

日医発第349号（保険）  
令和4年5月12日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長  
中川俊男  
(公印省略)

### 検査料の点数の取扱いについて

新たな臨床検査4件（E2（既存項目・変更あり））が保険適用され、それに伴い、今般、厚生労働省保険局医療課長から添付資料1のとおり取り扱う通知が示され、令和4年5月1日から適用となりました。

本通知の内容について、本会において添付資料2のとおり整理いたしましたので、貴会会員に周知くださるようお願い申し上げます。

本件につきましては、日本医師会雑誌7月号に掲載を予定しております。また、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「新たに保険適用が認められた検査・医療機器等」に掲載いたします。

(添付資料)

1. 検査料の点数の取扱いについて  
(令4.4.28 保医発0428第9号 厚生労働省保険局医療課長)
2. 新たに保険適用が認められた検査（日本医師会医療保険課）

保医発0428第9号  
令和4年4月28日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

】 殿

厚生労働省保険局医療課長  
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（ 公 印 省 略 ）

#### 検査料の点数の取扱いについて

標記について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日付け保医発0304第1号）を下記のとおり改正し、令和4年5月1日から適用するので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いいたします。

#### 記

- 1 別添1第2章第3部第1節第1款D003(4)ア中「ELISA法、FEIA法又はLA法」を「ELISA法、FEIA法、免疫クロマト法又はLA法」に改める。
- 2 別添1第2章第3部第1節第1款D003(4)イ中「クローン病についてはFEIA法により測定した場合に、」を「クローン病についてはELISA法、FEIA法又は免疫クロマト法により測定した場合に、」に改める。
- 3 別添1第2章第3部第1節第1款D014(13)中「ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法」を「ELISA法、CLEIA法、ラテックス免疫比濁法又はFEIA法」に改める。
- 4 別添1第2章第3部第1節第1款D015(5)中「ECLIA法又はCLIA法」を「ECLIA法、CLIA法又はCLEIA法」に改める。

## ◎「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日付け保医発0304第1号)

改正後	現 行
<p>別添1</p> <p>医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部・第2部 (略)</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D000～D002 (略)</p> <p>D003 糞便検査</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、<u>ELISA法、FEIA法、イムノクロマト法又は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こと。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こと。</p> <p>イ 本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把</p>	<p>別添1</p> <p>医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部・第2部 (略)</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D000～D002 (略)</p> <p>D003 糞便検査</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、<u>ELISA法、FEIA法又は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こと。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こと。</p> <p>イ 本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把</p>

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、免疫クロマト法又はLA法により、クローン病についてはELISA法、FEIA法又は免疫クロマト法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こと。

ウ (略)

D004～D013 (略)

D014 自己抗体検査

(1)～(12) (略)

(13) 「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法、ラテックス免疫比濁法又はFIA法により、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。

(14)～(30) (略)

D015 血漿蛋白免疫学的検査

(1)～(4) (略)

(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こと。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おいては、その詳細な理由を診療報酬明細書の

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、免疫クロマト法又はLA法により、クローン病についてはFEIA法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こと。

ウ (略)

D004～D013 (略)

D014 自己抗体検査

(1)～(12) (略)

(13) 「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法により、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。

(14)～(30) (略)

D015 血漿蛋白免疫学的検査

(1)～(4) (略)

(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こと。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おいては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載す

摘要欄に記載すること。  
(6)～(15) (略)

ること。  
(6)～(15) (略)

# 新たに保険適用が認められた検査

令和4年4月28日 保医発0428第9号（令和4年5月1日適用）

## No.1

測定項目	カルプロテクチン（糞便）
販売名	カルプロテクチン POCT モチダ
区分	E2（既存項目・変更あり）
測定方法	イムノクロマト法
主な測定目的	炎症性腸疾患の診断補助及び病態把握の補助
点数	D003「9」カルプロテクチン（糞便） 270点
関連する 留意事項の 改正	<p>※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日付け保医発0304第1号）の別添1（医科診療報酬点数表に関する事項）の第2章（特掲診療料）を次のように改める。（変更箇所下線部）</p> <p>第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 D003 糞便検査 (1)～(3) (略) (4) カルプロテクチン（糞便） 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、FEIA法、<u>イムノクロマト法</u>又はLA法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こと。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こと。</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ELISA法、FEIA法<u>又はイムノクロマト法</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こと。</p> <p>ウ (略)</p>

## No.2

測定項目	カルプロテクチン（糞便）
販売名	カルプロテクチン モチダ
区分	E2（既存項目・変更あり）
測定方法	酵素免疫測定（ELISA）法
主な測定目的	炎症性腸疾患の診断補助及び病態把握の補助
点数	D003「9」カルプロテクチン（糞便） 270点
関連する 留意事項の 改正	<p>※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日付け保医発0304第1号）の別添1（医科診療報酬点数表に関する事項）の第2章（特掲診療料）を次のように改める。（変更箇所下線部）</p>

	<p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D003 糞便検査</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、FEIA法、<u>免疫クロマト法</u>又はLA法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こと。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こと。</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、免疫クロマト法又はLA法により、クローン病については<u>ELISA法</u>、FEIA法又は免疫クロマト法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こと。</p> <p>ウ (略)</p>
--	--

No.3

<b>測定項目</b>	<b>抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)、プロテイナーゼ3-抗好中球細胞質自己抗体(PR3-ANCA)、抗GBM抗体 (抗糸球体基底膜抗体)</b>
<b>販売名</b>	BioPlex Vasculitis キット
<b>区分</b>	E2 (既存項目・変更あり)
<b>測定方法</b>	蛍光免疫測定 (FIA) 法
<b>主な測定目的</b>	血清中のミエロペルオキシダーゼ抗好中球細胞質自己抗体(MPO-ANCA)、プロテイナーゼ3-抗好中球細胞質自己抗体(PR3-ANCA) 及び抗GBM抗体 (抗糸球体基底膜抗体) の検出
<b>点数</b>	D014 「30」 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 258点 D014 「31」 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3自己抗体(PR3-ANCA) 259点 D014 「32」 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体) 262点
<b>関連する留意事項の改正</b>	<p>※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 (令和4年3月4日付け保医発0304第1号) の別添1 (医科診療報酬点数表に関する事項) の第2章 (特掲診療料) を次のように改める。(変更箇所下線部)</p> <hr/> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D014 自己抗体検査</p> <p>(1)～(12) (略)</p> <p>(13) 「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) は、ELISA法、CLEIA法、ラテックス免疫比濁法 <u>又はFEIA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>

No.4

<b>測定項目</b>	<b>インターロイキン-6 (IL-6)</b>
<b>販売名</b>	ルミパルスプレストIL-6

区 分	E2（既存項目・変更あり）
測定方法	化学発光酵素免疫測定（CLEIA）法
主な測定目的	血清又は血漿中のインターロイキン-6（IL-6）の測定（救急搬送された患者、集中治療を要する患者又は集中治療管理下の患者の重症度判定の補助）
点 数	D015「17」インターロイキン-6（IL-6） 170点
関連する 留意事項の 改正	<p>※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日付け保医発0304第1号）の別添1（医科診療報酬点数表に関する事項）の第2章（特掲診療料）を次のように改める。（変更箇所下線部）</p> <p>-----</p> <p>第3部 検査  第1節 検体検査料  第1款 検体検査実施料  D015 自己抗体検査  (1)～(4) (略)  (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こと。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おいては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。  (6)～(15) (略)</p>

（日本医師会医療保険課）