

一般社団法人大阪府眼科医会

令和3年度 健保説明資料

と き 令和4年3月26日 ㊦
ところ 毎日新聞オーバルホール
(会場開催中止)

【配布資料2】

保険診療の理解のために

レセプト請求の留意点

配信期間：令和4年3月28日 ㊦～4月30日 ㊦

本会ホームページ会員ページ・オンデマンド配信

大阪府眼科医会ホームページ内会員ページへの ログインパスワード変更について

大阪府眼科医会のホームページ内会員ページへのログインパスワードは3カ月に1度変更されます。



大阪府眼科医会のホームページの上にある会員ページのボタン(○枠内)をクリックすると、図1のボックスが開きます。

ユーザー名の枠には、図2のごとく皆様へお送りする郵便物の住所ラベルに記載の4桁の番号を参考に、番号が9876なら大文字半角OG9876(オー・ジー・キュー・ハチ・シチ・ロク)と入力して下さい。



図1



図2

また、パスワードは2022年1月1日より2022年3月末までは、SS7L(大文字半角エス・エス・数字の7・大文字半角エル)です。以降、各会報に新しいパスワードを掲載します。

ユーザー名：OG**** (*：住所ラベルの4桁番号)
パスワード：SS7L (2022年1月1日～3月31日まで有効)

※パスワード：GA5K (2022年4月1日～6月30日まで有効)

会報発行月は6月、9月、12月、3月で、パスワード変更は、翌月7月、10月、1月、4月の1日付になります。お手数ですが、ご協力よろしく申し上げます。なお、今回のシステムでは、個人でのパスワード変更はできません。

不明な点がある方は、事務局(TEL 06-6762-3201 / FAX 06-6762-3757)までお尋ねください。

はじめに

- ◆ 保険診療は保険者側（支払い側）と保険医療機関との公的上の契約です。保険医は、療養担当規則と各種法令を遵守し、保険診療のルールを正しく理解し、レセプト内容や記載漏れ等を点検し、適正に請求しなければなりません。

【配布資料2】は「保険診療の理解のために」レセプト請求の留意点です。

支払基金でAIによる振分け機能を用いた審査が開始されましたが審査機関審査員目視により判断されています。従来通り、本資料掲載の基本的事項、保険者再審査疑義の多い事項に留意し、ご請求いただければと存じます。

- ◆ 令和4年3月28日(月)～4月30日(土)の期間中、本会ホームページ会員ページで、本配布資料の説明がオンデマンド配信されます。会員各位、従業員の皆様におかれましては、是非ご視聴ください。

令和4年3月

目次

頁	スライド	項目
P1	2 - 3	医療保険制度
P1～P2	4 - 6	I 保険診療の留意事項
P2	7 - 8	II 傷病名関係
P3～P4	9 - 14	III 基本診察料
P4～P7	15 - 25	IV 投薬
P7	26 - 27	V 眼科処置
P7～P11	28 - 43	VI 麻酔・眼科手術・注射
P11～P15	44 - 60	VII 眼科検査
P16	61 - 63	VIII 特掲診療料・医学管理料・在宅療養指導管理料
P16～P18	64 - 70	IX レセプト点検のポイント

※各ページ4枠の構成です。各枠右下の数字順にご覧ください。

保険診療の理解のために しせプト作成の留意点

WEB配信：令和4年3月28日(月)～4月30日(土)

対象者：本会会員・従業員

注意事項：コピー、スクリーンショット、録画、録音

本会対象者以外への閲覧を禁止します。

一般社団法人大阪府眼科医会

2022年3月28日

1

医療保険制度の種類

被用者保険 { 健康保険法 (協会けんぽ、健康保険組合)
各共済組合法(各省庁、地方職員共済組合等)
船員保険法 (協会けんぽ)

医療保障

国民健康保険 — 国民健康保険法 (府・市区町村、国保組合)

後期高齢者医療制度 — 高齢者の医療の確保に関する法律
(後期高齢者医療広域連合)

公費医療

{ 生活保護法 障害者総合支援法
母子保健法 感染症法
精神保健福祉法 他

(自費診療)

2

保険診療＝制限診療

- 保険診療は健康保険法等に基づく保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
- 保険医療機関の指定または保険医の登録の際は健康保険法等で規定されている保険診療のルール (契約の内容)を知っていなければならない。
- 医師免許を受けることにより自動的に保険医として登録されるわけではない。保険診療を担当したいという自らの意思により厚生局へ申請し、厚生労働大臣が指定する。 [保険医登録]

3

I 保険診療の留意事項

〈保険診療の基本ルール〉

(診療報酬が支払われる条件)

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器法の各種関係法令の規定や『療養担当規則』の規定を遵守し
- ④ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑤ 診療報酬点数表に定められたとおり行っていること

