令和４年９月２２日

郡市区等医師会長　殿

一般社団法人大阪府医師会
会長　高 井 康 之
（公印省略）

令和４年度診療報酬改定において経過措置が設けられた施設基準の取扱いについて

平素は本会事業の推進に際し、ご支援ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて今般、近畿厚生局指導監査課より、令和４年度診療報酬改定において経過措置が設けられた施設基準の取り扱いについて、近畿厚生局より９月２２日付で保険医療機関宛に文書を発出する旨の連絡がありました。

令和４年度診療報酬改定において、令和４年９月 30 日に経過措置の期限が到来する施設基準について、同年 10 月１日以降も引き続き算定する場合は、届出が必要となります。（別紙の「令和４年９月 30 日まで経過措置の施設基準」をご参照ください。）

また、届出に際しては、提出方法をご参照のうえ、提出期限（令和４年 10 月 14 日（金）必着）までに近畿厚生局に届出を行っていただくことになります。

特に、多数の医療機関が該当する「在宅療養支援診療所」の届出については、届出直しが必要です。届出直しされない場合は、「在宅療養支援診療所」に関する点数が 10 月１日以降算定できませんので、ご注意ください。

つきましては、本件につきご了知いただきますとともに、貴会会員医療機関へご周知賜りますようお願い申し上げます。

施設基準の届出に関して、ご不明な点がございましたら、近畿厚生局 指導監査課 施設基準グループ（TEL０６－７６６３－７６６３）まで、お問い合わせくださいますようお願いいたします。

記

〇届出方法

・施設基準の届出は正本１通を郵送する。
・「届出書」の開設者の押印は不要。施設基準ごとに作成する。
・保険医療機関において、提出した「届出書」の写し（副本）を保管する。

〇提出書類

・基本診療料の場合、施設基準通知の別添７（表紙）
・特掲診療料の場合、施設基準通知の別添２（表紙）
・別紙「令和４年９月 30 日まで経過措置の施設基準」の「届出が必要な様式」欄に記載の様式（他の様式は提出不要です）
（「在宅療養支援診療所」の届出については、別添２（表紙）および別添２の様式 11 を提出する。）
・表紙に「経過措置」と明記してください。
・施設基準の要件を満たさず、施設基準の変更又は辞退を行う場合要件を満たしていない場合は、変更又は辞退の届出をしてください。

〇提出期限

令和４年 10 月 14 日（金）必着

〇提出先

近畿厚生局指導監査課　施設基準グループ

担当事務局：
大阪府医師会保険医療課
電話 06-6763-7001