

新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、特別看護加算、特別看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算又は児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、**医管**、**紹外**、**紹外特**、**急性**、**急性特**、**地入診2**、**録管**、**特疾**、**新入医**、**看配**、**補4**（4対1看護補助加算）、**補5**（5対1看護補助加算）、**補6**（6対1看護補助加算）、**補10**（10対1看護補助加算）、**補15**（15対1看護補助加算）、**夜1**（夜間勤務等看護加算1）、**夜2**（夜間勤務等看護加算2）、**夜3**（夜間勤務等看護加算3）、**夜4**（夜間勤務等看護加算4）、**夜5**（夜間勤務等看護加算5）、**1付I**（1人付特別看護加算I）、**1付II**（1人付特別看護加算II）、**2付I**（2人付特別看護加算I）、**2付II**（2人付特別看護加算II）、**2付補**（2人付特別看護補助加算）、**3付補**（3人付特別看護補助加算）、**環境**、**重境**、**療環1**（療養病棟療養環境加算1）、**療環2**（療養病棟療養環境加算2）、**療環3**（療養病棟療養環境加算3）、**診環1**（診療所療養病床療養環境加算1）、**診環2**（診療所療養病床療養環境加算2）、**重皮潰**、**緩和**、**精応**、**精医管**又は**児思精**を記載し、特別看護加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長**を、特別看護補助加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長1**又は**長2**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算又は精神科応急入院施設管理加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を、新生児入院医療管理加算を新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

(ウ) 地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、HIV感染者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、**地入診1**、**救医**、**乳救医**、**任応**、**乳**、**幼**、**新介**、**乳介**、**難入**、**二感入**、**超重症**、**準超重症**、**感染特**、**小環特**、**無菌**、**放室**、**精措**又は**精隔**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者応急入院診療加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を記載し、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(エ) 日常生活障害加算又は痴呆加算を算定した場合は、「摘要」欄に**障**又は**痴**と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基

準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。

(イ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に「有看」を記載すること。

オ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

カ 特定入院料、療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料又は診療所療養病床入院基本料(以下カにおいて「特定入院料等」という。)を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成14年3月8日保医発第0308001号)別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他」(受診日数:○日)と記載すること。

キ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

ク 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に「特別」と表示すること。

ケ 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数(療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の10を乗じて得た点数を控除した点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の20を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「超過」と表示すること。

コ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数から所定点数に100分の12、100分の15、100分の18、100分の21、100分の24、100分の27又は100分の30を乗じて得た点数を控除した点数、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の3又は100分の6を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「標欠」、「医欠5」、「医欠6」、「医欠8」、「看欠5」、「看欠6」又は「看欠8」と表示すること。

サ 「特定入院料・その他」の項について

(ア) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数(①地域加算該当施設である場合、②救命救急入院料を算定している患者について加算若しくは減算がある場合、③特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は④

小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合にあっては、それぞれの加算を加えた点数又は減算後の点数)を記載すること。また、入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合には、(32)の例により「特定入院料・その他」欄に記載すること。

救命1、救命2(救命救急入院料1、2)、特集(特定集中治療室管理料)、新集(新生児特定集中治療室管理料)、産集母、産集新(総合周産期特定集中治療室管理料)、熱集(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)、感入管(一類感染症患者入院医療管理料)、特入管(特殊疾患入院医療管理料)、小入管1、小入管2、小入管3(小児入院医療管理料1~3)、復り入(回復期リハビリテーション病棟入院料)、特療1、特療2(特殊疾患療養病棟入院料1、2)、緩和(緩和ケア病棟入院料)、精救(精神科救急入院料)、精急1、精急2(精神科急性期治療病棟入院料1、2)、精1、精2(精神療養病棟入院料1、2)

- (イ) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、高度救命救急センターである場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階B若しくはCである場合(充実度評価を受けていない場合(新規開設の場合を除く。))を含む。)又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**高救**、**減救**又は**薬救**と記載すること。
- (ウ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (エ) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定している患者について、必要があって患者を他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。
- (オ) 精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。なお、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、(34)の例によること。
- (カ) 短期滞在手術基本料2を算定した場合は、「摘要」欄に**短手2**と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

