

令和 2 年度 全国審査委員連絡協議会 提出議題

日眼医見解

A：質問事項

1. 基本診療料（初・再診料等）

- 1) <A234・3 患者サポート体制充実加算>は初回入院の退院日から起算して 3 か月以上経過していれば、同一疾患であっても算定できるとされている。初回入院時に両眼白内障の病名であっても再入院時には片眼の白内障と僚眼の人工水晶体症となり、初回入院時とは同一疾患ではないと考える。また入院時に白内障に左右の別を付けた場合であっても、初回入院時から 3 か月以内であれば当該加算を事務方及び保険者より査定の対象とされる。片眼の術後であれば算定可能と考えるが日眼医の意見を伺いたい。

[滋 賀]

日眼医見解

患者サポート体制充実加算は、入院期間中 1 回に限り、入院初日に算定する事となっており、入院期間が通算される再入院の初日には算定できない。従って、両眼の白内障手術を当初より 2 回の入院に分けて施行する予定となっていた場合は、当該加算を 2 回申請することはできない。

2. 指導管理料等

- 2) 難病外来指導管理料に関して、例えば皮膚筋炎の患者さんに、ドライアイの点眼指導をした場合に、難病外来指導管理料を請求できますか。

[岐 阜]

日眼医見解

主病とするものに対して計画的な医学管理を継続して行い、かつ治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定できるとされており、ドライアイの点眼指導を行なっても、難病外来指導管理料を算定することはできない。

- 3) 白内障手術を地域包括ケア病棟入院料で算定する場合で両眼手術する時、医療安全対策加算、感染防止対策加算、など各種加算をそれぞれの入院に合計 2 回の算定可能でしょうか。左右は別疾患と考え 2 回の加算を認めるか、一連として 1 回のみなのか日眼医見解をお示しください。また、月をまたがっているが 1 か月以内の場合の対応もお示しください。

[長 野]

日眼医見解

医療安全対策加算、感染防止対策加算等の加算は入院期間中 1 回に限り、入院初日に算定する事となっており、入院期間が通算される再入院の初日には算定できない。従って、両眼の白内障手術を当初より 2 回の入院に分けて施行する予定となっていた場合は、入院期間が通算されるため、当該加算を 2 回申請することはできない。月をまたがっているが 1 か月以内の場合も同様である。

3. 在宅医療

4) C001 在宅患者訪問診療料(I)2

6 か月を超えて算定時に明細書摘要欄の記載事項は、①初回求めがあった年月日、②初回から 6 か月を超えて再度診療の求めがあった年月日、③継続訪問医療の必要性(その診療科の医師でなければ困難な診療、既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療)の 3 点で良いのでしょうか。

[大 阪]

日眼医見解

主治医である保険医の求めに応じ、6 か月を超えて算定する際には、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について、ア その診療科の医師でなければ困難な診療、あるいは、イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療、を記載する。ただし、年月日等の記載については必要項目とされていない。

4. 検 査

5) 狭隅角眼における<D274-2 前眼部三次元画像解析>の算定について

急性緑内障発作を疑う狭隅角眼に対して算定する。とありますが、以下の点についてご教示いただけますでしょうか。「疑い例」が算定対象であると解釈できますが、実際に眼圧が上がって、急性発作の病名が確定していた場合には算定は可能でしょうか。また眼圧上昇が無い状態では具体的にどのような所見があった場合、算定が可能でしょうか。

[新 潟]

日眼医見解

緑内障発作眼に対する前眼部三次元画像解析の必要性は低いですが、算定は可能である。「緑内障発作を疑う狭隅角眼」が適応とされている。

6) <D274-2 前眼部三次元画像解析>の算定について、算定の間隔や回数の制限を設けている眼科医会はありますか。

A: (1) コメントの有無によらず請求通り認めている。

(2) 個別の症例に則した、納得できる症状詳記があれば、3 ヶ月に 1 度程度認め

る。

(3) 個別の症例に則した、納得できる症状詳記があれば、6 ヶ月に 1 度程度認める。

(4) その他(具体的にお書きください)

[新 潟]

日眼医見解

※各都道府県眼科医会の実情

Q: <D274-2 前眼部三次元画像解析>の算定に関して、算定の間隔に制限を設けているか。

A: (1) コメントの有無によらず請求通り認めている。 (22)

(2) 個別の症例に則した、納得できる症状詳記があれば、3 か月に 1 度程度認める。

(13)

(3) 個別の症例に則した、納得できる症状詳記があれば、6 か月に 1 度程度認める。

(4)

(4) その他

(9)

7) <D259 精密視野検査>について。アムスラーチャート、FDT スクリーナー、M-CHARTS などを行ったとき算定可能とされているが、これらを複数、同日に施行することもありうると思われます。注記を付ければ、複数の精密視野検査を同日算定することは可能でしょうか。

[新 潟]

日眼医見解

複数の精密視野検査を同日に算定することはできない。

8) <D263-2 コントラスト感度検査>の算定回数について、両眼手術予定であっても間隔が数日から 2 週間程度の場合、手術眼毎の算定は認められないとの見解でした。最近、片眼手術後 1 年以上経過してから反対眼の手術前後で請求してくるケースがありました。このような場合も手術眼毎の算定は認められないか、コメントがあれば認められるか、ご見解をお願いいたします。

[富 山]

