

## 三重県抗菌薬サーベイランス（MACS）について （2018年）

三重県感染対策支援ネットワーク運営会議委員  
鈴鹿回生病院  
木村 匡男

- MACS調査結果
- 情報提供（J-SIPHE）
- 保険調剤薬局へのお願い

## MACS参加施設 (AUD)

	2016年	2017年	2018年
対象施設	19 加算1：13施設 加算2：5施設 その他：1施設	23 加算1：17施設 加算2：5施設 その他：1施設	24 加算1：18施設 加算2：5施設 その他：1施設
病床数 (床)	328 (50, 685)	328 (50, 685)	332 (57, 685)
調査期間	2016年1月～12月	2017年1月～12月	2018年1月～12月

各施設を匿名化し、抗菌薬全体・特定の抗菌薬の使用量をAUD (DDDs/100 patient-days) で示した。  
値は中央値 (最小値, 最大値) で示した。

## MACS参加施設 (DOT)

	2016年	2017年	2018年
対象施設	15 加算1：10施設 加算2：4施設 その他：1施設	20 加算1：14施設 加算2：5施設 その他：1施設	21 加算1：15施設 加算2：5施設 その他：1施設
病床数 (床)	328 (50, 685)	325 (50, 685)	328 (57, 685)
調査期間	2016年1月～12月	2017年1月～12月	2018年1月～12月

各施設を匿名化し、抗菌薬全体・特定の抗菌薬が投与された日数をDOT (DOTs/100 -patient days) で示した。  
値は中央値 (最小値, 最大値) で示した。

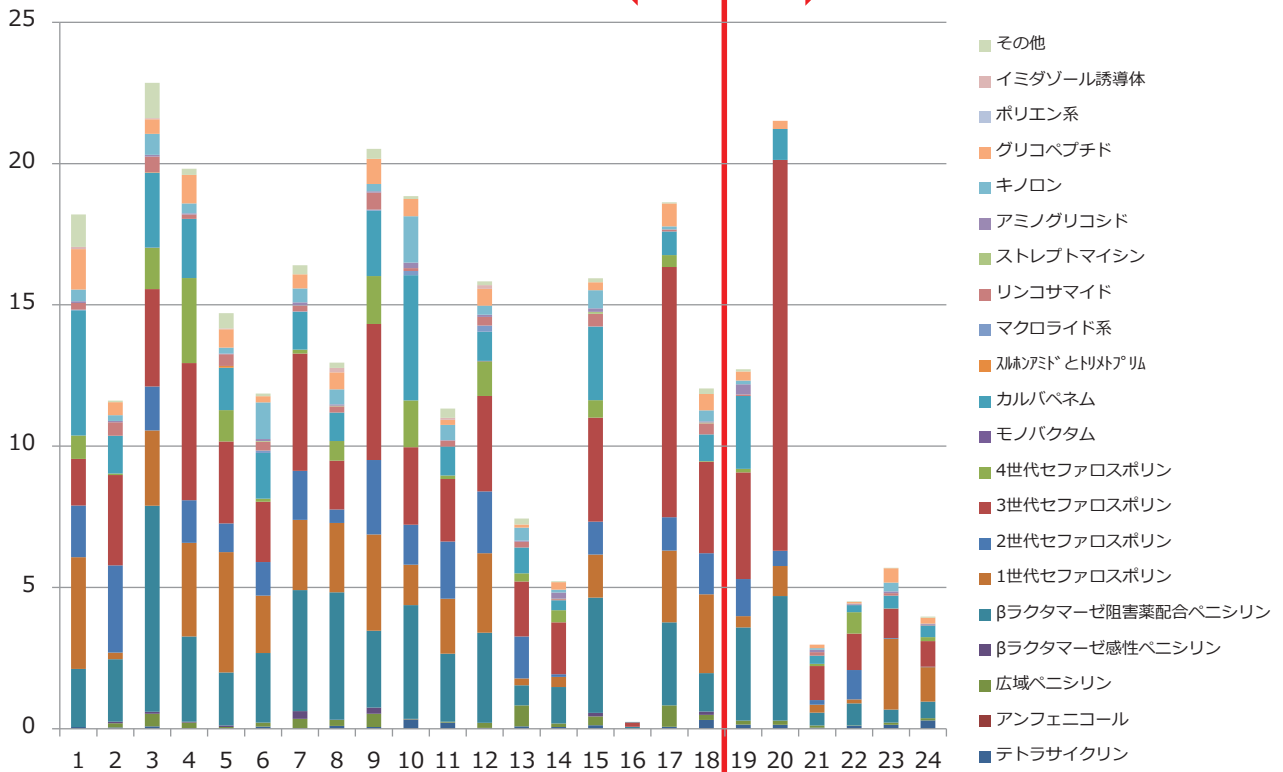
# MACS参加施設における2018年のAUD

DDDs/100 patient-days

加算1 ←



→ 加算2、その他



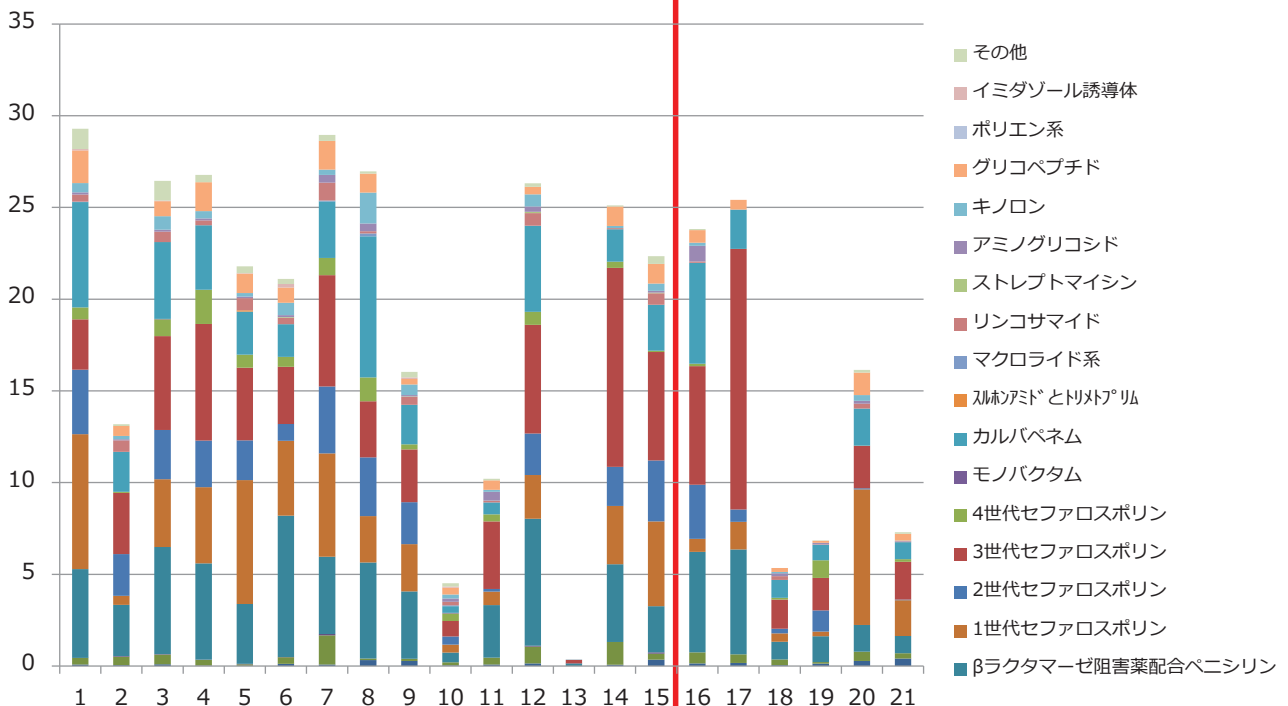
# MACS参加施設における2018年のDOT

DOTs/100 patient-days

加算1 ←



→ 加算2、その他



## 2018年における加算施設別AUDの比較

薬剤名 (ATC 4 level)	加算1	加算2
テトラサイクリン (J01AA)	0.07(0, 0.32)	0.14(0.04, 0.15)
アンフェニコール (J01BA)	0(0, 0)	0(0, 0)
広域ペニシリン (J01CA)	0.18(0, 0.76)	0.08(0.02, 0.15)
βラクタマーゼ感性ペニシリン (J01CE)	0.01(0, 0.28)	0(0, 0)
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン (J01CR)	2.59(0.06, 7.29)	0.78(0.45, 4.41)
1世代セファロスポリン (J01DB)	2.47(0, 4.26)	0.4(0.14, 2.51)
2世代セファロスポリン (J01DC)	1.47(0.01, 3.08)	0.54(0.02, 1.31)
3世代セファロスポリン (J01DD)	3.05(0.16, 8.85)	1.29(1.04, 13.8)
4世代セファロスポリン (J01DE)	0.53(0, 3.01)	0.11(0.01, 0.76)
モノバクタム (J01DF)	0(0.02, 0)	0(0, 0)
カルバペネム (J01DH)	1.34(0.01, 4.43)	0.5(0.25, 2.58)
スルホンアミドとトリメトプリム (J01EE)	0(0, 0.06)	0(0, 0)
マクロライド系 (J01FA)	0(0, 0.22)	0(0, 0)
リンコサマイド (J01FF)	0.23(0, 0.6)	0.05(0, 0.12)
ストレプトマイシン (J01GA)	0(0, 0.07)	0(0, 0)
アミノグリコシド (J01GB)	0.05(0, 0.22)	0.06(0, 0.36)
キノロン (J01MA)	0.4(0, 1.64)	0.05(0, 0.31)
グリコペプチド (J01XA)	0.55(0, 1.43)	0.29(0.06, 0.51)
ポリエン系 (J01XB)	0(0, 0)	0(0, 0)
イミダゾール誘導体 (J01XD)	0(0, 0.16)	0(0, 0)
その他 (J01XX)	0.19(0, 1.25)	0.02(0, 0.08)
総計	15.3(0.24, 22.9)	5.7(2.98, 21.5)

