



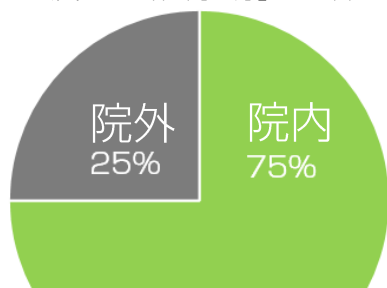
■ 歯科医院における経口抗菌薬 処方に関する実態調査 100医院

厚生労働省は「2020年9月までに、後発医薬品（以下、後発薬）の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう更なる使用促進策を検討する」と公表している。近年内科では後発薬への切替えが進んでいるが、歯科における進捗は今だ厳しい。しかし、医療費削減・患者負担軽減の面からも、今後歯科においても後発薬への切替えがより促進されていくだろう。今回、OralStudioでは【歯科医院における経口抗菌薬処方実態】を明らかにするため、2017年初旬OralStudio会員（以下、会員Dr.）100名を対象とした経口抗菌薬に関する実態調査を行ったので報告する。

■ 【経口抗菌薬処方に関する実態調査】 対象：会員Dr.100名

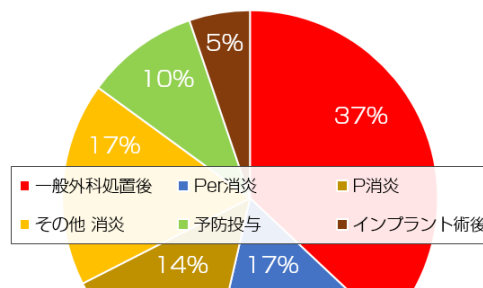
■ 主な処方方法は？

病院や大学勤務の会員Dr.は「院外処方」と回答されたが、一般開業のほとんどの会員Dr.は「院内処方」と回答された。



■ 経口抗菌薬の処方目的は？（複数回答可）

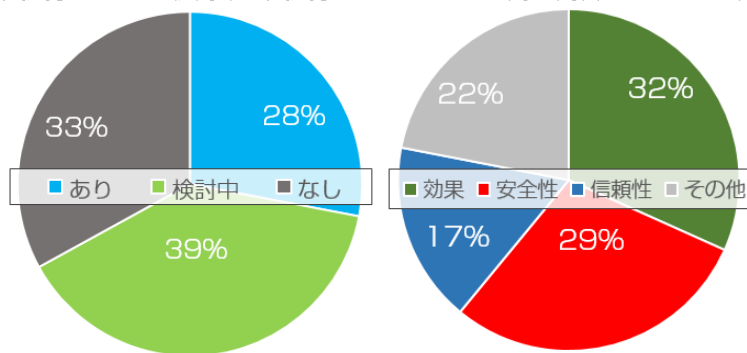
外科処置後（一般&インプラント）の感染予防を目的とした処方が42%、消炎（Per,P,その他）目的が48%であった。



消炎目的の投与では、原因菌に効果的な系統の抗菌薬を選択する必要があるが、外科処置後の【局所の感染予防】を目的とした抗菌薬処方に関しては、処方自体の妥当性を再考する必要性があるのではないかと考える（文責：OralStudio）。

■ 後発薬への変更予定は？ 「なし」の場合、その根拠は？

変更予定あり・検討中・変更予定なし、がほぼ同じ割合となった。「なし」と回答された会員Dr.に根拠を伺った。

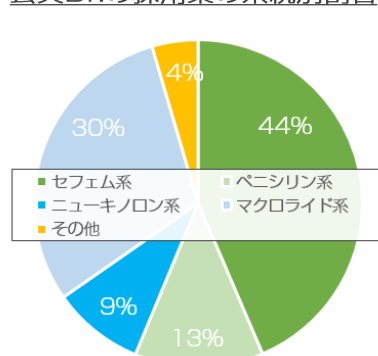


後発薬へ変更しない根拠を詳細にみていくと、歯科医師が後発薬に対して漠然とした不安を持っていることが浮彫りとなった。歯科医院のほとんどは院内処方であるため、この点を解決することが後発薬処方促進の観点より重要だと考える。

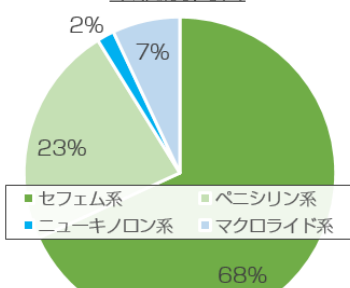
■ 経口抗菌薬の系統別 採用（処方）割合は？

会員Dr.が採用している経口抗菌薬の系統別採用割合を示す（左下円グラフ）。また参考として長嶋らの「歯科における抗菌薬の使用動向」※で報告されている私立歯科大学付属18病院において外来患者に対し処方された抗菌薬の処方割合を示す（右下円グラフ）。

