視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための

『訪問マッサージマニュアル』

― 施術編 ―

編　者　　特定非営利活動法人　つくし会
監　修　　医学博士　白畠　庸

助　成　　公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

鍼灸マッサージ界における京都の奮起を願う

特定非営利活動法人 つくし会 顧問
医学博士　白畠　庸

私たちが行うあん摩マッサージ指圧、はり、きゅう業は、古くは『大宝律令』(701 年制定)に医療を司る中央官職であり、医博士、按摩博士と共に鍼博士として規定されていた。古来、京都は医療界を牽引してきた重鎮を数多く生み出してきた。我が国で現存する最古の医書『医心方』の編者である鍼博士の丹波康頼、打診法を考案した御園意斎、『按摩手引』を著した藤林良伯、皮電計を開発した京都大学の石川日出鶴丸教授、そして全日本鍼灸マッサージ師会の社団法人認可に尽力された医学博士の関野光雄初代会長などひきも切らない。障害児教育の分野では、日本最初の盲聾学校である京都盲唖院(明治 11 年５月 24 日開校)の古川太四郎初代院長、復刻が望まれる『鍼科新書』を著した京都盲唖院第一期生である谷口富次郎元京都市立盲唖院鍼按科教員の貢献が特筆される。つくし会は、京都盲唖院の流れを汲む京都府立盲学校の卒業生たちが中心となって、視覚障害あはき師のために活動する NPO 法人であり、私自身も全力を尽くして支援している。

超高齢社会を迎えている日本は、今や「ストレス」という嵐のまっただ中にある。そのような現状では、誰しも自律神経をはじめとして体調を崩しつつある。その健康管理の一翼を担っているのが、あはき師の免許を有している私たちであるのは、言うまでもない。「免許」とは、字の通り「ユルシを請うことを免れる」ことを意味しており、その意味するところは大きい。

国民の健康管理を担う私たちは、一流でなければならない。料理界で例えるなら、『ミシュランガイド』の三つ星店である。医療の真似事をしている無資格業者は、所詮ファーストフード店のようなもの。ごく普通の消費者は、ファーストフード店で味を覚えがちだが、成長するに従って本物を味わいたくなってくる。その時こそ、私たち三つ星シェフの出番なのである。その出番に備えて、私たちは不断の努力を積み重ねなければならない。

私が日々つれづれに思うことを本冊子に書き留めた。将来、三つ星シェフにならんとする諸氏におかれては、その実力を身につけるために本冊子を活用されることを強くお薦めする。つくし会は、歩み出したばかりの幼い会である。しかし、鍼灸マッサージ界における京都の奮起の願いを期したい団体でもある。そのためにも諸氏の前向きな意見・助言を希望する。

視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための
『訪問マッサージマニュアル』
ー 施術編 ー

【目　次】

手技療法マニュアル …… 1 頁
全身按摩術式 …… 16 頁
主な関節の構造と作用筋 …… 32 頁
　Ⅰ. 椎骨間の連結 …… 32 頁
　Ⅱ. 肩関節 …… 34 頁
　Ⅲ. 肘関節 …… 35 頁
　Ⅳ. 橈骨と尺骨の連結 …… 36 頁
　Ⅴ. 手関節 …… 37 頁
　Ⅵ. 股関節 …… 37 頁
　Ⅶ. 膝関節 …… 39 頁
　Ⅷ. 足関節 …… 40 頁
　Ⅸ. 足根間関節 …… 41 頁
バイタルサイン …… 43 頁
　Ⅰ. 脈拍 …… 43 頁
　Ⅱ. 血圧 …… 44 頁
　Ⅲ. 呼吸 …… 47 頁
　Ⅳ. 体温 …… 48 頁
主な診察法 …… 50 頁
　Ⅰ. 身体計測 …… 50 頁
　Ⅱ. 運動機能検査 …… 51 頁
　Ⅲ. 関節可動域測定 …… 53 頁
　Ⅳ. 徒手筋力検査法 …… 54 頁
　Ⅴ. 反射検査 …… 56 頁
　Ⅵ. 病的反射 …… 58 頁
　Ⅶ. 自律神経反射 …… 59 頁
　Ⅷ. 徒手による整形外科的検査法 …… 60 頁
　Ⅸ. 片麻痺機能検査法 …… 66 頁
障害高齢者の日常生活自立度 …… 68 頁

認知高齢者の日常生活自立度 …… 69 頁
訓練の禁忌と注意 …… 70 頁
運動療法 …… 71 頁
　Ⅰ．ストレッチ …… 71 頁
　Ⅱ．頚部の手技療法 …… 76 頁
　Ⅲ．肩こり …… 78 頁
　Ⅳ．腰痛 …… 83 頁
　Ⅴ．膝痛 …… 85 頁
　Ⅵ．その他のストレッチ …… 86 頁
　Ⅶ．筋力増強訓練 …… 88 頁
　Ⅷ．関節可動域訓練 …… 92 頁
関節モビリゼーション …… 95 頁
訪問マッサージにおけるリスク管理 …… 99 頁
緊急時対応マニュアル …… 104 頁

『手技療法マニュアル』

　つくし会では、視覚障害あはき師を対象に技術向上を目指して研修会を行っている。その中で、研修制を通して気づいた問題点をまとめてみた。
　内容は、心構え、問診上の注意点、触診の基礎、手の使い方、患者とのコミュニケーションなど、多岐にわたっているが、いずれも施術には重要なことと考えている。
　日々の臨床活動の参考にしていただければ幸いである。

・モチベーションが大切
　つくし会では、何よりも「モチベーション」を重んじている。技術が少々なくても大丈夫である。モチベーションさえあれば、研修を継続することで技術は必ず伸びていくものである。鍼灸マッサージという技術に終わりはない。一生勉強である。「視覚に障害があるから鍼灸マッサージしかない」ではなく、「視覚に障害があるが、こんなに素晴らしい技術ができる」と、鍼灸マッサージの職業に、自信、生き甲斐、誇りを持って学んで欲しい。鍼灸マッサージは、それだけの価値のある職業である。視覚障害に甘えてはいけない。仲間と一緒に研修を行えば、つらさも軽減するはずである。「好きこそ物の上手なれ」を心に秘め、一緒に頑張ってもらいたい。

・人脈作りが大切
　いつでも相談できる仲間を作って欲しい。ある職種に偏らず、ありとあらゆる職種の仲間を持つことが大切である。人は必ず特技・特徴がある。何かの時に、個人の能力を生かして助けてくれるのが仲間である。いざという時に備えて幅広い人付き合いを心がけて欲しい。そのために、様々な場所に顔出しすることが大切である。偶然の出会いを見逃さないことが大切である。本来、出会いは偶然ではなく、自分が呼び込んだ者であることを肝に銘じて、日々行動して欲しい。仲間は、本当に貴重な財産となりえる。

・あらゆる方向から見る
　ある事象をとらえる時、様々な方向から見ることが大切である。自分の見方

がすべてではなく、思いこみや偏った見方を避けるため、他人のとらえ方を受け入れ、参考にして、自分自身の器を大きくすることが大切である。何を行う場合でも、アプローチの方法を数多く持つことが大切である。視点・着眼点を増やすことで、患者様の病態把握がより正確なものになる。

・聞くのが一番

困った時に聞けるのが仲間である。一人で悩んでいる必要はない。聞くことが恥ずかしいということより、患者様のためになることを優先する。自分の小さなプライドより患者様の利益を考える。相談してみると、同じ悩みを持っている仲間がいることに気付くことも少なくない。声に出さないと、自分の悩みは分かってもらえない。勇気を出して相談してみることが大切である。

・たくさん恥をかけ

恥を恐れていては何もできない。数多くの恥をかいて成長していくものである。手に汗を握って、背中に汗をビッショリかいて、あせって、あがいて、悩みまくることも大切である。根底に患者様を少しでも楽にするという気持ちを持っていれば、苦しむ中で技術が磨かれるハズである。

・目的をしっかり持つ

研修会に参加する際、目的をしっかり持って参加する。参加したからといって、すべてを分かったつもりになるのではなく、一つでもいいので、明日からの臨床で使えるものをしっかり体得するようにする。参加費用を回収しようとか、無料だから適当でもかまわないではなく、せっかく時間と労力を費やして参加した研修会、目的を持って、しっかり学ぶ。一つでも二つでも学ぶことがあれば参加した意義は充分にある。学ぶ姿勢を大切に研修会に参加することが大切である。

・メモよりメモリー

技術は、まず学ぶことである。そのために研修会に参加するのも一つの方法である。新たな技術、最新情報、話し方など、様々なものを得られる。何より貴重な人脈作りも行える。そのような研修会に参加した時、あとで読み返さないメモを 10 項目取るより、あとで使える１項目をしっかりメモリーする。分

かった気になるより、実際に身につけることが大切なのである。「メモよりメモリー」なのである。

・アンテナを張り巡らす

自分一人で収集できる情報には限りがある。アンテナを張り巡らして情報収集に心がける。情報を得る際、自分が持つ情報を提供することが大切である。自分が持つ情報を独り占めするのではなく、周囲の人と共有することで、さらに発展させることができるのである。情報は、独り占めしていると固定されてしまうが、周囲の人と共有することで、生きた情報に変化していく。努力して得た情報を他人に教えるのは損と考えていると、周りからも情報は入ってこないものである。大きな心で、仲間と共に成長していくことを目指す。

・技術は真似できない

本物の技術というものは、たやすく真似できるものではない。もし、簡単に真似できたのなら、それは本物の技術ではない。技術の継承には努力が付き物である。努力せずに、真似だけしても意味はない。真似はあくまでも真似である。簡単に壁にぶち当たる。あくまでも努力を積み重ね、本物の技術を習得する。

・自分の技術を評価

多くの臨床経験があっても、決して自分の技術に満足してはいけない。「自分の技術はまだまだ」と考え、しっかりと真正面から見つめる。自分自身を客観的に評価できないと技術の向上はのぞめない。技術に対しては、ある程度の自信は必要だが、決して過信になってはいけない。また、他人の評価を紳士に受け止める態度が大切である。厳しい評価はつらいものだが、それを真正面から受け止めてこそ成長が待っている。厳しい評価をくれる先生は心の底に「伸ばしてやろう」という思いがかならずあるはずである。その思いを大きな気持ちで受け止める。評価は自然とついてくるものである。

・技術は維持できない

技術は、ある程度に達すれば落ちることがないというものではない。気を抜けば簡単に落ちてしまう。その影響を受けるのは患者様である。そして、それ

を様々な反応、例えば、愛想の悪さ、来院しなくなるなど、様々な形で表現する。そのような反応を見逃さず、患者様の責任にせず、もう一度自分の技術・応対などを見つめ直す。気を引き締めて、日々の研鑽に努めなければなななない。

・自分に満足しない

鍼灸マッサージという技術に終着点はない。現時点の自分の技術に満足せず、常に向上心を持って日々の研鑽にのぞむ。新たな技術の習得は、治療の幅を広げるだけでなく、ゆとりも生みだし、患者様に安心感を与える。新たな技術は、最新の研究から得ることもあるが、偉大な先輩方の治療方法を再度見直すことも大切である。「温故知新」は実践すべきである。

・自分で考える

基本は大切だが、あくまで基本である。基本を踏まえて自分に合ったオリジナルな技術を考えることが大切である。常に考えることが患者様を一対一で施術している時、困難にぶつかった時、危険なことが起こった時などの回避能力につながる。基本の上に臨機応変が築かれるのである。基本ができていないのに、応用だけを身につけても意味はない。あくまでも基本の上に応用があるのである。まずは、このマニュアルで基本項目をチェックして欲しい。

・傾聴を大切に

患者様の話をよく聞き、私たちに何を求めているのかを明らかにする。傾聴の気持ちを忘れないようにする。その上で、患者様の状態・ニーズに応じた技術を提供する。あくまで、やさしさを忘れずに、自分の技術を過信せず、自分の技術を押し売りするのではなく、患者様を主体に施術するのである。

・観察の重要性

患者様を施術する際、適応か禁忌かをしっかり判断することが大切である。特に禁忌を見極める能力が重要である。疑わしい時は、患者様に医師の診察を受けるように薦める。その際、自分なりの病態把握を行い、紹介状を書くことが大切である。「せっかく来てくれた患者様なのに」と医師へ送ることをためらってはいけない。患者様の病態を明らかにすることを一番に考えるべきである。元々、鍼灸マッサージを頼ってきた患者様、いったん医師の診察を受けて、適

応と分かれば戻ってくる。「治せる患者様を治療する」ことこそが名医の条件なのである。また、医師に伝わる紹介状を書くことで、担当医に認められ、医師との信頼関係を築くことができる。医師との信頼関係ほど強い味方はない。そのためにも病態把握に必要な診察能力を身につける。また、医師からは必ず返事が返ってくる。その内容を参考に、さらに診察能力を磨く。

・情報を見逃さない

患者様が入室した時点から診察ははじまっている。歩き方、姿勢、座り方、呼吸、話し方、手の位置など、患者様が発する貴重な情報を見逃さないようにする。診察は、視覚だけに頼らず、聴覚、嗅覚、触覚などあらゆる感覚を使う。座った時の肩の高さの左右差、骨盤の異常を見るために臥位になった時の下肢の位置など、様々な情報を見逃さないようにする。

・目の高さに注意

患者様と話す時、目の高さに注意する。ベッドに臥床されている時はしゃがみこみ、端坐位の時は、中腰になり、患者様と目の高さを合わせるようにする。決して上から見下ろさないようにする。特に小さなお子様の時には要注意である。

・インフォームド・コンセントの必要性

患者様の病態は日々変化する。施術当日の病態をしっかり把握して、症状に応じた手技・刺激量を選択できるように心がける。そのためには、診察能力を身につけることが大切である。そして、その結果を患者様に伝え、病態に応じた施術内容を説明し、納得してもらった上で施術を受けてもらうことが大切である。つまり「インフォームド・コンセント」である。これにより、誤解や事故を防ぐことができる。

・経過の説明

病態に応じた施術内容を説明した上で、施術後の症状の経過を説明する。施術当日の改善度合い、日常生活の諸注意、翌日の予想される変化などを説明する。例えば、「今日は少し楽になっても、明日にはまた元に戻る。しかし、今日ほどつらくないハズ」「変化がないということはよくなろうとしている証拠であ

る。放置していたら、徐々に悪くなっていくのだから」などである。患者様にあわせた言葉で、分かりやすく説明する。施術回数についても、患者様の意向を踏まえた上で、話し合って決定する。

・施術にあたって

施術は、ある一定の時間、患者様に触れていれば、あるいは話していればいいものではない。与えられた時間で、患者様の症状を軽減させ、再び来院してもらわねばならない。患者様に納得してもらえることを念頭に置き、施術を行う。「納得は、必ずしも「症状の改善」を意味するものではない。変化がない場合、あるいは意に反して悪くなった場合でも、それに対しての説明を行う。誠実な態度により患者様は納得してくれる。

・目的を持った施術

手掌軽擦や手根揉捏を行う目的は、術者の母指の疲れを取るためではない。手掌軽擦や手根揉捏で、患者様の皮膚や皮下の状態を観察し、反応のエリアを探るという目的を持って行う。手掌軽擦は、上下に数cm動かしてこするのではなく、一定の速度・圧力で、上から下までスムーズに行う。それにより皮膚の凹凸、熱感などを感じ取る。手根揉捏では、皮下の弾力性を感じながら施術を行う。

・棘突起列の観察

反応点を探る一つの目安に棘突起列がある。腹臥位の際、頚椎は前弯し、胸椎は後弯している。正常な人では、第５胸椎あたりが最も高く、第３腰椎に向かって再び前弯していく。そして、下部腰椎から仙尾部は再び後弯している。この滑らかな曲線が崩れ、ある棘突起が前方あるいは後方に突出している場合、胸椎では付着している肋骨にも位置異常が見られ、さらに周囲の筋にも緊張などの変化が見られる。位置異常がある棘突起には圧痛が見られ、その棘突起の両サイドにも様々な反応が見られる。このように、一つの反応を見付けた場合、それを手がかりに追いかけてみると、本体に辿り着くことも少なくない。棘突起の圧痛を直接取ることはできないが、周囲をほぐすことで、棘突起の圧痛もおさまることがよくある。

・ピンポイントの反応

　様々な生体の反応を指標に、ピンポイントの反応を探求する。上記方法でエリアを決めた次には、手指を揃えてエリアの中を端から順次圧迫していく。手指を移動させる幅は、1横指ぐらいである。その中で皮下の弾力性を観察する。実際に反応を見ているのは中指の指腹である。この方法で、さらにエリアを絞り込み、その後、母指でピンポイントを探る。ピンポイントを見つけても終わりではない。さらにあらゆる方向から圧を加え、それぞれの角度の手応えを確認する。これにより最大の圧痛などを探求する。圧痛を探す際、あらゆる方向から押すことは基本だが、少しだけ動かしてみることも大切である。

・反応を大切に

　あらゆる方向から母指で押した際、手触りを感じるのはもちろん大切である。それにあわせて、声、息づかい、筋収縮、体動などの患者様が発する反応を見逃さないようにする。これらは、母指の手応えと最大の圧痛とを結びつける貴重な情報となる。圧痛を探す際、患者様に尋ねることはもちろん大切である。しかし、患者様の反応をしっかり捉えることで、患者様に尋ねることなく、かなり絞り込むことができる。

・触診の方法

　指節間関節の屈伸運動で、ひっかけるように触診するのではなく、あくまでも揉む部位で触診する。つまり指腹で触診する。触診の際、触診する部位を次々と変えて行うのではなく、同じ部位で触るのが大切である。

・触診する部位

　母指で触診する際、実際に自分が揉む部位で触診する。つまり、見付ければそのまま揉めるように、自分が揉む際、使う部分で触診する。これは揉みながら触診できるようにするためにも必要である。刺鍼のために押手を作るのであれば、押手を作る母指か示指の側面で最終確認をする。そして、その反応を感じたまま、逃がさないように、圧を変えずに押手を作る。

・立ち位置

　母指揉捏は、腕力で揉むのではなく、自分の体重を母指に乗せて揉む。腕は体重を伝える道具なのである。体重を乗せた時、両足と母指の位置関係が崩れ

ていると、バランスが崩れ、安定した施術が行えない。手と足の距離が近すぎると、窮屈で体重が乗せ切れない。離れすぎていても体重を充分に乗せられない。体重が最大に乗るのは、指の真上に臍が来ている時である。常に両足と揉む手の３点でバランスが安定する位置をキープできるように、こまめに立ち位置を調節することが大切である。

・揉む手

皮膚に垂直にあてるのに適した側を選ぶ。同じ部位でも立ち位置で変わる。例えば、頚部を揉む場合、患者様の背部に立つか、頭部のの上方に立つかにより揉む手は変わってくる。あくまで自然に皮膚に垂直に当てられる側の手を選ぶ。

・目で確認しない

施術部位を目で確認すると、背中が丸くなり、肘は曲がり、体重をまっすぐに指に伝えられなくなる。肘が曲がると、せっかくの体重が外へ逃げてしまう。つまり、体重の有効活用ができなくなってしまう。施術部位は、目でなく、手で、指で感じるようにする。目で確認する際は、顔を下げないように心がける。「目線は下げても顔は下げない」である。

・皮膚に垂直に押す

施術を行う際、皮膚に垂直に押せる基本技術は大切である。脊柱起立筋の筋腹を、第７頚椎から第５腰椎まで垂直に押せるようにする。皮膚に対して、垂直に押すことは、目的とする皮下の硬結へ刺激を与える最短のルートなのである。また、皮膚を斜めに押すと、皮膚をずらしてしまい、皮膚で筋を揉むことになる。この皮膚のズレが揉み返しの一つの要因となる。「皮膚を垂直に押す」ことは、基本中の基本なのである。これができないと次の段階に進めない。垂直に押す感覚をしっかりと身につける。

・ぶれない

目的の場所に達するまで、圧の方向を変えずにまっすぐに押すことが大切である。目的に達する前に、力の方向が変わってしまうと、患者様は物足りなさを感じてしまう。「ここからが気持ちいいとこ」という点で方向転換が行われて

しまう。完全に皮膚から指が離れるまで意識を集中して施術する。

・肩から動かす

母指揉捏は、指で、手首で、肘で揉むのではなく、肩から動かして揉む。体重を乗せて揉むには、肩から動かすことが大切である。肘関節は伸展位から少し曲げた程度、そして、手関節は肩の動きにあわせて自由に動くように心がけておく。指など、先で揉めば揉む程、患者様はこねられたような感覚を受ける。施術部位に触れた後は、手首より先は動かさずに施術するのが大切である。また、母指を動かして揉むと、指を痛める原因となる。母指球内に手根部から母指に向かって、筋張りが出ていれば危険信号である。必ず自分の揉み方をチェックする。痛くなるのはあくまで母指のＩＰ関節である。自分の体重を支えられる母指を作る。最終的には体重の 70%ぐらいを乗せられるようにする。ヘルスメーターでチェックして、一定時間、同じ圧で押せるように努力する。

・体重の乗せ方

体重を母指に伝える際、体重移動させるとともに肘を曲げない。せっかくの体重が逃げてしまう。また、肘は完全な伸展位では、動きにゆとりが出ない。軽く曲げた状態で施術する。

・母指の向き

母指揉捏を行う際、対象とする筋線維との角度を考えて母指を当てる。筋線維に平行に揉捏するか、直交する方向に揉捏するかで、刺激量が変わってくる。病態に応じて刺激量を考慮して施術する。

・押してから揉捏

きっちり目的の場所まで押してから揉捏に入る。押し切れずに揉捏すると、筋をとらえきれずに揉捏することになり、皮膚で筋を揉むことになってしまう。

・筋をとらえる

母指揉捏は、さするのでも、はじくのでもなく、しっかり筋をとらえて揉む。ただし、単に「強く揉む」という意味ではない。「皮膚で筋を揉まない」という意味である。

・接触面積の工夫

弱く揉む時、単に力を抜くのではない。ただ、力を抜くだけでは、接触面積が狭くなり、当たりが強くなってしまう。同じ強さでも接触面積を広げることで、圧が分散されるので弱く感じる。その上でしっかりと筋をとらえる。単に力を抜いて揉んだ場合、皮膚だけを動かして、痛みや内出血の原因となるので注意する。皮膚をこすったり、皮膚がよじれたりする可能性が高い時は、状態に応じてクールジェルやホットジェルなどの滑剤を使うのも一つの方法である。

