

2024 年 11 月 14 日（木）、15 日（金）、16 日（土）の 3 日間、表記の学会が神戸国際会議場と神戸ポートピアホテルにて開催されました。参加者は閉会式の時の発表では 1,530 名とのことであり、盛会でした。以下聴講した内容について要約します。

#### 教育講演 11 口腔ケアによる SSI 対策

口腔ケアでは第一人者である県立広島病院歯科・口腔外科の延原浩先生が講師でした。口腔ケアは、歯科医などによる専門的口腔ケア、看護師、言語聴覚士など医療スタッフによる口腔ケア、患者自身によるセルフケアがあるが、専門的口腔ケア以外では、歯垢や歯石を十分に除去できない。歯石の除去、歯周ポケット内部の除菌は重要項目であるが、専用器具を使用しない限り不可能である。術前の口腔ケアの感染予防効果が証明されている手術は食道癌および心臓血管術後肺炎、口腔がん術後の SSI 予防効果がある。これらに加え、延原らは、臨床試験により、消化器術後感染症、切開創、臓器・体腔の SSI を減少させるというデータを出しており、口腔ケアの重要性を解説した。術後感染症発症患者から得られた起炎菌は、*Enterococcus faecalis* が最も多く、次いで *Enterococcus faecium*, であり、*Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae* などの腸内細菌科の菌種、*Candida albicans* をはじめとする酵母様真菌と *Prevotella spp.*, *Bacteroides fragilis* などの偏性嫌気性菌であったと報告している。また、口腔ケアを 3 回行うことにより、細菌数は有意に減らすことができたことも報告していた。口腔ケアにより、術後感染だけでなく、誤嚥性肺炎の予防、胃、十二指腸における感染症の予防効果についても報告されていることが紹介されていた。

#### パネルディスカッション 2 各施設における AMR 対策の取組み

医師、ICN、検査技師、薬剤師の 4 名がそれぞれの施設の AMR 対策について報告する形式であった。各職種の役割について、2010 年 4 月 30 日の厚生労働省医政局長の医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において、業務の具体例として、薬剤師、リハビリテーション関係職種、管理栄養士、臨床工学士、診療放射線技師、その他（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）の 6 職種に分けて記載されており、医師などの負担軽減を図る観点から記載されており、各施設がどこまで、出来ているかを含め、報告されていた。また、抗菌薬適正使用体制加算の算定について、Access 抗菌薬の使用比率 60% 以上、あるいはサーベイランスに参加する医療機関の上位 30% 以上についての状況を報告していた施設は、Access 抗菌薬の使用比率は 37% であったが、上位 30% で拾われたとのことであった。当院も 35% 前後であるので、算定可能かもしれない。また J-SIPHE の公表データでは、第 1 回のボーダーラインは、31.3% であったと報告されている。ただし、J-SIPHE で証明を受けるためには、EF ファイルが必要であるが当院では、外来抗菌薬に関しては EF ファイルを作成していないとのことである。

*Mycoplasma pneumoniae* の正式な学名は 2018 年に Gupata らにより提唱された *Mycoplsmoides pneumoniae* であるが、しばらくは旧名称である *Mycoplasma pneumoniae* が使用されるだろうとのことであった。ちなみにヒトからの分離が多い、

*Mycoplasma genitalium* → *Mycoplasmoides genitalium*

*Mycoplasma hominis* → *Metamycoplasma hominis*

に変更されていた。2018 年のことなので、すでに 6 年が経過している。

まだ少し議論のある所であり、当面は *Mycoplasma* でよいと思われた。ちなみにオウム病の起炎菌である *Chlamydia psittaci* は 1999 年に *Chlamydophila psittaci* に変更されたが、現在の正式学名は *Chlamydia psittaci* に戻されている。

