

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく 医師の指定要領

身体障害者手帳の交付を適正及び円滑に行うため、身体障害者福祉法（昭和24年法律第285号。以下「法」という。）第15条に基づく医師（以下「指定医」という。）の指定については、法、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）及び身体障害者福祉法施行細則（昭和39年規則第148号。以下「施行細則」という。）に定めるところによるほか、この要領により行う。

1 指定医の役割

指定医は、身体に障害のある者が、身体障害者手帳の交付申請に要する診断書を作成するとともに、その者の障害が法別表に掲げる障害に該当するか否かについて意見を付さなければならない。

2 指定医の指定

(1) 知事は、法第15条に基づいて指定を受けようとする医師から指定申請があったときは、東京都社会福祉審議会（以下「審議会」という。）の意見を聴いて指定する。

(2) 知事は、(1)により指定するときは、審議会が開催された月の翌月の初日をもって指定する。

(3) 知事は、(1)及び(2)により医師を指定したときは、次の事項について告示するとともに、指定書（別紙様式7（施行細則第4号様式））を当該医師に交付するものとする。

ア 医師氏名

イ 担当科目

ウ 診療科名

エ 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

オ 指定年月日

3 指定基準

診断書を作成することができる診療科名（以下「主として標ぼうする診療科名」という。）とその担当科目は別紙のとおりとする。

4 指定医の届出事項

(1) 指定医は、次に掲げるいずれかに該当するときは、知事に届け出なければならない（ただし、指定医が死亡した場合にあっては、その者の親族又は診療に従事していた医療機関の管理者が行うものとする。）。

ア 指定医が死亡したとき

イ 指定医を辞退したとき

ウ 指定内容に変更が生じたとき

(2) (1)により、死亡、辞退又は指定内容の変更届があったときは、知事は、その旨告示するとともに、指定内容の変更については、当該医師に対し「指定内容変更確認書」（別紙様式8（施行細則第6号様式））を交付する。

5 指定申請等手続

(1) 指定申請

指定を受けようとする医師は、次の書類を、診断書を作成する医療機関の所在地を

管轄する区市町村を経由して知事に申請する。

ア 指定申請書（別紙様式1（施行細則第1号様式））

イ 同意書（別紙様式2（施行細則第3号様式））

ウ 経歴書（別紙様式3（施行細則第2号様式））

エ 医師免許証の写し

(2) 死亡、辞退及び指定内容の変更届

指定医が死亡したとき、指定医を辞退するとき、又は指定内容に変更が生じたときは、次の書類を指定申請した福祉事務所長等又は新たに診断書を作成する医療機関の所在地を管轄する福祉事務所等を経由して、知事に届け出なければならない（ただし、指定医が死亡した場合にあっては、その者の親族又は診療に従事していた医療機関の管理者が行う。）。

ア 死亡届（別紙様式4（施行細則第8号様式））

イ 辞退届（別紙様式5（施行細則第7号様式））

ウ 指定内容変更届（別紙様式6（施行細則第5号様式））

附則（平成10年2月13日 福障身第514号）

この要領は、平成10年3月1日から施行する。ただし、3 指定基準の規定については、平成9年3月1日から適用する。

附則（平成10年2月27日 福障身第974号）

この要領は、平成10年4月1日から施行する。

附則（平成12年10月20日 福障施第673号）

この要領は、平成12年11月1日から施行する。

附則（平成15年11月10日 福障施第1062号）

この要領は、平成15年11月10日から施行する。

附則（平成22年1月15日 福保障精第1141号）

この要領は、平成22年1月15日から施行する。

附則（平成27年3月10日 26福保障精第2146号）

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附則（平成28年3月31日 27福保障精第2022号）

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附則（平成29年3月15日 28福保障施第3409号）

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則（令和3年9月29日 3福保障施第1827号）

この要領は、令和3年10月15日から施行する。

別紙 指定基準

1 担当科目及び診療科名

医師の指定は、次の表に掲げる担当科目ごとに行うものとし、各担当科目の診断を担当する医師は、同表右欄に掲げる診療科名を主として標ぼうし、かつ、各担当科目の医療に関する臨床経験を有する医師とする。

担当科目	主として標ぼうする診療科名
視覚障害	眼科、小児眼科
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 (※「3 その他」参照)
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
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、 神経内科(※「3 その他」参照)
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、小児泌尿器外科
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 による免疫機能障害	内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科等 (※「3 その他」参照)
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

2 経験年数

指定医は、主として標ぼうする診療科名について、医師免許を取得した後、大学病院又はそれに準ずる病院(医師法第16条の2第1項の規定による臨床研修を行う病院等)の当該診療科で、5年以上の臨床経験を有する者とする。

