

福祉施設におけるスクリーニング検査の実施に係る協力事業者募集要項

令和2年9月3日

1 目的

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。）の利用者は、新型コロナウイルス感染症に感染した場合の重症化リスクが高いことから、利用者や施設職員が新型コロナウイルスに感染した場合には、施設内での感染を防ぐため、迅速に感染拡大防止の措置を講じることが重要です。

そこで、施設内における新型コロナウイルス感染者を早期に発見することで、施設内感染の拡大防止及び職員が安心して業務に従事できる環境整備を推進するため、施設におけるスクリーニングを目的とした検査実施に御協力いただける事業者（以下「協力事業者」といいます。）を募集します。

2 本事業で実施する検査

施設利用者・職員に対して実施するスクリーニング目的の PCR 検査又は抗原定量検査（以下「検査」といいます。）

3 事業期間等

協力事業者ごとに下記7（3）の協定を締結した日から令和3年3月31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を踏まえ、各協力事業者の同意が得られた場合には、協力事業者ごとに事業期間を延長することがあります。

4 協力事業者の要件

協力事業者は、以下の項目を全て満たすこととします。

- (1) 臨床検査技師等に関する法律第20条の3による登録衛生検査所であること。
- (2) 検査の申込みから検査結果の通知まで、一貫して実施可能であること。
- (3) 本事業として1日当たり2,000件以上の検査を実施可能であること。
- (4) 施設が支払う検査費用は、検査1件あたり20,000円（税込）以下であること。
なお、検査費用とは別に、送料等の実費が施設負担となることは差し支えない。
- (5) 本事業に御協力いただくことにより、新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の実施に支障を来さないこと。
- (6) 各協力事業者の名称、施設が検査を依頼する際の連絡先及び検査費用等を、都が公表すること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、(4) 以外の費用負担を求めないこと。

5 施設、協力事業者及び都の役割

(1) 施設の役割

- ア 利用者・職員の検査実施について検討し、検査を希望する場合には、協力事業者
に依頼する。
- イ 検査日程等を協力事業者と調整の上、協力事業者の指定する方法で検体採取等
を行う。
- ウ 検査の結果、陽性と判定された者がいた場合、個室に移動する（利用者）、自宅
待機を命じる（職員）などの感染防止対策を講じた上、確定診断が必要な場合に
は、管轄の保健所と相談の上、医療機関等を受診させる。
- エ 協力事業者に検査費用を支払う（区市町村事業の一環として検査を受け、区市町
村から協力事業者に対し検査費用が支払われる場合等、施設以外から支払われる場
合を除く。）。

(2) 協力事業者の役割

- ア 施設から検査依頼を受け付け、対応可能な日程等について施設と調整し、検体採
取・搬送方法等について施設へ連絡する。
- イ 検査終了後、結果を施設に連絡する。
- ウ 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。

(3) 都の役割

- ア 本事業及び協力事業者について、区市町村や施設に周知する。
- イ 本事業に関する都民等からの問合せに対応する。
- ウ その他本事業の実施に係る総合的な調整等を行う。

6 質問事項の受付

本募集要項に関する御質問は、以下の要領で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。

(1) 質問方法

別紙1「質問回答書」を、下記8のアドレスまで送付してください。メールの件名
は、「【質問】福祉施設における検査協力事業者募集」としていただくよう願いま
す。

(2) 回答

3 開庁日以内を目安に、メールにより回答します。

(3) 受付期間

令和2年9月4日（金曜日）以降随時

7 応募方法等

協力事業者として本事業に御協力いただける場合は、以下の要領により御応募ください。

(1) 申込書の提出

別紙2「検査協力事業者申込書」に必要事項を記載し、衛生検査所登録証証明書の写し（PDF ファイル等）を添付の上、下記8のアドレスまで送付してください。メールの件名は、「【応募】福祉施設における検査協力事業者募集」としていただくようお願いいたします。

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2年9月4日（金曜日）から9月30日（水曜日）まで

(3) 事業者への連絡

申込書の提出があった場合は、都において随時内容等の確認を行います。確認した後は、上記（2）の募集期間内であっても、都から申し込みのあった事業者宛てに順次連絡しますので、協力事業者として適当と認められた場合には、別途都と協定を締結していただくようお願いいたします。

8 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

電話：03-5320-4019（直通）

Email：S0410109@section.metro.tokyo.jp

質問回答書

	質問内容	回答
1		
2		
3		
4		
5		

※欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。

【都からの問合せ・回答先】

事業者の名称：

御担当部署：

御担当者名：

連絡先：(電話)

(E-mail)

検査協力事業者申込書

「福祉施設におけるスクリーニング検査の実施に係る協力事業者募集」に応募します。

提出年月日：令和 2 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 各検査法の対応状況等

検査法		対応可否 ※1	処理可能件数 ※2 (全体)	処理可能件数 ※2 (左のうち本事業分)	検査費用
PCR	鼻咽頭		件/日	件/日	円/件
	唾液		件/日	件/日	円/件
抗原定量	鼻咽頭		件/日	件/日	円/件
	唾液		件/日	件/日	円/件

※1 対応している検査法に「○」を付してください。

※2 おおよその数値で構いません。

※3 表への記入が難しい場合（例：時期によって処理可能件数が異なる、今後対応可能となる検査法がある、等）には、表を改変していただくほか、別紙を御作成いただいても差し支えありません。

3 協力事業者としての業務開始可能時期：令和 年 月 日頃から

4 協力医療機関等について

本事業で陽性と判定された方の確定診断に当たって、以下の中に対応可能なものがあれば教えてください（番号に○）。

1 医療行為としての検査も実施可能

2 協力医療機関等を紹介可能

3 その他（具体的な内容： ）

5 特記事項等

その他、協力事業者として事業に御協力いただくに当たり、あらかじめ都が把握しておくべき事項があれば、御記入ください。

※衛生検査所登録証明書の写しを必ず添付してください。