

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領

（薬局・訪問看護ステーション等）

第1 指定自立支援医療機関の義務

1. 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年厚生労働省告示第65号）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ病院及び診療所にあつては、原則として現に自立支援医療の対象となる身体障害の治療を行っていること。
2. 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介及び説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。
なお、特に必要とされる体制及び設備は次のとおりであること。

薬局

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こと。また、通路、待合室等、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていること。

なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理薬剤師が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理薬剤師としての経験を有している実績があること。

訪問看護ステーション等

（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保健法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行うものに限る。）をいう。）

原則として現に育成医療・更生医療の対象となる訪問看護等を行っており、かつ、指定自立支援医療機関療養担当規程（育成医療・更生医療）（平成18年厚生労働省告示第65号）に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために、必要な職員を配置していること。

第2 申請及び指定内容変更手続き

1. 必要な書類一覧

	薬 局				訪問看護ステーション			共通
	様式 第1-2 申請書 (薬局)	別紙1 経歴書	別紙2 調剤のた めに必要 な設備及 び施設の 概要	様式 第2-2号 指定内容変 更届出書 (薬局)	様式 第1-3 申請書 (訪問看護 ステーショ ン等)	別紙 訪問看護 ステーシ ョン等に 従事する 職員)	様式 第2-3号 指定内容変 更届出書 (訪問看護 ステーショ ン等)	誓約書
新 規 申 請	○	○	○		○	○		○
指 定 内 容 の 変 更								
医 療 機 関 の 名 称				○			○	○
医 療 機 関 の 所 在 地			○	○			○	○
開 設 者 名 称				○			○	○
開 設 者 住 所				○			○	○
医 療 機 関 番 号			所在地が 変更の場 合は必要	○			○	○
薬 剤 師 の 変 更		○		○	—	—	—	○
職 員 の 定 数 変 更	—	—	—	—		○	○	○

2. 「新規申請」の場合

指定申請書（様式第1-2号又は様式第1-3号）

自立支援医療機関の指定を受けようとする医療機関等の開設者は、**申請書及び関係書類を添えて**申請してください。

- ・ 薬局、訪問看護ステーション及び開設者等の名称は、必ず正式名称を記入してください。
- ・ 所在地及び開設者（事業者）の住所は、「〇〇ビル〇階」まで記入してください。

※ 薬局開設許可証（写）を添付してください。

審査期間

申請書の締め切りは毎月末とします。申請書を受理後、内容を審査の上、適否を決定し、その旨を通知します。原則、指定日は申請月の翌々月の1日となります。

3. 「指定内容の変更」の場合

指定内容変更届出書（様式第2-2号又は様式第2-3号）

指定内容に変更があったときは、速やかに指定内容変更届出書及び関係書類を添えて届けてください。※必ず変更年月日を記載してください。

なお、管理薬剤師の変更にあつては、指定内容変更届出書の受理後、内容を確認の上、適否を決定し、その旨を受理日の翌々月の月初までに通知します。

4. 「指定の辞退」をする場合

指定辞退申出書（様式第3号）

指定を辞退しようとするときは、1月以上の予告期間を設けて、指定辞退申出書を届け出てください。

5. 「業務の休止、廃止または再開」をする場合

休止・廃止・再開届出書（様式第4号）

医療機関の業務を休止し、廃止し、または再開したときは、速やかに、休止・廃止・再開届出書を届け出てください。

6. 「大阪府の指定自立支援医療機関」の取り扱いについて

平成24年3月31日現在において、大阪府の指定している豊中市内の医療機関は、豊中市の指定医療機関とみなします。

7. 「指定内容の更新」の場合

指定更新申請書（様式第6号又は7号）

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60条第1項の規定に基づき、6年ごとに指定の更新の手続きをしてください。更新申請書、欠格条項に該当しないことを誓約する書面を提出してください。

※ 添付する書類は、できるだけA4サイズでお願いします。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書
(薬局)

保 険 薬 局	名 称	(医療機関コード -)	
	所 在 地	〒 -	TEL ()
開 設 者	住 所	〒 -	TEL ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	
		(生年月日) 年 月 日	
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙1)
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			(別紙2)
<p>上記のとおり、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第59条第1項の規定による医療機関等（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>			