・リズム

揉捏にしろ、圧迫にしろ、同じリズムで行うことが大切である。揉捏では、動かす回数や１カ所にかける時間を安定させる。また、次の点に移動する際、無駄な動きをしないようにする。せっかくのリズムが崩れてしまう。例えば、乗り物に乗っている際、ついうとうとするのは、乗り物が安定した走行をしている時である。信号や停車駅のため、速度が変わると自然と目覚める。安定したリズムで揉まれるのはとても気持ちがよいものである。揉捏と圧迫の時間も、１カ所を揉むあるいは押す時間を同じにすることがのぞましい。

・ゆっくり動かす

施術に少し慣れてくると、揉捏が早くなる。早い揉捏は気持ちよさを生み出さない。あくまでもゆっくり動かす。最後までゆっくり動かすことが大切である。特に揉捏を跳ね上げるようにして終わる施術者がいる。施術者は、それが格好よいと思っているが、揉まれている方は、非常に気になるものである。小手先の技でなく、本物の技術で勝負する。

・体重移動

圧迫や揉捏では、体重を乗せることで圧を加える。そのため、体重移動は非常に大切である。そこで体重移動を行いやすい立ち位置をキープすることが大切になってくる。圧迫では、特に力を抜く時に気を付ける。患者様を台にして、身体を起こしてはいけない。患者様から身体が離れて行くにも関わらず、圧が加わってしまう。減圧する時は、あくまで体重移動で行う。腕で微調整をするとスムーズな減圧が行えない。また、最後に急に力を抜いてもいけない。力を抜く時は、患者様の皮膚が自分の母指についてくるのを感じながらゆっくり抜

く。圧を加える時間と抜く時間が同じになるように、漸増漸減を心がける。しかもできれば圧の頂点でしばらく圧を持続すれば、さらに気持ちよさを生み出すことができる。

・体重を乗せる部位

体重を乗せるのは、あくまで揉んでいる部位である。支えている手や、揉んでいない部分、つまり母指揉捏では四指などが重いと、余計な力を使っている。あくまで体重は揉んでいる部分に集中し、その他の部分は、軽く触れるようにする。

・初診患者様には注意

初診患者様を施術する際、刺激量には充分に注意する。強くなって痛がらせてはいけない。刺激量は、充分に確認を行いながら施術する。

・適度な強度

適度な刺激、つまり「痛いけど気持ちいい（イタキモ）」を目指す。つい、こりがあると強く揉んでしまう。単に痛がらすだけではいけない。そうなったと思った時には、「大丈夫ですか？」とか「強くないですか？」と声をかける。患者様の適切な刺激量を知るために、揉み始めた時に「弱かったり、強かったりしたら言ってください」と声をかけておくことは最も大切である。「弱かったり」を先に言うのが、ちょっとしたプロとしてのこだわりである。患者様の中には、強く揉まれることが格好いいとか、「強いですね」と言われることをうれしいと思っている人がいるが、決してそうではないことを分からせることも大切である。確かに強刺激が必要な患者様もいるが、下手に強く揉むことで、結合組織が増殖し、刺激を感じなくなり、さらに強さを求め、結果的には自分で自分の首をしめてしまうことになる。薬と同様、弱い刺激で、最大の効果を引き出すことを目指す。あくまでも「イタキモ」を念頭に施術する。ドーゼ過多は、患者様にとっても術者にとってもよくないものである。患者様にとって最強の刺激量の際、呼吸が止まるので、施術の最中は、常に患者様の呼吸などの反応を感じ取れるようにする。

・刺激量の変化

全身同じ強さで揉むのではなく、部位により調節する。もっといえば、同じ部位、例えば頚部の中でも強弱に変化を付け、適度な強さで揉む。さらにルートの中でもこりに対しては強くなど、メリハリをつけて揉む。

・こりの揉み方

揉む際、母指の使う部位は、手の形、母指のＩＰ関節の反り具合により多少異なる。基本的には、上腕骨から母指の基節骨までほぼ一直線にした状態で、母指腹を皮膚に当てる。その時に自然に皮膚に接する部分で揉む。基本は母指腹で輪状に揉む。当たりがよく、１カ所の揉捏で多くの部位に刺激を与えられる。ただし、強い刺激を与える場合は、まずは、輪状から線状に切り替える。さらに強く揉む場合、指を立て、接触面積を狭くするため母指尖で揉む。もっと強い刺激を与える方法として、膝の内側で肘を固定したり、両母指を重ねたりする。両母指を重ねた際は、下の母指は置くだけ、上に重ねた母指で操作する。また、筋緊張が強い時には、あまり動かさずに圧迫に重点をおく。動かしても、ほんの少しゆらす程度である。ピンと張った皮膚に対しては、長軸方向にはじいてみるのも一つの方法である。

・施術部位の反応を大切に

施術部位については、ルートを大切にするのではなく、個々の反応、つまり筋緊張などを追いかけるように揉む。一つの反応があれば、周囲には必ず他にも反応がある。反応を追うことで、真のこりにたどりつけることがある。反応がある部位は、こまめに移動し、反応がさほどない場合は大きく移動する。それにより時間の調整を行う。

・さぐらない

ある部位を押し込んで揉もうとした時、「ここはちょっと違う」と思っても揉み込んでしまう。間違った時は、次に移動する時に微調整を行う。患者様に「さぐっている」と思わせないように心がける。あくまでも手技の一つに感じさせることが大切である。

・かすったら戻る
　もし、あるルートを揉んでいて、揉めなかったこりを「通り過ぎた」「かすった」と感じた場合は、そこを揉んだあと元へ戻って揉む。これは素直に「揉み損ねた」ことを認めることになるが、自分のプライドより、患者様の満足度が大切である。

・施術部位を忘れない
　次々と揉んでいる際、「さっきのところが気持ちいい」と言われることがよくある。その際、戻ってきっちりそのポイントを揉めるようにする。探したり、揉んだりする際、手当たり次第に押さえるのではなく、様々な反応を重視して揉む。そして、その反応を忘れないことが大切である。

・こりを忘れない
　例えば肩上部・肩甲間部を揉んでいる時、よくこっていたなら、いったん他の場所を揉む。つまり頚部や上肢を施術して、再び肩に戻る。周囲を揉むことにより、こりがほぐれることがある。ただし、その際、はじめに触ったこりの場所・堅さ・大きさなどを忘れないようにしておくことが大切である。そうでないと前回と比較することができない。

・効かす
　肩上部、頚部、上肢などと次々に揉む場所は移って行く。患者様から「まだ、首は揉んでもらっていない」や「もう次へ行くの？」と思われては困る。そこで「揉まれた気」を持たせるように、要所要所で効かせて、つまり響きを残して次の部位に移る。例えば頚部では風致、体肢では三里などをしっかりとらえる。

・最大の圧痛を重視する
　筋緊張を取る際、筋の中の最大圧痛に強いめの刺激、その両サイドにある２番手の圧痛に、少し弱いめの刺激を与えることで筋緊張を緩めることができる。

・患者様を動かす
　術者が揉みやすい姿勢に患者様を動かす。患者様は、施術料金を払っている。

それを満足させることが大切である。施術部位にあわせて患者様を動かし、自分が一番揉みやすいポジションに持って行く。また、その日、揉みたいこり、患者様がつらいと感じている部分に重点をおく。そのために、最後に仕上げとして、その部分をもっとも揉みやすい姿勢を取ってもらい、きっちり揉みほぐす。

・流れの重要性

　ある手技から次の手技、あるいはある部位から次の部位へ移動する際、揉む手や支える手がスムーズに持っていくように心がける。つまり、ある手技が終わる前に、次の手技を想定し、準備しながら揉む。これは繰り返すことで、わざわざ考えなくても手が勝手に動くようになる。もっといえば、自然に手が動くようになるまで練習する。

・気持ちよく揉む

　自分の手がスムーズに動く感じを大切に、つまり気持ちよく揉めることを重視する。自分で自分の施術は受けられないが、自分が受けたくなるような施術を目指す。どのようにすれば、また、来院してもらえるかを真剣に考えて施術する。

・チェックを忘れずに

　施術後、患者様に体調をチェックしてもらう。指床間距離、関節可動域、ペインスケールなどを利用して症状の数値化を図る。この数値などを利用して、治療前後の評価を行う。それにより自分の揉み心地と患者様の感覚を一致させるようにする。フィードバックが大切なのである。チェックの結果、自分が思うほど、効果が出ていないこともある。しかし、あきらめずに、妥協せずに、逃げることなく、真正面から取り組むことが大切である。あせって、冷や汗かいて、あたふたしてもかまわない。何とかして楽にしてあげようという気持ちが大切なのである。その経験は必ず、技術を上達させる。

・同じ対応を心がける

　患者様の治療において、その日の日程に関わらず、前回の治療と同じようにすることが大切である。また、患者様の間でも対応に差がないように注意する。

患者様は、術者が思っているより、術者の対応をよく観察している。

・コミュニケーションも大切に

私たちの施術は、かなりの時間、一対一で接する。誰でもそれなりに会話をすると思う。会話を行う際、患者様の病気のことを覚えているのはもちろんだが、前回までに話した内容をしっかり覚えておき、施術の際、話の続きをしたり、発展させたりする。あるいは、患者様の趣味や嗜好などもふと話したりする。すると、患者様は「自分のことを覚えていてくれたんだ」と喜んでくれ、信頼関係の構築につながる。また、雑談に思える日常会話の中に、患者様が普段不自由に感じていること、問診の際、言ってくれていない病気のヒントが隠されていることもある。世間話に没頭するのではなく、しっかりと内容に耳を傾ける。

・気持ちを込めて揉む

最後に別に取り立てて言うことではないのだが、「お金をもらうために揉む」のではなく、心から「楽にしてあげよう」と、患者様の立場に立って、少しでも爽快に過ごしてもらえるように心がける。確かに患者様の中には、気むずかしい人もいるが、一日中、苦痛と付き合っていれば、そして、それが一生続くと考えているのなら、いつもニコニコしているのは無理なのは容易に想像できる。患者様は、つらい身体から脱出したくてもできないのである。そのことを踏まえて、少しでも緩和させられるように施術する。患者様は、自分の貴重なお金を出して、私たちを選んで来てくれたのである。その思いを心に秘め、期待に応えられるように、術者はいつも万全な体調で全力で施術すべきなのである。

『全身按摩術式』

１．本術式は、つくし会が視覚障害マッサージ師の技術向上を目指して、基礎練習を行うための教本である。
２．各手技について、「患者の体位」、「術者の位置および方向」、「固定する手および部位」、「施術する手および経路」について記載する。
３．手技が変わっても、上記項目に変更が無い場合は、記載を省略する。
４．各手技は、基本的には３回行う。
５．術者の立ち位置により、使う手は異なることもある。
６．各部位の手技の番号は次の通りである。

肩上部　１～９
上肢　10～30
頚部　31～40
背腰部　41～46
下肢　47～70
仕上げ　71～87

１．肩上部の手掌軽擦

患者：左側臥位(左が下)で、左上肢は前方に、右上肢は体側に置く。左下肢は伸ばし、その上に屈曲した右下肢を置く。
術者：患者の背部に位置し、頭部へ向く。
固定：右手で患者の肘を固定する。
手技：左手で第７頚椎から三角筋部まで手掌軽擦を行う。

２．肩甲骨背面の手掌軽擦

手技：両手掌を揃えて、肩上部から肩甲骨下角まで両手掌で軽擦を行う。

３．肩上部の手掌把握揉捏

固定：右手で三角筋部を固定する。
手技：左手で肩上部をしっかり把握して手掌把握揉捏を２、３点行う。

４．肩上部の手根揉捏

術者：患者に対して直角に向く。

手技：左手で第７頚椎から肩峰まで手根揉捏を２、３点行う。

５．肩上部の母指揉捏・圧迫

患者：右上肢を胸部の前に置く。

術者：患者の頭側に移動し、足部へ向く。

固定：左手で肩峰部を固定する。

手技：①　右手で頚部の付け根から肩上部の最も高い部を通り肩峰まで母指揉捏を５～７点行う。

②　同部位に母指圧迫を行う。

６．肩甲棘上際の母指揉捏

術者：患者のやや後方に移動する。

固定：右手で三角筋部を固定する。

手技：左手で第７頚椎から肩甲棘上際を通り肩峰まで母指揉捏を５、６点行う。

別法：術者が移動しない場合、右手で施術する。

７．肩甲骨内縁の母指揉捏・圧迫

術者：患者に対して直角に向く。

固定：はじめは右手、途中で左手で肩を前面から支え、やや後方に引き、肩甲骨を浮かせるようにする。

手技：①　上角から２、３点は左手で、その後、下角までは右手で、肩甲骨と肋骨の間を揉むように、母指腹を肩峰に向けて母指揉捏を行う。

②　同部位に同じ手の使い方で母指圧迫を行う。

８．肩甲骨外縁の手根または四指揉捏

術者：患者のやや頭部に移動し、足部へ向く。

固定：左手で患者の肘を固定し、肩関節を130°程度外転させる。

手技：右手の指先を足部に向け、下角から腋窩横紋後端まで、肩甲骨外縁に手根または四指揉捏を４点行う。

９．棘下部の手根または母指揉捏

術者：患者のやや頭部へ向く。

固定：左手で肩上部を固定する。

手技：右手で棘下部を内側から外側に向かって手根または母指揉捏を３～５点行う。

別法：左手で揉む場合は、右手で三角筋部を固定する。

10. 鎖骨下部・棘下部および三角筋部の手掌軽擦

患者：右上肢を体側に置く。

術者：患者の頭部へ向く。

手技：右手で鎖骨下部、左手で棘下部を四指を下に向け、三角筋部まで両手で胸部を挟み同時に手掌軽擦を行う。

11. 上肢全体の手掌軽擦

手技:両手掌で､同時に上肢を前側と後側から挟み手部まで手掌軽擦を行う。

12. 鎖骨下部の四指揉捏

固定：左手で肩甲骨部を固定する。

手技：右手で胸骨から腋窩前縁まで肋間隙に対して四指揉捏を５点行う。

13. 三角筋部の揉捏

固定：左手で肘を固定する。

手技：① 右手で肩峰から三角筋停止部まで把握揉捏を３点行う。

② 三角筋中央部に対して、右手で肩峰から三角筋停止部まで母指揉捏を５点行う。

③ 三角筋前縁に対して、右手で、鎖骨下部から三角筋停止部まで四指揉捏を４点行う。

④ 三角筋後縁に対して、右手で、棘下部から三角筋停止部まで母指揉捏を５点行う。

14. 上腕二頭筋部の手掌把握揉捏
固定：左手で肘頭の下部を固定する。
手技：右手でしっかり上腕二頭筋を把握して手掌把握揉捏を３点行う。

15. 上腕三頭筋部の手掌把握揉捏
固定：右手で肘窩の下部を固定する。
手技：左手でしっかり上腕三頭筋を把握して手掌把握揉捏を３点行う。

16. 上腕三頭筋中央部の母指揉捏
固定：左手で肘頭の下部を固定する。
手技：右手で腋窩横紋後端から肘頭まで母指揉捏を７点行う。

17. 外側上腕二頭筋溝の母指揉捏
手技：右手で、三角筋停止部から上腕骨外側上顆まで母指揉捏を５点行う。

18. 腕橈骨筋部の二指把握揉捏
術者：患者のやや足部の方へ移動する。
固定：左手で手部を固定する。
手技：右手で上腕骨外側上顆から橈骨茎状突起まで二指把握揉捏を５、６点行う。

19. 前腕前外側の母指揉捏・圧迫
手技：① 右手で、上腕骨内側上顆から手関節まで屈筋群を対象に母指揉捏を６、７点行う。
② 同部位に母指圧迫を行う。

20. 前腕後側の母指揉捏・圧迫
手技：① 右手で、上腕骨外側上顆から手関節後面中央まで伸筋群を対象に母指揉捏を８点行う。
② 同部位に母指圧迫を行う。

21. 尺側手根屈筋部の母指揉捏・圧迫

患者：右上肢を内旋させる。

手技：① 右手で上腕骨内側上顆から豆状骨まで母指揉捏を９点行う。

② 同部位に母指圧迫を行う。

22. 手掌の母指揉捏・圧迫

固定：右手の小指を患者の小指に、左手の小指を患者の母指にかけて、患者の手掌を開かせる。

手技：① 手掌の正中部に対して、母指揉捏を左右交互に４点行う。

② 母指球および小指球に対して、同時に両母指交代性に母指揉捏を３、４点行う。

③ 同部位に母指圧迫を行う。

23. 手指の二指揉捏および指抜き

手技：① すべての指を右手で、小指から順次、二指揉捏を行う。

② 示指と中指で前後からはさみ、前後に指を揺らしながら指尖までずらして行き、最後は、下方へ軽く指抜きを行う。

24. 手背中手骨間の四指頭揉捏

患者：右上肢を内旋・外旋中間位にさせる。

固定：左手で手部を固定する。

手技：手背を内側・中央・外側の３部に分け、右手で四指を中手骨間に当て、同時に上下方向に線状揉捏を３点行う。

25. 第１・第２中手骨間の母指揉捏・圧迫

固定：左手で手関節を固定し、右手は握手するようにして、母指と示指の間から母指を差し入れる。

手技：① 手背の第１・２中手骨底間(合谷穴)に母指揉捏を行う。

② 同部位に母指圧迫を行う。

26. 上肢全体の両手掌輪状揉捏

手技：腋窩横紋から手根部まで、両手掌で輪状に前側と後側に対して同時に行う。

27. 叩打法

手技：上肢全体に切打・合掌打などを適宜行う。

28. 運動法

手技：手関節・肘関節・肩関節と順次、可動域まで他動的に行う。

29. 上肢全体の牽引法

固定：左手で肩部を固定する。

手技：右手で握手をするように振せんを加えながら牽引する。

30. 上肢全体の手掌軽擦

手技：右手は鎖骨下部、左手は肩甲骨背面に当て、胸部をはさみながら、上肢では前後にはさみながら手部まで手掌軽擦を行う。

31. 後頚部の手掌軽擦

術者：患者の頭部へ向く。

固定：右手で耳上部を固定する。

手技:左手で上項線から上部胸椎部まで四指と母指を広げて手掌軽擦を行う。

32. 側頚部の四指軽擦

固定：左手で耳上部を固定する。

手技：右手で上項線から鎖骨上窩まで四指軽擦を行う。

33. 後頚部正中の母指揉捏

固定：右手で耳上部を固定する。

手技：左手で外後頭隆起直下から棘突起が触れる直前（おおむね第５頚椎棘突起）まで母指揉捏を４点行う。

注意：力加減には充分に注意する。

34. 僧帽筋部の母指揉捏

手技：① 左手で、上項線から第１胸椎の高さまでの僧帽筋筋腹に母指揉捏を６点行う。

② 左手で、上項線から第１胸椎の高さまでの僧帽筋外縁に母指揉捏を６点行う。

35. 側頚溝部の四指頭揉捏

固定：左手で耳上部を固定する。

手技：右手の四指頭を側頚溝に当て、上下方向に線状揉捏を３点行う。

備考：力度は充分注意する。

36. 側頚部の四指腹揉捏

手技：右手で、上項線から鎖骨上窩まで四指腹揉捏を４点行う。

37. 胸鎖乳突筋部の二指把握または四指揉捏

手技：右手で、乳様突起部からはじめ、下方では少し広く当て、胸骨頭・鎖骨頭を同時に二指把握揉捏または四指揉捏を５点行う。

注意：喉頭部に触れないように注意する。

38. 上項線部の母指揉捏・圧迫

固定：右手で耳上部を固定する。

手技：① 左手で、外後頭隆起直下から乳様突起部まで、後頭骨の下に母指を差し込む(反対側の眼球に向かう感じ)ように、後頭骨に沿って線状に母指揉捏を５点行う。

② 同部位に母指圧迫を行う。

備考：右手で行う場合は、乳様突起部から外後頭隆起直下へと施術する。

39. 側頚部の四指軽擦

手技：左手で上項線から鎖骨上窩まで四指軽擦を行う。

40. 後頚部の手掌軽擦

手技：左手で上項線から上部胸椎部まで手掌軽擦を行う。

41. 背腰部の手掌軽擦

手技：両手掌で、肩上部の手掌把握を行った後、両手掌を揃えて仙骨部まで手掌軽擦を行う。

42. 脊柱起立筋部の手根揉捏

術者：患者に直角に向かう。

固定：はじめは右手で骨盤部、途中、右手で肩部を固定する。

手技：第７頚椎から肩甲間部までは左手、その後仙骨部までは右手で手根揉捏を行う。四指は患者の外側に向け、脊柱起立筋の線維と平行に横長の輪状揉捏を行う。

43. 脊柱起立筋部の母指揉捏

手技：① 脊柱起立筋内縁を、第７頚椎から肩甲間部までは左手、その後仙骨部までは右手で母指揉捏を 15 点行う。母指は、脊柱起立筋の線維と平行に当て、横長の輪状で、やや脊柱起立筋を持ち上げるように揉捏を行う。

② 脊柱起立筋外縁を、第７頚椎から肩甲間部までは左手、その後仙骨上縁までは右手で母指揉捏を 12 点行う。やや脊柱起立筋を押し下げるように揉捏を行う。腰部では脊柱起立筋の線維と直角に線状揉捏を行う。

44. 腰方形筋部の母指揉捏

固定：左手で肩部を固定する。

手技：右手で、第 12 肋骨下縁中央から腸骨稜まで線状に母指揉捏を５点行う。

45. 腸骨稜上縁の母指揉捏

術者：患者の足部へ向く。

固定：左手で骨盤部を固定する。

手技：右手で上後腸骨棘から腸骨稜上縁に沿って上前腸骨棘まで、腸骨内側面に母指を差し込むように線状に母指揉捏を６点行う。

46. 背腰部の手掌軽擦

術者：患者の頭部へ向く。

手技：両手掌で、肩上部の手掌把握を行った後、両手掌を揃えて仙骨部まで手掌軽擦行う。

47. 下肢全体の手掌軽擦

患者：左下肢は屈曲し、右下肢は伸展する。

術者：患者の大腿部あたりまで移動し、頭部へ向く。

手技：両手掌で殿部から、下肢は同時に前側と後側から挟み足関節部まで手掌軽擦を行う。

48. 下肢外側面の手掌軽擦

手技：両手掌を揃え、殿部から足関節部まで手掌軽擦を行う。

49. 大殿筋起始部の手根揉捏および母指揉捏・圧迫

術者：患者の殿部後方に位置し、患者に直角に向かう。揉む部位に応じて少しずつ立ち位置を変える。

固定：右手で大腿外側部を固定する。

手技：① 左手で大転子の直上から上前腸骨棘の後部、腸骨稜の下部、上後腸骨棘の外側、仙骨および尾骨の外側縁、そして大転子の後下部まで一周するように手根揉捏を７点行う。

