

2. 外来における抗菌薬適正使用の手引き

対象 基礎疾患のない学童期以降の小児と成人

I 急性気道感染症とは

急性気道感染症は、急性上気道感染症(急性上気道炎)と急性下気道感染症(急性気管支炎)を含む概念であり、一般的には「風邪」、「風邪症候群」、「感冒」などの言葉が用いられている。

「風邪」は、狭義の「急性上気道感染症」という意味から「上気道から下気道感染症」を含めた広義の意味まで、様々な意味で用いられることがあり、気道症状だけでなく、急性(あるいは時に亜急性)の発熱や倦怠感、種々の体調不良を「風邪」と認識する患者が少なくないことが報告されている。

患者が「風邪をひいた」といって受診する場合、その病態が急性気道感染症を指しているのかを区別することが鑑別診断のためには重要である。

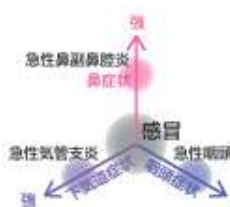
急性気道感染症の病型分類

病型	鼻汁・鼻閉	咽頭痛	咳・痰
感冒	△	△	△
急性鼻副鼻腔炎	◎	×	×
急性咽頭炎	×	◎	×
急性気管支炎	×	×	◎

◎は主要症状

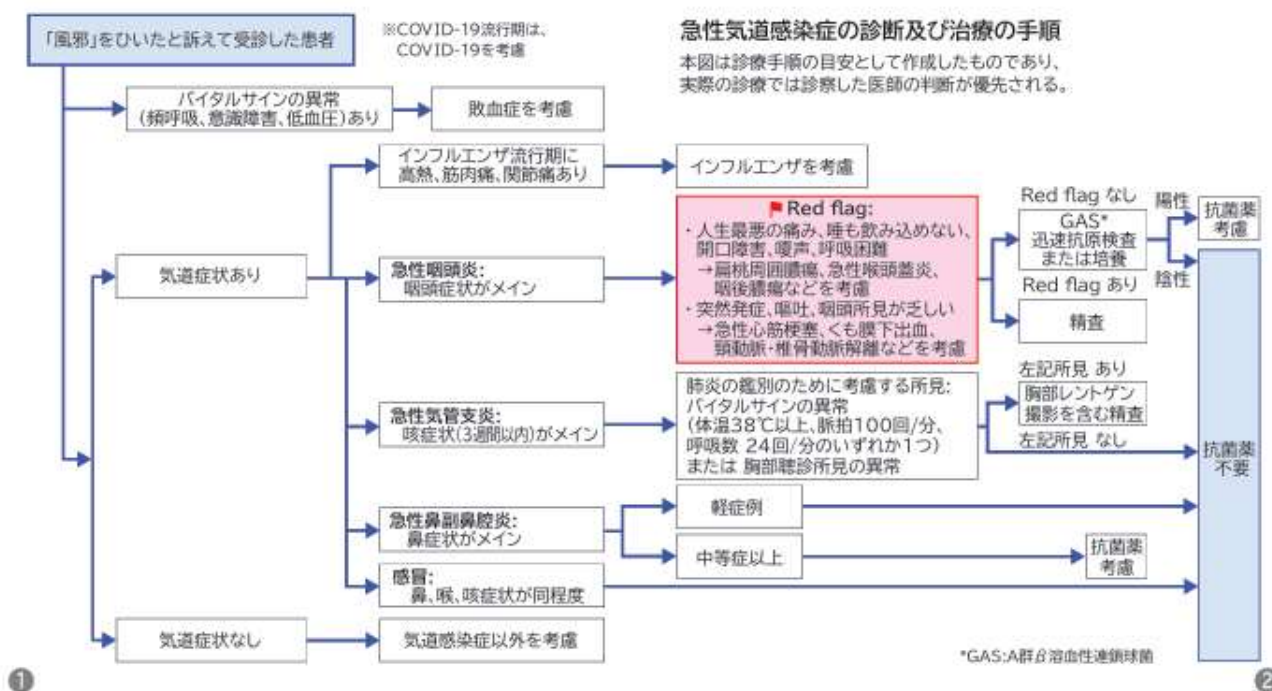
△は際立っていない程度で他症状と併存

×は症状なし～軽度



急性気道感染症の診断及び治療の手順

本図は診療手順の目安として作成したものであり、実際の診療では診察した医師の判断が優先される。



対象 基礎疾患のない学童期以降の小児と成人

II 急性下痢症とは