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書（薬局）

		変 更 前	変 更 後
薬 局	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所在地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	(役職名)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
薬 剤 師 の 氏 名			
変 更 年 月 日		年 月 日	

上記のとおり、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第64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

年 月 日

開 設 者
住 所
氏 名

豊 中 市 長 様

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

経 歴 書

ふりがな 氏名		生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日
現住所						
最終学歴	(年 月卒業)					

1. 職 歴

年 月 日	大学卒業後～現在に至る職歴	職名 (管理薬剤師等)

新規開局する保険薬局のみ記入

2. 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績

指定自立支援医療機関名(薬局名)	所在地

※ 薬剤師免許証(写)を添付すること。(A4サイズ)

(別紙1)「経歴書」の記載要領

1. 職歴

- ・大学卒業後から現在に至るまでを詳細に記載してください。
(薬局の名称及び職名を記載してください。)

2. 「他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績」 (新規開局する保険薬局のみ記入)

- ・管理薬剤師として過去に他の指定自立支援医療機関で勤務した薬局の名称及び所在地を記載してください。

※ 薬剤師免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)

調剤のために必要な設備及び体制の概要

調剤に必要な設備器具 (個数記入のこと)	
1. 液量器 (20cc 及び 200cc のもの)	個
2. 温度計 (100 度のもの)	本
3. 水浴	台
4. 調剤台	台
5. 軟膏板	個
6. 乳鉢 (散剤用のもの) 及び乳棒	各 個
7. はかり (感量 10mg のもの及び 感量 100mg のもの)	各 個
8. ビーカー	個
9. ふるい器	組
10. へら (金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本
11. メスピペット及びピペット台	本 台
12. メスフラスコ及び メシリンダー	各 個
13. 薬匙 (金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本
14. ロート及びロート台	個 台
15. 調剤に必要な書籍	

薬局の構造	別紙平面図のとおり	
調剤室の面積	m ²	
	品 目	数 量
主たる設備 (左記の 15 項目以外の 設備)		
身体障害者に配慮した設備構造等 (特に配慮しているもの(こと)があれば、記載すること)		

新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入

処方せんを受け付けている医療機関名 (複数)

(別紙2)「調剤のために必要な設備及び体制の概要」の記載要領

○「薬局の構造」

- ・薬局の平面図を添付してください。(A4サイズ)
(調剤室、待合室、出入口、通路、スロープ等の寸法が記入されたもの。)

○「主たる設備」

- ・薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げられる設備以外のものがある場合のみ、その主たるものを記載してください。

○「身体障害者に配慮した設備構造等」

- ・バリアフリーの構造が望ましいが、その構造になっていない場合は、他に身体障害者に配慮している事項を記載してください。

○「処方せんを受け付けている医療機関名」

(新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入)

- ・処方せんを受け付けている医療機関名(複数)を記載してください。
(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ること。)

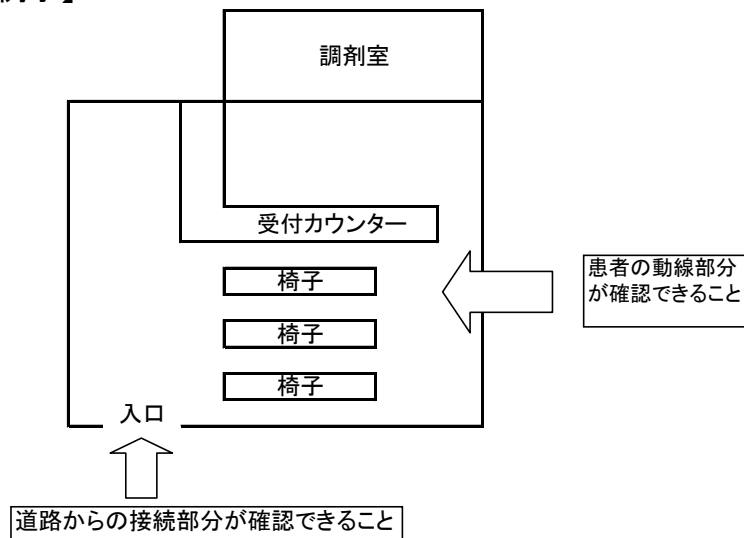
○「薬局の構造が確認できる写真」

「通路、待合室など、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていること」が要件となっていることから、薬局内における患者の動線部分が確認できる写真を添付してください。

