精神②　薬局

提出〆切：令和6年1月15日（月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付日　令和　　　　年　　　 月　　 　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送による提出先　仙台市長（精神保健福祉総合センター自立支援医療担当扱い）　 | （医療機関コード7桁）（医療機関名）（電話番号）（担当者名） |

自己点検表（精神通院医療:「薬局」）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点検項目 | 根拠法令 | 点検結果※　該当するものに○をつけてください。※　実績がない場合は実績なしに○をつけてください。 |
| 1 基本方針 | (1) | 　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。 | ○法第61条，法施行規則第60条 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| 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がなく拒んでいないか。 | ○平成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 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (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。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (3) | 　調剤録に必要な事項を記載しているか。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (4) | 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 | 実績なし |
| 3人員体制，設備の整備状況「薬局」 | (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。 | ○平成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 | 適切 | 不適切 |  |
| (2) | 管理薬剤師の変更等，指定内容に変更が生じた場合はすみやかに届出を行っているか。 | 適切 | 不適切 |  |
| (3) | 通路，待合室など，障害に配慮した設備構造等を確保しているか。確保していない場合は，スタッフが介助する等，障害に配慮した適切な対応を行う体制が整っているか。 | 適切 | 不適切 |  |
| 4その他 | (1) | 　自立支援医療費の請求は，適正に行っているか。 | ○法第58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 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (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をしているか。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |