

個別事項（その16）

個別事項(その16)

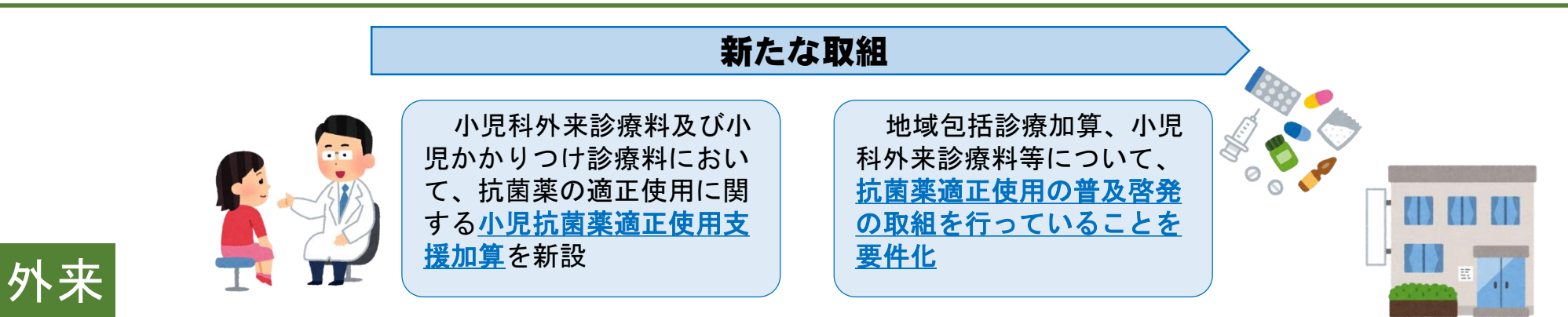
1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

個別事項(その16)

1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

これまでの取組※

新たな取組



感染防止対策加算の概要

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

感染防止対策加算 1 390点

感染防止対策加算 2 90点

【算定要件】

院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

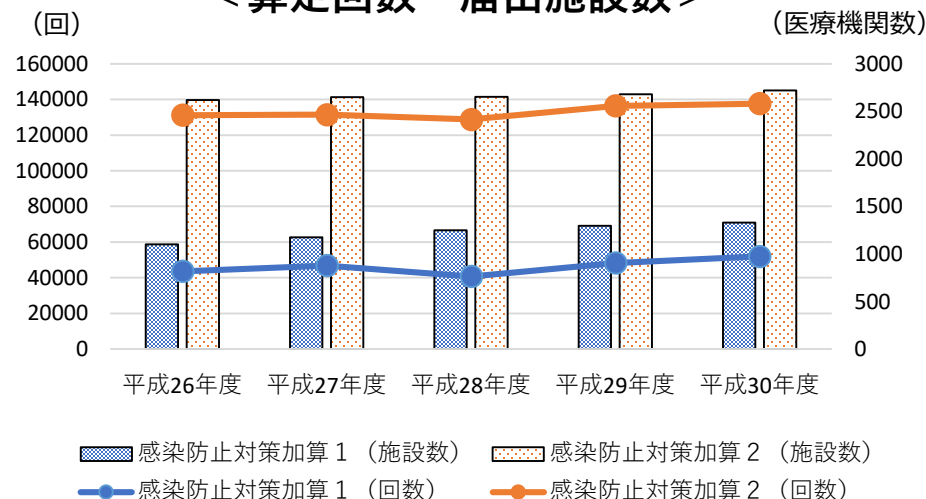
（感染制御チームの業務）

- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

【施設基準】（加算1）

- 感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
（ア又はイのうち1名は専従）
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- 職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。
- 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

<算定回数・届出施設数>



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）
社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算の概要

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

（抗菌薬適正使用支援チームの役割）

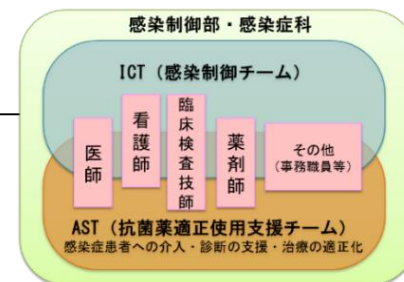
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

【施設基準】

- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。（ア～エのいずれか 1 人は専従）
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

