

検査実施料に関するご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、「保医発1119 第13号」厚生労働省保険局医療課長通知により、下記検査項目に留意事項の変更がされましたので、ご案内申し上げます。

謹白

記

■保険収載内容が一部変更された検査項目

「保医発1119 第13号」 適用日 令和6年11月20日

検査項目名	実施料	判断料	診療報酬 点数表区分	備考
アミロイドβ 42/40比(髄液)	1282点	尿・糞便 等検査 34点	「D004」 穿刺液・採 取液検査 の「15」	<p>～ (略) ～</p> <p>(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、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、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。</u></p> <p>～ (以下、略) ～</p>

※ 下線部が変更されました。

※ 現在、β アミロイド1-42/1-40比[CLEIA]にて受託しております。

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。