

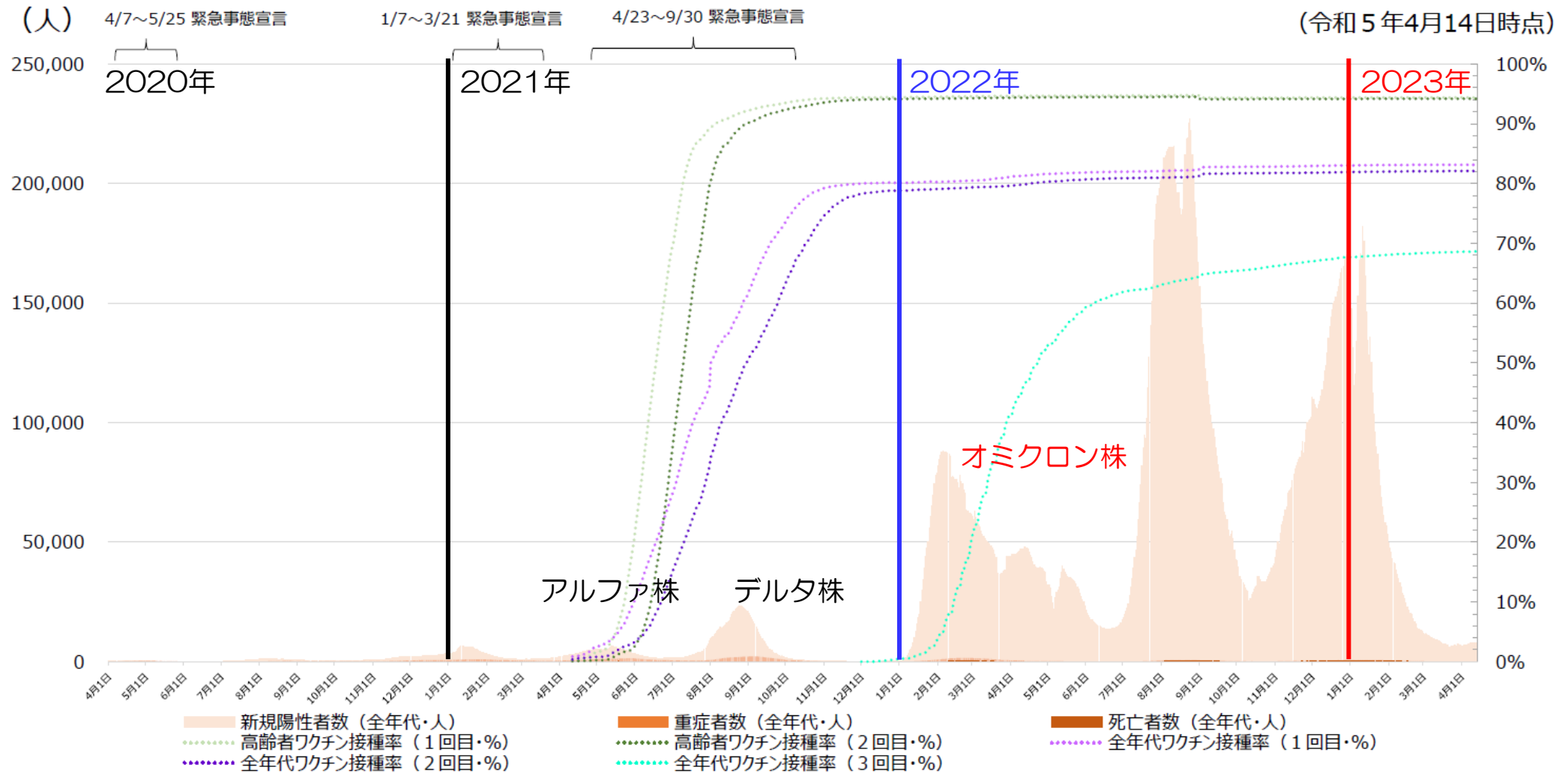
院内感染対策における平時及び緊急時の 他医療機関や行政等（特に保健所）との連携



岐阜大学医学部附属病院
感染制御室 / 生体支援センター
馬場 尚志

この3年間を振り返ると

全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率



ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS IN THE UNITED STATES 2019



Revised Dec. 2019

The Threat of Antibiotic Resistance in the United States

Antibiotic resistance—when germs (bacteria, fungi) develop the ability to defeat the antibiotics designed to kill them—is one of the greatest global health challenges of modern time.

New National Estimate*

Each year, antibiotic-resistant bacteria and fungi cause at least an estimated:

2,868,700 infections

35,900 deaths



*Clostridioides difficile*** is related to antibiotic use and antibiotic resistance:

223,900 cases

12,800 deaths

New Antibiotic Resistance Threats List

Updated urgent, serious, and concerning threats—totaling 18

5 urgent threats

2 new threats

NEW: Watch List with **3** threats



Antibiotic resistance remains a significant One Health problem, affecting humans, animals, and the environment. Data show infection prevention and control is saving lives—especially in hospitals—but threats may undermine this progress without continued aggressive action now.

Learn more: www.cdc.gov/DrugResistance/Biggest-Threats.html

*National burden reflects de-duplicated infection and death estimates.
***Clostridioides difficile* cases from hospitalized patients in 2017
Revised Dec. 2019

Stopping Spread of Antibiotic Resistance Saves Lives

Addressing this threat requires continued aggressive action:

- Preventing infections in the first place
- Slowing the development of resistance through improved antibiotic use
- Stopping the spread of resistance when it does develop

Without action, these germs can spread like wildfire—inflicting and killing more people every year.

Antibiotic-resistant germs can spread between people with and without symptoms of infection. Depending on the germ, germs can spread to people in many ways:

- Close contact** (direct or indirect) with a person carrying a resistant germ—for example, this can happen when healthcare providers move from one patient to the next without washing their hands

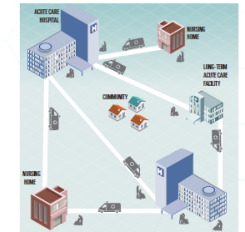
- In the air**—for example, TB bacteria can enter the air when a person with TB disease of the lungs or throat coughs, speaks, or sings
- Contaminated water**, which may include sewage systems, hospital plumbing, or recreational water
- Contact with contaminated surfaces**, such as hospital bedrails, kitchen counters, shared equipment (e.g., ultrasound machines), or personal items (e.g., towels)
- Animals**—for example, eating contaminated food or touching animals carrying resistant germs
- Sexual contact** with a person carrying a resistant germ (e.g., *N. gonorrhoeae* or *Shigella*)

Resistance Threats are Amplified in Health Care

Antibiotic resistance disproportionately impacts the most vulnerable—the young, elderly, and sick—who often receive medical care. Often, the most deadly, resistant healthcare-associated germs spread from patient to patient and across healthcare facilities through patient transfer. When not stopped, these resistant healthcare-associated germs can spill over into communities, becoming much harder to control.

CDC recognizes that hospital prevention programs have already seen successes. From 2012 to 2017, the number of antibiotic-resistant infections seen in hospitals dropped 27 percent and the number of deaths from antibiotic-resistant infections fell nearly 30 percent. Nonetheless, without continued action and vigilance these gains will only be temporary.

CDC's expertise and resources have supported the implementation of vital healthcare prevention programs that incorporate actions to prevent infections and control their spread. When launched at the first sign of a problem, CDC's Containment Strategy—aggressive detection and response activities—keeps new or rare forms of antibiotic resistance from spreading. For the "nightmare bacteria" CRE alone, aggressive containment responses could prevent 1,600 cases in just one state over three years.¹



Revised Dec. 2019

Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019

9



Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019

薬剤耐性菌対策としての地域連携の意義

Facilities work together to protect patients.

Common Approach (Not enough)

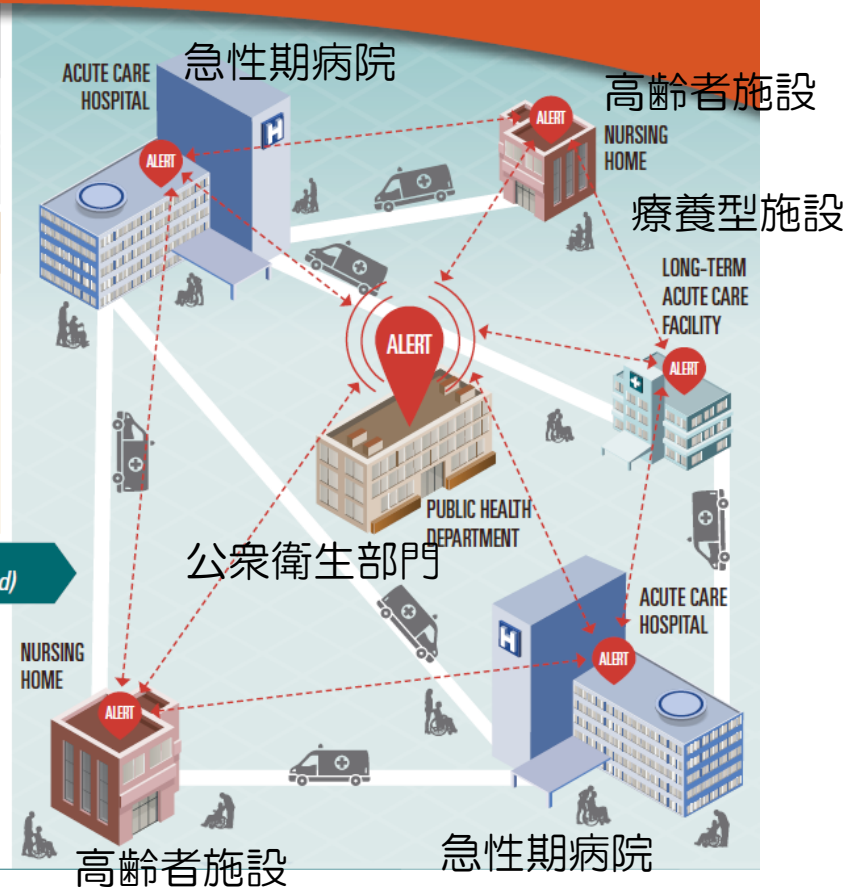
- Patients can be transferred back and forth from facilities for treatment without all the communication and necessary infection control actions in place.

Independent Efforts (Still not enough)

- Some facilities work independently to enhance infection control but are not often alerted to antibiotic-resistant or *C. difficile* germs coming from other facilities or outbreaks in the area.
- Lack of shared information from other facilities means that necessary infection control actions are not always taken and germs are spread to other patients.

Coordinated Approach (Needed)

- Public health departments track and **alert** health care facilities to antibiotic-resistant or *C. difficile* germs coming from other facilities and outbreaks in the area.
- Facilities and public health authorities share information and implement shared infection control actions to stop spread of germs from facility to facility.

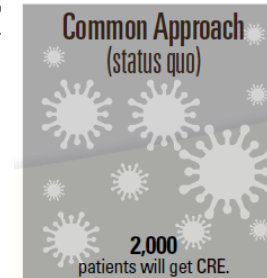


• 個別の感染対策強化

• 耐性菌の情報共有なし

• 行政の耐性菌追跡・警告

• 医療施設間・行政による情報共有



CRE will impact 12% of patients.

12%



CRE will impact 8% of patients.

8%



CRE will impact 2% of patients.

2%

*患者が行き来する地域において、10施設にカルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CRE) が入り込んだと想定し、5年後に予想されるCREの拡がり

CDC. Vital Signs, August 2015

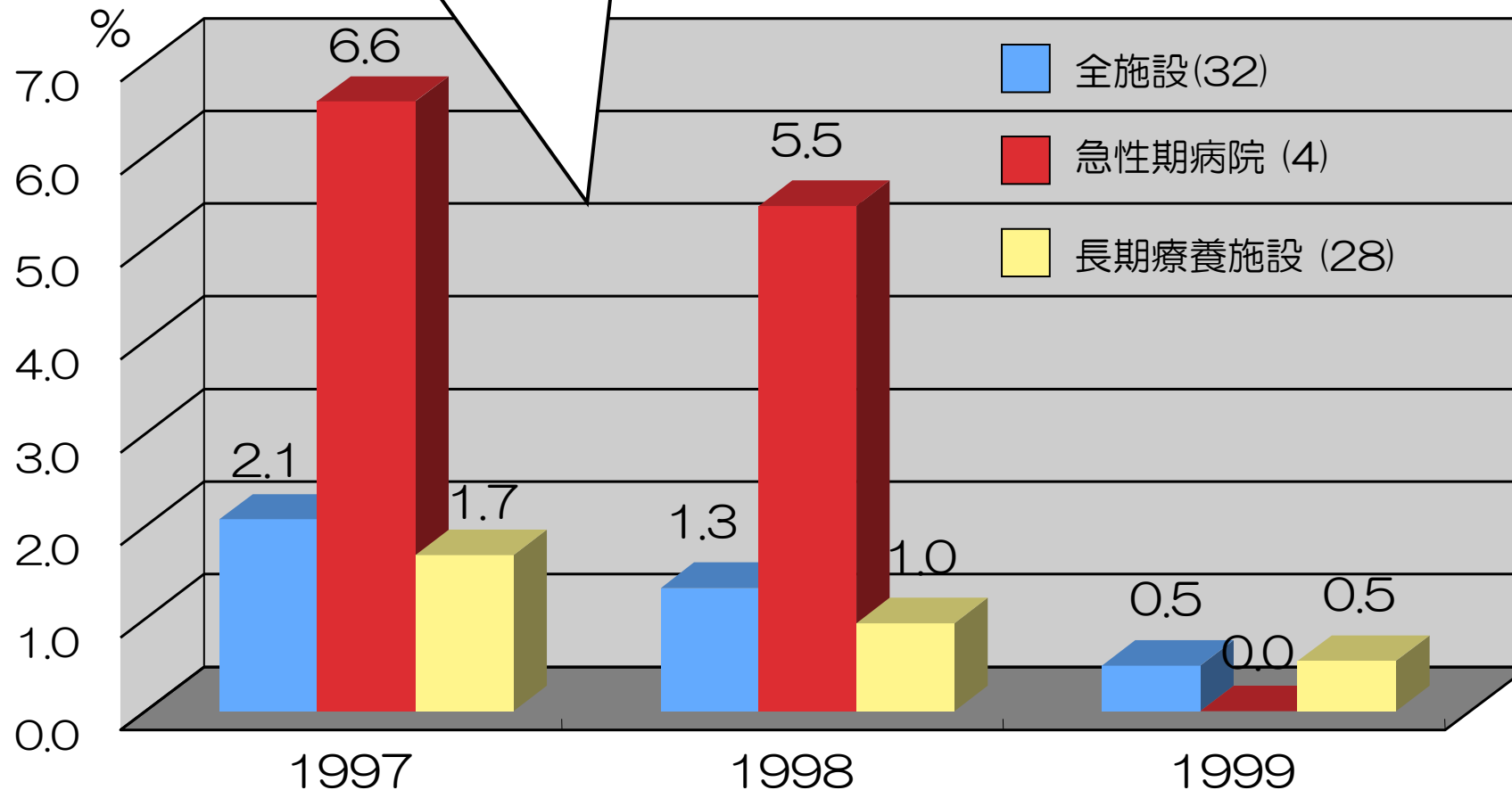
(<http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2015-08-vitalsigns.pdf>)

