

新型コロナウイルス PCR 検査及び抗原キットによる各医療機関での検査施行のためのアンケート

小郡市、大刀洗町の医師会会員各位

新型コロナウイルスの PCR 検査と抗原キットを各医療機関で施行するために行うアンケートにご協力をお願いします。

8月上旬は新型コロナウイルス蔓延に伴い、小郡三井医師会地区での患者様が急増している状況にありましたが、中旬以降少し減少傾向にあります。また9月1日からは新型コロナ抗原検査キットの新しいものが発売になり、15分で検査結果が出る状況となりました。そして手続きを踏めば各医療機関でも PCR 検査及び抗原検査キットを用いた検査が行えるように議会で協議されており9月中に議会を通過する予定とのことです。(県医師会に確認済)

いままでは PCR センターへの医師派遣を検討し検査を円滑に行うことを考えていましたが、状況が変わり現在では各診療所で PCR もしくは抗原検査を行うことで迅速な診断を行うことを先に準備するのが望ましい状況になりました。

PCR センターへの医師派遣は新型コロナの患者数が激増したときに検討します。

議会を通過した後は各診療所で PCR 検査もしくは抗原検査を行うためには契約が必要になります。契約がないと保険点数の算定ができません。

以上より9月の理事会で相談した結果、各医療機関で PCR および抗原検査を行うことができる手続きを医師会で取りまとめ、集合契約で行う準備をすることとしました。

つきましては各医療機関で PCR および抗原検査を施行する希望があるか等アンケートを取らせていただきたいと思います。

小郡三井医師会では北野町は久留米市が管轄ですが、小郡市と大刀洗町は県医師会と北筑後保険所が管轄ですので、添付のアンケートをまとめて提出をしますので回答と返信をお願いします。

検査希望ありの医療機関は医師会でまとめて集合契約手続きを進めます。検査実施希望なしでご回答いただいた場合は同施設での検査で保険点数の請求ができませんのでご了承ください。

アンケートに際して、PCR 検査、抗原キットの検査についての資料です。

診療報酬（例）

PCR 検査の場合：PCR 検査料 1,800 点、微生物学的検査判断料 150 点

抗原検査の場合：抗原検査料 600 点、免疫学的検査判断料 144 点

※点数についての詳細は厚生労働省通知をご確認ください。

PCR および抗原検査については検査を行う場所および感染防御を的確に行っていれば、検査で陽性が出ても医療機関の診療停止などの措置が行われることはありません。

PCR 検査を行う各医療機関は PCR 検査を行う検査機関との契約は各医療機関ごとに行ってください、また抗原検査のキットの購入も各医療機関ごとにお問い合わせいたします。ご了承ください。

参照 ある卸業者での抗原検査キットの値段（業者により値段が違います）

エスプライン SARS-CoV-2	富士レビオ社	10 テスト	49411 円
		100 テスト	470588 円
クイックナビ COVID19Ag	大塚製薬、デンカ社	10 テスト	47058 円

PCR 検査及び抗原検査は特異度が高いですが感度は低い検査です。検査で陽性が出た際は診断確定して問題ありませんが、検査で陰性であった場合は偽陰性も念頭に置いて判断をしてください。

検査で陰性の時には各医療機関で説明をお願いします。

検査で陽性が出た時は北筑後保健所に連絡の上、対応を協議してください。具体的には自宅経過観察、ホテルなどでの経過観察、嶋田病院などのコロナ治療対応病院への紹介のいずれかになると思います。

検査開始時期と最大予定検査数は、行政が医師会内での検査可能人数の把握のため記載をお願いされています。多少前後する分は問題ありませんので現時点での想定を記載ください。

注

別紙 3 で久留米のアンケート用紙を付けましたが、より細かくお訊ねできるように、資料 5 と同じようなアンケートを作成して添付しております。

また反対意見もあるのですがアンケートが終了し集合契約を行った後は、発熱外来の時のように医療機関を列举の上、医師会での周知が必要と考えています。検査を行うと決めた医療機関には大きな負担になると思いますが、患者さんのためにも必要ではないかと私は考えています。

新型コロナウイルス検査実施希望調査票

令和2年9月9日（水）までに、ご回答ください。

提出先：

医療機関名： _____

ご担当者： _____

電話番号： _____

新型コロナウイルス検査 実施希望	有	無
---------------------	---	---

※ 有の場合、以下もご回答ください。

1	実施予定検査方法	PCR 検査 (LAMP 法含む)	抗原検査 (簡易キット)
2	検査開始時期(予定)	令和 年 月 日	
3	最大予定検査数 (一日あたり)	件／日	

※検査を自院で実施できない場合は、民間検査機関等と独自に契約が必要です。

※1は該当するものに○をつけてください。両方でも可です。

※2，3は現時点での予定をご記入ください。

アンケート内容

① 新型コロナウイルス検査について、貴院では

- ☐ A 検査を行います。
☐ B 当院では検査の実施は希望しない。

② ①でAと答えた医療機関にご質問です。

新型コロナウイルスの各医療機関での検査について

- ☐ A PCR検査及び抗原検査両方を行いたい。
☐ B 抗原検査のみを行いたい。
☐ C PCR検査のみを行いたい。

③ ①でBと答えた医療機関にご質問です。

今冬新型コロナウイルスが予想以上に蔓延した場合、Aと回答いただいた医療機関だけで検査すると、検査が追いつかない可能性があります。

その場合医師会からのお願いとして貴院で検査をしていただけないでしょうか。

- ☐ A その場合はPCR検査及び抗原検査両方協力します。
☐ B その場合は抗原検査のみ協力します。
☐ C その場合は自院でコロナウイルス感染など起きた際には検査に協力します。
☐ D その場合でも当院ではコロナウイルス検査の実施に協力は困難です。

④ ①でAと答えたところと③でD以外と答えた医療機関にご質問です。

貴院では概算で1日何件ぐらいまで検査ができますか

約 _____ 件

以上のアンケート結果を持って、①でB、③でDとご回答いただいた医療機関については集合契約から外させていただき、それ以外のご回答をいただいた医療機関は集合契約の対象とすることを検討します。

医療機関名 _____

連絡先 _____

ご協力ありがとうございました。今後の運営については追ってご連絡いたします。よろしくお願いいたします。