HCLナビ

# 臨床検査の
# 意義・病名・レセプト算定条件
## (VOL.4)

**項目検索**

## ①臨床的意義

■ポイントと重要個所は赤字で表記しました

## ②　病　名

■高値と低値ごとに該当病名を表記しました

## ③レセプト算定条件

■リンクによりレセプト算定注意事項を確認できます

【注】リンクの状態により該当項目の前後にリンクされる場合があります。

監修　㈱兵庫県臨床検査研究所　検査部　島田一彦
作成・編集　㈱兵庫県臨床検査研究所　業務管理室

*参考文献について
検査項目に関するものは、当社総合検査案内書の参考文献に準じております。また、フローチャートは、当該疾患に関するガイドラインの最新版を参考にしております。

株式会社　兵庫県臨床検査研究所

項目検索（カタカナ）　検査の意義・病名・レセプト　項目検索（アルファベット）

ア　イ　ウ　エ　オ

カ　キ　ク　ケ　コ

サ　シ　ス　セ　ソ

タ　チ　ツ　テ　ト

ナ　ニ　ヌ　ネ　ノ

ハ　ヒ　フ　ヘ　ホ

マ　ミ　ム　メ　モ

ヤ　ユ　ヨ

ラ　リ　ル　レ　ロ

ワ　ヲ　ン

A　B　C　D　E

F　G　H　I　J

K　L　M　N　O

P　Q　R　S　T

U　V　W　X　Y

Z　α　β　γ　δ

数字

初期画面に戻る

# 検査項目名一覧表

## あ

- ☑亜鉛
- ☑アディポネクチン
- ☑アデノウイルス
- ☑アポリポ蛋白
- ☑アルファフェトプロティン
- ☑アルブミン
- ☑アミラーゼ
- ☑アンギオテンシン転換酵素
- ☑アンモニア
- ☑アスペルギルス抗原
- ☑アデノシンデアミナーゼ
- ☑(血清)アミロイドA蛋白
- ☑アルドステロン
- ☑(尿中)微量アルブミン
- ☑アミラーゼアイソザイム
- ☑アンチトロンビンⅢ
- ☑アレルギー全般
- ☑
- ☑(抗)アセチルコリンレセプター抗体
- ☑アトピー鑑別試験
- ☑アルギニンバゾプレッシン
- ☑アルドラーゼ
- ☑アルカリフォスファターゼ
- ☑アンギオテンシンⅠ・Ⅱ
- ☑アンチプラスミン
- ☑AFPレクチン分画
- ☑

## い

- ☑イオン化カルシウム
- ☑インターロイキン2受容体
- ☑
- ☑インスリン
- ☑
- ☑
- ☑インスリン抗体
- ☑
- ☑

## う

- ☑ウロポルフィリン
- ☑
- ☑

## え

- ☑エコーウイルス
- ☑エストリオール(E3)
- ☑エリスロポエチン
- ☑エイズ(AIDS)
- ☑エストロゲン総
- ☑エストロゲンレセプター
- ☑塩基性フェトプロティン
- ☑
- ☑エストラジオール(E2)
- ☑エラスターゼ1
- ☑エンドトキシン定量
- ☑

## お

- ☑黄体形成ホルモン
- ☑オリゴクローナルバンド
- ☑オーム病クラミジア
- ☑
- ☑オステオカルシン
- ☑

## か

- ☑核マトリックスプロティン22
- ☑活性化部分トロンボプラスチン
- ☑カルジオリピンβ 2GP1
- ☑カルシトニン
- ☑間接クームス
- ☑ガストリン
- ☑カテコールアミン3分画
- ☑カルジオリピン抗体(IgG)
- ☑肝細胞増殖因子
- ☑
- ☑ガストリン放出ペプチド前駆体
- ☑可溶性IL－2レセプター
- ☑癌関連ガラクト―ス転移酵素
- ☑寒冷凝集反応
- ☑

## き

- ☑キャリピタTB
- ☑
- ☑
- ☑

## く

- ☑グァナーゼ
- ☑クラミジアニューモニエ抗体
- ☑グリココール酸
- ☑クレアチン
- ☑グルカゴン
- ☑クォンティフェロン
- ☑クリオグロブリン
- ☑クリプトコッカス抗原
- ☑クロストリジウムディフシル抗原
- ☑クラミジアトラコマティス抗体
- ☑グリコアルブミン
- ☑クレアチニン
- ☑クンケル

## け

- ☑血液像
- ☑血小板関連IgG
- ☑血小板

☑血小板第4因子　☑血清HER2蛋白　☑血清アミロイドA蛋白
☑血清鉄　☑血清補体価　☑ケトン体分画
☑　☑　☑

## こ

☑コア蛋白（HCVコア抗原）　☑抗CCP抗体　☑抗カルジオリピン抗体
☑抗DNA抗体　☑抗ds－DNA抗体　☑抗ss－DNA抗体
☑抗GAD抗体　☑抗糸球体基底膜抗体　☑抗IA－2抗体
☑抗Jo－1抗体　☑抗RNP抗体　☑抗SCL－70抗体
☑抗Sm抗体　☑抗SS-A抗体　☑抗SS-B抗体
☑抗TPO抗体　☑抗BP180抗体　☑抗アセチルコリンレセプター抗体
☑コレステロール分画　☑抗核抗体（ANA）　☑抗ガラクトース欠損IgG抗体
☑抗カルジオリピンβ 2GP1抗体　☑抗血小板抗体　☑抗好中球細胞質抗体(C-ANCA)
☑抗好中球細胞質抗体(P-ANCA)　☑抗サイログロブリン抗体　☑甲状腺刺激抗体
☑甲状腺刺激ホルモン　☑抗ストレプトキナーゼ(ASK)　☑抗ストレプトリジンO（ASLO）
☑抗セントロメア抗体　☑抗デスモグレイン1抗体　☑抗デスモグレイン3抗体
☑抗甲状腺マイクロゾーム抗体　☑抗ミトコンドリア抗体　☑抗ミトコンドリアM2抗体
☑コクサッキーウイルス　☑骨型AL－P（BAP）　☑骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ
☑コプロポルフィリン　☑コリンエステラーゼ　☑コルチゾール
☑抗トリコスポロンアサヒ抗体　☑抗MuSK抗体　☑抗酸菌同定（質量分析法）
☑抗LKM-1抗体　☑

## さ

☑サーファクタントプロティンA　☑サーファクタントプロティンD　☑サイクリックAMP
☑サイトケラチン19フラグメント　☑サイトメガロウイルス　☑サイロキシン結合グロブリン
☑サイログロブリン　☑(抗)サイログロブリン抗体　☑酸化LDL
☑　☑　☑

## し

☑シアル酸　☑シアリルLeX抗原　☑シアリルTn抗原
☑シアル化糖鎖抗原　☑ジゴキシン　☑子宮頚管粘液中顆粒球エラスターゼ
☑シスタチンC　☑シフラ　☑脂肪酸4分画
☑心筋トロポニンT　☑神経特異エノラーゼ　☑心筋ミオシン軽鎖1
☑浸透圧　☑　☑

## す

☑膵PLA2　☑水痘・帯状ヘルペス　☑膵分泌性トリプシンインヒビター
☑　☑　☑

## せ

☑成長ホルモン　☑セルロプラスミン　☑赤血球
☑セロトニン　☑前立腺特異抗原（PSA）　☑前立腺酸性フォスファターゼ
☑　☑　☑

## そ

☑総エストロゲン　☑総胆汁酸　☑組織ポリペプチド抗原（TPA）
☑総鉄結合能（TIBC）　☑ソマトメジンC　☑総ホモシステイン

## た

☑炭酸リチウム　☑単純ヘルペス　☑蛋白分画
☑　☑　☑

## ち

- ☑チミジンキナーゼ活性
- ☑中性脂肪
- ☑直接クームス
- ☑

## つ

- ☑ツツガ虫抗体
- ☑
- ☑
- ☑
- ☑
- ☑

## て

- ☑テストステロン
- ☑デスモグレイン1抗体
- ☑デスモグレイン3抗体
- ☑デオキシピリジノリン
- ☑低カルボキシル化オステオカルシン
- ☑デヒイドロエピアンドロステロンサルフェート
- ☑(血清)鉄
- ☑

## と

- ☑銅(Cu)
- ☑トキソプラズマ抗体
- ☑トランスフェリン
- ☑トリプシン
- ☑心筋トロポニンT
- ☑トロンビンアンチトロンビンⅢ複合体
- ☑トロンボテスト(TT)
- ☑

## な

- ☑血中鉛
- ☑
- ☑

## に

- ☑乳酸
- ☑乳酸脱水素酵素(LDH)
- ☑尿酸
- ☑尿酸結晶
- ☑尿素呼気試験
- ☑尿素窒素
- ☑尿中Ⅳ型コラーゲン
- ☑尿中アルブミン定量
- ☑尿中ベンスジョーンズ蛋白同定
- ☑尿中核マトリックスプロティン22
- ☑尿中肺炎球菌抗原
- ☑
- ☑尿中硫酸抱合型胆汁酸
- ☑日本脳炎ウイルス
- ☑
- ☑

## ぬ

- ☑
- ☑
- ☑

## ね

- ☑
- ☑
- ☑

## の

- ☑ノロウイルス
- ☑
- ☑

## は

- ☑肺サーファクタントプロティンA
- ☑肺サーファクタントプロティンD
- ☑パラインフルエンザ
- ☑白血球
- ☑バニルマンデル酸(VMA)
- ☑ハプトグロビン
- ☑
- ☑

## ひ

- ☑ヒアルロン酸
- ☑ビタミンA
- ☑ビタミンB1
- ☑ビタミンB2
- ☑ビタミンB6
- ☑ビタミンB12
- ☑ビタミンC
- ☑ビタミンD
- ☑ビタミンE
- ☑ヒト癌胎児性フィブロネクチン
- ☑ヒト絨毛性ゴナドトロピン
- ☑ヒト心房性Na利尿ペプチド(h-ANP)
- ☑ヒト脳性Na利尿ペプチド
- ☑ヒト胎盤性ラクトジェン
- ☑ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端
- ☑ヒトパピローマウイルス
- ☑ヒトパルボウイルスB19
- ☑ヒトTARC
- ☑非特異的IgE(総IgE)
- ☑ピルビン酸
- ☑ピロリン酸Ca

☑百日咳菌抗体 ☑ ☑

## ふ

☑風疹ウイルス ☑ファディアトープ ☑フィブリノーゲン（Fib）
☑フェリチン定量 ☑フォンウィルブランド因子活性 ☑不規則抗体
☑副甲状腺ホルモン ☑副甲状腺ホルモンC末端 ☑副甲状腺ホルモンインタクト
☑副腎皮質刺激ホルモン ☑不飽和鉄結合能（UIBC） ☑プラスミノーゲン定量
☑プロジェステロンレセプター ☑プロゲステロン ☑プレグナンジオール
☑プレグナントリオール ☑プロカルシトニン ☑プロコラーゲンⅢペプタイド
☑プロティンC活性 ☑プロティンC抗原量 ☑プロティンS活性
☑プロティンS抗原量 ☑プロトロンビン時間 ☑プロトロンビンフラグメントF1+2
☑プロラクチン ☑ ☑

## へ

☑ヘパプラスチン ☑ペプシノゲン（PG） ☑ベンスジョーンズ蛋白定性
☑ベンスジョーンズ蛋白同定 ☑ヘリコバクターピロリ ☑ヘモグロビン（Hb）
☑ヘマトクリット（Ht） ☑便ヘモグロビン ☑便ヘモグロビン＆トランスフェリン
☑便中カルプロテクチン ☑ ☑

## ほ

☑ホモバニリン酸定量 ☑ポリオウイルス ☑ポルフォビリノーゲン定量
☑骨型AL－P（BAP） ☑ ☑

## ま

☑マイクロゾームテスト ☑マイコプラズマ抗体 ☑麻疹ウイルス
☑マトリックスプロティナーゼ3 ☑マンガン（Mn） ☑

## み

☑ミエリン塩基性蛋白 ☑ミオグロビン ☑ミトコンドリアAST（GOT）
☑ ☑ ☑

## む

☑無機リン（IP） ☑ムンプス ☑
☑ ☑ ☑

## め

☑メタネフリン2分画 ☑免疫電気泳動(抗ヒト) ☑免疫電気泳動(特異抗血清)
☑免疫複合体(C1Q) ☑免疫複合体(モノクローナル) ☑網状赤血球（Ret）
☑(尿)免疫電気泳動 ☑ ☑

## も

☑ ☑ ☑

## や

☑薬剤によるリンパ球刺激試験 ☑ ☑
☑ ☑ ☑

## ゆ

☑遊離T3 ☑遊離T4 ☑遊離テストステロン
☑ ☑ ☑

## よ

- ☑葉酸 ☑ ☑

## ら

- ☑卵胞刺激ホルモン ☑ ☑
- ☑ ☑ ☑

## り

- ☑リパーゼ ☑リウマチ因子定量 ☑リポ蛋白(a)
- ☑リポ蛋白分画精密測定 ☑リンパ球幼若化検査(PHAによる) ☑リンパ球幼若化検査(Con-Aによる)
- ☑リン脂質 ☑ ☑
- ☑ ☑ ☑

## る

- ☑ループスアンチコアグラント ☑ ☑
- ☑ ☑ ☑

## れ

- ☑レオウイルス ☑(尿)レジオネラ抗原 ☑レチノール結合蛋白
- ☑レニン活性 ☑レニン定量 ☑レムナント様リポ蛋白コレステロール
- ☑ ☑ ☑

## ろ

- ☑ロイシンアミノペプチターゼ ☑ロタウイルス ☑

## わ

- ☑ ☑ ☑

## A

- ☑ACE ☑AChR抗体 ☑ACP
- ☑ACTH ☑ADA ☑ADH
- ☑AFP定量 ☑AFP－L3% ☑ALD
- ☑AL－P ☑AL－Pアイソザイム ☑ANA
- ☑APTT ☑ASK ☑ASLO(ASO)
- ☑AST ☑ALT ☑AMYアイソザイム
- ☑ATLA(HTLV－1抗体) ☑AT－Ⅲ ☑AIDS(エイズ)
- ☑A群β溶血連鎖球菌核酸検出

## B

- ☑BAP ☑BCA225 ☑BFP
- ☑BGP(オステオカルシン) ☑BJ蛋白定性 ☑BNP
- ☑BUN(尿素窒素) ☑BMG ☑BTR

## C

- ☑CA125 ☑CA15－3 ☑CA19－9
- ☑CA54／61 ☑CA602 ☑CA72－4
- ☑C－ANCA ☑CARF ☑抗CCP抗体
- ☑CEA ☑CD毒素 ☑CG(グリココール酸)
- ☑CH50(血清補体価) ☑CPK ☑CPKアイソザイム
- ☑CMV(サイトメガロウイルス) ☑CP(セルロプラスミン) ☑CPR(C－ペプチド)
- ☑CT(カルシトニン) ☑Cu(銅) ☑CYFRA(シフラ)
- ☑C1インアクチベーター ☑C3・C4 ☑CRE(クレアチニン)

☑CH－E(コリンエステラーゼ) ☑ ☑

## D

☑D－Dダイマー ☑DHEA－S ☑DLST
☑DUPAN－2 ☑DPD ☑
☑ ☑

## E

☑EBウイルス ☑E2 ☑E3
☑ ☑ ☑

## F

☑FDP ☑Fe ☑Fib
☑FSH ☑FT3 ☑FT4
☑ ☑ ☑

## G

☑GA(グリコアルブミン) ☑(抗)GAD抗体 ☑GAT
☑(抗)GBM抗体 ☑GH(成長ホルモン) ☑GUA(グアナーゼ)
☑GOT ☑GPT ☑

## H

☑h－ANP ☑HA抗体(IgG・IgM) ☑HbA1c
☑HCG－β サブユニット ☑HCG定量 ☑HDLコレステロール
☑HER2蛋白 ☑HGF(肝細胞増殖因子) ☑HTLV－1抗体(ATLA)
☑HIV抗原・抗体(AIDS) ☑HP(ヘパプラスチン) ☑HPL
☑HPV－DNA同定 ☑ ☑HSV(単純ヘルペス)
☑HVA定量 ☑HE4ヒト精巣上体蛋白 ☑HIT抗体(血小板第4因子ヘパリン複合体)
☑H－FABP(ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白)

## I

☑(抗)IA－2抗体 ☑IgG ☑IgA
☑IgM ☑IgD ☑IGF－1(ソマトメジンC)
☑IgG型リウマチ因子 ☑IL－2レセプター ☑IRG(グルカゴン)
☑IRI(インスリン) ☑IP(無機リン) ☑

## J

☑(抗)Jo－1抗体 ☑ ☑
☑ ☑ ☑

## K

☑KL－6 ☑ ☑
☑ ☑ ☑

## L

☑LAP ☑L－CAT ☑LDH
☑LDHアイソザイム ☑LDLコレステロール ☑LP(a)・リポ蛋白(a)
☑ ☑LH ☑L－FABP(尿中L型脂肪酸結合蛋白)
☑ ☑

## M

☑MAC－PCR ☑MBP ☑m－AST(m－GOT)

☑MDA－LDL　☑MMP－3　☑MPO－ANCA（P－ANCA）
☑M2BPGi　☑MAC抗体

## N

☑NAG　☑NCC－ST－439　☑NTX
☑NH3　☑NK細胞活性　☑NMP22
☑NSE　☑NT－pro－BNP
☑　☑　☑

## O

☑　☑　☑

## P

☑P（プロゲステロン）　☑P2（プレグナンジオール）　☑P3（プレグナントリオール）
☑　☑P53抗体　☑PA－IgG
☑P－ANCA（MPO－ANCA）　☑PFDテスト　☑PF－4
☑PG（ペプシノゲン）　☑PIC　☑PIVKA－Ⅱ
☑PL（リン脂質）　☑（膵）PLA2　☑PR3－ANCA（C－ANCA）
☑PRL(プロラクチン）　☑Pro－GRP　☑PSA
☑PSA－ACT　☑PSA（F／T比）　☑P型アミラーゼ
☑PT　☑P－Ⅲ－P　☑PTH
☑PTH－C末端　☑PTHインタクト　☑
☑　☑

## Q

☑QFT（クオンティフェロン）　☑　☑
☑　☑　☑

## R

☑RLPコレステロール　☑RBP（レチノール結合蛋白）　☑RF（リウマチ因子定量）
☑RSウイルス　☑（抗）RNP抗体　☑RPR法（梅毒）
☑　☑

## S

☑SAA　☑SCC　☑（抗）Scl－70抗体
☑S（可溶性）IL－2レセプター　☑SLX　☑（抗）Sm抗体
☑SP－A　☑SP－D　☑Span1
☑（抗）SS－A抗体　☑（抗）SS－B抗体　☑STN
☑S2.3PSA%　☑　☑

## T

☑（ヒト）TARC　☑TAT　☑TBA（総胆汁酸）
☑TBG　☑Tf（トランスフェリン）　☑TG（中性脂肪）
☑Tg（サイログロブリン）　☑TgAb　☑TK活性
☑TPA　☑TPHA法・TP抗体（梅毒）　☑（抗）TPO抗体
☑TRAb　☑TRACP－5b　☑TSAb
☑TSH　☑T細胞・B細胞　☑
☑TIBC　☑ total PINP　☑T-SPOT.TB

## U

☑UA（尿酸）　☑UcOC　☑UIBC

☑USBA ☑ ☑

## V

☑VMA定量 ☑VZV（水痘帯状ヘルペス） ☑

## Z

☑Zn（亜鉛） ☑ ☑
☑ ☑ ☑

## α

☑α フェトプロティン定量 ☑AFPレクチン分画 ☑α 1－AT
☑α 1－MG ☑ ☑α 2プラスミンインヒビター

## β

☑（1－3）－β －Dグルカン ☑β 2－MG ☑β トロンボグロブリン
☑β 1C/β 1Aグロブリン ☑ ☑

## γ

☑γ －GTP ☑γ －Sm ☑
☑ ☑ ☑

## δ

☑δ アミノレブリン酸 ☑ ☑
☑ ☑ ☑

## 数字

☑1．25－$(OH)_2$ ☑1．5AG ☑（1－3）－β —Dグルカン
☑11－OHCS ☑17－KGS ☑Ⅰ型コラーゲン架橋N－ポリペプチド
☑Ⅰ型コラーゲンC末端テロペプチド ☑5－HIAA ☑Ⅳ型コラーゲン（血中）
☑Ⅳ型コラーゲン(尿中) ☑Ⅳ型コラーゲン7S ☑25－OHビタミンD

## その他

☑ ☑ ☑
☑ ☑ ☑

# 検査の臨床的意義・病名・レセプト条件

| ア | ア | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 155<br>血中 | 亜鉛(Zn)<br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■味覚障害<br>■嗅覚障害 | 臨床的意義 | 亜鉛は生体内に広く分布する必須微量金属の一つであり、多くの金属酵素の重要な構成成分として存在します。そのため、亜鉛欠乏の検出は疾患の治療に結びつく重要な情報の一つとなります。<br>亜鉛欠乏は、摂取量の低下、慢性的な下痢などによる吸収阻害、亜鉛にキレート能をもつ薬剤の投与、高度の発汗、肝障害などによる低分子リガンド増加などで起こり、その症状としては、味覚障害・嗅覚障害、食欲低下、皮膚炎、創傷治癒遅延などが知られています。 亜鉛欠乏症の原因には以下のものがある。<br>1. 吸収・排泄機構の障害によるもの<br>2. 摂取不足によるもの<br>摂取不足は低亜鉛食(菜食主義者など)のような例を除けば医原性のものが多い。特に長期静脈栄養や経腸栄養に伴う亜鉛欠乏症が重視されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】γ 腺照射後・好酸球増多症・甲状腺機能亢進症・赤血球増多症・本態性高血圧症・溶血性貧血・甲状腺機能亢進症・成長ホルモン欠損<br>【低値】クローン氏病・ネフローゼ・亜鉛欠乏症・味覚障害・亜急性細菌性心内膜炎・悪性リンパ腫・悪性貧血・肝癌・肝硬変・肝膿瘍・肝不全・急性肝炎・再生不良性貧血・糸球体腎炎・心筋梗塞・多発性骨髄腫・多発性神経炎・腸管ベーチェット病・、長期の高カロリー輸液時・潰瘍性大腸炎・鉄欠乏性貧血・白血病・閉塞性黄疸・慢性肝炎・腸性肢端皮膚炎・炎症性腸疾患・成長障害・糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2937 | アスペルギルス抗原<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■アスペルギルス肺炎 | 臨床的意義 | アスペルギルス症では，その病型によっては諸種の血清学的検査が診断上きわめて有用である。Aspergillus属には300以上の種があるが，ヒトにアスペルギルス症，とくに深在性アスペルギルス症を起こすものとしてはspergillus fumigatusが最も多い。本検査は本菌種に対する抗体(オクタロニー法)を検出するもので，臨床診断や再燃・再発のチェック，治療効果予後の判定などに有用である。オクタロニー法は定着型の肺アスペルギローマでは強陽性，アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)などのアレルギー型では弱陽性，組織侵入型アスペルギルス症(アスペルギルス肺炎・肺膿瘍・播種性アスペルギルス症など)では抗体が検出されないことが多い。この主な理由として，組織侵入型アスペルギルス症では，免疫不全が基礎にあり，抗体が産生されるまでに死亡してしまうことが多いためである。よって肺アスペルギルス症には有用であり臨床診断のほか再燃・再発をチェックするための追跡調査，治療効果の判定，治療中止時期の指標，予後の判定などに重要な検査である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】侵襲性アスペルギルス症・肺アスペルギルス症・アスペルギローマ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 2347 | （抗）アセチルコリンレセプター抗体<br>（抗AChR抗体）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■神経伝達物質<br>■重症筋無力症 | 臨床的意義 | 神経筋接合部の後シナプス膜上に局在しており，神経伝達物質であるアセチルコリンに応答する受容体で，筋収縮を作動させる役割を持つ。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）については，Lindstromらが1976年，重症筋無力症（MG）患者血清中に高率かつ特異的に出現することを明らかにした。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）は，アセチルコリンレセプター（AChR）に対して産生される自己抗体で，後シナプス膜上のAChRに質的，量的変化を惹起させ外眼筋，眼球筋，四肢筋等の易疲労性や筋力の低下を主訴とする重症筋無力症（myasthenia gravis;MG）の発症に重要な原因物質であり，MGの診断および治療経過の指標として広く利用されている。<br>①重症筋無力症(MG)の診断：本抗体はMG以外の疾患で有意な上昇が見られない（ごく一部の自己免疫疾患や神経筋疾患で、ボーダーライン値を示す程度）ため、疾患特異性がきわめて高く、現在、MGの診断には不可欠。<br>②MGの病像推移の追跡：重症度と抗体価は必ずしも相関しないが、同一症例においては、病像推移と抗体価が相関することが多い（例外あり）。<br>③治療効果の判定、長期追跡：ステロイド療法や血漿交換療法、胸腺摘出術などの治療により、抗体価の減少と並行して臨床的改善がみられことが多い（例外あり）。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】重症筋無力症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 931 | アデノウィルス（CF）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性上・下気道感染症(1～7型)<br>■重症肺炎（7型）<br>■咽頭結膜熱・プール熱(3型)<br>■流行性角結膜炎(3・7・8・19・37型)<br>■出血性膀胱炎（11型） | 臨床的意義 | アデノウイルスは、主に呼吸器、結膜、腸管、泌尿器に感染し、咽頭炎や結膜炎、クループ、気管支炎、肺炎、下痢症、出血性膀胱炎など、多彩な疾患の原因となり、伝染性が強いウイルスとして知られています。<br>アデノウイルスは年間を通じて分離されるウイルスで、季節によらず、迅速に診断して適切な感染拡大防止措置をとることが重要です。<br>アデノウイルスによる気道感染は主に晩秋から初夏に発生します。まぎらわしい細菌感染やウイルス感染との鑑別診断に迅速検査が有用です。また、発熱は40度以上の高熱を示すことが多く、有熱期間が長いので、鑑別診断は患者さんに治療方針や経過を説明するのにも役立ちます。3型による咽頭結膜熱（プール熱）は夏季が流行期ですが、冬にも流行を見ることがあります。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】熱性咽頭炎・咽頭結膜炎・急性気道疾患・ウイルス性肺炎・流行性角結膜炎・出血性膀胱炎・発疹症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 63 | アデノシンデアミナーゼ（ADA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝疾患<br>■癌性胸膜炎と結核性胸膜炎の鑑別 | 臨床的意義 | アデノシンデアミナーゼ(ADA)は,プリン体分解と再利用にかかわる酵素の一つであり,アデノシンを加水分解し,イノシンとアンモニアを生成する酵素でヒトの組織に広く分布し,とくに腸管粘膜,胸腺,脾,扁桃やリンパ球に活性が高い。意義として欠損症と過剰産生症である。上昇はプリン代謝そのものの亢進(痛風),腫瘍性増殖によるプリン代謝の亢進,リンパ球活性化によるプリン代謝の亢進および細胞外へ分泌されるADAの増加が主な原因である。よって肝疾患,血液疾患,感染症,悪性腫瘍などで高値を示す。また胸水における癌性胸膜炎(低値)と結核性胸膜炎(高値)の鑑別に有用である。生理的変動<br>・脂肪肝以外の肝疾患では活動性のものが高値傾向を示す。特に慢性肝炎の活動期，肝硬変で顕著。<br>・血液系の腫瘍性疾患で高活性を示し（ALL，ATLなど），病態進行度，病的細胞増殖の程度と相関する。<br>・ADA欠損症は常染色体劣性遺伝のまれな異常で，血清，赤血球，リンパ球中のADA活性の著明な減少が特徴である。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変・肝癌・白血病・胸膜炎・AIDS・サルコイドーシス<br>【低値】先天性細胞性免疫不全症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2224 | アトピー鑑別試験（ファディアトープ）<br>☑目次へ戻る | 免役 | ■アトピーと非アトピーの区別 | 臨床的意義 | 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎をはじめとするアレルギー性疾患の診断において、その症状が、IgE関与によるものか鑑別することは、治療方針を決定する上で重要となる。従来この目的として好酸球数測定や血中非特異的IgEの測定が知られているが、前者は手技的な問題等から実施施設が限られ、また、後者は診断効率、特に臨床的感度の面で不十分である等の問題があった。そこで実際には、非特異的IgEの感度面を問題を改善するために、複数のアレルゲンに対する特異的IgE測定が併用されている。本邦で頻度よく検出される12種類の吸入性アレルゲンを結合した固相を用いてアトピー/非アトピーの鑑別を行うものである。アトピー/非アトピーの鑑別は特異的IgEに基づいているため、従来の非特異的IgE測定に比べて臨床的感度が大幅に改善されており、高い診断効率に裏付けられた臨床的有用性が多くの施設で確認されている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・気管支喘息・アトピー性鼻炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 22 | アポリポ蛋白A－Ⅰ | 生化Ⅰ | ■HDLコレステロール（善玉） | 臨床的意義 | アポは″分離″を表わす接頭語でリポは脂肪の意味です。″アポリポ″で「脂肪を切り離した」になります。脂肪は水に溶けませんから、血液の中で脂質（中性脂肪やコレステロール）を運ぶ時は水になじむ運搬トラックの荷台につみ込まなくてはなりません。このトラックの役目をするのが蛋白質です。脂質を積んだトラックを「リポ蛋白質」と言いますこのトラックに中性脂肪やコレステロールを山のように積んで血液中を配送しているのがVLDLやLDLです。LDLの最初のLはライト（軽い）のL、Dは比重のことで最後のLはリポ蛋白質です。脂肪は水に浮きますから荷台に脂肪（コレステロールや中性脂肪）を積んだトラックは大きさの割には軽くなります。これがLDLの意味です。善玉コレステロールのHDLは、回収した荷物（コレステロール）が少ないので″重い脂肪運搬トラック″の意味です。<br>ですから、アポリポ蛋白質というのは「荷台から脂肪を下ろした空（から）のトラック」のことになります。人のからだの中で脂肪を運ぶトラック（蛋白質）には種類があって、A・B・C・D・E・F・G・Hと名づけています。タイトルのアポリポ蛋白質B（ビー）というのは悪玉コレステロールLDLのトラックのことです。正式にB-100と表記することもあります。善玉HDLのトラックにはA1、A2と2種類あります。<br>今まではトラックが運んでいるコレステロールの「量」を管理目標にしてきました。糖尿病者は悪玉コレステロールを120mg/dl未満（冠動脈疾患がある場合は100mg/dl未満）にしよう、というコントロール指標があります。最新の研究では積荷（コレステロール）よりもトラック(アポリポ蛋白質)の台数の方が動脈硬化のリスク要因が大きい。<br>糖尿病になるとLDLが小型化します。つまり、同じLDL 120mg/dlなら健常者よりも糖尿病者の方がトラック（アポリポ蛋白B）の台数が多くなるのは十分に想定できます。その分、多くのトラックが血管壁に潜り込みます。糖尿病はやはり高リスクなのです。 | ア |
| | 23 | アポリポ蛋白A－Ⅱ | | ■HDLコレステロール（善玉）高比重リポ蛋白 | | |
| | 24 | アポリポ蛋白B | | ■LDLコレステロール（悪玉）低比重リポ蛋白 | | |
| | 25 | アポリポ蛋白C－Ⅱ | | ■カイロミクロン等 | | |
| | 26 | アポリポ蛋白C－Ⅲ | | ■中性脂肪（TG）と相関 | | |
| | 27 | アポリポ蛋白E | 生化Ⅰ | ■アルツハイマー病と関連 | 疾患名 | ■アポリポ蛋白A－Ⅰ<br>【高値】高HDL血症・Ⅳ型高脂血症・CETP欠損症<br>【低値】低HDL血症・アポA1欠損症・魚眼病・急性肝炎・慢性肝炎・閉塞性黄疸・糖尿病性腎炎・慢性腎炎・アルコール多飲症<br>■アポリポ蛋白A－Ⅱ<br>【高値】高HDL血症・Ⅳ型高脂血症・CETP欠損症<br>【低値】低HDL血症・急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変・肝癌・閉塞性黄疸<br>■アポリポ蛋白B<br>【高値】高脂血症・ネフローゼ症候群・甲状腺機能低下症・糖尿病・脂肪肝・閉塞性黄疸<br>【低値】無β －リポ蛋白血症・アポB－100単独欠損症<br>■アポリポ蛋白C－Ⅱ<br>【高値】高脂血症・原発性胆汁性肝硬変・ネフローゼ症候群・閉塞性黄疸<br>【低値】家族性アポリポ蛋白C－Ⅱ欠損症・肝硬変<br>■アポリポ蛋白C－Ⅲ<br>【高値】高脂血症・原発性胆汁性肝硬変・ネフローゼ症候群・閉塞性黄疸<br>【低値】アポA1／C3／A4欠損症・アポA1／C3欠損症・肝硬変<br>■アポリポ蛋白E<br>【高値】高脂血症・CETP欠損症・原発性胆汁性肝硬変・急性肝炎・閉塞性黄疸<br>【低値】家族性アポリポ蛋白E欠損症・HTGL欠損症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

☑目次へ戻る

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 2776 | （血清）アミロイドA蛋白（SAA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■炎症（全身性のものほど高値） | 臨床的意義 | SAAは、慢性炎症性疾患に続発するアミロイドーシス(AAタイプ)で、組織に沈着するアミロイドA蛋白の血中前駆体とされたことからその名がある。また、高比重リポ蛋白(HDL)中にアポ蛋白として存在することから、アポSAAと呼ばれることもある。ヒトSAA遺伝子は少なくとも4種(SAA1、SAA2、SAA3、SAA4)の存在が知られており、産物蛋白としてはSAA1、SAA2、SAA4が同定されている(SAA3は非発現)。このうちSAA1とSAA2が、IL−1、IL−6、TNFなどの炎症性サイトカインの作用により合成される急性相反応物質であり、アミロイド原性蛋白としての性質を有する。SAA1は血中での割合が高く(70%ほど)、アミロイド組織から分離されるAAは90%がSAA1由来で、病因的意義の高いアイソタイプと考えられている。SAA4は、HDLの構造蛋白質で炎症時には変動しない。血中SAAは肝由来のものが多くを占めるとされているが、肝細胞以外にもSAAの発現は認められている。肝細胞と肝外組織では発現の誘導因子が異なる可能性があり、病態によっては肝外由来のSAAも血中濃度に関与していることも否定できない。SAAは炎症が重症なほど、全身性なものほど高濃度となり、軽症のもの、尿路感染症、脳梗塞など限局したものでは低値にとどまる。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】細菌性またはウイルス性感染症・組織壊死・悪性腫瘍・自己免疫疾患・慢性関節リウマチの活動期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 655 | アルギニンバソプレッシン（抗利尿ホルモン）（ADH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■尿崩症（低値）<br>■ADH分泌異常症 | 臨床的意義 | ADHは視床下部―下垂体後葉系において合成分泌されるホルモンで，腎集合管における水透過性を高め，自由水再吸収を促進し，体液量と血漿浸透圧の調節を行っている。よって，ADHの評価は，その分泌調節機序をふまえて考えなければならない。ADHの測定はその分泌の減少（欠乏）した病態としての尿崩症，および不適切に分泌の亢進しているSIADH（ADH分泌異常症候群）の診断に重要である。腎尿細管で水の再吸収を促進し、欠乏すると尿崩症をきたす。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ADH不適合分泌症候群・腎性尿崩症<br>【低値】尿崩症・心因性多飲症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 2404 | アルファフェトプロテインレクチン分画（AFP－L3%）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝細胞と良性肝疾患の鑑別 | 臨床的意義 | 血清α -フェトプロテイン(AFP)は肝細胞癌およびヨークサック腫瘍に特異性の高い腫瘍マーカーとして診断に用いられているが、慢性肝炎、肝硬変等の良性肝疾患でも高値となるため、血清AFP値のみを指標とした場合、良性疾患と肝細胞癌の鑑別は困難である。<br>本法はAFPの糖鎖構造の癌性変化を、レクチン親和性電気泳動と抗体親和転写法と組み合わせたレンズマメレクチン-A(LCA-A)反応性によるAFP-L3分画比を測定することにより、肝細胞癌と良性肝疾患の鑑別等に用いるものである。<br>従来、肝細胞癌の診断として行われてきた、超音波検査やX線CT等の各種画像診断に加えてAFP-L3分画比の測定を加えることにより、肝細胞癌と良性肝疾患との鑑別、肝細胞癌の早期診断および肝細胞癌の治療後の予後管理に有用である。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝細胞癌・ヨークサック腫瘍・卵黄嚢腫（乳幼児）<br>【良性疾患】慢性肝炎・肝硬変 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 413 | アルドステロン（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | 【高値】<br>■腎血管性高血圧症<br>■悪性高血圧症 | 臨床的意義 | アルドステロンは、最も強力な鉱質コルチコイドで副腎皮質球状層で合成･分泌される。アルドステロン分泌は多因子によって調節されているが、主要な分泌調節因子として①レニン-アンギオテンシン系、②血漿K濃度、③ACTHが重要である。鉱質コルチコイドの標的組織は糖質コルチコイドに比べて少なく、主に腎の遠位尿細管で、そのほかに腸管、汗腺、唾液腺、脳などに限られる。遠位尿細管におけるNa+とOH-の再吸収とK+とH+の排泄が主な働きといえる。したがって、アルドステロンの分泌過剰によって細胞外液中のK+の低下、HCO3-の増加と軽度のNa+の増加がみられ、それに伴う高血圧、低K血症、および代謝性アルカローシスが生じる。逆にアルドステロン分泌低下は低血圧、高K血症、代謝性アシドーシスを生じる。ただ、原発性アルドステロン症や、心、腎機能の正常なヒトにアルドステロンを大量に投与した場合などのアルドステロン過剰状態では、心房性Na利尿ペプチドなどによるエスケープ現象によりあまり高Na血症がみられないことには臨床上注意を要する。高血圧性諸疾患、血清Kの異常、浮腫などの鑑別に最も大切な検査項目といえる。特に原発性アルドステロン症、Bartter症候群、Liddle症候群、副腎における17α 、11β をはじめとする水酸化酵素欠損症、選択的低アルドステロン症などの鑑別には欠かすことができない検査である。また、測定による診断意義を高め、アルドステロン分泌異常を副腎原発か二次性かを鑑別するためにも血漿レニン活性を同時に測定することが大切である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】レニン高値･･･続発性アルドステロン症・腎血管性高血圧・Bartter症候群・ネフローゼ症候群・うっ血性心不全・肝硬変・妊娠中毒症<br>レニン低値･･･原発性、特発性アルドステロン症<br>【低値】レニン高値･･･Addison病・ACE阻害剤投与・K欠乏症<br>**【原発性アルドステロン症の診断】**<br>①レニン活性（低値）アルド（高値）<br>②アルド／レニン活性の比（200以下）又は、アルド／レニン定量の比（40以下）が基準。それ以上で原発性アルドステロン症を疑う。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 59 | アルドラーゼ（ALD）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■筋ジストロフィー症<br>■ウイルス性肝炎 | 臨床的意義 | アルドラーゼはフルクトース-1,6-二リン酸⇔グリセロアルデヒド-3-リン酸＋ジヒドロキシアセトンリン酸の可逆反応を触媒する嫌気性解糖系酵素で全身の臓器に広く存在しているため、組織崩壊に伴い血清中に流出する。よって筋ジストロフィー、心筋梗塞などの筋肉疾患や悪性腫瘍などで活性値が高くなる。アルドラーゼは細胞の破壊や壊死、代謝障害などで血中に逸脱する。半減期が約4時間と短いため、変化を鋭敏に反映する。しかし臓器特異性に乏しいため、病態が特定できた後に、病勢の補助的診断指標として用いられることが多い。一般に新生児は成人の2～3倍程度高値となり、思春期頃に成人のレベルとなる。筋肉からの逸脱により過激な運動後は高値をみることがある。また、赤血球内には多量のアルドラーゼが含まれているため、溶血検体では見かけ上高値となる。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】筋疾患（多発性筋炎、筋ジストロフィー、好酸球性筋膜炎）、神経疾患（ギランバレー症候群、髄膜炎、髄膜腫、脳血管障害、脳腫瘍、神経膠腫、神経芽腫）、消化器疾患（急性・慢性肝炎、劇症肝炎、膵炎）、心疾患（急性心筋梗塞、うっ血性心不全）、血液疾患（溶血性貧血、白血病、悪性リンパ腫、Hodgkin病）、悪性腫瘍、甲状腺機能低下症<br>【低値】Tay-Sachs病、果糖不耐症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2 | アルブミン(ALB)血中<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■栄養状態<br>■肝障害の程度の把握 | 臨床的意義 | ･血清中で最も多く含まれる蛋白(総蛋白の約7割)･肝臓で産生される。<br>･膠質浸透圧の維持に重要で、低下すると血管内に水分を保持できず、浮腫を引き起こす。･遊離脂肪酸・ビリルビン・カルシウム・薬物など、様々な物質の血中輸送の担体となる。<br>･蛋白代謝を反映し、栄養状態の指標となる。アルブミン濃度が上昇する病態は稀。･20～50歳は男性がやや高値(男性はやや加齢に伴って低下する)<br>･新生児・乳児期低値-立位↑,臥位↓<br>･妊娠:初期↓,後期↓↓ | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】<br>■血液濃縮･脱水･失血<br>･これ以外では臨床的に上昇が問題になることはない。<br>【低値】<br>■生成低下（ 肝細胞障害:肝硬変、肝癌、急性肝炎 ）<br>■先天性（無アルブミン血症）<br>■吸収障害（吸収不良症候群《胃腸管切除、クローン病》）<br>■摂取不足（低栄養状態、消耗性疾患《癌、全身性急性炎症、慢性炎症》）<br>■体外漏出（ネフローゼ症候群、蛋白漏出性胃腸炎、イレウス、大量出血）<br>■血管外漏出（胸水、腹水、心嚢水）<br>■異化亢進（消耗性疾患:癌、全身性熱性疾患、慢性炎症） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 730<br>随時尿 | アルブミン定量（尿中）<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■（早期）糖尿病性腎症 | 臨床的意義 | 糖尿病患者では,試験紙法による尿蛋白が陰性の病期であっても,すでに組織学的変化が始まっている。<br>この初期の病変(早期腎症)を診断する指標の一つとして尿中微量アルブミンが測定され,微量アルブミン尿を呈する症例の多くは後に持続性蛋白尿を呈し,糖尿病性腎症に移行することが明らかにされている。したがって,尿中アルブミンを測定し,早期糖尿病性腎症の有無を確認して,糖尿病患者を管理・治療することが重要である。<br>また,糸球体障害の指標であるので糸球体に組織変化をもたす腎疾患の原発性腎疾患でも有用である。<br>【】 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病性腎症・慢性糸球体腎炎・尿路感染症・高血圧・うっ血性心不全・起立性蛋白尿<br>【その他関連疾患】慢性腎不全・尿毒症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 46 | アルカリフォスファターゼ(AL-P)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝・胆道疾患<br>■骨疾患 | 臨床的意義 | ALPが高値になる主な原因は、<br>1. 肝胆道系疾患<br>2. 骨代謝系疾患<br>3. 血液型がB型、O型の人に出現する脂肪食摂取後の小腸性ALP<br>4. 妊娠時やまれに悪性腫瘍で出現する胎盤性ALP<br>などである。小児～思春期では骨の新生が盛んなためALPが成人の2～3倍の高値を示すことがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝疾患（肝硬変、肝細胞癌、慢性肝炎）、胆道系疾患、骨疾患（骨腫瘍など）、甲状腺機能亢進症、慢性腎不全　など<br>小児、思春期では健常人でも骨型ALP（ALP3）が高値となる<br>【低値】先天性hypophosphatasia | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 212 | AL-Pアイソザイム<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝疾患　その他の疾患の区別 | 臨床的意義 | 肝性・骨性・胎盤性・小腸性などの数種類のALPアイソザイムが出現し,これらの間に電気泳動易動度,耐熱性,各種アミノ酸による阻害度,免疫交差反応などにかなりの相違がみられ,相互の分別に利用されている。<br>【異常値を示す疾患】<br>ALP1　肝臓-肝･胆道の閉塞などで出現<br>ALP2　肝臓-肝･胆道疾患などで上昇<br>ALP3　骨-骨生成疾患などで上昇(ALP3上昇時にはALP2との分離が不明瞭になることがあります)<br>ALP4　胎盤-主に妊娠時に出現<br>ALP5　小腸-脂肪食後,肝硬変などで上昇<br>ALP6　免疫グロブリンと結合したALP ＊小児ではALP3が主分画 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 上記臨床的意義を参照<br>「臨床検査の種類とポイント」参照 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 55<br>血中 | アミラーゼ<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵疾患(急性膵炎･慢性膵炎)<br>■おたふくかぜ | 臨床的意義 | アミラーゼは、そのほとんどは膵と唾液腺由来のものです。血清および尿中アミラーゼの測定は血中への酵素逸脱の程度を表すので、主として膵疾患の診断に重要です。よって膵炎、膵管内圧上昇などが起こると逸脱が増加します。この変化は、膵内外分泌機能や膵管などの変化よりも早期に起こり、病勢をよく反映するので、膵疾患のスクリーニング、早期診断、経過観察に役立ちます。しかし、アミラーゼは膵ばかりでなく唾液腺でも多く産生されるので、鑑別にはアミラーゼアイソザイムの分別定量が必要になります。血中および尿中アミラーゼの測定は、膵酵素逸脱現象の増減から各種の膵疾患、唾液腺疾患のみならず腹部疾患、マクロアミラーゼ血症などの診断上重要な指標となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 膵膵、唾液腺の逸脱酵素。各種の膵疾患ではP型、唾液腺疾患、腹部疾患ではS型、マクロアミラーゼ血症では分類不能型が上昇。<br>【減少する疾患】<br>肝硬変、唾液腺摘出、糖尿病(重症)、膵摘出<br>【上昇する疾患】<br>膵疾患、アミラーゼ産生腫瘍、マクロアミラーゼ血症、肝疾患、高唾液型アミラーゼ血症、腎不全、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、胆道十二指腸疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 222<br>血中 | アミラーゼアイソザイム<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵疾患かその他の疾患かの区別 | 臨床的意義 | アイソザイム分析が意義を有するのは膵由来酵素(P型)の上昇と、持続的な原因不明の高アミラーゼ血症の検索である。急性膵炎では発症後24時間以内に血中に急速にP型アミラーゼが増加し、時間の経過とともに尿中に移行し数日で基準値に戻る場合が多い。尿中アミラーゼは、血清アミラーゼ値と並行することが多いが血清よりも高値が長く続くため、急性膵炎が疑われ血清アミラーゼの上昇が明らかでない症例や、血清アミラーゼが正常化した後の経過観察に有効である。したがってアイソザイム測定は、血清および尿中の両者で行うとより正確に病期や病態を判定できる。また、アミラーゼ・クリアランスとクレアチニン・クリアランスとの比(ACCR)は健常人では2.3±0.5%であるのに対し、急性膵炎時では14.5±6.5%と高値を示す。一方、膵疾患以外での原因不明の高アミラーゼ血症には、術後S型上昇例、腫瘍産生アミラーゼ、マクロアミラーゼなどがあるが各バンドの出現位置に特長があるため、これらの解析には電気泳動が必要である。マクロアミラーゼは、アミラーゼが免疫グロブリン(主にIgG, IgA)と結合し高分子化したものである。腎臓での排泄が低下するため、尿中アミラーゼは正常でも血中アミラーゼは高値を示す。また、尿中への排泄の低下に従いACCRが1%以下と著しい低値を示す。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | [P型の増加]<br>急性膵炎、慢性膵炎再燃時、胆道系の炎症性疾患<br>[S型の増加]<br>流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、腫瘍産生アミラーゼ、術後高アミラーゼ血症、熱傷後　など<br>[その他]<br>マクロアミラーゼ血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 478<br>(Ⅰ)<br>479<br>(Ⅱ) | アンギオテンシンⅠ・Ⅱ<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■腎血管性高血圧症<br>■低レニン性高血圧症 | 臨床的意義 | アンギオテンシンⅠ(AngⅠ)は10のアミノ酸より成るペプチドで、肝臓で生成されるレニン基質に腎傍糸球体より分泌されるレニンが作用して生成される。これにアンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE)が働き、末端にあるヒスチジンとロイシンが外され、アンギオテンシンⅡ(AngⅡ)に変換される。AngⅡは強力な血管収縮作用とアルドステロン分泌作用をもつ昇圧物質であるが、AngⅠも単なる前駆物質ではなくカテコールアミンの遊離を促進するなどの生理活性があることがわかってきた。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】レニン濃度の増加によるもの<br>(Bartter症候群、レニン産生腫瘍、褐色細胞腫など)<br>【低値】レニン濃度の減少によるもの<br>(原発性、または特発性アルドステロン症、低レニン性本態性高血圧など) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 83 | アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■血圧調節<br>■サルコイドーシス | 臨床的意義 | ACEは生理的には,肺の血管内皮細胞によって産生・放出される血圧調節に関与している酵素である。アンギオテンシンⅠをアンギオテンシンⅡに変換するとともに,ブラジキニンを不活性化する。しかし,ACE値と血圧との間に関連性はない。血中ACE活性の病態生理学的意義については不明な点が多いが,種々の呼吸器疾患,肝,腎,甲状腺疾患,糖尿病などで変動することが知られる。ACE活性の測定は,主にサルコイドーシスの補助診断や治療効果の判定に用いられている。 |
| | | | | | 疾患名 | 高値】サルコイドーシス・甲状腺機能亢進症・肝硬変・糖尿病<br>【低値】Crohn病・慢性リンパ性白血病・多発性骨髄腫・慢性閉塞性肺疾患・甲状腺機能低下症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 589 | アンチトロンビンⅢ<br>（AT－Ⅲ）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■生体内での凝固系の働き,生産状態,血栓症の病因 | 臨床的意義 | アンチトロンビンⅢ(ATⅢ)は,分子量58000,肝で合成される。生理的には抗凝固剤作用を有しており,活性化第Ｘ因子や活性化第Ⅱ因子(トロンビン)などのセリンプロテアーゼと1対1に結合しその作用を阻害する.。ATⅡは,Arg47にヘパリン結合部位を,Arg393−Ser394にトロンビン結合部位を有する。生体内では血管内皮細胞上のヘパリンとATⅢが複合体を形成することにより,抗凝固作用を強力に発揮する。<br>ATⅢの血中濃度は生産性と消費のバランスにより左右されるため,意義として生体内での凝固系の働き,生産状態,血栓症の病因を知ることが重要。またATⅢ遺伝子は,染色体1g22−25上に存在し,先天性の場合はこの遺伝子レベルの異常により,生産が不十分な場合はATⅢ欠乏症となり,異常なATⅢを生産する場合はATⅢ異常症となる。なおATⅢの生体内半減期は健常人で65時間であるが,DICでは短縮する。生体内では血中,血管内皮,血管外にそれぞれ4:1:5の比率で分布している。 |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】播種性血管内凝固症候群（DIC）・肺梗塞・外科手術・劇症肝炎・肝硬変・慢性肝炎・新生児・ネフローゼ症候群・妊娠・エストロゲン治療・経口避妊薬 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| ア | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 590 | アンチプラスミン(2プラスミンインヒビター(α2PI)) ☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓症<br>■DIC<br>■出血傾向(線溶亢進) | 臨床的意義 | α 2プラスミンインヒビター(α 2PI)ともよばれ、線溶系を司るプラスミンの主たる阻害因子である。抗プラスミン活性を示すものには他に、α 2マクログロブリン、α 1アンチトリプシンなどもあるが、それらの作用はα 2PIと比べるとはるかに弱い。α 2PIはプラスミンと1:1で特異的に結合しプラスミンと複合体(plasmin inhibitor complex; PIC)を作り、即効性をもってプラスミンの活性を失活させる働きをもつ。またα 2PIは肝で産生されるため、肝障害では産生低下のため血中レベルの低下がみられる。 | ア |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】手術、分娩時　など<br>【低値】血栓症、DIC、出血傾向(線溶亢進)肝障害、抗凝固剤投与時、血栓溶解療法中、先天的欠損 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 110 | 血中アンモニア ☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■劇症肝炎<br>■重症な肝炎<br>■肝硬変 | 臨床的意義 | アンモニアは主として腸管内で、食事蛋白などから生成される分解産物で毒性をもつ。このため主として肝において尿素サイクルにより毒性の低い尿素に変換され、腎から排泄される。<br>肝障害や門脈シャントなどによりアンモニア血中濃度の上昇をみるが、実際は肝機能がかなり低下しても予備能力により解毒作用は保たれている。したがって高アンモニア血症は劇症肝炎などの非常に高度の肝機能の低下があるか、または肝硬変等によりアンモニアを多く含む門脈血が肝を通らずに直接体循環に流入する門脈-体循環シャントが存在している場合などでおこる。　また血中アンモニアの上昇と脳症の発症には時間差があり、脳症の発症の方が遅れる場合がある。<br>筋肉運動や食事摂取により上昇し、また全血のまま放置すると、赤血球からの遊離により高値になることがあるので注意を要する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝性昏睡・肝不全・劇症肝炎・肝硬変末期・尿毒症・出血性ショック<br>【低値】低蛋白食摂取時・貧血 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ア | アレルギー検査関係疾患名 | | | | | ア |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 各コード | アレルギー検査全般<br>☑目次へ戻る | | | 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・じん麻疹・胃腸アレルギー・アレルギー性気管支アスペルギルス症・アナフィラキシ―ショック・寄生虫疾患・ペットアレルギー・食物アレルギー・職業アレルギー・接触性皮膚炎・真菌感染症・昆虫アレルギー<br>【】<br>☑≪算定条件≫にリンク | |

| イ | イ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | イ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 142 | イオン化カルシウム<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■副甲状腺疾患<br>■骨疾患 | 臨床的意義 | 血液中に含まれるCaは，血清中の総Ca（イオン化Ca48～55%　蛋白結合形40～50%，有機酸または無機酸との結合形数%）と赤血球内Caに分けることができ，総CaはPと対応させ副甲状腺機能異常や骨疾患に欠かせない臨床検査である。一方イオン化Caは生理機能として神経・筋肉の興奮性，血液凝固機転，細胞膜の透過性，酵素の活性化などに直接関与する重要な因子として極めて微妙な恒常性が維持されている。また内分泌とし副甲状腺機能（PTHとの挙動の対比）。悪性腫瘍として高カルシウム血症惹起のモニター・腎の場合透析治 療のモニター・新生は低カルシウム血症惹起のモニター・麻酔等はカルシウムのホメオステーシス急変のモニターなどに用いられ臨床的に疾患の診断および病態の把握，治療のうえで有用な検査である。<br>・血清中のカルシウムは、約1／2 が遊離したイオン化カルシウムとして、残りはアルブミンと結合しています。<br>・イオン化カルシウムは機能上重要で、血液凝固、酵素の活性化、筋収縮、神経刺激伝導系などに必須です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症・悪性腫瘍（PTH関連蛋白の分泌、骨転移による骨融解）・ビタミンDまたはA中毒・サルコイドーシス・悪性腫瘍骨転移・Addison病・結核<br>【低値】副甲状腺機能低下症・慢性腎不全・急性膵炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| イ | 371 | インスリン<br>(IRI)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■糖尿病(低値) | 臨床的意義 | 膵臓のランゲルハンス島B細胞(B細胞)でプレプロインシュリン(110アミノ酸:分子量11,500)として合成され、そのうち24個のアミノ酸部分が切断され、プロインシュリン(アミノ酸86個、分子量:9,000)となる。このプロインシュリンが小胞体から分泌顆粒に移行するさいに、Cペプチドを出してインシュリンになる。このインシュリンは分子量:5807、51アミノ酸(A鎖とB鎖から構成される)であり、血糖低下作用、タンパク同化作用がある。血中インスリン濃度はβ 細胞のインスリン分泌機能を反映し、糖尿病の診断・病態把握、耐糖能異常の原因鑑別に有用な指標である。<br>肥満や種々の内分泌疾患に伴う耐糖能障害でもインスリンは異常値をとる。またインスリン産生腫瘍であるインスリノーマでは、インスリンが過剰に分泌されるため低血糖がみられる。<br>【】 | イ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】インスリノーマ・NIDDM(肥満、インスリン抵抗性)・Cushing症候群<br>【低値】IDDM・NIDDM(代謝状態の悪い例)・下垂体機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 374 | インスリン抗体<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■インスリン依存性糖尿病(高値) | 臨床的意義 | 血中に抗インスリン抗体が存在する場合、インスリンの免疫学的測定系に干渉するために 真のインスリン値の測定は困難となる。干渉の仕方は、インスリン測定系におけるB/F分離の様式によって異なり、固相法や二抗体法では見掛け上高値に、塩析法(PEG法)や吸着法(デキストラン炭末法)では低値となる。特に高インスリン血症の鑑別に当たっては、抗体の有無をチェックすることが肝要である。血中に抗インスリン抗体の存在する病態としてインスリン自己免疫症候群が知られている。インスリン投与中の糖尿病患者血中には高率にインスリン抗体が出現し、治療抵抗性の原因となることから、定期的なスクリーニングが重要である。他方、インスリン投与の既往がないにもかかわらず血中に抗インスリン抗体の存在する病態としてインスリン自己免疫症候群が知られている。本症は低血糖を生ずる点で特徴的であり、糖尿病治療時に出現する外因性インスリンに対する抗体が低血糖を生じない事実と際立った対照を成している。一説には、インスリン自己免疫症候群に検出される抗体はいったん結合したインスリンを容易に遊離し、自発性低血糖を惹起するのではないかとの見解がある。しかしながら、双方の抗インスリン抗体におけるインスリン親和性の相違は必ずしも証明されているわけではなく、低血糖状態の発現機序についての結論は得られていない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】インスリン治療中の糖尿病・インスリン自己免疫症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1532 | total P1NP<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症<br>■骨形成マーカー(早期に反映) | 臨床的意義 | Ⅰ型プロコラーゲンーNープロペプチド(P1NP)は分子量35,000の細長い形状をした蛋白質で、血中に単量体や三量体として存在しています。Ⅰ型プロコラーゲンが骨芽細胞内で合成され細胞外に分泌された後、Ⅰ型コラーゲンとしてコラーゲン線維に取り込まれますが、その際に切断されたC末端プロペプチド(P1CP)とN末端プロペプチド(P1NP)が血中に放出されます。これらの大半は骨組織に由来するため、骨形成マーカーとしての有用性が確認されています。<br>P1NPはこれまでの骨基質の成熟および石灰化の段階で出現する骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)やオステオカルシンに比べ、Ⅰ型コラーゲンの生成過程で産生されるため、骨形成のより早期の指標として有用な骨形成マーカーです。また、骨粗鬆症治療において使用する破骨細胞の活動を抑制するビスフォスフォネート製剤および骨形成促進剤のPTH製剤による治療効果の確認やモニタリングに適していると考えられています。<br>本検査は、従来の RIA で測定する Intact P I NP が P1NP の三量体のみを検出していたことに対し、三量体と単量体の両方を検出します。また、RIA との相関は良好で、ECLIA により専用の自動測定装置で測定するため、non−RIA 化と検査所要日数の短縮が可能となります。 |
| | | | | 疾患名 | 【異常値】骨粗鬆症・悪性腫瘍の骨転移・骨肉腫・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨軟化症・Paget病 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 2526 | 可溶性　IL−2レセプター(インターロイキン2受容体)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■成人T細胞性白血病(ATL)<br>■急性リンパ球性白血病(ALL)<br>■悪性リンパ腫 | 臨床的意義 | インターロイキン-2レセプター(IL-2R)は、分子量70kdのp70(β鎖)と分子量55kdのTac抗原(α鎖)と呼ばれている2種類のサブユニットからなる蛋白である。前者が休止期のリンパ球にも発現しているのに対して後者はリンパ球活性化の後に初めて見出されるため、生体の免疫機構活性化の指標とすることができる。近年、リンパ球活性化状態においてTac抗原が末梢血中に可溶性の形でも存在することが明らかになり、可溶性IL-2R(sIL-2R)と名付けられている。sIL-2RはIL-2との結合性を保持することから、生体の免疫調節にも関与していると推定される。血中sIL-2R値は造血器悪性腫瘍、レトロウイルス感染症、リウマチ・膠原病など、免疫系のさまざまな病的状態で上昇しており、病勢を反映する指標として有用と思われる。血中に遊離される可溶性IL-2レセプターの量は、T細胞の活性化の消長を示す指標となることが知られている。成人ヒト白血病や川崎病、リウマチやSLEなどの自己免疫疾患において活動性を示すマーカーとなることが報告されており、幅広い疾患領域での有用性が期待されている。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】成人T細胞白血病・悪性リンパ種・多発性骨髄腫・急性及び慢性白血病・慢性骨髄性白血病・膠原病・自己免疫性疾患・川崎病・肺癌・間質性肺炎 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| ウ | ウ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ウ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 240 | ウロポルフィリン定量（尿中）<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■鉛中毒<br>■ポルフィリン異常 | 臨床的意義 | ウロポルフィリンは、骨髄および肝臓に存在するヘム合成系の中間代謝物であるポルフィリン体の一つである。　ウロポルフィリンはグリシンおよびスクシニル-CoA から、デルタアミノレブリン酸合成酵素の作用で合成されるデルタアミノレブリン酸 (ALA) に由来する。ALAは、ALA脱水酵素によってポルフォビリノーゲンとなり、ウロポルフィリノーゲンを経てウロポルフィリンとなる。さらにウロポルフィリンは、コプロポルフィリンからプロトポルフィリンを経て、最終的にヘムの合成材料となる。したがって、ポルフィリン体、ALAおよびポルフォビリノーゲンの測定は、これらヘム合成過程に異常を示すポルフィリン症の鑑別診断、および尿中排泄増加の見られる鉛中毒のスクリーニング検査として有用である。<br>これらのうち、プロトポルフィリンはほとんど水に溶けないため胆汁を介して糞便中に、ウロポルフィリンは水溶性が高いため主として尿中に、中間のコプロポルフィリンは胆汁および尿中に排泄される。　ポルフィリン体は一般に光線により変化をするため、検体は遮光保存する。尿では熱、紫外線、pH の影響を受けやすいため、血液にくらべると正確な定量は難しいとされる。<br>　ポルフィリン症では皮膚の光線過敏症がみられる皮膚ポルフィリン症と、急性神経症状のみられる肝性ポルフィリン症が知られ、臨床症状からこれらの検索を行う。2次的にポルフィリンが増加する病態として鉛、水銀、鉄などによる中毒や、鎮静薬、PCBや塩化有機物などの工業毒による中毒、サルファ剤、経口避妊薬などの使用が知られている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【増加】鉛中毒、急性間欠性ポルフィリン症、異型ポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| エ | エ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | エ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 各コード | エコーウイルス(HI)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■無菌性髄膜炎<br>■気道疾患<br>■皮膚疾患 | 臨床的意義 | エコーウイルスによる感染症は中枢神経感染症から皮膚疾患まで多彩な臨床症状を示すが、同様な疾患を惹起するものにコクサッキーウイルスがあり診断に困難なことも多い。エコーウイルス感染症として、無菌性髄膜炎、ヘルパンギーナ、気道疾患、発疹症など多彩な疾患群が知られている。エコーウイルスには多くの型があるが、一つのウイルスが幾つかの疾患の原因となり、一方、一つの疾患が幾つかのウイルスによって起こされるのでウイルス学的検索が重要となる。すなわち、咽頭ぬぐい液、水疱、髄液などからエコーウイルスの分離、同定、PCR、血清抗体価の検査がポイントとなる。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】無菌性髄膜炎・中枢神経疾患・麻痺・発疹・ヘルパンギーナ・心嚢炎・心筋炎・筋痛症・気道疾患・肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| エ | 421<br>非妊婦 | エストロゲン（総）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■エストロゲン産生腫瘍<br>■卵巣機能低下 | 臨床的意義 | エストロゲンは、代表的な女性性ステロイドホルモンであり、標的臓器の細胞質内レセプターと結合して作用する。エストロゲンとしては多種確認されているが、エストロン、エストラジオール、エストリオールの3つが主である。このうち、生理活性の最も高いエストラジオールが重要となる。エストラジオールは、主として卵巣から産生され、卵胞発育に伴い特徴的な分泌パターンを示し、妊娠中は胎盤性エストロゲンの一部として、思春期、不妊症、更年期、閉経婦人における卵巣機能の評価として重要な意味をもつ。 | エ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・肝疾患・多嚢胞性卵巣（PCO）・エストロゲン産生卵巣腫瘍・卵巣過剰刺激症候群<br>【低値】卵巣機能低下・卵巣低形成（Turner症候群）・早発閉経（POF）・低ゴナドトロピン症（Sheehan症候群・Simmonds症候群）・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 422<br>非妊婦 | エストラジオール（E2）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■エストロゲン産生腫瘍<br>**■更年期障害** | 臨床的意義 | エストロゲンとしては多種確認されているが、エストロン、エストラジオール、エストリオールの3つが主である。このうち、生理活性の最も高いエストラジオールが重要となる。エストラジオールは、主として卵巣から産生され、卵胞発育に伴い特徴的な分泌パターンを示し、妊娠中は胎盤性エストロゲンの一部として、思春期、不妊症、更年期、閉経婦人における卵巣機能の評価として重要な意味をもつ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】エストロゲン産生腫瘍（卵巣顆粒膜細胞腫・卵巣莢膜細胞腫）・卵巣過剰刺激症候群（OHSS）・先天性副腎皮質過形成・肝疾患・多胎妊娠<br>【低値】卵巣機能低下（不全症）・卵巣低（無）形成（Turner症候群）・早発閉経（POF）・低ゴナドトロピン症（Sheehan症候群・Simmonds症候群・Chiari－Frommel症候群）・神経性食欲不振症・胎盤サルファターゼ欠損症・胎盤機能不全<br>**【異常】更年期障害** | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| エ | 424<br>非妊婦 | エストリオール（E3）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■胎児・胎盤機能<br>■双子・巨大児（高値）<br>■胎児死亡・胎児仮死（低値） | 臨床的意義 | E1,E2の代謝物で尿中に最も多く出現し,卵巣での生成は少ない。血中では主に抱合型として存在する。エストリオールのエストロゲン活性は,最も弱いが,妊娠後期に胎盤より多量に分泌され,エストロン・エストラジオールの子宮興奮作用を抑制し,胎児−胎盤機能に対し,生理的に重要な意義をもつ。特に尿中エストリオール値は,胎児,胎盤,母体系機能の指標として,臨床上最もよく測定されている。E3は胎児・胎盤両者の機能を反映しており、ヒト胎盤性ラクトーゲン(human placentral lactogen ; hPL)が胎盤の発育と機能の指標であり、その分泌調節に胎児自身の関与が少ないことと対照的といえよう。母体尿中E3値は胎児・胎盤系機能の指標として現在、臨床上最もよく測定されている。尿中エストロゲンの大部分がE3であることから、尿中総エストロゲンを測定し、E3値とする簡便法がよく用いられている。 | エ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】双胎・巨大児<br>【低値】子宮内胎児死亡・重症妊娠中毒症・胎盤サルファターゼ欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | 保険未適用 | |
| | | エストロゲンレセプター<br>☑目次へ戻る | 病理 | ■乳癌 | 臨床的意義 | estrogen receptor (ER)は、ステロイドホルモン、甲状腺ホルモン、ビタミンDなどの疎水性ホルモンに対する核内受容体スーパーファミリーの一つでERは、1986年Chambonらによって構造が明らかにされた。ERはestrogenと結合することで活性化され、DNA転写因子として作用する。従来ERは、1種類と考えられてきたが、近年新たなER(ERβ )が発見され、これまでのERは、ERα と呼ばれている。ERβ の生理作用は、未知であり臨床的には従来のER(ERα )のみが測定の対象となる。<br>estrogenは、女性における第二次性徴の発現や生殖機能のみならず、骨代謝、心血管系の機能調節、また一部に腫瘍の増殖にも重要な役割を果たし、乳腺、子宮内膜細胞のほか、血管平滑筋、髄膜細胞などにERの発現が認められる。ERは、乳癌などのホルモン依存性増殖を示す腫瘍の治療法選択、また予後の判定に重要な検査となっている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】乳癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| エ | 454 | エラスターゼ1<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■急性膵炎<br>■膵臓癌 | 臨床的意義 | エラスターゼ1は、主として膵に存在する蛋白分解酵素の一つです。<br>膵疾患に特異的な膵酵素で、膵管や膵管分枝が閉塞された場合に鋭敏に上昇します。また、他の膵酵素に比べて血中半減期が長いという特長もあります。<br>そのため、膵疾患の中でも特に、膵癌、急性膵炎と慢性膵炎の代償期で病態を反映するため、臨床的意義が見出されています。エラスターゼはエラスターゼ1と2があり，前者は血中でα 1アンチトリプシンと90%が結合した遊離型と結合型を測定している。エラスターゼは白血球・血小板・脾などにも存在し，急性炎症などの情報となる顆粒球エラスターゼとは，免疫学的に区別される。エラスターゼは血中では結合組織の弾性線維エラスチンを，特異的に加水分解する膵外分泌酵素で，膵の腺房細胞にプロエラスターゼとして局在し，腸に分泌されてトリプシンより活性化される。意義としては，膵癌（特に膵頭部）に伴う膵炎を反映して，比較的早期から高頻度に異常高値を示すことから、膵疾患の診断の指標あるいは経過観察に有用である。 | エ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎の再燃時・膵癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 483 | エリスロポエチン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■真性多血症<br>■腎性貧血 | 臨床的意義 | エリスロポエチン（EPO）は、主に腎臓から分泌される分子量約34,000、165個のアミノ酸から成る糖蛋白性の造血ホルモンで赤血球の産生をコントロールしている。貧血になると組織の酸素欠乏が起こり、これが刺激となってEPOの産生が促進され、骨髄の幹細胞に作用して赤血球の分化を促進する。その後、赤血球の増加により酸素不足が解消するとEPO産生は止まりバランスが保たれる。<br>EPOは腎性貧血の診断と多血症の鑑別のために測定される。腎性貧血の場合はヘモグロビン濃度が低下していてもEPOは腎からの産生が少ないため低値にとどまる。<br>多血症に関しては、循環赤血球量が増加している絶対的多血症と、増加していない相対的多血症（脱水など）に分類される。このうち絶対的多血症でEPO値が高値を示すものを二次性多血症、示さないものを真性多血症と診断する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】赤血球増加症・再生不良性貧血・エリスロポエチン産生腫瘍・腎疾患・心肺疾患<br>【低値】真性多血症・腎透析・腎性貧血 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| エ | 2036<br>血中 | 塩基性フェトプロテイン<br>（BFP）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>Ⅱ | ■尿路上皮癌<br>（膀胱癌・尿道癌・尿管癌）<br>■膀胱炎 | 臨床的意義 | 尿中に出現するBFPは血中から移行したものではなく尿路上皮細胞に由来することから、尿路系疾患に対して高い特異性を有すると考えられる。<br>尿路上皮癌は、比較的頻度の高い疾患であるにも拘わらず、確立された生化学的マーカーに乏しい状態が続いていた。また尿細胞診も、膀胱癌の大多数を占める乳頭状癌における陽性率が極めて低いという難点が指摘されている。尿中BFPの測定は、これら検査法の限界を補う新たなマーカーとして膀胱癌のスクリーニング、および治療モニタリングに有用と期待されている。 | エ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性肝癌・胆嚢、胆管癌・膵癌・腎癌・睾丸癌・前立腺癌・卵巣癌・子宮体癌・肺癌<br>【良性疾患】肝炎・子宮疾患・肝硬変・胆石症・前立腺疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 9117 | エンドトキシン定量<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■グラム陰性菌感染症<br>■真菌感染症<br>（HS法） | 臨床的意義 | エンドトキシンは，グラム陰性との鑑別が重要でグラム陰性桿菌細胞壁中のリポ多糖（LPS）で真菌細胞壁のβ -Dグルカンである。エンドトキシンの生物活性は多彩で，血液凝固系，免疫系をはじめ，エンドトキシン感受性細胞に対して種々の影響を与える。エンドトキシンの検出法として定性法（リムルステスト），定量法（トキシカラー法・エンドスペシー法）がある。リムルステストはエンドトキシンが北米産のカブトガニの血液を凝固させることを利用した方法で，ゲル形成の有無によりエンドトキシンの存在を肉眼的に判定する定性法である。エンドトキシンは、ごく微量でも血中に入ると発熱を引き起こすほか、ショック、血管内凝固、リンパ球活性化など、多くの生物活性を有する。血中エンドトキシンの測定は、重篤な基礎疾患をもつ真菌、グラム陰性桿菌感染症や、エンドトキシン・ショックの迅速診断法として有用である。深在性真菌症ではトキシカラー法値からエンドキシンに特異的であるエンドスペシー法値を差し引くことにより感染の指標となる。（真菌指数） | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】グラム陰性菌感染症・敗血症・絞扼性イレウス・虚血性大腸炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| オ | オ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | オ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 343 | 黄体形成ホルモン<br>（LH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣機能低下症<br>■下垂体機能低下症 | 臨床的意義 | 黄体形成ホルモン（LH）はFSHとともに下垂体より分泌されるゴナドトロピンである。卵巣や精巣などの性腺を刺激して性腺機能を維持する働きがあり、LH-RHによる刺激と性ステロイドホルモンによるフィードバックによりコントロールされている。また、下垂体自体は視床下部や性腺など他の内分泌臓器とネットワークを組んで機能しているため、LH測定はその把握にも役立つ。LH基礎分泌量は思春期前は低値であり、思春期後は徐々に増加し20歳代前半でピークを迎える。女性では性周期により値が大きく変化するほか、閉経後は卵巣などの標的臓器の機能低下にともない、40歳半ばより急速に上昇する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性睾丸機能不全・卵巣性無月経・多嚢胞卵巣症候群・Turner症候群<br>【低値】続発性睾丸機能不全・視床下部性無月経・下垂体機能低下症・Kallman症候群・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1031 | オーム病クラミドフィラ<br>（クラミジアシッタシ抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■クラミジア肺炎<br>■異型肺炎<br>■間質性肺炎 | 臨床的意義 | オーム病の起因病原体は、Chlamydia psittaci（Cps）で、他にクラミジア属にはC.trachomatis（Ct）、C.pneumoniae（Cpn）、C.pecorum（Cpe）等があるが、Cpeのヒトへの感染は確認されていない。Ctは主に尿路や性器などに感染し、他の3菌種は呼吸器に感染することが多い。オーム病はペットの小鳥から伝播してヒトに発症し、一般に症状はCpn感染症よりやや重い。1～2週間の潜伏期ののち熱発、乾性咳、胸痛をもって発症し、頭痛、筋肉痛を伴う。鳥類の飼育歴が診断のきっかけになることが多く、血中にオーム病抗体価の上昇をみる。治療にはテトラサイクリンが有効とされる。　血清診断は主に補体結合反応（CF法）による抗体検査により行われる。すなわち、感染初期の血清とその1～2週間後のペア血清で測定し、4倍以上の抗体価の上昇があった場合に感染があったと判定する。また、ペア血清が入手できない場合には、一般に32倍以上の値が得られたときに有意とする。なお第4性病や不妊症の原因となるCtの感染については、抗原検査や遺伝子診断も可能となっている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】オウム病・呼吸器感染症・気道感染症・肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| オ | | | | | | | オ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 臨床的意義 | ビタミンKの作用のもとで，骨芽細胞により合成され，骨の非コラーゲン性蛋白の25%を占めるカルシウム結合蛋白である。骨芽細胞により合成され骨の非コラーゲン部位の10～20%を占め、一部Gla化したものが骨基質中に蓄積されて骨形成にかかわるが、血中にも放出される。<br>骨は常に骨形成を繰り返しているがBGPは骨芽細胞以外では産生されないため、代謝性骨疾患において骨代謝回転状態を把握するために有用なマーカーである。 | |
| | 2335 | オステオカルシン<br>（BGP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副甲状腺疾患<br>■骨粗鬆症 | 疾患名 | 【高値】Paget病（変形性骨炎）・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・慢性腎不全・悪性高カルシウム血症・多発性骨髄腫・慢性関節リウマチ・骨粗鬆症・骨折<br>【低値】副甲状腺機能低下症・甲状腺機能低下症・Cushing症候群・妊娠 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2535 | オリゴクローナルバンド<br>（髄液・血中）<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■多発性硬化症 | 臨床的意義 | 多発性硬化症(multiple sclerosis ;MS) は中枢神経系の炎症性脱髄疾患の一つで、時間的・空間的に多発するのを特徴とします。多発性硬化症では、脱髄病巣の炎症を反映した髄液中に種々の異常を呈し、特に髄液腔で産生されたIgG 量が著しく増加します。髄液中IgG を評価する際は、血清からの移行を考慮する必要があり、中枢神経系のIgG 産生の指標としてIgG インデックスが有用です。オリゴクローナルバンド(OB) とは、髄液蛋白の電気泳動においてγ －グロブリン領域に幅狭く濃染した数本のバンドが出現するものを指し、MS を始めとする脱髄性疾患や中枢神経系の感染症などで高率に検出され、とりわけMS では重要な診断指針となります。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性硬化症・亜急性硬化性全脳炎・単純ヘルペス脳炎・神経梅毒・Guillain－Barre症候群・細菌性、真菌性髄膜脳炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| カ | カ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | カ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2681 | 核マトリックスプロテイン22（NMP－22）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■膀胱癌<br>■腎盂尿管癌 | 臨床的意義 | 尿中NMP22は、尿路上皮癌（膀胱癌および腎盂尿管癌）で上昇することから、尿路上皮癌診断における臨床的有用性が示唆されています。本検査は、尿路上皮診断における膀胱鏡検査の対象者および膀胱癌の治療効果に有用と考えられます。ヘモグロビンの影響を受け、高値になるので、血尿は注意が必要。尿中NMP22は、尿路上皮癌（膀胱癌および腎盂尿管癌）で上昇することから、尿路上皮癌診断における臨床的有用性が示唆されています。 本検査は、尿路上皮診断における膀胱鏡検査の対象者および膀胱癌の治療効果に有用と考えられます | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】尿路上皮癌・膀胱癌・腎盂尿管癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 375 | ガストリン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■ガストリノーマ<br>■幽門前庭部びらん性胃炎<br>■萎縮性胃炎 | 臨床的意義 | ガストリンは、主として胃幽門前庭部に存在する内分泌細胞（G細胞）由来のホルモンで、胃内に摂取された食物（特に蛋白食）の刺激を受けて血中に放出され胃壁細胞に作用して胃酸分泌を促進する。<br>現在、血中ガストリン値の異常は高ガストリン血症についてのみ報告されており、ガストリン値の低下する疾患は知られていない。 ガストリンの異常増加はその自律的産生亢進による場合、胃酸分泌低下に伴う二次的亢進による場合、あるいは肝・腎における代謝障害による場合に分けられるため、測定結果の的確な評価は胃酸分泌機能状態と併せて行なわねばならない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Zollinger－Ellison症候群・悪性貧血・委縮性胃炎・副甲状腺機能亢進症<br>【低値】胃切除・胃底腺ポリープ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| カ | 2765 | ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺癌（小細胞癌） | 臨床的意義 | ガストリン放出ペプチド前駆体（Pro GRP）は、肺小細胞癌において高い陽性率と特異性を示す腫瘍マーカーである。<br>元来「Pro GRP」は脳・腸管ペプチドの一種であるGRP（ガストリン放出ペプチド）の前駆体を意味するが、ここで云うPro GRPとはGRP産生過程でその前駆体ペプチドの切断により等モルに血中に放出されるC-末端側フラグメントを示している。<br>ガストリン放出ペプチド（gastrin-releasing peptide；GRP）は、豚の胃から分離された消化管ホルモンであり、本来の作用はガストリンの血中への分泌促進にあるが、肺小細胞癌で高率に産生されていること、そして同癌のオートクリン増殖因子として働いていることが知られている。GRPそのものは、血中において不安定であり臨床応用に適さずその前駆体であるPro-gastrin-releasing peptide；ProGRPがGRP同様、肺小細胞癌で高値を示す。いくつかの検討からNSE（neuron-specific enolase）より肺小細胞癌のマーカーであることが示されている。 | カ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肺小細胞癌・肺大細胞癌・肺扁平上皮癌・肺腺癌<br>【良性疾患】腎不全・肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 583 | 活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■先天性凝固因子欠乏症（延長） | 臨床的意義 | APTT延長の場合、先天性凝固因子欠乏症、特に血友病A（Ⅷ因子欠乏）、B（Ⅸ因子欠乏）、von Willebrand病、接触因子欠乏が知られている。ただし凝固因子Ⅷ・Ⅸ欠乏では、各因子の活性が50%を下回らない限り正常値となる場合が多い。後天性ではインヒビターの発生（Ⅷ因子インヒビター、Ⅸ因子インヒビター、ループスアンチコアグラント、ヘパリン投与）が知られている。凝固因子のいくつかは肝臓で合成されることが知られており、肝障害では産生の低下によりAPTTが延長する。薬剤投与については、ヘパリンがAT-Ⅲを介して凝固第Ⅱa因子を阻止することにより、APTT延長をきたす。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【延長】内因系及び共通系凝固因子欠乏症・重症肝障害・ビタミンK欠乏症・播種性血管内凝固症候群（DIC）・線溶亢進・フォンウィルブランド病・肝障害・ビタミンK欠乏症・ループスアンチコアグラント・血友病・抗凝血素の存在 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 385 | カテコールアミン3分画（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | カテコールアミン（CA）はアドレナリン（A）、ノルアドレナリン（NA）、ドーパミン（DA）の総称で、交感神経・副腎髄質系より分泌される。Aは副腎に存在するphenylmethanolamine-N-methyl transferase（PNMT）によりNAから合成されホルモンとして分泌される。NAは交感神経における神経伝達物質として重要でありDAより合成される。つまりDAはNAやAの前駆物質であるとともに中枢神経系において重要な神経伝達物質である。これらは脳、交感神経節、腸管クロム親和性細胞などに広く分布し、それ自体特異な作用を示している。 CAの主な測定目的は褐色細胞腫の診断である。褐色細胞腫の診断以外では、交感神経系の腫瘍である神経芽細胞腫の診断にも用いられる。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】褐色細胞腫・神経芽細胞腫・本態性高血圧症・うっ血性心不全・狭心症・心筋梗塞・慢性腎不全・甲状腺機能低下症・糖尿病・十二指腸潰瘍<br>【低値】Addison病・起立性低血圧症・甲状腺機能亢進症 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 2526 | 可溶性　IL－2レセプター（インターロイキン2受容体）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■成人T細胞性白血病（ATL）<br>■急性リンパ球性白血病（ALL）<br>■悪性リンパ腫 | 臨床的意義 | インターロイキン-2レセプター（IL-2R）は、分子量70kdのp70（β鎖）と分子量55kdのTac抗原（α鎖）と呼ばれている2種類のサブユニットからなる蛋白である。前者が休止期のリンパ球にも発現しているのに対して後者はリンパ球活性化の後に初めて見出されるため、生体の免疫機構活性化の指標とすることができる。近年、リンパ球活性化状態においてTac抗原が末梢血中に可溶性の形でも存在することが明らかになり、可溶性IL-2R（sIL-2R）と名付けられている。sIL-2RはIL-2との結合性を保持することから、生体の免疫調節にも関与していると推定される。血中sIL-2R値は造血器悪性腫瘍、レトロウイルス感染症、リウマチ・膠原病など、免疫系のさまざまな病的状態で上昇しており、病勢を反映する指標として有用と思われる。血中に遊離される可溶性IL-2レセプターの量は、T細胞の活性化の消長を示す指標となることが知られている。成人ヒト白血病や川崎病、リウマチやSLEなどの自己免疫疾患において活動性を示すマーカーとなることが報告されており、幅広い疾患領域での有用性が期待されている。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】成人T細胞白血病・悪性リンパ種・多発性骨髄腫・急性及び慢性白血病・慢性骨髄性白血病・膠原病・自己免疫性疾患・川崎病・肺癌・間質性肺炎 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

カ

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| カ | 2938 | (抗)カルジオリピンβ 2グリコプロテインⅠ複合体抗体(抗CL・β 2GPⅠ抗体)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■全身性エリテマトーデス(SLE)<br>■関節リウマチ(RA)<br>■進行性全身性硬化症(PSS) | 臨床的意義 | リン脂質に対する抗体(anti-phospholipid antibody; aPL)は、自己免疫性疾患、特に全身性エリテマトーデス(SLE)患者の血清中で高率に認められる自己抗体である。この抗体によって引き起こされる一連の疾患群を、「抗リン脂質抗体症候群(APS)」と呼び、抗カルジオリピン抗体は代表的な抗リン脂質抗体である。抗リン脂質抗体症候群では、LA(ループスアンチコアグラント)という、異常な免疫グロブリンが産生される。これにより反復性の流産・子宮内胎児死亡、全身の動・静脈血栓症などの病態を引き起こす。LAは凝固活性に対し、in vitro とin vivo で相反する影響を示す。in vitroでは活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)のようなリン脂質依存性の凝固時間を延長するが、生体内では逆に血栓症を引き起こす。抗RPR法のような血清梅毒反応は、カルジオリピン抗原を用いて検査が行われる。このため、患者が抗カルジオリピン抗体(aCL)を保有していると、感染していないにも関わらず検査は陽性という、生物学的偽陽性(BFP)がみられる。したがって血清梅毒反応で陽性反応を得た場合には、梅毒感染によるものか、自己免疫疾患におけるaCLによるものかを鑑別する必要がある。抗カルジオリピン抗体の測定法には、「抗カルジオリピン・β 2GPⅠ複合体抗体」と「抗カルジオリピン抗体」がある。梅毒などの感染性疾患で認められる抗カルジオリピン抗体は、コファクターを添加することにより抗体活性が低下するため本検査法では測定されない。すなわち本測定法では、自己免疫疾患で産生されたaCLが測定される。 | カ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】全身性エリテマトーデス(SLE)、関節リウマチ(RA)、進行性全身性硬化症(PSS)、混合性結合組織病(MCTD)、多発性筋炎(PM)、皮膚筋炎(DM)<br>抗リン脂質抗体症候群・(反復性流産・子宮内胎児死亡、全身の動・静脈血栓症などがみられる)・動静脈血栓症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2552 | カルジオリピン抗体(IgG)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■全身性エリテマトーデス(SLE)<br>■関節リウマチ(RA) | 臨床的意義 | 【(抗)カルジオリピンβ 2グリコプロティンⅠ複合体抗体】と臨床的意義は同じ。前項にあるβ 2GPⅠの存在下で、抗体活性が上昇するものと、低下するものの2種類を合わせて検出する。すなわち、本測定法ではβ 2GPⅠ依存性・非依存性のaCLの両方、トータルaCLが測定される。なお実際の症例では、抗カルジオリピン抗体および抗カルジオリピン・β 2GPⅠ複合体抗体とループスアンチコアグラント(LA)が両方陽性になるとは限らない。抗リン脂質抗体症候群が疑われる際は、抗カルジオリピン・β 2GPⅠ複合体抗体または抗カルジオリピン抗体検査と、LAを同時に行なうのが望ましい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性高値】SLE・抗リン脂質抗体症候群(APS)<br>【陽性低値】非SLE膠原病≪慢性関節リウマチ・進行性全身性強皮症(PSS)・Sjogren症候群≫・梅毒 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| カ | | | | | | | カ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2553 | 癌関連ガラクトース転移酵素（GAT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | GATはCA125のような既存の腫瘍マーカーに比して卵巣癌に高い特異性を示すことが明らかになっている。たとえば、CA125は卵巣癌において70～80%の高い陽性率を示す反面、良性疾患である子宮内膜症（内膜症性嚢胞）でも約50%が陽性化することから、検査値のみでの両者の鑑別は困難であった。 これに対して、GATの婦人科良性疾患における偽陽性率は10%未満である。なわち、内膜症性嚢胞を有する、または内膜症性嚢胞が疑われる患者での卵巣癌の診断や治療モニタリングにはGAT測定が有用となる。<br>なお、妊娠中期以降ではcut-off値を超える高値を呈することがある。年齢・性周期による影響は認められない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】卵巣癌（内膜症性嚢胞を有する患者またはその疑いのある患者で卵巣癌を疑う場合） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 475 | カルシトニン（CT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺髄様癌<br>■肺小細胞癌<br>■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | 主に甲状腺C細胞（傍濾胞細胞）より分泌され、副甲状腺ホルモンとともにカルシウムの調節にかかわり、血中カルシウムを低下させる働きがある。また、腎での無機リン排泄促進による血清リン低下、破骨細胞の骨吸収を抑制して骨カルシウム含有量を保持するなどの働きがある。<br>正所性ホルモン産生腫瘍である甲状腺髄様癌で多量に分泌され、肺小細胞癌やカルチノイド症候群などの異所性カルシトニン産生腫瘍でも腫瘍からの産生がみられる。また、甲状腺髄様癌が疑われる患者で予想外の低値であった場合は、カルシウム負荷試験やガストリン負荷試験を行う。甲状腺髄様癌患者では正常者に比べ反応が過大である。<br>加齢により低下する傾向があり、性差においては有意ではないが男性の方が高値を示す傾向がある。また、慢性腎不全では排泄不良等の原因で著しい高値を示すことが多い。食事により刺激を受けるため、早朝空腹時に採血するのが望ましい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺腫瘍・肺小細胞癌・カルチノイド・褐色細胞腫・メラノーマ・肝癌・骨髄腫・高Ca血症・慢性腎不全・膵炎 ・妊娠<br>【低値】甲状腺摘出術後・骨粗鬆症・低Ca血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 力 | 2651 | 肝細胞増殖因子（HGF）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■劇症肝炎<br>■亜急性肝炎 | 臨床的意義 | 肝細胞増殖因子（HGF）は劇症肝炎患者の血中に多く存在し、非常に強い肝細胞増殖活性をもつ蛋白である。 劇症肝炎は非常に致命率の高い疾患である。従来まではPT、ヘパプラスチンテストのような血液凝固系のマーカーが診断に用いられていたが、これらのマーカーでは早期に診断することが困難であり、異常値を呈するころには肝細胞の壊死が高度に進行している場合もまれではない。<br>HGFの測定は、これらの凝固型マーカーが異常値を示す前の早期段階で、劇症化の予知を行い、肝性脳症が発現する前に血漿交換等の適切な治療に踏み切るための有用な指標である。<br>HGF値の変動は総ビリルビン値やICG 15分停滞率とよく相関するといわれる。<br>なお、亜急性肝炎、急性肝炎などでも上昇をみるが、劇症肝炎に比較すると上昇は軽度（多くは1.0ng/mL以下）に留まる。 | 力 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】劇症肝炎・亜急性肝炎・遅発性肝不全・急性肝炎・肝硬変・肝癌・腎移植術後・慢性腎不全・肺炎・白血病・妊娠初期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 627 | 寒冷凝集反応<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■原発性非定型肺炎（マイコプラズマ肺炎など）<br>■後天性溶血性貧血<br>■多発性骨髄腫<br>■トリパノゾーマ感染症<br>■肝硬変 | 臨床的意義 | 寒冷凝集素価の測定法で、原発性非定型肺炎（マイコプラズマ肺炎など）の診断に用いられる。寒冷凝集素とは、ヒト血清中に存在し、4℃前後の低温で自己の赤血球またはO型赤血球を凝集させる抗体をいう。通常はIgM抗体で、赤血球膜表面のIまたはi抗原を認識する。<br>健常人の凝集素価は低いが、マイコプラズマ肺炎では発病2週間前後より凝集価は上昇し、6週頃には低下または消失する。それゆえ本症が疑わしいときは、急性期（1週頃）と回復期（3～4週頃）のペア血清で測定し、二管差（4倍）以上の差あれば有意とする。できれば8週以後の血清を調べ凝集素価の低下を見ることが望ましい。<br>しかし8週以後も凝集価が高値にとどまることもある。陽性率は重症で75～90%、軽症で30%といわれ、陰性の場合もこの陽性率を考慮する必要がある。 また、凝集価がきわめて高値を示すときは、自己免疫機構による溶血性疾患、あるいは異常な抗血球膜抗体を念頭におき、クームス試験を実施する。<br>採血後、速やかに血清分離して保存して下さい（血清分離までは37℃保存）。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】寒冷型自己免疫性溶血性貧血・悪性リンパ種・マイコプラズマ肺炎・伝染性単核球症・肝硬変 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 力 | 694 | 間接クームス<br>☑目次へ戻る | 免疫 | 溶血の原因である不完全抗体を検出 | 臨床的意義 | 溶血の原因である不完全抗体を検出する検査。血清中に遊離している不完全抗体の存在証明に用いられる。不完全抗体であるIgGが赤血球膜表面抗原に結合した場合、それだけでは凝集に至らない。しかしここにクームス血清を加えると、赤血球表面の抗体同士に架橋が形成され、赤血球は凝集をおこす。この原理を利用して、患者血清中の不完全抗体と、O型赤血球を反応させ不完全抗体を検出するのがクームス試験である。本試験の目的は溶血性疾患の原因である不完全抗体を検出することにある。すなわち、<br>1. 新生児溶血性疾患や血液型不適合による溶血性副作用の診断<br>2. 自己免疫性溶血性貧血患者の治療効果の判定<br>などに用いられる。 | 力 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】不規則抗体による輸血時の溶血、自己免疫性溶血性貧血、血液型不適合妊娠による新生児溶血性疾患　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ク | ク | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 66 | グアナーゼ（GUA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■慢性肝炎<br>■肝硬変<br>■アルコール性肝障害 | 臨床的意義 | 肝や腎、脳に多く含まれているが、腎疾患や脳疾患での上昇はまれである。AST（GOT）のように筋肉にはほとんど含まれていないため、肝疾患により特異的であるとされる。<br>C型肝炎などの非A非B肝炎の検査体制が整っていなかった時代には、その補助診断にグアナーゼがよく用いられていた。C型肝炎急性期や急性憎悪期ではASTやALTに先だって上昇し、またこれらが正常化した後も高値を持続することがあるため現在でも補助診断として用いられることがある。<br>またグアナーゼは腎梗塞で上昇することがあるが頻度はそれほど高くはない。凍結、融解を繰り返すと失活するので注意を要する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（高値6．0以上）急性肝炎・劇症肝炎（中等度2．5～6．0）慢性肝炎（活動型）・肝癌（軽度1．5～2．0）慢性肝炎（非活動型）・脂肪肝・肝硬変・腎梗塞 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1931 | クォンティフェロン（QFTゴールドプラス））<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■結核 | 臨床的意義 | 近年、ツベルクリン皮内検査にかわって血液中の白血球（Tリンパ球）の反応を用いた新しい検査が開発されました。この検査は、採血した血液から分離された白血球と、結核菌の2種類の蛋白質を試験管の中で反応させます。この反応で白血球がインターフェロンγ という化学物質を産生すれば「陽性」、即ち「過去に結核菌に感染した」ことがある、逆に化学物質を産生しなければ「陰性」、即ち「結核菌に感染していない」と判断します。即ち、化学物質を産生した白血球の持ち主は、結核菌に感染した（ことがある）といえます。これをQFT検査（クオンティーフェロンｺﾞｰﾙﾄﾞﾌﾟﾗｽ）といい、BCG接種の影響をほとんど受けないことからツベルクリン皮内検査に変わろうとしています。結核菌に感染してからQFT検査が「陽転」するには、少なくとも8～10週間かかるといわれています。このことから結核患者さんと接触があった場合、この検査を受けるには最後に接触した日から2ヶ月以上待つ必要があります。なお、「陽性」を示した場合、過去と最近の感染の区別ができません。また、5才未満の子供さんは、検査結果の判断についてまだ十分に検討されていないため検査はできません。<br>《クォンティフェロンの意義》<br>・TB抗原：結核菌特異抗原の感作を受け、分泌されたIFN-γ 量<br>・MITOGEN：非特異物質（PHA）によるリンパ球の免疫応答性を確認（陽性対照）<br>・NIL：被験者の血中IFN-γ 量（陰性対照）<br>・検出感度の上昇<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】結核 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ク | 各コード | （血中）<br>クラミジアトラコマティス抗体<br>IgM<br>IgG<br>IgA<br>☑目次へ戻る | 免役 | ■クラミジアトラコマティス感染症 | 臨床的意義 | 【感染後の抗体産生】<br>IgM（1週間以内に上昇、再感染では上昇しない）<br>次にIgG（1か月後から上昇、約4年で陰性化）<br>最後にIgA（5～6週間で上昇、約3年で陰性化）が出現する。<br>※性器クラミジア感染症においてはIgM抗体上昇が十分ではないため、IgGとIgA抗体が測定されています。ただし、新生児では母親から移行したIgG抗体が介在するため、IgM抗体を検査します。<br>■抗体検査と抗原検査の一致率は30%と低く、IgG抗体およびIgA抗体陽性例には現在の感染と過去の感染が含まれ、鑑別できません。<br>また、オウム病クラミジアや肺炎クラミジアと交叉反応が認められることから、抗体検査は抗原検出が困難な骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児肺炎などの深部感染症の補助診断として利用されます。<br>■抗体検査は性器クラミジアのスクリーニングとして使用される場合がありますが、感染初期には出現しないことが多く、治療しても残存することから、感染診断にはクラミジアトラコマティス核酸増幅同定SDA法などの高感度な抗原系検査を行います。 | ク |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】クラミジアトラコマティス感染症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 260 | クラミジアニューモニエ抗体（IgM）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■クラミジア肺炎<br>■ニューモニエ感染症 | 臨床的意義 | クラミジア・ニューモニエ（Chlamydia pneumoniae）はヒトを自然宿主とし、ヒトからヒトへと感染し気管支炎や肺炎などの急性呼吸器感染症を引き起こす病原体である。<br>　クラミジアは病原微生物の一種で、細胞壁やDNA, RNAをもち二分裂増殖をする点は細菌に似ているが、細胞内寄生で生存する点が異なっている。クラミジア属にはこのほか鳥類を介して呼吸器感染を起こすオーム（鸚鵡）病の病原体Chlamydia psittaciや、C.trachomatis（Ct）、C.pecorum等がある。このうちC.pecorumのヒトへの病原性は確認されていない。Ctは主に尿路や性器などに感染し、第4性病や不妊症の原因となる。いずれもテトラサイクリンが有効とされる。<br>【】 |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】肺炎・気管支炎・急性上気道炎の呼吸器疾患の感染 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 731 | クリオグロブリン定性<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■本態性クリオグロブリン血症<br>■自己免疫疾患 | 臨床的意義 | 単一の免疫グロブリンである場合と、複数の蛋白による場合があり、前者は多発性骨髄腫や原発性マクログロブリン血症など、後者はSLEや慢性肝炎などで認められる。原因別にみると基礎疾患に随伴する続発性と本態性クリオグロブリン血症に分けられる。本態性のものにはLoSpalluto-Meltzer症候群と呼ばれるまれな疾患があり、随伴する可能性のある全ての基礎疾患を否定することにより診断される。一方、続発性のものには多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症、膠原病、慢性感染症などが挙げられる。 |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性骨髄腫・原発性マクログロブリン血症・膠原病・SLE・慢性関節リウマチ・糸球体腎炎・悪性腫瘍・慢性感染症 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

