

平成 22 年度各支部健保担当理事連絡会 支部提出議題

日眼医本部見解

**a : 要望事項**

**1. 平成 24 年診療報酬改定への要望（新規について）**

- 1-1) ロービジョン指導管理料の新設 [山 形]
- 1-2) 視覚障害者の日常生活支援の指導・管理に対するロービジョン指導管理料の新設を要望します。 [北海道]
- 1-3) 前眼部 OCT の点数設定を要望します。 [新 潟]
- 1-4) 眼科診療においてもっとも基本的な機器である細隙灯は約 100 年前に考案され、いまでもなくてはならないものですが、細隙灯も限界があります。細隙灯で見えない前眼部の構造をみえるようにし、非接触性であり、定量化も可能なのが前眼部 OCT です。細隙灯の機能を補完する前眼部 OCT の保険収載を強く希望します。 [秋 田]
- 1-5) <D256 眼底カメラ撮影>および<D256-2 眼底三次元画像解析>では、デジタル撮影の場合、フィルム代の請求も出来ませんし電子媒体に保存した場合も算定できません。しかし、平成 22 年度改定で、エックス線診断料等においてデジタル撮影に加算が認められました。眼科学的検査においても、デジタル撮影の場合にフィルムへのプリントアウトおよび画像を電子媒体に保存した場合にも、デジタル加算が出来るよう要望いたします。 [東 京]

**2. 平成 24 年診療報酬改定への要望（改定について）**

- 2-1) 有床診療所では今回、入院基本料が引き下げられ大きな痛手を受けています。入院料の引き下げは有床診療所にとって存続に関わる重大な事柄です。入院期間の短縮が叫ばれ、眼科では診療技術の向上により成果を上げております。短期間の入院を評価する、有床診療所入院基本料（7 日以内）の復活を要望します。 [島 根]
- 2-2) < D256-2 眼底三次元画像解析 > を手術前・後であれば月 2 回認めてほしい。 [山 形]

- 2-3) 全視野測定には時間と技術を要します。動的量的視野検査の評価を検討してください。 [岩 手]
- 2-4) 次回の診療報酬改定において、眼科診療の根幹に関わる視力、屈折検査などを定額支払い方式(マルメ)にならないよう要望します。 [栃 木]
- 2-5) コンタクトレンズやLASIKの過矯正で眼精疲労や調節障害を誘発することがある。さらに、加齢黄斑変性症の悪化要因として光毒性、すなわち短波長光が活性酸素を介して網膜の変性を生じると考えられている。これらより、近視の過矯正を検出することは重要であり、調節検査の適応年齢を下げてください。 [滋 賀]
- 2-6) 小児を対象とすることが多く、時間と労力を要する検査であることを踏まえて、増点して頂きたい。 [岡 山]
- 2-7) 過去にコンタクトレンズ検査料を算定した場合は、初診料は算定できないとありましたが、長期間の受診の中断等の場合は、初診料の算定を認めていただきたい。 [愛 知]
- 2-8) コンタクトレンズの初心者またはコンタクトレンズ障害が発症した患者にコンタクトレンズの取り扱い(ケア方法、脱着方法)説明をより一層丁寧に詳しく時間をかけて行うことが必要です。その説明に要する労力を評価していただきたい。 [岩 手]
- 2-9) 抗 VEGF 治療(ルセンチイス)の適応を網膜中心静脈閉塞症、網膜静脈分枝閉塞症、糖尿病網膜症、血管新生緑内障にも拡大してほしい。 [山 形]
- 2-10) 眼処置薬は片眼 0.2ml(g)、両眼 0.4ml(g)との見解が示されたが、散瞳剤は、検査および治療で散瞳不良の場合増量することがしばしばあり、一律に処置薬と同じ根拠で査定しないでいただきたい。 [滋 賀]
- 2-11) K254 治療的角膜切除術の施設基準について  
<K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの>には、眼科の常勤医師が3名以上いること、麻酔科標榜医が配置されていることが、施設基準にあげられています。現在のエキシマレーザーの使用状況からみて、この施設基準は現実と大きくかけ

