指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)に係る自己点検票（病院・診療所）

１　医療機関の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 担当者名 |  |
| ひと月のレセプト件数  （おおよそ） | 育成医療　　　　　　　件　，　更生医療　　　　　　　件 |

２　自己点検票

点検実施日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | | 点検結果  ※該当する項目に○ | | | 根拠法令 |
| 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 | 実績  なし | 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 | 実績  なし | ○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 |
| (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。  例)医療受給者証の有効期間，印字医療機関名  ※転院歴のある受診者の場合は，最新の受給者証であることを確認してください。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (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。  ※更生医療における腹膜還流・血液透析の変更については，以前は具体的方針の変更に当たらないという扱いとしていましたが，平成25年度からは変更の申請が必要となっています。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (4)　支給認定の有効期間の延長が必要と認めたとき等，必要な手続きを障害者に勧奨する等の必要な援助を与えているか。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (5)　診療録に,必要な事項を記載しているか。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (6)　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 | 実績  なし |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検項目 | | 点検結果  ※該当する項目に○ | | | 根拠法令 |
| 第3　人員体制，  設備の整備状況 | (1)　患者やその家族に対し，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 | 実績  なし | ○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 |
| (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に変更がなく，常勤で勤務しているか。  ※主として担当する医師の指定申請時には要件を確認していますが，その後変更がないか確認してください。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| 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。  ※健康保険証（限度額，マル長）　→　自立支援医療　→　重度医療  ※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時　など | 適切 | 不適切 | 実績  なし | ○法第58条，第64条，第68条第1項第4号  ○法施行規則第57条，第61条，第62条，第63条  ○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 |
| (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。適切な管理のために，他医療機関との連携を密に行っているか。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (3)　医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは旭川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  ○診療所にあっては，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 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |
| (4)　医療機関の業務を休止し，廃止し，又は再開したときは旭川市長に届け出ているか。  　　　　※指定自立支援医療機関の指定を辞退する場合は，1か月前までの届出が必要です。 | 適切 | 不適切 | 実績  なし |

※点検結果により，「不適切」に該当した項目に関しては，今後の改善策等について次に記入してください。

※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」に〇を記入してください。

３　今後の改善策等

　点検の結果，「不適切」に該当した項目がある場合に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 点検項目の番号 | 今後の改善策等 |
|  |  |