会員Dr.の採用薬の系統別割合



18歯科大学病院の処方薬の系統別割合



※ 歯薬療法 Vol.35 No.1, 16-26, 2016

会員Dr.の採用薬の系統別割合：セフェム系やマクロライド系の採用率が高かった。

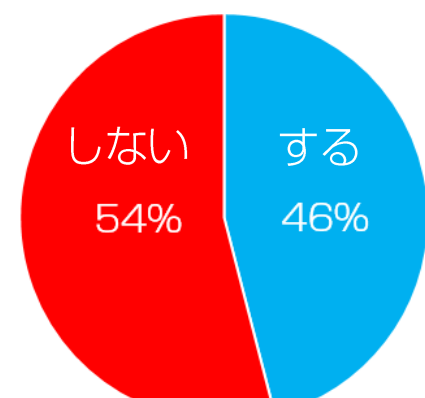
18歯科大学病院の処方薬の系統別割合：セフェム系、ペニシリン系の使用率が高かった。

会員Dr.の採用薬と18歯科大学病院の処方薬との割合を単純に比較することは出来ないが、セフェム系を中心に採用・処方されていることが推測される。

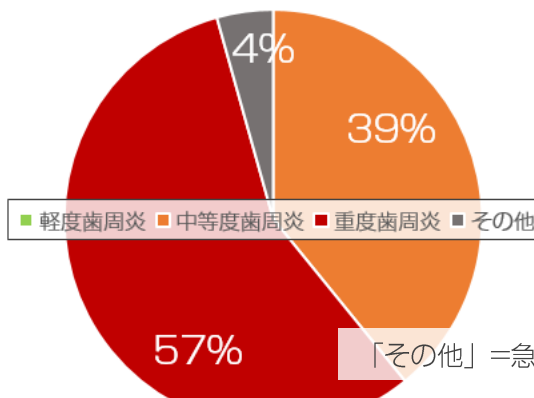
セフェム系ではセフカペン、ペニシリン系ではアモキシシリン、マクロライド系ではアジスロマイシンやクラリスロマイシンが採用・処方されていた。

【歯周病治療と経口抗菌薬処方について】 対象：会員Dr.100名

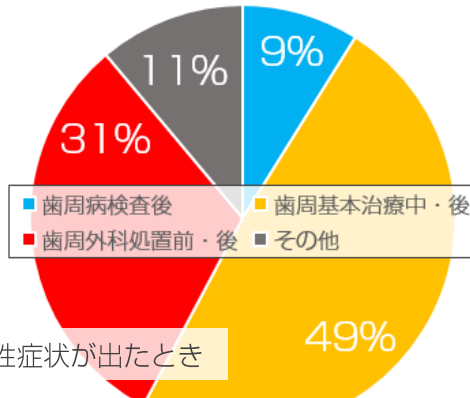
■ 歯周病治療に経口抗菌薬を処方するか？



■ 処方する場合、どの段階から処方するか？



■ 処方する場合、処方のタイミングは？



歯周病治療において抗菌薬の局所使用（ポケット内注入）は一般的だが、経口投与を行っている会員Dr.は約半数であり、軽度歯周炎の段階から経口抗菌薬を処方されている会員Dr.はおらず、ほとんどのケースにおいて歯周炎が中等度以上かつ歯周基本治療～歯周外科処置前後に処方するという妥当な結果となった。
ただし歯周病は慢性疾患なので、抗菌薬の選択と投与期間根拠を明確にし、目的を持って投与することが肝要である。

【歯周病患者における抗菌療法の指針 2010】 より

歯周病治療における抗菌薬の使用については、日本歯周病学会監修の「歯周治療の指針 2015」や「歯周病患者における抗菌療法の指針 2010」に詳しく紹介されている（Webで全文閲覧可能）。

■ 経口抗菌薬の処方を検討するケースとは？

〔診断分類より〕

- ① 通常の基本治療では臨床改善がみられない患者
- ② 観血的治療の不可能な患者
- ③ 広汎型侵襲性歯周炎患者及び広汎型重度慢性歯周炎患者
- ④ 易感染性疾患患者
- ⑤ 動脈硬化性疾患を有する中等度・重度歯周炎患者
- ⑥ 菌血症に対して最上リスクを有する歯周炎患者
（細菌性心内膜炎、大動脈弁膜症、チアノーゼ性先天性心疾患、人工弁・シャント術実施患者など）

