

令和4年4月26日

地区薬剤師会 ご担当者 様

公益社団法人 東京都薬剤師会

内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策室等より日本薬剤師会を通じ、ゴールデンウィーク中の検査体制の確保について連絡が参りました。

恐れ入りますが貴地区会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。



日 薬 業 発 第 3 5 号

令和4年4月22日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会

副会長 田尻 泰典

誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の環境整備について（その11）
（ゴールデンウィーク中の検査体制の確保について）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

貴会におかれては、各都道府県における医療提供体制・医薬品提供体制、検査体制の確保にあたってのご尽力いただいておりますこと重ねて御礼申し上げます。

さて、ゴールデンウィークの期間においては、期間中の帰省等を通じた感染拡大を防止する観点から、各都道府県において検査体制の強化が求められているところです。

今般、内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室等より都道府県に対し、ゴールデンウィーク期間中、特に5月3日から5日の期間において、無料検査を行っている事業者に対し可能な限り無料検査の実施に努めていただくよう働きかける旨の事務連絡が発出されるとともに（別添1）、同室より本会に対しても、ゴールデンウィーク期間中の薬局における検査体制の強化について依頼がありました。

本会としても、感染拡大防止のためには、帰省等による人の移動に際して、各地域において検査が受けられる体制を整えることが重要であると考えております。

つきましては、ゴールデンウィーク中の検査体制について、無料検査を行っている薬局におかれては、例えば都道府県や薬剤師会のホームページ等を通じた開局状況の地域住民への周知や各薬局店頭における掲示による対応など、検査体制の確保と地域住民への周知等につき、貴会ならびに会員各位の協力を賜りたく、都道府県とご連携の上、ご高配の程よろしくお願い申し上げます。

また、ゴールデンウィーク中（令和4年4月28日から5月8日まで）に限り、検査処理能力の向上の観点から結果通知書の簡略化が可能とされ（別添2）、ゴールデンウィーク中の受付事務フロー例等（別添3）の提供がありましたのでお知らせいたします。なお、別添2中の（2）に示された「簡易方式」による実施は、基本的に駅構内等に設置される臨時の検査拠点等における対応として想定されているものであることを申し添えます。



<別添>

1. 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「検査促進枠」の取扱いについて（令和4年4月21日、内閣府地方創生推進室、内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡）
2. 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「検査促進枠」の取扱いについて（令和4年4月20日、内閣府地方創生推進室、内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡）
 - ・ 申込書例（結果通知簡略化様式）※ゴールデンウィーク期間中のみ
 - ・ 申込書例（同、運用時の確認事項入り）
3. 定着促進事業における検査受付の事務フロー例、掲示例

以 上

事務連絡
令和4年4月21日

各都道府県
財政担当課
市町村担当課
地方創生担当課
新型コロナウイルス感染症対策担当課

} 御中

内閣府地方創生推進室
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課
厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における
「検査促進枠」の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の検査促進枠における要件等につき、以下のとおり定めましたので、お知らせします。各地方公共団体におかれましては、関係部局間で十分連携の上、本事務連絡の記載事項に留意して運用されますようお願いいたします。

また、都道府県におかれましては、貴管内市町村へもこの旨周知されますようよろしくお願いいたします。

記

○ 「ゴールデンウィーク」中の検査体制の確保について

「ゴールデンウィーク」の期間中において、帰省等の出発前に検査を容易に受けられるよう体制の拡充を図る必要があることから、「ゴールデンウィーク」に向けた検査体制の強化について、令和4年4月15日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「検査促進枠」の取扱いについて」においてお示したところです。

特に5月3日から5日までの間は、祝日が続き、休業する事業者もあることから、経済社会活動を行うに当たり必要な検査の提供が一部の地域で困難となることも想定されるところです。

こうした点も踏まえ、都道府県におかれては、期間中における検査需要を踏まえ、必要な検査が実施できる体制を確保できるよう、管内の実施事業者との調整を行っていただくようお願いいたします。特に、「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」については、令和4年4月20日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「検査促進枠」の取扱いについて」において、結果通知書の簡略化等による抗原定性検査の効率的な実施が可能となったことも

