

宮城県指定自立支援医療機関指導及び監査実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、「宮城県指定自立支援医療機関指導及び監査実施要綱」(以下「実施要綱」という。)に基づき、指定自立支援医療機関に対して行う指導及び監査について、必要な事項を定めるものとする。

第一 指定自立支援医療機関指導

(指導実施計画)

第2条 指定自立支援医療機関に対して指導を実施する場合は、指導の実施計画を策定し、その実施計画に基づいて実施するものとする。

(指導及び書面による検査の実施等)

第3条 指定自立支援医療機関に対して行う指導及び書面による検査の実施等は、次のとおりとする。

(1) 集団指導

集団指導の対象となる指定自立支援医療機関を決定したときは、別紙様式第1により通知する。

(2) 実地指導

イ 指導通知

実地指導の対象となる指定自立支援医療機関を決定したときは、指導を実施する日の2週間前までに、別紙様式第2により通知する。ただし、特別の事由がある場合はこの限りではない。

ロ 資料の提出

事前提出資料は、あらかじめ指定する資料等を指定自立支援医療機関から提出させるものとする。

ハ 指導結果の通知

実地指導の結果通知は、原則として指導を実施した日から起算して1月以内に、別紙様式第3-1又は3-2により通知する。

ニ 改善報告書の提出

実地指導の改善報告書は、おおむね1月以内の期限を付して別紙様式3-2別表による是正改善内容等の報告を求めるほか、必要に応じて職員を派遣し、改善状況等の確認を行うものとする。

ホ 実地指導職員

実地指導は、自立支援医療について十分な知識技能を有する者2人以上で行う。

(3) 書面による検査

イ 検査の実施

必要の都度、実施することとする。

ロ 検査通知

検査対象となる指定自立支援医療機関を決定したときは、別紙様式第4により通知する。

ハ 資料の提出

対象医療機関の種別に応じて、別紙様式第4-1から4-6までのうちいずれかを提出させるものとする。

ニ 検査結果の通知

提出された書面の結果、改善等を要すると認められた指定自立支援医療機関に対して、実地指導を実施する旨通知することができる。

(実地指導結果の報告)

第4条 実地指導を実施した場合、当該年度の検査結果を別紙様式第5にまとめ、翌年度の5月末までに保健福祉部長に報告するものとする。

第二 指定自立支援医療機関監査

(監査実施の通知等)

第5条 監査の実施は、別紙様式第6により指定自立支援医療機関に当日までに通知する。

(監査実施職員)

第6条 監査の実施は、自立支援医療について十分な知識技能を有する者2人以上で行う。

(監査後の措置)

第7条 当該指定自立支援医療機関が取消処分等に該当すると認められる場合は、原則として、監査を実施した日から起算して1月以内に、行政手続法に基づき、実施要綱第10条(2)に規定する聴聞又は弁明の機会の付与について当該指定自立支援医療機関に対して通知するものとする。

(監査結果の報告)

第8条 障害福祉課長等は、監査の結果について、速やかに保健福祉部長へ報告しなければならない。

(補則)

第9条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、保健福祉部長が別に定める。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，令和 3 年 6 月 17 日から施行する。

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の集団指導の実施について（通知）

につきましては，日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて，このことについて，宮城県自立支援医療機関指導及び監査実施要綱第 3 条(1)により開催しますので，御多忙のところ恐縮ですが，担当者の出席について御配慮願います。

なお，お手数ですが，出席者を 年 月 日（ ）までに 宛て電子メール又はファクシミリで御回答願います。

記

（担当）職・氏名

電話番号

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の实地指導の実施について（通知）

につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このことについて、宮城県自立支援医療機関指導及び監査実施要綱第 3 条 (2) により実施しますので、関係職員の対応について御配慮願いますとともに、関係書類を準備願います。

記

1 指導の根拠規定及び目的

(1) 根拠

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）第 10 条、第 11 条及び第 63 条

(2) 目的

自立支援医療の取扱い及び自立支援医療に係る費用の請求等に関する指導を行い、自立支援医療の質の確保及び自立支援医療に係る費用の支給の適正化を図る。

2 日時及び場所

(1) 日時 年 月 日 () 時から 時まで

(2) 場所

3 指導職員 人（予定）

4 出席を求める者

5 準備すべき書類等

（担当）職・氏名

電話番号

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の实地指導の結果について

年 月 日に標記指導を実施したところ、おおむね良好に実施されていることが認められましたので、今後も適切に実施願います。

(担当) 職・氏名

電話番号

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の实地指導の結果について

年 月 日に標記指導を実施したところ、別表指摘事項については是正改善の必要がありますので、所要の措置を講ずるとともに、その結果を別表の是正改善欄に記載の上、年 月 日（ ）までに宛て提出願います。

