

名古屋市高齢者施設等 従事者様向け 新型コロナウイルス感染症 スクリーニング検査実施マニュアル

名古屋市健康福祉局
株式会社ムトウ

令和5年10月3日版

① まずはじめに

内容

Web上の専用フォームより新型コロナウイルス抗原検査キットの希望数量のお申し込みをすると委託業者から1週間程度で抗原検査キットが送付されます。

施設内で検査が完結するため短時間で簡易的に結果がわかります。

症状の有る無しに関わらず週2回の定期検査にご利用ください。

なお、本事業は行政検査となりますので検査結果を必ず委託業者へご報告をお願い致します。

対象者

本事業の対象として名古屋市から認められた高齢者施設及び障がい児(者)施設等の**従事者**を対象としております。

※入所者や通所利用者、従事者の家族は検査対象外となります。

期間

事業期間：令和5年10月6日から令和6年3月31日

キット申込期間：令和5年10月6日から令和6年3月上旬

(配布終了時期は別途お知らせとなります。)

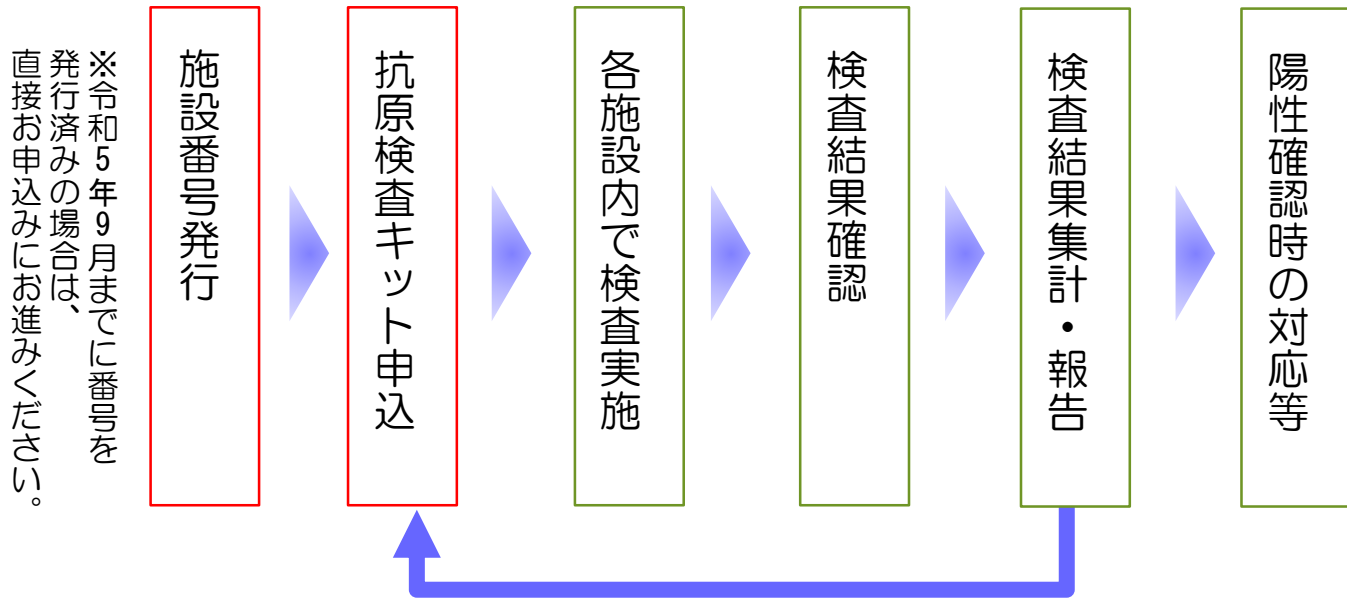
使用報告：令和6年3月31日まで(3月31日までにご使用ください。)

また、検査実施日ごとにご報告ください。マニュアル⑥参照)

業務委託先

株式会社ムトウ名古屋営業部(名古屋市)

