

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）

(様式1)

1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒 一
連絡先	電話 FAX
担当者名	

2. 自己点検表

点検項目		点検結果 ※該当する項目に○を付けてください。		根拠法令等	今後の改善策 ※点検項目が「不適切」な場合は記入してください。
第1 基本方針	(1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障がい者等の心身の障がい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) 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) 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		
第3 人員体制、設備の整備状況	(1) 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。	適切	不適切	○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」	

点検項目		点検結果 ※該当する項目に○を付けてください。		根拠法令等	今後の改善策 ※点検項目が「不適切」な場合は記入してください。
第4 その他	(1) 自立支援医療費（精神通院医療）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。	適切	不適切	○法第58条、第64条 ○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63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	
	(2) 自立支援医療費（精神通院医療）としてレセプト請求される範囲は、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。	適切	不適切		
	(3) 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		
	(4) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、大阪市長に届け出ているか。 (届出事項) ○ 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 ○ 保険医療機関である旨 ○ 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	適切	不適切		

※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。