

Ⅸ 指定医師認定基準及び申請等様式

○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

（中略）

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

医師の指定基準

- 1 大学医学部又はこれと同等程度の機関において、専門的な臨床研修歴が少なくとも満5年以上を経ていることが望ましいこととする。なお、新医師臨床研修制度の期間はこれを専門的臨床研修歴に含めない。
ただし、地域差を考慮してこれに該当しない者でも指定することができる。

- 2 設備として次のものを最小限度必要とする。

- ① 心臓関係

- ア レントゲン装置（写真は2 m撮影のものによる）
- イ 心電計一式 直記式
- ウ 心電図検査負荷台又はトレッドミル検査装置又は自転車エルゴメーター
- エ マスター階段（運動負荷量の測定階段）又はトレッドミル検査装置又は自転車エルゴメーター

- ② 呼吸器関係

- ア レントゲン装置（写真は2 m撮影のものによる）
- イ 肺機能検査装置（一秒率を測定する機械器具一式）

※ 平成12年9月5日熊本市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会
審査部会承認

※ 平成19年5月1日熊本市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会
審査部会承認

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定申請

【提出書類】

- 1 申請書（別紙様式 1 号）
- 2 経歴書（別紙様式 2 号）
- 3 診断に必要な設備の概要（別紙様式 3 号）
- 4 同意書（細則第 5 条に規定するもの）
- 5 その他必要と認めるもの

(申請書様式)

平成 年 月 日

熊 本 市 長 様

申出者氏名

㊞

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する

医師の指定について（申出）

このことについて、関係書類を添えて、下記のとおり申し出ます。

記

1 医 療 機 関 の 名 称

2 医 療 機 関 の 所 在 地

（郵便番号）

（所在地）

（電話番号）

3 指定を受ける診療科目

4 指定を受ける医師の氏名

（医籍登録番号・登録年月日）

5 担当しようとする障害分野（種別）

注 1 「3 指定を受ける診療科目」および「5 担当しようとする障害分野（種別）」には、主として
標榜し、かつ相当の学識経験のある診療科（原則として単一科目）および当該障害分野（種別）を
別紙より指定してください。

注 2 指定審査について、2 ヶ月ごとに実施しており、事務処理の都合上、偶数月の末日を締め切
りとしております。

経 歴 書

ふ り が な 氏 名	⑩ (生年月日 年 月 日)	
本 籍 (都道府県名)	都道府県	
現 住 所		
所 属		
学 会 名		
学 位		
年 月 日	経 歴	期 間

年 月 日	経 歴	期 間

(注) 「経歴」欄には、勤務先における身分（たとえば医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。なお、師事した指導者の氏名、学位論文名等も併せて記入のこと。

診断に必要な設備の概要

品 名	数 量

同意書

下記のとおり、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。

記

医師の氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
指定を受ける診療科名	
担当障害分野	

平成 年 月 日

医療機関開設者

⑩

医 師

⑩

熊 本 市 長 様

(変動届様式)

身体障害者福祉法第15条第1項に

規定する医師の変動届

下記のとおり変動があったので届け出ます。

記

医師の氏名		フリガナ
指定年月日		
指定診療科目		
担当障害分野		
旧医療機関	名称	
	所在地	
新医療機関	名称	
	所在地	(〒 -)
変更年月日		

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

熊 本 市 長 様

注) 熊本市内での変動については、この変動届様式を用い、熊本市外へ転出する場合は辞退届を提出すること。

(辞退届様式)

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に
規定する医師の辞退届

下記のとおり、身体障害者福祉法 15 条第 1 項に規定する指定を辞退したいので、届け出ます。

医師の氏名		
医療機関	名称	
	所在地	
指定年月日		
辞退予定年月日		
辞退する診療科目		
辞退する担当障害分野		
辞退する理由		

平成 年 月 日

医療機関開設者

印

医 師

印

熊 本 市 長 様

注) 熊本市外に転出する場合には、この辞退届を提出してください。