

平成30年6月20日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
都道府県民生主管部（局）		
国民健康保険主管課（部）長		
都道府県後期高齢者医療主管部（局）		
後期高齢者医療主管課（部）長		

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る
療養費の支給の留意事項等について」の一部改正について

「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の
留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）については、そ
の一部を下記のとおり改正し、本年10月1日以降の施術分から適用することとした
ので、貴管下の関係者に周知を図るとともに、円滑に取り扱われるよう御配慮願いた
い。

なお、「はり・きゅうの施術について」（昭和61年4月21日付保険発第37号）は、
平成30年10月1日をもって廃止する。

記

- 1 別添1の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
別添 1 はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 2 章 療養費の支給対象 1 療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものであり、主として神経痛・リウマチなどであって類症疾患については、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患）に限り支給の対象とすること。 第 3 章 医師の同意書、診断書の取扱い 1 病名・症状（主訴を含む）、発病年月日、診察区分及び診察日の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書は、医師の同意書に代えて差し支えないこと。 3 同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第 5 章 1 の療養費の支給が可能とされる	別添 1 はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 2 章 療養費の支給対象 1 「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって類症疾患については、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患）に限り支給の対象とされていること。 第 3 章 医師の同意書、診断書の取扱い 1 「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、病名・症状（主訴を含む）及び発病年月日の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書は、同意書に代えて差し支えないとされていること。 3 「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、同意書又は

期間（以下「一の同意書、診断書により支給可能な期間」という。）内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。

- 4 一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給可能な期間内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。

- 5 医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

- 7 同意又は再同意を求める医師は、緊急その他やむを得ない場合を除き、当該疾病について現に診察を受けている主治の医師とす

診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第５章１の療養費の支給が可能とされる期間内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないとされていること。

- 4 初療の日から３月を経過した時点（初療の日が月の１５日以前の場合は当該月の翌々月の末日とし、初療の日が月の１６日以降の場合は当該月の３ヶ月後の月の末日とする。）において、更に施術を受ける場合は、実際に医師から同意を得ておれば必ずしも医師の同意書の添付は要しないこととするが、この場合、支給申請書には、同意をした医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間の指示がある場合はその期間を付記する取扱いとすること。

また、施術者が患者に代わり医師の同意を確認した場合は、同意をした医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間の指示がある場合はその期間について施術録等に記録し、療養費支給申請書の同意記録欄は、施術者が記入する取扱いとすること。

以降引き続き施術が行われた場合も同様の取扱いとして差し支えないこと。

- 5 医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたので参考にされたいこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

- 7 同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師とすること。ただし、同意を求めることができないやむを得ない

ること。

8 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければ
ならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診
察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

9 医師と施術者との連携が図られるよう、医師の再同意に当たっ
ては、医師が、施術者の作成した施術報告書により施術の内容や
患者の状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき同意をす
るべきものであること。また、施術に当たって注意すべき事項等
がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべ
きものであること。

なお、医師が、施術報告書の提供を受けていない場合であって
も、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等
により医師から施術者に連絡されるべきものであること。

10 (略)

第5章 施術料

1 同意書又は診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内
は療養費を支給して差し支えないこと。

ただし、初療又は医師による再同意日から起算して6ヶ月（初
療又は再同意日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月
の末日とし、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の月の末日
とする。）を超える期間が記載されていても、その超える期間は療

事由がある場合は、この限りでないこと。

(新設)

(新設)

8 (略)

第5章 施術料

1 「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いに
ついて」(昭和42年9月18日保発第32号)により、同意書又は
診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内は療養費を支
給して差し支えないこと。

ただし、初療の日から3ヶ月（初療の日が月の15日以前の場合
は当該月の翌々月の末日とし、初療の日が月の16日以降の場合

養費の支給はできないものであり、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。

加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうとする場合、初療又は医師による再同意日が、月の 15 日以前の場合は当該月の5 ヶ月後の月の末日、月の 16 日以降の場合は当該月の6 ヶ月後の月の末日までの期間内は療養費を支給して差し支えないこと。

