

茨城県感染症発生動向調査事業検査指針

本指針は、茨城県感染症発生動向調査事業実施要項に基づき、病原体定点調査対象感染症における病原体の微生物学的検査の実施方法等について定める。

1 病原体検査の対象感染症及び検体

病原体定点において、病原体検査のための検体は以下のとおりとする。

病原体定点区分	対象疾病名	検 体	検査区分
小児科	(88)RSウイルス感染症	鼻咽頭ぬぐい液（鼻腔ぬぐい液でも可）	ウイルス検査
	(89)咽頭結膜熱	咽頭ぬぐい液または結膜ぬぐい液	ウイルス検査
	(91)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	咽頭ぬぐい液	細菌検査
	(92)感染性胃腸炎	ふん便	ウイルス検査・細菌検査
	(97)水痘	咽頭ぬぐい液（水疱液も可）	ウイルス検査
	(101)手足口病	咽頭ぬぐい液	ウイルス検査
	(102)伝染性紅斑	全血または血清	ウイルス検査
	(103)突発性発しん	全血または血清	ウイルス検査
	(105)ヘルパンギーナ	咽頭ぬぐい液またはふん便	ウイルス検査
	(111)流行性耳下腺炎	咽頭ぬぐい液	ウイルス検査
インフルエンザ	(90)インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）	鼻咽頭ぬぐい液（鼻腔ぬぐい液、はなかみ液（衛生研究所から配布の専用用紙で採取したもの）でも可）	ウイルス検査
眼科	(93)急性出血性結膜炎	結膜ぬぐい液	ウイルス検査
	(110)流行性角結膜炎	結膜ぬぐい液	ウイルス検査
基幹	(92)感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの	ふん便	ウイルス検査
	(95)細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）	髄液、咽頭ぬぐい液	細菌検査
	(107)無菌性髄膜炎	髄液、血清、咽頭ぬぐい液、ふん便	ウイルス検査

2 検体の採取

- (1) 病原体定点の医師は、対象感染症の患者を診断した場合には、検体等の採取を行うこと。
- (2) 検体等の採取にあたっては以下のとおりとすること。

【原則的な要件】

- ① 検体の採取は、急性期に行うこと。
- ② 細菌感染症の場合の検体は、抗生物質投与前に行うこと。
- ③ 以下の検体以外の検体(脳脊髄組織等)については、衛生研究所と事前調整を行うこと。

【ウイルス感染症の検体】

- ① 鼻腔ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、鼻咽頭ぬぐい液
 - ・滅菌綿棒で鼻腔、咽頭、鼻咽頭をよくぬぐい、保存液にその綿棒を浸し、容器の口のところで棒を折り、ただちに固く栓を締めること。
- ② 結膜ぬぐい液
 - ・滅菌綿棒で下瞼結膜をよくぬぐい、保存液にその綿棒を浸し、容器の口のところで棒を折り、ただちに固く栓を締めること。
- ③ ふん便
 - ・キャリブレア等の入っていない滅菌容器に約5 g以上を採取すること。
- ④ 髄液
 - ・髄液は、無菌的に約1 mlを採取(滅菌スピッツ等)すること。
- ⑤ 血清
 - ・血清は、約1 ml以上を採取(滅菌スピッツ等)すること。
- ⑥ 全血
 - ・全血は、抗凝固剤(EDTA)の入っているスピッツに採取すること。

【細菌感染症の検体】

- ① 鼻腔ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、鼻咽頭ぬぐい液
 - ・滅菌綿棒で鼻腔、咽頭、鼻咽頭をよくぬぐい、輸送用の培地にその綿棒を深部まで刺し、容器の口のところで棒を折り、ただちに固く栓を締めること。
- ② ふん便
 - ・キャリブレア等の入っていない滅菌容器に約5 g以上を採取すること。
- ③ 髄液
 - ・髄液は、約0.5mlずつ2本(インフルエンザ菌用及びその他の菌用)に分けて無菌的に滅菌スピッツ等に採取すること。

3 検体の保存

【ウイルス感染症の検体】

- (1) 検体を採取後、速やかに冷蔵庫に保管すること。
- (2) 冷蔵庫の保存期間は4日以内とし、その期間内に衛生研究所へ送付(ゆうパック)すること。
- (3) 検体採取後4日以内に発送できない場合は、衛生研究所に連絡すること。

