

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※ 概要版にはポイントのみを、本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。欄外には記載しないこと。

※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

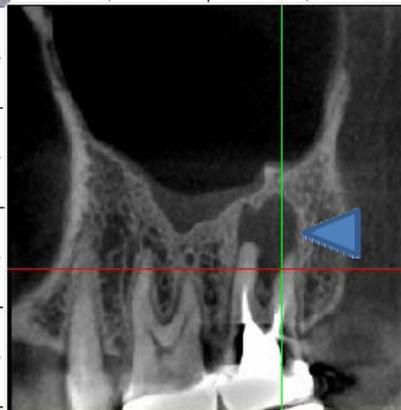
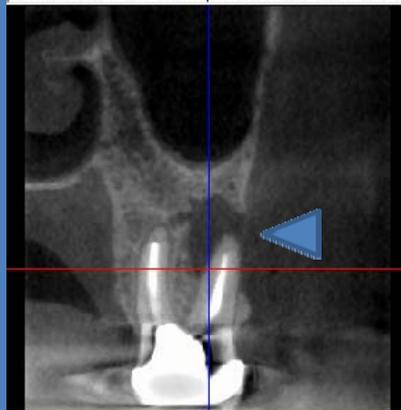
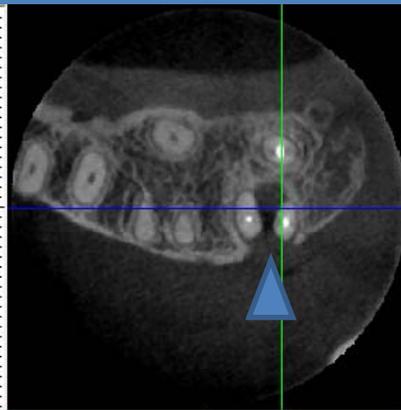
技術名	歯科用3次元X線画像撮影技術
技術の概要	歯および顎骨等を3次的に描出する新たなX線撮影技術
対象疾患名	歯の破折、根尖性歯周炎、辺縁性歯周炎、智歯周囲炎、変形性関節症（顎関節）、埋伏歯（特に発達期における）等のなかで従法では診断が困難であったもの
保険収載の必要性のポイント	上記疾患で従来法にて病変の検出が困難な場合や治療方針を決定できない場合、全身用CTが利用されることがあるが、解像度が低く、しかも被曝線量が大い。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベルの明確化	疾患を適確に診断し、また安全・確実な治療を行うことができるため、治療回数の軽減、治療時間の短縮が図れ、患者QOLの向上も期待される。EADMFRでガイドラインが提示され装置の有用性については、すでに複数の学会や学術雑誌に数多く報告されている（日本歯科医師会雑誌 Vol. 611129-1138, 2009 等）。 エビデンスレベル： I II III <b>(IV)</b> V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	X線撮影領域が限定されるので患者の被曝線量は従来型パノラマ撮影に同等かその数倍程度であり、全身用CTよりかなり低い。したがって、安全性は高い。
I-③普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	従来の歯科単純撮影を実施し、診断を困った症例が困難対象となることから、その約0.05%が実施したとして算出。年間対象患者数 58,000人 H19.6年社会医療診療行為別調査より 年間実施回数（1人当たり） 1回
I-④技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性・施設基準等）	専門学会では臨床的価値を高く評価する一方、その利用が安全で適切であることを求める。施設基準を特に要しないが、一定の専門的訓練が望まれる。偶然発見される病変に対応するために遠隔診断などの設備があることが望ましい。
I-⑤倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特に問題ない
I-⑥妥当と思われる診療報酬の区分 （1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 （新設の場合）	類似技術の点数（医科点数のCT撮影600点、CT断層診断450点、電子画像管理可算120点；合計1,170点）と比較して同等と考えられるため1,170点が妥当と考えるが、一般開業医で加算部分を算定しない場合は708点とする。点数 1,170点
I-⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術（区分番号と技術名） <b>(無)</b> ・有
・ 効果（安全性等を含む）の比較	従来の単純撮像法よりも診断能が高く、医療用のCTよりも格段に低被曝であるため安全性が高い。
・ 費用の比較	E200コンピュータ断層撮影診断料CT撮影850点、1、イ マルチスライス型の機器と比べて、撮影料は190点安価
I-⑧予想される医療費への影響（年間） （影響額算出の根拠を記載する。）	予想影響額 6億5000万円 <b>(増)</b> 減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費（費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可）	予想される当該技術に係る医療費は 11,700(円)×5万8千(人)×1(回)=6億7860万円 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 通院回数の減少、適切な治療が実施され健康な残存歯が増加し欠損補綴にかかわる治療費の削減が考えられる。QOL上昇により、間接的に医療費の削減が期待できる。
I-⑨その他 （QOLの改善等について特記すべき事項があれば記載）	的確な診断がくださせることによって、早期発見早期治療を可能として、通院回数の減少、適切な治療が効果的に実施されることで健康な残存歯が増加しQOLが上昇することが期待できる。下歯槽神経損傷などの重大な偶発症を防ぐことができる。

# 技術名: 歯科用3次元X線画像撮影技術



従来の口内法

臨床例; 従来法では左上7番の根尖病巣の広がりを診断することは困難であった。



2次元による重積像であるために、複雑な病態を診断することが困難な場合があった。

本技術は歯科で開発され、医科用のCTに比較して低被曝で高画質であることから、広く普及することが望まれている。

従来は、医科に準ずるように歯科大学附属病院で、①歯科放射線撮影に特に訓練された診療放射線技師が撮影し、②歯科放射線専門医が読影を行い、医科科点数を準用し、実施されてきた。これを広く普及させ安全確実に実施するために歯科点数表に収載を希望する。

