

## 1. 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に係る留意事項の変更について

変 更 後 (今般)	変 更 後 (11/22)
<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>(1)(2) 略</p> <p>(3) <math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等について、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤を使用した場合に限り算定する。</p> <p>(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撮影については、厚生労働省の定める<u>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</u>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>レカネマブ（遺伝子組換え）製剤</u>の投与の要否を判断する目的でアミロイド<math>\beta</math>病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の<math>^{18}\text{F}</math>FDGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の乳幼</p>	<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>(1)(2) 略</p> <p>(3) <math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等について、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤を使用した場合に限り算定する。</p> <p>(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撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）の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、レカネマブの投与の要否を判断する目的でアミロイド<math>\beta</math>病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の<math>^{18}\text{F}</math>FDGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の乳幼児加算及び区分番号「E</p>

児加算及び区分番号「E101-5」 乳房用ポジトロン断層撮影を合算した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。

(5)～(7) 略

(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>FDG、<sup>13</sup>N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。

(9)(10) 略

(11) 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による画像診断、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・コンピューター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ー断層複合撮影のうち、いずれか複数を、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場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

101-5」 乳房用ポジトロン断層撮影を合算した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。

(5)～(7) 略

(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>FDG、<sup>13</sup>N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。

(9)(10) 略

(11) 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による画像診断、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・コンピューター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ー断層複合撮影のうち、いずれか複数を、レカネマブの投与の可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。

(12) 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。

(13) 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。

(12) 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は、レカネマブの最適使用推進ガイドラインに沿った実施が可能な施設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。

(14) 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は、(12) 及び (13) 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。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

(1) ～ (3) 略

(4)  $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる $^{18}\text{F}$ FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている $^{18}\text{F}$ FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

(5) 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につい

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

(1) ～ (3) 略

(4)  $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる $^{18}\text{F}$ FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている $^{18}\text{F}$ FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

(5) 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につい

ては、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でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の<sup>18</sup>F DGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の乳幼児加算及び区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者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、上記のように合算した点数をさらに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。

(6)(7) 略

(8) 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による画像診断、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ー断層複合撮影のうち、いずれか複数を、レカネマブ（遺伝子組換

ては、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）の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場合に、本区分「2」の<sup>18</sup>F DGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の乳幼児加算及び区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回限り算定する。

(6)(7) 略

(8) 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による画像診断、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ー断層複合撮影のうち、いずれか複数を、レカネマブの投与の可否

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。

(9) 略

(10) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>F DG、<sup>13</sup>N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。

(11) 略

(12) 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

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。

(9) 略

(10) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>F DG、<sup>13</sup>N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。

(11) 略

(12) 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は、レカネマブの最適使用推進ガイドラインに沿った実施が可能な施設で行われた場合に限り算定する。

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。

- (13) 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。

- (14) 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・コンピューター断層複合撮影は、(12) 及び (13) 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。

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

(1)～(3) 略

(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、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、本区分、本区分「注4」の乳幼児加算及び区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者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、上記のように合算した点数をさらに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。

(5)(6) 略

(7) 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よる画像診断、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

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

(1)～(3) 略

(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、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）の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、本区分、本区分「注4」の乳幼児加算及び区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回限り算定する。

(5)(6) 略

(7) 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よる画像診断、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又は区分番号「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・コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数を、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場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

(8)  $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイド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。

(9) 略

(10) 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、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。

ポジトロン断層撮影又は区分番号「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・コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数を、レカネマブの投与の可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。

(8)  $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。 $^{18}\text{F}$ FDG製剤及びアミロイド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。

(9) 略

(10) 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は、レカネマブの最適使用推進ガイドラインに沿った実施が可能な施設で行われた場合に限り算定する。

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。

(11) 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。

(12) 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・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、(10) 及び (11) 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。