

平成 29 年度 定例報告に係る F A Q 【医科】

●定例報告の全般的事項

(全保険医療機関)

Q 1 : 報告書の様式が変更となったのですか。

A 1 : はい。平成 28 年度に、報告方法や報告書の構成等について見直しが行われ、別添 1 「施設基準の届出の確認について (報告)」と、別添 2 「施設基準ごとに定められている報告等について (総括表)」に分割されています。作成にあたっては、必ず平成 29 年度の様式を使用してください。

(全保険医療機関)

Q 2 : なぜ、自己点検を行うのですか。

A 2 : 届出している施設基準については、届出の内容と異なった事情が生じた場合は、速やかに変更の届出を行うこととされています。

定例報告においては、7 月 1 日時点の届出状況について自己点検をお願いするものです。

なお、定例報告時期に限らず、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、速やかに変更の届出を行ってください。

参考通知 : 保医発0304第 1 号及び保医発0304第 2 号 (いずれも平成28年 3 月 4 日付)

第 3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。

(全保険医療機関)

Q 3 : 届出を行っている施設基準について自己点検を行った結果、要件を満たしていない施設基準が確認されました。どのように報告したらよいですか。

A 3 :

① 病院・有床診療所の場合

別添 1 「施設基準の届出の確認について (報告)」の「イ (届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。)」に○印を付け、「要件を満たしていない施設基準名」欄に該当する施設基準名をご記入ください。また、併せて辞退届の提出をお願いします。

なお、下位区分への変更が必要な場合は別添 1 へ同様に記入し、変更届の提出をお願いします。(具体的な手続き方法については、所在地を管轄する各県事務所 (福岡県は指導監査課) へご照会ください。)

② 無床診療所の場合

別添1「施設基準の届出の確認について（報告）」の「要件を満たしていない施設基準名」欄に該当する施設基準名をご記入いただき、併せて辞退届を提出してください。

なお、下位区分への変更が必要な場合は別添1へ同様に記入し、変更届の提出をお願いします。（具体的な手続き方法については、所在地を管轄する各県事務所（福岡県は指導監査課）へご照会ください。）

（ 病院・有床診療所 ）

Q 4：届出を行っている施設基準について自己点検を行った結果、全て要件を満たしていることを確認しました。何か提出しなければいけないのでしょうか。

A 4：別添1「施設基準の届出の確認について（報告）」の「ア（届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。）」に○印を付け、提出してください。また、別添2「施設基準ごとに定められている報告等について（総括表）」及び各種報告様式と併せて提出してください。

（ 無床診療所 ）

Q 5：届出を行っている施設基準について自己点検を行った結果、全て要件を満たしていることを確認しました。また、別添2「施設基準ごとに定められている報告等について」に記載されている施設基準の届出等にも該当するものはありませんが、何か提出しなければいけないのでしょうか。

A 5：別添2「施設基準ごとに定められている報告等について（総括表）」を含め、今回提出していただく書類はありません。

（ 全保険医療機関 ）

Q 6：届出が不要である施設基準（夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算等）について、自己点検や報告が必要でしょうか。

A 6：

① 病院・有床診療所の場合

自己点検は必要です。届出が不要である施設基準（夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算等）のみ要件を満たさない場合は、別添1「施設基準の届出の確認について（報告）」の「ア」に○をして提出してください。

② 無床診療所の場合

自己点検は必要です。届出が不要である施設基準（夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算等）のみ要件を満たさない場合は、別添1「施設基準の届出の確認について（報告）」の「ア」に該当するため、別添1の提出は不要です。

(全保険医療機関)

Q 7 : 届出事項について変更 (従事者の変更等) が生じていた場合、何か手続が必要でしょうか。

A 7 : 今回の報告書をもって、届出事項の変更届に代えることはできません。別途、速やかに変更の手続を行ってください。

(※ 届出事項の変更届は、該当する届出様式 (届出書添付書類) を用いて届出を行います。その際、別添 7 (基本診療料の場合) 又は別添 2 (特掲診療料の場合) の届出書に「変更届出」である旨及び「変更の理由」を簡単に記載 (例「従事者の変更」等) していただき、該当する届出様式 (届出書添付書類) と共に正副 2 部提出してください。)

(全保険医療機関)

Q 8 : 報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A 8 : 管轄の九州厚生局各県事務所 (福岡県は指導監査課) あて郵送にて提出してください。

なお、封筒の表面には、朱書きで「定例報告在中」と記載してください。

(全保険医療機関)

Q 9 : 各様式中の「保険医療機関 (保険薬局) コード」及び「保険医療機関 (保険薬局) 番号」欄は、どのように記載するのでしょうか。

A 9 : 以下のとおり記載してください。

「保険医療機関 (保険薬局) コード」欄・・・7桁の指定通知書の番号

「保険医療機関 (保険薬局) 番号」欄・・・先頭に『各県の番号 (2桁)』を付けて7桁の指定通知書の番号 (合計 9桁)