ク

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ク | 2474 | グリコアルブミン（GA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■糖尿病<br>■甲状腺機能低下症 | 臨床的意義 | アルブミンの生理的半減期が約17日であることから、血中のグリコアルブミン量は過去1～2週間の平均血糖値を反映する。グリコヘモグロビン（HbA1C）が過去1～2カ月間の平均血糖値を反映するのに対し、より短期間の血糖変動の指標としてGAは開発された。また、特に透析患者においては、糖尿病性腎症合併患者の血糖コントロール指標としてHbA1Cよりも意義が認められる。すなわち、GAは蛋白の糖化度を総量ではなく%で算出するため、比較的低蛋白血症の影響を受けにくい。<br>またHbA1Cと比較しても、腎不全に伴う高窒素血症で生ずるカルバミル化Hb（みかけ上高値をとる）の影響をGAは受けない利点を持つ。<br>日常臨床上しばしば認められるヘモグロビン異常症（HbA1Cの異常低値で発見されることが多い）ではHbA1Cに代わる血糖コントロール指標としてGAは有用である。 | ク |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病・肝硬変・甲状腺機能低下症<br>【低値】甲状腺機能亢進症・ネフローゼ症候群・高度の火傷 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 102 | グリココール酸（CG）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■胆汁性肝疾患<br>■ビリルビンよりも鋭敏に反映する | 臨床的意義 | グリココール酸（cholylglycine; CG）は一次胆汁酸でコール酸のグリシン抱合体であり、本検査はこれをRIA法により高感度に測定するものである。<br>一般に、CGは生理的に胆汁酸と類似の動態をとるビリルビンよりも鋭敏な肝障害マーカーといわれる。すなわち、ビリルビンが低値でCGが高値を示す例は多いが、逆にビリルビンが異常値であるのにCGが低値を示すことは少ない。<br>CGは、急性肝炎で上昇するが、これに次いで、非活動性肝炎＞活動性慢性肝炎＞肝硬変＞肝癌の順で高値を示す傾向があるといわれる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、肝内胆汁うっ滞症、肝外胆道閉塞症、先天性胆道閉鎖症　など。<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ク | | | | | | | ク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2119 | クリプトコッカス抗原<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■クリプトコッカス症 | 臨床的意義 | クリプトコックス症はCryptococcus neoformansによる慢性，亜急性，まれに急性の肺，脳髄膜あるいは全身性の感染症であり，本菌の多くは肺に初感染巣を作り全身諸臓器に播種するが，特に中枢神経系に親和性を持ち，髄膜脳炎を主な臨床病型とする。他の深在性真菌症と異なり肺のみに病変を呈するのは10%程度とされている。本菌の中枢神経系への親和性の高い理由は不明であるが，中枢神経系が補体や抗体に乏しいことが一因とする説もある。クリプトコックス症においては，C.neoformansが生体内で増殖し，可溶性莢膜多糖類を多量に産生するために，比較的長期にわたり抗原過剰の状態となるため，本症の血清診断法としては，抗原検出法であるラテックス凝集反応が，簡便性や迅速性から最も有用であり，抗原価の推移により病勢や治療効果の判定が可能である。また，本症において抗体が検出されるのは，血中抗原の少ない病期や抗真菌薬により抗原量の減少する時期などであり，抗体検出法は病期や予後の判定に用いられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】クリプトコッカス性髄膜炎・日和見感染症・肺クリプトコッカス症・皮膚クリプトコッカス症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 107<br>血中 | クレアチニン<br>(CRE)<br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■腎糸球体ろ過機能の重症度を反映する | 臨床的意義 | 血中クレアチニンは腎臓の糸球体で容易に濾過され尿細管での再吸収・分泌は行われず尿中に排泄される。よって尿中へのクレアチニン排泄量は糸球体濾過率（GFR）を示し、糸球体濾過(腎臓)機能を反映する指標となる。ただクレアチニンはBUNとは異なり、腎外性因子の影響は少ないがGFRが50%まで低下してもなお正常域を示すため腎機能の指標としては鋭敏ではない。血中非蛋白性窒素化合物の一つであるCrは腎糸球体から濾過され,ほとんど再吸収されることなく尿中に排泄される。したがって血中Crの測定は,腎での濾過機能の指標となり,そのクリアランスは腎機能を評価する上に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | （高値）<br>GFRの低下：糸球体腎炎，腎不全，うっ血性心不全<br>体内水分量の不足：腸閉塞，血液の濃縮，脱水<br>筋細胞増大：末端肥大症，巨人症<br>また肉食摂取や加齢でも高値になることがある<br>（低値）<br>循環血液量(水分)が多くなり尿排泄量が増すような大量輸液，人工透析，尿崩症，妊娠など<br>筋萎縮：筋ジストロフィ，長期臥床の高齢者など<br>【関連する検査項目】<br>BUNとあわせて腎機能の判定をする<br>BUN：CRE比は通常10：1の関係にある<br>● 10：1以下の場合　腎臓に障害がある腎性の疾患を考える<br>● 10：1以上の場合　腎臓以外に障害がある腎外性の疾患を考える<br>また必要に応じて尿中CRE量や腎機能の把握としてより正確なクレアチニンクリアランス（CCr）の測定をする | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ク | | | | | | | ク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 108<br>血中 | クレアチン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■筋疾患 | 臨床的意義 | クレアチンは主に肝で合成され，血中に入り，98%は筋に1.5%は神経系に分布する。筋に取り込まれた50%以上はクレアチンキナーゼの働きによりクレアチンリン酸に合成され筋肉のエネルギー源として重要な役割を果す。血清，尿中クレアチンの異常が問題となるのは臨床的にはほぼ筋疾患に限られる。血清,尿中クレアチンの異常が問題となるのは臨床的にはほぼ筋疾患に限られる。筋疾患時にクレアチンが高値を示す機序はわかっていないが,筋崩壊や膜の異常に伴う筋肉へのクレアチンの取り込みの異常,筋中への保持の異常などが考えられている。しかし,クレアチンキナーゼ,アルドラーゼなどの検査法の進歩により診断的測定の意義は薄れてきている。一方,心筋梗塞で血清クレアチンキナーゼが上昇する前にクレアチン上昇があり,早期診断に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【上昇する疾患】<br>筋疾患<br>その他の筋萎縮性疾患、ポリオ、筋ジストロフィー症、多発性筋炎、皮膚筋炎<br>【減少する疾患】<br>肝障害、甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2292 | クロストリジウムディフィシル抗原（CD毒素）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■クロストリジウム感染症 | 臨床的意義 | クロストリジウム・ディフィシル（Clostridium difficile）は、芽胞を形成するグラム陽性の偏性嫌気性桿菌である。C.difficileは、化学療法剤や抗生物質などの投与中に、腸炎を引き起こす菌として有名である。原因となる抗菌薬の種類は多岐にわたっており、MRSAと共に院内感染の原因菌として問題になっている。C.difficileは新生児の糞便中で約半数程度に認められ、また生後1カ月以内の乳児の30%程度に検出されるが、本菌による消化器症状をみることはきわめて稀である。健康な成人の糞便中にも、通常はごく少量のC.difficileが認められる。しかし糞便中で最優位菌として存在することはないため、抗菌薬の投与により腸内細菌叢が変化し、菌交代によって増殖を始め、一定量に達するとトキシン-A、トキシン-Bと呼ばれる毒素を産生する。このような現象は抗癌剤投与によっても発生する。これらの毒素により、軟便などの軽症例から、高度な下痢や高熱、白血球増多を伴う偽膜性大腸炎にまで幅広い消化器症状を引き起こし、さらに低蛋白血症や電解質異常、腸閉塞に至る例もある。なお欧米では、偽膜性大腸炎のほとんどがC.difficileの感染によるものとの報告がある。偽膜性大腸炎の確定診断は内視鏡検査により行なわれ、結腸部分にほぼ円形に隆起した白色ないし黄白色の偽膜が認められる。<br>C.difficileは、多くの抗生剤や化学療法剤に耐性である。除菌には原因抗菌剤の中止に加え、メトロニダゾールやバンコマイシンが比較的有効とされる。<br>本菌のdifficileという名称は、分離培養が困難（difficult）である事に由来する。すなわち空気にきわめて弱い偏性嫌気性菌であり、検体の採取、分離、培養には相当の注意が必要であった。本検査はこれに対処するため、菌体の抗原成分を直接糞便中より検出するもので、比較的短時間に結果を得ることができる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】偽膜性大腸炎・クロストリジウムディフィシル感染症（抗菌剤投与中に下痢、発熱で発症し、偽膜性腸炎を起こす） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ク | | | | | | | ク |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | クンケル<br>(ZTT)<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■胆汁うっ帯<br>肝疾患 | 臨床的意義 | ZTT 亜鉛混濁反応 は主として肝障害を見るための血清膠質反応です。膠質反応とは血清に種々の蛋白変性試薬を加え、混濁や沈殿の生成を測定するもので、主に血清アルブミンの減少とγ −グロブリンの増加を反映して高値をとなるので、各種肝障害時における血清中、複数の蛋白成分の量的・質的異常を迅速簡便かつ安価に知る方法として現在もなお使用されています。ZTT は別名クンケル試験とも呼ばれ、クンケルが1947年に血清に希薄な硫酸亜鉛バルビタール緩衝液を加え生成する混濁を比濁定量したものです。ZTT はIgGおよびIgMとよく相関し、慢性の感染症、炎症、慢性肝炎、肝硬変、多発性骨髄腫などで高値を示します。 | |
| | | | | | 疾患名 | （上昇する疾患）<br>急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝硬変、高脂血症、膠原病、カラアザール及び熱帯性疾患、サルコイドーシス、感染を伴う肝外胆汁うっ滞、肝硬変(特に壊死後性)、肝細胞癌、癌、結核、髄腫、遷延性肝炎、無黄疸性肝硬変<br>（減少する疾患）<br>家族性非溶血性黄疸、胆外胆汁うっ滞、胆内胆汁うっ滞、溶血性黄疸 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| ケ | ケ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ケ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 511 | 血液像<br>(白血球分類)<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■白血球分類<br>■白血球の形態異常を調べる | 臨床的意義 | 感染症や各種白血病、血液系の悪性腫瘍など様々な疾患の鑑別診断に有用である。一般に細菌感染症では好中球が増加し、核の左方移動（桿状核球など骨髄から出てきて間もない好中球の増加）がみられる。高齢者の炎症性疾患では、白血球増多がなくても核の左方移動で炎症の存在を推定することができる。 一方ウイルス感染では、リンパ球の比率が高まる場合が多いが、白血球数そのものは減少する場合も稀ではない。ウイルスの種類によっては異型リンパ球が認められる。白血病など血液系の悪性腫瘍では、骨髄芽球など、通常は骨髄内に留まり末血には出現しない幼若な白血球が認められ、病状の進行に従い多数を占めるようになる。出現した芽球の性質を検索するため、特殊染色やフローサイトメトリーによる表面マーカーの検索が行われる。血液系悪性腫瘍の確定診断には、骨髄穿刺が有用である。<br>白血球の比率を示す白血球分画は、ヒトでは成長に伴って変化する。生まれたての新生児では、好中球が主体であるが、およそ生後2日目から幼時期はリンパ球主体となる。成人と同じ好中球主体になるのは、学童期以降である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | [好中球増加]<br>急性感染症、悪性腫瘍、白血病（慢性骨髄性）、炎症性疾患<br>[リンパ球増加]<br>伝染性単核症、リンパ性白血病、百日咳、流行性耳下腺炎、一部の慢性感染症<br>[好酸球増加]<br>各種のアレルギー疾患、寄生虫症、猩紅熱、膠原病<br>[好塩基球の増加]<br>骨髄増殖症候群、CML（とくに急性転化時）<br>[単球の増加]<br>単球性白血病、発疹性の感染症（麻疹など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ケ | 616 | 血小板関連IgG（PAIgG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■特発性血小板減少性紫斑病（ITP） | 臨床的意義 | 抗血小板抗体には、生体内ですでに血小板と結合している抗体を測定するPA-IgG（Platelet-associated IgG）と、血小板に結合しうる抗体を測定するPB-IgG（Platelet-binding IgG）の2種類がある。本検査はPA-IgGを測定するもので、血小板上に結合している免疫グロブリンIgGをEIA法にて定量するものである。 一方、PB-IgGは一般にMPHA法（Mixed Passive Hemagglutination Test; 混合受身赤血球凝集試験）により測定されている。免疫学的血小板減少症では、PB-IgGよりPA-IgGの方が感度が高く、ITPにおいては90%程度の陽性率を示すといわれる。これは「抗血小板抗体」の感度を上回るものである。またITP患者ではPA-IgG値と血小板数、血小板寿命が逆相関を示すため、病態の重症度や治療効果の指標としても有用である。抗血小板抗体を産生原因別に分けると、ITPなどの自己免疫によるもの、血小板輸血不応状態などにおける同種抗体の存在によるもの、キニンやキニジンなどの薬剤の投与による薬剤起因性抗血小板抗体などが挙げられる。<br>なお本検査には血小板が一定数必要なため、血小板数が著しく低い（3万/μ L以下）では倍量の検体が必要である。 | ケ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性血小板減少性紫斑病（ITP） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | 臨床的意義 | 一般に血小板が増加する病態は稀であるが、減少する場合は骨髄からの産生低下（再生不良性貧血など）、破壊亢進（特発性血小板減少性紫斑病など）などが知られている。肝硬変では産生低下と分布異常、さらに自己抗体の影響を受け血小板が減少する。血小板数が3万/μ Lを下回ると、脳出血を来たすおそれがあり、すみやかな対応が要求される。<br>1. 偽性血小板減少症（検体内に生じた血　小板凝集によるみかけ上の減少）<br>2. 血小板の大きさの異常（大きさの大小・血小板）<br>3. 採血手技・採血時間経過等による凝集<br>これらが疑われる場合、血小板数の値は真の値より低値をとる。確認には、塗抹標本を作製し、血小板の減少の有無を確認する。 | |
| | 506 | 血小板（PLT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■止血機能 | 疾患名 | 【高値】<br>[腫瘍性]<br>本態性高血小板血症、慢性骨髄性白血病、真性多血症<br>[反応性]<br>出血、摘脾<br>【低値】<br>[産生低下]<br>再生不良性貧血、急性白血病、巨赤芽球性貧血<br>[破壊亢進]<br>特発性血小板減少性紫斑病（ITP）、抗血小板抗体、血小板関連IgGが検出される。 血栓性血小板減少性紫斑病、播種性血管内凝固症候群（DIC）、バンチ症候群<br>[分布異常]<br>肝硬変（産生そのものの低下もみられる） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ケ | 608 | 血小板第4因子（PF－4）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血小板活性の指標 | 臨床的意義 | PF4とは強力なヘパリン中和作用を有する分子量30,000の血小板特異蛋白で、血小板から放出される。血小板の異物面との接触やトロンビンなどの刺激により、血小板活性化が起こると、血小板由来成長因子やフィブリノーゲンと共にα 顆粒から放出されたPF4は、抗ヘパリン作用により血栓形成を助長する。PF4は血中半減期が短く、病態を即時的に反映して変動するため、生体内での血小板活性化の指標と考えられ、血栓症の推定、抗血小板剤による治療の評価にも有用である。<br>PF4は採血法、その後の処理の仕方によりデータが変動しやすいので、以下のようにするのが望ましい（β −TGも同様）。<br>採血は凝集を防ぐために駆血帯を使用せず、2シリンジ法にてまず初めの血液2mL位を捨てたのち、次のシリンジで4.5mLを採取する。専用容器に移し、2～4℃下2,000Gで30分遠心する。その上清の表面よりやや下の部分を分取した乏血小板血漿（PPP）を凍結で保存し検査を行う。遠心までの間、検体は氷浴中で保存するが、1時間位までは安定である。血漿分離が遅れると、血小板からPF4が放出されるため、予想外の高値となる場合がある。 | ケ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脳梗塞、心筋梗塞、播種性血管内凝固症候群（DIC）・脳血栓・糖尿病・心筋梗塞・骨髄増殖性疾患・膠原病・腎不全<br>【低値】血小板減少症、抗血小板剤投与 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2039 | ■HER2蛋白（血清）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■再発乳癌・胃癌 | 臨床的意義 | HER2タンパクは分子量185kDaの糖タンパク質で，細胞膜を貫通する受容体機能を有しています。細胞が癌化するとHER2遺伝子が過剰に産生・発現し，悪性腫瘍としての性質が高まり，特に乳がん，胃がん，卵巣がん，唾液腺がんなどで過剰発現する症例があり，予後不良な悪性のタイプが多くあります。血清HER2タンパクは，まったく新しい癌のバイオマーカーであり，今後の癌治療の主流となりつつある患者ごとのオーダーメイド医療においても，客観的な臨床検査としてさまざまな応用の可能性があります。「悪性腫瘍特異物質　治療管理料」として毎月1回の保険請求が可能な保険診療検査であり，侵襲性が低く，頻回の検査が可能な血液検査です。その上，バイオプシーが実施困難な脳や骨への転移例や他臓器への転移症例においても，癌の病勢を把握可能な検査として，病理検査・画像検査と相互補完することで，癌の治療成績向上に寄与できると期待されています。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】再発乳癌・胃癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ケ | 2776 | 血清アミロイドA蛋白（SAA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■炎症の活動指標<br>（リウマチ等） | 臨床的意義 | SAAの血中濃度は全身の炎症活動性を鋭敏に反映します。つまり、炎症が重症，全身性なほど高濃度であり、軽症，局所的なものでは低値となります。<br>急性相反応蛋白は日本では主にCRPが測定されていますので、CRPとSAAの相違点を紹介します。炎症が疑われる患者さんの約80%は、SAAとCRPの挙動が一致します。一般にCRP陽性，SAA陰性サンプルの出現率は低く、CRP陰性，SAA陽性サンプルの出現率は約17%です。1. ウイルス感染症ウイルス感染症では、一般的にCRPの変動は小さいが、SAAは上昇する例が多いので、細菌感染症とウイルス感染症の鑑別やモニタリングに有用5,6）です。2. ステロイド剤多量投与時、免疫抑制剤投与時ステロイド剤投与時では、CRPが低値化または陰性化することがありますが、SAAは影響がありません。各種炎症性疾患（特に自己免疫性疾患7））、移植手術後の拒絶反応8）、免疫抑制状態でのウイルス日和見感染8）のモニタリングに有用です。3. 続発性アミロイドーシ<br>SAAの高値持続はアミロイドーシス発症の促進因子と考えられていますので、AA値のモニタリング1）が望まれます。【 | ケ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチの活動期・細菌性またはウイルス性感染症・組織壊死・悪性腫瘍・自己免疫疾患・ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 146 | 血清鉄(Fe)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 生体内の鉄の総量は約4000mgであり、その2/3は赤血球内の血色素として存在し、1/3弱は貯蔵鉄（フェリチンとヘモジデリン)として実質臓器内にある。そして、血清中の鉄はトランスフェリンと結合しており、それ以外の形では存在しない。貯蔵鉄プールから動員された鉄はトランスフェリンと結合して血清鉄となり、血清中を流れて骨髄の赤芽球に摂られて赤血球ヘモグロビンとなる。赤血球の寿命は平均120日で、崩壊した赤血球は細網細胞で結合して血清鉄として再び造血に用いられるか、あるいは 貯蔵鉄プールへ入る。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】再生不良性貧血、溶血、肝障害、鉄剤使用時、反復輸血後、急性肝炎の初期、ヘモクロマトーシス<br>【低値】鉄欠乏性貧血<br>急性・慢性炎症、感染症、腫瘍、組織壊死<br>二次性貧血、真性多血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ケ | 674 | 血清補体価（CH50）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■補体蛋白の障害<br>■リウマチ<br>■糸球体腎炎 | 臨床的意義 | 血清補体価は補体蛋白の産生障害、過剰な活性化、異化亢進などにより影響を受け、主に低値の場合に問題となる。補体の異常はおもに補体成分の欠損により起こり、CH50は極端な低値をとる。また補体は主に肝細胞で作られることから肝疾患による産生低下で低値になる。また、全身性エリテマトーデスのような自己免疫疾患では、古典的経路の活性化亢進で補体が消費されるため低値になる。補体成分は他の蛋白成分と比較して非常に半減期が短く、1日で血中の約50%が入れ替わっているといわれ、蛋白漏出性疾患でも速やかに補填されるため低補体血症は起こりにくいとされる。採血後血清を低温下におくとcold activationにより補体経路の活性化を起こし低値になることがあるので注意を要する。 | ケ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】リウマチ熱・慢性関節リウマチ・感染症、サルコイドーシス、ベーチェット病、Reiter症候群、悪性腫瘍　など<br>【低値】急性糸球体腎炎・膜性増殖性腎炎・SLE・肝硬変・ルポイド肝炎・慢性肝炎・ネフローゼ症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 317 | ケトン体分画（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■Ⅰ型糖尿病の診断 | 臨床的意義 | ケトン体はアセト酢酸（AcAc）、3-ヒドロキシ酪酸（3-OHBA）、アセトンの3種類の物質から構成され、本検査はその中でケトアシドーシスなどの診断に重要なAcAcと3-OHBAの2物質を分画定量するものである。アセトンは健常人血中にはほとんど認められないが、産生された場合には、揮発性のため呼気中にケトン臭として観察される。 ケトン体は脂肪酸がβ 酸化されたものであり、さまざまな筋肉で利用されるが、一般に血中濃度が高値になる要因は利用低下よりも、肝での脂肪酸酸化によるケトン体生成亢進によるものが多い。たとえば摂取栄養量の低下により体脂肪を動員する場合のように、エネルギー代謝が脂肪酸に偏った状態は、肥満患者の治療に低エネルギー食を施行した際にみられる。また1型糖尿病（IDDM）における、インスリン欠乏によるブドウ糖利用の低下、脂肪酸動員の亢進状態でも増加し、速やかにインスリンを投与するなどの処置が必要である。 AcAc、3-OHBAは酸性なのでこれらが高値になり予備量を越えるとケトアシドーシスを引き起こす。特に1型糖尿病では3-ハイドロキシ酪酸が著明に増加する。 ケトン体の中で特にAcAcは不安定でこわれやすいため早急に血清分離し、ただちに検査に入ることができない場合は-70℃で保存する必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Ⅰ型糖尿病・糖尿病性ケトーシス・重症糖尿病・飢餓・高脂血症・低炭水化物摂取・熱性疾患・下痢・嘔吐・脱水・妊娠悪阻・甲状腺機能亢進症・消化吸収障害・巨人症・褐色細胞腫・グルカゴノ―マ<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | コ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2954 | HCV抗原（コア蛋白質）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性C型肝炎 | 臨床的意義 | 治療効果をみるために、従来はPCR法によるHCV-RNAの定量が行われてきたが、高感度な反面、大量処理ができないためコストがかさみ、頻回に測定することは困難であった。これを解決するのが「HCVコア抗原」である。<br>本法はHCVの抗原蛋白をCLEIA法により直接定量するもので、検査費用はPCR法の3分の1以下である。感度についてもDNAプローブ法より高感度で、PCR法とほぼ同等の検出感度と特異性が報告されている。本法での有病正診率は約98%、無病正診率はほぼ100%であり、核酸検出法でしばしば問題となるHCV遺伝子型に対する反応性の差もないとされている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性C型肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2461 | 抗CCP抗体（抗シトルリン化ペプチド抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ（早期） | 臨床的意義 | 近年、RAに特異的な抗体として、抗ケラチン抗体や、抗核周囲抗体が発見された。これら自己抗体の対応抗原は、上皮組織のケラチン結合蛋白「フィラグリン」に存在している。フィラグリンはペプチジル・アルギニン・デアミナーゼによって、アミノ酸のアルギニンが一部シトルリンに置換されているが、このシトルリン化部位を抗原とした抗体を検出するのが「抗CCP抗体」である。この際、シトルリン化部位を含むペプチドを、環状構造にすることで、検出感度が非常に向上したため、anti-cyclic citrullinated peptideと呼称される。RA患者における抗CCP抗体の陽性率は、59～90%と報告者によって差が見られ、進行度、人種差、キットの違いなどが原因と推定されている。特異度は86～99%と、他のマーカーに比較して高く、Schellekensらによれば、早期RA例でも特異度は96%と優れていた。また、X線でみられる関節破壊所見とよく相関し、2年後の骨びらんを比較的正確に予測することも可能といわれている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ （早期） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | | | | | | | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2552 | (抗)カルジオリピン抗体(IgG)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■全身性エリテマトーデス(SLE)<br>■関節リウマチ(RA) | 臨床的意義 | 【(抗)カルジオリピンβ 2グリコプロティンⅠ複合体抗体】と臨床的意義は同じ。前項にあるβ 2GPⅠの存在下で、抗体活性が上昇するものと、低下するものの2種類を合わせて検出する。すなわち、本測定法ではβ 2GPⅠ依存性・非依存性のaCLの両方、トータルaCLが測定される。なお実際の症例では、抗カルジオリピン抗体および抗カルジオリピン・β 2GPⅠ複合体抗体とループスアンチコアグラント(LA)が両方陽性になるとは限らない。抗リン脂質抗体症候群が疑われる際は、抗カルジオリピン・β 2GPⅠ複合体抗体または抗カルジオリピン抗体検査と、LAを同時に行なうのが望ましい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性高値】SLE・抗リン脂質抗体症候群(APS)<br>【陽性低値】非SLE膠原病≪慢性関節リウマチ・進行性全身性強皮症(PSS)・シェーグレン症候群≫・梅毒 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 667 | 抗DNA抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE | 臨床的意義 | 抗DNA抗体を測定する目的は膠原病の診断にあるが、中でも全身性エリテマトーデス(SLE)でよく検査される。PHA法は主にスクリーニングに用いられるが、SLEに対して疾患特異性が低いため、陽性の場合はRIA法での確認が望ましい。すなわち、PHA法でも検出されるIgM型抗1本鎖DNA抗体はSLE以外のさまざまな自己免疫疾患でも出現することが多いが、RIA法で検出されるIgG型抗2本鎖DNA抗体は活動期SLEに特異的に出現するためである。ただしPHA法で1,280倍以上の高抗体価が認められた場合はSLEの可能性が高い。一般に抗DNA抗体の力価は活動性に関連があり、急性活動期に陽性率、抗体価とも上昇し、非活動期には低下する。ステロイド剤や免疫抑制剤の投与により著しく低値になることがあるので注意を要する。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性高値】SLE<br>【陽性低値】進行性全身性強皮症(PSS)・Sjogren症候群・混合性結合組織病・重複症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 670 | 抗ds－DNA抗体（IgG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE | 臨床的意義 | 検査の目的はSLEの疾患標識抗体としての補助診断上の有用性であり，抗dsDNA抗体が強陽性となる疾患は，SLEのみにほぼ限定される。抗ssDNA抗体はSLE以外の疾患でも検出され，臨床的な有用性は低い。またSLEの治療指標として抗dsDNA抗体価はSLEの疾患活動性に平行して変動し，特に腎障害の強い例では，この変動と血中の補体価とが鏡像を示す。よって，この変動は臨床症状の出現に先行するので，抗dsDNA抗体の検査は病態，診断の治療指針の決定に有意義である。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】SLE |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 668 | 抗ss－DNA抗体（IgG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE<br>■その他の膠原病 | 臨床的意義 | 検査の目的はSLEの疾患標識抗体としての補助診断上の有用性であり，抗dsDNA抗体が強陽性となる疾患は，SLEのみにほぼ限定される。抗ssDNA抗体はSLE以外の疾患でも検出され，臨床的な有用性は低い。またSLEの治療指標として抗dsDNA抗体価はSLEの疾患活動性に平行して変動し，特に腎障害の強い例では，この変動と血中の補体価とが鏡像を示す。よって，この変動は臨床症状の出現に先行するので，抗dsDNA抗体の検査は病態，診断の治療指針の決定に有意義である。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】SLE・混合性結合組織病(MCTD)・強皮症・シェーグレン症候群・関節リウマチ・自己免疫性肝炎・慢性活動性肝炎・その他 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2740 | 抗GAD抗体<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Ⅰ型糖尿病の診断 | 臨床的意義 | IDDMは主に若年層に発症し、治療にインスリン注射が不可欠となる疾患です。従来より抗膵島細胞質抗体(ICA)がIDDMの予知マーカーとして知られていますが、抗GAD抗体はこれに匹敵するものです。発症初期のIDDM患者の陽性率は8割を越えます。また、中高年のNIDDMで経過中にインスリン依存状態が出現するSlowly progressive IDDMでも陽性となります。抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体は，インスリン依存性糖尿病(IDDM)に高頻度に検出される膵β 細胞に対する抗体である。GADは1990年Baekkeskovらによって抗膵β 細胞64KD蛋白抗体の抗原であることが報告された。膵β 細胞破壊に起因するインスリン不足により発症するIDDMにおいては，抗GAD抗体が高頻度に検出され，IDDM発症の診断的マーカーとして抗GAD抗体の測定は有用である。<br>【】 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】Ⅰ型糖尿病・インスリン依存型糖尿病(IDDM)・将来インスリン依存型糖尿病(IDDM) になる可能性のあるインスリン非依存型糖尿病(NIDDM) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 476 | 抗GBM抗体<br>(抗糸球体基底膜抗体)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群 | 臨床的意義 | 腎糸球体基底膜と反応する自己抗体で,グッドパスチャー症候群や急速進行性腎炎で高率に認められる。本検査は,血清中の抗GBM抗体を特異的かつ定量的に測定できるため,これら疾患の診断及び経過観察の指標に有用である。臨床的には急速進行性腎炎症候群(RPGN)の経過をとり急速に腎死に至る予後不良の腎炎である。血中の抗GBM抗体の検出は、抗GBM抗体腎炎の早期診断と治療の指標として必要な検査である。疾患における抗GBM抗体の関与を知る目的で行う。腎生検によって、GBMに免疫グロブリン、補体成分の線状の沈着が証明され、患者血清中に抗GBM抗体が証明されれば抗GBM抗体腎炎と診断される。しかし、抗GBM抗体腎炎はRPGNの臨床像を呈することが多く、腎生検の施行は困難なことがある。抗GBM抗体の検出と腎生検組織の線状パターンとが有意な相関を示すことが知られており、抗GBM抗体の検出は診断に不可欠な検査である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】抗GBM抗体腎炎・グッドパスチャー症候群・抗GBM抗体の関与する急速進行性腎炎、ループス腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 1499 | 抗IA－2抗体<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Ⅰ型糖尿病の診断 | 臨床的意義 | 抗IA-2抗体は、抗GAD抗体やICAなどと共に主要な膵島関連自己抗体の一つとして位置付けられている。とくに抗IA-2抗体は、1型糖尿病の発症前より血中に出現することがあるため、1型糖尿病の発症予測に有用なマーカーと考えられている。緩徐進行1型糖尿病(SPIDDM)において、抗GAD抗体と比較すると、抗IA-2抗体の陽性率はかなり低い。これに対し急激に発症し進行するタイプの1型糖尿病では、両抗体とも陽性となる頻度が全体の約40%と比較的高い。一方、抗GAD抗体に比べ、抗IA-2抗体は若年発症例(10歳以下)において高い陽性率を示すため、若年性の1型糖尿病の診断に有用とされる。また抗IA-2抗体、抗GAD抗体の両者陰性の場合は、2型糖尿病の可能性が示唆されるため、定期的な経過観察が推奨される。 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】1型糖尿病(特に若年発症1型糖尿病)および緩徐進行1型糖尿病(SPIDDM)、抗体陽性急性発症1型糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2181 | 抗Jo－1抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■多発性筋炎（PM）<br>■皮膚筋炎（DM） | 臨床的意義 | 多発性筋炎/皮膚筋炎(PM/DM)に特異的な自己抗体として見いだされ,しかも陽性例はPM/DMに限られることから,PM/DMの重要な疾患標識抗体(マーカー抗体)とされている。PM/DMの診断は一般的には,筋力低下,筋痛などの臨床症状,筋原性酵素の上昇,筋電図所見,筋生検,皮膚所見などの総合判断によるが,疾患特異抗体と考えられている抗Jo-1抗体は診断の補助となる。筋生検を行っても特異的な所見が得られない場合もあり,特に成人型の筋ジストロフィーとの鑑別に有用である。また抗Jo-1抗体陽性例では間質性肺炎を高率に合併する報告もみられる。その他,抗Jo-1抗体陽性例で出現頻度が高い臨床症状には,多発関節炎やレイノー現象などがある。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性筋炎（PM）・皮膚筋炎（DM） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2735 | 抗RNP抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■混合性結合組織病<br>■SLE | 臨床的意義 | 抗ENA抗体には大別して抗RNP抗体（RNase感受性抗体）と抗Sm抗体（RNase抵抗性抗体）があり、通常は抗Sm抗体が陽性であればRNP抗体も陽性になる。抗RNP抗体は広く自己免疫性疾患で陽性になり、さらに抗Sm抗体も陽性の場合にはSLE（全身性エリテマトーデス）の可能性が高い。また、本抗体が陽性で抗Sm抗体が陰性の場合は、混合性結合組織病（MCTD）やOverlap症候群、シェーグレン症候群の可能性がある。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】混合性結合組織病（MCTD）・SLE・多発性筋炎（PM）・皮膚筋炎（DM）・Sjogren症候群 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 2739 | 抗Scl－70抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■全身性進行性強皮症 | 臨床的意義 | 強皮症(Scleroderma)の進行性全身性硬化症(progressive systemic selerosis:PSS)に極めて特異性の高い抗核抗体である。PSSは,皮膚硬化が躯幹にまで及ぶ汎発型と,手指,顔面に限局する限局型(CREST型)に分けられる。一般に前者では,肺線維症などの内臓線維化病変が高頻度にみられ,血管病変も強く出現して急激な進行を示すことから抗Scl-70抗体を測定する有用性が高く,早期に診断し早期に治療を開始することが重要である。<br>また,抗Scl-70抗体は強皮症以外の疾患ではほとんど検出されず,強皮症の病型や予後とも関連する抗核抗体である。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】全身性進行性強皮症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2736 | 抗Sm抗体<br>（FEIA法）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE | 臨床的意義 | 全身性エリテマトーデス(SLE)患者血清中に見いだされた抗核抗体群のひとつであり,従来の抗ENA抗体で検出されるRnase抵抗性のある抗ENA抗体と同一である。抗核抗体の染色型は斑文型を示す。抗Sm抗体はほぼ常に抗U1-RNP抗体とともに陽性となるので,抗Sm抗体が陽性と判明したら,抗U1-RNP抗体も検査しておくほうがよい。通常は両抗体をセットして同時に測定することが多い。抗Sm抗体陽性のSLEは,低補体血症の頻度が高い。また抗DNA抗体とLE細胞の陽性率も高い。一部の例外を除き,抗Sm抗体は常に抗U1-RNP抗体とともに患者血清中に出現する。一般SLEで抗U1-RNP抗体が陽性であると,腎障害の頻度が低い。しかし抗Sm抗体が陽性の場合は,腎症が遅れて出現する傾向がみられるほか,中枢神経症状との関連を指摘する報告もある。<br>【】 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】SLE<br>（膠原病の他疾患では検出されがたい） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2737 | 抗SS－A抗体<br>（FEIA法）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■シェーグレン症候群 | 臨床的意義 | 抗SS-A、SS-B抗体のSSはシェーグレン症候群の名称に由来する。この両抗体は免疫学的には各々独立したものであるが、同一患者に併存してみられる場合が多い。 シェーグレン症候群は、唾液腺や涙腺などの外分泌腺の炎症や機能不全、機能低下で始まる自己免疫疾患で、眼球乾燥、口内乾燥で発症し、全身の外分泌機能の低下が起こり、尿細管アシドーシスを併発する。一般に抗SS-A抗体の方がSS-B抗体より高頻度に検出され、抗体価も高い場合が多い。また、SS-B抗体は単独で陽性になることは少なく、SS-A抗体を併存する場合が多い。抗SS-A抗体は自己抗体のなかで最も多く検出される抗体の一つで、シェーグレン症候群以外でも関節リウマチやSLEなどのさまざまな自己免疫疾患で陽性を示すことがある。一方、抗SS-B抗体はシェーグレン症候群に特異的である。また、新生児ループスを発症した児を出産した母親の血清中には抗SS-A抗体が高率に検出されるといわれている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】シェーグレン症候群（SJS）・SLE・強皮症・多発性筋炎・多発性皮膚筋炎・慢性関節リウマチ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | | | | | | | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2738 | 抗SS－B抗体（EIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■シェーグレン症候群 | 臨床的意義 | 抗SS-A、SS-B抗体のSSはシェーグレン症候群の名称に由来する。この両抗体は免疫学的には各々独立したものであるが、同一患者に併存してみられる場合が多い。 シェーグレン症候群は、唾液腺や涙腺などの外分泌腺の炎症や機能不全、機能低下で始まる自己免疫疾患で、眼球乾燥、口内乾燥で発症し、全身の外分泌機能の低下が起こり、尿細管アシドーシスを併発する。一般に抗SS-A抗体の方がSS-B抗体より高頻度に検出され、抗体価も高い場合が多い。また、SS-B抗体は単独で陽性になることは少なく、SS-A抗体を併存する場合が多い。抗SS-A抗体は自己抗体のなかで最も多く検出される抗体の一つで、シェーグレン症候群以外でも関節リウマチやSLEなどのさまざまな自己免疫疾患で陽性を示すことがある。一方、抗SS-B抗体はシェーグレン症候群に特異的である。また、新生児ループスを発症した児を出産した母親の血清中には抗SS-A抗体が高率に検出されるといわれている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】Sjogren症候群（SJS）・SLE・強皮症・多発性筋炎・多発性皮膚炎・慢性関節リウマチ・結節性動脈周囲炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2732 | 抗TPO抗体（抗甲状腺ペルオキシターゼ抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | 従来は抗マイクロゾーム抗体といわれ、甲状腺マイクロゾーム分画に存在するものであったが、近年この抗体の主要抗原は甲状腺ペルオキシダーゼ(TPO)であることがわかり、抗TPO抗体と呼ばれるようになった。抗TPO抗体は細胞障害性があり、甲状腺組織の崩壊に伴う腫大(甲状腺腫)がみられる場合はまず測定すべきである。バセドウ病の90%、橋本病のほぼ100%で抗TPO抗体高値を示す。 甲状腺ホルモン投与で低力価になることがあり、また妊娠や出産で変動することがある。特に産後3～6カ月で免疫抑制状態からの反跳現象で力価が上昇する。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・橋本病・原発性甲状腺機能低下症・亜急性甲状腺炎・SLE　その他の膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2347 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■神経伝達物質<br>■重症筋無力症 | 臨床的意義 | 神経筋接合部の後シナプス膜上に局在しており，神経伝達物質であるアセチルコリンに応答する受容体で，筋収縮を作動させる役割を持つ。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）については，Lindstromらが1976年，重症筋無力症（MG）患者血清中に高率かつ特異的に出現することを明らかにした。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）は，アセチルコリンレセプター（AChR）に対して産生される自己抗体で，後シナプス膜上のAChRに質的，量的変化を惹起させ外眼筋，眼球筋，四肢筋等の易疲労性や筋力の低下を主訴とする重症筋無力症（myasthenia gravis;MG）の発症に重要な原因物質であり，MGの診断および治療経過の指標として広く利用されている。 |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】重症筋無力症 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 9639 | 抗BP180抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■類天疱瘡の診断・鑑別 | 臨床的意義 | 類天疱瘡（bullous pemphigoid : BP)は、主に高齢者に見られる慢性で痒みのある自己免疫性水疱性疾患であり、緊満性水疱と紅斑が混在多発することを特徴とします。患者血清中には、表皮基底膜部に対する IgG 自己抗体が認められ、病変部の基底膜部に IgG と C3の線状沈着が認められます。類天疱瘡患者血清中に存在する自己抗体の標的抗原は 230kD の BP230 と、180kD の BP180 であり、これらはそれぞれ BPAG1、BPAG2 とも呼ばれています。BP180（BPAG2)は膜貫通蛋白質で、細胞外ドメインには Gly-X-Yというコラーゲンに特徴的な配列を認めることから、XVII 型コラーゲンとされています。BP230 は細胞質内に存在することから、自己抗体が直接結合するのは BP180 であると考えられており、BP230 に対する自己抗体は二次的に産生されるとの考え方が現在のところ支配的です。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】類天疱瘡 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 476 | 抗糸球体基底膜抗体<br>(抗GBM抗体)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群 | 臨床的意義 | 抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)が腎炎を惹起させることが多くの研究者により証明されている。ヒト腎炎においても、抗GBM抗体が関与していることが1967年Lernerらにより示され、腎炎が自己免疫疾患としても注目された。抗GBM抗体が関与するものの多くは、形態学的に半月体形成性糸球体腎炎の像を呈し、臨床的には急速進行性腎炎症候群(RPGN)の経過をとり急速に腎死に至る予後不良の腎炎である。血中の抗GBM抗体の検出は、抗GBM抗体腎炎の早期診断と治療の指標として必要な検査である。疾患における抗GBM抗体の関与を知る目的で行う。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】グッドパスチャー症候群・急速進行性腎炎・ループス腎炎 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 665 | 抗核抗体<br>(ANA)<br>(蛍光抗体法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE、その他自己免疫疾患 | 臨床的意義 | 現在20種類以上の抗体が同定されているが、いくつかは自己免疫性疾患の病態判定などに意義が認められている。本検査は一般に蛍光抗体法(FAT)により測定される。すなわちHep-2細胞などのヒト培養細胞の核材をスライドグラス上に固定し、被検血清をのせて反応させ、さらに蛍光物質であるFITCなどで標識された抗ヒト免疫グロブリン(第2抗体)を反応させ、陽性の場合にみられる特異的な蛍光パターンにより染色型を判定する。染色型とは患者がもつ抗体と反応した核抗原が、核内にどのように分布しているかによって描かれる紋様であり、これにより陽性になった抗体の対応抗原を推定することができる。以下に代表的な染色型と推定される抗体、疾患の関連を示す。<br>1. 均質型(homogeneous)<br>抗ヒストン抗体(全身性エリテマトーデス、薬剤誘発性ループス)<br>2. 辺縁型(peripheral)<br>抗DNA抗体(全身性エリテマトーデス)<br>3. 斑紋型(speckled)<br>抗U1-RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B抗体、抗Ki抗体など(混合性結合組織病、強皮症、全身性エリテマトーデス、レイノー症候群)<br>4. 核小体型(nucleolar)<br>抗核リボゾーム抗体、抗U3-RNP抗体、抗PM-Scl抗体など(強皮症、レイノー症候群、シェーグレン症候群)<br>5. セントロメア型(centromere)<br>抗セントロメア抗体(強皮症、レイノー症候群)<br>他にGranular型、核膜型などがある。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】全身性エリテマトーデス(SLE)・進行性全身性強皮症・混合性結合組織病・オーバーラップ症候群・シェーグレン症候群・CREST症候群・原発性胆汁性肝硬変症・多発性筋炎・皮膚筋炎・薬剤誘発性ループス |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 684 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体（CARF）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | 慢性関節リウマチ（RA）患者血清中のIgG糖鎖の構造解析の成果をもとに確立されたリウマチ因子検出検査である。RA患者由来のIgG糖鎖は、健常者のIgGに比べてガラクトースが顕著に欠損しており、こうした構造異常がRAの発症やリウマチ因子の産生に関与する可能性が示唆されている。すなわち、ガラクトース欠損IgGはRA患者血清中に出現するリウマチ因子のより良い“reactant”と考えられる。これに加えて、（自己抗体としての）免疫グロブリンに共通の糖鎖部分を認識するビオチン化レクチンの結合を介した“アビジン-ビオチン系”酵素免疫測定法を採用することにより、すべてのグロブリンクラスのリウマチ因子検出が可能になっている。抗ガラクトース欠損IgG抗体は、従来法に比べて高い陽性率ならびにRA活動性との良好な相関を示し、<br>1. 早期RA、あるいは従来法にて陰性のセロネガティブRA患者の診断<br>2. RA患者の疾患活動性の評価に有用な指標として期待されている。 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2938 | 抗カルジオリピンβ 2グリコプロティンⅠ複合体抗体（抗CL・β 2GPⅠ抗体）<br>☑目次へ戻る | 免役 | ■SLE<br>その他、抗リン脂質抗体症候群 | 臨床的意義 | 抗リン脂質抗体(antiphospholipid antibody:aPL)は,反復性の流産・子宮内胎児死亡,全身の動・静脈血栓症(特に下肢深部静脈血栓症,肺梗塞,脳梗塞など),血小板減少症などと密接に関連しており,これらの症例を抗リン脂質抗体症候群(antiphospholipid syndrome:APS)と呼ぶ。ただしこのaPLが認識する抗原はリン脂質そのものではなく,リン脂質と結合した血漿蛋白であることが判明しており,抗カルジオリピン抗体(aCL)はカルジオリピンと結合したβ 2-glycoprotein Ⅰ(:β 2GPI)などと反応する抗体である。<br>本検査はこのカルジオリピンとβ 2GPIとの複合体に対するIgG抗体を測定しており,APSの診断や治療効果,再発の予知などに有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】全身性エリテマトーデス（SLE）・関節リウマチ（RA）・進行性全身性硬化症（PSS）・混合性結合組織病（MCTD）・多発性筋炎（PM）・皮膚筋炎（DM）・抗リン脂質抗体症候群（反復性流産・子宮内胎児死亡、全身の動・静脈血栓症などがみられる）・動静脈血栓症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | | | | | | | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 697 | 抗血小板抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■突発性血小板減少性紫斑病（ITP） | 臨床的意義 | 抗血小板抗体には自己免疫による自己抗体（ITP，SLE）と輸血，妊娠などによって産生される同種免疫抗体がある。血小板に対する同種抗体には，HLAに特異性を示すものとHPA（血小板抗原系）に特異性を示すものがあり本検査ではHPAに対するIgGを検出する。特発性血小板減少性紫斑病（ITP）におけるPBIgGの陽性率は，約50%でありPAIgGに比べて明らかに低い。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】特発性血小板減少性紫斑病（ITP）・血小板輸血不応状態・輸血後紫斑病（PTP）・同種免疫性新生児血小板減少症（NAITP）・輸血既往例・経産婦 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2477 | 抗好中球細胞質抗体<br>（C-ANCA）<br>（PR3-ANCA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ウェゲナー肉芽腫症<br>■壊死性糸球体腎炎<br>■半月体形成腎炎 | 臨床的意義 | ウェゲナー肉芽腫症(Wegener's granulomatosis；WG)は，鼻・副鼻腔・眼・耳など上気道および肺の壊死性肉芽腫性炎，全身の壊死性肉芽腫性血管炎，急速進行性腎炎の3症状を特徴とする疾患である．またWGは，診断，治療が遅れると腎不全，呼吸不全，二次的感染症などで短期間で死亡する症例があるため，早期に診断を下す必要がある．PR3-ANCAはWGに特異的な抗体であり，早期診断および疾患活動性の指標，免疫抑制療法施行の際の治療効果判断のマーカーとして極めて有用である． | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ウェゲナー肉芽腫症・壊死性糸球体腎炎・半月体形成性腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2478 | 抗好中球細胞質抗体（MPO-ANCA）<br>(P-ANCA)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性進行性腎炎<br>■巣状壊死性腎炎 | 臨床的意義 | 急速進行性糸球体腎炎の診断及び経過観察、腎糸球体毛細血管壊死から半月体形成までの病態診断、腎生検の適応判定、治療効果の判定等に有用である。MPO-ANCAが陽性の場合は、急速に腎炎から腎不全へと進行するため、早期に免疫抑制療法などの処置を検討すべきで、鑑別には、好酸球やIgEの定量やC-ANCA検索、病理組織診が必要になります。MPO-ANCAの陽性率は、半月体形成腎炎で80%以上、アレルギー性肉芽腫性腎炎で30～60%といわれています。健常者でも陽性となる場合があるため診断には検尿はじめ他の検査所見をも考慮する必要があります |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性進行性腎炎・巣状壊死性腎炎・顕微鏡的多発動脈炎（MPA）・pauci－immune型壊死性半月体形成性腎炎（NCGN）・巣状壊死性腎炎（FNGN）・アレルギー性肉芽腫性血管炎（AGA）<br>【低値】肺腎症候群・進行性全身性強皮症（PSS）・Goodpasture症候群 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 368 | 抗サイログロブリン抗体 精密測定(TgAb)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | 抗サイログロブリン抗体は免疫グロブリンクラスのIgG抗体が主であるが,IgA,IgM抗体も認められる。<br>甲状腺疾患では各種の甲状腺特有抗原と反応する臓器特異性の自己抗体が検出され,本抗体は甲状腺濾胞内コロイド成分であるサイログロブリンと反応する自己抗体である。意義としては,とくに橋本病患者の陽性率は高く,抗体価は広く分布し,バセドウ病でも陽性を示すが,抗体価は橋本病よりも低いものが多い。<br>本抗体の測定は,自己免疫性甲状腺疾患の診断および鑑別に有用である。<br>【】 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】橋本病（慢性甲状腺炎）・バセドウ病・特発性粘液水腫・全身性エリテマトーデス（SLE）・慢性関節リウマチ・強皮症・重症筋無力症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2933 | 甲状腺刺激抗体（TSH刺激性レセプター抗体）（TSAb）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病 | 臨床的意義 | この抗体は通常TSHレセプター抗体と呼ばれTSHがレセプターと結合するのを阻止するため、TSH結合阻止抗体（TBII）ともいわれる。しかし抗体のなかには甲状腺刺激活性をもつものがあり、バセドウ病における亢進状態はこれに起因する。その一方、TSHによる刺激を阻害するもの（甲状腺刺激阻止抗体）も知られており、甲状腺機能低下症をおこすことがある。<br>本検査は甲状腺刺激性自己抗体活性をみる検査であり、TSH刺激性自己抗体（TSAb）と呼ばれる。これは、被検血清をブタ甲状腺培養細胞に反応させ、産生されたサイクリックAMP量を測定して刺激活性をみるものである。健康保険にも収載され、また疾患特異性も高いため、バセドウ病との鑑別に有用とされている。TSAbは甲状腺機能亢進症の程度とよく相関するといわれている。 | |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・euthyroid　Graves病・橋本病 | |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| 358 | 甲状腺刺激ホルモン（TSH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺ホルモンの分泌の調整 | 臨床的意義 | 甲状腺刺激ホルモン（TSH）は、脳にある下垂体前葉と呼ばれる場所から分泌されているホルモンで、甲状腺ホルモンの分泌を調節しています。甲状腺ホルモンの濃度が低くなると、まず脳にある視床下部がそれを感知してTRH（甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン）が分泌され、このTRHが脳の下垂体を刺激してTSH（甲状腺刺激ホルモン）の分泌を促します。TSHは甲状腺を刺激して甲状腺から甲状腺ホルモンであるサイロキシン（T4）やトリヨードサイロニン（T3）の分泌を促します。甲状腺ホルモンの濃度が高くなると、脳の視床下部や下垂体がそれを感知して、TRHやTSHの分泌を抑制して調節します。<br>1. TSH高値の場合<br>甲状腺ホルモンが低値または正常の場合は、原発性甲状腺機能低下症を、甲状腺ホルモンが高値の場合はTSH産生腫瘍や甲状腺ホルモン不応症を疑う。<br>2. TSH低値の場合<br>甲状腺ホルモンが低値の場合は二次性・三次性甲状腺機能低下症、高値の場合はバセドウ病などの甲状腺機能亢進症を疑う。<br>病態を詳しく把握するためにはTRH試験等の負荷試験を併用する。<br>【】 | |
| | | | | 疾患名 | 【高値】Cretin病（先天性甲状腺機能低下症）・原発性後天性甲状腺機能低下症・下垂体TSH産生腫瘍・異所性TSH産生腫瘍・橋本病・甲状腺亜全摘後・バセドウ病のⅠ治療後<br>【低値】二次性（下垂体性）甲状腺機能低下症・TSH単独欠損症・三次性（視床下部性）甲状腺機能低下症・バセドウ病 | |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 623 | **抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）**<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■A群溶連菌感染 | 臨床的意義 | ASKは溶連菌感染によって上昇するため,溶連菌感染の血清診断に用いられる。この抗体は,感染後1～2週間で上昇し始め,3～4週間で最高値となり,この値がしばらく続いた後,下降し始め,通常6～8週間で感染前の値に戻る。溶連菌感染の血清診断に用いられ,糸球体腎炎やリウマチ熱のように上気道から菌を分離できなくなった時期の二次後遺症の診断に有用である。<br>ストレプトキナーゼは溶血性連鎖球菌（溶連菌）A群、C群が主に産生する分子量約4.5万の球状蛋白質であり、プラスミノーゲンをプラスミンに変換する酵素活性を有する。β 型溶血性連鎖球菌に感染すると、宿主側はストレプトキナーゼに対する抗体（抗ストレプトキナーゼ）を産生する。<br>　溶連菌感染のうち、A群β 型溶血性連鎖球菌の占める割合は90%以上といわれている。溶連菌感染の確定診断をするためには、培養による菌の証明をはじめ抗ストレプトリジンO（ASO）価や、抗連鎖球菌多糖体抗体（ASP）の測定も有用である。 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】A群溶連菌感染症（猩紅熱・中耳炎・急性扁桃腺炎・咽頭炎・血管性紫斑症など）・急性糸球体腎炎・リウマチ熱 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 622 | 抗ストレプトリジンO抗体（ASLO）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■A群溶連菌感染 | 臨床的意義 | ストレプトリジンO(SLO)は、A群のみでなく、C群、G群の溶連菌も産生し、強い抗原性のため中和抗体であるASOがつくられやすいことから、血清中のASO価の測定が最も診断的価値が高いとされ、1932年Toddらによって測定法が考案されて以来、広く応用されている。ASO価は、一般的に溶連菌感染後1週間ころより上昇し始め、3～5週間目にピークに達する。そして、2ヶ月後より下降し始め2～3ヶ月で感染前の抗体に戻るとされる。一方、咽頭から溶連菌が分離されても、感染が起きていない単なる保菌者の場合には、ASO価は上昇しない。また、リウマチ熱や急性糸球体腎炎のような二次後遺症においては、特に成人の場合、咽頭培養で溶連菌を証明することはほとんどなく、ASOなどの血清抗体価の測定に頼らざるを得ない。このように、ASO価の測定は、溶連菌感染の有無を診断するうえで重要である。しかし、ASO価の有意の上昇を認めるのは、リウマチ熱患者の8割強であって、2割弱の症例では正常域にとどまる。これは、感染菌種のSLO産生能が低い、宿主のASO産生能が低い、早期の抗生物質療法によりASOを産生しないまま経過した、などの要因によるものであることが考えられている。このため、ASO単独の検査では、リウマチ熱の除外診断はできない。そこで、溶連菌感染症の血清診断には、他の抗体価測定も合わせて行う必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】A群溶連菌感染症（猩紅熱・中耳炎・急性扁桃腺炎・咽頭炎・血管性紫斑症など）・急性糸球体腎炎・リウマチ熱 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 1876 | 抗セントロメア抗体<br>（ACA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■全身性進行性強皮症<br>（PSS） | 臨床的意義 | 抗Scl-70抗体とともに主に全身性進行性強皮症（PSS）で陽性になり、特に手指、顔面に皮膚硬化が限局されるCREST型に特異的な抗体である。<br>CREST型とは、<br>Calcinosis（皮下の石灰化）、<br>Raynaud's phenomenon（レイノー現象）、<br>Esophageal dysmotility（食道蠕動性の低下）、<br>Sclerodactily（手指硬化）、<br>Telangiectasia（毛細血管拡張）<br>の頭文字をとったもので、比較的経過が良好な病型を示す疾患である。<br>ACAの認識抗原にはcentromere protein（CENP）-A、B、Cと呼ばれる3種類の蛋白質が同定されており、各々分子量は17kDa、80kDa、140kDaである。 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】原発性胆汁性肝硬変・重複症状のない強皮症（CREST症候群・scleroderma）・レイノー病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2373 | 抗デスモグレイン1抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■落葉状天疱瘡 | 臨床的意義 | 天疱瘡は水疱性疾患の代表的なもので、表皮細胞間接着因子であるデスモグレインに対する自己免疫疾患です。疾患概念が確立されている天疱瘡は、尋常性天疱瘡（pemphigus vulgar ； PV）と落葉状天疱瘡（pemphigus foliaceus ； PF）に大別されます。尋常性天疱瘡抗原はデスモグレイン3（Dsg 3）、落葉状天疱瘡抗原はデスモゲレイン1（Dsg 1）と命名されています。この抗原の三次元構造を正しく反映した組換え蛋白を抗原としたEIA 法が開発されました。これにより、血清中の抗デスモグレインIgG 自己抗体を特異的に、かつ高感度に検出することが可能となり、抗体価をモニタリングすることで病勢の客観的評価を可能にしました。類天疱瘡は抗BP180抗体。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】落葉状天疱瘡<br>■落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で本検査と抗デスモグレイン3抗体をを併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2374 | 抗デスモグレイン3抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■尋常性天疱瘡 | 臨床的意義 | 天疱瘡は水疱性疾患の代表的なもので、表皮細胞間接着因子であるデスモグレインに対する自己免疫疾患です。疾患概念が確立されている天疱瘡は、尋常性天疱瘡（pemphigus vulgar ； PV）と落葉状天疱瘡（pemphigus foliaceus ； PF）に大別されます。尋常性天疱瘡抗原はデスモグレイン3（Dsg 3）、落葉状天疱瘡抗原はデスモゲレイン1（Dsg 1）と命名されています。この抗原の三次元構造を正しく反映した組換え蛋白を抗原としたEIA 法が開発されました。これにより、血清中の抗デスモグレインIgG 自己抗体を特異的に、かつ高感度に検出することが可能となり、抗体価をモニタリングすることで病勢の客観的評価を可能にしました。類天疱瘡は抗BP180抗体。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】尋常性天疱瘡<br>■尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で本検査と抗デスモグレイン1抗体をを併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 688 | 抗甲状腺マイクロゾーム抗体（マイクロゾームテスト）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | バセドウ病や橋本病で高率に陽性となるが，成人の検診でも数%～10%前後陽性を示す。これは，潜在性自己免疫性甲状腺疾患の存在を示すものと考えられる。また，各種自己免疫疾患，糖尿病（特にインスリン依存症）などでも陽性を示す。高力価を示す場合でも甲状腺機能とは必ずしも相関しない。しかし，自己免疫性甲状腺疾患の治療経過によって，しだいに力価が低下する。この場合でも陰性化することは少ない。妊娠や出産でも変動する。出産後，3～6ヵ月後に抗体価が増加したり顕在化することがある。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・橋本病・原発性甲状腺機能低下症・亜急性甲状腺炎・SLE・その他の膠原病 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 682 | 抗ミトコンドリア抗体<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■原発性胆汁性肝硬変（PBC）<br>■（低値陽性）自己免疫性肝炎、ルポイド肝炎、膠原病、慢性肝炎 | 臨床的意義 | 抗ミトコンドリア抗体が陽性になる疾患はルポイド肝炎があるが、他に原発性胆汁性肝硬変（PBC）があり、この場合は抗ミトコンドリアM2抗体が陽性となる。PBCは臨床症状がほとんど伴わないで進行することも珍しくなく、また予後不良な疾患であるため、欧米では肝移植の対象にもなっている。<br>最近全身進行性強皮症の一病型であるCREST症候群＊でPBCを合併する症例がみられ、このような場合はほとんどが抗ミトコンドリア抗体と抗セントロメア抗体が陽性である。また、ミトコンドリア抗体は、ミトコンドリアに対する自己抗体。原発性胆汁性肝硬変（PBC）で高率に検出されるが、特異性はM2抗体の方が優る。 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】（高値）原発性胆汁性肝硬変（PBC）・CREST症候群（PBCと合併）<br>（低値）自己免疫性肝炎・慢性肝炎・アルコール性肝障害・心筋症・膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2545 | 抗ミトコンドリアM2抗体<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■原発性胆汁性肝硬変に特異的 | 臨床的意義 | 抗ミトコンドリア抗体(anti-mitochondrial antibody ; AMA)は、原発性胆汁性肝硬変(primary biliary cirrhosis ; PBC)患者血清中に高率に検出される自己抗体である。当初、AMAは対応抗原の局在や化学的性質、出現する疾患の相違などから、M1からM9の9つの亜分画に分類されることが提唱され、このうちM2、M4、M8、M9と、PBCの病態や予後との関連性が注目された。しかし現在では、このうちのM2抗体以外ではPBCにおける特異性は疑問視されている。AMAのスクリーニング検査は、ラット腎切片を基質とした間接蛍光抗体(immunofluorescence ; IF)法であるが、我が国ではウシ心筋ミトコンドリア由来M2蛋白を抗原としたELISA法によるM2抗体も広く測定されている。PBCは、中年以降の女性に好発し、肝小葉内胆管の変性、破壊による慢性肝内胆汁うっ滞をきたす自己免疫性肝疾患である。肝組織学的には、門脈域の著明なリンパ球浸潤、肝小葉内胆管上皮の重層化、破壊、脱落などのいわゆる慢性非化膿性破壊性胆管炎(chronic destructive cholangitis ; CNSDC)が初期の特徴的病変として認められ、血清学的にはAMAが高率に検出される。しかし、あらゆる細胞内に存在するミトコンドリア内の関連酵素に対する抗体が、なぜ肝の臓器特異的自己免疫疾患であるPBCで高率に、特異的に検出されるかは、依然として不明である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】原発性肝汁性肝硬変・慢性活動性肝炎・薬剤惹起性肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 979 | コクサッキー―ウイルス<br>(A群9型)(CF法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■手足口病(Cox10、16)<br>■ヘルパンギーナ(Cox A群) | 臨床的意義 | コクサッキーウイルスは、直径28nmのpicorna virusに属する一本鎖のRNAウイルスで、形はエンベロープを欠く正二十面体ウイルスである。ウイルスは、咽頭および小腸で増殖し、糞便中に排出される。コクサッキーウイルスは、血清学的にA群は1～22、24型(23型はエコー9型に分類される)に、B群は1～6型に分類されている。潜伏期は2～10日、多くは3～5日。感染経路は主として経口感染。臨床症状は軽い上気道症状を示すだけであったり、不顕性感染のことも多いが無菌性髄膜炎や中枢神経疾患などの原因となり得る。また、ウイルス血症を起こすことも認められている。コクサッキーウイルス感染で起こる種々の臨床病型は、他のウイルスによっても起こり得るが、臨床症状からどのウイルスが病原となっているかの病原診断は困難である。例えば、髄膜炎においては病原のいかんにかかわらず症状や所見はほとんど同じである。病原を確定し血性型まで明らかにすることは今後の予防対策、疫学的調査に重要な意味をもつ。<br>■コクサッキーウイルスによる疾患には、無菌性髄膜炎が知られており、A群によるヘルパンギーナ、手足口病、B群による心筋炎、CA24変異株による急性出血性結膜炎などは、流行の形で広がることがある。<br>■コクサッキーウイルスA群(A-2,4,6,8,10)による感染症で、口腔領域では口峡部の炎症(ヘルパンギーナ)として現れる事が多い。<br>【】 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】手足口病(CoxA5・10・16)・ヘルパンギーナ(Cox A群)・急性リンパ結節性咽頭炎(Cox A10)・無菌性髄膜炎・上気道感染症(Cox A21)・発疹症・心筋炎(B群)・流行性筋痛症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 227 | 骨型アルカリフォスファターゼ<br>(BAP)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨転移癌<br>■骨粗鬆症<br>■骨肉腫 | 臨床的意義 | 血中の骨型ALP(BAP)濃度を測定することにより、骨芽細胞の機能状態ひいては骨形成状態を知る指標になると考えられている。すなわち、原発性副甲状腺機能亢進症や骨ペ-ジェット病、甲状腺機能亢進症などの代謝性骨疾患および原発性骨腫瘍や癌の骨転移などで血中骨型ALP濃度が高値を示す。また、慢性腎不全に伴う腎性骨異栄養症の診断の指標としての有用性や、成長ホルモン投与後効果を反映することにより、骨回転に異常を起こす患者の診断やその治療の指標として有用であると考えられている。 骨芽細胞の機能状態ひいては骨形成状態を知る指標になると考えられている。すなわち、原発性副甲状腺機能亢進症や骨ペ-ジェット病、甲状腺機能亢進症などの代謝性骨疾患および原発性骨腫瘍や癌の骨転移などで血中骨型ALP濃度が高値を示す。また、慢性腎不全に伴う腎性骨異栄養症の診断の指標としての有用性や、成長ホルモン投与後効果を反映することにより、骨回転に異常を起こす患者の診断やその治療の指標として有用であると考えられている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【増加】悪性腫瘍の骨転移・骨肉腫・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨軟化症・Paget病<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| コ | 2723 | 骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ(TRACP-5b)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症 | 臨床的意義 | TRACP-5bは、酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ(tartrate-resistant acid phopshatate:TRACP)の骨型アイソザイムであり、破骨細胞に局在する酸性加水分解酵素です。破骨細胞が骨に吸収する際に血中に漏出することから、破骨細胞数やその骨吸収活性の直接の指標となる唯一の骨吸収マーカーです。同じ骨吸収マーカーで、尿を主な検査材料とする1型コラーゲン代謝産物などと異なり、血液で測定できるので尿で必要となるクレアチニン補正が不要となり、測定変動が小さく、生理的変動も小さくなります。さらに食事の影響や日内変動がなく、腎機能の影響を受けないなどの種々の優れた特性を有しています。<br>1.骨粗鬆症の治療経過観察時の補助的指標<br>2.原発性副甲状腺機能亢進症の骨減少の病態把握<br>3.血液透析患者における骨減少の病態把握の補助的指標<br>4.骨転移(代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る)の診断における補助的指標<br>【】 | コ |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】骨粗鬆症、副甲状腺機能亢進症、腎性骨異栄養症(慢性腎不全、透析患者)、癌(肺癌、乳癌、前立腺癌)の骨転移 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 血中241<br>尿中239 | コプロポルフィリン定量(血中・尿中)<br>☑目次へ戻る | 血中→生化Ⅰ・尿中→尿糞便 | ■コプロポルフィリン症<br>■肝障害 | 臨床的意義 | 一般にポルフィリン症(porphyria)とは先天性ポルフィリン代謝異常症を指し、ポルフィリン尿症(porphyrinuria)とは尿中に多量にポルフィリン体が排泄されている状態を意味する。 コプロポルフィリンは尿中や赤血球中に少量、糞便中に微量みとめられる。遺伝性ポルフィリン症は肝性と赤芽球性に大別される。肝性には尿、赤芽球には血液が検査材料として診断に用いられる。コプロポルフィリンにはⅠ型とⅢ型の二つの型が存在する。尿中でコプロポルフィリンの増加をみた場合はこの異性体検査を実施する(当社受託可能)。δ-アミノレブリン酸脱水素酵素欠損や遺伝性コプロポルフィリン症、多様性ポルフィリン症ではⅢ型の増加をみる。体質性黄疸を伴う疾患であるDubin-Johnson症候群では尿中排泄総量の異常はみられないが、Ⅰ型の増加とⅢ型の減少がみとめられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【血液の高値】先天性骨髄性ポルフィリン症<br>【尿の高値】鉛中毒・肝性(遺伝性)コプロポルフィリン症・先天性ポルフィリン症・鉛中毒・晩発性皮膚ポルフィリン症・多様型ポルフィリン症・肝胆道疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | | | | | | | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 54 | コリンエステラーゼ<br>（Ch－E）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝実質細胞機能障害を反映（低値） | 臨床的意義 | Ch-Eには、アセチルコリンのほかに種々のコリンエステルおよび非コリンエステルをも加水分解する「偽性Ch-E」（pseudo-cholinesterase）と、神経・筋肉・赤血球に存在してアセチルコリンを特異的に加水分解する「真性Ch-E」（true-cholinesteraseまたは acetylcholinesterase）が存在する。 肝機能検査として用いられるのは前者（偽性Ch-E）で、肝で合成され血中に分泌されるため、血清Ch-Eの活性の低下は肝実質細胞の機能障害を反映する。また肝での蛋白合成能を知る指標一つであり、血清アルブミン値低下ともよく相関する。<br>Ch-Eは、肝疾患以外には全身状態の悪化や栄養障害、外科的手術の侵襲によって低下する。一方ネフローゼではCh-Eが分子量が大きく尿中へ漏出しにくいため、アルブミンとは反対に上昇する。また、治療に用いられるような抗Ch-E剤の投与ではChE低下は通常軽度である。しかし、有機リン系の農薬やカーバメイト剤、サリンによる中毒では急激な低下を来たし、重症度の指標となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脂肪肝・急性肝炎回復期・肝細胞癌・ネフローゼ症候群・甲状腺機能亢進症・糖尿病、肥満・高リポ蛋白血症・喘息・遺伝性高コリンエステラーゼ<br>【低値】慢性肝炎・肝硬変・劇症肝炎・肝膿瘍・肝癌・膵癌・白血病・有機リン系中毒・血清コリンエステラーゼ異常症・妊娠中毒症・消耗性疾患・栄養失調 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 412 | コルチゾール<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副腎皮質機能障害 | 臨床的意義 | コルチゾールの分泌は、ACTHによりコントロールされているため早朝に高く、夕方に低いという日内リズムをもつ。ストレスで敏感に変動するため十分な安静ののちに採血するのが望ましい。<br>副腎皮質機能低下症やクッシング症候群の診断には、コルチゾール分泌刺激試験としてCRH試験やインスリン低血糖試験などの負荷試験が用いられる。続発性、原発性副腎皮質機能低下症の鑑別にはACTH負荷試験を行い、前者ではコルチゾール分泌の増加をみるが後者ではみられない。妊娠ではCBG増加により高値となり、また各種副腎皮質ホルモン剤の投与で高値となることがあるので病歴を充分に聴取すべきである。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】副腎皮質機能亢進症・クッシング症候群・異所性ACTH産生腫瘍・ストレス・CBG増加時（妊娠・エストロゲン投与時）<br>【低値】副腎皮質機能低下症・続発性（汎下垂体機能低下症・ACTH単独欠損症）・原発性アジソン病・先天性副腎皮質過形成症またはアンドロゲン分泌亢進性の副腎腫瘍・CBG欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | 2001 | コレステロール分画<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■高コレステロール血症 | 臨床的意義 | 血中リポ蛋白あるいは脂質と動脈硬化症との関連については多くの研究がみられるが,中でも血中HDLコレステロールとの関連は,すでに1951年にその報告がなされている.その後あまり注目されなかったが,1976年, Framinghamの疫学的研究で,特に冠状動脈硬化症とHDL-Cとの関連性が脚光をあびるようになった.HDLは,比重 1.063～1.21 で,リポ蛋白中で一番大きいわけだが,コレステロールの代謝の上では,きわめて重要な役割を演じている.HDLは,他のリポ蛋白や細胞膜との間でコレステロール (遊離型) の交換を行い,HDLに結合しているL-CATの作用によりエステル型となり,結果的にコレステロールの吸収体としての作用を有するとされる.また,HDL量は生体中でのコレステロールプール量と逆相関にあることが判明しており,さらにHDLの約半分は血管外に存在し,細胞膜と密に関連して,生体膜の流動性に影響を及ぼしていると考えられ,これらのHDLの作用が動脈硬化症進展阻止因子として働いていると示唆される. 一方,LDLコレステロールの増加は,冠状動脈硬化症や虚血性心疾患の危険因子であり,従ってLDLコレステロール/HDLコレステロール比がそれら臨床的状態を考慮する上で重要な位置を占める. | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】(原発性)家族性高コレステロール血症・リポプロティンリパーゼ(LPL)欠損症(続発性)ネフローゼ症候群・妊娠・閉塞性黄疸・糖尿病・甲状腺機能低下症・動脈硬化症・多発性骨髄腫・アルコール性肝障害<br>【低値】(原発性)Tangier病・魚眼病・無(低)B －リポ蛋白血症・LCAT欠損症(続発性)甲状腺機能亢進症・重症肝障害・Addison病・下垂体機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| サ | サ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | サ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2672 | (肺)サーファクタントプロティンA(SP-A)<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | SP-Aは、肺サーファクタント蛋白質の1つであり、1970年代の初めにリチャード・キング博士らにより報告されました。SP-Aは、肺胞Ⅱ型上皮細胞のラメラ封入体と呼ばれる層状構造物の中で、肺サーファクタントの主成分であるリン脂質、なかでもホスファチヂルコリンと会合し、肺胞腔へ分泌されます。主な産生部位は肺胞Ⅱ型上皮細胞です。その他、細気管支領域のクララ細胞でも発現が認められ、一部の気管支上皮にも発現していますが、SP-Aの量的な変化は、肺胞Ⅱ型上皮細胞の数と活性化で説明ができると考えられています。SP-Aの生理的機能は、大きく2つあると言われ、1つは、リン脂質代謝を調節して、肺胞腔のリン脂質が過不足ないように保つ働きであり、もう1つは、気道から進入してくる病原体に対する自然免疫防御作用です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺炎・肺胞蛋白症・過敏性肺炎・サルコイドーシス・肺結核・びまん性汎細気管支炎・慢性肺気腫・塵肺<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| サ | 2671 | （肺）サーファクタントプロティンD（SP-D）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | 「肺胞サーファクタント」とは肺胞Ⅱ型上皮細胞から産生・分泌されるリン脂質と、SP-A、SP-B、SP-C、SP-Dの4種類の特異蛋白を主成分とする界面活性物質である。コラーゲン様の構造を持ち、肺局所における様々な生体防御機能を担っていると考えられている。この中でSP-AとSP-Dは、Ⅱ型上皮細胞以外にクララ細胞でも産生されるため、肺疾患における様々なマーカーになり得ることがわかってきた。<br>SP-Dは親水性の糖蛋白であり各種肺疾患、特に肺の線維化により血中に逸脱する。SP-Dは特発性間質性肺炎（IIP）や肺胞蛋白症（PAP）、膠原病合併間質性肺炎（CVDIP）などで血中濃度が高値になり、特に進行性全身性硬化症患者が間質性肺炎を合併した際、有意な高値がみとめられる。またIIP患者の急性憎悪時にも顕著な上昇を示す。<br>一方、気管支喘息や気管支拡張症、慢性肺気腫、結核、細菌性肺炎などでは一般に上昇をみないため、これらの鑑別に有用である。<br>従来IIPでは、乳酸脱水素酵素（LDH）や赤血球沈降速度などが病勢の指標に用いられたが、より肺病変に特異性の高いマーカーとして、SP-Dは有用と考えられる。またSP-Dに加齢や性差による有意な差はないとされる。なお、SP-Dと同じく間質性肺炎のマーカーであるKL-6は、主に肺胞Ⅱ型上皮細胞などに発現する糖蛋白抗原であるが、IIPやCVDIPにおいてSP-Dとほぼ同等の陽性率が報告されている | サ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺炎・肺胞蛋白症・過敏性肺炎<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 484 | サイクリックAMP（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺機能亢進症<br>■副甲状腺機能亢進症 | 臨床的意義 | 特異的レセプターへの結合を介して発現する各種ホルモンや神経伝達物質の生理作用のsecond messengerとして重要な役割を果たす物質である。エピネフリンやグルカゴンの血糖上昇作用を仲介する物質として発見された。動植物の組織や細菌に広く存在し、各種の代謝調節、細胞分化・増殖などにも関与することが知られている。細胞内で増加したc-AMPの一部は血中に流出し、肝における異化あるいは尿への排泄を経て消失する。尿中c-AMPの約60%が血漿に、40%が腎に由来するという。c-AMPは全身の臓器・組織に分布しており、種々の疾患で異常値の報告があるが、臨床的に有用性を認められているのは負荷試験における測定である。一つは副甲状腺機能低下症の病型分類におけるEllsworth-Howard試験で、外因性にPTHを投与後の尿中c-AMPを定量する。また、肝予備能検査としてグルカゴン負荷10分後の血漿c-AMP値が利用される。通常、グルカゴンを投与すると血漿c-AMP値は増加するが、劇症肝炎や非代償性肝硬変においては反応が著明に低下する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・心筋梗塞・心不全・肝硬変・閉塞性黄疸・腎不全・躁うつ病<br>【低値】副甲状腺機能低下症・甲状腺機能低下症・アルコール依存者・高Ca血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| サ | 2483 | サイトケラチン19フラグメント(シフラ)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺扁平上皮癌(非小細胞癌) | 臨床的意義 | シフラ(cytokeratin 19 fragment:CYFRA)は、上皮細胞の中間径フィラメントの構成蛋白であるサイトケラチン分子種の一つであるサイトケラチン19の可溶性フラグメントの通称です。各種サイトケラチンには一定の細胞種特異性が存在します。このうちサイトケラチン19は広く上皮性細胞に分布し、肺の非小細胞癌、とりわけ扁平上皮癌や腺癌で多量に産生されることが知られています。癌患者においては、細胞内プロテアーゼの作用に基づくサイトケラチンの分解亢進により可溶性フラグメント(シフラ)の血清中濃度が増加すると考えられており、その測定は非小細胞肺癌の血清診断に有用です。また、各種婦人科癌でも高値を示すことが報告されています。<br>血中濃度に対する喫煙の影響は認められませんが、加齢に伴ってやや高値を呈する例が出現することには留意すべきです | サ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺非小細胞癌・扁平上皮癌・腺癌・大細胞癌・小細胞癌<br>【偽陽性】肺良性疾患・子宮頸癌・食道癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 962 | サイトメガロウイルス(CF法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■サイトメガロウイルス感染症 | 臨床的意義 | 初感染は、垂直感染(胎盤、産道、母乳)および水平伝播(唾液、血液、尿、精液、移植臓器など)による。多くは不顕性感染であるが、先天的および後天的に多彩な感染症を起こす。CMVは他のヘルペスウイルス科のウイルスと同様に、初感染後体内に潜伏感染(latent infection)し、宿主の免疫(特に細胞性免疫)が低下すると再活性化(reactivation)する。近年、ガンシクロビル(GCV)などの抗CMV剤の実用化にともない、いわゆるimmunocompromised host易感染性宿主のCMV感染症の迅速診断が必要とされるようになった。臓器移植後感染症の中でもCMV性間質肺炎は、カリニ性肺炎と同様、移植の予後を左右する注意を要する感染症である。移植患者におけるCMV感染は、初感染と再活性化の場合がある。輸血あるいはドナー臓器由来の初感染は、早期に発症する。一方再活性化の場合は、免疫抑制剤が維持量になる数ヶ月前までに間質性肺炎などで発症する。維持量になってからは網膜炎などの発症がみられる。後天性免疫不全症候群(AIDS)における日和見感染では、肺炎、胃腸炎、副腎炎など全身性感染を起こし、末期にはCMV網膜炎により失明することもある。健常人にも肝炎、伝染性単核症、輸血後症候群などを起こす。先天性CMV感染症(congenital CMV infection ; CCI)は、初感染の妊婦から胎児が経胎盤的に感染して起こる。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】サイトメガロウイルス感染症・不顕性感染 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| サ | 366 | サイロキシン結合グロブリン（TBG）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■FT4と相関する | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモンの大部分がTBGと結合して存在しており、血中ではT4のほぼ0.03%、T3の0.3%が遊離の形で存在しているにすぎない。<br>具体的にはT4濃度と臨床症状が合致しない場合、TBGの過剰または不足を疑い測定が行われる。FT4の定量が簡便に測定できる現在では、以前ほど測定されなくなってきている。<br>TBG濃度は出生時が最も高く、以後思春期頃まで減少して行き、中年頃まで低値を保つ。妊婦では高値をとる。男子の方が低値を示すことが多いが、これは男性ホルモン関与のためとされている。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】遺伝性TBG増加症・甲状腺機能低下症・妊娠・胞状奇胎・急性肝炎・新生児・薬剤（エストロゲン・ペルフェナジン・5－FU）<br>【低値】遺伝性TBG欠損症・甲状腺機能亢進症・肝硬変・ネフローゼ症候群・栄養失調・薬剤（アンドロゲン・蛋白同化ホルモン・L－アスパラギナーゼ） |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 367 | サイログロブリン（Tg）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺分化癌<br>■先天性甲状腺機能低下症 | 臨床的意義 | 甲状腺濾胞細胞のみでつくられる分子量66万の糖蛋白である。生合成されたTgは濾胞腔の中へ放出される。この経過中に，ペルオキシダーゼの作用によってTg分子中のチロシン基にヨード分子が結合して，甲状腺ホルモンの合成が行われる。よってTgは臓器特異性が高く甲状腺疾患にはきわめて有用なマーカーである。意義としては甲状腺分化癌の手術評価，および術後再発や転移の有無を知るマーカーとしての使用にある。その他バセドウ病での治療の効果，寛解の指標，先天性甲状腺機能低下症の病型の決定などにも有用である。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺分化癌・甲状腺腺腫・亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性甲状腺炎・慢性甲状腺炎・臍帯血・新生児・妊婦 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| サ | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| サ | 368 | (抗)サイログロブリン抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■橋本病<br>■バセドウ病 | 臨床的意義 | 免疫グロブリンクラスのIgG抗体が主であるが，IgA，IgM抗体も認められる。甲状腺疾患では各種の甲状腺特有抗原と反応する臓器特異性の自己抗体が検出され，本抗体は甲状腺濾胞内コロイド成分であるサイログロブリンと反応する自己抗体である。意義としては，とくに橋本病患者の陽性率は高く，抗体価は広く分布し，バセドウ病でも陽性を示すが，抗体価は橋本病よりも低いものが多い。本抗体の測定は，自己免疫性甲状腺疾患の診断および鑑別に有用である。自己免疫性甲状腺疾患が疑われる場合はTPO抗体(抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体)を同時に測定するのが望ましい。橋本病での陽性率は75～80%、バセドウ病では50～60%くらいといわれる。<br>びまん性の甲状腺腫を触診し硬度が固い場合は橋本病を疑い、その場合甲状腺機能亢進があればバセドウ病も考慮にいれる。<br>【】 | サ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】橋本病(慢性甲状腺炎)・バセドウ病・特発性粘液水腫・全身性エリテマトーデス(SLE)・慢性関節リウマチ・強皮症・重症筋無力症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1003 | 酸化LDL<br>(MDA－LDL)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■脂質異常症<br>■動脈硬化症 | 臨床的意義 | 酸化LDLとは酸化的変性を受けたLDLの総称であり、LDL中の脂質過酸化生成物がLDLの主要な蛋白であるアポBを修飾したものが酸化LDLであると考えられている。動脈硬化の形成・進展に関与し、影響を及ぼすと考えられている酸化ストレスマーカーで、動脈硬化巣から様々な脂質酸化生成物とともに検出されている。また、高脂血症や糖尿病で高値を示すことが知られている。酸化LDL(MDA-LDL)は冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者において、冠動脈疾患に関する予後予測のﾏｰｶｰとして有用である。<br>冠動脈疾患(CAD)既往歴のあるDM患者において、MDALDL値とその後4年間の追跡調査中に発生した心イベント発症との関連を検討したところ、MDA－LDL≧110U/Lの場合はMDA－LDL＜110U/Lの場合に比べ、心イベント発症頻度が有意に高い結果を得ている。以上より、MDA－LDL値は冠動脈疾患既往歴のあるDM患者において、冠動脈疾患に関する予後予測のマーカーとして有用であることが示された。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】冠動脈疾患の既往歴のある糖尿病・動脈硬化症・高脂血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| サ | | | | | | | サ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 47 | 酸性フォスファターゼ（ACP）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■前立腺癌<br>その他 | 臨床的意義 | 酸ホスファターゼ(ACP)はヒト前立腺、骨、肝、腎および血球系より由来する5つのアイソザイムからなる。ACPはヒトの組織、体液中に広く分布し、大半はリソソームに由来している。ACPはポリアクリルアミドゲル電気泳動による解析でアイソザイム0、1、2、3、4、5に分類される。前立腺は他臓器の1,000倍以上のACPを産生しているが、前立腺由来のACP(PAP)は抗原的にリソソーム由来のものとは異なるので、PAPの測定は前立腺癌と他の原因によるACPの高値とを鑑別するのに役立つ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】前立腺炎、前立腺癌、アミロイドーシス、鎌状赤血球貧血、急性肝炎、急性心筋梗塞、急性腎不全、骨への癌転移、細網肉腫、多発性骨髄腫、特発性血小板減少性紫斑病、副甲状腺機能亢進症、慢性肝疾患、慢性骨髄性白血病 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| シ | シ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 172 | シアル酸<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■炎症疾患 | 臨床的意義 | シアル酸は生体内に広く分布し、糖ペプチド、糖タンパク、糖脂質の構成成分として重要な役割を果たしています。血漿中ではグリコプロテイン(α 1-アシドグリコプロテイン、α 1-アンチトリプシンなど)における含有量が多く、これらは急性相反応性物質として疾患時に変動を起すことが多いので、癌、炎症の経過観察や予後の判定、潜在性慢性炎症の発見などに意義があります。血清中では主として急性相反応物質と結合して存在し,感染症,関節リウマチなどの炎症性疾患の際に高値を示すので,炎症のマーカーとして利用される。<br>シアル酸含有蛋白は肝臓で生成されるので,肝硬変,慢性肝炎など肝合成機能障害で低値となり,肝機能障害の指標となる。一方,シアル酸は細胞膜の構成成分として生体に広く分布するので,広範な組織破壊のマーカーとしても利用される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】炎症性疾患、悪性腫瘍、細菌・ウイルスによる感染症、先天異常によるシアル酸代謝異常症(ガングリオシドーシス,ムコリピドーシス)、膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| シ | | | | | | | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 199 | シアリルLeX-i抗原(SLX)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺腺癌<br>■卵巣癌 | 臨床的意義 | 同じ糖鎖抗原であってもCA19-9やその類似抗原が構造上Ⅰ型糖鎖に分類されるのに対して、SLXはⅡ型糖鎖に属する抗原である。 すなわち、糖鎖の基幹部分はガラクトース(Gal)とN-アセチルグルコサミン(GlcNAc)より構成されるが、Ⅰ型糖鎖はGalβ 1→3GlcNAcβ を、Ⅱ型糖鎖はGalβ 1→4GlcNAcβ を繰り返し構造単位とする。いわば1→4では直鎖状に糖鎖が伸びるのに対し、1→3では斜めに伸びる形をとっている。個体発生においてはⅡ型糖鎖の方がより早期から存在するとされている。 こうした両者の違いは腫瘍マーカーとしての特性にも反映しており、SLXは膵癌をはじめとする消化器系癌にも出現するものの、むしろ肺癌や卵巣癌などの腺癌患者血清中に高頻度に増加する点が注目される。良性疾患における偽陽性率は低く、Ⅰ型糖鎖抗原のようにLewis血液型の影響を受けることもない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺腺癌・卵巣癌・膵癌・胆道癌・乳癌<br>【偽陽性】びまん性汎細気管支炎(DPB)・肺線維症・気管支拡張症・重症肺結核 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2217 | シアリルTn抗原(STN)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌<br>■子宮頚癌 | 臨床的意義 | STNは、アミノ酸であるserineあるいはthreonineと糖鎖がO-glycoside結合したムチン性糖蛋白の前駆体構造「Tn抗原」の末端(母核糖鎖)にシアル酸が付加されたものである。Tn抗原末端がシアル酸に修飾されると、正常細胞に見られるようなその後の糖鎖合成が伸展せずにSTNが細胞内に蓄積し、一部は血中に流出すると考えられている。母核糖鎖に属するSTNは、CA19-9やシアリルLex-i抗原(SLX)のような従来臨床応用が進められてきたⅠ型ないしⅡ型の基幹構造を有するN-glycoside結合型の糖鎖抗原に比べ、より初期段階の糖鎖合成異常に由来する腫瘍関連抗原であり、良性疾患における偽陽性率が低く、癌特異性の高い点で注目される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌・子宮頚癌・大腸癌・膵癌・胆道系癌・再発胃癌<br>【偽陽性】卵巣嚢胞・胆石・呼吸器系疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| シ | | | | | | | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 683 | シアル化糖鎖抗原(KL-6)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■間質性肺炎 | 臨床的意義 | KL-6は、間質性肺炎に特異度が高い検査値であり、間質性肺炎を診断する目的で臨床応用されている。また、活動性のある間質性肺炎では有意に高くなるので、間質性肺炎の活動性を測る視標としても意義がある。人体では、KL-6はⅠ型肺胞上皮細胞には発現せず、Ⅱ型肺胞上皮細胞・呼吸細気管支上皮細胞・気管支腺細胞に発現している。間質性肺炎ではⅡ型肺胞上皮細胞の過形成のためKL-6の発現量は多くなる。正常肺でもKL-6は肺胞被覆液中に少量存在しているが、間質性肺炎ではⅡ型肺胞上皮細胞の過形成のため肺胞被覆液での濃度が上昇する。また、炎症が起こっている事により血管透過性が向上し、肺胞被覆液中のKL-6は容易に血中に移行するため、間質性肺炎では血中のKL-6が上昇する。KL-6, SP-A, SP-D, MCP-1は、肺間質の傷害を評価するうえで用いられるが、KL-6がもっとも感度・特異度にすぐれていたとの報告もある(KL-6の感度93.9%、特異度 96.3%)[1]。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】間質性肺炎・肺線維症、過敏性肺臓炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 292<br>293 | ジゴキシン<br>☑目次へ戻る | 特定薬剤治療管理料 | ■うっ血性心不全 | 臨床的意義 | 注意深い臨床評価とともに血中のジゴキシン濃度をモニタリングすることは、次のような理由から、安全で有効な治療法を確立する為に最も有効な方法です。・血中のジゴキシン濃度と中毒症状との関係は多くの研究により明らかになっています。・ジゴキシンの中毒症状と、疾患による各症状は類似しています。・他の薬物、特にキニジンの併用により血中ジゴキシン濃度は著しく変化します。・ジゴキシンは血中での安全域及び有効域の範囲が狭い薬物です。治療濃度と中毒濃度は重複することがあるので、ジゴキシンの濃度を測定することは有効濃度の維持と診断に役立ち、過剰投与を防ぐことができます。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【適応症】うっ血性心不全(先天性疾患・弁膜疾患・高血圧症・虚血性心疾患)・肺性心・甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症・心房粗、細動による頻脈・発作性上室性頻拍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| シ | 2977 | 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■絨毛羊膜炎の診断 | 臨床的意義 | 早産において最も頻度が高いのは切迫早産や前期破水であり、これらは、子宮頸管炎や膣炎の上行波及による絨毛羊膜炎（CAM）に起因していることが多いといわれています。顆粒球エラスターゼは、体内に浸入した病原微生物や感染部位に早期に遊走する好中球より放出される中性プロテアーゼであり、生体内における炎症の存在をよく反映します。したがって、子宮頸管部より採取した粘液中の顆粒球エラスターゼを測定することにより、CAM発症以前に子宮頸管炎や膣炎の有無を知ることができます。それにより、早期に抗菌的治療を施すことが可能となり、切迫早産や前期破水の発症の予防に役立ちます。また、CAMなどの子宮内感染が関与している切迫早産例では、子宮収縮抑制剤の投与などの治療に抵抗性を示して早産に至るケースが多く、抗生剤の投与が必要であることから、本検査は、CAMが関与している切迫早産の鑑別、および抗菌的治療の必要性も含めた治療方針の決定に有用と考えられます。 | シ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】絨毛羊膜炎・頸管炎・膣炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1557 | シスタチンC<br>☑目次へ戻る | 生<br>化<br>I | ■急性糸球体腎炎（早期） | 臨床的意義 | シスタチンCとは酵素による細胞質や組織の障害を抑え、細菌・ウイルスの増殖を抑制するプロテアーゼインヒビターです。シスタチンCは低分子で腎糸球体を自由に通過できる物質であるため、GFRの低下に伴い血中濃度は上昇します。通常、腎機能検査として使用されている血清クレアチニンや尿素窒素は食事や筋肉量、運動の影響を受けますが、血清シスタチンC値は食事や炎症、年齢、性差、筋肉量などの影響を受けないため、小児・老人・妊産婦などでも問題なく測定できます。また、クレアチニン値はGFRが30mL/分（腎不全）前後まで低下した頃から上昇するのに対し、シスタチンC値はGFRが70mL/分前後の軽度～中等度の腎機能障害でも上昇し、腎機能障害の早期診断にたいへん有用です。したがって、血清クレアチニンや尿素窒素が正常であっても、尿検査で蛋白あるいは潜血反応に異常が認められた場合には早期腎症と考え、血清シスタチンCを検査します。血清クレアチニン値が既に高値（2mg/dL以上）であれば、シスタチンCを測定する意義はありませんが、軽度上昇例で評価が困難な場合、シスタチンC測定で腎機能をみていただくことをお勧めします。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性腎炎・慢性腎炎・腎不全・尿毒症・特に初期の軽度腎障害・尿細管障害・心不全 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| シ | | | | | | | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2483 | シフラ（サイトケラチン19フラグメント）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺扁平上皮癌（非小細胞癌） | 臨床的意義 | シフラ（cytokeratin 19 fragment：CYFRA）は、上皮細胞の中間径フィラメントの構成蛋白であるサイトケラチン分子種の一つであるサイトケラチン19の可溶性フラグメントの通称です。各種サイトケラチンには一定の細胞種特異性が存在します。このうちサイトケラチン19は広く上皮性細胞に分布し、肺の非小細胞癌、とりわけ扁平上皮癌や腺癌で多量に産生されることが知られています。癌患者においては、細胞内プロテアーゼの作用に基づくサイトケラチンの分解亢進により可溶性フラグメント（シフラ）の血清中濃度が増加すると考えられており、その測定は非小細胞肺癌の血清診断に有用です。また、各種婦人科癌でも高値を示すことが報告されています。<br>血中濃度に対する喫煙の影響は認められませんが、加齢に伴ってやや高値を呈する例が出現することには留意すべきです | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺非小細胞癌・扁平上皮癌・腺癌・大細胞癌・小細胞癌<br>【偽陽性】肺良性疾患・子宮頸癌・食道癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 577 | 脂肪酸4分画<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■動脈硬化症<br>■血栓性疾患その他<br>■食生活に立脚した健康状態の把握、生活指導や疾患に罹患する危険度の推定に有用 | 臨床的意義 | ヒト体内ではおもに偶数個の炭素原子をもつ脂肪酸が存在する。このうち、パルミチン酸（C16：0、炭素16分子に不飽和結合が0個の意）やステアリン酸（C18：0）などの飽和脂肪酸は体内で合成される。一方、リノール酸（C16：2）やα －リノレン酸（C16：3）などのn-3系（最初の二重結合が3の位置）の多価不飽和脂肪酸（PUFA）は体内で合成できないため、食物より摂取する必要があり、必須脂肪酸と呼ばれる。以下に各脂肪酸の概略を示す。脂肪酸分画の測定は、食生活に立脚した健康状態の把握、生活指導や疾患に罹患する危険度の推定に有用と考えられる。<br>1）飽和脂肪酸　動物性脂肪の大半は飽和脂肪酸であるパルミチン酸である。LDLコレステロールを増加させ、ひいては総コレステロール値を上昇させる作用がある。HDLコレステロールや中性脂肪の増減にはあまり影響を与えない。<br>2）1価不飽和脂肪酸<br>　食品中での1価不飽和脂肪酸の大部分はオレイン酸（C18：1）である。後述のリノール酸と同様 、LDLコレステロールの低下作用があり、抗動脈硬化的に働く脂肪酸である。飽和脂肪酸から不飽和脂肪酸への変換が起こることにより、血中コレステロールの上昇は抑制される。オリーブ油にはオレイン酸が多く含まれ、これを多く摂取する南イタリアやスペインでは動脈硬化性疾患による死亡率が低いとの疫学調査がある。<br>3）n-3系多価不飽和脂肪酸<br>　α －リノレン酸（C18：3）やエイコサペンタエン酸（C20：5, EPA）やドコサヘキサエン酸（C22：6）などがこれに含まれ、抗動脈硬化作用があるといわれている。近年、日本人の食生活の欧米化により脂肪の摂取量が増加し、脳梗塞や心筋梗塞などの虚血性疾患が増加しているが、イヌイットでは罹患率が低い。これは彼らの魚油摂取量が多く、魚油にPUFAが多く含まれるためと説明されている。<br>4）n-6系多価不飽和脂肪酸<br>　代表的なものがヒマワリ油やサフラワー油に含まれるリノール酸（C18：2）である。コレステロール値を下げる働きがあり、γ －リノレン酸はその作用が強いといわれている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【EPA／AA値が低値】動脈硬化症、脂質異常症、心筋梗塞などの血栓性疾患(EPA /AA ) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| シ | 2842 | 心筋トロポニンT定性<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■急性心筋梗塞 | 臨床的意義 | TnTは急性心筋梗塞では発症後3時間位から上昇し、12～18時間前後でピークに達し、1～3週間位高値を持続する。発症初期においては、ミオグロビンよりも上昇は遅いものの、測定感度が高く、また高値を持続する時間が長いため、心筋梗塞発症直後での採血のタイミングを逸した場合の診断に有用である。。トロポニンTは心筋と骨格筋でアミノ酸組成が異なっており、これを利用して免疫学的手法で心筋特異性トロポニンTを測定している。急性心筋梗塞でのトロポニンTは、発作後13～14時間で最高値をとり、その後漸減し40～55時間でなだらかなピークを形成してゆっくり減少し、正常化するのは10日前後である。トロポニンTは筋肉細胞内で6%前後が可溶性の状態で存在し、残りは細いIフィラメントの構成成分として不溶性な状態で存在する。<br>心筋梗塞がおこると、まずこの可溶性のトロポニンTが血中に流出し、続いて組織の破壊のために不溶性のトロポニンTが血中に出現する。この可溶性のトロポニンTの流出は、冠状動脈の閉塞の持続時間に左右され、再潅流が早ければ早いほどその流出量も多くなる。そしてこの流出は通常、発症後32時間ころで終了するとされている。この流出の特徴を考慮して、発症後14時間と32時間後のトロポニンTの比をとり、再潅流の指標としている。すなわち、この比が1以上である症例は14時間付近での流出トロポニンTが多く、早期に再潅流が起こったことが推測可能であり、逆に1以下であれば流出トロポニンTが少なく、しかも組織破壊による不溶性のトロポニンTが多量に出現することで再潅流が行われておらず、予後は不良である。 | シ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心筋梗塞・心筋炎・心臓手術に伴う心筋壊死・狭心症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 460 | 神経特異エノラーゼ（NSE）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺小細胞癌<br>■神経芽細胞腫 | 臨床的意義 | 近年、NSEは各臓器に分布する神経内分泌細胞にも存在することが明らかとなり、その腫瘍であるAPUDoma(*)やそれに類似した性格を示す燕麦細胞型の肺小細胞癌、神経芽細胞腫で腫瘍細胞より血中に逸脱・増加することから、その有用なマーカーとして臨床応用されている。 なお、NSE測定の検体として一般には血清が用いられるが、EDTA血漿を検体とした場合、癌患者において有意に高値を示すとの報告がある。その確かな理由は不明ながら、EDTAがNSEの抗原構造の安定化に寄与しているのではないかとの推測もあり、さらなる検討が期待される。また神経芽細胞腫においては髄液中に増加する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肺小細胞癌・神経芽細胞腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| シ | | | | | | | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2164 | 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■急性心筋梗塞 | 臨床的意義 | CKやミオグロビンのように心筋や骨格筋に含まれ、これらの筋肉の障害や壊死により血中濃度が上昇する。 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰは心筋由来であり、分子量が小さいため細胞内から容易に血中に逸脱し、心筋細胞の破壊や壊死などの崩壊過程を的確に反映する。 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰは心筋梗塞の発作後3～6時間で上昇し始めて3～5日後でピークに達し、一週間ぐらい高値を持続する。このためCK-MBが正常化した後も高値をとることで心筋梗塞の診断の一助となる。 また血中半減期は約4.5時間と短いため、高値を持続するということは心筋細胞からの逸脱が継続していることが想定され、病態の進行度を把握するのに有用である。 さらに、急性心筋梗塞の患者において心室筋ミオシン軽鎖Ⅰの値は、梗塞の量を反映し左室駆出率や心係数とよく相関する。また冠動脈血栓溶解療法後の梗塞量も正確に反映するといわれる。 しかし現在の測定系では骨格筋ミオシン軽鎖と10%程度交差反応が見られるため、筋ジストロフィーや悪性高熱症など、多量の骨格筋の壊死をきたす疾患や腎不全などの尿中排泄不良を招くような疾患では高値になることがある。一般に、心筋梗塞でピーク値が30ng/mL以上の場合は予後が不良とされる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心筋梗塞・心筋炎・筋ジストロフィ症・腎不全（排泄障害または代謝障害が考えられる） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| シ | 血液<br>143<br>尿中<br>144 | 浸透圧<br>（血中・尿中）<br>☑目次へ戻る | 血液・尿糞便 | ■体液濃度の調節 | 臨床的意義 | 生体の体液濃度や量などの恒常性は血清浸透圧により厳密にコントロールされている。 血清浸透圧はNaやKなどの電解質やグルコース（Glu）、尿素窒素（UN）などの濃度により構成されており、次式により概算される。血清浸透圧＝2（Na＋K）＋UN/2.8＋Glu/18 （電解質の単位はmEq/L, GluとUNはmg/dL）<br>上式があてはまらない例として、著しい高血糖や高脂血症、高ガンマグロブリン血症などがある。 また、他にアルブミン濃度により決定されている膠質浸透圧があるが浸透圧全体に占める割合は小さい。浸透圧は第一義的には口渇による水分摂取と抗利尿ホルモン（ADH）を介した尿量により調節される。水分摂取量が少ないと、体液量の減少により浸透圧が上昇することでADHの分泌が亢進する。これにより尿細管の水分再吸収が促進され、尿は少量となり濃縮されて尿浸透圧は上昇、血清浸透圧は低下する。このように浸透圧は体液の濃縮・希釈の動態に密接な関係があるため、血中Naの異常やADH分泌異常、腎における尿の希釈や濃縮能異常の原因究明に用いられる。本検査はこの浸透圧をモル凝固点降下の原理で測定するものである。<br>腎の濃縮能を調べるためにはFishberg濃縮試験がよく用いられる。これは試験前夜、乾燥食摂取後10時間絶食・飲水制限した後早朝に採尿し、その後1時間毎に2回採尿し各々比重と浸透圧を測定して腎の尿濃縮能をみるもので、浸透圧が800mOsm/L以上を正常とする。<br>また、外因性のADHに対する腎の反応性を調べる場合は、水溶性ピトレッシンを皮下注射し、採尿するピトレッシン試験と、治療用DDAVP溶液を鼻腔内に投与し採尿する試験法がある。判定基準はいずれも正常者の場合は700以上、遺伝性腎性尿崩症では300以下（単位はいずれもmOsm/L）とされている。 | シ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【血中】（高値）糖尿病・尿崩症・口渇中枢障害・発汗・発熱・急性脱水症・意識障害・浸透圧利尿薬の使用時・アルコール中毒・高尿素窒素血症・本態性高Na血症 （低値）ADH分泌異常症候群（SIADH）・心因性多飲症・嘔吐・下痢・副腎皮質機能低下・利尿剤・うっ血性心不全・肝硬変・ネフローゼ症候群<br>【尿中】（高値）ADH分泌異常症候群（SIADH）・脱水・副腎不全<br>（低値）尿崩症・心因性多飲症・慢性腎不全・間質性腎炎・アミロイドーシス・多発性骨髄腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ス | ス | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ス |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2223 | 膵PLA2<br>（膵ホスホリパーゼA2）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵炎（急性・慢性） | 臨床的意義 | PLA2はグリセロホスフォリピッドの2位のエステル結合を切る酵素で,哺乳類ではⅠ型(膵型)とⅡ型(膜型)に分類される。膵型のPLA2は主に膵臓で合成され,膵液中に分泌されて消化酵素として作用している。ヒトの膵液中に大量に存在することから,膵PLA2と呼ばれている。膵PLA2は膵液中の他の酵素同様に一部は血中に移行している。また血中膵PLA2の低下はセクレチンテストの結果と高い相関を示す。頻回に繰り返すことが困難なセクレチンテストを膵PLA2の測定に代用できる。よって,膵PL A2は,血中膵酵素のうちでも特異性の高い膵マーカーとして膵疾患の診断や経過観察に有用な指標となる。膵臓で合成され、膵液中に分泌されて消化酵素として作用する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎・膵癌・腎不全<br>【低値】慢性膵炎末期・膵癌末期・膵全手拭後 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ス | 959 | 水痘・帯状ヘルペス（CF法）（VZV）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■水痘・帯状ヘルペス（水ぼうそう） | 臨床的意義 | 水痘帯状疱疹ウイルスはヘルペスウイルス科のα 亜科に属するDNAウイルスであり、他のヘルペスウイルスと同様に初感染の後、知覚神経節に潜伏感染します。ウイルスは通常気道粘膜から侵入し、鼻咽頭の侵入部位と所属リンパ節にて増殖した後、感染後4～6日で一次ウイルス血症を起こします。これによりウイルスは他の器官、肝、脾などに散布され、そこで増殖した後二次ウイルス血症を起こし、皮膚に水疱を形成します。ウイルスは発疹出現の5日前ころから1～2日後まで、末梢血単核球から分離されます。水痘は潜伏期10～20日位で軽い発熱などの後、まず躯幹に小さな赤い丘疹が発生し顔や頭に拡がり、やがて透明な内疱液を含む水疱に変化し、最終的に痂皮を形成します。感染したウイルスはウイルス血症をおこし全身の皮膚や臓器へ伝播する。通常は4～5日で軽快しますが、ごくまれに血小板減少症や肺炎、心筋炎、腎炎などを起こすことがあります。水痘帯状疱疹ウイルスは罹患後、脊髄後根神経節に潜み高齢者や免疫抑制状態にある患者に再発して帯状ヘルペスを発症することがあります。好発部位は胸髄、頚髄、腰髄、顔面などに多く、通常激しい疼痛を伴います。また、1～6ヶ月までの妊娠初期に感染すると出生児に奇形が生ずることがあります。抗体検査はCF法はペア血清で4倍以上の差、もしくは単独で320倍以上あれば現感染と確認できる。またIgGは過去感染、IgMは現感染が1回の採血で確認できるが、再感染の場合はIgGのペア血清で確認する。 | ス |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】水痘・帯状疱疹・水疱瘡・ヘルペス・VZV髄膜炎・VZV不顕性感染 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 69 | ~~膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）~~<br>**※現在検査受託不可** | 生化Ⅰ | | 臨床的意義 | | |
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| セ | セ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | セ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 341<br>血中 | 成長ホルモン（GH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■巨人症<br>■下垂体前葉機能低下症 | 臨床的意義 | 下垂体前葉から分泌されているペプチドホルモンの一種であり、22kDa、20kDa、17kDaなど分子量が異なった数種のvariantからなっている。その調節は視床下部ホルモンである成長ホルモン分泌促進因子(growth hormone releasing factor ; GRF)や成長ホルモン分泌抑制因子(growth hormone inhibiting factor ; GIF、ソマトスタチン)などによりなされている。下垂体から分泌されたGHの一部は成長ホルモン結合蛋白(GHBP)と結合して、標的臓器に運ばれ直接的に、または主に肝臓で産生されるインスリン様成長因子I(insulin like growth factor Ⅰ ; IGF-I)を介し間接的に成長促進作用、脂質・糖代謝作用を示している。下垂体性小人症などの下垂体よりのGH分泌不全、または巨人症、先端肥大症でみられる分泌過剰の状態を診断あるいは評価するのが主な目的である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】巨人症・Lanon型小人症・異所性GH産生腫瘍・神経性食欲不振症・低栄養患者<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・下垂体性小人症・GH単独欠損症・性腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 711 | セルロプラスミン（CP）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■胆汁うっ滞を反映 | 臨床的意義 | この蛋白の遺伝的欠損はWilson病として知られている。Wilson病は生体内に銅が過剰蓄積し、肝硬変、進行性錐体外路症状およびカイザー・フライシャー角膜輪を3主徴とする常染色体劣性遺伝疾患である。発症年齢は4～60歳と幅広い。セルロプラスミンの大部分は肝で分解され、胆管から排泄されるため胆汁うっ帯をきたす疾患で上昇する。急性相反応蛋白として、炎症動向の判別、鉄と同様に貧血症状の病態把握、先天性の銅代謝の病態把握と管理に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】悪性腫瘍・感染症・胆道疾患・肺気腫・妊娠・貧血(鉄欠乏性,再生不良性,溶血性貧血)・薬剤エストロゲン投与、膠原病(SLE,リウマチ熱,RA)<br>【低値】吸収不良症候群・肝疾患・火傷・Wilson病・Menkes病・セルロプラスミン欠損症・ネフローゼ症候群・メンキース症候群・胃腸管蛋白漏出症・劇症肝炎・慢性肝障害(肝硬変) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| セ | 502 | 赤血球<br>（RBC）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■貧血<br>■多血症 | 臨床的意義 | 赤血球数は貧血・多血症など赤血球造血に異常のある診断に重要である。貧血とは赤血球数またはヘモグロビン量が減少した病態をいう。貧血の原因には以下のものがある。・赤血球造血機能自体に異常がある。（再生不良性貧血など）・赤血球生成に必要な鉄やビタミンB12などが欠乏している。（鉄欠乏性貧血、悪性貧血など）・赤血球の膜や酵素に異常があり血球の崩壊が亢進している。（溶血性貧血など）・体外に喪失した。（大量出血）・体内での分布異常がある。（脾腫）赤血球数が増加した場合を多血症という。多血症の原因には以下のものがある。・真性多血症・二次性多血症（慢性心疾患など）・相対的多血症（脱水による血液の濃縮、ストレス）<br>赤血球数は性別、年齢、採血部位、測定法などで差異がみられる。一般に男子は女子よりも高く、特に生殖年齢に達する女子では月経のため男子よりも低くなる。加齢変化では、新生児において、約550万/μ L程度の値を示し、その後徐々に減少して幼児期には成人並みの値となる。高齢者ではさらに低値となり、70歳以降は男女とも平均410万/μ L程度の報告があるが、個人差も大きい。採血部位差では耳垂など末梢血で10%高くなることがある。動静脈間の差はあまり問題とならない。<br>通常は静脈血を用い、自動血球計数装置で測定される。採血時に固剤EDTAとの混和が不十分であると、検体が凝固してしまうばかりでなく、測定不能や著しく低い値をもたらすため、充分な転倒混和が必要である。 | セ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脱水状態、二次性多血症、ストレス多血症、真性多血症<br>【低値】再生不良性貧血、腎性貧血、出血性貧血、鉄欠乏性貧血、鉄芽球性貧血、溶血性貧血、巨赤芽球性貧血、自己免疫性溶血性貧血、発作性夜間血色素尿症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 393 | セロトニン<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■神経伝達物質<br>■カルチノイド症候群 | 臨床的意義 | セロトニンはインドールアミンの一種であり、主な作用は下記の通りである。<br>1. 骨格筋血管を除く血管平滑筋収縮作用<br>2. 消化管における運動および分泌の調節<br>3. 血小板凝集作用<br>このほか、中枢神経系においても神経伝達物質として働く生理活性物質である。<br>カルチノイド症候群では必要量をはるかに上回る生成があるため、その診断にセロトニンの測定が有用である。<br>この際、尿中にセロトニンの代謝産物である5-HIAAも増加する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】カルチノイド症候群、ダンピング症候群、片頭痛<br>【低値】錘体外路系疾患、内因性精神病（うつ病、躁病） | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| セ | 458 | 前立腺酸性フォスファターゼ（PAP）精密<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | 酸ホスファターゼ(ACP)はヒト前立腺、骨、肝、腎および血球系より由来する5つのアイソザイムからなる。ACPはヒトの組織、体液中に広く分布し、大半はリソソームに由来している。ACPはポリアクリルアミドゲル電気泳動による解析でアイソザイム0、1、2、3、4、5に分類される。前立腺は他臓器の1,000倍以上のACPを産生しているが、前立腺由来のACP(PAP)は抗原的にリソソーム由来のものとは異なるので、PAPの測定は前立腺癌と他の原因によるACPの高値とを鑑別するのに役立つ。PAPは夜間に低値となる日内変動があり、特に前立腺癌ではその幅が大きく、さらに日差変動も観察されているので、1回のみの測定では不十分で、信頼できる結果を得るには複数回の測定が必要である。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】前立腺癌 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 2949 | 前立腺特異抗原（PSA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | ヒト前立腺組織のみに存在し、特に腺・導管の内腔上皮、前立腺分泌物に局在することが免疫組織化学的に確かめられている。 血中PSA値は前立腺癌患者で著明に増加し、また病勢をよく反映して変動することから、その診断、予後判定および経過観察の指標となる。前立腺癌は近年、増加の一途を辿り近い将来には現在の2倍以上になる可能性があると予測されている。さて手術後のモニタリング等では再発を早期に発見することが重要になるため、検出感度においてさらに低濃度のPSAを検出することが必要になる。「高感度PSA」は検出感度が0.003ng/mLであり、低濃度のPSAを検出するのに優れているため、手術や化学療法、物理療法などの治療後の微量のPSAの患部からの逸脱を測定することができる。また、前立腺癌患者のcut-off値として10ng/mLという値が設けられているため、良性疾患の鑑別から前立腺癌の早期発見、治療後のモニタリングや再発の推測に有用であり、広い範囲での適用が可能である。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】前立腺癌<br>【偽陽性】前立腺肥大症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| ソ | ソ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ソ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 421 | 総エストロゲン（非妊婦）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | 【低値】<br>■卵巣機能低下 | 臨床的意義 | エストロゲンは、エストロン（E1），エストラジオール（E2），エストリオール（E3）を主とする卵胞ホルモン作用をもったステロイドホルモンの総称であり、胎盤や卵巣，副腎，睾丸などから産成される。よってこれらの機能指標として、E1，E2，E3の各分画あるいはその総量が測定される。一般的にはE1，E2，E3の個別測定は各産生臓器の機能状態、総量測定は性腺や胎盤機能の指標として用いられている。血清測定値は採血時点での濃度を、尿中（蓄尿）測定値は、1日の総分泌量を反映する。エストロゲンは卵胞ホルモンの作用をもつ性ステロイドホルモンの総称です。卵巣、胎盤、精巣、副腎で作られます。蓄尿することで一日のエストロゲン総産生量を知ることができます。意義としてはホルモン産生腫瘍、副腎皮質機能亢進の補助診断です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・肝疾患・多嚢胞性卵巣（PCO）・エストロゲン産生卵巣腫瘍・卵巣過剰刺激症候群<br>【低値】卵巣機能低下・卵巣低形成（Turner症候群）・早発閉経（POF）・低ゴナドトロピン症（Sheehan症候群・Simmonds症候群）・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 101 | 総胆汁酸（TBA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝胆道疾患 | 臨床的意義 | 胆汁酸は肝細胞において特異的にコレステロールより生成され,胆汁内に排泄される。さらに,胆汁酸は閉鎖的腸肝循環(腸−門脈−肝臓−胆汁)を行い,大循環系には微量にしか漏出されないため末梢の血中総胆汁酸濃度はきわめて低い。したがって末梢血中の血中胆汁酸濃度(TBA)は,腸管からの吸収,肝細胞における摂取,肝内・外シャントなどにより決定され肝機能検査や腸の吸収検査に有用である。肝外胆管の閉塞や肝内胆汁うっ滞で胆汁排泄が溜ると、血中の総胆汁酸は増加する。また消化管からの胆汁酸吸収が正常な場合、血清胆汁酸濃度は肝機能を鋭敏に反映する。急性肝炎初期の胆汁酸はトランスアミナーゼに先行して著明に上昇し、回復期には速く正常化することが多い。逆に急性肝炎の回復期でトランスアミナーゼが正常化した後にも、なお総胆汁酸が異常値を示す場合は、慢性肝炎に移行する可能性もあるため、慎重な経過観察を要する。また、胆道閉塞に伴う胆汁うっ滞でも上昇する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝外胆道閉塞性黄疸・急性肝炎の初期・慢性肝炎の憎悪期・肝内胆汁うっ滞<br>【低値】腸管吸収不良症候群・回腸末端部失格（Crohn病・ブラインドループ症候群）・腸切除 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ソ | 450 | 組織ポリペプチド抗原（TPA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■悪性腫瘍 | 臨床的意義 | 胎児・胎盤組織のような細胞増殖の活発な正常組織にもその存在が認められることから、細胞分裂過程に何らかの関与をしていると考えられている。<br>実際、最近になってTPAの腫瘍細胞における産生が細胞周期のS後期からG2期に行なわれ、M期に細胞外に放出されることが発見された。<br>また別の報告では、TPAと細胞骨格を構成するサイトケラチンとの間にアミノ酸配列の広範囲な相同性が見出されており、TPAがサイトケラチン前駆体あるいはその関連物質である可能性を示唆している。<br>TPA産生量は癌の増殖活性に相関し、担癌患者では血中TPA値が臓器非特異的に上昇するため、その診断や治療経過の把握に有用な指標となる。なお、TPAは良性疾患にも高値例を認めるが、その上昇は悪性疾患とは異なって一過性であるとされている。 | ソ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】食道癌・胃癌・直腸結腸癌・乳癌・肝細胞癌・胆道癌・膵癌・肺癌・子宮癌<br>【偽陽性】肝硬変・急性肝炎・炎症性疾患や感染症 | |
| | | | | | 算定条件 | 未収載 | |
| | 147 | 総鉄結合能（TIBC）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 鉄は生体内に3～5g存在しており、その中で血清中の鉄はトランスフェリン（Tf）と結合している。通常は血清中トランスフェリンの約1/3が鉄と結合し、残りの2/3が未結合、すなわち不飽和鉄結合能（UIBC）として存在している。Tfが血清中の鉄と結合しうる能力（血清鉄＋UIBC）を総鉄結合能（TIBC）という。1分子のTfは2原子の3価の鉄イオンと結合するので、理論上1mgのTfは約1.3μ gの鉄を結合できることになる。<br>TIBCは血中トランスフェリン量とよく相関し、鉄欠乏性貧血では増加するが、その他の原因で増加することは少ない。また、ネフローゼ症候群や蛋白漏出性胃腸症、肝障害、低栄養状態などのTfの体外への喪失や合成低下のみられる病態では低値になる。<br>鉄の吸収過剰で、全身臓器に鉄が沈着する特発性ヘモクロマトーシスでは、鉄結合能は飽和状態となりTIBCが低下し、ほとんど飽和された状態になるためUIBCは0に近くなり、時にはTf飽和度は100%を超える値をとる。これは血清中のTfがすでに鉄で飽和しているのみならずTfに結合していないフリーな鉄が血清中に存在することを意味する。<br>TIBCや血清鉄の値が異常の場合には貯蔵鉄の指標であるフェリチンの測定が有用である。TIBCが高値でフェリチンが低値の場合は鉄欠乏性貧血を、血清鉄が高値でフェリチンも高値の場合は鉄過剰症を示す。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉄欠乏性貧血、真性多血症、潜在的鉄欠乏状態　など<br>【低値】鉄過剰状態、特発性ヘモクロマトーシス、慢性炎症性疾患、悪性腫瘍、トランスフェリンの生合成低下（肝疾患、低栄養状態）、ネフローゼ症候群　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ソ | 342 | ソマトメジン－C（IGF－1） ☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■巨人症<br>■下垂体前葉機能低下症 | 臨床的意義 | 別名IGF-Ⅰ（インスリン様成長因子-Ⅰ）ともいい、成長ホルモンの骨格組織への作用を仲介する物質である。成長促進、細胞増殖、インスリン様作用など多様な働きをし、主に肝で産生される。ほぼ完全に成長ホルモン（GH）依存性であり、GHの分泌状況により大きな影響を受け、GH分泌過剰症、分泌不全症においてほとんどパラレルに変動する。<br>IGFにはⅠとⅡがあり、ⅠはGH依存性も成長促進作用も強い。また、GH自体は脈動的に分泌されるうえ、睡眠時に高く、覚醒時に低値という日内リズムを持っている。これに対し、ソマトメジン-Cは比較的安定で変動も少ないのでGHのすぐれた分泌評価指標として用いられる。<br>GH分泌亢進を疑う場合、ソマトメジン-Cが高値であれば糖負荷試験を行い、GHが抑制されなければGH分泌過剰症と診断する。ソマトメジン-C低値の場合には、他の要因を除外した上でGH分泌刺激試験を実施しGH分泌不全を診断する。 | ソ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】巨人症・先端巨大症・腎不全<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・下垂体性小人症・成長ホルモン神経分泌機能障害・Laron型小人症・神経性食欲不振症・肝硬変・慢性肝炎・甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| タ | タ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | タ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 290 | 炭酸リチウム ☑目次へ戻る | 特定薬剤治療管理料 | ■躁鬱病（そううつ） | 臨床的意義 | 炭酸リチウムは、躁病および躁うつ病の躁状態のときに使用される治療薬です。健康成人において、経口投与後、胃および腸にて吸収され、約3時間で最高濃度に達し、その半減期は約15時間であり、その後、腎より尿中に排泄されます。血中濃度を増加させる要因として、利尿薬との併用で腎臓におけるリチウムの再吸収が促進されるため。また、血中濃度を低下させる要因としては、テオフィリンや重曹などとの併用が考えられる。リチウム投与の血中濃度を知ることにより、個人別に薬物動態の評価や至適投与量の設定が可能。また個々の患者の病態に合わせた治療計画が立てられます。ただし、腎疾患を有する患者や老年者では頻回のモニタリングをしていくことが望ましい。てんかんなどの脳波異常のある患者、重篤な心疾患の患者、腎障害のある患者、妊婦などへの使用は禁忌です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【適応症】躁病および躁うつ病の躁状態 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| タ | 954 | 単純ヘルペス（HSV）（CF法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■1型（口唇ヘルペス）<br>■2型（性器ヘルペス） | 臨床的意義 | 単純ヘルペス（HSV）はその性質から1型と2型に分類される。<br>1型－主として上半身に感染することから、一般的に「口唇ヘルペス」といわれる。初感染の90%は不顕性といわれるが、顕性の場合小児期では歯肉口内炎、思春期では咽頭扁桃腺炎として発症することが多い。初感染後のあと終生神経節に潜伏し再発性口唇ヘルペスとして発症を繰り返すことがある。<br>2型－主として下半身に感染することから、「性器ヘルペス」ともいわれ性行為感染症（STD）の重要な疾患の一つである。しかし、STDとしては1型による初感染の方が症状が重い。他に角結膜炎やヘルペス性皮膚炎、脳炎などをおこすこともある。また性器ヘルペスの母体から垂直感染で生まれた児は重篤な全身性感染を呈することがあり、致命率も高い。<br>HSV感染症では大部分が不顕性感染ですでに抗体を保有していることが多いため、単一時点での測定では新しい感染かを判定できないことが多い。ペア血清で測定するのが望ましい。CF、またはNT検査で急性期と回復期で4倍以上の抗体価の上昇があった場合に感染があったと診断される。最近ではPCR法を用いた遺伝子学的検査も行われており診断も容易になりつつある（当社受託可能）<br>【】 | タ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】角膜ヘルペス・角結膜炎・歯肉口内炎・ヘルペス性湿疹・ヘルペス脳炎・不顕性感染 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| タ | | | | | | タ |
| 4 | 蛋白分画<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | 【異常】<br>■急性炎症型・慢性炎症型・肝硬変・ネフローゼ型・蛋白不足型・(無)低γ －グロブリン血症・M蛋白血症・ | 臨床的意義 | 蛋白質は生体を維持する上でそれぞれ独特の役割を持つが、この構成比からさまざまな病態の把握を行うのが蛋白分画の検査である。個々の蛋白測定に比べ、疾患特異性や感度は劣るが、迅速、簡便かつ安価に血清蛋白全体の状況が把握できる利点を持つ。このため日本臨床検査医学会の提案する「日常診療における基本的臨床検査」に採用されている。それぞれの分画に含まれるおもな蛋白を次項に示すが、実際は各分画で量的にもっとも多い蛋白1～2種類の変動が大きく反映される。たとえばα 1分画では急性相反応物質であるα 1アンチトリプシンが主体で、炎症性疾患で上昇する。α 2分画ではハプトグロビンが主体で、炎症で増加する。β 分画ではリポ蛋白とトランスフェリンが主体で、前者は高脂血症で増加、後者は腎糸球体障害や慢性消耗性疾患で減少する。γ分画ではIgGがもっとも多く、炎症性疾患やM蛋白血症で増加する。これらの動きは個々の分画の数字で見るべきではなく、電気泳動によって得られた分画像をデンシトメータにより表した曲線のパターンで判別する。すなわち健常人の蛋白分画パターンは、アルブミンを左側に記載した場合、それぞれの頂点がα 1<α 2<β <γ とほぼ単調増加のパターンをとる。もしこの大小関係に破綻がみとめられれば、その分画に存在する蛋白(前述の代表的蛋白である場合が多い)に量的変動があったと推定される。<br><br>なお、α 2などの名称は電気泳動を行った場合の泳動先を意味する。アルブミンに近い順、すなわち陽極の近くからα 1、α 2、β 、γ と名付けられており、ちょうどマラソンで言えば先頭集団、第2集団・・・に相当する。蛋白名称の冒頭に付けられるα -xxなどの名称もこれに習ったものが多い。<br>以下に各分画成分に含まれるおもな蛋白質を列挙する。<br>[アルブミン分画]<br>アルブミン(これより陽極側にはプレアルブミンが存在する)<br>[α 1グロブリン分画]<br>α 1アンチトリプシン、α 1酸性糖蛋白、HDLなど<br>[α 2グロブリン分画]<br>α 2HS糖蛋白、α 2マクログロブリン、ハプトグロビン、セルロプラスミンなど<br>[β グロブリン分画]<br>C3、C4、トランスフェリン、β リポ蛋白、ヘモペキシンなど<br>[γ グロブリン分画]<br>免疫グロブリン(IgA、IgM、IgG、IgD、IgE) |
| | | | | 疾患名 | [急性炎症型]<br>Alb↓、α 1↑、α 2↑<br>[慢性炎症型]<br>Alb↓、α 1↑、α 2↑、β ↓、γ ↑<br>[急性肝障害型]<br>Alb↓、α 2↓、経過と共にγ ↑(血清総蛋白量低下)<br>[慢性肝障害型]<br>Alb↓、α 2↓、γ ↑(増加したγ 分画がβ に迫りβ -γ bridgingとなる。)<br>[蛋白不足型]<br>Alb↓、α 2↓、β ↓、γ ↓(血清総蛋白量低下)<br>[ネフローゼ型]<br>Alb↓、α 2↑、β ↑、γ ↓(血清総蛋白の著明な低下)<br>[M蛋白血症型]<br>細く狭い蛋白帯(M peak)が主にγ グロブリン領域に出現<br>[妊娠型]<br>Alb↓、β ↑(血清総蛋白量低下) |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| チ | チ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | チ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 466 | チミジンキナーゼ活性（TK活性）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■急性白血病 | 臨床的意義 | DNA合成において回収経路に作用する酵素すなわちThymidineがDNA代謝に組み入れられる時点でthymidine monophoshateに変換させる働きを担当している酵素であり，細胞の分裂増殖の指標のひとつと考えられている。意義として，DNA代謝異常を伴う悪性腫瘍では，血中のTK活性が高まることや，ウイルス感染症においてはウイルスの盛んなDNA合成を反映するものと考えられ，臓器移植時のウイルスの再活性化に対する抗ウイルス剤投与のモニタリングや，血液悪性増殖性疾患での治療効果および，予後の判定の指標にも有用な検査である | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性白血病・悪性リンパ種・成人T細胞性白血病・慢性リンパ性白血病・多発性骨髄種・肺小細胞癌　・骨髄腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 95 | 中性脂肪（TG）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■動脈硬化の危険因子<br>■脂質異常症 | 臨床的意義 | 中性脂肪（TG）はグリセリンの脂肪酸エステル（トリアシルグリセロール）である。血中TGは各種リポ蛋白のコアに組み込まれた形で運ばれる。リポ蛋白はカイロミクロン（CM），超低比重リポ蛋白（VLDL），中間比重リポ蛋白（IDL），低比重 リポ蛋白（LDL），高比重リポ蛋白（HDL）に分画され，CMとVLDLがTGに富む。CMは外因性（食事由来）TGを，VLDLは内因性（肝合成）TGを転送する。CM，VLDL中のTGは，リポ蛋白リパーゼ（LDL）により脂肪酸とグリセロールに水解され，VLDLはIDLを経て，肝性TGリパーゼ（HTGL）により異化代謝されLDLとなる。血中TGは各種の原発性・続発性高脂血症で異常値を示し，その測定がこれらの病態の診断や治療に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脂質異常症・家族性高リポ蛋白血症（Ⅰ型、Ⅱb型、Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅴ型）、Tangier病、LCAT欠損症、糖尿病、甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、クッシング症候群、急性・慢性膵炎、ネフローゼ症候群、アルコール依存症など<br>【低値】無β -リポ蛋白血症、続発性脂質代謝異常（甲状腺機能亢進症、副腎皮質低下症、肝硬変、末期癌など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| チ | 693 | 直接クームス試験<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■自己免疫性溶血性貧血 | 臨床的意義 | 不完全抗体とは、赤血球膜表面抗原に結合しただけでは凝集を起こさない抗体であり、IgGクラスに属する。しかし、これにクームス血清を反応させると、赤血球表面に結合した抗体同士で架橋が形成され、赤血球が凝集する。この原理を利用して赤血球に対する不完全抗体(IgG)が、生体内で自己赤血球に結合していることを証明するのが本検査である。<br>直接クームス試験は以下のような場合に行う。<br>1. 新生児溶血性疾患:新生児血球(臍帯血球)が母体由来の抗体ですでに体内で感作されていないかの判定。<br>2. 輸血副作用を疑う患者血液について、抗赤血球抗体で感作された不適合赤血球の証明。<br>3. 自己免疫性溶血性貧血について、すでに体内で自己抗体に感作されている赤血球の検出。<br>4. 化学療法剤の有害効果の発見(血球上の薬剤と抗体の複合体の証明)。<br>なお、直接クームス試験は赤血球膜表面に結合している不完全抗体の証明に用いられる。これに対し、間接クームス試験は血清中の不完全抗体の証明に用いられる。 | チ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】自己免疫性溶血性貧血・新生児溶血性疾患・薬剤起因性溶血性貧血・血液型不適合輸血の直後・発作性寒冷血色素尿症・寒冷凝集素症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ツ | ツ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ツ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 臨床的意義 | 恙虫（ツツガムシ）病は我が国で発生している代表的なリケッチア感染症である。<br>リケッチアは、以前はウイルスと細菌の中間的な微生物として考えられていたが、構造的にはグラム陰性菌に近似している。その多くは無生物培地では培養できず、シラミやマダニなどを自然宿主として、時にヒトなどの哺乳類や鳥類に感染する。<br>恙虫病は古くは北陸・東北の日本海側にみられる風土病であったが、近年のアウトドア指向の高まりとともに、広く国内全般の野山などで感染例が報告されている。1990年における国内での感染報告数は941例であった。<br>恙虫病は病原体リケッチアを保有しているツツガムシに刺されることで感染が成立する。5～14日の潜伏期を経たのち、40℃前後の稽留熱、発疹、所属リンパ節の腫脹を来し、皮膚に刺口を認める。通常感染後2週間程度で抗体価が上昇する。ミノマイシンやテトラサイクリンが著効を示すが、診断が遅れると死亡する場合もあるため、野外活動後の発熱にはまず本症を念頭に置くことが重要である。<br>国際標準3株といわれるGilliam株、Kato株、Karp株を用いて通常、抗体検査が実施されるが抗原系の検査はあまり行われない。培養には特殊な培地が必要である。このうちKato株は新潟、山形、秋田の河川敷に生息するアカツツガムシが、Gilliam、Karp株は主として東北、北陸の草原、山林、田畑に生息するフトゲツツガムシが媒介するリケッチアの血清型である。前者は夏、後者は春や秋にリケッチア幼虫が孵化するのでこの時期に外出した際感染を受けやすい。<br>抗体検出には通常FAT法によるIgGとIgM抗体検査が行われる。IgG、IgM抗体とも陰性の場合は、リケッチア・ツツガムシに感染していないか、感染のごく初期を意味する。IgMのみ軽度上昇の場合は感染初期、IgGのみが上昇している場合は感染の既往、IgG、IgMとも陽性の場合は最近の感染が示唆される。<br>■感染時期の目安<br>カト―株☞夏（7～8月）<br>カープ株・ギリアム株☞春（4～6月）　秋（10～11月） |
| | | ツツガ虫抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ツツガ虫病 | 疾患名 | 【陽性】リケッチア・ツツガムシ感染症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | | |

| テ | テ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | テ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1464 | 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨におけるビタミンKの不足状態を反映<br>■骨粗鬆症 | 臨床的意義 | オステオカルシン（osteocalcin：OC）は、骨芽細胞により産生される分子量約6,000のビタミンK依存性のカルシウム結合タンパク質で、骨形成に必須です。オステオカルシン分子内のグルタミン酸残基がγ －カルボキシグルタミン酸残基に変換されたものは、活性型オステオカルシンと呼ばれ、活性型のみがカルシウムを骨に蓄積できることが知られています。<br>骨のビタミンKが不足すると、グルタミン酸残基（Glu）がγ －カルボキシグルタミン酸残基に変換（Gla化）されないため、骨基質に取り込まれず低カルボキシル化オステオカルシン（undercarboxylated osteocalcin：ucOC）として血中に放出されます。<br>血清中の低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）の測定は、骨におけるビタミンKの不足状態を反映し、骨粗しょう症の治療でのビタミンK2剤選択時の補助的指標として有用です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1851 | デオキシピリジノリン（DPD）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症の薬剤治療方針<br>■原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応 | 臨床的意義 | デオキシピリジノリン(DPD)は骨基質の有機成分の約90%を占めるI型コラーゲンの分子間において架橋を形成し、コラーゲン繊維の安定性に寄与している架橋物質です。このDPDは、骨基質内で成熟したコラーゲンのリジン残基に対する特異的な酵素の作用により形成され、単独あるいは成熟前のコラーゲンでは生成されません。そして、骨破壊時のコラーゲンの分解に伴い骨外へ放出されますが、体内では代謝を受けずに尿中に排出されます。また食事に含まれていても消化管からは吸収されません。したがって尿中のDPD量の測定は骨吸収の状態を評価するための良い指標になると考えられており、骨ページェット病、原発性副甲状腺機能亢進症、骨粗しょう症、ビタミンD欠乏性骨軟化症あるいは癌の転移など骨代謝の異常が伴う疾患群において尿中DPD値が正常群に比べ有意に上昇すること、これらの疾患の治療時に治療効果を反映して変動することが報告されています。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Paget病・原発性副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨粗鬆症・悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| テ | 435 | テストステロン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■男性ホルモン活性と精巣機能のマーカー<br>**■男性の更年期障害** | 臨床的意義 | その大部分が男子では精巣、女子では副腎と卵巣で産生される代表的なアンドロジェンで、男性化作用が最も強いステロイド・ホルモンである。血中ではその97%以上が性ホルモン結合蛋白（SHBG）と結合しており、残りが活性をもつ遊離型である。生理作用として男性の性的特徴を発現させ、それを維持することにあるため、男性ホルモン活性と精巣機能のマーカーとしては最もすぐれている。日内変動があるため、採血時間を一定にしておく必要がある。また1点測定では精巣機能を把握しがたい場合があるのでhCG刺激試験やデキサメサゾン抑制試験を行う。テストステロンは、精巣に器質的な不全がある場合はhCG負荷で反応せず、デキサメサゾン負荷で抑制される。類天疱瘡は抗BP180抗体<br>【】 | テ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】<br>（男性）精巣間質細胞腫・特発性性早熟症<br>（女性）男性仮性半陰陽（睾丸性女性化症候群）・副腎性器症候群・男性化卵巣腫瘍・多嚢胞性卵巣症候群<br>【低値】精巣機能不全症・無精巣症・男性不妊症<br>**【異常】更年期障害** | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2373 | （抗）デスモグレイン1抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■落葉状天疱瘡 | 臨床的意義 | 天疱瘡は水疱性疾患の代表的なもので、表皮細胞間接着因子であるデスモグレインに対する自己免疫疾患です。疾患概念が確立されている天疱瘡は、尋常性天疱瘡（pemphigus vulgar ； PV）と落葉状天疱瘡（pemphigus foliaceus ； PF）に大別されます。尋常性天疱瘡抗原はデスモグレイン3（Dsg 3）、落葉状天疱瘡抗原はデスモゲレイン1（Dsg 1）と命名されています。この抗原の三次元構造を正しく反映した組換え蛋白を抗原としたEIA 法が開発されました。これにより、血清中の抗デスモグレインIgG 自己抗体を特異的に、かつ高感度に検出することが可能となり、抗体価をモニタリングすることで病勢の客観的評価を可能にしました。 類天疱瘡は抗BP180抗体。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】落葉状天疱瘡<br>■落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で本検査と抗デスモグレイン3抗体をを併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| テ | 2374 | 抗デスモグレイン3抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■尋常性天疱瘡 | 臨床的意義 | 天疱瘡は水疱性疾患の代表的なもので、表皮細胞間接着因子であるデスモグレインに対する自己免疫疾患です。疾患概念が確立されている天疱瘡は、尋常性天疱瘡（pemphigus vulgar ； PV）と落葉状天疱瘡（pemphigus foliaceus ； PF）に大別されます。尋常性天疱瘡抗原はデスモグレイン3（Dsg 3）、落葉状天疱瘡抗原はデスモゲレイン1（Dsg 1）と命名されています。この抗原の三次元構造を正しく反映した組換え蛋白を抗原としたEIA 法が開発されました。これにより、血清中の抗デスモグレインIgG 自己抗体を特異的に、かつ高感度に検出することが可能となり、抗体価をモニタリングすることで病勢の客観的評価を可能にしました。類天疱瘡は抗BP180抗体。 | テ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】尋常性天疱瘡<br>■尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で本検査と抗デスモグレイン1抗体をを併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2452 | デヒドロエピアンドロステロンサルフェート（DHEA－S）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Cushing症候群の病型判定や副腎皮質機能低下の診断 | 臨床的意義 | 主に副腎皮質から分泌され（性腺由来DHEA-Sは1%程度）、その99%以上が硫酸抱合体（DHEA-S）として存在している。年齢で変動し思春期前に低く、思春期にピークを迎えその後斬減するが、全年齢層で男子の方が女子よりやや高値をとる。<br>ACTHにより分泌調節されるが、DHEAと比べ血中半減期が約6時間（DHEAの約15倍）と長いので、著明な日内変動を認めないという利点がある。主にCushing症候群の病型判定や副腎皮質機能低下の診断に用いられる。<br>思春期に月経不順や多毛を示す女性においては、遅発性先天性副腎過形成によるものが認められ、この診断には、ACTH負荷のDHEA-Sの測定が有用である。また、多毛症において副腎または性腺の異常によるものか鑑別するためには、デキサメサゾン負荷でのDHEA-Sの動態を調べる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】クッシング症候群・副腎癌・先天性副腎過形成・Stein－Leventhal症候群・特発性多毛症・思春期早発症・プロラクチン産生下垂体腺腫<br>【低値】アジソン病・先天性ACTH不応症・家族性男子仮性半陰陽・下垂体前葉機能不全（Sheehan症候群・ACTH単独欠損症）・心血管系疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ト | ト | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ト |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 151 | 銅（Cu）（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■低蛋白血症 | 臨床的意義 | 主として金属酵素の構成成分として重要な役割を果たしており、特に鉄代謝や銅の運搬に関与するセルロプラスミンや活性酸素などの除去を行なうSOD（superoxide dismutase）などの生成に欠くことはできない。<br>食物として摂取される銅は小腸上部より吸収され、血液中では血清中と赤血球中にほぼ等量存在している。血清中の90～95%はセルロプラスミンと結合して安定な形で存在している。臨床的には高値側より低値側の方が問題になり、一般に低蛋白血症を伴うことが多い。<br>低値がみられた場合には、セルロプラスミンや尿中銅を測定しWilson病を疑って家族歴などを調べる。キレート剤投与後の尿中銅が異常に増加した場合はWilson病の可能性が強い。銅過剰症の代表的疾患であるWilson病は、常染色体劣性遺伝疾患であり、肝における銅輸送ATPase(ATP78) が欠損する疾患である。本症では胆汁への銅排泄や血中への銅分泌が阻害される。その結果、肝硬変や神経障害および眼におけるカイザー・フライシャー輪などを伴い、成人までに発症する例が多い。セルロプラスミンが低下し銅が肝組織や眼球などに蓄積する。<br>通常、健常人では銅は主に胆汁中に排泄され、尿中排泄は微量である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】感染症・肝疾患・胆道閉鎖症・副腎不全・バセドウ病・悪性腫瘍・鉄欠乏性貧血<br>【低値】Wilson病・Menkes症候群・ネフローゼ症候群・Cushing症候群・蛋白漏出性胃腸症・栄養不良・ステロイド使用中・ペニシラミン使用中 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 630<br>631 | トキソプラズマIgG抗体<br>トキソプラズマIgM抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■トキソプラズマ症 | 臨床的意義 | トキソプラズマは、ネコを最終宿主とする原虫で、糞便を介してヒトに感染する。<br>ネコにおけるトキソプラズマ保菌率は比較的高く、とりわけ仔猫やノラネコで5割を越えるとの報告もある。またイヌ等ネコ以外のペットでも率は低いが保菌が認められる。さらに豚などの生肉への接触も感染の原因となる。<br>トキソプラズマ症は次の三つに大別される。<br>1. 後天性の急性感染<br>2. 先天性感染<br>3. 免疫不全者における慢性感染の再急性化<br>感染は一般に不顕性の場合が多いが、妊娠中に感染すると胎児が先天性トキソプラズマ症となることがあり、小頭症や発達障害をきたす。<br>トキソプラズマ症には抗原系検査が一般にあまり行われていないため、これらの診断に抗体検査は重要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】局所性トキソプラズマ症(リンパ腺型,網脈絡膜炎型,皮膚発疹型,心炎型)・後天性トキソプラズマ症(急性発熱発疹型,中枢神経型,肺炎型,腸炎型)・先天性トキソプラズマ症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ト | 712 | トランスフェリン（Tf）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■鉄欠乏性貧血（鉄と結合して体内に鉄を移動させる） | 臨床的意義 | β グロブリン分画に属する血漿蛋白で、主に肝臓で合成される。<br>血清中では鉄と結合して生体内の種々の組織へ鉄を輸送する役割を持つ。1分子のTfはFe3+2原子と結合しうる。正常ではTfの1分子の約3分の1が鉄と結合しているため、さらに血清鉄濃度の2倍量と結合しうる能力（不飽和鉄結合能）を保有している。<br>Tfは貯蔵する鉄が減少するに従い増加する。妊娠時には貯蔵鉄の枯渇により、その値は単純な鉄欠乏性貧血以上に高値となる。逆に貯蔵鉄が増加した場合（ヘモクロマトーシスなど）、Tfは低下する。また各種の悪性疾患、炎症、造血能低下状態、肝硬変症などでは肝での産生低下のため減少し、ネフローゼ症候群や蛋白漏出性胃腸症では体外への喪失に伴い低下する。血清中での鉄はすべてTfと結合しており、貯蔵にはヘモジデリンとフェリチンが関与している。よって鉄代謝の把握にはこれらの項目や不飽和鉄結合能の測定が行われる。<br>なお、アルコール依存症患者の血中には、糖鎖末端にシアル酸、ガラクトース、GlcNAcなどを欠いたTfの比率が高く、糖鎖欠損Tfと呼ばれる。γ－GTPよりも長期間のアルコール多量摂取のマーカーとして注目されている。<br>【】 | ト |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉄欠乏性貧血・真性赤血球増多症<br>【低値】<br>（Fe上昇、UIBC低下）再生不良性貧血・巨赤芽球性貧血・造血能低下状態<br>（Fe低下、UIBC低下）無トランスフェリン血症・重症肝疾患・悪性腫瘍・ネフローゼ症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 68 | トリプシン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵炎（急性・慢性） | 臨床的意義 | キモトリプシン、エラスターゼなど他の膵の蛋白分解酵素と同様に、前酵素の形で膵腺房細胞で合成され、膵管から十二指腸に分泌され、活性化される。アミラーゼ、リパーゼなどの膵酵素と同様に、血中にも膵からの逸脱酵素として存在する。その存在様式の主たるものはトリプシノーゲン(Tgn)であり、活性化されたトリプシン(T)はα 1アンチトリプシン(α 1AT)あるいはα 2マクログロブリン(α 2M)と結合し、α 1AT-Tあるいはα 2M-Tの複合体を形成し、トリプシン単独では血中には存在しない。トリプシンの酵素活性による測定は膵液や十二指腸液では可能であるが、血中では阻害物質や類似活性酵素が共存するため、特異的測定は困難である。膵にはcationic trypsinとanionic trypsinが主に含まれ、正常ではほぼ2:1の比率である。トリプシンと関連する物質の測定としては、α 2M-Tの低分子基質に対する残存活性がある。Tgnがトリプシンに活性化されると、血中ではα 2M、α 1ATなどの阻害物質と結合する。Tgnがトリプシンに活性化されるときにtrypsin activation peptide(TAP)が遊離される。このTAPを測定することによりTgnの活性化が起こったことがわかり、膵炎の重症化の推測も可能となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎の憎悪時・膵癌・薬物による誘発・膵管系疾患や閉塞（腎不全・胆石症）<br>【低値】膵酵素の合成・慢性膵炎（膵実質の破壊が進んでいる場合）・膵癌・膵全摘・インスリン存性糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ト | 2027 | トロンビンアンチトロンビンⅢ複合体（TAT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC | 臨床的意義 | TATとは、トロンビンとアンチトロンビンⅢ（AT-Ⅲ）の複合体であり、DICや血栓性疾患の指標に用いられる。AT-Ⅲとは、ヘパリンと強い親和性を持つ糖蛋白で、ヘパリンの存在下で凝固因子Ⅶa、Ⅹa、ⅩⅠa、ⅩⅡa、カリクレインを阻害する。また、トロンビン、すなわち凝固因子ⅡaはⅩaによりプロトロンビン（F.Ⅱ）が活性化されたものである。このトロンビンとAT-Ⅲが1対1の割合で結合したものがTATである。<br>トロンビンの直接測定は技術的に不可能であるため、TATを測定する事で間接的にトロンビンの動態を知ることができる。また、TATの血中半減期は10～15分ときわめて短いため、採血時点における血液凝固亢進状態あるいは血栓準備状態を知ることができる。<br>TATが高値を示す代表的疾患としてDICがあげられる。DICでは凝固が亢進し血栓傾向にあるため、凝固を抑制すべくAT-Ⅲがトロンビンと結合する結果、TATは高値を示すと説明されている。<br>駆血帯の過度の使用や採血の遷延は凝固系を刺激するため、しばしばTAT値の上昇をもたらす。 | ト |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】DIC・敗血症・急性前骨髄性白血病・前立腺癌・肺癌・胃癌・深部静脈血栓症・心筋梗塞・狭心症・糖尿病・脳梗塞・閉塞性動脈硬化症・劇症肝炎・妊娠中毒症・術後・運動負荷・透析後・妊娠後期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2842 | 心筋トロポニンT定性<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■心筋梗塞 | 臨床的意義 | 心臓および骨格筋の筋原線維を構成する蛋白で、ミオシンが太いフィラメントを構成するのに対して、細いフィラメントを構成する収縮蛋白で心室筋ミオシン軽鎖Ⅰと類似した動態をとる。<br>トロポニン複合体は、トロポニンT、I、Cの3つのサブユニットからなり、これらの複合体が横紋筋のカルシウム感受性を調節している。このうち一般にトロポニンTがよく測定される。また、現在使われているTnTの測定系は、骨格筋TnTとの交差性はほとんどなく、筋ジストロフィーのような骨格筋異常のある疾患での上昇は認められない。<br>TnTは急性心筋梗塞では発症後3時間位から上昇し、12～18時間前後でピークに達し、1～3週間位高値を持続する。発症初期においては、ミオグロビンよりも上昇は遅いものの、測定感度が高く、また高値を持続する時間が長いため、心筋梗塞発症直後での採血のタイミングを逸した場合の診断に有用である | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心筋梗塞、心筋炎　など<br>【低値】低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ト | | | | | | | ト |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 584 | トロンボテスト（TT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■凝固因子の先天性欠乏症（ワルファリン投与） | 臨床的意義 | 「複合因子T」とはビタミンK依存性凝固因子（第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子）のうち第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子の組み合わせを指し、別名トロンボテストと総称される。本法はPIVKA（内因性凝血阻害因子、別項参照）による阻害を含めた凝固活性を総合的に測定する検査である。<br>測定方法としてはウシ脳トロンボプラスチンに第Ⅴ因子源としてウシ吸着血漿、カルシウムからなる試薬を用い、凝固時間を測定する。得られた凝固時間を希釈曲線より活性（%）に換算する。<br>本検査はPIVKAの影響を強く受ける、ワーファリンなどのビタミンK（VK）阻害剤投与時には、VK依存性凝固因子である第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子がPIVKAに誘導されるため、凝固活性が低下する。これを利用すれば、ワーファリン等治療の効果をモニタリングするのに有用である（抗凝血剤療法時の治療域は10～20%が一般的である）。<br>また、これらの因子は肝で産生されるため肝機能推測の一指標としても用いられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】ワルファリンによる経口抗凝固療法・F、Ⅱ、Ⅶ、Ⅹの先天性欠乏症及び分子異常症・ビタミンK欠乏症・ビタミンK吸収障害・胆道閉鎖症・重症肝障害・DIC | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ナ | ナ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ナ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 153<br>血中<br>154<br>尿中 | 鉛<br>（Pb）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■鉛中毒 | 臨床的意義 | 鉛は、主に呼吸器や消化器を介して人体に吸収され、骨と結合して蓄積される。すなわち呼吸により肺から吸入された鉛の30～40%が血中に移行し、そのほとんどが赤血球と結合し、最終的には骨に沈着する。鉛のヒト体内での生物学的半減期は約5年と長いため、長期間にわたる蓄積が生じやすい。血液系にみられる異常では貧血や赤血球中の好塩基性斑点が知られている。また、ヘム蛋白合成系の酵素を阻害するためポルフィリンの代謝異常を発来する。<br>平成元年10月1日に施行された改正労働安全衛生法では、鉛を取り扱う事業所においては、「鉛中毒予防規則」に定める血液中の鉛濃度、尿中δ －アミノレブリン酸、血中プロトポルフィリン（2次検査）などの測定が義務づけられている。<br>鉛を含む空気を吸入すると、急性症状として貧血や腹痛などを呈し、さらに末梢神経障害や脳症、腎機能障害などを発症する。海外では家の壁に塗られていた含鉛ペンキを子供が舐め脳炎を伴う中毒症状を起こしたという報告がある。関連検査では赤血球に好塩基性斑点がみられ、末梢神経伝導速度が低下する。<br>鉛は人体に有害な物質であるが、鉛を添加したガソリンの使用規制により、世界的に血中鉛の濃度は低下傾向にあるといわれている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉛中毒<br>（貧血、赤血球寿命の短縮、網状赤血球増多、末梢神経障害、脳症、腎機能障害などを呈する） | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| ニ | ニ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ニ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 312 | 乳酸<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■乳酸アシドーシス | 臨床的意義 | α ヒドロキシ酸の一つで、解糖系代謝経路の最終産物で、LDH（乳酸脱水素酵素）の作用によりピルビン酸からNADHにより還元されて産生される。乳酸は酸塩基平衡に大きな役割を果たしている。通常、乳酸／ピルビン酸の比はほぼ10:1に保たれているが、生体内のNADHによる酸化が障害されると上昇し、高乳酸血症を起こす。<br>血中乳酸濃度が18mg/dL以上となり、血液のpHが酸性側に傾いた場合を乳酸アシドーシスと呼ぶ。乳酸アシドーシスをおこす原因となるものには、組織循環不全による低酸素血症によるものと、糖尿病や肝不全などの代謝性のものの二種類がある。<br>採血後は乳酸、ピルビン酸測定のどちらも迅速に除タンパク液を加え、上清を分離し凍結保存する。特にピルビン酸は不安定であるので注意する。<br>[エルゴメーター負荷試験]<br>エルゴメーターを用いて15ワット、10分間で運動負荷し、前、中、後で採血し乳酸、ピルビン酸濃度を測定する。ミトコンドリア異常による脳筋症ではピルビン酸、乳酸ともに上昇し、乳酸／ピルビン酸比も上昇する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】骨格筋の痙攣・循環不全・低酸素血症・アルカローシス・管理不良の糖尿病や肝不全<br>【低値】乳酸脱水素酵素欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 51 | 乳酸脱水素酵素（LDH）（LD）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■組織の損傷<br>■心筋梗塞<br>■肝機能疾患 | 臨床的意義 | あらゆる組織に広く分布し、細胞の可溶性分画に存在する。LDH活性が血清中に増加するのは、いずれかの組織で組織の損傷が存在しLDHが血清へ遊出(逸脱)していることを意味している。したがって、スクリーニング検査に位置づけられる重要な酵素である。そして、引続き損傷臓器の推定のための検索(酵素プロファイル、またはアイソエンザイム分画)が要求される。その他の酵素と組み合わせた酵素プロファイル(LDH/AST比など)は有用であり、スクリーニングの基本検査に含まれる。また、この酵素の各臓器でのアイソエンザイムパターンには特徴があるので、アイソエンザイム分画酵素プロファイルと組み合わせて損傷臓器の推定に診断的意義が高い。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】心筋梗塞、肝機能障害、悪性腫瘍、溶血性貧血、悪性貧血、白血病、急性肝炎、感染症、悪性リンパ腫、間質性肺炎、腎梗塞進行性菌　など<br>【低値】LDHサブユニット欠損症、抗腫瘍剤や免疫抑制剤の投与　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 109 | 尿酸（UA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■痛風<br>■腎機能障害 | 臨床的意義 | 腎臓から排泄される核酸の最終代謝産物。高値の場合は、痛風や痛風腎、尿路結石症を発症する。核酸の構成成分であるプリン体の終末代謝産物で、体内諸組織、特に肝において産生され、主として腎臓より尿中に排泄される。健常成人の尿中排泄量は一日約0.4～1.2gであり、その量は体内のプリン体代謝を反映している。<br>血中尿酸濃度の上昇因子には、尿酸生成の亢進と排泄の低下が挙げられる。生成亢進の原因としては食餌由来（高プリン体食）のほか、抗癌剤投与などによる核蛋白の崩壊亢進、プリンヌクレオチド代謝関連酵素異常症による合成促進などがある。<br>一方、排泄の低下の原因には、尿細管での分泌障害および再吸収の亢進などがある。<br><br>尿酸は水での溶解度が低いため、血中ではNa塩となり、アルブミンなどの蛋白と結合している。しかし、高尿酸血症では関節や組織に結晶として析出し、白血球等による貧食を惹起する。これらの原因による代表的疾患が痛風（gout）であり、母趾基関節部の発作的な疼痛、腫脹が典型的症状として知られる。また、腎や尿路において尿中に溶解している有機・無機塩類が析出すると尿路結石を生じ、特に尿の酸性化により尿酸塩として析出する。<br>なお、尿酸の排泄亢進をきたす特発性低尿酸血症、Fanconi症候群などでは2mg/dL以下の値を示すことがある。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】[一次性痛風]<br>特発性高尿酸血症、プリンヌクレオチド代謝関連酵素異常症（HGPRT欠損症、レッシュ・ナイハン症候群）<br>[二次性痛風]<br>尿酸の過剰産生（高プリン体食の過剰摂取、血液疾患、脂質代謝異常など）、尿酸　の排泄低下（腎実質障害、Bartter症候群、薬剤など）、尿路結石症（尿酸結石）<br>【低値】[尿酸合成の低下]キサンチン尿症、肝疾患　など<br>[尿酸の排泄亢進]<br>特発性低尿酸血症（分泌亢進型、再吸収能不全型）、二次性（Fanconi症候群、Wilson病、アルコール中毒症など）、薬剤（アセトヘキサミド、尿酸排泄剤、造影剤など） |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 1092 | 尿酸結晶（関節液）<br>☑目次へ戻る | 関節液穿刺料 | ■痛風 | 臨床的意義 | 関節液中の結晶は関節腔内で結晶誘発性関節炎をひきおこす原因となります。尿酸ナトリウム（痛風結晶）とピロリン酸カルシウム結晶（偽性痛風結晶）が臨床的に重要な結晶となりますが、ほかにもコレステロールやヒドロキシアパタイトなども検出される事があります。<br>痛風は高尿酸血症で血中尿酸濃度が一定値以上になると尿酸ナトリウムとして析出し、関節内の間質に沈着することによって生じる炎症反応です。<br>また、偽性痛風は軟骨へのピロリン酸カルシウムの沈着により発症する疾患です。中年以降では関節の軟骨にピロリン酸カルシウムの結晶沈着がみられ、この沈着した結晶が関節腔内に遊離してくると痛風に似た急性炎症を生じるため、偽性痛風と呼ばれています。変形性膝関節症の患者に多く認められます。 |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】痛風<br>■ピロリン酸カルシウムの陽性で{偽痛風 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2710 | 尿素呼気試験<br>☑目次へ戻る | 微生物 | ■ヘリコバクターピロリ菌感染症 | 臨床的意義 | 胃内はpH1～2という普通の細菌にとって非常に住みにくい環境である。このため、HPは強力なウレアーゼを産生し、自らアンモニアを作ることにより周囲の胃酸を中和して主に胃粘液内や被蓋上皮細胞に棲息している。このウレアーゼ活性を利用してHPを検出するのが尿素呼気試験である。<br>具体的手順を示す。まず被検者は尿素の安定同位体である13C標識尿素を服用し、10～20分間安静にする。もし胃内にHPが棲息していると、HPが持つウレアーゼにより、この13C標識尿素が分解され、13Cで標識されたCO2となって血流に乗り肺に運ばれ呼気中に放出される。いわばニンニクを食べた後に、いくら口内を清潔にしても呼気が匂うのと同じ原理であり、胃内分解産物が呼気に出ることを利用した、非侵襲的検査である。もちろん内視鏡は必要としない。この呼気を採集し、13C標識尿素の投与前、投与後の13CO2含量変化を測定する。13Cの検出には質量分析計（GC-MS）や赤外部分光法（IR）が用いられ、一定量以上の増加があればHP陽性と判断される。<br>HPに感染していない場合や、菌が死滅した場合やウレアーゼ活性を失った場合は、13C標識尿素は分解されないため、呼気の13CO2含量も増加しない。<br><br>尿素呼気試験は、感度、特異性において、抗体価測定より優れ、内視鏡による胃粘膜採取に匹敵する精度をもっている。内服と呼気排出という簡便で非侵襲的な検査法であり、HP感染の診断や除菌効果の判定に優れた検査ということが出来る。除菌効果判定は治療後、1ヶ月後。 |
| | | | | 疾患名 | 【陽性】ヘリコバクター―ピロリ菌の有無・胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃癌 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 106 | 尿素窒素（BUN）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■腎機能 | 臨床的意義 | 血中の尿素に含まれる窒素分を表すもので，生理学的には尿素と同義である。尿素はクレアチニン，尿酸などとともに，含窒素物質の終末代謝産物である。尿素は，アミノ酸の脱アミノによって生じたアンモニアとCO2から，主として肝臓において尿素サイクルによって合成される。血中尿素窒素は，腎糸球体から濾過され，一部尿細管で再吸収されたのち，尿中に排泄されるため血中および尿中の測定は腎機能の指標となる。 |
| | | | | 疾患名 | 高値：　腎不全　・脱水症　・高タンパク食<br>[腎前性]<br>火傷、消化管出血、脱水　など<br>[腎　性]<br>腎不全、ネフローゼ症候群、尿毒症　など<br>[腎後性]<br>尿路閉塞性疾患、尿路結石　など<br>低値：　肝硬変（腹水貯留）　・低タンパク食　・多尿 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1739 | 尿中Ⅳ型コラーゲン<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■糖尿病性腎症<br>■肝疾患 | 臨床的意義 | 糖尿病の主要な合併症の一つである糖尿病性腎症をきたすと、糸球体には基底膜の肥厚とメサンギウム領域の拡大が特徴的に認められる。この現象はⅣ型コラーゲンを主体とする細胞外マトリックスの増加に起因するとされ、実際、糖尿病患者の腎糸球体や尿細管の基底膜でⅣ型コラーゲンの増加が報告されている。<br>このため尿中アルブミンやトランスフェリン等の血中由来蛋白が糸球体の透過性異常を反映するのに対し、尿中Ⅳ型コラーゲンは、糸球体組織より直接脱落したものであるため、“糸球体の傷害”自体を反映する指標と考えることができる。<br>糖尿病性腎症において尿中Ⅳ型コラーゲンは、尿中アルブミン値が正常域を示す腎症前期（第一期）においても上昇し、40～50%の陽性率を示す。したがって本症におけるより早期の診断並びに病態の進展予知に有用である。<br>なお尿中Ⅳ型コラーゲンは、数時間の検体保存で生じる尿沈殿成分中に取り込まれる性質がある。このため、沈殿溶解剤を充填した専用採尿容器を使用しないと見かけ上低値を得る可能性がある。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病性腎症・肝疾患・アルコール肝障害・慢性活動性肝炎・肝硬変・肝癌・劇症肝炎・急性肝炎・骨髄性腺腫・糖尿病・肺癌・膜性腎症 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 730<br>随時尿 | 尿中アルブミン定量<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■糖尿病性腎症 | 臨床的意義 | 糖尿病患者で尿中微量アルブミンを測定する意義は、早期腎症の診断と治療に役立てることにある。尿中アルブミンの排泄量が基準範囲のものと比べ、微量アルブミン尿を呈する症例では、将来的に持続性蛋白尿に進行する確立が高いことや増殖性網膜症や心血管系疾患で死亡するリスクファクターとしての意義も注目されている。微量アルブミン尿の診断とその手順<br>尿中アルブミンの日内変動、日差変動は大きく、こと運動によりアルブミン排泄率は増加する。したがって、1回のみの検査で判断をすることは危険である。微量アルブミン尿の診断には、蓄尿が必要なため日常検査には向かないので、より簡便なスクリーニング法が必要となる。試験紙法で尿蛋白が陰性の患者に限って随時尿でアルブミンとクレアチニンを同時に測定し約30　mg/g・クレアチニン以上であれば異常の可能性が高いと判断し蓄尿を行いアルブミン排泄率を求め微量アルブミン尿の確認をすることがよい。尿中微量アルブミンは、慢性糸球体腎炎の潜伏期や良性腎硬化症などの非糖尿病性腎疾患や尿路感染症、高血圧、うっ血性心不全などでも出現するので除外診断が必要である。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病性腎症の早期・慢性糸球体腎炎の潜在期や良性腎硬化症・尿路感染症・高血圧・うっ血性心不全・起立性蛋白尿 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 二 | | | 生化Ⅱ | | 臨床的意義 | 二 |
| | | | | | 疾患名 | |
| | | | | | 算定条件 | |
| 2681 | 尿中核マトリックスプロテイン22（NMP22）<br>☑目次へ戻る | | 生化Ⅱ | ■尿路上皮癌 | 臨床的意義 | 核マトリックスプロテイン22(NMP22)は、核マトリックス蛋白質(Nuclear Matrix Protein)を免疫原として作成された2種類のモノクローナル抗体302-22と302-18によって認識される核蛋白質であり、また、核内のNuMA蛋白(Nuclear Mitotic Apparatus Associated protein)が細胞死に伴い可溶化型となり、培養液中や体液中に分泌したものであると報告されています。尿中NMP22は、尿路上皮癌で上昇することから、尿路上皮癌診断における有用性が示唆されています。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】尿路上皮癌(膀胱癌および腎盂尿管癌) |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 二 | 1341 | 尿中肺炎球菌抗原<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■肺炎球菌感染症 | 臨床的意義 | 肺炎球菌は、莢膜を有するグラム陽性双球菌で、肺炎に代表される呼吸器疾患などの起因菌となる菌である。肺炎は、その起因菌から細菌性肺炎と非定型肺炎に分けられるが両者の治療は、異なるため起因菌の検出は、臨床上重要である。本検査は、尿中に排出された肺炎球菌の莢膜抗原を特異的に認識するポリクローナル抗体を用いたイムノクロマト法で検出する検査であり、迅速かつ非侵襲的な検査であるため、喀痰採取が困難な患者においても可能である。<br>【結果の解釈における注意点 】<br>・抗菌薬の投与がなされている患者であっても、尿中の肺炎球菌の莢膜抗原は、影響を受けにくいとされており検査は可能である。<br>・尿中に排出されるのは、通常症状出現後3日目以降であり、発症直後の検体では、検出できない恐れがある。<br>・炎症症状が改善しても2ヶ月以上にわたって排出されることもあるため、治療の効果判定には用いることはできない。・年齢2～60ヶ月の乳幼児において、肺炎球菌は鼻咽頭に常在している場合があるが、そのような症例については、偽陽性を呈することがある。<br>・Streptococcus mitisと肺炎球菌は、共通抗原が存在するため、偽陽性を示すことがあるが、S.mitisは心内膜炎の起因菌であり、肺炎患者から検出される可能性は低いものと考えられる。 | 二 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺炎球菌感染症・肺炎球菌性肺炎・細菌性肺炎・ウイルス性肺炎・非定型肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 736 | 尿中ベンスジョーンズ蛋白同定（尿中免疫電気泳動）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■多発性骨髄腫 | 臨床的意義 | 免疫グロブリン分子のsubunitでありL鎖のdimer構造を持った蛋白である。分子量は約4万5,000であるが、ときに分子量約2万2,000のmonomerも存在する。<br>比較的低分子量のため、容易に尿中へ出現する。検出には、56℃に加熱すると白濁沈殿を生じ、100℃に加熱すると再溶解する性質を利用した定性的な方法と免疫電気泳動による方法がある。<br>免疫電気泳動法では、κ またはλ 型の抗L鎖抗体と反応し、弓状の沈降線（M-bow）を形成する。出現位置はα 1位～γ 位までまちまちであるが、β ～γ 領域であることが多い。 抗H鎖抗体（γ 、α 、μ 、δ 、ε ）では同易動度にM-bowを認めない。<br>BJPは多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症の過半数に認められ、良性単クローン性M蛋白血症（MGUS）では通常認められない。BJPやM蛋白は骨髄腫腎など腎機能低下をもたらす。なお、通常の尿試験紙法ではBJPは検出されないので、多発性骨髄腫等を疑う場合は、BJP定性試験または本法にて確認が必要である。<br>定性試験に比べ本法は、より感度・特異性に優れており、L鎖の種類も判定できる長所をもつ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】骨髄種や原発性マクログロブリン血症などの形質・B細胞系の腫瘍生疾患・原発性アミロイドーシス・単クローン性免疫グロブリン血症では、BJPはごく微量<br>[明らかなBJPを認めるもの]<br>多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症<br>[頻度が低く、かつBJPは少量にとどまるもの]<br>原発性アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 二 | 2399<br>新生児<br>2398<br>成人 | 尿中硫酸抱合型胆汁酸<br>(USBA)<br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■胆道閉鎖症 | 臨床的意義 | 硫酸抱合型胆汁酸とは、胆汁酸の水酸基に硫酸がエステル結合をしたもので、生体内では3位の水酸基に結合したものがもっとも多いといわれています。胆汁酸の硫酸抱合化は、主として肝臓で行われ、肝細胞可溶性画分のBile salt sulfotransferase(EC 2.8.2.14)によって触媒されています。胆汁酸の硫酸抱合化は、その極性を増加し、腎臓でのクリアランスを数倍から数百倍に増加させる働きがあり、肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加した場合、過剰の胆汁酸を速やかに体外へ排泄するための解毒機構と考えられています。<br>健常成人の1日の尿中胆汁酸排泄量は、1～7μ molと微量ですが、肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加するとそれに伴い尿中胆汁酸が増加します。その際、尿中胆汁酸中の最も多い成分が硫酸抱合型胆汁酸であり、全体の50%以上になることもしばしばあります。このことから、尿中の胆汁酸を測定する際は、硫酸抱合型胆汁酸を測定することが重要であり、肝胆道系の疾患患者の尿中には多量の硫酸抱合型胆汁酸の排泄がみられます。 | 二 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】胆道閉鎖症・胆汁うっ滞・肝疾患・新生児胆道閉鎖症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 951<br>(HI)<br>952<br>(CF) | 日本脳炎ウイルス<br>(HI法)(CF法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■日本脳炎 | 臨床的意義 | 日本脳炎ウイルスはフラビウイルス科に属し、蚊で媒介される日本脳炎の病原体である。本症の患者を日本国内でみることはまれであるが、中国や韓国、東南アジア等では依然として流行がみられる。水田に生棲するコガタアカイエカを媒介に、豚との間で感染を繰り返すうちにウイルスが増殖し、蚊の吸血時にヒトに伝播される。<br>　日本脳炎ウイルス感染の多くは不顕症感染であるが、約300人に1人が脳炎を発症し高熱と意識障害を呈する。発病すると致命率20～50%といわれ、回復者でも70～80%に神経精神障害を伴う後遺症が見られる。<br>　細菌性、真菌性脳炎や髄膜炎との鑑別、また、ヘルペス脳炎を除外するなど治療可能な脳炎、髄膜炎や西ナイル熱との鑑別のために本検査が行われる。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | **■疾患名　脳炎・髄膜炎**<br>**■検査の依頼、結果の見方**<br>HI法、CF法は、必ず急性期(発病後早期)および回復期(発病後2～3週間)の血清をペアで依頼してください。<br>急性期と回復期を同時に測定し抗体価が4倍(2管差)以上の上昇が見られる場合は血清学的に有意とみなします。ジャガー株で40倍以上の場合、HI法、CF法は、IgG、IgM、IgAかが判断できないので、2ME処理を行ったジャガー2MEの結果で判断する。2MEの値が1／4から1／8以上に低下した場合はIgM(現感染)と判断する。2MEが高い場合はIgGと判断する。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ノ | ノ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ノ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 各コード | ノロウイルス抗原（定性）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ノロウイルス感染症<br>■食中毒 | 臨床的意義 | ノロウイルス（Norovirus）は、食中毒を起こすウイルスで、非細菌性急性胃腸炎患者の糞便中からしばしば検出される。カリシウイルス科に分類され、直径は27～32nmでロタウイルスの半分と小さく、その遺伝子は約7.6kbの1本鎖のプラスRNAである。ノロウイルスの感染源は生の牡蛎（かき）やハマグリなど貝類であり、主な伝播経路については次のように考えられている。海水と一緒にノロウイルスが貝類の鰓（えら）に入り、中腸腺細胞で補足濃縮される。十分な加熱処理を加えずにこれらを食した場合、感染が成立する。牡蛎の生食は主に冬期間に行なわれるため、ノロウイルスの食中毒は10月から4月に多発する。しかしサラダやケーキが感染源とみられる報告も存在する。<br>　ヒトが唯一の感受性のある動物であり、ノロウイルスには増殖させるための培養細胞系や実験動物系がない。血清学的には多くのノロウイルスが存在するといわれるが形態学的に判別することはできない。検査はELISA法による抗原検査などがあるが、PCR法によるDNA診断がもっとも実用的なレベルに達している。<br>ノロウイルスは、感染成立後1～2日の潜伏期を経て腹痛、下痢、嘔吐などで発症する。通常、血便はみられず、2～3日間のうちに比較的軽症で寛解する場合が多い。最近、ノロウイルスの院内感染例が報告されており、検体の採取のみならず、患者の糞便、衣類等の管理には注意が必要である。<br>■ノロウイルスの検査はイムノクロマト法（IC法）が早く結果が上がり検査料金も比較的安価で、多人数の検査に便利です。精度はPCR法が一番良いが、検査料金が高価である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | ノロウイルス感染症 | |
| | | | | | 算定条件 | ※レセプト算定の条件があります。ご注意ください。<br><br>☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ハ | ハ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ハ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2672 | 肺サーファクタントプロティンA（SP-A）<br><br>☑目次へ戻る | 生化I | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | 「肺胞サーファクタント」とは肺胞Ⅱ型上皮細胞から産生・分泌されるリン脂質と、SP-A、SP-B、SP-C、SP-Dの4種類の特異蛋白を主成分とする界面活性物質である。コラーゲン様の構造を持ち、肺局所における様々な生体防御機能を担っていると考えられている。この中でSP-AとSP-Dは、Ⅱ型上皮細胞以外にクララ細胞でも産生されるため、肺疾患における様々なマーカーになり得ることがわかってきた。<br>SP-Dは親水性の糖蛋白であり各種肺疾患、特に肺の線維化により血中に逸脱する。SP-Dは特発性間質性肺炎（IIP）や肺胞蛋白症（PAP）、膠原病合併間質性肺炎（CVDIP）などで血中濃度が高値になり、特に進行性全身性硬化症患者が間質性肺炎を合併した際、有意な高値がみとめられる。またIIP患者の急性憎悪時にも顕著な上昇を示す。<br>一方、気管支喘息や気管支拡張症、慢性肺気腫、結核、細菌性肺炎などでは一般に上昇をみないため、これらの鑑別に有用である。<br><br>従来IIPでは、乳酸脱水素酵素（LDH）や赤血球沈降速度などが病勢の指標に用いられたが、より肺病変に特異性の高いマーカーとして、SP-Dは有用と考えられる。またSP-Dに加齢や性差による有意な差はないとされる。<br>なお、SP-Dと同じく間質性肺炎のマーカーであるKL-6は、主に肺胞Ⅱ型上皮細胞などに発現する糖蛋白抗原であるが、IIPやCVDIPにおいてSP-Dとほぼ同等の陽性率が報告されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺炎・肺胞蛋白症・過敏性肺炎・サルコイドーシス・肺結核・びまん性汎細気管支炎・慢性肺気腫・塵肺<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ハ | 2671 | 肺サーファクタントプロティンD（SP-D）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | 「肺胞サーファクタント」とは肺胞Ⅱ型上皮細胞から産生・分泌されるリン脂質と、SP-A、SP-B、SP-C、SP-Dの4種類の特異蛋白を主成分とする界面活性物質である。コラーゲン様の構造を持ち、肺局所における様々な生体防御機能を担っていると考えられている。この中でSP-AとSP-Dは、Ⅱ型上皮細胞以外にクララ細胞でも産生されるため、肺疾患における様々なマーカーになり得ることがわかってきた。<br>SP-Dは親水性の糖蛋白であり各種肺疾患、特に肺の線維化により血中に逸脱する。SP-Dは特発性間質性肺炎（IIP）や肺胞蛋白症（PAP）、膠原病合併間質性肺炎（CVDIP）などで血中濃度が高値になり、特に進行性全身性硬化症患者が間質性肺炎を合併した際、有意な高値がみとめられる。またIIP患者の急性憎悪時にも顕著な上昇を示す。<br>一方、気管支喘息や気管支拡張症、慢性肺気腫、結核、細菌性肺炎などでは一般に上昇をみないため、これらの鑑別に有用である。<br><br>従来IIPでは、乳酸脱水素酵素（LDH）や赤血球沈降速度などが病勢の指標に用いられたが、より肺病変に特異性の高いマーカーとして、SP-Dは有用と考えられる。またSP-Dに加齢や性差による有意な差はないとされる。<br>なお、SP-Dと同じく間質性肺炎のマーカーであるKL-6は、主に肺胞Ⅱ型上皮細胞などに発現する糖蛋白抗原であるが、IIPやCVDIPにおいてSP-Dとほぼ同等の陽性率が報告されている。 | ハ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺臓炎・肺胞蛋白症・過敏性肺臓炎<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ハ | 各コード | パラインフルエンザ<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■パラインフルエンザ1型・2型・3型 | 臨床的意義 | パラインフルエンザウイルスは、パラミキソウイルス科のRNAウイルスで、ノイラミニダーゼ、赤血球凝集能をもつ。血清型は、1～4型に分類され、主に1～3型がヒトの呼吸器感染症を引き起こす。1型および2型は、2年ごとに秋から冬に流行する傾向がある。3型は感染力が強く、毎年年間を通して発生し、1歳までに50%以上、3歳までにほとんどが感染する。一方、1･2型の感染は2～6歳に多く、1型は学級閉鎖の原因となることがある。4型の感染は広範に起こるが、ほとんどが不顕性感染である。感染の特徴は、初感染は顕性感染、再感染は軽症の上気道感染または不顕性感染を示すことである。また、2歳未満の小児に感染することが多く、急性の喉頭気管気管支炎(クループ)、気管気管支炎、細気管支炎、肺炎などの下気道感染を起こしやすく、重篤な症状を呈する場合がある。クループは1～2歳に多く、約65%は1型による。生後4ヶ月までの乳児の下気道感染症はほとんどない。成人では、症状は軽いか不顕性感染に終わる。感染様式は飛沫による経気道感染で、潜伏期は2～4日である。感染防御の主体は、鼻汁中の特異的IgA抗体である。血中抗体があっても再感染するが、症状は軽い。しかし細胞性免疫不全状態では、巨細胞性肺炎を起こすことがある。発生は、散発例が多いが、小規模の流行を起こすこともある。臓器移植後の感染症では予後不良の場合がある。急性気道感染症を確定診断する目的で検査する。<br>一般的に、かぜ様疾患を臨床的に確定診断することは困難である。同一ウイルスによる感染でも症状が異なることも多く、似た症状をきたすウイルスは多種存在する。したがって、臨床症状、年齢、季節、流行状況その他の情報から的を絞って検査し、診断を確定する。通常は軽いかぜ症状、微熱、鼻汁、咽頭発赤、咳嗽などを呈し、数日で治癒する。 | ハ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】クループ･気管支炎･肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ハ | 501 | 白血球数<br>（WBC）<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■細菌感染症<br>■炎症全般<br>■白血病 | 臨床的意義 | 細菌や異物などが体内に侵入して起こる炎症や、白血病などの血液疾患の診断、経過観察に用いられるスクリーニング検査である。一般に白血球数は、炎症性疾患や血液系悪性腫瘍で増加し、骨髄抑制状態で減少する。<br>　白血球は単に数だけでなく、その構成も見る必要がある。たとえば高齢者の炎症では白血球数はそれほど増加しなくても、好中球に核の左方移動と言われる、桿状核球の増加がみられる。またⅠ型アレルギー性疾患では好酸球が増加する。さらに病的細胞が出現しても、白血球数は基準範囲内にとどまる場合がある<br>　一般に乳児～就学前の幼児では成人より高値をとり、健常でも10,000/μ L前後の値を示し、主体はリンパ球である。また、新生児は約20,000/μ Lと著明に高いが、生後数日で10,000前後まで低下する。成人では、喫煙者で高めの値をとり、10,000/μ L程度を示すこともまれではない。 | ハ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】[急性感染症]<br>（細菌感染症）肺炎、虫垂炎、骨髄炎、扁桃炎　など<br>（ウイルス感染症の一部）伝染性単核球症など<br>[血液系悪性腫瘍]<br>骨髄性白血病、リンパ性白血病、単球性白血病<br>[脱水による血液濃縮]<br>他の血算項目（RBC、Htなど）の上昇や電解質異常を伴う<br>[薬剤]<br>ステロイド全身投与時<br>【低値】膠原病、急性白血病、悪性再生不良性貧血、ウイルス感染の一部、麻疹、無顆粒球症、抗がん剤投与時、敗血症、放射線障害、顆粒球減少症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ハ | 399<br>血漿<br>387<br>酸性<br>畜尿 | バニルマンデル酸定量（VMA定量）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■神経芽細胞腫<br>■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | バニリルマンデル酸（VMA）はカテコールアミン（ドーパミン、アドレナリン、ノルアドレナリン等）の最終代謝産物で、主にカテコールアミン産生腫瘍（褐色細胞腫、神経芽細胞腫）の診断に用いられる。血中のカテコールアミン量は日内変動があり、ストレス等で大きく変わるため、蓄尿による代謝産物の定量がより正確に平均的分泌量を反映する。<br>褐色細胞腫は副腎髄質や交感神経節のクロム親和性細胞から発生し、高血圧、心悸亢進、頭痛、吐気等の症状を来たす。症状には発作型と持続型の2つの型があるが、発作型褐色細胞腫の非発作時でも尿中カテコールアミンやその代謝物であるメタネフリンやHVAなどの上昇が認められる。<br>神経芽細胞腫は小児に好発する腹部悪性腫瘍で、80%以上に尿中VMAの排泄増加がみられる。HVAの同時測定でさらに診断効率が上昇する。<br>VMAの尿中排泄量には、昼高く、夜には低いという日内変動が認められるため、1日蓄尿で定量する。冬期は夏期よりも増加する傾向がある。小児は成人よりも低値をとる。またバナナや柑橘類、アイスクリームなどのphenoic acidを多く含む食品や、蛋白質、穀類（ドーパを多く含有する）を大量に摂取すると尿中排泄量が増加することがある。また、パーキンソン病などの治療目的でL-ドーパを投与した場合も高値となることがある。<br>カテコールアミンの作用不足により起立性低血圧症を発来するShy-Drager症候群では、尿中VMA排泄は低値となる。 | ハ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】神経芽細胞腫・褐色細胞腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 725 | ハプトグロビン<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■炎症性疾患 | 臨床的意義 | 肝実質細胞やリンパ節などの成熟顆粒白血球(特に好酸球)で生合成される。その生理的機能は、溶血により生じた酸化ヘモグロビン(Hb/H2O2)を結合してHp-Hb複合体を形成し、細網内皮系細胞の受容体を介して速やかに取り込まれ分解処理される。この機構によりHb/H2O2の酸化的血管障害毒性を中和すると同時に、腎糸球体からのHbの喪失を防止する作用を発揮する。Hpの半減期は3.5～5日であるが、Hp-Hb複合体の半減期は10～30分ときわめて短時間である。Hpの代償的産生は迅速には行われないので、Hbの血中への移行が持続すると血清Hpは欠損するが、急性期反応蛋白としての特性を有し、感染、炎症、組織崩壊、悪性腫瘍などでは肝臓以外の異所性産生(特に好酸球)による血清Hpの著しい増加を認める。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】炎症性疾患（感染症・膠原病・悪性腫瘍・外相・手術など）・薬剤投与時（副腎皮質刺激ホルモン・アンドロゲン・プロゲステロン・コルチゾール）<br>【低値】溶血性疾患（自己免疫性溶血性貧血・球状赤血球症・尿毒症）・肝硬変・劇症肝炎・急性、慢性肝炎・薬剤投与（エストロゲン・甲状腺ホルモン） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ヒ | ヒ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ヒ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 128 | ヒアルロン酸（血中）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■慢性肝炎（活動期） | 臨床的意義 | 主として線維芽細胞や、肝で産生され、肝細胞により代謝を受けて血中から消失する。ヒアルロン酸は生体内ではプロテオグリカンとして、また細胞間ではマトリックスとして細胞の維持に不可欠な物質である。すなわちムコ多糖の名にみられる粘稠性を生かし、結合織における水分や電解質の保持、抗凝固作用を担う物質のひとつがヒアルロン酸である。<br>ヒアルロン酸は、おもに肝疾患（慢性肝炎～肝硬変への移行期）で肝線維化の指標として血中濃度が測定される。また結合組織や関節滑液にも存在するため関節リウマチや癌などでも高値をとることがある。<br>正常肝ではヒアルロン酸は少量しか含まれていないが、肝硬変の肝組織では肝の線維化が進行するため、約5倍程度に増加する。これは肝細胞での産生増加のほかに、慢性炎症の進展により肝細胞の破壊が起こり、ヒアルロン酸そのもののクリアランスが低下するためと考えられている。血中のⅣ型コラーゲン、プロコラーゲン-Ⅲ型ペプチド（P-Ⅲ-P）とともに肝の線維化の指標として肝硬変の診断に有用とされている。<br><br>血中ヒアルロン酸は肝硬変、特にアルコール性肝硬変で高値を示し、急性・慢性肝炎、アルコール性脂肪肝では、あまり上昇しない。<br>一方、悪性胸膜中皮腫で胸水中のヒアルロン酸が高値になることがある。本疾患での胸水細胞診や胸膜生検では必ずしも悪性細胞が得られないことがあるため、そのようなケースにおいては胸水中ヒアルロン酸測定は大変有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性肝炎活動期・肝硬変・慢性関節リウマチ・強皮症・Werner症候群・悪性胸膜中皮腫（胸水中） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 251 | ビタミンA<br><br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■夜盲症 | 臨床的意義 | ビタミンAは網膜視細胞に含まれる視物質の一つであるロドプシンの形成や生殖機能の維持、上皮組織の分化、骨形成などに不可欠な役割を果たす脂溶性ビタミンである。<br>天然にはレチノールとその誘導体の形で卵黄やバター等に含まれている。一方、ニンジン等の植物からもカロチンなど前駆体（プロビタミンA）の形で摂取され、小腸や肝でビタミンAに転換される。ヒト体内では眼球、上皮細胞、軟骨、生体膜に多く含まれ、肝で貯蔵される。ビタミンAは脂肪酸エステルの形で脂質とともに吸収されるため、閉塞性黄疸などの原因によって腸管の吸収率が低下すると欠乏をきたしやすい。<br>血中ビタミンA濃度は、肝で生成されるレチノール結合蛋白（RBP）と結合して運ばれるため、肝機能障害時に血中濃度は低下する。また甲状腺機能亢進症の場合、末梢でのビタミンA消費亢進により血中濃度が低下する。<br>ビタミンAが欠乏すると暗順応の低下がおこり、欠乏症状には夜盲症や結膜乾燥症、皮膚および粘膜の角化などを引き起こす。<br>ビタミンAの測定は脂肪吸収障害や肝障害、またビタミンAの栄養状態把握の指標として有用である。ビタミンAの一日必要量は成人で1,800～2,000 IU、妊婦で3,200 IUとされる。<br><br>[透析患者における検査の意義]<br>透析患者の血清ビタミンA値は正常者の2～3倍の高値を示し、同時にレチノール結合蛋白（RBP）も高値であることが知られている。腎不全患者にしばしばみられる皮膚症状や骨形成異常との関連は見出されていない。腎性貧血の程度とは負の相関があるという。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンA過剰症、甲状腺機能低下症、過栄養状態（脂肪肝、高脂血症）、腎不全<br>【低値】ビタミンA欠乏症（夜盲症）、吸収不良症候群、重症肝障害、閉塞性黄疸、甲状腺機能亢進症、亜鉛欠乏症 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 252 | ビタミンB1<br><br>☑目次へ戻る | 生化I | ■脚気 | 臨床的意義 | ビタミンB1（VB1）は水溶性ビタミンの一種であり、サイアミン（チアミン）とも呼ばれる。<br>穀物の胚芽、酵母、肝臓、などに多く含まれ、欠乏すると「脚気（beriberi）」と呼ばれる独特の病状を呈することで知られている。<br>VB1は体内では1～3分子のリン酸と結合して活性型となり、エネルギー産生に関与する代謝反応の補酵素として働く。すなわちリン酸化により、活性型のエステル型B1となるが、他に遊離のVB1も存在し、一般にはこれらの総量が測定される。<br>VB1測定の診断的価値は低値側にある。すなわち欠乏状態にある場合は、まず第一に偏食など食事性の問題が考えられる。かつて日露戦争の時代に、白米を主食としていた日本軍の兵士に脚気が流行し、雑穀を混ぜることで軽快したエピソードが知られている。脚気のおもな症状は、知覚鈍麻、腱反射消失、心悸亢進、浮腫などであり、ビタミンB1の成人1日所要量は1.0～1.5mgといわれている。<br>食餌関連では、多量のアルコールの摂取により小腸がVB1吸収障害を起こし、これに肝機能障害が加わりVB1の活性化が障害されて、脚気やウェルニッケ脳症などの重症VB1欠乏症を引き起こすことがある。ウェルニッケ脳症では眼球運動障害、失調性歩行、意識障害が3主徴とされ、外転神経麻痺、側方注視麻痺、多発神経炎、低体温を呈し、アルコール摂取中止とビタミンB1の早期投与で改善が期待できる。アルコールに限らず肝硬変などの重症肝障害では、肝におけるリン酸化障害によるVB1活性の低下により、血中VB1があまり低値でなくても、見かけ上B1欠乏症状をみることがある。また高カロリー輸液時には欠乏状態を起こすことがあるため、定期的にVB1を投与する。<br>なおVB1には季節変動があり、夏に最も低値になるほか、発熱や過労、妊娠などVB1需要の増大時には不足することがある。長期保存では冷蔵で低下がみられるので、検体は凍結して保存するのが望ましいが容器の破損に注意する。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンB1剤過剰投与、輸液ルートからの採血　など<br>【低値】ビタミンB1欠乏症（脚気、ウェルニッケ脳症）　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 253 | ビタミンB2<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■口内炎 | 臨床的意義 | ビタミンB2（VB2）はビタミンB群の一つで、「リボフラビン」とも呼ばれる黄色の水溶性のビタミンである。<br>食品中では牛乳、レバー、卵黄、緑黄色野菜に多く含まれ、成人の1日必要量は1.2～1.7mgである。VB2は電子伝達系で働く補酵素FAD（flavin adenin dinucleotide）やFMN（flavin mononucleotide）として生体内に存在し、糖質や脂肪、タンパク質代謝などのエネルギー産生系に関与する。<br>VB2は、通常フラビンヌクレオチドの形で経口摂取され、小腸粘膜上皮でフォスファターゼやヌクレオチド・ピロフォスファターゼにより加水分解を受けてリボフラビンとして吸収される。欠乏状態では口角炎、口内炎、舌炎、角結膜炎、脂漏性皮膚炎を呈する。末梢血では正球性貧血に白血球、血小板の減少がみられる。<br>本症はVB1欠乏症のような偏食よりも、手術後や癌の末期、慢性アルコール中毒、化学療法時などに潜在的欠乏症として現れる場合が多い。診断には血中、尿中のVB2測定や、後述のような負荷試験が行われる。<br>VB2の利用障害による欠乏状態が疑われる場合には、VB2負荷試験を行なう。すなわち0.2mg/kgのVB2を皮下注射し、前、30分、60分、120分後の血中のVB2測定と、3時間での尿中排泄量を並行して測定する。VB2の利用障害がある場合には、30分後の血中総VB2濃度は高いが結合型VB2（FAD, FMN）は変化せず、3時間尿中排泄率は高い。なお、血漿や血清中のVB2は直前の食事の影響を受けやすいため、全血の方が信憑性が高いといわれる。VB2投与中に欠乏症の有無を検査する場合には、投与を5日程度中止して測定するのが望ましい。光線、熱、アルカリに弱いため検体は遮光保存する。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンB2剤過剰投与、輸液ルートからの採血　など<br>【低値】口内炎、口角炎、舌炎、肝障害、脂漏性皮膚炎、発育不良　など |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | |

ヒ

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 254 | ビタミンB6<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■脂漏性皮膚炎 | 臨床的意義 | ビタミンB6（VB6）はピリドキサミン（PAM）、ピリドキサール（PAL）、ピリドキシン（PIN）とその各々のリン酸エステルの計6種類からなり、その主成分はピリドキサールリン酸（PLP）である。ビタミンB6はアミノ酸代謝の補酵素として、アミノ酸のアミノ基転移、加水分解、脱炭酸、酸化、加リン酸分解などの反応に関与する。<br>食物として摂取されるVB6はすべて遊離型として取り込まれ、腸管細胞内でピリドキシンリン酸を経てPLPに転換される。<br>我が国では食事での摂取不良によるVB6の欠乏症はほとんどみられないが、血清中のVB6濃度が正常範囲に維持されるためには摂取蛋白当たり0.016mg/gのVB6が必要といわれており、IVH等の輸液管理下の患者で測定意義を認める場合がある。<br>VB6が欠乏すると顔の粘膜周辺に脂漏性皮膚炎がみられたり、小球性低色素性貧血が起こることがある。<br>一方、新生児にみられるVB6依存性痙攣はPLP依存性酵素の一種L-グルタミン酸脱炭酸酵素の先天的変異で発現する。すなわち、神経伝達物質のγ -アミノ酪酸（GABA）はPLP依存性酵素であるL-グルタミン酸脱炭酸酵素の触媒により生成されるため、その酵素が変異するとPLPとの親和性が低下し、脳内のGABA濃度が低下するため痙攣が起こるとされている。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンB6過剰症<br>【低値】脂漏性皮膚炎、小球性貧血、ビタミンB6欠乏症（摂取不良、吸収障害、妊娠、発熱などによる） | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |
| | 255 | ビタミンB12<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■骨髄増殖性疾患<br>■悪性貧血 | 臨床的意義 | ビタミンB12は葉酸とともに造血ビタミンとして知られ、その欠乏は巨赤芽球性貧血をもたらす。<br>卵黄、魚肉、レバー等の食物より摂取されるビタミンB12は、胃壁細胞から分泌される「内因子」と呼ばれる糖蛋白と結合した複合体として腸管に運ばれ、複合体に特異的な受容体を介して吸収され血中に移行する。したがって、内因子の分泌低下あるいは欠如があるとビタミンB12の吸収が障害され、欠乏症をきたす。<br>ビタミンB12欠乏症の所見としては貧血の他に舌の発赤・乳頭萎縮、下痢、神経症状などがある。内因子の分泌欠如による巨赤芽球性貧血を特に「悪性貧血」という。悪性貧血の患者血中には高頻度に抗内因子抗体が検出され、診断的価値が高い。巨赤芽球性貧血は葉酸欠乏症の典型的な所見でもあるため、鑑別のために血中葉酸値を併せて測定する。<br>一方、高ビタミンB12血症は骨髄増殖性疾患や悪性腫瘍で報告がある。これには、血中の特異的担送蛋白の産生亢進が関与すると考えられている。<br>なお、慢性腎不全による透析患者においては、血中ビタミンB12濃度は健常者に比べて高値の傾向はあるものの、おおむね基準範囲内に留まるとされている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】骨髄増殖性疾患（慢性骨髄性白血病、真性多血症、骨髄線維症など）、悪性腫瘍、肝細胞壊死（急性肝炎、劇症肝炎など）<br>【低値】悪性貧血、胃切除後、萎縮性胃炎、吸収不良症候群、blind loop症候群、Zollinger-Ellison症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 257 | ビタミンC<br>（アスコルビン酸）<br><br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■壊血病 | 臨床的意義 | ビタミンC（VC）はアスコルビン酸とも呼ばれ、強い還元作用をもつ水溶性ビタミンである。<br>VCはL-グロノラクトンオキシダーゼの作用でブドウ糖から合成されるが、ヒトやサルはこの酵素を持たないため体内で合成することができず、もっぱら食事からの摂取に依存している。VCは野菜や柑橘類に多く含まれ、食事で摂取されると小腸から吸収され、体内に広く分布する。生体内でのVC総貯蔵量は約1,500mg程度といわれ、その3%にあたる約45mgが日々代謝される。成人では一日に約50mgのVCが必要とされるが、喫煙者では体内貯蔵量が少なくなる傾向があるため、一般に非喫煙者に比べ1.5～2倍の摂取が必要といわれる。<br>VCの主な作用に鉄の吸収・貯蔵がある。またコラーゲン蛋白の架橋合成にはビタミンCと鉄が必須であるため、欠乏すると結合織がもろくなり、歯茎や鼻腔から出血を起こす「壊血病」といわれる病像を呈する。壊血病は現在ではまれとなったが、偏った食生活によるVCの欠乏で発症する。すなわち、小児では歯や骨の発育が悪く、骨折を起こしやすくなり、成人では出血傾向、皮膚乾燥、毛のう角化や紫斑が徐々に発生し、血管が脆くなるためルンペル・レーデ現象が陽性となる。また人工栄養下の新生児にみられるVC欠乏症を「Möller-Barlow（メラーバロー）病」という。<br>さらに、VCはチロシンからカテコールアミンを合成する際にも必須で、アルコールや薬物などの解毒にも関与している。またVCには免疫作用を増強する働きが知られ、欠乏すると感染症に罹患しやすくなるともいわれる。<br>なお、VCは、薬剤、健康食品のほか、防腐剤としても広く用いられており、患者申告の有無にかかわらず投与されている可能性を考える必要がある。尿中にVCが出現すると、尿糖や潜血反応に偽陰性をもたらすことがある。異常高値をみた場合には、採血ルートへの輸液成分混入の可能性を考慮する。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンC剤投与　など<br>【低値】ビタミンC欠乏症（壊血病、Möller-Barlow病など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 2282 | ビタミンD<br>（1.25−（OH）$_2$<br>ビタミンD）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■クル病<br>■骨軟化症 | 臨床的意義 | ビタミンDは、体内に入るとまず最初に肝臓で側鎖の25位が水酸化され25−hydroxy−vitamin D（25−OH−D）に変換される。続いて腎で1位または24位が水酸化されて1α，25−dihydroxy−vitamin D［1α，25（OH）2D］や24,25−ihydroxy−vitamin D［24,25（OH）2D］に代謝される。 このうち1α，25−（OH）2ビタミンDは活性型ビタミンDともよばれ、主要な標的臓器である小腸に到達し、核内に存在するレセプターと結合して作用を発現する。すなわち小腸でのカルシウム（Ca）の吸収を高め骨からの溶出をPTHと共に促進することで血中Caの濃度を上昇させる働きを持つ。<br>また活性型ビタミンDはPTHやCa、リン酸などの濃度により1位の水酸化が制御されることでその産生が厳密にコントロールされている。<br>通常ビタミンDは結合蛋白質と結合して血中を循環し、最終的には胆汁中に排泄される。<br>1α，25（OH）2ビタミンDはビタミンDと異なり脂肪組織への沈着が少ないため血中濃度の変動が少なく、クル病などさまざまな疾患と関連するため意義が大きい。また一般に骨が急速に成長する必要性により成長期や妊産婦で高値がみられることがある。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症、妊娠、Ⅱ型ビタミンD依存症、サルコイドーシス　など<br>【低値】クル病、骨軟化症、腎不全、副甲状腺機能低下症、Ⅰ型ビタミンD依存症、骨粗鬆症、未熟児クル病　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 259 | ビタミンE<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■抗酸化作用<br>■生体膜安定化作用 | 臨床的意義 | ビタミンE（VE）は脂溶性ビタミンでトコフェロールとも呼ばれ、α 、β 、γ 、δ の四つの同族体が知られている。<br>食餌由来では主にα 、γ −トコフェロールが胆汁酸とともに腸管から吸収され、カイロミクロンに溶け込む形で肝臓まで運ばれる。肝臓内ではα 型のみがα −トコフェロール輸送蛋白（α −TTP）によってVLDL（超低比重リポ蛋白）とともに優先的に血中へ放出されるためα 型が最も生物活性が高いといわれている。<br>ビタミンEの主な生理作用は二つある。一つは抗酸化作用であり、VEは生体膜で発生した活性酸素のスカベンジャーとして働き、これを消去して、生体膜の障害を防ぐ。その結果、過酸化脂質の生成を防ぐ。VEのもう一つの作用は生体膜安定化作用である。VEの構造上フィチル側鎖といわれる部分が、リノール酸やアラキドン酸などの二重結合の部分に入り込み、生体膜安定化に寄与するといわれている。<br>このほかVEは血管保護作用や抗血栓作用、ホルモン分泌作用があるといわれる。 新生児や未熟児で低値を示し、高度の欠乏状態にある時はさまざまな神経障害が出現するといわれる。 肝障害による胆汁うっ滞時には脂肪吸収障害により血中VEは低下する。VEは血清脂質の値に影響されることが多く、栄養状態の把握には赤血球中のVE測定を推奨する説もある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ビタミンE製剤投与、妊婦、高脂血症など<br>【低値】新生児・未熟児、胆汁うっ滞、ビタミンE吸収障害症、栄養失調症、家族性ビタミンE欠乏症　など | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 2741 | ヒト癌胎児性フィブロネクチン<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■前期破水<br>■切迫流産<br>■早産 | 臨床的意義 | 早産は新生児死亡や罹患の主要な原因となるので、早産の危険性が高い妊婦の諸症状を的確に判断し、内診で頸管に顕著な変化が見られる前に診断が確定されなければならない。しかし、感染、子宮収縮、下腹部痛、肩痛、腸痙攣、膣分泌液変化などの早産の危険性を判断する症状は特異的ではなく、正常で順調な妊娠経過で満期出産した妊婦でもこれらの症状を示すことがある。ヒト癌胎児性フィブロネクチンは、妊娠していない妊婦や妊娠22週以上で卵膜に障害の無い妊婦の膣分泌液中にはほとんど存在しないが、細菌感染や物理的要因による卵膜の損傷や脆弱化があると膣分泌液中に漏出されるようになる。これを検出することにより、卵膜の異常を検知し、早産の危険性を把握することに役立つ。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】破水（前期破水・切迫流産・早産） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| 各コード | | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG定量）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■胞状奇胎<br>■絨毛癌 | 臨床的意義 | 胎盤絨毛細胞から分泌される分子量約38kDaの性腺刺激ホルモンである。妊娠によって大量に分泌され、妊娠の診断や絨毛性疾患の管理などに広く用いられる。<br>現在用いられている高感度な方法では、排卵後10日程度で検出されはじめ、妊娠9～12週位まで急速に上昇する。画像診断と併せてHCGを測定し、正常妊娠か、胞状奇胎や子宮外妊娠かを鑑別するのに有用である。<br>胞状奇胎ではHCGは高値を示すがHPLは一般に低値である。絨毛癌ではβ –HCGが産生されることが多いので同時に測定することが望ましい。<br>最近では絨毛性疾患以外でも、異所性HCG産生腫瘍として卵巣癌、胃癌、肺癌などのマーカーにも使われることがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】妊娠・胞状奇胎・絨毛癌・異所HCG産生腫瘍（睾丸腫瘍・卵巣癌・子宮癌・膵癌・胃癌）<br>【低値】切迫流産・子宮外妊娠・胎児死亡 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 482 | ヒト心房性Na利尿ペプチド（h－ANP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■急性心不全<br>■慢性心不全 | 臨床的意義 | アミノ酸28個からなるホルモンで，主に心房で合成，貯蔵され血中に分泌される。またANPは，腎臓に働き利尿を促進すると同時に，末梢血管を拡張し血圧降下作用物質としても働く。又心房以外に心室や中枢神経系にも存在している。また，ANPにはα，β，γ の3種の分子型があり，ホルモンとして血中を循環しているのはα −ANPで，最も強力な生理活性を示す。ANPシステムの障害が高血圧の発症，浮腫性疾患を引き起こす可能性が高く，血中ANPの測定は，浮腫を伴う疾患の診断，特に，心機能，腎機能障害の診断及び重症度の判定，血液透析における体液量の管理に有用である。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心不全、慢性心不全、うっ血性心不全、本態性高血圧、腎不全、心筋梗塞<br>【低値】尿崩症、甲状腺機能低下症、脱水、食塩摂取制限時 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2593 | ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■急性心不全<br>■慢性心不全 | 臨床的意義 | 臨床的にはBNPとほぼ同義とされるが、不活型で腎臓代謝のため腎機能の影響を受ける可能性がある 。BNPは生理活性を持ち、その半減期は約20分で、種々の受容体や腎臓から代謝・排泄される。一方、NT-proBNPは生理活性がなく、その半減期は60～120分と長く、腎臓による分解排泄を受けないとされる。■両者の大きな相違点は、①生理活性の有無②腎機能の影響である。<br>■BNPに比べてNT-proBNPはより鋭敏に腎機能の影響を受け、推定GFR値が90~60ml/分の軽度腎機能低下患者でも上昇し、血行動態の評価は過大となる傾向がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心不全、慢性心不全 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ヒ | | | | | | | ヒ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 441 | ヒト胎盤性ラクトジェン（HPL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■多胎妊娠胞<br>■状奇胎<br>■胎盤機能不全 | 臨床的意義 | 分子量約22kDaの蛋白ホルモンでHCGと共に胎盤で産生される。HPLの生物作用は、母体組織に働いて糖・脂質代謝に関与することにある。すなわち、遊離脂肪酸やグリセロールの放出を増加させ、これを母体のエネルギーとして使わせることでグルコースの消費を抑制する。余ったグルコースは胎盤を経由して胎児に与えられ、これが胎児のエネルギーになり発育を促進させる。<br>HPLの血中半減期は10～20分と非常に短いので胎盤異常が短時間で母体血中に反映される。正常妊娠では、妊娠約8週位から上昇しだし、36週ごろピークになる。<br>子宮内胎児発育遅延（IUGR）ではHPL値は28週ごろから増加せず低値で推移する。胞状奇胎の場合は、妊娠週に比べて低値になるがHCGは高値を示す。<br>多胎や巨大児の場合は高値を示す場合が多い。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】多胎妊娠・Rh血液型不適合妊娠・高度の肝疾患腎疾患を合併した妊娠<br>【低値】胎盤機能不全・妊娠中毒症・切迫流産・切迫早産・胎児仮死・胞状奇胎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2914 | ヒト脳性Na利尿ペプチド（BNP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■心不全 | 臨床的意義 | 脳性Na利尿ポリペプチド（BNP）は、当初、豚の脳由来のNa利尿因子として発見されたことからこの名がある。しかしながらその後、BNPは脳よりもむしろ主に心臓から分泌され、心房性Na利尿ポリペプチド（ANP）とともに体液や血圧の調節に重要な役割を担うことが明らかになった。ここでANPが主に心房から分泌されるのに対して、BNPは主に心室から分泌されることから、両者は互いに異なる分泌機序を有すると考えられる。<br>実際、血漿BNP濃度は慢性心不全の重症度にしたがって上昇するが、その変化はANPに比べてより著明である。他方、急性の心疾患、特に急性心筋梗塞における血漿BNP濃度については、その経時的変化に一峰性を示す例と二峰性を示す例とがあり、心機能の低下は後者でより著明であったとの報告がある。血漿BNP濃度の経時的測定は、各症例のその時点での心機能評価はもとより、予後の推定にも有用と期待される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】心不全<br>※心筋梗塞・慢性腎不全・高血圧でも高値になるが、レセプトでは「心不全」の病態把握のみ算定できる。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 2636 | HPV－DNA同定<br>（中～高リスク）<br>☑目次へ戻る | 微生物 | ■尖圭コンジローマ<br>■子宮頸部癌<br>※子宮頸部細胞診の結果、ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対してHPV検査を行った場合に限り、「HPV核酸同定検査」を算定できます。 | 臨床的意義 | 性行為感染症（STD）起因ウイルスの一つ、ヒト・パピローマ・ウイルス（HPV） 感染を、DNAの同定により判定する検査である。HPVは尖圭コンジローマ、子宮頸部癌などの一因とされるウイルスであるが、DNA型により病原性の程度が異なるため、本検査では低リスク型群と中・高リスク型群に分けて判定が行われる。 HPVは、皮膚や生殖器粘膜における尖圭コンジローマ、子宮頸部癌・外陰癌の発生に関与することで知られるパポーバウイルス科のDNAウイルスである。 HPVについてはゲノムの相同性の程度によって70種類以上の型が同定されているが、組織より分離されるHPVの型と病変の間には密接な関連がある。すなわち、尖圭コンジローマのような比較的良性な腫瘤性病変を惹起する“低リスク型”と、癌組織に高率に検出され病変の悪性化に関与する“中あるいは高リスク型”の二群に大別 される。したがって、HPV感染の診断に際しては単にウイルスの存在のみならず、それが両群のいずれであるかの鑑別が重要とされる。本検査では、低リスク型は、6、11、42、43、および44型を、中・高リスク型では、16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、および68型のいずれかのHPVが存在した場合に検出される。これらの存在が直ちに悪性度を示すものではないが、中・高リスク型が検出された場合は、将来悪性化しやすいことを示唆しており、細胞診やコルポスコピーなども含めたより厳重なfollow upが望まれる。<br>また皮膚科領域のBowen病とその類縁疾患では39、52型が関与しているとされる。婦人科、泌尿器科領域のHPV感染は、そのほとんどが性行為を介して伝播し、STDの一つに数えられている。実際、STDのハイリスク群であるCSW（commercial sex workers）で、およそ20～60%と高率なHPV感染が報告されている。さらにクラミジア、淋菌による感染が確定診断された10～20歳代の患者から、男子で約10～25%、女子で50～70%にHPVが検出されたという報告もあり、潜在的なHPV感染の蔓延が強く懸念されている。したがって、STDを疑われる患者やハイリスク患者では、患者自身のためにもクラミジア、淋菌とともにHPV感染の検索が推奨される。なお、測定結果はindex値で表記され、ウイルス濃度と測定値は必ずしも相関するとは限らない。「低リスク型」は6, 11, 42, 43および44型のHPVを検出致します（型別判定はできません）。<br>「中～高リスク型」は16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, および68型のHPVを検出致します（型別判定はできません）。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ヒト・パピローマ・ウィルス感染症（特に尖圭コンジローマ・子宮頸癌） |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 2579 | ヒトパルボウィルスB19　IgM<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■りんご病<br>（伝染性紅斑） | 臨床的意義 | 伝染性紅斑の原因ウイルスである。1899年に伝染性紅斑(第5病)と呼ばれ,わが国では俗にリンゴ病と呼ばれている。B19感染症は,伝染性紅斑の有無にかかわらず遺伝性溶血性貧血患者にみられる造血障害発作,胎児水腫,流産,多発性関節炎との関係が報告されており,また,関節リウマチとの因果関係も示唆され多彩な病像を示し,多くの臨床的な問題を起こすので,その全体像を見通す観察が必要である。<br>典型的な臨床症状として,伝染性紅斑は顔面に始まり,数日のうちに全身に広がる紅色斑状発疹が,顔面の蝶形紅斑と,四肢のレース(編み目)状紅斑になることである。<br>潜伏期4～20日でB19は血中(骨髄赤芽球前駆細胞のみ増殖する)に存在し,ウイルス血症期間は口腔内および尿中にも存在する。感染経路は飛沫や接触,例外的に輸血がある。確定診断としてPCRにてウイルスDNAの検出と血清学的検査としてEIA法がありIgM抗体の検出が一般的である。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】伝染性紅斑病(りんご病)・慢性溶血性貧血患者の骨髄無形成発作・胎児水腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2619 | (ヒト)TARC<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■アトピー性皮膚炎の重症度を表す | 臨床的意義 | アトピー性皮膚炎の治療においては、重症度に応じて外用ステロイド剤の薬効等を慎重に選択する必要が あるので、その重症度を正確に把握することが不可欠である。血清中TARC量は、これまでの検査に比べて、アトピー性皮膚炎の重症化に伴い、比較的大きな変化を伴う上昇を示し、病態を反映する検査であることが示された。したがって、アトピー性皮膚炎と診断された患者の治療薬の選択・変更を検討する際の重症度評価において、主体となる皮膚症状の評価に加え、TARC検査は重症度評価の補助として臨床的に有用であると考えられる。<br>アトピー性皮膚炎(AD)は、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患である。TARCはADにおいて、その受容体であるCCR4を特異的に発現するリンパ球、Th2細胞の浸潤に大きな役割を担っている。すなわちAD患者では、皮膚の表皮角化細胞や末梢血のリンパ球において、TARCの産生が亢進している。さらにCCR4を発現したTh2細胞を皮膚へと遊走させることで、いっそうの病態悪化をもたらすと考えられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】アトピー性皮膚炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 705 | 非特異的IgE<br>（総IcE）<br>（IgE　RIST）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■Ⅰ型アレルギー疾患 | 臨床的意義 | IgEはⅠ型（即時型）アレルギーに関与する免疫グロブリンである。<br>　分子量約19万の蛋白で、免疫グロブリンの中ではもっとも血中濃度が低い。消化管、気道粘膜、リンパ節等で産生され、血中での代謝半減期は約3日である。 アレルギー性鼻炎などと関わりが深く、1966年、アレルギー患者の血清中から石坂らにより発見された。現在、臨床で測定されているIgEには、各アレルゲンに対し抗体活性を有する「特異的IgE抗体」と、抗体活性の明確ではないIgE全体の量としての「総IgE」があり、本検査は後者の濃度をみるものである。IgEは免疫グロブリンのなかで唯一レアギン活性を持つ、いうなれば過敏性を引き起こす能力をもった抗体である。スギ花粉、卵黄などのアレルゲン物質に暴露されると、特異的なIgE抗体が産生され、感作が成立する。その個体に再びアレルゲンが侵入すると、肥満細胞や好塩基球の表面にあるFcレセプター（Fcε　RI）にIgEが結合し、レセプターの凝集が起こり細胞が活性化されてヒスタミンなどの生理活性物質が一気に遊離放出される。またロイコトリエンやプロスタグランディンなどアラキドン酸カスケード関連物質も併せて産生分泌され、その結果、即時型アレルギー症状が発来する。<br>本検査はアレルギー体質の診断、経過観察の目的でIgEの総量を測定するものであるが、特定のアレルゲンでの反応性をみるには特異的IgE抗体の方が優れている。また乳幼児や小児など、IgE産生能が低い患者では、特異的IgE抗体価と総IgE量が相関しないこともある（ミルク、卵黄など乳幼児にみられるアレルギーではこうした例が多い）。<br>　なお、前述のように小児等においてはIgE濃度はもとより低値であるため、200 IU/mL 以下のIgE総量の測定には「低濃度IgE」検査の方がより正確に把握できる。<br>【】 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】[多クローン性の増加]<br>Ⅰ型アレルギー性疾患（アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、接触性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、食物アレルギーなど）、肝疾患（急性・慢性肝炎、肝硬変）、膠原病（関節リウマチ、SLEなど）、ネフローゼ症候群、寄生虫感染症　など<br>[単クローン性の増加]<br>　IgE型骨髄腫（極めてまれである）<br>【低値】IgE型以外の骨髄腫、慢性リンパ性白血病、サルコイドーシス、無γ グロブリン血症　など |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 311 | ピルビン酸<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■代謝性アシドーシス | 臨床的意義 | ピルビン酸はピルビン酸キナーゼによりホスホエノールピルビン酸より生成され、乳酸脱水素酵素（LDH）により還元されて乳酸となる。<br>通常、乳酸/ピルビン酸の比は約10：1に保たれている。血中乳酸濃度が18mg/dL以上で、血液のpHが酸性側に傾いているときは乳酸アシドーシスといわれ、多量のHCO3−の喪失をきたす代謝性アシドーシスの代表的病態である。<br>乳酸アシドーシスをおこす原因には、組織循環不全による低酸素血症によるもの（心不全など）と、糖尿病や肝不全などの代謝性のものの二種類がある。<br>採血後は迅速に除タンパク液を加え、上清を分離し凍結保存する。特にピルビン酸は不安定であるので注意する。<br>[エルゴメーター負荷試験]<br>エルゴメーターを用いて運動負荷し、前、中、後で採血し乳酸、ピルビン酸を測定する検査。ミトコンドリア異常による脳筋症でピルビン酸、乳酸ともに上昇し、乳酸/ピルビン酸比も上昇する。 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】循環不全・重症肝疾患・ビタミンB1欠乏・糖尿病Ⅰ型・ミトコンドリア脳筋症<br>【低値】筋グリコーゲン病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1093 | ピロリン酸Ca（関節液）<br>☑目次へ戻る | 関節液穿刺の採取料に含まれる | ■偽痛風 | 臨床的意義 | 関節液中の結晶は関節腔内で結晶誘発性関節炎をひきおこす原因となります。尿酸ナトリウム（痛風結晶）とピロリン酸カルシウム結晶（偽性痛風結晶）が臨床的に重要な結晶となりますが、ほかにもコレステロールやヒドロキシアパタイトなども検出される事があります。<br>痛風は尿酸結晶が原因で起きる関節炎です。これに対し、偽痛風(Psedogout)は、ピロリン酸カルシウム(CPPD)が軟骨に沈着して起こる関節炎で、ピロリン酸カルシウム結晶沈着症とか軟骨石灰化症とも呼ばれております。ピロリン酸とカルシウムは軟骨内でピロリン酸結晶を形成し軟骨変性や炎症を起こします。偽痛風の頻度は報告者によって異なりますが、McCartyらによれば、高齢者215人のうち、膝関節の2.3%にCPPD結晶がみられています。偽痛風は、高齢者(70～80歳で、男女比同じ)での発症が多く、膝関節、手首関節、足首関節などでよく発生(痛風では、足の親指のつけ根、耳たぶ、膝、足首に発生)します。急性発作時には関節腫脹、局所発熱、一過性の疼痛があり、関節の動きが悪くなります。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】偽痛風 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ヒ | 2442 | 百日咳菌抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■百日咳感染 | 臨床的意義 | 百日咳はその名の示すとおり100日間も続くといわれる特有の咳を伴う呼吸器系伝染病で，百日咳菌(Bordetellapertussis)の感染によって引き起こされる毒素性疾患である。1981年秋から従来の百日咳死菌体ワクチンに代わって百日咳毒素(PT)をホルマリンでトキソイド化した百日トキソイド(PTd)および線維状赤血球凝集素(FHA)を主抗原とする精製百日ワクチンが定期予防接種に導入されて以来，副作用の減少と有効性が高く評価されている。<br>≪データ解釈≫<br>■【EIA法】EIA法のPTは現感染、FHAは過去感染を主に見ている。EIA法はIgGを測定しているが、感染より2～3週間でPT法が陽性となるので、現感染の指標となる。100EU／mlで感染が確定できる。10～100EU/mlの場合は過去にワクチン接種歴なしの場合は現感染、ワクチン接種歴があれば、ペア血清(2週間後再採血)で判断する。「臨床検査の種類とポイント」参照。<br><br>■百日咳の定義<br>21日以上の痙咳発作があり，かつ，<br>1)百日咳菌の分離，<br>2)抗PT抗体(IgG)または抗FHA抗体(IgGまたはIgA)の有意の上昇，<br>3)確定百日咳患者との家庭内接触<br>の条件のうち1つ以上を認めるもの。<br>【】 | ヒ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】百日咳自然感染の既往・沈降精製百日咳ワクチン接種後<br>【低値】百日咳自然感染なし・百日咳自然感染・沈降精製百日咳ワクチン接種後早期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| フ | フ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 944 | 風疹ウイルス（HI法）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■風疹（三日はしか） | 臨床的意義 | 風疹は一般に“三日はしか”といわれる発疹性小児感染症である。経気道感染で2～3週の潜伏期間を経て発症し、初夏から夏にかけて流行しやすい。小児では軽症に経過するが、女子の妊娠初期における罹患は、先天性風疹症候群（CRS）の原因となり、児に白内障、難聴、心奇形などをきたす。CRSは不顕性感染によっても引き起こされる。<br>特にIgM抗体価が陽性の場合は急性感染の現感染である可能性が高い。感染の確認はペア血清で4倍以上の差があれば、また単独で320倍以上で現感染が推測される。また、1回の測定ではIgGが陽性で過去感染、IgMが陽性で現感染の診断ができる。<br>[一般的な風疹HI抗体価の推移]<br>1）出生時　母体抗体価とほとんど同値（受動的IgGのみ）で、以後次第に下降し、約1年で消失する。<br>2）以後、感染を受けるまでは陰性（8倍未満）。<br>3）感染後の潜伏期では陰性（8倍未満）。<br>4）発病日頃はまだ陰性（8倍未満）。<br>5）3～4病日で陽転（8～32倍）。<br>6）5病日を経過すると64～128倍陽性。<br>7）10病日で最高値の512～2048倍に達する。<br>8）上昇したHI価は1～2年くらいは最高値を維持し、下降し始める。<br>9）5～10年以後は64～8倍と緩やかに下降し、生涯維持される。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】風疹、先天性風疹症候群<br>[風疹の合併症として成人の場合]<br>関節炎、脳炎、溶血性貧血、血小板減少性紫斑病、進行性風疹全脳炎、風疹ウイルスワクチン接種<br>【低値】HI価8倍未満の場合は未感染またはワクチン未接種、あるいは無効例と考えられる。妊娠5カ月くらいまで罹患しないよう留意が必要。出産後ワクチン接種が望まれる。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2224 | アトピー鑑別試験（ファディアトープ）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■アトピーと非アトピーの区別 | 臨床的意義 | 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎をはじめとするアレルギー性疾患の診断において、その症状が、IgE関与によるものか鑑別することは、治療方針を決定する上で重要となる。従来この目的として好酸球数測定や血中非特異的IgEの測定が知られているが、前者は手技的な問題等から実施施設が限られ、また、後者は診断効率、特に臨床的感度の面で不十分である等の問題があった。そこで実際には、非特異的IgEの感度面を問題を改善するために、複数のアレルゲンに対する特異的IgE測定が併用されている。本邦で頻度よく検出される12種類の吸入性アレルゲンを結合した固相を用いてアトピー/非アトピーの鑑別を行うものである。アトピー/非アトピーの鑑別は特異的IgEに基づいているため、従来の非特異的IgE測定に比べて臨床的感度が大幅に改善されており、高い診断効率に裏付けられた臨床的有用性が多くの施設で確認されている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・気管支喘息・アトピー性皮膚炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 586 | フィブリノーゲン定量<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■感染症その他<br>■低フィブリノゲン血症 | 臨床的意義 | フィブリンゲンは急性期反応蛋白の代表的な一種であり、種種の刺激（感染症、悪性腫瘍など）によって一過性の急激な増加または慢性の持続性の増加を示すことがある。減少は、肝での産生不良およびDICなどによる消費亢進による。また、先天性無フィブリンゲン血症などもある。<br>後天的に減少する疾患としては、高度肝障害によるフィブリノーゲンの生成障害があげられる。また、消費の亢進による減少には、DIC、血栓症、大量出血がある。血栓症治療に用いられる蛇毒製剤投与によってもフィブリノーゲンを減少させることがある。<br>一方、フィブリノーゲンは加齢にともなって増加する傾向がある。また、感染症、妊娠、妊娠中毒症などでフィブリノーゲンのゆるやかな上昇が認められる。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（後天的増加）感染症・悪性腫瘍・脳梗塞・心筋梗塞・糖尿病・ネフローゼ症候群・膠原病・手術後・血漿分画製剤の投与・ヘパリン投与中止後<br>【低値】（先天的減少）無（低）フィブリノゲン血症<br>（後天的減少）①消費亢進・・・DIC・巨大血栓症・大量出血・蛇毒<br>②線溶亢進・・・ショック（感電）・血栓溶解療法・③産生低下・・・重症肝障害・L－アスパラキナーゼ投与 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| フ | | | | | | | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2007 | フェリチン定量<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■鉄欠乏性貧血体内の鉄の貯蔵量）<br>■血液系の悪性疾患(白血病など） | 臨床的意義 | フェリチンは全ての細胞に存在する蛋白で、トランスフェリンによって運ばれてくる鉄を細胞内に貯蔵し、鉄が必要な場合は速やかに利用できるように調節しています。また、鉄が過剰に吸収されてもフェリチンが形成されて過剰鉄によって直接組織が障害されないように鉄の毒性を解消する機能もあります。血中にも微量が存在し、血清フェリチンとして測定できます。血清鉄が血清中に存在する鉄の量を表すのに対し、血清フェリチンは貯蔵鉄の量を反映して増減し、血清フェリチン1ng/mLは貯蔵鉄8～10mgに相当します。<br>体内で鉄が減少していくと潜在的鉄欠乏状態から鉄欠乏性貧血へと進展していきます。このとき貯蔵鉄は早い段階から利用されて減少しますが、血清鉄は貯蔵鉄からの補給により、比較的末期まで低下しません。したがって、血清フェリチン値は早期に低下し、血清鉄値は末期まで低下しないことから、鉄欠乏状態を早期に診断するためには血清フェリチン測定は有用です。また、血清鉄には日内変動があるため、血清鉄単独では鉄の過不足の指標とはならず、血清フェリチンとの組合せ測定は有用です。<br>ところで、血清フェリチン値は悪性腫瘍、肝障害、心筋梗塞、感染症、炎症などで貯蔵鉄量とは無関係に上昇します。鉄欠乏状態の患者でもこれらの疾患がある場合は血清フェリチンの低下を認めないことがあるので注意が必要です。<br>経口鉄剤による鉄欠乏性貧血の治療効果の判定には末梢血一般検査でヘモグロビン値の推移をみますが、ヘモグロビン値が正常化した後、さらに3～4ヵ月の継続投与で貯蔵鉄量が正常化することから、内服中止の目安として血清フェリチン値の正常化が重要な指標となります。<br>また、血球貪食症候群や成人スチル病では血清フェリチンの著しい高値がみられることから、診断や病態把握に役立ちます。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ヘモクロマトーシス・ヘモシデローシス・再生不良性貧血・急性肝炎・急性膵炎・急性白血病・悪性リンパ種・多発性骨髄腫・肝癌・膵癌・肺癌・睾丸腫瘍・胃癌・卵巣癌<br>【低値】鉄欠乏性貧血・Huntington病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 598 | フォン・ウィルブランド因子活性<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■表在性出血 | 臨床的意義 | 別名、第Ⅷ因子様抗原といわれるもので、分子量270kDaの糖蛋白であるサブユニットが種々に重合した、分子量約500～20,000kDaのマルチマーである。vWF:Agは血管内皮細胞や骨髄巨核球で産生され、障害を受けた血管内皮下組織への血小板粘着と血小板血栓形成を促し、一次止血反応を行う役割を果たしている。また循環血漿中では、第Ⅷ因子のCarrier Proteinとして働き、第Ⅷ因子はvWFと結合しない限り血中を循環できない。このためvon Willebrand病（vWD）においては、vWFのみならず、第Ⅷ因子の血漿濃度が低下することも多い。<br>vWDとは、紫斑、鼻出血、歯肉出血、粘膜出血などの表在性出血を主徴とする疾患で、多くは常染色体性優性遺伝の形式をとる。vWFの低下と血小板機能の低下がみられ、検査所見では第Ⅷ因子凝固活性の低下（PT正常、APTT延長）、vWF:Agの低下、リストセチンによる血小板凝集能の低下がみられる。一方vWD以外に、低値をきたす疾患群として、後天性vWF異常症がある。自己免疫疾患や慢性骨髄増殖性疾患においてみられ、vWFを構成するサブユニットの重合異常、特に高分子マルチマーの低下を認めることが多い。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性腎炎・紫斑病性腎炎・ネフローゼ症候群・川崎病急性期・慢性肝炎・非代償性肝硬変・運動負荷・妊娠<br>【低値】von Willebrand病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 695 | 不規則抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■不適合輸血 | 臨床的意義 | 赤血球上にはさまざまな抗原が存在し、ABO式のように生来抗原に対応する抗体をもつものを規則性抗体、Rh式血液型のように通常は抗体が認められないものを不規則性抗体という。たとえば、ABO式でA型の人は抗B抗体をもち、B型の人は抗A抗体をもっているが、Rh式血液型においては通常、その抗原に対応する抗体を保有していない。<br>A型の血液型の人にB型の血液を輸血すると、B抗原に抗B抗体が反応し、赤血球を破壊するため重篤な溶血と黄疸を起こす。これに対し、Rh式においてRh(－)の人にRh(＋)の血液を輸血しても1度目ならば抗体が存在していないため、溶血は起こらない。しかし、同様の輸血が2度目以降の場合は、すでに感作され抗体が産生されている可能性があるため、溶血を起こすことがある。<br>このようなことから、厚生労働省の輸血療法ガイドラインによると、輸血を行う前に必ずABO、Rh式血液型を確認し、可能なかぎり間接抗グロブリン試験や不規則性抗体のスクリーニングを行うことで不適合を避ける、とされている。不規則性抗体は免疫抗体とも呼ばれ、Rh式血液型関連の抗C・c抗体、抗D抗体、抗E・e抗体をはじめとして抗Lewis、抗K・k、抗Jka, b、抗Fya, bなどが知られている。<br>不規則性抗体は、前述のように先天的に保有しているものではないため、産生される原因は輸血と妊娠の2つが考えられる。<br>輸血においては一般的に、Rh式以外の不規則性抗体の産生は少なく、したがってRh式以外の不規則性抗体による血液への影響も少ない。しかし、頻回輸血時には、しばしばRh式以外でも不規則性抗体が産生され、溶血性貧血などの問題となることがあるので注意を要する。妊娠においては、ABO式不適合の場合に血液型不適合妊娠検査を行うが、さらにRh式不適合の場合に本検査が行われる。妊娠中、父親のRh D(＋)を受け継いだ胎児のD抗原にRhD(－)の母親が感作され、母体内に抗D抗体が産生される。そのIgGクラスの抗体が胎盤を通過して胎児に移行し、胎児の血球を溶血させる。通常、このような現象は1児目の出産時に母体が感作され、2児目以降に影響の及ぶことが多いので、1児目出産時に母体が感作されないよう、母体に抗D抗体を投与して抗体が産生されるのを防止する。この確認のために本検査を行うことは重要である。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】輸血既往例・経産婦・血液型不適合妊娠・移植既往例 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 472 | 副甲状腺ホルモン<br>（PTH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■カルシウム調節機能<br>■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素により体内で分解された場合はN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントからなる。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働くので、低カルシウム血症の場合は上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方がより正確である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合はアミノ酸141個からなるPTH関連蛋白(PTH-rP)の関与によるものがあるので、その場合にはPTH-rPを測定するのが有用である。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性・続発性副甲状腺機能亢進症、偽性副甲状腺機能低下症<br>【低値】特発性・術後性副甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 473 | 副甲状腺ホルモンC末端<br>（PTH－C末端）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 副甲状腺ホルモン（PTH）は最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はPTHインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素によりN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントに分解される。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働く。このため、低カルシウム血症の場合にPTHは上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。<br>　一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方が有用である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合は、アミノ酸141個からなるPTH関連蛋白（PTH-rP）を腫瘍が産生している場合がしばしば存在する。その場合にはPTH-rPを測定するのがよい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症・慢性腎不全・ビタミンD欠乏症（腸管吸収不全・肝胆道疾患）・ビタミンD依存症（薬剤・・・ミズラマイシン・リン負荷・カルシトニン）<br>【低値】副甲状腺機能低下症（原発性・術後性） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| フ | | | | | | | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 489 | 副甲状腺ホルモンインタクト（PTH－intact）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 副甲状腺ホルモン（PTH）は最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はPTHインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素によりN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントに分解される。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働く。このため、低カルシウム血症の場合にPTHは上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。<br>　一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方が有用である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合は、アミノ酸141個からなるPTH関連蛋白（PTH-rP）を腫瘍が産生している場合がしばしば存在する。その場合にはPTH-rPを測定するのがよい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症・続発性甲状腺機能亢進症・自律性副甲状腺機能亢進症・骨粗鬆症・骨軟化症・低Ca血症<br>【低値】術後副甲状腺機能低下症・特発性副甲状腺機能低下症・ビタミンD中毒・甲状腺機能亢進症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 345 | 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副腎皮質におけるステロイドホルモン産生を促<br>■脂質分解作用<br>■メラニン色素の生成作用<br>■アジソン病<br>■クッシング症候群 | 臨床的意義 | ACTHの分泌調節は主に視床下部のCRH（コルチコトロピン放出ホルモン）と標的臓器である副腎のグルココルチコイドによるフィードバックにより行われるが、各種のアミン類やストレスもACTH分泌を促進する。ACTHの生理作用は、副腎皮質におけるステロイドホルモン産生を促すほか、脂質分解作用やメラニン色素の生成作用などがある。<br>ACTHの分泌は覚醒時（早朝安静時）にピークを示し、PM6：00～AM2：00に低値（ピークの半分以下）となるので早朝安静時に採血することが望ましい。ACTHは不安、緊張などで分泌が高まるほか、下垂体腺腫によるクッシング病や副腎機能不全で上昇する。臨床的にはコルチゾール値と対照して検査値をみることに意義があり、各種の負荷試験も併用される。<br>各負荷試験における健常人の反応は以下のとおりである<br>インスリン負荷試験（増加）、CRHテスト（増加）、リジン・バソプレシン負荷（増加）、メトロピンテスト（増加）、デキサメサゾン抑制試験（0.5mg負荷で10pg/mL以下に抑制）。<br>異所性ACTH産生腫瘍では腫瘍組織によりACTHが産生され、ACTHは高値を示す。肺癌、胸腺腫瘍、膵癌などにみられる。また異所性CRH産生腫瘍でもACTHは高値となり、肺癌、膵癌、腎癌、甲状腺髄様癌などの疾患に認められる。一方、ACTH低値は、視床下部性および下垂体性の下垂体機能低下症、副腎性クッシング症候群などでみられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】アジソン病・先天性副腎酵素欠損症・クッシング病・Nelson症候群・異所性ACTH産生腫瘍・グルココルチコイド不応症・ACTH不応症<br>【低値】副腎腫瘍によるクッシング症候群・原発性副腎過形成・慢性続発性副腎皮質機能低下症・下垂体前葉機能低下症・ACTH単独欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 148 | 不飽和鉄結合能（UIBC）<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 鉄は生体内に3～5g存在しており、その中で血清中の鉄はトランスフェリン（Tf）と結合している。通常は血清中の約1/3のTfが鉄と結合し、残りの2/3が未結合で存在しており、鉄が不飽和のTfと結合しうる量を不飽和鉄結合能（UIBC）という。1分子のTfは2原子の三価の鉄イオンと結合するので、1mgのTfは約1.3μ gの鉄を結合し得る。<br>血清中Tfが鉄が結合しうる鉄量を総鉄結合能（TIBC）といい、理論上はTIBC＝血清鉄＋UIBCの量的関係が成り立つ。<br>Tfは主に肝臓で合成されるので、慢性肝疾患では減少し、尿中等への喪失でも減少する。これに伴いTIBCやUIBCも低下する。<br>またUIBCは血清鉄の値に左右されるため、日内変動のほとんどないTfと異なり血清鉄の高い早朝で低くその後上昇してくるので採血時間に留意する必要がある。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（Fe低値）鉄欠乏性貧血・潜在性鉄欠乏・真性多血症<br>【低値】（Fe高値）鉄過剰症（ヘモジデローシス・ヘモクロマトーシス）・再生不良性貧血・急性肝炎<br>（Fe・TIBC低値）ネフローゼ症候群・慢性感染症・膠原病や悪性腫瘍の一部 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 592 | プラスミノーゲン活性<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DICその他 | 臨床的意義 | プラスミノーゲンは、線維素溶解酵素プラスミンの前駆物質として血中に存在する、分子量80,000～87,000の蛋白質である。肝臓で合成され、血中半減期は約2.2日といわれている。生体内において、プラスミノーゲンは主として血管内皮細胞から遊離されるt-PA（tissue plasminogen activator）より活性化されて、プラスミンとなる。「線維素溶解反応」とは、このプラスミンにより、フィブリン血栓が溶解されて、フィブリン分解産物（FDP）となる反応をいう。プラスミンは主として、血中に存在するα 2プラスミンインヒビターにより活性が中和され、網内系細胞により処理される。プラスミノーゲンは肝臓で合成されるため、DICによる消費性の低下以外に、重症肝疾患による合成障害でも低下をみる。さらに、DICのような線溶亢進状態ではプラスミン・α 2PI複合体が増加するため、血中のプラスミノーゲンは、免疫比濁などの抗原抗体反応により測定される抗原量の値と比べて、発色性合成基質による活性値は低い傾向がある（前者では複合体も測り込まれるため）。DICや肝障害とは別に、プラスミノーゲンに、先天性の異常を持つ例が研究者により報告されている。先天性プラスミノーゲン欠乏症はプラスミノーゲン活性値とプラスミノーゲン抗原量がともに低値を示す。分子異常プラスミノーゲン血症では、抗原量が正常であるにもかかわらず、活性は低値を示す。プラスミノーゲンの欠乏は、何らかの病態で凝固亢進があった場合に血栓症に至るリスクを持つ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】DIC・肝硬変・進行性肝癌・急性心筋梗塞・敗血症・血栓溶解剤の大量投与・先天性プラスミノーゲン欠乏症・異常症・播種性血管内凝固症候群（特に線溶優位型の症例）・重症肝機能障害・血栓溶解療法 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フ | | プロゲステロンレセプター<br>☑目次へ戻る | 病理 | ■乳癌 | 臨床的意義 | ■progesterone receptor (PR)は、ステロイドホルモン、甲状腺ホルモン、ビタミンDなどの疎水性ホルモンに対する核内受容体スーパーファミリーの一つである。progesteroneは、ヒト体内で合成される黄体ホルモンの主たる物質で、卵巣、胎盤から主に分泌されるが、わずかながら精巣および副腎からも分泌される。PRは、ERと同様に細胞内に存在し、receptorは、hormoneと結合しない状態ではheat shock proteinと結合し不活性化されているが、estrogenによって合成が促進される。PRは、乳癌などのホルモン依存性増殖を示す腫瘍の治療法選択、また予後の判定に重要な検査となっている。<br>■乳癌に対する内分泌療法として抗エストロゲン剤，アロマターゼインヒビターなど次々と新しい薬剤が開発され，極めて良い治療効果が得られている。しかし，この治療法はホルモンレセプターを有する症例だけに有効であり，症例選択には乳癌組織におけるエストロゲンレセプター（ER）とプロゲステロンレセプター（PgR）の検索が必須であり，いずれかが陽性であれば治療の対象となる。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】乳癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| 432 | プロゲステロン（P）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■非妊娠女性において、排卵及び正常な黄体機能を確認すること | | 臨床的意義 | プロゲステロンは、エストロゲンとともに月経周期に関連する生殖系機能を調節する。卵胞期では低値を示し、排卵後、黄体での産生は急速に増加し、排卵後4～7日で最高値に達する。この濃度は4～6日は維持され、その後ベースライン値に下降し、月経を起こす。妊娠中、値は除々に上昇し、third trimesterで最高値を示す。プロゲステロンの臨床的評価は、非妊娠女性において、排卵及び正常な黄体機能を確認することである。黄体からのプロゲステロン産生が不十分であると、不妊症及び早期流産を引き起こす黄体期不全(LPD)を示す。経口避妊薬を使用している女性は、プロゲステロン値が抑制される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・Cushing症候群・副腎癌<br>【低値】Addison病・汎下垂体機能低下症・卵巣機能低下症・無月経・排卵異常 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 433 | プレグナンジオール（P2）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣機能、黄体機能、胎盤機能が推測 | 臨床的意義 | プレグナンジオールはプロゲステロンの尿中代謝産物の一つで、グルクロン酸抱合体として存在し、ホルモン作用はほとんどありません。蓄尿により体内で作られるプロゲステロンの1日量をみることができます。意義として卵巣機能、黄体機能、胎盤機能が推測できますが、17-KS、17-OHCS、エストロゲンなどの他のホルモンも測定し診断していくことが必要です。<br>プレグナントリオール(Pt)は臨床上,ほかの尿中ステロイド代謝物であるプレグナンジオール(Pd),エストロゲン,17-KS,17-OHCSなどと共に測定される項目である。<br>Pt測定は異常高値を示す先天性副腎過形成におけるステロイド代謝異常の補助診断としての意義は大きい。先天性副腎皮質過形成のうち最も頻度の高い21-hydroxylase欠乏症の患者尿中Ptは健常人の数倍～数10倍に達することから本疾患の診断および治療管理に有用である。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・多発性卵胞嚢胞・妊娠・胞状奇胎・本態性高血圧症の一部<br>【低値】下垂体機能低下症・副腎性腺機能低下症・絨毛性腫瘍 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 434 | プレグナントリオール（P3）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■21-水酸化酵素欠損症や、Cushing症候群、副腎男性化腫瘍 | 臨床的意義 | プレグナントリオールは17α -ハイドロキシプロゲステロン（17-OHP）の尿中代謝産物で、グルクロン酸抱合体として存在し、ホルモン作用はほとんどありません。蓄尿のプレグナントリオールの排泄量を知ることで、17-OHPの1日産生量が推定することができます。先天性副腎皮質過形成の中で特に血中17-OHPが増加する21-水酸化酵素欠損症や、Cushing症候群、副腎男性化腫瘍が疑われる際に検査をします。血中17-OHP、17-KS、17-OHCS、エストロゲンなど他のホルモンも測定し診断することが大切です。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・副腎男性化腫瘍・Cushing症候群・多嚢胞性卵巣症候群・妊娠<br>【低値】下垂体機能低下症・副腎性腺機能低下症 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

フ

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 20 | プロカルシトニン（PCT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■敗血症 | 臨床的意義 | 『プロカルシトニン』は甲状腺のC細胞で分泌されるペプチドでカルシトニンの前駆体になります。それが、細菌や真菌の感染で産生されたTNF-α などの炎症性サイトカインの刺激を受け、肺、肝臓や筋肉などの臓器で血中プロカルシトニンが増加します。一方、ウイルス感染ではインターフェロンγ がプロカルシトニンの産生を抑制するために増加しないことが知られ、ウイルス感染か細菌感染かの鑑別にも有用であるとの報告もあります。<br>・敗血症の診断に<br>次に細菌感染の場合は肺炎などの局所感染の場合にはプロカルシトニンの産生量は少ないが、敗血症などの全身性の重症感染症が引き起こされるとプロカルシトニンの濃度が高くなります。なのでプロカルシトニンの濃度により細菌感染の状況を把握することが可能になります。<br>・炎症性マーカーとしての有用性<br>プロカルシトニンは感染症の早期から血中濃度の増加が始まり12時間ピークになる。また半減期も長い（22時間）ので長時間血中濃度た高い状態を保てる。CRPのピークは24時間になるので、CRPよりも早期に炎症反応の把握に用いることが出来る。また、ステロイドや白血球、抗がん剤の影響も受けないので有用性が高い検査と言える。」 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】敗血症（細菌性）・全身性炎症反応を示す細菌感染症（腹膜炎・広範軟部組織感染症）・多臓器機能不全症候群（MODS）・全身性真菌感染症（candida, aspergillus）・寄生虫感染症（malaria）・急性呼吸窮迫症候群（ARDS）・膵炎（胆管性）・細菌性髄膜炎・新生児敗血症・大手術（食道切除術など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 679 | プロコラーゲン－Ⅲ－ペプタイド（P-Ⅲ-P）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■慢性肝炎（活動期）<br>■肝硬変 | 臨床的意義 | 現在12種類以上の存在が知られているコラーゲンは、体内の蛋白質の30%以上を占め、細胞外マトリックスを形成する重要な蛋白質である。このうちⅢ型プロコラーゲンペプチドは抗原性が高く、検出が容易なため、臨床応用されるようになった。<br>血清中P-Ⅲ-Pが増加する要因は、<br>1. 臓器線維症による肝組織などへの異常蓄積により血中に逸脱するもの<br>2. 自己免疫疾患などでコラーゲン分子に対する免疫反応によるもの<br>3. 遺伝的にコラーゲン代謝のプロセスに異常があるもの<br>などが知られている。<br>P-Ⅲ-Pは、肝疾患の診断、特に肝の線維化マーカーとして用いられる。急性肝炎ではALT（GPT）と並行して動くといわれ、肝細胞の炎症や壊死を反映している。慢性肝炎、肝硬変とも活動性の高い症例ほど高値をとることが多い。また、アルコール性肝疾患においては、脂肪肝ではあまり高値にはならず、線維化の程度が高い症例ほど高値になるといわれている。<br>小児期、特に新生児では著明な高値を示す。日内変動や食事の影響はない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性活動性肝炎・肝硬変・アルコール性肝障害・急性肝炎・肝癌・スキルス胃癌・慢性関節リウマチの活動期・肺線維症・骨髄線維症・冠動脈疾患・膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| フ | | | | | | | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2302 | プロテインC活性<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓症 | 臨床的意義 | プロテインCは肝臓で合成されるビタミンK依存性因子であり、活性化されたプロテインCは血液凝固第V因子および第VIII因子を分解することにより、血液凝固の制御に重要な役割を果たしています。先天性プロテインC欠損症では重篤な血栓症を起こすことが知られており、プロテインC活性の測定は血栓性素因のスクリーニングには不可欠な検査です。また、プロテインCは汎発性血管内血液凝固症(DIC)、肝疾患、経口抗凝固剤投与で低下するなど種々の疾患、症状により変動し、これらの疾患のスクリーニング、病態解析および予後判定の指標として役立ちます。<br>プロテインC(PC),プロテインS(PS)が欠乏したり,抗凝固活性をもたないPC,PSが産生されると,凝固反応を制御する機能が低下し,凝固亢進状態になり,血栓症の原因となる。よって血栓症(主に深部静脈血栓症,表在静脈血栓症,肺血栓塞栓症)を疑うとき,あるいは,新生児の急性電撃性紫斑病,高度肝障害,播種性血管内凝固症候群(DIC),ワーファリン療法開始時の経過観察に利用される。(先天性欠損症 タイプⅠ:抗原量,抗凝固活性値とも低下. 先天性異常症 タイプⅡ:抗原量は正常で抗凝固活性値は低下) | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】先天性プロテインC欠損症や分子異常症・肝細胞障害・抗ビタミンK製剤投与・胆道系疾患・抗生物質長期投与・DIC・新生児期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2233 | プロテインC抗原量<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓症 | 臨床的意義 | プロテインC(PC),プロテインS(PS)が欠乏したり,抗凝固活性をもたないPC,PSが産生されると,凝固反応を制御する機能が低下し,凝固亢進状態になり,血栓症の原因となる。よって血栓症(主に深部静脈血栓症,表在静脈血栓症,肺血栓塞栓症)を疑うとき,あるいは,新生児の急性電撃性紫斑病,高度肝障害,播種性血管内凝固症候群(DIC),ワーファリン療法開始時の経過観察に利用される。(先天性欠損症 タイプⅠ:抗原量,抗凝固活性値とも低下. 先天性異常症 タイプⅡ:抗原量は正常で抗凝固活性値は低下) | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】先天性プロティンC欠損症(ヘテロ結合体)・ビタミンK利用能低下症・ビタミンK吸収機能低下症・DIC・L－アスパラキナーゼ投与時 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| フ | | | | | | | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1295 | プロテインS活性<br>☑目次へ戻る | 血液 | | 臨床的意義 | プロテインSは分子量約80,000の1本鎖糖蛋白でNH2末端にGla残基を含むビタミンK依存性血漿蛋白である。主に肝臓で合成され,血漿の他に血小板等に存在する。<br>血漿中のプロテインSの約60%は補体系制御因子のC4bpに結合して存在する。血液凝固制御系において活性化プロテインCによるFVⅢa,Fvaの失活化反応のコファクターとして機能する。<br>先天性プロテインS欠損症はプロテインSの量的又は質的異常の為に深部静脈血栓症をはじめとする血栓症をひきおこす。先天性プロテインS欠損症では総プロテインS抗原の低下の有無だけでなく,遊離型やプロテインS活性の低下の有無によりタイプⅠ(コアファクターをもたない複合体型であるヘテロ接合体PS欠損症),タイプⅡ(遺伝子発現不良が示唆されるホモ接合体欠損症),タイプⅢ(分子異常プロテインSが発現する分子異常症)までの分類がされている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】SLE、ネフローゼ症候群、肝硬変、経口避妊薬服用、抗ビタミンK製剤投与、先天性異常症(タイプⅢ)、先天性欠損症(タイプⅠ,Ⅱ)、妊婦、慢性肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2950 | プロテインS抗原量<br>☑目次へ戻る | 血液 | | 臨床的意義 | ビタミンK依存性血漿蛋白である。主に肝臓で合成され,血漿の他に血小板等に存在する。血漿中のプロテインSの約60%は補体系制御因子のC4bpに結合して存在する。血液凝固制御系において活性化プロテインCによるFVⅢa,Fvaの失活化反応のコファクターとして機能する。<br>先天性プロテインS欠損症はプロテインSの量的又は質的異常の為に深部静脈血栓症をはじめとする血栓症をひきおこす。先天性プロテインS欠損症では総プロテインS抗原の低下の有無だけでなく,遊離型やプロテインS活性の低下の有無によりタイプⅠ(コアファクターをもたない複合体型であるヘテロ接合体PS欠損症),タイプⅡ(遺伝子発現不良が示唆されるホモ接合体欠損症),タイプⅢ(分子異常プロテインSが発現する分子異常症)までの分類がされている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】先天性プロテインC欠損症・ビタミンK利用能低下(肝細胞障害・抗ビタミンK製剤投与など)・ビタミンK吸収能低下(胆道系疾患・抗生物質成長期投与・新生児期など)・DIC・体外循環・L－アスパラギナーゼ投与・妊娠・経口避妊薬常用 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フ | 582 | プロトロンビン時間<br>（PT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC | 臨床的意義 | 外因系凝固過程に関与する凝固因子の先天性および後天性の低下に際してPT延長がみられる。後天性（消費性）減少の代表的疾患がDICであり、そのため厚生省DIC診断基準の判断材料の一つとされている。また、肝機能障害による各因子の産生不良、ビタミンK欠乏、ビタミンK拮抗剤（ワーファリン）、循環抗凝血素などによってもPTの延長をきたす。<br>臨床的には以下のような後天的要因に基く異常が多い。ビタミンK拮抗薬剤としてワーファリンを投与すると、肝臓で合成されるビタミンK依存性凝固因子（第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子、プロテインC、プロテインS）の減少と凝固阻害因子（PIVKA; Protein-induced by Vitamin K Absence）の増加によりプロトロンビン時間の延長をみる。肝障害におけるPTの延長（活性率の低下）は、凝固因子の産生低下による。DICでは凝固の亢進により、凝固因子が消費されることでPTが延長する。 | フ |
| | | | | | 疾患名 | 【延長】凝固第Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ因子欠乏症、無フィブリノーゲン血症、薬剤投与（ワーファリン等）、肝障害、DIC、ビタミンK欠乏症<br>【短縮】血栓性静脈炎　など | | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | | |
| | 652 | プロトロンビンフラグメントF1＋2<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓疾患<br>■DIC | 臨床的意義 | 血液凝固反応において生じる凝固系の分子マーカーである。活性型第Ⅹ因子・活性型第Ⅴ因子・Ca++・リン脂質により形成された巨大複合体により、プロトロンビン（第Ⅱ因子）がトロンビンに転換される際、Arg271～Thr272の間で限定分解を受け、N末端より遊離される分子量約3万4,000の一本鎖ポリペプチドがF1＋2である。<br>F1＋2の量は第Ⅹ因子活性およびトロンビン生成能を反映する。血中のトロンビンは、阻害因子（アンチトロンビンⅢなど）により、速やかに不活化されてしまうため測定が難しい。このためF1＋2がトロンビン濃度を反映する指標として代用される。<br>このほかにもトロンビン量を間接的に知る指標として、TAT（トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体）が知られている。<br>F1＋2は悪性腫瘍・感染症などを基礎疾患とするDICで著増し、DICの病態把握や治療効果の判定に有用である。また臨床的に明らかになる以前のDIC準備状態から増加するため、その予知にも用いられる。<br>さらに、F1＋2の血中レベルはワーファリン投与時にも抗凝血療法の強度に比例して低下するため、抗凝血療法時のトロンビン生成の抑制状態をもモニタリングすることができる。 | | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】血栓性疾患（心筋梗塞・脳血栓・静脈血栓・肺梗塞など）・DIC・先天性血栓傾向（ATⅢ欠乏症・プロテインC欠乏症など）・悪性腫瘍<br>【低値】ワルファリン服用症例 | | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | | |

| フ | | | | | | | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 348 | プロラクチン（PRL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■下垂体機能の検査<br>※PRLに対する自己抗体（主にIgGとPRLが結合した大分子のマクロプロラクチンが一般成人の0.1～0.2%に存在し、高プロラクチン血症の約10%がマクロプロラクチンによる偽高値と報告されています。 | 臨床的意義 | プロラクチンは脳下垂体前葉から分泌されるアミノ酸198個からなる蛋白ホルモンで、視床下部由来のプロラクチン分泌促進因子（PRF）と分泌抑制因子（PIF）によって調節されている。PIFによる抑制の方が優位であるが、主要なPIFはドーパミンである。<br>臨床的にPRL値が問題となるのは、高プロラクチン血症で、男女比1:8と女性に多い。原因としてはプロラクチン産性腫瘍であるプロラクチノーマがもっとも多いといわれている。<br>高プロラクチン血症の典型的な臨床症状としては、性腺機能低下症と乳汁漏出無月経症候群（GAS）がある。前者は男女ともに発症し、主としてLH-RHの分泌抑制によるもので、男性では性欲減退やインポテンツ、さらにまれではあるが女性化乳房も発来する。女性では乳汁漏出とともに90%以上に月経異常が起こり不妊の原因となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】下垂体腺瘍（プロラクチノ―マ）・松果体腫・頭蓋咽頭腫・先端巨大症・empty sella症候群・薬剤性高プロラクチン血症・ 原発性甲状腺機能低下症・乳癌・Cushing病・腎不全・神経性食欲不振症・特発性乳汁漏出症<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・プロラクチン単独欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| へ | へ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | へ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 587 | ヘパプラスチンテスト（HP）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■肝細胞障害 | 臨床的意義 | 本検査は、一般にヘパプラスチンテスト（HPT）といわれるが、これは“肝臓の”という意味のhepaとplastinからなる造語に由来する。同様の検査として知られる「複合因子T（トロンボテスト; TT）」とは、PIVKA（protein induced by vitamin-K absence）の影響を受けない点で異なっている。したがって、TTとHPTの差から、PIVKA-Ⅱの関与度（PIVKA指数）を算出することも可能である。ちなみにPIVKAとはビタミンK欠乏時に産生される異常プロトロンビンであり、肝細胞癌でも異常産生される蛋白質である。トロンボテストでは、PIVKAの一つであるPIVKA-Ⅱにより測定値が影響を受け、肝の実質障害を正しく評価することが困難になる。したがって、このような場合には複合因子Hの測定は病態の把握に有用である。本検査は凝固第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子が肝で産生されることから、前述のように主に肝実質障害の指標として用いられる。またトロンボテストと同時に測定し、両者の値を比較することにより、PIVKAの存在を推定することにも用いられる。<br>以下にPIVKA指数（inhibitor index）の計算方法を示す。<br>PIVKA指数（inhibitor index）＝{HPT（%）－TT（%）}／HPT（%）<br>参考基準値：－0.20～0.20<br>（0.20以上であればPIVKAの出現を推定）<br>HPT（%）：ヘパプラスチンテスト<br>TT（%）：トロンボテスト | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値・延長】高ビタミンK含有食品の摂取・経口避妊薬投与・凝固亢進状態（高脂血症・妊娠など）<br>【低値・短縮】肝実質細胞障害に伴う蛋白合成能の低下・ワルファリンによる経口抗凝固療法・新生児出血性疾患・ビタミンK欠乏症・ビタミンK吸収障害・胆道閉塞症・重症肝障害・DIC | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7155 | PG<br>（ペプシノゲン）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■胃潰瘍・十二指腸潰瘍<br>■胃癌 | 臨床的意義 | PGは免疫学的にPG Ⅰ とPG Ⅱ に大別されます。PG Ⅰ は主に胃酸を分泌する胃底腺粘膜から分泌され、PG Ⅱ は胃粘膜全域と十二指腸腺の広範囲から分泌されます。胃の粘膜に炎症が生じるとPG Ⅰ 、PG Ⅱ ともに増加し、Ⅰ/Ⅱ 比は低下します。萎縮になるとPG Ⅰ は低下し、PG Ⅱ は相対的に増加し、Ⅰ/Ⅱ 比はいっそう低下します。したがって、PG Ⅰ 、PG Ⅱ 、Ⅰ/Ⅱ 比のそれぞれの値をみることで胃粘膜の状態が推定できます。特に、PG Ⅰは胃酸分泌能と相関し、PG Ⅰ/Ⅱ 比は胃粘膜萎縮の広がりとその程度を反映することから、ペプシノゲン法ではPG Ⅰ とPG Ⅰ/Ⅱ 比を指標として、陰性、陽性（１＋）～（３＋）の４段階で胃粘膜の萎縮度を判定します。慢性胃炎患者では胃の萎縮が進むほど胃癌が発生しやすいことから、胃癌のスクリーニング検査として有用であることが明らかとなり、注目されています。<br>PG値が高値（陰性）の場合は、胃粘膜内での産生増加あるいは腎からの排泄減少であり、胃炎、胃・十二指腸潰瘍、H. ピロリ菌感染、腎不全、プロトンポンプ阻害剤（PPI）などの胃酸分泌抑制剤内服時などが考えられます。逆に、低値（陽性）の場合は、胃粘膜内での産生減少か、胃粘膜量そのものの減少であり、萎縮性胃炎、胃癌、切除胃、悪性貧血などが考えられます。ところで、PG検査は食事の影響が少ないため、絶食でなくとも午後でも可能ですが、食後PG値が増加し、陰性となりやすいため、空腹時に採血します。また、PPI服用中止後、前値に戻るまで1～2ヵ月を要します。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】消化性潰瘍（特にPG Ⅰ 高値）、慢性腎不全<br>※胃の委縮度を見る検査。<br>【低値】萎縮性胃疾患（PG Ⅰ 、PG Ⅰ /PG Ⅱ とも低値）、胃癌 |
| | | | | 算定条件 | 未適用 |
| 1137 | ベンスジョーンズ蛋白定性<br>（BJ蛋白定性）<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | **■多発生骨髄腫** | 臨床的意義 | BJPは免疫グロブリンの構成ポリペプチド鎖のうち、遊離のL鎖が単クローン性に血中や尿中に出現したものである。多発性骨髄腫や原発性マクログロブリン血症患者の約60%に尿中BJPが出現し、同患者の約5%には、血清中に骨髄腫蛋白（M蛋白）を認めず、血中・尿中BJP陽性のみの所見を示す場合もある。このほかアミロイドーシス、本態性M蛋白血症（MGUS）・骨肉腫・リンパ性白血病などで尿中BJP陽性が報告されているが、その頻度はまれで、蛋白量も多発性骨髄腫に比べると僅かである。 なおBJPは分子量が小さいため、通常の尿試験紙法では蛋白として検出されない。このため腰痛などで多発性骨髄腫が疑われる患者にBJPの有無をみる場合には、本法のような定性検査が別に必要である。なお、本検査はBJPの有無を温度の変化によって確認するものであるが、感度や特異性の点でより正確を期するのであれば、免疫電気泳動法による確認を行うべきである。BJPが存在すると、免疫電気泳動では抗κ またはλ 抗体にてM-bowが認められ、抗H鎖抗体で同じ易動度にM-bowは認められない。 |
| | | | | 疾患名 | 【明らかなBJPを認めるもの】多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症<br>【頻度が低く、かつBJPは少量にとどまるもの】<br>原発性アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 736 | ベンスジョーンズ蛋白同定（尿中免疫電気泳動）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■多発性骨髄腫<br>■慢性リンパ性白血病<br>■悪性連覇種 | 臨床的意義 | 免疫グロブリン分子のsubunitでありL鎖のdimer構造を持った蛋白である。分子量は約4万5,000であるが、ときに分子量約2万2,000のmonomerも存在する。<br>比較的低分子量のため、容易に尿中へ出現する。検出には、56℃に加熱すると白濁沈殿を生じ、100℃に加熱すると再溶解する性質を利用した定性的な方法と免疫電気泳動による方法がある。<br>免疫電気泳動法では、κ またはλ 型の抗L鎖抗体と反応し、弓状の沈降線（M-bow）を形成する。出現位置はα 1位～γ 位までまちまちであるが、β ～γ 領域であることが多い。 抗H鎖抗体（γ 、α 、μ 、δ 、ε ）では同易動度にM-bowを認めない。<br>BJPは多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症の過半数に認められ、良性単クローン性M蛋白血症（MGUS）では通常認められない。BJPやM蛋白は骨髄腫腎など腎機能低下をもたらす。なお、通常の尿試験紙法ではBJPは検出されないので、多発性骨髄腫等を疑う場合は、BJP定性試験または本法にて確認が必要である。<br>定性試験に比べ本法は、より感度・特異性に優れており、L鎖の種類も判定できる長所をもつ。 |
| | | | | 疾患名 | 【異常】骨髄種や原発性マクログロブリン血症などの形質・B細胞系の腫瘍生疾患・原発性アミロイドーシス・単クローン性免疫グロブリン血症では、BJPはごく微量<br>【明らかなBJPを認めるもの】多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症<br>【頻度が低く、かつBJPは少量にとどまるもの】<br>原発性アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 2448 血中<br>1975 尿中<br>2773 便 | ■血中ヘリコバクターピロリ抗体価（IgG）<br>■尿中ヘリコバクターピロリ抗体価<br>■便中ヘリコバクターピロリ抗原<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■胃潰瘍・十二指腸潰瘍<br>■胃癌 | 臨床的意義 | ヘリコバクター・ピロリ（Helicobacter pylori; HP）は1983年にオーストラリアのWarrenとMarshallらによって単離された、オキシダーゼ陽性、微好気性のらせん状に湾曲したグラム陰性桿菌であり、以前はキャンピロバクター・ピロリ（Campylobacter pylori）と呼ばれていた。HPは胃内に生息する細菌であり胃潰瘍、十二指腸潰瘍や胃炎の患者の粘膜でよく検出され、特に十二指腸潰瘍を伴う慢性萎縮性胃炎患者で高率に認められるため、その原因菌と考えられている。ヘリコバクター・ピロリの感染は、慢性胃炎、胃潰瘍や十二指腸潰瘍のみならず、胃癌やMALTリンパ腫やびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫などの発生につながることが報告されている他、特発性血小板減少性紫斑病、小児の鉄欠乏性貧血、慢性蕁麻疹などの胃外性疾患の原因となることが明らかとなっている[2][3][4]。細菌の中でヒト悪性腫瘍の原因となりうることが明らかになっている唯一の病原体である。除菌の効果判定は便HP、尿素呼気試験は除菌後、1ヶ月後。HPIgG抗体、尿HP抗体は除菌後、6ヶ月異常経過後に判定する。<br>【】 |
| | | | | 疾患名 | ヘリコバクター・ピロリ感染症（胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎） |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 503 | ヘモグロビン（血色素）（Hb）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 酸素の運搬を担う赤血球中の赤い色素蛋白、ヘモグロビンの血中濃度を意味する。赤血球数、ヘマトクリット等の値とともに貧血の種類と程度の診断に用いられる。 血色素量には個人差があり、一日の内でも時間的に軽い変動が見られる。一般的に、朝食後に最高値を示し、夜間睡眠中は最低値になる。また、生活環境、年齢、男女別によっても差がある。 生活環境では、高地住民や長く高地に滞在した者は、平地住民に比べて血色素量は増加する。また年齢では、新生児は19.5±5g/dLで、その後急速に低下し生後6カ月ごろで12.0g/dL前後となる。5歳位まではこの値で推移し、15歳位まで徐々に増加し、成人とほぼ同じ値になるとともに、男女差が生ずるようになる。男子は21～25歳くらいが最も高く、以後年をとるごとに低下してくる。女子では大きな年齢的差異は認められず、一般に男子よりやや低値を示すが高齢者では男女とも低値傾向を示す。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】真性多血症、二次性多血症、良性多血症、ストレス多血症、高地居住者、脱水<br>【低値】[小球性低色素性貧血]<br>鉄欠乏性貧血、無トランスフェリン血症、鉄芽球性貧血<br>[正球性正色素性貧血]<br>再生不良性貧血、発作性血色素尿症、溶血性貧血<br>[大球性正色素性貧血]<br>（巨赤芽球性）葉酸欠乏症、悪性貧血、ビタミンB12欠乏症<br>（非巨赤芽球性）肝障害、その他 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 504 | ヘマトクリット（Ht）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■貧血 | 臨床的意義 | ヘマトクリット値（Ht）とは、血液中に占める赤血球の全容積をパーセントで表現した値である。貧血で減少し、多血症で高値をとる。<br>Htは赤血球数や血色素量と合わせて測定されるのが一般的である。真性多血症では、Ht70%以上でヘモグロビン20g/dL以上、赤血球800万/μ L以上という症例も報告されている。一方、貧血症例でHtは低値となるが、赤血球数とヘモグロビン（血色素量）およびHtは必ずしも並行せず、病態によって異なる動きを示す。このためHtと赤血球数からMCV（mean corpuscular volume）すなわち赤血球の1個当りの平均容積を算出し、正球性・小球性・大球性貧血の鑑別が行われる。それぞれの代表的疾患は下記を参照されたい。<br>MCVは以下の式で算出され、基準範囲は85～102 flである。<br>MCV＝Ht（%）×10／RBC（×106/μ L）<br>一般に女性では、月経や鉄分摂取不足による鉄欠乏性貧血が多く、MCV低値、血清鉄低値がみられる。中高年以上で原因不明の正～小球性貧血をみた場合は、消化管等の悪性腫瘍を疑い、精査を行うべきである。<br>なお、採血時に充分量がとれずEDTAと混和する血液量が少ない場合、赤血球は萎縮してHt値はみかけ上、低い値を示すことがある。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】真性多血症、二次性多血症（高地居住者、慢性呼吸器疾患など）、脱水、新生児<br>【低値】[小球性貧血（MCV低値）]<br>鉄欠乏性貧血、鉄芽球性貧血、サラセミア　など<br>[正球性貧血（MCV正常）]<br>急性溶血性貧血、再生不良性貧血、出血性貧血　など<br>[大球性貧血（MCV高値）]<br>巨赤芽球性貧血（悪性貧血、葉酸欠乏性貧血）　など |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| へ | | | | | | | へ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ■1683(便ヘモグロビン)<br>■1698(便ヘモグロビン&トランスフェリン) | ■便ヘモグロビン(便免役法)<br>■便ヘモグロビン及びトランスフェリン定性(Hb・Tf)<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■大腸癌<br>■胃癌 | 臨床的意義 | 便潜血(便ヘモグロビン又は便免役法)の検査は出血性消化器疾患の診断に利用されており、特に下部消化管(大腸)からの出血確認に有用で、大腸癌の検査に有用である。<br>金コロイド比色法は金コロイド標識抗ヒトヘモグロビン抗体および金コロイド標識抗ヒトトランスフェリン抗体が糞便中のヒトヘモグロビンおよびヒトトランスフェリンを介して凝集する際に生じる色調変化を光学的に測定する方法で、特異性及び感度に優れている。この便ヘモグロビン&トランスェリン定性検査は、胃の酸にも強く、上部消化管(胃・十二指腸)からの出血の確認も可能である。便ヒトヘモが陰性、トランスフェリンが陽性の場合は、上部消化管(胃・十二指腸)からの出血、逆の場合は下部消化管(大腸)からの出血が考えられる。どちらも陽性の場合は上部または下部消化管の特定は出来ない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】大腸癌・胃癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ホ | ホ | | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ホ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 400 血漿<br>388 酸性畜尿 | ホモバニリン酸定量(HVA定量)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■神経芽細胞腫(尿)<br>■褐色細胞腫(尿) | 臨床的意義 | ドーパミンとその前駆物質であるドーパの最終代謝産物である。すなわち、尿中HVAは、第一義的にはドーパミン作動神経や副腎等で産生される内因性ドーパミンの量を反映する指標であるといえる。<br>一方、ドーパはカテコールアミン(アドレナリン、ノルアドレナリンなど)およびメラニンの前駆物質である。したがって、カテコールアミンの代謝産物バニルマンデル酸(VMA)と同時に測定することが、カテコールアミン過剰状態をもれなく診断するうえで有用である。<br>HVAはドーパを多く含む食物の摂取やストレスで上昇し、適切な条件下で蓄尿(遮光下で塩酸蓄尿)が行われなければ、分解されて見かけ上低値を示す。一般に尿中HVAは、これらの過剰産生をもたらす病態、すなわち神経芽細胞腫、褐色細胞腫、交感神経節細胞腫等で増加する。またメラニンの前駆体、ドーパが増加する悪性黒色腫でも尿中排泄量が増加する。<br>逆にアルツハイマー病やパーキンソン症候群など、中枢神経系でドーパミン作動性神経の活動が抑制される疾患では、尿中排泄量が低下する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】神経芽細胞腫(尿)・褐色細胞腫(尿)・悪性黒色腫・精神分裂病の一部<br>【低値】パーキンソン症候群・アルツハイマー病・脳梗塞 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ホ | | | | | | | ホ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 各コード | ポリオウィルス（CF法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性灰白髄炎 | 臨床的意義 | 急性灰白髄炎（小児麻痺）の病因ウイルスである。3種類の血清型（1～3型）があるが、型間で臨床症状に差は認められない。感染経路は主として糞便やそれに汚染された飲食物からの経口感染によるfecal-oral infectionである。感染してから麻痺症状が出現するまで約2週間といわれる。経口的に侵入したポリオウイルスは腸管粘膜上皮細胞で増殖し糞便中へ排泄され、新たな感染源となる。<br>血中抗体はほかのウイルス同様、初感染ではIgM抗体が出現し、次第にIgG抗体へ移行する。一方、腸管ではIgA抗体（特異的な糞便抗体＜oproantibody＞）が産生され、再感染に対し抵抗性を示す。<br>ポリオウイルス感染者のうち、99%は不顕性感染である。<br>本検査は各血清型別に抗体価を測定するため、ポリオ感染の疑われる患者では3つの型いずれについても検査する必要がある。<br><br>感染予防としてわが国では、各血清型の経口生ワクチンを混合した三価ワクチンの投与が行われている。経口生ポリオワクチンの導入により、本邦でのポリオ発生はきわめて稀となった（1987年以降は根絶状態にある）。しかしながら、ポリオと、麻痺を起こすポリオ以外のウイルスとの鑑別上、本検査は有用である。通常、2週間以上の採取間隔をおいたペア血清で4倍以上の抗体価上昇をもって有意とする。なお、経口生ポリオワクチンについて、初回投与における麻痺症例がきわめて稀ながら報告されている。一般にワクチンの効果判定にはNT法が用いられている。不活化ワクチン、経口生ポリオワクチンとも、2ないし3回のワクチン接種で90%以上に4倍以上の中和抗体が証明されるようになる。今残っている、世界のポリオ患者は主に1型ウイルスで、まれに3型のときがあります。2型は根絶されたと言われている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性灰白髄炎・不全型ポリオ・麻痺型、非麻痺型ポリオ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 238 | ポルフォビリノーゲン定量<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■急性間欠性ポルフィリン症 | 臨床的意義 | PBGはポルフィリン症、なかでも急性ポルフィリン症の診断に有用である。ポルフィリン症とは、ヘム蛋白の合成過程の異常のために、ポルフィリンとその前駆物質が大量につくられ、体内に蓄積する疾患である。ポルフィリンが過剰に産生される臓器に応じて、骨髄性、肝性などに分類される。このうち肝臓にポルフィリン過剰産生がみられる肝性ポルフィリン症には、急性症状として意識障害、四肢麻痺、急性腹症が出現する急性ポルフィリン症と、皮膚の光線過敏症状がみられる皮膚ポルフィリン症が知られている。<br>　急性ポルフィリン症の症状は多岐に渡り、腹痛、嘔吐、便秘のほか、脱力、しびれ、ヒステリー、不眠、せん妄や、自律神経症状（高血圧、頻脈、発汗など）、視床下部性ホルモンの分泌異常などがみられ、激烈な症状の割に身体所見が乏しく精神疾患と誤診されやすい。成年以降の女性に多くみられる。原因には遺伝性の場合と、薬剤やストレスなどで誘発される場合がある。<br>急性ポルフィリン症ではPBGが多量に尿中に排泄されるため、診断に有用である。尿中PBGは急性ポルフィリン症の発症期で高値を示し、急性間欠性ポルフィリン症では寛解期でも増加する。また、鉛中毒、溶血性貧血、赤芽球貧血などでも、ヘムの合成障害を反映し尿中ポルフィリンが増加する。<br>　したがって尿中PBGの増加をみたときは、まず鉛暴露の有無を判断するとともに、ウロポルフィリンやコプロポルフィリン、δ −ALAなどを測定し、家族歴から病型を診断する。急性間欠性ポルフィリン症の急性期においては尿中のδ −ALAやウロポルフィリン、コプロポルフィリンも増加するが、寛解期においては一般に尿中コプロポルフィリンの増加をみない。また糞便中では両期においてもプロトポルフィリンやコプロポルフィリンは増加しない。ポルフィリンは、尿量の多寡や朝夕で若干の日内変動がみられる。したがって病態の正確な把握には24時間蓄尿が強く望まれる。またポルフィリンは光線により分解を受けるので遮光して保存、運搬する。 |
| | | | | 疾患名 | 【増加】急性間欠性ポルフィリン症・異型ポルフィリン症・遺伝性コプロポルフィリン症・各種貧血 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | |

| ホ | | | | | | | ホ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 227 | 骨型アルカリフォスファターゼ（BAP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨芽細胞の活動<br>■骨形成マーカー | 臨床的意義 | 数あるALPアイソザイムのうち、電気泳動法で陽極から3番目に泳動されるため、ALP3とも表記される。その定量には、以前は電気泳動法にてALPをアイソザイムに分離し、各分画の比率から濃度を推定する方法がとられていた。しかし近年、骨代謝学の進歩に伴い、骨型ALPのみを特異的抗体で簡便に定量する方法が開発され、さまざまな骨疾患の診療に応用されている。<br>BAPは骨形成を担う骨芽細胞の細胞膜に、フォスファチジルイノシトールアンカー（GPI-アンカー）を介して結合している。血中に放出されるのは、これが特異的フォスフォリパーゼC（PIPLC）により分解され可溶性型となったものである。<br>BAPは骨芽細胞により合成されるため、骨芽細胞が活動的なとき、特に石灰化初期において活性が高い。すなわち、骨形成の際に石灰化が進行する場所においてBAPの濃度は増加している。このためBAPの上昇は骨形成の亢進を反映し、骨の代謝回転が早い場合に高値を示す。<br>年齢によって血中BAPの値は異なり、小児で骨の代謝回転が特に活発なため他の年齢層より高値を示す。成人では安定した値をとるが、閉経期以後の女性ではホルモンの影響により再び上昇する。<br>BAPは血中半減期が約3.5日と比較的長く、また血中濃度で測定されるため、Ⅰ型コラーゲン架橋Nテロペプチド（NTx）やデオキシピリジノリン（Dpyr）のように尿を用いる他の骨代謝マーカーのような日内変動がみられず、腎機能の影響も受けにくい。同様の血中骨形成指標としてオステオカルシン（BGP）が知られているが、BGPは副甲状腺機能亢進症や腎性骨異栄養症などでよく用いられる。BAPもBGPも骨吸収亢進時において、骨吸収抑制剤を使用した際に治療効果のモニタリングに有用である。また、前立腺癌や乳癌などの骨転移の補助診断にも有用性が報告されている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【増加】悪性腫瘍の骨転移・骨肉腫・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨軟化症・Paget病<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| マ | マ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | マ |
| | 688 | マイクロゾームテスト（抗甲状腺マイクロゾーム抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | 抗マイクロゾーム抗体は、甲状腺ペルオキシダーゼ（TPO）に対する抗体である。甲状腺ペルオキシダーゼとは、主として濾胞上皮細胞のマイクロゾーム分画に存在するヘム蛋白で、甲状腺に摂取された無機ヨードイオンの酸化反応を触媒する作用を持つ。<br>測定方法は凝集反応（PA）で、ゼラチン粒子表面にバセドウ病患者の甲状腺組織から分離したTPO抗原を吸着、結合させ対応する抗体との凝集反応を観察する。<br>マイクロゾームテストの各甲状腺自己免疫疾患での陽性率は、橋本病、バセドウ病ともに約90%を示す。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・橋本病・原発性甲状腺機能低下症・亜急性甲状腺炎・SLE・その他の膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| マ | | | | | | | マ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 628 | マイコプラズマ抗体<br>（PA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■マイコプラズマ肺炎 | 臨床的意義 | マイコプラズマは無細胞培地で培養可能な最も小さい微生物であり、細胞壁を欠くためペニシリンなど細胞壁合成阻害剤が無効な原核生物である。ヒトに病原性を持ち急性呼吸器感染症の起因菌となるものは肺炎マイコプラズマ（Mycoplasma pneumoniae）と呼ばれる。マイコプラズマの分離同定には長い時間と手間がかかるのでもっぱら血清学的方法での抗体検査が行われる。主にCF法とPA法が行われ、CF法での抗体価は感染後1週間程度で上昇しはじめ、1カ月くらいでピークに達した後、徐々に低下するので、主にIgG（過去感染）を見る。またPA法でも感染後1週間位で上昇し、2～6週間程でピークに達するが、主としてIgM抗体（現感染）が測定されるため、CF法に比較して急速に低下する。そのため一般には急性期を捉えやすいPA法の方がよく検査される。また、肺炎マイコプラズマ感染症で産生される抗体はIi式血液型の糖鎖、特に成人赤血球にみられるI抗原に特異性を示すものが多い。このため寒冷凝集反応が陽性になり、PA法の補助診断に用いられる。通常1週間程度で抗体価は上昇し、2週間位でピークに達し以後徐々に低下する。<br>　診断に確実を期す場合は、PA法では急性期と2～3週間後のペア血清で4倍以上の抗体価上昇または単独で320倍以上で限感染と推測される。簡易測定のイムノクロマト法（IC法）はIgM（現感染）を測定し、迅速に検査が可能だが、1年以内に過去感染がある場合はIgGも残るため反応する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】マイコプラズマ肺炎・マイコプラズマ感染による合併症発症時（成人呼吸促迫症候群・溶血性貧血・中耳炎・多発性関節炎・髄膜脳炎（Guillain　barre症候群） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 948 | 麻疹ウイルス<br>（HI法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■はしか | 臨床的意義 | ヒトの麻疹(はしか:measles)の原因ウイルスである。麻疹ウイルスは患者の咳の飛沫,鼻汁などを介して健康人の気道や鼻粘膜に感染する。ウイルスの潜伏期は約10日である。麻疹に罹患すると微熱,咳,鼻炎,結膜炎,高熱の順で臨床症状が現れる(前駆期)。この期間が数日続いたのち発疹が生じる(発疹期)。発疹期は約5日間続き,回復へと向う(回復期)。特に前駆期の終わりに口腔粘膜にみられるコプリック斑は麻疹に特徴的である。臨床上麻疹に類似する猩紅熱,風疹,突発性発疹などとの区別が困難な場合,また気管支炎,肺炎,中耳炎などの合併症,さらに麻疹ウイルスによる持続感染症としての麻疹後脳炎,亜急性硬化性全脳炎(SSPE)などが疑われる場合には血清診断が必要である。血清学的診断として麻疹の急性期と回復期の血清について種々の方法により麻疹抗体価を測定し,ペア血清で、両者の間で有意の値の上昇（4倍以上）もしくは単独で320倍以上がみられれば,麻疹罹患を確診する。また,中枢神経系疾患の場合,EIA法IgG捕捉法による髄液中の局所抗体の証明が,また感染初期の血中抗体検査はEIA法IgMが有用であり,ワクチン接種後の抗体チェックには6-8週後にEIA法IgGが用いられる。抗原の検出にはウイルス分離とPCR法を用いた遺伝子解析なども有用である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】麻疹（はしか）・中枢神経合併症・急性麻疹脳炎・亜急性硬化性全脳炎（SSPE） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| マ | 2707 | マトリックスメタロプロテイナーゼ3（MMP－3）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | 慢性関節リウマチ（RA）や変形性関節症（OA）の主要病変である関節軟骨の破壊にマトリックスメタロプロテアーゼ（MMP）と総称される一連の蛋白分解酵素が重要な役割を果 たしていることが明らかとなり、現在までに12種類が記載されている。マトリックスメタロプロテアーゼ-3（MMP-3）は、種々の軟骨マトリックス成分に対して分解作用を示すことから、きわめて基質特異性の広い酵素として注目される。 MMP-3は、別名“ストロムライシン-1（SL）”とも呼ばれ、結合組織細胞より不活性前駆体（pro MMP-3）として分泌され、エンドペプチダーゼの限定分解を受けて活性分子となる。プロテオグリカンのコア蛋白、IV型コラーゲン、ラミニン、IX型コラーゲン等を分解することに加えて、他のMMP前駆体であるpro MMP-1やpro MMP-9の活性化にも関与するという。関節液および血清中のMMP-3値は、いずれもRA患者において健常者あるいはOA患者に比して優位 な上昇を示すことが報告されており、RAの鑑別診断や病勢把握に有用な指標になると考えられている。<br>【】 | マ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ・SLE・強皮症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 161 | マンガン（Mn）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■体内のいろいろな物質の代謝機能に関係 | 臨床的意義 | マンガンはさまざまな物質の代謝に関与しているため、欠乏すると骨病変や糖代謝異常、血液凝固異常などを起こす可能性がある。文献的にはマンガン欠乏で、成人では下肢や胸部に掻痒感を伴う水晶様汗疹が、小児では骨形成不全や低身長が報告されている。しかし実際には、マンガン欠乏症例の報告は少ない。実験的にマンガン欠乏食を摂取させると、尿や大便中に排泄されるマンガンの量は急激に減少し、マンガン添加食に変更するとただちに上昇する。この間、体内での濃度はほとんど変化しないことが知られている。このことからマンガンが生体に必須の元素であり、欠乏すると排泄量を調節することで体内濃度のバランスが保たれていると考えられる。したがって通常の食事ではマンガン欠乏症は考えにくいが、長期の経静脈栄養を行っている患者では、場合によっては考慮すべき病態といえよう。マンガンは過剰に摂取されると、神経障害を主とした中毒症状を起こす。マンガン鉱山作業者や精練工場作業者では、職業的暴露により気道から大量に吸入されると、中枢神経障害や精神障害、呼吸器障害などを主徴とするマンガン中毒をひき起こす。日本人では食餌により1日に平均2～4mgマンガンを摂取するといわれている。体液中のマンガン濃度はきわめて低く、基準範囲も測定者によりさまざまな報告がある。実験的にマンガン欠乏動物を作る時に、マグネシウム欠乏状態に置くと容易にマンガン欠乏になることから、マンガンとマグネシウムは密接な関係があると考えられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】マンガン暴露（中枢神経障害、精神障害、呼吸器障害などを呈する）・ マンガン中毒・急性腎不全・透析・炎症性関節炎・肝炎・肝硬変<br>【低値】マンガン欠乏症（長期の経静脈栄養患者。貧血、皮膚障害、骨異常、脂質代謝異常などを呈する） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ミ | ミ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ミ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2536 | ミエリン塩基性蛋白（MBP）<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■多発性硬化症 | 臨床的意義 | ミエリンベイシック蛋白（ミエリン塩基性蛋白；MBP）は神経のミエリンを構成する主要な蛋白質で、主たるものの分子量は18.5kDaである。ミエリンは中枢神経系の神経細胞の軸索に存在し、神経伝達系における電気信号を高速に伝導させる絶縁体である。実験動物にアレルギー性脳炎を発症させる起因蛋白として知られ、脱髄疾患の病態に深く関連している。MBPは中枢神経脱髄疾患である多発性硬化症（MS）で髄液中に増加がみられる。MSには緩徐慢性進行型と、急性増悪期が反復される型があるが、増悪期にMBPの異常高値がみられる場合が多い。またMBPは中枢神経脱髄疾患だけではなく、髄鞘を含むさまざまな脳実質障害が認められる疾患で高値になることがある。すなわち神経ベーチェット病や脊髄症で高い割合で高値を認め、脳炎、髄膜炎、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などでも陽性になることがある。血清中では干渉物質が存在するため通常測定されない。また血液が混入した髄液では偽陽性となる可能性があり、避ける必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性硬化症の憎悪期・脳血管障害の急性期・神経ベーチェット病の憎悪期・脊髄症・急性散在性脳脊髄炎・亜急性硬化性全脳炎の一部・頭部損傷では異常高値を示す<br>【偽陽性】多発性硬化症・神経ベーチェット病・脳血管障害の回復過程で低値～正常値を示す | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 249 | ミオグロビン（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■急性心筋梗塞 | 臨床的意義 | ヘモグロビンと同様に酸素と結合し血液中の酸素を筋肉中に運ぶ機能をもつが、ヘモグロビンよりも酸素親和性が高いために運搬効率がよい。<br>心筋や骨格筋などの筋組織の障害で早期より血中に逸脱し、分子量が小さいために容易に尿中に排泄される。そのためにミオグロビンは他の心筋マーカーと比べて増減が速く、急性心筋梗塞では発症後1～3時間で血中に上昇し始め6～10時間程度でピークに達する。<br>一方、ミオグロビンは組織特異性が低いため、Duchenne型やBecker型の筋ジストロフィー症や、筋肉注射などでも骨格筋から流出したミオグロビンの影響を受け高値になる。しかしながら筋ジストロフィー症では病初期では高値になるが進行すると筋肉組織の荒廃により枯渇するため低下し、病状の進行度との相関は認められない。<br>また多発性筋炎や皮膚筋炎などの多くの筋肉疾患で高値になり、筋変性を生じる甲状腺機能低下症などでも高値を認める。<br>激しい運動後に高値になることがあるため、予想外の高値が認められたときには病歴を確認する必要がある。なお、ミオグロビンが尿中へ出た場合、試験紙法で尿潜血は陽性となることがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心筋梗塞・筋ジストロフィ・甲状腺機能低下症・アルドステロン症・腎不全・運動後・麻酔 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ミ | 226 | ミトコンドリアGOT<br>（m－GOT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝細胞の細胞の実質障害の程度を表す | 臨床的意義 | ASTには臓器特異的なアイソザイムは存在しないが、細胞内局在を異にするm-AST（ミトコンドリア分画）、s-AST（細胞上清分画）の二つのアイソザイムが存在する。<br>一般に、健常者では総GOT中に占めるm-GOTの比率は15～30%くらいといわれている。<br>臓器細胞が障害を受けると通常ASTが上昇するが、これはs-ASTが逸脱してくるためであり、m-ASTは障害が肝細胞壊死を伴う状態に進行し、それが細胞内ミトコンドリアにまで及ぶと、血中に出現する。したがってASTとm-ASTを測定することにより肝臓の細胞レベルでの病態検索が可能になる。<br>アルコール性肝炎においてm-AST/AST比は他の肝疾患に比べ有意に高値を示すといわれている。 | ミ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性肝炎・慢性活動性肝炎・劇症肝炎・うっ血性心不全（うっ血肝による） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ム | ム | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ム |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 134 | 無機リン（IP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■骨ミネラルの重要な構成成分<br>■腎不全 | 臨床的意義 | リンは無機リンと有機リンに分別され、血中では約70%が有機リンであり、有機リンのほとんどがリン脂質として存在する。リンの大部分は骨や軟部組織に存在し、骨細胞外液中に存在するリンは全体の1%以下である。また測定対象となる血清無機リンは総量にして約100～120 mgにすぎない。食物より摂取されたリンは55～70%が腸管より吸収され、活性型ビタミンDや成長ホルモン（GH）などにより吸収が促進される。また副甲状腺ホルモン（PTH）や甲状腺ホルモン、糖質コルチコイドの作用により尿中排泄が調節されている。リンはCaと同様に骨ミネラルの重要な構成成分である。生体内の重要な陰イオンのひとつであり、細胞膜や核酸の構成成分、またアデノシン3リン酸（ATP）に見られるような高エネルギーリン酸結合の成分として大変重要である。リン欠乏による低リン血症は、細胞内ATPの不足や2,3-DPGの低下をもたらし、組織障害をおこすことがある。リンの尿中排泄は主にPTHにより調節されているため、血清無機リンの異常がみられたときはリン再吸収率試験（tubular reabsorption of phosphate, %TRP）を行ない尿細管の再吸収能を測定する。<br>副甲状腺機能低下症の場合、%TRPは増加するため高リン血症がみられる。逆に副甲状腺機能亢進症の場合は、%TRPが減少し低リン血症を起こす。<br>%TRPは以下の式により算出される。<br>%TRP＝{1－（尿中リン×血清クレアチニン）／（血清リン×尿中クレアチニン）}×100<br>（基準範囲は81～90%） | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】腎不全・各種副甲状腺機能低下症・サルコイドーシス・悪性腫瘍骨転移・ビタミンD過剰など<br>【低値】各種副甲状腺機能亢進症・副甲状腺ホルモン産生腫瘍・ビタミンD欠乏症など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ム | 975 | ムンプスウイルス（CF）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■おたふくかぜ<br>（流行性耳下腺炎） | 臨床的意義 | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）の原因となるウイルスである。<br>飛沫感染で、主に唾液腺で増殖し、2～3週間の潜伏期ののち、耳下腺の腫脹が認められる。自然界ではヒト以外の宿主には感染しない。<br>　ムンプスウイルス感染による重篤な合併症としてムンプス性難聴が知られており、頻度は高くないが治療に抵抗性で高度な難聴を残すことがある。他に膵臓炎、心筋炎、精巣炎などを合併することがあり、精巣炎は不妊症の原因にもなる。また無菌性髄膜炎の起因ウイルスとしても知られている。感染部位においてウイルスを分離し証明すれば確定診断につながるが、抗体検査においてはパラインフルエンザとの交差反応が認められることがある。CF法は2回（初回と2週間後）検査して上がり下がりを見る必要あり（ペア血清で4倍の差もしくは単独で320倍以上で現感染が推測される）。また1回の測定では、ムンプスIgMは現感染、IgGは過去感染を確認できる。 | ム |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・髄膜炎・全身感染症（膵臓炎・睾丸炎・卵巣炎） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| メ | メ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | メ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 390 | メタネフリン2分画<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■神経芽細胞腫<br>■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | メタネフリン2分画の分画成分は、メタネフリン（MN）とノルメタネフリン（NMN）である。カテコールアミンが増加する疾患、すなわち褐色細胞腫や神経芽細胞腫などで、これらの尿中排泄は増加をみる。神経芽細胞腫は主に小児に好発の悪性の腫瘍であり、ドーパミンやホモバニリン酸（HVA）、VMAの上昇を伴う。<br>　一方、カテコールアミンは起立性低血圧症等で低値をみることがあるが、感度や特異性の面で充分とはいえず、一般に低値側の検査の意義は少ない。なお、MN、NMNは他のカテコールアミンと同様、冷暗所に酸性下で蓄尿が必要である。保存条件が悪いと分解を受け低値となる場合もある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】神経芽細胞腫・褐色細胞腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| メ | 735 | 免疫電気泳動（抗ヒト）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■M蛋白血症 | 臨床的意義 | M蛋白血症の検査では、血清や尿の蛋白分画でM蛋白を検出し、免疫電気泳動によるM蛋白の種類の同定、血清免疫グロブリン定量を行います。免疫電気泳動によるM蛋白同定検査には免疫電気泳動法と免疫固定電気泳動法があります。<br>**免疫電気泳動法**とはアガロース電気泳動法とゲル内沈降反応の組合せた定性的分析法でさまざまな蛋白の同定が可能です。**抗ヒト全血清を使用**すると20種類以上の沈降腺が観察でき、個々の蛋白の異常をみることができます。血清では蛋白の欠損を調べるときに検査します。**抗ヒト特異血清**を使用すると、より確実に個々の蛋白の同定・解析が可能です。一般的には、M蛋白の重鎖クラス（IgG、IgA、IgM、IgD、IgE）および軽鎖の型（κ、λ）判定に用います。尿ではベンス・ジョーンズ蛋白の型判定に用います。一方、**免疫固定(電気泳動)法**とは電気泳動により分画した後、抗原抗体反応を行わせ、免疫沈降物を検出する方法です。電気泳動後に特異抗血清を反応させることでM蛋白が拡散せずに固定化することが可能で、特に微量なM蛋白の検出や複数のM蛋白が存在する場合に有用です。従来の免疫電気泳動法によるM蛋白同定ではM蛋白濃度が100mg/dL以上でなければ検出が困難でしたが、免疫固定法では5mg/dL以上あれば検出が可能です。 | メ |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】M蛋白血症型・急性炎症型・慢性炎症型・慢性肝障害（肝硬変）型・ネフローゼ型・蛋白不足型・低（無）γ-グロブリン血症型 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 736 | (尿中)免疫電気泳動（尿中ベンスジョーンズ蛋白の同定）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■多発性骨髄腫<br>■慢性リンパ性白血病<br>■悪性連覇種 | 臨床的意義 | 免疫グロブリン分子のsubunitでありL鎖のdimer構造を持った蛋白である。分子量は約4万5,000であるが、ときに分子量約2万2,000のmonomerも存在する。<br>比較的低分子量のため、容易に尿中へ出現する。検出には、56℃に加熱すると白濁沈殿を生じ、100℃に加熱すると再溶解する性質を利用した定性的な方法と免疫電気泳動による方法がある。<br>免疫電気泳動法では、κ またはλ 型の抗L鎖抗体と反応し、弓状の沈降線（M-bow）を形成する。出現位置はα 1位～γ 位までまちまちであるが、β ～γ 領域であることが多い。 抗H鎖抗体（γ 、α 、μ 、δ 、ε ）では同易動度にM-bowを認めない。<br>BJPは多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症の過半数に認められ、良性単クローン性M蛋白血症（MGUS）では通常認められない。BJPやM蛋白は骨髄腫腎など腎機能低下をもたらす。なお、通常の尿試験紙法ではBJPは検出されないので、多発性骨髄腫等を疑う場合は、BJP定性試験または本法にて確認が必要である。<br>定性試験に比べ本法は、より感度・特異性に優れており、L鎖の種類も判定できる長所をもつ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【明らかなBJPを認めるもの】多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症<br>【頻度が低く、かつBJPは少量にとどまるもの】<br>原発性アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| メ | 678 | 免疫複合体（C1q）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■膠原病 | 臨床的意義 | 免疫複合体（IC）は，抗原抗体反応の結果形成され，補体系，凝固線溶系などを治性する。又，ICの補体結合能は強く細網内皮系の食細胞に捕捉されるために，組織中に沈着物として認められ，血中には存在しないと考えられている。一方循環性免疫複合体（CIC）は，組織中にはなく抗原抗体結合物に補体が結合した形で血中に認められるもので，血中での可溶性の機序と補体結合性の異なる，高分子CIC低分子CICの2つに分けられて存在し ている。検査の意義として，血中で生じた免疫複合体は，通常，貪食組胞に処理されるが，免疫複合体の多量の発生，抗体の産生不全や貪食組胞の機能低下などの病的な状態では，腎糸球体や血管壁に沈着て補体が活性化したり組織障害が起こる。免疫複合体の険出は，このような病的な状況が存在するかどうかを判断するのに有用である。現在，CICを補促する方法には，補体第一成分（C1）成分の亜成分の一つで，CIC結合性をもつC1qを利用した方法，補体を活性化するCICの最終産物であるC3d結合免疫複合体を補促する抗C3dモノクローナル抗体を用いた方法，リウマチ因子が免疫複合体を形成したIgGに対して結合能力をもっている事から，骨髄腫由来のモノクローナルリウマチ因子（mRF）を利用した方法などがある。 | メ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】膠原病・SLE・悪性関節リウマチ（MRA）・混合性結合組織病・ベーチェット病・シェーグレン症候群・慢性甲状腺炎（橋本病）・Crohn病・潰瘍性大腸炎・クリオグロブリン血症・悪性腫瘍・腎疾患・慢性肝疾患・感染症などで高値 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2679 | 免疫複合体（モノクローナルRF）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE<br>■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | 血中の免疫複合体(Immune Complex：IC)は全身性エリテマトーデス(Systemic Lupus Erythematosus：SLE)や慢性関節リウマチ(Rheumatoid Arthritis：RA)に代表される自己免疫疾患、悪性腫瘍及び感染症などの患者で増加することが証明され、これら疾患の診断、予後の判定ならびに治療経過を知るうえで重要な指標となると考えられます。免疫複合体の測定法には、従来から補体成分を利用したC1q法、細胞表面レセプターを利用したRaji細胞法、物理化学的に沈殿されるPEG沈殿法、リウマチ因子を利用したRA法などが知られていましたが、近年各種のマウスモノクローナル抗体を利用した方法、すなわち抗C1q法、抗C3d法、およびモノクローナルリウマチ因子(mRF)法などが開発され、測定方法によって検出される免疫複合体が異なっていることも明らかになってきました。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】IgA腎症・ウイルス性感染症・急性糸球体腎炎・紫斑病・自己免疫疾患・膠原病全身性エリテマトーデス（SLE）・糸球体腎炎・関節リウマチ・シェーグレン症候群・結節性多発動脈炎・全身性進行性硬化症（PSS）・ベーチェット病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| モ | モ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | モ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 505 | 網状赤血球（Ret）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■貧血全般<br>■成熟する一段階前の赤血球 | 臨床的意義 | 末梢血での網赤血球数算定の意義は、骨髄での赤血球造血能を末梢血で間接的に把握できることにある。例えば、貧血の治療の効果判定は治療薬投与後、骨髄穿刺検査を行い、骨髄での赤芽球過形成を確認することがいちばん確実である。しかし、骨髄検査は患者への負担が大きく、これが末梢血の網赤血球数算定で間接的にしろ代用できれば、その意義は高い。網赤血球の名称は、種々の塩基性色素で生体染色を施すと_赤血球内に線維状のreticulumが観察されることよりつけられた。網赤血球は成熟赤血球になる1段階前の幼若な赤血球である。網赤血球が成熟赤血球になるには、末梢血で24～48時間有するとされている。このことは、末梢血での赤血球の需要と供給のバランスを網赤血球のさらに2段階前の多染性赤芽球とともに調節していることで重要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】溶血性貧血・各種貧血に対する治療に反応した時・出血後<br>【低値】再生不良性貧血・巨赤芽球性貧血・抗腫瘍剤投与後・甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ヤ | ヤ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ヤ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 188 | 薬剤によるリンパ球刺激試験（DLST）<br>☑目次へ戻る | 未適用※ | ■薬剤による障害 | 臨床的意義 | 薬剤アレルギーの起因薬剤を検索する方法には、パッチテスト等、in vivoでの反応と、採血を伴うin vitroでの反応とがある。リンパ球幼若化試験は、in vitroにおいて、主に遅延型アレルギーに対する薬剤の影響を検査するものである。この遅延型アレルギーとは、抗原を認識した感作リンパ球が、リンフォカインを放出し、それによって組織障害（主として肝障害）が起こるものをいう。<br>LST（Lymphocyte Stimulation Test、リンパ球幼若化または刺激試験）は、患者末梢血から比重遠心法により、リンパ球を分離し、薬剤とともに培養してリンパ球の幼若化を観察する検査である。測定原理には、リンパ球が抗原となる薬剤に出会うと幼若化を起こし、DNA合成が盛んになることを利用している。すなわち、DNAの前駆物質でDNA合成時に細胞内に取り込まれる3H-サイミジンのリンパ球への取り込み量を、液体シンチレーションカウンターで測定し、薬剤無添加で培養したリンパ球と比べて幼若化率を判定する。感作されていれば、幼若化により3Hの取り込みが増加する。<br>陽性の場合、リンパ球はその薬剤によって感作されていると考えられ、アレルギーの起因薬剤である可能性が疑われる。しかしこれはあくまでも検査上の基準であり、健常人との比較対照が望ましい。特に漢方薬やリンパ球活性化を本来の薬理作用にもつ薬剤では偽陽性が稀ではなく、常に臨床所見や病歴と兼ね合わせて判断する必要がある。本検査の至適施行時期には諸説がある。皮疹出現より時を経ぬ方がよいとの考えがある一方、ステロイド投与量が減じた（0.2mg/kg/日以下）回復期がよいとの説もある。塩原ら（2008年）は、播種状紅斑丘疹型やStevens-Johnson症候群、中毒性表皮壊死融解症では急性期が、薬剤性過敏症症候群では発症1～2ヶ月がよいと報告している。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】薬剤性肝障害・薬疹・薬剤性大腸炎・接触性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク<br>※ただし、薬疹の原因と考えられる薬品を用いて実施した場合、算定できる。「リンパ球幼若化検査」として算定。 | |

