

平成22年（健）第783号

裁 決 書

再審査請求人

大阪府

■■■■
昭和■■年■■月■■日生
(■■■■)

原処分をした保険者

東京都

■■■■健康保険組合
代表者 理事長 ■■■■

審査の決定をした社会保険審査官

関東信越厚生局社会保険審査官

桐 山 美 徳

主 文

後記第2の2記載の原処分を取り消す。

理 由

第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人（以下「請求人」という。）の再審査請求の趣旨は、主文

と同旨の裁決を求めることである。

第2 再審査請求の経過

- 1 請求人は、円錐角膜(以下「当該傷病」という。)の治療のためにコンタクトレンズ(以下「当該装具」という。)を作成したとして、その購入に要した費用について、平成■■■年■■月■■日(受付)、■■■■健康保険組合理事長(以下「理事長」という。)に対し、健康保険法(以下「法」という。)による療養費(以下単に「療養費」という。)の支給を申請した。
- 2 理事長は、平成22年9月10日付で、請求人に対し、被保険者療養費(治療用眼鏡等)の請求について、治療用装具と認められないためとの理由により療養費を支給しない旨の処分(以下「原処分」という。)をした。
- 3 請求人は、原処分を不服として、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をした。

その不服の理由を要約すると、「円錐角膜」という角膜の形状が変形する病気で、円錐角膜用コンタクトレンズを装着しなければ日常生活をする視力が得られないため、医師の処方により、以前より円錐角膜用コンタクトレンズを装着しているが、今回視力の変化に伴いコンタクトレンズの交換が必要となり、新しく処方されたコンタクトレンズを購入し、以前加入していた政府管掌健康保険では医療用装具として容認されていたので、代金を■■■■健康保険組合に請求したものであり、円錐角膜にはコンタクトレンズが治療用装具であると認めて、コンタクトレンズ代金の支給を求めるということである。

第3 問題点

- (1) 健康保険では、法第63条第1項第2号で、「薬剤又は治療材料の支給」を療養の給付に含むものとし、法第87条第1項では、「保険者は、

発病の原因：■■■■

発病の年月日：平成■■■■年■■月■■日

診療又は手当の内容：円錐角膜用コンタクトレンズ装着

診療又は手当に要した費用：■■■■■■■■円

装着日（領収日）：平成■■■■年■■月■■日

(2) 資料2から必要部分を摘記すると、次のとおりである。

2-1に係る内容

診断：円錐角膜、緑内障（両眼）

両眼円錐角膜にて、眼鏡による矯正視力は不良で、■■■■コンタクトレンズによる視力の矯正が必要である。さらに円錐角膜の進行予防のために■■■■コンタクトレンズの常用を必要とする。この度度数変化に伴い、再度コンタクトレンズを作成した。レンズ装用開始時に比べて、角膜所見の改善がみられている。

2-2に係る内容

照会

診断書によりますと、■■■■様が両眼円錐角膜にて■■■■コンタクトレンズを使用しているのは視力の矯正が主な理由のようですが、■■■■コンタクトレンズ使用による両眼円錐角膜への治療効果はありますか。

回答

■■■■コンタクトレンズ使用による両眼円錐角膜への治療効果はある。

具体的な治療効果をご記入ください。

■■■■. ■. ■■■初診時から両眼に円錐角膜を認めるが（■■■■■■■■）、

■■■■■■. ■. ■■■■再診時と比べて、添付していますビデオケラトスコープによるカラーコードマップにても■■■眼では角膜不正乱視の改善、■■■眼では進行を認めない状態である。

照会

その他、参考となる事項がございましたらお知らせください。

回答

円錐角膜は、通常徐々に進行する病相で、角膜不正乱視が徐々に進行すると、最終的には角膜移植術が必要な状態となる。治療には、■■■■■コンタクトレンズによる進行の抑制及び視力の矯正が第一選択であり、■■■■■氏は、■■■眼は重症例であるが、長期にわたり、コンタクトレンズ使用による進行抑制効果が認められている。

- (3) 資料3によれば、請求人は、コンタクトレンズ代金として少なくとも■■■■■■■■■■円を支払っていることが認められる。

2 前記のとおり認定された事実に基づき、本件の問題点を検討し、判断する。

- (1) 法第63条第1項第2号に規定されている治療材料とは、その疾病又は負傷の治療遂行上必要な範囲のものに限られ、日常生活や職業上の必要性によるもの、あるいは美容の目的で使用されるもの、症状が固定しているもの及びその装具があると便利であるといったものは、支給の対象とならないとされ、眼鏡（小児弱視等の治療用眼鏡は除く。）、補聴器、人工肛門用ペロツテ（人工肛門受便器）等は支給対象外とされている。

- (2) 上記1(1)(2)によれば、■■■■■医師は、「■■■■■コンタクトレンズ使用による両眼円錐角膜への治療効果はありますでしょうか」との照会に対して、「円錐角膜は、通常徐々に進行する病相で、角膜不正乱視が徐々に進行すると、最終的には角膜移植術が必要な状態となり、治

療には、■■■■コンタクトレンズによる進行の抑制及び視力の矯正が第一選択である。」旨述べ、「請求人は、■眼は重症例であるが、長期にわたり、コンタクトレンズ使用による進行抑制効果が認められている。」とされ、その具体的所見として、「■■■■. ■. ■初診時から両眼に円錐角膜を認めるが (■■■■)、■■■■. ■. ■再診時と比べて、添付していますビデオケラトスコープによるカラーコードマップにても■眼では角膜不正乱視の改善、■眼では進行を認めない状態である。」とされ、「■■■■コンタクトレンズ使用による両眼円錐角膜への治療効果はある。」旨回答している。

- (3) そうすると、請求人の当該装具は、単なる予防目的ではなく、当該傷病の進行抑制と視力矯正治療のため必要とされているものであることは明らかであり、「いわゆる治療用装具」に該当していると認められる。

以上により、請求人の当該装具は、療養費の支給対象と認めることが相当である。

よって、これと趣旨を異にする原処分は妥当でなく、取り消すこととし、主文のとおり裁決する。

平成24年4月27日

社会保険審査会

審査長 西 島 幸 夫

審査員 矢野隆男は平成23年12月24日付
退任のため署名、押印することができない。

審査員 池内駿之は平成23年12月24日付
退任のため署名、押印することができない。

審査長 西 島 幸 夫

以上は謄本である

平成24年4月27日

社会保険審査会委員長