204
6.5.9
付

福県医発第445号（地）
令和６年５月８日

各 医 師 会 長　　殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
（公 印 省 略）

厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その３）」の送付について

今般、厚生労働省より疑義解釈が発出されましたので、別添のとおりお送りいたします。

つきましては、本件について、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

１）疑義解釈資料につきまして、歯科関係（別添４）は省略しております。

２）本資料につきましては、本会ホームページ会員専用「令和６年度診療報酬改定について」（https://www.fukuoka.med.or.jp/members/iryo_hoken/shinryo/R6sinryohosyu.html）に掲載いたしますので、ダウンロードの上、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より　　医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

日医発第291号（保険）
令和６年４月30日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
長島公之
（公印省略）

疑義解釈資料の送付について（その３）

令和６年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和６年３月７日付け（日医発第2149号（保険））「令和６年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和６年度診療報酬改定に関するＱ＆Ａ「疑義解釈資料の送付について（その３）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和６年度　診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

＜添付資料＞
疑義解釈資料の送付について（その３）
（令6.4.26　事務連絡　厚生労働省保険局医療課）

事　務　連　絡
令和６年４月 26 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その３）

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和６年厚生労働省告示第 57 号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）等により、令和６年６月１日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添１から別添５までのとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

（別添１）

医科診療報酬点数表関係

【施行時期後ろ倒し】

問１　施設基準の経過措置について、令和６年３月 31 日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

（答）当該施設基準の届出を行ったうえで、令和６年３月 31 日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

【抗菌薬適正使用体制加算】

問２　「Ａ０００」初診料の注 14 及び「Ａ００１」再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近６か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(２)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内であること。」とされ、「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の注５に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近６か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(１)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30%以内であること。」とされているが、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

（答）各抗菌薬の Access 抗菌薬への該当性（AWaRe 分類における位置づけ）並びに Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るＪ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥにおける計算方法については、Ｊ－ＳＩＰＨＥ及び診療所版Ｊ－ＳＩＰＨＥのホームページを確認すること。

Ｊ－ＳＩＰＨＥ：https://j-siphe.ncgm.go.jp

診療所版Ｊ―ＳＩＰＨＥ：https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary

【時間外対応加算】

問３　「Ａ００１」再診料の注 10 に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

（答）よい。

【地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】

問４　地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和６年３月 28 日事務連絡）別添１の問 144 の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。

（答）差し支えない。

【一般病棟入院基本料】

問５　「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「１」の「イ」急性期一般入院料１の施設基準における平均在院日数について、令和６年６月１日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

（答）令和６年６月１日からの算定については、同年５月２日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも６月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和６年５月２日から同３１日に届出を行う場合は同年２月から４月、同年６月３日に届出を行う場合は、同年３月から５月の実績を用いること。なお、例えば令和６年２月から４月までの実績に基づき５月中に届出を行い、その後同年３月から５月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動に該当する場合を除き、変更の届出を６月に行う必要があること。

【療養病棟入院基本料】

問６　医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も７日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分３又は２として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合はどのように評価するのか。

（答）当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合であっても 中心静脈栄養を最初に終了した日から７日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分３又は２として評価を行う。

問７　医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えた場合は処置等に係る医療区分２として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から 30 日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

（答）処置等に係る医療区分２として評価を行う。

【看護補助体制充実加算】

問８　看護補助体制充実加算１の施設基準において、「当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上配置されていること」とされているが、

①　当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。

②　当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

（答）それぞれ以下のとおり。

①　当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出すること。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上すること。

②　当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出すること。

問９　看護補助体制充実加算１の施設基準において、「当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上配置されていること」とされているが、「３年以上」は連続ではなく、通算でもよいか。

（答）よい。

問 10　「Ａ１０１」療養病棟入院基本料、「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料、「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料及び「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算１及び２の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること」とされているが、

①　当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。

② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

（答）それぞれ以下のとおり。

① 月平均１日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数（※１）が、主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数（※２）以上であること。

（※１）月平均１日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数＝（主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の月延べ勤務時間数）／（日数×８）

（※２）主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数＝（１日平均入院患者数）／100×３

② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

【精神科入退院支援加算】

問 11 区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算及び区分番号「Ａ２４６－２」精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

（答） 可能。

【特定集中治療室管理料】

問 12 「Ａ３０１」特定集中治療室管理料「１」から「４」までにおいて、患者の入室日のＳＯＦＡスコアの基準が示され、15 歳以上の患者が対象とされているが、15 歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