(33) 老人医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「指導」、「在宅」、「注射」、「処置」、「検査」及び「その他」欄について次に掲げるもののほか(16)、(20)、(22)から(25)、(27)から(29)及び(31)と同様であること。この場合において、(16)中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、「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又は老人慢性疾患生活指導料」と、(20)のイ中「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)」とあるのは「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)又は寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)」と、同キ中「初診料・再診料・外来診療料」とあるのは「老人初診料・老人再診料・老人外来診療料」と、(22)のオ中「初診料」とあるのは「老人初診料」と、(23)のア中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、同イ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、同カ中「再診料」と

あるのは「老人再診料」と、(24)のク中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」とそれぞれ読み替えるものとする。

ア 病床数が200床以上の保険医療機関における入院外分については、「保険医療機関の所在地及び名称」欄に、**200以上**と記載すること。

イ 再診について、当該再診時の医療費総額が一部負担金と同額の場合であっても、再診の回数及び合計点数は、当該再診の回数及び点数を含めて記載すること。

ウ 老人外来管理加算を算定した場合は、「再診」欄の外来管理加算の項に所定点数を記載すること。

エ 老人慢性疾患外来総合診療料イ又はロを算定した場合は、「指導」欄に「外来総合イ」又は「外来総合ロ」と表示して点数を記載するとともに、当該診療料の対象となった傷病名を明示すること。

なお、病状の急性増悪等により老人慢性疾患外来総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

オ 老人慢性疾患生活指導料、老人慢性疾患外来共同指導料又は痴呆患者在宅療養指導管理料を算定した場合は、「指導」欄に「慢疾」、「慢疾(外共)」又は「痴呆」と表示して、点数を記載すること。

カ 寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院外)の「指導」欄に「退院共同(Ⅰ)」と表示して、点数を記載すること。また、寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅱ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院)の「指導」の欄に「退院共同(Ⅱ)」と表示して、点数を記載し、退院日を「摘要」欄に記載すること。

キ 老人退院前訪問指導料を算定した場合は、「指導」欄に**退前**と表示して、点数を記載すること。また、老人退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

ク 寝たきり老人在宅総合診療料イ又はロを算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「在宅総合イ」又は「在宅総合ロ」と表示して、点数を記載すること。

なお、24時間連携体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」の字句の次に**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**と表示すること。また、緊急時入院体制加算を算定した場合は、所定点数、又は、所定点数に24時間連携体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を加えた点数に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」又は「在宅総合イ、ロ」**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**の字句の次に**緊**と表示すること。さらに在宅老人ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数等に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」、**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**、**緊**の字句の次に**夕**と表示すること。

なお、症状の急性増悪等により寝たきり老人在宅総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ケ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。

コ 退院患者継続訪問指導料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「継続指導」と表示して、回数及び総点数を記載するほか、「摘要」欄にその算定日及び退院日を記載すること。

サ 入院中の患者(老人精神病棟等入院患者を除く。)に対して点滴注射を行った場合(1日分の注射量が500ml以上の場合に限る。)は、「注射」欄のその他の項に、注射の種類を記して、そ

れぞれ日数又は回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

シ 老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、「注射」欄のその他の項に「老注」と表示して、日数及び合計点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に、1日分の使用薬剤の薬名、使用量（経静脈的手技による注射の場合で1単位20m lを超える薬剤の場合は、容量（m l単位）についても併せて記載する。）及び回数等を記載するほか、経静脈的手技による注射の場合であって1日分の注射量（1単位20m l以内の薬剤の注射量を除く。以下同じ。）が500m lを超えた場合（経口摂取不可（経管栄養実施者を含む。）又は重篤な状態及びこれに準ずる状態にある者に係る場合を除く。）には、「摘要」欄に「過注」と表示し、所定の計算方法により得られた薬剤料を記載すること。なお、1日分の注射量が500m lを超えた場合であって、経口摂取不可（経管栄養実施者を含む。）又は重篤な状態及びこれに準ずる状態にあることにより従来の薬剤料の算定方法による場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ス 老人処置料、老人精神病棟等処置料、老人留置カテーテル設置料又は老人導尿料を算定した場合は、「処置」欄にそれぞれ「褥瘡」、「老人等処置」、「留置カテ」又は「導尿」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

