

# JAID/JSC 感染症治療ガイドの改訂に向けて

日本感染症学会・日本化学療法学会 Joint シンポジウム 5  
“徹底比較：サンフォード熱病と感染症治療ポケットガイド” より

2012年、社団法人 日本感染症学会・公益社団法人 日本化学療法学会は合同で、“JAID/JSC 感染症治療ガイド2011”(感染症治療ポケットガイド)を刊行した。ポケットガイドとしては、“感染症治療のバイブル”とされる“The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy”(サンフォード熱病)が知られており、現在まで42版を重ねている。

2012年4月26日、第86回日本感染症学会学術講演会、第60回日本化学療法学会学術集会のJoint シンポジウムとして、「徹底比較：サンフォード熱病と感染症治療ポケットガイド」[司会：清田 浩氏(東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 泌尿器科)・三笠桂一氏(奈良県立医科大学医学部 感染症センター)]が行われた。3人の演者により、肺炎、気道感染症、発熱性好中球減少症、敗血症、感染性心内膜炎、細菌性髄膜炎の6つの疾患において、両ガイドの比較検討が発表された。各演者は、感染症治療ポケットガイドにおける該当項目の執筆陣のひとりである。

Joint シンポジウムをレポートすることにより、演者がサンフォード熱病から何を読み取り、何を読み捨てたか、“JAID/JSC 感染症治療ガイド”改訂への動きを探った。

# JAID/JSC 感染症治療ガイドの改訂に向けて

## 日本感染症学会・日本化学療法学会 Joint シンポジウム 5 “徹底比較：サンフォード熱病と感染症治療ポケットガイド” より

「JAID/JSC 感染症治療ガイド 2011」(JAID/JSC ガイド)は、社団法人 日本感染症学会・公益社団法人 日本化学療法学会が共同編集したもので、2001年の「抗菌薬使用の手引き」、2005年の「抗菌薬使用のガイドライン」の延長上にある。日本の実情を考慮し、詳細なガイドラインではなく、臨床現場で参照する携帯可能なポケットガイドを作成したという。対象としたのは、敗血症、発熱性好中球減少症、細菌性髄膜炎、中耳炎および副鼻腔炎、感染性心内膜炎、肺炎、気道感染症、骨髄炎、腹膜炎、皮膚軟部組織感染症、尿路・性器感染症、性感染症、術後感染予防の13領域であるが、今後、補足、追記される予定である。

一方、“The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy”(サンフォード熱病)は、1969年の発行以来、2012年で42版を重ね、ポケットガイドとして世界中で広く使われている。「熱病」というロゴに象徴されるように、熱帯地方の風土病(熱病)の治療まで網羅されていて、日本でもグローバルスタンダードを知るツールとなっている。

2012年4月、長崎において、第86回日本感染症学会学術講演会、第60回日本化学療法学会学術集会が併催され、26日に「Joint シンポジウム 5 徹底比較：サンフォード熱病と感染症治療ポケットガイド」が開かれた。3つの演題からなり、奈良県立医科大学医学部感染症センター 笠原 敬氏が「肺炎・気道感染症」について、独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際疾病センター 大曲貴夫氏が「発熱性好中球減少症・敗血症」について、帝京大学医学部附属病院感染制御部、帝京大学医学部内科学講座(感染症)松永直久氏が「感染性心内膜炎・細菌性髄膜炎」について、両ポケットガイドの比較を行った。いずれの演者も、JAID/JSC ガイド制作にあたり演題と同じ項目の執筆陣のひとりである。

Joint シンポジウムの学術講演抄録によると、「サンフォード熱病はわが国に使用できない抗菌薬や、わが国では適応外となるような抗菌薬の使用法が掲載されており、必ずしもわが国の実情とは合わない点が少なくないことが問題点となっていた」とある。また、「サンフォード熱病を意識してポケット版にしたという経緯がある」。JAID/JSC ガイドの改訂に向けた取り組みとして、Joint シンポジウムをレポートする。各演者は、各感染症の治療において、サンフォード熱病をいかに吟味したかが明らかになった。