踏まえ、現在、無料検査を行っている実施事業者に対し、特に5月3日から5日までの間は、可能な限り無料検査の実施に努めていただくよう働きかけをお願いします。

【照会先】

- (1) 臨時の検査拠点整備等に係る相談について
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室
ICT 担当 小川・市川・小宮
直通 03 (6910) 2024
- (2) 検査促進枠について
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室
企画調整担当 徳永・武田・岡田・鈴木・高木・奥玉
西村・塚本・服部・鈴木・山根
直通 03 (6257) 3086
- (3) 臨時交付金全般について
内閣府地方創生推進室
臨時交付金担当 畑・中山・仙田・寺田・磯貝・中村
反町・上坂
直通 03 (5501) 1752

事務連絡
令和4年4月20日

各都道府県
財政担当課
市町村担当課
地方創生担当課
新型コロナウイルス感染症対策担当課

} 御中

内閣府地方創生推進室
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における
「検査促進枠」の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の検査促進枠における要件等につき、以下のとおり定めましたので、お知らせします。各地方公共団体におかれましては、関係部局間で十分連携の上、本事務連絡の記載事項に留意して運用されますようお願いします。

また、都道府県におかれましては、貴管内市町村へもこの旨周知されますようよろしくお願いします。

記

○ 「ゴールデンウィーク」中の定着促進事業における取扱いについて

「ゴールデンウィーク」に向けた検査体制の強化について、令和4年4月15日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「検査促進枠」の取扱いについて」においてお示したところです。

期間（令和4年4月28日から5月8日までとする。以下同じ。）中に限り、「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」（以下「定着促進事業」という。）については、以下の取扱いを可能とするので、これを踏まえて検査の効率的な実施に努めていただくようお願いします。

（１）結果通知書の簡略化

実施事業者の事務を軽減し検査処理能力の向上を図る観点から、定着促進事業において抗原定性検査を実施する場合の結果通知書等の発行については、別紙1に示す申込書例の結果通知部分を切り取り検査受検者に交付するなど、簡易な方法によることを可能とします。

（２）簡易方式による実施

駅構内や高速道路サービスエリア内の建物などにおいて、期間中の臨時の検査拠点等の検査スペースに制約がある場合であって、混雑等への対応のために必要

な場合においては、抗原定性検査の実施につき、以下の簡易方式による実施を可能とします。

【簡易方式】

実施事業者は、検査の受付及び検体採取の立会いのみを実施することとし、実施要領第5条第2項及び第3項並びに第8条の定めに関わらず、検査結果の確認、結果通知書等の発行及び簡易方式により実施した検査のうち陽性結果が判明した者の数の週次報告を行わなくてよいこととする。ただし、検査受検者からの希望がある場合には結果通知書を交付することとする。

【照会先】

- (1) 臨時の検査拠点整備等に係る相談について
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室
ICT 担当 小川・市川・小宮
直通 03 (6910) 2024
- (2) 検査促進枠について
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室
企画調整担当 徳永・武田・岡田・鈴木・高木・奥玉
西村・塚本・服部・鈴木・山根
直通 03 (6257) 3086
- (3) 臨時交付金全般について
内閣府地方創生推進室
臨時交付金担当 畑・中山・仙田・寺田・磯貝・中村
反町・上坂
直通 03 (5501) 1752

No. _____

申込書（例）

※ゴールデンウィーク期間中において抗原定性検査を実施する場合に限る。

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：（電話番号） _____

（E メールアドレス） _____

2 検査利用回数 （省略可）

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

_____ 回

3 検査目的（✓を記入ください）

本日の検査の目的について、下記より1つ選択

1. ☐ 飲食、イベント、旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、必要であるため（ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等）（2.に該当する場合を除く）【抗原定性検査により検査実施】

2. ☐ その他

※結果通知書の発行を希望する場合は、以下の下線部も記入してください。

【検査結果】

氏 名： _____

検査の結果：抗原定性検査 陰性・陽性

実施事業者：○○○○

キリトリ _____

検査受検日：2022 年__月__日（有効期限：翌日）

※陽性の場合、速やかに医療機関を受診してください。

担当者サイン：○○○○

4 3で「1.」を選んだ場合は、以下に該当する場合には✓を記入ください。

☐ 検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等（切符も可）
の提示又は申立書の提出を行った。

【ワクチン接種状況】※いずれか1つ

☐ 3回目接種が未了である。

☐ 3回目接種済みであるが、

- ・ 対象者全員検査等
- ・ 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動（帰省を含む）

に際して検査結果を求められた場合等、3回目接種完了者であっても検査
を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出
を行った。

