

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、市長が越谷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。

(※ 埼玉県、さいたま市、川越市又は川口市内の医療機関に勤務する医師の指定は、県知事及び各市長が行います。)

【指定基準】

(1) 越谷市内において開業し、または、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3に掲げる各障害の医療に関係のある診療科に5年以上、専ら従事している者。

(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十分に有していること。

2 指定医師の申請手続き

指定を希望する医師は、「指定申請書」(第2号様式)及び医師免許証の写しを市長に提出してください。

3 診断書の発行

指定を受けた医師は、その医師が主として標ぼうし、かつ、それに関して相当の学識経験を有する診療科に関係のある障害に関してのみ法による診断書を発行します。指定医師が診断できる障害と標ぼうする診療科名は、原則として次のとおりです。

| 障害の区分 | 左に関係のある診療科名 |
|--------------|--|
| 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(または胃腸科)・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 |

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、速やかに市長に届け出ることとなっています。

(1) 変更届出書（様式2）

- ①主たる勤務先を、越谷市内医療機関に変更する場合
- ②新規に開業する場合
- ③勤務する医療機関の名称又は所在地が変更となる場合
- ④その他（姓の変更など）

(2) 辞退届出書（様式3）

指定医師が死亡、市内医療機関を退職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（様式4）

埼玉県知事、さいたま市長、川越市長又は川口市長から指定を受けた医師が、勤務先を越谷市内医療機関に変更する場合は、「身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の変更届出書兼辞退届出書」（様式4）を越谷市長（窓口：障害福祉課）に提出することにより、越谷市長から指定医師の指定を受けるとともに、埼玉県知事、さいたま市長、川越市長又は川口市長からの指定を辞退することができます。

※ 越谷市長から指定を受けた医師が、勤務先を埼玉県内、さいたま市内、川越市内又は川口市内の医療機関に変更する場合は、別紙（埼玉県様式）、（さいたま市様式）、（川越市様式）又は（川口市様式）により県知事又は各市長あて届け出てください。

指 定 申 請 書

年 月 日

越谷市長 宛

医療機関 名 称

〒

所在地

電話番号

(フリガナ)

申請者氏名

印

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しますので、指定を受けたく申請します。

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|--------------------------|-------------------|--------|
| 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 | | 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 | 授与大学名 | | |
| | 無 | 学位論文名 | | |
| 経 歴 (任 免 事 項 等) | | 研究業績等 (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 |
| 診 療 実 績 (概ね過去5年間の申請障害区分に関連する診療内容等実績) | | | | |
| 診 療 内 容 等 | | 期 間 (年 月 ~ 年 月) | 件 数 | |
| | | | | |
| 関係学会 | 学会名 | 学会名 | 学会名 | |
| 加入状況 | (加入年月 年 月) | (加入年月 年 月) | (加入年月 年 月) | |
| 上記学会での | 資格名 | 資格名 | 資格名 | |
| 認定医・専門 | 登録等番号 | 登録等番号 | 登録等番号 | |
| 医等の資格 | (取得年月 年 月) | (取得年月 年 月) | (取得年月 年 月) | |

(注意) 医師免許証の写しを添付してください。

様式 2

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

年 月 日

(あて先)

越谷市長

所 在 地

指定医師所属医療機関名
(診療科名) ()

電 話 番 号

指 定 医 師 名 印

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

| | | |
|-------------|----------|---------------|
| 指定障害区分 | | |
| 変 更 事 由 | 1 名称の変更 | 4 新規開業 |
| | 2 所在地の変更 | 5 その他 (姓の変更等) |
| | 3 勤務先の変更 | () |
| 新 旧 変 更 事 項 | 新 | |
| | 旧 | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 |

留意事項

この届出書は、越谷市内の医療機関から別の越谷市内の医療機関に勤務先を変更した場合等に提出するものです。

変更事由 3, 4 の場合、新たな医療機関において行ってください。

[参考]

〈埼玉県内の医療機関に転出する場合〉

埼玉県知事あての変更届出書兼辞退届出書を、埼玉県に提出してください。

〈さいたま市、川越市内又は川口市の医療機関に転出する場合〉

さいたま市長、川越市長又は川口市長あての変更届出書兼辞退届出書を、さいたま市、川越市又は川口市長に提出してください。

〈他の都道府県の医療機関に転出する場合〉

他の都道府県・政令市・中核市に転出し、越谷市内の医療機関において身体障害者診断書・意見書を作成しなくなる場合は、様式 3 の辞退届出書を提出してください。