## ■日本版ポケットガイド制作の必然性

両学会の執筆陣はサンフォード熱病を適宜参照しながら、JAID/JSCガイドの制作を進めてきた。各演者は、それぞれの疾患で、サンフォード熱病が日本の実情に合わない点を指摘している。

### 1 記載順

形式的なことであるが、サンフォード熱病はABC順で記載されている。肝臓(Liver)の次に肺(Lung)がくるのは、そのせいである。笠原氏は、口演の冒頭で、サンフォード熱病は利用にあたってある程度習熟する必要があることを指摘した。「Lung肺とBronchi気管支が一緒になっているが、関連する咽頭・扁桃はPharynxとかなりページが離れている。また、特殊な微生物では、真菌やウイルス、抗酸菌は別の表に記載されている。一方、JAID/JSCガイドは、日本で目にする教科書、ガイドラインなどと同様で、なじみ深い構成になっている。」

### 2 治療開始の入り口

市中肺炎の治療で笠原氏は、日本と米国では開始の入り口が異なることをあげた。治療開始に、サンフォード熱病は外来治療群、一般病棟治療群、ICU治療群に分け、JAID/JSCガイドは細菌性肺炎、非定型肺炎、どちらか明らかなでない場合の3つに分けている。サンフォード熱病はこれらを鑑別するにあたり、CURB-65というスコアシステムを紹介し、JAID/JSCガイドは該当項目数により非定型肺炎を鑑別する表を掲げている。その後、サンフォード熱病では基礎疾患の有無により、JAID/JSCガイドは外来治療か入院治療かにより、それぞれ2つに分けて、治療法を明記している。治療開始時に異なる分類を用いるので、治療法が当然異なることを、笠原氏は強調した。また、外来治療か入院治療かの鑑別で、JAID/JSCガイドに肺炎の重症度分類(A-DROPシステム)を紹介してもよかったと補足した。

また、咽頭炎・扁桃炎の治療においては、サンフォード熱病は、A、C、G群の連鎖球菌お

よび*Fusobacterium*と、淋菌のグループ、そしてA群溶連菌の再発という3つに分けている。一方JAID/JSCガイドは、軽症例で抗菌薬非投与にて改善しない場合・中等症例の場合・*S. pyogenes*陽性であった場合の3つをまとめ、重症例の場合と2つに分けているだけである。

### 3 薬剤の承認薬・承認用量

市中肺炎治療における高用量アモキシシリン(AMPC)の用量は、サンフォード熱病で、経口薬で1g 3回、1日合計で3g、あるいはAMPC 1,000mgとクラバン酸(CVA) 62.5mgを含有するAMPC/CVAの日本にはない徐放剤で、1回2錠、1日2回服用することで、1日合計4gにも及ぶ。一方、JAID/JSCガイドでは、AMPC/CVAおよびAMPCを併用して、1日合計1.5～2gである。

日本で使用できない抗菌薬として、笠原氏は gemifloxacin, benzathine penicillin, ticarcillin/clavulanateなどを、松永氏は nafcillin, oxacillin, cloxacillinなどの抗ブドウ球菌ペニシリン薬などをあげている。一方、pazufloxacinやbiapenemなど日本以外ではあまり一般的でない抗菌薬もある。

### 4 耐性菌の状況

肺炎球菌による肺炎の治療において、サンフォード熱病には、マクロライド系薬の耐性が25%を超えていれば他の抗菌薬を選択せよと記載されている。日本の現状は、肺炎球菌のマクロライド系薬の耐性菌が25%を超えている。また、肺炎の特異的治療において、サンフォード熱病は、インフルエンザ菌を $\beta$ ラクタマーゼ産生・非産生で分けている。米国では $\beta$ ラクタマーゼ産生株は25～30%とされているが、笠原氏によると、日本は10%程度である。日本独自の問題としてBLNAR( $\beta$ ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性)株があり、サンフォード熱病の推奨どおりにいかない可能性がある。

