

第 1 部 医学管理等

発熱患者等対応加算、抗菌薬適正使用体制加算、医療情報取得加算、医療DX情報活用加算

「基本診療料等共通」参照。

特定疾患療養管理料

対象疾患から「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」が削除され、「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」が追加されました。

〔対応内容〕

自動発生の見直しを行いました。

【注意】令和 6 年 6 月 1 日から令和 6 年 9 月 30 日の診療日入力についての時限的措置となります。

よって、医療機関側では早いうちに患者病名の疾患区分の見直しを行う必要があります。

1. 患者病名の疾患区分の見直し

①対象疾患から削除された病名を登録されている患者については、**該当する病名**の疾患区分 05（特定疾患療養管理料）をクリアします。

※08（特定疾患療養管理料又はてんかん指導料）の場合は 07（てんかん指導料）に変更します。

②追加された 2 つの対象疾患を登録されている患者については、疾患区分に 05（特定疾患療養管理料）を登録します。

なお、病名マスタには疾患区分が設定されていないので新規に新たに病名登録する場合も同様です。

③診療開始日はそのまま（開始日は切らない）とします。ただし、改定前の会計入力時は注意してください。

2. 時限的措置（令和 6 年 6 月 1 日から令和 6 年 9 月 30 日の診療日）について

①患者病名に

8830279「アナフィラキシー」

3570001「ギラン・バレー症候群」

の病名コードとして登録されている場合は管理料を自動発生します。

※算定しない場合は自動発生した算定コードを削除してください。

②患者病名に疾患区分 05（特定疾患療養管理料）が設定された以下の病名コードとして登録されているものについては自動発生の対象から除外します。

これ以外の対象疾患から削除された病名で疾患区分 05（特定疾患療養管理料）又は 08（特定疾患療養管理料又はてんかん指導料）が登録されている場合は自動発生の対象となります。

2500001「インスリン抵抗性糖尿病」

2500013「糖尿病」

2500014「1 型糖尿病」

2500015「2 型糖尿病」

8833421「高血圧症」

8842500「収縮期高血圧症」

4019016「若年高血圧症」

8840107「本態性高血圧症」

8844446「脂質異常症」

2724007「高脂血症」

2720004「高コレステロール血症」

小児特定疾患カウンセリング料

算定期間が 2 年から 4 年に延長されました。

2 年以内は月 2 回、2 年超 4 年以内は月 1 回算定となります。

イ 医師による場合

- (1) 初回 800 点
- (2) 初回のカウンセリングを行った日後 1 年以内の期間に行った場合
 - ① 月の 1 回目 600 点
 - ② 月の 2 回目 500 点
- (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して 2 年以内の期間に行った場合 ((2) の場合を除く。)
 - ① 月の 1 回目 500 点
 - ② 月の 2 回目 400 点
- (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して 4 年以内の期間に行った場合 ((2) 及び (3) の場合を除く。)
400 点

ロ 公認心理師による場合 200 点

注 1 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、2 年以内の期間においては月 2 回に限り、2 年を超える期間においては、4 年を限度として、月 1 回に限り、算定する。ただし、区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 I 002 に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号 I 004 に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

注 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、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、それぞれ 696 点、522 点若しくは 435 点、435 点若しくは 348 点又は 348 点を算定する。

113702610 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（初回）	800 点
113702710 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（1 年以内・月の 1 回目）	600 点
113702810 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（1 年以内・月の 2 回目）	500 点
113702910 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（2 年以内・月の 1 回目）	500 点
113703010 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（2 年以内・月の 2 回目）	400 点
113703110 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（4 年以内）	400 点
113703210 小児特定疾患カウンセリング料（医師・初回）（通信機）	696 点
113703310 小児特定疾患カウンセリング料（医師・1 年以内・1 回目）（通信機）	522 点
113703410 小児特定疾患カウンセリング料（医師・1 年以内・2 回目）（通信機）	435 点
113703510 小児特定疾患カウンセリング料（医師・2 年以内・1 回目）（通信機）	435 点
113703610 小児特定疾患カウンセリング料（医師・2 年以内・2 回目）（通信機）	348 点
113703710 小児特定疾患カウンセリング料（医師・4 年以内）（通信機）	348 点

施設基準 3825 情報通信機器を用いた診療に係る基準

[対応内容]

