

第17回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
ヒアリング資料

日本保健鍼灸マッサージ柔整協同組合連合会
理事長 吉田 孝雄

社会保障審議会医療保険部会に置かれている「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」でのヒアリング実施における当方の主張を意見として整理する。

今回のヒアリングにあたっては、あはき療養費の不正対策に限局するとのことであることから、直近の検討専門委員会の資料「あー1 29. 11. 20 あはき療養費の不正対策（案）」に対する当方意見を集約して申し述べることとする。

記

1 患者本人による請求内容の確認について（2頁）

- 施術ごとに患者から署名をもらうようにすることについての必要性が明確ではない。現行でも数カ月遅れではあるものの保険者より患者、被保険者に対して毎月毎の回数又は金額が連絡されていることを考えれば必要性はないものと主張する。

2 医師の同意・再同意について（3頁）

- 同意書に関しては、最初に鍼灸とマッサージとでは同意書の考え方が大きく異なっている点を確認する必要がある。すなわち、鍼灸同意書によって鍼灸療養費が支給できる疾患名は医師による適当な治療手段のないものと判断された6疾患であり、医師が診察の後に6疾患等に該当することを確認する同意書であることから、療養の給付に代えて鍼灸療養費が支給される仕組みである。
- そのため、鍼灸療養費においては同意病名に関し、療養の給付との併給・併用が許されていないことを考えれば、同意病名に関し鍼灸師の治療に委ねられている状況であり、特段の理由が無い限り現状通り3か月毎の口頭同意を含めた再同意の有り方で充分。
- マッサージ療養費に関する同意書の考え方は、本来であれば保険医療機関内で治療行為を実施すべきところ、当該保険医療機関内にマッサージ師が常駐していない等の理由でその補完的役割としての位置づけであり、あくまで運用上、療養の給付との併給も許されていることを考えれば同意書を発行した医師の管理下での施術であると考えられることから、初回の同意書発行後、長期に亘っての無診察同意は好ましくないと言わざるを得ない。よって、鍼灸とマッサージの同意書に関する相違点は認識する必要がある。

- 4頁の「施術者による施術報告書の作成および医師の再同意は、6か月ごとに行うこととする」の次に、鍼灸施術にかかる再同意に関しては3か月ごとに直接医師と接見し、当該患者の状態等を協議し施術の継続を確認した場合は上記にかえて差し支えない。ただし支給申請書中に接見した具体的な日付を記入する必要がある、を挿入してはどうか。
- 上記に加え、（省略）・・・文書によることとすることについて、どう考えるかであるが、当方としては、昭和24年の疑義照会に対する回答、昭和61年保険発37号、平成16年から25年にかけての事務連絡等で確認されており、特に昭和61年の通知中「再同意に関しては文書であっても口頭であっても良い」とされていることから再同意に関しては、あくまで「口頭同意でも可とする取り扱い」は継続されるべきと考える。
- 再同意の期間を3から6か月とすることに関しては、現状では3か月ごとの再同意は新たな同意書を取得することも容認されており、その際、医師は療養費同意書交付料を療養の給付として請求できる仕組みとなっており、当方としては過去からマッサージの再同意に関しては3か月ごとに新たな同意書の添付する事で今回の施術報告書に替えられる案を提示している。鍼灸に関しては直接当該医師と接見し協議することで施術報告書に代えることを提案しており、施術報告書の場合は6か月とし、口頭での確認の場合は3か月とすることで事足りるものと認識しているが如何か。

3 医師の同意・再同意について（6頁～7頁）

- 鍼灸治療に無理解であるが故に、感情的な理由から患者の同意書発行の申し出に応じられずに同意書の発行を拒否する医師も多く存在する。その様な医師にかかっている患者は保険給付による鍼灸治療が受けられない実態にある。同意書を発行する医師は「保険医」に戻すべき。
- 主治の医師による同意とは同意書を発行する際に診察した医師を指すとの文言を付記することを求める。これが付記できないのであれば、「主治の医師」を「保険医」に訂正することを求める。
- 同意ができる医師の診療科を制限することを加えるべきではない。なぜなら、6疾患等により患っている患者を診る機会には全診療科目に該当するためである。もちろん保険医以外の医師、歯科医師は除外されるべき。
- 診療報酬明細書の添付は、同意病名に関する内容に限定されない可能性を否定できないこと及び個人情報保護の見地から好ましくない。

4 長期・頻回の施術について（9頁）

- 受領委任の取扱いの構築と同時に審査機関の設置が当然行われることとなるので、「濃厚診療」の対応と同じく、目に余る事案に関しては患者照会を実施すること

で支給の適否の判断をする必要がある、現状でもすでに1年以上かつ月16回以上の施術に関しては「理由書」の添付が課せられていることから、それ以上の頻回施術に関しては個別に対応すべき。

5 償還払いに戻せる仕組みについて（10頁）

- 受領委任の取扱いの実施に併せて罰則規定も課せられることとなるので、医科、歯科、柔整、介護での事例に合わせてより厳しい罰則を課せば良い。
- 不正が発覚した場合の対応としては不正の程度によって受領委任の取扱いの一定期間に渡る保険取扱いの中止措置と併せ、業務停止の行政処分も必要である。

