中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による医療支援給付運営要領

第１　医療支援給付運営方針

１　この運営要領は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第30号。以下「支援法」という。）による医療支援給付の適正な実施を図るため、都道府県知事（指定都市及び中核市の市長を含む。第６を除き、以下同じ。）、実施機関等の行なうべき事務を規定するとともに、事務処理の要領を示したものであって、都道府県知事、実施機関等は、医療支援給付の実施に際して、支援給付に関する法令及び通知に基づくほか、この運営要領によって事務を処理し、もって適正かつ円滑な実施を期すること。

２　支援給付制度は、老齢基礎年金を受給しても、なお、生活の安定が図れない中国残留邦人等に対し、老齢基礎年金制度による対応を補完する制度として設けられたものであり、その内容は「生活保護法」の例によるが、支援法第１４条第５項に基づき、公正妥当な取扱いを行うよう留意すること。

３　医療支援給付の実施にあたって、便宜上、社会保険等の他制度に準じて取扱いをしている点があるが、支援給付制度は、特定中国残留邦人等及びその特定配偶者等が日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるようにするために必要な配慮をして、懇切丁寧に行うものとするという原則において、他制度と基本的な差異があることに留意して、実施の適正を期すること。

４　医療支援給付関係事務を円滑適確に遂行できるよう、その事務体制の確立に万全を期するとともに、その事務処理にあたっては、関係機関相互の緊密な協力提携に留意すること。

５　医療支援給付の実施にあたっては、支援給付の実施機関と支援給付を受けている者（以下「被支援者」という。）との関係のほか、医療支援給付の特質から、指定医療機関等との関係が必然かつひん繁に生ずるが、これらの関係が相互信頼の基礎の上に立たない限り、到底医療支援給付の適正な実施を確保することができないので、被支援者及び指定医療機関等に対して、十分な指導、連絡又は協力依頼を行なうこと。

６　この運営要領の内容は、全国統一的事務処理の関係から厳格に守られることが要請されるが、実施機関の問題及び各種様式（各給付券の様式並びに治療材料費及び施術料の請求明細書の様式の全部並びにその他の様式中の指定医療機関等の記載にかか

る部分を除く。）の採用等については、この運営要領を基として都道府県（指定都市及び中核市を含む。第２の４の（６）及び第６を除き、以下同じ。）又は実施機関等の実情に即して、適宜実施して差しつかえないので、いたずらに機械的実施に陥ることなく、創意工夫と良識を生かして事務処理の万全を期すること。

第２　医療支援給付実施方式

１　医療支援給付の申請

医療支援給付の申請は次によるものとすること。

⑴　支援給付開始申請（入院・入院外）

支援法による支援給付を受けていない者が、医療支援給付のみ又は医療支援給付と同時に他の支援給付を申請する場合には、支援給付申請書の一般的記載事項のほか、申請の事由欄に当該傷病の部位、発病時期、病状、社会保険の被保険者又は被扶養者たる資格の有無、後期高齢者医療制度の被保険者資格の有無、その他参考事項を記載したうえ支援給付の実施機関の長に提出させること。

⑵　支援給付変更申請（入院・入院外）

医療支援給付以外の支援給付を受けている者が、医療支援給付を申請する場合には、支援給付変更申請書（傷病届）に所要事項を記載したうえ支援給付の実施機関の長に提出させること。

⑶　各給付要否意見書の発行

ア　医療支援給付の開始につき申請があった場合には、申請者の実情に応じ、医療要否意見書、精神疾患入院要否意見書又は支援給付変更申請書（傷病届）・訪問看護要否意見書（以下「医療要否意見書等」という。）に支援給付の実施機関又は町村の担当員が必要事項を記載の上、支援給付の実施機関又は町村から速やかに直接、指定医療機関に送付し、所要事項の記入を受け、支援給付の実施機関の長又は町村長に提出するよう指導して発行するものとすること。

イ　各給付要否意見書の提出については、指定医療機関から直接提出させること。

ウ　次の各号のいづれかに該当する場合にあっては、各給付要否意見書を発行する必要はないこと。

（ｱ）収入、資産等の状況により被支援者とならないことがほぼ明らかなとき。

（ｲ）必要な給付がすべて他法他施策により行なわれることが明らかなとき。

（ｳ）被支援者が入院外医療支援給付の併給開始又は変更申請を行なった場合であって、明らかに医療の必要が認められ、かつ、活用すべき他法他施策がないと判断されるとき。

（ｴ）被支援者が医療支援給付の併給開始又は変更申請を行った場合であって、病状の悪化等により明らかに入院医療の必要が認められ、かつ、活用すべき他法他施策がないと判断されるとき。

エ　ウの(ウ)に該当する場合であって、支援給付変更申請書(傷病届)が町村長を経由して提出されるときは、町村長は直ちに診療依頼書(入院外)を交付するとともに、すみやかに支援給付変更申請書(傷病届)を支援給付の実施機関の長に送付すること。

オ　支援給付の実施機関又は町村において各給付要否意見書を発行する際は、被支援者の希望により次の（イ）から（オ）の基準を満たす指定医療機関を選定して、当該指定医療機関において各給付要否意見書に意見を記載のうえ提出させること。

なお、支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）に特に医療機関の希望が無い場合は、次の基準により指定医療機関を選定すること。

(ｱ) 要支援者の居住地等に比較的近距離に所在する指定医療機関であること。

(ｲ) 病床（医療法（昭和23年法律第205号）第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものに限る。以下、この項において同じ。）の数が200以上である指定医療機関の受診については、以下の場合に限ること。

ａ　他の病院又は診療所からの文書による紹介がある場合

ｂ　緊急その他やむを得ない事情がある場合

ｃ　地域において病床の数が200以上である指定医療機関のみが特定の診療科を標榜しており、当該診療科への受診が必要である場合

ｄ　ａ～ｃの他、個別の事情を考慮し、嘱託医に協議の上で病床の数が200以上である指定医療機関への受診が必要であると判断される場合

(ｳ) 要支援者が人工妊娠中絶若しくは不妊手術又は結核の治療をうけようとするときは、原則としてそれぞれ同時に母体保護法による指定医師又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核指定医療機関としての指定を受けている指定医療機関であること。

(ｴ) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による指定の取消を受けている指定医療機関でないこと。

(ｵ) 過去３か月間に「生活保護法による医療扶助運営要領について」（昭和３６年９月３０日厚生省社会局長通知社発第７２７号）による「戒告」又は、第５において生活保護法の取扱いに準じて「戒告」を受けたことのない指定医療機関であること。

カ　受診の際には、「支援給付の支給決定がされている中国残留邦人等に対する本人

確認証の交付について」（平成２０年３月３１日付け社援企発第０３３１００４号厚生労働省社会・援護局援護企画課長通知）に基づき発行された「本人確認証」を持参し、医療機関の窓口で提示するよう指導すること。

⑷　各給付要否意見書の検討及び受理

支援給付の実施機関の長は、要支援者から各給付要否意見書の提出を受け又は町村長からこれらの送付を受けたときは、その記載事項につき検討したうえ受理すること。この場合、記載内容が不明の場合にはそれぞれ記載者に照会するとともに、要支援者に対する医療支援給付の決定にあたり問題があると思われるときは平成２０年３月３１日付け社援発第０３３１００８号厚生労働省社会・援護局長通知「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の実施要領について」第９の４により検診を命ずること。なお他の支援給付、特に生活支援給付の開始を同時に申請している場合には、その決定につき遺漏のないよう留意すること。

⑸　診察料、検査料の支払

支援給付の実施機関の長は、被支援者を診察した医療機関が医療を必要としない旨の意見を述べた場合及び被支援者を診察した医療機関と異なる医療機関に被支援者の医療を委託した場合、当該医療機関の請求に基づき診察料（初診、再診、往診）又は検査料（診断書料については、4,720円の範囲内で特別基準の設定があったものとして、必要な額を認定して差しつかえない。）について、直接当該医療機関に支払うこと。

ただし、すでに医療券を発行したときは、診察料・検査料は当該医療券に基づき請求されるので支援給付の実施機関においては支払わないこと。

なお、この場合の診察又は検査は被支援者に対し医療を行なう必要の有無並びに必要な場合にその期間及び費用を予測するに必要と認められる限度に止められるべきものであるので、この点あらかじめ医療機関に周知徹底を図っておくこと。

２　医療支援給付の決定

⑴　決定の際の留意事項

支援給付の実施機関の長は、医療支援給付に関する決定をしようとするときは、一般的事項とともに次の事項について留意すること。

ア　医療支援給付の始期

医療支援給付を適用すべき期日は、原則として、支援給付申請書又は支援給付変更申請書（傷病届）の提出のあった日以降において医療支援給付を適用する必要があると認められた日とすること。

イ　他法他施策の活用

要支援者の医療につき、医療支援給付に優先して活用されるべき他法他施策による給付の有無を調査確認し、これがあると判断されるときは当該要支援者に対してこれを活用すべきことを指導するとともに、当該他法他施策の運営実施を管理する機関に連絡して、当該要支援者に対する援助が適正円滑に行なわれるよう配意すること。

なお、他法他施策の活用に関しては、別紙第１号に留意すること。

ウ　入院等に関する都道府県本庁に対する技術的助言の求め

一般入院要否判定基準、訪問看護要否判定基準並びに精神医療取扱要領に基づく判定の結果、入院等の要否についてなお疑義のある場合は都道府県知事に技術的な助言を求めること。

エ　一般入院要否判定基準

入院医療は、居宅では真に医療の目的を達し難いと認められた場合に限り認められること。

入院を認めて差しつかえない場合を例示すれば次のとおりであること。従って、たとえば通院が不便だとか、居宅療養も不可能ではないが、入院の方がより一層良いとか、あるいは重症であっても往診又は（老人）訪問看護による居宅医療で治療の目的を達し得る場合等においては当該居宅医療によるべきであること。

(ｱ) ある種の手術後、身体の動揺を避けなければならない必要がある場合

(ｲ) 朝夕数回にわたる専門技術的処置又は手術を必要とする場合

(ｳ) 病状が相当重く、しばしば病状を診察して経過を観察する必要がある場合

(ｴ) 特に厳密な食餌療法その他病院固定の設備をしばしば利用する特殊な療法を施す場合

(ｵ) 病状により特に居宅療法ではその効果をもたらすことが困難な場合

オ　訪問看護要否判定基準

訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は診療の補助を必要とする場合に限り認められること。

なお、要支援者又は要介護者に対する訪問看護は、介護保険又は介護支援給付による給付が優先されるため、医療支援給付による給付は、急性増悪時の訪問看護及び末期がん・難病等に対する訪問看護及び精神疾患を有する患者（認知症が主傷病である者を除く。）であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合の精神科訪問看護に限られるものであること。