米国には静注麻薬常用者が多いことから、市中型メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が蔓延している。サンフォード熱病はその状況をふまえた推奨になっていると、大曲氏は敗血

症治療において指摘した。松永氏も感染性心内膜炎治療と同様に言及し、JAID/JSCガイドでは、麻薬常用の可能性の低い人々のレジメンを、日本に近いので参考にすると述べた。「麻薬常用者の割合が高いとされる、黄色ブドウ球菌が原因の右心系病変のレジメンについては特に記載していない。」

## ■より詳細な検討が望まれる点

### 1 市中肺炎

#### 1) 外来における経験的治療

サンフォード熱病では、基礎疾患がない群で、徐放剤も含めて、アジスロマイシン(AZM)か、クラリスロマイシン(CAM)か、ドキシサイクリン(DOXY)かの3薬が推奨されている。さかのぼって3カ月以内に抗菌薬が使われている場合、マクロライド系薬の前2者のどちらかに加え、高用量AMPCあるいはAMPC/CVA、またはレスピラトリーキノロン系抗菌薬を併用すると書かれている。一方、JAID/JSCガイドでは、細菌性肺炎(外来治療)の場合、AMPC/CVAまたはスルタミシリン(SBTPC)が第一選択とされ、これらがアレルギー等の理由で使えない場合、5種類の経口キノロン系抗菌薬[モキシフロキサシン(MFLX)、メシル酸グレノキサシン(GRNX)、レボフロキサシン(LVFX)、シタフロキサシン(STFX)、トスフロキサシン(TFLX)]が推奨されている。

経験的治療で、笠原氏があげたJAID/JSCガイドが検討すべき課題は次のとおりである。

①ペニシリン系薬、たとえば高用量AMPCの投与量は十分か。

②経口セファロsporin系薬は推奨できるのか。サンフォード熱病にはセフジニル(CFDN)やセフポドキシムプロキセチル(CPDX-PR)が入っていて、用法・用量は日本の重症例で投与できる範囲内にある。

③並列の5つの経口キノロン系薬にはエビデンスが全くないわけではないので、優先順位をつけられないか。

④日本ではマクロライド系薬は第一選択となるか。

⑤治療期間は明確にできないか。

#### 2) 入院治療

笠原氏は次の2点をJAID/JSCガイド改訂時に検討すべきとした。

①非定型肺炎で、ミノサイクリン(MINO)、LVFX、シプロフロキサシン(CPFX)、パズフロキサシン(PZFX)の4つが並列となっている。エビデンスにより優劣をつけられないか。

②JAID/JSCガイド作成時には使用できなかった注射用AZMをどこに位置付けるか。

③入院治療(ICU)において、サンフォード熱病は、重症患者を、重症COPDがある場合、インフルエンザ患者の重症肺炎の場合、グラム陰性桿菌の疑われる場合、ペニシリンG(PCG)耐性の肺炎球菌のリスクがある場合の4つに分けている。一方、JAID/JSCガイドには、細菌性肺炎か非定型肺炎か明らかでない場合だけにICU入院という選択肢がある。それで十分か。

④サンフォード熱病のコメントに、特に敗血症を伴う肺炎球菌性肺炎患者でマクロライド系薬を併用すると死亡率が低下したとの報告があると書かれている。日本にあてはまるか。