【細菌感染症の検体】

- (1) 検体採取後は、断熱性の搬送用コンテナ等に入れ、4℃前後に保ち、できるだけ早く送付(ゆうパック)すること。
- (2) 細菌性髄膜炎検体の髄液は、以下のとおり病原体の種類により搬送温度が異なるので注意すること。
 - インフルエンザ菌用：20～25℃
 - その他の菌用：4℃前後

4 検体の搬送

- (1) 包装責任者が選定されている病原体定点は、採取した検体を指定された容器に梱包し、衛生研究所へ連絡してから郵送すること。その際「病原体検査送付書(様式1)」及び「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症

及び指定感染症検査票（病原体）（別記様式）」を同梱すること。

*包装責任者とは、ゆうパックで検体を送付する場合に、遵守事項に適合しているか確認して証明する者で、国や県が主催した研修を受講し県に届出をした者。

- (2) 包装責任者が選定されていない病原体定点は、検体採取後速やかに管轄保健所に連絡し、衛生研究所への検体搬送を依頼すること。
- (3) 病原体定点から依頼を受けた保健所は、衛生研究所にその旨連絡し、衛生研究所へ搬送または郵送すること。
- (4) 病原体定点及び保健所から衛生研究所へ検体の郵送に係る費用は、衛生研究所が負担すること。
- (5) 検体の郵送は、ゆうパックを利用し、冷蔵保存（インフルエンザ菌を除く）で午前着指定で送付すること。また、検体の発送は月曜から木曜日の間に行うこと。（土・日曜日は受理できないため）
- (6) 衛生研究所は、検体受理後、速やかに空の搬送容器を病原体定点へ郵送すること。

5 検査票（病原体）の記入

- (1) 病原体定点の医師は、検体を採取する場合は、（別記様式）「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」を詳細に記入すること。
- (2) 検体を衛生研究所に送付する場合は、検査票を必ず添付すること。

6 検体提供者に対する説明と同意

病原体定点の医師は、患者から検体を採取するにあたって、「感染症発生動向調査事業に係る病原体検査のお願い」（様式2）を参考に、必ず患者又はその保護者に対し十分な説明を行い、同意を得たうえで、検体の採取等を行うこと。

7 検査結果

衛生研究所は、検体受理後検査を実施し、依頼のあった病原体定点及び管轄する保健所へ結果を報告すること。（様式3）

8 その他

- (1) 病原体検査に係る書類及び検体採取容器等は、衛生研究所から医療機関へ送付すること。
 - ① 検体送付表（様式1）
 - ② （別記様式）「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）」記入用紙
 - ③ 説明文「感染症発生動向調査事業に係る病原体検査のお願い」（様式2）
 - ④ 検体採取容器、綿棒及び糞便用滅菌容器
 - *滅菌容器等は、各医療機関で使用しているものでも支障ないこと。
- (2) 衛生研究所から送付されたウイルス検査用の保存液入り容器は、冷蔵庫に保存すること。
- (3) 検体の保存・搬送に当たっては「特定病原体等の安全運搬マニュアル（厚生労働省健康局結核感染症課）」を参考にすること。

[改定]

平成24年4月1日
平成26年4月1日
平成26年9月19日
平成27年1月21日
平成28年4月1日
平成30年1月1日
令和3年4月1日
令和4年4月1日

令和5年5月26日

(様式2)

患者さん(ご家族)へ

茨城県保健医療部感染症対策課長

感染症発生動向調査事業に係る病原体検査のお願い

茨城県では、感染症の予防やまん延防止を図るため、「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」(以下、「感染症法」という。)に基づき、感染症の発生状況の把握や情報分析などの業務を行っております。

感染症の発生状況を把握するため、本県では、県衛生研究所において感染症の原因となる病原体の検査を実施しております。(本県衛生研究所で実施不可能な検査は、他都道府県の衛生研究所あるいは、国立感染症研究所で実施しております。)

県では、患者の皆様はこの業務の意義と重要性をご理解いただき、主治医を通じて病原体検査のための「検体(咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液、ふん便など)、検体から検出された病原体」及び「診断・治療等に関する情報」の提供をお願いしております。あなたから提供された検体及び検出された病原体に対して、病原体等の検査及び分子疫学解析を行います。

なお、これらを提供していただくことに関し、以下の点について固くお約束いたします。

- ① ご提供いただいた検体等については、感染症法に基づく検査に使用します。
- ② 検査結果は、集計・解析されたのちに、感染症の発生状況の把握や感染症対策及び公衆衛生に役立てるための研究等に利用されますが、検体等をご提供いただいた個人が特定されることはありません。個人情報には固く守ります。
- ③ 検体提供に御協力がいただけない場合にも、あなたに何らの不利益を被ることはありません。あなたの自由意志に委ねられます。

