

J-SIPHE/診療所版J-SIPHE を用いた地域連携

国立国際医療研究センター病院 AMR臨床リファレンスセンター
松永 展明

薬剤耐性 (AMR) 対策推進月間2024 <11月> 啓発キャンペーン

はた細胞 × AMR
Clinical Reference Center

薬剤耐性

ウイルスに抗菌薬は効きません。

©清水茜 / 講談社・アニプレックス・davidproduction

キャンペーンサイトはこちら ▶▶

薬剤耐性がテーマの
川柳を募集中です!!

受賞された方には
賞状と記念品を
さしあげます!
たくさんのご応募を
お待ちしております!

応募についての詳細は
こちらをご覧ください ▶

第8回
薬剤耐性(AMR)
あるある川柳

11月1日より作品募集中!

締め切り 11月30日

AMR 国立国際医療研究センター病院
AMR臨床リファレンスセンター



AMR臨床リファレンスセンター

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～

<https://amr.ncgm.go.jp/materials/>

薬剤耐性(AMR)に起因する死亡者数の推定

新しいレポートがLancetに掲載

Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050

GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators Lancet 2024 Sep 28;404(10459):1199-1226 PMID: 39299261

- 2050年までに、AMRに起因する世界の累計死者数が3900万人に上ると予測
- 1990年から2021年の間に、AMRを直接原因として毎年100万人以上が死亡と推定
- 2050年までにAMRを直接原因とする死者数は年間191万人に達すると予測
→2021年(114万人)から67.5%の増加に相当

70歳以上での死亡者数は2050年までに146%増加する可能性があると予測

※高齢化、高度耐性菌の出現...など

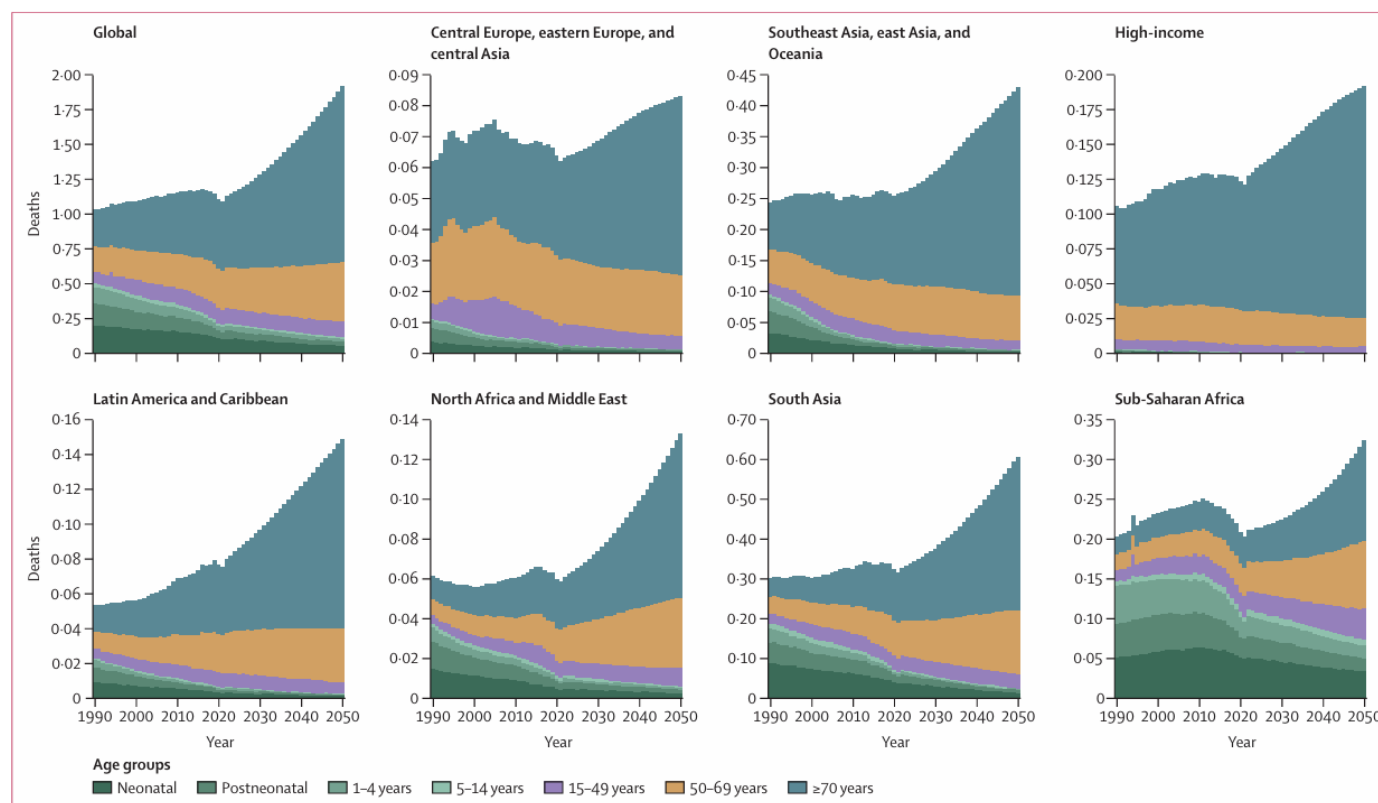


Figure 7: Deaths attributable to AMR by age group and location in the reference scenario, 2022–2050 Units are in millions.

High-Level Meeting on Antimicrobial Resistance (AMR)

2024年9月26日 ハイレベルミーティングが6年ぶりに開催されました。



健康トピックス

国・地域

ニュースルーム

緊急事態

データ

WHOについて

ホーム / ニュース / 世界の指導者たち、抗菌薬耐性に対する断固とした行動を約束

世界の首脳が抗菌薬耐性に対する断固とした行動を約束

FAO、UNEP、WHO、WOAH、国連総会での合意を歓迎、2030年までにAMRによるヒトの死亡を10%削減する目標を含む

2024年9月26日 | 共同ニュースリリース | 読了時間：5分（1275文字）

世界の指導者たちは、第79回国連総会（UNGA）抗菌薬耐性（AMR）に関するハイレベル会合において、政治宣言を承認し、2030年までに細菌性抗菌薬耐性（AMR）に関連する年間495万人と推定される人命の10%削減を含む、明確な一連の目標と行動を約束した。



2030年までに、世界全体で
ヒトへの抗菌薬使用量全体に対する
Access抗菌薬の使用量は少なくとも70%を達成

<https://www.who.int/news/item/19-09-2024-who-at-unga-call-for-urgent--high-level-action-to-address-global-scurge-of-antimicrobial-resistance> を自動翻訳

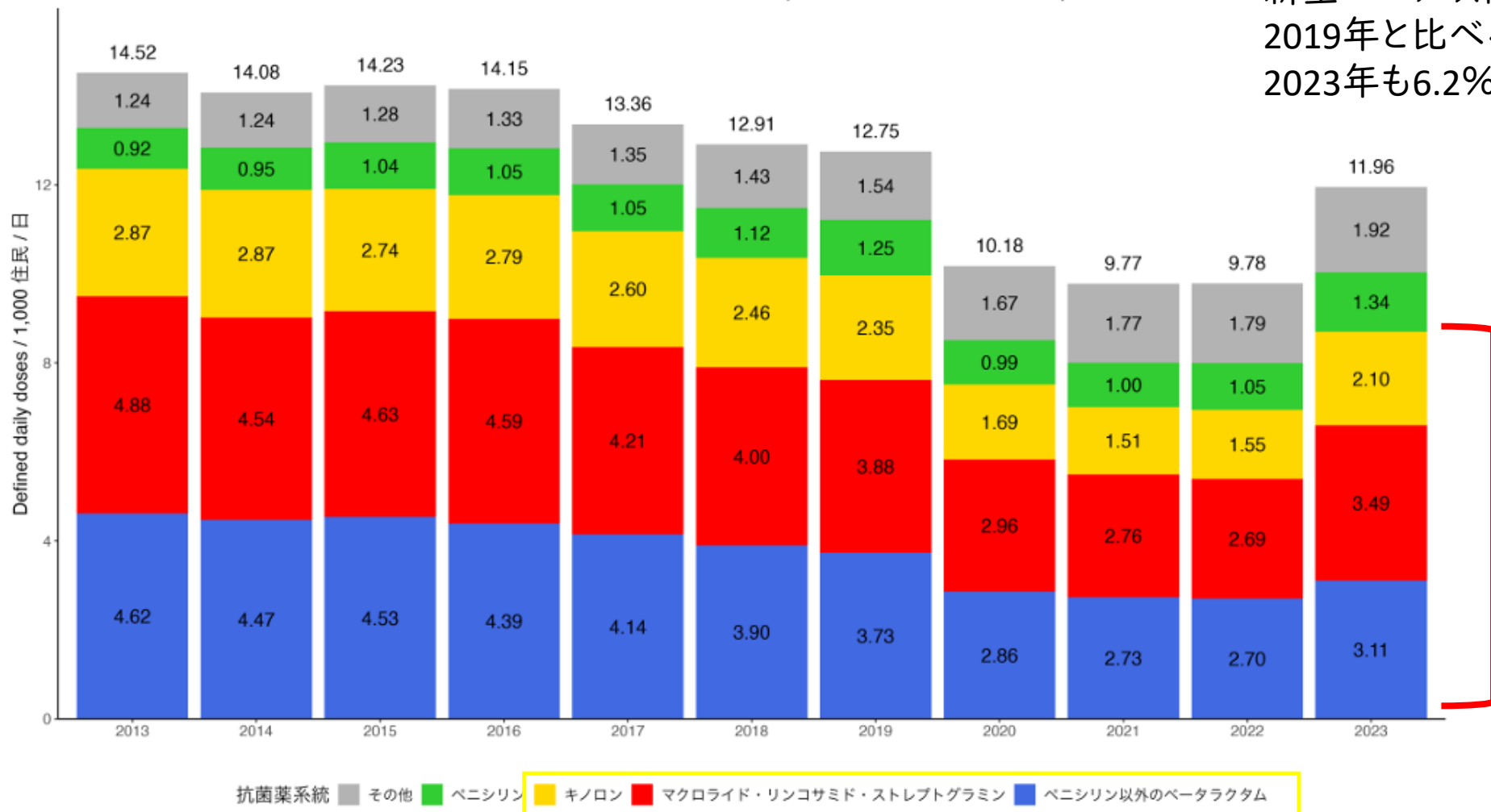
<https://media.un.org/photo/en/asset/oun7/oun71068035>

日本の状況（全国抗菌薬販売量推移）

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)

新型コロナ以前の
2019年と比べると
2023年も6.2%減



JSAC 全国抗菌薬販売量サーベイランス 2022年時点のDDDを用いた集計結果（AMR対策アクションプラン2023-2027準拠）

<https://amrcrc.ncgm.go.jp/surveillance/020/20190902163931.html>

そもそも、抗菌薬適正使用とは？

- 適切な治療により患者さんの感染症を治すこと
- 耐性菌を生じないこと

主治医への提案
TDM実施

採用薬の見直し
パスの見直し
マニュアルの整備
バンドル
フォーミュラリ

多職種連携チーム

教育

適切な検査

処方支援

診断支援

サーベイランス

ITシステム



目標を達成するには様々な方法があります。また、各施設によって目標は変わります。

抗菌薬適正使用

不必要使用の回避

必要なときだけ使う

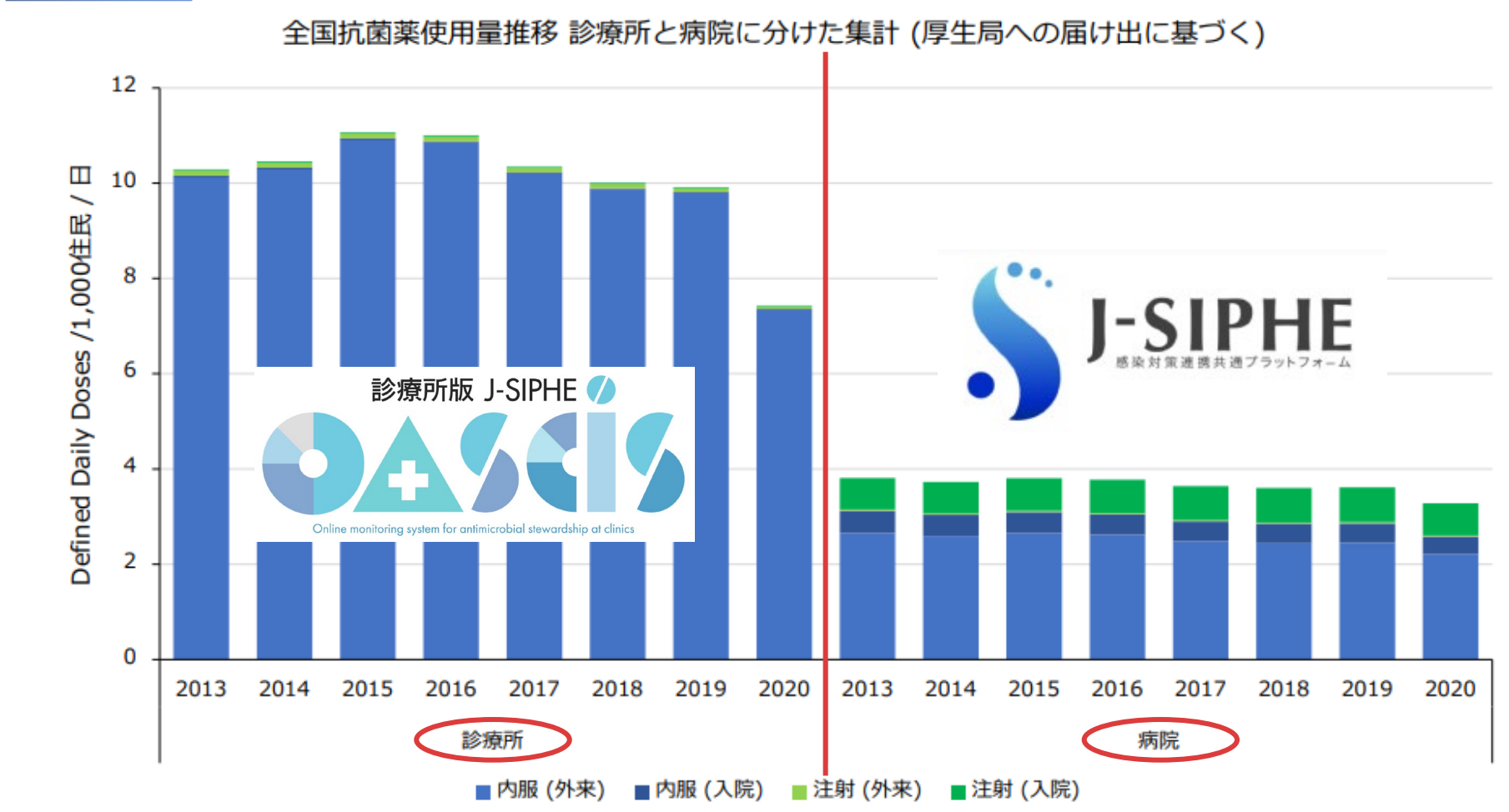
不適正使用の回避

使うなら適切に使う

～選択・投与量・投与経路・投与期間～

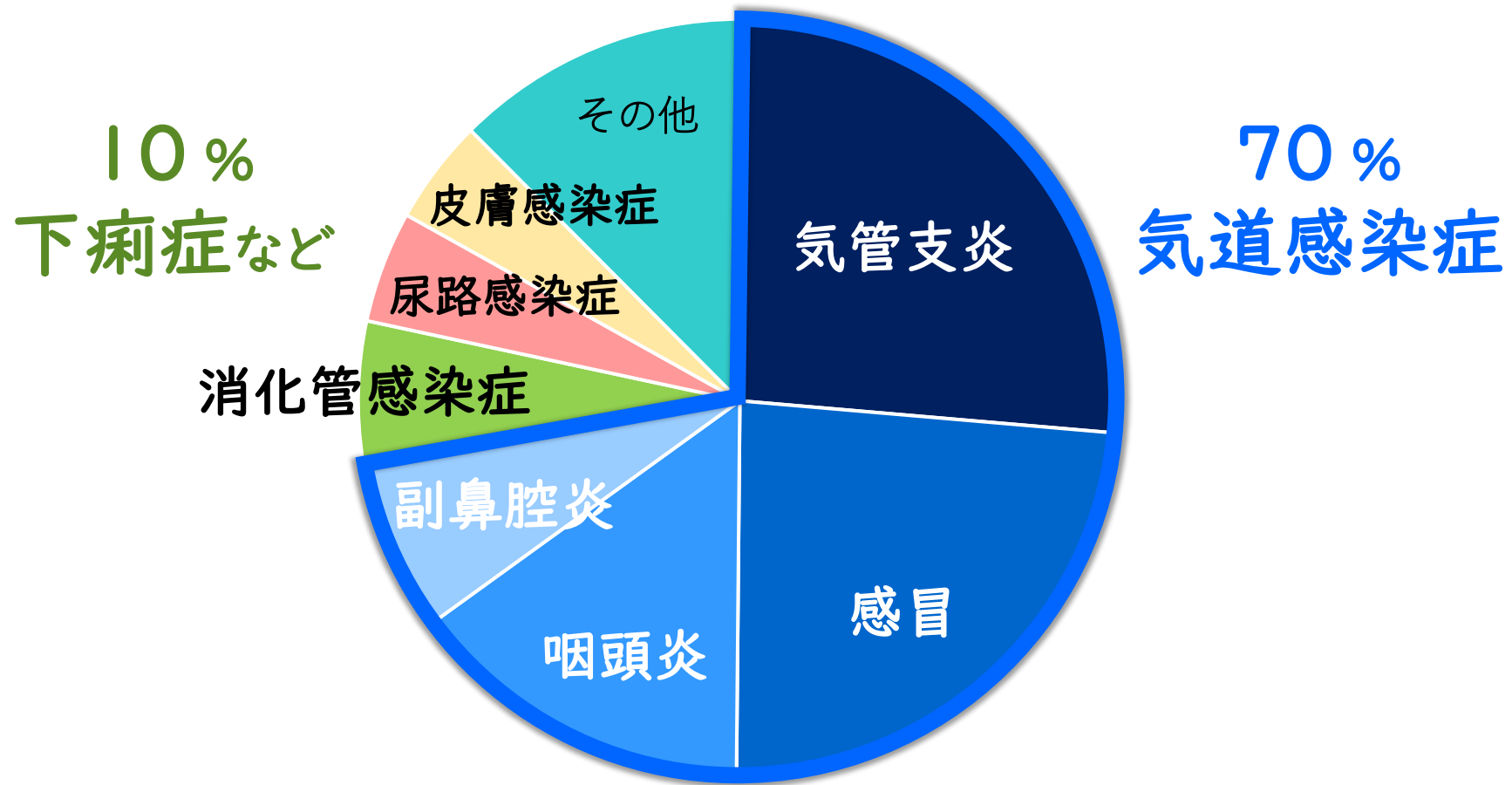
日本でのレセプトデータに基づく抗菌薬使用量推移
薬剤形・医療機関別集計(2013-2020)

