

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）に係る自己点検表（訪問看護）

記入日 年 月 日

1. 訪問看護事業者等の概要

訪問看護事業者名	
所在地	〒 —
連絡先	
担当者名	

※ 担当者名欄は、本点検表について回答いただいた方の氏名等を記入してください。

2. 自立支援医療（育成医療・更生医療）の実績状況

※ **指定（更新）日**以降に育成医療、更生医療を取り扱ったことがあるか、チェックしてください。

<input type="checkbox"/> 取扱いあり *自己点検表を行ってください。 *取り扱ったレセプト件数（ひと月のおおよそ）を右の欄に記入してください。	ひと月のレセプト件数（おおよそ）
	更生医療（公費負担医療 15） 件
	育成医療（公費負担医療 16） 件
<input type="checkbox"/> 取扱いなし *自己点検表の「第4 人員体制、設備の整備状況及びその他」のみ記入してください。	

3. 自己点検表

※ 点検項目は「第1」～「第4」まであります。

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

※ 自立支援医療（育成医療・更生医療）の取扱いがない場合は、「第4 人員体制、設備の整備状況及びその他」のみ記入してください。

【裏面へ進んでください】

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。
第1 基本方針	(1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障がい者等の心身の障がい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) 受診者の訪問看護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) 自立支援医療受給者証（以下、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、印字医療機関名。	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」	
	(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	○自立支援医療費（育成医 療・更生医療）支給認定実 施要綱	
	(4) 諸記録に、訪問看護の提供に関する事項を記載しているか。	適 切	不 適 切		
	(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。	適 切	不 適 切		

【次頁へ進んでください】

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。
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	(1) 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。			○法第58条	
	<p>①負担上限月額が設定されている受診者について、適切に自己負担の徴収をしているか。</p> <p>適 切 不適切</p> <p>○平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」</p> <p>②医療受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療（更生医療・育成医療）に含めて請求していないか。</p> <p>適 切 不適切</p> <p>○自立支援医療費支給認定通則実施要綱</p> <p>例）風邪や皮膚疾患等は自立支援医療（更生・育成）の対象外</p> <p>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。</p> <p>適 切 不適切</p> <p>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</p> <p>④医療受給者証に記載された医療が「慢性腎不全（人工透析療法）」である場合、次のとおり適切に請求が行われているか。</p> <p>※長期高額疾病（長）（特定疾病療養受療証）と自立支援医療（更生医療）の併用の場合</p> <p>○特定疾病療養受療証の有無を確認しているか。</p> <p>○診療報酬は次の順位で請求しているか。</p> <p>1. 医療保険</p> <p>2. 長期高額疾病（長）（特定疾病療養受療証）</p> <p>3. 公費負担制度（自立支援医療（更生医療））</p> <p>○診療報酬の請求の際は、「特記事項」欄に「長」若しくは「02長」（又は「長2」若しくは「16長2」）と記載しているか。</p> <p>適 切 不適切</p> <p>取扱いなし</p>				
	(2) 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（医療受給者証に印字されている病院、薬局、訪問看護事業者）の連携を密に行っているか。	適 切	不適切		

【裏面へ進んでください】

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。
第4 人員体制、 設備の整備 状況及びそ の他	(1) 適切な訪問看護等が行える事業者であるか。	適 切	不適切	○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」	
	(2) 必要な人員を配置しているか。	適 切	不適切	○福岡県指定自立支援医療 機関（育成医療・更生医 療）指定要領	
	(3) 訪問看護事業者等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》 ○ 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並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ○ 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 ○ 指定訪問看護事業者等である旨 ○ 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の定数	適 切 又は 該当なし	不適切	○法第64条、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	
	(4) 訪問看護の業務を休止し、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 又は 該当なし	不適切		
	(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、身体障害者更生相談所から更新案内を送付しています。）	適 切	不適切		