米国Siouxland地域におけるVRE対策

VRE: バンコマイシン耐性腸球菌

アイオワ州 Siouxland地域
人口 = 135,000 人

積極的監視培養 + 感染管理徹底
+ 教育 + 施設間連携



感染症は

- どの医療施設でも、常に発生しうる
 - すべての施設で、平時/普段からの対応が必要
 - 周囲に拡大しうる
 - 早期の把握・対応が重要
 - (緊急時には迅速な状況把握・厳重な対応が必要)
 - 1施設にとどまらない可能性
- ↕
- 専門人材の偏り/施設により体制の違いがある
 - 人材や体制を持つ施設・組織からのサポートが重要

感染対策における地域ネットワークの流れ

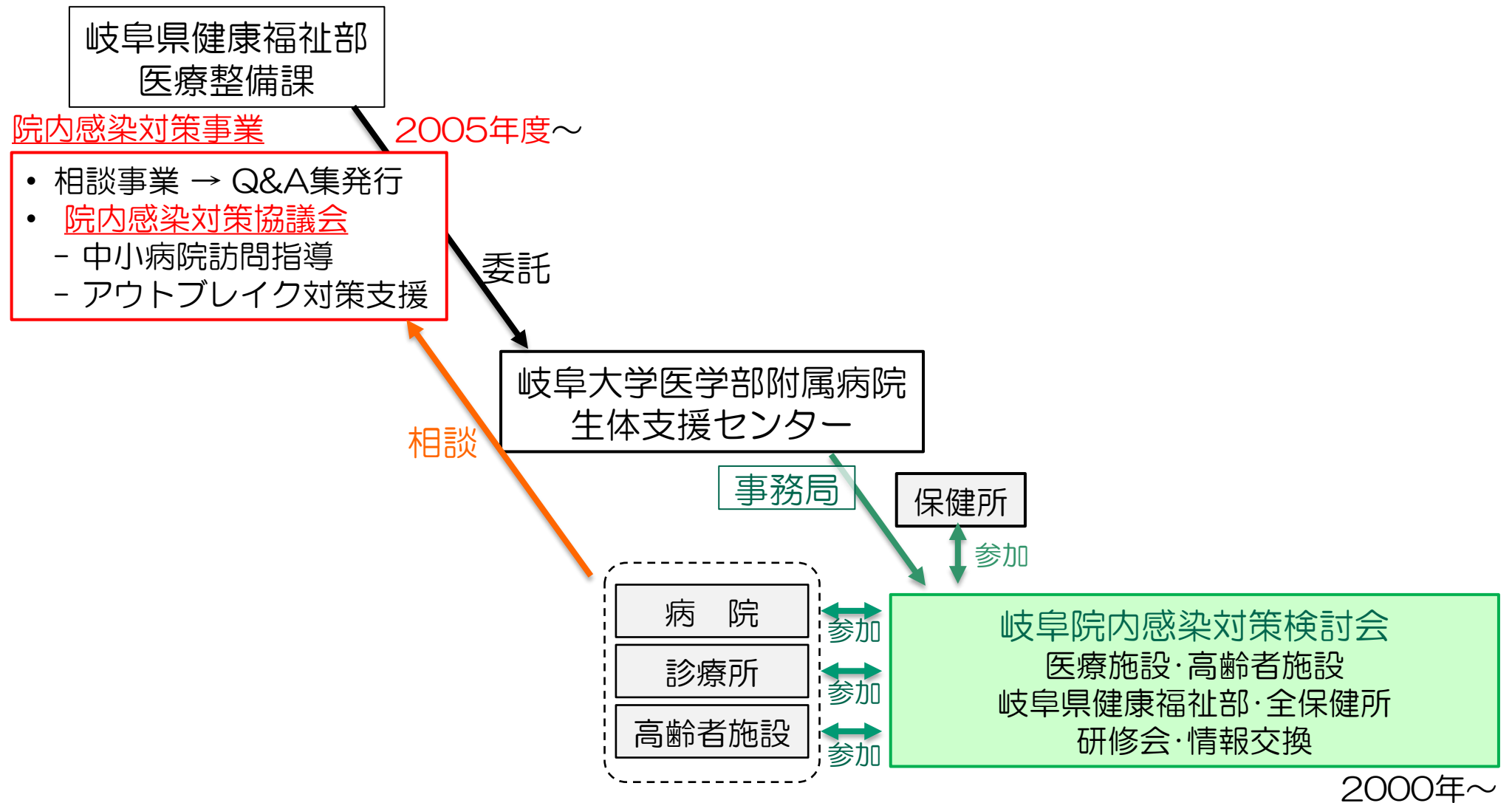
2002年～2003年

- 厚生労働省 院内感染対策有識者会議
- 報告書（2003年9月）

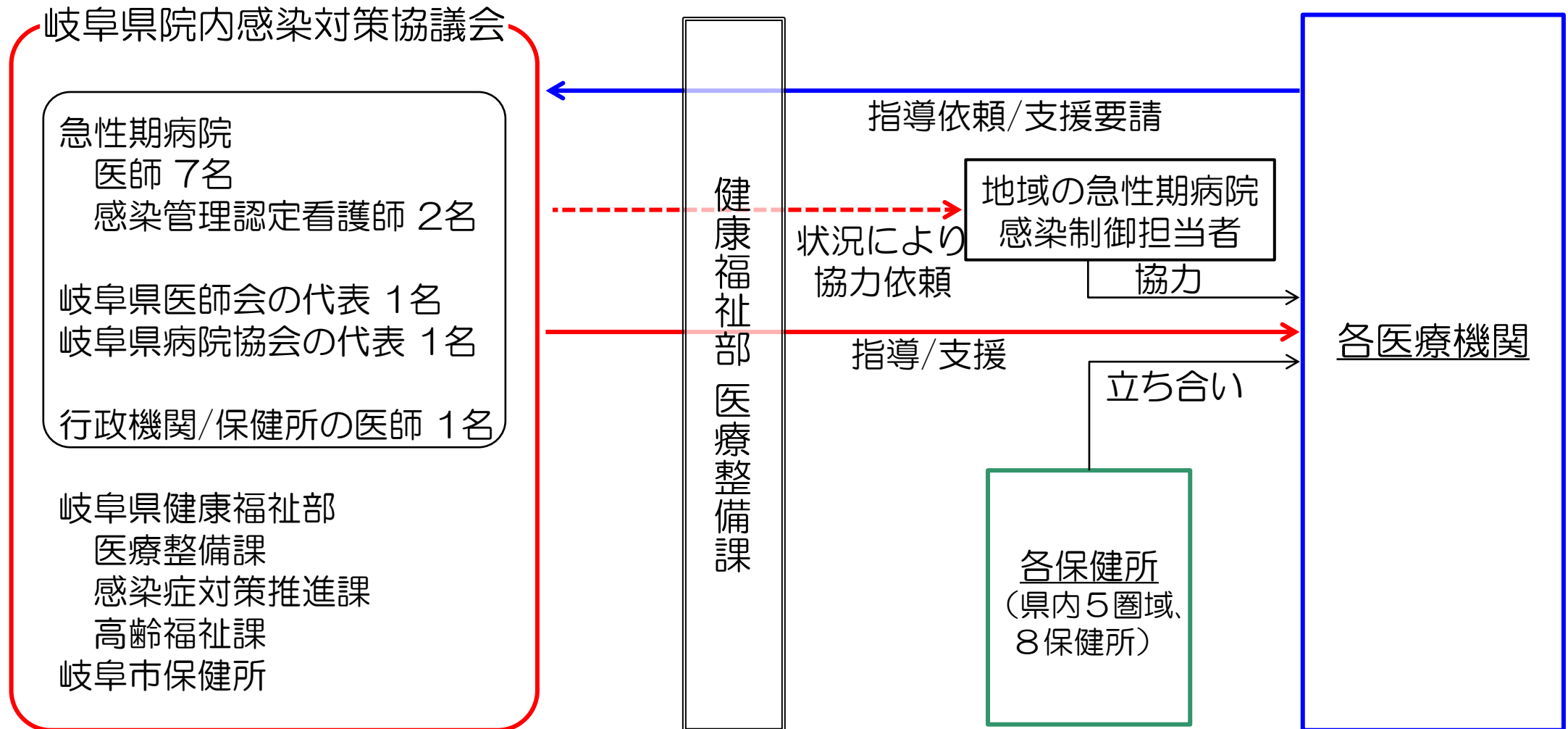
2004年

- 厚生労働省 院内感染対策地域支援ネットワーク事業
 - ・モデル事業として全国8県（青森、埼玉、静岡、富山、滋賀、岡山、香川、鹿児島）で開始

岐阜県の感染対策における地域連携



岐阜県院内感染対策協議会



感染対策における地域ネットワークの流れ

2002年～2003年

- 厚生労働省 院内感染対策有識者会議
- 報告書（2003年9月）

2004年

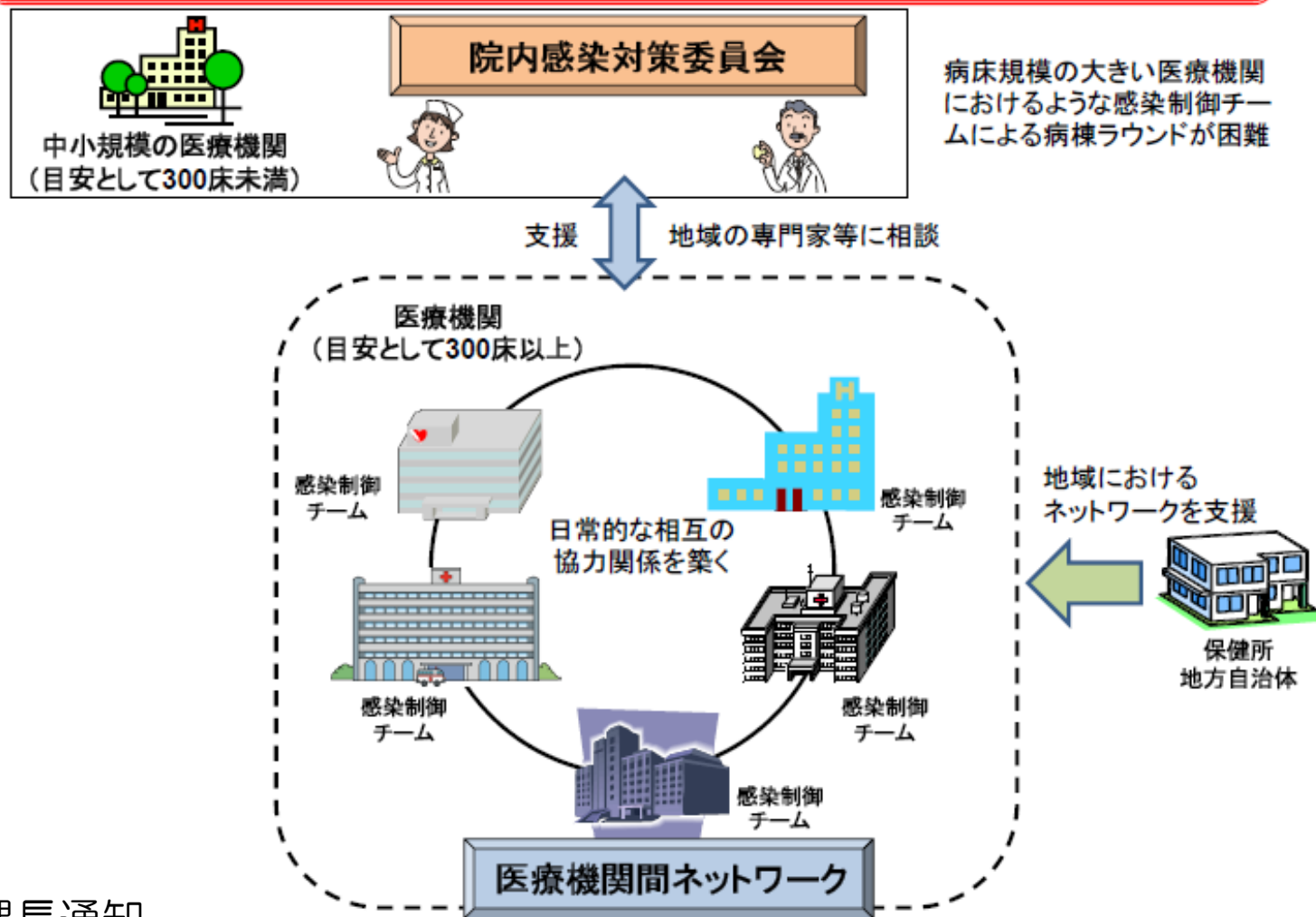
- 厚生労働省 院内感染対策地域支援ネットワーク事業
 - ・モデル事業として全国8県（青森、埼玉、静岡、富山、滋賀、岡山、香川、鹿児島）で開始

