

# 議論の整理に係るその他の対応(案)

あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費関係

# 目 次

1. 支給申請書様式の統一（1年以上かつ週4回含む）
2. その他

# 1. 支給申請書様式の統一（1年以上かつ週4回含む）

## 支給申請書様式の統一（1年以上かつ週4回含む）

※議論の整理に係る対応スケジュール④～⑥

- 留意事項通知を改正し、支給申請書様式の統一を図る。
- 併せて、初療の日から1年以上経過している患者であって、週4回以上の施術を行っている患者について、支給申請書に週4回以上の施術が必要な理由を記載させる。
- さらに、初療の日から1年以上経過している患者であって、週4回以上の施術を行っている患者について、支給申請書にその月の患者の状態の評価と評価日を記載させ、データを取れるようにする。  
その上で、傷病名と合わせてその結果を分析した上で、施術回数取扱いについて検討する。
- 以上のため、留意事項通知において参考様式として示している現行の支給申請書様式の見直しを行い、新たに統一様式として定めることとする。  
その際、適正化等のため見直しについても併せて行う。

## ◎支給申請書様式の統一に当たっての考え方①

- ① 現在、最も一般的に使用されている「あはき4団体(公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連合)の会員が使用している統一様式」を基準として必要な見直しを行う。
- ② 見直しに当たっては、「初療の日から1年以上経過している患者であって、週4回以上の施術を行っている患者」を特定する必要があることから、留意事項通知に以下を明記する。

同一月内の施術については、施術を受けた施術所が変わらない限り、施術を行った施術者が複数人いる場合においても申請書を分けず、一の申請書において作成すること。この場合の療養費支給申請書には、「摘要」欄等に施術日ごとの施術者名がわかるように施術者に記入を受ける取扱いとすること。

- ③ 上記②の見直しに伴い、施術を行った施術者が複数人いる場合においても、原則一の申請書での申請となるが、「週4回以上の施術の必要性」を証明する施術者及び「患者の状態の評価」を行った施術者を特定させる必要があることから、摘要欄等への記入ではなく、新たに支給申請書の別紙として、これらを記入するための様式(1年以上・週4回以上施術継続理由・状態記入書)を定める。

また、患者の状態の評価を行う施術者が週4回以上の施術の必要性についても判断すべきであることから、留意事項通知に以下を明記する。

初療の日から1年を超え、かつ週4回以上の頻回な施術を継続する場合は、施術者に別紙様式による1年以上・週4回以上施術継続理由・状態記入書の記入を受け、療養費支給申請書に添付する取扱いとすること。

なお、1年以上・週4回以上施術継続理由・状態記入書の記入を受けるに当たっては、患者の状態の評価を行った施術者に評価内容と併せて評価日及び週4回以上の施術が必要な理由の記入を受ける取扱いとすること。

## ◎支給申請書様式の統一に当たっての考え方②

- ④ 同一日に同一の建築物に居住する複数の患者を施術した場合において、同一建物往療であることとその日付がわかるように、新たに支給申請書にそのための記入欄を設ける。

また、当該欄については、往療料を算定しない側の患者であっても記載する取扱いを明確にするため、留意事項通知に以下を明記する。

同一の建築物に居住する複数の患者を同一日に施術した場合の往療については、施術者に療養費支給申請書の「同一建物往療」欄に記入を受ける取扱いとすること。

なお、当該欄については、往療料を算定する側の患者だけでなく、算定しない側の患者であっても記入を受ける取扱いとすること。

- ⑤ 被保険者証等の住所と患者が実際に居住している場所の住所が異なる場合があり、そのことが往療距離の水増しの要因の一つになっていることから、被保険者等が記入する支給申請書の申請欄に、往療が行われた場所の住所(建物名、部屋番号を含む。)を記入する欄を新たに設ける。

また、当該欄については、往療料の算定の有無にかかわらず、往療が行われた場合は、すべて記載する取扱いを明確にするため、留意事項通知に以下を明記する。

往療を伴う施術の場合は、療養費支給申請書の「施術を受けた場所の住所」欄にその住所を記載すること。  
なお、当該欄については、往療料の算定の有無にかかわらず、往療が行われた場合は、すべて記載する必要があること。

(注)「施設やアパート、マンション等の集合住宅の場合は、施設名又は建物名まで、部屋番号がある場合は部屋番号まで省略せずに記入すること。」については、支給申請書の様式中に注釈として明記。

