

2024/12/2

One Health で考える医師-獣医師連携AMR感染症教育プロジェクト

医療領域におけるAMR対策と抗菌薬適正使用

東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野

東京科学大学 感染症センター (TCIDEA)

東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部

具 芳明

東京医科歯科大学と東京工業大学が統合し、2024年10月1日に東京科学大学が誕生しました



COI開示

発表者名：具 芳明

本講演に関連し、発表者が開示すべきCOI関係にある企業として

医学教育事業助成：MSD株式会社



国内外でのAMR対策の展開



“No action today,
no cure tomorrow”
世界保健デー
(2011)



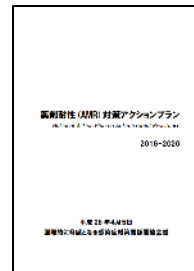
グローバルアクションプラン
(2015)

加盟各国に2年以内のアクションプラン策定を求めた



“No time to Wait”
国連事務総長への報告書
(2019)

2050年には1000万人/年が死亡する恐れ
2008-09年金融危機に匹敵する世界経済へのダメージの恐れ



抗微生物薬適正使用の手引き (2017, 19年)
抗菌薬適正使用支援加算 (2018年～)
薬剤耐性ワンヘルス動向調査 (2017年～)
感染対策連携共通プラットフォーム (2019年～)

薬剤耐性 (AMR) 対策
アクションプラン 2016-2020

薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン

National Action Plan on Antimicrobial Resistance

2016-2020

平成 28 年4月5日

国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議

目標

1. 国民の薬剤耐性に関する知識や理解を深め、専門職等への教育・研修を推進する
2. 薬剤耐性及び抗微生物剤の使用量を継続的に監視し、薬剤耐性の変化や拡大の予兆を適確に把握する
3. 適切な感染予防・管理の実践により、薬剤耐性微生物の拡大を阻止する
4. 医療、畜水産等の分野における抗微生物剤の適正な使用を推進する
5. 薬剤耐性の研究や、薬剤耐性微生物に対する予防・診断・治療手段を確保するための研究開発を推進する
6. 国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進する

アクションプラン2016に基づいて進められたこと（医療分野）

普及啓発・教育	<ul style="list-style-type: none">・ AMR臨床リファレンスセンターなどによる研修、セミナー開催・ 学会等による専門職に対する教育・研修の推進・ 普及啓発活動の表彰（内閣官房）
動向調査・監視	<ul style="list-style-type: none">・ 医療機関でのAMR関連情報を集約するJ-SIPHEの運用開始・ 薬剤耐性研究センター設置によるJANIS, NESIDの充実・ 薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会による国内サーベイランスの統合的分析とAMRワンヘルスプラットフォームの公開
感染予防・管理	<ul style="list-style-type: none">・ 感染対策向上加算の新設・ J-SIPHEにより、感染予防・管理（IPC）の比較・評価システムの構築
抗微生物薬の適正使用	<ul style="list-style-type: none">・ 「抗微生物薬適正使用の手引き」の発行・ 抗菌薬適正使用支援加算・小児抗菌薬適正使用支援加算の新設
研究開発	<ul style="list-style-type: none">・ 薬剤耐性菌バンク（JARBB）整備、細菌のゲノムデータベース拡充・ 臨床・疫学研究や産官学連携の推進・ 薬剤耐性感染症（ARI）未承認薬迅速実用化スキームによる創薬支援
国際協力	<ul style="list-style-type: none">・ WHO, G7の取組への参画・ JANISの海外展開・ AMRアジア閣僚級会合、AMRワンヘルス国際会議の開催

厚生労働省 院内感染対策サーベイランス事業

JANIS

よくあるご質問 | 利用条件 | サイトマップ | English

参加医療機関専用 ログイン | お問い合わせはこちら

HOME | JANISについて | 公開情報 | 提出データ作成 | 参加・脱退 | よくあるご質問

参加医療機関専用 ログイン

公開情報

JANIS 通信

MENU

HOME | JANISについて | 部門説明 | 参加医療機関一覧 | 提出データ作成 | データ送信試験サイト

トップページ > 公開情報 > 検査部門 JANIS (一般向け) 期報・年報

公開情報

検査部門 JANIS (一般向け) 期報・年報

■ 病床数別公開情報

都道府県別公開情報

年	年報			
	入院検体		外来検体	
2021年	200床未満 集計日:2022.04.04	200床以上 集計日:2022.04.04	全県計対象 集計日:2022.04.04	全県計対象 集計日:2022.04.04

年	四半期報				年報
	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	
2020年	全県 集計日:2020.05.19	全県 集計日:2020.08.18	全県 集計日:2020.11.17	全県 集計日:2021.04.02	入院検体 集計日:2021.04.02
	200床以上 集計日:2020.05.19	200床以上 集計日:2020.08.18	200床以上 集計日:2020.11.17	200床以上 集計日:2021.04.02	外来検体 集計日:2021.04.02
	200床未満 集計日:2020.05.19	200床未満 集計日:2020.08.18	200床未満 集計日:2020.11.17	200床未満 集計日:2021.04.02	200床以上(入院検体) 集計日:2021.04.02
	200床未満 集計日:2020.05.19	200床未満 集計日:2020.08.18	200床未満 集計日:2020.11.17	200床未満 集計日:2021.04.02	200床未満(入院検体) 集計日:2021.04.02
2019年	全県 集計日:2019.05.24	全県 集計日:2019.08.23	全県 集計日:2019.11.12	全県 集計日:2020.04.06	入院検体 集計日:2020.04.06
					外来検体 集計日:2020.04.06

<https://janis.mhlw.go.jp/report/kensa.html>

AMR臨床リファレンスセンター

AMR Clinical Reference Center

文字サイズ 小 中 大 | サイト内検索 | 検索

アクセス | 国立国際医療研究センター

あいさつ | AMRについて | センター紹介 | 業績 | リンク/資料集 | イベント情報

トップページ > 抗菌薬使用サーベイランス Japan Surveillance of Antimicrobial Consumption (JSAC)

Japan Surveillance of Antimicrobial Consumption (JSAC) in English

抗菌薬使用サーベイランス Japan Surveillance of Antimicrobial Consumption (JSAC)

- 全国抗菌薬販売量サーベイランス (2023.03.06 更新)
- 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいた都道府県別・年齢区分別 抗菌薬使用量サーベイランス (2020.10.04 公開 2021.12.24更新)
- 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいた全国抗菌薬使用量サーベイランス (2020.10.06 公開 2021.12.24更新)
- 抗菌薬マスター (2018.04.13 公開、2023.3.28 更新) **NEW**
- 抗菌薬使用量集計マニュアル Ver.1.1 (2018.11.15 公開、2019.01.16 更新)
- AMR臨床リファレンスセンターによるノルウェー公衆衛生研究所へのATC/DDD申請請負について (2020.03.13 公開)

<https://amrcrc.ncgm.go.jp/surveillance/index.html>

J-SIPHE

参加申請フォーム | ログイン

HOME | J-SIPHEについて | 参加申請 | 公開情報 | お問い合わせ

AMR (薬剤耐性) 関連のデータを集約し 医療機関や地域ネットワークで活用する 感染対策連携プラットフォーム

お知らせ

- 2023年5月23日 ■■ 一部システム不具合のお知らせ ■■
- 2023年5月22日 ■■ 入院F結合ファイル作成ツールの更新時の対応について ■■
- 2023年5月15日 ■■ SSI情報の登録に利用する入カファイル作成ツール (Excel) の最新バージョンについて ■■
- 2023年5月11日 ■■ 【重要】システムメンテナンスのお知らせ ■■
- 2023年4月20日 ■■ 参加施設マニュアル ver5.0.0の公開のお知らせ ■■
- 2023年4月10日 ■■ テスト環境の構築について ■■

システムメンテナンス

- 2023年5月9日 ■■ テスト環境の構築について ■■

かしく治して、明日につなぐ

One Health

One Health Platform

<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>

薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

日本語 | English

HOME | ヒト | 動物 | 環境 | 項目比較 | お気に入り | サイトについて

新着情報

- 2023年03月27日 データを更新しました。(PDF: 453KB)
- 2023年03月22日 システムメンテナンスのため3月27日9時から10時まで停止します
- 2022年08月03日 データを更新しました。(PDF: 414KB)
- 2022年07月28日 システムメンテナンスのため8月3日9時から10時まで停止します

都道府県データはこちら

都道府県AMR情報

関連情報

One Health

AMRワンヘルスプラットフォームでできること

- 1 全国から都道府県別のデータまで 日本のAMR情報を網羅
- 2 ヒト・動物・環境まで 幅広い分野のデータを網羅

各種データの切り替えやエリア比較も簡単に行うことができ、複数の都道府県の比較や経年的な比較まで対応しています。

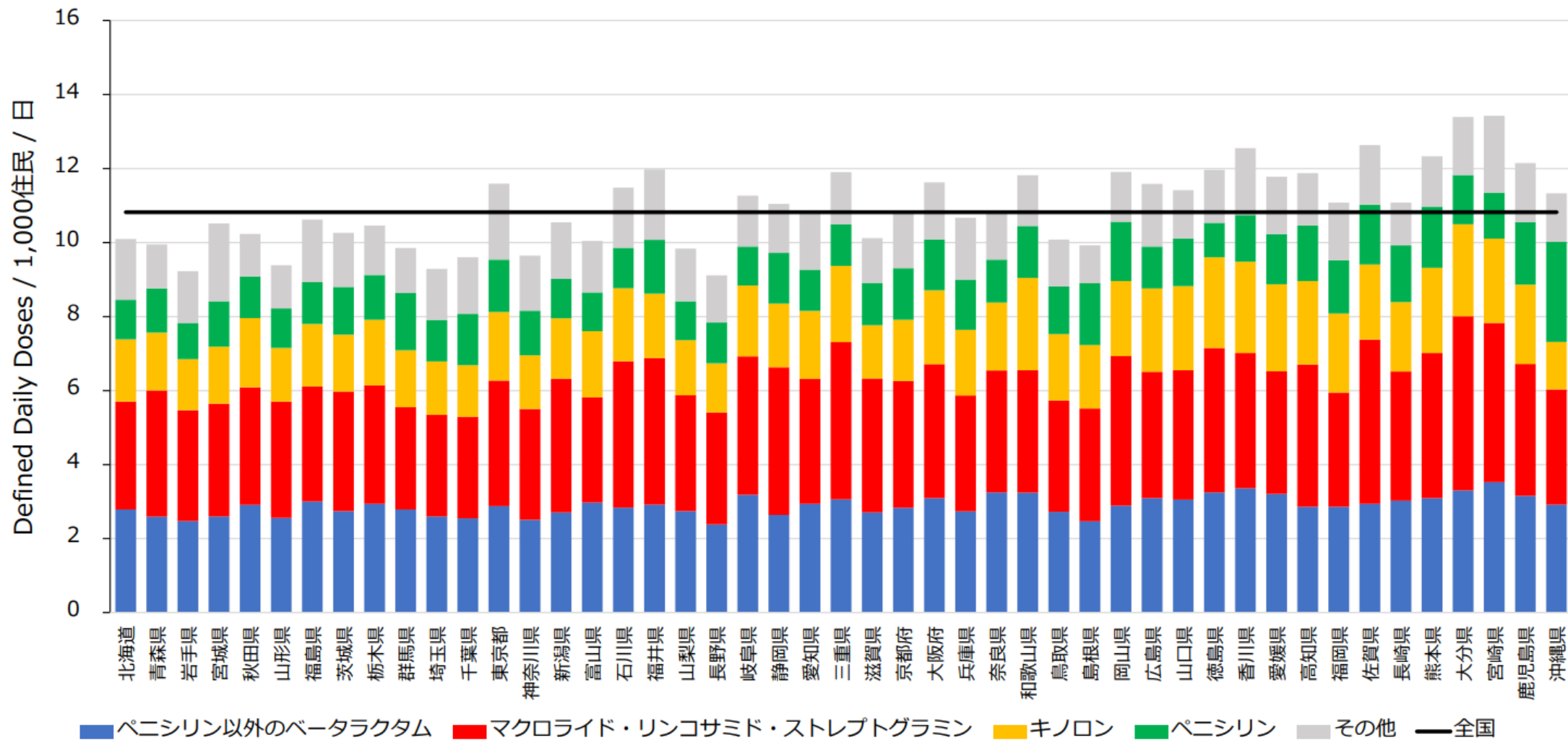
ヒト医療の分野のみならず獣医療、畜産、農業、食品衛生、環境などの分野まで網羅しています。

