

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検表
（病院または診療所）

点検項目		点検結果
1. 基本方針	(1) 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・否
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。	適・否
	(2) 自立支援医療費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。	適・否
	(3) 自立支援医療費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。	適・否
	(4) 受診者がやむを得ない事情により定められた診療時間に診療を受けることができない場合、便宜な時間を定めて診療しているか。	適・否
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを受診者に勧奨する等必要な援助を行っているか。	適・否
	(6) 支給認定を行った市町村等から、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・否
	(7) 診療録に必要な事項を記載しているか。	適・否
	(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・否
3. 人員・体制、設備の整備状況	(1) 通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。 ※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2) 患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 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を有しており、適切な標榜科が示されているか。	適・否
	(3) 指定自立支援医療を主として担当する医師が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か。	適・否

4. その他	(1)	<p>自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費受給者証に明記されている「公費負担の対象となる障がい」の軽減に係る費用に限定しているか。 ・糖尿病、高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する治療や投薬を含めていないか。 <p>※風邪、アレルギーなどに対する治療や内服薬・外用薬（目薬、貼り薬など）を請求していないか。</p> <p>※免疫機能障害については、H I Vに起因するものを除く</p>	適・否
	(2)	<p>じん臓機能障害（透析）において、自立支援医療と特定疾病制度の併用者について、自立支援医療費の請求は適切であるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾病療養受給者証を確認しているか。 ・特定疾病併用者になり得る受診者で、更生医療のみ申請し、特定疾病療養受給者証を申請していない受診者に特定疾病制度の手続きをするよう案内しているか。 ・自立支援医療費の支給対象とならない部分まで請求していないか。（医療保険の高額療養費の自己負担限度額を超える額について、自立支援医療費として請求していないか） 	適・否
	(3)	<p>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。</p>	適・否
	(4)	<p>指定内容の変更（主たる医師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。</p>	適・否

※点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第4号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 ：

所在地 ：

開設者名 ：

自主点検実施日 ： 年 月 日