

## 診療報酬(検体検査関連)についてのお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別なご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび厚生労働省保険局医療課長発通知(令和3年10月29日付.保医発1029第1号.令和3年11月1日適用)により、下記の検査項目の保険請求が可能となりましたのでご案内申し上げます。

謹白

### ◎新たに保険収載された検査項目

項目名	保険点数	区分
minor BCR-ABL mRNA	2,520点	区分番号「D006-3」 Major BCR-ABL1 (mRNA 定量(国際標準値)) (遺伝子関連・染色体検査)

診断の補助又はモニタリングを目的として、リアルタイムRT-PCR法によりminor BCR-ABL mRNAを測定した場合は、区分番号「D006-3」2,520点を算定する。

●弊社受託開始11月2日(火)より。

新規受託案内BML Information No.2021-44で別途お知らせ

項目名	保険点数	区分
プロステートヘルスインデックス(phi)	281点	区分番号「D009」 腫瘍マーカー (生化学的検査II)

ア 診療及び他の検査(前立腺特異抗原(PSA)等)の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下の(イ)、(ロ)又は(ハ)のいずれかに該当する者に対して、CLEIA法により、前立腺特異抗原(PSA)、遊離型PSA及び[-2]proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス(phi)を算出した場合に限り、区分番号「D009」281点を算定する。

(イ) 前立腺特異抗原(PSA)値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

(ロ) 50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原(PSA)値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

(ハ) 65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原(PSA)値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

イ アに該当する患者に対して、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に、原則として1回を限度として算定する。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。

裏面に続きます



株式会社 **ビー・エム・エル**

本社：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-3

総合研究所：〒350-1101 埼玉県川越市的場1361-1

☎ 03(6629)7386 FAX 049(232)3132

検査項目検索用  
アプリ B-Book



Google play



Available on the  
App Store



電子カルテはビー・エム・エル



- ウ 「D009」腫瘍マーカーの「8」前立腺特異抗原(PSA)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- エ 「D009」腫瘍マーカーの「15」遊離型PSA比(PSA F/T 比)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- オ 本検査を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日及び測定結果を記載すること。また、本検査を2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載すること。

- 弊社受託開始11月4日(木)より。  
新規受託案内BML Information No.2021-45で別途お知らせ

## ◎測定対象菌種が追加された検査項目

項目名	保険点数	区分
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2を含む。)	1,800点 (検査委託) 1,350点 (検査委託以外)	区分番号「D023」 微生物核酸同定・定量検査 (微生物学的検査)

COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、マイクロアレイ法(定性)により、鼻咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌、パラ百日咳菌及びSARS-CoV-2の核酸検出(以下「ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。)」という。)を同時に行った場合、～(略)

COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和3年2月25日健感発0225第1号)の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記の点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

～(略)

※測定対象に下線の菌種が追加されました。

- 弊社受託未定