急性下痢症は、急性発症(発症から14日間以内)で、普段の排便回数よりも軟便または水様便が1日3回以上増加している状態。「胃腸炎」や「腸炎」などとも呼ばれることがあり、中には嘔吐症状が際立ち、下痢の症状が目立たない場合もある。

治療

- 急性下痢症に対しては、まずは水分摂取を励行した上で、基本的には対症療法のみ行うことを推奨する。

サルモネラ腸炎・カンピロバクター腸炎

治療

- 健康者における軽症(日常生活に支障の無い状態)のサルモネラ腸炎・カンピロバクター腸炎に対しては、抗菌薬を投与しないことを推奨する。

抗菌薬投与を考慮する場合

- 血圧の低下、悪寒戦慄など菌血症が疑われる
- 重度の下痢による脱水やショック状態などで入院加療が必要
- 菌血症のリスクが高い場合(CD4陽性リンパ球数が低値のHIV感染症、ステロイド・免疫抑制薬投与中など細胞性免疫不全者等)
- 合併症のリスクが高い(50歳以上、人工血管・人工弁・人工関節等)
- 渡航者下痢症

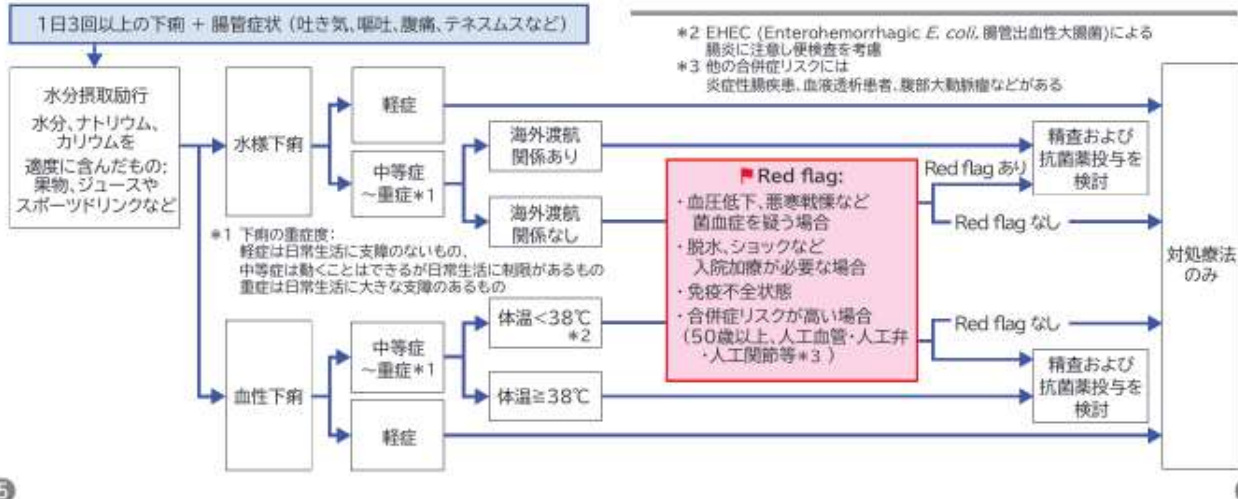
(日本感染症学会/日本化学療法学会の指針による)

サルモネラ腸炎において重症化の可能性が高く、抗菌薬投与を考慮すべき症例

- 3カ月未満の小児又は65歳以上の高齢者
- ステロイド及び免疫抑制薬投与中の患者
- 炎症性腸疾患患者 ・血液透析患者
- ヘモグロビン異常症(鎌状赤血球症など)
- 腹部大動脈瘤がある患者 ・心臓人工弁置換術後患者

