（障がい福祉課　社会参加推進グループ　伊東あて）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る自己点検表（病院・診療所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　№１

１．対象指定自立支援医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者名 |  |
| 自立支援医療（育成医療・更生医療）を主として担当する医師名 |  |
| 自己点検実施日 | 　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 担当者名(自己点検表記入者) |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 自立支援医療の種類（該当するものに〇をつけてください） | 育成医療　　　　　　更生医療 |
| 担当しようとする医療の種類（該当するものに〇をつけてください） | 眼科　耳鼻咽喉科　口腔　整形外科　形成外科　中枢神経　脳神経外科　心臓脈管外科　心臓移植　腎臓　腎移植　小腸　肝臓移植　歯科矯正　免疫 |
| 自立支援医療の実績（R5.4/1～R6.3/31） | 育成医療　　　　　　　件　　　更生医療　　　　　　　件　※延べ患者数 |

（自己点検表記入にあたっての留意事項）

１　点検項目を確認し、点検結果の適・不適・該当なしに〇をつけてください。不適の場合は、その内容及び今後の改善策を記入してください。

２　自立支援医療の実績がない場合でも、提出してください。また、指定を受けている「担当しようとする医療の種類」ごとに提出してください。

３　点検結果について、確認する場合がありますので、自己点検表の控えを保管しておいてください。

４　法：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

№２

２．点検内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 根拠法令 | 点検結果 | 【不適の場合】その内容及び改善策 | 確認結果等（県で記入） |
| 第1　基本方針 | (1)指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、支給認定に係る障がい者等の心身の障がい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ために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 | ・法第61条・法施行規則第60条 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| 第２療養担当規程の遵守状況 | (1)受診者の診療を正当な理由なく拒んでいないか。 | ・平18厚告65「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18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」（別紙2.3）自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定実施要綱 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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、具体的方針を変更しようとするときは、あらかじめ当該受給者証を交付した市町村と協議（受給者が、具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付の上、市町村長へ申請）し、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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (5)支給認定の有効期間の延長が必要と認めたとき、又は受診者に対し移送することが必要であり、かつ、自ら行うことができないと認めたときは、速やかに、そのものに対し必要な援助を与えているか。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (6)指定自立支援医療を診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (7)受診者に関する診療録に必要な事項を記載しているか。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (9)受診者について次のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、受給者証を交付した市町村に通知しているか。 |  |  |  |  |  |
| 　①受診者が正当な理由なく、診療に関する指示に従わないとき。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| 　②受診者が詐欺その他不正な手段による診療を受け又は受けようとしたとき。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |

（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）№３

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | 根拠法令 | 点検結果 | 不適の場合その内容及び改善策 | 確認結果等（県で記入） |
| 第３人員体制、設備の整備状況 | (1)患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等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。 | ・平18障精発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」（別紙1）指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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。 |  |  |  |  |  |
| 　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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| 　②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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| 　③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。 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| 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。 | 法第58条 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (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。 | ・平成18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」（別紙1）自立支援医療費支給認定通則実施要綱 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |
| (3)医療機関の名称及び所在地その他法施行規則第61条で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。　①病院又は診療所の名称及び所在地（医療機関コードに変更がない場合に限る）　②開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称　③保険医療機関（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関をいう。第59条において同じ）　④標ぼうしている診療科名（担当しようとする自立支援医療機関の種類に関係があるものに限る）　⑤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の氏名、生年月日、住所及び経歴　⑥指定自立支援医療を行うために必要な設備の概要　⑦診療所にあっては、患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員 | ・法第64条・法施行規則第61条 | 適 | 不適 | 該当なし |  |  |