

令和8年度 定例報告に係るFAQ【医科】

●定例報告の全般的事項

Q1：なぜ、自己点検を行うのですか。

A1：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、速やかに変更の届出を行うこととされています。

定例報告においては、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。

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：〇保医発 0305 第7号（令和8年3月5日付け）

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。

〇保医発 0305 第8号（令和8年3月5日付け）

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。

Q2：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。

A2：下記①又は②を参照してください。

① 病院・有床診療所の場合

「〔病院・医科（有床診療所）〕施設基準の届出の確認について（報告）」様式の「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。」に〇印を付け、「〈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記載してください。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、上記報告様式へ同様に記入し、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、所在地を管轄する近畿厚生局各府県事務所（大阪府は指導監査課）にご照会ください。）

また、STEP1の「報告確認ツール」に医療機関コードを入力することで、必要な報告様式が確認できます。確認した報告様式と併せて、自己点検チェックリストを提出してください。

② 無床診療所の場合

「〔医科（無床診療所）・歯科〕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記載していただき、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、上記報告様式へ同様に記載し、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、所在地を管轄する近畿厚生局府県事務所（大阪府は指導監査課）にご照会ください。）

また、STEP1の「報告確認ツール」に医療機関コードを入力することで、必要な報告様式が確認できます。確認した報告様式と併せて、自己点検チェックリストを提出してください。

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、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 3：下記①又は②を参照してください。

① 病院・有床診療所の場合

「〔病院・医科（有床診療所）〕施設基準の届出の確認について（報告）」の「ア 届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、STEP1の「報告確認ツール」に医療機関コードを入力することで、必要な報告様式が確認できます。確認した報告様式と併せて、自己点検チェックリストを提出してください。

② 無床診療所の場合

「〔医科（無床診療所）〕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、STEP1の「報告確認ツール」に医療機関コードを入力することで、必要な報告様式が確認できます。

Q 4：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 4：下記①又は②を参照してください。

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、「〔医科（病院・有床診療所）〕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、「〔医科（無床診療所）〕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、提出は不要です。

Q 5 : 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 5 : 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 MR 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ものがあります。

（例）※ 疑義解釈資料の送付について「その 1」別添 1 問 216（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 11」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、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 1 部提出してください。）

Q 6 : 報告の方法は、紙による報告以外に何がありますか。

A 6 : 一部の様式については、電子申請による報告が可能です。

＜電子申請が可能な報告様式＞

- ・施設基準の適合性の確認について（報告）

※電子申請画面上は「届出の現況確認」と表示されます。

- ・書類番号 1 ～ 1 9

※電子申請にあたっては、専用の「定例報告マクロツール」の利用が必要です。

Q 7 : 郵送で提出する場合、報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A 7 : 管轄の近畿厚生局各府県事務所（大阪府は指導監査課）あ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。

Q 8 : 郵送で定例報告を提出する際に、他の届出書を一緒に送付してよいのでしょうか。

A 8 : できる限り別送付としていただくようお願いします。なお、併せて送付される際は、送付書等に提出物を記載し、添付していただくようお願いします。

Q9：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。

A9：以下のとおり記載してください。

「保険医療機関コード」欄・・・指定通知書の7桁の番号

「保険医療機関番号」欄・・・先頭に『各府県の番号(2桁)』、及び指定通知書の7桁の番号(合計9桁)

『各府県の番号』

福井県：18 滋賀県：25 京都府：26 大阪府：27

兵庫県：28 奈良県：29 和歌山県：30

Q10：報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A10：令和8年8月31日(月)までに提出してください。

●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(書類番号1〔別紙様式1-1～1-2〕)及び有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書(書類番号2〔別紙様式2〕)関係

Q11：医療保険適用病床を有していないのですが、入院基本料等に関する実施状況報告書(書類番号1〔別紙様式1-1～1-2〕)及び有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書(書類番号2〔別紙様式2〕)の提出は必要ですか。

A11：医療保険適用病床を有していない場合は、当該報告様式の提出は不要です。

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

Q12：「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)又は(1)と(3)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。

A12：(1)と(2)又は(1)と(3)の両方に該当する場合は(1)に計上してください。(2)や(3)への計上は(2)や(3)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、記載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、項目3の④の人数と等しい。

3. 地域包括医療病棟入院料に係る報告書（書類番号 22〔様式 45 の 4〕）関係

Q13：地域包括医療病棟入院料を届出していますが、報告の必要はありますか。

A13：報告の必要があるのは当該施設基準の要件のうち、病室の床面積及び病室に隣接する廊下の幅に関する要件を満たしていない保険医療機関のみです。

※ 該当する場合は、「床面積の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定」欄及び「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」欄のみ、ご記載ください。添付書類は必要ありません。

参考通知：保医発 0305 第 7 号（令和 8 年 3 月 5 日付け）別添 4

第 7 の 2 1（5）

当該病棟の病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であることが望ましい。なお、床面積が患者 1 人につき、6.4 平方メートルに満たない場合、全面的な改築等を行うまでの間は 6.4 平方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。

第 7 の 2 1（6）

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。

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（書類番号 23-1、23-2〔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当該施設基準の要件のうち、病室に隣接する廊下の幅に関する要件を満たしていない保険医療機関のみです。

※ 該当する場合は、「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」欄のみ、ご記載ください。添付書類は必要ありません。

参考通知：保医発 0305 第 7 号（令和 8 年 3 月 5 日付け）別添 4

第 12 の 1（8）

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. ベースアップ評価料に係る報告書（書類番号 25）関係

Q15：ベースアップ評価料の届出を行っていますが、報告の必要はありますか。

A15：前年度及び当年度における賃金改善の取組状況について、毎年報告が必要です。

（提出方法）

Q16：賃金改善報告書の提出方法について教えてください。

A16：ベースアップ評価料の賃金改善報告書については、原則、メールにてご提出ください。

提出先のメールアドレス等の詳細は、ホームページをご確認ください。

メール提出時は、報告書（エクセルファイル）のファイル名に「医療機関コード」「報告対象年度」を記載していただき、メールに添付の上、ご提出ください。また、メール本文にも、署名等により医療機関名及び連絡先を記載いただきますようお願いします。

＜ファイル名の例＞9999999_ベースアップ評価料報告 R6.xlsx

Q17：提出する際は、他の報告書と一緒に送付してよいでしょうか。

A17：メールには、「ベースアップ評価料」の報告書のみを添付していただき、他の報告書は、郵送もしくは電子申請にてご提出ください。