

## 京都市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

### (申請)

- 1 身体障害者福祉法（昭和24年法律第238号。以下「法」という。）第15条第1項及び第2項の規定による医師の指定等を申請しようとする者からの申請書等は、別紙様式のとおりとする。

### (提出)

- 2 前項の申請書等は、京都市長（以下「市長」という。）へ提出するものとする。

### (諮問)

- 3 法第15条第2項の規定による医師の指定、担当する障害区分の追加（以下「医師の指定等」という。）にあたっては、市長は京都市社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会（以下「審査部会」という。）の意見を聴いて行わなければならない。  
なお、指定年月日は、審査部会が開催された月の翌月初日とする。

### (審査)

- 4 法第15条第2項の規定に従い、市長が医師の指定等を行うにあたって、審査部会の意見を聴く際に、以下の事項について十分審査を行うものとする。
  - (1) 医籍登録日
  - (2) 担当しようとする障害区分
  - (3) 当該医師の職歴
  - (4) 当該医師の主たる研究歴と業績
  - (5) その他必要と認める事項

### (通知)

- 5 審査結果に基づく指定等に関する通知は、申請者等に対し、指定年月日が到来するまでに書面にて通知する。

### (診断書の作成)

- 6 指定された医師は、その者が主として標榜し、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指定を受けた障害区分について、法第15条第1項の診断書を作成することができる。

### (指定基準)

- 7 医師の指定等に係る指定基準は、次のとおりとする。
  - (1) 視覚障害、聴覚若しくは平衡機能障害、音声、言語若しくはそしゃく機能障害、

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，ぼうこう若しくは直腸機能障害，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又は肝臓機能障害の医療に係るのある診療科名を標榜している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。

(2) 当該医師が担当する診療科の診療従事年数（外国の医療機関を含む。）は，3年以上とする。

また，臨床研修等の扱いは，以下のとおりとする。

ア 医師法第16条の2に規定する臨床研修期間は，年数に算入しない。

イ 大学院での当該診療科（臨床系）に係る専攻期間は，年数に算入できるものとする。

(担当障害に係るのある診療科名)

8 各障害の医療に係るのある診療科名は，医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の2に規定される診療科とする。参考として各障害に係るのある診療科名を以下に例示する。

(1) 視覚障害の医療に係るのある診療科名

眼科，小児眼科，神経内科，脳神経外科

(注) 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。

(2) 聴覚障害の医療に係るのある診療科名

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

(注) 日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医であることを原則とする。

ただし，耳鼻咽喉科専門医でなくても，これに相当すると審査部会が認める場合は，指定できるものとする。

(注) 耳鼻いんこう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。

(3) 平衡機能障害の医療に係るのある診療科名

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

(4) 音声，言語機能障害の医療に係るのある診療科名

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

(5) そしゃく機能の医療に係るのある診療科名

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

(6) 肢体不自由の医療に係るのある診療科名

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

(7) 心臓機能障害の医療に関係のある診療科名

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

(8) じん臓機能障害の医療に関係のある診療科名

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

(9) 呼吸器機能障害の医療に関係のある診療科名

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

(10) ぼうこう又は直腸機能障害の医療に関係のある診療科名

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）

(11) 小腸機能障害の医療に関係のある診療科名

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

(12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の医療に関係のある診療科名

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

（注）エイズ治療拠点病院での従事経験があることを原則とする。

(13) 肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名

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

（指定医師の公表）

9 市長は，法15条第1項の規定により指定した医師について，公表するものとする。

（指定医師の標示）

10 法15条第1項の規定により指定を受けた医師は，その旨を標示し，見やすい場所に掲示するものとする。

附則

この要領は，平成29年8月19日から施行する。

ただし，平成29年8月18日までに受理した申請については，なお従前の例による。

附則

（施行期日）

1 この要領は，令和元年5月1日から施行する。

(経過措置)

2 身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師の診療場所変更(追加)について(様式4)、身体障害者福祉法第15条第1項の氏名変更について(様式5)及び身体障害者福祉法第15条第1項による指定医師の指定取消について(様式6)については、当面の間、従前の様式によることができる。

## 身体障害者福祉法指定医師申請書兼同意書（新規）

年 月 日

(あて先) 京都市長

(〒 )

医療機関名  
及び診療場所

(TEL )

医師氏名

診療科名

印

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ますよう、履歴書、医師免許証(写)等を添えて申請します。なお、本申請をもって身体障害者福祉法施行令第3条第1項の規定する指定にあたっての同意とします。

また、指定された場合は、この申請書の記載事項について京都市が公表(ホームページ上の名簿掲載を含む)することに同意します。

担当障害区分	関係診療科目
1 視覚障害	眼科, 小児眼科, 脳神経外科, 神経内科(注1)
2 聴覚障害	耳鼻咽喉科, 小児耳鼻咽喉科, 気管食道・耳鼻咽喉科, 神経内科, 脳神経外科(注2), (注3)
3 平衡機能障害	耳鼻咽喉科, 小児耳鼻咽喉科, 気管食道・耳鼻咽喉科, 神経内科, 脳神経外科, リハビリテーション科
4 音声・言語機能障害	耳鼻咽喉科, 小児耳鼻咽喉科, 気管食道・耳鼻咽喉科, 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
5 そしゃく機能障害	耳鼻咽喉科, 小児耳鼻咽喉科, 気管食道・耳鼻咽喉科, 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
6 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
7 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
8 腎臓機能障害	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
9 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
10 ぼうこう・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)
11 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
12 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(注4)
	エイズ治療拠点病院での従事経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13 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

