

第4章 身体障害者福祉法第15条第1項指定医師

第 4 章 身体障害者福祉法第15条第 1 項指定医師

1 指定医師

身体障害者福祉法第15条第1項に規定される指定医師は、身体に障害のある者に対し、障害程度等級決定の根拠となる診断書を作成する医師です。

医師の指定は、市長が市社会福祉審議会の意見を聞いて行うこととなっています。

※ 「さいたま市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審査基準要領」の規定による審査基準

- (1) 市内において開業し、又は病院もしくは診療所において勤務する医師で、原則として、病院又は診療所において、下記に掲げる各障害の医療に関係のある診療科の診療に5年以上専ら従事している者。

なお、大学又はそれに準じる病院(医師法第16条の2の規定による臨床研修を行う病院等)の当該診療科で5年以上の臨床経験年数を有する者が望ましい。

- (2) 身体障害者の福祉に理解を有し、かつ、指定を受ける障害区分についての研究業績又は診療実績を有していること。

障害区分	診 療 科 名
視覚障害	眼科
聴覚障害	耳鼻咽喉科
平衡機能障害	耳鼻咽喉科、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	耳鼻咽喉科、気管食道科、神経内科、リハビリテーション科、脳神経外科、内科、形成外科
そしゃく機能障害	耳鼻咽喉科、気管食道科、神経内科、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、内科、小児科、呼吸器科、神経科、リハビリテーション科、脳神経外科、呼吸器外科、小児外科、放射線科、神経内科、リウマチ科、形成外科
心臓機能障害	内科、小児科、循環器科、外科、心臓血管外科、小児外科、リハビリテーション科
じん臓機能障害	内科、小児科、循環器科、外科、泌尿器科、麻酔科、小児外科
呼吸器機能障害	内科、小児科、呼吸器科、気管食道科、外科、呼吸器外科、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、外科、小児科、小児外科、内科、神経内科、産婦人科（婦人科）、消化器科（胃腸科）
小腸機能障害	内科、消化器科（胃腸科）、小児科、外科、小児外科
免疫機能障害	内科、呼吸器科、小児科、産婦人科、外科 (注) エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。
肝臓機能障害	内科、消化器科、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

2 指定医師の申請手続

指定を希望する医師は、所定の申請書に記載のうえ、医師免許証の写しと申請する障害区分に係る症例集を添付し、市長に申請することになります。

申請書の様式は次ページのとおりです。

3 指定医師研修会

指定を受けた医師は、指定を受けた日以後直近に開催される、法第15条指定医師研修会に出席し研修を受けることとし、以後5年に1回以上同研修会による研修を受けなければなりません。

4 指定医師の届出

市では、指定医師の所在を明確にしておくために、指定医師に下記の事由が生じた場合、すみやかに市長に届出ることとなっています。

(1) 変更届

イ 指定医師の勤務先がさいたま市内で変更となった場合

ロ 指定医師がさいたま市内で新規に開業した場合

ハ 指定医師の属する医療機関の名称又は所在地が変更となった場合

(2) 辞退届

指定医師が死亡、埼玉県外の病院へ転出又はその他の理由で指定を辞退する場合

(3) 変更届出書兼辞退届出書

さいたま市長が指定をした医師が、埼玉県内（川越市、越谷市及び川口市を除く）、川越市内、越谷市内又は川口市内の医療機関に勤務先を変更した場合、変更届出書兼辞退届出書を埼玉県知事、川越市長、越谷市長又は川口市市長に提出することで、さいたま市長からの指定を辞退するとともに、埼玉県知事、川越市長、越谷市長又は川口市市長から指定を受けることができます。

指 定 申 請 書

年 月 日

さいたま市長 様

〒 □□□-□□□□

所在地

医療機関名

電話番号

(フリガナ)

氏 名



生年月日 年 月 日生(満 歳)

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として同意いたしますので、指定していただきたく申請します。

診 療 科 名		(担当しようとする) 障害区分	
医療機関代表者との雇用関係			
代表者本人		常 勤	
		非常勤 (週 日, 契約年数 年)	
学 歴		障害区分に関する師事した指導者の所属・職名・氏名	
(年卒業)		所属・職名	
		氏 名	
		フリガナ	
学位	有・無	授与大学名	
		学位論文名	
経 歴 (任 免 事 項 等)		研究業績 (申請の障害区分に関連する主なもの)	
年 月		題名 (発表誌・巻・号・頁)	
		発表機関	
		年次	
関係学会加入状況			
認定医・専門医等の資格			
年 月 日 医		年 月 日 医	
年 月 日 医		年 月 日 医	
年 月 日 医		年 月 日 医	
診療設備備え付けの検査器具に○を付けてください		視 覚 視力表照明装置・単一指標・検眼レンズセット・ゴールドマン視野計及び自動視野計(これに準ずる視野計)・レフラクトメーター・ オプサルミメーター又はケラトメーター・細隙灯顕微鏡・眼圧計(シエッツ氏又はアブラナーショントノメーター)・電気検眼鏡(直像鏡)	
		聴 覚 オージオメーター(ゴニオメーター)	
		肢体不自由 レントゲン装置・各種測定器具(握力計・角度計)	
		ぼうこう又は直腸膀胱鏡・シストメトリー	
		小 腸 レントゲン装置	

