

# 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

※ 担当者名欄は、本点検表について確認いただいた方の氏名等を記入してください。

医療機関名	
所在地	〒 -
連絡先	
担当者名	

## 2. 自立支援医療（育成医療・更生医療）の実績状況

※ 令和5年度4月以降に育成医療、更生医療を取り扱ったことがあるか、にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 取扱いあり	ひと月のレセプト件数（おおよそ）
*取り扱ったレセプト件数（ひと月のおおよそ）を右の欄に記入してください。	・更生医療（法別：15） 件
<input type="checkbox"/> 取扱いなし	・育成医療（法別：16） 件

## 3. 自己点検表

※ 自立支援医療（育成医療・更生医療）の取扱いがない場合も、全ての点検項目を確認してください。

※ 点検項目「第1」から「第4」までの内容を確認し、「確認欄」のにチェックをしてください。

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は、「4. 今後の改善策等」を記入してください。

点検項目		確認欄	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"/>	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"/>	○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厚告65） ○自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） ○自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定実施要綱
	(2) 自立支援医療受給者証（以下、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。	<input type="checkbox"/>	
	(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るか。	<input type="checkbox"/>	
	(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。	<input type="checkbox"/>	
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めたととき等、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るか。	<input type="checkbox"/>	
	(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るか。	<input type="checkbox"/>	
	(7) 診療録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	
	(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。	<input type="checkbox"/>	
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	(1) 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	○法第58条
	①負担上限月額が設定されている受診者について、適切に自己負担の徴収をしているか。 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（更生医療・育成医療）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（更生・育成）の対象外	<input type="checkbox"/>	○自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱

\*\*\*\*\* 裏面へ進んでください。\*\*\*\*\*

点 検 項 目		確 認 欄	根 拠 法 令
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	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	<input type="checkbox"/>	
	④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を行われているか。  <<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)) ○診療報酬の請求の際は、「特記事項」欄に「長」若しくは「02長」(又は「長2」若しくは「16長2」)と記載しているか。	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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(医療受給者証に印字されている病院、薬局、訪問看護事業者)の連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/>	
第4 人員体制、設備の整備状況及びその他	(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"/>	○指定自立支援医療機関の指定について (平18障病発第0303005号)
	(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あること。  ②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。  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るか。	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定要領
	(3) 次の事項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、氏名、生年月日及び職名又は名称 ○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 ○診療所にあつては、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 ○役員の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	○第64条  ○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条  ○自立支援医療費の支給認定について (平18障発第0303002号)  ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱
	(4) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	
	(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、岐阜県身体障害者更生相談所から更新案内を送付しています。)	<input type="checkbox"/>	

#### 4. 今後の改善策等

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は以下に今後の改善点等を記入してください。

点 検 項 目	例) 第4(3)
今 後 の 改 善 点 等	例) 届出事項であったが変更届出をしていなかったため、手続きを行います。



自己点検は以上です。御多忙の中、御協力ありがとうございました。  
 なお、本自己点検表は岐阜県障害福祉課まで提出をお願いいたします。