内服+注射



抗菌薬の7割は診療所で使用、注射薬のほとんどが病院で使用

日本で抗菌薬が使用されている疾患 (2012-2015)



Hashimoto H, et al. *Int J Infect Dis.* 2020;91:1-8.
(本参考文献 2012年4月-2015年3月データに基づいて発表者にてグラフを作成)

AWaRe (アウェア) 分類

2017年 WHOが「WHO Model Lists of Essential Medicines 第20版」を公開

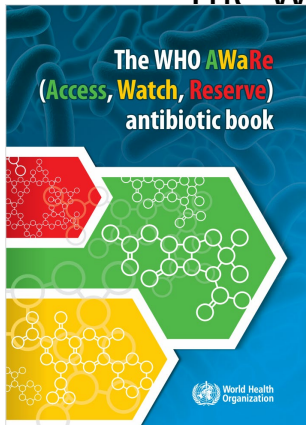
国の基本的な医療需要を満たすために、最低限必要な薬剤を収載したリスト

第20版から抗菌薬が“Access”“Watch”“Reserve”の3つのカテゴリーに分類

2019年 WHOが抗菌薬適正使用を評価する新しい指標「AWaRe分類」を用いたキャンペーン開始

2022年12月 WHOは、WHOモデル必須医薬品リストとWHOモデル小児用必須医薬品リストを補完する

「The WHO AWaRe(Access, Watch, Reserveの3分類)antibiotic book」を発表



プライマリーヘルスケアと病院の両方で、
小児と成人の最も一般的な30以上の感染症に対する
抗菌薬の選択、投与量、投与経路、治療期間に
関する簡潔でエビデンスに基づいたガイダンス

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>

Access(アクセス)

- 一般的な感染症の第一選択薬または第二選択薬として用いられる耐性化の懸念の少ない抗菌薬
- すべての国が、高品質かつ手頃な価格で、広く利用できるようにすべきもの

Access抗菌薬の例



・ドキシサイクリン
・アモキシシリン
・セファレキシン
・ST合剤（内、注）
・アンピシリン（内、注）
・クリンダマイシン（内、注）
・メトロニダゾール（内、注）

・アンピシリン/スルバクタム
・セファゾリン
・ゲンタマイシン
・アミカシン
等

WHOは2023年までに各国が“Access”に分類される抗菌薬を全体の60%以上にするという目標を掲げている

Watch(ウォッチ)

耐性化が懸念されるため、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬

Watch抗菌薬の例



- ・ピペラシリン/タゾバクタム
- ・メロペネム他 カルバペネム系
- ・シプロフロキサシン、レボフロキサシン他 キノロン系
- ・セフメタゾール
- ・フロモキシフ
- ・セフトリアキソン
- ・バンコマイシン
- ・クラリスロマイシン、アジスロマイシン他 マクロライド系
- ・トブラマイシン他、アミノグリコシド系

- ・ミノサイクリン(内)
- ・セファクロル
- ・セフジニル等 第3世代経口セフェム薬
- ・ホスホマイシン(内)
- ・リファキシミン
- ・リファンピシン
- ・リファブチン
- 等

De-escalationを行っても、変更した薬剤によってはWatch抗菌薬の比率が変わらない

Reserve(リザーブ)

他の手段が使用できなくなったときにのみ使用される、
最後の手段として取り扱うべき抗菌薬

Reserve抗菌薬の例



ファロペネム
リネゾリド(内・注)
テジゾリド(内・注)
コリスチン(内・注)
ポリミキシンB
ミノサイクリン(注)
ホスホマイシン(注)

チゲサイクリン
アズトレオナム
レレバクタム/イミペネム/シラスタチン
セフィデロコル
セフトロザン/タゾバクタム
キヌプリスチン/ダルホプリスチン
ダプトマイシン
等

ホスホマイシン内服はWatch抗菌薬だが、注射はReserve抗菌薬

Not recommendedと未分類

Not recommended : WHOで臨床上の使用を推奨していない薬

Not recommended

アンピシリン/クロキサシリン(内)
セフォペラゾン/スルバクタム(注)

未分類: AWaRe分類に記載がなく、WHOのATC分類でJ01
(ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE) 抗菌薬に含まれる薬

未分類

シクラシリン(内)
ナリジクス酸((内)

AWaRe分類一覧

AMR臨床リファレンスセンター

・抗菌薬マスター

AMR Clinical Reference Center

文字サイズ 小 中 大 サイト内検索

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) > 抗菌薬マスター

抗菌薬マスター

抗菌薬マスター（2024.08.16更新）

医療機関で抗菌薬使用量を集計する際にご活用ください。

- マスター作成上のルール（ATCコード、DDDが設定されていない薬剤などに関するルール） [PDF](#)
- 抗菌薬一覧（ATCコード、一般名（日本語）、一般名（英語）、略語、DDD、DDDの単位、AWaRe分類）
 - ATC分類別一覧: [PDF](#)
 - 薬効分類別一覧: [PDF](#)
 - 表のダウンロード: [Excel](#)
 - 変更履歴: [PDF](#)
 - AWaRe分類一覧: [PDF](#)・ [AWaRe分類別](#)・ [AWaRe分類別（GLASS準拠）](#)・ [抗菌薬種類別](#)・ [抗菌薬種類別（GLASS準拠）](#) [Excel](#)
- ご利用前に下記をご一読の上、同意された上で本マスタをご利用ください。【[免責事項](#)】
- 詳細な抗菌薬マスターの提供について
 - AMR 臨床リファレンスセンター作成の抗微生物薬マスター提供のお知らせ: [PDF](#)
 - サンプル: [csv](#)
 - 各カラムについて: [PDF](#)
 - 利用規約: [PDF](#)
 - 利用申し込みフォーム
 - お問い合わせフォーム
 - 論文掲載報告フォーム

※詳細な抗菌薬マスターの提供およびお問い合わせにつきましては、申し込みから2週間程度お時間をいただく場合がございます。

J-SIPHEホームページ

・システムについて>マスター 抗菌薬薬剤系統名一覧

J-SIPHE

文字サイズ 小 中 大 English

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 システムについて

システムについて

参加について

規約

J-SIPHEへの参加には、以下の規約への同意が必要です。

[参加施設規約](#) [PDF](#)

参加申請書

J-SIPHEへの参加には、Web申請と以下の参加申請書の提出が必要です。

[参加申請書](#) [PDF](#)

システム利用について

マニュアル

J-SIPHEの詳細はマニュアルをご確認ください。

[参加施設マニュアル](#) [PDF](#)

rawデータ

rawデータ抽出項目説明を含めた一覧です。

[rawデータ抽出項目一覧](#) [EXCEL](#)

テンプレートファイル

データ登録画面に数値を直接入力いただく以外にも、テンプレートファイルから登録することができます。参加施設はログイン後の各項目データ登録画面から病棟情報が反映されたテンプレートファイルをダウンロードしてご利用ください。以下のファイルはサンプルとなります。

[基本情報登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[ICT病棟別手指消毒剤使用量登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[ICT手指衛生遵守率評価2つのタイミング登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[ICT手指衛生遵守率評価5つのタイミング登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[医療器具関連感染サーベイランス登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[CLABSIサーベイランス登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

[SSIサーベイランス登録テンプレート](#) [EXCEL](#)

マスター

一部のマスターを公開しています。rawデータ活用などにご利用ください。

[病棟一覧](#) [EXCEL](#)

[診療科一覧](#) [EXCEL](#)

[抗菌薬薬剤系統名一覧](#) [EXCEL](#)

[抗菌薬薬剤グループ一覧](#) [EXCEL](#)

[菌一覧](#) [EXCEL](#)

[菌対応一覧](#) [EXCEL](#)

[SSIマスター](#) [EXCEL](#)

マスターについては、それぞれ以下を参照しています。

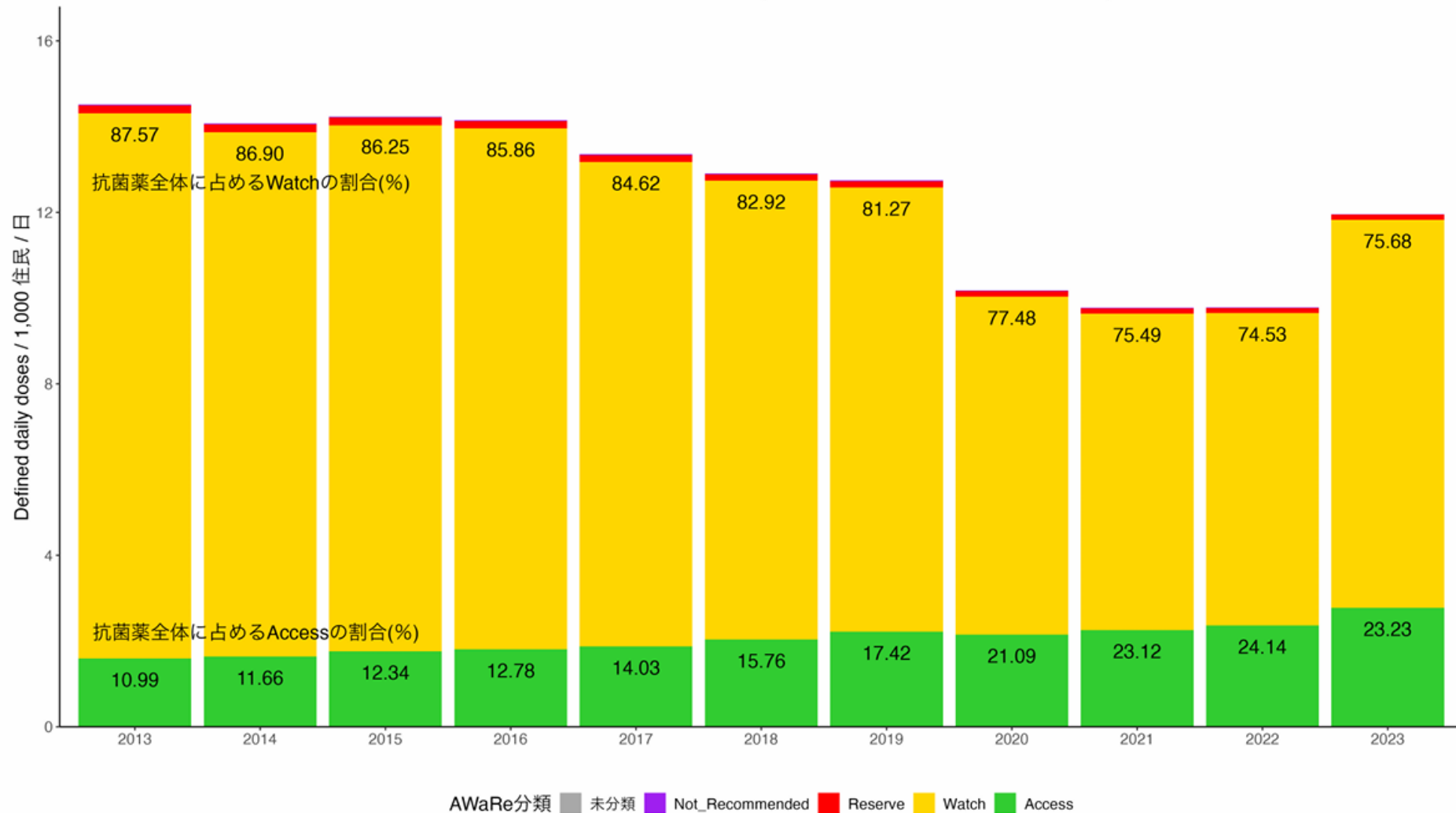
- **抗菌薬**：AMR臨床リファレンスセンター 抗菌薬マスター（WHO ATC分類を基準）
- **微生物**：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）検査部門データ作成資料 菌名コード・抗菌薬コード（検査部門用）
- **SSI**：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）手術部位感染（SSI）部門 年報

日本の抗菌薬販売量（2013-2020）

AWaRe分類別

内服+注射

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



Data for Action

PDCA

Social Capital

「社会や地域における、人々の信頼関係・結びつき」
顔の見える関係

診療所版J-SIPHE



Online monitoring system for antimicrobial stewardship at clinics

外来抗菌薬に係るAWaRe分類での評価

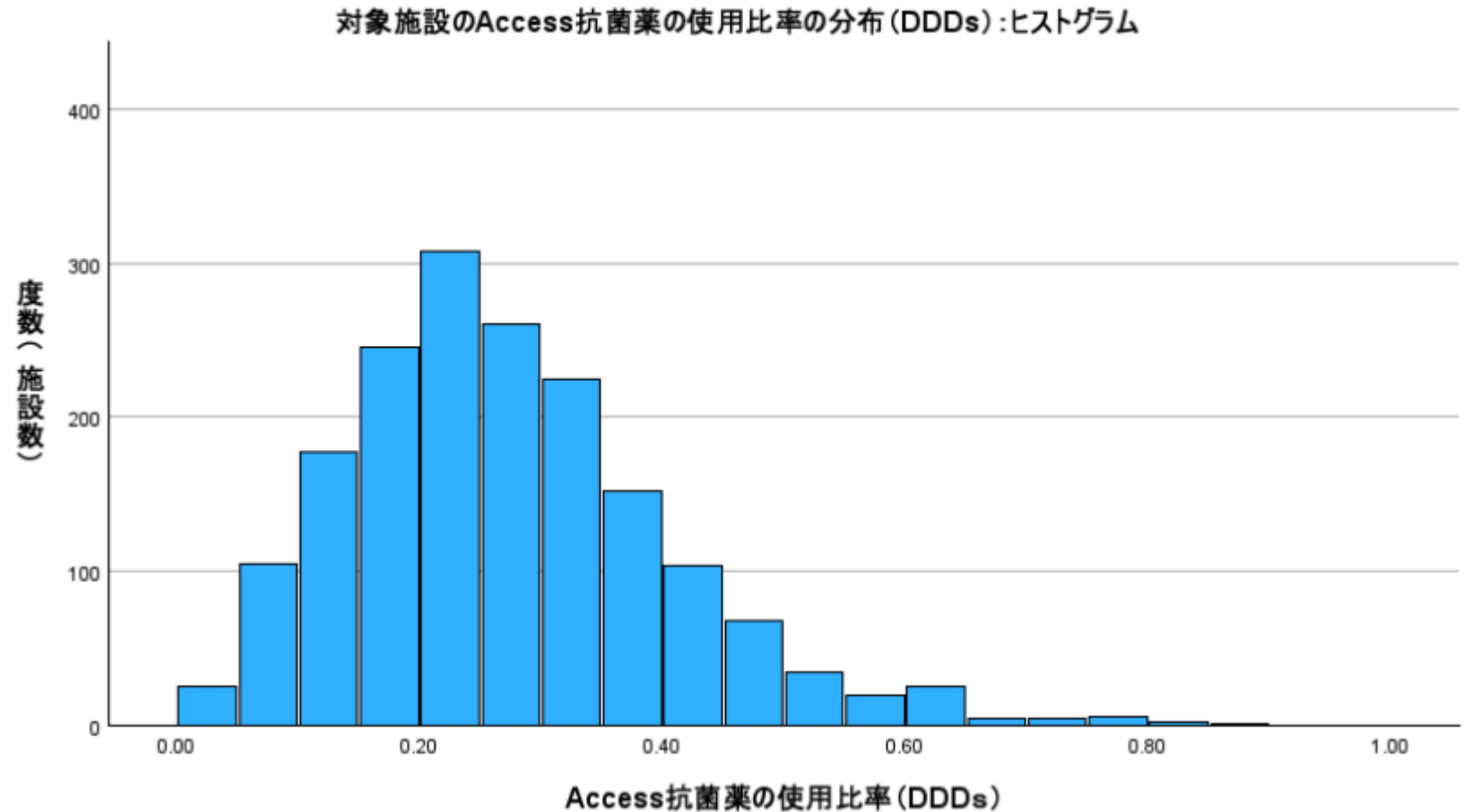
2024年度2回目レポート

対象施設
計1765 施設

(第1回目 1582 施設)

Access 抗菌薬使用比率
70 パーセンタイル値
= 上位 30 %にあたる施設の値
32.2% (前回31.3%)