急性下痢症の診断及び治療の手順

本図は診療手順の目安として作成したものであり、実際の診療では診察した医師の判断が優先される



厚労省 抗微生物薬適正使用の手引き 第三版より抜粋

自治医科大学附属病院 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)

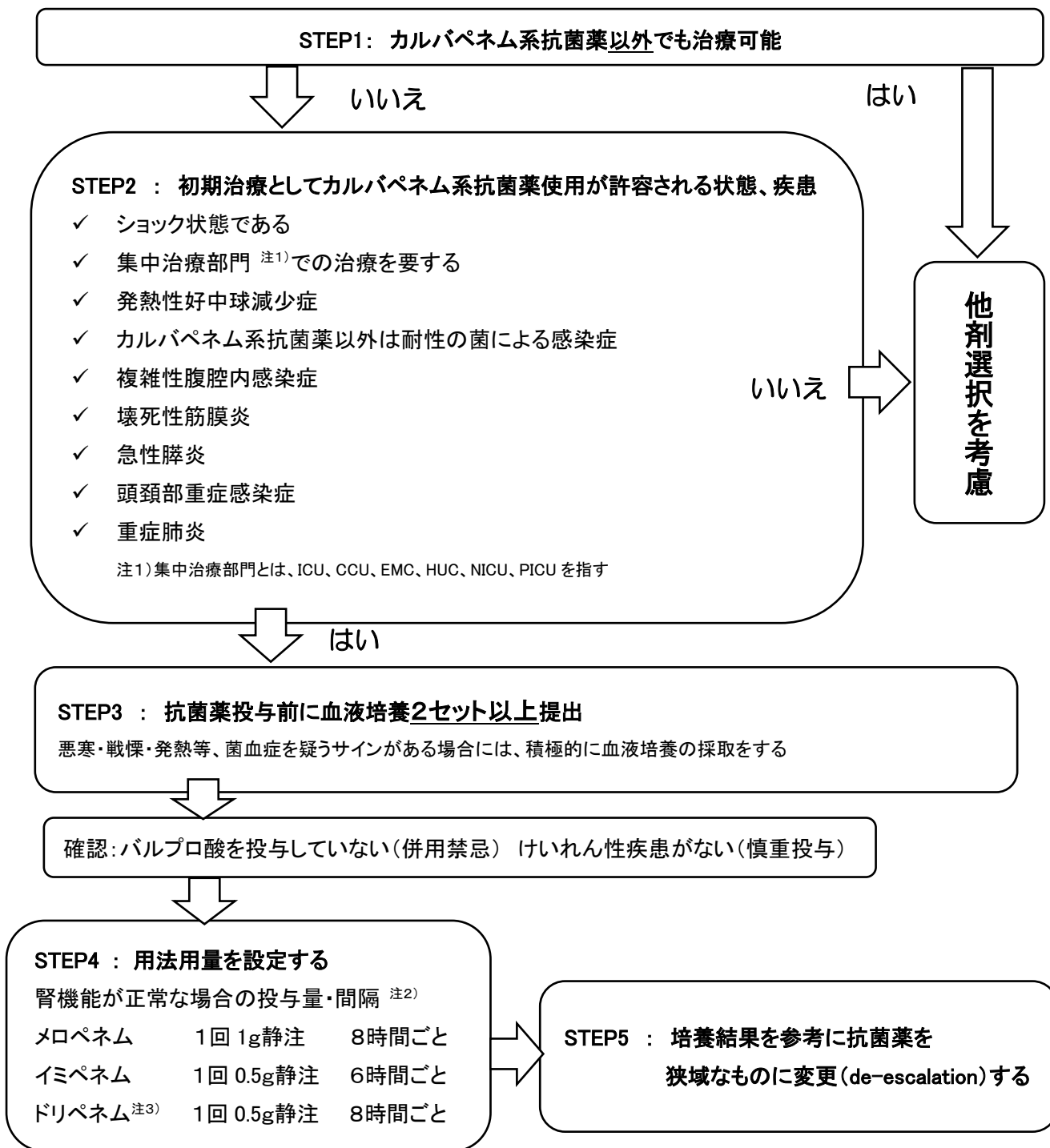
2019年7月作成

2023年5月改訂

2024年12月改訂

3. カルバペネム系抗菌薬投与前チェックリスト

*このチェックリストは成人患者を想定しています。



注2) 投与量・間隔については、日本語版サンフォード感染症治療ガイド 2024(第 54 版)を参考にした

注3) 人工呼吸器関連肺炎にドリペネムを使用すると死亡率が上昇するという研究結果があり、米国では人工呼吸器関連肺炎への使用が認められていない。また、この結果を受けてサンフォード感染症治療ガイドはすべての肺炎に対してドリペネムを推奨していない。

自治医科大学附属病院 抗菌薬適正使用支援チーム(AST) 2019 年 7 月作成

2023 年 5 月改訂

2024 年 12 月改訂

エンピリック治療薬の手引き 尿路感染症

対象			抗菌薬	用法・容量	投与間隔	投与期間
膀胱炎	妊婦以外		スルファメトキサゾール・トリメトプリム(経口)	1回2錠	12時間毎	3日間
			セファレキシン(経口)	1回500mg	8-12時間毎	5-7日間
	妊婦		アモキシシリン・クラバン酸(経口) + アモキシシリン(経口)	1回250mg/125mg 1回250mg	8時間毎	5-7日間
			セファレキシン(経口)	1回500mg	6-8時間毎	5-7日間
腎盂腎炎	市中 発症	軽症	セフトリアキソン ^{注2)} ピペラシリン・タゾバクタム メロペネム	1回1-2g	24時間毎	7-14日間 ^{注1)}
		重症 (敗血症含む)		1回3.375g-4.5g	6-8時間毎	
				1回1g	8時間毎	
	院内 発症	非重症例	セフェピム	1回1g	8時間毎	7-14日間 ^{注1)}