全国 | 比較 | 関東エリア

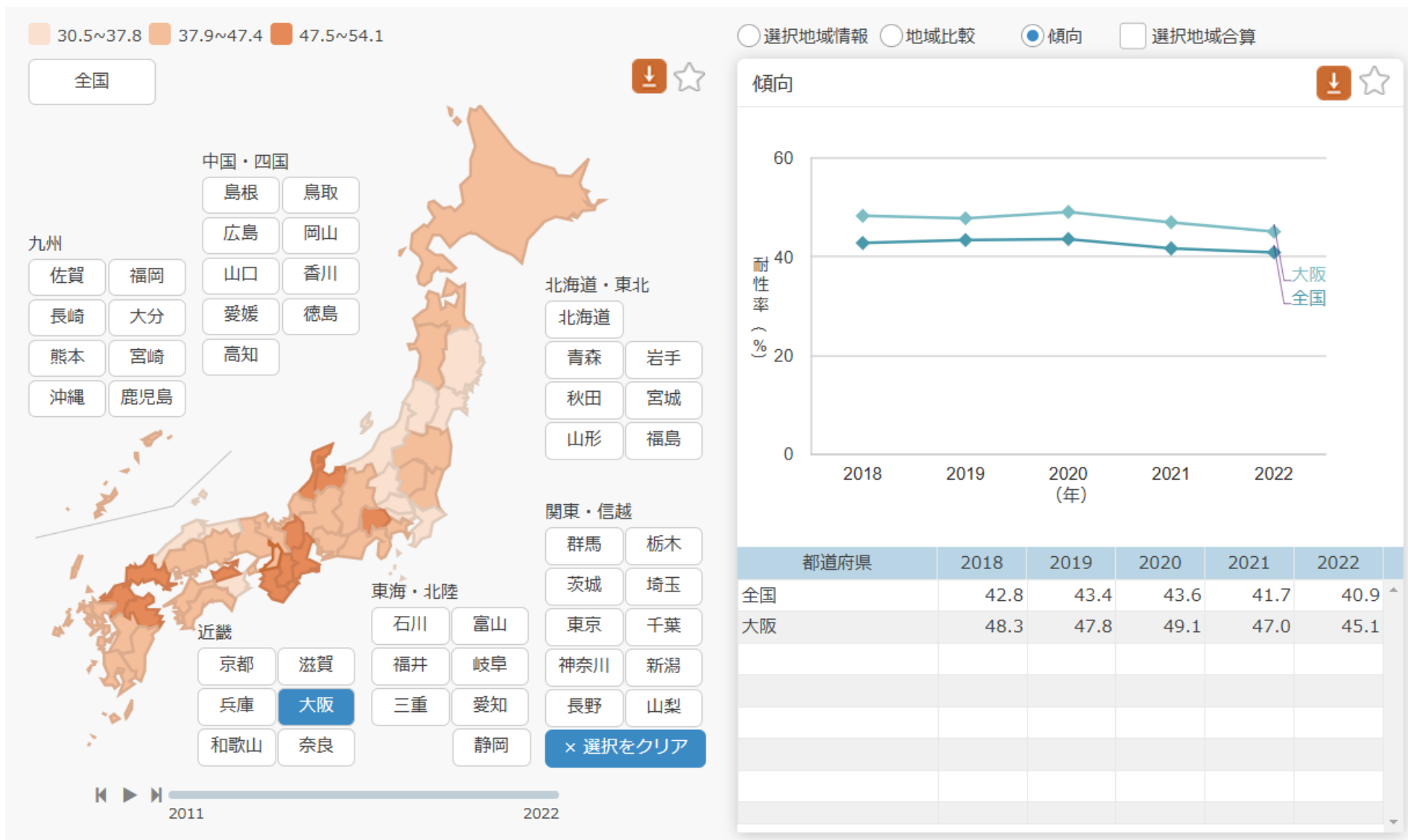
DATA

<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp>

都道府県別 2020年 抗菌薬種類 (ATC3) による集計



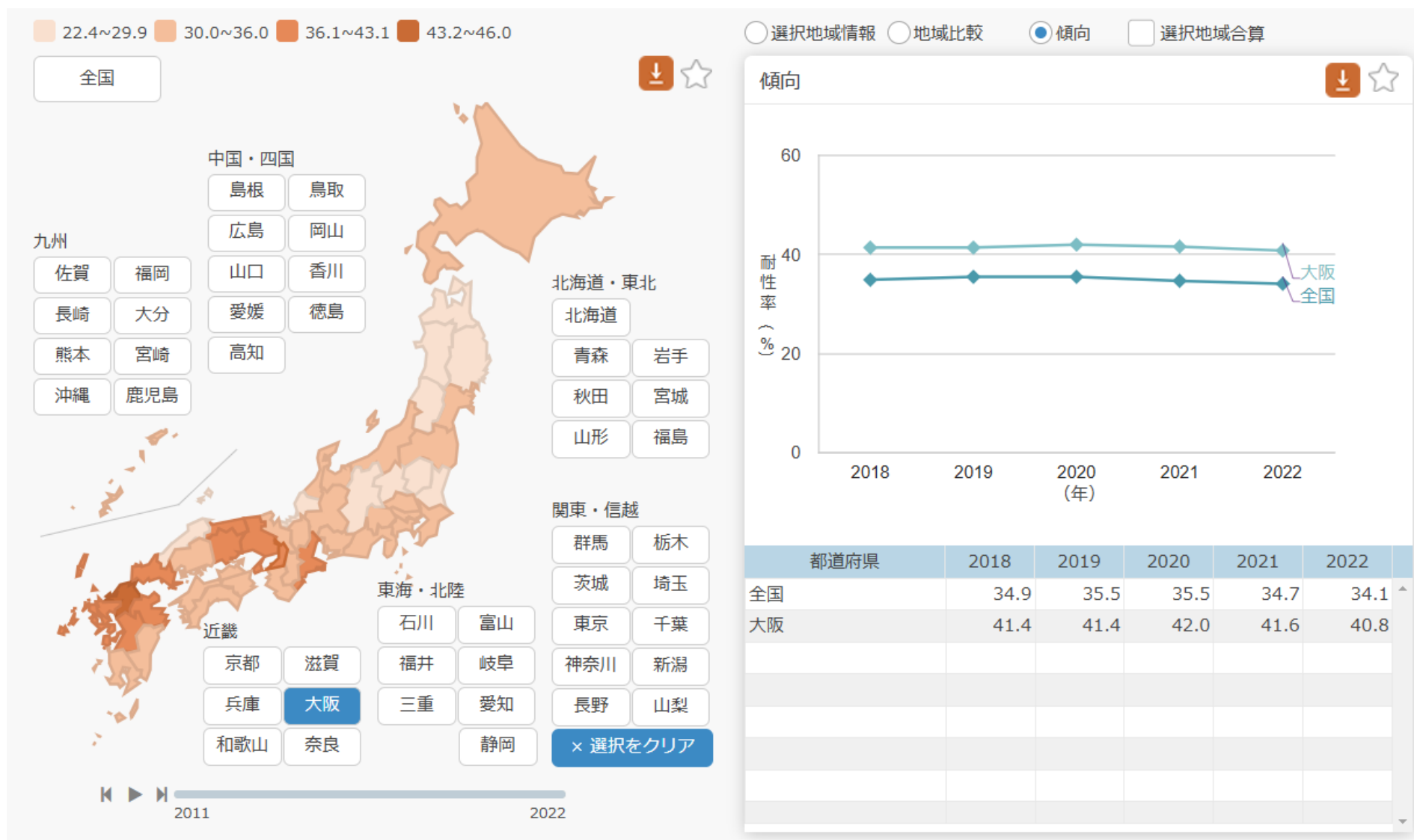
黄色ブドウ球菌に占めるMRSAの割合*



*黄色ブドウ球菌に占めるMPIPC耐性

<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp/resistantBacteria/101>

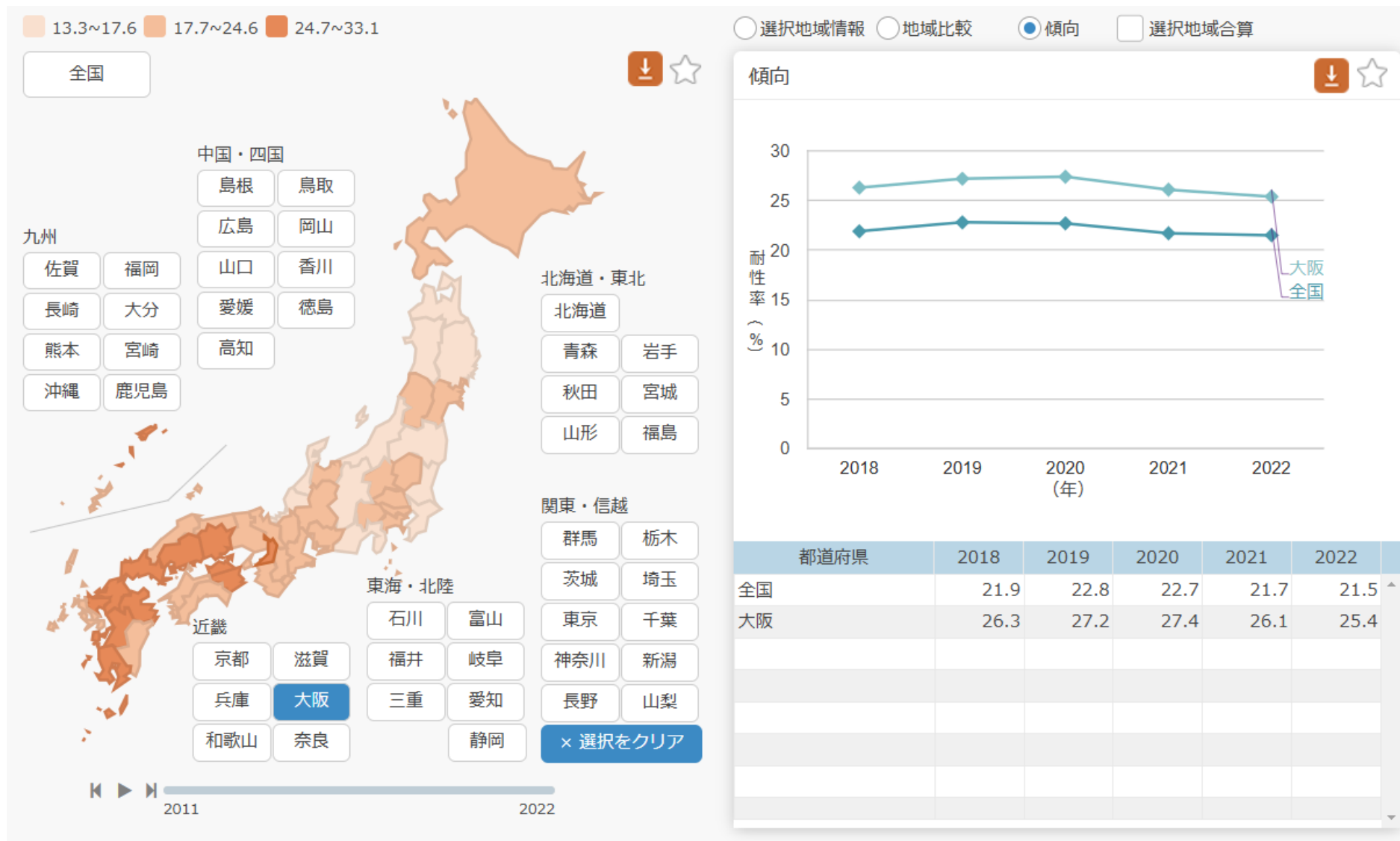
大腸菌に占めるフルオロキノロン耐性*の割合



*LVFX耐性

<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp/resistantBacteria/101>

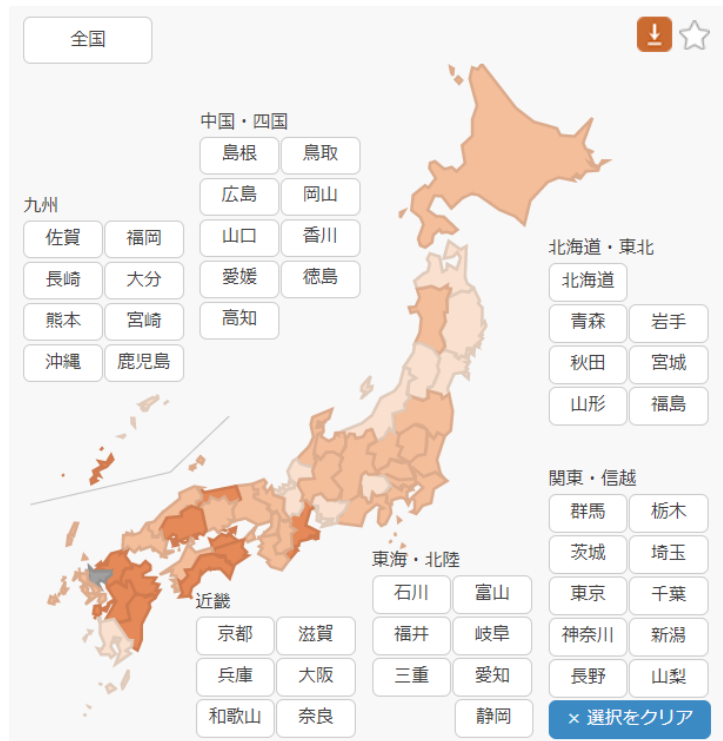
大腸菌に占める第3世代セファロスポリン耐性*の割合



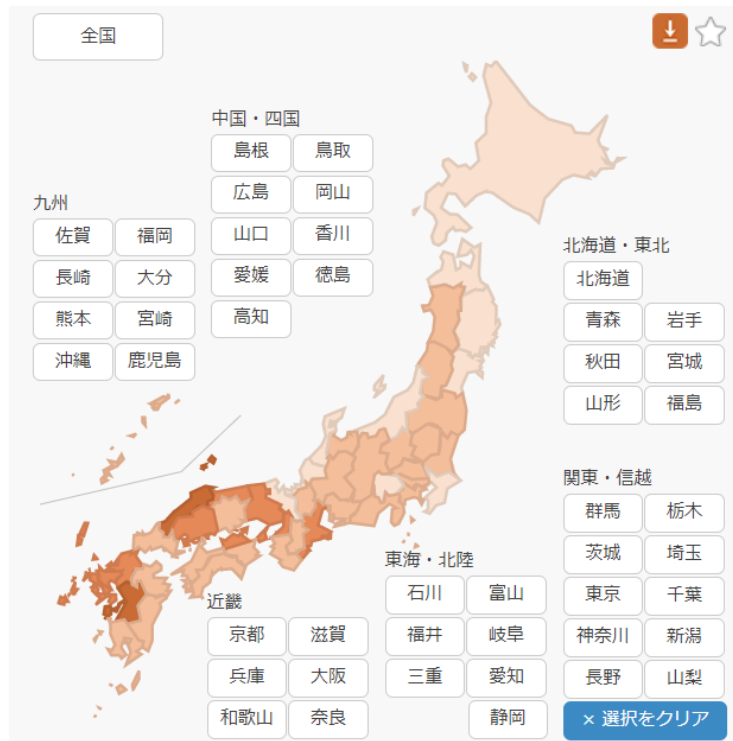
*CTX耐性

<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp/resistantBacteria/101>

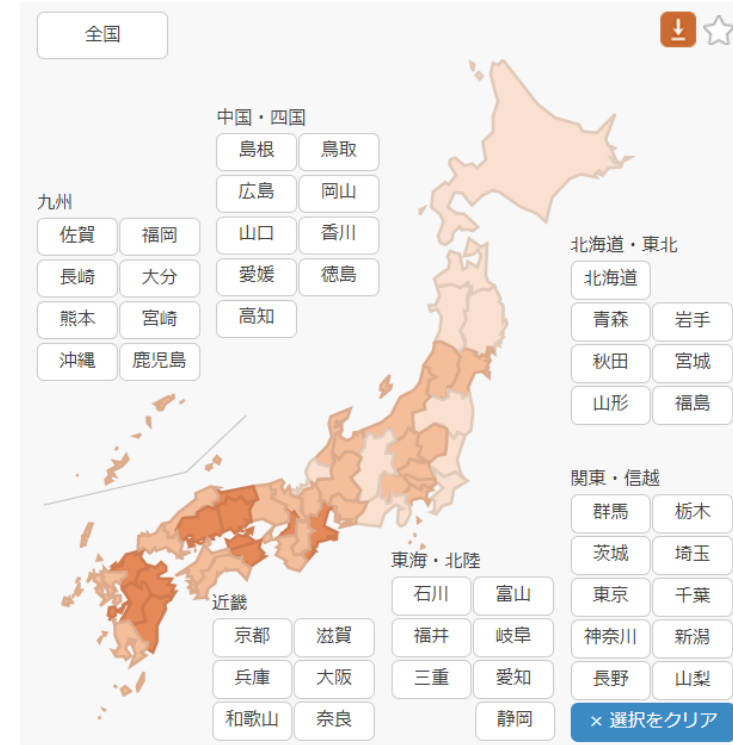
Escherichia coli に占めるCefotaxime耐性の割合 (2013, 2017, 2021年)



2013



2017

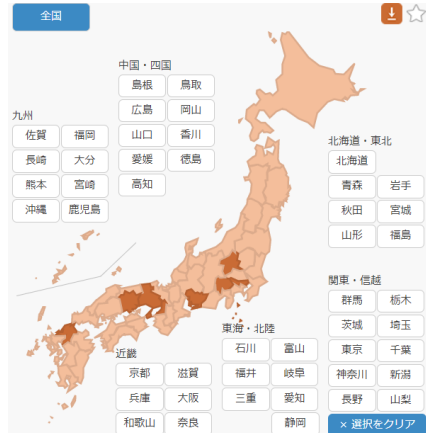


2021

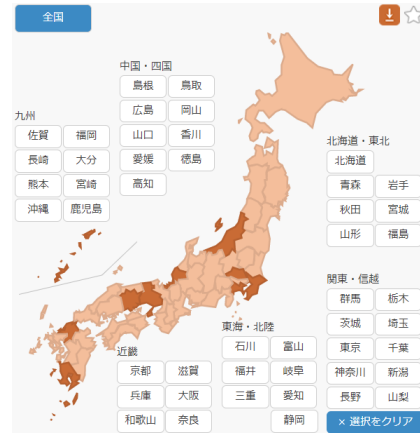
JANIS院外：JANIS検査部門データより、外来検体をWHOのGlobal Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS)の定義に準じて集計

出典：薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム
<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp/resistantBacteria/11>