< 届出医療機関数及び算定回数 >

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,331	51,999
感染防止対策地域連携加算	1,318	137,625
抗菌薬適正使用支援加算	1,057	56,684

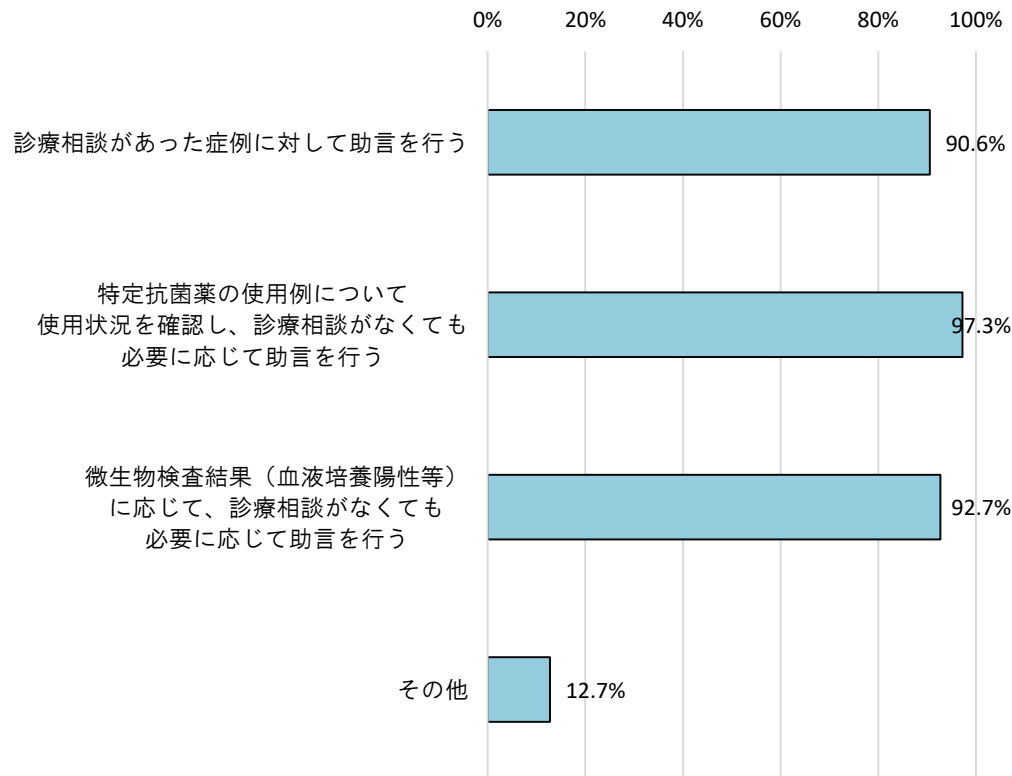


（出典）
届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

- 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。
- 薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。

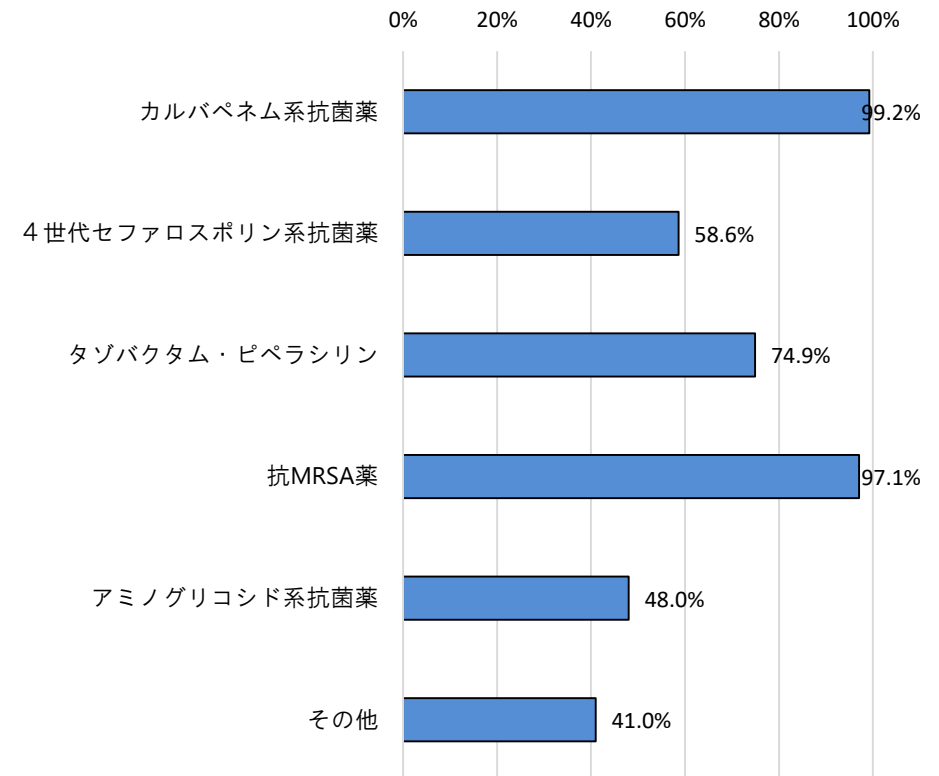
抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