※下記についても御記載ください。

①他都道府県等で指定を受けていたことがありますか。

有・無

②有の場合、指定状況についてご記入ください。

自治体名
指定日

障害区分

年 月

記載上の注意事項

- 1 医師免許状の写し及び症例集を添付してください。
- 2 黒のボールペン又は黒インクで記載してください。
- 3 診療科名は医療法に規定する診療科名を記載してください。
- 4 経歴欄には、指定の障害区分に関する業績がわかるよう具体的かつ詳細に記載してください。(教室、担当科、役職等)
- 5 研究業績は5つ以内とすること。なお、発表誌、巻、号、頁については、必要なものについてのみ記載してください。発表機関については、学会、医療機関等を記載してください。
- 6 関係学会加入状況欄は、今回申請の障害区分に関する主な加入学会を3つ以内で記載してください。

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辞退届出書

年 月 日

(あて先) さいたま市長

指定医師住所

氏 名 ⑩

下記のとおり、身体障害者福祉法施行令第1条の2第2項により、指定を辞退したいのでお届けします。

指 定 医	医 療 機 関	
	所 在 地	
	担当する障害区分	
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

留意事項

指定医師が死亡等で届出ができないときは、親族等代理人が事実発生後速やかに届出ください。

他の都道府県へ転出される場合は、転入先の自治体で、県内の場合も、埼玉県、川越市、越谷市又は川口市で新たに指定をうけることとなります。

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の変更届出書兼辞退届出書

年 月 日

さいたま市長 様

所在地

指定医師所属医療機関名

電話番号

氏名 印

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、埼玉県知事・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。）から受けている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は辞退しますので、本届出書を埼玉県知事・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。）あて送付してください。

担当する障害区分		
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変更事由	1. 勤務先の変更 2. 新規開業 3. 所在地の変更 4. その他 ()	
変更・辞退年月日	年 月 日	

<留意事項>

この届出書は、勤務先をさいたま市以外の埼玉県内（川越市、越谷市及び川口市を含む）医療機関から、さいたま市内の医療機関に変更した場合に提出するものです。

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の変更届出書兼辞退届出書

年 月 日

埼玉県知事 様

所 在 地

指定医師所属医療機関名

電 話 番 号

氏 名 印

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、さいたま市長・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。）から受けている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は辞退しますので、本届出書をさいたま市長・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。）あて送付してください。

担当する障害区分		
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変 更 事 由		1. 勤務先の変更 2. 新規開業 3. 所在地の変更 4. その他 ()
変更・辞退年月日		年 月 日

<留意事項>

この届出書は、勤務先をさいたま市、川越市、越谷市又は川口市内の医療機関から、さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く埼玉県内医療機関に変更した場合に提出するものです。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の変更届出書兼辞退届出書

年 月 日

川越市長 様

所在地

指定医師所属医療機関名

電話番号

氏 名 印

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、埼玉県知事・さいたま市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。） から受けている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は辞退しますので、本届出書を埼玉県知事・さいたま市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを〇で囲ってください。） あて送付してください。

担当する障害区分		
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変更事由	1. 勤務先の変更 2. 新規開業 3. 所在地の変更 4. その他 ()	
変更・辞退年月日	年 月 日	

<留意事項>

この届出書は、勤務先を川越市以外の埼玉県内（さいたま市、越谷市及び川口市を含む）医療機関から、川越市内の医療機関に変更した場合に提出するものです。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の変更届出書兼辞退届出書

年 月 日

(あて先)

越谷市長

所 在 地

指定医師所属医療機関名

電 話 番 号

氏 名

印

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長（※いずれかを0で囲ってください。）から受けている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は辞退しますので、本届出書を埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長（※いずれかを0で囲ってください。）あて送付してください。

	担当する障害区分	
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変更事由	1. 勤務先の変更 2. 新規開業 3. 所在地の変更 4. その他 ()	
変更・辞退年月日	年 月 日	

<留意事項>

この届出書は、勤務先を越谷市以外の埼玉県内（さいたま市、川越市及び川口市を含む）医療機関から、越谷市内医療機関に変更した場合に提出するものです。