Enterococcus faecium のバンコマイシン耐性



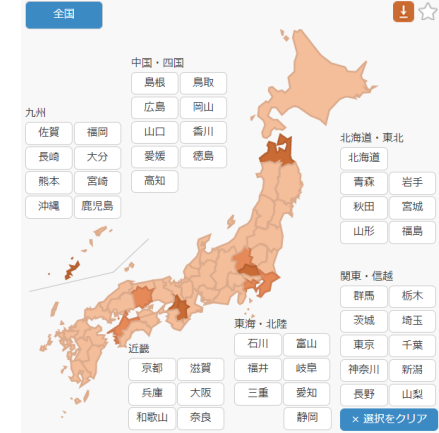
2014



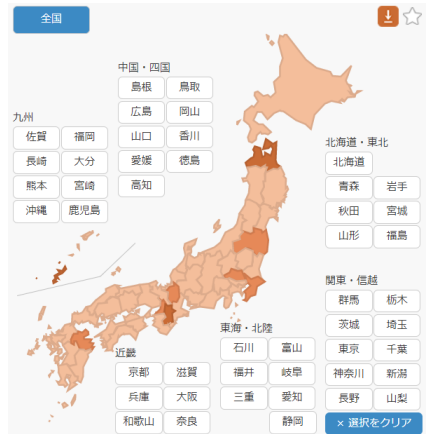
2015



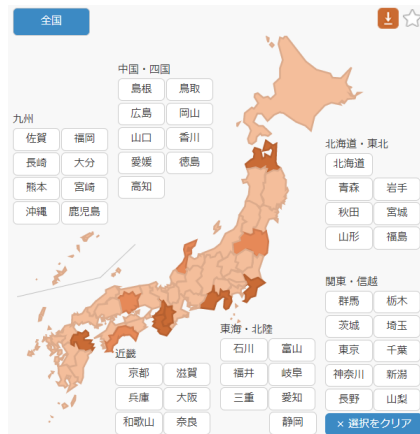
2016



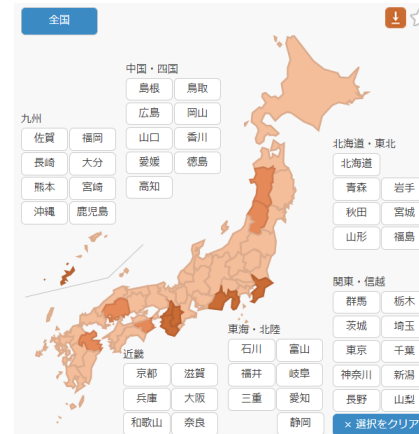
2017



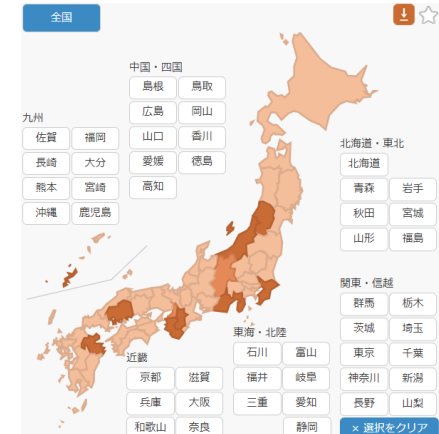
2018



2019



2020



2021



厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS） 公開情報（2022年）より

	入院 (全体)	入院 (200床以上)	入院 (200床未満)	外来検体
黄色ブドウ球菌に占める MRSA ^{注1} の割合	45.5%	44.5%	55.9%	29.7%
大腸菌に占める 第3世代セファロスポリン 耐性 ^{注2} の割合	26.8%	26.1%	32.4%	17.5%

注1. MIPIC耐性、注2. CTX耐性

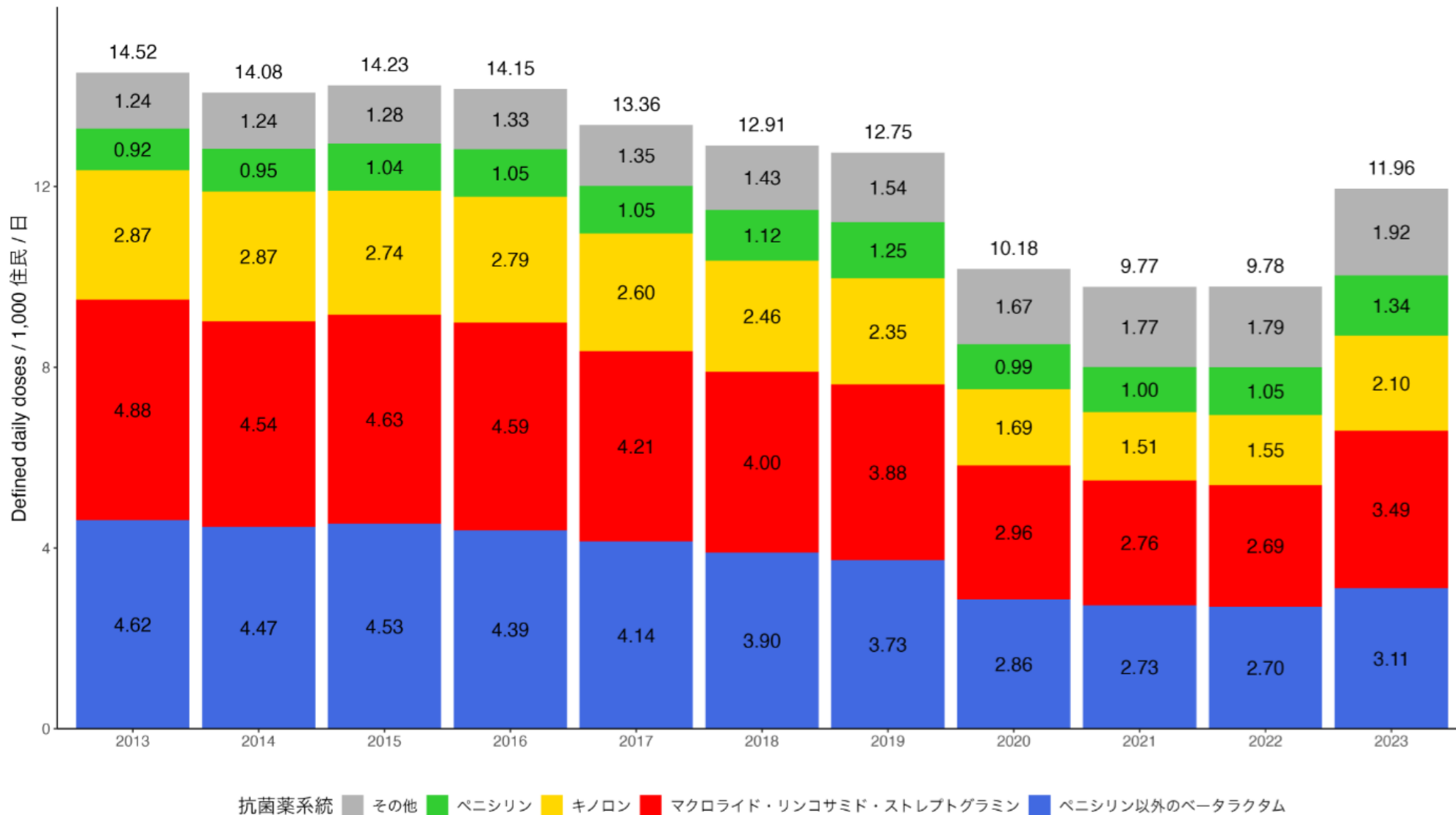
患者1人に対して30日以内に最初に分離された株が対象
ただし、感受性が大きく異なる場合は30日以内でも異なる菌株としてカウント

アクションプラン2016の成果指標は達成されたのか

	2013年	2020年 (目標値)	2020年 (実際)
指標微生物の薬剤耐性率			
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	47.4%	15%以下	33.3%
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	35.5%	25%以下	41.5%
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51.1%	20%以下	47.5%
緑膿菌のカルバペネム（イミペネム）耐性率	17.1%	10%以下	15.9%
大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.6%	0.2%以下（同水準）	0.1－0.4%
抗微生物剤の使用量（人口千人あたりの一日抗菌薬使用量）			
全体	14.52	33%減（2013年比）	10.18（29.9%減）
経口セファロスポリン系薬	3.91	50%減（2013年比）	2.24（42.7%減）
経口フルオロキノロン系薬	2.83	50%減（2013年比）	1.66（41.3%減）
経口マクロライド系薬	4.83	50%減（2013年比）	2.93（39.3%減）
静注抗菌薬	0.90	20%減（2013年比）	0.87（1.1%減）

内服+注射

全国抗菌薬販売量推移 2013-2023 (抗菌薬種類: ATC3別に分類)



国内外でのAMR対策の展開



“No action today,
no cure tomorrow”
世界保健デー
(2011)



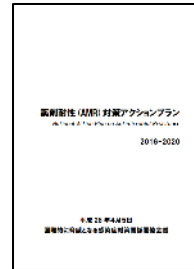
グローバルアクションプラン
(2015)

加盟各国に2年以内のアクションプラン策定を求めた



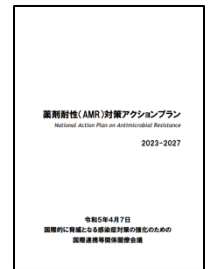
“No time to Wait”
国連事務総長への報告書
(2019)

2050年には1000万人/年が
死亡する恐れ
2008-09年金融危機に匹敵
する世界経済へのダメージ
の恐れ



薬剤耐性 (AMR) 対策
アクションプラン 2016-2020

抗微生物薬適正使用の手引き (2017, 19年)
抗菌薬適正使用支援加算 (2018年～)
薬剤耐性ワンヘルス動向調査 (2017年～)
感染対策連携共通プラットフォーム (2019年～)



薬剤耐性 (AMR) 対策
アクションプラン 2023-2027

COVID-19パンデミック

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン

National Action Plan on Antimicrobial Resistance

2023-2027

令和5年4月7日

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

目標

1. 国民の薬剤耐性に関する知識や理解を深め、専門職等への教育・研修を推進する
2. 薬剤耐性及び抗微生物剤の使用量を継続的に監視し、薬剤耐性の変化や拡大の予兆を適確に把握する
3. 適切な感染予防・管理の実践により、薬剤耐性微生物の拡大を阻止する
4. 医療、畜水産等の分野における抗微生物剤の適正な使用を推進する
5. 薬剤耐性の研究や、薬剤耐性微生物に対する予防・診断・治療手段を確保するための研究開発を推進する
6. 国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進する

アクションプラン2016-2020とまったく同じ

目標1 国民の薬剤耐性に関する知識や理解を深め、専門職等への教育・研修を推進する

戦略1.1 国民に対する薬剤耐性の知識、理解に関する普及啓発・教育活動の推進

戦略1.2 関連分野の専門職等に対する薬剤耐性に関する教育、研究の推進

目標2 薬剤耐性及び抗微生物剤の使用量を継続的に監視し、薬剤耐性の変化や拡大の予兆を適確に把握する

戦略2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化

戦略2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握

戦略2.3 畜水産、獣医療等における薬剤耐性に関する動向調査の強化

戦略2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化

戦略2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

目標3 適切な感染予防・管理の実践により、薬剤耐性微生物の拡大を阻止する

戦略3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進

戦略3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進

戦略3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

目標4 医療、畜水産等の分野における抗微生物剤の適正な使用を推進する

戦略4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進

戦略4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

目標5 薬剤耐性の研究や、薬剤耐性微生物に対する予防・診断・治療手段を確保するための研究開発等を推進する

戦略5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進

戦略5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進

戦略5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する臨床研究の推進

戦略5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進

戦略5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

戦略5.6 抗微生物薬の持続的な開発、安定供給の強化

目標6 国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進する

戦略6.1 薬剤耐性に関する国際的な政策に係る日本の主導力の発揮

戦略6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

目標4 医療、畜水産等の分野における抗微生物剤の適正な使用を推進する

戦略4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進

戦略4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

目標5 薬剤耐性の研究や、薬剤耐性微生物に対する予防・診断・治療手段を確保するための研究開発等を推進する

戦略5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進

戦略5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進

戦略5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する臨床研究の推進

戦略5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進

戦略5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

戦略5.6 抗微生物薬の持続的な開発、安定供給の強化

目標6 国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進する

戦略6.1 薬剤耐性に関する国際的な政策に係る日本の主導力の発揮

戦略6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

アクションプラン2023に新たに加わった主な内容（医療分野）

普及啓発・教育	<ul style="list-style-type: none">・手指消毒の重要性など感染予防策の教育・研修推進・アンチバイオグラムを活用した教育プログラムなどによる抗菌薬適正使用の推進・国民に対するAMRの実態の啓発
動向調査・監視	<ul style="list-style-type: none">・小規模な医療機関や診療所におけるAMRの動向把握・中小病院のJ-SIPHE参加推進、診療所版J-SIPHEの展開・J-SIPHE等を用いたリスク評価やフィードバック手法の検討・電子カルテによる医療関連感染症疑い例自動検出システムの研究・遺伝子データベースを活用した薬剤耐性菌調査・解析
感染予防・管理	<ul style="list-style-type: none">・病院等における日常的な手指衛生を評価する研究の実施・集団発生に備えた医療機関の体制構築、保健所との連携・病院から保健所、感染症専門家、都道府県や国に支援を要請する仕組みの検討
抗微生物薬の適正使用	<ul style="list-style-type: none">・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新と活用推進・中小病院や診療所への抗菌薬適正使用支援拡大・静注抗菌薬における適正使用の取組みの調査研究・抗菌薬適正使用支援システム（仮）の開発に関する調査研究

アクションプラン2023に新たに加わった主な内容（医療分野）

研究開発	<ul style="list-style-type: none">・ 薬剤耐性菌バンク（JARBB）での分離株保存推進と研究開発の推進・ 薬剤耐性の菌株と臨床情報を一括管理するシステム構築と活用の研究・ AWaRe分類を用いたASTや外来処方の方の取組みの研究実施・ 医療関連感染症の集団発生・拡大防止への専門家や自治体の関与の検討・ ゲノムサーベイランス（J-VEG）を活用したAMRのヒト及び動物間の伝播過程の研究・ 下水中の抗微生物薬や薬剤耐性微生物が環境に及ぼす影響の研究・ 新たな抗微生物に対する市場インセンティブの仕組みの導入・ 医薬品サプライチェーンの強靱化、国内での安定供給体制の整備・ ワクチンや免疫賦活剤等の開発の支援
国際協力	<ul style="list-style-type: none">・ 薬剤耐性AMRワンヘルス東京会議の継続・ G7における研究開発の推進、国際的取組における主導力発揮・ WHO連携センター（国立感染症研究所、国立国際医療研究センター）としての取組推進

アクションプラン2023の特徴

- データを活用した対策を推進する方向性を強調
 - 構築されたシステムの活用：JANIS, J-SIPHE, ワンヘルスプラットフォームなど
 - 中小病院・診療所での感染対策、抗菌薬適正使用の推進
 - 新たな施策を進めるための調査研究を強調
- 地域単位での取組みを随所で意識
 - 都道府県別など地域別データとその解釈に基づいた対策の推進
 - 地域連携による集団発生対策

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン2023-2027の成果指標（医療分野）

	2020年	2027年（目標値）*
指標微生物の薬剤耐性率		
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症の罹患数	136人	80人以下（2019年と同じレベル）
黄色ブドウ球菌（血液検体）のメチシリン耐性率	35.9%	20%以下
大腸菌（尿検体）のフルオロキノロン耐性率	35.0%	30%以下
緑膿菌（血液検体）のカルバペネム（メロペネム）耐性率	11.0%	3%以下
大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下
抗微生物剤の使用量（人口千人あたりの一日抗菌薬使用量）		
全体	10.4	15%減（2020年比）
経口第3世代セファロスポリン系薬	1.93	40%減（2020年比）
経口フルオロキノロン系薬	1.76	30%減（2020年比）
経口マクロライド系薬	3.30	25%減（2020年比）
カルバペネム系静注抗菌薬	0.058	20%減（2020年比）

*耐性率はJANIS公開データ四半期報から個別に算出と記載（VREのみ感染症法による動向調査に基づく）。抗菌薬はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）に基づく。
薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン2023-2027

医療機関における 薬剤耐性（AMR）対策の基本

- 薬剤耐性菌を作らない
 - 抗菌薬適正使用
 - 抗菌薬使用の管理：antimicrobial stewardship
- 薬剤耐性菌を広げない
 - 保菌・感染患者からの拡大を防ぐ

