指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)に係る自己点検票（訪問看護）

１　医療機関の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問看護ステーションの名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 担当者名 |  |
| ひと月のレセプト件数  （おおよそ） | 育成医療　　　　　　　件　，　更生医療　　　　　　　件 |

２　自己点検票

点検実施日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | | 点検結果  ※該当する  項目に☑ | | 根 拠 法 令 | |
| 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  □否  □実績無 | | 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がなく拒んでいないか。 | □適  □否  □実績無 | | ○平18厚告65指定自立支援医療機関(育成医療·更生医療)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訪問看護しているか。  例)医療受給者証の有効期間，医療機関名，受給者番号 | □適  □否  □実績無 | |
| (3)　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。 | □適  □否  □実績無 | |
| (4)　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。 | □適  □否  □実績無 | |
| 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。 | | □適  □否  □実績無 | | ○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（育成医療・更生医療）指定要領 |
| (2)　そのために必要な人員を配置しているか。 | | □適  □否  □実績無 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | | 点検結果  ※該当する  項目に☑ | 根 拠 法 令 |
| 第4  その他 | (1)　自立支援医療費の請求は適正に行われているか。  ※【優先順位】①健康保険証（限度額，マル長）,  ②自立支援医療,③重度医療助成  ※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時　など | □適  □否  □実績無 | ○法第58条，第64条，第68条第1項第4号  ○法施行規則第57条，第61条，第62条，第63条  ○平18障発第0303002号  「自立支援医療費の支給認定について」  ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱  ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領 |
| (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。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。 | □適  □否  □実績無 |
| (3)　医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは函館市長に届け出ているか。  (届出事項)  ○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ならびにその代表者の氏名，生年月日，住所および職名  ○訪問看護ステーション等の名称及び所在地  ○指定訪問看護事業者等である旨  ○訪問看護ステーション等の職員の定数 | □適  □否  □実績無 |
| (4)　医療機関の業務を休止し，廃止し，又は再開したときは函館市長に届け出ているか。 | □適  □否  □実績無 |
| (5)　指定自立支援医療機関の指定については，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。） | □適  □否  □実績無 |  |

※点検結果により，「否」に該当した項目に関しては，今後の改善策等について次に記入してください。

※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」のみ記入し，その他の項目には，「実績なし」に ☑ を

記入してください。

３　今後の改善策等

　点検の結果，「否」に該当した項目がある場合に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 点検項目の番号 | 今後の改善策等 |
|  |  |