## ◎支給申請書様式の統一に当たっての考え方③

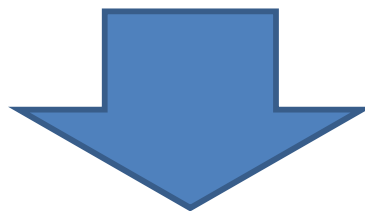
⑥ 留意事項通知において参考様式として示している現行の支給申請書様式には、被保険者が記入する「傷病名」欄があるが、あはき4団体の会員が現在使用しているマッサージ用の統一様式では、当該欄が省略されており、施術内容欄にある「傷病名又は症状」欄で、これを代用していると思われる。

しかしながら、今後、傷病名と往療料との関連についての精査や、「初療の日から1年以上経過している患者であって、週4回以上の頻回な施術を行っている患者」について、患者の状態の評価と傷病名との関連について分析を行っていく上で、傷病名单体でのデータが取れない場合、支障が生じることになる。

このため、支給申請書の「傷病名又は症状」欄については、「傷病名」欄と「症状」欄とに分けて、それぞれ記載するように改める。

○ 以上の考え方を踏まえ、支給申請書様式等を統一様式として次のとおり定める。

(経過措置として、施行後1年間は留意事項通知で定める様式以外の使用も認める。)

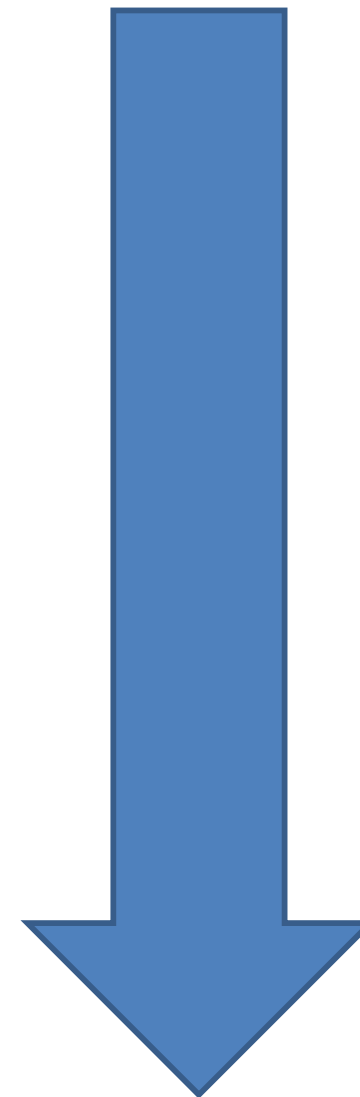


(平成 年 月分)

機関コード

特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合
	2 公費 4 退職	4 三外 0 高外8	8 9 10
	種類 04 マ		

あはき4団体の会員が現在使用している統一様式  
(マッサージ)



次ページのとおり見直し

公費負担者番号		公費受給者番号		区市町村番号		受給者番号		保険者番号		被保険者記号・番号	
被保険者氏名	(フリガナ)	被保険者住所	郵便番号	電話番号		療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	生年月日	明大昭平	指示和成	被保険者との続柄
◎ 初療年月日	平成 年 月 日	◎ 施術期間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	◎ 実日数	入院入院外の別	◎ 発病の原因及びその経過		◎ 業務上・外、第三者行為の有無		◎ 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
◎ 傷病名又は症状	マッサーヂ		円×	局所×	回=	円	◎ 請求区分				
◎ 変形徒手矯正術	円×		肢×	回=	円	◎ 温電法	円×	局所×	回=	円	◎ 温電法・電気光線器具
◎ 往療料	2 kmまで	円×	回=	円	◎ 加算	( km)	円×	回=	円	◎ 合	計
◎ 一部負担金	( 1 割・2 割・3 割)	円	◎ 請求額	円	◎ 施術日	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	◎ 通院	◎ 往療			
◎ 同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 住 所 氏名 電話					
◎ 支払区分	1. 振込	預金の種類	金融機関名	銀行	本店	上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します。 平成 年 月 日 世帯主住所 組合員住所 被保険者氏名					
◎ 金融機関コード		口座番号				本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 代理人住所 氏名					

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。  
 2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていなくても必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の提示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。



(被保険者・家族)療養費支給申請書

(平成 年 月分)

機関コード

(パソコン用) 8

Table with 2 columns: 特記事項 (1. 社団, 2. 公費, 3. 後高, 4. 退職, 5. 本外, 6. 三外, 7. 委外, 8. 高外, 9. 高外, 10. 給付割合) and 種類 (04)

Table for public expense burdeners (公費負担医療の受給者番号, 公費負担者の受給者番号, 公費負担医療の受給者番号)

Table for insurance information (保険者番号, 被保険者記号・番号)

Form for insured person details (被保険者(申請者)氏名, 生年月日, 性別, 職業)

Form for name and address (名称, 所在地)

Form for cause of illness (発病の原因及びその経過)

Form for actual days (実日数, 入院・入院外の日数)

Form for dates (平成 年 月 日, 手術期間, 実日数, 入院・入院外の日数)

Form for injury details (傷病名, 症状)

Form for surgery details (手術名, 局所, 回数, 円)

Form for treatment details (温電法・電気光線器具, 往療料, 加算)

Form for charges (一部負担金)

Table for charges (請求額) with columns for months and amounts.