抗菌薬適正使用とは

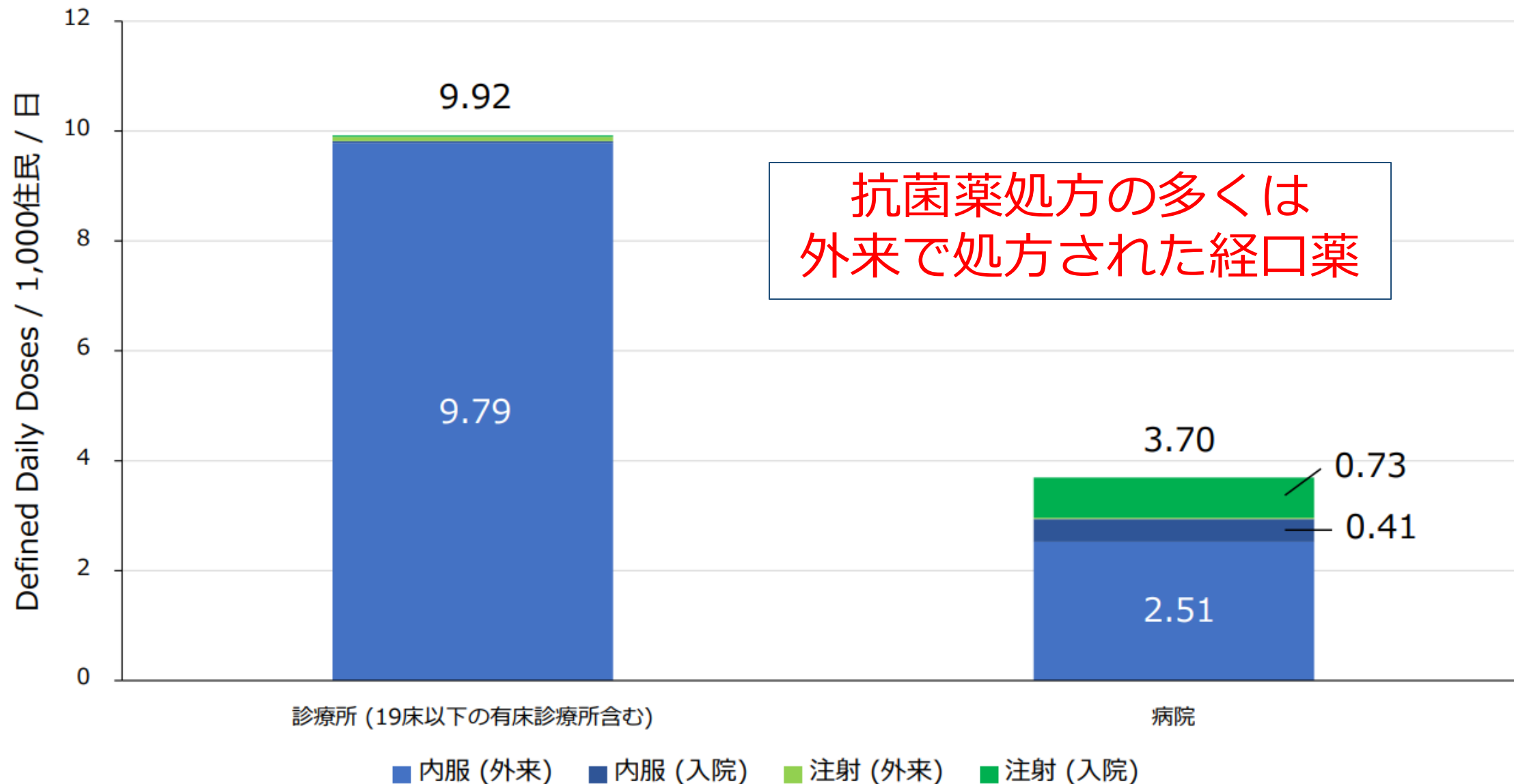
1. 抗菌薬を必要なときだけ使う
2. 使うなら適切に使う
選択・投与量・投与経路・投与期間など

大切なことは いつも同じ

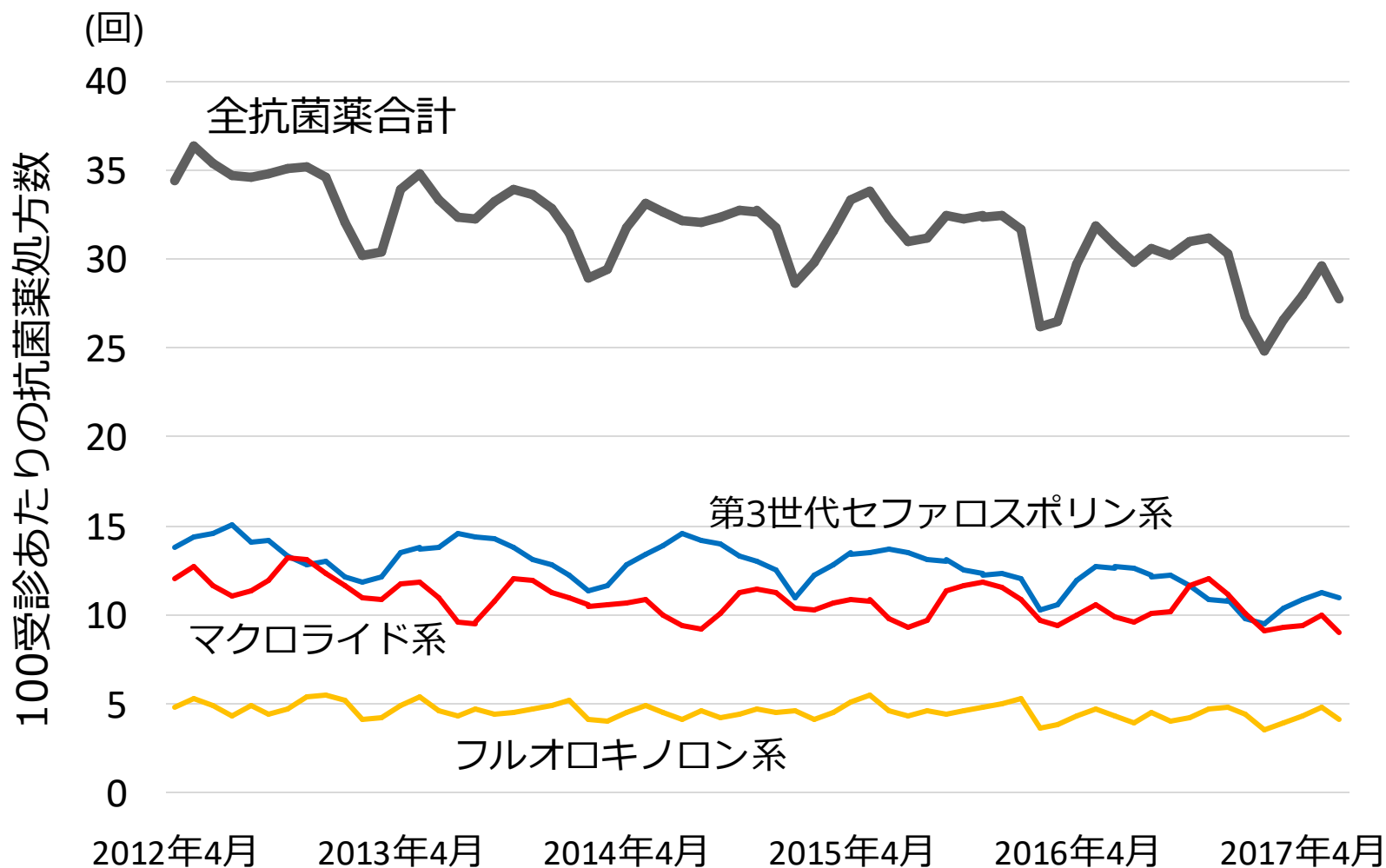
感染症診療のロジック

- ①患者**背景**を把握する
- ②**臓器**を決定する
- ③**微生物**を推定・同定する
- ④**抗菌薬**を選択する
- ⑤適切な**経過観察**

2019年 全国抗菌薬使用量 診療所と病院に分けた集計 (厚生局への届出による)

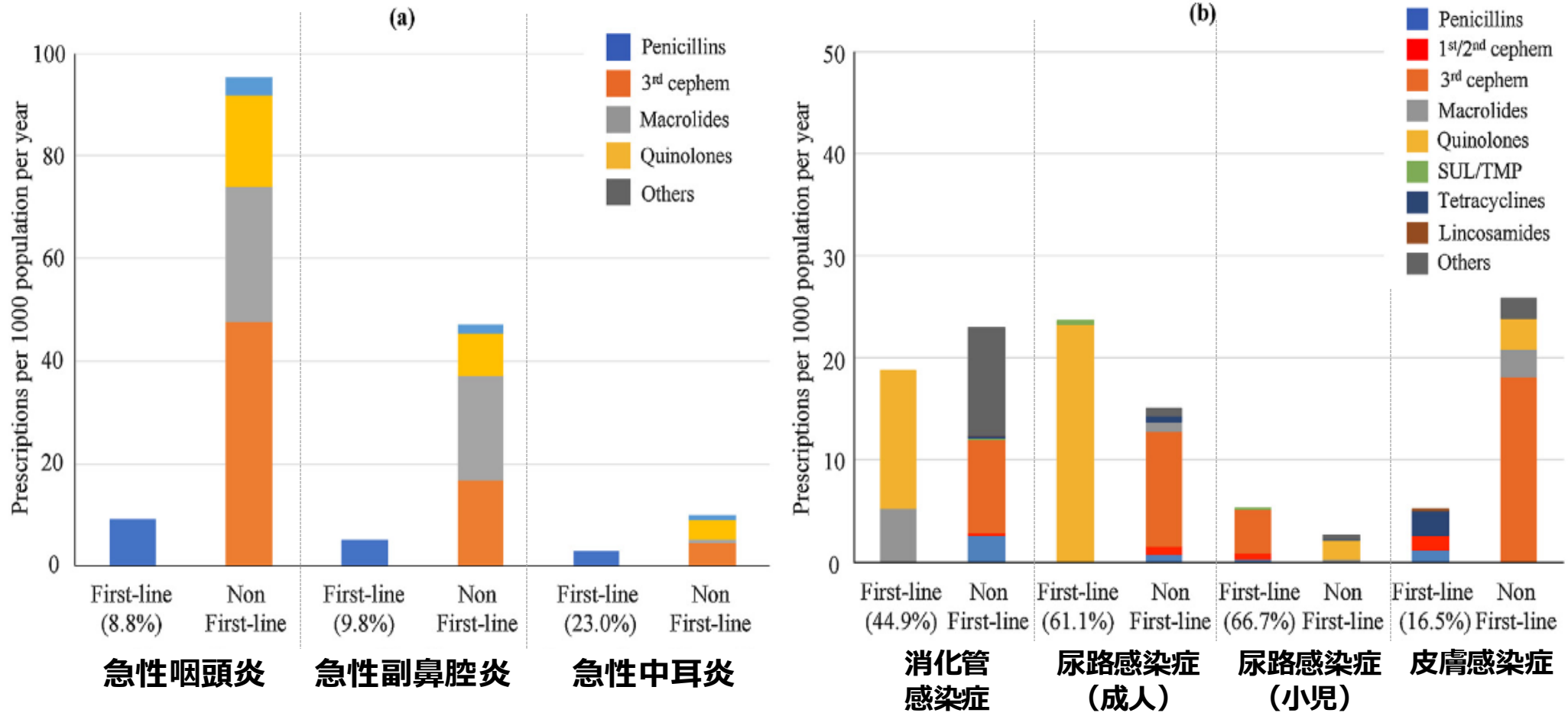


非細菌性急性気道感染症の およそ3割に抗菌薬が処方されている

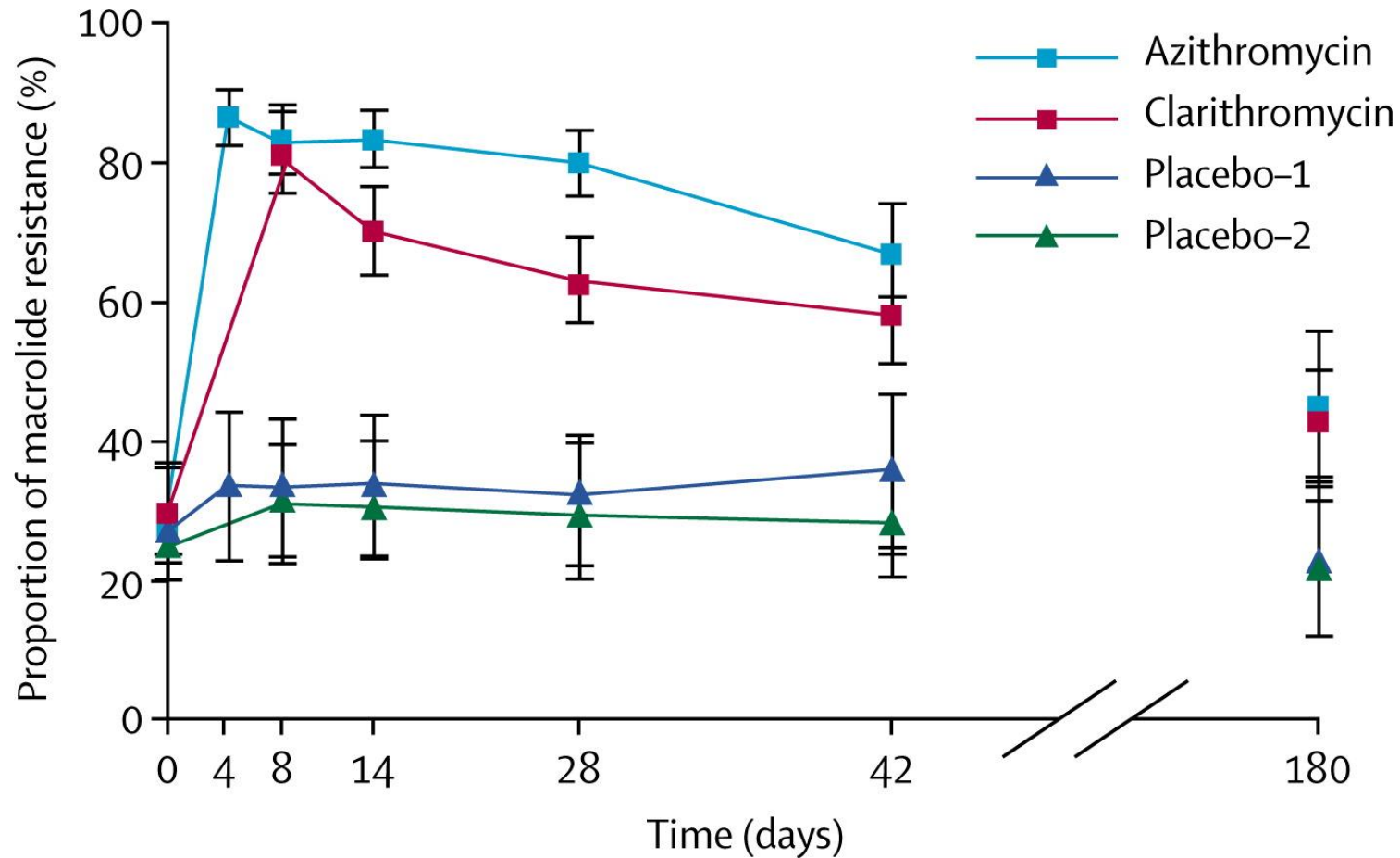


第一選択薬が必ずしも使用されていない

全国の医療機関からの診療報酬明細書に基づく集計（2012-2015）

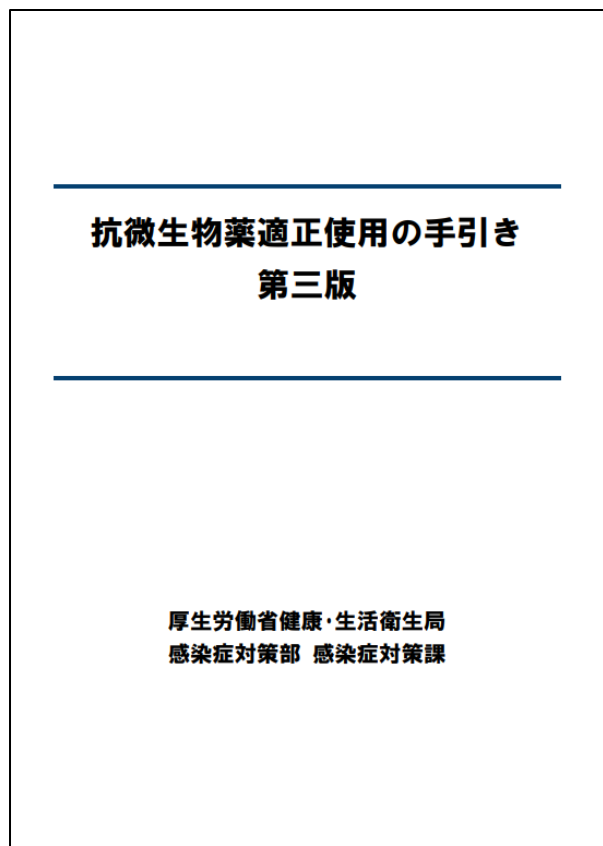


短期間の投与でも薬剤耐性は誘導される



ボランティアを対象にアジスロマイシン（500mg/日 3日間）またはクラリスロマイシン（1000mg/日 7日間）またはプラセボを投与
口腔内レンサ球菌に占めるマクロライド耐性の割合を測定

