

# 不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業実施要綱

児第899号 令和2年8月4日

一部改正 令和2年8月11日

一部改正 令和3年3月31日

## 1 目的

新型コロナウイルス感染症の流行が続く中で、妊婦の方は日常生活等が制約され、自身のみならず胎児の健康等に対しても、一般の方以上に不安を抱えて生活を送っている状況にある。このようなことから、本人が希望する場合に SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）感染の有無を確認するウイルス検査が受けられるよう体制を整備し、検査費用を補助することで、妊婦の不安解消を図ることを目的とする。

## 2 実施主体

千葉県

## 3 検査対象疾病

COVID-19（感染症法では「新型コロナウイルス感染症」）

## 4 検査対象者

検査対象者は、以下の（1）（2）の両方に該当する妊婦のうち、検査を希望する者とする。

（1）以下のいずれかに当てはまること

ア うつ状態にあるなどの不安を抱える者

イ 基礎疾患（慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等）※を有する者

※「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第3版」（令和2年9月4日）において重症化のリスク因子とされている疾患。

（2）千葉県内に住所を有する医療機関に継続受診している又は分娩を予定している者

## 5 検査時期

分娩予定日の概ね2週間前とする。

妊娠36～37週頃の妊婦健康診査の受診時を目安とし、早産リスク等の妊婦それぞれの状況に応じた時期に検査を実施する。

## 6 検査機関

妊婦のかかりつけ産科医療機関又は本事業の協力医療機関等で実施することとし、事前に千葉県と本事業に係る契約を締結している医療機関であること。（以下「検査実施医療機関」という。）

なお、検査実施医療機関においては、産婦人科医がいることが望ましい。

## 7 検査の実施方法等

### (1) 妊婦への事前説明

かかりつけ医療機関において、検査を希望する妊婦に対し、事前に以下のア～オについて、検査説明書（別添1）を活用し丁寧な説明を行う。

ア 本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、分娩予定日が概ね2週間前の妊婦の方を対象としており、ご本人が希望する場合に任意で行われるものであること

イ 検査の性質上、偽陽性、偽陰性が一定の確率で起こりうること

ウ 結果が陽性となった場合、症状の有無にかかわらず、感染症法に基づき都道府県知事等が入院勧告を行うため、入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合があること。また、入院先の医師の判断により、分娩方法等が変更される（帝王切開や計画分娩等）可能性があること

エ 結果が陽性となった場合、症状の有無にかかわらず、医師の判断により、感染拡大防止の観点から入院中の面会および分娩時の立ち会いが制限される場合があり、また、分娩後の一定期間、母子分離となる可能性があること

オ 陽性となった場合、希望により、退院後において各自自治体が提供する、助産師・保健師等による健康支援や育児支援などのケアを受けることができること

### (2) 検査の申し込み

ア (1)の説明を受けた上で検査を希望する妊婦は、検査申込書兼同意書（様式第1号）を記載し、検査実施医療機関へ提出し、検査を申し込むこととする。

イ 提出された検査申込書は、妊婦本人へ保管用として写しを渡すこと。なお、検査実施医療機関において、5年間保管しておくこととする。

ウ 検査実施医療機関は、検査申込書の写しを各月ごとに千葉県へ提出すること。

### (3) 新型コロナウイルスにかかる検査

ア 検体は、鼻咽頭ぬぐい液又は唾液とする。

イ 検査方法は、核酸増幅法（PCR法・LAMP法）による検査及び抗原定量検査とする。

ウ 検査結果は、検体採取した医療機関から妊婦へ結果を伝えること。なお、陽性であった場合、結果と併せて、保健所から入院調整等の連絡がある旨を伝えること。

## 8 新型コロナウイルス感染症と診断した場合

### (1) 発生届

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項に基づき、検体採取を行った医師は診断後直ちに医療機関所在地を管轄する保健所（健康福祉センター）へ届け出るものとする。その後は、管轄保健所の感染症対策の担当において、患者の健康状態等のフォローアップや入院調整等を行う。

## (2) 陽性者数の集計

国において、発生届を基に集計を行うため、発生届の自由記載欄（「19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項」などの欄）に「**妊婦支援事業**」と記載すること。

