

指定自立支援医療機関自己点検表（薬局）

点検項目			点検結果
1. 基本方針	(1)	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
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
	(2)	自立支援医療費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・否
	(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。	適・否
	(4)	支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。※精神通院を除く	適・否
	(5)	調剤録に必要な事項を記載しているか。	適・否
	(6)	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
3 人員・体制、 設備の整備状況	(1)	通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。 ※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2)	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るか。	適・否
4. その他	(1)	調剤録に基づいて自立支援医療費の請求が適切に行われているか。	適・否
	(2)-1	更生・育成 自立支援医療費受給者証に記載された「公費負担の対象となる障がい」の軽減に直接関係のある薬剤のみ請求しているか。 ※糖尿病・高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する投薬を含めていないか。 ※風邪、アレルギーなどに対する内服薬や外用薬（目薬、貼り薬など）を請求していないか。 ※免疫機能障害については、H I Vに起因するものを除く	適・否
	(2)-2	精神通院 公費負担の対象となる障がいの軽減に関係のある薬剤のみ請求しているか。 ※糖尿病・高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する投薬を含めていないか。	適・否
	(3)	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・否
	(4)	指定内容の変更（管理薬剤師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	適・否

※ 点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第 4 号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名：

所在地：

開設者名：

自主点検実施日： 年 月 日