



福岡医発第 2996 号 (地)

平成 30 年 3 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同事業
に係る医療機関への調査の実施について

今般、福岡県国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）より、平成 30 年 4 月より施行される国保の県単位化に伴い、市町村事務の効率化・広域化及び療養費の適正化を支援する観点から、標記共同事業を下記のとおり実施する旨、連絡がありました。

本事業の実施にあたり、特に医療機関に関連する内容として、はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の支給の適否を判断する際に、必要に応じて医療機関（医師）が発行する同意書の内容や同一疾病にかかる療養の給付との併用等の内容について、別添確認票による調査が行われることとなります。

つきましては、貴会におかれましても本件に関しご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本事業調査に医療機関が回答しない場合でも、医療機関へのペナルティがあるわけではなく、また、調査結果により療養費について疑義があった場合でも、保険診療分に査定等の影響がないことは国保連合会より確認しておりますことを申し添えます。

記

「はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同事業」

○開始時期：平成 30 年 4 月提出分より

○実施主体：福岡県国民健康保険団体連合会 審査管理部 審査調整課 療養費係

○事業内容：

(1) はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費支給申請書の点検事務

①記載内容点検、②患者調査、③往療点検、④添付書類の確認

(2) 患者調査

※43 の各保険者の判断により送付対象が選定されます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

(3) 医療機関調査

①はり・きゅう確認票（別紙1）

②あん摩・マッサージ確認票（別紙2）

③はり・きゅう、あん摩・マッサージ確認票（別紙3）

※①、②が基本確認票となり、①、②の項目以外での確認事項があれば③により各保険者によって確認内容が記載されます。

(4) 被保険者への啓発（パンフレット送付）（別紙4）

○参加保険者：43 保険者

北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	飯塚市
筑後市	大川市	行橋市	中間市	小郡市
筑紫野市	春日市	太宰府市	福津市	うきは市
朝倉市	嘉麻市	みやま市	那珂川町	篠栗町
須恵町	新宮町	古賀市	粕屋町	芦屋町
水巻町	岡垣町	遠賀町	鞍手町	桂川町
大木町	広川町	香春町	糸田町	赤村
荏田町	筑前町	上毛町	築上町	福智町
みやこ町	歯科医師国保	薬剤師国保		

○委託業者（平成30年4月1日～平成33年3月31日）

株式会社 エム・ディ・エス（鹿児島県鹿児島市鴨池新町5番22号）

以上

福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

福岡県国民健康保険団体連合会
理事長 永原 譲



はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同
事業に係る医療機関への調査の実施について（依頼）

時下、貴職におかれましては、ますますのご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、本会の事業運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会におきましては、平成 30 年 4 月から施行される国保の県単位化に伴い、市町村事務の効率化・広域化及び療養費の適正化を支援する観点から、標記共同事業を下記のとおり実施することとなりました。

標記共同事業の実施にあたり、はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の支給の適否を判断する際に、必要に応じて医療機関（医師）が発行する同意書の内容や同一疾病にかかる療養の給付との併用等の内容を医療機関に対して行う必要があります。

つきましては、標記共同事業の趣旨を何卒ご理解いただき、当該調査への回答にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、お手数をお掛けしますが、関係郡市医師会様へも同様のご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

記

- | | |
|---------|----------------------------------|
| 1 事業名称 | はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同事業 |
| 2 開始時期 | 平成 30 年 4 月提出分～ |
| 3 事業内容 | 別紙のとおり |
| 4 参加保険者 | 43 保険者（予定） |

はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同事業（概要）

福岡県国民健康保険団体連合会は、平成 30 年度からの国保の県単位化に伴う保険者事務の効率化・広域化等及び療養費の適正化を支援する観点から、保険者からの委託を受け標記共同事業を実施します。

1 事業名称

はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費の点検事務・患者調査共同事業

2 実施時期

平成 30 年 4 月提出分から

3 事業実施主体

福岡県国民健康保険団体連合会（〒812-8521 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47）
審査管理部 審査調整課 療養費係