抗微生物薬適正使用の手引き (厚生労働省)



第一版（2017年6月公開）

第二版（2019年12月公開）

- ・ 第一版の内容に乳幼児編が加わった

第三版（2023年11月公開）

- ・ 入院患者編が加わった
- ・ COVID-19を意識して第二版の内容を小改定

第四版を作成する方針が発表されている（歯科編の追加）

2023年11月

抗微生物薬適正使用の手引き第三版の構成

本編

総論

一般外来における成人・学童期以降の小児編

- ・急性気道感染症
- ・急性下痢症

一般外来における乳幼児編

- ・急性気道感染症
- ・急性下痢症
- ・急性中耳炎

入院患者における抗微生物薬適正使用編

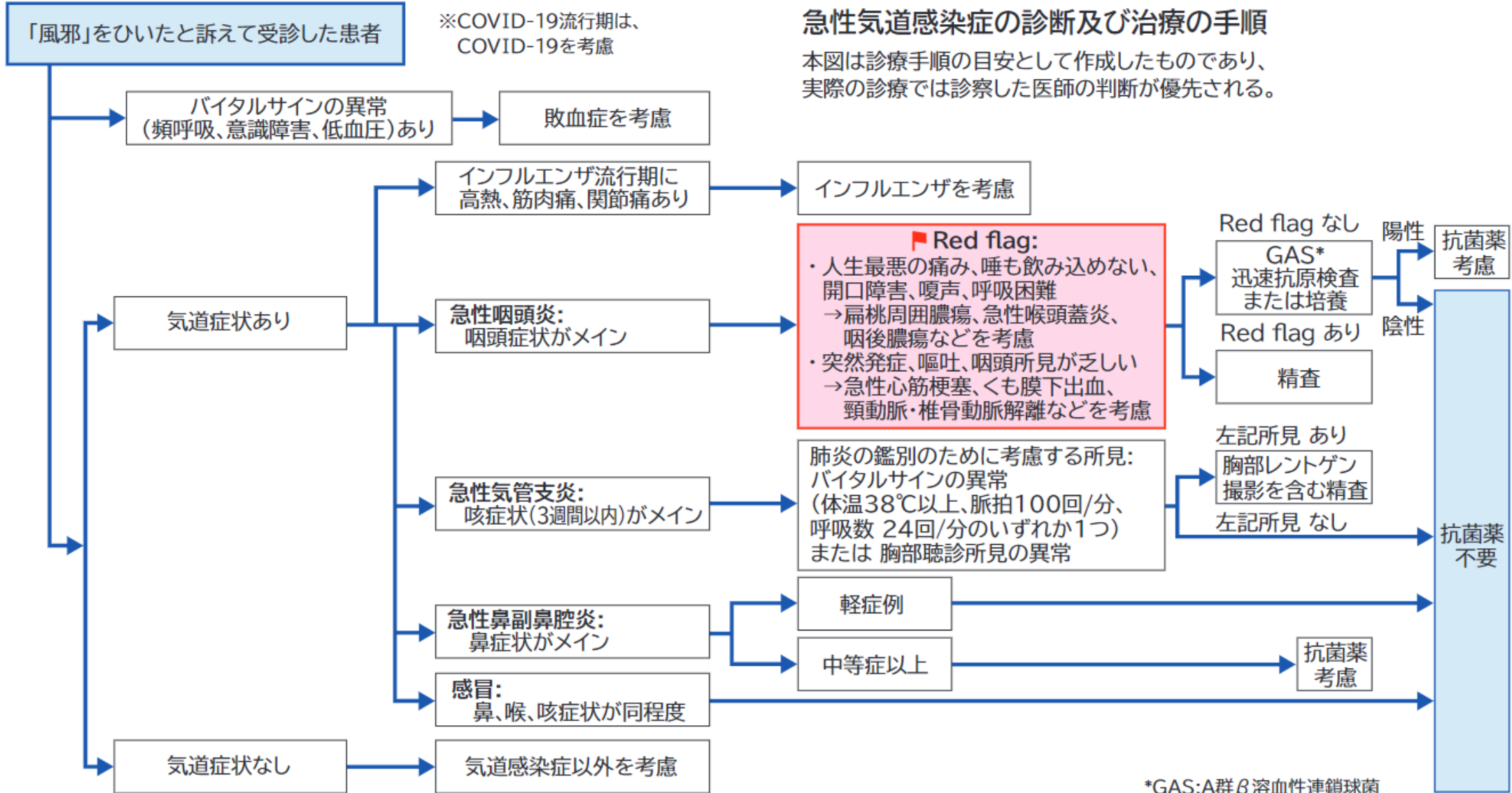
- ・入院患者の感染症に対する基本的な考え方
-

別冊

入院患者の感染症で問題となる微生物について

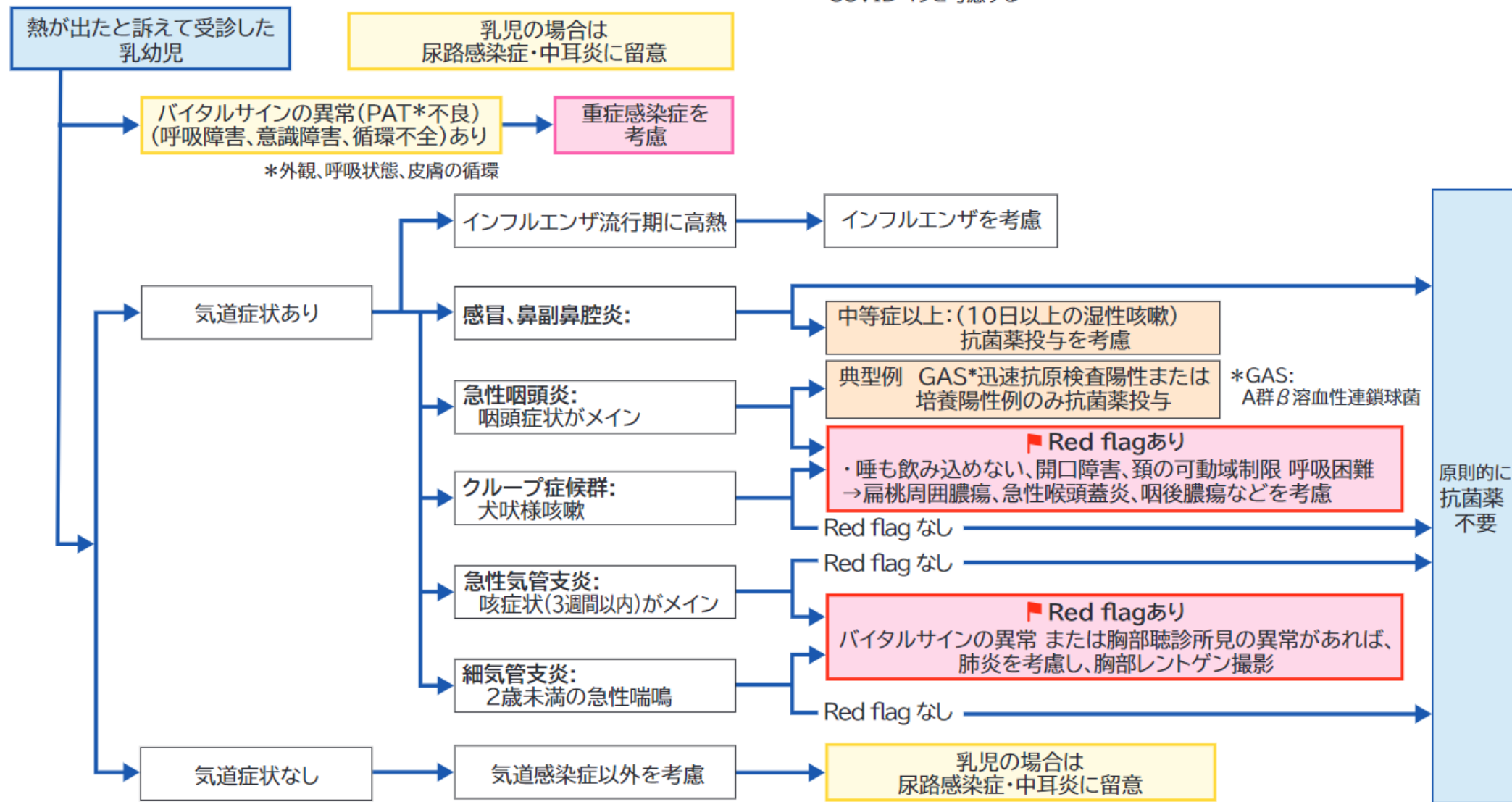
- ・黄色ブドウ球菌（MRSAを含む）
 - ・腸球菌（VREを含む）
 - ・腸内細菌目細菌：ESBL産生菌、AmpC産生菌、CRE（カルバペネム耐性腸内細菌目細菌）
 - ・緑膿菌
 - ・その他のグラム陰性桿菌：アシネトバクター属、ステノトロフォモナス・マルトフィリア
 - ・クロストリジオイデス・ディフィシル
 - ・カンジダ
-

補遺（入院患者における抗微生物薬適正使用編）



小児急性気道感染症の診療フロー

※COVID-19流行地域では、
COVID-19を考慮する



かん ぼう 感冒（かぜ）

多くの人が年に数回かかる非常によくある病気です。
たいていは自然によくなります。

厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
「地域連携に基づいた医療機関等における薬剤耐性菌の感染制御に関する研究」
平成30年度研究成果

【症状】

- ・ 鼻の症状（鼻水、鼻づまり）
- ・ のどの症状（痛い、イガイガする）
- ・ 咳、痰
- ・ 発熱、頭痛、体のだるさなど

どの症状も
出る

あなたに
できること



- ・ 十分な休養と栄養をとりましょう。
- ・ 汗や鼻水から水分が奪われます。脱水にならないようにしっかり水分をとりましょう。
- ・ 喫煙は咳を悪化させ、かぜを長引かせるのでやめましょう。
- ・ 咳やくしゃみが出るときは、マスクを正しく着用し、手洗いをしっかりして、周りの人にうつさないように心がけましょう。

【経過】 これからどうなりますか？

- ・ 3日目くらいまでは、のどの痛みや鼻水などがひどくなったり、熱が続いたりします。
- ・ 7-10日間で良くなっていきます。
- ・ 咳は3-4週間ほど残ることもあります。

【治療】

- ・ 今回の感冒はウイルス感染が原因とされます。つらい症状は、解熱剤や咳止めで和らげることができます。
- ・ 細菌を退治する抗菌薬を飲んでも効果はありません。症状が軽くなったり、早く治ることはありません。
- ・ 不必要に抗菌薬を飲むと、下痢やアレルギーなどの副作用が出たり、薬剤耐性菌を生み出すことにつながります。

最初は感冒(かぜ)に見えても後から別の病気だとわかることもあります。

下記の症状に当てはまる時は、もう一度受診しましょう。

- 38.5°C以上の熱が4日以上続く
- 息をすると胸が痛い
- 息苦しい
- 症状が出始めて4日以上経ってもよくなる
- 食事や水分を取れなくなってきた
- 経過に不安がある



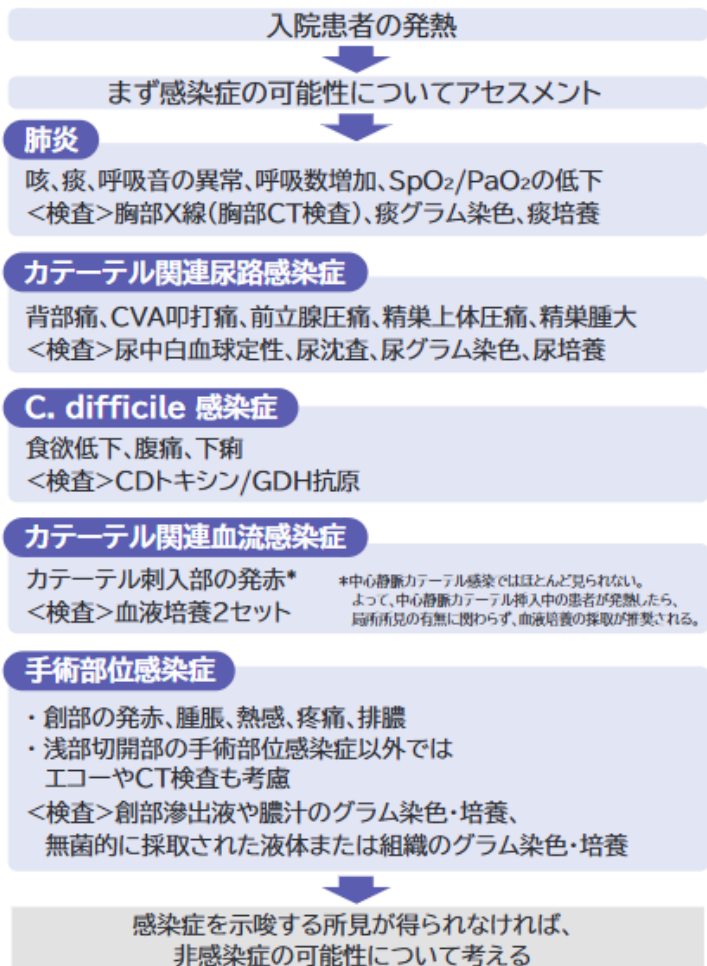
※免疫を低下させる薬を飲んでいる方、肺や心臓に病気がある方は違った経過になることもあります。
主治医の先生とよくご相談ください。



このシートは「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版 ダイジェスト版」に準じて作成しました

1 診断・治療のプロセス

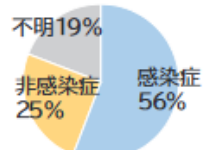
i) 入院患者の発熱へのアプローチ



非感染症の主な鑑別

- 薬剤熱
- 褥瘡感染
- 結晶性関節炎
- 副腎不全
- 血栓(DVT/PE)
- 輸血
- 血腫
- 手技に伴う発熱

入院患者の発熱の原因



ii) 適切な培養の実施

- 臨床症状のない患者に対して、原則、培養検査を行わない。
- 入院72時間後以降に発症した下痢症に対して便培養検査を行わない。
- 抗菌薬投与前と広域抗菌薬に変更前は必ず培養検査を提出する。
- 原則として、感染症の治療効果判定として培養検査を再検しない。

痰

- ・膿性成分の多いものを提出する
- ・唾液成分しかない不良検体は検査に提出しない

便

- ・原則、下痢便のみ培養に提出する
- ・入院72時間後以降に発症した下痢症では培養ではなく、C. difficile 感染症の検査を行う(別冊参照)

尿

- ・中間尿または導尿での採取が推奨される
- ・尿道留置カテーテルが挿入されている場合は、可能であればカテーテルを入れ替えてから尿検体を採取する
- ・尿沈査で白血球が見られない場合、尿培養に提出しない

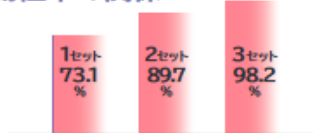
膿汁

- ・閉鎖膿の場合、嫌気性菌の関与も考慮し、嫌気培養も提出する
- ・創部培養では壊死組織をデブリドマンした後の深部の液体や組織を提出する

血液培養

- ・血液培養は好気ボトル1本と嫌気ボトル1本それぞれ10mlずつ採取したものを1セットとカウントする
 - ・1セットあたり20mlの血液を採取し、原則2セット以上提出する
- 血液培養を採取すべきタイミング**
- ・発熱(特に悪寒戦慄があるとき)
 - ・原因不明の低体温、ショック、意識障害、低血糖、炎症反応上昇
 - ・抗菌薬投与前
 - ・広域抗菌薬への抗菌薬変更前

血液培養セット数と陽性率の関係



Point!!

