

検査実施料算定条件追加の お知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび、「保医発1130第5号」により下記の検査項目に
検査実施料の算定条件の追加が通知されましたので、
ご案内いたします。

敬 白

記

■ 適用日 平成 29 年 12 月 1 日から適用

■ 算定条件追加項目

検査項目	検査方法	保険点数
カルプロテクチン（糞便）	蛍光酵素免疫測定法 （FEIA法）	276 点

▼詳細内容

検査項目	保険点数	判断料	診療報酬点数表区分	備考
カルプロテクチン（糞便）	276点	免疫学的検査判断料 ※ 5：144点	D014 自己抗体検査 27 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）	<p>ア. カルプロテクチン（糞便）は、区分番号「D014」自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ. <u>本検査は、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、FEIA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。</u></p> <p>ウ. 本検査は、潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、ELISA法又はFEIA法により測定した場合に、3月に1回を限度して算定できる。ただし、医学的な必要性から、病態把握を目的として、本検査を3月に2回以上行う場合（1月に1回に限る。）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。</p> <p>エ. <u>慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分番号「D313」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。</u></p>