⑤医療・介護関連肺炎(NHCAP)診療ガイドラインの反映。

### 2 気道感染症

気道感染症に関して、JAID/JSCガイドに対する笠原氏の指摘は次のようなものであった。

①咽頭炎・扁桃炎に関し、淋菌についてのコメントは必要ではないか。

②慢性呼吸器病変の定義は何か。サンフォード熱病は慢性呼吸器病変を大きく3つに分けている。1つめが喫煙者のCOPDが主となる慢性気管支炎の急性増悪、2つめは気管支拡張症、3つめがcystic fibrosisである。一方、JAID/JSCガイドは、慢性呼吸器病変として、気管支拡張症や気管支肺異形成症(BPD)を想定していると思われるが、定義をより明確にするとわかりやすいのではないか。

## ■ 米国の状況をふまえ「JAID/JSC 感染症治療ガイド 2011」で考慮した点

### 1 敗血症

大曲氏は、両ポケットガイドの治療法で大きな違いをもたらした考え方を2つあげている。1つは、JAID/JSCガイドは患者の背景ごとにレジメンを分けていることで、もう1つは、JAID/JSCガイドは特に院内感染症の場合、アンチバイオグラム等々を参考にし、医療施設ごとに最適化された治療を的確に選ぶことを強調していることである。JAID/JSCガイドの基本姿勢は、丹念に患者を診察し、感染症の起炎菌・感染部位をできるだけ早期に見極めて、抗菌薬を選択することである。

サンフォード熱病では、市中肺炎で *Legionella* などの非定型病原体を想定しキノロン系薬のLVFXまたはMFLXが選択され、それに加えて、 $\beta$ -ラクタマーゼ阻害薬を配合したペニシリン系抗菌薬のピペラシリン・タゾバクタム(PIPC/TAZ)、さらにバンコマイシン(VCM)という3剤の併用が推奨されている。大曲氏は、この処方について「サンフォード熱病が、敗血症を呈するような重症な市中肺炎の原因微生物として、*Acinetobacter* または *Klebsiella* などを想定したからではないか」と推察している。

市中発症の原発巣不明の敗血症に関し、JAID/JSCガイドの第一選択にセフトリアキソン(CTRX)およびセフォタキシム(CTX)のほか、TAZ/PIPCが選択されている。これは、パブリックコメントを経たうえで最終的に追加されたとのことで、血液培養を行っても、市中肺炎、市中敗血症、院内敗血症に分類できないことを多くの医師が経験している。大曲氏は、そのような場合、敗血症のような病態を医療関連と想定せざるをえず、その際の適応としてTAZ/PIPCを含めることには意義があるとした。

欧米諸国と同様、日本で最大の問題は大腸菌が敗血症の原因微生物のなかで主要な位置を

占めることである。大曲氏によると、これを考慮すると、基質特異性拡張型 $\beta$ ラクタマーゼ(ESBL)産生菌をどう扱うかという問題は大きく、「サンフォード熱病のように、重症だからと全例でカルバペネム系薬を使うのも方法のひとつだが、JAID/JSCガイドは、抗菌薬の適正使用を意識し、ESBL産生菌のリスクが高いと疑われる群に対してカルバペネム系薬を推奨することにした」という。ただ、大曲氏は、「目前のショック患者を診たとき、医師がESBL産生菌の感染症を的確に鑑別できるとは限らない。文献的に検討中で、日本のエビデンスをもとにした議論が必要である」と補足した。

JAID/JSCガイドの敗血症では、バイタルサインを狂わせるような急激な発症、しかも重症化する真菌感染症の原因として、*Candida* が想定されている。それは、治療開始の遅れが原因で、患者が不幸な転帰をたどることもあるからである。そこで、細胞性免疫不全などがある場合、ミカファンギン(MCFG)やアムホテリシンBリポソーム製剤(LAMB)の併用も検討すべきとされている。大曲氏は、「実際に併用するかどうかは臨床的な判断が必要である。ポケットガイドとして『重症時、もしくは患者が好中球減少・細胞性免疫障害などの免疫不全状態にある場合』とさらりと記載されているが、具体的な範囲を示せないため、今後の検討課題である」と述べた。