値は中央値 (最小値, 最大値)  
 DDDs/100 patient-days

## 2018年における加算施設別DOTの比較

薬剤名 (ATC 4 level)	加算1	加算2
テトラサイクリン (J01AA)	0.08(0, 0.35)	0.15(0.05, 0.28)
アンフェニコール (J01BA)	0(0, 0)	0(0, 0)
広域ペニシリン (J01CA)	0.36(0.08, 1.59)	0.47(0.09, 0.6)
βラクタマーゼ感性ペニシリン (J01CE)	0.01(0, 0.07)	0(0, 0)
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン (J01CR)	4.22(0.14, 7.71)	1.46(0.96, 5.72)
1世代セファロスポリン (J01DB)	3.18(0, 7.35)	0.7(0.26, 7.39)
2世代セファロスポリン (J01DC)	2.27(0.01, 3.64)	0.67(0.06, 2.96)
3世代セファロスポリン (J01DD)	3.69(0.19, 10.9)	2.31(1.59, 14.2)
4世代セファロスポリン (J01DE)	0.54(0, 1.86)	0.12(0.02, 0.97)
モノバクタム (J01DF)	0(0, 0.03)	0(0, 0)
カルバペネム (J01DH)	2.34(0.01, 7.69)	2.02(0.84, 5.5)
スルホンアミドとトリメトプリム (J01EE)	0(0, 0.07)	0(0, 0)
マクロライド系 (J01FA)	0(0, 0.15)	0(0, 0)
リンコサマイド (J01FF)	0.38(0, 0.98)	0.08(0, 0.26)
ストレプトマイシン (J01GA)	0(0, 0.07)	0(0, 0)
アミノグリコシド (J01GB)	0.11(0, 0.48)	0.16(0, 0.85)
キノロン (J01MA)	0.39(0, 1.68)	0.12(0.01, 0.31)
グリコペプチド (J01XA)	0.83(0, 1.78)	0.54(0.11, 1.23)
ポリエン系 (J01XB)	0(0, 0)	0(0, 0)
イミダゾール誘導体 (J01XD)	0(0, 0.19)	0(0, 0)
その他 (J01XX)	0.27(0, 1.1)	0.02(0, 0.15)
総計	22.4(0.35, 29.3)	16.2(5.35, 25.4)

値は中央値 (最小値, 最大値)  
 DOTs/100 -patient days

## 2016年～2018年におけるAUDの比較（加算1）

薬剤名（ATC 4 level）	2016	2017	2018
テトラサイクリン（J01AA）	0.1	0.1	0.01
アンフェニコール（J01BA）	0	0	0
広域ペニシリン（J01CA）	0.4	0.3	0.2
βラクタマーゼ感性ペニシリン（J01CE）	0.2	0.1	0.01
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン（J01CR）	5.9	6.8	2.6
1世代セファロスポリン（J01DB）	2.2	2.3	2.5
2世代セファロスポリン（J01DC）	1.7	1.6	1.5
3世代セファロスポリン（J01DD）	3.1	3.2	3.1
4世代セファロスポリン（J01DE）	0.5	0.7	0.5
モノバクタム（J01DF）	0	0	0
カルバペネム（J01DH）	2.9	2.2	1.3
スルホンアミドとトリメトプリム（J01EE）	0	0	0
マクロライド系（J01FA）	0.1	0	0
リンコサマイド（J01FF）	0.2	0.2	0.2
ストレプトマイシン（J01GA）	0	0	0
アミノグリコシド（J01GB）	0.1	0.1	0.1
キノロン（J01MA）	0.5	0.6	0.4
グリコペプチド（J01XA）	0.5	0.7	0.6
ポリエン系（J01XB）	0	0	0
イミダゾール誘導体（J01XD）	0	0.1	0
その他（J01XX）	0.3	0.2	0.2
総計	19.7	20.3	15.3

値は中央値のみ  
DDDs/100 patient-days

## 2016年～2018年におけるDOTの比較（加算1）

薬剤名（ATC 4 level）	2016	2017	2018
テトラサイクリン（J01AA）	0.1	0.1	0.1
アンフェニコール（J01BA）	0	0	0
広域ペニシリン（J01CA）	0.4	0.4	0.4
βラクタマーゼ感性ペニシリン（J01CE）	0.1	0	0
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン（J01CR）	3.9	4.6	4.2
1世代セファロスポリン（J01DB）	4.0	3.9	3.2
2世代セファロスポリン（J01DC）	3.3	3.2	2.3
3世代セファロスポリン（J01DD）	4.5	4.8	3.7
4世代セファロスポリン（J01DE）	0.8	0.7	0.5
モノバクタム（J01DF）	0	0	0
カルバペネム（J01DH）	3.9	3.0	2.3
スルホンアミドとトリメトプリム（J01EE）	0	0	0
マクロライド系（J01FA）	0	0	0
リンコサマイド（J01FF）	0.3	0.4	0.4
ストレプトマイシン（J01GA）	0	0	0
アミノグリコシド（J01GB）	0.2	0.2	0.1
キノロン（J01MA）	0.6	0.5	0.4
グリコペプチド（J01XA）	0.8	1.1	0.8
ポリエン系（J01XB）	0	0	0
イミダゾール誘導体（J01XD）	0	0.1	0
その他（J01XX）	0.4	0.2	0.3
総計	24.9	24.7	22.3

値は中央値のみ  
DOTs/100 -patient days

## 2016年～2018年におけるAUDの比較（加算2）

薬剤名（ATC 4 level）	2016	2017	2018
テトラサイクリン（J01AA）	0.1	0.1	0.1
アンフェニコール（J01BA）	0	0	0
広域ペニシリン（J01CA）	0.1	0.1	0.1
βラクタマーゼ感性ペニシリン（J01CE）	0	0.1	0
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン（J01CR）	1.6	1.5	0.8
1世代セファロスポリン（J01DB）	0.5	0.3	0.4
2世代セファロスポリン（J01DC）	0.3	0.2	0.5
3世代セファロスポリン（J01DD）	2.8	1.2	1.3
4世代セファロスポリン（J01DE）	0.2	0.2	0.1
モノバクタム（J01DF）	0	0	0
カルバペネム（J01DH）	1.2	0.5	0.5
スルホンアミドとトリメトプリム（J01EE）	0	0	0
マクロライド系（J01FA）	0	0	0
リンコサマイド（J01FF）	0	0	0.1
ストレプトマイシン（J01GA）	0	0	0
アミノグリコシド（J01GB）	0.2	0.2	0.1
キノロン（J01MA）	0.1	0.1	0.1
グリコペプチド（J01XA）	0.2	0.2	0.3
ポリエン系（J01XB）	0	0	0
イミダゾール誘導体（J01XD）	0	0	0
その他（J01XX）	0	0	0
総計	8.9	4.7	5.7

値は中央値のみ  
 DDDs/100 patient-days

## 2016年～2018年におけるDOTの比較（加算2）

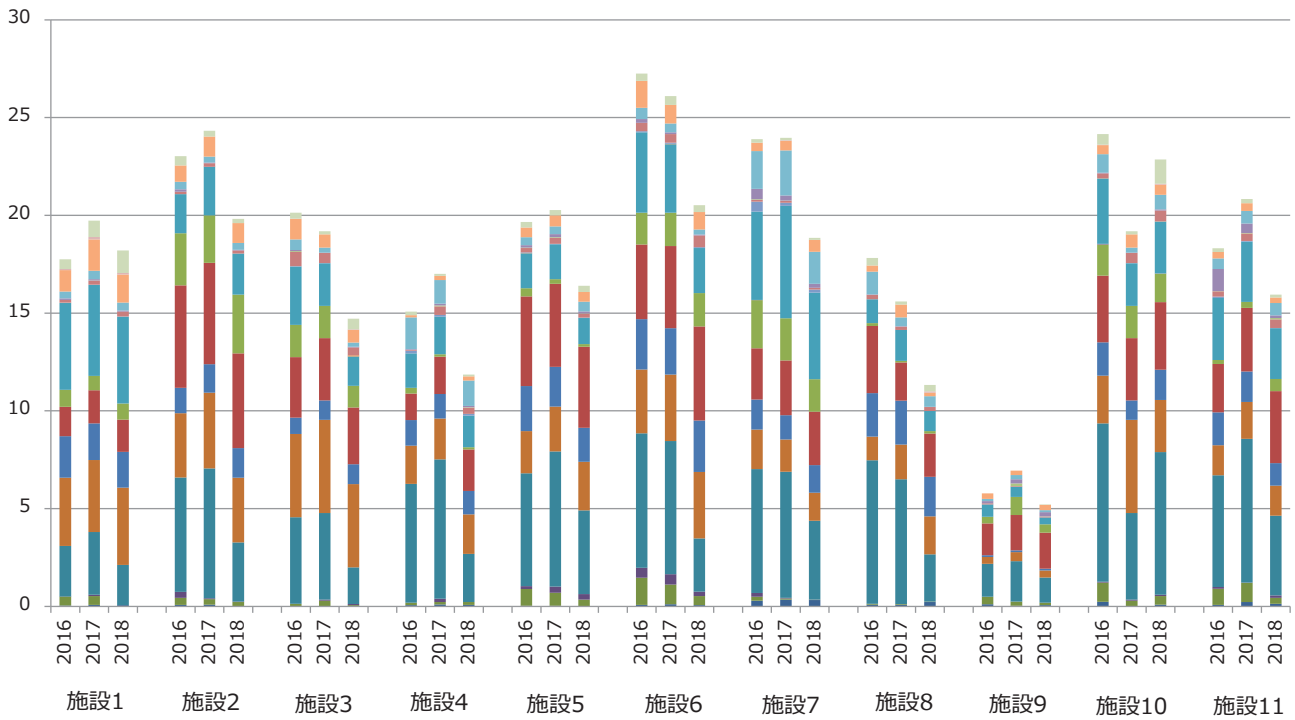
薬剤名（ATC 4 level）	2016	2017	2018
テトラサイクリン（J01AA）	0.1	0.1	0.2
アンフェニコール（J01BA）	0	0	0
広域ペニシリン（J01CA）	0.2	0.3	0.5
βラクタマーゼ感性ペニシリン（J01CE）	0	0.1	0
βラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン（J01CR）	0.9	1.2	1.5
1世代セファロスポリン（J01DB）	0.6	0.5	0.7
2世代セファロスポリン（J01DC）	0.4	0.3	0.7
3世代セファロスポリン（J01DD）	6.2	2.7	2.3
4世代セファロスポリン（J01DE）	0.2	0.3	0.1
モノバクタム（J01DF）	0	0	0
カルバペネム（J01DH）	1.8	0.9	2
スルホンアミドとトリメトプリム（J01EE）	0	0	0
マクロライド系（J01FA）	0	0	0
リンコサマイド（J01FF）	0	0.1	0.1
ストレプトマイシン（J01GA）	0	0	0
アミノグリコシド（J01GB）	0.2	0.3	0.2
キノロン（J01MA）	0	0.1	0.1
グリコペプチド（J01XA）	0.4	0.3	0.5
ポリエン系（J01XB）	0	0	0
イミダゾール誘導体（J01XD）	0	0	0
その他（J01XX）	0	0.1	0
総計	18.1	7.5	16.2

