

Ⅱ 身体障害者福祉法第 15 条指定医師について

1 指定医師

身体に障害がある者に対し、身体障害者手帳の申請に必要な診断書を作成できるのは、身体障害者福祉法第 15 条の規定に基づく指定を受けた医師に限られます。

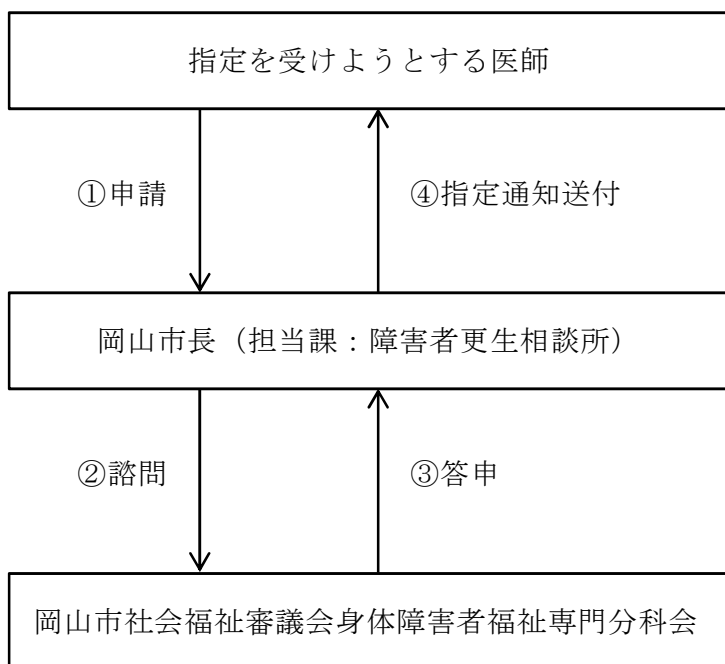
その診断書を作成するには、身体障害者福祉法第 15 条の規定に基づく指定を受けていただく必要があります。

指定は、医師の所属する医療機関の所在地により、都道府県知事（指定都市市長、中核市市長）が行うこととなっています。

したがって、岡山市内の医療機関に所属する医師の指定は、岡山市長が岡山市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会に諮問し、意見を聴いて指定します。

2 申請等手続きの流れ

（１）新規申請



（２）辞退、変更の届出

市外へ異動された場合、市内の別の医療機関へ異動された場合など変更が生じたときは、速やかに所定の様式により届け出てください。

※申請等に必要な様式等については、次ページ以降をご覧ください。また、岡山市のホームページ内、障害者更生相談所のページにも掲載していますので、ご覧ください。

URL <https://www.city.okayama.jp/kurashi/0000004676.html>

又は、岡山市ホームページのトップページ右にある「検索」窓に「15条指定医師の申請」と入力すると該当ページが表示されます。

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく医師の指定申請及び届出について

身体障害者手帳の申請に必要な診断書を作成できるのは、身体障害者福祉法第15条の規定に基づく指定を受けた医師（15条指定医師）に限られます。

岡山市内の医療機関に所属する医師に対する15条指定医師の指定は、岡山市長が、岡山市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会に諮問し、意見を聴いたうえで行います。指定を受けようとする医師は必要な書類を提出してください。

また、指定を受けた後、医療機関の異動や辞退など指定事項に変更が生じたときは、速やかに手続きをしてください。

1 手続き一覧

事 由	手続きの種類
・新規申請 ・他の障害種別の追加 ・市外からの異動、開業	○指定申請 【必要書類】 指定申請書（様式1） 同意書（様式2） 経歴書（様式3） 医師免許証（写） その他 ・専門医等である旨の証明書（写） ※該当する場合以外は任意提出 ・指定のために参考となる資料等（任意提出）
・市外へ異動 ・退職、廃業（廃院） ・死亡 ・指定辞退 ・一部の障害種別の辞退	○指定辞退 【必要書類】 辞退届（様式4）
・岡山市内での異動、開業 ・医療機関の名称の変更 ・医療機関の所在地の変更 ・医師の氏名の変更	○指定内容変更 【必要書類】 変更届（様式5）