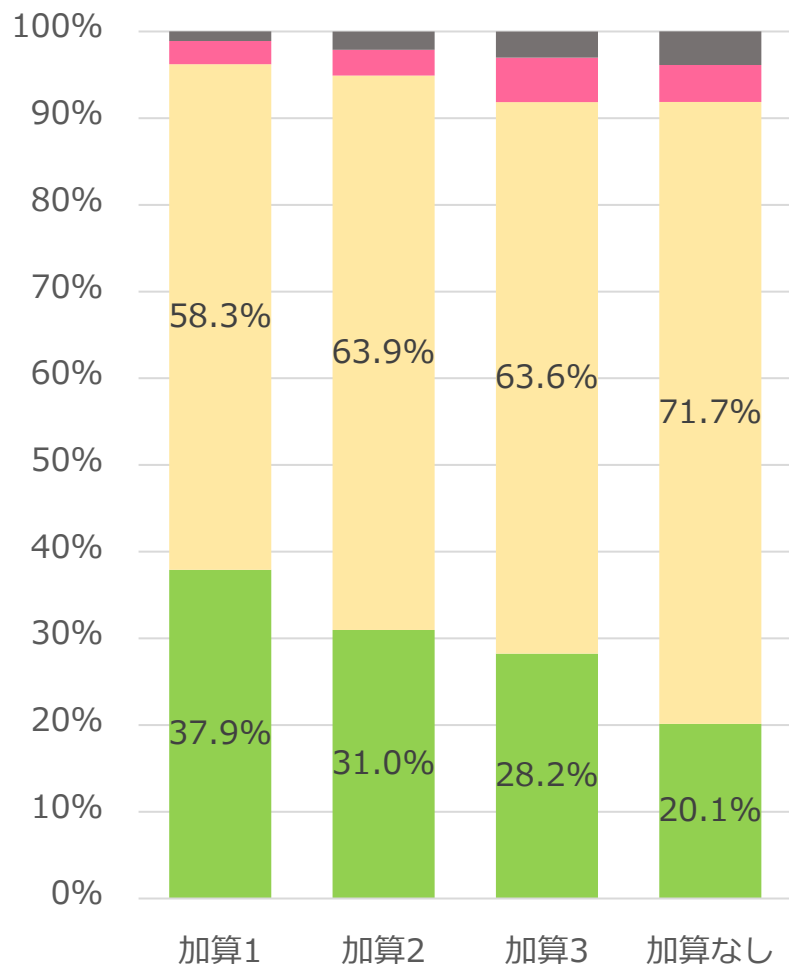
図 4 対象施設の Access 抗菌薬の使用比率分布 ヒストグラム



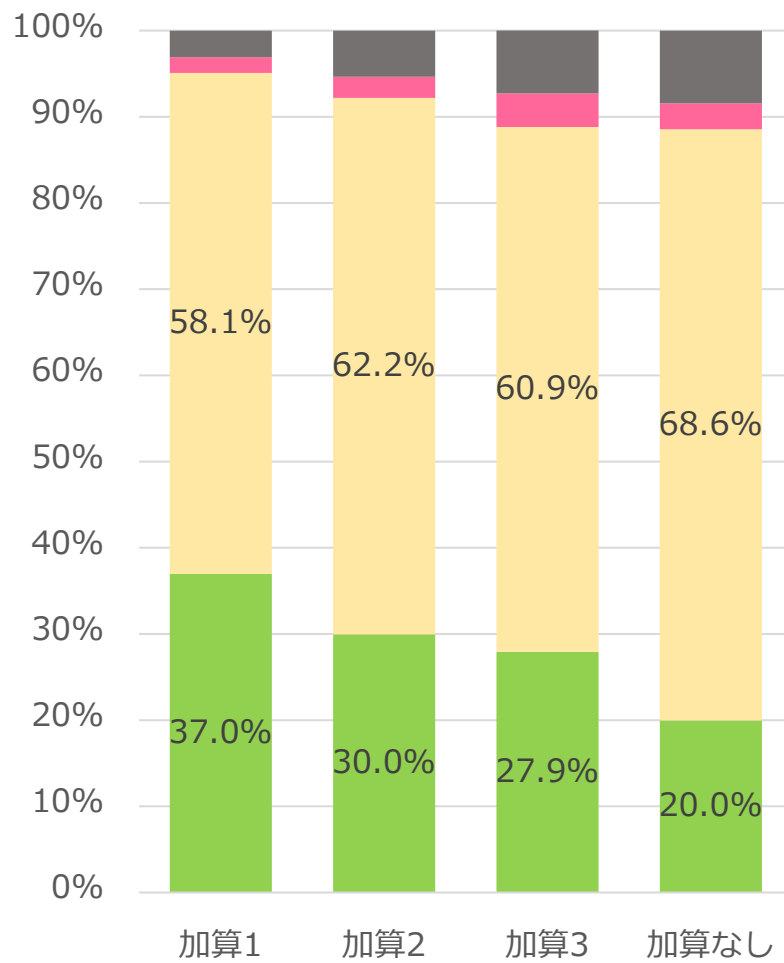
脚注: ピンの間隔は、0.05 (5%) に設定。

入院 AWaRe分類【注射】

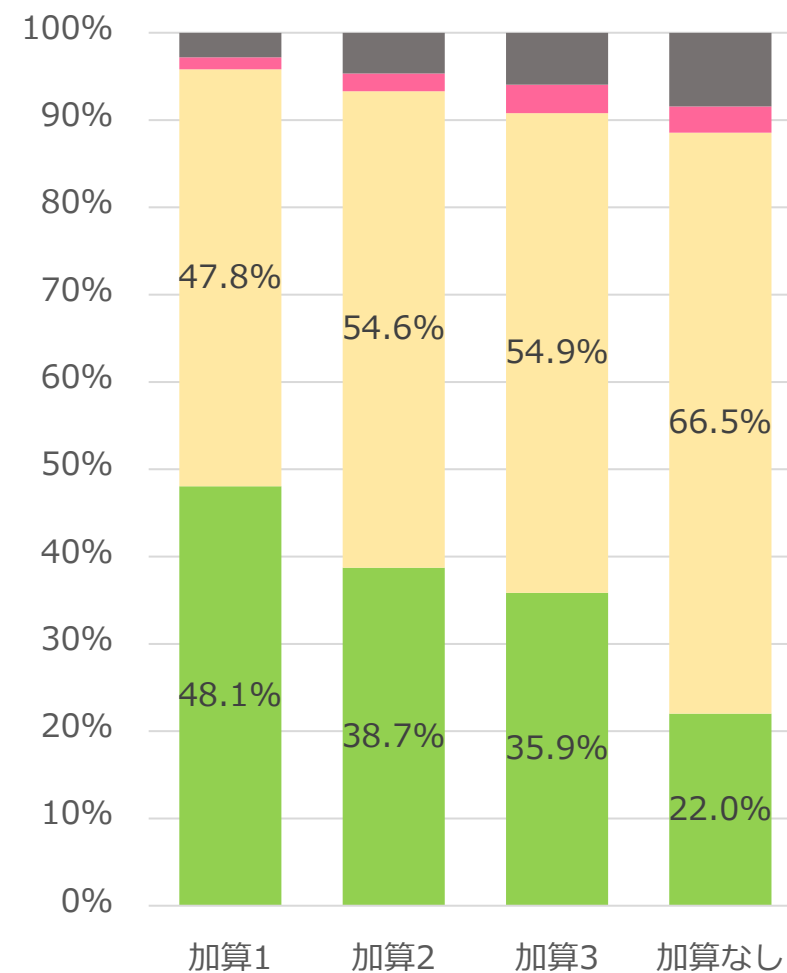
DDDs



使用日数 (DOT)



使用人数



Access抗菌薬の割合が最も多いのは加算1施設であった。

Access Watch
Reserve Not recommended

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)

→乳幼児編追加

第三版(2023年11月公開)

→外来編として第二版の内容を小改訂（COVID-19を考慮）

→入院患者編追加（本編、別冊、補遺）

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部 感染症対策課

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版 別冊

入院患者の感染症で問題となる微生物について

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部 感染症対策課

補遺（入院患者における抗微生物薬適正使用編）

（本編参考箇所：p.115）

13. 入院患者の感染症に対する基本的な考え方> (1) 診断・治療のプロセス> (v) 抗菌薬の選択の適正化> ①治療効果と培養結果判定のタイミング

<経験的治療における不適切投与のエビデンス>

経験的治療では、どの細菌が患者に感染しているのか、あるいは患者が実際に細菌感染しているのかさえも正確に把握できないまま治療が開始されることがある¹。臨床現場では、抗菌薬が不要な病態に投与されていることや、抗菌薬がその病態に対して不適切なこともある。入院患者に対して20%程度の抗菌薬は不必要であったという報告²や30%の抗菌薬が不適切であるという報告³、そして、日本からも入院患者に投与された40%近くの抗菌薬が何かしら不適切であったという報告⁴がある。

ダイジェスト版も公開されています！

AMR Clinical Reference Center
厚生労働省委託事業

かしこく治して、明日につなぐ
～抗菌薬を上手に使うAMR対策～

国立国際医療研究センター病院

facebook twitter

HOME > 医療従事者向けツール・資料など

医療関係者の方へ

医療従事者向けツール・資料など

いいね! 289 シェアする ポスト 2024年10月更新

Study 医療従事者向けツール・資料など

- ガイドライン・資料 ● リンク集
- 抗微生物薬適正使用の手引き 第三版
- 感染症教育コンソーシアム
- AMR臨床リファレンスセンター
- WHO・CDC関連資料（日本語訳）
- その他

便利なアプリページ ▶
※順次拡大中です

ガイドライン・資料

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版

医療関係者

抗微生物薬適正使用の手引き
第三版 ダイジェスト版

NEW

PDF

厚生労働省が作成した手引きのダイジェスト版です。

印刷版の申込はこちら ▶

印刷版の発送可

印刷版準備中！

申し込みフォームはこちらです。

<https://forms.gle/Va7yfpsU2R54Xag16>

ガイドライン・資料

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版

医療関係者

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版 ダイジェスト版

NEW



PDF

厚生労働省が作成した手引きのダイジェスト版です。

印刷版の申込はこちら ▶

印刷版の発送可

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

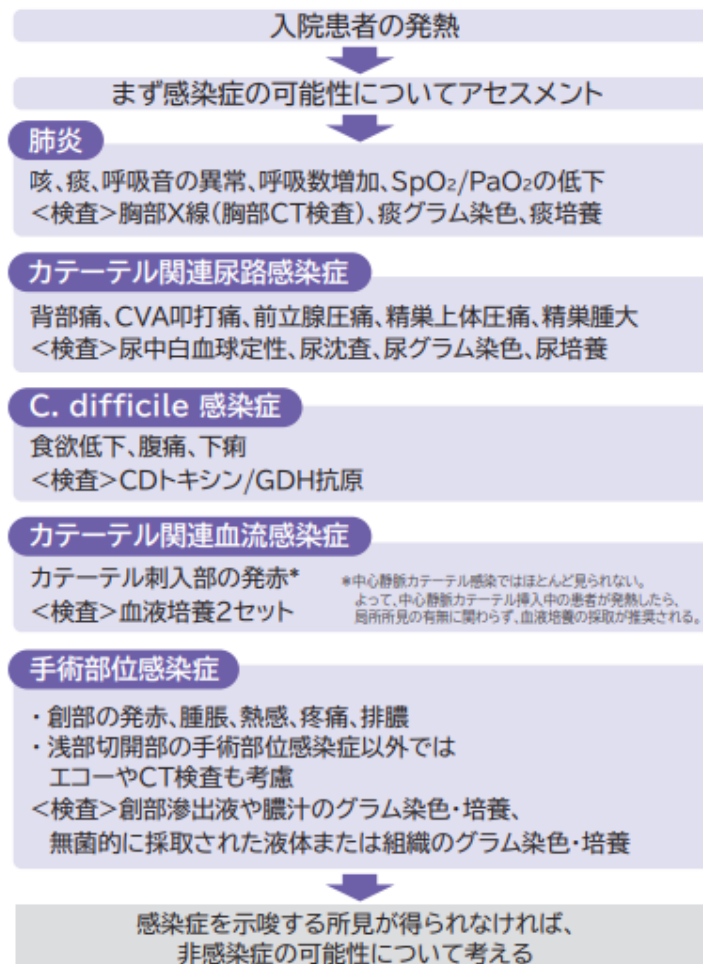
- ・黄色ブドウ球菌(MRSAを含む)
- ・腸球菌(VREを含む)
- ・腸内細菌自細菌:ESBL産生菌
AmpC産生菌
CRE(カルバペネム耐性腸内細菌目細菌)
- ・緑膿菌
- ・その他のグラム陰性桿菌:
アシネトバクター属、
ステンドロフオモナズ・マルトフィリア
- ・クロストリジオイデス・ディフィシル
- ・カンジダ

補遺

入院患者の感染症で問題となる微生物について

1 診断・治療のプロセス

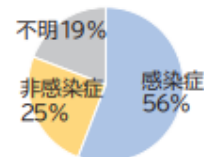
i) 入院患者の発熱へのアプローチ



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

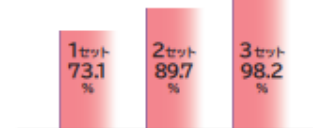
膿汁

- ・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
(普段の血圧と比較する)
- 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) 普段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(SSI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

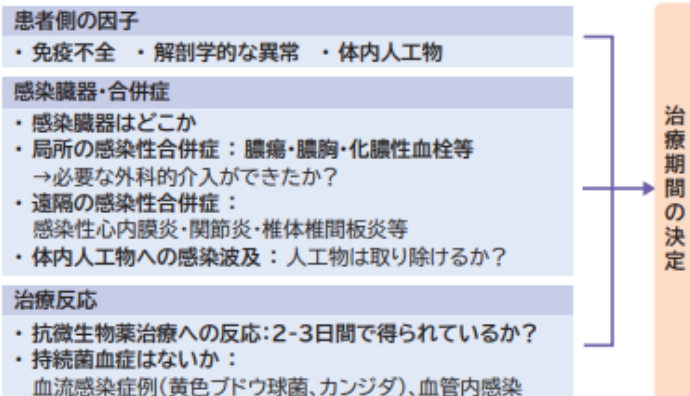
診断された感染症病名に応じた標準治療期間を設定する

- 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

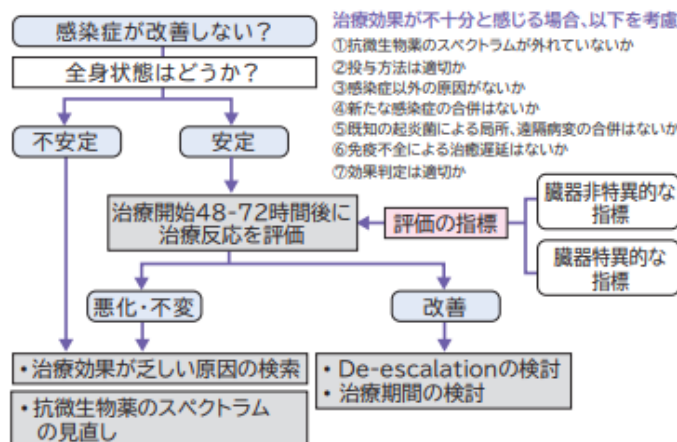
1 診断・治療のプロセス

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。



- 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
	ボリコナゾール(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

運用状況

全体データ(推移)

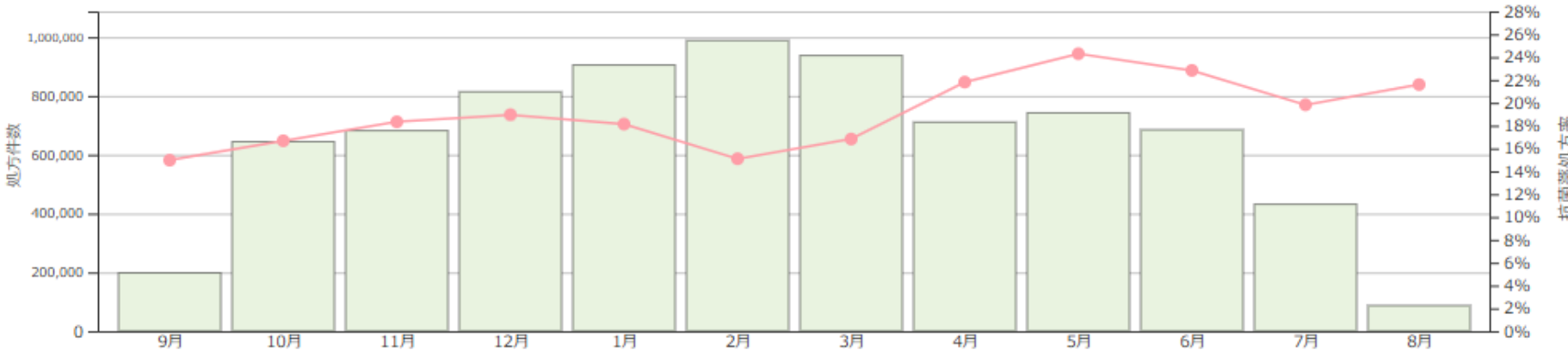
気道感染症

分母:処方件数

基本情報												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
データ登録施設	1,369	2,080	2,137	2,239	2,479	2,509	2,536	2,386	2,349	2,301	1,312	315
受診患者数	822,137	2,092,010	2,145,792	2,408,545	2,724,638	2,801,862	2,882,937	2,599,271	2,573,599	2,537,267	1,538,432	285,704
総受診件数	1,204,958	3,026,555	3,052,968	3,426,871	3,738,934	3,843,932	4,041,138	3,736,417	3,687,148	3,623,411	2,239,715	376,642
初診件数	525,900	1,397,621	1,431,443	1,658,437	1,849,842	1,940,373	1,943,036	1,659,917	1,687,095	1,650,766	1,015,488	175,955

傷病名グループの初診データ												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
受診件数	258,612	743,513	786,403	937,003	1,020,938	1,108,945	1,049,022	802,736	830,602	776,668	498,601	95,953
処方件数 <分母>	198,275	644,338	681,815	814,077	904,958	988,599	937,428	710,846	742,533	684,799	431,713	87,058
抗菌薬処方件数	29,681	107,410	124,960	154,275	164,100	149,262	157,717	155,011	180,338	156,323	85,573	18,792
抗菌薬処方率	15.0%	16.7%	18.3%	19.0%	18.1%	15.1%	16.8%	21.8%	24.3%	22.8%	19.8%	21.6%

傷病名グループの処方件数と抗菌薬処方率



運用状況

全体データ(推移)

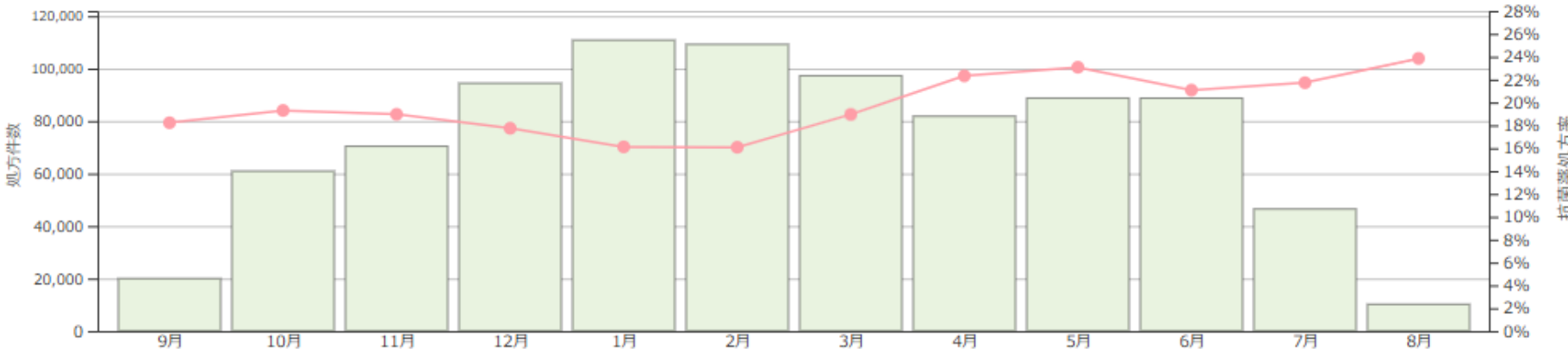
下痢症

分母:処方件数

基本情報												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
データ登録施設	1,369	2,080	2,137	2,239	2,479	2,509	2,536	2,386	2,349	2,301	1,312	315
受診患者数	822,137	2,092,010	2,145,792	2,408,545	2,724,638	2,801,862	2,882,937	2,599,271	2,573,599	2,537,267	1,538,432	285,704
総受診件数	1,204,958	3,026,555	3,052,968	3,426,871	3,738,934	3,843,932	4,041,138	3,736,417	3,687,148	3,623,411	2,239,715	376,642
初診件数	525,900	1,397,621	1,431,443	1,658,437	1,849,842	1,940,373	1,943,036	1,659,917	1,687,095	1,650,766	1,015,488	175,955

傷病名グループの初診データ												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
受診件数	26,650	70,007	80,373	107,973	123,160	121,066	107,905	91,513	97,582	98,310	52,285	11,083
処方件数 <分母>	19,994	60,925	70,377	94,424	110,849	109,211	97,267	81,842	88,732	88,710	46,505	10,206
抗菌薬処方件数	3,642	11,757	13,344	16,754	17,859	17,557	18,428	18,265	20,477	18,696	10,102	2,434
抗菌薬処方率	18.2%	19.3%	19.0%	17.7%	16.1%	16.1%	19.0%	22.3%	23.1%	21.1%	21.7%	23.9%

傷病名グループの処方件数と抗菌薬処方率



運用状況

全体データ(推移)

