

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 自主点検表（病院・診療所）

※ 自立支援医療の受診者がいない場合は、項目「2 人員、設備等に関する基準」のみ記載してください。

					医療機関の自己点検（記載例） ※記載例に関わらず、実施状況を細かく記載してください。 ※実施していない（否となる）場合、その理由を明確に記載してください。		監査指導課の所見等（事業者側は記載 しないでください）	
項 目	指導監査キーワード	着眼点	基準内容等の留意点	確認すべき事項（資料・帳票等）	療機関の評	取り組み状況等	市評価	確認結果・特記事項
1 療養担 当規程の遵 守	1 基本方針	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実施しているか。	・医療受給者証に基づき診療を実施しているか。 ・医療受給者証の範囲を超えて診療が必要な場合には、必要に応じて支給認定市町村に助言しているか。		適 ・ 否	・来院時にはまず「医療受給者証」を確認する業務手順となっています。	適 ・ 否	
	2 適切な診療	受診者の診療を正当な理由がなく拒んでいないか。	・自立支援医療を受ける障害者又は障害児の診療を正当な理由がなく拒んでいないか。	・診療内容を証する書類	適 ・ 否	・医師の応召義務規定に準じ診療受入れをおこなう規定となっています。	適 ・ 否	
		医療受給者証が有効であることを確認したうえで診療しているか。	・受給者証に記載された内容を確認し、有効であることが確認された後でなければ診療をしてはならない。	・医療受給者証（控え） ・診療内容を証する書類 ・診療報酬明細書	適 ・ 否	・受診時は、提示された医療受給者証をスキャンし電子カルテに取り込む業務手順となってます。	適 ・ 否	
		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。	・診療内容が医療受給者証に記載された範囲であるか。 ・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	・医療受給者証（控え） ・診療内容を証する書類 ・具体的方針の変更が必要な医師の意見書	適 ・ 否	・受給者証に示した範囲での診療を行っています。	適 ・ 否	
		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。	・自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者がやむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜時間を定めて診療しているか。	・診療内容を証する書類	適 ・ 否	・標榜する診療時間内において、診療時間の変更希望があれば対応する業務手順としています。	適 ・ 否	
		支給認定の有効期間の延長が必要と認めた時など、必要な手続きを障害者に勧奨するなどの必要な援助を行っているか。	・自立支援医療の支給認定の有効期間を延長する必要がある場合や、受診者に対して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たときは、速やかに援助しているか。	・診療内容を証する書類 ・援助の内容を証する記録	適 ・ 否	・受付で有効期間を確認し、適宜案内しています。	適 ・ 否	
		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ときは、無償で交付しているか。	・受診者又はその保護者及び市町村から自立支援医療の必要な証明書及び意見書等の提出を求められたときは、これを無償で交付しているか。	・交付状況を証する書類	適 ・ 否	・必要に応じて交付しています。	適 ・ 否	
		診療録等に必要な事項を記載しているか。	・健康保険の例によって必要な事項を記載しているか。	・診療録	適 ・ 否	・記載しています。	適 ・ 否	
		診療及び診療報酬の請求に関する諸記録を5年間保存しているか。	・診療及び診療報酬に関する記録等は、5年間保存しているか。途中で処分したものはないか。	・診療録 ・診療報酬請求書	適 ・ 否	・最終来院から5年間保管する規定としている。	適 ・ 否	

