

指定自立支援医療機関自己点検票（薬局）

精神通院医療用

1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒 —
医療の種類	精神通院医療
連絡先	電話 F A X
担当者名	

2. 自己点検

点検項目		確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ☑否の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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○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) 受診者の調剤を正当な事由なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○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診療しているか。 例) 医療受給者証の有効期間、受給者番号、医療機関名	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(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調剤しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(4) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(5) 調剤及び調剤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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
第3 人員体制、設備の整備状況	(1) 複数の医療機関からの処方箋を受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○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」（別紙2）指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○法第58条、第64条、 ○法施行規則61条 ○平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」（別紙1）自立支援医療費支給認定通則実施要綱	
	(2) 対象となる医療の範囲は適切か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(3) 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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(4) 薬局の名称及び所在地等に変更があったときの変更の届出は適切に行われているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		

◎指定更新の際は、更新申請書と併せてこの自己点検票を提出してください。