

I 医師の指定

医師の指定について

1 指定の要件について

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定については、札幌市地方社会福祉審議会（以下「審議会」という。）に諮問のうえ決定しておりますが、審査にあたっての指定要件は次のとおりです。

- (1) 医師免許証を取得後5年以上の臨床経験を有すること。
- (2) 担当する医療の種類（障害種別）及び担当科目について、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知に基づく指定基準に合致すること。

なお、これに定めのない診療科目について申請があった場合、審議会において特に必要と認められたものについて指定することがあります。

2 指定申請について

申請に当たっては、次の書類を札幌市長（所管：障がい保健福祉部障がい福祉課）まで提出してください。

- (1) 身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定申請書
- (2) 同意書
- (3) 経歴書
- (4) 医師免許証（写）

(※注)北海道知事から指定を受けた後、札幌市内の医療機関に勤務先を変更した場合は、下記4の従業場所変更届を提出してください。

3 担当する医療の種類の変更について

すでに指定を受けた医療の種類に加えて、他の医療の種類についても担当するときは、前記2の指定申請と同様の申請が必要です。

4 従業場所変更届について

指定を受けた後、勤務する医療機関を変更した場合は、従業場所変更届を提出してください。

なお、北海道知事から指定を受けた後、札幌市内の医療機関に勤務先を変更した方については、併せて次の書類を提出してください。

- (1) 経歴書
- (2) 医師免許証（写）

5 その他

指定申請書及び従業場所変更届等については、札幌市役所のホームページの申請書ダウンロードサービス (<http://www3.city.sapporo.jp/download/shinsei/>) からダウンロードすることができますので、ご活用ください。

○身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する 取扱いについて

(平成 21 年 12 月 24 日)

(障発 1224 第 3 号)

(各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害
保健福祉部長通知)

標記については、身体障害者福祉法(昭和 24 年法律第 283 号。以下「法」という。)及び関係法令等に基づき実施されているところであるが、この実施に当たっての取扱いを下記のとおり定め、平成 22 年 4 月 1 日より適用することとしたので、ご了知の上、その取扱いにつき遺憾なきようお願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言(ガイドライン)として位置づけられるものである。

また、「身体障害者福祉法施行細則準則について」(平成 5 年 3 月 31 日社援更第 112 号厚生省社会・援護局長通知)及び「身体障害者福祉法第 15 条第 2 項の規定による医師の指定基準について」(平成 12 年 3 月 31 日障第 275 号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)は、平成 22 年 3 月 31 日をもって廃止する。

記

第一 身体障害者手帳の交付手続き

1 交付申請

- (1) 身体障害者手帳の交付を受けようとする者は、障害の種別ごとに法第 15 条第 1 項に規定する医師の診断書及び同条第 3 項に規定する意見書(以下「診断書・意見書」という。)を添えて、その居住地(居住地を有しないときは、その現在地。)の都道府県知事(地方自治法第 252 条の 19 第 1 項に規定する指定都市及び同法第 252 条の 22 第 1 項に規定する中核市にあっては、その長とする。以下同じ。)に対して申請する。
- (2) 診断書・意見書は、様式第 1 のとおりとする。

2 障害の認定

- (1) 都道府県知事は、申請時に提出された診断書・意見書に疑義又は不明な点がある場合は、必要に応じて、診断書・意見書を作成した医師に対して申請者の障害の状況につき照会するものとする。
- (2) 都道府県知事は、(1)によっても、なお申請者の障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるとき又は身体障害者福祉法施行規則(昭和 25 年厚生省令第 15 号。以下「規則」という。)別表第 5 号身体障害者障害程度等級表(以下「等級表」という。)のいずれに該当するか不明なときは、必要に応じて、再検査、追加検査又は別の指定医による診断等を受けるよう指導することができるものとする。
- (3) 都道府県知事は、(1)及び(2)によっても、なお申請者の障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるとき又は等級表のいずれに該当するか不明なときは、身体障害者福祉法施行令(昭和 25 年政令第 78 号。以下「令」という。)第 5 条の規定に準じて、地方社会福祉審議会に諮問するものとする。