カ　保護施設等における医療の取扱い

救護施設、更生施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び介護老人福祉施設における入所者の医療については原則として、医療支援給付は適用しないこと。ただし、病状によってはこの原則を貫くことが困難な場合も予想されるので真に当該施設においては措置できないと認められる場合に限り、医療支援給付を適用して差しつかえない。

⑵　本人支払額の決定

本人支払額は次により決定すること。

ア　要支援者が医療支援給付のみの適用を受ける者である場合には、支援給付の実施要領についての通知の定めるところにより当該要支援者の属する世帯の収入充当額から当該世帯の医療費を除く最低生活費を差し引いた額をもって本人支払額とすること。

イ　本人支払額は、第１に診療（医療支援給付による診察、薬剤（調剤を除く。）、医学的処置、手術、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護をいう。）の給付に充当するものとし以下調剤、治療材料、施術、移送の各給付の順に充当すること。

⑶　医療支援給付の変更に関する決定

支援給付の実施機関の長は、現に医療支援給付を受けている者が次に該当すると認められたときは、医療支援給付の変更に関する決定（支援給付の変更の決定）を行なうこと。

ア　本人支払額を変更すべきことを確認したとき

イ　指定医療機関を変更すべきことを確認したとき

ウ　入院から入院外に、又は入院外から入院に変更すべきことを確認したとき

エ　介護老人保健施設から医科に変更すべきことを確認したとき

オ　医科から歯科に、又は歯科から医科に変更すべきことを確認したとき

カ　他法による負担の程度に変更すべきことを確認したとき

キ　診療中に訪問看護、治療材料、施術又は移送の給付を必要とすることを確認したとき、又はこれらの給付につき変更すべきことを確認したとき

ク　検診命令に従わない場合で医療支援給付の変更を必要と認めたとき

⑷　被支援者に対する通知

支援給付の実施機関の長は、要支援者について医療支援給付の開始、変更、停止又は廃止（他法他施策の活用に伴い支援給付を変更、停止又は廃止する場合を含む。）に関する決定をしたときは、一般の例に従い、支援給付決定通知書又は支援給付停止、廃止決定通知書により、申請者又は被支援者に対して通知すること。ただし、支援給付変更申請書（傷病届）に基づき医療支援給付の開始又は変更に関する決定をしたときで、当該通知書により通知する必要がない場合には、適当な方法によることとして差しつかえないこと。

また、申請却下の決定をしたときは、一般の例に従い、支援給付申請却下通知書により申請者に対して通知すること。

⑸　医療券の発行

医療支援給付による診察、薬剤（調剤を除く。）、医学的処置、手術等の診療の給付は、医療券を本人が希望する医療機関毎に発行し、当該医療機関に直接送付すること。

指定医療機関を受診する際は、緊急その他やむを得ない場合（例えば、お薬手帳（患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳をいう（１冊の手帳で管理するものに限る。）。いわゆる「電子版お薬手帳」を含む。以下同じ。）を持参していない外出先で、急病のため受診が必要になった場合等）を除き、お薬手帳を持参し、医師等の求めに応じて提示することを原則とし、その旨の指導を行うこと。なお、お薬手帳の持参に係る具体的な取扱いについては、別に定めるところによる。

ア　医療券の発行の単位

医療券は暦月を単位として発行するものとし、診療の給付が月の中途を始期又は終期とする場合は、それにより有効期間を記載した医療券を発行するものとすること。

なお、月末を始期とする医療の給付が翌月にまたがる場合は、翌月分の医療券を同時に発行して差しつかえないこと。

イ　医療券の有効性

医療券は、支援給付の実施機関において所要事項を記載し、支援給付の実施機関の長印を押したものをもって有効とするものであること。

医療券の修正は､支援給付の実施機関において当該医療券の記載事項について所要の訂正を行ない､支援給付の実施機関の長印を当該訂正箇所に押したものをもって有効とすること。

ウ　医療機関に対する委託

(ｱ) 医療の給付を委託する医療機関(指定訪問看護事業者を除く。)は、原則として各給付要否意見書に意見を記載した医療機関とすること。

(ｲ) (ｱ)の医療機関が指定医療機関でないときは、要支援者の診療に支障のない限り１の（３）のオの基準に該当する指定医療機関に委託すること。

(ｳ) 訪問看護事業者の選定にあたっては、要支援者の選択に基づいて決定すること。なお、訪問看護に係る医療券の発行にあたっては、訪問看護事業者と密に連絡をとり、基本利用料以外の利用料に相当する費用の支給対象を事前に明らかにしておくこと。

エ　医療券の作成

医療券の作成にあたって留意すべき事項は次のとおりであること。

(ｱ) 医療券の各欄には支援給付の実施機関の長が医療券を発行する際に所要事項を記入すること。

なお、本人支払額を記入する場合においては当該本人支払額に１０円未満の端数があるときはこれを切捨てるものとし、本人支払額がない場合はその欄に斜線を引くこと。

(ｲ) 医療券の「診療別」、「備考」欄の社会保険及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３７条の２はそれぞれ該当する文字を〇で囲むこと。

(ｳ) 医療券の「傷病名」欄には、医療要否意見書等記載の傷病名又は部位を記入し、傷病届により医療券を発行するときは、「備考」欄に患者の病状を記入すること。

(ｴ) 被保険者が資格喪失後も継続給付を受けることができる傷病については、その傷病名及びその旨を医療券の「備考」欄に記入すること。

(ｵ) 「取扱担当者名」欄には、医療券交付事務取扱責任者名を記入すること。

(ｶ) ７５歳以上の者及び６５歳以上７５歳未満の者であって高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表に定める程度の障害の状態にあるもの（被用者保険の加入者を除く。(以下「７５歳以上の者等」という。)についての医療券には、「備考」欄の余白に７５歳以上の者等に該当するに至った日の属する月の翌月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月)から（後保）と表示すること。

オ　医療券の交付

支援給付の実施機関は医療機関に対して、直接医療券を交付すること。

また、医療券の交付にあたっては、特に次の点に留意させること。

(ｱ) 被支援者は本人確認証を医療機関窓口に提示して医療を受けること。

(ｲ) 当該医療券の有効期間内に医療を受けること。

(ｳ) 治療が終ったとき、又は診療を中止したときは、速やかにその旨を支援給付の実施機関へ届け出ること。

医療券の交付にあたっては、当該医療機関の管理者から受領証を徴すること。

カ　医療券の修正

支援給付の実施機関の長は、被支援者について、医療支援給付の変更、停止又は廃止に関する決定をした場合において、すでに発行した医療券を修正する必要があるときは、当該修正についてすみやかに決裁手続を完了したうえ、指定医療機関に当該医療券の提出を求め、その記載事項について所要の訂正を行ない当該訂正に関する支援給付の実施機関の長印を押すこと。

キ　医療券の補正等

支援給付の実施機関の長は、医療券発行後、医療機関からの申出に基づき当該医療券の有効期間の延長を必要と認めたときは、当該医療券について必要な補正を行なうこと。

なお、医療機関において治療中に医療券の「傷病名」欄に記入された傷病名以外の傷病が発生し、それについて医療を要すると認めたときは、医療券の「傷病名」欄(下部余白)に当該傷病名を記入するよう、また、診療報酬明細書の「傷病名」欄(下部余白)及び「診療開始日」欄(下部余白)に当該傷病名及び発病(診療開始)年月日をそれぞれ記入して診療報酬の請求を行うよう指導し、支援給付の実施機関においては医療券の補正を省略して差しつかえないこと。

また、医療を必要なことが明白な者からの傷病届により、発行する医療券につ

いては、傷病名を指定医療機関において医療券の「傷病名」欄に記入するよう指導すること。

3　医療支援給付の継続等

⑴　医療券によって医療支援給付を受けている者が、引き続き翌月にわたって医療を必要とするときは、第２の２の（５）に定めるところにより、翌月分の医療券を発行すること。

ただし、その者が引き続き６か月を超えて医療を必要とするときは、第７月分の医療券を発行する前にあらかじめ第２の１の（３）のアに定めるところに準じて発行した医療要否意見書等により第７月以降における医療支援給付継続の要否を十分検討することとし、さらに引き続き医療を必要とするときは、６か月を経過するごとに同様の手続により医療支援給付継続の要否を十分検討すること。

⑵　支援給付の実施機関の長は、医療支援給付を受けている者につき、継続して治療を要しないことを確認したときは、一般の例に従い医療支援給付の廃止等の手続を行なうこと。この場合、必要に応じ当該被支援者について訪問調査を行なう等の方法により事実を確認すること。

4　一般診療に関する診療方針及び診療報酬並びに指定医療機関の請求

一般診療に関する診療方針及び診療報酬は、生活保護法第５２条、指定医療機関医療担当規程（昭和２５年８月厚生省告示第２２２号）及び生活保護法第５２条第２項の規定による診療方針及び診療報酬（昭和３４年５月厚生省告示第１２５号）の例による。

なお、別紙第２号に留意するほか、次の点に配意すること。

⑴　生活保護法第５２条第２項の規定による診療方針及び診療報酬第１項中「金を使用すること」とあるのは、金位１４カラット以上の合金を使用することをいうものであること。

⑵　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護のうち食事の提供たる療養及び温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る診療報酬については、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成１８年３月厚生労働省告示第９９号）の例による。

また、健康保険法による訪問看護に係る費用については、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成２０年３月厚生労働省告示第６７号）の例

によることとし、訪問看護の基本利用料以外の利用料に相当する費用については、必要最小限度の実費の額とすること。

⑶　後期高齢者医療の例による診療方針及び診療報酬（保険外併用療養費の支給に係るものを除く。）は、７５歳以上の者等に該当するに至った日の属する月の翌月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月）から適用するものとすること。

また、「６５歳以上７５歳未満の者であって高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表に定める程度の障害の状態にあるもの」に該当するか否かの認定は、国民健康保険法第６条第６号の規定により同法の適用を除外されている者の場合は実施機関の長が行うこととなるが、原則として生活保護法による保護の基準（昭和３８年４月厚生省告示第１５８号）別表第１第２章２障害者加算の例によること。

