

MRONJ(薬剤関連性顎骨壊死)予防診療ネットワーク運用マニュアル

杉並区医師会・杉並区歯科医師会
医科歯科連携の会

1. 医科歯科連携ネットワーク構築の趣旨について

医科歯科連携による骨粗鬆症治療の継続と発症を予防する診療ネットワークを運用することで、脆弱性骨折やロコモティブ症候群など運動器の障害を予防し、区民の QOL の維持と向上、健康寿命の延伸を目指すものとします。

医科歯科の間で相互に連携しケアを行ってゆき、骨粗鬆症治療薬の投与に際して診療情報を交換し、共同管理を行なってゆくものとします。

2. 運用手順

① 医科⇒歯科

医療機関において骨粗鬆症治療薬の投与を行う際、薬剤関連性顎骨壊死を予防するために口腔ケアが大切になることから、患者の口腔ケアや歯科治療について担当医療機関から歯科の先生方への診療依頼用紙です。必要な項目にチェックを入れて下さい。さらに歯科医への要望事項がありましたら、連絡欄に詳細をご記入ください。なお、本書式は診療情報提供書を兼ねておりますので、診療情報提供料を算定する場合でも別に「診療情報提供書」の作成発行は不要です。

② 歯科⇒医科

医療機関から歯科診療担当医への口腔ケアや歯科治療について診療依頼があった際の、歯科医から骨粗鬆症診療担当医への返信用紙です。必要な項目にチェックを入れていただき、さらに骨粗鬆症治療診療担当医への要望事項がありましたら、詳細を連絡欄にご記入下さい。なお、本書式は診療情報提供書を兼ねておりますので、診療情報提供料を算定する場合でも別に「診療情報提供書」の作成発行は不要です。

薬剤関連性顎骨壊死予防のための診療情報提供書 1

医科⇒歯科

令和 年 月 日

病院・医院・診療所・クリニック

先生 侍史

患者 _____ 殿には、(骨粗鬆症・がんの骨転移)のため、

(薬剤名: _____)を

1. 処方予定

2. ____年前より処方しております。

つきましては MRONJ(薬剤関連性顎骨壊死)予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケアならびに必要な応じて歯科治療をお願いいたします。

骨粗鬆症治療薬投与に猶予があります。

本薬投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談下さい。

骨粗鬆症治療薬投与が早急に必要・休薬不可です。

骨粗鬆症の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますので、ご配慮をお願いいたします。

骨粗鬆症治療医から歯科の先生へお願い(連絡欄):

医療機関 _____

医師氏名 _____

観血的歯科処置における MRONJ(薬剤関連性顎骨壊死) 予防について

1. 薬剤関連顎骨壊死のポジションペーパー2023 では、観血処置において骨吸収抑制薬の休薬は必要ないとされています。
2. 骨粗鬆症により転倒骨折した場合、寝た切りのリスクが高まり、大腿骨近位部骨折では 2 年後死亡率が約 30%と言われております。
3. MRONJ の発症率は、ポジションペーパー2023 によりますと、日本のレセプトデータを基に行われた調査では骨吸収抑制薬を投与された骨粗鬆症患者で 0.06%、実臨床ベースでは 0.1%(呉市データ)と報告されております。またがん骨転移(予防を含む)症例では 1.6%~3.1%と記載されており、担がん患者ではより高率となります。
4. MRONJ 予防のためには、口腔内感染原の除去が重要であり、抜歯等により感染源除去が確実に出来るのであれば、積極的に行うべきであります。

以上を踏まえ、観血処置に当たっては十分なインフォームド・コンセントを行い、処置においても骨面露出を避けるよう縫合処置などを考慮すべきであります。

もし、MRONJ が発症した場合には、MRONJ 治療を紹介できる後方支援病院の確保を歯科医師会で行う必要があります。

薬剤関連性顎骨壊死予防のための診療情報提供書 2

歯科⇒医科(返信用)

令和 年 月 日

病院・医院・診療所・クリニック

先生 侍史

この度は、患者 _____ 殿の MRONJ 予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。当院での診療状況は下記の通りです。

- 歯科疾患の(治療開始前・治療中)です。
骨粗鬆症治療薬の投与を待てない状況とのことですので、早急に口腔内の感染源除去を行っていきます。
- 歯科疾患の(治療開始前・治療中)です。
骨粗鬆症治療薬の投与に猶予があるということですので、治療終了まで約__ヶ月、骨粗鬆症治療薬の投与をお待ちいただければ助かります。
- 歯科疾患の治療は終了し、口腔ケア継続中です。
骨粗鬆症治療薬の投与を待つ必要性は無いと思われれます。MRONJ 予防のための口腔ケアの大切さの指導も宜しく願いいたします。

歯科医から骨粗鬆症治療医へお願い(連絡欄):

医療機関 _____

歯科医師氏名 _____

薬剤関連性顎骨壊死予防のための診療情報提供書 3

(観血処置)

歯科⇒医科

令和 年 月 日

病院・医院・診療所・クリニック

先生 侍史

患者

殿

歯科傷病名

上記治療に際し、顎骨露出を伴う観血処置(抜歯・デンタルインプラント埋入など)を計画しております。

つきましては、骨吸収抑制薬の投与経過についてご教示下さい。必要があれば休薬、薬剤変更などのご相談をさせていただきますと幸いです。

- 歯科感染症・疼痛があり、治療可能であれば早急に歯科治療を行う必要があります。
- 治療計画中であり、時間に余裕があります。

歯科医から骨粗鬆症治療医へお願い(連絡欄):

医療機関

歯科医師氏名