

第3部 検査

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められている（通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断p125～128参照）ほか、算定可能な組み合わせが限定されている（検査の同時算定一覧p129～131参照）ことに留意する。

検査の費用は下記で算定

$$\begin{array}{c} \text{第1節 検体検査料} \quad \text{又は} \quad \text{第3節 生体検査料の各区分の所定点数} \\ + \\ \text{第4節 診断穿刺・検体採取料} \\ + \\ \text{第5節 薬剤料} \\ + \\ \text{第6節 特定保険医療材料料} \end{array}$$

○ 検査のために使用した薬剤に係わる処方料、調剤料、処方せん料、調剤基本料および注射料の算定は出来ない。薬剤料のみ検査の項目で算定する。

※ 膀胱ファイバースコピー時の抗菌剤の処方料、処方箋料、注射料は算定できない。薬剤料のみ算定できる。

○ 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

※ 両側の腎盂尿を採取して検査しても、検査料は1回のみ算定

○ 患者の診療を担う保険医の指示に基づき当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が検査のため検体採取等を実施した場合には当該保険医療機関で検体検査実施料が算定できることとなった。この場合検体採取料は算定できないが、検体検査判断料の算定は可能である。検査の項目で算定し、検体採取が実施された日を摘要欄に記載する。

※ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

各種検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。

結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的とみなされ、保険請求は認められない。

※ 算定要件が定められている検査（別表参照）

尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象

※ 必要性が乏しいと思われる検査

DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等

※ 「検査で」「念のため」「ついでに」「患者の希望で」これらについては、保険診療の範囲外となりますのでご注意ください。

検体検査

【外来迅速検体検査加算】

入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

★ 当日行われた検体検査について、下記にあげられている検査についてはすべてを当日中に結果を説明した上で文書により報告した場合に算定

★ 厚生労働大臣が定める検体検査実施料に規定する検体検査

1. D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
2. D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）
3. D003に掲げる糞便検査のうち次のもの：糞便中ヘモグロビン
4. D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの：赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1C（HbA1C）
5. D006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの：プロトロンビン時間（PT）、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量、Dダイマー
6. D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの：総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ グルタミルトランスフェラーゼ（ γ GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、クレアチンキナーゼ（CK）、HDLコレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDLコレステロール、グリコアルブミン
7. D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの：甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊離サイロキシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）
8. D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの：癌胎児性抗原（CEA）、 α -フェトプロテイン（AFP）、前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9
9. D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの：C反応性蛋白（CRP）
10. D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次の：その他のもの

【腫瘍マーカー検査の留意点】

- ※ 腫瘍マーカーは、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、悪性腫瘍の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍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。
- ※ 腫瘍マーカーは、転帰の決定までに1回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

【前立腺癌の疑いでPSA検査を算定する場合の留意点】

- ※ 1 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。「未確」と記載し、前回までの検査日と値を記載する。
- ※ 2 PSA 3回目の結果を患者さんに説明した日付でカルテとレセプトに転帰を記載すること。転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了

第2章 特掲診療料 第3部 検査③

すれば、次回のPSA検査は初回となります。この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

- ※3 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次回の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていました。しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしていくことが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。
- ※4 初診時のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、コメントがあれば可
- ※5 前立腺癌の疑いでPSAとフリーPSA／トータルPSA比精密測定の2項目は算定可
- ※6 初診月のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、傾向検査であれば不可
- ※7 前立腺癌の疑いで前立腺腫瘍マーカーは40歳以上で算定可

悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ※1 前立腺癌の確定後フォローアップでは、腫瘍マーカーは2種類まで（転移を含む）
- ※2 前立腺癌の確定後フォローアップでは遊離型PSA比（PSA F/T比）、S2, 3 PSA%およびPHIを測定しても算定は不可。
- ※3 精巣悪性腫瘍（術後も）の場合、HCG- β （血）は算定可、HCG- β （尿）は算定不可

その他

- ※8 精巣悪性腫瘍（術後も）で抗癌剤治療中は、HCG- β （血）は週1回算定可、HCG- β （尿）は算定不可

	確定	疑い
腎癌 腎臓癌術後	フェリチン（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	
膀胱癌	尿BTA	NMP22（尿）
膀胱癌術後	NMP22（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） サイトケラチン8・18（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	サイトケラチン8・18（尿）
前立腺癌	PSA γ -SM 尿中デオキシビリジニリン 以下、骨転移・骨転移の疑い病名があれば算定可 I型コラーゲンCテロペプチド I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx） 酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ（TRACP-5b） PSA F/T比算定不可	PSA PSA F/T比 γ -SM S2, 3 PSA % PHI
精巣癌 精巣癌術後	AFP HCG- β （血）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） HCG- β （尿）算定不可	AFP HCG- β （血） HCG- β （尿）算定不可
尿路上皮癌 尿路上皮癌術後	以下、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可 NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）	NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）