4 事業内容

(1) はりきゅう、あん摩・マッサージ療養費支給申請書の点検事務

- ・記載内容点検（記載不備、支給金額）
- ・突合点検（柔整・医療）
- ・往療点検（距離算定、往療重複算定）
- ・添付書類の確認（医師の同意書 等）

(2) 患者調査

往療料算定（回数、距離等）、はりきゅうと医療・柔整との併給等を確認する調査

(3) 医療機関調査

- 医療機関が発行する同意書の内容確認（往療の必要性、同意日、同意方法、同意疾病等）の調査
- はりきゅうと医療との併給（同一部位に対する治療等）に関する調査
※あん摩・マッサージは、医療との併給が認められているため、調査対象外とします。

(4) 被保険者への啓発（パンフレット送付）

※別紙参照

5 参加保険者（平成 30 年 2 月現在）

○参加保険者 43 保険者

北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	飯塚市
筑後市	大川市	行橋市	中間市	小郡市
筑紫野市	春日市	太宰府市	福津市	うきは市
朝倉市	嘉麻市	みやま市	那珂川町	篠栗町
須恵町	新宮町	古賀市	粕屋町	芦屋町
水巻町	岡垣町	遠賀町	鞍手町	桂川町
大木町	広川町	香春町	糸田町	赤村
苅田町	筑前町	上毛町	築上町	福智町
みやこ町	歯科医師国保	薬剤師国保		

6 医療機関調査の様式（様式添付）

- はり・きゅう確認票（基本）
- あん摩・マッサージ確認票（基本）
- はり・きゅう、あん摩・マッサージ確認票（各保険者で確認内容を設定）

7 医療機関調査を行う場合の主な要件

医療機関調査は、平成 29 年 6 月 26 日付厚生労働省保医発 06263 号「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」及び平成 29 年 2 月 28 日付厚生労働省医療課事務連絡「はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について」に基づき実施します。

（具体例）

○ はり・きゅう療養費の場合

- ・6 疾病（神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等）以外の疾病に対して同意書が交付された場合
- ・施術が行われた疾病と同一の疾病に対して医療機関で処置や投薬が行われた場合

○ あん摩・マッサージ療養費の場合

- ・往療料等の算定に伴う、歩行困難、歩行不可等の同意内容を確認する必要がある場合

8 委託業者について

- 業 者 名 株式会社 エム・ディ・エス（鹿児島県鹿児島市鴨池新町 5 番 22 号）
- 契約期間 平成 30 年 4 月 1 日～平成 33 年 3 月 31 日（3 ヶ年）
- 業務内容 点検業務、患者・医療機関調査業務、コールセンター業務 等

あはき確認依頼文書(医療機関用)

問合せ番号 9999999999

平成 30 年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

保険医療機関の住所

保険医療機関 御中

〇〇市〇〇課

(保険者住所)

はりきゅう、あん摩・マッサージの施術療養費の
支給審査のための確認票の提出について(依頼)

日頃より、〇〇市(町・村)国民健康保険の事業運営にご理解とご協力を
賜り厚くお礼申し上げます。

さて、はりきゅう、あん摩・マッサージの施術については、厚生労働省
が通知した支給要件により、医師の同意の下で行ったものについて、健康
保険から療養費として支給できることとなっており、国民健康保険におい
ても、その支給要件に基づき、支給審査を行っております。

つきましては、支給要件を満たしているか確認するため、別紙「確認票」
への回答について、ご協力をお願いいたします。また、厚生労働省の支給
要件等を記載した参考資料を同封しておりますので、併せてご確認ください。

なお、本照会は、「福岡県国民健康保険団体連合会」(委託先：株式会社□
□□□)に業務を委託して実施しておりますので、ご不明な点やご質問がご
ざいましたら、下記の問合せ先までご連絡いただきますようお願いいたします。

本照会により知り得た個人情報、療養費支給申請書の受療内容の確認
及び療養費適正化に係る事務処理に使用を限定し、他の目的には一切使用
いたしません。

○実施主体

〇〇市〇〇課

○問合せ先(受託業者)

福岡県国民健康保険団体連合会(委託先：株式会社□□□□)

電話番号 0120-〇〇-〇〇〇〇(フリーダイヤル)

