

事務連絡
令和元年5月31日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課

セファゾリンナトリウム注射用「日医工」の供給不足に伴う
医療機関における抗菌薬供給等に関する情報収集について（周知依頼）

平成31年2月に日医工株式会社（以下「日医工」という。）から「セファゾリンナトリウム注射用0.25g/0.5g/1g/2g製品供給に関するご案内」により、同社製品供給に支障をきたす可能性がある旨の周知があり、これに関連し、厚生労働省としては、「セファゾリンナトリウム注射用「日医工」が安定供給されるまでの対応について（周知依頼）」（平成31年3月29日事務連絡）を発出し、貴管内の医療機関に対して、代替薬リストの周知をお願いしているところです。

今般、厚生労働省において、本件に係る医療機関への影響等の実情を把握するため、インターネット上にアンケートを用意いたしました。ついては、趣旨を踏まえて情報提供頂ける医療機関があれば御回答を頂けるよう、下記について貴管内医療機関に御周知いただきますようお願いいたします。

なお、本件については、別表の団体へも周知していることを申し添えます。

記

ウェブサイト URL : https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/201906_01_cefazolin

アンケート実施期間 : 令和元年6月3日9時30分～6月30日23時59分

以上

(別表)

公益社団法人日本医師会
公益社団法人日本歯科医師会
一般社団法人日本病院薬剤師会
一般社団法人日本病院会
公益社団法人日本精神科病院協会
一般社団法人日本医療法人協会
公益社団法人全日本病院協会
一般社団法人日本感染症学会
公益社団法人日本化学療法学会
一般社団法人日本外科感染症学会

このセクションでは、貴院の基礎情報についてお伺いします。

1. 貴院の所在する都道府県を選んでください。

2. 回答時現在の貴院の稼働病床数を選択してください。

3. 貴院の開設者を選択してください。

4. 次のうち、貴院に当てはまるものをすべて選択してください。

- 特定機能病院である 地域医療支援病院である 救急告示医療機関である
 医科の保険診療を行っている 歯科の保険診療を行っている 外科手術を実施することがない
 保険診療を行っていない

5. 次のうち、2019年2月1日時点で採用していたものをすべて選択して下さい。
(力価(~g)や投与経路(注射用、筋注用等)が複数ある場合、一部でも採用していれば選択して下さい。)

[必須]

- セファメジンα(LTLファーマ) セファゾリンナトリウム(日医工) セファゾリンNa(武田テバファーマ)
 セファゾリンNa(大塚製薬工場) セファゾリンNa(ニプロ) トキオ(コーアイセイ)
 いずれも採用していなかった

次へ

戻る

このセクションでは、貴院におけるセファゾリンの供給状況、及びそれによる診療への影響等についてお伺いします。回答時現在の状況を御記入ください。

6. 手術時の創感染予防を目的としたセファゾリンの投与(ガイドライン等でセファゾリンの使用が推奨されるものに限る)について、貴院の状況にもっとも当てはまるものをひとつだけ選択してください。

[必須]

- ア) 原則として全例にセファゾリンを使っている。
- イ) セファゾリンの供給に問題があるため、一部で使用を制限している。
- ウ) セファゾリンの供給に問題があるため、原則としてセファゾリンを使っていない、または使えない。
- エ) セファゾリンの供給状況とは関係なく、手術時の創感染予防のためにセファゾリンの使用が推奨される症例を診療することがない。

6-1. (6. でイと答えた方) どのような症例にセファゾリンを使用するかについて、方針、基準等があれば御記入ください。

6-2. (6. でイまたはウと答えた方) 次の中から、もっとも当てはまるものを一つだけ選択してください。

[必須]

- 代替薬の使用、予防投薬を行わない等により、手術自体は実施できている。
- 代替薬の使用等も考慮した上で、手術の延期や、手術が必要な患者さんを受け入れられないことがあった。

6-3. セファゾリンの代替薬として実際に使用したことがあるものを次からいくつでも選んで下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> クリンダマイシン | <input type="checkbox"/> セフォチアム |
| <input type="checkbox"/> アンピシリン・スルバクタム | <input type="checkbox"/> セフメタゾール |
| <input type="checkbox"/> フロモキセフ | <input checked="" type="checkbox"/> その他の抗菌薬 |
| <input type="checkbox"/> 代替薬は使っていない | |

