２から注４までに規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注９までに規定する加算は算定しない。

６　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料の通則第３号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ　尿検査
　区分番号Ｄ０００からＤ００２－２までに掲げるもの
ロ　糞便検査
　区分番号Ｄ００３に掲げるもの
ハ　血液形態・機能検査
　区分番号Ｄ００５（９のうちヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、12デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの
ニ　創傷処置
　100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの
ホ　削除
ヘ　皮膚科軟膏処置
　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの
ト　膀胱洗浄
チ　腟洗浄
リ　眼処置
ヌ　睫毛抜去
ル　耳処置
ヲ　耳管処置
ワ　鼻処置
カ　口腔、咽頭処置
ヨ　間接喉頭鏡下喉頭処置
タ　ネブライザー
レ　超音波ネブライザー
ソ　介達牽引
ツ　消炎鎮痛等処置

７　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注９に規定する加算を算定する場合は算定しない。

８　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

９　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

第２部　入院料等

通則

１　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第４節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

３　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ４００の３に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

４　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

５　第１節から第４節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。

６　別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

８　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。

第１節　入院基本料

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）

１	７対１入院基本料	1,591点
２	10対１入院基本料	1,332点
３	13対１入院基本料	1,121点
４	15対１入院基本料	960点

注１　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が