初回算定日

（初回）算定コードの直近の算定日

無い場合は改定前の「小児特定疾患カウンセリング料（月の 1 回目）」の最初の算定日とします。

1. （初回）算定コード入力

初回算定日がある場合は警告

月内に他の小児特定疾患カウンセリング料の算定がある場合はエラー

2. （1 年以内・月の 1 回目）算定コード入力

初回の算定がない場合は警告

同月に初回の算定がある場合はエラー

初回算定日から 1 年超である場合はエラー（但し、改定前の初回算定日である場合は警告とします）

同月に他の小児特定疾患カウンセリング料がある場合はエラー

3.（1 年以内・月の 2 回目）算定コード入力

同月に初回算定がなく、月の 1 回目がない場合はエラー

初回の算定日がない場合は警告

同月に他の小児特定疾患カウンセリング料がある場合はエラー

4.（2 年以内・月の 1 回目）算定コード入力

初回の算定がない場合は警告

同月に他の小児特定疾患カウンセリング料がある場合はエラー

初回算定日から 1 年超かつ 2 年以内でない場合はエラー

5.（2 年以内・月の 2 回目）算定コード入力

同月に（2 年以内・月の 1 回目）の算定がない場合はエラー

6.（4 年以内）算定コード入力

初回の算定がない場合は警告

同月に他の小児特定疾患カウンセリング料がある場合はエラー

初回算定日から 2 年超かつ 4 年以内でない場合はエラー

入院栄養食事指導料

栄養情報提供加算（50 点）が廃止されました。

がん性疼痛緩和指導管理料

難治性がん性疼痛緩和指導管理加算（100 点 要届出）が新設されました。

注 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、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者 1 人につき 1 回に限り所定点数に 100 点を加算する。

113703870 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算 100 点

施設基準 4091 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算

糖尿病透析予防指導管理料

特定疾患療養管理料を算定している場合も算定可能とされました。

乳腺炎重症化予防ケア・指導料

乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2（要届出）が新設されました。

イ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 1

(1) 初回 500 点

(2) 2 回目から 4 回目まで 150 点

ロ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2

(1) 初回 500 点

(2) 2 回目から 8 回目まで 200 点

注 2 ロについては、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、乳腺炎が悪化し区分番号 K472 に掲げる乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開創の

管理を含む乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1 回の分娩につき 8 回に限り算定する。

113703910 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2（2 回目から 8 回目まで）	200 点
113704010 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2（初回）	500 点

施設基準 3583 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

慢性腎臓病透析予防指導管理料

慢性腎臓病透析予防指導管理料（要届出）が新設されました。

イ 初回の指導管理を行った日から起算して 1 年以内の期間に行った場合 300 点

ロ 初回の指導管理を行った日から起算して 1 年を超えた期間に行った場合 250 点

注 1 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、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

注 2 区分番号 B001 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

注 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において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、261 点又は 218 点を算定する。

113704110 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1 年以内）	300 点
113704310 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1 年を超えた期間）	250 点

施設基準 4092 慢性腎臓病透析予防指導管理料

113704210 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1 年以内）（情報通信機器）	261 点
113704410 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1 年を超えた期間）（情報通信機器）	218 点

施設基準 4092 慢性腎臓病透析予防指導管理料 且つ 3825 情報通信機器を用いた診療に係る基準

外来腫瘍化学療法診療料

(1) 「イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合」が「初回から 3 回目まで」と「4 回目以降」に区分されました。

(2) がん薬物療法体制充実加算（100 点・月 1 回 要届出）が新設されました。

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から 3 回目まで 800 点

(2) 4 回目以降 450 点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350 点

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から 3 回目まで 600 点

(2) 4 回目以降 320 点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220 点

3 外来腫瘍化学療法診療料 3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から 3 回目まで 540 点
- (2) 4 回目以降 280 点
- ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180 点

注 4 1 のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週 1 回に限り算定する。

- イ 1 のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
- ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

注 5 2 のロ及び 3 のロについては、2 のイの(1)若しくは(2)又は 3 のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週 1 回に限り算定する。

注 9 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、1 のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。