日眼医見解

あらかじめ、両眼手術が予定されている場合は手術眼毎の手術前後の算定は不可であるが、相当期間が経過しており、症状や病態変化があり医学的に必要な場合は手術眼毎の算定も妥当と考える。

9) <D256-3 光干渉断層血管撮影>を緑内障で請求する場合、検査頻度はどの程

度許容されますか。

[岐 阜]

日眼医見解

緑内障は眼圧・視野・三次元画像解析などで診断管理が可能であり、必要があれば光干渉断層血管撮影を行うのが妥当と考えられ、検査間隔は症例によって異なる。

- 10) <D256-3 光干渉断層血管撮影>を緑内障患者で認めるとの日眼医見解が出されて以来、眼底疾患の無い緑内障患者で<D256 眼底カメラ撮影 2 蛍光眼底法>を算定する例を散見するようになりました。第4版緑内障診療ガイドラインでは、蛍光眼底法を推奨していませんが、認めて良いのでしょうか。

[福 島]

日眼医見解

緑内障患者に対しては<D256-3 光干渉断層血管撮影>の方が有用であるが、必要があって行われた<D256 眼底カメラ撮影 2 蛍光眼底法>は認められる。

- 11) <D265-2 角膜形状解析検査>は翼状片でも算定可能であると過去の見解にあります。通知には、角膜移植後の患者については2か月に1回を限度として算定する、となっていますが、翼状片については術前術後どの程度の期間・頻度での算定が可能と考えられますでしょうか。

[京 都]

日眼医見解

<D265-2 角膜形状解析検査>は翼状片でも算定可能であるが、翼状片の進行は緩やかであり、術前は年に1~2回までが妥当と思われる。術後は1回で充分と考える。

- 12) <D258-3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 >
適応傷病についての詳細が判明してしましたら、教えていただきたい。

[大 阪]

日眼医見解

黄斑局所網膜電図は、黄斑局所網膜電図を記録する装置を用いて、周辺部の反応を抑制し、黄斑部の反応のみを記録したものである。通常のERGと同様にERG各波成分を測定することが出来、黄斑部の層別機能解析が出来る。黄斑部に検眼鏡的な変化のない三宅病を含む黄斑ジストロフィーなどが適応となる。

全視野精密網膜電図は、国際臨床視覚電気生理学会が提唱する全視野刺激により、順応状態、刺激光の強度、色、刺激時間、刺激条件などを変えて、網膜の杆体系と錐体系の反応を分離して記録するものである。黄斑ジストロフィー、錐体杆体ジストロフィー、網膜色素変性症、薬剤性網膜障害、自己免疫性網膜症、癌関連網膜症などが適応となる。

- 13) AI 審査導入後、眼科手術時の＜D220 呼吸心拍監視＞の算定について査定対象になるとの話があり、これに関して日本眼科医会の見解はいかがでしょうか。

[秋 田]

日眼医見解

日本眼科医会としては今のところは査定対象になるという情報はない。

- 14) 小児の屈折異常などに対して、初診日に無散瞳にて＜D261 屈折検査＞を請求し、同月別日（再診時）に散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査（屈折薬剤負荷）した場合、点眼前の屈折検査は重複と考え、点眼後の屈折検査のみの算定となるでしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

別日に、散瞳剤又は調節麻痺剤を使用して、その前後の屈折の変化を検査した場合、前後各 1 回の合計 2 回（屈折薬剤使用前後）で請求する。

- 15) ＜D261 屈折検査 1 6 歳未満の場合＞ 小児矯正視力検査加算
弱視又は不同視の確定診断例及び同疑い病名例で下記算定例(①～④)の算定可否や算定方法につき、再確認させていただきたいと存じます。

- ① 弱視又は不同視の確定診断例(再診で眼鏡処方時の算定)

＜D261 屈折検査 1 6 歳未満 69 点＞＋＜D263 矯正視力検査 1 眼鏡処方箋交付 69 点＞とともに小児矯正視力加算 35 点も算定可能ですか？

- ② 弱視又は不同視の確定診断例(再診でサイプレジン使用時の算定方法)

- ③ 弱視又は不同視の疑い例(再診時)

＜D261 屈折検査 1 6 歳未満 69 点＞＋＜D263 矯正視力検査 2 1 以外 69 点＞での算定が可能ですか。

- ④ 弱視又は不同視の疑い例(再診でサイプレジン使用時の算定方法)

[大 阪]

日眼医見解

- ① 小児矯正視力加算は算定できない。
② 屈折検査（薬剤使用前後）（6 歳未満）と小児矯正視力検査加算（薬剤使用前後）で請求する。
③ 屈折検査と矯正視力検査を算定する。ただし、疑い病名で数か月漫然と請求するのは不適切である。
④ 屈折検査（薬剤使用前後）（6 歳未満）と矯正視力検査 2 1 以外を算定する。

- 16) <D261 屈折検査 1 6歳未満の場合>に新設された、<小児矯正視力検査加算>の注に弱視又は不同視と診断された患者に対して加算するとあります。弱視の疑い、不同視の疑い等の確定ではない疑い病名場合に加算は算定可能でしょうか。

[兵 庫]

日眼医見解

弱視または不同視の確定診断された患者に対して算定可能で、疑い病名では当該加算は算定不可である。

- 17) 新設される<D261 屈折検査 1 6歳未満の場合>の小児矯正視力検査加算は、弱視や不同視などの病名がなくても、毎回請求が可能でしょうか。

[岐 阜]

