

# あはき療養費の令和6年改定の 基本的な考え方(案)について

# 目次

1. 近年のあはき療養費の料金改定について ……P. 2
2. 令和6年改定の基本的な考え方（案）について ……P. 12

# 1. 近年のあはき療養費の料金改定について

○ あはき療養費の改定率  $+0.13\%$ （診療報酬改定における医科の改定率 $+0.26\%$ 等を踏まえ、政府において決定）

## (1) 施術料、初検料、施術報告書交付料の引き上げ

- ・ 財源の範囲で、施術料、初検料、施術報告書交付料を引き上げる。

## ■ マッサージ

温罨法をマッサージと併施した場合 1回につき 125円加算（現行：温罨法をマッサージと併施した場合 1回につき 110円加算）

温罨法と併せて電気光線器具を使用した場合 1回につき 160円加算（現行：温罨法と併せて電気光線器具を使用した場合 1回につき 150円加算）

施術報告書交付料 480円（現行：施術報告書交付料 460円）

## ■ はり・きゅう

初検料 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1,780円（現行：1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1,770円）

初検料 2術（はり、きゅう併用）の場合 1,860円（現行：2術（はり、きゅう併用）の場合 1,850円）

電療料 電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合 1回につき 34円加算（現行：電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合 1回につき 30円加算）

施術報告書交付料 480円（現行：施術報告書交付料 460円）

※ 一部負担金の計算方法について、「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」（平成30年12月27日事務連絡）において、「施術に要した費用（取扱規程第3章の16の算定基準により算定した額）に患者の一部負担金の割合（1割・2割・3割）を乗じる（1円単位で計算）」とされていることを再度周知する。

## (2) 支給申請書の記入方法の明確化

- ・ 「『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こと。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、視覚障害の施術者も含めて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。

## (3) 引き続きの検討事項

- ・ 令和3年の療養費頻度調査において往療内訳表を提出いただき、同一日・同一建物での施術の状況等を集計・分析しているところであるが、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・分析できるようにする（支給申請書の保健所登録区分を集計対象とする）。また、マッサージ・変形徒手矯正術の施術料の包括料金化の議論に資するデータ集計・分析、事例収集等を行う。
- ・ データの集計・分析、事例収集等ができ次第、順次、データや事例等を示して、往療料の距離加算の廃止、離島や中山間地等の地域に係る加算の創設、マッサージ・変形徒手矯正術の施術料の包括料金化とともに、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。

## I 不正対策

### 4. 往療

#### (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。①
- ・ 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。②

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。

## 技術料の引き上げ

	改定前	引上額	改定後
○あん摩マッサージ指圧			
マッサージ	285円	55円	340円
変形徒手矯正術	575円	205円	780円
○はり・きゅう			
施術料(1術)	1,300円	240円	1,540円
施術料(2術)	1,520円	60円	1,580円

① 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

② 距離加算を引き下げ、施術料や往療料に振り替えていく

## 距離加算を往療料に振り替えて包括化

○改定前	往療料(基本額)	1,800円	距離加算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	2,700円

## 施術報告書交付料の新設

施術報告書交付料 300円 ※平成30年10月1日～

# あはき療養費の料金改定について(令和元年10月～)

令和4年2月22日あはき療養費  
検討専門委員会資料

## ○ あん摩マッサージ指圧

○マッサージ 1局所につき 340円

※ 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)

・温罨法を併施 1回につき 80円 → 110円加算

・温罨法を併施+電気光線器具使用 1回につき 110円 → 150円加算

○変形徒手矯正術 1肢につき 780円 → 790円

※ 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)

○往療料 2,300円 4km超 2,700円

○施術報告書交付料 300円

## ○ はり・きゅう

初回

2回目以降

○初検料

①1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合

1,610円 → 1,710円

②2術(はり、きゅう併用)の場合

1,660円 → 1,760円

○施術料

①1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合

1回につき 1,540円

②2術(はり、きゅう併用)の場合

1回につき 1,580円 → 1,590円

○電療料

・電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合 1回につき 30円加算

○往療料 2,300円 4km超 2,700円

○施術報告書交付料 300円

# あはき療養費の料金改定について(令和2年12月～)

令和4年2月22日あはき療養費  
検討専門委員会資料

## ○ あん摩マッサージ指圧

○マッサージ 1局所につき <u>340円 → 350円</u> ※ 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) ・温罨法を併施 1回につき <u>110円加算</u> ・温罨法を併施+電気光線器具使用 1回につき <u>150円加算</u>	① 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  ② 距離加算を引き下げ、施術料や 往療料に振り替えていく
○変形徒手矯正術をマッサージと併施した場合 1肢につき <u>450円加算</u> ※ 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)	
○往療料 2,300円 4km超 <u>2,700円 → 2,550円</u>	
○施術報告書交付料 <u>300円 → 460円</u>	

## ○ はり・きゅう

初回	2回目以降
○初検料 ① 1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合 <u>1,710円 → 1,770円</u> ② 2術(はり、きゅう併用)の場合 <u>1,760円 → 1,850円</u>	
○施術料 ① 1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合 <u>1回につき 1,540円 → 1,550円</u> ② 2術(はり、きゅう併用)の場合 <u>1回につき 1,590円 → 1,610円</u>	
○電療料 ・電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合 1回につき <u>30円加算</u>	
○往療料 2,300円 4km超 <u>2,700円 → 2,550円</u>	
○施術報告書交付料 <u>300円 → 460円</u>	

# あはき療養費の料金改定について(令和4年6月～)

令和4年5月6日あはき療養費  
検討専門委員会資料

## ○ あん摩マッサージ指圧

○マッサージ 1局所につき 350円

※ 対象は最大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)

・温罨法を併施 1回につき 110円加算 → 125円加算

・温罨法を併施+電気光線器具使用 1回につき 150円加算 → 160円加算

○変形徒手矯正術をマッサージと併施した場合 1肢につき 450円加算

※ 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)