(松葉杖や車椅子等を使用している患者が薬局の利用にあたり、不便を来たす恐れがないかどうかを確認するため)

※下記の撮影方向の例示を参考に、薬局内の構造が確認できるものにしてください。

【撮影方向の例示】



指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書
（訪問看護ステーション等）

訪問看護ステーション等	名 称	(医療機関コード —)	
	所 在 地	〒 — TEL ()	
	職員の定数等	(別 紙)	
指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	所 在 地	〒 — TEL ()	
	名 称		
代 表 者	住 所	〒 — TEL ()	
	氏 名	(役職名)	
		(生年月日)	年 月 日
		<p>上記のとおり、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第59条第1項の規定による医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名 称</p> <p>豊 中 市 長 様</p>	

(別紙)

訪問看護ステーション等に従事する職員

職員の定数	
-------	--

職種	氏名	研修等の受講の状況等	備考
(管理者)			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)

(記入上の注意)

- 「職種」には、管理者から順に保健師・看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士等を記載してください。 ※ 備考欄には常勤・非常勤の形態（該当する方を○で囲んでください）及び週の勤務時間数を記載してください。
- 「研修等の受講の状況等」には、訪問看護に関する研修を受講した（している）場合は「主催者」、「研修名」「研修内容」及び「受講した期間」を記載してください。
※ 受講中の場合はその旨を記載してください。
※ それ以外で特記すべき「資格」及び「受講した研修」がある場合は記載してください。
- 添付書類
※ 免許証の㊟を添付してください。その際、開設者による原本証明を行ってください。
※ 従事する職員全員の勤務割り表（直近1か月分）の㊟を添付してください。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書
（訪問看護ステーション等）

		変 更 前	変 更 後
訪問看護ステーション 等	名 称	(医療機関コード —)	(医療機関コード —)
	所在地	〒 — TEL ()	〒 — TEL ()
	職員の定数等		
指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス 事業者	所在地	〒 — TEL ()	〒 — TEL ()
	名 称		
代 表 者	住 所	〒 — TEL ()	〒 — TEL ()
		名 前	
	(役職名)	(役職名)	
	(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日	
変更年月日		年 月 日	
<p>上記のとおり、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第64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p>所在地</p> <p>氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>			

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の（休止・廃止・再開）届出書

医療機関等	名 称	(医療機関コード -)
	所 在 地	〒 - Tel. ()
開 設 者	住 所	〒 - Tel. ()
	氏名又は 名 称	
担 当 医 療 の 種 類		
(休止・廃止・再開) す る 年 月 日		年 月 日
理 由		
<p>上記のとおり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施行規則第63条の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の（休止・廃止・再開）を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>		

※休止・廃止・再開のいずれか該当項目を○印で囲むこと。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

（薬局）

保 険 薬 局	名 称	(医療機関コード —)	
	所 在 地	〒 — TEL ()	
開 設 者	住 所	〒 — TEL ()	
	氏名又は 名 称	(役職名)	
		(生年月日) 年 月 日	
薬 剤 師 の 氏 名			
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無			有 ・ 無
<p>上記のとおり、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第60条第1項の規定による医療機関等（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>			

※開設者の欄に新たに「役職名」及び「生年月日」が追加されましたので記載してください。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

（訪問看護ステーション等）

訪問看護ステーション等	名 称	(医療機関コード —)	
	所 在 地	〒 — Tel ()	
	職員の定数の変更の有無	有 ・ 無	
指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称		
	所 在 地	〒 — Tel ()	
代 表 者	住 所	〒 — Tel ()	
	氏 名		
		(役 職 名)	
		(生年月日)	年 月 日
<p>上記のとおり、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第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名 称</p> <p>豊 中 市 長 様</p>			

※ 新たに「代表者」欄が追加されましたので記載してください。

※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出を含む）から変更があった場合は、別紙を添付してください。