

# 兵庫保険医新聞

第1747号  
2014年4月5日

発行所 兵庫県保険医協会  
http://www.hhk.jp/  
〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31  
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801  
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)  
振替01190-1-2133  
(会員の購読料は会費に含まれています)

## 今号の記事

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 新点数Q&A〈医科・歯科〉                | 3面 |
| 3・9原発ゼロ☆統一行動 参加記             | 2面 |
| 研究 歯科定例研究会より<br>診療が変わるくすりの知識 | 6面 |

会場いっぱい391人が講師の説明に聞き入り、真剣な表情でメモをとった(3月23日、神戸会場)



## マイナス改定に怒りの声

# 改定研究会に3千人超

4月1日からの診療報酬改定をひかえ、協会は県下各地で診療報酬改定研究会を開催。3月29日まで21会場に会員医師・歯科医師や職員ら3079人が参加した。入院から在宅への誘導を強引に推し進めながら、同一建物居住者への在宅診療の点数を引き下げるなど、医療費抑制ありきの改定内容に怒りの声が上がった。

研究会では、協会役員が消費増税や医療・介護総合法案の問題点を解説し「消費増税へのゼロ税率導入と医療・介護総合法案の廃案を求めていこう」などと訴えた後、講師がテキストを用いて改定内容のポイントを説明した。今次改定は、消費増税

について、在宅患者訪問診療料と在宅時医学総合管理料(特定施設入居時等医学総合管理料)の点数が大幅に引き下げられた。

### 最新情報は 協会ホームページへ

研究会では、「同一建物居住者」の取り扱いに質問が集中し、「集合住宅を訪問する場合、日を変えなければ点数が下がってしまう。あまりにも不合理な改定だ」など、怒りの声が上がった。

歯科では、歯科疾患管理料の文書提供の見直しなど運動による改善はあるものの、基礎的技術料の抜本的引き上げは見られず、「同

### 2014年度診療報酬改定インタビュー①

## 「安上がり医療」へ 露骨な誘導政策

医療提供体制の再編を進めるなどとして4月1日に行われた診療報酬改定。地域医療、医療現場にどのような影響を与えるのか。今号からシリーズでインタビューを掲載する。

医療・介護業界は、政府に切り捨てられてしまったのではないだろうか。アベノミクスで景気を回復させ、賃金を上げるなどと言いますが、ベアが行われた

診療報酬は実質1・26%のマイナス改定となりました。



中央区  
ろっこう先生協東雲診療所  
小西 達也先生

今回の、急性期病床削減のため、多職種の連携が必要とされていますが、報酬はありませぬ。市民の「相互扶助」やボランティアでがんばれということでしょう。

「地域包括診療料」は、慢性疾患の患者を一医療機関が管理し、点数が包括されるというところで、「登録医制度」の導入につながっています。次はかぜ薬が狙われるでしょう。「保険外しは認めていいの」と市民に広く訴えていく必要があると思います。

診療報酬は単に医師の収入ではなく、国民のための医療に国がどれだけお金をかけるかということで、引き上げを求めているのは当然です。同時に、皆が安心して医療を受けられるよう、窓口負担引き下げと保険範囲拡大を、医療界全体が求めていることが大切です。協会にはいつもリードしていただいているが、このことを幅広く訴え、市民の方とともに良い医療、介護制度をつくっていかねばならないと思います。

## 春の共済制度普及 好評受付中！ 5面に広告



### 政策研究会

## 昭和史にみる 医療の変遷

日時 4月12日(土)  
16時～18時30分  
会場 協会5階会議室

講師 川島 龍一先生(兵庫県医師会会長)

今回は兵庫県医師会の川島龍一会長をお招きし、いかに昭和時代の先達の方々が血と汗を振り絞り国民皆保険制度を完成させたのか。国民皆保険制度を国の宝として守り抜くために何が必要なのか。当時の貴重な記録映像を数多く織り交ぜながら、お話しいただきます。

お申し込みは、☎078-393-1807 平田まで

## 燭心

消費増税と診療報酬改定が行われたが、マスコミは既成事実と沈黙を決め込む。97年のトラウマ

これを機に保険適用範囲が、どんどん狭められてしまっているのではないかと危惧しています。次はかぜ薬が狙われるでしょう。「保険外しは認めていいの」と市民に広く訴えていく必要があると思います。

