

社会福祉法人 ^{豊陽} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5 : 抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	1 / 6

文書改訂履歴

版数	改訂 頁	改訂内容	作成日 作成者	承認日 承認者
1	—	新規発行	2017. 9. 1	2017. 9. 1
			小美野 勝	長原 光

社会福祉法人 ^{財団} 賜 ^{財団} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5：抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	2 / 6

H-5：抗菌薬使用届制度

1. 目的

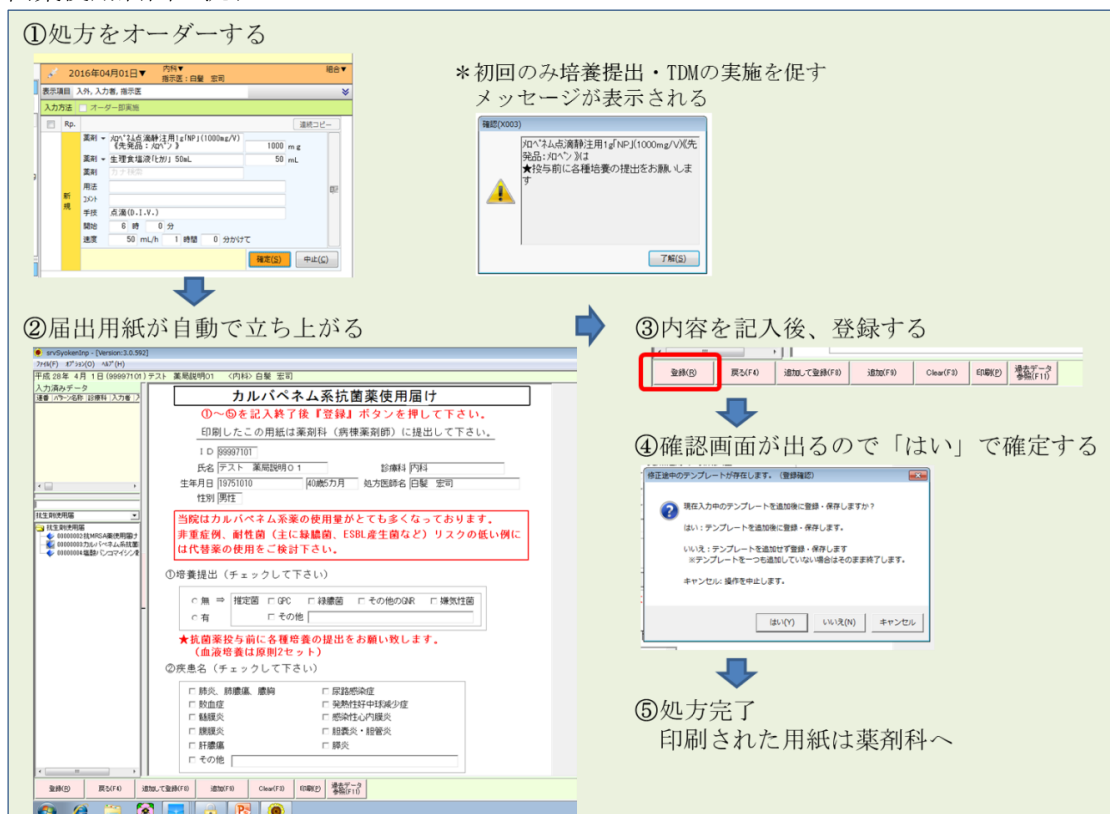
本制度は、薬剤耐性菌発現防止の観点から、特に使用するにあたって注意が必要であるカルバペネム系薬、抗 MRSA 薬について、使用状況を把握し適正使用を推進するために定められている。

2. 対象薬剤

以下の薬剤について使用制度を設ける（一般名で表記）

- ①カルバペネム系薬
 - (1) パニペネム・ベタミプロン
 - (2) メロペネム
 - (3) ドリペネム
- ②抗 MRSA 薬（注射）
 - (1) バンコマイシン
 - (2) アルベカシン
 - (3) テイコプラニン
 - (4) リネゾリド
 - (5) ダプトマイシン
- ③抗 MRSA 薬（経口）
 - (1) バンコマイシン

3. 抗菌薬使用届出の流れ



社会福祉法人 ^{豊陽} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5：抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	3 / 6

4. 制度の運用

①対象薬剤を使用する場合、処方医は対象薬剤①については『カルバペネム系抗菌薬使用届け』、対象薬剤②については『抗 MRSA 薬使用届け』、対象薬剤③については『塩酸バンコマイシン散使用届け』を提出する。

