

## 【訪問看護】指定自立支援医療機関(精神通院医療) 自主点検票

<b>医療機関名</b>	
<b>開設者名</b>	
<b>担当者名</b>	
<b>連絡先(電話番号)</b>	TEL:
<b>点検日</b>	令和 年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内を記載)
<b>1【基本方針】</b>		
○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、良質かつ適切な訪問看護を実施しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<b>2【療養担当規程遵守状況】</b>		
○受診者の訪問看護を正当な理由がなく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○医療受給者証が有効であることを確認したうえで訪問看護を行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○訪問看護に関する諸記録等に必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○訪問看護及び診療報酬の請求に関する諸記録を5年間保存しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<b>3【人員体制、設備の整備状況】</b>		
○利用者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 また、訪問看護を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の人員及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○名称、所在地等が変更となった場合は、市に届け出ているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
<b>4【その他】</b>		
○訪問看護の請求は妥当であるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担を徴収しているか。また、自己負担上限管理票へ適切に記載をしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	