			ピペラシリン・タゾバクタム	1回3.375g-4.5g	6-8時間毎	7-14日間 ^{注1)}
		重症例 (敗血症含む)	メロペネム	1回1g	8時間毎	7-14日間 ^{注1)}



※抗菌薬用量はいずれも正常腎機能時とする
※微生物検査の結果に基づき、適切な抗菌薬に変更すること

注1) 菌血症や膿瘍などを伴う場合には投与期間の延長(14日間以上)を適宜検討すること
注2) 肝障害や胆汁鬱滞など胆泥リスクが高い場合には、代替としてセフォタキシム
(1回1g、6-8時間毎)を考慮すること

エンピリック治療薬の手引き 呼吸器感染症

対象			抗菌薬	用法・容量	投与間隔
市中肺炎	非重症例		セフトリアキソン 注1) ± アジスロマイシン	1回2g 1回500mg	24時間毎
			アンピシリン・スルバクタム ± アジスロマイシン	1回3g 1回500mg	6時間毎 24時間毎
	重症例		セフェピム ± アジスロマイシン	1回1g 1回500mg	6時間毎 24時間毎
			ピペラシリン・タゾバクタム ± アジスロマイシン	1回4.5g 1回500mg	6時間毎 24時間毎
	上記を投与できない場合（アレルギー等）		レボフロキサシン	1回500mg	24時間毎
	MRSAの関与が強く疑われる場合 （直近のMRSA検出歴・入院歴から）		* 上記にバンコマイシンを追加する	目安 初回 30mg/kg （上限2g、2-3時間かけて投与） その後は、TDMにより調節	
院内肺炎 人工呼吸器 関連肺炎			セフェピム	1回1g	6時間毎
			ピペラシリン・タゾバクタム	1回4.5g	6時間毎
	上記を投与できない場合（アレルギー等）		メロペネム 注2)	1回1g	8時間毎
			レボフロキサシン	1回500mg	24時間毎
	MRSAの関与が強く疑われる場合 （直近のMRSA検出歴・入院歴から）		* 上記にバンコマイシンを追加する	目安 初回 30mg/kg （上限2g、2-3時間かけて投与） その後は、TDMにより調節	
誤嚥性肺炎	嫌気性菌の関与	疑われない	セフトリアキソン 注1)	1回2g	24時間毎
		疑われる	アンピシリン・スルバクタム	1回3g	6時間毎

