

川崎市身体障害者福祉法第15条の規定に基づく医師の指定要綱

(趣旨)

第1条 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条の規定に基づく医師（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）」及び川崎市身体障害者福祉法施行細則（昭和47年川崎市規則第57号。以下「施行規則」という。）のほか、この要綱により定める。

(指定医の役割)

第2条 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。

(指定の申請)

第3条 指定医の指定を受けようとする者は、身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定申請書（様式1）及び経歴書（様式2）に医師免許証の写しを添付して、市長に申請する。

2 神奈川県外で指定医の指定を受けた者についても、第1項の申請を行うものとする。

(届出)

第4条 指定医が医療機関を異動又は退職、若しくは指定辞退等をしようとする場合は、次に掲げる届出を行う。

- (1) 市内の医療機関から市内の他の医療機関及び神奈川県内の医療機関へ異動する場合は、身体障害者福祉法第15条に基づく医師の異動届（様式3）により届出を行う。
- (2) 神奈川県外の医療機関への異動又は指定辞退、若しくは指定医の死亡や医療機関退職の場合は、身体障害者福祉法第15条に基づく医師の辞退届（様式4）により届出を行う。
- (3) 神奈川県内の医療機関から市内の医療機関に異動する場合は、異動届に神奈川県又は指定都市・中核市から受けた指定書の写しを添付して届出を行う。
- (4) 市内の医療機関及び神奈川県内の医療機関を兼務する場合は、身体障害者福祉法第15条に基づく医師の兼務届（様式5）により届出を行う。
- (5) 氏名変更、医療機関の名称又は住所変更等指定内容に変更がある場合は、身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定内容変更届（様式6）により届出を行う。

(指定医の指定)

第5条 市長は、法第15条及び本要綱第3条の規定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、あらかじめ川崎市社会福祉審議会条例（平成12年川崎市条例第14号）第7条に規定する指定医師審査部会（以下「審査部会」という。）の意見を聴いて指定する。

2 市長は、審査部会の意見を聴く際には、次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。

- 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

3 市長は、前項の規定により指定医を指定するときは、原則として審査部会が開催された月の翌月の初日をもって指定する。

4 市長は、前2項の規定により指定医を指定したときは、次の事項について告示を行うとともに、指定書（様式7）を当該医師に交付する。

- ア 医師氏名
 - イ 担当する障害分野
 - 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
- （指定基準）

第6条 指定に関する基準は別表のとおりとする。

（通知）

第7条 第4条第1項第2号の規定により辞退届の届出があった場合は、指定医に対して取消書（様式8）により指定を取り消した旨を通知する。

2 第4条第1項第5号の規定により変更届の届出があった場合は、指定医に対して指定内容変更確認書（様式9）により変更内容が承認されたことを通知する。

附 則

この要綱は、平成22年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

（施行期日）

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 申請書の様式については、本要綱施行後当分の間、旧様式での申請を認めるものとする。

別表 指定基準

1 担当する障害分野及び診療科目

指定医の指定は、次の表に掲げる障害分野ごとに行うものとし、各障害分野の診断を担当する医師は、同表右欄に掲げる診療科目を主として標ぼうし、かつ、身体障害者の福祉に理解を示し、各障害分野の医療に関する研究業績又は臨床経験を有する医師とする。

障害分野	主として標ぼうする診療科目
視覚障害	眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科（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。）
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（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。）
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、口腔外科（ただし4級の口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもののみ）
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（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。）
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 指定科目について

原則として1人1科目とする。ただし、複数の障害に関連性のあるものについては、医師の希望（申請者が医師以外の場合は医師の承諾が必要）により、次のとおり1診療科目で複数の障害区分を担当することを認めることができる。

（1）心臓機能障害と呼吸器機能障害

内科、外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

（2）じん臓機能障害とぼうこう又は直腸機能障害

内科、外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科

（3）肢体不自由と音声、言語機能障害又はそしゃく機能障害

神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科

（4）ぼうこう又は直腸機能障害又は小腸機能障害

内科、外科、消化器内科、消化器外科、小児科、小児外科

（5）聴覚障害、平衡機能障害、音声・言語機能障害、そしゃく機能障害

耳鼻いんこう科

（6）平衡機能障害及び音声機能・言語機能障害

神経内科

（7）音声機能・言語機能及びそしゃく機能障害

気管食道科

（8）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

既に他の障害分野の指定医となっている医師も指定可能

（9）肝臓機能障害

特に肝臓機能障害に関する専門性が認められる場合には、既に他の障害分野の指定医となっている医師も指定可能

3 医師の医療経験年数等について

（1）指定医の医師の医療経験年数は、次のいずれかに該当していることを必要とする。

障害区分	医療機関の種別	経験年数
視覚障害 聴覚障害 平衡機能障害	大学の医局又はこれに準ずる病院において関係のある診療科の診療	2年以上専ら従事
音声・言語機能障害 そしゃく機能障害 以上の障害の医療に関係のある診療科	病院又は診療所において関係のある診療科の診療	5年以上専ら従事

