

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

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
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）

サル痘及びカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症に関しては、「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和 5 年 5 月 2 日付け健感発 0502 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「届出通知」という。）において、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（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項の規定による届出の基準等をお示ししているところです。

今般、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等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（令和 5 年政令第 192 号）及び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等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（令和 5 年厚生労働省令第 79 号）が公布・施行され、サル痘及びカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症の感染症法上の名称を変更したところです。

このことに伴い、「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 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日付け健感発第 0308001 号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（以下「基準」という。）の一部を別添のとおり改正し、令和 5 年 5 月 26 日から適用することといたしましたので、御了知いただくとともに、貴管内市町村、関係機関等へ周知いただき、その実施に遺漏なきようお願いいたします。

（改正箇所は太字下線部分）

記

1 改正概要

- ・ 基準中第 5 の 13 及び別記様式 4-13 における「サル痘」の名称について、「エムポックス」とし、基準中第 5 の 13 及び別記様式 4-13 をそれぞれ基準中第 5 の 5 及び別記様式 4-5 とする。
- ・ 基準中第 6 の 3 及び別記様式 5-3 における「カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症」の名称について、「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症」に変更する。
- ・ その他基準及び別記様式について、所要の改正を行う。

2 適用日

令和5年5月26日から適用

5 エムポックス

(1) 定義

エムポックスウイルス (Monkeypox virus) による急性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ウイルスを保有するヒトやげっ歯類などの動物との接触、及びそれらの皮膚粘膜病変、血液、体液との接触により感染する。感染したヒトとの接触（性的接触を含む）の他、接近した対面による飛沫への長時間の曝露、体液や飛沫で汚染された寝具等との接触によっても感染する。潜伏期間は通常7～14日（5～21日）である。皮疹、粘膜疹、その他の皮膚粘膜病変、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、咽頭痛、肛門直腸痛、倦怠感、リンパ節腫脹がみられる。致死率は低い。

(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、症状や所見からエムポックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムポックス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直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムポックスの無症状病原体保有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直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 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、エムポックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムポックス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直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

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、エムポックスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

| 検査方法 | 検査材料 |
|---------------------------|---|
| 分離・同定による病原体の検出 | 皮膚又は粘膜病変、水疱内容液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、肛門直腸拭い液、その他粘膜拭い液、血液、尿、その他検査方法に適する材料 |
| 病原体の特異抗原の検出 | |
| 検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出 | |

3 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症

(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目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目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目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目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目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目細菌の検出、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目細菌の検出</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22mm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22mm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12mm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> |
|--|------------------------------|

エムポックス発生届

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 10 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 _____
 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）の類型 | | | | |
| ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体 | | | | |
| 2 当該者氏名 | 3 性別 | 4 生年月日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) | 6 当該者職業 |
| | 男・女 | 年 月 日 | 歳 (か月) | |
| 7 当該者住所 | | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 | | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 9 保護者氏名 | 10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) | | | |
| | 電話 () - | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|---|---|--|---|------------------|----------|--------------|----------|
| 11 | 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・発疹 ・発熱 ・筋肉痛 ・咽頭痛 ・倦怠感 ・その他 () ・なし | <ul style="list-style-type: none"> ・その他の皮膚粘膜病変 ・頭痛 ・背部痛 ・肛門直腸痛 ・リンパ節腫脹 | 18 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 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____） 2 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： _____） 3 その他（ _____） 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 _____） | | | | | |
| | | 12 | 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体 () ・病原体の特異抗原の検出 検体 () ・検体から直接の核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体 () ・その他の方法 () 検体 () 結果 () | 19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項 | | | | |
| 13 初診年月日 | 令和 年 月 日 | | | 14 診断（検案(※)）年月日 | 令和 年 月 日 | 15 感染したと推定される年月日 | 令和 年 月 日 | 16 発病年月日 (*) | 令和 年 月 日 |

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、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。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症発生届

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 10 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 _____
 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 | ・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（ ） 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 ） |
| 5 | ・ 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目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目細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起原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 ） | |
| 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。