

指導調書

| | | | | |
|----------|------------------|---------------|----------------|------|
| 事業者(法人)名 | | 定 員 | 事業所 | 人 |
| | | | (多機能型合計) | ()人 |
| | | | (内訳) 主たる事業所 | 人 |
| | | | 従たる事業所 | 人 |
| 事業所の名称 | | | | |
| 事業者の所在地 | 〒 - - (Tel - -) | | | |
| 管理者氏名 | | 資料作成者 職・氏名 | | |

| | |
|------------|-------|
| 実地指導年月日 | 年 月 日 |
| 担当職員(職・氏名) | |

〔記入上の注意〕

- 1 指導事項の項目（設問）に対する回答として、確認欄の「はい・いいえ」どちらかにチェック✓を付けること。
- 2 指導事項の項目に、各事業所の状況（特例、経過措置等）の該当の有無を問う設問がある場合は、確認欄の「はい・いいえ」を「はい」は「有」、「いいえ」は「無」と読み替えて、どちらかにチェック✓を付けること。

| 指導事項 | 確認欄 | |
|--|-----|-----|
| | はい | いいえ |
| <p>第1 基本方針</p> <p>○ 育成医療・更生医療</p> <p>第2 療養担当規程の遵守状況</p> <p>指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、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ために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。</p> <p>(1) 受診者の診療を正当な理由がなく拒んでいないか。</p> <p>(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。</p> <p>(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、具体的方針を変更しようとするときは、あらかじめ当該受給者証を交付した市町村と協議（受給者が、具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付の上、市町村長へ申請）し、市町村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。（病院及び診療所）</p> <p>(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。</p> <p>(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき、又は受診者に対し移送することが必要であり、かつ、自ら行うことができないと認めるときは、速やかに、そのものに対し必要な援助を与えているか。（病院及び診療所）</p> <p>(6) 指定自立支援医療を診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村から、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。</p> | | |

| 指導事項 | | 確認欄 | |
|-----------------|--|-----|-----|
| | | はい | いいえ |
| 第3 人員体制、設備の整備状況 | <p>(7) <u>受診者に関する診療録、調剤録、指定訪問看護又は指定居宅サービス等の提供に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。</u></p> <p>(8) <u>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。</u></p> <p>(9) <u>受診者について次のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、受給者証を交付した市町村に通知しているか。</u></p> <p>① <u>受診者が正当な理由なく、診療に関する指示に従わないとき。</u></p> <p>② <u>受診者が詐欺その他不正な手段による診療を受け、又は受けようとしたとき。</u></p> | | |
| | <p>1 病院又は診療所</p> <p>(1) <u>患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等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、適切な標榜料が示されているか。</u></p> <p>(2) <u>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るか。</u></p> <p>① <u>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あること。</u></p> <p>② <u>それぞれの医療の種類の種類につき、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。</u></p> <p>③ <u>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か。</u></p> | | |
| 2 薬局 | <p>(1) <u>患者やその家族の要望に応じて、各種医</u></p> | | |

| 指導事項 | | 確認欄 | |
|----------------------------|---|-----|-----|
| | | はい | いいえ |
| 3 指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | <u>療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制整備がされているか。</u> | | |
| | <u>(2) 複数の医療機関からの処方せん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るか。また、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。</u> | | |
| 第4 その他 | <u>(1) 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制整備がされているか。</u> | | |
| | <u>(2) 第2に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であるか。また、そのために、必要な職員を配置しているか。</u> | | |
| ○ 精神通院医療 第2 療養担当規程の遵守状況 | <u>(1) 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。</u> | | |
| | <u>(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。</u> | | |
| | <u>(3) 医療機関の名称及び所在地その他障害者総合支援法施行規則第61条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るか。</u> | | |
| | <u>(1) 受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。</u> | | |
| | <u>(2) 医療受給者証が有効であることを確かめ</u> | | |

| 指導事項 | | 確認欄 | |
|------------------|--|-----|-----|
| | | はい | いいえ |
| 第3 人員体制、設備等の整備状況 | <p><u>診療しているか。</u></p> <p>(3) <u>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。</u></p> <p>(4) <u>受診者に関する診療録、調剤録、指定訪問看護又は指定居宅サービス等の提供に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。</u></p> <p>(5) <u>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。</u></p> <p>(6) <u>受診者について次のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、受給者証を交付した市町村等に通知しているか。</u></p> <p>① <u>受診者が正当な理由なく、診療に関する指示に従わないとき。</u></p> <p>② <u>受診者が詐欺その他不正な手段による診療を受け、又は受けようとしたとき。</u></p> | | |
| | <p>1 病院又は診療所</p> <p>(1) <u>患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等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、十分な体制を有しており、適切な標榜科が示されているか。</u></p> <p>(2) <u>指定自立支援医療を主として担当する医師が、次の要件を満たしている保険医療機関であるか。</u></p> <p>① <u>当該指定自立支援医療に勤務（非常勤を含む。）している医師であること。</u></p> <p>② <u>保険医療機関における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。</u></p> | | |
| 2 薬局 | <p>(1) <u>患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング</u></p> | | |

| 指導事項 | | 確認欄 | |
|---------------------------|---|-----|-----|
| | | はい | いいえ |
| 3 指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | <u>グの実施等が行えるスタッフの体制整備がされているか。</u> | | |
| | <u>(2) 複数の医療機関からの処方せん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薬剤師を有しているか。</u> | | |
| 第4 その他 | <u>(1) 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制整備がされているか。</u> | | |
| | <u>(2) 第2に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であるか。また、そのために、必要な職員を配置しているか。</u> | | |
| | <u>(1) 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。</u> | | |
| | <u>(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。</u> | | |
| | <u>(3) 医療機関の名称及び所在地その他障害者総合支援法施行規則第61条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るか。</u> | | |

(注) 下線を付した項目が標準確認項目