診療報酬は単に医師の収入ではなく、国民のための医療に国がどれだけお金をかけるかということで、引き上げを求めているのは当然です。同時に、皆が安心して医療を受けられるよう、窓口負担引き下げと保険範囲拡大を、医療界全体が求めていることが大切です。協会にはいつもリードしていただいているが、このことを幅広く訴え、市民の方とともに良い医療、介護制度をつくっていかねばならないと思います。



3・9原発ゼロ☆統一行動

参加記

国会に届け「原発なくせ！」の声

保団連も参加する原発をなくす全国連絡会は、福島第一原発事故3年にあたり、首都圏反原発連合、さような原発1000万人アクションとともに、3月9日に東京で「原発ゼロ☆大統一行動」を開催した。協会から参加した加藤擁一、副理事長の参加記を掲載する。



横断幕を持ち、アピールする加藤擁一協会副理事長(左3人目)と住江憲勇保団連会長(左4人目)

国会議事堂周辺での集会には、のべ3万2千人が参加し、「原発なくせ！」の声が響き渡りました。同様の集会は、全国160カ所以上で取り組まれたとのこと。

私たちは、保団連理事会が関わってからの参加でした。16時前に現地に着き、すでに歩道は人で埋め尽くされ、あちこちから思い思いのスピーチや音楽が聞こえてきて、熱気が伝わってきました。

「NO NUKES! 私たち医師・歯科医師は訴えます」の横断幕を持ってアピールしてきました(写真)。

福島第一原発の事故から3年になりますが、いまだに故郷に帰れず苦しい生活を強いられていることを、多くの被災者が訴えられています。そんな中、安倍内閣は「エネルギー基本計画」(案)を発表しま

した。原発を「重要なベースロード電源」と位置づけ、事実上永久に続けることを宣言しています。現在停止中の各地の原発も、基準をクリアさえすれば、再稼働を容認する姿勢です。

「安全な原発」などありえない、ひとたび事故が起これば、暮らしや環境が根

こそぎ破壊されるというのが、最大の教訓のはずです。

「福島を忘れるな！」の声をもっともっと大きくしていかなければと、思いを新たに帰ってきました。

【須磨区・歯科 加藤 擁一】

7人全員の原爆症を認定

原爆症認定申請を却下された被ばく者が処分取り消しを求めた裁判で、3月20日、大阪地方裁判所は、原告7人のうち、行政が昨年末に見直した新基準で認定されなかった原告4人全員

について「健康に影響を及ぼす線量の放射線に被ばくした」と判断し、原爆症と認定すべきとの判決を下した。原告の国への賠償請求は棄却した。



全員勝訴の判決に万歳して喜び弁護団と支援者ら

協会は原爆症認定集団訴

を疑われる方などがいらっしやいました。もし自分が被災地にいたら同じことを考えるかもしれないと思うと、とても医学的には問題ないなどという、無責任なことは言えませんでした。

ただ、私が痛感したのは、震災と原発事故が人々に与えた精神的苦痛の重大さや根深さでした。

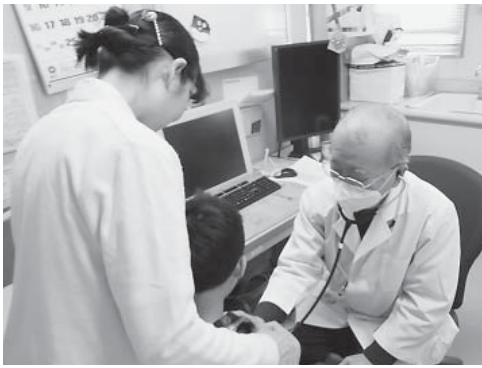
第2回避難者健康診断

避難者、被災者の心のケア 継続する必要性実感

東日本大震災・福島第一原発事故避難者を対象とした第2回避難者健康診断が3月9日、神戸協同病院で実施され、47人(大人21人、子ども26人)が、甲状腺エコーや血液検査などを受けた。

兵庫県民主医療機関連合会(民医連)が主催し、協会の池内春樹理事長、公文病院(長田区)の矢藤慎也先生らが小児科の診察を行い、親子の抱える不安や悩みに耳を傾けた。矢藤先生

の参加記を掲載する。



被ばくの不安を受けとめ、ていねいに診察する池内理事長(上)と矢藤先生(下)

