

令和8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：なぜ、自己点検を行うのですか。

A 1：定例報告は、施設基準の届出に関する通知に基づき、8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。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、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、速やかに変更等の届出を行う必要があります。

【参考通知】

・令和8年3月5日付保医発0305第7号

「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」（以下、基本基準通知という。）

第3 届出受理後の措置等

6 届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

・令和8年3月5日付保医発0305第8号

「特掲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」（以下、特掲基準通知という。）

第3 届出受理後の措置等

4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年8月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

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、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、速やかに辞退届又は変更の届出を行ってください。

【参考通知】

・基本基準通知

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、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、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。

・特掲基準通知

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、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。

(全保険医療機関)

Q 2 : 昨年の報告書様式を使用して提出していいですか。

A 2 : 報告書様式については、毎年度、内容の改定を行っていますので、必ず今年度の様式を使用してください。

なお、**押印は不要です。(訂正印、捨印も不要です。)**

(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 : 要件を満たさない場合は、「**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」の提出をお願いします。下位区分への変更が必要な場合についても同様に、「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記入し、併せて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（広島県は指導監査課）へご照会ください。）

また、要件を満たしていない期間については、当該施設基準に係る診療報酬等は算定できませんのでご注意ください。

(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 : 病院・医科（有床診療所）の「施設基準等定例報告に係る書類の提出手順について」をご確認ください。

ステップ 1において、「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、「自己点検チェックリスト」に記載された対象施設基準を届け出ている場合は、チェックリストに沿った確認も行い、提出してください。

次に、**ステップ 2**において、「施設基準毎の報告」及び「保険外併用療養費」の報告について、報告内容に該当するかどうかご確認いただき、該当する報告書があれば、各報告書及び「届出状況報告書」の提出が必要です。

(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、「施設基準毎の報告」及び「保険外併用療養費」の報告について、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 : 医科（無床診療所）・歯科・薬局の「施設基準等定例報告に係る書類の提出手順について」をご確認ください。

ステップ 1において、施設基準を全て満たしており、**ステップ 2**においても該当する報告書が無い場合は、ご提出いただくものではありません。

（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、「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、「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、施設基準の届出の確認について（報告）」の提出は不要です。

なお、要件を満たしていない期間については、当該施設基準に係る診療報酬等は算定できませんのでご注意ください。

（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 : 平成 30 年度診療報酬改定以降は、従事者等に変更があっても、施設基準の区分の変更も無く、引き続き要件を満たしている場合には変更の届出が不要となりました。

ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算 1、2、3 及び 4、歯科画像診断管理加算 1 及び 2、麻酔管理料（Ⅰ）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について、届け出ている医師に変更があった場合には、その都度届出を行う必要があります。

また、C T 撮影及び M R I 撮影など届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準について、当該機器に変更があった場合、その都度届出を行う必要があります。

なお、上記以外についても、変更の届出が必要な場合があります。

（例）疑義解釈資料の送付について〔その 1〕（平成 30 年 3 月 30 日付け事務連絡）

- 一般病棟入院基本料の「注 1 1」及び特定一般入院料の「注 9」における 90 日を超える入院患者の算定

- リンパ浮腫複合的治療料
- 処置・手術の時間外加算 1

※ 届出事項の変更届は、新規に届出する時と同様に、該当する届出様式（届出書及び届出書添付書類等）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）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「届出医師の変更」等）していただき、該当する届出書添付書類等と共に 1 部を提出してください。

（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：管轄の中国四国厚生局**各県事務所**（広島県は**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「定例報告書在中」と記載してください。

また、電子申請にて報告をいただく場合であっても、一部の届出書は電子申請に対応していないことから、併せて郵送での提出が必要となりますので、ご注意願います。（中国四国厚生局ホームページの「施設基準等の定例報告について」の「電子申請による報告を利用する場合の提出手順について」をご確認ください。）

（全保険医療機関）

Q 9：定例報告を送付する際に、他の届出書を一緒に送付してよいのでしょうか。

A 9：他の届出書がある場合は、定例報告とは別に送付していただくようお願いします。

（全保険医療機関）

Q 10：各様式中の「保険医療機関コード」及び「保険医療機関番号」欄は、どのように記載するのでしょうか。

A 10：以下のとおり記載してください。

報告書中の「保険医療機関コード」及び「医療機関コード」欄（7 桁）は、新規指定時、更新指定時に送付された、指定通知書の 7 桁の番号（レセプトに記載する 7 桁の数字）

「保険医療機関番号」欄（9 桁）は、先頭の太枠に『各県の番号(2 桁)※』、細枠に上記の保険医療機関コード及び医療機関コード（7 桁）

※『各県の番号（2 桁）』

鳥取県：31 島根県：32 岡山県：33 広島県：34 山口県：35

(全保険医療機関)

Q11 : 報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A11 : 中国四国厚生局からお届けしている案内チラシに記載のとおり、令和8年8月31日(月)までに各県事務所に提出してください。(郵送必着)

(全保険医療機関)

Q12 : 押印が不要なことから、F A Xにより報告書を提出しても差し支えないでしょうか。

A12 : F A X受信が集中することによる不達や機器の解像度次第では判読が困難な場合もあるため、F A Xによる報告書の提出は受付していません。お手数ですが郵送又は電子申請による報告をお願いします。

●個々の報告書類に関する事項

1. 初診等に係る特別の料金の徴収に関する報告書(別紙様式5 2枚目) 関係

Q13 : 「4 初診等に係る特別の料金を徴収しなかった患者(3の④)の内訳について(別紙様式5 2枚目)」において、(1)と(2)の両方に該当する場合は重複して両方に計上するのでしょうか。

また、(1)の①から⑤、(2)の①から⑩についても複数の項目に該当する場合がありますが、重複して計上してよいのでしょうか。

A13 : (1)と(2)の両方に該当する場合は(1)のみに計上してください。(2)への計上は(2)の1項目のみに該当する場合があります。

また、(1)の①から⑤、(2)の①から⑩については該当する項目全てに重複して計上してください。

したがって、(1)、(2)、(3)は実人数、(1)の①から⑤と(2)の①から⑩については延べ人数になりますので、記入した結果が以下のアからウのとおりになっているかご確認ください。

ア : (1)の①から⑤の合計が(1)の人数と同じ、又は(1)の人数より多い。

イ : (2)の①から⑩の合計が(2)の人数と同じ、又は(2)の人数より多い。

ウ : (1)+(2)+(3)が3の④の人数と等しい。

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9) 関係

Q14 : 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。

A14 : 「正当な理由」について届出をしていない(明細書を無料で交付している)保険医療機関は、報告の必要はありません。