

函館市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
に対する指導等実施要領

第1 趣旨

この要領は、自立支援給付に関する業務等が適正かつ円滑に行われるよう、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（平成17年法律第123号）第63条及び第66条の規定に基づき、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）（以下「指定自立支援医療機関」という。）に対して行う指導及び自己点検（以下「指導等」という。）について、基本的事項を定める。

第2 目的

指導等は、指定自立支援医療機関または指定自立支援医療機関の開設者もしくは管理者、医師、薬剤師その他の従業員に対し、「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定」等に定める自立支援医療の取扱い及び費用の請求等に関する事項について、周知徹底を図るために行うものとする。

第3 対象機関

函館市が指定する指定自立支援医療機関を対象とする。

第4 実施方法等

1 自己点検

(1) 自己点検の実施方法

指定自立支援医療機関は、「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（様式1～3）」（以下「自己点検票」という。）により毎年自己点検を実施するものとする。

(2) 自己点検結果（自己点検票）の提出

指定自立支援医療機関は、指定更新申請の際に当該年度の自己点検票を函館市に提出するものとする。

2 実地指導

提出された自己点検票の内容を確認し、必要に応じて、実地指導を行う。

なお、実地指導実施中に、著しい運営基準違反や著しく不正な請求が認められた場合は、実地指導を中止し、直ちに検査を行うものとする。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

様式 1

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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | 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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (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、医療機関名、受給者番号 ※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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (4) 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の必要な援助を与えているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (5) 診療録に、必要な事項を記載しているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (7) 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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (8) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |

| 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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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いるか。 (例) 診療従事年数5年以上(育成医療・更生医療) | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| 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。 ※【優先順位】①健康保険証(限度額、マル長)、 ②自立支援医療、③重度医療助成 ※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時 など | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (2) 対象となる医療の範囲は適切か。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○平18障発第0303002号 「自立支援医療費の支給認 定について」 |
| | (3) 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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○自立支援医療費支給認定 通則実施要綱 |
| | (4) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは函館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、 生年月日、住所及び経歴 ○指定自立支援医療を行うために必要な設備の概要および体制 ○診療所の場合は、入院設備の有無および収容定員 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○指定自立支援医療機関(育 成医療・更生医療) 指定要領 |
| | (5) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは函館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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (6) 指定自立支援医療機関の指定については、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。(更新が必要な医療機関には別途、更新案内を送付しています。) | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |

※点検結果により、「否」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☑を記入してください。

3 今後の改善策等

点検の結果、「否」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 |
|---------|---------|
| | |

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 (薬局)

1 医療機関の概要

| | | | |
|----------------------|------|-----|--------|
| 薬局の名称 | | | |
| 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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | 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) 受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤しているか。 例)医療受給者証の有効期間、医療機関名、受給者番号 ※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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (3) 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (4) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (5) 調剤及び調剤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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| 第3 人員体制 設備の 整備状況 | (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、十分な薬剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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) 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るか。確保していない場合は、スタッフが介助する等、障害に配慮した適切な対応を行う体制が整っているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |

| 点検項目 | | 点検結果 ※該当する 項目に☑ | 根拠法令 |
|-----------|---|--|---|
| 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。 ※【優先順位】①健康保険証(限度額、マル長)、 ②自立支援医療、③重度医療助成 ※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時 など | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○平18障発第0303002号 「自立支援医療費の支給認 定について」 |
| | (3) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、函館市長に 届け出ているか。 (届出事項) ○薬局の名称及び所在地 ○開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称 ○保険薬局である旨 ○調剤のために必要な設備および施設の概要 ○薬剤師の氏名、生年月日、住所及び経歴 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○自立支援医療費支給認定 通則実施要綱 ○指定自立支援医療機関(育 成医療・更生医療)指定要領 |
| | (4) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは、函館市長に 届け出ているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (5) 指定自立支援医療機関の指定については、6年ごとにその更新を受 けなければ効力が失われることを認識しているか。(更新が必要な医療 機関には別途、更新案内を送付しています。) | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |

※点検結果により、「否」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☑を
記入してください。

3 今後の改善策等

点検の結果、「否」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 |
|---------|---------|
| | |

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 (訪問看護)

1 医療機関の概要

| | | | |
|----------------------|------|-----|--------|
| 訪問看護ステーション の名称 | | | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | 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) 受診者の訪問看護を正当な事由がなく拒んでいないか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で訪問看護しているか。 例) 医療受給者証の有効期間, 医療機関名, 受給者番号 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (3) 訪問看護に関する諸記録に, 必要な事項を記載しているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (4) 訪問看護及び訪問看護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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| 第3 人員体制 設備の 整備状況 | (1) 適切な訪問看護等が行える事業者であるか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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」 |
| | (2) そのために必要な人員を配置しているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○指定自立支援医療機関(育 成医療・更生医療) 指定要領 |

| 点検項目 | | 点検結果 ※該当する 項目に☑ | 根拠法令 |
|-----------|--|--|---|
| 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。 ※【優先順位】①健康保険証(限度額、マル長)、 ②自立支援医療、③重度医療助成 ※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時 など | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○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 |
| | (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。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○平18障発第0303002号 「自立支援医療費の支給認定について」 |
| | (3) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは函館市長に届け出ているか。 (届出事項) ○指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地ならびにその代表者の氏名、生年月日、住所および職名 ○訪問看護ステーション等の名称及び所在地 ○指定訪問看護事業者等である旨 ○訪問看護ステーション等の職員の定数 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | ○自立支援医療費支給認定 通則実施要綱 ○指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定要領 |
| | (4) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは函館市長に届け出ているか。 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |
| | (5) 指定自立支援医療機関の指定については、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。(更新が必要な医療機関には別途、更新案内を送付しています。) | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 実績無 | |

※点検結果により、「否」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☑を記入してください。

3 今後の改善策等

点検の結果、「否」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 |
|---------|---------|
| | |