

# あはき療養費の令和4年改定の 基本的な考え方(案)について

# 目次

- (1) 前回の議論について ……P. 2
- (2) 令和4年改定の基本的な考え方（案）について ……P. 3

# 令和4年2月22日 あはき療養費検討専門委員会における主なご意見

## 【施術料の包括化】

- 本来であれば保険医療機関で専門のスタッフによる理学療法の一環として行う医療上のマッサージが療養費の支給対象であるが、医科の点数は包括化されており、施術者のマッサージも、単なる怪我からもう少し包括的に患者の全体の機能向上を行うため、施術料の包括化を行う必要。脳卒中治療ガイドライン2021で、脳卒中患者の非麻痺側上下肢は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮が著しくでてくることが書いており、早く家庭に帰す、家庭でも自立運動を増やすため、非麻痺側のマッサージも同時にやるべき。
- 今回の料金改定では、往療料の加算の廃止と施術料の包括化を第一段階として行い、次回以降の料金改定で、平成30年の報告書に盛り込まれている、施術料と往療料を包括化した訪問施術制度の導入にもっていくことが妥当。訪問施術制度には、外来と往療の同意書や同一日・同一建物での料金の在り方等の課題が残っている。
- 医科では1人の患者の身体全体をトータルで診ていくということで包括化しており、仮に施術の包括化を入れるとすれば、軽度、中度、重度のような評価ができるものがよいのではないか。
- 施術料の包括化は、積み残しの課題がある中で唐突に提案されており、理解しかねる。マッサージは部位毎に算定できるために多部位になりがち、患者でない部分を施術する場合があるという短絡的な理由で提案されているが、エビデンスは施術部位数の割合くらいで、どの疾病に多いかも示されていないので、反対。健康保険法第1条は疾病や負傷に対する保険給付と規定されており、あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象は筋麻痺・関節拘縮等であって医療上のマッサージを必要とする症例とされている。保険者は医師の同意書で指示された部位を患部と認め支給決定するもので、症状が認められない健康な部位を保険給付対象とすることは健康保険法の考え方とは違う。医師の同意書で示された部位と施術所で施術された部位が一致することが基本であり、包括化は患部と患部以外の両方を施術することで、保険者は不要な保険給付を行うことになり、不適切である。5部位の施術がどの疾病に多いか、年齢別にどのような状況か、介護保険の該当の有無の分析、訪問リハビリや他の治療等の関連性などを示すべき。歩行能力の改善や筋力低下の改善等の目的で理学療養やリハビリテーションの必要性が指摘されていると思うが、日常生活において必要以上のものを目的とした施術は介護保険に該当する。脳卒中片麻痺者以外の全ての疾病に医学的に通用するかも検証する必要。今回の料金改定で取り入れるのは、議論もできておらず時期尚早ということで反対。少ない部位数で施術を受ける者が2割おり、包括料金にすれば負担が増え、負担が増えれば、行く回数が抑制され治癒に向かって進まない場合もある。
- 包括化はまだ議論を深める必要がある。医師が指摘した部位に施術する場合に包括化の意義は何なのか。施術者が医師の同意のない部位も施術した方がよいと考える場合に、医師とやりとり連携する仕組みを考えることが本来的ではないか。
- 少ない部位の者が多く負担することになるので、短絡的に議論するのではなく、もう少し議論を積み重ねてから制度を変えた方がよい。

## 【その他】

- 往療の距離加算で遠くに行けば行くほど収入になるのはおかしく、そこを見直し、技術料を評価することは素晴らしい考え。
- 距離加算を廃止した後、特別地域加算を新設する場合、往療料の加算とせず、施術料の加算とすべき。
- 同一日・同一建物の往療の取扱いについて、早く結論を出すべき。同一日・同一建物での施術をどのような者がやっているのかを分析するため、施術所の施術者か出張専門の施術者かが分かるように往療内訳表を見直すべき。施術を受けている者の要介護度も分析してほしい。また、施術料と往療料を包括した訪問施術制度も検討してほしい。施術所の施術者の往療と出張専門の施術者の往療、患家の求めに応じていく往療と定期的に計画的に行う往療について、往療料の金額に差があってもよいと思う。
- 支給申請書について、患者の署名を受けるか、施術者等が代理記入し患者から押印を受けることになっている。昨年3月に押印廃止の通知が出た後、患者名の印字を不可とし、施術者等が患者名を手書きしないといけない取扱いとしている保険者もあるが、施術者等の手書きでなければならない合理的な理由がなく、視覚障害のある施術者も含めてかなりの負担。以前のように、患者名を印字して、患者に見せて内容を確認してもらって押印を受けることでよいようにしてほしい。また、オミクロン株がまん延する中、電話での再診で同意書の交付を認めてほしい。
- 同意医師が認めた場合に限り変形徒手矯正術の同意書の有効期限を3か月に延長できるように検討してほしい。

# あはき療養費の令和4年改定の基本的な考え方(案)①

○あはき療養費の令和4年改定について、以下の基本的な考え方(案)をどのように考えるか。

## (1) 往療料の距離加算の廃止

- ・ 往療料の距離加算について廃止し、その財源を施術料等に振り替えることとしてはどうか。

## (2) 離島や中山間地等の地域に係る加算の創設

- ・ 距離加算の廃止の影響に配慮して、離島や中山間地等の地域における施術体制を確保し、患者が必要な施術を受けられるようにする観点から、離島や中山間地等の地域に係る施術料の加算を創設することとしてはどうか。

## (3) 料金包括化の推進

- ・ マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料について、「施術部位数に応じた報酬」から「包括料金」に移行することとしてはどうか。

## (4) その他の見直し

- ・ 支給申請書について、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受ける場合、この「代理記入」の方法は、手書きでも、パソコン等での記入でも可能であることを示す事務連絡を発出することとしてはどうか。

## (5) 引き続きの検討事項

- ・ 令和4年改定において、往療内訳表について施術所の施術者か出張専門の施術者かが分かるように見直しを行うとともに、さらに、令和4、5年の療養費頻度調査において、施術所の施術者と出張専門の施術者の別で施術内容等を集計・分析できるようにして(支給申請書の保健所登録区分を集計対象とする)、データの集計・分析ができ次第、順次、データを示して、同一日・同一建物での施術の場合の料金の在り方、施術料と往療料を包括化した訪問施術制度の導入などについて、令和6年改定に向けて検討を行うこととしてはどうか。

## (1) 往療料の距離加算の廃止

- 「あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入」(平成30年4月23日報告書)を踏まえるとともに、施術料よりも往療料が多いマッサージの現状をさらに見直すため、往療料の距離加算について廃止し、その財源を施術料等に振り替えることとしてはどうか。

〔見直しのイメージ(案)〕

現 行 : 往療料 2,300円 、 4km超の場合 2,550円

↓

見直し後 : 往療料 ●●円

(参考)

- 平成30年改定 (距離加算を施術料及び往療料に振り替え、距離加算を包括化)
  - 改定前 往療料(基本額) 1,800円 、 加算 2km毎に770円 (2km超 770円 4km超 1,540円 6km超 2,310円)
  - 改定後 往療料 2,300円 、 4km超の場合 2,700円
- 令和2年改定 (距離加算を減額し、施術料に振り替え)
  - 改定前 往療料 2,300円 、 4km超の場合 2,700円
  - 改定後 往療料 2,300円 、 4km超の場合 2,550円

(参考)

- 「あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入」(平成30年4月23日あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会)

## (2) 往療料の見直し

- 現状の、施術料よりも往療料が多くなっているという現状を見直す改定を行う。
- また、距離加算については、医科については平成4年に廃止されているとともに、訪問看護については昭和63年の創設当初から設けられていない。このため、現在の交通事情や、他の訪問で行うものの報酬を踏まえ、まずは30年改定において、距離加算を引き下げ、施術料や往療料に振り替えていくこととし、さらに、その実施状況をみながら、激変緩和にも配慮しつつ、原則平成32年改定までに、距離加算の廃止や施術料と往療料を包括化した訪問施術制度の導入について検討し、結論を得る。
- 距離加算を廃止する際や訪問施術制度を導入する際には、他の制度も参考に離島や中山間地等の地域に係る加算について検討する。(1)の往療内訳表についても見直しを行う。さらに、同一日、同一建物での施術の場合の料金のあり方についても検討する。

# あはき療養費の令和4年改定の基本的な考え方(案)③

## (2) 離島や中山間地等の地域に係る加算の創設

- 「あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入」(平成30年4月23日報告書)において「施術料よりも往療料が多くなっているという現状を見直す」、「距離加算を廃止する際や訪問施術制度を導入する際には、他の制度も参考に離島や中山間地等の地域に係る加算について検討する」としていることを踏まえ、距離加算の廃止の影響に配慮して、離島や中山間地等の地域における施術体制を確保し、患者が必要な施術を受けられるようにする観点から、離島や中山間地等の地域に係る施術料(マッサージを行った場合、はり、きゅうを行った場合)の加算を創設することとしてはどうか。
- 加算の対象については、該当地域に施術所の所在地(出張のみの施術者の場合は届け出た住所地)がある場合とし、該当地域については、診療報酬における「医療資源の少ない地域」とすることとしてはどうか。

[見直しのイメージ(案)]

現 行 : 往療料 2,300円 、 4km超の場合 2,550円



見直し後 : 往療料 ●●円

施術料 特別地域加算 1回につき ●●円

※ 該当地域(診療報酬における「医療資源の少ない地域」)に施術所の所在地(出張のみの施術者の場合は届け出た住所地)がある場合

(参考) 診療報酬における「医療資源の少ない地域」

- 診療報酬において、「医療資源の少ない地域」については、医療従事者や医療機関が少ないこと等に着目し、入院や外来等の報酬の要件等が一部緩和されている。
- 「医療資源の少ない地域」は、令和4年度診療報酬改定において、次ページのとおり、40の二次医療圏が定められるとともに、離島振興法の離島振興対策実施地域、奄美群島振興開発特別措置法の奄美群島、小笠原諸島振興開発特別措置法の小笠原諸島、沖縄振興特別措置法の離島に該当する地域が定められている。

※ 二次医療圏は全国で335医療圏

※ 2/22の専門委員会の資料に記載した介護保険の特別地域訪問介護加算等については、対象地域となる山村振興法の振興山村、過疎地域自立促進特別措置法の過疎地域等が旧市町村の区域で指定されていること等から、被用者保険者において審査を行うことが現実的に困難であると考えられる。

