

# 令和6年10月改定について (解説)

2024年9月29日

(公社) 全日本鍼灸マッサージ師会

副会長 往田和章

# 往療の解釈変更について

## 【従来の解釈】

### 「往療料」

- ・ 突発的に通所できない患者に対して、患家に出向いて施術した場合
- ・ 通所できない患者に対して、あらかじめ施術者と患者の間に施術する日程、頻度を申しわせて施術に出向く場合



分離



## 【令和6年10月からの解釈】

### 往療料

- ・ 突発的に通所できない患者に対して、患家に出向いて施術した場合

### 訪問施術料

- ・ 通所できない患者に対して、あらかじめ施術者と患者の間に施術する日程、頻度を申しわせて施術に出向く場合

# 往療料

- 「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」場合で「公共交通機関等を使って通院出来ない」場合に算定。
- 例) 既に施術の必要性の同意を受けている傷病又は症状の悪化や、自宅等における転倒による骨折・捻挫により歩行困難となった場合。
- 「はり・きゅう」は同意書の交付を受けていれば算定できる。
- 「あん摩マッサージ指圧」は同意書の「往療の必要性」欄が「あり」の場合は算定できる。「なし」の場合は算定できない。  
(新たに同意書を取り直す必要がある)

# 往療料

- 突発的な状況下で算定するため、1回算定してから14日間は算定できない。
- 14日以内の再度患家に出向く場合には訪問施術料を算定する。
- 突発的な状況が他の疾患に由来する場合も考えられるため、医師への連携が必要となる。
- 連携する医師は一義的には同意医師。やむを得ない場合は同意医師以外でも構わない。
- 連携方法は対面・電話等を問わない。
- 連携する内容は通院できなくなった旨、患者の状態・経過など、往療に出向く旨を医師に伝える。（事前・事後を問わない）

# 訪問施術料

- 同一日同一建物への往療  
従来と同様に往療料は誰か一人に算定して、他の方からは算定しない。
- 同一日同一建物への訪問施術について  
同一日に同一建物に出向き施術した患者の総数で算定する項目を判断する。（何回かに分けて訪問しても、あくまでその日の総数で判断する）
- 患者総数は施術者単位ではなく、施術所単位で決定する。

# 訪問施術料

## ・例 1

10月○日



訪問施術料 2 を算定

訪問施術料 2 を算定

10月△日



訪問施術料 1 を算定

その日に何人施術したかで

訪問施術料 1

訪問施術料 2

訪問施術料 3 (3～9人)

訪問施術料 3 (10人以上)

のいずれかを算定する。

# 訪問施術料

## ・例 2

10月〇日午前



帰宅



10月〇日午後



訪問施術料 2 を算定

訪問施術料 2 を算定

1回目の訪問で一人の患者を施術。一回引き上げて改めて訪問して別の患者を一人施術した場合



一日に何回かに分けて訪問したとしても、その日に訪問して施術した総数で算定項目は決まる。

# 訪問施術料

## ・例 3

10月○日



訪問施術料 1 を算定



自費

10月△日



訪問施術料 1 を算定

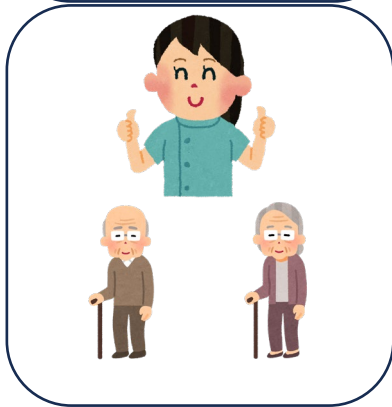
施術した患者の人数は、保険  
で施術を受けた患者数でカウ  
ント。  
自費の患者は考慮しない。



# 訪問施術料

## • 例 4

10月〇日



訪問施術料 3 (3人から9人)

同じ施術所の施術者が何人出向いても、患者の総数で判断する。

例)

