別紙様式第４－３

　　　　　　　　　　　締切：　　　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| あて先　宮城県保健福祉部長　　（障害福祉課扱い）　　　　　　　　　　　　- | 件　名　自立支援医療機関の自己点検表について（提出） | 発信日　　　　　　年 　月 　 日発信者（医療機関・事業者名）（電話番号）（担当者名） |

自己点検表（育成医療・更生医療:「薬局」）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点検項目 | 根拠法令法：障害者総合支援法 | 点検結果※該当するものに○をつけてください。 |
| 1基本方針 | ⑴ | 　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。 | ○法第61条、法施行規則第60条 | 適切 |  | 不適切 |
| 2療養担当規程の遵守状況 | ⑴ | 受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。 | ○平成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○平成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 | 適切 |  | 不適切 |
| ⑵ | 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。 | 適切 |  | 不適切 |
| ⑶ | 　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 | 概ね適切 | 不適切 |
| ⑷ | 調剤録に必要な事項を記載しているか。 | 適切 |  | 不適切 |
| ⑸ | 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 |
| 3人員体制、設備の整備状況「病院・診療所」 | ⑴ | 　複数の医療機関からの処方せん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 |
| ⑵ | 　通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等を確保しているか。 | 適切 | 概ね適切 | 不適切 |
| 4その他 | ⑴ | 　自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。 | ○法第58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 | 適切 |  | 不適切 |
| ⑵ | 　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 |  | 不適切 |
| ⑶ | 　薬局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っときの変更の届出は適正に行われているか。 | 適切 |  | 不適切 |
| ⑷ | 医療受給者証に記載された医療が「人工透析療法」である場合、医療保険の特定疾病制度を公費負担制度より優先して請求しているか。 |  | 適切 |  | 不適切 |