

令和6年2月1日

関係各位

広島平和クリニック

アミロイド PET 検査の保険適用について

アミロイド PET 検査は、アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（レケンビ®）の投与の要否を判断する目的のみで保険適用が認められています。検査依頼の際は、下記の保険適用条件および注意事項をご確認いただきますようお願いいたします。

敬具

記

保険適用条件

- ・レカネマブ治療可能施設からの依頼であること。
- ・脳脊髄液検査におけるアミロイド β 42/20 比測定を行っていないこと。
- ・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”における投与対象となる患者に該当すること（以下①～⑤）。
 - ① 患者本人および家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえレカネマブによる治療意思が確認されていること。
 - ② レカネマブの禁忌に該当しないこと。
 - ③ MRI 検査（1.5 Tesla 以上）が実施可能であること。（例：金属を含む医療機器（MR 装置）に対する適合性が確認された製品を除く）を埋め込み又は留置した患者は不可）
 - ④ 認知機能の低下および臨床症状の重症度範囲が以下の(a)および(b)の両方を満たすことが、投与開始前 1 か月以内の期間を目安に確認されていること。
 - (a) 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上
 - (b) 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 または 1
 - ⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイド PET 又は脳脊髄液検査を実施し、アミロイド β 病理を示唆する所見が確認されていること。

注意事項

* 同一月内に FDG-PET もしくはガリウムシンチを行っている場合は、どちらか一方が保険適用となります。

* アミロイド PET 検査は、患者 1 人につき 1 回に限り算定可能ですが、レカネマブ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、さらに 1 回に限り算定できます。その場合にはアミロイド PET 検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。

以上