⑷　通算対象入院料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料及び後期高齢者特定入院基本料を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料をいう。）を算定する病棟に１８０日を超えて入院している患者で厚生労働大臣が別に定める患者に該当しない者のうち、いかなる方法によっても退院後の受入先が確保できない者であって真にやむを得ないと判断される者については、１８０日を超えて入院している患者の取扱いについて（平成１４年３月２７日付社援発第０３２７０２８号厚生労働省社会・援護局長通知）に準じて、受入先が確保されるまでの間、当該患者が１８０日経過するまでに保険給付の対象とされていた入院基本料等の範囲内において必要な額を認定して差し支えないこと。

⑸　指定医療機関が、医療券によって診療を行なった場合には、診療報酬明細書又は訪問看護療養費明細書に必要事項を記載して発行した支援給付の実施機関ごとにとりまとめ、当月診療分を所定の様式による診療報酬請求書を添えてこれらの書類を翌月１０日までに当該指定医療機関の所在する都道府県の社会保険診療報酬支払基金の支部（以下「支払基金」という。）に提出させるものとすること。

⑹　指定医療機関のうち、旧総合病院における診療科別の初診料、検査料又は診療報酬の請求は、社会保険の取扱いの例によるものであるが、この場合においても医療券は１枚発行すれば足りること。

⑺　指定医療機関の医師又は歯科医師は、診察を行うに当たり、被支援者の服薬状況及び薬剤服用歴について、問診等による確認に加えて、被支援者が持参するお薬手帳を活用して確認すること。ただし、緊急やむを得ない場合（例えば、急迫した事由その他やむを得ない事由により、被支援者がお薬手帳を

持参しない場合等）については、この限りではないこと。なお、本項に係る具体的な取扱いについては、別に定めるところによる。

５　調剤の給付

⑴　調剤券の発行

指定薬局より医療機関名、公費負担者番号、患者名及び受給者番号等の連絡等が受けられる場合には、給付券交付処理簿により資格確認のうえ当該指定薬局に調剤券を発行すること。

患者は、指定薬局により調剤の給付を受けようとするときは、緊急その他やむを得ない場合（例えば、お薬手帳を持参していない外出先で、急病のため受診が必要になった場合等）を除き、お薬手帳を持参し、薬剤師の求めに応じて提示することを原則とし、その旨の指導を行うこと。なお、お薬手帳の持参に係る具体的な取扱いについては、別に定めるところによる。

⑵　後発医薬品の給付

生活保護法第34条第３項の規定の例により、医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品を使用することができると認めたときは、後発医薬品を調剤するよう、指定医療機関及び指定薬局に対して周知徹底を図ること（後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっている場合を除く。）。また、被支援者に対しても、本取扱いについて周知徹底を図ること。

なお、後発医薬品の給付に係る具体的な取扱いについては、別に定めるところによる。

⑶　服薬状況等の確認

指定薬局の薬剤師は、調剤を行うに当たり、被支援者の服薬状況及び薬剤服用歴について被支援者からの聴取等及び当該指定薬局で保有している当該被支援者の薬剤服用歴の記録の確認に加えて、被支援者が持参するお薬手帳を活用して確認すること。ただし、緊急やむを得ない場合（例えば、急迫した事由その他やむを得ない事由により、被支援者がお薬手帳を持参しない場合等）については、この限りではないこと。なお、本項に係る具体的な取扱いについては、別に定めるところによる。

６　治療材料の給付

治療材料の給付（貸与及び修理を含む。第２の６において同じ。）につき、申請があった場合には、必要事項を記載した給付要否意見書（治療材料）を交付し、すみやかに指定医療機関及び取扱業者において所要事項の記入を受け、支援給付の実施機関の長又は町村長に提出するよう指導すること。

治療材料の給付を行なうにあたって留意を要する点は次のとおりであること。

⑴　給付要否意見書（治療材料）の発行

要支援者の申請に基づき、その希望をきいて取扱業者を支援給付の実施機関において選定し、給付要否意見書（治療材料）を発行するものとするが、その際、次の点につき要支援者を指導すること。なお、治療材料が、貸与又は修理によることを適当としない場合については、給付要否意見書（治療材料）の当該箇所を抹消の上、発行すること。

ア　要支援者の医療を担当している医療機関において、給付要否意見書（治療材料）の所要事項の記入を受けること。

イ　支援給付の実施機関が選定した取扱業者に所要経費概算見積の記入を受けること。その際、治療材料が貸与可能な物である場合又は要支援者が既に保有する治療材料を修理することで足りる場合は、治療材料の貸与又は修理に要する費用について、併せて見積を徴すること。

⑵　給付の決定及び治療材料券の発行

治療材料の給付を決定したときは、支援給付の実施機関の長は治療材料券を要支援者に交付すること。なお、当該材料が貸与を適当としない物品であるとき、修理が困難であるとき、貸与又は修理による費用が購入による費用より高額になるときその他貸与又は修理を適当としない場合を除き、原則として給付方法は貸与又は修理によること。また、給付要否意見書（治療材料）の記載に疑問がある場合には、それぞれ記載者に照会することとし、所要経費が適当でないと認められる場合には他の取扱業者にも照会して適正な給付を行なうこと。

治療材料の給付にあたる業者は、原則として、給付要否意見書（治療材料）に記載されている取扱業者とし、これによりがたいときは、他の適当な取扱業者を支援給付の実施機関において選定すること。

治療材料券を交付するにあたり、次の点を要支援者に指導すること。

ア　治療材料券に記載されている取扱業者から治療材料券に記載されている方法で治療材料の給付を受けること。

イ　治療材料の給付を受けたときは、すみやかにその旨を支援給付の実施機関の長に連絡すること。

ウ　治療材料券の有効呈示期間は、発行の日から１０日間であること。

なお、有効な治療材料券を提出した者に限り、治療材料を給付することとし、かつ、治療材料券は所定の治療材料の一回限りの購入若しくは修理又は治療材料券に記載された期間内の貸与によってその効力を消滅するものであることにつき、取扱業者に周知徹底を図ること。

⑶　治療材料給付方針及び治療材料費

ア　給付方針

(ｱ)　国民健康保険の療養費の支給対象となる治療用装具及び輸血に使用する生血は、その例により現物支給とする。

また、次に掲げる材料の範囲においては、必要最小限度の機能を有するものを、原則として現物給付によって行うものとすること。ただし、吸引器及びネブライザーについては、現物給付に限ること。

義肢、装具、眼鏡、収尿器、ストーマ装具、歩行補助つえ、尿中糖半定量検査用試験紙、吸引器及びネブライザー

(ｲ)　(ｱ)に掲げる材料については、次によるものとする。

ａ　義肢、装具、眼鏡、収尿器、ストーマ装具及び歩行補助つえについては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく補装具の購入若しくは修理又は日常生活上の便宜を図るための用具の給付若しくは貸与を受けることができない場合であること。さらに、歩行補助つえについては、前記の他、介護保険法又は生活保護法の規定に基づく福祉用具の貸与を受けることができない場合であること。

ｂ　義肢、装具、眼鏡、収尿器、ストーマ用装具及び歩行補助つえについては、治療等の一環としてこれを必要とする真にやむを得ない事由が認められる場合に限ること。

ｃ　尿中糖半定量検査用試験紙は、現に糖尿病患者であって、医師が食事療法に必要と認めた場合に限り、必要最小限度の量を給付することができるものであること。

ｄ　吸引器は、喉頭腫瘍で喉頭を摘出した患者等の気管内に分泌物が貯留し、その自力排泄が困難な者を対象とし、病状が安定しており、社会復帰の観点から

吸引機使用による自宅療養のほうがより効果的であり、当該材料を給付しなければ、吸引器による処置のために入院が必要である場合に限ること。また、器具の使用に習熟していることが必要であること。

ｅ　ネブライザーは、呼吸器等疾病に罹患し、社会復帰の観点から当該材料の使用による在宅療養がより効果的である者であって、当該材料を給付しなければ、ネブライザーによる処置のために入院が必要である場合に限ること。なお、装置の使用に習熟していることが必要であり、通院による処置対応が可能な者については除くこと。

(ｳ) (ｱ)に掲げる以外の材料について、それを治療の一環として必要とする真にやむを得ない事由が認められる場合は、以下により取り扱うこと。

なお、当該材料が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第２４項の規定に基づく補装具、第７７条の規定に基づく日常生活上の便宜を図るための用具又は介護保険法第８条第１２項若しくは第４４条第１項の規定に基づく福祉用具である場合には、まず、それらの制度の活用を検討すること。

ａ　治療材料の費用（治療材料の１回の購入若しくは修理又は所要期間内の貸与につき必要とする額をいう。第２の６において以下同じ。）が２万５千円以内の場合、必要に応じて都道府県知事に技術的な助言を求めた上で給付すること。

ｂ　治療材料の費用が２万５千円を超える場合、厚生労働大臣に対して特別基準の設定につき情報提供すること。

(ｴ) 治療材料の給付につき、要否の判定に疑義のある場合は必要に応じて都道府県知事に技術的な助言を求めること。

イ　費用

(ｱ) 治療材料の費用は、（１）のイの見積による額とし、原則として国民健康保険の療養費の例の範囲内とすること。

なお、義肢、装具、眼鏡、及び歩行補助つえ（つえを除く。）の費用については、原則として障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成１８年９月２９日厚生労働省告示第５２８号）の別表に定める額の１００分の１０６に相当する額（国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福

祉法人又は民法（明治２９年法律第８９号）第３４条の規定により設立された法人の設置する補装具製作施設に委託する場合の費用については、更に１００分の９５を乗じた額）を限度とすること。

真にやむを得ない事情によりこの基準の額を超えて給付する必要がある場合又は尿中糖半定量検査用試験紙、吸引器、ネブライザー、収尿器、ストーマ装具若しくは歩行補助つえ（つえに限る。）を給付する場合の費用については、当該材料の購入、貸与又は修理に必要な最小限度の実費とし、その額が２万５千円を超える場合であっても、特別基準の設定があったものとして取り扱って差し支えないが、いずれの場合についても、必要に応じて都道府県知事に技術的な助言を求めること。

(ｲ) アの(ｳ)に係る治療材料の費用は、最低限度の実費とすること。

⑷ 治療材料費の請求

治療材料の給付を行なった取扱業者が、当該治療材料の費用を請求する場合は、交付された治療材料費請求明細書に所要事項を記載し、請求書を添付して当該治療材料券を発行した支援給付の実施機関の長に提出させるものとすること。

７ 施術の給付

施術の給付につき、申請があった場合には、給付要否意見書（柔道整復、あん摩・マッサージ・はり・きゅう）に必要事項を記載のうえ、すみやかに指定施術機関及び指定医療機関において所要事項の記入を受け、支援給付の実施機関の長又は町村長に提出するよう指導して発行すること。