はなれたものであり、この基準のすみやかな撤廃が必要と思います。 [北海道]

2-12) 平成22年4月に実施された診療報酬改定の医療機関への影響について、日本医師会は改定前後と比較して、外来1人一日当たりの点数が診療所で4月単月ではあるが、-0.21%の減収と発表している。福岡県医師会の分析でも、調査した医療機関数が少ないにせよ-2.2%と公表した。一方、日本眼科医会のレセプト調査で同月分、-8.69%と分析した。今回の改定に関しては、医療経済実態調査が参考とされたが、その調査方法は眼科が最も収入が多い6月単月を12倍したものを年収としたものであった。これは全く誤った手法であることを中医協は確認しており、今になって、次回の改定にあっては通年で調査すべきと当たり前のことを言っています。

数年前の診療報酬改定で整形外科は再来日数のしぼりについて、会員に署名を求め、改定後まもなく元に戻すことを認めさせたと聞いている。日本眼科医会は今回の改定が誤った調査手法に基づき、その結果、眼科が突出した収入減となっていることは明らかなので、次期改定に要望書を出すなどの手緩い対応でなく、今すぐ、来月からでも改正するよう働きかけるべきだと思います。 [福岡]

### 3. 平成24年診療報酬改定への要望（材料について）

3-1) 眼底撮影時のデジタルプリント代の算定を可能として頂きたい。 [岡山]

3-2) 白内障手術は手術に必要なディスポ製品の使用頻度が高く、このため手術点数に占める手術材料費などの割合が60-70%と異常に高い手術です。白内障手術は他科の手術を含めた中でも手術材料費の占める割合が最も高く、さらに白内障手術の難易度は従来E難度とされたものがD難度へ格下げされています。今後、さらなる手術点数の引き下げが行われないようにし、ディスポ手術材料や眼内レンズなどが白内障手術の手術材料費として保険適応されるよう要望します。 [福岡]

### 4. その他

4-1) 入院中の患者が受診した際、出来高請求している病院と包括評価（DPC）で算定している病院に入院している場合で投薬法が違う、また往診を頼まれた場合も眼科としての請求が違うことで診療所の事務処理に混乱が生じている。わかりやすく解説してほしい。 [滋賀]

## b : 質問事項

### 5. 平成24年診療改定への要望（改定について）

5-1) <D256-2 眼底三次元画像解析>では同時に行なった<D256 眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合>を算定できないとなっておりますが、眼底カメラ撮影は全く異なった検査であり包括をなくするべきと思いますがいかがでしょうか。また、左右別々に請求できるようにしてほしい。 [青 森]

**日眼医本部見解**: <D256 眼底カメラ撮影>は二次元の検査であり、<D256-2 眼底三次元画像解析>とは原理も機器も異なり、全く別の検査です。同時算定に関する制限をなくす様、機会をみて要望したい。

5-2) 平成20年の改定で<D257 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）>の点数が引き上げられたことにより、片眼の検査を行い<D255-2 汎網膜硝子体検査>で請求するとかえって点数が低くなるという矛盾を生じています。<D255-2 汎網膜硝子体検査>の包括をなくするか、少なくとも点数を引き上げるべきと思いますがいかがでしょうか。 [青 森]

**日眼医本部見解**: 矛盾が生じない様にするためには現在の150点から168点以上への増点が必要となります。困難なことであるが機会をみて要望したい。

5-3) 今年度の診療報酬改定で減点された、屈折・矯正視力検査などの復点についてどのようにお考えでしょうか。これらの検査は簡単に器械で測定できるものもありますし、かなり手間のかかるものもあります。現在の点数にはそれが反映されているとは言いがたい状態です。 [京 都]

