850
受
30.9.25
付
小郡三井医師会

福県医発第1819号（地）
平成30年9月20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、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の施術に係る
「同意書」等の取扱い変更について

標記の件につきましては、平成30年7月18日付け福県医発第1124号（地）にてご連絡申し上げているところですが、今般、福岡県後期高齢者医療広域連合より別添のとおり通知がありましたので、改めてお知らせいたします。

平成30年6月20日保医発0620第1号により「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」が改正され、医師の行う同意書及び再同意等に係る留意点等について見直しが行われております。詳細につきましては、添付資料にてご確認ください。

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

なお、療養担当規則第17条では、「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。」とされており、これは医師が専門外であることを理由に診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意を禁じたものであります。医師の診察の上で適切に同意書の交付を行うことが求められますので、十分ご留意の上、交付いただくようお願いいたします。

記

１．主な変更点

①同意書等（同意書・診断書）の様式の変更
②同意期間（①の同意書等により療養費が支給可能な期間）の変更
　３ヶ月→６ヶ月　（※変形徒手矯正術は従来どおり１ヶ月）
③再同意の際も文書（同意書等）による同意が必要

小郡三井医師会より　　医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

④再同意は施術者の作成した「施術報告書」を確認の上、直近の診察に基づくことが必要（※施術者による施術報告書は交付されない場合があり、この場合、施術者は、医師からの施術に関する問合せに応じるべきものとされている。）

２．変更後の取扱いは、同意日が平成 30 年 10 月１日以降のもの

※保険者により、細かい運用が異なる場合がありますのでご注意ください。

以上

（公印省略）

３０福高医保第５４４号
平成３０年　９月１８日

公益社団法人　福岡県医師会
会長　松田　峻一良　様

福岡県後期高齢者医療広域連合
広域連合長　　中尾　昌弘

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の施術に係る
「同意書」等の取扱い変更について

時下、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素から、後期高齢者医療制度の運営につきまして、特段のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、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につきましては、ご承知のとおり、医師の同意が必要とされているところです。

この「同意書」等の取扱いにつきましては、厚生労働省通知（平成30年6月20日保医発0620第1号、別添）に基づき、平成３０年１０月１日から取扱いが変更されます。

つきましては、ご多忙中誠に恐縮ではございますが、各郡市区医師会様を通じて貴会会員様にご周知いただきますよう、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

記

１．通知文

２．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（抄）（平成30年6月20日保医発0620第1号による改正後）

３．「同意書」（はり及びきゅう療養費用）様式

４．「同意書」（あん摩マッサージ指圧療養費用）様式

（参考資料）

● 「施術報告書」様式（※再同意に当たり、医師との連携を図るため、施術者が施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入した文書）

お問合せ
福岡県後期高齢者医療広域連合
保険課給付第二係　担当：嶋立、原
℡092-710-6028 fax092-651-3120

保険医療機関の方々へ

福岡県後期高齢者医療広域連合

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の施術に係る「同意書」等の取扱いの変更のお知らせ

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は、医師の同意が必要とされているところですが、平成３０年１０月１日から同意書等（同意書・診断書）の取扱いが変わります。

主な変更点

① 同意書等の様式が変更されます。

② 同意期間（一の同意書等により療養費が支給可能な期間）が変更されます。（３カ月→**６カ月**） ※変形徒手矯正術は従来どおり１カ月

③ 再同意の際も**文書（同意書等）による同意が必要**となります。

④ 再同意は、施術者の作成した「施術報告書」を確認の上、**直近の診察に基づくことが必要**となります。

※施術者による施術報告書は交付されない場合があります。この場合、施術者は、医師からの施術に関する問合せに応じるべきものとされます。

その他留意事項

変更後の取扱いは、同意日が平成３０年１０月１日以降のものについて適用となります。

※保険者により、細かい運用が異なる場合もありますのでご注意ください。

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 保医発第1001002号）（抄）

平成30年６月20日 保医発0620第１号による改正後

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）、発病年月日、診察区分、診察日及び歩行等の状態の明記され、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。

2　同意書に代える診断書は、療養費払の施術の対象の適否に関する直接的な記述がなくても、保険者において当該適否の判断が出来る診断書であれば足りること。

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。

4　変形徒手矯正術については、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　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っては、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。

8　同意書は、医師の医学的所見、症状経緯等から判断して発行されるものであり、同意書発行の趣旨を勘案し判断を行うこと。なお、保険者が同意医師に対し行う照会等は、必要に応じて行われるべきものであること。

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。

11　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。

12　あんま・マッサージの施術に係る診断書の交付を患者から医師が求められた場合は、円滑に交付されるようご指導願いたいこと。

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。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。

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。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。

※はり、きゅうに係る施術についても上記と同様の内容となっています。

別添１（別紙１）

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　　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。

（裏面）

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養担当規則第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。

別添２（別紙１）

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） 躯幹　・　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　（躯幹　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っての外出が困難 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。

（裏面）

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養担当規則第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。

別添１・２（別紙６）

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