

【薬局】指定自立支援医療機関（精神通院医療）自己点検票

指定自立支援医療機関名	●●薬局
開設者名	株式会社●● 代表取締役 県庁 太郎
担当者名	●● ●●
連絡先（電話番号）	TEL：●●●●－●●●●－●●●●●●
点検日	（元号）●年●月●日

「適」又は「否」に☑を入れる。
否の場合は、不備の内容を記載
すること

点検項目	自己評価	不備内容 （否の場合、その内容を記載）
1 【基本方針】 ○指定自立支援医療機関は、指定自立支援医療を提供するに当たっては、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ために良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 【根拠法令】 ・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（以下「法」）第61条 ・法施行規則第60条	☑ 適 □ 否	
2 【療養担当規程遵守状況】 ○受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 ○医療受給者証が有効（有効期間、指定医療機関）であることを確認した上で調剤しているか。 ○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。 ○受診者に関する調剤録に、必要な事項を記載しているか。 ○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。 ○受診者が正当な理由なく、調剤に関する指示に従わない場合、又は受診者が詐欺やその他の不正な手段により調剤を受けようとした場合は、その旨を受給者証を交付した市町村に通知しているか。 【根拠法令】 ・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	☑ 適 □ 否 ☑ 適 □ 否 ☑ 適 □ 否 ☑ 適 □ 否 ☑ 適 □ 否 ☑ 適 □ 否	

3	【人員体制、設備の整備状況】		
	○患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制整備がされているか。	☒ 適 ☐ 否	
	○複数の医療機関からの処方せん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 ☐ 否	
	【根拠法令】 ・平18障発第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		
点検項目		自己評価	不備内容 (否の場合、その内容を記載)
4	【その他】		
	○自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ※他の公費や特定疾病療養制度等で請求すべき内容が含まれていないか。	☒ 適 ☐ 否	
	○負担上限月額が設定されている受給者等について、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 ☐ 否	
	○指定自立支援医療機関の名称及び所在地、開設者の名称及び所在地、主として担当する管理薬剤師の氏名及び経歴の変更、設備体制の概要等の変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。 ※開設者(法人等)の変更があった場合は、新規申請及び廃止届が必要です。	☒ 適 ☐ 否	
【根拠法令】 ・法第58条 ・法第64条 ・法第68条第1項第4号 ・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 自立支援医療費支給認定通則実施要綱			