事　務　連　絡
令和５年５月１日
令和７年１月30日改正

各 { 都道府県 / 保健所設置市 / 特別区 } 衛生主管部（局）　御中

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課
厚生労働省医政局地域医療計画課

多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのある
カンジダ・アウリスの連絡体制（情報提供及び依頼）の改正について

平素より感染症対策行政へのご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのあるカンジダ・アウリス（*Candida auris*）は、令和５年５月１日付け同名事務連絡により、本真菌による感染が疑われる事例の発生について、別添中に記載の宛先にご報告いただくようお願いしてきたところですが、今般、国際的な動向や技術的な変更をふまえ、当該事務連絡を改正しましたのでお知らせいたします。

主な改正箇所

・疑い例及び確定例における微生物学的検査について、より詳細に記載（「３．検査診断」関係）

・症例定義を一部変更（「５．報告・相談について」の「（１）発生報告について」関係）

なお、本事務連絡につきましては、別途、公益社団法人日本医師会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本病院会、一般社団法人日本医療法人協会、および公益社団法人日本精神科病院協会宛てにも送付しております旨申し添えます。

【お問い合わせ先】
厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課
TEL：03（3595）2257
Email：SARSOPC@mhlw.go.jp
※ メールの件名の文頭に
【アウリス】と記載

医療機関　感染症・微生物検査ご担当の方々へ

○近年、諸外国において多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのあるカンジダ・アウリス（*Candida auris*）による血流感染症等の侵襲性感染症の事例が多数報告され、問題となっています。
○多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのあるカンジダ・アウリスの海外株は、環境中で長期間生存するため集中治療室（ICU）などでの医療機器を介したアウトブレイクの事例が米国等から複数報告されています。院内で環境面への接触を含む接触感染等によりヒトからヒトに容易に伝播し、侵襲性感染症例は高い致命率を示します。
○抗真菌薬への薬剤耐性率が高く、米国疾病対策・予防センター（CDC）によると、分離株の約 1/3 が２種類以上の抗真菌薬に耐性であることが報告されています。加えて、臨床現場で現状使用可能な全ての種類の抗真菌薬に耐性である株も報告され、薬剤耐性(AMR)対策の観点からも非常に重要な菌種です。
○カンジダ・アウリスが疑われる場合は、各自治体を通じて、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課（SARSOPC@mhlw.go.jp、メールの件名の文頭に【アウリス】と記載。）及び国立感染症研究所感染症危機管理研究センター（eoc@nih.go.jp）にご報告ください。

１．背景

カンジダ・アウリス（*Candida auris*）は 2009 年に本邦より初めて報告された酵母真菌種であり、本邦からの報告においては非侵襲性（慢性中耳炎患者の耳漏から分離）でしたが、2009 年以降、国内株とは遺伝子型が異なる多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのある株（以下、「海外株」）が米国、欧州、南米、南アフリカおよびインド等から報告され、2020 年には本邦でも死亡例が報告されています。カンジダ・アウリスは、特に海外株において、① 多剤耐性株の検出頻度が高いこと、② 院内アウトブレイクに対する管理が困難であり、海外においては病棟閉鎖に至った事例もあること等の理由から、注意が必要な病原体と考えられております。2022 年には世界保健機関（WHO）では真菌優先病原体リスト（WHO fungal priority pathogens list: FPPL）のひとつとして位置づけられ、また同真菌による感染症は米国疾病対策・予防センター（CDC）では全数把握対象となっています。

２．特徴

（１）　抗真菌薬耐性率は非常に高く、米国 CDC のサーベイランスでは、80%の分離株がフルコナゾール耐性であり、31%がアムホテリシン B 耐性、31％が 2 種類以上の抗真菌薬に耐性であることが示されています。
（２）　血流感染症などの高い致命率を呈する感染症の報告があり、全身感染における致命率は 30-60%と高率です。

（３） ヒトへの定着は、鼻腔、鼠径部、腋窩、直腸など様々な身体部位に生じ、初回検出時より３ヵ月以上経過しても検出されうると報告されています。ヒトへの定着の危険因子には、カンジダ・アウリス保菌者・その周囲の環境との接触が含まれ、ヒトへの定着は、汚染された環境や医療器具などから容易に生じうると推察されます。

（４） 健康な人の腸管粘膜や体表面に定着しているだけでは、原則的に無害です。

３．検査診断

以上の背景や特徴を踏まえ、カンジダ・アウリス感染症を臨床的に疑い、血液培養検査等の必要な検体を採取し、以下の微生物学的検査で確定していきます。

詳細な菌種同定検査が難しい場合は、「６．相談先」に記載の連絡先〈診断・検査・病原体について〉にご相談ください。

（１） カンジダ・アウリス確定株とする場合

- 質量分析法を用いた菌種同定において、
  MALDI biotyper（score value 2.0 以上[*1]）もしくは VITEK MS において、カンジダ・アウリスと同定された場合。
- 遺伝子検査[*2]において、
  国立感染症研究所で示した方法を用いたカンジダ・アウリスの特異的プライマーによる定性 PCR 検査もしくは真菌特異的 rRNA 遺伝子（ITS 領域、D1/D2 領域）の塩基配列解析において、カンジダ・アウリスと同定された場合。

