

検査実施料新設のお知らせ

(管理番号:19-0031)
2019年4月 C-01

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0329 第6号」により下記の検査項目に検査実施料が新設されましたので、ご案内いたします。

敬白

記


■ 新規保険収載項目

検査項目	保険点数
クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出	450点

▼ 詳細内容

検査項目	クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出
保険点数	450点
判断料	微生物学的検査判断料(150点)
診療報酬点数表区分	D023 微生物核酸同定・定量検査の12
備考	<p>ア クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出は、以下の(イ)～(ハ)をいずれも満たす入院患者に対して実施した場合に限り、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「12」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出の所定点数に準じて算定する。</p> <p>(イ) <i>Clostridium difficile</i> (CD)感染症を疑う場合であって、クロストリジウム・ディフィシル抗原定性検査において、CD抗原陽性かつCDトキシン陰性であること。</p> <p>(ロ) 2歳以上でBristol Stool Scale 5以上の下痢症状があること。</p> <p>(ハ) 24時間以内に3回以上、又は平常時より多い便回数があること。</p> <p>イ 本検査は、関連学会の定める指針に基づき実施した場合に限り算定できる。</p> <p>ウ 本検査を行う場合にあっては、区分番号「D026」の「注3」に規定する検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)のいずれか及び区分番号「A234-2」の「1」感染防止対策加算1の施設基準を届け出ている保険医療機関で実施した場合に限り算定できる。</p> <p>エ 本検査を行う場合、下痢症状並びに本検査を行う前のCD抗原及びCDトキシンの検査結果について診療録に記載すること。</p> <p>オ 本検査と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「15」細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出を併せて測定した場合には、それぞれ算定できる。</p>

■ 適用日

2019(H31)年 4月 1日 から適用
 株式会社 四国中検

<http://www.s-cyuken.co.jp/>

香川TEL(087)877-0111 高知TEL(088)883-5535 愛媛TEL(089)955-7600 徳島TEL(088)665-3125

検査実施料新設のお知らせ(管理番号:19-0031) 1/1