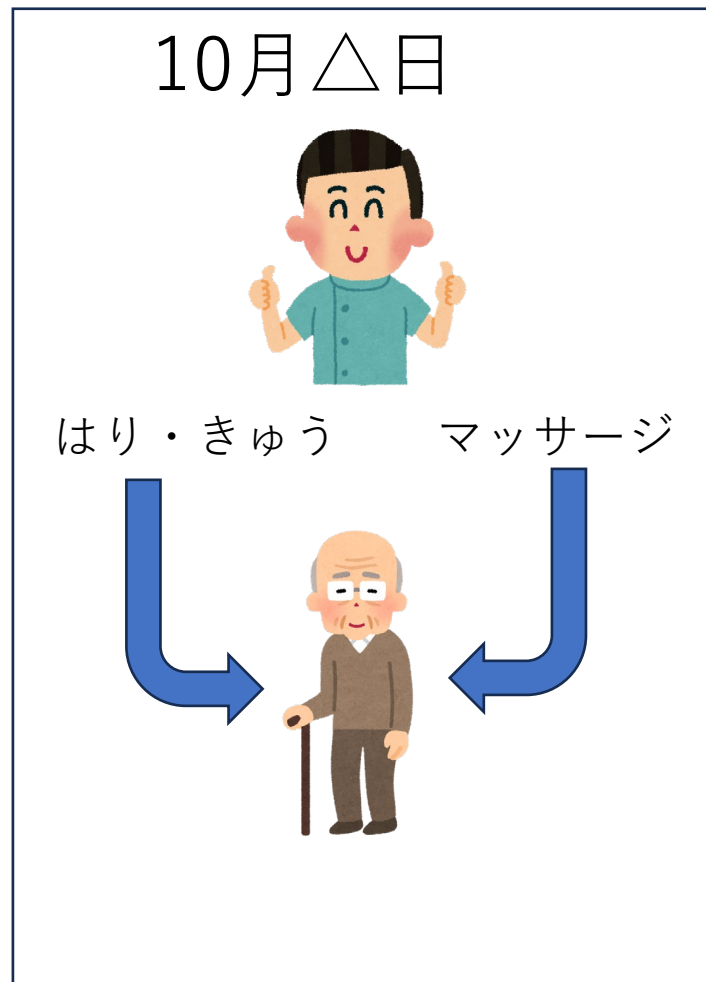
2人の施術者が出向いて、それぞれ2人の患者の施術を行った場合

その日のその施術所の患者総数は4名なので  
訪問施術料 3 (3人から9人) を算定

※訪問施術料 2 ではない

# 訪問施術料

## ・例 5



1人の患者に「はり・きゅう」と「マッサージ」両方を施術した場合

①

「はり・きゅう」で訪問施術料を算定  
「マッサージ」で通所の料金を算定

②

「はり・きゅう」で通所の料金を算定  
「マッサージ」で訪問施術料を算定

どちらでも可

※同一施術所で「はり・きゅう」と「マッサージ」の施術管理者が異なる場合でも、1施術所内で判断される

# 特別地域加算について

- 訪問施術料、または往療料を算定する場合に加算として算定できる。
- 施術所が特別地域外であっても患家が特別地域にある場合に算定できる。
- 過疎地域などは毎年変わるため注意が必要。

# 特別地域加算について

- 対象地域

# 支給申請書の記載方法について

|                            |                           |                                                             |                      |                     |                                                                                |                    |
|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄      | ○被保険者証等の記号番号<br>31245822  |                                                             | ○発病又は負傷年月日<br>不詳 年 月 |                     | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過<br>傷病名欄と同じ、急性心不全（H29） / 不詳/経過観察中                          |                    |
|                            | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ) ホケン サブロウ<br>保険 三郎                                    |                      | 性 別<br>男<br>女<br>本人 | ○業務上・外、第三者行為の有無<br>( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( 不詳 ) )                           |                    |
|                            |                           | 明・大・昭 平・令 15年 2月22日生                                        |                      |                     | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）<br>川崎市川崎区宮本町1-1 介護付有料老人ホーム みらいを暮らし川崎304号室 |                    |
|                            |                           |                                                             |                      |                     |                                                                                |                    |
| 初 療 年 月 日<br>(令和) 2年 7月10日 |                           | 施 術 期 間<br>自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日                     |                      | 実日数<br>12日          | 請 求 区 分<br>新 規 ・ 継 続                                                           |                    |
| 傷病名及び症状                    |                           | 【傷病名】高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ぶどう膜炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症【症状】摘要欄参照 |                      |                     |                                                                                | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医 |

