

病原体定点マニュアル

※貴医療機関が該当するものに○をつけてください。

小児科（急性呼吸器感染症）	基 幹
内 科（急性呼吸器感染症）	眼 科
性感染症	

医療機関名：

2026年4月

東京都健康安全研究センター
健康危機管理情報課
（東京都感染症情報センター）

【お問合せ先】

東京都健康安全研究センター事業推進担当

電話 03-3363-3152 FAX 03-5386-7427

1 目的

感染症発生動向調査事業は、「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(感染症法)」に基づいて国と都道府県等が実施するもので、「患者情報の収集(患者発生状況サーベイランス)」「病原体情報の収集(病原体サーベイランス)」の2つの体系からなります。

「病原体サーベイランス」は病原体情報を収集・分析することで、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、適切な感染症対策を立案することを目的としています。

2 東京都における病原体サーベイランスの概要

指定届出機関(患者定点医療機関)のうち概ね10%程度を病原体定点医療機関として選定しています。病原体定点医療機関において、定点把握対象の五類感染症と診断した患者から採取した検体を、健康安全研究センター(以下センターとします。)に搬入・検査を実施することによって、定点把握対象の五類感染症の動向を把握・分析しています。

病原体サーベイランスは国の発生動向調査事業実施要綱をふまえて、各自治体が地域の特性を考慮し実施します。東京都の場合、主に下記のような特徴があります。

【東京都における病原体サーベイランスの特徴】

- 国の発生動向調査事業に規定されている病原体サーベイランス対象疾患に加え、都独自の病原体サーベイランス対象疾患を設けています。

3 東京都における病原体サーベイランスの流れと留意点

3.1 全体の流れ

- (1) P2・表1に示す疾患の患者から採取した検体を提出してください。
- (2) おおよその検体数はP2・表1に示してあります。
- (3) 検査は原則全てセンターで実施します。
- (4) 検体の回収は、病原体定点医療機関毎に決められた回収日にセンターが契約した委託業者が訪問し、回収します。
- (5) 検体容器、梱包用品は、(4)の委託業者の訪問時にセンターからお届けします。
(一部、医療機関でご用意いただくものもあります)。⇒P3「検査に必要な物品について」参照
- (6) 検査結果は、検体を提出いただいた病原体定点医療機関及び管轄保健所に通知すると共に、WEB上で一般にも公開します。⇒P4「検査結果について」参照

【表1】

定点種別	対象症例又は診断名	調査期間	期間あたり検体数	検体採取について
小児科定点	咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁、鼻閉のいずれか1つ以上の症状を呈し、発症から10日以内の急性的な症状であり、かつ医師が感染症を疑う外来症例	毎週 第2営業日 ^{※1}	週5検体 (ウイルス・細菌合計5検体程度)	P5参照
	RSウイルス感染症	1週間	週1～2検体 ^{※2}	
	咽頭結膜熱			
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎			
	感染性胃腸炎			
	水痘			
	手足口病			
	伝染性紅斑			
	突発性発しん			
	ヘルパンギーナ			
	流行性耳下腺炎			
	川崎病			
	不明発しん症			
内科定点	咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁、鼻閉のいずれか1つ以上の症状を呈し、発症から10日以内の急性的な症状であり、かつ医師が感染症を疑う外来症例	毎週 第2営業日 ^{※1}	週5検体 (ウイルス・細菌合計5検体程度)	P6参照
眼科定点	流行性角結膜炎	1週間	週1～2検体	P7参照
	急性出血性結膜炎			
性感染症定点	性器クラミジア感染症	1週間	週1～2検体	P8参照
	性器ヘルペスウイルス感染症			
	尖圭コンジローマ(HPV感染症)			
	淋菌感染症			
	膣トリコモナス症(都独自)			
基幹定点	感染性胃腸炎(ロタウイルスに限る)	1週間	週2検体	P9参照
	細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌が同定された場合は除く)			
	無菌性髄膜炎			
	クラミジア肺炎(オウム病を除く)			
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症			
	マイコプラズマ肺炎			
	メチチリン耐性黄色ブドウ球菌			
	インフルエンザ入院(鳥インフルエンザ、新型インフルエンザは除く。入院患者のみ)			

