

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. 医療機関の概要

医療機関名			
所在地	〒 ー		
連絡先	電話	F A X	
担当者名			

2. 自己点検表（点検日： 年 月 日）

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目の中で「不適切」な場合のみ記入 願います。
	適切	不適切		
第1 基本方針	(1) 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。	適切	不適切	○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（H17法律第123号、以下[法]）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。	適切	不適切	○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（以下療養担当規程）第2条
	(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。	適切	不適切	○療養担当規程第3条第1項
	(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、受診者による大分市長への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、大分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。	適切	不適切	○療養担当規程第3条第2項 ○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1,2「自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」第5、別紙3「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱」第6
	(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。	適切	不適切	○療養担当規程第4条
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを障害者に勧奨する等必要な援助を与えているか。	適切	不適切	○療養担当規程第5条
	(6) 指定自立支援医療を診療中の受診者、大分市から必要な証明書又は意見書等を求められた時は無償で交付しているか。	適切	不適切	○療養担当規程第6条
	(7) 診療録に、必要な事項を記載しているか。	適切	不適切	○療養担当規程第7条
	(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。	適切	不適切	○療養担当規程第8条
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。	適切	不適切	○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第2-2 ○大分市自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定手続要領第2-2
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。	適切	不適切	○法第58、68条第1項第4号
	(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。	適切	不適切	○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1「自立支援医療費支給認定通則実施要綱」第7の3
	(3) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、市長に届け出ているか。 （届出事項） ○ 病院又は診療所の名称及び所在地 ○ 開設者の住所及び氏名又は名称 ○ 保険医療機関である旨 ○ 標榜している診療科名（担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。） ○ 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及び経歴 ○ 指定自立支援医療を行うために必要な設備の概要 ○ 診療所にあつては、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 【留意事項】 ※主として担当する医師又は歯科医師を変更する場合は、申請書の添付書類に準じた書類の提出が必要になるので、特に速やかに市に連絡すること。 ※医療機関の所在地、開設者の変更等に伴う医療機関コードの変更が生じる場合は、廃止届出及び新規申請が必要となるので、特に速やかに市に連絡すること。	適切	不適切	○法第64条 ○法施行規則第61、62条 ○大分市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定手続要領第1-1(7)
	(4) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは市長に届け出ているか。	適切	不適切	○法施行規則第63、64条

※点検結果により、「不適切」に該当した項目に関しては、速やかに改善策等を講じてください。

※自立支援医療の実績がない場合は、「第3 人員体制、設備の整備状況」のみ記入し、その他の項目には、「実績なし」と記入してください。