施術の給付を行なうにあたっては、柔道整復師が打撲又は捻挫の患者に手当をする場合及び脱臼又は骨折の患部に応急手当をする場合は医師の同意は不要であるが、応急手当以外の脱臼又は骨折の患部に手当をする場合は医師の同意が必要であること。

この場合において、あん摩・マッサージ指圧師が脱臼又は骨折の患部以外に施術をするとき及びはり・きゅう師が施術をするときは、当該施術の要否に関する診断書をもって、医師の同意書に代えることができること。

施術の給付を行なうにあたって留意を要する点は次のとおりであること。

⑴ 給付要否意見書の発行

要支援者の申請に基づき、その希望に従って指定施術機関を選定し、給付要否意見書を発行するものとするが、その際、次の点につき配意せしめること。

ア　支援給付の実施機関が選定した指定施術機関において給付要否意見書の所要事項の記入を受けること。

イ　指定医療機関において給付要否意見書の所要事項の記入を受けること。

⑵　施術券の発行

給付要否意見書(施術)に基づき、施術の給付を必要と認めたときは、支援給付の実施機関の長は施術券を被支援者に発行すること。施術券は暦月を単位として発行するものとし、月末を始期とする施術の給付が翌月にまたがる場合は、一般診療の場合と同様とすること。

施術券により医療支援給付を受けている者が、引き続き翌月にわたって施術を必要とするときは、翌月分の施術券を発行すること。

ただし、その者が引き続き３か月（あん摩・マッサージ及びはり・きゅうにあっては６か月）を超えて施術を必要とするときは、第４月分（あん摩・マッサージ及びはり・きゅうにあっては第７月分）の施術券を発行する前にあらかじめ（１）に定めるところに準じて発行した給付要否意見書により第４月（あん摩・マッサージ及びはり・きゅうにあっては第７月）以降における医療支援給付継続の要否を十分検討することとし、さらに引き続き施術を必要とするときは、３か月（あん摩・マッサージ及びはり・きゅうにあっては６か月）を経過するごとに同様の手続により医療支援給付継続の要否を十分検討すること。

施術機関は、原則として給付要否意見書に記載した機関とし、これによりがたいときは、他の適当な機関を支援給付の実施機関の長において選定すること。

施術券を交付するにあたり、次の点を被支援者に留意せしめること。

ア　施術券に記載されている施術機関から給付を受けること。

イ　当該施術券の有効期間内に受療すること。

ウ　施術が終ったとき又は施術を中止したときは､すみやかにその旨を支援給付の実施機関に届け出ること。

⑶　施術給付方針及び施術料

ア　給付方針

必要最小限度の施術を原則として現物給付するものとし、その範囲は、あん摩・マッサージ、柔道整復及びはり・きゅうとすること(はり・きゅうにあっては、慢性病であって、医師による適当な治療手段がないものを対象とするが、指定医療機関の医療の給付が行なわれている期間は、その疾病にかかる施術は、給付の対

象とはならないこと。）。

なお、この者が現に指定医療機関において診療をうけている場合には、当該指定医療機関の意見を求めたうえで要否を決定すること。

イ　費用

費用は次によるものとすること。

(ｱ) あん摩・マッサージについては、別紙第３号の１協定書案に基づきあん摩・マッサージの施術料金の算定方法（別紙第３号の２）を基準として都道府県知事と関係団体との間で協定して定めた額以内の額とすること。

(ｲ) 柔道整復については、前記協定書案に基づき柔道整復師の施術料金の算定方法（別紙第３号の３）を基準として都道府県知事と関係団体との間で協定して定めた額以内の額とすること。

(ｳ) はり・きゅうについては、前記協定書案に基づきはり師及びきゅう師の施術料金の算定方法（別紙第３号の４）を基準として都道府県知事と関係団体との間で協定して定めた額以内の額とすること。

(ｴ) (ｱ)から(ｳ) までの費用の算定に当たっては、別紙第３号の２から別紙第３号の４までの基準によるほか、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及び柔道整復師の施術に係る療養費の支給の例を参考にすること。

⑷　施術料の請求

指定施術機関が施術券によって患者に対する施術を行なったときは、施術料に関する都道府県知事と施術師会との協定に基づき、当該施術に対する報酬の支払を請求させるものとすること。

施術報酬請求のため、指定施術機関に施術報酬請求明細書を、また、当月施術分をとりまとめて施術報酬請求書をそれぞれ作成させ、これらの書類を翌月１０日までに当該施術券を発行した支援給付の実施機関の長に提出させるものとすること。

８　移送の給付

⑴　給付方針

移送の給付については、個別にその内容を審査し、（２）に掲げる範囲の移送について給付を行うものとする。

また、給付については、療養に必要な最小限度の日数に限り、傷病等の状態に応

じて経済的かつ合理的な経路及び交通手段によって行うものであること。

経済的かつ合理的な経路及び交通手段についての判断にあたっては、同一の病態にある当該地域の他の患者との均衡を失しないようにすること。

(2) 給付の範囲

アからクまでに掲げる場合において給付を行う。

給付の対象となる医療機関については、原則として被支援者の居住地等に比較的近距離に所在する医療機関に限るものであること。

ただし、傷病等の状態により、被支援者の居住地等に比較的近距離に所在する医療機関での対応が困難な場合は、専門的治療の必要性、治療実績、患者である被支援者と主治医との信頼関係、同一の病態にある当該地域の他の患者の受診行動等を総合的に勘案し、適切な医療機関への受診が認められる。

ア　医療機関に電車・バス等により受診する場合で、当該受診に係る交通費が必要な場合

イ　被支援者の傷病、障害等の状態により、電車・バス等の利用が著しく困難な者が、医療機関に受診する際の交通費が必要な場合

ウ　検診命令により検診を受ける際に交通費が必要となる場合

エ　医師の往診等に係る交通費又は燃料費が必要となる場合

オ　負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に搬送される場合

カ　離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療機関では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送を行う場合

キ　移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により転院する場合

ク　医療の給付対象として認められている移植手術を行うために、臓器等の摘出を行う医師等の派遣及び摘出臓器等の搬送に交通費又は搬送代が必要な場合（ただし、国内搬送に限る。）

なお、支援給付の実施機関において審査の結果、なお疑義がある場合及び上記の範囲で対応が困難な場合については、都道府県本庁に技術的助言を求めた上で、移送の給付が真に必要であると認められる場合には、給付を認めて差し支えないこと。

(3)　給付手続き

ア　給付手続きの周知

要支援者に対し、移送の給付について、その内容と原則として事前の申請や領収書等の提出が必要であることを周知すること。

イ　給付決定に関する審査

被支援者から申請があった場合、給付要否意見書（移送）により主治医の意見を確認するとともに、必要に応じてその内容に関する嘱託医協議及び検診命令を行い、支援給付の実施機関において必要性を判断し、給付の対象となる医療機関、受診日数の程度、経路及び利用する交通機関を適正に決定すること。

ただし、医療要否意見書等により、移送を要することが明らかな場合であり、かつ、移送に要する交通費等が確実に確認できる場合は、給付要否意見書（移送）の提出を求める必要はないこと。

また、都道府県域を超える受診に係る移送や、管内で同一病態にある他の被支援者の受診に係る交通費と比較して高額である場合等、給付決定に関する審査において、被支援者の健康状態について確認する必要がある場合には、検診を受けるべき旨を命ずることができること。

なお、移送の際に利用する交通機関については、地域の実態料金や複数事業者の見積等により検討を行った上で、最も経済的な交通機関を支援給付の実施機関において決定すること。

また、支援給付の実施機関において給付決定をする以前に交通機関を利用した際の交通費や、支援給付の実施機関において決定した、医療機関、受診日数の程度、経路、交通機関と異なることにより生じた交通費については、原則として給付の対象にならないものであること。

ウ　事後申請の取扱い

緊急の場合等であって、事前の申請が困難なやむを得ない事由があると認められる場合であって、当該事由が消失した後速やかに申請があったときは、事後の申請であっても内容確認の上、給付を行って差し支えないこと。

エ　継続的給付の場合の手続

翌月にわたって移送の給付を必要とするときは、引き続き移送の給付を行って差し支えないが、その者が３か月を超えて移送の給付を必要とするときは、第４月分の移送を決定する前にあらかじめ給付要否意見書（移送）等を参考に、継続の要否を十分に検討すること。

ただし、被支援者の傷病等の状態により、３か月を超えて移送の給付を必要とす

ることが明らかである場合は、第７月分の移送を決定する前に、給付要否意見書（移送）等を参考に、継続の要否を検討することとして差し支えない。

(4)　費用

ア　移送に要する費用は、傷病等の状態に応じ、最も経済的かつ合理的な方法及び経路により移送を行ったものとして算定される最小限度の実費（医学的管理等のため付添人を必要とする場合に限り、当該付添人の日当等も含む。）。

なお、身体障害者等の割引運賃が利用できる場合には、当該割引運賃を用いて算定した額とすること。

イ　当該料金の算定にあたっては、領収書、複数業者の見積書、地域の実態料金等の挙証資料に基づき、額の決定を行うこと。

９　急迫支援給付等

被支援者である患者が急迫した状況にあるため、各給付券を発行する余裕のないときは、支援給付の実施機関の長は、指定医療機関等に当該状況を説明して、各給付券を発行しないで各給付を行なっても差し支えないこと。

ただし、支援給付を行なったときは、速やかに各給付券を作成し、交付すること。

10　医療区分等

支援給付の実施機関の長は、一般ファイル中に医療区分を設け、又は一般ファイルと独立の医療ファイルを設けて、医療支援給付関係書類を常時分類整理して編綴すること。

11　非指定医療機関の診療報酬請求

急迫等のやむを得ない理由により非指定医療機関に患者の診療を委託したときは当該診療に対する報酬を、所定の様式による診療報酬明細書及び診療報酬請求書（これによりがたいときは任意の請求書）により、委託した支援給付の実施機関の長に請求させるものとすること。

第３　医療支援給付指定機関

支援法による医療支援給付のための医療を担当する機関は、生活保護法に基づく指定医療機関の指定を受けているものについて、支援給付の医療機関としても指定するものとすること。