2005年～2010年

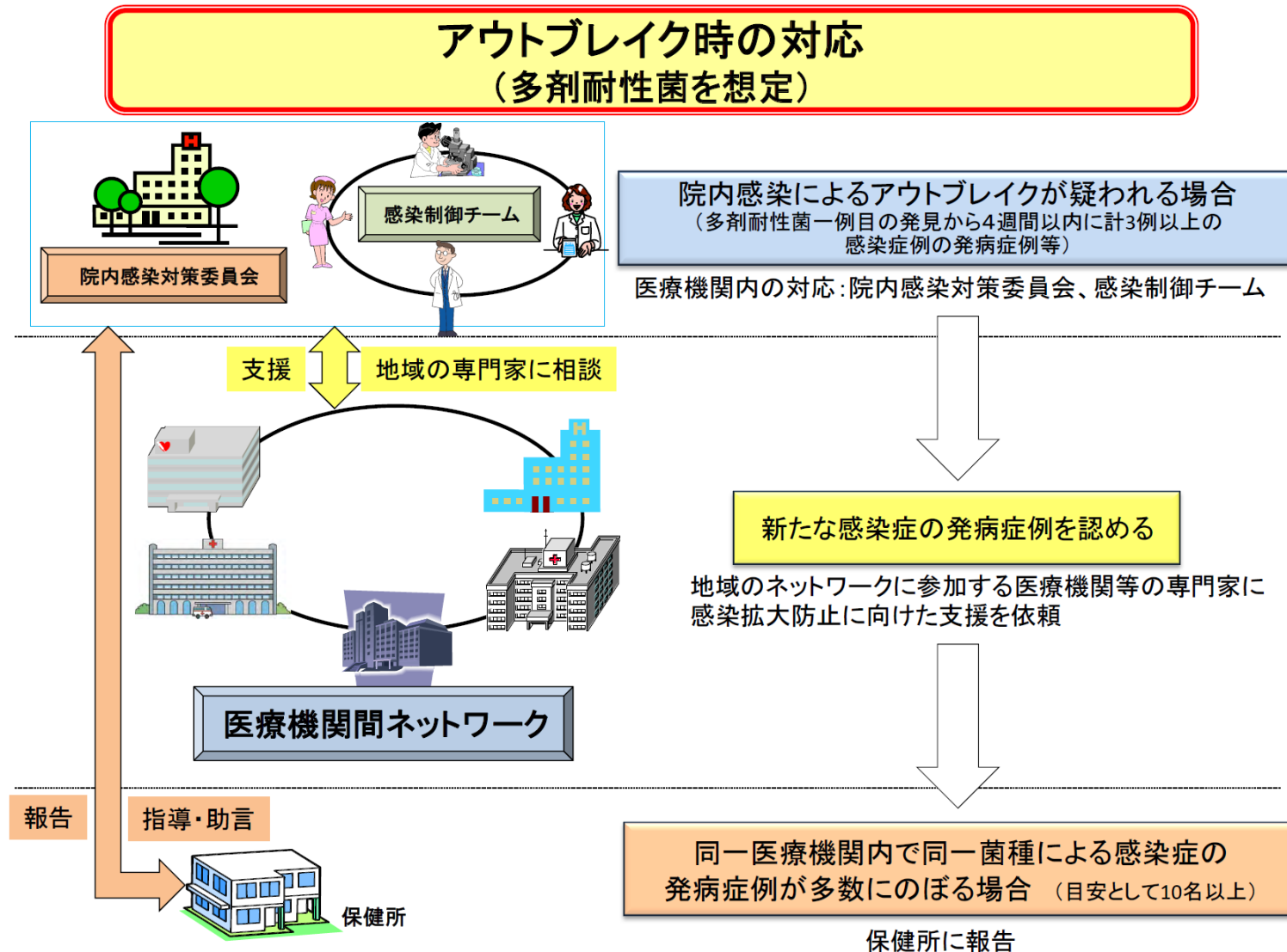
- 厚生労働省 院内感染対策中央会議
- 提言（2011年2月8日）

感染対策における地域ネットワーク

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



アウトブレイク時の対応・地域連携



アウトブレイクとは

- ある一定期間に、
ある限定した場所/人に
通常予測される以上の感染例
が発生すること

普段発生していないものなら1例でもアウトブレイク

⇒ “普段” を把握していることが必要

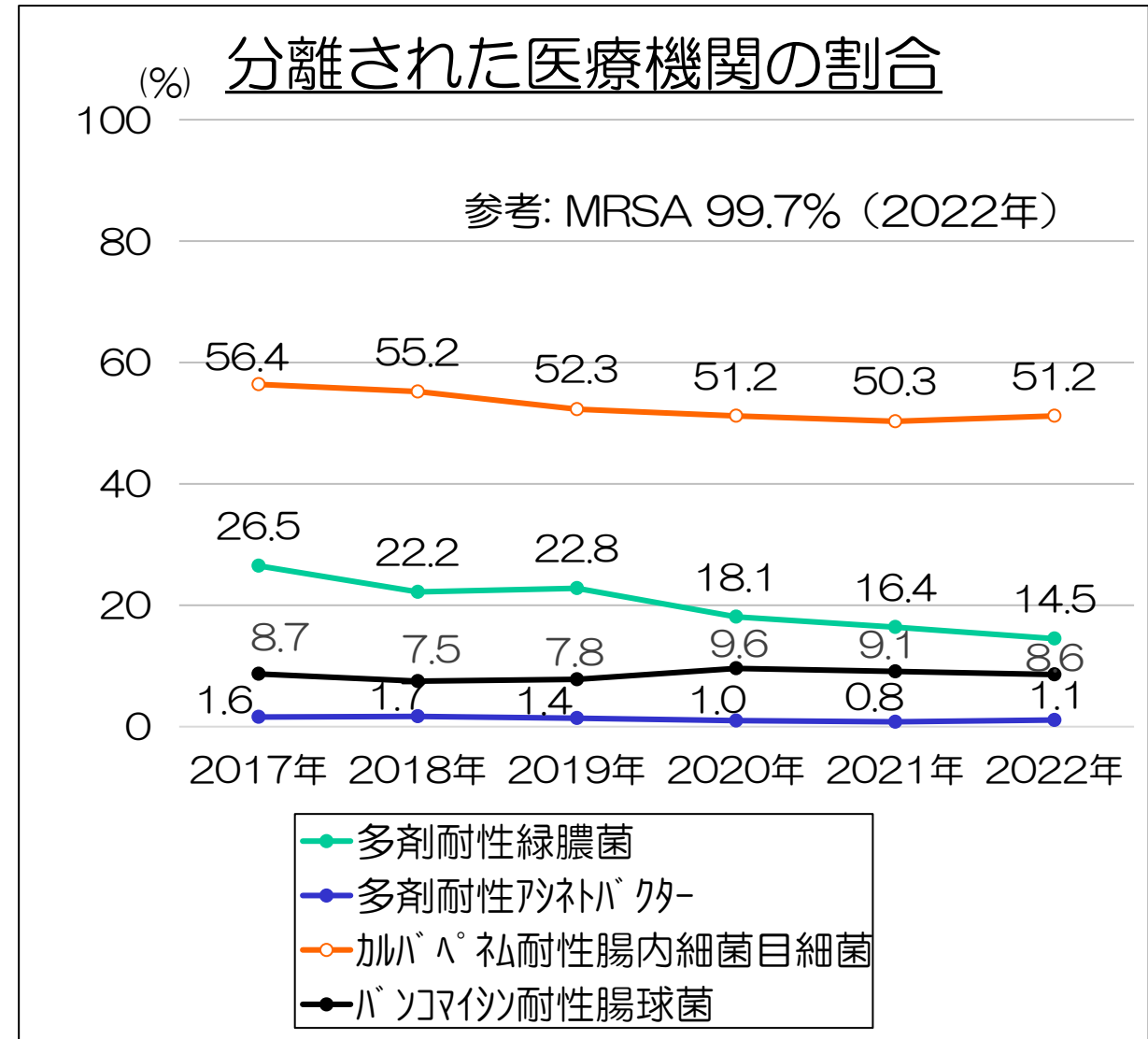
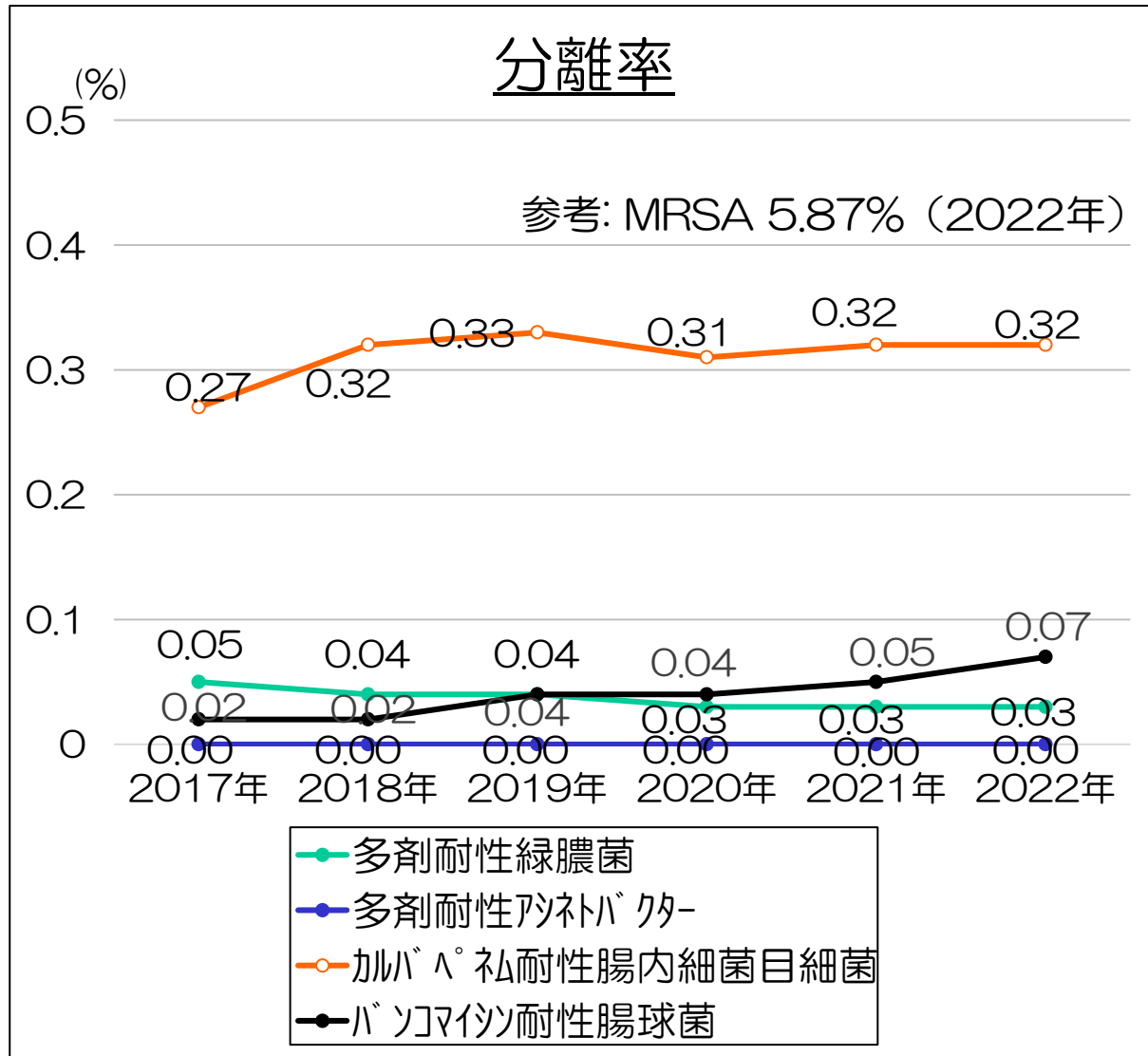
= サーベイランスの重要性

アウトブレイクとは

- 一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態
(日常的なサーベイランスの中で各医療機関が判断)
- 以下の時には、アウトブレイクに準じて対応
 - 4週間以内に、同一病棟で同一菌種の感染例3例以上、同一医療機関で同一菌株と思われる感染例が計3例以上
 - 以下の5つの多剤耐性菌は、保菌も含め1例目から嚴重な対策が必要
 - カルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CRE)
 - バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VRSA)
 - 多剤耐性緑膿菌 (MDRP)
 - バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)
 - 多剤耐性アシネトバクター属 (MDRA)

厚生労働省 医政局地域医療計画課長通知
「医療機関における院内感染対策について」
(2014年12月19日) より

薬剤耐性菌の分離状況



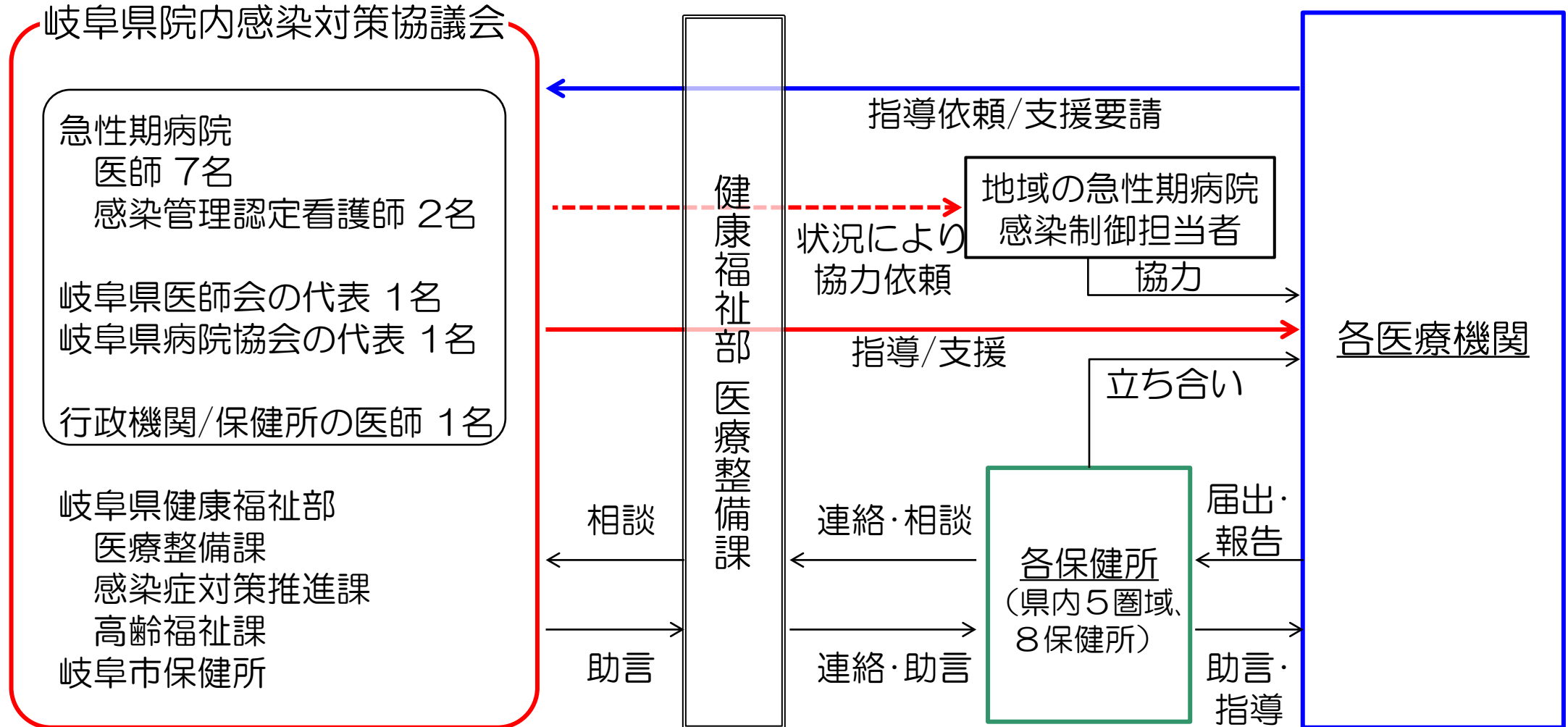
アウトブレイクへの対応

- 日常的なサーベイランスから判断
 - JANISなどのデータと比較
- アウトブレイクと判断したら
 - 速やかに疫学調査、嚴重な感染対策を開始
 - CRE、VRSA、VRE、MDRP、MDRAは、保菌を含め1例でアウトブレイクに準じて嚴重な感染対策
- 新たな症例を認めたら
 - 協力関係にある地域ネットワークに参加する医療機関に支援依頼
- 管轄保健所への報告
 - 10例以上（目安）、または死亡例
 - そこにまで至らなくても医療機関の判断で
- 保健所は
 - 調査(当該施設の対応やネットワークに参加する医療機関の支援など)
 - 都道府県、政令市等と連携
 - 地方衛生研究所と連携
 - 薬剤耐性遺伝子
 - 菌の遺伝的同一性

厚生労働省 医政局地域医療計画課長通知

「医療機関における院内感染対策について」（2014年12月19日）より

岐阜県院内感染対策協議会



感染防止対策加算・地域連携加算

院内における感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) **感染防止対策加算1** 400点(入院初日)

(新) **2** 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

[施設基準]