**日眼医本部見解**: 平成22年度改定で減点となった、屈折検査、矯正視力検査1、2、角膜曲率半径計測と精密眼圧測定については、4月に外保連にその不合理的を訴え、さらに7月に提出した外保連への要望には、重点要望として提出しました。

5-4) 後発品の新薬にも、先発品の新薬と同様におよそ2週間に相当する分の投薬しか認められていないのですが、後発品にこれを適応する必要性はないとおもいますが、いかがでしょうか？ [北海道]

**日眼医本部見解**: ご指摘の通り薬価基準新規収載薬の後発薬には2週間の投薬期間制限はありません。なお、最近発売された点眼配合剤は、先発品として扱われるため2週間の投薬期間制限があります。

5-5) 抗 VEGF 療法の登場により、どれほど患者さんが助かったのか、今さら強調するまでもありません。眼科用として承認されたのはルセンチスとマクジェンの2薬剤のみで、高価の上、適応はかなり限定されています。これに対し、糖尿病網膜症・網膜静脈閉塞症による黄斑浮腫、近視性脈絡膜新生血管などでは、従来の治療法では安定した結果が得られませんが、抗 VEGF 療法の効果は目を見張るものがあります。これらの疾患の患者数は滲出性加齢黄斑変性症の何倍もいるにもかかわらず、抗 VEGF 療法の対象から外されています。

ルセンチス・マクジェンの適応拡大についての議論はありましたが、医療費の増大がネックになるかもしれません。現在眼科適応外であるアバスチンですが、off label の使用にて良好な結果数多く報告され、しかも安価です。アバスチンを眼科用として承認すれば、多分百万人以上の患者が恩恵を受けるし、社会的利益増進と硝子体手術の件数減による医療費の圧縮も可能です。眼科領域におけるアバスチンの適応、ルセンチス・マクジェンとの使い分けに対して本部の考え方について教えてください。

[秋 田]

**日眼医本部見解**：ルセンチスとマクジェンは承認されてから日が浅く、未だ再審査期間が終了していませんので、薬理作用に基づく適応外使用は困難です。正式には製薬会社からの申請が必要となります。アバスチンに関しては、安価でかつ有効性が世界で認識（公知）されています。現在のところ、厚労省の第3項先進医療(高度医療)の採用について検討中です。また内閣府の進めている薬剤コンパッションエートユースに該当するか検討しています。さらに中医協では、適応外使用が公知である場合の扱いについて検討されていますので、注目しています。

## 6. 平成 24 年診療報酬改定への要望（材料について）

6-1) 手術材料費は一部を除いて手術料に含まれており、現在医療機関は消費税を転嫁できないため、消費税分まるまる損となっています。近い将来この消費税が引き上げになる可能性も出てきています。またディスプレイ製品の使用が一般的となっており、手術費の中で手術材料費の占める割合がますます増えています。別途請求できる手術材料の拡大について、以前から日眼医は要望していると思うのですが、消費税の引き上げを前に、今まで以上に強く要望していく必要があると考えますが、いかがでしょうか？

[広 島]

**日眼医本部見解**：現在、外保連において医療材料（保険償還されるもの//一部保険償還されるもの//保険償還されないもの）の全てについてコーディング作業を行っており、また作成中の外保連試案 8 版においては医療材料費を手術料に加える予定で作業が進

行中です。更に日医に対しては手術費にディスポ製品等の手術材料費を加算していただくよう要望する予定です。

## 7. 審査について

7-1) 最近審査業務自体もいろいろ論議されてきており、審査の地域差なども問題になってきています。地域差については、各県の審査基準の違いによるところが大きいのですが、審査基準の全国統一についてはまだタブー視されているのが現状です。今後の審査基準のあり方について、本部の見解をお聞かせいただきたい。 [長野]

