

# 「指定自立支援医療機関(精神通院医療)」 の新規申請手続きについて

## 1. 趣旨

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(以下「障害者総合支援法」という。)に基づく自立支援医療(精神通院医療)は、精神疾患により継続的な通院による精神療法や薬物療法を受けている方を対象としており、自立支援医療制度を行う医療機関・薬局は、あらかじめ予定された医療であること、質の高い医療を確保することなどから、指定制度となっています。

指定業務は医療機関の所在地の都道府県または政令指定都市が行いますので、申請書を提出してください。

## 2. 指定の要件について

指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定を受けるためには、以下の要件があります。

### 病院又は診療所

◆保険医療機関であり、精神医療について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、適切な標榜科が示されていること。

◆自立支援医療を主として担当する医師が、当該医療機関に勤務(非常勤を含む。)している医師であり、かつ、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。

### <ポイント>

★標榜科は精神医療に関する科目に限定するものでなく、それ以外の標榜科であっても指定は可能です。

★標榜科に精神科等が含まれない場合には、主に担当する医師の経歴書において

①いつ、どこで、精神医療に携わってきたのか、

②現在、治療に携わっている主な精神疾患と治療内容

について、具体的に記入して下さい。

★精神医療の診療従事年数には、「てんかん」の診療を含み、また、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含まれます。

### 薬局

#### <共通事項について>

◆保険調剤薬局であること。

◆複数の医療機関からの処方箋を受け付けていること。

◆十分な(概ね2年以上の経験)調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

#### <新規に開局する薬局について>

◆管理者(管理薬剤師)が、過去に他の指定自立支援医療機関で、管理者(管理薬剤師)としての経験を有していること。

◆十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること(管理者(管理薬剤師)以外に配置されていることが望ましいですが、管理者が兼ねても差し支えありません。)

※指定医療機関申請月に開局した薬局については、新規に開局した薬局とみなします。

**例**

6月1日に開局した薬局で、管理薬剤師が過去に他の自立支援医療機関での管理薬剤師としての経験がない場合

5月20日までに申請して6月1日指定→不可

6月20日までに申請して7月1日指定→不可

7月20日までに申請して8月1日指定→可

**訪問看護ステーション**

◆適切な訪問看護が行える事業所であること。

◆健康保険法(大正11年法律第70号)に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する指定居宅サービス事業者であり、必要な職員を配置していること。

**3. 指定自立支援医療機関の義務等について(抜粋)**

障害者総合支援法及び同法施行規則に基づき、指定自立支援医療機関には、次の事項が定められています。

更新※ (法第60条)	有効期間は6年間。 更新申請が必要です。
責務 (法第61条)	指定医療機関は、良質かつ適切な自立支援医療を行うよう努めなければならない。
変更※ (法第64条)	医療機関の名称・所在地等が変更になったときは、速やかに横浜市へ届け出なければならない(横浜市では、変更から10日以内の届出とする)。
辞退※ (法第65条)	指定医療機関は、1か月以上の予告期間を設ければ、指定を辞退することができ、その場合はその旨を横浜市へ申し出なければならない。
報告 (法第66条)	横浜市から報告、文書その他の提出・提示等を求められたときは、指定医療機関は速やかに応じなければならない。
勧告・命令 (法第67条)	横浜市は指定医療機関に対し、運営に関する基準・規定を遵守すべきこと等を勧告・命令することができる。
取り消し (法第68条)	指定医療機関が重ねて勧告を受けた、医療費の不正請求・命令違反が認められた等の場合、横浜市は指定を取り消すことができる。
休止・廃止・再開※ (施行規則第63条)	指定医療機関は、当該医療機関の業務を休止し、廃止し、または再開したときは、速やかに横浜市へ届け出なければならない(横浜市では休止・廃止・再開から10日以内の届出とする)。

※届出・申出の様式については「横浜市指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請等事務取扱要領」に定められています。

## 4. 申請手続きに必要なもの

### 病院又は診療所

- ・指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第1号様式)
- ・自立支援医療(精神通院医療)を主として担当する医師の経歴書(任意様式でも可)
- ・自立支援医療(精神通院医療)を主として担当する医師の医師免許の写し(A4サイズにしてください)

### 薬局

- ・指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第2号様式)
- ・管理薬剤師の経歴書(任意様式でも可)
- ・管理薬剤師の薬剤師免許の写し(A4サイズにしてください)

### 訪問看護ステーション

- ・指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第3号様式)
- ・健康保険法又は介護保険法の規定による訪問看護ステーション指定通知書の写し

※各様式の記入要領については「7. 各種様式記入要領」をご覧ください。

## 5. 申請書類の提出先

〒231-0005 横浜市中区本町2丁目 22 番地 京阪横浜ビル 10 階  
横浜市健康福祉局こころの健康相談センター 自立支援医療(精神通院医療)担当 宛  
電話 045-671-2415

※原則郵便での提出をお願いします。控えの返送をご希望の場合は返信用封筒を同封してください。

## 6. 申請手続きの流れ

**毎月 20 日**(土日祝日の場合はその前日)までにこころの健康相談センターに届いた申請書類について、市で審査を行い、問題がなければ**翌月 1 日付**で指定となります。指定となった医療機関には決定通知書を送付し、横浜市のホームページ上で公示を行います。(要件を満たさない等の問題があった場合は翌月 1 日指定が難しい場合もあります。)