はりきゅう、あん摩・マッサージの施術に係る療養費の取扱いについて

(1)健康保険の対象となるはり・きゅうの施術

◆ 対象となる主な傷病名

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

◆ 医師の同意が必要

医師の診察に基づき、医師による適当な治療手段がないものとして、はり・きゅう施術を医師が認めた場合が健康保険の対象となります。

あらかじめ医師の同意が必要で、初回の療養費申請時には、医師の同意書を添付する必要があります。

◆ 医療機関との併用での施術は認められません

はり・きゅうが健康保険の対象となるのは、あくまでも医師による適当な治療手段がないものとされているため、同一の傷病により医療機関で診療を受けた場合(同意書交付のための診察等を除く)は対象となりません。

◆ 定期的に医師の同意が必要

要加療期間(3か月を限度)を超えて施術を受ける場合は、要加療期間(3か月)経過ごとに同意が必要です。

(2)健康保険の対象となるあん摩・マッサージの施術

◆ 健康保険の対象となる施術

筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例があり、その筋麻痺等の起こっているところに、その関節可動域の拡大と筋力増強を促し症状の改善を目的とする医療マッサージが健康保険の対象となります。

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対象になりません。本来、保険医療機関内において、専門のスタッフによる理学療法の一環として行われる医療マッサージが対象です。

◆ 医師の同意が必要

あらかじめ医師の同意が必要で、初回の療養費申請時には、医師の同意書を添付する必要があります。

往療については、施術の同意を行った医師の往療に関する同意が必要です。

◆ 定期的に医師の同意が必要

要加療期間(3か月を限度)を超えて施術を受ける場合は、要加療期間(3か月)経過ごとに同意が必要です。変形性徒手矯正術の施術は、1か月ごとに医師の同意書を添付する必要があります。

(参考)

変形徒手矯正術とは4肢に対して行われるもので、その施術料金にはマッサージに係る施術料金が含まれています。

(※裏面に続く)

(3) 健康保険の対象となる往療料

◆厚生労働省保険局医療課長通知〔抜粋〕

(平成 16 年 10 月 1 日付け保医発第 1001002 号、平成 29 年 6 月 26 日最終改正)

○往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に、患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に支給できること。

○往療料は、治療上真に必要があると認められる場合（定期的・計画的に行う場合を含む。）に支給できること。治療上真に必要があると認められない場合、単に患家の求めに応じた場合又は患家の求めによらず定期的・計画的に行う場合については、往療料は支給できないこと。

◆状態による審査基準の目安について

判断基準	往療料の 支給について	具 体 例
日常歩行が可能	支給できない	徒歩で外出、公共交通機関等で通院など日常的な歩行に問題がない場合
他人の介助がなくとも通院できる	支給できない	他人の介助を必要とせず、単に送迎の手段として入所施設の送迎バスを利用して通院する場合
他人の介助がなければ通院できない	支給できる	自家用車や介護タクシーを利用して通院し、その乗降に家族等の介助が必要である場合
寝たきりの状態	支給できる	ベット型車いすやストレッチャーでの移動を必要とし、起きあがれないような場合

問合せ番号 9999999999

はり・きゅう確認票(医療機関用)

このたび、下記の被保険者から、療養費の申請がありましたので、おそれいりますが同意内容等について、ご回答いただきますようご協力をお願いいたします。

対象の被保険者

保険者番号	被保険者記号番号	氏名	生年月日
療養費種類	申請期間		施術日数
	平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日	

1 同意について

該当する箇所(空欄網掛けのところ)に○を付してください。また、同意を行っている場合は、同意年月日の記載をお願いします。

① 同意を行った。		同意日: 年 月 日
② 同意を行っていない。		

2 同意の方法について

(1) 該当する箇所(空欄網掛けのところ)に○を付してください。

① 口頭による再同意	
② 同意書等の文書による同意	
③ その他 ()	

※その他の場合は、()内に内容を記載してください。

(2) 「②同意書等の文書による同意」と回答された場合は、同意をされた月のレセプト提出について、当てはまる回答欄(空欄網掛けのところ)に○を付してください。

① 提出している。		② 提出していない。	
※②の場合は、診察によらない、被保険者の身体状況の確認方法について記載をお願いします。			

3 同意の申し出方法について

該当する箇所(空欄網掛けのところ)に○を付してください。

同意の申し出方法	電話	訪問	診察
① 患者から申し出			
② 施術師からの申し出			
③ 施術所の事務局(員)による申出			
④ その他 ()			