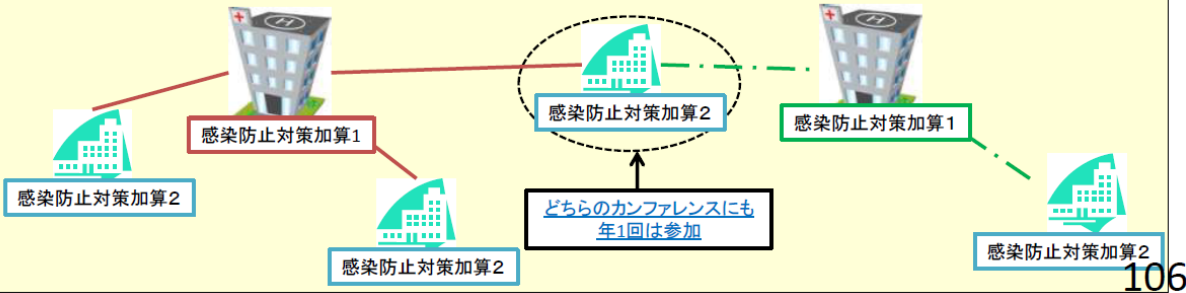
感染防止対策加算1(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

○ 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と**年4回以上合同カンファレンスを開催**していること。

感染防止対策加算2

① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、**研修要件及び専従要件を緩和したチーム**を作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。

② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催する**カンファレンスに年4回以上参加**すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)



カンファレンスの内容について、疑義解釈では“例えば”

- **薬剤耐性菌等**の検出状況
- 感染症**患者の発生**状況
- 院内**感染対策の実施**状況(手指消毒剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等)
- **抗菌薬の使用**状況等 情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有するとしている

感染防止対策の相互評価について

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

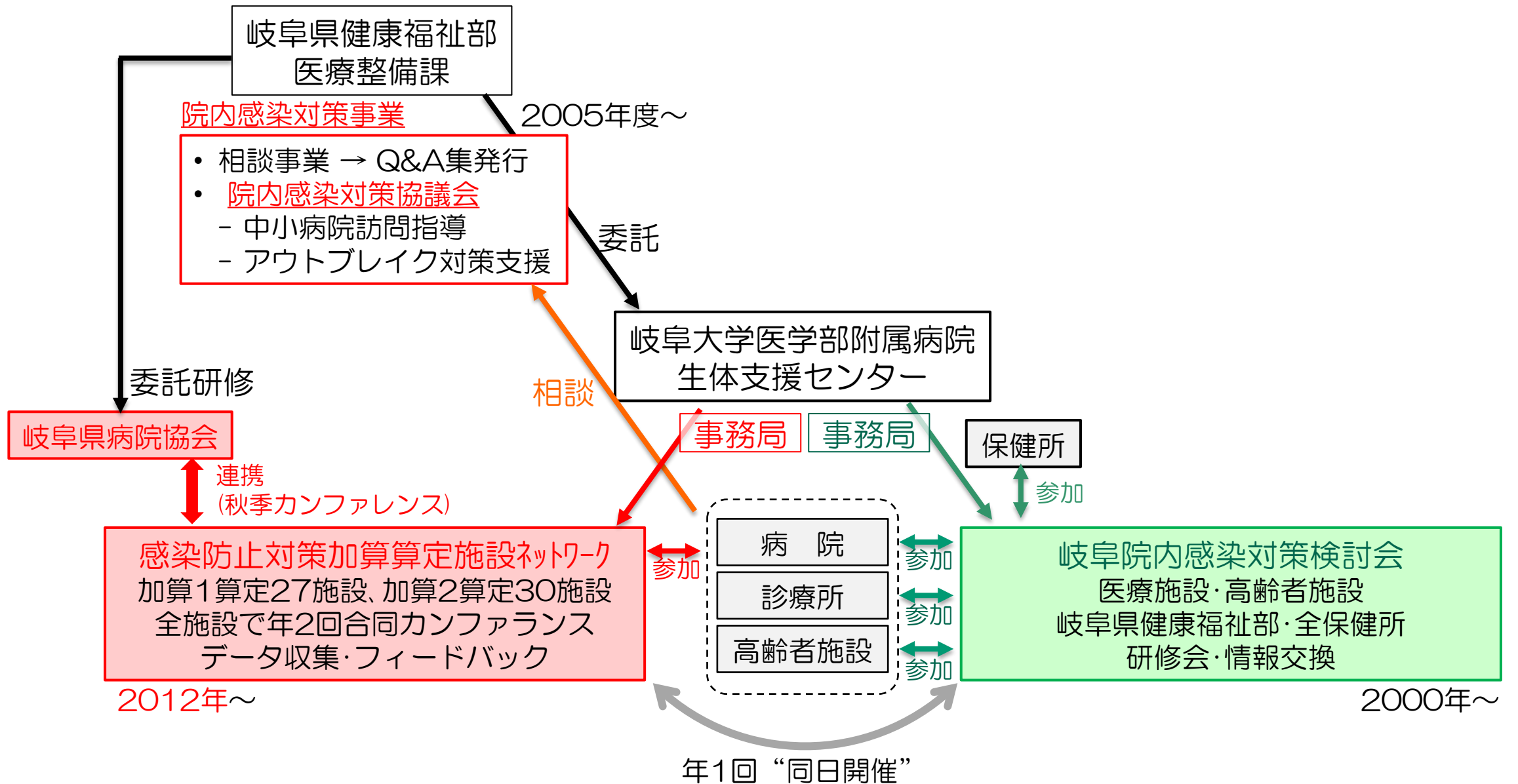
(新) **感染防止対策地域連携加算** 100点(入院初日)

[算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に**赴いて感染防止対策の体制を評価**すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する**評価を受ける**こと。



岐阜県の感染対策における地域連携

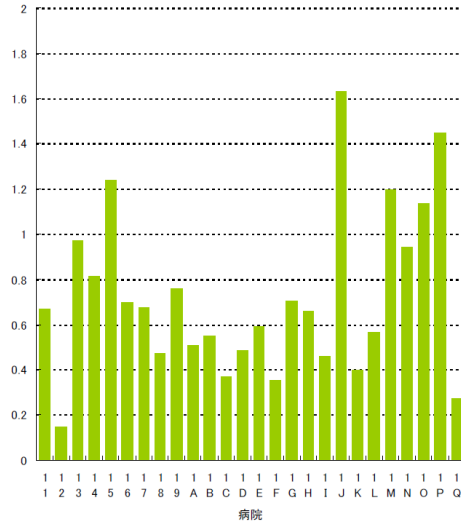


データの収集・解析 (サーベイランス)

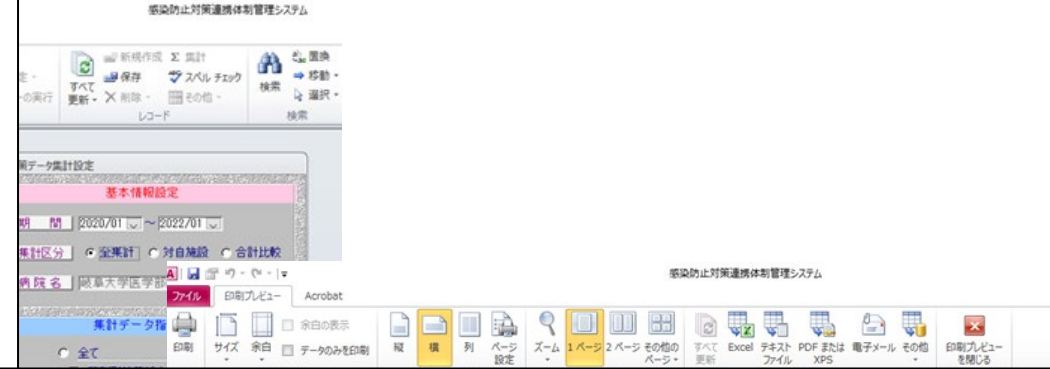
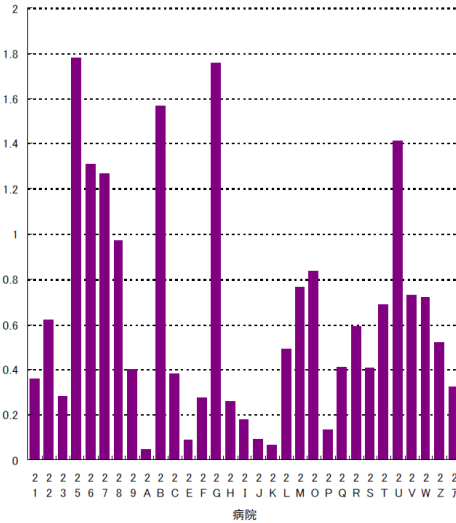
MRSA新規検出率 (/1000Pt-days)

期間：2018年2月～2019年7月

加算1施設



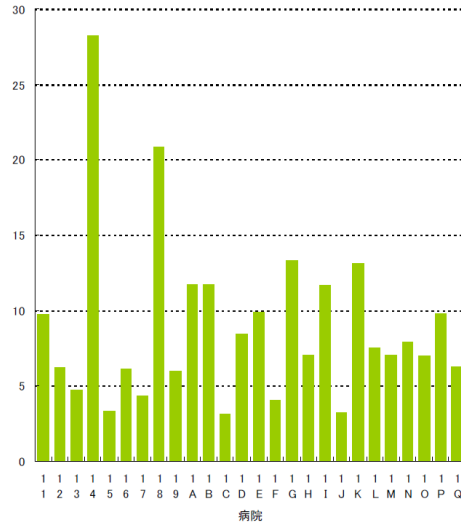
加算2施設



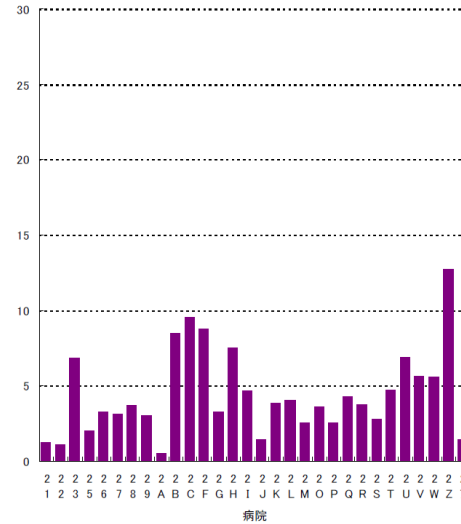
手指消毒用アルコール使用回数 (/1患者あたり)

期間：2018年8月～2019年7月

加算1施設



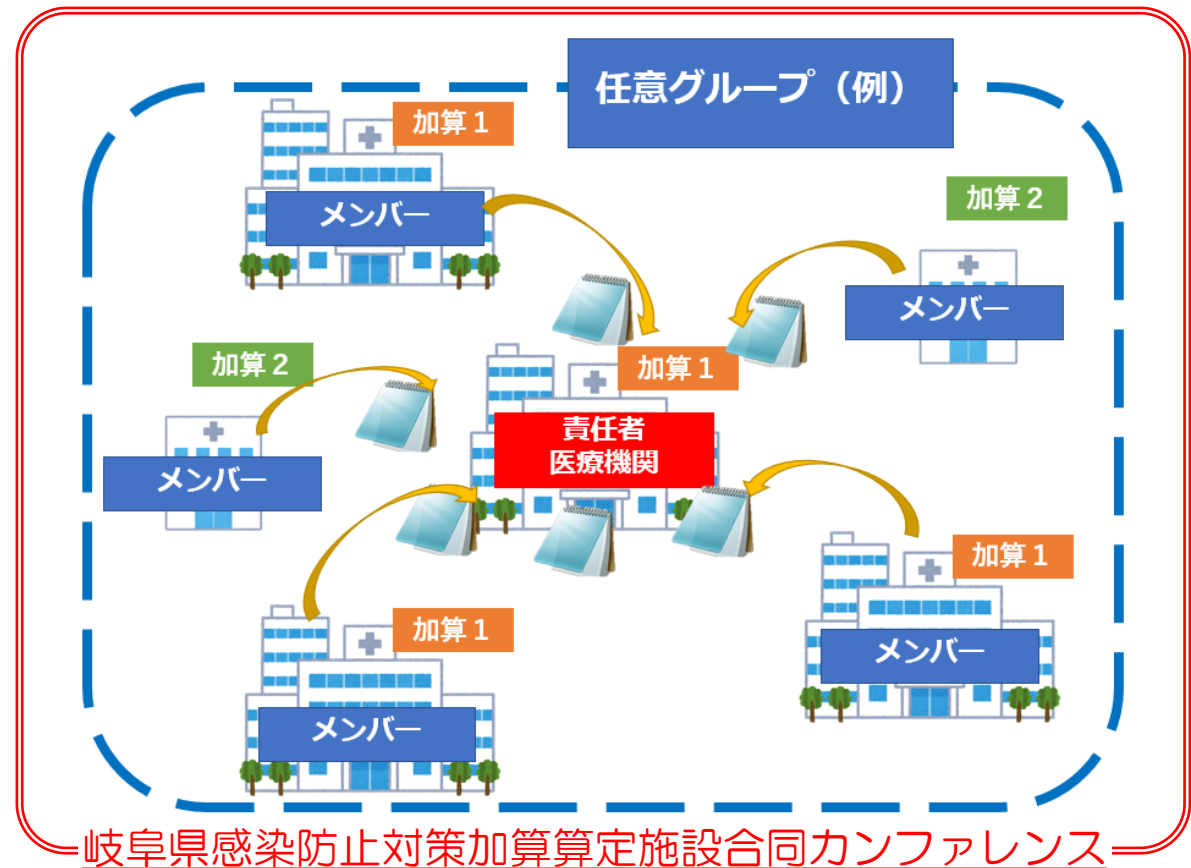
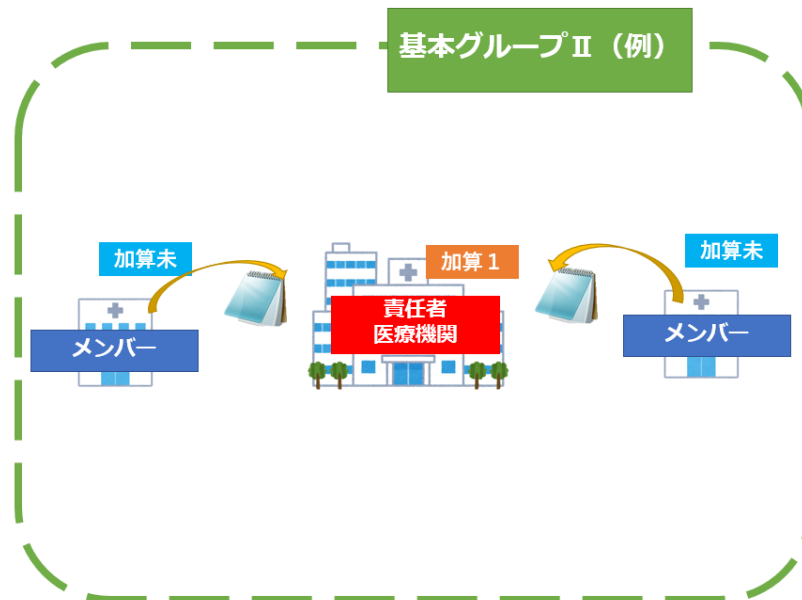
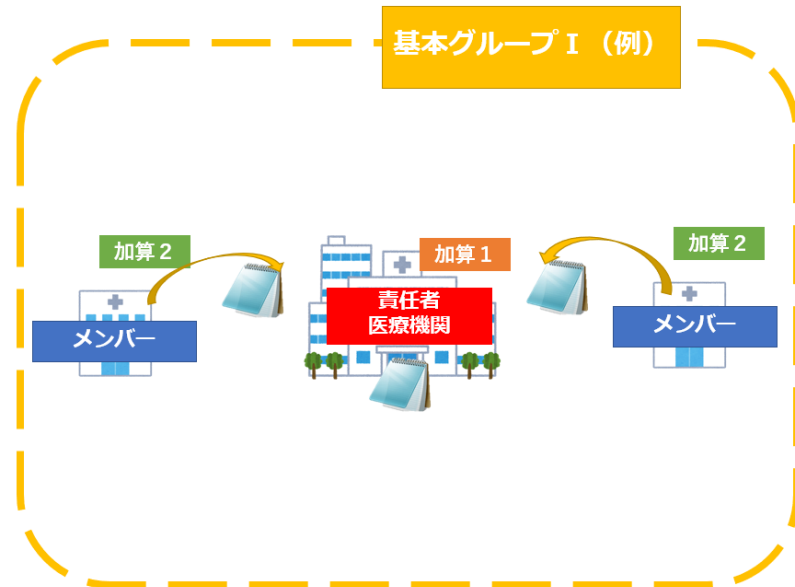
加算2施設