○往療料 2,300円 4km超 2,550円

○施術報告書交付料 460円 → 480円

## ○ はり・きゅう

初回

2回目以降

○初検料

①1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合

1,770円 → 1,780円

②2術(はり、きゅう併用)の場合

1,850円 → 1,860円

○施術料

①1術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合

1回につき 1,550円

②2術(はり、きゅう併用)の場合

1回につき 1,610円

○電療料

・電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合 1回につき 30円加算 → 34円加算

○往療料 2,300円 4km超 2,550円

○施術報告書交付料 460円 → 480円

## 過去の療養費料金改定の改定率について

療養費				〔参考〕診療報酬(医科)	
改定年月	柔道整復	あん摩マッサージ	はり・きゅう	改定年月	医科
平成26年4月	(消費税率引上げに伴う改定 0.68%)	(消費税率引上げに伴う改定 0.68%)	(消費税率引上げに伴う改定 0.68%)	平成26年4月	(消費税率引上げに伴う改定 本体+薬価 1.36%)
平成28年10月	0.28%	0.28%	0.28%	平成28年4月	0.56%
平成30年6月	0.32%	0.32%	0.32%	平成30年4月	0.63%
令和元年10月	(消費税率引上げに伴う改定 0.44%)	(消費税率引上げに伴う改定 0.44%)	(消費税率引上げに伴う改定 0.44%)	令和元年10月	(消費税率引上げに伴う改定 本体+薬価 0.88%)
令和2年6月	0.27%	令和2年12月に改定 0.27%	令和2年12月に改定 0.27%	令和2年4月	0.53%
令和4年6月	0.13%	0.13%	0.13%	令和4年4月	0.26%

## 1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 2 3 %

各科改定率	医科	+ 0. 2 6 %
	歯科	+ 0. 2 9 %
	調剤	+ 0. 0 8 %

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 1 0 %（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲ 0. 1 0 %  
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

## 2. 薬価等

① 薬価 ▲ 1. 3 5 %

※1 うち、実勢価等改定 ▲ 1. 4 4 %

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 0 9 %

② 材料価格 ▲ 0. 0 2 %

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置 7 対 1 の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

# あはき療養費の推移

令和4年3月24日あはき療養費検討専門委員会資料

- あはき療養費については、令和元年度は、はり・きゆうが437億円、あん摩マッサージ指圧が750億円。
- 近年伸びが鈍化傾向にあったが、令和元年度の対前年度伸び率は、はり・きゆうが+6.2%、あん摩マッサージ指圧が+2.4%。

(金額：億円)

区 分	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
国民医療費	385,850	392,117	400,610	408,071	423,644	421,381	430,710	433,949	443,895
対前年度伸び率	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%
柔道整復	4,085 (5,099万件)	3,985 (5,178万件)	3,855 (5,152万件)	3,825 (5,137万件)	3,789 (5,158万件)	3,636 (5,039万件)	3,437 (4,859万件)	3,278 (4,708万件)	3,178 (4,626万件)
対前年度伸び率	0.4%	-2.5%	-3.2%	-0.8%	-0.9%	-4.0%	-5.5%	-4.6%	-3.0%
はり・きゆう	352 (249万件)	358 (254万件)	365 (254万件)	380 (260万件)	394 (261万件)	407 (263万件)	411 (263万件)	411 (257万件)	437 (269万件)
対前年度伸び率	11.7%	1.8%	1.8%	4.3%	3.6%	3.4%	1.1%	-0.1%	6.2%
マッサージ	560 (190万件)	610 (209万件)	637 (219万件)	670 (229万件)	700 (237万件)	707 (240万件)	727 (245万件)	733 (240万件)	750 (245万件)
対前年度伸び率	8.5%	9.0%	4.5%	5.2%	4.4%	1.0%	2.7%	0.8%	2.4%
治療用装具	396 (123万件)	406 (127万件)	405 (127万件)	421 (130万件)	425 (130万件)	438 (132万件)	443 (135万件)	452 (135万件)	455 (136万件)
対前年度伸び率	2.3%	2.6%	-0.4%	4.0%	1.1%	3.0%	1.2%	2.0%	0.7%

(注) 厚生労働省保険局調査課とりまとめの推計

## 2. 令和6年改定の基本的な考え方（案）について

# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)

○あはき療養費の令和6年改定に向けては、「あはき療養費の令和4年度料金改定」(令和4年5月6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)(3)引き続きの検討事項、「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)往療料の見直しを踏まえ、例えば、次の事項を改定に当たっての基本的な考え方(案)として、検討を進めていくことについて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(4km超の区分)を廃止し、その場合、当該廃止に伴う財源は、施術料や離島や中山間地等の地域に係る施術料の加算として振り替えることについてどう考えるか。

## (2) 離島や中山間地等の地域に係る加算の創設

- ・ 距離加算(4km超の区分)の廃止の影響に配慮し、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(「特別地域加算(仮)」)を創設することについてどう考えるか。
- ・ 特別地域加算(仮)の対象は、当該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、当該地域は、例えば、訪問看護療養費における「特別地域訪問看護加算」の地域を対象とすることについてどう考えるか。

## (3) 往療料の見直し及び訪問施術料(仮)の創設

- ・ 往療料を見直し、留意事項通知の支給要件から「定期的・計画的に行う場合」を外したうえで、定期的・計画的な往療により施術を行う場合は、「患家への訪問(訪問料(仮))」として区分整理し、「往療料」と「訪問料(仮)」の取扱いを明確にするよう、料金の在り方を見直すことについてどう考えるか。
- ・ その上で、「施術料」と「訪問料(仮)」を包括した1回あたりの新たな料金体系(「訪問施術料(仮)」)として訪問施術制度の導入を検討することについてどう考えるか。