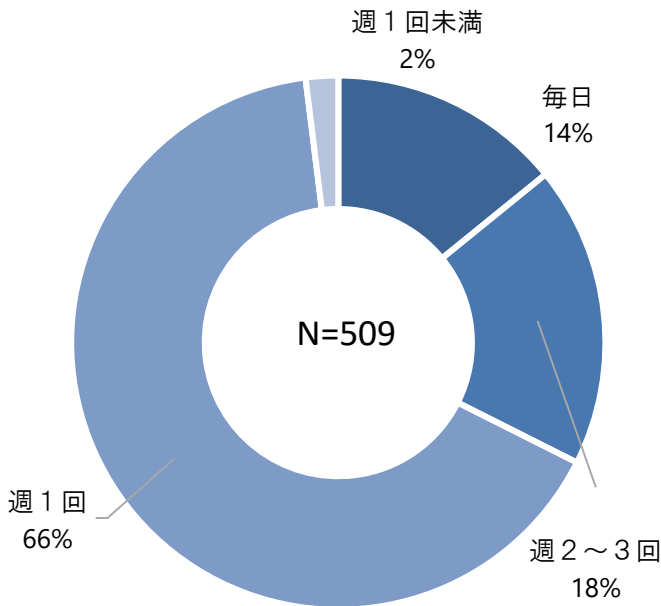
院内の使用状況を把握している薬剤

(n=510)

