

< 18 - 19 >
2018年10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30年9月28日付「保医発0928第5号」厚生労働省保険局医療課長通知にて、平成30年10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
抗デスマグレイン1抗体、 抗デスマグレイン3抗体 及び抗BP180-NC16a抗体同時測定	間接蛍光抗体法 (IF法)	490点

以上

※詳細は裏面をご覧ください。

●新規保険収載項目の詳細内容

検査項目名	実施料	実施料区分	判断料区分
抗デスマグレイン1抗体、 抗デスマグレイン3抗体 及び 抗BP180-NC16a抗体同時測定	490 点	「D014」自己抗体検査の 「注1」に準じる	免疫学的 検査

ア 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン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」の抗デスマグレイン3抗体若しくは抗BP180-NC16a抗体又は「36」の抗デスマグレイン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。

※上記は間接蛍光抗体法（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。