

熊本市指定自立支援医療機関指導監査等実施要綱

制定 令和4年3月31日市長決裁

(目的)

第1条 この要綱は、熊本市が、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10条第1項及び第66条並びに第106条の規定に基づき熊本市が指定する指定自立支援医療機関（以下、「指定自立支援医療機関」という。）に対して行う質問、検査等による指導（以下「指導等」という。）及び監査等に関する基本的事項を定めることにより、自立支援医療の質の確保及び実施の適正化を図ることを目的とする。

(指導方針)

第2条 前条の目的を達するための指導等の方針は、指定自立支援医療機関又は指定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・更生医療及び精神通院医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65条及び第66号）その他の厚生労働省告示及び通知等自立支援医療について定める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事項について周知し、その取扱いを徹底させることとする。

(対象機関)

第3条 指導等の対象は、熊本市が指定した全ての指定自立支援医療機関とする。

(指導及び監査等)

第4条 指定自立支援医療機関に対する指導及び監査等は以下の方法による。

- (1) 書面による指導
- (2) 実地指導
- (3) 集団指導
- (4) 監査

2 前項の指導及び監査等の実施機関は障がい保健福祉課とする。また、指導及び監査等の実地にあたっては、関係各課の協力及び技術的助言を求めることができる。

(書面による指導)

第5条 書面による指導の方法は、次のとおりとする。

指定自立支援医療機関は種別に応じて「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検表（病院または診療所）」（様式第1-1号）、「指定自立支援医療機関（精神通院）自己点検表（病院または診療所）」（様式第1-2号）、「指定自立支援医療機関自己点検表（薬局）」（様式第2号）または「指定自立支援医療機関自己点検表（訪問看護）」（様式第3号）（以下「自己点検表」という。）により自己点検を行い、その結果、不相当と認められる場合は、改善策を「指定自立支援医療機関自己点検表改善方針」（様式第4号）により提出を求めるものとする。

2 自己点検表は、指定更新時に提出させることとする。

3 提出された自己点検表によって自立支援医療の実施状況を確認し、点検結果に応じた資料の送付等による指導を行う。

(実地指導)

第6条 前条に定める自己点検による確認の結果、自立支援医療の適切な実施に疑義がある等必要と認められる場合は、対象となる指定自立支援医療機関に対し実地指導を行う。

2 実地指導方法は、あらかじめ次に掲げる事項を文書により通知し、「主眼項目及び着眼点等」

(様式第5号)に基づき、関係書類の閲覧や関係者との面談等により点検・指導を行う。

- (1) 実地指導の根拠及び目的
 - (2) 実地指導の日時及び場所
 - (3) 指導を担当する者
 - (4) 出席者
 - (5) 準備する書類等
 - (6) 前各号に掲げるもののほか、その他指導の実施に関し必要な事項
- 3 指定自立支援医療機関に対する実地指導は、2名以上の班を編成して行うこととし、班長は主査級以上の職員とする。当該職員は、法施行規則第69条で定める身分を示す証明書として「障害者自立支援検査証」(様式第6号)を携帯し、かつ、関係人の請求のあるときは、これを提示しなければならない。また、指導を行った場合は、「指定自立支援医療機関実地指導調書」(様式第7号)を作成する。
- 4 実地指導の結果、改善を要すると認められた事項については、後日文書により指導内容の通知を行い、通知した日から30日以内に「指定自立支援医療機関実地指導改善報告書」(様式第8号)により書面で提出を求めるもの。
- 5 同条第1項の規定によるほか、その他市長が必要と認める場合には実地指導を行うことができるものとし、実地指導方法は、同条第2項から同条第4項のとおりとする。

(集団指導)