薬剤	系統	薬品	使用状況
ペニシリン		ベンジリン アンピ ピペサ アンピシリン ピペサシリン	
1世代セファロスポリン		セファ	
2世代セファロスポリン		セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン	
3世代セファロスポリン		セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン	
4世代セファロスポリン		セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン セフトリアキソン	
オキサセフェム		フルマリン	
モノバクタム		アズトレオナム イミペナム パニペナム カルバペナム	

データ収集をJ-SIPHEに移行

2021年度第2回合同カンファレンス
(2021年11月) から移行



岐阜県感染防止対策加算算定施設合同カンファレンス

感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「J-SIPHEの概要」より

以前のJ-SIPHEの還元情報 (カルバペネム系薬 AUD)

AUD・DOT・AUD/DOT：グループ用

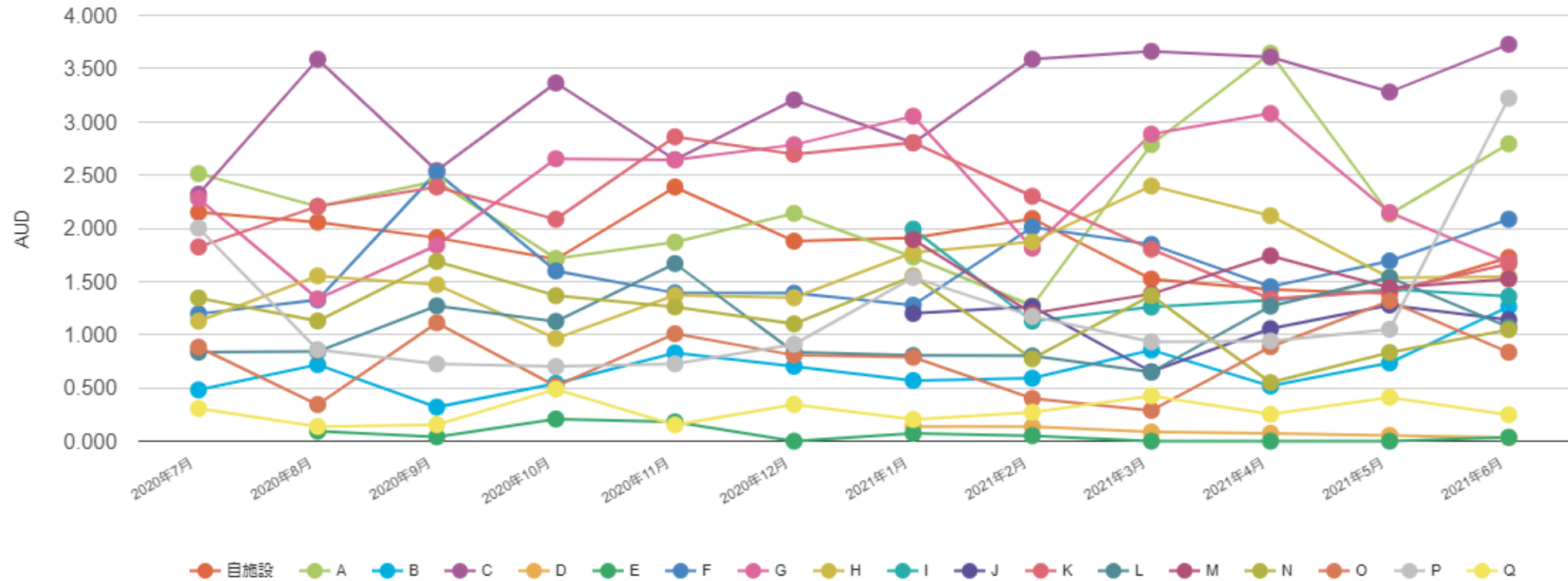
【期間：2020年07月～2021年06月】

表示対象：岐阜県感染防止対策加算合同カンファレンス 比較対象：無し

表示単位：AUD 病棟区分：病院全体

薬剤種別：注射 薬剤グループ：カルバペネム系・薬剤系統/抗菌薬 (5)】

AUD：抗菌薬使用量=DDD÷在院患者延数×100



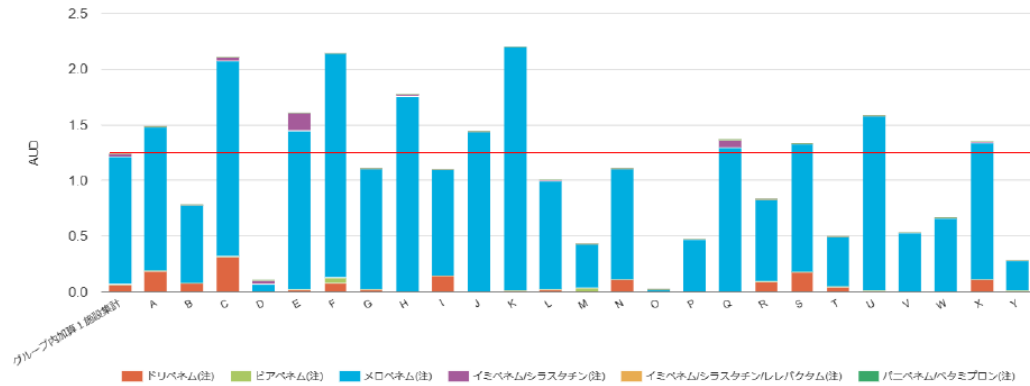
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「還元情報」より (2022年1月作図)

システムアップデートにより現在は

抗菌薬AUD カルバペネム系

2022年7月~12月

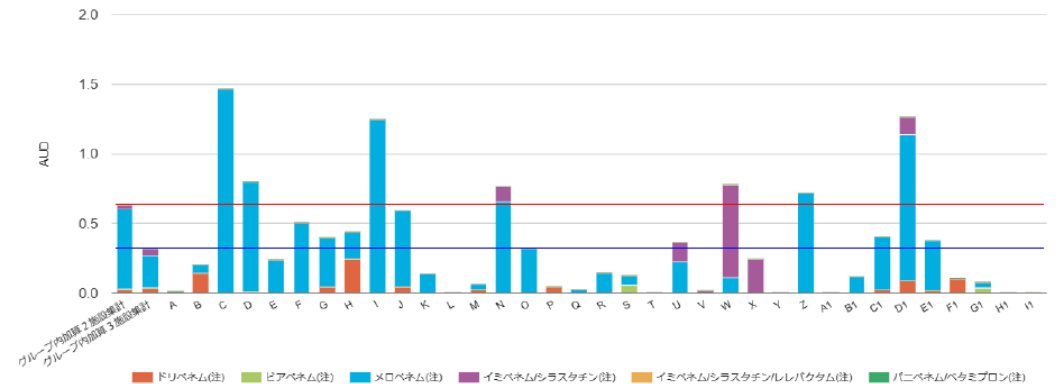
加算1算定施設



抗菌薬AUD カルバペネム系

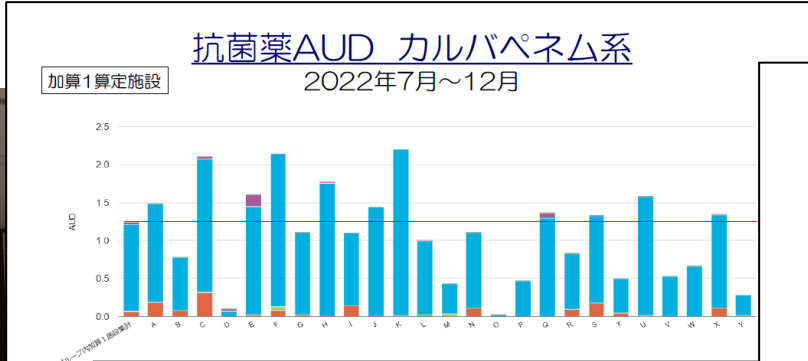
2022年7月~12月

加算2・3算定施設

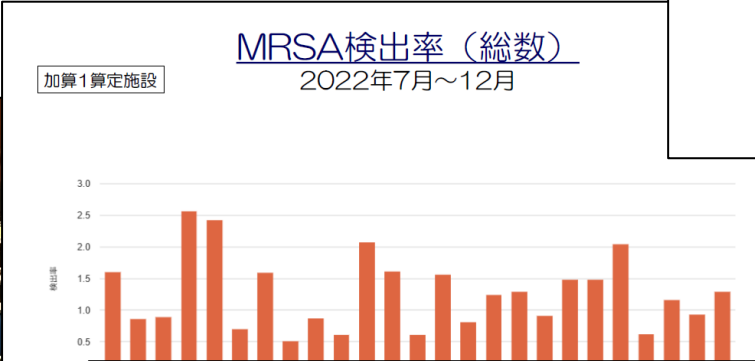


感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「還元情報」より (2023年5月作図)

COVID-19以降はカンファレンスも



事前アンケートで挙げられた
質問・検討課題



抗菌薬使用状況・動向のフィードバックについて

- 抗菌薬使用動向については、感染対策委員会など院内で報告していると思いますが、それ以外にどのようなフィードバックをしていますか？
(例えば、医局会やカンファレンス時に出すなど、特に医師に対する工夫)



地域におけるCOVID-19に対する体制について

- 高齢者施設等でCOVID-19と診断され、入院基準には該当しないが、施設では対応できないため受け入れ依頼があった場合、保健所に相談するよう促していますが、他の医療機関ではどのように対応されていますか？
- 高齢者施設などへのサポート体制はどのようになっていますか？
- COVID-19隔離期間終了後の後方支援病院への転院調整はどのようにされていますか？

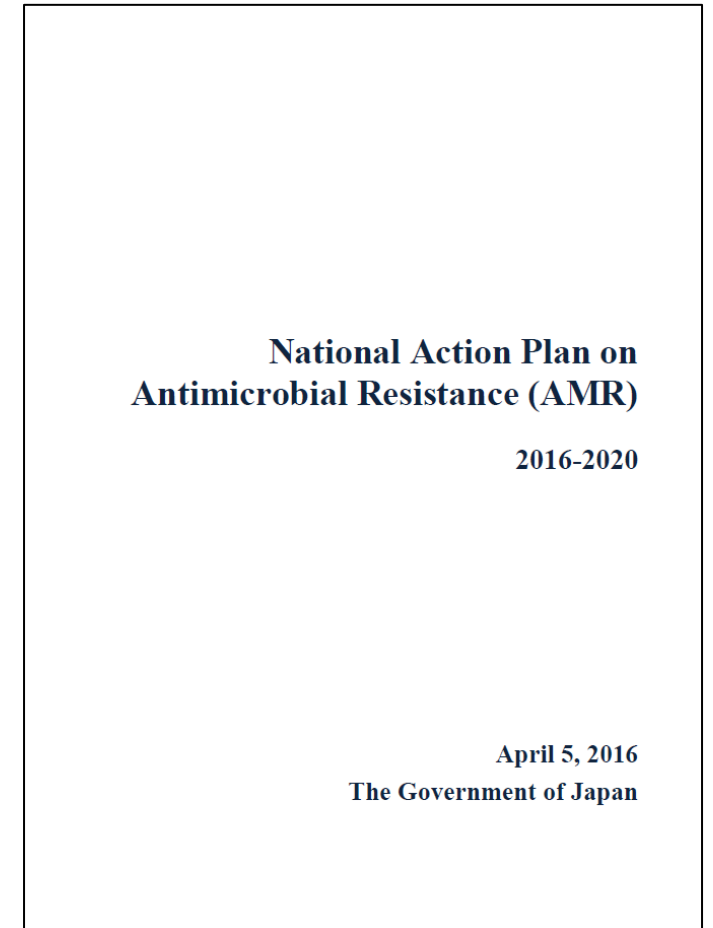
薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン



WHO Action Plan
(2015年5月)



わが国のAMR対策アクションプラン
(2016年4月)



薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (概要)

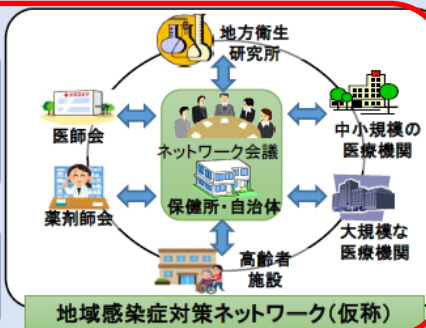
感染予防・管理

地域感染症対策ネットワーク(仮称)整備に向けた取組の推進

▶地域における感染予防・管理等に一体的に取り組むため、関係機関(医療機関、診療所、薬局、高齢者施設、保健所、地方衛生研究所等)の地域におけるネットワークを形成

薬剤耐性感染症専門家の人的基盤の構築

▶研究機関や医療機関から専門家を派遣するための人的基盤を構築し、感染拡大の際の対応能力を強化



畜水産・獣医療分野の取組の推進

▶家畜の伝染病予防対策を示した「飼養衛生管理基準」の遵守の徹底
 ▶安全な畜産物を生産するための対策を示した「生産衛生管理ハンドブック」の普及・徹底
 ▶家畜用、養殖水産動物用及びペット用ワクチンの使用の推進

研究開発・創薬

新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究の推進

▶日本医療研究開発機構 (AMED) 等を中心とした、新たなワクチン・診断薬・治療薬・検査法の研究開発の推進
 ▶国立感染症研究所における薬剤耐性に関する遺伝子情報収集体制に加え、動物医薬品検査所に遺伝子情報収集体制を構築

産学官連携推進会議(仮称)の設置

▶医薬品・医療機器関連団体、大学、公的研究機関、関係省庁等の連携により、予防・診断・治療法の研究開発、薬剤耐性の発生・伝播の解明に関する研究を推進

抗菌薬の開発促進策の検討・実施

▶市場性の低い薬剤耐性感染症に対する新薬の開発を促進するため、優先審査制度を創設するとともに、「開発途上国の感染症対策に係る官民連携会議(仮称)」において、新たな制度の実施を含め、開発促進策のあり方を検討