Form for surgery location (手術所所在地, 保健所登録区分)

Form for consent (同意医師の氏名, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間)

Form for medical expenses (上記の療養に要した費用に関して)

Form for payment details (支払区分, 預金の種類, 金融機関名)

Form for agent details (代理人住所, 氏名)

【記入上の注意】 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。 2. 再同意書については、実際に医師からの同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。 この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を「同意記録欄」に記入してください。 3. 「申請欄」の施術を受けた場所の住所については、往療（訪問によるマッサージ等）を受けた場合に記入してください。 ペンション等の集合住宅の場合は、施設名又は建物名まで、部屋番号がある場合は部屋番号まで省略せずに記入してください。 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 1年以上・週4回以上施術継続理由・状態記入書

(ワッツサージ用) 6  
(平成 年 月 分)

患者	氏名					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
傷病名						
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )					
施術の種類	1. ワッツサージ 2. 変形徒手矯正術					
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢					
初療年月日	昭・平 年 月 日					
施術回数	週 回数 (1週間の施術回数を記載)					

患者の状態の評価	評価日	平成	年	月	日
	寝返り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
起き上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
座位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
立ち上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
立位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
前月の評価の有無	1. 有り 2. 無し				

前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)

1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大

(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、週4回以上の施術が必要な理由)

(新規)

上記のとおりであります。

平成 年 月 日

あん摩ワッツサージ指圧師名

①

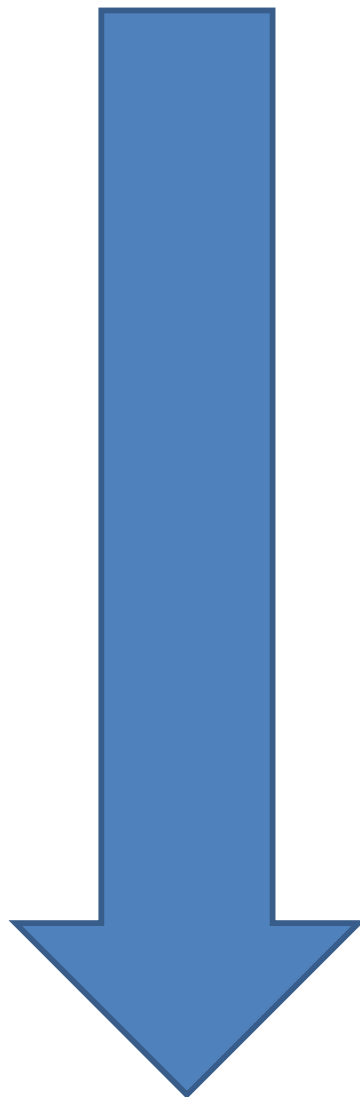
(平成 年 月分)

機関コード

特記事項	1 社国 3 後高 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外9 4 三外 0 高外8 6 家外	給付割合 8 9 10
	種類 05 鍼灸		

あはき 4 団体の会員が現在使用している統一様式  
(はり・きゅう)

公費負担者番号	公費受給者番号	区市町村番号	受給者番号	保険者番号	◎被保険者記号・番号
◎被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small>	◎事業所 名称	◎所在地			
◎被保険者住所 <small>(フリガナ)</small>	◎生年月日	◎明大昭平 治正和成	◎被保険者との続柄	◎電話	
◎発病の原因及びその経過	◎業務上・外、第三者行為の有無				◎業務上 2. 第三者行為である 3. その他
◎初療年月日	◎施術期間	◎実日数	入院入院外の別	発病又は負傷年月日	
傷病名 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 ( )					
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	円	請求区分	新規・継続	
1. はり		円× 回= 円	転 帰		
2. きゅう		円× 回= 円	継続・治癒・中止・転医		
3. はり・きゅう併用		円× 回= 円	摘 要		
電療料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具	円× 回= 円			
往療料	2 kmまで	円× 回= 円			
加算	( km)	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				
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費（医療費）の支給を申請します。				
支払機関欄	◎支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	金融機関コード	口座番号		口座名義人	
	口座名義人	(口座名義人フリガナ)			
委任欄	本請求に基づく療養費（医療費）の受領を下記代理人に委任します。				平成 年 月 日提出
	世帯主住所 組合員住所 被保険者受給者	氏名	(印)		受付日付印
	代理人住所	氏名	(印)		



次ページのとおり見直し

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。  
2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合は同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の提示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

(被保険者・家族)療養費支給申請書

(平成 年 月分)

機関コード

(はり・きゆう用)

Table with 2 columns: 公費負担医療の受給者番号, 公費負担者の受給者番号. Includes sub-headers ① and ②.

