

令和4年5月

検体検査実施料に係るお知らせ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび令和4年4月28日付け厚生労働省保険局医療課長通知「保医発0428第6号」および「保医発0428第9号」にて、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日付け保医発0304第1号）が改正され、令和4年5月1日より適用されることとなりました。

取り急ぎご案内いたしますので、宜しくお取り計らいの程お願い申し上げます。

敬具

(記)

■ 新規掲載項目

点数区分	検査項目名	実施料	判断料	備考
D004-2 悪性腫瘍組織検査				
1	甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査	5000	遺伝子・染色体 100	※1
1	甲状腺髄様癌におけるRET遺伝子変異検査	5000		

※1 下線部が追加されました。

「1」の「ロ」処理が複雑なものは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。

ア～エ (略)

オ 甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査

カ 甲状腺髄様癌におけるRET遺伝子変異検査

No. 22-13

■ 算定方法の変更項目

点数区分	検査項目名	実施料	判断料	備考
D003 糞便検査				
9	カルプロテクチン(糞便)	270	尿・糞便等 34	※2

※2 下線部が追加されました。

ア 「9」のカルプロテクチン(糞便)を慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する場合は、ELISA法、FEIA法、イムノクロマト法又はLA法により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはELISA法、FEIA法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はLA法により、クローン病についてはELISA法、FEIA法又はイムノクロマト法により測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ (略)

点数区分	検査項目名	実施料	判断料	備考
D014 自己抗体検査				
30	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	258	免疫 144	※3

※3 下線部が追加されました。

「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法、ラテックス免疫比濁法又はFIA法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

点数区分	検査項目名	実施料	判断料	備考
D015 血漿蛋白免疫学的検査				
17	インターロイキン-6(IL-6)	170	免疫 144	※4

※4 下線部が追加されました。

「17」のインターロイキン-6(IL-6)は、全身性炎症反応症候群の患者(疑われる患者を含む。)の重症度判定の補助を目的として、血清又は血漿を検体とし、ECLIA法、CLIA法又はCLEIA法により測定した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。なお、本検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載すること。また、医学的な必要性から一連の治療につき3回以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

以上