2 人員、設備等に関する基準	1 病院等の体制	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及び医療機器を有しており、適切な標榜科が示されているか。	・次に掲げる疾患に関しては、適切な体制となっているか。 ・心臓脈管外科：心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有すること。 ・心臓移植：移植関係学会合同委員会において心臓移植実施施設として選定されていること。 なお、心臓移植術後の抗免疫法を担当する医療機関にあつては、心臓移植術実施施設又は心臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。 ・腎臓：血液浄化法に関する機器及び専用スペースを有していること。 ・腎移植：腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置を備えていること。 ・HIV：HIV感染に関する診療の実施ができる体制及び設備を備えていること。 ・肝臓移植：移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療料の施設基準等」で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。 なお、肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあつては、肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。	・設備の状況等	適 ・ 否	・指定時の設備を維持し、施設基準を満たしています。	適 ・ 否	
2 人員、設備等に関する基準	2 医師の要件	医師の要件は満たしているか。	・当該自立支援医療機関の常勤の医師又は歯科医師であるか。 ・それぞれの専門の適切な医療機関（大学専門教室、臨床研修指定病院又はそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院を指す）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年以上であるか。 ・次に掲げる疾患の場合は、次の要件を満たすか。 ・中枢神経：これまでの研究・診療経験と、育成医療又は更生医療で対象とする医療内容に関連性が認められるもの ・心臓移植：心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者 なお、心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有するもの又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有するものとの連携を確保できる者であること。 ・腎臓：血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あること。 ・腎移植：腎移植に関する臨床経験が3例以上あること。 ・肝臓移植：生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が3例以上あること。 なお、肝臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。 ・小腸に関する医療：中心静脈栄養法について20例以上、経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること ・歯科矯正：これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ5例以上の経験を有していること	・医師の経歴を証する書類等	適 ・ 否	・医師の経歴を証する書類等にて確認を行っています。	適 ・ 否	
	3 変更時の対応	担当する医師、歯科医師又は薬剤師や名称、所在地等が変更となった場合は、県に届出ているか。	・指定自立支援医療機関において、主として担当する医師、歯科医師、薬剤師や、名称、所在地等の変更があったときは、速やかに県に届け出ているか。遅延していることはないか。	・変更届出書（控え）	適 ・ 否	・届出を行ったことはありませんが、必要に応じて速やかに提出します。	適 ・ 否	

3 自立支援医療の請求	1 自立支援医療の請求	自立支援医療費の請求は妥当であるか。	<div>・診療録の記載に基づいて適切に行われているか（水増し、架空請求の事実等はないか）。</div> <div>・受給者証に明記した疾病の範囲での診療費に限定されているか。</div> <div>・合併症の患者について、当該医療機関では診療不可能な疾病まで請求をしていないか。</div> <div>・医療受給者証に記載する疾病とは関係のない、感染症（特に慢性的なもの）、新生物、アレルギー等の疾患、傷病、風邪、糖尿病等を診察した経費まで自立支援医療で請求していないか。</div> <div>・心臓疾患にあつては、心臓機能障害者であつて手術又は心臓移植により心臓機能障害の軽減又は除去が図られ、将来確実に生活能力の回復のある見込のあるものとしているか。また、概ね3ヶ月程度の医療で相当確実な治療効果を期待できるものとなっているか。内科的治療のみの経費まで自立支援医療の対象としていないか。</div> <div>・腎臓機能障害にあつては、人工透析、腎移植及びこれに伴う医療に限定されているか。また、特定疾病制度の対象となる人工透析患者については、特定疾病療養受療証を確認のうえ、適正な額で医療費を請求しているか。</div> <div>・音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正にあつては、当該唇顎口蓋裂に起因する音声・言語機能障害の改善に関する医療に限定されているか。</div> <div>・小腸機能障害にあつては、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法及びこれに伴う医療（中心静脈カテーテル留置に関連した合併症に対する医療、微量物質の栄養障害、肝障害等その他の代謝異常に対する医療、胆石症等の合併症に対する手術）に限定されているか。</div> <div>・移送費は、医療保険において移送費を受けることができない場合に限定されているか（家族等が行った場合は対象外）。</div> <div>・施術は、当該指定自立支援医療機関にマッサージ師がいない場合で、かつ担当する医師に処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ対象としているか。</div> <div>・治療材料費は、治療経過中と認められた医療保険適用のものに限定され、最小限度の治療材料及び治療器具に限定しているか。</div>	・診療報酬請求書	<div>適</div> ・否	・受給者証に明記された疾病の範囲内での診療費について請求を行っています。	適・否	
	2 自己負担額の請求及び上限管理	負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担を徴収しているか。また、自己負担上限管理票へ適切に記載をしているか。	<div>・自己負担額は、健康保険の例に倣い、適切に請求し、これを受領しているか。</div> <div>・医療受給者証に負担上限月額が設定された者に対しては、受診者から管理票を受領のうえ、適切に管理しているか。</div>	<div>・請求書（控え）</div> <div>・医療受給者証（控え）</div> <div>・自己負担上限額管理票（控え）</div>	<div>適</div> ・否	・自己負担上限額管理票に基づき処理しています。	適・否	