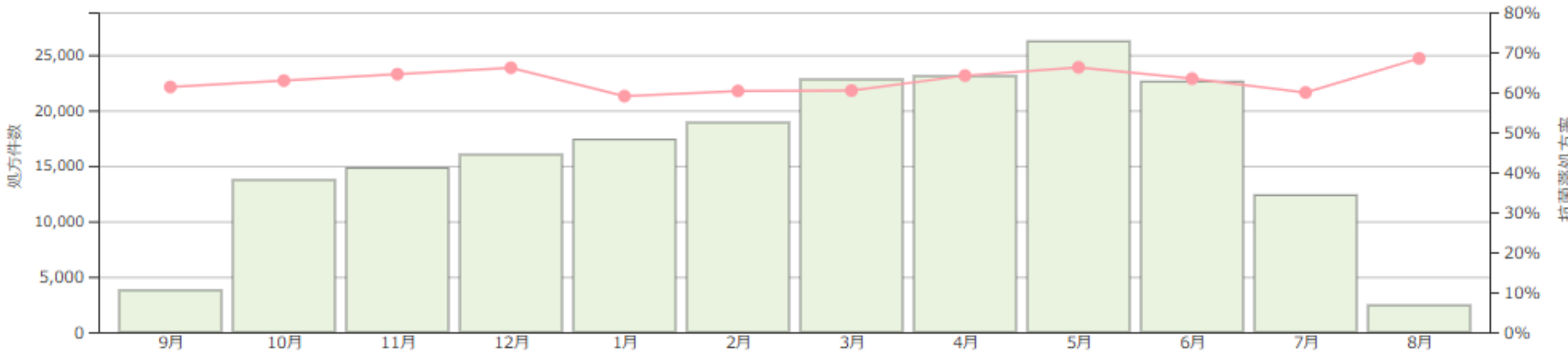
中耳炎

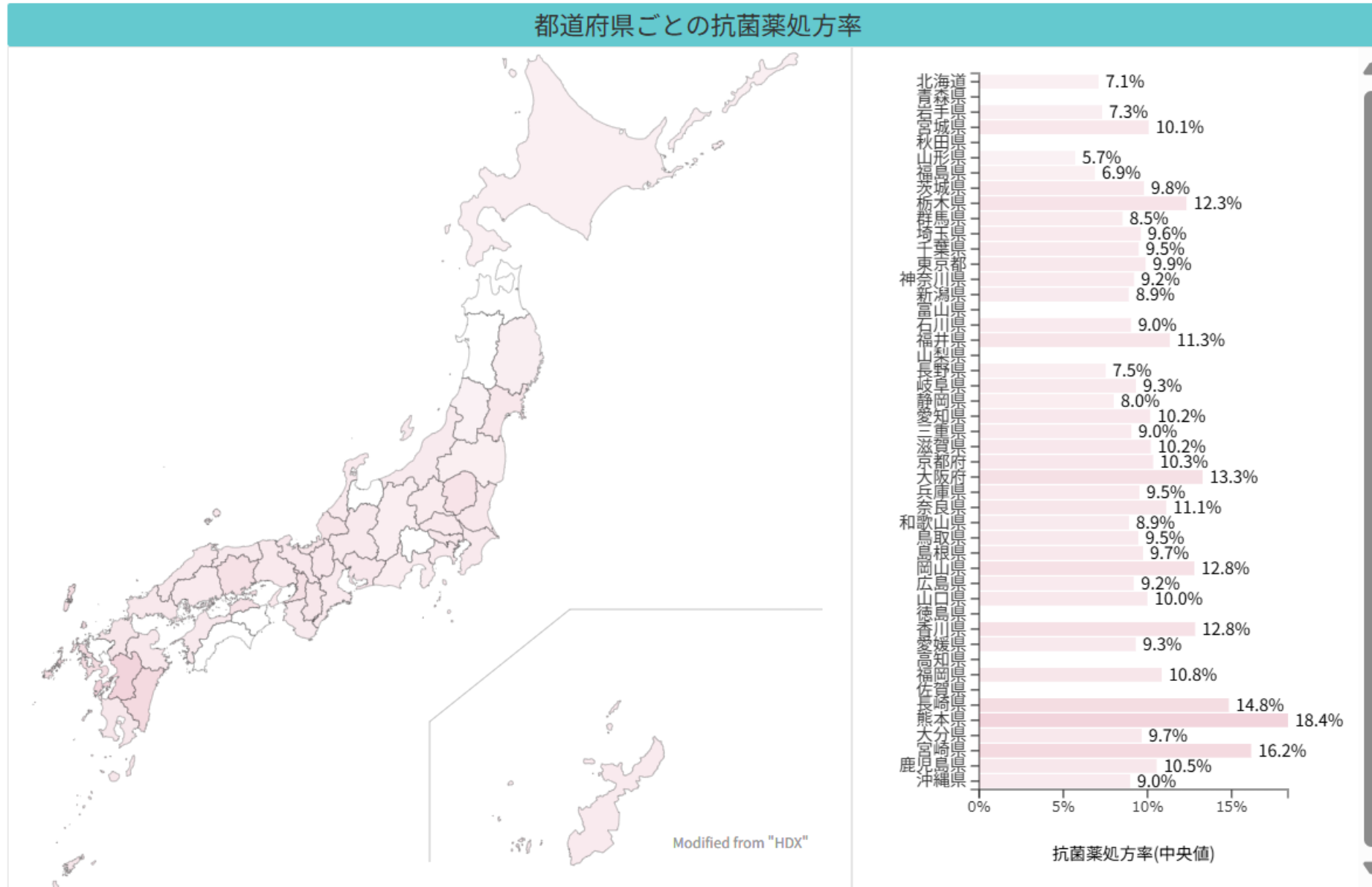
分母:処方件数

基本情報												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
データ登録施設	1,369	2,080	2,137	2,239	2,479	2,509	2,536	2,386	2,349	2,301	1,312	315
受診患者数	822,137	2,092,010	2,145,792	2,408,545	2,724,638	2,801,862	2,882,937	2,599,271	2,573,599	2,537,267	1,538,432	285,704
総受診件数	1,204,958	3,026,555	3,052,968	3,426,871	3,738,934	3,843,932	4,041,138	3,736,417	3,687,148	3,623,411	2,239,715	376,642
初診件数	525,900	1,397,621	1,431,443	1,658,437	1,849,842	1,940,373	1,943,036	1,659,917	1,687,095	1,650,766	1,015,488	175,955

傷病名グループの初診データ												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
受診件数	4,934	15,955	17,127	18,692	20,025	21,510	25,737	26,484	29,647	26,090	14,526	2,722
処方件数 (分母)	3,767	13,716	14,794	16,010	17,368	18,898	22,787	23,086	26,224	22,599	12,361	2,430
抗菌薬処方件数	2,309	8,624	9,544	10,585	10,250	11,399	13,765	14,809	17,365	14,325	7,408	1,663
抗菌薬処方率	61.3%	62.9%	64.5%	66.1%	59.0%	60.3%	60.4%	64.2%	66.2%	63.4%	59.9%	68.4%

傷病名グループの処方件数と抗菌薬処方率





※ 表示期間内の集計対象となるデータの登録が10施設未満の都道府県は、集計値を表示していません。

令和6年度診療報酬改定に関わる報告書について

第1回レポートについて

- 対象施設 1,366施設
- 全体のAccess抗菌薬の使用比率は約34.5%であった。
- 各施設のAccess抗菌薬の使用比率の中央値は19.09% (IQR:39.96% - 5.43%)であった。
- Access抗菌薬の使用比率の上位30パーセントにあたる施設の値は33.43%であった。

第2回レポートについて

- 対象施設 1,711施設
- 全体のAccess抗菌薬の使用比率は約35.5%であった。
- 各施設のAccess抗菌薬の使用比率の中央値は26.07% (IQR:48.70% - 10.03%)であった。
- Access抗菌薬の使用比率の上位30パーセントにあたる施設の値は42.68%であった。

Webサイトに「OASCIS公開情報」を追加、レポートを公開
(<https://oascis.ncgm.go.jp/manual-and-application-form/>)

図 4 対象施設の Access 抗菌薬の使用比率分布 ヒストグラム

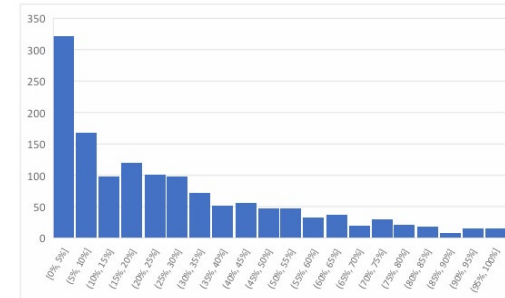
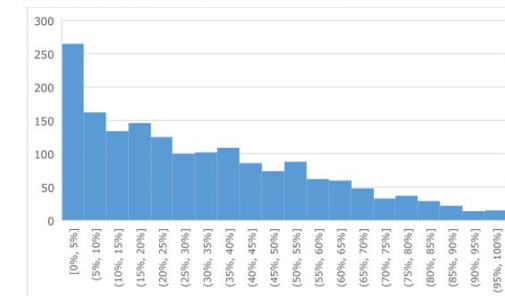


図 4 対象施設の Access 抗菌薬の使用比率分布 ヒストグラム

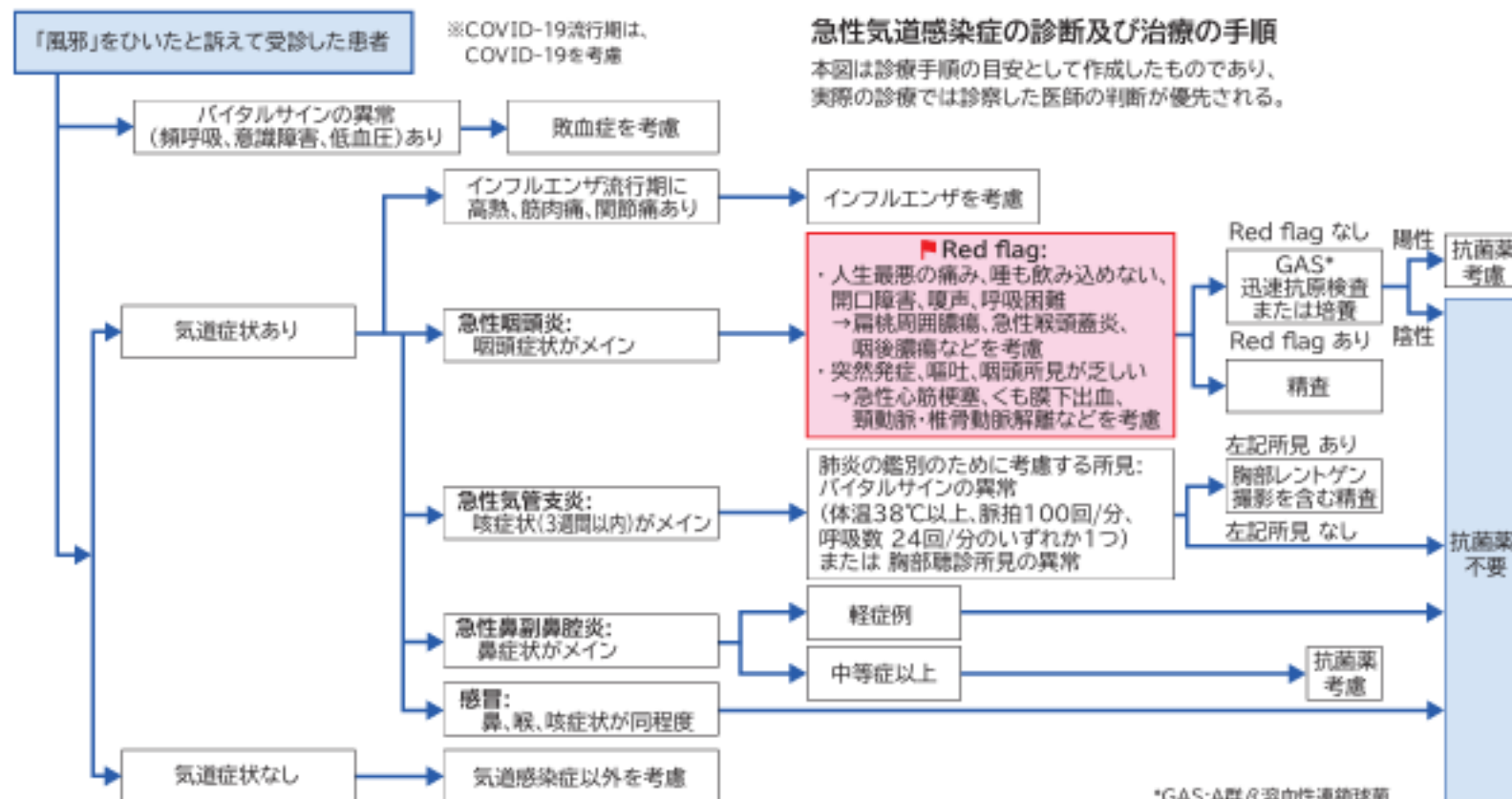
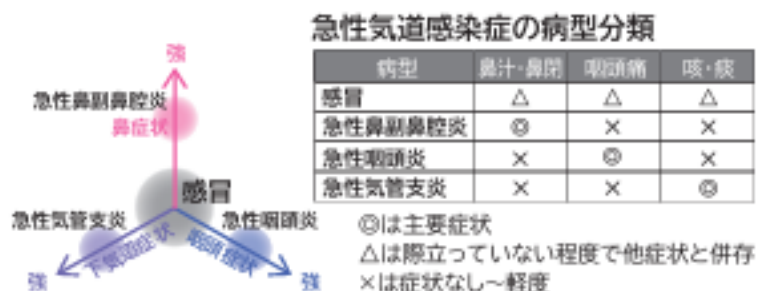


I 急性気道感染症とは

急性気道感染症は、急性上気道感染症(急性上気道炎)と急性下気道感染症(急性気管支炎)を含む概念であり、一般的には「風邪」、「風邪症候群」、「感冒」などの言葉が用いられている。

「風邪」は、狭義の「急性上気道感染症」という意味から「上気道から下気道感染症」を含めた広義の意味まで、様々な意味で用いられることがあり、気道症状だけでなく、急性(あるいは時に亜急性)の発熱や倦怠感、種々の体調不良を「風邪」と認識する患者が少なくないことが報告されている。

患者が「風邪をひいた」といって受診する場合、その病態が急性気道感染症を指しているのかを区別することが鑑別診断のためには重要である。



I-2 急性鼻副鼻腔炎

発熱の有無を問わず、くしゃみ、鼻汁、鼻閉を主症状とする急性気道感染症

【成人における基本】

- ・軽症(*1)の急性鼻副鼻腔炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。
- ・中等症又は重症(*1)の急性鼻副鼻腔炎に対してのみ、以下の抗菌薬投与を検討することを推奨する。
アモキシシリン内服5〜7日間

【学童期以降の小児における基本】

- ・急性鼻副鼻腔炎に対しては、遷延性又は重症の場合(*2)を除き、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。
- ・遷延性又は重症の場合(*2)には、抗菌薬投与を検討することを推奨する。
アモキシシリン内服7〜10日間

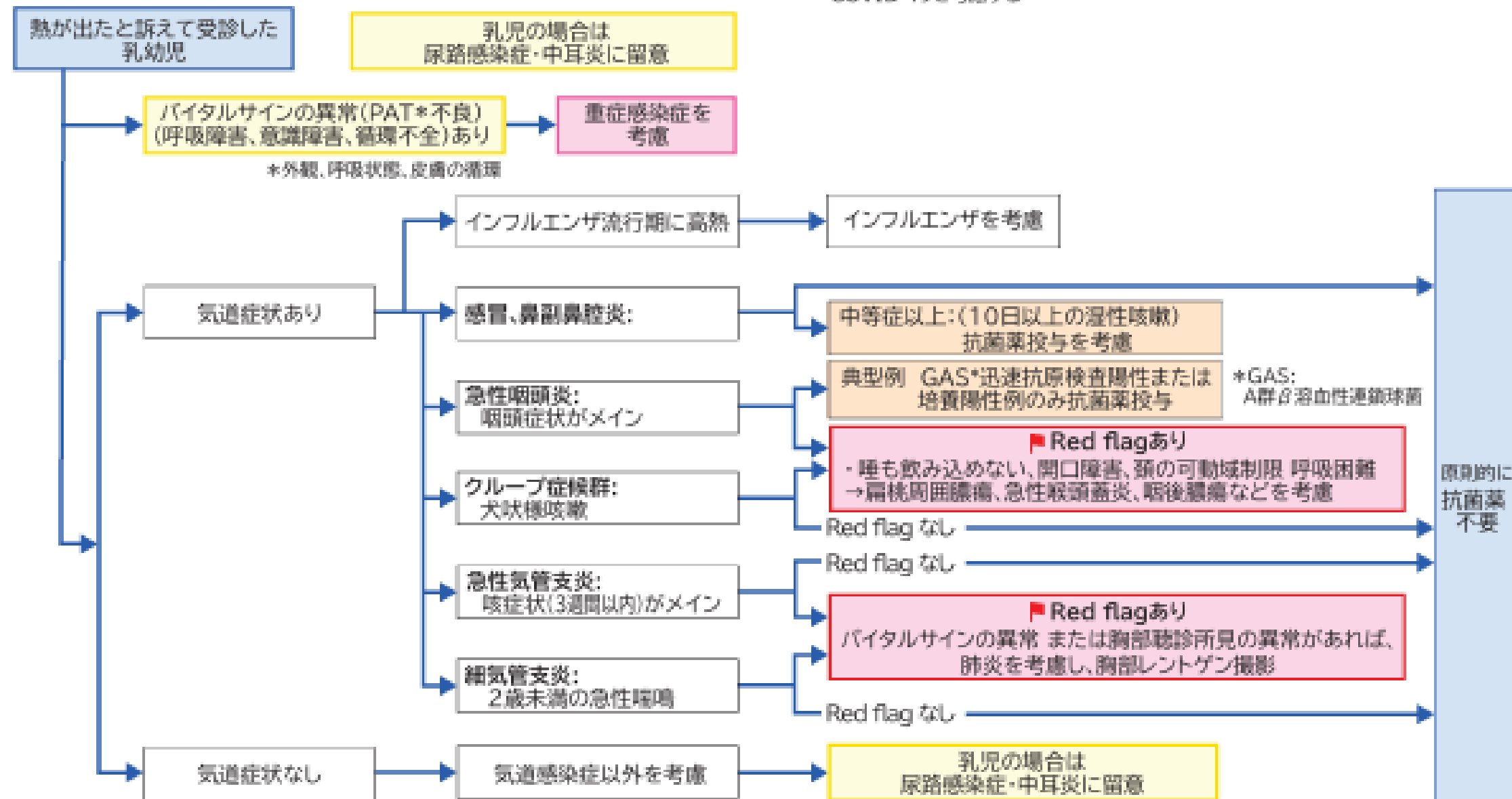
*1 急性鼻副鼻腔炎の重症度分類

臨床症状	鼻漏 顔面痛・前頭部痛	なし	軽症/少量	中等量以上
		0	1	2
鼻腔所見	鼻汁・後鼻漏	0	2	4
		漿液性	粘膿性少量	粘膿性中等量以上

軽症: 1〜3点、中等症: 4〜6点、重症: 7〜8点

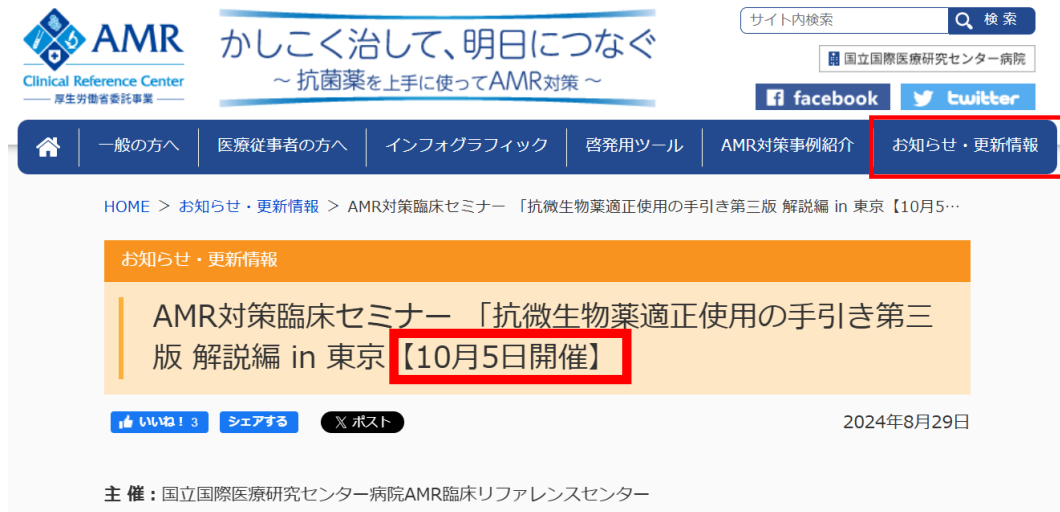
小児急性気道感染症の診療フロー

※COVID-19流行地域では、
COVID-19を考慮する



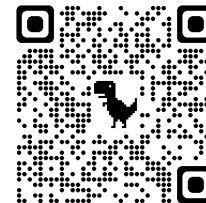
AMR対策臨床セミナー 「抗微生物薬適正使用の手引き第三版」 解説編

- 第1回「入院患者の感染症に対する基本的な考え方」
 - 第2回「一般外来における急性気道感染症・急性下痢症の診療(成人・学童期以降の小児)」
 - 第3回「一般外来における急性気道感染症・急性下痢症のマネジメント(乳幼児)」
-
- 次回11月開催予定
 - アーカイブ配信での閲覧も可能



