

令和6年度 定例報告に係るFAQ【医科】

●定例報告の全般的事項

(全保険医療機関)

Q1 : なぜ、自己点検を行うのですか。

A1 : 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6年3月5日付保医発0305第5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

5 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6年3月5日付保医発0305第6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（令和 6 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。

なお、令和 6 年 3 月 5 日付厚生労働省保険局医療課事務連絡「令和 6 年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」別添 3「施設基準に係る取扱いについて」により、臨時的な取扱いにより要件を満たす場合であっても、定例報告の各報告書には、臨時的な取扱いを適用した値ではなく、各報告書に定める対象期間での実際の実績値を記載してください。

事務連絡については、中国四国厚生局のホームページ「令和 6 年 8 月 1 日定例報告について」のページに上記の臨時的な取扱いの事務連絡等を「関連通知はこちら」として掲載していますのでご確認ください。

(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。

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、CT 撮影及び MRI 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ものがあります。

（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)

Q10 : 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。

A10 : 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ハガキに記載のとおり、**令和6年8月30日(金)**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のでしょうか。

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 6 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 6 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となります。

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 12） 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。

3. 褥瘡対策に係る報告書（様式 5 の 4）関係（有床診療所のみ）

Q15：褥瘡を有している患者はいませんが、報告は必要ですか。

A15：褥瘡を有している患者がいなくても、報告が必要です。その場合、②から⑥については「0名」と記入してください。（全ての有床診療所が報告対象となります。毎年提出もれが散見されますので必ず提出してください。）

Q16：1名の患者が複数の褥瘡を有している場合、⑥の記載はどのようにすればよいでしょうか。

A16：最も重症なものの区分に、患者1名として数え、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

Q17：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。

A17：報告の必要があるのは「基本基準通知」別添 4 第 12 の 14 により、基準の 1（8）のなお書き（廊下幅が基準に満たない場合の取り扱い）に該当する場合のみ報告が必要になります。該当しない場合は報告の必要はありません。

※ 該当する場合は、報告書に「病棟名」、「病床数」等、「廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定」を記載のうえ報告をお願いします。添付書類は必要ありません。

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)

(届出はしているが、当該期間に算定をしなかった場合)

Q18 : 当院では、令和6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。

A18 : 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)

Q19 : 「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。

A19 : 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)

Q20 : 当院では、令和5年4月から令和6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。

A20 : 「実績無し」と記入の上、報告をお願いします。

(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扱いはどうしたらいいでしょうか。

A21 : 禁煙していたか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、令和5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 : 算定開始日から令和6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。

様式 11 の 4 は、**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が、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。

(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(令和 5 年 8 月～令和 6 年 7 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、令和 5 年 8 月以前から在宅療養を担当していた患者については、令和 5 年 8 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、令和 5 年 8 月以前から在宅療養を行っていたのであれば、令和 5 年 8 月以前の期間を含めて算出いただく必要があります。

(例) : 令和 5 年 7 月 15 日から在宅療養を開始し、令和 6 年 7 月 10 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 令和 5 年 8 月から令和 6 年 7 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) 令和 5 年 8 月から令和 6 年 7 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

(Ⅲの①及び② 患者数)

Q27 : 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。

A27 : 実人数を記載してください。

(実績がない場合の取扱い)

Q28 : 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。

A28 : 「0 件」として報告書に記載のうえ、提出してください。

8. 疾患別リハビリテーションに係る症例報告書（別紙様式 22）関係

(報告対象)

Q29 : 「疾患別リハビリテーションに係る症例報告書」は、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションの施設基準の届出を行っている保険医療機関のすべてが報告対象でしょうか。

A29 : 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションの施設基準の届出を行っており、かつ、本年 7 月 1 日から 7 月 31 日までの 1 ヶ月間に、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料のいずれかの算定を行った保険医療機関が報告の対象となります。

9. 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書関係（別紙様式 15）

Q30 : 「多焦点眼内レンズの種類」の欄にはどのような名称を記載すれば良いですか。

A30 : 「多焦点眼内レンズの種類」の欄には、「添付文書に記載されている「一般的名称（例：多焦点後房レンズ、挿入器付後房レンズ）」をご記載ください。