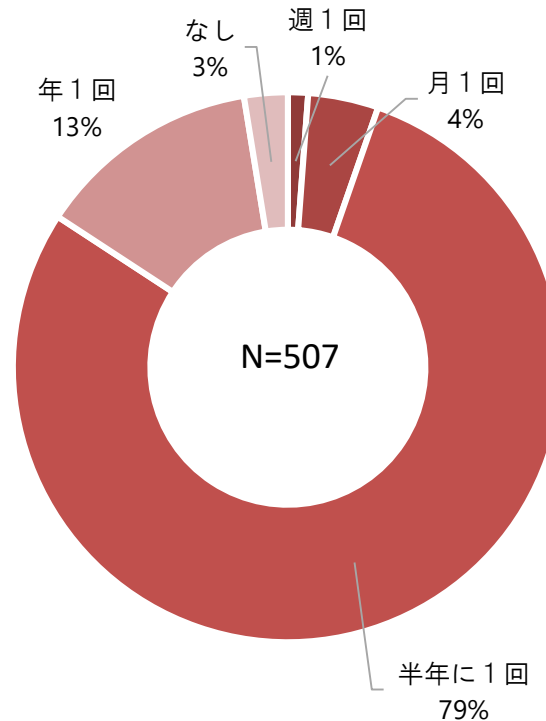


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

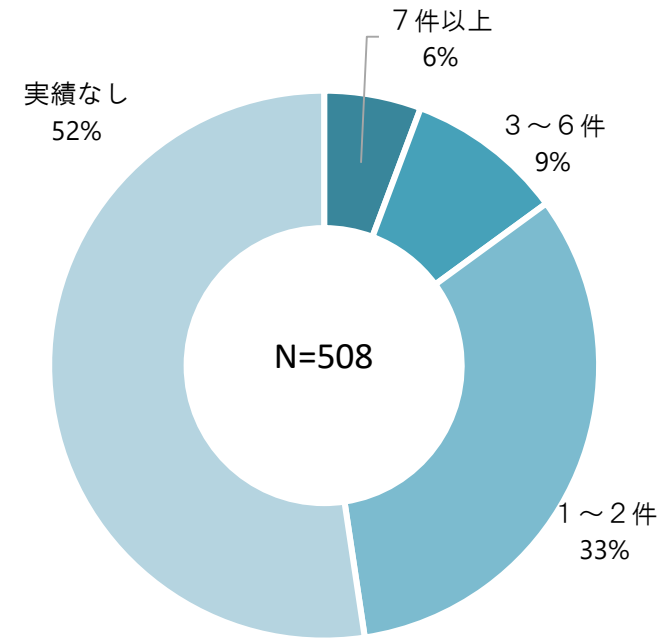
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



前回の中医協総会における論点・意見

令和元年11月15日中医協総会

【現状及び課題】

(抗菌薬適正使用支援加算)

- 平成30年度診療報酬改定において、感染防止対策加算の加算として抗菌薬適正使用支援加算が創設された。
- 当該加算の算定は急性期一般入院料1や特定機能病院等において多く、加算を算定している医療機関では、相談の有無によらず抗菌薬適正使用に関する必要な助言等を行っていた。
- 他方、院内の使用状況を把握している薬剤については、カルバペネム系や抗MRSA薬は概ね把握されていたものの、薬剤によってばらつきが見られた。また、加算を届出ている医療機関であっても、院内に細菌検査ができる体制がない等の場合があった。
- 当該加算の要件として、他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受けることとしているが、直近3月で相談を受けた実績がない割合が約5割であった。

【論点】

- 抗菌薬適正使用支援加算について、院内における抗菌薬使用の把握状況や周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績等を踏まえ、院内・院外における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、感染防止対策加算の要件との整理を行いつつ、当該加算の要件を見直してはどうか。



【主なご意見】

- 広域抗菌薬の使用状況の把握をさらに進めていくことは重要ではないか。
- 感染防止対策加算はAMRアクションプランの地域ネットワーク作りの対応の1つとして創設されたものであり、医療機関は相談体制を有していることが大事。いつ、何を相談すればいいのか、という具体的なことを地域の医療機関に周知することについては、行政が行う地域の感染症対策のための研修等と併せて、取り組んでいく必要があるのではないかと。

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

アクションプランの成果指標と進捗（抗菌薬全体）

ヒトに関するアクションプランの成果指標：抗菌薬販売量(DID)

2013年販売量

2018年販売量
(2013年との比較)

2020年目標値
(2013年との比較)