6-4. セファゾリンの代替として使用した「その他の抗菌薬」について具体的に記載して下さい。

7. 感染症の治療を目的としたセファゾリンの投与(ガイドライン等でセファゾリンの使用が推奨されるものに限る)について、貴院の状況にもっとも当てはまるものをひとつだけ選択してください。

[必須]

- ア) 原則として全例にセファゾリンを使っている。
- イ) セファゾリンの供給に問題があるため、一部で使用を制限している。
- ウ) セファゾリンの供給に問題があるため、原則としてセファゾリンを使っていない、または使えない。
- エ) セファゾリンの供給状況とは関係なく、感染症の治療のためにセファゾリンの使用が推奨される症例を診療することがない。

7-1. (7. でイと答えた方) どのような症例にセファゾリンを使用するかについて、方針、基準等があれば御記入ください。

7-2. (7. でイまたはウと答えた方) セファゾリンの供給の問題の影響について、次の中から、もっとも当てはまるものを一つだけ選択してください。

[必須]

- 代替薬の使用等により、治療自体は実施できている。
- 代替薬の使用等も考慮した上で、治療が必要な患者さんを受け入れられないことや、治療が可能な病院に転院してもらったことがあった。

7-3. セファゾリンの代替薬として実際に使用したことがあるものを次からいくつでも選んで下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> クリンダマイシン | <input type="checkbox"/> セフォチアム |
| <input type="checkbox"/> アンピシリン・スルバクタム | <input type="checkbox"/> セフメタゾール |
| <input type="checkbox"/> フロモキシセフ | <input checked="" type="checkbox"/> その他の抗菌薬 |
| <input type="checkbox"/> 代替薬は使っていない | |

7-4. セファゾリンの代替として使用した「その他の抗菌薬」について具体的に記載して下さい。

8. 次の抗菌薬のうち、貴院で採用しているもので、品薄等の理由で貴院への供給が滞っているものがあれば選択してください。

[必須]

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ビクシリン | <input type="checkbox"/> アンピシリン・スルバクタム | <input type="checkbox"/> アモキシシリン・クラブラン酸
(経口薬) |
| <input type="checkbox"/> セファレキシン(経口薬) | <input type="checkbox"/> セフォチアム | <input type="checkbox"/> セフメタゾール |
| <input type="checkbox"/> フロモキシセフ | <input type="checkbox"/> セフトキシム | <input type="checkbox"/> セフトリアキソン |
| <input type="checkbox"/> スルファメトサゾール・トリメ
トプリム | <input type="checkbox"/> クリンダマイシン(注射薬) | <input type="checkbox"/> クリンダマイシン(経口薬) |

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ゲンタマイシン | <input type="checkbox"/> アミカシン | <input type="checkbox"/> シプロフロキサシン(注射薬) |
| <input type="checkbox"/> シプロフロキサシン(経口薬) | <input type="checkbox"/> レボフロキサシン(注射薬) | <input type="checkbox"/> レボフロキサシン(経口薬) |
| <input type="checkbox"/> バンコマイシン | <input type="checkbox"/> リネゾリド | <input type="checkbox"/> ダプトマイシン |
| <input type="checkbox"/> いずれも供給に問題はない | <input type="checkbox"/> これらの医薬品は全て採用していない | |
-

9. セファゾリンの供給状況について、次からもっとも当てはまるものを選択して下さい。

[必須]

- 2019年4月1日時点と比較して、現在の方が使用しにくくなっている。
 - 2019年4月1日時点と比較して、現在の方が使用しやすくなっている。
 - 2019年4月1日時点と現在と特に変わりはない。
-

10. セファゾリン以外の抗菌薬の供給状況について、次からもっとも当てはまるものを選択して下さい。

[必須]

- 2019年4月1日時点と比較して、現在の方が使用しにくくなっている。
- 2019年4月1日時点と比較して、現在の方が使用しやすくなっている。
- 2019年4月1日時点と現在とで特に変わりはない。

11. 今後、御回答頂いた内容についてより詳しくうかがうため、厚生労働省担当部局より御連絡を差し上げてもよろしければ、連絡先を御記入ください。

連絡可 連絡不可

医療機関名

電子メールアドレス

確認

戻る

御協力いただきありがとうございました。

厚生労働省では、頂いた情報を今後の施策に活用してまいります。