指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)に係る自己点検票（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□否□実績無 | 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□否□実績無 | ○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 |
| (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，医療機関名，受給者番号※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□否□実績無 |
| (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□否□実績無 |
| (4)　調剤録に,必要な事項を記載しているか。 | □適□否□実績無 |
| (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□否□実績無 |
| 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，十分な薬剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。 | □適□否□実績無 | ○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□否□実績無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 点検結果※該当する項目に☑ | 根 拠 法 令 |
| 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。※【優先順位】①健康保険証（限度額，マル長）,②自立支援医療,③重度医療助成※自立支援医療とそれ以外の医療の併用時　など | □適□否□実績無 | ○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○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領 |
| (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□否□実績無 |
| 1. 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは，函館市長に

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，氏名，生年月日及び職名又は名称○保険薬局である旨○調剤のために必要な設備および施設の概要○薬剤師の氏名，生年月日，住所及び経歴 | □適□否□実績無 |
| (4)　医療機関の業務を休止し，廃止し，又は再開したときは，函館市長に届け出ているか。　　　　 | □適□否□実績無 |
| (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。（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□否□実績無 |

※点検結果により，「否」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 ☑ を

記入してください。

３　今後の改善策等

　点検の結果，「否」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 |
|  |  |