## 9 経費の負担

### (1) 千葉県内の検査実施医療機関において検査を実施した場合

本事業に関する経費のうち、検査に要する費用等については県が支弁することとし、1件あたり20,000円を検査実施医療機関へ支払うものとする。なお、検査実施医療機関等において、検査費用以外の費用が生じる場合は妊婦が負担するものとする。

### (2) 里帰り等により他の自治体において検査を実施した場合

妊婦が里帰り等により他の自治体にて、本事業と同様の検査を受け、妊婦が費用負担した場合は、妊婦1人あたり（検査1回に限り）20,000円を上限とし、妊婦等からの請求に基づき、検査費用の実支出額を支弁する。この場合、補助対象となる費用は検査費用のみとし、検査費用以外の費用は対象外とする。

## 10 検査費用の支払い

9（1）及び（2）に該当するものについて、以下のとおり支払うこととする。

### (1) 検査実施医療機関が千葉県へ請求する場合

- ア 検査実施医療機関は、検査実施報告書兼請求書（様式第2号）に7（2）ウを添付し、千葉県へ提出する。
- イ 千葉県はアの書類を審査し、適正か否かを確認する。
- ウ イにて適正であることを確認した際は、適正な書類を受けた日から30日以内に請求額を支払うものとする。

### (2) 妊婦等が負担した検査費用を千葉県へ請求する場合

- ア 妊婦等が費用を請求する場合は、不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書（様式第3号）に必要書類を添付し、千葉県へ提出する。
- イ 千葉県はイの申請書及び添付書類を審査し、助成の可否を決定し、不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成承認決定通知書（様式第4号）又は不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成不承認決定通知書（様式第5号）により申請者へその旨を通知するものとする。
- ウ イにて、助成することと決定した者に対しては、決定した日から30日以内に助成額を支払うものとする。

## 11 実施上の留意事項

本事業の実施にあたっては、責任ある体制を確保し、対象者の個人情報の保護には十分留意すること。

## 1.2 適用日

- (1) 本事業は、令和2年8月1日から開始し、令和4年3月31日までに実施した検査を対象とし、請求期限は令和4年4月30日までとする。
- (2) 一部改正は令和3年3月31日に施行し、令和3年4月1日から適用する。なお、令和3年3月31日までに実施した検査に際しては、従前の様式を使用することとする。

※妊婦の方にお渡し下さい。

令和 年 月 日

# 新型コロナウイルス感染症の ウイルス検査を希望される妊婦の方へ (PCR・LAMP・抗原定量)

## 【検査説明書】

### **検査について**

- 本検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、分娩予定日が概ね2週間以内の妊婦の方を対象としており、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 本事業の対象回数は1回のみです。
- 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していないのに結果が陽性になること(偽陽性)があります。

### **検査の結果が陽性となった場合について**

- 症状の有無にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合があります。また、分娩方法等が変更される(帝王切開や計画分娩等)可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、感染拡大防止の観点から入院中の面会および分娩時の立ち会いが制限される場合があります。また、分娩後の一定期間、母子分離(お母さんと赤ちゃんが別室での管理となり、赤ちゃんに触れることや、授乳することができない)となる可能性があります。
- 希望により、退院後において自治体が提供する、助産師・保健師等による継続的な健康支援や、育児支援などのケアを受けることができます。そのため、本検査結果につきましては、住民票のある自治体に情報提供させていただきます。

# 新型コロナウイルス感染症の ウイルス検査を希望される妊婦の方へ (PCR・LAMP・抗原定量)

## 【検査申込書兼同意書】

私は、( 基礎疾患<sup>※</sup> ・ 強い不安 )があるため検査を希望し、下記内容について説明を受け、同意(☑をお願いします)の上、検査を申し込みます。

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

郵便番号 〒

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※連絡のとれる電話番号及び住民票上の住所を記載してください。

### 検査について

- 検査は、発熱等の感染を疑う症状がなく、分娩予定日が概ね2週間以内の妊婦の方を対象としており、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 本事業の対象回数は1回のみです。
- 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していないのに結果が陽性になること(偽陽性)があります。