この場合の指定手続き等は次によるものとする。

１　平成２０年４月１日前に生活保護法により指定を受けた医療機関については、支援法附則第３条により指定を受けたものとみなす。

２　平成２０年４月１日以後、新たに生活保護法による指定医療機関の指定を受けた医療機関については同時に支援給付の指定を行うものとする。

この場合、生活保護法による指定申請様式において、支援給付の申請である旨を明らかにすれば、同一の書面で提出させて差し支えないこと。

第４　診療報酬の審査及び支払

１　診療報酬の審査及び支払

⑴　審査、支払機関

診療報酬審査機関は、社会保険診療報酬支払基金審査委員会又は社会保険診療報酬支払基金の主たる事務所に設けられた特別審査委員会（以下単に「審査委員会」という。）とし、支払機関は支払基金とすること。

⑵　委託契約

審査及び支払に関する事務の委託につき、都道府県知事及び市町村長は支払基金幹事長と昭和２９年４月２８日付社発第３５３号厚生省社会局長・児童家庭局長通知に定めるところにより契約を締結し、覚書を交換すること。

⑶　審査及び支払の事務処理

都道府県知事及び市町村長は、支払基金事務所の支部から送付された診療報酬明細書、訪問看護療養費明細書又は併用分患者についてはこれらに代えて作成された連名簿（以下「明細書等」という。）を、医療券を発行した支援給付の実施機関に送付すること。

２　診療報酬の決定

⑴　都道府県知事は、支払基金における審査の終了した明細書等について検討し、診療報酬額を決定することができるものであるが、診療報酬額の適否について審査委員会の審査を経ることになっているので、都道府県知事における診療報酬の決定の際には、特に、被支援者の本人支払額との関係等医療支援給付における特異な点につき審査を行なうものとし、診療内容につき疑義のある場合は、審査委員会に再審査を求めたうえで診療報酬額を決定すること。

なお、再審査の結果につき疑義のある場合は、都道府県及び審査委員会の双方において十分協議したうえで額を決定するものとすること。

⑵　知事決定の内容のうち、査定分については審査録を作成し、支払基金等の再審査に附したものについては、再審査結果を確認すること。

３　審査及び決定に関する注意事項

⑴　都道府県本庁主管課長は、支払基金幹事会に出席し、同会の状況を把握し、必要な事項はこれを要請するものとすること。

⑵　医系職員は、支払基金の審査状況を把握し、診療方針等に関し、必要な事項はこれを要請するものとすること。

⑶　支払基金審査と知事決定との円滑な実施を図るため、なるべく医系職員を審査委員会の委員として支払基金審査に参加させるように努めること。

⑷　支援法関係の診療報酬明細書の審査の際、社会保険診療報酬支払基金法第１８条の規定に基づく診療担当者の出頭による審査を積極的に活用するよう、審査委員会に対し十分連絡要請すること。

⑸　診療報酬の額について過誤払いがあったときは、支払基金等に通知し、翌月以降において支払うべき診療報酬金額からこれを控除するよう措置すること。この場合、当該返還額について都道府県知事の決定手続を行なうこと。ただし、過誤払いがあった当該医療機関に翌月以降において控除すべき診療報酬がない場合は、これを返還させるよう措置すること。

４　診療報酬以外の費用の支払等

⑴　治療材料費、施術料、看護料等の支払

治療材料費、施術料及び訪問看護における基本利用料以外の利用料に相当する費用については、支援給付の実施機関の長は、請求関係書類を審査し、請求額を確認した上、これを請求者に支払うこと。

なお、訪問看護における基本利用料以外の利用料に相当する費用については、指定訪問看護事業者に利用料請求書を当月分について作成させ、翌月１０日までに医療券を発行した支援給付の実施機関の長に提出させるものとする。

⑵　非指定医療機関に対する診療報酬支払

支援給付の実施機関の長は、第２の１１により請求を受けたときは、必要に応じ都道府県知事の技術的な助言を受け、請求関係書類を審査した上で、請求者に支払うこと。

当該審査は、当該患者の傷病の緊急性、転医の要否等に注意して行なうこと。

⑶　支援給付が遡及決定された場合等の医療費の支払

支援給付の実施機関の長は、支援給付が遡及決定された場合等で、支援給付申請以後の被支援者の医療費を真にやむを得ない事情のため当該被支援者が支払った場合は、その者にこれを金銭給付して差しつかえないこと。

第５　指導及び検査

指定医療機関に対する指導・検査については、生活保護法による指導・検査が行われている場合は別途行う必要はないものであること。

必要に応じ支援法に基づく指導・検査を行う場合には生活保護法の取扱いに準じて実施すること。

第６　精神医療取扱要領

精神医療については、一般の取扱いによるほか、次によること。

１　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２９条の規定に基づく措置入院の要件に該当する精神医療の取扱手続

⑴　支援給付の実施機関の長は、要支援者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２９条の規定に基づく措置入院の要件に該当すると思われる者であるときは、（２）以下に定めるところによって取り扱うこと。

なお、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２９条の規定に基づく措置入院の基準については、昭和６３年４月８日厚生省告示第１２５号で定められているものであること。

⑵　医療支援給付による入院の申請を行なった要支援者が、精神障害者若しくはその疑いのある者又は覚せい剤の慢性中毒患者若しくはその疑いのある者であるときは、国若しくは都道府県の設置した精神科病院又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による指定病院（同時に指定医療機関であるもの）と連絡をとり、当該要支援者を入院させなければ当該疾患のため自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれがあると思われるときは、もよりの保健所長を経由し、都道府県知事（指定都市市長を含む。３を除き、以下同じ。）に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２２条に規定する申請を行なうと同時に３の要領により医療支援給付による申請を行なうこと。

なお、この場合、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２２条の申請結果が判明するまでは原則として医療支援給付の決定を行なわないこと。

⑶　（２）の申請を行った要支援者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院の要件に該当したときは、都道府県知事からその旨支援給付の実施機関の長に通知があるので、その通知を受理したときは、直ちに医療支援給付の申請を却下し、この旨要支援者に通知すること。

また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院の要件に該当しなかったときは、３の要領により、医療支援給付による入院の要否を判定すること。

⑷　医療支援給付により入院している被支援者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院の要件に該当すると思われるときは、直ちに指定医療機関からその旨の連絡を求め、必要と認められる場合、（２）に準じて精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第２２条に規定する申請を行なうこと。

なお、この被支援者に関して前記の申請をするときは、被支援者であることを証する書類を添付すること。

⑸　（４）の申請を行った被支援者に関して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院の要件に該当したときは、都道府県知事からその旨支援給付の実施機関の長に通知があるので、その通知を受理したときは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院決定日の前日限りで医療支援給付を廃止し、被支援者及び指定医療機関にこの旨を通知すること。

また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院の要件に該当しなかったときは、３の要領により、医療支援給付による継続入院の要否を判定すること。

ただし、既に３の要領に基づいて判定された入院承認期間がある者についてはこの限りでないこと。

⑹　都道府県（指定都市及び中核市を含む。）民生部（局）は、昭和２９年１１月１７日社発第９０４号厚生省社会局長、同公衆衛生局長通知「生活保護法による医療扶助と公衆衛生法規との関係について」に基づいて要支援者の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院が適正に行なわれているか否か常時検討し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の措置入院となるべきケースを医療支援給付によって肩替りすることがないよう、当該都道府県衛生部（局）と適宜連絡をとり、それらに基づいて適切な措置を講ずること。

２　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成１７年法律第１２３号）第５条第２２項の自立支援医療（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成１８年政令第１０号）第１条第３号の精神通院医療に限る。以下「精神通院医療」という。）の対象となる精神疾患に係る医療の取扱手続

⑴　支援給付の実施機関の長は、支援法による医療支援給付の申請があった場合にお

いて、当該要支援者が精神通院医療の対象となる入院外医療を必要とする精神障害及び精神障害に付随する軽易な傷病を有する者であると思われるときは、直ちに精神通院医療の支給認定の申請手続を行うよう指導すること。ただし、現に精神通院医療の支給認定を受けているものについては所定の手続きにより医療支援給付の要否を決定すること。

なお、精神通院医療の支給認定の申請手続きを行う場合には、所定の申請書、診断書及び課税状況等の判る資料のほか、別に前記診断書の写し一部を添付して市町村長を経由し、都道府県知事に対して提出させること。

また、この申請を行なった場合で、支援給付の実施機関の長の交付した医療要否意見書があるときは、その意見書に精神通院医療の支給認定の申請をしたこと及び所要の医療費概算額のみを記入して、支援給付の実施機関の長に提出するよう指導すること。

⑵　（１）の申請に要する診断書作成及び手続協力のための費用については、３，０００円以内の額を、医療機関の請求に基づき、支援給付の実施機関払いの医療支援給付費として支払って差し支えないこと。

⑶　（１）の申請を行った要支援者に関する精神通院医療に係る支給認定を行ったかどうかについては、都道府県知事から市町村長を通じ次の資料をもって支援給付の実施機関の長に通知があるので、当該通知を受理したときは、通知に伴い送付された資料及び（１）の医療要否意見書等を審査し、医療支援給付の要否を決定すること。

なお、精神通院医療の支給認定却下通知を受けた者については、特に当該要支援者の病状について慎重に審査し、必要なときは指定医療機関に照会したうえ、医療支援給付の要否を決定すること。

ア　精神通院医療の支給認定が行われたとき　医療受給者証（及び診断書）の写し

イ　精神通院医療の支給認定が行われなかったとき　却下通知書（及び診断書）の写し

⑷　支援給付の実施機関の長は、精神通院医療に係る支給認定を受けた被支援者に対しては、精神通院医療の対象となる入院外医療については、医療支援給付を行わないものであること。

なお、前記の被支援者に支給認定の行われない併発疾病のある場合には、一般の例により発行される医療要否意見書の「主要症状」欄には精神障害に関する病状を記載することは必要ないものであること

３　精神疾患入退院取扱要領

⑴　支援給付の実施機関の長は、医療支援給付による精神疾患に係る患者の入院を決定しようとするときは、指定医療機関に対して精神疾患入院要否意見書の提出を求めること。

なお、この取扱いは、新規の医療支援給付による入院、入院外医療支援給付の変更による入院及び入院医療支援給付の継続の場合のすべてに適用するものであること。

また、入院医療支援給付の継続の場合は、当該入院の決定時から６か月（６か月の範囲内において、都道府県知事（指定都市及び中核市の市長を含む。（２）において同じ。）が期間を定めた場合には当該期間）又は（３）によって支援給付の実施機関の長が定めた期間ごとに精神疾患入院要否意見書の提出を求めること。