### 2 発熱性好中球減少症

大曲氏は、IDSA(米国感染症学会)ガイドラインの内容と、サンフォード熱病の推奨とは多少異なっているという。たとえば、IDSAガイドラインには、『標準的な初期治療によっても血行動態が安定しない場合、耐性グラム陰性菌、グラム陽性菌、嫌気性菌および真菌まで広げて治療する』とある。しかし、サンフォード熱病の経験的治療に、原因菌とされているのは好気性グラム陰性桿菌とViridans streptococciである。大曲氏は、「サンフォード熱病では、通常、偏性嫌気性菌までカバーするようなレジメンを使う必要はないと、暗に述べている」と推察し

ている。

これまでの米国の流れは、多剤耐性のグラム陰性桿菌の感染リスクが高い場合など、特定の場合にかぎり併用療法を推奨しているという。高リスクの成人と小児に対するサンフォード熱病での処方は、ゲンタマイシン(GM)またはトブラマイシン(TOB)のいずれかに加えて、ticarcillin/clavulanateあるいはPIPC/TAZを併用するものである。それでも患者が5日間解熱しない場合、サンフォード熱病では、カスポファンギン(CPFG)とMCFGとanidulafunginのなかの1剤、またはポリコナゾール(VRCZ)のどちらかを追加するとされている。一方、JAID/JSCガイドでは、高リスク患者に対し静注抗菌薬を単独で用いる場合、セフェピム(CFPM)、セフトジジム(CAZ)、TAZ/PIPC、カルバペネム系薬[イミペネム/シラスタチン(IPM/CS)、メロペネム(MEPM)、ドリペネム(DRPM)、ピアペネム(BIPM)]が選択肢となっている。併用療法では、単独で用いた薬剤にアミノグリコシド系薬を併用する。

低リスクの患者の場合、CPFXまたはLVFXのいずれかに、AMPC/CVAを追加してもよいとされている。一方、サンフォード熱病やIDSのガイドラインでは、CPFXとCVA/AMPCの併用療法が推奨されている。大曲氏は、「ただ、日本で行われているCPFX単剤、またはLVFX単剤の治療には、欧米と比較し用量は少な目だが、それなりのエビデンスがある」と述べた。

日本のみならず諸外国で問題になっているのは、多剤耐性のグラム陰性桿菌である。たとえば米国では、*Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase(KPC)産生性 *Klebsiella pneumoniae* や、多剤耐性の *Acinetobacter* などの問題に直面している。だが、サンフォード熱病にはそれに対する細かい記載はみとれないという。一方日本で、頻度的に問題になるのは、多剤耐性緑膿菌(multi-drug resistant *Pseudomonas aeruginosa*:MDRP)で、多くはメタロ-βラクタマーゼ産生菌で、なかなか良い

治療法はない。大曲氏は、「JAID/JSCガイドでは、あくまで現状に即して、ブレイクポイント・チェッカーボード・プレートなどによる併用効果の確認、ポリミキシンE(PL-E)やポリミキシンB(PL-B)、コリスチンの使用を検討してもよいと注記されている。」

### 3 感染性心内膜炎

松永氏は、感染性心内膜炎(IE)の治療について、次のように概括した。「サンフォード熱病には抗菌薬の選択肢が細分化されているが、JAID/JSCガイドは見やすいように簡略化されている。また、JAID/JSCガイドは小児の記載を充実させたことが特徴としてあげられる。抗菌薬治療効果判定に関しては、サンフォード熱病にはいっさいないが、JAID/JSCガイドは血液培養の陰性化の確認を求めている。」

松永氏は、次のような問題点を提示した。

①日本は、抗ブドウ球菌作用のあるペニシリン(血液脳関門blood-brain barrierを気にしなくてよい)が使用できない稀な国で、中枢神経系に感染が波及した時などに困る。