## (4) 料金包括化の推進

- ・ 「施術料」と「訪問料(仮)」を包括した訪問施術制度の導入の検討を見据え、マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料は、「施術部位数に応じた報酬」から「料金包括化」に移行することについてどう考えるか。
- ・ 施術料の料金包括化は、医師の同意書は変更せず施術が必要な部位が記載されるものとし、支給申請書において、同意書で示された施術部位に施術がされたことの確認により、療養費の支給対象とすることについてどう考えるか。

## (5) 同一日・同一建物への施術

- ・ 今後、訪問施術制度の導入の検討により訪問施術料(仮)を新設する場合には、定期的・計画的に行う施術である性質に鑑み、同一日・同一建物への施術については、訪問診療や訪問看護における例を踏まえつつ設定することについてどう考えるか。

## (6) その他の見直し

- ・ 平成30年4月23日付報告書に基づく、課題への対応(請求の電子化や審査のシステム化などの効率的・効果的な審査の検討について、施術管理者の登録の更新制(※施術管理者の要件としての研修受講)について)についてどう考えるか。
- ・ その他、見直しが必要な事項があるか。

# 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(案) (マッサージ)

※令和6年改定に訪問施術制度の導入の検討をふまえた考え方(案)

## ○あん摩マッサージ指圧 — イメージ —

<b>施術料</b> ・1局所(最大5部位) 350円  変形徒手矯正術(併施) 1肢(最大4肢) 450円加算  温罨法(併施) 1回 125円加算  温罨法(併施)+電気光線器具 1回 160円加算
<b>往療料</b> ・1回 2,300円  ・4km超 2,550円
施術報告書交付料 480円



<b>施術料</b> ・1局所(最大5部位) @円  変形徒手矯正術(併施) 1肢(最大4肢) @円加算  温罨法(併施) 1回 @円加算  温罨法(併施)+電気光線器具 1回 @円加算  ・4km距離区分の廃止⇒ 特別地域加算(仮)(新設) 1回 @円 加算	<b>施術料</b> ・1回当たり @円  変形徒手矯正術 ・1回当たり @円
<b>往療料</b> 《緊急時》 ・1回 @円	<b>訪問料(仮)</b> 《定期的・計画的》 ・1回 @円  ※同一日・同一建物 ・1回 @円
施術報告書交付料 @円	

(1)距離加算の廃止  
 施術料及び特別距離加算(仮称)への振り替え

(4)料金包括化の推進  
 「施術部位数に応じた報酬」から料金包括化への移行を検討

(3)往療料の見直し及び訪問施術料(仮)の創設

(2)離島や中山間地等の地域に係る加算の創設

(1)距離加算の廃止  
 施術料及び特別距離加算(仮称)への振り替え

(3)往療料の見直し及び訪問施術料(仮)の創設

(5)同一日・同一建物への施術

水準は財政中立により設定。

# 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(案) (はり・きゅう)

※令和6年改定に訪問施術制度の導入の検討をふまえた考え方(案)

## 〇はり・きゅう — イメージ —

【初回】

初検料  
 ・1術 1,780円  
 ・2術 1,860円

【2回目以降】

施術料  
 ・1術 1,550円  
 ・2術 1,610円

電療料 1回 34円加算

往療料  
 ・1回 2,300円  
 ・4km超 2,550円

施術報告書交付料 480円

【初回】

初検料  
 ・1術 @円  
 ・2術 @円

【2回目以降】

施術料  
 ・1術 @円  
 ・2術 @円

電療料 1回 @円加算

・4km距離区分の廃止 ⇒ 特別地域加算(仮)(新設)  
 1回 @円 加算

往療料《緊急時》  
 ・1回 @円

訪問料(仮)  
 《定期的・計画的》  
 ・1回 @円

※同一日・同一建物  
 ・1回 @円

施術報告書交付料 @円

(1)距離加算の廃止  
 施術料及び特別距離加算(仮称)への  
 振り替え

(3)往療料の見直し及び訪問施術料  
 (仮)の創設

(2)離島や中山間地等の地域に係る加算  
 の創設

(1)距離加算の廃止  
 施術料及び特別距離加算(仮称)への振り  
 替え

(3)往療料の見直し及び訪問施術料  
 (仮)の創設

(5)同一日・同一建物への施術

水準は財政中立により設定。

# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)①

## (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(4km超の区分)を廃止し、その場合、当該廃止に伴う財源は、施術料や離島や中山間地等の地域に係る施術料の加算等として振り替えることについてどう考えるか。

〔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

※ 2,300円を上限として設定

(廃止に伴う財源は、離島や中山間地域等の地域に係る施術料の加算として振り返ることについてどう考えるか。)

