

別紙 2

老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の改正案

1 老人医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 老人基本診療料 第 1 部 老人初・再診料</p> <p>第 1 節 老人初診料 老人初診料 (点数の見直し)</p> <p>第 2 節 老人再診料 老人外来診療料 (点数の見直し)</p> <p>(注の変更：包括範囲の拡大)</p>	<p>イ 病院の場合 250点</p> <p>ロ 診療所の場合 270点</p> <p>68点</p> <p>注 2 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、老人外来診療料に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p>	<p>255点</p> <p>274点</p> <p>72点</p> <p>注 2 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、老人外来診療料に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿検査</p>

- 尿沈渣顕微鏡検査
- ハ 糞便検査
 - 潜血反応検査
- ニ 血液形態・機能検査
 - 赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査、末梢血液像
- ホ～ツ (略)

- 医科点数表区分番号D000からD002までに掲げるもの
- 糞便検査
 - 医科点数表区分番号D003に掲げるもの
 - ハ 血液形態・機能検査
 - 医科点数表区分番号D005(17骨髄像を除く。)に掲げるもの
 - ニ～ソ (略)

第2部 老人入院料等

第1節 老人入院基本料

老人療養病棟入院基本料(1日につき)

(項目の削除)

老人療養病棟入院基本料

イ	老人入院基本料1	1,151点
□	老人入院基本料2	1,080点
ハ	老人入院基本料3	1,040点
ニ	老人入院基本料4	1,147点
ホ	老人入院基本料5	1,072点
へ	老人入院基本料6	1,019点
ト	老人入院基本料7	984点

イ	老人入院基本料1	1,151点
□	老人入院基本料2	1,080点

老人病棟老人入院基本料（1日につき）

（項目の削除）

老人病棟老人入院基本料	
イ 老人入院基本料 1	1, 153点
ロ 老人入院基本料 2	1, 078点
ハ 老人入院基本料 3	1, 025点
ニ 老人入院基本料 4	990点
ホ 老人入院基本料 5	860点

（削除）

注1 病院の老人病棟（主として老人慢性疾患の患者を入院させる病室を有する病院の病棟その他の病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が都道府県知事に届け出た病棟に入院している患者（第3節の老人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。

2 注1に規定する病棟以外の老人病棟については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事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節の老人特定入院料を算定する患者を除く。）について、老人特別入院基本料として

、次に掲げる点数を算定できる。

老人特別入院基本料 737点

3 老人病棟老人入院基本料を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断、リハビリテーション及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該老人入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

4 当該病棟においては、第2節の老人入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 在宅患者応急入院診療加算

ロ 診療録管理体制加算

ハ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）

ニ 夜間勤務等看護加算

ホ 地域加算

ヘ HIV感染者療養環境特別加算

ト 重症皮膚潰瘍管理加算

老人有床診療所入院基本料（1日につき）

（注の新設）

※有床診療所における入院医療の評価

（新設）

注3 医師の配置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するものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に40点を加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点

(注の追加)

第2節 老人入院基本料等加算

(区分の追加)

1～30 (略)

(新設)

2 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数に20点を加算する。

第3節 老人特定入院料

老人性痴呆疾患治療病棟入院料（1日につき）

(項目の分割)

※老人性痴呆疾患患者に対する治療の充実

1, 290点

イ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料1

1, 290点

ロ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2

1, 160点

(注の変更)

※老人性痴呆疾患患者に対する
治療の充実

注2 当該患者の入院期間が90日を超えた場合
については、1日につき110点を所定点数
から減算する。

注2 当該病棟の入院患者の入院期間が90日を超えた場合については、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数から減算する。

- イ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料1
110点
- ロ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2
30点

(区分の新設)

※ハイケアユニットの評価

(新設)

ハイケアユニット入院医療管理料

注 医科点数表のハイケアユニット入院医療管理料の例により算定する。この場合において、ハイケアユニット入院医療管理料の注中「第1章基本診療料」とあるのは「第1章一般的医療に係る老人基本診療料」と、「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と、それぞれ読み替えるものとする。

(区分の新設)

※回復期入院医療の評価

(新設)

亜急性期入院医療管理料

注 医科点数表の亜急性期入院医療管理料の例により算定する。

(注の追加)	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数から減算する。</p> <p>イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回） 350点</p> <p>ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） 5点</p> <p>ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） 10点</p> <p>ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数から減算する。</p> <p>イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回） 350点</p> <p>ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） 5点</p> <p>ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） 10点</p> <p>ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点</p> <p>2 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数に20点を加算する。</p>

第2章

老人特掲診療料

第1部

指導管理等

老人慢性疾患外来総合診療料

(区分の廃止)