**日眼医本部見解**：審査基準は最終的には地域の特性を反映して都道府県の審査委員会が決めるものです。日眼医本部見解のようなガイドラインはお示し出来ませんが、全国統一の実効のある審査基準の作成は困難です。

7-2) 審査の現場において、地域差があることが新聞などで報道されているが、査定率が高い地域と査定率が低い地域とでは、どのような問題点が考えられるのでしょうか。 [福岡]

**日眼医本部見解**：審査委員会では査定や返戻と文書注意等を組み合わせて審査していますので、単に査定率の高低のみで一概に審査委員会の機能を評価できるものではありません。講習会等での支部の指導が有効に働き、そもそも問題のあるレセプトの少ない地域等では、査定率が少なくなるのも当然です。

## 8. 会員への情報提供（指導）

8-1) 外保連の手術試案が診療報酬の改定においてなかば“公式”な、重要な資料になりつつあるような印象があります。22年改定の手術の診療報酬では、外保連の技術度分類D群、E群でアップとなり、眼科手術でもこれにともなって報酬アップの術式が多くみられました。この外保連のデータについて質問します。

1) 外保連の眼科手術の技術度の分類はB群に1%、C群に2%、D群に2%、E群95%とE群に多くが分類されているとのことですが、B,C,D群が何なのか、お教えてください。

2) 日眼医としては、外保連の眼科手術に対する評価をどのように考えているのでしょうか？

外保連の評価が独り歩きしすぎて、眼科医の実態とかけはなれているようなことはないでしょうか？ [北海道]

**日眼医本部見解**：1) お示しの分類%は数年前の全国国立大学での技術度別眼科手術件

数調査での%と推測いたします。B、C、D群（ほぼ同件数）のすべてを列挙はできませんが外保連の技術度分類のルールを示し各群の代表的な手術名を提示させていただきます。分類ルールは下記の表の通りです。

▼外保連試案7版における経験年数と技術度分類

経験年数	技術度区分	対応する身分
1年	A	初期臨床研修医
5年	B	初期臨床研修修了者
10年	C	基本領域の専門医
15年	D	Subspecialty 領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者
15年	E	特殊技術を有する専門医

(例) B群：結膜異物除去、涙嚢切開術など、C群：翼状片手術、斜視手術（前転/後転）など、D群：斜視手術（前転・後転併施）、虹彩光凝固術など、E群：増殖性硝子体網膜症手術、涙嚢鼻腔吻合術（鼻涙管形成術を含む）など。

2) 現在、第8版試案に向けて技術度の見直しが行なわれております。

眼科においても外保連の条件に従い現在E群手術の選定中です。外保連の評価は診療報酬点数の決定に影響しますので、眼科としては正確なデータを集め、眼科手術の特性を説明して正当な評価がなされるよう要望しています。技術度の申請は各学会が行なうものであり外保連が一方向的に評価することはないと考えます。

8-2) 全国の眼科健保点数調査分布が他科と比べてどうなっているかデータを示して欲しい。眼科は今回の改訂で検査点数が下げられたが、これに対する眼科医会のデータがあまり目に付かないようにおもわれる。集団的個別指導においても、耳鼻咽喉科927点に比べて眼科は718点が全国基準値となっている。今回の健保改定では眼科の下げられた検査点数が病院配布財源とされた。眼科が標的になった理由が不明瞭ですが、わかる範囲でお聞きしたい。 [大 阪]

**日眼医本部見解**：集団的個別指導が用いる科別の点数は、その都道府県により異なっています。最近、近畿厚生局の所轄府県で院外・院内処方別に科別の平均点数が公表されています。眼科医会の調査は全国で228定点で調査医療機関の設定に偏りもあり、この目的で使用することは有効ではありません。

平成22年度診療報酬改定で、屈折関連検査と精密眼圧測定が減点されましたが、厚労省の示されたデータは他の検査と比較したものではありません。6月単月調査である医療経済実態調査を科別の月別変化を考慮に入れないで、単に12倍してこれをもって