4

〈保険給付外の例〉

下記は保険請求できない。

- ① 健康診断
- ② 予防医学
- ③ 業務上の負傷及び通勤途上の災害
- ④ 故意の事故
- ⑤ 美容手術 など

5

Ⅱ 傷病名関係

- ① 傷病名は主治医自らつける。
請求事務担当者が確認なく傷病名をつけることは厳に慎む。
- ② 査定を防ぐことを目的とした傷病名付けは極めて不適切で、厚生局 による指導・ 監査対象ともなりうる。
- ③ 主傷病は原則1つとし複数ある場合は「(主)」などと主傷病が判別できるように記載する。主傷病に該当しないものを選択しない。
- ④ 診療開始年月日、終了年月日を記載し、必要に応じ、急性、慢性、部位(左右・上下)の区別をする。
- ⑤ 傷病の転記(治癒・中止)を記載し病名を逐一整理する。
特に急性病名が漫然と長期間継続するのは不自然である。

(厚生労働省保険局医療課医療監査指導室『保険診療の理解のために』より一部抜粋約)

7

〈保険診療での禁止事項〉

下記①～⑦は保険診療で禁止されている。

- ① 無診察治療
- ② 特殊療法・ 研究的診療等
- ③ 混合診療
- ④ 濃厚(過剰)診療
- ⑤ 療養の給付に要する費用算定の非遵守
- ⑥ 特定の保険薬局への誘導
- ⑦ 経済上の利益提供による誘引

6

⑥ レセプトの傷病名等のみで診療内容の説明が不十分と思われる場合は、診療から保険請求に至った経緯について、請求点数の高低にかかわらず、「摘要」欄や「症状詳記」で補う必要がある。

⑦ 「症状詳記」は当該診療行為が必要な具体的理由について、検査データ等の客観的事実を中心に簡潔明瞭かつ正確に記載する。

⑧ 「疑い病名」は診断がついた時点で速やかに確定病名に変更する。また当該傷病名に相当しないと判断した場合はその段階で中止する。

(厚生労働省保険局医療課医療監査指導室『保険診療の理解のために』より一部抜粋約)

8

Ⅲ 基本診察料

初診料算定のポイント【保険者側再審査疑義が多い事項】

- ・『医学的に初診とみられる診療行為があった場合』に算定する。
- ・ある疾患の診療中に別の疾患が発生した場合は、新たに初診料を算定できない。
- ・患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。ただし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

(例) 胃炎で通院中、新たに大腸癌の診療を開始する場合 → × 算定できない
「保険診療の理解のために」(厚生労働省保険局医療課医療監査指導室)より

9

コンタクトレンズ検査料算定履歴が確認できる場合

新たな眼疾病発症によりコンタクトレンズの装用を中止し、コンタクトレンズ処方を行わない場合、個々の眼科的検査算定は認められる。中止した旨をカルテとレセプトに記載すること。

コンタクトレンズ中止での上記の場合において、診察料については過去(カルテ保存期間の5年間に1回でもコンタクトレンズ検査料算定履歴があると再診となる。

[医科点数の解釈及びコンタクトレンズ検査料に関する厚労省事務連絡(平成26年10月10日)記載内容より]

11

同一疾病に対する反復初診料算定

- (1) 患者が任意に診療を中止し、1ヶ月以上経過した後、再び同一の医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名または同一症状によるものであっても、その診療は、初診として取り扱う。→ (3)に注意。
- (2) (1)において、1ヶ月の期間の計算は、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (3) (1)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

10

転医後再来の取り扱い

診療継続中の患者が他の医療機関に転医し、数か月を経て、再び以前の医療機関に診療を求めた場合においても、治癒が推定されるときに限り、新たに初診料を算定することができる。

- * 上記要件に該当しない場合 → 再診での算定
- * 誤った解釈で初診算定することは控える。

12

2カ所診療所開設の場合の初診料

- (1) 同一人が2カ所の診療所(本院・分院)を開設している場合(保険医と開設者は同一人)において、分院で初診した患者を同一疾病について本院で診療した場合、本院では実際に当該患者について医学的に初診といわれる行為があったとは考えられないので、本院における初診料は算定できない。
- (2) 分院で診療中の患者から直接本院に往診の請求があった場合の初診料の取り扱いも(1)と同様である。
- (3) 同一患者に対し、本院、分院にて診療を行った場合での診療報酬請求・明細書は本院分、分院分にそれぞれ区分して2枚作成する。
- (4) 2診療所を開設している保険医が、本院で患者を初診し、同日容態変化のため分院で往診依頼を受けて往診した場合の初診料は同一保険医の診察であるから算定できない。

13

IV 投薬〈一般的事項〉

療養担当規則〔診療の具体的方針(第20条2)〕

- ・投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ・同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ・注射は、経口投与をすることができなとき又は経口投与によつては治療の効果を期待することができなとき等に行う。
- ・投薬・注射を行うに当たっては後発医薬品の使用を考慮する。

15

再診料のポイント

- ・来院目的が別の初・再診に伴う「一連の行為」である場合には、別に再診料は算定できない。
〔算定出来ない例〕
初/再診日と別の日に検査、画像診断を受けるためのみに来た → ×
往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合 → ×
- ・電話再診は、患者の病状の変化に応じ、医師の指示を受ける必要がある場合に限り算定でき、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。(電話再診の際は外来診療料も算定不可)
- ・一般病床200床未満は再診料、一般病床200床以上は外来診療料(検査、処置の一部が包括化)を算定する。
- ・外来リハビリテーション診療料及び外来放射線照射診療料を算定した場合には、規定されている日数の間はリハビリテーションや放射線治療に係る再診料(外来診療料)は算定出来ない。