② 全体の流れ



施設番号発行（初回のみ）

令和5年9月までご使用いただいた施設番号がそのまま使えます。再度の施設番号の発行は不要です。

新たに参加される施設は施設番号の発行からお願いします。マニュアル③をご参照ください。

施設番号は本事業中にて繰り返し使用いたします大切に保管をお願いいたします。

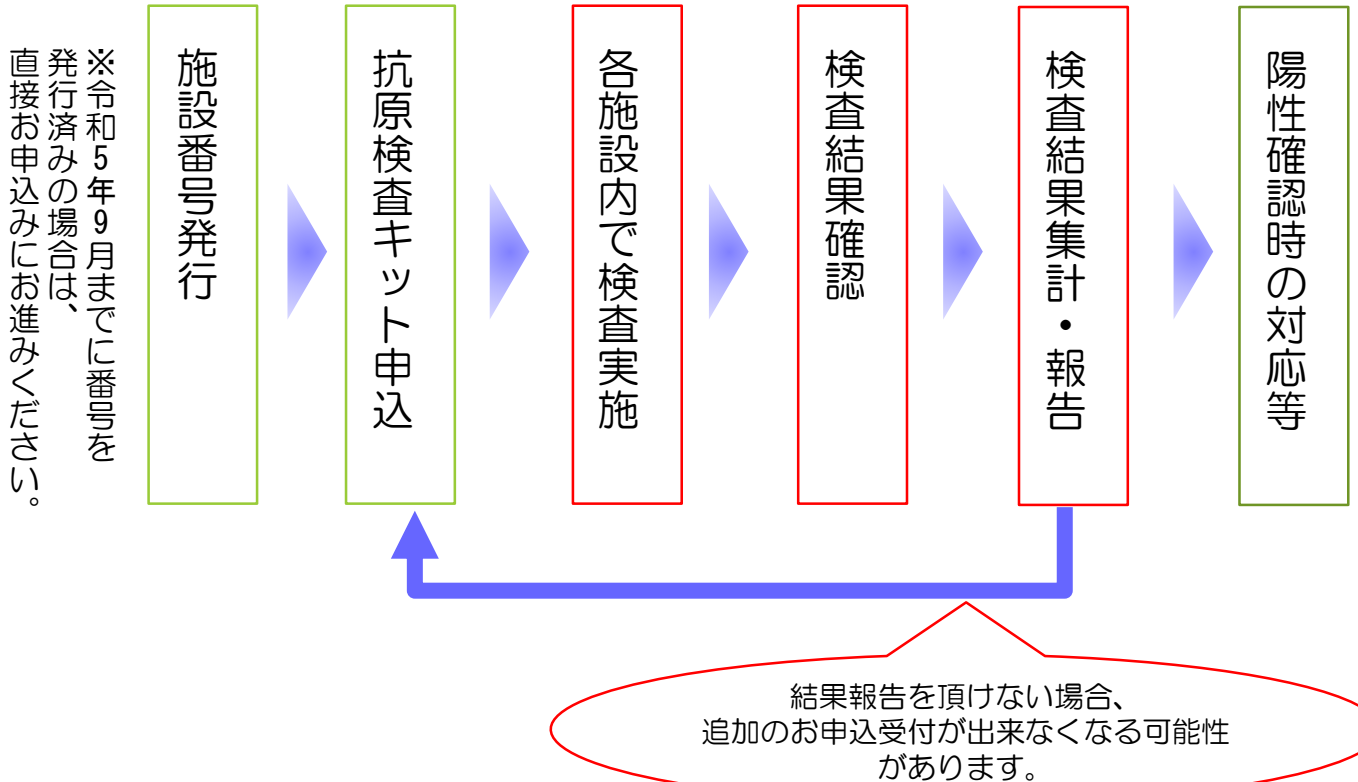
抗原検査キット申込

入所通所・訪問系も同じく1週間に2回の検査を目安とし、**1回のお申し込みにつき、お一人様当たり5キット（約半月分）**を送付致します。申込時には検査が必要な**人数**を記入ください。申込方法はマニュアル④をご参照ください。症状の有る無しに関わらず定期検査を目的としているため発熱時のみに使用するなど備蓄用としての申込はできません。また余剰が発生しないようお申し込みください。

（例）申込数10名の場合 → 50キットを送付致します。

※ 一度に配布する数量が変更となっています。ご注意ください。

② 全体の流れ



各施設内で検体検査

施設内で検査してください。**対象は従事者のみ**となります。
10月より配布される検査キットの種類が変更となりますが、検査方法に大きな違いはありません。使用方法などはマニュアル⑤をご参照ください。

検査結果集計・報告

本事業は行政検査であり逐次行政へ報告いたします。
御施設の担当者様は**検査した当日、おそくても翌日に結果報告をお願いします**。報告方法はマニュアル⑥をご参照ください。**結果報告を頂けない場合は追加の申込が出来なくなる可能性があります**。