（確認事項）※✓を記入ください

☐ 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。

☐ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県
から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて
同意します。また、都道府県が必要と認め、本事業の適正執行を確保する
ため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・
生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチ
ン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

※1：ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほ
か、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無
については、別途自治体において確認する場合があります。

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とさ
れていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等
も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします。

担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分		
	VTP・全員検査等分 (3で「1.」を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
	* 日付：_____ * 書類の種類： チケット・予約票・切符・ 申立書・その他（ ）		
実施する検査の種類： ※いずれかを○で囲む PCR検査等・ <u>抗原定性検査</u>	その他：回数疎明を求めた際等に記入		

- ①本人が記入した申込書を受け取る際、
「身分証明書」と「(帰省のための) 切符等」の提示を求めてください。

No. _____

申込書 (例)

※ゴールデンウィーク期間中において抗原定性検査を実施する場合に限る。

1 本人確認

- ②「氏名」については、身分証明書の記載事項と照合してください。
※ほかの事項は照合不要です。
※本人が結果通知を希望しない場合、「連絡先」の記載は不要です。

氏名： _____

住所： _____

性別： _____

生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(E メールアドレス) _____

2 検査利用回数 (省略可)

省略していただいて構いません。

過去に利用した、無料検査 (行政検査を除く) の回数

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

_____ 回

3 検査目的 (✓を記入ください)

本日の検査の目的

1. ☐ 飲食、イ
要であるた
等) (2.に該

- ③「1.」にチェックがある場合、検査の目的が「帰省」か確認してください。
→「帰省」の場合、切符等の提示があれば、裏面のチェック欄が埋まっている
ことのみを確認して、直ちに無料検査を実施可能です。
(切符等がない場合も、申立書で「検査目的」が「帰省」であると確認できれ
ば、同様の対応が可能です。)
→「帰省」以外の場合、裏面の記載事項に沿った確認が必要です。

2. ☐ その他

- ④記載がある場合は、検査実施後に
・「検査の結果」のいずれかにマルをし、
・「担当者サイン」をした上で、
切り離し、本人に交付してください。

「2.」にチェックがある場合も、

- ・ 一般検査事業を実施している場合、①感染不安があること、
②実施場所 (都道府県) の住民であることが確認できる場合、
無料検査を実施可能です。
- ・ それ以外の場合は、無料での検査は実施できません。

※結果通知書の発行を希望する場合は、以下の下線部も記入してください。

キリトリ

【検査結果】

氏 名： _____

検査の結果：抗原定性検査 陰性・陽性

実施事業者：〇〇〇〇

検査受検日：2022 年__月__日 (有効期限：翌日)

※陽性の場合、速やかに医療機関を受診してください。

担当者サイン：〇〇〇〇

「実施事業者」名は予め印字しておいてください。

4 3で「1.」を選んだ場合は、以下に該当する場合には✓を記入ください。

☐ 検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等（切符も可）
の提示又は申立書の提出を行った。 チェックがあることを確認してください。

【ワクチン接種状況】※いずれか1つ

☐ 3回目接種が未了である。 } いずれかにチェックがあることを確認してください。
☐ 3回目接種済みであるが、

- ・ 対象者全員検査等
- ・ 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動（帰省を含む）

に際して検査結果を求められた場合等、3回目接種完了者であっても検査
を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出
を行った。

必要な書類等を提示してもらうか、申立書を記入して提出してもらってください。

（確認事項）※✓を記入ください

☐ 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。
☐ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県
から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて

両方にチェックがあることを確認してください。 、本事業の適正執行を確保する
ため、〆〆〆〆接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・
生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチ
ン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

※1：ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほ
か、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無
については、別途自治体において確認する場合があります。

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とさ
れていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等
も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします。

