

新規収載項目のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、「保医発0928第5号」厚生労働省保険局医療課長通知により、下記検査項目につきまして、検査実施料が新設されましたので、ご案内申し上げます。

敬白

記

■検査実施料が新設された検査項目

「保医発0928第5号」

適用日 平成30年10月1日

検査項目名	実施料	判断料	診療報酬点数表区分	備考
抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定	490点	免疫学的検査 144点	「D014」 自己抗体検査の「注1」	ア. 抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定は、区分番号「D014」自己抗体検査の「注1」に規定する本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を「3項目以上行った場合」の所定点数に準じて算定する。 イ. 本検査は、天疱瘡又は水疱性類天疱瘡が疑われる患者であって、間接蛍光抗体法(IF法)により、鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、天疱瘡についての鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。 ウ. 天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で、本検査と区分番号「D014」自己抗体検査「29」の抗デスモグレイン3抗体若しくは抗BP180-NC16a抗体又は「36」の抗デスモグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

* 上記はIF法についての内容です。CLEIA法については変更ありません。

* 現時点では、検査を受託することができません。

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。