|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対象 | 点検項目  **指定自立支援医療（精神通院医療）に係る自己点検表** | 点検結果 | 根拠法令 | 特記事項  （取組状況等） |
| 第１  基本方針 | ・病院又は診療所  ・薬局  ・指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | 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ために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 | 適・否 | ・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 | ・病院又は診療所  ・薬局  ・指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | (1)受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。  (2)医療受給者証が有効であることを確かめ診療しているか。  (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。  (4)受診者に関する診療録、調剤録、指定訪問看護又は指定居宅サービス等の提供に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。  (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。  (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。  ①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。  ②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。 | (1)適・否  (2)適・否  (3)適・否  (4)適・否  (5)適・否  (6)適・否 | (1)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」第2条  (2)同第3条、  (3)同第4条  (4)同第5条、8条、9条  (5)同第6条  (6)同第7条 |  |
| 第３  人員体制、設備等の整備状況 | ・病院又は診療所 | (1)患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の照会や説明、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、十分体制を有しており、適切な標榜科が示されているか。  (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に勤務（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。 | (1)適・否  (2)適・否 | (1)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」（別紙2）指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領第二の2  (2)同第二の3 |  |
| ・薬局 | (1)患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の照会や説明、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。  (2)複数の医療機関からの処方せん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薬剤師を有しているか。 | (1)適・否  (2)適・否 | (1)同第二の2  (2)同第二の4 |
| ・指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | (1)患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の照会や説明、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。  (2)第2に基づき、適切な訪問看護等が行える事業者であるか。また、そのために、必要な職員を配置しているか。 | (1)適・否  (2)適・否 | (1)同第二の2  (2)同第二の5  **※裏面へ続く** |
| 第４  その他 | ・病院又は診療所  ・薬局  ・指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者等 | (1)自立支援医療費の請求は適正に行われているか。  (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。  (3)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ときの変更の届出は適正に行われているか。 | (1)適・否  (2)適・否  (3)適・否 | (1)法第58条  (2)平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」（別紙1）自立支援医療費支給認定通則実施要綱第七の3  (3)法第64条、法施行規則第61条 |  |

※表中、法とは「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（障害者総合支援法）を指す。

　　　　　　　年　　月　　日、上記のとおり報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関種別　：病院又は診療所　・　薬局　・　指定訪問看護事業者

　　　　　　　　　（該当する箇所に○をしてください）

医療機関名：

所　在　地：

電話番号　：

担当者名（記入者名）：

【記入にあたっての留意事項】

１　点検項目を十分確認のうえ、点検結果欄の「適・不適」のいずれかに○をつけること。不適の場合は、その内容及び今後の改善策を記入すること。

（欄が不足する場合は、任意の用紙に記入し添付すること）

２　対象欄を十分確認し、該当する内容について点検を行うこと。

３　点検項目について該当がない場合、その内容について理解している場合は「適」、理解していない場合は「不適」に○をつけること。

４　自立支援医療の実績がない場合でも、上記３に従って点検を行い提出すること。

５　点検結果について、追って確認する場合があるので、控えを保管しておくこと。