



事務連絡  
令和2年4月15日

各 { 都道府県  
保健所設置市  
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症  
対策推進本部

行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県  
医師会・郡市区医師会等への運営委託等について

新型コロナウイルス感染症に関するPCR検査については、「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」が保険適用されたことを踏まえ、「新型コロナウイルス核酸検出の保険適用に伴う行政検査の取扱いについて」（令和2年3月4日付け健感発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「3月4日付け通知」という。）において、都道府県、保健所設置市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が帰国者・接触者外来等の医療機関に対して、行政検査である当該感染症にかかるPCR検査を委託することができることを示しているところである。

新型コロナウイルス感染症が拡大している地域においては、既存の帰国者・接触者相談センター及び帰国者・接触者外来等における業務が増加していることを踏まえ、更なる検査体制の確立が必要となるため、今般、既存の帰国者・接触者外来等の医療機関に加えて、都道府県医師会・郡市区医師会等（以下「都道府県医師会等」という。）に対して、行政検査を集中的に実施する機関としての帰国者・接触者外来（以下「地域外来・検査センター」という。）運営委託ができることを改めて示すとともに、既存の帰国者・接触者外来等と地域外来・検査センターとの連携等にかかる事項について、以下のように取りまとめたので、地域の医師会や医療機関をはじめとする関係者へ周知し、地域の感染拡大状況を踏まえた検査体制の確立を進めていただくようお願いする。

すでに地域で別の方法にて、帰国者・接触者外来等における検査等の役割分担や保健所の業務軽減の施策が講じられている場合は、今回の事務連絡で示した

方法を採用することを求めるものではない。

なお、本事務連絡については、日本医師会と協議済みであることを申し添える。

## 記

### 1. 都道府県医師会等が実施する行政検査の委託等について

#### (1) 委託契約

都道府県等は、地域の実情に応じて、管轄する区域の住民に対して行政検査を円滑に実施するため、地域外来・検査センターに対して、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第15条に基づく調査（SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出にかかる診療報酬の算定要件に該当する場合に限る。）として行われるPCR検査を集中的に実施する機関としての運営を委託することができる（別添1参照）。

また、具体的な委託契約の締結や当該検査費用にかかる自己負担分を本人に求めず、公費負担の対象とするといった取扱等については、3月4日付け通知等を参照されたい（別紙参照）。

なお、委託に当たっては、都道府県等、都道府県医師会等の双方で相談することとする。

#### (2) 保健所等への報告

都道府県等は、上記委託を受けた地域外来・検査センターに対して、同センターにおいて行われたPCR検査の受診者の氏名、住所、生年月日等、同検査を実施する上で必要な情報を同センターの所在地を所管する保健所へ全例報告することを求める。その際、感染症法第15条の報告事項を網羅した報告様式は別添2を原則使用する。

また、当該報告に当たっては、地域外来・検査センターと協議の上、電子通信機器等を用いた報告を求めることができる。

なお、現在、厚生労働省において、新型コロナウイルス関連情報の適切なデータ収集に向けてシステム構築の準備を進めているところである。

#### (3) 帰国者・接触者相談センターとの連携等

地域外来・検査センターにおいて地域の診療所等（※）を事前に連携先登録されている場合であって、都道府県が設置する帰国者接触者相談センターと情報共有等の連携がなされている場合においては、地域診療

所等から地域外来・検査センターに新型コロナウイルス感染症が疑われる方を直接紹介することが可能である。

(※) 地域外来・検査センターが上記(1)にかかる委託契約を受けている場合においても、同センターへ適切に受診していただく観点から、同センターが地域の診療所等を事前に連携先登録し、帰国者・接触者相談センターと連携することにより、新型コロナウイルス感染症が疑われる方について、まずは地域の診療所等に電話等による相談又は受診するといった取り扱いが想定される。

なお、地域の診療所等が単なる電話等による健康相談や受診勧奨ではなく、電話等により診療を行い、患者の同意を得て、地域外来・検査センターに診療情報の提供を行い、同センターを紹介する場合を含め、地域の診療所等が、診療に基づき患者の同意を得て、地域外来・検査センターに患者を紹介した場合は、診療情報提供料の算定対象となり得る。

また、上記(2)の報告にかかる様式の共通化といった業務軽減等の観点から、地域の診療所等から地域外来・検査センターへ紹介をする際においても(別添2)の診療情報提供書等の様式を原則使用するよう、同診療所等及び同センターに周知いただきたい。

## 2. その他留意点

都道府県等は、地域外来・検査センターに1.(1)にかかる運営委託を行う場合については、下記の点に留意する。

○ 当該地域外来・検査センターの運営にかかる人件費、備品費、消耗品等の費用(診療報酬による収入分は除く)を委託料に含むことが可能であり、当該委託料については、都道府県等を通じて国の補助対象となること。

○ 地域外来・検査センターの運営の委託については、都道府県等における検査体制の強化につながるため、当該検査等を行う地域外来・検査センターの医療従事者等への労災保険料を委託料に含むことが可能であり、当該委託料については、上記同様、国庫補助の対象となること。

また、地域外来・検査センターにおいて従事する医療従事者が日本医師会等が契約する民間医療保険等に加入している場合は、委託料に当該保険料を加えて契約することも可能であること。

○ 都道府県等が地域外来・検査センターに行政検査を委託する場合には、同センターにおいて个人防护具等の整備がなされるよう十分配慮するとともに、当該センターにおける个人防护服等の整備にかかる費用についても、上記同様国庫補助の対象となること。

- 行政検査の委託を受け新型コロナウイルス感染症患者の検体を採取した医療従事者であっても、状況に応じて適切に感染防護措置がなされていれば、濃厚接触者に該当せず、感染症法上の就業制限の対象となるものではないこと。

一方、国立感染症研究所の「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」の記載に照らし地域外来・検査センターにおいて従事する医療従事者等に対して検査が必要と考えられる場合においては、積極的にPCR検査を行うこと。

- 地域外来・検査センターに対する委託は、委託をしている自治体の住民に対して行政検査が円滑に行われるようにする観点から行うものであり、地域外来・検査センターは帰国者・接触者外来と同様に一般への公表は原則行わないものとし、新型コロナウイルス感染症が疑われる者は帰国者・接触者相談センターや地域の診療所等を通じて、地域外来・検査センターを受診する流れとするなど、委託している自治体以外の住民が検査を求めて集中することなどにより混乱を来すことのないよう留意すること。

(別添2)

令和 年 月 日

令和 年 月 日

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名【 】

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
ファックス番号	
医師氏名	
所属医師会	
管轄保健所	

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
新型コロナ以外の検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
〔実施した検査と結果〕	

2.患者情報			
ふりがな		生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業		(勤務先・学校等)	
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			
現時点の居所			
医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)			
同居家族	<input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 ) <input type="checkbox"/> なし		

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

5.症状あるものにチェック		6. 現在の処方	
<input type="checkbox"/> 咳・鼻水	( ) 日前から	7. 特記事項	
<input type="checkbox"/> 発熱	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> その他の症状	( )		

8.患者の症状等			
重症か否か	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない	重症(※)と判断した日付	令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日		
検査依頼時点の症状	<input type="checkbox"/> 4と5と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の症状(具体的に記載 )		
推定感染源			

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用