イ 院外処方せんを交付する場合 735点

ロ 院外処方せんを交付しない場合

(1) 月の1回目の算定の場合 1,035点

(2) 月の2回目の算定の場合 735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都道府県知事に届け出た保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満の病院であるものに限る。以下この表において「老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関」という。）が、老人の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、外来療養計画を策定し、計画的な医学的管理の下に、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に、患者1人につき1月に2回を限度として算定する。

2 イについては、老人慢性疾患外来総合診療

→ (廃止)

料届出保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者について、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に算定する。

3 ロについては、老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者について、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合以外の場合に算定する。

4 老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関が、患者に対して老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき指導及び診療を行った場合においては、当該指導及び診療を行った日の属する月における当該患者の主病に係る生活指導並びに検査、投薬及び注射の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 患者に対して老人初診料を算定すべき初診を行った日又は退院の日から起算して1月を経過した日の前日の属する月に当該患者に対して行った指導及び診療については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。

6 在宅医療料（往診料を除く。）を算定した患者については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。

老人慢性疾患外来共同指導料

(区分の廃止：老人慢性疾患外来
総合診療料の廃止に伴う改正)

イ 診療所の場合 225点

ロ 許可病床数が100床未満の病院の場合
147点

ハ 許可病床数が100床以上200床未満の病
院の場合 87点

注1 診療所又は許可病床数が200床未満の病
院である保険医療機関が、老人の心身の特性
を踏まえ、当該保険医療機関以外の老人慢性
疾患外来総合診療料届出保険医療機関につい
て老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき
指導及び診療を受けている患者に対して、当
該老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療
機関と共同で当該患者に対する医療を担当す
るため、当該老人慢性疾患外来総合診療料届
出保険医療機関と連携調整を図りながら、栄
養、安静、運動、日常生活その他療養上必要
な指導を行った場合に、1月に2回を限度と
して算定する。

2 老人初診料を算定する初診の日に行った指
導又は当該初診の日から1月以内に行った指
導の費用は、老人初診料に含まれるものとす
る。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院

(廃止)

した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導の費用は、老人入院基本料に含まれるものとする。

4 在宅自己注射指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、寝たきり老人処置指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理若しくは在宅肺高血圧症患者指導管理又は皮膚科特定疾患指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、それぞれの指導管理料に含まれるものとする。

5 当該保険医療機関において老人慢性疾患生活指導料を算定すべき要件に該当する指導及び診療を受けた患者又はその家族等に対して行った指導に係る費用については、老人慢性疾患外来共同指導料は算定しない。

<p>老人慢性疾患生活指導料</p> <p>(注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)</p>	<p>注5 老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき要件に該当する指導及び診療を受けた患者又はその家族等に対して行った指導に係る費用については、老人慢性疾患生活指導料は算定しない。</p>	<p>(削除)</p>
<p>痴呆患者在宅療養指導管理料</p> <p>(注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)</p>	<p>注4 老人慢性疾患外来総合診療料を算定している患者又はその家族等に対して行った痴呆患者在宅療養指導管理料を算定すべき指導については、痴呆患者在宅療養指導管理料は算定しない。</p>	<p>(削除)</p>
<p>(第1部全体の注)</p> <p>(注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)</p>	<p>注 第1部に規定する指導管理等以外の指導管理等(次に掲げる指導管理等を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び心臓ペースメーカー指導管理料の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患外来総合診療料、老人慢性疾患外来共同指導料、老人慢性疾患生活指導料、痴呆患者在宅療養指導管理料又は寝たきり老人訪問指導管理料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科</p>	<p>注 第1部に規定する指導管理等以外の指導管理等(次に掲げる指導管理等を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び心臓ペースメーカー指導管理料の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患生活指導料、痴呆患者在宅療養指導管理料又は寝たきり老人訪問指導管理料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「区分番号A000に掲げる初診料</p>

特定疾患指導管理料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「老人初診料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、在宅患者入院共同指導料・及び在宅患者入院共同指導料・の注中「区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）」と、手術前医学管理料及び手術後医学管理料の注中「第1章第2部第3節に掲げる特定入院料」とあるのは「老人特定入院料」と、それぞれ読み替えるものとする。

- イ 特定疾患療養指導料
- ロ 生活習慣病指導管理料
- ハ 退院時共同指導料
- ニ 退院前訪問指導料
- ホ 薬剤情報提供料

」とあるのは「老人初診料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、在宅患者入院共同指導料・及び在宅患者入院共同指導料・の注中「区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）」と、手術前医学管理料及び手術後医学管理料の注中「第1章第2部第3節に掲げる特定入院料」とあるのは「老人特定入院料」と、それぞれ読み替えるものとする。

- イ 特定疾患療養指導料
- ロ 生活習慣病指導管理料
- ハ 退院時共同指導料
- ニ 退院前訪問指導料
- ホ 薬剤情報提供料

第2部
在宅医療

(注の変更)