値は中央値のみ  
 DOTs/100 -patient days

# 2016～2018年のAUD (加算1)

(3年間連続データ提出 11施設)

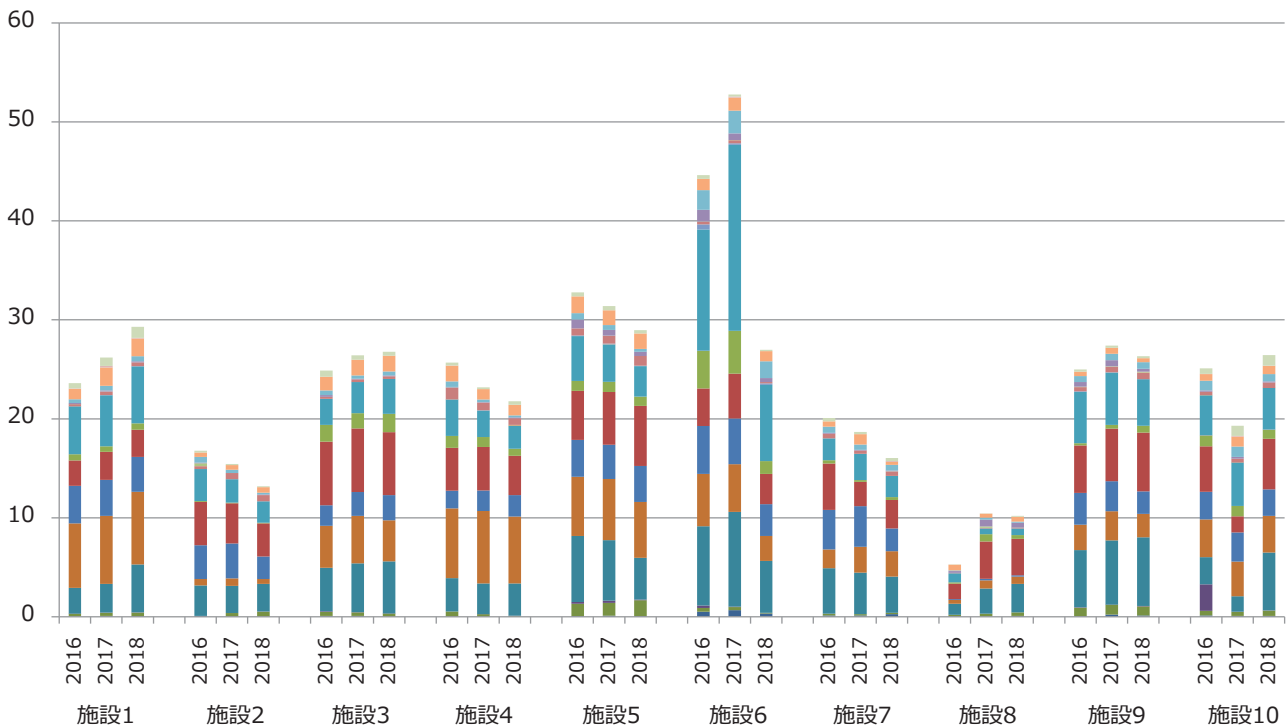
DDDs/100 patient-days



# 2016～2018年のDOT (加算1)

(3年間連続データ提出 10施設)

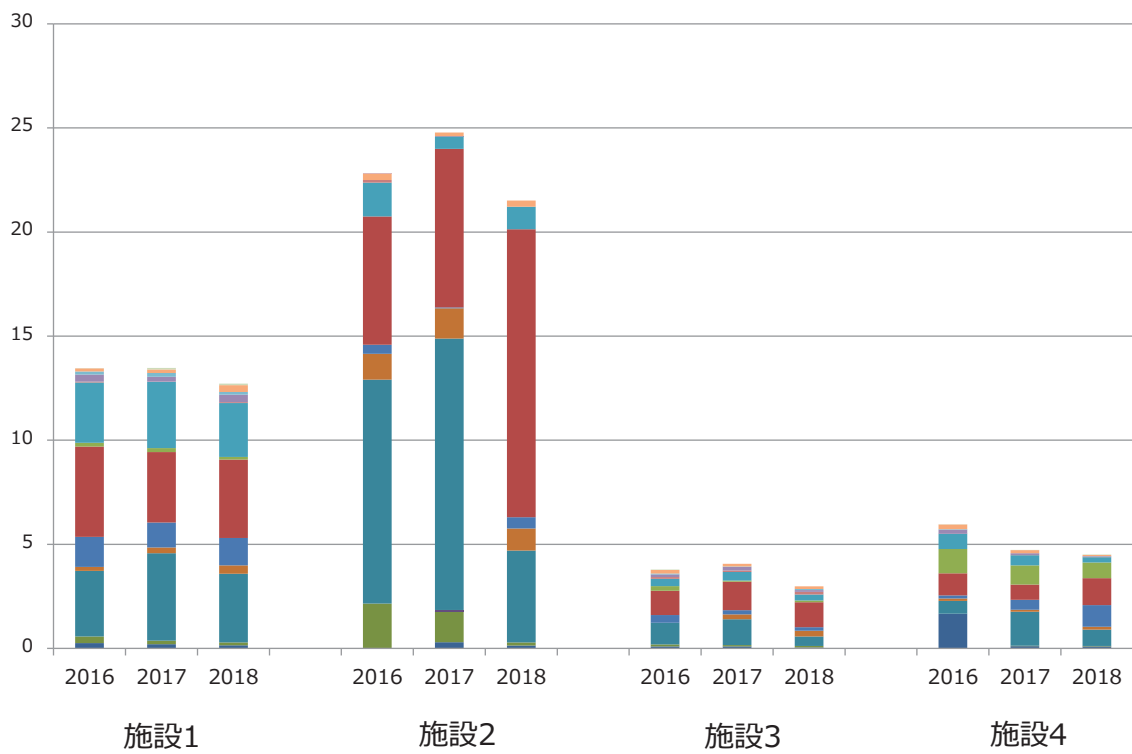
DOTs/100 patient-days



## 2016～2018年のAUD (加算2)

(3年間連続データ提出 4施設)

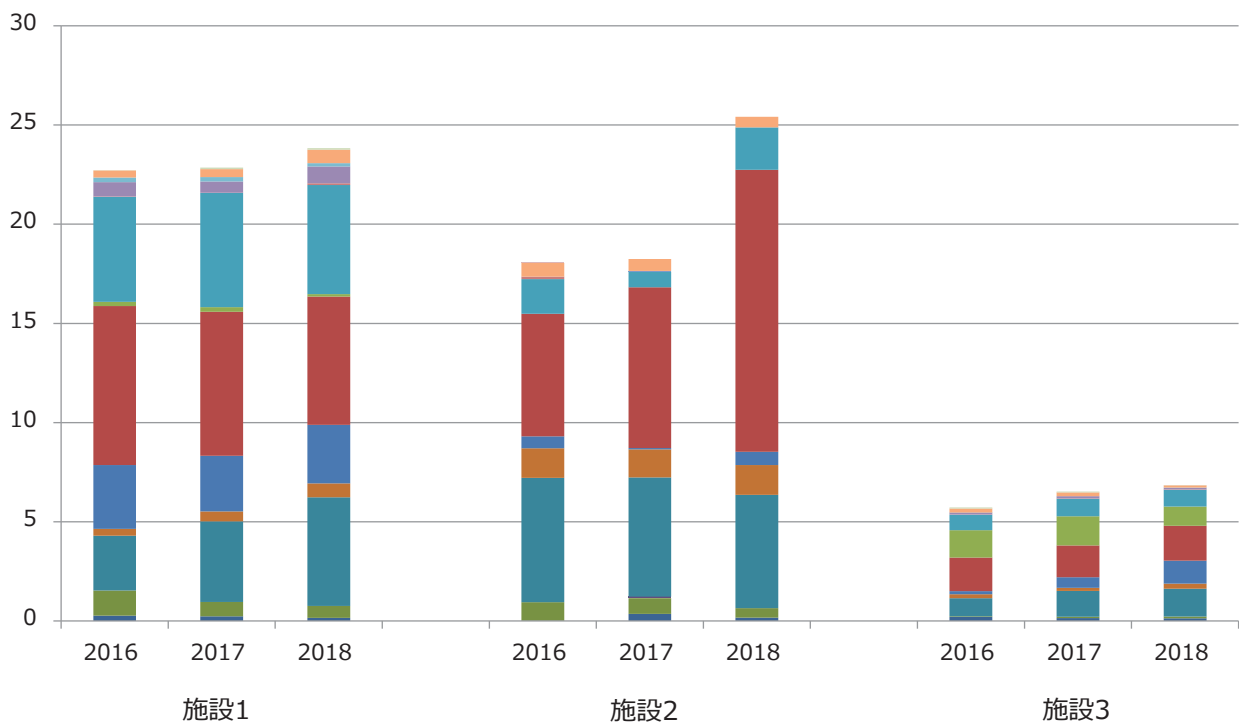
DDDs/100 patient-days



## 2016～2018年のDOT (加算2)

(3年間連続データ提出 3施設)