次回申込

検査キット無くなる数日前に次回の申込をお願いします。施設番号同じものを使用しますので新たに発行は不要です。

③ 抗原検査キットの申込方法 (初回のみ ～施設番号の発行～)

※ 令和5年9月までご使用いただいた施設番号はそのまま使えます。
再度の施設番号の発行は不要ですので、キットのお申し込みにお進みください。

- 新たに参加される施設は施設番号の発行からお願いします。
- 施設番号発行フォームに必要事項をご入力の上、送信してください。
- 内容の確認後、施設番号をメールにて返答させていただきます。

▼ 施設番号発行フォーム ▼

名古屋市 抗原検査キット配布用 施設番号発行フォーム

◆お申し込みには専用の施設番号のご入力が必要となります。
初回のお申し込み時、もしくは施設番号をお忘れの場合は、大変お手数ですがこちらのフォームより発行のご依頼のほどお願い致します。

◆事業所が複数ある場合、またサービス種別が複数ある場合（例：介護医療院と通所リハビリテーションを運営）は、それぞれ別の施設番号を発行させていただきます。
お手数ですが各事業所・サービス種別ごとにお申し込みください。

[Google にログイン](#)すると作業内容を保存できます。[詳細](#)

*必須

ご施設の種類をご選択ください。*

入所・通所のサービス事業所（訪問系以外）

訪問系のサービス事業所

次へ

はじめてにサービス事業所を選択

次へを選択（ご施設情報の入力へ続きます）

<施設番号について>

- ①お申し込みと結果のご報告には、本事業専用の施設番号が必要となります。
- ②事業所が複数ある場合、またサービス種別が複数ある場合（例：介護医療院と通所リハビリテーションを運営）は、個別の施設番号が必要です。
大変お手数ですが、それぞれご申請のほどお願い致します

③ 抗原検査キットの申込方法 (初回のみ ～施設番号の発行～)

▼ 施設番号発行フォーム (続き) ▼

名古屋市 抗原検査キット配布用 施設番号発行フォーム

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

*必須

入所・通所のサービス事業所（訪問系以外）

※訪問系事業所様は一番下の選択肢で「戻る」をご選択の上、一つ手前の設問にお戻りください。

施設名*

回答を入力

施設名を入力

サービス種別*

【高】は「高齢者事業所」、【障】は「障害者（児）事業所」です。

選択

サービス種別を選択

担当者・部署名

回答を入力

検査キットの送付先
部署名・宛名を入力

メールアドレス*

回答を入力

メールアドレスを入力

電話番号*

ハイフンは入れず、半角英数字でご入力 of ほどお願い致します。

回答を入力

検査キットの送付先
電話番号を入力

郵便番号*

ハイフンは入れず、半角英数字でご入力 of ほどお願い致します。

回答を入力

郵便番号を入力

住所*

回答を入力

検査キットの送付先
住所を入力

戻る 送信

すべて入力後に送信ボタンを押して下さい

• こちらの二次元コードを読み取ると専用ページにアクセスできます。



<https://forms.gle/RWZHLWDwtsJ4E5nDA>

④ 抗原検査キットの申込方法 (毎回 ～配布希望者数のお申込み～)

- 施設番号発行メールに記載がある、お申し込み専用フォームにアクセスし必要事項をご入力の上送信してください。
- お申し込みの確認後、検査キットの発送を行います（1週間程度）。
- ※は必須項目です。空欄の場合は送信できませんのでお手数ですが必ず入力してください。
- 検査キットは名古屋市に登録されている施設の住所のみ送付となります。
- **キット申込は令和6年3月上旬まで**
(配布終了時期は別途お知らせとなります。)