②MRSAが起炎菌の場合、Clinical Infectious Diseases誌に掲載された論文が契機となり、アミノグリコシド系薬の使用の是非が議論されている。

③ダプトマイシン(DAP)をどのように位置付けるか。

④腸球菌が起炎菌の場合、初期はそれほど重篤感がないこともあるが、なかなか治癒しないので、アミノグリコシド系薬が必要になる。耐性度が高い株の場合には外科手術を積極的に検討する必要も出てくる。

#### 1) 自己弁

自己弁の感染性心内膜炎は、黄色ブドウ球菌、連鎖球菌、腸球菌の3つが主な原因菌である。さらにサンフォード熱病をみると、自己弁の黄色ブドウ球菌では、感染巣が左心系(大動脈弁・僧帽弁)か右心系(三尖弁)かによって治療が異なる。

左心系のMSSAが原因の場合、サンフォード熱病にはnafcillin、つまり抗ブドウ球菌作用の

あるペニシリン(4～6週),そして低用量GM(3～5日)の併用が推奨されている。JAID/JSCガイドでは,CEZを2g×3(6週)に加えて,GM(3～5日)の使用が記されている。一方,右心系になると,サンフォード熱病では投与期間が2週間と短縮され,骨髄炎のような転移性病変が存在したり,左心系の感染を合併していたりする場合には2週間では短いとコメントされている。逆にJAID/JSCガイドでは,左心系と同じ投与方法が推奨されている。

MRSAに対し,JAID/JSCガイド作成時に日本でDAPは使用できなかったが,その後,市販された。松永氏は,「DAPはサンフォード熱病では第二選択薬に位置付けられているが,今後,変わる可能性がある」と指摘している。また,MRSAに対して,サンフォード熱病ではVCMの単独,JAID/JSCガイドではVCMとGMの併用が推奨されている。JAID/JSCガイドが受けたパブリックコメントのなかにGMは本当に必要なのかという指摘もあったという。

腸球菌にアミノグリコシド高度耐性がある状況では,外科的なアプローチも積極的に検討する必要が出てくる。松永氏は, $\beta$ -ラクタム系薬の単剤では静菌的にしか働かないので,高度耐性の確認のため,GM 500 $\mu$ g/mLの状態では菌が発育するかを調べている。サンフォード熱病では,腸球菌に対し,ペニシリン系薬に感受性があるか,VCMに感受性があるか,そしてGMの高度耐性の有無で分けて,治療推奨が述べられている。松永氏は,「米国にはVCM耐性腸球菌(VRE)などが多く,ペニシリンもVCMもいずれも効果がない状況が起こりうる」とし,サンフォード熱病には,その場合のリネゾリド(LZD)の記載がある。

松永氏が問題にするのは,医師が遭遇する頻度の高い培養陰性のものである。培養検体を採取する前に抗菌薬を投与することが原因のことも多い。感染性心内膜炎では,特に微生物学的な確定診断をつけることが大切である。緩徐に病状が進むHACEK(*Haemophilus*, *Actinobacillus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*,

*Kingella*)や, Viridans streptococciでは先に抗菌薬が投与されてしまい,起病薬として検出できていないケースも多いと考えられる。松永氏は,「臨床的に安定しているなら,抗菌薬を3日～1週間ほど中止した後に血液培養を行うことも重要である。ただ,実際に行うのは難しいことも多く,コンサルトが必要になるケースもよく遭遇する」と補足した。

## 2) 人工弁

人工弁の感染も,治療薬はそれほど自己弁の感染と変わらないという。実際に自己弁と人工弁で推奨が全然変わらない菌種もある。両ガイドの大きな違いは,ブドウ球菌におけるRFPの経口投与の位置づけである。サンフォード熱病は,高用量RFP(経口1日1回300mg 1日3回)をVCMに併用している。JAID/JSCガイドでは,RFPを加えても加えなくてもよいとされている。追加するのであれば450～600mg,日本での用量を推奨している。