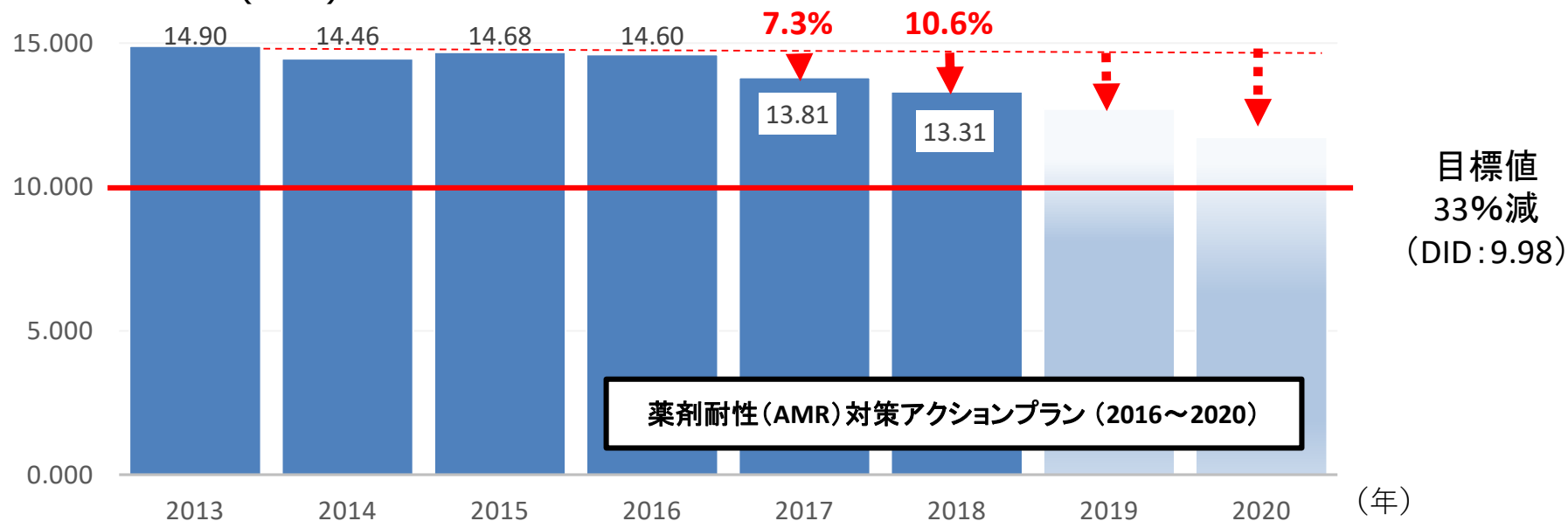
全抗菌薬

14.89

13.31
(10.6% 減)

33%減

抗菌薬販売量(DID) の推移



※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day)

人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDDで表したものを。

※ DDD (Defined Daily Dose)

WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。

薬剤耐性ワンヘルス動向調査報告書2019を改定

耐性菌分離率の年次推移

	2013年	2015年	2017年	2018年	2020年 (目標値)	ヨーロッパ諸国に おける耐性菌分離 率*4
黄色ブドウ球菌のメチシリン*1耐性率	51.1	48.5	47.7	47.5	20%以下	16.4
大腸菌のフルオロキノロン（キノロン）耐性率	35.5	38.0	40.1	40.9	25%以下	25.3
肺炎球菌のペニシリン非感受性率*2（髄液検体含む）	3.0	2.8	2.2	2.3	15%以下	0.1~40.0*5
肺炎球菌のペニシリン非感受性率（髄液検体以外）	2.7	2.7	2.1	2.2		—
肺炎球菌のペニシリン非感受性率（髄液検体*3）	47.4	40.5	29.1	38.3		—
緑膿菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	10.7	13.1	11.4	10.9	10%以下	17.2
大腸菌のカルバペネム耐性率（イミペネム）	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	0.1
大腸菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率（イミペネム）	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2%以下 (同水準)	7.5
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率（メロペネム）	0.6	0.6	0.4	0.5	0.2%以下 (同水準)	

*1: セファロスポリンと類縁関係にある抗菌薬

*2: 非感受性率は、耐性率と中間率を足し合わせたもの。中間率とは、感受性は確認されないものの、耐性と分類されないもの。

*3: 髄液検体数は年間100例前後と少ない。

*4: ヨーロッパ諸国における数値はいずれも30カ国のデータを人口比率に基づき加重平均した値。

*5: 肺炎球菌のペニシリン非感受性はヨーロッパ全体の加重平均値は公表されていない。また、髄液検体以外と髄液検体を分けた値は公表されていない。

出典: 国内の数値は、ワンヘルス動向調査検討会資料(2019年10月17日)より。ヨーロッパ諸国における数値は、European Centre for Disease Prevention and Control発行の Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018より。

