



森兼 啓太 先生

山形大学医学部附属病院 検査部 部長
病院教授 感染制御部 部長

司会

演者



矢野 邦夫 先生

浜松医療センター副院長 兼
感染症内科科長

薬剤耐性 (AMR) 対策と 感染対策

1980年代以降、抗菌薬の開発が減少し、様々な耐性菌が出現し増加しています。抗菌薬はヒトのみならず動物にも投与されますので、動物の世界も環境も含めて抗菌薬耐性が拡散しています。耐性菌は次々出現していますが、新規抗菌薬は期待できないという厳しい状況です。こうしたなか、WHOは2011年にヒト・動物の垣根を越えた世界規模の取り組みである「One Health approach」を提唱、2014年に耐性菌に関する動向調査を実施、翌2015年には「薬剤耐性に対するグローバルアクションプラン」を立て、参加国に2年以内に行動計画を策定することを求めました。これを受け、日本政府は2016年に「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン」(以下、アクションプラン)¹⁾を発表しました。

そこで今回は、AMR対策と感染対策について、臨床現場でどのように取り組めばよいか、考えていきたいと思えます。アクションプラン6項目のうち、「感染予防・管理」と「抗微生物薬の適正使用」に絞ってお話します。

抗菌薬は唯一環境を変える薬剤

抗菌薬はすべての薬剤のなかで、唯一環境を変えてしまう薬剤である——これは私が普段思っていることです。例えば、病棟の4人部屋の1人が高血圧で、その方に降圧剤を処方しても、隣のベッドの方の血圧は下がりません。薬剤は処方された患者さんに作用と副作用が現れるもので、周辺の患者さんには何ら関係がありません。

ところが抗菌薬だけはそうはいきません。ある方に抗菌薬を特に長期間投与すれば、必ずその薬剤に耐性の菌が腸管に増殖し、おむつに付着して、スタッフの手洗いが不十分であれば隣の患者さんに伝播します。隣の部屋、病棟全体、そして病院全体と環境が変わってしまいます。抗菌薬だけ使用制限するのは、抗菌薬が環境を変えるからです。

アクションプランには抗菌薬使用量の国際比較が示されています。日本は全体的にはまずまずのレベルですが、広域経口抗菌薬の使用量は比較的多い。広域経口抗菌薬はもっと減らせるだろうということで、アクションプランは成果目標を示しています。2020年に対2013年比で、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド系は50%減、全体としては33%減、静注抗菌薬は20%減¹⁾です。このような数値目標を与えられても、臨床現場では具体的に何をすればいいのか戸惑います。そこで私は、米国のアクションプラン²⁾が引用しているCDCの文献をあたりました。本日はそのなかから、参考になる手引きを紹介します。

一般市民への啓発

一般市民への啓発は非常に重要です。国内ポータルサイトの意識調査では、抗菌薬が風邪やインフルエンザに効果がないことを知らない方が43%もいます³⁾。一般市民への啓発が不十分なのは明らかです。例えば、風邪の患者さんが「抗菌薬がほしい」と言ったとき、それを処方しないと、「あの医師は抗菌薬をくれない」ということで、以後その患者さんは病院に来てくれない恐れがあります。CDCは、一般市民に対し、以下のように啓発しています⁴⁾。

- ◇気管支炎: 抗菌薬は気管支炎ではほとんど必要ない
- ◇風邪: 抗菌薬では風邪は治らない
- ◇耳感染: 多くの耳感染には抗菌薬は推奨されない
- ◇副鼻腔炎: 通常、副鼻腔炎に抗菌薬は必要ない
- ◇咽頭痛: ほとんどの咽頭痛は抗菌薬なしで改善する
- ◇尿路感染: 通常、抗菌薬は治療に役立つ

また、全国老人保健施設協会(全老健)が加盟施設の職員を対象に行ったアンケートによると、「風邪やインフルエンザに抗菌薬は効果的だ」という問いの正解率は50%以下でし