

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)自己点検表(訪問看護事業者等用)

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) | 受診者の訪問看護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訪問看護を行っているか。                                     |
|                | (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訪問看護を行っているか。   |
|                | (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。  |
|                | (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。  |
| 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こと。また、そのために必要な職員を配置していること。  |
| 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