DOTs/100 patient-days

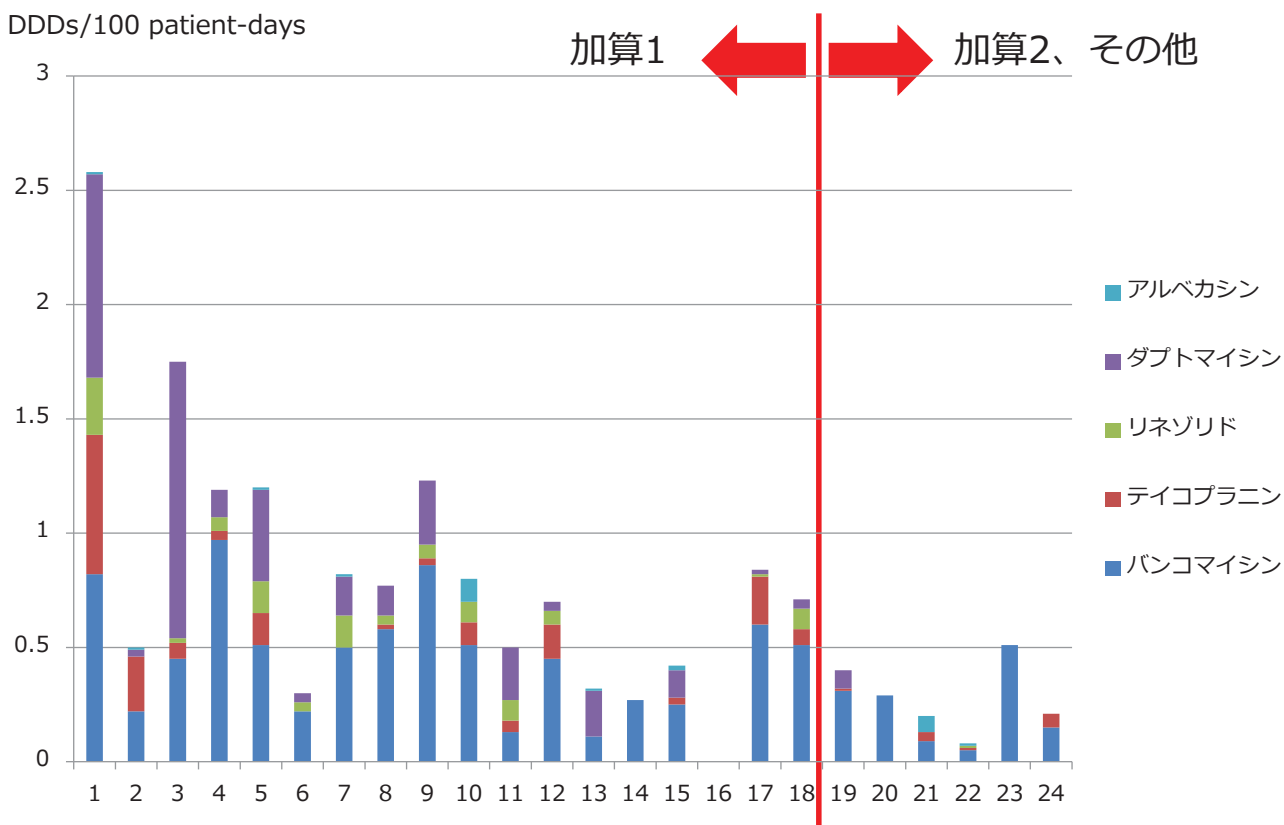




# 抗MRSA薬

## 2018年の抗MRSA薬 AUD

DDDs/100 patient-days



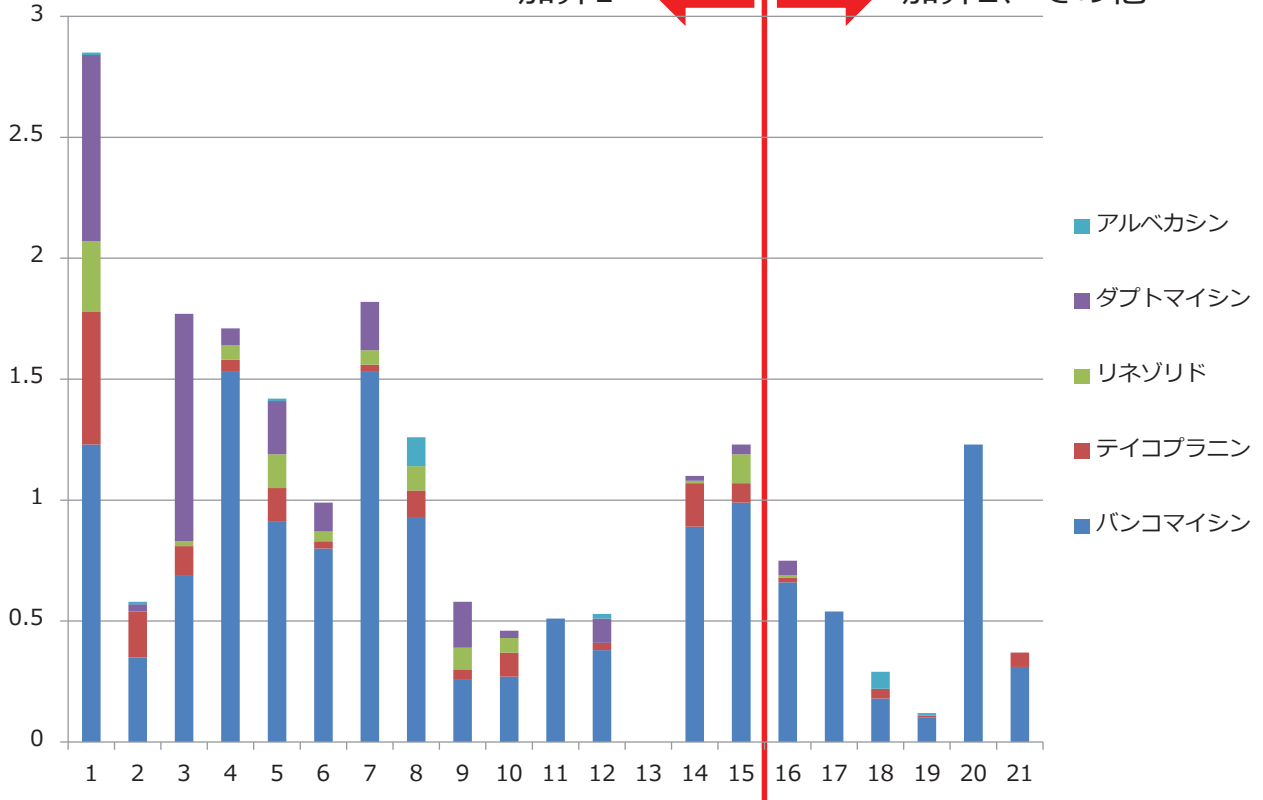
# 2018年の抗MRSA薬 DOT

DOTs/100 patient-days

加算1

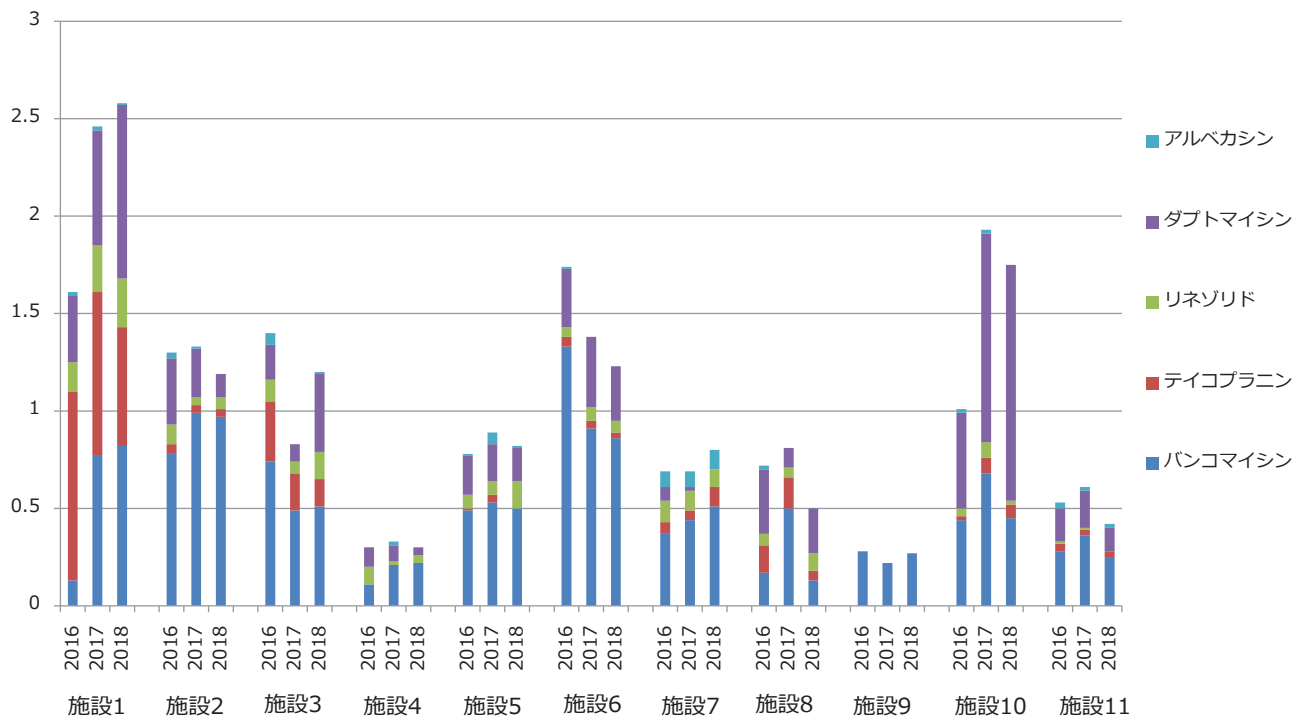


加算2、その他



# 2016~2018年の抗MRSA薬 AUD (加算1) (3年間連続データ提出 11施設)

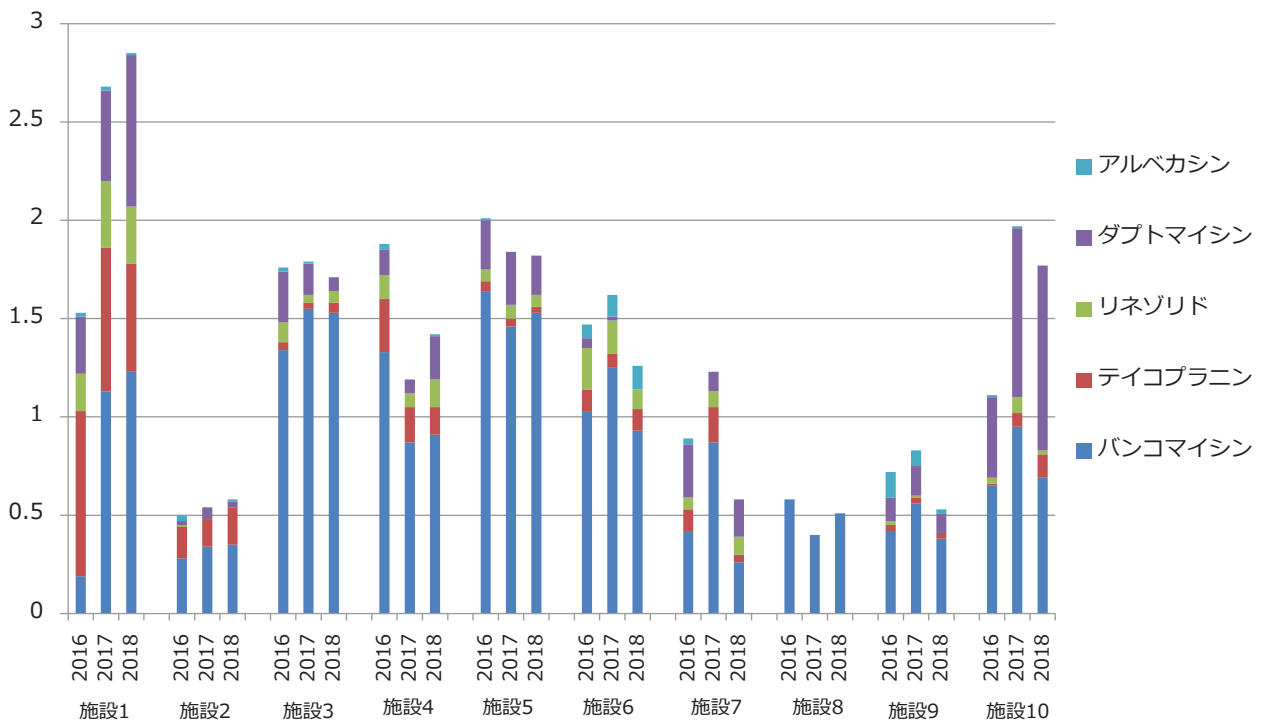
