

# 令和2年度（2020年） 診療報酬改定の概要

— 泌尿器科領域の関連項目を中心に —

手術・検査・処置・材料  
画像診断・指導料など

令和2年4月  
愛知県泌尿器科医会

# 2020年4月改定・改定率

2020年度診療報酬改定をネットでマイナス0.46%とすることが、2020年12月17日の大臣折衝により合意されました。

改定率の内訳は下記のとおりです。

## 診療報酬

■全体改定率 -0.46%

■診療報酬本体・改定率 +0.55%

※ 救急病院勤務医の働き方改革への特例的対応分の0.08%を含む

医科 +0.53%

歯科 +0.59%

調剤 +0.16%

■薬価・改定率 -0.99%

※ マイナス分の内訳は、実勢価改定等-0.43%、市場拡大再算定-0.01%、2019年10月消費税対応に関する2020年度への影響-0.55%。

■材料価格・改定率 -0.02%

# 手術

## 泌尿器科関連手術（新設）

K775-2 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき） 6,000点

### 【算定上の注意事項】

「一連につき」の内容については、本資料作成時点で情報はまったく無く不明です。詳細が分かりましたら、改めてお知らせいたします。

# ダヴィンチ使用手術の適応拡大

## 内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ等)を使用できる手術(新規)

- ・ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除)
- ・ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
- ・ 腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術
- ・ 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ・ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (頸部、胸部、腹部の操作によるもの)
- ・ 腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術
- ・ 腹腔鏡下腎盂形成術

施設基準あり

手技料は既存の腹腔(縦隔)鏡下手術と同点数

# 精索捻転手術の改正（ねじれ点数の解消？）

## K838 精索捻転手術

### 1 対側の精巣固定術を伴うもの

7,810点 → 8,230点

### 2 その他のもの

（患側のみでの整復固定術又は摘出術を行った場合）

8,230点 → 7,910点

## 手術項目の見直し(新規)

### 【改定前】

- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術
- 1 ホルミウムレーザーを用いるもの 20,470点



### 【改定後】

- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
- 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザー  
を用いるもの 20,470点

- ※ 倍周波数レーザー：グリーンレーザー又はダイオードレーザーを指す
- ※ レーザープローブの費用は所定点数に含まれ別に算定できない
- ※ 複数手術に係る費用の特例になるため「経尿道的膀胱結石、異物出術」との併算定(手技料の50%加算)ができます。

## 複数手術に係る費用の特例の改定（泌尿器科関係）

同一手術野又は同一病巣につき、表の左欄に掲げる手術とそれぞれ同表の右欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術( )の所定点数の100分の50に相当する点数とを合算して算定できる。

### 対象手術の新規追加

K764 経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む)	K781 経尿道的尿路結石除去術(新規)
K798 膀胱結石、異物摘出術 1 経尿道的手術	K841 経尿道的前立腺手術(既存) K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの(新規) K841-5 経尿道的前立腺核出術(既存)
K826-3 陰茎様陰核形成手術	K859 造陰術、陰閉鎖症手術 3 陰断端挙上によるもの(新規)

# バスキュラーアクセスに係る手術の改定

内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

## 改定後

### K612 末梢動静脈瘻造設術

#### 1 内シャント造設術

- イ 単純なもの 12,080点
- ロ 静脈転位を伴うもの 15,300点 \*

#### 2 その他のもの 7,760点

\* 静脈転位を伴うものについては、穿刺することが困難な部位を走行する静脈を長さ15cm 以上遊離して遠位端を切断し、穿刺することが可能な部位に転位して、断端を動脈と吻合して動静脈瘻を造設した場合に算定する。

K608-2 外シャント血栓除去術：削除

K610-3 内シャント又は外シャント設置術：削除

# 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の見直し

経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから3ヶ月以内に実施した場合であっても、2回目の算定を可能とする。

## 改定前

経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点 (3ヶ月に1回に限り算定する。)

## 改定後

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

- 1 初回 12,000点
- 2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点

- (1) 「1」については、3月に1回に限り算定する。
- (2) 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合  
(アの場合を除く。)