科別の収支と考えたものです。眼科は6月は収入の多い月にあたり、実態より収益が多いと判断されました。このことを中医協委員に要望しました所、このことは中医協の場で取り上げられました。

## 9. 全国審査委員連絡協議会と各支部健保担当理事連絡会

9-1) 全国審査委員連絡協議会と各支部健保担当理事連絡会は、それぞれ年に1回行われています。社会保険検討協議会とでも銘打って、合同の委員会にして年に2回の開催にすると、もっとタイムリーに協議出来るのではないかと。 [福 岡]

**日眼医本部見解**：全国審査委員連絡協議会は、全国の審査委員が一同に会し、審査上の問題点を検討して、社会保険解釈上の疑義について見解を作成する目的で行われています。各支部健保担当理事連絡会は、各支部の担当理事が社保担当理事としての要望や役割について検討する目的で行われています。質問にありますタイムリーな協議に対して、各支部健保担当理事連絡会でも、社会保険に関する疑義解釈が出来るように企画し、実際には年2回の機会が得られています。

## 10. 基本診療科（初・再診料等）

10-1) 明細書発行体制等加算の新設に伴い、明細書の義務化から約半年経過して、患者とのトラブルを耳にすることがあります。例えば「片眼散瞳した患者に両眼の精密眼底検査を請求したところ、クレームがあった」などです。全国的に明細書の義務化に伴う患者とのトラブルが起こっていないかどうか、本部で情報があれば教えてほしい。また具体的な対処法があれば教えてほしい。 [広 島]

**日眼医本部見解**：日眼医本部として明細書発行体制等加算に係る情報収集はFAXで行っています。現時点では1件もありません。お示しのケースに関しては精密眼底検査については散瞳の有無に係らず算定可能で請求ルール上何も問題はありません。難しい場合があるかもしれませんが、患者さんに説明し納得していただくことが大切です。

10-2) 診療報酬デジタル請求の義務化に伴い、病院では4月より、診療所では7月より明細書発行が義務化されている。以前より、一部コンタクトレンズ診療所における診療報酬請求内容が問題視されていたが、明細書発行により、診療内容の透明化がはかられ、請求内容の改善が期待できる。明細書発行を、コンタクトレンズ診療所の診療内容の透明化に利用する事について、どのようにお考えでしょうか。またコンタクトレンズ診療所の中で、どの程度の割合で、明細書発行体制等加算が請求されているか、各支部の現状を含め、教えていただきたい。 [兵 庫]



**日眼医本部見解**：明細書発行により、正確に記載された場合には一部コンタクトレンズ診療所においても、コンタクトレンズ検査料を含めた検査料の算定項目が明らかになり、さらに自己負担額についてもその適正性が判断できるようになりました。このように正確に記載されている場合に限り、明細書発行は、御質問のように診療内容の透明化に有用であると考えられます。地方厚生局のHP上に施設基準届出受理状況が公開されており、眼科施設の明細書発行体制加算届出%の算出は可能です。本年7月届出時点での明細書発行体制加算届出%をコンタクトレンズ検査料2の施設について都道府県別にお示しします。

最も高いのは秋田県、石川県、福井県、鳥取県、徳島県、宮崎県が100%です。

最も低いのは岩手県と高知県が0%です。全国平均は51.9%でした。

10-3) 地域医療貢献加算について、厚生労働省は算定するように勧めているようですが、施行前よりどうなるのかと懸念されています。夜中の2時に、朝の診療時間を尋ねる患者さんがいたと聞いております。診療時間帯内にどんなに地域医療に貢献しても、こういう電話を取らない医者は地域医療貢献なしと国が言っています。地域医療貢献加算を算定する医療機関のパーセンテージについて各支部の実状を教えてください。

さらに、この加算の目的は「休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減」にあります。目的はどの位達成されたのでしょうか。

