

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

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5号（令和6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6号（令和6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。

ただし、実績要件等については、コロナ禍における臨時的な取扱いがあります。「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」（令和6年3月5日付事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱いについて」（令和6年5月31日付事務連絡）をご確認ください。

① 病院・有床診療所の場合

「〔病院・医科（有床診療所）〕施設基準の適合性の確認について（報告）」様式の「イ届出し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。

② 無床診療所の場合

「〔医科（無床診療所）〕施設基準の適合性の確認について（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。

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）〕施設基準の適合性の確認について（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、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。

② 無床診療所の場合

「〔医科（無床診療所）〕施設基準の適合性の確認について（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）〕施設基準の適合性の確認について（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)〕施設基準の適合性の確認について(報告)」の「ア」に該当するため、提出は不要です。

Q5：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。

A5：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。)

Q6：報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A6：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。

Q7：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。

A7：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。

Q8：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。

A8：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

Q9：報告書はいつまでに提出すればよいのでしょうか。

A9：令和6年8月30日（金）までに郵送で提出してください。

●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1-1～1-3〕）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

Q10：別紙様式1-2について、令和6年7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、8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。

A10：報告書に計上する必要はありません。

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1-1～1-3〕）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. 褥瘡対策に係る報告書（別紙様式2〔様式5の4〕）関係（有床診療所のみ）

Q12：褥瘡を有している患者はいませんが、報告は必要ですか。

A12：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」と記載してください。（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。）

Q13：1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。

A13：最も重症なものに、患者1名として数え、記載してください。

3. 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6〕）関係

Q14：「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）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。

A14：（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。

4. 回復期リハビリテーション病棟に係る報告書関係（書類番号 32-1〔様式 49 の 4〕及び書類番号 32-2〔別紙様式 45〕）

Q15：様式 49 の 4 の「在宅復帰率」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。

A15：令和 5 年 8 月 1 日から令和 6 年 7 月 31 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載してください。

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

Q16：別紙様式 45 のリハビリテーション実績指数については、令和 6 年 8 月時点の直近 6 か月のみ報告すればよいですか。

A16：各年度 4 月、7 月、10 月、1 月の実績を報告することとされていますので、今年度の定例報告においては、令和 5 年 10 月報告分以降が対象となります。

5. 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 33-1、33-2〔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 5 号（令和 6 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。

6. 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書関係（書類番号 35〔様式 5 の 7 〕）

Q18：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、令和 5 年 4 月から令和 6 年 3 月までの期間が指定されていますが、令和 6 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。

A18：報告として計上する必要はありません。

Q19：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。

A19：患者数「0 名」として、報告をお願いします。

7. ニコチン依存症管理料に係る報告書（書類番号 37〔様式 8 の 2 〕）関係

（「本管理料を算定した患者数」欄の記載方法）

Q20：当該報告書類において、「本管理料を算定した患者数」として令和 5 年 4 月から令和 6 年 3 月までの期間が指定されていますが、令和 6 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。

A20：報告として計上する必要はありません。

Q21：「本管理料を算定した患者数」は延べ人数を記載すべきでしょうか。それとも実人数でしょうか。

A21：実人数を記載願います。

Q22：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。

A22：患者数「0 名」として報告をお願いします。

Q23：当院では、令和 6 年 4 月以降に算定を開始したため、当該患者数が 0 名です。この場合でも報告は必要でしょうか。

A23：患者数「0 名」として報告をお願いします。

（「①のうち、当該期間後の 7 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」欄の記載方法）

Q24：令和 6 年 3 月までの管理料の算定回数は 5 回に満たなかったが、7 月までに計 5 回の管理料を算定した患者は人数に含めるのでしょうか。

A24：含めます。

（「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」欄の記載方法）

Q25：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はどうしたらよいでしょうか。

A25：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。

(「ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数」欄等(⑤~⑧)の「令和5年4月1日から令和6年3月31日までの一年間」の実績の記載方法)

Q26：当該報告書類において、「令和5年4月1日から令和6年3月31日までの一年間」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。

A26：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。

8. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書(書類番号38~40〔様式11の3、11の4〕)関係

(1. 平均診療期間)

Q27：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が、「1. 平均診療期間」の算出にあたって、令和5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、令和5年7月以前の期間も含めるのでしょうか。

A27：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7月以前から在宅療養を行っていたのであれば、令和5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)

令和5年7月1日から在宅療養を開始し、令和6年7月31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。

Q28：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、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。

A28：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。

Q29：具体的な計算方法はどのようにするのでしょうか。

A29：下記を参照してください。

- 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

(2. 合計診療患者数)

Q30 : 「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。

A30 : 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 令和5年8月1日から令和6年7月31日の間に、在宅療養を終えた患者数

② 令和6年8月1日時点で在宅療養を継続している患者数

(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数… 5人

令和6年8月1日時点での在宅療養を継続中の患者数…………… 10人

この場合の合計患者数は、 5人 + 10人 = 15人 となります。

(死亡患者数)

Q31 : 「2. 合計診療患者数」の「(1) うち医療機関以外での死亡者数」について、介護老人保健施設・サービス付き高齢者向け住宅等で死亡した患者は、自宅・自宅以外のどちらに計上するのでしょうか。

A31 : 「自宅以外」に計上してください。

(実績がない場合の取扱い)

Q32 : 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。

A32 : 「0件」として報告書に記載のうえ、提出してください。

(直近1年間(令和5年8月～令和6年7月)の訪問診療等の実施回数について) の欄の「(1) 往診」「(2)訪問診療」「(3)訪問看護」の取扱い)

Q33 : 「(1)往診」について、在宅療養を担当していない患者に対する往診は含めなくてよいでしょうか。

A33 : 含めません。

Q34：在宅療養支援診療所・支援病院(1)及び(3)が行う報告について、「(2)訪問診療」「(3)訪問看護」は連携先からの訪問診療等を含めて計上するのでしょうか。

A34：在宅療養支援診療所・支援病院(1)及び(3)が行う報告は、自院単独の実績を計上してください。

Q35：在宅療養支援診療所・支援病院(2)が行う報告について、「(1)往診」「(2)訪問診療」「(3)訪問看護」の計上は以下のとおりでよいでしょうか。

- ・「自院単独の実績」に関しては、文字どおり自院単独の実績を計上する。(連携する訪問看護ステーションに係るものも含めない)

- ・「連携先を含めた実績合計」に関しては、連携する訪問看護ステーションに係るものを含めた連携先の実績も含めて計上する。

A35：そのとおり。

(「直近1月間(令和6年7月)における初・再診、往診又は訪問診療の状況について」欄の患者数)

Q36：実施した患者数は、延べ人数又は実人数のどちらを計上するのでしょうか。

A36：実人数を記載してください。