- 第7条 市長は、自立支援医療の制度改正等があった場合は、あらかじめ、指定自立支援医療機関に対して、集団指導の日時、指導を行う場所、指導内容その他指導の実地に関する必要な事項を文書により通知し、講習による集団指導を実施する。ただし、制度改正等が軽微なときは、書類の送付等によって行うことができる。
- 2 市長は、集団指導に参加しなかった指定自立支援医療機関に対し、当該集団指導に用いた資料を市のホームページへ掲載その他必要な方法により提供するよう努めるものとする。

(監査への変更)

- 第8条 市長は、実地指導の際に次の各号に掲げる状況を確認したときは、当該実地指導を中止し、直ちに第9条に規定する監査を行うことができるものとする。
- (1) 自立支援医療費に係る費用の請求に誤りが認められ、その内容が著しく不正な請求と認められるとき。
 - (2) 正当な理由がなく指定事業者等が実地指導に応じないとき。

(監査の目的)

- 第9条 監査は、第8条の各号に定める措置の対象となるものと認められる場合若しくはその疑いがあると認められる場合(以下「指定基準違反等」という。)において、その事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを目的とする。

(監査対象の決定)

- 第10条 監査は、次の各号に掲げる指定基準違反等の確認の必要があると認められる場合に行うものとする。
- (1) 以下の要確認情報があったとき。
 - ア 本市への通報、苦情又は相談に基づく情報
 - イ 本市以外の市町村等又は指定自立支援医療機関への通報、苦情又は相談に基づく情報
 - ウ 指定自立支援医療機関において、給付対象外の医療費又は薬剤を請求している等の情報

(2) 本市、本市以外の市町村等が実地指導で指定基準違反等を確認したとき。

(3) 正当な理由がなく指定事業者等が実地指導に応じないとき。

(監査方法等)

第11条 市長は、指定基準違反等の確認について必要があると認めるときは、指定自立支援医療機関に対し、報告若しくは帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該指定自立支援医療機関に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査を行うものとする。

2 監査結果の通知

監査の結果、改善勧告にいたらない軽微な改善を要すると認められた事項については、後日文書によってその旨の通知を行うとともに、当該指定自立支援医療機関に対して、文書で通知した事項について、文書により報告を求めるものとする。

(行政上の措置)

第12条 市長は、指定基準違反等が認められた場合には、障害者総合支援法第67条各項及び第68条に定める「勧告、命令等」、「指定の取消し等」の規定に基づき行政上の措置を行うものとする。

2 勧告、命令、指定取消等

(1) 勧告

指定自立支援医療機関に障害者総合支援法第61条又は第62条に定める指定基準違反の事実が確認された場合、当該指定自立支援医療機関に対し、期限を定めて、文書により基準を遵守すべきことを勧告することができ、これに従わなかったときは、その旨を公表することができる。また、当該指定自立支援医療機関は、勧告を受けた場合は期限内に文書により報告を行うものとする。

(2) 命令

指定自立支援医療機関に対し、期限を定めて、その勧告に係る措置をとるべきことを命令することができ、その旨を公示しなければならない。また、当該指定自立支援医療機関は、期限内に文書により報告を行うものとする。

(3) 指定の取消等

指定基準違反等の内容等が、障害者総合支援法第68条第1項各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定自立支援医療機関に係る指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（以下「指定の取消等」という。）ができる。

(4) 指定の取消等に伴う費用返還

前号に伴い、既に給付公費の返還の必要が生じた場合、市長は、国保連合会又は社会保険支払基金に対して、その自立支援給付の額に相当する金額の返還を求めるものとする。

4 聴聞等

監査の結果、当該指定自立支援医療機関が命令又は指定の取消等の処分に該当すると認められる場合は、監査後、取消処分等の予定者に対して、行政手続法(平成5年法律第88号)第13条第1項各号の規定に基づき聴聞又は弁明の機会の付与を行わなければならない。ただし、同条第2項各号のいずれかに該当するときは、これらの規定は、適用しない。