注1) 肝障害や胆汁鬱滞など胆泥リスクが高い場合には、代替としてセフォタキシム（1回1g、6-8時間毎）を考慮すること
注2) ESBL産生菌等の耐性菌が原因として考えられる場合にも使用可能

※抗菌薬用量はいずれも正常腎機能時とする
※微生物検査の結果に基づき、適切な抗菌薬に変更すること

アンチバイオグラム(2024年7月～12月集計 青カラム:感受性率>90%)

菌種 \ 抗菌薬	株数	ペニシリンG	アンピシリン	ピペラシリン	スルバクタム /アンピシリン	タゾバクタム /ピペラシリン	セフアゾリン	セフトラジウム	セフトリアキソン	セフェピム	セフメタゾール	アズトレオナム	イミペネム /シラスタチン	メロペネム	ゲンタマイシン	アミカシン	クラリスロマイシン	ミノサイクリン	クリンダマイシン	バンコマイシン	テイコプラニン	リネゾリド	ダブトマイシン	ST合剤	シプロフロキサシン	レボフロキサシン
MSSA	94				100		100								68.5			98.9	80.4					100		
MRSA	65														70.8			98.5	16.9	100	100	100	100	100		
<i>S. epidermidis</i>	87				27.6		27.6								50.6			95.4	58.1	100	100	100	100	78		
<i>E. faecalis</i>	71	100	100										100													
<i>E. faecium</i>	25	28	28										28							100						
<i>S. pneumoniae</i>	32	100							100					100			9		46.9							100
<i>E. coli</i>	167		75.4	77.2	84.4	98.8	84	100	100	100	100	100	100	100	95	100		96.4						86.2	74.9	77.2
<i>E. coli</i> ESBL	32		0	0	21.9	87.5					90.6		100	100	72	100		90.6						56.3	12.5	21.9
<i>K. aerogenes</i>	21		0	100	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100		100						100	100	100
<i>K. aerogenes</i> (AmpC)	10		0	20	0	30				100			100	100	100	100		100						100	100	100
<i>E. cloacae</i> complex	27		0	92.6	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100		92.6						88.9	92.6	92.6
<i>E. cloacae</i> complex(AmpC)	15		0	0	0	26.7				80			100	100	100	100		86.7						100	100	100
<i>C. koseri</i>	14		0	0	100	100	78.6	100	100	100	100	100	100	100	100	100		92.9						100	92.9	92.9
<i>K. pneumoniae</i>	75		0	92	90.7	94.7	90.7	100	100	100	98.7	100	100	100	100	100		94.7						93.3	94.7	94.7
<i>K. oxytoca</i>	21		0	85.7	66.7	90.5	14.3	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100						100	95.2	95.2
<i>M. morgani</i>	9		0		77.8	100	0	100	100	100	100	100	22.2	100	100	100		44.4						100	88.9	88.9
<i>S. marcescens</i>	23		0	100	0	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100		82.6						95.7	87	91.3
<i>P. mirabilis</i>	20		90	95	95	100	5	100	100	100	100	100		100	85	100		0						85	75	75
<i>P. vulgaris</i> group	5		0	100	80	100	0	100	100	100	100	100	80	100	100	100		0						100	100	100
<i>A. baumannii</i> complex	9		0	100		100		100		100		0	100	100	100	100		100						100	100	100
<i>P. aeruginosa</i>	167		0	91.6	0	91.6		93.4		94		79	69.5	85	98	100		0							96.4	91
<i>S. maltophilia</i>	33		0	0	0	0		21.2	0			0	0	0	0	0		100						100		84.8
<i>H. influenzae</i>	36		44.4		61.1				100				100	100			77.8							69.4		100
抗菌薬略語		PCG	ABPC	PIPC	SBT/ABPC	TAZ/PIPC	CEZ	CAZ	CTRX	CFPM	CMZ	AZT	IMP/CS	MEPM	GM	AMK	CAM	MINO	CLDM	VCM	TEIC	LZD	DAP	ST	CPFX	LVFX