▼ 申込専用フォーム ▼

名古屋市 事業所従事者向け抗原検査キットのお申し込み受付

◆事業所が複数ある場合、またサービス種類が複数ある場合（例：介護介助と申請届出介助を希望）は、お手数ですが各事業所・サービス種類ごとにお申し込みください。

※お申し込みは、お申し込み専用ページから行ってください。

※お申し込みは、お申し込み専用ページから行ってください。

メールアドレス

メールアドレス

メールアドレス

令和5年10月以降配布の抗原検査キットについて

製品が変更となり、1回のお申込みあたりの配布数もお一人様10キット（1か月分）→5キット（約半月分）へ変更となります。

アボットダイアグノスティクス
メディカル株式会社

Panbio COVID-19 Antigen
ラピッドテスト（鼻腔ぬくい液用S）

入数：1キット入り/箱

**1回あたりのお申込みに対する配布数が半量となります。
ご注意の上、お申込みください。**

ご所属の種類をご選択ください。

入所・退所のニーズ専用行（数県連絡を含む）

民間系サービス事業所

次へ

メールアドレスを入力

サービス事業所を選択

次へを選択
(ご施設情報の入力へ続きます)

<重要！>

①抗原検査キットは定期的な検査のために配布するものです。施設への備蓄や緊急時のみの使用を目的とした申込みはご遠慮ください。

②お申し込みは検査する施設ごと・事業所ごとに行ってください。
※他施設等への譲渡は行わないでください。

④ 抗原検査キットの申込方法 (毎回 ～配布希望者数のお申込み～)

▼ 申込専用フォーム 続き ▼

名古屋市 事業所従事者向け抗原検査キットのお申し込み受付

Google にログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

* 必須の箇所です

入所・通所のサービス事業所（救護施設を含む）お申し込み受付

- ◆施設番号【20000～29999】までのご施設が対象です。
- ◆お一人につき半月分（週に2回目安、計5回分）の抗原検査キットを配布します。

【お申込者情報】
今回お申し込みされるご施設・ご担当者様情報をご入力ください。

施設番号*

- ・施設番号は、ご施設様から発行をご依頼頂いた後に(株)ムトウからお送りしたメールに記載しております。
- ・施設番号をお忘れの場合は、お手数ですが(株)ムトウまでお問い合わせ下さい。

フリーダイヤル：0120-920-667（平日9:00～17:00）
Mail：safen-ny@ni.wism-mutoh.co.jp

回答を入力 施設番号を入力

施設名*

回答を入力 施設名を入力

サービス種別*
【高】は「高齢者事業所」、【障】は「障害者（児）事業所」です。

選択 サービス種別を選択

部署・担当者名など

回答を入力 検査キットの送付先
部署名・宛名を入力

【発送先情報と抗原検査キット配布希望者数】
今回お届けする住所情報と配布希望者数をご入力ください。

電話番号*
ハイフンは入れず、半角英数字でご入力のほどお願い致します。

回答を入力 検査キットの送付先
電話番号を入力

郵便番号*
ハイフンは入れず、半角英数字でご入力のほどお願い致します。

回答を入力 郵便番号を入力

住所*

回答を入力 検査キットの送付先
住所を入力

抗原検査キット 配布希望者数（～人分）*
何人分のキットが必要か、半角数字でご入力ください。
お一人につき半月分（週に2回目安、計5回分）の抗原検査キットを配布します。

回答を入力 対象者数を入力
(検査を受ける人数)

◆ご入力が終わりましたら、以下の送信ボタンを押して下さい。
【ただいまのお届け時期：お申し込みより約1週間】

◆検査後は検査結果報告も宜しくお願いします。
<https://forms.gle/Jw7JyZtyrArRm48>

◆検査実施マニュアル等は以下をご参照ください。
<https://www.wism-mutoh.jp/special/?id=1680000648-374538>