日眼医見解

当該加算は、弱視または不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合、3か月に1回に限り、所定点数に加算するとされており、弱視、不同視の病名は必要である。

- 18) <K259 角膜移植術>の術後に<D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査>や<D274-2 前眼部三次元画像解析>を頻繁に行う施設があります。術後の経過観察においてはこれらの検査をどの程度の頻度で認めるのが妥当でしょうか。

[千 葉]

日眼医見解

<D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査>は角膜移植術後、3か月まで1か月毎に1回、その後の6か月までに1回程度が限度と考えられる。それ以降は継続的に角膜内皮細胞数の減少がみられる場合もあり、1年に1~2回の算定は認められる。頻回に施行する場合には注記が必要である。

<D274-2 前眼部三次元画像解析>は角膜内皮細胞検査同様、術後3か月まで1か月毎に1回、その後の6か月までに1回程度が限度と考えられる。それ以降は1年に1~2回の算定が認められる。頻回に施行する場合には注記が必要であるが、角膜移植術後の角膜形状解析検査に2か月に1回の制限があることから、毎月の算定は認められない。

- 19) 傷病名が片眼の角結膜疾患（角膜炎など）に対して、受診時毎回フローレス試験紙2枚を請求することは可能でしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

角結膜病変がある片眼に対し1枚しか算定が認められない。

5. 画像診断

- 20) レーザースペckル法は＜D256 眼底カメラ撮影 2 蛍光眼底法の場合＞で算定できることになっていますが、この検査を糖尿病網膜症の病名で連月のように請求する医療機関があります。検査の性質から考えると連月行う意義が低いと思われるのですが、検査の頻度はどのくらいが適切でしょうか。

[北海道]

日眼医見解

レーザースペckル法による眼血流測定の適応は、糖尿病網膜症等の網脈絡膜の循環障害であるが、画角が狭く微細血管の描出には不向きとされており、画一的な算定や頻回の算定は好ましくない。

- 21) 糖尿病網膜症の病名で、必ず同月に＜D256 眼底カメラ撮影 2 蛍光眼底法＞と＜D256 眼底カメラ撮影 3 自発蛍光撮影法＞の両者を請求してくる施設がありますが、同日でなければ同月の併請求は可能でしょうか。

[佐 賀]

日眼医見解

糖尿病網膜症の病名で、同日の併算定は不可であり、主たる検査の所定点数により算定する。同日でなければ同月の算定は可能であるが、注記が必要である。

- 22) ＜D256 眼底カメラ撮影 3 自発蛍光撮影法＞の適応病名にしぼりは無いとのことで、適応疾患のなかに強度近視が入っていますが、眼底病名がついていなくても強度近視の病名だけで認められますでしょうか。

また、強度近視ではなく単なる近視の病名で認められますでしょうか。

[佐 賀]

日眼医見解

自発蛍光撮影法は網膜色素上皮の変性をもたらす疾患、病態であれば算定可能である。単に近視及び強度近視の病名では認められない。

6. 投 薬

- 23) ぶどう膜炎の病名单独で抗菌薬およびステロイド薬点眼の両者を処方する医療機関があります。抗菌薬点眼の適応にぶどう膜炎はありませんが、発症早期ならば感染性ぶどう膜炎は完全に否定できないと考えられ、ぶどう膜炎の病名单独で抗菌薬点眼の処方認められるでしょうか。認められるならば初診からどのくらいの期間でしょうか。

[北海道]

日眼医見解

抗菌薬の適応症にぶどう膜炎の記載がなくても、感染性ぶどう膜炎が完全に否定できない場合等において、薬効に従った抗菌薬点眼の処方 は可能であるが、細菌感染の病名や注記のあることが望ましい。処方期間は症状の経過により一概には言えないが、抗菌剤点眼長期連用は、耐性菌の問題等もあり、必要最低限にとどめる。

24) 抗菌点眼薬の処方投与期間に関して、保険者からの再審査請求が増えてきました。

白内障手術などの内眼部手術後及び外・前眼部疾患に対する現時点での日眼医見解と各県の実状の調査をご教示ください。

Q：内眼手術後の抗菌点眼薬の処方期間について

- A：（１）１か月まで認めている。
（２）３か月まで認めている。
（３）６か月まで認めている。
（４）期限は決めていない。

Q：外眼部・前眼部疾患に対する抗菌点眼薬の処方期間について
発症後（病名初診後）

- A：（１）６か月まで認めている。
（２）１年まで認めている。
（３）期限は決めていない。
（４）その他

[東 京]

日眼医見解

眼科周術期の抗菌剤点眼薬は術後３か月程度まで認められる。外・前眼部疾患に対する抗菌点眼薬の処方期間は症状の経過により一概には言えないが、抗菌剤点眼薬の長期連用は、耐性菌の問題等もあり、必要最低限にとどめる。

※各都道府県眼科医会の実情

Q：手術後の抗菌点眼薬の処方期間について

- A：（１）１か月まで認めている。（４）
（２）３か月まで認めている。（２８）
（３）６か月まで認めている。（７）
（４）期限は決めていない。（８）

Q：外眼部・前眼部疾患に対する抗菌点眼薬の処方期間について
発症後（病名初診後）

- A：（１）６か月まで認めている。（２）
（２）１年までみとめている。（１）
（３）期限は決めていない。（３８）

(4) その他。

(6)

