

日眼医社発第 41 号
平成 19 年 1 月 15 日

各支部健保担当理事連絡会ご出席者各位
[各支部健保担当理事各位、
日本眼科医会社会保険委員会委員各位]
支部長各位
(送付先：各支部事務局)

社団法人 日本眼科医会
社会保険部
Tel 03-5765-7755
Fax 03-5765-7676

平成 18 年度各支部健保担当理事連絡会記録の送付について (再)

前略 日眼医社発第 37 号(平成 18 年 11 月 13 日付)にて標記会議の記録(質問に対する本部見解：疑義解釈部分のみ)についてお送り致しましたが、会員への情報提供として重要な意義がありますので、当日の討議を踏まえて社会保険部で検討し質問事項(全て)についても理事会の承認をうけて「日本の眼科」に掲載することになりましたのでご報告します。

なお、「日本の眼科」に掲載致します組み見本を当日ご出席の先生方ならびに各支部長へお送りいたします。よろしくご査収お願い申し上げます。

草々

118 日本の眼科 78:1号 (2007)

B) 質問事項と本部見解 (「◇」: 本部見解, 「*」: 各支部の実情)

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>4. 審査について</p>	
<p>4-1) 会員より査定についてクレームがあり、これらについて健保担当理事として対応していますが、限界もあります。支払基金、国保連合会でも解決がむずかしい場合があります。どのような対策をとったらよろしいでしょうか。 [神奈川]</p>	<p>◇当該レセプトについて、眼科の審査委員と協議し解決できる様に働きかけます。理想的には眼科の審査委員と各支部健保担当理事が、問題となった案件を持ち寄り、適切な審査基準を設定することになります。</p>
<p>4-2) 全国審査員連絡協議会や各支部健保担当理事連絡会での、各支部の状況調査の結果を見ると支部間格差が明らかである。このことが、隣の県と扱い方が違うなど、審査の現場では少なからぬ混乱を招いている。審査基準の最終決定は、各支部の審査員の話し合いにあることは自明のことであるが、本部見解をどのように位置づけるかの問題でもあり、本部として、支部間格差の是正が必要と考えるか、必要とあれば、いかなる方策を考えているかお伺いしたい。 [宮城]</p>	<p>◇全国審査委員連絡協議会では、見解の統一を図り地域差や個人差の解消を目指すとされています。本部見解は、このためのガイドラインであり、本部見解を参考として各支部で審査基準を策定していただきたい。各支部の実情からある程度の支部間格差はやむをえないと考えています。</p> <p>疑義が残る場合は、全国審査委員連絡協議会等に質問事項として提出する方法があります。</p>
<p>4-3) 保険審査委員の任期及び後任の選出について県眼科医会はどのように関与していますか。 [茨城]</p>	<p>◇審査委員会や都道府県医師会から相談があれば適当な会員を推薦することが多いと思われます。</p>
<p>4-4) 支払基金、国保連合会において専任または主任審査委員の制度がありますか。その制度がある場合、眼科の審査委員が実際に選任されていますか。 [神奈川]</p>	<p>*各支部の実情について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 任期の期間制限について <ul style="list-style-type: none"> ① 制限がある。 [8] ② 制限がない。 [39] 2. 定年について <ul style="list-style-type: none"> ① 定年がある。 [28] ② 定年がない。 [17] ③ その他。 [2] 3. 後任の選出について <ul style="list-style-type: none"> ① 全ての眼科の審査委員について医師会から眼科医会に相談がある。 [29] ② 一部の眼科の審査委員について医師会から眼科医会に相談がある。 [11] ③ 医師会からの相談はない。 [7] <p>◇*各支部の実情について</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 社保・国保とも選任されている。 [8] ② 社保だけが選任されている。 [3] ③ 国保だけが選任されている。 [0] ④ 社保・国保とも選任されていない。 [36]
<p>5. 会員への情報提供 (指導)</p>	
<p>5-1) 査定を受けた場合、納得できない時は健保委員に相談できたり、可能なら健保担当理事に相談できる体制等を各支部で敷いていますか。 [神奈川]</p>	<p>◇会員が査定に納得できない案件は、通常各支部眼科医会に相談すべきで、相談があれば健保担当理事が対応し、案件によっては、眼科の審査委員とも相談します。</p>