※送信ボタンを押しますと、すぐにお申し込みが完了します。
お手数ですが、送信前にご入力内容のご確認のほどお願い致します。

戻る 送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

すべて入力後に送信ボタンを押して下さい

・こちらの二次元コードを読み取ると専用ページにアクセスできます。



<https://forms.gle/QYEnGKPhSyAAwabM8>

⑤ 各施設内で検体採取・検査実施

(1) 本事業にて使用する検査キット

製造販売元：アボットダイアグノスティクスメディカル株式会社

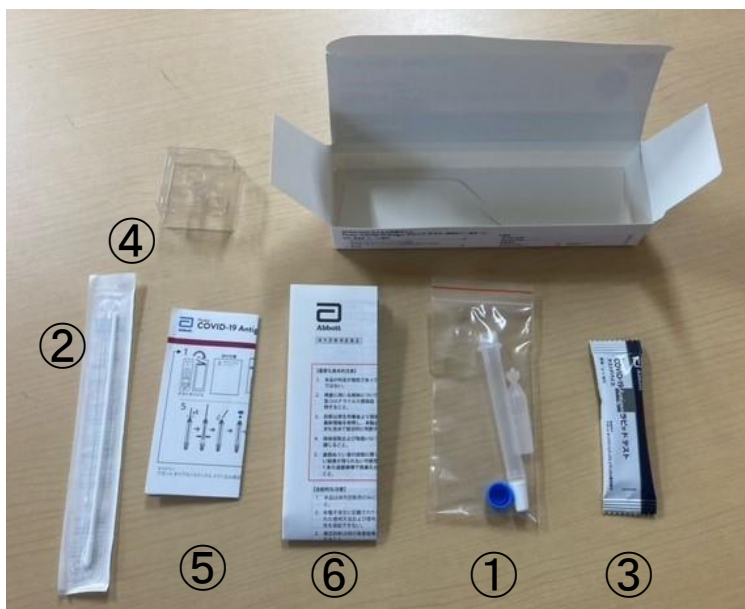
製品：**Panbio COVID-19 Antigen** ラピッドテスト（鼻腔ぬぐい液用-S）

※ **10月**より配布するキットの種類が変わります。

それに伴い、キットの送付数も変更となります。ご注意ください。

（1回のお申し込みにつき、お一人様当たり **5キット（約半月分）**を送付）

※ **1箱に1キット**入っております



(2) 箱の中に入っている物

| | | | | | |
|---|--------------------------------|------|---|----------|----|
| ① | 抽出液アンプル、検出抽出容器、 検出抽出容器用キャップ | 1セット | ④ | 検出抽出容器立て | 1本 |
| ② | 滅菌綿棒 | 1本 | ⑤ | 簡易操作ガイド | 1個 |
| ③ | テストデバイス | 1個 | ⑥ | 添付文書 | 1枚 |

<保管に関する注意事項>

- ・ 直射日光や熱にあてないでください。
- ・ **2～30℃**で保存してください。※暖房のきいたお部屋はご注意ください
- ・ キットは凍結しないでください。
- ・ 冷蔵庫に入れて保管した場合、使用前に30分室内に置いて常温に戻してください。

⑤ 各施設内で検体採取・検査実施

- 検体採取及び検査実施にあたっては、以下の手順にしたがって行ってください。

<重要！>

- 各施設毎に、検査キット結果報告を行う必要がありますので、検査実施日・検査実施数・陽性判定数を記録しておいてください（結果報告については13～14ページを参照してください）。

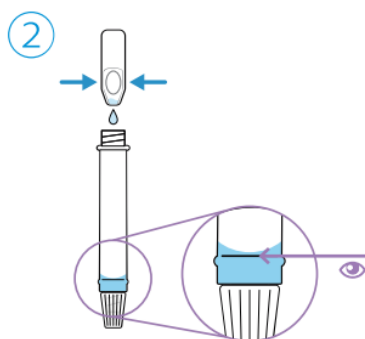
< 検体採取・検査時の注意事項 >

- 検体を取扱うときは使い捨て手袋などを着用してください。
- 冷蔵庫に入れて保管した場合、使用前に常温に戻しご使用ください。
- 検体をこぼした場合は、台所用漂白剤などの消毒液を使用し拭き取ってください。
- 検体及び本品を取り扱う場所では、飲食又は喫煙をしないでください。
- ご自身で検体採取ができない場合は、医療従事者に採取して頂く必要があります

