

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)に係る自己点検表(薬局)

年 月 日

1. 医療機関の概要

医療機関名		担当者氏名	
所在地	〒 -		
連絡先		記入日	

2. 自己点検表

点検項目	点検該当する項目に	根拠法令等	今後の改善策 点検項目で「不適切」と答えた場合のみ記入してください。
第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提供しているか。	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理由がなく拒んでいないか。	平18年厚告65号指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)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、印字医療機関名等	平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」(別紙1)自立支援医療費支給認定通則実施要綱	
	(3) 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っているか。		
	(4) 受診者がやむを得ない事情により定められた営業時間に調剤を受けることができない場合、便宜な時間を定めて調剤しているか。		
	(5) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町等から必要な証明書等を求められた時は無償で交付しているか。		
	(6) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。		
	(7) 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。		
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。	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」(別紙1)指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定要領	
	(2) 通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されているか。		
第4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は、適正に行われているか。	法第58条、第60条、第64条、第68条第1項第4号 法施行規則第57条、61条、第62条、第63条	
	(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。	平18障発第0303002号「自立支援医療費の支給認定について」(別紙1)自立支援医療費支給認定通則実施要綱	
	(3) 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 ○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)		
	(4) 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。		
	(5) 指定自立支援医療機関の指定については、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。		

育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を受けている場合には、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を受けていない医療部分を二重線で消去すること。

点検結果により、「不適切」に該当した項目に関しては、速やかに改善策等を講じてください。

自立支援医療の実績がない場合は、「第3 人員体制、設備の整備状況等」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。