

【第3回AST講習会：総合討論に関するQ&A】

2023年2月22日（水）17：00～20：00

Web開催

- 1) 特にマルメの病床で培養検査が抗生剤投与前に提出されない傾向があります。コストが持ち出しになる、との背景が主治医にあるものと思われませんが、これをキチンと提出させるために、必要なことは何でしょうか。培養コスト（持ち出し分）と抗菌薬の値段などを比較表に示し、院長や事務長に培養検査分コストの持ち出しの了解を得た上で、主治医に事前提出を迫る事になるかと考えていますが如何でしょうか。

回答（齋田先生）：

コスト意識を持つことはとても大切かと考えます。その上で、培養を取らずに、感染巣がわからないままダラダラ抗菌薬を続けることの方がコストは高くつく可能性があります。最近では後発医薬品が増えたので、コスト的に問題ないかもしれませんが、ダラダラ続けることで耐性菌となり、高価な耐性菌用の治療薬を用いることになる可能性も出てくることも比較しても良いのではないのでしょうか。感染管理の面でも、培養検査を行うことで管理しやすくなり、ベッドコントロールや在院日数等の問題からもコストカットになる可能性もあると考えます。

- 2) 培養検査や画像検査の頻度は、一般病棟と療養病棟とで同等程度に施行されているのでしょうか。

回答（齋田先生）：

療養病棟の患者層の場合、意思疎通困難なケースも多く、どこの感染症なのかを評価するのが困難なため、発熱時に検査に頼ってしまうということも少なくありません。当院の場合ですと、発熱時には一般病棟と同等に必要な検査を実施しています。

- 3) 療養病棟だと、普段からなかなか検査を行わないため、血液培養のハードルが高く、まず経験的治療が行われてしまうことがあります。どのように理解して実施してもらっていますでしょうか。

回答（齋田先生）：

当院のケースでは中心静脈カテーテルの使用割合が高いため、カテーテル関連血流感染症の発生頻度も少なくありません。このため、血液培養は欠かせません。さらに、尿路感染症からの菌血症もそれなりに経験します。もし人工物が挿入されているということであれば、それを理由に血液培養の検査を提案するのも一つの方策ではないでしょうか。また、血液培養の結果で投与日数も変更する可能性もあります。検査を始めてみると、意外と血液培養陽性例に出くわすことも経験するかもしれません。その経験で検査を行うことの風土が出来上がってくると思います。

- 4) コロナ病棟1病棟、回復期1病棟の病院です。コロナ病棟でも抗菌薬を投与することがあるのですが、委託なので、「受けません」「総研（本部的なところ）に輸送するので時間がかかります』といわれるので、培養が実施されないことが多いです。先生たちの地域ではいかがでしょうか。

回答（原先生）：

いわゆるオミクロン株の流行になってからは、当院に搬送されるCOVID-19患者の多くはCOVID-19肺炎というより、細菌性肺炎の合併による悪化が多くなりました。そのた

め、抗菌薬投与になることが多いのですが、培養に関しては院内検査でもあることから基本的に採取しています。しかし、血液培養に関してはコンタミネーションが多い傾向であることと、アルファ株、デルタ株が主流だったころは職員の曝露リスクも考慮して、喀痰培養は積極的には採取していませんでした。現在においても喀痰培養採取時には感染防御策をしっかりとる必要はあると考えます。

- 5) 当院は療養と地域包括あわせて70床未満で、スタッフ一同、感染に関して勉強し始めの病院です。当院ICDの方針で、最近抗菌薬初期投与時の参考にもなるとのことで、入院患者の情報提供書などから、MRSA、CRE、ESBL産生等耐性菌の保菌があると判明した場合、自院入院後早い時期に改めて培養検査を行なうようになりました。たとえば「鼻腔よりMRSA」とあれば鼻腔の細菌検査、「尿からESBL産生菌」とあれば、尿細菌検査を実施しています。このようなことは多くの病院でも一般的に行われており、必要なことなのでしょうか。

回答（原先生）：

疫学的な意味ではスクリーニング培養は有用であるかもしれませんが、初期治療の選択に対する効果は現時点では不明だと考えられます。多剤耐性腸内細菌目細菌の保菌を確認するためには腸管での定着を見るため、便培養をとる必要があるかもしれませんが、便培養は手間がかかるため検査部への負担もかかります。また、スクリーニングがあったとしても院内で発症した感染症の起原菌になるとは限らないため、感染症発症時には改めて培養をとらなければいけないことを周知する必要はあると思います。感染制御的にはスクリーニング培養の結果を基にすることは考えられますが、標準予防策がとれていれば基本的には十分と考えられます。これらを考慮してスクリーニング培養の必要性を検討することになりますが、当面は多剤耐性菌のアウトブレイクがある地域からの転院などに限るべきと考えます。

- 6) 当院も培養検査を外注でおこなっていますが、結果の報告に時間がかかることがほとんどです。陰性の場合が多いですが、まれに陽性例であっても時間がかかることがあります。培養提出日から報告まで何日以上かかる場合は陰性例であろうと判断されますか。また病院で期間を定めていたりしますか。培養の再提出が必要かどうかを悩むことがあります。

回答（鴨志田先生）：

恐らくほとんどの施設では血液培養の通常の培養期間は最長で5日間に設定しているかと思えます。参考となる文献も提示しておきますのでご参照ください。

Cockerill FR 3rd, Wilson JW, Vetter EA, et al. Optimal testing parameters for blood cultures. Clin Infect Dis 2004;38:1724-30.

また、外注先に「通常は何日で陰性と返しているのか。陽性と判明してから最短どれくらいで報告をいただけるのか。」を確認してみるのはいかがでしょうか。何か改善のヒントとなる情報が得られるかもしれません。当院でも陽性結果の連絡が遅れた事例があり、問い合わせにより改善したことがあります。気になる検体があれば、外注先に電話して現在の培養の状況を確認することもあります。

- 7) 当院でもなかなか抗菌薬投与前の培養提出ができておらず、抗菌薬変更の負の連鎖に入っているケースが散見されます。人員不足により看護師からも反発が懸念され、よっぽどのケース以外はなかなか提案しづらいのが現状です。何か工夫された点等あればおしえていただければ幸いです。

回答（加藤先生）：

まず培養が提出されない理由を診療医にヒアリングしてみることでしょうか。直接会って話していくうちに顔が見える関係が築けるとコンサルトしてくれるようになる、というのが理想ではありますが（外勤医師ばかりで疎通がとれないなどの事情があるかも知れませんが）。看護師も同様で、理由が分かってくれば尿培養、喀痰培養など看護師側から提案してくれることもあるかと思います。

それと同時に採用抗菌薬の見直しを行い、広域抗菌薬を削除した上で、一般的な処置や入院をクリニカルパス化するのがよいと思います。パスの中に培養と抗菌薬も入れてしまうこともできるかと思います。もちろん、病院幹部の理解が必要です。