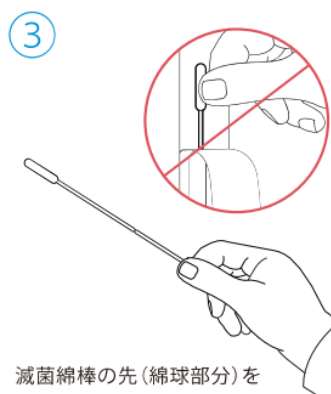
検査方法



①
抽出液アンプルの
タブをねじ切って
ください。



②
抽出液アンプルを垂直に保持し、検体抽出
容器の上限ライン(300µl)まで加えてくだ
さい。

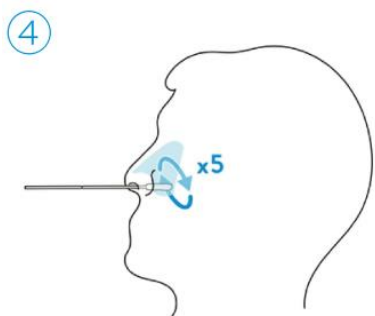


③
滅菌綿棒の先(綿球部分)を
触らずに袋から取り出して
ください。

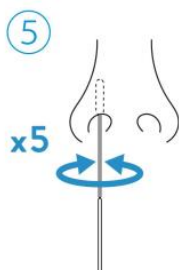
次のページにすすむ

⑤ 各施設内で検体採取・検査実施

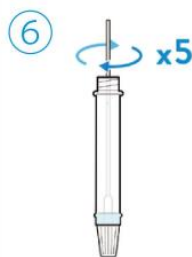
前のページからの続き



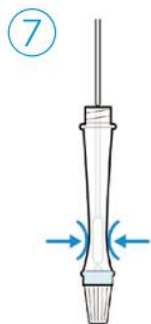
滅菌綿棒を最初に抵抗を感じる部分(約2cm)までゆっくり鼻孔に挿入してください。その後、鼻孔壁を擦る様に5回転させてください。



滅菌綿棒をゆっくりと取り出し、同じ綿棒でもう一方の鼻孔で検体採取を繰り返してください。



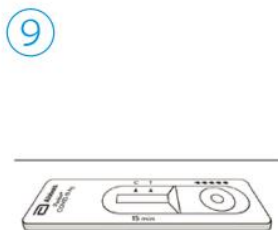
抽出液に検体採取後の綿棒の綿球部分を浸し、管壁に押し付けながら少なくとも5回転は回転させてください。



検体抽出容器の外側から綿球を指で押さえながら、検体を押し出してください。



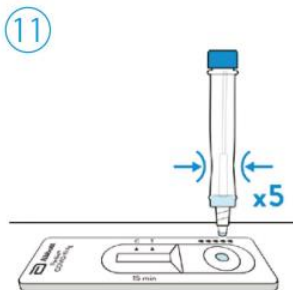
綿棒の軸のブレイクポイントで軸を折ってください。



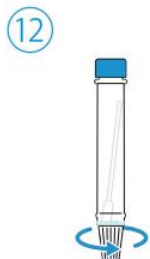
アルミ袋からテストデバイスを取り出し、平らな面に置いてください。



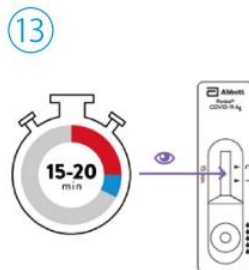
検体抽出容器下部の滴下ノズルのキャップを開けてください。



試料液5滴をテストデバイスの検体添加部に垂直に滴下してください。反応が終了するまでテストデバイスを動かさないでください。



滴下が終了したら、検体抽出容器下部の滴下ノズルのキャップをしっかり閉めてください。



15分後(20分まで)にテストデバイスの判定領域を観察し、ラインの有無により判定してください。

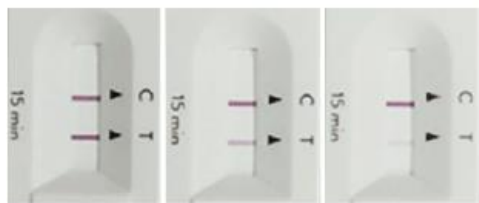
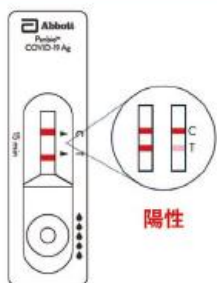
検査方法の
動画QRコード



⑤ 各施設内で検体採取・検査実施

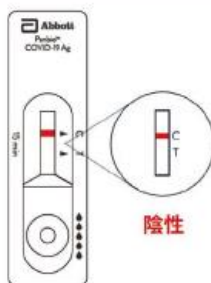
判定方法

陽性



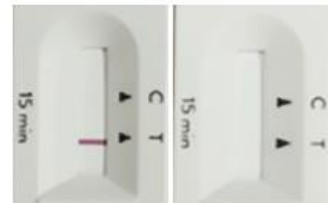
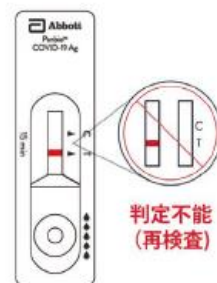
テストライン(T)およびコントロールライン(C)にラインが認められた場合、陽性となります。

陰性



コントロールライン(C)にのみラインが認められて、テストライン(T)にラインが認められなかった場合、陰性となります。

判定不能(再検査)



