平成 16 年 4 月診療報酬改定 「参考資料」主な正誤等

(2004 年 3 月 30 日現在)

「改定診療報酬点数表参考資料」の正誤について

	ページ	行	誤	正
1	67	下から21	K174 水痘症手術	K174 水頭症手術
2	159	下から10	交付すること。	交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。
3	159	下から8	交付すること	交付するとともに、その写しを診療録に添付すること
4	161	上から12	ウ 精神分裂病	ウ 統合失調症
5	163	下から1	算を除く。)が	算及び離島加算を除く。)が
6	176	下から1	常時	夜間、休日又は深夜に
7	177	上から4	夜間、休日又は深夜に	夜間、休日又は深夜であって、小児の救急医療の確保のために保険医療機関があらかじめ定めた時間として地域に周知された時間に
8	179	上から16	一般病棟に	病院(療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。)又は診療所(療養病床に係るものを除く。)に
9	195	上から2及び5	・(ア)	(ア)(ア)
10	201	下から10	在宅患者訪問点滴注射指示書に指示内容を	在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間(7日以内に限る。)及び指示内容を

11	207	下から3	(1) 導入時に	(2) 導入時に
12	228	上から22	クロスラプス	<u>尿中</u> クロスラプス
13	233	上から11	治療管理を行った 場合限り	治療管理を行った 場合限り、区分「B0 01」 <u>特定疾患治療管理 料の「3」の悪性腫瘍特 異物質治療管理料「ロ」</u> を
14	277	上から4及び下 から16	四肢以上	2肢以上
15	278	上から11、 15及び17	老人病棟等入院患者	老人 <u>精神病棟</u> 等入院患 者
16	318	下から9	ア、イ、ウのとおり	ア又はイのとおり
17	319	上から5	活動性が高く、薬物療 法に抵抗する急性進行 性関節リウマチ患者	活動性が高く薬物療法 に抵抗する <u>関節リウマ チ患者又は発熱などの 全身症状と多関節の激 しい滑膜炎を呈し薬物 療法に抵抗する急速進 行型関節リウマチ患者</u>
18	328	下から8	「通則6」に	「通則5」に
19	368	上から5	別紙様式 45 17 を	別紙様式 45 18 を
20	382	下から1	(5)に規定する算式に より、	(6)に規定する算式によ り、
21	383	上から9	別紙様式 18 により、	別紙様式 <u>19</u> により、 別添の「別紙様式 19」 を追加する。
22	446	上から24	3か月を超えない 期間	3か月間

23	4 4 6	上から 2 4 の次に (7) として追加		(7) 算定要件中の居宅等へ退院している患者の割合については、3 か月間(暦月)の平均実績が 6 割未満とまらない範囲の一時的な変動。
24	4 4 8	上から 1 8 の次に 4 として追加		4 平成 16 年 3 月 31 日時点において、老人性痴呆疾患療養病棟を届け出ている保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の老人性痴呆疾患療養病棟の届出を廃止し、老人性痴呆疾患治療病棟入院料 2 の届出を行った場合に限り、老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1 及び 2 を併せて届出することができる。
25	4 9 2	上から 1 6	(1) ハイケアユニット入院医療管理料の	ハイケアユニット入院医療管理料の 注)「(1)」を削除
26	5 8 5	上から 3	退院先番号	退室先番号
27	6 1 9	上から 1 3	(言語)	(言聴)

28	6 2 0	下から 6	保険薬局の無菌製剤 処理加算 (薬菌) 第 号	保険薬局の無菌製剤 処理加算 (薬菌) 第 号 <u>手術の施設基準の 受理番号について、 100 分の 5 の加算を するものの受理番 号については、受理番 号に「加」(例:(加 1 ア))を付すこと。</u>
29	6 4 8	上から 3 及び下 から 1 5	血管心臓外科	心臓血管外科
30	6 5 1	上から 2 0	当該手術に関し、	経皮的冠動脈形成術、経 皮的冠動脈血栓切除術 又は経皮的冠動脈ステ ント留置術に関し、
31	6 5 7	下から 3	及び放射線治療に関す る	<u>放射線治療を専ら担当 する常勤の診療放射線 技師(放射線治療の経験 を 5 年以上有するもの に限る。)</u> 及び放射線治 療に関する
32	7 1 8 7 2 0 7 2 1 7 2 2 7 2 3 7 2 6	下から 6 下から 3 下から 4 下から 3 下から 4、6、7 下から 3	(手術名、患者の性別、 年齢、主病名、転帰)	(手術名、患者の性別、 年齢、主病名) 注)「転帰」を削除
33	7 2 8			別添の「様式 53 の 2」 のとおり改める。
34	7 2 9			別添の「様式 53 の 3」 のとおり改める。

