

# 福祉施設入所者への検査等の実施に係る協力事業者 募集要項

令和3年6月15日

## 1 目的

東京都では、高齢者施設、障害者（児）施設などの福祉施設（以下「施設」といいます。）における新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図るため、入所者を対象に行政検査以外の検査を行う施設の支援を行っています。

施設に入所する高齢者や障害者（児）等の中には、唾液による検体の自己採取が困難な方も多くいらっしゃることから、この度、施設が検査をより円滑に行えるよう支援するため、入所者の検体採取から検査結果判明後の確定診断まで、一貫して御対応いただける事業者を募集します。

## 2 本事業で実施する検査

主として無症状の施設入所者に対して実施する行政検査以外の核酸検出検査又は抗原定量検査（以下「検査」といいます。）。

## 3 対象施設

主に東京都の補助金（高齢者施設における新型コロナウイルス感染症対策強化事業又は障害者支援施設等における新型コロナウイルス感染症対策強化事業）の対象となる以下の施設の入所者を想定していますが、それ以外の施設・事業所からの検査依頼にも積極的に御対応いただけるようお願いいたします。

### （1）高齢者施設

- ア 介護老人福祉施設（定員29名以下は除く。）
- イ 介護老人保健施設
- ウ 介護医療院
- エ 養護老人ホーム
- オ 介護療養型医療施設
- カ 有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）（定員29名以下は除く。）
- キ サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）（定員29名以下は除く。）
- ク 軽費老人ホーム（特定施設入居者生活介護）（定員29名以下は除く。）

### （2）障害者（児）施設

- ア 障害者支援施設

- イ 福祉型障害児入所施設
- ウ 医療型障害児入所施設

#### 4 事業期間等

協力事業者として決定した日から9月30日まで。ただし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況等により、延長する可能性があります。

#### 5 応募の要件

以下（1）から（8）までの全てを満たすこととします。

- （1）医療施設又は登録衛生検査所（連携して検体採取や確定診断を実施可能な医療施設を有する場合に限る。）であること。
- （2）施設入所者の検査申込の受付から陽性時の確定診断までの業務に、一貫して対応可能であること。
- （3）唾液による検体の自己採取が困難な入所者のため、医療従事者による施設を訪問しての検体採取に対応可能であること。
- （4）陽性と診断した場合には、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等に基づき、適切に対応すること。
- （5）検査及び診断に要する費用をあらかじめ明示可能であること。
- （6）事業者の名称（検査機関が主体となって応募する場合には検体採取や診断を行う医療機関の名称）や検査・診断費用等の公表に同意いただけること。
- （7）個人情報保護の体制や運用の状況が適切であること。
- （8）施設に対し、（5）以外の費用負担を求めないこと。

#### 6 具体的な業務内容

- （1）メール、電話又は専用ポータルサイト等により、施設からの問合せや検査の申込みに対応する。
- （2）施設の希望を踏まえ、検体採取方法（医療従事者が施設を訪問しての採取又は唾液検査キットによる自己採取等）等を調整する。
- （3）施設を訪問して検体採取を行う場合、施設と調整して決定した日時に訪問し、実施する。
- （4）検体を自己採取する場合、施設と調整して決定した日程で検査キットを施設に届け（郵送可）、適切な採取や梱包の方法について職員に説明するとともに、施設への訪問又は郵送により検体を回収する。
- （5）検査終了後には、メール、電話又はファクシミリ等で、遅滞なく検査結果を施設に通知する。
- （6）検査結果が陽性の場合には、医師による確定診断を行い、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第12条第1項による届出を行う。

- (7) 検査依頼のあった施設ごとに、依頼日、検査件数、検査結果及び結果通知日等を記録し、都から求めがあった場合には、速やかに報告する。

## 7 検査料金等の取扱い

本事業による検査は、事業者と施設の契約に基づき行うものであるため、検査料金等は事業者から施設に直接請求してください。

## 8 質問の受付

本募集要項に関する御質問は、メールにより受け付けます。電話又は来庁されての御質問には対応できませんので、御了承下さい。

## 9 応募方法等

### (1) 申込書の提出

別紙「申込書」に必要事項を記入の上、下記「10 問合せ・各書類提出先」に記載のアドレスまで送付してください。メールの件名は、「【応募】福祉施設入所者等の検査協力事業者募集」としていただくようお願いします。

また、業務概要等の資料がある場合、申込書とともに御提供下さるようお願いいたします。

### (2) 募集期間

令和3年6月15日（火曜日）から令和3年6月23日（水曜日）まで

### (3) 協定の締結

都において申込書の内容等の確認終了後、都と協定を締結していただきます。手続き等については、申込みいただいた事業者に個別に連絡します。

## 10 問合せ・各書類提出先

東京都福祉保健局総務部企画政策課

Email : S0410109@section.metro.tokyo.jp

## 申込書

提出年月日：令和3年 月 日

## 1 申込を行う事業者

事業者の名称：

所在地：

代表者の職・氏名：

担当部署・担当者：

連絡先：（電話）

（Email）

## 2 検査法等（番号に○・必要事項を記入）

1 核酸検出検査（PCR法等）（使用する検査キット： ）

2 抗原定量検査（使用する検査キット： ）

## 3 検体採取方法（以下に記入）

（例）医師1名及び看護師2名が施設を訪問し、鼻咽頭ぬぐい液を採取

## 4 検体採取・診断を行う医療施設（検査機関が主体となって応募する場合のみ以下に記入）

施設の名称：

所在地：

開設者：

連絡先：

## 5 検査実施の流れ

施設の検査申込から検査実施、陽性の場合の確定診断までの流れを以下に記入してください。

（書ききれない場合は別紙可。既存の資料がある場合はそれを添付していただいても構いません。）

例) ①メール又は電話で申し込み ②医療従事者が施設を訪問し検体採取・回収  
③検体到着後、翌日までに検査結果をメールで通知 ④陽性の場合にはオンライン診療受診可能

## 6 その他特記事項等