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>5-2) 返戻に対して適切な対処方法を会員に適時指導している支部はどれ位ありますか。 適切でない対処方法例</p> <p>① 返戻に対してコメントや病名を明細書に記載しないで返戻付箋に記載する医療機関がある。</p> <p>② 返戻に対して適切でないコメントばかりでなく、攻撃的な返事を書く医療機関がある。 [神奈川]</p>	<p>* 各支部の実情について</p> <p>① 都道府県医師会に相談窓口があり、眼科医会もこれに対応している。 [12]</p> <p>② 都道府県医師会に相談窓口はあるが、眼科医会はこれに対応していない。 [4]</p> <p>③ 眼科医会が独自に相談窓口を作り対応している。 [18]</p> <p>④ まったく相談窓口がない。 [12]</p> <p>⑤ その他。 [1]</p> <p>◇返戻への対応については、本会では昨年の臨床眼科学会のインストラクションコースで演題としました。審査委員が関与する問題であり、問題の多い医療機関については審査委員から各支部健保担当理事に相談した上で、審査委員会または眼科医会のいずれかの指導が必要となります。</p>
<p>6. 全国審査委員連絡協議会と各支部健保担当理事連絡会</p> <p>6-1) 健保担当理事には審査員兼任者が多く、各支部健保担当理事連絡会でも審査員でないと考えられない質問がなされますが、審査員を兼任しない純粋な健保担当理事の役割とは何でしょうか? [岩手]</p> <p>6-2) 今回の各支部健保担当理事連絡会は、春の全国審査委員連絡協議会とは開催趣旨が異なり、疑義解釈を討議する会ではないとのことですが、本年4月の診療報酬改定のコンタクトレンズ検査料のように、新たな項目が加わったり、大幅な改正があった時などは、数ヶ月経てからさまざまな疑問が生じてくる可能性があり、直後の全国審査委員連絡協議会ではまだ具体的な質問事項がなく、だからといって、翌年の春では遅すぎると思われます。</p> <p>秋開催の各支部健保担当理事連絡会においても、ある程度は疑義解釈の討議が行われてもよいのではないのでしょうか。 [長野]</p>	<p>◇審査委員を兼任するしないにかかわらず、健保担当理事の役割は、会員の立場になって会員を擁護し指導することです。さらに、会員からの意向を踏まえて、担当理事として各支部健保担当理事連絡会等に意見を提出することも含まれます。</p> <p>◇この度の各支部健保担当理事連絡会は先生ご指摘の通り、コンタクトレンズの大幅な改定がありましたので、この点についての疑義解釈も行われます。しかしあくまでも、この会は、疑義解釈に終始すること無く、将来を見据えての眼科診療報酬のあり方について戦略的な討議を中心に行う会にしたいと考えております。</p>
<p>7. 基本診療料 (初・再診料等)</p> <p>7-1) 頻回交換型ソフトコンタクトレンズ使用中の患者さんには本人の了承のもと、定期検診を受けて頂きながら、指示書を発行して、販売店でレンズを購入して頂いています。</p> <p>しかし、長期にわたり通院されている患者さんの中には状況により診察をせずに指示書のみ発行し、</p>	<p>◇原則的には診察なしに指示書だけを発行することは難しいと考えます。医師が問診等で患者の状態を把握していればカルテに記載の上、再診料は請求できます。</p>

120 日本の眼科 78:1号 (2007)