DDDs/100 patient-days



## 2016～2018年の抗MRSA薬 DOT (加算1)

(3年間連続データ提出 10施設)

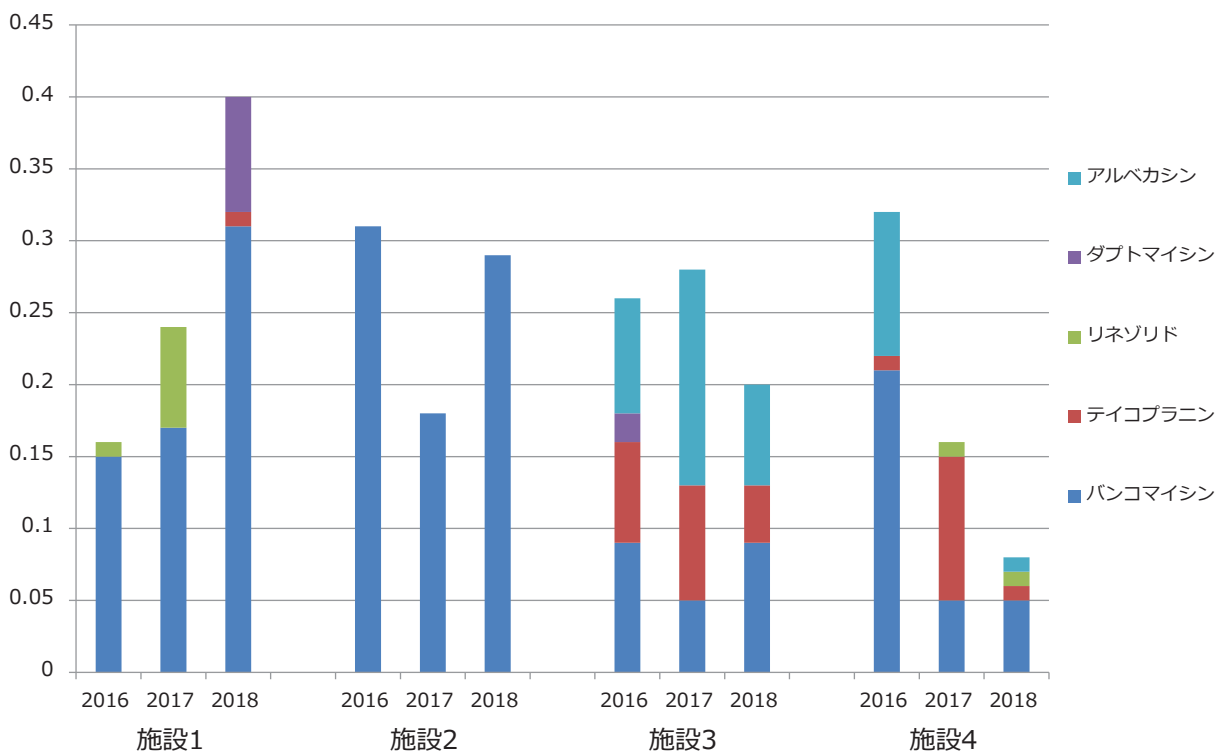
DOTs/100 patient-days



## 2016～2018年の抗MRSA薬 AUD (加算2)

(3年間連続データ提出 4施設)

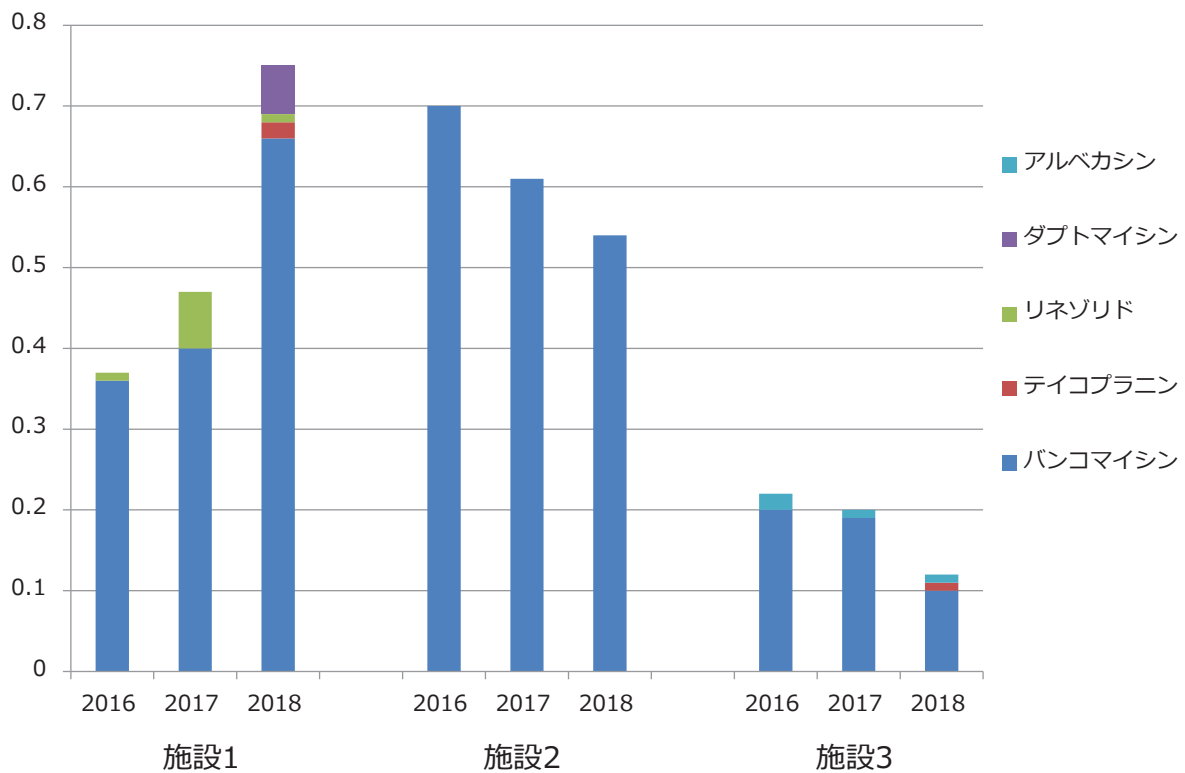
DDDs/100 patient-days



# 2016～2018年の抗MRSA薬 DOT (加算2)

(3年間連続データ提出 3施設)