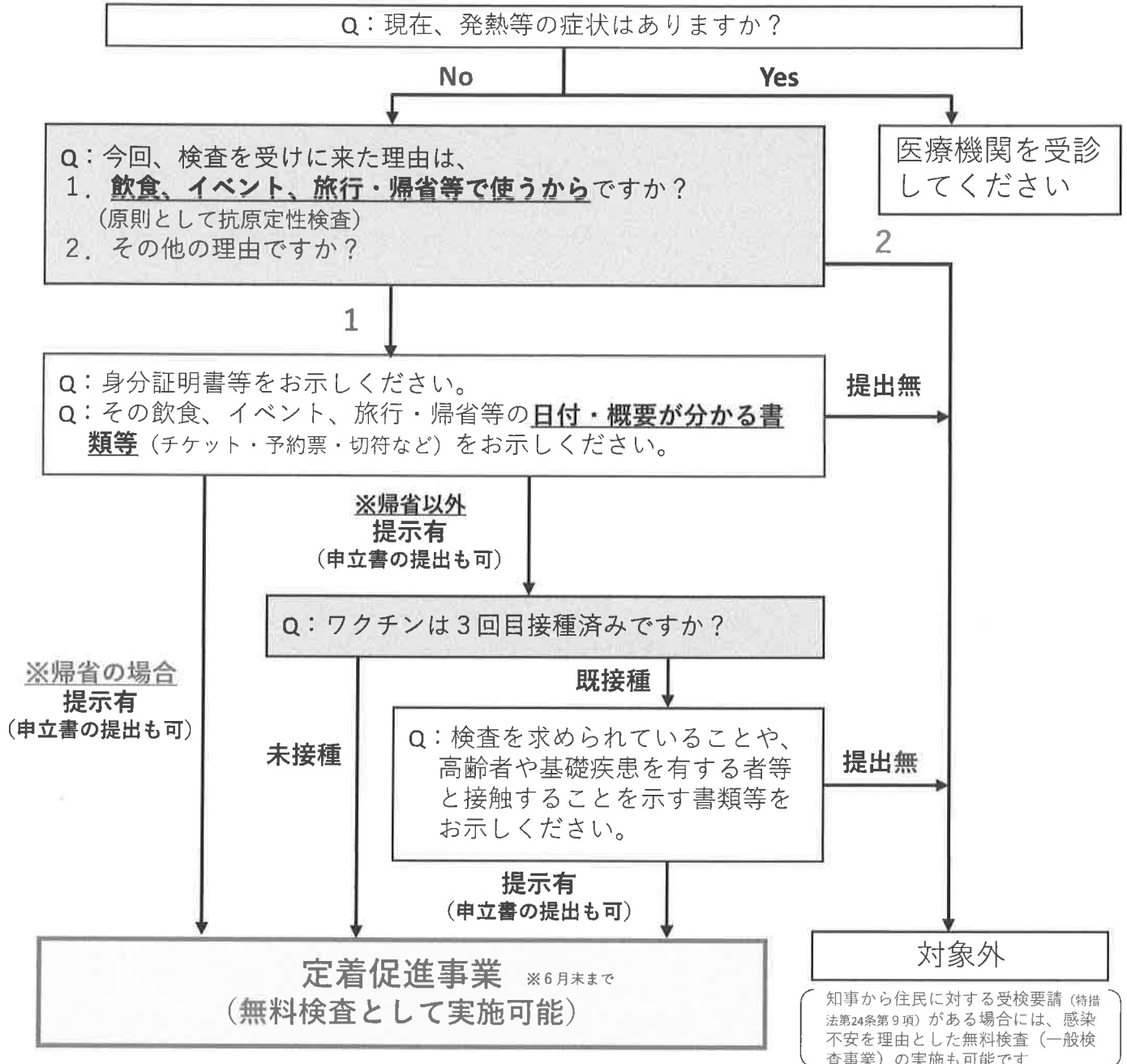
担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分		
	VTP・全員検査等分 (3で「1.」を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
	*日付：_____ *書類の種類： チケット・予約票・切符・ 申立書・その他（ ）		
実施する検査の種類： ※いずれかを○で囲む PCR検査等・ 抗原定性検査		その他：回数疎明を求めた際等に記入	

