

海外渡航者のための

新型コロナウイルス感染症の検査と証明書発行マニュアル

令和 2 年 10 月 26 日

日本渡航医学会

海外渡航者の検査ワーキンググループ

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症の世界的な流行により、現在複数の国が、入国者に対して渡航前の遺伝子検査(PCR 検査など)の実施と、それに関する結果証明書の提出を求めています。つきましては本学会として、学会員が所属する医療機関(トラベルクリニックなど)で検査や証明書発行を円滑に進めるためのマニュアルを作成しました。添付1の証明書サンプルは、最低限必要な項目を記載いたしました。渡航国の指定内容に応じて、医療機関毎に追記編集をしてください。

なお、日本政府は新型コロナウイルス感染症の流行が落ち着いた国との間で交流を再開する事業を展開しています。詳細は下記の外務省ホームページをご確認ください。

* 資料 A: 国際的な人の往来再開に向けた段階的措置について(令和 2 年 10 月 9 日)

https://www.mofa.go.jp/mofaj/ca/cp/page22_003380.html

2. 検査の流れ

■ 検査実施までの準備

- 各医療機関で、検査可能件数に応じた PPE 供給、検査体制を整える。
 - ・ PPE: 遺伝子検査の実施医療機関に対しては、都道府県を通じて PPE の優先配布を行っている。不足が生じた場合は、都道府県の担当部署に相談をする。それでも入手が難しい場合は、厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課 kikakujouhou@mhlw.go.jp に連絡する。
 - ・ 検査: 院内ないしは外部の検査会社で実施する。
- 正しい検体採取方法、PPE の着脱方法、感染管理方法を確認する。令和2年 10 月〇日現在、検査の検体は、渡航国側の提示する条件により、鼻咽頭ぬぐい検体か唾液検体のいずれかとなっている。検体の種類によって、院内感染防止に関する以下の対応が求められる。
 - A. 鼻咽頭拭い検体
 - ・ 検体採取時に採取者は PPE としてサージカルマスク、ゴーグルないしはフェースガード、手袋、長袖ガウンないしはエプロンの着用が求められる。
 - ・ 連続して複数人の検体を採取する時は手袋だけを交換する。ただし、飛沫などの汚染があった場合は、適宜 PPE 全てを交換する。

- ・採取する場所は通常の診察室と別な部屋がのぞましい。もし通常の診察室を使用する場合は、採取後に室内を消毒するとともに十分な換気をする。

B.唾液検体

- ・50mL 滅菌容器に 1-2mL 程度の唾液を患者に自己採取し、蓋をしてもらう(5-10 分間かけると 1-2mL 採取できる)。
- ・検体を回収するスタッフは、サージカルマスク・手袋を装着する。
- ・採取する場所は、十分に換気ができる個室が望ましい。通常の診察室を使用する場合は、採取後に室内を消毒するとともに十分な換気をする。

*資料 B:新型コロナウイルス感染症診断の手引き(第3版)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000668291.pdf>

*資料C:新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針(第1版)2020年10月2日発行

<https://www.mhlw.go.jp/content/000678571.pdf>

- 医療機関ごとに、検査代と証明書発行代(自費診療)の設定をする。
- 検査受付体制を決定する(予約方法、ホームページ整備等)。

■ 検査受付から結果報告まで

<予約受付> 下記受付条件により、各医療機関の方法で受ける。

【受付条件】

- イ) 海外渡航であること。
- ロ) 有効期間内のパスポートがあること。
- ハ) 渡航国に応じた記載内容、所定書類有無を予め外務省、大使館のホームページ等で確認してあること。(所定書類がある場合は必ず提出すること)
- ニ) 検査～証明書発行までの時間を承諾してもらうこと。
- ホ) 過去 2 週間の体調が良好であること。
- ヘ) 判定保留のため再検査となり、判定に遅れが出る可能性があることを承諾してもらうこと。
- ト) 検査結果が陽性になった場合、感染者として保健所の指示に従うこと。

<検査当日>

- 1) パスポートなどによる本人確認。
- 2) 検査受付条件の確認をする。
- 3) 問診・診察(検温)を行う。 → 検査実施の最終判断とする。
- 4) 遺伝子検査の説明をする。
 - ・検体採取方法の説明をする。
 - ・証明書発行日を承諾してもらう。
 - ・判定保留のため再検査となり、判定に遅れが出る可能性があることを説明し、承諾してもらう。

・検査結果が陽性になった場合、感染者として保健所の指示に従うことを十分に説明し、同意してもらう。(同意書を作成することが望ましい)

5) 検体採取する。(鼻咽頭ぬぐい液あるいは唾液)

6) 証明書発行日時、受け渡し方法を決定する。(原則は来院による対面での受け渡しであるが、電子メールや郵便で送付する方法も状況に応じて検討する)

<結果報告>

陰性の場合 : ① 証明書を作成する。[添付1証明書サンプル]

渡航国によって、指定の検査や記載様式が異なる。記載内容の不備で、入国拒否の可能性もあることから、受診者本人に予め詳細を十分確認いただくよう、注意を促す。

② 証明書にはクリニックの英語印鑑を捺印する。

③ 証明書の結果説明、書類をお渡しする。

陽性の場合 : 陽性報告が判った時点で、本人に電話連絡をし、検査医師は直ちに最寄りの保健所に届け出る。 下記資料3内20頁「4. 届出」参照。

*資料B : 新型コロナウイルス感染症診断の手引き(第3版)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000668291.pdf>

3. 相談窓口

経済産業省 TeCOT(海外渡航者コロナウイルス検査センター)

https://www.meti.go.jp/policy/investment/tecot/iryoukikan/tecot_iryoukikan.html

TeCOT コールセンター(受付時間 9:00~17:00)

ナビダイヤル:0570-028117(IP電話等から:03-6830-8026)

E-MAIL:kaigaitokosien-toiawase@meti.go.jp

(作成)

日本渡航医学会 海外渡航者の検査ワーキンググループ

担当理事 濱田篤郎(東京医科大学病院)

担当委員(五十音順)

岩崎明夫(ソニーコーポレートサービス)、大越裕文(西新橋クリニック)

小川 拓(奈良県立医科大学感染症センター)、栗田直(東京医科大学病院)

古賀才博(トラベルクリニック新横浜)、宮城啓(三菱重工業)

添付 1 : 証明書サンプル

Health Certificate for COVID-19

Name (First, Last)	
Gender	
Age	y/o
Date of Birth (dd/mm/yyyy)	
Nationality	
Passport No.	

1) Date of Examination (dd/mm/yyyy)	/ /	
2) Close contact with a person with COVID-19 (probable or confirmed) while they were ill without taking appropriate precautionary measures within the last two weeks.	YES / NO	
3) Clinical symptoms such as cough, shortness of breath, chills, fatigue, muscle pain, headache, sore throat, vomiting, diarrhea, or new loss of taste or smell.	YES / NO	
4) Clinical Manifestation	BT: _____ °C Others:	
5) Testing for COVID-19 (examined on the same day as the examination)		
Sample	Testing for COVID-19	Laboratory result
<input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/> Saliva	<input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (Real Time RT-PCR) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Antigen test (CLEIA)	<u>Negative</u> (Not detected) *Sample Date (dd/mm/yyyy);

Based on the above information, the person named above is currently healthy and unlikely infected with SARS-CoV-2. Therefore, he or she is fit for flight/work at the current health condition.

Date of Issue (dd/mm/yyyy):

Signature of Physician:

Name of Physician(Printed):