自己点検表（病院・診療所）【指定区分：育成医療／更生医療／精神通院医療】

※ 該当する区分を○で囲んでください。

（育成医療・更生医療に関して）指定を受けている医療の種類

|  |  |
| --- | --- |
| 点検項目 | 点検結果該当するものに○をつけてください。 |
| １基本方針 | (1) | 　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おられますか。 | 適 | 不適 |
| 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ませんか。 | 適 | 不適 |
| (2) | 医療受給者証が有効であることを確認した上で診療されていますか。 | 適 | 不適 |
| 医療受給者証をどのような方法で確認をされているかを、以下にご記載ください。（例：健康保険証の提示の際に合わせて確認している。） |
| (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おられますか。また、具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市町村長等への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市町村長等の変更の承認を受けた具体的方針により診療されていますか。 | 適 | 不適 |
| (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されていますか。 | 適 | 不適 |
| (5) | 支給認定の有効期間の延長が必要と認めたとき等、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おられますか。 | 適 | 不適 |
| (6) | 　指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村等から必要な証明書等を求められた時は無償で交付されていますか。 | 適 | 不適 |
| (7) | 　診療録に必要な事項を記載されていますか。 | 適 | 不適 |
| (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年間保存しておられますか。 | 適 | 不適 |
| 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ますか。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ますか。 | 適 | 不適 |
| (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されていますか。 |  |  |
|  | ①常勤の医師※１又は歯科医師であること。 | 適 | 不適 |
| ②（育成・更生の場合）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 |
| ③（育成・更生の場合）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こと。※２ | 適 | 不適 |
|  |  |  | ④（精神通院の場合）精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後、通算して３年以上あること。※３ | 適 | 不適 |
| ４その他 | (1) | 　自立支援医療費の請求は、適正に行っておられますか。 | 適 | 不適 |
| (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されていますか。 | 適 | 不適 |
| (3) | 　主として担当する医師、歯科医師、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ますか。 | 適 | 不適 |

※１　自立支援医療機関（精神通院医療）については、非常勤も含む。

※２　自立支援医療機関（育成医療・更生医療）審査基準を参照。

※３「精神医療」にはてんかん、高次脳機能障がい（器質性精神障がい）、発達障がい、認知症等の医療を含む。

上記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　指定自立支援医療機関　名称：

　　　　所　在　地：

　　　　電話番号：

　　　　開　設　者：