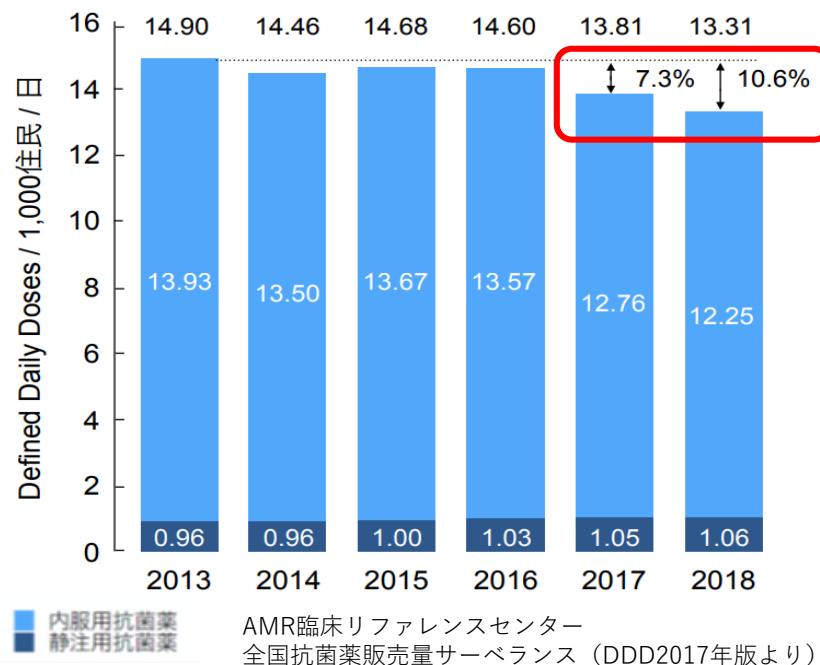


- 黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率：目標達成には、セファロスポリン（第3世代セファロスポリン）、キノロン（フルオロキノロン）、マクロライドの使用量を減らす必要がある。
- 大腸菌のフルオロキノロン耐性率：目標達成には、キノロン（フルオロキノロン）の使用量を減らす必要がある。急性上気道感染症や急性膀胱炎での使用が特に多い。
- 肺炎球菌のペニシリン非感受性率：すでに目標値には到達している。今後、耐性菌を増加させないためには、セファロスポリン（第3世代セファロスポリン）の適正使用が必要である。

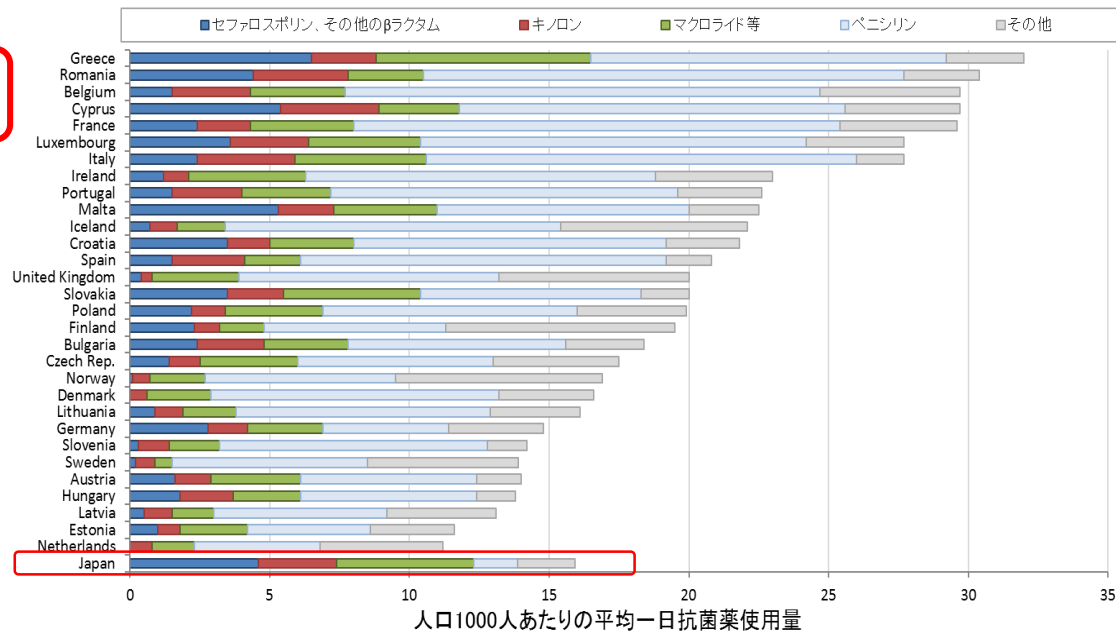
経口抗菌薬の販売量の年次推移・使用抗菌薬の内訳

① 日本で使用される抗菌薬のうち約90%は外来診療で処方される経口抗菌薬であり、DID（抗菌薬販売量）は減少傾向。

② 日本は、総使用量は多くはないものの、セファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。



※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day)
人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDDで表したもの。
※ DDD (Defined Daily Dose)
WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。



ECDC AMR Surveillance report 2012, Muraki Y et. Infection. 2013; 41: 415-23.
(欧州は2010年、日本は2013年)

