

パネルディスカッション

パネルディスカッション14

AS活動における薬剤師の役割

座長:高山 和郎(東京大学医学部附属病院 薬剤部), 村木 優一(京都薬科大学 医療薬科学系 臨床薬剤疫学分野)

2019年2月23日(土) 13:10 ~ 15:10 第8会場(神戸国際会議場 1F メインホール)

【座長の言葉】

平成30年度の診療報酬改定において抗菌薬適正使用支援加算が新設され、本加算の算定には、抗菌薬適正使用支援チーム(Antimicrobial Stewardship Team: AST)の設置や「専従」要件に薬剤師が明記された。これは、感染症領域に関わる薬剤師だけの利点ではない。こうした状況を踏まえて如何に薬剤師が感染症患者の治療を支援し、結果を残すことが他領域のチーム医療にも大きく影響することが考えられる。

一方、AST活動に薬剤師が十分関わっていない施設も存在し、その大きな原因には、各医療機関における人員不足があげられる。平成29年1月末時点での病院数は8,439施設であり、抗菌化学療法認定薬剤師は1,019名(平成30年3月時点)、感染制御認定薬剤師は986名(平成29年10月時点)、感染制御専門薬剤師は273名(平成30年4月時点)と重複者も考慮すれば圧倒的に人材が不足していることが明らかである。さらに、有資格者においても薬剤部内のローテーションや経験年数によっては管理職としての業務も増えるため、継続的なAST活動の実施が困難な状況にある。

今回の環境感染学会においても、多数の施設からASTの活動に関して発表が行われているが、ASTでどのように関わっていくべきか悩んでいる薬剤師も多いことが懸念される。また、人的資源が不足しているがゆえに、効率的なAS活動が必要であり、ICTあるいはASTに関わる薬剤師と病棟業務を担う他の薬剤師との連携構築に取り組む施設も存在する。このように、多くの悩みを抱える中でもAS活動の質的向上を多くの薬剤師が目指している。そこで、本パネルディスカッションでは、診療報酬改定前より第一線で精力的に活動している大学病院に勤務する専門家に現在の活動状況や今後の課題について発表いただき、これから我々が進むべき役割について聴衆と議論したい。

[パネル-14-3] 佐賀大学のAS活動における薬剤師の役割：理念・実践・成果

○浦上 宗治(佐賀大学医学部附属病院 感染制御部)

わが国では感染症専門医/抗菌化学療法認定・指導医は不足しており、感染制御認定・専門薬剤師/抗菌化学療法認定薬剤師が中心となるASを取り入れることで、より広くASを行き渡らせることができる。佐賀大学医学部附属病院(以下、当院)感染制御部では、「感染症の予後を改善する」と「耐性菌抑制のために可能な限り境域スペクトルの抗菌薬で治療する」を抗菌薬適正使用の中心的理念としている。以下、国内外のガイドラインに記載されている実践手段分けて、当院のASにおける薬剤師の活動とその成果を示す。

■ Preauthorization (許可制)

ESBL産生腸内細菌や緑膿菌をはじめとして耐性グラム陰性菌に対する治療薬の切り札となるのがカルバペネム系抗菌薬であり、当院ではカルバペネムを許可制で運用している。許可制には多くのマンパワーを要するため、感染症医と共に感染症薬剤師も加わり許可制を維持している。2016年のカルバペネム AUD 3.7 /1000 bed-days, DOT 3.2 /1000 bed-daysは共に国公立私立大学病院の中で最低値である。

■ Prospective Audit and Feedback (早期モニタリング)

処方医の自主性が保たれるため共感を得やすく、教育的な診療支援である。薬剤師はTDMや投与量調節だけでなく、身体所見や検査についての診断支援・意思決定支援を行う。この手段は対象抗菌薬やモニタリングのタイミングを柔軟に設定することが出来るため、あらゆる施設の状況に応じて実施することが可能である。当院は2015年から薬剤師主導でTAZ/PIPCの早期モニタリングを開始し、AUD (/1000 bed-days)は早期モニタリング前(2014年)9.6 vs // 後(2017年)3.6と減少した。抗菌薬適正使用加算の新設を受けて、2018年から全ての注射抗菌薬を対象にモニタリングを開始している。