- 25) 眼科手術における抗菌薬の使用についてお尋ねいたします。耐性菌対策の見地からか、保険者からの再審査請求が、増えてきております。眼科周術期の抗菌剤点眼薬、抗菌剤内服、抗菌剤点滴は、術後いつまで認められるのでしょうか。

[兵 庫]

日眼医見解

眼科周術期の抗菌剤点眼薬は術後 3 か月程度まで認められる。眼科周術期の抗菌剤内服、抗菌剤点滴は、どちらか一方で、手術の内容によるが、術後 3 日間程度まで認められる。内服可能であれば、内服投与が優先される。

- 26) PA・ヨード点眼・洗眼液の添付文書【効能又は効果】に角膜ヘルペス、洗眼殺菌と記載されていますが、角膜ヘルペス・感染性角膜潰瘍等に対して、点眼液として調整し使用した場合、薬剤料の算定は認められるでしょうか。

[福 井]

日眼医見解

PA・ヨード点眼・洗眼液を角膜ヘルペス・感染性角膜潰瘍等に対して、点眼液として調整し使用した場合、薬剤料の算定は認められる。

- 27) 角膜炎の記載がない"眼瞼ヘルペス"病名に対する 3%アシクロビル眼軟膏の適応について日眼医見解と合わせて他地区での現状をお願いします。(他科での使用と突合審査から)

- (1) 認めている。
- (2) 認めていない。
- (3) その他

[神奈川]

日眼医見解

ゾビラックス眼軟膏の適応は単純角膜ヘルペスに起因する角膜炎となっているが、支払基金からの通知において、「角膜炎の記載がない「眼瞼ヘルペス」病名に対するアシクロビル眼軟膏の使用を認める。」となっており、眼瞼ヘルペスに対する処方適応外使用になるが、他に有効な治療薬剤がなく算定可能である。

※各都道府県眼科医会の実情

Q：角膜炎の記載がない"眼瞼ヘルペス"病名に対する 3%アシクロビル眼軟膏の適応について

A：(1) 認めている。(4 4)
(2) 認めていない。(2)

(3) その他。 (1)

28) アレジオン点眼液 0.05%とアレジオン LX 点眼液 0.1%の同時処方は認められますか。

[千葉]

日眼医見解

アレジオン点眼液 0.05%とアレジオン LX 点眼液 0.1%はどちらも同じ有効成分であり、併用はできない。また各々を左右眼に分けて使用するとは考え難く、同時処方は認められない。

29) アレルギー性結膜炎で、ステロイドの点眼を用いる場合、抗菌剤点眼の併用は許容されると思いますが、強膜炎やぶどう膜炎といった角結膜上皮に破綻の無い炎症性眼疾患に対してステロイドを用いる場合も、抗菌剤の併用は認められるでしょうか。

[新潟]

日眼医見解

アレルギー性結膜炎では抗菌剤は適応になっていない。また抗菌剤の投与は必要最小限にすべきであり、アレルギー性結膜炎に細菌感染の合併が多い、あるいはステロイド剤の併用による易感染予防のためといった理由での抗菌剤処方認められない。強膜炎やぶどう膜炎にステロイド剤を使用する場合、原疾患に抗菌剤の適応は無いが、感染性ぶどう膜炎等の感染関与が完全には否定できない場合等において、薬効に従った抗菌薬点眼の処方は可能である。ただし、細菌感染の病名や注記のあることが望ましい。

7. リハビリテーション

30) 外来で<H005 1 斜視視能訓練>または<H005 2 弱視視能訓練>のみを行い、医師の診察がない場合は、視能訓練の点数のみを算定できるでしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

医師の指示の下、外来で<H005 1 斜視視能訓練>または<H005 2 弱視視能訓練>のみを行い、医師の診察がない場合は、視能訓練の点数のみを算定できる。再診料の算定はできない。

31) リハビリテーション通則通知に、「3.各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。」とありますが、視能訓練でも実施時刻の記録は必要でしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

視能訓練実施の際も、実施時刻の記載が必要である。

8. 手 術

- 32) 両)上眼瞼睫毛内反症と両)下眼瞼睫毛内反症の病名で、①<K217 1>右)上眼瞼内反症手術(縫合法)、②<K217 1>右)下眼瞼内反症手術(縫合法)、③<K217 1>左)上眼瞼内反症手術(縫合法)、④<K217 1>左)下眼瞼内反症手術(縫合法)、⑤<K223-2>右)内眦形成術、⑥<K223-2>左)内眦形成術を算定する医療機関がありました。算定要件に特にしぼりはありませんが、請求通り認めてよろしいでしょうか。

[岡 山]

日眼医見解

睫毛内反症に対する内眦形成術は認められない。

- 33) 涙小管形成手術(16,730 点)は、外傷等による涙小管再建等で算定すると解釈しています。通常、涙小管閉塞に対しては、涙点・涙小管形成もしくは涙管チューブ挿入術の適応と思いますが、最近 TS-1 等によって生じる重症の涙小管閉塞は涙小管の癒着が強く、手術に時間がかかる場合が多くみられます。このような症例に対しては涙小管形成手術の算定は可能でしょうか。

[福 岡]

日眼医見解

涙小管形成術は眼瞼外傷による涙小管断裂時の再建等が適応と考えられ、涙小管閉鎖には算定不可である。

- 34) 甲状腺眼症で、眼窩減圧を目的とするために眼窩内脂肪を除去する時に適応される術式は何でしょうか。

[群 馬]