# 診療報酬における「医療資源の少ない地域」

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島村、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
	大北	大町市、北安曇野郡(池田町、松川村、白馬村、小谷村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市

奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、邑智郡(川本町、美郷町、邑南町)
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

## (3) 料金包括化の推進

- ・ マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料については、「施術部位数に応じた報酬」となっているが、マッサージ(最大で5部位)を受けた場合の5割超で5部位の施術、また、変形徒手矯正術(最大で4肢)を受けた場合の6割超で4肢の施術となっており、「施術部位数に応じた報酬」が施術部位数を多くする方向に影響している可能性がある。
- ・ また、人体は筋、筋膜、骨格等によってつながり影響し合っているため、患部の改善のため、患部とともに、非麻痺側等の患部以外への施術も必要となる場合があるという指摘がある。
- ・ 1回の施術で施術部位数がいくつでも同額になる「包括料金」に移行することにより、療養費のより適正な支給を図るとともに、施術部位数によって患者の負担が変わらないようにして、必要な場合に、患部とともに、非麻痺側等の患部以外にも施術を行いやすくする観点から、マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料について、「施術部位数に応じた報酬」から「包括料金」に移行することとしてはどうか。

〔見直しのイメージ(案)〕

- 現 行 : (1) マッサージを行った場合 1局所につき 350円 (最大で5部位)  
 ※ 局所の単位(頭から尾頭までの躯幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢)  
 (2) 温罨法を(1)と併施した場合 1回につき 110円加算  
 (3) 変形徒手矯正術を(1)と併施した場合 1肢につき 450円加算 (最大で4肢)  
 ※ 対象は6大関節: 左右上肢(肩、肘、手関節)、左右下肢(股、膝、足関節)



- 見直し後 : (1) マッサージを行った場合 1回につき ●●円  
 (2) 温罨法を(1)と併施した場合 1回につき ●●円加算  
 (3) 変形徒手矯正術を(1)と併施した場合 1回につき ●●円加算

(参考) マッサージを受けた場合の施術部位数別の割合(療養費頻度調査)

	1部位	2部位	3部位	4部位	5部位	平均部位数
平成30年	18.2%	6.4%	17.6%	5.3%	52.5%	3.67
令和元年	18.2%	6.5%	17.9%	5.7%	51.7%	3.66
令和2年	17.2%	5.9%	17.9%	5.1%	53.9%	3.73

(参考) 患部の改善のため、患部以外へのアプローチの必要性を示唆する研究

- ・ 脳卒中片麻痺者の非麻痺側の敏捷性が低下し、歩行能力に影響しており、麻痺側のアプローチだけではなく、非麻痺側へ敏捷性を含めたアプローチを行うことにより、歩行能力などの改善につながる可能性を示唆(齊藤琴子他:脳卒中片麻痺者の非麻痺側の敏捷性について-歩行自立群と非自立群を比較して-,理学療法科学 23(1):133-137,2008)
- ・ 脳卒中片麻痺患者の健側の上下肢は著名な筋力低下を示し、廃用性筋力低下である可能性を示唆(大川弥生他:脳卒中片麻痺患者の廃用性筋萎縮に関する研究-「健側」の筋力低下について-,リハビリテーション医学 vol25:143-147,1988)
- ・ 片麻痺者の非麻痺側の筋緊張、可動域制限を示し、片麻痺者の評価・治療していく上で、非麻痺側も含めた両側の関係を考慮する必要性を示唆(豊田平介他:片麻痺者における麻痺側上肢の回復性状と非麻痺側上下肢体幹の関係、理学療法学 24.2:480,1997)
- ・ 脳卒中片麻痺患者の非麻痺側の筋緊張を示し、治療に際しては麻痺側と非麻痺側を一つのセットという概念で両側間の不均衡を理解する必要性を示唆(太田哲也他:脳卒中片麻痺患者における非麻痺側筋の筋緊張の検討、理学療法学 24.2:281,1997)

(参考) 変形徒手矯正術を受けた場合の施術肢数別の割合(療養費頻度調査)

	1肢	2肢	3肢	4肢	平均部位数
平成30年	4.1%	28.0%	4.5%	63.5%	3.27
令和元年	3.0%	28.8%	5.0%	63.2%	3.28
令和2年	3.5%	28.3%	4.9%	63.3%	3.28



## <マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料の包括料金化の論点>

論点	考え方(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>「施術部位数に応じた報酬」から「包括料金」に移行する理由、メリットは何か。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マッサージ(最大で5部位)を受けた場合の5割超で5部位の施術、また、変形徒手矯正術(最大で4肢)を受けた場合の6割超で4肢の施術となっており、「施術部位数に応じた報酬」が施術部位数を多くする方向に影響している可能性がある。「施術部位数に応じた報酬」から、1回の施術で施術部位数がいくつでも同額になる「包括料金」に移行することにより、療養費のより適正な支給を図る。</li> <li>また、人体は筋、筋膜、骨格等によってつながり影響し合っているため、患部の改善のため、患部とともに、非麻痺側等の患部以外への施術も必要となる場合があるという指摘がある。「包括料金」とすることにより、施術部位数によって患者の負担が変わらないようにして、必要な場合に、患部とともに、非麻痺側等の患部以外にも施術を行いやすくする。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>包括料金化に伴い医師の同意書が変更され、施術部位の情報が得られなくなると、傷病名、症状、施術部位、回数等の関連が分からなくなり、審査に影響がでるので、医師の同意書は変更すべきでない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>あん摩マッサージ指圧については、医師の同意書(傷病名、症状、施術種類、施術部位等を記載)において医療上マッサージが必要と認められている場合に療養費の支給対象となるものであり、「包括料金」とする場合も、医師の同意書は変更せず、施術部位が記載されるものとしてはどうか。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>少ない部位数で施術を受けていた患者について、「包括料金」により負担が増えるが、説明困難ではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人体は筋、筋膜、骨格等によってつながり影響し合っているため、患部の改善のため、患部とともに、非麻痺側等の患部以外への施術も必要となる場合があるという指摘がある。「包括料金」とすることにより、療養費のより適正な支給を図るとともに、施術部位数によって患者の負担が変わらないようにして、必要な場合に、患部とともに、非麻痺側等の患部以外にも施術を行いやすくするものであり、料金改定の趣旨について患者に周知を図る。</li> <li>なお、これまでの料金改定でも、負担が増える患者、負担が減る患者のどちらも生じている。</li> </ul>

# あはき療養費の令和4年改定の基本的な考え方(案)⑥

論点	考え方(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険法第1条は疾病や負傷に対する保険給付と規定されており、あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象は筋麻痺・関節拘縮等であって医療上のマッサージを必要とする症例とされている。保険者は医師の同意書で指示された部位を患部と認め支給決定するもので、症状が認められない健康な部位を保険給付対象とすることは健康保険法の考え方とは違う。医師の同意書で示された部位と施術所で施術された部位が一致することが基本であり、包括化は患部と患部以外の両方を施術することで、保険者は不要な保険給付を行うことになり、不適切である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険法第1条において、「この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする」とされている。疾病や負傷の治療や改善等のために必要な場合は、医師等が非麻痺側等の患部以外の診療も含めて療養の給付として行うこともあり得る(例:脳血管疾患等リハビリテーション料)。</li> <li>あん摩マッサージ指圧については、医師の同意書(傷病名、症状、施術種類、施術部位等を記載)において医療上マッサージが必要と認められている場合に療養費の支給対象となるものであり、筋麻痺・筋萎縮・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について、医師の同意書において施術部位として非麻痺側等の患部以外も含めて示された場合は、療養費の支給対象となり得る。</li> <li>今回の施術料の包括料金化は、医師の同意書は変更せず、施術部位が記載されるものとして、同意書で示された施術部位を施術することについて療養費の支給対象とする案である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>5部位の施術がどの疾病に多いか、年齢別にどのような状況か、介護保険の該当の有無の分析、訪問リハビリや他の治療等の関連性を示すべき。脳卒中片麻痺者以外の全ての疾病に医学的に通用するかも検証する必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>あん摩マッサージ指圧療養費の傷病名別の患者割合について、施術部位数が5部位の場合は、「脳血管疾患(後遺症を含む)」、「パーキンソン病(症候群)」、「脊柱管狭窄症」、「廃用症候群」、「骨折(後遺症を含む)」等が多くなっている(15ページ)。マッサージにおける部位数別の施術回数割合について、受療者の年齢別でみると、どの年齢層でも、5部位の施術が最も多くなっている(20ページ)。介護保険の該当の有無、訪問リハビリや他の治療等の有無は集計できない。</li> <li>脳卒中片麻痺者以外の場合も含め、患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン・教科書が発行されている(10～12ページ)。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>歩行能力の改善や筋力低下の改善等の目的で理学療養やリハビリテーションの必要性が指摘されていると思うが、日常生活において必要以上のものを目的とした施術は介護保険に該当する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の施術料の包括料金化については、療養費の支給対象は、筋麻痺・筋萎縮・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であることは変更しない案である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>少ない部位数で施術を受ける者が2割おり、包括料金にすれば負担が増え、負担が増えれば、行く回数が抑制され治癒に向かって進まない場合もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仮に平均部位数3.73(令和2年)に合わせてマッサージの施術料を1回につき1300円程度(350円×3.73)と設定した場合、1部位の施術(17.2%)の施術料は350円から1300円程度となり、3割負担の場合の差は285円程度となる。5部位の施術(53.9%)の施術料は1750円から1300円程度となり、3割負担の場合の差は△135円程度となる。</li> <li>「包括料金」とすることにより、療養費のより適正な支給を図るとともに、施術部位数によって患者の負担が変わらないようにして、必要な場合に、患部とともに、非麻痺側等の患部以外にも施術を行いやすくするものであり、料金改定の趣旨について患者に周知を図る。</li> <li>なお、これまでの料金改定でも、負担が増える患者、負担が減る患者のどちらも生じている。</li> </ul>