従来

「○傷病名」欄、「○発症又は負傷の原因またはその経過」

新様式

「○傷病名、発症または負傷の原因及びその経過」に統合

近年、同意書に記載された傷病名では「適応病名なし」と返戻されるケースがある。  
同意書に記載された傷病名以外に施術者が知り得た病名で、施術が必要となった原因を想われる病名があれば、この欄に記入することで返戻を少なくする事が期待できる。

# 支給申請書の記載方法について

|                       |                           |                                                             |            |               |                                        |  |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号              |                                                             | ○発病又は負傷年月日 |               | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過                   |  |
|                       | 31245822                  |                                                             | 不詳 年 月 日   |               | 傷病名欄と同じ、急性心不全（H29） / 不詳/経過観察中          |  |
|                       | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ) ホケン サブロウ                                             |            | 続 柄           | ○業務上・外、第三者行為の有無                        |  |
|                       |                           | 保険 三郎                                                       |            | 本人            | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( 不詳 ) )      |  |
| 明・大・昭 平・令 15年 2月22日生  |                           | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）                        |            |               | 川崎市川崎区宮本町1-1介護付有料老人ホーム みらいを暮らす里川崎304号室 |  |
| 初 療 年 月 日             |                           | 施 術 期 間                                                     |            | 実日数           | 請 求 区 分                                |  |
| (令和) 2年 7月10日         |                           | 自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日                                |            | 12日           | 新 規 ・ 継 続                              |  |
| 傷病名及び症状               |                           | 【傷病名】高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ぶどう膜炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症【症状】摘要欄参照 |            | 転 帰           |                                        |  |
|                       |                           |                                                             |            | (継続・治癒・中止・転医) |                                        |  |

従来

「1. 業務上 2. 第三者行為の有無 3. その他」

新様式

「1. 業務上 2. 第三者行為の有無 3. その他 ( )」

「業務上」を選択すると労災保険、「第三者行為」を選択すると損害保険の対象となるため、必ず「その他」を選択する。新たに追加された ( ) は「不詳」等を記載する。  
(その疾病に至った原因は施術者には不明であるため)

# 支給申請書の記載方法について

|                       |                           |                                                             |            |  |                                                                                |                                   |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号              |                                                             | ○発病又は負傷年月日 |  | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過                                                           |                                   |
|                       | 31245822                  |                                                             | 不詳 年 月 日   |  | 傷病名欄と同じ、急性心不全（H29） / 不詳/経過観察中                                                  |                                   |
|                       | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ) ホケン サブロウ<br>保険 三郎                                    |            |  | 続 柄                                                                            | ○業務上・外、第三者行為の有無                   |
|                       |                           | 男<br>女                                                      |            |  | 本人                                                                             | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( 不詳 ) ) |
|                       |                           | 明・大・昭・平・令 15年 2月22日生                                        |            |  | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）<br>川崎市川崎区宮本町1-1 介護付有料老人ホーム みらいを暮らし川崎304号室 |                                   |
| 初 療 年 月 日             |                           | 施 術 期 間                                                     |            |  | 実日数                                                                            | 請 求 区 分                           |
| (令和) 2年 7月10日         |                           | 自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日                                |            |  | 12日                                                                            | 新 規 ・ 継 続                         |
| 傷病名及び症状               |                           | 【傷病名】高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ぶどう膜炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症【症状】摘要欄参照 |            |  | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医                                                             |                                   |

