

指定自立支援医療機関（精神通院医療）に係る自己点検表（訪問看護）

1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒 —
連絡先	電話 F A X
担当者名	

2. 自己点検表

点検項目		確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ※点検の結果、できていない項目があった場合に記入 してください。
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。	<input type="checkbox"/>	○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) 受診者の訪問看護を正当な事由なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	○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看護を行っているか。 例) 医療受給者証の有効期間、印字医療機関名	<input type="checkbox"/>		
	(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看護を行っているか。	<input type="checkbox"/>		
	(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"/>		
	(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"/>		
第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者であるか。	<input type="checkbox"/>	○平18障精発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」 ○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
	(2) そのために必要な人員を配置しているか。	<input type="checkbox"/>		

点検項目		確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ※点検の結果、できていない項目があった場合に記入 してください。
第4 その他	(1) 自立支援医療費（精神通院）の診療報酬の請求が、訪問看護に関する諸記録に基づいて適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	○法第58条、第64条、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行われる医療となっているか。（一般的に感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いと思われます。）	<input type="checkbox"/>	○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条、第64条 ○平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」	
	(3) 医療受給者証を2枚以上持っている受診者については、記載された医療ごとに分けて請求しているか。 例）「更生医療」と「精神通院医療」の医療受給者証を持っている等	<input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
	(4) 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。	<input type="checkbox"/>		
	(5) 負担上限月額が設定されている受診者等について、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。また、適切な管理のために、他医療機関との連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/>		
	(6) 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。または届け出なければならないことを認識しているか。 （届出事項例） ○ 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地 ○ 当該申請に係る訪問看護ステーション等の名称及び所在地 ○ 当該訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービスに従事する職員数	<input type="checkbox"/>		
	(7) 医療機関の業務を辞退・休止もしくは廃止、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。または、届け出なければならないことを認識しているか。	<input type="checkbox"/>		
	(8) 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。（更新が必要な医療機関には別途、更新案内を送付しています。）	<input type="checkbox"/>		

※点検結果により、できていない項目に関しては、今後の改善策について記入してください

※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」、「第4 (6)～(8)」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。

自己点検は以上です。ご多忙の中、ご協力ありがとうございました。