

◎緊急のため、時間外等に行った処置、手術が150点以上の場合、およびこれらの処置、手術に伴って行われた麻酔は所定点数に加算する。

時間外加算…所定点数の40/100 (0.4)

休日加算・深夜加算…所定点数の80/100 (0.8)

◎下記表中の手術・120点以上の処置・スケーリング・SRP・PCurの点数には、麻酔（浸麻等）及び特定薬剤の費用を含む。

◎（ ）は、6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者を診療した場合の点数。

◎〔 〕は、訪問診療料を算定した患者を診療した場合の点数（著しく歯科診療が困難な者を除く）。

(2019年10月1日)

処	う蝕(う蝕処置) 18(27)× (1歯1回につき)	歯髄保護処置 AIPC(歯髄温療法) 188(282)× 直PCap(直接歯髄保護処置) 150(225)× 間PCap(間接歯髄保護処置) 30(45)× (1歯につき)		填塞(初期う蝕早期充填処置) ガラスアイオノマー系 144(211)× 複合レジン系 145(212)× (1歯につき) 材料清掃等の費用を含む		知覚過敏 3歯まで 46(69)× 4歯以上 56(84)× (1口腔1回につき)		咬調 1~9歯 40(60)× 10歯以上 60(90)× 同一初診期間中、いずれか1回に限る ◇行った理由を「摘要」に記載	
	抜髄 単根管 228(296)[296]× 2根管 418(543)[543]× 3根管以上 588(882)[882]× (1歯につき) 抜温及び抜直を行った場合 は、処置・手術の「その他」	感根処 150(195)[195]× 300(390)[390]× 438(657)[657]× (1歯につき)	根 28(42)× 34(51)× 46(69)× (1歯1回につき)	根 72(108)× 94(141)× 114(171)× (1歯につき)	加圧根充 (CRF) 136(204)× 164(246)× 200(300)× (1歯につき) X線による確認が必要	生切 (1歯につき) 230(345)× 270(405)× (乳歯・歯根 未完成歯)	除去 充填・インレー・乳歯冠・ HJC・CAD/CAM冠・鉤等 } 20(30)× FMC・前装MC・急性症状 } 36(54)× のインレー・切断等 メタルコア・ファイバーポスト等 } 60(90)× (1歯につき)◇「摘要」欄に部位等を記載	F局 1. 110(165) 2. 110(165) 3. 130(195) T.cond 110(165)× (1顎1回につき) 歯清 (機械的歯面清掃処置) 68(102) 算定した翌月、 ◇1回目又は前回実施月を「摘要」欄に記載 SPT算定日は 算定不可	
置	SC 68(102)× +38(+57)× (1/3顎につき) (同時に1/3顎)	2回目以降のSC 34(51)× +19(+29)× (1/3顎につき) (同時に1/3顎)		SRP 前60(90)× 小64(96)× 大72(108)× (1歯につき)		2回目以降のSRP 前30(45)× 小32(48)× 大36(54)× (1歯につき)		P処 14(21)× 歯周ポケットへ特定薬剤を注入 した場合に限る(1口腔1回につき) ◇部位を処置・手術「その他」へ記載	
	PCur 前60(90)× 小64(96)× 大72(108)× (1歯につき)	2回目以降のPCur 前30(45)× 小32(48)× 大36(54)× (1歯につき)		SPT(I) 1. 1歯以上10歯未満 200(300) 2. 10歯以上20歯未満 250(375) 3. 20歯以上 350(525)		埋伏歯 1050(1575)× +100(150)× 〔完全埋伏歯(骨性)〕 +下顎埋伏智歯 〔水平埋伏智歯〕 〔下顎水平埋伏 智歯〕		P処 10(15) (1口腔につき月1回)薬剤含 歯周基本治療を行った部位に行う P処との重複算定不可	
手 術 の 他	抜歯 (1歯につき) 〔やむを得ず抜歯を中止した場合で、麻酔料を〕 〔算定した場合はその旨を「摘要」欄に記載〕	乳歯 130(195)[195]× 前歯 155(233)[233]× +難抜歯加算 +210(315)× 〔歯根肥大、骨の癒着歯等〕 〔に対する骨の開削又は歯 根分離術を行った場合〕		白歯 265(398)[398]× +難抜歯加算 +210(315)× 〔歯根肥大、骨の癒着歯等〕 〔に対する骨の開削又は歯 根分離術を行った場合〕		切開 GA、 180 P急性発作 (234)× AA、口蓋膿瘍 230 〔234〕 骨膜下膿瘍 (345)×		〔特定薬剤〕 ○薬価が15円以下の場合には算定できない ○歯周疾患による急性症状時に症状の緩和を 目的として、ポケット内へ薬剤注入を行っ た場合 ペリオクリン歯科用軟膏10mg 0.5g 1シリンジ 61× 2シリンジ 122× ペリオフィール歯科用軟膏2%10mg 0.5g 1シリンジ 41× 2シリンジ 81× ◇ペリオクリン、ペリオフィールを算定した 場合は処置・手術の「その他」に部位を記載	
