

# 江差町介護施設等新規入所者の新型コロナウイルス核酸検出検査実施要綱

令和3年2月25日

告示第8号

## (目的)

第1条 この事業は、第6条に掲げる対象施設（以下「対象施設」という。）において、新たに入所または入居（以下「入所等」という。）する者が新型コロナウイルス感染症に感染していないことを確認することで、新たに入所等する者を発端としたクラスターの発生を未然に防止することを目的とする。

## (事業内容)

第2条 第5条に定める検査対象者に新型コロナウイルス核酸検出検査（以下「検査」という。）を受検してもらい、その費用を町が負担する。

## (事業期間)

第3条 この事業の期間は、令和3年3月1日から令和4年2月28日までとする。

## (定義)

第4条 この要綱において新たに入所等する者とは、次の各号に規定する者をいう。

- (1) 対象施設に新たに入所等する者。
- (2) 対象施設に概ね3か月以上の期間をあけて、入所等する者。
- (3) 対象施設に入所等する者で、その他必要と判断された者。

## (検査対象者)

第5条 検査対象者は、対象施設へ新たに入所等をする者のうち、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、検査日において発熱、全身倦怠感等の感冒様症状等、新型コロナウイルス感染症の臨床的特徴を有する者および新型コロナウイルス感染症患者との濃厚接触者は除くものとする。

### (1) 町内に住所を有する者

対象施設に概ね1週間以内に入所等をする者。ただし、都合によりやむを得ない場合は、入所等以降概ね1週間を経過していない者とする。

### (2) 町内に住所を有しない者

対象施設のうち、町内にある施設に概ね1週間以内に入所等する者。ただし、都合によりやむを得ない場合は、入所等以降概ね1週間を経過していない者とする。

2 前項各号に該当する者のうち、他の市町村が実施する同様の事業により検査対象となり受検する若しくは受検した者は、本事業の対象から除くものとする。

## (対象施設)

第6条 本事業の対象施設は、次のとおりとする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する次に掲げる介護サービスを提供する施設

- ア 介護老人福祉施設
- イ 介護老人保健施設
- ウ 介護療養型医療施設
- エ 介護医療院
- オ 特定施設入居者生活介護
- カ 認知症対応型共同生活介護
- キ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ク 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ケ 短期入所生活介護
- コ 短期入所療養介護

(2) 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）に規定する次の施設

- ア 養護老人ホーム
- イ 軽費老人ホーム
- ウ 有料老人ホーム

(3) 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）に規定するサービス付き高齢者向け住宅

(4) 生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）運営事業実施要綱（平成 12 年老発第 655 号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する生活支援ハウス

（手続き等）

第 7 条 対象施設は、新たに入所等する者に別記様式第 1 号に記載されている内容を説明し、同意を得なければならない。

2 対象施設は、新たに入所等する者が検査機関で直接検体を採取され検査を受検する場合には、別記様式第 2 号を交付しなければならない。

3 前項の規定により検査を受検する者は、別記様式第 1 号に別記様式第 2 号を添えて検査機関に提出しなければならない。ただし、検査機関で直接検体を採取できない場合は、対象施設が検体採取、受検、書類提出を代行するものとする。

（請求）

第 8 条 検査機関は当月分の受検に係る費用を別記様式第 1 号及び別記様式第 2 号を添えて、翌月 10 日までに町に請求するものとする。

（補足）

第 9 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和 3 年 3 月 1 日から施行する。

介護施設等に入所（入居）する方で新型コロナウイルス感染症のPCR検査を受けられる方へ

【 検 査 申 込 書 】

私は、令和 年 月 日に、以下の内容について説明を受け、了承の上（☑をお願いします）、検査を申し込み、その結果が検出限界以下の場合（陽性ではない場合）について、入所（入居）予定の施設に通知されることに同意します。

（フリガナ）

氏 名 \_\_\_\_\_

（郵便番号）

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

検査結果の送付先は、下記の施設としてください。

・ 入所予定の施設 住 所 \_\_\_\_\_

宛 名 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_（本人との関係 \_\_\_\_\_）

1 検査について

- ☐ 本検査は、江差町が行う事業で、介護施設等への入所（入居）の予定日が概ね1週間以内の方で、発熱など新型コロナウイルス感染症の感染を疑う症状がない方を対象としております。
- ☐ 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が検出限界以下になること（偽陰性）や、感染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。

2 検査の結果、陽性が疑われる場合について

- ☐ 北海道立江差病院から、本人に検査結果を通知し、北海道江差保健所に報告を行います。この場合、症状の有無にかかわらず、入院等となる可能性があります。
- また、予定している日程で施設に入所（入居）できない場合があります。

3 その他

- ☐ 検査結果が検出限界以下（陽性ではない場合）であっても、偽陰性の可能性があることや、検査日以降に感染する可能性もあることから、手洗い等の基本的な感染対策を怠らないようお気をつけください。

【説明者】 施 設 名 \_\_\_\_\_

職・氏名 \_\_\_\_\_

※ 以下、北海道立江差病院確認欄

1 検体受付日

2 対象者の区分および添付書類の確認

| 確認欄 | 対象者の区分            | 添付書類                | 備考 |
|-----|-------------------|---------------------|----|
|     | ア<br>町内施設入所 居住地町内 | 別記様式第2号             |    |
|     | イ<br>町内施設入所 居住地町外 | 別記様式第2号             |    |
|     | ウ<br>町外施設入所 現住所町内 | 別記様式第2号および介護保険被保険者証 |    |

3 検査結果

検出限界以下 ・ 陽 性

令和      年    月    日

江差町長    様

（施設住所）

（施設名）

（施設管理者職名および氏名）    印

入所（入居）予定者について

下記の方は、令和    年    月    日付けで当施設に入所（入居）予定であり、江差町介護施設等新規入所者検査事業の対象者に該当していることを証します。

記

1    氏      名

2    生年月日

明治・大正・昭和      年    月    日（    歳）

3    現在の住所または居住地