

福岡県医発第2282号(地)

平成18年3月24日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康



障害者自立支援法施行に伴う障害程度区分の医師意見書の取扱い等について

標記の件につきまして、福岡県保健福祉部障害者福祉課並びに日本医師会より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、平成18年4月1日からの障害者自立支援法施行に伴い、障害程度区分の医師意見書の取り扱い及びこれに係る施行事務費補助金についての通知であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、関係医療機関等への周知方等につきましてご高配賜りますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

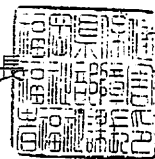


17障第 4457 号

平成18年3月17日

社団法人 福岡県医師会会長 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長

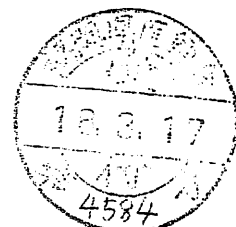


障害者自立支援法施行に伴う障害程度区分の医師意見書の取扱い等について

平素より、本県の障害者福祉行政の推進に御協力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、市町村審査会における障害程度区分の審査判定業務に必要となります医師の意見書について、別添のとおり厚生労働省より事務連絡がありましたのでお知らせします。

つきましては、大変お忙しいところ恐れ入りますが、貴会に所属されている医師への御周知、御指導等をいただきますようお願い申し上げます。



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、
別添とおとり取扱例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@mhiw.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。

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。

○ 基本的な診察

	費用（平成 16 年診療報酬単価）
初診料（診療所）相当額	2,740
初診料（病 院）相当額	2,550

○ 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 16 年診療報酬単価）
血液採取（静脈）	120
末梢血液一般検査	270
血液疫学的検査判断料	1,350
血液化学検査（10 項目以上）	1,400
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）	140
合計	6,610

（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。

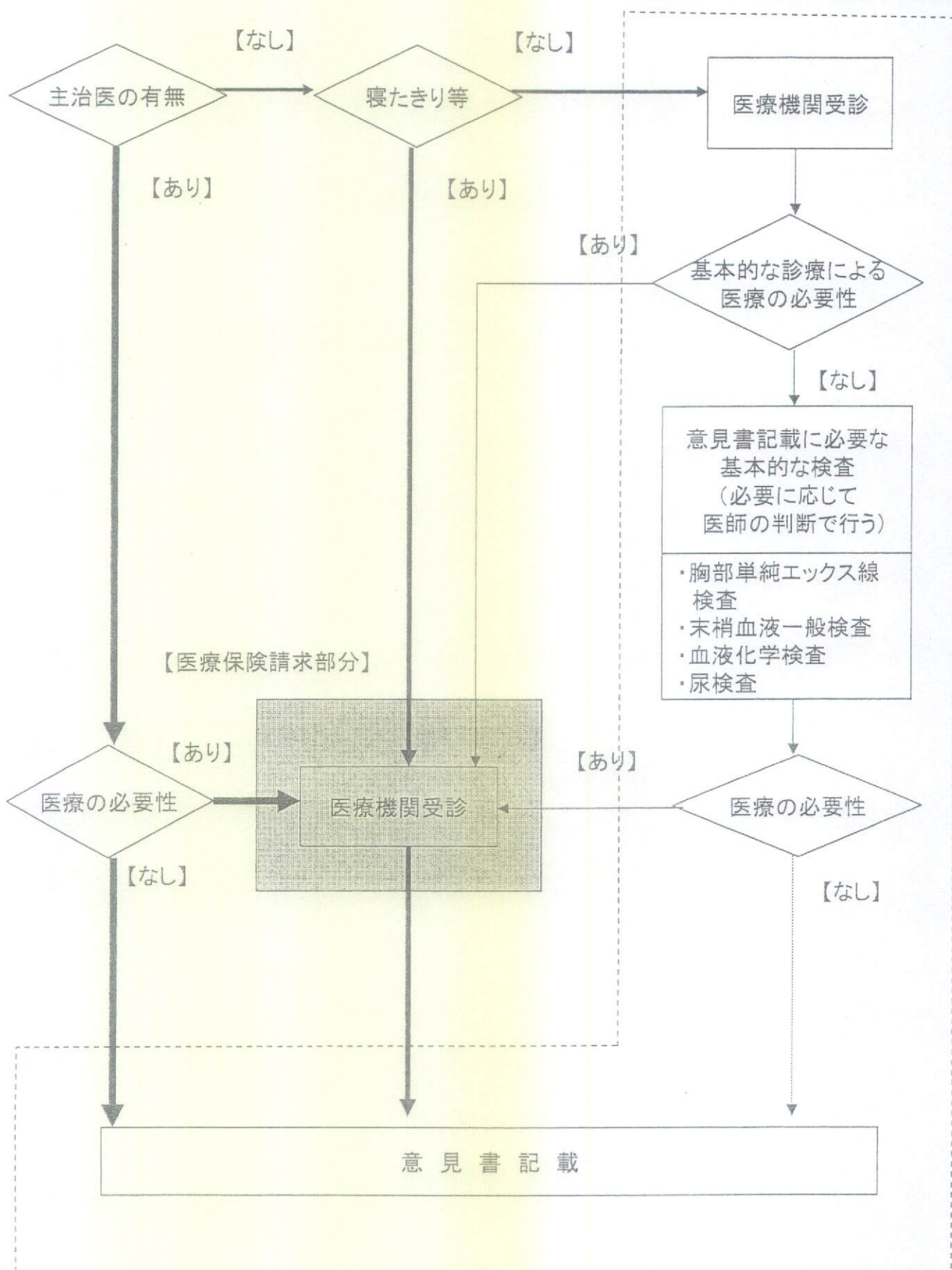
一方、寝たきり等がない者については、通常、医療機関を受診することは可能であると考えられるので、意見書の記載のみを目的として、市町村が指定する医師が、診断を受ける者のために申請者宅等を訪問することは想定していない。

