

# 急性呼吸器感染症（ARI）定点 川口市の運用

Acute Respiratory Infection

# 急性呼吸器感染症サーベイランスについて

## 急性呼吸器感染症（ARI）定点/病原体定点の考え方

・令和7年4月7日以降、急性呼吸器感染症を五類感染症に位置づけ、感染症法第14条に基づく定点サーベイランスを実施する。

～省略～

・今後は以下のとおり運用する

- 急性呼吸器感染症（ARI）定点は、週1回、年齢別・性別の患者数を報告
- 急性呼吸器感染症（ARI）病原体定点は、検体※を地方衛生研究所へ提出

※急性呼吸器感染症（ARI）病原体定点の営業日のうち週ははじめから数えて第2営業日に収集された検体

## 報告区分について

内科（インフルエンザ/COVID-19）定点



内科（急性呼吸器感染症）定点

小児科定点  
(+インフルエンザ/COVID-19)



小児科定点・急性呼吸器感染症定点

# 報酬について

## 報酬の支払いについて

令和6年度まで

- 内科（インフルエンザ/COVID-19）定点 : 月額4,100円（年額49,200円）
- 小児科定点+インフルエンザ/COVID-19 : 月額4,100円（年額49,200円）



令和7年度

- 内科（急性呼吸器感染症）定点 : 月額4,100円（年額49,200円）
- 小児科定点・急性呼吸器感染症定点 : 月額8,200円（年額98,400円）

- お支払いの時期は、翌年度4月の予定です。

## 検体提供に係る報酬について（急性呼吸器感染症（ARI）病原体定点）

- 急性呼吸器感染症病原体定点では、検体提供の実績に応じて報酬をお支払します。

- 支払い単価        :   1 検体当たり 500 円
- 支払い上限        :   3 検体 / 週

※週3検体を超えて検体を提供いただいた場合でも、解析結果はお返しいたします。

- お支払いの時期は、**翌年度4月の予定**です。

# 急性呼吸器感染症（ARI）病原体サーベイランスについて

# 急性呼吸器感染症（ARI）病原体サーベイランスについて

〔開始時期〕 令和7年4月7日

〔対 象〕 急性呼吸器感染症の症例定義に当てはまる患者

ARI症例定義：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、医師が感染症疑う外来症例

〔検 体〕 鼻咽頭拭い液（推奨） 鼻腔拭い液 鼻汁 等

〔方 法〕 輸送用培地ごとに綿棒ごと浸漬



# 急性呼吸器感染症（ARI）病原体サーベイランスについて

- 〔頻 度〕 3検体程度／週 下限・上限なし  
※診断や検体の種類にかかわらず、提供いただける検体数に制限はありませんが、報酬の対象となる検体数は3検体までです。
- 〔検体回収方法〕 毎週1回 金曜日に感染症係の職員が対面で伺います。  
※回収日が休日の場合は別途日程調整いたします。
- 〔検査票(新)〕 新様式を利用してください。（次ページ参照）  
※様式については（案）の段階です。変更となる場合があります。

# 検査票（新様式）

川口市様式案  
ARI定点用

様式1

## 急性呼吸器感染症（ARI）検査票（病原体）

[主治医等記載欄]

患者	性別	男	女	検体識別記号等
	年齢	歳	カ月	
医療機関等名及び主治医等医師名				ARI病原体定点
検体送付日 年 月 日				
診断名 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> その他				
発病日 年 月 日				
採取日 年 月 日				
検査材料	材料の種類 採取する口にチェックを入れてください			
	<input type="checkbox"/> 鼻咽拭い液 <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻腔吸引液 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 発熱： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（最高体温：℃） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 胃腸炎（ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛） <input type="checkbox"/> 関節痛（ <input type="checkbox"/> 熱） <input type="checkbox"/> 筋肉痛（ <input type="checkbox"/> 熱） <input type="checkbox"/> 上気道炎（ <input type="checkbox"/> 咽頭炎、 <input type="checkbox"/> 扁桃炎） <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 下気道炎（ <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎） <input type="checkbox"/> 酸素化不良（ $SpO_2$ ：％）			
臨床的事項				
基礎疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：疾患名（ ）				
転帰 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 後遺症有り <input type="checkbox"/> 死亡（原因）				
抗インフルエンザ薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：薬剤名 <input type="checkbox"/> タミフル <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> イナビル <input type="checkbox"/> ゾフルーザ <input type="checkbox"/> その他（ ） 投与開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 治療投与 投与終了日 年 月 日				
主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項（全自動遺伝子解析装置等での検査結果等）				

[主治医等記載欄]（保健所記載可）

発生市区町村（ ）				
発生の状況	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 短期流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生			
	集団発生の場所： <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 宿舎、寮 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人ホーム（介護施設を含む） <input type="checkbox"/> 福祉、養護施設 <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 海外ツアー <input type="checkbox"/> 国内ツアー <input type="checkbox"/> その他（ ）			
最近の海外渡航歴 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（国名： ）				
期間 年 月 日 ～ 年 月 日				
直近1年間のワクチン接種歴	インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
	COVID-19 ワクチン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
最近の接種年月日 年 月 日				
最近の接種年月日 年 月 日				

# 報告日について

2025年3月	2025年4月						
月	火	水	木	金	土	日	
3月31日	4月1日	2	3	4	5	6	
第13週報告日 ×	第14週集計日 (内科or小児科)						
7	8	9	10	11	12	13	
第14週報告日	第15週集計日 (内科or小児科+ARIあり)						
14							
第15週報告日							

初回報告：4/14（月）に第15週(4月7日～4月13日)分を報告