

新規実施項目のお知らせ

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、新たな検査項目の受託開始について、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

■ 受託開始日 2026年2月3日（火）ご依頼分より

■ 新規項目内容一覧

項目コード (旧項目コード)	検査項目 JLAC10	検体量 (mL)	容器	保存 (安定性)	所要 日数	実施料 判断料	検査方法	基準値 (単位)	備考
00X629 (0X622)	曜日指定 抗アデノ随伴ウイルス 血清型rh74 (AAVrh74) 抗体	血清 1.3	S09 ↓ AOO (X)	冷蔵 (16日)	2~4	1 12850 ※6	ECLIA		 受託可能日は祝前日を除く月～水曜日です。他項目との重複依頼は避けてください。

※6：免疫学的検査判断料

[00X629]抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 (AAVrh74) 抗体の判定基準

COI	IgG (mg/dL)	判定
0.8未満	※	陰性
0.8以上 1.0未満	≤1700	陰性
	>1700	判定不能
1.0以上	※	陽性

※ COIが0.8以上1.0未満の場合のみ、IgGを測定し、ご報告いたします。COIが0.8未満または1.0以上の場合、IgGはご報告いたしません。



- 抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 (AAVrh74) 抗体
デュシェンヌ型筋ジストロフィーに対するデランジストロゲン モキセパルボベク（商品名：エレビジス®）の適応を判定するためのコンパニオン診断薬を用いた検査です。

デュシェンヌ型筋ジストロフィー (DMD : Duchenne muscular dystrophy) は、ジストロフィン遺伝子の病的バリエントによって発症し、徐々に筋肉量が低下し、筋力の低下を引き起こす疾患です。治療法としてデランジストロゲン モキセパルボベク（商品名：エレビジス®）が日本初の遺伝子治療製品として製造販売承認されました。本治療薬は、抗AAVrh74抗体が陰性であることが必要です。本項目は、血清又は血漿中の抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 (AAVrh74) 抗体を検出し、エレビジス®のデュシェンヌ型筋ジストロフィー患者への適応を判定するための補助に有用です。

▼検査要項

検査項目名	曜日指定 抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 (AAVrh74) 抗体
項目コード (旧項目コード)	親 : OOX62 9 (OX62 2) 抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 (AAVrh74) 抗体 子1 : (OX63 0) 判定 子2 : (OX64 7) COI 子3 : (OX65 4) IgG
検体量	血清 1.3 mL
容器	S09→A00 (X) ポリスピッツ
保存方法	冷蔵保存してください
所要日数	2~4日
検査方法	ECLIA
基準値（単位）	
報告範囲（単位）	判定：陰性、陽性、判定不能 COI : 0.1未満、0.1~999999.9 (COI) IgG : 31未満、31~9999999 (mg/dL)
桁数	COI : 有効8桁、整数6桁、小数1桁 IgG : 有効8桁、整数8桁、小数0桁
検査実施料	①12850点 (「D012」感染症免疫学的検査「66」)
判断料	144点 (免疫学的検査判断料)
備考	重 受託可能日は祝前日を除く月～水曜日です。他項目との重複依頼は避けてください。

①デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者に対して、デランジストロゲン モキセパルボベクの適応の判定の補助を目的として、ECLIA法により実施する場合に、関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準を満たす保険医療機関において、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上算定する場合は、その医療上の必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

●参考文献

Goedeker L, et al : Ther Adv Neurol Disord 16 : 1~7, 2023. (検査方法参考文献)
Mendell J, et al : Nat Med 31 (1) : 332~341, 2025. (臨床的意義参考文献)