「保険診療の理解のために」(厚生労働省保険局医療課医療監査指導室)より

14

投薬〈一般的事項〉

- ・薬価基準に記載されている医薬品を、医薬品医療機器等法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)の範囲内で使用した場合に保険適用となる。
- ・経口と注射の両方が選択可能な場合は、経口投与を第一選択とする。
- ・抗菌薬等は、抗菌スペクトルを十分に考慮し、適宜薬剤感受性検査を行い、漫然と投与しないよう注意する。
- ・新薬の場合、処方本数規制に注意する。

16

投 薬〈不適切投与〉

- * 適応外投与
(不適切例) ムコスタ点眼液UD : 角結膜びらんのみで投与
(不適切例) 抗アレルギ点眼液 : 翼状片術後で投与
- * 用法外投与
(不適切例) 胃潰瘍治療薬(ピロリ菌適応) : 佐薬として投与
- * 禁忌投与
(不適切例) エイベリス点眼液 : 眼内レンズ挿入眼への投与
- * 長期漫然投与
(不適切例) 抗菌点眼液 : 急性疾患(古い発症日)への漫然投与

17

保険者(支払い)側からの疑義事項

- 点眼液の1滴量
 点眼液1滴量 = 約50 μ l (0.05ml)
 [変動要因 : 薬液性質(粘度・表面張力)、容器形状(中栓)、点眼方法(点眼角度)]
- 点眼液1本あたりの滴数
 点眼液(5.0ml) : 1本 = 約100滴
 点眼液(2.5ml) : 1本 = 約 50滴
- 点眼液(5ml) 1本あたりの日数 [単純計算の場合]
 点眼回数/日 点眼液(5ml) 1本の日数
 両眼6回/日 8.3 日分
 両眼4回/日 12.5 日分
 両眼3回/日 16.6 日分
 両眼2回/日 25 日分

19

投 薬〈投薬量〉

- * 療養担当規則
『投薬量は予見することが出来る必要期間に従ったものでなければならず、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬(点眼液、眼軟膏等)については、1回14日分、30日分または90日分を限度とする。』
- * 白内障、緑内障、ドライアイ、眼精疲労の点眼液で処方本数が過剰となりすぎないよう注意する。

18

投 薬〈投薬量〉

- 個別レセプトの投薬量過剰 : 審査委員会にて判断される
- [参考] 点眼液処方量 [30日分・おおよその目安]
- 抗菌点眼液 両眼1日3回 10~15ml 程度
 - 緑内障点眼液 両眼1日2回 10ml 程度
両眼1日1回 5ml 程度
- (他剤併用は3種類程度までが適当)
- 白内障点眼液 カタリンK点眼液 15ml (1本) 程度
ピレノキシ点眼液 2~3本 程度
 - ドライアイ点眼液 ムコスタ点眼液UD 1日本数 × 日数
 - ミニ製剤 ヒアレインミニ点眼液 1日本数 × 日数
インターール点眼液UD 1日本数 × 日数
- ※ 処方日数 [病状に応じ療養担当規則範囲内]

20

投薬〈突合点検〉

薬剤適応傷病を正しく記載する。

傷病名漏れ：査定対象〔査定後の復点不可〕

- 抗菌点眼液：保険者側が納得する適応傷病名を用いる
発症日の古い急性疾患は一般的に不適切
アレルギー性結膜炎のみでは適応外
- 抗アレルギー点眼液：アレルギー性結膜炎（結膜炎は不適当）
- パピロックミニ点眼液：春季カタル
眼瞼結膜巨大乳頭増殖が認められ、
抗アレルギー剤により十分な効果が
得られない場合

21

投薬〈突合点検〉

- タプロスミニ点眼液 } 適応は角膜上皮障害を伴うもの
コンプトミニ点眼液 } 塩化ベンザルコニウム過敏症
(あるいはその疑いのあるもの)
- 抗VEGF薬：黄斑部疾患等の適応傷病名が必要
糖尿病網膜症、網膜静脈分岐閉塞症のみ
では不可
注射間隔(添付文書)の遵守

23

投薬〈突合点検〉

- ヒアレインミニ点眼液：適応はシェーグレン症候群と
ステイヤー・ヴァンス・ジヨンソン症候群
- ムコスタ点眼液UD：適応はドライアイ
角結膜の傷病名のみでは不可
- ムコスタ点眼液UDと
ジクアス点眼液の併用 } 症例によっては併用可
- ステロイド点眼液：ドライアイの症例により使用可
- 非ステロイド性 } ドライアイへの有効性の根拠は乏しい
抗炎症点眼液 }

22

投薬〈注意事項〉

- ◎ 術前点眼(眼科周術期無菌化療法)
術前の抗生剤点眼液投与はコメントが必要
※この場合、処方箋料は算定できない。
- ◎ 白内障術後の点眼液
長くても3カ月以内が基準となる。
※この場合、白内障術後のコメントの記載が必要。
※他院で手術施行の場合、手術日を詳記する。

