

薬剤耐性菌に係る届出基準の変更について

本康医院 本康宗信・静岡薬剤耐性菌制御チーム
 静岡県立静岡がんセンター 感染症内科 倉井華子

通報 181 で示したカルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症と同様に、薬剤耐性菌で問題となる感染症として薬剤耐性緑膿菌感染症 (Multi-drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* infection :MDRP)、薬剤耐性アシネトバクター感染症 (Multi-drug-resistant *Acinetobacter* infection :MDRA)があります。主に院内での検出が問題となりますが、静岡県内では、ここ数年報告がありません(表 1)。外来で経験することはほぼないと思いますが、病院内では注意をしておく必要があります。

表 1 全国及び静岡県の感染症法に基づく耐性菌感染症の届出件数推移

疾患名	年次	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026.2
MDRP	静岡県	5	2	3	0	0	0	0	0
	全国	127	116	118	103	97	82	92	5
MDRA	静岡県	1	0	0	0	0	0	0	0
	全国	24	10	6	13	15	7	9	5

これら 2 疾患に関して令和 8 年度に薬剤耐性菌に係る届出基準の改正がありました¹⁾。「薬剤耐性緑膿菌感染症」を基幹定点届出感染症から全数把握疾患とし、名称を「多剤耐性緑膿菌感染症」に改め、届出のために必要な検査所見が変更されました(表 2)。「薬剤耐性アシネトバクター感染症」の届出のために必要な検査所見も変更されました(表 3)。

上記に伴い「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」の一部が改正され、令和 8 年 4 月 6 日から適用されることとなりました。尚、診断後 7 日以内に届出が必要です。

検査材料が血液、胸腹水、髄液など無菌検体の場合には、菌の検出と 3 つの条件を満たした場合、喀痰、尿など無菌的ではない検体の場合には、分離菌が感染の起因菌と判定された場合に届け出が必要となります。

1. 多剤耐性緑膿菌感染症

今回の改正は、海外の難治耐性緑膿菌の定義をそのまま導入したものではなく、各抗菌薬に対する耐性判定を CLSI((Clinical and Laboratory Standards Institute) 2019 年以降のブレイクポイントに整合させたものです。実際、国内の微生物検査においても、CLSI に基づく感受性判定が広く用いられており、本改正は届出基準と日常診療における判定基準の乖離を是正する側面を有しています。また、国内における感染状況の把握を目的として、全数報告が導入されました。

緑膿菌は水回りなどの生活環境中に広く常在しています。また、人体内の常在菌でもあり、口腔や腸管内にも生息していることがあります。細菌感染症に対する抵抗力が低下した入院患者など、特に手術後の患者は感染し発症する危険性が高くなります。主な感染経路は、緑膿菌によって汚染された手指や医療器具による接触感染です。

表 2 多剤耐性緑膿菌感染症の判定基準の改正点

薬剤	改正後		改正前	
	MIC (µg/ml)	阻止円直径 (mm)	MIC (µg/ml)	阻止円直径 (mm)
IPM	≥8	≤15	≥16	≤13
MEPM	≥8	≤15		
AMK	≥32	≤16	≥32	≤14
CPFX	≥2	≤18	≥4	≤15
LVFX	≥4	≤14		

2. 薬剤耐性アシネトバクター感染症

今回、AMK の感受性ディスク(Kirby-Bauer disk)の阻止円の直径が 14mm 以下から 16mm 以下に変更されました。

本感染症では、*Acinetobacter baumannii* が起病菌であることが多く、この菌は増殖期にはグラム陰性桿菌ですが、静止期にはグラム陰性~陽性球菌を示すことがある Gram variable な性質を持っています。SBT に単独で感受性を示すこともありますが、*A. calcoaceticus* との区別は難しく、*Acinetobacter baumannii* complex として報告されている施設もあります。緑膿菌と異なり、乾燥した環境でも生存できるため、医療関連感染症の起病菌として注意が必要です。院内感染の検体で *Acinetobacter baumannii* が推測され、empiric therapy を行う場合には、広域抗菌薬を選択することがあると思いますが、感受性判明後、狭域化を図ることが必要です。もし多剤耐性菌と判明した場合には、コリスチン、チゲサイクリン、セフィデロコルまた SBT 高用量使用を考慮しますが、感染症専門医との連携が必要です。

国内の報告は少ないものの、多剤耐性 *Acinetobacter* spp. の分離頻度が高い国や地域での入院歴に留意し、耐性菌保菌を考慮した感染管理の対策をとっておく必要があります^{2),3)}。

表 3 薬剤耐性アシネトバクター感染症の判定基準の改正点

薬剤	改正後		改正前	
	MIC (µg/ml)	阻止円直径 (mm)	MIC (µg/ml)	阻止円直径 (mm)
IPM	≥16	≤13	≥16	≤13
AMK	≥32	≤16	≥32	≤14
CPFX	≥4	≤15	≥4	≤15

今回の判定基準の改正で今までよりも報告数が増える可能性があります。また多剤耐性緑膿菌を全数報告にすることで本邦の感染状況が把握しやすくなると考えられます。検査基準については、臨床医には普段身近ではなく検査室からの結果をいただき、耐性菌であることを確認することがほとんどだと思います。多剤耐性菌という言葉で、より広域な抗菌薬を第一選択にすることを勧めているわけではありません。細菌検査室と連携し、周囲の流行状況を把握して、抗菌薬を選択することが必要です。今後も県内での耐性菌の検出がないように皆様の AMR 対策を考慮した抗菌薬の使用、多剤耐性菌保菌時の院内での対策が、必要と考えられます。

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001653021.pdf>
- 2) 田辺正樹、他：海外帰国患者より多剤耐性アシネトバクターおよび多剤耐性緑膿菌が同時に検出された事例に関する報告. IASR 2014; 35:244-246
- 3) Noghrou ND, et al.: Investigating multi-drug resistant Acinetobacter baumannii isolates at a tertiary hospital in Pretoria, South Africa. Indian J Med Microbiol. 2021 Apr;39(2):218-223. PMID:33832811