医療関係者の方へ

医療従事者向けツール・資材など

<https://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html>

薬剤耐性菌とは？

「薬剤耐性菌」とは、抗菌薬が効かない、もしくは効にくい細菌です。私たちの体の中では無数の細菌(常在菌)がバランスを保ち健康環境を守っています。

抗菌薬を飲むと、体の中の細菌のバランスが崩れ、薬剤耐性菌が増えやすくなります。また一部の菌が、抗菌薬から逃れるために薬剤耐性菌に変化してしまふことがあります。

薬剤耐性菌を増やさないために

抗菌薬が必要な時以外は飲まないようにすることが重要です。感冒(かぜ)はウイルスの感染なので抗菌薬は効きません。

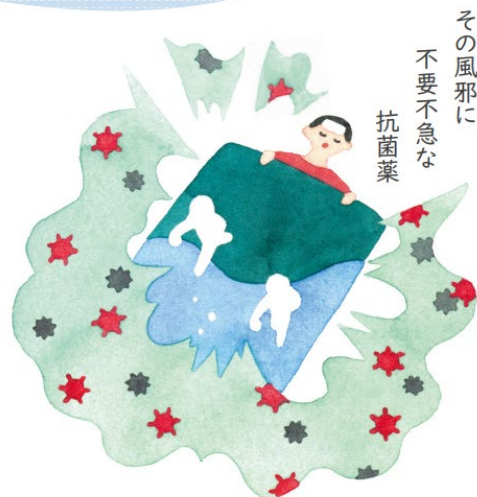
また、抗菌薬が必要と判断され処方された時は、指示されたのみ方で適切ってください。抗菌薬を中途半端に使用してしまうと、菌が死にきらずに耐性化することがあります。



患者のみなさまへ

感冒(かぜ)

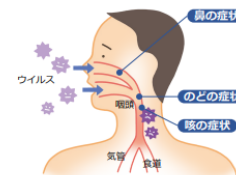
かぜは多くの人が年に数回かかる非常によくある病気です
たいていの場合は自然によくなります



裏表

感冒(かぜ)

かぜの主な原因はほとんどがウイルスによるものです。上気道といわれる鼻やのどの粘膜にウイルスが感染すると、鼻の症状、のどの症状、咳の症状がまんべんなく出ます。

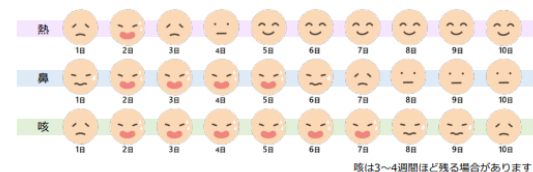


◆これからの症状は？

- ・症状が出てから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日間でだんだん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。



症状のある人の割合の変化



◆治療は？

- ・ゆっくり休んで、栄養をとりましょう。
- ・熱や汗で水分が奪われます。しっかりと水分をとりましょう。
- ・熱はウイルスと戦うために出ていますが、高熱がつかう時は解熱剤をのむと少し楽になります。
- ・タバコを吸っている方は、かぜが長引くのでやめましょう。
- ・マスクを正しく着用し、手洗いをしっかりと、周りの人にうつさないように心がけましょう。

再度受診が必要な場合

最初にかぜに見えても、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℃前後の発熱が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日以上たってもよくなる
- ☐ 食事や水分を取れなくなってきた
- ☐ 経過に不安がある

【抗菌薬とは】

抗生物質といわれることもあります。
病気の原因となる細菌を殺したり増やさなくする薬です。

【かぜに抗菌薬は効きません】

- ・かぜはウイルスの感染によるものです。
- ・ウイルスの感染症には抗菌薬は効きません。
- ・不必要に抗菌薬を使うと、抗菌薬が効きにくい細菌(薬剤耐性菌)が生まれる可能性があります。薬剤耐性菌ができると、今後、抗菌薬が必要な病気の時に使える抗菌薬が少なくなり予防や治療がうまくいかなくなることがあります。
- ・抗菌薬をのむと、下痢、吐き気や発疹などの副作用がでることがあります。

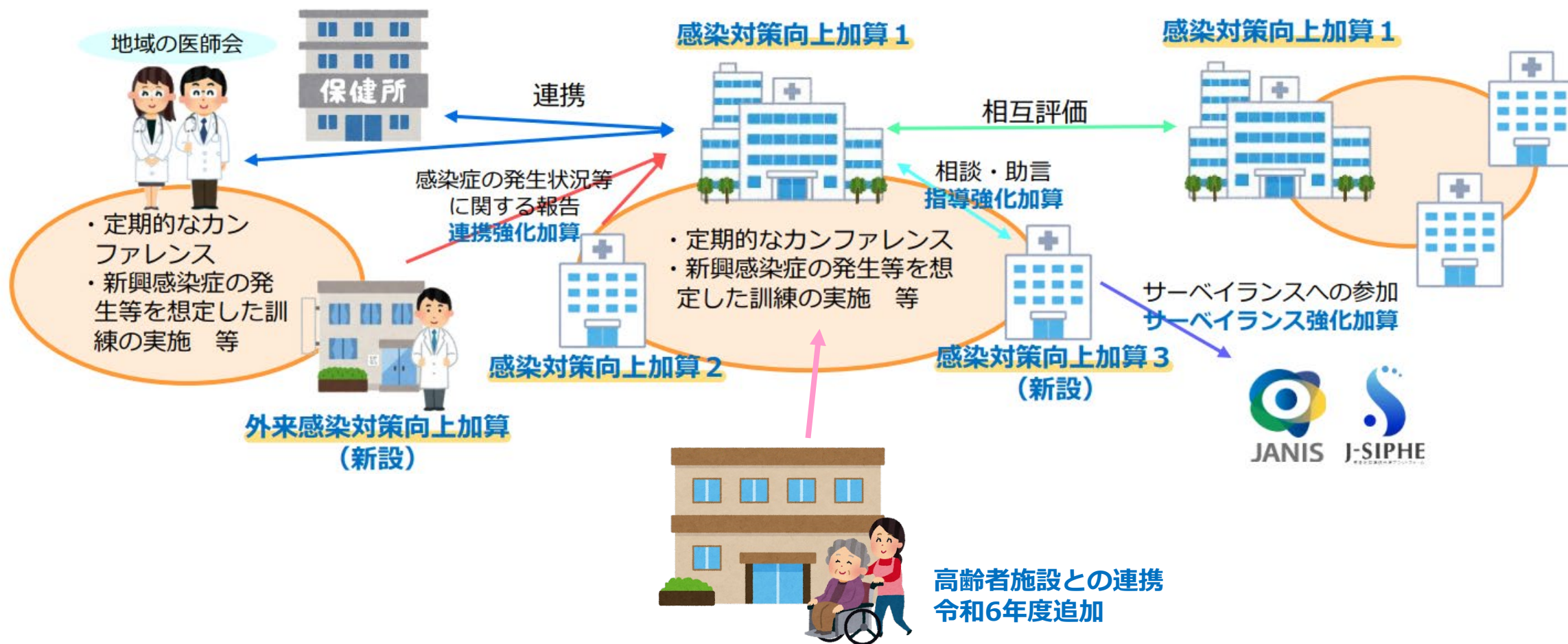
*免疫を低下させる薬をのんでいる方、肺や心臓に病気がある方は違った経過になることもあります。
主治医の先生とよくご相談ください。

このシートは「抗菌薬適正使用の手引き 第二版」に準じて作成しました。

内面

https://amr.ncgm.go.jp/pdf/20230412_kanbo.pdf

これからの感染対策や抗菌薬適正使用のカギを握るのは、 加算2、加算3、診療所、高齢者施設



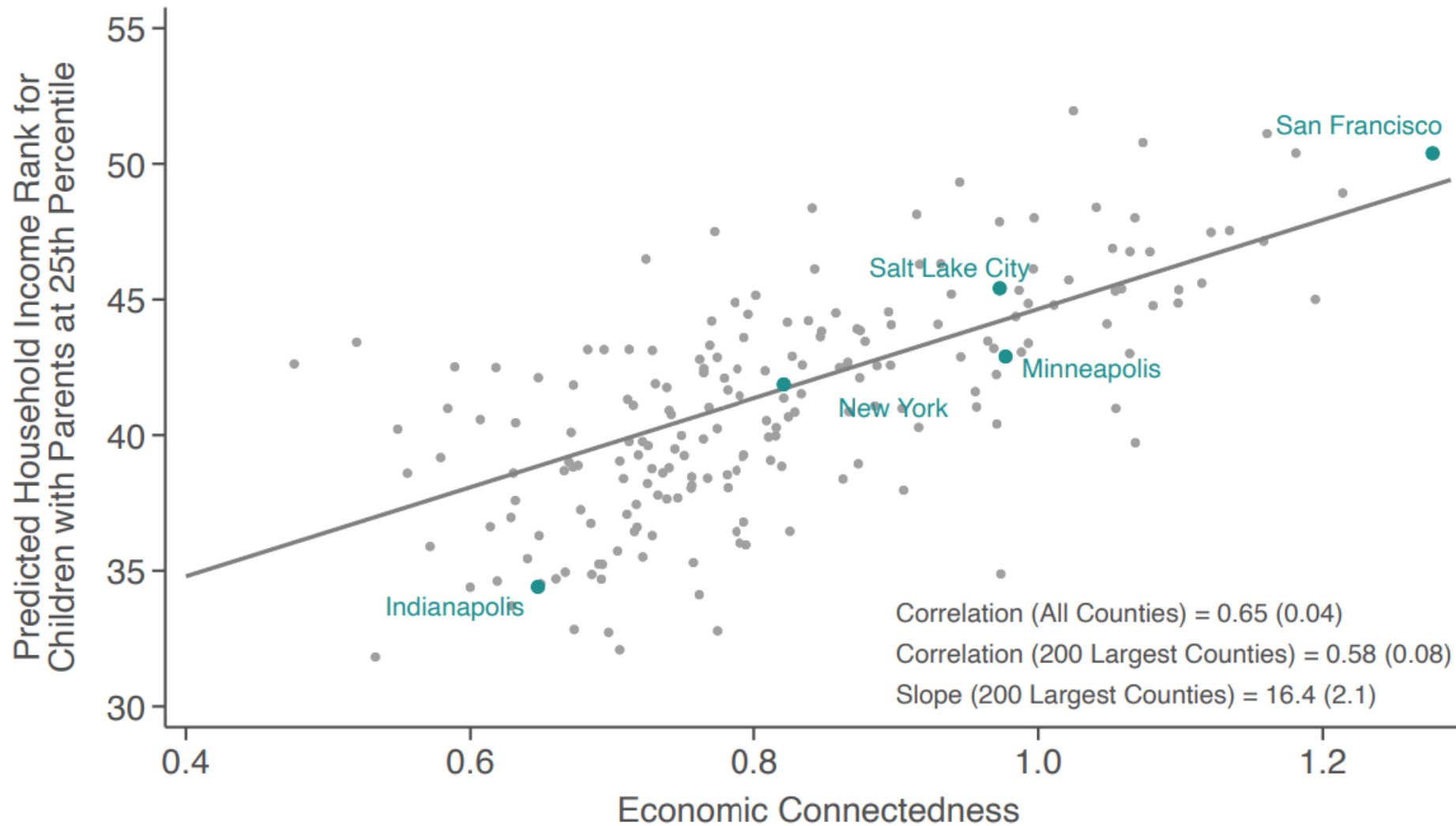
Data for Action

PDCA

Social Capital

「社会や地域における、人々の信頼関係・結びつき」
顔の見える関係

より多くの橋渡しソーシャルキャピタルを持つ群は世帯所得が高い



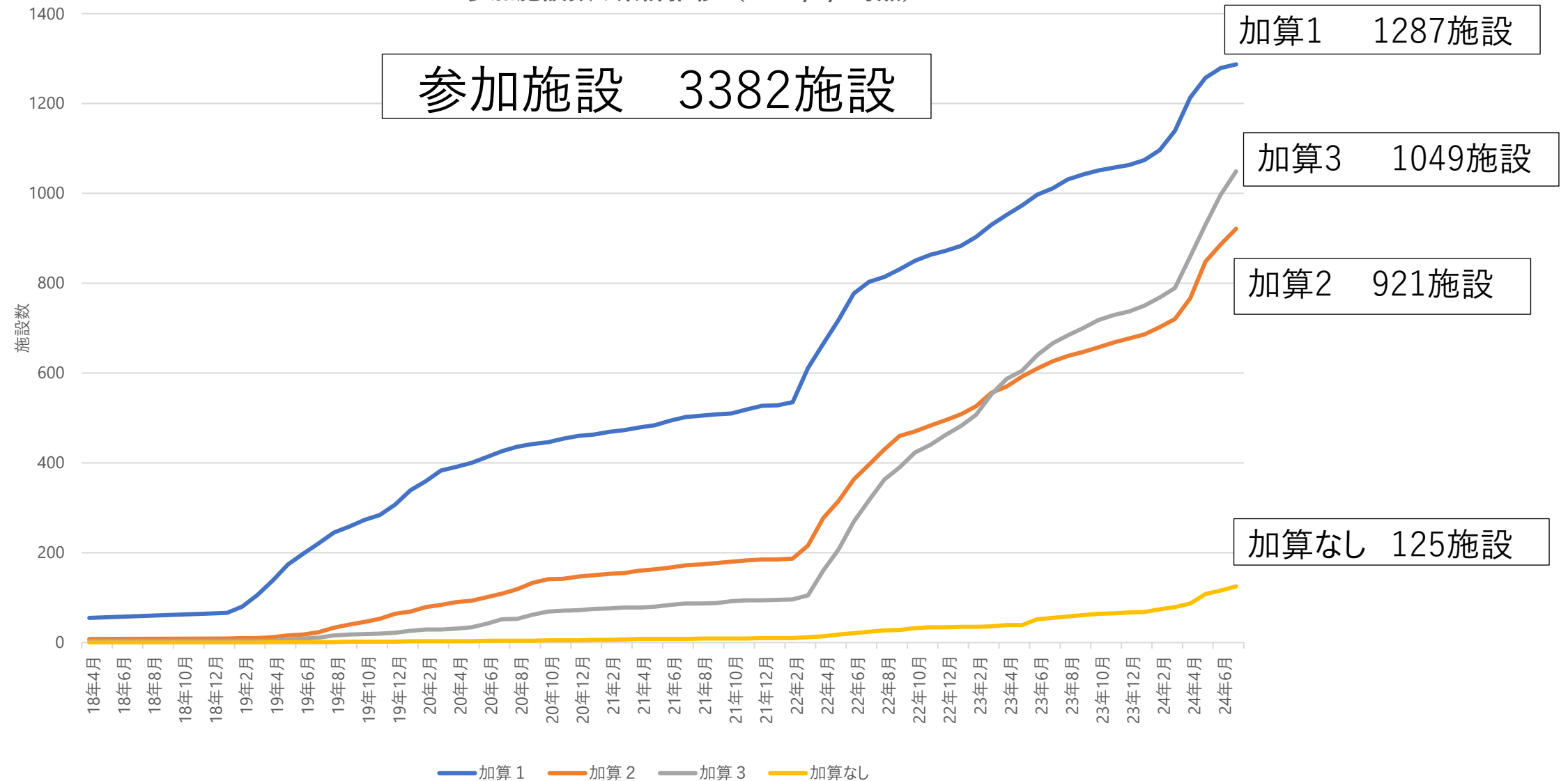
J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム



- 各参加施設がデータを登録すると、図表として閲覧することが可能となります。
- 登録データや図表化された還元情報は、地域ネットワークによるAMR対策の推進にも利活用いただけます。

