

地域・保健所・行政を巻き込んだ取り組みを紹介



フォーカス!

みんなの地域連携

地域連携にまつわる実際の取り組みをステップごとに紹介し、保健所や行政に対してどのようにアプローチしたのかなどを解説! 地域の感染対策力向上に取り組もうとしているICTに送る連載です。

プランナー／大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部 (感染管理特定認定看護師)

岡田恵代

第8回 ■ いわき地区の取り組み

執筆者：独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院 薬剤部 主任薬剤師 (感染制御認定薬剤師) 杉山昌宏

取り組みの概要

いわき地区感染対策カンファレンスにおいて、感染対策向上加算1算定施設(4施設)の薬剤師が中心となり、地域医師会、地域薬剤師会、地域病院薬剤師会の協力を得て、「いわき地区抗菌薬使用手引き★経口抗菌薬」【成人編】(表1)(以下、手引き)を作成し、地域の抗菌薬適正使用を推進した。抗菌薬適正使用体制加算の算定につなげ、手引き作成により地域の抗菌薬適正使用推進を図った。

地域の状況

2024年の診療報酬改定により、抗菌薬適正使用体制加算が新設された¹⁾。また、いわき地区感染対策カンファレンスは、感染対策向上加算および外来感染対策向上加算を算定している施設以外にも、未加算算定施設、保健所、地域医師会、地域薬剤師会も参加している。しかし、地区で統一された抗菌薬選択指針はなく、カンファレンスでの抗菌薬使用状況報告からも、適正使用が十分とはいえない状況であった。

ステップ 1 はじめに行ったこと

●定期的な薬剤師同士の情報共有の場を提供

カンファレンス年4回の内、1回を抗菌薬適正使用のテーマで行うこととなった。しかし、もともと加算1算定施設の看護師は定期的集まり、カンファレンス内容について情報共有していたが、加算1算定施設の薬剤師は情報共有の場が十分とは言えない状況であった。そこで、最初は各病院持ち回りで集合開催、その後、Zoomなどのウェブ会議システムを利用したオンライン開催へ変更し、情報共有の場を提供した。もともと、面識はあったが、各病院の現状や、問題点、悩みの相談が気軽にできるようになった。また、LINEを利用したグループチャットを作成し、随時情報共有、相談できるようになった。

●抗菌薬使用状況報告方法の統一化

感染対策向上加算の要件として、合同カンファレンス時に、各施設の薬剤耐性菌の検出状況や抗菌薬の使用状況などを共有するよう求められている¹⁾。カンファレンスで使用する抗菌薬の使用状況の共有について、従来はExcelへの入力内容を加算1算定施設の薬剤師が集計していたが、診療所版J-SIPHEのOASCISでデータ登録、集計するように統一した。簡単に集計・比較ができるようになり、加算1算定施設の薬剤師の負担が減った。また、得られたデータをカンファレンスで討議し、同じグループ内で他施設と比較することにより、現状が「見える化」された。

●アンケートの作成

年4回のカンファレンス開催前には毎回事前アンケートを作成、集計し、カンファレンス時の検討に役立てている。今まで抗菌薬適正使用がテーマのカンファレンスでは、ミニレクチャーを行い、抗菌薬使用量について報告するだけであった。そこで、抗菌薬適正使用がテーマの際に地域で抗菌薬適正使用を推進するために何かアクションを起こす必要があると感じ、加算1算定施設の薬剤師で話し合った。抗菌薬適正使用推進には地域でどのようなことが必要か、どのようなことに困っているか、何を求めているかアンケートを作成した。

ステップ 2 アプローチした施設と内容



加算1施設

まずは、アンケート内容が適切か、各加算1算定施設のAST・ICTに意見をもらった。その意見をもとに加算1算定施設の薬剤師で話し合いアンケートを修正した。完成したアンケートをカンファレンス前に集計すると、アンケート結果から、経口抗菌薬の使用マニュアル作成、症例検討の要望があがった。厚生労働省からは、「抗微生物薬適正使用の手引き 第四版」²⁾も発刊され、活用が推奨されているが、実



表1 いわき地区抗菌薬使用手引き★経口抗菌薬【成人編】

疾患	主に想定される原因菌	抗菌薬（腎機能正常） 注）非 Access 群のみ末尾分類を【】記載		投与期間の 目安 （最小の 治療期間）
		第一選択薬	第二選択薬	
感冒（風邪）・ 気管支炎	ライノウイルス （30-50%） コロナウイルス （10-15%） インフルエンザウ イルス（5-15%） RSウイルス アデノウイルス エンテロウイルス パラインフルエン ザウイルス（各5 %）	使用しない	★百日咳の場合 アジスロマイシン500 mg 1 T×1回（3日間）【Watch】	—
中耳炎・副鼻 腔炎	ほとんどがウイル ス性（98%） 肺炎球菌 インフルエンザ菌 モラキセラ・カタ ラリス	原則使用しない	①アモキシシリン250 mg 2 C×3回 ②セファレキシン250 mg 2 C×3回 ③クリンダマイシン150 mg 2 C×3回 ④セファクロル250 mg 2 C×3回【Watch】 ★薬剤耐性菌の関与が疑われる場合 （抗菌薬使用歴、園児との同居、感染 の反復など） ①オーグメンチン®配合錠250RS 1 T×3回 +アモキシシリン250 mg 1 C×3回 ②スルタミシリン375 mg 2 T×3回	7～10日
咽頭炎	呼吸器ウイルス （40%） フソバクテリウム 属 （10-20%） A群溶血性レンサ 球菌 （GAS, 15-30%）	原則使用しない	★抗原陽性など GAS 感染が確実な場合 （EBV感染が疑わしければ使用しない） ①アモキシシリン250 mg 2 C×3回 ②セファレキシン250 mg 2 C×3回 ③クリンダマイシン150 mg 2 C×3回 ④セファクロル250 mg 2 C×3回【Watch】	10日
下痢症	ウイルス（ノロウ イルスなど） カンピロバクター サルモネラ菌 赤痢菌	使用しない	★重症の下痢症でカンピロバクター、サ ルモネラ、赤痢菌を疑う場合 アジスロマイシン500 mg 1 T×1回（3日間）【Watch】	—
クロストリジ オイデス・ディ フィシル感染症 （CDI）	クロストリジオイ デス・ディフィ シル	メトロニダゾール 250 mg 2 T×3回	①バンコマイシン散 125 mg×4回【Watch】 ②フィダキソマイシン200 mg 1 T×2回【Watch】	10日

（続く）