[秋 田]

**日眼医本部見解**：厚生局HP上に各厚生局管内の施設基準届出受理状況が公開されており、眼科施設の地域医療貢献加算届出%算出は可能です。本年7月届出時点での眼科診療所の地域医療貢献加算届出%（ただしCL検査料1届出施設中の地域医療貢献加算届出施設の割合）は全国平均8.3%（4月：8%）でした。各支部の届出%はグラフに示す通りです。広島県が26.9%（4月：33.6%）でトップでした。最も低かったのは滋賀県で1.3%でした。「休日・夜間の病院受診軽症患者の減少や病院勤務医の負担軽減」に寄与するほどの%には未だ達していないものと推察いたします。

## 11. 入院料等

11-1) 今回の診療報酬改定で、入院患者の他医療施設への受診での、保険請求の要件が変更されました。受診日の基本入院料が、30%ないし70%減額されることにより、本来必要な他科紹介が抑制される懸念があります。算定の要件が、入院施設、受診他医療機関ともに煩雑であり、意図せず不備な請求が増える可能性もあります。

また、この付則は、総合病院に入院中の患者が入院科以外の診療をかかりつけ医で

希望しても、保険診療では不可能なように読めます。フリーアクセスの面からも問題があるように思いますので、この項目は見直してほしいと考えます。本部の見解はいかがでしょう。 [富 山]

**日眼医本部見解**：ご指摘のように本ルールは入院中の患者さんの他医療機関受診の規制につながるものであり、また患者や家族による入院施設の許可なし『勝手受診』により後の保険者返戻などが生じる問題を孕んでおり、入院施設・受診施設の両者とも査定される、もしくは指導を受ける可能性があります。このような入院中の患者さんの他医療機関受診規制となり得るルールは見直す必要があると考えております。今回の診療報酬改定後に中医協で検討されましたが、他医療施設からの投薬日数が一部改善されましたが、入院料の減額については今の所変更されていません。

## 12. 健康保険制度

12-1) 施設基準の届け出に際し、コンタクトレンズ検査の患者割合算出を求めているが、東北厚生局管轄の支部では各月の割合算出も求められています。この月毎の%算出は他の厚生局管轄下でも同じようになされているのでしょうか。 [福 島]

**日眼医本部見解**

\*各支部の実情について

◇各月の割合算出が求められていますか。

① はい ( 6 )      ② いいえ ( 41 )      ③ その他 ( 0 )

## 13. 集団的個別指導と個別指導

13-1) 複数科医院の場合の施設基準の届け出に際し、コンタクトレンズ検査料1の%算出に当たって眼科のみで計算するのか他の診療科を含めた外来全体で計算するのか教えてください。 [福 島]

**日眼医本部見解**：眼科を受診した患者数で算出する。

13-2) 社会保険事務局による眼科医療機関への個別指導の実態と状況について、日本眼科医会本部で把握し、全国的状況を支部へお知らせするとともに、本部見解として保険診療の曖昧さを是正していく必要があるのではないのでしょうか。本部にて検討して頂きたいと思います。 [東 京]

**日眼医本部見解**：眼科医療機関への個別指導の実態が判明すれば、指導機関の考え方の方向性や水準が理解でき大変有用です。各支部から個別指導の情報を提供していただければ、本部で集計し処理し個人情報に触れないよう配慮した上で、各支部に報告致

したいと思います。ブロック別社会保険協議会でも御検討いただきたいと思います。  
なお、後段にあります保険診療の曖昧さとは、医師の裁量性と表裏の関係にあり、地域差もあり一概に是正することは困難です。

## 14. その他

### 14-1) 眼鏡処方箋の利用方法について

最近、学童に対して近視用単焦点レンズ用の眼鏡処方箋を交付したところ、累進多焦点レンズを使用して眼鏡を作製している眼鏡チェーン店があります。処方医ならびに眼科医会としては、どのように対処すべきでしょうか。 [岡 山]

