

指定自立支援医療機関（精神通院医療）に係る自己点検表【薬局】

02-2

1. 医療機関の概要（以下の項目について、ご記入ください。）

名 称			
所 在 地			
連 絡 先	TEL:		FAX :
担当者名			

◆1月あたりのレセプト件数
件

2. 自己点検表

- ・以下の1～4の各項目の点検結果について、「適切」又は「不適切」に○印をご記入ください。
- ・点検結果が「不適切」であった場合には、今後の改善策をご記入ください。

点検項目		点検結果 該当する項目に○印		根拠法令等	今後の改善策 ※「不適切」であった項目のみ記入
1 基本方針	指定自立支援医療機関として、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	
2 療養担当 規程の遵守 状況	受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。	適切	不適切	指定自立支援医療機 関（精神通院医療） 療養担当規程	
	医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤をしているか。例）受給者証の有効期間、医療機関の名称	適切	不適切		
	受診者がやむを得ない事情がある場合、適宜な時間を定めて調剤をしているか。	適切	不適切	自立支援医療費の支 給認定について	
	調剤録に必要な事項を記載しているか。	適切	不適切	自立支援医療費（精 神通院医療）支給認 定実施要綱	
	調剤及び調剤報酬の請求に係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		

◆裏面の項目についても自己点検をお願いします。

※法：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

3 人員体制、設備の整備状況	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。	適切	不適切	自立支援医療費の支給認定について 指定自立支援医療機関（精神通院医療） 指定要領	
4 その他	自立支援医療費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。	適切	不適切	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 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（精神通院医療） 指定要領	
	精神通院医療の範囲は、精神障がい及び精神障がいに起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療となっているか。（指定自立支援医療機関（病院・診療所）において、精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当する医師）によって、通院による精神医療が行われたものであるか）	適切	不適切		
	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。	適切	不適切		
	指定自立支援医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、県知事に届け出ているか。 ・ 薬局の名称及び所在地 ・ 開設者の住所及び氏名又は名称 ・ 保険薬局である旨 ・ 調剤のために必要な設備及び施設の概要 ・ 薬剤師氏名（管理薬剤師）	適切	不適切		
	指定自立支援医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは県知事に届け出ているか。	適切	不適切		
	指定自立支援医療機関の指定について、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。（自らの指定期間の期限を認識しているか。）	適切	不適切		