

麻酔薬剤（歯科用局所麻酔薬）

1. 麻酔薬剤料の算定方法

- ① 手術にあたって使用した麻酔薬剤料は別に算定できる。
- ② 使用薬剤の薬価が15円以下の場合には麻酔の所定点数に含まれるので別に算定できない。
- ③ 使用薬剤の薬価が15円を超える場合は当該薬価から15円を控除した残りの額を10円で除して得た点数に対し、1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加えて算定する。

$$\frac{(\text{薬価} \times \text{使用量}) - 15 \text{円}}{10 \text{円}} + 1 = \text{請求点数 (1点未満の端数切り上げ)}$$

- ④ 1回の麻酔に麻酔薬剤を2種以上使用した場合

$$\frac{\text{使用麻酔薬剤の合計価格} - 15 \text{円}}{10 \text{円}} + 1 = \text{請求点数 (1点未満の端数切り上げ)}$$

例1: OA	・ 歯科用キシロカイン Ct	
2.4点	+ 8.0点 = 10.4点	10.4点 - 1.5点 = 8.9点 → 9点 + 1点 = 10点 (請求点数)
例2: OA	・ オーラ注歯科用 Ct 1mL	
2.4点	+ 7.0点 = 9.4点	9.4点 - 1.5点 = 7.9点 → 8点 + 1点 = 9点 (請求点数)
例3: 歯科用キシロカイン Ct	オーラ注歯科用 Ct 1mL	
8.0点	+ 7.0点 = 15.0点	15.0点 - 1.5点 = 13.5点 → 14点 + 1点 = 15点 (請求点数)

2. 表面麻酔薬

表面麻酔薬（OA）の適用について

- ① 浸潤麻酔または伝達麻酔を行う際に、その刺入点に用いた表面麻酔薬は麻酔薬剤として取り扱う。その他の場合に用いた表面麻酔薬は特定薬剤として扱う。
- ② 表面麻酔薬を嘔吐防止のために使用した場合
例：キシロカインポンプスプレー 8% OA 2g 使用 4.4点 - 1.5点 = 2.9点 → 3点 + 1点 = 4点 (請求点数)

表面麻酔薬（OA）

製品名	キシロカインポンプスプレー 8%	ネオザロカインパスタ	コーパロン 歯科用表面麻酔液 6% ※2022年3月31日販売中止予定	プロネスパスタアロマ
一般名	リドカイン噴霧剤	アミノ安息香酸エチル・塩酸パラブチル アミノ安息香酸ジエチルアミノエチル	テトラカイン塩酸塩貼付剤	アミノ安息香酸エチル・ ジブカイン塩酸塩配合剤軟膏
薬価	1g 22.00円	1g 117.80円	1枚 13.00円	1g 89.90円
点数	1～2歯	2.4点	2.4点	2.4点
	1/3顎	5.5点	5.5点	5.5点

製品名	ハリケインリキッド 歯科用 20%	ハリケインゲル 歯科用 20%	ビーゾカイン 歯科用ゼリー 20%	ジンジカインゲル 20%
一般名	アミノ安息香酸エチル液	アミノ安息香酸エチル液	アミノ安息香酸エチルゼリー	アミノ安息香酸エチル液軟膏
薬価	1g 67.90円	1g 67.90円	1g 67.90円	1g 67.90円
点数	1～2歯	2.4点	2.4点	2.4点
	1/3顎	5.5点	5.5点	5.5点

③ 表面麻酔薬（OA）と浸潤・伝達麻酔薬の併用の請求点数例

組合せ品名	請求点数（1本使用時）	請求点数（2本使用時）
OA+オーラ注歯科用 ct（1 mL）	9 点	16 点
OA+歯科用キシロカイン ct（1.8 mL）	10 点	18 点
OA+歯科用シタネスト-オクタプレシン（1.8 mL）	10 点	17 点

上下顎にわたる場合は OA は 2 回分となる。

OA+スキャンドネストカートリッジ 3%（1.8 mL）	14 点	25 点
------------------------------	------	------