検査結果につきましては、患者の皆様の治療に役立てていただくため、主治医にご連絡いたしますので、ご説明をお受けください。

※「病原体等の検査」とは、
感染症(病気)の原因となった細菌やウイルスなどを見つけ出すための検査です。

※「分子疫学解析」とは、
病原体等の検査で見つかった細菌やウイルス等が、どのグループに属しているかを詳しく分類するための検査です。この検査により感染経路がわかる場合もあります。

(様式3)

衛研第 号
元号年 月 日

医療機関の長 殿

茨城県衛生研究所長

病原体検査成績書

元号 年 月 日に依頼のあった検体の検査結果については、下記のとおりです。

記

検査の目的	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎のうち病原体がロタウイルスであるもの <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)
	<input type="checkbox"/> その他
検査材料及び 検査件数	<input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい液 () 検体 <input type="checkbox"/> その他 () 検体 <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液 () 検体 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 () 検体 <input type="checkbox"/> 結膜ぬぐい液 () 検体 <input type="checkbox"/> 血 清 () 検体 <input type="checkbox"/> 髄 液 () 検体 <input type="checkbox"/> ふん便 () 検体 <input type="checkbox"/> 全 血 () 検体
検体提供者名 検体名	別添検査結果のとおり
その他参考となる事項	

別記様式

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票(病原体)

茨城県

患者	性別	(男 ・ 女)	該当するものに○を囲んでください(病原体) ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点 ・入院 ・その他()
	年齢	(歳 ヲ月)	
	氏名或いは番号		
	住所		

[主治医等記入欄]		
医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)		
検体送付日	年 月 日 分離株(無、有、検査中)	
診断名		
発病日	年 月 日	
検査材料の種類採取日(月 日)	・ふん便 (月 日) ・咽頭ぬぐい液(月 日) ・鼻腔ぬぐい液(月 日) ・うがい液 (月 日) ・喀痰 (月 日) ・結膜拭い液(月 日) ・鼻咽頭ぬぐい液(月 日)	
臨床的事項 ※該当するものを○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱(最高 °C) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) <input type="checkbox"/> 下気道炎(肺炎、気管支炎) <input type="checkbox"/> 水泡 <input type="checkbox"/> 発しん(丘しん、紅斑、バラ疹) (発しん出現日: 月 日) <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹(部位) <input type="checkbox"/> 唾液腺腫脹、 <input type="checkbox"/> 浮腫(部位) <input type="checkbox"/> ショック症状(低血圧、循環不全) <input type="checkbox"/> その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) ()	<input type="checkbox"/> 全血(月 日) <input type="checkbox"/> 血清(月 日) <input type="checkbox"/> 血漿(月 日)抗凝固剤: <input type="checkbox"/> 髄液(月 日) <input type="checkbox"/> 尿 (月 日) <input type="checkbox"/> その他(月 日)材料名:
	<input type="checkbox"/> 胃腸炎(下痢、血便、嘔気、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角結膜炎 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、その他) <input type="checkbox"/> 循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、多尿、腎不全) <input type="checkbox"/> 尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、頸管炎) <input type="checkbox"/> 出血傾向※全身性のもの	
	基礎疾患	
	転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因) 軽快、治癒、死亡等の月日: 年 月 日

[主治医記入欄]	
迅速診断検査の結果	・インフルエンザ迅速診断検査(無 有:メーカー名【 】) 検査実施日 年 月 日 A型陽性 B型陽性 A型B型ともに陽性 A型B型ともに陰性 ・抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名【 】) 投与開始日 年 月 日 予防投与 治療投与
	・その他の迅速診断検査(無、有:ウイルス名【 】) 検査実施日 年 月 日 ・陽性 ・陰性 *ウイルス名 (アデノウイルス、ロタウイルス、RSウイルス等)
発生の状況	・散発 ・地域流行 ・家族内発生(無・有) ・集団発生(無・有) ・発生市区町村() 有の場合 保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、病院 介護保険施設等、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	(無、有、不明) 最終接種日 年 月 日 ワクチン名 (Lot No.)

[その他特記事項]

注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の3の2、第44条の11及び第50条の3に基づく一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。

注2) 主治医記載については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、衛生研究所への分離株の送付をお願いします。