

指定自立支援医療機関(精神通院医療)に係る自己点検票（薬局）

[記入日： 年 月 日]

薬局名	
所在地	〒
管理薬剤師	
記入者	
電話番号	

点検項目		点検結果 該当する項目に○を付けて下さい	
基本方針	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
根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者の日常生活及び社会生を総合的に支援するための法律（以下、法という）第61条 ・法施行規則第60条 		
療養担当規程の遵守状況	(1) 受診者の調剤を正当な理由なく拒んでいないか。	適切	不適切
	<ul style="list-style-type: none"> (2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤しているか。 例) 医療受給者証の有効期間・印字指定医療機関名 	適切	不適切
	(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。	適切	不適切
	(4) 調剤録に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。	適切	不適切
	(5) 診療及び診療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
根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
設人備員の配整備状況	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、かつ十分な調剤経験のある管理薬剤師を有しているか。	適切	不適切
根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・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（精神通院医療）指定要領 		

指定自立支援医療機関(精神通院医療)に係る自己点検票（薬局）

点検項目		点検結果 該当する項目に○を付けて下さい	
その他	(1) 自立支援医療費の請求は適切に行われているか。	適切	不適切
	(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しているか。	適切	不適切
	(3) 精神通院医療の範囲は、精神障がい及び当該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。 (一般的な感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障がいに起因するとは考え難いと思われます。)	適切	不適切
	(4) 薬局の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があった時の変更届は適正に行われているか。変更がある場合は変更届を提出してください。	適切	不適切
根拠	<ul style="list-style-type: none"> 法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・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 		