

< 19-11 >

2019年4月

先生各位

診療報酬適用のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、平成31年3月29日付「保医発0329第6号」厚生労働省保険局医療課長通知にて、平成31年4月1日より、下記検査項目の検体検査実施料が新規適用されることになりましたのでご案内申し上げます。

謹白

記

■ 新規保険収載項目

検査項目名	検査方法	実施料	判断料区分
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	リアルタイムPCR法	D023-12 ブドウ球菌メチシリン耐性 遺伝子検出 450点	微生物学的 検査 150点

(1)～(15) (略)

(16) 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

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。

(イ) Clostridium difficile (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。

(ロ) 2歳以上で Bristol Stool Scale 5以上の下痢症状があること。

(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。

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。

ウ 本検査を行う場合にあつては、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。

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。

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

(17)～(25) (略)

以上