収載にあたり、前述の①と②に対する機能を加算の形式をとることで明確化した。また、偶然発見される病変も多いことから、③遠隔診断を利用して専門医の対診することが望まれることから、加算の形式でその機能を明確化した。







Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	



Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	①. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	特になし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	

## 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本歯科保存学会
技術名	歯髄保護処置（歯髄温存療法ならびに直接歯髄保護処置）
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・ <b>①処置</b> ・J手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他
診療報酬番号	1001
技術の概要	臨床的健康歯髄又は可逆性歯髄炎であって、感染象牙質をすべて除去すると広範囲に露髄を招く深在性う蝕を対象に、水酸化カルシウムなどを貼付し感染部の治癒を図る（歯髄温存療法）。窩洞形成中の限られた露髄に対し、水酸化カルシウムなどを貼付し、新生象牙質の形成を図る（直接歯髄保護処置）。
再評価区分	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等）</li> <li>2. 点数の見直し（増点）</li> <li>3. 点数の見直し（減点）</li> <li>4. 点数の見直し（別の技術料として評価）</li> <li>5. 保険収載の廃止</li> <li><b>⑥</b> その他（経過観察に要する期間の見直し）</li> </ol>
具体的な内容	<p>歯髄温存療法：現行の、「3か月以上の経過観察期間と期間内に2回程度の薬剤の貼付を行う」から、「概ね3か月程度の経過観察期間を要する」への変更を提案する。</p> <p>直接歯髄保護処置：現行の、「1か月以上の経過観察を要する」から、「概ね1か月の経過観察を要する」への変更を提案する。</p>
<b>【評価項目】</b>	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	十分な新生象牙質の形成は、感染歯質の残存量や露髄面の大きさに深く関与する。したがって、当該歯の罹患状況、臨床症状から良好な経過を示す症例においては1.5～2か月（歯髄温存療法）、あるいは3週間程度（直接歯髄保護処置）で歯冠修復、補綴処置に移行しても良い。また、患部を十分に封鎖することで、薬剤貼付の回数を限定する必要はない。
点数の見直しの場合	_____ 点 → _____ 点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>年間対象患者数の変化 現在 37,800 人→ _____ 37,800 人 増・減・<b>①変化無し</b></p> <p>年間実施回数の変化 現在 37,800 回→ _____ 37,800 回 増・減・<b>①変化無し</b></p>
	<p>※根拠 平成21年社会医療診療行為別調査より推計 処置内容ならびに治療成績に影響を及ぼすことはほとんどなく、歯髄温存療法における2回程度の薬剤貼付を、当該歯の状況により適宜行うことで、来院回数は僅かではあるが減少すると思われる。</p>
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）  （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<p>予想影響額 _____ 0 _____ 円 増・減</p>
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>①</b> 特になし（別紙及び添付文書は不要）</li> <li>2. あり（別紙に記載）</li> </ol>
Ⅲ-⑤その他	

Ⅲ-⑥関係学会、代表の研究者等	日本歯内療法学会
-----------------	----------







Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	①. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本歯内療法学会、日本補綴歯科医学会





## 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	特定非営利活動法人 日本歯科保存学会
技術名	複合レジンインレー
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・J手術・K麻酔・L放射線・ <b>M</b> 歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他
診療報酬番号	M005, M009
技術の概要	う蝕歯に対し、歯科用複合レジン充填材料によりインレー修復を行う処置
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） ②. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ ）
具体的な内容	当該技術に係わる装着料は、鑄造歯冠修復による装着料（45点）とは異なりその他の装着料（30点）である。装着術式は、鑄造歯冠修復より複雑である為、鑄造歯冠修復装着料と同等とすることを要求する。
<b>【評価項目】</b>	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	現在、複合レジンインレーは、患者の審美的な要求を満たす処置として広く行われている。近年の歯科用複合レジン充填材料の物性は、良化してきており、良好な予後を得られてきている（文献）。しかしながら複合レジンインレーの装着術式は、鑄造歯冠修復より複雑であるにもかかわらず、装着料は、鑄造歯冠修復の点数より低く設定されている。以上より再評価が必要である。
点数の見直しの場合	30点 → 45点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 300,000人→ 300,000人 増・減・ <b>変化無し</b> 年間実施回数の変化 現在 576,000回→ 576,000回 増・減・ <b>変化無し</b>
	※根拠 平成21年度社会医療診療行為別調査における複合レジンインレーの「単純なもの」および「複雑なもの」を合わせた年間実施回数は、「48,000回×12ヶ月」より現在576,000回と考えられる。また対象患者は、当該技術を一口腔内月平均2歯弱処置したと仮定し、300,000人とした。
Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）  （影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	予想影響額 86,400,000 円 <b>増</b> ・減  点数見直しの場合、15点が加点となり、年間実施回数576,000回を掛けることにより86,400,000円の増加となる。
Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）	①. 特になし（別紙及び添付文書は不要） 2. あり（別紙に記載）
Ⅲ-⑤その他	なし
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	日本接着歯学会、日本補綴歯科学会



## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	一般社団法人 日本歯科麻酔学会
技術名	麻酔中の歯牙損傷に対する保護床
技術の概要	全身麻酔に際して、導入・麻酔中・覚醒時における歯の損傷防止をするための保護床
対象疾患名	気管挿管により全身麻酔を実施する患者で歯の損傷が懸念される患者
保険収載の必要性	麻酔中の歯牙損傷を予防する。さらに、歯を気管内あるいは食道内に落とし込むなどの重篤な合併症を予防する。本保護床は麻酔中の歯牙の損傷防止に有効である。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	麻酔中の歯牙損傷率は0.04～12.1%である。10年間、30845例中、110例（0.36%）に発生、保護床を1,681例に用いると歯牙損傷は1例（0.06%）に減少した。（麻酔、2010.59、597-603）歯が脱落して肺内誤嚥を来し気管支鏡による摘出術を行った、また、食道内摘出時に食道壁損傷、修復のため開胸手術を要した症例報告もある。（麻酔、2004.11；53、1300-1305） <b>エビデンスレベル（別紙参照）： I II III <u>IV</u> V VI</b>
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	歯型を取り、石膏模型上で作製する。安全性に問題なし。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	術前に歯科あるいは口腔外科を受診してもらい、口腔内の歯の診察後、歯型を取って石膏模型を作り、それをもとにレジン、セルロースプレート、シリコンなどを用いて保護床を作製する。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	気管挿管を行う全身麻酔症例の1～3%（麻酔、2003.52、597-603：麻酔5046例中185例（3.1%） 本邦における年間全身麻酔件数300万件/年 3万件/年
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	歯の誤飲・誤嚥時における摘出術、付随する全身的合併症の回避、さらに、歯や口腔粘膜損傷に対する損害賠償請求と装置の作製請求額を考慮すると、大きな増減はないと考えられる。 <b>予想影響額</b> <span style="float: right;"><u>0円増・減</u></span> <b>既存の</b> <b>技術；診療報酬の区分番号</b> <span style="float: right;"><u>技術名</u></span>
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	<b>C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・<u>I処置</u>・J手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他</b> <b>点数</b> <u>650点</u> <b>(1点10円)</b> すでに運用されている「床副子、簡単なもの」（出血創の保護および圧迫止血目的に作製される、手術に際してのサージカルガイド）の準用が妥当と考えられる。

# 麻酔中の歯牙損傷に対する保護床

全身麻酔に際して、導入・麻酔中・覚醒時における歯の損傷防止をするための保護床

気管挿管により全身麻酔を実施する患者で歯の損傷が懸念される患者

保護床 650点



歯科または口腔外科を受診し  
口腔内診察の後に歯型を採得



保護床の完成



保護床の装着

歯の誤飲・誤嚥時における摘出術、付随する全身的合併症を回避できる

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	一般社団法人 日本歯科麻酔学会
技術名	侵襲的歯科治療における重症患者加算
技術の概要	重篤な全身合併症を有する患者に対する安全な歯科治療提供
対象疾患名	心臓疾患、脳卒中、呼吸器疾患、糖尿病、出血傾向、免疫不全などを有し、安全に歯科治療を実施するためには一定以上の知識、技術、経験が必要な患者
保険収載の必要性	有病高齢者に侵襲的な歯科治療を行うには、確かな知識や技術が必要だが、処置内容が同じであれば診療報酬に差異はない。これが、治療の消極化の一因になっている。患者の全身的背景や局所処置の困難性に基づく定性・定量的な全身疾患の重症度評価を確立する必要がある。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	有効性：積極的に歯科治療をすることで、誤嚥性肺炎の予防、経口栄養摂取の向上、引いては患者の健康寿命の延長をはかれる 治癒率・死亡率・QOLの改善等：侵襲的歯科処置により、偶発症や全身的合併症の悪化を招来すれば、その対応、治療に経済的負担がかかる。安全、的確に歯科処置を行うことで患者のQOLは上がり、健康寿命が延び、医療費の削減をはかれる。 エビデンスレベル（別紙参照）： I II III <b>IV</b> V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	歯科治療の安全性を高めるためのリスク評価法である。 副作用等のリスクはない。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	難易度：全身麻酔における重症度基準を参考に歯科手術。歯科処置を行う際の全身疾患の重症度、それぞれの疾患に対する知識、臨床検査値の評価、治療に際しての対応法の熟知、局所対応の困難度に応じて 専門性・施設基準：患者を多く診療している歯科医師（歯科麻酔認定医、歯科口腔外科認定医、障害者歯科認定医、BLS受講者など）
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	ハイリスク患者に適切で安全な歯科治療を提供する。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	重症度が高いため通常の外来の歯科診療所への受診は稀と思われる。 対象患者数：20.1万人、年間実施回数：0.6万人 侵襲的歯科治療（局所麻酔を使用した主に抜歯、抜髄などの観血的歯科手術・処置）に問題となる疾患・病態の基準作り
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	予想される医療費への影響：予算費影響額 ハイリスク患者の歯科治療が適切な評価のもと、安全な環境で実施できるため、全身的・局所的偶発症を減少させることができるという点から、経費を減少できる可能性がある。しかしながら、重傷度加算に対する予算を計上しなければならない。 予想影響額 1200万 円 <b>増</b> ・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・J手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 点数 200 点（1点10円） 全身麻酔に関して、同様の評価が保健収載されており、重症患者加算として2200点が算定されている。歯科治療においては、1回の処置につき200点程度が妥当と考えられる。

# 侵襲的歯科治療における患者重症度加算

重篤な全身疾患合併症を有する患者に対する  
安全な歯科治療提供

心臓病、脳卒中、糖尿病、出血傾向、免疫力低下などの**全身的な病気を持ったハイリスク患者が増加**している

処置の内容が同じならば  
患者が **健康であっても**  
**ハイリスク患者であっても**  
**診療報酬に差異はない**

重篤な全身疾患を有し、安全に歯科治療を実施するためには一定以上の知識、技術、経験が必要な患者  
心臓疾患、脳卒中、呼吸器疾患、糖尿病、出血傾向、免疫不全などを有し、安全に歯科治療を実施するためには一定以上の知識、技術、経験が必要な患者、