- (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 ※令和4年改定は同額

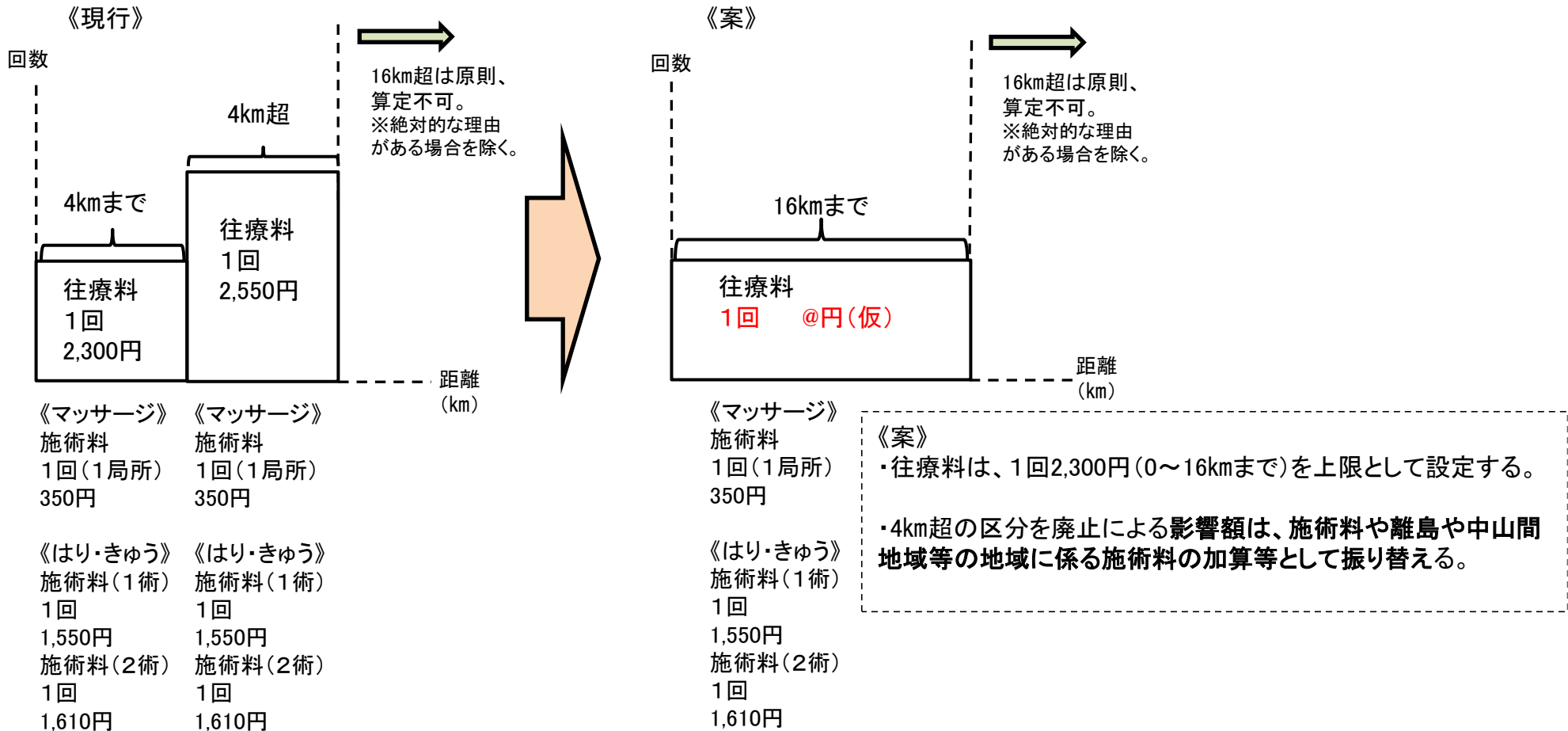
(参考)「あはき療養費の不正対策及び受領委任制度による指導監督の仕組みの導入」  
(平成30年4月23日あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会) — 抜粋 —

## (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。

# 往療料に係る距離区分の廃止(案) (あはき療養費)

- あはき療養費の往療料について、4kmまで(1回2,300円)と4km超(1回2,550円)の区分を廃止し、往療1回あたりの金額を設定(現行の2,300円を上限として設定)することについてどう考えるか。
- 片道16kmを超える往療は、現行と同じ取扱いとして、往療を必要とする絶対的な理由がある場合を除き、原則、算定を認めないこととするについてどう考えるか。
- 往療料の距離加算(4km超の区分)を廃止し、その場合、当該廃止に伴う財源は、施術料や離島や中山間地等の地域に係る施術料の加算等として振り替えることについてどう考えるか。



# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)②

## (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、「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(4km超の区分)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(特別地域加算(仮))を創設することについてどう考えるか。

・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、該当地域は、例えば、訪問看護療養費における「特別地域訪問看護加算」の地域を対象地域とすることについてどう考えるか。

〔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(仮) 1回につき ●●円

※ 該当地域(訪問看護療養費における「特別地域訪問看護加算」の対象地域)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

・なお、あはき療養費も医科の往診料や在宅患者訪問診療料Ⅰと同様、片道16kmを超える往療は原則、対象外のため、新たな特別地域加算(仮)、訪問施術料(仮)でも、片道16kmを超える往療は原則、対象外とすることについてどう考えるか。

(ただし、現行同様、往療を必要とする絶対的な理由がある場合には認めるとすることについてどう考えるか。)

絶対的理由: 片道16km以内に保険医療機関や施術所が存在せず、当該患者の所在地に最も近い施術所からの往療を受けざるを得ない事情が存在するなど(Q&A問27)

(参考) 訪問看護における特別地域 (在宅患者訪問看護・指導料/同一建物居住者訪問看護・指導料)

●「特掲診療料の施設基準等」第四の四の三の三に規定する地域(「特別地域」)

第四 在宅医療

四の三の三 在宅患者訪問看護・指導料の注14(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する厚生労働大臣が定める地域

- (1) 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一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
- (2) 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- (4) 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (5) 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第一項に規定する過疎地域
- (6) 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

