

## 指定自立支援医療機関(薬局)の指定申請等の手続きについて

### ●自立支援医療指定医療機関

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項の規定による自立支援医療の指定医療機関とは、障がい者等の心身の障がい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ために必要な医療を行う医療機関のことをいいます。

申請書の提出をしていただいた薬局につきましては、大阪市社会福祉審議会の意見を聞いたうえで指定を行うこととなります。

### ●申請書等の提出先

自立支援医療機関の指定を受けようとするときは、次に掲げる必要書類を下記の大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター相談課に提出してください。(郵送でも結構です。)

### ●必要書類

(1) 申請書 (様式1-(2))

(2) (別紙①) 管理薬剤師の経歴書 (薬剤師免許証の写しを添付してください。)

(3) (別紙②) 調剤のための必要な設備及び施設の概要

(見取図を添付し、通路、待合室など、身体障がい者に配慮した設備構造等の部分を見取図の中に明記してください。)

### ●指定年月日

原則として、大阪市社会福祉審議会の身体障害者福祉専門分科会審査部会で審査し、指定の決定をした日の属する月の翌月初日となります。

### ●薬局指定審査基準

(1) 指定自立支援医療機関療養担当規程(平成 18 年厚生労働省告示 65号)により懇切丁寧な医療が行えること。

(2) 複数の医療機関から処方せんを受け付けている保険薬局であり、十分な調剤実務経験(概ね4年以上)のある管理薬剤師を有していること。

(3) 通路、待合室など身体障がい者に適した設備構造等が確保されていること。

(4) 新規開局する保険薬局については、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り、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

【留意事項】 ※次のような場合には、再度届出が必要となります。

### ●変更の届出 (様式2-(2))

開設者の住所及び氏名、管理薬剤師、必要な設備及び施設の概要、などに変更があった場合には変更届の提出が必要となります。(法64条)

### ●指定の辞退 (様式3-(2))

自立支援医療指定機関がその指定を辞退するときは、1 月以上の予告期間を設けて、辞退届を提出する必要があります。(法65条)

### ●指定の更新 (様式4-(2))

自立支援医療機関の指定は、6年ごとに更新を受けなければその効力を失うため、更新申請書を提出する必要があります。(法60条)

※該当医療機関には、事前に案内文を送付しております。また、「大阪市指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指導監査要綱」に基づき、自己点検票(別紙2)の提出が必要となります。

### ●その他

保険医療機関コードが変更になった場合には、旧医療機関の廃止届(様式5-(2))と新医療機関の新規申請(様式1-(2))が必要となります。

《書類送付先》 及び 《問い合わせ先》

〒547-0026 大阪市平野区喜連西6-2-55

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター相談課

TEL : 6797-6561