2 指定申請について

指定にかかる手続きの流れは以下のとおりです。

（1）指定申請書、同意書等必要書類の提出（郵送又は持参）

原則分科会開催月の前月（奇数月）末までには提出してください。

提出が難しい場合で、当月開催の分科会での審査を希望される場合は必ずご連絡ください。

（2）岡山市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会への諮問、審査

分科会の開催は2か月に1回、原則偶数月の第2木曜日です。

（3）指定通知の送付

（4）指定医師名簿に登録

指定された場合は、氏名、診断できる障害種別、医療機関の名称及び所在地、指定年月日について、市ホームページに掲載します。

3 辞退届、変更届について

退職、異動など該当する場合は、速やかに届け出てください。

4 各手続きにおける書類作成上の主な注意事項等

(1) 指定申請について

指定申請書（様式1）

- ① 「申請医師氏名」は、指定を受けようとする医師となります。
- ② 「医療機関の名称」は、正確に記入し、読み方が難しい場合はフリガナを付けてください。
- ③ 「診断しようとする障害種別」については、複数申請は可能ですが、これまでの経歴や診療実績、専門分野を考慮したうえで関係があると認められるものを記入してください。
(診断しようとする障害種別と関係する診療科名、経験年数等については、指定要領別紙「指定基準」を参照してください。)
- ④ 「申請内容等についてのお問い合わせ先」は、申請書、経歴書等の内容についてお問い合わせする場合に必要となりますので、ご担当部署、ご担当者名、連絡先を記入してください。

同意書（様式2）

- ① 各記入事項は、指定申請書と同様の内容を記入してください。
- ② 医療機関開設者、申請医師の同意を得てください。

経歴書（様式3）

- ① 「学歴」の「大学院」は、専門コースまで詳しく記入してください。
- ② 「学会加入状況」は、診断しようとする障害種別に関係のあるものを記入し、その学会等で専門医等に認定されている場合は、そのことも記入してください。
- ③ 「他自治体での指定の有無」は、これまでの指定医師の経験について確認するものです。以前に他県市等で指定を受けていた場合は、その指定内容を記入してください。
- ④ 「診断しようとする障害種別に関する研究や診療実績等」は、指定を受けるために必要と思われる障害種別に関する研究や診療実績等を記入してください。
免疫機能障害の診断をしようとする医師については、エイズ治療拠点病院等でのヒト免疫不全ウイルス感染患者の診療従事実績（期間、医療機関名、件数等）を記入してください。
- ⑤ 「経歴」について
 - ・ 従事期間、医療機関名、診療科名、身分は、大学卒業後から現在に至るまで正確に記入してください。
 - ・ 岡山市外の医療機関に従事していた場合は、所在地（県市名）を明記してください。
 - ・ 診療科（特に内科、外科、小児科、産婦人科の場合）については、主として従事した分野（専門分野）まで記入してください。
 - ・ 身分については、講師、助手、部長、医長、医員等の職名を明記してください。

その他の書類

- ① 医師免許証（写）、専門医等である旨の証明書（写）は、A4サイズに縮小して提出してください。
- ② 専門医等である旨の証明書（写）については、次の場合は必ず添付してください。
 - ・ 聴覚障害の診断をしようとする場合は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医の資格証
 - ・ 担当診療科が耳鼻咽喉科、気管食道科以外の場合で、音声・言語、そして機能障害（中枢神経障害に由来するものに限り）の診断をしようとする場合は、日本リハビリテーション医学会、日本神経学会、日本脳神経外科学会いずれかの学会専門医の資格証
- ③ その他指定のために参考となる資料がある場合は、任意に提出してください。

(2) 指定辞退について

辞退届（様式4）

- ① 「届出者」は、指定医師本人となります。ただし、死亡や市外への異動等やむを得ない場合には、親族又は診療に従事していた医療機関の管理者等の代理人が届出をしてください。
- ② 現所属の医療機関を退職し、市内の別の医療機関で勤務される場合で、引き続き指定医師を続ける場合は、辞退届ではなく、変更届（様式5）を提出してください。

(3) 指定内容変更について

変更届（様式5）

- ① 「届出者」は、指定医師本人となります。ただし、医療機関の名称や所在地の変更で、指定医師が複数の場合は、当該医療機関の管理者等が届出をしてもかまいません。（指定医師一覧を添付してください。）
- ② 「変更前」はすべての事項を、「変更後」は変更した事項のみを記入してください。
- ③ 岡山市外の医療機関からの異動の場合は、岡山市で新たに指定を受けていただく必要がありますので、指定申請の手続きをしてください。
- ④ 岡山市外の医療機関への異動の場合は、辞退届（様式4）を提出してください。

5 提出先・問い合わせ先

〒700-8546

岡山市北区鹿田町一丁目1番1号 保健福祉会館4階

岡山市障害者更生相談所 身体障害係

TEL：086-803-1248

FAX：086-803-1771

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく医師の指定等に関する要領

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条に基づく医師（以下「指定医師」という。）の指定については、法、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。）、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

1 指定医師の役割

指定医師は、指定を受けた障害種別について、身体に障害が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 指定の申請