（２） カンジダ・アウリス疑い株とする場合

- カンジダ・アウリスが分離培養可能なカンジダ属菌の選択分離培地（CHROMagar™カンジダプラス、関東化学）での典型的な発育が認められる場合[*3]。
- 生化学性状を用いた自動機器等において、カンジダ・ヘムロニー種複合体（*Candida haemulonii* species complex）を含めたカンジダ・アウリスの近縁種に同定[*4]、もしくは同定困難なカンジダ属が分離された場合。
- FilmArray® BCID2 パネル（ビオメリュー）において、カンジダ・アウリスが検出された場合。

[*1] MALDI biotyper における score value 1.7 以上 2.0 未満でカンジダ・アウリスが同定された場合、検査疑い株とする。

[*2] 保険収載された検査ではない。

[*3] コロニーの色調で真菌種を見分けることのできる一般的なカンジダ属菌の選択分離培地（上記以外）では、様々な色を示し、他の菌種と誤同定される可能性がある。

[*4] 既存の生化学的な同定手法では、データベースにカンジダ・アウリスの情報が収載されていないことが多く、他菌種と誤同定又は同定不能となる。

４．治療・感染対策

（１） 感染症の治療

カンジダ・アウリスの多くはエキノキャンディン系抗真菌薬に感受性であるため、初期治療ではミカファンギン、カスポファンギンといったエキノキャンディン系抗真菌薬を使用することが推奨されています。

治療開始後は、エキノキャディン系に対する耐性株も散見されることから、臨床経過が不良の場合（特に持続真菌血症や真菌血症の再発の場合）には薬剤感受性検査結果を確認し、必要に応じてリポソーマルアムホテリシンＢ等への変更を検討します。

（２） 保菌の場合

医療従事者の手指や汚染された環境を通じて、同じ病室や病棟の患者に伝播することがあります。保菌の状態から侵襲性感染症に進展する可能性について、注意深く観察する必要があります。また、保菌の場合でも、接触により水平伝播する可能性があります。

（３） 感染防止対策

患者からカンジダ・アウリスを検出した場合、又はカンジダ・アウリスを疑う多剤耐性真菌を検出した場合は、保菌者を含め、院内感染対策として以下の対策が推奨されます。

- 原則個室管理とし、標準予防策に加え、接触予防策を実施。部屋の陰圧管理は不要。
- 喀痰などの呼吸器検体から検出された場合は、飛沫予防策も実施。
- 処置前後の手指衛生を徹底。
- カンジダ・アウリスを検出した又はカンジダ・アウリスを疑う多剤耐性真菌を検出した患者において、入院継続中に培養陰性化を確認したとしても個室管理を解除せず、退院するまで個室管理を継続。（急性感染症の治療後も、カンジダ・アウリスが長期間定着するという報告がある。）
- 当該患者に接触した可能性があると判断された患者については、スクリーニング検査及び監視培養を実施する。
- 環境清掃や使用物品の消毒のために、エタノール、次亜塩素酸ナトリウムなどの中水準以上の消毒薬を使用。患者退院後、病室の最終清掃を行い、次に入室する患者への伝播防止を徹底。

カンジダ・アウリスによる感染症は主に海外から報告されているため、海外で医療曝露歴がある患者の入院時の感染防止策として、「医療機関における海外からの高度薬剤耐性菌の持ち込み対策に関するガイダンス　第２版」[1]および「カンジ

---

[1] 国立国際医療研究センター国際感染症センター「医療機関における海外からの高度薬剤耐性菌の持ち込み対策に関するガイダンス　第２版」　https://dcc.ncgm.go.jp/information/AMRimported_20240330.pdf

ダ・アウリス　診療の手引き」[2]（国立国際医療研究センター国際感染症センター）を参考にしてください。

その他、院内感染対策の体制や、基本となる院内感染対策についての一般的な事項は、「医療機関における院内感染対策について」（平成 26 年 12 月 19 日付医政地発 1219 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を参照してください。

５．報告・相談について

（１）　発生報告について

以下の症例定義に合致する症例を診断した又は疑った場合、

○ 医療機関は自治体（最寄りの保健所もしくは本庁・地方感染症情報センター）にご報告・相談いただき、

○ 報告を受けた自治体は、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課（SARSOPC@mhlw.go.jp）および国立感染症研究所感染症危機管理研究センター（eoc@nih.go.jp）までご報告いただきますようお願いいたします。

○ なお、報告に関しては所定の調査票（様式 1）をご使用ください。

【症例定義】

① カンジダ・アウリス確定株もしくは疑い株を原因菌とした侵襲性真菌感染症（血流感染症、眼内炎、脳脊髄炎、関節炎、その他の播種性感染症など）の患者

② 局所感染症（中耳炎・外耳道炎など）を呈する患者で、検体からカンジダ・アウリス確定株が分離・同定された患者

※ 報告基準については、今後、本真菌に関する国内の知見の集積に伴い、変更される可能性があります。

[2] 国立国際医療研究センター国際感染症センター感染症対策支援サービス「カンジダ・アウリス　診療の手引き」
https://dcc-irs.ncgm.go.jp/topics/candida-auris/

（２） 技術的相談について、必要に応じて、疫学調査の支援や院内感染対策支援に関して相談が必要な場合は、以下の専門機関連絡先にご相談ください。

【相談連絡先】

〈本真菌に関する診断・検査・病原体について〉

・国立感染症研究所真菌部

Email: shinkin-kensa@nih.go.jp

〈本真菌による感染事例の実地疫学調査について〉

・国立感染症研究所実地疫学研究センター・実地疫学専門家養成コース（FETP）

Email: outbreak@nih.go.jp

〈本真菌に関する治療・院内感染対策について〉

・国立国際医療研究センター　国際感染症センター（DCC）

Email: idsupport@hosp.ncgm.go.jp