- ア NYHA II度(普通の身体活動で、疲労・呼吸困難などが出現する)以上の心不全
- イ CCS分類II度(狭心症発作により日常の身体活動はわずかながら制限される)以上の狭心症
- ウ 心筋梗塞発症後6月以内の者
- エ 脳卒中発症後6カ月以内の者
- オ 酸素療法(在宅)実施患者
- カ 1秒率70%未満かつ肺活量比70%未満の換気障害
- キ 治療が行われているにもかかわらず、発作を繰り返す気管支喘息
- ク HbA<sub>1c</sub>8.0%以上、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後2時間血糖220mg/dL以上の糖尿病
- ケ 抗血栓療法実施患者
- コ 血小板数5万/uL未満の血小板減少
- サ 顆粒球数1000 $\mu$ /ml以下の免疫不全
- シ 透析を行なっている者
- ス 植え込み型ペースメーカー又は植え込み型除細動器を使用している者
- セ ビスフォオネート製剤投与患者、当該顎骨に根治量の放射線治療がなされている者

+200

治療費

治療費

治療の消極化の一因に  
なっている

積極的に歯科治療することで、**誤嚥性肺炎の予防、経口摂取の向上**  
ひいては患者の健康寿命の延長をはかれ**医療費削減**につながる

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	一般社団法人 日本歯科麻酔学会
技術名	口腔領域の神経障害性疼痛に対する歯科用表面麻酔薬を用いたステント療法
技術の概要	口腔領域の神経障害性疼痛患者に対し、口腔内装置(ステント)を用いて、塗布、貼布を行った歯科用表面麻酔薬(リドカイン等)の局所保持を可能とする
対象疾患名	口腔領域の持続性神経障害性疼痛
保険収載の必要性	口腔顔面領域の外傷や三叉神経の帯状疱疹などに伴い、神経障害性疼痛に苦しむ患者は年間12,000人程度存在すると考えられるが、現在、口腔内の神経障害性疼痛に対し保険収載されている治療法はなく、患者は治療を求めて放浪している。確かな診断に基づいた治療を設定する必要がある。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	5%リドカインを用いた局所塗布療法に対する神経障害性疼痛治療の有用性は、number needed to treat (NNT)で4.4である。  エビデンスレベル(別紙参照)： <u>Ⅰ</u> Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	ステント内面のリザーバーに保持する局所麻酔薬は、1回につきリドカインで20mg未満であり、これを1日に3回まで補充させるとしても、副作用については、市場で用いられているそれぞれの薬剤の通常表面麻酔薬としての使用時の場合と大きな差はないと考えてよい。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度(専門性、施設基準等)	神経障害性疼痛の治療の必要性は、医科、歯科ともに遅れており、積極的に進められるべき内容。正しい診断が不可欠で、そのためには、末梢神経障害を診断しうる感覚検査(一部は保険収載：電流閾値検査200点+神経筋判断料140点)を行いうる歯科医師、施設によって診断されなければならない。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	V2,3帯状疱疹患者82,500人+V2,3外傷(手術)性神経障害30,000人のうち、受療行為を伴うものが12,000人とすると、 年間対象患者数 <u>12,000人</u> 年間実施回数(1人当たり) <u>10回</u>
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	神経障害性疼痛の患者は、正しい診断がついていないことが多く、また、有効な治療に行き着くことが少ないことから、治療を求めて複数の歯科医院を受診していることが圧倒的に多い。この場合、根拠のない抜髄、感染根管治療、歯根端切除、拔牙、搔爬、再搔爬、投薬等の治療を継続的に反復して受けることになる。これらの治療に要する医療費は、6か月間に3件の歯科医院を受診し、臼歯の抜髄または感根処+普通拔牙+搔爬+パノラマX線写真+デンタルX線写真3枚+投薬等の処置を受けたとして計算しても、2,000点は超えるであろう。一人50点の削減ができたとしても、600,000点の削減が可能である。 予想影響額 <u>6,000,000円増・減</u> 既存の技術：診療報酬の区分番号 _____ 技術名 _____
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分(一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・ <u>Ⅰ</u> 処置・J手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 点数 <u>_____点(1点10円)</u> 印象採得40点+床副子(困難なもの)1,500点+装着料30点+薬剤適用範囲の変更時の床縁調整(床副子調整：220点) 局所麻酔薬処方箋68点 または院内処方料42点+調剤料6点+薬剤情報料10点+手帳加算3点+調剤技術基本料8点

# 末梢性神経障害性疼痛に対するステントを用いた薬物療法

## 下歯槽神経/舌神経傷害

- 下顎埋伏智歯の抜歯で1-15%：年間10万件？
- 骨折およびその修復術で46-77%
- 下顎枝分割術で83%<sup>7)</sup> 顎変形症学会によれば2069例/年
- インプラント手術で8.5% 詳細は不明
  - 神経因性(神経障害性)疼痛に至るのはこのうちの5%程度。

年間のべ12000人の患者が受診すると試算

- 自覚症状として知覚低下、異常感覚、疼痛
    - 自発痛には、安静時持続痛と発作痛と伴う。
  - 他覚所見として感覚(知覚、疼痛)閾値の変化
    - Hypoesthesia(感覚閾値の上昇:知覚低下)
    - Hyperalgesia(痛覚の亢進:痛覚過敏)
    - Allodynia(痛覚閾値の低下:異痛)
    - Dysesthesia(不快感を伴う異常感覚)
    - Paresthesia(不快感を伴わない異常感覚)
    - Hyperpathia等(異常感覚の重積)
- 確立された治療法がない

