

(薬局 作成者:管理薬剤師)

【 年 月 日 作成】

この「自己点検票」は自立支援医療機関(育成医療・更生医療)が適正に自立支援医療を提供できているかを自己点検し、診療体制の向上に役立てるために作成したものです。指定更新の際に点検をお願いします。

なお、受給者からの情報や医療費の請求状況等により、千葉市として自立支援医療の提供に係る実態を把握させて頂くため、別途実地指導・監査を行う場合があります。

点検項目・点検内容	根拠法令等	点検結果	不備内容 (いいえの場合、 その内容を記載)	改善方法(点検結果が「いいえ」の場合、改善策・改善予定時期を記載)
1 基本方針(指定自立支援医療機関の義務)を順守しているか				
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出来るよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下、「法」とする)第61条 法施行規則第60条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2 「療養担当規程」の内容を順守しているか				
① 受診者の診療を正当な事由がなく拒んでいないか。	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規定(平成18年 厚生労働省告示第65号) ・自立支援医療費の支給認定について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 医療受給者証が有効(有効期間、指定医療機関)であることを確認した上で診療しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
③ 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により診療を行っているか。また、具体的方針の変更が必要な場合は、受診者による市長への申請(具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付)の上で、市長の変更の承認を受けた具体的方針により診療しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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診療しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑤ 支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを障害者に勧奨する等必要な援助を与えているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑥ 指定自立支援医療を診療中の受診者、市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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑦ 診療録に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑧ 診療及び診療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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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。	指定自立支援医療機関の指定について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 通路、待合室など身体障害者に配慮した設備構造等を確保しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 自立支援医療費の請求に係る事項				
① 自立支援医療費の請求は適正に行われているか。 ア 他の公費・特定疾病療養費制度で請求すべき内容が含まれていないか イ 支給の範囲は受給者証に記載されている医療に関する費用に限られているか。	法第58条 法第68条 ・自立支援医療費の支給認定について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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しているか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5 市への届出				
① 名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の届出を速やかに行っているか。	法第64条	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		