6 支給申請書等の書類の統一に関して（11頁）

- 申請用紙の統一に関しては全保険者が受領委任の取扱いを行うことが必須となる。償還払い方式の保険者の多くは自前の様式使用を強要することから、現状を考えれば様式の統一は困難である。

7 往療料の見直しについて（12頁）

- 施術所を持たない「出張専門」の施術者には、原則として往療料を認めないことを提案する（主旨説明として「別添」を参照されたい）。
- 現行、出張専門の施術者は往療料の算定においては施術所を構えなくとも住所地からの距離起算により往療料加算が認められている。これが多くの往療料の不正請求に繋がっているとの指摘がある。施術所を構えない者の往療料を認めず、あくまで施術所を起点とした往療料加算に限定すべきである。
- すなわち、あはき療養費の往療は、施術所開設届済のもの若しくは、ここに勤務する施術者に限って算定できることを原則としたものに改めるということであり、これにより、広く国民から、わかりやすく、安心して安全な施術としての信頼がさらに高まると考える。加えて、今後のヒアリングの議題として、あはき療養費の施術料の大幅な引き上げ改正の原資にこの費用を流用できることから、将来のあはき業の安定した発展が期待できることに資するものと考えられる。

8 審査会の設置について（13頁）

- 柔整審査会では、審査委員長に学識経験者としての整形外科医が着任し多くの整形外科医それも開業している整形外科医が任に当たっているが、これらは利益相反にあたる利害関係者であることから、あはき療養費審査会の設置に当たっては排除されるべきではないか。
- 柔整の審査体制を参考にして国保・後期に関しては国保連合会が、協会健保に関しては健保協会がその内部で実施している審査状況をさらに充実させて、施術者を加えた審査体制の確立が重要。

- 健保組合に関しても各健保連支部として審査会を立ち上げて審査の充実化を図るべきと考えるが、その場合でも施術者を加えた形が望ましい。

9 審査基準の明確化について（14頁）

- Q&Aの作成に関しては我々も含めた作成陣容で臨んで頂きたい。
- 柔整療養費と鍼灸マッサージ療養費とが同時に支給される事例は多くない。仮に腰痛症で鍼灸療養中に転倒して足関節捻挫を柔整で治療する場合などは考えられるが、極めて少ない事例であり、ダブルライセンスの鍼灸柔整師が個別に多くの事例を発生させている場合等は患者照会等によって適否を判断する必要がある。

10 ヒアリングにおける総合的な指摘について

- 現行運用において保険局長通知で示されている「医師による適当な治療手段の無いもの」という表現の削除を求める。削除が困難である場合は明快な運用方針を指し示すべきであることを要請したい。これは一読して現役の医師にとって不愉快な表現であるばかりでなく、この表現を間違った解釈によって、いたずらに医師と施術者の間に溝が生まれる原因となっている。保険者もこの一行に惑わされ、医科の療養費同意書交付料について診療報酬を審査する医師もこの一行に惑わされ続けている実態にある
- これは昭和42年の保発32号通知で、類症疾患を説明するために使用された表現であるが、この一行を抜粋して保険者に使用され続けており、昭和46年の課長通知ではその解釈が最悪の形で示され医師がさんざん治療しても治らない状態においてはじめて鍼灸療養費の支給対象となるとされた。平成9年保険発150号通知によってやっと最悪の状況を脱することができたが、その後平成16年には通知の整理によって昭和46年通知も平成9年通知も廃止された結果、局長通知で使用された当該表現だけは生き残り、一部保険給付を認めない保険者の勝手な解釈で療養費の不支給が発生する“混乱の種”として未だに存在し続けている。
- あはき療養費検討専門委員会におかれては、原理原則に戻って昭和42年の局長通知を再確認していただき、「医師による適当な治療手段の無いもの」とは類症疾患を具体的に「病名」で示すために用いられた表現であり「患者の状態」を指すものではないことであって、あくまで疾患名を指し示すものである、との解釈を明確にすべきであることを求める。
- 「主治の医師」この表現を削除すべきである。または「保険医」に戻してもらいたい。それができないのであれば、「主治の医師とは同意書を発行するにあたって診察した医師を指す」とする解釈通知を保険者等関係部局あてに発出していただきたい。

以上
平成29年12月27日

施術所を持たない「出張専門」の施術者には療養費の 往療料を認めないことの主旨説明

日本保健鍼灸マッサージ柔整協同組合連合会
理事長 吉田 孝雄

出張専門の施術者は、現行の療養費の取扱いにおいて、往療料の加算については施術所を構えなくとも、住所地からの距離起算により往療料加算が認められている。これが多くの往療料の不正請求に繋がっていると想定される。

このことから、不正対策の一環として、施術所を構えない者は原則、往療料の算定を認めず、あくまで原則、「施術所を起点とした往療料加算」に限定すべきではないか。

1 原則、あくまで“勤務する施術所を起点とすること”に改めるべき

出張専門の届出をしておきながら、当該あん摩・マッサージ・指圧師、はり師・きゅう師は自宅を起点とすることで往療料の加算算定を認められていることを止め、原則、あくまで“勤務する施術所を起点とすること”に改めるべきであることを主張する。