## 参考 患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン・教科書 ①

- 「脳卒中治療ガイドライン2021」(編集 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会、協和企画、2021年7月)
  - ・「不動により深部静脈血栓症や沈下性肺炎などが起こり、安静臥床により廃用性筋萎縮が進行するため、可能な限り早期からリハビリテーションを開始する必要がある。脳卒中患者の非麻痺側上下肢は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮が著しく、歩行不能なものほど筋萎縮が進行した。」
- 「理学療法ガイドライン 第2版」(編集 日本理学療法学会連合 理学療法標準化検討委員会ガイドライン部会、医学書院、2021年10月)
  - 〈脳卒中〉
    - ・(筋力強化運動による介入の)「メタアナリシスでは筋力(麻痺側、非麻痺側)の有効性は示されなかったが、空気抵抗を用いた機器(レッグプレスなど)を用いてそれぞれ20回を週3回、3か月間継続することで筋力(麻痺側、非麻痺側)強化が認められたとの報告や、空気抵抗を用いた機器(レッグプレスなど)、ウエイトスタックを用いた機器(足関節背屈、足関節底屈)による筋力強化運動を週3回、12週間を1RMの25%でウォームアップを実施し、その後1RMの70%で3セット(1セット当たり8~10回)実施することで、最大強度はレッグプレスで16.2%、麻痺側の膝関節伸展で31.4%、非麻痺側の膝伸展で38.2%の改善がみられたとの報告があった。」
  - 〈低出生体重児〉
    - ・「触覚刺激と関節運動を組み合わせたMT(腹臥位で四肢体幹を撫でる触覚刺激5分、仰臥位での四肢の関節運動5分、腹臥位で四肢体幹を撫でる触覚刺激5分)とその変法の効果を示すRCTによる報告が15文献あった。対象の出生体重、出生週数は報告により異なるが、550~2200g、25~34週であった。1日1~4回、5日間~4週間あるいは退院するまでの介入により、体重増加、ストレス行動軽減、心拍変動・胃の運動性などの自律神経活動改善、生後4週時の脳波成熟、生後4か月時の運動発達向上、2歳時の精神運動発達向上の効果が示された。細胞傷害性リンパ球の一種であるナチュラルキラー細胞の細胞毒性や感染回数をアウトカムとして、MTの免疫系に対する効果を示した報告もあった。」
  - 〈腰椎椎間板ヘルニア〉
    - ・「運動療法の内容としては、脊椎安定化運動、全身的な筋力トレーニング、ストレッチング、有酸素運動、腰椎伸展運動、ウィリアムス体操などが実施されていた。」
  - 〈変形性膝関節症〉
    - ・「軽症のKOA患者に対して、自転車エルゴメータや関節モビライゼーション、筋力強化運動、バランス練習や筋活動、機能的アライメントと機能的関節安定性を含む複合運動には、鎮痛薬とほぼ同等の効果が示唆されている。軽症のKOA患者に理学療法を実施することに対する明確な害についての報告はなく、理学療法の実施により膝関節痛や関節のこわばり、日常生活活動が回復する可能性がある。」
  - 〈膝蓋大腿関節症〉
    - ・「Ferberらは、PFPS患者199名に対して、膝関節筋力強化群(88名)と体幹・股関節筋力強化群(111名)で比較した結果、6週後ではいずれの方法も膝周囲の疼痛と下肢筋力に有意な改善がみられたが、体幹・股関節筋力強化群の方が、VASによる膝周囲の痛みの改善が1週早く、また股関節外転筋力と股関節伸展筋力、および体幹後面の持久性が有意に増加したことを報告した。この結果について、体幹・股関節筋力強化運動は下肢全体だけではなく体幹も含めた筋力向上が期待できるため、膝関節筋力強化運動に加えて体幹・股関節筋力強化運動を実施することはPFPS患者に有効であると報告している。」
- 「標準リハビリテーション医学 第3版」(編集 伊藤利之、大橋正洋、千田富義、永田雅章、医学書院、2012年3月)
  - ・「脳卒中や頭部外傷では、麻痺肢に対する随意性の改善に加えて、非麻痺側の筋力増強や協調性の改善、体幹の安定性・随意性・分節的運動の改善、ボディイメージの改善を図る。」
- 「標準理学療法学 専門分野 運動療法学 各論 第4版」(編集 吉尾雅春、横田一彦、医学書院、2017年1月)
  - 〈脳血管障害の運動療法 一早期〉
    - ・「痙性による筋緊張亢進、不動による筋短縮、痛みなどにより関節拘縮や関節可動域制限をきたしやすい。片麻痺患者でも、意識障害を伴う場合には健側にも不動による可動域制限がおりうるので注意を要する。」
    - ・「関節可動域運動はゆっくりと全可動域にわたって実施する(しかし、肩関節については慎重に行う)。意識障害を呈する患者に対しては、麻痺側のみでなく、非麻痺側にも関節可動域運動を実施する。」
    - ・「非麻痺側の筋力強化、麻痺側下肢の支持性の向上、立位バランスの獲得などを目的に行う。立位練習は平行棒などの手すりを健側上肢で把持した状態で行う。急性期では立位の獲得が最優先されるので、健側上下肢を効果的に使用する。」
  - 〈脳血管障害の運動療法 一回復期〉
    - ・「座位や立位での麻痺側下肢への荷重だけでなく、非麻痺側下肢への荷重練習も繰り返し行う。非麻痺側下肢に荷重して麻痺側の骨盤を挙上したり、下肢とともに骨盤を空間で保持できるように導く。階段昇降での麻痺側下肢のコントロールや、麻痺側足部で風船を蹴ったあとなどの従重力的なコントロールの学習も進める。」

## 参考 患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン・教科書 ②

- ・「一般的な高齢者の股関節屈曲角度と20歳代の屈曲角度は5°程度の違いであるが、脳卒中では麻痺側はもちろん、非麻痺側も股関節屈曲角度が小さいことが多い。それは股関節周囲の筋緊張による抵抗だけでなく、股関節屈曲に伴う骨盤の後傾が制限を受けていることが原因の一つである。脊柱や骨盤の動きを伴うこれらの関節では、いわゆる肩関節や股関節の動きにとどまらず、要素となるそれぞれの部位の柔軟性にも十分配慮しなければならない。」
- ・「そのほか、すべての四肢関節について、筋緊張亢進や痛み、浮腫などによる可動域制限をおこさないように、原因に見合ったいいいな伸張運動を行う。特に、頸の回旋と側屈、体幹の回旋と側屈、骨盤の回旋、胸郭の拡張と収縮、肩関節の全運動方向、肘の伸展、前腕の回内・回外、手関節の背屈、手指の伸展、股関節の屈曲・内旋・外転、下肢伸展挙上(SLR)、膝関節の屈曲、足関節の背屈・外がえし、足趾の伸展に可動域制限がみられやすいので、それぞれの原因について適切に対応していく。」
- ・「麻痺側あるいは非麻痺側膝を伸展した下肢挙上位で下肢を内側や外側に大きく動かし、目的物にリーチすることによって、大腰筋の活性化と体幹の回旋を伴った内側、外側腹斜筋の活動を求める。この運動は股関節屈曲に伴う骨盤の後傾運動を促してくれる。」
- ・「麻痺側の筋力低下も当然のようにおこるが、片麻痺が反対側にあるため、活動時に非麻痺側の筋力は発症前以上のものを求められる。歩行能力にはこの非麻痺側の筋力も大きな要素になる。非麻痺側に余裕のない片麻痺患者は、立位になっても恐怖感や混乱のためにうまくバランスを保つことができない。しかし、非麻痺側に余裕のある片麻痺患者では、なんとか立位を保つことができる。ベッド上でできることは限られているが、立ち上がりや歩行などの日常的な動作のなかで両側の筋力を動員できるようなアプローチが好ましい。」
- ・「大脳皮質から内包後脚にかけた損傷では皮質網様体路の損傷を伴うことが多く、麻痺側のみならず、非麻痺側の股関節を中心とした荷重練習が必要である。そのうえで歩行練習を行う。特に皮質橋網様体脊髄路の障害では、非麻痺側下肢を外転位に振り出そうとする傾向があるので留意する。」

### 〈変形性股関節症〉

- ・「股関節の安定性を確保するため、股関節周囲筋や膝関節周囲筋の筋力増強運動を行う。」
- ・「疼痛のない範囲で股関節運動を指導する。変形性股関節症では、腰椎の可動性も損なわれていたり、逆に過可動性が生じている場合もあるので、腰部の運動も追加したほうがよい。特に前弯の強い症例では、腰椎屈曲のストレッチを指導する。」

### 〈変形性膝関節症〉

- ・「股関節症と同様に、スクワットなどの荷重下での閉鎖性運動連鎖を用いた運動や、開放性運動連鎖の等張性運動・等尺性運動があげられる。疼痛が強くない症例では前者が有用であり、疼痛が強い症例では等尺性運動が有用である。股関節内外転筋の筋力低下も指摘されており、側方安定性を高めるという観点からも、これらの筋力増強運動は有用と思われる。」

## ○「臨床理学(理療臨床論) 改訂第4版 第1巻」(編集 日本理療科教員連盟理療教科用図書編纂委員会、岡山ライトハウス、2012年3月)

### 〈変形性頸椎症〉

- ・「後頸部頸椎側の僧帽筋・側頸部の板状筋や胸鎖乳突筋などに対して入念に揉捏法などを行い、筋緊張を取り除く。また、肩こりに対しては、肩上部や肩甲間部を中心に施術する。上肢に一般マッサージを行い、循環を改善し痛みやしびれを取り除く。仰臥位を取らせ枕を取り、後頸部を弛緩させた状態で四指による後頸部・側頸部のマニピュレーション(筋線維伸展法)を行う。頸部の他動運動法とともに、筋のストレッチ法や徒手牽引も有効である。東洋医学的には、気血両虚や腎虚によるものが多いので、下肢の脾経・胃経・腎経などに対して施術する。」

### 〈胸郭出口症候群〉

- ・「頸椎症の治療に加え、腕神経叢や鎖骨下動脈が圧迫を受ける部位への治療を行う。手技療法では、側頸部・鎖骨上窩部・鎖骨下部などに四指揉捏などを行う。」
- ・「東洋医学的にみて、気滞によるものには、膻中・合谷・太衝などに治療を加える。」

### 〈変形性股関節症〉

- ・「手技療法は腰部・殿部・大腿外側の筋緊張を取り除くように施術する。また、違和感のある大転子の周囲に母指揉捏や按捏法などを行う。さらに、下肢の一般マッサージを行う。」