（答）15 歳以上の患者の入室日のＳＯＦＡスコアにより評価する。ただし、15 歳以上の患者の入室日のＳＯＦＡスコアで基準を満たさない場合であって、15 歳未満の患者をｐＳＯＦＡスコアで評価し、15 歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、ＳＯＦＡスコアの基準を満たすものとして

差し支えない。

【地域包括医療病棟】

問 13　「Ａ３０４」地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、ＭＲＩ撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにＭＲＩ撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。

（答）差し支えない。

【小児入院医療管理料】

問 14　「Ａ３０７」小児入院医療管理料について、「小児入院医療管理料を算定する場合であって、患者の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。」と規定されたが、具体的にどのような対応を行えばよいか。

（答）令和５年度子ども子育て支援推進調査研究事業「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」の事例集（※）を参考に、各医療機関に入院する患者の特徴や付き添う家族等の実態を踏まえて必要な対応を行うこと。

（※）令和５年度子ども・子育て支援推進研究事業
「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」（事業実施者：株式会社野村総合研究所）における「入院中のこどもへの付添い等に関する医療機関の取組充実のための事例集」
https://www.nri.com/jp/knowledge/report/lst/2024/mcs/social_security/0410_8
（野村総合研究所ウェブサイト内に設置）

【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院】

問 15　在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える病院にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。」とあるが、ここでいう「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか。

①　「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ｉ）（同一の患家において２人以上の患者を診療している場合であって、２人目以降の患者について「Ａ

０００」初診料又は「Ａ００１」再診料を算定している場合を含む。）
② 「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
③ 「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）

（答）そのとおり。

【救急患者連携搬送料】

問 16 「Ｃ００４－２」救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること。」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

（答）受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

問 17 「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３について、「情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること」とされているが、他の保険医療機関で CPAP 療法を開始した患者が紹介された場合の取扱い如何。

（答）当該指導管理を実施する保険医療機関において、CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に算定可能。なお、当該診療に係る初診日及び CPAP 療法を開始したことにより、睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを、当該指導管理を実施する保険医療機関において対面診療で確認した日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出】

問 18　「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「19」ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出について、検査に当たっては、使用目的又は効果として、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸の検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる必要があるのか。

（答）そのとおり。

【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

問 19　「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「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（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドＰＥＴイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「ＰＥＴ撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、ＰＥＴ装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。

（答）ＰＥＴ装置の更新等の以前に受けていたＰＥＴ撮像施設認証に係るアミロイドＰＥＴ検査（当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る。）について、再度認証が必要となった時点から起算して３月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

問 20　「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「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（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドＰＥＴイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「ＰＥＴ撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていないＰＥＴ／ＭＲＩ装置又は頭部専用ＰＥＴ装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

（答）ＰＥＴ／ＭＲＩ装置又は頭部専用ＰＥＴ装置を用いる場合については、令和６年 12 月 31 日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

【通院・在宅精神療法】

問 21　「Ｉ００２」通院・在宅精神療法について、「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

（答）当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

・５分を超え 10 分未満
・10 分以上 20 分未満
・20 分以上 30 分未満
・30 分以上 40 分未満
・40 分以上 50 分未満
・50 分以上 60 分未満
・60 分超

ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30 分超」又は「60 分超」と記載しても差し支えない。

なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和６年３月 28 日事務連絡）別添１の問 198 は廃止する。

【慢性膿皮症手術】

問 22　「Ｋ０２２－３」慢性膿皮症手術について、化膿性汗腺炎の患者に対して実施する場合、算定可能か。

（答）算定可能。

【先進医療】

問 23　陽子線治療及び重粒子線治療について、令和６年６月１日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年５月　31　日以前に開始した患者に対して、同年６月１日以降も当該治療を継続する場合は、同日以降の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。

（答）不可。令和６年５月 31 日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年６月１日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行うこと。なお、同年５月 31 日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない患者が、同年６月１日以降に保険診療による治療を開始することを希望す

る場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。

（別添２）

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【ベースアップ評価料】

問１　新設した医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「Ｏ１００」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「Ｏ１０１」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「Ｏ１０２」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「Ｐ１００」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「Ｐ１０１」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「Ｐ１０２」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「０６」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

（答）必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりとする。

○　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）については届出前の最低１月における給与の支払い実績が必要。

