中部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11月１日

中部ブロック(※)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、中部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。

（※） 富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県

【中部ブロック取決事項】

医　科

No.	取扱い	根拠	備考
1	高コレステロール血症及び家族性高コレステロール血症の疑いの傷病名がある場合におけるアキレス腱に対する D215 の 2「ロ」（3） 超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定は、原則として認められる。	家族性高コレステロール血症は、腱黄色腫（アキレス腱肥厚を伴う）を呈することが主要兆候のひとつであり、超音波検査（断層撮影法）（その他）は診断上有効である。 以上のことから、高コレステロール血症及び家族性高コレステロール血症の疑いの傷病名がある場合におけるアキレス腱に対する超音波検査（断層撮影法）（その他）の算定は、原則として認められると判断した。	適用診療月 令和９年２月

No.	取扱い	根拠	備考
2	カロテグラストメチル錠の 6 か月を超える算定は、原則として認められない。	カロテグラストメチル錠(カログラ錠)の用法及び用量に関連する注意に「本剤の進行性多巣性白質脳症(PML)発現リスクを低減するため、投与期間は 6 か月までとし、6 か月以内に寛解に至った場合はその時点で投与を終了すること。」と示されている。 以上のことから、カロテグラストメチル錠(カログラ錠)の 6 か月を超える算定は、原則として認められないと判断した。	適用診療月 令和９年２月
3	胃腸炎(初診時)に対する D215 の 2「ロ」(1) 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の算定は、原則として認められない。	超音波検査(断層撮影法)は、各種の消化器疾患の鑑別に有用であり、低侵襲な検査ではある。初診時において、胃腸炎以外の傷病を鑑別する際は、それらの傷病名(疑い含む)が必要である。 以上のことから、胃腸炎(初診時)に対する超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)の算定は、原則として認められないと判断した。	適用診療月 令和９年２月
4	原発性アミロイドーシスの疑い又は AL アミロイドーシスの疑いに対する D015 の 21 Bence Jones 蛋白同定(尿)の算定は、原則として認められる。	原発性アミロイドーシスの疑い又は AL アミロイドーシスの疑いを診断する上で、Bence Jones 蛋白同定(尿)は有用である。 以上のことから、原発性アミロイドーシスの疑い又は AL アミロイドーシスの疑いに対する Bence Jones 蛋白同定(尿)の算定は、原則として認められると判断した。	適用診療月 令和９年２月
5	K921 の 2 造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)時のアルブミン製剤の算定は、原則として認められない。	造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)において、採取した幹細胞を凍結保存する過程でアルブミン製剤を使用する。この使用は、採取にあたって使用するものではなく、保存を目的としたものである。 以上のことから、アルブミン製剤の効能・効果より、造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)時のアルブミン製剤の算定は、原則として認められないと判断した。	適用診療月 令和９年２月

No.	取扱い	根拠	備考
6	検査が 2023 年(令和 5 年)3 月 26 日以前であっても、コンパニオン診断薬ベンタナ ultra View パスウエーHER2(4B5)により実施された検査結果により、HER2 低発現乳癌と診断された患者に対するエンハーツ点滴静注用 100mgの算定は、原則として認められる。	日本乳癌学会から、エンハーツ点滴静注用 100mgの算定については、2023 年 3 月 27 日以降にコンパニオン診断薬ベンタナ ultra View パスウエーHER2(4B5)により実施された検査結果が必要であるとの見解が示されているが、2023 年 3 月 26 日以前であっても当該診断薬により HER2 低発現乳癌と診断された場合は、妥当と判断できる。 以上のことから、2023 年 3 月 26 日以前であっても、コンパニオン診断薬ベンタナ ultra View バスウエーHER2(4B5)により実施された検査結果により、HER2 低発現乳癌と診断された患者に対するエンハーツ点滴静注用 100mgの算定は、原則として認められると判断した。	適用診療月 令和9年2月

本件に関する問合せ先
中部審査事務センター
No.1からNo.5 に関して
内科・歯科審査室内科審査第 1 課　（TEL:052-854-6804）川端
（TEL:052-854-6858）加藤
No.6 に関して
外科・混合審査室脳外科・外科審査課（TEL:052-854-6788）小林
（TEL:052-854-7851）橋本