注 第2部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料（在宅時医学管理料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「第1章第1部第1節に規定する老人初診料」と、「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」とあるのは「同部第2節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

注 第2部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料（在宅時医学管理料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「第1章第1部第1節に規定する老人初診料」と、「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」とあるのは「同部第2節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、在宅患者訪問点滴注射管理指導料及び訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

第3部
検査

老人精神病棟等検体検査判断料
(点数の見直し)

イ 尿・糞便等検査判断料	32点	→	34点
ロ 血液学的検査判断料	130点		135点
ハ 生化学的検査(I)判断料	150点		155点
ニ 生化学的検査(II)判断料	130点		134点
ホ 免疫学的検査判断料	140点		144点
ヘ 微生物学的検査判断料	145点		150点

(加算点数の見直し)

イ 検体検査管理加算(I)	30点	→	40点
ロ 検体検査管理加算(II)	250点		300点

第7部

リハビリテーション

1 老人理学療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逓減制及び算定制限の見直し

注3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定す
る。

注3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定
する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の
疾患の患者であって発症後180日以内のも
のについては、1日2単位、かつ、1月に合
計12単位に限り算定する。

2 老人作業療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逓減制及び算定制限の見直し

注3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定す
る。

注3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定
する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の
疾患の患者であって発症後180日以内のも
のについては、1日2単位、かつ、1月に合
計12単位に限り算定する。

項 目	改 正 案																			
<p>第 4 章 経過措置</p>	<p>第 1 章の規定にかかわらず、次の表の第 1 欄に掲げる診療料は、当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち同表の第 2 欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第 3 欄に掲げる患者について、同表の第 4 欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。</p>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="741 596 1039 644">第 1 欄</th> <th data-bbox="1039 596 1337 644">第 2 欄</th> <th data-bbox="1337 596 1635 644">第 3 欄</th> <th data-bbox="1635 596 1933 644">第 4 欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="741 644 1039 1043"> 第 1 章第 2 部第 1 節 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料及び 7 に掲げる老人障害者施設等入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5 </td> <td data-bbox="1039 644 1337 1043"> 医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関 </td> <td data-bbox="1337 644 1635 1043"> 第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者 </td> <td data-bbox="1635 644 1933 1043"> 平成 18 年 3 月 31 日までの間 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="741 1043 1039 1283"> 第 1 章第 2 部第 1 節 3 に掲げる老人結核病棟入院基本料のうち入院基本料 6 及び入院基本料 7 </td> <td data-bbox="1039 1043 1337 1283"> 改正省令附則第 16 条第 2 項又は第 17 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関 </td> <td data-bbox="1337 1043 1635 1283"> 第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者 </td> <td data-bbox="1635 1043 1933 1283"> 平成 18 年 3 月 31 日までの間 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="741 1283 1039 1439"> 第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入 </td> <td data-bbox="1039 1283 1337 1439"> 医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 43 条の 2 に規定す </td> <td data-bbox="1337 1283 1635 1439"> 第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に </td> <td data-bbox="1635 1283 1933 1439"> 当分の間 </td> </tr> </tbody> </table>	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	第 1 章第 2 部第 1 節 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料及び 7 に掲げる老人障害者施設等入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成 18 年 3 月 31 日までの間	第 1 章第 2 部第 1 節 3 に掲げる老人結核病棟入院基本料のうち入院基本料 6 及び入院基本料 7	改正省令附則第 16 条第 2 項又は第 17 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成 18 年 3 月 31 日までの間	第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入	医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 43 条の 2 に規定す	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に	当分の間			
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄																	
第 1 章第 2 部第 1 節 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料及び 7 に掲げる老人障害者施設等入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成 18 年 3 月 31 日までの間																	
第 1 章第 2 部第 1 節 3 に掲げる老人結核病棟入院基本料のうち入院基本料 6 及び入院基本料 7	改正省令附則第 16 条第 2 項又は第 17 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成 18 年 3 月 31 日までの間																	
第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入	医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 43 条の 2 に規定す	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に	当分の間																	

院基本料4及び入院基本料5	る病院以外の病院である保険医療機関	入院している患者	
第1章第2部第1節4に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入院基本料6	改正省令附則第14条第2項、第15条又は第20条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第1欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	改正省令附則第14条第2項又は第15条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては平成18年3月31日までの間、改正省令附則第20条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては当分の間
第1章第2部第1節4に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入院基本料7	改正省令附則第14条第2項又は第15条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関	第1欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成18年3月31日までの間
第1章第2部第3節3に掲げる老人性痴呆疾患療養病棟入院料	平成14年9月30日において、第1欄に掲げる診療料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成18年3月31日までの間