④ OA の場合にいう 1~2 歯とは、主に浸麻等を行う際の刺入点に対して使用するものであり、この場合の OA は麻酔薬剤として取り扱う。刺入点以外に用いた OA は特定薬剤として取り扱う。

3. 浸潤・伝達麻酔薬

注射用の歯科用局所麻酔薬には次のものがある。

製品名		薬価		点数	
リアド ドカ レ イ ン リ ン 塩 酸 注 射 薬 液	リドカイン塩酸塩・アドレナリン 1.8 mL 注射液	1.8 mL	1 管	円 66.50	点 6.7
	オーラ注歯科用カートリッジ 1.0 mL	1 mL	1 管	69.80	7.0
	オーラ注歯科用カートリッジ 1.8 mL	1.8 mL	1 管	73.20	7.3
	キシレステシン A 注射液（カートリッジ）	1.8 mL	1 管	79.60	8.0
	歯科用キシロカインカートリッジ	1.8 mL	1 管	79.60	8.0
プロ ピ カ ン カ イ ン 注 射 薬 液	歯科用シタネスト-オクタプレシンカートリッジ	1.8 mL	1 管	71.70	7.2
メ ピ カ ン カ イ ン 注 射 薬 液	㊦ スキャンドネストカートリッジ 3%	3% 1.8 mL	1 管	114.50	11.5

特定薬剤

1. 特定薬剤とは

特定薬剤とは、「特掲診療料の施設基準等」(令和2年3月厚生労働省告示)の第十一(処置)および第十二(手術)に規定する薬剤に限られる。

第十一に規定する特定薬剤、および第十二に規定する特定薬剤とは、使用薬剤の薬価(薬価基準)(令和3年3月厚生労働省告示第62号)の別表第4部歯科用薬剤の外用薬(1)に掲げる薬剤および下記右側の表に掲げる薬剤である。

別表第4部歯科用薬剤の外用薬(1)		処置	手術
オキシテトラコーン 歯科用挿入剤 5mg コーパロン 歯科用表面麻酔液 6% サージカルパック 口腔用 散剤 (液剤を含む) 歯科用 TD セット液 歯科用 TD セット・ゼリー ジンジカインゲル 20% テトラサイクリン・プレステロン 歯科用軟膏	ネオザロカインパスタ ハリケインゲル 歯科用 20% ハリケインリキッド 歯科用 20% ビーズカイン 歯科用ゼリー 20% ヒノボロン 口腔用軟膏 プロネスパスタアロマ ペリオクリン 歯科用軟膏 ミノサイクリン塩酸塩 10mg 0.5g 軟膏	オルテクサー 口腔用 歯科用(口腔用)アフタゾロン テラ・コートリル軟膏 デキサメタゾン 口腔用	オルテクサー 口腔用 アクリノール 歯科用(口腔用)アフタゾロン テラ・コートリル軟膏 デキサメタゾン 口腔用 生理食塩水

なお、特定薬剤は、う蝕処置、残根削合、歯髄保護処置、知覚過敏処置、う蝕薬物塗布処置、歯周基本治療、歯内療法および120点以上の処置・手術の際には算定できない。

しかし、次の場合は特定薬剤料を算定できる。

- (1) 基本診療料に含まれる簡単な処置および手術において特定薬剤を使用したときは特定薬剤料のみ算定する。
- (2) 歯周疾患処置時におけるポケット内への薬剤注入(次頁参照)。
- (3) 入院を必要とする手術を行った際、当該手術に使用した「生理食塩液」「アクリノール」。

2. 特定薬剤の算定方法

使用薬剤の薬価が15円を超える場合は当該薬価から15円を控除した残りの額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数(使用した特定薬剤の合計価格が15円以下の場合は、特定薬剤料は算定できない)。

例：(コーン)(個数) 4個の場合

$$17.20 \text{ 円} \times 4 \text{ 個} = 68.80 \text{ 円} \quad \frac{68.80 \text{ 円} - 15 \text{ 円}}{10 \text{ 円}} = 5.38 \text{ 点} \rightarrow 6 \text{ 点} + 1 \text{ 点} = 7 \text{ 点 (請求点数)}$$

