

## 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検票【病院又は診療所】

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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを障がい者に勧奨する等必要な援助を与えているか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(6) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(7) 診療録に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	根拠法令	・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」 自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定実施要綱		
第3 人員体制、設備の整備状況	(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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

点検項目		自己点検結果		改善策
第3 人員体制、 設備の整備 状況	(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。			
	② それぞれの医療の種類の種類につき、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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
根拠 法令	・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」			指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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の変更の届出は適正に行われているか。  (変更がある場合は、変更届を提出して下さい。)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
根拠 法令	・法第 58 条 ・法第 64 条 ・法第 68 条 第 1 項 第 4 号 ・平 18 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」			自立支援医療費支給認定通則実施要綱
上記のとおり報告します。				
<p style="text-align: center;">年            月            日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称</p> <p style="text-align: center;">所   在   地</p> <p style="text-align: center;">開   設   者</p> <p style="text-align: center;">氏            名</p>				
<p>(提出先)</p> <p>大 阪 市 長</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>				