

当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<https://www.medience.co.jp/>)よりPDF形式にてダウンロードできます。

新規受託項目のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、弊社では皆様のご要望にお応えするため、検査の新規拡大に努めておりますが、この度、下記項目の検査受託を開始することとなりました。

取り急ぎご案内致しますので、宜しくご利用の程お願い申し上げます。

敬具

記

新規受託項目

項目コード	検査項目名	試薬製造元
27624	抗HLA抗体スクリーニング検査 (FlowPRA、Class I & II)	One Lambda社製試薬
27626	抗HLA抗体シングル同定検査Class I (LS)	
27627	抗HLA抗体シングル同定検査Class II (LS)	
27642	抗HLA抗体スクリーニング検査 (LC、Class I & II)	IMMUCOR社製試薬
27643	抗HLA抗体シングル同定検査Class I (LC)	
27644	抗HLA抗体シングル同定検査Class II (LC)	
27625	フローサイトクロスマッチ検査	Jackson社製試薬

※両試薬の比較資料は、弊社担当者までお申し付け下さい。

受託開始日

● 令和元年7月1日(月)



抗HLA抗体スクリーニング／同定検査(LS)

抗HLAスクリーニング検査：

臓器移植、造血細胞移植、輸血、妊娠などの非自己タンパクによる抗体産生刺激を受けた場合、レシピエント血清中において移植拒絶因子と目される抗HLA抗体を持つ可能性があります。本検査では、拒絶因子の抗HLA抗体の早期発見を図ります。移植前に本検査を通して拒絶因子が検出された場合は、脱感作療法を行い抗体を抑えてから移植を行う必要があります。移植後にもその拒絶因子の動きを本検査を通してモニタリングすることで、拒絶回避に向けた治療方法の検討に用いていただくことができます。また、HLAミスマッチ移植の場合は術後に拒絶因子である抗HLA抗体が産生されることもあり、これらを予防・管理するためにも本検査は有用とされています。

抗HLA抗体シングル同定：

移植前および移植後の患者に抗HLA抗体が検出された場合、その抗HLA抗体の抗原の種類を同定することで、それがドナー特異的であるかどうか判別できます。ドナー特異的抗体であった場合、移植片が拒絶される可能性が高くなるため、同定検査はできるだけ早急に行われることが望まれます。本検査を用いて抗HLA抗体がドナー特異的抗体(DSA)であるかを確認することができます。(リプロセル社ホームページより改編)

検査要項

項目コード	27624
検査項目名	抗HLA抗体スクリーニング検査(FlowPRA、Class I & II)
検体量/保存方法	血清 1.0mL / 凍結 ^{*1} [採取容器：03番→提出容器：02番]
検査方法	フローサイトメトリー法
基準値	陰性
所要日数	4～7日
検査実施料	1,000点 ^{*2,3} [D014] 自己抗体検査「44」抗HLA抗体(スクリーニング検査)
判断料	144点(免疫学的検査判断料)
検査委託先	株式会社リプロセル
備考	<ul style="list-style-type: none"> *1：必ず専用検体としてご提出下さい。 *2：肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植または腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定できます。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できます。なお、この場合においては、診療録および診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的必要性を記載して下さい。 *3：「当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、関係学会による指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること」が条件とされています。

項目コード	27626	27627
検査項目名	抗HLA抗体シングル同定検査Class I (LS)	抗HLA抗体シングル同定検査Class II (LS)
検体量/保存方法	血清 1.0mL / 凍結 ^{*1} [採取容器：03番→提出容器：02番]	
検査方法	フローサイトメトリー法(ルミネックス法)	
基準値	陰性	
所要日数	4～7日	
検査実施料	5,000点 ^{*2,3} [D014] 自己抗体検査「45」抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)	
判断料	144点(免疫学的検査判断料)	
検査委託先	株式会社リプロセル	
備考	<ul style="list-style-type: none"> *1：必ず専用検体としてご提出下さい。 *2：抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定できます。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り更に算定できます。なお、この場合においては、診療録および診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的必要性を記載して下さい。 *3：「当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、関係学会による指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること」が条件とされています。 	

抗HLA抗体スクリーニング／同定検査(LC)

検査要項

項目コード	27642
検査項目名	抗HLA抗体スクリーニング検査 (LC、Class I & II)
検体量/保存方法	血清 1.0mL / 凍結 ^{*1} [採取容器：03番→提出容器：02番]
検査方法	フローサイトメトリー法 (ルミネックス法)
基準値	陰性
所要日数	4～7日
検査実施料	1,000点 ^{*2,3} [D014] 自己抗体検査「44」抗HLA抗体 (スクリーニング検査)
判断料	144点 (免疫学的検査判断料)
検査委託先	株式会社リプロセル
備考	<p>*1：必ず専用検体としてご提出下さい。</p> <p>*2：肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定できます。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できます。なお、この場合においては、診療録および診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的必要性を記載して下さい。</p> <p>*3：「当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、関係学会による指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること」が条件とされています。</p>

項目コード	27643	27644
検査項目名	抗HLA抗体シングル同定検査Class I (LC)	抗HLA抗体シングル同定検査Class II (LC)
検体量/保存方法	血清 1.0mL / 凍結 ^{*1} [採取容器：03番→提出容器：02番]	
検査方法	フローサイトメトリー法 (ルミネックス法)	
基準値	陰性	
所要日数	4～7日	
検査実施料	5,000点 ^{*2,3} [D014] 自己抗体検査「45」抗HLA抗体 (抗体特異性同定検査)	
判断料	144点 (免疫学的検査判断料)	
検査委託先	株式会社リプロセル	
備考	<p>*1：必ず専用検体としてご提出下さい。</p> <p>*2：抗HLA抗体 (スクリーニング検査) によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定できます。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り更に算定できます。なお、この場合においては、診療録および診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的必要性を記載すること。</p> <p>*3：「当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、関係学会による指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること」が条件とされています。</p>	

保険算定上の留意事項

本検査の保険点数算定に際し、“当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、関係学会による指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること”が要件のひとつに挙げられております。

当該検査を保険収載で実施する場合の施設基準が一般社団法人日本移植学会から通知されました。
(<http://www.asas.or.jp/jst/news/20180322.html>)

本検査委託先は施設基準を満たしていることを申し添えます。
詳細につきましては、リプロセル社のURLをご参照下さい。
(<http://reprocell.co.jp/hla/20180401-2>)

フローサイトクロスマッチ検査

フローサイトクロスマッチ検査

ドナーリンパ球とレシピエント血清を反応させ、これに抗ヒトIgG抗体を蛍光染色させることで、フローサイトメトリーを用いてドナー特異抗体(抗リンパ球抗体)を陽性反応として検出します。臓器移植において、レシピエントがドナー特異抗体をもっていると、Antibody mediated rejectionにより免疫療法によるコントロールが困難とされています。移植前に、レシピエント中のドナー特異的抗体の有無を解析することで、このようなリスクを回避することにつながると考えられています。(リプロセル社ホームページより改編)

検査要項

項目コード	27625
検査項目名	フローサイトクロスマッチ検査
検体量	レシピエント：全血 2mL / 冷蔵 [容器番号：03番] *1,2 ドナー：EDTA加血液 7mL / 冷蔵 [容器番号：89番] *1,2 もしくは ヘパリン加血液 9mL / 冷蔵 [容器番号：10番] *1,2
検査方法	フローサイトメトリー法
基準値	設定なし
所要日数	4～7日
検査実施料	未収載
検査委託先	株式会社リプロセル
備考	*1：必ず専用検体としてご提出下さい。 *2：受付曜日：月～金曜日(休祝日とその前日は不可)