

病院・診療所名: _____

作成者名: _____

【 年 月 日 作成】

この「自己点検票」は自立支援医療機関(精神通院医療)が適正に自立支援医療を提供できているかを自己点検し、診療体制の向上に役立てるために作成したものです。指定の更新等の際等、機会を捉えて自主的に点検をお願いします。

市として自立支援医療の提供の実態を把握する必要が生じた場合は、自己点検票の提出のお願いする場合がありますので、ご注意ください。

なお、受給者からの情報や医療費の請求状況等により、千葉市として自立支援医療の提供に係る実態を把握させて頂くため、別途実地指導・監査を行う場合があります。

点検項目・点検内容	根拠法令等	点検結果	不備内容 (いいえの場合、 その内容を記載)	改善方法(点検結果が「いいえ」の場合、改善策・改善予定時期を記載)
1 基本方針(指定自立支援医療機関の義務)を遵守しているか				
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出来るよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	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(以下、「法」とする)第61条 法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2 「療養担当規程」の内容を遵守しているか				
① 受診者の診療を正当な事由なく、拒んでいないか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規定 (平成18年 厚生労働省告示第66号)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関等)であることを確認した上で診療しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
④ 診療録に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3 人員体制、設備の整備状況				
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を有しており、適切な標榜科が示されているか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定要領	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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か。				
ア 当該指定自立支援医療機関に勤務している医師であるか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
イ 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年以上あるか。(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。)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 自立支援医療費の請求に係る事項				
① 自立支援医療費の請求は適正に行っているか。	法第58条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5 市への届出				
① 名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の届出を速やかに行っているか。	法第64条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

千葉県指定自立支援医療機関自己点検票(精神通院医療)【薬局】

薬局名: _____

作成者名: _____

【 年 月 日 作成】

この「自己点検票」は自立支援医療機関(精神通院医療)が適正に自立支援医療を提供できているかを自己点検し、調剤体制の向上に役立てるために作成したものです。指定の更新等の際等、機会を捉えて自主的に点検をお願いします。

市として自立支援医療の提供の実態を把握する必要が生じた場合は、自己点検票の提出のお願いする場合がありますので、ご注意ください。

なお、受給者からの情報や医療費の請求状況等により、千葉県として自立支援医療の提供に係る実態を把握させて頂くため、別途実地指導・監査を行う場合があります。

点検項目・点検内容	根拠法令等	点検結果	不備内容 (いいえの場合、 その内容を記載)	改善方法(点検結果が「いいえ」の場合、改善策・改善予定時期を記載)
1 基本方針(指定自立支援医療機関の義務)を遵守しているか				
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出来るよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	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(以下、「法」とする)第61条 法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2 「療養担当規程」の内容を遵守しているか				
① 受診者の調剤を正当な事由なく、拒んでいないか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規定 (平成18年 厚生労働省告示第66号)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関等)であることを確認した上で診療しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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調剤しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
④ 調剤録に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑤ 調剤及び調剤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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3 人員体制、設備の整備状況				
① 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管理薬剤師を有しているか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定要領	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 自立支援医療費の請求に係る事項				
① 自立支援医療費の請求は適正に行っているか。	法第58条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5 市への届出				
① 名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の届出を速やかに行っているか。	法第64条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

千葉市指定自立支援医療機関自己点検票(精神通院医療)【訪問看護事業所】

訪問看護事業所名:

作成者名:

【 年 月 日 作成】

この「自己点検票」は自立支援医療機関(精神通院医療)が適正に自立支援医療を提供できているかを自己点検し、看護体制の向上に役立てるために作成したものです。指定の更新等の際等、機会を捉えて自主的に点検をお願いします。

市として自立支援医療の提供の実態を把握する必要がある場合は、自己点検票の提出のお願いする場合がありますので、ご注意ください。

なお、受給者からの情報や医療費の請求状況等により、千葉市として自立支援医療の提供に係る実態を把握させて頂くため、別途実地指導・監査を行う場合があります。

点検項目・点検内容	根拠法令等	点検結果	不備内容 (いいえの場合、 その内容を記載)	改善方法(点検結果が「いいえ」の場合、改善策・改善予定時期を記載)
1 基本方針(指定自立支援医療機関の義務)を遵守しているか				
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出来るよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	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(以下、「法」とする)第61条 法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2 「療養担当規程」の内容を遵守しているか				
① 受診者の訪問看護を正当な事由なく、拒んでいないか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規定(平成18年 厚生労働省告示第66号)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関等)であることを確認した上で訪問看護しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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訪問看護しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
④ 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑤ 訪問看護及び訪問看護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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3 人員体制、設備の整備状況				
① 適切な訪問看護等が行える事業所であるか。	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定要領	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② そのために必要な人員を配置しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 自立支援医療費の請求に係る事項				
① 自立支援医療費の請求は適正に行っているか。	法第58条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 負担上限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しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5 市への届出				
① 名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の届出を速やかに行っているか。	法第64条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		