『各県の番号』

福岡県 : 4 0 佐賀県 : 4 1 長崎県 : 4 2 熊本県 : 4 3

大分県 : 4 4 宮崎県 : 4 5 鹿児島県 : 4 6 沖縄県 : 4 7

(全保険医療機関)

Q 10 : 報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A 10 : ハガキに記載している期日までに提出してください。 (郵送必着)

●個々の報告書類に関する事項

1. 入院基本料等に関する実施状況報告書 (別紙様式 1 - 2) 関係

Q 11 : 平成 29 年 6 月までは、当該報告書類で報告すべき入院料を算定していたが、7 月 1 日付けで、本様式で報告すべき入院料を算定しないこととなった場合、どのよう

に報告するのでしょうか。

A11：報告書に計上する必要はありません。

2. 費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書（別紙様式12）関係

Q12：明細書発行体制等加算を算定していますが、報告の必要はありますか。

A12：報告の必要はありません。

3. 回復期リハビリテーション病棟に係る報告書関係(様式49の4)

Q13：当該報告書類の「在宅復帰率」（1の⑥、2の⑤）について、この算出にあたっての期間は、直近1年間でしょうか。それとも直近6か月でしょうか。

A13：平成28年7月1日から平成29年6月30日の直近1年間で算出してください。なお、新規の届出などで、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の実績を記入してください。

ただし、別紙様式1-1①の「在宅復帰率」欄は、施設基準上の算出方法（直近6か月）の期間の実績を記入してください。

4. 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料に係る報告書（様式50、50の2）関係

Q14：地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を届出していますが、報告の必要はありますか。

A14：報告の必要があるのは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日付保医発0304第1号）別添4第12の5により、1（7）のなお書き（廊下幅に関する事項）に該当する場合のみになります。

参考通知：保医発0304第1号（平成28年3月4日）別添4第12の1（7）

病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1. 8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2. 7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1. 8メートル（両側居室の場合は2. 7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1. 8メートル（両側居室の場合は2. 7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

5. 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書関係(様式5の7)

Q15：当該報告書類において、「本指導管理料を算定した患者数」（①欄）は、平成28年4月から平成29年3月までの期間となりますが、平成29年4月以降に算定開始した患者については報告の必要はないのでしょうか。

A15：報告として計上する必要はありません。

(届出はしているが、当該期間に算定をしなかった場合)

Q16：当医療機関では、平成 29 年 4 月以降に算定開始したため、該当患者数が 0 名です。
この場合でも報告は必要でしょうか。

A16：患者数「0 名」として、報告をお願いします。

6. ニコチン依存症管理料に係る報告書(様式 8 の 2) 関係

(①の記入の方法 1)

Q17：当該報告書類において、「本管理料を算定した患者数」(①欄)は、平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月までの期間になりますが、平成 29 年 4 月以降に算定開始した患者については報告の必要はないのでしょうか。

A17：報告として計上する必要はありません。

(①の記入の方法 2)

Q18：「本管理料を算定した患者数」(①欄)は延べ人員数を記入すべきでしょうか。それとも実人員数でしょうか。

A18：実人員数を記入願います。

(届出はしているが、当該期間に算定をしなかった場合)

Q19：当医療機関では、平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月の間に管理料を算定した患者数が 0 名です。この場合でも報告は必要でしょうか。

A19：「実績無し」と記入の上、報告をお願いします。

(②の記入の方法)

Q20：当該報告書類において、「①のうち、当該期間後の 6 月末日までに 12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療を終了した者」(②欄)という項目があります。

この項目の記入にあたっては、平成 29 年 3 月までには管理料の算定回数は 5 回に満たなかったが、6 月までで計 5 回の管理料を算定した患者は含まれるのでしょうか。

A20：含まれます。

(④の記入の方法)

Q21：当該報告書類において、「5 回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者」(④欄)の患者数を計上することとされています。

患者側から一方的に中断したために禁煙していたか確認がとれない場合の取り扱いはどうしたらいいのでしょうか。

A21：確認がとれない患者については、計上する必要はありません。

(⑤、⑥の記入方法)

Q22 : 当該報告書類において、「前年4月1日から当年3月末までの1年間」となっているが、平成28年5月以降に届出を行ったため、実績期間が1年間ありません。どうしたらいいでしょうか。

A22 : 算定開始日から平成29年3月31日までの実績を報告してください。

7. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書(様式11の3、11の4)関係 (届出様式)

Q23 : 様式11の3と様式11の4はどちらの様式を使用するのでしょうか。

A23 : 様式11の3は在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院を届け出ている全ての医療機関が報告することになります。また、在宅療養支援診療所2又は在宅療養支援病院2を届け出ている医療機関は、様式11の4により自院を含む在宅支援連携体制を構築する複数の医療機関における実績を報告することになります。

