



関東ブロックにおける審査上の取扱い (ブロック取決) のご案内

令和8年3月2日

関東ブロック^(※)の審査委員会における審査上の取扱い(ブロック取決)について、以下のとおりお知らせします。

なお、本ご案内は、審査に関する透明性の向上を図るため、関東ブロック内審査委員会の現時点での取決をお知らせするものであり、今後、変更等が生じた場合は、速やかにお知らせします。

おって、当該取決については、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、当該取決に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことを申し添えます。

(※) 茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県

【関東ブロック取決事項】

医 科

No.	取扱い	根拠	備考
1	転移性肝癌に対してミリプラ動注用 70mg、ミリプラ用懸濁用液の算定は、原則として認められない。	肝細胞癌におけるリピオドリゼーションは原発性の肝細胞癌に対して行うものであり、腫瘍の性質上、転移性肝癌に対しては認められないと判断した。	適用診療月 令和8年6月診療分
2	顔面痙攣に対する頭蓋内微小血管減圧術後の脳血管疾患等リハビリテーション料の算定は、原則として認められない。	顔面痙攣に対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定は頭蓋内微小血管減圧術後であっても対象疾患外であり認められないと判断した。ただし、顔面神経麻痺の病名若しくは麻痺等のコメントがあれば認める。	適用診療月 令和8年6月診療分
3	関節リウマチの疑いに対する左右各部位(手、膝、足)の X-P の算定は、原則として認められる。	リウマチは全身性の疾患であり、症状があれば、疑いに対する左右各部位(手、膝、足)の X-P の算定は認められると判断した。ただし、症状のある部位の記載を必要とする。	適用診療月 令和8年6月診療分
4	筋筋膜炎に対する運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められる。	筋筋膜炎は疼痛疾患であり、運動器リハビリテーション料の算定は、原則として認められると判断した。ただし、症状のある部位の記載を必要とする。	適用診療月 令和8年6月診療分

5	前十字靭帯損傷の術後と膝関節滑膜炎に対して同時に行われた骨内異物(挿入物含む)除去術(下腿)と関節鏡下関節滑膜切除術(膝)の併算定は、原則として認められる。	前十字靭帯損傷の術後と膝関節滑膜炎の病名があれば、別皮切の骨内異物(挿入物含む)除去術(下腿)と関節鏡下関節滑膜切除術(膝)の併算定を認める。ただし、術後のセカンドルックとして滑膜切除を行っている場合の関節鏡下関節滑膜切除術(膝)の算定は認めない。	適用診療月 令和8年6月診療分
6	過去6か月に25-ヒドロキシビタミンの検査があり、骨粗鬆症に対する薬剤の算定がある場合の25-ヒドロキシビタミンの再度の算定は、原則として認められない。	検査の意義より、ビタミン D の吸収率の患者の体質を確認する目的で測定するものであり、複数回算定する必要性はなく認められないと判断した。	適用診療月 令和8年6月診療分
7	「神経発達障害」及び「睡眠障害」等、双方の病名がないメラトベル顆粒小児用0.2%の投与については、原則として認められない。	メラトベル顆粒小児用 0.2%の効能・効果は「小児期の神経発達症に伴う入眠困難の改善」となっており、「神経発達障害」及びそれに伴う「睡眠障害」等、双方の傷病名が必要であり、認められないと判断した。	適用診療月 令和8年6月診療分
8	「統合失調症」に対するビプレッソ徐放錠の投与については、原則として認められない。	ビプレッソ徐放錠は、クエチアピンフマル酸塩が含まれており、クエチアピン等と薬理作用が同じであるため、統合失調症に効果があると考えられるが、当該医薬品の効能・効果は「双極性障害におけるうつ症状の改善」となっており、統合失調症に対しては認められないと判断した。	適用診療月 令和8年6月診療分

本件に関する問合せ先

関東審査事務センター

外科審査室 脳外科・外科審査課 佐東(TEL:03-6849-6285)

(No.1~No.6 に関して)

混合・歯科審査室眼科・産婦人科審査第1課 谷田部(TEL:03-6849-6286)

(No.7、No.8に関して)