24

投薬<注意事項>

- ・似た名称の薬剤での入力ミスに注意する。
(例) レボカバサチン点眼液とレボフロキサシン点眼液
- ・同効成分薬剤の併用投与は不可と判断される。
(例) コソプト点眼液(配合剤)とβ遮断剤点眼液の併用
- ・疑い病名のままでの投薬は認められていない。
(例) 正常眼圧緑内障(疑い)での投薬不可。
(例) 流行性角結膜炎(疑い)での投薬不可。
- ・保険者側の納得も得られるよう添付文書適応症に留意し傷病名を正確に記載する。

25

<睫毛抜去>

- ・多数抜去(5～6本以上)は上下、左右について処置する場合でも1日1回とする。少ない場合は少数で算定。
- ・同月内算定回数^{の過剰に留意する。}
- ・明細書の大多数に睫毛抜去算定があるのは不自然。

<術後創傷処置>

- ・白内障、緑内障、網膜硝子体等の内眼手術後、各医療機関で様々な場合があるが、請求としては術後早期に片眼1～3回程度での算定が許容範囲内である。
- ・外眼手術では、術後早期に1回程度の算定が妥当である。

27

V 眼科処置

<眼処置>

- ・簡易な眼処置の算定は不可。使用薬剤のみ算定可。
- ※ 使用薬剤 : 抗生剤及びステロイド剤程度
使用薬剤量 : 点眼液(片眼0.2ml)、眼軟膏(片眼0.2g)
- ※ 皮膚科軟膏処置について、使用薬剤は算定できるが、処置料は算定不可。
- ※ 角膜化学腐食などの持続洗眼や、眼帯を必要とする場合は処置料算定可。(眼帯施行などの註記要)
- ・同一眼への手術と手術に係る眼処置の同日併算定不可。

26

VI 麻酔・眼科手術・注射

麻酔料の算定：下記の通則を遵守する。

- ・同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。重複算定はできない。
- ・医科点数表の麻酔料及び神経ブロック料に掲げる麻酔法を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔、又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。
- ・麻酔料に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、薬剤料の所定点数のみ算定する。
- ・麻酔薬の薬剤は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

28

VI 麻酔・眼科手術・注射

- ・手術に伴い行なった処置料は、手術日を含め手術前後での算定はできない。
- ・眼瞼裂傷：創傷処理(筋肉,臓器)に達しないもの)
- ・糸状角膜炎は角膜強膜異物除去術で算定できる。
角膜潰瘍掻爬術では原則算定しない方がよい。
- ・角膜異物除去で後日鏑除去は一連として取り扱う。
- ・手術時、硝子体内注射時にPAヨード算定可。

29

眼瞼手術

眼瞼良性腫瘍：皮膚(皮下)腫瘍摘出術で算定する。

マイボーム腺梗塞：単なる圧出だけでの切開摘出算定
や連月算定は不適當である。

麦粒腫・霰粒腫：傷病名漏れ(誤り)、手術部位の不一致
に注意する。

巨大霰粒腫：瞼板切除術(大多數の算定は不自然)

31

VI 麻酔・眼科手術・注射

- ・通常の白内障手術では低濃度笑気ガス吸入による鎮静法併用の必要性は乏しい。
- ・眼粘弾性物質や眼灌流液は添付文書適応を遵守し使用量にも注意する。
- ・網膜光凝固術(特殊なもの)は適応に留意する。
- ・同一手術野複数手術の特例(硝子体手術+白内障手術、緑内障手術+白内障手術等)は適応を遵守し適正に実施する。
- ・増殖性硝子体網膜症手術算定では詳記を要する。

30

K276 網膜光凝固術

1. 通常のもの [一連につき]

網膜裂孔*、網膜円孔、糖尿病網膜症への直接法、中心性網脈絡膜症
網膜静脈分岐閉塞症、網膜細動脈瘤(滲出型)など必要性のある疾患

* 網膜裂孔周囲の限局的軽度網膜剥離を含めレーザーで囲んだ場合は
網膜光凝固(通常)での算定が妥当である。

2. その他特殊なもの [一連につき]

- 適応傷病に注意する。
裂孔原性網膜剥離、円板状黄斑変性症、未熟児網膜症、
網膜中心静脈閉塞症による黄斑浮腫及び類囊胞黄斑浮腫、
糖尿病網膜症に対する汎網膜光凝固を行った場合

- 算定時は詳記「施行(予定)日、施行内容」の記載が望ましい。

『一連』とは治療の対象となる疾患に対して初期の目的を達する
までに行う一連の治療経過をいう。

32

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術は、1眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、水晶体再建術と同時に眼内ドレーン挿入術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り算定する。なお、水晶体再建術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。

選定療養は〈K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの〉に限定されているため、K268-6 緑内障手術水晶体併用眼内ドレーン挿入術の手術に選定療養の併用はできない。

33

選定療養(多焦点眼内レンズ)

[適切な実施方法]

