

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の同意書について、平成30年10月1日からの取扱いをお知らせします。

※同意書：患者が、はり、きゅう又は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。

1 主な変更点

- 保険医が交付する、はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の同意書について、平成30年10月1日からの取扱いを以下のとおりお知らせします。

同意書に関して

新しい様式の同意書を使用する必要があります。

※新しい様式に記載されている項目をすべて満たしている必要があります。

※同意書に代えることが可能な診断書も新しい様式を使用する必要があります。

新しい様式の同意書に基づく療養費の支給が可能な期間は6ヶ月です。

※平成30年9月以前の同意については、療養費の支給可能な期間は従来どおりの期間（3ヶ月）であり、平成30年10月1日以降の施術に際し、新しい様式の同意書を改めて交付する必要はありません。

※あん摩マッサージ指圧の変形徒手矯正術については、従来どおり1ヶ月です。

再同意に関して

再同意の場合であっても、施術の同意には保険医の診察が必要です。

再同意の場合であっても、施術の同意には同意書（文書）の交付が必要です。

医師と施術者との連携が図られるよう、医師の再同意に際し、施術者に施術報告書の交付が求められます。施術報告書が交付された場合、内容をご確認願います。

2 同意書に関する留意事項

- 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。）が行うこととされていますが、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に、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います。
- 保険医が交付する同意書は、保険者が、はり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の施術が療養費の支給対象に当たるかどうかを判断するために重要であるだけでなく、施術を必要とする患者が適切に施術を受けられるようにするためにも重要です。本紙にて、同意書を交付いただく際の留意事項などをお知らせしますので、ご参照ください。

留意事項① 同意書の様式が新しくなりました → 最終ページ参照

- ・新しい同意書の様式は、このリーフレットの最後に掲載しています。

※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。

※新しい同意書（及び診断書）の様式は、厚生労働省のホームページからダウンロードすることができます。<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/01.html>

留意事項② 療養費の支給対象をご確認ください → 次ページ参照

- ・療養費の支給対象は、はり、きゅうと、あん摩マッサージ指圧で異なります。

※ 次ページの「療養費の支給対象と注意点」をご覧ください。

留意事項③ 診察をしたうえで、同意書の交付をしてください

- ・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。

※ これにより同意書を交付する場合、同意した保険医は、はり、きゅう又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（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。

※ 保険医療機関においては、診察に係る初診料、再診料、外来診療料又は在宅患者訪問診療料（及び必要に応じて検査）と同意書の交付に係る療養費同意書交付料（算定要件を満たす場合）をそれぞれ算定することとなります。

※ 同意書の「発病年月日」欄について、保険医療機関で発病年月日が分からない場合、「発病年月日」欄に「〇年〇月頃」、「不詳」等と記載して差し支えありません。

※ 同意書の「診察日」欄と保険医の同意の欄について、「診察日」欄には、実際に患者に対して、同意する疾病に係る診察をした直近の年月日を記入し、保険医の同意の欄の同意日には、実際に同意し、同意書を交付した年月日を記入願います（同日とは限りません。）。なお、診察日の後日、初診、再診又は訪問診療に附随する一連の行為として同意書の交付のみを行った場合は、別に再診料等は算定できません。

※ 電話等による再診（A001再診料の注9）による同意書の交付はできません。

留意事項④ 同意書の「注意事項等」欄について

- ・はり、きゅう又は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、同意書の「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

留意事項⑤ 記名押印または署名をお願いします

- ・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。

※ 保険医が同意書を訂正する場合、保険医が記名押印している場合は二重線及び訂正印により訂正し、保険医が署名している場合は二重線及び当該保険医の署名により訂正をお願いします。

留意事項⑥ 施術期間が6ヶ月を超える場合、再同意が必要です

- ・保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅう又は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、はり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧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。
- ・また、変形徒手矯正術を受けている患者が、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も、同様に、同意書の交付を受ける必要があります。