### 〈三叉神経痛〉

- ・「局所に対する治療は、発作の緩解期に圧痛点に対する軽度の持続的圧迫法を中心に一般マッサージを行う。ただし、圧痛点が痛みを誘発するトリガーゾーンと一致することもあるので慎重に取り扱う。頸肩部のこり症状に対して、後頸部や肩甲間部を中心に揉捏法などを行う。誘導の目的で上肢の三陽経の経路を中心に一般マッサージを行う。東洋医学的には、気滞血瘀によるものに相当するので、合谷・内関・足三里・太衝・三陰交・血海などに圧迫法を加える。」

## 参考 患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン・教科書 ③

### 〈肋間神経痛〉

・「患側を上にした側臥位を取らせ、背部の母指揉捏や母指圧迫、肋間の四指揉捏や四指圧迫振顫などを中心に施術する。誘導の目的で上肢の一般マッサージを行う。前処置として背部のホットパックなどの温熱療法を併用すると効果的である。最後に肋間神経伸展法を行う。東洋医学的には、風寒や痰湿によるものが多いので、足三里・三陰交・脾俞・中腕などに圧迫法を行う。」

○「保健理療基礎実習(下巻)」(編集 盲学校理療教科用図書編纂委員会、日本ライトハウス、2002年3月)

### 〈片麻痺〉

・「患側上下肢に対しては、筋緊張の改善の目的で軽擦法、揉捏法を行い、関節可動域の維持・増大の目的で各関節に対し他動運動、伸張運動を行う。この際、ファシリテーションテクニックやモビリゼーションを加えることも有効である。また、筋萎縮予防と筋力増強の観点で徒手・重錘・セラバンドなどによる抵抗運動を行う。特に下肢についてはつままり立ちでの足踏み運動や膝関節の屈伸運動が効果的である。ただし、実施に際しては血圧や心拍数の変動に留意して負荷を決定しなければならない。健側上下肢についても、患側上下肢の代償からくる筋緊張や疼痛の改善の目的で施術を行う。」

○「東洋医学臨床論(あん摩マッサージ指圧編)」(編集 東洋療法学校協会、医道の日本社、1993年4月)

- ・「筋緊張により神経が絞扼され痛みが生じた場合では、痛みを訴えている部位に、障害があるとは限らない。診察により、神経が絞扼されていることや、その部位が明らかになれば、筋緊張の部位に施術を行うことにより、筋緊張を改善し疼痛を緩和させることが可能となる。」
- ・「『按摩』とは疾病の治療または予防の目的で身体各部を押し、引き、揉み、撫で、擦り、叩きなどするのであるが、これには一定の方式がある。それは、臓腑・経路の異常を東洋医学的診察法で診て施術するのである。また、『十二経筋』という人体の筋肉系統を主るものがあり、『結』という部分を特に重要視しており、反応点としてとらえている。このように気の停滞や偏盛を調和させ、あるいは非健康状態に陥らないように平常から施術を施し、身体的、精神的に健康状態を保つことが東洋医学的治療の基本的な考え方である。」
- ・「あん摩マッサージ指圧治療を行う際には、必要に応じて、現代医学的な診察とともに東洋医学的な診察を踏まえて、総合的に治療法の考察を行うことが重要である。」

○「あん摩マッサージ指圧理論 第3版」(編集 東洋療法学校協会、医道の日本社、2016年4月)

- ・「あん摩、マッサージ、指圧の治療効果とは各組織、器官への作用機転を応用して、それぞれの組織器官の機能の異常を調整し、正常な機能状態に戻す作用である。」
- ・「元来、あん摩、マッサージ、指圧の基本的な生体に対する作用機転は、いろいろな手技の用い方により神経、筋への興奮性を高めて機能を増進する作用と、逆に鎮静的に作用させて緊張を取り除くという二作用によるものである。そしてこの二作用は生体に対する刺激量(刺激の度合、刺激の強さ、作用時間)と患者の状態によって決まってくるものである。」
- ・「反射作用とは疾病部位から離れた部位に施術して反射機転を介して、神経や筋、内臓などに刺激を与え、異常機能の調整を図る作用をいい、興奮や鎮静の効果が期待できる。生体は内臓に異常がある場合に、その異常反応が皮膚、結合織、筋肉などの表在組織に反射されて異常が現れる。内臓知覚連関(ヘッド帯)、内臓運動反射(マッケンジー帯)、皮下結合織の過敏点(撮診点)、表在筋層の過敏圧痛(圧診点)などがあり、その異常部分に施術して、その部の過敏、圧痛、緊張、硬結などを取り除くことにより、内臓の異常が調整される。これは体表への施術によりその圧刺激が、反射機転を介して内臓に効果的に影響するためである。この内臓機能の調整に反射機転を応用するためには、その内臓の異常と関連痛として現れる部分とを正確に把握して施術を正しく決め、適量刺激を与えなくてはならない。その他知覚神経を介し、血管運動神経に対しても反射的影響を及ぼすことができる。すなわち圧刺激の度合により、充血を起こさせ、あるいは貧血を起こさせるが、これも反射作用に属する。」

# あん摩マッサージ指圧療養費における部位数別の施術回数割合の推移(マッサージ、変形徒手矯正術)

令和4年2月22日あはき療養費検討専門委員会資料

## 【マッサージ】(最大で5部位)

	1部位	2部位	3部位	4部位	5部位		平均部位数
平成29年	15.8%	6.7%	19.0%	5.6%	52.9%		3.73
平成30年	18.2%	6.4%	17.6%	5.3%	52.5%		3.67
令和元年	18.2%	6.5%	17.9%	5.7%	51.7%		3.66
令和2年	17.2%	5.9%	17.9%	5.1%	53.9%		3.73

## 【変形徒手矯正術】(最大で4肢)

	1肢	2肢	3肢	4肢		平均部位数
平成29年	3.9%	28.5%	4.7%	62.9%		3.27
平成30年	4.1%	28.0%	4.5%	63.5%		3.27
令和元年	3.0%	28.8%	5.0%	63.2%		3.28
令和2年	3.5%	28.3%	4.9%	63.3%		3.28

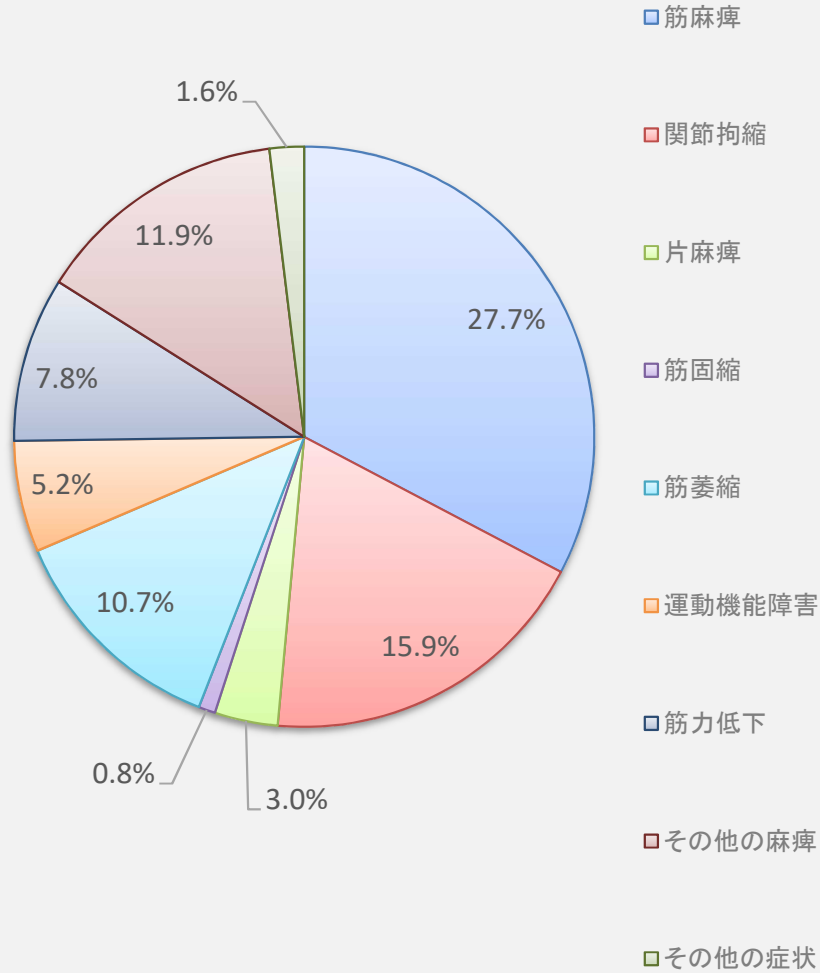
※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(平成29年10月分、平成30年10月分、令和元年10月分、令和2年10月分)を基に分析

- ・ 全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・ 国民健康保険 1/5
- ・ 後期高齢者医療制度 1/10

