

◎山田 康一¹⁾
大阪市立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学¹⁾

抗菌薬適正使用支援の目的は患者の予後改善・耐性菌の抑制・費用の削減である。そしてそのチームは医師・薬剤師・検査技師と中心に多職種で構成されるべきである。当院ではMDRPのアウトブレイクをきっかけに2014年1月よりAntimicrobial stewardship team (AST)を発足した。ASの基本戦略は「早期モニタリングとフィードバック」と「抗菌薬の事前承認」であるが、当院では事前承認として「条件付き届出制」を採用している。主なASの内容は血液培養陽性例全例介入、届出抗菌薬処方確認ならびに抗菌薬ラウンド(血培陽性例のde-escalation、長期使用例に対する介入)を実施している。特に血液培養陽性時とアンチバイオグラムのデータを元にした経験的治療選択時における微生物検査の役割は極めて大きい。ASを評価するには抗菌薬使用(プロセス)の変化だけではなく、変化に伴うアウトカムを測定する必要がある。当院ではプロセス指標を血液培養2セット率、広域抗菌薬のDOT(第4世代セフェム、TAZ/PIPC、カルバペネム系、注射用キノロン)、アウトカム指標を菌血症死亡率、緑膿菌感受性率とし、AS開始前(2011年1月~2013年12月)とAS開始後(2014年1月~2016年12月)にわけて比較を行った。血液培養2セット率はAS開始後が明らかに上昇した(43.9%→83.6%:P<0.001)。AS開始後の広域抗菌薬のDOTは減少した。菌血症の30日死亡率はAS開始前後で明らかな有意差はみられなかったが(16.9%→13.1%:P=0.07)、退院時死亡率はAS開始後に明らかに低下した(24.8%→18.0%:P=0.004)。さらに耐性グラム陰性菌(SPACE)菌血症の30日死亡率(20.4%→10.5%:P=0.04)ならびに退院時死亡率(28.0%→16.1%:P=0.03)は明らかに低下していた。緑膿菌に対する各種抗菌薬の感受性率は改善し、CAZ(91.4%→94.1%)、CFPM(87.9%→93.5%)、SBT/CPZ(87.2%→89.9%)、CPFX(85.7%→89.1%)、LVFX(84.5%→89.1%)では有意差を認めた。ASTによる3年間の活動の結果、菌血症予後の改善、広域抗菌薬の使用日数の減少、抗菌薬感受性回復がみられ、AST活動の有用性が示された。さらなる取り組みとして血培陽性報告体制を2018年4月から変更したため、その有効性を当日発表する。