② 同部位に母指揉捏を 10 点行う。

③ 同部位に母指圧迫を 10 点行う。

50. 中・小殿筋部の手根揉捏および母指揉捏・圧迫

固定：はじめは右手で大腿部外側、途中、左手で腸骨稜部を固定する。

手技：① 左手で、腸骨稜中央直下からはじめ、途中で右手に代えて大転子の後下部まで手根揉捏を４点行う。

② 同部位に同じ手の使い方で、母指揉捏を５点行う。

③ 同部位に同じ手の使い方で母指圧迫を行う。

51. 大腿外側の手根揉捏・圧迫

術者：患者の大腿後方に位置し、患者に直角に向かう。

固定：左手で骨盤部を固定する。

手技：① 右手で　大転子から膝関節部まで手根揉捏を５点行う。

② 同部位に母指圧迫を７点行う。

52. 大腿後面外側部の手根揉捏および母指揉捏

固定：右手で大腿前面を固定する。

手技：① 左手で大転子後下部から膝窩の外側部まで、大腿二頭筋に沿って手根揉捏を５点行う。固定する手は、揉む手が膝窩に近づくに連れ、膝関節部に下げ、両手で挟むようにして揉む。

② 同部位に母指揉捏を７点行う。

53. 大腿後面中央の手根揉捏および母指揉捏

固定：左手で骨盤部外側を固定する。

手技：① 右手で、坐骨結節直下から膝窩中央まで手根揉捏を５点行う。

② 同部位に母指揉捏を７点行う。

54. 膝窩部の母指揉捏

固定：右手で膝部前面を固定する。

手技：左手で、膝窩の内端・中央・外側に母指揉捏を行う。

55. 下腿三頭筋部の手掌把握揉捏および母指圧迫

術者：患者の下腿後側に移動する。

固定：右手で下腿下部前面を固定する。

手技：① 左手で腓腹筋に手掌把握揉捏を５点行い、アキレス腱部は二指揉捏を２点行う。

② 左手で下腿後側中央に母指圧迫を７点行う。

56. 大腿前面の手掌揉捏

患者：仰臥する。

術者：患者の膝関節右外側に位置し、頭部へ向く。

固定：右手で下腿上部内側を固定する。

手技：左手で上前腸骨棘直下から膝蓋骨上縁まで手掌揉捏を５点行う。

57. 大腿内側部の把握揉捏もしくは把握圧迫

固定：左手で大腿下部外側を固定する。

手技：右手で大腿内側中部から膝関節内側まで把握揉捏もしくは把握圧迫を３点行う。

58. 大腿内側部の手根圧迫

患者：右側の股関節を屈曲・外転・外旋、膝関節を屈曲させ、足底を反対側の膝関節内側につけさせる。

固定：左手で膝関節内側部を固定する。

手技：右手で大腿内側上部から膝関節内側まで手根圧迫を５点行う。

備考：内転筋群の緊張が著明な場合に行う。

59. 膝蓋骨の移動法

術者：患者に直角に向く。

手技：両方の二指で膝蓋骨の周囲を揉捏し、その後、膝蓋骨を上下左右へ移動させる。

60. 前脛骨筋部の手根揉捏および母指揉捏・圧迫

術者：患者の下腿外側に移動し、患者に直角に向く。

固定：左手で大腿下部前面を固定する。

手技：① 右手で脛骨粗面外側から足関節部まで手根揉捏を５点行う。

② 同部位に母指揉捏を７点行う。

③ 同部位に母指圧迫を行う。

61. 腓骨筋群の母指揉捏

固定：右手で足関節前面を固定する。

手技：左手で腓骨頭直下から外果直上まで母指揉捏を７点行う。

62. 脛骨内縁の四指頭揉捏・圧迫

固定：左手で大腿下部を固定する。

手技：① 右手で脛骨内側顆から脛骨内縁に沿って内果後部まで線状に四指頭揉捏を５点行う。

② 同部位に四指頭圧迫を行う。

63. 中足趾節関節間の四指頭圧迫

患者：膝関節を60°屈曲させる。

術者：患者の足部まで移動し、頭部へ向く。

固定：左手で足関節を固定する。

手技：右手で、各中足趾節関節間に四指頭圧迫を３点行う。

64. 足部の両手把握揉捏

術者：足部へ向く。

手技：左手で足部の内縁、右手で外縁をつかみ（四指が足底部）、手で自転車のペダルをこぐようにして、各中足骨間が動くように行う。

65. 足底部の母指揉捏・圧迫

患者：股関節を外旋し、側部外側をベッドに付ける。

術者：患者に直角に向く。

固定：右手で足部を足底から固定する。

手技：① 左手で足底内側を内果直下から第１中足趾節関節まで母指揉捏を５点行う。

② 左手で足底中央部に母指揉捏を５点行う。

③ 同部位に母指圧迫を行う。

66. 叩打法

手技：足底および前脛骨筋部の拳打、大腿部の切打・合掌打などを行う。

67. 股関節の運動法

患者：右側の股関節を屈曲・外転・外旋、膝関節を屈曲させ、足底を反対側の膝関節内側につけさせる。

固定：左手で上前腸骨棘を固定する。

手技：右手で膝部を持ち、リズミカルに、かつ微細に股関節を内旋・外旋運動をさせる。

禁忌：人工骨頭置換術後など。

備考：股関節が拘縮している患者、すなわち上記肢位で大腿外側がベッド面に接触しない場合に行う。

68. 運動法

手技：① 右手で足関節前面を固定し、左手を膝窩に当てる。左手を持ち上げ、膝関節および股関節を可動域まで屈曲させる。その際、途中で左手を膝関節前面に当てる。伸展させる際は、途中で左手を膝窩に当てる。

② 股関節および膝関節を屈曲させ、足底をベッド面に付ける。膝関節に当てた左手で、股関節を内旋・外旋の運動をさせる。

③ 右手で踵を固定し、膝関節を固定している左手で股関節の回転運動をさせる。

69. 下肢全体の牽引法

術者：患者の頭部へ向く。

固定：左手で上前腸骨棘部を固定する。

手技：右手で下腿下部を持ち、振せんを加えながら牽引を行う。

70. 下肢前面の両手性手掌軽擦

手技：手掌を揃え、上前腸骨棘から足関節部まで手掌軽擦を行う。

71. 脊柱両側の手掌軽擦

患者：伏臥させる。

術者：患者の左側で頭部へ向く。

手技：両手掌で肩上部から仙骨部まで手掌軽擦を行う。

72. 脊柱の両手掌圧迫

手技：右手は頭側に向け、中指と薬指との間および手掌の中央に脊柱が当たるように置く。左手は右手に直角に重ねて、第７頚椎から仙骨部まで手掌圧迫を５点行う。押圧は左手で行う。

注意：患者の胸部とベッドの間に隙間がないことを確認する。

73. 脊柱起立筋筋腹の母指揉捏および母指圧迫

手技：① 一側ずつ、右手で第７頚椎から仙骨部まで母指揉捏を 15 点行う。

② 同部位に両側同時に母指圧迫を行う。

74. 腰部脊柱起立筋外側縁の母指圧迫

手技：脊柱起立筋外側縁と第 12 肋骨との交点から腸骨稜まで、両側同時に脊柱を挟むように母指圧迫を５点行う。

75. 叩打法

手技：背腰部に拳打、切打、合掌打、空気打などを行う。

76. 頭頂部の手掌軽擦

患者：坐位をさせる。

術者：患者の後方に立つ。

固定：左手で前額部を固定する。

手技：右手で、正中線の直側を前額部から後頭部まで手掌軽擦を行う。

77. 側頭部の手掌軽擦

手技：右手で、片側ずつこめかみから後頭部まで耳上部に対して手掌軽擦を行う。

78. 頭頂部の手根または四指揉捏

手技：右手で、正中線の直側を前額部から後頭部まで手根揉捏または四指揉捏を５点行う。

79. 側頭部の手根または四指揉捏

固定：左手で、反対側の耳上部を固定する。

手技：右手で、片側ずつこめかみから後頭部まで耳上部に対して、適宜手根揉捏または四指揉捏を３点行う。

80. 縫合部への母指圧迫

手技：① 矢状縫合に沿って、両母指交代性圧迫を７点行う。

② 鱗状縫合に沿って、両側同時に母指圧迫を５点行う。

81. 頭頂部の母指圧迫

手技：頭頂部(百会穴)およびその四方(四神聡穴)への母指圧迫を行う。

82. 叩打法

手技：切打、合掌打などを行う。

83. 側頭部の手掌軽擦

固定：左手で前額部を固定する。

手技：右手で、片側ずつこめかみから後頭部まで耳上部に対して手掌軽擦を行う。

84. 頭頂部の手掌軽擦

手技：右手で、正中線の直側を前額部から後頭部まで手掌軽擦を行う。

85. 肩上部の母指圧迫

手技：第７頚椎棘突起直側から肩峰まで、両側同時に母指圧迫を５点行う。

86. 上項線の母指圧迫

固定：右手で前額部を固定する。

手技：左手で、外後頭隆起直下から乳様突起部まで、後頭骨の下に母指を差し込む(反対側の眼球に向かう感じ)ように、後頭骨に沿って母指圧迫を５点行う。

87. 叩打法

手技：肩上部および肩甲間部に拳打、切打、合唱打、空気打などを行う。

『主な関節の構造と作用筋』

Ⅰ．椎骨間の連結

１．椎間円板

椎体間にある円盤状の線維軟骨。中央部が最も厚く辺縁がやや薄い。椎間円板が厚いほど可動性が大きい。胸椎の中位のものが最も薄く、可動性が悪い。

椎体の硝子軟骨部と固く結合している。

働き

① 椎体と椎体を連結する。

② 弾性体として脊柱の運動および体重を支える。

特徴

① 中心部の髄核を外周の線維輪がつつむ。

② 脊柱全長の約１／４を占める。

③ 第２・３頚椎の椎体間から第５腰椎・仙骨間までに存在し、椎体を連結する。

④ 脊柱への衝撃に対してクッションの役割を持つ。

基本的構成要素

中心部の髄核、線維輪、軟骨板からなる。

① 髄核

70～80%の水分を含むゼリー状の組織。椎間円板の体積の 40～60%を占める。白色のゲル状で、無血管の組織。構造の基質内に髄核細胞が散在する。乾燥重量で、コラーゲン 15～20%、プロテオグリカン約 65%。

プロテオグリカン：グリコサミノグリカン(ムコ多糖)を主成分とする蛋白質の複合体。細胞表面に存在し、ゼリー状の粘性の強い物質で、細胞の保護および結合組織の細胞間隙のセメントの役目をしている。

② 線維輪

線維軟骨である。同心円状に配列した層板(コラーゲン線維層)から構成される。

③ 軟骨板

厚さ１～２㎜で、隅角部を除く椎体の上下面を覆う。

加齢現象

含水量減少・線維化亢進→円板は薄くなり弾性減少→運動制限が起こる。

２．椎間関節

上位椎骨の下関節突起と下位椎骨の上関節突起との間の平面関節。

３．脊柱の靭帯

① 前縦靭帯

椎体の前面を後頭骨底部から仙椎前面まで張る。

② 後縦靭帯

椎体の後面、つまり、脊柱管の前を大後頭孔前縁やや上方(斜台)から仙骨管の前壁まで張る。

③ 黄色靭帯

椎弓間に張る厚く強い靭帯で、多量の弾性線維を含み黄色を呈する。

④ 棘間靭帯

棘突起間に張る。

⑤ 棘上靭帯

頚椎以下の棘突起後面に張り、仙骨後面まで達する。

⑥ 項靭帯

棘上靭帯が項部で発達したもの。

⑦ 横突間靭帯

横突起間に張る。

【前方屈曲】(０°～45°)

主力筋：腹直筋(肋間神経)

協力筋：内腹斜筋(肋間神経、腰神経叢の枝)、外腹斜筋(肋間神経、腰神経叢の枝)

【回旋】(０°～40°)

主力筋：外腹斜筋(肋間神経、腰神経叢の枝)、内腹斜筋(肋間神経、腰神経叢の枝)

協力筋：広背筋(胸背神経)、腹直筋(肋間神経)

【後方伸展】(０°～30°)

主力筋：脊柱起立筋(脊髄神経後枝)、腰方形筋(腰神経叢の枝)

Ⅱ．肩関節

上腕骨頭と肩甲骨関節窩との間の球関節。

特徴

上腕骨頭は球の約１／３の面積。関節窩は狭く、浅く、関節頭の１／３～２／５を容れるのみで、関節唇を含めても、なお関節頭より小さい。

靭帯

① 関節上腕靭帯

関節唇の上・前・下部から解剖頚に付く。

② 烏口上腕靭帯

烏口突起の外側縁から関節包の上部を被い関節包に癒合して大・小結節に付く。関節包の上面を補強する強い靭帯。

【屈曲】(０°～180°)

主力筋：三角筋前部線維(腋窩神経)、烏口腕筋(筋皮神経)

協力筋：三角筋中部線維(腋窩神経)、大胸筋(内側および外側胸筋神経)、上腕二頭筋(筋皮神経)、前鋸筋(長胸神経)、僧帽筋(副神経、頚神経叢の枝)

【伸展】(０°～50°)

主力筋：広背筋(胸背神経)、大円筋(肩甲下神経)、三角筋後部線維(腋窩神経)

協力筋：小円筋(腋窩神経)、上腕三頭筋(橈骨神経)

【外転】(０°～180°)

主力筋：三角筋中部線維(腋窩神経)、棘上筋(肩甲上神経)

協力筋：三角筋前部線維(腋窩神経)、三角筋後部線維(腋窩神経)、前鋸筋(長胸神経)

【水平位外転(外分回し)】(０°～135°)

主力筋：三角筋後部線維(腋窩神経)

協力筋：棘下筋(肩甲上神経)、小円筋(腋窩神経)

【水平位内転(内分回し)】(０°～30°)

主力筋：大胸筋(内側および外側胸筋神経)

協力筋：三角筋前部線維(腋窩神経)

【外旋】(０°～90°)

主力筋：棘下筋(肩甲上神経)、小円筋(腋窩神経)

協力筋：三角筋後部線維(腋窩神経)

【内旋】(０°～90°)

主力筋：肩甲下筋(肩甲下神経)、大胸筋(内側および外側胸筋神経)、広背筋(胸背神経)、大円筋(肩甲下神経)

協力筋：三角筋前部線維(腋窩神経)

Ⅲ．肘関節

上腕骨下端と橈骨・尺骨の上端との間、ならびに橈骨上端と尺骨上端との間の複関節。３種の関節が共同の関節包に包まれる。

１．腕尺関節

上腕骨滑車と尺骨滑車切痕との間の蝶番関節　(ラセン関節)。肘の屈伸運動に関与する。

２．腕橈関節

上腕骨小頭と橈骨頭窩との間の球関節。肘の屈伸運動、前腕の回内・回外運動に関与する。

３．上橈尺関節

橈骨関節環状面と尺骨橈骨切痕との間の車軸関節。前腕の回内・回外運動に関与する。

靭帯

①　内側側副靭帯

上腕骨内側上顆から起こり、三角形にひろがる。前方は尺骨の鉤状突起へ、後方は肘頭の内側縁に着く。中央部は扇状にひろがりながら滑車切痕の内側縁に至る。

②　外側側副靭帯

上腕骨外側上顆から起こる三角形の強い線維束で、前後２部に分けられる。

前方の部は橈骨頭の前面に出て橈骨輪状靭帯と癒合し、尺骨の橈骨切痕前縁から鉤状突起下縁に達する。

後方の部は尺骨の橈骨切痕後縁から回外筋稜に着く。

前・後部とも直接橈骨に強い結合を作らない。

両靭帯は、運動軸に平行に骨が動揺するのを防いでいる。

③　橈骨輪状靭帯

橈骨の関節環状面を輪状にとりまく強い靭帯。尺骨の橈骨切痕前縁から起こりその後縁に着く。内面は軟骨性となり上橈尺関節の関節窩の一部となり、外面は関節包と固く着く。

④　方形靭帯

尺骨橈骨切痕の下縁と橈骨頚を結ぶ。

【屈曲】(０°～145°)

主力筋：上腕二頭筋(筋皮神経)、上腕筋(筋皮神経)、腕橈骨筋(橈骨神経)

協力筋：他の前腕屈筋群(正中神経、尺骨神経)

【伸展】(０°～５°)

主力筋：上腕三頭筋(橈骨神経)

協力筋：肘筋(橈骨神経)、前腕の伸筋群(橈骨神経)

Ⅳ．橈骨と尺骨の連結

１．上橈尺関節

橈骨関節環状面と尺骨橈骨切痕との間の車軸関節。

２．下橈尺関節

尺骨頭の関節環状面と橈骨尺骨切痕との間の車軸関節。

関節腔の下壁は尺骨切痕の下端から尺骨の茎状突起に突出して両骨を結ぶ三角形の関節円板となり、これにより尺骨は橈骨手根関節腔と隔てられる。

３．前腕骨間膜

橈骨粗面以下において橈骨と尺骨との骨間縁を互いに連結する。橈骨から尺骨に斜めに下るが、下端では橈骨から尺骨に斜めに上がる。また、前腕骨間膜より上では尺骨粗面から外下方へ斜めに走り橈骨祖面にいたる斜索があり、これと前腕骨間膜との間の骨間裂孔は背側骨間動脈の通路である。

【回外】(０°～90°)

主力筋：上腕二頭筋(筋皮神経)、回外筋(橈骨神経)

協力筋：腕橈骨筋(橈骨神経)

【回内】(０°～90°)

主力筋：円回内筋(正中神経)、方形回内筋(正中神経)

協力筋：橈側手根屈筋(正中神経)

Ⅴ．手関節(橈骨手根関節)

橈骨下端の下面の関節面とそれに続く関節円板からなる関節窩と、舟状骨・月状骨・三角骨およびその骨間靭帯からなる関節頭との間の楕円関節。

尺骨下端は関節円板により隔てられているため、尺骨はこの関節には関与しない。

【掌屈】(０°～90°)

主力筋：橈側手根屈筋(正中神経)、尺側手根屈筋(尺骨神経)

協力筋：長掌筋(正中神経)

【背屈】(０°～70°)

主力筋：長橈側手根伸筋(橈骨神経)、短橈側手根伸筋(橈骨神経)、尺側手根伸筋(橈骨神経)

Ⅵ．股関節

大腿骨頭と寛骨臼との間の臼状関節(球関節の一種で、多軸性関節)。

特徴

① 関節頭の約２／３が関節窩にはまり込む。

② 関節窩には関節唇が着き、関節頭を包み込む。

靭帯

① 輪帯

関節包の内面で、深在の輪走線維が束となり大腿骨頚をとりまくように走るもの。上部は腸骨大腿靭帯または恥骨大腿靭帯の線維と結合する。(寛骨臼上縁から起こり、大腿骨頭を取り巻く)

② 腸骨大腿靭帯(Ｙ靭帯)

下前腸骨棘・寛骨臼上縁から起こり大転子・転子間線に至る三角形の強い靭帯。関節包の前面と上面を補強する。人体中最強の靭帯。中央はやや弱いため逆Ｙ字形となる。

③ 坐骨大腿靭帯

寛骨臼縁の後下部から起こり輪帯・転子窩に付く。関節包の後面と後下面を補強する。

④ 恥骨大腿靭帯

寛骨臼縁の恥骨部・恥骨の上方部から起こり外下方に走り小転子に付く。関節包の前下面を補強する。

※　②、③、④はいずれも関節包の縦走線維を含む補強靭帯で、大腿を伸展した際に最も緊張する。②は起立時に関節包の前面にかかる張力に抵抗し、④は大腿の過度の外転に抗する。

⑤　大腿骨頭靭帯

大腿骨頭窩から寛骨臼窩に付く関節内靭帯。大腿骨頭に入る血管の一部はこの靭帯をつたわる。

【屈曲】(０°～90°、０°～125°(膝屈曲時()

主力筋：大腰筋(腰神経叢の枝、大腿神経)、腸骨筋(腰神経叢の枝、大腿神経)

協力筋：大腿直筋(大腿神経)、縫工筋(大腿神経)、恥骨筋(大腿神経)、大腿筋膜張筋(上殿神経)、短内転筋(閉鎖神経)、長内転筋(閉鎖神経)

【伸展】(０°～15°)

主力筋：大殿筋(下殿神経)、半腱様筋(脛骨神経)、半膜様筋(脛骨神経)、大腿二頭筋(短頭：総腓骨神経、長頭：脛骨神経)

【外転】(０°～45°)

主力筋：中殿筋(上殿神経)

協力筋：小殿筋(上殿神経)、大腿筋膜張筋(上殿神経)、大殿筋(下殿神経)

【内転】(０°～20°)

主力筋：恥骨筋(大腿神経)、大内転筋(閉鎖神経)、短内転筋(閉鎖神経)、長内転筋(閉鎖神経)、薄筋(閉鎖神経)

【外旋】(０°～45°)

主力筋：外閉鎖筋(閉鎖神経)、内閉鎖筋(仙骨神経そ一の枝)、大腿方形筋(仙骨神経叢の枝)、梨状筋(仙骨神経叢の枝)、双子筋(仙骨神経叢の枝)、大殿筋(下殿神経)

協力筋：縫工筋(大腿神経)、大腿二頭筋(短頭：総腓骨神経、長頭：脛骨神経)

【内旋】(０°～45°)

主力筋：小殿筋(上殿神経)、大腿筋膜張筋(上殿神経)

協力筋：中殿筋(上殿神経)、半腱様筋(脛骨神経)、半膜様筋(脛骨神経)