(参考) 訪問看護 (在宅患者訪問看護・指導料/同一建物居住者訪問看護・指導料)における特別地域について

訪看 (在宅患者訪問看護・指導料/同一建物居住者訪問看護・指導料)																															
算定要件 (主なもの)	<p>●保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者(以下「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下この部において「看護師等」という。)を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定可。</p> <p>【点数表告示】</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">《在宅患者訪問看護・指導料》</td> <td style="vertical-align: top;">《同一建物居住者訪問看護・指導料》</td> </tr> <tr> <td>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</td> <td rowspan="6"> <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>イ 同一日に2人</td> <td>週3日目まで</td> <td>580点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>680点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td>ロ 同一日に3人以上</td> <td>週3日目まで</td> <td>293点</td> </tr> <tr> <td>2 准看護師による場合</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>343点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合</td> <td>1285点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	《在宅患者訪問看護・指導料》	《同一建物居住者訪問看護・指導料》	1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>イ 同一日に2人</td> <td>週3日目まで</td> <td>580点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>680点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td>ロ 同一日に3人以上</td> <td>週3日目まで</td> <td>293点</td> </tr> <tr> <td>2 准看護師による場合</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>343点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合</td> <td>1285点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	}	{	イ 同一日に2人	週3日目まで	580点	イ 週3日目まで		週4日目を以降	680点	ロ 週4日目を以降		ロ 同一日に3人以上	週3日目まで	293点	2 准看護師による場合		週4日目を以降	343点	イ 週3日目まで		3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1285点	ロ 週4日目を以降			
《在宅患者訪問看護・指導料》	《同一建物居住者訪問看護・指導料》																														
1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>イ 同一日に2人</td> <td>週3日目まで</td> <td>580点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>680点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td>ロ 同一日に3人以上</td> <td>週3日目まで</td> <td>293点</td> </tr> <tr> <td>2 准看護師による場合</td> <td></td> <td>週4日目を以降</td> <td>343点</td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td></td> <td>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合</td> <td>1285点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目を以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	}	{	イ 同一日に2人		週3日目まで	580点	イ 週3日目まで		週4日目を以降	680点	ロ 週4日目を以降		ロ 同一日に3人以上	週3日目まで	293点	2 准看護師による場合		週4日目を以降	343点	イ 週3日目まで		3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1285点	ロ 週4日目を以降						
}		{	イ 同一日に2人	週3日目まで		580点																									
イ 週3日目まで			週4日目を以降	680点																											
ロ 週4日目を以降			ロ 同一日に3人以上	週3日目まで		293点																									
2 准看護師による場合			週4日目を以降	343点																											
イ 週3日目まで			3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1285点																											
ロ 週4日目を以降																															
	<p>●保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合</p> <p>【点数表告示による「注14」】</p>																														
	<p>●在宅患者訪問看護・指導料の「注14」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注14」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患者までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して、「特掲診療料の施設基準等」第四の四の三の三に規定する地域(以下「特別地域」という。)に所在する保険医療機関の看護師等が特別地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が1時間以上となった場合は算定できない。</p> <p>特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患者の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生(支)局に確認する。</p> <p>【留意事項通知(28)】</p>																														
特別地域	<p>●「特掲診療料の施設基準等」第四の四の三の三に規定する地域(「特別地域」)</p> <p>第四 在宅医療</p> <p>四の三の三 在宅患者訪問看護・指導料の注14(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する厚生労働大臣が定める地域</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一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</li> <li>(2) 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域</li> <li>(3) 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域</li> <li>(4) 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域</li> <li>(5) 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第一項に規定する過疎地域</li> <li>(6) 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島</li> </ol> <p>【特掲診療料の施設基準】</p>																														

# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)③

## (3) 往療料の見直し及び訪問施術料(仮)の創設

- ・ 往療料を見直し、留意事項通知の支給要件から「定期的・計画的に行う場合」を外したうえで、定期的・計画的な往療により施術を行う場合は、「患家への訪問(訪問料(仮))」として区分整理し、「往療料」と「訪問料(仮)」の取扱いを明確にするよう、料金の在り方を見直すことについてどう考えるか。
- ・ その上で、「施術料」と「訪問料(仮)」を包括した1回あたりの新たな料金体系(「訪問施術料(仮)」)として訪問施術制度の導入を検討することについてどう考えるか。

(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) — 抜粋 —

## (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し改定を行う。
- ・ 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。

## 施術料の見直し(案) (あはき療養費)

- 「往療料」・・・①通所して治療を受けることが困難(歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等がある)であること、②患家の求めがあること、③治療上真に必要なこと(定期的・計画的に行う場合を含む。)の3要件を満たしている場合に算定が可能。  
(留意事項通知 別添1第5章の2(あん摩マッサージ指圧)、第2第5章の2(はり・きゅう)、H28.10.19疑義解釈資料問1)

- ◎ あはき療養費の「往療料」については、医科の「往診料」にみられる、算定可能とする「可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合」と、反して算定を不可とする「定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合」をまとめて不透明な概念で整理されてきた。  
今後、平成30年4月23日付の報告書に基づき、「施術所があるか出張専門かを問わず、往療料を見直す」にあたっては、これまでの不透明な概念ではなく、「往療料」は「①通所して治療を受けることが困難(歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等がある)であること、②患家の求めがあること、③治療上真に必要なこと」として要件を再整理し、③の要件について、2回目以降の定期的・計画的な往療により施術を行う場合は、「患家への訪問(訪問料(仮))」として区分整理し、その取扱いを明確にするよう、料金の在り方を見直すとしてはどうか。

### 《参考(医科「診療報酬点数表に関する事項(※留意事項通知)》)》

- 「往診料」・・・Ex. C000 往診料  
(1) 往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- 「訪問」・・・Ex. C001 在宅患者訪問診療料(I)  
(1) 在宅患者訪問診療料(I)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(I)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。

# (参考) 現行の往療料と往診料、在宅患者訪問診療料について (あはき療養費)

	あはき療養費 (往療料)	医科 (往診料)	医科 (在宅患者訪問診療料 I) 1	医科 (在宅患者訪問診療料 I) 2
算定要件 (主なもの)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●治療上真に必要な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、支給できない。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者又は家族等患者の看護等に当たる者の直接の往診の求めに応じて、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定可。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b> 720点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入所する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合に算定可。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b> イ 同一建物居住者以外の場合 888点 ロ 同一建物居住者の場合 213点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅で療養を行っている患者であって、通院による療養が困難な者に対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、求められた傷病に対して訪問診療を行った場合に算定可。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b> イ 同一建物居住者以外の場合 884点 ロ 同一建物居住者の場合 187点
計画性	<ul style="list-style-type: none"> <li>●治療上真に必要なと認められる場合(定期的・計画的に行う場合を含む。)に支給。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●定期的又は計画的に行われた往診の場合は算定できない。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者又は家族の同意の上、計画的な医学管理の下に定期的に行われる必要がある。</li> <li>●定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定は、在宅患者訪問診療料(I)は算定せず、往療料及び再診料又は外来診療料を算定する。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	
移動距離・移動時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>●片道16kmを超える往療は原則、対象外。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>●4km超の距離加算あり。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●片道16kmを超える往診は原則、対象外。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>●特定の地域において特殊の事情がある場合、距離や移動時間に応じた加算あり。</li> </ul>		
医師の同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>●あん摩マッサージ指圧のみ、医師の往療に関する同意が必要</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>			
回数制限	<ul style="list-style-type: none"> <li>●回数制限なし</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●末期の悪性腫瘍等、厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除き週3回を限度に算定する</li> <li>●また、急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の必要が認められた場合は、上記規定にかかわらず1月1回に限り診療日から14日以内について14日を限度として算定可。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「2」は求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>
同一建物	<ul style="list-style-type: none"> <li>●同一の建築物(建築基準法第2条第1号に規定する建築物。介護老人福祉施設等を含む。)で複数の患者を同一日に施術した場合は、別々に支給できない。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>  ※施設の形態から、当該施設全体を同一家屋とみなすことが適当か個別に判断。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料を算定しない。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●同一の建築物(建築基準法に規定する建築物。)居住者に対して同一日に訪問診療を行う場合に患者1人につき「ロ 同一建物居住者の場合」を算定する。</li> <li>●同一建物に居住する患者1人のみに訪問診療を行う場合は「イ 同一建物居住者以外の場合」を算定する。</li> </ul> <b>【留意事項通知】</b>	