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>購入して頂く場合があります。コンタクトレンズは高度管理医療機器である為、その由をカルテ記載の上での指示書発行となりますが、この場合再診料を請求することは妥当でしょうか。 [山口]</p>	
<p>7-2) 電話で、コンタクトレンズ(今までと同じデータ)処方依頼された場合、電話再診料は算定できると解釈して良いか。 [福島]</p>	<p>◇電話でコンタクトレンズ処方を依頼された場合、再診料および外来管理加算は算定できません。コンタクトレンズ処方箋を手渡す際に、医師が問診などを行った場合には再診料は算定できます。</p>
<p>8. 指導管理等</p>	
<p>8-1) ロービジョンの患者に対する管理料は、なぜ認められないのか。耳鼻科では難聴指導管理料が認められている。 [大阪]</p>	<p>◇ロービジョン管理料は、今回の改定に際しても、本会からも日本眼科学会と協力して要望しています。今回は中医協の医療技術評価分科会で選定された新規技術には含まれませんでした。</p>
<p>8-2) 社会保険研究所発行の特定疾患早見表によれば、糖尿病性白内障・糖尿病性網膜症では、特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算・生活習慣病管理料が算定可能と記載されている。この3者の請求についての本部見解をお伺いしたい。 [宮城]</p>	<p>◇ロービジョン患者の会からも厚生労働省に対して指導料が算定できるように申し入れたとの情報があります。</p> <p>◇特定疾患療養管理料と特定疾患処方管理加算は要件を満たせば可能です。</p> <p>生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒などの生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであることと、定められています。高脂血症、高血圧症、あるいは糖尿病を主病とするとされており、眼科での算定は通常困難ではないかと思われます。</p>
<p>9. 在宅医療</p>	
<p>9-1) 眼科で在宅療養支援診療所が認められたが、5月時点では無理との見解であった。どのような変化があったのか。 [大阪]</p>	<p>◇大阪府支部より眼科で認められた在宅療養支援診療所について報告がありました。</p>
<p>10. 集団指導と集団個別指導等</p>	
<p>10-1) 新規個別指導について、各支部の実情を知りたい。 [奈良]</p>	<p>◇最近、新規開業後に行われる新規個別指導が遅れていると言われています。</p> <p>*各支部の実情について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規個別指導が行われる時期について ① 新規開業後6ヶ月以内。 [10] ② 新規開業後1年以内。 [21] ③ 新規開業後1年以上。 [12] ④ その他。 [4]
<p>10-2) 集団的個別指導について、各支部の実情を知りたい。 [奈良]</p>	<p>◇厚生労働省指導大綱に則り、都道府県の地方社会保険事務局が指導を行っています。</p>

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
	<p>*各支部の実情について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団的個別指導について <ul style="list-style-type: none"> ① 集団部分のみ行われている。 [24] ② 個別部分も行われている。 [18] ③ どちらも行われていない。 [5]
<p>11. コンタクト診療所</p> <p>11-1) コンタクト量販店に併設する医療機関ですが、1枚もコンタクト検査料がなく全て従来通りの眼科一般検査での請求です。 おそらく全国的にも同じようなケースがあると思いますが、何か対策はございますでしょうか。 [徳島]</p> <p>11-2) コンタクト検査料の請求がほとんどみられないコンタクト診療所への対応。 [広島]</p> <p>11-3) 平成18年度の保険改訂で、CL診療所のレセプトに大きな変化が出ています。秋田県の例では、枚数の減少だけでなく、CL検査料での請求がないなど施設の性格からは考えられない状態の請求も見られています。 本部が把握している範囲で、どのような異常が見られるか教えてください。また、このような請求に直面している審査委員は、どのように対応するべきでしょうか。 [秋田]</p> <p>11-4) 4月よりコンタクトレンズ検査料が新設され、3ヶ月経過していますが、一部のコンタクトレンズ診療所で、ほぼ全例近くの症例が初診料とコンタクト検査料「イ」初回装用者での請求で算定してありますが各県での実情および今後も同様の傾向が続いた場合の対応について。 [岐阜]</p> <p>11-5) ほぼ全例で初診請求されるコンタクト診療所への対応。 [広島]</p> <p>11-6) 現在コンタクトレンズには法的に処方箋の提出義務はなく、そのためネット通販では、処方箋なしでのレンズ購入をセールスポイントにしたサイトが多く存在します。 一方メーカーは購入者の処方箋を確認している店にしか商品を卸さないのを基本としているため、そこに生まれるあいまいさが利用者だけでなく流通の現場においても混乱の元になっています。 ここでコンタクトレンズ処方箋を法的に位置付け、先の度なしのカラーコンタクトの扱い変更とも合わせれば、レンズ販売の現場で国民が感じる矛盾は大</p>	<p>◇【11-1)~11-5) 一括】この様なレセプトが提出されていることについて全国から情報をいただいております。今回の診療報酬改定におけるコンタクトレンズ検査料の枠組みで、今後厚生労働省と地方社会保険事務局が指導されることになると思われます。 健保担当理事としては現段階では会員がコンタクトレンズ検査料を理解するように、周知することが重要です。各支部における行政の対応を注視していただきたい。レセプト上、この様な疑義があれば、審査支払機関を通じて、地方社会保険事務局に連絡することが必要となります。</p> <p>*各支部の実情について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不適切なレセプトの提出が見られるか? <ul style="list-style-type: none"> ① 見られる。 [44] ② 見られない。 [3] <p>◇今回の改定では「コンタクトレンズ処方箋」の字句が用いられておりますが、これについて厚生労働省内の保険局と医薬食品局からは一致した判断をいただいております。この件に関しては現在医療対策部・医療対策委員会において検討中です。</p>

