

伝家の宝刀となるか(小児抗菌薬適正使用支援加算)

静岡医療センター 薬剤部 滝 久司

小児抗菌薬適正使用支援加算:80点(新設)

平成30年度の診療報酬改定率は、厳しい財政事情の中、医療機関の経営状況、賃金・物価の動向等が考慮され、本体として+0.55%(医科+0.63)となりました。薬剤耐性菌対策と抗菌薬適正使用は国際的な喫緊の課題であり、平成30年度診療報酬改定で、小児抗菌薬適正使用支援加算(80点)が小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料に新設されました。

日本では抗菌薬の90%は外来で処方されており、AMR対策アクションプランでは2020年までに2013年の使用量の50%まで削減することを目標としています。小児領域でまず加算が算定されたのは、小児科、耳鼻科での抗菌薬の処方割合が多いからです。また、日本では経口の第3世代セファロスポリン系抗菌薬、フルオロキノロン系抗菌薬、マクロライド系抗菌薬の使用量が多いことが指摘されています。外来患者数における15歳未満患者の割合は、この10年で全体の10%前後と横ばいですが、同年齢層への抗菌薬処方率は全体の25%と高くなっています。抗菌薬適正使用は、患者や家族の理解向上なしに進めることは困難です。厚生労働省の研究報告では、患者家族が抗菌薬の正しい情報を得ようとする際の情報源は医師が74%、薬剤師が42%でした。一方で抗菌薬を服用することになった理由の調査では、風邪45%、インフルエンザ12%、発熱、咳や咽頭痛が各10%前後で、多くが抗菌薬不要の疾患でした。正しい情報提供ができているとは言えない状態です。この加算新設は患者家族の理解向上のためにコミュニケーションと正しい説明を評価するための加算と言えます。

算定要件と施設基準について解説します。小児の急性上気道感染症と急性下痢症の初診で、問診と診察の結果、抗菌薬投与の必要性がなく、使用もしない場合に、説明と療養上の指導を行うことで算定できます。基礎疾患のない学童期以降は、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した診療を行うことを要件としています(次ページ参照)。急性上気道感染症では努力呼吸や頻呼吸がなく、中等症以上の鼻副鼻腔炎と溶連菌性咽頭炎でもなければ算定できます。急性下痢症では海外渡航歴や強い腹痛、血便がない事例にはウイルス性と判断しやすいです。

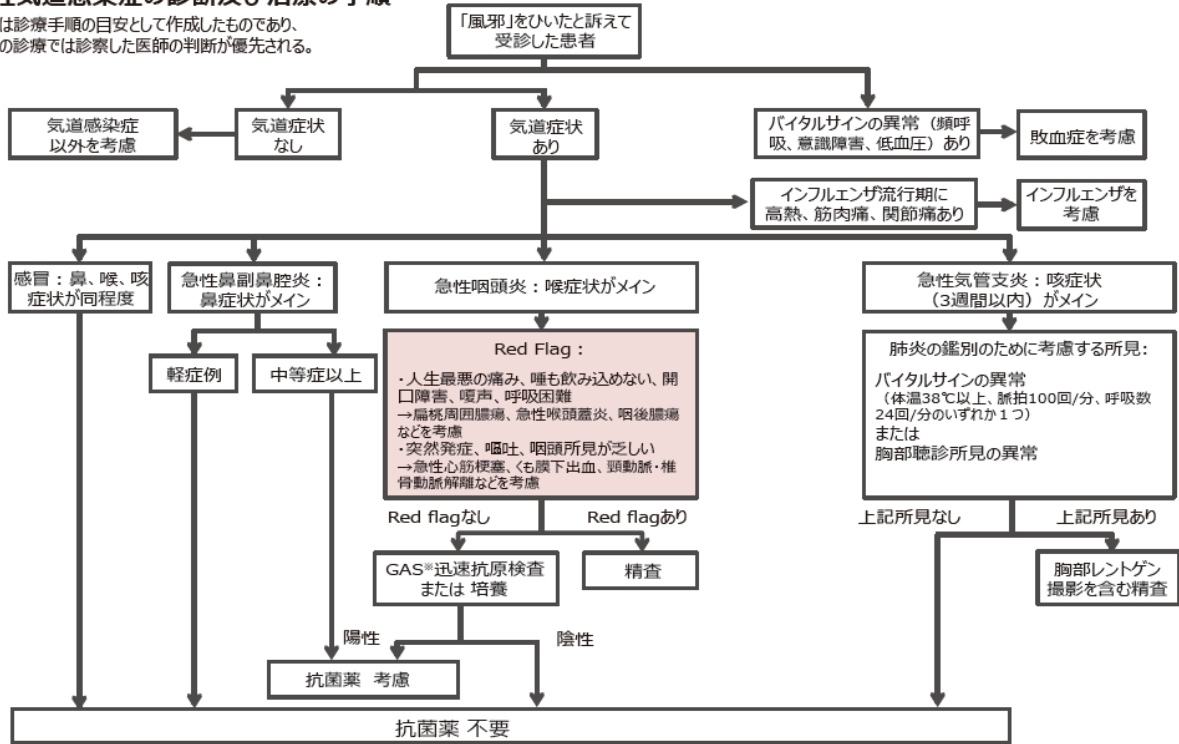
また施設基準には定期的な感染症研修会への参加が必要です。今後、静岡耐性菌対策チームが医師会で開催させていただいている抗菌薬適正使用研修会で参加証を発行できるように準備を進めます。是非ご参加ください。

参考:平成28年度 厚生労働科学研究:「国民の薬剤耐性に関する意識についての研究」

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/tebiki_1.pdf

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。



急性下痢症の診断及び治療の手順

対象：学童期以上の小児～成人、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。