感染性心内膜炎治療全般について,松永氏は次のように強調している。「大事なことは,十分な期間,抗菌薬を投与することである。また,外科的治療に頼らざるをえない場面でも,最近,心臓外科の先生も積極的に検討してくれるようになっていく。」

## 4 細菌性髄膜炎

松永氏によると,細菌性髄膜炎における両ガイドの大きな相違点のひとつは小児の治療である。特に日本では,BLNARやペニシリン耐性肺炎球菌感染症(PRSP)に対する認識の違いがある。JAID/JSCガイドは基本として第三世代セフェム系薬に加えて,カルバペネム系薬のどちらかを必ず併用するとされ,VCMは含まれていない。一方,サンフォード熱病は,VCMとCTRXなど第三世代セフェム系薬を中心としたアプローチで,第二選択薬としてMEPMがあげられ,VCMとの併用という推奨になっている。

また,インフルエンザ菌感染の場合,サンフォード熱病では曝露者の予防内服が奨められているが,日本の場合には学会として正式に推

奨されておらず、JAID/JSCガイドにも記されていない。また、サンフォード熱病では、抗菌薬の効果判定に関して、新生児(早産児から1カ月未満)には経験的治療を実施後に「培養および感受性の情報を得て処方を変更」、治療開始24～36時間後に髄液再検査が推奨されている。

細菌性髄膜炎に関して、治療のタイミング、頭部CT撮像の必要性、腰椎穿刺のタイミングなど、いろいろと議論がある。サンフォード熱病では、「最も大切なことは経験的治療であり、次に大切なことは30分以内に髄液検査を行うことで、神経学的巣症状が見られる場合、経験的治療を開始し、頭部CTを行ったのちに腰椎穿刺を行うこと」と記載されている。JAID/JSCガイドには、頭部CTを早期に行うほうがよいというエキスパートオピニオンが採用されている。

## ■ JAID/JSC 感染症治療ガイドの課題

3人の演者はそれぞれ次のように総括した。

「JAID/JSCガイドを毎年改訂していく意義は、新しい抗微生物薬が増えるとともに、新しいエビデンスが発表されることである。年々文献的な評価を加え、現状で並列に扱われている抗菌薬をより詳細に位置付けられるのではないか。また、詳細なコメント、分類や項目などの追加、充実が必要だと考えている。サンフォード熱病から学ぶべき点は「絶え間のない評価と改善」だと考えている。」(笠原氏)

「JAID/JSCガイド作成時のもとのコンセプトは、エビデンスをもとにしたガイドラインではなく、日本のエキスパートオピニオンの集大成という位置づけである。それは、まずは1版目を作ることに意義があると考え、いわゆる現場で議論になると想定された問題点に関して意見を示したわけである。サンフォード熱病も、確かに多少文献は引いてあるものの、エキスパートオピニオンのレベルだと思われ、現段階で両ガイドは構造上、同等ではないかと考えている。また、JAID/JSCガイドは、改訂後に英文化されると聞いている。世界に胸を張って示せるようなガイドになればと願っている。」(大曲氏)

「JAID/JSCガイド、サンフォード熱病はともに、熱が出たからと解熱薬のように、なんとなく抗菌薬を使うのではなく、感染部位を特定し原因菌を調べて抗菌薬を選択するといった流れが重要だと明示している意義は大きい。ポケットガイドは、標準的な治療が簡潔に記載されることによって普及し、医療の標準化に寄与するという意義がある。逆に、ポケットガイドが網羅できていない病態については、どのように診断をつけ治療をしていくかが課題として残っている。また、ポケットガイドの使用にあたっては、ポケットガイドに盲従するのではなく、ポケットガイドの適正使用も考えるべきである。JAID/JSCガイドの改訂にあたっては、ローカルファクターへの配慮や治療効果の判定の記載も考慮する必要がある。」(松永氏)