**日眼医本部見解**：近視の学童に近視進行抑制のため累進多焦点レンズや二重焦点レンズが有効ではないかという考えもあるが、処方医に無断で処方を変更した理由について問い質す必要があろうかと考えます。

### 14-2) 総合医の制度が始まった時に、眼科医の専門性についてどのような主張を考慮しておられますでしょうか。また、総合医との住み分けをどのように考慮しておられますでしょうか。 [京 都]

**日眼医本部見解**：総合医に関しては、日本医師会と厚生労働省の認識が噛み合わず、具体的な総合医像が見えてきません。慎重にこれに関する情報について関心を持って対応します。眼科医と総合医の住み分けに関しても具体像は見えてきませんが、眼科医療を担う医師として国民の為になる方向で考えて行きたいと思います。

## 15. 疑義解釈に関する質問

### 15-1) 開設者が同一である二つの医療機関にて同一月にそれぞれの医療機関で初診料の算定は可能か。 [佐 賀]

**日眼医本部見解**：保険医が同一人である場合はそれぞれの医療機関で初診料は算定できませんが、開設者が同一人であっても、保険医が同一人でなければ初診料は算定できます。

### 15-2) 屈折異常は変化しないから治癒の転帰はないので初診は算定できないとの考え方があるが、長期間受診なく経過した後、コンタクトレンズ処方目的で再診され、屈折が大きく変化していた場合、初診で算定可能か？ [滋 賀]

**日眼医本部見解**：平成 18 年以降にコンタクトレンズ検査料を算定したことがあれば、長期間受診なく、屈折が大きく変化しても初診料は算定できません。過去にコンタク

トレンズ検査料を算定したことがない場合、要件を満たせば初診料の算定が出来ます。

15-3) 開設者が同一である二つの医療機関にて同一月に OCT などの月 1 回の縛りのある検査はそれぞれの医療機関で別に算定できるか。 [佐賀]

**日眼医本部見解**：算定回数が月に 1 回のみとされている検査を実施した場合、このような特別の関係にある二つの医療機関にあってもそれぞれの医療機関で別に算定できます。

15-4) 円錐角膜患者が CL (円錐角膜用や通常のハード CL やソフト CL を含む) を装用中で円錐角膜用及び通常のハード CL を処方しない場合、<D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査>は出来高で算定すべきでしょうか。それとも<D282-3 コンタクトレンズ検査料>で算定すべきでしょうか。 [山形]

**日眼医本部見解**：出来高で算定できます。ただしハード以外のコンタクトレンズの装用を目的に受診した患者にはコンタクトレンズ検査料で算定します。

15-5) 円錐角膜患者に対し円錐角膜用又は通常のハード CL を処方した場合、<D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査>は出来高で算定すべきでしょうか。それとも<D282-3 コンタクトレンズ検査料>で算定すべきでしょうか。 [山形]

**日眼医本部見解**：出来高で算定できます。

15-6) 涙道造影を行った場合、どのような保険請求の方法が考えられるでしょうか。ちなみに福島支部では、適応にないリピオドール・ウルトラフルイドの使用が散見され再審査にあがってきます。多症例を手がける施設に問い合わせたところ、有用であるとの意見があり、認めています。他県の現状も含めて教えていただきたい。 [福島]

**日眼医本部見解**：造影剤を使用した写真診断及び撮影を行った場合、E001 写真診断+E002 の「3」造影剤使用撮影+E400 フィルム+E300 薬剤で算定しますが、現在涙道造影に適応を持った薬剤はありません。有用な検査であるので審査委員の裁量で認めるようにして頂きたい。

\*各支部の実情について

◇リピオドール・ウルトラフルイドの使用について

① 認める ( 32 ) ② 認めない ( 10 ) ③ 事例なし ( 5 )

