

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

Header information table with fields: 指定自立支援医療機関名 (〇〇病院), 所在地 (〒573-〇〇〇〇 枚方市〇〇〇〇〇〇), 連絡先 (電話 072 (×××) ×××× FAX 072 (×××) ××××), 点検者 (医療法人◎◎ □□ □□), 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。

各項目の「適切」「不適切」「該当なし」のいずれかに☑をつけてください。

Main inspection table with columns: 点検項目, 点検内容(着眼点), 点検結果 (適切, 不適切, 該当なし), 今後の改善策, 根拠法令等. Includes sections for '1 基本方針' and '2 療養担当規程遵守状況'.

- ・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 人員体制、 設備の 整備状況	(1)「病院又は診療所」のみの点検項目です ■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。また、診療及び診察を行うに当たって、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。) ■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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病院又は診療所の場合のみ☑をしてください。	平18障精発第0303005号(別紙1)第二の2
	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 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)
	(2)「薬局」のみの点検項目です 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"/>	薬局の場合のみ☑をしてください。	平18障精発第0303005号(別紙1)第二の2
	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"/>			
4 その他	(3)「指定訪問看護事業所」のみの点検項目です 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"/>	指定訪問看護事業所等の場合のみ☑をしてください。	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)
	■指定自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※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。 ※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。 ※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
	■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"/>	変更がある場合、その項目と変更点について記載してください。また、変更届を提出してください。	平18障精発第0303005号 自立支援医療費支給認定費支給認定通則 実施要項第七の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。) ■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"/>	(例) 開設者氏名の変更 △△ △△⇒▲▲ ▲▲ (変更届が必要です)	法第64条 法施行規則第61条	
	<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03035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」