

2023 年 12 月 27 日

検査実施料に関するお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、令和 5 年 12 月 19 日付け厚生労働省保険局医療課長通知「保医発 1219 第 5 号」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。

敬白

記

【新たに保険収載された検査項目】（令和 5 年 12 月 20 日より適用）

項目名	保険点数	区分 (判断料)	備考
アミロイド β 42/40 比(髄液)	1,282 点	「D004」穿刺液・採取液検査 (尿・糞便等検査)	下記 参照

(1)～(12) (略)

(13) アミロイド β 42/40 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、本区分「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)2 回分の所定点数を準用して患者 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、上記のように合算した点数をさらに 1 回に限り算定できる。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」に規定するアミロイド 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」に規定するアミロイド PET イメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影又は区分番号「E101-4」に規定するアミロイド 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断層複合撮影については別に算定できない。

< 次頁へ続きます >

- (14) アミロイド β 42/40 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。
- 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。
- 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 β 42/40 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。
- 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 β 42/40 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。
- (17) (略)

●検査のご依頼については、弊社営業担当にご相談ください。

以上