## (参考) 往療料の見直しについて (あはき療養費)

「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の見直しについて」 H29.3.27 第15回 あはき療養費検討専門委員会資料「あ-1」

### 2. 不正対策

#### (4) 往療

- 往療の不正を減らすため、支給申請書等の書類で、個人情報に配慮しつつ、同一日同一建物に往療したことが分かるようにするとともに、施術者や往療の起点の場所、施術した場所が分かるように、見直しを行い、統一を図るべきである。
- また、施術料よりも往療料が多い現状を見直すとともに、施術料と往療料の包括化を検討すべきである。

「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」 H30.4.23 第20回 あはき療養費検討専門委員会資料「あ-1」

### 4. 往療 - 抜粋 -

#### (1) 支給申請書等の書類の見直し

- ・ なお、出張専門で行っている施術者で、(中略) 様式の見直しにより、往療の起点と施術の場所が明確に分かるようにする。

また、出張専門で行っている施術者の往療料の見直しを行うべきとの指摘があったが、現状では、施術所がある者が約85%、出張専門の者が15%となっているが、施術所がある者の約78%も、施術の全部が往療となっており、実質出張専門と同様となっている。また、あん摩マッサージ指圧師については、過去から出張専門で施術を行っている者がいるという経緯にも配慮が必要である。まずは、(2)のとおり、施術所があるか出張専門かを問わず、往療料を見直すこととする。

#### (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。

## (参考) 往療料の支給要件 (あはき療養費)

### 往療料の支給要件

次の3つの要件を満たしている場合に支給できる

- ① 通所して治療を受けることが困難であること
- ② 患家の求めがあること
- ③ 治療上真に必要なこと

#### 【留意事項通知】

別添2 第5章 往療料 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 第6章 往療料)

- 1 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。
- 2 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。治療上真に必要な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。

(同一日・同一建物) (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 第6章 往療料の6)

- 7 同一の建築物(建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に規定する建築物をいい、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第27項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。)に居住する複数の患者を同一日に施術した場合の往療料は、別々に支給できないこと。ただし、やむを得ない理由があつて、同一の建築物に複数回赴いて施術した場合はこの限りでないこと。

## (参考) 往療料の支給要件 (あはき療養費) ※通所困難

【疑義解釈資料】 H24.2.13事務連絡(最終改正H30.10.1) 別添2 問21 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 問21)

(問21)「歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等」とは、どのような理由を指すのか。

(答) 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をいうものであり、例えば、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場合に認められる。したがって、単に施術所に赴くことが面倒である等の自己都合による理由は療養費の支給対象とならない。また、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るような場合は、保険者等において通所できない状況等を個々に判断されたい。(留意事項通知別添2第5章の1(※はり・きゅう療養費の場合、留意事項通知別添1第6章の1))

## (参考) 往療料の支給要件 (あはき療養費)※「定期的・計画的」

【疑義解釈資料】 H24.2.13事務連絡 別添2 問24 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 問24)

(問24)「定期的若しくは計画的に患家に赴いて施術を行った場合には、支給できないこと」の「定期的若しくは計画的」とは、  
どのようなものを指すのか。

(答) 「定期的若しくは計画的」とは、往療の認められる対象患者からの要請がない状況において、患家に赴いて施術を行った場合等をいう。定期的若しくは計画的に該当か否かは、「患家の求め」の状況により判断されたい。(留意事項通知別添2第5章の2(※はり・きゅう療養費の場合、留意事項通知別添1第6章の2))

【疑義解釈資料】 H28.10.19事務連絡 別添2 問1 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 問1)

(問1)平成28年10月1日からの留意事項の改正で、往療料の支給要件の一つである、治療上真に必要なと認められる場合中に、「定期的・計画的に行う場合を含む。」ことが明記されたが、取扱いに変更があったのか。

(答) 従前から、往療料は、①通所して治療を受けることが困難であること、②患家の求めがあること、③治療上真に必要なこと、の3つの要件を満たしている場合に支給できるものとされており、通所して治療を受けることが困難な患者に対して、患家の求めがあつて、治療上真に必要なと認められる場合に定期的・計画的に行う往療については、これまでも往療料の支給対象としていたところである。今回の改正は、留意事項にこれを明記することで、この取扱いを改めて明確にしたものである。また、治療上真に必要なと認められない場合の往療や、単に患家の求めに応じた場合の往療、患家の求めによらず定期的・計画的に行う場合の往療については、往療料の支給対象外であることを明確にし、併せて周知することとしたものであり、これにより従前の取扱いに変更があったわけではない。(留意事項通知別添2第5章の2)(※はり・きゅう療養費の場合、留意事項通知別添1第6章の2))

