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、乳幼児加算として、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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、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内の時間に限る。）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。

10　妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

11　産科又は産婦人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内の時間に限る。）において妊婦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。

Ａ００３　オンライン診療料（月１回）　70点

注１　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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、連続する３月は算定できない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する月は、別に算定できない。

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、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（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　急性期一般入院基本料

イ　急性期一般入院料１	1,591点
ロ　急性期一般入院料２	1,561点
ハ　急性期一般入院料３	1,491点
ニ　急性期一般入院料４	1,387点
ホ　急性期一般入院料５	1,377点
ヘ　急性期一般入院料６	1,357点
ト　急性期一般入院料７	1,332点

２　地域一般入院基本料