

制限回数を超える医療行為について（論点整理）

- 1 制限回数を超える医療行為について、患者の選択・同意といった観点からどういった医療が適切か。（参考資料1）
- 2 診療報酬項目の設定内容から、制限回数を超える医療行為について保険給付との併用を認めることがそもそも不適切と考えられる項目があるが、どうするか。（参考資料2）
  - ・ 複数回の実施を含めた一連の医療行為として評価されている項目
  - ・ 検体検査の判断料、画像の診断に係る項目（1月あたりの検体検査結果や撮影された画像に対する判断・診断を包括的に評価した項目）
  - ・ 医療機器の提供に要する費用に関する加算点数
  - ・ 1月など一定期間の医学的管理を評価した項目
  - ・ 標準回数以上の医療行為については、診療報酬明細書に理由を記載することを求めている項目
  - ・ 検体検査、画像診断を包括した項目 等
- 3 手術、処置等は、患者の選択という観点よりも、医療上の必要性から制限回数を超える医療行為が実施される場合があるが、どう考えるか。

（参考資料3）

  - ・ 制限回数を超える血漿交換療法（例：一連につき概ね10回を限度）
  - ・ 手術における自動吻合器、自動縫合器加算（例：1個又は3個を限度）
  - ・ 内視鏡的消化管止血術（1日1回、週3回を限度） 等
- 4 患者のニーズがあるとは考えづらい項目については、どう考えるか。

（参考資料4）

  - ・ 指導管理を評価した項目（例：特定疾患療養指導料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、在宅酸素療法指導管理料等）
  - ・ 共同指導料
  - ・ 退院指導料
  - ・ 診療情報提供料
  - ・ 訪問看護指示料
  - ・ 医療行為の特性から制限回数を超えることが考えづらい項目（例：視能訓練1日に1回のみ、精神科電気療法1日1回を限度）
  - ・ 医師の処方管理、医療機関の調剤管理を評価した項目

- 5 「2」及び「4」の項目を除外した上で、個々の項目について保険給付との併用という観点から適切か更に検討することとしてはどうか。また、保険給付との併用を認める場合は、必要に応じて要件等を設定することとしてはどうか。(参考資料3及び5)
  
- 6 制限回数を超える医療について、そのニーズを毎年フォローアップし、対象範囲の拡大の希望がある場合は、その都度検討することとしてはどうか。

## (参考資料1)

## 制限回数が設定されている診療報酬項目一覧

## 基本診療料

区分	診療行為	算定回数制限
A001・注6	再診料・継続管理加算	治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。

## 指導管理等

区分	診療行為	算定回数制限
B000・注1	特定疾患療養指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。
B001・1・注	特定疾患治療管理料・ウイルス疾患指導料	イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。
B001・4・注	小児特定疾患カウンセリング料	療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。
B001・5・注1	小児療養指導料	必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・6・注1	てんかん指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・7・注1	難病外来指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・8・注1	皮膚科特定疾患指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・9・注	外来栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
B001・10・注	入院栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B001・11・注	集団栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。入院患者は、入院期間中に2回を限度とする。
B001・12・注1	心臓ペースメーカー指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・18・注1	小児悪性腫瘍患者指導管理料	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。
B001-3・注1	生活習慣病指導管理料	治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B008	薬剤管理指導料	患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。ただし、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
B008・注2	薬剤管理指導料(麻薬)	必要な薬学的管理指導(麻薬)を行った場合は1回に限り加算する。

B011-3	薬剤情報提供料	月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
B001・13・注1	在宅療養指導料	医師の指示に基づき、看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあっては、月2回）に限り算定する。
B001・14・注2	高度難聴指導管理料	人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
B001・2・注2	特定疾患治療管理料・特定薬剤治療管理料	同一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月1回とし、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。
B001・2・注3	特定疾患治療管理料・特定薬剤治療管理料	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。
B001・2・注5	特定薬剤治療管理料（臓器移植、初回月加算）	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加算する。
B001・3・注1	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、AFP、IAP及びBTAに係る検査のうち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。
B001・3・注2	悪性腫瘍特異物質治療管理料	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。
B001・15・注1	慢性維持透析患者外来医学管理料	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。
B001-4・注2	手術前医学管理料	同一患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。検査及び画像診断は2回以上行った場合は、第2回目以降のものについて別に算定できる。
B001・16・注	喘息治療管理料	ピークフローメーターを用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。
B001・17・注	慢性疼痛疾患管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・19・注	植込み型補助人工心臓指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-6・注1	肺血栓塞栓予防管理料	必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B004	在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	入院日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあっては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。