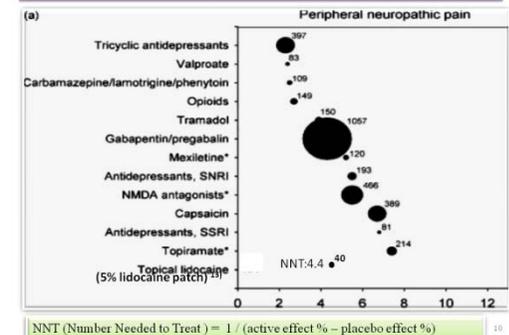
そこで、リドカインの局所塗布療法

神経障害性疼痛に対するステントを用いた局所麻酔薬塗布療法



NNTは4.4  
高いエビデンス

## Number Needed to Treat (NNT)



現状の保険点数を準用すれば、

印象採得40点+床副子(困難なもの)1,500点+装着料30点  
+薬剤適用範囲の変更時の床縁調整(床副子調整:220点)  
局所麻酔薬処方箋68点 または院内処方料42点+調剤料6  
点+薬剤情報料10点+手帳加算3点+調剤技術基本料8点  
合計1858点

## 削減できる医療費

現状では、根拠のない抜髄、感染根管治療、歯根端切除、抜歯、搔爬、再搔爬、投薬等が反復して行われている。  
➤6か月間に3件の歯科医院を受診し、臼歯の抜髄または感根処+普通抜歯+搔爬+パノラマX線写真+デンタルX線写真3枚+投薬等の処置を受けたとして計算しても、2,000点は超えるであろう。  
➤一人50点の削減ができたとしても、**600,000点の削減**。



# 気道確保困難 (DAM) 加算

## 全身麻酔導入時の特殊器具を用いた 気道確保対策に対する加算

歯科処置・歯科口腔外科手術の全身麻酔時に気道確保は不可欠！ただし・・・

歯や顎に問題がある患者様（口が開かない、顎が小さい）が多く、気管挿管などの気道確保は困難な場合が多い

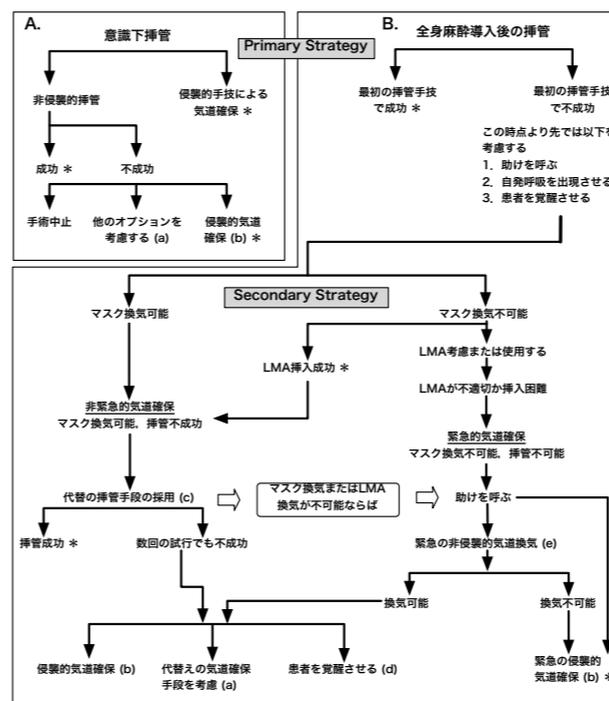
特殊器具を用いた  
気道管理の必要

全身麻酔導入時に換気困難となるのは約25%であるが、エアウェイをはじめとした各種DAMデバイスを事前に準備することでほぼ酸素化が可能となり、安全な気道管理に極めて有効（Anesthesiology, 2006;105: 885-891）

