

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)

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6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5号及び保医発0305第6号(いずれも令和6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 : これまでの事務連絡等において、新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等の臨時的な取扱いや令和6年度診療報酬改定に係る経過措置が示されています。

本来の要件は満たさないものの、臨時的取扱い等により要件を満たす場合は、要件を満たしているものとして扱ってください。このとき、臨時的取扱い等により要件を満たす場合であっても、各様式には、「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日厚生労働省保険局医療課事務連絡)における「別添3 施設基準に係る取扱いについて」2②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。

一方、臨時的な取り扱いをした上でなお、要件を満たさない場合は、以下のとおり報告等をお願いします。

＜ 臨時的な取り扱いをした上でなお、要件を満たさない場合 ＞

別添1「施設基準の届出の確認について(報告)」の「イ 次のものについては、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ご記入いただき、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。)

(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。

(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】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)」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、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）

Q7：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。

A7：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）

Q8：報告書はどこへ提出すればよいのでしょうか。

A8：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。

また、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6年9月2日(月)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. 入院基本料等に関する実施状況報告書(別紙様式1-1、1-2、2)関係

Q13 : 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でしょうか。

A13 : 報告書に計上する必要はありません。

2. 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

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)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)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。

3. 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

Q15: 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。

A15: 「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。

4. 褥瘡対策に係る報告書(様式5の4) 関係(有床診療所のみ)

Q16: 褥瘡を有している患者はいませんが、報告は必要ですか。

A16: 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。)

Q17: 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。

A17: 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。

5. 回復期リハビリテーション病棟に係る報告書関係(様式49の4及び別紙様式45)

Q18: 様式49の4の「在宅復帰率」(1の⑤、2の⑤)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。

A18: 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入し

てください。

ただし、別紙様式1-1②の「在宅復帰率」欄は、施設基準上の算出方法（直近6か月）の期間の実績を記入してください。

Q19：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7月時点の直近6か月のみ報告すればよいですか。

A19：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月分以降が対象となります。

6. 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

Q20：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。

A20：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6年3月5日付保医発0305第5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5号（令和6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。

7. 看護職員処遇改善評価料に係る報告書関係（様式93の3）

Q21：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。

A21：毎年8月に前年度分の「賃金改善実績報告書」を提出いただく必要があります。

8. 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）

Q22：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月までの期間となりますが、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。

A22：報告として計上する必要はありません。

(届出はしているが、当該期間に算定をしなかった場合)

Q23：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。

A23：患者数「0名」として、報告をお願いします。

9. 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 1)

Q24：当該報告書類において、「本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月までの期間となりますが、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。

A24：報告として計上する必要はありません。

(①の記入の方法 2)

Q25：「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。

A25：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)

Q26：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。

A26：「実績無し」と記入の上、報告をお願いします。

(②の記入の方法)

Q27：当該報告書類において、「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」(②欄)という項目があります。

この項目の記入にあたっては、令和6年3月までには管理料の算定回数は5回に満たなかったが、7月までで計5回の管理料を算定した患者は含まれるのでしょうか。

A27：含まれます。

(④の記入の方法)

Q28 : 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り扱いはどうしたらいいでしょうか。

A28 : 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)

Q29 : 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。

A29 : 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。

10. 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)

Q30 : 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。

A30 : 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。また、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は、様式11の4により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)

Q31 : 「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。

A31 : 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。

(I の 1 . 平均診療期間 その 2)

Q32 : 「 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。

A32 : 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)

Q33 : 「 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。

A33 :

- 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

(I の 2 . 合計診療患者数)

Q34 : 「 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。

A34 : 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
であった場合の合計患者数

・ 5人 + 10人 = 15人

(I の 2 (1) 死亡者数)

Q35 : 2 の 「(1) うち医療機関以外での死亡者数」 については、介護老人保健施設等で死亡した患者は「ア. うち自宅での死亡者数」「イ. うち自宅以外での死亡者数」のどちらに計上するのでしょうか。

A35 : 「イ. うち自宅以外での死亡者数」 に計上してください。

(III の ① 及び ② 患者数)

Q36 : 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。

A36 : 実人数を記載してください。

(実績がない場合の取扱い)

Q37 : 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。

A37 : 「0 件」 として報告書に記載のうえ、提出してください。