Ⅶ. 膝関節

① 大腿骨の内側・外側顆と脛骨の内側・外側顆の上関節面との間の顆状関節

② 膝蓋骨関節面と大腿骨の下方前面中央の溝状にくぼんだ鞍状の膝蓋面との間の鞍関節。

関節半月

脛骨の内外の上関節面の上にあり大腿骨の下端に適合した関節窩を作る線維軟骨である。

外側半月と内側半月があるが、両側とも不完全な関節円板で、外側が厚く上から見るとＣ字にみえる。

内側半月の方が大きい。

内側半月の外周は関節包と完全に結合するが、外側半月では一部のみが結合するため、内側半月は移動しにくく、外側半月は移動しやすい。

両半月の前面は横に走る膝横靭帯で結ばれる。

靭帯

〔関節内靭帯〕

① 膝十字靭帯

Ｘ状に交叉する関節内靭帯。後十字靭帯のほうが垂直に近い走行を示す。

ａ．前十字靭帯

脛骨顆間隆起の前内側部から後上外方に走り、大腿骨外側顆の顆間窩に向かう側の後部に付く。大腿骨が後方にずれるのを防ぐ。

ｂ．後十字靭帯

脛骨顆間隆起の後外側部から前上内方に走り、前十字靭帯の後側を通り大腿骨内側顆の顆間窩に向かう側の前部に付く。大腿骨が前方にずれるのを防ぐ。

② 後半月大腿靭帯

後十字靭帯と外側半月の後部を結ぶ。

③ 前半月大腿靭帯

外側半月の前部と前十字靭帯を結ぶ。

〔関節外靭帯〕

① 膝蓋靭帯

膝蓋骨から脛骨粗面に付く。膝蓋骨を含む大腿四頭筋腱は関節包の中央部を作り膝蓋靭帯となる。

膝蓋骨および膝蓋靭帯の両側にある内側・外側膝蓋支帯は内・外側広筋腱の続きである。

② 内側側副靭帯

内側上顆から起こり、脛骨内側顆の内側縁と後縁に付き、また内側半月の周縁にも付く。幅広く後方の線維の方が短い。

③ 外側側副靭帯

外側上顆から起こり腓骨頭に付くため、下部は関節包から離れている。円柱形の線維束である。

④ 斜膝窩靭帯

関節包の後面に張る。

⑤ 弓状膝窩靭帯

関節包の後面に張る。

【屈曲】(0°～130°)

主力筋：大腿二頭筋(短頭：総腓骨神経、長頭：脛骨神経)、半腱様筋(脛骨神経)、半膜様筋(脛骨神経)

協力筋：膝窩筋(脛骨神経)、縫工筋(大腿神経)、薄筋(閉鎖神経)、腓腹筋(脛骨神経)

【伸展】(0°)

主力筋：大腿四頭筋(大腿神経)

Ⅷ. 足関節(距腿関節)

脛骨下関節面・内果関節面、腓骨外果関節面によりできた関節窩と距骨滑車(関節頭)との間のラセン関節。

関節窩・関節頭ともに前部が後部より幅が広い。

靭帯

① 三角靭帯(内側)

ａ. 脛舟部

舟状骨の背側面と内側縁に至る。

ｂ．脛踵部
内果から垂直に下り踵骨内側に付く。
ｃ．前脛距部
距骨頚の内側部に至る。
ｄ．後脛距部
距骨内側面の後部に付く。
② 外側の靭帯
外果から起こり３方向に分散する３靭帯がある。
ａ．前距腓靭帯
外果前縁から前内方に走り距骨頚の外側部に着く。
ｂ．後距腓靭帯
外果窩の底から後内方に向かい距骨外側に付く。
ｃ．踵腓靭帯
外果下縁から下方やや後方に向かい、踵骨の外側面に着く。

【背屈】(０°～20°)
主力筋：前脛骨筋(深腓骨神経)
【底屈】(０°～45°)
主力筋：下腿三頭筋(脛骨神経)
協力筋：後脛骨筋(脛骨神経)、長腓骨筋(浅腓骨神経)、短腓骨筋(浅腓骨神経)、長母趾屈筋(脛骨神経)、長趾屈筋(脛骨神経)、足底筋(脛骨神経)

Ⅸ. 足根間関節

１．距骨下関節

距骨体下面の後踵骨関節面と踵骨上面の後距骨関節面との間の楕円関節。
靭帯
① 骨間距踵靭帯の後ろの線維
② 副靭帯として→距腿関節の三角靭帯脛踵部と踵腓靭帯

２．距踵舟関節

前方の舟状骨後面の関節面，後方の踵骨上面の前・中距骨関節面，底側踵舟靭帯とでできる関節窩と，距骨の頭と頚の下面でできる関節頭との間にできる楕円関節。

靭帯

① 底側踵舟靭帯

３．踵立方関節

踵骨の立方骨関節面と立方骨の後ろの関節面の間の鞍関節。

靭帯

① 踵立方靭帯

関節の背面を覆う。

② 底側踵立方靭帯(短足底靭帯)

底面を強く覆う。

③ 長足底靭帯

底側踵立方靭帯の表層を強く支持する。

【内反】(０°～30°)

主力筋：後脛骨筋(脛骨神経)

協力筋：長趾屈筋(脛骨神経)、長母趾屈筋(脛骨神経)、腓腹筋(脛骨神経)

【外反】(０°～20°)

主力筋：長腓骨筋(浅腓骨神経)、短腓骨筋(浅腓骨神経)

協力筋：長趾伸筋(深腓骨神経)

『バイタルサイン』

バイタル(Vital)とは、「生命維持に必要な」「生命徴候を示すもの」という意味で、人の生命にも関わる最も重要な情報と言える。訪問マッサージは、多くの基礎疾患を持っている高齢者を対象としているので、生命に関わる状態の観察が必要である。高齢者を身体面で観察する際には、表情・姿勢・言葉・皮膚・服装・歩行などを観るが、最も基本的なものがバイタルサインである。

バイタルサインは、脈拍・血圧・呼吸・体温の４つを言う。これに意識レベルを付け加えることがある。

生命の危険信号となるバイタルサイン

脈拍	1分間 40 回未満または測定不能な頻脈
血圧	収縮期血圧 60 ㎜ Hg 未満
呼吸	1分間以上の無呼吸
体温	35℃以下または 42℃以上

Ⅰ．脈拍

脈拍は、心臓から血液が駆出されることにより生ずる動脈の波動で、皮膚を通して触知される。脈拍は、指で１分間に触れる回数(脈拍数)、リズム・緊張度をみる。原則的に心臓の拍出１回で脈拍が１回現れる。(心拍数と脈拍数は同じ。不整脈があれば一致しない)

正常：１分間 55～90 回(高齢者 60～70 回)、規則的に適度な緊張をもって触れる。

異常

１分間 50 回未満：徐脈、スポーツマン・心疾患・ジキタリス使用・洞不全症候群

１分間 100 回以上：頻脈、緊張・運動・発熱・脱水・貧血・心疾患

速脈：脈拍が急に大きく触れる。

遅脈：脈拍がゆっくりと触れる。

硬脈：緊張した脈を触れる(高血圧、動脈硬化)。

軟脈：軟らかい感じ(低血圧)。

大脈：脈が大きい。

小脈：小さい拍動。

結滞：脈が１つか２つ抜ける。

不整脈：心拍数と同時に測定、隔離がないか、性質や結滞数も数える。

呼吸性不整脈：若い人によくみられる、呼吸に伴い脈の間隔が変化する、病的ではない。

期外収縮：高齢者に多い。

心房細動（絶対不整脈）：大小の脈が無秩序に出現する、高齢者によくみられる。

脈拍の測定

測定できる部位：頚動脈、上腕動脈、橈骨動脈、大腿動脈、膝窩動脈、後脛骨動脈、足背動脈

一般的な測定は橈骨動脈で、ここに２指・３指・４指先端を軽くあて回数、リズムを観る。通常は、15 秒か 20 秒間測定をして、15 秒×４、20 秒×３で１分間の数をもとめる。不整脈が認められたら１分間測定する。

日常的な脈拍の判断は、高齢者の通常の平均的な脈拍数を知っておくことが必要である。

バイタルサインとしての脈拍

１分間に 40 回未満の徐脈はポンプとしての心臓の働きがかなり低下していることを示し、意識消失をきたすことがある。１分間 140 回以上の測定不可能な頻脈では、心臓は拍動しているがポンプとしての機能が低下する恐れがある

Ⅱ．血圧

血圧は心臓がポンプとして血液を全身に送っている状態を示すもので、血液が血管壁に与える圧力を測定する。人の生命を左右する血圧は重要なバイタルサインである。血圧は常に変動しているので１回測定はある時点の血圧値を示しているに過ぎない。

血圧の低下
　心臓のポンプの働きが極端に低下する。
　一時に大量の出血が起こる。(全身に回る血液の量が少なくなり血圧が低下する)
　外からの異物に対する強い反応(アナフィラキシーにより血管が広がり血圧が急に低下しショック状態になる)

血圧の上昇(高血圧)
　血管の壁の弾力性が低下して血圧が上がる。

測定法
　直接法：動脈血管にカテーテルを挿入して測定する。
　間接法
　　水銀測定法(聴診法)：コロトコフ音を聴診する。
　　自動血圧計(オシロメトリー法)

血圧の測定
　15 分程度の安静後、上腕動脈で２～３回測定。

白衣高血圧
　医師に測ってもらうと緊張して通常よりも高値を示す現象。約 20%の患者でみられる。

家庭血圧測定
　起床後１時間以内、排尿後、座位での測定と、就寝直前の測定が外来時血圧測定よりも心血管死との相関があるとされている。このときは 135 ㎜Hg 以下／85 ㎜Hg 以下を正常とし、それ以上は高めと考える。
高血圧症
　収縮期血圧と拡張期血圧のいずれかが下記の診断基準をこえている場合を高血圧と呼ぶ。ただし、高血圧は持続的に上昇した状態をいい、１回のみの測定ではなく、日を変えて繰り返しの測定によってなされるべきである。

成人における血圧の分類

（2000 日本高血圧ガイドライン（ＪＳＨ））

分類	収縮期血圧		拡張期血圧
至適血圧	120 ㎜ Hg 未満	かつ	80 ㎜ Hg 未満
正常血圧	130 ㎜ Hg 未満	かつ	85 ㎜ Hg 未満
正常高値血圧	130～139 ㎜ Hg	または	85～89 ㎜ Hg
軽症高血圧	140～159 ㎜ Hg	または	90～99 ㎜ Hg
中等症高血圧	160～179 ㎜ Hg	または	100～109 ㎜ Hg
重症高血圧	180 ㎜ Hg 以上	または	110 ㎜ Hg 以上

※　至適血圧：収縮期血圧 120 ㎜ Hg 未満かつ拡張期血圧 80 ㎜ Hg 未満の人は疫学調査により、心血管系疾患の危険性が少ない。

血圧上昇の要因

①　末梢血管の抵抗の増大（最も大きい）

②　心拍出量の増加

③　血液粘稠度の増大など。

低血圧

100／60 ㎜ Hg 以下、収縮期血圧が 80～90 ㎜ Hg 以下は血圧低下状態、60 ㎜ Hg 以下であるとショック状態など生命に関わる重篤な状態であると理解しなければならない。

脈圧

（収縮期血圧）―（拡張期血圧）

正常：50 ㎜ Hg 前後

脈圧が大きくなるのは太い血管が動脈硬化を起こしている。（左心室に負担がかかる）

脈圧が 30 ㎜ Hg 以下はショック状態、20 ㎜ Hg 以下は危険な状態である。

※　橈骨動脈で脈が触知できる：収縮期血圧 80 ㎜ Hg 以上である。

総頚動脈で脈が触知できる：収縮期血圧 60 ㎜ Hg 以上である。

Ⅲ. 呼吸

呼吸は呼期と吸期に分かれ、その間にごく短い無呼吸の時期がある。

胸郭の動きをみる。通常は胸腹式呼吸である。

観察=呼吸数、深さ、リズム、呼吸音、呼吸パターン

呼吸数

正常：12～20 回／分

徐呼吸：11 回／分以下

脳圧亢進、気管支の閉塞、モルヒネ中毒など。

頻呼吸：24 回／分以上

心不全、肺炎、髄膜炎、尿毒症など。発熱時、ことに小児でも頻呼吸となる。

無呼吸：呼吸が一過性に呼息の状態で止まってしまうもの。

百日咳、小児の痙攣、癲癇発作、テタニー、ヒステリーなど

深さ

浅促呼吸：呼吸数が増し、しかも浅い呼吸

肺炎、肺水腫

深さと数が増す

過換気症候群

リズム

正常：呼気：吸気=２：１

呼気性呼吸困難(呼気延長)：末梢気道の閉塞

気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫など

吸気性呼吸困難(吸気延長)：上気道の狭窄

ジフテリア、喉頭炎・腫瘤、甲状腺腫大、声門痙攣、気道内異物など

混合性呼吸困難

肺炎、肺うっ血、滲出性胸膜炎など

チェーンストークス呼吸：無呼吸と過呼吸を繰り返すもの。

脳卒中、脳腫瘍、尿毒症など

ビオー呼吸：無呼吸から突如過呼吸に移り、これを繰り返すもの。チェーンストークス呼吸より間隔が不規則。

脳炎、髄膜炎、脳外傷など、脳圧亢進がある時

クスマウル大呼吸：深い大きな呼吸が連続するもの。
　糖尿病性アシドーシス
あえぎ呼吸（下顎呼吸）：口をぱくぱくし、あえいでいるように見える呼吸で、呼吸数は１分間に１０回以下で、リズムも不規則。死の間近なことを示す。
起坐呼吸：呼吸困難のため寝ていることができず、座位をとるもの。
　心不全、心臓喘息、気管支喘息

呼吸音
規則的な空気の流れる音。
ゼーゼーとかヒーヒーという喘鳴：心不全、喘息、気管支炎

Ⅳ．体温
体温は、身体の内部温度のことですが直接計ることはできないので、これに近い温度を示す腋下、口腔、直腸の温度を測定する。
年齢差、個人差、日内差、行動差などを考慮する。
高齢者の体温は基礎代謝の低下、運動量の低下、食事摂取量の減少などで一般成人より低くなりがちである。（37℃以下でも発熱している可能性がある）
低温：36℃未満
平熱：36℃～37℃未満
微熱：37℃～38℃未満
中等熱：38℃～39℃未満
高熱：39℃以上
過高熱：41.5℃以上
発熱のクーリングは腋窩、鼠径部をする。
水分補給をする。
体温が１℃上がると脈拍が10回／分増加する。

熱型
体温の変化を経過によってグラフにあらわしたもの。
稽留熱：１日の体温の差が、１℃以内の持続する高熱
　腸チフス、大葉性肺炎、髄膜炎、粟粒結核

弛張熱：１日の温度差が１℃以上で、37℃以下にならないもの
　種々の化膿性疾患、敗血症、腸チフスの解熱期、種々のウイルス感染症、悪性腫瘍、肝膿瘍、膠原病
間歇熱：１日の温度差が１℃以上で、37℃以下になるもの
　マラリアの発作期、弛張熱と同じ疾患
波状熱（再発熱）：有熱期と無熱期が不規則に繰り返すもの
　ブルセラ症、マラリア、ホジキン病、腎結石、胆道結石
周期熱：規則正しい周期で発熱を繰り返すもの
　マラリア（三日熱、四日熱）、回帰熱

『主な診察法』

Ⅰ．身体計測

身長：骨格の発達状態

体重：成長・発育の指標、栄養状態・慢性病の経過観察

ａ．ブローカの式

標準体重kg＝(身長cm－100)×0.9

肥満度(%)＝(実測体重－標準体重)÷標準体重×100

±10%未満：標準

±10～20%：肥満 or やせ傾向

±20%以上：肥満 or るいそう

ｂ．ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)^2

BMI	判　定	WHO基準
＜18.5	や　せ	低体重
18.5≦～＜25	正　常	正　常
25≦～＜30	肥満(1度)	前肥満
30≦～＜35	肥満(2度)	Ⅰ　度
35≦～＜40	肥満(3度)	Ⅱ　度
40≦	肥満(4度)	Ⅲ　度

胸囲：安静呼吸の吸気と呼気の中間で、乳頭と肩甲骨の下角を通る水平線で測定

呼吸運動の幅：吸気時と呼気時の胸囲の差で、肺機能の評価に使用。成人で深呼吸による呼吸運動の幅は平均で７～８cm。

四肢長

ａ．上肢長：肩峰外側端→橈骨茎状突起、第７頚椎→肩峰→橈骨茎状突起

ｂ．上腕長：肩峰→上腕骨外側上顆

ｃ．前腕長：上腕骨外側上顆→橈骨茎状突起

ｄ．下肢長

ア．棘果長：上前腸骨棘→内果

イ．転子果長：大転子→外果

ｅ．大腿長：大転子→膝関節外側裂隙

ｆ．下腿長：膝関節外側裂隙→外果

四肢周径

ａ．上腕周径：上腕最大膨隆部の周径

ｂ．前腕周径：前腕最大膨隆部の周径

ｃ．大腿周径：膝関節外側裂隙より一定距離上方の点、成人 10 ㎝、小児５㎝で計測

ｄ．下腿周径：下腿最大膨隆部の周径

Ⅱ．運動機能検査

下行性(運動性)伝導路

(１) 錐体路系：随意運動の伝導路

大脳皮質から骨格筋に達するまでに、２個のニューロンで構成

ａ．上位運動ニューロン

中心前回のベッツ巨大錐体細胞→内包→中脳の大脳脚→橋底部→延髄の錐体→大部分が錐体交叉→対側の側索→前角細胞

ｂ．下位運動ニューロン

前角細胞→前根→脊髄神経根→前枝・後枝→骨格筋

(２) 錐体外路系：不随意運動の伝導路

骨格筋の随意運動が円滑に行えるように筋群の協調を自律的に調節

小脳皮質が深く関係し、大脳基底核(線条体、淡蒼球など)、中脳の赤核・黒質、小脳の歯状核、延髄のオリーブ核などが中継核となり、錐体を通らずに複雑なニューロン連鎖を構成

障害：筋硬直(金強剛・筋固縮)、深部反射はときに低下、不随意運動出現

運動麻痺の障害部位

上位運動ニューロン障害：錐体路障害、中枢性麻痺、核上麻痺

下位運動ニューロン障害：末梢神経障害、末梢性麻痺、核性麻痺、核下麻痺

中枢性麻痺と末梢性麻痺の鑑別

	中枢性麻痺	末梢性麻痺
麻痺の形	痙性麻痺	弛緩性麻痺
筋緊張	亢進(痙直)	低下
筋萎縮	なし、または廃用性萎縮	著明
深部反射	亢進	減弱または消失
病的反射	陽性	陰性
線維束性攣縮	なし	あり

筋緊張(筋トーヌス)

亢進

ａ．痙直：錐体路系障害

折りたたみナイフ(ジャックナイフ)現象：、屈筋か伸筋の一方のみが障害

ｂ．硬直(強豪・固縮)：錐体外路系障害

鉛管現象・歯車現象：屈筋と伸筋の両者が障害

低下

小脳疾患、片麻痺の初期、脊髄癆、末梢神経障害、筋障害

振子様運動：弛緩状態

運動麻痺の型

① 単麻痺：四肢のうち、どれか１肢だけが麻痺するもの

大脳皮質運動領域の病変(腫瘍・血管障害など)、脊髄前角・前根・末梢神経の病変

② 片麻痺：一側の上下肢が麻痺するもの

大脳皮質運動領域から上部頚髄までの病変(内包付近の障害が最も多い)

③　交代性片麻痺：一側の片麻痺と反対側(病巣側)の脳神経麻痺を呈するもの
　脳幹部の病変
④　対麻痺：両側下肢の麻痺
　多くは脊髄障害
⑤　四肢麻痺：四肢がすべて麻痺するもの
　頚髄障害(腫瘍・椎間板ヘルニア・外傷など)、多発神経炎(ギラン・バレー症候群)によるものが多い。
⑥　一部の筋の麻痺：同時に感覚障害を伴う
　末梢神経障害(外傷によるものが多い)

姿勢の異常
　マン・ウェルニッケ肢位：片麻痺
　前かがみ姿勢：パーキンソン病
　除脳硬直肢位：中脳障害

Ⅲ. 関節可動域測定(ＲＯＭ：range of motion)
関節可動域の測定
　自動可動域(自動的関節可動域)
　　患者自身の力で動かし得る関節可動域で、普通はこれを測定。
　他動可動域(他動的関節可動域)
　　外力(検者)によって動かされる関節可動域で、筋に麻痺がある時には、この方法で測定。

参考可動域
　各関節での諸運動における生理的な運動範囲。

関節可動域の異常
　関節可動域制限：身体の可動関節の他動・自動運動による生理的関節可動域が欠けている状態である。このため生活活動が著しく抑止されている。
　　関節炎、関節強直、関節拘縮、骨折、脱臼、半月板・関節円板などの損傷、関節鼠、肥満、筋の肥大など

可動性が過剰
　脱臼、筋トーヌス低下、訓練などによって軟部組織が柔軟になった場合など

測定方法
　関節可動域は原則として他動的に測定した値で表示する。
　多関節筋が披険関節に関与している場合は、原則としてその筋を弛緩させて測定する。
　軸心は定めない。
　「気をつけ」の姿勢が基本肢位で、この位置を０度。

留意点
　２関節筋と関節可動域
　開始肢位により異なる。(筋の緊張による)
　他動と自動では異なる。(筋力による)
　筋緊張が異常に低下している場合。(過関節可動域を示す)
　終末感に注意。
　検者の学識と技術により測定値が異なることがある。

Ⅳ．徒手筋力検査法(MMＴ：manual muscle test)
筋力
　骨格筋の随意的収縮によって発生する張力である。筋力低下は筋横断面積の減少である筋萎縮、あるいは神経系因子の障害によって生じる。
　筋力テストをする前に、座位・立位姿勢を見る。筋肉の状態を見る。(萎縮、隆起、弾性、抵抗感)

徒手筋力テスト(MMＴ)
　検査法は、重力に抗して運動可能かどうかを等級決定の基準にしている。
　筋力５～０の６段階：抗重力肢位で徒手抵抗を与えて判定する。
　簡便な反面、データとしては検者の主観的な判断による部分が大きく、他の検者が行ったデータとの比較には再現性がないなどの弱点がある。
　検査テクニックに熟練が必要である。