122 日本の眼科 78:1号(2007)

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>幅に減るのではないのでしょうか。 [栃木]</p> <p>11-7) 一般眼科診療所とコンタクトレンズ診療所の審査に関して留意されていますか。 [宮崎]</p>	<p>◇厚生労働省によって、今回の改定でコンタクトレンズ検査料の割合が70%未満か否かで施設基準1と2とに区別されています。一般眼科診療所とコンタクト診療所の審査上の区別は困難です。</p>
<p>12. その他</p> <p>12-1) 平成17年秋の社会保険委員会で、「医薬品の適応外・用法外使用(眼科領域)まとめ」が提示されたが、保険対象と認めるための論議がなされておりません。論議の上、有効であることのデータや意見を是非まとめてほしいと思いますが、いかがでしょうか。 [新潟]</p> <p>12-2) 度のないカラーコンタクトレンズについては、医療機器に該当しないことから、海外からの輸入は雑品扱いで可能であり、通信販売、個人輸入代行等が無規制で行われています。</p> <p>しかし、我々臨床の現場に立つ者の感覚では、通常のレンズに比べ、美容効果以外は何の長所もない他、含まれる色素によって角結膜障害を起こす頻度の高い商品である事は明らかです。</p> <p>これについては、平成18年4月10日、カラーコンタクトの適切な使用管理に対する提言が内閣府より提出されており、日本コンタクトレンズ学会でも担当省庁による適切な規制、管理が必要であると提言しています。</p> <p>ここで、当会としても、同製品の高度管理医療機器への早期認定か、何らかの法的規制を、厚労省に求めてはどうか考えますが、いかがでしょうか。 [栃木]</p>	<p>◇これは各支部において現在審査上認められている例を列挙したもので、本会に集められた事例は、日本眼科学会よりの事例と合わせ日本医師会疑義解釈委員会へ基礎資料として提出しました。現在日本医師会で集計され検討されているものと考えられます。</p> <p>◇先生のご指摘の通り、度なしカラーコンタクトレンズは視力補正の目的がない為に医療機器に該当しておりません。しかし、身体に重大な危険性を及ぼしている製品に対して何らかの規制が必要と考えており、カラーコンタクトレンズについても、高度管理医療機器として認定されるべきもので、日本眼科学会、日本コンタクトレンズ学会、日本コンタクトレンズ協会と本会が協議し、現在対応を考えております。</p>
<p>13. コンタクトレンズ検査料</p> <p>13-1) 平成18年度全国審査委員連絡協議会において、山形県より提出議題『D 282-3 コンタクトレンズ検査料』についての質問に対し、本部見解として、『コンタクトレンズ処方について自費診療として取り扱うことは一般的に想定していない』と回答されております。また、同県の追加議題のなかで、『すでにコンタクトレンズを装着している患者に新たにコンタクトレンズを処方した場合、コンタクトレンズ検査料 □ 既着用者の場合が請求できるか。』に対して『眼科的検査をすれば算定できる。検査をしなければコンタクトレンズ検査料は請求できず、再</p>	<p>◇患者本人を診察し、適切なコンタクトレンズの処方を行うのが通常です。示されたのは、眼科学的検査が行われていない場合ですが、問診等の医師による診療行為が行われておれば、再診料と外来管理加算又は再診料とコンタクトレンズ検査料が算定できます。</p>