往療内訳書が廃止となった事に伴い新設。

住所地特例などで、実際に居住している場所が保険証の住所地と異なる場合に記載する。  
老人ホームなどの施設入所者は、住所だけではなく施設名も必ず記載する。

# 支給申請書の記載方法について

|               |  |                                                             |      |       |       |                                                                            |               |
|---------------|--|-------------------------------------------------------------|------|-------|-------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 初療年月日         |  | 施術期間                                                        |      |       |       | 実日数                                                                        | 請求区分          |
| (令和) 2年 7月10日 |  | 自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日                                |      |       |       | 12日                                                                        | 新規・ <u>継続</u> |
| 傷病名及び症状       |  | 【傷病名】高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ぶどう膜炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症【症状】摘要欄参照 |      |       |       | 転<br>帰<br>続・治癒・中止・転医                                                       |               |
| マッサージ（施術料）    |  | 同意部位                                                        | (軀幹) | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢)                                                                      | (左下肢)         |
|               |  | 施術回数                                                        | 12回  | 12回   | 12回   | 12回                                                                        | 12回           |
| 通所            |  | 円× 回＝                                                       |      |       |       | 円                                                                          |               |
| 訪問施術料 1       |  | 4,550 円× 4 回＝                                               |      |       |       | 18,200 円                                                                   |               |
|               |  |                                                             |      |       |       | <b>【症状】</b><br>筋麻痺：軀幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢<br>関節拘縮：右上肢、左上肢、右下肢、左下肢<br>その他：慢性腰部痛 |               |

従来  
「傷病名又は症状」  
新様式  
「傷病名**及び**症状」

1回目の請求は同意書が添付されているが2回目以降の請求では同意書の添付が無い場合、症状がどの箇所に出ているか判別ができないため変更。  
例示のように同意書に記載された傷病名が多く、書ききれない場合は「摘要」欄に記載する



# 申請書の記載方法について

|            |      |      |       |       |       |       |
|------------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| マッサージ（施術料） | 同意部位 | （躯幹） | （右上肢） | （左上肢） | （右下肢） | （左下肢） |
|            | 施術回数 | 8回   | 8回    | 3回    | 8回    | 3回    |

- その月にその部位の施術を総数で何回行ったか記載する。

例）その月内に

躯幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢の施術を3日施術

「躯幹：3回」「右上肢：3回」「左上肢：3回」「右下肢：3回」「左下肢：3回」

躯幹、右上肢、右下肢の施術を5日施術

「躯幹：5回」「右上肢：5回」「右下肢：5回」

|                | 躯幹 | 右上肢 | 左上肢 | 右下肢 | 左下肢 |
|----------------|----|-----|-----|-----|-----|
| 5部位施術した日       | 3回 | 3回  | 3回  | 3回  | 3回  |
| 3部位施術した日       | 5回 | 5回  |     | 5回  |     |
| 「施術回数」欄に記載する回数 | 8回 | 8回  | 3回  | 8回  | 3回  |

# 申請書の記載方法について

| マッサージ（施術料） |  | 同意部位                                                                                                                                      | （躯幹） | （右上肢） | （左上肢） | （右下肢） | （左下肢） |
|------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|
|            |  | 施術回数                                                                                                                                      | 8回   | 8回    | 3回    | 8回    | 3回    |
| 通所         |  | 円× 回＝ 円                                                                                                                                   |      |       |       |       |       |
| 訪問施術料 1    |  | <div> <div>4,550 円×</div> <div>3 回＝</div> <div>13,650 円</div> </div> <div> <div>3,650 円×</div> <div>5 回＝</div> <div>18,250 円</div> </div> |      |       |       |       |       |

- ・それぞれの施術単価を2行にして記載する

|         |        |        |
|---------|--------|--------|
| 訪問施術料 1 | 5部位の単価 | 4,550円 |
| 訪問施術料 1 | 3部位の単価 | 3,650円 |

# 申請書の記載方法について

|        |    |       |    |    |    |        |
|--------|----|-------|----|----|----|--------|
| はり・きゅう | 通所 | 施術の種類 | 1術 | 4回 | 2術 | 5回     |
|        |    | 1,610 | 円× | 4  | 回= | 6,440円 |
|        |    | 1,770 | 円× | 5  | 回= | 8,850円 |

