

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

医療機関名			
所在地	〒 ー		
連絡先	電話	F A X	
担当者名			

2. 自己点検表（点検日： 年 月 日）

点検項目	点検結果 ※該当する項目に○		根拠法令	今後の改善策 ※点検項目の中で「不適切」な場合のみ記入 願います。
	適切	不適切		
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	○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律(H17法律第123号、以下「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。 (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。 (3) 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。 (4) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。 (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	○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（以下療養担当規程）第2条	
	適切	不適切	○療養担当規程第3条第1項	
	適切	不適切	○療養担当規程第4条	
	適切	不適切	○療養担当規程第7条	
	適切	不適切	○療養担当規程第8条	
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、十分な調剤経験のある薬剤師を有しているか。	適切	不適切	○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第2-2 ○大分市自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定手続要領第2-2	
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。 (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。 (3) 薬局の名称及び所在地等に変更があったときは、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 ○ 管理薬剤師の氏名及び経歴 ○ その他必要な事項 (4) 薬局の業務を休止し、廃止し、又は再開したときは市長に届け出ているか。	適切	不適切	○法第58、68条第1項第4号	
	適切	不適切	○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」第7の3	
	適切	不適切	○法第64条 ○法施行規則第61、第62条 ○大分市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定手続要領第1-1(7)	
	適切	不適切	○法施行規則第63、64条	

※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」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。