

指定自立支援医療機関（精神通院）自己点検表（病院または診療所）

1. 基本方針	(1)	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・否
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。	適・否
	(2)	自立支援医療費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。	適・否
	(3)	受診者がやむを得ない事情により定められた診療時間に診療を受けることができない場合、便宜な時間を定めて診療しているか。	適・否
	(4)	支給認定の有効期間の延長が必要と認めたととき等、必要な手続きを受診者に勧奨する等必要な援助を与えているか。	適・否
	(5)	診療録に必要な事項を記載しているか。	適・否
	(6)	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・否
3. 人員・体制、設備の整備状況	(1)	通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。 ※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2)	患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 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、適切な標榜科が示されているか。	適・否
4. その他	(1)	自立支援医療費の診療請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。 また、合併症の患者について、自立支援医療費で負担できないような疾病にまで請求を行っていないか。	適・否
	(2)	負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担額を徴収しているか、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・否
	(3)	指定内容の変更（主たる医師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	適・否

※ 点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第 4 号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 :

所在地 :

開設者名 :

自主点検実施日 : 年 月 日