113704510 外来腫瘍化学療法診療料 1 (抗悪性腫瘍剤を投与) (4 回目以降)	450 点
113704610 外来腫瘍化学療法診療料 1 (抗悪性腫瘍剤を投与) (初回から 3 回目)	800 点

施設基準 3765 外来腫瘍化学療法診療料 1

113704710 外来腫瘍化学療法診療料 2 (抗悪性腫瘍剤を投与) (4 回目以降)	320 点
113704810 外来腫瘍化学療法診療料 2 (抗悪性腫瘍剤を投与) (初回から 3 回目)	600 点

施設基準 3766 外来腫瘍化学療法診療料 2

113704910 外来腫瘍化学療法診療料 3 (抗悪性腫瘍剤を投与) (4 回目以降)	280 点
113705010 外来腫瘍化学療法診療料 3 (抗悪性腫瘍剤を投与) (初回から 3 回目)	540 点
113705110 外来腫瘍化学療法診療料 3 (イ以外の必要な治療管理を行った場合)	180 点

施設基準 4093 外来腫瘍化学療法診療料 3

113705970 がん薬物療法体制充実加算 (外来腫瘍化学療法診療料 1) 100 点

施設基準 4094 がん薬物療法体制充実加算

[対応内容]

1. 同時入力チェック
「外来腫瘍化学療法診療料は算定済みです。」
2. (4 回目以降) 算定コード入力時に (初回から 3 回目) の月内算定回数が 3 回以内の場合は警告
「警告！外来腫瘍化学療法診療料の (初回から 3 回目) の算定が 3 回未満です。」
3. 改定前と同様に外来腫瘍化学療法診療料を入力時に乳幼児加算、時間外加算を自動算定
再診料の削除を行います。

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病管理料 (II)

生活習慣病管理料 (II) (333 点・月 1 回) が新設されました。

外来管理加算が包括対象とされました。

生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- 注 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号 A001 の注 8 に掲げる医学管理、第 2 章第 1 部第 1 節医学管理等（区分番号 B001 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号 B001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号 B001 の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号 B001 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号 B001 の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号 B001 の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号 B001 の 37 に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号 B001-3-2 に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号 B001-9 に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005 の 14 に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号 B009-2 に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号 B010 に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号 B010-2 に掲げる診療情報連携共有料、区分番号 B011 に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号 B011-3 に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- 注 3 糖尿病を主病とする患者（2 型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年 1 回に限り所定点数に 500 点を加算する。
- 注 4 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50 点を所定点数に加算する。
- 注 5 区分番号 B001-3 に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して 6 月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。
- 注 6 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、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290 点を算定する。

113707110 生活習慣病管理料 2	333 点
113707210 生活習慣病管理料 2（情報通信機器）	290 点

施設基準 3825 情報通信機器を用いた診療に係る基準

[対応内容]

1. 外来管理加算

生活習慣病管理料を算定した日は外来管理加算を算定しません。

2. 生活習慣病管理料の算定から 6 か月以内

生活習慣病管理料 2 算定月から起算して 6 月以内の期間は生活習慣病管理料 1 は警告

生活習慣病管理料 1 算定月から起算して 6 月以内の期間は生活習慣病管理料 2 は警告

「警告！算定日から 6 月以内です。」

令和 6 年 6 月 1 日以降に算定した日を基準日として 6 か月以内のチェックを行います。

プログラム医療機器指導管理料

プログラム医療機器指導管理料（90 点・月 1 回 要届出）が新設されました。

プログラム医療機器等指導管理料 90 点

注 1 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、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に 1 回に限り算定する。

注 2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50 点を更に所定点数に加算する。

113707310 プログラム医療機器等指導管理料（ニコチン依存症） 90 点

施設基準 4095 プログラム医療機器等指導管理料（ニコチン依存症）

113707610 プログラム医療機器等指導管理料（高血圧症） 90 点

施設基準 4096 プログラム医療機器等指導管理料（高血圧）

113707470 導入期加算（プログラム医療機器指導管理料） 50 点

栄養情報連携料

栄養情報連携料（70 点・入院中 1 回）が新設されました。

栄養情報連携料 70 点

注 1 区分番号 B001 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第 34 条第 1 項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第 1 号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中 1 回に限り算定する。

注 2 注 1 に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に 1 回に限り算定する。

注 3 区分番号 B005 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

113707510 栄養情報連携料 70 点