附 則

この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）自己点検表
（病院または診療所）

点検項目		点検結果
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。	適・否
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。	適・否
	(2) 自立支援医療費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・否
	(3) 自立支援医療費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・否
	(4) 受診者がやむを得ない事情により定められた診療時間に診療を受けることができない場合、便宜な時間を定めて診療しているか。	適・否
	(5) 支給認定の有効期間の延長が必要と認めたととき等、必要な手続きを受診者に勧奨する等必要な援助を行っているか。	適・否
	(6) 支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。	適・否
	(7) 診療録に必要な事項を記載しているか。	適・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。	適・否
3. 人員・体制、設備の整備状況	(1) 通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。 ※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2) 患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 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を有しており、適切な標榜科が示されているか。	適・否
	(3) 指定自立支援医療を主として担当する医師が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・否

4. その他	(1)	<p>自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費受給者証に明記されている「公費負担の対象となる障がい」の軽減に係る費用に限定しているか。 ・糖尿病、高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する治療や投薬を含めていないか。 <p>※風邪、アレルギーなどに対する治療や内服薬・外用薬（目薬、貼り薬など）を請求していないか。</p> <p>※免疫機能障害については、H I Vに起因するものを除く</p>	適・否
	(2)	<p>じん臓機能障害（透析）において、自立支援医療と特定疾病制度の併用者について、自立支援医療費の請求は適切であるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾病療養受給者証を確認しているか。 ・特定疾病併用者になり得る受診者で、更生医療のみ申請し、特定疾病療養受給者証を申請していない受診者に特定疾病制度の手続きをするよう案内しているか。 ・自立支援医療費の支給対象とならない部分まで請求していないか。（医療保険の高額療養費の自己負担限度額を超える額について、自立支援医療費として請求していないか） 	適・否
	(3)	<p>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。</p>	適・否
	(4)	<p>指定内容の変更（主たる医師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。</p>	適・否

※点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第4号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 :

所在地 :

開設者名 :

Ⓜ

自主点検実施日 : 年 月 日

指定自立支援医療機関（精神通院）自己点検表（病院または診療所）

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。	適・否
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。	適・否
	(2)	自立支援医療費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・否
	(3)	受診者がやむを得ない事情により定められた診療時間に診療を受けることができない場合、便宜な時間を定めて診療しているか。	適・否
	(4)	支給認定の有効期間の延長が必要と認めるとき等、必要な手続きを受診者に勧奨する等必要な援助を与えているか。	適・否
	(5)	診療録に必要な事項を記載しているか。	適・否
	(6)	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・否
3. 人員・体制、設備の整備状況	(1)	通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。 ※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2)	患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 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を有しており、適切な標榜料が示されているか。	適・否
4. その他	(1)	自立支援医療費の診療請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。 また、合併症の患者について、自立支援医療費で負担できないような疾病にまで請求を行っていないか。	適・否
	(2)	負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担額を徴収しているか、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・否
	(3)	指定内容の変更（主たる医師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	適・否

※ 点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第 4 号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 :

所在地 :

開設者名 :

Ⓜ

自主点検実施日 : 年 月 日

指定自立支援医療機関自己点検表（薬局）

点検項目		点検結果	
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。	適・否
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。	適・否
	(2)	自立支援医療費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・否
	(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・否
	(4)	支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。※精神通院を除く	適・否
	(5)	調剤録に必要な事項を記載しているか。	適・否
	(6)	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・否
3 人員・体制、 設備の整 備状況	(1)	通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。※商品棚などで通路をふさいだりしていないか。	適・否
	(2)	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るか。	適・否
4. その他	(1)	調剤録に基づいて自立支援医療費の請求が適切に行われているか。	適・否
	(2)-1	更生・ 育成 自立支援医療費受給者証に記載された「公費負担の対象となる障がい」の軽減に直接関係のある薬剤のみ請求しているか。 ※糖尿病・高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する投薬を含めていないか。 ※風邪、アレルギーなどに対する内服薬や外用薬（目薬、貼り薬など）を請求していないか。 ※免疫機能障害については、H I Vに起因するものを除く	適・否
	(2)-2	精神 通院 公費負担の対象となる障がいの軽減に関係のある薬剤のみ請求しているか。 ※糖尿病・高血圧等の基礎疾患、合併症等に対する投薬を含めていないか。	適・否
	(3)	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・否
	(4)	指定内容の変更（管理薬剤師や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	適・否