コントロールライン(C)にラインが認められなかった場合は、たとえテストライン(T)にラインが認められたとしても検査は無効です。未使用の製品を用いて再検査してください。

※ラインが認められればその濃淡に関わらずライン有と判定してください。

抗原検査キットの処分について

使用済みの滅菌スワブ、テストデバイス、抽出用バッファーが入っていたチューブ、検体に接した器具などは、感染の危険があるものとして、袋に入れてから1週間保管の後、可燃ごみとして廃棄してください。

(参考)

名古屋市公式ウェブサイト

「新型コロナウイルス感染症に関連する事業系ごみ廃棄方法のお知らせ」

<https://www.city.nagoya.jp/kankyo/page/0000129041.html>



⑥ 検査結果のご報告（検査実施日ごと）

- 結果報告フォームにアクセスし必要事項を入力してください。
- ※ 検査実施日ごとに報告を行う必要があります。
- 結果報告は令和6年3月31日まで（3月31日までにキットをご使用ください）。

▼ 結果報告フォーム ▼

名古屋市 事業所従事者向け抗原検査キット 結果報告フォーム（令和5年10月6日～検査実施分）

◆検査実施日ごとのご報告をお願い致します。

◆事業所が複数ある場合、またサービス種別が複数ある場合（例：介護施設と通所リハビリテーションを併設）は、お手数ですが各事業所・サービス種別ごとにご報告のほどお願い致します。

Googleにログインすると作業内容を保存できます。詳細


* 必須の質問です

メールアドレス*

メールアドレス

本事業の報告対象の検査結果について

2023年10月以降 配布のこちらの抗原検査キットのみ結果をご報告ください。



アポットダイアグノスティクスメディカル株式会社
「Panbio COVID-19 Antigen ラピッドテスト（鼻腔ぬぐい液用-S）」

2023年9月まで配布の抗原検査キットについては、10月以降のご使用の場合でも結果のご報告は不要です。

新規/修正（結果報告の種別のご選択）*

新たに報告頂く場合は「新規」
既に報告された内容を修正する場合は「修正」をお選びください。

新規
 修正

次へ

Google フォームでパスワードを記憶しおいてください。

<重要！>

抗原検査キット送付後、
結果報告が確認できない場合等は、
受託事業者の株式会社ムトウから
電話等によりご連絡させていただきます。
お手数ですが、
検査後の結果報告に
ご協力のほど宜しくお願い致します。

「新規」より検査結果報告を行ってください。

万が一誤って報告を行った場合、
「修正」を選択し、再度ご入力ください。
（修正前の情報と、修正後の情報を
両方入力する必要があります。）

⑥ 検査結果のご報告（検査実施日ごと）

▼ 結果報告フォーム（続き） ▼

名古屋市 事業所従事者向け抗原検査キット 結果報告フォーム（令和5年10月6日～検査実施分）

Googleにログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

*必須の質問です

新規

1 ご施設の種別をご選択ください。*

入所・通所のサービス事業所（救護施設を含む）

訪問系のサービス事業所

戻る 次へ フォームをクリア

サービス事業所を選択

・こちらの二次元コードを読み取ると専用ページにアクセスできます。



<https://forms.gle/Jvv7JyZtyrArRm48>

名古屋市 事業所従事者向け抗原検査キット 結果報告フォーム（令和5年10月6日～検査実施分）

Googleにログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

*必須の質問です

入所・通所のサービス事業所（救護施設を含む）

1 ◆施設番号【20000～29999】までのご施設が対象です。

【報告ご施設情報】
今回ご報告されるご施設情報をご入力ください。

施設番号*

- 施設番号は、ご施設様から発行をご依頼頂いた後メールに記載しております。
- 施設番号をお忘れの場合は、お手数ですが（株）ムトウまでお問い合わせ下さい。

フリーダイヤル：0120-920-667（平日9:00～17:00）
Mail：sales-ny@ni.wism-mutoh.co.jp

回答を入力

施設情報を入力

【検査結果ご報告欄】
名古屋市の無償配布事業の検査キットのご使用分のみご報告ください。

検査実施日*

日付
yyyy/mm/dd

検査実施日を入力

検査実施数*

半角数字でご入力の日ほどお願い致します。

回答を入力

検査実施数を入力

陽性判定数*

当該検査日に実施した検査の内、陽性判定の数をご入力ください。
また、必要に応じて医療機関の変診もお願致します。

回答を入力

陽性判定数を入力

すべて入力後に送信ボタンを押して下さい

⑦ 陽性確認時の対応

< 陽性の反応が出た場合 >

- 発熱時などは無理せず自宅で療養し、必要に応じて直接医療機関を受診してください。なお、体調不良時や医療機関の受診に迷う場合には**受診・相談センター**をご活用ください。