- (3) 「2」については、「1」の前回算定日(他の保険医療機関での算定を含む。)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

## K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術の見直し

### 改定後

#### K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術

1	後腹膜	40,670点
2	傍大動脈	35,500点
3	骨盤	41,090点

注) 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

- (2) 1 については、原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
- (3) 2 については、子宮体がんから傍大動脈リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
- (4) 3 については、原発性泌尿器がん(腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。)から骨盤内リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

## 尖圭コンジローマ切除術の見直し（増点）

K747 肛門尖圭コンジローマ切除術

1,040点 → 1,250点

K824 陰茎尖圭コンジローマ切除術

1,130点 → 1,360点

K856-4 膣壁尖圭コンジローマ切除術

1,040点 → 1,250点

部位により点数が異なるため、レセプトの傷病名には「肛門」、「陰茎」、「膣壁」の別を明記することが必要です。

## 【手術】新設

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの) 9,680点

### 【注意事項】

- (1)過活動膀胱又は神経因性膀胱の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及び $\beta$ 3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに対して行った場合に限り、算定できる。
- (2)効果の減弱等により再手術が必要となった場合には、4月に1回に限り算定できる。
- (3)上記に対する投与は講習を受けた医師に限る。
- (4)ボトックス注用の用法・用量を遵守すること。

# 検査

# 超音波検査の評価の見直し①

## 算定要件の見直し(新設)【診療録記載事項】

- ※ 超音波検査を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書を医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- ※ 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

## 超音波検査(訪問診療時)の評価 (新設) ②

超音波検査を訪問診療時に行った場合 400点(1月につき)を新設する。

### 改定後

イ 訪問診療時に行った場合 400点 注)

ロ その他の場合

(1) 胸腹部 530点

(2) 下肢血管 450点

(3) その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等) 350点

注) 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。

(7) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」の訪問診療時に行った場合を月1回に限り算定する。

## 超音波検査の評価の見直し③(胸腹部)

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

### 改定

(8)「2」の「ロ」の「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 消化器領域

イ 腎・泌尿器領域

ウ 女性生殖器領域

エ 血管領域(大動脈・大静脈等)

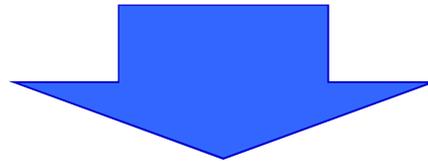
オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ その他

## 淋菌核酸検出 &

## 淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出の改定

本検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。  
ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。



本検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体(尿検体を含む。)  
によるものである。

今回の改定により、検体が女子尿であっても認められることになりました。

原則、病名としては男性では淋菌性/クラミジア性尿道炎、女性では淋菌性/クラミジア性子宮頸管炎を用いてください。

# 検査の新設

経皮的腎生検法 2,000点

所定点数には心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

処置

## 処置の新設

J043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1,400点

放射線治療(体外照射、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療、粒子線治療、密封小線源治療)を行うに当たりハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料(SpaceOAR)を用いた場合に限り算定する。

前立腺癌の放射線治療に対して適応です。

# 後発医薬品

# 後発医薬品の使用促進の見直し

## 一般名処方加算

- 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点



改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

## 後発医薬品使用体制加算

- 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現行	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	45点
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	40点
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算4(60%以上)	22点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	<u>47点</u>
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	<u>42点</u>
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	<u>37点</u>
	<u>(削除)</u>

# 医療材料

# 在宅自己導尿におけるカテーテルの評価の見直し

## 改定後

- 1 再利用型カテーテル 400点
- 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
  - イ 親水性コーティングを有するもの
    - (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点
    - (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点
    - (3) 120本以上の場合 2,100点
  - ロ イ以外のもの 1,000点
- 3 間歇バルーンカテーテル1,000点

注) 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(3)「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

- ア 脊髄障害
- イ 二分脊椎
- ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱
- エ その他

(4)「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、1月あたり60本以上使用した場合(他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。)に算定することとし、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する。

## 改定前

- 1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
  - イ 親水性コーティングを有するもの 960点
  - ロ イ以外のもの 600点
- 2 間歇バルーンカテーテル 600点

