№2019-20　Date 2019･05

新規保険収載項目のお知らせ

拝啓　時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のお引立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、厚生労働省保険局医療課長発通知（平成31年3月29日付. 保医発0329第6号. **平成31年4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。

敬具

（ 記 ）

【適用日】： 平成31年4月1日

◎ 新たに保険収載された検査項目

検 査 項 目 名	実 施 料
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
算 定 区 分	
区分番号「D023」 微生物核酸同定・定量検査 【微生物学的検査　150点】	

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。
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。
エ　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。

※弊社受託未定