TEL : **050-3614-0741** (24時間)

- 医療機関を受診する際に、医師よりキットの検査結果を求められる場合があります。そのため、キットの判定可能時間である15~20分の間にスマートフォンなどで検査結果及びキットの製品情報がわかるものを画像として保存しておくことを推奨します。
- インフルエンザなどの感染症等発生時同様、所管課（市健康福祉局・子ども青少年局）にご連絡ください。（例：同一施設にて10名以上発生した場合）
- 名古屋市HP「療養上の注意」をご確認ください。
<https://www.city.nagoya.jp/kenkofukushi/page/000158585.html>

なお、原則保健センター等からの連絡はありませんので、ご了承ください。

⑧ よくある質問

| | |
|---|--|
| Q | 発熱などの症状がある場合にも抗原簡易キットを使用しても良いでしょうか？ |
| A | 発熱などの症状がある場合にも使用できますが、症状がある場合は協力医療機関や嘱託医に相談の上、診療・検査を受けて下さい。 受信先にお困りの場合は、受診相談センターにお電話をお願い致します。 TEL:050-3614-0741(24時間) |
| Q | 結果が「陰性」の場合は、引き続き業務に従事してもいいですか？ |
| A | 従事できます。ただし、検体中のウイルス量が少ない場合は、感染していても結果が「陰性」になることがあります。 陰性であっても引き続き感染予防の徹底をお願いします。 |
| Q | シフトの都合上、1人当たり5キットだと余ってしまうのですがどうしたらよいでしょうか？ |
| A | 本事業は、国が示す感染対策に基づき週2回の頻回検査を行うものです。 できるかぎりご協力をお願い致します。 どうしても都合がつかない場合は、注文時に配布希望人数を調整し、余剰のキットが出ないようにご注文ください。 |
| Q | 結果報告はいつまでに行えばいいでしょうか？まとめてもよいでしょうか？ |
| A | 翌日中には結果報告をお願い致します。 適切な報告がなされない施設に対しては、名古屋市もしくは委託事業者よりご連絡を行うことがあります。 また、申し込みをお受けできなくなる場合もございます。 シフトの関係上、翌日の報告が難しい場合は1週間に1回まとめてご報告頂くようお願いいたします。 |
| Q | 9月30日以前に配布されたキットは、引き続き使用してもよろしいでしょうか？ また、使用後に報告は必要でしょうか？ |
| A | 9月30日以前に配布されたキットは、使用期限までご使用頂けます。 また、使用後にご報告は不要でございます。 (ただし、10月以降に配布されたキット(アポットダイアグノスティクスメディカル株式会社「Panbio COVID-19 Antigen ラピッドテスト(鼻腔ぬぐい液用-S)」は、使用後に結果報告をお願い致します。) |

⑨ お問い合わせ先

本事業を通してご不明な点がある場合は、以下の相談先へご連絡ください。

- ①「検査結果の確認方法が分からない・検査のやり方で分からない点がある」など
医療に関すること
検査キット
〈アボット ダイアグノスティクス メディカル〉
TEL：0120-1874-86（受付時間：平日 9:00～17:00）
- ②「キットの申込方法が分からない・結果報告の仕方が分からない」など
医療以外に関すること
〈株式会社ムトウ〉
TEL：0120-920-667（受付時間：平日 9:00～12:00，13:00～17:00）
- ③「注文したキットがまだ届かない・届いたキットが破損していた」など
キットの配送に関すること
〈株式会社ムトウ〉
TEL：0120-920-667（受付時間：平日 9:00～17:00）
- ④受診先にお困りの時、症状悪化時
〈受診相談センター・健康相談専用窓口〉
TEL：050-3614-0741（受付時間：24時間）
- ⑤その他事業全般に関すること
〈名古屋市役所健康福祉局新型コロナウイルス感染症対策室 検査担当〉
TEL：052-972-4389（受付時間：平日 8:45～12:00，13:00～17:30）