

平成30年度 病院医学教育研究助成成果報告書

報告年月日	平成31年 4月5日
研究・研修課題名	平成30年度感染制御専門薬剤師講習会
研究・研修組織名(所属)	薬剤部
研究・研修責任者名(所属)	岡崎美香(薬剤部)
共同研究・研修実施者名(所属)	岡崎美香(薬剤部)、望月優里(薬剤部)

区分	<input type="checkbox"/> 学会発表、 <input type="checkbox"/> 論文掲載、 <input type="checkbox"/> 資格取得、 <input type="checkbox"/> 認定更新、 <input type="checkbox"/> 試験合格 <input checked="" type="checkbox"/> 単位取得、 <input type="checkbox"/> その他の成果()
該当者名(所属)	岡崎美香(薬剤部)、望月優里(薬剤部)
学会名(会期・場所、認定名等)	平成30年度感染制御専門薬剤師講習会(東京)
演題名・認証交付先等	
取得日・認定期間等	

目的及び方法、成果の内容

① 目的

チーム医療の推進は各職種の特長に基づき総合的な医療を患者およびその家族に提供することを目的としたものである。薬剤師が関与するチーム医療の1つに感染制御があり、感染制御チームは医師、看護師、薬剤師、検査技師などが中心となり、医療施設内における感染を制御し、医療関連感染の発生を防止するとともに、患者および医療スタッフを感染から防御することが業務となる。薬剤師は抗菌薬の適正使用を推進し耐性菌の抑制、薬物血中濃度モニタリング(TDM)による感染治療への貢献、さらに消毒薬の適正使用による感染拡散の防止に貢献することが求められる。

本講習会は感染制御に関する知識の向上のため非常に重要であり、また、本研修会の受講は日本病院薬剤師会の感染制御専門薬剤師認定の更新のために必要な単位取得の一部につながる。

なお、講習会は日本病院薬剤師会によって開催されるものであり、本講座の受講が感染制御認定薬剤師の更新を申請するための単位取得の一つとなっている。また、本講習会へ資格未取得者を参加させることにより、認定申請要件の一部を取得できるほか、講習を聴講することで感染制御に必要な知識を修得することができる。このことにより、当院において主に感染制御チームでの薬剤師のレベルアップを図り、より質の高い感染症治療、またより安全な感染制御の実施に寄与できる。

② 方法

東京会場で行われた日本病院薬剤師会感染制御専門薬剤師講習会に参加し、受講した。

プログラムが添付のファイルの通りである。

研修内容は薬剤部内で報告することにより他の薬剤師へ知識を伝達する。

② 成果

本講習会を受講し、抗菌薬の適正使用等について以下のように理解を深めることができ、抗菌スペクトルや重症度等に応じた抗菌薬選択に薬剤師として携わっていきたいと考える。

ESBL産生菌はExtended-spectrum β -lactamase という酵素を産生する菌であり、主に腸内細菌科のグラム陰性桿菌、具体的には大腸菌(*E. coli*)、*Klebsiella*属、*Proteus*属などである。本邦でも分離頻度が増えており、厚生労働省の院内感染サーベイランスであるJANISの統計ではESBLを示唆する第3世代セフェム系の耐性化率が15%程度まで急速に増えている。ESBLは多くの抗菌薬を分解するため、効果のある抗菌薬が極めて少ないことが問題である。ESBL産生菌の第一選択薬は長らくカルバペネム系であったが、カルバペネム耐性菌(腸内細菌科の大腸菌・*Klebsiella*属や緑膿菌)の出現が世界的に増えてきており、ESBL産生菌の第一選択薬がカルバペネムのみということに問題がある。しかしながら最近では、タゾパクタム/ピペラシリン、アミノグリコシド系、セフメタゾール(セファマイシン系)、フロモキシセフ(オキサセフェム系)の有効性も蓄積されつつあり、非重症例では検討可能ということであった。また、Ampc産生菌の選択薬はカルバペネム系と第四世代セファロsporin系であり、両薬剤間での劣性はなかった。非重症例では

アミノグリコシド系が検討可能ということであった。本邦では 2016 年に厚生労働省から薬剤耐性アクションプランが公表されており、成果指標として 2020 年までに主な耐性菌の薬剤耐性率を引き下げる目標値が設定されている。このような背景からも抗菌薬の適正使用がますます必要とされており、有効性についてのさらなるデータの蓄積が必要と考える。

本邦における敗血症 (sepsis) とは、従来、「感染症が重症化して血液中に細菌や毒素が検出され、全身に感染が及んだ状態」とされてきた。しかし、エンドトキシンや血液培養などの結果が判明してからの治療開始では予後不良であること等が問題視されていた。2016 年にガイドラインが改定され、敗血症は「感染症に対する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害」とし、敗血症性ショックを「実質的に死亡率を増加させるに十分に重篤な循環、細胞、代謝の異常を有する敗血症のサブセット」と定義された。また敗血症の診断基準は感染 (疑いを含む) により SOFA score と呼ばれる、呼吸、血小板数、ビリルビン、平均血圧、中枢神経系、クレアチニン等を評価したスコアが 2 点以上の上昇を認めるものとされた。新ガイドラインでは、敗血症、敗血症性ショックに対して、有効な抗菌薬を 1 時間以内に開始すること、侵襲性カンジダ症の複数のリスク因子のある敗血症、敗血症性ショックに対して、通常の抗菌薬に加えて抗カンジダ薬を投与することを考慮するとされている。また、敗血症、敗血症性ショックでは想定される起因菌をカバー出来る広域抗菌薬で治療を開始し、起因菌が判明した後はデエスカレーションを実施することを推奨されている。救急部門における敗血症、敗血症性ショックの早期管理のため、薬剤師も医師などの多職種と協力し合い治療に携わることで死亡率低下などに関与することが出来るようになる。