

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
この度、下記検査項目におきまして、検査内容の変更をご案内いたします。
健康と医療の未来に貢献すべく、より良い検査サービスのご提供に努めてまいります。
謹白

記

■ 変更日 2024年8月8日（木）ご依頼分より

■ 対象項目

検査項目一覧 掲載頁	項目 コード	検査項目	備考
未掲載	3453	アスペルギルス抗体IgG	保険収載に伴う変更

■ 変更内容

変更内容	新	現	
検査実施料	①② 390点 〔D012〕感染症免疫学的検査 〔42〕(1→3)-β-Dグルカン195点×2回分)	未収載	
判断料	144点(免疫学的検査判断料)	未収載	
参考文献	検査方法	Guitard J, et al : J Clin Microbiol 50 (3) : 762~765, 2012.	なし
	臨床意義	変更はありません	Dumollard C, et al : J Clin Microbiol 54 (5) : 1236~1242, 2016.

※検査要項、①②保険算定に関する留意事項については、裏面をご確認ください。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1511

● アスペルギルス抗体IgG

アスペルギルス症は、侵襲性肺アスペルギルス症（IPA）、慢性肺アスペルギルス症（CPA）、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）の病型に大別されます。

感染症としてのIPAとCPAでは下気道検体からの培養検査が確定診断となります。血清診断では、 β -Dグルカンがスクリーニング検査として有用ですが特異的でないとされています。ガラクトマンナン（GM）抗原はIPAの診断には有用ですが、CPAにおいては感度が低いことから、CPAの診断補助には抗体検査が有用とされています。ABPAでは、臨床診断基準の1つに特異的IgGの検出が含まれています。

本検査は、CPAおよびABPAの診断の補助および経過観察のための補助に有用です。

▼疾患との関連

慢性肺アスペルギルス症（CPA）
アレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）

▼関連する主な検査項目

アスペルギルス抗原
 β -D-グルカン

▼検査要項

検査項目名	アスペルギルス抗体IgG
項目コード	親：3453 アスペルギルス抗体IgG 子1：3454 アスペルギルス抗体IgG 子2：3455 判定
検体量	血清 0.3 mL
容器	① 真空採血管
保存方法	冷蔵保存してください
所要日数	3～5日
検査方法	ELISA
基準値	5.0未満（AU/mL） 陰性 判定基準：下記参照
報告範囲（単位）	子1：1.4未満、1.4～79、80以上（AU/mL） 子2：陰性、判定保留、陽性
桁数	子1：有効2桁、整数2桁、小数1桁
検査実施料	①② 390点 （「D012」感染症免疫学的検査「42」（1→3）- β -Dグルカン195点×2回分）
判断料	144点（免疫学的検査判断料）
備考	

① 「(1→3)- β -D-グルカン」を「カンジダ抗原定性」、「カンジダ抗原半定量」、「カンジダ抗原定量」、「アスペルギルス抗原」、「D-アラビニトール」、「クリプトコックス抗原半定量」又は「クリプトコックス抗原定性」、「アスペルギルスIgG抗体」（ただし、慢性進行性肺アスペルギルス症と侵襲性肺アスペルギルス症の併存が疑われる患者に対して本検査を実施した場合を除く。）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

② 「アスペルギルスIgG抗体」は、ELISA法により、慢性進行性肺アスペルギルス症又はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われる患者に対して測定した場合に算定する。なお、本検査は、関連学会の定める指針に従って実施すること。

●アスペルギルス抗体IgG（判定基準）

AU/mL	判定
5.0未満	陰性
5.0～9.9	判定保留
10以上	陽性

●参考文献

Guitard J, et al : J Clin Microbiol 50 (3) : 762～765, 2012. (検査方法参考文献)

Dumollard C, et al : J Clin Microbiol 54 (5) : 1236～1242, 2016. (臨床的意義参考文献)