だが、臨床現場で筋力を大まかに評価するには有効な方法である。

徒手筋力検査の判定規準

筋力を６段階に評価する。

筋力5	正常	Normal(N)	100%	充分な抵抗にも抗して完全に運動ができる
筋力4	優	Good(G)	75%	中等度の抵抗に抗して完全に運動ができる
筋力3	良	Fair(F)	50%	重力に抗して完全に運動ができる (客観的基準)
筋力2	可	Poor(P)	25%	重力を除けば完全に運動ができる
筋力1	不可	Trace(T)	10%	関節の運動としては認められないが、 筋の収縮は認められる
筋力0	ゼロ	Zero(O)	0%	視察・触知によっても筋の収縮が 認められない

注意

ＭＭＴにおいて基準となる「３」は、検者の主観を排除できるため重要である。

ＭＭＴでは、「＋」や「－」を用いることもあるが、主観が強い評価をあいまいにしないため、実際に使われるのは「３＋」「２＋」「２－」ぐらいである。

ＭＭＴの評価は、運動名でなく筋名で記録しておく方がよい。

ＭＭＴにおいて「完全に運動ができる」は、「被検者が動かせる範囲」であるので、ＲＯＭ制限があっても、「動かせる範囲」で完全に運動ができるかを見ればよい。

健肢と比較する。(両側性に低下がない場合)

代償運動が起こらないようにする。

ＭＭＴ施行時の３つの注意点

①　抵抗

抵抗のかけ方は、ＭＭＴの信頼性を大きく左右する。いつも同じ手（利き手)で行い、抵抗が同じになるように心がける。この時、体重を乗せない様に気をつけることが重要である。

② 固定

固定は、運動させる関節に対して「中枢固定・末梢抵抗」が基本である。

③ ポジショニング

ポジショニングは、同じ体位で出来るものはまとめて、被検者に体位変換などの負担を
かけないようにする。

Ⅴ．反射検査

反射：皮膚・筋・腱などに与えられた刺激に対し、無意識に起きる不随意的反応。

反射弓：受容器→求心路→反射中枢(脊髄、延髄、橋)→遠心路→効果器

分類：表在性反射(粘膜反射、皮膚反射)、深部反射(筋伸展反射)、病的反射、自律神経反射(臓器反射)

表在性反射

(１) 粘膜反射

ａ．角膜反射：角膜→三叉神経第１枝→橋→顔面神経→眼輪筋収縮(閉眼)

ｂ．鼻粘膜反射：鼻粘膜→三叉神経第２枝→脳幹および上部頚髄→三叉・顔面・舌咽・迷走神経および上部頚髄神経→くしゃみ

ｃ．咽頭反射：咽頭後壁の粘膜→舌咽神経→延髄→迷走神経→吐き気

ｄ．口蓋反射：口蓋弓→舌咽神経→延髄→主に迷走神経→口蓋弓・咽頭筋収縮

(２) 皮膚反射

ａ．腹壁反射：腹壁(外側から正中へ)→肋間神経→T_7(心窩部)・T_{10}(臍部)・T_{12}(下腹部)→肋間神経→腹筋群収縮(臍が刺激側へ移動)

ｂ．挙睾筋反射(精巣挙筋反射)：大腿内側皮膚(上から下へ)→大腿神経→$L_{1,2}$→陰部大腿神経→精巣挙筋収縮(精巣挙上)

ｃ．足底反射：足底(外側を後ろから前へ)→脛骨神経→L_5～S_2→脛骨神経→足趾の屈筋群収縮(足趾屈曲)

ｄ．肛門反射：肛門周囲→陰部神経→$S_{3\sim5}$→陰部神経→肛門括約筋収縮

深部反射(筋伸展反射)

(１) 検査実施上の注意事項

ａ．患者に楽な姿勢をとらせ、力を抜かせる。

ｂ．検査する筋に適当な伸展を加える。

ｃ．検査する腱上に検者の母指をあて、その上から叩く。それにより微妙な反応も触知できる。また、反射が現われにくい場合には、母指で圧を加えると、現われやすくなる。

ｄ．必ず左右比較する。

ｅ．反射が減弱ないし消失している時には増強法を行う。

ア．患者に話しかけるなどして注意をそらす。

イ．被検部から離れた場所の筋を能動的に強く働かせる。

両手指を引っぱりあう(ジャンドラシックの方法)、歯をくいしばるなど。

(２) 深部反射の変化

ａ．減弱・消失：反射弓(求心路・反射中枢・遠心路)の障害

末梢神経障害(多発性神経炎など)、脊髄の前角の障害(灰白髄炎など)、脊髄後索の障害(脊髄癆など)など

ｂ．亢進：錐体路の障害(上位ニューロン(大脳皮質運動領および錐体路)により抑制されているため)

脳出血、脳梗塞、脳腫瘍など

(３) 脳神経領域

ａ．眼輪筋反射：外眼角→三叉神経→橋→顔面神経→眼輪筋収縮(閉眼)

ｂ．下顎反射：オトガイ部(少し開口)→三叉神経第３枝→橋→三叉神経第３枝→咀嚼筋収縮(下顎挙上)

ｃ．口輪筋反射：上唇・口角→三叉神経→橋→顔面神経→口輪筋収縮(閉口)

(４) 上肢

ａ．上腕二頭筋反射：上腕二頭筋腱(前腕屈曲・中間位)→筋皮神経→C5,6→筋皮神経→上腕二頭筋収縮(前腕屈曲)

b．上腕三頭筋反射：上腕三頭筋腱(前腕屈曲・中間位)→橈骨神経→$C_{6,7}$→橈骨神経→上腕三頭筋収縮(前腕伸展)

c．橈骨反射(腕橈骨筋反射)：橈骨茎状突起(前腕屈曲)→橈骨神経→$C_{6\sim8}$→橈骨神経→腕橈骨筋収縮(前腕屈曲・回外)

d．尺骨反射：尺骨茎状突起→正中神経→C_6～T_1→正中神経→回内筋収縮(前腕回内)

e．胸筋反射：大胸筋停止部(上腕外転)→胸筋神経→C_5～T_1→胸筋神経→大胸筋収縮(上腕内転・内旋)

(5) 躯幹

a．腹筋反射：腹筋→肋間神経→$T_{5\sim12}$→肋間神経→腹筋群収縮(臍が刺激側へ移動)

(6) 下肢

a．膝蓋腱反射(ＰＴＲ、膝反射、大腿四頭筋反射)：(膝蓋腱(下腿屈曲)→大腿神経→$L_{2\sim4}$→大腿神経→大腿四頭筋収縮(下腿伸展)

b．アキレス腱反射(ＡＴＲ、足反射)：アキレス腱(下腿三頭筋腱・踵骨腱)→脛骨神経→$S_{1,2}$→脛骨神経→下腿三頭筋収縮(足の底屈)

Ⅵ．病的反射

錐体路障害のため出現する通常ではみられない反射。正常では錐体路により抑制されている。

(1) 頭部・顔面部

a．吸引反射：口唇に触れたり、舌圧子を口中に入れる→口唇収縮
障害：前頭葉、両側大脳の広汎な障害

b．口とがらし反射：上唇中央を叩打→口唇が突出

(2) 上肢

a．ホフマン反射：中指末節を屈曲させ、急に放す→全指、ことに母指が屈曲

ｂ．トレムナー反射：手指を少し屈曲させ、中指末節を掌側からはじく→全指、ことに母指が屈曲

ｃ．ワルテンベルグ反射：四指を軽く屈曲させ、掌側に検者の示指・中指を置き、その上を叩打→全指が屈曲

（３）下肢

ａ．バビンスキー反射およびその類似の反射：母趾が背屈(母趾現象)で陽性

ア．バビンスキー反射：足底外側縁を踵から足指に向かってこする→４趾が扇状に開く(開扇現象)も起こる。

イ．チャドック反射：外果の後下部を後ろから前へこする。

ウ．オッペンハイム反射：脛骨内縁を上方から下方へこする。

エ．シェーファー反射：アキレス腱を強く握る。

オ．ゴルドン反射：腓腹筋を強く握る。

カ．ゴンダ反射：第４趾を前下方へ引っぱる。

ｂ．足底筋反射：足趾が底屈で陽性

ア．ロッソリモ反射：足底面の足趾のつけ根付近を叩打。

イ．メンデル・ベヒテレフ反射：足背部で立方骨の上を叩打。

ｃ．クローヌス：反射が著明に亢進した時にみられる。

ア．膝クローヌス：下肢伸展位で、膝蓋骨をを強く下方へ押し下げていると膝蓋骨が上下に連続的に動く現象。

イ．足クローヌス：

足関節を急に強く背屈させ、力を加え続けると、足関節の背屈・底屈が連続的に起こる現象。

Ⅶ．自律神経反射(臓器反射)

自律神経が関与する反射。

ａ　瞳孔反射

ア．対光反射：瞳孔に光刺激→視神経→中脳→動眼神経→瞳孔括約筋収縮(縮瞳)

※　共感性対光反射：光を当てていない反対側の瞳孔も同時に縮小する反射。

イ．調節反射：遠方から近くに注視→視神経→後頭葉→動眼神経→瞳孔括約筋収縮(縮瞳)

ｂ．輻輳反射：遠方から近くに注視→視神経→後頭葉→動眼神経→内側直筋収縮(両眼は内側に偏位)

※　近見反射：調節反射と輻輳反射

ｃ．アシュネル反射(眼球心臓反射)：眼球圧迫→三叉神経→延髄→迷走神経→徐脈

正常：６～８／分程度の減少

陽性：10／分以上の減少

ｄ．ツェルマク・ヘーリング反射(頚動脈洞反射)：一側の頚動脈洞圧迫→舌咽神経→延髄→迷走神経→徐脈・血圧下降

陽性：10／分以上の脈拍減少

ｅ．体位変換試験：臥位→立位→臥位の脈拍数・血圧を測定

正常：起立直後の脈拍数 10～20 増加、収縮期血圧 10 ㎜Hg 以内の下降、拡張期血圧　５～10 ㎜Hg 上昇

異常：脈拍の変動、収縮期血圧・拡張期血圧が下降(自律神経不安定な状態)

ｆ．ひふ紋画症：皮膚を打診追の柄などでこすると 10～30 秒後に、白又は赤い線条が出現し、数分後に消失。

ア．白色皮膚紋画症：ほとんどすべての健常者に見られる。

イ．赤色皮膚紋画症：著明なものは自律神経不安定者に見られる。

ウ．隆起性皮膚紋画症：血管透過性亢進による。

ｇ．寒冷昇圧試験：１側上肢を氷水につけ、血圧の変化ならびに元の血圧に戻る時間を測定。

異常:血管運動神経緊張状態で変動が大きく､元に復するのに時間を要する。

ｈ．鵞膚反射(鳥肌反射)：皮膚刺激で同側に鳥肌が起こる反射。

異常：交感神経緊張で著明。

Ⅷ．徒手による整形外科的検査法

(１) 頚椎症の検査法

ａ.スパーリングの椎間孔圧迫テスト:やや過伸展した頭部を患側に側屈し、両手で頭頂部を第７頚椎に向かって押す。

判定：肩先、上肢に向かって放散痛が出現あるいは増強すれば陽性。

b．ジャクソンの過伸展テスト：やや過伸展した頭部を、両手で頭頂部を第７頚椎に向かって押す。

判定：肩先、上肢に向かって放散痛が出現あるいは増強すれば陽性。

c．イートンの神経伸展テスト：頭部を健側に側屈し、患側上肢を下方に牽引する。１人で行う場合は、患側の上司を後方挙上するとともに手関節を背屈する。

判定：放散痛が出現あるいは増強すれば陽性。神経の経路上に障害がある。

（2）胸郭出口症候群の検査法

a．アドソンテスト：橈骨動脈を触知しながら、深呼吸させ、そのまま息を止め、頭部をやや過伸展し、患側に顔を回旋させる。

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。頚肋症候群、斜角筋症候群を疑う。

b．アレンテスト：橈骨動脈を触知し、上肢を 90 度外転、肘関節を 90 度屈曲、顔を反対側に回旋させる。

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。頚肋症候群、斜角筋症候群を疑う。

c．ハルステッドテスト：橈骨動脈を触知し、頭部を健側に側屈し、同時に患側上肢を四指背屈位で後下方に伸展する。(イートンテストと同様の肢位)

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。斜角筋症候群を疑う。

d．モリーテスト：鎖骨上窩の胸鎖乳突筋起始部の外側を圧迫する。

判定：上肢に放散痛があれば陽性。斜角筋症候群を疑う。

e．エデンテスト(軍隊姿勢テスト)：橈骨動脈を触知し、上肢は体側に、肩を引き下げ、胸を強く反らせる。

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。肋鎖症候群を疑う。

f．ライトテスト：橈骨動脈を触知し、上肢を 90 度外転、肘関節を 90 度屈曲させる。

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。過外転(小胸筋)症候群を疑う。

g．過外転テスト：橈骨動脈を触知し、上肢を外転させ、完全挙上したのち少し後ろに反らせる。

判定：拍動が減弱あるいは消失すれば陽性。過外転(小胸筋)症候群を疑う。

（3）いわゆる五十肩(肩関節周囲炎)の検査法

a．ヤーガソンテスト：肘関節を 90 度屈曲、前腕回内位から、抵抗に抗して回外させる。

判定：結節間溝部に疼痛が誘発されれば陽性。上腕二頭筋長頭腱炎を疑う。

b．ストレッチテスト(上腕二頭筋伸展テスト)：肘関節伸展位のまま上肢を後方に挙上させた時、肩関節前面に疼痛があれば、肘関節を屈曲させる。

判定:肘関節屈曲で疼痛が消失すれば陽性。上腕二頭筋長頭腱炎を疑う。

c．スピードテスト：前腕回外位で、手掌を前方に向け、肩関節を屈曲(前方挙上)を支持し、これに抵抗を加える。

判定：結節間溝部に疼痛が誘発されれば陽性。上腕二頭筋長頭腱炎を疑う。

d．ペインフルアークサイン：肩関節を他動的に 110 度以上外転させる。

判定：30 度→110 度、110 度→30 度で疼痛が誘発されれば陽性。棘上筋腱損傷を疑う。

e．三角筋下滑液包テスト(ダウバーンテスト)：肩峰下部に圧痛がある時、肩関節を 90 度外転させる。

判定：圧痛が消失すれば陽性。三角筋下滑液包炎、回旋筋腱板損傷を疑う。

（4）その他の上肢の検査法

a．トムゼンテスト：手を握らせ、抵抗に抗して、手関節を背屈させる。

判定：上腕骨外側上顆部を中心に疼痛が誘発されれば陽性。上腕骨外側上顆炎(テニス肘)を疑う。

b．フロマン徴候：紙片の両端を母指と示指ではさみ、両側に引っ張らさせる。

判定：麻痺側の力は弱く、かつ、母指の指節間関節が屈曲すれば陽性。尺骨神経麻痺を疑う。

c．ファレンテスト：両手背を合わせ、手関節の掌屈を 60 秒間強制させる。

判定：60 秒間以内に、手掌にしびれの誘発や増強があれば陽性。手根管症候群を疑う。

d．チネル徴候：手関節掌側(手根間部)をハンマーや指で叩打または圧迫する。

判定：手掌や小指を除く指先に放散痛があれば陽性。手根管症候群を疑う。

e．フィンケルシュタインテスト：母指を内にして手指をにぎらせ、手関節を尺屈させる。

判定：橈骨茎状突起に疼痛が誘発されれば陽性。ド・ケルバン病を疑う。

(5) 腰痛、座骨神経痛症候群の検査法

a．ＳＬＲ(下肢伸展挙上)テスト：膝関節を伸展させたまま、下肢を挙上させる。

判定：股関節 70 度までに下肢後側に疼痛が誘発されれば陽性。腰椎椎間板ヘルニア、腰椎辷り症、変形性腰椎症、黄色靭帯硬化症などの腰椎部の根症状を呈する疾患や、ハムストリングスの拘縮を疑う。

b．ラセーグテスト：膝関節と股関節を屈曲させる。次に股関節屈曲位のまま膝関節を伸展させる。

判定：大腿後側から下腿にかけて放散痛があれば陽性。ラセーグテストの意味は、ＳＬＲテストと同じである。

c．ブラガードテスト：まずＳＬＲテストを行い、陰性の場合に、下肢を 10°下げて足関節を背屈させる。

判定：坐骨神経の経路にそって疼痛が誘発されれば陽性。神経根性坐骨神経痛を疑う。

備考：股関節屈曲 35～70 度での足関節の背屈は、坐骨神経を伸展する。このとき痛みが起これば通常は椎間板病変による神経根の刺激が疑われる。

d．ボンネットテスト：まずＳＬＲテストを行い、陰性の場合に、下肢を 10°下げて股関節を内転・内旋させる。

判定：坐骨神経の経路にそって疼痛が誘発されれば陽性。神経根性坐骨神経痛を疑う。

e．Well Leg Raising Test(逆下肢伸展挙上)：健側の下肢を膝伸展のまま挙上させる。

判定：患側の脚に疼痛が誘発されれば陽性。重症の腰椎椎間板ヘルニアを疑う。

f．ケンプ徴候：体幹を後側屈させる。

判定：脚の方まで放散痛があれば陽性。椎間関節症を疑う。

g．Ｋボンネットテスト：膝関節を屈曲、さらに股関節を屈曲・内転・内旋させる。

判定：大転子の後方で、坐骨神経が骨盤より出てくる部分に疼痛が誘発されれば陽性。梨状筋症候群を疑う。

h．大腿神経伸展テスト：膝関節屈曲位で、さらに股関節を伸展させる。

判定：大腿前面に放散痛が出現すれば陽性。大腿神経またはＬ2～4 の神経根の障害を疑う。

（6）股関節障害の検査法

a．パトリック(四の字)テスト：膝関節を屈曲し、股関節を屈曲・外転・外旋させ、足部を他側の膝の上に置き、膝内側を押す。

判定：疼痛のため、膝の外側が台につくまで股関節外転ができなければ陽性。変形性股関節症を疑う。

備考：関節包、Ｙ靭帯のねじれをより強くする手技である。

b．トーマスの股関節屈曲テスト：一側の膝を胸につけるように両手でだかせる。

判定：他側の大腿が床面から離れれば陽性。股関節屈曲拘縮を疑う。

c．トレンデレンブルグ徴候：患側下肢で、片足立ちさせる。

判定：中・小殿筋が働かず健側の骨盤が下がれば陽性。先天性股関節脱臼、脊髄性小児麻痺、脳性麻痺などを疑う。

（7）膝関節障害の検査法

a．マックマレーテスト：股および膝関節を最大屈曲させ、下腿を内旋(外旋)位で、膝をゆっくり伸展していく。

判定：膝関節 90°になる迄に痛みを伴う「コリッ」という雑音を触れれば陽性。外側(内側)半月板断裂の存在を疑う。

備考：強度屈曲位の時痛みがあれば、半月板後部断裂、90 度屈曲位で痛みがあれば中央部断裂といわれている。

b．アプレーの圧迫テスト：膝関節を 90 度屈曲させ、足を圧迫しながら内外旋させる。

判定：内旋(外旋)して膝関節の外側(内側)部に疼痛が誘発されれば陽性。外側(内側)半月板損傷を疑う。

c．アプレーの伸展テスト：膝関節を 90 度屈曲させ、足を牽引しながら内外旋させる。

判定：内旋(外旋)して膝関節の外側(内側)部に疼痛が誘発されれば陽性。外側(内側)側副靭帯損傷を疑う。

d．外反・内反ストレステスト(Ｘ脚・Ｏ脚テスト)：膝関節を外反(内反)させる。

判定：外反(内反)させた際、内側(外側)部に疼痛が誘発すれば陽性。内側(外側)側副靭帯損傷を疑う。

e．前方・後方引き出しテスト：膝関節を 90 度屈曲させ、下腿を前方に引いたり、後方に押す。

判定：下腿が大きく移動すれば陽性。前方への移動は前十字靭帯損傷、後方への移動は後十字靭帯損傷を疑う。

f．ラックマンテスト：膝関節を 20～30 度屈曲させ、下腿を前方に引いたり、後方に押す。

判定：下腿が大きく移動すれば陽性。前方への移動は前十字靭帯損傷、後方への移動は後十字靭帯損傷を疑う。

g．クラークスサイン：膝関節伸展位で、膝蓋骨を足部へ向かって他動的に押し下げ、大腿四頭筋を収縮させる。

判定：膝蓋骨の下面に強い疼痛が誘発されれば陽性。膝蓋大腿関節損傷を診る検査法で、膝蓋骨軟化症を疑う。

ｈ．膝蓋跳動：大腿の下部を圧迫しつつ、膝蓋骨を押す。

判定：膝蓋骨の関節軟骨と大腿骨下部の関節軟骨が触れ合って「コツコツ」という触感が得られれば陽性。膝関節腔内の貯留液の有無を調べる検査法で、変形性膝関節症を疑う。

(８) その他の下肢の検査法

ａ．ニュートンテスト：①上前腸骨棘を両側より圧迫する、②腸骨を左右より、中央に向かって圧迫する。③仙骨部を圧迫する。

判定：以上の３操作により、仙腸関節を中心とした限局性の疼痛あるいは殿部・大腿部に放散痛が誘発されれば陽性。捻挫など、仙腸関節部の障害を疑う。

ｂ．トンプソンテスト：下腿三頭筋を手でつかむ。

判定：足関節の底屈が起こらなければ陽性。アキレス腱断裂を疑う。

Ⅸ．片麻痺機能検査法

ブルンストロームテスト

片麻痺の典型的な回復の諸段階に基づいて、運動機能の回復を総合的に評価するもの。

片麻痺は、発病初期のショック状態としての弛緩期から次第に痙性が現れ、共同運動を経てこれからの分離、それぞれの関節の独立した運動へと回復していく。

(１) 基本的な共同運動パターン

共同運動：中枢性麻痺の回復過程において、粗大な運動が随意的に可能になってきた時期に、上肢、あるいは下肢全体の屈曲、または、伸展を同時に行うことはできても、個々の関節運動を切りはなして行うことが困難な現象。

