指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検表【病院又は診療所】

１　医療機関の概要

　　担当者欄は、本自己点検表について確認いただいた方の氏名等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担　当　者 | TEL |

２　自己点検表

　　点検項目第１から第４までの内容を確認し、自己点検結果の□にチェックをしてください。

　　自己点検の結果、いいえにチェックが入る場合、改善策の欄に改善策等を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | | | | | | | | 自己点検結果 | | 改善策 |
| 第１  基本方針 | | | | | 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 | | | はい | いいえ |  |
|  | 根拠  法令 | | | | ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、法という）第61条  ・法施行規則第60条 | | | | | |
| 第２  療養担当規程の遵守状況 | | | | | （１）受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。 | | | はい | いいえ |  |
| （２）医療受給者証が有効であることを確認した上で診療しているか。 | | | はい | いいえ |
| （３）医療受給者証に記載された医療の具体的方針により診療を行っているか。また、具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市町村長への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市町村長の変更の承認を受けた具体的方針により診療しているか。 | | | はい | いいえ |
| （４）受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて診療しているか。 | | | はい | いいえ |
| （５）支給認定の有効期間の延長が必要と認めたとき等、必要な手続きを障害者に勧奨する等必要な援助を与えているか。 | | | はい | いいえ |
| （６）指定自立支援医療を診療中の受診者等から、必要な証明書等を求められた時は無償で交付しているか。 | | | はい | いいえ |
| （７）診療録等に、必要な事項を記載しているか。 | | | はい | いいえ |
| （８）診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から５年間保存しているか。 | | | はい | いいえ |
|  | | 根拠  法令 | | | ・指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18厚告65）  ・自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） | | | | | |
| 点検項目 | | | | | | | | 自己点検結果 | | 改善策 |
| 第３  人員体制、設備等の  整備状況 | | | | | （１）患者やその家族へ各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行えるスタッフの体制整備がされているか。また、診断及び治療を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されているか。 | | | はい | いいえ |  |
| （２）指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が次の要件を満たしているか。 | | |  | |
| 当 | 1. 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。 | | はい | いいえ |
| 1. それぞれの医療の種類の専門科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が医籍又は歯科医籍登録後、通算して５年以上あること。 | | はい | いいえ |
| 1. その他、担当する医療の種類により別に定める要件を満たしているか。 | | はい | いいえ |
|  | | | | 根拠  法令 | ・指定自立支援医療機関の指定について（平18障精発第0303005号） | | | | | |
| 第４  その他 | | | | | （１）自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 | | |  | |  |
|  | | ①　負担上限月額が設定されている受診者について、適切に自己負担の徴収をしているか。 | はい | いいえ |
| ②　受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療に含めて請求していないか。 | はい | いいえ |
| （２）負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。 | | | はい | いいえ |
| （３）医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、変更の届出を提出しているか。 | | | はい | いいえ |
|  | | | 根拠  法令 | | ・法第58条  ・法第64条  ・法施行規則第61条  ・自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） | | | | | |

自己点検は以上です。御多忙の中、御協力ありがとうございました。

なお、本自己点検表は、更新申請書とともに岡山県障害福祉課まで御提出をお願いします。