②使用届けの記載内容は以下の通りである。

『カルバペネム系抗菌薬使用届け』

- (1) 培養提出の有無
- (2) 疾患名
- (3) 使用状況（新規/継続）
- (4) 使用薬剤
- (5) 用法・用量

『抗 MRSA 薬使用届け』

- (1) 使用目的
- (2) 疾患名
- (3) 使用状況（新規/継続）
- (4) 使用薬剤
- (5) 用法・用量
- (6) 血中濃度測定の有無

『塩酸バンコマイシン散使用届け』

- (1) 使用目的
- (2) 使用理由
- (3) 使用開始日
- (4) 用法・用量・投与日数

③処方された薬剤と提出された使用届けから、適正な使用であるかどうか判断し、必要あれば処方医に問い合わせを行う。

④長期使用（目安として15日以上）の場合には、必要に応じて ICT チームで介入を行う。

⑤毎月の ICT 委員会で届出対象薬剤の使用状況と使用届けの提出状況を報告する。

⑥使用届けは薬剤科にて保管する。

付則：『カルバペネム系抗菌薬使用届け』『抗 MRSA 薬使用届け』『塩酸バンコマイシン散使用届け』を添付する

社会福祉法人 ^{財団} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5：抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	4 / 6

カルバペネム系抗菌薬使用届け

①～⑤を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
氏名	<input style="width: 100%;" type="text"/>	診療科	<input style="width: 100%;" type="text"/>
生年月日	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	歳	処方医師名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
性別	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

当院はカルバペネム系薬の使用量がとても多くなっております。
非重症例、耐性菌（主に緑膿菌、ESBL産生菌など）リスクの低い例には代替薬の使用をご検討下さい。

①培養提出（チェックして下さい）

<input type="radio"/> 無	⇒	推定菌	<input type="radio"/> GPC	<input type="radio"/> 緑膿菌	<input type="radio"/> その他のGNR	<input type="radio"/> 嫌気性菌
<input type="radio"/> 有		<input type="radio"/> その他	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

★抗菌薬投与前に各種培養の提出をお願い致します（血液培養は原則2セット）

②疾患名（チェックして下さい）

<input type="radio"/> 肺炎、肺膿瘍、膿胸	<input type="radio"/> 尿路感染症
<input type="radio"/> 敗血症	<input type="radio"/> 発熱性好中球減少症
<input type="radio"/> 髄膜炎	<input type="radio"/> 感染性心内膜炎
<input type="radio"/> 腹膜炎	<input type="radio"/> 胆嚢炎・胆管炎
<input type="radio"/> 肝膿瘍	<input type="radio"/> 膵炎
<input type="radio"/> その他	<input style="width: 100%;" type="text"/>

③使用状況（選択して下さい）

<input type="radio"/> 新規	⇒	開始日 <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/> 継続
--------------------------	---	---	--------------------------

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力
お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回	<input style="width: 100%;" type="text"/>	mg を	1日	<input style="width: 100%;" type="text"/>	回	投与
----	---	------	----	---	---	----

ご協力ありがとうございました

院内感染防止対策委員会

社会福祉法人 ^{財団法人} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5：抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	5 / 6

抗MRSA薬使用届け

①～⑥を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい
印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名 診療科

生年月日 歳 処方医師名

性別

投与設計致しますのでICT薬剤師もしくは病棟薬剤師へご連絡下さい

①使用目的（チェックして下さい）

MRSA感染症治療のため 経験的治療

その他

②疾患名（チェックして下さい）

肺炎、肺膿瘍、膿胸 敗血症

感染性心内膜炎 皮膚・軟部組織感染症

化膿性骨髄炎・関節炎 腹腔内感染症

髄膜炎 尿路感染症

術後感染予防 その他

③使用状況（選択して下さい）

新規 ⇒ 開始日 継続

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力
お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回 mg を 1日 回 投与 その他の用法・用量

⑥血中濃度測定の有無（チェックして下さい）

無 有 ⇒ 測定(予定)日

★血中濃度測定について不明な点があればICT、薬剤師へ確認下さい

ご協力ありがとうございました

院内感染防止対策委員会

社会福祉法人 ^{医療} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル H-5：抗菌薬使用届制度		
文書番号	感対-共手-H 抗菌薬適正使用 5-001-170901	ページ	6 / 6

塩酸バンコマイシン散使用届け

①～④を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID	<input type="text"/>				診療科	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>				処方医師名	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳			
性別	<input type="text"/>					

医師セット(共通)にセット処方を組み込んでいますのでご利用下さい

①使用目的（チェックして下さい）

MRSA腸炎

クロストリジウム・ディフィシル関連腸炎

②使用理由（チェックして下さい）

重症例のため

再発例のため

その他

★重症例、再発例に該当しない場合はフラジール錠が推奨となります

③使用開始日（選択して下さい）

④用法・用量（入力して下さい）

1回 125mg を 1日 4回 投与

1回 mg を 1日 回 投与

その他の用法・用量

★通常、10～14日間の投与が推奨となります

ご協力ありがとうございました

院内感染防止対策委員会