

バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)

国	分離率 ¹⁾	判定基準	引用文献
米国	79.4%	VCM \geq 32 μ g/ml, CLSI	CDC, NHSN 2009-2010年 ²⁾
欧州	8.9% (0-42.7%)	CLSI, EUCASTなど国による	ECDC, EARS-Net 2013年 ³⁾
韓国	25.9-41.7%	不明	KCDC 2009年 ⁴⁾
日本	0.7%	VCM \geq 32 μ g/ml, CLSI	JANIS検査部門2013年 ⁵⁾
	1.4%	VCM \geq 16 μ g/ml, 感染症法	

1) *E. faecium*におけるvancomycin耐性菌株数 / vancomycin感受性測定菌株数

2) Sievert DM *et al.* Infect Control Hosp Epidemiol 2013;34(1):1-14.

3) <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/index.aspx>

4) Yoon YK *et al.* J Antimicrob Chemother 2012; 67(12):2963-9.

5) <http://www.nih-janis.jp/report/kensa.html>

日本のVRE分離率が低い理由として考えられる要因

1. 米国では臨床現場におけるバンコマイシンの使用量が日本よりも多い。
例)バンコマイシン使用量(2002年):米国19547kg、日本2692kg
2. 日本の臨床現場では、VREが分離された場合、保菌者であっても隔離等を厳密に行い院内での拡散阻止に取り組んでいる。分離率が低いため実施可能。

多剤耐性アシネトバクター(MDRA)

国	分離率	判定基準	引用文献
米国	33.6% ¹⁾	Beta-lactam(penicillin, cephalosporin), Carbapenem, AG, FQすべて耐性。CLSI	CDC, NHSN 2006-2008年 ³⁾
欧州	47.6% ²⁾ (0-86.6%)	Carbapenem, AG, FQすべて耐性。CLSI, EUCASTなど国による	ECDC, EARS-Net 2013年 ⁴⁾
アジア 太平洋	34.2% ²⁾ (12.6-82.9%)	Penicillin, Cephalosporin, Carbapenem, AG, FQ, TCのうち3剤以上耐性。CLSI	TEST 2004-2007年 ⁵⁾
日本	0.44% ²⁾	Carbapenem耐性, AMK $\geq 32\mu\text{g/ml}$, FQ耐性。感染症法	JANIS検査部門2013年 ⁶⁾

1) *A. baumannii*のみ

2) *Acinetobacter*属

3) Kallen AJ *et al.* Infect Control Hosp Epidemiol 2010;31(5):528-31.

4) <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/index.aspx>

5) Bouchillon SK *et al.* Int J Antimicrob Agents 2009; 33(2):130-6.

6) <http://www.nih-janis.jp/report/kensa.html>

日本のMDRA分離率が低い理由として考えられる要因

欧州や米国では1980-90年代から多剤耐性アシネトバクターによるアウトブレイクが問題になった。一方、日本では2000年代に大学病院などで散見されるようになった。日本でMDRAが分離されるようになった時、すでに欧米での問題が知られていたため、VRE同様、保菌・感染患者の探知と隔離が積極的に実施されている。