

検査実施料に関するお知らせ

拝啓 時下ますます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、厚生労働省保険局医療課長の通知「令和6年11月19日付、保医発1119第13号」により、下記の検査項目診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項が通知されましたのでご案内いたします。

お取り計らいの程、お願い申し上げます。

敬具

記

保険収載内容の一部変更項目

- アミロイドβ 42/40比(髄液)

適用日

2024年11月20日(水)より適用

※詳細につきましては、裏面の内容をご参照ください。



保健科学グループ

保健科学研究所 〒240-0005 神奈川県横浜市保土ヶ谷区神戸町106 TEL. 045-333-1661
保健科学東日本 〒365-8585 埼玉県鴻巣市天神3-673 TEL. 048-543-4000
保健科学西日本 〒612-8486 京都府京都市伏見区羽束師古川町328 TEL. 075-933-6060

保険収載内容の一部変更項目

▼太字下線部分が変更されました。

検査項目	実施料	判断区分	診療報酬 点数区分	備考
アミロイドβ 42/40比 (髄液)	1282点	尿・糞便 34点	「D004」 穿刺液・ 採取液検査 の「15」	(13) アミロイドβ 42/40比(髄液) ア「15」のアミロイドβ 42/40比(髄液) は、 <u>効能又は効果としてアルツハイマ ー病による軽度認知障害及び軽度の 認知症の進行抑制を有する医薬品</u> に 係る厚生労働省の定める最適使用推 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、 <u>効 能又は効果としてアルツハイマー病 による軽度認知障害及び軽度の認知 症の進行抑制を有する医薬品</u> の投与 の可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、患者1人 につき1回に限り算定する。ただし、 <u>効 能又は効果としてアルツハイマー病に よる軽度認知障害及び軽度の認知症 の進行抑制を有する医薬品</u> 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、さらに1回に限り算 定できる。なお、この場合において は、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。