

< 検査の保険適用拡大およびカットオフ値追加のお知らせ >

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、「抗ミュラー管ホルモン(AMH)検査」につきまして、2026年(令和8年)診療報酬改定に伴い「多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)」の保険適用範囲が拡大されることとなりました。これに伴い、検査内容の一部を変更させていただきますのでご案内申し上げます。

取り急ぎご案内いたしますので、ご活用の方よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

《実施日》 2026年 6月 1日 (月) 受付分より

《変更内容》

項目コード	項目名	変更箇所	新	現	備考	検査案内記載頁
2373	抗ミュラー管ホルモン(AMH)	検査の有用性	多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)カットオフ値 女性 20~29歳: 4.40 30~39歳: 3.10 ng/mL	なし	「多嚢胞性卵巣症候群に関する全国症例調査の結果と本邦における新しい診断基準(2024)」によるカットオフ値です。	75

<裏面へ続く>

《保険適用範囲が拡大された内容》

項目コード	2373	
項目名	抗ミュラー管ホルモン(AMH)	
検査実施料	597点	
判断料	生化学的検査(Ⅱ) 144点	
診療報酬区分	D008 53	
	新	現
	<p>「抗ミュラー管ホルモン(AMH)」は、不妊症の患者に対して、卵巣の機能の評価及び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、ECLIA法又はCLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。<u>また、多嚢胞性卵巣症候群が疑われる患者であって、超音波検査では診断が困難な患者に対して、多嚢胞性卵巣症候群の診断の補助を目的として、上記の方法により測定した場合に、診断時に1回に限り算定できる。</u></p>	<p>「抗ミュラー管ホルモン(AMH)」は、不妊症の患者に対して、卵巣の機能の評価及び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、ECLIA法又はCLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。</p>

(令8保医発0305-6)

以上