なお、連携医療機関が変更となった場合には別途届出が必要です。

(Iの1. 平均診療期間 その1)

Q24 : 「I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について」は、直近1年間(平成28年7月～平成29年6月)に在宅療養を担当した患者について記載することとされています。

このうち、「1. 平均診療期間」の算出にあたって、平成28年7月以前から在宅療養を担当していた患者については、平成28年7月以前の期間も含めるのでしょうか。

A24 : 実際に在宅療養を開始してからの診療期間で計算することになります。したがって、平成28年7月以前から在宅療養を行っていたのであれば、平成28年7月以前の期間を含めて算出していただく必要があります。

(例)

平成28年6月1日から在宅療養を開始し、平成29年6月30日に終了した患者
→ 当該患者については、13か月として計上することになります。

(Iの1. 平均診療期間 その2)

Q25 : 「I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について」の「1. 平均診療期間」について、在宅療養に移行した後も、入退院を行っていた患者については、最終の退院日から起算した期間をもって算出するのでしょうか。

A25 : 実際に在宅療養を開始してからの診療期間で計算することになります。したがって、途中入退院を行っていた期間があったとしても、在宅診療に移行した当初から起算して算出してください。

(Iの1. 平均診療期間 その3)

Q26 : 「I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について」の「1. 平均診療期間」について、具体的な計算方法はどのようにするのでしょうか。

A26 :

- ① 平成 28 年 7 月から平成 29 年 6 月までの間に在宅療養を終えた患者について、各人の在宅療養を開始してから在宅療養を終えるまでの日数を算出します。
- ② ①の日数を合計します。
- ③ 合計した日数を、①の患者数で割ります。
- ④ ③を、30 日で割ります。
- ⑤ 1 月未満の端数を四捨五入した数字が、「平均診療期間」となります。

(例) 平成 28 年 7 月から平成 29 年 6 月までの間に在宅療養を終えた患者が、

A さん	150 日	} . . . ①
B さん	60 日	
C さん	470 日	

であった場合の平均診療期間

- ・ 150 日 + 60 日 + 470 日 = 680 日 . . . ②
- ・ 680 日 ÷ 3 人 ÷ 30 日 = 7.55 . . . ③④
- ・ 端数四捨五入 → 8 か月 . . . ⑤

(I の 2 . 合計診療患者数)

Q27 : 「2 . 合計診療患者数」の欄は、どのように算出するのでしょうか。

A27 : 次の①と②を合計した人数となります。なお、平均診療期間の算出する際の対象となる患者の範囲とは異なりますので、ご注意願います。

- ① 平成 28 年 7 月 1 日から平成 29 年 6 月 30 日の間に、在宅療養を終えた患者数
- ② 平成 29 年 7 月 1 日時点で在宅療養を継続している患者数

(例)

平成 28 年 7 月から平成 29 年 6 月までの間に在宅療養を終えた患者数 . . . 5 人

平成 29 年 7 月 1 日時点での在宅療養を継続中の患者数 10 人

であった場合の合計患者数

・ 5 人 + 10 人 = 15 人

(I の 2 (1) 死亡者数)

Q28 : 2 の「(1) うち医療機関以外での死亡者数」については、介護老人保健施設等で死亡した患者は「ア. うち自宅での死亡者数」「イ. うち自宅以外での死亡者数」のどちらに計上するのでしょうか。

A28 : 「イ. うち自宅以外での死亡者数」に計上してください。

(III の①及び② 患者数)

Q29 : 様式 11 の 3 「III . 直近 1 月間における往診又は訪問診療の状況について」の「患者数」は、延べ人数又は実人数のどちらを記載するのでしょうか。

A29 : 実人数を記載してください。

(実績がない場合の取扱い)

Q30：この1年間まったく在宅診療の実績がありません。報告は必要でしょうか。

A30：「0件」として報告書に記載のうえ、提出してください。

8. 退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算・診療情報提供料（I）の注14に掲げる地域連携診療計画加算

（報告対象）

Q31：地域連携診療計画加算を届出していますが、報告の必要はありますか。

A31：報告は計画策定病院である保険医療機関が連携する保険医療機関の分も含めて報告することとなっていますので、計画策定病院以外の保険医療機関は地域連携診療計画（様式12の2に準じた様式）の報告の必要はありません。

9. がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料に係る報告書関係

（報告対象）

Q32：がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料を届出していますが、報告の必要はありますか。

A32：報告は計画策定病院としてがん治療連携計画策定料を届出している保険医療機関が連携する保険医療機関の分も含めて報告することとなっていますので、計画策定病院以外の保険医療機関は地域連携診療計画（様式13の3に準じた様式）の報告の必要はありません。