(4) 令第5条及び(3)による審査の結果、申請者の障害が法別表及び等級表に掲げるものに該当しないと認めるときは、法第15条第5項の規定により様式第2の却下決定通知書により通知するものとする。

3 居住地等の変更

(1) 令第9条第2項及び第4項の規定による居住地等の変更の届け出は、様式第3の身体障害者居住地等変更届書によるものとする。

(2) 令第9条第6項の規定による通知は、様式第4の身体障害者居住地等変更通知書によるものとする。

4 再交付申請等

(1) 規則第7条第1項及び第8条第1項の規定による申請は、様式第5の身体障害者手帳再交付申請書によるものとする。

(2) 令第12条並びに規則第7条第2項及び第8条第2項の規定による身体障害者手帳を返還は、様式第6の身体障害者返還届によるものとする。

5 保健所長への通知

令第8条第2項及び第11条の規定による保健所長への通知は、様式第7の身体障害者交付・記載事項変更通知書によるものとする。

6 身体障害者の死亡の通知

令第12条第2項の規定による通知は、様式第8の身体障害者死亡通知書によるものとする。

第二 法第15条第1項に基づく医師の指定

1 指定手続き等

(1) 法第15条第1項の規定により都道府県知事が定める医師は、障害の種別ごとに指定するものとする。また、指定を受けた医師は、指定を受けた障害の種別について診断書・意見書を作成するものとする。

(2) 令第3条の規定による同意は書面によるものとし、その様式は、様式第9の同意書によるものとする。

(3) 都道府県知事は、法第15条第1項の規定により医師を指定し、又はその指定を取り消したときは、その旨を告示するものとする。

(4) 法第15条第1項の規定により指定を受けた医師は、その旨を標示し、見やすい場所に掲示するものとする。

2 指定基準等

(1) 都道府県知事が法第15条第1項に規定する医師を指定する場合には、視覚障害、聴覚若しくは平衡機能障害、音声、言語若しくはそしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう若しくは直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害又は肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名を標榜している病院又は診療所において診療に従事し、かつ、その診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うものとする。

(2) (1)に掲げる医療に関係のある診療科名は、医療法施行令(昭和23年政令第326号)第3条の2に規定される診療科とする。参考として、(1)に掲げる医療に関係のある診療科名及び留意点を例示すると、概ね別紙のとおりである。

ただし、平成20年3月31日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き標榜することが認められていることに留意されたい。

(3) 法第15条第2項の規定に従い、都道府県知事が医師の指定に当たって地方社会福祉審議会の意見を聴く際には、以下の事項について十分に審査を行い、指定医師の専門性の確保に努めるものとする。

ア 医籍登録日

イ 担当しようとする障害分野

ウ 当該医師の職歴

エ 当該医師の主たる研究歴と業績

オ その他必要と認める事項

別紙

(1) 視覚障害の医療に関係のある診療科名

眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科

注) 眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。

(2) 聴覚障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科

注) 耳鼻科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。

(3) 平衡機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科

(4) 音声、言語機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科

(5) そしゃく機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科

(6) 肢体不自由の医療に関係のある診療科名

整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科

(7) 心臓機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

- (8) じん臓機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科
- (9) 呼吸器機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- (10) ぼうこう又は直腸機能障害の医療に関係のある診療科名
泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科(婦人科)
- (11) 小腸機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科
- (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科
注) エイズ治療拠点病院での従事経験があることが望ましい。
- (13) 肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

様式 略

○身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法施行上の 疑義について

(昭和 40 年 2 月 18 日)

(社更発第 51 号)

(各都道府県知事・各指定都市民生主管部（局）長あて厚生省社会局更生課長
通知)

〔沿革〕 平成 11 年 3 月 31 日障第 216 号改正

標記について、徳島県厚生労働部長等から照会があつたが、別紙のとおり取り扱うことが適当であるのでご了知のうえ、身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法の運用に遺憾のないようにされたい。