〔治療時期より〕

- ① 歯周膿瘍の治療
発熱やリンパ症状を伴う歯周膿瘍や壊死性歯周疾患
←総菌数の減少や起炎菌に対して有効
- ② 歯周基本治療
歯肉縁下のプラークコントロールが歯周治療の根幹
←細菌学的あるいは臨床パラメーターとして、抗菌療法併用の歯周基本治療が有効
- ③ 歯周外科治療
易感染性リスク（術後の感染リスクが高い）患者
←術中・術後の菌血症予防として有効
- ④ 通常の治療では病変の進行を止めるのが難しい患者
←治療の効果を高めるために有効
- ⑤ 一般的な慢性歯周炎の患者
←術後感染予防のために有効（耐性菌の出現を抑える観点からは熟慮する必要がある）
- ⑥ サポートアップ治療期
口腔清掃の指導・補助や口腔内細菌の除去の徹底
←歯肉縁上・縁下の機械的プラークコントロールの付加的治療法として有効

■ 処方に際して注意すべきこと

- ① 計画使用の徹底
- ② 目的の明確化
- ③ 副作用の再確認
- ④ 細菌検査の必要性

■ 歯周外科治療における経口抗菌薬投与は？

- ① 術中・術後の菌血症がリスクになる患者
←易感染性リスク患者への対応として投与
- ② 通常治療では病変の進行を止めるのが難しい患者
←治療の効果を高めるために投与
- ③ 一般的な慢性歯周炎の患者
←術後感染予防を目的とした投与には、耐性菌の出現を抑える観点から慎重になるべきである。

■ 経口抗菌薬の選択基準

〔歯周膿瘍及び歯周治療後の感染予防〕

1stチョイス：ペニシリン系、セフェム系、2ndチョイス：マクロライド系、3rdチョイス：ニューキノロン系

〔SRPとの経口抗菌薬の併用〕

抗菌薬の経口投与は、SRPと同時に終了直後に行うこと。投与期間は3～7日を目安とし、細菌検査の結果を参考に、テトラサイクリン系、ペニシリン系あるいはセフェム系、マクロライド系、ニューキノロン系から選択する。

〔菌血症の予防投与〕

易感染性リスク患者に対しての投与であることに注意（一般的な患者向けではない）。菌血症防止のために術前に投与する。1stチョイス：ペニシリン系、セフェム系

〔重度慢性歯周炎〕

- ① 歯周組織炎の適応症がある
- ② レッドコンプレックスをはじめとする歯周病原細菌への感受性がある
- ③ バイオフィームへの溶解能および形成抑制能がある
- ④ 食細胞内に移行することによって歯肉組織への薬剤移行性が高い
- ⑤ 短期間投与で生物学的半減期が長い
- ⑥ 第一選択薬を狭域スペクトル抗菌薬、第二選択薬を広域スペクトル抗菌薬

■ JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2016 – 歯性感染症 – について

歯性感染症では、抗菌薬が炎症部位に届きにくいいため、適切な対処が重要！
口腔レンサ球菌と嫌気性菌（重篤化に伴う偏性嫌気性菌）をしっかり叩く！

局所処置

感根治 膿瘍切開

&

抗菌薬処方

適切な投薬

口腔連鎖球菌や
嫌気性菌に効果的

耐性菌を出現させ
ないための配慮

■ 歯性感染症の臨床分類 と 抗菌薬処方ガイドライン

軽症から中等症

- 1群 歯周組織炎：根尖性歯周組織炎と辺縁性歯周組織炎が原因となり発症する歯肉膿瘍、歯槽膿瘍、口蓋膿瘍など。
2群 歯冠周囲炎：主に埋伏智歯が原因。

	系統	一般名	略語	先発薬	推奨グレード・ 文献エビデンスレベル
ファーストチョイス	ペニシリン系	アモキシシリン	AMPC	サワシリン	A IV
ファーストチョイス： ペニシリン アレルギーが ある場合	リンコマイシン系	クリンダマイシン	CLDM	ダラシン	B I
	マクロライド系	アジスロマイシン	AZM	ジスロマック	B I
	マクロライド系	クラリスロマイシン	CAM	クラリス	B II
セカンドチョイス ※	ニューキノロン系	シタフロキサシン	STFX	グレースビット	C III
	ペネム系	ファロペネム	FRPM	ファロム	C

※：炎症の進行期のためペニシリン系・セフェム系抗菌薬の効果が認められない（βラクタマーゼ産生菌を考慮）場合に第二選択として処方を検討する

重症

- 3群 顎炎：歯周組織炎（1群）、歯冠周囲炎（2群）から波及する骨炎および骨髓炎。
4群 顎骨周囲の蜂巣炎：歯周組織炎（1群）、歯冠周囲炎（2群）、顎炎（3群）から炎症が波及。