B005	在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)	入院日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあっては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。
B006-2	退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、説明の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	指導を行ったもの及び指導を受けたものが患者又はその家族であるかの如何を問わず退院日に1回に限り算定する。
B006-4	退院時共同指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B007	退院前訪問指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
B008・注3	薬剤管理指導料(退院時服薬指導加算)	薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院日に1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料(A)(診療所から診療所、病院から病院)	紹介先保険医療機関ごとに、患者1人につき月1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料(A)(上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料(B)(診療所から病院、病院から診療所)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料(B)(上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B011	診療情報提供料(C)	退院に際して、患者1人につき月1回に限り算定する。
B011-2	診療情報提供料(D)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

## 在宅

区分	診療行為	算定回数制限
C001	在宅患者訪問診療料	1日につき1回に限り週3回を限度(末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く)として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問診療を認める場合(末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く)は1月に1回に限り、頻回訪問診療を認めた診療日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定できる。
C005・1	在宅患者訪問看護・指導料	週3回を限度(厚生労働大臣が定める患者を除く)として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問看護指導を認める場合(厚生労働大臣が定める患者を除く)は1月に1回に限り、頻回訪問看護を認めた診療日から14日以内に行った訪問看護については14日を限度として算定できる。
C006	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	患者1人につき週3回を限度(末期の悪性腫瘍の患者を除く)とし、1日につき1回に限り算定する。
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	1月に2回を限度として算定できる。ただし、月2回算定する場合には、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回に限り算定する。

C002	在宅時医学管理料	毎週1回以上又は月に4回以上継続して訪問診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、月に4回以上行う場合にあっては、訪問診療と訪問診療との間隔はいずれも10日以内であることが必要である。
C005・注4	在宅患者訪問看護・指導料（在宅移行管理加算）	退院後1月以内に訪問看護・指導料を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り加算する。
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	文書を交付して必要な指導管理を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。
C100	退院前在宅療養指導管理料	外泊の初日1回に限り算定する。
C101	在宅自己注射指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102・注1	在宅自己腹膜灌流指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C102-2	在宅血液透析指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102-2・注1	在宅血液透析指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C103	在宅酸素療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C106	在宅自己導尿指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107	在宅人工呼吸指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C112	在宅気管切開患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C101・注2、3	在宅自己注射指導管理料（血糖自己測定加算）	1月に1回を限度として算定する。
C101・注4	在宅自己注射指導管理料（注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。

C101・注5	在宅自己注射指導管理料（注入器用の注射針を処方）	1月に1回を限度として算定する。
C102・注2	在宅自己腹膜灌流指導管理料（紫外線殺菌器加算、自己腹膜灌流装置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C102-2・注2	在宅血液透析指導管理料（透析液供給装置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注2	在宅酸素療法指導管理料（酸素ポンベ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注3	在宅酸素療法指導管理料（酸素濃縮装置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注4	在宅酸素療法指導管理料（携帯用酸素ポンベ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注5	在宅酸素療法指導管理料（設置型液化酸素装置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注5	在宅酸素療法指導管理料（携帯型液化酸素装置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C104・注2	在宅中心静脈栄養法指導管理料（輸液セット加算、注入ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C105・注2	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料（栄養管セット加算、注入ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C106・注2	在宅自己導尿指導管理料（間歇導尿用ディスプレイポータブルカテーテル加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107・注2	在宅人工呼吸指導管理料（人工呼吸器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107-2・注2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C108・注2	在宅悪性腫瘍患者指導管理料（注入ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C110・注2	在宅自己疼痛管理指導管理料（送信器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C111・注2	在宅肺高血圧症患者指導管理料（携帯型精密輸液ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C112・注2	在宅気管切開患者指導管理料（人工鼻加算）	1月に1回を限度として算定する。