法第15条第1項の規定による医師として指定を受けようとする医師は、次に掲げる書類を市長に提出するものとする。

- ア 指定申請書（様式1）
- イ 同意書（様式2）
- ウ 経歴書（様式3）
- エ 医師免許証の写し
- オ その他市長が必要と認めるもの

3 指定医師の指定

- （1）市長は、法15条に基づいて指定を受けようとする医師から申請があったときは、その指定に当たって、岡山市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会（以下「分科会」という。）に諮問し、意見を聴かななければならない。
- （2）市長は、分科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 診断しようとする障害種別
 - 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
- （3）市長は、（1）及び（2）による審査の結果、医師を指定するときは、分科会が開催された日をもって指定するものとする。
- （4）市長は、審査結果を申請した医師等に通知するものとする。

4 指定医師の公表

市長は、指定医師として指定した医師について、公表するものとする。

5 指定基準

医師の指定に係る審査は、別紙「指定基準」に基づき行うものとする。

6 指定医師の届出事項

- (1) 指定医師は、次に掲げるいずれかに該当するときは、辞退届（様式4）を市長に提出しなければならない。ただし、指定医師が死亡した場合にあっては、親族又はその者が診療に従事していた医療機関の管理者等が行うものとする。

ア 指定医師が死亡したとき
イ 指定医師を辞退するとき
ウ 岡山市外の医療機関等へ異動したとき
エ その他

- (2) 指定医師は、次に掲げるいずれかに該当するときは、変更届（様式5）を市長に提出しなければならない。ただし、所属する医療機関の名称や所在地の変更において所属する指定医師が複数の場合は、当該医療機関の管理者等が行うことができるものとする

ア 岡山市内の別の医療機関へ異動したとき
イ 氏名を変更したとき
ウ 所属する医療機関の名称や所在地を変更したとき
エ その他

7 指定の取り消し

市長は、指定医師が令第3条第3項の規定に該当すると認められたときは、分科会の意見を聴いて、その指定を取り消すことができる。

8 その他

この要領に定めるもののほか医師の指定に係る審議に関して必要な事項は、分科会の意見を聴いて定める。

附 則

この要領は、平成27年11月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

別紙 指定基準

1 医師の指定及び担当する障害種別

医師の指定は、2の表に掲げる障害種別ごとに行うものとし、各障害種別の診断を担当する医師は、岡山市内の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 各障害の医療に関係のある診療科名

各障害の医療に関係のある診療科名は、原則として次のとおりとする。

障害種別	診療科名
視覚障害	眼科
聴覚障害	耳鼻いんこう科
平衡機能障害	耳鼻いんこう科、神経内科
音声・言語機能障害	耳鼻いんこう科、気管食道科、神経内科、脳神経外科、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、気管食道科、神経内科、脳神経外科、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、血液透析科、外科、腎移植科、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
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

3 経験年数等

- (1) 医師免許取得後、診断しようとする障害の医療に関係のある診療科について、5年以上の研究、診療従事年数があること。
- (2) 診断しようとする障害の医療について、十分な診療実績があること。
- (3) 診断しようとする障害の医療に関係のある学会又は関連学会に加入していることが望ましい。
- (4) 診療科が2の表に掲げる診療科以外の場合は、関連が認められる診療科であって、かつ、経歴等から診断しようとする障害の医療についての十分な診療実績等が認められる場合は指定することができるものとする。
- (5) 聴覚障害の診断をしようとする医師については、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の資格を有する者、又は、聴力測定技術等に関する講習会を受講した者とする。
- (6) 音声・言語機能障害又はそしゃく機能障害の診断をしようとする医師で、耳鼻いんこう科、気管食道科以外の医師については、次のいずれかに該当する場合、中枢神経障害に由来する音声・言語機能障害又はそしゃく機能障害に限り診断することができる医師として指定することができるものとする。
 - ア 日本リハビリテーション医学会認定の専門医の資格を有する者
 - イ 日本神経学会認定の専門医の資格を有する者
 - ウ 日本脳神経外科学会認定の専門医の資格を有する者
- (7) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の診断をしようとする医師については、エイズ治療拠点病院等の内科等でヒト免疫不全ウイルス感染患者の診療に従事していた経験を有する者とする。

(様式1)

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく医師の指定申請書

年 月 日

岡山市長 様

申請医師氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ				年齢	歳
医師氏名					
所属する 医療機関	名称				
	所在地	〒			
	電話番号				
担当診療科名					
診断しようとする 障害種別 (希望種別の左欄に○)		視覚障害		じん臓機能障害	
		聴覚障害		呼吸器機能障害	
		平衡機能障害		ぼうこう・直腸機能障害	
		音声・言語機能障害		小腸機能障害	
		そしゃく機能障害		ヒト免疫不全ウイルスによる 免疫機能障害	
		肢体不自由障害			
		心臓機能障害		肝臓機能障害	