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

【障害程度区分施行事務費対象経費】



医師意見書

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)		

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	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ 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 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 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	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養(胃ろう)	
	☐ 吸引処置(回数	回/日, ☐ 一時的	☐ 継続的)		
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ 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)					
☐ 有 ☐ 無					
(有の場合) → ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊					
☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 性的問題 ☐ その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
☐ 有 (症状名 _____) ☐ 無					
(有の場合) → ☐ せん妄 ☐ 傾眠傾向 ☐ 幻視・幻覚 ☐ 妄想 ☐ 失見当識 ☐ 失認 ☐ 失行					
☐ 認知障害 ☐ 記憶障害(短期、長期) ☐ 注意障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 社会的行動障害					
☐ その他 ()					
・ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 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なご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					
		年	月	日							

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											保護者 確認	※
意見書作成日	平成		年		月		日	意見書 送付日	平成		年		月		日					

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

※の欄は記入しないでください

障害者自立支援・医師意見書

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)		
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	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ 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 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 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	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 吸引処置(回数 回/日, ☐ 一時的 ☐ 継続的) 特別な対応 ☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置 失禁への対応 ☐ 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)	
☐ 有 ☐ 無	(有の場合) → ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 性的問題 ☐ その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
☐ 有 (症状名) ☐ 無	(有の場合) → ☐ せん妄 ☐ 傾眠傾向 ☐ 幻視・幻覚 ☐ 妄想 ☐ 失見当識 ☐ 失認 ☐ 失行 ☐ 認知障害 ☐ 記憶障害(短期、長期) ☐ 注意障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 社会的行動障害 ☐ その他 ()
・ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 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など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>



(地Ⅲ239)

平成18年3月14日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事

野中 博
三上 裕司



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

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、障害者自立支援法に基づく障害程度区分の認定における医師意見書様式及び市町村審査会委員マニュアル等について及び障害者自立支援法の市町村審査会の委員についてにつきましては、平成18年2月22日付日医発第985号(地Ⅲ218)をもって貴会宛にお送り申し上げます。

今般、別添のとおり、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より、各都道府県等障害程度区分担当者宛に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事務連絡がなされました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、郡市区医師会等への周知方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