※1 第2営業日に5検体収集できない場合は、第2営業日以外の検体のご提出も可能です。

※2 流行状況に応じて、1～2疾患の検体を提出ください。

なお、小児科定点においては、急性呼吸器感染症定点として提出した患者とは異なる患者の検体をご提示ください。

3. 2 検体採取に係る患者同意について

検体採取に際しては、対象となる患者に対して病原体サーベイランスの目的を説明し、同意を得たうえで実施することとしています。説明の形式は問いませんが、必ず事前に説明し、同意を得た上で実施いただきますようお願いいたします。(P9資料2参照)

また、個人情報とプライバシーの保護に御留意いただき、検査票には氏名等の個人情報に記載しないようお願いいたします。



3. 3 検査に必要な物品について

検査及び梱包に必要な物品は、こちらから送付します。在庫がなくなる前に、「検体容器等請求書」(P11資料4参照)に記入の上、FAXで御請求ください。

3. 4 検体の梱包(回収までの準備)について

検体の回収は、委託業者が1回に複数の医療機関を巡回します。他の検体と混同する等の事故を防止するため、表2の手順に沿って適切に行ってください。

【表2】

<p>1 P10資料3「検査票(6枚複写)」に必要事項を記入し、医療機関控え(1枚目)をはずす。 *特に、疫学情報(発症日、採取日、性別、年齢)は漏れないよう留意ください。</p>		<p>2 検体が入った容器に検査票に記入したIDのみを油性マジックで記入する。</p>	
<p>3 2の容器のふたがしっかり閉まっていることを確認し、吸収材で包む。</p>		<p>4 3を透明の袋に入れる(例:茶で包んだ場合)。</p>	
<p>5 4を保護袋に入れ封をし、検査票と合わせて回収にきた委託業者に渡す。</p>		<p>※ 吸収剤、透明袋、保護袋の中には複数の検体容器を一緒に入れていただいても構いません。(検体容器にIDが記入されていることを、今一度確認ください。)</p>	

3. 5 検体の回収について

検体の回収は週に1回（病原体定点医療機関によっては2回）、各病原体定点医療機関に委託業者が回収車で伺います。病原体定点医療機関毎に回収に伺う曜日が決まっています。

3. 6 検査結果について

(1) 病原体定点医療機関への結果報告

検査結果が判明した時点で、郵送等により成績書を送付します。送付までの目安の期間は、約4週間です。

(2) 東京都感染症週報への掲載

東京都感染症週報は感染症サーベイランスに係る患者情報、病原体情報の1週間分のまとめを東京都感染症情報センターホームページ内に掲載するものです。各病原体定点医療機関から提出された検査結果が反映されるのは、病原体定点医療機関に結果が返却された後、概ね翌週の木曜日になります。

➤ 東京都感染症週報 <https://idsc.tmiph.metro.tokyo.lg.jp/weekly/>

(3) 東京都微生物検査情報での公表

東京都微生物検査情報は病原体検査結果の約1ヶ月分のまとめを感染症情報センターホームページに掲載するものです。発行は毎月10日前後になります。

➤ 東京都微生物検査情報 <https://idsc.tmiph.metro.tokyo.lg.jp/epid/>

4 問い合わせ先

お問い合わせについては、センターの事業推進担当に電話で御用件をお伝えください。問い合わせ内容により担当者におつなぎします。電話の際、「病原体定点の（医療機関名）ですが、病原体サーベイランスのことで」とお話しいただくとスムーズです。

➤ 東京都健康安全研究センター事業推進担当





電話 03-3363-3152 FAX 03-5386-7427

5 お願い

病原体サーベイランス事業は病原体の動向把握を目的としているため、検査開始から成績書送付まで約4週間の時間を要します。従って、当事業を迅速な診断目的に活用することには対応致しかねますので御了承ください。

