

項目コード	検査項目	検体量(mL)	容器	保存(安定性)	所要日数	実施料判断料	検査方法	基準値	提出条件・備考	検査目的および異常値を示す主な疾患名
自己抗体関連検査	5074 寒冷凝集反応 5E105-0000-023-062	血清0.3	1	冷蔵(4週)	4~6	11 免疫	HA法	64未満	倍 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) ※06	マイコプラズマ肺炎 自己免疫性疾患 伝染性単核症 肝疾患
	3290 リウマトイド因子(RF定量) 5G160-0000-023-062	血清0.6	1	冷蔵	1~2	30① 免疫	ラテックス凝集比濁法	15以下	IU/mL ※33	関節リウマチ SLE 強皮症 肝硬変 慢性肝炎
	1357 IgG型リウマチ因子 5G161-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~5	203① 免疫	ELISA法	2.0未満	※02	関節リウマチ シェーグレン症候群
	1310 免疫複合体(モノクローナルRF) 5G635-0000-023-023	血清0.2	1	(分離後)凍結(21日)	3~9	194① 免疫	EIA法	4.2未満	μg/mL ※02	SLE ベーチェット病 関節リウマチ シェーグレン症候群 結節性多発動脈炎 橋本病 肝疾患
	4597 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3) 3B503-0000-023-062	血清0.5	1	冷蔵(1週間)	2~3	116① 免疫	LA法	ng/mL M: 36.9~121.0 F: 17.3~59.7	※01	関節リウマチ
	4572 抗ガラクトース欠損IgG抗体 5G166-0000-023-053	血清0.3	1	冷蔵	3~5	117①③ 免疫	ELISA法	AU/mL 6.0未満	※02	関節リウマチ
	4789 抗CCP抗体(抗シトルリン化ペプチド抗体) 5G167-0000-023-051	血清0.4	1	冷蔵(4週)	3~4	204② 免疫	CLIA法	U/mL 4.5未満	※06	関節リウマチ

①リウマトイド因子(RF) 定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)、抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、C1q結合免疫複合体、モノクローナルRF結合免疫複合体、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。

②抗シトルリン化ペプチド抗体

ア 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。

(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。

(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。

イ 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)、抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、C1q結合免疫複合体、モノクローナルRF結合免疫複合体及びIgG型リウマトイド因子のうち2項目以上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。

③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。

1 プレイン容器



項目コード	検査項目	検体量(mL)	容器	保存(安定性)	所要日数	実施料判断料	検査方法	基準値	提出条件・備考	検査目的および異常値を示す主な疾患名
3456	抗核抗体 (ANA) 5G010-0000-023-162 5G010-0000-023-023	血清0.4	1	冷蔵(4週)	3~4	105 免疫	FAT法	倍 40未満	※06 ※1…下記参照 ※01	SLE 強皮症 皮膚筋炎 多発性筋炎 シェーグレン症候群 混合性結合組織病
5034		血清0.3	1	冷蔵	3~4 (1ヵ月)	110 免疫	FEIA法	Ratio 1.00以下(単位なし) (+)1.00を超える (-)1.00以下		
2331	抗ミトコンドリア抗体 (AMA) 5G175-0000-023-162	血清0.2	1	冷蔵	3~5	186 免疫	蛍光抗体法	倍 20未満	※01	原発性胆汁性肝硬変症 クレスト症候群
2322	抗ミトコンドリア M2抗体 5G176-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵(28日)	3~5	194 免疫	CLEIA法	Index 7.0未満	※2…下記参照 ※02	原発性胆汁性肝硬変症 (PBC)
3322	抗RNP抗体 5G066-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	144 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	SLE 強皮症 重複症候群 シェーグレン症候群 混合性結合組織病
3248	抗Sm抗体 5G065-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	151 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	SLE
4969	抗SS-A抗体 5G076-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	163 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	SLE 強皮症 関節リウマチ 重複症候群 シェーグレン症候群 混合性結合組織病
4970	抗SS-B抗体 5G077-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	161 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	SLE シェーグレン症候群 重複症候群
4971	抗Scl-70抗体 5G085-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	161 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	強皮症
4972	抗Jo1抗体 5G120-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~4	140 免疫	FEIA法	U/mL 判定基準：下記参照	※01	多発性筋炎 皮膚筋炎

※1 抗核抗体／FEIA法では次の13種の核抗原を用いた試薬を使用しています。
(U1-RNP、SS-A/Ro、SS-B/La、CENP-B、Scl-70、Jo-1、フィブリラリン、Rib-P、PM-Scl、PCNA、Mi-2、Sm、dsDNA)
※2 不活化（非働化）検体ではデータに影響を及ぼす場合がありますので避けてください。
❶ 抗ARS抗体と抗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。

