

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

(全保険医療機関)

Q 1 : 昨年の報告書様式を使用して提出していいですか。

A 1 : 報告書様式については、毎年度、内容の改訂を行っていますので、必ず今年度（令和8年度）の様式を使用してください。

なお、押印は不要です。

(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、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、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ってください。

<参考通知>

「保医発0305第7号及び保医発0305第8号（いずれも令和8年3月5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、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。

(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、別添1「施設基準の届出の確認について（報告）」の「イ 次の施設基準については、要件を満たしていません。」に「☒」を付け、「要件を満たしていない施設基準」欄に該当する施設基準名を記入のうえ、提出してください。また、別添2「自己点検チェックリスト」に示す施設基準に要件を満たさないものがあつた場合は、別添2の「要件を満たしていない」に☒を付け、提出してください。併せて辞退届の提出もお願いします。

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。）

なお、「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 7 年 3 月 27 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）における取り扱いは、令和 8 年 5 月 31 日をもって終了しております。

（ 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「☒」を付け、また、【総括表】に記載されている施設基準の届出等のうち該当するものについてチェック欄に「☒」を付けていただき、各種報告様式と併せて提出してください。また、別添 2 「自己点検チェックリスト」の「届出の有無」及び「要件を満たしているか」の各欄に、貴院の状況に応じて☒を付けて、ご提出ください。

（ 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 1 「施設基準の届出の確認について（報告）」の【総括表】、別添 2 「自己点検チェックリスト」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 1 「施設基準の届出の確認について（報告）」、別添 2 「自己点検チェックリスト」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「☒」を付けて、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：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、画像診断管理加算 1、2、3 及び 4、麻酔管理料（Ⅰ）、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。）

（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）あて郵送又は電子申請にて提出してください。

なお、電子申請にて提出いただく場合、一部の届出書は電子申請に対応していないことから、併せて郵送での送付も必要となりますので、ご注意願います。

また、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。受付印押印後の報告書控えの返送を希望される場合は、返信用封筒を同封してください。

（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。

「保険医療機関コード」欄・・・7桁の指定通知書の番号

「保険医療機関番号」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：40 佐賀県：41 長崎県：42 熊本県：43

大分県：44 宮崎県：45 鹿児島県：46 沖縄県：47

（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：令和8年9月1日（火）までに提出してください。（**郵送必着**）

（全保険医療機関）

Q12：押印が不要となったことから、FAXにより報告しても差し支えないのでしょうか。

A12：定例報告では全ての保険医療機関等を報告の対象としており、FAX受信が集中すると不達の原因となる可能性があり、また、機器の解像度次第では判読が困難な場合もありますので、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。

3. 地域包括医療病棟入院料に係る報告書(様式45の4) 関係

Q15：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。

A15：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」(令和8年3月5日付保医発0305第7号)別添4第7の2の1(5)のなお書き(床面積に関する事項)、もしくは(6)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。

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、「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」、「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)別添4第12の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。

「保医発0305第7号(令和8年3月5日)別添4第12の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、1.8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（様式 50、50 の 2）関係

Q16：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。

A16：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」（令和 8 年 3 月 5 日付保医発 0305 第 7 号）別添 4 第 12 の 1（8）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。

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、「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）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. 看護職員処遇改善評価料に係る報告書 関係

Q17：看護職員処遇改善評価料を届出していますが、報告の必要はありますか。

A17：毎年8月に、前年度分の「賃金改善実績報告書」と、今年度分の「賃金改善中間報告書」をご提出いただく必要があります。詳細は九州厚生局HPをご確認ください。

6. ベースアップ評価料に係る報告書 関係

Q18：ベースアップ評価料を届出していますが、報告の必要はありますか。

A18：毎年8月に、前年度分の「賃金改善実績報告書」と、今年度分の「賃金改善中間報告書」をご提出いただく必要があります。詳細は九州厚生局HPをご確認ください。