搬入された検体に関して疫学情報などの状況について、個別にお問い合わせさせていただくことがありますので御協力をお願いします。



○小児科病原体定点

対象症例又は診断名	検体	採取容器	保管方法		
			採取前	採取後	
ウイルス検査対象疾患 ・急性呼吸器感染症の症例定義に合致する患者の検体(ウイルス疑い)※ ・RSウイルス感染症 ・咽頭結膜熱 ・水痘 ・手足口病 ・伝染性紅斑 ・突発性発しん ・ヘルパンギーナ ・流行性耳下腺炎 ・川崎病 ・不明発しん症	咽頭拭い液・ 鼻咽拭い液・ 鼻拭い液・ 鼻腔拭い液	 ① ウイルス輸送用培地	室温 (2～25℃)	回収前日、 及び当日採取 ⇒冷蔵 回収前日 よりも前に採取 ⇒冷凍	
					・感染性胃腸炎(ウイルス性)*
細菌検査対象疾患	・感染性胃腸炎(細菌性)* *)臨床診断により、ウイルス性か細菌性か迷う場合は、両方の検体提出可	ふん便・ 直腸拭い液	 ② ふん便用培地	室温 (5～25℃)	冷蔵 ※冷凍不可
	・急性呼吸器感染症の症例定義に合致する患者の検体(細菌疑い)※	鼻咽拭い液	 ④急性呼吸器感染症用細菌検体容器	室温 (2～25℃)	回収前日、 及び当日採取 ⇒冷蔵 回収前日 よりも前に採取 ⇒冷凍
	・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	咽頭拭い液	 ③ 細菌輸送用培地	室温 (2～25℃)	冷蔵 ※冷凍不可

※ 急性呼吸器感染症の症例定義に該当する患者の検体については、ウイルス検体か細菌検体のいずれか一方をご提出ください。ご提出いただいた検体には、それぞれ以下の検査を実施します。
 判断に迷う場合は、ウイルス輸送用培地をご利用ください。

ウイルス検査項目	①インフルエンザウイルス AH1pdm09	②インフルエンザウイルス AH3 亜型
	③インフルエンザウイルス B型 Victoria 系統	④インフルエンザウイルス B型 Yamagata 系統
	⑤SARS-CoV-2	⑥ヒトパラインフルエンザウイルス1～4
	⑦RSウイルス	⑧ヒトメタニューモウイルス
	⑨ライノ/エンテロウイルス	⑩アデノウイルス
細菌検査項目	咽頭ぬぐい液	①A群溶血性レンサ球菌
	鼻腔ぬぐい液	②マイコプラズマニューモニエ ③百日咳菌


○内科病原体定点

対象症例又は診断名	検体	採取容器	保管方法	
			採取前	採取後
ウイルス検査対象疾患 ・急性呼吸器感染症の症例定義に合致する患者の検体(ウイルス疑い)※	咽頭拭い液 鼻咽頭拭い液 鼻腔拭い液	 ①ウイルス輸送用培地	室温 (2~25℃)	回収前日、及び当日採取⇒冷蔵 回収前日よりも前に採取⇒冷蔵
細菌検査対象疾患 ・急性呼吸器感染症の症例定義に合致する患者の検体(細菌疑い)※	鼻咽頭拭い液 鼻腔拭い液	 ④急性呼吸器感染症用細菌検体容器	室温 (2~25℃)	回収前日、及び当日採取⇒冷蔵 回収前日よりも前に採取⇒冷蔵




※ 急性呼吸器感染症の症例定義に該当する患者の検体については、ウイルス検体か細菌検体のいずれか一方をご提出ください。ご提出いただいた検体には、それぞれ以下の検査を実施します。判断に迷う場合は、ウイルス輸送用培地をご利用ください。

ウイルス検査項目	①インフルエンザウイルス AH1pdm09 ②インフルエンザウイルス AH3 亜型 ③インフルエンザウイルス B型 Victoria 系統 ④インフルエンザウイルス B型 Yamagata 系統 ⑤SARS-CoV-2 ⑥ヒトパラインフルエンザウイルス 1~4 ⑦RS ウイルス ⑧ヒトメタニューモウイルス ⑨ライノ/エンテロウイルス ⑩アデノウイルス	
細菌検査項目	咽頭ぬぐい液	①A 群溶血性レンサ球菌 ②マイコプラズマニューモニエ
	鼻腔ぬぐい液	③百日咳菌

○眼科病原体定点

診断名		検体	採取容器	保管方法	
				採取前	採取後
ウイルス 検査 対象 疾患	・流行性角結膜炎	結膜 拭い 液	 <p>① ウイルス輸送用培地</p>	<p>室温 (2~25℃)</p>	<p>回収前日、 及び当日採取 ⇒冷蔵</p>
	・急性出血性結膜炎				<p>回収前日 よりも前に採取 ⇒冷凍</p>

○性感染症病原体定点

診断名		検体	採取容器	保管方法				
				採取前	採取後			
ウイルス検査対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・性器ヘルペスウイルス感染症 ・尖圭コンジローマ(HPV感染症) 	擦過物・分泌物、又は生検材料		室温 (2~25°C)	冷蔵 ※冷凍不可			
						細菌検査対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・性器クラミジア感染症 	⑥ドライ容器(培地無)
						<ul style="list-style-type: none"> ・淋菌感染症 	擦過物・分泌物	
原虫	<ul style="list-style-type: none"> ・臈トリコモナス症 	③細菌輸送用培地						
<ul style="list-style-type: none"> ・性器クラミジア感染症 ・淋菌感染症 ・臈トリコモナス症 		尿		室温 (2~25°C)	冷蔵 ※冷凍不可			
			⑦尿採取容器					

