

指定自立支援医療機関(精神通院医療)自己点検表(病院又は診療所用)

医療機関名: _____

電話番号: _____

点検項目		チェック欄	
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。	
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がなく拒んでいないか。	
	(2)	医療受給者証(申請中の場合は、申請書の控え)が有効であることを確認した上で診療しているか。	
	(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)	診療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。	
3 人員体制、設備の整備状況 「病院・診療所」	(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、適切な標榜科を示しているか。	
	(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。	
		当該指定自立支援医療機関に勤務している医師であること。 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。(従事年数にはてんかんについての診療を含む。また精神医療についての臨床研修期間も含む)	
4 その他	(1)	自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。	
	(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。	

チェック欄に適切な場合は「」、不適切な場合は「」をつけてください