セ 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成14年3月厚生労働省告示第73号別表第四の第7号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に「洗浄」と、同別表第四の第8号に該当する患者について喀痰吸引を算定した場合は、「処置」欄に「頻回」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

ソ 老人医療の診療報酬点数表第2章第3部の注1のイの検査料を算定した場合は、「検査」欄に検査名、回数及び点数を記載すること。

タ 老人精神病棟等入院時基本検査料を算定した場合は、「検査」欄に「老人等検査」と表示して、点数を記載すること。

チ 老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合は、(29)のウ及びエと同様に記載すること。

ツ 老人理学療法（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）又は老人作業療法（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ「老理（Ⅰ）」、「老理（Ⅱ）」、「老理（Ⅲ）」若しくは「老理（Ⅳ）」又は「作業（Ⅰ）」若しくは「作業（Ⅱ）」と表示して、算定単位数及び合計点数を記載するほか、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、急性発症した脳血管疾患等の患者に対する老人理学療法（Ⅰ）、老人理学療法（Ⅱ）、老人作業療法（Ⅰ）及び老人作業療法（Ⅱ）を行い早期リハビリテーション加算を算定する場合には、摘要欄に「早」と表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症年月日を「摘要」欄に記載すること。また、外来移行加算を算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

テ 老人リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ総評」と表示して、点数を記載すること。

ト 重度痴呆患者デイ・ケア料（Ⅰ）又は重度痴呆患者デイ・ケア料（Ⅱ）を算定した場合は、「その他」欄に「痴呆デイ（Ⅰ）」又は「痴呆デイ（Ⅱ）」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ナ 入院生活リハビリテーション管理指導料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ指導」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ニ 痴呆性老人入院精神療法料を算定した場合は、「その他」欄に「入院精神」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ヌ 重度痴呆患者入院治療料を算定した場合は、「その他」欄に「重痴入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ネ 老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第5項に規定する届出保険医療機関以外の保険医療機関が、老人慢性疾患外来総合診療料等院外処方せんを交付したにもかかわらず処方せん料を算定できない点数を院外処方せんを交付した上で算定した場合は、「その他」欄の「処方せん」の項に、**（処）**と記載すること。なお、「その他」欄の「処方せん」の項に記載することが困難な場合は、「一部負担金額」欄に記載しても差し支えないものであること。

(34) 老人医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、**（32）**と同様であること。この場合において、**（32）**のア、イ、エ、オ及びキ中「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「Ⅰ群1、Ⅰ群2、Ⅰ群3、Ⅰ群4、Ⅰ群5（一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」とあるのは「老Ⅰ群1、老Ⅰ群2、老Ⅰ群3、老Ⅰ群4、老Ⅰ群5（老人一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」と、「Ⅱ群3、Ⅱ群4、Ⅱ群5（一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」とあるのは「老Ⅱ群3、老Ⅱ群4、老Ⅱ群5（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」と、「Ⅰ群特1、Ⅰ群特2（一般病棟Ⅰ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅰ群特1、老Ⅰ群特2（老人一般病棟Ⅰ群老人入院基本料1～2）」と、「Ⅱ群特1、Ⅱ群特2（一般病棟Ⅱ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅱ群特1、老Ⅱ群特2（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料1～2）」と、「療1、療2、療3、療4、療5、療6、療7（療養病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老療1、老療2、老療3、老療4、老療5、老療6、老療7（老人療養病棟入院基本料1～7）」と、「療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老療特1、老療特2（老人療養病棟特別入院基本料1～2）」と、「結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老結1、老結2、老結3、老結4、老結5、老結6、老結7（老人結核病棟入院基本料1～7）」と、「結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老結特1、老結特2（老人結核病棟特別入院基本料1～2）」と、「精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老精1、老精2、老精3、老精4、老精5、老精6、老精7（老人精神病棟入院基本料1～7）」と、「精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老精特1、老精特2（老人精神病棟特別入院基本料1～2）」と、「特一Ⅰ1、特一Ⅰ2（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特一Ⅰ1、老特一Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」と、「特一Ⅱ1、特一Ⅱ2、特一Ⅱ3（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特一Ⅱ1、老特一Ⅱ2、老特一Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」と、「特結Ⅰ1、特結Ⅰ2（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特結Ⅰ1、老特結Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」と、「特結Ⅱ1、特結Ⅱ2、特結Ⅱ3（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特結Ⅱ1、老特結Ⅱ2、老特結Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」と、「特精Ⅰ1、特精Ⅰ2（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特精Ⅰ1、老特精Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」と、「特精Ⅱ1、特精Ⅱ2、特精Ⅱ3（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特精Ⅱ1、老特精Ⅱ2、老特精Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」と、「専1、専2（専門病院入院基本料1～2）」とあるのは「老専1、老専2（老人専門病院Ⅰ群入院基本料1～2）」と、「障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）」とあるのは「老障1、老障2、老障3、老