※同意書の「同意区分」欄について

- ・患者が過去に他の保険医療機関で同意を受けている場合であっても、同意書を交付する保険医療機関で同意する疾病の初回の同意となる場合には、「初回の同意」に○を記入願います。
- ・過去に同意書を発行した保険医療機関で、同意書の疾病が治癒した後、新たな疾病または再発した疾病について同意書を発行する場合、「初回の同意」に○を記入願います。
- ・複数の保険医が勤務する保険医療機関で引き続き同一疾病について同意書を発行する場合、初めて患者を診察する保険医が同意書を発行する場合であっても「再同意」に○を記入願います。

留意事項⑦

再同意の際、施術報告書があれば確認してください

- ・再同意に当たり、患者が、はり師、きゅう師又は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、はり師、きゅう師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。

留意事項⑧

再同意の際も、診察のうえ、同意書を交付してください

- ・再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書の交付をお願いします。

3

療養費の支給対象と注意点

【はり、きゅう】

- ・はり、きゅうの施術について、療養費の支給対象は①の通りです。
- ・②の事項にもご注意ください。

①	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、下記ア～ウをご参照ください。》	
	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。 ※保険医は、患者の疾病が6疾病である場合に同意することとなります。 ※同意書の「病名」欄1～6に○を記入願います。 ※同意書の「病名」欄の「3. 頸腕症候群」を「3. 頸肩腕症候群」に変更して差し支えありません。
	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。 ※保険医は、6疾病と同一範ちゅうと認められる疾病である場合、慢性的な疼痛を主症とする疾患である場合に同意することとなります。 ※同意書の「病名」欄の「7. その他」に病名を記入願います。
	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。
②	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。	

【あん摩マッサージ指圧】

- ・あん摩マッサージ指圧の施術について、療養費の支給対象は①の通りです。
- ・②③④の事項にもご注意ください。

①	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。 《 下記＊１、＊２、＊３をご参照ください。》
＊１	保険医は、患者が医療上マッサージを必要とする症例である場合に同意することとなります。
＊２	例えば、筋麻痺、片麻痺に代表されるような麻痺の緩解措置としての医療マッサージ、あるいは、関節拘縮や筋萎縮が起こり、その制限されている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図る変形の矯正を目的とした医療マッサージ（四肢の６大関節への変形徒手矯正術）などが支給対象となります。また、脳出血による片麻痺、神経麻痺、神経痛などの症例に対しても保険医の同意により必要性が認められる場合は療養費の支給対象となります。
＊３	単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のマッサージ等は療養費の支給対象とはなりません。
②	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。ただし、同一疾病の場合は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った日と同一の日に、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。 ※同意した疾病か否かにかかわらず、保険医療機関において療養の給付として医療上のマッサージが行われた日は、患者は療養費の支給を受けることはできません。
③	同意書の「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。
④	同意書の「往療」欄は、往療に関しても同意する場合、「１．必要とする」に○を記入し、「往療を必要とする理由」欄に往療が必要な理由を記載してください。（同意しない場合は「２．必要としない」に○を記入してください。） ※往療が必要な状況とは、患者が疾病や負傷のため自宅で静養している場合等、外出等が制限されている状況です。保険医は、例えば、患者が独歩による公共交通機関を使用した保険医療機関や施術所への通院や通所が困難な状況（付き添い等の補助が必要、歩行が不自由であるためタクシー等の使用が必要等）であるか否か、患者が認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難な状況（全盲の患者や認知症の患者等、歩行は可能であっても患者自身での行動が著しく制限されている、循環器系疾患のため在宅療養中で医師の指示等により外出等が制限されている等）であるか否か、介護保険の要介護度や他職種との連携状況等を踏まえ、往療に関する同意を行うこととなります。

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 (※または「3. 頸肩腕症候群」) 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 印					

※ 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			(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 保険医氏名 印					

※ 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。