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)

１　医療機関の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 担当者名 |  |
| ひと月のレセプト件数（おおよそ） | 育成医療　　　　　　　件　，　更生医療　　　　　　　件 |

２　自己点検票

点検実施日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点検結果※該当する項目に○ | 根拠法令 |
| 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 | 実績なし | 法第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がなく拒んでいないか。 | 適切 | 不適切 | 実績なし | ○平18厚告65指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程○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（育成医療・更生医療）支給認定実施要綱 |
| (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※転院歴のある受診者の場合は，最新の受給者証であることを確認してください。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (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。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (4)　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 |
| (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 | 実績なし |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点検項目 | 点検結果※該当する項目に○ | 根拠法令 |
| 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 | 実績なし | ○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(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。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 | 実績なし |
| 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。※健康保険証（限度額，マル長）　→　自立支援医療　→　重度医療※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時　など | 適切 | 不適切 | 実績なし | ○法第58条，第64条，第68条第1項第4号○法施行規則第57条，第61条，第62条，第63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 |
| (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。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (3)　医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは，旭川市長に届け出ているか。(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) | 適切 | 不適切 | 実績なし |
| (4)　医療機関の業務を休止し，廃止し，又は再開したときは旭川市長に届け出ているか。 | 適切 | 不適切 | 実績なし |

※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次に記入してください。

※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」に〇を記入してください。

３　今後の改善策等

　点検の結果，「不適切」に該当した項目がある場合に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 点検項目の番号 | 今後の改善策等 |
|  |  |