

Q51

特定の抗菌薬（抗MRSA薬、ニューキノロン系、カルバペネム系）を届出制にしておりますが、その意義と、上記以外に届出制にした方がよい薬剤がありますか？
届出制について注意すべきことをお教えてください。

A

本邦で承認されている抗MRSA薬には、ポリペプチド系のバンコマイシン、テイコプラニン、アミノ配糖体系のアルベカシン、オキサゾリジノン系のリネゾリドがあります。これらの薬剤は、MRSAに対する切り札となる薬剤であり、MRSAに有効な薬剤が他にない現状では、MRSAに対する耐性菌の出現・増加を抑制するために、不必要な症例に対する使用、不必要な長期投与は避けるべきです。また、バンコマイシン、テイコプラニン、リネゾリドは肺炎球菌、腸球菌を含むグラム陽性菌にも有効ですが、他剤が無効の症例に対してのみ使用するべきです。届出制とすることで、抗MRSA薬の使用状況が薬剤部やICTに分かれれば、不適切な使用に対して介入することが可能でし、処方する側の主治医も抗MRSA薬が本当に必要な症例かどうかについてよく考えるようになり、結果として抗MRSA薬の使用量を減らせる可能性が考えられます。施設によっては許可制をとっているところもありますが、運用方法を工夫しないと、速やかに治療を開始できない場合も出てくるので注意が必要です。

ニューキノロン系薬は β -ラクタム系薬が無効のグラム陽性・陰性菌に対して有効ですが、やはり頻用されることにより耐性化が進むため、適正使用が求められております。ただ経口薬は届出制にするには使用される頻度が高いため、注射用のシプロフロキサシン、パズフロキサシンを届出制にするとよいと考えます。

カルバペネム系薬は、 β -ラクタム系薬のなかで最も広い抗菌スペクトルと強い抗菌力を有するため、重症感染症に対する初期治療としてエンピリック使用されますが、やはり頻用により近年メタロ- β -ラクタマーゼ産生による耐性菌や多剤耐性緑膿菌が増加しています。こうした観点から、やはり不必要な症例に対する使用、不必要な長期投与は避けるべきであり、届出制は有用です。

上記以外の抗菌薬では、セフピロム、セフォゾプラン、セフェピム等のいわゆる第四世代セフェム系薬も、カルバペネム系薬と同様の理由で届出制にしてもよいかもしれません。

抗菌薬の使用を制限することに関して医師の理解を得るのは難しいですし、確かに、医師には自身の判断で薬剤を処方できる権利がありますので、その権利を奪うことはできないと思います。ただ、届出制により得られた情報をもとに、薬剤部やICTの方から、その都度適切な指導ができればよいのではないのでしょうか。ICTの方から積極的なコミュニケーションをとることにより、医師からの信頼が得られれば、よりよい形で抗菌薬の適正使用が進められると考えます。そのような意味合いからすれば、必ずしも届出制にしなくても、院内の抗菌薬の使用状況が分かるようなサーベイランスを行い、ICTが監視できればそれでもよいと思います。

(岩田 敏)