(注1) 眼科以外の診療科にあたっては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。

(注2) 耳鼻科以外の診療科にあたっては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。

(注3) 原則として日本耳鼻咽喉科学会の耳鼻咽喉科専門医とします。専門医であることがわかるものをあわせて提出してください。

(注4) エイズ治療拠点病院での従事経験があることを原則とする。

(記載要領)

上記障害区分のうち、指定を希望する担当障害区分、関係診療科目に○を付けてください。

提出期限は、年4回の京都市社会福祉審議会(通常6, 9, 12, 3月の第1週目の金曜日)の2週間前必着です。それを過ぎると、次回審議会での審議になります。

履歴書

フリガナ 氏名	印	生年月日 年齢	年 月 日 満 才
現住所			
最終学歴	年 月 日	大学	卒業・修了
医師免許・ 学位・専門 医・認定医 等の取得	年 月 日	医籍登録 (第	号)
	年 月 日		
	年 月 日	専門医 (認定機関	)
	年 月 日	認定医 (認定機関	)

※聴覚障害の場合は、原則として日本耳鼻咽喉科学会の専門医証等を添付してください。

研修・勤務 期間	職 歴	
	勤務病院等	臨床経験
		診療科
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

(注)・氏名欄のフリガナは必ず御記入ください。

- ・職歴欄には、勤務先等を年次順に記載してください(海外での職歴を含む)。
- ・臨床経験欄には、診療科名及び職名等(臨床研修医・専攻医・医員・助教・講師・医長等)を記載してください。
- ・大学院での在籍期間については、臨床経験がある場合にのみ職歴欄に記載してください。
- ・診療科名だけで指定基準を満たす診療経験があるかどうか不明瞭な場合は、職名・専攻等の欄に、主たる診療経験の内容についても補記願います。(記載例；診療科名＝内科→専攻等＝肝臓、診療科名＝外科→専攻等＝心臓)

身体障害者福祉法指定医師申請書兼同意書（障害区分追加）

年 月 日

（あて先）京都市長

（〒 ）

医療機関名

及び診療場所

医師氏名

診療科名

印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として担当する障害区分を追加指定されますよう、履歴書等を添えて申請します。

また、追加指定された場合は、この申請書の記載事項について京都市が公表（ホームページ上の名簿掲載を含む）することに同意します。

既に指定を受けている担当障害区分；

追加する担当障害区分	関係診療科目
1 視覚障害	眼科，小児眼科，脳神経外科，神経内科（注 1）
2 聴覚障害	耳鼻咽喉科，小児耳鼻咽喉科，気管食道・耳鼻咽喉科，神経内科，脳神経外科（注 2），（注 3）
3 平衡機能障害	耳鼻咽喉科，小児耳鼻咽喉科，気管食道・耳鼻咽喉科，神経内科，脳神経外科， リハビリテーション科
4 音声・言語機能障害	耳鼻咽喉科，小児耳鼻咽喉科，気管食道・耳鼻咽喉科，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
5 そしゃく機能障害	耳鼻咽喉科，小児耳鼻咽喉科，気管食道・耳鼻咽喉科，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
6 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
7 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
8 腎臓機能障害	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
9 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
10 ぼうこう・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）
11 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
12 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（注 4）
	<b>エイズ治療拠点病院での従事経験</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13 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

（注 1）眼科以外の診療科にあたっては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。

（注 2）耳鼻科以外の診療科にあたっては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。

（注 3）原則として日本耳鼻咽喉科学会の耳鼻咽喉科専門医とします。専門医であることがわかるものをあわせて提出してください。

（注 4）エイズ治療拠点病院での従事経験があることを原則とする。

（記載要領）

**上記障害区分のうち、指定を希望する担当障害区分、関係診療科目に○を付けてください。**

提出期限は、年 4 回の京都市社会福祉審議会（通常 6，9，12，3 月の第 1 週目の金曜日）の 2 週間前必着です。それを過ぎると、次回審議会での審議になります。

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

(医療機関) (〒 )

所在地

名 称

(TEL )

開設者

Ⓜ

身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師の  
診療場所変更（追加）について

下記の医師について、診療場所の変更（追加）がありましたので届け出ます。  
また、この申請書の記載事項について、京都市が公表（ホームページ上の名簿掲載を含む）することに同意します。

記

医師氏名	診療科名	新診療場所の名称 及び所在地	旧診療場所の名称 及び所在地	(注) 備 考

(注) 診療場所の追加の場合は、備考欄に「追加」と記入してください。

(注) 医療機関の名称・住所等が変更になった場合もお届けください。



様式 5

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

(医療機関) (〒 )

所在地

名 称

(TEL )

開設者 印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の指定医師の  
氏名変更について

下記の医師について、氏名の変更がありましたので届け出ます。

また、この申請書の記載事項について、京都市が公表（ホームページ上の名簿掲載を含む）することに同意します。

記

診療科名	医師の氏名（新）	医師の氏名（旧）

**※添付書類は不要ですが、医療機関開設者において氏名変更の事実をご確認のうえ、ご提出ください。**

様式6

年 月 日

(あて先) 京都市長

(医療機関) (〒 )

所在地

名 称

開設者

㊟

身体障害者福祉法第15条第1項による  
指定医師の指定取消について

下記の医師にかかる身体障害者福祉法第15条第1項の指定を取り消していただきますようお願いいたします。

記

医師氏名	診療科名	取 消 理 由
		1 市外転出                      2 辞退 3 その他 (                      )
		1 市外転出                      2 辞退 3 その他 (                      )
		1 市外転出                      2 辞退 3 その他 (                      )
		1 市外転出                      2 辞退 3 その他 (                      )

(注1) 取消理由は該当するものを○で囲んでください。

(注2) 市内での異動については、診療場所変更届を提出してください。