

事 務 連 絡
平成18年6月13日

各都道府県障害程度区分担当者 様

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課障害程度区分係

障害程度区分の医師意見書の取扱い及びこれに係る施行事務費補助金について

障害保健福祉行政の推進に平素よりご協力いただき感謝申し上げます。

さて、標記の件につきましては、平成18年2月21日付け事務連絡、平成18年3月31日付け事務連絡、及び平成18年4月12日付け事務連絡でお示ししているところですが、下記の項目について追加・修正し、別添修正後全文のとおりとしましたのでご承知願います。

なお、管内市町村には貴職からご周知願います。

修正後の電子媒体は厚生労働省ホームページに近々掲載する予定です。

※ 厚生労働省ホームページ（障害者福祉のページ）

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/index.html>>

記

1 追加事項

医師意見書記載に必要な基本的診察にかかる電子化加算相当額30円を施行事務費補助金の補助対象とすること

2 修正事項

参考様式「障害者自立支援法 医師意見書作成料内訳書」の「保護者確認欄」を「市町村確認欄」に修正したこと

本文中、医師意見書作成料及び検査料について、消費税が施行事務費補助金の補助対象に含まれることを追記したこと

【連絡先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課 障害程度区分係
佐藤、武田
TEL 03-5253-1111（内線 3026）
FAX 03-3593-2008

事務連絡
平成18年2月21日

都道府県
各 障害程度区分担当者 様
指定都市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
企画課障害認定係

障害程度区分の医師意見書の取扱い及びこれに係る施行事務費補助金について

平素より障害保健福祉の推進にご協力いただきありがとうございます。
医師意見書の事務処理、参考様式及び施行事務費補助金の対象経費について、
別添とお取り扱い等をお示しいたします。

記

- ・ 障害程度区分の医師意見書の取扱いについて
- ・ 医師意見書様式
- ・ 医師意見書作成依頼書【参考様式】
- ・ 請求書（兼 口座振替依頼書）【参考様式】
- ・ 医師意見書作成料内訳書 【参考様式】

【照会先】

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部企画課障害認定係

佐藤、西澤

TEL 03-5253-1111（内線 3022）

FAX 03-3502-0892

MAIL shogaiteidokubun@mhlw.go.jp

障害程度区分の医師意見書の取扱いについて

1. 医師意見書の入手方法について

障害程度区分の医師意見書については、医師会、医療機関等にあらかじめ事務処理を説明し、円滑な事務体制を構築することが望ましい。

(1) 次のような方法により事務処理を行うことは可能である。

- ① 介護給付の申請を受理。又は、相談の結果、介護給付を申請する見込みである。
- ② 主治医の有無を確認する。主治医がいない場合は、協力医等のうちから依頼する医師を特定する。
- ③ 医師意見書作成依頼書、請求書、記載料内訳書を発行。
- ④ 市町村から主治医・協力医等に依頼書等を送付する。
- ⑤ 主治医・協力医等は、医師意見書と請求書に必要事項を記載し、郵送で市町村宛て返信いただく。
- ⑥ 市町村は、意見書記載内容を確認し、請求書に基づき支払いを行う。

(2) なお、障害程度区分の更新の場合等、申請が行われることが明らかな場合には、申請者を經由して医師へ依頼する、主治医等から申請者を經由して提出いただくことは可能である。

(参考) 協力医の考え方

医師会等の関係団体の協力を得て、医師意見書記載を依頼する協力医を特定しておくことは可能である。

- ・ 協力医の中から申請者の住所地の近隣にあるなど、申請者の住所地の近隣にあるなど、申請者にとって受診の便がよい医師を指定することが現実的な対応と考えられる。
- ・ 意見書を記載する医師について申請者の希望がある場合は、協力医ではなく、当該希望のある医師に記載を依頼することが考えられる。
- ・ なお、協力医は、障害者施設の嘱託医等、障害者福祉に関する実務経験を有する者が望ましいと考えられる。
- ・ また、都道府県等が行う主治医研修を受講した医師に記載を依頼することが望ましいと考えられる。

2. 医師意見書の記載に係る対価について

医師意見書の記載に係る対価については、在宅・施設別、新規・継続（更新）申請別に以下の金額とし、施行事務費補助金の対象経費とする。

また、継続（更新）申請者とは、更新申請において次に該当する者である。

- ① 施設入所者については前回申請時と同一の施設に入所している者
- ② 在宅の者については前回申請時と同一の医療機関又は医師が意見書を記載した者

	在宅	施設入所
新規申請者	5, 000円	4, 000円
継続（更新）申請者	4, 000円	3, 000円

※ 施設入所とは、社会福祉施設、医療施設等であって入院機能を有するものを含む。

※ 「施設入所」で支払われるのは、これらの施設等の入院・入所者に対して、常勤・非常勤を問わず、健康管理を含む医学的管理を行うことを業務とする医師が、その入院・入所者に関する医師意見書を記載した場合とする。

※ 施設入所者であっても、当該施設と関係がない医師が医師意見書を作成した場合には、「在宅」で支払うこととなる。

※ 消費税が課税され、これも施行事務費補助金の補助対象となる。

3. 市町村の事務費として診察・検査に係る費用を負担する場合の取扱いについて

(1) 基本的考え方

主治医がなく、主訴等もない者が、介護給付の申請を行う場合は例外的なものと考えられるが、医師意見書を記載する場合に必要な診察・検査については、健康診断と同様の考え方により医療保険の対象とはならない。

従って、次に示す場合には、市町村が事務費として必要な費用を負担することとなる。

ア 主治医がいる場合

これまでの診療等によって得られている情報（診療録等）に基づき、意見書を記載する。意見書記載に係る費用は施行事務費補助金の対象経費とする。

なお、医療を必要と認めた場合、その費用は医療保険に請求する。

イ 主治医がいない場合

① 主訴、異和（寝たきりを含む）がある場合、診療に係る費用は医療保険に請求する。

意見書記載に係る費用は事務費交付金の対象経費とする。

② 主訴、異和等がない場合は、初診として基本的な診療を行い、その費用は施行事務費補助金の対象経費とする。

その上で、治療及び治療に係る検査を必要と認めた場合、その費用は医療保険に請求する。

③ 基本的な診療によって特に医学的問題がない場合、医師の判断により必要に応じて基本的な検査を行うこととし、その費用は施行事務費補助金の対象経費とする。

基本的な検査によって医療の必要を認めた場合、その費用は医療保険に請求する。

※ 図1を参照

(2) 施行事務費補助金の対象となる検査等の内容について

主治医がおらず診療を希望していない者に係る医師意見書を記載する際に必要となった診察・検査にかかる費用（上の③の場合）については、初診料及び医師の判断に応じて行った次ページの検査等に対する診療報酬単価を用いて積算した費用とし、施行事務費補助金の対象とする。

※ 消費税が課税され、これも施行事務費補助金の補助対象となる。

○ 基本的な診察

	費用（平成 18 年診療報酬単価）
初診料（診療所）相当額	2,700
初診料（病 院）相当額	2,700
電子化加算	30

○ 末梢血液一般検査、血液化学検査、尿検査、胸部エックス線検査の具体的な範囲は以下のとおり。

検査項目	費用（平成 18 年診療報酬単価）
血液採取（静脈）	120
末梢血液一般検査	230
血液学的検査判断料	1,350
血液化学検査（10 項目以上）	1,300
生化学的検査（Ⅰ）判断料	1,550
尿中一般物質定性半定量検査	280
単純撮影	650
写真診断（胸部）	850
フィルム（大角）	130
合計	6,460

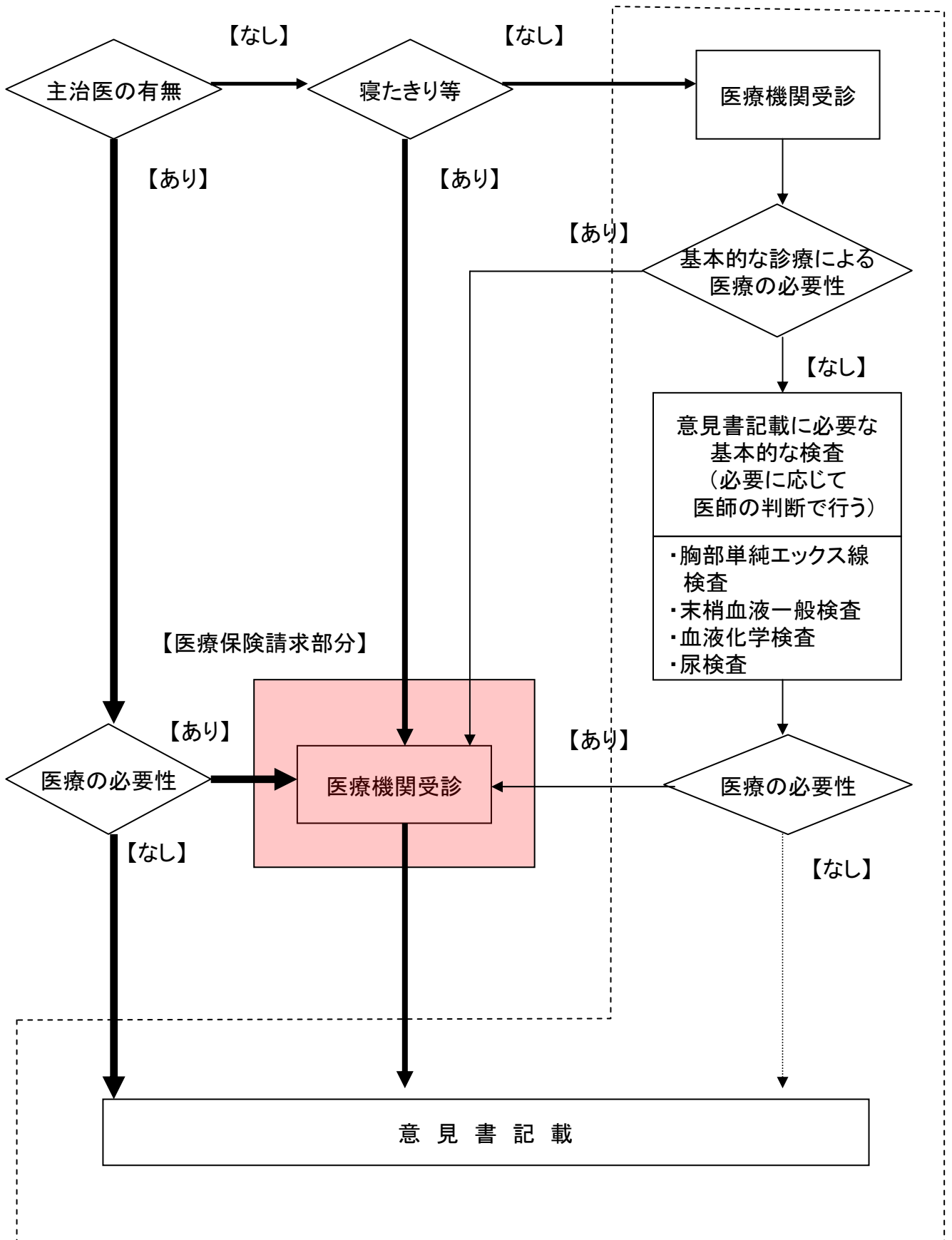
（注 1） 原則として、寝たきりや主訴があり、医療が必要な者については、提供されている医療に基づき意見書を記載するものである。往診が行われた場合についてもその費用は医療保険の対象である。

一方、寝たきり等がない者については、通常、医療機関を受診することは可能であると考えられるので、意見書の記載のみを目的として、市町村が指定する医師が、診断を受ける者のために申請者宅等を訪問することは想定してない。

ただし、例外的に、医療を受けることを拒否している寝たきり等の申請者を医師が訪問する必要がある場合があり、この場合は、意見書記載にかかる費用、初診料に相当する費用及び上記の検査に要する費用についてのみ施行事務費補助金の対象とし、交通費に相当する費用等それ以外の費用が生ずる場合であっても、当該費用は申請者の自己負担とする。

（注 2） 上記費用のうち、実際に行った検査費用のみを施行事務費補助金の対象経費とする。

図1



医師意見書

別紙 1

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日	
1. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)	
1. 昭和・平成 年 月～	年 月 (傷病名:)
2. 昭和・平成 年 月～	年 月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)	

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input type="checkbox"/> 有 (症状名)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週 1 回以上 月 1 回以上 年 1 回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)

・嚥下について 特になし あり (_____)

・摂食について 特になし あり (_____)

・移動について 特になし あり (_____)

・その他 (_____)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; _____ 能力障害; _____) <判定時期 平成 _____ 年 _____ 月>

○生活障害評価: (食事; _____ 生活リズム; _____ 保清; _____ 金銭管理; _____ 服薬管理; _____

対人関係; _____ 社会的適応を妨げる行動; _____) <判断時期 平成 _____ 年 _____ 月>

障害者自立支援法 医師意見書作成依頼書

平成 年 月 日

〇〇市長 〇〇 〇〇

次の者について同封の「医師意見書」を記入のうえ、平成〇〇年〇〇月〇〇日までにご返送ください。

申 請 者	番 号			
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏 名	性 別		
	住 所			

問い合わせ先及び返送先

〇〇課
〇〇市〇〇 〇〇〇
〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

請求書（兼 口座振替依頼書）

平成 年 月 日

〇〇〇市長 〇〇 〇〇 様

住所
氏名 印

金 _____ 円

障害者自立支援法の医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	
口座名義人（ふりがな）	
口 座 番 号	
預 金 の 種 類	
備 考	

障害者自立支援法 医師意見書作成料内訳書

申請者	受給者番号 (申請者番号)										
	(フリガナ) 氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性 別	1. 男 2. 女					
請求医療機関	事業所 名称										
	所在地										
		電話番号									

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号						市町村確認	※							
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書 送付日	平成			年			月			日			市町村確認	※

※の欄は記入しないでください

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設		1. 新規 2. 継続		金額						円
--------	----	-------------	--	-------------	--	----	--	--	--	--	--	---

診断・検査費用	内訳		点数				摘要										
	診断																
	検査	胸部単純X線撮影															
		血液一般検査															
		血液化学検査															
		尿中一般物質定性・半定量検査															
合計						点数合計×10円										円	

請求書	意見書作成料						円
	診断・検査費用						円
	消費税						円
	合計						円

医師意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が障害程度区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性・半定量検査