

診療報酬(検体検査関連)についてのお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別なご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび厚生労働省保険局医療課長発通知(令和5年12月19日付・保医発1219第5号・令和5年12月20日適用)により、下記の検査項目の保険請求が可能となりましたのでご案内申し上げます。

謹白

◎新たに保険収載された検査項目

項目名	保険点数	区分
アミロイドβ42/40比(髄液)	1,282点	区分番号「D004」 穿刺液・採取液検査 (尿・糞便等検査)

D004 穿刺液・採取液検査

(1)～(12) 略

(13) 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)製剤の投与の可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、1,282点を患者1人につき1回限り算定する。

ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記の点数をさらに1回限り算定できる。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。また、本区分「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)と併せて行った場合は主たるもののみ算定し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の可否を判断するに当たり実施した、区分番号「E101-2」アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については別に算定できない。

【算定する施設要件】

(14) 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配置されている場合に限り算定する。

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。

裏面に続きます

- 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。
- 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。

(15) 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限り算定する。

- 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。
- 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。

(16) アミロイドβ42/40比（髄液）は、(14)及び(15)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。

- 2023年12月20日（水）より受託開始
※詳細は弊社営業担当にご相談ください。

【参考:検体検査以外の新規収載項目】 ※アミロイドβ関連検査

項目名	保険点数	区分
アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジロン断層撮影	12,500点	区分番号「E101-2」 ポジロン断層撮影 (核医学診断料)
アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジロン断層・コンピューター断層複合撮影	13,625点	区分番号「E101-3」 ポジロン断層・コンピューター断層複合撮影 (核医学診断料)
アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	14,160点	区分番号「E101-4」 ポジロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (核医学診断料)

【算定要件】

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でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に患者1人につき1回に限り算定する。

ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記の点数をさらに1回限り算定できる。なお、本撮影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。

なお上記項目のいずれか複数回、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに¹⁸FDG、¹³N標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

※なお、算定する施設要件は「アミロイドβ42/40比（髄液）検査」と同じ要件となる。