

区 分	点数(点)	注 釈				
E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）		注1 ¹⁸ FDGの合成及び注入、 ¹⁸ F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。				
1 ¹⁸ FDGを用いた場合 （一連の検査につき）	9,160	2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。				
2 ¹⁸ F 標識フルシクロピンを用いた場合（一連の検査につき）	4,160	3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。				
3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）		4 1及び2については、新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。				
イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合	14,160	留意点（令和6年3月5日 保医発0305第4号） (1) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影は、PET装置とMRI装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピュータ断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。 (2) 同一月に、区分番号「E202」磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。 (3) ¹⁸ FDGを用いた場合 ア 「1」の ¹⁸ FDGを用いた場合（一連の検査につき）については、心疾患の診断又は悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、磁気共鳴コンピュータ断層撮影を除く。				
ロ イ以外の場合	4,260					
		<table><tr><td>1. 心疾患</td><td>心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。</td></tr><tr><td>2. 悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）</td><td>他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。</td></tr></table>	1. 心疾患	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。	2. 悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
1. 心疾患	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。					
2. 悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。					
		イ ¹⁸ FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ¹⁸ FDG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。				
		ウ 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。				
		エ ¹⁸ FDG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。				
		(4) ¹⁸ F 標識フルシクロピンを用いた場合 ア 「2」の ¹⁸ F 標識フルシクロピンを用いた場合（一連の検査につき）については、初発の悪性神経腫が疑われる患者に対して、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的として、腫瘍の可視化に用いるものとして薬事承認を得ている放射性医薬品を用いて行った場合に限り算定する。				
		イ ¹⁸ F 標識フルシクロピンの注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。				
		(5) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合 ア 「3」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）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、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、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。				
		イ 「3」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合については、使用目的又は効果として、アミロイドPETイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング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、アミロイドPETイメージング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。				
		ウ 「3」の「ロ」イ以外の場合については、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又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。				
		エ 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、「E101-2 ポジトロン断層撮影」の「5」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）又は「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）の「4」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。				
		(6) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、「E202」磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。				
		(7) 当該撮影に用いる放射性医薬品については、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者の下で管理されていることが望ましい。				