第 6 章 往療料

3 「はり・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」（平成 4 年 5 月 22 日保発第 57 号）により、2 戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第 2 位以降の患家に対する往療距離の計算は、第9章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とするものとされているところであるが、先順位の患家から次順位の患家への距離が第9章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患家への距離に比べ遠距離になる場合は、第9章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

4 往療の距離は、第9章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合

合は当該月の3 ヶ月後の月の末日とする。）を超える期間が記載されていても、そのを超える期間は療養費の支給はできないこととしており、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。

加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうとする場合にあっても、一の同意書、診断書により支給可能な期間は、初療又は医師による再同意日が、月の 15 日以前の場合は当該月の翌々月の末日とし、月の 16 日以降の場合は当該月の3 ヶ月後の月の末日とすること。

第 6 章 往療料

3 「はり・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」（平成 4 年 5 月 22 日保発第 57 号）により、2 戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第 2 位以降の患家に対する往療距離の計算は、第8章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とするものとされているところであるが、先順位の患家から次順位の患家への距離が第8章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患家への距離に比べ遠距離になる場合は、第8章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

4 往療の距離は、第8章 2 に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合

は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

- 5 片道 16km を超える往療については、第9章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた部分のみではなく全額が認められないこと。

なお、片道 16km を超える往療とは、2戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第9章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

第7章 施術報告書交付料

- 1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙6の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。

なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書を患者に複数回交付した場

は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

- 5 片道 16km を超える往療については、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた部分のみではなく全額が認められないこと。

なお、片道 16km を超える往療とは、2戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

（新設）

合であっても、支給は1回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の5ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の16日以降の場合は6ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前5ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。

2 施術者は、やむを得ず、施術報告書を作成しない場合であっても、医師との連携が図られるよう、患者を診察する医師からの施術に関する問合せに応じるべきものであること。

第8章 （略）

第9章 支給事務手続き

6 施術報告書交付料を支給する療養費支給申請書には、施術者より記入を受けた別紙6の施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

7 （略）

8 （略）

第7章 （略）

第8章 支給事務手続き

（新設）

6 （略）

7 （略）

2 別添 1 の別紙 1、別紙 2 及び別紙 4 を次のように改める。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	年	月 日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意） 上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

印

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、
ア 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄1～6）
イ ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。（「病名」欄7）
ウ ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
- 5 はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。
- 6 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 9 上記7の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされていますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

診 断 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平 年 月 日		
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけて下さい)		
診 察 日	平成 年 月 日		
症 状 (主訴を含む)			
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)		
平成 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名			



※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成	年	月	日
申請者	住所				
(被保険者)	氏名	印			
	住所				
代理人	氏名	印			

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

3 別添 1 の別紙 5 の次に次の別紙 6 を加える。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名

4 別添 2 の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
別添 2 マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 3 章 医師の同意書、診断書の取扱い 1 病名・症状（主訴を含む）、<u>発病年月日、診察区分、診察日及び歩行等の状態</u>の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書は、<u>医師の同意書</u>に代えて差し支えないこと。 3 脱臼又は骨折に施術するマッサージについては、医師の同意書により取り扱うこと。 5 同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第 4 章 1 の療養費の支給が可能とされる期間（以下「一の同意書、診断書により支給可能な期間」という。）内における 2 回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないこと。 6 <u>一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を</u>	別添 2 マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 3 章 医師の同意書、診断書の取扱い 1 <u>「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」</u>（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、病名・症状（主訴を含む）<u>及び発病年月日の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書であれば、同意書に代えて差し支えないとされていること。</u> 3 <u>「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」</u>（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、<u>脱臼又は骨折に施術するマッサージについては、医師の同意書により取り扱うとされていること。</u> 5 <u>「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」</u>（昭和 42 年 9 月 18 日保発第 32 号）により、<u>同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第 4 章 1 の療養費の支給が可能とされる期間内における 2 回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないとされていること。</u> 6 <u>初療の日から 3 月を経過した時点（初療の日が月の 15 日以前</u>

