

検査実施料に関するお知らせ

謹啓 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お礼申し上げます。
この度、令和4年4月28日付け厚生労働省保険局医療課長の通知「保医発0428第9号」により、下記の検査項目の一部変更が通知されましたので、下記の通りご案内いたします。
健康と医療の未来に貢献すべく、より良い検査サービスのご提供に努めてまいります。
謹白

記

■ 適用日 令和4年5月1日から適用

■ 保険収載内容 一部変更項目

検査項目	保険点数
カルプロテクチン（糞便）	270点
抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）	258点
インターロイキン-6（IL-6）	170点



▼詳細内容

太字下線部分が変更されました。

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)	270点	尿・糞便等 検査 判断料 (※1: 34点)	「D003」 糞便検査 の「9」	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、 <u>イムノクロマト法</u> 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 <u>ELISA法</u> 、FEIA法又は <u>イムノクロマト法</u> 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。
抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	258点	免疫学的 検査 判断料 (※6: 144点)	「D014」 自己抗体 検査 の「30」	「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 <u>FLA法</u> 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。
インターロイキン-6 (IL-6)	170点	免疫学的 検査 判断料 (※6: 144点)	「D015」 血漿蛋白免疫 学的検査 の「17」	「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 <u>CLEIA法</u> 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。