

## 2.4 薬剤耐性アシネトバクター感染症

### (1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示すアシネトバクター属菌による感染症である。

### (2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、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、皮膚、粘膜面、軟部組織、眼などに多彩な感染症を起こす。

### (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、症状や所見から薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター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、薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター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・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合<br>ア イミペネムのMIC値が16 μg/ml 以上又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下<br>イ アミカシンのMIC値が32 μg/ml 以上又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下<br>ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μg/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下                      | 血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体 |
| 分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起因为菌と判定された場合<br>ア イミペネムのMIC値が16 μg/ml 以上又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下<br>イ アミカシンのMIC値が32 μg/ml 以上又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下<br>ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 μg/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下 | 喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体       |

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサ

シンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届

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 1 2 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つては、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） ・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<br>・髄膜炎 ・菌血症 ・敗血症 ・胆嚢炎<br>・胆管炎<br>・その他（ ） | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 | 5 診 断 方 法                                                     | ・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出及び分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認<br>検体：血液・腹水・胸水・髄液<br>その他（ ）<br>菌種名（ ）<br>上記以外で確認に用いた薬剤名（ ）<br>・ 通常無菌的ではない検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認、並びに分離菌が感染症の起因为菌であることの判定<br>検体：喀痰・膿・尿<br>その他（ ）<br>菌種名（ ）<br>上記以外で確認に用いた薬剤名（ ） |
| 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                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

(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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください