

特定疾患療養管理料の対象疾患から除外される高血圧、脂質異常症、糖尿病が主病の患者を月1回診察し、1カ月分処方した場合の試算。特定疾患療養管理料と異なり、生活習慣病管理料は月1回しか算定できないため、月2回の受診では影響はさらに大きくなる

点数	改定前	改定後	増減
再診料	73	75	+ 2
外来管理加算	52	0	▲ 52
特定疾患療養管理料	225	0	▲225
生活習慣病管理料(Ⅱ)	0	333	+333
処方箋料	68	60	▲ 8
特定疾患処方管理加算2	66	0	▲ 66
計	484	468	▲ 16

生活習慣病管理料とは併算定不可

算定は月1回のみ

高血圧・脂質異常症・糖尿病患者には算定不可となる

医 科

地域医療を疲弊させる マイナス改定

研究部長 清水 映二

6月から実施される今次診療報酬改定は、本体は＋0・88％だが、全体では▲0・12％のマイナス改定となった。「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」で▲0・25％を見込んでおり、多くの診療所にとって本体プラスとは程遠い内容となっている。

医療従事者の賃上げや新型コロナウイルス等への感染対策のため、初再診料や入院料などが引き上げられた。初診料は3点、再診料は2点のアップとなったが、現在の賃金水準や

「診療報酬になじまない「ベースアップ限定」

賃上げ目的では「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」(初診時6点、再診時2点。要届出)と、(Ⅰ)による算定見込みだけでは賃金増率が

感染対策のコストを考えると引き上げ幅は全く不十分である。後で見ると他の汎用点数の再編や引き下げ等が盛りこまれ、基本診療料のわずかな引き上げは目くらましに過ぎない。

事後報告が求められる。

医療内容を評価した点数ではなく、報酬を賃金以外に充当できないことや事務職が対象外であることなど、違和感がある。また、「ベースアップ評価料」という名称が患者に渡す明細書に記載されるため、窓口で患者から説明を迫られることも考えられる。医療機関にとっては届出・算定しづらいのではないか。

感染対策の点数引き下げ

新型コロナウイルス感染症患者(疑い含む)を診察した場合の現在の特例点数(外来対応医療機関147点、その他50点)が廃止されることを受け、発熱患者を診察した際の点数として、初再診料の外来感染対策向上加算に「発熱患者等対応加算」(20点・要届出)が新設された。

2024年度 診療報酬改定答申 談話

2024年度診療報酬改定について、中央社会保険医療協議会(中医協)は2月14日、厚生労働大臣に答申を行った。改定率および改定内容に対する医科・歯科それぞれの談話を掲載する。

特例点数に比べ低い設定であり、外来感染対策向上加算を届出していない診療所は算定できない。

診療所への影響甚大な
マル特からの3疾患外し

特定疾患療養管理料(225点、月2回)の対象疾患から、高血圧、脂質異常症、糖尿病の3疾患が除外された。従来の生活習慣病管理料に検査等が包括されない、生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設された。患者ごとに療養計画の策定が必要で、点数は333点だが算定は月1回のみ。外来管理加算(52点)が併算定できない。

処方箋料は68点から60点に8点引き下げられた。特定疾患処方管理加算1(18点、月2回)は廃止され、28日以上処方した場合の同加算2(56点)は10点引き下げられた上、上述の3疾患の患者に対しては算定できなくなった。

これらの再編・引き下げにより、3疾患の患者を診察した場合、再診料の引き上げを含めても改定前より点数はマイナスとなる(上表)。

リフィル処方の 拡大狙う

リフィル処方については、新たに特定疾患処方管理加算が算定できるほか、地域包括

診療料や生活習慣病管理料の施設基準において28日以上長期処方またはリフィル処方が可能であることを患者に周知することが要件化される。2022年度改定で導入されたリフィル処方を促進する目的は、一定期間内に処方箋を反復利用し医師の診察回数を減らすことによる医療費抑制といえる。

在宅医療の 不合理な点数設定

普段から訪問診療や外来診療をしていない患者に対する往診の夜間・休日往診加算と深夜往診加算が大幅に引き下げられた。初診往診を多く行う一部の医療機関を念頭に置いたものと思われるが、合理的根拠が低いと言わざるを得ない。

在宅時医学総合管理料(在宅総管)・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)は、単一建物診療患者数が従来の「1人」「2～9人」に加え、「10人」「19人」「20人」「49人」「50人以上」の区分が設けられた。在宅総管・施設総管それぞれの点数は、医療機関の機能や患者の状態・人数、訪問診療回数等の組み合わせにより100種類にも及ぶことになった。

在宅患者訪問診療料では、直近3カ月の訪問診療回数が120回を超える在宅療養支援診療所・病院で、直近3カ月の患者一人当たりの訪問診療の平均回数が12回を超える場合の減算規定が設けられた。

以上のように、医療内容ではなく、患者数や診療回数によって点数が異なるという不合理さが一層拡大した。

医療DXへの 強引な点数誘導

現在の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」(初診時のみ4点または2点)は、「医療情報取得加算」(初診時3点または1点、再診時は3月に1回2点または1点)に名称変更・再編される。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口ではトラブルが続出しマイナ保険証は極めて低い利用率である。マイナ保険証利用の点数誘導ではなく、現行の保険証廃止の撤回こそ必要である。

また、オンライン資格確認により取得した診療・薬剤情報や電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制への評価として、「医療DX推進体制整備加算」(初診時8点、月1回)や「在宅医療DX情報活用加算」(訪問診療時10点、月1回)が新設された。これらも、医療現場の必要からではなく、診療報酬によって「医療DX」を進めようとする露骨な誘導手法だ。

急性期病床さらに削減

入院料では、引き続き急性期病床の削減を進めようとしている。

7対1看護の急性期一般入院基本料1は、平均在院日数を現行の18日から16日に短縮し、重症度、医療・看護必要度の要件を厳格化する。

10対1看護の「地域包括医療棟入院料」が新設され、同じ10対1看護の急性期一般入院基本料2～6等からの移行を見込んでいる。

審査対策部だより

2024年度は高点数個別指導を再開

厚労省が事務連絡

2024年度は高点数を理由とする個別指導が実施されることが、厚生労働省の事務連絡により明らかになった。協会は高点数を理由とする個別指導や集団的個別指導は診療抑制を招くとして、コロナ禍以前から廃止を求めており、引き続き厚生労働省や近畿厚生局に要請していく。

高点数を理由とする個別指導は、2022年度以降、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い実施されていなかったが、2024年度は再開するとされている。

対象は、2022年度に集団的個別指導を受けた医療機関(県下の診療科別平均点数の1.2倍かつ上位8%)で、2023年度も高点数指導の対象に該当していた医療機関となる。ただし、「令和5年度における新型コロナ

の影響を考慮」(厚生労働省事務連絡)するとして、実際に指導を実施するのは、2019年度に集団的個別指導を受けた医療機関で、2021年度に高点数指導の対象に該当していた医療機関とされている。

近畿厚生局兵庫事務所は、各医療機関から自院の平均点数についての照会があれば回答するとしている(☎078-325-8925)。

実施通知が届いたら
協会へ相談を

協会では、会員からの個別指導等の相談に応じている。実施通知が届いたら、ぜひご連絡いただきたい(医科☎078-393-1840、歯科☎078-393-1809)。

「先発医薬品の保険外しは撤回を」 緊急署名にご協力を！

- 2月中旬にFAXで署名用紙をお送りしています。
- この要請署名は国会要請行動で政府や国会議員に提出します。
- 署名は下の二次元コードやURLからオンラインでもできます。ぜひ、ご協力ください。

▼オンラインでの署名はこちらから



2024年度診療報酬改定 特設ホームページ

<http://www.hhk.jp/kaitei2024/>

改定の最新情報や研究会一覧などこちらからご覧ください



歯科

現場の実態とかけ離れた改定

歯科部会長 加藤 擁一

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

今回の改定は、さらなる医療費抑制策を前提としてわずかな財源で行っているため、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れている。歯科医療の

質の担保も危ぶまれる改定であり、歯科医療費の総枠拡大が不可欠だ。

今後の告示・通知により詳細な中身が明らかになるが、協会は改定内容の不合理是正と窓口負担軽減とをあわせ、一保険でより良い歯科医療を求める運動に取り組んでいく。

歯科今次診療報酬改定率は、賃上げ分を含めて10・57%に過ぎず、歯科医療費上昇分は全体の0・04%分の引き上げにしかならない。医療経済実態調査結果でさえ、人件費や感染対策費の増加、物価高騰による大幅支出増で厳しい経営状況が明らかになっているにもかかわらず、この改定率は許しがたいものだ。

基本診療料が複雑な体系に

すべての医療機関の経営安定、職員の処遇改善を行うためには、基本診療料の大幅引き上げが必要だ。

さらに「ベースアップ評価料」として賃金引き上げに対する点数を新設、複雑な体系にした。

協会に寄せられた会員アンケートでも、大幅引き上げが必要だとの声が多く寄せられた。

さらに「ベースアップ評価料」として賃金引き上げに対する点数を新設、複雑な体系にした。

協会に寄せられた会員アンケートでも、大幅引き上げが必要だとの声が多く寄せられた。

さらに「ベースアップ評価料」として賃金引き上げに対する点数を新設、複雑な体系にした。

協会に寄せられた会員アンケートでも、大幅引き上げが必要だとの声が多く寄せられた。

施設基準が追加、改変

施設基準が大幅に追加、改変された。歯科外来診療環境体制加算が、歯科外来診療環境安全対策加算と歯科外来診療感染対策加算の二つに分類された。

施設基準が大幅に追加、改変された。歯科外来診療環境体制加算が、歯科外来診療環境安全対策加算と歯科外来診療感染対策加算の二つに分類された。

施設基準が大幅に追加、改変された。歯科外来診療環境体制加算が、歯科外来診療環境安全対策加算と歯科外来診療感染対策加算の二つに分類された。

施設基準が大幅に追加、改変された。歯科外来診療環境体制加算が、歯科外来診療環境安全対策加算と歯科外来診療感染対策加算の二つに分類された。

施設基準が大幅に追加、改変された。歯科外来診療環境体制加算が、歯科外来診療環境安全対策加算と歯科外来診療感染対策加算の二つに分類された。

歯内療法の引き上げと

歯内療法の引き上げとN-11ロータリーファイル加算の要件緩和

歯内療法の引き上げとN-11ロータリーファイル加算の要件緩和

歯内療法の引き上げとN-11ロータリーファイル加算の要件緩和

歯内療法の引き上げとN-11ロータリーファイル加算の要件緩和

補綴物維持管理料の対象範囲の縮小

補綴物維持管理料について、全部金属冠、3/4冠、4/5冠、レジン前装金属冠が対象外とされ、部分的な改定となった。

補綴物維持管理料について、全部金属冠、3/4冠、4/5冠、レジン前装金属冠が対象外とされ、部分的な改定となった。

補綴物維持管理料について、全部金属冠、3/4冠、4/5冠、レジン前装金属冠が対象外とされ、部分的な改定となった。

補綴物維持管理料について、全部金属冠、3/4冠、4/5冠、レジン前装金属冠が対象外とされ、部分的な改定となった。

補綴物維持管理料について、全部金属冠、3/4冠、4/5冠、レジン前装金属冠が対象外とされ、部分的な改定となった。

歯科訪問診療料の細分化

歯科訪問診療料が3区分から5区分に拡大した。訪問診療1人のみの場合は時間要件が廃止されたが、20分間未満の減算は訪問診療2〜5では残っている。また、同一建物で同日に4人以上の場合

歯科訪問診療料が3区分から5区分に拡大した。訪問診療1人のみの場合は時間要件が廃止されたが、20分間未満の減算は訪問診療2〜5では残っている。また、同一建物で同日に4人以上の場合

歯科麻酔適用の拡大

歯科麻酔が、生活歯髄切断と抜髄の際にも算定できるようになったが、すべての手技について算定できることを求める。

歯科麻酔が、生活歯髄切断と抜髄の際にも算定できるようになったが、すべての手技について算定できることを求める。

在宅療養支援歯科病院の新設

病診連携のため、在宅療養支援歯科病院の新設などが行われたが、地域で役割を果たしている病院歯科の充実のためには、さらなる引き上げが必要である。

病診連携のため、在宅療養支援歯科病院の新設などが行われたが、地域で役割を果たしている病院歯科の充実のためには、さらなる引き上げが必要である。

歯科矯正相談料の新設

歯科矯正相談料が新設された。学校歯科健診で不正咬合など矯正治療が必要とされた

歯科矯正相談料が新設された。学校歯科健診で不正咬合など矯正治療が必要とされた

5議員と面会

診療報酬大幅引き上げ・不合理是正を強く要請



面談に応じた桜井周(①中央)・一谷勇一郎(②左)・池畑浩太郎(③右)・赤木正幸(④中央)・各衆議院議員と福島みずほ参議院議員(⑤右2人目)

保団連・協会は2月15日、診療報酬の大幅引き上げや改定内容の不合理是正、現行の保険証の存続などを求めて、国会要請行動を実施。協会から武村義人・白岩一心副理事長、川西敏雄参加が参加した。

要請では、これまでの低医療費政策に加え、急激な物価高騰、人件費増が経営を苦しめるなか、2024年度の診療報酬改定は全体でマイナス改定となったことに対し、政府が求める医療従事者の賃上げなど程遠く、地域で医療を提供し続けるためには診療報酬の大幅な引き上げが必要だと求めた。

また、政府は今年12月に現行の保険証を廃止し、マイナ保険証に一本化することを決めたが、協会の調査では61%の医療機関で引き続きトラブル

桜井周(立憲)・一谷勇一郎・池畑浩太郎・赤木正幸(いずれも維新) 各衆議院議員と福島みずほ参議院議員(社民)と面談。

桜井議員は、協会が現行の診療報酬改定について、「家族の介護でヘルパーさんに大変なお世話になったが、訪問介護の報酬が引き下げられると聞いて大変驚いた。診療報酬・介護報酬とも現場の実態を見れば大幅な引き上げが必要。

当日には「健康保険証を残そう!国会内集会」も開催され、現地とWEBをあわせて146人が参加。障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会の家平悟事務局長は、障害者のマイナンバーカードの取得や使用について、「誰が申請や更新の支援をしてくれるのか、何も決まっていない。マイナ保険証で便利になると言いつつ私たちは排除されている」と訴えた。

立憲・共産・社民各党から9人の国会議員が出席し、「保険証を存続させることが、患者さんの命や健康を守ることだ」などと口々に訴えた。

健康保険証を残そう!院内集会でアピール

見を勉強させていただく」とした。

医療費削減のため、政府は病院を都市部に集中させようとしているが、健康を守るためには医師を増やすことが必要だ」と述べた。

政府の提案する少子化対策のため社会保険料から財源を捻出する仕組みについて、一谷議員は「さらなる負担増だ」と述べ、池畑議員も「維新は反対している」とした。赤木議員は「いただいたご意見

当日には「健康保険証を残そう!国会内集会」も開催され、現地とWEBをあわせて146人が参加。障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会の家平悟事務局長は、障害者のマイナンバーカードの取得や使用について、「誰が申請や更新の支援をしてくれるのか、何も決まっていない。マイナ保険証で便利になると言いつつ私たちは排除されている」と訴えた。

立憲・共産・社民各党から9人の国会議員が出席し、「保険証を存続させることが、患者さんの命や健康を守ることだ」などと口々に訴えた。

「保険証を残そう!!」署名デザインがリニューアル!!! 「クイズで考える私たちの医療」も



「現行の保険証を残してください」——。協会が取り組む署名はこれまでに1万筆超が集まりました。さらに多くの声を集めて政府に届け、保険証廃止をストップさせるため署名用紙のデザインがリニューアル!マイナ保険証の利用率の低さや今もつづくトラブルについてお知らせしています。また、好評だったクイズ企画が全国版になって開始されます。リニューアルした署名用紙・クイズ応募用紙は、3月中に会員の皆様にお届けします。

ご注文は、☎078-393-1807まで



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

診内研 より541

身近に潜む中毒診療?! どうやって見抜く？

国際医療福祉大学 救急医学講師 千葉 拓世先生講演

私は比較的大きな病院の救急で働く救急医で、中毒を含めた救急患者の診療に日々当たっているが、その経験をもとに一般外来診療のなかで役に立つと思われる内容についてお話しした。

