

## 検査の算定について

患者の病状と主訴に基づいた**必要最小限**の検査をするように心がけて下さい。

治療に関係のない病名はつけないで下さい。特定の病名が多いと査定の対象になりますのでご注意下さい。

## 返戻付せん

返戻時には返戻付せんに記載し  
**レセプト本体**および、カルテも  
訂正する必要があります。

## 退院時リハビリテーション指導料300点

- ・ 入院治療後に変化した身体機能に対し退院後の日常生活における適応能力の回復に対する指導を行う
- ・ **指導内容**  
患者の日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、**生活適応訓練**（入浴、洗顔、洗髪、書字・読字訓練、適正な眼鏡使用法）、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導

## 生活適応訓練

- ・ 患眼を清潔に保ち、感染を予防する点眼指導
- ・ 入浴・洗顔・洗髪の方法と開始時期の説明
- ・ 手術後の見え方に習熟させる
- ・ 手術後の歩行訓練
- ・ 適正な眼鏡使用における書字・読字訓練
- ・ 手術後の矯正眼鏡作成の指導等

指導した内容の要点をカルテに記載する

## 疑い病名での治療

疑い病名での投薬、治療は原則認められません。  
急性期の病名は認められる場合があります。  
(例：流行性角結膜炎)

疑い病名を長期間続けると査定の対象になります。速やかに診断を確定して下さい。

## 眼底3次元画像解析 (OCT)

眼底カメラとの同時算定はできません。  
網膜硝子体疾患、緑内障(疑)、高眼圧症で算定できます。

**網膜周辺の病変では算定はできません。**  
動脈硬化性網膜症、網膜裂孔、網膜変性症では原則算定できません。  
緑内障、高眼圧症で連月の算定は過剰となります。

## 屈折検査・矯正視力検査の併施

初診：屈折異常を認める場合のみ算定可能。

再診：新たな屈折変化の病名、眼鏡処方時に算定可能。

## 調節検査

- ・ 初診時や近用眼鏡処方時に認められるが、傾向的・画一的な算定は査定される。
- ・ 再診時は近見視力測定の上、調節力の計測を行えば算定可能である。
- ・ 初診、再診にかかわらず、症例を選んで算定してください。

## 角膜曲率半径計測

- ・ 通常の状態では角膜曲率が一ヶ月の間に大きく変動する可能性は極めて低く、眼鏡処方時の同月の複数回の算定は不可である。

翼状片による角膜乱視を評価した場合には算定可能である。

## 角膜形状解析検査

- ・ 初期円錐角膜、角膜移植後の患者に算定する。角膜移植後は2ヶ月に1回算定出来る。
- ・ 高度角膜乱視（2ジオプター以上）を伴う白内障患者（注記が必要）の手術前後各1回に限り算定する。

## 光学的眼軸長測定 超音波検査1 Aモード法

- ・ いずれの検査も左右別はないため、両眼の場合、通常は月1回のみの算定となる。
- ・ 水晶体混濁が強いとか、検査値の正確をきするという理由だけでは併施できない。
- ・ どうしても併施する必要がある場合は病状詳記が必要である。

## 量的視野検査

- ・ 静的量的視野検査 と動的量的視野検査の同一日の併施は一般的には認められない。
- ・ どうしても併施が必要な特殊な場合は病状詳記が必要。
- ・ 高血圧眼底、動脈硬化、動脈硬化性網膜症で量的視野検査は算定出来ない

## 粘弾性物質

硝子体・緑内障手術時の粘弾性物質の算定は出来ません。

白内障手術でIOLを挿入した場合は粘弾性物質の量は最大2本まで算定可能です。

それ以上は必要な場合は理由を詳記してください。

実際に使用した分のみ請求してください。

## 術後検査と投薬

精密眼圧

順調な経過での白内障手術時は術後1ヶ月で3回程度までです。

術後眼底検査

手術眼につき術後1ヶ月は3回まで。片眼手術で両眼精密眼底検査は認められません。

術後の抗菌薬の投与は最大3ヶ月までです。

## 白内障術前検査

・血液像・蛋白分画・フィブリノーゲン定量・尿沈渣は算定出来ない

## K282 水晶体再建術

- 1 眼内レンズを挿入するもの
- イ 縫着レンズを挿入するもの

眼内レンズを挿入、縫着した場合に17,440点を算定する。

硝子体切除を行い眼内レンズを縫着した場合は17,440+硝子体切除(16,500 x 1/2)を算定する。

眼内レンズの挿入を伴わない場合は算定出来ません。

## 点眼薬処方

新薬の場合一処方では2週間分まで、  
一般的に和歌山県では3本まで。

## ヒアレイン・ミニ

シェーグレン症候群又はスティーブンス  
・ジョンソン症候群（皮膚粘膜症候群）  
に伴う角結膜上皮障害に限る。

上記病名以外は査定になります。

## ボツリヌス毒素

- ・ 両眼の眼瞼痙攣に対し、同日にボツリヌス毒素使用の神経ブロックを両眼に行った場合の算定は1回となる。

## エラスチーム（高脂血症治療剤）

エラスチームは高脂血症のみが適応で  
黄斑変性症、BRVO、DMRには適応があり  
ません。

## プレタール（抗血小板剤）

緑内障・黄斑変性症では算定出来ません。

## 病名の入力

ワープロ入力は控えて、なるべく病名コードで入力して下さい。

両眼・左右を付けて下さい。

## ポラロイドフィルム

- ・インスタントフィルムを使用していれば認められます。ただし、印画紙をフィルム代として請求することは認められていません。
- ・現在インスタントフィルムを購入することは困難です。

## 終わりに

患者の病状と主訴に基づき、医学的に必要と思われる最小限の検査の保険請求をするように心がけて下さい。