原則、感染症の治療効果判定として血液培養を再検しない。ただし感染性心内膜炎などの血管内感染症や、血液培養から黄色ブドウ球菌、カンジダが検出された場合は例外的に、治療効果判定として血液培養を再検する必要がある。

1 診断・治療のプロセス

iii) 経験的(エンピリック)治療

- 経験的治療の必要性は、バイタルサインの評価を軸に慎重に検討する。
- 抗菌薬開始後には、臨床経過や培養結果を元に患者の状態を再評価し、抗菌薬の整理を行う。
- **重症 = 広域抗菌薬、耐性菌保有者 = 耐性菌カバーではない。**
疑った感染症に対して漏れなく原因微生物をカバーすることが重要である。

経験的治療を開始する判断材料

- 呼吸数 qSOFA基準: ≥ 22 回/分
(特に高齢者は30回/分以上は注意)
- 血圧 qSOFA基準: 収縮期血圧 ≤ 100 mmHg
(普通の血圧と比較する)
- 脈拍数 脈拍と収縮期血圧が逆転したら注意
- 意識レベル qSOFA基準: 意識レベルの変化
例) 普通の意識レベルからの悪化、急にせん妄になった、
日頃と比べて機嫌が悪いなど (小児)
- 食事量 発熱を伴う食事量の低下
- 悪寒 (ブランケットを羽織りたくなる状況)
- 戦慄 (厚いブランケットをしてもブルブルしている状況)
- 血糖値 原因不明の低血糖

抗菌薬開始時のチェック項目

- 院内発熱かどうか
- 院内、学会ガイドラインの推奨薬かどうか
- 培養の採取
(血液、喀痰、尿、膿汁、入院72時間以内の下痢便など)
- 1回投与量、投与間隔、治療期間の適切な設定
- 薬物相互作用
- ドレナージの必要性(膿瘍など)

“院内”発熱として経験的治療開始時に重要な情報

- 入院して48時間以後か
(48時間以内は市中感染症として対応)
- 過去3ヶ月以内の入院歴、施設入所
(48時間以内でも院内発熱に準じる)
- 耐性菌の検出歴
- デバイスの挿入状況(ブドウ球菌、カンジダなど)
- 手術後であれば、手術からの日数(SSIIは7-10日後が多い)

▶ iv) 「培養結果の解釈」については本編 p113参照

v) 抗菌薬選択の適正化

- 治療開始後には、必ず治療効果を評価し、治療開始72時間の時点で細菌感染症の証拠がなければ抗菌薬の中止を検討する。
- 培養で検出された細菌のうち、原因菌と考えられる細菌をカバーする狭域スペクトラムの抗菌薬へ変更する(de-escalation)
- 治療開始72時間以内であっても、患者の状態が悪化する場合には、原因臓器、原因微生物、抗菌薬選択について再検討する。

治療開始後72時間が評価のタイミング!!

培養検査の確認

- 血液培養の検出の有無:
48時間の時点で陰性であれば99.8%以上陰性
- 非無菌検体の培養結果の確認
- 培養結果を解釈する [(iv) 培養結果の解釈 参照]

※ 培養検査を外注検査に委託している場合、週末を挟んで結果が遅延する施設ではそれを考慮したタイミングで評価する

診断の確認

- 治療経過、検査結果から細菌感染症の病名を決定
- 想定した感染症の症状・徴候の改善
- 診断がつかない、改善が乏しい場合: 本編 p120 「(2) マネジメント(i) 感染症が改善しない場合の考え方」を参照
- 腹腔内感染症の培養検体でカンジダが検出された場合、血液培養で黄色ブドウ球菌やグラム陰性桿菌が1セットでも検出された場合は、原則として治療対象である

抗菌薬の整理

診断された感染症病名に応じた標準治療期間を設定する

- 抗MRSA薬が必要な菌の検出がなければ、抗MRSA薬は終了する
- 嫌気性菌を含む複数菌が関与する感染症がない場合、嫌気性菌の治療は終了する
- カルバペネム系抗菌薬で経験的治療を開始した場合、
 - 1) ESBL産生菌による菌血症
 - 2) カルバペネム系抗菌薬が最良の選択となる菌が検出されている感染
 - 3) 血液悪性腫瘍患者における好中球減少性発熱でフォーカス不明な重症例を除き、より狭域な抗菌薬への変更を行う
- フルオロキノロン系抗菌薬は第1選択となる感染症(レジオネラ肺炎など)、もしくは代替薬がない場合に限り使用する

1 診断・治療のプロセス

vi) 感染症の治療期間

- 感染症の治療期間は患者背景や感染臓器、原因微生物を考慮して決定する。
- 膿瘍等の合併症がなく臨床経過も良好であれば、治療期間の短縮を検討する。
- カテーテル等の人工物が抜去困難な場合、ドレナージしていない膿瘍がある場合は治療期間の延長を検討する。

患者側の因子

・免疫不全 ・解剖学的な異常 ・体内人工物

感染臓器・合併症

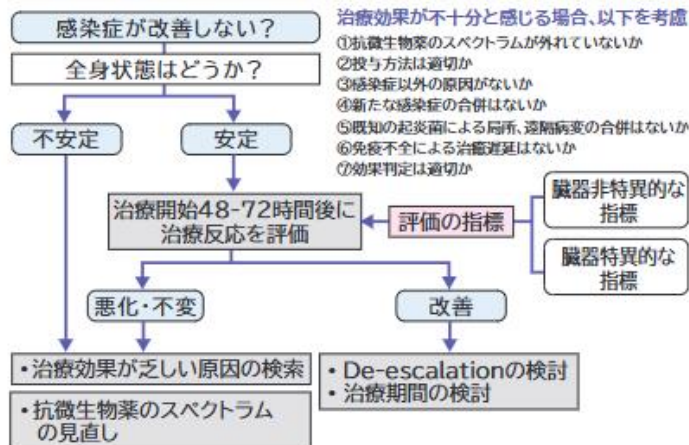
- ・感染臓器はどこか
- ・局所の感染性合併症：膿瘍・膿胸・化膿性血栓等
→必要な外科的介入ができたか？
- ・遠隔の感染性合併症：
感染性心内膜炎・関節炎・椎体椎間板炎等
- ・体内人工物への感染波及：人工物は取り除けるか？

治療反応

- ・抗微生物薬治療への反応：2-3日間で得られているか？
- ・持続菌血症はないか：
血流感染症例(黄色ブドウ球菌、カンジダ)、血管内感染

治療期間の決定

- 感染症の治療効果判定の指標の選択とそのタイミングが重要。
- まず考えるべきは抗微生物薬の変更ではなくその原因についての再アセスメントである。
- 患者背景から考えられる原因微生物を想起し、現在投与中の抗微生物薬でどの微生物がカバーできていないか、具体的に検討することが重要。



2 マネジメント

ii) 抗菌薬の経静脈投与と経口投与

- 抗菌薬の経静脈投与から経口投与への変更には多くの利点があり、可能な症例では積極的に検討する。
- 経口抗菌薬への変更にあたっては、一定の条件を満たす必要がある。
- バイオアベイラビリティ(服用した薬物が全身循環に到達する割合)に優れた経口抗菌薬を選択することで、経静脈抗菌薬と同等の効果を期待できることが多い。

抗菌薬の経静脈投与から経口投与への切り替えの検討

以下の基準をすべて満たしているかを評価

- ・臨床症状が改善している
- ・24時間 38℃未満の解熱を維持しており、呼吸・循環動態が安定している
- ・静注抗菌薬による治療継続が必要な感染症ではない
例) 髄膜炎、発熱性好中球減少症、感染性心内膜炎等
- ・経口もしくは経鼻胃管での投与が可能で、かつ、十分な吸収が見込まれる
- ・適切な経口抗菌薬の選択肢がある
- ・患者が経口抗菌薬を自己中断せず継続可能である
(外来等の場合)

バイオアベイラビリティが良好な経口抗菌薬の例

抗菌薬	
ペニシリン系	アモキシシリン
	クラバン酸/アモキシシリン*
セファロスポリン系	セファレキシン
フルオロキノロン系	シプロフロキサシン
	レボフロキサシン
	モキシフロキサシン
テトラサイクリン系	ドキシサイクリン
	ミノサイクリン
リンコマイシン系	クリンダマイシン
ニトロイミダゾール系	メトロニダゾール
オキサゾリジノン系	リネゾリド
ST合剤	スルファメトキサゾール/トリメトプリム
抗真菌薬	
アゾール系	フルコナゾール
	ポリコナゾール(TDM推奨)

* クラバン酸のバイオアベイラビリティは60%を切る場合もある

抗菌薬適正使用支援チーム

Antimicrobial Stewardship Team (AST)



東京科学大学病院におけるAST/ASP活動

【診療支援について】

- ・抗菌薬適正使用マニュアルの作成
- ・感染症で困った症例への感染症内科の併診(感染制御部へ問い合わせがあった場合の診療チームへの情報提供)

【抗菌薬について】

- ・抗緑膿菌作用のあるセフェム系抗菌薬、キノロン系抗菌薬、抗MRSA抗菌薬の使用時届出制
- ・アンピシリンスルバクタム以外の β -ラクタマーゼ阻害剤配合 β -ラクタム系抗菌薬、カルバペネム系抗菌薬、セフィデロコルを72時間以上使用している症例に対する処方後監査と主治医へのフィードバック
- ・バンコマイシン、テイコプラニン以外の抗MRSA薬使用時許可制
- ・キノロン系抗菌薬の新規開始症例のレビュー
- ・2週間以上の広域抗菌薬使用症例のレビューと主治医へのフィードバック
- ・腎機能別の抗菌薬投与量・投与間隔の一覧の掲示
- ・院内採用抗菌薬の情報提供
- ・院内採用薬の見直し
- ・集中治療科および薬剤師によるICU入院患者に対する抗菌薬タイムアウト(集中治療科主導)
- ・院内採用がない抗微生物薬使用時の許可制
- ・抗MRSA薬に対する全病棟を対象とした薬剤師によるタイムアウト

【微生物学検査について】

- ・アンチバイオグラムの作成
- ・無菌検体からの病原体が検出があった場合のカルテへの記載
- ・菌血症が判明した時点で転院していた場合の転院先への速やかな情報提供
- ・黄色ブドウ球菌菌血症、カンジダ血症に対する感染症内科コンサルテーションのオファー
- ・耐性菌検出症例の治療ミスマッチの有無の確認と主治医へのフィードバック
- ・感受性検査の結果表記の適正化

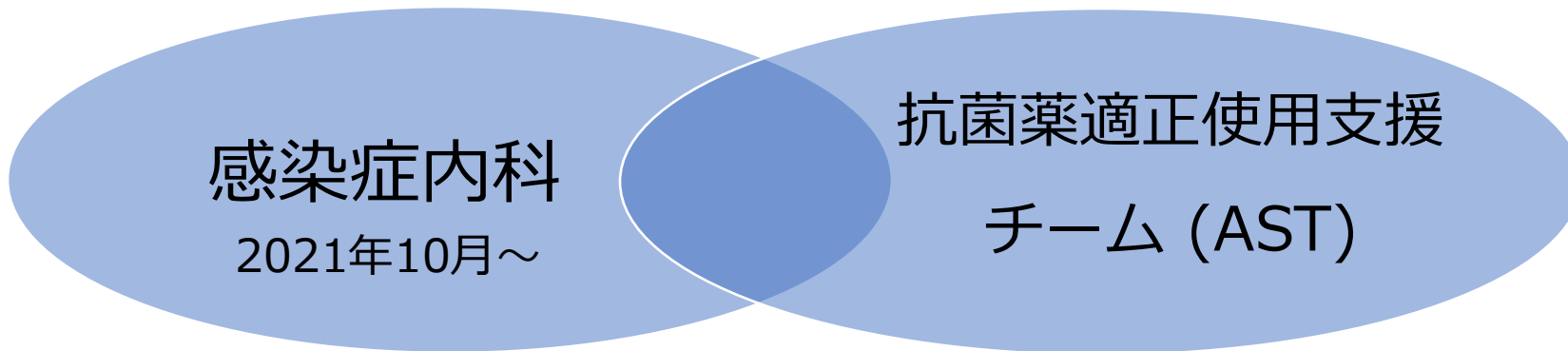
さまざまな角度から抗菌薬適正使用の推進活動を行っている

- ・ 感染症内科と連携した診療支援
- ・ 抗菌薬使用の管理
- ・ 微生物検査の適切な活用

東京科学大学病院におけるASP活動

ASP: Antimicrobial Stewardship Program
(抗菌薬適正使用支援プログラム)

- 感染制御部に抗菌薬適正使用支援チーム (AST) を設置
- 医師・薬剤師を中心とした多職種チームでASP活動を行っている
- 感染症内科医師は感染制御部を兼任し、ASP活動に携わっている



コンサルテーションを中心とした
入院・外来診療

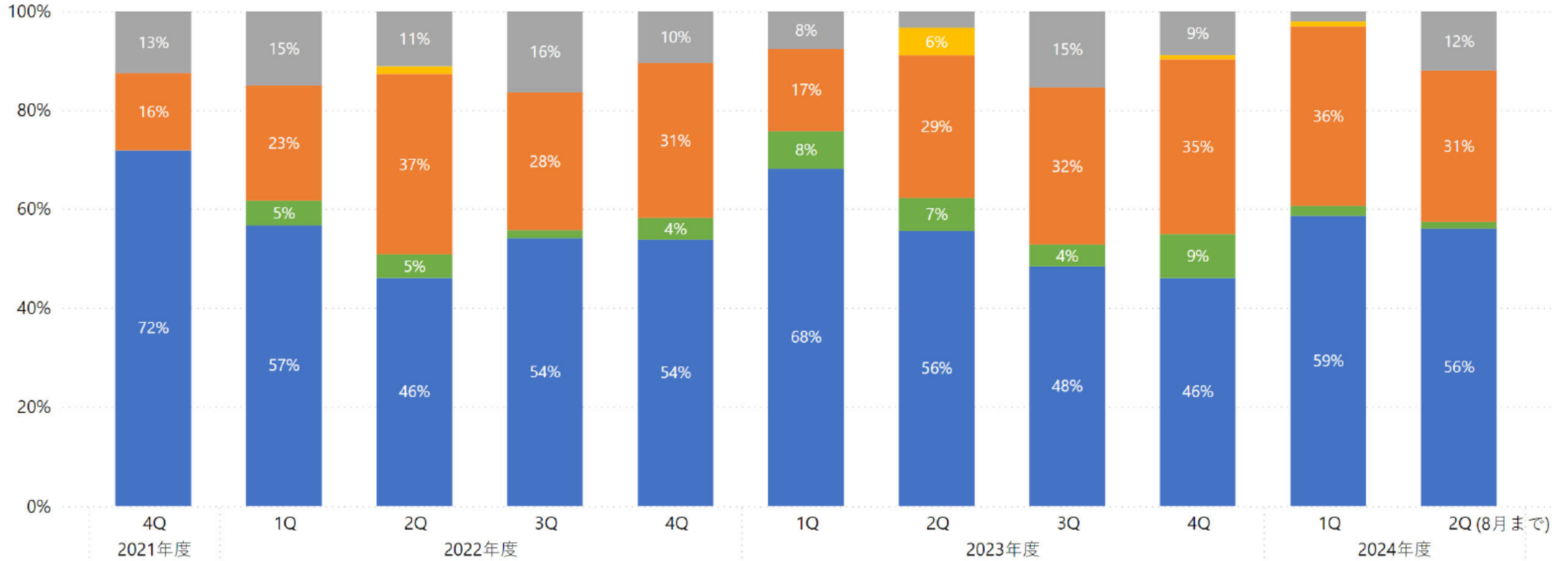
マイクロラウンド

- 血液培養、無菌検体培養陽性例の確認とカルテ記載
- 耐性菌感染症の治療ミスマッチの有無を確認
- 臨床検査技師との連携：細菌検査結果のディスカッション、追加検査の依頼など
- 必要に応じて感染症内科コンサルテーションを推奨
- 学生、研修医教育の機会