## (参考) 往療料の支給要件 (あはき療養費) ※直線距離

【疑義解釈資料】 H24.2.13事務連絡(最終改正H30.10.1) 別添2 問25 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 問25)

(問25) 往療の距離の算定において、「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。」とあるが、「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」とは、どのような状態を指すのか。

(答) 施術所の所在地から患家の所在地までの間に大きく迂回しなければならない場所や難所がある場合等、直線距離により算定することが著しく不合理であることをいい、例えば、離島に出向いて施術を行う場合の往療料を直線距離で算定した場合、直線距離と実行程距離(船着き場を経由して離島へ到着するまでの距離)の間に大きな差が生じるため、このような場合は、保険者判断として実行程の算定も可とするものである。(留意事項通知別添2第5章の5(※はり・きゅう療養費の場合、留意事項通知別添1第6章の4))

【疑義解釈資料】 H24.2.13事務連絡(最終改正H30.10.1) 別添2 問27 (※はり・きゅう療養費の場合、別添1 問27)

(問27) 片道16kmを超える往療は、往療を必要とする絶対的な理由が必要であるが、「絶対的な理由」とは、どのような理由を指すのか。

(答) 「絶対的な理由」の例としては、患家の所在地から片道16km以内に保険医療機関や施術所が存在せず、当該患家の所在地に最も近い施術所からの往療を受けざるを得ない事情が存在するなどがあげられる。(留意事項通知別添2第5章の6(※はり・きゅう療養費の場合、留意事項通知別添1第6章の5))

# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)④

## (4) 料金包括化の推進

注)本事項の「包括化」とは、現在のマッサージ(1~5局所)、変形徒手矯正術(1~4局所)の料金をどのように包括化するか課題とするものであり、施術料と往療料の包括化ではない。

- ・ 同意書に基づき行われるマッサージ及び変形徒手矯正術の施術料は、「施術部位数に応じた報酬」となっているが、現状、マッサージ施術の7割超が最大の5部位の施術、また、変形徒手矯正術の6割超が最大の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。
- ・ 往療料を見直し、「施術料」と「訪問料(仮)」を包括した、1回あたりの新たな料金体系(「訪問施術料(仮)」)とした訪問施術制度の導入の検討を見据え、マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料は、「施術部位数に応じた報酬」から「料金包括化」に移行することについてどう考えるか。
- ・ 施術料を料金包括化する場合でも、医師の同意書は変更せず施術が必要な部位が記載されるものとし、支給申請書において、同意書で示された施術部位に施術がされたことの確認により、療養費の支給対象とすることについてどう考えるか。

〔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

### 同意書の「症状」・「施術の種類・施術部位」欄について

- マッサージは、頭から尾頭までの躯幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢をそれぞれ1単位として全体を5局所に分けて支給する。  
同意書 …「症状」(筋麻痺・筋萎縮):5局所に対し、症状のある局所に○を付す。  
「施術の種類・施術部位」:5局所に対し、マッサージ施術が必要な局所に○を付す。
- 変形徒手矯正術は、4肢の6大関節:左右上肢(肩、肘、手関節)、左右下肢(股、膝、足関節)をそれぞれ1単位として4肢に分けて支給する。  
同意書 …「症状」(関節拘縮):6大関節:左右上肢(肩、肘、手関節)左右下肢(股、膝、足関節)に対し、症状がある部位に○を付す。  
「施術の種類・施術部位」:4肢に対し、変形徒手矯正術が必要な局所に○を付す。
- 同一局所内であれば、例として右手関節部と右肘関節部の2ヶ所にマッサージ施術(変形徒手矯正術)を行っても、部位数に関わらず、1局所として算定する。

論点	考え方(案)
<p>①「施術部位数に応じた報酬」から「料金包括化」に移行する理由は何か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マッサージ(最大で5部位)施術を受けた場合の7割超が最大の5部位の施術(4部位以上は8割以上)、また、変形徒手矯正術(最大で4肢)を受けた場合の6割超が最大の4肢の施術(3肢以上は7割以上)であり、「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。</li> <li>・ 医師の同意書は変更せず、施術の評価を「施術部位数に応じた報酬」から、1回の施術の料金として包括化に移行することにより、利用者(被保険者)が利用する際の費用の理解向上や、現在、施術部位数(マッサージで5部位)の区分となっている支給申請書の簡素化を図ることが可能となる。</li> <li>・ 料金包括化により、利用者(被保険者)や保険者のチェックも簡素となることから、療養費のより適正な支給が図られる。</li> <li>・ また、「施術料」と「訪問料(仮)」を包括した、1回あたりの新たな料金体系(「訪問施術料(仮)」)とした訪問施術制度の導入の検討、将来的な電子請求の議論を見据えた対応が可能となる。</li> <li>・ なお、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の指摘がある。 この「料金包括化」は、マッサージ施術(変形徒手矯正術)を1回行った評価としての料金を検討するものであり、医師が医療上マッサージが必要とする同意書において医師の同意が示されない限り、同一局所以外で非麻痺側等の患部以外は、療養費の支給対象とならない。</li> <li>・ 1回の施術の料金として包括化することで、患者の負担が変わらないようにして、利用者(被保険者)や保険者のチェックも簡素となることから、療養費のより適正な支給が図られることが期待される。</li> </ul>
<p>② 料金包括化に伴い医師の同意書を変更する必要があるか。(保険による施術部位を特定するためにも、同意書は変更すべきではないのでは。)</p> <p>(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、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、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。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ あん摩マッサージ指圧は、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、「料金包括化」とする場合も、医師の同意書は変更せず、同意書にも支給申請書にも施術部位が記載されるものとしてはどうか。</li> <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>・ 支給申請書には医師の同意が認められた部位を記載することで同意部位と保険施術の部位を確認できるようにして、一方で、施術の評価としての施術料は料金包括化した1回単位の金額とするもの。</li> </ul>