近年新規に開発された、広域な細菌に有効な経口抗菌薬である、
セファロスポリン、キノロン、マクロライド*の適正使用による使用量の削減が重要

*セファロスポリンの一部(第3世代セファロスポリン等)、キノロン、マクロライドは、不適切な使用により耐性菌を生成しやすい。

外来の抗菌薬適正使用推進に係るこれまでの取組

「抗微生物薬適正使用の手引き」の改訂

- 「第一版」(平成29年6月)は、学童以上の小児・成人の気道感染症、急性下痢症が対象
- 「第二版」(令和元年12月5日公表)は、乳幼児の気道感染症、急性下痢症、急性中耳炎における適正使用について内容を拡大

※2020年度においても追加的な対応を予定

診療報酬における対応

平成30年度診療報酬改定

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

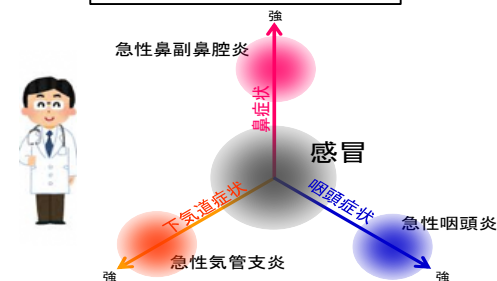
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・ 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・ 改善しない場合の再受診を。

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加。

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

(抗菌薬適正使用支援チームの役割)

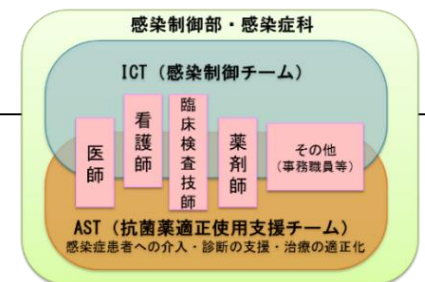
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

【施設基準】

- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。（ア～エのいずれか 1 人は専従）
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

< 届出医療機関数及び算定回数 >

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,331	51,999
感染防止対策地域連携加算	1,318	137,625
抗菌薬適正使用支援加算	1,057	56,684



(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

外来における抗菌薬適正使用に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(AMRアクションプランについて)

- AMRアクションプランにおいて、成果指標である抗菌薬販売量(DID)は減少傾向にあるが、2020年度の目標達成のためには更なる対策が必要。
- 耐性菌の分離率の年次推移を見ると、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌やフルオロキノロン耐性大腸菌の分離率は目標に比べて高く、これらの菌の誘導には特に経口薬のセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用が関与している。
- 日本で使用される抗菌薬の約9割が経口薬であり、そのうちセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。

(外来の抗菌薬適正使用に係る取組について)

- 平成29年6月に「抗微生物薬適正使用の手引き(第一版)」が策定、令和元年12月の第二版で対象年齢や対象疾患が拡充され、急性気道感染症や急性下痢症等に対する抗菌薬の適正使用が示されている。
- 平成30年度診療報酬改定において、小児の外来における抗菌薬の適正使用の取組に係る新たな評価を創設。また、かかりつけ医機能を評価した管理料等の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いて、抗菌薬の適正使用の普及・啓発を行っていることを追加した。
- 現状、抗菌薬適正使用支援加算の要件に、抗菌薬適正使用支援チームの業務として、抗菌薬適正使用に係る評価や、抗菌薬適正使用の教育・啓発が位置付けられているが、外来に係る取組は特に規定されていない。



【論点】

- 外来における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、抗菌薬適正使用支援加算の要件である院内研修等において、「抗微生物薬適正使用の手引き」を踏まえた取組をすることとしてはどうか。また、病院の外来における、急性気道感染症・急性下痢症に対する経口抗菌薬の使用状況についても把握するよう、要件を見直すこととしてはどうか。

個別事項(その16)

