

指定自立支援医療機関(精神通院医療)に係る自己点検票

記載例

1 医療機関の概要

医療機関名	〇〇薬局××店	
所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
連絡先	電話 0000-00-0000	FAX 0000-00-0000
担当者名	〇〇 〇〇	

ひと月のレセプト件数(おおよそ)  
精神通院医療 △ 件

※県のホームページに掲載している指定自立支援医療機関一覧の内容と相違がないか確認をお願いします。

2 自己点検票

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目で「不適切」な 場合のみ記入願います。
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。	○ 適切	不適切	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。	○ 適切	不適切	○平18.2.28厚生労働省告示第66号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。 例) 医療受給者証の有効期間、印字医療機関名。	○ 適切	不適切	
	(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。	○ 適切	不適切	○平18.3.3障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」
	(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。	○ 適切	不適切	○自立支援医療費(精神通院医療)支給認定実施要綱
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを障害者に勧奨する等必要な援助を与えているか。	○ 適切	不適切	
	(6) 診療録、調剤録、訪問看護に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。	○ 適切	不適切	
	(7) 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	

第2につきまして、点検項目の「診療」を  
・薬局は「調剤」  
・訪問看護事業所は「訪問看護」と読み替えて点検をお願いいたします。

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目で「不適切」な 場合のみ記入願います。
第3 人員体制、設備の整備状況	<病院又は診療所>			
	(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、適切な標準料が示されているか。	○ 適切	不適切	○平18.3.3障発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」
	(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健医療機関であるか。 ①当該指定自立支援医療機関における勤務(非常勤を含む。)している医師であること ②保険医療機関における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)指定要領
	<薬局>			
	(1) 複数の医療機関からの処方箋を受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。	○ 適切	不適切	
	<訪問看護事業所>			
(1) 適切な訪問看護等が行える事業者であるか。	○ 適切	不適切		
(2) (1)のために必要な人員を配置しているか。	○ 適切	不適切		
第4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。	○ 適切	不適切	○法第58条、第60条、第64条、第68条第1項第4号
	(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をしているか。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。	○ 適切	不適切	○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条
	(3) 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。 (届出事項) ○ 名称、所在地、電話番号及び医療機関コード ○ 開設者の住所及び氏名又は名称等 ○ 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、薬剤師(管理薬剤師)の氏名及び経歴 ○ 指定自立支援医療を行うために必要な設備及び施設の概要 ○ 指定訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービスに従事する職員の定数	○ 適切	○ 不適切	○平18.3.3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
	(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。	○ 適切	不適切	
	(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。	○ 適切	不適切	

・病院又は診療所  
・薬局  
・訪問看護事業所の別により回答項目が異なります。  
※自立支援医療の実績がない場合は、第3のみ記入。  
その他の項目には「実績なし」と記入してください。  
(記載場所等問いません)

※点検結果により、「不適切」に該当した項目に関しては、今後の改善策等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」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。

変更があったが、届出を失念していた。変更事項が生じたら速やかに申請します。