### 検査の結果が陽性となった場合について

- 症状の有無にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合があります。また、分娩方法等が変更される(帝王切開や計画分娩等)可能性があります。
- 症状の有無にかかわらず、感染拡大防止の観点から入院中の面会および分娩時の立ち会いが制限される場合があります。また、分娩後の一定期間、母子分離(お母さんと赤ちゃんが別室での管理となり、赤ちゃんに触れることや授乳することができない)となる可能性があります。
- 希望により、退院後において自治体が提供する、助産師・保健師等による継続的な健康支援や、育児支援などのケアを受けることができます。そのため、本検査結果等につきましては、住民票のある自治体に情報提供させていただきます。

※基礎疾患・・・「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第3版」において重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等を有する者)

医療機関名: \_\_\_\_\_

確認者(医師)氏名: \_\_\_\_\_

検査実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

所在地  
\_\_\_\_\_  
請求者  
(医療機関名)  
\_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月分の「不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査」について、  
下記のとおり実施しましたので、 金 \_\_\_\_\_ 円 を請求します。

記

- 1. 検査費用 (単価) 1件 20,000 円
- 2. 検査実施件数 \_\_\_\_\_ 件
- 3. 陽性者数 \_\_\_\_\_ 件
- 4. 添付書類 検査申込書兼同意書 (要綱様式第1号) の写し
- 5. 振込先口座  
銀行名 \_\_\_\_\_  
本支店名 \_\_\_\_\_  
種別 \_\_\_\_\_ 普通 ・ 当座 \_\_\_\_\_  
口座番号 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)  
口座名義人 \_\_\_\_\_

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

関係書類を添えて下記のとおり「不安を抱える妊婦の分娩前ウイルス検査費用」の助成を申請します。

なお、千葉県が他の自治体や医療機関等に申請状況や検査内容等を確認する際に、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報を利用することに同意します。

記

|                              |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
|------------------------------|-------|---------------------------------|-------|-------------------------------------|--|------|--|
| ふりがな                         |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 申請者氏名<br>(PCR検査を受けた御本人)      |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 申請者生年月日                      |       | 昭和・平成                           |       | 年                                   |  | 月 日生 |  |
| 申請者住所<br>(住民票上のご住所)          |       | 〒 -<br>TEL: ( )                 |       |                                     |  |      |  |
| 申請額                          |       | 円<br>(20,000円を上限に検査費用のみを助成します。) |       |                                     |  |      |  |
| かかりつけ産婦人科                    |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 検査を受けた医療機関                   |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 検査の種類等<br>(該当する方に○をつけてください。) |       | 検体                              |       | 鼻咽頭ぬぐい液 ・ 唾液                        |  |      |  |
|                              |       | 検査方法                            |       | (PCR法・LAMP法)<br>核酸増幅法による検査 ・ 抗原定量検査 |  |      |  |
|                              |       | 検査理由                            |       | 基礎疾患*があるため ・ 強い不安があるため              |  |      |  |
| 振込先口座                        | 金融機関名 |                                 |       | 本支店名                                |  |      |  |
|                              | 種別    |                                 | フリガナ  |                                     |  |      |  |
|                              | 普通・当座 |                                 | 口座名義人 |                                     |  |      |  |
| 口座番号                         |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 【添付書類】                       |       |                                 |       |                                     |  |      |  |
| 1. 本人の住所が確認できるもの(免許書等の写しなど)  |       |                                 |       | 2. 検査を実施した際の領収書及び内訳書(原本)            |  |      |  |
| 3. 振込先口座が確認できるものの写し          |       |                                 |       | 4. 検査を実施した際の申込書の写し                  |  |      |  |

※基礎疾患…重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等。)

【千葉県記入欄】

|        |  |           |  |
|--------|--|-----------|--|
| 申請書受理日 |  | 承認・不承認決定日 |  |
|--------|--|-----------|--|



様式第4号

児 第 号

令和 年 月 日

(申請者氏名) 様

千葉県知事

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成承認  
決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあったウイルス検査費用の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

助成することとした額 金 \_\_\_\_\_ 円

様式第5号

児 第 号

令和 年 月 日

(申請者氏名) 様

千葉県知事

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成不承認  
決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあったウイルス検査費用の助成について、下記の理由により不承認としたので通知します。

不承認とした理由 \_\_\_\_\_ ため