添付書類：同意書、経歴書、医師免許証(写)、専門医等である旨の証明書(写)※

※専門医等である旨の証明書(写)について、次の場合は必ず添付してください。

- ・聴覚障害を希望される場合は、耳鼻咽喉科専門医の資格証。
- ・担当診療科が耳鼻咽喉科、気管食道科以外の場合で、音声・言語、そしゃく機能障害（中枢神経障害に由来するものに限り、ます）を希望される場合は、日本リハビリテーション医学会、日本神経学会、日本脳神経外科学会いずれかの専門医の資格証。

(注意) 診断しようとする障害種別については、申請医師の経歴や診療実績、専門分野等を考慮したうえで記入すること。(特に複数の障害種別を申請する場合)

申請内容等についてのお問い合わせ先（申請医師本人以外の場合に記入）
担当部署及び事務担当者：
電話番号：

(様式2)

同 意 書

医 師 氏 名														
医療機関	名 称													
	所 在 地	〒												
	電話番号													
担 当 診 療 科 名														
診 断 し よ う と す る 障 害 種 別 (希望されている種別に○)		視覚	聴覚	平衡	音声・言語	そしゃく	肢体	心臓	じん臓	呼吸器	ぼうこう・直腸	小腸	免疫	肝臓
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。														
年 月 日														
岡山市長 様														
医 療 機 関 名														
開設者、管理者 又は代表者氏名														
医 師 氏 名														

(様式3)

経 歴 書

年 月 日現在

フリガナ						
氏 名						
生 年 月 日		年 月 日 (歳)				
現 住 所						
学歴	大 学			年 月入学		
				年 月卒業		
	大学院	※専門コースまで詳しく記入してください。		年 月入学		
				年 月卒業		
医 師 免 許 取 得 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	医籍登録番号	第	号	
学 位		昭和・平成 年 月 日	医学博士 ・ 博士 (医学)		無	
学会加入状況 ※主に診断しようとする障害種別に関する学会を記入してください。		所属する学会名		認定医・専門医等の資格		
他自治体での 指 定 の 有 無		有	都道府県市名	年 月 ～ 年 月		無
			指定期間			
			指定を受けていた障害種別			
診断しようとする障害種別に関する研究や診療実績等		※免疫機能障害の診断をしようとする場合は、エイズ治療拠点病院等でヒト免疫不全ウイルス感染患者の診療従事実績についても必ず記入してください。(期間、医療機関名、件数等)				

経 歴	
従事期間	医療機関名・診療科名（専門分野）・身分等
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	
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	
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	
合計従事年数 年 月	
経歴欄の記入について ・欄が不足する場合は適宜追加していただくか、別紙に続きを記入してください。 ・従事期間、医療機関名・診療科名・身分（講師、助手、部長、医長等の職名）については、大学卒業後から現在に至るまで正確に記入してください。 ・診療科（特に内科、外科、小児科、産婦人科の場合）については、主として従事した分野（専門分野）まで記入してください。 ・岡山市以外の医療機関については、所在地（県市名）を明記してください。	

(様式4)

身体障害者福祉法第15条指定医師辞退届

年 月 日

岡山市長 様

届出者

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とおり辞退します。

指 定 医 師 氏 名		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
担 当 診 療 科 名		
辞 退 の 理 由 (該当するものに○)		1 岡山市外への異動 2 退職、廃業（廃院） 3 死亡 4 その他 〔 〕
辞 退 年 月 日		年 月 日

- (注) 1 指定医師本人が届け出をしてください。ただし、死亡や市外への異動等やむを得ない場合には、親族又は診療に従事していた医療機関の代表者等の代理人が届け出をしてください。なお、医療機関の代表者が届け出る場合は、医療機関名、代表者の職・氏名を明記してください。
- 2 身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定は、医療機関所在地の都道府県知事、政令市市長、中核市市長が行います。岡山市外へ異動される場合は、異動先の都道府県知事等から改めて指定を受けていただく必要があります。

(様式5)

身体障害者福祉法第15条指定医師変更届

年 月 日

岡山市長 様

届出者

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ましたので、お届けします。

変 更 事 項		変 更 前	変 更 後
フリガナ			
指 定 医 師 氏 名			
医療機関	名 称		
	所 在 地	〒	〒
	電話番号		
担 当 診 療 科 名			
変 更 理 由 (該当するものに○)		1 市内の異動（勤務医療機関変更、開業） 2 医療機関の名称又は所在地の変更 3 氏名の変更 4 その他 〔 〕	
変 更 年 月 日		年 月 日	

- (注) 1 変更前はすべて記入し、変更後は変更した事項のみ記入してください。
2 岡山市外へ異動の場合は、辞退届を提出してください。
3 岡山市外からの異動の場合は、新規指定申請により岡山市で新たに指定を受けていただく必要がありますので、指定申請の手続きをしてください。