C007	訪問看護指示料	患者1人につき退院時に1回算定できるほか、在宅療養患者について1月に1回を限度として算定できる。
C007・注2	訪問看護指示料（特別訪問看護指示加算）	患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

## 検査

区分	診療行為	算定回数制限
D・第1節・第1款・通則1	検体検査実施料（時間外緊急院内検査加算）	同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、1日につき1回のみ算定する。
D001・15	尿中特殊物質定性定量検査（マイクロトランスフェリン精密測定（尿中））	3か月に1回に限り算定できる。
D001・16	尿中特殊物質定性定量検査（アルブミン定量精密測定）	3か月に1回に限り算定できる。
D001・18	尿中特殊物質定性定量検査（Ⅳ型コラーゲン定量精密測定）	3か月に1回に限り算定できる。
D004・8	穿刺液・採取液検査（羊水中肺サーファクタントアポ蛋白（SP-A））	糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において1回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は妊娠満32週より前の時期において1回に限り、満32週以降においては週1回に限り算定できる。
D005・9	血液形態・機能検査（ヘモグロビンA1（HbA1））	本検査、ヘモグロビンA1c（HbA1c）、フルクトサミン、グリコアルブミン又は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が、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D005・10	血液形態・機能検査（ヘモグロビンA1c（HbA1c））	本検査、ヘモグロビンA1（HbA1）、フルクトサミン、グリコアルブミン又は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が、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査（造血器腫瘍核酸増幅同定検査）	6月に1回を限度として算定できる。
D007・11	血液化学検査（フルクトサミン）	本検査、ヘモグロビンA1（HbA1）、ヘモグロビンA1c（HbA1c）、グリコアルブミン又は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が、妊娠中の患者については、本検査、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・12	血液化学検査（マンガン）	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回に限り算定できる。



D007・19	血液化学検査(グリコアルブミン)	本検査, ヘモグロビンA1 (HbA1), ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン又は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が, 妊娠中の患者については, 本検査, フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・23	血液化学検査(1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG))	本検査, ヘモグロビンA1 (HbA1), ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン又は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が, 妊娠中の患者については, 本検査, フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のいずれか1項目を月2回に限り別に算定できる。
D007・24	血液化学検査(心筋トロポニンT定性)	心筋梗塞の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回に限り算定する。(すでに心筋梗塞の治療のために入院中の患者については算定できない)
D007・25	血液化学検査(ヘパリン)	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, 算定は1回とし, 第1回の測定を行ったときに算定する。
D007・29	血液化学検査(リポ蛋白(a)精密測定)	3月に1回を限度として算定できる。
D007・30	血液化学検査(I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定)	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。
D007・30	血液化学検査(尿中デオキシピリジノリン精密測定)	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。
D007・34	血液化学検査(アセトアミノフェン精密測定)	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。
D007・36	血液化学検査(心室筋ミオシン軽鎖I精密測定)	同一の患者につき同一日に2回以上行った場合は, 1回のみ算定する。
D007・36	血液化学検査(レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール)	3月に1回を限度として算定できる。
D007・48	血液化学検査(1,25ジヒドロキシビタミンD3(1,25(OH)2D3))	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。
D008・10	内分泌学的検査(ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定)	入院中の患者については急性心不全又は慢性心不全の急性増悪時の病態把握のため, 入院中の患者以外の患者については心不全の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。
D009・7	腫瘍マーカー(PSA精密測定)	前立腺癌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, 前立腺癌の診断の確定又は転機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, PSA精密検査の検査結果が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。

D009・注 1	腫瘍マーカー	悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は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、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、B001・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。
D010・8	特殊分析（先天性代謝異常症検査）	患者1人につき月1回に限り算定する。
D012・5	感染症血清反応（TPHA試験（定性））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・8	感染症血清反応（TPHA試験（定量））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・9	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体）	除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。 ① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験 除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。
D012・10	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定）	除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。 ① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験 除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。