- 1) 術前検査
 - ・白内障以外の併発疾患の有無は、本療養の適否に大きく係るので、詳細な前眼部検査、眼底検査を行う必要がある。
 - ・併発疾患があった場合は、精密検査を行い、術後機能に影響を与える可能性について詳細に評価し、本療養の適否を判断する。
 - ・通常の水晶体再建術に対して行われる術前検査に加え、角膜形状解析による不正乱視の評価、コントラスト感度検査による視機能の評価を行う。
 - ・屈折型眼内レンズでは瞳孔サイズが術後視機能に影響するので、瞳孔径の測定も行う。

35

選定療養(多焦点眼内レンズ)

1.日本眼科学会が定める指針の遵守

『多焦点眼内レンズに係る選定療養に関する指針』に定める 施設要件(実施医師、実施機関の基準)、対象患者の選択、患者説明等を遵守する。

[対象患者]

1) 適応

- ・白内障による視機能障害を有し、術後になるべく眼鏡装用をせずに生活したいと希望するもの
- ・多焦点眼内レンズのメリット・デメリットを理解できるもの

2) 除外基準

- ・術後視機能に影響を与える角膜疾患、ドライアイ、緑内障、ぶどう膜炎、網膜疾患、視神経疾患などの眼合併症を有するもの
- ・弱視、Zinn 小帯脆弱、重度の小瞳孔
- ・白内障を有しない症例における、屈折矯正を目的としたrefractive lens exchangeは本療養の対象とならない
- ・その他、医師が非適応と判断したもの

34

選定療養(多焦点眼内レンズ)

2) 本療養の適切な手技

- ・連続円形切囊(CCC)による前囊切除を行い眼内レンズは囊内に挿入する。
- ・前囊縁が眼内レンズ光学部を均等に覆うよう固定することが望ましい。
- ・瞳孔の変形や眼内レンズの偏位が生じると多焦点眼内レンズの機能が十分に得られないので内眼組織に負担をかけない低侵襲手術を行う必要がある。
- ・同様に、手術による角膜乱視(正乱視、不正乱視を含む)の発生は多焦点眼内レンズの術後視機能に大きな影響を与えるので、眼球の変形を最小限とする術式(小切開自己閉鎖創手術)を行う。

3) 術後経過

- ・術後は消炎を図り、適切な間隔で経過を観察する。
- ・コントラスト感度低下、グレア・ハロー、waxy vision、夜間視力不良などの症状に留意する。
- ・患者が不具合を訴えた場合には、眼内レンズの入れ換えを含め、適切な治療をしかるべき時期に行う。

36

選定療養(多焦点眼内レンズ)

2. 多焦点眼内レンズに関する研修

実施医師は日本眼科学会が定める『多焦点眼内レンズに関する基本知識及び適正使用について』に基づき研修を行う。

3. 対象となる眼内レンズ

薬事承認された多焦点眼内レンズであって眼鏡装用率の軽減効果を有するとして承認されたもの、または先進医療の枠組みで評価を受けたものが対象となる。

37

(参考) 選定療養(多焦点眼内レンズ)

5. 揭示と報告

- 患者から徴収する料金をそれぞれの製品について、本療養の趣旨も含めて、院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすい方式で揭示する。
- 本療養を実施する場合（内容を変更する場合も含む）は、患者から徴収する料金等の内容について地方厚生(支)局長に報告が必要。その際、多焦点眼内レンズ（製品毎）の購入価格と通常の水晶体再建術で使用している主な眼内レンズの購入価格を示す資料の添付が求められる。
- 本療養を実施した場合は、毎年、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告が必要となる。

39

選定療養(多焦点眼内レンズ)

4. 患者から徴収する料金

水晶体再建術（1. 眼内レンズを挿入する場合、口その他のもの、12,100点）部分が医療保険給付対象、眼鏡装用率の軽減に係る部分が特別の料金として患者から徴収可能となる（図）。

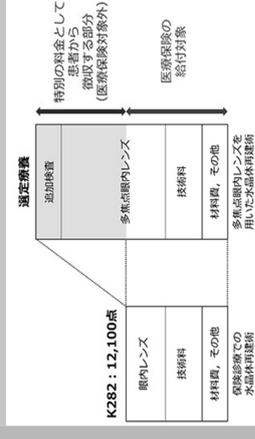
患者から徴収する料金は以下のように計算する。
1)と2)を合算したものが標準となる。

1) 多焦点眼内レンズに係る差額

多焦点眼内レンズの購入価格（製品毎）から、保険診療での水晶体再建術で使用の眼内レンズ（自施設で使用しているものうち、主なもの）の購入価格を差し引く。

2) 本療養に必要な検査の費用

通常の水晶体再建術における術前検査に含まれず、かつ本療養に必要と考えられるものとして次の2つがあり、それぞれ術前後各1回の費用を徴収する。（105点）
角膜形状解析検査（105点）
コントラスト感度検査（207点）



38

同一手術野の複数手術

「同一手術野又は同一病巣」において、2つ以上の手術を同時に行った場合の費用は、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。