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

▶WHO及びOIE (国際獣疫事務局)等のAMRIに対する国際的な取組の強化を支援
 ▶WHO、FAO (国連食糧農業機関)、OIE等との協力の下、2016年4月に我が国で「AMRアジア閣僚級会合」を開催し、アジア太平洋地域におけるAMR対策を推進



▶本年、G7議長国として、AMRIに関する国際的な取組を強化することとし、開発途上国における自国の行動計画の策定・履行を支援するとともに、AMRIに資する研究開発を推進

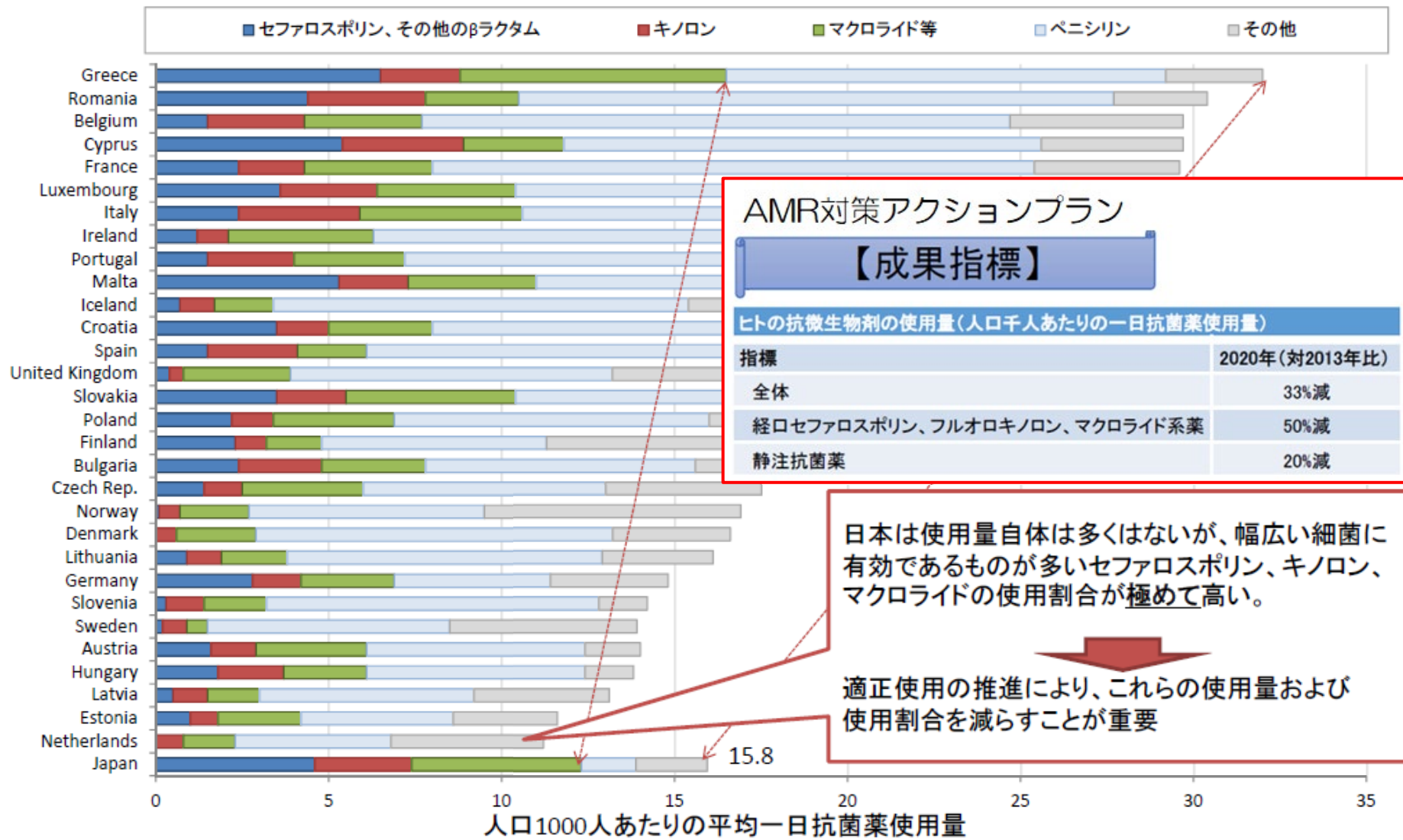
【成果指標】

ヒトの抗微生物剤の使用量(人1000人あたり一日抗菌薬使用量)		主な微生物の薬剤耐性率(医療分野)			主な微生物の薬剤耐性率(畜産分野)		
指標	2020年(対2013年比)	指標	2014年	2020年(目標値)	指標	2014年	2020年(目標値)
全体	33%減	肺炎球菌のペニシリン耐性率	48%	15%以下	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45%*	33%以下
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	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	1.5%*(G7各国とほぼ同水準)	2020年におけるG7各国の数値と同水準
静注抗菌薬	20%減	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	4.7%*(G7各国とほぼ同水準)	2020年におけるG7各国の数値と同水準
		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			

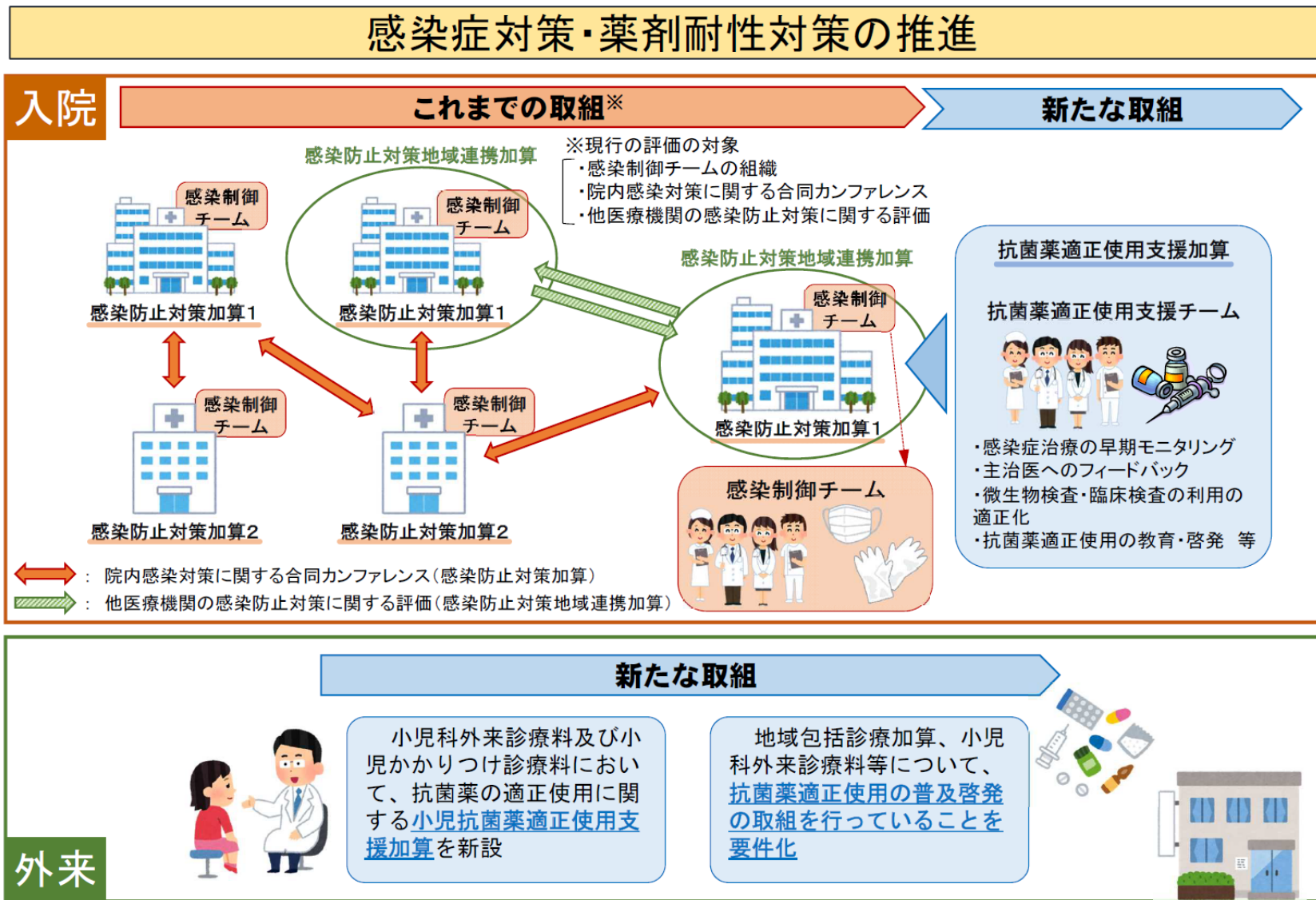
*牛、豚及び肉用鶏由来の大腸菌の平均

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

わが国の抗菌薬使用状況(ヨーロッパ諸国との比較)

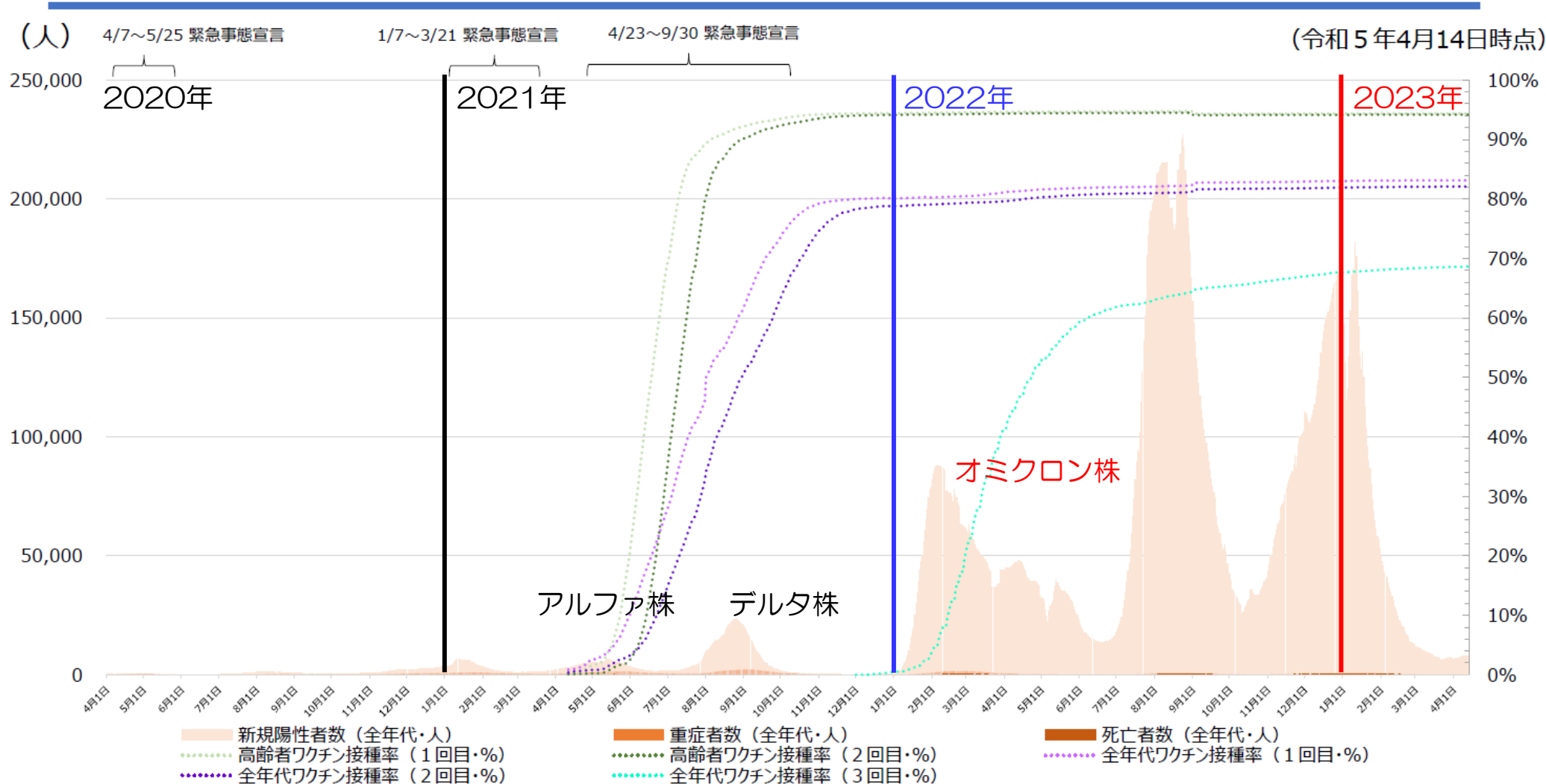


感染防止対策加算・抗菌薬適正使用支援加算



2020年以降のCOVID-19対応の経験

全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率



感染対策向上加算/外来感染対策向上加算

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

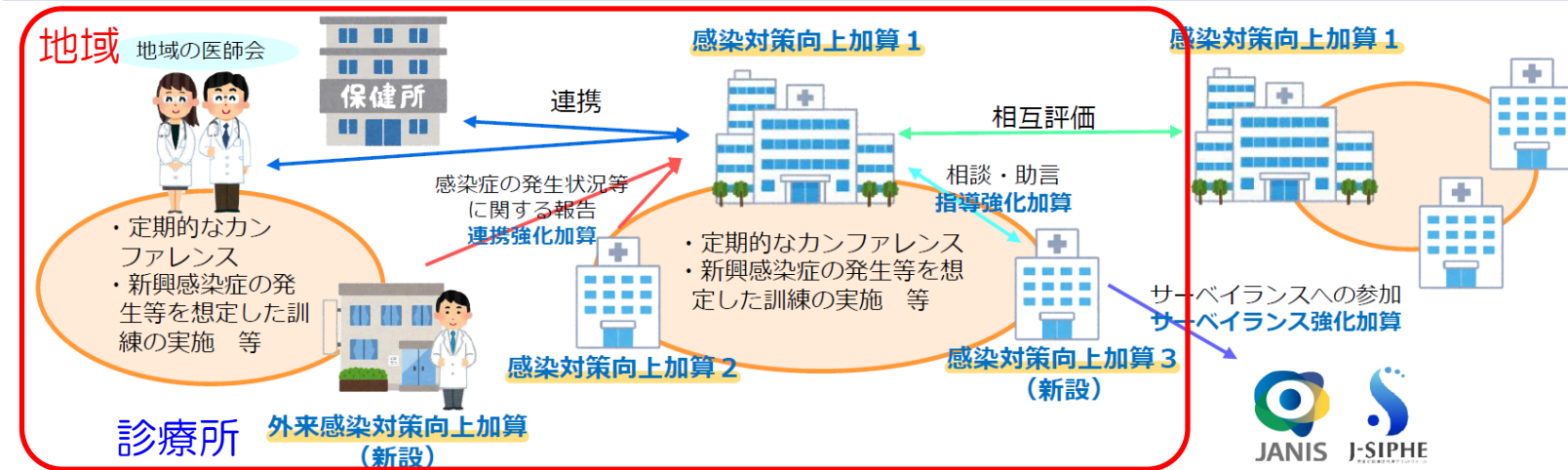
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】	(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2	感染対策向上加算 2
(新設)	感染対策向上加算 3
390点	710点 (入院初日)
90点	175点 (入院初日)
	75点 (入院初日、90日毎)

