自己点検票（指定自立支援医療機関）　医療機関名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項　　目 | 点　　検　　内　　容 | 回　答 | 回答対象 | | |
| 病院 | 薬局 | 訪問看護 |
| 第１　基本方針  ○　育成医療・更  　生医療  第２　療養担当規  　　程の遵守状況  第３　人員体制、  　　設備の整備状  　　況  １　病院又は診療  　所 | 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ますか。  （1）受診者の診療を正当な事由がなく拒んでい  　　ませんか。  （2）医療受給者証が有効であることを確認した  　　上で診療していますか。  （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  　　していますか。  （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ますか。  （5）支給認定の有効期間の延長が必要と認めた  　　とき等、必要な手続きを障害者に勧奨する等  　　必要な援助を与えていますか。  （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  　　償で交付していますか。  （7）診療録、調剤録、訪問看護に関する諸記録  　　に、必要な事項を記載していますか。  （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年間保存していますか。  （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。  （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ますか。  　　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すか。 | はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ | ●  ●  ●  ●  ●  ●  ●  ●  ●  ●  ● | ●  ●  ●    ●  ●  ●  ● | ●  ●  ●  ●  ●  ●  ●  ● |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項　　目 | 点　　検　　内　　容 | 回　答 | 回答対象 | | |
| 病院 | 薬局 | 訪問看護 |
| ２　薬局    ３ 指定訪問看護  　事業者等    第４　その他 | ②　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年以上ありますか。  　　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ますか。  （1）複数の医療機関からの処方箋を受け付けて  　　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ますか。  （2）通路、待合室など、身体障害に配慮した設  　　備構造等が確保されていますか。  （1）適切な訪問看護等が行える事業者ですか。  （2）そのために必要な人員を配置していますか。  （1）自立支援医療費の請求は適正に行われてい  　　ますか。  （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ますか、  　　また、自己負担上限額管理票へ適切に記載を  　　していますか。 | はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ  はい　　いいえ | ●  ●    ●  ● | ●  ●  ●  ● | ●  　●  ●  　● |

* 指定辞退をされる場合は、規定により一月以上の予告期間を設けて届出を行うようお願いします。