

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る自己点検表（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	F A X	
担当者名			

2. 自己点検表

点検項目	点検結果		根拠法令等	
	※該当する項目に○を付けてください。			
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	○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なく拒んでいないか。	適切	不適切	○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、印字医療機関名	適切	不適切	
	(3) 受給者証に記載された医療の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し、その承認を受けているか。	適切	不適切	
	(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。	適切	不適切	
	(5) 支給認定の有効期間を延長する必要があると認めるとき、又は受診者に対し移送を行うことが必要であり、かつ、自ら行うことができないと認めるときは、速やかに、その者に対し必要な援助を与えているか。	適切	不適切	
	(6) 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、自立支援医療につき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。	適切	不適切	
	(7) 診療録に、必要な事項を記載しているか。	適切	不適切	
	(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年間保存しているか。	適切	不適切	
第3 人員体制、設備の整備状況	(1) 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、適切な標ぼう科が示されているか。	適切	不適切	○平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」
	(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る保険医療機関であるか。	適切	不適切	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領
	①勤務（常勤）している医師又は歯科医師であること。	適切	不適切	
	②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、医籍登録後通算して、5年以上あること。	適切	不適切	

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○ を付けてください。		根拠法令等	
	適切	不適切		
第4 その他	(1) 自立支援医療費（育成医療・更生医療）の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。	適切	不適切	○法第58条、第60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」 ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領
	(2) 医療受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療（育成医療・更生医療）に含めて請求していないか。 例）風邪や皮膚疾患等は自立支援医療（育成医療・更生医療）の対象外	適切	不適切	
	(3) 医療受給者証を2枚以上持っている受診者については、記載された医療ごとに分けて請求しているか。 例）「更生医療」と「精神通院医療」の医療受給者証を持っている等	適切	不適切	
	(4) 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。	適切	不適切	
	(5) 医療受給者証に記載された医療が「慢性腎不全（人工透析療法）」である場合、次のとおり適切に請求が行われているか。 ※長期高額疾病（特定疾病療養受療証）と自立支援医療（更生医療）の併用の場合 ○特定疾病療養受療証の有無を確認しているか。 ○診療報酬は次の順位で請求しているか。 1. 医療保険 2. 長期高額疾病（特定疾病療養受療証） 3. 公費負担制度（自立支援医療（更生医療））	適切 又は 取扱いなし	不適切	
	(6) 負担上限月額が設定されている受診者等について、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。また、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	
	(7) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、都道府県知事に届け出ているか。 （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 ○ 標ぼうしている診療科名 （担当しようとする自立支援医療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の氏名及び経歴 ○ 必要な設備の概要	適切	不適切	
	(8) 医療機関の業務を休止もしくは廃止、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。	適切	不適切	
	(9) 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）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。）	適切	不適切	

※点検結果により、「不適切」に該当した項目に関しては、今後の改善策について様式第24号に記入してください。