

令和4年度版「医科診療報酬点数表(早見表付)」の追補について(第3報)

以下の告示・通知等により、本書の内容に補正が生じたのでお知らせします。

- ・令和4年4月28日 保医発0428第8号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等について
- ・令和4年4月28日 保医発0428第9号 検査料の点数の取扱いについて

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
466	右	上から28行目	<p><b>D003 糞便検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア 「9」のカルプロテクチン(糞便)を慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する場合は、ELISA法、<u>FEIA法</u>、<u>イムノクロマト法</u>又は<u>LA法</u>により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施する。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	<p><b>D003 糞便検査</b></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) カルプロテクチン(糞便)</p> <p>ア 「9」のカルプロテクチン(糞便)を慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する場合は、ELISA法、<u>FEIA法</u>又は<u>LA法</u>により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施する。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	字句挿入
466	右	下から6行目	<p>イ 本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはELISA法、FEIA法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はLA法により、クローン病については<u>ELISA法</u>、<u>FEIA法</u>又は<u>イムノクロマト法</u>により測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>ウ (略)</p>	<p>イ 本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはELISA法、FEIA法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はLA法により、クローン病については<u>FEIA法</u>により測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>ウ (略)</p>	字句挿入
525	右	下から2行目	<p><b>D014 自己抗体検査</b></p> <p>(1)～(12) (略)</p> <p>(13) 「30」の抗好中球細胞質ミクロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法、<u>ラテックス免疫比濁法</u>又は<u>FIA法</u>により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。</p> <p>(14)～(30) (略)</p>	<p><b>D014 自己抗体検査</b></p> <p>(1)～(12) (略)</p> <p>(13) 「30」の抗好中球細胞質ミクロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法又は<u>ラテックス免疫比濁法</u>により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。</p> <p>(14)～(30) (略)</p>	字句挿入

529	右	上から25行目	<p><b>D015 血漿蛋白免疫学的検査</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 「17」のインターロイキン-6(IL-6)は、全身性炎症反応症候群の患者(疑われる患者を含む。)の重症度判定の補助を目的として、血清又は血漿を検体とし、ECLIA法、CLIA法又はCLEIA法により測定した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。なお、本検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載する。また、医学的な必要性から一連の治療につき3回以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>(6)～(15) (略)</p>	<p><b>D015 血漿蛋白免疫学的検査</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 「17」のインターロイキン-6(IL-6)は、全身性炎症反応症候群の患者(疑われる患者を含む。)の重症度判定の補助を目的として、血清又は血漿を検体とし、ECLIA法又はCLIA法により測定した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。なお、本検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載する。また、医学的な必要性から一連の治療につき3回以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>(6)～(15) (略)</p>	字句挿入
調24	右	下から16行目	<p><b>01 薬剤調製料</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 注射薬</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>レムデシビル製剤及びガルカネズマブ製剤</u>に限る。</p> <p>ウ～オ (略)</p>	<p><b>01 薬剤調製料</b></p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 注射薬</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>及びレムデシビル製剤</u>に限る。</p> <p>ウ～オ (略)</p>	字句挿入
調87	右	上から23行目	<p><b>30 特定保険医療材料</b></p> <p><b>別表2</b></p> <p><u>サトラリズマブ製剤及びガルカネズマブ製剤</u>の自己注射のために用いるディスプレイ注射器(針を含む。)</p>	<p><b>30 特定保険医療材料</b></p> <p><b>別表2</b></p> <p><u>及びサトラリズマブ製剤</u>の自己注射のために用いるディスプレイ注射器(針を含む。)</p>	字句挿入
調88	右	下から1行目	<p><b>別表3</b></p> <p>サトラリズマブ製剤</p> <p><u>ガルカネズマブ製剤</u></p>	<p><b>別表3</b></p> <p>サトラリズマブ製剤</p> <p><b>(新設)</b></p>	字句挿入