

病院・診療所用（精神通院医療） 記入要領（更新）

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 （誓約書）欠格条項に該当しない旨の誓約書を添付すること。
- 3 （自己点検表）点検項目について適切に行われているか確認し、添付すること。
- 4 既に指定を受けている（変更届出書を提出している）内容について、次の（1）～（6）の項目に変更があった場合は、更新申請書等と併せて変更の届出等（添付書類を含む）を行うこと。主として担当する医師の変更については、（別紙）経歴書と医師免許証の写しを添付すること。
（以下のいずれの項目にも変更がない場合は、更新申請書、誓約書、自己点検表のみを提出すること。）

- （1）医療機関の名称
- （2）医療機関の所在地
- （3）開設者の名称（氏名）
- （4）開設者の住所（所在地）
- （5）標ぼうしている診療科名
- （6）自立支援医療を主として担当する医師
（（別紙）経歴書と医師免許証の写しを添付すること）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号		担 当 者 名	
	医療機関コード			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
標榜している診療科目※				
主として担当する医師の氏名				
<p>上記のとおり、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（平成17年法律第123号）第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>大分県知事 殿</p>				

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療の診療を実施する診療科目のみを記入すること。

(別紙)

経 歴 書

姓 名	印	生年月日	
現住所			
年月日	任	免	事 項

※ 医師免許証の写しを必ず添付すること。

(誓約書)

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第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

大分県知事 殿

開設者 { 住所
氏名又は名称 印
生年月日
※法人が開設者の場合には、代表者の職名、氏名及び生年月日まで記入してください。

下記に掲げる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第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定に該当しないことを誓約します（役員含む）。

記

(誓約項目)

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第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定関係

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律（児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

指定自立支援医療機関（精神通院医療）に係る自己点検表（病院・診療所）

1. 医療機関の概要

医療機関名			
所在地	〒 ー		
連絡先	電話	F A X	
担当者名			

2. 自己点検表（点検日：平成 年 月 日）

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目の中で「不適切」な場合のみ記入願います。
	適切	不適切		
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が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) 医療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) 診療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」 ○大分県自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領
	(2) 指定自立支援医療機関を主として担当する医師が下記の要件を満たしている保健医療機関であるか。	適切	不適切	
	①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。	適切	不適切	
	②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。	適切	不適切	
第4 その他	(1) 自立支援医療費（精神通院医療）の請求は適正に行われているか。	適切	不適切	○法第58、68条第1項第4号
	(2) 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害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	○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条
	(3) 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をしているか。	適切	不適切	○平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」
	(4) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、都道府県知事に届け出ているか。 （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 ○ 標榜している診療科名（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 ○ その他必要な事項	適切	不適切	○自立支援医療費支給認定通則実施要綱
	(5) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。	適切	不適切	
	(6) 指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定については、6年ごとにその更新を受けなければ効力が失われることを認識しているか。	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、速やかに改善策等を講じてください。

※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。