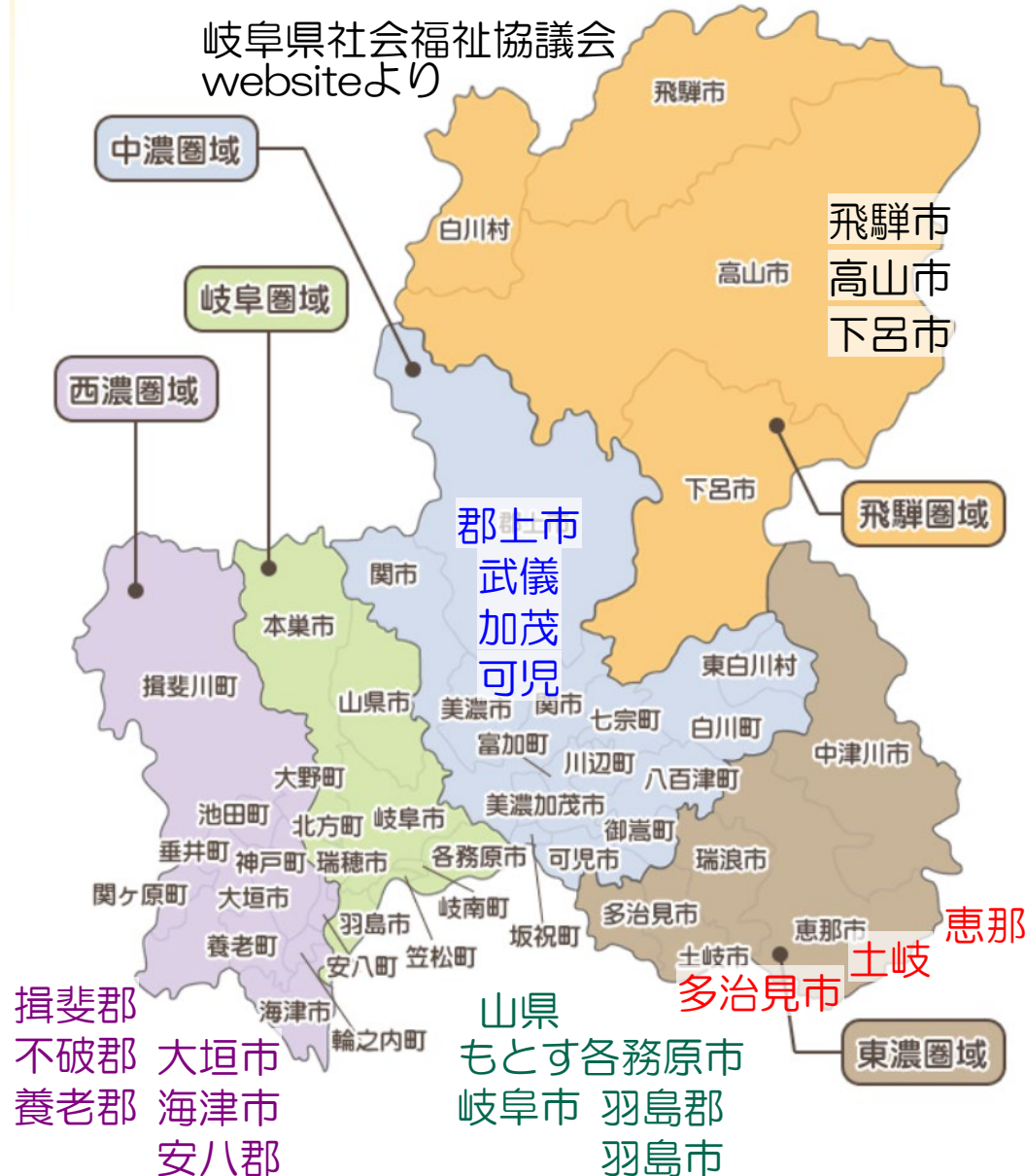
- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



岐阜県の5圏域・8保健所・22地域医師会

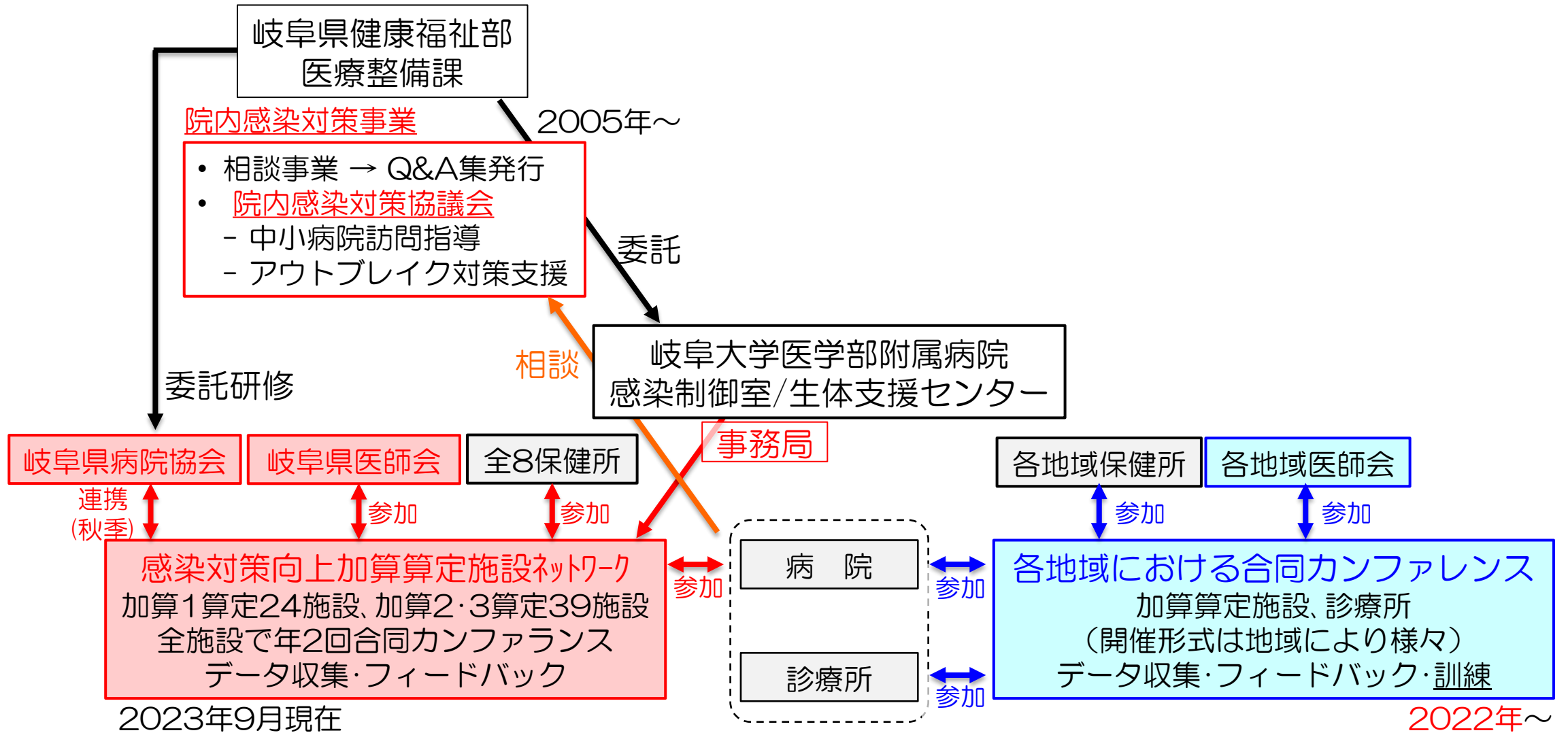


8保健所と所管市町村

圏域	保健所	市町村
岐阜	岐阜市	岐阜市
	岐阜	羽島市、各務原市、山県市、瑞穂市、本巣市、岐南町、笠松町、北方町
西濃	西濃	大垣市、海津市、養老町、垂井町、関ヶ原町、神戸町、輪之内町、安八町、揖斐川町、大野町、池田町
	関	関市、美濃市、郡上市
中濃	可茂	美濃加茂市、可児市、坂祝町、富加町、川辺町、七宗町、八百津町、白川町、東白川村、御嵩町
	東濃	多治見市、瑞浪市、土岐市
東濃	恵那	中津川市、恵那市
	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村

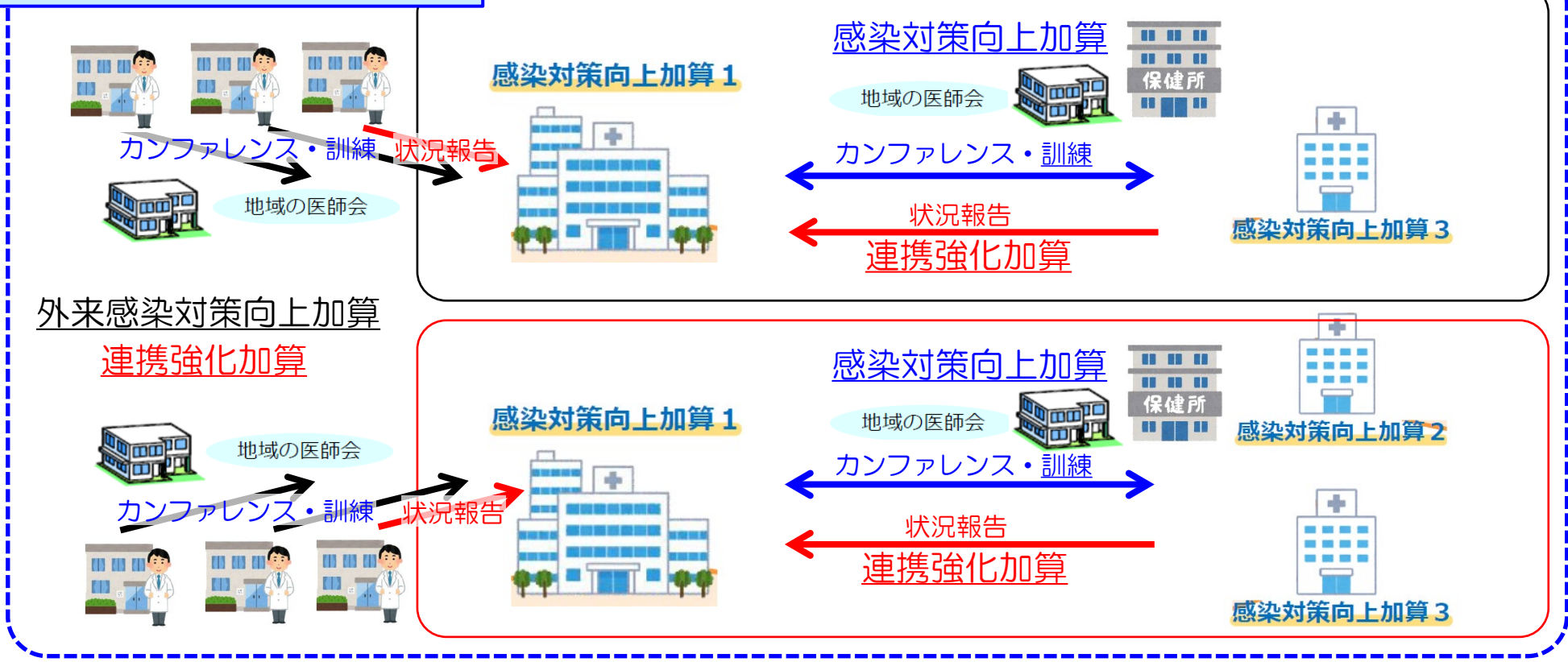
岐阜県websiteより

岐阜県の感染対策における地域連携



岐阜市周辺における感染対策向上加算

岐阜市感染対策地域連携カンファレンス
医師会・保健所・診療所・加算1算定6施設



外来感染対策向上加算

連携強化加算

連携強化加算の内容について、疑義解釈では“例えば”

- 感染症法に係る感染症の発生件数
- 薬剤耐性菌の分離状況
- 抗菌薬の使用状況
- 手指消毒薬の使用量等

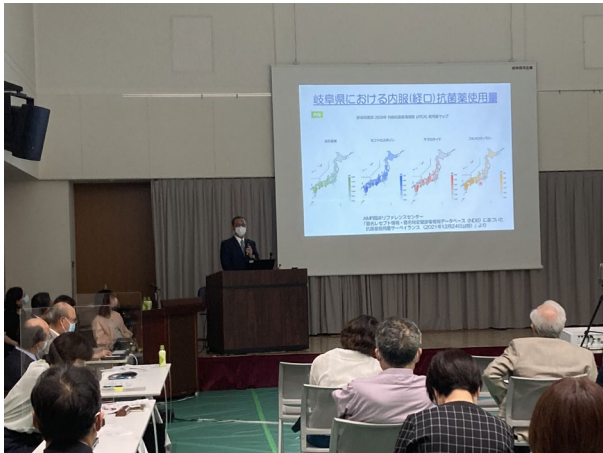
に加え、院内アウトブレイクの対応状況 としている

カンファレンスの内容について、疑義解釈では“例えば”

- 薬剤耐性菌等の検出状況
- 感染症患者の発生状況
- 院内感染対策の実施状況（手指消毒剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）
- 抗菌薬の使用状況等

の情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有する としている

岐阜市感染対策地域連携カンファレンス



サル痘疑い患者の対応について

- ・サル痘疑い患者の診療の際、隔離の必要性や、体液付着等をどこまで防止すべきでしょうか？

抗微生物薬適正使用の手引き

抗微生物薬適正使用の手引き
第二版

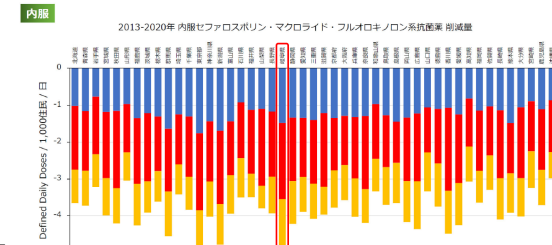
目次

1. はじめに
2. 抗微生物薬適正使用の原則
3. 抗微生物薬適正使用の手引き
4. 抗微生物薬適正使用の手引き
5. 抗微生物薬適正使用の手引き
6. 抗微生物薬適正使用の手引き
7. 抗微生物薬適正使用の手引き
8. 抗微生物薬適正使用の手引き
9. 抗微生物薬適正使用の手引き
10. 抗微生物薬適正使用の手引き
11. 抗微生物薬適正使用の手引き
12. 抗微生物薬適正使用の手引き
13. 抗微生物薬適正使用の手引き
14. 抗微生物薬適正使用の手引き
15. 抗微生物薬適正使用の手引き
16. 抗微生物薬適正使用の手引き
17. 抗微生物薬適正使用の手引き

環境・物品への対応について

- ・COVID-19感染症対策として、クリニック内の机、待合室の椅子のアルコール消毒は感染予防に必要でしょうか？
- ・新型コロナウイルスの紙やプラスチックなど材質の違いによる生存期間は、それぞれどのくらいですか？