※ 点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式第 4 号へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 :

所在地 :

開設者名 :

㊞

自主点検実施日 : 年 月 日

指定自立支援医療機関自己点検表（訪問看護）

点検項目		点検結果
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。	適・否
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。	適・否
	(2) 自立支援医療費受給者証が有効であることを確認した上で訪問看護を行っているか。	適・否
	(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を行っているか。	適・否
	(4) 支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しているか。※精神通院を除く	適・否
	(5) 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。	適・否
	(6) 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・否
3. 人員体制等	(1) 訪問看護サービスの提供に必要な職種・人員を配置しているか。	適・否
4. 請求等	(1) 自立支援医療費の請求は、訪問看護の提供についての記録の記載に基づいて適正に行っているか。	適・否
	(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・否
	(3) 指定内容の変更（名称・所在地や開設者の変更等）、指定の更新等に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	適・否

※ 点検結果により、「否」に該当した項目については、改善方針を様式4へご記入ください。

上記のとおり相違ないことを報告します。

指定自立支援医療機関名 :

所在地 :

開設者名 :

Ⓜ

自主点検実施日 : 年 月 日

指定自立支援医療機関自己点検表改善方針

医療機関名		
所在地		
連絡先	電話	FAX
担当者		
不適切該当箇所		改善方針
例	第4その他—(7) 不適切理由 指定後管理薬剤師及び所在地の変更があったが、県知事への届出が漏れていた。	変更届を〇月〇日に行った。 今後、変更事項が生じた場合は、速やかに県知事に届け出る。また、届出の漏れがないよう職員等へ届出の周知を行う。
1		
2		
3		
4		

※ 指定自立支援医療機関に係る自己点検表の点検結果により、「否」に該当した項目について、今後の改善策を記入してください。

上記の通り報告します。

作成日 年 月 日

指定自立支援医療機関

所在地

開設者名：



主眼項目及び着眼点等

点検項目	着眼点	根拠法令
1. 療養担当 規程の遵守状況 ※印にあっては、 精神通院を除く	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。	・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61条（以下「法」という。）及び法施行規則第60条
	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年2月28日厚生労働省告示第65号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2月28日厚生労働省告示第66号指定自立支援医療機関（精神通院）療養担当規程 ・平成18年3月3日障発第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
	自立支援医療費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。	
	自立支援医療費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。具体的方針の変更が必要な場合は、市に申請のうえ変更の承認を受けて診療しているか。	
	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。	
	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。	
	指定自立支援医療を診療中の受診者、市町村等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。	
	診療録、薬剤録、訪問看護に関する諸記録等に必要な事項を記載しているか。	
	診療及び診療報酬の請求に関する帳簿等を5年間保存しているか。	
2. 人員・体制、 設備の整備状況	患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。	
	病院又は診療所について、適切な標榜科を示しているか。また、指定自立支援医療を主として担当する医師・歯科医師が常勤のもの（精神通院にあっては勤務している医師）であるか。	
	薬局について、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るか。	
	通路、待合室など、車椅子での動線が確保されているか。	
	指定訪問看護事業者等について、適切な訪問看護等が行える事業所であるか。そのために必要な職種・人員を配	

	置しているか。	
	担当する医師・管理薬剤師や名称・開設者の変更等その他厚生労働省令で定める事項の変更に係る手続きが、適正かつ速やかに行われているか。	
3. その他	自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法第 58 条、法第 64 条、法第 68 条第 1 項第 4 号 ・ 平成 18 年 3 月 3 日障発第 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
	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。	
	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。	