(担当) 職・氏名

電話番号

別 表（医療機関名）

指摘事項	是正改善内容

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の自己点検の実施について（依頼）

につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このことについて、宮城県自立支援医療機関指導及び監査実施要綱第 5 条により実施しますので、御多忙のところ恐縮ですが、下記により 年 月 日（ ）までに 宛て で御回答願います。

記

（担当）職・氏名

電話番号

別紙様式第 4 - 1

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い) -	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
------------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (育成医療・更生医療：「病院・診療所」)

点検項目		根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条，法施行規則第 60 条	適切	不適切	
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がなく拒んでいないか。	○平成 18 厚告 65 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 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費 (育成医療・更生医療) 支給認定実施要綱	適切	不適切	
	(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。		適切	不適切	
	(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長等への申請 (具体的方針の変更が必要な医師の意見書を添付) の上で、市町村長等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。		適切	不適切	
	(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。		適切	概ね適切	不適切
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めたとき等、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。		適切	概ね適切	不適切
	(6) 指定自立支援医療受給者等が、市町村等から自立支援医療につき必要な証明書または意見書等の交付を求められた時は無償で交付しているか。		適切		不適切
	(7) 診療録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(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。		適切		不適切
3 人員体制，設備の 整備状況 「病院・診療所」	(1) 患者やその家族へ各種医療・福祉制度の紹介や説明，カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制整備をしているか，また，診断及び治療を行うに当たって，十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており，適切な標榜科を示しているか。	○平成 18 障精発第 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	適切	不適切	
	(2) 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が次の要件を満たしているか。 ①当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であるか。		適切	不適切	
	②それぞれの医療の種類の専門科目につき，適切な医療機関における研究，診療従事年数が，医籍又は歯科医籍登録後，通算して 5 年以上あるか。		適切	不適切	
	③その他，担当する医療の種類により別に定める要件を満たしているか。		適切	不適切	
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は，適正に行っているか。	○法第 58 条，法第 64 条，法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	適切	不適切	
	(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をしているか。		適切	不適切	
	(3) 医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切	不適切	

別紙様式第 4 - 2

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い) -	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
------------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (育成医療・更生医療：「指定訪問看護事業者等」)

点検項目		根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条, 法施行規則第 60 条	適切		不適切
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がなく拒んでいないか。	○平成 18 厚告 65 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 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費 (育成医療・更生医療) 支給認定実施要綱	適切		不適切
	(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で訪問看護しているか。		適切		不適切
	(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訪問看護しているか。		適切	概ね適切	不適切
	(4) 訪問看護の提供に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(5) 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。		適切		不適切
3 人員体制, 設備の整備状況 「病院・診療所」	(1) 適切な訪問看護等が行える事業者であるか。	○平成 18 障精発第 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	適切		不適切
	(2) そのために必要な人員を配置しているか。		適切		不適切
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。	○法第 58 条, 法第 64 条, 法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費機関 (育成医療・更生医療) 指定要領	適切		不適切
	(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をしているか。		適切		不適切
	(3) 事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切		不適切

別紙様式第 4 - 3

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い) -	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
------------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (育成医療・更生医療：「薬局」)

点検項目		根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条, 法施行規則第 60 条	適切		不適切
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。	○平成 18 厚告 65 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 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費 (育成医療・更生医療) 支給認定実施要綱	適切		不適切
	(2) 医療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。		適切		不適切
	(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。		適切	概ね適切	不適切
	(4) 調剤録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(5) 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。		適切		不適切
3 人員体制, 設備の整備状況 「病院・診療所」	(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。		適切		不適切
	(2) 通路, 待合室など, 身体障害に配慮した設備構造等を確保しているか。		適切	概ね適切	不適切
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は, 適正に行っているか。	○法第 58 条, 法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障 発 第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	適切		不適切
	(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をしているか。		適切		不適切
	(3) 薬局の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切		不適切