ａ．上肢の屈曲共同運動パターン

肩甲帯内転挙上、肩屈曲外転外旋、肘屈曲、前腕回外、手関節掌屈。

ｂ．上肢の伸展共同運動パターン

肩甲帯外転下制、肩伸展内転内旋、肘伸展、前腕回内、手関節背屈。

ｃ．下肢の屈曲共同運動パターン

股屈曲外転外旋、膝屈曲、足関節背屈、足部内反。

ｂ．下肢の伸展共同運動パターン

股伸展内転内旋、膝伸展、足関節底屈、足部内反。

(２) 評価基準

片麻痺の回復段階(recovery stage)(６段階)

ステージ１：随意運動が全く起こらない状態で、弛緩性麻痺を示している。

ステージ２：ごく弱く基本的な共同運動、または、その一部の要素が現れる。麻痺に痙性が現れてくる。

ステージ３：共同運動または、その要素を随意的に起こし得る段階である。

ステージ４：基本的な共同運動の影響はまだかなり強いがこれに関与しない筋を中心とした運動、または、基本的共同運動の内、一部の要素をおさえた運動が可能となる。痙性はやや弱まってくる。

ステージ５：基本的な共同運動の影響から、かなりはなれて多くの運動が可能となった段階で、痙性は減少してくる。

ステージ６：独立した関節運動が自由に行えるようになり、痙性は最小限となる。

『障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)』

「生活自立」		
J	何らかの障害は有するが、日常生活はほぼ自立しており 独力で外出する。	
	J1	交通機関を利用して外出する。
	J2	隣近所へなら外出する。
「準寝たきり」		
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。	
	A1	介助により外出し、日中ほとんどベッドから離れて生活する。
	A2	外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている。
「寝たきり」		
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、 日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。	
	B1	車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
	B2	介助により車椅子に移乗する。
C	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。	
	C1	自力で寝返りをうつ。
	C2	自力では寝返りもうてない。

※　判定は、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

『認知高齢者の日常生活自立度』

<table>
<tr><td>Ⅰ</td><td colspan="2">何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にも
ほぼ自立している。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ⅱ</td><td colspan="2">日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが
多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ⅡA</td><td>家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。</td></tr>
<tr><td>たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など
それまでできてきたことにミスが目立つ等。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ⅡB</td><td>家庭内上記Ⅱの状態が見られる。</td></tr>
<tr><td>服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など
一人で留守番ができない等。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ⅲ</td><td colspan="2">日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、
介護を必要とする。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ⅢA</td><td>日中を中心して上記Ⅲの状態が見られる。</td></tr>
<tr><td>着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。
やたらに物を口に入れる。物を拾い集める。
徘徊、失禁、大声・奇声をあげる。
火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ⅢB</td><td>夜間を中心に上記Ⅲの状態が見られる。</td></tr>
<tr><td>ランクⅢAに同じ。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ⅳ</td><td colspan="2">日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが
頻繁に見られ、常に介護を必要とする。</td></tr>
<tr><td colspan="2">ランクⅢに同じ。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">M</td><td colspan="2">著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、
専門医療を必要とする。</td></tr>
<tr><td colspan="2">せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する
問題行動が継続する状態等。</td></tr>
</table>

『訓練の禁忌と注意』

（アンダーソンなどの基準）

１．訓練を行わない方がよい場合
安静時脈拍 120／分以上
安静時血圧収縮期 200 ㎜Hg 以上または拡張期 120 ㎜Hg 以上
労作性狭心症または１ヵ月以内の心筋梗塞
明らかな心不全や著しい不整脈
訓練前既に動悸や息切れのあるもの

２．途中で訓練を中止する場合
脈拍 140／分を越えた場合
血圧収縮期 40 ㎜Hg または拡張期 20 ㎜Hg 以上の上昇
１分間 10 以上の期外収縮や頻脈性不整脈、あるいは徐脈
中等度の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛の出現

３．訓練を一時中止し回復を待って再開する場合
脈拍：運動前の 10%または 120／分を越えた場合
（ただし２分間の安静で 10%以下にならなければ中止又は負荷を軽くする）
１分間 10 以下の期外収縮の出現
軽い動悸や息切れ

『運動療法』

Ⅰ．ストレッチ

１．ストレッチについて

1960 年代にアメリカのボブ・アンダーソンが提唱して有名になった。

スポーツ分野でウォーミングアップや障害予防、一般的に腰痛や肩こりの予防、病院でのリハビリなどに用いられている。

２．ストレッチの効果

① 血液循環の促進

血流が改善され、筋内に酸素や栄養素が取り込まれ、老廃物が排出され、疲労回復となる。

血液が満遍なく身体の細部まで流れ込み、高血圧など血管障害からくる生活習慣病を予防できる。

② 筋緊張の緩和

日常生活や運動で疲労し、短縮した筋を伸ばすことで柔軟性が向上する。

肩や腰の筋緊張を緩和させ、肩こりや腰痛の症状を緩和、改善させる。

③ 関節可動域の拡大

関節の動く範囲が広がる。

④ スポーツ障害の予防

筋疲労や筋緊張が原因で起こるスポーツ障害を予防できる。

筋の柔軟性を高め、運動を円滑に行い、ケガを予防する。

⑤ 心身のリラックス

精神的・肉体的にリラックスする。

長時間の仕事などで緊張して神経が張り詰めた時、リラックスさせるのに有効である。

⑥　ダイエットをサポート
　全身の代謝を上げ、エネルギー消費量をアップさせ、脂肪を燃焼しやすくする。

⑦　その他
　副交感神経が優位になり自立神経が安定する。
　体幹のストレッチにより、消化管を刺激し、便通を改善する。

３．ストレッチの種類
①　スタティックストレッチング
　一般的に行われている「ストレッチ」である。
　筋を伸ばした状態で 20～40 秒保持する方法である。
　反動をつけずに、筋をゆっくり伸ばし、簡単な動作で行うので、安全な方法である。

②　ダイナミックストレッチング
　スポーツの動作でストレッチを行う。
　ストレッチする筋の拮抗筋を収縮させて行う。
　動的柔軟性(実際のスポーツ動作で発揮できる柔軟性)を高めることができる。

③　バリスティックストレッチング
　反動をつけた動作を、反復してリズミカルに行う。
　スポーツのウォーミングアップで行われる。例：サッカーのブラジル体操

④　ＰＮＦストレッチング
　リハビリテーション医学の手技として､1940 年代にアメリカの医師により開発された。
　パートナーの徒手抵抗による筋力トレーニングとストレッチを組み合わせた方法である。

４．ストレッチ実施上の注意事項
(スタティックストレッチング)

①　準備運動

ストレッチをいきなり行わず、身体を動かして、身体が温まってから行う。
風呂上がりは、身体が温まっているので効果が出やすい。

②　呼吸

呼息しながら筋をゆっくり伸ばし、伸ばしきったら自然な呼吸を行う。(できれば腹式呼吸)
呼吸を止めると、余分な力が入り、血圧の上昇も起こる。

③　伸展方法

反動やはずみをつけずに伸ばし、痛みが出る前で止める。
強く力を入れて反動を使って行うと筋を痛めることになる。

④　持続

伸ばした姿勢を 20～40 秒持続させる。

⑤　意識

リラックスし、伸ばしている筋を意識する。

⑥　ペース

他人と比較したり、競争したりせず、自分のペースで行う。

⑦　継続

毎日、続けることが重要である。

５．ストレッチの実際

【一般的ストレッチ】

１．股関節および背腰部のストレッチ

①　坐位で足底を合わせる。

② つま先を両手で持って、呼息しながら体幹を前屈する。(臍を床に着けるイメージで)
③ 吸息しながら体幹を戻す。

２．股関節・大腿の外側および後側のストレッチ
① 坐位で足底を合わせた状態から片足を側方に伸ばす。
② 呼息しながら、ゆっくり体幹を前屈させる。 (臍を床に着けるイメージで)
③ 吸息しながら、体幹を元に戻す。
④ 数回行った後、側方に伸ばした足を戻し、他側の足を側方に伸ばし同様のストレッチを行う。

３．簡単な前屈ストレッチ
① 坐位で足底を合わせた状態から片足を前方に伸ばす。
② 呼息しながら、ゆっくり体幹を前屈させる。(臍を床に着けるイメージで)
③ 吸息しながら、体幹を元に戻す。
④ 数回行った後、前方に伸ばした足を戻し、他側の足を前方に伸ばし同様のストレッチを行う。

４．肩と頚のストレッチ
① 背もたれ付きの椅子に座る。
② 呼息しながら、ゆっくり頭部を前屈・後屈・側屈する。
(前屈では顎を胸部に着けるイメージ、側屈では耳を肩に着けるイメージで)
③ 吸息しながら、元に戻す。

５．手、腕、肩のストレッチ
① 胸部の前で、左手で右手背を持ち固定する。(右手掌は床に向く)
② 呼息しながら、ゆっくり右手関節を掌屈して右肘を下ろす。
③ 痛みを感じる前に肘を下ろすのを止め、吸息しながら肘を上げる。
④ 次に右手掌を上にして、肘関節を屈曲し、左手で右四指を軽く握る。
⑤ 呼息しながら、ゆっくり右手関節を背屈して右手を前方に出す。

⑥　呼息を終えたら、ゆっくり肘を曲げながら元に戻す。
⑦　右肘関節 90°屈曲、前腕回外位を取る。(小指が上)
⑧　左手で、四指を指背から固定する。
⑨　呼息しながら、ゆっくり右手を回転する。(ドアノブを回すように)
⑩　呼息を終えたら、ゆっくり元に戻す。
⑪　右手掌を左肩上部に置く。
⑫　左前腕前面で右上腕後側を固定する。
⑬　呼息しながら、ゆっくり左手を手前に引き右上肢の筋を伸ばす。
⑭　呼息を終えたら、左手の力を弱めつつ、ゆっくり元に戻す。
⑮　右上肢を真上に伸ばしてから、肘関節を屈曲し、手掌を左肩甲骨背面に置く。
⑯　左手で右肘を固定する。
⑰　呼息しながら、ゆっくり左手を左方に引き右上肢の筋を伸ばす。
⑱　呼息を終えたら、左手の力を弱めつつ、ゆっくり元に戻す。

６．大腿前面のストレッチ
①　長坐位を取る。
②　呼息しながら、ゆっくり片側の膝関節を屈曲する。(片　　足のみ正座)
③　しばらく安静呼吸のもと持続したら、ゆっくりと戻す。
④　仰臥位で同様のストレッチを行う。

７．前屈ストレッチ
①　長坐位を取る。
②　呼息しながら、ゆっくり体幹を前屈する。(臍を膝に着けるイメージで)
③　痛みを感じる前に、吸息しながら、元に戻す。
④　正座をする。
⑤　呼息しながら、ゆっくり上半身を後方へ倒す。
(痛みを感じる前に止める)
⑥　しばらく安静呼吸のもと持続したら、ゆっくりと戻す。

８．股関節前側のストレッチ
①　仰臥位を取る。

② 片側の膝を両手で抱え込み、呼息しながら、ゆっくり胸部に近づける。
③ 呼息を終えたら、手の力を緩め、吸息しながら、下肢を元に戻す。
④ 両側同時に、同様のストレッチを行う。

９．全身の回旋ストレッチ
① 仰臥位を取る。
② 呼息しながら、片側の膝を両手で抱え込む。
③ 屈曲させた下肢を反対側へ倒し､顔は屈曲させている下肢の方へ向ける。(膝と顔は、それぞれ反対側を向く)
④ しばらく安静呼吸のもと持続したら、ゆっくりと戻す。

10. 左右開脚ストレッチ
① 開脚して座る。
② 呼息しながら、ゆっくり臍を片側の大腿に近づける。
③ 吸息しながら、元に戻す。
④ 呼息しながら、ゆっくり側胸部を同側の膝に近づける。
⑤ 吸息しながら、元に戻す。
⑥ 呼息しながら､ゆっくり体幹を前方へ倒す｡(臍を床に着けるイメージで)
⑦ 呼息を終えたら、吸息しながら、体幹を元に戻す。

11. 前後開脚ストレッチ
① 何かを支えにして、立位を取る。
② 呼息しながら、ゆっくり前後に開脚する。
③ 呼息を終えたら、吸息しながら元に戻す。
④ 支えなしで、同様のストレッチを行う。

【頚部の手技療法】(ストレッチと筋力増強訓練)
１．後頚筋のストレッチ
① 四指をこめかみ。母指を上項線に当てる。

② ゆっくり頚部を前屈させる。正常可動域は60°である。
③ 痛みを感じる手前で５～10 秒保持する。

２．側頚筋のストレッチ

①　四指をこめかみから耳上部に当てる。

②　ゆっくり頚部を側屈させる。正常可動域は 50°である。耳をおさえないように注意する。

③　痛みを感じる手前で５～10 秒保持する。

※　後屈は行わない。後屈は、頚椎の前弯を増強させ、頚神経を圧迫する恐れがある。

３．回旋筋のストレッチ

①　四指をこめかみから耳上部に当てる。

②　ゆっくり頚部を回旋させる。正常可動域は 70°である。耳をおさえないように注意する。

③　痛みを感じる手前で５～10 秒保持する。

４．胸鎖乳突筋のストレッチ

①　四指をこめかみから耳上部に当てる。

②　ゆっくり頚部を斜め下方へ前屈、かつ反対側へ回旋させる。側屈は、頚椎を後屈させる可能性があるので避ける。

③　痛みを感じる手前で５～10 秒保持する。

５．旋回運動

①　四指をこめかみ。母指を上項線に当てる。

②　ゆっくり頚部を回旋させ、視線が円弧を描くように、頚部を前屈させつつ、反対側へ回旋させる。ただし、後屈は行わない。

６．前頚筋の筋力増強訓練

①　右手掌を前額部、左手掌を後頭部に当てる。

②　右手掌の抵抗に抗して、頚部を前屈させる。等尺性運動訓練を行う。

③　５～10 秒持続させる。

※　患者から離れすぎないように注意する。

※　頭部が動かないように注意する。

７．後頚筋の筋力増強訓練

①　右手掌を前額部、左手掌を後頭部に当てる。

②　左手掌の抵抗に抗して、頚部を後屈させる。等尺性運動訓練を行う。

③　５～10 秒持続させる。

８．側頚筋の筋力増強訓練

①　両手掌を側頭部に当てる。

②　手掌の抵抗に抗して、頚部を側屈させる。等尺性運動訓練を行う。

③　５～10 秒持続させる。

Ⅲ．肩こり

【肩こり体操】

１．方法１

①　頭部を前後屈、側屈、回旋する。

②　頭部をゆっくり回転する。

２．方法２・３・４・５・６

①　背筋を伸ばし、肩の力を抜く。

②　肩をゆっくり上下する。

③　肩を後方に引き、ついで前方へ出す。

④　肩を力強く挙上したのち、急に脱力して肩を落とす。

⑤　一方の肩を挙上し、他方の肩を下げる。

⑥　右手掌を左肩上部に置く。

⑦　左肩を力強く挙上した後、急に脱力して肩を落とす。

３．方法７

①　腹部の前で上肢を交叉させる。

②　交叉させた上肢をゆっくり開き、胸を張る。

４．方法８・９

①　上肢下垂から、肘関節伸展位で、ゆっくり上肢を外転させる。

②　上肢を肩の高さまで前方挙上する。

③　ついで上肢を水平位外転し、胸を張る。

５．方法 10

①　後頭部で両手掌を組む。

②　ゆっくり肩関節を水平位内転し、両肘を近づけ、肩甲骨を外転させる。

６．方法 11

①　背筋を伸ばし､上肢下垂位で円を描くように､ゆっくり肩を前後に回す。

※　肩を回す肢位として、下記がある。

ａ．胸の前で、左手で右手関節を固定し、右肩を回す。

ｂ．肘関節を屈曲し、手指を同側の肩前面に着け、肩を回す。

ｃ．右手を後頚部に当て、右肩を回す。

ｄ．手掌を側胸部に当て、肩を回す。

ｅ．胸の前で両手掌を合わせて押しつけたまま、肩を回す。

ｆ．右手掌を左肩上部に置き､肘を肩の高さまで挙上させ､肘を前後に回す。

ｇ．上肢を 90°外転させ、肩を回す。

ｈ．上肢を前後に大きく回す。

７．方法 12・13

①　上肢を前方挙上から、勢いよく後方伸展する。

②　上肢を外転から、勢いよく前方へ振り下ろす。

８．方法 14・15

①　屈曲した両手指を、胸の前で互いにひっかけて、左右に開く。

②　胸の前で手掌をあわせて押しつける。

※　下記は１～２kgのおもりを使う体操である。

９．方法 16

①　上肢下垂から、肩関節内旋外旋中間位、肘関節伸展位で、ゆっくり上肢を外転する。

②　90°まで外転したら、ゆっくり元に戻す。

10. 方法 17

① 上肢下垂から、肩関節内旋外旋中間位、肘関節伸展位で、ゆっくり上肢を前方挙上する。

② 180°まで前方挙上したら、ゆっくり元に戻す。

【肩こりに対する指導】

１．原因疾患の治療

原因が高血圧症、狭心症、顎関節症、眼精疲労、更年期障害、うつ病や不眠などの場合、原因疾患を治療する。

２．同じ姿勢を避ける

同じ姿勢でいると、頚や肩の筋肉が緊張し血行が悪くなる。

血行不全は、筋に酸素供給が充分に行われず、乳酸などの疲労物質が蓄積する。

同じ姿勢を１時間続けたら必ず休憩をとり、背伸びをしたり、腕や頚を回す、肩をすくめるなどの簡単な体操を行う。

３．姿勢を正す

悪い姿勢：顎を突き出し背中を丸めた姿勢。

良い姿勢：背すじを伸ばして顎をひき、腹部を引っこめる。

悪い坐位：椅子の背にもたれると、腹筋の緊張がゆるみ背中が丸くなりやすい。

良い坐位：腰の後ろにタオルなどを置き、腰部が自然に伸びて脊柱をまっすぐにする。

４．運動

運動不足は、血行不良、筋力の低下を招く。

筋を動かし、血行を促進し、筋力アップを目指す。

ラジオ体操、ウオーキング、水泳など、自分にとって楽しく続けられるものを選ぶ。

５．ストレスを避ける

ストレスは、交感神経が優位となり、血管が収縮して血行が悪くなる。
趣味や運動など、ストレスを発散できる自分なりの方法を持つ。

６．日常生活

下記の日常生活に注意する。

① ショルダーバッグをいつも同じ側の肩にかけたり、荷物を同じ側の手に持つ。
② 椅子に座るときは浅く腰かけ、背もたれにもたれかかる。
③ 床に座るときはあぐらをかく、または横座りする。
④ 度の合わないメガネやコンタクトレンズを使っている。
⑤ ものを食べるとき片側の歯でかむ癖がある。
⑥ 高さの合わない枕を使っている。
⑦ 電車の中でよく背中を丸めて居眠りしている。

【腰痛体操】

１．方法１・２

① 仰臥位を取る。
② 両手で片膝を抱え込む。
③ しばらく持続後、伸ばして床に着ける。
④ 両手で両膝を抱え込む。
⑤ しばらく持続後、片足ずつ伸ばして床に着ける。

２．方法３

① 四つん這いになる。
② 片足を伸ばす。

３．方法４

① 猫が背中を丸めるような四つん這いで、頭はお腹を見るようにする。
② 次に猫が腕を前に伸ばしお尻をうしろに突き出す感じで、背骨をストレッチしている感じで殿部や膝を床につけて伸ばす。

４．方法５

① 側臥位を取る。

② 上方の足をつかみ、後方に伸ばす。
(同時に腰部が反らないように腹部を引き締める)

５．方法６

① 立位で足を交叉する。

② ゆっくり前屈する。

６．方法７・８

① 仰臥位で、一方の膝関節を屈曲する。

② 立てた膝を反対側へ倒す。

③ 両膝関節を立てて、左右交互に倒す。

７．方法９

① 仰臥位を取る。

② 腰部を回旋させ、足を交叉させ、反対側の床に着ける。
(背部が浮かないようにする)

８．方法 10

① 仰臥位で、膝関節を軽度屈曲、両足を軽く開く。

② 手は腹部の上か床に置く。

③ ゆっくり腰殿部を 10～20 ㎝持ち上げ、数秒止める。

９．方法 11

① 踵部を壁から 20 ㎝位離し、リラックスして壁に寄りかかる。

② 腹部に力を入れて、腰部を壁に押しつける。

10. 方法 12

① 仰臥位で、両手を腹部に乗せる。

② 頭部を持ち上げ、臍を見る。同時に殿部を少し持ち上げる。

11. 方法 13

① 仰臥位で、上肢を頭部の後ろで組む。

② 膝関節を伸展したまま、ゆっくり片側の下肢を持ち上げ、降ろす。

12. 方法 14

① 仰臥位で、上肢を体幹に着ける。

② 膝関節を伸展したまま、ゆっくり両下肢を床から 10 ㎝挙上する。

13. 方法 15

① 仰臥位で、両膝を軽く曲げる。

② 頭部の後ろで手を組み、ゆっく上半身を起こす。

※ 起きあがれない時は、腹部の上で手を組んで行う。

※ それでも無理であれば、両手で大腿部を押さえてゆっくり起きる。

14. 方法 16

① 伏臥位で、上肢を体幹に着ける。

② ゆっくり上半身を持ち上げ、胸部が床から少し離れたところで止める。

15. 方法 17

① 立位で、上肢を振って、上半身を左右に回旋する。
(後ろ 45° ぐらいを見るようにし、上肢は肩の高さぐらいから振り出し、上肢全体を脱力してからだに巻きつける)

Ⅳ. 腰痛

【腰痛に対する指導】

１. 立位

両足をそろえて長時間立つ場合は、膝関節を軽く屈曲し、腹筋に力を入れ、腰部の前弯をおさえることが大切である。そのために片足を 10 ㎝位の台にあげておくのも良い方法である。

２．坐位

膝が大腿部より少し高くなる位の椅子に深く座る。

浅く座ると腰椎に強い曲げの力が加わり良くない。

柔らか過ぎるソファに座ったり、あぐらをかくのも腰部に疲労を起こす。

３．臥位

仰臥位で腰部が前弯しているのは、腰痛の人にとっては悪い状態である。腰部の前弯が減少させるため､腰痛の人には､膝窩に枕を入れることをすすめる。また、側臥位で膝関節を屈曲させてエビ姿勢で寝ると腰部の前弯はとれ、腰痛を防ぐ。