処方後監査とフィードバック【カルバペネム系抗菌薬】

● I ● II ● III ● IV ● V



監査対象

監査日にカルバペネム系抗菌薬を72時間以上使用している患者

判定の定義(KuninCM et al.の定義を採用)

- I: 抗菌薬使用に関しては賛成であり、治療の選択は適切である
- II: 抗菌薬使用に関しては賛成である、致死的な感染症が除外できないもしくは、適切な培養が採取されていない
- III: 抗菌薬使用には賛成であるが、違う抗菌薬(狭域の毒性が少ない)がより望まれる
- IV: 抗菌薬使用には賛成であるが、用量が異なる
- V: 抗菌薬使用の適応がない

感染症診療・抗菌薬適正使用を支援する資材の作成

抗菌薬適正使用プログラム

■ トップページ

抗菌薬適正使用プログラムについて

抗菌薬適正使用とは？

抗菌薬を適切に選択して、適切な投与量で、適切な投与間隔で、適切な期間使用し、患者さんのアウトカムを改善し、抗菌薬による副作用を最小限にし、薬剤耐性(AMR)を減らす/増やさないこととされています。ただ、抗菌薬を適切に使用するのは意外と難しいです。そこで、抗菌薬適正使用をサポートするのが、抗菌薬適正使用プログラム(以下ASP)です。当院では感染制御部の中に抗菌薬適正使用支援チームが配置されASPを行っています。また、抗菌薬をただ減らすだけではなく、患者さんに適切な抗菌薬を選択することも重要です。当院では感染症内科が個々の患者さんの事案に対して併診という形で対応させていただいています。

当院で現在行っている抗菌薬適正使用プログラムは以下のとおりです。

【診療支援について】

- ・抗菌薬適正使用マニュアルの作成
- ・感染症で困った症例への感染症内科の併診(感染制御部の問い合わせが来たら、診療チームへの情報提供)

【抗菌薬について】

- ・抗緑膿菌作用のあるセフェム系抗菌薬、キノロン系抗菌薬、抗MRSA抗菌薬の使用時届出制
- ・カルバペネム系抗菌薬及びピペラシリンタゾバクタムを水曜日時点で72時間使用している症例に対する処方後監査と主治医へのフィードバック
- ・バンコマイシン、テイコプラニン以外の抗MRSA薬使用時許可制
- ・キノロン系抗菌薬の新規開始症例のレビュー
- ・2週間以上の広域抗菌薬使用症例のレビューと主治医へのフィードバック
- ・腎機能別の抗菌薬投与量・投与間隔の一覧の掲示
- ・院内採用抗菌薬の情報提供
- ・院内採用薬の見直し
- ・集中治療科および薬剤師によるICU入院患者に対する抗菌薬タイムアウト(集中治療科主導)
- ・院内採用がない抗微生物薬使用時の許可制
- ・抗MRSA薬に対する全病棟対象とした薬剤師によるタイムアウト

院内作成資料

院内採用抗菌薬

抗菌薬投与量

静注抗菌薬・抗真菌薬
注意点

アンチバイオグラム

術後抗菌薬投与量

バンコマイシン
TDM院内マニュアル

オーグメンチンの不足
と代替薬の案内

診断に関する資料

呼吸器感染症の
ウイルス細菌図鑑

抗微生物薬
適正使用の手引き

序章

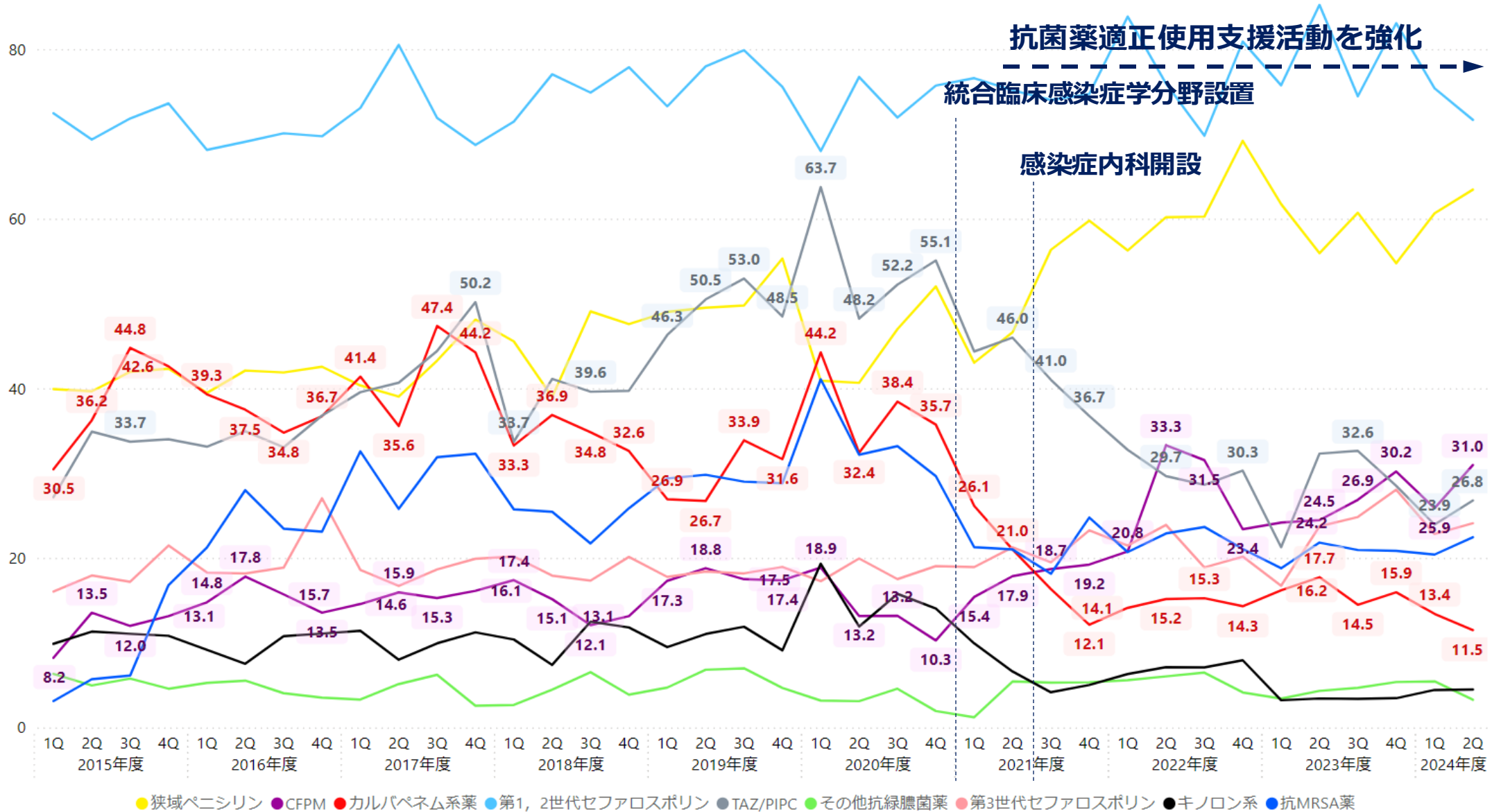
一般科

感染症診療や抗菌薬に関する資料を、ローカルファクターを踏まえて作成

電子カルテ端末に提示
院外からもアクセス可能

(1000患者日数)

1000入院患者あたりの静注抗菌薬投与日数（系統別）



抗菌薬適正使用プログラム オンライン教育コース (ASP-IDEA)

抗菌薬適正使用プログラム (ASP) とは

医療現場における抗菌薬の適切な使用を促進および、抗菌薬の使用をモニタリングするために設計された総合的なプログラムです。

ASPの主な目的は、薬剤耐性菌の出現や副作用などの抗菌薬使用に伴う意図しない結果を最小限に抑えつつ、患者さんの臨床転帰を最適化することです。

本コースについて

薬剤耐性 (AMR) 対策の重要性がますます高まっています。なかでも医療機関における抗菌薬適正使用は重要なもののひとつです。しかし、医療機関における抗菌薬適正使用支援プログラム (ASP) の手法はまだ十分には浸透しておらず、効果的なASPが行われている病院は多くありません。

本コースは、ASPにこれから取り組む方や、取り組んでいるが自信がない方、ASPを系統的に学びたい方などを対象に、東京科学大学 統合臨床感染症学分野の企画・監修により制作しています。このコースを通じ、全国の病院がASPのレベルアップを図っていくことが私たちの願いです。

本コースの略称はASP-IDEAとしました。当分野は東京科学大学感染症センター (TCIDEA: Science of Tokyo Center for Infectious Disease Education and Analysis) の臨床部門を担当しています。この"IDEA"には、感染症診療や感染制御の新しい概念や着想を通じて感染症に強い社会作りに貢献していきたいとの思いを込めています。皆様にとってこのコースが、ASPの新たなIDEAや自施設で展開するIDEAを得る場になれば幸いです。

本プログラムは、MSD株式会社 (公募型) 医学教育事業助成の資金提供を受けて実施しています。

<https://sv1.smart-cme.jp/template-pages/asp-idea>




 東京医科歯科大学
 TOKYO MEDICAL AND DENTAL UNIVERSITY

抗菌薬適正使用プログラム (ASP) 支援プロジェクト

あなたの病院のASP活動を支援し、
抗菌薬適正使用を推進します!

プロジェクトの目的
 抗菌薬適正使用プログラム(ASP)に取り組む医療機関を対象にオーダーメイドの支援を提供します。データ分析、改善案の作成、環境調整のサポートなどを通じ、効果的なASP活動の継続を目指します。

こんなことができます!

Point

- ASPの現状をお聞きしながらアドバイスします。
- 病院の特徴を踏まえ、効果的なASP活動を行えるよう支援します。
- 担当者の病院訪問やオンラインミーティングで状況を確認します。
- ASPの効果を測定するためのデータ分析をお手伝いします。

* 本プロジェクトで病院にご負担いただく費用はありません。

お問い合わせ

お問い合わせは下記までご連絡ください。支援内容を詳しくご説明します。



お問い合わせはこちら

主催
 東京医科歯科大学統合臨床感染症学分野
 東京医科歯科大学TMDU感染症センター(TCIDEA)

本プログラムはMSD株式会社(公募型)医学教育事業助成の資金提供を受けて実施しています。

抗菌薬の開発・安定供給

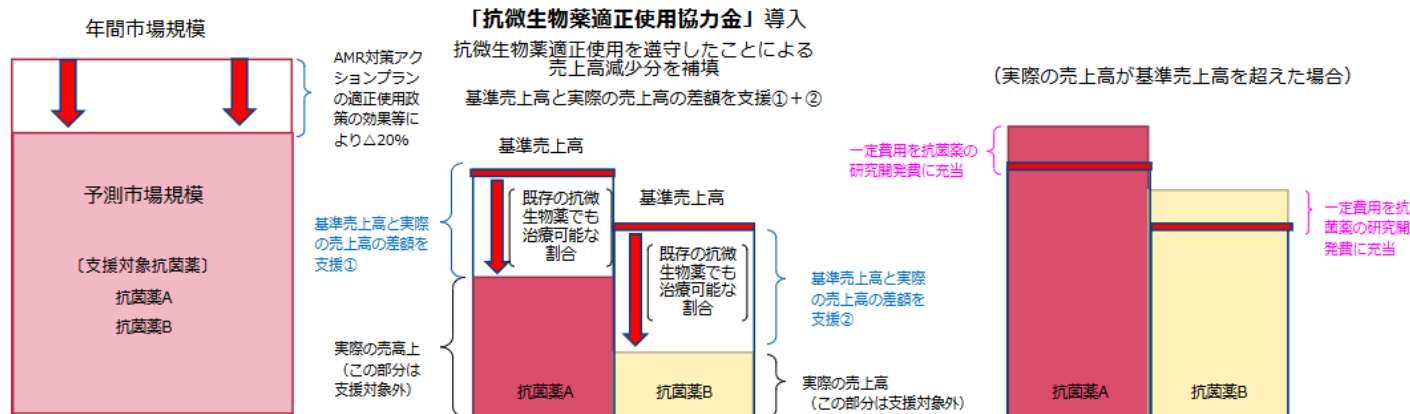
- 新規感染症治療薬の開発
 - 2023年度に抗菌薬確保支援事業が開始となった
- 既存抗菌薬の安定供給
 - 経済安全保障の観点から「抗菌性物質製剤」が特定重要物質に指定された
 - β -ラクタム薬の安定供給をめざし国内生産体制の整備が進められている
 - ジェネリック医薬品メーカーの品質問題から生じている供給不安はまだ先が見えない

日本における市場インセンティブ（プル型インセンティブ）の導入

抗菌薬確保支援事業の仕組みの考え方について

以下の考え方にに基づき、市場インセンティブ（抗微生物薬適正使用協力金）の規模を設定してはどうか。

- 指定した薬剤耐性微生物による感染症の治療に要する抗微生物薬の費用を日本全体で推計し、同額を「年間市場規模」とする。
- 「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン」に基づく抗微生物薬適正使用の政策効果等を $\Delta 20\%$ と見込み、「予測市場規模」を設定する。
- 「予測市場規模」における各抗微生物薬の売上を、薬剤感受性データや医師の選択割合の調査等から試算し、当該金額をそれぞれの「基準売上高」とする。
- このうち、既存の抗微生物薬でも治療可能な割合が「抗微生物薬適正使用協力金」の対象額となる。
- 実際の売上が「基準売上高」の水準を越えた場合：基準売上高を超える売上高については、企業が新規抗微生物薬の研究開発費用等に用いるよう契約要件（※）に定めることを想定。（※ 翌年度の企業の研究計画書で研究開発費用を確認）
- インセンティブの対象となりうる新規抗微生物薬が新たに上市された際には、再度配分を見直す。

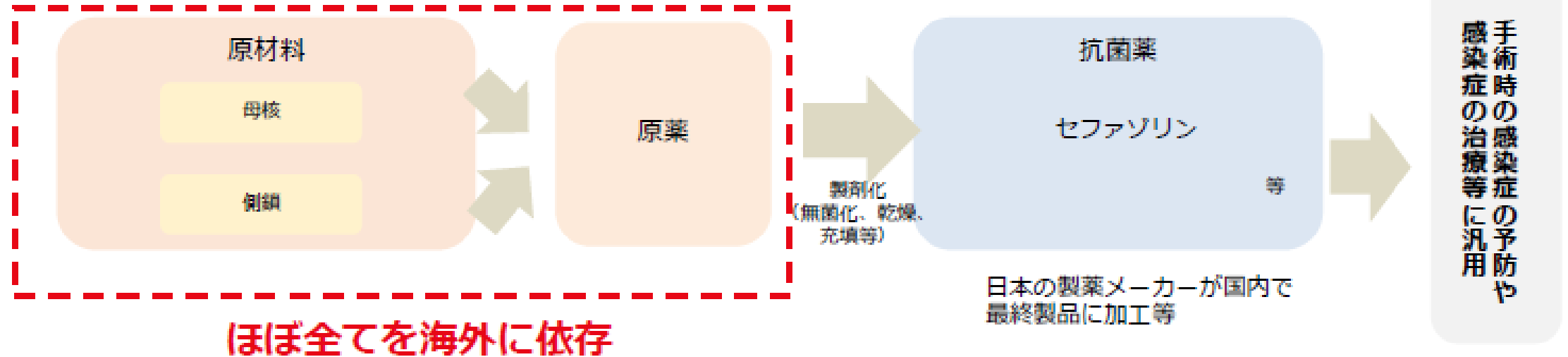


厚生労働省. 抗菌薬確保支援事業の検討課題等について（2023年3月29日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001079157.pdf>

β-ラクタム原薬の国内生産

【βラクタム系抗菌薬のサプライチェーン】



抗菌薬の安定供給確保のためには、国内での製造・備蓄のための体制の確保に係る支援を行う必要。

5. 認定実績について

No.	認定供給確保事業者名	安定供給確保を図ろうとする特定重要物資	認定日
1	Meiji Seika ファルマ株式会社 富士フイルム富山化学株式会社 大塚化学株式会社	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム ピペラシリンナトリウム・タソバクタムナトリウム <取組内容> ・原薬等製造設備導入 ・備蓄体制整備	令和5年 7月7日
2	シオノギファーマ株式会社 Pharmira株式会社	セファゾリンナトリウム セフメタゾールナトリウム <取組内容> ・原薬等製造設備導入 ・備蓄体制整備	令和5年 7月28日

