



# 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 6 年 7 月 31 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	原則として、鼠径ヘルニアのみの傷病名において、切除病変に対して行った N000 病理組織標本作製 (T-M) の算定を認めない。ただし、癌を疑わせるような傷病名や医学的な必要性のコメント等が記載されている場合は、個別判断事例とする。	鼠径ヘルニアのみに対して一律的に N000 病理組織標本作製 (T-M) の算定は過剰と考える。他の傷病名やコメントなどの記載を踏まえて必要性について医学的に判断すべきと考える。	適用診療月 令和 6 年 11 月 診療分
2	水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合に使用した精製ヒアルロン酸ナトリウム (ヒアルロン酸 Na 眼粘弾剤 1%0.85ml) の算定について認める。	ヒアルロン酸 Na 眼粘弾剤 1%0.85ml の添付文書の保険給付上の注意に、「本薬剤は、連続して行われる白内障手術及び眼内レンズ挿入術に伴って使用される場合に限り算定できるものである。」とされているが、レンズを挿入しなくても、白内障摘出に伴う角膜内皮障害を防ぐ意味で粘弾性物質は必要であり、手術前半に使用するため、最終的に眼内レンズ挿入に至らなくても必要と判断する。	適用診療月 令和 6 年 11 月 診療分

3	アレルギー性結膜炎に対して、広範囲抗菌点眼剤(オフロキサシン点眼液)の投与について認めない。	オフロキサシン点眼液の添付文書の効能・効果については「眼瞼炎、涙嚢炎、麦粒腫、結膜炎、瞼板腺炎、角膜炎(角膜潰瘍を含む。)、眼科周術期の無菌化療法」と示されている。症状を抑える対症療法として抗アレルギーの目薬を使用し、炎症が強い場合はステロイド剤の目薬を併用する場合もあるが、効能・効果に適応症がないアレルギー性結膜炎に対して、広範囲抗菌点眼剤(オフロキサシン点眼液)の投与について必要がないと判断する。	適用診療月 令和 6 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

・外科審査室脳外科・外科審査課 佐久間(TEL:03-6778-4084)

(No.1に関して)

・混合審査室眼科・産婦人科審査第1課 宮城(TEL:03-6849-6847)

(No.2、3に関して)