〈トキシドローム〉

トキシドロームはToxicとSyndromeをあわせて作られた造語で、ある種の症状やバイタルサインなどの組み合わせからどのような中毒であるか想定することができるというものである。中毒については血液や尿を分析にかけて確定診断がつくまでには多くの場合かなり時間がかかるため、病歴はもとより、バイタルや所見から何の中毒であるか予想しながら治療していく必要がある。

例えば過去の例では地下鉄サリン事件の被害者が全員縮瞳を示していたことから何らかの神経剤の中毒であることが想定され、それに応じて治療が開始されたということもある。トキシドロームはこのように非常に有用なものにも関わらず、現時点では医学部の卒前教育でも学ぶ機会がない。中毒を学び始めてToxidromeの表を見た人の中にもどうやってこの表を覚えて、臨床に使えるのか迷う方が多いのではないかと想像する。そのため今回はこのToxidromeをどのように使っていくかを具体的に例示しながらお話しした。

まるで違法薬物の売人のような表現ではあるが、Toxidromeはアップー系とダウンー系に分けて考えることが第一のステップである。アップー系は血圧・脈拍・体温が上昇し、意識も興奮・せん妄状態になるのが特徴で抗コリン薬中毒、交感神経賦活薬中毒、セロトニン症候群、ベンゾジアゼピンやアルコールなどの離脱症候群がある。ダウンー系は血圧・脈拍・体温が低下して、意識も朦朧として傾眠・昏睡状態になり、代表例としては鎮静・催眠薬中毒・コリン作動性中毒・オピオイド中毒などがある。

例えば抗コリン薬中毒の中には血圧が正常という人もいるし、コリン作動性中毒の患者でも脈拍が正常という人もいる。いつも完全に合致するわけではないため、全体像をみてその患者がアップー系の症状を示しているのか、ダウンー系の症状を示しているのか判断する必要がある。

その次のステップとして、それ以外にどのような症状があるかを確認することである。アップー系で足クローヌスや腱反射の亢進があればセロトニン症候群を考え、口腔内乾燥・腸蠕動低下・瞳孔の散大と対光反射消失があれば抗コリン薬中毒を、発汗・興奮状態であれば交感神経賦活薬中毒を想起する。逆にダウンー系で、縮瞳と呼吸抑制があればオピオイド中毒を、全身が水浸し（流涎、流涙、嘔吐、下痢、尿失禁、起動分泌）になるようであればコリン作動性中毒を、眠っているのがメインでバイタルは正常下限という状態であれば鎮静・催眠剤の中毒を疑う。

このように二つのステップでどのようなトキシドロームかを考えることで中毒の原因に迫ることができるのが中毒診療の大きな魅力の一つである。ただし、トキシドロームも100%ではなく、交感神経賦活薬中毒のように見えるがセロトニン症候群や抗コリン薬中毒の可能性も否定はできないといったように、常に鑑別疾患を考えながら臨床では進めていく必要がある。

〈実際に会うことがある中毒〉

次に実際に外来でも遭遇する可能性がある中毒について述べた。

○セロトニン症候群：セロトニン症候群は薬物過量服用でも起こるが、複数の薬剤を組み合わせることで必ずしも過量服薬でなくとも発生することがある。SSRIのような抗うつ薬のみならず、トラマドール、メトクロプラミド、デキストロメトर्फアン、リチウム、トリプタンなど普段処方する可能性のある薬にもセロトニン症候群を起こす可能性がある薬剤は多数含まれており、処方をする際には薬剤の相互作用を慎重に考慮する必要がある。軽症のセロトニン症候群は慎重に身体所見を取ることによって早期発見できれば予後はよい。

○コリン作動性中毒：近年認知症や神経因性膀胱の治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬が使用される機会が増えている。高齢者では代謝機能の低下から血中濃度が増加して中毒症状が出現することもある。認知症を基礎疾患に持つような場合には飲んだことを忘れて複数回内服したり、貼付剤を剥がし忘れたりするなどの影響で過量服薬になってしまい中毒になることもありうる。