受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給可能な期間内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。

7 医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

9 同意又は再同意を求める医師は、緊急その他やむを得ない場合を除き、当該疾病について現に診察を受けている主治の医師とすること。

10 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

の場合は当該月の翌々月の末日とし、初療の日が月の１６日以降の場合は当該月の３ヶ月後の月の末日とする。）において、更に施術を受ける場合は、実際に医師から同意を得ておれば必ずしも医師の同意書の添付は要しないこととするが、この場合、支給申請書には、同意をした医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間の指示がある場合はその期間を付記する取扱いとすること。（変形徒手矯正術を除く。）

また、施術者が患者に代わり医師の同意を確認した場合は、同意をした医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間の指示がある場合はその期間について施術録等に記録し、療養費支給申請書の同意記録欄は、施術者が記入する取扱いとすること。

以降引き続き施術が行われた場合も同様の取扱いとして差し支えないこと。

7 医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたので参考にされたいこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

9 同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師とすること。ただし、同意を求めることができないやむを得ない事由がある場合は、この限りでないこと。

(新設)

11 <u>医師と施術者との連携が図られるよう、医師の再同意に当たっては、医師が、施術者の作成した施術報告書により施術の内容や患者の状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき同意をするべきものであること。また、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。</u> <u>なお、医師が、施術報告書の提供を受けていない場合であつても、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。</u>	(新設)
12 (略)	10 (略)
第4章 施術料	第4章 施術料
1 同意書又は診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内は療養費を支給して差し支えないこと。 ただし、<u>初療又は医師による再同意日から起算して6ヶ月（初療又は再同意日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日とし、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の月の末日とする。ただし、変形徒手矯正術については初療又は再同意日から起算して1ヶ月）を超える期間が記載されていても、その超える期間は療養費の支給はできないものであり、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。</u> 加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうとする場合、<u>初療又は医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の</u>	1 <u>「はり・きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて」(昭和42年9月18日保発第32号)により、同意書又は診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内は療養費を支給して差し支えないこと。</u> ただし、<u>初療の日から起算して3ヶ月（初療の日が月の15日以前の場合は当該月の翌々月の末日とし、初療の日が月の16日以降の場合は当該月の3ヶ月後の月の末日とする。ただし、変形徒手矯正術については初療の日から起算して1ヶ月）を超える期間が記載されていても、その超える期間は療養費の支給はできないこととしており、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。</u> 加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうと

6ヶ月後の月の末日までの期間内は療養費を支給して差し支えないこと。ただし、変形徒手矯正術については初療又は再同意日から起算して1ヶ月とすること。

第5章 往療料

4 「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」（平成4年5月22日保発第57号）により、2戸以上の患者に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以降の患者に対する往療距離の計算は、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患者の所在地を起点とするものとされているところであるが、先順位の患者から次順位の患者への距離が第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患者への距離に比べ遠距離になる場合は、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

5 往療の距離は、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患者の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

する場合にあっても、一の同意書、診断書により支給可能な期間は、初療又は医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の翌々月の末日とし、月の16日以降の場合は当該月の3ヶ月後の月の末日とすること。ただし、変形徒手矯正術については初療又は再同意日から起算して1ヶ月とすること。

第5章 往療料

4 「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」（平成4年5月22日保発第57号）により、2戸以上の患者に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以降の患者に対する往療距離の計算は、第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患者の所在地を起点とするものとされているところであるが、先順位の患者から次順位の患者への距離が第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患者への距離に比べ遠距離になる場合は、第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

5 往療の距離は、第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患者の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