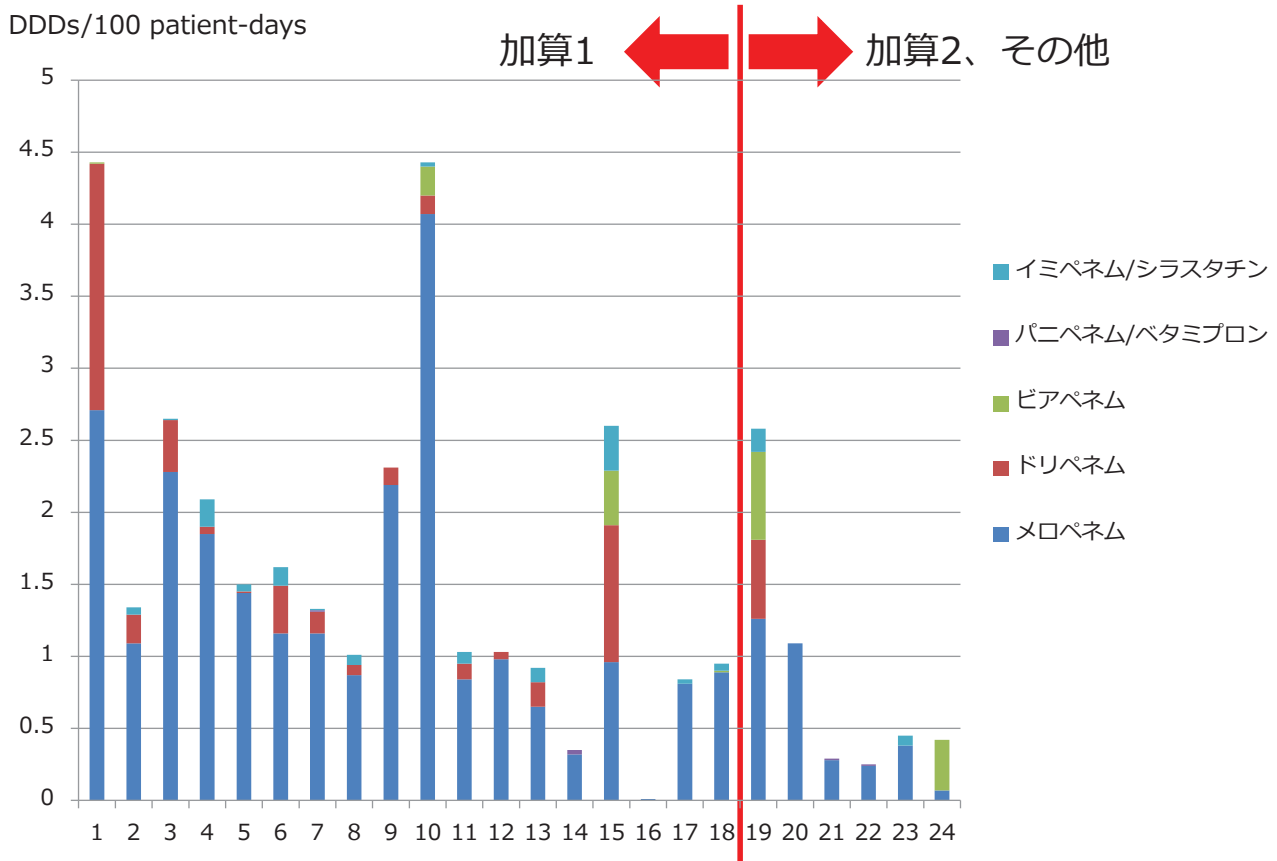
DOTs/100 patient-days



## カルバペネム系薬

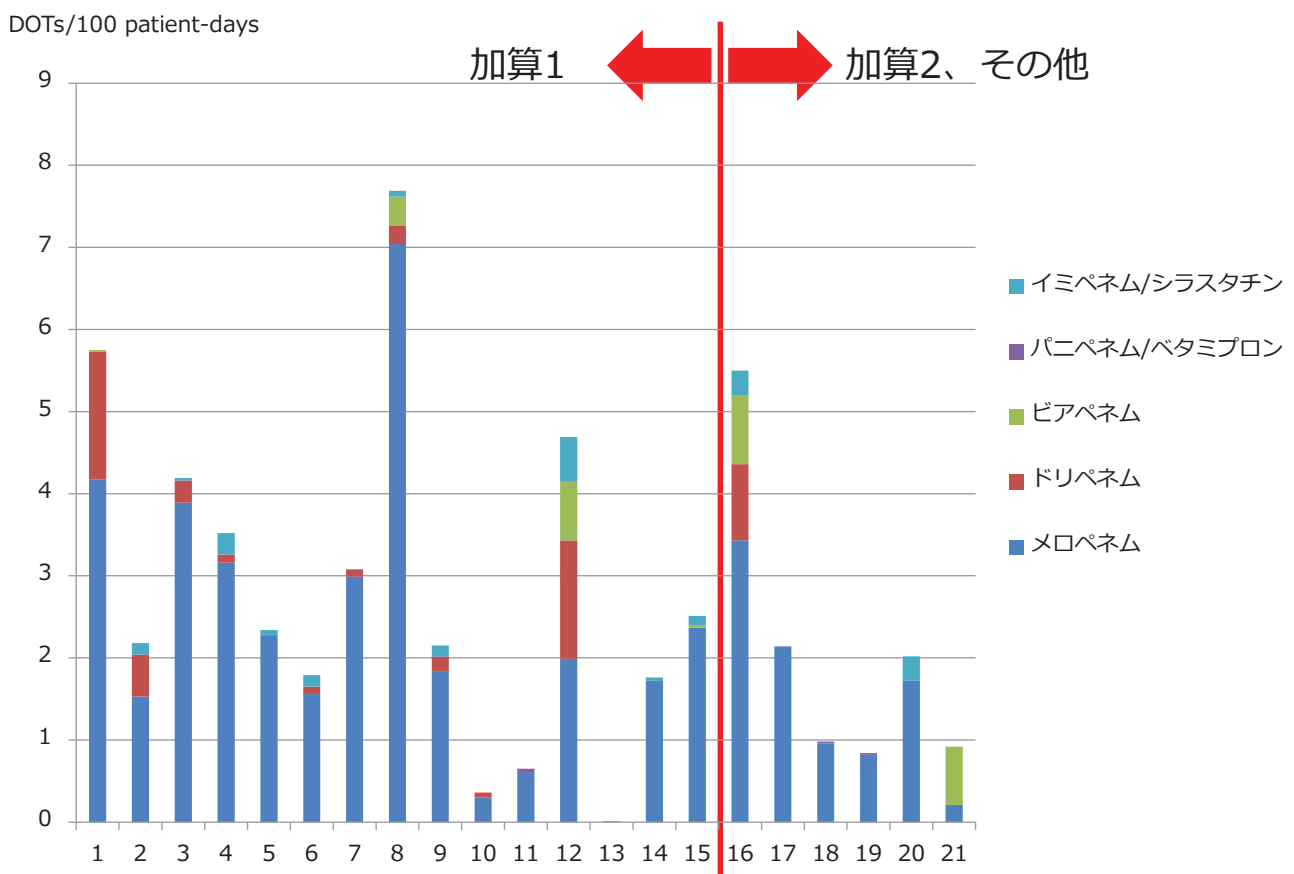
## 2018年のカルバペネム系薬AUD

DDDs/100 patient-days



## 2018年のカルバペネム系薬DOT

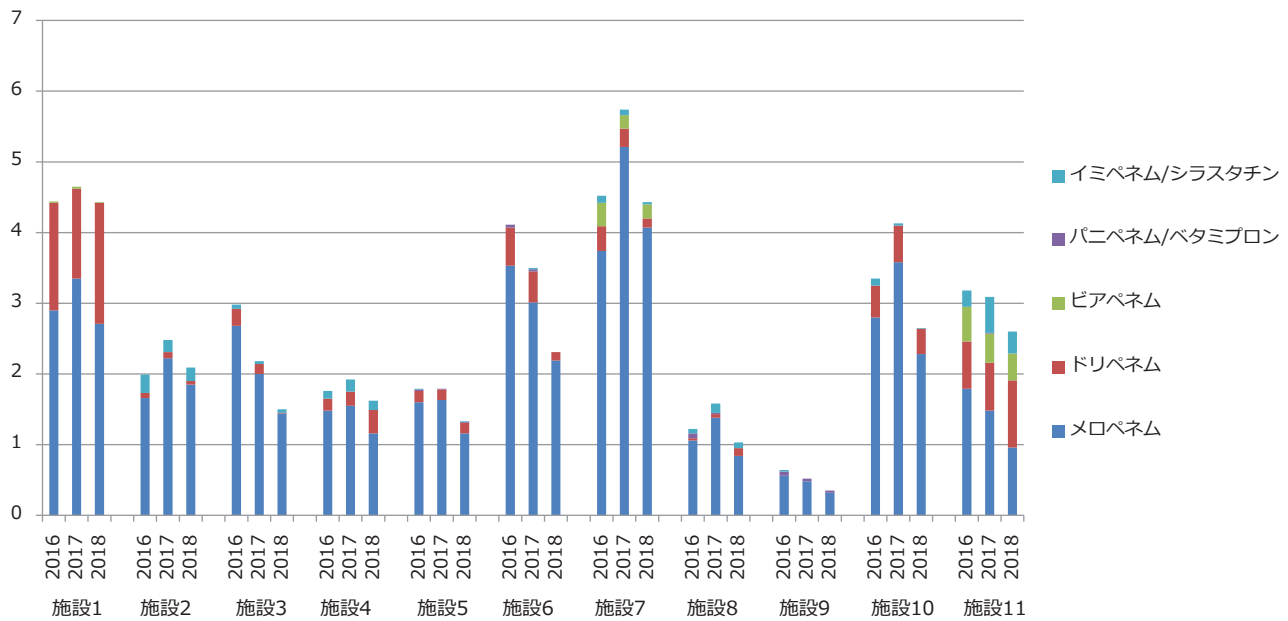
DOTs/100 patient-days



## 2016～2018年のカルバペネム系薬 AUD (加算1)

(3年間連続データ提出 11施設)