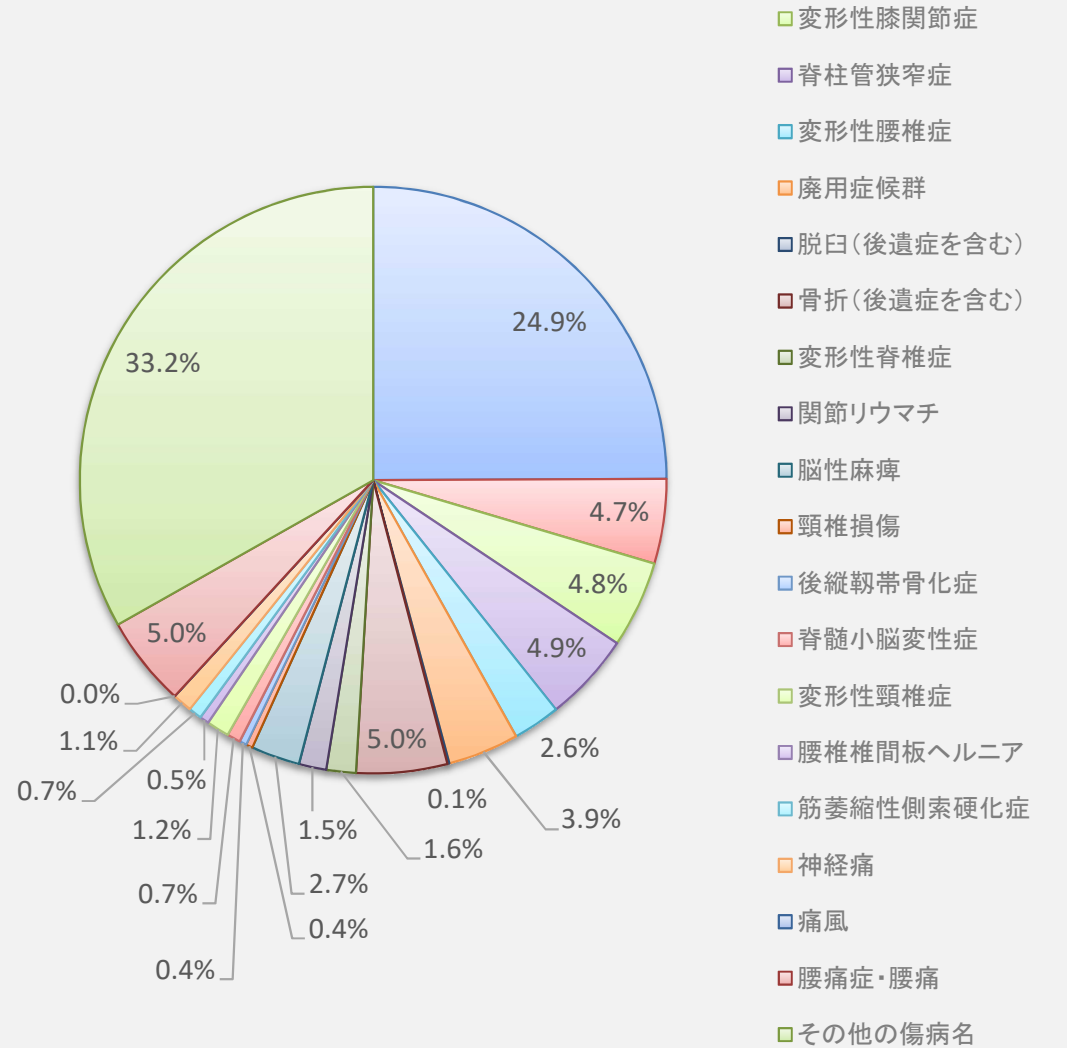
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合

令和4年2月22日あはき療養費検討専門委員会資料

## 症状別割合



## 傷病名別割合



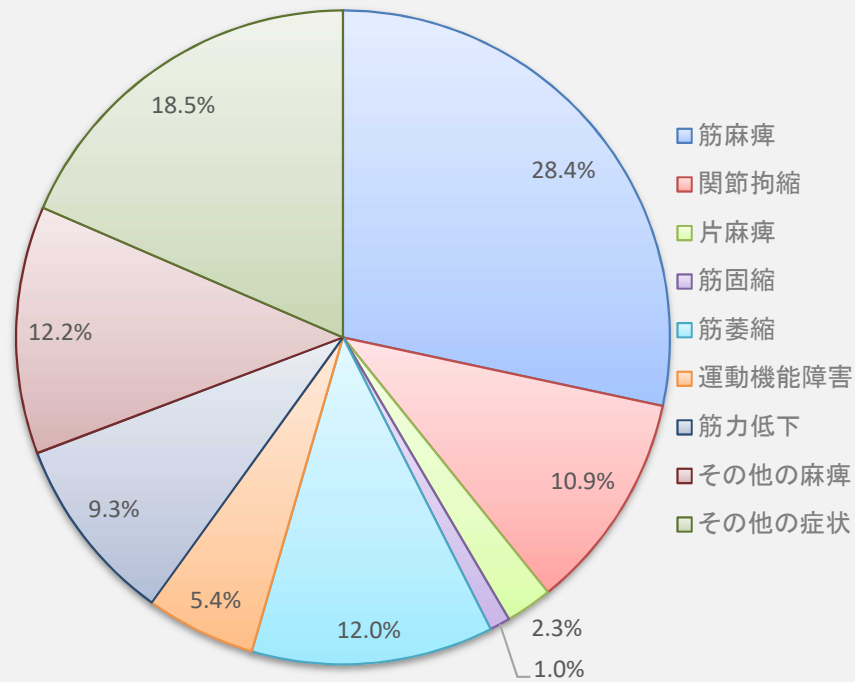
※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・国民健康保険 1/5
- ・後期高齢者医療制度 1/10

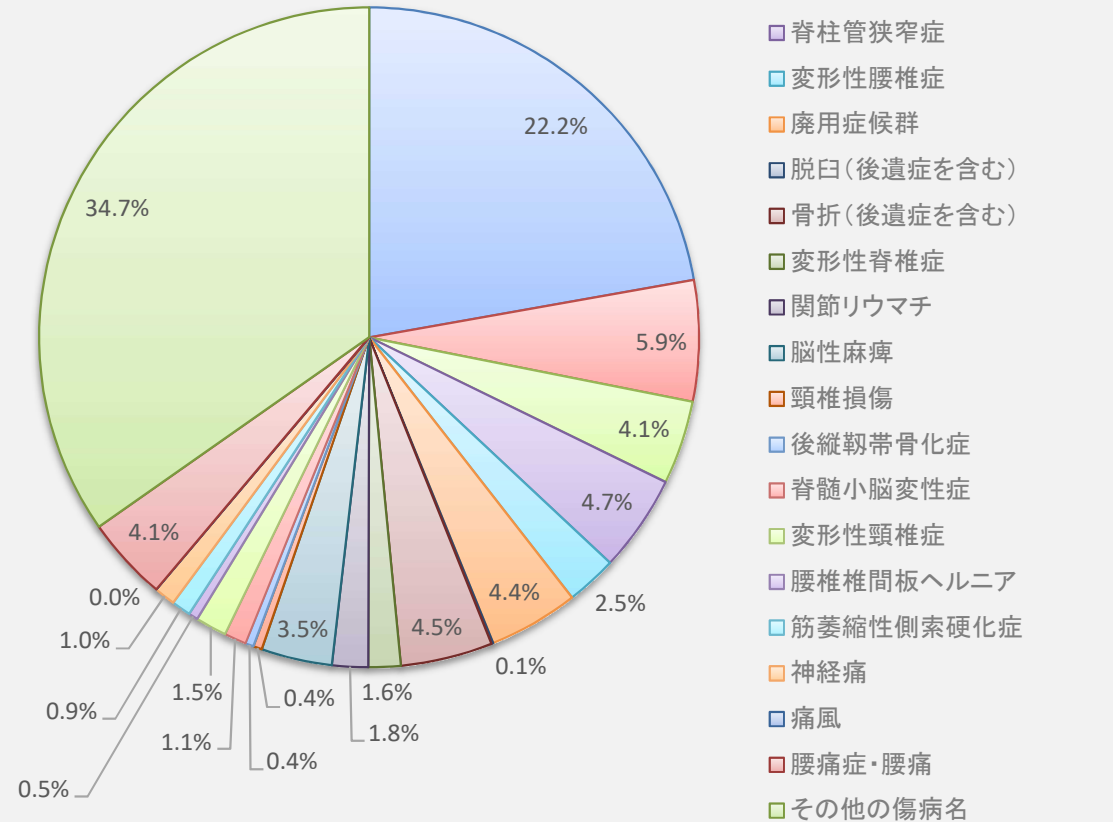
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合(施術部位数別)

[施術部位数が5部位]

## 症状別割合



## 傷病名別割合



※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

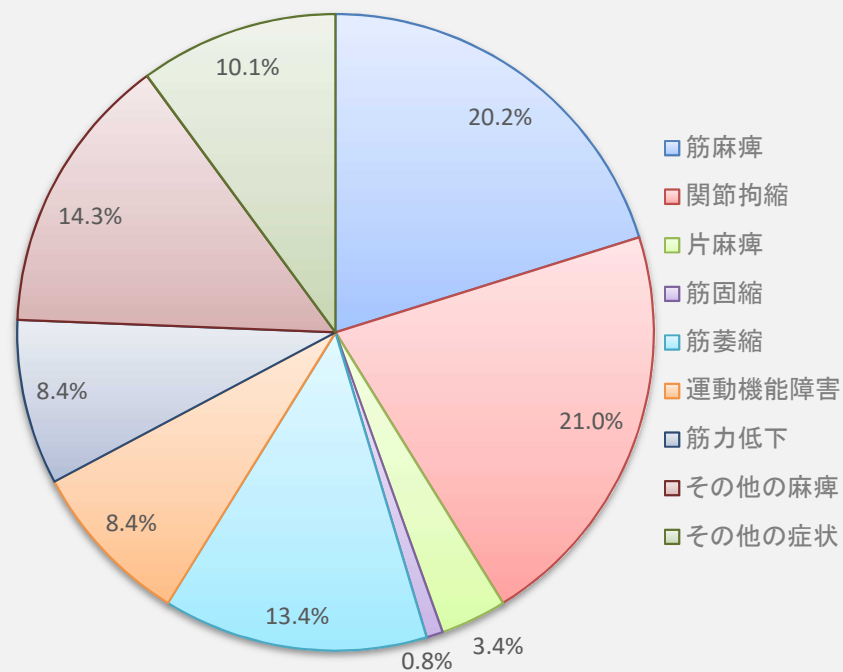
- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・国民健康保険 1/5
- ・後期高齢者医療制度 1/10