日眼医見解

甲状腺眼症に対する眼窩減圧術は、眼窩内腫瘍摘出術で算定する。その場合、手術方法が前眼部から眼窩内にアプローチする場合は<K234 眼窩内腫瘍摘出術(表在性)>で算定し、骨を処理し眼窩先端部付近までアプローチする場合(クレーンライン法等)は<K235 眼窩内腫瘍摘出術(深在性)>で算定する。

- 35) 角膜上に睫毛が乗っていてそれを睫毛鑷子で除去した場合に<K252 角膜・強膜異物除去術>は算定できますでしょうか。

[佐 賀]

日眼医見解

角膜上に睫毛がのっている場合は、瞬目により容易に結膜上に移動すると考えられく
K252 角膜・強膜異物除去術>は算定できない。

- 36) 選択的レーザー線維柱帯形成術を行ったということで、<K273 隅角光凝固術>を連月あるいは隔月で算定してくる施設があります。症例による違いはあると思いますが、審査としてどの程度の回数・間隔を標準と考えると良いでしょうか。

[熊 本]

日眼医見解

36)~37)一括

- 37) マイクロパルス経強膜毛様体光凝固を行ったということで、<K271 毛様体光凝固術>を連月あるいは隔月で算定してくる施設があります。症例による違いはあると思いますが、審査としてどの程度の回数・間隔を標準と考えると良いでしょうか。

[熊 本]

日眼医見解

36)~37)一括

選択的レーザー線維柱帯形成術及びマイクロパルス経強膜毛様体光凝固術は施行の都度算定できる。観血的手術不能例など症例によっては連月あるいは隔月に施行することも考えられるが、その場合は症状詳記が必要である。

- 38) 平成 27 年の当会で「白内障手術後、前房内に水晶体の一部が残存していたので数日後に再手術を行った場合、「水晶体異物残留」等の病名をつけて、<K274 前房、虹彩内異物除去術 (8,800 点)>で請求できるでしょうか」という質問の日眼医見解に、「症状詳記を行い、<K282-2 後発白内障手術>で算定することが望ましい」とされているが、残留物が核片であった場合、内皮障害も併発しやすく粘弾性物質やUSも必要な場合がある。詳記の上<K274 前房、虹彩内異物除去術 (8,800 点)>で請求も可能と理解してよい。

[滋 賀]

日眼医見解

白内障手術後、前房内に水晶体の一部が残存していた場合の術式だが、<K282-2 後発白内障手術>で算定となる。原則として粘弾性物質算定は認められない。

- 39) 一連の入院中に同じ網膜剥離に対して再手術を行った場合に、同じ点数<K280 硝子体茎頭微鏡下離断術 1 網膜付着組織を含むもの>で請求してもかまいませんか。

[岐 阜]

日眼医見解

初回手術が＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術 1 網膜付着組織を含むもの＞で算定した場合であっても、病状によっては症状詳記・注記の上、再度同一手術を算定可能と考えるが、一般的には＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術 2 その他のもの＞での請求になる。

- 40) 裂孔原性網膜剥離・増殖性糖尿病網膜症等に対して＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術＞、＜K281 増殖性硝子体網膜症手術＞を施行し、数日以内に網膜光凝固術をおこなった場合、＜K276 網膜光凝固術＞の算定は認められるでしょうか。

[福 井]

日眼医見解

裂孔原性網膜剥離・増殖性糖尿病網膜症等に対して＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術＞、＜K281 増殖性硝子体網膜症手術＞を施行した際には、通常網膜光凝固術が併施されていると推察され、術後早期（3 か月程度）に網膜光凝固術を追加しても「一連」に含まれ、＜K276 網膜光凝固術＞の算定はできない。

- 41) MIGS 粘弾性物質の使用について、昨今の健保担当理事連絡会の日眼医見解では認めることは難しいとありました。今後、日眼、日本緑内障学会と相談しながら対応しますともありましたが、その後、進展はあったのでしょうか。

[福 島]

日眼医見解

粘弾性物質の適応術式は〔①水晶体再建術、②全層角膜移植術〕に限定されており、緑内障手術では、例え必要があり使用した場合であっても、保険請求は認められない。進展については不明である。

- 42) 白内障手術と同時に iStent による緑内障手術を併施した場合には＜K268 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術＞で算定しますが、この手術において水晶体囊拡張リングを用いた場合、＜K282 水晶体再建術＞の注にある水晶体囊拡張リング使用加算（1,600 点）を算定できますでしょうか。

[千 葉]

日眼医見解

＜K282 水晶体再建術＞の注にある水晶体囊拡張リング使用加算なので＜K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術＞には算定できないと考えられる。

- 43) 先進医療であった多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術と同一視野の手術である硝子体手術・緑内障手術の同時算定は認められないとの日眼医見解が示されてお

りましたが、多焦点眼内レンズが選定療養に変更され、水晶体再建術は保険請求となることから、多焦点眼内レンズを挿入する場合でも、複数手術の請求は可能と考えてよいでしょうか

[広島]

日眼医見解

日本眼科学会の「多焦点眼内レンズに係る選定療養に関する指針」、除外基準に「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」と記されており、複数手術の請求が可能であっても、選定療養の適正実施の観点から望ましくない。

44) 選定療養(多焦点眼内レンズ)

選定療養になった多焦点眼内レンズ手術で、詳記が必要な事項はありますでしょうか。

[大阪]