| ユ | ユ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ユ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 362 | 遊離トリヨードサイロニン（FT3）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺機能亢進症 | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモン（T3、T4）は血中ではほとんどが結合蛋白（主にTBG）と結合している。トリヨードサイロニン（T3）において、遊離型（FT3）は総T3のほぼ0.2～0.3%であり、遊離型のみ生理活性をもつ。また甲状腺ホルモンの中でT3は最も強い活性がある。<br>従来はFT3自体の測定が困難であったが、近年では容易になり、自己抗体の影響を受けない測定法も開発されている。またFT3を測定することはTBGの影響を受けないので、TBG異常症患者の甲状腺機能の把握に有用である。<br>FT3は日内変動も小さく、食事、運動の影響も受けないので特に採血上の制約はない。甲状腺機能亢進症の治療による寛解例では、一般にFT3はFT4に遅れて正常化するといわれている。一方病態増悪時には逆になるためこれらの測定は病状把握に有用である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺機能亢進症（バセドウ病・Plummer病・TSH酸性腫瘍）・破壊性甲状腺炎（亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性化膿性甲状腺炎）<br>【低値】甲状腺機能低下症（橋本病・特発性粘液水腫）・下垂体、視床下部性甲状腺機能低下症<br>【低下症の場合はFT4と同じ動きをするため算定不可】 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 365 | 遊離サイロキシン（FT4）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺機能低下症<br>■甲状腺機能亢進症 | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモン（T4、T3）は大部分が結合蛋白（主にTBG）と結合している。サイロキシン（T4）においては、遊離型（FT4）の占める割合はおよそ0.02～0.03%である。遊離型のみ生物活性をもつのでFT4を測定することは重要であるが、以前は測定自体が困難で、主に総サイロキシンが測定されてきた。しかし近年では容易に測定できるようになり、また抗T4抗体の影響を受けない測定系も開発されたので甲状腺機能検査の主流になっている。<br>　日内変動や食事の影響がほとんどないので特に採血上の制約はない。高値が認められた場合は、甲状腺機能亢進症か亢進を伴わない甲状腺中毒症を鑑別するためにヨード摂取率を検査する。TBG異常もチェックする必要があり、T4、あるいはT3、TBGも測定するのが望ましい。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺機能亢進症（バセドウ病・Plummer病・TSH産生腫瘍）・破壊性甲状腺炎（亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性化膿性甲状腺炎）<br>【低値】甲状腺機能低下症（橋本病・特発性粘液水腫）・下垂体、視床下部性甲状腺機能低下症・低アルブミン血症（ネフローゼ症候群・肝硬変） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ユ | 2746 | 遊離テストステロン<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■異常男性化症状<br>■原発性精巣機能低下 | 臨床的意義 | テストステロンは最も活性の強い男性ホルモンであり、その大部分（97%以上）が性ホルモン結合蛋白（SHBG）と結合している。また親和性は弱いがアルブミンとも結合しており、いずれにしても蛋白結合型には活性はない。<br>従来の「テストステロン」は蛋白結合型と遊離型をあわせて測定するため、肝疾患、甲状腺疾患や肥満など結合蛋白の増減に影響される問題があった。「遊離テストステロン」はこれを解決するものであるが、結合蛋白との動態をみる上では両者のコンビネーション測定にも意義がある。 | ユ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | **異常値を示す疾患**<br>**高値疾患：** 異常男性化症状<br>（副腎・卵巣腫瘍等による多毛症、月経異常）<br><br>**低値疾患：** 原発性精巣機能低下症、<br>低ゴナドトロピン性精巣機能不全症 | |
| | | | | | | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ヨ | ヨ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ヨ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 256 | 葉酸<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■各種貧血 | 臨床的意義 | 葉酸は緑野菜、肉、レバー、酵母、米などに多く含まれ、プリン・ピリミジン代謝やアミノ酸代謝、蛋白合成開始などの反応系の補酵素として機能する。このため葉酸の欠乏はDNA合成の障害、とりわけ骨髄造血機能の異常（巨赤芽球性貧血）を惹起するため抗貧血因子とも呼ばれている。<br>葉酸欠乏症の原因には慢性アルコール中毒や偏食による摂取不足、胃切除後など腸管の器質的・機能的異常による吸収障害のほか、薬剤起因性のものがみられる。<br>抗癌剤（葉酸代謝拮抗剤）であるメトトレキサートや抗てんかん剤の投与患者で葉酸値の低下が知られている。また、妊娠や悪性腫瘍に伴う需要増大によって葉酸欠乏症を起こすことがある。<br>葉酸欠乏症の臨床所見は巨赤芽球性貧血、白血球の減少などビタミンB12欠乏症の場合とよく似ているため、原因鑑別のためには両者を測定することが望ましい。赤血球恒数では、MCVが高値を示す。<br>透析患者における葉酸欠乏症は比較的稀であり、透析患者における異常も一般に知られていない。<br>葉酸は体内貯蔵量のわりに1日必要量が多いため、静脈・経腸栄養を行なっているような場合には欠乏症の注意が必要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】葉酸剤投与<br>【低値】悪性貧血・白血病・葉酸欠乏による巨赤芽球性貧血・ビタミンB12欠乏性貧血・先天性葉酸吸収不全症・ホモシスチン尿症・葉酸代謝拮抗薬（メトトレキサート・ジフェニルヒダントインなど）・アルコール常用 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ラ | ラ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ラ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 344 | 卵胞刺激ホルモン（FSH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣、精巣刺激ホルモン | 臨床的意義 | 卵胞刺激ホルモン（FSH）は、黄体形成ホルモン（LH）と共に下垂体前葉から分泌されるゴナドトロピンで、標的臓器である卵巣や精巣など性腺を刺激する作用をもつ。FSH、LHは視床下部から分泌されるLH-RHにより刺激され、さらにエストロジェンなどの性ホルモンによるフィードバックで分泌が調節されている。<br>FSHが低値となる疾患はほとんどが下垂体異常によるもので、通常はLHの低下を伴う。逆にゴナドトロピン高値になる病態には卵巣性無月経などの性腺機能低下症が挙げられる。これは視床下部-下垂体系へのネガティブ・フィードバックが弱まるために起こるもので、閉経後ゴナドトロピンが高値になるのも同じ機序による。<br>多嚢胞性卵巣症候群（PCO）ではLHのみ上昇し、FSHは正常であるためLH/FSH比は通常より上昇し1以上になることが多い。<br>視床下部－下垂体系の異常部位診断にはLH-RHテストを行う。すなわち、LH-RHを負荷して下垂体ゴナドトロピンの分泌を刺激する試験であるが、LHの方がFSHより変動幅が大きいため、より良好な下垂体の反応性の指標となる。正常では投与後にLHが一定レベルまで上昇する。<br>なお、女性ではLH、FSHとも性周期により大きく変動するため採血時期に留意が必要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性睾丸機能不全・卵巣性無月経・多嚢胞卵巣症候群（LHは持続的高値、FSH正常）・Turner症候群<br>【低値】続発性睾丸機能不全・視床下部性無月経・Kallman症候群・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| リ | リ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | リ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 70 | リパーゼ（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵炎（急性・慢性） | 臨床的意義 | トリグリセライドのα 位脂肪酸エステルの加水分解を行なう消化酵素として脂肪の分解に働いている。主に急性・慢性膵炎などの膵疾患で逸脱酵素として診断に用いられるが、進行した慢性膵炎では残存膵機能の低下のため高値をみない場合もある。<br>膵癌では、同じ膵由来酵素でも、アミラーゼやリパーゼより半減期の長いエラスターゼ1を測定する場合が多い。膵腺房細胞癌でリパーゼ産生腫瘍により高値を示すことがあるといわれるが非常にまれである。<br>急性膵炎でリパーゼは膵アミラーゼとほぼ同様に上昇する。すなわち、初期から著明な増加を示した後急激に低下し、3～5日で正常値に戻った後、また軽度上昇をみる場合が多い。<br>リパーゼが低値になる場合は、かなり進行した慢性膵炎などリパーゼの枯渇によるものや、糖尿病によるものなどがあるが、低値側の測定意義は少ない。<br>食事の影響があるので必ず空腹時に採血する。なお、通常尿中にはリパーゼ活性は認められない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎・膵嚢胞・膵外傷・膵癌・胆嚢・胆道疾患・イレウス・腸炎・腎不全など<br>【低値】膵全摘出後・慢性膵炎（末期）・糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| リ | 2129 | リウマチ因子定量<br>（RF）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | リウマチ因子（RF）はヒト変性IgGのFc部分に対する抗体で、1940年にWaalerとRoseにより発見された。RFは関節リウマチ（RA）患者の70～90%にみられ、統計にもよるが、RF陽性者の40%程度が関節リウマチであるといわれる。<br>　関節炎の中には関節リウマチの他に多くの疾患が存在するが、それらはRFが陽性であるか陰性であるかが診断の手がかりとなる。RFの上昇を通常みない関節炎には変形性関節症や痛風、ライター症候群などがある。このほか全身性エリテマトーデス（SLE）などの膠原病、慢性肝疾患などでもRFは軽度ながら上昇をみることがある。<br>　RFの検査法には、定性試験としてLA（ラテックス凝集比濁法）、半定量法としてPA（粒子凝集試験）が用いられている。これに対し、本検査は免疫比濁法によりRFを定量するもので、より詳細な関節リウマチの経過観察、治療効果判定に有用である。<br>【】 | リ |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】関節リウマチ（RA）、膠原病、肝硬変、慢性感染症、高齢者の一部 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| リ | | | | | | | リ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2387 | リポ蛋白(a)<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■動脈硬化の危険因子 | 臨床的意義 | リポ蛋白(a)〔Lp(a)〕はリポ蛋白の亜型であり、低比重リポ蛋白(LDL)の一部を構成しているアポ蛋白B-100に、アポ蛋白(a)がS-S結合したもので、分子の大きさはLDLとVLDLの中間です。Lp(a)はLDLと同様にコレステロールを多く含むリポ蛋白であり、動脈壁へのコレステロールの沈着に直接関与しています。また、血栓溶解因子であるプラスミノーゲンと構造的に近似しているため、プラスミノーゲンが血小板などの凝固因子に結合する際に競合的阻害を起こし、血液凝固を引き起こすことなどが考えられています。<br>動脈硬化形成のRossの仮説とは、血管内皮細胞が傷害されると、血小板が凝集して組織を修復します。血小板が分泌する成長因子(PDGF)が血管平滑筋細胞に働き、細胞は中膜から内膜へ遊走して脂肪を貪食し、泡沫細胞となり粥状動脈硬化巣(アテローム)の形成に発展します。炎症反応として血管透過性の亢進が起き、単球は内皮細胞下に浸潤してマクロファージ化します。変性LDLを取り込んで泡沫細胞化してアテロームを形成し、血管内膜は肥厚するというものです。<br>一方で内皮細胞や血小板からは、潜在性トランスフォーミング・グロスファクターβ (LTGF-β )が放出されます。プラスミンにより活性化されてaTRGFβ となって平滑筋細胞の増殖を抑制する作用があります。<br>Lp(a)には種々の表現型(アイソフォーム)があり、その差は、クリングルと呼ばれる環状分子構造の個数の違いが原因で、分子量にして100～800kDaの差があります。大分子であるほど、血中Lp(a)濃度は低いため、cut-off値は表現型別に設定したほうがよいという意見もあります。実際、日本人の血清Lp(a)濃度分布は正規分布を示さず、基準範囲は統計よりも臨床的データを加味して決められています。<br>Lp(a)は、冠動脈硬化の独立した危険因子であることや虚血性心疾患の危険因子であることが報告されています。<br>血清Lp(a)濃度は年齢・食事・運動に影響されず遺伝により90～95%決定されます。また、個人差が極めて大きく、年齢・性別による差はこれより小さいとされています。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】狭心症・心筋梗塞・脳血管疾患・血栓性動脈閉塞症・糖尿病・腎不全・急性腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| リ | 2970 | リポ蛋白分画精密測定<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■動脈硬化の危険因子 | 臨床的意義 | 脂質は水に溶けないため、血中では脂質粒子のまわりを蛋白質（アポ蛋白）が取り囲み、親水性が増した状態で存在している。すなわち、コレステロールや中性脂肪など脂質の大半は、多数のアポ蛋白分子と球状の複合体を形成しており、内側に疎水性の脂質、外側に親水性の蛋白やリン脂質が付いた形で可溶性を維持している。この粒子をリポ蛋白と呼ぶ。<br>リポ蛋白は粒子の大きさが70～10,000Åとさまざまであり、比重の大小で分類される。すなわち、軽い順にカイロミクロン（chylomicron）、超低比重リポ蛋白（very low density lipoprotein.VLDL）、低比重リポ蛋白（low density lipoprotein; LDL）、高比重リポ蛋白（high density lipoprotein; HDL）、の4つに大別される。粒子のサイズはこの順に大きい。比重の差が生ずる理由は蛋白部分と脂質の比率の違いによる。蛋白は油より重いため、蛋白の占める割合は大きいほど比重は大きくなる。すなわち、HDLは、粒子径こそ小さいが、蛋白の割合が多いため、比重は大きいと解釈される。<br>さて、それぞれのリポ蛋白粒子には、上記分類ごとにアポA, アポBなど、ある程度決まったアポ蛋白が存在する。これらアポ蛋白は、単に脂質を可溶化させるだけでなく、アポ蛋白粒子中の脂質を目的地に運び特異的受容体に取り込ませたり、代謝を行う役目を持っている。一方、脂質も中性脂肪はカイロミクロンやLDLに多く、コレステロールはHDLにもLDLにも含まれるなど、ある程度分布が決まっている。ちょうど、交通機関にバスとタクシーが存在するように、脂質はLDLやHDLという「乗り物」に乗って血中を移動していると考えればよい。バスとタクシーでは、乗っているのが同じ人間でも、乗り物の大きさや目的地が異なるのに似ている。<br>たとえばHDLで運ばれるコレステロールは、末梢組織で余ったコレステロールとして肝臓に運ばれ、処理される運命にある。逆にLDLで運ばれるコレステロールは、末梢で必要なコレステロールとして各組織に配送される。したがってLDLコレステロールの過剰は、末梢への過剰供給を反映し、動脈硬化をもたらすため、悪玉コレステロールと言われる訳である。 | リ |
| | | | | | 疾患名 | 【LDL・VLDL増加、HDL減少】狭心症・心筋梗塞・脳血管疾患・糖尿病・甲状腺機能低下症・ネフローゼ症候群・肝障害・急性膵炎・家族性高脂血症<br>【LDL・VLDL減少】甲状腺機能亢進症・肝硬変・吸収不全症候群・先天性脂質代謝異常<br>【低値】α(HDL)：家族性低HDL血症、Tangier病、アポ蛋白A－Ⅰ欠損症、<br>pre-β(VLDL)：無βリポ蛋白血症、低βリポ蛋白血症<br>β(LDL)：無β リポ蛋白血症、低β リポ蛋白血症<br>【高値】α(HDL)：CETP欠損症、肝性トリグリセライドリパーゼ欠損症<br>pre-β(VLDL)：Ⅱb型、Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅴ型高リポ蛋白血症<br>β(LDL)：Ⅱa型、Ⅱb型高リポ蛋白血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| リ | 190 | リンパ球幼若化検査（PHAによる）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■白血病などの悪性腫瘍 | 臨床的意義 | リンパ球は、phytohemagglutinin（PHA）やconcanavalinA（ConA）、あるいはpokeweed mitogen（PWM）などの非特異的刺激物質（mitogen）の刺激によって幼若化を起こし、DNA合成が盛んとなる。本法はin vitroにおいてマイトジェンと共にリンパ球を培養し、DNAの前駆物質でDNA合成時に細胞内に取り込まれるサイミジンを放射性同位元素である3Hでラベルし、3H-サイミジンのリンパ球への取り込み量を測定することで、リンパ球の機能を検査するものである。<br>リンパ球は免疫担当細胞としての機能を有しており、本法は細胞性免疫能を測定する上での重要な手段となっている。リンパ球を刺激するマイトジェンには選択性があり、すべてのリンパ球に対して幼若化を起こさせるわけではない。T細胞を選択的に幼若化させるマイトジェンとして、PHAやConAが用いられ、T細胞およびB細胞を幼若化させるマイトジェンとしてPWMが用いられている。<br>検査法には全血微量培養法とリンパ球分離培養法とがある。前者は患者末梢血を全血のまま検査に用いるため、より生体内に近い状態でのリンパ球の機能を測定することができる。後者は比重遠心法によってリンパ球を分離し検査に用いるため、本来のリンパ球の機能を測定することができる。 | リ |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】悪性腫瘍（白血病など）、原発性および続発性免疫不全症（AIDS、無γ -グロブリン血症など）、自己免疫性疾患（SLE、RAなど未治療時）、薬剤投与（抗腫瘍剤、免疫抑制剤） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 191 | リンパ球幼若化検査（Con－Aによる）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | **■白血病などの悪性腫瘍** | 臨床的意義 | リンパ球は、phytohemagglutinin（PHA）やconcanavalinA（ConA）、あるいはpokeweed mitogen（PWM）などの非特異的刺激物質（mitogen）の刺激によって幼若化を起こし、DNA合成が盛んとなる。本法はin vitroにおいてマイトジェンと共にリンパ球を培養し、DNAの前駆物質でDNA合成時に細胞内に取り込まれるサイミジンを放射性同位元素である3Hでラベルし、3H-サイミジンのリンパ球への取り込み量を測定することで、リンパ球の機能を検査するものである。<br>リンパ球は免疫担当細胞としての機能を有しており、本法は細胞性免疫能を測定する上での重要な手段となっている。リンパ球を刺激するマイトジェンには選択性があり、すべてのリンパ球に対して幼若化を起こさせるわけではない。T細胞を選択的に幼若化させるマイトジェンとして、PHAやConAが用いられ、T細胞およびB細胞を幼若化させるマイトジェンとしてPWMが用いられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】悪性腫瘍（白血病など）、原発性および続発性免疫不全症（AIDS、無γ -グロブリン血症など）、自己免疫性疾患（SLE、RAなど未治療時）、薬剤投与（抗腫瘍剤、免疫抑制剤） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| リ | 98 | リン脂質（PL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■胆汁うっ滞を反映 | 臨床的意義 | リン脂質はリン酸基をもつ複合脂質であり、化学的にはグリセロ・リン脂質と、スフィンゴ・リン酸の二つに分類される。生体内の主な成分は、前者に属するレシチン、リゾレシチンと後者のスフィンゴミエリンの三つであり、血中・組織ともにレシチンが最も多く含まれる。リン脂質の大部分は、脂質と蛋白の複合体であるリポ蛋白の構成要素として、血中での脂質の安定化と代謝に重要な役割を果たしている。また、LCAT（レシチンコレステロール・アシルトランスフェラーゼ）の基質となりコレステロールエステルの生成に関与するほか、生体膜の構成成分としての機能もある。血中リン脂質の値はほぼコレステロール値と同様の変動を示し、その比もほぼ1:1である。肝での生合成と分解、胆汁中への排泄の障害により大きな影響を受け、胆汁うっ滞をよく反映する。肝硬変で血清リン脂質値が低下する症例では、一般的にすべての分画成分が低下するが、特にリゾレシチンの減少が顕著といわれる。また、閉塞性黄疸でリン脂質値の上昇する症例ではレシチンは上昇するがリゾレシチンは低下する。生理的日内変動は±15%の範囲内で、食事による有意な変動はない。また、妊娠が進むに従い高値になるといわれている。 | リ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝疾患（肝内・肝外胆汁うっ滞）、甲状腺機能低下症、ネフローゼ症候群、家族性高脂血症（Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ、Ⅳ）、LCAT欠損症　など。甲状腺機能低下症・閉塞性黄疸・ネフローゼ症候群<br>【低値】劇症肝炎・非代償性肝硬変・肝癌・甲状腺機能亢進症・多発性硬化症・Tangier症・家族性HDL欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| ル | ル | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ル |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2868 | ループスアンチコアグラント（希釈ラッセル蛇毒時間法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE | 臨床的意義 | ループスアンチコアグラント（LA）は、正常人血漿の凝固時間を延長させるSLE患者血漿中の“循環抗凝血素”として見出された。その後の研究から陰性荷電を持つリン脂質、またはプロトロンビンのような凝固因子とリン脂質の複合体に対する自己抗体であることが明らかとなった。現在LAは、その命名の由来となったSLE以外の疾患にも多く検出されることが知られ、「抗リン脂質抗体症候群」と総称される病態のマーカー抗体の一つに位置付けられる。抗リン脂質抗体症候群では動・静脈血栓症、習慣性流産などの特徴的臨床症状が高頻度に認められる。「抗凝血素」がなぜ血栓症を惹起するのかは、不明な点が多い。本検査では、ラッセル蛇毒添加による凝固時間（T1）、ラッセル蛇毒および過剰濃度のリン脂質添加による凝固時間（T2）の比に基づいて検体中のループスアンチコアグラント（LA）の有無を判定する。ラッセル蛇毒は、外因系（凝固経路）の第Ⅶ因子や接触因子、内因系の第Ⅷ因子の活性化過程を要さず、直接に第Ｘ因子を活性化して凝固反応を惹起する特性をもつ。接触因子異常や第Ⅷ因子欠損等の影響は受けない。このため、希釈ラッセル蛇毒試験によるLA検出は、抗リン脂質抗体症候群の診断や凝固因子欠乏、または凝固因子インヒビターの存在による凝固時間延長との鑑別 に有用な指標となる。スクリーニング検査は「APTT法」、確認試験は｛リン脂質中和法」と「希釈ラッセル蛇毒時間法」。「APTT法」は保険未適用なので、「希釈ラッセル蛇毒法」で確認する方が有用。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】SLE・自己免疫性疾患・抗リン脂質抗体症候群・特発性血小板減少性紫斑病・習慣性流産患者・腫瘍性疾患・薬剤（クロルプロマジン・プロカインアミド・キニジン服用時）。とくに希釈ラッセル蛇毒法では蛇毒を用いてX因子を直接活性化させるためⅦ因子や接触因子（ＸⅡ，ＸⅠ因子）プレカリクレイン,高分子キニノゲン,Ⅷ因子を介さないためループスアンチコアグラントの検査感度がより高められている。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| レ | レ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | レ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 953 | レオウィルス（Reoウイルス）CF法<br><br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■上気道炎<br>■下気道炎<br>■下利便 | 臨床的意義 | 広く自然界に分布しヒト及び動物に感染するが病原性については研究に待つところが大きい。一般的に上,下気道感染の一つの病因と考えられ,最近消化器患者ことに肝炎,脂肪便との関連も示唆されている。バーキットリンパ種の患者腫瘍からも分離されるが因果関係は明らかではない。ヒトでは1,2,3,型のウイルスが健康な子供から分離され,1型は冬季流行したかぜ,熱性疾患患児より,2型は下痢または脂肪便の子供から,3型は熱性の上気道炎または下痢の子供から分離されている。本抗体測定はレオウイルス3型抗原に対する抗体測定で,急性期と回復期の4倍以上の抗体価上昇時,ウイルス感染の指標となる。<br>ヒトレオウイルスには1～3型があります。1型は冬季流行の小児かぜ、2型は乳幼児下痢症、3型は熱性上気道炎から分離されます。3型は向神経性で神経毒がある。ウイルスの伝播は、経口感染と飛沫による感染である。動物実験では脳炎や糖尿病（3型）、肝炎、膵臓炎（1、3型）、慢性疾患で自己免疫的症状（1、3型）があらわれます。ワクチンなどの予防法は確立されていない | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】上気道炎、下気道炎、下利便 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| レ | 1340 | 尿中レジオネラ抗原<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■レジオネラ感染症 | 臨床的意義 | Legionella pneumophilaは0.3～0.9×2～5μ mの好気性のグラム陰性桿菌で、レジオネラ属は30以上の種をもつ。健康な人間が感染しても発症することが少ない、いわゆる日和見感染の病原体に分類され、幼児や高齢者、免疫機能低下者などの基礎疾患をもつ者で発症をみる場合が多い。通常の市中肺炎に用いられるセフェム系、ペニシリン系等の抗生剤では効果が期待できないため、手遅れになると生命に関わることがある。まず本症を疑い検査を進めることが肝要である。 臨床像には「肺炎型」と「ポンティアック熱型」がある。肺炎型は全身倦怠感や悪寒などに始まり、3日以内に40℃程度の高熱が出現、時に胸痛・血痰を伴い、劇症の場合はDICや腎不全などを合併し7日以内に死に至る。一方、ポンティアック熱型とは軽症型であり、1～2日の潜伏期の後、悪寒、発熱、筋肉痛などをみるが、ほぼ5日以内に改善する。検査所見としては白血球増多、CRP、LDH、AST、ALTの上昇などが認められる。胸部X線像では間質性陰影と肺胞性陰影の混じた、いわゆる肺臓炎の像を呈する。 厚生労働省のレジオネラ肺炎診断基準（1992年）によれば、疑診例で1）臨床症状、身体所見、胸部レ線像で急性細菌性肺炎の所見2）急速に進展する肺の浸潤影と、その所見を上回る低酸素血症3）通常の細菌培養で肺炎の起炎菌が検出されない4）β ラクタム剤、アミノ配糖体が無効等の臨床像を呈する。<br>■確定診断には、さらに下記のいずれかを認める必要がある。<br>1）選択培地でレジオネラ属菌種を検出<br>2）尿中抗原検査陽性<br>3）Legionella pneumophila抗体陽性<br>なお、その他の菌についても抗体価の変動を追って意義を判断するよう推奨されている。 | レ |
| | | | | | 疾患名 | 1）選択培地でレジオネラ属菌種を検出 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| レ | 2931 | レチノール結合蛋白（RBP）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ビタミンA欠乏<br>■栄養状態 | 臨床的意義 | レチノール結合蛋白（RBP）は血中レチノール（ビタミンA）の特異輸送蛋白であり、主に肝臓で生成される。腸管より吸収されたレチノールはいったん肝臓に貯蔵され、RBPと結合して血中に分泌されるため、血中ビタミンA濃度は肝のRBP生成能と並行する。また、RBPの生成自体は肝細胞のビタミンAレベルによる調節を受けており、ビタミンAとRBPの動きは並行する場合が多い。ビタミンAを結合したRBPはさらにプレアルブミン（PA）と複合体を形成して標的組織に転送されるが、ビタミンAを組織内に移行させた後にはPAから遊離し、腎糸球体の濾過および尿細管での再吸収を経て異化される。RBPは血中の半減期が12～14時間と短くプレアルブミンなどと同様に“rapid turnover protein”としての性格を有する。このため短期間の栄養状態の変動を捉える有用な指標となり、術前の栄養状態の把握などにも用いられる。また、肝胆道疾患や腎疾患の病態把握にも用いられ、前者で血中濃度は減少、後者で増加する。<br>[透析患者における検査の意義]<br>腎不全患者では糸球体濾過機能の低下に伴ってRBPが著明な高値を示す。血中RBP値の上昇は遊離型RBPの増加によるものであるため、ビタミンAとのモル比が変動する（正常者の血中RBP/レチノール比は約1.2である）。尿細管障害では再吸収機能障害のため、尿中にRBPが排泄されるようになる。 | レ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】腎不全・脂肪肝<br>【低値】ビタミンA欠乏症・吸収不良症候群・すべての肝疾患（脂肪肝除く）・甲状腺機能亢進症・感染症・外傷 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 477 | レニン活性<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■高血圧 | 臨床的意義 | 腎の傍糸球体装置で産生されるレニンは、レニン－アンジオテンシン（R-A）系の律速酵素でレニン基質に作用して10個のアミノ酸で構成されるアンジオテンシンⅠ（AngⅠ）を生成し、これにアンジオテンシンⅠ転換酵素（ACE）が作用して昇圧作用などの強い生理活性をもつ、8個のアミノ酸から成るアンジオテンシンⅡが産生される。<br>レニン活性は、レニン量を把握するのにもっとも一般的なものであり、測定法は血漿中のレニンとレニン基質を一定時間反応させて、産生されるアンジオテンシンⅠの量を測定する。したがって、血漿中のレニン基質の増減により影響を受ける。<br>【原発性アルドステロン症の診断】<br>①レニン活性（低値）アルド（高値）<br>②アルド／レニン活性の比（200以下）又は、アルド／レニン定量の比（40以下）が基準。それ以上で原発性アルドステロン症を疑う。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（高血圧を呈する）傍糸球体細胞腫・腎血管性高血圧・悪性高血圧<br>（血圧正常か低下）Bartter症候群・Addison病・下剤、利尿剤の乱用・妊娠<br>【低値】（高血圧を呈する）原発性アルドステロン症・本態性高血圧の一部<br>（血圧正常が低下）糖尿病性腎症の一部・腎摘出・重症肝硬変の一部 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| レ | 2669 | レニン定量<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■高血圧 | 臨床的意義 | レニン活性は、レニン量を把握するのにもっとも一般的なものであるが、血漿中に内在するレニンとレニン基質を一定時間反応させて産生するアンジオテンシンⅠを測定するため、レニン基質の増減の影響を受ける。<br>それに対して、レニン濃度（レニン定量）は活性型レニンを認識する抗体により直接的に定量するもので、レニン基質の影響を受けないので正確にレニン分泌動態を反映する。レニン活性と異なりアンジオテンシノーゲンの量に影響されず、レニンの絶対量を特異的に測定可能。<br>【原発性アルドステロン症の診断】<br>①レニン活性（低値）アルド（高値）<br>②アルド／レニン活性の比（200以下）又は、アルド／レニン定量の比（40以下）が基準。それ以上で原発性アルドステロン症を疑う。<br><br>【】 | レ |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】傍糸球体細胞腫・腎血管性高血圧・悪性高血圧症・褐色細胞腫・Bartter症候群・Addison病・21－水酸化酵素欠損症・ナトリウム喪失無腎炎・尿崩症・甲状腺機能亢進症<br>【低値】原発性アルドステロン症・本態性高血圧症の一部・17α 一水酸化酵素欠損症・11―β 水酸化酵素欠損症・腎摘出 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2400 | レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLPコレステロール）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■動脈硬化性疾患 | 臨床的意義 | レムナント様リポ蛋白-コレステロール（RLP-コレステロール;RLP-C）は超低比重リポ蛋白（VLDL）やカイロミクロンなどのリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼによって分解され生じる中間代謝物である（レムナントとは残り物、残り屑という意味）。RLP-CはLDLなどと異なり、変性を受けなくとも単球由来のマクロファージに貪食される。貪食したマクロファージは最終的に泡沫細胞となり、脂肪斑が形成される。すなわちRLP-Cの増加は、動脈硬化巣の初期病変形成に促進的役割を果たす。したがって脳梗塞や心筋梗塞など動脈硬化性疾患において、RLP-C高値は危険因子のひとつに相当すると考えられている。特に家族性高脂血症や糖尿病性高トリグリセライド血症に高レムナント血症が伴うと、高頻度に動脈硬化性病変が合併するといわれている。RLP-Cは血清トリグリセライド値と強い相関を示し、またアポ蛋白B, C-Ⅱ, C-Ⅲ, Eとも正の相関を示すが、特にアポEとの相関は強いとされている。RLP-Cは食後、有意に上昇するため、基礎値を見るには採血を朝食前空腹時に行う。また、脂質代謝能力をみるため、脂肪食負荷テストを実施することがある。<br>たとえば、40g/m2（体表面積）の生クリームを摂食させ、摂食前と2時間毎に12時間まで計7回採血し、RLP-C値の変動を見るプロトコールが提案されている。RLP-Cは、室温では血清分離後速やかに測定する必要がある。凍結により変性するため、保存は冷蔵で行う。4℃で5日間程度は安定とされている。基準値は、健常者における“平均値＋1.96SD”に相当します。ただし、糖尿病、冠動脈疾患等の既往歴のある場合は、”5.2mg/dl以上”をハイリスク域とします。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】動脈硬化性疾患（心筋梗塞・狭心症・脳梗塞）・原発性高脂血症・二次性高脂血症（糖尿病・甲状腺機能低下症・肥満・慢性腎不全・アルコール性肝炎・脂肪肝・原発性胆汁性肝硬変症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| 口 | 口 | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | 口 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 53 | ロイシンアミノペプチターゼ（LAP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝胆道系疾患 | 臨床的意義 | LAPは他のペプチダーゼ同様に、さまざまな臓器や胆汁中などに広く分布する。胆汁うっ滞に際して血中に増加するため、ALPやγ −GTPなどとともに胆道系酵素と呼ばれる。そのために黄疸の鑑別や肝・胆道系疾患の診断や経過観察などによく用いられる。<br>一般に胆道系酵素は肝内胆汁うっ滞や肝外閉塞性黄疸以外にも肝内占拠性病変（space occupying lesion; SOL）で上昇し、肝癌や肝腫瘍でも高値になる。さらに悪性腫瘍による閉塞性黄疸や転移性肝癌では著明に増加する。またγ −GTPと共に薬物性・アルコール性肝障害により上昇するが、γ −GTPと比較すると軽度といわれる。<br>胎盤由来のoxitocinaseの影響により妊娠後期にはLAPが上昇する。<br>またLAPは、ペプチドホルモンの分泌・代謝に関連があるため副甲状腺活性が高い成長期には軽度高値をみることがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝胆道系疾患（急性、慢性肝炎・肝硬変・脂肪肝・肝細胞癌・急性膵炎・悪性リンパ腫・リンパ性白血病ウイルス感染症・悪性リンパ腫・リンパ性白血病・ウィルス感染症・SLE | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | ロタウィルス抗原<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ロタウイルス感染症 | 臨床的意義 | 主に乳幼児の急性胃腸炎をおこす重要な病因ウイルスである。ロタウイルスの初感染は,母親からの移行抗体のなくなる生後6カ月から2歳半ぐらいに発症し,その後も感染を繰り返すが重症になることがほとんどなく,2歳半以後に急速に抗体保有率は上昇し,成人の保有率と等しくなってくる。流行時期は,我が国では11～3月までの冬期であるが,夏期にもまれに発生することがある。<br>臨床的には下痢,悪心,腹痛,嘔吐,発熱などで2日～1週間以内に回復する。ロタウイルス感染を証明する方法は,患者の糞便中の抗原の検出と血清抗体の上昇の有無を調べることである。糞便中から直接ロタウイルス抗原を検出する方法として,EIA法があり,抗体検査としてCF法がある。抗体検査の場合,急性期および回復期に採血し4倍以上抗体価の有意上昇で診断する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ロタウィルス感染症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| A | A | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 83 | ACE<br>(アンギオテンシンⅠ転換酵素)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■血圧調節<br>■サルコイドーシス | 臨床的意義 | ACEは生理的には,肺の血管内皮細胞によって産生・放出される血圧調節に関与している酵素である。アンギオテンシンⅠをアンギオテンシンⅡに変換するとともに,ブラジキニンを不活性化する。しかし,ACE値と血圧との間に関連性はない。血中ACE活性の病態生理学的意義については不明な点が多いが,種々の呼吸器疾患,肝,腎,甲状腺疾患,糖尿病などで変動することが知られる。ACE活性の測定は,主にサルコイドーシスの補助診断や治療効果の判定に用いられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 高値】サルコイドーシス・　甲状腺機能亢進症・肝硬変・糖尿病<br>【低値】Crohn病・慢性リンパ性白血病・多発性骨髄腫・慢性閉塞性肺疾患・甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2347 | AChR抗体<br>(抗アセチルコリンレセプター抗体)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■神経伝達物質<br>■重症筋無力症 | 臨床的意義 | 神経筋接合部の後シナプス膜上に局在しており，神経伝達物質であるアセチルコリンに応答する受容体で，筋収縮を作動させる役割を持つ。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）については，Lindstromらが1976年，重症筋無力症（MG）患者血清中に高率かつ特異的に出現することを明らかにした。抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）は，アセチルコリンレセプター（AChR）に対して産生される自己抗体で，後シナプス膜上のAChRに質的，量的変化を惹起させ外眼筋，眼球筋，四肢筋等の易疲労性や筋力の低下を主訴とする重症筋無力症（myasthenia gravis;MG）の発症に重要な原因物質であり，MGの診断および治療経過の指標として広く利用されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】重症筋無力症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 47 | ACP<br>(酸性フォスファターゼ)<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■前立腺癌<br>その他 | 臨床的意義 | 酸ホスファターゼ(ACP)はヒト前立腺、骨、肝、腎および血球系より由来する5つのアイソザイムからなる。ACPはヒトの組織、体液中に広く分布し、大半はリソソームに由来している。ACPはポリアクリルアミドゲル電気泳動による解析でアイソザイム0、1、2、3、4、5に分類される。前立腺は他臓器の1,000倍以上のACPを産生しているが、前立腺由来のACP(PAP)は抗原的にリソソーム由来のものとは異なるので、PAPの測定は前立腺癌と他の原因によるACPの高値とを鑑別するのに役立つ。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】前立腺癌、アミロイドーシス、鎌状赤血球貧血、急性肝炎、急性心筋梗塞、急性腎不全、骨への癌転移、細網肉腫、多発性骨髄腫、特発性血小板減少性紫斑病、副甲状腺機能亢進症、慢性肝疾患、慢性骨髄性白血病 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |
| | 345 | ACTH<br>(副腎皮質刺激ホルモン)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副腎皮質におけるステロイドホルモン産生を促<br>■脂質分解作用<br>■メラニン色素の生成作用<br>■アジソン病<br>■クッシング症候群 | 臨床的意義 | ACTHの分泌調節は主に視床下部のCRH(コルチコトロピン放出ホルモン)と標的臓器である副腎のグルココルチコイドによるフィードバックにより行われるが、各種のアミン類やストレスもACTH分泌を促進する。ACTHの生理作用は、副腎皮質におけるステロイドホルモン産生を促すほか、脂質分解作用やメラニン色素の生成作用などがある。<br>ACTHの分泌は覚醒時(早朝安静時)にピークを示し、PM6:00～AM2:00に低値(ピークの半分以下)となるので早朝安静時に採血することが望ましい。ACTHは不安、緊張などで分泌が高まるほか、下垂体腺腫によるクッシング病や副腎機能不全で上昇する。臨床的にはコルチゾール値と対照して検査値をみることに意義があり、各種の負荷試験も併用される。各負荷試験における健常人の反応は以下のとおりである;<br>インスリン負荷試験(増加)、CRHテスト(増加)、リジン・バソプレシン負荷(増加)、メトロピンテスト(増加)、デキサメサゾン抑制試験(0.5mg負荷で10pg/mL以下に抑制)。<br>異所性ACTH産生腫瘍では腫瘍組織によりACTHが産生され、ACTHは高値を示す。肺癌、胸腺腫瘍、膵癌などにみられる。また異所性CRH産生腫瘍でもACTHは高値となり、肺癌、膵癌、腎癌、甲状腺髄様癌などの疾患に認められる。一方、ACTH低値は、視床下部性および下垂体性の下垂体機能低下症、副腎性クッシング症候群などでみられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Addison病・先天性副腎酵素欠損症・Cushing病・Nelson症候群・異所ACTH産生腫瘍・グルココルチコイド不応症・ACTH不応症<br>【低値】副腎腫瘍によるCushing症候群・原発性副腎過形成・慢性続発性副腎皮質機能低下症・下垂体前葉機能低下症・ACTH単独欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 63 | ADA<br>(アデノシンデアミナーゼ)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝疾患<br>■癌性肋膜炎と結核性肋膜炎の鑑別 | 臨床的意義 | ■アデノシンデアミナーゼ(ADA)は,プリン体分解と再利用にかかわる酵素の一つであり,アデノシンを加水分解し,イノシンとアンモニアを生成する酵素でヒトの組織に広く分布し,とくに腸管粘膜,胸腺,脾,扁桃やリンパ球に活性が高い。意義として欠損症と過剰産生症である。上昇はプリン代謝そのものの亢進(痛風),腫瘍性増殖によるプリン代謝の亢進,リンパ球活性化によるプリン代謝の亢進および細胞外へ分泌されるADAの増加が主な原因である。よって肝疾患,血液疾患,感染症,悪性腫瘍などで高値を示す。また胸水における癌性胸膜炎(低値)と結核性胸膜炎(高値)の鑑別に有用である。<br>■血液細胞には多量のADAが存在するため、血液の腫瘍性疾患ではADA高値をみる。また、肝疾患では急性肝炎で高値を示すが、慢性肝炎や肝硬変でも病態が重症化するに従い高値をとる。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変・肝癌・白血病・胸膜炎・AIDS・サルコイドーシス<br>【低値】先天性細胞性免疫不全症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 349 | ADH<br>(アルギニンバゾプレッシン)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■尿崩症(低値)<br>■ADH分泌異常症 | 臨床的意義 | ADHは視床下部―下垂体後葉系において合成分泌されるホルモンで，腎集合管における水透過性を高め，自由水再吸収を促進し，体液量と血漿浸透圧の調節を行っている。よって，ADHの評価は，その分泌調節機序をふまえて考えなければならない。ADHの測定はその分泌の減少(欠乏)した病態としての尿崩症，および不適切に分泌の亢進しているSIADH(ADH分泌異常症候群)の診断に重要である。腎尿細管で水の再吸収を促進し、欠乏すると尿崩症をきたす。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ADH不適合分泌症候群・腎性尿崩症<br>【低値】尿崩症・心因性多飲症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 2404 | AFPレクチン分画（AFP－L3%）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝細胞と良性肝疾患の鑑別 | 臨床的意義 | 血清α -フェトプロテイン(AFP)は肝細胞癌およびヨークサック腫瘍に特異性の高い腫瘍マーカーとして診断に用いられているが、慢性肝炎、肝硬変等の良性肝疾患でも高値となるため、血清AFP値のみを指標とした場合、良性疾患と肝細胞癌の鑑別は困難である。<br>本法はAFPの糖鎖構造の癌性変化を、レクチン親和性電気泳動と抗体親和転写法と組み合わせたレンズマメレクチン-A(LCA-A)反応性によるAFP-L3分画比を測定することにより、肝細胞癌と良性肝疾患の鑑別等に用いるものである。<br>従来、肝細胞癌の診断として行われてきた、超音波検査やX線CT等の各種画像診断に加えてAFP-L3分画比の測定を加えることにより、肝細胞癌と良性肝疾患との鑑別、肝細胞癌の早期診断および肝細胞癌の治療後の予後管理に有用である。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝細胞癌・ヨークサック腫瘍・卵黄嚢腫（乳幼児）<br>【良性疾患】慢性肝炎・肝硬変 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 59 | ALD（アルドラーゼ）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■筋ジストロフィー症<br>■ウイルス性肝炎 | 臨床的意義 | アルドラーゼはフルクトース-1,6-二リン酸⇔グリセロアルデヒド-3-リン酸＋ジヒドロキシアセトンリン酸の可逆反応を触媒する嫌気性解糖系酵素で全身の臓器に広く存在しているため、組織崩壊に伴い血清中に流出する。よって筋ジストロフィー、心筋梗塞などの筋肉疾患や悪性腫瘍などで活性値が高くなる。<br>アルドラーゼは細胞の破壊や壊死、代謝障害などで血中に逸脱する。半減期が約4時間と短いため、変化を鋭敏に反映する。しかし臓器特異性に乏しいため、病態が特定できた後に、病勢の補助的診断指標として用いられることが多い。一般に新生児は成人の2～3倍程度高値となり、思春期頃に成人のレベルとなる。筋肉からの逸脱により過激な運動後は高値をみることがある。また、赤血球内には多量のアルドラーゼが含まれているため、溶血検体では見かけ上高値となる。溶血血清で高値となるので注意。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】筋疾患（多発性筋炎、筋ジストロフィー、好酸球性筋膜炎）、神経疾患（ギランバレー症候群、髄膜炎、髄膜腫、脳血管障害、脳腫瘍、神経膠腫、神経芽腫）、消化器疾患（急性・慢性肝炎、劇症肝炎、膵炎）、心疾患（急性心筋梗塞、うっ血性心不全）、血液疾患（溶血性貧血、白血病、悪性リンパ腫、Hodgkin病）、悪性腫瘍、甲状腺機能低下症<br>【低値】Tay-Sachs病、果糖不耐症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 665 | ANA<br>(抗核抗体)<br>(蛍光抗体法)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE、その他自己免疫疾患 | 臨床的意義 | 真核細胞の核内に含まれる抗原性物質に対する抗体の総称である。現在20種類以上の抗体が同定されているが、いくつかは自己免疫性疾患の病態判定などに意義が認められている。本検査は一般に蛍光抗体法(FAT)により測定される。すなわちHep-2細胞などのヒト培養細胞の核材をスライドグラス上に固定し、被検血清をのせて反応させ、さらに蛍光物質であるFITCなどで標識された抗ヒト免疫グロブリン(第2抗体)を反応させ、陽性の場合にみられる特異的な蛍光パターンにより染色型を判定する。染色型とは患者がもつ抗体と反応した核抗原が、核内にどのように分布しているかによって描かれる紋様であり、これにより陽性になった抗体の対応抗原を推定することができる。以下に代表的な染色型と推定される抗体、疾患の関連を示す。<br>1. 均質型(homogeneous)<br>抗ヒストン抗体(全身性エリテマトーデス、薬剤誘発性ループス)<br>2. 辺縁型(peripheral)<br>抗DNA抗体(全身性エリテマトーデス)<br>3. 斑紋型(speckled)<br>抗U1-RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B抗体、抗Ki抗体など(混合性結合組織病、強皮症、全身性エリテマトーデス、レイノー症候群)<br>4. 核小体型(nucleolar)<br>抗核リボゾーム抗体、抗U3-RNP抗体、抗PM-Scl抗体など(強皮症、レイノー症候群、シェーグレン症候群)<br>5. セントロメア型(centromere)<br>抗セントロメア抗体(強皮症、レイノー症候群)<br>他にGranular型、核膜型などがある。<br>【】 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】全身性エリテマトーデス(SLE)・進行性全身性強皮症・混合性結合組織病・オーバーラップ症候群・シェーグレン症候群・CREST症候群・原発性胆汁性肝硬変症・多発性筋炎・皮膚筋炎・薬剤誘発性ループス | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 583 | APTT<br>(活性化部分トロンボプラスチン時間)<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■先天性凝固因子欠乏症<br>(延長) | 臨床的意義 | APTT延長の場合、先天性凝固因子欠乏症、特に血友病A(Ⅷ因子欠乏)、B(Ⅸ因子欠乏)、von Willebrand病、接触因子欠乏が知られている。ただし凝固因子Ⅷ・Ⅸ欠乏では、各因子の活性が50%を下回らない限り正常値となる場合が多い。後天性ではインヒビターの発生(Ⅷ因子インヒビター、Ⅸ因子インヒビター、ループスアンチコアグラント、ヘパリン投与)が知られている。凝固因子のいくつかは肝臓で合成されることが知られており、肝障害では産生の低下によりAPTTが延長する。薬剤投与については、ヘパリンがAT-Ⅲを介して凝固第Ⅱa因子を阻止することにより、APTT延長をきたす。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【延長】内因系及び共通系凝固因子欠乏症・重症肝障害・ビタミンK欠乏症・播種性血管内凝固症候群(DIC)・線溶亢進・フォンウィルブランド病・肝疾患・ビタミンK欠乏症・ループスアンチコアグラント・血友病・抗凝血素の存在 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 623 | ASK価<br>(抗ストレプトキナーゼ)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■A群溶連菌感染<br>■糸球体腎炎 | 臨床的意義 | ASKは溶連菌感染によって上昇するため,溶連菌感染の血清診断に用いられる。この抗体は,感染後1～2週間で上昇し始め,3～4週間で最高値となり,この値がしばらく続いた後,下降し始め,通常6～8週間で感染前の値に戻る。溶連菌感染の血清診断に用いられ,糸球体腎炎やリウマチ熱のように上気道から菌を分離できなくなった時期の二次後遺症の診断に有用である。<br>抗ストレプトキナーゼ抗体(ASK)は,β 溶血性連鎖球菌(溶連菌)のうちA群,C群,G群が産生する代表的な菌体外産生物質である酵素(SK)に対する抗体である。ASKは溶連菌感染によって上昇するため,溶連菌感染の血清診断に用いられる。この抗体は,感染後1～2週間で上昇し始め,3～4週間で最高値となり,この値がしばらく続いた後,下降し始め,通常6～8週間で感染前の値に戻る。溶連菌感染の血清診断に用いられ,糸球体腎炎やリウマチ熱のように上気道から菌を分離できなくなった時期の二次後遺症の診断に有用である。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】A群又はC群溶血性連鎖球菌感染症(猩紅熱・急性扁桃腺炎・咽頭炎・中耳炎など)・急性糸球体腎炎・リウマチ熱・血管性紫斑症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 622<br>免疫 | 抗ストレプトリジンO抗体<br>(ASLO)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■A群溶連菌感染<br>■糸球体腎炎 | 臨床的意義 | ストレプトリジンO(SLO)は、A群のみでなく、C群、G群の溶連菌も産生し、強い抗原性のため中和抗体であるASOがつくられやすいことから、血清中のASO価の測定が最も診断的価値が高いとされ、1932年Toddらによって測定法が考案されて以来、広く応用されている。ASO価は、一般的に溶連菌感染後1週間ころより上昇し始め、3～5週間目にピークに達する。そして、2ヶ月後より下降し始め2～3ヶ月で感染前の抗体に戻るとされる。一方、咽頭から溶連菌が分離されても、感染が起きていない単なる保菌者の場合には、ASO価は上昇しない。また、リウマチ熱や急性糸球体腎炎のような二次後遺症においては、特に成人の場合、咽頭培養で溶連菌を証明することはほとんどなく、ASOなどの血清抗体価の測定に頼らざるを得ない。このように、ASO価の測定は、溶連菌感染の有無を診断するうえで重要である。しかし、ASO価の有意の上昇を認めるのは、リウマチ熱患者の8割強であって、2割弱の症例では正常域にとどまる。これは、感染菌種のSLO産生能が低い、宿主のASO産生能が低い、早期の抗生物質療法によりASOを産生しないまま経過した、などの要因によるものであることが考えられている。このため、ASO単独の検査では、リウマチ熱の除外診断はできない。そこで、溶連菌感染症の血清診断には、他の抗体価測定も合わせて行う必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】A群溶蓮菌感染症(猩紅熱・急性扁桃腺炎・咽頭炎・など)・急性糸球体腎炎・リウマチ熱・血管性紫斑症<br>【非特異的上昇として】<br>ウイルス性肝炎・閉塞性黄疸・ネフロ－ゼ症候群・結核など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 49 | AST<br>（GOT）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝機能障害<br>■心疾患 | 臨床的意義 | 肝、骨格筋、心筋、腎臓、赤血球など多くの臓器組織細胞中に含まれ、これらの障害で血中に逸脱する。<br>ASTは相対的には肝に最も多く含まれるため、主に肝疾患の診断に用いられる。しかし、ALT（GPT）が肝特異的であるのに対し、ASTは骨格筋や心筋疾患、溶血性疾患でも上昇をみる。したがってAST単独による肝疾患の鑑別診断は難しいが、AST/ALT比を考慮することにより特異性は向上する。<br>　ASTにはCKのような臓器特異的なアイソザイムはみられないが、細胞内局在を異にするm-AST（ミトコンドリア分画）、s-AST（細胞上清分画）の2つのアイソザイムが存在する。臓器細胞が障害を受けると通常まずs-ASTが逸脱するが、細胞障害性が強くミトコンドリアにまで及ぶときはm-ASTが血中に出現するようになる。骨格筋からの逸脱があるため筋肉運動を行なうと高値になることがある。また溶血により正の誤差を生じることがあるので報告コメントに溶血（＋）とある場合の判断には注意されたい。ただし、ASTは、心臓の筋肉や骨格筋などにも多く含まれており、「心筋梗塞、筋ジストロフィー、多発性筋炎」などでも数値が高くなります。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】劇症肝炎・ウイルス性肝炎・薬剤性肝障害・アルコール性肝炎・慢性肝炎（活動型、非活動型）・肝癌・肝硬変・胆汁うっ滞・閉塞性黄疸（一般に急性・慢性肝炎ではALTがASTを上回り、肝硬変や肝癌ではASTの方がALTよりも上昇するといわれている）心筋梗塞・筋ジストロフィー、多発性筋炎<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 50 | ALT<br>（GPT）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝機能障害<br>■心疾患 | 臨床的意義 | 肝、腎、心筋などほぼ全ての臓器組織細胞中に含まれているが、特に肝に多く含まれており、AST（GOT）と比較して他臓器への分布量が少ないため、肝障害に特異的であるといわれている。しかしその値の大小が、必ずしも細胞壊死や肝障害の大きさを反映するものではない。<br>　赤血球中への分布も少ないため（ASTの約1/6）、溶血の影響も比較的軽度である。ALTにはCKやALPのように臓器特異性があるアイソザイムは存在しない。<br>　ALTは肝炎の経過観察によく用いられ、肝細胞の破壊に伴いALT値が上昇し、1,000IU/Lを上回る場合もある。また、インターフェロン治療等が奏効するとALT値も鋭敏に低下し、治療効果の指標となる。しかし、逸脱すべきALTが残り少なくなるとそれほど高値を示さなくなることがあり、肝硬変などでは軽度上昇にとどまる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】劇症肝炎・ウイルス性肝炎・薬剤性肝障害・アルコール性肝炎・慢性肝炎（活動型、非活動型）・肝癌・肝硬変・胆汁うっ滞・閉塞性黄疸（一般に急性、慢性肝炎ではALTがASTを上回る。また肝硬変・肝癌ではAST上昇の方が優位といわれている）<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 2935 | ATLA<br>（HTLV－1抗体）<br>（半定量）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■成人T細胞性白血病 | 臨床的意義 | HTLV-Ⅰは、成人T細胞白血病（Adult T-cell Leukemia; ATL）の原因ウイルスである。ヒトリンパ球DNA中にプロウイルスDNAとして組み込まれ、持続感染し、そのごく一部の患者が白血病を発症する（すべての感染者ではない）。その感染経路には、輸血等による血液の注入、母子感染（主に母乳）、性行為による感染などがあり、感染リンパ球が移行することにより感染が成立する。<br>検査の進め方としては、検体（血清または血漿）をCLEIA法やPA法で検査し、その結果が陽性の場合は再検査により確認する。再び陽性の結果が出た場合は、その検体についてさらに蛍光抗体法またはウェスタンブロット法などで確認試験を行う。この確認検査が陽性と出たものをHTLV-Ⅰ抗体陽性と判定している。ATLの診断は、臨床像→血液像→血清学的ウイルス診断→DNA診断と進められる。献血に際しては、感染防止を目的に抗HTLV-Ⅰ抗体のスクリーニング検査が実施されている。また、母子感染の予防対策として妊婦の抗体スクリーニング検査が実施される場合もある。40才以上の感染者の場合、1年間に発病する危険率は男女平均して約1,300人に1人で、HAM*の有病率は感染者の約2,000～3,000人に1人と推測されている。 | A |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】成人T細胞性白血病・T細胞性悪性リンパ腫・HTLV-Ⅰ関連疾患として脊髄疾患（HAM）・慢性肺疾患・肺日和見感染症・慢性腎不全・非特異的皮膚真菌症・ぶどう膜炎等 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 589 | アンチトロンビンⅢ<br>（AT－Ⅲ）<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■生体内での凝固系の働き，生産状態，血栓症の病因 | 臨床的意義 | アンチトロンビンⅢ(ATⅢ)は,分子量58000,肝で合成される。生理的には抗凝固剤作用を有しており,活性化第Ｘ因子や活性化第Ⅱ因子(トロンビン)などのセリンプロテアーゼと1対1に結合しその作用を阻害する.。ATⅡは,Arg47にヘパリン結合部位を,Arg393-Ser394にトロンビン結合部位を有する。生体内では血管内皮細胞上のヘパリンとATⅢが複合体を形成することにより,抗凝固作用を強力に発揮する。<br>ATⅢの血中濃度は生産性と消費のバランスにより左右されるため,意義として生体内での凝固系の働き,生産状態,血栓症の病因を知ることが重要。またATⅢ遺伝子は,染色体1g22-25上に存在し,先天性の場合はこの遺伝子レベルの異常により,生産が不十分な場合はATⅢ欠乏症となり,異常なATⅢを生産する場合はATⅢ異常症となる。なおATⅢの生体内半減期は健常人で65時間であるが,DICでは短縮する。生体内では血中,血管内皮,血管外にそれぞれ4:1:5の比率で分布している。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】播種性血管内凝固症候群（DIC）・肺梗塞・外科手術・劇症肝炎・肝硬変・慢性肝炎・新生児・ネフローゼ症候群・妊娠・エストロゲン治療・経口避妊薬 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| B | B | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | B |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 227 | 骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨転移癌<br>■骨粗鬆症<br>■骨肉腫 | 臨床的意義 | 骨芽細胞の機能状態ひいては骨形成状態を知る指標になると考えられている。すなわち、原発性副甲状腺機能亢進症や骨ペ-ジェット病、甲状腺機能亢進症などの代謝性骨疾患および原発性骨腫瘍や癌の骨転移などで血中骨型ALP濃度が高値を示す。また、慢性腎不全に伴う腎性骨異栄養症の診断の指標としての有用性や、成長ホルモン投与後効果を反映することにより、骨回転に異常を起こす患者の診断やその治療の指標として有用であると考えられている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【増加】悪性腫瘍の骨転移・骨肉腫・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨軟化症・Paget病<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2650 | BCA225<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■再発または転移乳癌 | 臨床的意義 | 乳癌細胞株培養上清中のウイルス様粒子画分を免疫原として作製されたモノクローナル抗体CU18およびCU46によって認識される抗原で、免疫組織化学的に乳癌に特異的とされている。<br>　BCA225は病期の進行に伴って陽性率の上昇を認め、さらに再発乳癌では極めて高い陽性率を示す。こうした所見は進行癌や再発性乳癌において癌細胞の崩壊や癌細胞自体の血中への流出頻度が増加することを反映したものと推定される。したがって、BCA225の臨床的意義は乳癌の早期発見よりも乳癌術後のモニタリングや再発乳癌に対する治療効果判定に求められる。<br>　乳癌の血中腫瘍マーカーには他にCA15-3があり、CEAやNCC-ST-439なども用いられることがある。いずれも組み合わせることで陽性率は上昇するが、保険請求上の留意も必要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】再発または転移乳癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B | 2036<br>血中 | 塩基性フェトプロテイン<br>（BFP）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>Ⅱ | ■尿路上皮癌<br>（膀胱癌・尿道癌・尿管癌）<br>■膀胱炎 | 臨床的意義 | 尿中に出現するBFPは血中から移行したものではなく尿路上皮細胞に由来することから、尿路系疾患に対して高い特異性を有すると考えられる。<br>尿路上皮癌は、比較的頻度の高い疾患であるにも拘わらず、確立された生化学的マーカーに乏しい状態が続いていた。また尿細胞診も、膀胱癌の大多数を占める乳頭状癌における陽性率が極めて低いという難点が指摘されている。尿中BFPの測定は、これら検査法の限界を補う新たなマーカーとして膀胱癌のスクリーニング、および治療モニタリングに有用と期待されている。 | B |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性肝癌・胆嚢、胆管癌・膵癌・腎癌・睾丸癌・前立腺癌・卵巣癌・子宮体癌・肺癌<br>【良性疾患】肝炎・子宮疾患・肝硬変・胆石症・前立腺疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2335 | オステオカルシン<br>（BGP）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>Ⅱ | ■副甲状腺疾患<br>■骨粗鬆症 | 臨床的意義 | 骨芽細胞により合成され骨の非コラーゲン部位の10～20%を占め、一部Gla化したものが骨基質中に蓄積されて骨形成にかかわるが、血中にも放出される。<br>　骨は常に骨形成を繰り返しているがBGPは骨芽細胞以外では産生されないため、代謝性骨疾患において骨代謝回転状態を把握するために有用なマーカーである。<br>【臨床検査の種類とポイント参照】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Paget病（変形性骨炎）・副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・慢性腎不全・悪性高カルシウム血症・多発性骨髄腫・慢性関節リウマチ・骨粗鬆症・骨折<br>【低値】副甲状腺機能低下症・甲状腺機能低下症・Cushing症候群・妊娠 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B | 1137 | ベンスジョーンズ蛋白定性<br>（BJ蛋白定性）<br>☑目次へ戻る | 尿<br>糞<br>便 | ■多発性骨髄腫<br>■慢性リンパ性白血病<br>■悪性連覇種 | 臨床的意義 | BJPは免疫グロブリンの構成ポリペプチド鎖のうち、遊離のL鎖が単クローン性に血中や尿中に出現したものである。多発性骨髄腫や原発性マクログロブリン血症患者の約60%に尿中BJPが出現し、同患者の約5%には、血清中に骨髄腫蛋白（M蛋白）を認めず、血中・尿中BJP陽性のみの所見を示す場合もある。このほかアミロイドーシス、本態性M蛋白血症（MGUS）・骨肉腫・リンパ性白血病などで尿中BJP陽性が報告されているが、その頻度はまれで、蛋白量も多発性骨髄腫に比べると僅かである。<br>なおBJPは分子量が小さいため、通常の尿試験紙法では蛋白として検出されない。このため腰痛などで多発性骨髄腫が疑われる患者にBJPの有無をみる場合には、本法のような定性検査が別に必要である。<br>なお、本検査はBJPの有無を温度の変化によって確認するものであるが、感度や特異性の点でより正確を期するのであれば、免疫電気泳動法による確認を行うべきである。BJPが存在すると、免疫電気泳動では抗κ またはλ 抗体にてM-bowが認められ、抗H鎖抗体で同じ易動度にM-bowは認められない。 | B |
| | | | | | 疾患名 | 【明らかなBJPを認めるもの】<br>多発性骨髄腫、原発性マクログロブリン血症<br>【頻度が低く、かつBJPは少量にとどまるもの】<br>原発性アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2914 | ヒト脳性Na利尿ペプチド<br>（BNP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■心不全 | 臨床的意義 | 脳性Na利尿ポリペプチド（BNP）は、当初、豚の脳由来のNa利尿因子として発見されたことからこの名がある。しかしながらその後、BNPは脳よりもむしろ主に心臓から分泌され、心房性Na利尿ポリペプチド（ANP）とともに体液や血圧の調節に重要な役割を担うことが明らかになった。ここでANPが主に心房から分泌されるのに対して、BNPは主に心室から分泌されることから、両者は互いに異なる分泌機序を有すると考えられる。<br>実際、血漿BNP濃度は慢性心不全の重症度にしたがって上昇するが、その変化はANPに比べてより著明である。他方、急性の心疾患、特に急性心筋梗塞における血漿BNP濃度については、その経時的変化に一峰性を示す例と二峰性を示す例とがあり、心機能の低下は後者でより著明であったとの報告がある。血漿BNP濃度の経時的測定は、各症例のその時点での心機能評価はもとより、予後の推定にも有用と期待される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】心不全<br>※心筋梗塞・慢性腎不全・高血圧でも高値になるが、レセプトでは「心不全」の病態把握のみ算定できる。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| C | C | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 457 | CA125<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | 卵巣漿液性嚢胞腺癌の腹水培養細胞を免疫原として作製されたモノクローナル抗体OC125によって認識される抗原である。胎児と成人の中皮およびミュラー氏管由来臓器や、成人の卵巣、子宮内膜、腹膜および胸膜に正常でも存在する糖鎖抗原である。<br>これら臓器・組織の癌ないし炎症性疾患では著明な産生増加が認められ、とりわけ漿液性卵巣癌に極めて高い陽性率を示すことが報告されている。また、その他の婦人科癌あるいは肝胆膵領域の癌にも一定の有用性が認められる。なお、ムチン性の卵巣癌ではCA54/61の測定が有用とされる。<br>こうした腫瘍マーカーとしての臨床応用に加えて、近年CA125は子宮内膜症の診断ならびに治療の側面からも評価されるようになった。子宮内膜症でCA125が高い陽性率を示すことは早くから知られ、子宮筋腫との鑑別および子宮筋腫患者の手術適応決定の指標に応用が可能である。またDanazol療法による治療経過をよく反映することから、治療効果判定の指標としても有用と思われる。<br>性周期の影響を受け、月経中と妊婦（とくに初期）は高値となるので病歴聴取も重要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌（特に漿液性嚢胞腺癌）・膵癌・子宮頸癌<br>【偽陽性】子宮内膜症・良性卵巣腫瘍・腹膜炎・胸膜炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 456 | CA15－3<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■進行乳癌<br>■再発乳癌 | 臨床的意義 | 全く独立に作製された2種類のモノクローナル抗体115D8およびDF3により認識される乳癌関連抗原である。115D8は乳脂肪球被膜上の糖蛋白MAM-6を、DF3は乳癌肝転移巣の細胞膜成分をそれぞれ免疫原とする抗体であり、乳癌においてはあらゆる組織型の細胞に反応することが報告されている。<br>CA15-3は組織の悪性化に伴う細胞破壊により血中に放出されると推定されるが、早期症例の陽性率は低く、むしろ再発乳癌や転移性乳癌において血中レベルの上昇が著しいことから、再発・転移の検出に有用なマーカーと思われる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】進行乳癌・再発乳癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 455 | CA19－9<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■膵癌<br>■胆道癌<br>■大腸癌 | 臨床的意義 | 膵癌、胆道癌を始めとする各種消化器癌患者血中に高頻度かつ高濃度に検出され、優れた腫瘍マーカーとしてその臨床的評価が確立しており、最もよく測定される腫瘍マーカーの一つである。良性疾患における偽陽性率は低く、その場合も100U/mLを超えるような異常高値例は比較的稀である。<br>CA19-9がLewis 血液型糖鎖に関連する抗原、すなわちsialosyl Leaであることは早くから明らかにされ、その血中濃度はLewis血液型の影響を受けるとする見解が一般的である。実際、免疫組織化学的検討においてLea陽性部位に一致して、あるいはその一部にCA19-9の局在が認められるという報告がなされている。<br>日本人の約10%を占めるLe抗原陰性者では、膵癌などにおいてもCA19-9が低値に留まるとされているが、Le抗原陰性者でCA19-9高値を示す例がないわけではない。 癌組織と非癌組織とでLewis抗原の表現型が異なるとの知見もあり、CA19-9とLewis血液型との関係にはなお検討すべき余地があるという意見もある。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】膵癌・胆道癌・大腸癌・胃癌・肝癌<br>【偽陽性】膵炎・胆道結石・肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2315 | CA54／61<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | CA54/61は、肺腺癌培養細胞株の培養上清抽出物を免疫原として作製されたモノクローナル抗体MA54およびMA61により認識される抗原で、その血中濃度は卵巣癌（特にムチン性腺癌）で高頻度に上昇することが報告されている。<br>CA54/61の抗原構造は未だ明らかになっていないが、STNやCA72-4に用いられている抗体と互いに測定系の競合阻止反応を示すことから、抗体の認識部位はシアリルTn抗原の一部あるいは類似した構造と考えられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌（粘液性嚢胞腺癌・漿液性嚢胞腺癌・類内膜癌）<br>【偽陽性】卵巣良性腫瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 465 | CA602<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | CA602は、野澤ら（1989）により卵巣明細胞腺癌（ovarian clear cell carcinoma）由来細胞株の培養上清を免疫原として作製されたモノクローナル抗体MA602-1およびMA602-6によって認識される抗原である。CA125分子上にそのエピトープが存在するとされている。<br>このため、CA602の血中動態はCA125によく一致し、両者の測定値には極めて高い相関が認められる。<br>卵巣癌の腫瘍マーカーとして,CA125の有用性が確立されつつあるが,CA602は新たに開発された腫瘍マーカーでありCA125と同様卵巣癌で高い陽性率を示す。特に漿液性嚢胞腺癌を中心に陽性率が高く,補助的診断,治療効果の判定,再発の予知などに有用である。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌（特に漿液性嚢胞腺癌・類内膜癌）<br>【偽陽性】卵巣良性腫瘍・卵巣類内膜嚢腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 492 | CA72－4<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■胃癌・再発胃癌<br>■結腸直腸癌 | 臨床的意義 | CA72-4は、pancarcinoma antigen であるTAG-72の測定感度を向上させる目的で開発された血清腫瘍マーカーの名称である。Colcherらは、乳癌の肝転移細胞膜成分分画をマウスに免疫し、IgG型のモノクローナル抗体B72.3を得た。Jonsonらは、B72.3で認識される抗原をTAG-72(分子量100万ダルトン以上、糖蛋白）と命名した。TAG-72は、正常細胞には陰性で前癌病変から出現し偽陽性が少ない点で優れており広範囲の癌を認識する腫瘍マーカーとして期待された。しかし陽性率が低く測定感度の向上が望まれた。その後、B72.3を125I標識抗体とし大腸癌の培養細胞株(LS-174T)に含まれるTAG-72の精製抗原をマウスに免疫して得られたモノクロナール抗体CC49をビーズ固相抗体としたCA72-4が開発された。意義として，消化器，生殖器のムチン性腺癌で高い陽性率を示し，特に再発胃癌での陽性率が高い。これらの治療経過観察や，再発の確認モニターとして有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】胃癌・結腸直腸癌・膵癌・乳癌・卵巣癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 2477 | C-ANCA<br>(抗好中球細胞質抗体)<br>(PR3-ANCA)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ウェゲナー肉芽腫症<br>■壊死性糸球体腎炎<br>■半月体形成腎炎 | 臨床的意義 | ウェゲナー肉芽腫症(Wegener's granulomatosis；WG)は，鼻・副鼻腔・眼・耳など上気道および肺の壊死性肉芽腫性炎，全身の壊死性肉芽腫性血管炎，急速進行性腎炎の3症状を特徴とする疾患である．またWGは，診断，治療が遅れると腎不全，呼吸不全，二次的感染症などで短期間で死亡する症例があるため，早期に診断を下す必要がある．PR3-ANCAはWGに特異的な抗体であり，早期診断および疾患活動性の指標，免疫抑制療法施行の際の治療効果判断のマーカーとして極めて有用である． | C |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ウェゲナー肉芽腫症・壊死性糸球体腎炎・半月体形成性腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 684 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体<br>(CARF)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | 慢性関節リウマチ（RA）患者血清中のIgG糖鎖の構造解析の成果をもとに確立されたリウマチ因子検出検査である。RA患者由来のIgG糖鎖は、健常者のIgGに比べてガラクトースが顕著に欠損しており、こうした構造異常がRAの発症やリウマチ因子の産生に関与する可能性が示唆されている。すなわち、ガラクトース欠損IgGはRA患者血清中に出現するリウマチ因子のより良い“reactant”と考えられる。これに加えて、（自己抗体としての）免疫グロブリンに共通の糖鎖部分を認識するビオチン化レクチンの結合を介した“アビジン-ビオチン系”酵素免疫測定法を採用することにより、すべてのグロブリンクラスのリウマチ因子検出が可能になっている。抗ガラクトース欠損IgG抗体は、従来法に比べて高い陽性率ならびにRA活動性との良好な相関を示し、<br>1. 早期RA、あるいは従来法にて陰性のセロネガティブRA患者の診断<br>2. RA患者の疾患活動性の評価に有用な指標として期待されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 2461 | 抗CCP抗体<br>（抗シトルリン化ペプチド抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ（早期） | 臨床的意義 | 近年、RAに特異的な抗体として、抗ケラチン抗体や、抗核周囲抗体が発見された。これら自己抗体の対応抗原は、上皮組織のケラチン結合蛋白「フィラグリン」に存在している。フィラグリンはペプチジル・アルギニン・デアミナーゼによって、アミノ酸のアルギニンが一部シトルリンに置換されているが、このシトルリン化部位を抗原とした抗体を検出するのが「抗CCP抗体」である。この際、シトルリン化部位を含むペプチドを、環状構造にすることで、検出感度が非常に向上したため、anti-cyclic citrullinated peptideと呼称される。RA患者における抗CCP抗体の陽性率は、59～90%と報告者によって差が見られ、進行度、人種差、キットの違いなどが原因と推定されている。特異度は86～99%と、他のマーカーに比較して高く、Schellekensらによれば、早期RA例でも特異度は96%と優れていた。また、X線でみられる関節破壊所見とよく相関し、2年後の骨びらんを比較的正確に予測することも可能といわれている。<br>【】 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ （早期） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2005 | CEA<br>（癌胎児性抗原）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■癌関係<br>■大腸癌や胃癌 | 臨床的意義 | 大腸癌をはじめとする消化器癌、膵癌、肺癌などのさまざまな臓器由来の癌に幅広く出現するため、その診断補助および術後・治療後の経過観察の指標として有用性が認められている。また、大腸癌や胃癌における術前CEA高値例では有意に再発率が高いとされ、予後の予測にも有用とされる。<br>　なお、CEAについては、近年遺伝子クローニングの成功によってその一次構造が解明され、免疫グロブリン・スーパーファミリーに属することが明らかになった。さらに、CEAが細胞接着分子としての機能を有することや癌細胞の転移に促進的に働くことが報告されている。<br>　今日、CEAを胎児性蛋白の範疇に留めることは困難になっており、その癌特異性の由来について新たな観点が求められつつある。なお、高齢者や喫煙者では若干高値をとる傾向がみられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】大腸癌、胃癌、肺癌、転移性肝癌、胆道癌、食道癌、乳癌、子宮癌、慢性肝炎、肝硬変、閉塞性黄疸、胆石症、消化管潰瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 2292 | クロストリジウムディフィシル抗原（CD毒素）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■クロストリジウム感染症 | 臨床的意義 | クロストリジウム・ディフィシル（Clostridium difficile）は、芽胞を形成するグラム陽性の偏性嫌気性桿菌である。C.difficileは、化学療法剤や抗生物質などの投与中に、腸炎を引き起こす菌として有名である。原因となる抗菌薬の種類は多岐にわたっており、MRSAと共に院内感染の原因菌として問題になっている。C.difficileは新生児の糞便中で約半数程度に認められ、また生後1カ月以内の乳児の30%程度に検出されるが、本菌による消化器症状をみることはきわめて稀である。健康な成人の糞便中にも、通常はごく少量のC.difficileが認められる。しかし糞便中で最優位菌として存在することはないため、抗菌薬の投与により腸内細菌叢が変化し、菌交代によって増殖を始め、一定量に達するとトキシン-A、トキシン-Bと呼ばれる毒素を産生する。このような現象は抗癌剤投与によっても発生する。これらの毒素により、軟便などの軽症例から、高度な下痢や高熱、白血球増多を伴う偽膜性大腸炎にまで幅広い消化器症状を引き起こし、さらに低蛋白血症や電解質異常、腸閉塞に至る例もある。なお欧米では、偽膜性大腸炎のほとんどがC.difficileの感染によるものとの報告がある。偽膜性大腸炎の確定診断は内視鏡検査により行なわれ、結腸部分にほぼ円形に隆起した白色ないし黄白色の偽膜が認められる。<br>C.difficileは、多くの抗生剤や化学療法剤に耐性である。除菌には原因抗菌剤の中止に加え、メトロニダゾールやバンコマイシンが比較的有効とされる。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】偽膜性大腸炎・クロストリジウムディフィシル感染症（抗菌剤投与中に下痢、発熱で発症し、偽膜性腸炎を起こす） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 102 | グリココール酸（CG）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■胆汁性肝疾患<br>■ビリルビンよりも鋭敏に反映する | 臨床的意義 | グリココール酸（cholylglycine; CG）は一次胆汁酸でコール酸のグリシン抱合体であり、本検査はこれをRIA法により高感度に測定するものである。<br>　一般に、CGは生理的に胆汁酸と類似の動態をとるビリルビンよりも鋭敏な肝障害マーカーといわれる。すなわち、ビリルビンが低値でCGが高値を示す例は多いが、逆にビリルビンが異常値であるのにCGが低値を示すことは少ない。<br>　CGは、急性肝炎で上昇するが、これに次いで、非活動性肝炎＞活動性慢性肝炎＞肝硬変＞肝癌の順で高値を示す傾向があるといわれる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、肝内胆汁うっ滞症、肝外胆道閉塞症、先天性胆道閉鎖症　など。低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 674 | 血清補体価（CH50）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■補体蛋白の障害<br>■リウマチ<br>■糸球体腎炎 | 臨床的意義 | 血清補体価は補体蛋白の産生障害、過剰な活性化、異化亢進などにより影響を受け、主に低値の場合に問題となる。補体の異常はおもに補体成分の欠損により起こり、CH50は極端な低値をとる。また補体は主に肝細胞で作られることから肝疾患による産生低下で低値になる。また、全身性エリテマトーデスのような自己免疫疾患では、古典的経路の活性化亢進で補体が消費されるため低値になる。補体成分は他の蛋白成分と比較して非常に半減期が短く、1日で血中の約50%が入れ替わっているといわれ、蛋白漏出性疾患でも速やかに補填されるため低補体血症は起こりにくいとされる。採血後血清を低温下におくとcold activationにより補体経路の活性化を起こし低値になることがあるので注意を要する。<br>【】 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】リウマチ熱・慢性関節リウマチ・感染症、サルコイドーシス、ベーチェット病、Reiter症候群、悪性腫瘍　など<br>【低値】急性糸球体腎炎・膜性増殖性腎炎・SLE・肝硬変・ルポイド肝炎・慢性肝炎・ネフローゼ症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 57 | CPK（CK）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■心筋梗塞<br>■筋疾患 | 臨床的意義 | 骨格筋、心筋、平滑筋、脳などに多く含まれ、それらの部位が損傷を受けると血中に逸脱する。<br>　ヒトCKはすべて2量体で臓器特異性があり、筋型または骨格筋型（MM）、脳型（BB）、ハイブリッド型または心筋型（MB）の三つのアイソザイムで構成される。通常、血中では大半が骨格筋型のCK-MMであり、CK-BBはほとんど認められず、CK-MBは心筋の障害以外はわずか（総活性の3%程度）に検出されるにすぎない。<br>　総CK活性には性差が認められ、女性は男性よりも低値である。また筋肉注射、激しい運動（不慣れの場合は顕著）、採血時の号泣、カウンターショック等（除細動装置）でも上昇がみられる。またCKは血球中には含まれていないが、溶血検体の場合は赤血球中のadenylate kinaseによりCKが見かけ上高値になる場合がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】筋疾患（筋ジストロフィー、多発性筋炎、皮膚筋炎、尿毒症性ミオパチー）、脳血管障害・頭部外傷の急性期、てんかん大発作時、アルコール中毒、心筋梗塞、甲状腺機能低下症、心筋炎、副甲状腺機能低下症、糖尿病、悪性高熱症の保因者<br>【低値】甲状腺機能亢進症、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、関節リウマチ　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 215 | CPKアイソザイム<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■心筋梗塞<br>■筋疾患<br>■脳疾患 | 臨床的意義 | 骨格筋、心筋、平滑筋、脳などに多く含まれ、それらの部位が損傷を受けると血中に逸脱する。 ヒトCKはすべて2量体で臓器特異性があり、骨格筋型(MM)、脳型(BB)、ハイブリッド型(MB、心筋型)の三つのアイソザイムで構成される。通常、血中では大半が骨格筋型のCK-MMであり、CK-BBはほとんど認められず、CK-MBは心筋の障害以外はわずかに検出されるにすぎない。また異常分画としてミトコンドリア由来のCKや、免疫グロブリン結合型のCKも存在する。これらはアイソザイムのザイモグラムパターン(泳動像)により推測することが可能である。<br>　MB型は心筋由来であるため、心筋逸脱マーカーとしてCK-MBの蛋白量が測定され、心筋梗塞の診断や発作時のモニタリングによく用いられる(CK-MBの項参照)。<br>　血中CKは骨格筋の量を反映するため、総CK活性には性差が認められる。女性は男性よりも低値である。また筋肉注射、激しい運動(不慣れの場合は顕著)、採血時の大泣き、カウンターショック等でも上昇がみられる。またCKは血球中には含まれていないが、溶血検体の場合は赤血球中のadenylate kinaseによりCKが見かけ上高値となる場合がある。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】<br>[CK-BB]<br>脳挫傷、ウイルス性髄膜炎、心停止などの血流障害などによる脳障害、悪性腫瘍(前立腺、膀胱、消化器、乳癌、肺癌など)<br>[CK-MB]<br>　急性心筋梗塞、心筋障害の急性期、アルコール依存症、アルコール性ミオパチー<br>[CK-MM]<br>　筋原性疾患(横紋筋融解症、進行性筋ジストロフィー、多発性筋炎など)、甲状腺機能低下症　など<br>【低値】甲状腺機能亢進症、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、関節リウマチ　など |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 962 | CMV<br>(サイトメガロウイルス)<br>(CF法)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■サイトメガロウイルス感染症 | 臨床的意義 | β ヒトヘルペスウイルス科のDNAウイルスである。初感染は、垂直感染(胎盤、産道、母乳)および水平伝播(唾液、血液、尿、精液、移植臓器など)による。多くは不顕性感染であるが、先天的および後天的に多彩な感染症を起こす。CMVは他のヘルペスウイルス科のウイルスと同様に、初感染後体内に潜伏感染(latent infection)し、宿主の免疫(特に細胞性免疫)が低下すると再活性化(reactivation)する。近年、ガンシクロビル(GCV)などの抗CMV剤の実用化にともない、いわゆるimmunocompromised host易感染性宿主のCMV感染症の迅速診断が必要とされるようになった。臓器移植後感染症の中でもCMV性間質肺炎は、カリニ性肺炎と同様、移植の予後を左右する注意を要する感染症である。移植患者におけるCMV感染は、初感染と再活性化の場合がある。輸血あるいはドナー臓器由来の初感染は、早期に発症する。一方再活性化の場合は、免疫抑制剤が維持量になる数ヶ月前までに間質性肺炎などで発症する。維持量になってからは網膜炎などの発症がみられる。後天性免疫不全症候群(AIDS)における日和見感染では、肺炎、胃腸炎、副腎炎など全身性感染を起こし、末期にはCMV網膜炎により失明することもある。健常人にも肝炎、伝染性単核症、輸血後症候群などを起こす。<br>先天性CMV感染症(congenital CMV infection ; CCI)は、初感染の妊婦から胎児が経胎盤的に感染して起こる。巨細胞封入体症(cytomegalic inclusion disease ; CID)として古くより知られており、胎内感染の起因因子、いわゆるTORCH(Toxoplasma、others、Rubella、CMV、HSV)の中で最も頻度が高く、全出生児の0.29～0.42%といわれている。典型的CIDは胎内感染の5%以下で、約95%は出生児無症状である。<br>【】 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】サイトメガロウイルス感染症・不顕性感染 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 711 | セルロプラスミン（CP）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■胆汁うっ滞を反映 | 臨床的意義 | この蛋白の遺伝的欠損はWilson病として知られている。Wilson病は生体内に銅が過剰蓄積し、肝硬変、進行性錐体外路症状およびカイザー・フライシャー角膜輪を3主徴とする常染色体劣性遺伝疾患である。発症年齢は4～60歳と幅広い。セルロプラスミンの大部分は肝で分解され、胆管から排泄されるため胆汁うっ帯をきたす疾患で上昇する。急性相反応蛋白として、炎症動向の判別、鉄と同様に貧血症状の病態把握、先天性の銅代謝の病態把握と管理に有用である。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】悪性腫瘍・感染症・胆道疾患・肺気腫・妊娠・貧血(鉄欠乏性,再生不良性,溶血性貧血)・薬剤エストロゲン投与、膠原病(SLE,リウマチ熱,RA)<br>【低値】吸収不良症候群・肝疾患・火傷・Wilson病・Menkes病・セルロプラスミン欠損症・ネフローゼ症候群・メンキース症候群・胃腸管蛋白漏出症・劇症肝炎・慢性肝障害(肝硬変) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 372 | CPR（Cペプチド）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■インスリン分泌機能<br>■インスリン抵抗性の把握 | 臨床的意義 | C-ペプチドは分子量3，617で インスリンの前駆物質であるプロインスリンの構成成分である。膵β 細胞内でインスリン部分とC-ペプチド部分（アミノ 酸31個）に分離されて血中に放出される。又，一部が腎臓で代謝され尿中に排泄される。血中半減期は11分と短い。血中C-ペプチド測定の意義は，ほぼ血中IRI値の場合と同じであるが，インスリン投与時，あるいは，インスリン抗体が存在する場合の膵 β 細胞のインスリン分泌能評価に有用であり，尿中の排泄量は，血中CRPと高い相関を示し，インスリン投与やインスリン抗体または，プロインスリンの干渉を受け ずに測定できる。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】インスリン抗体の存在・インスリノーマ・インスリン自己免疫症候群・肥満・Cushing症候群・ステロイド投与・甲状腺機能亢進症・先端巨大症・腎不全（血中のみ）<br>【低値】糖尿病（IDDM）・副腎不全・下垂体機能低下症・飢餓状態・腎不全（尿中のみ） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 475 | カルシトニン<br>（CT）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺髄様癌<br>■肺小細胞癌<br>■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | 主に甲状腺C細胞（傍濾胞細胞）より分泌され、副甲状腺ホルモンとともにカルシウムの調節にかかわり、血中カルシウムを低下させる働きがある。また、腎での無機リン排泄促進による血清リン低下、破骨細胞の骨吸収を抑制して骨カルシウム含有量を保持するなどの働きがある。<br>正所性ホルモン産生腫瘍である甲状腺髄様癌で多量に分泌され、肺小細胞癌やカルチノイド症候群などの異所性カルシトニン産生腫瘍でも腫瘍からの産生がみられる。また、甲状腺髄様癌が疑われる患者で予想外の低値であった場合は、カルシウム負荷試験やガストリン負荷試験を行う。甲状腺髄様癌患者では正常者に比べ反応が過大である。<br>加齢により低下する傾向があり、性差においては有意ではないが男性の方が高値を示す傾向がある。また、慢性腎不全では排泄不良等の原因で著しい高値を示すことが多い。<br>食事により刺激を受けるため、早朝空腹時に採血するのが望ましい。 | C |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺腫瘍・肺小細胞癌・カルチノイド・褐色細胞腫・メラノーマ・肝癌・骨髄腫・高Ca血症・慢性腎不全・膵炎　・妊娠<br>【低値】甲状腺全摘出術後・骨粗鬆症・低Ca血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 151 | Cu<br>（銅）<br>（血中）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■低蛋白血症<br>■感染症 | 臨床的意義 | 主として金属酵素の構成成分として重要な役割を果たしており、特に鉄代謝や銅の運搬に関与するセルロプラスミンや活性酸素などの除去を行なうSOD（superoxide dismutase）などの生成に欠くことはできない。<br>食物として摂取される銅は小腸上部より吸収され、血液中では血清中と赤血球中にほぼ等量存在している。血清中の90～95%はセルロプラスミンと結合して安定な形で存在している。臨床的には高値側より低値側の方が問題になり、一般に低蛋白血症を伴うことが多い。<br>低値がみられた場合には、セルロプラスミンや尿中銅を測定しWilson病を疑って家族歴などを調べる。キレート剤投与後の尿中銅が異常に増加した場合はWilson病の可能性が強い。銅過剰症の代表的疾患であるWilson病は、常染色体劣性遺伝疾患であり、肝における銅輸送ATPase(ATP78) が欠損する疾患である。本症では胆汁への銅排泄や血中への銅分泌が阻害される。その結果、肝硬変や神経障害および眼におけるカイザー・フライシャー輪などを伴い、成人までに発症する例が多い。セルロプラスミンが低下し銅が肝組織や眼球などに蓄積する。<br>通常、健常人では銅は主に胆汁中に排泄され、尿中排泄は微量である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】感染症・肝疾患・胆道閉鎖症・副腎不全・バセドウ病・悪性腫瘍・鉄欠乏性貧血<br>【低値】Wilson病・Menkes症候群・ネフローゼ症候群・Cushing症候群・蛋白漏出性胃腸症・栄養不良・ステロイド使用中・ペニシラミン使用中 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 2483 | CYFRA<br>サイトケラチン19フラグメント<br>(シフラ)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺扁平上皮癌(非小細胞癌) | 臨床的意義 | シフラ(cytokeratin 19 fragment:CYFRA)は、上皮細胞の中間径フィラメントの構成蛋白であるサイトケラチン分子種の一つであるサイトケラチン19の可溶性フラグメントの通称です。各種サイトケラチンには一定の細胞種特異性が存在します。このうちサイトケラチン19は広く上皮性細胞に分布し、肺の非小細胞癌、とりわけ扁平上皮癌や腺癌で多量に産生されることが知られていま<br>す。癌患者においては、細胞内プロテアーゼの作用に基づくサイトケラチンの分解亢進により可溶性フラグメント(シフラ)の血清中濃度が増加すると考えられており、その測定は非小細胞肺癌の血清診断に有用です。また、各種婦人科癌でも高値を示すことが報告されています。血中濃度に対する喫煙の影響は認められませんが、加齢に伴ってやや高値を呈する例が出現することには留意すべきです | C |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺非小細胞癌・扁平上皮癌・腺癌・大細胞癌・小細胞癌<br>【偽陽性】肺良性疾患・子宮頸癌・食道癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 664 | C1インアクチベーター活性<br>(C1エステラーゼインヒビター活性)<br>(C1－INH活性)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | 炎症(急性相期反応)<br>血管神経性浮腫<br>(HANE) | 臨床的意義 | C1インアクチベーターは補体因子のC1rとC1sの抑制因子で,同時に第ＸⅡa因子,第ＸⅠa因子,血漿カリクレインなどの内因系凝固因子を強く阻害し,プラスミンも阻害する事から,キニン生成系や凝固系、補体系、線溶系の制御に関与している。急性炎症性疾患、アトピー性皮膚炎で高値を示し、遺伝性血管神経性浮腫:HANE(Ⅰ型;蛋白欠損、Ⅱ型;機能不全:Ⅰ型は正常の蛋白量の30%以下であるが、Ⅱ型は100～200%の高値を示す)、後天性血管神経性浮腫瘍、肝疾患、感染症、糸球体腎炎症、全身性エリテマトーデス(SLE)、DIC、血栓溶解療法、血液透析時に低値を示す。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】炎症(急性相期反応)<br>【低値】血管神経性浮腫(HANE) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| C | | | | | | | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 715<br>C3<br><br>716<br>C4 | C3・C4<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■糸球体腎炎（急性・慢性）<br>■SLE | 臨床的意義 | 補体の第3成分であるC3は、電気泳動の易動度からβ 1C/β 1Aグロブリンとも呼ばれる分子量約19万の糖蛋白で、補体の中では血清濃度がもっとも高い。不活化されるとβ 1Cからβ 1Aに泳動上の位置が変わるためこの名がある。2本のポリペプチド鎖から構成され、主として肝臓で合成される。<br>C3は免疫複合体を介する古典経路、菌体成分を引き金とする第2経路のいずれからも活性化される点で重要である。C3転換酵素によりC3bとC3aに分解され、さらにC3cとC3d, C3gに分解される。これらの分解産物は免疫粘着現象を活性化するなどさまざまな生物学的活性を示す。一方、補体の第4成分であるC4は、β 1Eグロブリンとも呼ばれ、3本のポリペプチド鎖からなる分子量19.8万の糖蛋白である。補体成分の中ではC3に次いで多く血中に含まれる。C4は古典経路の第2番目に働く成分であり、C1の活性をC3に伝達する上で重要な役割を果たす。第2経路には関与していない。<br>血清補体価（CH50）が低下している場合、補体消費の亢進状態または産生低下を考える。通常、C3とC4は同時に測定され、古典経路、第2経路のどちらが活性化されているかを推測する。すなわち、古典経路の活性化による場合はC4低下が著明であり、C3が低下しC4が正常な場合は第2経路の活性化によるものと考えられる。C3、C4ともに高値側の場合では臨床的意義は少ない。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | ［C3低下、C4正常の場合］ 急性糸球体腎炎、膜性増殖性糸球体腎炎、C3欠損症、人工透析中　など<br>［C3正常、C4低下の場合］ 遺伝性または後天性血管神経性浮腫、C4欠損症　など<br>［C3、C4共に低下の場合］ SLE、慢性肝炎、肝硬変、悪性関節リウマチ、DIC　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| D | D | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2745 | D－Dダイマー定量<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■フィブリン分解産物を反映 | 臨床的意義 | フィブリノーゲンやフィブリンがプラスミンによって分解されると、ibrin/fibrinogen degradation products（FDP）となる。FDPは一次線溶（フィブリノーゲン分解産物; FgDP）と二次線溶（フィブリン分解産物; D-ダイマーなど）の両者を反映するため、生成されたFDPがフィブリノーゲン由来であるかフィブリン由来であるか以前は鑑別できなかった。そこで、フィブリン分解産物のみを選択的に反映するものとしてD-ダイマーが開発された。フィブリノーゲンはE分画、D分画、その他の小分画（B, β 1-42, A分画など）からできており、分解産物がフィブリノーゲン由来の場合D分画はモノマーとして存在する。一方フィブリン由来のD分画は、ＸⅢaにより相互に架橋結合を受け二量体を形成しているため、ダイマーとして検出される。したがって、D-ダイマーの測定は二次線溶、すなわち安定化フィブリン分解産物の検出法として一次線溶との鑑別に用いられる。<br>FDPが高値でD-ダイマーが正常であれば一次線溶亢進や先天性異常フィブリノーゲン血症の可能性が高く、また、D-ダイマーも高値であれば二次線溶も亢進状態にあり、代償性DICまたはpre-DICである可能性が高い。また、D-ダイマーは線溶療法のモニターとして用いられ、ウロキナーゼ（u-PA）または、組織プラスミノーゲンアクチベータ（t-PA）による線溶療法において、投与後のD-ダイマーの上昇によりその効果を知ることができる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】二次線溶の亢進状態・Pre-DIC・DIC・急性静脈血栓症・薬物投与（ウロキナーゼ、t-PAなど）・肺梗塞<br>【低値】低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D | 2452 | DHEA－S<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Cushing症候群の病型判定や副腎皮質機能低下の診断 | 臨床的意義 | 男性ホルモンの中間代謝産物である。<br>主に副腎皮質から分泌され（性腺由来DHEA-Sは1%程度）、その99%以上が硫酸抱合体（DHEA-S）として存在している。年齢で変動し思春期前に低く、思春期にピークを迎えその後斬減するが、全年齢層で男子の方が女子よりやや高値をとる。<br>ACTHにより分泌調節されるが、DHEAと比べ血中半減期が約6時間（DHEAの約15倍）と長いので、著明な日内変動を認めないという利点がある。主にCushing症候群の病型判定や副腎皮質機能低下の診断に用いられる。<br>思春期に月経不順や多毛を示す女性においては、遅発性先天性副腎過形成によるものが認められ、この診断には、ACTH負荷のDHEA-Sの測定が有用である。また、多毛症において副腎または性腺の異常によるものか鑑別するためには、デキサメサゾン負荷でのDHEA-Sの動態を調べる。 | D |
| | | | | | 疾患名 | **【高値】クッシング症候群・副腎癌・先天性副腎過形成・Stein－Leventhal症候群・特発性多毛症・思春期早発症・プロラクチン産生下垂体腺腫**<br>**【低値】アジソン病・先天性ACTH不応症・家族性男子仮性半陰陽・下垂体前葉機能不全（Sheehan症候群・ACTH単独欠損症）・心血管系疾患** | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 188 | 薬剤によるリンパ球刺激試験（DLST）<br>☑目次へ戻る | 未適用※ | ■薬剤による障害 | 臨床的意義 | 薬剤アレルギーの起因薬剤を検索する方法には、パッチテスト等、in vivoでの反応と、採血を伴うin vitroでの反応とがある。リンパ球幼若化試験は、in vitroにおいて、主に遅延型アレルギーに対する薬剤の影響を検査するものである。この遅延型アレルギーとは、抗原を認識した感作リンパ球が、リンフォカインを放出し、それによって組織障害（主として肝障害）が起こるものをいう。<br>LST（Lymphocyte Stimulation Test、リンパ球幼若化または刺激試験）は、患者末梢血から比重遠心法により、リンパ球を分離し、薬剤とともに培養してリンパ球の幼若化を観察する検査である。測定原理には、リンパ球が抗原となる薬剤に出会うと幼若化を起こし、DNA合成が盛んになることを利用している。すなわち、DNAの前駆物質でDNA合成時に細胞内に取り込まれる3H-サイミジンのリンパ球への取り込み量を、液体シンチレーションカウンターで測定し、薬剤無添加で培養したリンパ球と比べて幼若化率を判定する。感作されていれば、幼若化により3Hの取り込みが増加する。<br>陽性の場合、リンパ球はその薬剤によって感作されていると考えられ、アレルギーの起因薬剤である可能性が疑われる。しかしこれはあくまでも検査上の基準であり、健常人との比較対照が望ましい。特に漢方薬やリンパ球活性化を本来の薬理作用にもつ薬剤では偽陽性が稀ではなく、常に臨床所見や病歴と兼ね合わせて判断する必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】薬剤性肝障害・薬疹・薬剤性大腸炎・接触性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク<br>※ただし、薬疹の原因と考えられる医薬品を用いて実施した場合はリンパ球幼若化検査で算定できる。 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D | | | | | | D |
| | | | | 疾患名 | | |
| | | | | 算定条件 | | |
| 1851 | デオキシピリジノリン（DPD）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症の薬剤治療方針<br>■原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応 | 臨床的意義 | デオキシピリジノリン(DPD)は骨基質の有機成分の約90%を占めるI型コラーゲンの分子間において架橋を形成し、コラーゲン繊維の安定性に寄与している架橋物質です。このDPDは、骨基質内で成熟したコラーゲンのリジン残基に対する特異的な酵素の作用により形成され、単独あるいは成熟前のコラーゲンでは生成されません。そして、骨破壊時のコラーゲンの分解に伴い骨外へ放出されますが、体内では代謝を受けずに尿中に排出されます。また食事に含まれていても消化管からは吸収されません。したがって尿中のDPD量の測定は骨吸収の状態を評価するための良い指標になると考えられており、骨ページェット病、原発性副甲状腺機能亢進症、骨粗しょう症、ビタミンD欠乏性骨軟化症あるいは癌の転移など骨代謝の異常が伴う疾患群において尿中DPD値が正常群に比べ有意に上昇すること、これらの疾患の治療時に治療効果を反映して変動することが報告されています。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】Paget病・原発性副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D | 461 | DUPAN－2<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■膵癌<br>■肝胆道癌 | 臨床的意義 | 血中DUPAN-2値とLewis血液型は、CA19-9の場合と裏返しの関係にあり、Le抗原陰性者でより高値を示すという。<br>DUPAN-2は、膵癌、肝・胆道癌にはとりわけ高い陽性率を示し、これら悪性疾患の診断補助ならびに術後・治療後の経過観察に有用な指標となる。<br>なお、DUPAN-2の健常者cut-off値として一般に 150U/mLが用いられているが、良性疾患においてはかなりの偽陽性が認められる。癌特異性を考慮する場合には400U/mLをより高次のcut-off値として利用することが望ましい。 | D |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】膵癌、肝細胞癌、胆道癌、肝内胆管癌、大腸癌、慢性膵炎、慢性肝炎、肝硬変、胆石症、消化管潰瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| E | E | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 各コード | EBウィルス（EIA）（FA）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■伝染性単核球症 | 臨床的意義 | EBウイルス抗体はVCA（外殻抗原）、EA-DR（早期抗原）およびEBNA（核内抗原）の3種類の抗原に対する抗体が存在します。VCAとEA-DRはEBウイルスが溶解感染を起こしたときに発現し、EBNAは潜伏感染したときに発現する蛋白です。EBウイルスの初感染ではVCA-IgM抗体が出現し、伝染性単核症の急性期に認められ、確定診断に利用されます。VCA-IgG抗体は既往感染で陽性となり、再活性化により異常高値となります。EBNA抗体は初感染の回復期から陽性になり持続的に検出されます。<br>よって、伝染性単核症の診断では、VCA-IgM抗体とEBNA抗体または、VCA-IgG抗体のペア血清とEBNA抗体を検査します。再活性化したEBウイルスが慢性的に活動する慢性活動性EBV感染症では、VCA-IgG抗体やEA-DR-IgG抗体を検査します。<br>EBウイルス（EBV）は口腔内に存在し、主な感染源は唾液といわれている。本邦では、就学前に人口の80%以上が不顕性に感染し、抗体を保有している。<br>EBVの抗体価は、ウイルス自体の性質から、通常3種類の抗原に対して測定される。すなわち、VCA（Viral Capsid Antigen; ウイルスカプシド抗原）、EA-DR（Early Antigen-Diffuse and Restrict complex; 早期抗原）、EBNA（EBV Nuclear Antigen; EBV核内抗原）である。実際には各々のIgG、IgA、IgMクラスの抗体が測定される（EBNAを除く）。これらの抗体価が一定のパターンで推移することを利用して、EBV感染の進行状況が診断される。<br>初感染の場合、一般にVCA-IgG、VCA-IgM、EA-DR-IgGが出現する。特にVCA-IgGはほぼ100%検出される。続いて数カ月後にEBNAが出現する。<br>EBV感染により引き起こされる代表的な疾患は伝染性単核球症（infectious mononucleosis; IM）、バーキットリンパ腫（Burkitt's lymphoma; BL）、上咽頭癌（nasopharyngeal carcinoma; NPC）などである。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】伝染性単核症・慢性活動性EVB感染症・バーキットリンパ腫・上咽頭癌・日和見Bリンパ腫(最近、胃癌との関連も指摘されている) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| E | 422<br>非妊婦 | エストラジオール（E2）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■エストロゲン産生腫瘍<br>■更年期障害 | 臨床的意義 | エストロゲンとしては多種確認されているが、エストロン、エストラジオール、エストリオールの3つが主である。このうち、生理活性の最も高いエストラジオールが重要となる。エストラジオールは、主として卵巣から産生され、卵胞発育に伴い特徴的な分泌パターンを示し、妊娠中は胎盤性エストロゲンの一部として、思春期、不妊症、更年期、閉経婦人における卵巣機能の評価として重要な意味をもつ。 | E |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】エストロゲン産生腫瘍（卵巣顆粒膜細胞腫・卵巣莢膜細胞腫）・卵巣過剰刺激症候群（OHSS）・先天性副腎皮質過形成・肝疾患・多胎妊娠<br>【低値】卵巣機能低下（不全症）・卵巣低（無）形成（Tyrner症候群）・早発閉経（POF）・低ゴナドトロピン症（Sheehan症候群・Simmonds症候群・Chiari－Frommel症候群）・神経性食欲不振症・胎盤サルファターゼ欠損症・胎盤機能不全<br>**【異常】更年期障害** | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 424<br>非妊婦 | エストリオール（E3）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■胎児・胎盤機能<br>■双子・巨大児（高値）<br>■胎児死亡・胎児仮死（低値） | 臨床的意義 | E3は胎児・胎盤両者の機能を反映しており、ヒト胎盤性ラクトーゲン（human placentral lactogen ; hPL）が胎盤の発育と機能の指標であり、その分泌調節に胎児自身の関与が少ないことと対照的といえよう。母体尿中E3値は胎児・胎盤系機能の指標として現在、臨床上最もよく測定されている。尿中エストロゲンの大部分がE3であることから、尿中総エストロゲンを測定し、E3値とする簡便法がよく用いられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】双胎・巨大児<br>【低値】子宮内胎児死亡・重症妊娠中毒症・胎盤サルファターゼ欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| F | F | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 588 | FDP血中）<br>（フィブリン分解産物）<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC<br>■生体内での線溶の亢進状態を | 臨床的意義 | フィブリノーゲンまたはフィブリンがプラスミンによって分解されたものを言う。線溶亢進の代表的な指標である。ここでいうFDPとは広義のFDPをさし、一次線溶すなわちフィブリノーゲンの分解産物（FgDP）と、二次線溶つまりフィブリン由来の分解産物（狭義のFDP）を合わせた総称である。<br>広義のFDPの測定は、生体内での線溶の亢進状態を知るスクリーニング的意味を持つ。つまり広義の血中FDPの増加は血管内での急激な線溶を意味し、血管内血栓形成およびその溶解現象の存在を反映する。このためFDPはDICや血栓症の診断、血栓溶解療法時のモニタリングに用いられる。<br>さらにこの広義のFDPが高値であった場合、フィブリノーゲン由来（一次線溶）であるか、フィブリン由来（二次線溶）であるかの鑑別が必要となる。すなわちFgDP（フィブリノーゲン由来）のD分画はモノマーであるのに対し、FDP（フィブリン由来）ではD分画はダイマーである。したがってD-ダイマー高値の場合は、二次線溶亢進を疑う。<br>一方、尿中FDPでは上記の「広義のFDP」が測定され、腎疾患、とりわけ腎糸球体局所における凝固線溶動態の指標に応用されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】播種性血管内凝固症候群（DIC）・ウロキナーゼ大量投与時・悪性腫瘍・血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)・糸球体腎炎・胎盤早期剥離・溶血性尿毒性症候群(HUS)・膠原病・一次および二次線溶の亢進・、血栓症・出血 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 146 | 血清鉄(Fe)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 生体内の鉄の総量は約4000mgであり、その2/3は赤血球内の血色素として存在し、1/3弱は貯蔵鉄（フェリチンとヘモジデリン)として実質臓器内にある。そして、血清中の鉄はトランスフェリンと結合しており、それ以外の形では存在しない。貯蔵鉄プールから動員された鉄はトランスフェリンと結合して血清鉄となり、血清中を流れて骨髄の赤芽球に摂られて赤血球ヘモグロビンとなる。赤血球の寿命は平均120日で、崩壊した赤血球は細網細胞で結合して血清鉄として再び造血に用いられるか、あるいは 貯蔵鉄プールへ入る。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】再生不良性貧血、溶血、肝障害、鉄剤使用時、反復輸血後、急性肝炎の初期、ヘモクロマトーシス<br>【低値】鉄欠乏性貧血<br>急性・慢性炎症、感染症、腫瘍、組織壊死<br>二次性貧血、真性多血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | 586 | Fib<br>（フィブリノーゲン）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓生成や止血血栓の主役を担う。 | 臨床的意義 | 生体内半減期は3～4日の糖蛋白である。肝実質細胞で産生され、その約80%は血漿中に、残りが組織に分布している。フィブリノーゲンは血液凝固第Ⅰ因子と呼ばれ、血液凝固の最終段階でトロンビンの作用によってフィブリンとなる。フィブリノーゲンはゲル化してフィブリンとなることで、血栓生成や止血血栓の主役を担う。<br>フィブリノーゲンの減少は先天的疾患としては、無および低フィブリノーゲン血症、異常フィブリノーゲン血症の一部が知られている。<br>後天的に減少する疾患としては、高度肝障害によるフィブリノーゲンの生成障害があげられる。また、消費の亢進による減少には、DIC、血栓症、大量出血がある。血栓症治療に用いられる蛇毒製剤投与によってもフィブリノーゲンを減少させることがある。<br>一方、フィブリノーゲンは加齢にともなって増加する傾向がある。また、感染症、妊娠、妊娠中毒症などでフィブリノーゲンのゆるやかな上昇が認められる。 | F |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】(後天的増加)感染症・悪性腫瘍・脳梗塞・心筋梗塞・糖尿病・ネフローゼ症候群・膠原病・手術後・血漿分画製剤の投与・ヘパリン投与中止後<br>【低値】(先天的減少)無(低)フィブリノゲン血症<br>(後天的減少)①消費亢進・・・DIC・巨大血栓症・大量出血・蛇毒②線溶亢進・・・ショック(感電)・血栓溶解療法・③産生低下・・・重症肝障害・L－アスパラギナーゼ投与 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 344 | 卵胞刺激ホルモン<br>（FSH）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣、精巣刺激ホルモン | 臨床的意義 | 卵胞刺激ホルモン(FSH)は、黄体形成ホルモン(LH)と共に下垂体前葉から分泌されるゴナドトロピンで、標的臓器である卵巣や精巣など性腺を刺激する作用をもつ。FSH、LHは視床下部から分泌されるLH-RHにより刺激され、さらにエストロジェンなどの性ホルモンによるフィードバックで分泌が調節されている。FSHが低値となる疾患はほとんどが下垂体異常によるもので、通常はLHの低下を伴う。逆にゴナドトロピン高値になる病態には卵巣性無月経などの性腺機能低下症が挙げられる。これは視床下部-下垂体系へのネガティブ・フィードバックが弱まるために起こるもので、閉経後ゴナドトロピンが高値になるのも同じ機序による。多嚢胞性卵巣症候群(PCO)ではLHのみ上昇し、FSHは正常であるためLH/FSH比は通常より上昇し1以上になることが多い。視床下部－下垂体系の異常部位診断にはLH-RHテストを行う。すなわち、LH-RHを負荷して下垂体ゴナドトロピンの分泌を刺激する試験であるが、LHの方がFSHより変動幅が大きいため、より良好な下垂体の反応性の指標となる。正常では投与後にLHが一定レベルまで上昇する。なお、女性ではLH、FSHとも性周期により大きく変動するため採血時期に留意が必要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性睾丸機能不全・卵巣性無月経・多嚢胞卵巣症候群(LHは持続的高値、FSH正常)・Turner症候群<br>【低値】続発性睾丸機能不全・視床下部性無月経・Kallman症候群・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | 362 | 遊離トリヨードサイロニン（FT3）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺機能亢進症 | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモン（T3、T4）は血中ではほとんどが結合蛋白（主にTBG）と結合している。トリヨードサイロニン（T3）において、遊離型（FT3）は総T3のほぼ0.2～0.3%であり、遊離型のみ生理活性をもつ。また甲状腺ホルモンの中でT3は最も強い活性がある。<br>　従来はFT3自体の測定が困難であったが、近年では容易になり、自己抗体の影響を受けない測定法も開発されている。またFT3を測定することはTBGの影響を受けないので、TBG異常症患者の甲状腺機能の把握に有用である。<br>　FT3は日内変動も小さく、食事、運動の影響も受けないので特に採血上の制約はない。甲状腺機能亢進症の治療による寛解例では、一般にFT3はFT4に遅れて正常化するといわれている。一方病態増悪時には逆になるためこれらの測定は病状把握に有用である。<br>【】 | F |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺機能亢進症（バセドウ病・Plummer病・TSH産生腫瘍）・破壊性甲状腺炎（亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性化膿性甲状腺炎）<br>【低値】甲状腺機能低下症（橋本病・特発性粘液水腫）・下垂体、視床下部性甲状腺機能低下症 【低下症の場合はFT4と同じ動きをするため算定不可】 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 365 | 遊離サイロキシン（FT4）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺機能低下症<br>■甲状腺機能亢進症 | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモン（T4、T3）は大部分が結合蛋白（主にTBG）と結合している。サイロキシン（T4）においては、遊離型（FT4）の占める割合はおよそ0.02～0.03%である。遊離型のみ生物活性をもつのでFT4を測定することは重要であるが、以前は測定自体が困難で、主に総サイロキシンが測定されてきた。しかし近年では容易に測定できるようになり、また抗T4抗体の影響を受けない測定系も開発されたので甲状腺機能検査の主流になっている。<br>　日内変動や食事の影響がほとんどないので特に採血上の制約はない。高値が認められた場合は、甲状腺機能亢進症か亢進を伴わない甲状腺中毒症を鑑別するためにヨード摂取率を検査する。TBG異常もチェックする必要があり、T4、あるいはT3、TBGも測定するのが望ましい。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺機能亢進症（バセドウ病・Plummer病・TSH産生腫瘍）・破壊性甲状腺炎（亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性化膿性甲状腺炎）<br>【低値】甲状腺機能低下症（橋本病・特発性粘液水腫）・下垂体、視床下部性甲状腺機能低下症・低アルブミン血症（ネフローゼ症候群・肝硬変） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| G | G | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | G |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2474 | グリコアルブミン（GA）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■糖尿病<br>■甲状腺機能低下症 | 臨床的意義 | アルブミンの生理的半減期が約17日であることから、血中のグリコアルブミン量は過去1～2週間の平均血糖値を反映する。グリコヘモグロビン（HbA1C）が過去1～2カ月間の平均血糖値を反映するのに対し、より短期間の血糖変動の指標としてGAは開発された。また、特に透析患者においては、糖尿病性腎症合併患者の血糖コントロール指標としてHbA1Cよりも意義が認められる。すなわち、GAは蛋白の糖化度を総量ではなく%で算出するため、比較的低蛋白血症の影響を受けにくい。<br>　またHbA1Cと比較しても、腎不全に伴う高窒素血症で生ずるカルバミル化Hb（みかけ上高値をとる）の影響をGAは受けない利点を持つ。<br>　日常臨床上しばしば認められるヘモグロビン異常症（HbA1Cの異常低値で発見されることが多い）ではHbA1Cに代わる血糖コントロール指標としてGAは有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病・肝硬変・甲状腺機能低下症<br>【低値】甲状腺機能亢進症・ネフローゼ症候群・高度の火傷 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2740 | (抗)GAD抗体<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Ⅰ型糖尿病の診断 | 臨床的意義 | IDDMは主に若年層に発症し、治療にインスリン注射が不可欠となる疾患です。従来より抗膵島細胞質抗体（ICA）がIDDMの予知マーカーとして知られていますが、抗GAD抗体はこれに匹敵するものです。発症初期のIDDM患者の陽性率は8割を越えます。また、中高年のNIDDMで経過中にインスリン依存状態が出現するSlowly progressive IDDMでも陽性となります。抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体は，インスリン依存性糖尿病(IDDM)に高頻度に検出される膵β 細胞に対する抗体である。GADは1990年Baekkeskovらによって抗膵β 細胞64KD蛋白抗体の抗原であることが報告された。膵β 細胞破壊に起因するインスリン不足により発症するIDDMにおいては，抗GAD抗体が高頻度に検出され，IDDM発症の診断的マーカーとして抗GAD抗体の測定は有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】Ⅰ型糖尿病・インスリン依存型糖尿病（IDDM）・将来インスリン依存型糖尿病（IDDM） になる可能性のあるインスリン非依存型糖尿病（NIDDM） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G | 2553 | 癌関連ガラクトース転移酵素（GAT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | GATはCA125のような既存の腫瘍マーカーに比して卵巣癌に高い特異性を示すことが明らかになっている。たとえば、CA125は卵巣癌において70～80%の高い陽性率を示す反面、良性疾患である子宮内膜症（内膜症性嚢胞）でも約50%が陽性化することから、検査値のみでの両者の鑑別は困難であった。 これに対して、GATの婦人科良性疾患における偽陽性率は10%未満である。なわち、内膜症性嚢胞を有する、または内膜症性嚢胞が疑われる患者での卵巣癌の診断や治療モニタリングにはGAT測定が有用となる。<br>なお、妊娠中期以降ではcut-off値を超える高値を呈することがある。年齢・性周期による影響は認められない。 | G |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】卵巣癌（内膜症性嚢胞を有する患者またはその疑いのある患者で卵巣癌を疑う場合） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 476 | 抗GBM抗体（抗糸球体基底膜抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群 | 臨床的意義 | 抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)が腎炎を惹起させることが馬杉をはじめとして多くの研究者により証明されている。ヒト腎炎においても、抗GBM抗体が関与していることが1967年Lernerらにより示され、腎炎が自己免疫疾患としても注目された。抗GBM抗体が関与するものの多くは、形態学的に半月体形成性糸球体腎炎の像を呈し、臨床的には急速進行性腎炎症候群(RPGN)の経過をとり急速に腎死に至る予後不良の腎炎である。血中の抗GBM抗体の検出は、抗GBM抗体腎炎の早期診断と治療の指標として必要な検査である。疾患における抗GBM抗体の関与を知る目的で行う。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】グッドパスチァ-症候群・急速進行性腎炎・ループス腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G | 341<br>血中 | 成長ホルモン<br>（GH）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>Ⅱ | ■巨人症<br>■下垂体前葉機能低下症 | 臨床的意義 | 下垂体前葉から分泌されているペプチドホルモンの一種であり、22kDa、20kDa、17kDaなど分子量が異なった数種のvariantからなっている。その調節は視床下部ホルモンである成長ホルモン分泌促進因子(growth hormone releasing factor ; GRF)や成長ホルモン分泌抑制因子(growth hormone inhibiting factor ; GIF、ソマトスタチン)などによりなされている。下垂体から分泌されたGHの一部は成長ホルモン結合蛋白(GHBP)と結合して、標的臓器に運ばれ直接的に、または主に肝臓で産生されるインスリン様成長因子I(insulin like growth factor Ⅰ ; IGF-I)を介し間接的に成長促進作用、脂質・糖代謝作用を示している。下垂体性小人症などの下垂体よりのGH分泌不全、または巨人症、先端肥大症でみられる分泌過剰の状態を診断あるいは評価するのが主な目的である。 | G |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】巨人症・Lanon型小人症・異所性GH産生腫瘍・神経性食欲不振症・低栄養患者<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・下垂体性小人症・GH単独欠損症・性腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 66 | グアナーゼ<br>（GUA）<br>☑目次へ戻る | 生化<br>Ⅰ | ■慢性肝炎<br>■肝硬変<br>■アルコール性肝障害 | 臨床的意義 | 肝や腎、脳に多く含まれているが、腎疾患や脳疾患での上昇はまれである。AST（GOT）のように筋肉にはほとんど含まれていないため、肝疾患により特異的であるとされる。<br>　C型肝炎などの非A非B肝炎の検査体制が整っていなかった時代には、その補助診断にグアナーゼがよく用いられていた。C型肝炎急性期や急性憎悪期ではASTやALTに先だって上昇し、またこれらが正常化した後も高値を持続することがあるため現在でも補助診断として用いられることがある。<br>　またグアナーゼは腎梗塞で上昇することがあるが頻度はそれほど高くはない。凍結、融解を繰り返すと失活するので注意を要する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（高値6．0以上）急性肝炎・劇症肝炎<br>（中等度2．5～6．0）慢性肝炎(活動型)・肝癌<br>（軽度1．5～2．0）慢性肝炎(非活動型)・脂肪肝・肝硬変・腎梗塞 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| H | H | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 482 | ヒト心房性Na利尿ペプチド（h－ANP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■急性心不全<br>■慢性心不全 | 臨床的意義 | アミノ酸28個からなるホルモンで，主に心房で合成，貯蔵され血中に分泌される。またANPは，腎臓に働き利尿を促進すると同時に，末梢血管を拡張し血圧降下作用物質としても働く。又心房以外に心室や中枢神経系にも存在している。また，ANPにはα，β，γ の3種の分子型があり，ホルモンとして血中を循環しているのはα −ANPで，最も強力な生理活性を示す。ANPシステムの障害が高血圧の発症，浮腫性疾患を引き起こす可能性が高く，血中ANPの測定は，浮腫を伴う疾患の診断，特に，心機能，腎機能障害の診断及び重症度の判定，血液透析における体液量の管理に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心不全、慢性心不全、うっ血性心不全、本態性高血圧、腎不全、心筋梗塞<br>【低値】尿崩症、甲状腺機能低下症、脱水、食塩摂取制限時 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 903 IgG<br>913 IgM | IgG HA抗体<br>IgM HA抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■A型肝炎 | 臨床的意義 | A型肝炎は流行性肝炎とも呼ばれ，主として糞便を介して食物，飲料水から経口感染により発熱，全身性倦怠感を初症状として発症する急性肝炎の病原ウイルスで，季節（冬から春）あるいは地域的な流行が見られる。HA抗原は，感染初期に一過性に血中や便中に出現するが，日常検査は血中の抗体検査を行う。意義としては，A型肝炎の診断と感染の既往の有無である。しかし，B型肝炎に比べ経過が短く，一般的に予後は良く慢性化するものはない。なお，糞便中の抗体はIgA型である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】A型肝炎ウイルス感染症 【IgM−HA抗体】A型肝炎急性期<br>【阻害率について】患者様側の抗体に人工的に抗原を反応させて、残った抗原を試薬側の抗体と反応させ発光させて測定しています。患者側の抗体が多いほど抗原は試薬側の抗体と反応するのを阻害されますので（阻害率が高い）、抗体量が多いということになり（+）の判定になります。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | 570 | HbA1c<br>（グリコヘモグロビン）<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■糖尿病 | 臨床的意義 | Hb-A1cは、赤血球のヘモグロビンAと血液中のブドウ糖とが結合したもので「グリコヘモグロビン」といいます。<br>血糖検査では、血液を採取したときの血糖値しかわかりませんが、Hb-A1cは、約120日間血液中に存在するため、1～2ヶ月間の血糖の状態を推測することができます。そのため、Hb-A1cは、糖尿病の確定診断の指標となったり、病気の経過を観察するのに役立ちます。基準値より高い場合は、1～2ヶ月の血糖値が高かったり、糖尿病の管理がうまくいっていないことを示しています。赤血球の中にあるヘモグロビンを細かくみると、いろいろな種類があります。そのなかには、糖(グルコース)が結合したタイプのヘモグロビンがあります。このようなヘモグロビンは、ヘモグロビンA1cと呼ばれています。<br>■ヘモグロビンA1cで糖尿病の状態がわかる<br>血糖値が高い状態が続いていると、ヘモグロビンの中で糖の結合したヘモグロビンA1cが増えてきます。そのため、ヘモグロビンの中でヘモグロビンA1cが何%くらいあるかを測定することによって、糖尿病の状態がわかります。 | H |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病・溶血性疾患・低血糖・肝硬変ヘモグロビンF・尿毒症・アルコール中毒・アスピリン大量服用・鉛中毒・高ビリルビン血症・乳ビ血症<br>【低値】溶血性疾患・低血糖・肝硬変・赤血球寿命の短縮・ヘモグロビンS・ヘモグロビンC・ヘモグロビンE | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 439 | HCG－β サブユニット<br>（血中）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■胞状奇胎<br>■絨毛癌 | 臨床的意義 | ■HCGβ －サブユニットは、睾丸腫瘍、流産、子宮外妊娠、絨毛癌、異所性β －HCG産生腫瘍、ダウン症候群などの疾患で、絨毛組織やHCGを産生する組織の存在を知るマーカーとなり、治療の指標にもなる。もちろん、正常な妊娠でも同様に上昇する。α －サブユニットについては生理的意義に不明な点が多いが、β －サブユニットについては研究が進み、α 鎖と結合していないフリーβ －HCGの測定が行われるようになった。すなわち本検査では、HCG、LH、FSH、TSHの交叉反応は認められず、β －HCGが特異的に測定される。<br>■胞状奇胎の治療後はこのhCGの順調な低下をしっかりと追跡する必要がありますが、測定の際元々存在するLHと交叉反応なるものが生じることがあるので（構造が半分似てますから）、追跡の際には、β －hCGやhCGβ －CTPなどを測定しています。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】胞状奇胎、絨毛癌、異所性絨毛上皮腫、睾丸腫瘍、その他のHCG産生腫瘍（卵巣癌、膵癌など）、妊娠<br>【低値】低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | 各コード | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG定量）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■胞状奇胎<br>■絨毛癌 | 臨床的意義 | 胎盤絨毛細胞から分泌される分子量約38kDaの性腺刺激ホルモンである。妊娠によって大量に分泌され、妊娠の診断や絨毛性疾患の管理などに広く用いられる。<br>現在用いられている高感度な方法では、排卵後10日程度で検出されはじめ、妊娠9～12週位まで急速に上昇する。画像診断と併せてHCGを測定し、正常妊娠か、胞状奇胎や子宮外妊娠かを鑑別するのに有用である。<br>胞状奇胎ではHCGは高値を示すがHPLは一般に低値である。絨毛癌ではβ -HCGが産生されることが多いので同時に測定することが望ましい。<br>最近では絨毛性疾患以外でも、異所性HCG産生腫瘍として卵巣癌、胃癌、肺癌などのマーカーにも使われることがある。<br>胞状奇胎の治療後はこのhCGの順調な低下をしっかりと追跡する必要がありますが、測定の際元々存在するLHと交叉反応なるものが生じることがあるので（構造が半分似てますから）、追跡の際には、β -hCGやhCGβ -CTPなどを測定しています。 | H |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】妊娠・胞状奇胎・絨毛癌・異所性HCG産生腫瘍（睾丸腫瘍・卵巣癌・子宮癌・膵癌・胃癌）<br>【低値】切迫流産・子宮外妊娠・胎児死亡 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 92 | HDLコレステロール<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■善玉コレステロール<br>■動脈硬化症（低値） | 臨床的意義 | 肝臓から末梢へのコレステロール供給はLDLコレステロールの形で運ばれ、末梢から肝への転送はHDLコレステロールの形で行われる。正常人血清中のコレステロールは大体LDLが75%、HDLが25%で構成され、さらにHDLは2と3の亜分画に分けられる。肝臓や小腸で合成されたHDLはレシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ（LCAT）により球形のHDL3になり、その後トリグリセライド多含有リポ蛋白からコレステロール、リン脂質を受け取りHDL2になる。<br>HDLは蛋白質約50%、脂質50%で構成され、このHDL分画中のコレステロール量がHDLコレステロール（HDL-C）である。<br>HDL-Cは抗動脈硬化作用を有し、またHDL-C量と冠動脈硬化性心疾患（CHD）の発症率とは負の相関があるので、一般に善玉コレステロールと呼ばれている。一方、低HDL-C血症や高LDL-C血症はCHDの危険因子とされている。<br>高HDL血症は長寿症候群にみられる。近年家族性高HDL-C血症が、HDLのコレステロールエステルをLDLやVLDLに受け渡す役割を持つコレステロールエステル転送蛋白（CETP）の欠損症と関連が明らかになり注目されている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】CETP欠損症、家族性高αリポ蛋白血症、原発性胆汁性肝硬変症　など<br>【低値】Tangier病、LCAT欠損症、LPL欠損症、アポA-Ⅰ欠損症、アポC-Ⅱ欠損症、慢性腎不全、糖尿病、甲状腺機能異常　、動脈硬化症、脂質異常症など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | 2039 | HER2蛋白<br>（血清中）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■乳癌をはじめとする悪性腫瘍 | 臨床的意義 | HER2蛋白はその遺伝子産物であり、分子量185kDaのチロシンキナーゼ活性をもつ受容体型蛋白である。種々の腺癌などで認められるが、特に乳癌では15～20%の患者にHER2/neu遺伝子の増幅によるHER2蛋白の過剰発現が認められ、このような症例では予後が一般に不良とされる。肝臓をはじめとする多臓器転移症例で陽性率が高く、過剰発現症例ではホルモン療法が奏功し難く、術後再発率も高いとされる。乳癌以外の腫瘍では、胃癌などで陽性例が認められるが、乳癌に比較すると発現量が少ないため、一般に陽性率は低い。<br>本蛋白が高度に発現している症例では、HER2受容体に対して人工的に合成された抗体である抗癌剤、トラスツズマブ（商品名ハーセプチン）の奏功率が高いとされる。このためHER2蛋白定量は、本剤の治療効果予測にきわめて重要な検査であり、摘出した腫瘍組織が検体に用いられる。実際には、IHC法により免疫化学染色を行い、スコアによりHER2の過剰発現の有無を判定するかまたはFISH法によりHER2遺伝子の増幅をHER2/CEP17のシグナル比により確認する。<br>なお、血清中HER2蛋白定量は肝炎や肝硬変などで軽度上昇をみることがあるので注意を要する。判定に際しては肝機能障害の有無を考慮する。 | H |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】乳癌をはじめとする悪性腫瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2651 | 肝細胞増殖因子<br>（HGF）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■劇症肝炎<br>■亜急性肝炎 | 臨床的意義 | 肝細胞増殖因子（HGF）は劇症肝炎患者の血中に多く存在し、非常に強い肝細胞増殖活性をもつ蛋白である。 劇症肝炎は非常に致命率の高い疾患である。従来まではPT、ヘパプラスチンテストのような血液凝固系のマーカーが診断に用いられていたが、これらのマーカーでは早期に診断することが困難であり、異常値を呈するころには肝細胞の壊死が高度に進行している場合もまれではない。<br>HGFの測定は、これらの凝固型マーカーが異常値を示す前の早期段階で、劇症化の予知を行い、肝性脳症が発現する前に血漿交換等の適切な治療に踏み切るための有用な指標である。<br>HGF値の変動は総ビリルビン値やICG 15分停滞率とよく相関するといわれる。<br>なお、亜急性肝炎、急性肝炎などでも上昇をみるが、劇症肝炎に比較すると上昇は軽度（多くは1.0ng/mL以下）に留まる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】劇症肝炎・亜急性肝炎・遅発性肝不全・急性肝炎・肝硬変・肝癌・腎移植術後・慢性腎不全・肺炎・白血病・妊娠初期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | 2935 | HTLV－Ⅰ抗体（ATLA）（半定量）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■成人T細胞性白血病 | 臨床的意義 | HTLV-Ⅰは、成人T細胞白血病（Adult T-cell Leukemia; ATL）の原因ウイルスである。ヒトリンパ球DNA中にプロウイルスDNAとして組み込まれ、持続感染し、そのごく一部の患者が白血病を発症する（すべての感染者ではない）。その感染経路には、輸血等による血液の注入、母子感染（主に母乳）、性行為による感染などがあり、感染リンパ球が移行することにより感染が成立する。検査の進め方としては、検体（血清または血漿）をCLEIA法やPA法で検査し、その結果が陽性の場合は再検査により確認する。再び陽性の結果が出た場合は、その検体についてさらに蛍光抗体法またはウェスタンブロット法などで確認試験を行う。この確認検査が陽性と出たものをHTLV-Ⅰ抗体陽性と判定している。 ATLの診断は、臨床像→血液像→血清学的ウイルス診断→DNA診断と進められる。 また、母子感染の予防対策として妊婦の抗体スクリーニング検査が実施される場合もある。 40才以上の感染者の場合、1年間に発病する危険率は男女平均して約1,300人に1人で、HAM*の有病率は感染者の約2,000～3,000人に1人と推測されている。 | H |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】成人T細胞性白血病・T細胞性悪性リンパ腫・HTLV-Ⅰ関連疾患として脊髄疾患（HAM）・慢性肺疾患・肺日和見感染症・慢性腎不全・非特異的皮膚真菌症・ぶどう膜炎等 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1035 | HIV抗原・抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■AIDS（HIV感染症）<br>1型が圧倒的に多い。HIV-2は西アフリカに生息するスーティーマンガベイと言う、オナガザル科の猿に免疫不全を 起こすウイルスが起源と考えられています。その為、2型は、一部地域にしか発見されていない。 | 臨床的意義 | ヒト免疫不全ウイルス（HIV）はHIV-1が1983年に米国で発見され、すでに1981年に報告されていた後天性免疫不全症候群（AIDS）の原因ウイルスとして一躍有名になった。日本での報告例では圧倒的にHIV-1が多い。HIV感染のプロセスはHIVの膜蛋白gp120/gp125がTリンパ球などの表面に発現しているCD4抗原のD1ドメインに結合し、外被膜と細胞膜の融合が起こることによりHIVが細胞内に入り込み感染が成立する。検査には抗体系検査と抗原系検査がある。一般にCLIA法やPA法などによる抗体検査はスクリーニングに用いられるが、陽性になった場合の確認試験としてウェスタンブロット法が用意されている。抗原検査は主にp24などのHIVコア抗原が測定される。遺伝子検査では、PCR法が実用化されており、ウイルス量を把握することもできる。感染成立からAIDS発症までの時期予測に関しては、侵入したウイルスの量が重要なポイントとなるため、またウイルス剤による治療が可能となった現在、PCR法によるウイルス定量は治療後のモニタリングなどにたいへん有用となっている。HIVはCD4陽性細胞に感染し、これを破壊してカリニ肺炎などの日和見感染を発来させるため、経過観察にはCD4陽性細胞数やCD4/CD8比の測定がよく行われている。<br>スクリーニング検査。抗原、1抗体、2抗体のIgG、IgMを検査している。感染より4～8週間は陽性と成りにくいので、必ず8週間以上経過してから検査 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】AIDS（HIV感染症） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 587 | ヘパプラスチンテスト（HP）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■肝細胞障害 | 臨床的意義 | 本検査は、一般にヘパプラスチンテスト（HPT）といわれるが、これは“肝臓の”という意味のhepaとplastinからなる造語に由来する。同様の検査として知られる「複合因子T（トロンボテスト; TT）」とは、PIVKA（protein induced by vitamin-K absence）の影響を受けない点で異なっている。したがって、TTとHPTの差から、PIVKA-Ⅱの関与度（PIVKA指数）を算出することも可能である。ちなみにPIVKAとはビタミンK欠乏時に産生される異常プロトロンビンであり、肝細胞癌でも異常産生される蛋白質である。トロンボテストでは、PIVKAの一つであるPIVKA-Ⅱにより測定値が影響を受け、肝の実質障害を正しく評価することが困難になる。したがって、このような場合には複合因子Hの測定は病態の把握に有用である。<br>測定法は、PIVKA様阻害物質の影響を受けないウサギ脳トロンボプラスチンにウシ吸着血漿（第Ⅴ因子源）、カルシウムからなる試薬を用いて、凝固時間の測定を行い、得られた凝固時間を希釈曲線により活性値（%）に換算し算出する。本検査は凝固第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子が肝で産生されることから、前述のように主に肝実質障害の指標として用いられる。またトロンボテストと同時に測定し、両者の値を比較することにより、PIVKAの存在を推定することにも用いられる。<br>以下にPIVKA指数（inhibitor index）の計算方法を示す。<br>PIVKA指数（inhibitor index）＝{HPT（%）－TT（%）}／HPT（%）<br>参考基準値：－0.20～0.20<br>（0.20以上であればPIVKAの出現を推定）<br>HPT（%）：ヘパプラスチンテスト<br>TT（%）：トロンボテスト |
| | | | | 疾患名 | 【高値・延長】高ビタミンK含有食品の摂取・経口避妊薬投与・凝固亢進状態（高脂血症・妊娠など）<br>【低値・短縮】肝実質細胞障害に伴う蛋白合成能の低下・ワルファリンによる経口抗凝固療法・新生児出血性疾患・ビタミンK欠乏症・ビタミンK吸収障害・胆道閉塞症・重症肝障害・DIC |
| | | | | 算定条件 | 未適用 |
| 441 | ヒト胎盤性ラクトジェン（HPL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■多胎妊娠胞<br>■状奇胎<br>■胎盤機能不全 | 臨床的意義 | 分子量約22kDaの蛋白ホルモンでHCGと共に胎盤で産生される。HPLの生物作用は、母体組織に働いて糖・脂質代謝に関与することにある。すなわち、遊離脂肪酸やグリセロールの放出を増加させ、これを母体のエネルギーとして使わせることでグルコースの消費を抑制する。余ったグルコースは胎盤を経由して胎児に与えられ、これが胎児のエネルギーになり発育を促進させる。HPLの血中半減期は10～20分と非常に短いので胎盤異常が短時間で母体血中に反映される。正常妊娠では、妊娠約8週位から上昇しだし、36週ごろピークになる。子宮内胎児発育遅延（IUGR）ではHPL値は28週ごろから増加せず低値で推移する。胞状奇胎の場合は、妊娠週に比べて低値になるがHCGは高値を示す。多胎や巨大児の場合は高値を示す場合が多い。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】多胎妊娠・Rh血液型不適合妊娠・高度の肝疾患腎疾患を合併した妊娠<br>【低値】胎盤機能不全・妊娠中毒症・切迫流産・切迫早産・胎児仮死・胞状奇胎 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

