

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. 薬局の概要

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

薬 局 名	
所 在 地	〒 -
連 絡 先	
担 当 者 名	

2. 自立支援医療（育成医療・更生医療）の実績状況

※ 令和6年度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、にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 取扱いあり *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（法別：15） 件 ・育成医療（法別：16） 件
<input type="checkbox"/> 取扱いなし	

3. 自己点検表

※ 自立支援医療（育成医療・更生医療）の取扱いがない場合も、全ての点検項目を確認してください。

※ 点検項目「第1」から「第4」までの内容を確認し、「確認欄」のにチェックをしてください。

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は、「4. 今後の改善策等」を記入してください。

点 検 項 目		確 認 欄	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。	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	○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厚告65） ○自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） ○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。	<input type="checkbox"/>	
	(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。	<input type="checkbox"/>	
	(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"/>	
	(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。	<input type="checkbox"/>	
	(6) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	
	(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"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	○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。 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	<input type="checkbox"/>	○自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱

***** 裏面へ進んでください。*****

点 検 項 目		確 認 欄	根 拠 法 令
第3 自立支援医療に係る診療報酬の請求状況	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	<input type="checkbox"/>	
	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（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（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「O2長」（又は「長2」若しくは「16長2」）と記載しているか。	<input type="checkbox"/>	
	(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。	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機関の指定について（平18障病発第0303005号）
	(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。	<input type="checkbox"/>	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領
	(3) 次の事項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、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） ○役員の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	○第64条 ○法施行規則第57条、第61条、第62条、第63条 ○自立支援医療費の支給認定について（平18障発第0303002号） ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱
	(4) 薬局機関の業務を休止し、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。	<input type="checkbox"/>	
	(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、岐阜県身体障害者更生相談所から更新案内を送付しています。）	<input type="checkbox"/>	

4. 今後の改善策等

※ 点検の結果、できていない項目があった場合は以下に今後の改善点等を記入してください。

点 検 項 目	例) 第4 (3)
今 後 の 改 善 点 等	例) 届出事項であったが変更届出をしていなかったため、手続きを行います。



自己点検は以上です。御多忙の中、御協力ありがとうございました。
 なお、本自己点検表は岐阜県障害福祉課まで提出をお願いいたします。