適正化方策としての不正請求対策の主軸は、何といたっても「往療料の適正化」であることは論を俟たない。

現状で顕在化している往療料の不正等に係る問題点を列挙してみると、

- ① 保健所へ業務開始（施術所を持たず出張専門にて業を行う）の届出の際、鍼師、灸師、あん摩マッサージ指圧師の免許の確認のみで、例えば運転免許証や住民票などで住所（往療を行う拠点）の確認が何らも行われていない。
- ② 一人の施術者が複数の拠点で出張専門の届出を行っている事例が多く見受けられる。
- ③ 視覚障害者をサポートするという名目で介入する業者がいるのだが、当該業者からの療養費支給申請を保険者が内容を確認することは困難である。
- ④ すでに開業している鍼灸、あん摩マッサージ指圧師を雇用し“異業種の者”が往療を行っている場合がある。この場合は往々にして治療院としての実態がない。
- ⑤ 個別訪問を行って患者に往療をすすめる業者の存在がある。
- ⑥ シルバーマンションの入居者など実際には歩行できる患者に往療を行っている。
- ⑦ 業者が患者に代わって医師の同意書を受けている実態がある（一部の保険医療機関の窓口においては常態化している）。

等が挙げられる。

もちろん、出張専門の施術者の行う療養費の支給要件を満たす“施術料そのもの”は、当然のことながら療養費の対象として認められる。

2 出張専門の往療料加算が認められた歴史的経緯

出張専門で施術所を保有しない者が往療料の算定を認められるようになったのは、平成17年3月30日付けの通知によるものである。当該通知により、施術所を構えない、いわゆる「出張専門」の施術者においても、施術者が届け出た住所地を起点とした往療料の支給が認められるようになった。

これは、法令的には、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律の第九条の三「専ら出張のみによつてその業務に従事する施術者」の規定により、法令上認容されている出張専門施術者にも、施術所を構える施術者と同様の往療料加算を認めるべきであるとの業界側の要望で改正された経緯がある。その後、12年以上にわたって運用されてきたが、これが往療料の不正請求の温床の主たる原因になっているとの指摘がなされてきたことは周知の事実である。

3 往療料の算定はあくまで施術所ありきの算定に限局すべきであること

平成17年の取扱いの変更により、現在までも施術所を持たない出張専門の施術者において往療料の加算が許されていることから、出張専門は往療の必要がない患者にまでもすべからく施術所に通院困難ということになり、常に往療料の算定を行って療養費を申請することが常態となっていることから、結果として療養費の6割を往療料が占めるという報告もなされている。

平成28年9月23日付検討専門委員会資料及び平成29年3月27日付検討専門委員会資料にも掲載のあるとおり往療料の適正化が求められ、これらを集約した形で、平成29年11月20日付検討専門委員会資料あー1 あはき療養費の不正対策4での適正化方策が議論されたところである。

往療料の見直しの議論を否定するものではないが、当該適正化を不正対策の主軸にするのであれば、「出張専門の往療料は、合理的な理由のある場合を除いては認められない」とすべきである。

出張専門の施術者も会員として加入している業界団体は、より高度な「自浄努力」の姿勢を保険者や行政に対して示すことが求められている。

4 出張専門の往療料を認めないようにすべきである理由について

そもそも療養費の往療料の加算は、医科の療養の給付における「往診料の算定」に倣ったものである。当初の16キロメートルの算定や、歩行困難等のおむを得ない事由の要件などは、医科の往診加算の算定に係る考え方を準用したものであった。

にもかかわらず、単にあん摩マッサージ指圧師の施術の提供においては、専ら出張のみに限局しても法令上認められることを論拠に、業界団体の強硬な主張とともに、これを行政側も認めたことによる現行運用である。

しかしながら、往療というものは、

① 交通費の支弁としての代替ではないこと

② 施術所で施術を行なえない事象に係る便益的な手間賃であること

から、果たして出張専門で「施術所」を設けずして、その往療料を認めることは不正請求の温床になることに鑑み改めるべきである。

5 施術所を起点とするのが当然であり住所地からの算定は止めるべきである

施術所を持たないということは、常態として常に出張先の患者宅が施術を提供する場になる。すなわち、本来は施術所に患者が来院して、患者の施術に当たるため、施術者は施術所における所要の準備に取り掛かる。患家の求めにより往療に赴く場合、施術所の暖房や電気を消灯し、施錠をするなどして患家に赴くための手間ひまがかかることの補填としての往療料加算であり、既出の4で述べたとおり、交通費の支弁としての代替ではない。え、施術所で施術を行なえない事象に係る便益的な手間賃であることがその支給要件の主旨であることに鑑みれば、出張先の患家が施術所であると見做されて然るべきである。

よって、患家が施術所である位置付けであれば、そもそも出張先などなく、患家＝本来の施術所、ということで、出張専門で施術所を持たない施術者に係る往療料加算を認める必要性がない。

以 上

平成 29 年 12 月 27 日