日眼医見解

多焦点眼内レンズを使用した旨を記載する。

45) 多焦点眼内レンズを用いた白内障手術を行う場合には診療報酬改定後は、＜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＞で算定し、多焦点眼内レンズの費用は、当該医療機関が水晶体再建術において使用する主たる眼内レンズの費用を控除した額を別途患者へ請求することになりました。今後多焦点眼内レンズを用いた白内障手術に緑内障手術であるドレーン挿入術を行う場合には＜K268 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術＞を算定し、多焦点眼内レンズの費用は選定療養と同等の額を患者へ請求することによろしいでしょうか。

[岩手]

日眼医見解

手技に関して＜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＞に限定しているため、算定できないものと考えられる。

46) ＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術＞と＜K282 水晶体再建術＞を併施した場合、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加えて算定できます。しかし「従たる手術の所定点数には「注」による加算は含まれない」と青本に記載されていますので、水晶体囊拡張リングを使用した場合、他科との整合性を保つため、水晶体囊拡張リングの点数1,600点を算定することはできません。水晶体囊拡張リングは実際は材料費で請求を認めたいところですが、各県の実情を教えてください。

(1) 算定 可

- (2) 算定 不可
- (3) このような請求がないのでわからない
- (4) その他 ()

[徳 島]

日眼医見解

※各都道府県眼科医会の実情

Q：＜K282 水晶体再建術＞と同時複数手術請求時に水晶体囊拡張リングを使用した場合

- A： (1) 水晶体囊拡張リング算定を認める。 (1 1)
- (2) 水晶体囊拡張リング算定を認めない。 (2 6)
- (3) このような請求がないのでわからない。 (9)
- (4) その他。 (1)

47) 硝子体手術や緑内障手術と、水晶体再建術との同時手術において水晶体囊拡張リングを使用した場合、水晶体囊拡張リングの加算は認めているかどうか、各眼科医会の実情を教えてください。

- 1) 硝子体手術、緑内障手術の両者で加算を認めている。 ()
- 2) 硝子体手術のみで加算を認めている。 ()
- 3) 緑内障手術のみで加算を認めている。 ()
- 4) 硝子体手術、緑内障手術の両者とも加算を認めていない。 ()

[香 川]

日眼医見解

※各都道府県眼科医会の実情

Q：硝子体手術や緑内障手術と、水晶体再建術との同時手術において水晶体囊拡張リングを使用した場合

- A： (1) 硝子体手術、緑内障手術の両者で加算を認めている。 (1 3)
- (2) 硝子体手術のみで加算を認めている。 (0)
- (3) 緑内障手術のみで加算を認めている。 (1)
- (4) 硝子体手術、緑内障手術の両者とも加算を認めていない。 (3 2)

48) 白内障に対する＜K282 水晶体再建術＞において、以下の場合、＜K279 硝子体切除術＞との同時算定は認められますか？

- ① 術前に狭隅角、チン小帯断裂があったため、硝子体切除術を併施した場合
- ② 術前に狭隅角があり、チン小帯断裂はなかったが、安全に手術を行うため、硝子体切除術を併施した場合

[島 根]

日眼医見解

①、②とも症状詳記により、同時算定は認められる。

- 49) 眼内レンズ挿入眼に、屈折度の追加補正をするため、新たな眼内レンズを重ねて挿入した場合（ピギーバック）、＜K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合＞の算定は可能でしょうか。

[茨 城]

日眼医見解

症状詳記の上、＜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＞の算定は可能である。

- 50) 2020 年度の診療報酬改定で、＜K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの（高次収差解析加算）＞が新設されましたが、算定が認められる検査機器を教えてください。

[香 川]

日眼医見解

現在確認されている器械は以下の通りである。

- ・ニデック社製 角膜形状/屈折力解析装置 OPD - Scan®Ⅲ
- ・トプコン社製 ウェーブフロントアナライザーKR-1W
- ・エイエムオー・ジャパン株式会社製 iDesign アドバンストウェイブスキャン
- ・ZEISS 社製 iProfiler®plus

- 51) ＜K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの＞ 高次収差解析加算の算定要件をご教示ください。

[山 口]

日眼医見解

水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して縫着レンズを挿入する水晶体再建術を施行した場合、手術の前後それぞれ 1 回に限り算定する。

- 52) ＜K282 水晶体再建術 1 イ＞について、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ 1 回に限り、高次収差解析加算として、150 点を所定点数に加算するとなっております。高次収差解析が検査ではなく、手術を施行した際の加算であるため、手術との同時請求になると考えますが、高次収差解析を前後 1 回行った場合の請求は 150 点×2 での請求となりますか。

[広 島]

日眼医見解

水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して縫着レンズを挿入する水晶体再建術を施行した場合、手術の前後それぞれ各1回に限り算定する。従って、請求は150点×2となる。

- 53) 「ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。」となっています。涙液・涙道シリコンチューブは一般にブジー付きチューブであり、算定不可と考えていました。しかし、カネカよりブジーなしと表記されたシリコンチューブ（カタログ番号 LF2-CL090B、JAN コード 4540778172319）が発売されています。このチューブは涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に算定可能と考えられますでしょうか。

[京 都]