H

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | 2636 | HPV－DNA同定<br>（中～高リスク）<br><br>☑目次へ戻る | 微生物 | ■尖圭コンジローマ<br>■子宮頸部癌<br>※子宮頸部細胞診の結果、ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対してHPV検査を行った場合に限り、「HPV核酸同定検査」を算定できます。 | 臨床的意義 | 性行為感染症（STD）起因ウイルスの一つ、ヒト・パピローマ・ウイルス（HPV） 感染を、DNAの同定により判定する検査である。HPVは尖圭コンジローマ、子宮頸部癌などの一因とされるウイルスであるが、DNA型により病原性の程度が異なるため、本検査では低リスク型群と中・高リスク型群に分けて判定が行われる。 HPVは、皮膚や生殖器粘膜における尖圭コンジローマ、子宮頸部癌・外陰癌の発生に関与することで知られるパポーバウイルス科のDNAウイルスである。 HPVについてはゲノムの相同性の程度によって70種類以上の型が同定されているが、組織より分離されるHPVの型と病変の間には密接な関連がある。すなわち、尖圭コンジローマのような比較的良性な腫瘤性病変を惹起する“低リスク型”と、癌組織に高率に検出され病変の悪性化に関与する“中あるいは高リスク型”の二群に大別 される。したがって、HPV感染の診断に際しては単にウイルスの存在のみならず、それが両群のいずれであるかの鑑別が重要とされる。本検査では、低リスク型は、6、11、42、43、および44型を、中・高リスク型では、16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、および68型のいずれかのHPVが存在した場合に検出される。これらの存在が直ちに悪性度を示すものではないが、中・高リスク型が検出された場合は、将来悪性化しやすいことを示唆しており、細胞診やコルポスコピーなども含めたより厳重なfollow upが望まれる。また皮膚科領域のBowen病とその類縁疾患では39、52型が関与しているとされる。<br>婦人科、泌尿器科領域のHPV感染は、そのほとんどが性行為を介して伝播し、STDの一つに数えられている。実際、STDのハイリスク群であるCSW（commercial sex workers）で、およそ20～60%と高率なHPV感染が報告されている。さらにクラミジア、淋菌による感染が確定診断された10～20歳代の患者から、男子で約10～25%、女子で50～70%にHPVが検出されたという報告もあり、潜在的なHPV感染の蔓延が強く懸念されている。したがって、STDを疑われる患者やハイリスク患者では、患者自身のためにもクラミジア、淋菌とともにHPV感染の検索が推奨される。なお、測定結果はindex値で表記され、ウイルス濃度と測定値は必ずしも相関するとは限らない。「低リスク型」は6，11，42，43および44型のHPVを検出致します（型別判定はできません）。<br>「中～高リスク型」は16，18，31，33，35，39，45，51，52，56，58，59，および68型のHPVを検出致します（型別判定はできません）。 | H |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ヒトパピローマウィルス感染症（特に尖圭コンジローマ・子宮頸癌） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | | | | | | H |
| | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | 疾患名 | | |
| | | | | 算定条件 | | |
| 954 | HSV<br>(単純ヘルペス)<br>(CF法)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■1型(口唇ヘルペス)<br>■2型(性器ヘルペス) | 臨床的意義 | 単純ヘルペス(HSV)はその性質から1型と2型に分類される。<br>1型ー主として上半身に感染することから、一般的に「口唇ヘルペス」といわれる。初感染の90%は不顕性といわれるが、顕性の場合小児期では歯肉口内炎、思春期では咽頭扁桃腺炎として発症することが多い。初感染後のあと終生神経節に潜伏し再発性口唇ヘルペスとして発症を繰り返すことがある。<br>2型ー主として下半身に感染することから、「性器ヘルペス」ともいわれ性行為感染症(STD)の重要な疾患の一つである。しかし、STDとしては1型による初感染の方が症状が重い。他に角結膜炎やヘルペス性皮膚炎、脳炎などをおこすこともある。また性器ヘルペスの母体から垂直感染で生まれた児は重篤な全身性感染を呈することがあり、致命率も高い。<br>HSV感染症では大部分が不顕性感染ですでに抗体を保有していることが多いため、単一時点での測定では新しい感染かを判定できないことが多い。ペア血清で測定するのが望ましい。CF、またはNT検査で急性期と回復期で4倍以上の抗体価の上昇があった場合に感染があったと診断される。最近ではPCR法を用いた遺伝子学的検査も行われており診断も容易になりつつある(当社受託可能) |
| | | | | 疾患名 | 【高値】角膜ヘルペス・角結膜炎・歯肉口内炎・ヘルペス性湿疹・ヘルペス脳炎・不顕性感染 | |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| H | | | | | | | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 400 | HVA定量<br>(ホモバニリン酸定量)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■神経芽細胞腫(尿)<br>■褐色細胞腫(尿) | 臨床的意義 | ドーパミンとその前駆物質であるドーパの最終代謝産物である。すなわち、尿中HVAは、第一義的にはドーパミン作動神経や副腎等で産生される内因性ドーパミンの量を反映する指標であるといえる。<br>一方、ドーパはカテコールアミン(アドレナリン、ノルアドレナリンなど)およびメラニンの前駆物質である。したがって、カテコールアミンの代謝産物バニルマンデル酸(VMA)と同時に測定することが、カテコールアミン過剰状態をもれなく診断するうえで有用である。<br>HVAはドーパを多く含む食物の摂取やストレスで上昇し、適切な条件下で蓄尿(遮光下で塩酸蓄尿)が行われなければ、分解されて見かけ上低値を示す。一般に尿中HVAは、これらの過剰産生をもたらす病態、すなわち神経芽細胞腫、褐色細胞腫、交感神経節細胞腫等で増加する。またメラニンの前駆体、ドーパが増加する悪性黒色腫でも尿中排泄量が増加する。<br>逆にアルツハイマー病やパーキンソン症候群など、中枢神経系でドーパミン作動性神経の活動が抑制される疾患では、尿中排泄量が低下する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】神経芽細胞腫(尿)・褐色細胞腫(尿)・悪性黒色腫・精神分裂病の一部<br>【低値】パーキンソン症候群・アルツハイマー病・脳梗塞 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| I | Ⅰ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1499 | (抗)IA－2抗体<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■Ⅰ型糖尿病の診断 | 臨床的意義 | 抗IA-2抗体は、抗GAD抗体やICAなどと共に主要な膵島関連自己抗体の一つとして位置付けられている。とくに抗IA-2抗体は、1型糖尿病の発症前より血中に出現することがあるため、1型糖尿病の発症予測に有用なマーカーと考えられている。緩徐進行1型糖尿病(SPIDDM)において、抗GAD抗体と比較すると、抗IA-2抗体の陽性率はかなり低い。これに対し急激に発症し進行するタイプの1型糖尿病では、両抗体とも陽性となる頻度が全体の約40%と比較的高い。一方、抗GAD抗体に比べ、抗IA-2抗体は若年発症例(10歳以下)において高い陽性率を示すため、若年性の1型糖尿病の診断に有用とされる。また抗IA-2抗体、抗GAD抗体の両者陰性の場合は、2型糖尿病の可能性が示唆されるため、定期的な経過観察が推奨される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】1型糖尿病(特に若年発症1型糖尿病)および緩徐進行1型糖尿病(SPIDDM)、抗体陽性急性発症1型糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 701 | IgG<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■各種免疫不全症、感染症、腫瘍、自己免疫性疾患を含むさまざまな抗体産生系の異常 | 臨床的意義 | 免疫グロブリンは、B細胞系の細胞が産生する蛋白である。免疫グロブリンの種類は、クラス(class)と呼ばれていて5種類存在するが、その中で血中で最も多量に存在するのが、免疫グロブリンG(immunogloburin G ; IgG)である。IgGは分子量約15万の蛋白である。基本的にheavy chain(IgGの場合はγ 鎖)が2本と、χ 鎖またはλ 鎖のどちらかのlight chain2本が結合して、1分子のIgGを構成する。IgGは、構造の類似した4種類のサブクラス(subclass)に分かれることが知られている。蛋白分画でのγ 分画の多くはIgGであり、この分画の増加、減少の変動の主体はIgGである。<br>血中のIgGは各種免疫不全症、感染症、腫瘍、自己免疫性疾患を含むさまざまな抗体産生系の異常をきたす疾患の、モニタリングの目的で測定される。質的なIgGの異常はM蛋白が代表的なもので、骨髄腫、良性M蛋白血症などの疾患でみられるものである。IgG値は他のクラスの免疫グロブリンと同時に測定されることが多いが、この場合の多クローン性のIgG値は、疾患の確定診断というよりはむしろ病態の把握のために測定されることが多い。質的な免疫グロブリンの異常、すなわちM蛋白が存在する場合、それが骨髄腫由来かどうかの鑑別にIgGを含む各クラスの免疫グロブリンの定量値は重要な情報となる。すなわちM蛋白が骨髄腫由来の場合、その他の(正常の)多クローン性の免疫グロブリンは、著しく低値となることが多いからである。 | I |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】多クローン性：膠原病・慢性活動性肝疾患・急性感染症後期・慢性感染症・悪性腫瘍・自己免疫疾患<br>単クローン性：IgG型多発性骨髄腫・形質細胞性白血病・MGUS・無症候性M蛋白血症<br>【低値】Bruton型無γ-グロブリン血症・低γ-グロブリン血症・重症免疫不全症・IgG型以外の多発性骨髄腫・ネフローゼ症候群・蛋白漏出性胃腸症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 702 | IgA<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■骨髄腫<br>■IgA単独欠損症<br>■IgA腎症 | 臨床的意義 | 免疫グロブリンA(IgA)は分子量約17万の糖蛋白で、糖質を8%含み、heavy chainが2種類(α 1、α 2)存在してIgA1、IgA2の2つのサブクラスの区別がある。IgAの特徴は、唾液、涙液、鼻汁、気道粘液、消化管分泌液、乳汁などに分泌型として高濃度に含まれ、機能上、粘膜面での局所免疫に関与する。分泌型はsecretory component(SC)とともに重合して2分子が会合している。免疫グロブリンは、B細胞系の細胞によって産生されるため、B細胞の活性化を伴うB細胞腫瘍、慢性感染症などの疾患で増加する。典型的なIgA型多発性骨髄腫ではM蛋白として単クローン性のIgAが増加するが、その際、正常なB細胞が産生する他のクラスの免疫グロブリン(IgG、IgM、IgAなど)は低下するのが一般的である。定量法ではIgAのクロナリティの確認はできないので、増加したIgAがM蛋白かどうか、他の正常免疫グロブリンの低下を伴っているかを確認するには、免疫電気泳動法を行って正常の多クローン性の免疫グロブリンとM蛋白を区別する必要がある。B細胞の分化異常を伴う免疫不全症では、IgAは低下する。特殊な病態としてIgA腎症、小児のアナフラクトイド紫斑病、輸血副作用との関連でまれにみられるIgA単独欠損症の存在を知る目的でIgAは測定される。 | I |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】多クローン性：慢性肝疾患(慢性肝炎、肝硬変、肝臓癌、ルポイド肝炎)、感染症(肺結核、亜急性心内膜炎、らい、伝染性単核球症、連鎖球菌感染症など)、膠原病(SLE、RAなど)、悪性腫瘍(特に感染症合併の場合　リンパ性増殖性疾患、悪性リンパ腫など)、IgA腎症、ネフローゼ症候群、嚢胞性線維症、火傷回復期など<br>単クローン性：骨髄腫(多発性骨髄腫、孤立性骨髄腫)、形質細胞性白血病、本態性M蛋白血症、H鎖病(α鎖病)<br><br>【低値】原発性免疫不全症(重症複合免疫不全症、Gatti-Lux症候群、アデノシンデアミナーゼ欠損症、細網異形成症、Good症候群、小児伴性無γグロブリン血症(Bruton型)、乳児一過性低γグロブリン血症、プリンヌクレオチドホスホリラーゼ欠損症、分類不能型免疫不全症(common variable immunodeficiency ; CVID)、dysgammaglobulinemia(IgA欠乏症、IgA単独欠損症、χ鎖欠損症、毛細血管拡張性運動失調症(ataxia telangiectasia)、Wiscott-Aldrich症候群、リンパ系腫瘍(CLL、悪性リンパ腫、胸腺腫など)、自己免疫性疾患、サルコイドーシス、慢性感染症、遅延感作病、AIDSを含むウイルス感染症、蛋白漏出性疾患(ネフローゼ症候群、蛋白漏出性胃腸症)、免疫抑制療法施行時(X線照射、摘脾、抗癌剤投与、ステロイド、免疫抑制剤投与)、内分泌異常(Cushing症候群など)、免疫グロブリン異化亢進(myotonic dystrophyなど)、老化、栄養状態の悪化、尿毒症、悪液質 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | | | | | | I |
| | | | | 臨床的意義 | IgMは抗原刺激により最初に産生される抗体で、IgGと比べると産生量も少なく、半減期も約5日と短いが、補体結合性やオプソニン活性が非常に強く、細菌などに対する迅速な免疫防御反応や赤血球の凝集に強力な作用を及ぼしている。一般に、ある特定の病原体による初期感染の有無は、その特異的IgM抗体が陽性であることにより証明される。すなわち、ウイルスなどに対する特異的IgM抗体価を調べ、上昇をみれば数カ月以内に感染があったと推定する。感染症の急性期では血清総IgM値も高値を示す場合が多い。またIgMは胎盤通過性がないため、新生児血中ではほとんど検出されない。しかし新生児が産生したIgM抗体の上昇があればその病原体による胎内感染があったと考えられるため、ただちに治療が必要となる。IgMの増加は通常多クローン性であり、急性炎症や慢性肝疾患で認められる。単クローン性の増加は、原発性マクログロブリン血症などでみられる。単クローン性か否かの判定には、免疫電気泳動が有用である。 | |
| | 703 | IgM<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■感染症初期で陽性 | 疾患名 | 【高値】多クローン性：肝疾患(急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、原発性胆汁性肝硬変、ルポイド肝炎)、感染症急性期、膠原病(シェーグレン症候群、慢性関節リウマチ、SLE)、ネフローゼ症候群、悪性腫瘍(Hodgkin病、リンパ芽球性リンパ節症など)、高IgM症候群<br>単クローン性：原発性マクログロブリン血症、μ鎖病、Schnitzler症候群、monoclonal gammopathy of undetermined significance(MGUS)<br>【低値】原発性免疫不全症候群：X染色体性無γグロブリン血症、常染色体劣性無γグロブリン血症、選択的IgM欠損症、胸腺腫を伴う免疫不全、common variable immunodeficiency(CVID)、重症複合免疫不全症(SCID)[ADA欠損症、XSCIDなど]、Wiskott-aldrich症候群<br>続発性免疫不全症候群：リンパ系腫瘍(CLL、悪性リンパ腫など)、自己免疫性疾患、慢性感染症、免疫抑制療法・抗腫瘍療法(免疫抑制剤、抗癌剤、X線照射)、AIDSを含むウイルス感染症、蛋白漏出によるもの(蛋白漏出性胃腸炎など)、膵臓・胸腺・虫垂摘出後 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 704 | IgD<br>☑目次へ戻る | 免役 | ■骨髄腫 | 臨床的意義 | IgDはBリンパ球の膜表面に多く存在している免疫グロブリンで、免疫応答において、抗体産生機構でのトレランスの予防、抗原刺激の引き金などの役割が推定されている。血清中に存在するIgDについては、IgD型骨髄腫およびその類縁疾患で著明に増加することが知られているが、それ以外の臨床的意義は不明な点が多い。IgD型骨髄腫は骨髄腫全体の数%に見られ、M蛋白量は他のクラスの骨髄腫全体より少ない事が多い。高頻度にBence-Jones蛋白(8割がλ 型)が出現し、かかる症例では腎障害を合併しやすく予後が悪い。この他、感染症や肝硬変、大動脈炎症候群、らい病などでポリクローナルなIgD増加がみられる。単クローン性か多クローン性かの判定には免疫電気泳動を行うが、IgD濃度が30mg/dL以下の症例での判定は難しい。一方、IgD低値は健常者の一部にもみられる。なお、IgDは免疫グロブリンの中では比較的不安定であり、冷蔵では分解が進行することがあるのですぐに検査に入らない場合は冷凍で保存する必要がある。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】多クローン性高IgD血症：慢性感染症(結核，骨髄炎)<br>単クローン性高IgD血症：主に骨髄腫 (IgD型骨髄腫)IgD型骨髄腫・形質細胞性白血病<br>【低値】IgD欠損の家系(常染色体劣性)・原発性 免疫不全症・無γ -グロブリン血症 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 342 | ソマトメジン－C（IGF－1）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■巨人症<br>■下垂体前葉機能低下症 | 臨床的意義 | 別名IGF-Ⅰ（インスリン様成長因子-Ⅰ）ともいい、成長ホルモンの骨格組織への作用を仲介する物質である。成長促進、細胞増殖、インスリン様作用など多様な働きをし、主に肝で産生される。ほぼ完全に成長ホルモン（GH）依存性であり、GHの分泌状況により大きな影響を受け、GH分泌過剰症、分泌不全症においてほとんどパラレルに変動する。<br>IGFにはⅠとⅡがあり、ⅠはGH依存性も成長促進作用も強い。また、GH自体は脈動的に分泌されるうえ、睡眠時に高く、覚醒時に低値という日内リズムを持っている。これに対し、ソマトメジン-Cは比較的安定で変動も少ないのでGHのすぐれた分泌評価指標として用いられる。<br>GH分泌亢進を疑う場合、ソマトメジン-Cが高値であれば糖負荷試験を行い、GHが抑制されなければGH分泌過剰症と診断する。ソマトメジン-C低値の場合には、他の要因を除外した上でGH分泌刺激試験を実施しGH分泌不全を診断する。 | I |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】巨人症・先端巨大症・腎不全<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・下垂体性小人症・成長ホルモン神経分泌機能障害・Laron型小人症・神経性食欲不振症・肝硬変・慢性肝炎・甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2329 | IgG型リウマチ因子<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | リウマチ因子（RF）はヒト変性IgGのFc部分に対する抗体で、1940年にWaalerとRoseにより発見された。RFは関節リウマチ患者の70～90%にみられ、統計にもよるがRF陽性者の40%程度が関節リウマチであるといわれる。<br>関節炎の中には関節リウマチの他に多くの疾患が存在するが、それらはRFが陽性であるか陰性であるかが有用な指標となる。RFが陰性の関節炎には変型性関節症や痛風、ライター症候群などがある。<br>RFの検査法にはRAテストやRAPAテストなどがよく用いられるが、それらが主としてIgMクラスのRFを検出するのに対して、本検査はIgGクラスのRFを定量するものである。<br>通常IgG型リウマチ因子（IgG-RF）が関節リウマチの診断のみの目的で測定されることは少ない。むしろIgG-RFは疾患活動性の有無や重症度の判定、治療効果のモニタリングに用いられる。また破壊性関節炎や血管炎と強い相関をもつといわれる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】関節リウマチ（RA）、膠原病、肝硬変、慢性感染症、高齢者の一部 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 2526 | IL－2レセプター（可溶性　IL－2レセプター）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■成人T細胞性白血病（ATL）<br>■急性リンパ球性白血病（ALL）<br>■悪性リンパ腫 | 臨床的意義 | インターロイキン-2レセプター（IL-2R）は、分子量70kdのp70（β鎖）と分子量55kdのTac抗原（α鎖）と呼ばれている2種類のサブユニットからなる蛋白である。前者が休止期のリンパ球にも発現しているのに対して後者はリンパ球活性化の後に初めて見出されるため、生体の免疫機構活性化の指標とすることができる。近年、リンパ球活性化状態においてTac抗原が末梢血中に可溶性の形でも存在することが明らかになり、可溶性IL-2R（sIL-2R）と名付けられている。sIL-2RはIL-2との結合性を保持することから、生体の免疫調節にも関与していると推定される。血中sIL-2R値は造血器悪性腫瘍、レトロウイルス感染症、リウマチ・膠原病など、免疫系のさまざまな病的状態で上昇しており、病勢を反映する指標として有用と思われる。血中に遊離される可溶性IL-2レセプターの量は、T細胞の活性化の消長を示す指標となることが知られている。成人ヒト白血病や川崎病、リウマチやSLEなどの自己免疫疾患において活動性を示すマーカーとなることが報告されており、幅広い疾患領域での有用性が期待されている。 | I |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】成人T細胞白血病・悪性リンパ種・多発性骨髄腫・急性及び慢性白血病・慢性骨髄性白血病・膠原病・自己免疫性疾患・川崎病・肺癌・間質性肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 268 | IRG（グルカゴン）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■糖尿病（低血糖時の調節機能） | 臨床的意義 | 膵グルカゴンはインスリン拮抗作用を示し、肝グリコーゲン分解促進およびグリコーゲン合成抑制、アミノ酸、乳酸などからの糖新生、脂肪分解、インスリン分泌促進など、血糖の上昇に寄与する。血中グルカゴン値が上昇する疾患として、グルカゴン産生腫瘍（グルカゴノーマ）、糖尿病、急性および慢性膵炎、肝硬変、腎不全、飢餓などがある。一方、低グルカゴン血症は慢性膵炎非代償期での膵性糖尿病、下垂体機能低下症、グルカゴン欠損症などの場合にみられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】グルカゴノーマ ・多発性内分泌腺腫症[I]型 ・急性膵炎・感染症、ストレス ・先端巨大症 ・巨人症 ・クッシング症候群・GH単独欠損症・慢性腎不全・褐色細胞腫・肝硬変、慢性肝炎・急性心筋梗塞・糖尿病・飢餓時 など<br>【低値】グルカゴン欠損症・慢性膵炎・下垂体前葉機能低下症・アジソン病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑**≪算定条件≫にリンク** | |

| I | | | | | | | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 371 | IRI<br>（インスリン）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■糖尿病（高血糖時の調節機能） | 臨床的意義 | 膵臓のランゲルハンス島B細胞(B細胞)でプレプロインシュリン(110アミノ酸:分子量11,500)として合成され、そのうち24個のアミノ酸部分が切断され、プロインシュリン(アミノ酸86個、分子量:9,000)となる。このプロインシュリンが小胞体から分泌顆粒に移行するさいに、Cペプチドを出してインシュリンになる。このインシュリンは分子量:5807、51アミノ酸(A鎖とB鎖から構成される)であり、血糖低下作用、タンパク同化作用がある。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】インスリノーマ・NIDDM（肥満、インスリン抵抗性）・クッシング症候群<br>【低値】IDDM・NIDDM（代謝状態の悪い例）・下垂体機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| J | J | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2181 | （抗）Jo－1抗体<br>（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■多発性筋炎（PM）<br>■皮膚筋炎（DM） | 臨床的意義 | 多発性筋炎／皮膚筋炎(PM/DM)に特異的な自己抗体として見いだされた。この成績は諸施設でも確認され、PM/DMの重要な疾患標識抗体(マーカー抗体)であることが確立している。近年、間質性肺炎、多発関節炎を伴うPM/DMとの密接な関連が明らかとなり、診断、臨床経過・予後の推定など、臨床的有用性が高まっている。抗Jo-1抗体が、tRNAHisを特異的に沈降すること、tRNAHisに結合する50kDa蛋白二量体に抗原性があること、同抗体がtRNAのヒスチジル化を抑制することより、その対応抗原がヒスチジンをtRNAに結合させる反応を触媒するヒスチジルtRNA合成酵素であることが明らかとなった。その後、抗Jo-1抗体に比し低頻度であるが、他の5種類のアミノアシルtRNA合成酵素(PL-7:スレオニル-、PL-12:アラニル-、EJ:グリシル-、OJ:イソロイシル-、KS:アスパラギニルtRNA合成酵素)に対する自己抗体がPM/DM患者血清を中心に見いだされている。同抗体の産生機序として、ある種のRNAウイルス(ピコルナウイルス)ゲノムが自己抗原であるヒスチジルtRNA合成酵素と結合、免疫学的寛容の破綻をきたし、自己抗体の発現を招くという仮説が提唱されている。<br>しかし、直接的検証、ならびに筋炎発症機序の解明は今後の課題である。近年、ヒスチジルtRNA合成酵素(Jo-1)とEBウイルス、インフルエンザウイルスなどのウイルス蛋白とのアミノ酸配列の相同性が報告され、moleculer mimicryによるウイルス感染・自己抗体産生も推定されている。PM/DMは、臨床症状(筋力低下、筋痛、特徴的皮膚症状)および検査成績(血清筋原性酵素値、筋電図、筋生検所見)より総合的に診断されるが、抗Jo-1抗体陽性も筋炎特異自己抗体として、PM/DM改訂診断基準の一項目となっている。同抗体は筋ジストロフィー、重症筋無力症などの他の筋疾患では検出されず、鑑別に有用である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性筋炎（PM）・皮膚筋炎（DM） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| K | K | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 683 | KL-6<br>（シアル化糖鎖抗原）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■間質性肺炎 | 臨床的意義 | KL-6は、間質性肺炎に特異度が高い検査値であり、間質性肺炎を診断する目的で臨床応用されている。また、活動性のある間質性肺炎では有意に高くなるので、間質性肺炎の活動性を測る視標としても意義がある。人体では、KL-6はI型肺胞上皮細胞には発現せず、II型肺胞上皮細胞・呼吸細気管支上皮細胞・気管支腺細胞に発現している。間質性肺炎ではII型肺胞上皮細胞の過形成のためKL-6の発現量は多くなる。正常肺でもKL-6は肺胞被覆液中に少量存在しているが、間質性肺炎ではII型肺胞上皮細胞の過形成のため肺胞被覆液での濃度が上昇する。また、炎症が起こっている事により血管透過性が向上し、肺胞被覆液中のKL-6は容易に血中に移行するため、間質性肺炎では血中のKL-6が上昇する。KL-6, SP-A, SP-D, MCP-1は、肺間質の傷害を評価するうえで用いられるが、KL-6がもっとも感度・特異度にすぐれていたとの報告もある（KL-6の感度93.9%、特異度 96.3%）[1]。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】間質性肺炎・肺線維症、過敏性肺臓炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| L | L | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | L |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 77 | L－CAT<br>（レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝実質障害時にも肝で合成される酵素のため低下が認められ、鋭敏な肝機能検査 | 臨床的意義 | LCATは肝で合成され、HDLに結合して存在しており、アポA Ⅰ 蛋白により活性化される。またアポC Ⅰ、アポAⅣ、アポE、アポDにも弱いLCAT活性化作用がある。HDL分子上でLCATにより生成されたコレステロールエステルは、コレステロールエステル転送蛋白（CETP）によりVLDLやLDLに転送される。<br>LCAT活性の低下は、家族性LCAT欠損症、無あるいは低β リポタンパク血症などの脂質代謝異常で認められる。また、肝実質障害時にも肝で合成される酵素のため低下が認められ、鋭敏な肝機能検査の一つである。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性高リポ蛋白血症 ・肥 満症 ・脂肪肝 ・原発性胆汁性肝硬変初期 ・ネフローゼ症候群<br>【低値】家族性LCAT欠損症 ・魚眼病 ・無β－ リポ蛋白血症・低β－ リポ蛋白血症 ・肝硬変，劇症肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L | 206 | LDHアイソザイム<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■（LDH1、2）急性心筋梗塞<br>■（LDH2、3）悪性リンパ腫・膠原病・白血病<br>■LDH4）安政腫瘍<br>■（LDH5）急性肝炎・肝硬変・肝癌 | 臨床的意義 | LDHは、血球・筋肉・臓器に特徴あるアイソザイム比で分布しており、それらの臓器に障害がある場合には、その損傷に応じて血中に逸脱する。特に下記の場合、LDHアイソザイム実施により価値ある情報が得られる。<br>1. 総活性上昇の原因が不明な場合<br>a. 総活性が著しく上昇し、LDH/AST比が20を越えるような症例<br>b. 軽度上昇でも持続的な場合か、LDHが単独で異常な場合<br>2. 総活性が正常であっても、肝炎治癒の指標として5型の変動を観察したい場合<br>LDH5は血中半減期が短いため肝炎治癒の動向を鋭敏に反映する。<br>3. 著しい低活性の場合<br>LDHはHおよびMサブユニットの4量体から構成されており、これらの組み合わせによりH4, H3M, H2M2, HM3, M4の5分画が存在し、それぞれがLDH1～LDH5に対応する。すなわちLDH1はHの4量体でH4, LDH5はMの4量体でM4に相当する。通常はLDH2の活性が最も高く、次いでLDH3が高いパターンをとる。 | L |
| | | | | | 疾患名 | LDH1,2増加<br>悪性貧血、心筋梗塞、溶血性貧血<br>LDH2,3増加<br>肺癌、白血病、筋ジストロフィー、悪性リンパ腫、膠原病<br>LDH5増加<br>肝炎、肝癌、骨格筋の損傷<br>アノマリーパターン<br>免疫グロブリンとの結合及び遺伝的変異などで出現 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L | 2546 | LDLコレステロール<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■悪玉コレステロール<br>■脂質異常症<br>■高コレステロール血症<br>■動脈硬化症のリスク管理 | 臨床的意義 | 肝臓から末梢へのコレステロール供給はLDL-コレステロール(LDL-C)の形で運ばれ、HDLの末梢から肝への転送はHDL-コレステロール(HDL-C)の形で行われる。したがってLDL-Cの増加は末梢組織への供給過剰とも考えられるため、一部では「悪玉コレステロール」ともいわれ、冠動脈疾患の危険因子とされる。 従来LDL-C値はFriedewaldの推定式、 [LDL-C]＝[総コレステロール(TC)]－[HDL-C]－[トリグリセライド]×1/5により求められていたが、トリグリセライド値が高い場合やカイロミクロン、IDLが存在している場合は精度の高い結果を得ることができなかった。しかし近年簡便な方法で直接的に測定が可能となり健康保険にも収載された。本法では食事の影響を受けずにLDL-C値を正確に測定することが可能である。 一般にLDL-Cが高値でHDL-Cが低値の場合は心筋梗塞、脳梗塞、肺梗塞など動脈硬化疾患のリスクが高いといわれている。 TCにLDL-CまたはHDL-Cを併用することで食事療法や運動療法、薬物療法などに、より適切な指標を得ることができる。 なお、本項目の基準範囲は、動脈硬化学会の提案によると、冠動脈や喫煙、肥満等の危険因子の有無により異なった設定が行われている。危険因子のない健常人の場合は140mg/dL未満が推奨されている。<br>【L／H比の重要性について】<br>動脈硬化の最新の指標で、最近ではLDL(悪玉)コレステロールの結果値を動脈硬化予防の指標としてしているが、実際の症例ではLDLだけでは不十分で、LDLが基準値に入っていても発症することがあり、現在では、L／H比で確認する傾向にある。L／H比はLDL値をHDL値で割った値で、これが低いほど良く、動脈硬化の程度は軽減する。逆に、L／H比が2．0以上だと動脈硬化や心筋梗塞のリスクが高くなると言う報告がある。また糖尿病や高血圧などの合併症がある場合は1．5以上でそのリスクが高くなると言われている。 | L |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】家族性高コレステロール血症、特発性高コレステロール血症、高LDL血症など将来における動脈硬化性疾患の危険因子となる(脳梗塞、心筋梗塞、肺梗塞など)。<br>【低値】無リポ蛋白血症、低リポ蛋白血症、低LDL血症　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L | 568 | ■LE細胞<br>（LE現象）<br><br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■全身性エリテマトーデス（SLE）<br>■関節リウマチ（RA） | 臨床的意義 | LE細胞は、患者血清中に含まれる抗核抗体の一種であるLE因子の作用により、白血球の核が変性を受け、次いでその変性した核（これをLE体という）が好中球などの貪食細胞に貪食されてできたものである。<br>　LE細胞はSLEで高率に陽性となる。したがって本法が陽性のときにはSLEが強く疑われ、スクリーニング検査に広く用いられている。しかし、100%特異的ではなく、陰性であってもSLEを否定することはできない。<br>　SLEの確定診断には抗核抗体陽性時における染色パターン検索や、各種自己抗体の検索から他の膠原病を否定することが必要である。検査の臨床的意義はLE因子（LEテスト）と同様であるが、感度はLE因子よりやや優れているという。 | L |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】全身性エリテマトーデス（SLE）、関節リウマチ（RA）、ルポイド肝炎、全身性進行性強皮病（PSS）、慢性活動性肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | | |
| | 343 | 黄体形成ホルモン<br>（LH）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣機能低下症<br>■下垂体機能低下症 | 臨床的意義 | 黄体形成ホルモン（LH）はFSHとともに下垂体より分泌されるゴナドトロピンである。卵巣や精巣などの性腺を刺激して性腺機能を維持する働きがあり、LH-RHによる刺激と性ステロイドホルモンによるフィードバックによりコントロールされている。また、下垂体自体は視床下部や性腺など他の内分泌臓器とネットワークを組んで機能しているため、LH測定はその把握にも役立つ。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性睾丸機能不全・卵巣性無月経・多嚢胞卵巣症候群・Turner症候群<br>【低値】続発性睾丸機能不全・視床下部性無月経・下垂体機能低下症・Kallman症候群・神経性食欲不振症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L | 2387 | LP(a)<br>リポ蛋白(a)<br><br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■動脈硬化の危険因子 | 臨床的意義 | リポ蛋白(a)〔Lp(a)〕はリポ蛋白の亜型であり、低比重リポ蛋白(LDL)の一部を構成しているアポ蛋白B-100に、アポ蛋白(a)がS-S結合したもので、分子の大きさはLDLとVLDLの中間です。Lp(a)はLDLと同様にコレステロールを多く含むリポ蛋白であり、動脈壁へのコレステロールの沈着に直接関与しています。また、血栓溶解因子であるプラスミノーゲンと構造的に近似しているため、プラスミノーゲンが血小板などの凝固因子に結合する際に競合的阻害を起こし、血液凝固を引き起こすことなどが考えられています。<br>動脈硬化形成のRossの仮説とは、血管内皮細胞が傷害されると、血小板が凝集して組織を修復します。血小板が分泌する成長因子(PDGF)が血管平滑筋細胞に働き、細胞は中膜から内膜へ遊走して脂肪を貪食し、泡沫細胞となり粥状動脈硬化巣(アテローム)の形成に発展します。炎症反応として血管透過性の亢進が起き、単球は内皮細胞下に浸潤してマクロファージ化します。変性LDLを取り込んで泡沫細胞化してアテロームを形成し、血管内膜は肥厚するというものです。一方で内皮細胞や血小板からは、潜在性トランスフォーミング・グロスファクターβ (LTGF-β )が放出されます。<br>プラスミンにより活性化されてaTRGFβ となって平滑筋細胞の増殖を抑制する作用があります。Lp(a)には種々の表現型(アイソフォーム)があり、その差は、クリングルと呼ばれる環状分子構造の個数の違いが原因で、分子量にして100～800kDaの差があります。大分子であるほど、血中Lp(a)濃度は低いため、cut-off値は表現型別に設定したほうがよいという意見もあります。実際、日本人の血清Lp(a)濃度分布は正規分布を示さず、基準範囲は統計よりも臨床的データを加味して決められています。Lp(a)は、冠動脈硬化の独立した危険因子であることや虚血性心疾患の危険因子であることが報告されています。血清Lp(a)濃度は年齢・食事・運動に影響されず遺伝により90～95%決定されます。また、個人差が極めて大きく、年齢・性別による差はこれより小さいとされています。 | L |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】狭心症・心筋梗塞・脳血管疾患・血栓性動脈閉塞症・糖尿病・腎不全・急性腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| M | M | 検査項目 | 点数 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2779 | MAC－PCR<br>☑目次へ戻る | 微生物 | ■MAC感染症<br>■非定型 | 臨床的意義 | MAC感染症は本邦において非定型抗酸菌症の約8割を占めるといわれ、その大部分は慢性気道感染症の経過をとる。AIDS患者ではMACの全身感染による死亡例が報告されており、日和見感染症の原因菌としても注目されている。<br>本検査は培養による菌分離に頼らず、MACのゲノムDNAを検出するPCRを用いることで所要日数3～4日と非常に短時間でMACの同定が可能である。結核を否定したい場合や、非定型抗酸菌症の早期発見と鑑別に大変有用である。また、本検査ではM.aviumおよびM.intracellulareの各々が検査され、同時に報告される。ただし本検査でも非定型抗酸菌のすべてがカバーされている訳ではない。結核菌DNAやMAC-DNAが検出されないにも関わらず、抗酸菌の塗抹・培養が陽性の場合はMAC以外の抗酸菌を想定し、遺伝子や細菌学的検討が必要となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】非結核性(非定型)抗酸菌症・肺マック症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2536 | MBP<br>(ミエリン塩基性蛋白)<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■多発性硬化症 | 臨床的意義 | ミエリンベイシック蛋白(ミエリン塩基性蛋白;MBP)は神経のミエリンを構成する主要な蛋白質で、主たるものの分子量は18.5kDaである。ミエリンは中枢神経系の神経細胞の軸索に存在し、神経伝達系における電気信号を高速に伝導させる絶縁体である。実験動物にアレルギー性脳炎を発症させる起因蛋白として知られ、脱髄疾患の病態に深く関連している。MBPは中枢神経脱髄疾患である多発性硬化症(MS)で髄液中に増加がみられる。MSには緩徐慢性進行型と、急性増悪期が反復される型があるが、増悪期にMBPの異常高値がみられる場合が多い。またMBPは中枢神経脱髄疾患だけではなく、髄鞘を含むさまざまな脳実質障害が認められる疾患で高値になることがある。すなわち神経ベーチェット病や脊髄症で高い割合で高値を認め、脳炎、髄膜炎、筋萎縮性側索硬化症(ALS)などでも陽性になることがある。血清中では干渉物質が存在するため通常測定されない。また血液が混入した髄液では偽陽性となる可能性があり、避ける必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】多発性硬化症の憎悪期・脳血管障害の急性期・神経ベーチェット病の憎悪期・脊髄症・急性散在性脳脊髄炎・亜急性硬化性全脳炎の一部・頭部損傷では高値を示す<br>【偽陽性】多発性硬化症・神経ベーチェット病・脳血管障害の回復過程で低値～正常値を示す | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| M | 226 | m−AST<br>m−GOT<br>（ミトコンドリアAST・ミトコンドリアGOT）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝細胞の細胞の実質障害の程度を表す | 臨床的意義 | ASTには臓器特異的なアイソザイムは存在しないが、細胞内局在を異にするm-AST（ミトコンドリア分画）、s-AST（細胞上清分画）の二つのアイソザイムが存在する。<br>一般に、健常者では総GOT中に占めるm-GOTの比率は15～30%くらいといわれている。<br>臓器細胞が障害を受けると通常ASTが上昇するが、これはs-ASTが逸脱してくるためであり、m-ASTは障害が肝細胞壊死を伴う状態に進行し、それが細胞内ミトコンドリアにまで及ぶと、血中に出現する。したがってASTとm-ASTを測定することにより肝臓の細胞レベルでの病態検索が可能になる。<br>アルコール性肝炎においてm-AST/AST比は他の肝疾患に比べ有意に高値を示すといわれている。 | M |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性肝炎・慢性活動性肝炎・劇症肝炎・うっ血性心不全（うっ血肝による） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1003 | 酸化LDL<br>（MDA－LDL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■動脈硬化症<br>■紙質異常症 | 臨床的意義 | 動脈硬化の形成・進展に関与し、影響を及ぼすと考えられている酸化ストレスマーカーで、動脈硬化巣から様々な脂質酸化生成物とともに検出されている。また、高脂血症や糖尿病で高値を示すことが知られている。酸化LDL（MDA-LDL）は冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者において、冠動脈疾患に関する予後予測のﾏｰｶｰとして有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】冠動脈疾患の既往歴のある糖尿病・動脈硬化症・高脂血症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| M | 2707 | MMP−3（マトリックスメタロプロテイナーゼ3）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■慢性関節リウマチ | 臨床的意義 | 慢性関節リウマチ（RA）や変形性関節症（OA）の主要病変である関節軟骨の破壊にマトリックスメタロプロテアーゼ（MMP）と総称される一連の蛋白分解酵素が重要な役割を果 たしていることが明らかとなり、現在までに12種類が記載されている。マトリックスメタロプロテアーゼ−3（MMP−3）は、種々の軟骨マトリックス成分に対して分解作用を示すことから、きわめて基質特異性の広い酵素として注目される。 MMP−3は、別名“ストロムライシン−1（SL）”とも呼ばれ、結合組織細胞より不活性前駆体（pro MMP−3）として分泌され、エンドペプチダーゼの限定分解を受けて活性分子となる。プロテオグリカンのコア蛋白、IV型コラーゲン、ラミニン、IX型コラーゲン等を分解することに加えて、他のMMP前駆体であるpro MMP−1やpro MMP−9の活性化にも関与するという。関節液および血清中のMMP−3値は、いずれもRA患者において健常者あるいはOA患者に比して優位 な上昇を示すことが報告されており、RAの鑑別診断や病勢把握に有用な指標になると考えられている。 | M |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性関節リウマチ・SLE・強皮症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2478 | MPO−ANCA（P−ANCA）抗好中球細胞質抗体<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性進行性腎炎<br>■巣状壊死性腎炎 | 臨床的意義 | 急速進行性糸球体腎炎の診断及び経過観察、腎糸球体毛細血管壊死から半月体形成までの病態診断、腎生検の適応判定、治療効果の判定等に有用である。MPO−ANCAが陽性の場合は、急速に腎炎から腎不全へと進行するため、早期に免疫抑制療法などの処置を検討すべきで、鑑別には、好酸球やIgEの定量やC−ANCA検索、病理組織診が必要になります。MPO−ANCAの陽性率は、半月体形成腎炎で80%以上、アレルギー性肉芽腫性腎炎で30〜60%といわれています。健常者でも陽性となる場合があるため診断には検尿はじめ他の検査所見をも考慮する必要があります | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性進行性腎炎・巣状壊死性腎炎・顕微鏡的多発動脈炎（MPA）・pauci−immune型壊死性半月体形成腎炎（NCGN）・巣状壊死性腎炎（FNGN）・アレルギー性肉芽腫性血管炎（AGA）<br>【低値】肺腎症候群・進行性全身性強皮症（PSS）・Goodpasture症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| M | 7235 | M2BPGi<br>Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝繊維化の判定指標 | 臨床的意義 | 平成27年1月に新規保険収載された新しい肝線維化マーカーです。肝線維化が進行するとM2BPのタンパク質部分自体は変化しませんが、糖鎖構造部分が変化するという性質があります。M2BPGiは肝線維化の進行と高い相関性を持ち、変化した糖鎖のみに反応するレクチンを用い、糖鎖に変化が生じ産生された異常糖タンパク質を迅速かつ特異的に検出するものです。M2BPGiは肝線維化の進展度を反映し、ステージの上昇により高値になるとされています。<br>肝癌は日本において癌死の第3位を占めますが、M2BPGiは肝硬変から肝癌への発症予測や肝癌切除術後生存の術前予測にも有用であるという発表もされています。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ウィルス性慢性肝炎,慢性肝炎(活動期)<br>肝硬変、肝癌 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| M | | | 微生物 | | 臨床的意義 | | M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| N | N | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | N |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 62 | NAG<br>（尿中Ｎ－アセチルグリコサミニダーゼ）<br><br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■近位尿細管の吸収機能 | 臨床的意義 | 前立腺と腎、特に近位尿細管に多く含まれている。NAGの分子量は比較的大きいため、血清中のNAGは通常尿中にはほとんど排泄されない。<br>　NAGは腎尿細管や糸球体障害で尿中に出現し、とくに尿細管障害の軽い時期、すなわち試験紙法で尿蛋白が陰性の時期から尿中に逸脱するといわれているため、腎病変の早期発見に有用である。また鎮痛剤など薬物による腎障害、腎移植後の経過観察や上部尿路感染の指標としても用いられる。<br>　pH8以上のアルカリ尿、およびpH4以下の酸性尿でNAGは失活し、見かけ上低値になる。また室温保存でも1～2日で活性が半減するので、冷蔵または冷凍保存が必要である。<br>　なお、尿中NAG活性は朝高く、日中から夜間にかけて低くなる傾向がある。このため冷暗所に24時間蓄尿するか早朝尿で測定することが望ましい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性腎不全、糸球体腎炎、腎移植後の拒絶反応、腎毒性物質による腎障害 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 2041 | NCC－ST－439<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■胆道癌<br>■乳癌<br>■膵癌 | 臨床的意義 | 免疫組織化学的検討において本抗原は胃癌、大腸癌、膵癌、胆道癌などの消化器系癌や肺腺癌、乳癌の各組織に極めて高率に認められ、他方正常組織として顎下腺、気管支腺、近位尿細管上皮、肝細胞、膵ラ氏島の一部にも存在する。<br>NCC-ST-439は、消化器系癌をはじめとして各種癌患者血清中に増加する一方、CA19-9など従来の糖鎖抗原とは異なって肝胆膵系の良性疾患における偽陽性率が極めて低いことから、癌特異性の高いマーカーとして評価されている。<br>なお、NCC-ST-439の糖鎖構造は長らく不明であったが、近年Ⅱ型糖鎖であるシアリルLexの特別な分子とだけ反応することが判明した。従って同じⅡ型糖鎖抗原として知られるSLX（シアリルLex-i抗原）とは互いに一定のデータ相関があり、両者を併用する意義は少ない。 | N |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】胆道癌、乳癌、膵癌<br>【良性】膵疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 110 | NH3<br>（血中アンモニア）<br><br>☑目次へ戻る | 生化<br>I | ■劇症肝炎<br>■重症な肝炎<br>■肝硬変 | 臨床的意義 | アンモニアは主として腸管内で、食事蛋白などから生成される分解産物で毒性をもつ。このため主として肝において尿素サイクルにより毒性の低い尿素に変換され、腎から排泄される。<br>肝障害や門脈シャントなどによりアンモニア血中濃度の上昇をみるが、実際は肝機能がかなり低下しても予備能力により解毒作用は保たれている。したがって高アンモニア血症は劇症肝炎などの非常に高度の肝機能の低下があるか、または肝硬変等によりアンモニアを多く含む門脈血が肝を通らずに直接体循環に流入する門脈−体循環シャントが存在している場合などでおこる。　また血中アンモニアの上昇と脳症の発症には時間差があり、脳症の発症の方が遅れる場合がある。筋肉運動や食事摂取により上昇し、また全血のまま放置すると、赤血球からの遊離により高値になることがあるので注意を要する。 | N |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝性昏睡・肝不全・劇症肝炎・肝硬変末期・尿毒症・出血性ショック<br>【低値】低蛋白食摂取時・貧血 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 2306 | ■NK細胞活性<br><br>☑目次へ戻る | 未適用 | **■悪性腫瘍や自免疫性疾患などにおける免疫活性の指標** | 臨床的意義 | ナチュラルキラー（Natural killer; NK）細胞はおもに血液中に存在し、末梢血中では単核細胞分画に含まれており、抗腫瘍活性や抗体産生の調節に関与する細胞である。<br>　生体内でのNK細胞の分化・成熟過程や役割についてはいまだ不明な点も多いが、主な働きとして、ウイルス等の外来因子や疾患に対する宿主の自然抵抗性に重要な役割を演じているといわれている。たとえば、低下したNK細胞活性を回復させたり、正常レベル以上に持続あるいは繰り返し増強することにより、腫瘍の増殖や転移を抑制できることが知られている。また、各種の自己免疫疾患や、ある種の遺伝的疾患においてもNK細胞活性の異常が認められている。たとえばepidermodysplasia verruciformis（いぼ状表皮発育異常症）患者では末梢血中の60%以上をNK細胞が占めることがあるという。 したがってNK細胞活性の測定は悪性腫瘍や自己免疫性疾患などにおける免疫活性の指標として有用である。<br>　NK細胞活性は以下の手順で測定される。<br>1. 末梢血より単核細胞を分離し、細胞浮遊液を調整する。（これをエフェクター細胞, Eとする）<br>2. 培養細胞であるK-562細胞を規定の数に調整した浮遊液を作り、Na251CrO4でラベルする。（これをターゲット細胞, Tとする）<br>3. E/Tを規定の比（通常は50:1）に調整してマイクロプレート上で数時間反応させるとEはTを破壊する。この際に壊れたTから放出された51Crの放射活性をγ -カウンターで測定する。 51Crの特異的放出は次式により求められる。<br>%（51Cr特異的放出）＝〔（NKによる放出－非特異的放出）／（最大放出－非特異的放出）〕×100<br>　NK細胞活性には性差が認められ、女性は男性に比べ低値を示すことが知られている。 本法は生きた細胞での機能測定のため、保存により活性が低下する問題がある。ヘパリン加血液の場合には数時間以内に測定し、細胞保存液に採取した場合は24時間以内に測定する。保存により細胞が脆弱化した場合には活性は低下する。 | N |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】顆粒リンパ球増多症（granular lymphocyte proliferativedisorders）、ウイルス感染症の初期、いぼ状表皮発育異常症（epidermodysplasia verruciformis）、Down症候群　など<br>【低値】Chediak-Higashi症候群、X-linked lymphoproliferativesydrome、重症複合免疫不全症、全身性エリテマトーデス、悪性腫瘍（特に胃癌、肝・胆・膵癌）、白血病、再生不良性貧血、大量輸血後、甲状腺機能亢進症、妊娠、サルコイドーシス　など |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 2681 | NMP22<br>（尿中核マトリックスプロティン22）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■尿路上皮癌 | 臨床的意義 | 核マトリックスプロテイン22(NMP22)は、核マトリックス蛋白質(Nuclear Matrix Protein)を免疫原として作成された2種類のモノクローナル抗体302-22と302-18によって認識される核蛋白質であり、また、核内のNuMA蛋白(Nuclear Mitotic Apparatus Associated protein)が細胞死に伴い可溶化型となり、培養液中や体液中に分泌したものであると報告されています。尿中NMP22は、尿路上皮癌で上昇することから、尿路上皮癌診断における有用性が示唆されています。 | N |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】尿路上皮癌(膀胱癌および腎盂尿管癌) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 460 | NSE<br>（神経特異エノラーゼ）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺小細胞癌<br>■神経芽細胞腫 | 臨床的意義 | 近年、NSEは各臓器に分布する神経内分泌細胞にも存在することが明らかとなり、その腫瘍であるAPUDoma(*)やそれに類似した性格を示す燕麦細胞型の肺小細胞癌、神経芽細胞腫で腫瘍細胞より血中に逸脱・増加することから、その有用なマーカーとして臨床応用されている。 なお、NSE測定の検体として一般には血清が用いられるが、EDTA血漿を検体とした場合、癌患者において有意に高値を示すとの報告がある。その確かな理由は不明ながら、EDTAがNSEの抗原構造の安定化に寄与しているのではないかとの推測もあり、さらなる検討が期待される。また神経芽細胞腫においては髄液中に増加する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肺小細胞癌・神経芽細胞腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 2593 | ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■急性心不全<br>■慢性心不全 | 臨床的意義 | 臨床的にはBNPとほぼ同義とされるが、不活型で腎臓代謝のため腎機能の影響を受ける可能性がある 。BNPは生理活性を持ち、その半減期は約20分で、種々の受容体や腎臓から代謝・排泄される。一方、NT-proBNPは生理活性がなく、その半減期は60～120分と長く、腎臓による分解排泄を受けないとされる。<br>両者の大きな相違点は、①生理活性の有無②腎機能の影響である。BNPに比べてNT-proBNPはより鋭敏に腎機能の影響を受け、推定GFR値が90~60ml/分の軽度腎機能低下患者でも上昇し、血行動態の評価は過大となる傾向がある。 | N |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心不全、慢性心不全 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| 各コード | | NTX<br>（Ⅰ型コラーゲン架橋N－ポリペプチド）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症<br>■骨転移癌 | 臨床的意義 | Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)は、骨基質の主要構成蛋白であるⅠ型コラーゲンの分解産物である。骨のⅠ型コラーゲン分子間は両端のテロペプチド領域を中心に、ピリジノリンあるいはデオキシピリジノリンと呼ばれる物質を介して安定な架橋構造を形成している。骨吸収により分解生成するⅠ型コラーゲンのペプチド断片にはこの架橋構造部分が含まれ、骨組織から血中を経て、最終的に尿中に排泄されるコラーゲン分子N-末端側由来の産物がNTxである。ピリジノリン架橋構造は成熟コラーゲン線維にのみ存在し、その量は骨基質量に相関することから、NTxの尿中排泄量は骨吸収状態の有用な指標となる。実際、骨吸収亢進をきたす種々の代謝性骨疾患では尿中NTxが高値を示すことが知られている。ただし、悪性腫瘍の骨転移のcut off値(100 nmol BCE/mmol Cr)は診断特異性を重視して高めに設定されているため、骨転移例における陽性率としては20～30%である。したがって、尿中NTx値が骨吸収亢進を意味する“55 nmolCE/mmol Cr 以上”である場合には骨転移の可能性を考慮して1～3カ月後に再検査し、NTx値の変化の有無を確認することが望ましい。<br>また、骨粗鬆症における骨吸収抑制剤投与後の尿中NTx排泄量の経時的変化は薬剤の治療効果を反映し、骨塩量増加群では有意に低下する。こうした骨吸収抑制剤に対する反応性は他の骨吸収マーカーに比べても鋭敏であり、NTxのモニタリングマーカーとしての意義が高く評価されている。なお、骨格の発育を受けて代謝回転が活発な20歳未満の成長期、骨吸収が亢進する閉経後女性ではいずれもNTxが高値となる。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】癌の骨転移（肺癌、乳癌、前立腺癌）・原発性副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨Paget病<br>■骨格の発育を受けて代謝回転が活発な20歳未満、とくに成長期の学童や、骨吸収が亢進する閉経後女性では、いずれもNTxが高値となる。<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| P | P | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 432 | プロゲステロン（P）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■非妊娠女性において、排卵及び正常な黄体機能を確認すること | 臨床的意義 | プロゲステロンは、エストロゲンとともに月経周期に関連する生殖系機能を調節する。卵胞期では低値を示し、排卵後、黄体での産生は急速に増加し、排卵後4～7日で最高値に達する。この濃度は4～6日は維持され、その後ベースライン値に下降し、月経を起こす。妊娠中、値は除々に上昇し、third trimesterで最高値を示す。プロゲステロンの臨床的評価は、非妊娠女性において、排卵及び正常な黄体機能を確認することである。黄体からのプロゲステロン産生が不十分であると、不妊症及び早期流産を引き起こす黄体期不全(LPD)を示す。経口避妊薬を使用している女性は、プロゲステロン値が抑制される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・Cushing症候群・副腎癌<br>【低値】Addison病・汎下垂体機能低下症・卵巣機能低下症・無月経・排卵異常 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 433 | プレグナンジオール（P2）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣機能<br>■黄体機能<br>■胎盤機能が推測 | 臨床的意義 | プレグナンジオールはプロゲステロンの尿中代謝産物の一つで、グルクロン酸抱合体として存在し、ホルモン作用はほとんどありません。蓄尿により体内で作られるプロゲステロンの1日量をみることができます。意義として卵巣機能、黄体機能、胎盤機能が推測できますが、17-KS、17-OHCS、エストロゲンなどの他のホルモンも測定し診断していくことが必要です。プレグナントリオール(Pt)は臨床上,ほかの尿中ステロイド代謝物であるプレグナンジオール(Pd),エストロゲン,17-KS,17-OHCSなどと共に測定される項目である。Pt測定は異常高値を示す先天性副腎過形成におけるステロイド代謝異常の補助診断としての意義は大きい。先天性副腎皮質過形成のうち最も頻度の高い21-hydroxylase欠乏症の患者尿中Ptは健常人の数倍～数10倍に達することから本疾患の診断および治療管理に有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・Cushing症候群・多発性卵胞嚢胞・妊娠・胞状奇胎・本態性高血圧症の一部<br>【低値】下垂体機能低下症・副腎性腺機能低下症・絨毛性腫瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 458 | 前立腺酸性フォスファターゼ（PAP）精密<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | 酸ホスファターゼ(ACP)はヒト前立腺、骨、肝、腎および血球系より由来する5つのアイソザイムからなる。ACPはヒトの組織、体液中に広く分布し、大半はリソソームに由来している。ACPはポリアクリルアミドゲル電気泳動による解析でアイソザイム0、1、2、3、4、5に分類される。前立腺は他臓器の1,000倍以上のACPを産生しているが、前立腺由来のACP(PAP)は抗原的にリソソーム由来のものとは異なるので、PAPの測定は前立腺癌と他の原因によるACPの高値とを鑑別するのに役立つ。PAPは夜間に低値となる日内変動があり、特に前立腺癌ではその幅が大きく、さらに日差変動も観察されているので、1回のみの測定では不十分で、信頼できる結果を得るには複数回の測定が必要である。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】前立腺癌・前立腺肥大・前立腺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | | |
| | 434 | プレグナントリオール（P3）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■21-水酸化酵素欠損症や、Cushing症候群、副腎男性化腫瘍 | 臨床的意義 | プレグナントリオールは17α -ハイドロキシプロゲステロン（17-OHP）の尿中代謝産物で、グルクロン酸抱合体として存在し、ホルモン作用はほとんどありません。蓄尿のプレグナントリオールの排泄量を知ることで、17-OHPの1日産生量が推定することができます。先天性副腎皮質過形成の中で特に血中17-OHPが増加する21-水酸化酵素欠損症や、Cushing症候群、副腎男性化腫瘍が疑われる際に検査をします。血中17-OHP、17-KS、17-OHCS、エストロゲンなど他のホルモンも測定し診断することが大切です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】先天性副腎皮質過形成・副腎男性化腫瘍・Cushing症候群・多嚢胞性卵巣症候群・妊娠<br>【低値】下垂体機能低下症・副腎性腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2527 | P53抗体<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■乳癌<br>■大腸癌<br>■食道癌 | 臨床的意義 | p53遺伝子は、DNA修復や細胞周期抑制、ｱﾎﾟﾄｰｼｽの誘導などの機能を有する癌抑制遺伝子の一つです。p53遺伝子変異は、多様な各種癌において、高い頻度で認められています。抗p53抗体は、遺伝子変異を起こしたp53ﾀﾝﾊﾟｸの細胞核内の蓄積に伴い産生される抗体で、従来の腫瘍ﾏｰｶｰでは診断が難しかった早期の食道がん、大腸がん、乳がんでの検出が報告され、その有用性が示唆されています。<br>（注意）レセプト算定条件があり、大腸癌、食道癌、乳癌の3種類の腫瘍が強く疑われる場合にのみ、月一回算定できます。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】乳癌・大腸癌・食道癌 |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | 616 | 血小板関連IgG（PA－IgG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■特発性血小板減少性紫斑病（ITP） | 臨床的意義 | 抗血小板抗体には、生体内ですでに血小板と結合している抗体を測定するPA-IgG（Platelet-associated IgG）と、血小板に結合しうる抗体を測定するPB-IgG（Platelet-binding IgG）の2種類がある。本検査はPA-IgGを測定するもので、血小板上に結合している免疫グロブリンIgGをEIA法にて定量するものである。 一方、PB-IgGは一般にMPHA法（Mixed Passive Hemagglutination Test; 混合受身赤血球凝集試験）により測定されている。<br>免疫学的血小板減少症では、PB-IgGよりPA-IgGの方が感度が高く、ITPにおいては90%程度の陽性率を示すといわれる。これは「抗血小板抗体」の感度を上回るものである。またITP患者ではPA-IgG値と血小板数、血小板寿命が逆相関を示すため、病態の重症度や治療効果の指標としても有用である。<br>抗血小板抗体を産生原因別に分けると、ITPなどの自己免疫によるもの、血小板輸血不応状態などにおける同種抗体の存在によるもの、キニンやキニジンなどの薬剤の投与による薬剤起因性抗血小板抗体などが挙げられる。<br>なお本検査には血小板が一定数必要なため、血小板数が著しく低い（3万/μ L以下）では倍量の検体が必要である。 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性血小板減少性紫斑病（ITP） |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2478 | P-ANCA<br>（抗好中球細胞質抗体）<br>（MPO-ANCA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性進行性腎炎<br>■巣状壊死性腎炎 | 臨床的意義 | 急速進行性糸球体腎炎の診断及び経過観察、腎糸球体毛細血管壊死から半月体形成までの病態診断、腎生検の適応判定、治療効果の判定等に有用である。MPO-ANCAが陽性の場合は、急速に腎炎から腎不全へと進行するため、早期に免疫抑制療法などの処置を検討すべきで、鑑別には、好酸球やIgEの定量やC-ANCA検索、病理組織診が必要になります。MPO-ANCAの陽性率は、半月体形成腎炎で80%以上、アレルギー性肉芽腫性腎炎で30～60%といわれています。健常者でも陽性となる場合があるため診断には検尿はじめ他の検査所見をも考慮する必要があります | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性進行性腎炎・巣状壊死性腎炎・顕微鏡的多発動脈炎（MPA）・pauci－immune型壊死性半月体形成腎炎（NCGN）・巣状壊死性腎炎（FNGN）・アレルギー性肉芽腫性血管炎（AGA）<br>【低値】肺腎症候群・進行性全身性強皮症（PSS）・Goodpasture症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 271 | PFDテスト<br>☑目次へ戻る | 判断料なし | ■慢性膵炎<br>■膵癌など | 臨床的意義 | 膵外分泌機能検査の1つであるが、膵外分泌機能検査は、各種膵疾患、とくに慢性膵炎の診断と経過観察のために不可欠のものである。<br>これまで、膵外分泌機能検査としてPS試験が行われていたが、この方法は、十二指腸への挿管が必要であり、被検者には苦痛を与えること、検査手技が煩雑であることなどの理由からルーチン検査として広く普及するには至っていない。<br>こうした状況の中で生まれたPFDテストは膵に特異的な消化酵素の一つであるキモトリプシンの消化管内における活性を測定するもので、被検者はPFD内服液を服用後、6時間経過するまでの全尿を蓄尿し、尿量を測定したあと、その一部を採尿するだけでよい。<br>さらにPFDテストの検査成績は、PSテストとよく相関し、慢性膵炎、膵癌のスクリーニング検査として応用されている。<br>PFDは膵に特異的な酵素の1つであるchymotripsinによって特異的に分解される合成ペプタイド、N-benzoyl-L-tyrosyl-P-aminobenzoic acid（BTPABA）の経口負荷により、chymotrypsinのin vivo活性を測定する膵外分泌機能検査法である。したがってchymotrypsin作用の場である十二指腸内の反応環境と密接な関係がある。<br>この反応環境は、膵外分泌機能、特に[HCO3-]分泌能に左右されるために、PFDテストは単にchymotrypsinの活性を示すだけにとどまらず、その他の膵外分泌機能の諸因子の状態をも反映する総合的な、膵外分泌機能の診断法である。<br>なお、急性膵炎、急性肝炎、腎機能障害等のある場合は検査を行わない。検査を依頼する場合は、尿量を記載のうえ、酵素の失活を防ぐため凍結にて保存、輸送を行うのが望ましい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】高値側の臨床的意義は少ない<br>【低値】中等度以上の膵外分泌機能障害（慢性膵炎、膵癌など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 608 | PF−4<br>（血小板第４因子）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血小板活性の指標 | 臨床的意義 | PF4とは強力なヘパリン中和作用を有する分子量30,000の血小板特異蛋白で、血小板から放出される。血小板の異物面との接触やトロンビンなどの刺激により、血小板活性化が起こると、血小板由来成長因子やフィブリノーゲンと共にα 顆粒から放出されたPF4は、抗ヘパリン作用により血栓形成を助長する。PF4は血中半減期が短く、病態を即時的に反映して変動するため、生体内での血小板活性化の指標と考えられ、血栓症の推定、抗血小板剤による治療の評価にも有用である。<br>PF4は採血法、その後の処理の仕方によりデータが変動しやすいので、以下のようにするのが望ましい（β −TGも同様）。<br>採血は凝集を防ぐために駆血帯を使用せず、2シリンジ法にてまず初めの血液2mL位を捨てたのち、次のシリンジで4.5mLを採取する。専用容器に移し、2～4℃下2,000Gで30分遠心する。その上清の表面よりやや下の部分を分取した乏血小板血漿（PPP）を凍結で保存し検査を行う。遠心までの間、検体は氷浴中で保存するが、1時間位までは安定である。血漿分離が遅れると、血小板からPF4が放出されるため、予想外の高値となる場合がある。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脳梗塞、心筋梗塞、播種性血管内凝固症候群（DIC）・脳血栓・糖尿病・心筋梗塞・骨髄増殖性疾患・膠原病・腎不全<br>【低値】血小板減少症、抗血小板剤投与 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2225 | PG<br>（ペプシノゲン）<br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■胃潰瘍・十二指腸潰瘍<br>■胃癌 | 臨床的意義 | PGは免疫学的にPG I とPG II に大別されます。PG I は主に胃酸を分泌する胃底腺粘膜から分泌され、PG II は胃粘膜全域と十二指腸腺の広範囲から分泌されます。胃の粘膜に炎症が生じるとPG I 、PG II ともに増加し、I/II 比は低下します。萎縮になるとPG I は低下し、PG II は相対的に増加し、I/II 比はいっそう低下します。したがって、PG I 、PG II 、I/II 比のそれぞれの値をみることで胃粘膜の状態が推定できます。特に、PG IIは胃酸分泌能と相関し、PG I/II 比は胃粘膜萎縮の広がりとその程度を反映することから、ペプシノゲン法ではPG I とPG I/II 比を指標として、陰性、陽性（１＋）～（３＋）の４段階で胃粘膜の萎縮度を判定します。慢性胃炎患者では胃の萎縮が進むほど胃癌が発生しやすいことから、胃癌のスクリーニング検査として有用であることが明らかとなり、注目されています。PG値が高値（陰性）の場合は、胃粘膜内での産生増加あるいは腎からの排泄減少であり、胃炎、胃・十二指腸潰瘍、H. ピロリ菌感染、腎不全、プロトンポンプ阻害剤（PPI）などの胃酸分泌抑制剤内服時などが考えられます。<br>逆に、低値（陽性）の場合は、胃粘膜内での産生減少か、胃粘膜量そのものの減少であり、萎縮性胃炎、胃癌、切除胃、悪性貧血などが考えられます。ところで、PG検査は食事の影響が少ないため、絶食でなくとも午後でも可能ですが、食後PG値が増加し、陰性となりやすいため、空腹時に採血します。また、PPI服用中止後、前値に戻るまで1～2ヵ月を要します。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】消化性潰瘍（特にPG I 高値）、慢性腎不全<br>【低値】萎縮性胃疾患（PG I 、PG I /PG II とも低値）、胃癌 | |
| | | | | | 算定条件 | 未適用 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2025 | PIC<br>(α 2－プラスミンインヒビター・プラスミン複合体)<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC<br>■線溶亢進状態 | 臨床的意義 | 生体内には線溶亢進を阻止する蛋白があり、中でも最も強力なものが、α 2プラスミンインヒビター(α 2PI)である。これは分子量約70,000の糖蛋白で、肝臓で産生される。A 2PIは、生体内では凝固因子Ⅷaによってフィブリンに架橋結合し、フィブリンの線溶に対する抵抗性を高める。プラスミンとα 2PIが1:1で複合体を形成すればプラスミンは失活し、線溶系が阻止される。この複合体をPICという。<br>一方、プラスミンは、分子量80,000～87,000の糖蛋白であるプラスミノーゲンが、プラスミノーゲンアクチベーターによって活性化されて生ずる蛋白分解酵素である。プラスミンは、フィブリンを分解してFDPにすることで、線溶系では促進的に働いているが、α 2PIとの複合体PICを形成すると、プラスミンの作用は失われ線溶系が阻止される。<br>プラスミンの半減期は0.1秒ときわめて短いために直接測定することはできないが、プラスミンとα 2PIとの複合体であるPICの量が、プラスミン活性を反映する。すなわち、PICの定量は、血中のプラスミンの動きを直接的に反映するため、血栓溶解療法のモニターやDICの診断に有力な手段となる。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】DIC・線溶亢進状態 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 552 | PIVKA－Ⅱ<br>(CLEIA法)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝細胞癌 | 臨床的意義 | 新生児メレナをはじめとするビタミンK欠乏性出血症の診断にこれが有用な指標となることは以前から知られていたが、1984年にLiebmanが肝細胞癌患者血中にPIVKA－Ⅱの高率かつ著明な増加を報告したことを契機に、α －フェトプロテイン(AFP)とは相関性のない全く新たな肝細胞癌の特異的マーカーとしての臨床的意義が確認されている。<br>また検査法により血液凝固異常にのみ適用されるものがあるので検査法の選択には注意を要する。腫瘍マーカーとしてのPIVKA－ⅡにはECLIA法、凝固異常の指標にはLA(ラテックス凝集比濁法)を用いる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝細胞癌、慢性肝炎、肝硬変、肝内胆汁鬱滞、ビタミンK欠乏性出血症、吸収不全症候群、ワーファリン投与時 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 98 | PL<br>（リン脂質）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■胆汁うっ滞を反映 | 臨床的意義 | リン脂質はリン酸基をもつ複合脂質であり、化学的にはグリセロ・リン脂質と、スフィンゴ・リン酸の二つに分類される。生体内の主な成分は、前者に属するレシチン、リゾレシチンと後者のスフィンゴミエリンの三つであり、血中・組織ともにレシチンが最も多く含まれる。<br>リン脂質の大部分は、脂質と蛋白の複合体であるリポ蛋白の構成要素として、血中での脂質の安定化と代謝に重要な役割を果たしている。また、LCAT（レシチンコレステロール・アシルトランスフェラーゼ）の基質となりコレステロールエステルの生成に関与するほか、生体膜の構成成分としての機能もある。<br>血中リン脂質の値はほぼコレステロール値と同様の変動を示し、その比もほぼ1:1である。肝での生合成と分解、胆汁中への排泄の障害により大きな影響を受け、胆汁うっ滞をよく反映する。肝硬変で血清リン脂質値が低下する症例では、一般的にすべての分画成分が低下するが、特にリゾレシチンの減少が顕著といわれる。また、閉塞性黄疸でリン脂質値の上昇する症例ではレシチンは上昇するがリゾレシチンは低下する。生理的日内変動は±15%の範囲内で、食事による有意な変動はない。また、妊娠が進むに従い高値になるといわれている。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝疾患（肝内・肝外胆汁うっ滞）、甲状腺機能低下症、ネフローゼ症候群、家族性高脂血症（Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ、Ⅳ）、LCAT欠損症　など。<br>甲状腺機能低下症・閉塞性黄疸・Niemann－Pick病<br>【低値】劇症肝炎・非代償性肝硬変・肝癌・甲状腺機能亢進症・多発性硬化症・Tangier症・家族性HDL欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2223 | 膵PLA2<br>（膵ホスホリパーゼA2）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■膵炎（急性・慢性） | 臨床的意義 | PLA2はグリセロホスフォリピッドの2位のエステル結合を切る酵素で，哺乳類ではⅠ型(膵型)とⅡ型(膜型)に分類される。膵型のPLA2は主に膵臓で合成され,膵液中に分泌されて消化酵素として作用している。ヒトの膵液中に大量に存在することから,膵PLA2と呼ばれている。<br>膵PLA2は膵液中の他の酵素同様に一部は血中に移行している。また血中膵PLA2の低下はセクレチンテストの結果と高い相関を示す。頻回に繰り返すことが困難なセクレチンテストを膵PLA2の測定に代用できる。よって,膵PL A2は,血中膵酵素のうちでも特異性の高い膵マーカーとして膵疾患の診断や経過観察に有用な指標となる。<br>膵臓で合成され、膵液中に分泌されて消化酵素として作用する。しかし近年膵PLA2には増殖因子としての強い活性があることが明らかにされた。膵液中の他の酵素と同様に膵PLA2の一部は血中に移行している。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎・膵癌・腎不全<br>【低値】慢性膵炎末期・膵癌末期・膵全手拭後・慢性アルコール中毒 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2477 | PR3-ANCA<br>（C-ANCA）<br>（抗好中球細胞質プロティナーゼ3抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ウェゲナー肉芽腫症<br>■壊死性糸球体腎炎<br>■半月体形成腎炎 | 臨床的意義 | ウェゲナー肉芽腫症(Wegener's granulomatosis；WG)は，鼻・副鼻腔・眼・耳など上気道および肺の壊死性肉芽腫性炎，全身の壊死性肉芽腫性血管炎，急速進行性腎炎の3症状を特徴とする疾患である．またWGは，診断，治療が遅れると腎不全，呼吸不全，二次的感染症などで短期間で死亡する症例があるため，早期に診断を下す必要がある．PR3-ANCAはWGに特異的な抗体であり，早期診断および疾患活動性の指標，免疫抑制療法施行の際の治療効果判断のマーカーとして極めて有用である． | P |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】ウェゲナー肉芽腫症・壊死性糸球体腎炎・半月体形成性腎炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 348 | プロラクチン<br>（PRL）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■下垂体機能の検査 | 臨床的意義 | プロラクチンは脳下垂体前葉から分泌されるアミノ酸198個からなる蛋白ホルモンで、視床下部由来のプロラクチン分泌促進因子（PRF）と分泌抑制因子（PIF）によって調節されている。PIFによる抑制の方が優位であるが、主要なPIFはドーパミンである。<br>　臨床的にPRL値が問題となるのは、高プロラクチン血症で、男女比1:8と女性に多い。原因としてはプロラクチン産性腫瘍であるプロラクチノーマがもっとも多いといわれている。<br>　高プロラクチン血症の典型的な臨床症状としては、性腺機能低下症と乳汁漏出無月経症候群（GAS）がある。前者は男女ともに発症し、主としてLH-RHの分泌抑制によるもので、男性では性欲減退やインポテンツ、さらにまれではあるが女性化乳房も発来する。女性では乳汁漏出とともに90%以上に月経異常が起こり不妊の原因となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】下垂体腺腫（プロラクチノーマ）・松果体腫・頭蓋咽頭腫・先端巨大症・empty　sella症候群・薬剤性高プロラクチン血症・原発性甲状腺機能低下症・乳癌・クッシング病・腎不全・神経性食欲不振症・特発性乳汁漏出症<br>【低値】下垂体前葉機能低下症・プロラクチン単独欠損症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2765 | ProGRP<br>（ガストリン放出ペプチド前駆体）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺癌<br>（小細胞癌） | 臨床的意義 | ガストリン放出ペプチド（gastrin-releasing peptide；GRP）は、豚の胃から分離された消化管ホルモンであり、本来の作用はガストリンの血中への分泌促進にあるが、肺小細胞癌で高率に産生されていること、そして同癌のオートクリン増殖因子として働いていることが知られている。GRPそのものは、血中において不安定であり臨床応用に適さずその前駆体であるPro-gastrin-releasing peptide；ProGRPがGRP同様、肺小細胞癌で高値を示す。いくつかの検討からNSE（neuron-specific enolase）より肺小細胞癌のマーカーであることが示されている。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肺小細胞癌・肺大細胞癌・肺扁平上皮癌・肺腺癌<br>【良性疾患】腎不全・肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 497 | PSA（F／T比）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌と前立腺肥大の区別 | 臨床的意義 | 総PSA値「4.1～10.0ng/mL」の領域は診断的グレイゾーン（diagnostic gray zone）と呼ばれ、癌・非癌の鑑別のための新たな指標が求められていた。<br>近年、PSAの血中存在様式の研究から、総PSAに対する遊離型（蛋白非結合型）PSAの割合（F/T比）が前立腺癌患者と非癌患者とで異なることが明らかになった。すなわち、前立腺癌患者のF/T比は非癌患者に比べて有意に低値であり、上記グレイゾーン領域におけるF/T比の測定は前立腺癌の診断精度向上に貢献すると考えられる。<br>前立腺癌患者では、アンチキモトリプシン（ACT）と結合したPSA（PSA-ACT）が、肥大症患者の血中より増加している。このため、F/T比の低下とPSA-ACTの増加が前立腺癌診断の指標となる。<br>（判断基準は総合検査案内書を参考） | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】前立腺癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 2239 | PSA－ACT<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | 前立腺特異抗原（PSA）は、機能的にkinin-kallikrein familyに属するプロテアーゼであることが明らかになっている。血中のPSAは、その6～9割がプロテアーゼインヒビターであるα 1-アンチキモトリプシン（ACT）と、また一部はα 2-マクログロブリンと結合して複合体を形成し（複合型PSA）、残り（5～40%程度）が非結合の遊離型PSAの形で存在している。このうちα 2-マクログロブリンとの複合体は、PSAのエピトープを完全に被覆した構造により免疫学的に検出困難であることから、従来測定されてきたPSA値はACTとの複合体（PSA-ACT）と遊離型PSAの総和を意味すると考えられている。 近年、前立腺癌患者で総PSAに対する遊離型の存在比が前立腺肥大症患者よりも低い傾向にあることが報告されている。これを応用してPSA軽度高値（4.1～10ng/mL）患者群におけるPSA-ACTの選択的測定や遊離PSA／総PSA（F/T比）の算出が、前立腺癌と肥大症の鑑別指標として注目されるようになった。すなわち、前立腺癌ではACTとの結合型（PSA-ACT）が肥大症より増加を示す。詳細はPSA F/T比を参照されたい。なお、PSA-ACTの基準値は、前立腺癌と肥大症との鑑別のためのcut-off値として設定されたものであり、健常者の上限基準値とは異なる。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】前立腺癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2949 | PSA<br>（前立腺特異抗原）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | ヒト前立腺組織のみに存在し、特に腺・導管の内腔上皮、前立腺分泌物に局在することが免疫組織化学的に確かめられている。 血中PSA値は前立腺癌患者で著明に増加し、また病勢をよく反映して変動することから、その診断、予後判定および経過観察の指標となる。前立腺癌は近年、増加の一途を辿り近い将来には現在の2倍以上になる可能性があると予測されている。さて手術後のモニタリング等では再発を早期に発見することが重要になるため、検出感度においてさらに低濃度のPSAを検出することが必要になる。「高感度PSA」は検出感度が0.003ng/mLであり、低濃度のPSAを検出するのに優れているため、手術や化学療法、物理療法などの治療後の微量のPSAの患部からの逸脱を測定することができる。また、前立腺癌患者のcut-off値として10ng/mLという値が設けられているため、良性疾患の鑑別から前立腺癌の早期発見、治療後のモニタリングや再発の推測に有用であり、広い範囲での適用が可能である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】前立腺癌<br>【偽陽性】前立腺肥大症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P | | | | | | P |
| | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | 疾患名 | | |
| | | | | 算定条件 | | |
| 582 | プロトロンビン時間<br>（PT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC | 臨床的意義 | 外因系凝固過程に関与する凝固因子の先天性および後天性の低下に際してPT延長がみられる。後天性（消費性）減少の代表的疾患がDICであり、そのため厚生省DIC診断基準の判断材料の一つとされている。また、肝機能障害による各因子の産生不良、ビタミンK欠乏、ビタミンK拮抗剤（ワーファリン）、循環抗凝血素などによってもPTの延長をきたす。<br>臨床的には以下のような後天的要因に基く異常が多い。ビタミンK拮抗薬剤としてワーファリンを投与すると、肝臓で合成されるビタミンK依存性凝固因子（第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子、プロテインC、プロテインS）の減少と凝固阻害因子（PIVKA; Protein-induced by Vitamin K Absence）の増加によりプロトロンビン時間の延長をみる。肝障害におけるPTの延長（活性率の低下）は、凝固因子の産生低下による。DICでは凝固の亢進により、凝固因子が消費されることでPTが延長する。 |
| | | | | 疾患名 | 【延長】凝固第Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ因子欠乏症、無フィブリノーゲン血症、薬剤投与（ワーファリン等）、肝障害、DIC、ビタミンK欠乏症<br>【短縮】血栓性静脈炎　など |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 679 | P-Ⅲ-P<br>(プロコラーゲン-Ⅲ-ペプタイド)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■慢性肝炎<br>(活動期)<br>■肝硬変 | 臨床的意義 | 現在12種類以上の存在が知られているコラーゲンは、体内の蛋白質の30%以上を占め、細胞外マトリックスを形成する重要な蛋白質である。このうちⅢ型プロコラーゲンペプチドは抗原性が高く、検出が容易なため、臨床応用されるようになった。<br>血清中P-Ⅲ-Pが増加する要因は、<br>1. 臓器線維症による肝組織などへの異常蓄積により血中に逸脱するもの<br>2. 自己免疫疾患などでコラーゲン分子に対する免疫反応によるもの<br>3. 遺伝的にコラーゲン代謝のプロセスに異常があるもの<br>などが知られている。<br>P-Ⅲ-Pは、肝疾患の診断、特に肝の線維化マーカーとして用いられる。急性肝炎ではALT(GPT)と並行して動くといわれ、肝細胞の炎症や壊死を反映している。慢性肝炎、肝硬変とも活動性の高い症例ほど高値をとることが多い。また、アルコール性肝疾患においては、脂肪肝ではあまり高値にはならず、線維化の程度が高い症例ほど高値になるといわれている。<br>小児期、特に新生児では著明な高値を示す。日内変動や食事の影響はない。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】慢性活動性肝炎・肝硬変・アルコール性肝障害・急性肝炎・肝癌・スキルス胃癌・慢性関節リウマチの活動期・肺線維症・骨髄線維症・冠動脈疾患・膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 472 | PTH<br>(副甲状腺ホルモン)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■カルシウム調節機能<br>■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素により体内で分解された場合はN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントからなる。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働くので、低カルシウム血症の場合は上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方がより正確である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合はアミノ酸141個からなるPTH関連蛋白(PTH-rP)の関与によるものがあるので、その場合にはPTH-rPを測定するのが有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性・続発性副甲状腺機能亢進症、偽性副甲状腺機能低下症【低値】特発性・術後性副甲状腺機能低下症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 473 | PTH−C末端<br>（副甲状腺ホルモンC末端）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 副甲状腺ホルモン（PTH）は最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はPTHインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素によりN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントに分解される。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働く。このため、低カルシウム血症の場合にPTHは上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方が有用である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合は、アミノ酸141個からなるPTH関連蛋白（PTH−rP）を腫瘍が産生している場合がしばしば存在する。その場合にはPTH−rPを測定するのがよい。 | P |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症・慢性腎不全・ビタミンD欠乏症（腸管吸収不全・肝胆道疾患）・ビタミンD依存症（薬剤・・・ミズラマイシン・リン負荷・カルシトニン）<br>【低値】副甲状腺機能低下症（原発性・術後性） | | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | | |
| | 489 | PTH−intact<br>（副甲状腺ホルモン インタクト）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副甲状腺疾患 | 臨床的意義 | 副甲状腺ホルモン（PTH）は最も重要なカルシウム調節ホルモンであり、84個のアミノ酸から構成されている。完全分子型である場合はPTHインタクトと呼ばれ、蛋白分解酵素によりN末端、C末端、中間部の三つのフラグメントに分解される。PTHはN末端に生理活性を有し、C末端フラグメントは生物学的には不活性であるが、血中半減期が長く安定である。一方、C末端フラグメントは腎より排泄されるので、腎不全例では排泄不良のため血中で高値をみることがあるが、インタクトはその影響を受けにくく、また生理的活性があるので現在では最もよく測定される。ただし、不活化を防ぐために採血後ただちに冷却下で血漿を分離する必要がある。PTHは血清カルシウム濃度の恒常性を維持するホルモンであるため、カルシウム値は原発性副甲状腺機能亢進症で高値になり、低下症では低値になる。また、外的要因に対してこの恒常性を維持するためPTH濃度はカルシウム濃度を正常化する方向に働く。このため、低カルシウム血症の場合にPTHは上昇し、高カルシウム血症の場合は低値になる。一般的に副甲状腺機能低下症の場合は、低値側に感度がよい高感度PTHを測定した方が有用である。また、悪性腫瘍に合併する高カルシウム血症の場合は、アミノ酸141個からなるPTH関連蛋白（PTH−rP）を腫瘍が産生している場合がしばしば存在する。その場合にはPTH−rPを測定するのがよい。 | | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症・続発性副甲状腺機能亢進症・自律性副甲状腺機能亢進症・骨粗鬆症・骨軟化症・低Ca血症<br>【低値】術後副甲状腺機能低下症・特発性副甲状腺機能低下症・ビタミンD中毒・甲状腺機能亢進症 | | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | | |

| P | 2668 | P型アミラーゼ<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■急性膵炎 | 臨床的意義 | ■血中アミラーゼは,1929年 Ellman らにより急性膵炎時の高アミラーゼ値が報告されて依頼,膵炎との関係でとらえられてきた。しかし,近年膵炎を伴わない高アミラーゼ血症が認識されるようになりアミラーゼアイソザイムの測定によってS型優位であることが解ってきた。このようにアイソザイムの解析により,各種高アミラーゼ血症の鑑別が容易となり治療の指針にも役立つ。■急性膵炎では発症後24時間以内に血中に急速にP型アミラーゼが増加し、時間の経過とともに尿中に移行し回復すれば数日で基準値に戻る場合が多い。 | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性膵炎・慢性膵炎増悪期・胆道系の炎症性疾患<br>【低値】慢性膵炎、膵癌（ことに末期）、膵切除後 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| R | R | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R | 2931 | RBP<br>(レチノ―ル結合蛋白)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■腎不全<br>■ビタミンA欠乏<br>■栄養状態 | 臨床的意義 | プレアルブミンとRBP(レチノ-ル・バインデイング・プロテイン)は肝臓で合成される。プレアルブミンは血中においてはサイロキシンやRBPと結合している。RBPはレチノ-ル(ビタミンA)を運ぶ蛋白である。この両方の蛋白の血清濃度は肝臓の合成能力を反映していて、栄養不良やその他の状態で著しく減少する。プレアルブミンとRBPはそれぞれ約2日と12時間の短い半減期のために、栄養状態と非経口栄養摂取のモニタリングに有効である。近年、栄養評価指標のRapid Turover Protein(RTP)として、トランスフェリン、RBPとともにプレアルブミンは悪性腫瘍及び術後患者の低栄養状態の管理に有用であると言われている。 | R |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】腎不全・脂肪肝<br>【低値】ビタミンA欠乏症・吸収不良症候群・すべての肝疾患(脂肪肝除く)・甲状腺機能亢進症・感染症・外傷 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2400 | RLPコレステロール<br>(レムナント様リポ蛋白コレステロール)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■動脈硬化性疾患 | 臨床的意義 | レムナント様リポ蛋白-コレステロール(RLP-コレステロール;RLP-C)は超低比重リポ蛋白(VLDL)やカイロミクロンなどのリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼによって分解され生じる中間代謝物である(レムナントとは残り物、残り屑という意味)。RLP-CはLDLなどと異なり、変性を受けなくとも単球由来のマクロファージに貪食される。貪食したマクロファージは最終的に泡沫細胞となり、脂肪斑が形成される。すなわちRLP-Cの増加は、動脈硬化巣の初期病変形成に促進的役割を果たす。したがって脳梗塞や心筋梗塞など動脈硬化性疾患において、RLP-C高値は危険因子のひとつに相当すると考えられている。特に家族性高脂血症や糖尿病性高トリグリセライド血症に高レムナント血症が伴うと、高頻度に動脈硬化性病変が合併するといわれている。RLP-Cは血清トリグリセライド値と強い相関を示し、またアポ蛋白B, C-Ⅱ, C-Ⅲ, Eとも正の相関を示すが、特にアポEとの相関は強いとされている。RLP-Cは食後、有意に上昇するため、基礎値を見るには採血を朝食前空腹時に行う。また、脂質代謝能力をみるため、脂肪食負荷テストを実施することがある。たとえば、40g/m2(体表面積)の生クリームを摂食させ、摂食前と2時間毎に12時間まで計7回採血し、RLP-C値の変動を見るプロトコールが提案されている。<br>RLP-Cは、室温では血清分離後速やかに測定する必要がある。凍結により変性するため、保存は冷蔵で行う。4℃で5日間程度は安定とされている。<br>基準値は、健常者における“平均値＋1.96SD”に相当します。ただし、糖尿病、冠動脈疾患等の既往歴のある場合は、”5.2mg/dl以上”をハイリスク域とします。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】動脈硬化性疾患(心筋梗塞・狭心症・脳梗塞)・原発性高脂血症・二次性高脂血症(糖尿病・甲状腺機能低下症・肥満・慢性腎不全・アルコール性肝炎・脂肪肝・原発性胆汁性肝硬変症) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R | 2735 | (抗)RNP抗体<br>(FEIA法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■混合性結合組織病<br>■SLE | 臨床的意義 | 抗ENA抗体には大別して抗RNP抗体(RNase感受性抗体)と抗Sm抗体(RNase抵抗性抗体)があり、通常は抗Sm抗体が陽性であればRNP抗体も陽性になる。抗RNP抗体は広く自己免疫性疾患で陽性になり、さらに抗Sm抗体も陽性の場合にはSLE(全身性エリテマトーデス)の可能性が高い。また、本抗体が陽性で抗Sm抗体が陰性の場合は、混合性結合組織病(MCTD)やOverlap症候群、シェーグレン症候群の可能性がある。<br>【】 | R |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】混合性結合組織病(MCTD)・SLE・多発性筋炎(PM)・皮膚筋炎(DM)・シェーグレン症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 653 | RPR法・TPHA法<br>(梅毒検査)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■梅毒 | 臨床的意義 | TPHAとは、「Treponema pallidum hemagglutination test」のことで、梅毒病原体を抗原として用いる検査方法のことをいいます。梅毒の病原体であるTPの菌体成分を吸着させた血球が、TPの抗体により血球凝集反応を起こす、その状態を見て判断します。梅毒検査にTPHAを採用することのメリットは、簡単に検査できるということです。しかし、TPHAで陽性を示すのは、感染後3か月以降であるために、早めに診断をしたいという場合には向いていません。<br>また、1回陽性と判断されると、その後しばらくは陽性のままの状態になりますので、治療中にその治癒度を判断するためには使えません。良いとされています。RPR法とTPHA法の2法で判定するのが有用です。<br>そうした理由から、確定診断をして、治療後の様子も見定めるためには、梅毒の他の検査方法であるSTSも併用するのが確実といわれています。一般的に梅毒検査では、TPHAの結果とSTS(当社では、RPR法)の結果とを合わせて判断されることが多いそうです。STSというのは、「serologic test for syphilis」の頭文字を取ったもので、カルジオピリン、レシチンなどのリン脂質を抗原とする脂質抗原を用いて、梅毒かどうかをチェックする検査方法です。具体的には、ガラス板法、RPRカード法、凝集法などの方法あり、抗体がなければ陰性となりますが、抗体があった場合には陽性と判定されます。梅毒検査にSTSを採用することのメリットは、TPHAに比べて早い段階で陽性の反応が確認できるという点です。その一方で、その他の症状などによって抗体がある場合、梅毒に感染していないのに梅毒だと判断される場合があります。そのため、確定診断をするためには、TPHAやFTA-ABSなどの他の梅毒の検査方法を並行するのが良い。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】梅毒 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| R | 942 | RSウィルス（CF法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■RSウイルス感染症<br>■肺炎<br>■細気管支炎 | 臨床的意義 | RSウイルスは1歳未満、特に6カ月未満の乳児に感染すると、高頻度に細気管支炎などの重篤呼吸器疾患を引き起こす。RSウイルス感染症において1歳未満の乳児では約1/2が毛細気管支炎か気管支肺炎、残りの1/4ずつが気管支炎と上気道炎である。幼児になると細気管支炎や気管支肺炎が減り上気道炎が増加してくる。<br>終生免疫は得られず再感染を繰り返すことがあるが、反復感染の症状は一般に軽症である。乳児の抗体反応は弱く感染があっても抗体が検出されない場合があるが、通常急性期と回復期のペア血清で抗体価が4倍以上上昇した時に感染があったと判断する。<br>RSウイルス自体は各地に存在しており地域差はなく、冬から春にかけて流行することがある。飛沫感染により伝播するが、分泌物を直接吸い込み感染することが多い。<br>【】 | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】RSウイルス感染症・肺炎・細気管支炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| S | S | 検査項目 | 点数 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2776 | （血清）アミロイドA蛋白（SAA）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■炎症（全身性のものほど高値）<br>■リウマチ | 臨床的意義 | SAAは、慢性炎症性疾患に続発するアミロイドーシス(AAタイプ)で、組織に沈着するアミロイドA蛋白の血中前駆体とされたことからその名がある。また、高比重リポ蛋白(HDL)中にアポ蛋白として存在することから、アポSAAと呼ばれることもある。ヒトSAA遺伝子は少なくとも4種(SAA1、SAA2、SAA3、SAA4)の存在が知られており、産物蛋白としてはSAA1、SAA2、SAA4が同定されている(SAA3は非発現)。このうちSAA1とSAA2が、IL−1、IL−6、TNFなどの炎症性サイトカインの作用により合成される急性相反応物質であり、アミロイド原性蛋白としての性質を有する。SAA1は血中での割合が高く(70%ほど)、アミロイド組織から分離されるAAは90%がSAA1由来で、病因的意義の高いアイソタイプと考えられている。SAA4は、HDLの構造蛋白質で炎症時には変動しない。血中SAAは肝由来のものが多くを占めるとされているが、肝細胞以外にもSAAの発現は認められている。肝細胞と肝外組織では発現の誘導因子が異なる可能性があり、病態によっては肝外由来のSAAも血中濃度に関与していることも否定できない。SAAは炎症が重症なほど、全身性なものほど高濃度となり、軽症のもの、尿路感染症、脳梗塞など限局したものでは低値にとどまる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】細菌性またはウイルス性感染症・組織壊死・悪性腫瘍・自己免疫疾患・慢性関節リウマチの活動期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 462 | SCC抗原<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■扁平上皮癌（肺・子宮頚部など） | 臨床的意義 | ■子宮頚部扁平上皮癌の肝転移巣より分離・精製された腫瘍関連抗原で、等電点電気泳動においてSCC抗原は14の亜分画に分けられるが、正常扁平上皮細胞では主に中性分画のみであるのに対して癌細胞では酸性分画が増加するとされている。<br>現在その測定に用いられているモノクローナル抗体は酸性分画により強く反応し、癌特異性が高いと考えられる。<br>SCC抗原は子宮頚部、肺、食道、頭頚部、尿路・性器、皮膚などの各扁平上皮癌患者の血中に高頻度に検出されることが報告されており、それらの優れたマーカーとなる。<br>■意義としては，子宮頸部扁平上皮癌や肺扁平上皮癌など，各種臓器の扁平上皮癌につき診断の補助，予後や治療効果の判定，あるいは病状の経過観察に有用である。しかし，扁平上皮細胞の在る部位での良性疾患でも血中SCC抗原値が上昇する可能性がある為注意を要する。 | S |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】子宮頚癌・肺癌・食道癌・頭頚部癌・尿路・性器癌・皮膚癌などの扁平上皮癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2739 | (抗)Scl－70抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■強皮症 | 臨床的意義 | 強皮症(Scleroderma)の進行性全身性硬化症(progressive systemic selerosis:PSS)に極めて特異性の高い抗核抗体である。PSSは,皮膚硬化が躯幹にまで及ぶ汎発型と,手指,顔面に限局する限局型(CREST型)に分けられる。一般に前者では,肺線維症などの内臓線維化病変が高頻度にみられ,血管病変も強く出現して急激な進行を示すことから抗Scl-70抗体を測定する有用性が高く,早期に診断し早期に治療を開始することが重要である。<br>また,抗Scl-70抗体は強皮症以外の疾患ではほとんど検出されず,強皮症の病型や予後とも関連する抗核抗体である。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】強皮症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 2526 | S（可溶性）IL－2レセプター（インターロイキン2受容体）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■成人T細胞性白血病（ATL）<br>■性リンパ球性白血病（ALL）<br>■悪性リンパ腫 | 臨床的意義 | 近年、リンパ球活性化状態においてTac抗原が末梢血中に可溶性の形でも存在することが明らかになり、可溶性IL-2R（sIL-2R）と名付けられている。sIL-2RはIL-2との結合性を保持することから、生体の免疫調節にも関与していると推定される。血中sIL-2R値は造血器悪性腫瘍、レトロウイルス感染症、リウマチ・膠原病など、免疫系のさまざまな病的状態で上昇しており、病勢を反映する指標として有用と思われる。 | S |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】成人T細胞白血病・悪性リンパ種・多発性骨髄腫・急性及び慢性白血病・慢性骨髄性白血病・膠原病・自己免疫性疾患・川崎病・肺癌・間質性肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 199 | SLX<br>（シアリルLeX-i抗原）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肺腺癌<br>■卵巣癌 | 臨床的意義 | 同じ糖鎖抗原であってもCA19-9やその類似抗原が構造上Ⅰ型糖鎖に分類されるのに対して、SLXはⅡ型糖鎖に属する抗原である。 すなわち、糖鎖の基幹部分はガラクトース（Gal）とN-アセチルグルコサミン（GlcNAc）より構成されるが、Ⅰ型糖鎖はGalβ 1→3GlcNAcβ を、Ⅱ型糖鎖はGalβ 1→4GlcNAcβ を繰り返し構造単位とする。いわば1→4では直鎖状に糖鎖が伸びるのに対し、1→3では斜めに伸びる形をとっている。個体発生においてはⅡ型糖鎖の方がより早期から存在するとされている。 こうした両者の違いは腫瘍マーカーとしての特性にも反映しており、SLXは膵癌をはじめとする消化器系癌にも出現するものの、むしろ肺癌や卵巣癌などの腺癌患者血清中に高頻度に増加する点が注目される。良性疾患における偽陽性率は低く、Ⅰ型糖鎖抗原のようにLewis血液型の影響を受けることもない。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】肺腺癌・卵巣癌・膵癌・胆道癌・乳癌<br>【偽陽性】びまん性汎細気管支炎（DPB）・肺線維症・気管支拡張症・重症肺結核 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 2736 | (抗)Sm抗体<br>(FEIA法)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■SLE | 臨床的意義 | 全身性エリテマトーデス(SLE)患者血清中に見いだされた抗核抗体群のひとつであり,従来の抗ENA抗体で検出されるRnase抵抗性のある抗ENA抗体と同一である。抗核抗体の染色型は斑文型を示す。抗Sm抗体はほぼ常に抗U1-RNP抗体とともに陽性となるので,抗Sm抗体が陽性と判明したら,抗U1-RNP抗体も検査しておくほうがよい。通常は両抗体をセットして同時に測定することが多い。抗Sm抗体陽性のSLEは,低補体血症の頻度が高い。また抗DNA抗体とLE細胞の陽性率も高い。一部の例外を除き,抗Sm抗体は常に抗U1-RNP抗体とともに患者血清中に出現する。一般SLEで抗U1-RNP抗体が陽性であると,腎障害の頻度が低い。しかし抗Sm抗体が陽性の場合は,腎症が遅れて出現する傾向がみられるほか,中枢神経症状との関連を指摘する報告もある。【】 | S |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】SLE<br>(膠原病の他疾患では検出されがたい) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2672 | SP-A<br>(肺サーファクトタントプロティンA)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | SP-Aは、肺サーファクタント蛋白質の1つであり、1970年代の初めにリチャード・キング博士らにより報告されました。SP-Aは、肺胞Ⅱ型上皮細胞のラメラ封入体と呼ばれる層状構造物の中で、肺サーファクタントの主成分であるリン脂質、なかでもホスファチヂルコリンと会合し、肺胞腔へ分泌されます。主な産生部位は肺胞Ⅱ型上皮細胞です。その他、細気管支領域のクララ細胞でも発現が認められ、一部の気管支上皮にも発現していますが、SP-Aの量的な変化は、肺胞Ⅱ型上皮細胞の数と活性化で説明ができると考えられています。SP-Aの生理的機能は、大きく2つあると言われ、1つは、リン脂質代謝を調節して、肺胞腔のリン脂質が過不足ないように保つ働きであり、もう1つは、気道から進入してくる病原体に対する自然免疫防御作用です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺炎・肺胞蛋白症・過敏性肺炎・サルコイドーシス・肺結核・びまん性汎細気管支炎・慢性肺気腫・塵肺<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 2671 | SP-D<br>（肺サーファクタントプロティンD）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■特発性間質性肺炎 | 臨床的意義 | 「肺胞サーファクタント」とは肺胞Ⅱ型上皮細胞から産生・分泌されるリン脂質と、SP-A、SP-B、SP-C、SP-Dの4種類の特異蛋白を主成分とする界面活性物質である。コラーゲン様の構造を持ち、肺局所における様々な生体防御機能を担っていると考えられている。この中でSP-AとSP-Dは、Ⅱ型上皮細胞以外にクララ細胞でも産生されるため、肺疾患における様々なマーカーになり得ることがわかってきた。SP-Dは親水性の糖蛋白であり各種肺疾患、特に肺の線維化により血中に逸脱する。SP-Dは特発性間質性肺炎（IIP）や肺胞蛋白症（PAP）、膠原病合併間質性肺炎（CVDIP）などで血中濃度が高値になり、特に進行性全身性硬化症患者が間質性肺炎を合併した際、有意な高値がみとめられる。またIIP患者の急性憎悪時にも顕著な上昇を示す。一方、気管支喘息や気管支拡張症、慢性肺気腫、結核、細菌性肺炎などでは一般に上昇をみないため、これらの鑑別に有用である。従来IIPでは、乳酸脱水素酵素（LDH）や赤血球沈降速度などが病勢の指標に用いられたが、より肺病変に特異性の高いマーカーとして、SP-Dは有用と考えられる。またSP-Dに加齢や性差による有意な差はないとされる。なお、SP-Dと同じく間質性肺炎のマーカーであるKL-6は、主に肺胞Ⅱ型上皮細胞などに発現する糖蛋白抗原であるが、IIPやCVDIPにおいてSP-Dとほぼ同等の陽性率が報告されている。 | S |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】特発性間質性肺炎・膠原病関連間質性肺炎・肺胞蛋白症・過敏性肺炎<br>【良性疾患】気管支喘息 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2026 | SPan1<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■膵癌<br>■肝細胞癌 | 臨床的意義 | 免疫組織化学的には、主に膵癌をはじめとする消化器癌に膜構成成分として本抗原が存在することが認められ、その強い分泌性から血中にも高率に出現する。SPan-1抗原の良性疾患による偽陽性率は極めて低く、さらに膵癌との鑑別に困難を伴う急性膵炎の偽陽性例も多くは軽度上昇に留まることから、より特異性の高い癌の診断、および術後・治療後の経過観察に有用な指標とされる。<br>Span-1抗原は膵癌を中心に消化器癌に高頻度に存在するが正常膵，腎尿細管，胆管上皮，気管上皮にもわずかに存在する。意義として，膵癌および肝・胆道系癌で高い陽性率を示し，また良性疾患での陽性率が低いため膵癌との鑑別診断の指標に有用であり，治療効果のモニタリングとしても用いられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】膵癌、肝細胞癌、胆道癌、肝内胆管癌、大腸癌、慢性膵炎、慢性肝炎、肝硬変、胆石症、消化管潰瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 2737 | (抗)SS－A抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■シェーグレン症候群 | 臨床的意義 | 抗SS-A、SS-B抗体のSSはシェーグレン症候群の名称に由来する。この両抗体は免疫学的には各々独立したものであるが、同一患者に併存してみられる場合が多い。 シェーグレン症候群は、唾液腺や涙腺などの外分泌腺の炎症や機能不全、機能低下で始まる自己免疫疾患で、眼球乾燥、口内乾燥で発症し、全身の外分泌機能の低下が起こり、尿細管アシドーシスを併発する。一般に抗SS-A抗体の方がSS-B抗体より高頻度に検出され、抗体価も高い場合が多い。また、SS-B抗体は単独で陽性になることは少なく、SS-A抗体を併存する場合が多い。抗SS-A抗体は自己抗体のなかで最も多く検出される抗体の一つで、シェーグレン症候群以外でも関節リウマチやSLEなどのさまざまな自己免疫疾患で陽性を示すことがある。一方、抗SS-B抗体はシェーグレン症候群に特異的である。また、新生児ループスを発症した児を出産した母親の血清中には抗SS-A抗体が高率に検出されるといわれている。<br>【】 | S |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】シェーグレン症候群（SJS）・SLE・強皮症・多発性筋炎・皮膚筋炎・慢性関節リウマチ | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2738 | (抗)SS－B抗体（FEIA法）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■シェーグレン症候群 | 臨床的意義 | 抗SS-A、SS-B抗体のSSはシェーグレン症候群の名称に由来する。この両抗体は免疫学的には各々独立したものであるが、同一患者に併存してみられる場合が多い。 シェーグレン症候群は、唾液腺や涙腺などの外分泌腺の炎症や機能不全、機能低下で始まる自己免疫疾患で、眼球乾燥、口内乾燥で発症し、全身の外分泌機能の低下が起こり、尿細管アシドーシスを併発する。一般に抗SS-A抗体の方がSS-B抗体より高頻度に検出され、抗体価も高い場合が多い。また、SS-B抗体は単独で陽性になることは少なく、SS-A抗体を併存する場合が多い。抗SS-A抗体は自己抗体のなかで最も多く検出される抗体の一つで、シェーグレン症候群以外でも関節リウマチやSLEなどのさまざまな自己免疫疾患で陽性を示すことがある。一方、抗SS-B抗体はシェーグレン症候群に特異的である。また、新生児ループスを発症した児を出産した母親の血清中には抗SS-A抗体が高率に検出されるといわれている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】シェーグレン症候群（SJS）・SLE・強皮症・多発性筋炎・皮膚筋炎膚炎・慢性関節リウマチ・結節性動脈周囲炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| S | 2217 | STN<br>(シアリルTn抗原)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌<br>■子宮頚癌 | 臨床的意義 | STNは、アミノ酸であるserineあるいはthreonineと糖鎖がO-glycoside結合したムチン性糖蛋白の前駆体構造「Tn抗原」の末端（母核糖鎖）にシアル酸が付加されたものである。Tn抗原末端がシアル酸に修飾されると、正常細胞に見られるようなその後の糖鎖合成が伸展せずにSTNが細胞内に蓄積し、一部は血中に流出すると考えられている。母核糖鎖に属するSTNは、CA19-9やシアリルLex-i抗原（SLX）のような従来臨床応用が進められてきたⅠ型ないしⅡ型の基幹構造を有するN-glycoside結合型の糖鎖抗原に比べ、より初期段階の糖鎖合成異常に由来する腫瘍関連抗原であり、良性疾患における偽陽性率が低く、癌特異性の高い点で注目される。 | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌・子宮頚癌・大腸癌・膵癌・胆道系癌・再発胃癌<br>【偽陽性】卵巣嚢胞・胆石・呼吸器系疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| T | T | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2619 | (ヒト)TARC<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■アトピー性皮膚炎の重症度を表す | 臨床的意義 | アトピー性皮膚炎の治療においては、重症度に応じて外用ステロイド剤の薬効等を慎重に選択する必要が あるので、その重症度を正確に把握することが不可欠である。血清中TARC量は、これまでの検査に比べて、アトピー性皮膚炎の重症化に伴い、比較的大きな変化を伴う上昇を示し、病態を反映する検査であることが示された。したがって、アトピー性皮膚炎と診断された患者の治療薬の選択・変更を検討する際の重症度評価において、主体となる皮膚症状の評価に加え、TARC検査は重症度評価の補助として臨床的に有用であると考えられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】アトピー性皮膚炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 2027 | TAT<br>(トロンビンアンチトロンビンⅢ複合体)<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■DIC | 臨床的意義 | TATとは、トロンビンとアンチトロンビンⅢ（AT-Ⅲ）の複合体であり、DICや血栓性疾患の指標に用いられる。AT-Ⅲとは、ヘパリンと強い親和性を持つ糖蛋白で、ヘパリンの存在下で凝固因子Ⅶa、Ⅹa、ⅩⅠa、ⅩⅡa、カリクレインを阻害する。また、トロンビン、すなわち凝固因子ⅡaはⅩaによりプロトロンビン（F.Ⅱ）が活性化されたものである。このトロンビンとAT-Ⅲが1対1の割合で結合したものがTATである。<br>トロンビンの直接測定は技術的に不可能であるため、TATを測定する事で間接的にトロンビンの動態を知ることができる。また、TATの血中半減期は10～15分ときわめて短いため、採血時点における血液凝固亢進状態あるいは血栓準備状態を知ることができる。<br>TATが高値を示す代表的疾患としてDICがあげられる。DICでは凝固が亢進し血栓傾向にあるため、凝固を抑制すべくAT-Ⅲがトロンビンと結合する結果、TATは高値を示すと説明されている。<br>駆血帯の過度の使用や採血の遷延は凝固系を刺激するため、しばしばTAT値の上昇をもたらす。 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】DIC・敗血症・急性前骨髄性白血病・前立腺癌・肺癌・胃癌・深部静脈血栓症・心筋梗塞・狭心症・糖尿病・脳梗塞・閉塞性動脈硬化症・劇症肝炎・妊娠中毒症・術後・運動負荷・透析後・妊娠後期 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 101 | TBA<br>(総胆汁酸)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝胆道疾患 | 臨床的意義 | 胆汁酸は肝細胞において特異的にコレステロールより生成され,胆汁内に排泄される。さらに,胆汁酸は閉鎖的腸肝循環(腸-門脈-肝臓-胆汁)を行い,大循環系には微量にしか漏出されないため末梢の血中総胆汁酸濃度はきわめて低い。したがって末梢血中の血中胆汁酸濃度(TBA)は,腸管からの吸収,肝細胞における摂取,肝内・外シャントなどにより決定され肝機能検査や腸の吸収検査に有用である | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝外胆道閉塞性黄疸・急性肝炎の初期・慢性肝炎の憎悪期・肝内胆汁うっ滞<br>【低値】腸管吸収不良症候群・回腸末端部疾患（Crohn病・ブラインド・ループ症候群）・腸切除 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 366 | TBG<br>(サイロキシン結合グロブリン)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■FT4と相関する | 臨床的意義 | 甲状腺ホルモンの大部分がTBGと結合して存在しており、血中ではT4のほぼ0.03%、T3の0.3%が遊離の形で存在しているにすぎない。<br>　具体的にはT4濃度と臨床症状が合致しない場合、TBGの過剰または不足を疑い測定が行われる。FT4の定量が簡便に測定できる現在では、以前ほど測定されなくなってきている。<br>　TBG濃度は出生時が最も高く、以後思春期頃まで減少して行き、中年頃まで低値を保つ。妊婦では高値をとる。男子の方が低値を示すことが多いが、これは男性ホルモン関与のためとされている。 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】遺伝性TBG増加症・甲状腺機能低下症・妊娠・胞状奇胎・急性肝炎・新生児・薬剤(エストロゲン・ペルフェナジン・5－FU)<br>【低値】遺伝性TBG欠損症・甲状腺機能亢進症・肝硬変・ネフローゼ症候群・栄養失調・薬剤(アンドロゲン・蛋白同化ホルモン・L－アスパラキナーゼ) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 712 | トランスフェリン<br>(Tf)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■鉄欠乏性貧血(鉄と結合して体内に鉄を移動させる) | 臨床的意義 | β グロブリン分画に属する血漿蛋白で、主に肝臓で合成される。<br>　血清中では鉄と結合して生体内の種々の組織へ鉄を輸送する役割を持つ。1分子のTfはFe3+2原子と結合しうる。正常ではTfの1分子の約3分の1が鉄と結合しているため、さらに血清鉄濃度の2倍量と結合しうる能力(不飽和鉄結合能)を保有している。<br>　Tfは貯蔵する鉄が減少するに従い増加する。妊娠時には貯蔵鉄の枯渇により、その値は単純な鉄欠乏性貧血以上に高値となる。逆に貯蔵鉄が増加した場合(ヘモクロマトーシスなど)、Tfは低下する。また各種の悪性疾患、炎症、造血能低下状態、肝硬変症などでは肝での産生低下のため減少し、ネフローゼ症候群や蛋白漏出性胃腸症では体外への喪失に伴い低下する。血清中での鉄はすべてTfと結合しており、貯蔵にはヘモジデリンとフェリチンが関与している。よって鉄代謝の把握にはこれらの項目や不飽和鉄結合能の測定が行われる。<br>　なお、アルコール依存症患者の血中には、糖鎖末端にシアル酸、ガラクトース、GlcNAcなどを欠いたTfの比率が高く、糖鎖欠損Tfと呼ばれる。「γ －GTPよりも長期間のアルコール多量摂取のマーカーとして注目されている。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉄欠乏性貧血・真性赤血球増多症<br>【低値】(Fe上昇、UIBC低下)再生不良性貧血・巨赤芽球性貧血・造血能低下状態<br>(Fe低下、UIBC低下)無トランスフェリン血症・重症肝疾患・悪性腫瘍・ネフローゼ症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 95 | TG<br>（中性脂肪）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■脂質異常症<br>■動脈硬化の危険因子 | 臨床的意義 | 食餌中の主要な脂質成分で1日50～100gも摂取され、リンパ管から胸管を経て血中に入り、エネルギーとして利用される。血清中では超低比重リポ蛋白（VLDL）やカイロミクロンの主成分として存在し、これらの形態でTGは血中を輸送されている。 TGは、エネルギー源としての糖質が不足してくると肝性トリグリセライドリパーゼ（HTGL）やリポ蛋白リパーゼ（LPL）により遊離脂肪酸とグリセロールに加水分解され、血中に放出されエネルギーとして利用される。高TG血症は成因により、合成亢進型、処理障害型、混合型の三つに分けられ、一般に血中濃度が400～800mg/dL以上になると“乳び”といわれる血清が白く混濁する状態を呈する。<br>TGはコレステロール（特にLDL）に次いで動脈硬化の危険因子とされ、またTGが1,000mg/dL以上の高値例は急性膵炎を起こしやすいといわれている。さらに糖、脂質代謝異常のみならず、内分泌、腎疾患でも2次的に高値を呈する。 食餌の影響を大きく受け、食後は少なくとも数10mg/dLは上昇する。このため通常早朝空腹時に採血するが、あまり長時間空腹状態が続くと内因性のTGが上昇してくるので注意を要する。 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】脂質異常症、家族性高リポ蛋白血症（Ⅰ型、Ⅱb型、Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅴ型）、Tangier病、LCAT欠損症、糖尿病、甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、クッシング症候群、急性・慢性膵炎、ネフローゼ症候群、アルコール依存症など<br>【低値】無β -リポ蛋白血症、続発性脂質代謝異常（甲状腺機能亢進症、副腎皮質低下症、肝硬変、末期癌など） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 367 | Tg<br>（サイログロブリン）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺分化癌<br>■先天性甲状腺機能低下症 | 臨床的意義 | 甲状腺濾胞細胞のみでつくられる分子量66万の糖蛋白である。生合成されたTgは濾胞腔の中へ放出される。この経過中に，ペルオキシダーゼの作用によってTg分子中のチロシン基にヨード分子が結合して，甲状腺ホルモンの合成が行われる。よってTgは臓器特異性が高く甲状腺疾患にはきわめて有用なマーカーである。意義としては甲状腺分化癌の手術評価，および術後再発や転移の有無を知るマーカーとしての使用にある。その他バセドウ病での治療の効果，寛解の指標，先天性甲状腺機能低下症の病型の決定などにも有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】甲状腺分化癌・甲状腺腺腫・亜急性甲状腺炎・無痛性甲状腺炎・急性甲状腺炎・慢性甲状腺炎・臍帯血・新生児・妊婦 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 368 | TgAb<br>(抗サイログロブリン抗体 精密測定)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | 抗サイログロブリン抗体は免疫グロブリンクラスのIgG抗体が主であるが,IgA,IgM抗体も認められる。<br>甲状腺疾患では各種の甲状腺特有抗原と反応する臓器特異性の自己抗体が検出され,本抗体は甲状腺濾胞内コロイド成分であるサイログロブリンと反応する自己抗体である。意義としては,とくに橋本病患者の陽性率は高く,抗体価は広く分布し,バセドウ病でも陽性を示すが,抗体価は橋本病よりも低いものが多い。<br>本抗体の測定は,自己免疫性甲状腺疾患の診断および鑑別に有用である。<br>【】 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】橋本病(慢性甲状腺炎)・バセドウ病・特発性粘液水腫・全身性エリテマトーデス(SLE)・慢性関節リウマチ・強皮症・重症筋無力症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 466 | TK活性<br>(チミジンキナーゼ活性)<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■急性白血病 | 臨床的意義 | DNA合成において回収経路に作用する酵素すなわちThymidineがDNA代謝に組み入れられる時点でthymidine monophoshateに変換させる働きを担当している酵素であり，細胞の分裂増殖の指標のひとつと考えられている。意義として，DNA代謝異常を伴う悪性腫瘍では，血中のTK活性が高まることや，ウイルス感染症においてはウイルスの盛んなDNA合成を反映するものと考えられ，臓器移植時のウイルスの再活性化に対する抗ウイルス剤投与のモニタリングや，血液悪性増殖性疾患での治療効果および，予後の判定の指標にも有用な検査である | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性白血病・悪性リンパ種・成人T細胞性白血病・慢性リンパ性白血病・多発性骨髄腫・肺小細胞癌・骨髄腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| T | | | | | | | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 450 | TPA<br>(組織ポリペプチド抗原)<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■悪性腫瘍 | 臨床的意義 | 胎児・胎盤組織のような細胞増殖の活発な正常組織にもその存在が認められることから、細胞分裂過程に何らかの関与をしていると考えられている。<br>　実際、最近になってTPAの腫瘍細胞における産生が細胞周期のS後期からG2期に行なわれ、M期に細胞外に放出されることが発見された。<br>　また別の報告では、TPAと細胞骨格を構成するサイトケラチンとの間にアミノ酸配列の広範囲な相同性が見出されており、TPAがサイトケラチン前駆体あるいはその関連物質である可能性を示唆している。<br>　TPA産生量は癌の増殖活性に相関し、担癌患者では血中TPA値が臓器非特異的に上昇するため、その診断や治療経過の把握に有用な指標となる。なお、TPAは良性疾患にも高値例を認めるが、その上昇は悪性疾患とは異なって一過性であるとされている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】食道癌・胃癌・直腸結腸癌・乳癌・肝細胞癌・胆道癌・膵癌・肺癌・子宮癌<br>【偽陽性】肝硬変・急性肝炎・炎症性疾患や感染症 | |
| | | | | | 算定条件 | ≪未収載≫ | |
| | 2732 | (抗)TPO抗体<br>(抗甲状腺ペルオキシターゼ抗体)<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病<br>■橋本病 | 臨床的意義 | 従来は抗マイクロゾーム抗体といわれ、甲状腺マイクロゾーム分画に存在するものであったが、近年この抗体の主要抗原は甲状腺ペルオキシダーゼ(TPO)であることがわかり、抗TPO抗体と呼ばれるようになった。抗TPO抗体は細胞障害性があり、甲状腺組織の崩壊に伴う腫大(甲状腺腫)がみられる場合はまず測定すべきである。バセドウ病の90%、橋本病のほぼ100%で抗TPO抗体高値を示す。　甲状腺ホルモン投与で低力価になることがあり、また妊娠や出産で変動することがある。特に産後3～6カ月で免疫抑制状態からの反跳現象で力価が上昇する。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・橋本病・原発性甲状腺機能低下症・亜急性甲状腺炎・SLE　その他の膠原病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 1638 | TRAb<br>（TSHレセプター抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病 | 臨床的意義 | この抗体は通常TSHレセプター抗体と呼ばれ、TSHがレセプターと結合するのを阻害する。これらの抗体の一部には甲状腺刺激作用があり、バセドウ病の亢進状態をもたらす。一方、TSHによる刺激を阻止する自己抗体（甲状腺刺激阻止抗体）も存在しており、この場合は甲状腺機能低下症をおこす。<br>　これらの抗体は、以前は標識されたTSHとの競合阻害活性をみることで「抗体の強さ」を数値化し、パーセント表示されていたが、本法はそれを定量化して報告するものである。<br>　結果は比活性で表現されるため、パーセント（%）で表記され、15%を超える場合を陽性と判定する。<br>　このほかに甲状腺刺激性の自己抗体活性をみる検査としてTSH刺激性自己抗体（TSAb）測定が存在する。<br>【】 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】バセドウ病、euthyroid Graves’病<br>【低値】低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2723 | TRACP－5b<br>（骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症<br>■癌（肺癌、乳癌、前立腺癌）の骨転移 | 臨床的意義 | 破骨細胞から直接分泌されている。古い骨を壊し、吸収する「骨吸収」の検査。<br>1.骨粗鬆症の治療経過観察時の補助的指標。<br>2.原発性副甲状腺機能亢進症の骨減少の病態把握。<br>3.血液透析患者における骨減少の病態把握。<br>4.骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断における補助的指標。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【増加】副甲状腺機能亢進症、腎性骨異栄養症（慢性腎不全、透析患者）、癌（肺癌、乳癌、前立腺癌）の骨転移<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 2933 | TSAb<br>(甲状腺刺激抗体<br>(TSH刺激性レセプター抗体)<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■バセドウ病 | 臨床的意義 | この抗体は通常TSHレセプター抗体と呼ばれTSHがレセプターと結合するのを阻止するため、TSH結合阻止抗体(TBII)ともいわれる。しかし抗体のなかには甲状腺刺激活性をもつものがあり、バセドウ病における亢進状態はこれに起因する。その一方、TSHによる刺激を阻害するもの(甲状腺刺激阻止抗体)も知られており、甲状腺機能低下症をおこすことがある。<br>本検査は甲状腺刺激性自己抗体活性をみる検査であり、TSH刺激性自己抗体(TSAb)と呼ばれる。これは、被検血清をブタ甲状腺培養細胞に反応させ、産生されたサイクリックAMP量を測定して刺激活性をみるものである。健康保険にも収載され、また疾患特異性も高いため、バセドウ病との鑑別に有用とされている。TSAbは甲状腺機能亢進症の程度とよく相関するといわれている。 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】バセドウ病・euthyroid　Graves病・橋本病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 358 | TSH<br>(甲状腺刺激ホルモン)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■甲状腺ホルモンの分泌の調整 | 臨床的意義 | 甲状腺刺激ホルモン(TSH)は、脳にある下垂体前葉と呼ばれる場所から分泌されているホルモンで、甲状腺ホルモンの分泌を調節しています。甲状腺ホルモンの濃度が低くなると、まず脳にある視床下部がそれを感知してTRH(甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン)が分泌され、このTRHが脳の下垂体を刺激してTSH(甲状腺刺激ホルモン)の分泌を促します。TSHは甲状腺を刺激して甲状腺から甲状腺ホルモンであるサイロキシン(T4)やトリヨードサイロニン(T3)の分泌を促します。甲状腺ホルモンの濃度が高くなると、脳の視床下部や下垂体がそれを感知して、TRHやTSHの分泌を抑制して調節します。<br>1. TSH高値の場合<br>甲状腺ホルモンが低値または正常の場合は、原発性甲状腺機能低下症を、甲状腺ホルモンが高値の場合はTSH産生腫瘍や甲状腺ホルモン不応症を疑う。<br>2. TSH低値の場合<br>甲状腺ホルモンが低値の場合は二次性・三次性甲状腺機能低下症、高値の場合はバセドウ病などの甲状腺機能亢進症を疑う。<br>病態を詳しく把握するためにはTRH試験等の負荷試験を併用する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Cretin病(先天性甲状腺機能低下症)・原発性後天性甲状腺機能低下症・下垂体TSH産生腫瘍・異所性TSH産生腫瘍・橋本病・甲状腺亜全摘後・バセドウ病のⅠ治療後<br>【低値】二次性(下垂体性)甲状腺機能低下症・TSH単独欠損症・三次性(視床下部性)甲状腺機能低下症・バセドウ病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | 584 | TT<br>(トロンボテスト)<br><br>☑目次へ戻る | 血液 | ■凝固因子の先天性欠乏症<br>(ワルファリン投与) | 臨床的意義 | 「複合因子T」とはビタミンK依存性凝固因子(第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子)のうち第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子の組み合わせを指し、別名トロンボテストと総称される。本法はPIVKA(内因性凝血阻害因子、別項参照)による阻害を含めた凝固活性を総合的に測定する検査である。<br>　測定方法としてはウシ脳トロンボプラスチンに第Ⅴ因子源としてウシ吸着血漿、カルシウムからなる試薬を用い、凝固時間を測定する。得られた凝固時間を希釈曲線より活性(%)に換算する。<br>　本検査はPIVKAの影響を強く受ける、ワーファリンなどのビタミンK(VK)阻害剤投与時には、VK依存性凝固因子である第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ因子がPIVKAに誘導されるため、凝固活性が低下する。これを利用すれば、ワーファリン等治療の効果をモニタリングするのに有用である(抗凝血剤療法時の治療域は10～20%が一般的である)。<br>　また、これらの因子は肝で産生されるため肝機能推測の一指標としても用いられる。 | T |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】ワルファリンによる経口抗凝固療法・F・Ⅱ、Ⅶ、Ⅹの先天性欠乏症及び分子異常症・ビタミンK欠乏症・ビタミンK吸収障害・胆道閉鎖症・重症肝障害・DIC | |
| | | | | | 算定条件 | | |
| | 194 | T細胞百分率<br>B細胞百分率<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■伝染性単核球症<br>■多発性骨髄腫 | 臨床的意義 | ヒトの末梢血リンパ球は、細胞性免疫に関与するT細胞と体液性免疫に関与するB細胞、TでもBでもないnull細胞に分類できる。<br>　本検査はT細胞に特異的なCD2モノクローナル抗体とB細胞に特異的なCD20モノクローナル抗体を用いて、フローサイトメトリーによりT細胞B細胞の割合を求めるものである。T細胞B細胞百分率(細胞数)は下記の疾患において異常をきたす。<br>リンパ球はT細胞(胸腺由来)とB細胞(ブルサ相当器官由来)に大別されます。T細胞は免疫応答の中心的役割を担い,種々機能を有したサブセットで構成されています。B細胞は,T細胞の働きにより,さらに抗体産生細胞に分化します。本検査は,このようにT細胞は細胞性免疫に,B細胞は液性免疫に関わる事から,血液・免疫性疾患,アレルギー,感染症での動向を検討するために利用されます。T細胞の同定にはCD2を,B細胞には表面免疫グロブリンをマーカーとして使用しています。 | |
| | | | | | 疾患名 | 麻疹、水痘、帯状ヘルペスなど(T↑ B↓)・伝染性単核球症(T↑ B↑)・AIDS(T↓ B↓)・進行癌(T↓ B↓)・ホジキンリンパ腫(T↓ B↓)・ATL、セザリー症候群など(T↑)・バーキットリンパ腫、多発性骨髄腫(B↑)・DiGeorge症候群(T↑ B→)・Burton型無免疫グロブリン血症(T↑ B↓)・Swiss型無リンパ球性低免疫グロブリン血症(T↓ B↓)・Gitlin型無リンパ球性低免疫グロブリン血症(T↓ B↓)・Wiskott-Aldrich症候群(T↓ B↓)・Louis-Bar症候群(T↓ B↓)・細網異形性症(T↓ B↓) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| T | 147 | TIBC<br>(総鉄結合能)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 鉄は生体内に3～5g存在しており、その中で血清中の鉄はトランスフェリン(Tf)と結合している。通常は血清中トランスフェリンの約1/3が鉄と結合し、残りの2/3が未結合、すなわち不飽和鉄結合能(UIBC)として存在している。Tfが血清中の鉄と結合しうる能力(血清鉄＋UIBC)を総鉄結合能(TIBC)という。1分子のTfは2原子の3価の鉄イオンと結合するので、理論上1mgのTfは約1.3μ gの鉄を結合できることになる。<br>TIBCは血中トランスフェリン量とよく相関し、鉄欠乏性貧血では増加するが、その他の原因で増加することは少ない。また、ネフローゼ症候群や蛋白漏出性胃腸症、肝障害、低栄養状態などのTfの体外への喪失や合成低下のみられる病態では低値になる。鉄の吸収過剰で、全身臓器に鉄が沈着する特発性ヘモクロマトーシスでは、鉄結合能は飽和状態となりTIBCが低下し、ほとんど飽和された状態になるためUIBCは0に近くなり、時にはTf飽和度は100%を超える値をとる。これは血清中のTfがすでに鉄で飽和しているのみならずTfに結合していないフリーな鉄が血清中に存在することを意味する。TIBCや血清鉄の値が異常の場合には貯蔵鉄の指標であるフェリチンの測定が有用である。TIBCが高値でフェリチンが低値の場合は鉄欠乏性貧血を、血清鉄が高値でフェリチンも高値の場合は鉄過剰症を示す。 | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉄欠乏性貧血、真性多血症、潜在的鉄欠乏状態　など<br>【低値】鉄過剰状態、特発性ヘモクロマトーシス、慢性炎症性疾患、悪性腫瘍、トランスフェリンの生合成低下(肝疾患、低栄養状態)、ネフローゼ症候群　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| U | U | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | U |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1464 | ucOC<br>(低カルボキシル化オステオカルシン)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨におけるビタミンKの不足状態を反映<br>■骨粗鬆症 | 臨床的意義 | オステオカルシン(osteocalcin：OC)は、骨芽細胞により産生される分子量約6,000のビタミンK依存性のカルシウム結合タンパク質で、骨形成に必須です。オステオカルシン分子内のグルタミン酸残基がγ －カルボキシグルタミン酸残基に変換されたものは、活性型オステオカルシンと呼ばれ、活性型のみがカルシウムを骨に蓄積できることが知られています。<br>骨のビタミンKが不足すると、グルタミン酸残基(Glu)がγ －カルボキシグルタミン酸残基に変換(Gla化)されないため、骨基質に取り込まれず低カルボキシル化オステオカルシン(undercarboxylated osteocalcin：ucOC)として血中に放出されます。<br>血清中の低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)の測定は、骨におけるビタミンKの不足状態を反映し、骨粗しょう症の治療でのビタミンK2剤選択時の補助的指標として有用です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| U | 148 | UIBC<br>(不飽和鉄結合能)<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■鉄欠乏性貧血 | 臨床的意義 | 鉄は生体内に3～5g存在しており、その中で血清中の鉄はトランスフェリン（Tf）と結合している。通常は血清中の約1/3のTfが鉄と結合し、残りの2/3が未結合で存在しており、鉄が不飽和のTfと結合しうる量を不飽和鉄結合能（UIBC）という。1分子のTfは2原子の三価の鉄イオンと結合するので、1mgのTfは約1.3μ gの鉄を結合し得る。<br>血清中Tfが鉄が結合しうる鉄量を総鉄結合能（TIBC）といい、理論上はTIBC＝血清鉄＋UIBCの量的関係が成り立つ。<br>Tfは主に肝臓で合成されるので、慢性肝疾患では減少し、尿中等への喪失でも減少する。これに伴いTIBCやUIBCも低下する。<br>またUIBCは血清鉄の値に左右されるため、日内変動のほとんどないTfと異なり血清鉄の高い早朝で低くその後上昇してくるので採血時間に留意する必要がある。 | U |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】（Fe低値）鉄欠乏性貧血・潜在性鉄欠乏・真性多血症<br>【低値】（Fe高値）鉄過剰症（ヘモジデローシス・ヘモクロマトーシス）・再生不良性貧血・急性肝炎<br>（Fe・TIBC低値）ネフローゼ症候群・慢性感染症・膠原病や悪性腫瘍の一部 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2399新生児<br>2398成人 | USBA<br>(尿中硫酸抱合型胆汁酸)<br>☑目次へ戻る | 生化I | ■胆道閉鎖症 | 臨床的意義 | 硫酸抱合型胆汁酸とは、胆汁酸の水酸基に硫酸がエステル結合をしたもので、生体内では3位の水酸基に結合したものがもっとも多いといわれています。胆汁酸の硫酸抱合化は、主として肝臓で行われ、肝細胞可溶性画分のBile salt sulfotransferase（EC 2.8.2.14）によって触媒されています。胆汁酸の硫酸抱合化は、その極性を増加し、腎臓でのクリアランスを数倍から数百倍に増加させる働きがあり、肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加した場合、過剰の胆汁酸を速やかに体外へ排泄するための解毒機構と考えられています。<br>健常成人の1日の尿中胆汁酸排泄量は、1～7μ molと微量ですが、肝胆道系の異常により、血中胆汁酸が増加するとそれに伴い尿中胆汁酸が増加します。その際、尿中胆汁酸中の最も多い成分が硫酸抱合型胆汁酸であり、全体の50%以上になることもしばしばあります。このことから、尿中の胆汁酸を測定する際は、硫酸抱合型胆汁酸を測定することが重要であり、肝胆道系の疾患患者の尿中には多量の硫酸抱合型胆汁酸の排泄がみられます。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】胆道閉鎖症・胆汁うっ滞・肝疾患・新生児胆道閉鎖症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| V | V | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | V |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 399 | VMA定量<br>（バニルマンデル酸定量）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■神経芽細胞腫<br>■褐色細胞腫 | 臨床的意義 | バニリルマンデル酸（VMA）はカテコールアミン（ドーパミン、アドレナリン、ノルアドレナリン等）の最終代謝産物で、主にカテコールアミン産生腫瘍（褐色細胞腫、神経芽細胞腫）の診断に用いられる。血中のカテコールアミン量は日内変動があり、ストレス等で大きく変わるため、蓄尿による代謝産物の定量がより正確に平均的分泌量を反映する。<br>褐色細胞腫は副腎髄質や交感神経節のクロム親和性細胞から発生し、高血圧、心悸亢進、頭痛、吐気等の症状を来たす。症状には発作型と持続型の2つの型があるが、発作型褐色細胞腫の非発作時でも尿中カテコールアミンやその代謝物であるメタネフリンやHVAなどの上昇が認められる。<br>神経芽細胞腫は小児に好発する腹部悪性腫瘍で、80%以上に尿中VMAの排泄増加がみられる。HVAの同時測定でさらに診断効率が上昇する。<br>VMAの尿中排泄量には、昼高く、夜には低いという日内変動が認められるため、1日蓄尿で定量する。冬期は夏期よりも増加する傾向がある。小児は成人よりも低値をとる。またバナナや柑橘類、アイスクリームなどのphenoic acidを多く含む食品や、蛋白質、穀類（ドーパを多く含有する）を大量に摂取すると尿中排泄量が増加することがある。また、パーキンソン病などの治療目的でL-ドーパを投与した場合も高値となることがある。<br>カテコールアミンの作用不足により起立性低血圧症を発来するShy-Drager症候群では、尿中VMA排泄は低値となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】神経芽細胞腫・褐色細胞腫 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 959 | VZV<br>（水痘・帯状ヘルペス）（CF法）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■水痘・帯状ヘルペス<br>（水ぼうそう） | 臨床的意義 | 水痘帯状疱疹ウイルスはヘルペスウイルス科のα 亜科に属するDNAウイルスであり、他のヘルペスウイルスと同様に初感染の後、知覚神経節に潜伏感染します。ウイルスは通常気道粘膜から侵入し、鼻咽頭の侵入部位と所属リンパ節にて増殖した後、感染後4～6日で一次ウイルス血症を起こします。これによりウイルスは他の器官、肝、脾などに散布され、そこで増殖した後二次ウイルス血症を起こし、皮膚に水疱を形成します。ウイルスは発疹出現の5日前ころから1～2日後まで、末梢血単核球から分離されます。水痘は潜伏期10～20日位で軽い発熱などの後、まず躯幹に小さな赤い丘疹が発生し顔や頭に拡がり、やがて透明な内疱液を含む水疱に変化し、最終的に痂皮を形成します。感染したウイルスはウイルス血症をおこし全身の皮膚や臓器へ伝播する。通常は4～5日で軽快しますが、ごくまれに血小板減少症や肺炎、心筋炎、腎炎などを起こすことがあります。水痘帯状疱疹ウイルスは罹患後、脊髄後根神経節に潜み高齢者や免疫抑制状態にある患者に再発して帯状ヘルペスを発症することがあります。好発部位は胸髄、頚髄、腰髄、顔面などに多く、通常激しい疼痛を伴います。また、1～6ヶ月までの妊娠初期に感染すると出生児に奇形が生ずることがあります。抗体検査はCF法はペア血清で4倍以上の差、もしくは単独で320倍以上あれば現感染と確認できる。またIgGは過去感染、IgMは現感染が1回の採血で確認できるが、再感染の場合はIgGのペア血清で確認する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】水痘・帯状疱疹・水疱瘡・ヘルペス・VZV髄膜炎・VZV不顕性感染 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| Z | Z | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | Z |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 臨床的意義 | 亜鉛は生体内に広く分布する必須微量金属の一つであり、多くの金属酵素の重要な構成成分として存在します。そのため、亜鉛欠乏の検出は疾患の治療に結びつく重要な情報の一つとなります。<br>亜鉛欠乏は、摂取量の低下、慢性的な下痢などによる吸収阻害、亜鉛にキレート能をもつ薬剤の投与、高度の発汗、肝障害などによる低分子リガンド増加などで起こり、その症状としては、味覚障害・嗅覚障害、食欲低下、皮膚炎、創傷治癒遅延などが知られています。 | |
| | 155<br>血中 | Zn<br>（亜鉛）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■味覚障害<br>■臭覚障害 | 疾患名 | 【高値】γ線照射後・好酸球増多症・甲状腺機能亢進症・赤血球増多症・本態性高血圧症・溶血性貧血・甲状腺機能亢進症・成長ホルモン欠損<br>【低値】クローン氏病・ネフローゼ・亜鉛欠乏症・味覚障害・亜急性細菌性心内膜炎・悪性リンパ腫・悪性貧血・肝癌・肝硬変・肝膿傷・肝不全・急性肝炎・再生不良性貧血・糸球体腎炎・心筋梗塞・多発性骨髄腫・多発性神経炎・腸管ベーチェット病・、長期の高カロリー輸液時・潰瘍性大腸炎・鉄欠乏性貧血・白血病・閉塞性黄疸・慢性肝炎・腸性肢端皮膚炎・炎症性腸疾患・成長障害・糖尿病 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| α | α | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | α |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2006 | α フェトプロティン定量<br>（AFP定量）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝細胞癌 | 臨床的意義 | 胎児肝細胞由来の蛋白質で肝細胞癌で上昇する。肝炎や肝硬変でも軽度～中等度に上昇。<br>慢性肝炎で軽度（～100ng/ml）、肝硬変で中等度（～400ng/ml）の上昇を呈する。血中AFP濃度400ng/mlを超える例では肝細胞癌の可能性がきわめて高い。妊娠後期には、胎児が産生したAFPが母体中にも検出される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝細胞癌、ヨークサック腫瘍、急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、先天性胆道閉鎖症、妊娠（特に後期）<br>【低値】ダウン症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| α | 2404 | α フェトプロテインレクチン分画（AFP－L3%）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝細胞と良性肝疾患の鑑別 | 臨床的意義 | 血清α -フェトプロテイン(AFP)は肝細胞癌およびヨークサック腫瘍に特異性の高い腫瘍マーカーとして診断に用いられているが、慢性肝炎、肝硬変等の良性肝疾患でも高値となるため、血清AFP値のみを指標とした場合、良性疾患と肝細胞癌の鑑別は困難である。<br>本法はAFPの糖鎖構造の癌性変化を、レクチン親和性電気泳動と抗体親和転写法と組み合わせたレンズマメレクチン-A(LCA-A)反応性によるAFP-L3分画比を測定することにより、肝細胞癌と良性肝疾患の鑑別等に用いるものである。<br>従来、肝細胞癌の診断として行われてきた、超音波検査やX線CT等の各種画像診断に加えてAFP-L3分画比の測定を加えることにより、肝細胞癌と良性肝疾患との鑑別、肝細胞癌の早期診断および肝細胞癌の治療後の予後管理に有用である。 | α |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝細胞癌・ヨークサック腫瘍・卵黄嚢腫（乳幼児）<br>【良性疾患】慢性肝炎・肝硬変 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 706 | α 1アンチトリプシン（α 1－AT）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■感染症 | 臨床的意義 | α 1-アンチトリプシン（α 1-AT）は，分子量51，000，394個のアミノ酸からなる糖蛋白である。生理的役割としては，血中の最も主要なプロテアーゼインヒビターであって，種々のセ リンプロテアーゼを阻害する。α 1-ATは主に肝細胞で生成され，種々の炎症時に血中に増 加する急性相反応物質の一つであり，炎症性疾患，悪性腫瘍の指標となる。また，血中で遺伝的に著明な減少を示すα 1-AT欠乏症が発見されて臨床的に注目されるようになった。α 1-AT 欠乏症は，常染色体共優性の遺伝形式をとり，小児肝硬変，若年性肺気腫などと高率に合併し、α 1-ATの関与が考えられている。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】感染症 ・ 悪性腫瘍 ・ 急性肝炎 ・ 慢性肝炎 ・ 膠原病<br>【低値】α 1-AT欠乏症（肺気腫・小児肝硬変）・ 新生児呼吸促迫症候群 ・ 劇症肝炎 ・ ネフローゼ症候群 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 487<br>血中 | α 1マイクログロブリン（α 1MG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■急性・慢性糸球体腎炎 | 臨床的意義 | α 1−マイクログロブリン（α 1−m）は，分子量約30，000，糖含量約20%のタンパク質で，血中では低分子遊離型と高分子IgA型とがほぼ同率で存在している。α 1−mは主に肝臓で産生され腎糸球体基底膜を容易に通過して近位尿細管より再吸収・異化され，正常ではほとんど尿中には排泄されない。よって尿を測定対象として尿細管障害，腎糸球体障害の局在・鑑別診断のマーカーとして利用される。血清での測定では，腎糸球体濾過能，肝機能の評価としても利用される。しかし，α 1−mはIgAと共有，非共有結合をしており，IgA濃度の増加と血中からのクリアランスの低下により，その血中濃度は上昇するため，IgAの変動にも影響を受けやすいことから注意が必要である。 |
| | | | | 疾患名 | 高値疾患(血中)<br>急性・慢性糸球体腎炎・ネフローゼ症候群・慢性腎不全・IgA増加症・IgA型多発性骨髄腫<br>高値疾患(尿中)<br>腎尿細管障害・機能低下（カドミウム中毒，移植腎，火傷，Fanconi症候群<br>低値疾患(血中，尿中)<br>劇症肝炎・肝硬変症・肝切除 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| 590 | α 2プラスミンインヒビター（α 2PI）（アンチプラスミン）<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■血栓症<br>■DIC<br>■出血傾向（線溶亢進） | 臨床的意義 | α 2プラスミンインヒビター（α 2PI）ともよばれ、線溶系を司るプラスミンの主たる阻害因子である。抗プラスミン活性を示すものには他に、α 2マクログロブリン、α 1アンチトリプシンなどもあるが、それらの作用はα 2PIと比べるとはるかに弱い。α 2PIはプラスミンと1：1で特異的に結合しプラスミンと複合体（plasmin inhibitor complex; PIC）を作り、即効性をもってプラスミンの活性を失活させる働きをもつ。またα 2PIは肝で産生されるため、肝障害では産生低下のため血中レベルの低下がみられる。 |
| | | | | 疾患名 | 【高値】手術、分娩時　など<br>【低値】血栓症、DIC、出血傾向（線溶亢進）肝障害、抗凝固剤投与時、血栓溶解療法中、先天的欠損 |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |

α

| β | β | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | β |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9109 | (1→3)－β －Dグルカン<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■深在性真菌感染症 | 臨床的意義 | 真菌に特徴的な細胞膜を構成している多糖体で、菌糸型接合菌を除くすべての真菌に共通して認められる。病原微生物の中では真菌のみが持ち、細菌やウイルスには存在しない。そのため、カンジダやアスペルギルス、クリプトコッカスのような一般の臨床でよく見かける真菌のみならず、稀な真菌でも検出できる可能性があり、広い範囲で真菌感染症のスクリーニングに有用である。<br>　また(1→3)-β -D-グルカンは、菌の破壊により血中濃度が増加するため、深在性真菌症の診断、治療効果の判定や経過観察にも有用である。<br>　健常人で10pg/mLを越えることは非常に少ない。ただし、原発性肺クリプトコッカス症では上昇をみることはまれである。このため代用として莢膜多糖抗原が測定される(血清および髄液中のクリプトコッカス・ネオフォルマンス抗原という項目名で当社受託可能)。 なお、セルロース系透析膜を用いた透析患者や、製造過程で透析膜を用いる血液製剤(アルブミン、グロブリンなど)、さらに抗癌剤やサルファ剤の使用患者で高値を示すことがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】カンジダ、クリプトコッカス、アスペルギルスをはじめとする深在性真菌感染症<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| β | 2008<br>血中 | β 2マイクログロブリン<br>（BMG）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■糸球体腎炎（血中）<br>■近位尿細管吸収機能（尿中） | 臨床的意義 | β 2Mは体細胞から1日に150～250mg程度血清中に放出されている。低分子蛋白なので糸球体でいったん濾過されるが、近位尿細管で99%が再吸収され、その後アミノ酸やオリゴペプタイドに異化される。糸球体濾過値（GFR）が低下すると、尿中へ排泄されなくなるため血中のβ 2M値は上昇する。また近位尿細管再吸収機能が低下すると尿から血中への再吸収が滞るため尿中β 2M値が上昇する。このようにβ 2M測定の臨床的意義は、糸球体と尿細管機能の評価にある。たとえばクレアチニンクリアランスが80L/日程度（24時間クレアチニンクリアランス基準値；男性：88.5～155.4 L/日、女性：82.3～111.6 L/日）の比較的早期の糸球体機能低下でも、血中β 2M値は上昇するため、糸球体濾過機能低下の早期指標となる。また悪性腫瘍や自己免疫疾患、肝疾患などの腎前性疾患においても、β 2M過剰産生による上昇が認められ、血中濃度が4.5mg/L以上になると尿細管での再吸収が限界に達し血中、尿中とも高値をとる。血清中β 2Mは比較的安定で生理的変動幅も小さい。一方尿中β 2Mは、妊娠や運動により増加する傾向があり、活動性の高い午前中から午後にかけては、尿中排泄が増加する。またpHが5.5以下の場合には酸性プロテアーゼにより分解され低値になるので注意が必要である。なお、血中、尿中とも低値側の臨床意義は少ない。 | β |
| | | | | | 疾患名 | [血中高値・尿中正常]<br>急性・慢性糸球体腎炎、ネフローゼ症候群　など<br>[血中正常・尿中高値]<br>Fanconi症候群、尿細管アシドーシス、急性尿細管壊死、Lowe症候群など<br>[血中・尿中とも高値]<br>尿毒症、慢性腎不全、糖尿病性腎症、悪性腫瘍、自己免疫疾患、肝疾患　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 607 | β－トロンボグロブリン<br>☑目次へ戻る | 血液 | ■静脈血栓，動脈血栓や血管内凝固症候群において高値 | 臨床的意義 | β －TGとPF4は，ともに血小板のα 顆粒に存在する血小板固有のタンパク質で，血小板の活性化に伴い循環血中に放出されるので，invivoでの血小板活性化の指標とされている。血中β －トロンボグロブリンの上昇は，生体内において血小板放出反応が進行していることを示しており，静脈血栓，動脈血栓や血管内凝固症候群において高値を示す。また，血小板機能の亢進による血栓形成や血管内凝固は，心筋梗塞，脳梗塞，腎炎の発症や病態の進展の原因ともなる。その他糖尿病において細小血管症（網膜症，腎症）の併発によりβ －TG上昇や子癇前症，外科手術後の深部静脈血栓症のモニターとしても有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】DIC・腎不全・糖尿病・深部静脈血栓症・血栓性血小板減少性紫斑病・脳血管障害・リウマチ性疾患・虚血性心疾患（急性期）<br>【低値】巨核球減少性血小板減少症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

β

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 715<br>C3<br>・<br>716<br>C | ■β 1C／β 1A<br>グロブリン<br>（C3）<br>■β 1Eグロブリン<br>（C4）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■糸球体腎炎<br>（急性・慢性）<br>■SLE | 臨床的意義 | 補体の第3成分であるC3は、電気泳動の易動度からβ 1C/β 1Aグロブリンとも呼ばれる分子量約19万の糖蛋白で、補体の中では血清濃度がもっとも高い。不活化されるとβ 1Cからβ 1Aに泳動上の位置が変わるためこの名がある。2本のポリペプチド鎖から構成され、主として肝臓で合成される。<br>C3は免疫複合体を介する古典経路、菌体成分を引き金とする第2経路のいずれからも活性化される点で重要である。C3転換酵素によりC3bとC3aに分解され、さらにC3cとC3d, C3gに分解される。これらの分解産物は免疫粘着現象を活性化するなどさまざまな生物学的活性を示す。<br>一方、補体の第4成分であるC4は、β 1Eグロブリンとも呼ばれ、3本のポリペプチド鎖からなる分子量19.8万の糖蛋白である。補体成分の中ではC3に次いで多く血中に含まれる。<br>C4は古典経路の第2番目に働く成分であり、C1の活性をC3に伝達する上で重要な役割を果たす。第2経路には関与していない。<br>血清補体価（CH50）が低下している場合、補体消費の亢進状態または産生低下を考える。通常、C3とC4は同時に測定され、古典経路、第2経路のどちらが活性化されているかを推測する。すなわち、古典経路の活性化による場合はC4低下が著明であり、C3が低下しC4が正常な場合は第2経路の活性化によるものと考えられる。C3、C4ともに高値側の場合では臨床的意義は少ない。<br>慢性肝疾患患者の血清を室温や低温下に保存するとcold activationにより、CH50やC4、C2の溶血活性が低下することがあるので注意を要する。 |
| | | | | 疾患名 | [C3低下、C4正常の場合]<br>急性糸球体腎炎、膜性増殖性糸球体腎炎、C3欠損症、人工透析中など<br>[C3正常、C4低下の場合]<br>遺伝性または後天性血管神経性浮腫、C4欠損症　など<br>[C3、C4共に低下の場合]<br>SLE、慢性肝炎、肝硬変、悪性関節リウマチ、DIC　など |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク |
| | | | | | |

β

| γ | γ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | γ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 52 | γ －GTP<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■アルコール性肝炎<br>■胆汁うっ滞<br>■薬物性肝障害 | 臨床的意義 | グルタチオンは肝ミクロゾームにおける薬物代謝などに重要な役割をもつため、γ -GTは肝細胞に多量に含まれる。ある種の薬物（ジアゼパム、フニトイン、フェノバルビタールなどの向精神薬）やアルコールなどによりγ -GTはミクロゾーム酵素としての誘導をうけるため、血中濃度は上昇する。この変動は逸脱酵素であるAST（GOT）やALT（GPT）などのトランスアミナーゼとは全く別の動態を示す。<br>γ -GTはアルコール性肝障害や薬物性肝障害において特に上昇するが、必ずしもその値が障害の程度を反映するわけではない。トランスアミナーゼ値に比べて著しい高値を示すときは、ほとんどがアルコール性肝障害であるが、まれに酵素誘導を伴った細胞障害型の薬物性肝障害の場合もある。<br>またγ -GTは幅広い肝・胆道系疾患でも高値をとるため、これらの疾患のスクリーニングに有用である。特にさまざまな種類の胆汁うっ滞性疾患の場合に上昇する。すなわち肝内胆汁うっ滞、閉塞性黄疸をはじめ、肝膿瘍や粟粒結核など周辺の肝組織を圧迫する限局性の胆汁うっ滞や、腫瘍などでSOL（space occupying lesion）を生じている場合でも高値を示すことがある。<br>血清γ -GTは4℃保存で少なくとも1カ月は安定であり、測定法による変動も少ないため、検査施設間による測定値の差異も比較的小さい。しかし、γ -GTは個人差の大きな酵素であり、年齢や性別、飲酒歴などが大きく影響するため、検査値の解釈には際しては、これらに留意する必要がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】アルコール性肝障害、薬物性肝障害、胆汁うっ滞（肝内、肝外）、急性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、肝細胞癌、過栄養性脂肪肝　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 221 | γ －GTPアイソザイム<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■アルコール性肝障害 | 臨床的意義 | γ -GTはγ -グルタミル基を他のアミノ酸に転移させる酵素で,そのほとんどは膜結合性の糖蛋白である。腎,膵,肝等の臓器に局在し,血清γ -GTは主に肝由来,尿中γ -GTは腎由来である。<br>血清γ -GTは電気泳動でいくつかに分画されるが,これはγ -GTと他の物質(細胞膜成分,リポタンパクなど)との結合や,糖鎖の変化によるものといわれている。<br>γ -GTイソザイムは臨床的意義およびその評価はまだ得られてはいないが,肝障害が実質障害か,閉塞障害か,あるいは胆道閉塞が良性疾患によるものか,悪性疾患によるものかを区別するのに有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】α 2またはβ 優性(肝・胆管・膵頭部癌)、β γ の出現(胆肝閉塞)、アルコール性肝障害、α 1上昇またはβ 出現(良性・悪性胆道疾患) | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| γ | 463 | γ －Sm（γ セミノプロティン）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■前立腺癌 | 臨床的意義 | 電気泳動的にγ －グロブリン領域に泳動される。前立腺分泌液および前立腺上皮細胞の細胞質に局在する、前立腺酸性フォスファターゼ（PAP）とは異なる特異抗原であることが明らかになっている。<br>前立腺癌患者血中で進行度（ステージ）に並行して増加する一方、前立腺肥大症の一部を除く他疾患では上昇をみない。<br>なお、γ －SmとWangらの「前立腺特異抗原（PSA）」は全く独立に報告された前立腺由来の糖蛋白であるが、そのアミノ酸一次構造決定によって両者は同一の物質であることが確認されている。ただし、γ －Smの測定系は、血中の「遊離型PSA」とのみ反応し、血漿蛋白と結合した「蛋白結合型（complexed）PSA」には反応しないことから、異なる他のキットとのデータ相関は必ずしも高くはない。<br>なお、前立腺マッサージや生検後は高値となる可能性がある。 | γ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 疾患名 | 【高値】前立腺癌（病期が進むに従い高値をとり、陽性率も高い）、前立腺肥大、その他の泌尿器系腫瘍 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| δ | δ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | δ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 248 | δ アミノレブリン酸<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■鉛中毒 | 臨床的意義 | δ －ALAは、δ －ALA脱水酵素によってポルフォビリノーゲンに代謝され、さらにウロポルフィリン→コプロポルフィリン→プロトポルフィリンを経てヘムの合成材料となる。<br>鉛を使う工場などでみられる鉛中毒患者では、δ －ALA脱水酵素などが障害される結果、δ －ALAの血中、尿中濃度が上昇する。<br>したがって、ポルフィリン体、δ －ALAおよびポルフォビリノーゲンの測定は、ヘム合成過程に異常を示すポルフィリン症の鑑別、および尿中排泄増加の見られる鉛中毒のスクリーニング検査として有用である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】鉛中毒、急性肝性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、異型ポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| 数字 | 数字 | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | 数字 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2282 | 1．25－(OH)$_2$ビタミンD<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■クル病<br>■骨軟化症 | 臨床的意義 | ビタミンDは、体内に入るとまず最初に肝臓で側鎖の25位が水酸化され25-hydroxy-vitamin D(25-OH-D)に変換される。続いて腎で1位または24位が水酸化されて1α，25-dihydroxy-vitamin D[1α，25(OH)2D]や24,25-ihydroxy-vitamin D[24,25(OH)2D]に代謝される。 このうち1α，25-(OH)2ビタミンDは活性型ビタミンDともよばれ、主要な標的臓器である小腸に到達し、核内に存在するレセプターと結合して作用を発現する。すなわち小腸でのカルシウム(Ca)の吸収を高め骨からの溶出をPTHと共に促進することで血中Caの濃度を上昇させる働きを持つ。<br>また活性型ビタミンDはPTHやCa、リン酸などの濃度により1位の水酸化が制御されることでその産生が厳密にコントロールされている。<br>通常ビタミンDは結合蛋白質と結合して血中を循環し、最終的には胆汁中に排泄される。<br>1α，25(OH)2ビタミンDはビタミンDと異なり脂肪組織への沈着が少ないため血中濃度の変動が少なく、クル病などさまざまな疾患と関連するため意義が大きい。また一般に骨が急速に成長する必要性により成長期や妊産婦で高値がみられることがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症、妊娠、Ⅱ型ビタミンD依存症、サルコイドーシス　など<br>【低値】クル病、骨軟化症、腎不全、副甲状腺機能低下症、Ⅰ型ビタミンD依存症、骨粗鬆症、未熟児クル病　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 2187 | 1．5AG<br>(1．5アンヒドロ－D－グルシトール)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■血糖値を反映 | 臨床的意義 | 1,5-AGは、食物として経口的に摂取され、健常人の血中ではほぼ一定した濃度に保たれている。尿糖排泄時に容易に尿中に失われるとともに、血中濃度も速やかに低下するため、糖尿病患者では著しい低値を示す。また、血糖コントロール状態の悪化時に急速に減少し、良好な血糖状態の持続により一定の割合で回復する。1,5-AGは短期間の血糖状態も反映し、軽度高血糖領域でもよく変動することから、より厳格な血糖コントロールや糖尿病の治療効果判定などにおいて有用な指標である。 1,5-AGは血糖コントロールの増悪をおよそ一日のタイムラグで反映し、その変動幅はHbA1CやフルクトサミンよりⅠ大きく、また1g/日位の尿糖レベルでも低下するといわれている。血糖の変動が少ない症例ではHbA1Cとほぼ相関するが、急性増悪や回復期にある症例ではよい指標となる。なお、高値側での臨床的意義は少ない。<br>【】 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】糖尿病、腎性糖尿病、胃切除後、慢性腎不全<br>(高値側の臨床的意義は少ない) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 9109 | (1→3)－β －D グルカン<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■深在性真菌感染症 | 臨床的意義 | 真菌に特徴的な細胞膜を構成している多糖体で、菌糸型接合菌を除くすべての真菌に共通して認められる。<br>病原微生物の中では真菌のみが持ち、細菌やウイルスには存在しない。そのため、カンジダやアスペルギルス、クリプトコッカスのような一般の臨床でよく見かける真菌のみならず、稀な真菌でも検出できる可能性があり、広い範囲で真菌感染症のスクリーニングに有用である。<br>また(1→3)-β -D-グルカンは、菌の破壊により血中濃度が増加するため、深在性真菌症の診断、治療効果の判定や経過観察にも有用である。<br>健常人で10pg/mLを越えることは非常に少ない。ただし、原発性肺クリプトコッカス症では上昇をみることはまれである。このため代用として莢膜多糖抗原が測定される(血清および髄液中のクリプトコッカス・ネオフォルマンス抗原という項目名で当社受託可能)。 なお、セルロース系透析膜を用いた透析患者や、製造過程で透析膜を用いる血液製剤(アルブミン、グロブリンなど)、さらに抗癌剤やサルファ剤の使用患者で高値を示すことがある。 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】カンジダ、クリプトコッカス、アスペルギルスをはじめとする深在性真菌感染症<br>低値側の臨床的意義は少ない | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 411 | 11－OHCS<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■コルチゾール分泌量を反映し、ACTHの刺激に鋭敏に反応する。したがって、その測定は下垂体-副腎皮質系の機能チェック、治療の経過観察 | 臨床的意義 | C11位に水酸基を有する副腎皮質ステロイドホルモンの総称である。その75%はコルチゾールが占め、そのほか、コルチコステロン、20β -OHFや21-deoxy Fなども含まれる。<br>血清中11-OHCSはコルチゾール分泌量を反映し、ACTHの刺激に鋭敏に反応する。したがって、その測定は下垂体-副腎皮質系の機能チェック、治療の経過観察に用いられる。また、RAPID-ACTH試験やデキサメサゾン抑制試験などの各種負荷試験との併用により疾患の鑑別が可能である。<br>11-OHCSはACTH依存性であるため、朝高く夕方低くなる日内変動が見られる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】クッシング症候群、異所性ACTH産生腫瘍、副腎皮質癌、副腎皮質過形成(CAH)、甲状腺機能亢進症　など<br>【低値】副腎機能低下症<br>(アジソン病、sheehan症候群、ACTH単独欠損症) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 407 | 17－KGS<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■副腎過形成などの代謝異常の存在 | 臨床的意義 | 特定の化学的手法にて測定される副腎皮質ステロイド群の総称であり、構造上ステロイド骨格のC17位に水酸基、C21位に酸素を有するものをいう。これに該当するのは、副腎における17α -OH-プレグネノロン→17α -OH-プロジェステロン→11-デオキシコルチゾール（S）→コルチゾール（F）の生合成過程の各物質、およびその代謝産物である。したがって、測定対象成分として17-ヒドロキシコルチコステロイド（17-OHCS）に属するものをすべて含み、他方、17-ケトステロイド（17-KS）のそれはいずれも含まれない。なお、実際に尿中で17-KGSとして測定されるのは、主にコルチゾール、コルトール、コルトロン、テトラヒドロコルチゾール（THF）、テトラヒドロコルチゾン（THE）、17α -OH-プレグネノロン、プレグナントリオールなどである。17-KGSは、さらにアルミナカラム処理などにより「11-deoxy 17-KGS」と「11-oxy 17-KGS」に分離することができる。健常者では、量的に前者（11-deoxy 17-KGS）の割合が少なく、小児から成人までの年齢に関わりなく“11-deoxy 17-KGS/11-oxy 17-KGS比”は0.2前後をとる。一方、11-deoxy 17-KGSの増量は副腎過形成などの代謝異常の存在を意味しており、先天性酵素欠損に起因する副腎性器症候群症例の“11-deoxy 17-KGS/11-oxy 17-KGS比”は1.0を上回る。<br>コルチゾールの分泌状態とよく相関し、夜間に低く早朝に高値を示す日内変動がある。小児期より成人になるに従って増加し、老年期には漸減傾向がある。 副腎性器症候群ではプレグナントリオールが増量するので17-KGSの測定が有用である。<br>一般に17-KGSと17-OHCSの比は3～3.6といわれるが、本邦では17-OHCSがよく測定され、17-KGSが測定されることは少ない。 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】副腎性器症候群、クッシング症候群、異所性ACTH産生腫瘍、甲状腺機能亢進症　など<br>【低値】ACTH単独欠損症、Simmonds病、アジソン病、汎下垂体機能不全、肝疾患 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 各コード | NTX<br>（Ⅰ型コラーゲン架橋Nーポリペプチド）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨粗鬆症<br>■骨転移癌 | 臨床的意義 | Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)は、骨基質の主要構成蛋白であるⅠ型コラーゲンの分解産物である。骨のⅠ型コラーゲン分子間は両端のテロペプチド領域を中心に、ピリジノリンあるいはデオキシピリジノリンと呼ばれる物質を介して安定な架橋構造を形成している。骨吸収により分解生成するⅠ型コラーゲンのペプチド断片にはこの架橋構造部分が含まれ、骨組織から血中を経て、最終的に尿中に排泄されるコラーゲン分子N-末端側由来の産物がNTxである。ピリジノリン架橋構造は成熟コラーゲン線維にのみ存在し、その量は骨基質量に相関することから、NTxの尿中排泄量は骨吸収状態の有用な指標となる。実際、骨吸収亢進をきたす種々の代謝性骨疾患では尿中NTxが高値を示すことが知られている。ただし、悪性腫瘍の骨転移のcut off値(100 nmol BCE/mmol Cr)は診断特異性を重視して高めに設定されているため、骨転移例における陽性率としては20～30%である。<br>したがって、尿中NTx値が骨吸収亢進を意味する“55 nmol BCE/mmol Cr 以上”である場合には骨転移の可能性を考慮して1～3カ月後に再検査し、NTx値の変化の有無を確認することが望ましい。また、骨粗鬆症における骨吸収抑制剤投与後の尿中NTx排泄量の経時的変化は薬剤の治療効果を反映し、骨塩量増加群では有意に低下する。こうした骨吸収抑制剤に対する反応性は他の骨吸収マーカーに比べても鋭敏であり、NTxのモニタリングマーカーとしての意義が高く評価されている。なお、骨格の発育を受けて代謝回転が活発な20歳未満の成長期、骨吸収が亢進する閉経後女性ではいずれもNTxが高値となる。<br>【】 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】癌の骨転移（肺癌、乳癌、前立腺癌）・原発性副甲状腺機能亢進症・甲状腺機能亢進症・骨Paget病<br>■骨格の発育を受けて代謝回転が活発な20歳未満、とくに成長期の学童や、骨吸収が亢進する閉経後女性では、いずれもNTxが高値となる。<br>【異常】骨粗鬆症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 2966 | ＩCTP<br>（Ｉ型コラーゲンC末端テロペプチド）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■骨転移<br>■骨粗鬆症 | 臨床的意義 | 骨のＩ型コラーゲン分子間は両端のテロペプチド領域を中心に、ピリジノリンあるいはデオキシピリジノリンと呼ばれる物質を介して安定な架橋構造を形成している。骨吸収により分解生成し、血中に放出されるＩ型コラーゲンの架橋構造部分を含めた「Ｉ型コラーゲンのC-末端側ペプチド断片」がＩCTPである。したがって、血中ＩCTP濃度は骨組織における骨吸収量を反映する指標と考えられる。骨吸収状態の評価は、特に骨量減少をきたす種々の代謝性骨疾患の病態把握に重要であり、実際、副甲状腺機能亢進症、甲状腺機能亢進症、胃切除例、悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症などの疾患に血中ＩCTPの上昇が報告されている。ただし、血中ＩCTP値は腎機能の影響を受け「GFR＜50mL/min.」で高値化するため、判定に注意を要する。また、前立腺癌をはじめとする悪性腫瘍患者の血中ＩCTP濃度は、骨転移を有する症例で高率に異常高値を示すことが知られており、骨転移の有無の診断や治療効果の判定に有用である。なお、血中ＩCTP値に著明な年齢差・性差は認められず、同じＩ型コラーゲンのN-末端側代謝産物であるNTx（Ｉ型コラーゲン架橋N-テロペプチド）が骨吸収亢進を呈する閉経後女性で高値となる点と異なる。したがって、骨粗鬆症の生化学的マーカーには適さない。<br>【】 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】癌の骨転移（乳癌、肺癌、前立腺癌）、副甲状腺機能亢進症、甲状腺機能亢進症、胃切除例、悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症、慢性腎不全 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | 臨床的意義 | | |
| | | | | | 疾患名 | | |
| | | | | | 算定条件 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 384 | Ⅳ型コラーゲン（血中）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝疾患<br>■糖尿病 | 臨床的意義 | Ⅳ型コラーゲンは基底膜緻密層の主要構成成分であり、線維束を形成するコラーゲンと異なり、シートを形成する膜型コラーゲンと呼ばれる。血清Ⅳ型コラーゲンは、組織破壊やその後の修復に伴う基底膜の分解、再生、または病的刺激による基底膜物質の組織過剰沈着などにより変動すると考えられる。例えば正常の肝臓の類洞には基底膜構造が欠如しているが、肝線維化の進行過程において類洞のDisse腔に基底膜物質が沈着し、それに伴い肝組織および血清中のⅣ型コラーゲンが増加してくることが知られている。Ⅳ型コラーゲン分子は、7S、NC2、TH2、NC1の4つのdomainからなっており、N末端の7Sで4分子が重合し、C末端のNC1で2分子が重合することにより、網目状のネットワークを形成している。 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝疾患、糖尿病、甲状腺機能亢進症、間質性肺炎、心筋症、転移性癌 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 1739 | Ⅳ型コラーゲン（尿中）<br>☑目次へ戻る | 尿糞便 | ■糖尿病性腎症 | 臨床的意義 | 糖尿病の主要な合併症の一つである糖尿病性腎症をきたすと、糸球体には基底膜の肥厚とメサンギウム領域の拡大が特徴的に認められる。この現象はⅣ型コラーゲンを主体とする細胞外マトリックスの増加に起因するとされ、実際、糖尿病患者の腎糸球体や尿細管の基底膜でⅣ型コラーゲンの増加が報告されている。<br>このため尿中アルブミンやトランスフェリン等の血中由来蛋白が糸球体の透過性異常を反映するのに対し、尿中Ⅳ型コラーゲンは、糸球体組織より直接脱落したものであるため、“糸球体の傷害”自体を反映する指標と考えることができる。<br>糖尿病性腎症において尿中Ⅳ型コラーゲンは、尿中アルブミン値が正常域を示す腎症前期（第一期）においても上昇し、40～50%の陽性率を示す。したがって本症におけるより早期の診断並びに病態の進展予知に有用である。<br>なお尿中Ⅳ型コラーゲンは、数時間の検体保存で生じる尿沈殿成分中に取り込まれる性質がある。このため、沈殿溶解剤を充填した専用採尿容器を使用しないと見かけ上低値を得る可能性がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】糖尿病性腎症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 数字 | 2115 | Ⅳ型コラーゲン・7S<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■肝癌<br>■肝硬変<br>■慢性肝炎(活動性) | 臨床的意義 | 基底膜構成成分であるIV型コラーゲンのN末端ペプチド部分の7Sドメインであり,蛋白分解酵素の影響を受けにくいため血中では安定している。主に肝線維化のマーカーとして用いられ,肝疾患の慢性化に伴い,肝において増生・蓄積される線維化の量を知ることは,疾患の治癒や,予後の判定に極めて重要である。また,特に肝線維化の比較的初期から上昇する他の線維化マーカーより優れている。<br>・Ⅳ型コラーゲン・7Sは、Ⅳ型コラーゲン分子のN 末端の7S領域の部分を指します。<br>・Ⅳ型コラーゲンは基底膜の主要な成分です。<br>・正常な肝の類洞中には基底膜は存在しませんが、肝繊維化が起こるとⅣ型コラーゲンなどの基底膜構成成分が分泌され沈着し、一部が循環血中に漏出します。Ⅳ型コラーゲン・7Sもその一部です。<br>・肝小葉内の線維化を主とするアルコール性障害時に上昇します。 | 数字 |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】肝癌、肝硬変、慢性肝炎(活動性) | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | 386<br>酸性蓄尿 | (尿中)5－HIAA(5－ハイドロキシインドール酢酸)<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■消化管のセロトニン産生腫瘍であるカルチノイド症候群の診断 | 臨床的意義 | 神経伝達物質であるセロトニン(5-ハイドロキシトリプタミン; 5-HT)がモノアミンオキシダーゼ(MAO)により代謝された物質である。セロトニンは中枢神経系の情動、知覚、自律機能に関与する一方、末梢組織では血管平滑筋の収縮、血小板凝集、消化管の機能調節などの多様な生理活性を持っており偏頭痛やカルチノイド症候群で増加が認められる。<br>　セロトニンの90%以上は末梢臓器(腸管の腸クロム親和性細胞や血小板)に由来し、中枢神経におけるセロトニンは1～2%にすぎない。さらに5-HIAAやセロトニンは脳血液関門(BBB)を通過しないため、血液や尿中に出るもののほとんどが末梢由来である。したがって血中、尿中のセロトニンや5-HIAAを測定することにより、消化管のセロトニン産生腫瘍であるカルチノイド症候群の診断が可能である。<br>　一方、髄液中の5-HIAA、セロトニンを測定することにより、中枢のセロトニン作動性ニューロンの動態を推定できるが、精神・神経疾患におけるこれらの変動については未だ不明な点も多くい。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】カルチノイド症候群、ダンピング症候群、片頭痛　など<br>【低値】錐体外路疾患、パーキンソン症候群　など | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |

| コ | コ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 946 | 抗トリコスポロンアサヒ抗体<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■夏型過敏性肺炎 | 臨床的意義 | 夏型過敏性肺炎は日本で発見された過敏性肺炎で、西日本を中心に、夏季、湿った家屋内に繁殖した真菌（Trichosporon asahii, Trichosporon mucoides）属の胞子を反復吸入することによって起こります。<br>夏型過敏性肺炎は、過敏性肺炎の70%以上を占める代表的疾患で、III、IV型アレルギー肺疾患です。<br>原因となる真菌を吸入してから数時間後に咳や痰、悪寒、頭痛、発熱、呼吸困難などの症状が現れます。夏型過敏性肺炎は、夏に発症し、秋には症状が消え、数年にわたって同じ季節になると繰り返す傾向がある、わが国独特の病気です。<br>その原因は、トリコスポロンを、知らず知らずのうちに吸い込むことによって起こり、主にエアコンが原因となる事が多いため、5月から10月の間だけ症状が現れることが多いとされています。トリコスポロンは他にも台所や浴室にも多く繁殖しています。<br>症状として、多くの場合は抗原となるカビを吸い込んでから4～6時間後に、咳や痰・発熱などの軽い風邪のような症状で始まります。風邪だと思って放っておくとどんどん症状が重くなり、次第に息切れなどの呼吸困難を伴う肺炎の症状が現れるようになります。症状は8～12時間持続しますが、その環境のままだと症状はそれ以降も続き、その環境から離れると数日から10日で症状がおさまります。環境の改善をせずこの状態を何年も繰り返すと、肺が繊維化しぶ厚くなり、肺繊維症という慢性的な病気につながる場合もあるので注意が必要です。<br>最も大切なのは原因となる抗原を取り除くということです。特別の治療がなくとも、入院して抗原から遠ざける事により症状の改善をみることも多い疾患です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】夏型過敏性肺炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ホ | ホ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ホ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2907 | (総)ホモシステイン<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■冠動脈疾患の危険因子 | 臨床的意義 | 最近、コレステロールなどと並んで、ホモシステインの動脈硬化性物質としての役割 が注目されている。ホモシステインはメチオニンというアミノ酸の代謝物質で、おも に腎臓で代謝されることから腎不全では高値となる。 腎不全時にはこのホモシステインが高値になり、心臓血管病変の重要な独立した危険 因子であることが報告されている。<br>ホモシステインは、血液中に含まれるアミノ酸の一つで、通常、アルブミンなどの蛋白質と結合している。血漿ホモシステイン濃度の正常値は、6μmol/L未満とされている。<br>血漿中の総ホモシステイン量が増加すると、遊離ホモシステイン値も、増加する。遊離ホモシステインは、血管内皮細胞を障害する。<br>ホモシステインは、必須アミノ酸である、メチオニン、システインの生成に、必要。ホモシステインは、メチオニンの代謝過程で生成される。<br>ホモシステインを無毒化する代謝には、葉酸、ビタミンB6、ビタミンB12が、関与している。<br>葉酸、ビタミンB6、ビタミンB12のサプリメントは、ホモシステイン値を低下させるが、心血管疾患の発症リスクを低減させない。高ホモシステイン血症は、心血管疾患の原因でなく、結果と考えられている。葉酸、ビタミンB12などの、ホモシステイン値を低下させるサプリメントは、糖尿病性神経障害の発症リスクを、低減させる。<br>先天性ホモシステイン尿症において、患者はシスタチオニンβシンターゼ遺伝子の欠損により、高ホモシステイン血症を来す。結果として尿中にホモシステインが排泄されるようになる。患者は若年にもかかわらず(場合によっては10代から20代であっても)、心筋梗塞や脳梗塞の原因となる動脈硬化を来すことがある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】ホモシステイン尿症・心疾患・動脈硬化症・脳梗塞 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ユ | ユ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ユ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2746 | 遊離テストステロン（フリーテストステロン）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■精巣機能異常<br>■更年期障害（男性） | 臨床的意義 | 血中のテストステロン（アンドロゲン）は、男性ではその大部分が睾丸で産生・分泌され、女性では卵巣と副腎から分泌される。従来は蛋白結合型と遊離型を併せて測定していたため、肝疾患、甲状腺疾患、妊娠や肥満などの影響を受けていた。遊離型は肝疾患などがあっても性腺機能をよく反映している。<br>テストステロンは男性ホルモン(androgen)の中では最も強力なステロイドホルモンです。男性ではその大部分が睾丸より分泌され、また女性では卵巣と副腎に由来します。従って、血中のテストステロン濃度は性腺機能の判定、つまり男性化および女性化症状の病態解明に重要な意味を持つと考えられます。さらに女性では副腎系の機能検査においても重要な意義を持っています。しかし、血中のテストステロンはその大部分が結合蛋白(sex hormone binding globulin：SHBGおよびalbumin)と結合しており、超微量が蛋白と非結合(遊離型：フリーテストステロン)として存在しています。標的細胞の細胞膜を通過できるのは遊離型のフリーテストステロンであり、これが真のアンドロゲン活性を示すと考えられます。通常、血中SHBG濃度は一定に保たれており、遊離型と結合型テストステロンは一定の割合で血中に存在します。そのため、血中フリーテストステロン濃度は、遊離型と結合型の和であるトータルテストステロンとよく相関します。しかし、SHBG濃度が増加あるいは減少する場合、血中の結合型テストステロンの増加あるいは減少、すなわちトータルテストステロンの増加あるいは減少を生じ、必ずしもフリーテストステロンとトータルテストステロンが相関しません。従って、SHBGの変動が考えられる状態では、患者の性腺機能あるいはアンドロゲン活性の判定に血中のフリーテストステロンの測定が不可欠です。<br>すなわち、SHBGが変動してトータルテストステロンの測定値が臨床症状と一致しない肝疾患、甲状腺機能亢進症、妊婦、多毛症等では正しい性腺機能の判断のためにフリーテストステロンの測定が必要となります。【遊離テストステロンの問題点】①遊離テストステロン値は加齢の影響を強く認めることから年齢階層別に基準値を設定するが、総 テストステロンでは加齢の影響が弱く、年齢階層別の基準値を必要としない。②遊離テストステロン、総テストステロンはともに午前中に高値で比較的安定に推移した後、午後 にかけて低下、深夜に最低値を示す日内リズムを有する。そのため、採血時間を一定にすること が肝要である。 今回の基準値設定に当っては、採血を高値で安定した結果を得られる午前中に実施している。③遊離テストステロン値は、血清分離後にこれを冷蔵(4℃)、室温(25℃)放置すると経時的に上昇す る傾向を示し、速やかに凍結(－20℃)保存する必要がある。 総テストステロンに関しては、いずれの温度においても安定である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】異常男性化症状（副腎・卵巣腫瘍等による多毛症、月経異常）・多のう胞性卵巣症候群・男性ホルモン産生腫瘍<br>【低値】原発性精巣機能低下症・低ゴナドトロピン性精巣機能不全症・下垂体腫瘍・腎不全・視床下部下垂体機能低下症・肝硬変・睾丸無形成症・更年期障害 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| コ | コ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2246 | 抗MuSK抗体（抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■重症筋無力症 | 臨床的意義 | 重症筋無力症（MG）と推測される疾患で、抗アセチルコリン受容体抗体（抗AchR抗体）が検出されないMG疾患があり、神経筋接合部に存在するMuSKに対する抗体（抗MuSK抗体）が出現することが明らかにされている. 抗MuSK抗体の測定により、臨床的には典型的な全身型重症筋無力症症状を呈しながらも、抗AchR抗体が検出されないseronegative MG症例の検出が可能となる.<br>抗MuSK抗体 陽性重症筋無力症では臨床的特徴や治療方法が異なることや、抗MuSK抗体価と臨床像が著しく相関した動きをすることなどから、抗MuSK抗体の測定は抗 MuSK抗体陽性重症筋無力症の確定診断のみならず、臨床経過の観察や治療方針を立てる上での指標として有用である.<br>重症筋無力症（MG）と推測される疾患で、抗アセチルコリン受容体抗体（抗AChR抗体）が検出されないMG疾患があり、神経筋接合部に存在するMuSKに対する抗体である抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体（抗MuSK抗体）が出現することが明らかになっています。抗MuSK抗体の測定により、臨床的には典型的な全身型重症筋無力症症状を呈しながらも、抗AchR抗体が検出されないseronegative MG症例の検出が可能となります。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】重症筋無力症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| フ | フ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | フ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2741 | ヒト癌胎児性フィブロネクチン<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■切迫早産の危険リスク・破水の確認 | 臨床的意義 | ヒトでは、妊娠していない女性の膣分泌液中に胎児性フィブロネクチンは検出されないが、受精後20日目ごろから絨毛膜トロホブラスト細胞が胎児性フィブロネクチンを産生し、羊水中や母体血清中に高濃度で存在する。<br>細菌感染や物理的な事由で、卵膜が損傷したり脆弱になると、膣分泌液中に胎児フィブロネクチンがもれてくる。このことを利用し、膣分泌液中に胎児フィブロネクチンがあるかどうかを検査することで、卵膜が損傷したり脆弱になったことを検知できる。卵膜の異常を検知することで早産の危険性が把握できるのである。<br>早産は妊娠37週以前の分娩で、その数は全出産の約10%にあたる。<br>膣分泌液中の胎児フィブロネクチンは、早産発生の1-2週間前から高い値を示す。切迫早産等、破水が生じた場合は、膣内に胎児性フィブロネクチンが検出される。逆に言うと、膣分泌液中に胎児性フィブロネクチンが検出されなければ、2週間以内の出産の可能性はほとんどない 。<br>出産の直前に羊膜が破れ、羊水が体外に出る。これを破水というが、羊水が漏れているかどうかを胎児性フィブロネクチンを検査することで確実（98.2%）に検知できる。子宮頸管の拡張前の自動的早産の良い指標である。妊娠20週以前は高い値を示すが、しかし、妊娠22週以上で卵膜に障害のない妊婦の場合、頚管粘液中や膣分泌物中にはほとんど検出されない。従って、検査は24週以降に用いられる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】破水（前期破水・切迫流産・早産） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ア | ア | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2160 | アディポネクチン<br><br>☑目次へ戻る | 未適用 | ■内蔵脂肪評価マーカー<br>■内臓脂肪量に相関 | 臨床的意義 | アディポネクチンは、脂肪組織に特異的に発現する遺伝子apM1（adipose most abundant gene transcript）の産物として1996年に見出された新たなサイトカインである。244個のアミノ酸より成る分泌蛋白であり、血中では三量体を基本構造として、これがさらに会合した球状の多量体を形成すると考えられており、12～18量体の高分子型の活性が高いとされている。アディポネクチンは血中に5～10μg/mLという高濃度で存在するが、脂肪組織特異的な発現にも拘わらず肥満者における血中濃度は低下しており、BMI（body mass index）と逆相関を示すという。その詳細な生理機能は未だ不明ながら、平滑筋細胞の増殖抑制や単球の内皮細胞への接着抑制に働くことから、抗動脈硬化作用を有する可能性が示唆される。実際、冠動脈疾患患者のアディポネクチン値はBMI補正した対照と比べて有意に低いことが報告されている。また、2型糖尿病患者でも有意に低値であり、とりわけ大血管障害を合併する例で著明であった。<br>ここでグルコースクランプ法にて測定したインスリン感受性とアディポネクチン値の間には正相関が認められており、血中アディポネクチンの減少はインスリン抵抗性の上昇に密接に関連すると考えられる。今日持続的な過栄養による内臓脂肪蓄積が高血圧、高脂血症あるいは耐糖能異常といった冠動脈疾患発症の危険因子の共通基盤であることはよく知られている。脂肪組織由来生理活性物質（アディポサイトカイン）の一つであるアディポネクチン測定は、代謝異常から冠動脈疾患の発症に至る病態形成機序の解明に有用と期待される。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】肥満・高血圧・糖尿病・腎機能障害・冠動脈疾患・心筋梗塞の発症 | |
| | | | | | 算定条件 | | |
| | | | | | | | |

| T | T | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 740 | インターフェロン-γ遊離試験（T-SPOT.TB）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■結核感染の診断 | 臨床的意義 | T-スポット.TB検査は、結核菌特異抗原（ペプチド）を採血した血液から分離精製して1ウエル辺り25万個に成るように調整した末梢血単核球（PBMC)に添加して、体外で結核感染を診断する検査法です。<br>この検査のメリットはBCGワクチン接種や環境中の抗酸菌感染の影響を受けない点、ツベルクリン反応のように結果判定のために再度医療機関に行く必要のない点です。<br>また特異度・感度が高く、免疫脆弱者でも高特異度・感度が保証されている点です。<br>T-スポット.TB検査は採血後32時間以内に抗原刺激を開始することで高特異度・感度の結果が得られることが基礎研究より証明されていますが、そのためには温度管理を厳密に遵守する必要があります。また、検体採取から検査の実施まで、QFT検査では最大16時間の猶予しかないのに対し、Tスポット検査は最大で32時間の猶予がありますので、配送コストが低く済む（特別便が不要）という点で、Tスポットのほうが優れます。<br><br>結核に感染していると培養中にT細胞からIFN-γが産生されるが、産生場所で試薬の抗体と反応し、さらに2次抗体との反応でその場所で発色する。この発色したスポットを算定するELISPOT(enzymelinked immunospot：エリスポット)と呼ばれる方法で実施される。スポットの1個がIFN-γ産生のT細胞1個に相当し、結核菌感染に対して高い感度と特異度を有する。T-スポットは全血からリンパ球を抽出して、一定数に調整するため、免疫抑制状態で減少する血中リンパ球数の影響をQFTよりも受けにくい特徴を持つ。但し、QFTと同様に過去の既往感染と新規感染の区別はできず、結核菌特異抗原を有するMycobacterium kansasiiなど一部の非結核性抗酸菌感染症でも陽性となる。<br>T-スポットの一番の目的は接触者健診であるが、その他に感染リスクが想定される医療従事者の健診、免疫抑制状態にある患者の健康管理、活動性結核の補助診断でも利用される場合がある。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】結核 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| キ | キ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | キ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1769 | キャピリアTB（結核筋群抗原精密測定）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■結核菌の同定検査<br>■結核菌と非定型抗酸菌の鑑別。 | 臨床的意義 | 従来、結核菌と非結核性抗酸菌を鑑別同定するためには、ナイアシンテストが 行なわれてきたが、これをするには十分量の菌が必要であり、結果が得られるまで4～8週かかった。キャピリアTBは、結核菌群が特異的に産生するMPB64をターゲットとする免疫クロマトグラフィー法である。MPB64（Mycobacterial protein fraction from BCG of Rm 0.64 in electrophoresis）は、結核菌群の培養において菌体外に分泌されるタンパク質である。<br>非結核性抗酸菌では産生が認められず、結核菌群（M.tuberculosis, M.bovis, M.africanum, M.microti)およびM.bovisBCGのいくつかの亜株（Tokyo株、Moreau株、Russia株、Sweden株）に特異的な分泌タンパク質であると報告されている。<br>■キャピリアTBの特徴<br>①核酸プローブによる検出法に匹敵する感度と特異性を備えている<br>②特別な装置を必要としない<br>③操作が極めて簡単であり、習熟を必要としない<br>④迅速（15分）に結果が得られる<br>⑤ナイアシンテストでは、非結核性抗酸菌が混在する培養物からは結核菌群を検出できないが、これは検出可能。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】結核 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| コ | コ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7679 | 抗酸菌同定（質量分析法）<br>☑目次へ戻る | 微生物 | ■抗酸菌感染症<br>■結核菌感染症 | 臨床的意義 | 現在、抗酸菌属は170種以上あるとされているうち、検出可能なのはPCR法で結核菌群やMACを含め数菌種、DDH法でも18菌種にすぎません。本検査はMALDI－TOF MS（マトリックス支援レーザー脱離イオン化－飛行時間型）技術を用いた質量分析法により、細菌のもつタンパク質をイオン化し、マススペクトルパターンから菌種を同定するものです。**本法では39菌種の抗酸菌を高感度・高精度に同定することが可能**であり、ヒトに病原性を持つものを始めとし、ほとんどの菌種を網羅的に検出することが出来る画期的な検査法です。結核と非結核性肺抗酸菌症では治療法なども異なり、さらに非結核性肺抗酸菌症の中でも起因菌により抗菌剤の選択にも差異が生じます。したがって本検査により起因菌を正確に同定することは、治療計画を立案するために大変有用な検査と考えられます。なお、質量分析法による抗酸菌同定検査は『結核菌検査指針2007』から9年振りに改訂された『抗酸菌検査ガイド2016』にも掲載されています。<br><br>**質量分析装置**<br>MALDI-TOF（マトリックス支援レーザー脱イオン化飛行時間型）質量分析計を用いて生物特有の分子フィンガープリントを測定することで微生物の菌種同定を行う。試料をマトリックス試薬と混ぜることによりタンパク質などの大きな分子も壊さずにレーザーでイオン化、検出器に到達する飛行時間の違いから質量を分析する。質量分析の結果、微生物固有のタンパク質などの分子量を反映したマススペクトルが得られる。そのマススペクトルをATCCやDSMZなどの細菌菌株管理機関と協力して構築されたデーターベース（ライブラリ）を照合することにより、微生物の菌種同定を可能とする。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| ヘ | ヘ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | ヘ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7431 | 便中カルプロテクチン（FEIA）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■潰瘍性大腸炎<br>■炎症性腸疾患 | 臨床的意義 | 便中カルプロテクチンは、腸管の炎症度を反映する非侵襲性のマーカーです。これまで、保険適用範囲は「潰瘍性大腸炎の病態把握の補助」に限られていましたが、**FEIA法で測定した場合、「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」としても使用可能**となりました。炎症性腸疾患が疑われる症例について腸管炎症の有無を判別することで、より効率的な内視鏡検査の実施および診断に貢献することが期待されています。<br>カルプロテクチンは、S100蛋白に属するカルシウム・亜鉛結合タンパク質であり、白血球中の好中球の細胞成分です。<br>腸管局所に炎症が生じると白血球が腸管壁を通じて腸管腔に移行するため、便中カルプロテクチン量の測定により腸管炎症度を把握でき、持続性の下痢・腹痛といった臨床症状が似ている腸管炎症のある**「炎症性腸疾患」と、腸管炎症のない「機能性腸疾患」の鑑別が可能**となります。<br>「炎症性腸疾患」の病態把握に有用なことが報告されています。本検査は、炎症性腸疾患の診断補助、潰瘍性大腸炎の病態把握、内視鏡検査実施の要否判定などに利用できる非侵襲的な検査であり、患者の身体的負担の軽減につながることが期待されています。<br>**240μg/g未満「陰性時」は、潰瘍性大腸炎が落ち着いている可能性が高いと判断できる。⇒陰性的中率96%** | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】潰瘍性大腸炎の内視鏡的活動状態301mg/kg以上 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| H | H | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7742 | HE4（ヒト精巣上体蛋白４）<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■卵巣癌 | 臨床的意義 | 【有用性】本品は、**CA125と併せて測定することにより、卵巣腫瘍が悪性か或いは良性かをより適切に判断することが可**能となる。<br>○ **HE4は、**卵巣癌患者の血清中に高濃度で検出され特異性が高く、**婦人科良性疾患（子宮内膜症等）では上昇することが少ない。**<br>○ HE4は、CA125とは相関性がないため、CA125との組み合わせ及び両者の値から算出される卵巣悪性腫瘍推定値（ROMA）を用いることで、**卵巣腫瘍が良性か悪性かを鑑別する診断性能が向上**する。<br><br>【特徴】卵巣は骨盤内臓器であるため腫瘍が発生しても初期の段階では自覚症状に乏しく、卵巣癌の進行期分布をみると約40-50%の症例がⅢ･Ⅳ 期の進行癌症例である。大多数の卵巣腫瘍は良性であり、悪性と良性を鑑別することは治療方針を決定するうえで重要である。卵巣癌の診断においては、問診および内診に加え、CA125 を中心とした腫瘍マーカー測定、経膣超音波断層法検査、MRI ならびにCT 検査が必要に応じて実施される。<br><br>健常人女性の参考基準値は、閉経前および閉経後でそれぞれ70pmol/L および140pmol/L である。国内多施設臨床性能試験におけるHE4 の卵巣悪性腫瘍に対する感度、特異性およびROC 解析における曲線下面積（AUC)はそれぞれ52.8%（47/89)、100%（131/131)、0.85であった。特徴の異なるCA125 とHE4 の組み合わせまたは両者の値から算出される卵巣悪性腫瘍推定値（Risk of OvarianMalignancy Algorithm：ROMA）を用いることで卵巣腫瘍の良性と悪性の鑑別の診断性能の向上が期待される。 |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】卵巣癌（子宮内膜症やその他の良性疾患での陽性率が低い。） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| 数字 | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | 数字 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0258 | 25-OHビタミンD<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■クル病<br>■骨軟化症 | 臨床的意義 | ビタミンDは、体内に入るとまず最初に肝臓で側鎖の25位が水酸化され25-hydroxy-vitamin D（25-OH-D）に変換される。続いて腎で1位または24位が水酸化されて1α，25-dihydroxy-vitamin D［1α，25（OH）2D］や24,25-ihydroxy-vitamin D［24,25（OH）2D］に代謝される。 このうち1α，25-（OH）2ビタミンDは活性型ビタミンDともよばれ、主要な標的臓器である小腸に到達し、核内に存在するレセプターと結合して作用を発現する。すなわち小腸でのカルシウム（Ca）の吸収を高め骨からの溶出をPTHと共に促進することで血中Caの濃度を上昇させる働きを持つ。また活性型ビタミンDはPTHやCa、リン酸などの濃度により1位の水酸化が制御されることでその産生が厳密にコントロールされている。通常ビタミンDは結合蛋白質と結合して血中を循環し、最終的には胆汁中に排泄される。<br>1α，25（OH）2ビタミンDはビタミンDと異なり脂肪組織への沈着が少ないため血中濃度の変動が少なく、クル病などさまざまな疾患と関連するため意義が大きい。また一般に骨が急速に成長する必要性により成長期や妊産婦で高値がみられることがある。<br><br>**2016 年8 月、血中25 水酸化ビタミンD［25（OH）D］濃度の測定が、健康保険に収載された。**ようやく、わが国でも世界標準のビタミンD、骨、ミネラル代謝異常の評価および診療が可能となった。**血中25（OH）D 濃度は生体のビタミンD 貯蔵量を反映する。**ビタミンD 不足・欠乏の頻度は極めて高く、他のビタミンD・骨・ミネラル代謝異常の有無にかかわらず、ビタミンD非充足状態は存在しうることに注意を要する。一方、血中1,25（OH）2D 濃度は、サルコイドーシスなどの特殊な場合を除き、腎近位尿細管の1a 水酸化酵素活性を反映すると考えられる。<br>**血清25（OH）D 値低値のビタミンD 欠乏症では、PTH 分泌亢進により1a 水酸化酵素活性が亢進し、しばしば血清1,25（OH）2D 値が高値となる。**しかし1a 水酸化酵素の基質である25（OH）D が枯渇したような極めて重症なビタミンD 欠乏症では、血清1,25（OH）2D 値も低値となりうる。同様に、原発性副甲状腺機能亢進症では、PTH の持続分泌亢進により25（OH）D から1,25（OH）2D への変換が亢進する結果、ビタミンD不足・欠乏が高率に合併することが知られている。一方、慢性腎臓病（CKD）では、P 負荷、FGF-23 分泌亢進、進行すればさらに腎萎縮などにより1a 水酸化酵素活性が抑制され、血清1,25（OH）2D は低値となるが、実は、高率にビタミンD 不足・欠乏が合併し、血清25（OH）D 濃度もしばしば低値となることが知られている。 | |
| | | | | 疾患名 | 【高値】原発性副甲状腺機能亢進症、妊娠、Ⅱ型ビタミンD依存症、サルコイドーシス　など<br>【低値】クル病、骨軟化症、腎不全、副甲状腺機能低下症、Ⅰ型ビタミンD依存症、骨粗鬆症、未熟児クル病　など | |
| | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | |

| メ | メ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | メ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2167 | 免疫電気泳動（特異抗血清）<br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■M蛋白血症 | 臨床的意義 | 抗ヒト血清を用いた電気泳動法に比べて、個々の蛋白に対する抗血清を用いた免疫電気泳動では、詳細な同定・解析が可能である。M蛋白血症（単クローン性免疫グロブリン血症）を始めとする免疫グロブリン異常症の同定に用いられる。·一般的にはM蛋白の重鎖クラス（IgG, IgA, IgM, IgD, IgE）およびL鎖の型（κ, λ）の同定に用いられる。抗ヒト全血清を使用した場合と異なり全体的な血清蛋白の評価はできない。<br>・抗ヒト全血清を使用した免疫電気泳動で、特定の蛋白異常症の疑いがある場合<br>·M蛋白血症やその他の免疫グロブリンの構造異常などが疑われた場合は，特異抗血清を用いた免疫電気泳動法によりM蛋白および異常免疫グロブリンの同定をする。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【異常】M蛋白血症：M蛋白血症には、無症候性M蛋白血症（MGUS）、多発性骨髄腫、アミロイドーシス、慢性リンパ性白血病、B細胞性リンパ腫、マクログロブリン血症などが含まれる。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| H | H | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0170 | HIT抗体（血小板第4因子ﾍﾊﾟﾘﾝ複合体抗体）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■ﾍﾊﾟﾘﾝ起因性血小板減少症（HIT） | 臨床的意義 | HIT抗体は、ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）の発症に関与する血小板活性化抗体である。ﾍﾊﾟﾘﾝは汎用されている抗凝固剤ですが、その副作用によって0.5～5%の頻度でヘパリン起因性血小板減少症（HIT）を引き起こすことがあります。投与されたﾍﾊﾟﾘﾝと血小板第4因子（PF4）が血液中で複合体を形成する場合があり、この複合体に対する抗体（HIT抗体）が産生されることで血小板減少とと共に血栓塞栓症を引き起こします。<br>本検査によるHIT抗体は、IgG・IgA・IgMのすべての分画を測定しますがグロブリンクラス別の報告はありません。HITの診断は、スコアリングを用いた臨床診断と血小板機能検査を組み合わせ総合的に評価することが重要ですが、本検査を併せることにより、より正確にHITの診断が可能になると期待されています。<br><br>HIT（ﾍﾊﾟﾘﾝ起因性血小板減少症）は、ヘパリンを抗凝固薬として使用している患者に0.5～5.0%発症することがある。突然に血小板が減少しさらに血栓塞栓症状（血管が詰まったために循環障害を来たし組織障害を起こす状態）が起こる。発症する場所は様々で呼吸困難・胸痛・疼痛など血栓塞栓の起こる部位により症状は異なり、ﾍﾊﾟﾘﾝを中止することで回復する。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】ヘパリン起因性血小板減少症（HIT） | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| M | M | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 26 | MAC抗体<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■MAC感染症<br>■非定型 | 臨床的意義 | MAC感染症は本邦において非定型抗酸菌症の約8割を占めるといわれ、その大部分は慢性気道感染症の経過をとる。AIDS患者ではMACの全身感染による死亡例が報告されており、日和見感染症の原因菌としても注目されている。<br>日本結核病学会から診断基準が出されていますが、喀痰採取困難で気管支鏡検査が実施できない場合では診断が困難なことがあります。また、培養には通常6～8週間時間がかかることが問題となります。<br>MAC抗体は、患者血清中の抗GPLcore IgA抗体濃度を測定することにより、肺MAC症の補助診断が可能です。GPL core は、MAC菌（M.aviumとM.intracellulare）細胞表層に存在する主要な糖脂質抗原で、結核菌やM.Kansasiiには存在しません。しかし、M.abscessus,M.chelonae,M.fortuitumなどの迅速発育菌にGPLを有する菌種が存在することには注意が必要である。<br>MAC 抗体 は、特異度は高いが感度は十分に高いとは言えず、たとえ，検査が陰性でもMAC症を否定できるものではなく，あくまでも補助的診断と位置づけるべきである。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【陽性】非結核性(非定型）抗酸菌症・肺マック症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| コ | コ | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | コ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2872 | 抗LKM-1抗体（抗肝腎マイクロゾームー1抗体）<br><br>☑目次へ戻る | 免疫 | ■Ⅱ型自己免疫性肝炎 | 臨床的意義 | **抗LKM-1抗体はⅡ型自己免疫性肝炎患者に特異的に検出され、自己免疫性肝炎（AIH）の診断のために測定される自己抗体である。**<br>免疫抗体法によって肝臓と腎臓のミクロゾームと反応する抗体であることがその名の由来だが、LKMには1～3型があり、AIHで出現する抗LKM抗体は1型（抗LKM－1抗体）のみである。<br>AIHの診断は、国際診断スコアと厚生労働省研究班の診断指針が用いられ、自己抗体の違いによりⅠ型とⅡ型に病型分類される。Ⅰ型は抗核抗体と抗平滑筋抗体のどちらかまたは両者が陽性、Ⅱ型は抗LKM-1抗体が陽性である。わが国ではⅠ型がほとんどであるが、抗核抗体と抗平滑筋抗体が陰性でAIHを疑う場合には抗LKM-1抗体の測定が必要である。C型慢性肝炎患者の一部においては抗LKM－1抗体が低力価陽性となるので注意が必要である。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】Ⅱ型自己免疫性肝炎 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| B | B | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | B |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2956 | BTR（総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比<br><br>☑目次へ戻る | 生化Ⅱ | ■肝硬変<br>■肝細胞癌<br>■劇症肝炎<br>■慢性肝炎 | 臨床的意義 | 総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（BTR）は、**肝臓でのアミノ酸代謝異常を調べる検査**です。分岐鎖アミノ酸は重症肝疾患で合成が低下、チロシンは代謝が阻害されて上昇することで両者の比は低値となります。肝疾患の重症度を反映します。<br>BTRは慢性肝障害（肝炎や肝線維化～肝硬変等）の進展の推測に有用に言われ、特に、**代謝性肝硬変と非代謝性肝硬変の判別に優れ、肝硬変の重篤度を反映する**ことが知られています。<br>肝硬変等の肝障害時には、肝臓で特異的に代謝されるチロシン、フェニルアラニンといった芳香族アミノ酸（AAA）の血中濃度が上昇し、バリン、ロイシン、イソロイシン等の分岐鎖アミノ酸（BCAA）が筋肉、脂肪組織で消化され血中濃度が低下します。そのため、分岐鎖アミノ酸（BCAA）／芳香族アミノ酸（AAA）比は、肝の代謝機能低下の指標となり、この比はFischer比と呼ばれています。従来用いられていたFischer比は測定が煩雑で高価でしたので酵素法を用いて簡単Fischer比を測定します。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【低値】肝硬変、肝細胞癌、劇症肝炎、慢性肝炎<br>※劇症肝炎、非代償性肝硬変症では著名に低下する。 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| H | H | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0839 | H-FABP（ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白）<br>☑目次へ戻る | 生化Ⅰ | ■急性心筋梗塞 | 臨床的意義 | 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）は、心筋細胞の細胞質に存在し遊離脂肪酸の細胞内輸送に関与する分子量約15kDaの可溶性低分子蛋白である。**H-FABPは、心臓虚血による心臓細胞の障害時に速やかに血中に逸脱するため、急性心筋梗塞の早期診断マーカーとして有用**である。<br>分子量が小さいため**発症後約1～2時間以内に血中濃度が急速に上昇**し、**約5～10時間でピークとなり、その後約24～36時間で基準範囲内に復する**。H-FABPは心筋特異性が高く、心筋障害の発症早期から血中に出現することから積極的な治療方針の決定などが必要とされる急性冠動脈症候群の診断に有用である。血中濃度と梗塞量が相関することから**梗塞量の推定**、再灌流によるwash-out現象による急激な上昇・低下による再灌流療法の成否の判定指標としても検査される。ミオグロビンに比べ心筋特異性が高いことが特徴です。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】急性心筋梗塞、心筋障害 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

| L | L | 検査項目 | 判断区分 | ポイント | | 臨床的意義／疾患名／レセプト算定条件 | L |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1903 | L-FABP（尿中L型脂肪酸結合蛋白）<br><br>☑目次へ戻る | 尿・糞便 | ■糖尿病性腎症 | 臨床的意義 | L-FABPとは、Liver-type Fatty Acid Binding Protein（肝臓型脂肪酸結合蛋白）の略称で、肝臓と腎臓の「近位尿細管」で特異的に発現する分子量14kDaの脂肪酸結合蛋白質です。尿中L-FABPは、腎近位尿細管の細胞質由来の物質で、**組織障害が進行する以前に尿細管の虚血や尿細管への酸化ストレスによって尿中に排泄されるため、「尿細管機能障害を伴う腎疾患」の早期診断に有用**です。<br>腎臓の再吸収機能を担う尿細管においてエネルギー及び脂質代謝に重要な働きをしている。腎機能障害の程度に関して経過観察が可能である。糖尿病性腎症の早期診断及び重症化防止の指標となる。 | |
| | | | | | 疾患名 | 【高値】尿細管障害、糸球体腎炎、糖尿病性腎症、急性腎障害、造影剤腎症 | |
| | | | | | 算定条件 | ☑≪算定条件≫にリンク | |
| | | | | | | | |

# 臨床検査の
# レセプト算定条件

## 項目検索

## 2024年６月1日改定



株式会社　兵庫県臨床検査研究所

# 項目検索（カタカナ）

レセプト算定条件
2024年6月改定

# 項目検索（アルファベット）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ア | イ | ウ | エ | オ |
| カ | キ | ク | ケ | コ |
| サ | シ | ス | セ | ソ |
| タ | チ | ツ | テ | ト |
| ナ | ニ | ヌ | ネ | ノ |
| ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ |
| マ | ミ | ム | メ | モ |
| ヤ | ユ | ヨ | | |
| ラ | リ | ル | レ | ロ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A | B | C | D | E |
| F | G | H | I | J |
| K | L | M | N | O |
| P | Q | R | S | T |
| U | V | W | X | Y･Z |
| α | β | γ | δ | 数字 |

区分番号別検索画面

初期画面に戻る

項目検索画面に戻る

## 尿・糞便等検査

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D000 | 尿中一般物質定性半定量検査 |
| ☑ D001 | 尿中特殊物質定性定量検査 |
| ☑ D002 | 尿沈査(検鏡法) |
| ☑ D002-2 | 尿沈査(フローサイトメトロリー法) |
| ☑ D003 | 糞便検査 |
| ☑ D004 | 穿刺液・採取液検査 |
| ☑ D004-2 | 悪性腫瘍組織検査 |

## 血液学的検査

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D005 | 血液形態・機能検査 |
| ☑ D006 | 出血・凝固検査 |
| ☑ D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| ☑ D006-30 | 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 |

## 生化学的検査(Ⅰ)

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D007 | 血液化学検査 |

## 生化学的検査(Ⅱ)

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D008 | 内分泌学的検査 |
| ☑ D009 | 腫瘍マーカー |
| ☑ D010 | 特殊分析 |

## 免疫学的検査

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D011 | 免疫血液学的検査 |
| ☑ D012 | 感染症免疫学的検査 |
| ☑ D013 | 肝炎ウィルス関連検査 |
| ☑ D014 | 自己抗体検査 |
| ☑ D015 | 血漿蛋白免疫学的検査 |
| ☑ D016 | 細胞機能検査 |

## 微生物学的検査

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D017 | 細菌顕微鏡検査 |
| ☑ D018 | 細菌培養同定検査 |
| ☑ D019 | 細菌薬剤感受性検査 |
| ☑ D020 | 抗酸菌分離培養検査 |
| ☑ D021 | 抗酸菌同定 |
| ☑ D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査 |
| ☑ D023 | 微生物核酸同定・定量検査 |

## 病理学的検査

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ N000 | 病理組織標本作成 |
| ☑ N002 | 免疫染色(免疫抗体法)病理標本作成 |
| ☑ N004 | 細胞診(1部位につき) |
| ☑ N005 | HER2遺伝子標本作成 |
| ☑ ALK融合遺伝子・PD-L1タンパク免疫染色 | |
| ☑ N006 | 病理診断料 |

## 検体検査判断料

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D025 | 基本的検体検査実施料(1日につき) |
| ☑ D026 | 検体検査判断料 |

## 特定疾患治療管理料

- ☑ 特定薬剤治療管理料
- ☑ 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- ☑ 慢性維持透析患者外来医学管理料

## 負荷試験等

| 区分番号 | |
|---|---|
| ☑ D286 | 肝及び腎のクリアランステスト |
| ☑ D287 | 内分泌負荷試験 |
| ☑ D288 | 糖負荷試験 |
| ☑ D289 | その他の機能テスト |

# 検査項目索引（五十音）

## ●五十音

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| ア 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 亜鉛（Zn） | 18 | 132 | 生化Ⅰ | D007-037 | 亜鉛（Zn） |
| 0672 | （抗）アクアポリン4抗体 | 55 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗アクアポリン4抗体 |
| 1346 | 悪性リンパ腫解析検査（7AAD解析） | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 7712 | 悪性リンパ腫解析検査（MLA）CD45ゲーティング | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 0257 | アスコルビン酸（ビタミンC） | 17 | 296 | 生化Ⅰ | D007-060 | ビタミンC |
| 2937 | アスペルギルス抗原 | 49 | 157 | 免疫 | D012-030 | アスペルギルス抗原 |
| 2528 | アスペルギルス抗体IgG | 49 | | | | |
| 2347 | （抗）アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） | 60 | 775 | 免疫 | D014-045 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） |
| 0321 | アセトン定量 | 23 | | | | |
| 2160 | アディポネクチン | 37 | | | | |
| | アデノウイルス〔CF法・NT法〕 | 83 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| 2161 | アデノウイルス抗原 | 94 | 60 | 免疫 | D012-007 | アデノウイルス抗原定性（糞便） |
| 0063 | アデノシンデアミナーゼ（ADA） | 4 | 32 | 生化Ⅰ | D007-011 | アデノシンデアミナーゼ（ADA） |
| 2224 | アトピー鑑別試験（ファディアトープ） | 71 | 194 | 免疫 | D015-021 | アトピー鑑別試験定性 |
| 0022 | アポリポ蛋白 AⅠ | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| 0023 | アポリポ蛋白 AⅡ | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| 0024 | アポリポ蛋白 B | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| 0025 | アポリポ蛋白 CⅡ | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| 0026 | アポリポ蛋白 CⅢ | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| 0027 | アポリポ蛋白 E | 14 | 31 | 生化Ⅰ | D007-010 | アポリポ蛋白 |
| | アミノ酸分析（9種類・39種類・41種類） | 7 | 1107 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　5種類以上 |
| 0193 | アミノ酸分析2種類（チロシン・フェニルアラニン） | 7 | 558 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| | アミラーゼ（AMY） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アミラーゼ |
| | アミラーゼアイソザイム（AMYアイソザイム） | 2 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | アミラーゼアイソザイム |
| 2776 | （血清）アミロイドA蛋白（SAA） | 65 | 47 | 免疫 | D015-006 | 血清アミロイドA蛋白（SAA） |
| 0058 | アルカリフォスファターゼ（ALP） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルカリホスファターゼ（ALP） |
| | アルドステロン | 32 | (122) | 生化Ⅱ | D008-015 | アルドステロン |
| 0447 | アルドステロン/レニン活性比 | 32 | 122+100 | 生化Ⅱ | D008-015+D008-008 | アルドステロン+レニン活性 |
| 0059 | アルドラーゼ（ALD） | 3 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルドラーゼ |
| 0002 | アルブミン（Alb） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルブミン（BCP改良法・BCG法） |
| 0729 | （尿中）アルブミン定性 | 66 | 49 | 尿・糞便 | D001-006 | アルブミン定性（尿） |
| | （尿中）アルブミン定量 | 66 | 99 | 尿・糞便 | D001-009 | アルブミン定量（尿） |
| 0167 | アルミニウム（Al） | 19 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | アルミニウム（Al） |
| | アレルゲン16種セット →特異的IgE | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| 0083 | アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE） | 4 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE） |
| 0589 | アンチトロンビンⅢ（AT-Ⅲ） | 105 | 70 | 血液 | D006-009 | アンチトロンビン活性またはアンチトロンビン抗原 |
| 0590 | アンチプラスミン（$\alpha_2$-プラスミンインヒビター） | 105 | (128) | 血液 | D006-016 | プラスミンインヒビター（アンチプラスミン） |
| 0110 | アンモニア（$NH_3$） | 6 | 50 | 生化Ⅰ | D007-016 | アンモニア |

| イ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0142 | イオン化カルシウム | 15 | (26) | 生化Ⅰ | D007-007 | イオン化カルシウム |
| 7165 | 胃がんリスク層別化検査（ABC分類） | 4 | | | | |
| 1081 | 一般検査〔関節液〕 | 122 | 50 | 尿・糞便 | D004-002 | 関節液検査 |
| 1051 | 一般検査〔髄液〕 | 123 | 62 | 尿・糞便 | D004-004 | 髄液一般検査 |
| 1075 | 一般検査〔精液〕 | 123 | 70 | 尿・糞便 | D004-005 | 精液一般検査 |
| 1066 | 一般検査〔穿刺液〕 | 121 | | | | |
| 1126 | 一般検査〔尿中〕 | 121 | 26 | | D000 | 尿中一般物質定性半定量検査 |
| 1171 | 一般細菌　塗抹鏡検 | 125 | 67 | 微生物 | D017-003 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの） |
| | 一般細菌　培養・同定 | 125 | 頁参照 | 微生物 | D018 | 細菌培養同定検査 |
| | 一般細菌　薬剤感受性検査 | 126 | 頁参照 | 微生物 | D019 | 細菌薬剤感受性検査 |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。




| イ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 一般特殊染色〔組織〕 | 139 | | | | |
| 0371 | インスリン（IRI） | 34 | 100 | 生化Ⅱ | D008-008 | インスリン（IRI） |
| 0374 | インスリン抗体 | 34 | 107 | 免疫 | D014-006 | 抗インスリン抗体 |
| 0740 | インターフェロン-γ遊離試験（T-SPOT.TB） | 130 | 593 | 免疫 | D015-030 | 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 |
| | インフルエンザウイルス〔CF法〕 | 92 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| 2028 | インフルエンザウイルス流行株〔HI法〕 | 92 | 158 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |

| ウ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2281 | ウロポルフィリン定量〔血液〕 | 8 | | | | |
| 0240 | ウロポルフィリン定量〔尿中〕 | 8 | 105 | 尿・糞便 | D001-010 | ウロポルフィリン（尿） |

| エ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | エコーウイルス〔HI法〕 | 84 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | エコーウイルス〔NT法〕 | 84・85 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| 0559 | エステラーゼ染色 | 102 | 頁参照 | | | |
| | エストラジオール（E2） | 35 | (167) | 生化Ⅱ | D008-033 | エストラジオール（E2） |
| | エストロゲンレセプター（ER）〔組織〕 | 139 | 720 | 病理 | N002-001 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　エストロジェンレセプター |
| 0327 | エタノール（アルコール）〔血液〕 | 23 | 105 | 生化Ⅰ | D007-026 | エタノール |
| 0328 | エタノール（アルコール）〔尿中〕 | 23 | | | | |
| 0127 | エチルベンゼン →マンデル酸（エチルベンゼン） | 21 | | | | |
| 0454 | エラスターゼ1 | 77 | (120) | 生化Ⅱ | D009-008 | エラスターゼ1 |
| 0483 | エリスロポエチン | 37 | (209) | 生化Ⅱ | D008-041 | エリスロポエチン |
| 2036 | 塩基性フェトプロテイン（BFP） | 75 | (150) | 生化Ⅱ | D009-017 | 塩基性フェトプロテイン（BFP） |
| | エンテロウイルス〔NT法〕 | 88 | | | | |
| 4338 | （透析液）エンドトキシン | 131 | | | | |
| 9117 | エンドトキシン定量 | 49 | 229 | 免疫 | D012-052 | エンドトキシン |

| オ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1031 | オーム病クラミドフィラ（クラミジアシッタシ） | 53 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| 0343 | 黄体形成ホルモン（LH） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 黄体形成ホルモン（LH） |
| 2335 | オステオカルシン（BGP） | 29 | (157) | 生化Ⅱ | D008-026 | オステオカルシン（OC） |
| 2535 | オリゴクローナルバンド | 64 | 522 | 尿・糞便 | D004-011 | オリゴクローナルバンド |

| カ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2765 | ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP） | 75 | (175) | 生化Ⅱ | D009-024 | ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP） |
| 0583 | 活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT） | 104 | 29 | 血液 | D006-007 | 活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT） |
| | カテコールアミン3分画 | 33 | (161) | 生化Ⅱ | D008-029 | カテコールアミン分画 |
| | カドミウム（Cd） | 19 | | | | |
| 2526 | 可溶性IL-2レセプター（sIL-2R） | 78 | (438) | 生化Ⅱ | D009-036 | 可溶性インターロイキン-2レセプター（sIL-2R） |
| 0605 | 可溶性フィブリンモノマー複合体（SFMC） | 105 | 93 | 血液 | D006-011 | フィブリンモノマー複合体定性 |
| 0899 | 可溶性メソテリン関連ペプチド（SMRP） | 78 | (220) | 生化Ⅱ | D009-030 | 可溶性メソテリン関連ペプチド |
| | カリウム（K） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | カリウム |
| | カルシウム（Ca） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | カルシウム |
| 2938 | （抗）カルジオリピン・β2グリコプロテインⅠ複合体抗体（抗CL・β2GPⅠ抗体） | 62 | 223 | 免疫 | D014-029 | 抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体 |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| カ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7835 | （抗）カルジオリピン抗体 IgG〔EIA法〕 | 62 | 226 | 免疫 | D014-030 | 抗カルジオリピンIgG抗体 |
| 7836 | （抗）カルジオリピン抗体 IgM〔EIA法〕 | 62 | 226 | 免疫 | D014-030 | 抗カルジオリピンIgM抗体 |
| 0475 | カルシトニン（CT） | 29 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | カルシトニン |
| 2456 | カルニチン分画 | 17 | 95+95 | 生化Ⅰ | D007-023+023 | 総カルニチン+遊離カルニチン |
| 7431 | （便中）カルプロテクチン | 61 | 268 | 尿・糞便 | D003-009 | カルプロテクチン（糞便） |
| 2651 | 肝細胞増殖因子（HGF） | 37 | 227 | 生化Ⅰ | D007-054 | 肝細胞増殖因子（HGF） |
| 0793 | カンジダマンナン抗原 | 49 | 134 | 免疫 | D012-023 | カンジダ抗原半定量 |
| 1081 | 関節液一般検査 | 122 | 50 | 尿・糞便 | D004-002 | 関節液検査 |
| 1090 | 関節液蛋白定量 | 122 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1091 | 関節液糖定量 | 122 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 0694 | 間接クームス試験 | 68 | 47 | 免疫 | D011-002 | Coombs試験【間接】 |
| 2005 | 癌胎児性抗原（CEA） | 75 | (99) | 生化Ⅱ | D009-003 | 癌胎児性抗原（CEA） |
| 2741 | （ヒト）癌胎児性フィブロネクチン | 36 | 204 | 免疫 | D015-023 | 癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液） |
| 0627 | 寒冷凝集反応 | 48 | 11 | 免疫 | D014-001 | 寒冷凝集反応 |

| キ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 鏡検目的菌 | 127 | | | | |
| 0594 | 凝固第Ⅱ（2）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0595 | 凝固第Ⅴ（5）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0596 | 凝固第Ⅶ（7）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0597 | 凝固第Ⅷ（8）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0599 | 凝固第Ⅸ（9）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0600 | 凝固第Ⅹ（10）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0601 | 凝固第XI（11）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0602 | 凝固第XII（12）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0603 | 凝固第XIII（13）因子活性 | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、XIII） |
| 0615 | 凝固抑制第Ⅷ（8）因子（第Ⅷ因子インヒビター） | 108 | (144) | 血液 | D006-019 | 凝固因子インヒビター |
| 1332 | 凝固抑制第Ⅸ（9）因子（第Ⅸ因子インヒビター） | 108 | (144) | 血液 | D006-019 | 凝固因子インヒビター |
| 2246 | （抗）筋特異的チロシンキナーゼ抗体（抗MuSK抗体） | 60 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 |

| ク 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0066 | グアナーゼ（GUA） | 4 | 35 | 生化Ⅰ | D007-012 | グアナーゼ |
| 0694 | （間接）クームス試験 | 68 | 47 | 免疫 | D011-002 | Coombs試験【間接】 |
| 0693 | （直接）クームス試験 | 68 | 34 | 免疫 | D011-002 | Coombs試験【直接】 |
| 1931 | クォンティフェロン →QFTゴールドプラス | 130 | 593 | 免疫 | D015-030 | 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 |
| 1031 | クラミジアシッタシ（オーム病クラミドフィラ） | 53 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | クラミドフィラ（クラミジア）シッタシ（IgG・IgM） | 53 | | | | |
| 0247 | クラミドフィラ（クラミジア）ニューモニエ抗体 IgA | 53 | 75 | 免疫 | D012-010 | クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体 |
| 0246 | クラミドフィラ（クラミジア）ニューモニエ抗体 IgG | 53 | 70 | 免疫 | D012-009 | クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体 |
| 0260 | クラミドフィラ（クラミジア）ニューモニエ抗体 IgM | 53 | 152 | 免疫 | D012-029 | クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体 |
| | クラミジア・トラコマチス核酸検出PCR | 54 | 188 | 微生物 | D023-001 | クラミジア・トラコマチス核酸検出 |
| | クラミジアトラコマチス抗体（IgG・IgA） | 53 | 200 | 免疫 | D012-043 | グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 |
| 0731 | クリオグロブリン定性 | 64 | 42 | 免疫 | D015-005 | クリオグロブリン定性 |
| 2474 | グリコアルブミン（GA） | 9 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | グリコアルブミン |
| 2119 | クリプトコッカス抗原 | 49 | 169 | 免疫 | D012-035 | クリプトコックス抗原定性 |
| 2682 | （HCV群別）グルーピング | 82 | (215) | 免疫 | D013-011 | HCV血清群別判定 |
| 0171 | グルコース（血糖） | 9 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| | クレアチニン（CRE） | 5 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチニン |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| ク 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0270 | クレアチニンクリアランス（24H蓄尿） | 23 | | | | |
| | クレアチン（CRT） | 5 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチン |
| | クロール（Cl） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 1063 | クロール〔髄液〕 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 0019 | クロストリジウムディフィシル抗原（イムノクロマト法） | 124 | 80 | 免疫 | D012-012 | クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性 |
| 2292 | クロストリジウム・ディフィシル毒素（トキシンA・B） | 124 | 80 | 免疫 | D012-012 | クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性 |
| | クロム（Cr） | 19 | | | | |

| ケ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 血液一般検査（MCV・MCH・MCHC） | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| | 血液一般検査（WBC・RBC・Hb・Ht・PLT） | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0691 | 血液型　ABO式 | 68 | 24 | 免疫 | D011-001 | ABO血液型 |
| 0692 | 血液型　Rh（D）式 | 68 | 24 | 免疫 | D011-001 | Rh（D）血液型 |
| 2300 | 血液型　Rh-Hr式 | 68 | 148 | 免疫 | D011-003 | Rh（その他の因子）血液型 |
| 0696 | 血液型不適合妊娠 | 68 | | | | |
| 0511 | 血液像（白血球分類）【自動機械法】 | 102 | 15 | 血液 | D005-003 | 末梢血液像（自動機械法） |
| ●● | 血液像（白血球分類）【鏡検法】 | | 25 | 血液 | D005-006 | 末梢血液像（鏡検法） |
| | 結核菌（TB）薬剤感受性検査 | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 2744 | 結核菌群核酸増幅検査（TB-PCR） | 130 | 410 | 微生物 | D023-014 | 結核菌群核酸検出 |
| 0616 | 血小板関連IgG（PAIgG） | 61 | 190 | 免疫 | D011-006 | 血小板関連IgG（PA-IgG） |
| 0506 | 血小板数（PLT）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0608 | 血小板第4因子（PF-4） | 108 | (173) | 血液 | D006-025 | 血小板第4因子（PF4） |
| 0170 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（HIT抗体） | 61 | 390 | 免疫 | D011-010 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体） |
| 2039 | 血清HER2タンパク | 76 | 腫管 | | B001-003 | 悪性腫瘍特異物質治療管理料　その他のもの |
| 2776 | 血清アミロイドA蛋白（SAA） | 65 | 47 | 免疫 | D015-006 | 血清アミロイドA蛋白（SAA） |
| 0146 | 血清鉄（Fe） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 鉄（Fe） |
| 0674 | 血清補体価（$CH_{50}$） | 64 | 38 | 免疫 | D015-004 | 血清補体価（$CH_{50}$） |
| 0337 | 結石分析 | 23 | 117 | 生化Ⅱ | D010-002 | 結石分析 |
| 0171 | 血糖（グルコース） | 9 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| | ケトン体分画〔静脈血・動脈血〕 | 20 | 59 | 生化Ⅰ | D007-019 | ケトン体分画 |
| 1199 | 嫌気性培養 | 126 | 122（加算） | 微生物 | D018 | 嫌気性培養加算 |

| コ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2954 | コア蛋白質（HCV抗原） | 82 | (102) | 免疫 | D013-005 | HCVコア蛋白 |
| 2347 | 抗AChR抗体（抗アセチルコリンレセプター抗体） | 60 | 775 | 免疫 | D014-045 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） |
| 2127 | 抗ARS抗体 | 58 | (190) | 免疫 | D014-023 | 抗ARS抗体 |
| 9639 | 抗BP180抗体 | 60 | 270 | 免疫 | D014-036 | 抗BP180-NC16a抗体 |
| 2461 | 抗CCP抗体（抗シトルリン化ペプチド抗体） | 55 | 193 | 免疫 | D014-024 | 抗シトルリン化ペプチド抗体定量 |
| 2938 | 抗CL・$\beta_2$GP Ⅰ抗体（抗カルジオリピン・$\beta_2$グリコプロテインⅠ複合体抗体） | 62 | 223 | 免疫 | D014-029 | 抗カルジオリピン$\beta_2$グリコプロテイン Ⅰ 複合体抗体 |
| 0667 | 抗DNA抗体 | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 0670 | 抗ds-DNA抗体 IgG | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 0671 | 抗ds-DNA抗体 IgM | 57 | | | | |
| 2740 | 抗GAD抗体 | 34 | (134) | 生化Ⅱ | D008-019 | 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体） |
| 0476 | 抗GBM抗体（抗糸球体基底膜抗体） | 60 | 262 | 免疫 | D014-034 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） |
| 1499 | 抗IA-2抗体 | 34 | (213) | 生化Ⅱ | D008-043 | 抗IA-2抗体 |
| 1880 | 抗Jo-1抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (140) | 免疫 | D014-012 | 抗Jo-1抗体半定量 |
| 2181 | 抗Jo-1抗体〔FEIA法〕 | 58 | (140) | 免疫 | D014-012 | 抗Jo-1抗体定量 |
| 2872 | 抗LKM-1抗体 | 59 | 215 | 免疫 | D014-028 | 抗LKM-1抗体 |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| コ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0028 | 抗MAC抗体（抗酸菌抗体定性） | 48 | 116 | 免疫 | D012-018 | 抗酸菌抗体定性 |
| 7714 | 抗MDA5抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗MDA5抗体 |
| 7716 | 抗Mi-2抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗Mi-2抗体 |
| 2246 | 抗MuSK抗体（抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体） | 60 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 |
| 2527 | 抗p53抗体 | 77 | (163) | 生化Ⅱ | D009-022 | 抗p53抗体 |
| 1221 | 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 | 59 | (170) | 免疫 | D014-019 | 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 |
| 0676 | 抗RNP抗体〔オクタロニー法〕 | 57 | (144) | 免疫 | D014-013 | 抗RNP抗体半定量 |
| 2735 | 抗RNP抗体〔FEIA法〕 | 57 | (144) | 免疫 | D014-013 | 抗RNP抗体定量 |
| 1877 | 抗Scl-70抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗Scl-70抗体半定量 |
| 2739 | 抗Scl-70抗体〔FEIA法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗Scl-70抗体定量 |
| 0677 | 抗Sm抗体〔オクタロニー法〕 | 57 | (147) | 免疫 | D014-014 | 抗Sm抗体半定量 |
| 2736 | 抗Sm抗体〔FEIA法〕 | 57 | (147) | 免疫 | D014-014 | 抗Sm抗体定量 |
| 0738 | 抗SS-A/Ro抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (161) | 免疫 | D014-018 | 抗SS-A/Ro抗体半定量 |
| 2737 | 抗SS-A/Ro抗体〔FEIA法〕 | 58 | (161) | 免疫 | D014-018 | 抗SS-A/Ro抗体定量 |
| 0739 | 抗SS-B/La抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗SS-B/La抗体半定量 |
| 2738 | 抗SS-B/La抗体〔FEIA法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗SS-B/La抗体定量 |
| 0668 | 抗ss-DNA抗体 IgG | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 0669 | 抗ss-DNA抗体 IgM | 57 | | | | |
| 7718 | 抗TIF1-γ抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗TIF1-γ抗体 |
| 2732 | 抗TPO抗体（抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体） | 27 | (138) | 免疫 | D014-011 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 |
| 0672 | 抗アクアポリン4抗体 | 55 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗アクアポリン4抗体 |
| 2347 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） | 60 | 775 | 免疫 | D014-045 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） |
| 0686 | 抗胃壁細胞抗体（抗パリエタル細胞抗体） | 59 | | | | |
| 0665 | 抗核抗体（ANA） | 57 | 99 | 免疫 | D014-005 | 抗核抗体（蛍光抗体法）半定量 |
| 0684 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体（CARF） | 55 | 111 | 免疫 | D014-008 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 |
| 2938 | 抗カルジオリピン・β2グリコプロテインⅠ複合体抗体（抗CL・β2GPⅠ抗体） | 62 | 223 | 免疫 | D014-029 | 抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体 |
| 7835 | 抗カルジオリピン抗体 IgG〔EIA法〕 | 62 | 226 | 免疫 | D014-030 | 抗カルジオリピンIgG抗体 |
| 7836 | 抗カルジオリピン抗体 IgM〔EIA法〕 | 62 | 226 | 免疫 | D014-030 | 抗カルジオリピンIgM抗体 |
| 2246 | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体（抗MuSK抗体） | 60 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 |
| 0697 | 抗血小板抗体 | 61 | 261 | 免疫 | D011-008 | 抗血小板抗体 |
| 2732 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（抗TPO抗体） | 27 | (138) | 免疫 | D014-011 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 |
| 2478 | 抗好中球細胞質抗体（MPO-ANCA、P-ANCA） | 60 | 251 | 免疫 | D014-032 | 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA） |
| 2477 | 抗好中球細胞質抗体（PR3-ANCA、C-ANCA） | 60 | 252 | 免疫 | D014-033 | 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA） |
| 0368 | 抗サイログロブリン抗体（TgAb） | 27 | (136) | 免疫 | D014-010 | 抗サイログロブリン抗体 |
| 1801～ | 交差適合試験 | 68 | 頁参照 | | | |
| 0567 | 好酸球数（EOS-数） | 101 | 17 | 血液 | D005-004 | 好酸球数 |
| 1591 | 抗酸菌　塗抹鏡検〔チールネルゼン法〕 | 129 | 67 | 微生物 | D017-003 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの） |
| 2687 | 抗酸菌　塗抹鏡検〔蛍光法〕 | 129 | 50 | 微生物 | D017-001 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの） |
| 1594 | 抗酸菌　分離培養〔固形培地法〕 | 129 | 209 | 微生物 | D020-002 | 抗酸菌分離培養（それ以外のもの） |
| 1860 | 抗酸菌　分離培養〔液体培地法〕 | 129 | 300 | 微生物 | D020-001 | 抗酸菌分離培養（液体培地法） |
| | 抗酸菌感受性（MIC測定）（非結核性・迅速発育） | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 2779 | 抗酸菌群核酸増幅検査（MAC-PCR） | 130 | 421 | 微生物 | D023-016 | マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出 |
| 0028 | 抗酸菌抗体定性（抗MAC抗体） | 48 | 116 | 免疫 | D012-018 | 抗酸菌抗体定性 |
| 7679 | 抗酸菌同定〔質量分析法〕 | 129 | 361 | 微生物 | D021 | 抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき） |
| 0476 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） | 60 | 262 | 免疫 | D014-034 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） |
| 2461 | 抗シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体） | 55 | 193 | 免疫 | D014-024 | 抗シトルリン化ペプチド抗体定量 |
| 2933 | 甲状腺刺激抗体（TSH刺激性レセプター抗体・TSAb） | 27 | 330 | 免疫 | D014-040 | 甲状腺刺激抗体（TSAb） |
| 0358 | 甲状腺刺激ホルモン（TSH） | 25 | 98 | 生化Ⅱ | D008-006 | 甲状腺刺激ホルモン（TSH） |
| 0622 | 抗ストレプトリジンO抗体（ASO） | 47 | 15 | 免疫 | D012-001 | 抗ストレプトリジンO（ASO）定量 |
| 0185 | 高精度分染法 →染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）３ その他の場合 ＊分染法加算あり＊ |
| 1876 | 抗セントロメア抗体 | 59 | 174 | 免疫 | D014-020 | 抗セントロメア抗体定量 |
| 2373 | 抗デスモグレイン1抗体 | 60 | 300 | 免疫 | D014-039 | 抗デスモグレイン1抗体 |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。


| コ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2374 | 抗デスモグレイン3抗体 | 60 | 270 | 免疫 | D014-036 | 抗デスモグレイン3抗体 |
| 0946 | 抗トリコスポロンアサヒ抗体 | 49 | 822 | 免疫 | D012-064 | 抗トリコスポロン･アサヒ抗体 |
| 0686 | 抗パリエタル細胞抗体（抗胃壁細胞抗体） | 59 | | | | |
| 0681 | 抗平滑筋抗体（SMA） | 59 | | | | |
| 0682 | 抗ミトコンドリア抗体 | 59 | 181 | 免疫 | D014-021 | 抗ミトコンドリア抗体半定量 |
| 2545 | 抗ミトコンドリアM2抗体 | 59 | 189 | 免疫 | D014-022 | 抗ミトコンドリア抗体定量 |
| 0776 | 抗ミュラー管ホルモン（AMH） | 36 | 597 | 生化Ⅱ | D008-052 | 抗ミュラー管ホルモン（AMH） |
| 2037 | 抗ランゲルハンス氏島抗体（ICA） | 34 | | | | |
| 0655 | 抗利尿ホルモン（ADH･AVP） | 26 | (224) | 生化Ⅱ | D008-047 | 抗利尿ホルモン（ADH） |
| 7593 | 抗リン脂質抗体（APL）パネル | 62 | 678 | 免疫 | D014-030 | 頁参照 |
| | コクサッキーウイルス〔CF法･NT法〕 | 86･87 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| 2202 | 骨塩定量検査 | 23 | 140 | | D217 | 骨塩定量検査 |
| 0227 | 骨型アルカリフォスファターゼ（BAP） | 29 | (157) | 生化Ⅱ | D008-026 | 骨型アルカリホスファターゼ（BAP） |
| 2723 | 骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ（TRACP-5b） | 30 | (156) | 生化Ⅱ | D008-025 | 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b） |
| 0526 | 骨髄像（マルク） | 102 | 788 | 血液 | D005-014 | 骨髄像 |
| 1138 | コプロポルフィリン定性 | 8 | | | | |
| 0241 | コプロポルフィリン定量〔血液〕 | 8 | 210 | 生化Ⅰ | D007-052 | 赤血球コプロポルフィリン |
| 0239 | コプロポルフィリン定量〔尿中〕 | 8 | 131 | 尿･糞便 | D001-014 | コプロポルフィリン（尿） |
| 0054 | コリンエステラーゼ（ChE） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | コリンエステラーゼ（ChE） |
| | コルチゾール | 32 | (121) | 生化Ⅱ | D008-014 | コルチゾール |
| 2001 | コレステロール分画 | 11 | 57 | 生化Ⅰ | D007-018 | コレステロール分画 |

| サ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2672 | （肺）サーファクタントプロテインA（SP-A） | 67 | 130 | 生化Ⅰ | D007-035 | 肺サーファクタント蛋白-A（SP-A） |
| 2671 | （肺）サーファクタントプロテインD（SP-D） | 67 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | 肺サーファクタント蛋白-D（SP-D） |
| | サイクリックAMP | 37 | (165) | 生化Ⅱ | D008-032 | サイクリックAMP（cAMP） |
| 2483 | サイトケラチン19フラグメント（シフラ･CYFRA） | 75 | (154) | 生化Ⅱ | D009-018 | サイトケラチン19フラグメント（シフラ） |
| 0962 | サイトメガロ（CMV）ウイルス〔CF法〕 | 89 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | サイトメガロ（CMV）ウイルス IgG,IgM〔CLIA法〕 | 89 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 2479 | サイトメガロ（CMV）ウイルスDNA定性 | 95 | | | | |
| 8305 | サイトメガロ（CMV）ウイルス核酸検出（新生児尿） | 95 | 801 | 微生物 | D023-020 | サイトメガロウイルス核酸検出 |
| 1606 | サイトメガロ（CMV）ウイルス核酸定量 | 95 | 450 | 微生物 | D023-017 | サイトメガロウイルス核酸定量 |
| 0926 | サイトメガロ（CMV）ウイルスpp65抗原（C7-HRP） | 95 | 356 | 免疫 | D012-057 | サイトメガロウイルスpp65抗原定性 |
| 1293 | サイトメガロ（CMV）ウイルスpp65抗原（C10.C11） | 95 | 356 | 免疫 | D012-057 | サイトメガロウイルスpp65抗原定性 |
| 1121 | 細胞診〔その他〕 | 138 | 190 | 病理 | N004-002 | 細胞診（1部位につき） 穿刺吸引細胞診､体腔洗浄等によるもの |
| 2230 | 細胞診〔婦人科〕《LBC法》 | 138 | 150+45 | 病理 | N004-001 | 細胞診（1部位につき） 婦人科材料等によるもの ＊液状化検体加算あり＊ |
| 1120 | 細胞診〔婦人科〕《直接塗抹法》 | 138 | 150 | 病理 | N004-001 | 細胞診（1部位につき） 婦人科材料等によるもの |
| 0364 | サイロキシン（T4） | 27 | 105 | 生化Ⅱ | D008-011 | サイロキシン（T4） |
| 0366 | サイロキシン結合グロブリン（TBG） | 27 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | サイロキシン結合グロブリン（TBG） |
| 0367 | サイログロブリン（Tg） | 27 | (128) | 生化Ⅱ | D008-016 | サイログロブリン |
| 0368 | （抗）サイログロブリン抗体（TgAb） | 27 | (136) | 免疫 | D014-010 | 抗サイログロブリン抗体 |
| 1003 | 酸化LDL（MDA-LDL） | 11 | 194 | 生化Ⅰ | D007-050 | マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA-LDL） |

| シ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0199 | シアリルLe$^{X}$-i抗原（SLX） | 75 | (140) | 生化Ⅱ | D009-013 | シアリルLe$^{X}$-i抗原（SLX） |
| 2217 | シアリルTn抗原（STN） | 77 | (146) | 生化Ⅱ | D009-016 | シアリルTn抗原（STN） |
| 0683 | シアル化糖鎖抗原KL-6（KL-6） | 67 | 108 | 生化Ⅰ | D007-028 | KL-6 |
| 0172 | シアル酸 | 20 | | | | |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| シ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2977 | 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ | 36 | 116 | 尿・糞便 | D004-008 | 顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液） |
| 0476 | （抗）糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） | 60 | 262 | 免疫 | D014-034 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） |
| 1557 | シスタチンC | 5 | 112 | 生化Ⅰ | D007-030 | シスタチンC |
| 2483 | シフラ（CYFRA・サイトケラチン19フラグメント） | 75 | (154) | 生化Ⅱ | D009-018 | サイトケラチン19フラグメント（シフラ） |
| 0577 | 脂肪酸4分画 | 13 | 393 | 生化Ⅱ | D010-007 | 脂肪酸分画 |
|  | 真菌（塗抹鏡検） | 126 | 67 | 微生物 | D017-003 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの） |
|  | 真菌（培養・同定） | 126 | 頁参照 | 微生物 | D018 | 細菌培養同定検査 |
| 2390 | 心筋トロポニンT | 65 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | 心筋トロポニンT（TnT）定性・定量 |
| 2842 | 心筋トロポニンT定性 | 65 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | 心筋トロポニンT（TnT）定性・定量 |
| 0460 | 神経特異エノラーゼ（NSE） | 75 | (142) | 生化Ⅱ | D009-014 | 神経特異エノラーゼ（NSE） |
| 2164 | 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ | 65 | 184 | 生化Ⅰ | D007-048 | 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ |
| 0839 | （ヒト）心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP） | 65 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量 |
| 1919 | 迅速発育抗酸菌感受性（MIC測定） | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 0143 | 浸透圧〔血清〕 | 16 | 15 | 血液 | D005-003 | 血液浸透圧 |
| 0144 | 浸透圧〔尿中〕 | 16 | 16 | 尿・糞便 | D001-003 | 尿浸透圧 |

| ス 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2223 | 膵$PLA_2$（膵ホスホリパーゼ$A_2$） | 2 | 204 | 生化Ⅰ | D007-051 | ホスフォリパーゼ$A_2$（$PLA_2$） |
| 1051 | 髄液（リコール）一般検査 | 123 | 62 | 尿・糞便 | D004-004 | 髄液一般検査 |
| 1063 | 髄液（リコール）クロール | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 1061 | 髄液（リコール）蛋白定量 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1062 | 髄液（リコール）糖定量 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 1060 | 髄液トリプトファン反応 | 123 |  |  |  |  |
|  | 水銀（Hg） | 19 |  |  |  |  |
| 7739 | 膵グルカゴン | 34 | (150) | 生化Ⅱ | D008-023 | グルカゴン |
| 0959 | 水痘・帯状（VZV）疱疹ウイルス〔CF法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
|  | 水痘・帯状（VZV）疱疹ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 91 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 2353 | 水痘・帯状（VZV）疱疹ウイルスDNA定性 | 96 |  |  |  |  |
| 2697 | 水痘・帯状（VZV）疱疹ウイルスDNA定量 | 96 | 450 | 微生物 | D023-017 | 単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 |
| 0980 | 水痘帯状ヘルペス抗原 | 94 | 227 | 免疫 | D012-051 | 水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞） |
| 2223 | 膵ホスホリパーゼ$A_2$（膵$PLA_2$） | 2 | 204 | 生化Ⅰ | D007-051 | ホスフォリパーゼ$A_2$（$PLA_2$） |
| 1629 | スチレン代謝物 | 21 |  |  |  |  |

| セ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1075 | 精液一般検査 | 123 | 70 | 尿・糞便 | D004-005 | 精液一般検査 |
| 2385 | 精子不動化抗体 | 62 |  |  |  |  |
| 0341 | 成長ホルモン（GH） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 成長ホルモン（GH） |
| 0502 | 赤血球数（RBC）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0242 | 赤血球遊離プロトポルフィリン | 8 | 272 | 生化Ⅰ | D007-058 | 赤血球プロトポルフィリン |
| 0711 | セルロプラスミン（CP） | 67 | 90 | 免疫 | D015-009 | セルロプラスミン |
| 0393 | セロトニン | 33 |  |  |  |  |
| 1066 | 穿刺液一般検査 | 121 |  |  |  |  |
| 1073 | 穿刺液蛋白定量 | 121 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1074 | 穿刺液糖定量 | 121 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 0186 | 染色体検査〔血液疾患〕 | 111 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）３その他の場合 ＊分染法加算あり＊ |
|  | 染色体検査〔先天異常〕 | 109 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）３その他の場合 ＊分染法加算あり＊ |
| 1876 | （抗）セントロメア抗体 | 59 | 174 | 免疫 | D014-020 | 抗セントロメア抗体定量 |
| 2949 | 前立腺特異抗原（PSA） | 76 | (121) | 生化Ⅱ | D009-009 | 前立腺特異抗原（PSA） |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| ソ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0091 | 総コレステロール（T-ch） | 11 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | 総コレステロール |
| 1979 | 総三塩化物（1･1･1-トリクロルエタン） | 21 | | | | |
| 1977 | 総三塩化物（テトラクロルエチレン） | 21 | | | | |
| 1981 | 総三塩化物（トリクロルエチレン） | 21 | | | | |
| 0101 | 総胆汁酸（TBA） | 13 | 47 | 生化Ⅰ | D007-013 | 胆汁酸 |
| 0001 | 総蛋白（TP） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 0147 | 総鉄結合能（TIBC） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総鉄結合能（TIBC）（比色法） |
| 0043 | 総ビリルビン（T-Bil） | 8 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総ビリルビン |
| 2956 | 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比（BTR） | 6 | 283 | 生化Ⅱ | D010-005 | 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比（BTR） |
| 2907 | 総ホモシステイン | 6 | 279 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| 1118 | 組織検査 | 139 | 860 | 病理 | N000 | 病理組織標本作製 |
| 1121 | その他　細胞診 | 138 | 190 | 病理 | N004-002 | 細胞診（1部位につき）　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの |
| 0342 | ソマトメジン-C（IGF-Ⅰ） | 26 | (212) | 生化Ⅱ | D008-042 | ソマトメジンC |