「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいう。

「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

40

同一手術野の複数手術〈特例〉

「特例」として複数手術算定が認められている組み合わせ(眼科手術)
 下表(右欄・左欄)の組み合わせで高い点数の手術が主たる手術となる。
 「主たる手術(高い点数)」の100% + 「従たる手術」の50%を算定する。
 *硝子体手術+水晶体再建術、緑内障手術+水晶体再建術等は適応を遵守し適正に実施する。

K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	K260-2	羊膜移植術
K259	角膜移植術	K279	硝子体切除術
		K280	硝子体茎頭微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術
		K282	水晶体再建術
K268	緑内障手術	K280	硝子体茎頭微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術
		K282	水晶体再建術
		K284	硝子体置換術
K282	水晶体再建術	K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)
		K277-2	黄斑下手術
		K279	硝子体切除術
		K280	硝子体茎頭微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術

41

硝子体内注射

算定時の注意

感染症検査：「硝子体内注射前検査」と摘要欄に記載する。

STS定性、梅毒トレポネーマ抗体定性、

HBs抗原、HCV抗体定性・定量

消毒薬剤：PAヨード(1～5ml程度を希釈し使用)

麻酔薬剤：4%キシロカイン点眼液 1ml程度

処置薬剤：抗菌点眼液 0.2ml、抗菌眼軟膏 0.2g

眼帯処置は算定不可

注射後処方：抗菌点眼液(内服薬は不可)

43

硝子体内注射

- * 薬剤適応傷病名の明記が無い場合は査定対象となる。
- * 薬剤添付文書記載に沿った投与間隔を遵守する。
- * 薬剤変更の場合は理由は詳記する。変更後の薬剤投与間隔で施行可。

2022年3月28日現在

	アイリーア 硝子体注射液	ルセントイス 硝子体注射液	マクジエン 硝子体注射液	ラニビスマブ BS硝子体注射
中心窩脈絡膜新生血管を伴う加齢性黄斑変性	◎	◎	◎	◎
網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫	◎	◎		
病的近視における脈絡膜新生血管	◎	◎		◎
糖尿病黄斑浮腫	◎	◎		
血管新生緑内障	◎			

42

VII 眼科検査〈総論〉

○ 正しい診断・治療のため、必要な検査は実施し診療に万全を期することは保険医の責務で委縮診療に陥ることは避けられるべきである。

○ しかし検査を先行し、レセプト病名(査定を防ぐための病名)や多くの疑い病名をつけて定型的な請求をする行為は厳に戒むべきで、厚生局の指導監査対象ともなりうる。

44

VII 眼科検査〈総論〉

- 療養担当規則により、各種検査は個々の患者毎の状況に応じた検査項目を選択し段階を踏んで必要最少限の回数で行う。
- 「セット検査」の反復は問題となりやすい。
- 検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載する。
記載が無い算定は問題となる。
- 算定要性が規定されている検査に注意する。

45

眼科検査〈各論〉

- ③ スリット(生体染色)
明細書の大多数にドライアイや角膜びらん等の傷病名を付け画一的セット算定をするのは不自然。
- ④ 汎網膜硝子体検査(片側)
スリット(前眼部および後眼部)及びスリット(生体染色)は所定点数に含まれる。
増殖性網膜炎、網膜硝子体症候群、硝子体混濁を伴うぶどう膜炎が適応。
- ⑤ 眼底検査
基本的検査ではあるが、前眼部疾患や屈折異常のみの場合等において算定回数が必要以上に過剰とならないように注意する。

47

VII 眼科検査〈各論〉

- ① 屈折検査と矯正視力の併算定〔初診時〕
 - ・ 屈折傷病名は必ず併記する。傷病名漏れ→査定対象
- ② 屈折検査と矯正視力の併算定〔再診時〕
 - ・ 眼鏡処方箋交付時、眼内レンズ手術等(術後屈折値変化を生じる手術等)の術後1回
 - ・ 初診時施行せず、再診時に初めて併算定する際は算定日と屈折傷病開始日との整合性にも注意する。
- ・ 屈折(69点)+屈折薬剤負荷(138点)は認められない。
- ・ 再診時、眼鏡処方無しで屈折薬剤負荷施行の場合、矯正視力併算定不可。屈折薬剤負荷のみ算定する。

46

眼科検査〈各論〉

- ⑥ 角膜曲率半径計測
初診時に算定し同月に2回以上受診し、同月再診時に眼鏡処方した場合、算定回数は1回のみとする。
- ⑦ 角膜形状解析検査
角膜曲率半径計測との同時算定不可。
白内障術前・2D以上の乱視を示す他覚所見見詳記要
算定根拠(角膜強弱主経線での屈折値等)
- ⑧ 角膜内皮細胞検査
白内障術前1回、術後1回(妥当時期)に算定可。
術前は手術施行の医療機関での算定が妥当。
〔保険者側による紹介元医療機関と転送先医療機関のレセプト照合あり〕