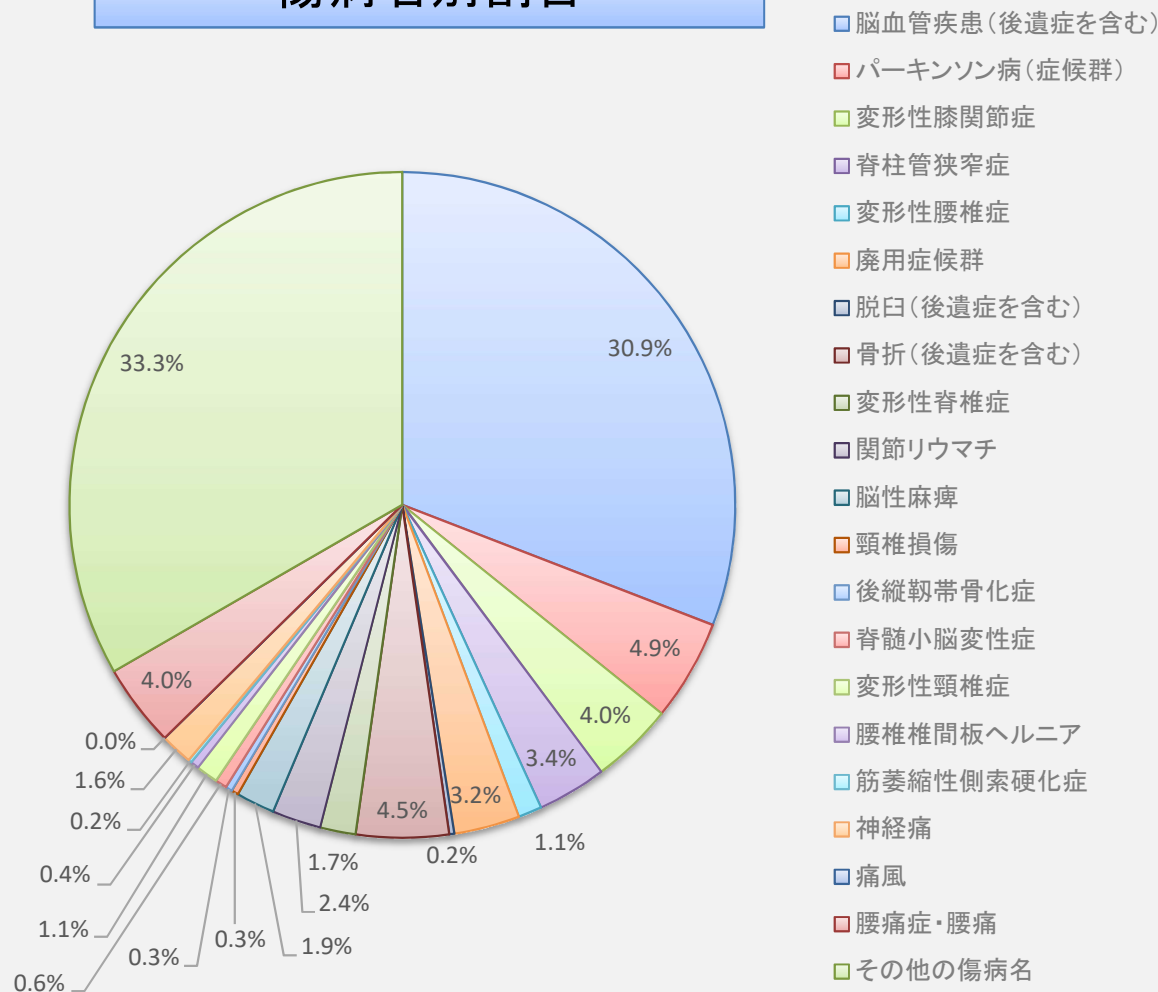
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合(施術部位数別)

[施術部位数が4部位]

症状別割合



傷病名別割合



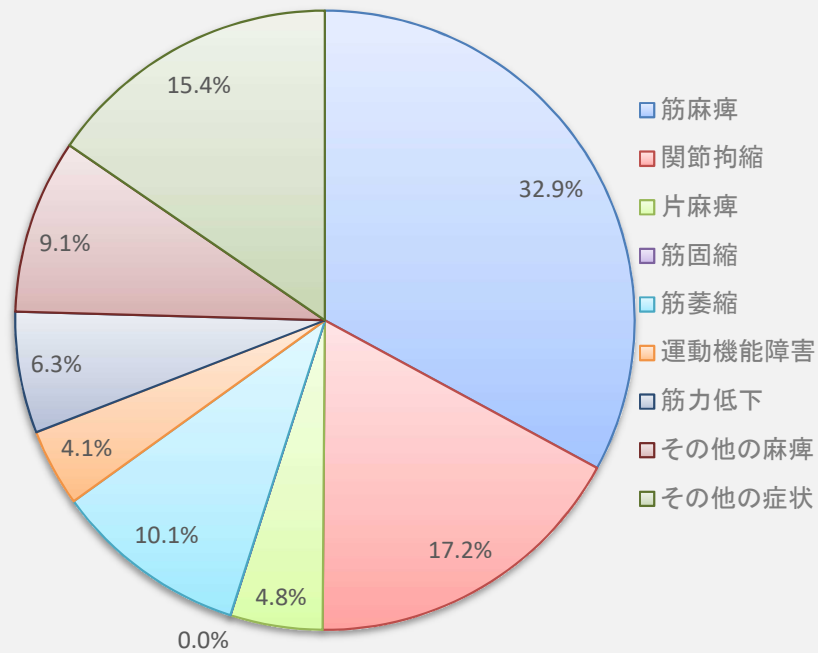
※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・国民健康保険 1/5
- ・後期高齢者医療制度 1/10

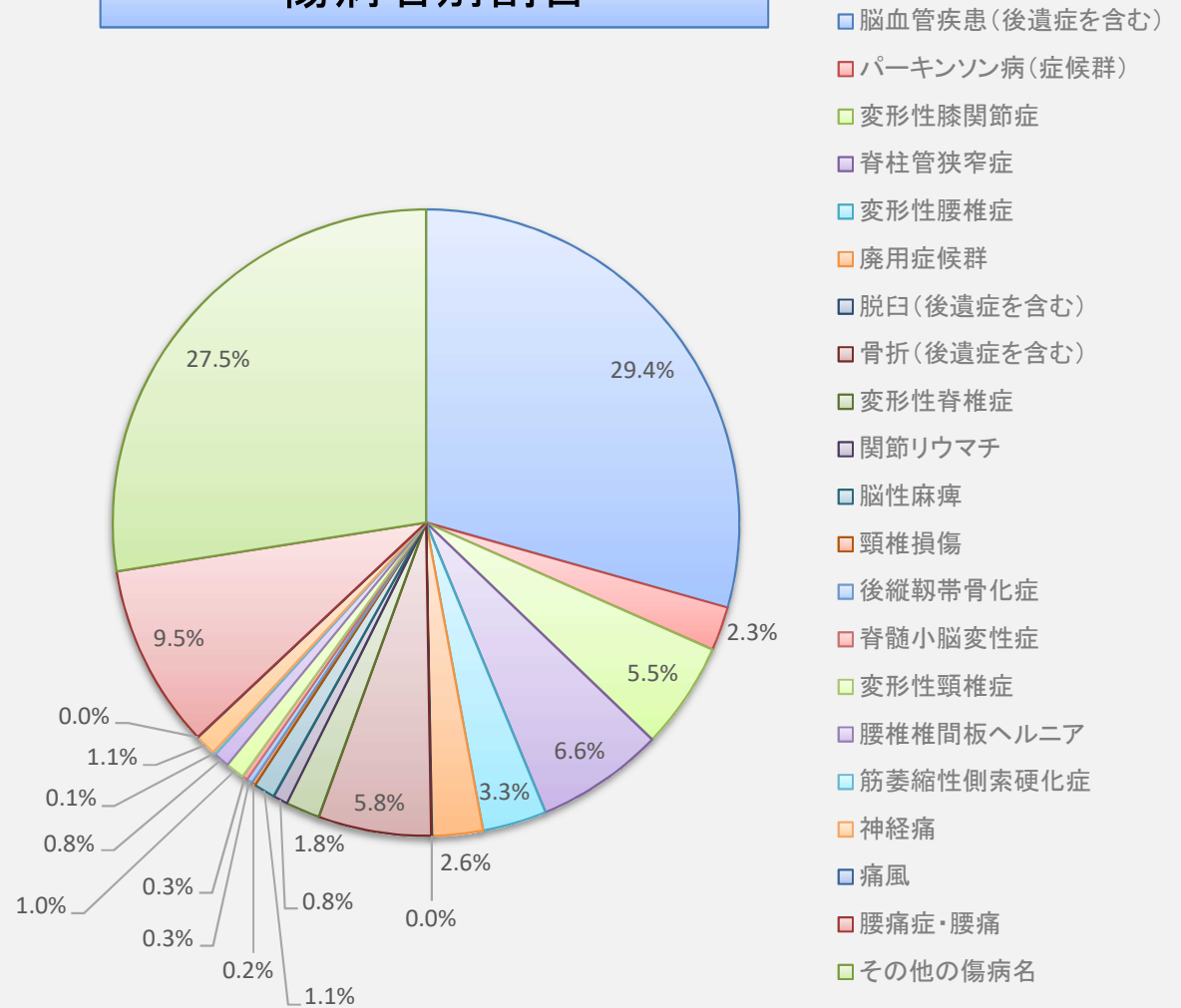
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合(施術部位数別)

[施術部位数が3部位]

症状別割合



傷病名別割合



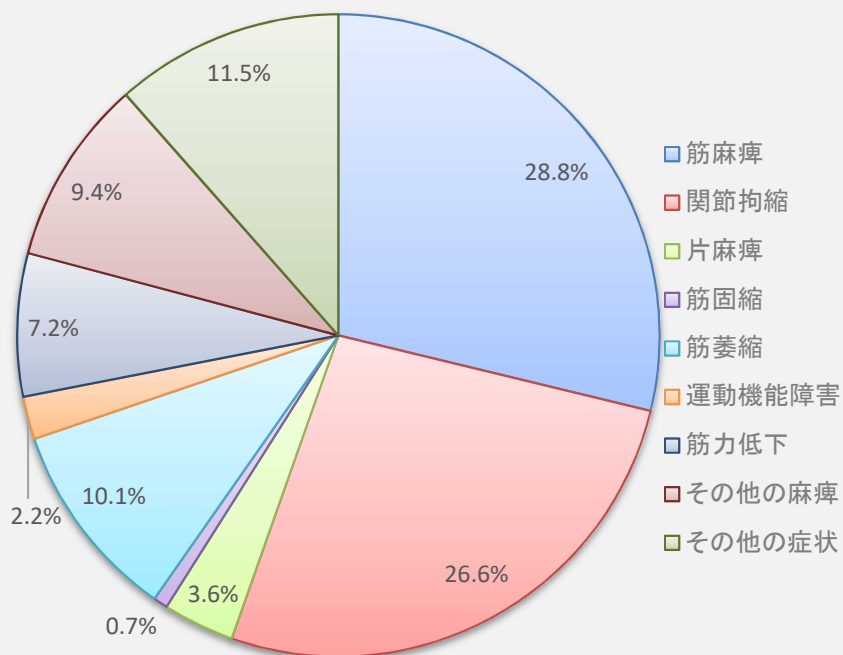
※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・国民健康保険 1/5
- ・後期高齢者医療制度 1/10

