

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。

検体検査実施料に係るお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は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、令和3年8月25日付け厚生労働省保険局医療課長通知「保医発0825第1号」(令和3年8月25日より適用) および令和3年8月31日付け厚生労働省保険局医療課長通知「保医発0831第2号、第5号」(令和3年9月1日より適用)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2年3月5日付け保医発0305第1号)が改正されましたのでご案内いたします。

敬具

記

「検査実施料」の留意事項改正（令和3年8月25日より適用）

● 適用が拡大された項目

点数区分	検査項目名	実施料	判断区分 判断料	注
D004-2 悪性腫瘍組織検査				
1	マイクロサテライト不安定性検査 (医薬品の適応判定の補助等に用いるもの)	2,500	遺伝子・染色体 100	*1

[注] *1：下記が変更されました。(該当箇所のみ抜粋)

- ①D004-2 (1) 中「リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌若しくは手術後の大腸癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合」を「リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合」に改める。
- ②D004-2 (2) エ「局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌又は手術後の大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査」を「固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査」に改める。

算定留意事項に関する詳細情報は、下記をご参照ください。

http://www.hospital.or.jp/pdf/14_20210825_01.pdf



「検査実施料」の新規収載（令和3年9月1日より適用）

点数区分	検査項目名	実施料	判断区分判断料	注
D005 血液形態・機能検査				
7	血中微生物検査（多項目自動血球分析装置を用いる場合）	40	血液 125	*2

[注]

*2：マラリアが疑われた患者に対して、マラリアの診断を目的として、多項目自動血球分析装置を用いてDNA含有感染赤血球の計数に基づく定性判定を実施した場合は、本区分の「7」血中微生物検査を準用して算定する。ただし、マラリアの診断を目的として、他の血中微生物検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

点数区分	検査項目名	実施料	判断区分判断料	注
D004-2 悪性腫瘍組織検査				
1	濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査	2,500	遺伝子・染色体 100	*3

[注] 下線部が追加変更されました。

*3：(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍又は悪性リンパ腫の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2) から (4) までに掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次の遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、K-ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) 「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、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、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査又は大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「1」の「イ」の「(2)」その他のものを算定できるものとする。
ア～エ（略）

オ 濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査

点数区分	検査項目名	検査方法	実施料	判断区分判断料	注
D014 自己抗体検査					
43	抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体（抗P/Q型VGCC抗体）	RIA法	1,000	免疫 144	*4

[注]

*4：ア ランバート・イートン筋無力症候群の診断を目的として、RIA法により、抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体（抗P/Q型VGCC抗体）を測定した場合は、本区分の「43」抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体の所定点数を準用して算定する。

イ 本検査は、臨床症状によりランバート・イートン筋無力症候群が疑われる患者であって、反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認める患者を対象として実施した場合に限り算定できる。ただし、医学的な必要性から反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその詳細な理由を記載すること。