マクロライド耐性株が 2012 年前後にアジアを中心に 70% 前後まで急増し問題となったが、その後耐性株は減少した。これは流行株の Type が耐性株有意の Type 1 から Type 2 に変わっていったためであることが報告されている。この Type 2 が耐性化すれば、また耐性率が急増する可能性を秘めている。以前は抗体価による診断であったため、治療後に結果が出る疾病であったが、LAMP 法や PCR 法による検出が可能になっている。しかしながら、核酸増幅法は外注で実施されているケースが多く、時間がかかる。その点イムノクロマト法は迅速検査として優れているが、感度が低いという難点がある。インフルエンザウイルスは咽頭粘膜に、新型コロナウイルスは全身の細胞にレセプターがあるので、咽頭スワブ検体を使用することに意味はあるが、*M. pneumoniae* は下気道の線毛に付着するので、咽頭スワブでは感度が悪くなるのは当然であり、下気道検体を使用すべきであるが、添付文書上咽頭スワブを使用することになっており、少なくとも咳をさせてから検体を採取するなどの工夫が必要である。また、マイコプラズマ肺炎の特徴として乾性咳嗽があるが、近年の患者は湿性咳嗽がほとんどであり、鑑別時には注意が必要であるとのことであった。

## 一般演題 O-091 尿路由来 *Escherichia coli* に対する AWaRe 分類で Access に分類されている経口抗菌薬の感受性率について

上記のタイトルでひびき AMR 研究会と小倉到津病院の研究として、上田舞衣子、村谷哲郎、朔晴久の連名で発表しました。内容としては、尿路から分離された大腸菌を単純性尿路感染症を想定したグループと複雑性尿路感染症を想定したグループにわけ、さらに入院患者由来株と外来患者由来株の 4 グループにわけて、Access に分類される経口薬で通常薬剤感受性で感受性測定がなされて

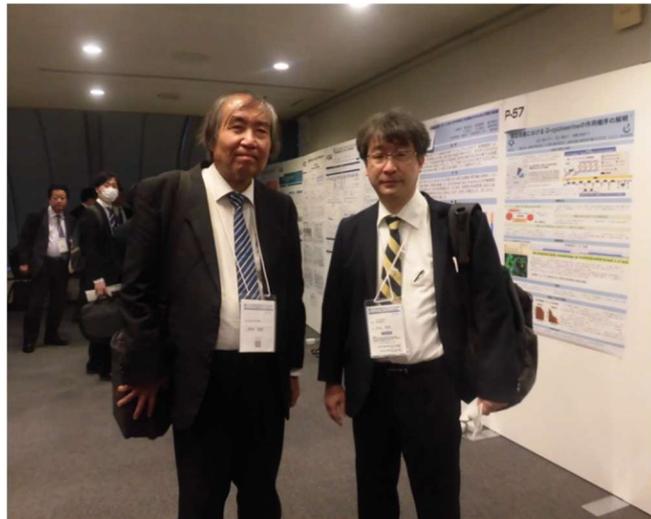
いないセファレキシシンやドキシサイクリンを加え、感受性率を報告しました。ガイドライン推奨薬であり、汎用されているキノロン系と比較するとドキシサイクリンは同等以上の感受性率であり、また第三世代経口セフェムと比較してセファレキシシンは 2% 程度存



在する AmpC 産生株の一部を除いて感受性率は同程度であったことを報告した。座長より、ガイドラインの薬剤ではなく、Access の薬剤で十分だということですねという質問があった。大腸菌に限れば、Access の薬剤で同等の対処がかのうであり、大腸菌の割合が 80% 前後である単純性尿路感染症であればセファレキシン、ドキシサイクリンでよいですが、複雑性尿路感染症では、大腸菌以外の誘導型 AmpC 産生株も分離されるので、その場合はキノロン系や第三世代経口セフェムが有用であると思われましてと回答した。



会場入り口にて



ポスター会場で岡本氏と

### シンポジウム 7 グラム陰性菌の薬剤耐性拡散の背景を考える

このシンポジウムでは、海外の多くの研究者が同一クローンが伝播していったことの報告を行っており、なぜ ESBL 産生菌のほとんどがキノロン耐性株なのかについても解析がなされていることも報告されていることが示されており、興味深いものであった。

今回の学会参加では、最新の論文を読んでいないことを痛感させられました。また、新しい手法や技術などを活用した報告もあり、知らないことが多かったように思います。その他に「フロモキシセフ、セフメタゾールの有用性検討」など興味深い演題がありましたが、他のセッションと重なっており、聞くことが出来ませんでした。