○　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）については、届出様式における「前年３月～２月」、「前年６月～５月」、「前年９月～８月」、「前年 12 月～11 月」とあるのは、それぞれ「前年 12 月～２月」、「３月～５月」、「６月～８月」、「９月～11 月」と読み替え、当該期間の給与の支払い実績が必要。

問２　保険医療機関又は指定訪問看護ステーションが合併又は分割等を行ったために、ベースアップ評価料の届出に当たって対象職員の人数及び給与総額が実態と大きく異なる場合について、どのように考えたらよいか。

（答）ベースアップ評価料の届出に当たっては、原則として合併又は分割等を行った後の保険医療機関又は指定訪問看護ステーションにおける対象職員の人数及び給与総額に基づくこと。ただし、合併又は分割する前の対象職員の人数及び給与総額を合算又は按分することにより、当該保険医療機関又は指定訪問看護ステーションの実態に応じた人数及び給与総額を計算できる場合には、当該人数及び給与総額を用いて差し支えない。

問３　ベースアップ評価料と政府目標（令和６年度＋2.5%、令和７年度＋2.0%のベースアップ）の関係如何。

（答）当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員のベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

問４　ベースアップ評価料による収入を対象職員の賃上げに用いる場合、例えば現行の賃金水準が低い職員・職種に重点的に配分するなど、対象職員ごとに賃金改善額に差をつけてよいか。

（答）差し支えない。

問５　ベースアップ評価料の届出及び賃金改善計画書若しくは賃金改善実績報告書の作成を行うに当たり、対象職員の給与総額に法定福利費等の事業主負担分を含めて計上するに当たって、「Ｏ０００」看護職員処遇改善評価料と同様に、法定福利費が必要な対象職員の給与総額に 16.5%（事業主負担相当額）を含めて計上してもよいか。

（答）差し支えない。

問６　介護報酬における「介護職員等処遇改善加算」又は障害福祉サービス等報酬における「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定している医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、ベースアップ評価料における対象職員及び給与総額はどのように考えればよいか。

（答）当該医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものについて、対象職員として含めて差し支えない。ただし、対象職員ごとの給与総額について、業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している。

また、「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、含めないものとする。

なお、当該「介護職員等処遇改善加算」及び「福祉・介護職員等処遇改善加算」による賃上げ分については、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載において、ベースア

ップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載することとする。

問７　「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和６年３月 28 日事務連絡）別添２の問 12 において、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の対象職員として派遣職員など、医療機関又は訪問看護ステーションに直接雇用されていないものを含むとしているが、どのような方法で当該職員の賃上げを行えばよいか。

（答）例えば派遣職員については、保険医療機関から派遣会社に支払う派遣料金の増額等により、派遣会社が派遣職員へ支払う給与を増額すること。

（別添３）

医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

【採取精子調整管理料】

問１　「Ｋ９１７－４」採取精子調整管理料について、令和６年５月 31 日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和６年６月１日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

（答）令和６年５月 31 日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術の後に初めて「１　体外受精」又は「２　顕微授精」を実施する場合には、算定可能。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（別添５）

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

問１　保険薬局の新規指定を受ける際に、例えば以下の場合について、同一グループ内の薬局数についてどのように考えればよいか。
①令和６年８月に新規指定を受ける場合
②令和７年４月に新規指定を受ける場合

（答）指定の日の属する月が５月から 12 月であれば当年４月末時点の、１月から４月までであれば前年４月末時点の同一グループの薬局数（当該保険薬局を含む。）で判断されたい。したがって、①及び②のいずれについても令和６年４月末時点の同一グループの薬局数（当該保険薬局を含む。）で判断することとなる。

問２　保険薬局の新規指定を受けようとする開設者が、新たにグループに所属することとなった場合、同一グループ内の薬局数についてどのように考えればよいか。

（答）指定の日の属する月が５月から 12 月であれば当年４月末時点の、１月から４月までであれば前年４月末時点の当該開設者を含めた同一グループの薬局数（当該保険薬局を含む。）で判断し、新たに所属することになった時点の薬局数では判断しない。

【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

問３　地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準に関し、各加算の要件に示す情報を地域の薬剤師会を通じて周知しているが、当該薬剤師会が会員のみを対象として当該情報を整理、収集して公表している場合、施設基準を満たしていることになるか。

（答）加算の要件の対応として適切ではないため不可。当該加算を届け出る保険薬局が所在する地域において、地域の住民や行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を把握しやすいよう、地域の薬剤師会等の会員であるか非会員であるかを問わず、市町村や地区の単位で必要な情報を整理し、周知されている必要がある。