

8.2 放射免疫測定法に係る令和2年度診療報酬点数と指導・監督や施設基準適時調査

検体検査を実施する医療機関において診療報酬に係る指導・監督や施設基準適時調査がある。この項では、放射免疫測定に係る令和2年度診療報酬点数やその評価の視点について概説する。

8.2.1 放射免疫測定法に係る令和2年度診療報酬点数

- ・ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）（令和2年厚生労働省告示第57号）
- ・ 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（通知）（令和2年3月5日 保医発0305第1号）

令和2年診療報酬点数表 医科 第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ 略

ロ その他のもの

- (1) 1項目の場合 360点
- (2) 2項目以上の場合 400点

注

1 略

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合であっても、ロの所定点数のみにより算定する。

5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

通知

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

(1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

(2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

(3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

(4) 「注3」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「D009」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

(5) 区分番号「D009」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、1項目とみなして、本管理料を算定する。

(6) 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

(例) 肝臓の診断が確定している患者でα-フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「D008」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」

+区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料

+区分番号「D026」の「5」生化学的検査(Ⅱ)判断料

(7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについて

は、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

第3部 検査

通則

- 1 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節又は第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊なものの費用は、第1節又は第3節に掲げられている検査のうち最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 5 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。
- 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

通知

<通則>

- 1 検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキングラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。
- 2 検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第2章第5部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに同第6部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。
- 4 第1節及び第3節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである（略）。
- 5 第1節及び第3節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単なものの費用は算定できないが、特殊なものの費用については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。
- 6 点数表において2つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合のみ算定する。
- 7 検査に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第5節薬剤料の規定に基づき算定できる。
- 8 同一検体について、定性検査、半定量検査及び定量検査のうち2項目以上を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。
- 9 「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は所定点数を1回のみ算定する。
- 10 定性、半定量又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合のみ当該検査の所定点数を算定する。
- 11 測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。
- 12 同時又は一連として行った2以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。
- 13 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

14 同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。

15 算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである（略）。

17 「定性」とは分析物の有無を判定するもの、「半定量」とは段階希釈などを用いて得られる最高希釈倍率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの、「定量」とは分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するものをいう。

18 初診、再診又は在宅医療において、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訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお、この場合にあっては、当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第1節 検体検査料

通則

検体検査の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 検体検査実施料

通則

1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき200点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。

2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

3 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。

通知

時間外緊急院内検査加算

(1) 時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

(2) 検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「A000」初診料の注7に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

(3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、1日につき1回のみ算定する。

(4) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

(5) 時間外緊急院内検査加算を算定する場合においては、区分番号「A000」初診料の注9並びに区分番号「A001」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

(6) 緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるできないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

(1) 外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、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、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。

(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「D006」略

区分番号「D007」血液化学検査の注の場合

区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合

例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）と「8」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。

(3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、1日につき5項目を限度に算定する。

(4) 区分番号「A002」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて5項目を限度とする。

(5) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

(尿・糞便等検査)

D000、D001、D002、D002-2、D003、D004、D004-2 略

(血液学的検査)

D005、D006、D006-2、D006-3、D006-4、D006-5、D006-6、D006-7、D006-8、D006-9、D006-10、D006-11、D006-12、D006-13、D006-14、D006-15、D006-16、D006-17、D006-18、D006-19、D006-20、D006-21 略

(生化学的検査(I))

D007 血液化学検査

1~20 略

21 略- グリココール酸 80点

22~35 略

36 略- ミオグロビン定量 -略 139点

37 プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P) -略 140点

38 略

39 IV型コラーゲン・7S 148点

40~44 略

45 トリプシン 189点

46 略

47 ホスホオリパーゼA₂ (PLA₂) 204点

48~58 略

59 1, 25-ジヒドロキシビタミンD₃ 388点

60 略

注 略

注 入院中の患者について算定した場合は、入院時初回加算として、初回に限り20点を所定点数に加算する。

通知

(1)~(39) 略

(40) Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体

ア 略

イ 本検査と「37」のプロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、略、「39」のIV型コラーゲン・7S又は略を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(48) 「59」の1, 25-ジヒドロキシビタミンD₃は、ラジオレセプターアッセイ法、RIA法又はELISA法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンD依存症I型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD₃剤による治療中に測定した場合のみ算定できる。ただし、活性型ビタミンD₃剤による治療開始後1月以内においては2回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。

(生化学的検査(II))

D008 内分泌学的検査

1~6 略

7 レニン活性 100点

- 8 略
9 略- ガストリン 104 点
 10 略
11 レニン定量 108 点
 12 略
13 略- C-ペプチド (CPR) -略 111 点
14 アルドステロン -略 125 点
15 略- コルチゾール 127 点
16 サイロキシン結合グロブリン (TBG) 130 点
 17~18 略
19 略- ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 136 点
 20~22 略
23 グルカゴン 150 点
 24~27 略
28 遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) 163 点