歯科用挿入剤(コーン)

製品名	オキシテトラコーン 歯科用挿入剤 5mg	
一般名	オキシテトラサイクリン 塩酸塩錠	
薬価	円	
	5mg 1個	17.20
個	(点)	請求点数
1	1.7	2
2	3.4	3

抗菌薬(抗生物質)パスタ

製品名	テトラサイクリン・プレステロン 歯科用軟膏	
	(TCPS パスタ)	
一般名	エピジヒドロコレステリン テトラサイクリン塩酸塩軟膏	
薬価	円	
	1g	353.10
点	1歯	(点) 請求点数 7.1 7
	1/3顎 2/3顎 1顎	(点) 請求点数 17.7 18 35.3 35 53.0 53

歯肉包填剤

製品名	サージカルパック 口腔用	
一般名	酸化亜鉛・チヨウジ油軟膏	
薬価	散剤 (液剤を含む) 円	
	1g	66.60
点数	1/3顎	(点) 請求点数 20.0 20

止血薬

製品名	歯科用 TD ゼット液	歯科用 TD ゼット・ ゼリー
一般名	塩化アルミニウム・セチルピリジニウム配合剤液	塩化アルミニウム・セチルピリジニウム配合剤ゼリー
薬価	円 1 mL 299.20	円 1 g 310.20
点数	(点) 請求点数	(点) 請求点数
	1 歯 4.5 4	4.7 5

口腔用軟膏剤

製品名	オルテクサー 口腔用軟膏 0.1%	アフタゾロン 口腔用軟膏 0.1%	デキサメタゾン口腔用軟膏 0.1% 「日医工」
一般名	トリアムシノロンアセトニド軟膏	デキサメタゾン軟膏	
薬価	0.1% 円 1 g 63.90	0.1% 円 1 g 66.20	0.1% 円 1 g 47.60
点数	(点) 請求点数	(点) 請求点数	(点) 請求点数
	1/3 顎 1.9 2	2.0 2	1.4 0
	2/3 顎 3.8 4	4.0 4	2.9 3
1 顎 5.8 6	6.0 6	4.3 4	

注) 特定薬剤以外の品目は本誌巻頭カラー特集 53 頁参照

パスタ

製品名	ヒノポロン口腔用軟膏 (HP パスタ)	テラ・コートリル軟膏 (TK パスタ)
一般名	ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ヒノキチオール配合剤軟膏	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン軟膏
薬価	円 1 g 175.90	円 1 g 30.40
点数	(点) 請求点数	(点) 請求点数
	1 歯 0.5 0	0.1 0
	1/3 顎 1.2 0	0.3 0
	2/3 顎 2.3 2	0.6 0
1 顎 3.5 4	0.9 0	

歯科用軟膏剤

製品名	ペリオクリン 歯科用軟膏	ミノサイクリン塩酸塩歯 科用軟膏 2% 「昭和」 (ペリオフィール歯科用軟膏 2%)
一般名	ミノサイクリン塩酸塩軟膏	
薬価	10 mg 0.5 g 円 1 シリンジ 609.20	10 mg 0.5 g 円 1 シリンジ 406.90
点数	(点) 請求点数	(点) 請求点数
	60.9 61	40.7 41

※歯周疾患処置時におけるポケット内への薬剤注入について

歯周疾患処置時のポケット内への薬剤注入については、次に掲げるときには、用法・用量に従って、特定薬剤料として別に算定できる。

- ①歯周基本治療後の歯周病検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ、歯周ポケットが 4 mm 以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に 1 月間使用したとき。
- ②その後、再度の歯周病検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが 4 mm 未満に改善されない場合において、さらに 1 月間継続注入したとき。

- ③歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内に注入したとき。ただし、P 急発の病名が必要である。
- ④糖尿病を有する患者であって、歯周ポケットが 4 mm 以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療と並行して計画的に 1 月間特定薬剤（歯科用抗生物質製剤に限る）を注入したとき。ただし、医科の保険医療機関または医科歯科併設の医療機関の医師からの診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。