特記事項 table with 2 columns: 特記事項, 種類. Includes sub-headers 1 社団, 2 公費, 3 後高, 4 退職, 5 本外, 6 委外, 7 高外, 8 高外8.

給付割合 table with 2 columns: 種類, 給付割合. Includes sub-headers 05 鍼灸, 1 社団, 2 公費, 3 後高, 4 退職, 5 本外, 6 委外, 7 高外, 8 高外8, 9, 10.

被保険者 (申請者) 氏名, 性別, 生年月日, 事業所, 名称, 所在地.

被保険者番号, 被保険者記号・番号, 保険者番号.

被保険者 (申請者) 氏名, 性別, 生年月日, 事業所, 名称, 所在地.

被保険者番号, 被保険者記号・番号, 保険者番号.

被保険者 (申請者) 住所, 郵便番号, 電話番号.

被保険者 (申請者) 住所, 郵便番号, 電話番号.

発病の原因及び経過, 発病年月日, 発病又は負傷年月日.

発病又は負傷年月日, 業務上・外、第三者行為の有無.

初検料, 1. はり, 2. きゆう, 3. はり・きゆう併用.

初検料, 1. はり, 2. きゆう, 3. はり・きゆう併用.

傷病名, 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.

傷病名, 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.

3. はり・きゆう併用, 1. 電気針, 2. 電気温灸器, 3. 電気光線器具.

3. はり・きゆう併用, 1. 電気針, 2. 電気温灸器, 3. 電気光線器具.

往療料, 2kmまで, 加算 ( km).

往療料, 2kmまで, 加算 ( km).

合算, 一部負担金 (1割・2割・3割合) 計.

合算, 一部負担金 (1割・2割・3割合) 計.

請求額, 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.

請求額, 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.

住所, 保健所登録区分, 1. 施術所所在地, 2. 出張専門施術者住所.

住所, 保健所登録区分, 1. 施術所所在地, 2. 出張専門施術者住所.

同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間.

同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間.

上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します.

上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します.

支払区分, 1. 振込, 2. 当座, 金融機関名, 口座番号, 口座名義人.

支払区分, 1. 振込, 2. 当座, 金融機関名, 口座番号, 口座名義人.

本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します.

本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します.

代理人, 住所, 氏名.

代理人, 住所, 氏名.

世帯主, 世帯員, 被保険者, 受給者, 住所, 氏名.

世帯主, 世帯員, 被保険者, 受給者, 住所, 氏名.

【記入上の注意】 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。 2. 再同意書については、実際に医師からの同意を得ていなければ必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にその期間を【同意記録欄】に記入してください。 3. 【申請欄】の施術を受けた場所の住所については、往療（訪問による鍼灸）を受けた場合に記入してください。施設やアパート、マンション等の集合住宅の場合は、施設名又は建物名まで、部屋番号がある場合は部屋番号まで省略せずに記入してください。

【記入上の注意】 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。 2. 再同意書については、実際に医師からの同意を得ていなければ必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にその期間を【同意記録欄】に記入してください。 3. 【申請欄】の施術を受けた場所の住所については、往療（訪問による鍼灸）を受けた場合に記入してください。施設やアパート、マンション等の集合住宅の場合は、施設名又は建物名まで、部屋番号がある場合は部屋番号まで省略せずに記入してください。

## 1年以上・週4回以上施術継続理由・状態記入書

(はり・きゅう用)  
12  
(平成 年 月分)

患者	氏名	明・大・昭・平 年 月 日		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		

傷病名	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 ( )	

施術の種類	1. はり	2. きゅう	3. はり・きゅう併用
-------	-------	--------	-------------

初療年月日	昭・平 年 月 日
-------	-----------

施術回数	週 回 (1週間の施術回数を記載)
------	-------------------

患者の状態の評価	評価日	平成 年 月 日
0		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

NRS (Numerical Rating Scale: ニューリカル レーティング スケール) による評価

(注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。

前月の評価の有無	1. 有り	2. 無し
----------	-------	-------

前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)