障4、老障5（老人障害者施設等入院基本料1～5）」と、「診Ⅰ1、診Ⅰ2、診Ⅰ3（有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」とあるのは「老診Ⅰ1、老診Ⅰ2、老診Ⅰ3（老人有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」と、「診Ⅱ3、診Ⅱ4（有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」とあるのは「老診Ⅱ3、老診Ⅱ4（老人有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」と、「診療床（有床診療所療養病床入院基本料）」とあるのは「老診療床（老人有床診療所療養病床入院基本料）」と、「診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）」とあるのは「老診療床特（老人有床診療所療養病床特別入院基本料）」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と読み替えるものとする。

ア 老人入院基本料については、一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。

イ 老人一般病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患治療病棟入院料又は老人性痴呆疾患療養病棟入院料（以下「入院医療管理料等」という。）を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項にそれぞれ「老入管」、「痴治入院」又は「痴療入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

なお、当該入院医療管理料等の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該入院医療管理料等の算定開始日を記載すること。老人性痴呆疾患治療病棟入院料を算定した場合に入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で90日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間（月日）を記載すること。

また、入院医療管理料等を算定した患者について、当該届出病棟（病床）から他の病棟（病床）に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 診療所老人医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数（地域加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数）を記載すること。なお、入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で14日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。なお、この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間（月日）を記載すること。

(35) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外における「薬剤一部負担金額」の項については、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬剤一部負担金の金額を記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る

負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。

ウ 入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「一部負担金額」の項には、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

(イ) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

(ウ) 前記(イ)による場合のほか、健康保険の場合は、健康保険法等の一部を改正する法律（昭和59年法律第77号。以下「改正法」という。）附則第4条及び附則第13条の届出を行った医療機関においてのみ記載するものとし、改正法の届出に係る一部負担金と、この届出による適用範囲を超える分に係る一部負担金との合計金額を記載すること。

なお、当該明細書に係る一部負担金が改正法による届出の適用範囲を超える場合のみであっても記載を必要とするものであること。

(エ) 国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(オ) 老人医療の場合は、老人医療の一部負担金相当額を公費負担医療が給付する場合において、当該一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲すること。

入院外分にあつては、老人保健法第28条に規定する一部負担金の支払を受けた場合にはその金額を記載すること。なお、旧総合病院において、他の診療科で老人医療に係る一部負担金の支払を受けた場合は、「摘要」欄に「他科徴収」と表示すること。老人保健法第28条第12項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「一部負担金額」欄の「減額」又は「免除」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額の場合は減額後の一部負担金の額を記載すること。

入院分にあつては、以下によること。

a 老人保健法第28条に規定する一部負担金の支払を受けた場合にはその金額を記載すること。

b 老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第2条の2第3項の規定に基づき市町村長から認定を受けた者の場合は、「認」の字句を○で囲み、支払を受けた一部負担金の金額を記載すること。

c 老人保健法施行令第2条の2第4項の規定に基づき市町村長から認定を受けた者の場合は、「年」の字句を○で囲み、支払を受けた一部負担金の金額を記載すること。

d 老人保健法第28条第12項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額の場合は、減額後の一部負担金の金額を記載すること。

(カ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（薬剤一部負担金及び標準負担額を