日眼医見解

涙嚢鼻腔吻合術及び涙小管形成術に涙液・涙道シリコンチューブ代は含まれているため、ブジーの有無に関わらず算定できない。

- 54) 原発閉塞隅角緑内障という病名で＜K270 虹彩光凝固術＞を行い、その術後早期に＜K282 水晶体再建術＞を＜K268 2 緑内障流出路再建術＞との併合手術として重ねて施行する施設があります。返戻すると虹彩光凝固術は（緑内障発作の治療ではなく）白内障術前の散瞳検査を安全に行うために施行したと主張します。このような手術治療は過剰かつ不適当と思われますが、いかがでしょうか。

[千 葉]

日眼医見解

ご質問の例では算定は認められない。

- 55) マイクロフック等による＜K268 2 緑内障流出路再建術＞を白内障との併合手術にて行い、術後早期に周辺虹彩前癒着の病名または注記をつけてレーザーゴニオプラスティーターとして＜K270 虹彩光凝固術＞を傾向的に追加算定する施設があります。このような場合、虹彩光凝固術は白内障・緑内障同時手術と一連とみなすべきだと考えますが、いかがでしょうか

[千 葉]

日眼医見解

ご質問の例では算定は認められない。

9. 麻 酔

- 56) ＜K202 涙管チューブ挿入術＞において滑車下神経麻酔を行った場合、＜L100

神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）＞の滑車神経ブロックで算定することは可能でしょうか。不可の場合、算定方法を教えていただきたいと思います。

[秋 田]

日眼医見解

神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とするため、当該手術には算定できない。＜L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）＞で算定する。

- 57) 令和元年度全国審査委員連絡協議会で、「おもに白内障手術時に低濃度笑気ガス麻酔を施行した場合「L007 開放点滴式全身麻酔」を算定する」との日眼医見解が示されております。低濃度笑気ガス麻酔の施行は必要に応じてと考えられますか、あるいは白内障手術全例での請求も認められるのでしょうか。

[広 島]

日眼医見解

必要があって低濃度笑気ガス麻酔を施行した場合は、算定できる。

- 58) 令和元年度の日眼医見解では低濃度笑気ガス麻酔は＜L007 開放点滴式全身麻酔＞で算定できるとありますが、全身麻酔である以上、麻酔チャートなど正確な記録が必要と考えます。＜L007 開放点滴式全身麻酔＞が認められるためには、笑気の使用量など具体的な要件はあるのでしょうか。

[北海道]

日眼医見解

ガス麻酔器を使用する 10 分以上 20 分未満の麻酔は、本区分により算定するが、麻酔チャートなど正確な記録が求められる。麻酔時間の要件以外に笑気の使用量などの具体的な要件はない。

- 59) 低濃度笑気ガス麻酔を行い、＜L007 開放点滴式全身麻酔＞を算定した場合、併用した局所麻酔の薬剤料は請求できるのでしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

併用した局所麻酔の薬剤料の算定は可能である。

- 60) 低濃度笑気ガス麻酔について、麻酔器に接続した時間（開始時間）から離脱するまでの時間（終了時間）が 10 分未満の場合、および 20 分を超えた場合、麻酔の算定はどのようにすればよいのでしょうか。

[鹿児島]

日眼医見解

10 分未満の場合は＜L000 迷もう麻酔＞で算定する。20 分以上の場合は＜L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 5 その他の場合 ロイ以外の場合＞で算定可能であるが、低濃度笑気ガス麻酔の使用目的や手術手技等を鑑み、20 分を超えても、＜L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 5 その他の場合 ロイ以外の場合＞を算定することは慎むべきであり、＜L007 開放点滴式全身麻酔＞で請求すべきである。

- 61) 眼瞼下垂症に対する＜K219 1 眼瞼挙筋前転法＞を行った際に、＜L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）＞を請求する医療機関がありますが認めてよろしいでしょうか。通則にありますように、第 1 節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に該当すると判断し、使用した薬剤の費用のみを算定すべきでしょうか。

[岡山]

日眼医見解

＜L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）＞が算定可能である。

10. 審 査

- 62) 最近の硝子体手術において日帰り手術が増えています、中には増殖性硝子体網膜症手術での請求もあります全国的には日帰り硝子体手術をどこまで認めていますか。
- (1) 日帰り硝子体手術で K279、K 280、K 280-2、K 281 の全てを認めている。
 - (2) 一部認めている。(手術手技は)
 - (3) 認めていない

[神奈川]

日眼医見解

※各都道府県眼科医会の実情

Q：日帰り硝子体手術をどこまで認めていますか。

- A： (1) 認めていない。 (1)
- (2) ＜K280 硝子体茎頭微鏡下離断術＞まで認めている。 (6)
- (3) ＜K280-2 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）＞まで認めている。 (7)
- (4) ＜K281 増殖性硝子体網膜症手術＞まで認めている。 (17)
- (5) ＜K281-2 網膜再建術＞まで全て認めている。 (16)

- 63) 厚労省が審査の 9 割を AI を活用したコンピュータチェックとする予定の 2022 年まで残すところ 2 年足らずとなりましたが、「医科点数表の解釈」に明記ない部分の審査基準について、全国統一の審査基準の作成に日眼医が関わる事ができるように、どのような働きかけをされておられるのでしょうか。また今後も随時、進行状況が一般会員にも分かるように、「日本の眼科」等でお知らせいただけるようお願いします。

[長 崎]

日眼医見解

厚生労働省保険局から 2019 年 12 月 18 日報告された支払基金改革工程表(資料)によると、審査支払新システムは 2022 年 9 月に稼働し、その 2 年以内を目標に 9 割程度をコンピュータチェックで完結する予定としている。いまだこの件に関する本会への依頼はないが、この件は非常に大切な案件であるので、適宜、厚労省に問い合わせたいと考えている。進行状況に関しての詳細は非公開の内容が多々含まれているので、随時公開することは不可能であることをご了承願いたい。

- 64) AI 利用審査による審査事務の合理化の方針が示され、現行の各県単位ローカル審査ルールは、地方厚生局内では統合が進むと思われます。コスト削減を目的としており、より厳しい県のルールに誘導されれば寛容な県では移行時の混乱が懸念されます。県間較差の自律的解消は短期間では困難であり、日眼医がルールの戦略的な統合を牽引されてはいかがでしょうか。日眼医のこれまでの対応とその効果を伺わせてください。

[山 形]

日眼医見解

コンピュータチェックのルールは日眼と本会の協議の場である日本眼科社会保険会議を通して統一していくものと考えている。審査支払新システムは 2022 年 9 月に稼働する予定であり、あえて本会が率先してルールを統合する必要性はいまだないものと考えている。

- 65) 長野県では今まで術前検査として HIV 抗体の検査を認めていましたが、社保では審査基準全国統一化により認められなくなり、合わせて国保でも認められなくなりました。また、HIV 疑いがついても原則認められなくなりました。術前の HIV 検査の取り扱いについて、各県での実情を教えてください。

Q: 術前検査としての HIV 検査について

社保 国保

A: (1) すべて認めている。

() ()

- (2) HIV 疑い があればたとえ全例でも認めている。 () ()
- (3) HIV が本当に疑われる特殊症例のみに認めている。 () ()
- (4) 術前検査としてはいっさい認めていない。 () ()

[長 野]

日眼医見解

※各都道府県眼科医会の実情

Q：術前検査としての HIV 検査について	社保	国保
A：(1) すべて認めている。	(1)	(1)
(2) HIV 疑い があればたとえ全例でも認めている。	(5)	(3)
(3) HIV が本当に疑われる特殊症例のみに認めている。	(1 0)	(1 1)
(4) 術前検査としてはいっさい認めていない。	(3 0)	(3 1)

B：要望事項

11. 指導管理料等

- 66) 緑内障の特定疾患療養管理料での請求を可能に(最近の緑内障診断と治療、投薬、手術法に多くの選択肢があることから)

[神奈川]

日眼医見解

緑内障の特定疾患療養管理料は以前から要望されていましたが、内保連を通す必要がある上、エビデンスの構築が難しいため、現在は頓挫している状況です。日本緑内障学会と相談していきたいと思います。

12. 検 査

- 67) 緑内障濾過手術後、1年以上経過したものについても、＜D275-2 前房水漏出検査＞が算定できるよう要望します。

[茨 城]

日眼医見解

前房水漏出検査は1年以上経過して菲薄した濾過胞にこそ必要な検査ですので、期限の延長を日本緑内障学会と共に要望したいと思います。

13. 投 薬

- 68) 〔保険給付上の注意〕 ヒアレイニン点眼液 0.1%、ヒアレイニン点眼液 0.3% は、シェーグレン症候群又はスティーブンス・ジョンソン症候群に伴う角結膜上皮障害の患者に使用した場合に限り算定するものであること。と添付文章にあります。現在、ヒアルロン酸ナトリウム 0.1%PF 点眼薬など防腐剤を含まないボトルタイプ点眼薬の処方も可能ですので、これらの製品についても病名の制限を緩やか

に運用できるよう、日本眼科医会から働きかけていただきたいと思います。

[青 森]

日眼医見解

ヒアレイニン点眼液 0.1%、ヒアレイニン点眼液 0.3%の保険適用（給付上）の注意を無くすためには参天製薬がその旨を厚生労働省に申請をしなければなりません。防腐剤フリーであるヒアルロン酸ナトリウム 0.1%PF 点眼薬が既に販売されているので、ヒアレイニン点眼液 0.3%だけでも保険適用（給付上）の注意を無くすことができないか、参天製薬に依頼してみます。

14. 審 査

- 69) 令和元年度の審査員連絡会において、レセプト審査のコンピュータチェック導入に際し、全国の統一見解作成に協力するとあるが、コンピュータチェック導入と同時期に統一見解を発表された場合、審査に混乱を来す恐れがあるため、早い段階での統一見解発表を要望する。

[宮 城]

日眼医見解

議題 63) でお示した工程表の通り、コンピュータチェックルールを順次公開しながら審査支払新システムを稼働する予定ですので、突然、全国で統一されていないルールで査定を始めることはないと考えます。

15. その他

- 70) 今回改定で新規保険収載されました検査料・手術料は、施設基準や算定要件などの条件付きや加算点数であり、眼科日常診療では算定頻度の低い項目と思われます。新技術では新規コードでの眼科手術保険収載と、過去減点された眼科基本検査(例えば屈折、矯正視力、眼圧等)での復点や増点にも繋がるように要望します。

[大 阪]

日眼医見解

今回の改定では新規手術の申請がほとんどなく、日本眼科手術学会(共同提案：日本白内障屈折矯正手術学会)が「水晶体再建術 4 特殊眼内レンズを挿入する場合」を申請しましたが認められませんでした。眼科基本検査はマルメを防ぐことが第一義で、増点を望むことは逆効果になる危険性があるので慎重に対応しています。