	系統	一般名	略語	先発薬	推奨グレード・ 文献エビデンスレベル
ファーストチョイス	ペニシリン系	スルタミシリン	SBTPC	ユナシン	C
	ペニシリン系	クラブラン酸/ アモキシシリン	CVA/ AMPC	オーグメンチン	C
	ペニシリン系	アモキシシリン	AMPC	サワシリン	C
ファーストチョイス： ペニシリン アレルギーが ある場合	リンコマイシン系	クリンダマイシン	CLDM	ダラシン	C I
	セフェム系	セファクロル	CCL	ケフラール	B
	ニューキノロン系	シタフロキサシン	STFX	グレースビット	C III
セカンドチョイス ※	ニューキノロン系	シタフロキサシン	STFX	グレースビット	C III
	ペネム系	ファロペネム	FRPM	ファロム	C

※：炎症の進行期のためペニシリン系・セフェム系抗菌薬の効果が認められない（βラクタマーゼ産生菌を考慮）場合に第二選択として処方を検討する

推奨グレード A：強く推奨する、B：一般的な推奨、C：主治医による総合的判断
文献エビデンスレベル I：ランダム化比較試験、II：非ランダム化比較試験、III：症例報告、IV：専門家の意見

抗菌薬の予防投与が推奨されるケース

先天性疾患、弁膜疾患を含む感染性心内膜炎の発症が高いとされる患者

	系統	一般名	略語	先発薬	推奨グレード・文献エビデンスレベル
ファーストチョイス	ペニシリン系	アモキシシリン	AMPC	サワシリン	AⅣ
ファーストチョイス： ペニシリンアレルギーがある場合	リンコマイシン系	クリンダマイシン	CLDM	ダラシン	BⅣ
	マクロライド系	アジスロマイシン	AZM	ジスロマック	BⅣ
	マクロライド系	クラリスロマイシン	CAM	クラリス	BⅣ
	セフェム系	セファレキシン	CEX	ケフレックス	BⅣ
	セフェム系	セファドロキシル	CDX	ファロム	BⅣ

処置1時間前に内服することを推奨

最後に OralStudioからのコメント

今回の調査で、採用率が最も高い抗菌薬はアジスロマイシン（マクロライド系）でした。アジスロマイシンは組織移行性に優れ、幅広い抗菌スペクトルを持ち、半減期が長く、副作用も少ないため、開業医の先生方にとって使いやすいため評価されていると推測されます。しかし一方、乱用による耐性菌の出現が問題視されています。

抗菌薬は我々医療従事者にとって大きな武器です。ですから、叩くべき細菌を明確にし、目的を持って適した手を打つことが重要です。アジスロマイシンは非常に有効な抗菌薬だからこそ、我々はこの点を十分に理解する必要があります。このような観点より、当レポートに【感染症治療ガイドライン 2016】を示しました。ガイドラインをベースに、患者さん個人、症状に則した処方が望まれます。

また8020の成果や国民の健康意識の高まりや高齢化により、中高齢者の残存歯数が大幅に増加していますが、同時に中・重度の慢性歯周炎や易感染性リスクを持った患者さんが増加しています。このようなケースの歯周病治療に対しては、必要に応じて適切に経口抗菌薬を使用することで、より安全でより良い治療成果が得られると考えられます。当レポートに【歯周病患者における抗菌療法の指針 2010】を示しました。ガイドラインをベースにした歯周治療における経口抗菌薬の選択が望まれます。以上のように、対象とする疾患・リスクを具体的に把握（経験・知識・細菌検査により）し、必要最低限の処方を行うこと、そしてそのためには、特徴が異なる（系統が異なる）抗菌薬を準備しておくことが重要です。

アジスロマイシンは、最新のマクロライド系抗菌薬で、副作用が少なく、高い殺菌力と長い効果持続時間のある頼も

しい抗菌薬です。また、バイオフィーム形成抑制や破壊効果も認められるため、歯周病治療にも効果が期待できます。



アジスロマイシン錠250mg「CHM」
昭和薬品化工株式会社

一方、比較的抗菌スペクトルが狭いサワシリンのようなペニシリン系抗菌薬も適切に投与すれば十分効果的なのです。

当レポートの冒頭でも述べましたが、国の医療費抑制、患者自己負担軽減の両観点から、今後さらに後発薬への切替が推進されていきます。このような中、2017年2月に昭和薬品化工よりアジスロマイシン錠250mg「CHM」が発売となりました。いざと言うときに頼りになるため、医院に備蓄すべき医薬品（処方については慎重に）と考えます。

歯科は基本院内処方です。それゆえ、いえ、だからこそ、我々歯科医師自身が、適切な抗菌薬処方を行うことが重要であると切に感じ、当レポートを作成しました。先生方の日々の臨床の参考になれば幸いです。

文責：OralStudio