1. 外来における抗菌薬適正使用について
2. 歯科麻酔薬の算定について

歯科における局所麻酔

- 局所麻酔法とは、目的とする限られた部位の知覚（痛覚、温度感覚、圧感覚、触感覚）を麻痺させる方法。
- 局所麻酔法には、表面麻酔、浸潤麻酔、伝達麻酔がある。

- 表面麻酔は、粘膜表面に局所麻酔薬を塗布あるいは噴霧して、知覚神経終末を麻痺させる方法。
粘膜表面の短い時間の麻酔効果しか期待できないが、粘膜表面を麻痺させて強い反射を抑えたり、注射の刺入部位を鈍麻させる場合に有効。
- 浸潤麻酔は、組織内に麻酔薬を浸潤させて、目的とする限られた部位の知覚神経終末を麻痺させる方法。
治療内容等にあわせて、皮内、皮下、筋肉内、骨膜下等に麻酔薬を注入する。
- 伝達麻酔は、神経幹又は神経叢に局所麻酔薬を注入し、そこから末梢の神経を麻痺させる。
直接神経幹に薬液を注射する方法と、神経幹の周囲に注射する神経幹周囲注射法がある。

歯科診療報酬における局所麻酔薬の算定について

- 歯科診療報酬においては、手術等に伴い麻酔を行った場合の薬剤料が（技術料に包括されており）算定できないものが多い。
- 薬剤料を算定できない主な治療として、根管治療やう蝕治療、抜歯等が挙げられる。

第8部 処置

通則7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第9部 手術

通則11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M 001 歯冠形成（1歯につき）

注11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M001-2 う蝕歯即時充填形成（1歯につき）

注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

薬剤料を算定できない主な処置等

歯髄切断、抜髄、スケーリング・ルートプレーニング、
歯周ポケット搔爬
抜歯
歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成

算定できない薬剤料への対応

～昭和49年6月	70点以上の処置
昭和49年11月	100点以上の処置
昭和56年6月～	120点以上の処置

歯科用局所麻酔剤の使用量について

- 歯科治療に際して使用される麻酔薬の量は、歯種、処置の内容、患者の状態等によって異なる。
- 同一歯種においては、抜歯や歯肉切除等の第9部「手術」の項目で麻酔薬の使用量が多い。
- 通常の歯科治療は浸潤麻酔で対応が可能なことが多いが、術野に炎症がある場合や、下顎大臼歯の抜歯等では下顎孔伝達麻酔が有用であり、局所麻酔薬を1.8ml注入する。

処置と部位による使用量（浸潤麻酔）

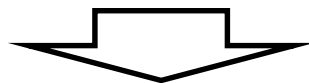
診療項目	上下顎前歯部	上顎臼歯部	下顎臼歯部
抜歯（手術）	0.75±0.25	1.00±0.00	1.00±0.00
抜髄（処置）	0.60±0.00	0.83±0.21	0.50±0.24
窩洞形成（歯冠修復・欠損補綴）	0.50±0.00	0.64±0.20	0.75±0.25

※1症例で処置が多数歯にわたる場合には、使用量/歯数を1歯あたりの使用量として算出
※単位はml

歯科麻酔薬の算定に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 歯科診療報酬においては、手術等に伴い麻酔を行った場合の薬剤料が（技術料に包括されており）算定できないものが多い。
- 歯科治療に際して使用される麻酔薬の量は、患者の状態、歯種等によって異なるが、抜歯等の第9部「手術」の項目で麻酔薬の使用量が多い。



【論点】

- 歯科麻酔薬の薬剤料について、第9部「手術」において用いる薬剤料を、使用実態に即して算定できるようにしてはどうか。

歯科用局所麻酔剤について

参考

品名	成分	剤形	規格単位	メーカー名	薬価 H28/H30
オーラ注歯科用カートリッジ1.8mL	塩酸リドカイン・酒石酸水素エピネフリン	注射液	1.8mL 1管	昭和薬品化工	58.0/58.0
オーラ注歯科用カートリッジ1.0mL	塩酸リドカイン・酒石酸水素エピネフリン	注射液	1mL1管	昭和薬品化工	59.6/59.6
歯科用キシロカインカートリッジ	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	デンツプライシロナ	78.2/78.2
キシレステシンA注射液 (カートリッジ)	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	スリーエム ジャパン	60.9/78.2
エピリド配合注歯科用カートリッジ1.8mL	塩酸リドカイン・アドレナリン	注射液	1.8mL1管	ニプロ	60.9/78.2
スキャンドネストカートリッジ3%	メピバカイン塩酸塩	注射液	3%1.8mL1管	日本歯科薬品	92.0/92.0
歯科用シタネストーオクタプレシンカートリッジ	プロピトカイン塩酸塩・フェリプレシン	注射液	1.8mL1管	デンツプライシロナ	68.8/68.8