

臨床検査に関するお知らせ

株式会社セントラル医学検査研究所

先生各位

平成 23 年 8 月

A-11-19

検査実施料新設のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

また、平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、「保医発 0719 第 6 号」による特定薬剤治療管理料の適用疾患拡大および「保医発 0729 第 2 号」により下記の検査項目に検査実施料の新設が通知されましたのでご案内いたします。

敬具

記

◆ 検査実施料が新設された検査項目と適用日

・・・平成 23 年 8 月 1 日(月)から適用

検査項目	保険点数
ヒト尿中 L 型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)	210 点

◆ 検査実施料の条件が拡大された検査項目

・・・平成 23 年 8 月 1 日(月)から適用

検査項目	保険点数
アルカリフォスファターゼ・アイソザイム (骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) を同時測定した場合)	48 点+48 点

保医発 0729 第 2 号に添った表記をしております。

◆ 特定薬剤治療管理料の摘要疾患が拡大された項目

・・・平成 23 年 7 月 19 日(火)から適用

検査項目	保険点数
タクロリムス水和物 (潰瘍性大腸炎の追加)	月 1 回 470 点

→次面をご覧ください。

●検査実施料が新設された検査項目

適用日：平成 23 年 8 月 1 日

検査項目名	保険点数	判断料	診療報酬 点数表区分	備考
ヒト尿中 L 型脂肪酸 結合蛋白 (L-FABP)	210 点	尿・糞便等 検査判断料 (34 点)	「D001」 尿中特殊物質定性 定量検査の 14	ア ヒト尿中 L 型脂肪酸結合蛋白は、 「14」の尿中 IV 型コラーゲンに準 じて算定する。 イ 原則として 3 月に 1 回に限り算定 する。ただし、医学的な必要から それ以上算定する場合において は、その詳細な理由を診療報酬明 細書の摘要欄に記載する。

●検査実施料の条件が拡大された検査項目

適用日：平成 23 年 8 月 1 日

検査項目名	保険点数	判断料	診療報酬 点数表区分	備考
アルカリフォスファ ターゼ・アイソザイム 〔アガロース電気泳 動法〕 (骨型アルカリフォ スファターゼ (BAP) を同時測定した場合)	48 点 + 48 点	生化学的 検査 (I) 判断料 (144 点)	「D007」 血液化学検査の 15	「15」のアルカリフォスファター ゼ・アイソザイムは、アガロース電気 泳動法によって、一連の検査によって 同時に、骨型アルカリフォスファター ゼ (BAP) を測定した場合には、「15」の アミラーゼ・アイソザイムをさらに加 算する。ただし、区分番号「D008」内 分泌化学検査の「14」の骨型アルカリ フォスファターゼ (BAP) と併せて実施 した場合には、当該加算は算定できな い。

保医発 0729 第 2 号に添った表記をしております。

●摘要疾患が拡大された項目

適用日：平成 23 年 7 月 19 日

検査項目名	保険点数	診療報酬 点数表区分	備考
タクロリムス水和物	月 1 回 470 点	特定薬剤治療管理料	全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎 又は潰瘍性大腸炎の患者であってタクロリムス水 和物を投与しているもの