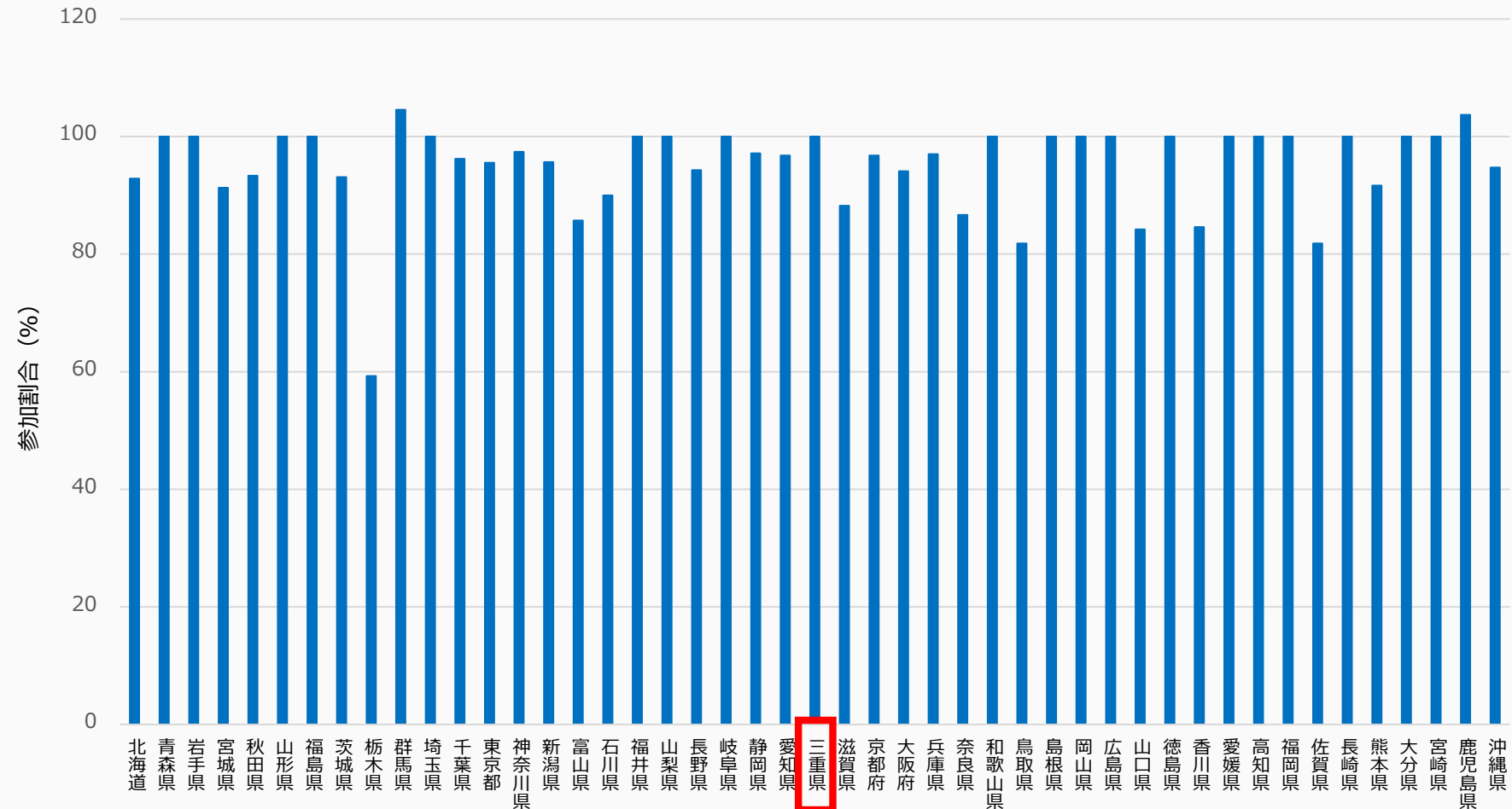
参加施設数（2024/8/1現在）

J-SIPHE参加施設数の累計推移（2024/8/1時点）



参加施設の状況

感染対策向上加算 加算1施設 都道府県別の参加割合



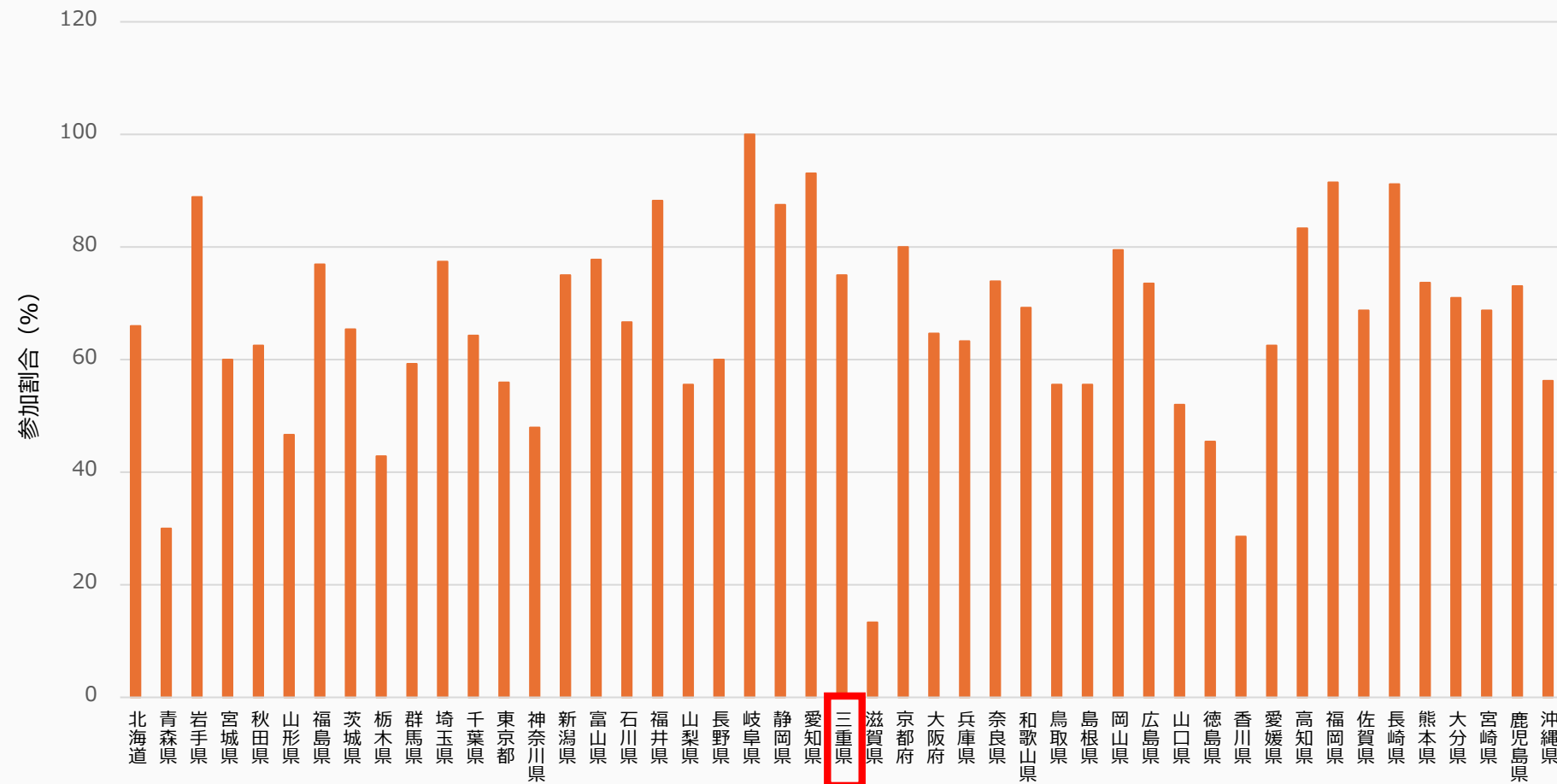
全国的に平均すると、加算1届出施設の95.3%が登録している

※地方厚生局2024/6/1または2024/7/1時点の届出より集計

※J-SIPHE登録の加算情報（2024/8/1取得）が変更されていない施設もあり、一部の地域で参加割合が100%を超えている。

参加施設の状況

感染対策向上加算 加算2施設 都道府県別の参加割合



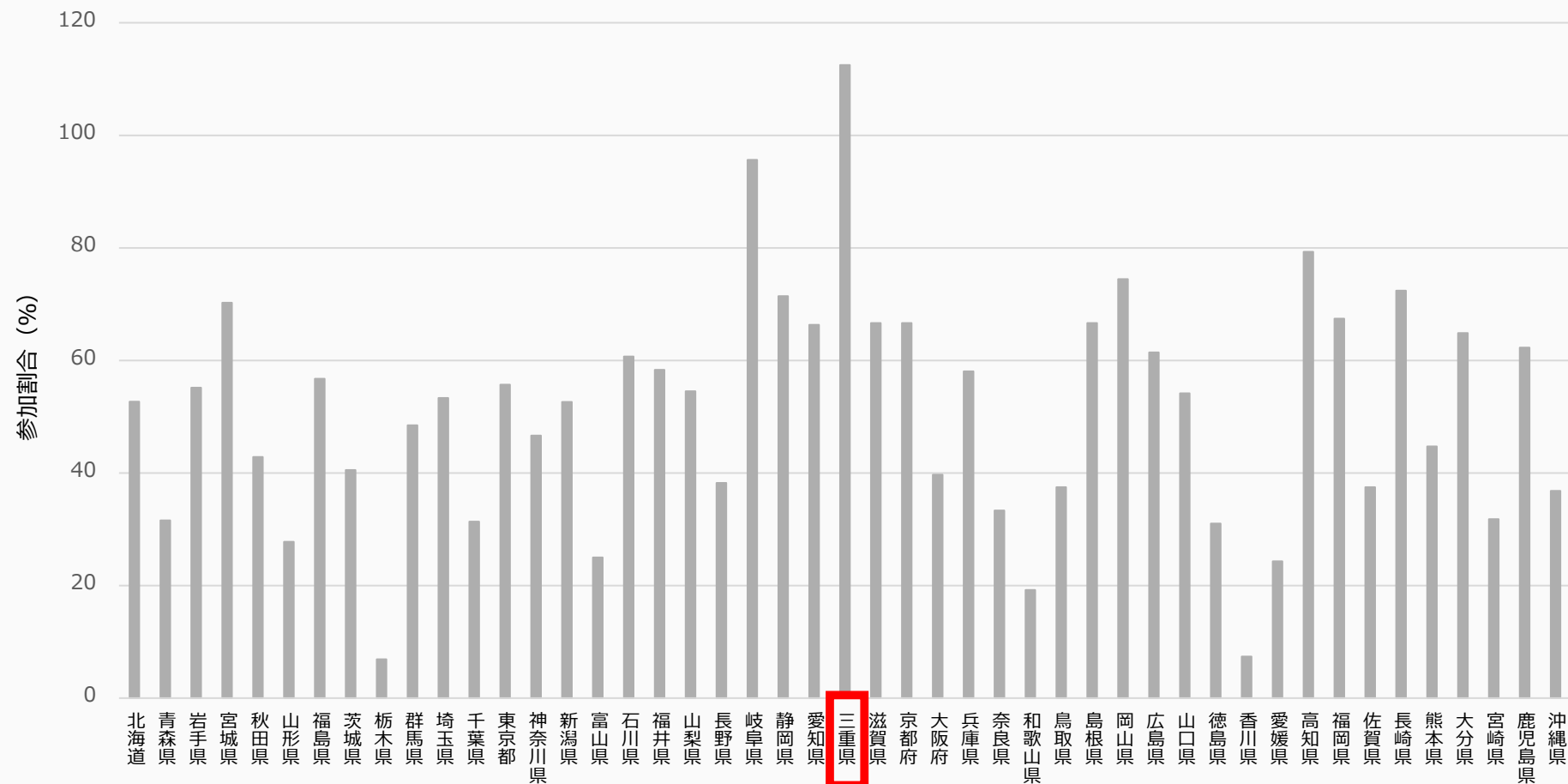
全国的に平均すると、加算2届出施設の67.4%が登録している

※地方厚生局2024/6/1または2024/7/1時点の届出より集計

※J-SIPHE登録の加算情報（2024/8/1取得）が変更されていない施設もあり、一部の地域で参加割合が100%を超えている。

参加施設の状況

感染対策向上加算 加算3施設 都道府県別の参加割合



全国的に平均すると、加算3届出施設の53.2%が登録している

※地方厚生局2024/6/1または2024/7/1時点の届出より集計

※J-SIPHE登録の加算情報（2024/8/1取得）が変更されていない施設もあり、一部の地域で参加割合が100%を超えている。

グループ機能

■ J-SIPHEには、2つのグループ機能があります。

基本グループ

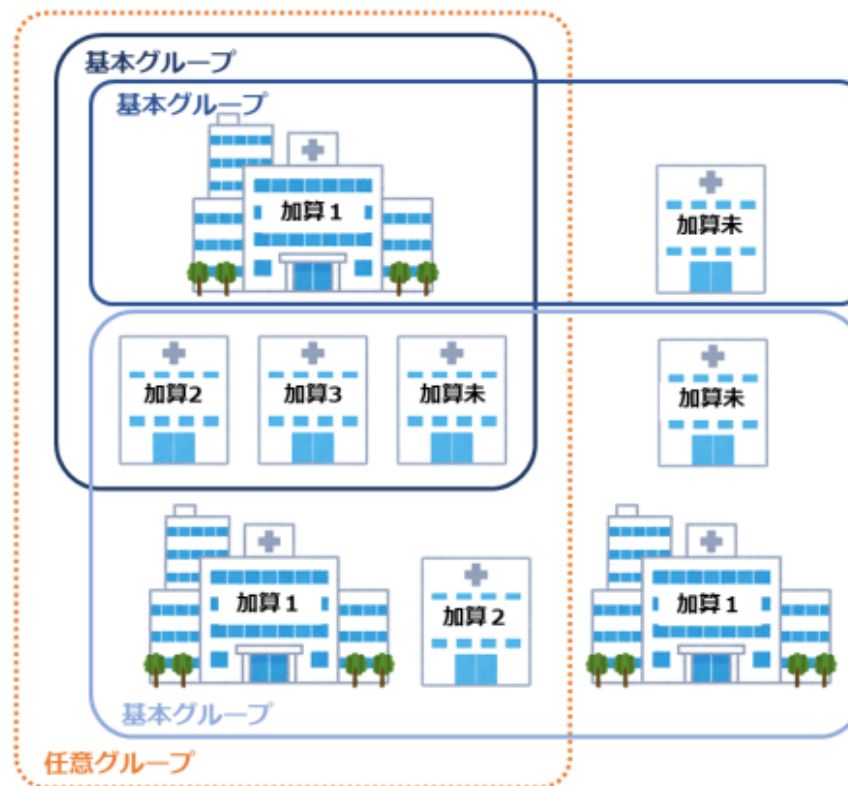
連携した施設同士でAMR対策を行っている地域のグループです。

例) 感染対策向上加算上で連携している施設や普段から定期的なカンファレンス等を行っている施設からなる地域のグループ

任意グループ

基本グループとは異なる任意のグループです。

例) 都道府県単位や法人単位などで同意の得られている施設からなる任意のグループ



- 地域での利活用を目的としたシステムのため、J-SIPHEのご利用には**基本グループの作成・所属**が必要です。

OASCISについて

2022年スタート

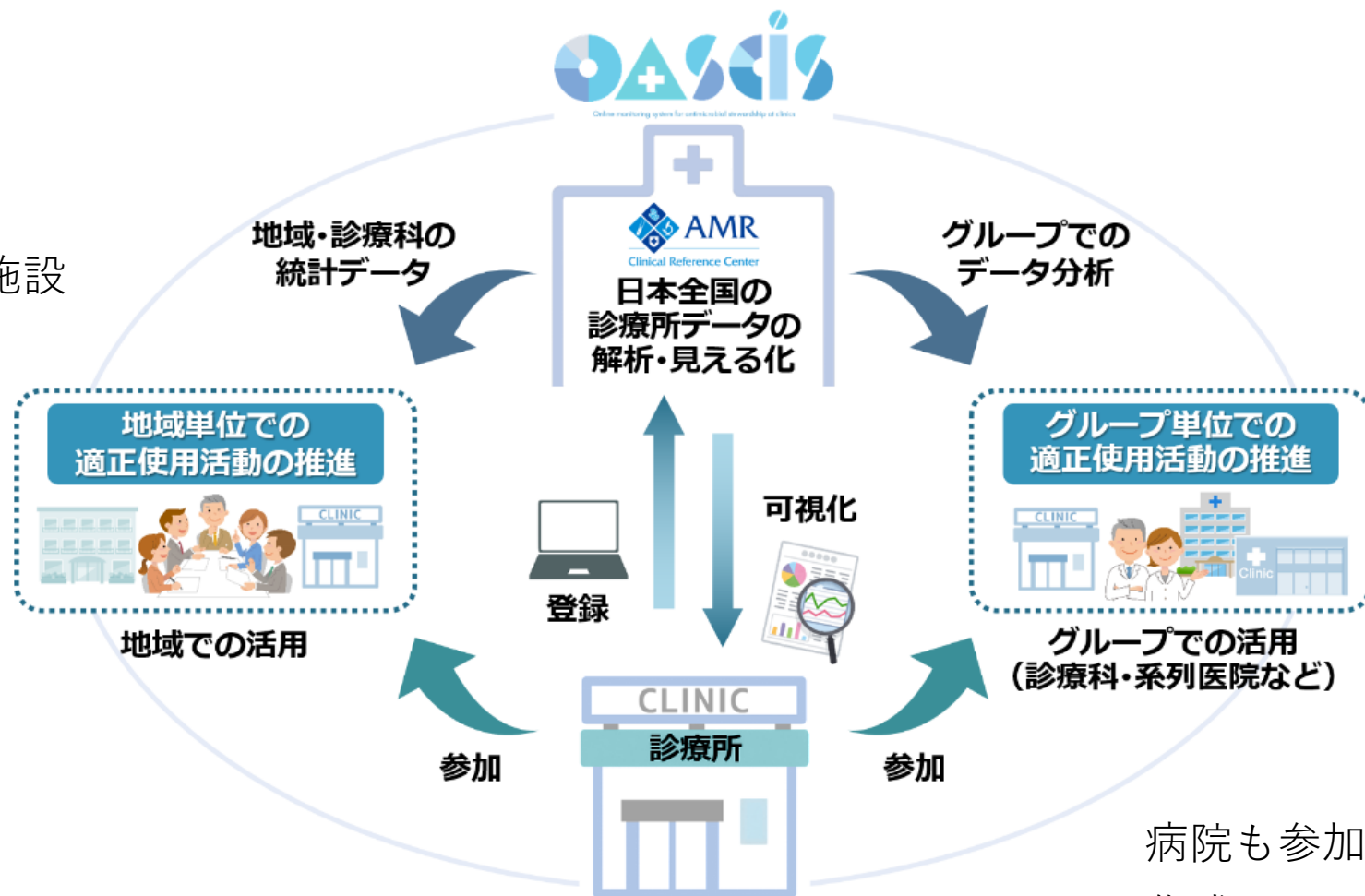


2024年9月現在

約4000施設参加

診療所 約3500施設

病院・その他約500施設

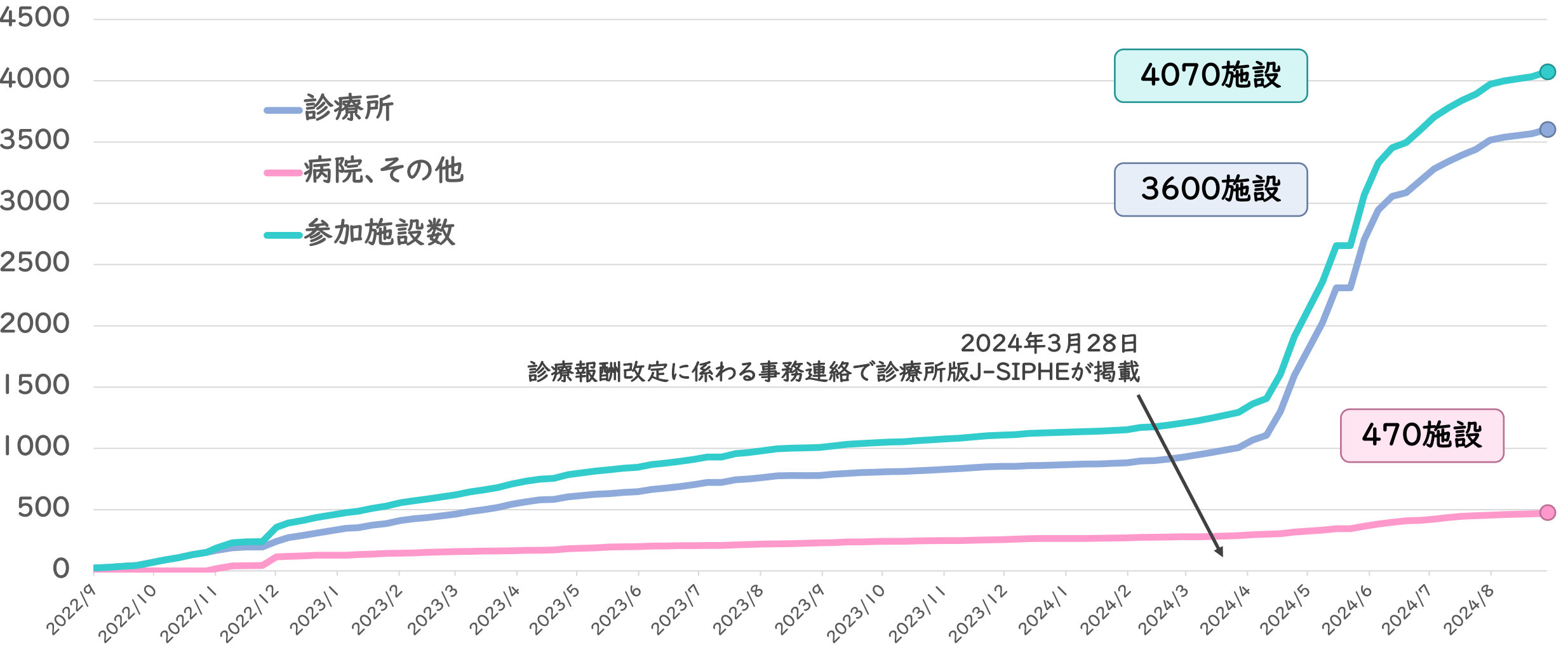


病院も参加し、任意でグループを
作成することが可能
(診療所のデータ閲覧)