48

眼科検査〈各論〉

- ⑨ アレルギーの抗体検査は8つまでが妥当。
IgE定性(涙液)はアレルギー性結膜炎の診断補助を
目的として判定した場合に、月1回に限り算定できる。
段階を踏んで施行し、全例施行や過剰な施行は控える。
- ⑩ アデノチエックは診断時1回が妥当。
適応傷病名「流行性角結膜炎(その疑い)」が必要となる。
- ⑪ 白内障術前検査で、超音波(Aモード)と光学的眼軸長測
定の併算定はできない。どちらか一方で算定する。
- ⑫ 超音波断層撮影は、中間透光体混濁(眼底が透見可能
例では原則不可)で、網膜剥離、硝子体疾患、眼内腫瘍、
眼窩疾患、眼窩内異物などが主な対象疾患となる。

49

眼科検査〈各論〉

- ⑬ HbA1c：糖尿病の疑いでは認められない。
- ⑭ 静的視野と動的視野の同日併算定：原則過剰とみなされる。
特別な場合、詳記を要する(妥当性は審査機関により判断)。
- ⑮ コンタクトレンズ検査料：算定時は屈折傷病が必要。
回月内複数回算定時は詳記が望ましい。
- ⑯ 白内障手術、緑内障手術、硝子体手術、硝子体注射の前
後において、各種検査や創傷処置の算定回数が必要以上に過剰
となり過ぎないよう注意する。
前房蛋白細胞数検査は合併疾患の無い白内障では術前には
算定不可、術後早期1回程度の算定が妥当である。

51

眼科検査〈各論〉

- ⑬ 眼底カメラ
原則として眼底傷病名等が必要。
眼底カメラとOCTの同日併算定はできない。
- *眼底カメラ、蛍光眼底撮影、自発蛍光撮影の同時算定不可
いづれか一方での請求となる。
ビデオプリントやデジタルカメラのプリント用紙の算定は
認められない。
- ⑭ 三次元眼底画像解析(OCT)
適応傷病が必要
強度近視や後部硝子体剥離のみでは不適當。
縦覧点検における算定過剰に留意する。

50

眼科検査〈各論〉

- ⑰ 細菌培養(簡易なもの)：通常の白内障術前で必要性は乏しい。
- ⑱ 中心フリッカ一値：視神経疾患等の傷病が必要である。
視神経炎(疑い)など「疑い病名」が多数あるのは不自然。
- ⑲ 前眼部OCT：急性緑内障発作を疑う狭隅角又は
角膜炎移植後の患者に対し患者1人につき月1回
に限り算定する。単なる狭隅角では算定不可。
- ⑳ 硝子体内注射施行前の感染症関連検査
STS定性、梅毒トレポネーマ抗体定性
HBs抗原、HCV抗体定性・定量
「硝子体内注射前検査」と摘要欄に記載すること。

52

(参考) 初診時の屈折病名のないもの

- 初診時、屈折病名のないものでは
屈折検査又は矯正視力検査のどちらか一方のみ認められる。
⇒ 初診時に屈折検査と矯正視力検査の併施の場合、
屈折病名を必ずつけてください。
- 不同視のみ、調節緊張のみ、又は心因性視力障害だけ
のような傷病名付けの場合、
屈折検査又は矯正視力検査のどちらか一方のみ認められる。
⇒ 初診時に屈折検査と矯正視力検査の併施の場合には、
屈折病名も必ず併記ください。
(適正な記載例) 両調節緊張、両軽度近視
(適正な記載例) 心因性視力障害、両遠視性乱視

53

(参考) 弱視又は不同視 [6歳未満の小児]

- 弱視又は不同視と診断確定された6歳未満の小児
眼鏡処方箋交付を行わず、矯正視力検査を実施した場合、
D261屈折検査1.(6歳未満の場合) + 小児矯正視力検査加算を
3ヶ月に1回に限り、算定する。
* 加算算定の場合には、区分番号D263矯正視力検査は算定しない。
- 弱視又は不同視が疑われる6歳未満の小児
D261屈折検査1.(6歳未満の場合)とD263矯正視力検査を
併施した場合は、3ヶ月に1回に限り、併せて算定する。
* 疑い病名が長期間続いたり、疑い病名出沒での算定(縦覧点検)は
不自然で、診断確定あるいは該当しない場合は傷病名を中止する。

54

(参考) 身体障害者認定の視野検査

自動視野計を用いた検査でエスターマン視野
については両眼で76点

55

(参考) 光干渉断層血管撮影

D256-3 光干渉断層血管撮影 400点

光干渉断層血管撮影は患者1人につき月1回算定する。
この検査と合わせて行ったD256に掲げる眼底カメラ
撮影に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

D256

1. 眼底カメラ撮影(アナログ撮影、デジタル撮影)
2. 蛍光眼底法の場合
3. 自発蛍光撮影法の場合

56

(参考) コントラスト感度検査

D 2 6 3 - 2 コントラスト感度検査 207点

コントラスト感度検査は空間周波数特性(MTF)を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず、矯正視力が良好な患者であって、水晶体再建術の手術適応の判断が必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。

* 矯正視力はほぼ(0.7)以上で、明細書には必ず注記を記載する。

* セット算定や整合性に欠ける他検査(ERG、超音波断層検査)との併算定は不適切である。

57

(参考) 前眼部三次元画像解析

D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析 265点

前眼部三次元画像解析は急性緑内障発作を疑う狭隅角又は角膜移植後の患者に対し患者1人につき月1回に限り算定する。

当該検査を併せて行った角膜形状解析検査及び前房隅角検査に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