15-7) 緑内障点眼薬の禁忌薬剤 (腎不全の患者に炭酸脱水酵素阻害剤の点眼) を医師の裁量で処方した場合請求は可能か。 [神奈川]

**日眼医本部見解**：請求は可能です。医師の裁量の問題であり、レセプト審査上の対応は困難です。

15-8) 緑内障点眼薬、PG 製剤と PG 配合剤の併用は可能か。 [神奈川]

**日眼医本部見解**：作用機序が同じ薬剤の同一眼への併用は原則不可です。

ただし、片眼に PG 製剤を、僚眼に PG 配合剤を、各々別に処方することはあり得ます。その場合、注記が望ましい。

15-9) 最近、緑内障治療薬の配合薬が相次いで薬価収載されました。治療に際し従来の緑内障治療薬との併用も考えられるため、保険請求上の可能な組み合わせを示して欲しい。 [福 島]

**日眼医本部見解**：緑内障治療薬が配合されている合剤を含む保険請求上の可能な組み合わせは、従来の緑内障治療薬の組み合わせでの考えかたと変わるものではなく、作用機序の異なる薬剤の組み合わせであれば可能です。

15-10) 抗 VEGF 製剤の硝子体内注射は保険請求では注射料として扱われていますが、実際は手術に相当する診療行為と考えられます。従来の注射料とは異なる解釈のもとで、次の2点について、本部見解、各支部での対応をお尋ねします。

1) 注射前の抗菌点眼薬処方、処方料も含めて算定可能でしょうか？

2) 術前検査として、HBs 抗原、HCV 抗体、TPHA 定性検査および細菌培養同定検査は認められますか？ [島 根]

15-11) 抗 VEGF 製剤の<G016 硝子体内注射>の術前検査として、HBs 抗原、HCV 抗体、HIV-1 抗体、梅毒-TPHA 検査及び細菌培養同定検査は認められるでしょうか。

また、各支部の実情を教えてください。 [山 形]

**日眼医本部見解**【15-10) 及び 15-11) 一括】

硝子体内注射は硝子体注入・吸引術とほぼ同様の手技であり、感染に対しての配慮が必要です。

1) 抗菌点眼薬は算定可能です。

2) 細菌培養同定検査は算定可能です。

3) 通常、HBs 抗原、HCV 抗体、TPHA 定性検査は必要があれば算定可能です。

4) HIV 抗体は今のところ認められません。

\*各支部の実情について

◇上記の質問について

1) 抗菌点眼薬の算定について

① 認める ( 39 ) ② 認めない ( 7 )

2) 細菌培養同定検査の算定について

① 認める ( 30 ) ② 認めない ( 14 ) ③ 事例なし ( 1 )

3) HBs抗原、HCV抗体、TPHA定性検査の算定について

① 認める ( 29 ) ② 認めない ( 15 ) ③ 事例なし ( 1 )

4) HIV抗体の算定について

① 認める ( 6 ) ② 認めない ( 39 ) ③ 事例なし ( 1 )

15-12) 昨年の各支部健保担当理事連絡会での日本眼科医会本部見解では、術後の処置として創傷処置が請求出来ますとのことでしたが、社会保険研究所発行の医科点数表の解釈では、創傷処置1(100平方センチメートル未満)については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る)についてのみ算定する、とあります。手術後の創傷処置1は入院中しか算定出来ないとの解釈なのでしょうか。

[宮 城]

**日眼医本部見解**：従来通り、外来でも術後の創傷処置は算定可能です。

15-13) 今回新設されたエキシマレーザー<K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの>の件ですが、注に「手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない」とあります。この文言は具体的になんの検査で、期間的には前後いつまでのものを指すのでしょうか。

[鳥 取]

**日眼医本部見解**：手術に関連して行う画像診断や検査のことであり、この場合、手術当日の細隙燈顕微鏡検査、角膜形状解析検査、精密眼圧検査等があります。