⑵　（１）による精神疾患入院要否意見書を受理した支援給付の実施機関の長は、当該意見書を審査し、入院の要否について疑義があると認められるものについては、都道府県知事に技術的な助言を求め、その結果に基づいて入院の要否を決定すること。

なお、この協議にあたっては精神疾患入院要否意見書のほか、精神疾患入院要否判定補助カード（様式第１０号）を整備のうえ、これを添付すること。

⑶　支援給付の実施機関の長は、入院期間を決定する場合は６か月の範囲内において定めること。

別紙第１号

他法関係

(1)　母体保護法関係

支援給付の実施機関の長は、要支援者が医療支援給付によって人工妊娠中絶又は不妊手術を受けようとするときは、それらの診療を行うべき母体保護法による指定医師(同時に法による指定医療機関であるもの)と連絡をとり、当該人工妊娠中絶又は不妊手術が、母体保護法によって認められるものであるかどうかを支援給付申請書若しくは傷病届の検討調査又は医療要否意見書の検討の過程において確認すること。

(2)　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律関係

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）における一類感染症、二類感染症若しくは指定感染症(政令により同法第１９条又は第２０条が準用されるものに限る。以下同じ。)の患者又は新感染症の所見がある者については、同法に基づき次の各号に掲げる施策が講じられるものであるから、支援給付の実施機関の長は、要支援者がこれに該当する場合には、当該要支援者に対し公費負担の申請を指導すること。

特に、エに掲げる結核に係る医療については、医療支援給付で医療に係る費用の１００分の５を支給する必要があることからも、保健所との連携を図り、公費負担の申請・承認状況について適宜確認するなどにより、施策の活用に遺漏がないよう努めること。

なお、これらの施策に該当しないものについては、一般の例により十分に調査を行った上で、医療支援給付を適用して差し支えないこと。

ア　感染症法第１９条若しくは第２０条(これらの規定を第２６条において準用する場合を含む。)又は第４６条の規定により入院の勧告又は入院の措置が実施された一類感染症、二類感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者が感染症指定医療機関において受ける医療に要する費用の負担

イ　アの患者等に対する感染症法第４２条の規定に基づく療養費の支給

ウ　アの患者等に対する感染症法第２１条(第２６条において準用される場合を含む。)又は第４７条に規定する移送

エ　感染症法第３７条の２の規定により結核患者が結核指定医療機関において受ける医療に要する費用の１００分の９５の負担

(3)　ハンセン病問題の解決の促進に関する法律関係

国立ハンセン病療養所（以下、この項において「療養所」という。）の入所者に関しては、ハンセン病問題の解決の促進に関する法律によって療養所において医療が提供されるものであることから、支援給付の実施機関の長は、要支援者が療養所に再入所した場合には医療支援給付は適用されないものであ

ること。

なお、療養所の入所者が他病を併発して医療を要する場合には、当該医療は同所によって提供されるので医療支援給付の適用の余地はないものであること。また、当該入所者の出身世帯の医療支援給付関係事務は、生活保護関係事務職員に併任されたハンセン病対策関係事務職員が引き続き行うものであること。

(4)　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律関係

原子爆弾の被爆者に対しては、次の各号のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって医療の給付又は医療費の支給が行なわれるものであるから、支援給付の実施機関の長は、要支援者がこれに該当すると思われるときは、同法による指定医療機関又は被爆者一般疾病医療機関及び保健所又は都道府県衛生部(局)(広島市又は長崎市に居住する要支援者については、当該市の衛生課)と連絡をとり、当該要支援者が同法による医療の給付又は医療費の支給を受けるよう配意すること。ただし、次の各号に該当しない場合は、医療支援給付を適用して差し支えないこと。

ア　原子爆弾の傷害作用に起因する負傷又は疾病(以下「原爆症」という。)に関しては、同法第１０条第１項の規定により医療の給付が行われるものであること。

なお、その者が原爆症以外の一定の傷病を併発した場合には、当該傷病についても同法により医療費の負担が行われるものであること。

イ　被爆者については、原爆症以外の傷病(遺伝性疾病、先天性疾病、被爆時以前にかかった精神疾患及びC_1、C_2のう歯を除く。)に関しても、同法第１８条第１項の規定により医療費の負担が行われるものであること。

(5)　麻薬及び向精神薬取締法関係

麻薬、大麻若しくはあへんの慢性中毒者(以下「麻薬中毒者」という。)の治療に関しては、麻薬及び向精神薬取締法によって措置すべきものであるから、支援給付の実施機関の長は、要支援者が麻薬中毒者又はその疑いのある者であるため医療を受けさせようとするときは、各都道府県薬務主管課に連絡をとり、麻薬中毒者医療施設において医療を受けさせること。

なお、麻薬及び向精神薬取締法による措置入院患者が麻薬中毒以外の疾病(以下「合併症」という。)を治療する必要がある場合におけるその合併症に対する医療費については、原則として麻薬及び向精神薬取締法により負担されるものであるが、当該措置入院者が現に入院している麻薬中毒者医療施設以外の医療機関で医療を受けた場合における医療費については、同法では負担されないものであること。ただし、措置入院者が入院している麻薬中毒者医療施設において、その者の合併症に対する治療を行うことができない場合で、当該施設が適当な医師を嘱託し、又は都道府県知事が他の適当な麻薬中毒者医療施設に転院させる等の方法により合併症の治療を行うことを認める場合に

おける医療費については、同法により負担されるものであること。

(6)　社会保険関係

ア　支援給付の実施機関の長は、医療支援給付によって医療を受けようとする要支援者が社会保険の被保険者又は被扶養者であると思われるときは、日本年金機構又は全国健康保険協会、年金事務所、健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、保険医療機関等と連絡をとり、次の各号の事項を、支援給付申請書若しくは傷病届の検討、調査の過程において確認すること。

（ア）当該要支援者が、健康保険、各種共済組合、国民健康保険、船員保険又は労働者災害補償保険の給付を受けることができるものであるかどうか。

（イ）当該社会保険の保険者

（ウ）当該社会保険の当該要支援者に対する給付率及び給付期間

（エ）当該傷病に対する医療が、当該社会保険の給付の範囲内のものであるかどうか。

（オ）当該社会保険による給付を受けるために患者が必要とする一部負担金

（カ）当該社会保険による高額療養費支給制度又は高額医療・高額介護合算制度が当該要支援者に適用されているかどうか。

イ　支援給付の実施機関の長は高額療養費支給制度又は高額医療・高額介護合算制度の適用により支援給付を要しなくなる者については、支援給付の申請を却下し、又は支援給付を廃止することとなるが、その場合は、この措置が要支援者の利益となることを十分説明するとともに、高額療養費支給制度又は高額医療・高額介護合算制度の適用が償還払いにより行われるときは、その間生活に困窮する場合が生ずることも考えられるので、他法、他施策の活用あっせん等の援助について十分配慮すること。

(7)　国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律関係

社会保険関係のうち、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律関係は、次によって取り扱うこと。

ア　法による支援給付を受けた世帯の世帯員は、その世帯が支援給付を受けなくなるまでは、支援給付を停止されている間を除き、市町村又は特別区の行う国民健康保険及び後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者の被保険者となることはできないから、市町村、特別区又は広域連合の区域内に住所を有する者に係る支援給付の開始、停止又は廃止の処分が行われたときは、その旨を市町村、特別区又は広域連合の長に連絡すること。

この場合、「支援給付」とは、法第１４条第２項に規定する支援給付をいい、施設事務費のみの対象となるもの(平成 20 年 3 月 31 日社援発 0331008 号本職通知「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援

給付の実施要領について」第８の２の(5)のウの(ア)に該当するものを除く。)は含まれないものであること。

イ　国民健康保険法第６条第６号及び高齢者の医療の確保に関する法律第５１条の規定により同法の適用を除外されている世帯で、本人支払額が国民健康保険料又は後期高齢者医療の保険料相当額等(国民健康保険法又は後期高齢者医療の適用を受けた場合の保険料及び自己負担額並びに医療支援給付の給付対象で保険給付の対象とならない治療材料及び医師が往診する際の交通費)を上回るに至った世帯については、中国残留邦人等支援法による支援給付を廃止して国民健康保険又は後期高齢者医療に加入させること。

ウ　国民健康保険加入世帯又は加入し得る世帯から新規に医療支援給付の申請があった場合は、イに準じて支援給付開始時の要否判定を行うこと。

(8)　社会福祉関係

支援給付の実施機関の長は、医療支援給付によって医療を受けようとする要支援者が社会福祉関係の各種給付を受けることができる者であると思われるときは、支援給付の実施機関社会福祉関係係(課)、本庁社会福祉担当課、市町村社会福祉協議会、自立支援医療等を担当する指定医療機関等と連絡をとり、次の各号の事項を支援給付申請書若しくは傷病届の検討、調査又は各給付要否意見書の検討の過程において確認すること。

ア　当該要支援者が自立支援医療等によって医療等の給付を受けることができるものであるかどうか。

イ　当該傷病に対する医療が、自立支援医療等による給付の範囲内のものであるかどうか。

ウ　当該要支援者が、生活福祉資金制度によって貸付けを受けることを適当とするものであるかどうか。

(9)　行刑機関、警察官署等との関係

行刑機関、警察官署等に拘束されている者が発病した場合には、これに対する医療は、原則として、刑事行政の一環として措置されるべきものであるが、法定の事由に基づきこれが釈放される場合には、あらかじめ支援給付の実施機関の長と行刑機関との間で連絡をとり、行刑機関等から釈放すべき理由を記載した手続書類の提出を受けた上、一般の手続を進行させるものとすること。

(10) 難病の患者に対する医療等に関する法律関係

ア　支援給付の実施機関の長は、支援法による医療支援給付の申請があった場合において、当該要支援者が、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条に規定する特定医療費（以下「特定医療費」という。）の対象となる医療を必要とする指定難病の患者であると思われるときは、直ちに難病指定医による診断を受けるよう指導すること。

ただし、現に特定医療費の支給認定を受けているものについては、所定の手続により医療支援給付の要否を決定すること。

イ　特定医療費の支給認定に係る申請（以下「特定医療費申請」という。）に要する診断書（臨床調査個人票）の作成及び手続協力のための費用については、5,000 円以内の額を、医療機関の請求に基づき、支援給付の実施機関払いの医療支援給付費として支払って差し支えないこと。なお、診断書（臨床調査個人票）の添付書類における、複写フィルムや電磁的記録媒体（CD-R 等）にかかる費用については、添付書類ごとにそれぞれ 1,000 円以内の額を医療機関の請求に基づき、支援給付の実施機関払いの医療支援給付費として支払って差し支えないこと。