※その他の場合は、()内に内容を記載してください。

裏面の確認内容もご回答いただきますよう、ご協力をお願いします。

はり・きゅう確認票(基本・裏面)

4 同意した施術対象となる疾病について

該当する箇所（空欄網掛けのところ）に○を付してください。

① 神経痛		④ 五十肩	
② リウマチ		⑤ 腰痛症	
③ 頸腕症候群		⑥ 頸椎捻挫後遺症	
※①、②の場合は、部位をご記入ください。			

5 往療の必要性について

該当する箇所（空欄網掛けのところ）に○を付してください。

① 往療の必要あり		② 往療の必要なし	
-----------	--	-----------	--

①に該当する場合は、次の③～⑥の歩行状況に該当する箇所（空欄網掛けのところ）にも○を付してください。

③ 徒歩で外出、公共交通機関で通院など日常的な歩行に問題がない。	
④ 他人の介助を必要とせず、単に送迎の手段として入所施設の送迎バスを利用して通院している。	
⑤ 自家用車や介護タクシーを利用して通院し、その乗降に家族等の介助が必要である。	
⑥ ベッド型車いすやストレッチャーでの移動を必要とし、起き上がれない。	

6 その他

確認 内容	
回答	

平成 年 月 日

上記の通り回答します。

医療機関名：

所在地：

保険医名：

回答にご協力いただき、誠にありがとうございました。

問合せ番号 9999999999

あん摩・マッサージ確認票(医療機関用)

このたび、下記の被保険者から、療養費の申請がありましたので、おそれいりますが同意内容等について、ご回答いただきますようご協力をお願いいたします。

対象の被保険者

保険者番号	被保険者記号番号	氏名	生年月日
療養費種類	申請期間		施術日数
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

1 同意について

該当する箇所(空欄網掛けのところ)に○を付してください。また、同意を行っている場合は、同意年月日の記載をお願いします。

① 同意を行った。		同意日： 年 月 日
② 同意を行っていない。		

2 同意の方法について

(1) 該当する箇所(空欄網掛けのところ)に○を付してください。

① 口頭による再同意	
② 同意書等の文書による同意	
③ その他 ()	

※その他の場合は、() 内に内容を記載してください。

(2) 「②同意書等の文書による同意」と回答された場合は、同意をされた月のレセプト提出について、当てはまる回答欄(空欄網掛けのところ)に○を付してください。

① 提出している。	
② 提出していない。	
※提出していない場合は、診察によらない、被保険者の身体状況の確認方法について記載をお願いします。	

裏面の確認内容もご回答いただきますよう、ご協力をお願いします。

あん摩・マッサージ確認票(基本・裏面)

3 同意の申し出方法について

該当する箇所（空欄網掛けのところ）に○を付してください。

同意の申し出方法	電話	訪問	診察
① 患者から申し出			
② 施術師からの申し出			
③ 施術所の事務局（員）による申出			
④ その他（ ）			

※その他の場合は、（ ）内に内容を記載してください。

4 同意した施術対象となる筋麻痺・関節拘縮等が起こっている部位及び施術の種類について、該当する箇所（空欄網掛けのところ）に○を付してください。

	体幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
① マッサージ					
② 変形徒手矯正術					

5 往療の必要性について

該当する箇所（空欄網掛けのところ）に○を付してください。

① 往療の必要あり		② 往療の必要なし	
-----------	--	-----------	--

①に該当する場合は、次の③～⑥の歩行状況に該当する箇所（空欄網掛けのところ）にも○を付してください。

③ 徒歩で外出、公共交通機関で通院など日常的な歩行に問題がない。	
④ 他人の介助を必要とせず、単に送迎の手段として入所施設の送迎バスを利用して通院している。	
⑤ 自家用車や介護タクシーを利用して通院し、その乗降に家族等の介助が必要である。	
⑥ ベッド型車いすやストレッチャーでの移動を必要とし、起き上がれない。	

