

1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒 -
連絡先	電話 FAX
担当者名	

2. 自己点検表

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目の中で「不適切」な場合のみ記入願います。
	適切	不適切		
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。	適切	不適切	○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、法という)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。	適切	不適切	○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調剤しているか。 例)医療受給者証の有効期間、印字医療機関名など。	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、必要な事項を記載しているか。	適切	不適切	
	(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。	適切	不適切	
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。	適切	不適切	○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

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目の中で「不適切」な場合のみ記入願います。
	適切	不適切		
第4 その他	(1) 自立支援医療費(精神通院)の調剤報酬の請求が、調剤録の記載に基づいて適正に行われているか。	適切	不適切	<p>○法第59条、第60条、第64条、第68条第1項第4号</p> <p>○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条</p> <p>○平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」</p> <p>○指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定要領</p>
	(2) 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害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。(一般的に感染症(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、精神障害に起因するものとは考え難いです。)	適切	不適切	
	(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。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	
	(4) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、都道府県知事に届け出ているか。 (届出事項) ○ 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 ○ 管理薬剤師の氏名及び経歴	適切	不適切	
	(5) 医療機関の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは都道府県知事に届け出ているか。	適切	不適切	
	(6) 指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定については、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。(更新が必要な医療機関には別途、更新案内を送付しています。)	適切	不適切	

※点検結果により、「不適切」に該当した項目に関しては、今後の改善策等について記入してください。

※自立支援医療の実績がない場合は、「第3 人員体制、設備の整備状況」のみ記入し、その他の項目には、「実績なし」と記入してください。