赤字の確認を済ませたら、スタッフの側で記入し、無料検査を実施してください。

定着促進事業における検査受付の事務フロー例 (ゴールデンウィーク期間中に抗原定性検査で実施する場合)

※グレーの質問は、内閣官房コロナ室作成の申込書(例)を使用している場合、申込書で確認できるため、省略可能です。
 注：内閣官房コロナ室作成の申込書(例)を参考にしてください。



【検査の受付において実施いただきたいこと】

- 身分証明書等と照合し、申込書に記載された氏名と同じか本人確認。
- 以下の事項について検査申込者に説明
 - 仮に検査結果が陽性であった場合、検査申込者は医療機関又は受診・相談センターに連絡し、速やかに受診しなければならないこと。その場合、移動については、周囲に感染させないようにマスクを着用し、公共交通機関を避けるようにすること
 - 仮に検査結果が陰性であった場合も、感染している可能性を否定しているものではないため、検査申込者は引き続き感染予防策(3密回避、マスク着用、手指消毒、換気)を徹底する必要があること
 - 無料検査の結果は、受検者が新型コロナウイルス感染症の患者であるかについての診断結果を示すものではないこと

別紙1

No. _____

申込書（例）

※ゴールデンウィーク期間中において抗原定性検査を実施する場合に限る。

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：（電話番号） _____

（Eメールアドレス） _____

2 検査利用回数 （省略可）

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

_____回

3 検査目的（✓を記入ください）

本日の検査の目的について、下記より1つ選択

1. ☐ 飲食、イベント、旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、必要であるため（ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等）（2.に該当する場合を除く）【抗原定性検査により検査実施】

2. ☐ その他

※結果通知書の発行を希望する場合は、以下の下線部も記入してください。

【検査結果】

氏 名： _____

検査の結果：抗原定性検査 陰性・陽性

実施事業者：〇〇〇〇

キリトリ

検査受検日：2022年__月__日（有効期限：翌日）

※陽性の場合、速やかに医療機関を受診してください。

担当者サイン：〇〇〇〇

4 3で「1.」を選んだ場合は、以下に該当する場合には✓を記入ください。

☐ 検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等（切符も可）
の提示又は申立書の提出を行った。

【ワクチン接種状況】※いずれか1つ

☐ 3回目接種が未了である。

☐ 3回目接種済みであるが、

- ・ 対象者全員検査等
- ・ 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動（帰省を含む）

に際して検査結果を求められた場合等、3回目接種完了者であっても検査
を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出
を行った。

（確認事項）※✓を記入ください

☐ 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。

☐ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県
から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて
同意します。また、都道府県が必要と認め、本事業の適正執行を確保する
ため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・
生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチ
ン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

※1：ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほ
か、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無
については、別途自治体において確認する場合があります。

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とさ
れていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等
も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします。

担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分		
	VTP・全員検査等分 (3で「1.」を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
	*日付：_____ *書類の種類： チケット・予約票・切符・ 申立書・その他（ ）		
実施する検査の種類： ※いずれかを○で囲む PCR検査等・ 抗原定性検査		その他：回数疎明を求めた際等に記入	

(申込書別紙)

申立書(例)

※必要がある事項についてご記入ください。

検査目的

私は、____月____日に、以下の活動(飲食、イベント、旅行・帰省等)を行うに当たり必要であるので検査を受検します。

(活動の概要)

※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。

活動： 飲食 / イベント / 旅行・帰省 /

その他(具体的に：_____)

詳細：_____

ワクチン3回目接種済みである場合

私は、ワクチン3回目接種済みですが、上記活動において、なお検査が必要となる特段の事情があるので検査を受検します。

(検査が必要となる特段の事情) ※いずれかに✓を記入ください。

☐ 上記活動で3回目接種者を含めて全員検査を求められている。

※主催者からの案内等(電子メールの文面の提示等でも可)これを示せるものを提示してください。

☐ 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動に際して検査を求められている。

☐ その他特段の事情がある。※詳細を記入してください。

(詳細：_____)

PCR検査等を希望する場合 ※10歳未満の場合を除く

私は、____月____日に、高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を予定しています。

(詳細：_____)

(確認事項)

☐ 上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申立書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。

氏名：_____