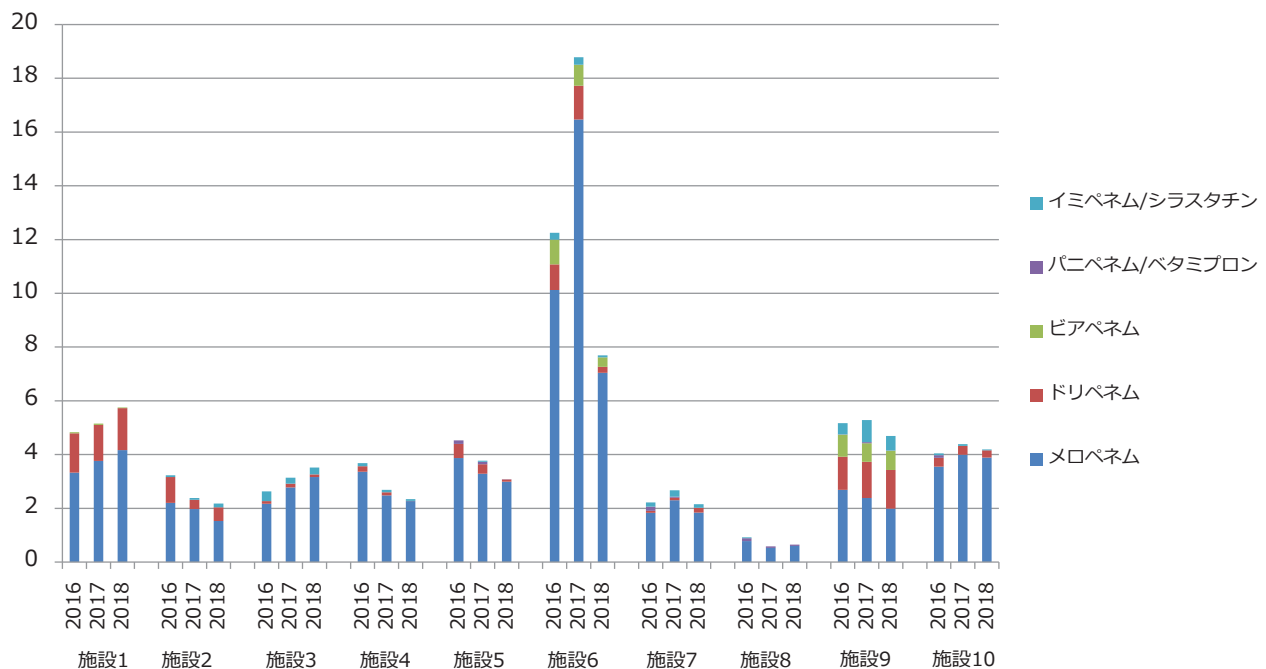
DDDs/100 patient-days



## 2016～2018年のカルバペネム系薬 DOT (加算1)

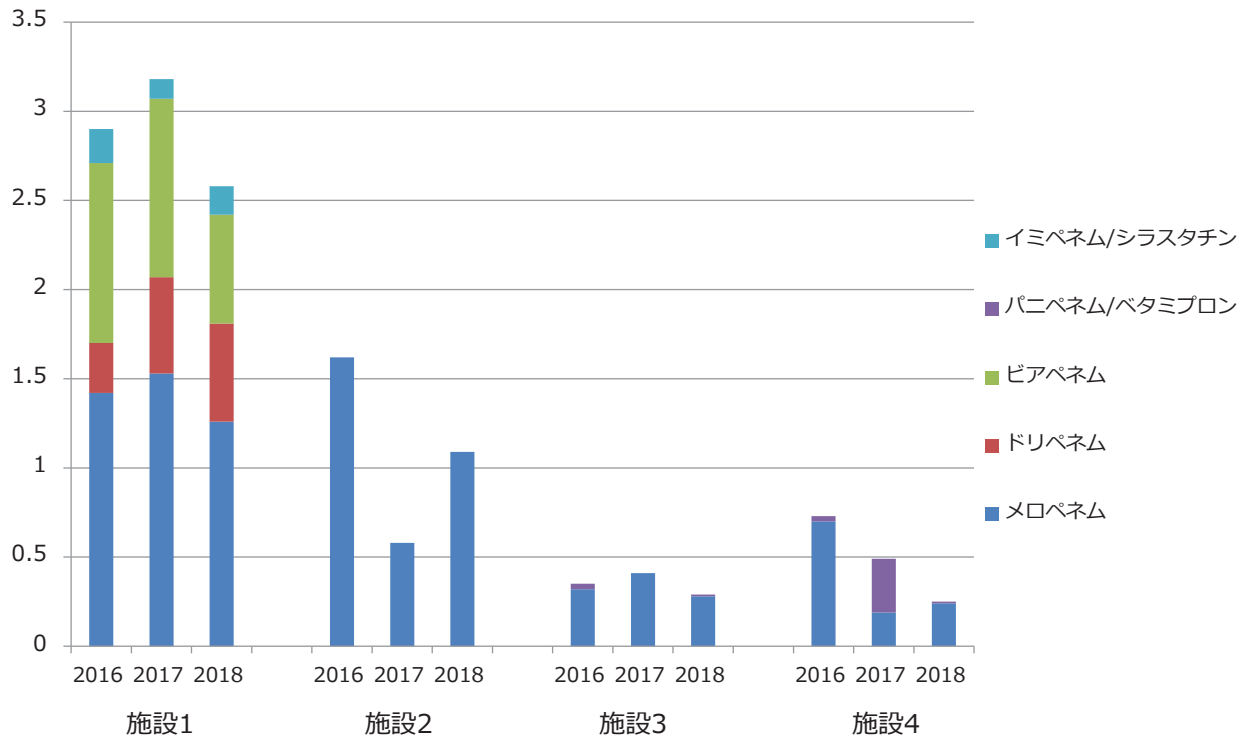
(3年間連続データ提出 10施設)

DOTs/100 patient-days



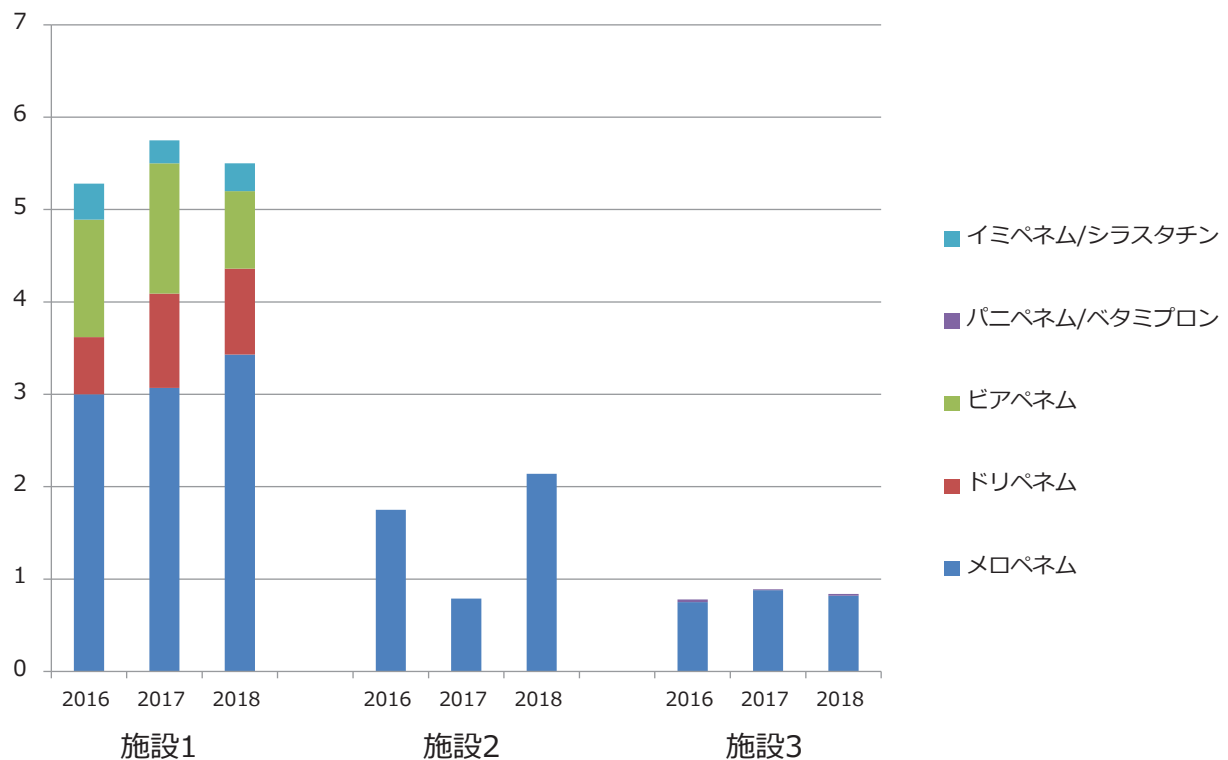
## 2016～2018年のカルバペネム系薬AUD（加算2） （3年間連続データ提出 4施設）

DDDs/100 patient-days



## 2016～2018年のカルバペネム系薬 DOT（加算2） （3年間連続データ提出 3施設）

DOTs/100 patient-days



- MACS調査結果
- 情報提供 (J-SIPHE)
- 保険調剤薬局へのお願い

## 感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)

HOME J-SIPHEについて **参加申請** 公開情報 お問い合わせ

参加申請フォーム ログイン

参加申請フォーム

参加申請方法

AMR (薬剤耐性) 関連のデータを集め、参加申請方法 医療機関や地域ネットワークで活用する 感染対策連携共通プラットフォーム

**お知らせ**

- 2019年7月24日 メンテナンスのため、2019年7月31日（水）午前9時から午前10時まで、J-SIPHEサイトの運用を停止します。
- 2019年7月3日 メンテナンスのため、2019年7月10日（水）午前9時から午前10時まで、J-SIPHEサイトの運用を停止します。
- 2019年6月21日 メンテナンスのため、2019年6月26日（水）午前9時から午前10時まで、J-SIPHEサイトの運用を停止します。
- 2019年6月11日 メンテナンスのため、2019年6月12日（水）午前9時から午前10時まで、J-SIPHEサイトの運用を停止します。
- 2019年6月10日 ■■ J-SIPHE連携ファイルの作成方法の説明動画をアップしました。■■ AMU情報で使用するACASを用いたJ-SIPHE連携ファイルの作成方法を分かりやすく説明しています。  
----動画の場所-----  
・ログイン前画面の「J-SIPHEについて」タブ> 「J-SIPHE概要」内  
----動画内容-----

かしこく治して、明日につなぐ  
～ 抗菌薬を上手に使ってAMR対策～

One Health

今後は、抗菌薬使用動向調査システム（JACS）から感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）へ移行していきます。



[J-SIPHE (Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology :  
感染対策連携共通プラットフォーム) システムの概要]

世界的な薬剤耐性 (AMR) の問題を受け、2016 年 4 月に本邦において策定された「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン」では、薬剤耐性及び抗微生物剤の使用量の監視の必要性、薬剤耐性微生物の拡大を阻止するための医療・介護分野における感染予防・管理と地域連携の推進、そして抗微生物剤の適正使用の推進等が掲げられました。このような流れを受けて J-SIPHE (Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology : 感染対策連携共通プラットフォーム、以下「本システム」という) は医療機関や地域における AMR 対策を推進するための一助となるよう開発されました。

本システムは無償で利用できる感染対策 Web アプリケーションであり、自施設のデータを登録・閲覧するだけでなくグループ機能により複数の施設の統合されたデータと比較することができます。地域の医療施設でグループを作成することで地域連携カンファレンス等での共有ができ、地域施設間で適切な支援および対応が可能となります。また、同規模の施設等でのグループ作成も可能なため、地域を超えた感染対策にも活用できます。

本システムを利用するにあたり病院長またはそれに準じる医療機関の責任者の許可が必要となります。

【参加方法】

・J-SIPHE のホームページ (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>) をご覧ください。

【提出書類】

・J-SIPHE 参加申請書

【提出方法】

記入日、医療機関名を記載し、病院長またはそれに準じる医療機関の責任者の記名・捺印後、スキャン画像等を事務局あてにメール添付でお送りください。あわせて、Web での申請が必要です。メールは下記フォーマットでお送りください。

宛先: j-siphe@hosp.ncgm.go.jp  
件名: J-SIPHE 参加申請書  
本文: 医療機関名・担当者様名をご記入ください。

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター  
2019 年 4 月 参加申請書第 1.1 版