このように機会を通して、少しでも避難者や被災者の方々の心のケアを行う必要性を実感いたしました。

【長田区 公文病院・小児科 矢藤 慎也】

女医の会・つどい

生田神社でいただくお茶に心すっきり



「茶道」の作法にこめられた思いやりの精神を学びお茶をいただいた

男性の先生方も多数参加されていました。まず、フーロード服部内科の服部かおる先生より、茶道(ちやどう)の精神(禅ではさどつと呼ぶそうです)や、利休居士の教えを、英訳をまじえて教わりました。

よく耳にします「二期一会」の意味は「今この瞬間をいかに大事にできるか」ということで、単なる出会いを指すのではないということを教えてくださいました。

【東灘区 住吉 弘充】

会員計報

樋渡 章二先生 宝塚市 耳鼻咽喉科 12月22日 享年65歳  
志水 謙次先生 中央区 耳鼻咽喉科 3月13日 享年79歳  
田村 忠之先生 兵庫区 歯科 3月20日 享年66歳  
ご冥福をお祈り 申し上げます



医科

新点数

Q&A (その1)

診療報酬改定にあたってのQ&Aを今号から掲載していく。

〔地域包括診療料・地域包括診療加算〕

Q1 新設された「地域包括診療料」について、すべての点数が包括となるのか。別に算定できる点数はあるのか。

A1 下記以外の点数はすべて地域包括診療料に包括されます。  
〔別に算定できる点数〕

○再診療の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、時間外特例加算、夜間・早朝等加算

○地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)

○在宅医療(在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く)

○投薬(処方料、処方せん料を除く)

○急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置の費用のうち550点以上のもの

Q2 「地域包括診療料」は月当たりの包括点数であるが、患者の病状が急変した場合などで、当該診療料の算定をせず、出来高算定することは可能か。

A2 可能です。当該診療料は、重症化等により算定を行わないことも可能とされています。ただし、病状の安定等に伴い再度当該診療料を算定する場合は、あらためて患者の署名付きの同意書を作成しカルテに添付する必要があります。

Q3 再診療の加算である「地域包括診療加算」は200床未満の病院でも届け出ができるのか。

A3 算定できません。当該加算は診療所のみが届け出ることができます。

なお、診療所において在宅医療への対応と24時間対応体制として以下のうち、いずれか一つを満たす必要があります。

①時間外対応加算1または2を算定

②常勤医3人以上

③在宅療養支援診療所

〔在宅患者訪問診療料〕

Q4 在宅患者訪問診療料の「同一建物居住者」について、対象となる患者に変更があったのか。

A4 「同一建物居住者」となる対象から下記の患者が除外されました。

①往診患者

②末期の悪性腫瘍と診断された後、訪問診療開始60日以内の患者

③死亡日からさかのぼり30日以内の患者

これに伴い、たとえば、同一の建物内に居住する患者A(末期の悪性腫瘍)と患者Bを同一日に訪問した場合、患者Aは同一建物居住者の対象からは除外されるため、患者Aおよび患者Bとも「同一建物居住者以外の場合」833点を算定することになります。

〔在宅時医学総合管理料〕

Q5 在宅時医学総合管理料に「同一建物居住者」の取り扱いが導入されたが、訪問診療で「同一建物居住者」に該当した場合、すべて減額した点数で算定するのか。

A5 月1回以上、訪問診療料の「同一建物居住者以外の場合」833点を算定した場合や同一患家の場合は「同一建物居住者」の扱いとはならず、減額されない点数で算定します。

したがって、月1回目の訪問診療が「同一建物居住者以外の場合」833点で、月2回目が「同一建物居住者の場合」103点であった時は、在宅時医学総合管理料は減額されない点数を算定します。

〔届出は4月14日までに〕

Q6 届出が必要な新設点数および施設基準が変更された点数などは、いつまでに届出をすればよいのか。

A6 届出が必要な新設点数および施設基準が変更された入院基本料などは、4月14日までに近畿厚生局兵庫事務所に届出を行えば、4月1日にさかのぼって算定することができます。

新点数2次Q&A研究会

日時 4月24日(木) 15時～

会場 県農業会館11階大ホール

参加費 2000円(テキスト「新点数運用Q&Aーレセプトの記載」冊子代、冊子不要の場合は無料)

兵庫県保険医協会薬科部の産みの親とも言うべき、朝井榮先生が亡くなられて一年が過ぎた2月22日、薬科部主催で偲ぶ会を開催し、日ごろ薬科部の活動を応援してくださる医科歯科の先生方と薬科のメンバーが参加した。