* 狭隅角のみの病名では算定できないので注意。

58

(参考) 前房水漏出検査

D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査 149点

緑内障濾過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に算定する。

59

(参考) 涙道内視鏡検査

D 2 7 7 - 2 涙道内視鏡検査 640点

同一日に涙管チューブ挿入術を実施した場合には涙道内視鏡検査は算定できない。

60

Ⅷ 特掲診療料・医学管理料等 在宅療養指導管理料

- ① 特定疾患療養管理料（225点）は眼科では原則認められない。特定疾患処方管理加算も同様に認められない。
※糖尿病の基本治療を行っている場合は可能。
（治療計画、治療詳細等の記載が必要）
- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が診療録の保存期間である5年以内に、他の疾患で受診した場合も再診となる。
※5年以上経過した場合は当該保険医療機関において、過去の受診が確認できないため初診料を算定できる。
（医科点数表の解釈 厚生労働省Q&A）
- ③ 他病院にて入院中の患者の病院外での投薬について注意。

61

C000 往診料に関する留意点

- 患者を定期的に訪問して診療を行った場合に算定するのは在宅患者訪問診療料であり、往診料ではない。
- 往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し、電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

[近畿厚生局 令和3年度集团的個別指導資料より]

63

B009 診療情報提供料（I）

- 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。
- 交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

[近畿厚生局 令和3年度集团的個別指導資料より]

62

Ⅸ レセプト点検のポイント 総論

[不適切例]

- ◎ 審査委員が疑問を抱く内容
 - ・レセプト病名 [医学的根拠や実態の無い傷病名]
 - ・定型的なコメント
 - ・画一的な診療行為 [検査・手術・処置]
 - ・記載不備 [必要な詳記の無いもの]
- ◎ 保険者(支払い側)が疑問を抱く内容
 - ・初診算定疑義 [慢性疾患、同一疾患]
 - ・濃厚診療 [同月内・縦覧点検]
 - ・突合点検 [薬剤適応傷病が無い、投薬量過剰]
 - ・再手術 [医学的妥当な理由や詳記が無いもの]

64

Ⅹ レセプト点検のポイント各論

① 傷病名

- ・診療録に記載(あるいは医療情報システムに登録)した傷病名と一致しているか。診療開始日がレセプトと診療録とで一致しているか。
- ・査定等を未然に防ぐことを目的とした実態ない架空の傷病名(いわゆるレセプト病名)が記載されていないか。疑い病名は診断がついた時点で速やかに確定病名に変更する。当該疾病名に相当しないと判断した場合はその段階で転帰を中止とする。
- ・急性病名は転帰が付けられ、長期間放置されていないか。
- ・保険者側が納得しやすい病名を用いる。

65

- ・処置等に用いた薬剤を投薬欄に記載するなど誤った欄に記載されてないか。処置使用薬剤の種類や使用量に過剰はないか。
- ・薬剤処方では突合点検(薬剤適応傷病漏れ)、処方量の過剰がないかを確認する。
- ・手術式は実際に行った診療内容と合致しているか。手術時の使用薬剤量の過剰はないか。
- ・麻酔料算定、麻酔薬使用量は適正か。

67

② 請求内容

- ・患者氏名、生年月日、性別、保険証・医療証の記号番号に間違いがないか。
- ・レセプト請求内容は診療録の診療内容と一致しているか。
- ・診療録への必要記載事項が定められた項目の請求について必要事項がきちんと診療録にも記載されているか。
- ・再診算定すべきものを初診算定していないか。
- ・検査は同月内算定回数の過剰や縦覧での過剰がないか。
- ・特に算定要件が規定されている検査は適正か。

66

③ 症状詳記について

- ・レセプト上の傷病名や請求項目のみでは診療内容に関する説明が不十分と思われる場合は、診療から保険請求に至った経緯について『症状詳記』として作成しレセプトに添付する。
- ・この際、検査データ等の客観的・具体的事実を簡潔明瞭に記載することが望ましい。

68

④ その他

- ・レセプト提出前には、診療録記載内容と照合し、入力間違い、記載誤りや記載不備の有無を点検する。
- ・縦覧点検 [反復初診算定疑義、検査算定頻度等] と突合点検 [薬剤適応傷病漏れ、投薬量過剰] に留意する。
- ・明細書1枚として内容のつじつまが合っても請求頻度が医学的常識範囲を明らかに逸脱していたり、定型的(画一的)請求とみなされる場合は不適切である。
- ・レセプト提出先 [支払基金、国保] の誤りがないよう注意する。

69

⑤ 審査、再審査請求

- * 支払基金では令和3年9月診療分より人工知能(AI)によるレセプト振分け機能が用いられている。審査は従来通り各都道府県にて行われている。
- * 再審査請求の変更点 [令和3年4月]
医療機関再審査請求は、支払基金大阪、国保連合会大阪ともに、令和3年4月より原則書面請求のみとなった。面談(大阪府独自)は廃止された。

70