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>診料のみの請求となる。』との本部見解がなされております。もし、患者が医院の窓口で、コンタクトレンズ処方のみを希望した場合、保険診療によって再診料と外来管理加算を算定し、『コンタクトレンズ処方』のコメントをつけてレセプト請求できると解釈して良いか。 [福島]</p>	
<p>13-2) 本年4月より、眼科検査に「コンタクトレンズ(以下CLと略す)検査料」が新設されたが、きわめて低く且つ理不尽な包括点数として設定された。4月以降、種々の通知(疑義解釈)がなされたが、現場では混乱が生じている。</p> <p>又、一般の眼科医療機関にとっては、視野、眼底など、視機能保持のための諸検査が「CL検査」に包括されることは、到底承服できない。</p> <p>早急な見直しを要請しない限り、将来にわたる禍根を残すことになる。このような理不尽な包括を容認すれば、今後の診療報酬体系に大いなる悪しき前例となると考えるが、執行部の今後の対応、展望をお尋ねする。 [京都]</p>	<p>◇長年続いてきたコンタクトレンズ問題に対する対応は、今まで全く解決の糸口を見いだす事は出来ませんでした。当初より医会としては厚生労働省の提案した包括点数に反対し、初診率による区分を提案してきました。厚生労働省案である包括点数が中医協で決定された後は、問題点について正当な眼科医療を守る立場で要望を行い、一部については、疑義解釈通知に反映されています。</p> <p>転医後に初診料は算定できても、コンタクトレンズ検査料 イ 初回装用者の場合が算定できないことも含めて、今後、新たに生じてくる問題に対しても粘り強く厚生労働省に説明し要望します。</p>
<p>13-3) コンタクトレンズ検査料算定にあたり施設基準の申請が不相当と思われる医療機関に対し県眼科医会としてはどのように指導したらよいでしょうか。 [茨城]</p>	<p>◇本会会員の医療機関であれば、コンタクトレンズ検査料について説明し、正しく申請する方向で指導助言していただきたい。</p> <p>会員外の医療機関は、対象外となり、説明等は困難です。</p>
<p>13-4) 現在、コンタクトレンズ検査料1の施設基準は、CL診療に関する患者が70%未満であることが要件となっていますが、これは自己申告制であり、そこに不正があればCL関連の医療点数削減の実効が上がらなくなると思われます。</p> <p>今後、届け出の内容が妥当であるかを確認し、検証する作業が全国規模で必要と思われませんが現在どのような状況でしょうか。 [栃木]</p>	<p>◇本会の調査は、会員外の医療機関については実施が困難です。地方社会保険事務局や審査支払機関の調査には協力できるものであれば協力する方向で考えていただきたい。</p> <p>情報があれば、本部への報告もお願いしたい。</p>
<p>13-5) 明らかに所謂CL診療所と思われる医療機関で、全レセプトに対するCL検査料算定率が極端に低い所があります。次回の申告時にCL検査料1にするための布石と思われます。</p> <p>CL患者の比率だけでなく、患者の年齢構成(中高齢者の比率)など、他のパラメーターも入れるように要望することは如何なものでしょうか。 [新潟]</p>	<p>◇施設基準としてどんなパラメーターが有効かまた法的根拠があるかが問題となります。当初本会で提案した初診率は有効性はありますが、根拠として不十分なものと指摘されました。提案いただいたものも同様に根拠のあるものか否か問題となります。</p>
<p>13-6) コンタクトレンズ検査料の算定については、医療機関に大きな混乱が生じ、一部には不適切な請求もみられます。執行部では、コンタクトレンズ検査料の算定について実情をどのように把握されている</p>	<p>◇コンタクトレンズ検査料の算定についての実情は、執行部としては十分には把握していません。各支部の把握された実情を本部に挙げていただきたい。本部の対応については、難解なコンタクトレンズ検査料につい</p>