【3322】 抗RNP抗体（判定基準）	
U/mL	判定
5.0を超える	(+)
3.5以上～5.0以下	(±)
3.5未満	(-)

【3248】 抗Sm抗体（判定基準）	
U/mL	判定
10.0を超える	(+)
7.0以上～10.0以下	(±)
7.0未満	(-)

【4969】 抗SS-A抗体（判定基準）	
U/mL	判定
10.0を超える	(+)
7.0以上～10.0以下	(±)
7.0未満	(-)

【4970】 抗SS-B抗体（判定基準）	
U/mL	判定
10.0を超える	(+)
7.0以上～10.0以下	(±)
7.0未満	(-)

【4971】 抗Scl-70抗体（判定基準）	
U/mL	判定
10.0を超える	(+)
7.0以上～10.0以下	(±)
7.0未満	(-)

【4972】 抗Jo1抗体（判定基準）	
U/mL	判定
10.0を超える	(+)
7.0以上～10.0以下	(±)
7.0未満	(-)

1 プレイン容器

項目 コード	検 査 項 目	検体量 (mL)	容器	保存 (安定性)	所要 日数	実施料 判断料	検査方法	基 準 値	提出条件 ・ 備考	検査目的および異常値 を示す主な疾患名
自己抗体関連検査	2321 抗DNA抗体 5G020-0000-023-002	血清0.3	1	冷蔵	5~7	168 免疫	RIA法 (硫酸塩析法)	IU/mL 6以下	※33	SLE 活動性ループス腎炎
	2348 IgG抗体	血清 各0.3	1		3~5	168 免疫	ELISA法	AU/mL 25以下	※02	
	2349 抗ss-DNA IgM抗体 5G026-0000-023-023 5G028-0000-023-023				3~9			U/mL 17未満		
	2347 IgG抗体				3~5	168 免疫		IU/mL 12以下		
	2346 抗ds-DNA IgM抗体 5G036-0000-023-023 5G038-0000-023-023				3~9			U/mL 6未満		
	5527 抗セントロメア抗体 5G090-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~5	179 ^① 免疫	ELISA法	10.0未満 判定基準：下記参照	※02	クレスト症候群 レイノー病
	2149 抗カルジオリピンβ2GPI 複合体抗体 (抗CL-β2GPI) 5G504-0000-023-023	血清0.3	1	(分離後) 凍結 (1カ月)	3~5	223 ^② 免疫	ELISA法	U/mL 3.5未満	※02	抗リン脂質抗体症候群 血栓症 習慣性流産
	5528 抗カルジオリピン抗体 (IgG) 5G508-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~5	232 ^② 免疫	ELISA法	U/mL 10未満	※02	
	4678 抗カルジオリピン抗体 (IgM) 5G510-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	4~6		ELISA法	U/mL 8未満	※02	
	5371 免疫複合体 (C1q) 5G610-0000-023-023	血清0.3	1	(分離後) 凍結	3~5	157 ^③ 免疫	ELISA法	μg/mL 3.0以下	※02	SLE ベーチェット病 関節リウマチ シェーグレン症候群 結節性多発動脈炎 橋本病 肝疾患
	4598 抗LKM-1抗体 5G555-0000-023-023	血清0.3	1	冷蔵	3~6	221 ^④ 免疫	ELISA法	17未満 判定基準：下記参照	※02	自己免疫性肝炎
	1330 抗精子抗体 5G440-0000-023-186	血清0.3	1	(分離後) 凍結 (9カ月)	6~8		不動化法 (Isojima法)	(-) 判定基準：下記参照	溶血・乳び検体など では、精子を観察で きず検査できない場 合がありますのでこ 注意ください。 ※02	不妊症
	3244 抗内因子抗体 5G190-0000-023-052	血清0.8	1	冷蔵	3~7		CLEIA法	(-) ビタミンB12摂取後1 週間以内の検体は偽陽 性を呈する可能性があ りますので依頼は避 けてください。 ※02	悪性貧血 高度な萎縮性胃炎 addison病	
3245 抗胃壁細胞抗体 5G185-0000-023-162	血清0.3	1	冷蔵	3~5		FA法	陰性 (10未満) 倍	※02	悪性貧血 鉄欠乏性貧血 萎縮性胃炎 甲状腺疾患	

①抗セントロメア抗体定量又は同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に限り算定できる。

②抗カルジオリピンβ2グリコプロテインI複合体抗体と抗カルジオリピン抗体を併せて実施した場合は主なもののみ算定する。

③リウマトイド因子 (RF) 定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)、抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、C1q結合免疫複合体、モノクローナルRF結合免疫複合体及び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。