- 29~30 略
31 略- 副甲状腺ホルモン (PTH) -略 170 点
 32 略
33 サイクリックAMP (cAMP) 175 点
 34~36 略
37 副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) -略 194 点
 38~41 略
42 ソマトメジンC 218 点
 43~46 略
47 抗利尿ホルモン (ADH) 235 点
 48~50 略

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
 ロ 6項目又は7項目 623点
 ハ 8項目以上 900点

通知

(1) 各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。

(2) 略

(3) 「7」のレニン活性と「11」のレニン定量を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。

(4) 「13」のC-ペプチド (CPR) を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。

(5)~(8) 略

(9) ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)

ア 「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) は、HCG産生腫瘍患者に対して測定した場合のみ算定できる。

イ 「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)、「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性、「21」のヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量又は同半定量を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。

(10)~(19) 略

(20) -略-又は「37」の副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合に限り算定する。

(21)~(27) 略

D009 腫瘍マーカー

1~10 略

11 略- SPan-1、シアリルTn抗原 (STN) -略 146 点

12 略

13 シアリルLe^x-i抗原 (SLX) 148 点

14～19 略

20 I型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) 170点

21～29 略

注

1 診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。

2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 230点

ロ 3項目 290点

ハ 4項目以上 408点

通知

(1) 腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが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1回を限度として算定する。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア～エ 略

(2)～(13) 略

(14) 「20」のI型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP)、区分番号「D008」内分泌学的検査の「25」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX) 又は同区分「36」のデオキシピリジノリン (DPD)

(尿) は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(15)～(23) 略

(特殊分析)

D010 略

(免疫学的検査)

D011、D012、D013 略

D014 自己抗体検査

1～5 略

6 略- 抗インスリン抗体 110点

7～15 略

16 抗DNA抗体定量 -略 168点

17～25 略

26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 226点

27～40 略

41 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体) 822点

42 略

43 略- 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点

44～45 略

注 略

D015、D016 略

通知

(1)～(9) 略

(10) 「26」の抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 及び「36」の甲状腺刺激抗体 (TSAb) を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

(11)～(22) 略

(23) 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)

ア 「41」の抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

イ 本検査と「43」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
(24)～(25) 略

(26) 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体

ア 「43」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、RIA法により重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察を目的として測定した場合に算定できる。

イ 本検査と「41」抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(微生物学的検査)

D017、D018、D019、D019-2、D020、D021、D022、D023、D023-2、D024 略

(基本的検体検査実施料)

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

1 入院の日から起算して4週間以内の期間 140点

2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 110点

注

1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。

2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ワ 略

カ 血漿蛋白免疫学的検査C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）、以下略

コ 略

3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

通知

(1) 基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

(3) 入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

(4) 外泊期間中は、入院日数に含まれない。

(5) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

(6) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は算定できない。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

1 尿・糞便等検査判断料 34点

2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点

3 血液学的検査判断料 125点

4 生化学的検査(I)判断料 144点

5 生化学的検査(II)判断料 144点

6 免疫学的検査判断料 144点

7 微生物学的検査判断料 150点

注

1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合にあっては、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定しない。

3 略

4 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)及び検体検査管理加算(Ⅳ)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点

ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点

ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点

ニ 検体検査管理加算(Ⅳ) 500点

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として、40点を所定点数に加算する。

6 略

7 略

8 略

9 略

通知

(1) 検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分（尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの7区分）に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

(2) 各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかかわらず、月1回に限り、初回検査の実施日に算定する。

(3) 実施した検査が属する区分が2以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

(4) 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限る。

(5) 上記の規定にかかわらず、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「D025」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

(6) 略

(7) 注4に規定する検体検査管理加算(Ⅰ)は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)及び検体検査管理加算(Ⅳ)は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者1人につき月1回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。また、区分番号「D027」基本的検体検査判断料の注2に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

(8) 入院中の患者について注4に規定する検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算(Ⅰ)を算定することができる。

(9)～(12) 略

D027 基本的検体検査判断料 604点

注

1 特定機能病院である保険医療機関において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査(Ⅰ)、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項目に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できるものとする。

2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

通知

(1) 基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的

な検査について、請求の簡素化の観点から、月1回の包括的な判断料を設定したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

(3) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

(4) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本判断料は算定できない。

(5) 特定機能病院において、(3)に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第2節 削除

第3節 生体検査料 略

第4節 診断穿刺・検体採取料

通則

1 手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。

2 処置の部と共通の項目は、同一日に算定できない。

通知

1 各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において2か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。

2 診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「J000」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

3 略

4 略

D400 血液採取(1日につき)

1 静脈 30点

2 その他 6点

注

1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。

3 血液回路から採血した場合は算定しない。

通知

血液採取に係る乳幼児加算は、「1」の静脈及び「2」のその他のそれぞれについて加算するものである。

D401、D402、D403、D404、D404-2、D405、D406、D406-2、D407、D408、D409、D409-2、D410、D411、D412、D413、D414、D414-2、D415、D415-2、D415-3、D416、D417、D418、D419、D419-2
略

第5節 薬剤料

D500 薬剤

1. 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注

1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第6節 特定保険医療材料料

D600 特定保険医療材料

1. 材料価格を10円で除して得た点数

注

使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。