6 その他

確認内容	
回答	

平成 年 月 日

上記の通り回答します。

医療機関名：

所在地：

保険医名：

回答にご協力いただき、誠にありがとうございました。

問合せ番号 9999999999

はりきゅう、あん摩・マッサージ確認票（医療機関用）

このたび、下記の被保険者から、療養費の申請がありました。おそれいりますが、支給審査を行うため、本確認票へご回答いただきますようご協力をお願いいたします。

対象の被保険者

保険者番号	被保険者記号番号	氏名	生年月日
療養費種類	申請期間		施術日数
	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		

確認内容①

内 容	
回 答	

確認内容②

内 容	
回 答	

あはき確認票
(各保険者で確認内容を設定・裏面)

確認内容③

内 容	
回 答	

確認内容④

内 容	
回 答	

平成 年 月 日

上記の通り回答します。

医療機関名：

所 在 地：

保 険 医 名：

回答にご協力いただき、誠にありがとうございました。

問合せ番号 9999999999

平成 30 年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市〇〇町〇丁〇番〇号

〇〇 〇〇 様 ※世帯主宛て

〇〇市〇〇課

(保険者住所)

「はりきゅう院、あん摩・マッサージ院でのかかり方」に関するパンフレットの送付について

日頃より、〇〇市（町・村）国民健康保険の事業運営にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、〇〇市（町・村）では、はりきゅう院、あん摩・マッサージ院における施術（往療含む。）において、国民健康保険が使えるものに制限があることから、受療される皆様のお役に立つよう「はりきゅう院、あん摩・マッサージ院でのかかり方」のパンフレットを作成し、皆様に送付しております。

つきましては、このパンフレットをご一読頂き、はりきゅう院、あん摩・マッサージ院における施術（往療）について、知識と理解を深めていただけたら幸いに存じます。

また、〇〇市（町・村）は、皆様からお預かりした保険料（税）を適正に運用する必要があるため、はりきゅう院、あん摩・マッサージ院での施術、又は訪問施術（以下「往療」という。）を受けられた皆様に、施術を受けられた理由や施術の内容を確認（調査）することがありますので、その際は、ご協力のほど何卒よろしくお願いします。。

なお、本件は「福岡県国民健康保険団体連合会」（委託先：株式会社□□□□）に業務を委託していますので、ご不明な点やご質問がございましたら、下記の問合せ先までご連絡ください。

○実施主体

〇〇市〇〇課

○問合せ先(受託業者)

福岡県国民健康保険団体連合会(委託先:株式会社□□□□)

電話番号 0120-〇〇-〇〇〇〇 (フリーダイヤル)

はりきゅう院、あん摩・マッサージ院でのかかり方

(1) 健康保険の対象となるはり・きゅうの施術

◆ 対象となる主な傷病名

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

◆ 医師の同意が必要

医師の診察に基づき、医師による適当な治療手段がないものとして、はり・きゅう施術を医師が認めた場合が健康保険の対象となります。

あらかじめ医師の同意が必要で、初回の療養費申請時には、医師の同意書を添付する必要があります。

◆ 医療機関との併用での施術は認められません。

同一の傷病により医療機関で診療を受けた場合（同意書交付のための診察等を除く）は対象となりません。

◆ 定期的に医師の同意が必要

要加療期間（3か月を限度）を超えて施術を受ける場合は、要加療期間（3か月）経過ごとに同意が必要です。

(2) 健康保険の対象となるあん摩・マッサージの施術

◆ 健康保険の対象となる施術

筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例があり、その筋麻痺等の起こっているところに、その関節可動域の拡大と筋力増強を促し症状の改善を目的とする医療マッサージが健康保険の対象となります。

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対象になりません。

◆ 医師の同意が必要

あらかじめ医師の同意が必要で、初回の療養費申請時には、医師の同意書を添付する必要があります。

往療は、施術の同意を行った医師の往療に関する同意が必要です。

◆ 定期的に医師の同意が必要

要加療期間（3か月を限度）を超えて施術を受ける場合は、要加療期間（3か月）経過ごとに同意が必要です。変形性徒手矯正術の施術は、1か月ごとに医師の同意書を添付する必要があります。

(3) 健康保険の対象となる往療料

往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に健康保険の対象となります。