124 日本の眼科 78:1号(2007)

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>のか、また、どのように対応されているのかお教え願います。 [東京]</p>	<p>て、正当な眼科医療を守る立場で全国審査委員連絡協議会で本部見解を示し、会員にご理解をいただける様、配慮しています。各支部から挙がってくる問題点など情報を基に次期改定に対して、要望を考えて行きたい。</p>
<p>13-7) <D 282-3 コンタクトレンズ検査料>は一部の診療所を牽制する目的で新設されたと理解していますが、これが更なる包括への出発点になりかねないとの意見も聞かれます。包括拡大への懸念について、本部の見解をお尋ねいたします。 [富山]</p>	<p>◇包括化については、本会としては当初より反対しています。コンタクトレンズ検査料は実施されたが、今後警戒することは包括化の拡大です。一部の料を狙い撃ちするような改定の場合には注意が必要となります。今後は特に眼科における屈折の意義を強調する必要があります。</p>
<p>13-8) コンタクトレンズ検査料導入後、いくつかの除外項目が示されていますが、更に追加される項目はありませんでしょうか。例えば、斜視の症例に立体視検査や両眼視機能検査が必要な場合など。 [島根]</p>	<p>◇18年度全国審査委員連絡協議会で要望の出された①9歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズ処方を行った場合と、②視神経疾患の患者(治療計画等は網膜硝子体疾患とほぼ同様)は、厚生労働省に要望した所、認められ、9月27日に出された訂正通知に含まれています。 今後は次期の20年度改定に対する要望となり、支部からの要望も本部に出していただきたい。</p>
<p>13-9) 医科点数表の解釈(平成18年4月版)の286頁のQ&Aには「転居等によりコンタクトレンズ(CL)装用者が、他の医療機関を初診で受診した場合は、初診料とCL検査料(ロ)を算定する」となっています。しかし、以前に他院でCL処方を受けCLを装用していた患者であっても、手持ちのCLを使い切って一定期間装用していなかった場合も含めて、当日CLを装用していない場合は当院では既装用者であるとは確認できません。また、このようなケースで新たにCL処方を求められた場合は、必要な検査を実施したうえで、CL装用の適否と最もふさわしいCLの種類を当院の責任において判断しなければなりません。その患者に初めてCLを処方する際に必要な一連の検査と判断が、単にCL装用歴があるという理由で評価されないのは全く不合理な話です。自院で初めてCL処方を実施した場合は、CL検査料(イ)を算定するのが当然である事を主張すべきと考えますが、この点について本部の見解は如何でしょうか。 [兵庫]</p>	<p>◇現在のところは初診料とコンタクトレンズ検査料 ロで算定することになっています。既に厚生労働省に強く申し入れたが、18年度改定とその後の通知には入りませんでした。不合理な点をさらに説明し、20年度改定に向かって要望したい。</p>
<p>13-10) 飛蚊症や眼球打撲などで散瞳して眼底を詳しく検査しても、コンタクトをしている患者ではコンタクト検査料(ロ)しか算定出来ないのは不合理である。 [千葉]</p>	<p>◇網膜硝子体疾患の範囲については、審査委員会において、正当な眼科医療を守る立場で、運用していただきたい。 飛蚊症や眼球打撲の場合も適正な疾病名を記載し、コンタクトレンズ中止を明記する等、通知等に準拠した請求を行い、個々の眼科学的検査が算定できる様配</p>

