

令和 2 年 2 月 28 日

郡市医師会  
担 当 理 事 殿

神奈川県医師会  
理事 笹 生 正 人

新型コロナウイルス感染症に係る PCR 検査での不適切事例について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、平素より本会事業にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきまして、日本医師会常任理事より通知があり、「実際に医師が必要性を認め、且つ PCR 検査を実施するためのリソースがあるにもかかわらず、患者・国民が検査を受けられない」状況が地域で発生していることから、実態を把握し、厚生労働省はじめ関係各位に改善を求めていくとのことです。  
(詳細は別添参照願います。)

つきましては、貴会にて前述の状況等を把握された場合には、下記にて本会あてご報告いただきたくお願い申し上げます。本会からは、報告のあった翌日に日本医師会に提出します。

記

報告方法 ① 別紙に記載 (1 件でも可) し、メールにて報告

(郡市医師会からの報告用メールアドレス：[kansensho@kanagawa.med.or.jp](mailto:kansensho@kanagawa.med.or.jp))

② 報告頻度：会員医療機関等から連絡があった都度でも可

③ 報告期限：令和 2 年 3 月 12 日 (金) 17 時まで

以上

お問い合わせ先

地域保健課 担当：福本

横浜市中区富士見町 3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail :kansensho@kanagawa.med.or.jp

## 新型コロナウイルス感染症に係る PCR 検査での不適切事例（報告用紙）

郡市医師会名	医師会
報告者名（役職）	（                    ）
事例 ①	i) 事例把握日：            年            月            日 ii) 保健所名            : _____ iii) 事例発生地域（市町村名）: _____
事例 ②	i) 事例把握日：            年            月            日 ii) 保健所名            : _____ iii) 事例発生地域（市町村名）: _____
事例 ③	i) 事例把握日：            年            月            日 ii) 保健所名            : _____ iii) 事例発生地域（市町村名）: _____

※ i～iii は記入可能な範囲でご記入下さい。

※令和2年3月12日分迄とし、把握された都度、ご報告いただいても結構です。

※ご報告いただいた内容は、日本医師会に提出したうえで、厚生労働省等政府関係者等に情報提供いたします。

※ご報告内容にあわせて様式を修正のうえ、神奈川県医師会地域保健課福本宛に電子メール（kansensho@kanagawa.med.or.jp）にてご報告をお願いいたします。

(総168)

令和2年2月26日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会

常任理事 小玉 弘



常任理事 釜 范



### 新型コロナウイルス感染症に係る PCR 検査での不適切事例について

新型コロナウイルス感染症への対応にあたり、特段のご高配を賜っておりますことに対し、厚く御礼申し上げます。

さて、去る2月25日に政府が決定をいたしました「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」等にありますが通り、PCR検査を希望する患者・国民に対しては、医師がその必要性を認めることで実施が可能です。

しかしながら、実際には医師が必要性を認め、且つ、PCR検査を実施するためのリソースがあるにもかかわらず、患者・国民が検査を受けられない事態が発生しているとの情報が、地域から複数届いております。

日本医師会はこの事態を重く受け止め、まずはその実態を把握し、その上で厚生労働省はじめ関係各位に改善を求めていくことが、緊急に必要であると考えます。

つきましては、貴会において上記のような PCR検査に係る不適切事例を把握した場合には、その都度、本会総務課（担当：浦浜・牧野）宛てに別紙をもってご報告いただきますよう、ご理解ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

なお、ご報告いただく期間といたしましては、令和2年3月13日（金）迄（同日までに把握されたもの）とさせていただきます。

## 新型コロナウイルス感染症に係る PCR 検査での不適切事例（報告用紙）

都道府県医師会名	医師会
報告者名（役職）	( )
事例 ①	i) 事例把握日： 年 月 日
	ii) 保健所名： _____
	iii) 事例発生地域（市町村名）： _____
事例 ②	i) 事例把握日： 年 月 日
	ii) 保健所名： _____
	iii) 事例発生地域（市町村名）： _____
事例 ③	i) 事例把握日： 年 月 日
	ii) 保健所名： _____
	iii) 事例発生地域（市町村名）： _____
事例 ④	i) 事例把握日： 年 月 日
	ii) 保健所名： _____
	iii) 事例発生地域（市町村名）： _____
事例 ⑤	i) 事例把握日： 年 月 日
	ii) 保健所名： _____
	iii) 事例発生地域（市町村名）： _____

※ i～iii は記入可能な範囲でご記入下さい。

※把握された都度、ご報告をお願いいたします（令和2年3月13日分迄）。

※ご報告いただいた内容は、厚生労働省等政府関係者等に情報提供いたします。

※ご報告内容にあわせて様式を修正のうえ、日本医師会総務課宛に電子メール (soumu@po.med.or.jp)にてご報告をお願いいたします。

※本データは都道府県医師会文書管理システムお知らせコーナーに掲載しております。適宜、ご利用下さい。