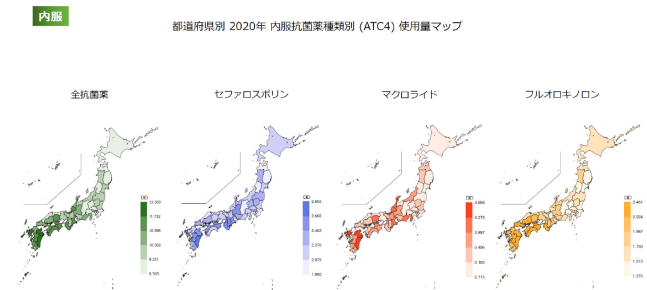
岐阜県における内服(経口)抗菌薬使用量



換気について

- ・換気について、サーキュレーターは、室内の空気を窓から戸外に出すよう使用するのが良いのでしょうか？単純に室内の空気を攪拌すればよいのでしょうか？
- ・窓開けのタイミング、回数（常時開放か、定期的な開放か）とサーキュレーターの活用方法、天井に設置されている換気扇の活用法について教えてください。
- ・空気清浄機の意義・効果、求められる性能はいかがでしょうか？

岐阜県における内服(経口)抗菌薬使用量



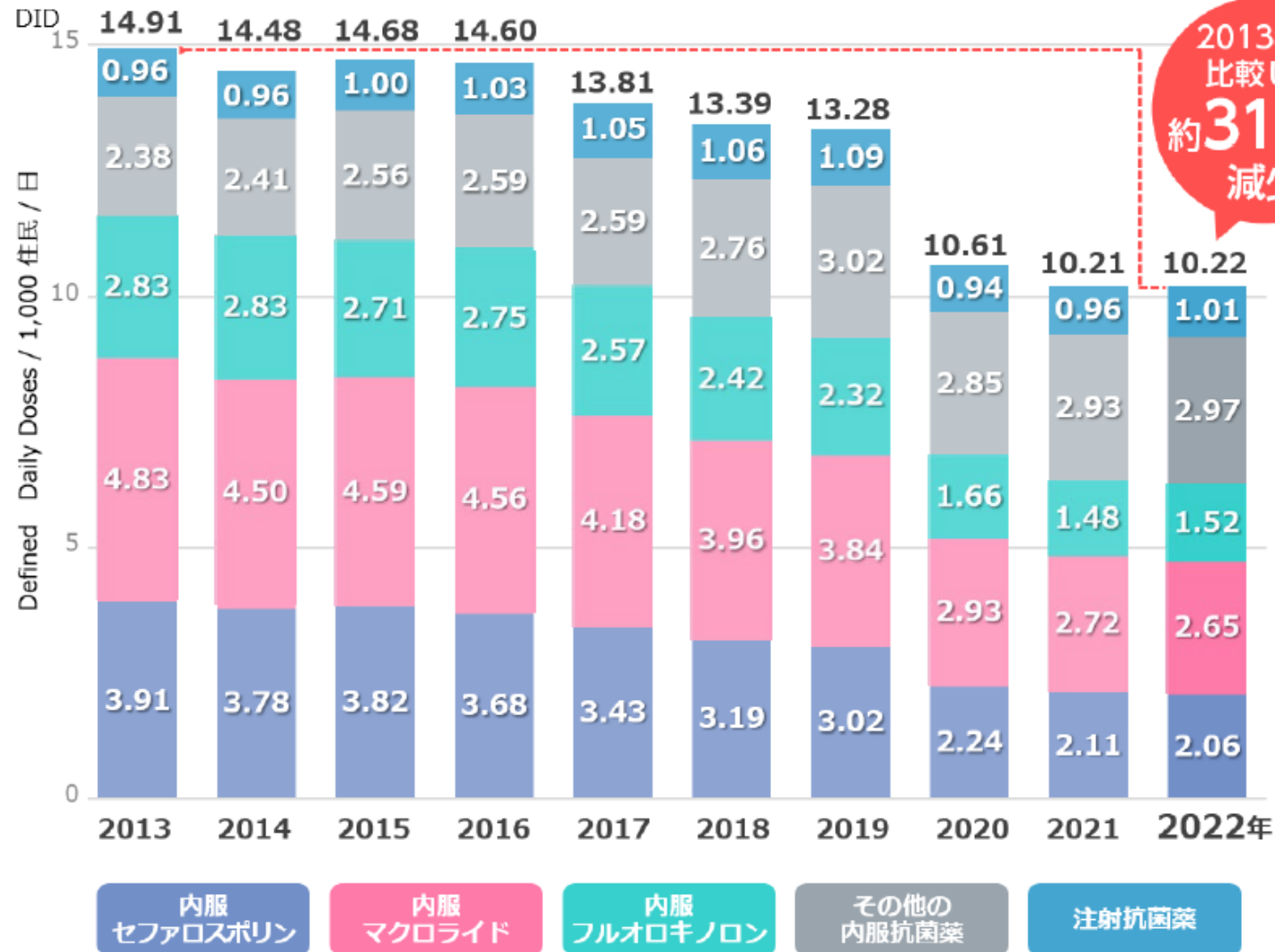
AMR臨床リファレンスセンター
「匿名シフト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいた
抗菌薬使用量サーベイランス (2021年12月24日公開)」より



全国抗菌薬販売量推移 2013-2022

内服 注射

(AMR対策アクションプラン成果指標の抗菌薬別に分類)

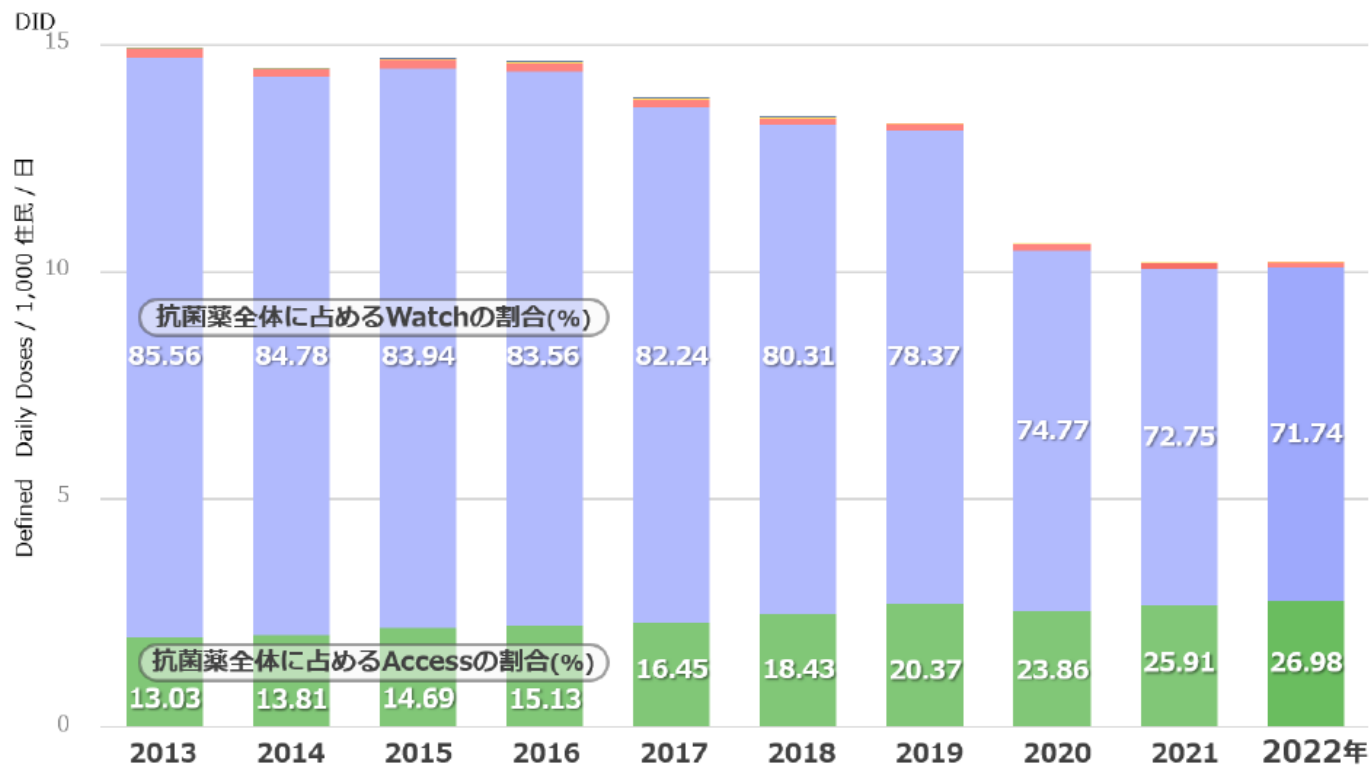


AMR臨床リファレンスセンター 「全国抗菌薬使用量2022年調査データ (2023年3月6日公開)」
 (https://amr.ncgm.go.jp/pdf/20230308_press.pdf) より

全国抗菌薬使用量推移 2013-2022

内服+注射

(AWaReで分類)



Watch

第2・3世代セファロスポリン
マクロライド
キノロン、 etc.

Access

アモキシシリン±CVA
セファレキシン
ST合剤
クリンダマイシン
メトロニダゾール、 etc.

Access Watch Reserve Not Recommended 未分類

- Access** 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抗菌薬です。
耐性化の懸念が少なく、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抗菌薬です。
- Watch** 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です。
- Reserve** 他の手段が使用できなくなった時に最後の手段として使用すべき抗菌薬です。
- Not Recommended** WHOで臨床上的の使用を非推奨としている抗菌薬です。

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2023-2027) 成果指標

微生物の薬剤耐性率

	指標	2020年	2027年(目標値)
ヒトに関して	バンコマイシン耐性腸球菌感染症の罹患数 新	135人	80人以下 (2019年時点に維持)
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	50%	20%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	35%	30%以下 (維持)
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	11%	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 (維持)

※2027年のヒトにおける目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率とする。

抗微生物剤の使用量

	指標	2020年	2027年 (目標値) (対2020年比)
ヒトに関して	人口千人当たりの一日抗菌薬使用量	10.4	15%減
	経口第3世代セファロスポリン系薬の人口千人当たりの一日使用量	1.93	40%減
	経口フルオロキノロン系薬の人口千人当たりの一日使用量	1.76	30%減
	経口マクロライド系薬の人口千人当たりの一日使用量	3.30	25%減
	カルバペネム系の静注抗菌薬の人口千人当たりの一日使用量 新	0.058	20%減

国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議.

「薬剤耐性 (AMR) アクションプラン 2023-2027 (概要)」

(https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/ap_gaiyou.pdf) より

薬剤 (AMR) 対策アクションプランの6分野


医療機関

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

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

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

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

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

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

動向調査・サーベイランス

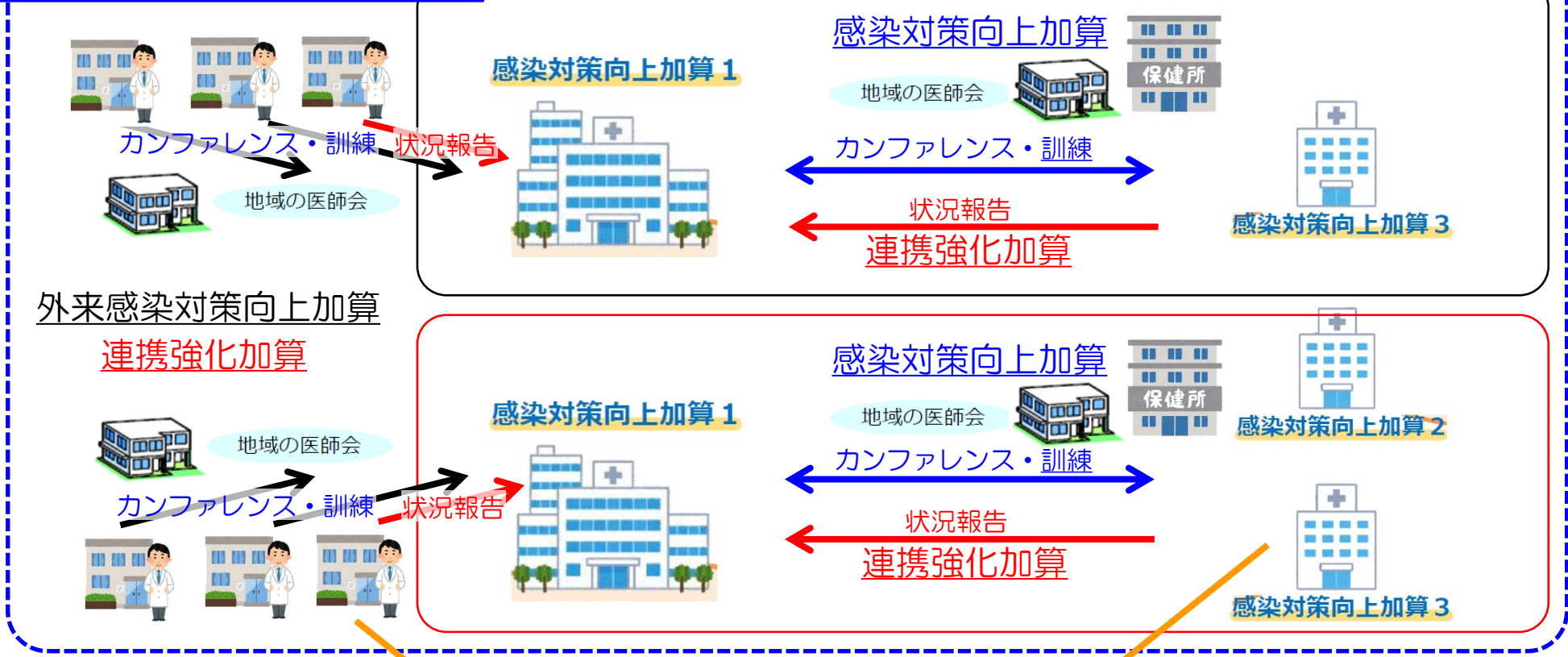
(医療関連) 感染防止
必要なワクチン接種

抗菌薬適正使用
適切な診断・検査

AMR臨床リファレンスセンターwebsiteより
(<https://amr.ncgm.go.jp/medics/2-4.html>)

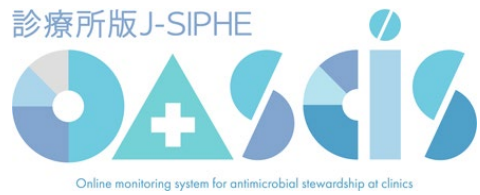
岐阜市周辺における感染対策向上加算

岐阜市感染対策地域連携カンファレンス
医師会・保健所・診療所・加算1算定6施設



サーベイランス強化加算

サーベイランス強化加算



感染対策における地域連携

- 情報共有
 - 平時における良好かつ双方向のコミュニケーション
 - 継続的なサーベイランス、状況把握
- 課題検討→解決/支援
 - ⇒緊急時の迅速かつ適切な対応・支援

それぞれの施設の特性・役割・持っている情報の違い
→地域社会(地域医療)に向け協働するために