しかしながら 現行では麻酔

導入時の特殊な対応に対する評価はない

そこで



アメリカ麻酔学会のガイドライン  
(Anesthesiology 2003; 98:1269 -77) 等の履修

+

気管支ファイバーなどの  
特殊DAMデバイスの使用

+600

年間医療費増

6,000円×5,000件 =  
3,000万円

【メリット】

- 緊急気管切開の減少
- 入院期間短縮
- 抗菌薬等の投与量の減少
- 心停止を未然に防ぐことで各種救急処置費用の抑制

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

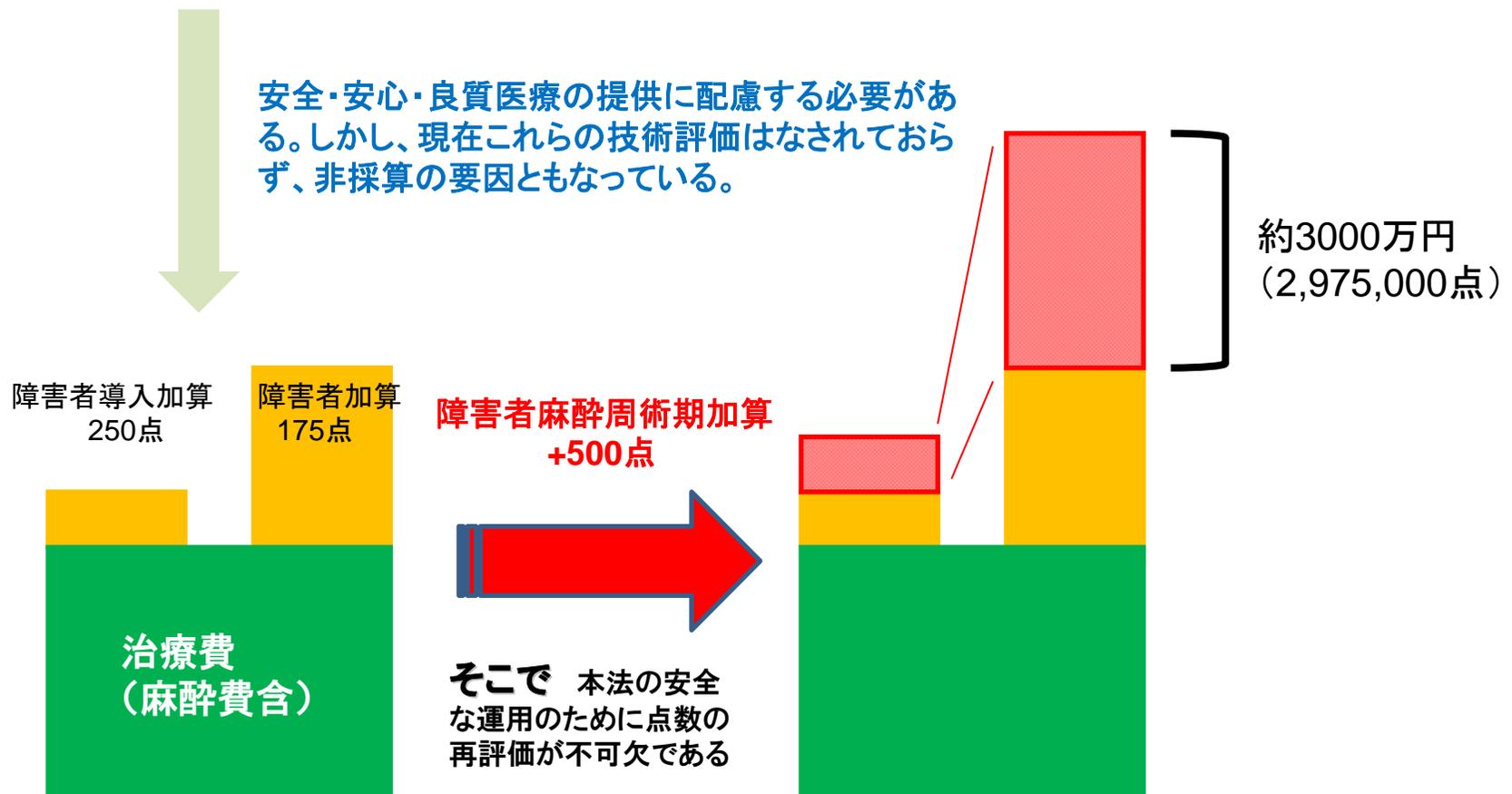
※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	一般社団法人 日本歯科麻酔学会
技術名	障害者麻酔周術期加算
技術の概要	障害を有する患者に対し、安全、安心な全身麻酔・静脈内鎮静法の導入提供の観点から必要な加算点数である。
対象疾患名	精神遅滞、自閉症等の先天的障害者や認知症、歯科治療非協力小児など麻酔導入時に特別配慮すべき医科的疾患を有する患者など。
保険収載の必要性	対象となる障害者群には全身麻酔もしくは静脈内鎮静法を用いて歯科治療が必要な場合があるが、得てして麻酔導入時に、導入が困難な場合がある。当然、安全・安心・良質医療の提供に配慮する必要がある。しかし、現在これらの技術評価はなされておらず、非採算の要因ともなっている。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	障害者の歯科治療は、通法では難しい場合が多く、その場合に全身麻酔や静脈内鎮静法が有効となる。しかし、不安や恐怖、自身の性質等で診療室にも入らないケースも多くましてや点滴も普通では確保困難な場合も少なくない。そのような時、前投薬を飲ませたり、緩徐導入のトレーニングをしたりさまざまな手技を駆使してトライする。これらの患者に安全、安心な歯科医療を提供する上で麻酔導入は極めて重要である。 エビデンスレベル（別紙参照）； I II III IV <b>V</b> VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	副作用は、なし。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等）	歯科麻酔認定医・専門医、口腔外科専門医の指導の下の施行が望まれる。場合によっては、看護師や歯科衛生士との連携が必要である。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	麻酔導入をより安全に提供する観点から倫理性、社会的妥当性は高い。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	大学病院、病院歯科、歯科センターにおいては日常的に行われている。 年間、障害者加算数を計算すると約 920000 件。そのうち約 1%が、全身麻酔による治療だと考えると、約 9200 件 年間対象患者数 9200 人 年間実施回数 (1人当たり) 回
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	障害者麻酔導入時加算 500 点 - 障害導入加算 250 点 = 250 点 200 人 × 250 点 = 50000 点 障害者麻酔導入時加算 500 点 - 障害加算 175 点 = 325 点 9000 人 × 325 点 = 2925000 点 50000 点 + 2925000 点 = 2975000 点 予想影響額 約 30,000,000 円 (増)・減 既存の技術；診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分 (一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C 在宅・D 検査・E 画像・F 投薬・G 注射・H リハビリ・I 処置・J 手術・ <b>K 麻酔</b> ・L 放射線・M 歯冠修復及び欠損補綴・N 歯科矯正・O 病理・その他 点数 500 点 (1点10円) 初診の障害者導入加算や再診の障害加算に位置づけられるもの。

## 障害者麻酔周術期加算

障害者の歯科治療は、通法では難しい場合が多く、その場合に全身麻酔や静脈内鎮静法が有効となる。しかし、不安や恐怖、自身の性質等で診療室にも入らないケースも多くましてや点滴も普通では確保困難な場合も少なくない。そのような時、前投薬を飲ませたり、緩徐導入のトレーニングをしたりさまざまな手技を駆使する必要がある。これらの患者を、安全で安心な歯科医療を提供する上で麻酔導入は極めて重要である。



## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

※各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。

※既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**1枚**に収めること。

申請団体名	一般社団法人 日本歯科麻酔学会
技術名	S-Wテストならびに2点識別検査
技術の概要	中枢ならびに末梢神経障害において口腔領域の触覚ならびに統合感覚を定量的に評価する
対象疾患名	末梢性ならびに中枢性三叉神経障害(主に歯科治療に伴う三叉神経傷害や脳卒中後の三叉神経領域の感覚障害を想定)
保険収載の必要性	歯科治療に伴う三叉神経傷害や脳卒中後の三叉神経領域の感覚障害に対しては、従来、歯科領域では保険上算定できる検査法が認められていなかった。本検査法を用いれば、傷害感覚神経の定量的機能評価により傷害度の判定、経時的機能回復度の評価が行える。
<b>【評価項目】</b>	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベル	本検査法の再現性については、古くから認められている。 本検査法自体が、さまざまなEBMを検討する臨床研究で感覚の評価の基準となっている。  エビデンスレベル(別紙参照): <u>I</u> II III IV V VI
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	器具自体は、通常の用法では非侵襲的であり、安全性は確立している。ただし、感覚脱失の著しい症例においては、触覚閾値を測定する際に過度に強い力のかかる太いフィラメントを強く押し当てると組織を傷害する危険性がある。
I-③技術的成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度(専門性、施設基準等)	神経傷害後には、感覚低下だけでなく、痛覚過敏や異常感覚も生じうるため、神経障害性疼痛の発生について十分に理解した歯科医師が行うことが望ましいと考えられるが、現時点では本病態に関して専門的に扱う必要はない。しかし、フィラメントや測定器の当て方によって計測値が行ってくるので、検査方法に関する講習等が必要と考えられる。施設基準は特に設ける必要はない。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば必ず記載)	問題なし。
I-⑤普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	脳卒中入院患者 180,000人+V2,3帯状疱疹患者 10,000人+ V2,3外傷(または顎骨手術)患者 30,000人=220,000人のうち、感覚障害で歯科を受療するに至る患者を10,000人とし、1か月に1度検査を行うとして、10,000×12=120,000回 (厚労省患者調査の概況ならびに歯科疾患実態調査のデータをもとに推計) 年間対象患者数 約 10,000 人 年間実施回数 120,000 回
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較	既存の検査法との比較の対象にはならないが、現在、患者の訴えに基づいてなされている感覚障害の治療の妥当性を評価する基準となる。検査データを基に初診後12カ月で治癒または症状固定と診断し、明確な根拠なく行われているそれ以後の治療を整理することで医療費が削減できる。その根拠となる検査データを得る。 予想影響額 212,280,000 円 増・減 既存の技術: 診療報酬の区分番号 技術名
I-⑦診療報酬上の取扱 ・ 妥当と思われる区分(一つに○をつける) ・ 妥当と思われる点数及びその根拠	C在宅・ <u>D検査</u> ・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I処置・J手術・K麻酔・L放射線・M歯冠修復及び欠損補綴・N歯科矯正・O病理・その他 医科点数表の電流知覚閾値検査を参考として計算した。 点数 1回につき 200点(検査料)+140点(神経筋検査判断料:月1回算定)

# S-Wテストならびに2点識別検査

## 下歯槽神経/舌神経傷害

- 下顎埋伏智歯の抜歯で1-15%：年間10万件？
- 骨折およびその修復術で46-77%
- 下顎枝分割術で83%<sup>7)</sup> 顎変形症学会によれば2069例/年
- インプラント手術で8.5% 詳細は不明

→神経因性(神経障害性)疼痛に至るのはこのうちの5%程度。

## 帯状疱疹(HZ)

- V2/V3領域HZ患者は年間3000人程度

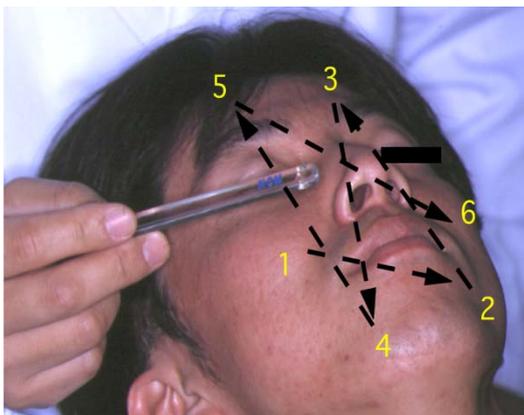
## 脳卒中後の口腔感覚障害

- 年間180,000人のうち口腔顔面領域の感覚障害10,000人と仮定

このうち年間10,000人の初診患者が受診すると試算

- 自覚症状として知覚低下、異常感覚、疼痛
    - 自発痛には、安静時持続痛と発作痛と伴う。
  - 他覚所見として感覚(知覚、疼痛)閾値の変化
    - Hypoesthesia(感覚閾値の上昇:知覚低下)
    - Hyperalgesia(痛覚の亢進:痛覚過敏)
    - Allodynia(痛覚閾値の低下:異痛)
    - Dysesthesia(不快感を伴う異常感覚)
    - Paresthesia(不快感を伴わない異常感覚)
    - Hyperpathia等(異常感覚の重積)
- 歯科保健制度で認められた検査法がない
- まず、触覚に対する定量感覚検査を標準化

そこで、von Frey filament, 2点識別域



医科の保険点数(電流知覚閾値検査)を準用すれば、検査200点+神経筋検査判断料140点(月に1度まで)合計340点(3400円)

## 削減できる医療費

現状では、2年目以降も患者の訴えのみに基づき、延々と治療がなされている。

➤初診より12か月後の定量感覚検査をもとに患者に回復度の説明を行い、治癒または症状固定と診断できれば、その後の医療費が削減できる。2年目以降の再診料690円、処方箋料680円、調剤基本料400円+調剤料770円+薬剤管理料300円+薬剤調剤情報提供料150円+長期投薬情報提供料280円、メチコバル0.5mg3回30日分1899円で計5169円

