

## 名古屋市指定自立支援医療機関指導等実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、自立支援医療の質の確保及び適正化を図ることを目的として、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第11条第2項及び第66条の規定に基づき、指定自立支援医療機関（以下「自立支援医療機関」という。）に対して行う指導及び自己点検（以下「指導等」という。）について基本的事項を定めるものとする。

### (指導方針)

第2条 指導等は、自立支援医療機関又は自立支援医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者に対し、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）、指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第66号）等に定める自立支援医療の取扱い及び費用の請求等に関する事項について、周知徹底を図ることを方針とする。

### (対象機関)

第3条 名古屋市が指定する全ての自立支援医療機関を対象とする。

### (指導等の方法)

第4条 指導等の方法は以下のとおりとする。

#### (1) 自己点検

自立支援医療機関は、別紙様式「指定自立支援医療機関自己点検票」（以下「自己点検票」という。）を用いて、毎年度自己点検を実施するものとする。

自立支援医療機関は、名古屋市における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項に規定する医療機関の指定に関する事務処理要綱第7条第2項及び第3項に定める申請（指定の更新申請）に併せて、直近の自己点検票を名古屋市へ提出するものとする。

#### (2) 実地指導等

名古屋市は、提出された自己点検票の内容を確認し、必要があると認めるときは、実地指導を行うものとする。なお、実地指導において著しい療養担当規程違反や不正な請求が疑われる場合は、監査を行うものとする。

### 附則

この要綱は、令和5年9月1日から施行する。

## 指定自立支援医療機関自己点検票（病院・診療所）

実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒 _____
医療の種類	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 育成医療・更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療
連絡先	電話 _____ F A X _____
担当者名	

## 2. 自己点検 （※の項目は、育成医療・更生医療において指定を受けている医療機関のみ点検を行ってください。）

点検項目	確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ☑否の項目があった場合に記入してください。
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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○法第61条 ○法施行規則第60条 ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程 ○指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
第2 療養担当規程の遵守状況 (1) 受診者の診療を正当な事由なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程	
(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で診療しているか。 例) 医療受給者証の有効期間、受給者番号、医療機関名	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
(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、受診者による市町村への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市町村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めた場合等には、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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(6) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(7) 診療録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
第3 人身体制、設備状況 (1) 診断及び治療を行うに当たって、十分な体制を有しており、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」	
(2) 指定自立支援医療を主として担当する医師としての要件を満たしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領	
①勤務している医師であるか。 (精神通院医療については、非常勤を含む。)	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
②診療従事年数は満たしているか。 (育成医療・更生医療：5年以上、精神通院医療：3年以上)	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
第4 その他 (1) 自立支援医療費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○法第58条、第60条、第64条、68条第1項第4号 ○法施行規則第61条、第62条、第63条	
(2) 対象となる医療の範囲は適切か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」	
(3) 負担上限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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領	
(4) 負担上限額が設定されている受診者等について、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、他医療機関との連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
(5) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、名古屋市長に届け出ているか。または届け出なければならないことを認識しているか。 (主な届出事項) ○病院又は診療所の名称及び所在地 ○開設者の住所及び氏名又は名称 ○標ぼうしている診療科名(担当しようとする自立支援医療の種類に関するものに限る。) ○指定自立支援医療を主として担当する医師の氏名及び経歴	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(6) 医療機関の業務を辞退・休止もしくは廃止、又は再開したときは名古屋市長に届け出ているか。または、届け出なければならないことを認識しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(7) 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、更新案内を送付しています。)	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		

◎指定更新の際は、更新申請書と併せてこの自己点検票を提出してください。

## 指定自立支援医療機関自己点検票（薬局）

実施日       年       月       日

### 1. 医療機関の概要

医療機関名			
所在地	〒    —		
医療の種類	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 育成医療・更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療		
連絡先	電話	F A X	
担当者名			

### 2. 自己点検（※の項目は、育成医療・更生医療において指定を受けている医療機関のみ点検を行ってください。）

	点検項目	確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ☑否の項目があった場合に記入してください。
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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 法第61条 <input type="checkbox"/> 法施行規則第60条 <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 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<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 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
	(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤を行っているか。 例) 医療受給者証の有効期間、受給者番号、医療機関名	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(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、受診者による市町村への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市長村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(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を行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(5) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(6) 調剤録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
第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。 （精神通院医療については、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。）	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」 <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 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
第4 その他	(1) 自立支援医療費の診療報酬の請求が、調剤録の記載に基づいて適正に行われているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 法第58条、第60条、第64条、68条第1項第4号 <input type="checkbox"/> 法施行規則第61条、第62条、第63条 <input type="checkbox"/> 平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」 <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 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
	(2) 対象となる医療の範囲は適切か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(3) 負担上限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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(4) 負担上限額が設定されている受診者等について、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、他医療機関との連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(5) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、名古屋市長に届け出ているか。または届け出なければならないことを認識しているか。 （主な届出事項） ○薬局の名称及び所在地 ○開設者の住所及び氏名又は名称 ○管理薬剤師の氏名及び経歴	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(6) 医療機関の業務を辞退・休止もしくは廃止、又は再開したときは名古屋市長に届け出ているか。または、届け出なければならないことを認識しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
	(7) 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、更新案内を送付しています。）	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		

◎指定更新の際は、更新申請書と併せてこの自己点検票を提出してください。

## 指定自立支援医療機関自己点検票（訪問看護）

実施日 年 月 日

## 1. 医療機関の概要

医療機関名	
所在地	〒
医療の種類	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 育成医療・更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療
連絡先	電話 FAX
担当者名	

## 2. 自己点検（※の項目は、育成医療・更生医療において指定を受けている医療機関のみ点検を行ってください。）

点検項目	確認欄	根拠法令等	今後の改善策 ☑否の項目があった場合に記入してください。
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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○法第61条 ○法施行規則第60条 ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程 ○指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
第2 療養担当規程の遵守状況 (1) 受診者の訪問看護を正当な事由なく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程	
(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で看護を行っているか。 例) 医療受給者証の有効期間、受給者番号、医療機関名	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程	
(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、受診者による市町村への申請（具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付）の上で、市町村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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(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看護を行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(5) 指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村から※ 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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(6) 訪問看護に関する諸記録に、必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(7) 訪問看護及び訪問看護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"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
第3 人員体制、設備の整備状況 (1) 適切な訪問看護等が行える事業者であるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」 ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領	
(2) そのために必要な人員を配置しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領	
第4 その他 (1) 自立支援医療費の診療報酬の請求が、訪問看護に関する諸記録の記載に基づいて適正に行われているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	○法第58条、第60条、第64条、68条第1項4号 ○法施行規則第61条、第62条、第63条 ○平18障病発第0303005号「指定自立支援医療機関の指定について」 ○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領	
(2) 対象となる医療の範囲は適切か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(3) 負担上限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。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(4) 負担上限額が設定されている受診者等について、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、他医療機関との連携を密に行っているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(5) 医療機関の名称及び所在地等に変更があったときは、名古屋市長に届け出ているか。または届け出なければならないことを認識しているか。 （主な届出事項） ○指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地 ○当該申請に係る訪問看護ステーション等の名称及び所在地 ○当該訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は訪問看護に係る指定居宅サービスに従事する職員数	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(6) 医療機関の業務を辞退・休止もしくは廃止、又は再開したときは名古屋市長に届け出ているか。または、届け出なければならないことを認識しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		
(7) 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、更新案内を送付しています。）	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		

◎指定更新の際は、更新申請書と併せてこの自己点検票を提出してください。