35	7 8 3	下から 2	<p>3 管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルは区分「E 0 0 3」の「6」の「イ」注腸を実施した場合に算定できる。</p>	<p>ア 3 管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルは区分「E 0 0 3」の「6」の「イ」注腸を実施した場合に算定できる。</p> <p>イ <u>一般的名称が「腸用滅菌済みチューブ及びカテーテル」でカテーテルを固定するバルーンが内側のみのものは、3 管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルとして算定できる。</u></p>
<p>〔酸素吸入〕</p> <p>Q . 留意事項通知中「 J 0 2 4 」酸素吸入の部分が削除されているが、酸素吸入の取扱いはどのようになるのか。</p> <p>A . 酸素吸入については、「酸素及び窒素の購入価格」の告示日の関係から別途通知される。(日医参考資料 P . 3 7 9 参照)</p>				

酸素の購入価格に関する届出書(平成 年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽(CE)		可搬式液化酸素容器(LGC)		大型ボンベ(7,000L・6,000L)		小型ボンベ(1,500L・500L)	
	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合(直近1か月の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽(CE)		可搬式液化酸素容器(LGC)		大型ボンベ(7,000L・6,000L)		小型ボンベ(1,500L・500L)	
	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)	購入容積 (ℓ)	購入対価 (円)
年月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類(液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。
平成 年 月 日

医療機関コード

所在地
保険医療機関 名称
開設者

地方社会保険事務局長 殿

印

記載上の注意事項

- 届出は当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入した全ての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格(消費税を含む。)を記載すること。

様式53の2

施設基準に適合している場合にあつては、所定点数の100分の5に相当する点数を加算することとなる手術に係る届出書
(区分1～3に係る手術)

届出受理番号

受付年月日 平成 年 月 日

決定年月日 平成 年 月 日

1. 区分と手術名

区分	手術名

2. 10年以上の経験を有する常勤医師

氏名	経歴(経験年数を含む)

3. 専門医

氏名	認定を行う団体の名称

4. 手術症例一覧 (年間症例数 _____ 例)

年月日	手術名	患者性別	患者年齢	主病名

〔記載上の注意〕

1. 当該手術を専門医が実施する場合には「1」の左欄に「(専門医)」と記入すること。
2. 「3」に専門医を記入する場合には、右欄に記入した団体による認定証等の写しを添付すること。
3. 「4」の「手術名」欄には、診療報酬点数表に規定する手術名(専門医が行った場合には、当該専門医の氏名も含む。)を記載すること。また、同欄の末尾に診療報酬点数表に規定する手術毎に各々の年間合計症例数を記載すること。

様式53の3

施設基準に適合している場合にあっては、所定点数の100分の5に相当する点数を加算することとなる手術（区分1～3以外の手術）及び経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出書

届出受理番号	
--------	--

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

決定年月日	平成 年 月 日
-------	----------

1. 届出手術名と標榜診療科

届出手術名	標榜診療科

2. 基準要件医師

医師名	常勤・非常勤の別	経歴（経験年数を含む）	実施件数
			=

3. 基準要件臨床工学技士
要件の有無（有 無）

要件有の場合の 常勤臨床工学技士名	
----------------------	--

4. 連携医療機関の有無

（有 無）有の場合は当該連携医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。当該契約書には、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されていること。

有の場合

医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む）

5. 手術症例一覧（年間症例数_____例）

年月日	手術名	患者性別	患者年齢	主病名

〔記載上の注意〕

「5」の「手術名」欄には、診療報酬点数表に規定する手術名を記載すること。また、同欄の末尾に診療報酬点数表に規定する手術毎に各々の年間合計症例数を記載すること。