

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検票【薬局】

点検項目		自己点検結果		改善策
第1 基本方針	指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障がい者等の心身の障がい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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	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がなく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(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。また、具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市長への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市長の変更の承認を受けた具体的方針により調剤しているか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(4) 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(5) 指定自立支援医療を受診中の受診者、市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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(6) 調剤録に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	根拠法令	・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		
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(2) 通路、待合室など、身体障がい配慮した設備構造等が確保されているか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
根拠法令	・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			

点検項目		自己点検結果		改善策
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(3) 医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に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。 (変更がある場合は、変更届を提出して下さい。)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
根拠 法令	<ul style="list-style-type: none"> ・法第 58 条 ・法第 64 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 			

上記のとおり報告します。

年 月 日

薬局名称

所在地

開設者

氏名

(提出先)

大阪市長