受 906
27.9.17
小郡三井医師会

福県医発第1672号（地）
平成27年9月16日

各 医 師 会 長　殿

福 岡 県 医 師 会
会長　松　田　峻一良
（公　印　省　略）

「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」に係る周知について

標記の件につきましては、平成27年６月23日付け福県医発第0900号（地）にてご連絡しておりましたが、今般、九州厚生局指導監査課長より別紙のとおり通知がありましたので、ご連絡申し上げます。

本件は、一部の保険医療機関（特にコンタクトレンズ販売店に併設された診療所等）において、コンタクトレンズ検査料１の施設基準の不適切な届出や不適切な診療報酬請求を行っている事例があったことから、今後も同様の事例が生じないよう、適正な診療報酬請求を行っていただくとともに、コンタクトレンズ等の交付にあたっては、医療機関外の販売店から購入もできること等について患者に説明の上、同意を得て、コンタクトレンズ等を交付した際には、保険診療の費用と区分した内容の分かる領収証の発行を依頼しているものです。また、コンタクトレンズの院内交付の割合等の実態把握のため、コンタクトレンズの交付を院内で行う保険医療機関においては、別添の「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」により、毎年度指定期日（平成27年度については10月７日）までに九州厚生局に報告を求めているものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会管下関係医療機関等への周知方につきよろしくお願い申し上げます。

なお、別紙写しのとおり、平成27年９月８日付け事務連絡にて九州厚生局指導監査課長より眼科を標榜する保険医療機関に対し通知がなされておりますことを申し添えます。

（添付資料）
・保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について（平27.9.8　九州厚生局指導監査課長　事務連絡）

小郡三井医師会より　　医療保険担当理事　山下拓郎
会長　廣瀬真恵

事　務　連　絡
平成２７年９月８日

福岡県医師会長　様

九州厚生局指導監査課長

「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」に係る
周知について（依頼）

日頃から医療保険の事業運営に御協力を賜り厚く御礼申しあげます。

さて、標記につきましては、「保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成２７年６月１６日保医発０６１６第７号。厚生労働省保険局医療課長通知）により、保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付するにあたっての取扱いが示されたところです。

これに伴い、別添写しのとおり、眼科を標榜する保険医療機関に対し郵送にてお知らせするとともに、コンタクトレンズの院内交付の割合等の実態把握のため、コンタクトレンズの交付を院内で行う保険医療機関にあっては、「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」により、毎年度指定期日（平成２７年度については１０月７日）までに報告をお願いすることとしています。

なお、上記郵送のほか当局ホームページにて周知することとしておりますが、貴会におかれましても会員各位への周知等、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

各医師会通知
眼科担当

福岡県医師会 受付 27.9.10 2950

「写」

事　務　連　絡
平成２７年９月８日

保険医療機関開設者　様

九州厚生局指導監査課長

保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について

日頃から医療保険の事業運営に御協力を賜り厚く御礼申しあげます。

さて、標記につきましては、「保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成２７年６月１６日保医発０６１６第７号）により、保険医療機関においてコンタクトレンズ等を交付するにあたっての取扱いが示されたところです。

以前、一部の保険医療機関（特にコンタクトレンズ販売店に併設された診療所等）において、コンタクトレンズ検査料１の施設基準の不適切な届出や、不適切な診療報酬請求を行っている事例があったところであり、今後も同様の事例が生じないよう、適正な診療報酬請求を行っていただきますよう改めてお願いいたします。

また、コンタクトレンズ等の交付にあたっては、患者に対して、医療機関外の販売店から購入もできること等について説明の上、同意の確認を行い、コンタクトレンズ等の交付をした際には、保険診療の費用と区分した内容の分かる領収証の発行をお願いいたします。

なお、コンタクトレンズの院内交付の割合等の実態把握のため、コンタクトレンズの交付を院内で行う保険医療機関におかれましては、別添の「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」により、下記に留意のうえ御報告いただきますようお願いいたします。

記

１　報告方法等

毎年１０月７日までに、過去１年間（前年の１０月からの１年間）の実績に基づき、コンタクトレンズの院内交付の割合等を、別添の**「保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書」**（別紙様式）により報告していただきますようお願いします。

今年度は、平成２７年１０月７日（必着）までに、平成２６年１０月から平成２７年９月までの１年間の実績に基づき報告をお願いします。

2　報告をお願いする保険医療機関

院内でコンタクトレンズを交付する保険医療機関が対象となります。

したがって、院内でコンタクトレンズの交付を行わない保険医療機関については、報告は不要です。

なお、コンタクトレンズ検査料１及び２の算定の有無にかかわらず、コンタクトレンズを院内で交付することとしている場合は、実績がゼロでも報告願います。

（様式の【記載上の注意】には、「なお、報告時点において１年間の実績がない場合は、実績がある期間のみの報告で足りる。」と記載されていますが、コンタクトレンズを院内で交付することとしている場合は実績がゼロでも報告をお願いします。）

※　別添の「別紙様式」につきましては、九州厚生局ホームページにおいてワード及びＰＤＦ様式の電子媒体を掲載しておりますので、こちらも適宜御活用ください。

【九州厚生局ホームページ掲載場所】

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/

九州厚生局ホームページのトップページから、申請等手続き＞申請・届出等の手続案内＞指導監査課・事務所＞保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告　へ進んでください。

※　この事務連絡は、福岡県内の眼科を標榜する保険医療機関の開設者様宛てに送付しております。

【報告書送付先】
〒812-0011　福岡市博多区博多駅前３－２－８
住友生命博多ビル４階
九州厚生局指導監査課

【問い合わせ先】
九州厚生局指導監査課
施設基準担当
電話　０９２－７０７－１１２５
FAX　０９２－７０７－１１２７

（別紙様式）

保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書

上記について報告します。
平成　　年　　月　　日

（医療機関コード：　　）
保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名　　印

九州厚生局長　殿

1　算定しているコンタクトレンズ検査料
□　コンタクトレンズ検査料1
□　コンタクトレンズ検査料2

2　コンタクトレンズを保険医療機関内で交付する際の取組み

3　コンタクトレンズの交付に当たり患者から徴収する費用の額

4　コンタクトレンズを保険医療機関内で交付した患者の割合（平成　年　月～平成　年　月）

（１）外来患者の数	①
（２）コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
（３）院内でコンタクトレンズを交付した患者の数	③
外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合（②／①×１００％）	％
コンタクトレンズに係る検査を実施した患者に占める院内交付の患者の割合（③／②×１００％）	％

【記載上の注意】
1　「１」は、該当するものにチェックを入れること。
2　「２」は、院内でコンタクトレンズの交付を受けることについて、患者の選択に資するよう、当該保険医療機関外の販売店から購入もできること等について説明し、同意を確認するために講じている具体的な取組みについて記載すること。
3　「３」は、院内で交付するコンタクトレンズの対価を記載すること。なお、価格表等、別に対価が分かる資料がある場合は、写しを添付することをもって記載に代えることができる。
4　「４」（１）は、過去１年間において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
（２）（３）は、当該期間において、それぞれコンタクトレンズに係る検査を実施した患者・院内でコンタクトレンズを交付した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
なお、報告時点において１年間の実績がない場合は、実績がある期間のみの報告で足りる。
5　２回目以降の報告においては、従前の報告から変更となった箇所の報告のみで足りる。