| タ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1260 | 大腸癌 RAS/BRAF変異解析 | 114 | 4000 | 遺･染色 | D004-2-1 | 悪性腫瘍組織検査　1 悪性腫瘍遺伝子検査 |
| 0615 | 第Ⅷ因子インヒビター（凝固抑制第Ⅷ因子） | 108 | (144) | 血液 | D006-019 | 凝固因子インヒビター |
| 0593 | 第Ⅷ因子様抗原定量（フォン･ウィルブランド因子抗原定量） | 108 | (147) | 血液 | D006-020 | von　Willebrand因子（VWF）抗原 |
| 1332 | 第Ⅸ因子インヒビター（凝固抑制第Ⅸ因子） | 108 | (144) | 血液 | D006-019 | 凝固因子インヒビター |
| 1347 | 多発性骨髄腫解析検査（CD38マルチ解析） | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 0101 | （総）胆汁酸（TBA） | 13 | 47 | 生化Ⅰ | D007-013 | 胆汁酸 |
| 0954 | 単純ヘルペス（HSV）ウイルス〔CF法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | 単純ヘルペス（HSV）ウイルス 1型,2型〔NT法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | 単純ヘルペス（HSV）ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 91 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| | 単純ヘルペス（HSV）ウイルスDNA定性 | 96 | | | | |
| 2685 | 単純ヘルペス（HSV）ウイルスDNA定量 | 96 | 450 | 微生物 | D023-017 | 単純疱疹ウイルス･水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 |
| 2021 | 単純ヘルペス特異抗原 | 94 | 180 | 免疫 | D012-039 | 単純ヘルペスウイルス抗原定性 |
| 1090 | 蛋白定量〔関節液〕 | 122 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1061 | 蛋白定量〔髄液〕 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1073 | 蛋白定量〔穿刺液〕 | 121 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1164 | 蛋白定量〔尿中〕 | 121 | 7 | 尿･糞便 | D001-001 | 尿蛋白 |
| 0004 | 蛋白分画 | 1 | (18) | 生化Ⅰ | D007-004 | 蛋白分画 |

| チ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0095 | 中性脂肪（TG） | 11 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 中性脂肪 |
| 2396 | 虫体鑑別 | 124 | | | | |
| 2117 | 虫体検出 | 124 | 23 | 尿･糞便 | D003-003 | 虫体検出（糞便） |
| 1674 | （便）虫卵検査〔集卵〕 | 124 | 15 | 尿･糞便 | D003-001 | 虫卵検出（集卵法）（糞便） |
| 1671 | （便）虫卵検査〔塗抹〕 | 124 | 20 | 尿･糞便 | D003-002 | 糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。） |
| 0693 | 直接クームス試験 | 68 | 34 | 免疫 | D011-002 | Coombs試験【直接】 |
| 0044 | 直接ビリルビン（D-Bil） | 8 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン |
| 0193 | チロシン･フェニルアラニン（アミノ酸分析2種類） | 7 | 558 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| 1141 | 沈渣〔尿中〕 | 121 | 27+9 | 尿･糞便 | D002 | 尿沈渣（鏡検法）　尿沈渣染色標本加算 |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。




| ツ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ツツガ虫 IgG抗体〔カトー・カープ・ギリアム〕 | 50 | 各203 | 免疫 | D012-045 | ツツガムシ抗体半定量 |
| | ツツガ虫 IgM抗体〔カトー・カープ・ギリアム〕 | 50 | 各203 | 免疫 | D012-045 | ツツガムシ抗体半定量 |

| テ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1464 | 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOc） | 29 | (154) | 生化Ⅱ | D008-024 | 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC） |
| 1212 | 定量培養〔尿中〕 | 126 | | | | |
| 1851 | デオキシピリジノリン（DPD） | 30 | (191) | 生化Ⅱ | D008-039 | デオキシピリジノリン（DPD）（尿） |
| 0435 | テストステロン | 35 | (119) | 生化Ⅱ | D008-013 | テストステロン |
| 2746 | （遊離）テストステロン | 35 | (159) | 生化Ⅱ | D008-027 | 遊離テストステロン |
| 2373 | （抗）デスモグレイン1抗体 | 60 | 300 | 免疫 | D014-039 | 抗デスモグレイン1抗体 |
| 2374 | （抗）デスモグレイン3抗体 | 60 | 270 | 免疫 | D014-036 | 抗デスモグレイン3抗体 |
| 0146 | （血清）鉄（Fe） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 鉄（Fe） |
| 0564 | 鉄染色 | 102 | 頁参照 | | | |
| 1977 | テトラクロルエチレン（総三塩化物） | 21 | | | | |
| 1976 | テトラクロルエチレン（トリクロル酢酸） | 21 | | | | |
| 2452 | デヒドロエピアンドロステロンサルフェート（DHEA-S） | 32 | (164) | 生化Ⅱ | D008-031 | デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA-S） |

| ト 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 銅（Cu） | 18 | (23) | 生化Ⅰ | D007-005 | 銅（Cu） |
| 4338 | 透析液エンドトキシン | 131 | | | | |
| 1091 | 糖定量〔関節液〕 | 122 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 1062 | 糖定量〔髄液〕 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 1074 | 糖定量〔穿刺液〕 | 121 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 1167 | 糖定量〔尿中〕 | 121 | 9 | 尿・糞便 | D001-002 | 尿グルコース |
| 2550 | トータルPAI-1（tPA・PAI-1複合体） | 106 | (240) | 血液 | D006-032 | tPA・PAI-1複合体 |
| 0630 | トキソプラズマ IgG抗体 | 50 | 93 | 免疫 | D012-014 | トキソプラズマ抗体 |
| 0631 | トキソプラズマ IgM抗体 | 50 | 95 | 免疫 | D012-015 | トキソプラズマIgM抗体 |
| | 特異的IgE（CAPアレルゲン 16種セット） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | 特異的IgE（CAPシングルアレルゲン） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | 特異的IgE（CAPマルチアレルゲン） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| 2416 | 特異的IgE（MAST36） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| 1603 | 特異的IgE Ara h 2（ピーナッツ由来） | 71 | 110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | （一般）特殊染色〔組織〕 | 139 | | | | |
| 1171 | 塗抹鏡検（一般細菌） | 125 | 67 | 微生物 | D017-003 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの） |
| 1591 | 塗抹鏡検（抗酸菌）〔チールネルゼン法〕 | 129 | 67 | 微生物 | D017-003 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの） |
| 2687 | 塗抹鏡検（抗酸菌）〔蛍光法〕 | 129 | 50 | 微生物 | D017-001 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの） |
| 0680 | トランスサイレチン（プレアルブミン） | 67 | 101 | 免疫 | D015-012 | トランスサイレチン（プレアルブミン） |
| 0712 | トランスフェリン（Tf） | 66 | 60 | 免疫 | D015-007 | トランスフェリン（Tf） |
| 2663 | （尿中）トランスフェリン →尿中マイクロトランスフェリン | 66 | 98 | 尿・糞便 | D001-008 | トランスフェリン（尿） |
| 1981 | トリクロルエチレン（総三塩化物） | 21 | | | | |
| 1980 | トリクロルエチレン（トリクロル酢酸） | 21 | | | | |
| 1978 | トリクロル酢酸（1・1・1-トリクロルエタン） | 21 | | | | |
| 1976 | トリクロル酢酸（テトラクロルエチレン） | 21 | | | | |
| 1980 | トリクロル酢酸（トリクロルエチレン） | 21 | | | | |
| 0946 | （抗）トリコスポロンアサヒ抗体 | 49 | 822 | 免疫 | D012-064 | 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 |
| 7848 | トリコモナス/マイコプラズマ・ジェニタリウム同時核酸検出 | 54 | 350 | 微生物 | D023-012 | 腟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 |
| 0068 | トリプシン | 2 | 189 | 生化Ⅰ | D007-049 | トリプシン |
| 1060 | （髄液）トリプトファン反応 | 123 | | | | |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| ト 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0361 | トリヨードサイロニン（T3） | 27 | 99 | 生化Ⅱ | D008-007 | トリヨードサイロニン（T3） |
| 2390 | （心筋）トロポニンT | 65 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | 心筋トロポニンT（TnT）定性・定量 |
| 2842 | （心筋）トロポニンT定性 | 65 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | 心筋トロポニンT（TnT）定性・定量 |
| 2027 | トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（TAT） | 105 | (171) | 血液 | D006-024 | トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT） |
| 2771 | トロンボモジュリン | 106 | (204) | 血液 | D006-027 | トロンボモジュリン |

| ナ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0262 | ナイアシン（ニコチン酸） | 17 | | | | |
| | ナトリウム（Na） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| | 鉛（Pb） | 18 | | | | |

| ニ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0262 | ニコチン酸（ナイアシン） | 17 | | | | |
| | 日本脳炎ウイルス〔HI法・CF法〕 | 88 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| 0312 | 乳酸 | 20 | 47 | 生化Ⅰ | D007-013 | 有機モノカルボン酸 |
| 0051 | 乳酸脱水素酵素（LD・LDH） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 乳酸デヒドロゲナーゼ（LD） |
| 2259 | ニューモシスチスカリニDNA | 51 | | | | |
| | 尿酸（UA） | 6 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 尿酸 |
| 1092 | 尿酸結晶 | 122 | 50 | 尿・糞便 | D004-002 | 関節液検査 |
| 2710 | 尿素呼気試験 | 48 | 70 | 微生物 | D023-2-002 | 尿素呼気試験（UBT） |
| | 尿素窒素（UN） | 6 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 尿素窒素 |
| 1164 | 尿蛋白定量 | 121 | 7 | 尿・糞便 | D001-001 | 尿蛋白 |
| 1739 | 尿中Ⅳ型コラーゲン | 66 | 184 | 尿・糞便 | D001-015 | Ⅳ型コラーゲン（尿） |
| 1903 | 尿中L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP） | 66 | 210 | 尿・糞便 | D001-019 | L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿） |
| 0729 | 尿中アルブミン定性 | 66 | 49 | 尿・糞便 | D001-006 | アルブミン定性（尿） |
| | 尿中アルブミン定量 | 66 | 99 | 尿・糞便 | D001-009 | アルブミン定量（尿） |
| 1126 | 尿中一般検査 | 119 | 26 | | D000 | 尿中一般物質定性半定量検査 |
| 1212 | 尿中定量培養 | 126 | | | | |
| 1341 | 尿中肺炎球菌莢膜抗原 | 51 | 188 | 免疫 | D012-041 | 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液） |
| 1975 | 尿中ヘリコバクターピロリ抗体 | 48 | 70 | 免疫 | D012-009 | ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量 |
| 1137 | 尿中ベンスジョーンズ蛋白定性（B-J） | 63 | | | | |
| 2663 | 尿中マイクロトランスフェリン | 66 | 98 | 尿・糞便 | D001-008 | トランスフェリン（尿） |
| 0736 | 尿中免疫電気泳動（尿中ベンスジョーンズ蛋白の同定） | 63 | 201 | 免疫 | D015-022 | Bence Jones蛋白同定（尿） |
| 1340 | 尿中レジオネラ抗原 | 51 | 205 | 免疫 | D012-046 | レジオネラ抗原定性（尿） |
| 1141 | 尿沈渣（染色法） | 121 | 27+9 | 尿・糞便 | D002 | 尿沈渣（鏡検法）　尿沈渣染色標本加算 |
| 1167 | 尿糖定量 | 121 | 9 | 尿・糞便 | D001-002 | 尿グルコース |
| 1134 | 尿比重 | 121 | | | | |
| 0445 | 妊娠試験（HCG定性） | 36 | 55 | 生化Ⅱ | D008-001 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性 |

| ノ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1311 | ノロウイルス抗原（イムノクロマト法） | 94 | 150 | 免疫 | D012-028 | ノロウイルス抗原定性 |
| | ノロウイルス抗原（EIA法・RT-PCR法） | 94 | | | | |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| ハ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1431 | 肺癌 EGFR変異解析コバスv2 | 114 | 2500 | 遺·染色 | D004-2-1 | 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 イ 処理が容易なもの |
| 7744 | 肺癌 EGFR変異解析コバスv2《血漿》 | 114 | 2100 | 遺·染色 | D006-12 | EGFR遺伝子検査（血漿） |
| 2672 | 肺サーファクタントプロテインA（SP-A） | 67 | 130 | 生化Ⅰ | D007-035 | 肺サーファクタント蛋白-A（SP-A） |
| 2671 | 肺サーファクタントプロテインD（SP-D） | 67 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | 肺サーファクタント蛋白-D（SP-D） |
| 1358 | 〔梅毒定性〕FTA-ABS | 47 | 134 | 免疫 | D012-023 | 梅毒トレポネーマ抗体（FAT-ABS試験）半定量 |
| 2020 | 〔梅毒定性〕IgM FTA-ABS | 47 | | | | |
| 0653 | 〔梅毒定性〕RPR法 | 47 | 15 | 免疫 | D012-001 | 梅毒血清反応（STS）定性 |
| 0656 | 〔梅毒定性〕TPHA法 | 47 | 32 | 免疫 | D012-004 | 梅毒トレポネーマ抗体定性 |
| 0661 | 〔梅毒定量〕FTA-ABS | 47 | 134 | 免疫 | D012-023 | 梅毒トレポネーマ抗体（FTA-ABS試験）半定量 |
| 2114 | 〔梅毒定量〕IgM FTA-ABS | 47 | | | | |
| 0657 | 〔梅毒定量〕RPR法 | 47 | 34 | 免疫 | D012-005 | 梅毒血清反応（STS）定量 |
| 0660 | 〔梅毒定量〕TPHA法 | 47 | 53 | 免疫 | D012-006 | 梅毒トレポネーマ抗体定量 |
| | 培養目的菌 | 127·128 | | | | |
| | 培養·同定（一般細菌） | 125 | 頁参照 | 微生物 | D018 | 細菌培養同定検査 |
| 0501 | 白血球数（WBC）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0511 | 白血球分類（血液像）【自動機械法】 | 102 | 15 | 血液 | D005-003 | 末梢血液像（自動機械法） |
| ●● | 白血球分類（血液像）【鏡検法】 | | 25 | 血液 | D005-006 | 末梢血液像（鏡検法） |
| 7711 | 白血病·リンパ腫解析検査（LLA）CD45ゲーティング | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 0331 | 馬尿酸 | 21 | | | | |
| | バニリルマンデル酸（VMA定量） | 33 | 90 | 生化Ⅱ | D008-004 | バニールマンデル酸（VMA） |
| 0725 | ハプトグロビン | 65 | 129 | 免疫 | D015-014 | ハプトグロビン（型補正を含む。） |
| | パラインフルエンザウイルス1型·2型·3型〔HI法〕 | 92 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性·半定量·定量）（1項目当たり） |
| 2957 | （ヒト）パルボウイルスB19 IgG〔EIA法〕 | 88 | | | | |
| 2579 | （ヒト）パルボウイルスB19 IgM〔EIA法〕 | 88 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |

| ヒ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0129 | ヒアルロン酸〔胸水〕 | 20 | | | | |
| 0128 | ヒアルロン酸〔血清〕 | 20 | 179 | 生化Ⅰ | D007-046 | ヒアルロン酸 |
| 1918 | 非結核性抗酸菌感受性（MIC測定） | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 1134 | 比重〔尿中〕 | 121 | | | | |
| 1226 | 鼻汁好酸球 | 103 | 15 | 血液 | D005-003 | 好酸球（鼻汁·喀痰） |
| 0251 | ビタミンA | 16 | | | | |
| 0252 | ビタミン$B_1$ | 16 | 239 | 生化Ⅰ | D007-056 | ビタミンB1 |
| 0253 | ビタミン$B_2$ | 16 | 235 | 生化Ⅰ | D007-055 | ビタミンB2 |
| 0254 | ビタミン$B_6$ | 16 | | | | |
| 0255 | ビタミン$B_{12}$ | 16 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | ビタミンB12 |
| 0257 | ビタミンC（アスコルビン酸） | 17 | 296 | 生化Ⅰ | D007-060 | ビタミンC |
| 2282 | ビタミンD →1,25-（OH）$_2$ビタミンD（活性型） | 17 | 388 | 生化Ⅰ | D007-063 | 1,25-ジヒドロキシビタミンD3 |
| 0258 | ビタミンD →25-OHビタミンD［くる病］ | 17 | 117 | 生化Ⅰ | D007-031 | 25-ヒドロキシビタミン |
| 1203 | ビタミンD →25OHビタミンD［骨粗鬆症］ | 17 | 117 | 生化Ⅰ | D007-031 | 25-ヒドロキシビタミン |
| 0259 | ビタミンE | 17 | | | | |
| 0263 | ビタミンK分画 | 17 | | | | |
| 2741 | ヒト癌胎児性フィブロネクチン | 36 | 204 | 免疫 | D015-023 | 癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液） |
| 0705 | 非特異的IgE（IgE） | 71 | 100 | 免疫 | D015-011 | 非特異的IgE定量 |
| | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG定量） | 36 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量 |
| 0839 | ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP） | 65 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量 |
| 0482 | ヒト心房性Na利尿ペプチド（h-ANP） | 38 | (221) | 生化Ⅱ | D008-046 | 心房性Na利尿ペプチド（ANP） |
| 7742 | ヒト精巣上体蛋白4（HE4） | 77 | (200) | 生化Ⅱ | D009-029 | ヒト精巣上体蛋白4（HE4） |
| 2914 | ヒト脳性Na利尿ペプチド（BNP） | 38 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | 脳性Na利尿ペプチド（BNP） |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| ヒ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2593 | ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP） | 38 | (136) | 生化Ⅱ | D008-020 | 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP） |
| 2636 | ヒトパピローマウイルス（HPV）-DNA同定〔中～高リスク型〕 | 98 | 347 | 微生物 | D023-010 | HPV核酸検出 |
| 1912 | ヒトパピローマウイルス（HPV）-DNA簡易ジェノタイプ | 98 | 347 | 微生物 | D023-011 | HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） |
| 1921 | ヒトパピローマウイルス（HPV）ジェノタイプ判定 | 98 | 2000 | 微生物 | D023-025 | HPVジェノタイプ判定 |
| 2957 | ヒトパルボウイルスB19 IgG〔EIA法〕 | 88 | | | | |
| 2579 | ヒトパルボウイルスB19 IgM〔EIA法〕 | 88 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 7722 | 百日咳菌核酸検出 | 51 | 360 | 微生物 | D023-013 | 百日咳菌核酸検出 |
| 2442 | 百日咳抗体〔EIA法〕 | 51 | 257 | 免疫 | D012-054 | 百日咳菌抗体 |
| | 百日咳抗体 IgA,IgM〔EIA法〕 | 51 | 80 | 免疫 | D012-012 | 百日咳菌抗体半定量 |
| 1118 | 病理組織検査 | 139 | 860 | 病理 | N000 | 病理組織標本作製 |
| 0311 | ピルビン酸 | 20 | 47 | 生化Ⅰ | D007-013 | 有機モノカルボン酸 |
| 1093 | ピロリン酸Ca | 122 | 50 | 尿・糞便 | D004-002 | 関節液検査 |

| フ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2224 | ファディアトープ（アトピー鑑別試験） | 71 | 194 | 免疫 | D015-021 | アトピー鑑別試験定性 |
| 0586 | フィブリノーゲン定量（Fib） | 104 | 23 | 血液 | D006-004 | フィブリノゲン定量 |
| 0576 | フィラリア原虫検査 | 103 | 40 | 血液 | D005-007 | 血中微生物検査 |
| 0944 | 風疹ウイルス〔HI法〕 | 90 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | 風疹ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 90 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 2007 | フェリチン定量 | 66 | 102 | 生化Ⅰ | D007-025 | フェリチン定量 |
| 0598 | フォン・ウィルブランド因子活性（vWf・リストセチンコファクター） | 108 | (126) | 血液 | D006-014 | von Willebrand因子（VWF）活性 |
| 0593 | フォン・ウィルブランド因子抗原定量（第Ⅷ因子様抗原定量） | 108 | (147) | 血液 | D006-020 | von Willebrand因子（VWF）抗原 |
| 0695 | 不規則抗体 | 68 | 159 | 免疫 | D011-004 | 不規則抗体 |
| 0690 | 不規則抗体同定 | 68 | 159 | 免疫 | D011-004 | 不規則抗体 |
| 1278 | 副甲状腺ホルモン（whole-PTH） | 29 | (161) | 生化Ⅱ | D008-029 | 副甲状腺ホルモン（PTH） |
| 0489 | 副甲状腺ホルモンインタクト（PTH-intact） | 29 | (161) | 生化Ⅱ | D008-029 | 副甲状腺ホルモン（PTH） |
| 2953 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白intact（PTHrP-intact） | 29 | (186) | 生化Ⅱ | D008-038 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP） |
| 0345 | 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH） | 25 | (184) | 生化Ⅱ | D008-037 | 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH） |
| 2230 | 婦人科　細胞診《LBC法》 | 138 | 150+45 | 病理 | N004-001 | 細胞診（1部位につき）　婦人科材料等によるもの<br>＊液状化検体加算あり＊ |
| 1120 | 婦人科　細胞診《直接塗抹法》 | 138 | 150 | 病理 | N004-001 | 細胞診（1部位につき）　婦人科材料等によるもの |
| 0148 | 不飽和鉄結合能（UIBC） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法） |
| 0592 | プラスミノーゲン活性 | 105 | 100 | 血液 | D006-012 | プラスミノゲン活性 |
| 0591 | プラスミノーゲン定量 | 105 | 100 | 血液 | D006-012 | プラスミノゲン抗原 |
| 0680 | プレアルブミン（トランスサイレチン） | 67 | 101 | 免疫 | D015-012 | トランスサイレチン（プレアルブミン） |
| 0433 | プレグナンジオール（$P_2$） | 35 | (213) | 生化Ⅱ | D008-043 | プレグナンジオール |
| 0434 | プレグナントリオール（$P_3$） | 35 | (232) | 生化Ⅱ | D008-048 | プレグナントリオール |
| 0020 | プロカルシトニン | 49 | 276 | 生化Ⅰ | D007-059 | プロカルシトニン（PCT）定量 |
| 0432 | プロゲステロン（P） | 35 | (143) | 生化Ⅱ | D008-022 | プロゲステロン |
| | プロゲステロンレセプター（PgR）〔組織〕 | 139 | 690 | 病理 | N002-002 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　プロジェステロンレセプター |
| 0679 | プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P） | 66 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P） |
| 2302 | プロテインC活性 | 106 | (227) | 血液 | D006-031 | プロテインC活性 |
| 2233 | プロテインC抗原量 | 106 | (226) | 血液 | D006-030 | プロテインC抗原 |
| 2380 | プロテインS（遊離型抗原量） | 106 | (154) | 血液 | D006-022 | プロテインS抗原 |
| 1295 | プロテインS活性 | 106 | (163) | 血液 | D006-023 | プロテインS活性 |
| 2950 | プロテインS抗原量 | 106 | (154) | 血液 | D006-022 | プロテインS抗原 |
| 0242 | （赤血球遊離）プロトポルフィリン | 8 | 272 | 生化Ⅰ | D007-058 | 赤血球プロトポルフィリン |
| 0582 | プロトロンビン時間（PT） | 104 | 18 | 血液 | D006-002 | プロトロンビン時間（PT） |
| 0348 | プロラクチン（PRL） | 25 | 98 | 生化Ⅱ | D008-006 | プロラクチン（PRL） |
| 1594 | 分離培養（抗酸菌）〔固形培地法〕 | 129 | 209 | 微生物 | D020-002 | 抗酸菌分離培養（それ以外のもの） |
| 1860 | 分離培養（抗酸菌）〔液体培地法〕 | 129 | 300 | 微生物 | D020-001 | 抗酸菌分離培養（液体培地法） |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| へ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0509 | 平均赤血球血色素濃度（MCHC）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 0508 | 平均赤血球血色素量（MCH）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 0507 | 平均赤血球容積（MCV）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 7155 | ペプシノゲン（PG） | 4 | | | | |
| 0504 | ヘマトクリット（Ht）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0503 | ヘモグロビン（Hb）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 0570 | ヘモグロビンA1c →HbA1c | 9・103 | 49 | 血液 | D005-009 | ヘモグロビンA1c（HbA1c） |
| 2773 | ヘリコバクターピロリ抗原〔便中〕 | 48 | 142 | 免疫 | D012-025 | ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 |
| 2448 | ヘリコバクターピロリ抗体〔血中〕 | 48 | 80 | 免疫 | D012-012 | ヘリコバクター・ピロリ抗体 |
| 1975 | ヘリコバクターピロリ抗体〔尿中〕 | 48 | 70 | 免疫 | D012-009 | ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量 |
| 0560 | ペルオキシダーゼ染色（P-O染色） | 102 | 頁参照 | | | |
| 1137 | ベンスジョーンズ蛋白定性（B-J） | 63 | | | | |
| 0736 | ベンスジョーンズ蛋白の同定（尿中免疫電気泳動） | 63 | 201 | 免疫 | D015-022 | Bence Jones蛋白同定（尿） |
| 7431 | 便中カルプロテクチン | 61 | 268 | 尿・糞便 | D003-009 | カルプロテクチン（糞便） |
| 1674 | 便虫卵検査〔集卵〕 | 124 | 15 | 尿・糞便 | D003-001 | 虫卵検出（集卵法）（糞便） |
| 1671 | 便虫卵検査〔塗抹〕 | 124 | 20 | 尿・糞便 | D003-002 | 糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。） |
| 1698 | 便ヘモグロビン&トランスフェリン定性（Hb・Tf） | 124 | 56 | 尿・糞便 | D003-008 | 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量 |
| 1692 | 便ヘモグロビン〔精密測定〕 | 124 | 41 | 尿・糞便 | D003-007 | 糞便中ヘモグロビン |
| 1683 | 便ヘモグロビン〔免疫法〕 | 124 | 37 | 尿・糞便 | D003-005 | 糞便中ヘモグロビン定性 |

| ホ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2223 | （膵）ホスホリパーゼA2（膵PLA2） | 2 | 204 | 生化Ⅰ | D007-051 | ホスフォリパーゼA2（PLA2） |
| 2907 | （総）ホモシステイン | 6 | 279 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| | ホモバニリン酸（HVA定量） | 33 | 69 | 生化Ⅱ | D008-003 | ホモバニリン酸（HVA） |
| 0238 | ポルフォビリノーゲン定量 | 8 | 186 | 尿・糞便 | D001-016 | ポルフォピリノゲン（尿） |

| マ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2663 | （尿中）マイクロトランスフェリン | 66 | 98 | 尿・糞便 | D001-008 | トランスフェリン（尿） |
| | マイコプラズマ抗体 | 48 | 32 | 免疫 | D012-004 | マイコプラズマ抗体半定量 |
| 2067 | マイコプラズマ・ニューモニエ核酸同定 | 48 | 291 | 微生物 | D023-006 | マイコプラズマ核酸検出 |
| | マグネシウム（Mg） | 16 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | マグネシウム |
| 0950 | 麻疹ウイルス〔NT法〕 | 90 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | 麻疹ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 90 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 1395 | 末梢血好中球BCR-ABL1 t（9;22）転座 | 111 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2707 | マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） | 55 | 116 | 免疫 | D014-009 | マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） |
| 0566 | マラリア原虫検査 | 103 | 40 | 血液 | D005-007 | 血中微生物検査 |
| 0526 | マルク（骨髄像） | 102 | 788 | 血液 | D005-014 | 骨髄像 |
| | マンガン（Mn） | 19 | (27) | 生化Ⅰ | D007-008 | マンガン（Mn） |
| 0127 | マンデル酸（エチルベンゼン） | 21 | | | | |

| ミ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2536 | ミエリン塩基性蛋白（MBP） | 64 | 570 | 尿・糞便 | D004-012 | ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液） |
| | ミオグロビン（Mb） | 65 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | ミオグロビン定量 |
| 0682 | （抗）ミトコンドリア抗体 | 59 | 181 | 免疫 | D014-021 | 抗ミトコンドリア抗体半定量 |
| 2545 | （抗）ミトコンドリアM2抗体 | 59 | 189 | 免疫 | D014-022 | 抗ミトコンドリア抗体定量 |
| 0776 | （抗）ミュラー管ホルモン（AMH） | 36 | 597 | 生化Ⅱ | D008-052 | 抗ミュラー管ホルモン（AMH） |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| ム 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 無機リン（IP） | 16 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | 無機リン及びリン酸 |
| | ムンプスウイルス〔HI法･CF法･NT法〕 | 89 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | ムンプスウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 89 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |

| メ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0390 | メタネフリン2分画 | 33 | (220) | 生化Ⅱ | D008-045 | メタネフリン･ノルメタネフリン分画 |
| 0329 | メタノール | 23 | | | | |
| 0332 | メチル馬尿酸 | 21 | | | | |
| | 免疫組織化学染色 | 139 | | | | |
| 0735 | 免疫電気泳動（抗ヒト全血清による同定）【IEP】 | 63 | 170 | 免疫 | D015-017 | 免疫電気泳動法（抗ヒト全血清） |
| 2167 | 免疫電気泳動（特異抗血清による同定） | 63 | 218 | 免疫 | D015-024 | 免疫電気泳動法（特異抗血清） |
| 0736 | 免疫電気泳動（尿中ベンスジョーンズ蛋白の同定） | 63 | 201 | 免疫 | D015-022 | Bence Jones蛋白同定（尿） |
| 2679 | 免疫複合体（モノクローナルRF） | 55 | 194 | 免疫 | D014-025 | モノクローナルRF結合免疫複合体 |

| モ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0505 | 網状赤血球数（Ret） | 101 | 12 | 血液 | D005-002 | 網赤血球数 |
| 2679 | モノクローナルRF（免疫複合体） | 55 | 194 | 免疫 | D014-025 | モノクローナルRF結合免疫複合体 |
| | モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析 | 116 | | | | |

| ヤ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 薬剤感受性検査（一般細菌） | 126 | 頁参照 | 微生物 | D019 | 細菌薬剤感受性検査 |
| | 薬剤感受性検査（結核菌･抗酸菌） | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 0188 | 薬剤によるリンパ球刺激試験（DLST） | 118 | | | | |

| ユ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0439 | 遊離HCG-β（HCG-βサブユニット） | 36 | (129) | 生化Ⅱ | D008-017 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β） |
| 1902 | 遊離L鎖κ/λ比（FLC） | 64 | 388 | 免疫 | D015-029 | 免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比 |
| 0365 | 遊離サイロキシン（$FT_4$） | 27 | (121) | 生化Ⅱ | D008-014 | 遊離サイロキシン（$FT_4$） |
| 7432 | 遊離脂肪酸（NEFA） | 11 | 59 | 生化Ⅰ | D007-019 | 遊離脂肪酸 |
| 2746 | 遊離テストステロン | 35 | (159) | 生化Ⅱ | D008-027 | 遊離テストステロン |
| 0362 | 遊離トリヨードサイロニン（$FT_3$） | 27 | (121) | 生化Ⅱ | D008-014 | 遊離トリヨードサイロニン（$FT_3$） |

| ヨ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0256 | 葉酸 | 17 | 146 | 生化Ⅰ | D007-041 | 葉酸 |

| ラ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2037 | （抗）ランゲルハンス氏島抗体（ICA） | 34 | | | | |
| 0344 | 卵胞刺激ホルモン（FSH） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 卵胞刺激ホルモン（FSH） |

# 検査項目索引（五十音）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。




| リ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2129 | リウマチ因子定量（RF） | 55 | 30 | 免疫 | D014-002 | リウマトイド因子（RF）定量 |
| 1051 | リコール（髄液）一般検査 | 123 | 62 | 尿・糞便 | D004-004 | 髄液一般検査 |
| 1063 | リコール（髄液）クロール | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 1061 | リコール（髄液）蛋白定量 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 1062 | リコール（髄液）糖定量 | 123 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 0598 | リストセチンコファクター（vWf.フォン・ウィルブランド因子活性） | 108 | (126) | 血液 | D006-014 | von Willebrand因子（VWF）活性 |
| | リゾチーム | 3 | | | | |
| 0070 | リパーゼ | 2 | (24) | 生化Ⅰ | D007-006 | リパーゼ |
| 2387 | リポ蛋白（a）〔Lp（a）〕 | 14 | 107 | 生化Ⅰ | D007-027 | リポ蛋白（a） |
| 0034 | リポ蛋白分画 | 13 | 49 | 生化Ⅰ | D007-015 | リポ蛋白分画 |
| 2393 | リポ蛋白分画〔HPLC法〕 | 13 | 129 | 生化Ⅰ | D007-034 | リポ蛋白分画（HPLC法） |
| | 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出PCR | 54 | 262 | 微生物 | D023-005 | 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 |
| | 淋菌核酸検出PCR | 54 | 198 | 微生物 | D023-002 | 淋菌核酸検出 |
| 0098 | リン脂質（PL） | 11 | (15) | 生化Ⅰ | D007-002 | リン脂質 |
| 0188 | （薬剤による）リンパ球刺激試験（DLST） | 118 | | | | |
| | （Two-color解析による）リンパ球表面マーカー検査 | 116 | | | | |
| | （モノクローナル抗体による）リンパ球表面マーカー自動解析 | 116 | | | | |
| 0191 | （Con-Aによる）リンパ球幼若化検査 | 118 | 345 | 免疫 | D016-007 | リンパ球刺激試験（LST） 1薬剤 |
| 0190 | （PHAによる）リンパ球幼若化検査 | 118 | 345 | 免疫 | D016-007 | リンパ球刺激試験（LST） 1薬剤 |

| ル 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2971 | ループスアンチコアグラント〔APTT凝固時間法〕 | 62 | | | | |
| 2868 | ループスアンチコアグラント〔希釈ラッセル蛇毒時間法〕 | 62 | 265 | 免疫 | D014-035 | ループスアンチコアグラント定量 |
| 2929 | ループスアンチコアグラント〔リン脂質中和法〕 | 62 | 265 | 免疫 | D014-035 | ループスアンチコアグラント定量 |

| レ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1340 | （尿中）レジオネラ抗原 | 51 | 205 | 免疫 | D012-046 | レジオネラ抗原定性（尿） |
| 2931 | レチノール結合蛋白（RBP） | 67 | 132 | 免疫 | D015-015 | レチノール結合蛋白（RBP） |
| 0477 | レニン活性（PRA） | 37 | 100 | 生化Ⅱ | D008-008 | レニン活性 |
| 2669 | レニン定量（ARC） | 37 | 102 | 生化Ⅱ | D008-010 | レニン定量 |
| 2400 | レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLPコレステロール） | 11 | 174 | 生化Ⅰ | D007-044 | レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C） |

| ロ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0053 | ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP） |
| 1633 | ロイシンリッチα2グリコプロテイン（LRG） | 61 | 268 | 生化Ⅰ | D007-057 | ロイシンリッチα2グリコプロテイン |
| 1599 | ロタウイルス抗原 | 92 | 65 | 免疫 | D012-008 | ロタウイルス抗原定性（糞便） |

## ●アルファベット

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。


| A 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0003 | A/G比 | 1 | | | | |
| 7165 | ABC分類（胃がんリスク層別化検査） | 4 | | | | |
| 0691 | ABO式血液型 | 68 | 24 | 免疫 | D011-001 | ABO血液型 |
| 0083 | ACE（アンギオテンシンⅠ転換酵素） | 4 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE） |
| 2347 | AChR抗体 →抗アセチルコリンレセプター抗体 | 60 | 775 | 免疫 | D014-045 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） |
| 0345 | ACTH（副腎皮質刺激ホルモン） | 25 | (184) | 生化Ⅱ | D008-037 | 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH） |
| 0063 | ADA（アデノシンデアミナーゼ） | 4 | 32 | 生化Ⅰ | D007-011 | アデノシンデアミナーゼ（ADA） |
| 0655 | ADH（抗利尿ホルモン·AVP） | 26 | (224) | 生化Ⅱ | D008-047 | 抗利尿ホルモン（ADH） |
| 2006 | AFP定量（α-フェトプロテイン定量） | 75 | (98) | 生化Ⅱ | D009-002 | α-フェトプロテイン（AFP） |
| 2404 | AFPレクチン分画 | 75 | (185) | 生化Ⅱ | D009-026 | α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%） |
| 0167 | Al（アルミニウム） | 19 | 109 | 生化Ⅰ | D007-029 | アルミニウム（Al） |
| 0002 | Alb（アルブミン） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルブミン（BCP改良法·BCG法） |
| 0059 | ALD（アルドラーゼ） | 3 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルドラーゼ |
| | ALK融合タンパク《高感度IHC法》 | 137 | 2700 | 病理 | N002-006 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　ALK融合タンパク |
| 0058 | ALP（アルカリフォスファターゼ） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アルカリホスファターゼ（ALP） |
| 0212 | ALPアイソザイム | 1 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | ALPアイソザイム |
| 0561 | ALP染色 | 102 | 頁参照 | | | |
| 0050 | ALT（GPT） | 1 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT） |
| 0776 | AMH（抗ミュラー管ホルモン） | 36 | 597 | 生化Ⅱ | D008-052 | 抗ミュラー管ホルモン（AMH） |
| | AMY（アミラーゼ） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | アミラーゼ |
| | AMYアイソザイム（アミラーゼアイソザイム） | 2 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | アミラーゼアイソザイム |
| 0665 | ANA（抗核抗体） | 57 | 99 | 免疫 | D014-005 | 抗核抗体（蛍光抗体法）半定量 |
| 7593 | APL（抗リン脂質抗体）パネル | 62 | 678 | 免疫 | D014-030 | 頁参照 |
| 0583 | APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間） | 104 | 29 | 血液 | D006-007 | 活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT） |
| 1603 | Ara h 2（ピーナッツ由来）→特異的IgE | 71 | 110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量·定量 |
| 2669 | ARC →レニン定量（ARC） | 37 | 102 | 生化Ⅱ | D008-010 | レニン定量 |
| 2127 | （抗）ARS抗体 | 58 | (190) | 免疫 | D014-023 | 抗ARS抗体 |
| 0622 | ASO（抗ストレプトリンジンO抗体） | 47 | 15 | 免疫 | D012-001 | 抗ストレプトリジンO（ASO）定量 |
| 0049 | AST（GOT） | 1 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST） |
| 0589 | AT-Ⅲ（アンチトロンビンⅢ） | 105 | 70 | 血液 | D006-009 | アンチトロンビン活性またはアンチトロンビン抗原 |
| 2935 | ATLA（HTLV-Ⅰ）抗体〔CLIA法〕 | 97 | 159 | 免疫 | D012-031 | HTLV-Ⅰ抗体 |
| 1386 | ATLA（HTLV-Ⅰ）プロウイルスDNA〔クロナリティ〕 | 97 | | | | |
| 0655 | AVP（抗利尿ホルモン·ADH） | 26 | (224) | 生化Ⅱ | D008-047 | 抗利尿ホルモン（ADH） |

| B 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0227 | BAP（骨型アルカリフォスファターゼ） | 29 | (157) | 生化Ⅱ | D008-026 | 骨型アルカリホスファターゼ（BAP） |
| 2650 | BCA225 | 76 | (158) | 生化Ⅱ | D009-020 | BCA225 |
| 2155 | BCL6　3q27転座 | 112 | 2477 | 遺·染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2760 | BCR-ABL1 t（9;22）転座 | 111 | 2477 | 遺·染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 1395 | （末梢血好中球）BCR-ABL1 t（9;22）転座 | 111 | 2477 | 遺·染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2036 | BFP（塩基性フェトプロテイン） | 75 | (150) | 生化Ⅱ | D009-017 | 塩基性フェトプロテイン（BFP） |
| 2335 | BGP（オステオカルシン） | 29 | (157) | 生化Ⅱ | D008-026 | オステオカルシン（OC） |
| 1137 | B-J定性（ベンスジョーンズ蛋白定性） | 63 | | | | |
| | BMG（$\beta_2$-マイクログロブリン） | 67 | 98 | 免疫 | D015-010 | $\beta_2$-マイクログロブリン |
| 2914 | BNP（ヒト脳性Na利尿ペプチド） | 38 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | 脳性Na利尿ペプチド（BNP） |
| 9639 | （抗）BP180抗体 | 60 | 270 | 免疫 | D014-036 | 抗BP180-NC16a抗体 |
| 0171 | BS（血糖·グルコース） | 9 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | グルコース |
| 2956 | BTR（総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比） | 6 | 283 | 生化Ⅱ | D010-005 | 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比（BTR） |
| 0203 | B型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBcrAg） | 81 | (252) | 免疫 | D013-012 | HBVコア関連抗原（HBcrAg） |
| 0194 | B細胞百分率（T細胞百分率 B細胞百分率） | 116 | 193 | 免疫 | D016-003 | T細胞·B細胞百分率 |
| | B細胞表面免疫グロブリン（Sm-Ig） | 116 | 155 | 免疫 | D016-001 | B細胞表面免疫グロブリン |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| C 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0664 | C1-INH活性（C1-インアクチベーター活性） | 106 | 253 | 免疫 | D015-025 | C1インアクチベータ |
| 0714 | C1q | 64 | | | | |
| 0664 | C1-インアクチベーター活性（C1-INH活性） | 106 | 253 | 免疫 | D015-025 | C1インアクチベータ |
| 0715 | C3（β1C/β1Aグロブリン） | 64 | 70 | 免疫 | D015-008 | C3 |
| 0716 | C4（β1Eグロブリン） | 64 | 70 | 免疫 | D015-008 | C4 |
| | Ca（カルシウム） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | カルシウム |
| 0457 | CA125 | 77 | (136) | 生化Ⅱ | D009-011 | CA125 |
| 0456 | CA15-3 | 76 | (112) | 生化Ⅱ | D009-006 | CA15-3 |
| 0455 | CA19-9 | 77 | (121) | 生化Ⅱ | D009-009 | CA19-9 |
| 2315 | CA54/61 | 77 | (184) | 生化Ⅱ | D009-025 | CA54/61 |
| 0465 | CA602 | 77 | (190) | 生化Ⅱ | D009-027 | CA602 |
| 0492 | CA72-4 | 77 | (146) | 生化Ⅱ | D009-016 | CA72-4 |
| 2477 | C-ANCA（抗好中球細胞質抗体・PR3-ANCA） | 60 | 252 | 免疫 | D014-033 | 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA） |
| | CAPアレルゲン　16種セット（特異的IgE） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | CAPシングルアレルゲン（特異的IgE） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | CAPマルチアレルゲン（特異的IgE） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| 0684 | CARF（抗ガラクトース欠損IgG抗体） | 55 | 111 | 免疫 | D014-008 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 |
| 2831 | CATCH22 →22染色体（22q11欠失） | 110 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 0183 | C-Band →染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）3 その他の場合 ＊分染法加算あり＊ |
| 0303 | CBFB inv（16）逆位, t（16;16）転座 | 112 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2461 | CCP抗体 →抗シトリル化ペプチド抗体（抗CCP抗体） | 55 | 193 | 免疫 | D014-024 | 抗シトルリン化ペプチド抗体定量 |
| | Cd（カドミウム） | 19 | | | | |
| 1347 | CD38マルチ解析（多発性骨髄腫解析検査） | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 7712 | CD45ゲーティング（悪性リンパ腫解析検査）〔MLA〕 | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 7711 | CD45ゲーティング（白血病・リンパ腫解析検査）〔LLA〕 | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 2005 | CEA（癌胎児性抗原） | 75 | (99) | 生化Ⅱ | D009-003 | 癌胎児性抗原（CEA） |
| 0674 | CH50（血清補体価） | 64 | 38 | 免疫 | D015-004 | 血清補体価（CH50） |
| 0054 | ChE（コリンエステラーゼ） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | コリンエステラーゼ（ChE） |
| 0057 | CK（CPK） | 3 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチンキナーゼ（CK） |
| 0220 | CK（CPK）-MB〔免疫阻害法〕 | 3 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | CKアイソザイム |
| 2476 | CK（CPK）-MB〔CLIA法〕 | 3 | 90 | 生化Ⅰ | D007-022 | CK-MB（蛋白量測定） |
| 0215 | CK（CPK）アイソザイム | 3 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | CKアイソザイム |
| | Cl（クロール） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 2938 | （抗）CL・β2GPⅠ抗体（抗カルジオリピン・β2グリコプロテインⅠ複合体抗体） | 62 | 223 | 免疫 | D014-029 | 抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体 |
| 0962 | CMV（サイトメガロ）ウイルス〔CF法〕 | 89 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | CMV（サイトメガロ）ウイルス IgG,IgM〔CLIA法〕 | 89 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 2479 | CMV（サイトメガロ）ウイルスDNA定性 | 95 | | | | |
| 8305 | CMV（サイトメガロ）ウイルス核酸検出（新生児尿） | 95 | 801 | 微生物 | D023-020 | サイトメガロウイルス核酸検出 |
| 1606 | CMV（サイトメガロ）ウイルス核酸定量 | 95 | 450 | 微生物 | D023-017 | サイトメガロウイルス核酸定量 |
| 0926 | CMV（サイトメガロ）ウイルスpp65抗原（C7-HRP） | 95 | 356 | 免疫 | D012-057 | サイトメガロウイルスpp65抗原定性 |
| 1293 | CMV（サイトメガロ）ウイルスpp65抗原（C10,C11） | 95 | 356 | 免疫 | D012-057 | サイトメガロウイルスpp65抗原定性 |
| 0191 | Con-Aによるリンパ球幼若化検査 | 118 | 345 | 免疫 | D016-007 | リンパ球刺激試験（LST）　1薬剤 |
| 0711 | CP（セルロプラスミン） | 67 | 90 | 免疫 | D015-009 | セルロプラスミン |
| 0057 | CPK（CK） | 3 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチンキナーゼ（CK） |
| 0220 | CPK（CK）-MB〔免疫阻害法〕 | 3 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | CKアイソザイム |
| 2476 | CPK（CK）-MB〔CLIA法〕 | 3 | 90 | 生化Ⅰ | D007-022 | CK-MB（蛋白量測定） |
| 0215 | CPK（CK）アイソザイム | 3 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | CKアイソザイム |
| | CPR（C-ペプチド） | 34 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | C-ペプチド（CPR） |
| | Cr（クロム） | 19 | | | | |
| | CRE（クレアチニン） | 5 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチニン |
| 2135 | CRP（C反応性蛋白）定性 | 65 | 16 | 免疫 | D015-001 | C反応性蛋白（CRP）定性 |
| 0621 | CRP（C反応性蛋白）定量 | 65 | 16 | 免疫 | D015-001 | C反応性蛋白（CRP） |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| C 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CRT（クレアチン） | 5 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | クレアチン |
| 0475 | CT（カルシトニン） | 29 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | カルシトニン |
| | Cu（銅） | 18 | (23) | 生化Ⅰ | D007-005 | 銅（Cu） |
| 2483 | CYFRA（シフラ・サイトケラチン19フラグメント） | 75 | (154) | 生化Ⅱ | D009-018 | サイトケラチン19フラグメント（シフラ） |
| | C-ペプチド（CPR） | 34 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | C-ペプチド（CPR） |

| D 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0044 | D-Bil（直接ビリルビン） | 8 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン |
| 2745 | D-Dダイマー定量 | 104 | (127) | 血液 | D006-015 | Dダイマー |
| 2452 | DHEA-S（デヒドロエピアンドロステロンサルフェート） | 32 | (164) | 生化Ⅱ | D008-031 | デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA-S） |
| 0188 | DLST（薬剤によるリンパ球刺激試験） | 118 | | | | |
| 0667 | （抗）DNA抗体 | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 1851 | DPD（デオキシピリジノリン） | 30 | (191) | 生化Ⅱ | D008-039 | デオキシピリジノリン（DPD）（尿） |
| 0670 | （抗）ds-DNA抗体　IgG | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 0671 | （抗）ds-DNA抗体　IgM | 57 | | | | |
| 0461 | DUPAN-2 | 77 | (115) | 生化Ⅱ | D009-007 | DUPAN-2 |

| E 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $E_2$（エストラジオール） | 35 | (167) | 生化Ⅱ | D008-033 | エストラジオール（$E_2$） |
| | EBウイルス〔EIA法〕 | 93 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| | EBウイルス〔FA法〕 | 93 | 頁参照 | | | |
| 1605 | EBウイルスDNA定量 | 96 | 310 | 微生物 | D023-008 | EBウイルス核酸定量 |
| 2309 | eGFR | 5 | | | | |
| 2533 | eGFRcys | 5 | | | | |
| 1431 | （肺癌）EGFR変異解析コバスv2 | 114 | 2500 | 遺・染色 | D004-2-1 | 悪性腫瘍組織検査　1 悪性腫瘍遺伝子検査　イ 処理が容易なもの |
| 7744 | （肺癌）EGFR変異解析コバスv2《血漿》 | 114 | 2100 | 遺・染色 | D006-12 | EGFR遺伝子検査（血漿） |
| 0567 | EOS-数（好酸球数） | 101 | 17 | 血液 | D005-004 | 好酸球数 |
| | ER →エストロゲンレセプター（ER）［組織］ | 139 | 720 | 病理 | N002-001 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　エストロジェンレセプター |

| F 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0588 | FDP定量〔血漿〕 | 104 | 80 | 血液 | D006-010 | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量 |
| 1140 | FDP定量〔尿中〕 | 104 | 72 | 尿・糞便 | D001-007 | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿） |
| 0146 | Fe（血清鉄） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 鉄（Fe） |
| 0586 | Fib（フィブリノーゲン定量） | 104 | 23 | 血液 | D006-004 | フィブリノゲン定量 |
| 1205 | FIP1L1-PDGFRA del（4）長腕欠失（4q12欠失） | 112 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 1902 | FLC（遊離L鎖κ/λ比） | 64 | 388 | 免疫 | D015-029 | 免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比 |
| 0344 | FSH（卵胞刺激ホルモン） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 卵胞刺激ホルモン（FSH） |
| 1358 | FTA-ABS定性 →梅毒定性 | 47 | 134 | 免疫 | D012-023 | 梅毒トレポネーマ抗体（FTA-ABS試験）定性 |
| 0661 | FTA-ABS定量 →梅毒定量 | 47 | 134 | 免疫 | D012-023 | 梅毒トレポネーマ抗体（FTA-ABS試験）半定量 |
| 0362 | $FT_3$（遊離トリヨードサイロニン） | 27 | (121) | 生化Ⅱ | D008-014 | 遊離トリヨードサイロニン（$FT_3$） |
| 0365 | $FT_4$（遊離サイロキシン） | 27 | (121) | 生化Ⅱ | D008-014 | 遊離サイロキシン（$FT_4$） |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| G 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2474 | GA（グリコアルブミン） | 9 | 55 | 生化Ⅰ | D007-017 | グリコアルブミン |
| | GABA（γ-アミノ酪酸） | 6 | 279 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| 2740 | （抗）GAD抗体 | 34 | (134) | 生化Ⅱ | D008-019 | 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体） |
| 0186 | G-Band →染色体〔血液疾患〕 | 111 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）３ その他の場合<br>＊分染法加算あり＊ |
| 0181 | G-Band →染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）３ その他の場合<br>＊分染法加算あり＊ |
| 0476 | （抗）GBM抗体（抗糸球体基底膜抗体） | 60 | 262 | 免疫 | D014-034 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） |
| 0341 | GH（成長ホルモン） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 成長ホルモン（GH） |
| 0049 | GOT（AST） | 1 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST） |
| 0050 | GPT（ALT） | 1 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT） |
| 0066 | GUA（グアナーゼ） | 4 | 35 | 生化Ⅰ | D007-012 | グアナーゼ |

| H 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0482 | h-ANP（ヒト心房性Na利尿ペプチド） | 38 | (221) | 生化Ⅱ | D008-046 | 心房性Na利尿ペプチド（ANP） |
| 0903 | HA抗体 IgG →IgG-HA抗体 | 82 | (146) | 免疫 | D013-008 | HA抗体 |
| 0913 | HA抗体 IgM →IgM-HA抗体 | 82 | (146) | 免疫 | D013-008 | HA-IgM抗体 |
| 0503 | Hb（ヘモグロビン）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 1698 | Hb・Tf（便ヘモグロビン&トランスフェリン定性） | 124 | 56 | 尿・糞便 | D003-008 | 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量 |
| 0570 | HbA1c →ヘモグロビンA1c | 9・103 | 49 | 血液 | D005-009 | ヘモグロビンA1c（HbA1c） |
| 0203 | HBcrAg（B型肝炎ウイルスコア関連抗原） | 81 | (252) | 免疫 | D013-012 | HBVコア関連抗原（HBcrAg） |
| 0910 | HBc抗体 | 81 | (130) | 免疫 | D013-006 | HBc抗体半定量・定量 |
| 0911 | HBc抗体 IgM →IgM-HBc抗体 | 81 | (146) | 免疫 | D013-008 | HBc-IgM抗体 |
| 0908 | HBe抗原 | 81 | (98) | 免疫 | D013-004 | HBe抗原 |
| 0909 | HBe抗体 | 81 | (98) | 免疫 | D013-004 | HBe抗体 |
| 0901 | HBs抗原定性 | 81 | 29 | 免疫 | D013-001 | HBs抗原定性・半定量 |
| 0906 | HBs抗原定量 | 81 | (88) | 免疫 | D013-003 | HBs抗原 |
| 0902 | HBs抗体定性 | 81 | 32 | 免疫 | D013-002 | HBs抗体定性 |
| 0907 | HBs抗体定量 | 81 | (88) | 免疫 | D013-003 | HBs抗体 |
| 2199 | HBV-DNA定量〔TaqManPCR法〕 | 81 | 256 | 微生物 | D023-004 | HBV核酸定量 |
| 0168 | HBVゲノタイプ | 81 | (340) | 免疫 | D013-014 | HBVジェノタイプ判定 |
| 0439 | （遊離）HCG-β（HCG-βサブユニット） | 36 | (129) | 生化Ⅱ | D008-017 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β） |
| 0439 | HCG-βサブユニット（遊離HCG-β） | 36 | (129) | 生化Ⅱ | D008-017 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β） |
| 0445 | HCG定性（妊娠試験） | 36 | 55 | 生化Ⅱ | D008-001 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性 |
| | HCG定量（ヒト絨毛性ゴナドトロピン） | 36 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量 |
| 2209 | HCV　RNAコアジェノタイプ | 82 | | | | |
| 2257 | HCV-RNA定量〔TaqManPCR法〕 | 82 | 412 | 微生物 | D023-015 | HCV核酸定量 |
| 2682 | HCV群別（グルーピング） | 82 | (215) | 免疫 | D013-011 | HCV血清群別判定 |
| 2954 | HCV抗原（コア蛋白質） | 82 | (102) | 免疫 | D013-005 | HCVコア蛋白 |
| 2031 | HCV抗体 | 82 | (102) | 免疫 | D013-005 | HCV抗体定性・定量 |
| 0498 | HCV抗体（第3世代）（肝炎健診用） | 82 | (102) | 免疫 | D013-005 | HCV抗体定性・定量 |
| 0092 | HDLコレステロール | 11 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | HDL-コレステロール |
| 7742 | HE4（ヒト精巣上体蛋白4） | 77 | (200) | 生化Ⅱ | D009-029 | ヒト精巣上体蛋白4（HE4） |
| | HER2（DISH法）〔組織〕 | 139 | 2700 | 病理 | N005-001 | HER2遺伝子標本作製　単独の場合 |
| | HER2（FISH法）〔組織〕 | 139 | 2700 | 病理 | N005-001 | HER2遺伝子標本作製　単独の場合 |
| | HER2（IHC法）〔組織〕 | 139 | 690 | 病理 | N002-003 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　HER2タンパク |
| 2039 | HER2タンパク（血清中） | 76 | 腫管 | | B001-003 | 悪性腫瘍特異物質治療管理料　その他のもの |
| 0467 | HEV抗体 IgA →IgA-HEV抗体 | 82 | (210) | 免疫 | D013-010 | HE-IgA抗体定性 |
| 0839 | H-FABP（ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白） | 65 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定量 |
| | Hg（水銀） | 19 | | | | |
| 2651 | HGF（肝細胞増殖因子） | 37 | 227 | 生化Ⅰ | D007-054 | 肝細胞増殖因子（HGF） |
| 0170 | HIT抗体（血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体） | 61 | 390 | 免疫 | D011-010 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体） |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| H 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2258 | HIV-1RNA定量 | 97 | 520 | 微生物 | D023-018 | HIV-1核酸定量 |
| 2356 | HIV-1/2抗体確認検査（イムノクロマト法） | 97 | 660 | 免疫 | D012-063 | HIV-1特異抗体･HIV-2特異抗体 |
| 1035 | HIV抗原･抗体 | 97 | 127 | 免疫 | D012-020 | HIV-1,2抗原･抗体同時測定定量 |
| 0197 | HLA-A,B（血清対応型タイピング） | 115 | | | | |
| 0198 | HLA-DR（血清対応型タイピング） | 115 | | | | |
| 0336 | HLA-A（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| 1646 | HLA-B（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| 2254 | HLA-C（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| | HLA-DPB1（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| 1574 | HLA-DQB1（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| 9618 | HLA-DRB1（DNAタイピング） | 115 | | | | |
| 1912 | HPV-DNA簡易ジェノタイプ | 98 | 347 | 微生物 | D023-011 | HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） |
| 1180 | HPV-DNA同定（LBC） | 98 | 347 | 微生物 | D023-010 | HPV核酸検出 |
| 2636 | HPV-DNA同定［中～高リスク型］ | 98 | 347 | 微生物 | D023-010 | HPV核酸検出 |
| 2637 | HPV-DNA同定［低リスク型］ | 98 | | | | |
| 1970 | HPV簡易ジェノタイプ（9種判別） | 98 | 347 | 微生物 | D023-011 | HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） |
| 1921 | HPVジェノタイプ判定 | 98 | 2000 | 微生物 | D023-025 | HPVジェノタイプ判定 |
| 0954 | HSV（単純ヘルペス）ウイルス〔CF法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | HSV（単純ヘルペス）ウイルス 1型,2型〔NT法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性･半定量･定量）（1項目当たり） |
| | HSV（単純ヘルペス）ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 91 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| | HSV（単純ヘルペス）ウイルスDNA定性 | 96 | | | | |
| 2685 | HSV（単純ヘルペス）ウイルスDNA定量 | 96 | 450 | 微生物 | D023-017 | 単純疱疹ウイルス･水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 |
| 0504 | Ht（ヘマトクリット）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 2935 | HTLV-Ⅰ（ATLA）抗体〔CLIA法〕 | 97 | 159 | 免疫 | D012-031 | HTLV-Ⅰ抗体 |
| 1386 | HTLV-Ⅰ（ATLA）プロウイルスDNA〔クロナリティ〕 | 97 | | | | |
| 7729 | HTLV-1核酸検出 定性 | 97 | 450 | 微生物 | D023-017 | HTLV-1核酸検出 |
| 7446 | HTLV-1抗体（ラインブロット法） | 97 | 425 | 免疫 | D012-060 | HTLV-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法） |
| 8415 | HTLV-1プロウイルスDNA定性 | 97 | | | | |
| | HVA定量（ホモバニリン酸） | 33 | 69 | 生化Ⅱ | D008-003 | ホモバニリン酸（HVA） |

| I 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1499 | （抗）IA-2抗体 | 34 | (213) | 生化Ⅱ | D008-043 | 抗IA-2抗体 |
| 2037 | ICA（抗ランゲルハンス氏島抗体） | 34 | | | | |
| 0267 | ICG（消失率） | 23 | 150 | | D286 | 肝及び腎のクリアランステスト |
| 0266 | ICG（停滞率） | 23 | 100 | | D289-002 | その他の機能テスト 2 肝機能テスト（ICG1回又は2回法、BSP2回法） |
| 0735 | IEP（免疫電気泳動）〔抗ヒト全血清による同定〕 | 63 | 170 | 免疫 | D015-017 | 免疫電気泳動法（抗ヒト全血清） |
| 7511 | IFN-γ x IL-4/CD4（Th1/Th2） | 116 | | | | |
| 0702 | IgA | 63 | 38 | 免疫 | D015-004 | 免疫グロブリン |
| 0467 | IgA-HEV抗体 | 82 | (210) | 免疫 | D013-010 | HE-IgA抗体定性 |
| | IgE（CAPアレルゲン16種セット） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量･定量 |
| | IgE（CAPシングルアレルゲン） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量･定量 |
| | IgE（CAPマルチアレルゲン） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量･定量 |
| 2416 | IgE（MAST36） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量･定量 |
| 2224 | IgE（アトピー鑑別試験）→ファディアトープ | 71 | 194 | 免疫 | D015-021 | アトピー鑑別試験定性 |
| | IgE（特異的IgE） | 71 | 各110 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量･定量 |
| 0705 | IgE（非特異的IgE） | 71 | 100 | 免疫 | D015-011 | 非特異的IgE定量 |
| 0342 | IGF-Ⅰ（ソマトメジン-C） | 26 | (212) | 生化Ⅱ | D008-042 | ソマトメジンC |
| 0701 | IgG | 63 | 38 | 免疫 | D015-004 | 免疫グロブリン |
| 0713 | IgG4 | 63 | 377 | 免疫 | D014-041 | IgG4 |
| 0903 | IgG-HA抗体 | 82 | (146) | 免疫 | D013-008 | HA抗体 |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| I 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2329 | IgG型リウマチ因子 | 55 | 198 | 免疫 | D014-026 | IgG型リウマトイド因子 |
| 0685 | IgGサブクラス分画 | 63 | | | | |
| 7289 | IGH-BCL2 t(14;18)転座 | 112 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2044 | IGH-CCND1（IGH-BCL1） t(11;14)転座 | 112 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2451 | IGH-FGFR3 t(4;14)転座 | 112 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 0703 | IgM | 63 | 38 | 免疫 | D015-004 | 免疫グロブリン |
| 2020 | IgM　FTA-ABS定性 →梅毒定性 | 47 | | | | |
| 2114 | IgM　FTA-ABS定量 →梅毒定量 | 47 | | | | |
| 0913 | IgM-HA抗体 | 82 | (146) | 免疫 | D013-008 | HA-IgM抗体 |
| 0911 | IgM-HBc抗体 | 81 | (146) | 免疫 | D013-008 | HBc-IgM抗体 |
| | IP（無機リン） | 16 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | 無機リン及びリン酸 |
| 0371 | IRI（インスリン） | 34 | 100 | 生化Ⅱ | D008-008 | インスリン（IRI） |

| J 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1880 | （抗）Jo-1抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (140) | 免疫 | D014-012 | 抗Jo-1抗体半定量 |
| 2181 | （抗）Jo-1抗体〔FEIA法〕 | 58 | (140) | 免疫 | D014-012 | 抗Jo-1抗体定量 |

| K 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | K（カリウム） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | カリウム |
| 0683 | KL-6（シアル化糖鎖抗原KL-6） | 67 | 108 | 生化Ⅰ | D007-028 | KL-6 |

| L 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1903 | L-FABP →尿中L型脂肪酸結合蛋白 | 66 | 210 | 尿・糞便 | D001-019 | L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿） |
| 1903 | （尿中）L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP） | 66 | 210 | 尿・糞便 | D001-019 | L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿） |
| 0053 | LAP（ロイシンアミノペプチダーゼ） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP） |
| 0051 | LD（LDH・乳酸脱水素酵素） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 乳酸デヒドロゲナーゼ（LD） |
| 0206 | LD（LDH）アイソザイム | 2 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | LDアイソザイム |
| 0051 | LDH（LD・乳酸脱水素酵素） | 2 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 乳酸デヒドロゲナーゼ（LD） |
| 0206 | LDH（LD）アイソザイム | 2 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | LDアイソザイム |
| 2546 | LDLコレステロール | 11 | (18) | 生化Ⅰ | D007-004 | LDL-コレステロール |
| 0343 | LH（黄体形成ホルモン） | 25 | (105) | 生化Ⅱ | D008-012 | 黄体形成ホルモン（LH） |
| 2872 | （抗）LKM-1抗体 | 59 | 215 | 免疫 | D014-028 | 抗LKM-1抗体 |
| 7711 | LLA（白血球・リンパ腫解析検査）CD45ゲーティング | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 2387 | Lp（a）〔リポ蛋白（a）〕 | 14 | 107 | 生化Ⅰ | D007-027 | リポ蛋白（a） |
| 1633 | LRG（ロイシンリッチα2グリコプロテイン） | 61 | 268 | 生化Ⅰ | D007-057 | ロイシンリッチα2グリコプロテイン |

| M 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7235 | M2BPGi →Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体 | 66 | 194 | 生化Ⅰ | D007-050 | Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体 |
| 7235 | Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体（M2BPGi） | 66 | 194 | 生化Ⅰ | D007-050 | Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体 |
| 2779 | MAC-PCR（抗酸菌群核酸増幅検査） | 130 | 421 | 微生物 | D023-016 | マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出 |
| 0028 | MAC抗体 →抗MAC抗体（抗酸菌抗体定性） | 48 | 116 | 免疫 | D012-018 | 抗酸菌抗体定性 |
| 7244 | Major BCR::ABL1 IS | 113 | 2520 | 遺・染色 | D006-3-1 | BCR-ABL1<br>1 Major BCR-ABL1（mRNA定量（国際標準値）） |
| 2934 | Major BCR-ABL1 mRNA定性 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| 8488 | Major BCR-ABL1 mRNA定量 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| M 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2416 | MAST36（特異的IgE） | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| | Mb（ミオグロビン） | 65 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | ミオグロビン定量 |
| 2536 | MBP（ミエリン塩基性蛋白） | 64 | 570 | 尿・糞便 | D004-012 | ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液） |
| 0508 | MCH（平均赤血球血色素量）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 0509 | MCHC（平均赤血球血色素濃度）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 0507 | MCV（平均赤血球容積）→血液一般検査 | 101 | | | | （赤血球恒数） |
| 7714 | （抗）MDA5抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗MDA5抗体 |
| 1003 | MDA-LDL（酸化LDL） | 11 | 194 | 生化Ⅰ | D007-050 | マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA-LDL） |
| | Mg（マグネシウム） | 16 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | マグネシウム |
| 7716 | （抗）Mi-2抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗Mi-2抗体 |
| 1398 | minor BCR-ABL1 mRNA定性 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| 8489 | minor BCR-ABL1 mRNA定量 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| 7712 | MLA（悪性リンパ腫解析検査）CD45ゲーティング | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| 2707 | MMP-3（マトリックスメタロプロテイナーゼ-3） | 55 | 116 | 免疫 | D014-009 | マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） |
| | Mn（マンガン） | 19 | (27) | 生化Ⅰ | D007-008 | マンガン（Mn） |
| 2478 | MPO-ANCA（抗好中球細胞質抗体・P-ANCA） | 60 | 251 | 免疫 | D014-032 | 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA） |
| 2246 | MuSK抗体 →抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 | 60 | 1000 | 免疫 | D014-047 | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 |

| N 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Na（ナトリウム） | 15 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | ナトリウム及びクロール |
| 0062 | NAG（N-アセチルグルコサミニダーゼ） | 4 | 41 | 尿・糞便 | D001-005 | N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿） |
| 2041 | NCC-ST-439 | 77 | (112) | 生化Ⅱ | D009-006 | NCC-ST-439 |
| 7432 | NEFA（遊離脂肪酸） | 11 | 59 | 生化Ⅰ | D007-019 | 遊離脂肪酸 |
| 0110 | $NH_3$（アンモニア） | 6 | 50 | 生化Ⅰ | D007-016 | アンモニア |
| 2306 | NK細胞活性 | 116 | | | | |
| 0460 | NSE（神経特異エノラーゼ） | 75 | (142) | 生化Ⅱ | D009-014 | 神経特異エノラーゼ（NSE） |
| 2593 | NT-proBNP（ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント） | 38 | (136) | 生化Ⅱ | D008-020 | 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP） |
| 1850 | NTX（Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド） | 30 | (156) | 生化Ⅱ | D008-025 | Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX） |
| 0062 | N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG） | 4 | 41 | 尿・糞便 | D001-005 | N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿） |
| 0353 | N-メチルホルムアミド | 21 | | | | |

| P 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0432 | P（プロゲステロン） | 35 | (143) | 生化Ⅱ | D008-022 | プロゲステロン |
| 0433 | $P_2$（プレグナンジオール） | 35 | (213) | 生化Ⅱ | D008-043 | プレグナンジオール |
| 0434 | $P_3$（プレグナントリオール） | 35 | (232) | 生化Ⅱ | D008-048 | プレグナントリオール |
| 2527 | （抗）p53抗体 | 77 | (163) | 生化Ⅱ | D009-022 | 抗p53抗体 |
| 0679 | P-Ⅲ-P（プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド） | 66 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P） |
| 0271 | PABA排泄率（PFD） | 23 | 100 | | D289-001 | その他の機能テスト　1 膵機能テスト（PFDテスト） |
| 0616 | PAIgG（血小板関連IgG） | 61 | 190 | 免疫 | D011-006 | 血小板関連IgG（PA-IgG） |
| 2478 | P-ANCA（抗好中球細胞質抗体・MPO-ANCA） | 60 | 251 | 免疫 | D014-032 | 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA） |
| 0573 | PAS染色 | 102 | 頁参照 | | | |
| | Pb（鉛） | 18 | | | | |
| | PD-L1（22C3） | 139 | 2700 | 病理 | N005-3 | PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 |
| | PD-L1（SP142） | 139 | 2700 | 病理 | N005-3 | PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 |
| 0271 | PFD（PABA排泄率） | 23 | 100 | | D289-001 | その他の機能テスト　1 膵機能テスト（PFDテスト） |
| 0608 | PF-4（血小板第4因子） | 108 | (173) | 血液 | D006-025 | 血小板第4因子（PF4） |
| 7155 | PG（ペプシノゲン） | 4 | | | | |
| | PgR →プロゲステロンレセプター（PgR）［組織］ | 139 | 690 | 病理 | N002-002 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　プロジェステロンレセプター |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。



| P 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0190 | PHAによるリンパ球幼若化検査 | 118 | 345 | 免疫 | D016-007 | リンパ球刺激試験（LST） 1薬剤 |
| 2025 | PIC（α2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体） | 105 | (150) | 血液 | D006-021 | プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC） |
| 0552 | PIVKA-Ⅱ | 75 | (131) | 生化Ⅱ | D009-010 | PIVKA-Ⅱ定量 |
| 0098 | PL（リン脂質） | 11 | (15) | 生化Ⅰ | D007-002 | リン脂質 |
| 2223 | PLA2 →膵ホスホリパーゼA2（膵PLA2） | 2 | 204 | 生化Ⅰ | D007-051 | ホスフォリパーゼA2（PLA2） |
| 0506 | PLT（血小板数） →血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 2215 | PML-RARA t(15;17)転座 | 111 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| | PML-RARA mRNA定性 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| 1334 | PML-RARA mRNA定量 | 113 | 2100 | 遺・染色 | D006-2 | 造血器腫瘍遺伝子検査 |
| 0560 | P-O染色（ペルオキシダーゼ染色） | 102 | 頁参照 | | | |
| 2477 | PR3-ANCA（抗好中球細胞質抗体・C-ANCA） | 60 | 252 | 免疫 | D014-033 | 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA） |
| 0477 | PRA →レニン活性（PRA） | 37 | 100 | 生化Ⅱ | D008-008 | レニン活性 |
| 0348 | PRL（プロラクチン） | 25 | 98 | 生化Ⅱ | D008-006 | プロラクチン（PRL） |
| 2765 | ProGRP（ガストリン放出ペプチド前駆体） | 75 | (175) | 生化Ⅱ | D009-024 | ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP） |
| 2949 | PSA（前立腺特異抗原） | 76 | (121) | 生化Ⅱ | D009-009 | 前立腺特異抗原（PSA） |
| 2239 | PSA-ACT | 76 | (121) | 生化Ⅱ | D009-009 | 前立腺特異抗原（PSA） |
| 0497 | PSA F/T比 | 76 | (150) | 生化Ⅱ | D009-017 | 遊離型PSA比（PSA F/T比） |
| 0272 | PSP試験 | 23 | 150 | | D286 | 肝及び腎のクリアランステスト |
| 0582 | PT（プロトロンビン時間） | 104 | 18 | 血液 | D006-002 | プロトロンビン時間（PT） |
| 0489 | PTH-intact（副甲状腺ホルモンインタクト） | 29 | (161) | 生化Ⅱ | D008-029 | 副甲状腺ホルモン（PTH） |
| 2953 | PTHrP-intact（副甲状腺ホルモン関連蛋白intact） | 29 | (186) | 生化Ⅱ | D008-038 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP） |
| 2668 | P型アミラーゼ | 2 | 48 | 生化Ⅰ | D007-014 | アミラーゼアイソザイム |

| Q 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0182 | Q-Band →染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477+397 | 遺・染色 | D006-5-3 | 染色体検査（全ての費用を含む。）3 その他の場合<br>＊分染法加算あり＊ |
| 1931 | QFTゴールドプラス | 130 | 593 | 免疫 | D015-030 | 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 |

| R 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1316 | R2A培養 | 131 | | | | |
| 1260 | （大腸癌）RAS/BRAF変異解析 | 114 | 4000 | 遺・染色 | D004-2-001 | 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 |
| 0502 | RBC（赤血球数） →血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 2931 | RBP（レチノール結合蛋白） | 67 | 132 | 免疫 | D015-015 | レチノール結合蛋白（RBP） |
| 0505 | Ret（網状赤血球数） | 101 | 12 | 血液 | D005-002 | 網赤血球数 |
| 2129 | RF（リウマチ因子定量） | 55 | 30 | 免疫 | D014-002 | リウマトイド因子（RF）定量 |
| 0692 | Rh（D）式血液型 | 68 | 24 | 免疫 | D011-001 | Rh（D）血液型 |
| 2300 | Rh-Hr式血液型 | 68 | 148 | 免疫 | D011-003 | Rh（その他の因子）血液型 |
| 2400 | RLPコレステロール（レムナント様リポ蛋白コレステロール） | 11 | 174 | 生化Ⅰ | D007-044 | レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C） |
| 1221 | （抗）RNAポリメラーゼⅢ抗体 | 59 | (170) | 免疫 | D014-019 | 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 |
| 0676 | （抗）RNP抗体〔オクタロニー法〕 | 57 | (144) | 免疫 | D014-013 | 抗RNP抗体半定量 |
| 2735 | （抗）RNP抗体〔FEIA法〕 | 57 | (144) | 免疫 | D014-013 | 抗RNP抗体定量 |
| 0653 | RPR法定性 →梅毒定性 | 47 | 15 | 免疫 | D012-001 | 梅毒血清反応（STS）定性 |
| 0657 | RPR法定量 →梅毒定量 | 47 | 34 | 免疫 | D012-005 | 梅毒血清反応（STS）定量 |
| | RSウイルス〔CF法・NT法〕 | 88 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| S 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2776 | SAA（血清アミロイドA蛋白） | 65 | 47 | 免疫 | D015-006 | 血清アミロイドA蛋白（SAA） |
| 0462 | SCC抗原 | 75 | (101) | 生化Ⅱ | D009-004 | 扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原） |
| 1877 | （抗）Scl-70抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗Scl-70抗体半定量 |
| 2739 | （抗）Scl-70抗体〔FEIA法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗Scl-70抗体定量 |
| 0605 | SFMC（可溶性フィブリンモノマー複合体） | 105 | 93 | 血液 | D006-011 | フィブリンモノマー複合体定性 |
| 2526 | sIL-2R（可溶性IL-2レセプター） | 78 | (438) | 生化Ⅱ | D009-036 | 可溶性インターロイキン-2レセプター（sIL-2R） |
| 0199 | SLX（シアリルLe$^{X}$-i抗原） | 75 | (140) | 生化Ⅱ | D009-013 | シアリルLe$^{X}$-i抗原（SLX） |
| 0681 | SMA（抗平滑筋抗体） | 59 | | | | |
| | Sm-Ig（B細胞表面免疫グロブリン） | 116 | 155 | 免疫 | D016-001 | B細胞表面免疫グロブリン |
| 0899 | SMRP（可溶性メソテリン関連ペプチド） | 78 | (220) | 生化Ⅱ | D009-030 | 可溶性メソテリン関連ペプチド |
| 0677 | （抗）Sm抗体〔オクタロニー法〕 | 57 | (147) | 免疫 | D014-014 | 抗Sm抗体半定量 |
| 2736 | （抗）Sm抗体〔FEIA法〕 | 57 | (147) | 免疫 | D014-014 | 抗Sm抗体定量 |
| 2672 | SP-A（肺サーファクタントプロテインA） | 67 | 130 | 生化Ⅰ | D007-035 | 肺サーファクタント蛋白-A（SP-A） |
| 2026 | SPan-1 | 77 | (144) | 生化Ⅱ | D009-015 | SPan-1 |
| 2671 | SP-D（肺サーファクタントプロテインD） | 67 | 136 | 生化Ⅰ | D007-039 | 肺サーファクタント蛋白-D（SP-D） |
| 0738 | （抗）SS-A/Ro抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (161) | 免疫 | D014-018 | 抗SS-A/Ro抗体半定量 |
| 2737 | （抗）SS-A/Ro抗体〔FEIA法〕 | 58 | (161) | 免疫 | D014-018 | 抗SS-A/Ro抗体定量 |
| 0739 | （抗）SS-B/La抗体〔オクタロニー法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗SS-B/La抗体半定量 |
| 2738 | （抗）SS-B/La抗体〔FEIA法〕 | 58 | (157) | 免疫 | D014-016 | 抗SS-B/La抗体定量 |
| 0668 | （抗）ss-DNA抗体　IgG | 57 | 159 | 免疫 | D014-017 | 抗DNA抗体定量 |
| 0669 | （抗）ss-DNA抗体　IgM | 57 | | | | |
| 2217 | STN（シアリルTn抗原） | 77 | (146) | 生化Ⅱ | D009-016 | シアリルTn抗原（STN） |

| T 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0361 | $T_3$（トリヨードサイロニン） | 27 | 99 | 生化Ⅱ | D008-007 | トリヨードサイロニン（$T_3$） |
| 0364 | $T_4$（サイロキシン） | 27 | 105 | 生化Ⅱ | D008-011 | サイロキシン（$T_4$） |
| 2619 | TARC（Th2ケモカイン） | 71 | 179 | 免疫 | D015-018 | TARC |
| 2027 | TAT（トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体） | 105 | (171) | 血液 | D006-024 | トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT） |
| | TB（結核菌）薬剤感受性検査 | 129 | 400 | 微生物 | D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） |
| 0101 | TBA（総胆汁酸） | 13 | 47 | 生化Ⅰ | D007-013 | 胆汁酸 |
| 0366 | TBG（サイロキシン結合グロブリン） | 27 | (130) | 生化Ⅱ | D008-018 | サイロキシン結合グロブリン（TBG） |
| 0043 | T-Bil（総ビリルビン） | 8 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総ビリルビン |
| 2744 | TB-PCR（結核菌群核酸増幅検査） | 130 | 410 | 微生物 | D023-014 | 結核菌群核酸検出 |
| 0091 | T-ch（総コレステロール） | 11 | (17) | 生化Ⅰ | D007-003 | 総コレステロール |
| 0712 | Tf（トランスフェリン） | 66 | 60 | 免疫 | D015-007 | トランスフェリン（Tf） |
| 0367 | Tg（サイログロブリン） | 27 | (128) | 生化Ⅱ | D008-016 | サイログロブリン |
| 0095 | TG（中性脂肪） | 11 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 中性脂肪 |
| 0368 | TgAb（抗サイログロブリン抗体） | 27 | (136) | 免疫 | D014-010 | 抗サイログロブリン抗体 |
| 7511 | Th1/Th2（IFN-γ x IL-4/CD4） | 116 | | | | |
| 2619 | Th2ケモカイン →TARC | 71 | 179 | 免疫 | D015-018 | TARC |
| 0147 | TIBC（総鉄結合能） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総鉄結合能（TIBC）（比色法） |
| 7718 | （抗）TIF1-γ抗体 | 59 | (270) | 免疫 | D014-037 | 抗TIF1-γ抗体 |
| 1532 | total P1NP（Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド） | 29 | (160) | 生化Ⅱ | D008-028 | Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PⅠNP） |
| 0001 | TP（総蛋白） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 総蛋白 |
| 2550 | tPA･PAI-1複合体（トータルPAI-1） | 106 | (240) | 血液 | D006-032 | tPA･PAI-1複合体 |
| 0656 | TPHA法定性 →梅毒定性 | 47 | 32 | 免疫 | D012-004 | 梅毒トレポネーマ抗体定性 |
| 0660 | TPHA法定量 →梅毒定量 | 47 | 53 | 免疫 | D012-006 | 梅毒トレポネーマ抗体定量 |
| 2732 | TPO抗体 →抗甲状腺ペルオオキシダーゼ抗体（抗TPO抗体） | 27 | (138) | 免疫 | D014-011 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 |
| 1638 | TRAb定量（TSHレセプター抗体定量） | 27 | 214 | 免疫 | D014-027 | 抗TSHレセプター抗体（TRAb） |
| 2723 | TRACP-5b（骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ） | 30 | (156) | 生化Ⅱ | D008-025 | 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b） |

# 検査項目索引（アルファベット）

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。




| T 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2723 | TRAP-5b →TRACP-5b | 30 | (156) | 生化Ⅱ | D008-025 | 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b） |
| 2933 | TSAb（TSH刺激性レセプター抗体・甲状腺刺激抗体） | 27 | 330 | 免疫 | D014-040 | 甲状腺刺激抗体（TSAb） |
| 0358 | TSH（甲状腺刺激ホルモン） | 25 | 98 | 生化Ⅱ | D008-006 | 甲状腺刺激ホルモン（TSH） |
| 2933 | TSH刺激性レセプター抗体（TSAb・甲状腺刺激抗体） | 27 | 330 | 免疫 | D014-040 | 甲状腺刺激抗体（TSAb） |
| 1638 | TSHレセプター抗体定量（TRAb定量） | 27 | 214 | 免疫 | D014-027 | 抗TSHレセプター抗体（TRAb） |
| 0740 | T-SPOT.TB（インターフェロン-γ遊離試験） | 130 | 593 | 免疫 | D015-030 | 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 |
| | Two-color解析によるリンパ球表面マーカー検査 | 116 | | | | |
| 0194 | T細胞百分率 B細胞百分率 | 116 | 193 | 免疫 | D016-003 | T細胞・B細胞百分率 |

| U 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | UA（尿酸） | 6 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 尿酸 |
| 1464 | ucOc（低カルボキシル化オステオカルシン） | 29 | (154) | 生化Ⅱ | D008-024 | 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC） |
| 0148 | UIBC（不飽和鉄結合能） | 18 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法） |
| | UN（尿素窒素） | 6 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | 尿素窒素 |

| V 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7300 | View アレルギー39 | 71 | 1430 | 免疫 | D015-013 | 特異的IgE半定量・定量 |
| 1139 | VMA定性 | 33 | 9 | 尿・糞便 | D001-002 | VMA定性（尿） |
| | VMA定量（バニリルマンデル酸） | 33 | 90 | 生化Ⅱ | D008-004 | バニールマンデル酸（VMA） |
| 0598 | vWf（フォン・ウィルブランド因子活性.リストセチンコファクター） | 108 | (126) | 血液 | D006-014 | von Willebrand因子（VWF）活性 |
| 0959 | VZV（水痘・帯状）疱疹ウイルス〔CF法〕 | 91 | 79 | 免疫 | D012-011 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） |
| | VZV（水痘・帯状）疱疹ウイルス IgG,IgM〔EIA法〕 | 91 | 200 | 免疫 | D012-044 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） |
| 2353 | VZV（水痘・帯状）疱疹ウイルスDNA定性 | 96 | | | | |
| 2697 | VZV（水痘・帯状）疱疹ウイルスDNA定量 | 96 | 450 | 微生物 | D023-017 | 単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 |

| W 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0501 | WBC（白血球数）→血液一般検査 | 101 | 21 | 血液 | D005-005 | 末梢血液一般検査 |
| 1278 | whole-PTH（副甲状腺ホルモン） | 29 | (161) | 生化Ⅱ | D008-029 | 副甲状腺ホルモン（PTH） |
| 0089 | WT1 mRNA定量 | 113 | 2520 | 遺・染色 | D006-9 | WT1 mRNA |

| X 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1655 | X染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |

| Y 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1656 | Y染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477 | 遺・染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |

| Z 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zn（亜鉛） | 18 | 132 | 生化Ⅰ | D007-037 | 亜鉛（Zn） |

## ●ギリシャ文字

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| α 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2006 | α-フェトプロテイン定量（AFP定量） | 75 | (98) | 生化Ⅱ | D009-002 | α-フェトプロテイン（AFP） |
| 0706 | α1-AT（α1-アンチトリプシン） | 65 | 80 | 血液 | D006-010 | α1-アンチトリプシン |
| | α1MG（α1-マイクログロブリン） | 67 | 129 | 免疫 | D015-014 | α1-マイクログロブリン |
| 0706 | α1-アンチトリプシン（α1-AT） | 65 | 80 | 血液 | D006-010 | α1-アンチトリプシン |
| | α1-マイクログロブリン（α1MG） | 67 | 129 | 免疫 | D015-014 | α1-マイクログロブリン |
| 0710 | α2-M（α2-マクログロブリン） | 67 | (138) | 血液 | D006-017 | α2-マクログロブリン |
| 0590 | α2-プラスミンインヒビター（アンチプラスミン） | 105 | (128) | 血液 | D006-016 | プラスミンインヒビター（アンチプラスミン） |
| 0710 | α2-マクログロブリン（α2-M） | 67 | (138) | 血液 | D006-017 | α2-マクログロブリン |
| 2025 | α2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体（PIC） | 105 | (150) | 血液 | D006-021 | プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC） |

| β 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9109 | β-D-グルカン →(1→3)-β-D-グルカン | 49 | 195 | 免疫 | D012-042 | (1→3)-β-D-グルカン |
| 0607 | β-TG（β-トロンボグロブリン） | 108 | (171) | 血液 | D006-024 | β-トロンボグロブリン（β-TG） |
| 0607 | β-トロンボグロブリン（β-TG） | 108 | (171) | 血液 | D006-024 | β-トロンボグロブリン（β-TG） |
| 0715 | β1C/β1Aグロブリン（C3） | 64 | 70 | 免疫 | D015-008 | C3 |
| 0716 | β1Eグロブリン（C4） | 64 | 70 | 免疫 | D015-008 | C4 |
| | β2-マイクログロブリン（BMG） | 67 | 98 | 免疫 | D015-010 | β2-マイクログロブリン |

| γ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0052 | γ-GT（γ-GTP） | 1 | (11) | 生化Ⅰ | D007-001 | γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT） |
| 0463 | γ-Sm（γ-セミノプロテイン） | 76 | (192) | 生化Ⅱ | D009-028 | γ-セミノプロテイン（γ-Sm） |
| | γ-アミノ酪酸（GABA） | 6 | 279 | 生化Ⅱ | D010-004 | アミノ酸　1種類につき |
| 0463 | γ-セミノプロテイン（γ-Sm） | 76 | (192) | 生化Ⅱ | D009-028 | γ-セミノプロテイン（γ-Sm） |

| δ 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0248 | δ-アミノレブリン酸（δ-ALA） | 8 | 106 | 尿・糞便 | D001-011 | δアミノレブリン酸（δ-ALA）（尿） |

# 検査項目索引（数　字）

## ●数字

＊コード欄が空欄の検査項目は、項目コードが2種類以上ございますので、該当ページを御確認下さい。

| 数字 項目コード | 検査項目 | 頁 | 実施点数 | 判断区分 | 診療報酬区分 | 保険収載名称（レセプト名称） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9109 | (1→3)β-D-グルカン | 49 | 195 | 免疫 | D012-042 | (1→3)-β-D-グルカン |
| 1979 | 1･1･1-トリクロルエタン（総三塩化物） | 21 | | | | |
| 1978 | 1･1･1-トリクロルエタン（トリクロル酢酸） | 21 | | | | |
| 2282 | 1,25-(OH)2ビタミンD（活性型） | 17 | 388 | 生化Ⅰ | D007-063 | 1,25-ジヒドロキシビタミンD3 |
| 2187 | 1,5AG（1,5-アンヒドロ-D-グルシトール） | 9 | 80 | 生化Ⅰ | D007-021 | 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG） |
| 2187 | 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG） | 9 | 80 | 生化Ⅰ | D007-021 | 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG） |
| 0411 | 11-OHCS | 32 | 60 | 生化Ⅱ | D008-002 | 11-ハイドロキシコルチコステロイド（11-OHCS） |
| | 13染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| | 15染色体（アンジェルマン症候群）〔先天異常〕 | 110 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 0363 | 15染色体（プラダーウイリ症候群）〔先天異常〕 | 110 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| | 17染色体（ミラーディカー症候群）〔先天異常〕 | 110 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| | 18染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 0354 | 2,5-ヘキサンジオン | 21 | | | | |
| 2794 | 21染色体〔先天異常〕 | 109 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2831 | 22染色体（22q11欠失）〔先天異常〕 | 110 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 0258 | 25-OHビタミンD［くる病］ | 17 | 117 | 生化Ⅰ | D007-031 | 25-ヒドロキシビタミン |
| 1203 | 25OHビタミンD［骨粗鬆症］ | 17 | 117 | 生化Ⅰ | D007-031 | 25-ヒドロキシビタミン |
| | 5-HIAA（5-ハイドロキシインドール酢酸） | 33 | 95 | 生化Ⅱ | D008-005 | 5-ハイドロキシインドール酢酸（5-HIAA） |
| 1500 | 5-S-システイニルドーパ（5-S-CD） | 78 | | | | |
| | 5-ハイドロキシインドール酢酸（5-HIAA） | 33 | 95 | 生化Ⅱ | D008-005 | 5-ハイドロキシインドール酢酸（5-HIAA） |
| 1346 | 7AAD解析（悪性リンパ腫解析検査） | 117 | 1940 | 血液 | D005-015 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） |
| | 7染色体（ウイリアムス症候群）〔先天異常〕 | 110 | 2477 | 遺･染色 | D006-5-1 | 染色体検査（全ての費用を含む。）1 FISH法を用いた場合 |
| 2966 | ⅠCTP →Ⅰ型コラーゲンC末端テロペプチド | 78 | 腫管 | | B001-003 | 悪性腫瘍特異物質治療管理料　その他のもの |
| 2966 | Ⅰ型コラーゲンC末端テロペプチド（ⅠCTP） | 78 | 腫管 | | B001-003 | 悪性腫瘍特異物質治療管理料　その他のもの |
| 1850 | Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX） | 30 | (156) | 生化Ⅱ | D008-025 | Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX） |
| 1532 | Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（total P1NP） | 29 | (160) | 生化Ⅱ | D008-028 | Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PⅠNP） |
| 0384 | Ⅳ型コラーゲン | 66 | 131 | 生化Ⅰ | D007-036 | Ⅳ型コラーゲン |
| 2115 | Ⅳ型コラーゲン･7S | 66 | 148 | 生化Ⅰ | D007-042 | Ⅳ型コラーゲン･7S |
| 1739 | （尿中）Ⅳ型コラーゲン | 66 | 184 | 尿･糞便 | D001-015 | Ⅳ型コラーゲン（尿） |
| 0594 | Ⅱ（2）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0595 | Ⅴ（5）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0596 | Ⅶ（7）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0597 | Ⅷ（8）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0599 | Ⅸ（9）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0600 | Ⅹ（10）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0601 | XI（11）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0602 | XII（12）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |
| 0603 | XIII（13）因子（凝固因子活性） | 107 | (223) | 血液 | D006-029 | 凝固因子（Ⅰ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,XIII） |

# 診療報酬算定条件（2024年6月1日改訂）

## ■尿・糞便検査

| D000 尿中一般物質定性半定量検査 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 区分 | 検査項目名 | 新 | 旧 | 算定条件 |
| | 尿中一般物質定性半定量検査 | 26 | | (1) 検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。<br>(2) 尿中一般物質定性半定量検査<br>ア. 尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、1回につき所定点数により算定する。<br>イ. 尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。<br>(イ) 比重 (ロ) pH (ハ) 蛋白定性 (ニ) グルコース (ホ) ウロビリノゲン (ヘ) ウロビリン定性 (ト) ビリルビン (チ) ケトン体 (リ) 潜血反応 (ヌ) 試験紙法による尿細菌検査（亜硝酸塩）(ル) 食塩 (ヲ) 試験紙法による白血球検査（白血球エステラーゼ）(ワ) アルブミン<br>(3) 尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる |
| (注) 当該保健医療機関内で検査を行った場合に算定すする。 | | | | |

| D001 尿中特殊物質定半定量検査 | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 尿蛋白 | 7 | |
| 2 | VMA定性（尿） | 9 | |
| | 尿グルコース | 9 | |
| 3 | ウロビリノゲン（尿） | 16 | |
| | 先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿） | 16 | 「3」の先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）とは、次に掲げる物質の定性半定量検査及び反応検査をいう。<br>(ア) 塩化鉄（Ⅲ）反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）<br>(イ) 酸性ムコ多糖類<br>(ウ)システィン、シスチン等のSH化合物<br>(エ)ヒスチジン定性<br>(オ)メチルマロン酸<br>(カ) Millon反応<br>(キ)イサチン反応<br>(ク)Benedict反応 |
| | 尿浸透圧 | 16 | |
| 4 | ポルフィリン症スクリーニングテスト（尿） | 17 | 「4」のポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）として、Watson-Schwartz反応、Rimington反応又はDeanand Barnes反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。 |
| 5 | Nーアセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿） | 41 | |
| 6 | アルブミン定性（尿） | 49 | |
| 7 | 黄体形成ホルモン（LH）定性（尿） | 72 | |
| | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿） | 72 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | トランスフェリン（尿） | 98 | 101 | 「8」のトランスフェリン（尿）、「9」のアルブミン定量（尿）及び「15」のⅣ型コラーゲン（尿）は、糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 9 | アルブミン定量（尿） | 99 | | |
| 10 | トリプシノーゲン2(尿) | 105 | | ア「10」のトリプシノーゲン2（尿）は、免疫クロマト法により測定した場合に算定する。この場合、急性膵炎を疑う医学的根拠について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。イ「10」のトリプシノーゲン2（尿）と、区分番号「D007」血液化学検査の「1」アミラーゼ、「6」リパーゼ、「14」アミラーゼアイソザイム、「49」トリプシン又は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「8」エラスターゼ1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。 |
| | ウロポルフィリン（尿） | 105 | | |
| 11 | δアミノレプリン酸（δ－ALA）（尿） | 106 | 109 | |
| 12 | ポリアミン（尿） | 115 | | |
| 13 | ミオイノシトール（尿） | 120 | | 「13」ミオイノシトール（尿）は、空腹時血糖が110mg/dl以上、126mg/dl未満の患者に対し、耐糖尿病性能診断の補助として、尿中のミオイノシトールを測定した場合に、1年に1回に限り算定出来る。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は算定できない。 |
| 14 | コプロポルフィリン(尿) | 131 | | |
| 15 | Ⅳ型コラーゲン(尿) | 184 | | 「9」アルブミン定量（尿）と算定条件同じ |
| 16 | 総ヨウ素(尿) | 186 | | |
| | ポルフォビリノゲン(尿) | 186 | 191 | |
| 17 | プロスタグランジンE主要代謝物(尿) | 187 | － | ア　プロスタグランジンE主要代謝物（尿）は、潰瘍性大腸炎の患者の病態把握の補助を目的として、尿を検体とし、CLEIA法により測定した場合は、本区分の「8」アルブミン定量（尿）及び区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査「3」HBs抗原、HBs抗体を合算した所定点数を準用して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。<br>イ　潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、区分番号「D003」糞便検査の「9」カルプロテクチン（糞便）、区分番号「D007」血液化学検査の「57」ロイシンリッチα2グリコプロテイン又は区分番号「D313」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 18 | シュウ酸(尿) | 200 | | 「18」のシュウ酸（尿）は、再発性尿路結石症の患者に対して、キャピラリー電気泳動法により行った場合に、原則として1 年に1 回に限り算定する。 |
| 19 | L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿） | 210 | | 「19」L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)は、原則として、3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 |
| | 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)尿 | 210 | | ア　「19」の好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、ＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時においては１回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき３回を限度として算定する。なお、医学的必要性からそれ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。<br>イ　「19」の好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）と「19」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 20 | 尿の蛋白免疫学的検査区分番号D015に掲げる血漿蛋白免役学的検査の例により算定した点数 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 21 | その他　検査の種類の区別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析のの例により算定した点数 | (11)同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する<br>(12) 蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「21」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」尿・糞便等検査判断料を算定する。 |
| （注） | 区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査。区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊附分析の所定点数をを準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。 | |

| D002 | 尿沈渣(鏡検法) | | |
|---|---|---|---|
| | 尿沈渣(鏡検法) | 27 | ①尿沈渣(鏡検法)の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査のすべての費用を含む。<br>②尿沈渣(鏡検法)は、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D001」尿中特種物質定性定量検査において、何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。<br>③尿沈渣(鏡検法)は、当該検査対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定出来るものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき、当該保険医療機関内で実施された検査についてその結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。<br>④尿路疾患が強く疑われる患者について、診療所が 尿沈渣(鏡検法)を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後4時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。<br>⑤ 当該検査と区分番号「D002－2」尿沈渣(フローサイトメトリー法)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| （注1） | 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲浸出物または分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は主たる検査の所定点数のみ算定する。 | | |
| （注2） | 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。 | | |
| （注3） | 染色標本による検査を行った場合は、9点を加算する。 | | |

| D002-2 尿沈渣(フローサイトメトリー法) | | | |
|---|---|---|---|
| | 尿沈渣(フローサイトメトリー法) | 24 | (1) 本測定は区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。<br>(2) 本検査と区分番号「D002」尿沈渣(鏡検法)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| （注1） | 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲浸出物または分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は主たる検査の所定点数のみ算定する。 | | |
| （注2） | 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。 | | |

| D003 | 糞便検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 虫卵検出(集卵法)(糞便) | 15 | | |
| | ウロビリン(糞便) | 15 | | |
| 2 | 糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む) | 20 | | 糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。 |
| 3 | 虫体検出(糞便) | 23 | | |
| 4 | 糞便中脂質 | 25 | | |
| 5 | 糞便中ヘモグロビン定性 | 37 | | ヘモグロビン検査を免役クロマト法にて行った場合は、「5」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。 |
| 6 | 虫卵培養(糞便) | 40 | | |
| 7 | 糞便中ヘモグロビン | 41 | | ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「7」の糞便中ヘモグロビンにより算定する。 |
| 8 | 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量 | 56 | | |
| 9 | カルプロテクチン(糞便) | 268 | 270 | 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、ＦＥＩＡ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。<br>イ 本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ＥＬＩＳＡ法又はＦＥＩＡ法により測定した場合に、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。<br>ウ 慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |

| D004 | 穿刺液・採取液検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ヒューナー検査 | 20 | | |
| 2 | 関節液検査 | 50 | | 「2」の関節液検査については、関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき1回に限り算定する。なお、当該検査と区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 3 | 胃液又は十二指腸液一般検査 | 55 | | 「3」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレット反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる |
| 4 | 髄液一般検査 | 62 | | 「4」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒブロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。 |
| 5 | 精液一般検査 | 70 | | 「5」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる |
| 6 | 頸管粘液一般検査 | 75 | | 「6」の頸管粘液一般検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腟上皮細胞等）等の費用が含まれる |
| 7 | 顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液） | 100 | | 「7」の顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）は、フロースルー免疫測定法（赤色ラテックス着色法）により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する |
| | IgE定性（涙液） | 100 | | 「7」のIgE定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月1回に限り算定できる |
| 8 | 顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液） | 116 | 119 | 「8」の顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 | マイクロバブルテスト | 200 | | 「9」のマイクロバブルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に1回に限り算定できる |
| 10 | IgGインデックス | 390 | 402 | 「10」のIgG インデックス、「11」のオリゴクローナルバンド及び「12」のミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。 |
| 11 | オリゴクローナルバンド | 522 | | 「10」のIgG インデックス、「11」のオリゴクローナルバンド及び「12」のミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。 |
| 12 | ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液) | 570 | | 「10」のIgG インデックス、「11」のオリゴクローナルバンド及び「12」のミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。 |
| 13 | リン酸化タウ蛋白(髄液) | 622 | | 「13」のリン酸化タウ蛋白(髄液)は、認知症の診断を目的に、1患者につき1回に限り算定する。 |
| 14 | タウ蛋白(髄液) | 641 | | 「14」のタウ蛋白(髄液)は、クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、1患者につき1回に限り算定する。 |
| 15 | アミロイドβ42/40比(髄液) | 1,282 | － | 「アミロイドβ42/40 比(髄液)」は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、患者1人につき1回に限り算定する。<br>「アミロイドβ42/40 比(髄液)」は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。<br><br>ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。<br>イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。<br>ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与対象患者及びレカネマブ(遺伝子組換え)製剤による治療に関する研修を修了していること。「アミロイドβ42/40 比(髄液)」は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。<br>ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。<br>イ レカネマブ(遺伝子組換え)製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。「アミロイドβ42/40 比(髄液)」は、上記のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。 |
| 16 | 髄液蛋白免疫学的検査<br>区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数 | | | |
| 17 | 髄液塗抹染色標本検査<br>区分番号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例により算定した点数 | | | |
| 18 | その他<br>検査の種類の別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数 | | | 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。 |
| | (注)区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。 | | | |

| D004-2 悪性腫瘍組織検査 | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 悪性腫瘍遺伝子検査 | | (1)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合にあっても、別に1回に限り算定できる。<br>早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、K－ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | イ 処理が容易なもの | | |
| | (1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの | 2,500 | (2)「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR－rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。<br>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）、METex14遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）<br>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査<br>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査<br>エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査<br>オ 濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査 |
| | (2) その他のもの | 2,100 | (3)「1」の「イ」の「(2)」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。<br>ア 肺癌におけるK－ras遺伝子検査<br>イ 膵癌におけるK－ras遺伝子検査<br>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－Fli1遺伝子検査、TLS－CHOP遺伝子検査、SYT－SSX遺伝子検査<br>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc－kit遺伝子検査<br>オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査<br>カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K－ras遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合に限る。） |
| | ロ 処理が複雑なもの | 5,000 | (4)「1」の「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。<br>ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシング）、METex14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）、RET融合遺伝子検査<br>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）<br>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査<br>エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査 |
| | 注1) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、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。 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | イ　２項目 | 4,000 | (5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「1」の「イ」処理が容易なものと「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、「注1」及び「注2」の規定に基づき、それぞれの検査の項目数に応じた点数を合算した点数により算定する。<br>(6)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>(7)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006－14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006－16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>(8) 肺癌において、「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査(「1」の「イ」の「(2)」その他のものにより算定する場合も含む。)と区分番号「D006－12」EGFR遺伝子検査(血漿)を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>(9) 肺癌において、「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査と区分番号「N002」の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005－2」ALK融合遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>(10) 乳癌において、「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のウに規定する乳癌におけるHER2遺伝子検査と区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>(11) 卵巣癌において、「1」の「ロ」処理が複雑なもののうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査と区分番号「D006－18」BRCA1／2遺伝子検査の「1」腫瘍細胞を検体とするものを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>(12) 次世代シーケンシングを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異に係る検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。<br>(13)「2」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、HDRA法又はCD-DST法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者１人につき1回に限り算定する。<br>(14) 当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。<br>(15) リンチ症候群の診断の補助を目的としてマイクロサテライト不安定性検査を行う場合でも、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる場合には「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものの所定点数を算定する。 |
| | ロ　３項目以上 | 6,000 | |
| | ハ　４項目以上 | 8,000 | |
| | 注2) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、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 | 8,000 | |
| | ロ　３項目以上 | 12,000 | |
| 2 | 抗悪性腫瘍剤感受性検査 | 2,500 | (4)「2」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、HDRA法又はCD-DST法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者１人につき1回に限り算定する。<br>(5) 当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。 |

## ■血液学的検査

| D005 | 血液形態・機能検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 赤血球沈降速度(ESR) | 9 | 「1」の赤血球沈降速度(ESR)は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。 |
| | (注) 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 網赤血球数 | 12 | |
| | 血液浸透圧 | 15 | |
| | 好酸球（鼻汁・喀痰） | 15 | |
| 3 | 末梢血液像（自動機械法） | 15 | 同一検体について、「4」の好酸球数及び「3」の末梢血液像（自動機械法）又は「6」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。<br>「3」の末梢血液像（自動機械法）、「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「15」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の5分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。 |
| 4 | 好酸球数 | 17 | 同一検体について、「4」の好酸球数及び「3」の末梢血液像（自動機械法）又は「6」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。 |
| 5 | 末梢血液一般検査 | 21 | 「5」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値（Ht）、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。<br>「8」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分番号「D005」血液形態・機能検査の「5」の末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。 |
| 6 | 末梢血液像（鏡検法） | 25 | 同一検体について、「4」の好酸球数及び「3」の末梢血液像（自動機械法）又は「6」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。<br>「3」の末梢血液像（自動機械法）、「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「15」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の5分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。<br>「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。 |
| | （注）特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ　37点を加算する | | 「6」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。<br>ア　オキシダーゼ染色<br>イ　ペルオキシダーゼ染色<br>ウ　アルカリホスファターゼ染色<br>エ　パス染色<br>オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）<br>カ　超生体染色<br>キ　脂肪染色<br>ク　エステラーゼ染色 |
| 7 | 血中微生物検査 | 40 | |
| | DNA含有赤血球計数検査 | 40 | 「7」のDNA含有赤血球計数検査は、マラリアが疑われた患者に対して、マラリアの診断を目的として、多項目自動血球分析装置を用いてDNA含有感染赤血球の計数に基づく定性判定を実施した場合に算定する。ただし、マラリアの診断を目的として、血中微生物検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 8 | 赤血球抵抗試験 | 45 | 「8」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。<br>ア　シュガーウォーターテスト<br>イ　ハムテスト<br>ウ　クロスビーテスト<br>エ　パルパート法<br>オ　サンフォード法 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | ヘモグロビンA1C（HbA1C） | 49 | 「9」のヘモグロビンA1C（HbA1C）、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分　「22」の1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。 |
| 10 | 自己溶血試験 | 50 | |
| | 血液粘稠度 | 50 | |
| 11 | ヘモグロビンF（HbF） | 60 | |
| 12 | デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性 | 233 | 「12」のデオキシチミジンキナーゼ（TK）活性は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。 |
| 13 | ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT） | 250 | 「13」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。 |
| 14 | 骨髄像 | 788 | 「3」の末梢血液像（自動機械法）、「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の5分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。<br>「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。<br>「6」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。<br>ア　オキシダーゼ染色<br>イ　ペルオキシダーゼ染色<br>ウ　アルカリホスファターゼ染色<br>エ　パス染色<br>オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）<br>カ　超生体染色<br>キ　脂肪染色<br>ク　エステラーゼ染色 |
| | （注）特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ　　60点を加算する | | |
| 15 | 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき） | 1,940 | ア　「15」の造血器腫瘍細胞抗原検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。<br>イ　対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。<br>ウ　検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。 |

| D006 | 出血・凝固検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 出血時間 | 15 | 出血時間測定時の耳朶採血料は、「1」の出血時間の所定点数に含まれる。 |
| 2 | プロトロンビン時間（PT） | 18 | |
| 3 | 血餅収縮能 | 19 | |
| | 毛細血管抵抗試験 | 19 | |
| 4 | フィブリノゲン半定量 | 23 | |
| | フィブリノゲン定量 | 23 | |
| | クリオフィブリノゲン | 23 | |
| 5 | トロンビン時間 | 25 | |
| 6 | 蛇毒試験 | 28 | |
| | トロンボエラストグラフ | 28 | |
| | ヘパリン抵抗試験 | 28 | |
| 7 | 活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT） | 29 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | 血小板粘着能 | 64 | | |
| 9 | アンチトロンビン活性 | 70 | | |
| | アンチトロンビン抗原 | 70 | | |
| 10 | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性 | 80 | | |
| | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量 | 80 | | |
| | フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量 | 80 | | |
| | プラスミン | 80 | | |
| | プラスミン活性 | 80 | | |
| | α１－アンチトリプシン | 80 | | |
| 11 | フィブリンモノマー複合体定性 | 93 | | |
| 12 | プラスミノゲン活性 | 100 | | |
| | プラスミノゲン抗原 | 100 | | |
| | 凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験） | 100 | | 「12」の凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。 |
| 13 | Dダイマー定性 | 121 | 122 | |
| 14 | vonWillebrand因子（VWF）活性 | 126 | 129 | |
| 15 | Dダイマー | 127 | 130 | |
| 16 | プラスミンインヒビター（アンチプラスミン） | 128 | | |
| | Dダイマー半定量 | 128 | | |
| 17 | α２－マクログロブリン | 138 | | |
| 18 | PIVKA－Ⅱ | 143 | | 「18」のPIVKA－Ⅱは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。 |
| 19 | 凝固因子インヒビター | 144 | | 「19」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、それぞれの測定１回につきこの項で算定する。 |
| 20 | von Willebrand因子（VWF）抗原 | 147 | | 「20」のvon Willebrand因子（VWF）抗原は、SRID法、ロケット免疫電気泳動法等によるものである。 |
| 21 | プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC） | 150 | 154 | |
| 22 | プロテインS抗原 | 154 | 158 | |
| 23 | プロテインS活性 | 163 | | |
| 24 | β－トロンボグロブリン（β－TG） | 171 | 176 | |
| | トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT） | 171 | 176 | 「28」のフィブリンモノマー複合体、「24」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）及び「26」のプロトロンビンフラグメントF１＋２のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 25 | 血小板第４因子（PF4） | 173 | 178 | |
| 26 | プロトロンビンフラグメントF１＋２ | 192 | | 「28」のフィブリンモノマー複合体、「24」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）及び「26」のプロトロンビンフラグメントF１＋２のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 27 | トロンボモジュリン | 204 | | 「27」のトロンボモジュリンは、膠原病の診断若しくは経過観察又はDIC若しくはそれに引き続いて起こるMOF観察のために測定した場合のみ算定できる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28 | フィブリンモノマー複合体 | 215 | 221 | ア「28」のフィブリンモノマー複合体は、DIC、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。<br>イ「29」のフィブリンモノマー複合体、「24」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）及び「26」のプロトロンビンフラグメントF1＋2のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 29 | 凝固因子（第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子） | 223 | | |
| 30 | プロテインC抗原 | 226 | 232 | |
| 31 | プロテインC活性 | 227 | 234 | |
| 32 | tPA・PAI－1複合体 | 240 | | |
| 33 | ADAMTS13活性 | 400 | | ア「33」のADAMTS13 活性は、他に原因を認めない血小板減少を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。<br>イ 血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者またはその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内の場合には、1週間に1回に限り別に算定できる。なお、血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 34 | 血小板凝集能 | | | ア「34」の「イ」鑑別診断の補助に用いるものについては、先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合に、原則として患者1人につき1回に限り算定する。ただし、2回以上算定する場合は、その医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。イ 血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、「D005」血液形態・機能検査の「5」末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。 |
| | イ 鑑別診断の補助に用いるもの | 450 | － | |
| | ロ その他のもの | 50 | － | |
| 35 | ADAMTS13インヒビター | 1,000 | | ア「35」のADAMTS13 インヒビターは、ADAMTS13 活性の著減を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。<br>イ 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内の場合には、1週間に1回に限り別に算定できる。なお、後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| （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32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。 | | | |
| | 血液凝固包括（■包括部分） | | | |
| | イ　３項目又は４項目 | 530 | | |
| | ロ　５項目以上 | 722 | | |

## D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 造血器腫瘍遺伝子検査 | 2,100 | （1）造血器腫瘍遺伝子検査は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により行い、月1回を限度として算定できる。<br>（2）区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006－14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006－16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |
| | （注）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行われる場合に算定する。 | | |

## D006－3　BCR－ABL1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 Major BCR-ABL1(mRNA定量（国際標準値）) | | | | (1)「1」のMajor BCR－ABL1（mRNA定量（国際標準値））は、慢性骨髄性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として、リアルタイムRT－PCR法により測定した場合に限り算定できる。<br>(2)「2」のMajor BCR－ABL1（mRNA定量）は、フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として、リアルタイムRT－PCR法により測定した場合に限り算定できる。<br>(3)「3」のminor BCR－ABL mRNAは、フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の診断補助及び治療効果のモニタリングを目的として、リアルタイムRT－PCR法により測定した場合に限り算定できる。 |
| 1 | イ　診断の補助に用いるもの | 2,520 | － | |
| 2 | ロ　モニタリングに用いるもの | 2,520 | － | |
| 2 minor BCR-ABL1(mRNA定量) | | | | |
| 1 | イ　診断の補助に用いるもの | 2,520 | － | |
| 2 | ロ　モニタリングに用いるもの | 2,520 | － | |
| 3 minor BCR-ABL1 mRNA | | | | |
| 1 | イ　診断の補助に用いるもの | 2,520 | | |
| 2 | ロ　モニタリングに用いるもの | 2,520 | | |

## D006－4　遺伝学的検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 遺伝学的検査 | 3,880 | (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの<br>① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス<br>② 福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症<br>③ 栄養障害型表皮水疱症及び先天性QT延長症候群<br>イ PCR法による場合に算定できるもの<br>① 球脊髄性筋萎縮症<br>② ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌及び多発性内分泌腫瘍症1型<br>ウ ア、イ及びエ以外のもの<br>① 筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴<br>② フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（1型）、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症<br>③ メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP（LCHAD）欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離<br>エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの<br>① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群<br>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20 番染色体症候群、PCDH 19 関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36 欠失症候群、4p 欠失症候群、5p欠失症候群、第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2 欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 遺伝学的検査 | 3,880 | ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群　オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの　① TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症　② ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN－2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR－X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病／骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）／LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症　③ ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病<br>(2) 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29 年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23 年2月）を遵守すること。<br>(3) (1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(2)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、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（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。<br>(4) (1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 |
| 1 | 処理が安易なもの | 3,880 | 「1」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 |
| 2 | 処理が複雑なもの | 5,000 | 「2」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 |
| 3 | 処理が極めて複雑なもの | 8,000 | 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 |
| | (注 1)別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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行われる場合に算定する。 | | |
| | (注 2 )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、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。 | | |

## D006－5　染色体検査(全ての費用を含む)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FISH法を用いた場合 | 2,477 | 2,553 | (1) 染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。<br>(2) 染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、1回の算定とする。<br>(3)「1」のFISH法を用いた場合については、患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で検査を行った場合に、患者の診断の確定までの間に3回に限り算定する。<br>(4)「2」の流産検体を用いた絨毛染色体検査については、自然流産の既往のある患者であって、流産手術を行った者に対して、流産検体を用いたギムザ分染法による絨毛染色体検査を実施した場合に算定できる。 |
| 2 | 2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合 | 4,603 | － | |
| 3 | その他の場合 | 2,477 | 2,553 | |
| | (注 1) 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。<br>(注 2) 2については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、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行う場合に限り算定する。 | | | |

## D006－6　免疫関連遺伝子再構成

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 免疫関連遺伝子再構成 | 2,373 | (1) 免疫関連遺伝子再構成は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、6月に1回を限度として算定できる。<br>(2) 区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006－14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006－16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |

## D006－7　UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

| | | | |
|---|---|---|---|
| | UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型 | 2,004 | UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベーダー法により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。 |

## D006－8　サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出

| | | | |
|---|---|---|---|
| | サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出 | 2,400 | サイトケラチン19(KRT19)mRNA検出は、視触診等による診断又は術前の画像診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌又は大腸癌患者に対して、摘出された乳癌、胃癌又は大腸癌所属リンパ節中のサイトケラチン19(KRT19)mRNAの検出によるリンパ節転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、OSNA(One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。 |

## D006－9　WT1 mRNA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | WT1 mRNA | 2,520 | リアルタイムRT－PCR法により、急性骨髄性白血病又は骨髄異形成症候群の診断の補助又は経過観察時に行った場合に1月に1回を限度として算定できる。 |

## D006－10　CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | CCR4タンパク(フローサイトメトリ法) | 10,000 | CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)及び区分番号「N002」免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の「5」CCR4タンパクを同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。 |

## D006－11　FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査 | 3,105 | (1) FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてFISH法により行った場合に、原則として1回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があり、本検査を再度実施した場合にも算定できる。<br>(2) FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由又は本検査を再度実施した場合にはその理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

## D006－12　EGFR遺伝子検査(血漿)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | EGFR遺伝子検査(血漿) | 2,100 | (1) EGFR遺伝子検査(血漿)は、血漿を用いてリアルタイムPCR法又は次世代シーケンシングにより行った場合に算定できる。<br>(2) 肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、EGFR遺伝子変異の2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、患者1人につき、診断及び治療法を選択する場合には1回、再度治療法を選択する場合には2回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるEGFR遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。<br>(3) EGFR遺伝子検査(血漿)を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>(4) EGFR遺伝子検査(血漿)、肺癌の組織を検体とした区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるEGFR遺伝子検査又は区分番号「D006－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |
| | (注) 同一の患者につき同一月において検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 | 1,890 | |

## D006－13　骨髄微小残存病変量測定

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 遺伝子再構成の同定に用いるもの | 3,395 | 3,500 | 「1」の遺伝子再構成の同定に用いるものについては、急性リンパ性白血病と診断された患者又は再発が認められた患者に対して、遺伝子再構成の同定及び当該遺伝子のプライマー作成を行った場合に、それぞれ1回に限り算定できる。 |
| 2 | モニタリングに用いるもの | 2,100 | | 「2」のモリタリングに用いるものについては、「1」の遺伝子再構成に用いるものを行った患者に対して、PCR法により急性リンパ性白血病の経過観察の目的として行った場合に、初発時と再発時にそれぞれ2回を限度として算定」できる。 |
| | (注)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行われる場合に限り算定する。 | | | |

## D006－14　FLT3遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | FLT3遺伝子検査 | 4,200 | (1) FLT3遺伝子検査は、再発又は難治性の急性骨髄性白血病(急性前骨髄性白血病を除く。)の骨髄液又は末梢血を検体とし、PCR法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、FLT3遺伝子の縦列重複(ITD)変異及びチロシンキナーゼ(TKD)変異の評価を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>(2) 区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－6」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「D006－16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |

## D006－15　膀胱がん関連遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 膀胱がん関連遺伝子検査 | 1,597 | (1) 膀胱がん関連遺伝子検査は、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。<br>(2) 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。<br>(3) 本検査と同時に区分番号「N004」細胞診(1部位につき)の「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

## D006－16　JAK2遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | JAK2遺伝子検査 | 2,504 | (1) JAK2遺伝子検査は、骨髄液又は末梢血を検体とし、アレル特異的定量PCR法により、真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助を目的として、JAK2V617F遺伝子変異割合を測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>(2) 区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－6」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「D006－14」FLT3遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |

## D006－17　Nudix hydrolase 15(NUDT15) 遺伝子多型

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Nudix hydrolase 15(NUDT15) 遺伝子多型 | 2,100 | NUDT15 遺伝子多型は、難治性の炎症性腸疾患、急性リンパ性白血病及び治療抵抗性のリウマチ性疾患(全身性血管炎(顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、結節性多発動脈炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、高安動脈炎等)、全身性エリテマトーデス(SLE)、多発性筋炎、皮膚筋炎、強皮症、混合性結合組織病及び難治性リウマチ性疾患)、自己免疫性肝炎の患者であって、チオプリン製剤の投与対象となる患者に対して、その投与の可否、投与量等を判断することを目的として、リアルタイムPCR法により測定を行った場合に、当該薬剤の投与を開始するまでの間に1回を限度として算定する。 |

## D006－18　BRCA1/2遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 腫瘍細胞を検体とするもの | 20,200 | 「1」腫瘍細胞を検体とするものについては、初発の進行卵巣癌患者の腫瘍細胞を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、BRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。 |
| 2 | 血液を検体とするもの | 20,200 | 「2」血液を検体とするものについては、転移性若しくは再発乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。<br>「2」血液を検体とするものについて、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)診療の手引き2017年版」を参照すること。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | (注)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行われる場合に限り算定する。 | | |

| D006－19　がんゲノムプロファイリング検査 | | | |
|---|---|---|---|
| | がんゲノムプロファイリング検査 | 44,000 | (1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者1人につき1回（以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて2回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。<br>ア 医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合。この際、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>イ 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合。この際、その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。<br>(2) 標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。<br>(3) がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシークエンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C－CAT）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。<br>(4) C－CATへのデータ提出又はデータの二次利用に係る同意が得られない場合であっても、当該検査を実施し、算定することができる。その際には同意が得られなかった旨を診療録及び管理簿に記載すること。<br>(5) 医療関係団体が定める「インフォームド・コンセント手順書」を遵守し、患者からの同意取得について適切な手続きを確保すること。<br>(6)「注2」に係る規定は、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号「B011－5」に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。<br>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査<br>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査<br>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査<br>エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査<br>オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査<br>カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査<br>キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査<br>ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査<br>ケ 卵巣癌又は前立腺癌におけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査 |
| | （注 1）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行われる場合に限り算定する。<br>(注 2) 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011－5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。 | | |

## D006－20　角膜ジストロフィ-遺伝子検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 角膜ジストロフィー遺伝子検査 | 1,200 | (1) 角膜ジストロフィー遺伝子検査は、角膜混濁等の前眼部病変を有する患者であって、臨床症状、検査所見、家族歴等から角膜ジストロフィーと診断又は疑われる者に対して、治療方針の決定を目的として行った場合に算定する。本検査を実施した場合には、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>(2) 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成 29 年4月)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成 23 年2月)を遵守すること。 |
| | (注)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行われる場合に限り算定する。 | | |

## D006－21　血液粘弾性検査(一連につき)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 血液粘弾性検査(一連につき) | 600 | (1) 血液粘弾性検査は、開心術(人工心肺を用いたものに限る。)を行う患者に対して、血液製剤等の投与の必要性の判断又は血液製剤等の投与後の評価を目的として行った場合に算定できる。<br>(2) 術前、術中又は術後に実施した場合に、それぞれ1回ずつ算定できる。なお、所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。<br>(3) 検査の実施に当たっては、日本心臓血管麻酔学会の定める指針を遵守し、適切な輸血管理を行うこと。 |

## D006－22　RAS遺伝子検査(血漿)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | RAS遺伝子検査(血漿) | 7,500 | (1) RAS遺伝子検査(血漿)は、大腸癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、高感度デジタルPCR法とフローサイトメトリー法を組み合わせた方法により行った場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。なお、本検査の実施は、医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるRAS遺伝子検査又は区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(2)」その他のもののうち、大腸癌におけるK－ras遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。<br>(2) 本検査を実施した場合は、大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書に記載する。<br>(3) 本検査と、大腸癌の組織を検体として、区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるRAS遺伝子検査又は区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(2)」その他のもののうち、大腸癌におけるK－ras遺伝子検査を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |

## D006－23　遺伝子相同組換え修復欠損検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 遺伝子相同組換え修復欠損検査 | 32,200 | 遺伝子相同組換え修復欠損検査は、卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより、相同組換え修復欠損の評価を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 |
| | (注)別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。 | | |

## D006－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 | 12,500 | 10,000 | (1) 肺癌関連遺伝子多項目同時検査は、肺癌患者の腫瘍組織を検体とし、EGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査及びMETex14 遺伝子検査をリアルタイムPCR法により同時に実施した場合に、患者１人につき1回に限り算定する。<br>(2) 本検査と区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）又はMETex14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）に限る。）、区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシング）又はMETex14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）に限る。）、区分番号「D006－12」EGFR遺伝子検査（血漿）、区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005－2」ALK融合遺伝子標本作製を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

## D006－25　CYP2C9遺伝子多型

| | | | |
|---|---|---|---|
| | CYP2C9遺伝子多型 | 2,037 | 二次性進行型多発性硬化症患者に対するシポニモドフマル酸の投与の可否の判定又は投与量の判定を目的として、リアルタイムPCR法により、全血又は口腔粘膜から抽出されたゲノムDNA中の薬物代謝酵素CYP2C9遺伝子多型を測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。なお、本検査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。 |

## D006－26　染色体構造変異解析

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 染色体構造変異解析 | 8,000 | (1) 染色体構造変異解析は、薬事承認を得ている体外診断用医薬品を用いて、アレイCGH法により染色体ゲノムDNAのコピー数変化及びヘテロ接合性の喪失を測定した場合に、患者１人につき1回に限り算定する。<br>(2) 本検査は、12q14欠失症候群、15q13.3欠失症候群、15q24反復性微細欠失症候群、15q26過成長症候群、16p11.2重複症候群、16p11.2-p12.2 欠失症候群、16p11.2-p12.2 重複症候群、16p13.11反復性微細欠失症候群、16p13.11反復性微細重複症候群、17q21.31反復性微細欠失症候群、1p36欠失症候群、1q21.1反復性微細欠失症候群、1q21.1反復性微細重複症候群、1q21.1領域血小板減少-橈骨欠損症候群、22q11.2欠失症候群、22q11重複症候群、22q11.2遠位欠失症候群、22q13欠失症候群（フェラン・マクダーミド症候群）、2p15-16.1欠失症候群、2p21欠失症候群、2q33.1欠失症候群、2q37モノソミー、3q29欠失症候群、3q29重複症候群、7q11.23重複症候群、8p23.1微細欠失症候群、8p23.1重複症候群、8q21.11欠失症候群、9q34欠失症候群、アンジェルマン症候群、ATR-16症候群、22qテトラソミー症候群（キャットアイ症候群）、シャルコー・マリー・トゥース病、5p-症候群、遺伝圧脆弱性ニューロパチー、レリー・ワイル症候群、ミラー・ディカー症候群、NF1欠失症候群、ペリツェウス・メルツバッハ病（先天性大脳白質形成不全症）、ポトキ・ルプスキ症候群、ポトキ・シェイファー症候群、プラダー・ウィリ症候群、腎嚢胞－糖尿病症候群、16p12.1反復性微細欠失症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、スミス・マギニス症候群、ソトス症候群、裂手／裂足奇形1、ステロイドスルファターゼ欠損症、WAGR症候群、ウィリアムズ症候群、ウォルフ・ヒルシュホーン症候群、Xp11.22連鎖性知的障害、Xp11.22-p11.23重複症候群、MECP2重複症候群、ベックウィズ・ヴィーデマン症候群、シルバー・ラッセル症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群（鏡－緒方症候群）又は14番染色体母親性ダイソミーおよび類縁疾患のいずれかを疑う患者に対して実施すること。<br>(3) 本検査を実施する場合は、関連学会が定める指針を遵守し、本検査を実施する医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | （注）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。 | | |

| D006－27　悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | ROS1融合遺伝子検査 | 2,500 | (1) 悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）は、固形癌患者の血液又は血漿を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った場合に、それぞれ患者１人につき１回に限り算定する。<br>ア「１」のROS1融合遺伝子検査は、肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「D004－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるROS1融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 2 | ALK融合遺伝子検査 | 2,500 | ア「２」のALK融合遺伝子検査は、肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「D004－２」の「１」の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるALK融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>エ 本検査と区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「６」ALK融合タンパク又は区分番号「N005－２」ALK融合遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 3 | METex14遺伝子検査 | 5,000 | ア「３」のMETex14 遺伝子検査は、肺癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「D004－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「ロ」処理が複雑なもののうち、肺癌におけるMETex14遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書に記載すること。 |
| 4 | NTRK融合遺伝子検査 | 5,000 | ア「４」のNTRK融合遺伝子検査は、固形癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、固形癌の組織を検体として、区分番号「D004－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「ロ」処理が複雑なもののうち、固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>エ 卵巣癌、乳癌、膵癌又は前立腺癌において、本検査と区分番号「D006－18」BRCA1／2遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | RAS遺伝子検査 | 2,500 | － | ア「5」のRAS遺伝子検査は、大腸癌又は肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由があって以下のいずれかに該当する場合に限り算定できる。<br>(イ) 大腸癌の組織を検体として、「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるRAS遺伝子検査、又は「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(2)」その他のもののうち、大腸癌におけるKRAS遺伝子検査を行うことが困難な場合。なお、いずれかの検査と本検査を、それぞれ大腸癌に対する抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施した場合には、本検査は算定できない。<br>(ロ) 肺癌の組織を検体として、「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるKRAS遺伝子変異（G12C）検査、又は「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(2)」その他のもののうち、肺癌におけるKRAS遺伝子検査を実施することが困難な場合。なお、いずれかの検査と本検査を、それぞれ肺癌に対する抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施した場合には、本検査は算定できない。<br>(ハ) 肺癌の組織を検体として、「D006－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査を行うことが困難な場合。なお、本検査を、それぞれ肺癌に対する抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、イに該当する医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>エ 大腸癌患者の血漿を検体として、大腸癌に対する抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施した場合に、「D006－22」RAS遺伝子検査（血漿）は併せて算定できない。 |
| 6 | BRAF遺伝子検査 | 2,500 | － | ア「6」のBRAF遺伝子検査は、大腸癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるBRAF遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 7 | HER2遺伝子検査（大腸癌に係るもの） | 2,500 | － | HER2遺伝子検査（大腸癌に係るもの）「7」のHER2遺伝子検査（大腸癌に係るもの）は、大腸癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 |
| 8 | HER2遺伝子検査（肺癌に係るもの） | 2,500 | － | ア「8」のHER2遺伝子検査（肺癌に係るもの）は、肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ」処理が複雑なもののうち、肺癌におけるHER2遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 9 | マイクロサテライト不安定性検査 | 2,500 | － | ア「9」のマイクロサテライト不安定性検査は、固形癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>イ 本検査は、医学的な理由により、固形癌の組織を検体として、「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査を行うことが困難な場合に算定でき、本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。<br>ウ 卵巣癌、乳癌、膵癌又は前立腺癌に対する抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、本検査と「D006－18」BRCA1／2遺伝子検査の「1」腫瘍細胞を検体とするものを併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。<br>エ 本検査の実施に当たっては、固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

| | | |
|---|---|---|
| | (注1) 患者から1回に採取した血液又は(血漿)を用いて本区分の1、2、5、6、7若しくは9に掲げる検査又は区分番号D006－12に掲げるEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目、3項目又は4項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、6,000点又は8,000点を算定する。<br>(注2) 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3、4又は8に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ8,000点又は12,000点を算定する。　通知 (1) 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)は、固形癌患者の血液又は血漿を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った場合に、それぞれ患者1人につき1回に限り算定する。 | (11) 次世代シーケンシングを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異に係る検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。 |