運用状況

参加施設数の推移（診療所・病院その他）

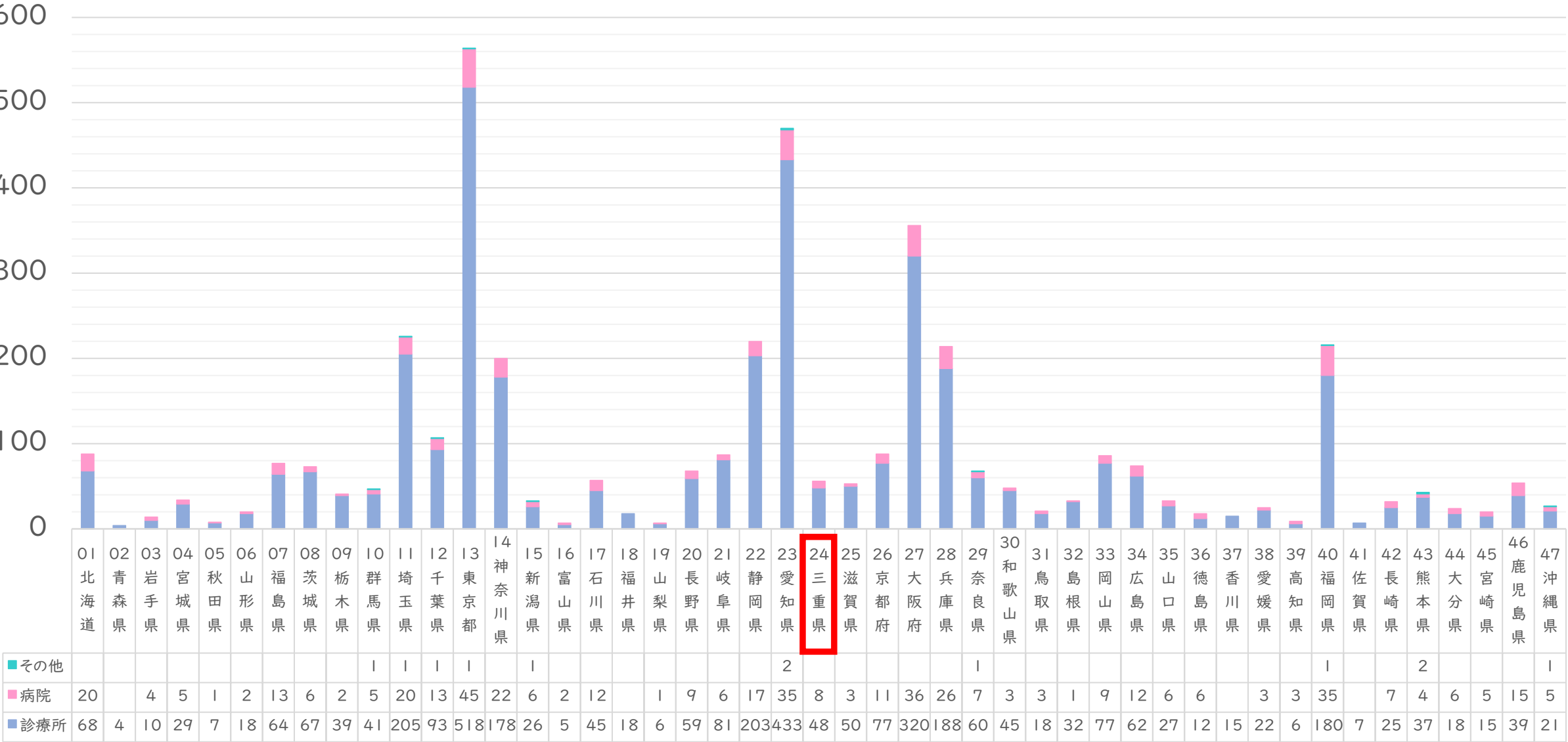
2024年8月28日現在



グループ作成数:368グループ(8/28現在)

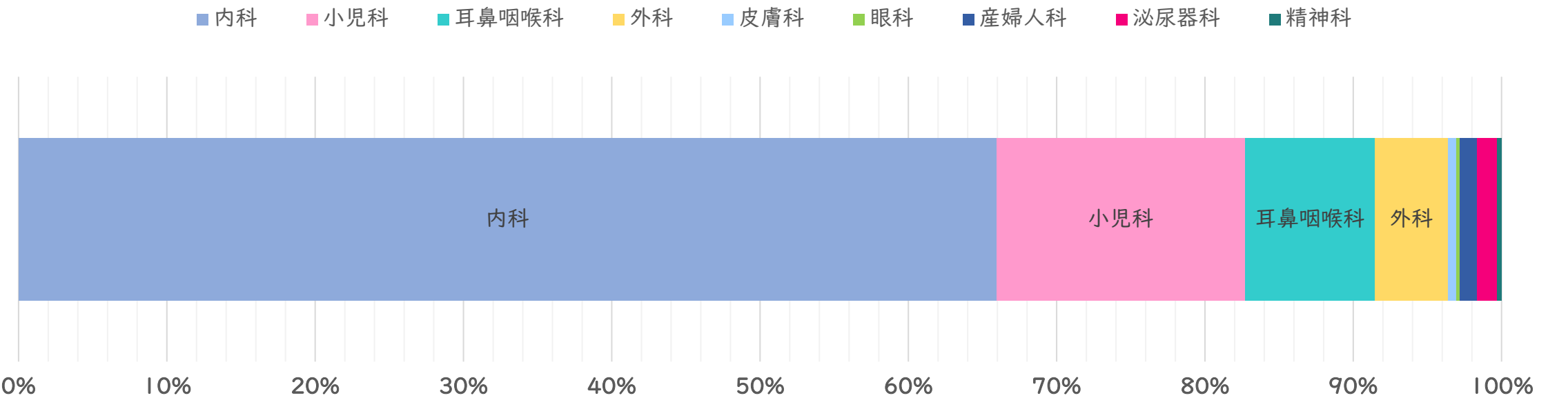
運用状況

参加施設数(都道府県別)



運用状況

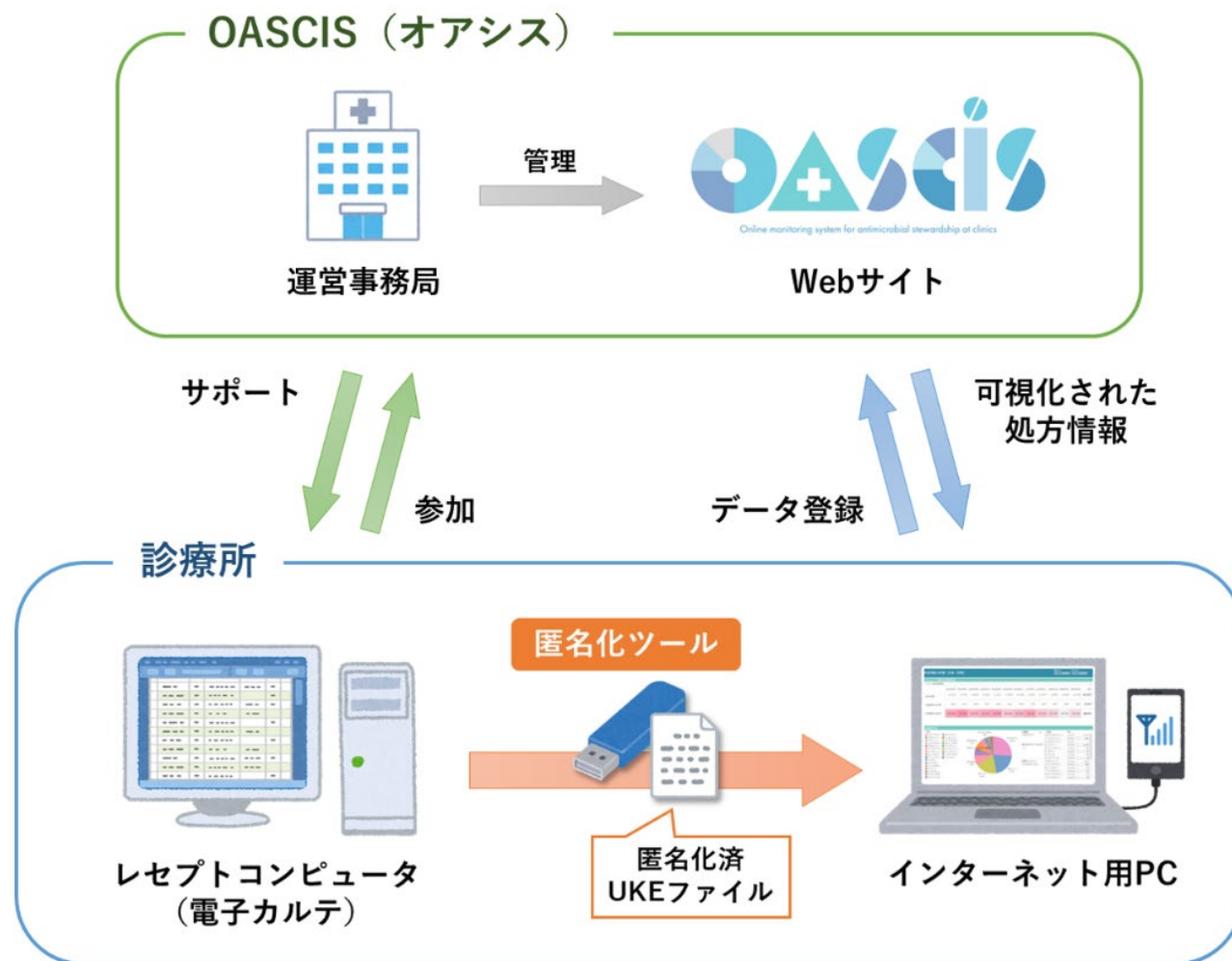
診療科別参加施設数 - 診療所 (比率)



内科	小児科	耳鼻咽喉科	外科	皮膚科	眼科	産婦人科	泌尿器科	精神科
2386	607	315	180	20	8	42	49	11

OASCISについて（システム）

【システムの概要図】



既存のデータ
（レセプトファイル）を活用

レセプトチェック用UKEファイル
（点検用レセプト）を匿名化して登録

運用状況

全体データ(推移)

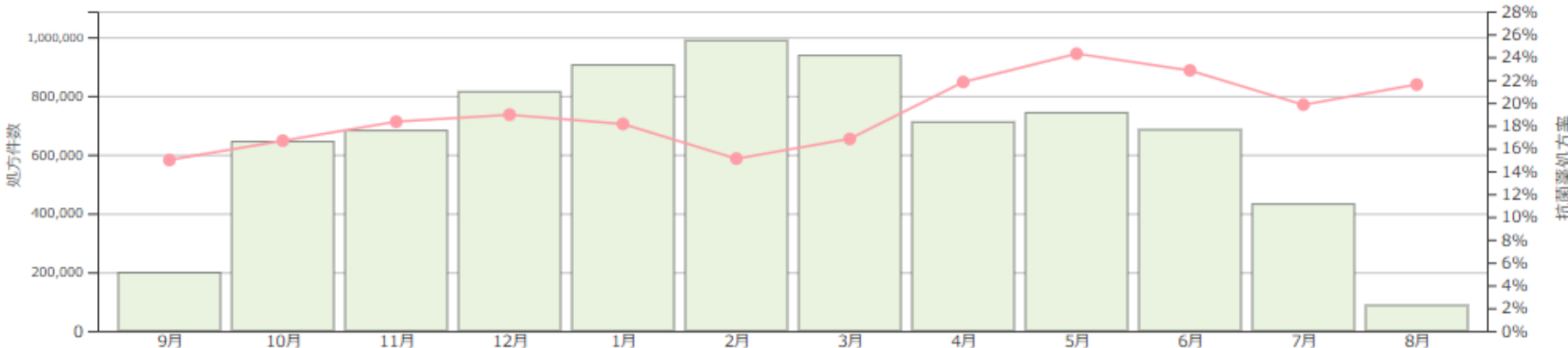
気道感染症

分母:処方件数

基本情報												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
データ登録施設	1,369	2,080	2,137	2,239	2,479	2,509	2,536	2,386	2,349	2,301	1,312	315
受診患者数	822,137	2,092,010	2,145,792	2,408,545	2,724,638	2,801,862	2,882,937	2,599,271	2,573,599	2,537,267	1,538,432	285,704
総受診件数	1,204,958	3,026,555	3,052,968	3,426,871	3,738,934	3,843,932	4,041,138	3,736,417	3,687,148	3,623,411	2,239,715	376,642
初診件数	525,900	1,397,621	1,431,443	1,658,437	1,849,842	1,940,373	1,943,036	1,659,917	1,687,095	1,650,766	1,015,488	175,955

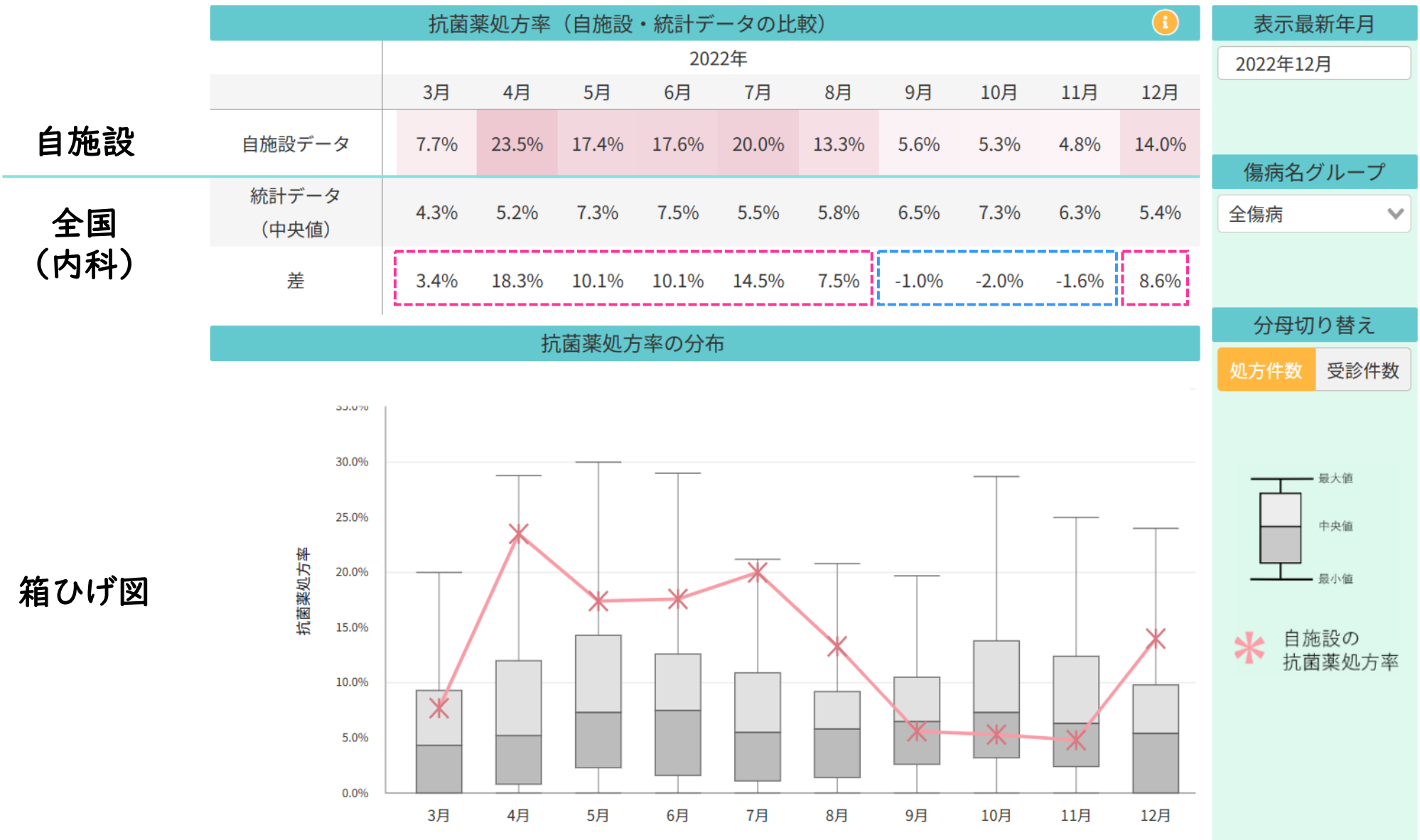
傷病名グループの初診データ												
	2023年				2024年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
受診件数	258,612	743,513	786,403	937,003	1,020,938	1,108,945	1,049,022	802,736	830,602	776,668	498,601	95,953
処方件数 <分母>	198,275	644,338	681,815	814,077	904,958	988,599	937,428	710,846	742,533	684,799	431,713	87,058
抗菌薬処方件数	29,681	107,410	124,960	154,275	164,100	149,262	157,717	155,011	180,338	156,323	85,573	18,792
抗菌薬処方率	15.0%	16.7%	18.3%	19.0%	18.1%	15.1%	16.8%	21.8%	24.3%	22.8%	19.8%	21.6%

