

## 診療報酬適用のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび厚生労働省より平成 23 年 4 月 28 日保医発第 4 号の診療報酬収載の通知がございましたのでご案内申し上げます。

今後とも宜しくお願い申し上げます。

敬 具

2011 年 5 月

●検査実施料が新設された検査項目（平成 23 年 5 月 1 日より適用）

検査項目名	実施料	区分/判断料	備考
HBV ジェノタイプ判定	340 点	「D013」 肝炎ウイルス検査の 11 /免疫学的検査	ア. HBV ジェノタイプ判定は、「11」の HCV 特異抗体価に準じて算定する。 イ. EIA 法により、B 型肝炎の診断が確定した患者に対して、B 型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定できる。  ＜実施準備中＞
HPV ジェノタイプ判定	2000 点	「D004-2」 悪性腫瘍組織検査 の 1 /微生物学的検査	ア. HPV ジェノタイプ判定は、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査「1」の悪性腫瘍遺伝子検査に準じて算定する。 イ. あらかじめ行われた組織診断の結果、CIN1 又は CIN2 と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型 HPV のそれぞれの有無を確認した場合に算定する。 ウ. 当該検査は、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「6」の HPV 核酸同定検査の施設基準を届け出ている保険医療機関において算定できる。 エ. 当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 オ. 同一の患者について、当該検査を 2 回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日、及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）を上記に併せて記載する。  ＜実施検討予定＞

※裏面に続きます。

お問い合わせは最寄りの営業所 または、  
本社・研究所にお願いいたします。

**SMS** 株式会社 **昭和メディカルサイエンス**  
本社・研究所：東京都町田市鶴間 5 4 1 番地 2  
TEL 042 (795) 6000

●検査実施料の条件が拡大された検査項目（平成 23 年 5 月 1 日より適用）

検査項目名	実施料	区分/判断料	備考
角膜単純ヘルペスウイルス抗原(定性) 免疫クロマト法	210 点	「D012」 感染症免疫学的検査 の23 /免疫学的検査	ア. 角膜単純ヘルペスウイルス抗原(定性)は、「23」のアテウイルス抗原に準じて算定する。 イ. 角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、免疫クロマト法により行った場合に算定する。  ＜未実施＞

検査項目名	実施料	区分	備考
HER2 遺伝子標本作製 DISH(Dual Color in situ Hybridization)法	2500 点	「N005」 HER2 遺伝子標本作製	HER2 遺伝子標本作製を DISH 法により行った場合 FISH 法に準じて算定する。  ＜実施検討予定＞