ウ　難病指定医による診断後、特定医療費の支給認定の申請手続を行うよう指導すること。その際、所定の申請書に診断書（臨床調査個人票）、住民票、支援給付受給者であることを証明する書類等を添付して、都道府県特定医療費担当課に対して提出させること。

エ　特定医療費申請が行われ、都道府県特定医療費担当課において、軽症であることを理由に却下された者については、指定難病に係る医療費が軽症高額該当基準に該当する場合（指定難病に係る医療費（指定難病の発症月以降のものに限る。）が 33,330 円を超えた月数が申請月の属する月以前 12 月以内に３月以上ある場合）には、都道府県特定医療費担当課に対し、医療費を証明する書類を添付して再申請させること。

なお、医療費の証明方法については、申請者が作成した医療費申告書とともに、医療費の額を証明する領収書又は支援給付の実施機関が診療報酬明細書等により確認した医療費を証明する書面等を添付して証明を行うが、要支援者に対して診療報酬明細書等を交付する場合には、「診療報酬明細書等の被保護者への開示について」（平成９年８月 15 日社援保第 151 号厚生省社会・援護局長通知）における取扱いに留意すること。また、当該特定医療費申請前に難病の医療費助成に係る支給認定を受けたことのある者については、都道府県特定医療費担当課から医療受給者証とともに、自己負担上限額管理票が交付されていることから、当該支給認定期間に係る医療費については、これにより証明が行われること。

オ　要支援者が特定医療費申請を行った場合で、支援給付の実施機関の長の交付した医療要否意見書等があるときは、その意見書に特定医療費の申請をしたこと及び所要の医療費概算額のみを記入して、支援給付の実施機関の長に提出するよう指導すること。

カ　申請を行った要支援者に関する特定医療費の支給認定については、都道府県特定医療費担当課から次の資料をもって申請者に通知があるので、認定結果について申請者である当該要支援者に確認の上、当該資料の写し及び医療要否意見書等を審査し、医療支援給付の要否を決定すること。

なお、特定医療費の支給認定却下通知を受けた者については、特に当該要支援者の病状について慎重に審査し、必要なときは指定医療機関に照会したうえ、医療支援給付の要否を決定すること。

（ア）特定医療費の支給認定が行われたとき

医療受給者証（及び診断書）

（イ）特定医療費の支給認定が却下されたとき

却下通知書（及び診断書）

キ　支援給付の実施機関の長は、特定医療費に係る支給認定を受けた被支援者に対して、特定医療費の支給認定の有効期間においては、特定医療費の支給対象となる医療について、医療支援給付を行わないものであること。

なお、支給認定が行われた被支援者に特定医療費の対象とならない併発疾病のある場合には、医療要否意見書の「主要症状」欄には難病に関する病状を記載することは必要ないものであること。

別紙第２号

治療指針・使用基準関係

　指定医療機関（医療保護施設を含む。以下同じ。）が医療を担当する場合における診療方針は国民健康保険法第４０条第１項の規定により準用される保険医療機関及び保険医療養担当規則第２章保険医の診療方針並びに保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第８条調剤の一般的方針又は老人保健法第３０条第１項の規定に基づく老人保健法の規定による医療の取扱い及び担当に関する基準第２章保険医による医療の担当及び第３０条調剤の一般方針によるが、特に次のものに留意すること。

性病の治療

　昭和３８年６月７日保発第１１号　厚生省保険局長、公衆衛生局長連名通知による「性病の治療指針」

結核の治療

　昭和３８年６月７日保発第１２号　厚生省保険局長通知による「結核の治療指針」

　昭和６１年３月７日厚生省告示第２８号による「結核医療の基準」

高血圧の治療

　昭和３６年１０月２７日保発第７３号　厚生省保険局長通知による「高血圧の治療指針」

慢性胃炎、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療

　昭和３０年８月３日保発第４５号　厚生省保険局長通知による「社会保険における慢性胃炎、胃十二指腸潰瘍の治療指針」

精神科の治療

　昭和３６年１０月２７日保発第７３号　厚生省保険局長通知による「精神科の治療指針」

抗生物質製剤による治療

　昭和３７年９月２４日保発第４２号　厚生省保険局長通知による「抗生物質の使用基準」

副腎皮質ホルモン、副腎皮質刺戟ホルモン及び性腺刺戟ホルモンによる治療

　昭和３７年９月２４日保発第４２号　厚生省保険局長通知による「副腎皮質ホルモン、副腎皮質刺戟ホルモン及び性腺刺戟ホルモンの使用基準」

歯槽膿漏症の治療

　昭和４２年７月１７日保発第２６号　厚生省保険局長通知による「歯槽膿漏症の治療指針」

歯科診療における抗生物質製剤による治療

　昭和３７年９月２４日保発第４２号　厚生省保険局長通知による「歯科領域における抗生物質の使用基準」

別紙第３号の１

協定書案

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第 30 号。以下「支援法」という。）による指定施術機関が同法に基づいて患者の施術を行うについて、都道府県知事(指定都市又は中核市の市長)(以下「甲」という。)と都道府県(指定都市又は中核市)施術組合会(理事)長(以下「乙」という。)との間に下記の通り協定を締結する。

第１条　乙は、支援法による指定施術者である会員(以下「会員」という。)をして指定医療機関医療担当規程第１３条の規定に基づき患者の施術を担当させるときは、同担当規程に定めるところによるほか本協定によるものとする。

第２条　施術料金は別紙のとおりとする。

第３条　甲は、施術内容及び施術料金請求の適否を調査するため必要があると認めたときは、乙又は会員に対して必要と認める事項の報告を命じ、又は当該職員に、当該会員について、実地にその設備若しくは施術録その他の帳簿書類を検査させることができる。

第４条　甲は、乙がこの協定による義務を履行せず、施術等について著しい支障を来たし、又は来たすおそれがあると認めるときは、いつでもこの協定を解除することができるものとする。

第５条　この協定の有効期間は、令和　年　月　日から令和　年　月　日までとする。

第６条　この協定の終了１箇月前までに協定当事者の何れか一方より何等の意思表示をしないときは、終期の翌月において向う一箇年間協定を更新したものとみなす。

前記協定の確実を証するため本書２通を作成し双方署名捺印の上、各１通を所持するものとする。

令和　　年　　月　　日

都道府県知事(指定都市又は中核市の市長)　　氏　　名 ㊞

都道府県(指定都市又は中核市)施術組合会(理事)長　氏　　名 ㊞

別紙第３号の２

あん摩・マッサージの施術料金の算定方法

あん摩・マッサージ師の施術に係る費用の額は、次に定める額により算定するものとする。

１　施術

（１）　マッサージを行った場合

１局所１回につき　　４７０円
２局所１回につき　　９４０円
３局所１回につき　１，４１０円
４局所１回につき　１，８８０円
５局所１回につき　２，３５０円

注１　「１局所につき」とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの軀幹をそれぞれ１局所として、全身を５局所とするものである。

注２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき２５０円を加算する。なお、片道１６キロメートルを超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

注３　同一の患者に対する月 16 回以降の施術については、マッサージについて所定料金の 100 分の 50 に相当する額により算定する。

（２）　訪問施術料

①　訪問施術料１

１局所１回につき　２，７７０円
２局所１回につき　３，２４０円
３局所１回につき　３，７１０円
４局所１回につき　４，１８０円
５局所１回につき　４，６５０円

②　訪問施術料２

１局所１回につき　１，６２０円
２局所１回につき　２，０９０円
３局所１回につき　２，５６０円
４局所１回につき　３，０３０円
５局所１回につき　３，５００円

③　訪問施術料３

（３人～９人の場合）

１局所１回につき　　９３０円
２局所１回につき　１，４００円
３局所１回につき　１，８７０円

４局所１回につき　２，３４０円
５局所１回につき　２，８１０円

④　訪問施術料４

（10 人～19 人の場合）

１局所１回につき　　６２０円
２局所１回につき　１，０９０円
３局所１回につき　１，５６０円
４局所１回につき　２，０３０円
５局所１回につき　２，５００円

⑤　訪問施術料５

（20 人以上の場合）

１局所１回につき　　５４０円
２局所１回につき　１，０１０円
３局所１回につき　１，４８０円
４局所１回につき　１，９５０円
５局所１回につき　２，４２０円

注１　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき２５０円を加算する。

注２　片道１６キロメートルを超える場合の訪問施術料及び特別地域加算は、訪問施術を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

注３　同一の患者に対する月１６回以降の施術については、訪問施術料について所定料金の１００分の５０に相当する額により算定する。

注４　訪問施術料４又は５を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率（訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。）が１００分の９０以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金（一連の施術において算定される全ての料金）について１００分の８０に相当する額により算定する。なお、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

（３）　温罨法を（１）又は（２）と併施した場合

１回につき１８０円加算

注１　温罨法と併せて、施術効果を促進するため、あん摩・マッサージの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合にあっては、３００円とする。

注２　同一の患者に対する月１６回以降の施術については、所定料金の１００分の５０に相当する額により算定する。

（４）　変形徒手矯正術を（１）又は（２）と併施した場合

１肢１回につき４７０円加算

注１　変形徒手矯正術と温罨法との併施は認められない。

注２　変形徒手矯正術に係る医師の同意書の有効期間は１月以内とし、医療上１月を超える場合は、改めて同意書の添付を必要とするものである。

注３　同一の患者に対する月１６回以降の施術については、所定料金の１００分の５０に相当する額により算定する。

２　往療料

患者１人１回につき２，３００円

注１　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

なお、片道16キロメートルを超える往療とは、施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

注２　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が突発的に発生したこと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。

注３　往療料は、治療上真に必要があると認められる場合に支給できること。治療上真に必要があると認められない場合又は単に患家の求めに応じた場合については、往療料は支給できないこと。

注４　往療料は、その突発的に発生した往療を行った日の翌日から起算して１４日以内については、往療料は支給できないこと。

注５　定期的ないし計画的な訪問施術を行っている期間において突発的に発生した往療については、訪問施術料は支給せず、施術料及び往療料を支給する。ただし、当該患者が当該往療の後も引き続き、通所して治療を受けることが困難な状況で、患家の求めに応じて患家に赴き定期的ないし計画的に行う施術については、訪問施術料の支給対象とする。

３　施術報告書交付料　４８０円

注　施術報告書交付料を支給する施術費給付請求明細書には、施術者より記入を受けた施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。