柔らかい布団に寝ると、重い殿部が沈むため、腰部の前弯が強くなって腰痛の原因となる。硬めの布団に寝ることをすすめる。

４．重量物の持ち上げ

良い持ち上げ方：膝関節を屈曲し、腰を下ろして持つ。できるだけ体に近づけて持ち上げる。(腹部に力を入れ、腰部が曲がらないようにする)

悪い持ち上げ方：膝関節が伸展している。体から離して持ち上げる。

５．車の運転

シートをハンドルに近づけ、膝が大腿部より高くなるようにする。

シートはあまり倒さず、背中を伸ばして運転する。

６．靴(ハイヒール)

ハイヒール(特に高いもの)は、腰部の前弯を　　強くするので、腰痛の人は避ける。

Ⅴ．膝痛

【膝痛体操】

１．方法１

① 仰臥位で、片側の膝関節を屈曲する。

② 伸展している下肢を、膝関節伸展位、足関節背屈で、床から 10 ㎝挙上し、５秒間保持する。

※ 大腿直筋(２関節筋)の筋力増強によい。

③ 足関節におもりの負荷をかけて行う。

２．方法２

① 側臥位で、下側の膝関節を 90°屈曲し、前に出す。

② 伸展している下肢を床から 10 ㎝挙上し、５秒間保持する。

３．方法３

① 長坐位を取る。

② 片方の膝窩を床に押しつけると同時に、足関節を背屈する。

※ 膝蓋骨が１㎝ほど、股関節に近づく。

※ 外側・中間・内側広筋(単関節筋)の筋力増強によい。

４．方法４

① 椅子に腰かけ、膝関節 90°屈曲する。

② 片方の膝関節を伸展する。

③ 足関節におもりを付け、抵抗運動を行う。

５．方法５

① 坐位で、膝関節を少し屈曲、股関節を外転する。

② 直径 20 ㎝程度のボールを大腿内側ではさみ５秒間保持する。

【膝痛に対する指導】

１．ウエイトコントロール

膝関節への負荷を軽減させるために体重を減少させる。

膝関節には、歩行時に体重の約２～３倍、階段昇降時に４倍、立ち上がり時に５～６倍の負荷がかかる。

２．筋力トレーニング

大腿の伸筋群の筋力アップを行う。

３．日常生活

和式トイレ、しゃがんでの作業、重量物を持つ、階段の昇降、床に座るなどを避け、なるべく、椅子に腰かけ、負担を軽減させる。

４．杖・足底板の利用

患側に杖を持つ。

膝関節の変形に合わせた楔状足底板を使用する。

５．保温・血行改善

靴下、サポーターなどで保温する。

入浴して血行を改善する。

Ⅵ．その他のストレッチ

【部分やせストレッチ】

１．上腕のストレッチ

① 直立位で１～２kgのおもりを持つ。

② 手背を上にしてゆっくりと肩関節 90°まで外転する。

③ 20～30 回行う。

２．ウエストのストレッチ

① 手に１～２kg程のおもりを持つ。

② 脚を肩幅より若干広めに立つ。

③ 片方のつま先をめがけて、ゆっくり上体を倒す。

④　ゆっくりと元の状態に戻す。
⑤　次は反対側のつま先をめがけて、ゆっくりと上体を倒す。
⑥　10～20 回行う。

３．ヒップアップのストレッチ
①　伏臥位で、脚を肩幅くらいに開く。
②　腰のあたりで手を組む。
③　一気に顎、上肢および下肢を反らす。
(反らしすぎは腰痛の原因になるので、床と平行が望ましい)
④　10～20 回行う。

４．大腿のストレッチ(スクワット)
①　直立位で脚を肩幅くらいに開く。
②　手を軽く胸のあたりで組む。
③　背筋を曲げずにゆっくりと膝関節を屈曲する。
④　上から見てつま先が膝から少し見えるくらいがよい。
⑤　10～20 回行う。

５．ふくらはぎのストレッチ
①　仰臥位を取る。
②　片側の股関節を屈曲し、つま先までまっすぐ挙上する。
③　足関節を背屈させ、アキレス腱を伸ばす。
④　交互に 20～30 回ほど行う。

６．足首のストレッチ
①　何かを支えにして片足でつま先立ちとなる。
②　他方の足の股関節を外転させる。
③　外転 90°で５秒間保持し、ゆっくり降ろす。
④　交互に 10～20 回行う。

Ⅶ. 筋力増強訓練

１．筋の作用

①　筋トーヌス

筋が弛緩している時、ある程度の緊張を保つための一定の弾力性。筋トーヌスの変化(低緊張、過緊張)に診断的意義を求めることもある。

②　求心性収縮

筋は１つ以上の関節を超えて異なる２骨に付着する。筋収縮が起こり、２骨が近づくことにより起こる関節運動である。近づく側が停止で、動きの少ない側が起始である。

③　遠心性収縮

重量物をゆっくり下におろすときのように、筋収縮が起こっているものの、起始と停止が徐々に離れていく関節運動である。

④　等張性収縮

求心性収縮や遠心性収縮の際に見られる筋が一定の張力をもちながら起こる収縮。

⑤　等尺性収縮

筋収縮が起こっていても重量物を支持している時のように、筋の長さ(起始と停止の距離)が変化しない収縮である。

２．運動訓練

①　等尺性運動訓練(アイソメトリック・エクササイズ)

筋の起始と停止の距離を不変のままで関節を動かすことなく筋が収縮する、関節を固定して行う運動である。関節の固定が必要な時期から行える。
関節を動かす事によって起こる痛みや関節破壊を防止する手段として優れている。ただし、血圧が上昇し易く、酸素消費量は少ない。

② 等張性運動訓練(アイソトニック・エクササイズ)

筋の張力を不変のまま関節を動かす運動である。求心性等張運動と遠心性等張運動では、遠心性等張運動の方が最大筋力が高い。等張運動は筋力に応じて、自動介助運動、自動運動、抵抗運動に分けられる。筋のポンプ作用を賦活し、酸素消費量が多く、心肺機能の働きを促進する。

③ 等運動性訓練(アイソキネティック・エクササイズ)

関節角度も張力も変化するが、速度を一定に保って行う運動である。関節運動は許可されたが、外的負荷で筋の遠心性収縮を強要し筋に損傷を与える危険がある時に、最も安心して行える運動の一つである。疲労および痛みの出現は少なく、より多くの運動単位を活動状態にする。

３．痙性抑制のための運動

痙性が片麻痺の改善を妨げ、運動の質を低下させていることは確かである。
痙性の抑制は運動訓練の１つとして重要である。
他動的な伸張を１～２分間以上持続することにより痙性が抑制される。
自動的な等尺運動においても痙性が抑制される。
したがって、次のような運動が適切である。

① 出発基本肢位は痙性筋収縮位とする。
② 拮抗筋を自動収縮させ(不能なら他動でもよい)、痙性筋を伸展位とする。
③ 施術者が痙性筋収縮力と同じ抵抗を加えて痙性筋の等尺性収縮を行わせる。
④ 痙性筋の力を抜かせリラックスさせる。
⑤ 他動的に痙性筋を収縮させて出発肢位にもどる。
⑥ これを繰り返す。

痙性筋に、伸展位で等尺性運動をさせて痙性を抑制し、次いで弱い拮抗筋の自動的な等張性運動を図るものであるから、拮抗筋に筋力が出てくれば抵抗を加えて等張性収縮をさせるとより効果的である。

その他、痙性抑制の目的で温熱、水治療法、鍼療法、電気刺激、フェノールブロック、薬物療法などがあり、これらを併用しながら運動を行ってゆくと、より良質の改善効果が得られる。

４．筋萎縮、筋力低下の防止

筋萎縮や筋力低下は骨折に伴う直接の筋損傷は別として、関節固定が長期間に及ぶ結果生ずる。また、固定してない筋もベッド安静のため運動が不十分となり筋萎縮や筋力低下が起こりやすい。患者様が起立、歩行できる時期になって膝折れが生じて歩けないなどで初めて気づくことがある。高齢者の骨折では筋萎縮、筋力低下が特に起こりやすいので予防がたいせつである。

予防法としては、患者様に自動運動や抵抗運動をさせることであり、単なるマッサージや他動的可動域訓練などは無効である。

自動運動はギプス固定中の筋についても可能である。すなわち等尺性筋収縮をギプスの中でさせればよい。等尺性収縮は、関節に安定性を与える作用のほか、関節を動かさずに筋を収縮させるので、ギブス固定中、骨折後、各種手術後など関節の動きが禁忌とされる時期の筋萎縮防止、筋力維持に有用である。これを筋セッティング(マッスル・セッティング)という。

大腿骨頚部骨折などの手術後、大腿四頭筋のマッスルセッティングはそのよい例である。ギプスが下腿まである場合も膝蓋骨部のギプスに穴をあけて膝蓋骨の上方移動をみれば、大腿四頭筋が十分収縮しているかどうかを容易に確かめることができる。

この運動を患者様がうまくできない場合はまず健側でやらせてみるとよい。健側の膝の下に手をあててそれを圧迫させてみたり、膝伸展位足背屈位で下肢を挙上させ、これに強い抵抗を加えると、大腿四頭筋の強い等尺性収縮をさせることができる。麻痺した筋に対しては筋萎縮防止のために筋の運動点に低周波電気刺激を行って筋収縮をさせることもある。

また患者様が十分動かせない時期に、健側に運動負荷させることにより患側の関節的筋収縮を期待する交叉訓練法も知られている。これら筋収縮は、それが最大限の収縮であれば毎日 50 回程度の訓練でも筋萎縮や筋力低下を防ぐことができるといわれている。

５．筋力増強訓練

筋線維の直径を増大させることを目的にすることが大切である。

これには最大の抵抗運動を数回くりかえすことが最も有効である。

ただし、最大筋力の 50%以下の抵抗運動ではあまり効果がない。また疲労させては訓練効果は見られなくなる。繰り返して関節可動域運動を数回行える筋

力はおよそ最大筋力の２／３程度とみなされる。
　筋持久力を増加させるには等張性収縮による繰り返し運動が適している。
　等尺性筋収縮は関節を動かすことがないので、不必要な運動を防ぎつつ大きな負荷を加えることができ、筋力増強のために用いられる。

①　筋力増強訓練の種類と効果
　等尺性運動訓練：瞬発力向上
　等張性運動訓練：持久性向上
　等運動性訓練：持久性向上・瞬発力向上

②　注意事項
　負荷を与える部位や負荷の強さに注意する。
　２関節にまたがって抵抗をかけないようにする。
　運動軸に対して垂直になるように抵抗をかけることが効率の良い抵抗のかけ方である。(抵抗を掛ける方向が誤っていると誤った方向の運動しかできなくなる)
　オーバーワークを防止するため、負荷量および自覚症状に留意する。
　代償運動を防止するため、負荷量、疼痛、疲労および固定に留意する。

③　筋力別(ＭＭＴ)にみた筋力増強訓練の原則
　筋力０：他動運動、低周波刺激
　筋力１：他動運動、自動介助運動、低周波刺激
　筋力２：自動介助運動
　筋力３：自動運動
　筋力４・５：抵抗運動

④　徒手による筋力増強の利点
　患者を観察しやすく、運動を妨げずかつ抵抗をかけやすい位置で治療を行う。
　細かな抵抗の加減が容易である。
　関節角度の変化による筋の最大張力を発揮させる事ができる。
　痛みその他の運動障害を生じる原因があっても、それに適応しやすい。
　誤った運動を行った場合にすぐ修正できる。

Ⅷ. 関節可動域訓練

【上肢】(主な他動運動)

１．肩関節

①　屈曲・伸展

肘関節を伸展したまま前方挙上させる。

※　手掌は常に内側を向くこと。

②　外転・内転

肘関節を伸展したまま側方挙上させる。

※　腋を拡げる。

※　手掌は常に内側を向くこと。

③　水平屈曲　・水平伸展

上腕を体幹に対して 90°前方挙上し、水平に外転・内転させる。

※　内転は手が反対の肩に触れること。

④　外旋・内旋

上腕を 30°～60°外転し、前腕を立てた位置で外旋・内旋させる。

２．肘関節

①　屈曲・伸展

上腕を固定し、屈曲・伸展させる。

※　屈曲時の手掌は、肩の方へ向く。

※　伸展時の手掌は、下の方へ向く。

３．前腕

①　回外・回内

肘関節を 90°屈曲した位置で、回外・回内させる。

※　回外は、手掌が上を向く。

※　回内は、手掌が下を向く。

４．手関節
①　屈曲(掌屈)・伸展(背屈)
　前腕を固定し、掌屈・背屈させる。

②　橈屈・尺屈
　前腕を固定し、橈屈・尺屈させる。

５．母指
①　屈曲・伸展
　四指を固定し、屈曲・伸展させる。
　掌側外転：四指を固定し、掌側外転させる。
　※　対立も行う。

６．四指
①　屈曲・伸展
　手関節を固定し。屈曲・伸展させる。
　※　屈曲は手掌側に隙間がないようにする。
　※　伸展は３関節を均等に伸展する。(ＭＰ関節のみが伸展しやすいので注意)

【上肢】(自他動運動)
　健側の手で患側の前腕末梢部を持ち、あるいは両手の指を組んで、肘関節を伸展したまま肩関節の屈曲(前方挙上)を行う。
　※　肘関節を屈曲してはいけない。
　※　両手掌は常に内側を向くこと。

【下肢】(主な他動運動)
１．股関節・膝関節
①　屈曲・伸展
　膝関節を伸展したまま、股関節を屈曲・伸展させる。
　※　下肢伸展位挙上(ＳＬＲ)と同様である。
　※　ハムストリングスのストレッチである。

② 外旋・内旋

下肢伸展位で股関節を外旋・内旋させる。

③ 外転・内転

下肢伸展位で股関節を外転・内転させる。

２．足関節

① 背屈・底屈

下腿部を固定し、踵を手掌で包むように握り、前腕部で足底を押し、アキレス腱をストレッチしながら背屈させる。

※ 尖足となり下腿三頭筋・アキレス腱が短縮しやすいので、非常に重要である。

※ 底屈は強くする必要はない。

※ 背屈のみでも良い。

② 外反(外がえし)・内反(内がえし)

下腿部を固定し、足関節を外反・内反させる。

※ 内反となりやすいので重要である。

※ 内反は強くする必要はない。

※ 外反のみでも良い。

３．足趾

① 屈曲・伸展

中足部を固定し、足趾を屈曲・伸展させる。

※ 屈曲(槌趾)となりやすい。

【下肢】(自他動運動)

健側下肢で患側下肢を動かす。

『関節モビリゼーション(Joint　Mobilization)』

関節モビリゼーションとは、患者の意識下に行う関節可動性の改善と疼痛の軽減に対する、徒手を用いて関節可動域内での運動速度の遅い他動的治療手技である。治療の目的は、滑膜関節の正常可動域への改善と、関節可動性の低下や運動不備による疼痛の軽減である。

【基礎事項】

１．骨運動(osteokinematics)

骨軸の幾何学的変化としてとらえた運動、可動域測定に用いる屈曲・伸展・外転・内転・外旋・内旋などの生理学的運動である。

２．関節包内運動(intraarticular　movement)

滑膜関節に生じる関節面相互の運動の総称で、副運動と構成運動がある。

①　副運動(accessory　movement)

随意運動では起こりえない関節面の運動で２つのタイプがある。

タイプ１は、鉄球などの硬い物体を強く握るときＭＰ関節にみられる回旋のように、関節の余裕が必要とされる場合に起こる運動。

タイプ２は、完全にリラックスした状態で他動的のみに起こる関節面の離開・滑りなどの動きである。関節の遊び(joint　play)といわれる。

②　構成運動(component　movement)

骨運動に伴って生じる関節面の運動で、滑り・転がり・軸回旋がある。生体では通常２つ以上の構成運動が組み合わさった複合運動となる。

ａ．滑り(sliding)

関節面の接触部のうち一方が常に移動し、他方は一定(固定)で滑るような運動。

ｂ．転がり(rolling)

接触している関節の両面が常に移動し変化する運動。(膝関節でしか生じない)

ｃ．軸回旋(spin)
　関節接触面の一点が移動せずに､接触を保ちながらその周りを回旋する運動。

３．凹凸の法則(concave convex　rule)
　関節の構成面は一方が凸の関節頭、他方が凹の関節窩という形態をとる。このような関節では、骨運動と関節包内で起こる運動の方向が一致しない。これを凹凸の法則という。

①　凹の法則(concave rule)
　凸面の関節頭が固定されていて、凹面である関節窩が関節頭の周りで動く場合は、骨の動きと同じ方向になる。

②　凸の法則(convex　rule)
　凹面の関節窩が固定され、凸面である関節頭が関節窩に対して動く場合は、骨の動きとは逆の方向になる。

４．しまりの位置(close packed　position　CPP)
　しまりの位置は関節面の適合性よく、かつ周囲の靭帯や関節包も緊張し外力を加えても動揺しない。関節の遊びが全くない位置(CPP)。

５．ゆるみの位置(loose packed　position　LPP)
　ゆるみの位置はしまりの位置以外の関節の状態で、関節の接触面積は小さく関節周囲組織はゆるみ、外力に容易に動揺する。最もゆるみの大きい位置が最大ゆるみの位置(LPP)。

①　離開法(distraction)
　最大ゆるみの位置で、関節を構成する骨を互いに関節面に垂直の方向に引っ張り、関節面を離開する。

②　滑り法(gliding)
　最大ゆるみの位置で、関節を構成する関節面に平行に互いに反対方向に滑らせる。

③　軸回旋法(axial rotation)
　最大ゆるみの位置で、関節を構成する一方の骨を固定し、他方の骨をその骨軸の周りに他動的に回旋させる。

④　凹滑り法(concave sliding)
　関節の凸面を固定し、凹側を動かすときは、凹側の関節端を骨運動と同じ方向に押す。

⑤　凸滑り法(convex sliding)
　関節の凹面を固定し、凸側を動かすときは、凸側の関節端を骨運動と反対方向に押す。

【モビリゼーションの実際】
１．肩甲上腕関節(臼蓋上腕関節)
　肩甲骨臼蓋窩と上腕骨頭とにより形成される狭義の肩関節で、多軸性関節、球関節である。関節の遊びに該当する外側方引き離し運動と構成運動に属する３方向への滑り運動がある。

①　モビリゼーション手技
ａ．離開法(引き離し)
　関節包と関節周辺組織の伸張。
　患者肢位:背臥位で肩関節軽度外転位。
　手技:患者の前腕部を腋窩で保持し、一方の手で上腕遠位端をもち、他方の手を上腕内側上部に広くあてる。肩関節を内転しながら上腕内側上部を外側に圧迫する。

ｂ．滑り法(尾側・前方・後方)
ア．尾側滑り
　肩関節全般的な可動性低下状態のとき用いる。特に屈曲、外転制限のとき用いる。
　患者肢位:背臥位で 45°外転位。

手技:患者の前腕部を腋窩で保持し、一方の手で上腕遠位部をもち、他方の手を上腕骨大結節部に広くあてる。上腕骨大結節部を尾側方向に圧迫し上腕骨頭を滑らせる。

イ．前方滑り

肩関節前方関節包の伸張。伸展、外旋制限のとき用いる。

患者肢位:腹臥位で肩関節軽度外転位。

手技:一方の手で上腕遠位部をもち、他方の手の小指側を上腕近位部にあてる。上腕骨頭を前方に圧迫する。

ウ．後方滑り

肩関節後方関節包の伸張。屈曲、内旋制限のとき用いる。

患者肢位:背臥位で肩関節軽度外転位。

手技:一方の手で上腕遠位部をもち、他方の手の小指側を上腕近位部にあてる。上腕骨頭を後方に圧迫する。

【モビリゼーションの禁忌】

関節の過可動性

関節滲出液の存在

活動性の関節炎症状状態

『訪問マッサージにおけるリスク管理』

リスクとは、「ある行動に伴って(あるいは行動しないことによって)危険に遭う可能性や損をする可能性を意味する概念」である。

リスク管理は、偶発的又は人為的な事故を発生させない予防対策と、不幸にして万一事故が発生した場合の緊急時対応と再発防止体制のすべてを総称したものである。

１．なぜリスク管理が必要なのか？

事故を未然に防ぎ、より良いサービス(施術)を提供していくためである。

専門職として携わる者の身を守ることになる。

２．訪問と病院の違い

訪問は、病院と違って施術するために必要な環境が整っていない。

施術に際しての不安要素が多々存在する。

病院は、医師・看護師がいて、医療機器が整っている。

病院は、事故が発生しても直ちに対応可能である。

３．実施に際しての不安要素

①　一人で判断して、行動する。

利用者の高齢化、重症化、病状が安定していないハイリスク症例が増加している。訪問は一人で対応するため、助言や手助けを受けることができない。したがって、急変や事故発生に備えて、いつでも直ぐに対応できる知識・技術を身につけておく必要がある。

②　医学情報が少ない。

同意書の記載事項では医学的情報は少ない。ケアマネからの紹介の場合は、情報を提供してもらう。必要な情報が得られないときは、本人や家族から情報収集を行い、自らの知識や経験を生かし、評価を行い最新の情報を入手する。

③　利用者本位の自宅における施術。

病院は、スタッフが比較的優位な立場で施術することが可能である。

訪問は、利用者側が優位な立場であるため、希望に沿って施術し望まなければ終了となる。

４．訪問マッサージにおけるリスクの種類

在宅医療サービスの提供にあたって、管理すべきリスクにはさまざまなものがあるが、訪問マッサージにおけるリスクには次のようなものがある。

①　医学的リスク

医学的リスクとは、利用者の病状管理や医療処置・マッサージ・機能訓練などの医療に関連したリスクである。施術者の臨床経験や医学に関する知識の量、技術の精度などにより変動する。

ａ．一般的な医学知識・治療技術に関するもの。

このリスクは、事故の原因となり得る可能性が一番高いと予測されるリスクである。転倒・転落または骨折、ルートトラブル(バルーンカテーテル、PEGなどの抜去)、心・血管系のアクシデント(意識消失、血圧の変動、不整脈など)

