



## 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7年8月1日

関東ブロック<sup>(※)</sup>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   | 経過観察時の重症筋無力症に対する抗アセチルコリンレセプター抗体(抗 AChR抗体)の連月算定については、原則として認められる。<br>なお、無治療の患者に対する連月の算定については、レセプト内容から個別に判断する。    | 抗アセチルコリンレセプター抗体(抗 AChR抗体)の通知に「抗アセチルコリンレセプター抗体(抗 AChR抗体)は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。」と定められている。<br>このことから、診断後の経過観察時の重症筋無力症に対する抗アセチルコリンレセプター抗体(抗 AChR抗体)の連月の算定について認めることとした。 | 適用診療月<br>令和7年11月診療分 |
| 2   | 自然気胸に対する術式としては、原則として、K513 胸腔鏡下肺切除術「1」肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)により算定する。<br>なお、K513-4 胸腔鏡下肺縫縮術で算定がある場合は、症状詳記により術式を確認する。 | 厚生労働省保険局医療課発疑義解釈資料より、「気胸に対して胸腔鏡を用いて肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)を行った場合は「1」肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)で算定する。」と回答されていることから、原則として K513 胸腔鏡下肺切除術「1」肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)での算定とする。                             | 適用診療月<br>令和7年11月診療分 |

|   |                                                                  |                                                                                       |                     |
|---|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 3 | 脳動脈瘤術後の経過観察における MRI 撮影の算定については、原則として、算定を認める。回数についてはコメント等により判断する。 | 脳動脈瘤頸部のクリッピング術後やコイル塞栓術後において、再発する場合もあることから、原則として年に1回程度は必要である。また、症例によっては、年1回以上必要な場合もある。 | 適用診療月<br>令和7年11月診療分 |
|---|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

本件に関する問合せ先

関東審査事務センター

・内科審査室 内科審査第1課 山縣(TEL:03-6865-4408)

(No.1に関して)

・外科審査室 脳外科・外科審査課 佐東(TEL:03-6849-6285)

(No.2、3に関して)