## 7. 各種様式記入要領

### 病院又は診療所

#### (1)「指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第1号様式)」について

- ・医療機関の名称は正式名称を記載してください。
- ・標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目だけ記入してください。

・保険医療機関コードが未定の場合は空欄で提出し、決まり次第電話等でご連絡ください。

## (2)「経歴書」について

・主として担当する医師が複数いる場合には、いずれか1名について記載してください。

・医師免許の取得時期、免許番号を明記し、医師免許証の写しを添付してください。(A4サイズに縮小をお願いします。)

・これまでに勤務した病院、診療所等については、診療科目等の名称まで記載してください。

(例:〇〇医科大学△△科教室、〇〇病院△△科)

・これまでに勤務した病院等の診療科が精神科でなかった場合や、現在勤務している医療機関の標榜科目に精神科がない場合には、診療に携わっている主な精神疾患と診療従事年数を記載してください。

(例:平成×年から、主に「てんかん」や「神経症」の診療を行っている。)

※指定要件の1つが「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」であるため、それがわかるように経歴書に記載をお願いします。(精神医療の診療従事年数には、「てんかん」の診療を含み、また、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含まれます。)

## 薬局

### (1)「指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第2号様式)」について

・保険薬局の名称は省略せずに必ず正式な名称を記入すること。

(例) 有限会社 〇〇薬局

・複数の薬剤師が勤務する場合は、管理薬剤師の氏名等を記入すること。

(なお、申請した薬剤師が退職等した場合には、変更の届出が必要になる。)

・保険医療機関コードが未定の場合は空欄で提出し、決まり次第速やかに報告すること。

### (2) 薬剤師の略歴(別紙:経歴書)について

・薬剤師免許の写しを添付すること。(A4サイズでお願いします。)

・最終学歴は「〇〇大学〇〇学科卒業」のように学科名等まで記入すること。

・薬剤師免許取得年月を必ず職歴欄に記入すること。

・できるだけ具体的な病院名、薬局名(支店名)を記入すること。

(複数の薬局を経営する会社の場合でも、「〇年〇月 ××会社△△に入社」ではなく、実際に勤務した(している)薬局名を記載すること。)

・薬剤師として従事した勤務暦の年数が分かるように記載すること。

(例「〇年〇月～〇年〇月 ××会社△△店(薬剤師として従事)」と記載)。

・主な職歴には、学校薬剤師や薬剤師会の役員等の経歴がある場合は、その経歴も併せて記入すること。

・新規に開局する薬局の場合は、管理者(管理薬剤師)が過去に勤務した自立支援医療機関について、年数及び名称等を具体的に記載すること。

それ以外の勤務実績と重なる記載事項は「同上」等と省略して差し支えない。

## 訪問看護ステーション

### (1)「指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(第3号様式)」について

・「訪問看護ステーション等」の名称は省略せずに正式な名称を記入すること。

・保険医療機関コードが未定の場合は空欄で提出し、決まり次第速やかに報告すること。

## (2)その他

- ・職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに、常勤換算数で記載すること。
- ・健康保険法又は介護保険法の規定による指定通知書(いずれか一方)の写を添付すること。(申請書提出時に指定通知書の添付が難しい場合は付箋等にその旨と指定予定日を記載してください。)

## 8. 誓約項目

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3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)に該当しないことを誓約すること。

### 1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

#### (1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

#### (2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

### 5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

### 6 第9号関係

申請者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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

### 7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

<記入例>

第2号様式

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書  
（薬局）

保険薬局	ふりがな 名称	かぶしきがいしゃ△△やつきよく□□てん 株式会社△△薬局□□店					
	所在地	〒000-0000 横浜市○○区○○1-2-3					
	電話番号	045-123-4567					
	保険医療機関コード	1	2	3	4	5	6
開設者	住所	横浜市□□区□□4-5-6					
	氏名又は名称	株式会社△△ 横浜 一郎					
	生年月日	昭和○年○月○日	職名	代表取締役			
薬剤師の氏名	鈴木 洋子			略歴	(別紙1)		
<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（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p><u>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</u></p> <p>令和 4年 4 月 1 日</p> <p>横浜市 長</p> <p>開設者 住所 横浜市□□区□□4-5-6 氏名又は名称 株式会社△△ 代表取締役 横浜 一郎</p>							

(別紙1)

経 歴 書

学 位	薬学士	ふりがな	すずき ようこ	生年月日	S43年1月1日
		氏 名	鈴木 洋子		
現 住 所	横浜市中区港町1-1				
最 終 学 歴	〇〇大学薬学部薬学科卒業				
( 主 な 職 歴 )					
期 間 年 月～年 月	職 歴				
S63年4月～H5年3月	〇〇病院内薬局				
H5年4月～H8年7月	△△薬局□□店				
H8年8月～H20年3月	△△薬局△△店				
H20年4月～	株式会社△△薬局□□店				
H16年4月～	〇〇小学校 学校薬剤師				
(薬剤師免許取得日) S63年1月	薬剤師免許取得 (1234567号)				

※ 新規開設薬局の場合、過去に管理者(管理薬剤師)として勤務した自立支援医療機関について、次の欄に具体的に記載してください。

	自立支援医療機関名	所在地
期 間 H19年4月～H20年3月	△△薬局□□店	横浜市〇区△町1-5
年 月～年 月		

※ 記載枠が不足する場合は、適宜、別紙に記載してください。