

参 考 资 料

身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師

1 指定医師

身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師は、身体に障害のある者を診察し、身体障害者診断書・意見書を作成する医師である。

医師の指定は、15条指定医の業務が専門性を有することから、指定にあたって、知事が県社会福祉審議会の意見を徴し、行うこととなっている。(一定の経験年数が必要)

2 指定医師の申請

指定を希望する医師は、申出書を記載のうえ、同意書、履歴書及び医師免許状の写しを添付し、山梨県福祉保健部障害福祉課へ提出すること。(P141～142)

3 医師の指定

医師の担当する障害は、その者が主として標ぼうし、かつ、それに関して相当の学識経験を有する診療科に関係のある障害とする。

厚生労働省では、各障害に関係する診療科名及び留意点を参考として、次のとおり例示している。

| 障害の区分 | 左に関係のある診療科名 |
|-----------------------|--|
| 視覚障害 | 眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科(注1) |
| 聴覚障害 | 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2) |
| 平衡機能障害 | 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 |
| 音声・言語機能障害 | 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 |
| そしゃく機能障害 | 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 |
| 肢体不自由 | 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 |
| 心臓機能障害 | 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 |
| じん臓機能障害 | 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 |
| 呼吸器機能障害 | 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 |
| ぼうこう又は直腸機能障害 | 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) |
| 小腸機能障害 | 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 |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害 | 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3) |
| 肝臓機能障害 | 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 |

(注1) 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。
 (注2) 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。
 (注3) エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。

4 指定医師の届出について

指定医師に下記の事由が生じた場合には、県知事に届け出ることとしており、その様式は次のとおりである。

1 身体障害者福祉法に基づく指定医師異動届 (P143)

- (1) 指定医師の勤務先が変更となった場合
- (2) 指定医師が新規に開業した場合
- (3) 指定医師の属する医療機関の名称及び所在地が変更となった場合
- (4) 指定医の氏名が変更となった場合

2 身体障害者福祉法第 15 条指定医師の辞退届 (P144)

- (1) 指定医師が指定を辞退する場合
- (2) 指定医師が県外に転出する場合

医師の指定については、都道府県、政令指定都市、中核市単位で行うこととなっているので、転出先の都道府県知事又は指定都市、中核市の市長あて新たに申請することとし、辞退届を提出することになる。

第1号様式（第2条関係）

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

氏 名 印

医 師 指 定 申 出 書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、山梨県身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により申し出ます。

| | |
|---------------------|--|
| 診療に従事する 医療機関名 | |
| 診療に従事する 医療機関の所在地 | |
| 担当する診療科目 | |
| 診察する障害の 種 類 | 肢体・視覚・聴覚又は平衡・音声言語又はそしやく・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓 |

注 次の書類を添付すること。

- 1 履歴書
- 2 医師免許の写し
- 3 医療機関の同意書

様式第1号

同 意 書

医師氏名

医療機関名
及び所在地

担当診療科

上記の者が、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
同意する。

平成 年 月 日

医療機関の長

(印)

※注 指定申出医師と医療機関の長とが同一人物の場合も、申出書に添付してください。

身体障害者福祉法に基づく指定医師異動届

年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

提出者

氏 名

印

次のとおり指定医師に異動が生じたので、届け出ます。

| | | | |
|-------------|---------------------------------|-----------|-------|
| 指 定 医 師 氏 名 | | 指 定 年 月 日 | 年 月 日 |
| 診 療 担 当 科 名 | | 異 動 年 月 日 | 年 月 日 |
| 異 動 理 由 | 氏名変更 医療機関変更 退職・廃業 死亡 その他 () | | |
| 氏 名 | 異 動 前 | | |
| | 異 動 後 | | |
| 医 療 機 関 名 称 | 異 動 前 | | |
| | 異 動 後 | | |
| 医 療 機 関 住 所 | 異 動 前 | | |
| | 異 動 後 | | |
| 備 考 | | | |

(記載上の注意)

- ・ 異動理由欄には、該当個所に○印を付与してください。「その他」欄に該当する場合には、カッコ内に具体的異動理由を記載してください。
- ・ 山梨県以外の地域への勤務地の異動、退職・廃業又は死亡の場合には、原則として、山梨県指定医師名簿から削除しますので、ご了承ください。

様式第4号

身体障害者福祉法に基づく指定医師辞退届

年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

氏 名 印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定により山梨県知事から指定された指定医師を辞退したので、届け出ます。

- 1 医療機関名及びその住所
- 2 診療担当科名
- 3 辞退年月日
- 4 辞退理由

事務局からの依頼について

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師の皆様におかれましては、日頃より適切な診断書の作成に御努力いただいておりますことに、心より感謝申し上げます。

本書の終わりにあたり、実際に手帳申請の審査を行っている事務局として、指定医師の皆様特に御留意いただきたい点につきまして次のとおり整理しましたので、御確認いただき、引き続き適切な診断書の作成に御協力いただきますようお願い申し上げます。

1 手帳交付の適否、等級の判定は、指定医師が作成する診断書に基づいて行います。

このため、診断書に未記載箇所等があった場合、改めて診断書作成医師に照会を行う必要等が生じ、通常の手帳交付に要する時間以上に時間を要することとなります。

このようなことを避けるためにも、診断書の作成にあたっては、本書や関係通知等に基づき、必要事項の未記載等がないよう御留意願います。

特に、診断書総括表の医師の確認箇所につきましては、必ず日付を記載するとともに、押印を行うようお願い致します。

2 手帳申請に係わる診断書の有効期間につきましては、手帳の交付を行う場合の障害認定を現在の身体状況に基づき判断する必要があるため、概ね 3 ヶ月を目安とする取扱いとしております。

このため診断書の交付にあたっては、手帳の申請を希望する方にその旨をお話いただき、その方が診断書交付後速やかに申請を行うよう御指導いただきたくお願い申し上げます。

また、特に身体障害者手帳の交付を希望する方が更生医療の利用についても希望している場合につきましては、その方が身体障害認定基準に該当すると診断された場合、速やかに申請していただきますよう重ねて御指導、御協力をお願い致します。