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>14. 審査上の疑義解釈（コンタクトレンズ検査料）</p> <p>14-1) 平成18年度全国審査委員連絡協議会において、「屈折異常の患者の初診月の再診時にコンタクトレンズを処方し、コンタクトレンズ検査料 イ 初回装用者の場合を請求する場合、レセプトにコンタクトレンズ処方日の注記が望ましい。」との本部見解が出ておりますが、各支部ではどのように対応しているかお聞きします。</p> <p>処方日の注記が無い場合</p> <p>イ) 初回は一般眼科検査を認め、2回目以降はコンタクトレンズ検査料とする。</p> <p>ロ) 全てコンタクトレンズ検査料とする。</p> <p>ハ) その他。 [福島]</p> <p>14-2) コンタクトレンズ検査の除外項目で算定要件になっている全てが行われていない場合には眼科一般検査をコンタクトレンズ検査料に査定しますか。</p> <p>例えば、</p> <p>イ) 緑内障で、フルオテープの算定が無く、アラの使用の確証がない場合。</p> <p>ロ) 網膜硝子体疾患で、眼底カメラの算定がない場合。</p> <p>ハ) 網膜硝子体疾患で、細隙灯検査（後眼部）がない場合。 [福島]</p> <p>14-3) コンタクトレンズ検査料の除外項目に網膜硝子体疾患があり眼底カメラを撮るようになっております。この場合網膜周辺部の病変を細隙灯と三面鏡で撮影しても眼底カメラで請求するよう指導してよいでしょうか。 [徳島]</p> <p>14-4) コンタクトレンズを例えば「結婚式や修学旅行の時に一時的に使いたい。その後は使う予定はない。」時は、コンタクトレンズ処方後3ヶ月以内に結膜炎などの一般診療を目的として再受診した場合にはどのような請求になるのでしょうか。〈D 282-3 コンタクトレンズ検査料 1 コンタクトレンズ検査料 1 既装用者の場合〉の請求でしょうか。 [青森]</p> <p>14-5) 屈折異常の初診で、希望により眼鏡を処方し帰宅。同日中に今度はコンタクトレンズの処方を希望し再受診し、コンタクトレンズを処方した場合にはどのような請求になるのでしょうか。 [青森]</p>	<p>慮して頂きたい。</p> <p>内容に疑義が生じたり、傾向的画一的な請求の場合には、厳格な対応が必要となります。</p> <p>◇*各支部の実情について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処方日の注記が無い場合 <ul style="list-style-type: none"> ① 初回は一般眼科検査を認め、2回目以降はコンタクトレンズ検査料とする。 [21] ② 全てコンタクトレンズ検査料とする。 [15] ③ その他。 [11] <p>◇フルオレスセインペーパーは今回の保険点数の改定により、1枚の場合請求上は現れません。傾向的に不自然な請求が多い場合は問題になる場合があります。除外規定の算定要件が傾向的に満たされない場合は、返戻等で医療機関に診療の内容を確認する必要があります。</p> <p>◇細隙灯と三面鏡で撮影した場合は細隙灯を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合となり眼底カメラ撮影にはあたりません。</p> <p>◇コンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合は、個々の眼科学的検査が算定できます。(18年度全国審査 4-35) で回答済み)</p> <p>保険者の縦覧があった場合は再審請求の対象となる可能性が高く、CL装用中止の注記が望ましいです。</p> <p>◇初診時は初診料と個々の眼科学的検査で、同日再診時はコンタクトレンズ検査料 イ 初回装用者の場合で算定します。その旨注記をすることが望ましいです。</p>

126 日本の眼科 78:1号(2007)