参加者はスライドで朝井先生の活躍をふり返り思い出を語り合った

奥様を亡くされてお一人暮らしをされていた先生に、薬科部の懇親会のお声かけをする、気軽に参加くださり「何で他県では薬科部がでんのかな?みんな続くと思ったのに」と残念がっていたことなどを思い出し、今年度中には必ず会員数を100人以上にという目標をやり遂げようと決意を新たにされた。

故・朝井榮協会前理事長の一周忌にあたり、2月22日に中央区内で、薬科部主催で偲ぶ会を開催。薬科部役員ら8人が参加し、朝井先生の協会活動のあゆみと薬科部の歴史を振り返った。薬科部世話人の滝本桂子氏に寄稿いただいた。

薬科部世話人 滝本 桂子

朝井榮先生の思い出

尼崎市で阪神・淡路大震災後の復興住宅への訪問活動や健康教室など、私が協会との関わりを持つきっかけをつくってくださった朝井先生に初めてお目にかかったのは、「私の処

中正昭先生も参加していただけとお聞きしていたが、あいにくの厳しい寒さで体調を考えて欠席されたのが残念だった。尼崎市での協会活動への参加がきっかけで、私は朝井先生の提唱された薬科部世話人に名前をつらねる結果となったからである。

「シリーズの先駆けとなった研究会「向精神薬、抗てんかん薬」で慣れない司会をつとめることになった時だった。「患者の社会的背景を見ずに治療はできない」「3交代勤務の人の服薬は?」と話されたことが印象に残った。

偲ぶ会では、先生の現役時代の幅広い活躍の様子を、事務局で用意していただいたスライドショーで懐かしんだ。

薬科部 初夏のバスツアー

植村直己冒険館と柳田國男記念館をめぐり

阿瀬溪谷のやまめ料理を堪能!

日程 5月25日(日) 参加費 6500円(昼食代・バス代等含む)

出発 神戸市勤労会館(三宮図書館)南側 8時30分

定員 47人(事前申込順)

行程 三宮一日高町「植村直己冒険館」→阿瀬溪谷「阿瀬」でやまめ料理→福岡町「柳田國男記念館」→三宮17時ごろ着予定

※医師、歯科医師、メディカルスタッフの皆さんの参加も歓迎!

5月19日(月)までにお申し込みください。

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

歯科

新点数

Q&A (その1)

歯科新点数研究会で寄せられた質問を順次紹介する。

Q1 T-condと歯リハ1は同日算定できるようになったのか。

A1 その通りです。

Q2 TFix簡単なものは同部位半年後に再度1回のみ算定できるとあるが、それは同一初診で続いていた場合のことか。再初診になっても関係ないとするのか。

A2 同一初診で続いていた場合の扱いです。

Q3 実地指の歯科衛生士業務記録簿は不要になったのか。

A3 「業務記録簿」から「業務に関する記録」に言い回しは変更されましたが、プラークチャートなどの算定要件に

変更はなく、これまで通りの業務記録簿で問題ありません。患者への提供文書が要件を満たせば、その文書の写しを記録としてカルテに添付することでも構いません。

Q4 歯リハ2は、顎関節症患者に咬合挙上副子(顎関節治療用スプリント)を算定した患者に指導、訓練を行った場合に50点を算定するとあるが、施設基準にMRI機器を設置している病院との連携というのは、連携の届出のみなのか、MRIでの診断がないと算定できないのか。

A4 施設基準の届出のみでよく、MRIでの診断は算定要件ではありません。MRI機器を設置している病院との連携が図られていることが必要ですので、病院に連絡し医療機器名などを確認の上で届出をしてください。

Q5 歯リハ2と床副子調整は同時に算定可能か。

A5 算定可能です。

Q6 うがい薬については、病名があれば算定はこれまで通り可能か。

A6 その通り、これまで通り可能です。

Q7 フッ化物歯面塗布処置について、たとえば4月5日に実施した場合に2回目以降の算定はいつになるのか。

A7 「前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り月1回を限度として算定」となっており、4月5日の実施であれば、次回は7月1日以降の算定となります。

Q8 歯根端切除手術で歯科用CTおよび手術用顕微鏡を用いた場合2000点のことだが、拡大鏡(倍率10倍)では算定できないか。

A8 拡大鏡は手術用顕微鏡にはあたりません。カルテには薬事法上の届出がされている手術用顕微鏡の名称を記載することとなっています。

【施設基準の届出は4月14日までに】

Q9 施設基準の届出が必要な新設点数は、いつまでに届出をすれば4月から算定できるか。

A9 歯科で新設された「在宅かかりつけ歯科診療所加算」「歯科口腔リハビリテーション料2」「CAD/CAM冠」については、4月14日までに近畿厚生局兵庫事務所に届出書を送付し、受理されれば、4月1日にさかのぼって算定することができます。なお、新設以外の届出も同様です。

保団連テキスト「歯科診療報酬・介護報酬 2014年改定の要点と解説」

P124 略称を追加してください。

CRT(完全埋伏歯)、P急発(急性歯周炎・慢性辺縁性歯周炎の急性発作)

歯科保険請求等のお問い合わせは、協会歯科部会 ☎078-393-1809まで





立花久大兵庫医大教授が退任記念として講演

## 神戸支部 研究会

### 感想文

## 生活習慣病治療でも認知症予防を意識

生活習慣病と認知症はどちらも現代人にとってとても重要な疾患であり、大変興味があったので参加させていただきました。

講師の立花教授はもともと専門が神経内科ということで、アルツハイマー病や血管性認知症、最近話題のレビー小体型認知症など、各疾患の特徴やそれ以外の鑑別すべき疾患などについて詳しく教えていただき、認知症

明石支部は3月9日、西明石ホテルキャッスルプラザで「失敗しない採用のポイントと退職時のトラブル解決策」をテーマに、桂芳桂氏は自身が監修を務めた月刊保団連臨時増刊号

## 魅力ある職場に良い人材集まる

### 明石支部 会員懇談会

明石支部は3月9日、西明石ホテルキャッスルプラザで「失敗しない採用のポイントと退職時のトラブル解決策」をテーマに、桂芳桂氏は自身が監修を務めた月刊保団連臨時増刊号

私は就職して1年目の歯科衛生士です。まだわから

歯科部会は2月23日に協会会議室で、歯科定例研究会「食医のススめ」歯科の、歯科による、歯科のための嚥下リハを開催。



歯科のための嚥下リハのポイントを学んだ

歯科部会は2月23日に協会会議室で、歯科定例研究会「食医のススめ」歯科の、歯科による、歯科のための嚥下リハを開催。

## 歯科定例研究会

### 感想文

## キュアとケアで在宅患者に関わる

ないことだらけで、日々の診療や住診の中でも「もっとよくなる方法はないのか」と思うことがたくさんあります。今回のセミナーは、そんな日々の疑問を一つでも解決できるきっかけになれば、と思い参加させていただきました。

より食べることをあきらめていての方が、たくさんおられるということです。在宅や施設での生活では、状況が変わっていく過程で、その都度、正確な診断を受けられない方が多いと知りま

### 感想文

## 腹診の実践で漢方を深く理解

漢方部は2月22日、漢方

研究会「泌尿器科疾患の漢方治療」寒熱の考え方と腹診の実践」を協会会議室で開催した。宝塚市・沢村



澤村先生が泌尿器科疾患の漢方治療について触診の実践をまじえ説明した

今回の漢方研究会は、泌尿器科という限られた範囲での漢方薬の研究にかと思



スタッフ雇用のポイントを具体的に解説

採用を辞退する人が多い場合、面接の仕方、面接の仕方の問題や職員の勤務態度などに問題がある場合が多い。3カ月以内の退職者が多い場合は、労働条件通知書や採用時の書類を渡していない、試用期間が終わってからしか雇用保険や社会保険の手続きをしてい

「経営対策シリーズ2013 医院経営と雇用管理」確定申告・医療経営改善のために」をテキストに講

「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会

## 第2回歯科技工士問題についての懇談会

2月に引き続き歯科技工士と歯科医師の懇談会を開催します。今回は、尼崎医療生協歯科の富澤洪基所長が話題提供し、フリーディスカッションを行います。

日時 4月19日(土) 17時～19時  
会場 協会5階会議室  
対象 歯科医師、歯科技工士など

## 最新のデジタルテクノロジーを用いた歯科矯正治療

日時 5月11日(日) 14時～17時  
会場 協会5階会議室  
講師 北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系歯科矯正学分野准教授 林一夫先生  
定員 120人(事前申込順)

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1809まで

## 支部の催物案内

### ■淡路支部■医療安全管理研修会

日時 4月19日(土) 15時～17時  
会場 洲本市文化体育館2階 会議室2C  
テーマ 外来での医療安全管理・院内感染対策  
講師 県立淡路医療センター看護師 正司貴美子氏  
参加費 1000円(修了証を発行)

### ■神戸支部■職員接遇研修会

日時 5月10日(土) 14時30分～16時30分  
会場 協会5階会議室  
テーマ 接遇の基本  
～医療機関のおもてなし～  
講師 大手前短期大学教授 水原道子先生  
参加費 1000円(医療安全管理受講証を発行)

巡らすと、「私も『匙』加減ができるのだ」と自分の中で漢方が広がってきた。が、ことが難しい。講師が仰りましたが、「まず言葉覚えましょう」。

今回講義終了後に触診の実践をしていただいたことに、講師の漢方に注ぐ熱意を感じました。「桃核承気湯」は、のぼせ・便秘・腹部に圧があり、ただそんな

最後に、漢方薬メーカーのそれぞれの特徴・感想をお話になり、メーカー選びもそれぞれの特徴を考慮する必要があります。

【尼崎市・薬剤師 上田 富江】









# 診療が変わるくすりの知識

おくすり手帳から全身状態を読む

医療法人明和病院 歯科口腔外科部長 末松 基生先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

## はじめに

近年、医科においては生活習慣病健診・がん検診で掘り起こされた疾患に対する薬剤処方が増加の一途をたどり、さらに新薬の開発もめざましい。

一方歯科では、高齢者や有病者に対する総合診療の機会が飛躍的に増加している。歯科医師は社会情勢をふまえ、医科の薬剤処方を深く理解し、安全な歯科診療を提供する必要に迫られている。

講演では、「おくすり手帳」から全身疾患を推測し、患者・歯科医師相互の危険を回避する方法を述べた。以下は、紙面の都合で内容をかなり割愛したが、詳細は月刊保団連に近々連載予定であるのでご参照いただきたい。

## おくすり手帳から全身疾患を推測する

病識のない高齢者への問診に頼らず、全身状態を把握するには、「おくすり手帳をどう解釈するか」が鍵になる。

いくつかの標準処方のパターンの暗記で、十分に正確な結果を得ることができる。まず、典型的生活習慣病患者に対する標準処方を表1に示す。なお、以下はあえて商品名を使用する。

当科における65歳以上の初診患者になされていた処方平均4.5剤であり、上記に加え胃薬・眠剤が入ったセット処方、高齢者でよく遭遇する組み合わせである。この手帳を見た場合は、「高血圧、高脂血症、糖尿病に加え何らかの血栓症リスクを抱えており、かなり動脈硬化がある」と読むわけである。

ひきつづき、「歯周病リスクが高く、応急的な抜歯に備えて血圧測定と、術後の止血材と縫合の準備が必要」というところまで診察以前に察知でき、スケーリングも出血に注意するよう事前に指示ができる。

### 1. 降圧薬の知識(表2)

主として、アンギオテンシン受容体拮抗薬(ARB)とカルシウム拮抗薬(CCB)が使用される。かつては、CCBが圧倒的シェアを占めていたが、最近ではARBが逆転している。また、ACE阻害薬が臓器保護の点で見直され、特に全国に1400万人といわれる慢性腎臓病(CKD)に有用であることから、処方が増加している。

降圧薬に関する問診例。  
①1日1回投与なので、当日服用したか確認する。服用していない場合は、術中高血圧や出血に対する配慮が必要になる。

②狭心症・心筋梗塞・脳梗塞の既往を問診する。これは、抗血栓薬の分析につながる。

③腎機能障害につき問診し、抗菌薬やNSAIDsの減量処方を検討する。

### 2. 糖尿病薬の知識(表3)

糖尿病薬は、最もパラダイムシフトが激しい分野であり、現在、抗高血糖治療から抗糖尿病治療への移行期といわれる。かつて、アマリール、アクトスの併用が多かったが、新薬のDPP-4阻害薬が瞬く間に標準治療となった。作用は

割愛するが、低血糖になりにくく、従来品と異なりHbA1cを改善することが可能な薬剤である。

シェアが低下していたメトグルコがDPP-4阻害薬との併用効果が見直され処方が増加している一方、他剤は処方が減少する可能性がある。アマリールは、強い血糖降下作用のため高頻度で処方されるが、ニューキノロン系抗菌薬、NSAIDsで作用が増強し、低血糖を生じやすくなる。

今年、SGLT-2阻害薬、GPR40作動薬が登場し、さらに治療戦略は短期間で変化していくと思われる。

糖尿病薬に関する問診例。  
①低血糖発作は、DPP-4阻害薬のみであればほぼ問題ないが、アマリールが併用されている場合は、食事をしてきたか確認する。

②合併症、特に腎臓については確実に問診する。CKDでないか、人工透析を受けていないかをチェックし、抗菌薬とNSAIDsの減量処方の必要性を検討する。

③コントロールの状態(HbA1c)を問診し、術後感染や根管治療、歯周治療抵抗性の可能性を説明する。腎臓に問題なければ、抗菌薬は増量や投与期間延長を考慮する。

④病歴が長ければ動脈硬化が潜在しているので、心血管疾患、脳卒中に関して問診する。

### 3. 抗血栓薬の知識(表4)

国内では、バイアスピリンは300万人、ワーファリンは100万人に処方されている。

①抗血小板薬：バイアスピリンのみの場合は脳梗塞の再発予防目的であることが多く、プラビックスが同時に処方されている場合は、大抵Dual antiplatelet therapy(DAPT)として、狭心症・心筋梗塞に対するカテーテル治療が過去に実施され、冠動脈ステントが留置されていることを意味する。

出血傾向を除けば、これらの患者は循環動態が安定しており、通常の歯科治療はむしろ安全と言える。もちろん、観血治療が必要であればリスク因子となり、DAPT施行下においては十分な準備が必要である。不可逆的に血小板の機能変化を起こすため、血小板のターンオーバー期間である7～10日が休薬の目安となる。

休薬は、一定の確率で致死的な血栓症を誘発するため、適応は慎重を要する。

②抗凝固薬：ワーファリンは主に心房細動由来の血栓による脳・心筋梗塞予防、あるいは深部静脈血栓症の治療に用いられているが、注意すべきは心臓血管外科手術後血栓予防目的の可能性である。特に人工弁置換術後においては、感染性心内膜炎予防に留意する必要がある。術前抗菌薬投与を考慮せねばならない。

ワーファリンは、PT-INR2.0～3.0の間でコントロールされていることが多い

表1 最近の内科系標準処方セット

| 分類      | 系統                  | 高シェア薬剤名        |
|---------|---------------------|----------------|
| 降圧薬     | ARB(アンギオテンシン受容体拮抗薬) | アロプレス・オルメテック   |
|         | CCB(カルシウム拮抗薬)       | アムロジン・ノルバスク    |
| 脂質代謝改善薬 | スタチン                | リビトール・クレストール   |
| 糖尿病薬    | インスリン分泌促進           | ジャヌビア・アマリール    |
|         | グルコース吸収遅延           | ベイスン           |
|         | インスリン抵抗性改善          | アクトス           |
| 抗血栓薬    | 抗血小板薬               | バイアスピリン・プラビックス |

表2 主な降圧薬の分類と高シェア薬剤

| 分類                   | 高シェア薬剤名                     |
|----------------------|-----------------------------|
| CCB(カルシウム拮抗薬)        | アムロジン・ノルバスク                 |
| ARB(アンギオテンシン受容体拮抗薬)  | (ディオバン)・アロプレス・オルメテック・ミカルディス |
| ACE(アンギオテンシン変換酵素)阻害薬 | コバシル・レニベース・タナトリル            |

表3 主な経口糖尿病薬の分類と高シェア薬剤

| 分類         | 系統                 | 高シェア薬剤名    |
|------------|--------------------|------------|
| インスリン分泌促進  | スルホニル尿素(SU)        | アマリール      |
|            | DPP-4阻害(新薬)        | ジャヌビア、エクア  |
| インスリン抵抗性改善 | チアゾリジン             | アクトス       |
|            | ピグアナイド             | メトグルコ      |
| グルコース吸収遅延  | $\alpha$ グルコシダーゼ阻害 | ベイスン、グルコバイ |

が、消炎目的で抗菌薬が事前に投与されていると腸内細菌からのビタミンK供給減少で、数値が上昇している現象をしばしば経験する。NSAIDsを併用していると、抗血小板作用によりさらに止血困難になる。

新薬のプラザキサは直接トロンビンを阻害、イグザレルト・エリキュースは第Xa因子阻害作用なので、採血データで活性を推測することはできない。新薬はビタミンK非依存性で効果発現が速く、半減期も短く、使用しやすいことから急速に普及している。また相互作用としてクラリスや抗真菌薬で濃度が上昇してしまい、臓器出血につながるため注意が必要である。

周術期の休薬目安は半減期であり、ワーファリンでは約36時間なので3～4日間、プラザキサ・イグザレルト・エリキュースはいずれも12時間前後なので1～3日間である。

やむを得ず休薬する場合は、医科主治医との緊密な連携の下で決定するべきで、その際に歯科医師が認識すべきことは、抗血栓薬休薬はリバウンドによる凝固系亢進を生じ、1%強の確率で血栓塞栓症が発生し、その80%は死に至るというデータである。不安な場合は、病院歯科に相談するべきである。

### 4. 骨粗鬆症治療薬の知識(表5～6)

顎骨壊死に関しては、かつて骨粗鬆症適応の経口BP製剤と、がんの骨転移適応の注射BP製剤のみが起因薬物であったが、新たに骨粗鬆症適応の注射BP製剤に加え、骨粗鬆症・骨転移両疾患に適応がある抗RANKL抗体製剤が登場したことにより、歯科医師は認識を改める必要がある。

BP製剤または抗RANKL抗体製剤使用患者に対しては、基礎疾患が骨粗鬆症かがんかを区別し、使用期間ならびに前者の場合は原発性(主に閉経後骨粗鬆症)か続発性かを確認する。続発性なら、原疾患とステロイドの使用量を問診し免疫低下リスク評価も行う。

表4 主な抗血栓薬の分類と高シェア薬剤

| 分類    | 高シェア薬剤名                    |
|-------|----------------------------|
| 抗血小板薬 | バイアスピリン・プラビックス             |
| 抗凝固薬  | ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキュース |

表5 経口骨粗鬆症治療薬の分類と高シェア薬剤

| 分類                        | 薬剤名                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------|
| ビタミンD <sub>3</sub>        | アルファロール・ワンアルファ                                     |
| ビタミンK <sub>2</sub>        | グラケー                                               |
| 選択的エストロゲン受容体モジュレーター(SERM) | エビスタ・ビビアント                                         |
| ビスフォスフォネート(BP)            | ボナロン・ベネット・アクトネル・フォスマック・リカルボン・ボノテオ(投与間隔が異なりシェア比較不可) |

表6 注射用骨粗鬆症治療薬の分類

| 分類                                                           | 製剤      | 顎骨壊死誘発性 |
|--------------------------------------------------------------|---------|---------|
| BP製剤                                                         | ボナロン    | +       |
|                                                              | ボンビバ    | +       |
|                                                              | ゾメタ：試験中 | +       |
| 分子標的薬(抗RANKL抗体)                                              | ブラリア    | +       |
| 副甲状腺ホルモン                                                     | フォルテオ   | —       |
|                                                              | テリボン    | —       |
| (参考)がんの骨転移適応でBP製剤のゾメタ、抗RANKL抗体のランマークが使用されておりいずれも顎骨壊死誘発性を有する。 |         |         |

## 5. がん化学療法薬の知識

近年、抗がん剤の副作用を緩和するための支持療法が次々と開発されたことに加え、医科では保険制度の改変もあり、多くが外来扱いに移行している。

この間の歯科治療は、一般歯科医院へ受診することになる。特に「周術期口腔機能管理」を実施する歯科医師は、十分な知識を身につける必要がある。

対応のポイントは、以下の3点に集約される。詳細は月間保団連の連載に譲る。

1) 骨髄抑制による免疫低下期の歯科治療

特に術前の導入化学療法で生じることが多い副作用で、白血球と血小板の減少による易感染性と出血傾向が問題となる。

2) 口腔粘膜炎への対応

医科では「口内炎」で一括りにされる副作用であるが、アフタ性口内炎とは対応が全く異なる。また骨髄抑制期間中は、口腔カンジダ症も発症しやすい。ブランクフリーにすることで口腔粘膜炎の予防に貢献できるが、発症後の特効薬はない。

3) 新しい分子標的薬

アバスチンやネクサパールなど創傷治癒遅延を起こすものが数種類あり、観血処置には注意せねばならない。口腔粘膜炎を生じる薬剤もある。

## おわりに

特定の薬を覚えるだけで、患者の全身状態がかなりのレベルまで短時間で推察できるようになるので、診療の幅が広がり、適切なリスク回避が可能となる。

たんに「全身的に何か病気はないですか?」と問診するよりも、「心臓カテーテルの治療経験がありますね? 脳梗塞を起こしたことがありますね?」などと要所を押さえた問診をすることで的確な情報が得られる上に、患者からの信頼度も増す。

薬の知識のアップデートを習慣づけることも、重要である。