※ 尿NMP22又は尿中サイトケラチン8・18のいずれか一方のみ算定可

【D006-15】 膀胱がん関連遺伝子検査 1597点

膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者に対して、FISH法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

本検査を実施した場合には、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

D009-31 S2, 3 PSA %

前立腺癌であることが強く疑われる者であって、前立腺特異抗原(PSA)の結果が4.0ng/mL以上10.0 ng/mL以下である者に対して、LBA法（定量）により、S2, 3 PSA %を測定した場合に限り算定できる。

本検査は、前立腺癌の診断に当たって実施した場合に、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。

S2, 3 PSA %と、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）又はプロステートヘルスインデックス（phi）を併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

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、本検査の2回以上の実施が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

D009-32 プロステートヘルスインデックス（phi）

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）から（ハ）まで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

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。

前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/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。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不可である。

微生物学的検査**【D018 細菌培養同定検査】**

症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を2か所以上から採取した場合に限り、「3」の血液又は穿刺液を2回算定

できる。

【排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査】

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査と尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）が同一検体では主たるもののみとされているが、尿道分泌物や前立腺分泌液などの別検体で当該検査を実施する場合は、細菌顕微鏡検査に使用した検体の種類をレセプト摘要欄に記載することが必要である。

症状等から同一起炎菌によると判断される場合であって、当該起炎菌を検索する目的でことなる複数の部位または同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位一箇所のみの所定点数を算定する。

【D019 細菌薬剤感受性検査】

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

※1 細菌薬剤感受性検査は、培養陽性が判明して2次的に施行されるが、その検査料は細菌培養同定検査と同時算定されている場合が多い。

外来患者で実日数1日の場合翌月レセプトに実日数0日で細菌薬剤感受性検査のみを請求する。（翌月レセプトでの判断料請求不可）又は当月レセプトに「菌種名」を記入し「患者来院せず」と記載する。

D023-12 膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出は、以下のいずれかに該当する場に算定する。

ア 膣トリコモナス感染症を疑う患者であって、鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して、治療法の選択を目的として行った場合。

イ 膣トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して、治療効果判定を目的として実施した場合。

※尿道炎で初診よりクラミジア、淋菌検査と同時に施行するのは過剰であるとして査定される可能性あり。

【PSA検査の保険外併用療養費としての算定について】

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項の改定（保医発0624第3号平成28年6月24日）

患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、「前立腺特異抗原（PSA）」について、その費用を患者から徴収することができることとなります。患者から費用を徴収できるのは患者の不安を軽減する必要がある場合にかぎるとされ、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載する必要があります。また保険医療機関は、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておく必要があります、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける必要あり。当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付する必要があります。

特別の料金は医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とし、特別の料金等の

内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生（支）局長にその都度報告する。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告することとされている。

生体検査

生体検査料

D206からD214-2までに掲げる呼吸循環機能検査、D215およびD216超音波検査等、D295からD323まで及びD325内視鏡検査については、同一検査を同一月2回以上行った場合は、2回目以降は100分の90で算定する。入院・外来でも同じ月に行われたものは、2回目以降は100分の90で算定する。

残尿測定（D216-2）は2回目でも減算の必要はない。

【D215 超音波検査】

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 Aモード法 | 150点 |
| 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） | |
| イ 訪問診療時に行った場合 | 400点 |
| 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。 | |
| ロ その他の場合 | |
| （1）胸腹部 | 530点 |
| （2）下肢血管 | 450点 |
| （3）その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） | 350点 |
| 3 心臓超音波検査 | |
| イ 経胸壁心エコー法 | 880点 |
| 他 | |

★ 前回の改定で2 断層撮影法 イ 訪問診療時に行った場合が新設された。往診時におこなった場合は ロ その他の場合で算定する。

★ 2の口の「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載することとされた。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 消化器領域

イ 腎・泌尿器領域

ウ 女性生殖器領域

エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ その他

★ 超音波画像をカルテに添付することとされた。

★ 同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。D215超音波検査の「2」断層法と「3」心臓超音波検査を同一月に行った場合は、いずれも100分の100で算定となる。

【D216-2 残尿測定検査】

残尿測定検査については、月2回を上限とし算定。算定可能な疾患は前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱の3疾患であり、前記3疾患の疑いにより検査したときも算定可能である。

（月に2回施行しても100分の90にはならない）

【D317 膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2 膀胱尿道鏡検査】

平成28年改訂において膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査に狭帯域光強調加算（200点）の加算が新設された。しかし狭帯域光強調加算は上皮内癌（CIS）と診断された患者に対して、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定するとされ、単なる「膀胱癌」病名や「上皮内癌の疑い」病名での算定は不能である。算定には「上皮内癌」の病名が必要である。

【他院撮影内視鏡写真診断】

当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、初診料（注5に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、70点を算定できる。

（平成30年の改定で新設）