

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

「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の支給の留意事項等について」の一部改正について

「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の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号厚生労働省保険局医療課長通知）については、その一部を下記のとおり改正し、本年7月1日以降の施術分から適用することとしたので、貴管下の関係者に周知を図るとともに、円滑に取り扱われるよう御配慮願いたい。

記

- 1 別添1の別紙5の様式を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添 1 (別紙 5) 1年以上・月 16回以上施術継続理由・状態記入書 (はり・きゅう用) (年 月分)																							
患 者	氏 名 生年月日 明・大・昭・平・令 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	年 月 日																						
施術月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が1か月以上継続されている施術月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月																						
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)																						
患者の状態の評価	評価日 令和 年 月 日																						
痛みの強さ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">NRS (Numerical Rating Scale : ニューメリカル 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。</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
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、月16回以上の施術が必要な理由)																							
上記のとおりであります。 令和 年 月 日 はり師・きゅう師氏名																							

備考 この用紙は、A列4番とすること。

別添 1 (別紙 5) 1年以上・月 16回以上施術継続理由・状態記入書 (はり・きゅう用) (年 月分)																							
患 者	氏 名 生年月日 明・大・昭・平・令 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	年 月 日																						
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)																						
患者の状態の評価	評価日 令和 年 月 日																						
痛みの強さ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">NRS (Numerical Rating Scale : ニューメリカル 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。</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
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、月16回以上の施術が必要な理由)																							
上記のとおりであります。 令和 年 月 日 はり師・きゅう師氏名																							

備考 この用紙は、A列4番とすること。

別添1 (別紙5)

(はり・きゅう用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(年 月分)

患 者	氏 名												
	生年月日	明	・	大	・	昭	・	平	・	令	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	年 月 日												
施 術 月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月												
	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
施 術 回 数	月 回 (当該月の施術回数を記載)												
患者の状態の評価						評価日	令和 年 月 日						
痛みの強さ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----												
	NRS (Numerical Rating Scale: ニューメリカル 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、月16回以上の施術が必要な理由)													
上記のとおりであります。													
令和 年 月 日													
はり師・きゅう師氏名 _____													

備考 この用紙は、A列4番とすること。

2 別添2の別紙5の様式を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添2 (別紙5) (マッサージ用)					
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (年 月分)					
患 者	氏 名				
	生年月日	明・大・昭・享・令	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. マッサージ 2. 変形変手矯正術				
施術部位	1. 頸幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢				
初療年月日	年 月 日				
施術月	上記初療日以後で最近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月				
	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)				
患者の状態の評価		評価日	令和 年 月 日		
基本動作	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、月16回以上の施術が必要な理由)					
上記のとおりであります。					
令和 年 月 日					
あん摩マッサージ指圧師氏名 _____					

備考 この用紙は、A列4番とすること。

別添2 (別紙5) (マッサージ用)					
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (年 月分)					
患 者	氏 名				
	生年月日	明・大・昭・享・令	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. マッサージ 2. 変形変手矯正術				
施術部位	1. 頸幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢				
初療年月日	年 月 日				
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)				
患者の状態の評価		評価日	令和 年 月 日		
基本動作	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、月16回以上の施術が必要な理由)					
上記のとおりであります。					
令和 年 月 日					
あん摩マッサージ指圧師氏名 _____					

備考 この用紙は、A列4番とすること。

別添2 (別紙5)

(マッサージ用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(年 月分)

患 者	氏 名				
	生年月日	明・大・昭・平・令	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. マッサージ		2. 変形徒手矯正術		
施 術 部 位	1. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢				
初 療 年 月 日	年 月 日				
施 術 月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月				
	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
施 術 回 数	月 回		(当該月の施術回数を記載)		
患 者 の 状 態 の 評 価		評価日	令和 年 月 日		
基 本 動 作	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、月16回以上の施術が必要な理由)					
上記のとおりであります。					
令和 年 月 日					
あん摩マッサージ指圧師氏名 _____					

備考 この用紙は、A列4番とすること。