6 片道 16km を超える往療については、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた分のみではなく全額が認められないこと。

なお片道 16km を超える往療とは、2 戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第8章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

第6章 施術報告書交付料

1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙6の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。

なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書を患者に複数回交付した場合であっても、支給は1回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の5ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の16日以降の場合は6ヶ月後）の月に施術報告書を交付

6 片道 16km を超える往療については、第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた分のみではなく全額が認められないこと。

なお片道 16km を超える往療とは、2 戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第2位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第7章2に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

（新設）

した場合又は施術報告書を交付した月の前5ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して1ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に1回に限り支給するものであること。

2 施術者は、やむを得ず、施術報告書を作成しない場合であつても、医師との連携が図られるよう、患者を診察する医師からの施術に関する問合せに応じるべきものであること。

第7章 (略)

第8章 支給事務手続き

6 施術報告書交付料を支給する療養費支給申請書には、施術者より記入を受けた別紙6の施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

7 (略)

第6章 (略)

第7章 支給事務手続き

(新設)

6 (略)

5 別添 2 の別紙 1、別紙 2 及び別紙 4 を次のように改める。

同意書					
(あん摩マッサージ指圧療養費用)					
患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日		明・大・昭・平 年 月 日		
傷 病 名					
発病年月日		昭・平 年 月 日			
同意区分		初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)			
診 察 日		平成 年 月 日			
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢			
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ()			
	そ の 他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)			
施術の種類 施術部位	マッサージ (軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)				
	変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)				
往 療	1．必要とする 2．必要としない				
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい				
	1．独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3．その他 ()				
注意事項等		施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)			
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上の マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 平成 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 險 医 氏 名					

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、(中略) 同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。

- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。
- 7 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 8 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 9 上記8の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 10 上記8の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

診 断 書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

診断書					
(あん摩マッサージ指圧療養費用)					
患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日		明・大・昭・平 年 月 日		
傷 病 名					
発病年月日		昭・平 年 月 日			
診察区分		初 診 ・ 再 診 (○をつけて下さい)			
診 察 日		平成 年 月 日			
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢			
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ()			
	そ の 他				
歩行等 の状態		介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい １．独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 ２．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 ３．その他 ()			
注意事項等		注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)			
平成 年 月 日					
保 険 医 療 機 関 名					
所 在 地					
保 險 医 氏 名					
印					

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添2（別紙4）

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日				○傷病名																				
							年 月 日																								
	(フリガナ)						続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過																						
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名						男・女		○業務上・外、第三者行為の有無																						
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																							
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間								実 日 数		請 求 区 分																
	平成 年 月 日				自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日								日		新 規 ・ 継 続																
	傷 病 名 又 は 症 状												転 帰		継続・治癒・中止・転医																
	マ ッ サ ー ジ				軀 幹		円×		回＝		円		摘 要																		
					右上肢		円×		回＝		円																				
					左上肢		円×		回＝		円																				
					右下肢		円×		回＝		円																				
					左下肢		円×		回＝		円																				
	変 形 徒 手 矯 正 術				円×		肢×		回＝		円																				
	温 電 法				円×				回＝		円																				
	温電法・電気光線器具				円×				回＝		円																				
	往療料 4 kmまで				円×				回＝		円																				
	往療料 4 km超				円×				回＝		円																				
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)				円×				回＝		円																				
合 計										円																					
施術日 通院○ 往療◎		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																											
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 免許登録番号										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																		
	住所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名												☎ 電 話																		
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日																														
	申請者 住所 殿 (被保険者) 氏 名										☎ 電話																				
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行				本店														
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫				支店														
口座名義 カタカナで記入								口座番号												郵便局											
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同 意 年 月 日				傷 病 名				要加療期間														
									平成 年 月 日																						

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ⑩

代理人 住所
氏名 ⑪

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

6 別添 2 の別紙 5 の次に次の別紙 6 を加える。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名