④ア 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。

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を確認した年月日を記載すること。

[1330] 抗精子抗体 (判定基準)

SIV値	判定
1.40以下	(-)
1.41~1.99	判定保留
2.00~20.00	(+)
20.01以上	STRONG POSITIVE

[5527] 抗セントロメア抗体 (判定基準)

Index	判定
10.0未満	陰性 (-)
10.0~15.9	判定保留 (±)
16.0以上	陽性 (+)

[4598] 抗LKM-1抗体 (判定基準)

Index	判定
17未満	陰性 (-)
17~49	判定保留 (±)
50以上	陽性 (+)

1 プレイン容器



項目 コード	検査項目	検体量 (mL)	容器	保存 (安定性)	所要 日数	実施料 判断料	検査方法	基準値	提出条件 ・備考	検査目的および異常値 を示す主な疾患名
自己抗体関連検査	2332 抗平滑筋抗体 (ASMA) 5G180-0000-023-162	血清0.2	1	冷蔵	3~5		蛍光抗体法	20未満 ^倍	※01	自己免疫性肝炎 活動性慢性肝炎
	5192 抗好中球細胞質抗体 (PR3-ANCA) 5G551-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵 (28日)	3~5	267 免疫	CLEIA法	3.5未満 ^{U/mL}	不活化(非働化) 検体ではデータ に影響を及ぼす 場合があります ので避けてくだ さい。	ウェジナー肉芽腫症
	5193 抗好中球細胞質ミエロペルオキシ ダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 5G552-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵 (28日)	3~5	265 ^① 免疫	CLEIA法	3.5未満 ^{U/mL}		顕微鏡的多発血管炎 アレルギー性肉芽腫性血管炎 特発性半月体形成性糸球体腎炎
	5294 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体) 5G420-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵	3~5	270 ^② 免疫	CLEIA法	3.0未満 ^{U/mL}	※02	グッドパスチャー症候群 急速進行性腎炎 ループス腎炎

①抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）は、ELISA法又は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。

②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。



項目 コード	検査項目	検体量 (mL)	容器	保存 (安定性)	所要 日数	実施料 判断料	検査方法	基準値	提出条件 ・備考	検査目的および異常値 を示す主な疾患名
自己抗体関連検査	5289 抗皮膚抗体 5G395-0000-023-162	血清0.5	1	(分離後) 凍結	6~10		IFA法	10未満 倍	※02	天疱瘡と類天疱瘡 の鑑別
	4733 抗デスモグレイン1抗体 5G396-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵	3~5	300 ^① 免疫	CLEIA法	20.0未満 U/mL	不活化(非動化) 検体ではデータ に影響を及ぼす 場合があります ので避けてくだ さい。	天疱瘡
	4734 抗デスモグレイン3抗体 5G397-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵	3~5	270 ^② 免疫	CLEIA法	20.0未満 U/mL		天疱瘡
	4866 血清中抗BP180NC16a抗体 5G398-0000-023-052	血清0.3	1	冷蔵	3~5	270 ^③ 免疫	CLEIA法	9.0未満 U/mL	※02	水泡性類天疱瘡
	2329 抗血小板抗体検査 (APA) 5G520-0000-023-103	血清0.4	1	冷蔵	4~7	262 免疫	混合受身 凝集法	陰性	採血後室温で静 置し完全に血餅 凝固後、血清分 離してください。 ※02	特発性血小板減少性 紫斑病 続発性血小板減少症
	3413 抗アセチルコリン レセプター抗体 5G385-0000-023-007	血清0.3	1	冷蔵	4~8	822 ^④ 免疫	RIA法	0.2以下 nmol/L	※02	重症筋無力症
	3239 抗MuSK抗体 (抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体) 5G386-0000-023-007	血清0.3	1	冷蔵 (21日)	4~10	1000 ^⑤ 免疫	RIA法	0.02未満 nmol/L	※02	重症筋無力症
	3323 抗アクアポリン4抗体 5G821-0000-023-023	血清0.4	1	(分離後) 凍結 (28日)	3~9	1000 ^⑥ 免疫	ELISA法	3.0未満 判定：陰性 U/mL	※02	視神経脊髄炎

- ①ア 抗デスモグレイン1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。
 イ 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抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- ②ア 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。
 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。
- ③抗BP180NC16a抗体は、ELISA法又はCLEIA法により、水泡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。
- ④ア 抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。
 イ 本検査と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。
- ⑤ア 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、RIA法により重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察を目的として測定した場合に算定できる。
 イ 本検査と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。
- ⑥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。

1 プレイン容器