また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

４　明細書発行加算　１０円

注　患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

５　実施上の留意事項

その他実施に当たっての細目については、国民健康保険の例によること。

別紙第３号の３

柔道整復師の施術料金の算定方法

柔道整復師の施術に係る費用の額は､次に定める額により算定するものとする。

１　初検、往療及び再検

初　検　料	１，５６０円
初検時相談支援料	１００円
往　療　料	２，３００円
再　検　料	４２０円

注１　当該施術所が表示する施術時間以外の時間(休日を除く。)又は休日において初検を行った場合は、それぞれ所定金額に５４０円又は１，５６０円を加算する。ただし、午後１０時から午前６時までの間にあっての加算金額は３，１２０円とする。

注２　初検時相談支援料は、初検時において、患者に対し、施術に伴う日常生活等で留意すべき事項等をきめ細やかに説明し、その旨施術録に記載した場合に算定する。

注３　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，５５０円を加算する。

注４　夜間、難路又は暴風雨時若しくは暴風雪時の往療については、所定金額(注３による加算金額を含む。)のそれぞれ１００分の１００に相当する金額を加算する。

注５　２戸以上の患家に対して引き続いて往療した場合の往療順位第２位以下の患家に対する往療距離の計算は、当該施術所の所在地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とする。

注６　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

注７　往療料は、下肢の骨折又は不全骨折、股関節脱臼、腰部捻挫等による歩行困難等真に安静を必要とするやむを得ない理由により患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に算定できるものであり、単に患者の希望のみにより又は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算定できないこと。

注８　再検料の算定は、初回及び２回目の後療日に限る。

２　骨折

骨折	整復料	後療料
1　鎖骨	５，５００円	８５０円
2　肋骨	５，５００円	
3　上腕骨	１１，８００円	
4　前腕骨	１１，８００円	
5　大腿骨	１１，８００円	
6　下腿骨	１１，８００円	
7　手根骨・足根骨	５，５００円	
8　中手骨、中足骨、指(手・足)骨	５，５００円	

注１　関節骨折又は脱臼骨折は、骨折の部に準ずる。
注２　医師により後療を依頼された場合で、拘縮が２関節以上に及ぶ場合の後療料は１，０９０円とする。

３　不全骨折

不全骨折	固定料	後療料
1　鎖骨、胸骨、助骨	４，１００円	７２０円
2　骨盤	９，５００円	
3　上腕骨、前腕骨	７，３００円	
4　大腿骨	９，５００円	
5　下腿骨	７，３００円	
6　膝蓋骨	７，３００円	
7　手根骨、足根骨、中手骨、中足骨、指(手・足)骨	３，９００円	

注　医師により後療を依頼された場合で、拘縮が２関節以上に及ぶ場合の後療料は９６０円とする。

４　脱臼

脱臼	整復料	後療料
1　顎関節	２，６００円	７２０円
2　肩関節	８，２００円	
3　肘関節	３，９００円	
4　股関節	９，３００円	
5　膝関節	３，９００円	
6　手関節、足関節、指(手・足)関節	３，９００円	

注　脱臼の際、不全骨折を伴った場合は、脱臼の部に準ずる。

５　打撲及び捻挫

打　撲　及　び　捻　挫	施　療　料	後　療　料
1　打　撲 2　捻　挫	７７０円	５５０円

注１　不全脱臼は捻挫の部に準ずる。

注２　施術料は、次に掲げる部位を単位として算定する。

（打撲の部分）

頭部、顔面部、頸部、胸部、背部(肩部を含む)、上腕部、肘部、前腕部、手根・中手部、指部、腰殿部、大腿部、膝部、下腿部、足根・中足部、趾部

（捻挫の部分）

頸部、肩関節、肘関節、手関節、中手指・指関節、腰部、股関節、膝関節、足関節、中足趾・趾関節

６　備考

（１）後療において強直緩解等のため、温罨法を併施した場合には、１回につき８０円を、また施術効果を促進するため、柔道整復の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合には電療料として、1回につき４６円を加算する。但し、いずれの場合であっても、骨折又は不全骨折の場合にあってはその受傷の日から起算して７日間、脱臼、打撲、不全脱臼又は捻挫の場合にあってはその受傷の日から起算して５日間については、当該加算を行わないものとする。

（２）冷罨法を併施した場合(骨折又は不全骨折の場合にあっては、その受傷の日から起算して７日間に限り、脱臼の場合にあっては、その受傷の日から起算して５日間に限り、打撲又は捻挫の場合にあっては、受傷の日又はその翌日の初検の日に限るものとする。)は、１回につき８０円を加算する。

（３）施術部位が２部位以上の場合は、後療料、温罨法料、冷罨法料及び電療料について、２部位目は所定料金の１００分の８０に相当する額により算定し、3部位目は所定料金の１００分の６０に相当する額により算定する。なお、４部位目以降に係る費用については、３部位目までの料金に含まれる。

（４）初検日（初検料を算定できない場合を含む。以下この項において同じ。）を含む月から起算して５か月を超える月における施術(骨折又は不全骨折に係るものを除く。)については、後療料、温罨法料、冷罨法料及び電療料について所定料金（（３）により算定されたものを含む。)の１００分の７５に相当する額により算定する。

ただし、初検日を含む月以降の連続する５か月以上の期間において１月につき１０回以上の施術（骨折又は不全骨折に係るものを除く。）を行っていた場合は、当該連続する５か月の翌月以降に行う施術（骨折又は不全骨折に係るものを除く。）については、後療料、温罨法料、冷罨法料及び電療料について、所定料金（（３）により算定されたものを含む。）の１００分の５０に相当する額により算定する。この場合において、所定料金の１００分の５０に相当する額と、所定料金の１００分の７５に相当する額との差額の範囲内に限り、所定料金の１００分の５０に相当する額により算定した額を超える金額の支払いを患者から受けることができる。

（５）初検日（初検料を算定できない場合を含む。）を含む月から起算して５か月を超えて、継続して３部位以上の施術（骨折又は不全骨折に係るものを含む。）を行った場合は、（３）及び（４）による方法に代えて、あらかじめ地方厚生（支）局長及び都道府県知事に届け出た施術所において施術を行う柔道整復師に限り、施術部位数に関係なく、後療料、温罨法料、冷罨法料及び電療料として、１回につき１，２００円を算定する。

（６）骨折、脱臼の整復又は不全骨折の固定に当たり、特に施療上、金属副子、合成樹脂副子又は副木・厚紙副子（以下「金属副子等」という。）を必要とし、これを使用した場合は、整復料又は固定料に１，０００円を加算する。

なお、金属副子等の交換が必要となった場合は、２回まで後療料に１，０００円を加算できることとする。

（７）骨折、不全骨折又は脱臼に係る施術を行った後、運動機能の回復を目的とした各種運動を行った場合に柔道整復運動後療料として算定できる。

① 負傷の日から１５日間を除き、１週間に１回程度、１か月（暦日）に５回を限度とし、後療時に算定できる

② 当該負傷の日が月の１５日以前の場合及び前月から施術を継続している者で、当該月の１６日以降に後療が行われない場合には、当該月について２回を限度に算定できる。

③ 部位、回数に関係なく１日３２０円とし、２０分程度、柔道整復の一環としての運動による後療を実施した場合に算定できる。

（８）骨折、不全骨折又は脱臼に係る応急施術を行った後に、保険医療機関に対して施術の状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、施術情報提供料として１，０００円を算定する。

（９）患者から本人支払額の支払いを受けるときは明細書を有償で交付する施術所である旨をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出た施術所以外の施術所において、明細書を無償で交付する旨を施術所内に掲示し、明細書を無償で患者に交付した場合は、明細書発行加算として、１０円を算定する。

7　実施上の留意事項

その他実施に当たっての細目については、国民健康保険の例によること。

別紙第３号の４

はり・きゅう施術料金の算定方法

１　施術

（１）初検料

①　１術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合

２，０００円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合

２，３２０円

（２）施術料

①　１術(はり又はきゅうのいずれか一方)の場合

１回につき　１，６５０円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合

１回につき　１，８２０円

注１　はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として１回につき１００円を加算する。

注２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき２５０円を加算する。なお、片道１６キロメートルを超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

注３　同一の患者に対する月１６回以降の施術については、施術料及び電療料について所定料金の１００分の５０に相当する額により算定する。

（３）訪問施術料

訪問施術料１

①　１術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合

１回につき　３，９５０円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合

１回につき　４，１２０円

訪問施術料２

①　１術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合

１回につき　２，８００円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合

１回につき　２，９７０円

訪問施術料３
（３人～９人の場合）
① １術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
１回につき ２，１１０円
② ２術（はり、きゅう併用）の場合
１回につき ２，２８０円
訪問施術料４
（１０ 人～１９人の場合）
① １術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
１回につき １，８００円
② ２術（はり、きゅう併用）の場合
１回につき １，９７０円
訪問施術料５
（２０人以上の場合）
① １術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
１回につき１，７２０円
② ２術（はり、きゅう併用）の場合
１回につき１，８９０円
注１ はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として１回につき１００円を加算する。
注２ 特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき２５０円を加算する。
注３ 片道１６キロメートルを超える場合の訪問施術料及び特別地域加算は、訪問施術を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。
注４ 同一の患者に対する月１６回以降の施術については、所定料金の１００分の５０に相当する額により算定する。
注５ 訪問施術料４又は５を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率（訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。）が１００分の９０以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金（一連の施術において算定される全ての料金）について１００分の９０に相当する額により算定する。なお、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含める

こと。

２　往療料

患者１人１回につき２，３００円

注１　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

なお、片道１６キロメートルを超える往療とは、施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

注２　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が突発的に発生したこと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。

注３　往療料は、治療上真に必要があると認められる場合に支給できること。治療上真に必要があると認められない場合又は単に患家の求めに応じた場合については、往療料は支給できないこと。

注４　往療料は、その突発的に発生した往療を行った日の翌日から起算して１４日以内については、往療料は支給できないこと。

注５　定期的ないし計画的な訪問施術を行っている期間において突発的に発生した往療については、訪問施術料は支給せず、施術料及び往療料を支給する。ただし、当該患者が当該往療の後も引き続き、通所して治療を受けることが困難な状況で、患家の求めに応じて患家に赴き定期的ないし計画的に行う施術については、訪問施術料の支給対象とする。

３　施術報告書交付料　４８０円

注　施術報告書交付料を支給する施術費給付請求明細書には、施術者より記入を受けた施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。

また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

４　明細書発行加算　１０円

注　患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

５　実施上の留意事項

その他実施に当っての細目については、国民健康保険の例によること。