# 腎瘻又は膀胱瘻用材料の算定について（改定？）

令和2年3月31日 厚労省保険局医療課 事務連絡

## 【特定保険医療材料】

問 176 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」のⅠの3の031「腎瘻又は膀胱瘻用材料」の（4）について、医学的な必要性から経皮的腎瘻造設・膀胱瘻造設キットを用いた場合はどのように算定するのか。

（答）腎瘻又は膀胱瘻用材料については、いずれも原則として1個を限度として算定するが、医学的な必要性からキットを用いた場合等、2個以上算定するときは、その詳細な理由及び使用したキットの名称を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

# 訪問看護で使用できる医療材料（追加）

## 特定保険医療材料 別表 I

訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

### □ 新設

011 膀胱瘻用カテーテル 3,790円

012 交換用胃瘻カテーテル

#### (1) 胃留置型

##### ① バンパー型

ア ガイドワイヤーあり 21,700円

イ ガイドワイヤーなし 16,500円

##### ② バルーン型 7,480円

#### (2) 小腸留置型

##### ① バンパー型 26,500円

##### ② 一般型 15,800円

013 局所陰圧閉鎖処置用材料 1 cm<sup>2</sup>当たり20円

014 陰圧創傷治療用カートリッジ 19,800円

# 指導・管理料

# 排尿自立指導料の見直し(入院・新設)

## 新設

注) 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入院中の患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

(2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。

ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

## 外来における排尿自立指導の評価・見直し（200点）

■ 現行の排尿自立指導料について、入院中の患者を対象とした評価から、入院中の患者以外の患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

### 改定後

注 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、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

(2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に区分番号「A251」排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。なお、排尿自立支援加算に規定するとおり、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨を診療録等に記載していること。

ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

# リンパ浮腫指導管理料／リンパ浮腫複合的治療料の見直し

## リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

- ▶ リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、以下の見直しを行う。
  1. **鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断された患者**を対象とする。
  2. リンパ浮腫複合的治療料「1」の「**重症の場合**」の対象患者について、**病期分類Ⅱ期以降の患者**を対象とする。



### 現行

【算定要件(リンパ浮腫指導管理料)】  
 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

### 現行

【算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)】  
 B001-7リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。



### 改定後

【算定要件(リンパ浮腫指導管理料)】  
 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか(診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。)に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

### 改定後

【算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)】  
 リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

# 各種加算

# 救急医療管理加算の評価の見直し

## 改定後

(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
- コ その他の重症な状態

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、患者が入院時において当該状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。

(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ア (2)のアからケのうち該当する状態
- イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ア (2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの
- イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

# 画像診断

## 全身MRI撮影加算（新設）

全身のMRI撮影を行った場合の加算を新設する。

### □ 新設

**注9 MRI撮影について、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、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、600点を所定点数に加算する。**

### 【算定上の注意事項】

前立腺癌の骨転移の診断を目的とし、複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも3部位に分けて撮像した場合に限り算定する。

なお、本画像診断を実施した同一月内に骨転移の診断の目的で骨シンチ又はSPECTを実施した場合には、主たるもののみ算定する。

リハビリ

## H007-2 がん患者リハビリテーション料の要件変更

がん患者リハビリテーション料の算定対象患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に変更する。

### 改定後

(3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア 当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

イ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

# オンライン診療

# 情報通信機器を用いた診療の活用の推進

## オンライン診療料の要件の見直し

### 実施方法

- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

### 対象疾患

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。



## オンライン診療のより柔軟な活用

### 医療資源の少ない地域等

- やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする。
- 医師の所在に係る要件を緩和する。

### 在宅診療

- 複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

## かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

### 遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の情報共有の上、遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。



# 放射線治療

## M 003 電磁波温熱療法の要件変更

### M 0 0 3 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。
- (2) 四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「2」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。
- (3) 電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。
- (4) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、医学的な必要性から、一連の治療過程後に再度、当該療法を行う場合は、2月に1回、2回を限度として算定する。
- (5) 電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。
- (6) 電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。