- その月にその1術、2術の施術を総数で何回行ったか記載する。
- それぞれの施術単価を2行にして記載する



# 申請書の記載方法について

|                            |                  |       |       |       |       |
|----------------------------|------------------|-------|-------|-------|-------|
| 変形徒手矯正術（加算）<br>※温罨法との併施は不可 | 同意部位             | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) |
|                            | 施術回数             | 12回   | 12回   | 12回   | 12回   |
|                            | 470円×48回＝22,560円 |       |       |       |       |

- その月にその部位の徒手矯正術を総数で何回行ったか記載する。

例)

変形徒手矯正術 4肢の施術を月に12回行った場合

|                | 右上肢 | 左上肢 | 右下肢 | 左下肢 |
|----------------|-----|-----|-----|-----|
| 徒手矯正施術を行った日    | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 |
| 「施術回数」欄に記載する回数 | 12回 | 12回 | 12回 | 12回 |

小計欄

徒手矯正の1肢あたりの施術単価470円×その月の施術総回数を記載する

# 申請書の記載方法について

- 摘要欄

- ①「傷病名及び症状」欄に記載しきれないもの
- ②「○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過」欄に記載しきれないもの
- ③施術管理者以外が施術を行った場合、その施術者名と施術した日付
- ④往療料を算定した場合、連携した医師名と医療機関名、連携した日付
- ⑤「はり・きゅう」と「マッサージ」の両方を同日に訪問施術をしていて、通所の料金を算定している場合はその旨と施術日。
- ⑥患者が署名できない理由
- ⑦患者以外が署名もしくは捺印できない場合、その理由と署名捺印した者と患者の関係
- ⑧その他審査場必要と思われる項目

# 申請書の記載方法について

- 摘要欄

| 摘 要                                               | 摘 要                                                                                                                                                                                                | 摘 要                                                       |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 【往療の連携医師】<br>真鶴クリニック<br>真鶴幸太郎医師<br>令和6年10月29日電話報告 | 【症状】<br>筋麻痺：軀幹、右上肢、左上肢、右下<br>肢、左下肢<br>関節拘縮：右上肢、左上肢、右下肢<br>、左下肢<br>その他：慢性腰部痛<br><br>【施術者名】<br>鈴木浩二<br>2. 9. 16. 21. 28<br>佐藤勉<br>4. 11. 18. 25<br>田中徹<br>2. 9. 14. 21. 28<br><br>被保険者、傷病に付署名困難なため捺印 | はり・きゅう、マッサージの両術を訪問<br>施術（施術日4. 8. 12. 15. 2<br>0. 22. 25） |

- 摘要欄に記載し切れない場合は別紙を作成して別添する。
- その場合は摘要欄に「別紙あり」と記載する。

# 申請書の記載方法について

| 施術日 | 訪問 1 ① |    | 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 |
|-----|--------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 通所○ | 訪問 2 ② | 10 |   | ② |   | ③ |   |   | ① |   | ② |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    |
| 往療◎ | 訪問 3 ③ | 月  |   | ② |   | ③ |   |   | ① |   | ② |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    | ③  |    |    | ①  |    | ②  |    |

| 施術内容                                          | 記入内容 |
|-----------------------------------------------|------|
| 通所の場合                                         | ○    |
| 往療を行った場合                                      | ◎    |
| 訪問施術 1 を算定した場合                                | ①    |
| 訪問施術 2 を算定した場合                                | ②    |
| 訪問施術 3 （3人～9人）を算定した場合                         | ③    |
| 訪問施術 3 （10人以上）を算定した場合                         | ③    |
| 「はり・きゅう」と「マッサージ」の両方を施術して、 <b>訪問施術料を算定した場合</b> | ①～③  |
| 「はり・きゅう」と「マッサージ」の両方を施術して、 <b>通所の料金を算定した場合</b> | ◎    |

# 療養費経営についてのアンケート

- <https://forms.gle/1BKxTZP8JepXgZq7A>





全鍼師会公式LINE



# フェムテック

- 女性患者さま用



- あはき師用



- LINEオープンチャット