傷病名グループの処方件数と抗菌薬処方率



還元情報の活用

自施設と統計データの比較 / 抗菌薬処方内訳率（比較・推移）



統-02

比較元

比較対象

●●● 医院のデータ

全国の小児科の
データ

●●● 医院のデータ

全国の小児科の
データ



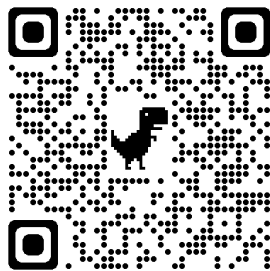
全体データ:全施設の総計



自施設データ:各施設の状況



統計データ:自施設と他施設の比較など



ダッシュボード画面の見方

システムのさまざまな機能

【微生物・耐性菌関連情報】

各参加医療機関のJANISデータに基づき、自施設、地域・診療科、参加しているグループごとの主要菌・耐性菌検出数、菌種・抗菌薬ごとの抗菌薬感受性率を確認できます。

微生物・耐性菌関連情報



主要菌耐性菌 検出数・分離率
(推移)

主要菌・耐性菌の検体ごと検出数・分離率の月推移。統計データとの比較

JANIS-01



アンチバイオグラム

菌種・抗菌薬ごとの抗菌薬感受性率。自施設、地域・診療科、グループの統計

JANIS-02

- JANISデータの連携
- 任意のグループ内の分析・活用



アンチバイオグラム

菌種・抗菌薬ごとの抗菌薬感受性率。自施設、地域・診療科、グループの統計

图 1-02

抗菌薬使用量集計のダッシュボード

「自-09: 抗菌薬使用量・使用日数(推移)」と「自-10: 抗菌薬使用量・使用日数(年齢区分別)」の追加

自施設

グループ

抗菌薬使用量推移

積み上げ

100%帯

	2023-06	2023-07	2023-08	2023-09	2023-10	2023-11	2023-12	2024-01	2024-02	2024-03	2024-04	2024-05
J01AA:テトラサイクリン系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01BA:アンフェニコール系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01CA:広域ペニシリン系	20.36	45.54	28.50	32.78	31.00	84.30	121.46	112.30	108.46	72.28	51.76	26.00
J01CE:βラクタマーゼ感受性ペニシリン系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01CR:βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤	10.50	42.40	8.40	8.50	50.10	70.50	89.60	73.10	100.60	17.80	16.00	29.00
J01DB:第一世代セファロsporin系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01DC:第二世代セファロsporin系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01DD:第三世代セファロsporin系	99.31	197.78	208.84	156.17	212.95	226.54	332.71	256.96	312.60	262.01	228.04	147.98
J01DE:第四世代セファロsporin系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01DF:モノバクタム系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01DH:カルバペネム系	0.57	2.41	0.00	1.00	1.29	5.60	3.21	6.46	3.21	2.00	1.57	1.80
J01DI:その他のセファロsporin、ベナム系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01EB:長時間作用型スルホニアミド系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01EC:中時間作用型スルホニアミド系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01EH:長時間作用型スルホニアミド系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01FI:糖輸送を含むスルホニアミド系/トリメトプリム配合剤	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01FA:マクロライド系	202.40	243.80	206.07	284.50	596.50	602.90	747.90	544.50	372.40	259.40	88.00	0.00
J01FF:リソコサミド系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
J01FG:ストレプトグラミン系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

最新表示月

2024年05月

剤形

すべて

表示項目切り替え

DDD_s (抗菌薬使…

集計項目切り替え

抗菌薬分類

表示対象切り替え

☐ A07AA: 抗微生物薬

☒ J01AA: テトラサ…

☒ J01BA: アンフェ…

☒ J01CA: 広域ペニ…

☒ J01CE: βラクタマ…

☒ J01CR: βラクタマ…

☒ J01DB: 第一世代…

☒ J01DC: 第二世代…

☒ J01DD: 第三世代…

☒ J01DE: 第四世代…

☒ J01DF: モノバク…

抗菌薬使用量推移

積み上げ

100%帯

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	100歳以上
Access	69.97%	36.69%	14.13%	8.60%	5.75%	6.72%	5.83%	3.89%	0.00%	0.00%	-
Watch	30.03%	63.31%	85.87%	91.40%	94.25%	93.28%	94.17%	96.11%	100.00%	100.00%	-
Reserve	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	-
Not recommended	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	-
未分類	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	-

表示期間

2023年06月

~

2024年05月

年齢区分

10歳刻み

剤形

すべて

表示項目切り替え

DDD_s (抗菌薬使…

集計項目切り替え

AWaRe分類

表示対象切り替え

☒ Access

☒ Watch

☒ Reserve

☒ Not recommended

☒ 未分類

サンプルデータ

- ATC4別／AWaRe分類別の集計項目切り替え
- 積み上げ／100%帯のグラフ表示切り替え

実-01:抗菌薬使用状況評価(Access比率)

対象期間：2024年01月～2024年06月（2024年08月01日0時 確定）

	Access比率	対象施設数	順位	Access使用比率順位
今回	64.12 %	1,536 施設	134 位	10.41 %
前回 [2024年02月作成]	— %	— 施設	— 位	—
前々回 [2023年11月作成]	— %	— 施設	— 位	—

内訳

AWaRe分類	DDDs	比率
■ Access	948.21	64.12 %
■ Watch	501.02	33.88 %
■ Reserve	29.58	0.20 %
■ NotRecommended	0.00	— %
■ 未分類	0.00	— %

処方実績

総受診件数	抗菌薬処方件数（全処方）	比率
12,984 件	870 件	6.7 %

	2023-10	2023-11	2023-12	2024-01	2024-02	2024-03
抗菌薬処方件数	134 件	175 件	144 件	129 件	156 件	132 件

→ データ登録状況のダウンロードはこちら

→ 自施設の最新データ[自-09]はこちら

抗菌薬使用状況評価 証明書のダウンロード

◎ 対象施設の条件を満たしています。

算定日の時点で以下の条件を満たしている必要があります。

- ✓ 過去6か月のデータが登録済みである
- ✓ 過去6か月の抗菌薬処方件数が30件以上である

【診療所版J-SIPHE】

作成年月日：YYYY-MM-DD hh:mm

抗菌薬使用状況評価 証明書

処方箋発行医療機関コード：XXX1234567

施設名：〇〇〇〇クリニック

サンプルデータ

対象期間 6 か月の抗菌薬におけるAWaRe分類での割合評価

対象期間：2023年10月～2024年3月（YYYY年M月D日H時 確定値）

抗菌薬処方件数の実績		登録年月数
抗菌薬処方件数	件	6 か月分
受診件数	件	

- ☒ 対象施設の条件を満たしています。
- ☐ 対象施設の条件を満たしていません。

※ 確定日時までに以下の条件を満たした場合のみ対象施設と判定されます。

- （1）対象期間の全ての月でデータを登録している場合。
- （2）抗菌薬処方件数が30件以上の場合。

AWaRe分類	DDDs	比率
Access		%
Watch		%
Reserve		%
Not recommended		%
未分類		%

- ☒ Access比率が60%以上です。
- ☐ Access比率が60%未満です。

評価項目	対象施設数	パーセンタイル順位
Access比率		%

- ☒ Access比率が上位30%に入っています。
- ☐ Access比率が上位30%に入っていません。

※ YYYY年M月D日H時の時点の固定されたデータから計算します。

※ 「抗菌薬処方件数」は、傷病名が付与された受診のうち抗菌薬を処方した件数です。

※ 「比率」は、集計対象の抗菌薬におけるAWaRe分類ごとの比率です。

※ 「パーセンタイル順位」とは、対象施設の内の順位を上位から%で表示したものとします。



グループ一覧

公開グループ一覧

グループ作成

東京都 ▼

全ての加算区分 ▼

全ての分類 ▼

グループ名

登録日時降順 ▼

管理施設		都道府県 施設類型	医療機関コード 加算区分	グループ情報
グループ名			分類	
概要				
医療センター大森病院		東京都 病院	1 感染対策向上加算 1	参加申請可能
区地域連携(診療所)			医療機関間の連携	
各診療所の抗菌薬使用状況、感染症の発生状況の報告を受けて、定期的なカンファレンスや勉強会の実施に活用する。				
医療センター		東京都 病院	 感染対策向上加算 1	参加申請可能
医療センター オアシス参加医療機関グループ			医療機関間の連携	
当該地域における感染対策や抗菌薬適正使用に向けた取り組みを推進するためのネットワークです。定期的なカンファレンスで参加いただいた施設データを活用したり、様々な情報共有をしています。				

グループ作成の申請

グループを作成することで、医療機関間の連携や地域連携に活用できる機能を利用することができます。詳細な機能について、「[マニュアル、申請等](#)」もしくは、「[グループの作成、管理](#)」をご確認ください。

以下のフォームに入力し申請を行ってください。OASCIS事務局にて承認後、利用可能となります。

グループ情報

グループ名称 ⓘ

必須

目的

分類 ⓘ

必須

- ☐ 1. 医療機関間の連携 ⓘ
- ☐ 2. 地域連携 ⓘ
- ☐ 3. 行政等との連携 ⓘ
- ☐ 4. 研究目的 ⓘ
- ☐ 5. 勉強会、学会 ⓘ
- ☐ 6. 医療法人 ⓘ

想定規模 ⓘ

必須

- ☐ 20施設未満
- ☐ 20施設以上50施設未満
- ☐ 50施設以上100施設未満
- ☐ 100施設以上

詳細内容 ⓘ

必須

グループポリシー

グループの公開設定、グループ内での表示やデータの閲覧が可能な範囲を設定します。グループ作成後の変更は行えません。

グループの公開設定 ⓘ

グループ一覧への掲載、参加申請の受付

必須

☐ 掲載する

☐ 掲載しない

ダッシュボードにコメントを付ける機能の追加

サンプルデータ

例) 加算I届出施設がコメントを入力する。

診療所がコメントを確認して、返信を行う。

[自-05] 自施設データ / 傷病名別の抗菌薬処方内訳 (細分類)

グループ: OASCIS病院と地域クリニックのAMR対策ネ… OASCISセミナー診療所_1

分析結果をダウンロード

以下の条件でコメントをする

傷病名グループの細分別抗菌薬処方内訳

棒グラフ左の傷病名グループ名をクリックすると、下表がその傷病名グループで絞り込まれます。

傷病名グループ	抗菌薬系	割合
急性上気道炎グループ	広域ペニシリン系	16.0%
	第三世代セファロスポリン系	34.5%
	フルオロキノロン系	17.5%
	マクロライド系	24.8%

表示期間: 2024年01月 ~ 2024年03月

コメントする

2024年の1月から3月までの処方状況を確認いたしました。大きな問題はありませんが、ペニシリン系の採用が全体的に少ない傾向です。症例など簡単に伺えると幸いです。

☒ スクリーンショットをつける

コメントを投稿する

← [自-05] 自施設データ / 傷病名別の抗菌薬処方内訳 (細分類) へ戻る

コメントを見る

グループを選択: OASCIS病院と地域クリニックのAMR対策ネ…

OASCISセミナー診療所_1 [自-05] へのコメント
投稿: OASCIS病院 [OASCIS病院と地域クリニックのAMR対策ネットワーク]

2024/08/08 10:31:05

2024年の1月から3月までの処方状況を確認いたしました。大きな問題はありませんが、ペニシリン系の採用が全体的に少ない傾向です。症例など簡単に伺えると幸いです。

コメント返信

副作用などを考慮いたしますと、処方しやすいマクロライド系の処方が増える傾向にあります。高齢の患者様も多く、採用薬についてご意見を伺えると助かります。

コメントを投稿する

コメントにはスクリーンショットを添付することが可能

… 表示されている集計データや選択している集計条件を共有

システムの紹介

AMR臨床リファレンスセンター

文字サイズ

診療所連携SPHE

OASCIS とは | 使い方 | お問い合わせ | リンク集 | 参加登録申請

OASCIS

Online monitoring system for antimicrobial stewardship at clinics

AMR臨床リファレンスセンターが主体となり、診療所のAMR対策に活用できるシステムとして、「OASCIS（オアシス）」が開発されました。
抗菌薬の使用状況をはじめとした様々なデータを受け取ることができます。

お知らせ

2023年4月12日	OASCISとは「利用規約」に、サイトポリシーを掲載いたしました。
2023年3月31日	「参加施設規約」を一部改正いたしました（2023年4月1日実施） 規約内容に変更はございませんが、下記2点をご確認ください。 ・第1条 参加条件：診療所とグループ管理施設、それぞれ項を分けて記載 ・第5条 利用制限および登録抹消：グループ管理施設に関わる条件を明文化
2023年3月23日	統計ダッシュボードにて、グラフ等のデータ表示領域の読み込みが完了する前に「地域・診療科」や「グループ」の選択を行うと、データを参照できない場合があります。 お手数をお掛けいたしますが、データ表示領域の読み込みが完了するのを待つて、操作を行うようお願いいたします。
2023年3月13日	「JANISデータの取得」機能に関して、ログイン情報に特定の文字が含まれる場合に利用できない不具合を修正いたしました。
2023年2月21日	「マニュアル、申請等」、「使い方」の各ページ、「よくある質問」の掲載内容を更新しました。ご確認ください。

AMR臨床リファレンスセンター
Antimicrobial Resistance Clinical Reference Center

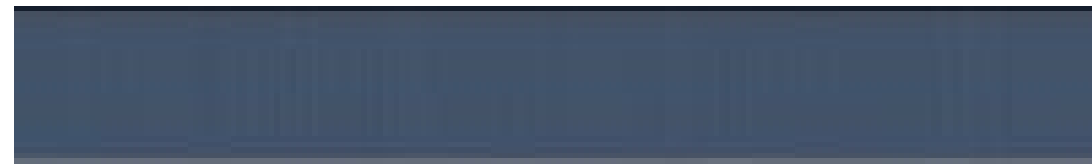
One Health Platform

J-SIPHE
医療研究推進基盤プラットフォーム

かしくく治して、明日につなぐ
— 医療者と患者のつながり —



<https://www.youtube.com/watch?v=Hip5W-xDeSw>



OASCIS(オアシス)の使い方



ChatBotの導入

2024年7月18日より、Webサイトのすべてのページの右下に、ChatBotのバナーを表示した。

(使い方)

Chat画面を開いて質問を送信



~~FAQの候補を提示~~ → FAQを選択して回答を表示

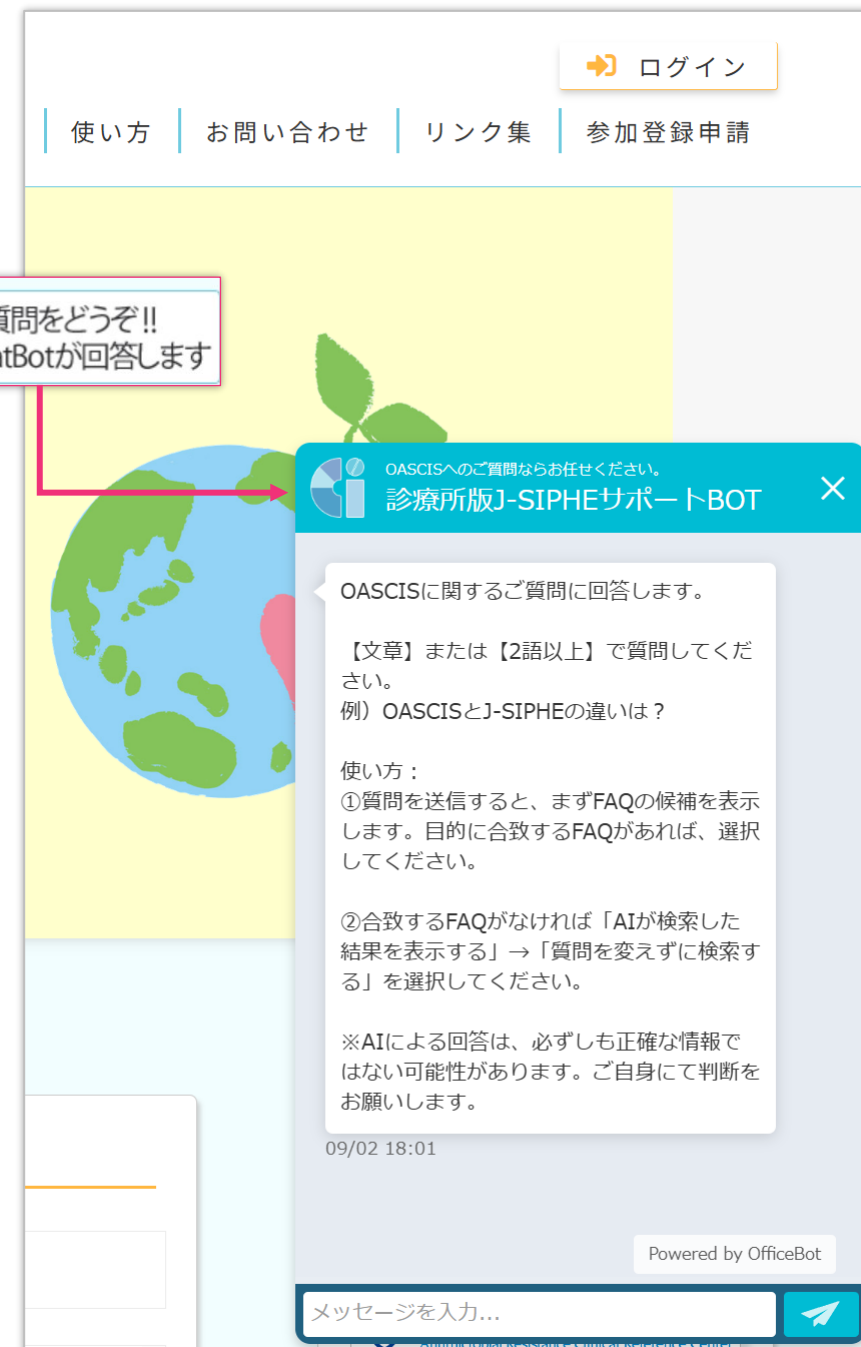
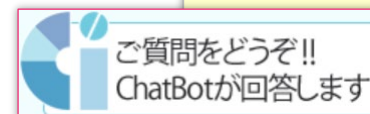


AIによるドキュメント検索を選択 → ChatGPTが回答文を生成

課題点:

- ChatBotの存在に気付かない。
- ~~ChatGPTの回答精度が高いのにAI回答までの過程が複雑。~~

2024/10/1から
試験的にFAQを省略



まとめ



データを見える化する土台はできた

**地域連携を推進し
抗微生物薬適正使用の手引きの活用しASPの強化
AMRを増加させない対策（予防）の強化**