



令和4年2月1日

一般社団法人広島県医師会長 様  
一般社団法人広島県病院協会 様  
公益社団法人広島県薬剤師会長 様  
一般社団法人広島県病院薬剤師会会長 様

広島県健康福祉局長

〒730-8511 広島市中区基町10-52  
新型コロナウイルス感染症対策担当

医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について（通知）

このことについて、本県においては、地域の医療提供体制を確保するため、令和3年8月13日（令和4年1月18日一部改正）付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡に掲げる「要件」及び「注意事項（検査期間は7日間に読み替える。）」を満たす限り、濃厚接触者が医療に従事することは不要不急の外出に当たらないこととします。

ついては、当該濃厚接触者が毎日業務前に行う検査（以下「業務前検査」という。）を支援するため、別紙のとおり、抗原定性検査キットの無料配布事業を実施しますので、御活用いただくよう、貴会会員への周知をお願いします。

また、県が配布する抗原定性検査キット以外で業務前検査（核酸検出検査、抗原定量検査又は抗原定性検査）を実施した場合、公費負担することができず\*、自費検査となることについて、併せて注意喚起いただくようお願いします。

なお、社会機能維持者が所属する事業者として、自費検査を行うことで、当該濃厚接触者の待機期間を短縮することも可能です。

※ 保険適用の新型コロナウイルス検査は、一連の主訴について2回まで（令和2年3月4日付け保医0304第5号通知）とされており、業務前検査を診療報酬請求することが適当でないため、審査支払機関を介した公費負担処理ができない。

（外出自粛要請について）

担当 感染症事案対策グループ  
電話 082-513-3068（ダイヤルイン）  
（担当者 片平）

（検査支援事業について）

担当 総合対策第2グループ  
電話 082-513-3043（ダイヤルイン）  
（担当者 信岡）

## 医療従事者である濃厚接触者に対する検査支援事業の実施について

### 1 概要

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、地域の医療提供体制を確保するために、医療従事者である濃厚接触者については、毎日業務前に検査を行い、陰性を確認することにより医療に従事することが可能となりました。

については、広島県では以下のとおり医療従事者（薬局薬剤師を含む）である濃厚接触者を対象に抗原定性検査キットの配布を実施します。

### 2 対象者

濃厚接触者として外出自粛を要請された、他の医療従事者による代替が困難な医療従事者のみとなります（各医療機関等の自主的な取り組みにより出務を制限された医療従事者は対象となりません）。

### 3 実施期間

令和4年2月1日から当面の間

### 4 受付時間

9時30分から17時30分まで（土日祝を除く）

### 5 配布対象検査キット

別表のなかから在庫状況に合わせて濃厚接触者1人分につき10テスト分送付します。抗原定性検査キットについては準備でき次第順次配送します。

### 6 費用

無料（別表以外の抗原定性検査キットや検査試薬を使用して検査を行った場合、キット等の費用を県に請求することはできません）。

### 7 申し込み方法

本事業を実施する場合は、様式1を記入し、下記の提出先へメール又はFAXで提出してください。提出した後は必ず提出した旨を下記の連絡先へ電話して送付した旨を連絡してください。

### 8 検査の報告

4により検査を申込、検査を実施した場合、様式2により検査の結果等をメール又はFAXで申請時の実施期間（見込）が終了後、速やかに提出してください。

## 9 抗原定性検査キットの追加申込について

他の陽性者と接触したこと等により濃厚接触者として外出の自粛を要請された期間が延長となり配布した抗原定性検査キットが不足する場合は様式2と合わせて様式1を事務局へ再度メール又はFAXで送付して、追加の申込をお願いします。

## 10 留意事項

本事業で配布された抗原定性検査キットについては、「1 対象者」にのみ使用してください。患者等への使用はしないでください。

## 11 余った抗原定性検査キットについて

余った抗原定性検査キットは、次に医療従事者である濃厚接触者が発生した場合又は有症状の医療従事者に使用してください。有症状の医療従事者に抗原定性検査キットを使用した場合は別紙3によって当月分の使用実績を翌月10日までに報告してください。

### 【別表】

製造販売業者名	品目名
株式会社タウンズ	イムノエース SARS-CoV-2 II 10テスト
デンカ株式会社	クイックナビ COVID19Ag 10回用
ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社	SARS-CoV-2 ラピッド 5テスト
アボット ダイアグノスティックス メディカル株式会社	Panbio™ COVID-19 Antigen ラピッドテスト 1テスト

#### ○申込書等の提出先

広島県医療従事者検査支援事務局

メールアドレス：[iryu@hiroshima-pcr.jp](mailto:iryu@hiroshima-pcr.jp)

FAX：082-258-5720

電話番号：070-2446-1977

070-2446-1978

広島県窓口

広島県新型コロナウイルス感染症対策担当

電話番号：082-513-3043

担当者： 信岡

【様式1】

医療従事者である濃厚接触者に対する検査支援事業申込書

令和 年 月 日

広島県知事様

※太枠部分のみを記入してください。

【申込者】

郵便番号	〒	—
住所		
医療機関名		
代表者名		
担当部署・担当者名		
連絡先(電話)		
メールアドレス・FAX		

【申込内容】

実施期間(見込)		から		まで
必要人数		人		

※濃厚接触者1人分につき10テスト分を送付します。検査キットの種類については選択できません。

【提出先】

広島県医療従事者検査支援事務局 メールアドレス: iryo@hiroshima-pcr.jp FAX: 082-258-5720 電話番号: 070-2446-1977 070-2446-1978
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【留意事項】

<ul style="list-style-type: none"><li>・配布されるキットについて濃厚接触者以外には使用しないでください。</li><li>・抗原検査キットによって陽性となった場合は速やかにPCR検査を実施してください。</li><li>・配布される検査キット以外で検査を実施した場合は各実施事業所の負担となります。</li><li>・申込書を送付した際は送付した旨を電話で連絡をしてください。</li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【事務局記入欄】

受付日	
受付時間	
依頼日	
依頼時間	

【様式2】

医療従事者である濃厚接触者に対する検査支援事業実績報告書

令和 年 月 日

広島県知事様

※太枠部分のみを記入してください。

住所	
名称	
代表者名	

ロット番号	
-------	--

	対象者氏名	実施期間	検査結果
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

広島県医療従事者検査支援事務局

メールアドレス: iryo@hiroshima-pcr.jp

FAX: 082-258-5720

【様式3】

有症状医療従事者に対する検査実績報告書  
広島県知事様

※太枠部分のみを記入してください。

住所	
名称	
代表者名	

	実施日	ロット番号	検査結果
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

広島県医療従事者検査支援事務局  
メールアドレス: iryo@hiroshima-pcr.jp  
FAX: 082-258-5720