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>14-6) コンタクトレンズ検査料 1 又は 2 を過去に算定した場合、次回初診料算定可能な期間として、受診期間が何か月あいていればよいとされているのでしょうか。各支部の現状をお聞きしたいと思います。</p>	<p>◇過去にコンタクトレンズを使用した経験のあるものであっても、中長期間コンタクトレンズの装用を中止している場合は既装用者には含まれません。</p>
<p>[愛知] 14-7) コンタクトレンズの経験はあるが現在使用してなくて他疾患診療、その後再度コンタクトレンズを希望して処方した時、中止中であった期間の診療についてはどう請求するのか。(既請求分) [鳥取]</p>	<p>◇一般的に個々の眼科学的検査で算定します。</p>
<p>15. 審査上の疑義解釈 (その他)</p>	
<p>15-1) 閉塞隅角緑内障に対して、水晶体再建術と隅角癒着分離術を同時に施行した場合、K 282 水晶体再建術と K 268 緑内障手術の 2 流出路再建術、濾過手術の複数手術として請求可能でしょうか。 [北海道]</p>	<p>◇併施手術として請求可能です。</p>
<p>15-2) これまで眼内レンズを除去した場合には眼球内異物摘出術で算定していましたが、4月の改定で眼球内異物摘出術の項目が削除されました。眼内レンズを除去した場合の算定項目を教えてください。 [青森]</p>	<p>◇眼内レンズの除去は、水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合で請求可能と考えます。</p>
<p>15-3) 眼内レンズ挿入後に予定屈折値が得られず入れ替えが必要な場合、眼内レンズ抜去は算定できますか。また眼内レンズが混濁して入れ替える場合も同様でしょうか。 [福岡]</p>	<p>◇水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合で請求、但し注記が必要です。</p>
<p>15-4) 眼内レンズ挿入後にチン氏帯の問題などで眼内レンズが偏位し、再手術で眼内レンズの抜去ではなく偏位の修正をする場合、どのように算定すればよいでしょうか。 ちなみに日本眼内レンズ屈折手術学会で水晶体再建術の定義を「水晶体の混濁、位置異常、欠損などを、外科的に再建すること。眼内レンズを用いる場合(1)と用いない場合(2)がある」のように定め、日本眼科社会保険会議にて承認したとのことで、〈K 282 水晶体再建術 2〉で算定できると考えますが、これでよろしいでしょうか。 [福岡]</p>	<p>◇K 269 虹彩整復・瞳孔形成術または K 282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合で請求します。</p>
<p>15-5) 老視・眼内レンズ挿入眼などで調節力が十分でない場合、近用眼鏡の指示箋を出して〈D 261 屈折検査〉および〈D 263 矯正視力検査(眼鏡処方箋の交付を含む)〉を請求した後、他日患者の希望によりさらに遠用眼鏡の指示箋を出して再度同様の検査をしたと請求がありました。同月内では、近用眼鏡と遠用眼鏡と用途が違う眼鏡の指示箋を出すため、</p>	<p>◇眼鏡処方箋を 2 回発行しており、2 回の検査は認められます。</p>

質 問 事 項	本部見解・各支部の実情
<p>2回の検査は認められないでしょうか? [滋賀]</p> <p>15-6) 白内障手術では、屈折の状況を理解するには〈D 261 屈折検査〉に加えて〈D 265 角膜曲率半径計測〉も必須と考えます。術後の屈折の経過を追うための出発点である術後最初の診察時の〈D 265 角膜曲率半径計測〉検査は、注記なしに認められるものでしょうか? 白内障手術を片眼ずつ行った場合、術前検査とそれぞれの手術の翌日に〈D 265 角膜曲率半径計測〉を行うと月3回の請求になります。昨年、検査回数が多くなる場合は注記を要すると言う見解が出されていますが、術前検査・片眼の手術を同一月に行った場合は2回まで、術前検査・両眼手術を行った場合は3回までは注記が要らない、などと考えてよろしいでしょうか? [滋賀]</p> <p>15-7) 汎網膜光凝固の場合「一連」の終了は最終凝固より6ヶ月を目安に指導していますが、加齢黄斑変性の光線力学療法の場合、3ヶ月後の光凝固の場合「一連」と考えるのかそれとも毎回請求が可能でしょうか、また毎回請求可能ならばおおよそ何回までを可としたらよいでしょうか。 [岐阜]</p>	<p>◇D 265 角膜曲率半径計測は両眼手術を行っても同月内に術前1回と術後1回、合計2回程度が一般的です。 *各支部の実情について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・角膜曲率半径計測は両眼手術を行っても同月内に注記なしで <ul style="list-style-type: none"> ① 月2回まで認められている。 [17] ② 月3回まで認められている。 [17] ③ それ以外。 [13] <p>◇毎回、蛍光眼底撮影を行い光線力学療法の追加の必要を認めて行われるのであるから、毎回の請求が可能と考えられます。</p>