

平成 31 年 4 月

検査実施料新設のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。
このたび、「保医発 0329 第 6 号」により、下記項目につき検体検査実施料が平成 31 年 4 月 1 日より適用されることになりましたので、ご案内申し上げます。
取り急ぎご案内致しますので、宜しくお取り計らいの程お願い申し上げます。

敬白

***** 記 *****

■新規保険収載項目

検査項目名	実施料	判断料	点数区分	備考
クロストリジオイ デス・ディフィシル のトキシン B 遺伝子検出	450 点	微生物 150 点	「D023」 微生物核酸同 定・定量検査 の「12」	<p>ア クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシン B 遺伝子検出は、以下の (イ)~(ハ)をいずれも満たす入院患者に対して実施した場合に限り、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「12」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出の所定点数に準じて算定する。</p> <p>(イ) Clostridium difficile (CD) 感染症を疑う場合であって、クロストリジウム・ディフィシル抗原定性検査において、CD 抗原陽性かつ CD トキシン陰性であること。</p> <p>(ロ) 2 歳以上で Bristol Stool Scale 5 以上の下痢症状があること。</p> <p>(ハ) 24 時間以内に 3 回以上、又は平常時より多い便回数があること。</p> <p>イ 本検査は、関連学会の定める指針に基づき実施した場合に限り算定できる。</p> <p>ウ 本検査を行う場合にあっては、区分番号「D026」の「注 3」に規定する検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)のいずれか及び区分番号「A234-2」の「1」感染防止対策加算 1 の施設基準を届け出ている保険医療機関で実施した場合に限り算定できる。</p> <p>エ 本検査を行う場合、下痢症状並びに本検査を行う前の CD 抗原及び CD トキシンの検査結果について診療録に記載すること。</p> <p>オ 本検査と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「15」細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出を併せて測定した場合には、それぞれ算定できる。</p>

以上