

### 3 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症

#### (1) 定義

メロペネムなどのカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌科細菌による感染症である。

#### (2) 臨床的特徴

主に感染防御機能の低下した患者や外科手術後の患者、抗菌薬を長期にわたって使用している患者などに感染症を起こす。健常者に感染症を起こすこともある。肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎その他多様な感染症を起こす。ただし、無症状で腸管等に保菌されることも多い。

#### (3) 届出基準

##### ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

##### イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

#### (4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、かつ、次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認 ア メロペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が22mm以下であること イ 次のいずれにも該当することの確認 (ア) イミペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が22mm以下であること (イ) セフメタゾールのMIC値が64μg/ml以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12mm以下であること	血液、腹水、胸水、髄液その他の通常無菌的であるべき検体

<p>次のいずれにも該当することの確認</p> <p>ア 分離・同定による腸内細菌科細菌の検出</p> <p>イ 次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認</p> <p>(ア) メロペネムのMIC値が2 μg/ml 以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が22 mm 以下であること</p> <p>(イ) 次のいずれにも該当することの確認</p> <p>a イミペネムのMIC値が2 μg/ml 以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が22 mm以下であること</p> <p>b セフメタゾールのMIC値が64 μg/ml 以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12 mm以下であること</p> <p>ウ 分離菌が感染症の起因菌と判定されること</p>	<p>喀痰、膿、尿その他の通常無菌的ではない検体</p>
--	------------------------------

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_

上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_

電話番号(※) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）

4 症 状	・尿路感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎 ・髄膜炎 ・菌血症 ・敗血症 ・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他（ ）	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 以前からの保菌（保菌部位： ） 2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ） 3 医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（ ）） 4 手術部位感染（手術手技： ） 5 その他（ ）
	5 診 断 方 法 ・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） 菌種名（ ） 確認に用いた薬剤名（ メロペネム・イミペネムとセフメタゾール ） ・ 通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（ ） 菌種名（ ） 確認に用いた薬剤名（ メロペネム・イミペネムとセフメタゾール ）	②感染地域（ 確定・推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域 ） ③90日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ） 有りの場合 1 渡航先（ 国） 2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ） 有りの場合 受診した国名（ 国） 入院歴（ 有 ・ 無 ）
6 初診年月日	令和 年 月 日	
7 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	
9 発病年月日（*）	令和 年 月 日	
10 死亡年月日（※）	令和 年 月 日	

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1, 2, 4, 5 及び 11 欄においては該当する番号等を○で囲み、3 及び 6 から 10 までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（\*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4 及び 5 欄においては、該当するもの全てを記載すること。）