## D006－28　Y染色体微小欠失検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Y染色体微小欠失検査 | 3,770 | Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、PCR－rSSO法により、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。 |
| | (注)別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。 | | |

## D006－29　乳癌悪性度判定検査

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 乳癌悪性度判定検査 | 43,500 | － | (1) ホルモン受容体陽性かつHER2陰性であって、リンパ節転移陰性、微小転移又はリンパ節転移1～3個の早期浸潤性乳癌患者を対象として、遠隔再発リスクの提示及び化学療法の要否の決定を目的として、腫瘍組織から抽出した21 遺伝子のRNA発現の定量値に基づき乳癌悪性度判定検査を実施した場合に、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、医学的な必要性から患者1人につき2回以上実施した場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>(2)本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

## D006－30　遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 | 20,500 | － | (1) 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査は、臨床症状、検査所見、家族歴等からRPE65遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィと疑われる者であって、十分な生存網膜細胞を有することが確認された者に対して、血液を検体とし、次世代シーケンシングを用いてボレチゲン ネパルボベクの適応の判定の補助を目的として実施した場合にのみ、患者1人につき1回に限り算定できる。<br>(2) 本検査の実施に当たっては、以下のいずれにも該当する医療機器を用いること。<br>ア 遺伝性網膜ジストロフィの疾患原因遺伝子の情報を取得するものとして薬事承認又は認証を得ている。<br>イ 厚生労働省難治性疾患政策研究事業において、「遺伝性網膜ジストロフィの原因となりうる主な遺伝子」(網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究班網膜ジストロフィにおける遺伝学的検査のガイドライン作成ワーキンググループ作成)リストに記載されている遺伝遺伝子の変異の評価が可能である。<br>(3) 本検査は、厚生労働省難治性疾患政策研究事業において「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究班IRDパネル検査における遺伝学的検査運用ガイドライン作成ワーキンググループ」が作成した検査運用指針に従って実施された場合に限り算定する。 |

# ■生化学的検査（Ⅰ）

| D007 | 血液化学検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 総ビリルビン | 11 | |
| | 直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン | 11 | |
| | 総蛋白 | 11 | 「4」の蛋白分画、「1」の総蛋白及びアルブミン(BCP改良法・BCG法)を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。 |
| | アルブミン(BCP改良法・BCG法) | 11 | 「4」の蛋白分画、「1」の総蛋白及びアルブミン(BCP改良法・BCG法)を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。 |
| | 尿素窒素 | 11 | （1）「30」のペントシジンは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「30」のシスタチンCを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>（2）「33」のイヌリンは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限り算定できる。ただし、「1」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>（3）ア　「30」のシスタチンCは、EIA法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。<br>イ　シスタチンCは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「32」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>「1」のクレアチニンについて、ヤッフェ法を用いて実施した場合は算定できない。 |
| | クレアチニン | 11 | |
| | 尿酸 | 11 | |
| | アルカリホスファターゼ（ALP） | 11 | |
| | コリンエステラーゼ（ChE） | 11 | |
| | γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－GT） | 11 | |
| | 中性脂肪 | 11 | |
| | ナトリウム及びクロール | 11 | 「1」のナトリウム及びクロールについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。 |
| | カリウム | 11 | |
| | カルシウム | 11 | 「1」のカルシウム及び「7」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する |
| | マグネシウム | 11 | |
| | クレアチン | 11 | |
| | グルコース | 11 | |
| | 乳酸デヒドロゲナーゼ（LD） | 11 | |
| | アミラーゼ | 11 | |
| | ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP） | 11 | |
| | クレアチンキナーゼ（CK） | 11 | |
| | アルドラーゼ | 11 | |
| | 遊離コレステロール | 11 | |
| | 鉄（Fe） | 11 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの） | 11 | |
| | 不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法） | 11 | 「1」の総鉄結合能（TIBC）（比色法）と不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）を同時に実施した場合は、「1」の不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）又は総鉄結合能（TIBC）（比色法）の所定点数を算定する。 |
| | 総鉄結合能（TIBC）（比色法） | 11 | |
| 2 | リン脂質 | 15 | |
| 3 | HDL－コレステロール | 17 | 「3」のHDL―コレステロール、「3」の総コレステロール及び「4」のLDL―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する |
| | 無機リン及びリン酸 | 17 | 「3」の無機リン及びリン酸については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。 |
| | 総コレステロール | 17 | 「3」のHDL―コレステロール、「3」の総コレステロール及び「4」のLDL―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する |
| | アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST） | 17 | |
| | アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT） | 17 | |
| 4 | LDL－コレステロール | 18 | 「3」のHDL―コレステロール、「3」の総コレステロール及び「4」のLDL―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する |
| | 蛋白分画 | 18 | 「4」の蛋白分画、「1」の総蛋白及びアルブミン(BCP改良法・BCG法)を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。 |
| 5 | 銅（Cu） | 23 | |
| 6 | リパーゼ | 24 | |
| 7 | イオン化カルシウム | 26 | 「1」のカルシウム及び「7」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。 |
| 8 | マンガン（Mn） | 27 | 「8」のマンガン（Mn）は、1月以上（胆汁排泄能の低下している患者については2週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、3月に1回に限り算定することができる。 |
| 9 | ケトン体 | 30 | 「9」のケトン体及び「20」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。 |
| 10 | アポリポ蛋白　イ　1項目 | 31 | 「10」のアポリポ蛋白は、ＡⅠ、ＡⅡ、B、ＣⅡ、ＣⅢ及びEのうち、測定した項目数に応じて、所定点数を算定する。 |
| | アポリポ蛋白　ロ　2項目 | 62 | |
| | アポリポ蛋白　ハ　3項目以上 | 94 | |
| 11 | アデノシンデアミナーゼ（ADA） | 32 | |
| 12 | グアナーゼ | 35 | |
| 13 | 有機モノカルボン酸 | 47 | 「13」の有機モノカルボン酸については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及びα－ケトグルタール酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定 |
| | 胆汁酸 | 47 | 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「18」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「13」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する |
| 14 | ALPアイソザイム | 48 | |
| | アミラーゼアイソザイム | 48 | |
| | γ－GTアイソザイム | 48 | |
| | LDアイソザイム | 48 | |
| | 重炭酸塩 | 48 | 同一検体について「14」の重炭酸塩及び「36」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。 |
| 15 | ASTアイソザイム | 49 | |
| | リポ蛋白分画 | 49 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16 | アンモニア | 50 | | |
| 17 | CKアイソザイム | 55 | | |
| | グリコアルブミン | 55 | | 「17」のグリコアルブミンは、HPLC（2カラム）、HPLC（1カラム）－発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、EIA法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。<br>区分番号「D005」血液形態・機能検査の「9」のヘモグロビンA1c（HbA1c）、本区分「17」のグリコアルブミン又は「21」の1,5アンヒドロ－D－グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に合わせて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。 |
| 18 | コレステロール分画 | 57 | | 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「18」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「13」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。 |
| 19 | ケトン体分画 | 59 | | 「9」のケトン体及び「19」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。 |
| | 遊離脂肪酸 | 59 | | |
| 20 | レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L－CAT） | 70 | | |
| 21 | グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD） | 80 | | |
| | リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法） | 80 | | |
| | 1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG） | 80 | | 区分番号「D005」血液形態・機能検査の「9」のヘモグロビンA1c（HbA1c）、本区分「17」のグリコアルブミン又は「21」の1,5アンヒドロ－D－グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に合わせて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。 |
| | グリココール酸 | 80 | | |
| 22 | CK－MB | 90 | | |
| 23 | LDアイソザイム1型 | 95 | | 「23」のLDアイソザイム1型は酵素学的阻害法による。 |
| | 総カルニチン | 95 | | ア 「23」の総カルニチン及び遊離カルニチンは、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイクリング法により測定した場合に算定する。<br>イ 本検査を先天性代謝異常症の診断補助又は経過観察のために実施する場合は、月に1回を限度として算定する。<br>ウ 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助若しくは経過観察のために、本検査を実施する場合は、6月に1回を限度として算定する。<br>エ 同一検体について、本検査と区分番号「D010」特殊分析の「8」先天性代謝異常症検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | 遊離カルニチン | 95 | | |
| 24 | ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP） | 96 | | （1）「24」のALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP）は、アガロース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、区分番号「D008」内分泌学的検査の「27」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）と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。<br>（2）「42」のALPアイソザイム（PAG電気泳動法）、「24」のALPアイソザイム及び骨型アルカリフォスファターゼ（BAP）及び区分番号「D008」内分泌学的検査の「27」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 25 | フェリチン半定量 | 102 | 105 | |
| | フェリチン定量 | 102 | 105 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26 | エタノール | 105 | 108 | |
| 27 | リポ蛋白（a） | 107 | | 「27」のリポ蛋白（a）は、3月に1回を限度として算定できる。 |
| 28 | ヘパリン | 108 | | 「28」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合においては、算定は1回とし、第1回の測定を行ったときに算定する。 |
| | KL－6 | 108 | 111 | 「28」のKL－6、「35」の肺サーファクタント蛋白―A（SP－A）及び「39」の肺サーファクタントプロテインD（SP－D）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。KL－6は、EIA法、ECLIA法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A（SP－A）及び肺サーファクタント蛋白-D（SPD）は、EIA法による。 |
| 29 | 心筋トロポニンI | 109 | 112 | 「29」の心筋トロポニンIと「29」の心筋トロポニンT（TnT）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | 心筋トロポニンT（TnT）定性・定量 | 109 | 112 | 「29」の心筋トロポニンIと「29」の心筋トロポニンT（TnT）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | アルミニウム（Al） | 109 | 112 | |
| 30 | シスタチンC | 112 | 115 | （1）「30」のペントシジンは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「30」のシスタチンCを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>（2）シスタチンC<br>ア 「30」のシスタチンCは、EIA法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。<br>イ シスタチンCは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「31」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 31 | 25-ヒドロキシビタミンD | 117 | | ア 「31」の 25－ヒドロキシビタミンDは、原発性骨粗鬆症の患者に対して、ECLIA法、CLIA法又はCLEIA法により測定した場合は、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回に限り算定できる。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める実施方針を遵守すること。<br>イ 「31」の 25－ヒドロキシビタミンDは、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中にECLIA法、CLIA法又はCLEIA法により測定した場合は、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定できる。 |
| 32 | ペントシジン | 118 | | 「32」のペントシジンは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「30」のシスタチンCを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 33 | イヌリン | 120 | | 「33」のイヌリンは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限り算定できる。ただし、「1」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 34 | リポ蛋白分画(HPLC法) | 129 | | |
| 35 | 肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）、 | 130 | | 「28」のKL－6、「35」の肺サーファクタント蛋白―A（SP－A）及び「39」の肺サーファクタントプロテインD（SP－D）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。KL－6は、EIA法、ECLIA法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A（SP－A）及び肺サーファクタント蛋白-D（SPD）は、EIA法による。 |
| | ガラクトース | 130 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36 | 血液ガス分析 | 131 | 135 | (1)同一検体について「14」の重炭酸塩及び「36」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。<br>(2)「36」の血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、pH、PO2、、PCO2 及びHCO3- の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビンについては算定しない。<br>(3)「36」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。<br>なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。 |
| | Ⅳ型コラーゲン | 131 | 135 | 「36」のⅣ型コラーゲン又は「42」のⅣ型コラーゲン・7Sは、「39」のプロコラーゲンーⅢーペプチド(PーⅢーP)又は「50」のMacー2結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。 |
| | ミオグロビン定性 | 131 | 135 | 「36」の心臓由来脂肪酸結合蛋白(HーFABP)定性又は定量はELISA法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白(HーFABP)定性又は定量と「36」のミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | ミオグロビン定量 | 131 | 135 | |
| | 心臓由来脂肪酸結合蛋白(HーFABP)定性 | 131 | 135 | |
| | 心臓由来脂肪酸結合蛋白(HーFABP)定量 | 131 | 135 | |
| | (注) 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する | | | |
| 37 | 亜鉛(Zn) | 132 | 136 | |
| 38 | アルブミン非結合型ビリルビン | 135 | | 「38」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後2週間以内に経過観察を行う場合に算定する。 |
| 39 | 肺サーファクタント蛋白ーD(SPーD) | 136 | | 「28」のKLー6、「35」の肺サーファクタント蛋白—A(SPーA)及び「39」の肺サーファクタントプロテインD(SPーD)のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。KLー6は、EIA法、ECLIA法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A(SPーA)及び肺サーファクタント蛋白-D(SPD)は、EIA法による。 |
| | プロコラーゲンーⅢーペプチド(PーⅢーP) | 136 | | 「36」のⅣ型コラーゲン又は「42」のⅣ型コラーゲン・7Sは、「39」のプロコラーゲンーⅢーペプチド(PーⅢーP)又は「50」のMac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>Macー2結合蛋白糖鎖修飾異性体<br>イ 本検査と「39」のプロコラーゲンーⅢーペプチド(PーⅢーP)若しくは「36」のⅣ型コラーゲン、「42」のⅣ型コラーゲン・7S又は「46」のヒアルロン酸を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | アンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE) | 136 | 140 | |
| | ビタミンB12 | 136 | 140 | |
| 40 | セレン | 144 | | 「39」のセレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児(者)に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。 |
| 41 | 葉酸 | 146 | 150 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 42 | Ⅳ型コラーゲン・7S | 148 | | 「36」のⅣ型コラーゲン又は「42」のⅣ型コラーゲン・7Sは、「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）又は「50」のMac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。<br>Mac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体<br>イ 本検査と「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）若しくは「36」のⅣ型コラーゲン、「42」のⅣ型コラーゲン・7S又は「46」のヒアルロン酸を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 43 | ピルビン酸キナーゼ（PK） | 150 | | |
| 44 | レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP－C） | 174 | 179 | 「44」のレムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP）は免疫吸着法－酵素法又は酵素法により実施し、3月に1回を限度として算定できる。 |
| 45 | 膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）定性 | 175 | | 膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）<br>ア 「45」の膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。<br>イ 「45」の膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）及び区分番号「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 46 | ヒアルロン酸 | 179 | | 「46」のヒアルロン酸は、サンドイッチバインディングプロテインアッセイ法、125Iによる競合法を用いたバインディングプロテインアッセイ法、LA法（測定機器を用いるもの）又はLBA法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。 |
| 47 | ALPアイソザイム（PAG電気泳動法） | 180 | | 「47」のALPアイソザイム（PAG電気泳動法）、「24」のALPアイソザイム及び骨型アルカリフォスファターゼ（BAP）及び区分番号「D008」内分泌学的検査の「26」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | アセトアミノフェン | 180 | 185 | 「47」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回の測定を行ったときに1回に限り算定する。 |
| 48 | 心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ | 184 | | 「47」の心室筋ミオシン軽鎖Iは、同一の患者につき同一日に当該検査を2回以上行った場合は、1回のみ算定する。 |
| 49 | トリプシン | 189 | | |
| 50 | Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体 | 194 | | ア 「50」のMac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体は、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。<br>イ 本検査と「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）若しくは「36」のⅣ型コラーゲン、「42」のⅣ型コラーゲン・7S又は「46」のヒアルロン酸を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA－LDL） | 194 | | 「50」のマロンジアルデヒド修飾LDL（MDA－LDL）は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に3月に1回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前1回に限り算定できる。 |
| | オートタキシン | 194 | | ア 「50」のオートタキシンは、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。<br>イ 本検査と「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）、「36」のⅣ型コラーゲン、「42」のⅣ型コラーゲン・7S、「46」のヒアルロン酸又は「50」のMac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 50 | サイトケラチン18フラグメント(CK-18F) | 194 | － | ア「50」のサイトケラチン18フラグメント（CK－18F）は、1ステップサンドイッチ法を用いた酵素免疫測定法により、非アルコール性脂肪肝疾患の患者（疑われる患者を含む。）に対して、非アルコール性脂肪性肝炎の診断補助を目的として、実施した場合に算定する。イ 本検査と「36」のⅣ型コラーゲン、「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）、「42」のⅣ型コラーゲン・7S、「46」のヒアルロン酸、「50」のMac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体又は「50」のオートタキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | ELFスコア | 194 | － | ア ELF スコアは、化学発光免疫測定法により、慢性肝疾患患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の繊維化進展の診断補助又は経過観察を目的に組織メタロプロテアーゼ阻害物質1（TIMP-1）、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）及びヒアルロン酸を測定し、ELF スコアを算出した場合に、半年に1回に限り本区分「50」のオートタキシンを準用して算定する。<br>イ 本区分「39」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）及び本区分「46」のヒアルロン酸の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。<br>ウ 本検査と、本区分「36」のⅣ型コラーゲン、本区分「42」のⅣ型コラーゲン・7S、本区分「50」のMac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体、本区分「50」のオートタキシン又は本区分「50」のサイトケラチン18フラグメント（CK－18F）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 51 | ホスフォリパーゼA2（PLA2 | 204 | | |
| 52 | 赤血球コプロポルフィリン | 210 | | |
| 53 | リポ蛋白リパーゼ（LPL） | 219 | | 「53」のリポ蛋白リパーゼ（LPL）は、高トリグリセライド血症及びLPL欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合のみ算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「D500」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。 |
| 54 | 肝細胞増殖因子（HGF） | 227 | | 「54」の肝細胞増殖因子（HGF）はELISA法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合のみ算定する。 |
| 55 | ビタミンB2 | 235 | 242 | |
| 56 | ビタミンB1 | 239 | | |
| 57 | ロイシンリッチα2グリコプロテイン | 268 | 276 | ア「57」のロイシンリッチα2グリコプロテインは、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した場合に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。<br>イ「57」のロイシンリッチα2グリコプロテインと、区分番号「D003」糞便検査の「9」のカルプロテクチン（糞便）又は区分番号「D313」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 58 | 赤血球プロトポルフィリン | 272 | | |
| 59 | プロカルシトニン（PCT）定量 | 276 | 284 | 「59」のプロカルシトニン（PCT）定量又は同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「52」のエンドトキシン検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | プロカルシトニン（PCT）半定量 | 276 | 284 | |
| 60 | ビタミンC | 296 | 305 | |
| 61 | プレセプシン定量 | 301 | | ア「61」のプレセプシン定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。<br>イ「61」のプレセプシン定量と区分番号「D007」血液化学検査の「59」プロカルシトニン（PCT）定量、同半定量又は区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「52」エンドトキシン検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 62 | インフリキシマブ定性 | 310 | | 「62」のインフリキシマブ定性は、関節リウマチの患者に対して、インフリキシマブ投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者1人につき3回を限度として算定できる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 63 | 1，25－ジヒドロキシビタミンD3 | 388 | | 「63」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にのみ算定できる。なお、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。 |
| 64 | 血管内皮増殖因子（VEGF） | 460 | | 「64」の血管内皮増殖因子（VEGF）は、クロウ・深瀬症候群（POEMS症候群）の診断又は診断後の経過観察の目的として、ELISA法により測定した場合に、月1回を限度として算定できる。 |
| | コクリントモプロテイン(CTP) | 460 | － | ア「64」コクリントモプロテイン（CTP）は、ELISA法により、外リンパ瘻を疑う患者に対して、診断のために中耳洗浄液中のコクリントモプロテイン（CTP）を測定した場合に算定する。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。<br>イ 本検査を実施した場合、「D026」検体検査判断料については、「1」尿・糞便等検査判断料を算定する。 |
| 65 | FGF23 | 788 | | 「65」のFGF23 は、CLEIA法により、FGF23 関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断時又は治療効果判定時に測定した場合に限り算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に1回、薬剤性の場合には被疑薬中止後に1回を限度として算定する。 |
| （注） | 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5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。 | | | 血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。 |
| | 生化学包括（■部分） | | | |
| | イ 5項目以上7項目以下 | 93 | | |
| | ロ 8項目又は9項目 | 99 | | |
| | ハ 10項目以上 | 103 | 106 | |
| | （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。 | | | 血液化学検査の注のハの注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることにかんがみ、血液化学検査の注に掲げる検査を10項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り20点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては、当該加算点数は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっても、当該加算点数は算定できない。 |

## ■生化学的検査（Ⅱ）

| D008 | 内分泌学的検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性 | 55 | 「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性及び「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン－β サブユニット（HCG－β）は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。<br>(9)ヒト絨毛性ゴナドトロピン－β サブユニット（HCG－β）<br>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。<br>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）定性又は「20」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量又は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。 |
| 2 | 11－ハイドロキシコルチコステロイド（11－OHCS） | 60 | |
| 3 | ホモバニリン酸（HVA） | 69 | |
| 4 | バニールマンデル酸（VMA） | 90 | |
| 5 | 5－ハイドロキシインドール酢酸（5－HIAA） | 95 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | プロラクチン（PRL） | 98 | | |
| | 甲状腺刺激ホルモン（TSH） | 98 | 101 | |
| 7 | トリヨードサイロニン（T3） | 99 | | |
| 8 | レニン活性 | 100 | | 「8」のレニン活性と「10」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。 |
| | インスリン（IRI） | 100 | 103 | |
| 9 | ガストリン | 101 | | |
| 10 | レニン定量 | 102 | 105 | |
| 11 | サイロキシン（T4） | 105 | 108 | |
| 12 | 成長ホルモン（GH） | 105 | 108 | |
| | 卵胞刺激ホルモン（FSH） | 105 | 108 | |
| | Cーペプチド（CPR） | 105 | 108 | 「12」のCーペプチド（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。 |
| | 黄体形成ホルモン（LH） | 105 | 108 | 「12」の黄体形成ホルモン（LH）はLA法等による。 |
| 13 | テストステロン | 119 | 122 | |
| 14 | 遊離サイロキシン（FT4） | 121 | 124 | |
| | 遊離トリヨードサイロニン（FT3） | 121 | 124 | |
| | コルチゾール | 121 | 124 | |
| 15 | アルドステロン | 122 | 125 | |
| 16 | サイログロブリン | 128 | 131 | |
| 17 | ヒト絨毛性ゴナドトロピンーβサブユニット（HCGーβ） | 129 | 132 | 「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性及び「17」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-β サブユニット（HCG-β）は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。<br>ア 「17」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。<br>イ 「17」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、「17」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量又は「17」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量又は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。 |
| 18 | サイロキシン結合グロブリン（TBG） | 130 | | |
| | 脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ） | 130 | 133 | ア 「18」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。<br>イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「20」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NTーproBNP）及び「46」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。<br>ウ 「18」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「20」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NTーproBNP）及び「46」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 |
| | カルシトニン | 130 | 133 | |
| | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量 | 130 | 134 | 「18」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量及び同半定量は、HCG・LH検査（試験管法）を含むものである。 |
| | ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量 | 130 | 134 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体） | 134 | | 「19」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して1型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。 |
| 20 | 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT －proBNP） | 136 | | 「18」「BNP」と算定条件同じ |
| | ヒト胎盤性ラクトーゲン（HPL） | 136 | | |
| 21 | サイロキシン結合能（TBC） | 137 | | |
| 22 | プロゲステロン | 143 | 147 | |
| 23 | グルカゴン | 150 | | |
| 24 | 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC） | 154 | | 「24」の低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）は、骨粗鬆症におけるビタミンK 剤の治療選択目的で行った場合又は治2 療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。 |
| 25 | Ⅰ型コラーゲン架橋N－テロペプチド（NTX） | 156 | | 「25」のI型コラーゲン架橋N－テロペプチド（NTX）及び「39」のデオキシピリジノリン（DPD）（尿）は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。<br>「25」のI型コラーゲン架橋N－テロペプチド（NTX）、「26」のオステオカルシン（OC）又は「39」のデオキシピリジノリン（DPD）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか1つのみ算定する。 |
| | 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b） | 156 | | 「25」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）は、代謝性骨疾患及び骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断補助並びに治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に6月以内に1回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後6月以内に1回に限り算定できる。<br>本検査を「25」のⅠ型コラーゲン架橋N―テロペプチド（NTx）、「26」のオステオカルシン（OC）、「39」のデオキシピリジノリン（DPD）（尿）と併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。<br>なお、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、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、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の「ロ」を算定する。 |
| 26 | オステオカルシン（OC） | 157 | | 「26」のオステオカルシン（OC）は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合に限り算定できる。「26」のオステオカルシン（OC）又は「39」のデオキシピリジノリン（DPD）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。なお、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、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、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の「ロ」を算定する。 |
| | 骨型アルカリホスファターゼ（BAP） | 157 | 161 | 「26」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）、「28」のI型プロコラーゲンーNープロペプチド（PINP）「30」のインタクトI型プロコラーゲンーNープロペプチド（Intact PINP）、及び区分番号「D007」血液化学検査の「47」ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 27 | 遊離テストステロン | 159 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28 | Ⅰ型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP） | 160 | 164 | 「26」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）、「28」のI型プロコラーゲン－N－プロペプチド（PINP）「30」のインタクトI型プロコラーゲン－N－プロペプチド（Intact PINP）、及び区分番号「D007」血液化学検査の「47」ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 29 | 副甲状腺ホルモン（PTH） | 161 | 165 | |
| | カテコールアミン分画 | 161 | 165 | |
| 30 | インタクトⅠ型プロコラーゲン－N－プロペプチド（Intact PⅠNP） | 163 | | 「26」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）、「28」のI型プロコラーゲン－N－プロペプチド（PINP）「30」のインタクトI型プロコラーゲン－N－プロペプチド（Intact PINP）、及び区分番号「D007」血液化学検査の「47」ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 31 | デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA－S） | 164 | 169 | |
| 32 | 低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量 | 165 | | |
| | サイクリックAMP（cAMP） | 165 | 170 | |
| 33 | エストラジオール（E2） | 167 | 172 | 「36」のエストロゲン半定量又は定量については、「36」のエストリオール（E3）又は「33」のエストラジオール（E2）と同時に実施した場合は算定できない。 |
| 34 | Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）（尿） | 169 | | 「34」のⅠ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）（尿）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。 |
| 35 | Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX） | 170 | | 「35」のⅠ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。また、「34」のⅠ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）（尿）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 36 | エストリオール（E3） | 180 | | 「36」のエストロゲン半定量又は定量については、「36」のエストリオール（E3）又は「33」のエストラジオール（E2）と同時に実施した場合は算定できない。 |
| | エストロゲン半定量 | 180 | | |
| | エストロゲン定量 | 180 | | |
| | 副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C－PTHrP） | 180 | | 「36」の副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C－PTHrP）又は「38」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。 |
| 37 | 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH） | 184 | 189 | |
| | カテコールアミン | 184 | 189 | |
| 38 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP） | 186 | 189 | 「36」の副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C－PTHrP）又は「38」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。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 39 | デオキシピリジノリン（DPD）（尿） | 191 | | 「Ⅰ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（NTX）と算定条件同じ |
| 40 | 17－ケトジェニックステロイド（17－KGS） | 200 | | |
| 41 | エリスロポエチン | 209 | | 「41」のエリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。<br>ア 赤血球増加症の鑑別診断<br>イ 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル若しくはHIF－PH阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断<br>ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定 |
| 42 | ソマトメジンC | 212 | | ア 「50」のインスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3）は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生省間脳下垂体障害研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。<br>イ 「50」インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3）を「42」のソマトメジンCと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 43 | 17－ケトステロイド分画（17－KS分画） | 213 | | |
| | 17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－OHP） | 213 | | 「43」の17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－OHP）は、先天性副腎皮質過形成症の精密検査又は治療効果判定のために行った場合に算定する。 |
| | 抗IA－2抗体 | 213 | | 「43」の抗IA－2抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「19」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性が確認された30歳未満の患者に対し、1型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。<br>なお、当該検査を算定するに当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること |
| | プレグナンジオール | 213 | | |
| 44 | メタネフリン | 217 | | 「49」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「44」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 45 | 17－ケトジェニックステロイド分画（17－KGS分画） | 220 | | |
| | メタネフリン・ノルメタネフリン分画 | 220 | 221 | |
| 46 | 心房性Na利尿ペプチド（ANP） | 221 | 227 | 「46」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）、「20」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）及び「22」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。 |
| 47 | 抗利尿ホルモン（ADH） | 224 | 230 | |
| 48 | プレグナントリオール | 232 | 234 | |
| 49 | ノルメタネフリン | 250 | | 「49」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「44」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 50 | インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3） | 280 | | インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3）<br>ア「50」のインスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3）は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生省間脳下垂体障害研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。<br>イ「50」インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－3）を「42」のソマトメジンCと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 51 | 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 | 450 | 320 | 「51」の遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画は、褐色細胞腫の鑑別診断を行った場合に1回に限り算定する。本検査を実施するに当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、褐色細胞腫を疑う医学的な理由を診療録に記載すること。「44」メタネフリン、「45」メタネフリン・ノルメタネフリン分画、「49」ノルメタネフリン又は「51」遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 52 | 抗ミュラー管ホルモン（AMH） | 597 | 600 | 「52」の抗ミュラー管ホルモン（AMH）は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。 |
| 53 | レプチン | 1,000 | | ア「53」のレプチンは、脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ELISA法により測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>イ 本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| （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。 | | | 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。 |
| | 内分泌包括（■部分） | | | |
| | 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 | | |

| D009 | 腫瘍マーカー | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 尿中BTA | 80 | | 「1」の尿中BTAは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、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「イ」を算定する。 |
| 2 | α－フェトプロテイン（AFP） | 98 | 101 | ※(注1)参照 |
| 3 | 癌胎児性抗原（CEA） | 99 | | ※(注1)参照<br>「3」の癌胎児性抗原（CEA）と「7」のDUPAN－2を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 |
| 4 | 扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原） | 101 | 104 | |
| 5 | 組織ポリペプタイド抗原（TPA） | 110 | | |
| 6 | NCC－ST－439 | 112 | 115 | |
| | CA15-3 | 112 | 115 | 「19」シアリルLe x抗原（CSLEX）と「6」のCA15－3を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 7 | DUPAN－2 | 115 | 118 | 「3」の癌胎児性抗原（CEA）と「7」のDUPAN－2を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | エラスターゼ1 | 120 | 123 | ※(注1)参照 |
| 9 | 前立腺特異抗原(PSA) | 121 | 124 | 「9」の前立腺特異抗原(PSA)は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌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、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、前立腺特異抗原(PSA)の検査結果が4.0ng/mL以上であって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回を上限として算定できる。<br>なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | CA19－9 | 121 | 124 | |
| 10 | PIVKA－Ⅱ半定量 | 131 | 135 | ※(注1)参照 |
| | PIVKA－Ⅱ定量 | 131 | 135 | ※(注1)参照 |
| 11 | CA125 | 136 | 140 | (1)「11」のCA125及び「27」のCA602を併せて測定した場合は、主たるもの1つに限り算定する。<br>(2)上記(1)にかかわらず、(5)に掲げる項目について、1つを区分番号「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項目とし、他の1又は2つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。 |
| 12 | 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿) | 139 | 143 | ア「12」の核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定量(尿)及び核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定性(尿)は、区分番号「D002」尿沈渣(鏡検法)により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。<br>イ「12」の核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定量(尿)及び核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定性(尿)については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、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は算定できない。<br>「12」の核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定量(尿)又は核マトリックスプロテイン 22(NMP22)定性(尿)及び「21」のサイトケラチン8・18(尿)を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。 |
| | 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿) | 139 | 143 | |
| 13 | シアリルLe －i抗原(SLX) | 140 | 144 | |
| 14 | 神経特異エノラーゼ(NSE) | 142 | | 「24」のガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)を「14」の神経特異エノラーゼ(NSE)と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 15 | SPan－1 | 144 | | |
| 16 | CA72-4 | 146 | | |
| | シアリルTn抗原(STN) | 146 | | |
| 17 | 塩基性フェトプロテイン(BFP) | 150 | | |
| | 遊離型PSA比(PSA F／T比) | 150 | | 「17」の遊離型PSA比(PSA F／T比)は、診療及び他の検査(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に対して行った場合に限り算定する。 |
| 18 | サイトケラチン19フラグメント(シフラ) | 154 | 158 | 「18」のサイトケラチン19フラグメント(シフラ)は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、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を算定できる。 |
| 19 | シアリルLe 抗原(CSLEX ) | 156 | 160 | シアリルLe x抗原(CSLEX)<br>ア「19」のシアリルLe 抗原(CSLEX)は、診療及び他の検査の結果から乳癌のX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算定する。<br>イ「19」の シアリルLe x抗原(CSLEX)と「6」のCA15－3を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20 | BCA225 | 158 | | |
| 21 | サイトケラチン8・18（尿） | 160 | | （1）サイトケラチン8・18（尿）<br>ア　「21」のサイトケラチン8・18（尿）は、区分番号「D002」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。<br>イ　「21」のサイトケラチン8・18（尿）は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、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は算定できない。<br>（2）「12」の核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）又は「12」定性（尿）及び「21」のサイトケラチン8・18（尿）を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。 |
| 22 | 抗p53抗体 | 163 | | 「22」の抗p53抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月１回に限り算定できる。 |
| 23 | Ｉ型コラーゲン－C－テロペプチド（ＩCTP） | 170 | | 「23」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「39」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。 |
| 24 | ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP） | 175 | | 「24」のガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）を「14」の神経特異エノラーゼ（NSE）と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 25 | CA54／61 | 184 | | |
| 26 | α－フェトプロテインレクチン分画（AFPL3%） | 185 | 190 | 「26」のα-フェトプロテインレクチン分画（AFP－L3%）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はLBA法による。 |
| 27 | CA602 | 190 | | 「11」のCA125 及び「27」のCA602 を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。<br>上記(1)にかかわらず、(5)に掲げる項目について、1つを区分番号「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項目とし、他の1つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。 |
| | 組織因子経路インヒビター2（TFPI2） | 190 | | 「27」組織因子経路インヒビター(TFPI2)は、EIA法により測定した場合に算定できる。 |
| 28 | γ－セミノプロテイン（γ－Sm） | 192 | 194 | |
| 29 | ヒト精巣上体蛋白4(HE4) | 200 | | 「29」のヒト精巣上体蛋白4は、CLIA法により測定した場合に算定できる。 |
| 30 | 可溶性メンテリン関連ペプチド | 220 | | ア「30」の可溶性メソテリン関連ペプチドは、悪性中皮腫の診断の補助又は悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して治療効果の判定若しくは経過観察を目的として実施した場合に算定する。<br>イ 本検査を悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合は、以下のいずれかに該当する患者に対して使用した場合に限り算定する。この場合、本検査が必要である理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。（イ）石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者　（ロ）体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者（ハ）画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者<br>ウ 本検査を悪性中皮腫の治療効果の判定又は経過観察を目的として実施する場合は、悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して、本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。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 31 | 前立腺特異抗原（PSA）レクチン結合分画比（S2,3PSA%） | 248 | － | ア S2，3PSA%は、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 10.0ng/mL 以下である者に対して、LBA法(定量)により、S2，3PSA%を測定した場合に限り区分番号「D0 09」腫瘍マーカー「9」前立腺特異抗原（PSA）の2回分を準用して算定 する。<br>イ 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。<br>ウ S2，3PSA%と、「9」前立腺特異抗原（PSA）、「17」遊離型PSA比（PSA F／T比）又は「32」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。<br>エ 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、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載すること。 |
| 32 | プロステートヘルスインデックス（phi） | 281 | | ア「32」のプロステートヘルスインデックス（phi）は、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。<br>(イ) 前立腺特異抗原（PSA）値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下<br>(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<br>(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<br>イ アに該当する患者に対して、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。<br>ウ「9」の前立腺特異抗原（PSA）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。<br>エ「17」の遊離型PSA比（PSA F／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。<br>オ 本検査を算定する場合は、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、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載すること。 |
| 33 | 癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液） | 305 | | （1）「33」の癌胎児性抗原（CEA）定性又は半定量（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中のCEAを測定した場合に算定する。（2）HER2蛋白(乳頭分泌液)<br>ア 「33」のHER2蛋白（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、EIA法により、乳頭分泌液中のHER2蛋白を測定した場合に限り算定する。<br>イ 「33」のHER2蛋白（乳頭分泌液）及び「24」の癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液）又は半定量（乳頭分泌液）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | 癌胎児性抗原（CEA）半定量（乳頭分泌液） | 305 | | |
| 34 | HER2蛋白 | 320 | | 「34」のHER2蛋白は、悪性腫瘍が既に確定診断され、かつ、HER2タンパク過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、HER2蛋白過剰発現の有無が確認されていない再発癌患者に対して、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。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 35 | アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム | 335 | － | ア「35」のアポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォームは、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する患者に対して膵癌の診断の補助を目的として、血液を検体としてELISA法により測定した場合に、膵癌の診断の確定までの間に原則として1回を限度として算定できる。本検査を実施するに当たっては、関連学会が定める指針を遵守するとともに、本検査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。<br>(イ) 関連学会が定める指針に基づき膵癌の高度リスクに該当する患者。ただし、本検査を実施する患者が3月以内にCA19－9検査を行われており、CA19－9の値が37.0U/mL以上である場合には、本検査は算定できない。<br>(ロ) 関連学会が定める指針に基づき膵癌の中等度リスクに該当する患者であって、癌胎児性抗原（CEA）検査の結果が陰性であり、CA19－9値が 37.0U/mL以上かつ100U/mL以下の患者。<br>(ハ) 関連学会が定める指針に基づき膵癌のリスク因子が3項目以上該当する患者であって、癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9検査の結果が陰性である患者。<br>イ　アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォームと、本区分の「3」癌胎児性抗原（CEA）、「7」DUPAN－2又は「15」SPan－1を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。<br>ウ 本検査をアの(イ)に対して実施する場合はCA19－9の測定年月日及び測定結果を、アの(ロ)及び(ハ)に対して実施する場合は癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 36 | 可溶性インターロイキン－2レセプター（sIL－2R） | 438 | | 「36」の可溶性インターロイキン-2レセプター（sIL－2R）は、非ホジキンリンパ腫、ATLの診断の目的で測定した場合に算定できる。<br>また、非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、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の「ロ」により算定する。 |
| | （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。 | | | ※(1)<br>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。<br>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。<br>ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「8」のエラスターゼ1を行った場合<br>イ　肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「2」のα－フェトプロテイン（AFP）又は「10」のPIVKA-Ⅱ半定量又は定量を行った場合（月1回に限る。）<br>ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「11」のCA125又は「27」のCA602を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各1回に限る。）<br>エ　家族性大腸腺腫症の患者に対して「3」の癌胎児性抗原（CEA）を行った場合 |
| | （注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。 | | | 「注2」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と「33」の癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液）又は同半定量（乳頭分泌液）を同一日に行った場合にも、適用する。 |
| | 腫瘍マーカー包括（■部分） | | | |
| | イ 2項目 | 230 | | |
| | ロ 3項目 | 290 | | |
| | ハ 4項目以上 | 385 | 396 | |

| D010 | 特殊分析 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 糖分析（尿） | 38 | | |
| 2 | 結石分析 | 117 | | |
| 3 | チロシン | 200 | | 「3」のチロシンは、酵素法による。 |
| 4 | アミノ酸 | | | フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ1回の測定につき「4」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「D500」薬剤により算定する。 |
| | イ　1種類につき | 279 | | |
| | ロ　5種類以上 | 1,107 | 1,141 | |
| 5 | 総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（BTR） | 283 | | 「5」の総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（BTR）は、酵素法による。 |
| 6 | アミノ酸定性 | 350 | | |
| 7 | 脂肪酸分画 | 393 | 405 | |
| 8 | 先天性代謝異常症検査 | | | 「8」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、疾患の診断又は経過観察を目的に行った場合に算定する。 |
| | イ　尿中有機酸分析 | 1,141 | | 「イ」の尿中有機酸分析は、有機酸代謝異常症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて尿中有機酸の分析を行った場合に算定する。 |
| | ロ　血中極長鎖脂肪酸 | 1,141 | | 「ロ」の血中極長鎖脂肪酸は、副腎白質ジストロフィーやペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて血中極長鎖脂肪酸の測定を行った場合に算定する。 |
| | ハ　ダンデムマス分析 | 1,107 | 1,141 | 「ハ」のタンデムマス分析は、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症が疑われる患者に対して、タンデム質量分析装置を用いて遊離カルニチン及びアシルカルニチンの分析を行った場合に算定する。 |
| | ニ　その他 | 1,107 | 1,141 | 「ニ」のその他は、ムコ多糖症、ムコリピドーシスが疑われる患者に対して、セルロースアセテート膜電気泳動を用いてムコ多糖体分画の定量検査等を行った場合に算定する。 |
| | (注1) イ、ロ及びハについては、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行われる場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 | | | |
| | (注2)　ニについては、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、当該保険医療機関内で検査を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 | | | |

## ■免疫学的検査

| D011 | 免役血液学的検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ABO血液型 | 24 | | |
| | Rh(D)血液型 | 24 | | |
| 2 | Coombs試験 | | | |
| | イ 直接 | 34 | | |
| | ロ 間接 | 47 | | |
| 3 | Rh（その他の因子）血液型 | 148 | | 「3」のRh（その他の因子）血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | 不規則抗体 | 159 | 「4」の不規則抗体検査は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第2章第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「K877」子宮全摘術、「K879」子宮悪性腫瘍手術、「K889」子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、「K898」帝王切開術又は「K912」子宮外妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。<br>また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「K920」輸血の「注6」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。<br>この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴がある患者又は妊娠歴がある患者のいずれに該当するかを記載する。 |
| | (注)第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。 | | |
| 5 | ABO血液型関連糖転移酵素活性 | 181 | |
| 6 | 血小板関連IgG（PA－IgG） | 190 193 | 「6」の血小板関連IgG（PA－IgG）は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。 |
| 7 | ABO血液型亜型 | 260 | |
| 8 | 抗血小板抗体 | 261 | |
| 9 | 血小 板第４因子－ヘパリン複合体抗体 （ Ｉ ｇ Ｇ抗体） | 376 378 | ア「10」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）及び「9」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）「11」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体定性は、ヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行った場合に算定する。<br>イ 「11」血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体定性は、イムノクロマト法により測定した場合に、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。<br><br>ウ 一連の検査で、「10」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）及び「9」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）及び「11」の血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体定性を測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 10 | 血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体） | 390 | |
| 11 | 血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体定性 | 420 | |

| D012 | 感染症免役学的検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 梅毒血清反応（STS）定性 | 15 | 「1」及び「5」における梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量及び梅毒血清反応（STS）定量は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、VDRL法、RPR法、凝集法等）をいい、梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量及び梅毒血清反応（STS）定量ごとに梅毒沈降反応を併せて2種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。 |
| | 抗ストレプトリジンO（ASO）定性 | 15 | |
| | 抗ストレプトリジンO（ASO）半定量 | 15 | |
| | 抗ストレプトリジンO（ASO）定量 | 15 | |
| 2 | トキソプラズマ抗体定性 | 26 | |
| | トキソプラズマ抗体半定量 | 26 | |
| 3 | 抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性 | 29 | |
| | 抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量 | 29 | |
| 4 | 梅毒トレポネーマ抗体定性 | 32 | |
| | マイコプラズマ抗体定性 | 32 | 「4」のマイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量、「25」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）又は「31」のマイコプラズマ抗原定性（FA法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | マイコプラズマ抗体半定量 | 32 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | 梅毒血清反応（STS）半定量 | 34 | 「1」及び「5」における梅毒血清反応（STS）定性及び梅毒血清反応（STS）半定量及び梅毒血清反応（STS）定量は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、VDRL法、RPR法、凝集法等）をいい、梅毒血清反応（STS）定性及び梅毒血清反応（STS）半定量及び梅毒血清反応（STS）定量ごとに梅毒沈降反応を併せて2種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。 |
| | 梅毒血清反応（STS）定量 | 34 | |
| 6 | 梅毒トレポネーマ抗体半定量 | 53 | |
| | 梅毒トレポネーマ抗体定量 | 53 | |
| 7 | アデノウイルス抗原定性（糞便） | 60 | 「7」のアデノウイルス抗原定性（糞便）と「8」のロタウイルス抗原定性（糞便）又は定量（糞便）を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。 |
| | 迅速ウレアーゼ試験定性 | 60 | 「7」の迅速ウレアーゼ試験定性を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。 |
| 8 | ロタウイルス抗原定性（糞便） | 65 | 「7」のアデノウイルス抗原定性（糞便）と「8」のロタウイルス抗原定性（糞便）又は定量（糞便）を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。 |
| | ロタウイルス抗原定量（糞便） | 65 | |
| 9 | ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量 | 70 | ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量<br>ア　「9」のヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量は、LA法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はEIA法（簡易法）により実施した場合に算定する。<br>イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。 |
| | クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体 | 70 | 「26」のクラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体を、「9」のクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体価又は「10」のクラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体価と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 | クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体 | 75 | |
| 11 | ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり） | 79 | ア「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。<br>(イ) アデノウイルス<br>(ロ) コクサッキーウイルス<br>(ハ) サイトメガロウイルス<br>(ニ) EBウイルス<br>(ホ) エコーウイルス<br>(ヘ) ヘルペスウイルス<br>(ト) インフルエンザウイルスA型<br>(チ) インフルエンザウイルスB型<br>(リ) ムンプスウイルス<br>(ヌ) パラインフルエンザウイルスⅠ型<br>(ル) パラインフルエンザウイルスⅡ型<br>(ヲ) パラインフルエンザウイルスⅢ型<br>(ワ) ポリオウイルスⅠ型<br>(カ) ポリオウイルスⅡ型<br>(ヨ) ポリオウイルスⅢ型<br>(タ) RSウイルス<br>(レ) 風疹ウイルス<br>(ソ) 麻疹ウイルス<br>(ツ) 日本脳炎ウイルス<br>(ネ) オーム病クラミジア<br>(ナ) 水痘・帯状疱疹ウイルス<br>イ ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。 |
| | (注) 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12 | クロストリジウム・ディフィシル抗原定性 | 80 | | |
| | ヘリコバクター・ピロリ抗体 | 80 | | 「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。 |
| | 百日咳菌抗体定性 | 80 | | |
| | 百日咳菌抗体半定量 | 80 | | |
| 13 | HTLVー Ⅰ抗体定性 | 85 | | 「13」のHTLVー1抗体定性又は半定量は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。 |
| | HTLVー Ⅰ抗体半定量 | 85 | | |
| 14 | トキソプラズマ抗体 | 93 | | |
| 15 | トキソプラズマIgM抗体 | 95 | | |
| 16 | HIVー1，2抗体定性 | 109 | 112 | 「16」のHIVー1，2抗体定性、同半定量、及び「19」のHIVー1，2抗体定量は、LA法、EIA法、PA法又は免疫クロマト法による。<br>「17」HIV-1抗体と算定条件同じ |
| | HIVー1，2抗体半定量 | 109 | 112 | |
| | HIVー1，2抗原・抗体同時測定定性 | 109 | 112 | |
| 17 | HIV-1抗体 | 113 | 116 | 診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかな者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「17」のHIVー1抗体、「16」のHIVー1，2抗体定性、同半定量、「19」のHIVー1，2抗体定量、「16」のHIV-1，2抗原・抗体同時測定定性又は「19」のHIV-1，2抗原・抗体同時測定定量を実施した場合は、HIV感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。<br>ア 新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンK欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者<br>イ 肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者<br>ウ 食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者<br>エ 大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やHIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でHIV感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。<br>(11) HIVー1抗体及びHIVー1，2抗体定性、同半定量又は同定量、HIV-1，2抗原・抗体同時測定定性又は同定量 ア 区分番号「K920」輸血（「4」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね2か月後に「17」のHIVー1抗体、「16」のHIVー1，2抗体定性、同半定量、「19」のHIVー1，2抗体定量、「16」のHIV-1，2抗原・抗体同時測定定性又は「19」のHIV-1，2抗原・抗体同時測定定量の測定が行われた場合は、HIV感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき1回に限り、所定点数を算定できる。<br>イ 他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。<br>ウ ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。 |
| 18 | 抗酸菌抗体定量 | 116 | | 「18」の抗酸菌抗体定性又は定量は、金コロイド免疫測定法又はEIA法により実施した場合に算定する。 |
| | 抗酸菌抗体定性 | 116 | | 「18」の抗酸菌抗体定性又は定量は、金コロイド免疫測定法又はEIA法により実施した場合に算定する。 |
| 19 | A群β溶連菌迅速試験定性 | 121 | 124 | 「19」のA群β溶連菌迅速試験定性と区分番号「D018」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、A群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定する。この場合において、A群β溶連菌迅速試験定性の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、A群β溶連菌迅速試験の所定点数のみ算定する。 |
| 20 | HIVー1，2抗体定量 | 127 | | 「17」HIV-1抗体と算定条件同じ |
| | HIVー1，2抗原・抗体同時測定定量 | 127 | | |
| 21 | ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液） | 129 | 132 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 22 | インフルエンザウイルス抗原定性 | 132 | 136 | ア「22」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。<br>イ 本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>ウ 本検査は光学的抗原抗体反応（OIA法）により実施した場合にも算定できる。 |
| 23 | カンジダ抗原定性 | 134 | | 「23」のカンジダ抗原定性、半定量又は定量は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。<br>「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | カンジダ抗原半定量 | 134 | | |
| | カンジダ抗原定量 | 134 | | |
| | 梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）定性 | 134 | | |
| | 梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）半定量 | 134 | | |
| 24 | RSウイルス抗原定性 | 138 | | 「24」のRSウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。<br>ア　入院中の患者<br>イ　1歳未満の乳児<br>ウ　パリビズマブ製剤の適応となる患者 |
| 25 | ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 | 142 | | ヘリコバクター・ピロリ抗原定性<br>ア　「25」のヘリコバクター・ピロリ抗原定性は、EIA法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。<br>イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。 |
| | ヒトメタニューモウイルス抗原定性 | 142 | | ア「25」のヒトメタニューモウイルス抗原定性と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型、「22」のインフルエンザウイルス抗原定性又は「24」のRSウイルス抗原定性のうち3項目を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。ただし、「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「22」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は1項目として数える。イ 本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。 |
| 26 | 肺炎球菌抗原定性（尿・髄液） | 146 | | |
| 27 | マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法） | 148 | 150 | 「27」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「4」のマイコプラズマ抗原定性、若しくはマイコプラズマ抗体半定量又は「36」のマイコプラズマ抗原定性（FA法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 28 | ノロウイルス抗原定性 | 150 | | 「28」のノロウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。<br>ア　3歳未満の患者<br>イ　65歳以上の患者<br>ウ　悪性腫瘍の診断が確定している患者<br>エ　臓器移植後の患者<br>オ　抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者 |
| | インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性 | 150 | | 「28」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、ELISA法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28 | SARS-CoV-2抗原定性 | 150 | － | ア「28」のSARS－CoV－2抗原定性は、COVID-19（新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ。）が疑われる患者に対して、COVID-19 の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「50」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性及び「61」SARS－CoV－2抗原定量については、別に算定できない。 |
| 29 | クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体 | 152 | | 「29」のクラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体を、「9」のクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体価又は「10」のクラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体価と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。 |
| | クラミジア・トラコマチス抗原定性 | 152 | 156 | 「29」のクラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、本検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。<br>「29」のクラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽腔内からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。 |
| 30 | アスペルギルス抗原 | 157 | | (1)「30」のアスペルギルス抗原はLA法又はELISA法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。<br>「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 31 | 大腸菌O157抗体定性 | 159 | 163 | 「31」の大腸菌O157抗体定性、「33」の大腸菌O157抗原定性及び「D018」細菌培養同定検査の「2」消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「33」の大腸菌O157抗体定性はLA法による。 |
| | HTLV－Ⅰ抗体 | 159 | 163 | 「55」のHIV－1抗体（ウエスタンブロット法）及び「58」のHIV－2抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「16」のHIV－1，2抗体定性若しくは同半定量、「16」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定性、「17」のHIV－1抗体、「20」のHIV－1，2抗体定量又は「20」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法より行った場合に、それぞれ算定する。 |
| 32 | D－アラビニトール | 160 | | (1)「32」のD－アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。<br>「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 33 | 大腸菌O157抗原定性 | 161 | 165 | 「33」の大腸菌O157抗原定性は、区分番号「D018」細菌培養同定検査の「2」消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 34 | クリプトコックス抗原半定量 | 166 | 169 | 「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 35 | クリプトコックス抗原定性 | 169 | 174 | 「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36 | マイコプラズマ抗原定性（FA法） | 170 | | 「4」マイコプラズマ抗体定性と算定条件同じ |
| 37 | 大腸菌血清型別 | 175 | | 「37」の大腸菌血清型別は、区分番号「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、及び区分番号「D023－2」その他の微生物学的検査の「3」大腸菌ベロトキシン定性により毒素が確認又は腸管出血性大腸菌用の選択培地に菌の発育が確認され、並びに血清抗体法により大腸菌のO抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分番号「D018」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。 |
| 38 | アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。） | 179 | 184 | |
| | 肺炎球菌細胞壁抗原定性 | 179 | 184 | ア「38」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。<br>(イ) 喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合<br>(ロ) イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合イ 当該検査と「41」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 39 | 淋菌抗原定性 | 180 | | 「39」の淋菌抗原定性は、区分番号「D018」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。 |
| | 単純ヘルペスウイルス抗原定性 | 180 | | 「39」の単純ヘルペスウイルス抗原定性は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。<br>「39」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）は、単純ヘルペスウイルス感染症が疑われる皮膚病変を認めた初発の患者を対象として、イムノクロマト法により測定した場合に算定する。なお、医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、本検査と、本区分の「39」単純ヘルペスウイルス抗原定性、「47」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）及び「47」単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）は併せて算定できない。 |
| | 単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚) | 180 | | |
| 40 | カンピロバクター抗原定性(糞便) | 184 | | 「40」のカンピロバクター抗原定性（糞便）は、カンピロバクター感染を疑う患者を対象として、イムノクロマト法により測定した場合に算定できる。 |
| 41 | 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液） | 188 | 193 | 「41」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。 |
| 42 | (1→3)－β－D－グルカン | 195 | 201 | 「42」の(1→3)－β－D－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD－アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 43 | ブルセラ抗体定性 | 200 | | |
| | ブルセラ抗体半定量 | 200 | | |
| | グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 | 200 | | グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体<br>ア 「43」のグロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体は、クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、IgG抗体価又はIgA抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、IgM抗体価を測定した場合に算定する。<br>イ IgG抗体価、IgA抗体価及びIgM抗体価のうち2項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 44 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） | 200 | 206 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価<br>ア 「44」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価は、下記の項目のウイルスのIgG型ウイルス抗体価又はIgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、「(ト)」のヒトパルボウイルスB19は、紅斑が出現している妊婦について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、IgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。<br>（イ）ヘルペスウイルス （ロ）風疹ウイルス（ハ）サイトメガロウイルス（ニ）EBウイルス（ホ）麻疹ウイルス（ヘ）ムンプスウイルス（ト）ヒトパルボウイルスB19(チ)水痘・帯状疱疹ウイルス<br>イ 同一ウイルスについてIgG型ウイルス抗体価及びIgM型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。<br>ウ 「11」のウイルス抗体（定性・半定量・定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。 |
| | （注）同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。 | | | |
| 45 | ツツガムシ抗体定性 | 203 | 207 | 「45」のツツガムシ抗体半定量又は同定性は、各株ごとに算定する。 |
| | ツツガムシ抗体半定量 | 203 | 207 | |
| 46 | レジオネラ抗原定性（尿） | 205 | 211 | 「46」のレジオネラ抗原定性（尿）は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ELISA法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り1回を限度として算定する |
| 47 | 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜） | 210 | | 「47」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）は、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、イムノクロマト法により行った場合に算定する。 |
| | 単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器） | 210 | | |
| | アニサキスIgG・IgA抗体 | 210 | | 「47」のアニサキスIgG・A抗体は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例（肺アニサキス症等）における診断のために実施した場合のみ算定できる。 |
| 48 | 百日咳菌抗原定性 | 217 | | ア「48」の百日咳菌抗原定性は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、イムノクロマト法により百日咳菌抗原を測定した場合に算定する。<br>イ 本検査と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「13」百日咳菌核酸検出又は同区分「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 49 | 赤痢アメーバ抗体半定量 | 223 | | 「49」の赤痢アメーバ抗原定性は、腸管アメーバ症の症状を呈する患者に対して、アメーバ赤痢の診断を目的として、酵素免疫測定法（定性）により糞便中の赤痢アメーバ抗原を測定した場合に算定する。 |
| | 赤痢アメーバ抗原定性 | 223 | | |
| 50 | SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 | 225 | － | ア「50」のSARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「22」インフルエンザウイルス抗原定性、「28」SARS－CoV－2抗原定性、「59」SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性及び「61」SARS－CoV－2抗原定量については、別に算定できない。 |
| 51 | 水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞） | 227 | | |
| 52 | エンドトキシン | 229 | 236 | 「59」のプロカルシトニン（PCT）定量又は同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「52」のエンドトキシン検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 53 | デングウイルス抗原定性 | 233 | | ア「53」のデングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスNS1抗原、IgG抗体及びIgM抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。<br>イ「53」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、入院を要する場合に限り算定できる。<br>ウ「53」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。<br>エ「53」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合は、主体たるもののみ算定する。 |
| | デングウイルス抗原・抗体同時測定定性 | 233 | | |
| | (注)別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保健医療機関において実施した場合に算定する。 | | | |
| | 白癬菌抗原定性 | 233 | | ア「53」の白癬菌抗原定性は、爪白癬が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により爪中の白癬菌抗原を測定した場合に算定する。<br>イ 本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。<br>(イ) KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合。なお、この場合においては、本検査を実施した医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>(ロ) KOH直接鏡検が実施できない場合。なお、この場合においては、KOH直接鏡検を実施できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>ウ 本検査は、関連学会の定める指針に従って実施すること。 |
| 54 | 百日咳菌抗体 | 257 | | |
| 55 | HIV－1抗体（ウエスタンブロット法） | 280 | | 「55」のHIV－1抗体（ウエスタンブロット法）及び「58」のHIV－2抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「16」のHIV－1，2抗体定性若しくは同半定量、「16」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定性、「17」のHIV－1抗体、「20」のHIV－1，2抗体定量又は「20」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法より行った場合に、それぞれ算定する。 |
| 56 | 結核菌群抗原定性 | 291 | | |
| 57 | サイトメガロウイルスpp65抗原定性 | 356 | 366 | 「57」のサイトメガロウイルスpp65抗原定性は免疫染色法により、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対して行った場合のみ算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 58 | HIV－2抗体（ウエスタンブロット法） | 380 | | 「55」のHIV－1抗体（ウエスタンブロット法）及び「58」のHIV－2抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「16」のHIV－1，2抗体定性若しくは同半定量、「16」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定性、「17」のHIV－1抗体、「20」のHIV－1，2抗体定量又は「20」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法より行った場合に、それぞれ算定する。 |
| 59 | SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性 | 420 | － | ア「59」のSARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19 が疑われる患者に対して、COVID-19 の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「24」RSウイルス抗原定性、「28」SARS－CoV－2抗原定性、「50」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性及び「61」SARS－CoV－2抗原定量については、別に算定できない。 |
| | SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性 | 420 | － | ア「59」のSARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「22」インフルエンザウイルス抗原定性、「24」RSウイルス抗原定性、「28」SARS－CoV－2抗原定性、「50」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性及び「61」SARS－CoV－2抗原定量については、別に算定できない。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 60 | HTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法） | 425 | | 「60」のHTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）は、「13」のHTLV－Ⅰ抗体定性、半定量又は「31」のHTLV－Ⅰ抗体によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法又はラインブロット法により行った場合に算定する。 |
| 61 | SARS－CoV－2抗原定量 | 560 | － | ア「61」のSARS－CoV－2抗原定量は、COVID-19 が疑われる患者に対して、COVID-19 の診断を目的として、化学発光酵素免疫測定法（定量）、電気化学発光免疫測定法（定量）、化学発光免疫測定法（定量）又は免疫光導波検出法により実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「28」SARS－CoV－2抗原定性、「50」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性及びSARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性については、別に算定できない。 |
| 62 | HIV抗原 | 600 | | 「62」のHIV抗原は、HIV感染者の経過観察又はHIV感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。 |
| 63 | HIV－1特異抗体・HIV－2特異抗体 | 660 | | 「63」のHIV－1特異抗体・HIV－2特異抗体は、スクリーニング検査としての「16」のHIV－1，2抗体定性若しくは同半定量、「16」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定性、「17」のHIV－1抗体、「20」のHIV－1，2抗体定量又は「20」のHIV－1，2抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的として、全血、血清又は血漿を検体とし、イムノクロマト法により測定した場合に算定する。なお、本検査を実施した場合、本区分の「55」HIV－1抗体（ウエスタンブロット法）及び「58」HIV－2抗体（ウエスタンブロット法）は、別に算定できない。 |
| 64 | 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 | 822 | 847 | 「64」の抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、ELISA法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。 |
| 65 | 鳥特異的IgG抗体 | 873 | | 「65」の鳥特異的IgG抗体は、診察又は画像診断等により鳥関連過敏性肺炎が強く疑われる患者を対象として、EIA法により測定した場合に算定する。なお、本検査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。 |
| 66 | 抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体 | 12,850 | | 「66」の抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体は、2歳未満の脊髄性筋萎縮症患者に対して、オナセムノゲンアベパルボベクの適応の判定の補助を目的として実施する場合に、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | （注）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実施した場合に限り算定する。 | | | |

| D013 | 肝炎ウイルス関連検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HBs抗原定性・半定量 | 29 | | 「1」のHBs抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、EIA法（簡易法）、金コロイド凝集法による。 |
| 2 | HBs抗体定性 | 32 | | |
| | HBs抗体半定量 | 32 | | 「2」のHBs抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、EIA法（簡易法）、金コロイド凝集法による |
| 3 | HBs抗原 | 88 | | 免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「3」のHBs抗原、HBs抗体及び「6」のHBc抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。 |
| | HBs抗体 | 88 | | |
| 4 | HBe抗原 | 98 | 101 | |
| | HBe抗体 | 98 | 101 | |
| 5 | HCV抗体定性・定量 | 102 | 105 | |
| | HCVコア蛋白 | 102 | 105 | 「5」のHCVコア蛋白は、EIA法又はIRMA法による。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | HBc抗体半定量・定量 | 130 | 133 | 「6」のHBc抗体半定量・定量と「8」のHBc－IgM抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。<br>免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「3」のHBs抗原、HBs抗体及び「6」のHBc抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。 |
| 7 | HCVコア抗体 | 143 | | |
| 8 | HA－IgM抗体 | 146 | | 「8」のHA抗体とHA－IgM抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。 |
| | HA抗体 | 146 | | |
| | HBc－IgM抗体 | 146 | | 「6」のHBc抗体半定量・定量と「8」のHBc－IgM抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。 |
| 9 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性 | 160 | | |
| | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量 | 160 | | |
| 10 | HE－IgA抗体定性 | 210 | | |
| 11 | HCV血清群別判定 | 215 | 221 | 「11」のHCV血清群別判定は、EIA法により、C型肝炎の診断が確定した患者に対して、C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。 |
| 12 | HBVコア関連抗原（HBcrAg） | 252 | 259 | 「12」のHBVコア関連抗原（HBcrAg）は、B型肝炎ウイルス感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のB型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBcrAg）を測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「4」のHBV核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 13 | デルタ肝炎ウイルス抗体 | 330 | | |
| 14 | HCV特異抗体価 | 340 | | |
| | HBVジェノタイプ判定 | 340 | | 「14」のHBVジェノタイプ判定は、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。 |
| | （注）患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14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。 | | | |
| | 肝炎ウイルス包括（■部分） | | | |
| | イ　3項目 | 290 | | |
| | ロ　4項目 | 360 | | |
| | ハ　5項目以上 | 425 | | |

| D014 | 自己抗体検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 寒冷凝集反応 | 11 | | |
| 2 | リウマトイド因子（RF）定量 | 30 | | 「2」のリウマトイド因子（RF）定量、「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、「9」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－3（MMP－3）、「15」のC1q結合免疫複合体、「25」のモノクローナルRF結合免疫複合体及び「26」のIgG型リウマトイド因子のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。 |
| 3 | 抗サイログロブリン抗体半定量 | 37 | | |
| | 抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量 | 37 | | 「11」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「3」の抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 4 | Donath－Landsteiner試験 | 55 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 抗核抗体（蛍光抗体法）定性 | 99 | 102 | |
| | 抗核抗体（蛍光抗体法）半定量 | 99 | 102 | |
| | 抗核抗体（蛍光抗体法）定量 | 99 | 102 | |
| 6 | 抗インスリン抗体 | 107 | 110 | |
| 7 | 抗核抗体（蛍光抗体法を除く。） | 110 | | |
| 8 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性 | 111 | 114 | 「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量は、ECLIA法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「2」のリウマトイド因子（RF）定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 | 111 | 114 | |
| 9 | マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP－３） | 116 | | 「2」のリウマトイド因子（RF）定量、「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、「9」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP－３）、「15」のC1q結合免疫複合体、「25」のモノクローナルRF結合免疫複合体及び「26」のIgG型リウマトイド因子のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。 |
| 10 | 抗サイログロブリン抗体 | 136 | 140 | |
| 11 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 | 138 | 142 | 「11」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「3」の抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 12 | 抗Jo－１抗体定性 | 140 | | 「23」の抗ARS抗体と「12」の抗Jo－１抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。 |
| | 抗Jo－１抗体半定量 | 140 | | |
| | 抗Jo－１抗体定量 | 140 | | |
| 13 | 抗RNP抗体定性 | 144 | | |
| | 抗RNP抗体半定量 | 144 | | |
| | 抗RNP抗体定量 | 144 | | |
| 14 | 抗Sm抗体定性 | 147 | 151 | |
| | 抗Sm抗体半定量 | 147 | 151 | |
| | 抗Sm抗体定量 | 147 | 151 | |
| 15 | C1q結合免疫複合体 | 153 | | 「2」のリウマトイド因子（RF）定量、「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、「9」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP－３）、「15」のC1q結合免疫複合体、「25」のモノクローナルRF結合免疫複合体及び「26」のIgG型リウマトイド因子のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。 |
| 16 | 抗Scl－70抗体定性 | 157 | | |
| | 抗Scl－70抗体半定量 | 157 | | |
| | 抗Scl－70抗体定量 | 157 | | |
| | 抗SS－B／La抗体定性 | 157 | 158 | |
| | 抗SS－B／La抗体半定量 | 157 | 158 | |
| | 抗SS－B／La抗体定量 | 157 | 158 | |
| 17 | 抗DNA抗体定量 | 159 | 163 | |
| | 抗DNA抗体定性 | 159 | 163 | |
| 18 | 抗SS－A／Ro抗体定性 | 161 | | |
| | 抗SS－A／Ro抗体半定量 | 161 | | |
| | 抗SS－A／Ro抗体定量 | 161 | | |
| 19 | 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 | 170 | | 「19」の抗RNAポリメラーゼⅢ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、1回を限度として算定として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に関し、腎クリ―ゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また腎クリ―ゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20 | 抗セントロメア抗体定量 | 174 | | 「20」の抗セントロメア抗体定量又は「20」の抗セントロメア抗体定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合のみ算定できる。 |
| | 抗セントロメア抗体定性 | 174 | | |
| 21 | 抗ミトコンドリア抗体定性 | 181 | | |
| | 抗ミトコンドリア抗体半定量 | 181 | | |
| 22 | 抗ミトコンドリア抗体定量 | 189 | | |
| 23 | 抗ARS抗体 | 190 | | 「23」の抗ARS抗体と「12」の抗Jo－1抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。 |
| 24 | 抗シトルリン化ペプチド抗体定性 | 193 | 198 | ア「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。<br>(イ) 関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として1回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>(ロ)(イ)とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定する。ただし、当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>イ「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、「9」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－3(MMP－3)、「15」のC1q結合免疫複合体、「25」のモノクローナルRF結合免疫複合体及び「26」のIgG型リウマトイド因子のうち2項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの1つに限り算定する。 |
| | 抗シトルリン化ペプチド抗体定量 | 193 | 198 | |
| 25 | モノクローナルRF結合免疫複合体 | 194 | | 「9」MMP－3と算定条件同じ |
| 26 | IgG型リウマトイド因子 | 198 | | 「9」MMP－3と算定条件同じ |
| 27 | 抗TSHレセプター抗体(TRAb) | 214 | 220 | 「27」の抗TSHレセプター抗体(TRAb)及び「40」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。 |
| 28 | 抗LKM－1抗体 | 215 | | ア　「28」の抗LKM－1抗体は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。<br>イ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること |
| 29 | 抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体 | 223 | | 「29」の抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体と「30」の抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体又は抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 30 | 抗カルジオリピンIgG抗体 | 226 | | 「29」の抗カルジオリピンβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体と「30」の抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体又は抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>ア「30」の抗カルジオリピンIgM抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、ELISA法又はCLIA法により実施した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。<br>イ「30」の抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、CLEIA法又はCLIA法により実施した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。<br>ウ「30」の抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、CLEIA法又はCLIA法により実施した場合に、一連の治療につき2回に限り算定する。エ「30」の抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体及び抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体を併せて実施した場合は、主たるもの3つに限り算定する。 |
| | 抗カルジオリピンIgM抗体 | 226 | | |
| | 抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体 | 226 | | |
| | 抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体 | 226 | | |
| 31 | IgG2(TIA法によるもの) | 239 | | 「31」のIgG2(TIA法によるもの)及び「42」のIgG2(ネフェロメトリー法によるもの)は、原発性免疫不全等を疑う場合に算定する。これらを併せて実施した場合は、「31」のIgG2(TIA法によるもの)により算定する。なお、算定に当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 32 | 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO－ANCA） | 251 | 258 | 「32」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。 |
| 33 | 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3－ANCA） | 252 | 259 | |
| 34 | 抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体） | 262 | | 「34」の抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。 |
| 35 | ループスアンチコアグラント定量 | 265 | 273 | 「35」のループスアンチコアグラント定量及び同定性は、希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。 |
| | ループスアンチコアグラント定性 | 265 | 273 | |
| 36 | 抗デスモグレイン3抗体 | 270 | | ア「36」の抗デスモグレイン3抗体は、ELISA法又はCLEIA法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。<br>イ 尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「39」の抗デスモグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | 抗BP180－NC16a抗体 | 270 | | 「33」の抗BP180－NC16a抗体は、ELISA法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。 |
| 37 | 抗MDA5抗体 | 270 | | 「37」の抗MDA5抗体、抗TIF1－γ抗体及び抗Mi－2抗体は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ELISA法により測定した場合に算定できる。 |
| | 抗TIF1－γ抗体 | 270 | | |
| | 抗Mi－2抗体 | 270 | | |
| 38 | 抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性 | 290 | | |
| 39 | 抗デスモグレイン1抗体 | 300 | | 「36」抗デスモグレイン3抗体と算定条件同じ |
| 40 | 甲状腺刺激抗体（TSAb） | 330 | 340 | 「27」の抗TSHレセプター抗体（TRAb）及び「40」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。 |
| 41 | IgG4 | 377 | | 「41」のIgG4は、ネフェロメトリー法又はTIA法による。 |
| 42 | IgG2(ネフェロメトリー法によるもの) | 388 | | 「31」のIgG2（TIA法によるもの）及び「42」のIgG2（ネフェロメトリー法によるもの）は、原発性免疫不全等を疑う場合に算定する。これらを併せて実施した場合は、「31」のIgG2（TIA法によるもの）により算定する。なお、算定に当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 43 | 抗GM1IgG抗体 | 460 | | 「43」の抗GM1IgG抗体は、ELISA法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に1回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。 |
| | 抗GQ1bIgG抗体 | 460 | | 「43」の抗GQ1bIgG抗体は、ELISA法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に1回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。 |
| 44 | 抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180－NC16a抗体同時測定 | 490 | | ア「44」の抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180－NC16a抗体同時測定は、天疱瘡又は水疱性類天疱瘡が疑われる患者に対して、間接蛍光抗体法（IF法）により、鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、天疱瘡についての鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。<br>イ 天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で、本検査と「36」の抗デスモグレイン3抗体若しくは抗BP180－NC16a抗体又は「39」の抗デスモグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 45 | 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体） | 775 | 798 | ア 「45」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。<br>イ 本検査と「47」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。 |
| 46 | 抗グルタミン酸レセプター抗体 | 970 | | 「46」の抗グルタミン酸レセプター抗体は、ラスムッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオプソクローヌス・ミオクローヌス症候群の診断の補助として行った場合に、１月に1回に限り算定できる。 |
| 47 | 抗アクアポリン４抗体 | 1,000 | | 「47」の抗アクアポリン4抗体は、ELISA法により視神経脊髄炎の診断（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。なお、当該検査の結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、視神経脊髄炎が強く疑われる患者に対して、疾患の診断を行う必要があり、当該検査を再度実施した場合においても算定できる。ただし、この場合、前回の検査実施日及びその結果並びに検査を再度実施する医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 | 1,000 | | ア 「47」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（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。<br>イ 本検査と「45」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。 |
| | 抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体） | 1,000 | | ア 「47」の抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体）は、ランバート・イートン筋無力症候群の診断を目的として、RIA法により測定した場合に算定する。<br>イ 本検査は、臨床症状によりランバート・イートン筋無力症候群が疑われる患者であって、反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認める患者を対象として実施した場合に限り算定できる。ただし、医学的な必要性から反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその詳細な理由を記載すること。 |
| 48 | 抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査） | 1,000 | | 「48」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。 |
| 49 | 抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査） | 4,850 | | 「49」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）は、「48」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合、又は抗HLA抗体獲得の確定を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「49」の抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、１年に2回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| （注1） | １ 本区分の10から16まで、18、19、23及び37に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。 | | | |
| | 自己抗体包括（　部分） | | | |
| | イ　2項目 | 320 | | |
| | ロ　3項目以上 | 490 | | |
| （注2） | 本区分の48及び49に掲げる検査については、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実施した場合に算定する。 | | | |

| D015 | 血漿蛋白免疫学的検査 | | |
|---|---|---|---|
| 1 | C反応性蛋白（CRP）定性 | 16 | 「6」の血清アミロイドA蛋白（SAA）を「1」のC反応性蛋白（CRP）定性又は「1」のC反応性蛋白（CRP）と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | C反応性蛋白（CRP） | 16 | |
| 2 | 赤血球コプロポルフィリン定性 | 30 | |
| | グルコース－６－ホスファターゼ（G－６－Pase） | 30 | |
| 3 | グルコース－６－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－６－PD）定性 | 34 | |
| | 赤血球プロトポルフィリン定性 | 34 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 血清補体価（CH50） | 38 | | |
| | 免疫グロブリン | 38 | | 「4」の免疫グロブリンは、IgG、IgA、IgM及びIgDを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。 |
| 5 | クリオグロブリン定性 | 42 | | |
| | クリオグロブリン定量 | 42 | | |
| 6 | 血清アミロイドA蛋白（SAA） | 47 | | 「6」の血清アミロイドA蛋白（SAA）を「1」のC反応性蛋白（CRP）定性又は「1」のC反応性蛋白（CRP）と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する |
| 7 | トランスフェリン（Tf） | 60 | | 「7」のトランスフェリン（Tf）、「8」のC3及び「8」のC4 は、SRID法等による。 |
| 8 | C3 | 70 | | |
| | C4 | 70 | | |
| 9 | セルロプラスミン | 90 | | |
| 10 | β２－マイクログロブリン | 98 | 101 | |
| 11 | 非特異的IgE半定量 | 100 | | |
| | 非特異的IgE定量 | 100 | | |
| 12 | トランスサイレチン（プレアルブミン） | 101 | 104 | |
| 13 | 特異的IgE半定量・定量 | 110 | | |
| | （注） 特異的IgE半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。 | | | |
| 14 | α１－マイクログロブリン | 129 | 132 | |
| | ハプトグロビン（型補正を含む。） | 129 | 132 | |
| 15 | レチノール結合蛋白（RBP） | 132 | 136 | |
| 16 | C3プロアクチベータ | 160 | | |
| 17 | 免疫電気泳動法 （抗ヒト全血清） | 170 | | ア 「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）については、同一検体につき一回に限り算定する。<br>イ 同一検体について「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。<br>ウ 「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）は、免疫固定法により実施した場合にも算定できる。 |
| | インターロイキン－６（IL－６） | 170 | | 「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ること。 |
| 18 | TARC | 179 | 184 | 「18」のTARCは、以下のいずれかの場合に算定できる。<br>ア アトピー性皮膚炎の重症度評価の補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合に、月1回を限度として算定できる。<br>イ COVID-19 と診断された患者（呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。）の重症化リスクの判定補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合は、一連の治療につき1回を限度として算定できる。 |
| 19 | ヘモペキシン | 180 | | |
| 20 | APRスコア定性 | 191 | | 「20」のAPRスコア定性は、α１－酸性糖蛋白、ハプトグロビン及びC反応性蛋白（CRP）定性の3つを測定した場合に算定する。 |
| 21 | アトピー鑑別試験定性 | 194 | | 「21」のアトピー鑑別試験定性は、12種類の吸入性アレルゲン（ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮屑、イヌ皮屑、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ（属）、スギ、カンジダ、アルテルナリア）に対する特異的IgEを測定した場合に算定する。 |
| 22 | Bence Jones蛋白同定（尿） | 201 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23 | 癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液） | 204 | | 「23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）は、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満22週以上満33週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。<br>「23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）及び区分番号「D007」血液化学検査の「45」腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 24 | 免疫電気泳動法（特異抗血清） | 218 | | ア 「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）については、同一検体につき一回に限り算定する。<br>イ 同一検体について「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。<br>ウ 「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）は、免疫固定法により実施した場合にも算定できる。 |
| 25 | C1インアクチベータ | 253 | 260 | |
| 26 | SCCA2 | 300 | | ア 「26」のSCCA2は、15 歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ELISA法により測定した場合に、月1回を限度として算定する。<br>イ アトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として本検査及び「18」TARCを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 27 | 免疫グロブリンL鎖κ／λ比 | 330 | | ア 「27」の免疫グロブリンL鎖κ／λ比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。<br>イ 「27」の免疫グロブリンL鎖κ／λ比と「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 28 | インターフェロンー λ３（IFNー λ３） | 340 | | ア 「28」のインターフェロンー λ３（IFNー λ３）は、COVID-19 と診断された患者（呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。）の重症化リスクの判定補助を目的として、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により測定した場合に算定する。<br>イ 本検査を2回以上算定する場合は、前回の検査結果が基準値未満であることを確認すること。 |
| | sFlt－1／PlGF比 | 340 | | ア 「28」のsFlt－1／PlGF比は、血清を検体とし、ECLIA法により可溶性fms様チロシンキナーゼ1（sFlt－1）及び胎盤増殖因子（PlGF）を測定し、sFlt－1／PlGF比を算出した場合に算定する。<br>イ 本検査は、妊娠18週から36週未満の妊娠高血圧腎症が疑われる妊婦であって、以下のリスク因子のうちいずれか1つを有するものに対して実施した場合に、原則として一連の妊娠につき1回に限り算定できる。なお、リスク因子を2つ以上有する場合は、原則として当該点数は算定できない。<br>(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上<br>(ロ) 蛋白尿<br>(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見<br>(ニ) 子宮内胎児発育遅延<br>(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見<br>ウ 本検査を算定する場合は、イのリスク因子のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、イの(ハ)又は(ホ)に該当する場合は、その医学的根拠を併せて記載すること。なお、医学的な必要性から、リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合、又は一連の妊娠につき2回以上算定する場合は、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。 |
| 29 | 免疫グロブリン遊離L鎖κ／λ比 | 388 | | |
| 30 | 結核菌特異的インターフェロンー γ産生能 | 593 | 594 | 「30」の結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンー γ産生能は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。 |

| D016 | 細胞機能検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | B細胞表面免疫グロブリン | 155 | 157 | |
| 2 | T細胞サブセット検査（一連につき） | 185 | | 「5」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、NBT還元能検査を、「4」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「2」のT細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。 |
| 3 | T細胞・B細胞百分率 | 193 | 198 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 顆粒球機能検査（種目数にかかわらず一連につき） | 200 | | 「5」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、NBT還元能検査を、「4」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「2」のT細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。 |
| 5 | 顆粒球スクリーニング検査（種目数にかかわらず一連につき） | 220 | | 「5」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、NBT還元能検査を、「4」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「2」のT細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。 |
| 6 | 赤血球・好中球表面抗原検査 | 320 | | 「6」の赤血球・好中球表面抗原検査は、発作性夜間血色素尿症（PNH）の鑑別診断のため、2種類のモノクローナル抗体を用いて赤血球及び好中球の表面抗原の検索を行った場合に算定できる。 |
| 7 | リンパ球刺激試験（LST） | | | 「7」のリンパ球刺激試験（LST）は、Con－A、PHA又は薬疹の被疑医薬品によるものである。 |
| | イ　1薬剤 | 345 | | |
| | ロ　2薬剤 | 425 | | |
| | ハ　3薬剤以上 | 515 | | |
| 8 | 顆粒球表面抗原検査 | 640 | － | 「8」の顆粒球表面抗原検査は、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知）において示されている診断基準に基づき、臨床症状・検査所見等から先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症が強く疑われた患者に対し、当該疾患の診断を目的として、モノクローナル抗体を用いて顆粒球の表面抗原の解析を行った場合に算定できる。なお本検査を実施した場合には、当該診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

## ■微生物学的検査

| D017 | 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの | 50 | | （1）排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。<br>（2）染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を2以上用いた場合であっても、1回として算定する。 |
| | （注）集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に35点を加算する。 | | | |
| 2 | 保温装置使用アメーバ検査 | 45 | | （1）排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。<br>（2）染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を2以上用いた場合であっても、1回として算定する。 |
| 3 | その他のもの | 67 | 64 | |
| （注） | 同一検体について当該検査と区分番号D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区さ分番号D002－2に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場さ合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 | | | （3）当該検査と区分番号「D002」の尿沈渣（鏡検法）又は区分番号「D002－2」の尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>（4）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る複数の部位又は同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1箇所のみの所定点数を算定する。 |

| D018 | 細菌培養同定検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 口腔、気道又は呼吸器からの検体 | 180 | 170 | ア 細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。<br>イ 同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「1」から「5」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「6」の簡易培養により算定する。<br>ウ 細菌培養同定検査は、検体ごとに「1」から「5」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は、「6」の簡易培養は算定できない。<br>オ 各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。<br>エ 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。 |
| 2 | 消化管からの検体 | 200 | 190 | 「32」の大腸菌O157抗原定性、「31」の大腸菌O157抗体定性及び区分番号「D018」細菌培養同定検査の「2」の消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお「31」大腸菌O157抗体定性はLA法による。<br>「1」口腔、気道又は呼吸器からの検体と算定条件は同じ |
| 3 | 血液又は穿刺液 | 225 | 220 | 「3」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「5」の「その他の部位からの検体」とは、「1」から「4」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。<br>「1」口腔、気道又は呼吸器からの検体と算定条件は同じ<br>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。この場合、「注1」及び「注2」の加算は2回算定できる。 |
| 4 | 泌尿器又は生殖器からの検体 | 190 | 180 | 「1」口腔、気道又は呼吸器からの検体と算定条件は同じ<br>「D023」微生物核酸同定・定量検査の「2」淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマテス核酸検出、「3」淋菌及びクラミジア・トラコマテス同時核酸検出と算定条件は同じ |
| 5 | その他の部位からの検体 | 180 | 170 | 「3」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「5」の「その他の部位からの検体」とは、「1」から「4」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。<br>「1」口腔、気道又は呼吸器からの検体と算定条件は同じ |
| 6 | 簡易培養 | 60 | | ア 「6」の簡易培養は、Dip-Slide法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。<br>イ ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。 |
| （注1） | 嫌気性培養加算<br>1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、122点を所定点数に加算する。 | 122 | | 嫌気性培養のみを行った場合は、「1」から「6」までの所定点数のみ算定し、「注1」の加算は算定できない。 |
| （注2） | 質量分析装置加算<br>入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。 | 40 | | (注2)に規定する質量分析装置加算については、入院中の患者に対して細菌培養同定検査を当該保険医療機関内で実施する際に、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合に、所定点数に加算する。 |

| D019 | 細菌薬剤感受性検査 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1菌種 | 185 | 180 | 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。 |
| 2 | 2菌種 | 240 | 230 | |
| 3 | 3菌種以上 | 310 | 290 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | 薬剤耐性菌検出 | 50 | 「4」の薬剤耐性菌検出は、基質特異性拡張型β－ラクタメーゼ産生、メタロ β－ラクタマーゼ産生、AmpC産生等の薬剤耐性因子の有無の確認を行った場合に算定する。 |
| 5 | 抗菌薬併用効果スクリーニング | 150 | 「5」の抗菌薬併用効果スクリーニングは、多剤耐性グラム陰性桿菌が検出された際に、チェッカーボード法により、抗菌薬の併用効果の確認を行った場合に算定する。 |

## D019－2　酵母様真菌薬剤感受性検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 酵母様真菌薬剤感受性検査 | 150 | 酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。 |

## D020 抗酸菌分離培養検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 抗酸菌分離培養（液体培地法） | 300 | （1）抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1回のみ所定点数を算定する。<br>（2）「1」の抗酸菌分離培養検査（液体培地法）は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。<br>（3）「2」の抗酸菌分離培養（それ以外のもの）は、（2）に掲げるもの以外について算定する。<br>（4）抗酸菌分離培養検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。 |
| 2 | 抗酸菌分離培養（それ以外のもの） | 209 | |

## D021 抗酸菌同定

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき） | 361 | （1）抗酸菌同定検査は、検査方法、培地数にかかわらず、1回のみ所定点数を算定する。<br>マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出<br>ア　「10」のマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー核酸検出検査は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。<br>イ　区分番号「D021」抗酸菌同定検査が併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。 |

## D022 抗酸菌薬剤感受性検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） | 400 | （1）抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が4種類以上の場合に限り算定する。<br>（2）混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が4種類以上の場合に限り算定する。 |
| | （注）4薬剤以上使用した場合に限り算定する。 | | |

## D023 微生物核酸同定・定量検査

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | クラミジア・トラコマチス核酸検出 | 188 | 193 | ア「1」のクラミジア・トラコマチス核酸検出と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「29」クラミジア・トラコマチス抗原定性を併用した場合は、主なもののみ算定する。<br>イ クラミジア・トラコマチス核酸検出は、PCR法、LCR法、ハイブリッドキャプチャー法若しくはTMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法若しくは核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、SDA法又はTRC法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 淋菌核酸検出 | 198 | 204 | ア「2」の淋菌核酸検出、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「39」淋菌抗原定性又は区分番号「D018」細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。<br>イ 淋菌核酸検出は、DNAプローブ法、LCR法による増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、SDA法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、SDA法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法においては咽頭からの検体も算定できる。 |
| 3 | A群β溶血連鎖球菌核酸検出 | 204 | | 「3」のA群β溶血連鎖球菌核酸検出は、A群β溶血連鎖球菌感染が疑われる15歳未満の患者を対象として、等温核酸増幅法により測定し、当日中に結果を説明した場合に算定できる。なお、本検査と「D012」感染症免疫学的検査「19」のA群β 溶連菌迅速試験定性又は「D018」細菌培養同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 4 | HBV核酸定量 | 256 | 263 | 「4」のHBV核酸定量は、分岐DNAプローブ法、TMA法又はPCR法による。また、B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合は、当該治療中及び治療終了後1年以内に限り、月 1 回を限度として算定できる。 |
| 5 | 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 | 262 | 270 | ア「5」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。ただし、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の、「29」のクラミジア・トラコマチス抗原定性、同区分「39」淋菌抗原定性、区分番号「D018」細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）、本区分「1」のクラミジア・トラコマチス核酸検出又は「2」の淋菌核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。<br>イ「5」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法、PCR法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、SDA法又はTRC法による。淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法、SDA法、PCR法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法又はTRC法においては咽頭からの検体も算定できる。 |
| 6 | マイコプラズマ核酸検出 | 291 | | 「22」ウイルス・細菌核酸他項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)と算定条件同じ |
| | インフルエンザ核酸検出 | 291 | 410 | 「6」のインフルエンザ核酸検出は、以下のいずれかに該当する患者について、発症 12時間以内に実施し、当日中に結果を説明した場合に限り算定する。なお、当該検査が必要である理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>ア 5歳未満の幼児<br>イ 65歳以上の高齢者<br>ウ 妊婦<br>エ その他重症化リスクのある患者 |
| 7 | レジオネラ核酸検出 | 292 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | EBウィルス核酸定量 | 310 | | 「8」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCRにより実施した場合に算定する。<br>ア　臓器移植後の患者については、移植後3月以内の場合は1週に1回、移植後1年以内の場合は1月に1回に限り算定する。ただし、移植後1年以内にEBウイルス核酸定量の測定を行い、核酸量の高値が認められた患者については、移植後1年以上経過した場合も、3月に1回に限り算定できる。<br>イ　造血幹細胞移植後の患者であって、HLA型不一致の移植が行われた患者又は移植に伴い抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、移植後3月以内の場合は1週に1回、移植後1年以内の場合は1月に1回に限り算定する。<br>ウ　臓器移植後の急性拒絶反応又は造血幹細胞移植後の急性移植片対宿主病に対して抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して2月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。<br>エ　移植後リンパ増殖性疾患を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、当該疾患と診断された日から起算して1月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。<br>オ　悪性リンパ腫又は白血病の患者に対して、EBウイルス陽性の確認又は確認された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、悪性リンパ腫又は白血病と診断された日から1年以内に限り、1月に1回に限り算定する。<br>カ　再生不良性貧血の患者であって、抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して2月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。<br>キ　慢性活動性EBウイルス感染症を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的に実施された場合は、1月に1回に限り算定する。 |
| 9 | HCV核酸検出 | 330 | 340 | （1）HCV核酸検出<br>ア　「9」のHCV核酸検出はPCR法又はTMA法により、C型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。<br>イ　治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「15」のHCV核酸定量で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「15」のHCV核酸定量を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。<br>（2）HCV核酸定量<br>ア　「15」のHCV核酸定量は、分岐DNAプローブ法又はPCR法により、急性C型肝炎の診断、C型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。<br>イ　治療経過の観察の場合において、「15」のHCV核酸定量及び「9」のHCV核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 10 | HPV核酸検出<br>（注）HPV核酸検出については、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、細胞診によりベセスダ分類がASC－USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号K867－3に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号K867－4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。 | 347 | 350 | ア「10」のHPV核酸検出及び「11」のHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC－US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部円錐切除若しくはレーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。<br>イ 10」のHPV核酸検出と「11」のHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）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。 |
| 11 | HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)<br>（注）HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、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、細胞診によりベセスダ分類がASC－USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号K867－3に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号K867－4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。 | 347 | 352 | |
| 12 | 腟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 | － | 「12」の腟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合であって、リアルタイムPCR法により測定した場合に算定する。<br>ア 腟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。<br>イ 腟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。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13 | 百日咳菌核酸検出 | 360 | | 「13」の百日咳菌核酸検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる。 |
| | 百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出 | 360 | － | 「13」の百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、PCR法により測定した場合に算定できる。 |
| | 肺炎クラミジア核酸検出 | 360 | | ア「13」の肺炎クラミジア核酸検出は、肺炎クラミジア感染の診断を目的として、LAMP法により実施した場合に算定する。<br>イ 本検査と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「9」クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体、「10」クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体若しくは「29」クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体又は本区分の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの）又は「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）を併せて実施した場合は、主たるもののみを算定する。 |
| | ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出 | 360 | － | ア「13」のヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出は、ヘリコバクター・ピロリ感染が強く疑われる患者に対し、PCR法により測定した場合に算定できる。<br>イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。 |
| 14 | 抗酸菌核酸同定 | 410 | | 抗酸菌核酸同定<br>ア 「14」の抗酸菌核酸同定は、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。<br>イ 当該検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。 |
| | 結核菌群核酸検出 | 410 | | 「14」の結核菌群核酸検出は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、LCR法による核酸増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、LAMP法又は核酸増幅とキャピラリ電気泳動分離による検出を組み合わせた方法による。なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。<br>「21」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「14」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 15 | HCV核酸定量 | 412 | 424 | ア「15」のHCV核酸定量は、分岐DNAプローブ法又はPCR法により、急性C型肝炎の診断、C型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。<br>イ 治療経過の観察の場合において、「15」のHCV核酸定量及び「9」のHCV核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 16 | マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出 | 421 | | マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出<br>ア 「16」のマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー核酸検出検査は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。<br>イ 区分番号「D021」抗酸菌同定検査が併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。 |
| 17 | SARSコロナウイルス核酸検出 | 450 | | SARSコロナウイルス核酸検出<br>ア 「17」のSARSコロナウイルス核酸検出は、LAMP法により測定した場合に限り算定できる。<br>イ 本検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。<br>ウ 本検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号）による臨床的特徴、届出基準によりSARS感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に1回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出 | 450 | HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出<br>ア　「17」のHBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出は、下記「イ」又は「ウ」に掲げる患者に対し、PCR法により測定した場合に限り算定できる。<br>イ　B型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者1人につき1回算定できる。<br>ウ　B型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にALT異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査のうちB型肝炎に関する検査（ただし、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。 |
| | ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出 | 450 | （1）「17」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出は、ED－PCR法又はPCR法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。<br>（2）黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性<br>ア　「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性は、LA法により実施した場合に算定する。<br>イ　当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。<br>ウ　当該検査と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「17」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| | HTLV-1核酸検出 | 450 | 「17」のHTLV－1核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「60」のHTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象として測定した場合にのみ算定する。本検査を実施した場合は、HTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | 単純疱疹ウィルス・水痘帯状疱疹ウィルス核酸定量 | 450 | 「17」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量は、免疫不全状態であって、単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染症が強く疑われる患者を対象としてリアルタイムPCR法により測定した場合に、一連として1回のみ算定できる。 |
| | サイトメガロウイルス核酸定量 | 450 | 「17」のサイトメガロウイルス核酸定量は、サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、HIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムPCR法によりサイトメガロウイルスDNAを測定した場合に算定する。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、本検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| 18 | HIV－1核酸定量 | 520 | ア「18」のHIV－1核酸定量は、PCR法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法又はTMA法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、HIV感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「16」のHIV－1，2抗体定性、同半定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、「17」HIV－1抗体、「20」のHIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、又は「20」のHIV－1，2抗体定量が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。<br>イ 当該検査と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「55」HIV－1抗体（ウエスタンブロット法）を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。 |
| | （注）検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | SARS－CoV－2核酸検出 | 700 | － | ア「19」のSARS－CoV－2核酸検出は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従うこと。<br>イ 本検査を実施した場合、本区分の「19」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス核酸同時検出、SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出及び「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。 |
| | SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出 | 700 | － | ア「19」のSARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出は、COVID-19 が疑われる患者に対して、COVID-19 の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従うこと。<br>イ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性 、本区分の「6」インフルエンザ核酸検出、「19」SARS－CoV－2核酸検出、SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出及び「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。 |
| | SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出 | 700 | － | ア「19」のSARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出は、COVID-19 が疑われる患者に対して、COVID-19 の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従うこと。<br>イ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「24」RSウイルス抗原定性、本区分の「19」SARS－CoV－2核酸検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出及び「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。 |
| | SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出7 | 700 | － | ア「19」のSARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。この場合において、本検査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。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従うこと。<br>イ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性、「24」RSウイルス抗原定性、本区分の「6」インフルエンザ核酸検出、「19」SARS－CoV－2核酸検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出及び「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。 |
| 20 | サイトメガロウイルス核酸検出 | 801 | 825 | ア「20」のサイトメガロウイルス核酸検出は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、尿を検体として等温核酸増幅法により測定した場合に、1回に限り算定できる。<br>イ 先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、「20」のサイトメガロウイルス核酸検出と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）又は「44」グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。 |
| 21 | 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出 | 850 | | ア「21」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。<br>イ「21」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「13」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。　　ウ 当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。 |
| | 結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出 | 850 | | |
| | 結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 | 850 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 22 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの） | 963 | － | ア「22」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの）は、重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる場合に、病原微生物の検索を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ及び百日咳菌の核酸検出を同時に行った場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、検査を実施した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>イ 本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。<br>(イ)「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301－4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定する病床で集中治療が行われた場合。<br>(ロ)(イ)に掲げる病床以外の病床で、(イ)に掲げる病床で行われる集中治療に準じた治療が行われた場合。なお、この場合においては、治療内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>ウ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。<br>(イ)「D012」感染症免疫学的検査「4」のマイコプラズマ抗体定性<br>(ロ)「D012」感染症免疫学的検査「4」のマイコプラズマ抗体半定量<br>(ハ)「D012」感染症免疫学的検査「9」のクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体<br>(ニ)「D012」感染症免疫学的検査「10」のクラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体(ホ)「D012」感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、インフルエンザウイルスA型、インフルエンザウイルスB型、パラインフルエンザウイルスⅠ型、パラインフルエンザウイルスⅡ型、パラインフルエンザウイルスⅢ型又はRSウイルスに関する検査(ヘ)「D012」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体定性<br>(ト)「D012」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体半定量<br>(チ)「D012」感染症免疫学的検査「22」のインフルエンザウイルス抗原定性<br>(リ)「D012」感染症免疫学的検査「24」のRSウイルス抗原定性<br>(ヌ)「D012」感染症免疫学的検査「25」のヒトメタニューモウイルス抗原定性<br>(ル)「D012」感染症免疫学的検査「27」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）<br>(ヲ)「D012」感染症免疫学的検査「29」のクラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体<br>(ワ)「D012」感染症免疫学的検査「36」のマイコプラズマ抗原定性（FA法）<br>(カ)「D012」感染症免疫学的検査「38」のアデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）<br>(ヨ)「D012」感染症免疫学的検査「48」の百日咳菌抗原定性<br>(タ)「D012」感染症免疫学的検査「54」の百日咳菌抗体<br>(レ)「D023」微生物核酸同定・定量検査「6」のマイコプラズマ核酸検出<br>(ソ)「D023」微生物核酸同定・定量検査「6」のインフルエンザ核酸検出<br>(ツ)「D023」微生物核酸同定・定量検査「13」の百日咳菌核酸検出<br>(ネ)「D023」微生物核酸同定・定量検査「13」の肺炎クラミジア核酸検出<br>(ナ)「D023」微生物核酸同定・定量検査「13」の百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出 |
| | 注 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの）については、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。 | | | |
| | 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 | 963 | － | ア「22」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出は、塗抹検査又はその他の検査所見で結核菌感染の診断が確定した患者を対象として、薬剤耐性結核菌感染を疑う場合に算定する。<br>イ 本検査と本区分「21」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。） | 1,350 | － | ア「23」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含む。）は、COVID-19 が疑われる患者であって、医学的に多項目の病原微生物の検索の必要性が高いと考えられる患者に対し、マイクロアレイ法（定性）により、鼻咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌、パラ百日咳菌及びSARS－CoV－2の核酸検出を同時に行った場合、一連の治療につき1回に限り算定する。この場合において、本検査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。<br>イ 採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施する場合は、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従うこと。<br>ウ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「28」SARS－CoV－2抗原定性、「50」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性、「59」SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性、「61」SARS－CoV－2抗原定量、本区分の「19」SARS－CoV－2核酸検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出、SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出、「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの）及び（32）のウに規定する検査については、別に算定できない。 |
| 24 | 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 | 1,700 | | ア「24」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出は、敗血症が疑われる患者に対して、細菌核酸及び関連する薬剤耐性遺伝子（計 15 項目以上）をマイクロアレイ法により同時測定した場合に、当該疾患に対する一連の治療につき1回に限り算定できる。なお、本検査を行う場合には、関連学会が定める実施指針を遵守すること。<br>イ 本検査と本区分の「17」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、「D023－2」その他の微生物学的検査の「1」黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性又は「4」黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性（イムノクロマト法によるもの）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。<br>ウ 本検査を実施した場合には、関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |
| | 注1 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。 | | | |
| | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液） | 1,700 | － | ア「24」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）は、関連学会が定めるガイドラインに基づき、問診、身体所見又は他の検査所見から髄膜炎又は脳炎が強く疑われる患者に対して、脳脊髄液中の病原体の核酸検出を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、大腸菌、インフルエンザ菌、リステリア菌、髄膜炎菌、B 群溶連菌、肺炎球菌、サイトメガロウイルス、ヒトヘルペスウイルス、ヒトパレコウイルス、エンテロウイルス、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス及びクリプトコックスの核酸検出を同時に行った場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。<br>イ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。 |
| | 注2　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）については、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実施した場合に限り算定する。 | | | |
| 25 | HPVジェノタイプ判定 | 2,000 | | ア「25」のHPVジェノタイプ判定は、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。<br>イ 当該検査は、「10」のHPV核酸検出及び「11」HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。<br>ウ 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実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>エ 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を上記に併せて記載する。 |
| 26 | HIVジェノタイプ薬剤耐性 | 6,000 | | 「26」のHIVージェノタイプ薬剤耐性は、抗HIV治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、3月に1回を限度として算定できる。 |
| 注 | 6（マイコプラズマ核酸検出に限る。）、7、13（百日咳菌核酸検出及び百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出に限る。）又は14（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、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た場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。 | | | |

| D023－2　その他の微生物学的検査 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性 | 55 | | ア「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性は、LA法により実施した場合に算定する。イ 当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。ウ 当該検査と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「16」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 |
| 2 | 尿素呼気試験（UBT） | 70 | | 「2」の尿素呼気試験（UBT）を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。 |
| 3 | 大腸菌ベロトキシン定性 | 184 | 189 | ア「3」の大腸菌ベロトキシン定性は、区分番号「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。<br>イ「3」の大腸菌ベロトキシン定性のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってELISA法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、区分番号「D018」細菌培養同定検査を踏まえることなく行った場合にも算定できる。 |
| 4 | 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性（イムノクロマト法によるもの） | 291 | | ア「4」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性（イムノクロマト法によるもの）は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象とし、血液培養で陽性となった培養液を検体として、イムノクロマト法により測定した場合のみ算定できる。<br>イ 本検査は、「D023」微生物核酸同定・定量検査の「17」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出が実施できない場合に限り算定できることとし、本区分の「1」黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性と併せて算定できない。 |
| 5 | クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出 | 450 | | ア「4」のクロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出は、以下の(イ)から(ハ)をいずれも満たす入院中の患者に対して実施した場合に限り算定する。<br>(イ) クロストリジオイデス・ディフィシル感染症を疑う場合であって、区分番号「D012」の「12」クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性において、クロストリジオイデス・ディフィシル抗原陽性かつクロストリジオイデス・ディフィシルトキシン陰性であること。<br>(ロ) 2歳以上で Bristol Stool Scale 5以上の下痢症状があること。<br>(ハ) 24 時間以内に3回以上、又は平常時より多い便回数があること。<br>イ 本検査は、関連学会の定める指針に沿って実施した場合に限り算定できる。なお、下痢症状並びに本検査を行う前のクロストリジオイデス・ディフィシル抗原及びクロストリジオイデス・ディフィシルトキシンの検査結果について診療録に記載すること。 |
| | 注）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。 | | | |

# ■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 | （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。<br>（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。<br>（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。<br>（4）外泊期間中は、入院日数に含まれない。<br>（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。<br>（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請求できない。 |
| 2 | 入院の日から起算して4週間を超えた期間 | 110 | |
| （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。 | | |
| （注 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。<br>イ　尿中一般物質定性半定量検査<br>ロ　尿中特殊物質定性定量検査<br>ハ　尿沈渣（鏡検法）<br>ニ　糞便検査(カルプロテクチン（糞便）を除く。)<br>ホ　穿刺液・採取液検査<br>ヘ　血液形態・機能検査<br>ト　出血・凝固検査<br>チ　造血器腫瘍遺伝子検査<br>リ　血液化学検査<br>ヌ　免疫血液学的検査<br>ABO血液型及びRh(D)血液型<br>ル　感染症免疫学的検査<br>梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応(STS)定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネ ーマ抗体定量及びHIV－１抗体<br>ヲ　肝炎ウイルス関連検査<br>HBs抗原定性・半定量、HBs抗体定性、HBs抗体半定量、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量<br>ワ 自己抗体検査寒冷凝集反応及びリウマトイド因子（RF）定量<br>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）、血清補体価（CH50）及び免疫グロブリン<br>ヨ 微生物学的検査 | | |
| （注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。 | | |

# ■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 | |
| 2 | 遺伝子関連・染色体検査判断料 | 100 | |
| 3 | 血液学的検査判断料 | 125 | |
| 4 | 生化学的検査(Ⅰ)判断料 | 144 | |
| 5 | 生化学的検査(Ⅱ)判断料 | 144 | |
| 6 | 免疫学的検査判断料 | 144 | |
| 7 | 微生物学的検査判断料 | 150 | |
| | (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。 | | (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6区分)に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。<br>(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。<br>(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。<br>(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。 |
| | (注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。 | | 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 |
| | (注3) 区分番号「D004－2」の「1」、区分番号「D006－2」から区分番号「D006－9」まで及び区分番号「D006－11」から区分番号「D006－20」までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。 | | 区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006－2」造血器腫瘍遺伝子検査から区分番号「D006－9」WT1 mRNAまで、区分番号「D006－11」FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査から区分番号「D006－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査まで及び区分番号「D006－22」RAS遺伝子検査(血漿)から区分番号「D006－28」Y染色体微小欠失検査までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。 |
| | (注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、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。<br>イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点<br>ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点<br>ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点<br>ニ 検体検査管理加算(Ⅳ) 500点 | | (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<br>(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。 |
| | (注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。 | 40 | |
| | (注6)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、区分番号D006－4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング(情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング(難病に関する検査に係るものに限る。)をいう。)を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 | 1,000 | 「注6」に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D004－2」の「1」のうち、マイクロサテライト不安定性検査(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。)、区分番号「D006－4」遺伝学的検査、区分番号「D006－18」BRCA1／2遺伝子検査又は区分番号「D006－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。<br>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。<br>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」(平成29年4月)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。区分番号「D006－18」BRCA1／2遺伝子検査を実施する際、BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合の当該区分に係る診療報酬の請求は、BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。その際、遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、遺伝カウンセリング加算を算定する患者については、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「23」がん患者指導管理料の「ニ」の所定点数は算定できない。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | (注6)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、区分番号D006－4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング(情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング(難病に関する検査に係るものに限る。)をいう。)を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 | 1,000 | (10) 難病に関する検査(区分番号「D006－4」に掲げる遺伝学的検査及び区分番号「D006－20」に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。)に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング(以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。)を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。<br>ア 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。<br>イ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。<br>ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。 エ 当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリング加算の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であること。<br>オ 当該他の保険医療機関の医師は、オンライン指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。<br>カ 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できない。 キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。 |
| | (7) 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、区分番号D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 | 1,000 | 「注7」に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006－19」がんゲノムプロファイリング検査を実施する際、(9)のア及びイのいずれも満たした場合に算定できる。なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」(平成 29 年4月)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成 23 年2月)を遵守すること。 |
| | (8) 区分番号D005の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、所定点数に240点を加算する。 | 240 | 「注8」に規定する骨髄像診断加算は、血液疾患に関する専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で採取された骨髄液に係る検査結果の報告書を作成した場合に、月1回に限り算定する。 |
| | (9) 区分番号D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。 | 50 | 「注9」に規定する免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。 |

## D027 基本的検体検査判断料

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 基本的検体検査判断料 | 604 | (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。<br>(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。<br>(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。<br>(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請求できない。 |
| | (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。 | | |
| | (注2) 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3本文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、同一月において同注に掲げる他 の点数は、算定しない。 | | (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。 |

## ■病理学的検査料

| N000 病理組織標本作製（1臓器につき） | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 病理組織標本作製（1臓器につき） | 860 | (1) 病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに1臓器として算定する。<br>ア 気管支及び肺臓<br>イ 食道<br>ウ 胃及び十二指腸<br>エ 小腸<br>オ 盲腸<br>カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸<br>キ S状結腸<br>ク 直腸<br>ケ 子宮体部及び子宮頸部<br>(2) 病理組織標本作製において、1臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器の標本作製として算定する。<br>(3) 病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。<br>(4) 当該標本作製をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては「ヘリ、コバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。 |
| 2 | セルブロック法によるもの(1部位につき) | 860 | 「2」の「セルブロック法によるもの」について、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。<br>「2」の「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 |

## N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） | 2,000 | （1）電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、甲状腺腫を除く内分泌臓器の機能性腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本を作製した場合に算定できる。<br>（2）電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製、区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。 |

## N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | エストロジェンレセプター | 720 | （1）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。<br>（2）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。<br>（3）「1」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「2」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。 |
| 2 | プロジェステロンレセプター | 690 | （1）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。<br>（2）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。<br>（3）「1」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「2」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。 |
| 3 | HER2タンパク | 690 | （1）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。<br>（2）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。<br>（3）「3」のHER2タンパクは、半定量検査又はEIA法（酵素免疫測定法）による検査を行った場合に限り算定する。 |
| 4 | EGFRタンパク | 690 | （1）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。<br>（2）免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。 |
| 5 | CCR4タンパク | 10,000 | 「5」CCR4タンパク及び区分番号「D006－10」CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。 |
| 6 | ＡＬＫ融合タンパク | 2,700 | 「6」のALK融合タンパクは、以下に掲げる場合において算定できる。<br>ア 非小細胞肺癌患者に対して、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ブリッジ試薬を用いた免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（当該薬剤の投与方針の決定までの間の1回に限る。）<br>イ 悪性リンパ腫患者に対して、悪性リンパ腫の診断補助を目的として免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（悪性リンパ腫の病型分類までの間の1回に限る。） |
| 7 | ＣＤ３０ | 400 | 「7」のCD30は、HQ リンカーを用いた免疫組織化学染色法により、悪性リンパ腫の診断補助を目的に実施した場合に算定する。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | その他（1臓器につき） | 400 | (1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。<br>(2) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。 |
| （注1） | 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。 | 180 | |
| （注2） | 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患1者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。 | 1,200 | (1)「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍（GIST）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症（天疱瘡、類天疱瘡）悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎.が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。<br>(9) 肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注2」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等HE染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、次に掲げるいずれかの項目を既に算定している場合には、当該加算は算定できない。<br>ア「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はALK融合遺伝子検査に限る。）<br>イ「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるBRAF遺伝子検査に限る。）<br>ウ 区分番号「N005－2」ALK融合遺伝子標本作製 |

## N003 術中迅速病理組織標本作製

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） | 1,990 | 術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。<br>なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。 |

## N003－2 術中迅速細胞診

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 術中迅速細胞診（1手術につき） | 450 | 迅速細胞診は、手術又は気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術又は１検査につき１回算定する。 |
| 2 | 検査中の場合(1検査につき) | 450 | |

## N004 細胞診（1部位につき）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 婦人科材料等によるもの | 150 | | (1) 腟脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡又はヘルペスウイルス感染症におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。<br>(2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。 |
| | 婦人科材料等液状化検体細胞診加算 | 45 | 36 | 「注1」の婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時に行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製し診断を行った場合には算定できない |
| （注1） | 1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、45点を所定点数に加算する。 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの | 190 | (1) 腟脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。<br>(2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。<br>(3)「2」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。<br>「2」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」と「3」の「セルブロック法によるもの」を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |
| (注2) | 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。 | | 「注 2」に規定する液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。 |

| N005 HER2遺伝子標本作製 | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 単独の場合 | 2,700 | HER2遺伝子標本作製は、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法、SISH法又はCISH法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。 |
| 2 | 区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合 | 3,050 | 本標本作製と区分番号「N002」免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の「3」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「2」により算定する。 |

| N005-2 ALK融合遺伝子標本作成 | | | |
|---|---|---|---|
| | ALK融合遺伝子標本作成 | 6,520 | ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。 |

| N005-3 PD－L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 | | | |
|---|---|---|---|
| | PD－L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 | 2,700 | PD－L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、抗PD－1抗体抗悪性腫瘍剤又は抗PD－L1抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。 |

| N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 | | | |
|---|---|---|---|
| | ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 | 2,700 | (1) ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<br>ア 固形癌における抗PD－1抗体抗悪性腫瘍剤の適応判定の補助<br>イ 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助<br>ウ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助 |
| | 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、ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 | | |

| N005-5　BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 | | | |
|---|---|---|---|
| | BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 | 1,600 | （1）BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。<br>イ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助(2) 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、本標本作製を実施した場合にあっては、「D004－2」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>（3）本標本作製及び「D004－2」に掲げる大腸癌におけるBRAF遺伝子検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 |

| N006 病理診断料 | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 組織診断料 | 520 | （1）当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。<br>（2）当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む）で作製した病理標本。につき診断を行った場合には、月１回に限り所定点数を算定する。なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。<br>（3）病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を請求することができる。 |
| 2 | 細胞診断料 | 200 | |
| | （注1）1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 | | |
| | （注2）2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003－2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 | | |
| | （注3）当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| | (注4) 病理診断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、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。<br>イ 病理診断管理加算1<br>(1)組織診断を行った場合120点<br>(2)細胞診断を行った場合60点<br>ロ 病理診断管理加算2<br>(1)組織診断を行った場合320点<br>(2)細胞診断を行った場合160点 | 病理診断管理加算1又は2の届出を行った保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(病理診断管理加算2を算定する場合にあっては2名)を除いた病理診断を専ら担当する常勤の医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上、かつ、週24 時間以上の勤務を行っている場合、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も病理診断料及び病理診断管理加算1又は2を算定できる。なお、デジタル画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。 |
| | 1については、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、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000の1に掲げる病理組織標本(組織切片によるもの)作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。 | 「注5」の悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して「K007の1」、「K031」、「K053」、「K162」、「K394」、「K439」、「K442」、「K476」、「K484－2」、「K514」、「K514－2」、「K529」、「K529－2」、「K529－3」、「K653の2」、「K655の2」、「K655－2の2」、「K655－4の2」、「K655－5の2」、「K657の2」、「K657－2の2」、「K675」、「K677」、「K677－2」、「K695」、「K695－2」、「K700－2」、「K700－3」、「K702」、「K702－2」、「K703」、「K703－2」、「K704」、「K721－4」、「K740」、「K740－2」、「K773」から「K773－3」、「K773－5」、「K803」から「K803－3」、「K833」、「K843」から「K843－4」、「K879」、「K879－2」又は「K889」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。 |

## N007 病理判断料

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 病理判断料 | 130 | 病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を請求することができる。 |
| | (注1) 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。<br>(注2) 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。 | | |

# ■超音波検査等

## D217 骨塩定量検査

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | DEXA法による腰椎撮影 | 360 | 「1」の注はDEXA法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。 |
| | (注) 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、所定点数に90点を加算する。 | | |
| 2 | REMS法(腰椎) | 140 | 「2」のREMS法(腰椎)は、REMS法(Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry)による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合に算定する。<br>「2」の注は、REMS法により腰椎及び大腿骨の骨塩定量検査を同一日に行った場合にのみ算定できる。 |
| | (注 ) 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。 | | |
| 3 | MD法 | 140 | (1)「3」の「MD法、SEXA法等」の方法には、DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA:Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色X線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びpQCT(peripheral QuantitativeComputed Tomography)による測定がある。<br>MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「2」の「MD法、SEXA法等」の所定点数又は画像診断の手技料(区分番号「E001」写真診断及び区分番号「E002」撮影)の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「E400」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。 |
| | SEXA法等 | 140 | |
| 4 | 超音波法 | 80 | |
| | (注)検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。 | | 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4月に1回を限度とする。 |

# ■負荷試験等

## D286 肝及び腎のクリアランステスト

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 肝及び腎のクリアランステスト | 150 | 区分番号「D286」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。 |
| | （注1）検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコピー又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又はD317－2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。 | | （1）肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。<br>（2）肝クリアランステストに該当するものは、ICG等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、PSP、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。<br>（3）肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。 |
| | （注2）検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | | 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。 |

## D286－2 イヌリンクリアランス測定

| | | | |
|---|---|---|---|
| | イヌリンクリアランス測定 | 1,280 | （1）検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるが、使用した薬剤は別途算定できる。<br>（2）6月に1回に限り算定する。<br>（3）区分番号「D286」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。 |

## D287 内分泌負荷試験

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 下垂体前葉負荷試験 | | |
| | イ 成長ホルモン（GH）（一連として） | 1,200 | 1」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。<br>ア　成長ホルモン（GH）については、インスリン負荷、アルギニン負荷、L－DOPA負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、ブロモクリプチン負荷、睡眠負荷等<br>イ　ゴナドトロピン（LH及びFSH）については、LH－RH負荷、クロミフェン負荷等<br>ウ　甲状腺刺激ホルモン（TSH）については、TRH負荷等<br>エ　プロラクチン（PRL）については、TRH負荷、ブロモクリプチン負荷等<br>オ　副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、CRH負荷等 |
| | （注）患者1人につき月2回に限り算定する。 | | |
| 1 | ロ ゴナドトロピン（LH及びFSH）（一連として月1回） | 1,600 | イ　成長ホルモン（GH）（一連として）と算定条件は同じ |
| | ハ 甲状腺刺激ホルモン（TSH）（一連として月1回） | 1,200 | |
| | ニ プロラクチン（PRL）（一連として月1回） | 1,200 | イ　成長ホルモン（GH）（一連として）と算定条件は同じ |
| | ホ 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）（一連として月1回） | 1,200 | |
| 2 | 下垂体後葉負荷試験（一連として月1回） | 1,200 | 「2」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン（ADH）については、水制限、高張食塩水負荷（カーター・ロビンステスト）等が含まれる。 |
| 3 | 甲状腺負荷試験（一連として月1回） | 1,200 | 「3」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T3抑制等が含まれる。 |
| 4 | 副甲状腺負荷試験（一連として月1回） | 1,200 | 「4」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン（PTH）については、カルシウム負荷、PTH負荷（エルスワースハワードテスト）、EDTA負荷等が含まれる。 |
| 5 | 副腎皮質負荷試験<br>イ　鉱質コルチコイド（一連として月1回）<br>ロ　糖質コルチコイド（一連として月1回） | 1,200 | 5」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。<br>ア　鉱質コルチコイド（レニン、アルドステロン）については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等<br>イ　糖質コルチコイド（コルチゾール、DHEA及びDHEAS）については、ACTH負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | 性腺負荷試験（一連として月１回） | 1,200 | 「６」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。<br>ア　テストステロンについては、HCG負荷等<br>イ　エストラジオールについては、HMG負荷等 |
| | （注１）１月に3,600点を限度として算定する。 | | （１）各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月１回に限り所定点数を算定する。ただし、「１」の「イ」の成長ホルモンに限り、月２回まで所定点数を算定できる。なお、「１」の下垂体前葉負荷試験及び「５」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。<br>（２）内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査（Ⅱ）の項では算定できない。 |
| | （注２）負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号Ｄ４１９の５に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。 | | 「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。<br>本試験に伴って区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「５」の副腎静脈サンプリングにより採血を行った場合、その費用は別に算定できる。 |

## Ｄ２８８　糖負荷試験

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 常用負荷試験（血糖及び尿糖検査を含む。） | 200 | （１）負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査（Ⅱ）の項では算定できない。<br>（２）乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。<br>（３）ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。 |
| 2 | 耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血 中Ｃ－ペプチド測定を行った場合）、グルカゴン負荷試験 | 900 | （１）負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査（Ⅱ）の項では算定できない。<br>（２）「２」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合に算定する。<br>（３）乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。<br>（４）ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。 |
| | （注）注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず所定点数に含まれるものとする | | 「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。 |

## Ｄ２８９　その他の機能テスト

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 膵機能テスト（PFDテスト） | 100 | |
| 2 | 肝機能テスト（ICG１回又は2回法、BSP 2回法） | 100 | |
| | ビリルビン負荷試験 | 100 | |
| | 馬尿酸合成試験 | 100 | |
| | フィッシュバーグ | 100 | |
| | 水利尿試験 | 100 | |
| | アジスカウント（Addis尿沈渣定量検査）、 | 100 | |
| | モーゼンタール法 | 100 | |
| | キシローゼ試験 | 100 | |
| | ヨードカリ試験 | 100 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | 胆道機能テスト | 700 | 「3」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。 |
| | 胃液分泌刺激テスト | 700 | 胃液分泌刺激テスト<br>ア　「3」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk法、ヒスタミン法等である。<br>イ　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。 |
| 4 | セクレチン試験 | 3,000 | 「4」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。<br>ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。 |
| | (注)検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、すべて所定点数に含まれるものとする。 | | 「注」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。 |

## ■特定薬剤治療管理料

| B001－2　特定薬剤治療管理料 | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | イ　特定薬剤治療管理料 | 470 | |
| | 【不整脈用剤】<br>プロカインアミド、N－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩、ベプリジル塩酸塩 | | 特定薬剤治療管理料を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、N－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。 |
| | グリコペプチド系抗生物質<br>バンコマイシン<br>テイコプラニン | 470 | (1)特定薬剤治療管理料を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ボリコナゾールをいう。<br>(2)アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。 |
| | 【トリアゾール系抗真菌剤】<br>ボリコナゾール | | アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。 |
| | 【免疫抑制剤】<br>シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチル | | 特定薬剤治療管理料を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。 |
| | ジギタリス製剤 | | |
| | 抗てんかん剤 | | |
| | テオフィリン製剤 | | |
| | ハロペリドール製剤 | | |
| | ブロムペリドール製剤 | | |
| | リチウム製剤 | | |
| | バルプロ酸ナトリウム(躁うつ病) | | |
| | カルバマゼピン | | |
| | シクロスポリン | | |
| | サリチル酸系製剤 | | |
| | メトトレキサート | | |
| | タクロリムス水和物 | | |
| | バルプロ酸ナトリウム(片頭痛) | | |
| | イマチニブ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | ロ 特定薬剤治療管理料2 | 100 | ア 特定薬剤治療管理料２は、胎児曝露を未然に防止するための安全管理手順を遵守した上でサリドマイド製剤及びその誘導体の処方及び調剤を実施した患者に対して、医師及び薬剤師が、当該薬剤の管理の状況について確認及び適正使用に係る必要な説明を行い、当該医薬品の製造販売を行う企業に対して確認票等を用いて定期的に患者の服薬に係る安全管理の遵守状況等を報告した場合において、月に１回につき算定する。<br>イ サリドマイド製剤及びその誘導体とは、サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミドをいう。<br>ウ 安全管理手順については「サリドマイド製剤安全管理手順（TERMS）」及び「レブラミド・ポマリスト適正管理手順（RevMate）」を遵守すること。<br>エ 特定薬剤治療管理料２を算定する場合は、診療録等に指導内容の要点を記録すること。 |
| | （1）イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。 | | ア 特定薬剤治療管理料1は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。　（イ）<br>心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの<br>(ロ) てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの<br>(ハ) 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの<br>(ニ) 気管支喘息、喘息性(様)気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの<br>(ホ) 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの<br>(ヘ) 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの<br>(ト) 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの<br>(チ) 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの<br>(リ) ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎(既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。)、再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎(既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。)、ネフローゼ症候群若しくは川崎病の急性期の患者であってシクロスポリンを投与しているもの |
| | （2）イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。 | | (ヌ) 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎(多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。)の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの<br>(ル) 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの<br>(ヲ) 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの<br>(ワ) 結節性硬化症の患者であってエベロリムスを投与しているもの<br>(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を数日間以上投与しているもの(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与(造血幹細胞移植の患者にあっては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。)しているもの　（タ）イマチニブを投与しているもの<br>(レ) リンパ脈管筋腫症の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの<br>(ソ) 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの<br>(ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの<br>イ 特定薬剤治療管理料1を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、Ｎ－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。エ 特定薬剤治療管理料1を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。<br>オ 当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合(例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合)及び同一疾患についてアの(イ)から(ツ)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合(例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合)はそれぞれ算定できる。<br>カ 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。 |

| | | |
|---|---|---|
| | (3)イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。 | (1)ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、1回に限り急速飽和完了日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して2日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。<br>(2)てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、重積状態が消失した日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。<br>(3)「注3」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注6」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料は算定できない。 |
| | (4) イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 | 「注4」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は4月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「4月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて4月目以降のことである。 |
| | (5)イについては、てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。 | |
| | (6)イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、所定点数に2,740点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。 | 免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、臓器移植加算として「注6」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する初回月加算は算定しない。また、「注6」に規定する加算を算定する場合には、「注9」及び「注 10」に規定する加算は算定できない。 |
| | (7)イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。 | 「注7」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシンの安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、初回月加算(バンコマイシンを投与した場合)として「注7」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する加算は別に算定できない。 |
| | (8) イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。 | 「注8」に規定する初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り算定できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。 |
| | (9 )イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。 | 「注9」に規定する加算を算定する場合は、ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。<br>タ「注9」及び「注 10」に規定する加算は同一月内に併せて算定できない。 |
| | (10) イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。 | 「注 10」に規定する加算を算定する場合は、エベロリムスの初回投与から3月の間に限り、当該薬剤の血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。<br>タ「注9」及び「注 10」に規定する加算は同一月内に併せて算定できない。 |
| | (11) ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。 | |

| B001-3 悪性腫瘍特異物質治療管理料 | | | |
|---|---|---|---|
| | イ　尿中BTAに係るもの | 220 | |
| | ロ　その他のもの | | |
| | （１）１項目の場合 | 360 | |
| | （２）２項目以上の場合 | 400 | |
| | (注1) イについては、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、尿中BTAに係る検査を行い、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。 | | |
| | (注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。 | | |
| | （注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、ロの所定点数に150点を加算する。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。 | | |
| | （注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にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。 | | |
| | （注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。 | | |
| | （注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。 | | |
| | (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。<br>（例）肝癌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<br>悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」<br>＋区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料<br>＋区分番号「D026」の「４」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。 | | |

| 15 | 慢性維持透析患者外来医学管理料 | | |
|---|---|---|---|
| | 慢性維持透析患者外来医学管理料 | 2,211 | |
| | （注1）入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。 | | (1) 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後3か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう（ただし、第1章第2部通則5の(6)のアからウまでのただし書に規定する入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。）。なお、診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を記載すること。<br>(2) 特定の検査とは「注2」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「D026」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。<br>(3) 同一検査名で、定性、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。<br>(4) 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>(5) 包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「E001」の「1」単純撮影（胸部を除く。）及び区分番号「E002」の「1」単純撮影（胸部を除く。）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。<br>(6) 透析導入後3か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。<br>(7) 同一月内に2以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。<br>(8) 同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。<br>(9) 区分番号「C102－2」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。<br>(10) 下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。<br>ア 出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。<br>イ 副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のPTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。<br>ウ 副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、退院月の翌月から5か月間は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するPTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。<br>エ シナカルセト塩酸塩の初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、シナカルセト塩酸塩の初回投与から3か月以内の患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。<br>オ 透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たりβ２－マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、β２－マイクログロブリン検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。カ 高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、デフェロキ サミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム（Al）の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。<br>(11) 慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。 |
| | （注2）第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。<br>イ　尿中一般物質定性半定量検査<br>ロ　尿沈渣（鏡検法）<br>ハ　糞便検査<br>糞便中ヘモグロビン定性<br>ニ　血液形態・機能検査<br>赤血球沈降速度（ESR）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンA1c(HbA1c)<br>ホ　出血・凝固検査<br>出血時間<br>ヘ　血液化学検査<br>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、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、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）、グリコアルブミン、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、1，25－ジヒドロキシビタミンD3、HDL－コレステロール、LDL－コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン<br>ト　内分泌学的検査<br>トリヨードサイロニン（T3）、サイロキシン（T4）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）、C－ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（FT4）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、脳性Na利尿ペプチド（BNP）<br>チ　感染症免疫学的検査<br>梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応(STS)定量<br>リ　肝炎ウイルス関連検査<br>HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量<br>ヌ　血漿蛋白免疫学的検査<br>C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH50）、免疫グロブリン、C3、C4、トランスフェリン（Tf）、β２－マイクログロブリン<br>ル　心電図検査<br>ヲ　写真診断　単純撮影（胸部）<br>ワ　撮影　単純撮影（胸部）<br>(注 3) 腎代替療法に関して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は、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。 | |