

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

|                   |                  |  |                     |                 |  |
|-------------------|------------------|--|---------------------|-----------------|--|
| 指定自立支援医療機関名       |                  |  |                     |                 |  |
| 所在地               | 〒      ー         |  |                     |                 |  |
| 連絡先               | 電話      (      ) |  | F A X      (      ) |                 |  |
| 点検者<br>(自己点検表記入者) |                  |  | 点検日                 | 年      月      日 |  |

※点検結果により、「不適切」に該当した項目については、今後の改善策等を記入してください。

| 点検項目                    | 点検内容（着眼点）                                                                                                                                     | 点検結果                     |                          |                          | 今後の改善策                      | 根拠法令等                            |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
|                         |                                                                                                                                               | 適切                       | 不適切                      | 該当なし                     | (不適切な場合、その内容と改善策を記載してください。) |                                  |
| 1<br>基本方針               | ■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ために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 法第61条<br>法施行規則第60号               |
| 2<br>療養担当<br>規程遵守<br>状況 | ■受診者の診療や調剤、訪問看護を正当な理由がなく拒んでいないか。                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程<br>第2条                      |
|                         | ■医療受給者証が有効であることを確認した上で診療や調剤、訪問看護をしているか。<br>例）医療受給者証の有効期間や医療機関名等                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第3条第1項                       |
|                         | ■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や調剤、訪問看護を行っているか。                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第3条第2項<br>平18障発<br>第0303002号 |
|                         | ※「病院又は診療所」のみの点検項目です<br>■具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市長への申請（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。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 自立支援医療費（育成医療・更生医療）<br>支給認定実施要綱   |
|                         | ■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や調剤、訪問看護をしているか。                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第4条                          |
|                         | ※「病院又は診療所」のみの点検項目です<br>■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、速やかに手続きを勧奨する等必要な援助を与えているか。                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第5条                          |
|                         | ■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支給認定を行った市から必要な証明書又は意見書等の交付を求められた時は無償で交付しているか。                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第6条                          |
|                         | ■受診者に関する診療録、調剤録、又は指定訪問看護等の提供に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第7条第10条<br>第11条              |
|                         | ■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。                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第8条                          |
|                         | ■受診者について以下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、速やかに意見を付して受給者証を交付した市に通知しているか。<br>① 受診者が正當なく理由なく、診療に関する指示に従わないとき。<br>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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             | 療養規程第9条                          |

- ・別紙「記入例」を参考にしてチェック（☒）を行ってください。
- ・「今後の改善策」の欄で書ききれない場合は、別紙（様式自由）を添付してください。

|                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |  |                                                   |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------------------------------------------|
| 3<br>人員体制、設備の整備状況 | <b>（１）「病院又は診療所」のみの点検項目です</b><br><b>■</b> 患者やその家族の要望に応じて、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設備がされているか。また、診療及び診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、適切な診療科が示されているか。（特に必要とされる体制や設備については、「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領（以下、別紙１）」でご確認ください。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の2                          |
|                   | <b>■</b> 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。                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の3                          |
|                   | 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か。                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の3（2）                       |
|                   | ②それぞれの医療の専門科目につき、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年以上あるか。                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の3（2）                       |
|                   | 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。（担当する医療の種類による別に定める要件については別紙１をご参照ください。）                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の3（3）                       |
|                   | <b>（２）「薬局」のみの点検項目です</b><br>①患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行えるスタッフの体制設備がされているか。                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の2                          |
| 4<br>その他          | ②複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の2の（7）                      |
|                   | ③通路や待合室など、身体障害に配慮した設備や構造等が確保されているか。                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                                                   |
|                   | <b>（３）「指定訪問看護事業所」のみの点検項目です</b><br>①患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行えるスタッフの体制設備がされているか。                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の2                          |
|                   | ②療養規程に基づき、適切な訪問看護を行う事業所であるか。また、必要な職員を配置しているか。                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号（別紙１）第二の2の（8）                      |
|                   | <b>■</b> 指定自立支援医療費の請求は適正に行われているか。<br>※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。<br>※医療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含めて請求していないか。<br>※医療受給者証を2枚以上（例：更生医療と精神通院医療）持っている場合、記載された医療ごとに請求しているか。                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 法第58条                                             |
|                   | <b>■</b> 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しているか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載しているか。                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 平18障精発第0303005号<br>自立支援医療費支給認定費支給認定通則<br>実施要項第七の3 |
| 4<br>その他          | <b>■</b> 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け出は適正に行われているか。（変更がある場合は、変更届を提出してください。）                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 法第64条<br>法施行規則第61条                                |
|                   | <b>■</b> 指定について、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 法第60条                                             |

○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（平成17年11月7日法律第123号）

○法施行規則 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施行規則（平成18年2月28日厚生労働省令第19号）

○療養規程 指定自立支援医療（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年2月28日厚生労働省告示第65条）

○平18障発第0303002号 自立支援医療費の支給認定について（平成18年3月3日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

○平18障精発第030305号 指定自立支援医療機関の指定について（平成18年3月3日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）「通知1」