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 ぼうこう又は直腸機能障害 小腸機能障害 免疫機能障害 肝臓機能障害 以上の障害の医療に関係のある診療科	大学の医局又はこれに準ずる病院に において関係のある診療科の診療	3年以上 専ら従事
	病院又は診療所において関係のある 診療科の診療	5年以上 専ら従事
上記以外の障害区分	病院又は診療所において関係のある 診療科の診療	5年以上 専ら従事

(2) 大学院・後期臨床研修の研修期間について

経験年数の算定において、大学院に在学していた期間又は後期臨床研修の研修期間については、研修内容がとくに担当しようとする障害区分に関係のある診療科であるときは、医療経験期間に算入する。

(3) 病理学教室等の研修期間について

経験年数の算定において、病理学教室等の研修期間については、臨床にかかわりのない場合は、医療経験期間に算入しない。

(4) 大学病院に準ずる病院の範囲について

大学病院又はこれに準ずる病院の範囲は、医師法第16条の2に基づく臨床研修病院とする。

(5) 口唇・口蓋裂後遺症によるそしゃく機能障害に関する意見書を作成する歯科医師については、日本矯正歯科学会の認定医又は日本口腔外科学会の専門医であり、かつ、日本口蓋裂学会の会員であること。

(6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害については、ヒト免疫不全ウイルス感染者の診断に従事していた経験のあること。

(7) 聴覚障害については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医（以下「専門医」という）であること。なお、専門医でない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合は、聴力測定技術等に関する講習会の受講を推奨するなど専門性の向上に努めること。

(8) 医師の雇用形態について

該当する診療科について、上記表に定める医療経験年数を満たしていれば、申請時点における雇用形態が常勤か非常勤かは問わない。

身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の指定申請書

年 月 日	
(あて先) 川崎市長	
申請者 住 所 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。また、以下記載に間違いなく、同条同項に規定する医師として指定されることに同意します。	
フリガナ	
氏 名	
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
現 住 所	
所属医療機関名	
所属医療機関の所在地	〒 TEL
診 療 科 目	
担当しようとする 障害分野	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 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 ☐ 肝臓機能障害
指定書の送付先住所及び受取人(医師本人でない場合に記入)	送付先住所 〒 受取人氏名
備考	

注意 1 本申請書には、指定を受けようとする医師の経歴書(様式 2)及び医師免許書(写)を添付してください。
 2 既にはかの障害分野を担当している場合は備考欄に記載してください。
 3 聴覚障害の障害区分を申請する場合は、診療科目の欄に、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の資格の有無を記載すること。

* 事務局確認欄 (申請者は記載しないでください)			
医師免許証 (写)	有 無	人工透析・免疫 従事経験	有 無
医師の経験年数	年 月 (大学病院等 年 月 / 一般病院 年 月)		
確認事項	有 無	他の障害分野の指定	有 () 無

経 歴 書

年 月 現在

医師氏名 所属医療機関

年 月 卒業

年 月 日 医師免許証取得 (第 号)

期間	医療機関等	診療科名	勤務形態	研修名 又は職名	担当しようとする 医療分野経験年数	記入 不要
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般
年 月から 年 月まで			常勤 非常勤		年 月	大学 一般

- 注意
1. 医師免許証取得年月日及び医籍登録番号を必ず記載すること。
 2. 担当しようとする障害分野に関係のある医療経験年数を必ず記載すること。
 3. 記載の際には、**従事した医療機関等の名称、診療科名、勤務形態（常勤・非常勤）、身分（職名）、臨床研修期間及び名称（初期臨床研修、後期臨床研修等）**を正確に記載すること。
 4. 上記のほかに担当しようとする障害分野がじん臓機能障害の場合には、人工透析に従事していた経歴及び月間件数、免疫機能障害の場合には、ヒト免疫不全ウイルス感染者に従事していた経歴を以下に必ず記載すること。

人工透析又はヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経歴（該当者のみ記載）

年 月から 年 月まで		人工透析の月間件数 件／月	年 月
年 月から 年 月まで		人工透析の月間件数 件／月	年 月

- ・ 所属学会
- ・ 障害分野に関係する論文名

以上の記載に間違いはなく、申請に同意する。
*申請者が本人以外の場合に記入

自署欄

注意 1 県内の他市から川崎市へ異動する場合において、継続して指定を受けようとするときは、本届に指定書（写）を添付のうえ提出してください。

2 「異動後指定継続の有無」欄は、医師の県内における異動の場合のみ指定継続の有無を○で囲み、所要事項を記載すること。

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の辞退届

		年 月 日
(あて先) 川崎市長		
		指定医師住所 指定医師氏名
次のとおり、身体障害者福祉法施行令第３条第２項により、指定を辞退したいので届け出ます。		
指定医師名		
診療科目		
担当障害分野	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 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 ☐ 肝臓機能障害	
医療機関の名称 所在地 及び 連絡先	TEL	
辞退年月日	年 月 日	
辞退理由	(１) 神奈川県外への異動 (２) 死亡 (３) 指定辞退 (４) 医療機関退職 (５) その他 ()	
取消書の送付先	〒	