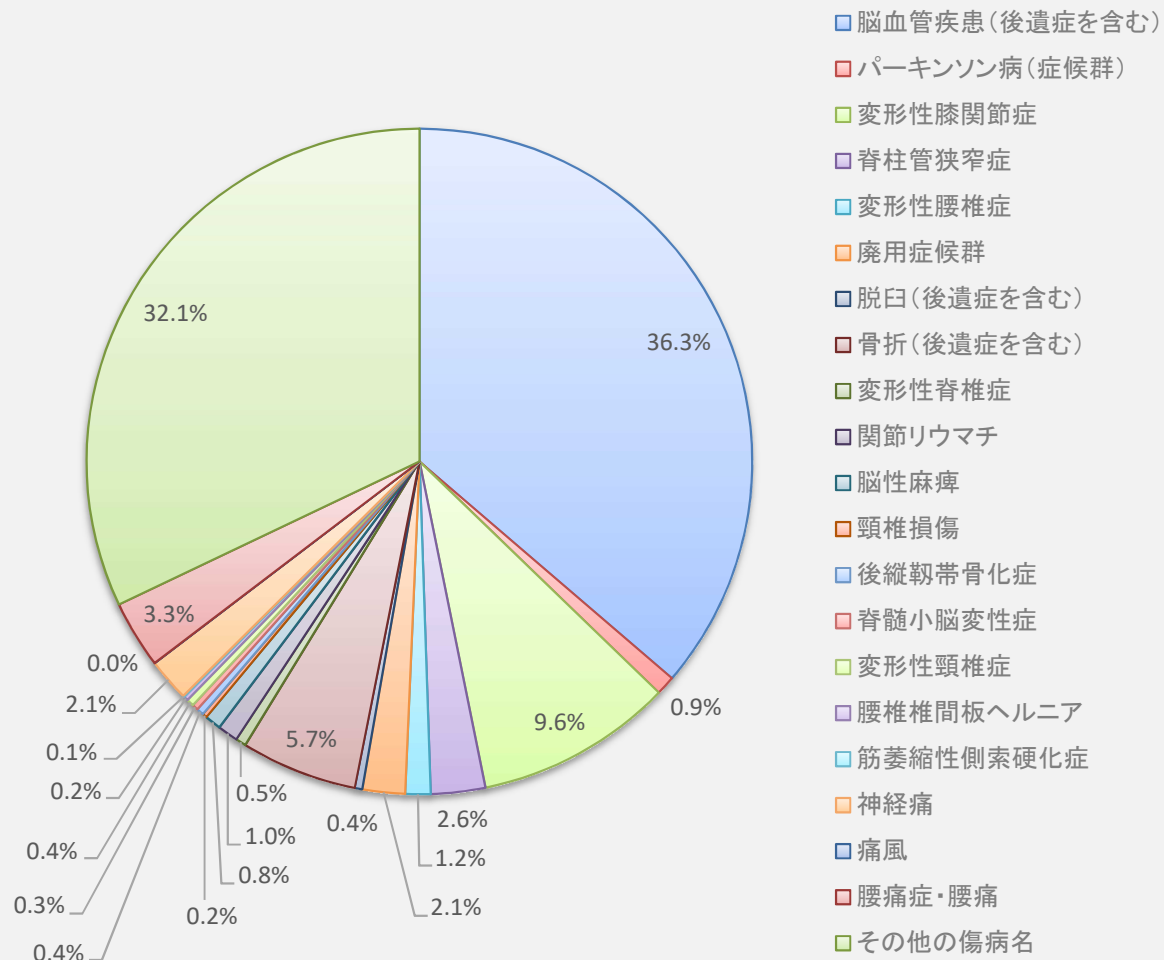
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合(施術部位数別)

[施術部位数が2部位]

症状別割合



傷病名別割合



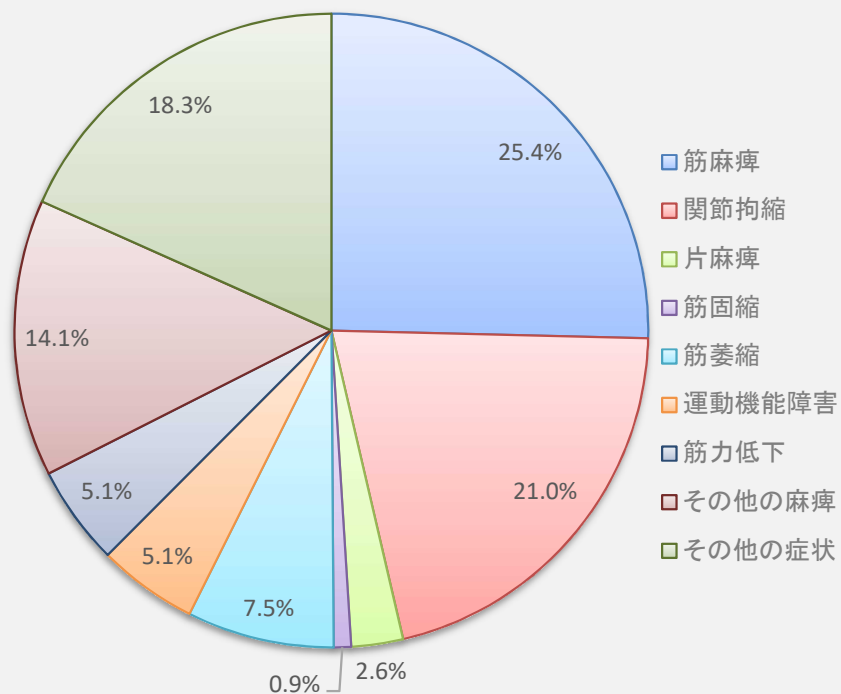
※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・国民健康保険 1/5
- ・後期高齢者医療制度 1/10