1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大

(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、週4回以上の施術が必要な理由)

(新規)

上記のとおりであります。

平成 年 月 日

はり師・きゅう師名 \_\_\_\_\_ 印

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 患者の状態の記載について(案)

- 支給申請書に患者の状態の評価を記載させることとした場合、
  - ① すべての施術者において記載が容易である内容であること
  - ② 集計が可能であり、客観的に評価できる指標であることが必要であるため、以下の内容を記載させることとしてはどうか。

### あん摩マッサージ指圧

- 主として、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を支給対象としていることから、患者の基本動作の状態について、自立・一部介助・全介助のいずれの状態にあるか記載させることとしてはどうか。
  - ・ 寝返り（自立・一部介助・全介助）
  - ・ 起き上がり（自立・一部介助・全介助）
  - ・ 座位（自立・一部介助・全介助）
  - ・ 立ち上がり（自立・一部介助・全介助）
  - ・ 立位（自立・一部介助・全介助）

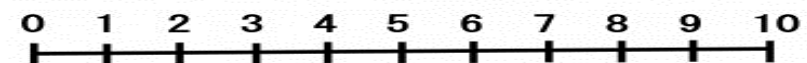
### はり・きゅう

- 主として、神経痛、リウマチ等であって、慢性的な疼痛を主症とする疾患を支給対象としていることから、患者が感じる痛みの客観的評価方法であるペインスケールによる評価を記載させることとしてはどうか。ペインスケールによる評価を記載させるに当たっては、国際的に痛みの評価ツールとして合意されている、「数値評価スケール（NRS）」を用いた評価を記載させることとしてはどうか。

傷病ごとに、同一患者の支給申請書について、半年前と比べて患者の状態が改善したかどうか、治療上の効果があったかどうか等を比較分析することで、傷病ごとの妥当な回数を導き出せないか。

(注)数値評価スケール(NRS)  
痛みを0から10の11段階に分けて表し、全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、今感じている痛みの点数を聞く方法。

Numerical Rating Scale (NRS)



## 2. その他

## ③ 支給基準の明確化のための事務連絡(Q&A)の 発出

### 検討の方向

- ・ あはき療養費の取扱いや支給対象となる疾病、施術行為等について、統一的な運用とするために支給基準の更なる明確化を図るべきとの意見があることを踏まえ、厚生労働省に照会があった事例について、事務連絡(Q&A)を発出し、周知を図る。

### スケジュール案

- ・ 年内を目途に、第1弾のQ&Aを発出する。その後も随時実施する。



## ⑧事業所等に金品を提供し、患者の紹介を受け、その結果なされた施術を療養費支給の対象外とする(制度設計を含めて検討)

### 検討の方向

- 施術所が、集合住宅・施設の事業者等に対して金品を提供し、患者の紹介を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とする。
- その際、療養費払いの場合の取扱いや、受領委任制度導入との関係について合わせて検討する。

### スケジュール案

- 年度内      検討・結論

## ⑨頻度調査における患者の疾病分類方法の改善 及び患者の疾病と往療料との関連精査

### 検討の方向

- ・ 年に1回行っている頻度調査において、患者の疾病を分類する際に、「その他」として分類し、集計しているものについては、その内訳について、次回調査の際にデータが取れるようにする。
- ・ その上で、往療料との関連について精査する。

### スケジュール案

- ・ 28年10月抽出調査から、「その他」の内訳についてデータが取れるように調査仕様書について改善済み
- ・ 29年度後半～ 調査結果の分析、往療料との関連について精査

## ⑩1年以上かつ週4回以上の、傷病名と施術回数、患者の状態の関連の分析(⑥の再掲)

### 検討の方向

- 初療の日から1年以上経過している患者であって、週4回以上の頻回な施術を行っている患者について、支給申請書にその月の患者の状態の評価と評価日を記載させ、データを取れるようにする。
- その上で、傷病名と合わせてその結果を分析した上で、施術回数の取扱いについて検討する。

### スケジュール案

- 年度内                      留意事項通知・様式の改正
- 29年度                      施行
- ~29年度                    調査の実施
- 29年度後半~              調査結果の分析、施術回数の取扱いの検討

## ⑪ あはき療養費と柔道整復療養費との併給の実態把握

### 検討の方向

- ・ あはき療養費と柔道整復療養費の併給の実態把握を行う。
- ・ 調査に当たっては、保険者の協力を得て行うこととし、調査方法や調査内容について検討、調整の上、調査を実施する。

### スケジュール案

- ・ ~29年度前半      調査の実施
- ・ 29年度後半~      調査結果の分析、必要に応じて対応の検討