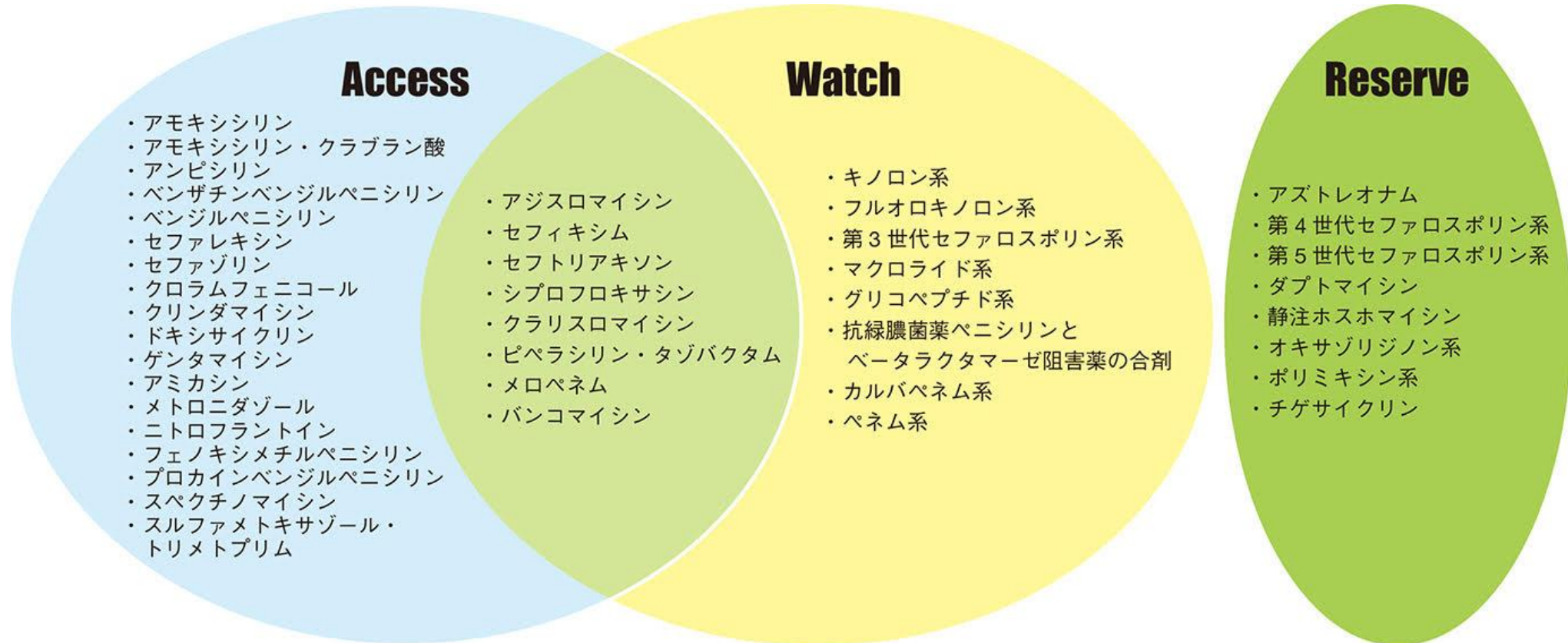
今後のAMR対策の方向性

抗菌薬適正使用加算（2024年診療報酬改定）

- 施設基準

- 抗菌薬使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加している
- 過去6ヶ月に外来で使用した抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上、またはサーベイランスに参加する病院全体の上位30%以内である

AWaRe分類 (WHO)

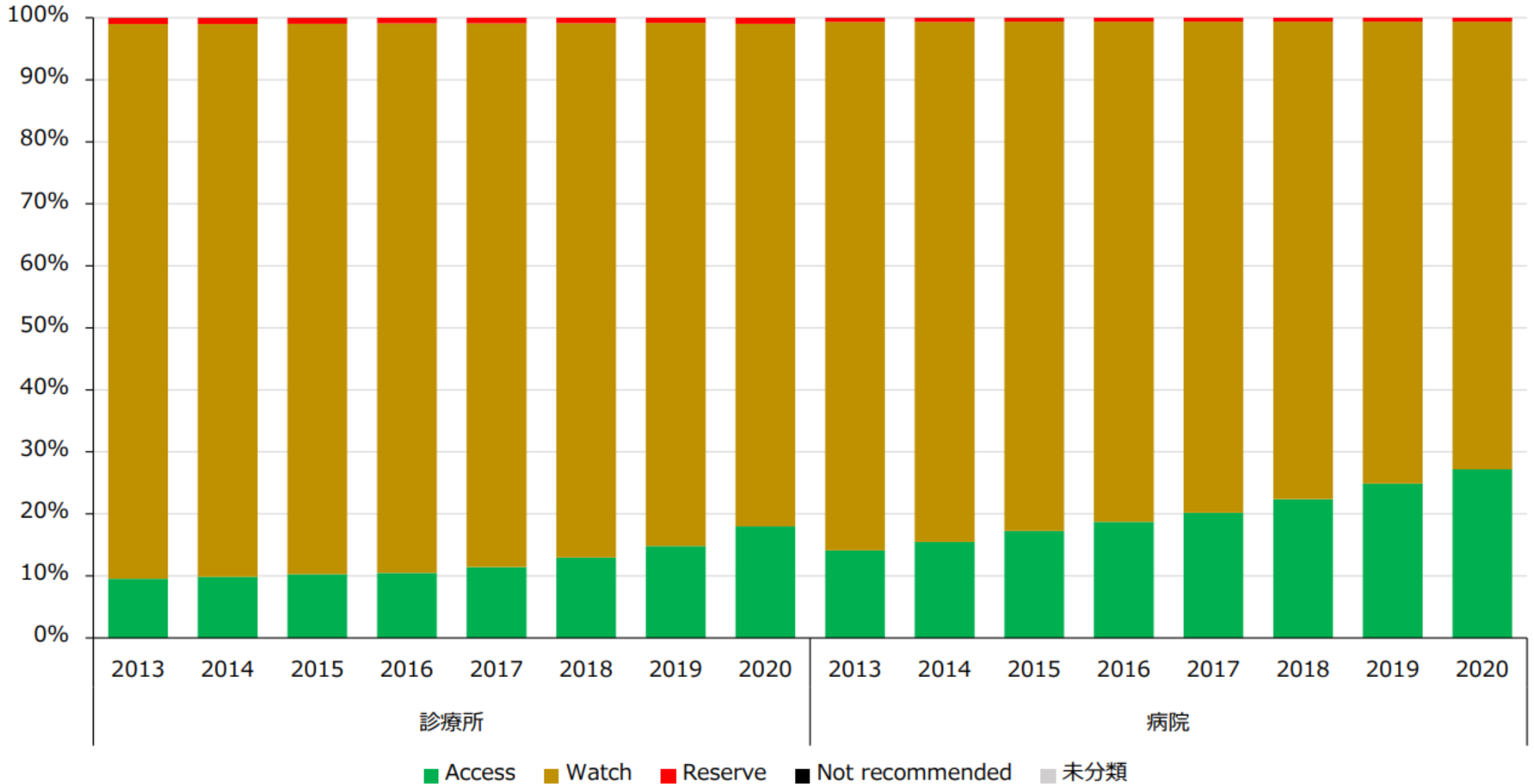


Access 一般的な感染症の第1 or 第2選択薬、耐性化の懸念が比較的少ない抗菌薬

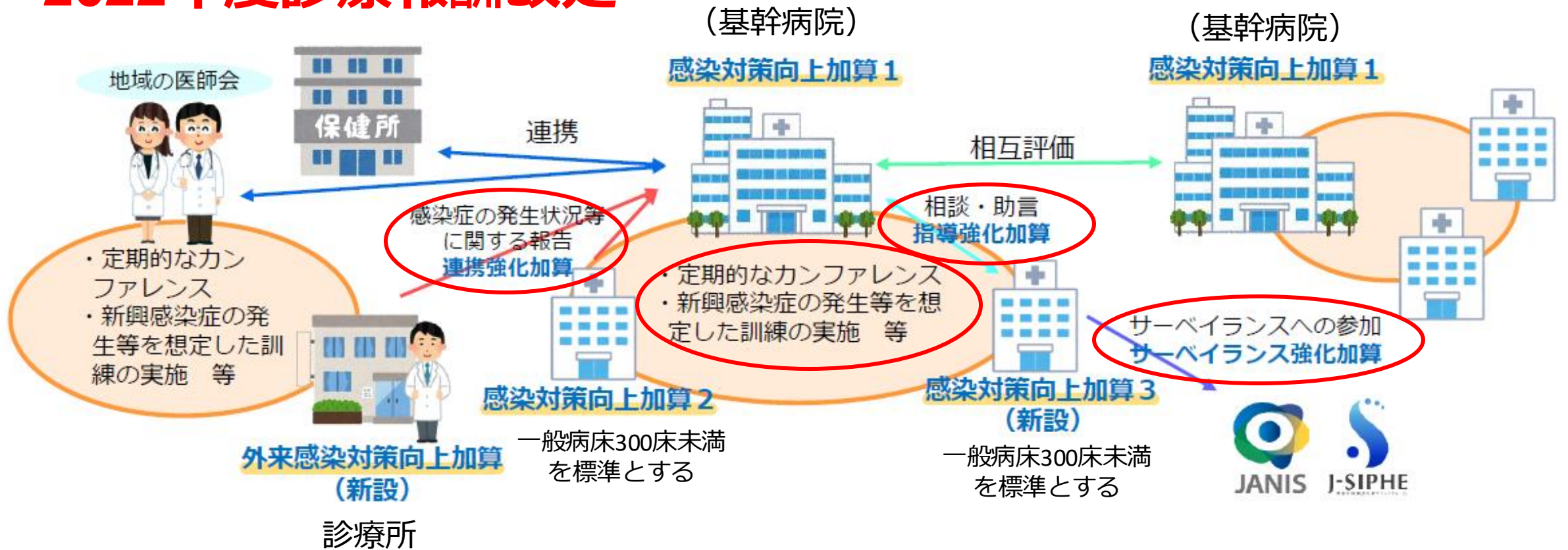
Watch 耐性化の懸念から、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬

Reserve 耐性化のため他の手段が使用できなくなったときのみ使用される抗菌薬

全国内服薬抗菌薬使用割合(%) 診療所と病院に分けた集計 (AWaRe分類)



2022年度診療報酬改定

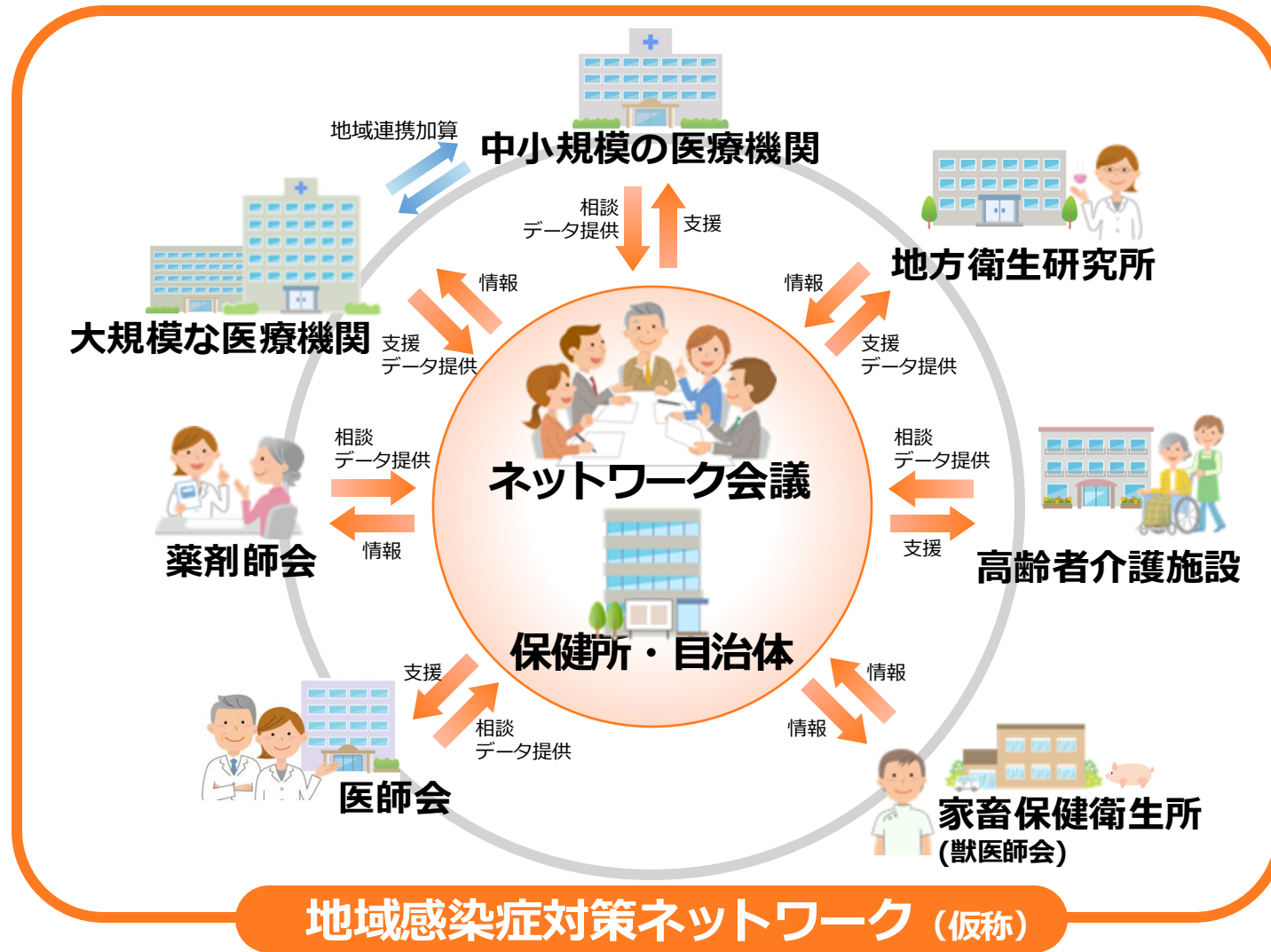


地域の基幹病院を中心とした病院・診療所との感染対策ネットワーク

保健所や地域医師会との連携

→ 感染対策は医療機関単位から地域ぐるみへ

感染対策における地域連携促進



地域感染症対策ネットワーク (仮称)

AMR対策の向かうところ

- 抗菌薬使用の中身が問われるようになってきている
 - プロセスだけでなくアウトカムが評価される方向
- 地域連携のさらなる推進
 - 病院間のみならず、診療所や医師会、保健所とも連携することが求められている

対策の方向性を理解することが
医療機関・地域での効率的な感染対策につながる

国連総会ハイレベル会合（2024年9月26日）

- AMRをテーマに議論された（2016年以来二回目）
- 広範な内容の政治宣言が承認され、国際的な対応が進められることとなった
- 主な内容
 - 世界保健機関（WHO）、国連食糧農業機関（FAO）、世界動物保健機関（WOAH）、国連環境計画（UNEP）によるQuadripartiteの枠組みでワンヘルス・アプローチを継続
 - アクセスの確保を強調：感染症診断・治療・予防、医療システム、衛生的な環境など
 - 各国によるアクションプランの策定だけでなく実施を要請
 - 資金調達のための国際協力を強化
 - 新薬開発のプル型インセンティブ、既存抗菌薬の安定供給について明記

世界はもっとよく備えておくべきだった

ビル・ゲイツ 「パンデミックなき未来へ 僕たちにできること」 (2022年)



感染症内科



感染制御部



感染症センター (TCIDEA)

ご清聴ありがとうございました



東京科学大学

統合臨床感染症学分野 (感染症内科)

ウェブサイト <https://tcidea-cid.org/>

ブログ (note) https://note.com/tmdu_cid/

感染症センター (TCIDEA)

ウェブサイト <https://tcidea.org/>