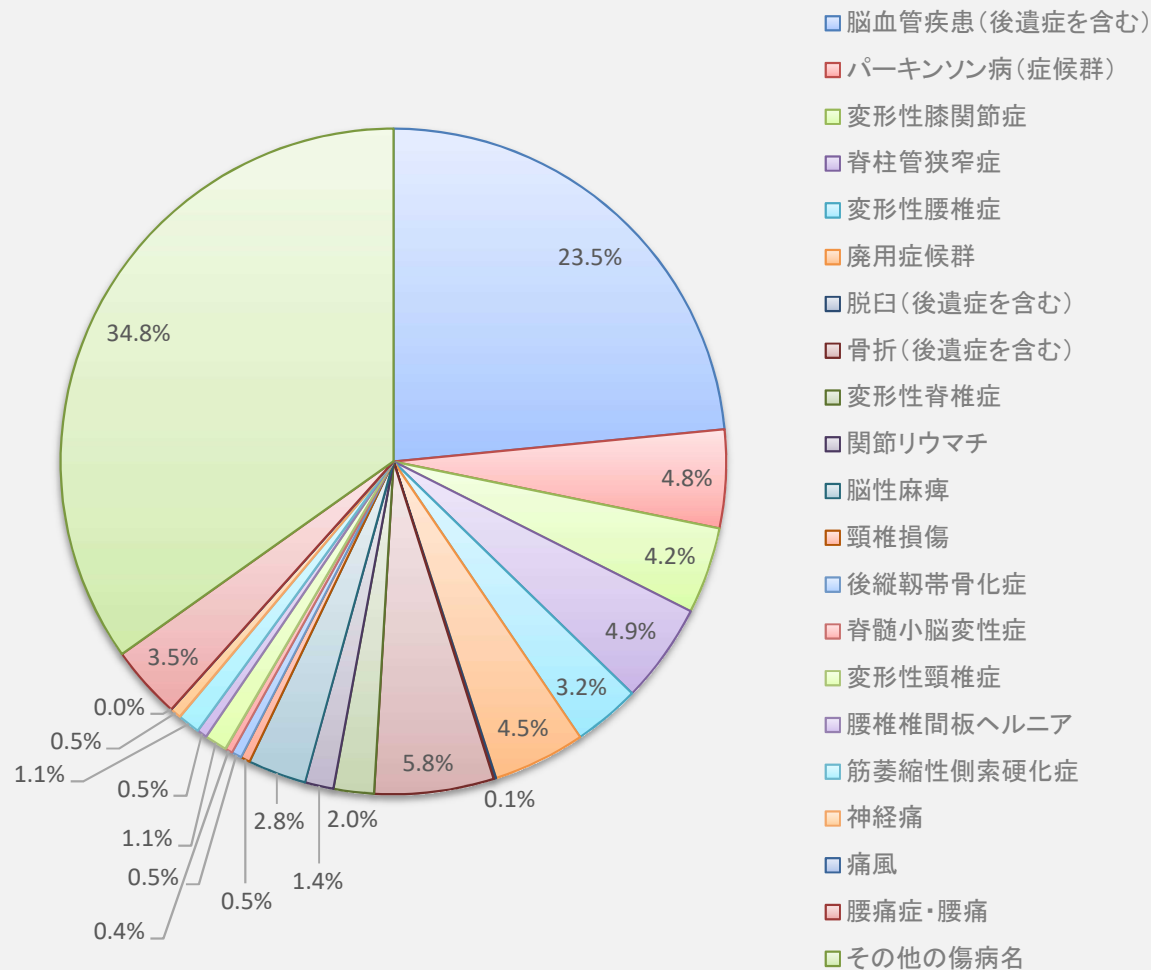
# あん摩マッサージ指圧療養費の症状別・傷病名別の患者割合（施術部位数別）

〔施術部位数が1部位〕

症状別割合



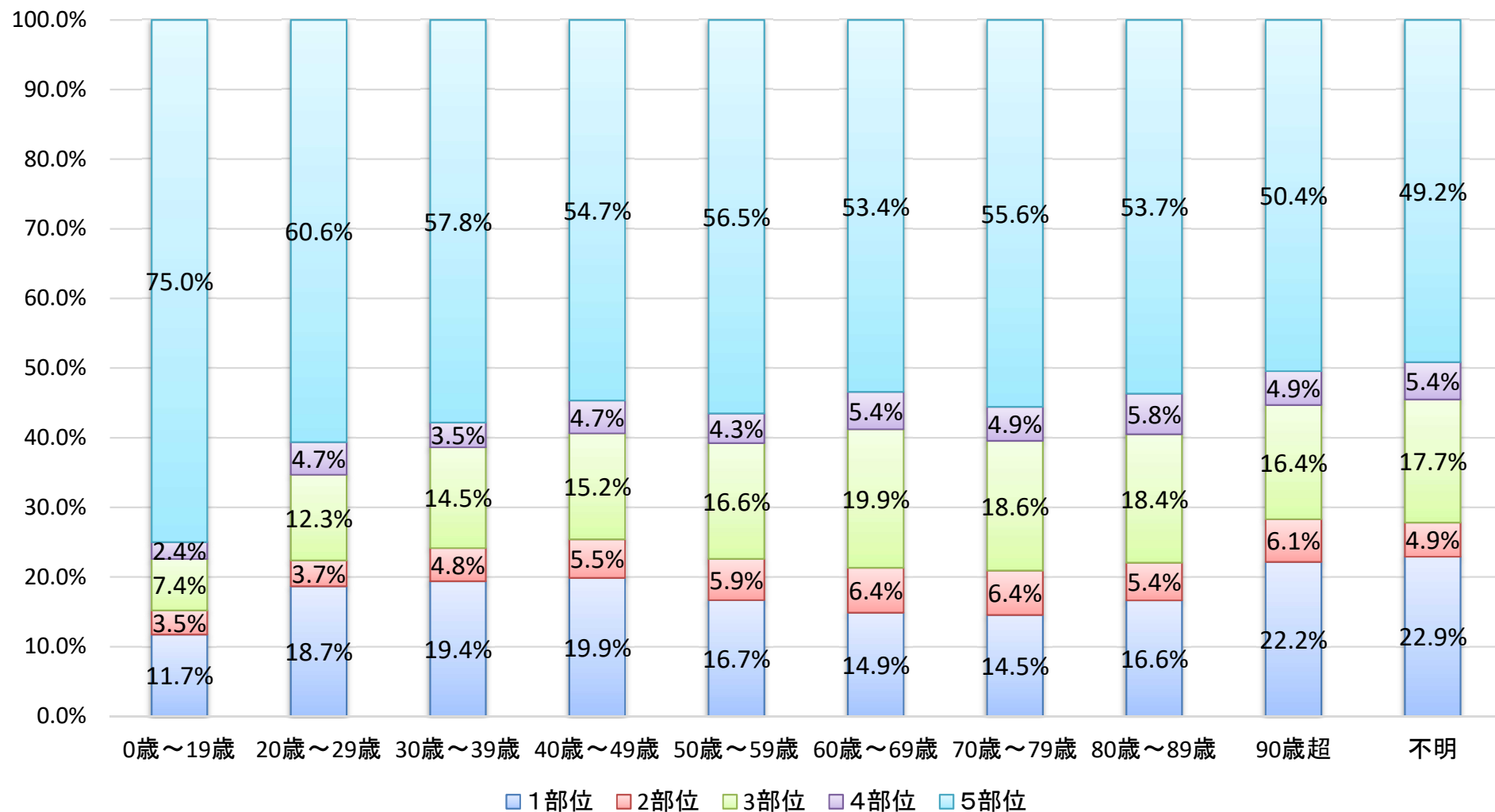
傷病名別割合



※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書（令和2年10月分）を基に分析

- ・全国健康保険協会管掌健康保険 1／1
- ・国民健康保険 1／5
- ・後期高齢者医療制度 1／10

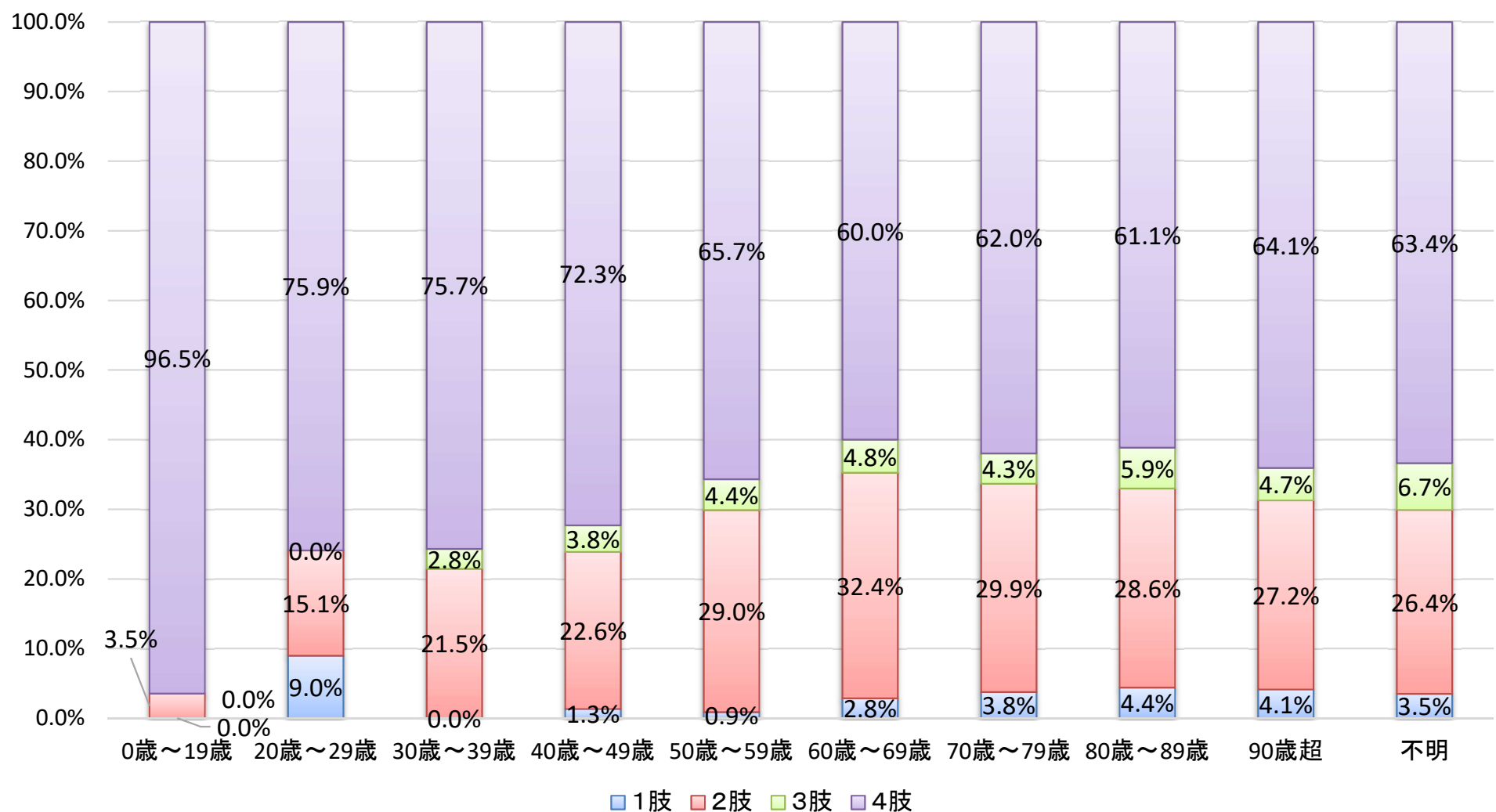
# マッサージにおける部位数別の施術回数割合（受療者の年齢別）



※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・ 全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・ 国民健康保険 1/5
- ・ 後期高齢者医療制度 1/10

# 変形徒手矯正術における部位数別の施術回数割合（受療者の年齢別）



※ 以下の抽出率にしたがい抽出したあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書(令和2年10月分)を基に分析

- ・ 全国健康保険協会管掌健康保険 1/1
- ・ 国民健康保険 1/5
- ・ 後期高齢者医療制度 1/10

# あはき療養費の令和4年改定の基本的な考え方(案)⑦

## (4) その他の見直し

- ・ 前回(2/22)の専門委員会において、「支給申請書について、患者の署名を受けると、施術者等が代理記入し患者から押印を受けることになっている。昨年3月に押印廃止の通知が出た後、患者名の印字を不可とし、施術者等が患者名を手書きしないといけない取扱いとしている保険者もあるが、施術者等の手書きでなければならない合理的な理由がなく、視覚障害のある施術者も含めてかなりの負担。以前のように、患者名を印字して、患者に見せて内容を確認してもらって押印を受けることでよいようにしてほしい。」旨の意見があった。
- ・ 「『はり師、きゆう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて』の一部改正について」(令和3年3月24日保発0324第2号)により、令和3年4月1日から「施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認をうけたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めると。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。」とされている。
- ・ この「代理記入」の方法を示した通知・事務連絡を発出していない中、「手書きによること」と説明しているが、施術者等が代理記入を手書きで行う必要性は乏しく、施術者等の大きな負担となっているという指摘があることから、代理記入は手書きでも、パソコン等での記入でも可能であることを示す事務連絡を発出することとしてはどうか。

(参考)「『はり師、きゆう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて』の一部改正について」(令和3年3月24日保発0324第2号)

改正後	改正前
<p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合には、次に掲げる方式により療養費支給申請書を作成し、速やかな請求に努めること。</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 申請書の申請欄の申請者は、療養費の請求権者(以下「被保険者等」という。)に係る住所、氏名、申請年月日を記入するものであり、被保険者等又は被保険者等から許可を受けた患者(以下、本規定において「患者」という。)より記入を受けること。ただし、当該各事項について、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、<u>施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。</u></p> <p>(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認をうけたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めると。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、<u>当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。</u></p>	<p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合には、次に掲げる方式により療養費支給申請書を作成し、速やかな請求に努めること。</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 申請書の申請欄及び代理人の欄の申請者は、療養費の請求権者(以下「被保険者等」という。)に係る住所、氏名、申請又は委任年月日を記入するものであり、被保険者等又は被保険者等から許可を受けた患者(以下、本規定において「患者」という。)より<u>記入及び押印を受けること(記名押印は患者の署名でも差し支えない。)</u>。ただし、当該各事項について、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、<u>施術者が代理記入し当該患者から押印を受けること。</u></p> <p>(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認をうけたうえで署名又は押印を求めると。</p>