(注)

- 1 他の都道府県に異動される場合は、転入先の自治体で新たに指定を受けることとなりますので、この辞退届書を提出してください。
- 2 指定医師が死亡等で届出できないときは、親族等代理人が速やかに届け出てください。
- 3 複数の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関名及び所在地を併記してください。
- 4 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。

様式 5

身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の兼務届

			年 月 日
(あて先) 川崎市長			
住 所 _____			
届出者			
氏 名 _____			
身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として勤務する医療機関について、 次のとおり兼務しますので届け出ます。			
フリガナ			
医 師 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
発 生 年 月 日		年 月 日	
所 属 医 療 機 関	兼 務	名 称	
		所在地	〒 TEL
	本 務	名 称	
		所在地	〒 TEL
診 療 科 目			
担 当 障 害 分 野		☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 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 ☐ 肝臓機能障害	
備 考		指定を受けた自治体名：神奈川県 横浜市 川崎市 横須賀市 相模原市 指定年月日： 年 月 日	
指定内容確認変更書の送付先		〒	

(注) 1 「担当障害分野」の欄は、該当するものを選び□内に✓を記入してください。

2 神奈川県内の他市で指定を受けている場合は、本届に指定書(写)を添付のうえ提出してください。

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定内容変更届

		年	月	日
(あて先) 川崎市長				
届出者：住所 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、次のとおり変更したので届け出ます。				
フリガナ				
医師氏名				
担当障害分野		☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 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 ☐ 肝臓機能障害		
所属医療機関名	名称			
	所在地	〒 TEL FAX		

【変更内容】

変更事項	氏名変更・医療機関の名称又は住所変更等・その他	
発生年月日	年	月 日
変更内容	旧	新
備 考		
指定内容変更 確認書 の送付先	〒	

(注) 1 複数の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関名及び所在地を併記してください。

2 医療機関の異動の場合は、異動届（様式4）により届けてください。

(参考資料2)

関係機関一覧

1 身体障害者手帳の相談機関

名 称	所在地	電 話	F A X	最寄り駅・バス停
総合 リハビリテーション 推進センター 総務・判定課	〒210-0024 川崎区日進町 5-1 複合福祉センター ふくふく 2 階	223-6748	200-3974	JR 川崎駅 京急八丁畷駅
南部地域支援室		200-0834	200-3974	
中部地域支援室	〒211-0035 中原区井田 3-16-1	750-0686	750-0671	市バス 中央療育センター 前・中原老人福祉センタ ー入口・井田・井田営業 所・蟹ヶ谷 東急バス 蟹ヶ谷・さくらヶ丘
北部地域支援室	〒215-0011 麻生区百合丘 2-8-2	281-6621	966-0282	小田急線百合丘駅 小田急バス第一団地前

2 身体障害者手帳の申請・交付窓口（障害者支援係・担当）

名 称	所在地	電話	F A X	最寄り駅・バス停
川崎区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒210-8570 川崎区東田町 8	201-3215	201-3293	JR・京急川崎駅
大師地区健康福祉 ステーション 高齢・障害担当	〒210-0812 川崎区東門前 2-1-1	271-0162	271-0128	京急東門前駅
田島地区健康福祉 ステーション 高齢・障害担当	〒210-0852 川崎区鋼管通 2-3-7	322-1984	322-1995	臨港バス 鋼管通 2 丁目
幸区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒212-8570 幸区戸手町 1-11-1	556-6654	555-1336	市バス 幸区役所入口
中原区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒211-8570 中原区小杉町 3-245	744-3296	744-3345	JR・東急東横線 武蔵小杉駅
高津区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒213-8570 高津区下作延 2-8-1	861-3252	861-3238	JR 武蔵溝ノ口駅 田園都市線溝ノ口駅
宮前区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒216-8570 宮前区宮前 2-20-5	856-3304	856-3163	田園都市線宮前平駅

多摩区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒214-8570 多摩区登戸 1775-1	935-3323	935-3396	JR・小田急線登戸駅
麻生区地域みまもり 支援センター 高齢・障害課	〒215-8570 麻生区万福寺 1-5-1	965-5159	965-5207	小田急線 新百合ヶ丘駅

3 身体障害者福祉法第15条指定医師申請等の窓口

名 称	所在地	電話	F A X	最寄りの駅
総合 リハビリテーション 推進センター 総務・判定課	〒210-0024 川崎区日進町 5-1 複合福祉センター ふくふく 2 階	223-6748	200-3974	JR 川崎駅 京急八丁畷駅