➤一人1年分で21,228円、年間のべ10,000人で年間**212,280,000円の医療費を削減可能。**



Ⅲ-⑥関係学会、代表の研究者等	日本歯科麻醉学会、日本障害者歯科学会、日本老年歯科学会、日本有病者歯科医療学会他
-----------------	--







Ⅲ-⑤その他	
Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等	



Ⅲ-⑥関係学会、代表の研究者等	
-----------------	--

## 医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、**2枚**に収めること。欄外には記載しないこと。また、別紙への記載が必要な場合は3枚に収めること。

申請団体名	日本磁気共鳴医学会
技術名	電子画像管理加算
診療報酬区分（1つに○）	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 ○D検査
診療報酬番号	第3コンピュータ断層撮影診断料 通則3
技術の概要	撮影した画像を電子化して、管理・保存した場合に加算される。ただし、このときにはフィルム代は算定できない
再評価区分	1. 算定要件の見直し（適応疾患の拡大、施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 点数の見直し（別の技術料として評価） 5. 保険収載の廃止 6. その他（ <span style="float: right;">）</span> 点数の見直し（増点）
具体的な内容	<p>コンピュータ断層撮影診断における電子画像管理加算（現行 120点）は現在単一評価である。最近のCT、MRの画像量の増加、院内ネットワーク規模の大小、画像管理システムの継続性を考慮し、2区分とすることを提案する。</p> <p>区分1:240点、区分2:120点（据え置き）、を提案する。但し、区分1の施設基準として、①撮影機器は16列以上のCT、1.5テスラ以上のMR、②対象病院は臨床研修指定病院、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院群。</p> <p><u>点数 区分1:240点 区分2:120点（据え置き）（1点10円）</u></p> <p>≪1≫ 外保連試算点数（試算にない場合は妥当な点数）:240点（試算にはありません）</p> <p>≪2≫ 別途請求が認められていない必要材料と価格（定価）:0円</p>
<b>【評価項目】</b>	
Ⅲ-①再評価の理由 （根拠、有効性等について必ず記載すること。）	<p>[1]背景：医療情報の密接な連携は医療機関間の重複検査の減少を通して医療費の効率的使用に有益である。さらに、国民一人一人の医療情報を生涯にわたり蓄積（electronic personal health record [EHR]）し、疾患の早期介入による国民健康の向上に寄与するためにもこのような連携は必須である。医用画像の電子保存はこの様な医療情報連携の基盤である。</p> <p>[2]画像管理システム：画像の電子保存システムの構築とその維持・更新には継続的に経費が必要となる。特に病院では蓄積サーバ、ネットワーク、多数の画像観察用モニタ等を配置したシステム構成となります。実態調査に基づくシミュレーションの結果、本加算の増点が望まれますが、それには撮影機器の機種、病院規模、病院機能などを考慮した設定が有効であると考えられるところから、区分に分けた評価を提案します。</p>
点数の見直しの場合	120点 → 240,120点
Ⅲ-②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<p>年間対象患者数の変化 現在 16,646,868 人→ 16,646,868 人 変化無し</p> <p>年間実施回数の変化 現在 16,646,868 回→ 16,646,868 回 変化無し</p>
	<p>※根拠 社会医療診療行為別調査（2009年分）より推計。推定においては臨床研修指定病院および大学病院を対象とし、300床以上の病院であることを仮定した。また、機器は16列以上および1.5テスラ以上とした。このうち、区分1で増点の対象となるのは年間7,250,971回と推定される。 （なお、本加算には対象患者という概念はなく実施回数と同数としました。）</p>

<p>Ⅲ-③予想される医療費へ影響（年間）</p> <p>（影響額算出の根拠を記載する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予想される当該技術に係る医療費</li> <li>・ 当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費</li> </ul>	<p>予想影響額 8701165200 円 増</p> <p>① 電子画像管理加算を現行 120 点から 240 点にする施設要件のうち、計算上は基幹型臨床研修指定病院および大学病院とした。</p> <p>② 基幹型臨床研修指定病院および大学病院は 1,050 病院（臨床研修ホームページより）。いずれも 300 床以上とみなした。</p> <p>③ 機器の要件は 16 列以上の MDCT、1.5T 以上の MR とした。</p> <p>② 300 床以上で MDCT を保有するのは 1,148 施設（医療施設調査、2008 年）。すると、①の対象病院は 9 割に相当すると推定した。</p> <p>③ 300 床以上の全施設での CT、MR の全検査数は年間 11,725,464 回（行為別調査、2009 年）。そのうち、16 列以上の CT は 5,000,291 回（台数と検査実績から MDCT の 62%と仮定）、1.5T 以上の MR は 3,056,343 回、計 8,056,634 回（全体の 69%）と推定される。</p> <p>④ 対象病院で実施されるのはそのうち 9 割で、年間 7,250,971 回。</p> <p>⑤ これらが増点（120 点→240 点）の対象となるので、影響額は 87 億円（年額）の増と推定される：7,250,971 回×120（増点）×10=8,701,165,200 円。</p>
<p>Ⅲ-④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品又は医療機器（未採用技術の例にならって記載）</p>	<p>1. 特になし（別紙及び添付文書は不要）</p>
<p>Ⅲ-⑤その他</p>	<p>外保連試案コード：* - * - *</p> <p>技術度：* 医師（術者以外）：* 看護師：* その他：* 所要時間（分）：*</p>
<p>Ⅲ-⑥関係学会、代表的研究者等</p>	