

セフェム系抗菌薬と歯医者さん

1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 2023-2027 から

2023年4月に「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン2023-2027」が国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議から発表されました(厚生労働省のホームページから検索可能で前回は本ニュース428号でも紹介)。下表の目標値は2020年が2013年の数値から、2027年が2020年の数値から何%減少させるかの目標を示しています。

耐性菌種	2020年 (実際値)	2020年 (目標値)	2021年 (実際値)	2027年 (目標値)
①肺炎球菌ペニシリン非感受性率	33.3%	15%以下	59.1%	-
②大腸菌ニューキノロン耐性率	41.5%	25%以下	40.4%	30%以下
③黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率	47.5%	20%以下	46.0%	20%以下
④緑膿菌イミペネム耐性率	15.9%	10%以下	15.8%	3%以下
⑤緑膿菌メロペネム耐性率	10.5%	10%以下	10.3%	
⑥大腸菌イミペネム耐性率	0.1%	0.2%以下	0.1%	0.2%以下
⑦大腸菌メロペネム耐性率	0.1%	0.2%以下	0.1%	
⑧肺炎桿菌イミペネム耐性率	0.2%	0.2%以下	0.2%	
⑨肺炎桿菌メロペネム耐性率	0.4%	0.2%以下	0.4%	
⑩全抗菌薬使用量(販売量から)	32.7%減	33%減	9.77*	15%減

- ①肺炎球菌ペニシリン非感受性率: 2020年段階でも実際値は33.3%と高く2021年では59.1%とさらに高い%を示し増加傾向が顕著になっています。理由は分かりませんが2027年での目標値が示されていませんでした。
- ②大腸菌ニューキノロン耐性率: 目標値には届いておらず2021年の実際値でも40.4%と高い耐性率を占めています。その影響か2027年目標値は30%以下と緩めた設定になっています。
- ③黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率: いわゆるMRSAですが低下傾向はあるものの目標値の20%にはほど遠い47.5%となっています。2027年までの目標は20%以下と維持されています。
- ④⑤緑膿菌イミペネムおよびメロペネム耐性率: 2020年の目標値10%以下にもう少しという段階までには来ています。2027年の目標値は一気に3%とかなり厳しい設定にはなっていますが、今回はカルバペネム系としてまとめた目標設定となっています。
- ⑥⑦⑧⑨大腸菌および肺炎桿菌イミペネムおよびメロペネム耐性率: 1例以外は目標を達成しています。この項目もカルバペネム系でまとめ耐性菌もまとめた形で目標値は0.2%以下と維持されています。
- ⑩全抗菌薬使用量: 使用量(*)は人口千人当たりの一日使用量で示しています。2013年の使用量と2020年の使用量で比較されていますが目標の33%減にはわずかに届いていません。表には示していませんが個別にみると次に示す経口抗菌薬の目標はいずれも50%なのですが経口セフェム系(46.1%減)、経口ニューキノロン系(43.7%減)、経口マクロライド系(47.5%減)とわず

かに届かず、**静注抗菌薬は目標が20%減のところ1.1%減**にしかありませんでした。使用量が多いほど耐性菌の発生を促す要因になるため不必要な抗菌薬の使用は避けるのが望ましいのですが2027年までの使用量減目標は2020年から**経口セフェム系40%減**、**経口ニューキノロン系30%減**、**経口マクロライド系25%減**、**静注抗菌薬20%減**としています。特徴としては**ペニシリン系使用量の削減目標は設定されていません**。ペニシリン系を第一選択薬として無効であれば他の系統を選択するのが全体の抗菌薬の耐性化を防ぐという考え方ようです。2027年の目標は抗菌薬全体の使用量を2020年の水準から15%減少させるという意味になります。

2) セフェム系抗菌薬と歯医者さん

ここでやっと表題の話になります。私の歯医者さんの治療経験では抗生物質とNSAIDsの薬しかもらっていないので歯医者さんがあえて院外処方にする必要は無く処方箋を受けている保険薬局もほぼ無いと思いますが、歯科領域でも耐性菌出現への対策は実施されています。日本歯科学会・歯科医療協議会編の「歯科における薬剤耐性(AMR)対策ワーキンググループ報告書(2024年)」から抜粋してみるとワーキンググループの一人がまとめた青森県歯科医師会所属の歯科診療所にどの抗菌薬を使っているかについてのアンケート調査報告が以下のように記載されていました。

第3世代セフェム系：43.2%(CFPN-PI：21.1%、CDTR-PI：12.6%、CFDN：7.0%、その他：2.5%)、ペニシリン系：28.1%(AMPC：26.6%、BAPC：1.5%)、マクロライド系：11.1%、第二世代セフェム系：8.5%、ニューキノロン系：5.0%、ペネム系：1.5%、第一セフェム系：0.5%となって**第3世代セフェム系の利用が多かった**結果になっていたそうです。

AMR対策の中では**セフェム系の使用軽減が毎回のよう**に提言されています。セフェム系、ニューキノロン系、マクロライド系に耐性化が進み治療薬の選択がなくなると人類生存の危機になるという観点からなのでしょう。その流れの中で歯科領域でもAMR対策が必要になってきますが**セフェム系43.2%**の数値も、直近5年間の間では**15%減少**し、**ペニシリン系は2倍以上増加**しているとしています。

セフェム系からペニシリン系への移行が歯科領域(少なくとも青森県)でもAMRの意識が根付いてきた証拠だとしています。JAID/JSC感染症治療ガイド2019の歯性感染症の歯周組織炎ではAMPCの3~7日投与、CVA/AMPCの3~7日投与が第一選択とされています。つまり抗菌薬の**第一選択薬はペニシリン系**になります。**第3世代セフェム系**は経口吸収率が低く、薬剤耐性を起こしかねない点から推奨されないとされています。さらにJAID/JSC感染症治療ガイド2023では「**健常者の普通抜歯後の感染予防抗菌薬の投与は推奨されていない**」と記載され抜歯だけであれば抗菌薬自体も投与する必要はないというわけです。この点に関する上記アンケート調査では**抜歯後44.3%**が**抗菌剤を2~3日間投与**しており、**投与していないと回答したのは47.4%**でした。ざっくりと言うと抜歯された際には半数近くの歯医者さんが化膿止めとして抗菌薬を投与し、その内の半数近くがセフェム系を化膿止めに投与していることになります。

私も歯茎に膿ができて切開される時や抜歯してもらう時は、毎回第3世代セフェム系のフロモックス[®]錠(CFPN-PI)を1日3回3日分とナイキサン[®]錠2回分を窓口の若い女性の事務員さんから「**抗生剤は1日3回食後に飲んで3日分は必ず全部飲みきってください、痛み止めは痛みが出た時に飲んでください。痛みが再発した時でも6時間以上あけてください**」という説明を私もかつて患者さんにしていたなと思いつつ「分かりました」と素直にもらっています。実際には処置が午後の場合は帰宅後すぐに抗生剤を服用し寝る前に2回目を服用し痛みも再発時は4時間後に服用しているのですが、AMRの観点からは私の処方**は適切な処方ではない**のですが患者の立場では化膿止めは欲しいというのも本音です。

ちなみに同じ抜歯でも感染性心内膜炎のリスクのある患者さんや顎埋伏智歯の患者さんの抜歯の際には**術前1時間**にAMPCまたはCVA/AMPCの単回投与が推奨されています。(終わり)