厚生労働省委託事業  
AMR 臨床リファレンスセンター  
J-SIPHE 事務局 宛

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

医療機関名  
\_\_\_\_\_

病院長またはそれに準じる医療機関の責任者氏名  
\_\_\_\_\_ 印

J-SIPHE (感染対策連携共通プラットフォーム) 参加申請書

感染対策連携共通プラットフォームの利用を希望致します。

以上

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター  
2019 年 4 月 参加申請書第 1.1 版

ぜひ、J-SIPHEへの参加をお願い致します。  
申請すると事務局から承認通知がきます。

J-SIPHEホームページより引用

### 感染防止対策加算 1 の医療機関の皆様

こちらから参加申請いただけます。

感染防止対策加算取得状況の「加算 1」にチェックをし「次へ」にお進みください。

感染防止対策加算 2 または加算を算定していない医療機関は連携する加算 1 の医療機関の招待により J-SIPHE に参加することができますので、参加申請時または申請後に連携する医療機関をご招待ください。

### 感染防止対策加算 2 ・ 加算なしの医療機関の皆様

感染防止対策加算 2 と加算を算定していない医療機関は単独での参加ができません。

連携する加算 1 の医療機関の招待によって送付されるメールに記載された仮パスワードが必要です。

参加を希望される場合は、J-SIPHE に参加している、または参加を予定している加算 1 連携医療機関に依頼をし、仮パスワードを取得してください。

仮パスワード取得済みの医療機関はこちらから参加申請いただけます。

下記の感染防止対策加算取得状況の「加算 2」または「加算なし」にチェックをし「次へ」にお進みください。

### 参加申請書

J-SIPHE参加の承認には申請書が必要です。

[申請書ダウンロード](#)

### 感染防止対策加算取得状況

加算1  加算2  加算なし

申請時に登録したパスワードと処方箋発行医療機関コードでログイン

J-SIPHEホームページより引用


- MACS調査結果
- 情報提供（J-SIPHE）
- 保険調剤薬局へのお願い

## 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 2016-2020

**1** 普及啓発・教育  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

**4** 抗微生物剤の適正使用  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

**2** 動向調査・監視  薬剤耐性及び抗微生物薬（抗菌薬）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

**5** 研究開発・創薬  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

**3** 感染予防・管理  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

**6** 国際協力  国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進

# 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランの成果目標

【ヒトの抗微生物剤の使用量(人口千人あたりの日抗菌薬使用量)】

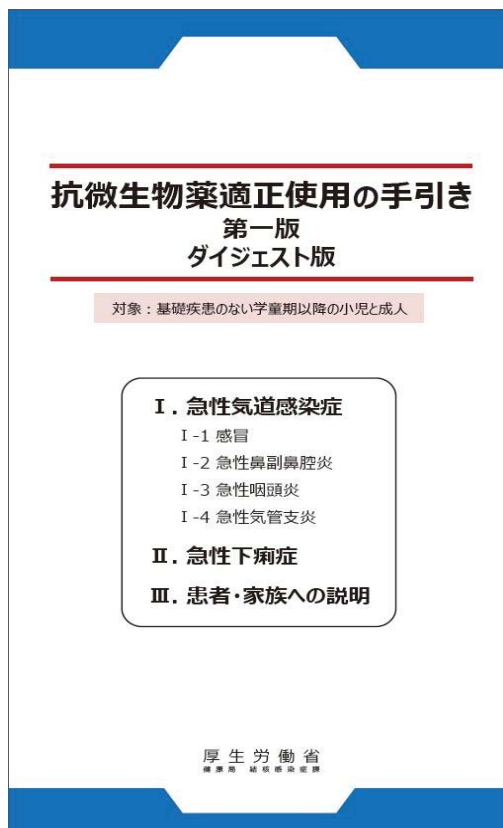
指標	2020年(対2013年比)
全体	33%減
経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド系薬	50%減
静注抗菌薬	20%減

【主な微生物の薬剤耐性率(医療分野)】

指標	2014年	2020年(目標値)
肺炎球菌のペニシリン耐性率	48%	15%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	同水準

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016-2020)より引用

## 抗微生物薬適正使用の手引き 第一版 (ダイジェスト版)



特に適正に使用してほしい

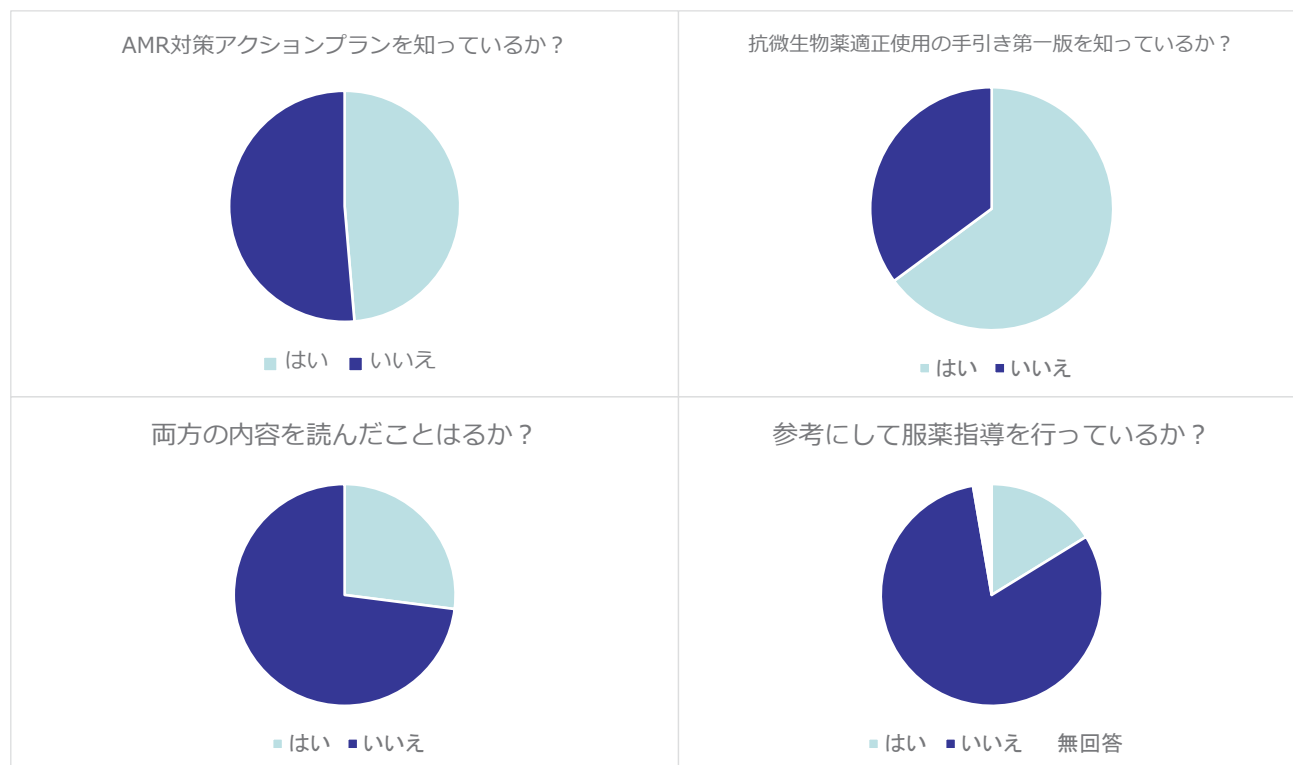
**「急性気道感染症」と「急性下痢症」**

についての診断・治療手順のフローチャートの掲載や、抗菌薬の処方について患者や家族に説明する際のポイントなどをまとめている。

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html>

# ある地域で行ったアンケート調査



問：AMR対策アクションプラン後（2016年4月以降）  
にクリニックの処方状況が変化したと思いますか。

- 抗菌薬の処方が減少した。
- 抗菌薬の処方が減ったように思います。特に小児科。
- 抗生剤の処方量が激減した。
- 今まで特定の薬剤が出ていたが、症状は同じでも異なる抗生剤が処方されるようになった。

多くの薬剤師が抗菌薬の処方が減っていると感じている

## 外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

### 小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➤ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

#### (新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、  
 抗菌薬の処方の必要性が認められない又は抗菌薬を服用しないことに対して、療養上必要な  
 場合に、小児科のみを専任  
 ザ感染の患者またはイン

[実施]

(1)

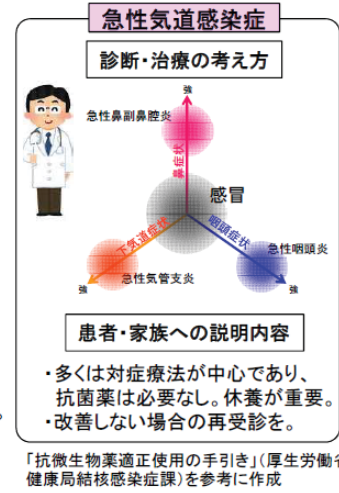
(2)

本日は「抗生物質(抗菌薬)」を処方せず、症状を和らげるような薬を  
 お出ししています。

今のところ肺炎・食中毒など「細菌感染」を疑うような症状はありません。この場合は「抗生物質」はあまり効果がありません。抗生物質により吐き気や下痢・食欲低下などの副作用も心配され、今の状態であれば「抗生物質」を使わない方が良いと思います。

残念ながら、症状は数日続くことが普通で、明日から急に良くなることはありません。2～3日ほどは様子を見せて下さい。

もし「発熱が更に高くなる」「水分も取れなくなる」など症状が悪化する場合は診断を見直す必要が出てくるので、その場合は日数がたっていないくても再度受診してください。(抗微生物薬適正使用の手引き より)



### 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➤ 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

## 問：調剤薬局側から抗微生物薬の薬剤変更などの提案を医師に行うのは難しいですか？

- Dr. の処方意図がはっきりわからない。
- 病名がわからないため提案できない。
- 症状の把握が難しい中での提案はなかなか困難。
- 必要性のレベルか否かの判断ができない。
- 明確な根拠を的確に示すことが難しい。
- 不要なのか必要なのか判断しにくい。
- 抗生物質全体に対する知識が不足しているため判断できない。
- 疾患に対する適正な薬剤の選択がわからないため。

など

- 病名・処方意図がわからない、抗菌薬が必要かどうかの判断が難しい⇒疑義照会しにくい
- 抗微生物薬、疾患に対する知識不足がある

今年度、保険調剤薬局向けにAMRに関するアンケートを実施させていただく予定にしていますのでご協力をお願い致します。

ご清聴いただきありがとうございました