	【処置】(主なもの) う蝕薬物塗布処置(サホ塗布) (1口腔1回につき) 3歯まで 46(69)× 4歯以上 56(84)× 失切(1歯につき) 70(105)× 抜髄即充(1歯につき) 1根 300(404)[368]× 2根 512(684)[637]× 3根以上 702(1053)[996]× 感根即充(1歯につき) 1根 222(303)[267]× 2根 394(531)[484]× 3根以上 552(828)[771]× 抜温(AIPC後3月以内の抜髄)(1歯につき) 1根 40(52)[52]× 2根 230(299)[299]× 3根以上 400(600)[600]× 抜直(直PCap後1月以内の抜髄)(1歯につき) 1根 78(101)[101]× 2根 268(348)[348]× 3根以上 438(657)[657]×	AIPC後3月以内の抜髄即充 1根 112(160)[124]× 2根 324(440)[393]× 3根以上 514(809)[752]× 直PCap後1月以内の抜髄即充 1根 150(209)[173]× 2根 362(489)[442]× 3根以上 552(858)[801]× ◇P処を行った場合は部位を記載 根管内異物除去(RBI)(1歯につき) 150(225)× 抜歯前提の根貼(1歯1回限り) 28(42)× 抜歯前提の消炎拡大(1歯1回限り) 150(195)× (抜歯前提の消炎拡大・根貼は部位記載) 後出血処置(6歳以上) 470(705)× (6歳未満) 500(750)× 歯の破折片除去 30(45)×		暫間固定(TFix)(装着料含む・固定源は歯数に 含まない) (1) 歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科 手術予定の4歯未満 (簡単なもの) 230(345)× (エナメルボンドシステムの場合) 200(300)× (2) 歯周外科手術を伴う場合の4歯以上及び外 傷性による歯の脱臼、再植及び移植時 (困難なもの) 530(795)× (エナメルボンドシステムの場合) 500(750)× 暫間固定装置の除去(1装置につき) 30(45)× 残根削合(1歯1回につき) 18(27)×		【手術】(主なもの) ヘミセクション(分割抜歯) 470(705)× 歯槽骨整形手術(AEct) (1歯に相当する範囲につき) 110(165)× 抜歯窩再搔爬手術 (1歯に相当する抜歯窩につき) 130(195)× 歯根端切除手術(1歯につき) 1350(2025)× WZ摘出手術 歯冠大 800(1200)× 拇指頭大 1350(2025)× 鶏卵大 2040(3060)× ※歯根端切除手術とWZ摘出を同時に行った場 合、従たる手術は50/100で算定 歯肉弁切除 120(156)× 歯周外科手術(1歯につき) ◇実施部位を記載 歯周ポケット搔爬術 80(120)× 新付着手術(ENAP) 160(240)× 歯肉切除手術(GEct) 320(480)× 歯肉剥離搔爬手術(FOp) 630(945)× 歯周組織再生誘導手術(GTR) 1次手術 840(1260)× 2次手術 380(570)× ※緊急時の一連の処置・手術の所定点数の合 計が150点以上の場合 時間外40/100加算 内容、点数× 休日及び深夜80/100加算 内容、点数×		OA+キシレステシンA注射液(カートリッジ) 1.8mL 1管 8 OA+歯科用キシロカインカートリッジ 1.8mL 1管 10 OA+歯科用シタネスト・オクタプレシン 1.8mL 1管 9 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1管 8 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.8mL 1管 8 OA+スキャンドネストカートリッジ 1.8mL 3% 1管 12	
麻 酔	伝麻 42(63)× 下顎孔・ 眼窩下孔	浸麻 30(45)× 術野又は病巣 単位ごとに算定	吸入鎮静法(IS) 30分まで ……70(105) 30分を超えた場合は30分又はその端数を増す毎に ……+10(15)×	ISのN ₂ Oは使用ℓ数と点数×回数、O ₂ は 1ℓの単価(銭)および使用ℓ数と点数 ×回数を記載 ・浸麻、伝麻の麻酔薬剤は、薬剤名、使用 量と点数×回数		キシレステシンA注射液(カートリッジ) 1.8mL 1管 8 歯科用キシロカインカートリッジ 1.8mL 1管 8 歯科用シタネスト・オクタプレシン 1.8mL 1管 7 オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1管 6 オーラ注歯科用カートリッジ 1.8mL 1管 6 スキャンドネストカートリッジ 1.8mL 3% 1管 9		OA+キシレステシンA注射液(カートリッジ) 1.8mL 1管 10 OA+歯科用キシロカインカートリッジ 1.8mL 1管 10 OA+歯科用シタネスト・オクタプレシン 1.8mL 1管 9 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1管 8 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.8mL 1管 8 OA+スキャンドネストカートリッジ 1.8mL 3% 1管 12	

