

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)に係る自己点検票（病院・診療所）

[記入日： 年 月 日]

病院・診療所	
所在地	〒
記入者	
電話番号	

点検項目		点検結果 該当する項目に○を付けて下さい	
基本方針	指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障がい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
根拠	・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、法という）第61条 ・法施行規則第60条		
療養担当規程の遵守状況	(1) 受診者の診療を正当な理由なく拒んでいないか。	適切	不適切
	(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・印字指定医療機関名	適切	不適切
	(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。	適切	不適切
	(4) 診療録に必要な事項を記載しているか。	適切	不適切
	(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。	適切	不適切
根拠	・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		
人員体制・設備の整備状況	(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を有しており、適切な標榜科を示しているか。	適切	不適切
	(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。  ①当該指定自立支援医療機関に勤務（非常勤を含む）している医師であること。 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。	適切	不適切

指定自立支援医療機関(精神通院医療)に係る自己点検票（病院・診療所）

根拠	• 平18障精発第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		
点検項目	点検結果 該当する項目に○を付けて下さい		
その他	(1) 自立支援医療費の請求は適切に行われているか。 自立支援医療費対象外の医療費や他の公費で請求すべき内容が含まれていないか。	適切	不適切
	(2) 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し、他医療機関との 連携を密に行っているか。	適切	不適切
	(3) 精神通院医療の範囲は、精神障がい及び当該精神 障がい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。 (一般的な感染症（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、精神障がいに起因する とは考え難いと思われます。)	適切	不適切
	(4) 医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で 定める事項に変更があった時の変更届は適正に行 われているか。 変更がある場合は変更届を提出してください。	適切	不適切
根拠	• 法第58条　・法第64条　・法第68条第1項第4号 • 平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」 自立支援医療費支給認定通則実施要綱		