論点	考え方(案)
<p>③ 1部位(又は1肢)の施術を受ける患者と、5部位(又は4肢)の施術を受ける患者が同じ料金を支払うことについてどのように考えるか。(少ない部位数で施術を受けていた患者については、「料金包括」により負担が増えるが説明困難ではないか。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支給申請書の平均部位数をふまえ、マッサージ施術4部位、変形徒手矯正術3肢により料金包括した場合、マッサージ施術で2割(支給申請書5件に1件)、変形徒手矯正術で3割(支給申請書3件に1件)が負担増の対象となるが、料金包括化による改定の趣旨について、施術者からの説明を含め、利用者(被保険者)への周知を図る。</li> </ul>
<p>④ 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。</p>	<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>

# (参考) あん摩マッサージ指圧療養費

## 支給申請書 (現行) ー抜粋ー

	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分							
	( ) 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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							
施 術 内 容 欄	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						
		温電法 (加算)	円×	回=	円						
	温電法・電気光線器具 (加算)	円×	回=	円							
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可	右上肢	円×	回=	円						
		左上肢	円×	回=	円						
		右下肢	円×	回=	円						
左下肢		円×	回=	円							
往療料 4kmまで	円×	回=	円								
往療料 4km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								
一部負担金 (1割・2割・3割)			円								
請 求 額			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									

## 同意書 (現行) ー抜粋ー

別添2 (別紙1)

同 意 書 <small>(あん摩マッサージ指圧療養費用)</small>		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 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	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	<small>(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 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	<small>(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)</small>
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うのが外出が困難 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)	

## ○「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)とその変化の効果を示す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、全身的な筋カトレニング、ストレッチング、有酸素運動、腰椎伸展運動、ウイ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ocこ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を進める。」

- ・「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、原因に見合っていない伸展運動を行う。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摩法などを行う。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。」

〈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・中脘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か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。」

# あはき療養費の令和6年改定の基本的な考え方(案)⑤

## (5) 同一日・同一建物への施術

- ・ 現行、同一日・同一建物での施術の場合、1人分の往療料のみが算定対象とし、その他の患者は往療料の対象としてない。(参考:平成16年10月以前の取扱いでは、同一日・同一建物の複数の患者で往療料を按分して算定することとしていたが、現在案分はできない。)
- ・ 今後、訪問施術制度の導入の検討より訪問施術料(仮)を新設する場合には、定期的・計画的に行う施術である性質に鑑み、同一日・同一建物への施術については、訪問診療や訪問看護における例を踏まえつつ設定することについてどう考えるか。
- ・ その上で、見直し後の往療については、訪問施術に該当しない対応であることに鑑み、引き続き医科同様、同一患家とみなすことが適当なものにおいて、2人以上の患者を往療した場合は、2人目以降の患者については往療料または訪問施術料(仮)は算定せず、施術料のみを算定することとするについてどう考えるか。

(参考)医科留意事項「C000往診料」 - 抜粋 -

### (2) 往療料の見直し

「同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料を算定せず、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。以下(略)」

(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) - 抜粋 -

### (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6年改定の基本的な考え方(案)⑥

## (6) その他の見直し

- ・ 平成30年4月23日付報告書に基づく課題に対しては、次のとおりとすることについてどう考えるか。
- ・ 請求の電子化や審査のシステム化などの効率的・効果的な審査体制の検討については、柔道整復療養費に関するオンライン請求の導入に関する検討状況も参考に、令和6年度にオンライン請求の導入に向けた課題の検討を始めることとすることについてどう考えるか。
- ・ 施術管理者の登録を更新制とし、更新の際に研修受講を課す仕組みの検討については、柔道整復療養費と同様、登録施術所で施術管理者として登録されている間は、施術管理者の要件の一つである施術管理者研修修了証の有効期間(研修終了年月日から5年間)を経過しても継続して施術管理者の登録を認めるとして、更新制は導入しないこととすることについてどう考えるか。
- ・ その他、見直しが必要な事項があるか。

(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) — 抜粋 —

### I 不正対策

#### 5. 療養費の審査体制

##### (3) 請求の電子化、審査のシステム化、保険者を超えた審査など、効率的・効果的な審査体制

- ・ 受領委任制度の導入に当たっては、請求の電子化について、柔道整復療養費についての電子請求のモデル事業の状況もみながら検討する。
- ・ その上で、審査のシステム化、保険者を超えた審査などについて検討する。
- ・ その際、請求の電子化や審査基準の明確化などの状況も踏まえながら、審査支払機関での統一的な審査などについても検討していく。

### II 受領委任制度による指導監督の仕組みの導入

#### 2. 地方厚生局(支)局等による指導監督等

##### (6) 登録の更新制

- ・ 登録の更新制(契約の更新に際し、研修受講等を課す仕組み)については、療養費を取り扱う施術者の資質向上や不正防止、不適切な取扱いの防止のための教育の提供につながるものであり、実施について検討していくことが望ましいと考えられる。
- ・ 一方で、登録の更新制については、柔道整復療養費においても導入されていない。
- ・ また、現に施術を行っている施術所全般に関わる規制であり、幅広く議論を行っていくことが必要な課題である。
- ・ このため、まずは新たに施術管理者となる者に研修受講等の要件を課す仕組みを導入することとし、その実施状況をみながら、幅広く検討を行っていくこととする。
- ・ また、他の医療関係職種については、新卒者以外の既に働いている者の研修については、関係団体で自主的に自己研鑽のための研修を実施しており、あはきについても、まずは、施術者団体の自主事業として、自己研鑽の研修を実施することも考えられるため、実施状況も踏まえながら、幅広く、実施の検討を行っていくこととする。
- ・ こうしたことから、登録を更新制とし、更新の際に研修受講を課す仕組みについては、
  - ・ 現に施術を行っている施術所の施術者に対する影響や、
  - ・ 新たに施術管理者となる者への研修の実施状況、
  - ・ さらに、施術者団体による自己研鑽のための研修の実施状況を踏まえながら、早期の導入に向けて、平成33年度中に検討し、結論を得ることとする。