別紙様式第 4 - 4

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い) -	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
------------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (精神通院医療：「病院・診療所」)

点検項目		根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条，法施行規則第 60 条	適切		不適切
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がなく拒んでいないか。	○平成 18 厚告 66 指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程	適切		不適切
	(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。		適切		不適切
	(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診療しているか。		適切	概ね適切	不適切
	(4) 診療録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(5) 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。		適切		不適切
3 人員体制，設備の整備状況 「病院・診療所」	(1) 診断及び治療を行うに当たって，十分体制を有しており，適切な標榜科を示しているか。	○平成 18 障精発第 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(精神通院医療)指定要領	適切		不適切
	(2) 指定自立支援医療を主として担当する医師が次の要件を満たしている保険医療機関であるか。 ① 勤務している医師であること。 ② 精神医療についての診療従事年数が，医籍登録後，通算して 3 年以上あること。※		適切		不適切
			適切		不適切
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は，適正に行っているか。	○法第 58 条，法第 64 条，法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障 発 第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	適切		不適切
	(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をしているか。		適切		不適切
	(3) 医療機関の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切		不適切

※「精神医療」にはてんかん，高次脳機能障害（器質性精神障害），発達障害，認知症等の医療を含みます。

別紙様式第 4 - 5

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い)	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
-------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (精神通院医療：「指定訪問看護事業者等」)

点検項目			根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条，法施行規則第 60 条	適切		不適切
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がなく拒んでいないか。	○平成 18 厚告 66 指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程	適切		不適切
	(2)	医療受給者証が有効であることを確認した上で訪問看護しているか。		適切		不適切
	(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訪問看護しているか。		適切	概ね適切	不適切
	(4)	訪問看護の提供に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(5)	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。		適切		不適切
3 人員体制，設備の整備状況 「病院・診療所」	(1)	適切な訪問看護等が行える事業者であるか。	○平成 18 障精発第 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(精神通院医療)指定要領	適切		不適切
	(2)	そのために必要な人員を配置しているか。		適切		不適切
4 その他	(1)	自立支援医療費の請求は，適正に行っているか。	○法第 58 条，法第 64 条，法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	適切		不適切
	(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をしているか。		適切		不適切
	(3)	事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切		不適切

別紙様式第 4 - 6

締切： 年 月 日 ()

あて先 宮城県保健福祉部長 (障害福祉課扱い) -	件 名 自立支援医療機関の自己点検 表について (提出)	発信日 年 月 日 発信者 (医療機関・事業者名) (電話番号) (担当者名)
------------------------------------	------------------------------------	---

自己点検表 (精神通院医療：「薬局」)

点検項目		根拠法令 法：障害者総合支援法	点検結果 ※ 該当するものに○をつけてください。		
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。	○法第 61 条, 法施行規則第 60 条	適切		不適切
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。	○平成 18 厚告 66 指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 療養担当規程	適切		不適切
	(2) 医療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。		適切		不適切
	(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。		適切	概ね適切	不適切
	(4) 調剤録に必要な事項を記載しているか。		適切		不適切
	(5) 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。		適切		不適切
3 人員体制、設備の整備状況 「病院・診療所」	(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。	○平成 18 障精発第 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 (精神通院医療) 指定要領	適切		不適切
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。	○法第 58 条, 法第 64 条, 法第 68 条第 1 項第 4 号 ○平 18 障発第 0303002 号「自立支援医療費の支給認定について」 ○自立支援医療費支給認定通則実施要綱	適切		不適切
	(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をしているか。		適切		不適切
	(3) 薬局の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときの変更の届出は適正に行われているか。		適切		不適切

別紙様式第5

第 号
年 月 日

保健福祉部長 殿

所 属 長

指定自立支援医療機関の实地指導内容について（報告）

このことについて 年分は、下記のとおりです。

記

[illegible]

別紙様式第 6

第 号
年 月 日

各指定自立支援医療機関の長 殿

所 属 長

年度指定自立支援医療機関の实地検査について（通知）

このことについて、下記により実施しますので、関係職員の立会いについて御配慮
願います。

記

1 指導の根拠規定

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）第 66 条

2 日時及び場所

（1）日 時 年 月 日（ ） 時から

（2）場 所

3 検査者 人

4 立会者

5 準備すべき書類等

（担当）職・氏名

電話番号