

感 薬 第 747 号
令和7年11月17日

新潟県医師会長 様
郡市医師会長 様
病 院 長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課長

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）

日頃より、本県の感染症対策行政に多大な御協力をいただき、感謝申し上げます。

標記について、厚生労働省から別紙のとおり通知がありましたので、お知らせします。

改正の概要は下記のとおりです。

郡市医師会におかれましては、貴会会員にも周知くださるようお願いいたします。

記

1 概要

- 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第6の以下について、次の改正を行うもの。
- ・薬剤耐性緑膿菌感染症を全数把握疾患とし、名称及び届出のために必要な検査所見を変更した。
- ・届出様式（全数）別記様式5－25を新たに追加し、届出様式（基幹定点）別記様式6－6（3）を削除した。
- ・その他所要の措置を講じた。

2 適用期日

令和8年4月6日

担当：感染症対策班 羽入 電話：025-280-5200（直通） Mail：ngt040330@pref.niigata.lg.jp
--

感感発 1113 第 1 号
令和 7 年 11 月 13 日

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・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課長
（ 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）

薬剤耐性緑膿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」（平成 18 年 3 月 8 日付け健感発第 0308001 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）第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項の規定に基づく届出の基準等をお示ししているところですが、今般、第 11 回厚生科学審議会感染症部会薬剤耐性（AMR）に関する小委員会及び第 96 回厚生科学審議会感染症部会において、当該感染症の指定届出機関における届出数が減少していること等を踏まえ、全数把握疾患とすることや届出基準の見直し等について了承いただいたところです。

このことを踏まえ、届出通知の別紙「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」の一部を新旧対照表のとおり改正し、令和 8 年 4 月 6 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。

記

1 改正概要

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 第 6 の以下について、次の改正を行うもの。

- ・薬剤耐性緑膿菌感染症を全数把握疾患とし、名称及び届出のために必要な検査所見を変更した。
- ・届出様式（全数）別記様式 5-2 5 を新たに追加し、届出様式（基幹定点）別記様式 6-6（3）を削除した。
- ・その他所要の措置を講じた。

2 適用日

令和 8 年 4 月 6 日から適用する。

【連絡先】

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課

新旧対照表

「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」

改正後	現行
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 第1～5（略） 第6 五類感染症 1～2（略） 3 <u>多剤耐性緑膿菌感染症</u> (1)～(2)（略） (3) 届出基準 ア 患者（確定例） 指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、 (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<u>多剤耐性緑膿菌感染症</u>が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、<u>多剤耐性緑膿菌感染症</u>患者と診断した場合には、<u>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。</u> 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 指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、 (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、<u>多剤耐性緑膿菌感染症</u>が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、<u>多剤耐性緑膿菌感染症</u>により死亡したと判断した場合には、<u>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。</u>	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 第1～5（略） 第6 五類感染症 1～2（略） 3 <u>薬剤耐性緑膿菌感染症</u> (1)～(2)（略） (3) 届出基準 ア 患者（確定例） 指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、 (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<u>薬剤耐性緑膿菌感染症</u>が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、<u>薬剤耐性緑膿菌感染症</u>患者と診断した場合には、<u>法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。</u> 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 指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、 (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、<u>薬剤耐性緑膿菌感染症</u>が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、<u>薬剤耐性緑膿菌感染症</u>により死亡したと判断した場合には、<u>法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。</u>

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・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMICが$8 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下、もしくは、メロペネムのMICが$8 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下 イ アミカシンのMICが$32 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMICが$2 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が18mm以下、もしくは、レボフロキサシンのMICが$4 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm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・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の原因菌と判定された場合 ア イミペネムのMICが$8 \mu\text{g/mL}$以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下、もしくは、メロペネム	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

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・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が$16 \mu\text{g/mL}$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 イ アミカシンのMIC値が$32 \mu\text{g/mL}$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 ウ シプロフロキサシンのMIC値が$4 \mu\text{g/mL}$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・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の原因菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が$16 \mu\text{g/mL}$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	喀痰、膿、尿その他の通常無菌的ではない検体

	<u>のMICが8 μg/mL以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.5mm以下</u> イ アミカシンの<u>MICが3.2 μg/mL以上</u> 又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.4mm以下 ウ シプロフロキサシンのMICが2 μg/mL以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.8mm以下、もしくは、<u>レボフロキサシンのMICが4 μg/mL以上又は、感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が1.4mm以下</u> (削る)		イ アミカシンのMIC値が3.2 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1.4mm以下 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1.5mm以下 <u>(※) 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。</u> <u>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</u>	
--	---	--	--	--

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。

第7 (略)

届出様式 (全数)

別記様式1－1～5－24 (略)
(新設)

第7 (略)

届出様式 (全数)

別記様式1－1～5－24 (略)
別記様式5－25

別記様式5－25

多剤耐性緑膿菌感染症発生届

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（①歳は月齢）
男 ・ 女 歳（ か月）

4 症 状	・ 尿路感染症 ・ 肺炎（呼吸器感染症） ・ 胆道感染症 ・ 髄膜炎 ・ 皮膚・軟部組織感染症 ・ 血流感染症 ・ 髄膜炎 ・ 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様体からの分離・同定による緑膿菌の検出及び分離菌の以下3項目の薬剤耐性の確認： （1）イミペネムまたはメロペネム （2）アミカシン （3）シプロフロキサシンまたはレボフロキサシン 検体：血液・膿水・胸水・髄液 その他（ ） ・ 通常無菌的ではない様体からの分離・同定による緑膿菌の検出、分離菌の以下3項目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： （1）イミペネムまたはメロペネム （2）アミカシン （3）シプロフロキサシンまたはレボフロキサシン 検体：喀痰・膿・尿 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 ）
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

届出様式（基幹定点）

別記様式 1－1～6－6 （2） （略）
（削る）

別記様式 6－7・6－8 （略）

届出様式（基幹定点）

別記様式 1－1～6－6 （2） （略）
別記様式 6－6 （3） 薬剤耐性緑膿菌

別記様式6-6

感染症発生動向調査（基幹定点）

月報

調査期間 令和 年 月 日 ～ 年 月 日

医療機関名:

19番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾 病 名 *	検体採取部位 **
1			1 2 3	
2			1 2 3	
3			1 2 3	
4			1 2 3	
5			1 2 3	
6			1 2 3	
7			1 2 3	
8			1 2 3	
9			1 2 3	
10			1 2 3	

* 疾病名（番号を○で囲む）
1：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
2：ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
3：薬剤耐性緑膿菌感染症

** 検体採取部位
複数部位から検出された場合は、
最も重要と考えられる1か所のみを記載。

別記様式 6－7・6－8 （略）

多剤耐性緑膿菌感染症発生届

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（呼吸器感染症） ・胆道感染症 ・腹膜炎 ・皮膚・軟部組織感染症 ・血流感染症 ・髄膜炎 ・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・同定による緑膿菌の検出及び分離菌の以下3項目の薬剤耐性の確認： （1）イミペネムまたはメロペネム （2）アミカシン （3）シプロフロキサシンまたはレボフロキサシン 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ） ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による緑膿菌の検出、分離菌の以下3項目の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因为菌であることの判定： （1）イミペネムまたはメロペネム （2）アミカシン （3）シプロフロキサシンまたはレボフロキサシン 検体：喀痰・膿・尿 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 ）
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