コリン作動性中毒はその目で診察しなければ徐脈・低血圧・発汗など心原性ショックと間違われる可能性が高く、ここでもやはり服薬歴と身体所見の組み合わせが診断の鍵となる。

○BRASH症候群：β遮断薬やカルシウムチャネル拮抗薬を服用している患者が、何かを契機に脱水になり、腎機能が悪化し、薬物の血中濃度が上昇し、徐脈・低血圧となり、腎血流がさらに低下して腎機能が悪化し、高カリウム血症が発生し、徐脈・低血圧がさらに悪化するという負のスパイラルにいたる疾患で、早期に発見して高カリウム血症・脱水・ショックの治療を適切に行うことが必要な疾患である。血清Cr値・血清カリウム値は単体ではショックや徐脈を起こすほどではなく、薬物も特に過量服用しているわけではないため一見するとなぜ高度な徐脈に至るのかわかりにくく、高齢者の徐脈傾向を見たときに注意をしておきたい概念である。

〈最近のトピックス〉

最後に最近話題になっている中毒について、その注意点などをまとめた。

○大麻関連のグミなど：大麻の中でもっとも精神面への影響が大きく、乱用の危険があるのがTHC（テトラヒドロカンナビノール）であるが、大麻の中にはそれほど精神面への影響がないCBD（カンナビジオール）

という成分も含まれている。THCは所持が法律で禁止されているものの、CBDやTHCの類縁物質は完全には規制されておらず（最近話題となったHHCH-ヘキサヒドロカンナビヘキソールはすでに販売停止命令がでており、今後もこういった規制は強化されることが予想される）、インターネットなどで購入が可能な状態である。

それらグミなどの経口摂取できる物質の危険性として①精製や分離が完全ではなくTHCが混入している可能性、②大麻以外の危険な薬毒物が混入している可能性、③経口摂取であるため症状発現が遅くなり中毒症状が出始めたときにはすでにかなり多くの量を体内に取り込んで症状が遷延する可能性などが挙げられる。

○市販薬：最近は市販薬の中毒が増えている。規制の動きもあるが、現状はまだ薬局での購入は比較的容易である。市販薬の内容は一錠あたりの内容量は少ないものの含まれている成分はほとんど処方される薬と違いはなく、大量に服薬すれば強い中毒症状が出る。医療従事者からみて問題になる点としては複数の成分が互いに別の影響を与えるため、トキシドロームを使って原因物質を推定することが極めて難しくなることがある。

○ボタン電池：ボタン電池、特に20mm大の起電力の高く薄い電池（コイン型とも呼ばれる）による事故は、その使用が増加するなかで増えてきている。

一般に、食道にある場合にはすぐに取り出す必要があるため、何はともあれレントゲン撮影して食道にあればとにかく早く取り出すことが最善の治療で、特に自宅で行うことはないと言われてきたが、近年はちみつやジャムを服用させることで食道粘膜の損傷を防ぐことができるという研究も発表されており、今後ガイドラインなどにも反映される可能性がある。

（2023年12月9日、第604回診療内容向上研究会より）

ドクターに最適を提供します

協会の共済制度

〓 老後リスクに！
次回受付は4月1日開始
中長期の資産形成に

保険医年金

加入者数5万1千人、
積立金総額1兆3千億円



もっと便利な積立制度

積立年金 Defl

秋は「一時払」の増額受付
のみとなります

次回受付は4月1日開始

※サイバー保険もお問い合わせください！



グループ保険



新グループ 保険

格安の保険料と
高い配当還元

〓 休業リスクに！
次回受付は4月1日開始
新型コロナウイルス感染症
に備えて

休業保障制度



所得補償保険

休業損害補償

天災やコロナ禍による休業損害に

〓 医事紛争リスクに！

医師賠償責任保険

〓 もっとあるリスクに！

自動車保険、火災保険

医療保険、ガン保険

あっちこっちで
保険に入ったから
整理がつかない

協会の共済は
ご加入内容をまとめて管理。
ワンストップサービスを
提供します。



協会の共済制度でドクターもスタッフも安心 お問合わせは共済部まで ☎ 078-393-1805