

# 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）

記入日 年 月 日

## 1. 薬局の概要

薬 局 名	
所 在 地	〒
連 絡 先	
担 当 者 名	

※ 担当者名欄は、本点検表について回答いただいた方の氏名等を記入してください。

## 2. 自立支援医療（育成医療・更生医療）の実績状況

※ 平成28年4月以降に育成医療、更生医療を取り扱ったことがあるか、チェックしてください。

<input type="checkbox"/> 取扱いあり *自己点検表を行ってください。 *取り扱ったレセプト件数（ひと月のおおよそ）を右の欄に記入してください。	ひと月のレセプト件数（おおよそ）
	更生医療（公費負担医療 15） 件
<input type="checkbox"/> 取扱いなし *自己点検表の「第4 人員体制、設備の整備状況及びその他」のみ記入してください。	育成医療（公費負担医療 16） 件

## 3. 自己点検表

※ 点検項目は「第1」～「第4」まであります。

※ 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記入してください。

※ 自立支援医療（育成医療・更生医療）の取扱いがない場合は、「第4 人員体制、設備の整備状況及びその他」のみ記入してください。

【裏面へ進んでください】

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。
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。	適 切	不 適 切	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	○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) 自立支援医療受給者証（以下、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。	適 切	不 適 切		
	(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		
	(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。	適 切	不 適 切		
	(5) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村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。	適 切	不 適 切		
	(6) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。	適 切	不 適 切		
	(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。	適 切	不 適 切		

【次頁へ進んでください】

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。	
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	(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		
	①負担上限月額が設定されている受診者について、適切に自己負担の徴収をしているか。	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」	
	②医療受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療（更生医療・育成医療）に含めて請求していないか。  例）風邪や皮膚疾患等は自立支援医療（更生・育成）の対象外	適 切	不 適 切	○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	
	③医療受給者証を2枚以上持っている受診者については、記載された医療ごとに分けて請求しているか。 例）「更生医療」と「精神通院医療」の医療受給者証を持っている等	適 切	不 適 切		
	④医療受給者証に記載された医療が「慢性腎不全（人工透析療法）」である場合、次のとおり適切に請求が行われているか。  ※長期高額疾病 <sup>長</sup> （特定疾病療養受療証）と自立支援医療（更生医療）の併用の場合  ○特定疾病療養受療証の有無を確認しているか。  ○調剤報酬は次の順位で請求しているか。 1. 医療保険 2. 長期高額疾病 <sup>長</sup> （特定疾病療養受療証） 3. 公費負担制度（自立支援医療（更生医療））  ○調剤報酬の請求の際は、「特記事項」欄に「長」若しくは「02長」（又は「長2」若しくは「16長2」）と記載しているか。	適 切	又 是 取 扱 い な し		
(2) 自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。 また、適切な管理のために、他医療機関（医療受給者証に印字されている病院、薬局、訪問看護事業者）の連携を密に行っているか。	適 切	不 適 切			

【裏面へ進んでください】

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。
第4 人員体制、 設備の整備 状況及びそ の他	(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	○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」	
	(2) 通路、待合室など、身体障がい者に配慮した設備構造等が確保されているか。	適 切	不適切	○福岡県指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領 ○法第64条、68条第1項第4号	
	(3) 薬局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、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及び施設の概要 ○薬剤師氏名（管理薬剤師） ○その他必要な事項	適 切  又は 該当なし	不適切	○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	
	(4) 薬局の業務を休止し、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。	適 切 又は 該当なし	不適切		
	(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、障がい者更生相談所から更新案内を送付しています。）	適 切	不適切		