○基幹病原体定点

診断名		検体	採取容器	保管方法	
				採取前	採取後
ウイルス検査対象疾患	・無菌性髄膜炎	髄液	※ 下の「髄液」欄を参照のこと (各施設で使用の滅菌容器)	室温 (2~25℃)	冷蔵
	・インフルエンザ入院	咽 鼻 頭 腔 拭 拭 い 液 液		室温 (2~25℃)	回収前日、及び当日採取 ⇒冷蔵 回収前日 よりも前に採取 ⇒冷凍
	・感染性胃腸炎 (ただし、病原体がロタウイルスであるものに限る)	直腸拭い液			
細菌検査対象疾患	・クラミジア肺炎(オウム病は除く)	咽頭拭い液	① ウイルス輸送用培		
	・細菌性髄膜炎 (ただし、病原体がインフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌であるものは除く)	髄液	 滅菌容器(各施設のもの)	室温 (2~25℃)	冷蔵
	・ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	咽 鼻 患 頭 腔 部 拭 拭 拭 い 液 液 液	 ③ 細菌輸送用培地	室温 (2~25℃)	冷蔵 ※冷凍不可
	・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症				
	・マイコプラズマ肺炎	咽頭拭い液	 ⑤ マイコプラズマ用培地	冷蔵 または冷凍	回収前日、及び当日採取 ⇒冷蔵 回収前日 よりも前に採取 ⇒冷凍

病原体サーベイランスへの御協力をお願い

調査の目的

病原体サーベイランスは、国内における病原体の動向を把握するために全国で実施している調査です。御提供いただいた検体は、東京都健康安全研究センター及び必要に応じて国立感染症研究所で検査を行い、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、感染症対策に役立てます。

個人情報の保護について

調査で使用する情報は年齢、性別、居住地（市区町村まで）、既往歴、ワクチン接種歴、渡航歴、症状等です。収集した情報は統計的に処理しますので、個人が特定されることは絶対にありません。また、上記の目的以外に使用することはありません。

以上の内容に御同意いただける場合は、調査に御協力くださいますようお願いいたします。

別記様式1

感染症発生動向調査病原体定点検査票

【医療機関記入欄】

医療機関名	都庁クリニック		医師名	都庁太郎		【患者報告】	4月14日 ~ 4月20日 分で報告		
<p>患者報告を行った該当する1種類の診断名にのみ○をつけてください。 (定点把握疾患の病原体の動向把握を目的とした検査ですので、下記の診断名・症例の疾患を対象としています) ※発生動向調査事業の趣旨をご説明いただき、本人等の同意をとったうえで、検体採取をお願いいたします。</p>									
急性 呼吸器 感染症 (小児科・ 内科)	診 断 名	・RSウイルス感染症 ・咽頭結膜熱 ・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 ・ヘルパンギーナ <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ (迅速診断キット検査結果: <input checked="" type="checkbox"/> A型陽性 <input type="checkbox"/> B型陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) ・新型コロナウイルス感染症 ・その他[<input type="checkbox"/> ウイルス性 <input type="checkbox"/> 細菌性]							
小児科		・RSウイルス感染症 ・咽頭結膜熱 ・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 ・感染性胃腸炎(<input type="checkbox"/> ウイルス性 <input type="checkbox"/> 細菌性) ・水痘 ・手足口病 ・伝染性紅斑 ・突発性発しん ・ヘルパンギーナ ・流行性耳下腺炎 ・川崎病 ・不明発しん症							
眼科		・流行性角結膜炎 ・急性出血性結膜炎							
性感染症		・性器クラミジア感染症 ・性器ヘルペスウイルス感染症 ・尖圭コンジローマ ・淋菌感染症 ・膣トリコモナス症							
基幹		・クラミジア肺炎(オウム病を除く) ・感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスに限る) ・マイコプラズマ肺炎 ・細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因とするものを除く) ・無菌性髄膜炎 ・インフルエンザ ※入院患者のみ (迅速診断キット検査結果: A型陽性 B型陽性 陰性) ・ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 ・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症							
ID (イニシャル)	T.T				居住地	新宿 <input checked="" type="checkbox"/> 区市町村			
発病日	2025年4月13日		検体採取日	2025年4月15日		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	3歳5ヵ月
検 体	<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液、鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、うがい液、鼻汁 <input type="checkbox"/> 便 ・ <input type="checkbox"/> 直腸ぬぐい液 ・ <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 吐物 ・ <input type="checkbox"/> 喀痰 ・ <input type="checkbox"/> 気管吸引液 <input type="checkbox"/> 結膜ぬぐい液 (結膜擦過物、眼脂) <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 皮膚病巣 (水疱内容、痂皮、創傷) <input type="checkbox"/> 陰部尿道頸管擦過物/分泌物 <input type="checkbox"/> 血液 (全血、血清、血漿) <input type="checkbox"/> その他 []								
	臨 床 症 状 ・ 兆 候	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱 最高 39.0℃) <input checked="" type="checkbox"/> 咳嗽) <input type="checkbox"/> 頭痛 ・ <input type="checkbox"/> 鼻汁 ・ <input type="checkbox"/> 鼻閉) <input type="checkbox"/> 発疹 (丘疹、紅斑、バラ疹、水疱) <input type="checkbox"/> 上気道/下気道炎 (咽頭炎、扁桃炎、肺炎、気管支炎) <input type="checkbox"/> 筋肉痛、関節痛 <input type="checkbox"/> 神経系症状 (脳炎、脳症、髄膜炎、意識障害) <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状 (排尿時痛、かゆみ、膿、下腹部痛、コンジローマ) <input type="checkbox"/> 口内・咽頭所見 () <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹、リンパ節腫脹 (部位) <input type="checkbox"/> 胃腸炎 (下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 肝機能障害 ・ <input type="checkbox"/> 黄疸 ・ <input type="checkbox"/> 出血傾向※全身のもの <input type="checkbox"/> 腎機能障害 ・ <input type="checkbox"/> 結膜炎、角膜炎、角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 []							
転 帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡 (原因)								
基礎疾患									
発生の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 散発) ・地域流行) ・家族内発生) <input type="checkbox"/> 集団発生 (保育所、幼稚園、小学校、中学校、その他 [])								
最近の海外渡航歴	国名	期間	年	月	日	~	年	月	日
ワクチン接種歴 (当該疾患に 係るもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 不明)				最近の接種年月日				
健安研への連絡事項	ワクチン名	年			月	日			

センター記入欄につき
ここに記入しないでください。











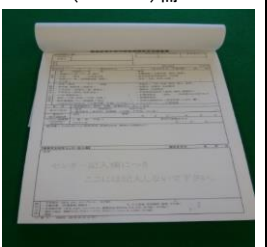
宛 先
東京都健康安全研究センター事業推進担当
FAX 03-5386-7427

検体容器等請求書

■ 貴医療機関の定点種別に○をつけてください

小児科定点・内科定点・眼科定点・性感染症定点・基幹定点

■ 医療機関名 ()

<p>①ウイルス検査対象疾患、 クラミジア肺炎用検体容器 ()本</p>  <p style="text-align: center;">ウイルス輸送用培地</p>	<p>②ふん便用培地 ()本</p>  <p style="text-align: center;">ふん便用培地</p>	<p>③細菌検査対象疾患、 原虫用検体容器 ※クラミジア肺炎及び ④⑤⑥を除く ()本</p>  <p style="text-align: center;">細菌輸送用培地</p>	<p>④急性呼吸器感染症用 細菌検体容器 ()本</p>  <p style="text-align: center;">細菌輸送用培地</p>
<p>⑤マイコプラズマ肺炎用 検体容器 ()本</p>  <p style="text-align: center;">マイコプラズマ用培地</p>	<p>⑥性器クラミジア、性器ヘルペス 尖圭コンジローマ(HPV感染 症)用検体容器 ()本</p>  <p style="text-align: center;">ドライ容器(培地無)</p>	<p>⑦性器クラミジア感染症、 淋菌感染症、膣トリコモナス症 用尿採取容器 ()本</p> 	<p>⑧吸収材 ()枚</p> 
<p>⑨透明袋 ()枚</p> 	<p>⑩保護袋 ()枚</p> 	<p>⑪検査票(6枚複写) ()冊</p> 	<p>髄液検体については、 各施設の滅菌容器をご 使用ください。 ない場合は「⑦性器ク ラミジア感染症用」を ご要望ください。</p>

○次回の回収時にお届けします。