(表面)

障害者自立支援検査証		障保発第 _____ 号
	職 名	
(写真)	氏 名	
	生年月日	
	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九条及び第十条並びに第六十六条に定める当該職員であることを証する。	
	年 月 日交付	印
	熊本市長	

(裏面)

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 (抄)

(報告等)

第九条 (略)

2 前項の規定による質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(報告等)

第六十六条 都道府県知事は、自立支援医療の実施に関し必要があると認めるときは、指定自立支援医療機関若しくは指定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であった者（以下この項において「開設者であった者等」という。）に対し報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、指定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（開設者であった者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは指定自立支援医療機関について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第九条第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

3 指定自立支援医療機関が、正当な理由がなく、第一項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、都道府県知事は、当該指定自立支援医療機関に対する市町村等の自立支援医療費の支払を一時差し止めることを指示し、又は差し止めることができる。

1/3

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 (抄)

第八条 市町村（政令で定める医療に係る自立支援医療費の支給に関しては、都道府県とする。以下「市町村等」という。）は、（以下略）

2・3 (略)

(報告等)

第九条 市町村（政令で定める医療に係る自立支援医療費の支給に関しては、都道府県とする。以下「市町村等」という。）は、偽りその他不正の手段により自立支援給付を受けた者があるときは、その者から、その自立支援給付の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 前項の規定による質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第十条 市町村等は、自立支援給付に関し必要があると認めるときは、当該自立支援給付に係る障害福祉サービス、相談支援、自立支援医療、療養介護医療若しくは補装具の販売、貸与若しくは修理（以下「自立支援給付対象サービス等」という。）を行う者若しくはこれらを使用する者若しくはこれらのであった者に対し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該自立支援給付対象サービス等の事業を行う事業所若しくは施設に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 前条第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

2/3

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 (抄)

第一百五十五条 市町村等は、条例で、正当な理由なしに、第九条第一項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問若しくは第十一条の二第一項の規定により委託を受けた指定事務受託法人の職員の第九条第一項の規定による質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者に対し十万円以下の過料を科する規定を設けることができる。

2 市町村等は、条例で、正当な理由なしに、第十条第一項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問若しくは第十一条の二第一項の規定により委託を受けた指定事務受託法人の職員の第十条第一項の規定による質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者に対し十万円以下の過料を科する規定を設けることができる。

3 (略)

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令 (抄)

(法第八条第一項の政令で定める医療)

第三条 法第八条第一項の政令で定める医療は、精神通院医療とする。

注意 1 この検査証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。

2 この検査証は、職名の異動を生じ、又は不要となったときは、速やかに、返還しなければならない。

3/3

年度 指定自立支援医療機関実地指導調書

調書作成日： 年 月 日

1. 基本情報

事業種別	1. 病院または診療所 2. 薬局 3. 訪問看護ステーション
事業所名	
指導実施年月日及び期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所の担当者		市の担当者	
所属部署・役職	氏名	所属部署・役職	氏名

2. 指導・実施結果

改善を要する事項	参照条文	事業所からの質疑、要望等	備考
(現状)			
(問題点)			
(指示事項)			

※詳細に記載するとともに、関係資料（写し）を添付すること

指定自立支援医療機関実地指導改善報告書

1. 基本情報

事業種別	1. 病院または診療所 2. 薬局 3. 訪問看護ステーション
事業所名	
指導実施年月日及び期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所の担当者		市の担当者	
所属部署・役職	氏名	所属部署・役職	氏名

2. 指導事項の改善状況

指導事項	改善状況

※詳細に記載するとともに、関係資料（写し）を添付すること

上記の通り報告します。

報告書作成日 年 月 日

指定自立支援医療機関

所在地

開設者名：

Ⓔ