

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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 FAX
担当者名	

2. 自己点検表

点検項目		確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ※点検の結果、できていない項目があった場合に記入してください。
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。	<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なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	○平18厚告66指定自立支援医療機関（精神通院医療）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。 医療受給者証の有効期間、印字医療機関名	<input type="checkbox"/>		
	(3) 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"/>		
	(4) 診療録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/>		
	(5) 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"/>		
	(6) 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。 ○ 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。 ○ 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。	<input type="checkbox"/>		
第3 人員体制、設備の整備状況	(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。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、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/>	○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」 ○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
	(2) 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。	<input type="checkbox"/>		
	①勤務している医師であること。	<input type="checkbox"/>		
	②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。	<input type="checkbox"/>		

点検項目		確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ※点検の結果、できていない項目があった場合に記入してください。
第4 その他	(1) 自立支援医療費（精神通院）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。	<input type="checkbox"/>	○法第58条、第64条、68条第1項第4号	
	(2) 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療となっているか。（一般的に感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いと思われます。）	<input type="checkbox"/>	○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条、第64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（精神通院医療）指定要領	
	(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) 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。	<input type="checkbox"/>		
	(5) 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。	<input type="checkbox"/>		
	(6) 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。または届け出なければならないことを認識しているか。 （届出事項例） ○ 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 ○ 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の氏名及び経歴	<input type="checkbox"/>		
	(7) 医療機関の業務を辞退・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。または、届け出なければならないことを認識しているか。	<input type="checkbox"/>		
	(8) 指定自立支援医療機関（精神通院医療）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。）	<input type="checkbox"/>		

※点検結果により、できていない項目に関しては、今後の改善策について記入してください。

※自立支援医療の実績がない場合は、「第3 人員体制、設備の整備状況」、「第4 (6)～(8)」のみ記入し、その他の項目には、「実績なし」と記入してください。

自己点検は以上です。ご多忙の中、ご協力ありがとうございました。