3 その他

※神経内科を主として標ぼうする医師については、以下の条件を充足する場合、神経疾患に由来する「呼吸器機能障害」の診断を担当する医師に指定することができる。

(1) 指定を受けようとする医師の勤務する医療機関において、神経内科以外に呼吸器機能障害の診断を担当する医師がいないこと。

(2) これまでに、神経疾患に由来する呼吸器機能障害の診断ならびに治療に関して十分な臨床経験を有し、学会・医師会等の主催する研修会参加実績を有していること。(経験年数については、上記2による。)

※「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害」に係る医師の指定については、エイズ拠点病院等の内科及び小児科等でHIV診療に従事し、かつ、各担当科目の医療に関する臨床経験を有する医師とする。

※聴覚障害を主として標ぼうする医師については、日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医である者とする。

指 定 申 請 書

年 月 日

東京都知事 殿

ふりがな
医師氏名

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師として、下記のとおり指定を受けたいので、申請します。

記

1 診 療 科 名

2 担 当 科 目

3 診療に従事する医療機関の名称及び所在地並びに電話番号

4 指定を希望する理由

(記入上の注意)

- 1 「診療科名」は、主として標ぼうする診療科名1つを記入すること。
- 2 「担当科目」は、指定基準の1に掲げるものにより記入すること。
(例：視覚障害)

同 意 書

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関の名称 _____

開設者又は
管理者の氏名 _____

医 師 氏 名 _____

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。

医 師 氏 名	
医療機関の名称 及 び 所 在 地	
診 療 科 名	
担 当 科 目	

(記入上の注意)

- 1 「担当科目」は、指定基準の 1 に掲げるものにより記入すること。
(例：視覚障害)

2 加入学会・業績目録

加入学会	学 会 名	区 分	専門医・認定医番号
	() 学会	専門医・認定医	第()号
	() 学会	専門医・認定医	第()号
	() 学会	専門医・認定医	第()号
	() 学会	専門医・認定医	第()号
	() 学会	専門医・認定医	第()号

業績目録	

3 慢性透析療法の経験（有・無）

（じん臓機能障害の診断を担当科目とする者のみ記入すること。）

診 療 期 間	医 療 機 関 名	ふりがな 透 析 指 導 者
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		

問い合わせ先 （経歴等記載内容について問い合わせる場合の連絡先）

電話 _____ 内線 _____ 医療機関の担当者 _____

（記入上の注意事項）

- 1 「担当科目」は、指定基準の1に掲げるものを記入すること。
- 2 「診療科名」は、主として標ぼうする診療科名1つを記入すること。
- 3 「経歴」は、以下の点に注意して詳細に記入すること。
 - （1）大学院については専門コースまで詳しく記入すること。
 - （2）勤務先は、所属科名まで記入し、そこでの身分（講師、助手、医長、医員等）を明記すること。
 - （3）東京都以外の病院（診療所）等については、所在地を明記すること。
 - （4）内科、外科、小児科、産婦人科の場合は、必ず専門分野まで記入すること。
- 4 「加入学会・業績目録」は、以下の点に注意して記入すること。
 - （1）加入学会については、担当科目と直接関係ある学会のみ記入すること。
学会で認定専門医等に認定されている場合は、認定登録番号も記入すること。
 - （2）学会等で発表した論文名については、担当科目と直接関係ある主要論文のみ記入すること。

死 亡 届

年 月 日

東京都知事 殿

住 所

届出人氏名 _____

医師との関係

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ていた下記の者が死亡したので届け出ます。

記

医 師 氏 名	
診 療 科 名	
担 当 科 目	
医療機関の名称 及 び 所 在 地	
死 亡 年 月 日	年 月 日

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事していた全ての医療機関の名称及び所在地を併記すること。
- 2 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

担当者所属・氏名

(連絡先)

辞 退 届

年 月 日

東京都知事 殿

医師氏名 _____ (印)

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下記の理由により辞退します。

記

医 師 氏 名	
診 療 科 名	
担 当 科 目	
医療機関の名称 及 び 所 在 地	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する全ての医療機関の名称及び所在地を併記すること。
- 2 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

(※辞退届の取扱について)

本辞退届を提出した後、再度、東京都内の医療機関にて身体障害者福祉法第15条第1項に定める業務に従事する場合、改めての新規申請が必要となります。

事務担当者所属・氏名 _____ (連絡先)

指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事 殿

診療科名 _____
 担当科目 _____ の診断、 _____ の診断
 医師氏名 _____

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
医 師 氏 名		
診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称	①	①
	②	②
	③	③
所 在 地 及 び 電 話 番 号	① (電話番号： - -)	① (電話番号： - -)
	② (電話番号： - -)	② (電話番号： - -)
	③ (電話番号： - -)	③ (電話番号： - -)
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する全ての医療機関の名称、診療科名及び所在地を併記すること。
- 2 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

事務担当者所属・氏名

(連絡先)