なお、照会のあつた 3 県については、この通知をもつて回答にかえるので、あわせてご了知ありたい。

別紙

照会	回答
1 身体障害者手帳交付申請書に添付すべき診断書は、他府県の指定医の作成したものでもよいか。 なお、指定医であるか否かの確認は、いかにすべきか。 (昭和 39 年厚生第 2,996 号による徳島県厚生労働部長の照会)	照会に係る診断書については、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定により都道府県知事が定めた医師（以下「指定医」という。）の診断書であればよく、必ずしも当該申請者の居住地の都道府県の指定医の診断書であることを要しないものである。 なお、指定医であるか否かの確認は行政庁の側において行うものとされたい。
2 略	

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市長

所在地
(医療機関) 名称
病院長名

印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による
医師の指定申請書

このことについて、下記のとおり申請いたします。

記

1 指定申請医師

- (1) 氏 名
- (2) 診療科目名

2 担当しようとする医療の種類 (番号に○を付すこと。)

- (1) 視覚障害
- (2) 聴覚障害
- (3) 平衡機能障害
- (4) 音声、言語障害
- (5) そしゃく機能障害
- (6) 肢体不自由
- (7) 心臓機能障害
- (8) じん臓機能障害
- (9) 呼吸器機能障害
- (10) ぼうこう又は直腸機能障害
- (11) 小腸機能障害
- (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
- (13) 肝臓機能障害

3 添付書類

- ①指定申請者の同意書
- ②経歴書
- ③医師免許証 (写)

記載例

(あて先) 札幌市長

平成 年 月 日
記載した日付を記入

所在地 札幌市中央区北1条西2丁目
(医療機関) 名称 ○○病院
病院長名 ○○ ○○ 印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による
医師の指定申請書

医療機関名及び病院長名を
記載の上押印してください。

このことについて、下記のとおり申請いたします。

1 指定申請医師

(1) 氏 名 □□ □□□

(2) 診療科目名 内科

記

指定を受けようとする医師名
及び診療科目を記載

2 担当しようとする医療の種類 (番号に○を付すこと。)

- | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|
| (1) 視覚障害 | (2) 聴覚障害 | (3) 平衡機能障害 |
| (4) 音声、言語障害 | (5) そしゃく機能障害 | (6) 肢体不自由 |
| ⑦ 心臓機能障害 | ⑧ じん臓機能障害 | (9) 呼吸器機能障害 |
| (10) ぼうこう又は直腸機能障害 | (11) 小腸機能障害 | |
| (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害 | (13) 肝臓機能障害 | |

指定を受ける医療の種類を記載。
診療科目との関連については
通知を参照ください。

3 添付書類

- ① 指定申請者の同意書
- ② 経歴書
- ③ 医師免許証 (写)

同意書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目	

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として指定されることに同意します。

平成 年 月 日

医療機関開設者

住所

氏名

印

指定申請医師

氏名

印

指定医従業場所変更届

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市長

住 所
(指定医師)
氏 名

印

下記のとおり、従業場所を変更しましたので、札幌市身体障害者福祉法施行
細則第4条第1項の規定により届出いたします。

記

1 診療科目

2 担当する医療の種類 (番号に○を付すこと。)

- | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|
| (1) 視覚障害 | (2) 聴覚障害 | (3) 平衡機能障害 |
| (4) 音声、言語障害 | (5) そしゃく機能障害 | (6) 肢体不自由 |
| (7) 心臓機能障害 | (8) じん臓機能障害 | (9) 呼吸器機能障害 |
| (10) ぼうこう又は直腸機能障害 | (11) 小腸機能障害 | |
| (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害 | (13) 肝臓機能障害 | |

3 旧従業場所

所 在 地

医療機関名

4 新従業場所

所 在 地

医療機関名

TEL

5 変更年月日

平成 年 月 日