ｂ．医療・福祉機器の取り扱い。

人工呼吸器に関するリスク、車椅子・歩行器や電動ベットの間違った取り扱いなど。

②　環境リスク

環境リスクとは、利用者の生活全般に関する住居や人、自然といった環境に関わるものである。

ａ．生活・住環境に関するリスク

生活・住環境は、不衛生な生活環境(ゴミや汚物の放置、カビなど)、家具の配置・整理整頓の不備、段差などの住宅構造の不備による感染症や転倒などがある。

ｂ．人的環境

人的環境は、在宅生活を支えるマンパワーに関わるリスクである。一人暮らしや老老介護による介護力不足、非協力的な家族などによるリスクである。

ｃ．自然環境に関するリスク

自然環境は、施術者が利用者宅に向かうまでの移動などに伴う天候や気温などの自然環境に関わるもの、利用者宅の空調管理などのリスクである。

③　対人関係リスク

対人関係に関するリスクは、医学的リスクと同等に優先的に対応すべきリスクである。訪問マッサージの具体的な展開は、利用者や家族とのかかわり、すなわち関係作りが基本となる。言葉使い、礼儀作法、無礼な態度、身だしなみ、苦情に対する対応がある。

接遇、サービスマナー、苦情相談など。

④　経営・管理リスク

経営・管理に関するリスクは、事業所を経営し訪問マッサージを提供していくために必要な業務管理や利用者・従業員の管理、レセプト処理や事務作業に関するリスクである。

ａ．事務管理に関するリスク

訪問業務を安全かつ効率よく実施し、事業所経営を維持するために対処すべきリスクである。管理者が特に注意する必要がある。収入は、訪問実績が直接的な売り上げに反映する。予定訪問件数の規定、訪問スケジュールの調整、利用者の休止状況など。

ｂ．保険・レセプト管理に関するリスク

施術報酬を請求するためのレセプト処理や自己負担金の請求などに関わるリスクである。レセプトや利用料の誤請求、保険の確認ミスなどがある。

ｃ．個人情報に関するリスク

利用者や他事業所から預かった個人情報などの管理についてのリスクである。FAX の誤送信、個人情報の漏洩(カルテの持ち出し、置き忘れなど)、プライバシーへの配慮を欠いた情報提供など。

⑤　車両・交通リスク

車両・交通のリスクは、利用者宅へ移動するにあたって使用している車の保守点検や運転に伴う交通ルール、交通事故に関わるリスク。実際に生じていることが多いのは、車の保守点検ミス、車の故障、交通事故などである。

⑥　その他のリスク

　その他のリスクとしては、関連職種との連携、従業員の健康管理や教育、感染症に関するリスクなどがある。

５．訪問マッサージにおけるリスク管理対策

　事業所の円滑な経営や訪問マッサージの実施に関しては、医学的リスクだけでなく非医学的リスクについても、その対策を実施していく必要がある。しかし、特定のガイドラインがあるわけではないが、管理者や従業員はリスク管理対策を作成し、事業を安全に実施しなければならない。

　比較的頻度が高いリスクについて、その対策をあげる。

①　マッサージ施術過誤の対策

　利用者は高齢で骨脆弱性、皮膚や血管が損傷しやすい、バルーンカテーテル・ＰＥＤ処置などがあり、施術中のアクシデントとして、痛みの発生や内出血、ルート事故などがある。対策として、施術前に状態把握、ルート確認を行う。施術は反応を観察しながら過誤に注意し、ルートに接触しないよう慎重に行う。

②　転倒の対策

　転倒リスクが高い利用者は、超高齢者、過去の転倒暦、バランス障害、筋力低下、視覚障害、認知症、薬剤などがある。外的要因には、滑りやすい床や履物、段差、暗い照明、手すりの不備、床に障害物などがある。対策として、筋力トレーニング、バランストレーニング、ヒッププロテクター、福祉用具,住宅改修、家族に介助方法の指導などを行う。

③　心・脳血管疾患への対策

　心・脳血管疾患を有している利用者は、施術中に過剰なバイタルサインの変動、呼吸困難、意識消失など急変する恐れがある。対策として、訪問前に担当医から情報を得ておく、各疾患の病態や症状を把握する、施術前に必ずバイタルサイン測定を行い中止基準に照らし合わせる。緊急時の連絡先を決めておく。

④　訪問スケジュール調整

　訪問スケジュール調整は、円滑な訪問マッサージを実施するために最も重要

な作業の一つであり、トラブルが多い作業である。利用者が、入院して休んだりショートステイを利用したり、新規面談・利用開始する場合にはその都度スケジュール調整を行う必要がある。トラブルとして、利用者やケアマネに変更連絡がなされていなかった、連絡してもうまく伝わっていなかった、連絡が電話や口頭である場合は忘れてしまっていたなどがある。対策として、スケジュール変更は利用者に内諾をとり同時にケアマネに変更可能か確認し、もれがないようにFAXやメールをする。利用者には訪問カレンダーを設置し、確認困難な場合には家族に変更連絡をする。

⑤　苦情・相談への対策

苦情･相談は､サービス業を行うにあたっては切っても切れないものである。事業所の信用問題になるので、利用者や家族、他職種の信用を得るためには、苦情や相談内容に迅速かつ真摯に対応することが重要である。内容としては訪問スケジュールに関することが多く、「訪問時間に遅れてきた」「訪問日や時間の変更が多くて困る」といったことがほとんどである。対策として、交通事情などで訪問時間が前後する場合がある、遅延するときは電話連絡を入れることを了解を取っておく。内容によっては関連職種にも連絡し情報を共有する。

６．緊急時の対応

利用者が施術中に異変を訴えたり、転倒・転落した場合は直ちに安静臥位をとり、意識の低下、バイタルサインの異常、強い痛みや腫脹・変形などが診られ、生命に関わる恐れがある場合には緊急搬送の手配をする。重要な点は、緊急時の連絡先を確保しておくことである。

７．おわりに

訪問マッサージのリスクは多く、その範囲も広いので医学的リスクのみではなく、接遇や経営・管理、交通など非医学的リスクの管理も重要である。対策としては、報告・連絡・相談を密にし、問題の内容をスタッフ全員が共有し、生かすようにする。そのためには、管理者や責任者のリーダーシップが重要であり、個々のスタッフも意識改革が必要である。

『緊急時対応マニュアル』

１．バイタルチェック

意識状態：肩口をたたきながら、耳元で大声で呼びかける。

呼吸：鼻先に小指球を当て確認する。正常では 14～20 回／分である。深さにも注意する。

脈拍：橈骨動脈、上腕動脈、頚動脈、膝窩動脈、大腿動脈、足背動脈などで確認する。正常では 60～80 回／分である。

体温：前額部で確認する。

血圧：最高血圧が 50 ㎜Hg 以下では、心肺蘇生法が必要となる。

血中酸素飽和度：パルスオキシメータで測定する。90%以下では要注意である。

２．連絡

家人に速やかに連絡する。

主治医に連絡し指示を仰ぐ。

あらかじめ緊急連絡先を確認しておく。

３．救急車手配

利用者様宅の固定電話を使い救急車を手配する。

到着を早くするためには正確な住所を伝えるひつようがある。

あらかじめ固定電話の場所を確認しておく。

４．心肺蘇生法

「３ない」：脈がない、呼吸をしていない、意識がないを確認した場合、「心肺停止状態」と考え、心肺蘇生法を行う。

【救命救急のＡＢＣ】

Ａ：airway、気道確保

Ｂ：breathing、呼吸の確保(必要なら挿管して人工呼吸器につなぐ)

Ｃ：circulation、心マッサージ

【心肺蘇生法】

堅めの平らな場所に患者を移す。衣服を脱がせる。

口の中を調べて、吐物や気道閉塞物があればこれを除去する。入れ歯があればこれも外す。胸骨を手拳で数回強打してみる。まれに心拍が復帰する幸運に恵まれることがある。

心臓マッサージを開始する。回数は１分間に 60～80 回を目安とする。

成人患者の場合には、救助者の手のひらの基部を患者の胸骨上で剣状突起から頭側２横指の位置に置き、その上にもう一方の手を重ねて両腕の肘を伸ばした状態で垂直に圧迫を加える。このとき患者の胸郭が４～５㎝沈下する程度がよい。この手技でおよそ 30～50 kgの圧力がかかる。剣状突起に手のひらがかかったり、心臓が左にあるからといって胸骨左縁より左側を押すようなことをしてはならない。剣状突起骨折や肋骨骨折で肝臓や肺の挫傷をつくりかねないからである。

人工呼吸を行う。心臓マッサージ５回に１回息を吹き込む。吹き込む息が食道から胃の方へ誤入することなくきちんと気道に吹き込まれるよう注意する。そのためには下顎を挙上し頭部を後屈させることが大切である。みぞおちが膨らめば胃の方へ誤入していることになるし、胸郭が膨らめば正しく肺の方へ息が流入していることになる。

５．報告

経過を理事長・担当ケアマネージャー様へ報告するとともに再度主治医にも報告する。

視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための
『訪問マッサージマニュアル』　－ 施術編 －

編者　　特定非営利活動法人　つくし会
監　修　　医学博士　白畠　庸
発行日　　2012 年８月１日
発　行　　特定非営利活動法人　つくし会
〒617-0002
京都府向日市寺戸町辰巳 5 番地 3　昭美堂プラザ 202
TEL 075-777-0481／FAX 075-921-5775
E-mail info@tsukushikai.com
URL http://tsukushikai.com/
助　成　　公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための

『訪問マッサージマニュアル』

― 業務編 ―

編　者　　特定非営利活動法人　つくし会
監　修　　医学博士　白畠　庸

助　成　　公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

鍼灸マッサージ界における京都の奮起を願う

特定非営利活動法人 つくし会 顧問
医学博士　白畠　庸

私たちが行うあん摩マッサージ指圧、はり、きゅう業は、古くは『大宝律令』(701 年制定)に医療を司る中央官職であり、医博士、按摩博士と共に鍼博士として規定されていた。古来、京都は医療界を牽引してきた重鎮を数多く生み出してきた。我が国で現存する最古の医書『医心方』の編者である鍼博士の丹波康頼、打診法を考案した御園意斎、『按摩手引』を著した藤林良伯、皮電計を開発した京都大学の石川日出鶴丸教授、そして全日本鍼灸マッサージ師会の社団法人認可に尽力された医学博士の関野光雄初代会長などひきも切らない。障害児教育の分野では、日本最初の盲聾学校である京都盲唖院(明治 11 年５月 24 日開校)の古川太四郎初代院長、復刻が望まれる『鍼科新書』を著した京都盲唖院第一期生である谷口富次郎元京都市立盲唖院鍼按科教員の貢献が特筆される。つくし会は、京都盲唖院の流れを汲む京都府立盲学校の卒業生たちが中心となって、視覚障害あはき師のために活動する NPO 法人であり、私自身も全力を尽くして支援している。

超高齢社会を迎えている日本は、今や「ストレス」という嵐のまっただ中にある。そのような現状では、誰しも自律神経をはじめとして体調を崩しつつある。その健康管理の一翼を担っているのが、あはき師の免許を有している私たちであるのは、言うまでもない。「免許」とは、字の通り「ユルシを請うことを免れる」ことを意味しており、その意味するところは大きい。

国民の健康管理を担う私たちは、一流でなければならない。料理界で例えるなら、『ミシュランガイド』の三つ星店である。医療の真似事をしている無資格業者は、所詮ファーストフード店のようなもの。ごく普通の消費者は、ファーストフード店で味を覚えがちだが、成長するに従って本物を味わいたくなってくる。その時こそ、私たち三つ星シェフの出番なのである。その出番に備えて、私たちは不断の努力を積み重ねなければならない。

私が日々つれづれに思うことを本冊子に書き留めた。将来、三つ星シェフにならんとする諸氏におかれては、その実力を身につけるために本冊子を活用されることを強くお薦めする。つくし会は、歩み出したばかりの幼い会である。しかし、鍼灸マッサージ界における京都の奮起の願いを期したい団体でもある。そのためにも諸氏の前向きな意見・助言を希望する。

視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための
『訪問マッサージマニュアル』
ー 業務編 ー

【目　次】

施術所開設 …… 1 頁
　１．はじめに …… 1 頁
　２．準備物 …… 1 頁
　３．施術所開設届 …… 2 頁
　４．施術所開設届出事項変更届 …… 4 頁
　５．その他の業務形態 …… 6 頁
　６．後期高齢者医療保険 …… 8 頁
　７．生活保護 …… 9 頁
　８．団体損害賠償保険 …… 10 頁
　９．広告 …… 11 頁
【資料】　ショップカード、新聞広告 …… 13 頁
【資料】　新聞折り込み …… 14 頁
【資料】　創立 10 周年記念イベント チラシ …… 15 頁
　10．違反に対する罰則 …… 16 頁
医療保険 …… 17 頁
　１．現代の医療制度 …… 17 頁
　２．医療保険のしくみ …… 19 頁
　３．介護サービス行政 …… 24 頁
療養費 …… 26 頁
電話対応マニュアル …… 27 頁
　１．当事者編 …… 27 頁
　２．ケアマネージャー編 …… 29 頁
初回面談マニュアル …… 30 頁
訪問マッサージ(補足説明書) …… 34 頁
訪問マッサージと訪問リハビリ …… 38 頁
　１．訪問マッサージと訪問リハビリの相違点 …… 38 頁
　２．あん摩マッサージ指圧師と理学療法士の相違点 …… 40 頁
【資料】　同意書依頼文 …… 43 頁

【資料】　経過報告に関する指示 …… 44 頁
【資料】　経過報告 …… 45 頁
【資料】　委任状 …… 46 頁
業務内容 …… 47 頁
　１．非常勤事務員編 …… 47 頁
　２．ドライバー編 …… 48 頁
　　日報記録表 …… 50 頁
療養費の請求 …… 52 頁
　１．請求先 …… 52 頁
　２．提出書類 …… 52 頁
　３．代行請求と個人請求 …… 53 頁
　４．施術録・施術明細 …… 53 頁
　５．施術開始日と施術内容 …… 53 頁
　６．一部負担金 …… 54 頁
【資料】　施術録表紙 …… 55 頁
【資料】　施術録 …… 56 頁
【資料】　施術明細 …… 56 頁
　７．国民健康保険 …… 53 頁
　　同意書 …… 58 頁
　　療養費支給申請書 …… 62 頁
　　国民健康保険療養費支給申請書兼決定書 …… 66 頁
　　委任状 …… 68 頁
　　請求書 …… 69 頁
　　口座振込依頼書 …… 70 頁
　８．後期高齢者医療保険 …… 72 頁
　　後期高齢者医療療養費支給申請書 …… 72 頁
　　総括表 …… 74 頁
　９．重度心身障害老人 …… 76 頁
　　健康管理費支給申請書 …… 76 頁
　10．福祉医療費 …… 78 頁
　　福祉医療費支給申請書 …… 78 頁
　11．特定疾患 …… 80 頁
　　特定疾患医療費請求書 …… 80 頁
　　療養証明書 …… 82 頁

委任状（代理申請･･及び代理受領） …… 84 頁
12. 生活保護 …… 86 頁
所得税の基本 …… 87 頁
社会保険 …… 92 頁
労働保険 …… 94 頁
障害者に関わる助成金 …… 98 頁
【参考】 施術所開設時の必要書類 …… 106 頁
関係機関一覧 …… 107 頁

『施術所開設』

１．はじめに

訪問マッサージは、施術所を起点として、半径 16 ㎞未満の利用者様宅を訪問できる。そのことを念頭に施術所を設けなければならない。

その際の検討項目として、

① 営業を行いやすい地域
② 施術所およびガレージの賃貸料
③ 施術所周囲の環境
④ 公共交通機関

などが挙げられる。

また、一軒家の場合、ガレージが付いていることがあるが、不特定多数の人が出入りするような営業活動を拒むことが多い。

マンション、アパートであれば、営業を認めてもらえやすいが、近隣にガレージが確保しづらい。

２．準備物

個人で訪問マッサージのみを行う場合は、「出張業務開始届」の提出で開始できる。

しかし、マッサージ師を雇用する場合は、施術所を設けることになり「施術所開設届」を提出しなければならない。

本会が提出に当たって準備したのは、　　ディスポーザブル鍼、ベッド、タオルケット、枕、枕カバー、手洗い用洗面器、ウェルパス、ゴミ箱などであった。看板は未設置であった。

【構造設備基準】

ａ．6.6 平方メートル以上の専用の施術室を有すること。
ｂ．3.3 平方メートル以上の待合室を有すること。
ｃ．施術室は、室面積の７分の１以上に相当する部分を外気に開放し得ること。ただし、これに代わるべき適当な換気装置があるときはこの限りでない。
ｄ．施術に用いる器具、手指等の消毒設備を有すること。

第１号様式

施 術 所 開 設 届

① 平成　　年　　月　　日

京都府知事　　様
（京都府　②　保健所長　様）

開設者　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
③
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）
④　　㊞

下記のとおり、施術所を開設したのでお届けします。

記

１．名　　称 ⑤	電話　⑥　（　　）
２．開 設 場 所	〒　⑦
３．開設年月日	⑧ 平成　　年　　月　　日
４．業務の種類 ⑨	

５．業務に従事する施術者の氏名（目が見えない者である場合はその旨）

氏　　名　⑩	氏　　名

６．構造設備の概要

造		⑪ 地上　　階、地下　　階		建物延面積　　㎡
施術室	面　　積	⑫　　㎡	外気開放面積	⑬　　㎡
	換気装置	⑭ 有・無	消 毒 設 備	⑮　有・無
待　合　室		⑯　　㎡		

注意：京都市外の施術所は、届出のあて名を施術所の所在地を所轄する保健所の長としてください。

添付書類

１施術者免許証の写し

３．施術所開設届

①　提出日

施術所開設後 10 日以内に提出しなければならない。

②　提出先

京都市外の場合、宛名を施術所の所在地を所轄する保健所の長とする。

③④　開設者の住所、氏名および捺印

法人は、主たる事務所の所在地、名称、代表者の職・氏名を記載する。

⑤⑥　名称および電話

名称を開設届提出前に保健所にて確認しておくことが望ましい。

あはき法だけでなく、医療法によっても制限される。

医療法による制限：施術所には、病院、病院分院、産院、療養所、診察所、医院、その他病院、または診療所に紛らわしい名称を付してはならない。

名称として不可：〇〇クリニック、〇〇療院、〇〇はり科療院、〇〇治療院、〇〇きゅう科治療院、〇〇薬局、〇〇流家伝名灸院。

施術所以外の医業類似行為施設と区別するために「あん摩マッサージ指圧」「鍼灸」等を名称につけることが望ましい。

⑦　開設場所

⑧　開設年月日

⑨　業務の種類

法第１条に規定する業務の種類　→　あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう

⑩　業務に従事する施術者の氏名および目が見えない者である場合はその旨

免許証の写しを添付する。なお、京都市では、原本照合が行われる。

⑪～⑯　構造設備の概要

「造」「面積（㎡）」「外気開放面積（㎡）」「換気装置の有無」「消毒設備の有無」「待合室（㎡）」について記載する。なお、平面図も添付する。

【保健所の指導事項】

ａ．施術室と待合室の区画は固定壁で上下左右完全に仕切られているものであることが望ましい。

ｂ．プライバシーの保護に配慮して、ベッドごとにカーテンを設けることが望ましい。

ｃ．施術者の人数とベッドの数が等しいのが望ましい。

提出時、必ず写しを保管しておくこと。

第３号様式

施 術 所 開 設 届 出 事 項 変 更 届

① 平成　　年　　月　　日

京都府知事　　様
（京都府　②　保健所長　様）

開設者　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
③
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）
④　　㊞

下記のとおり開設届出事項に変更を生じたので、届け出ます。

記

１．名　　称 ⑤	
２．開 設 場 所	⑥ 〒　　電話　　（　　）

３．変更事項（該当記号を○で囲んでください。）

①　開設者の氏名・住所　⑦	④　業務の種類　⑩
②　名称　⑧	⑤　業務に従事する施術者の氏名及び目の見えない者である場合　⑪
③　開設場所の表示　⑨	⑥　構造設備の概要・平面図　⑫

４．変更内容（変更前、変更後を明示してください。）
⑬

５．変更理由	⑭
６．変更年月日	⑮　　年　　月　　日

注意：京都市外の施術所は、届出のあて名を施術所の所在地を所轄する保健所の長としてください。
添付書類
１変更事項のうち⑤を変更した場合は、免許証の写し
２変更事項のうち⑥を変更した場合は、平面図

４．施術所開設届出事項変更届
①　提出日
②　提出先
③④　開設者の住所および氏名
⑤　名称
⑥　開設場所
⑦　開設者の氏名・住所
本会では、理事長の交代、事務所移転に伴い変更した。
⑧　名称
本会の名称：法人として多店舗展開を目指すことを説明し、「東向日鍼灸マッサージ治療院」を申請した。
保健所の指導：「ＮＰＯ法人つくし会」を入れることで地域名を入れることを認可された。
運営している中で施術所名に「鍼灸」が付いていると、同意書依頼の際に問題が発生した。
「法人」が運営していることを理由に、施術所名から「鍼灸マッサージ」を削除することを申請した。
多店舗の場合、まずは申請が通りやすい保健所に申請する。
他の保健所には、「〇〇保健所では受理された」と申請した。
⑨　開設場所の表示
⑩　業務の種類
⑪　業務に従事する施術者の氏名及び目の見えない者である場合
新規雇用、退職に伴う変更、その他、パート勤務の雇用の際にも届け出る。
⑫　構造設備の概要・平面図
⑬　　変更内容
変更前、変更後を明示する。
⑭　変更理由
⑮　変更年月日
本書類は、郵送にて提出した。
なお、「開設届」と同様に写しを保管しておくこと。

第７号様式

出 張 業 務 開 始 届

平成　　年　　月　　日

京都府知事　　様
（京都府　　保健所長　様）

（〒　　）
施術者住所

フリガナ
施術者氏名

㊞

下記のとおり出張業務を開始したので、届け出ます。

記

１業務の場所	電話　　（　　）
２業務開始日	平成　　年　　月　　日
３業務の種類	

注意：京都市外の住所地の施術者は、届出のあて名を施術者の所在地を所轄する保健所の長としてください。

添付書類
　施術者免許証の写し

５．その他の業務形態

①　出張のみに業務（出張専業業務）

施術所を開設しないで、または施術所に勤務しないで、専ら出張のみによって業務に従事しようとする施術者は、その業務を開始したときは、住所地の都道府県知事（市長・区長）にその旨を届け出なければならない。

施術所を開設している施術者、または施術所に勤務している施術者は、出張業務をしても、この届けは必要でない。

住所地の都道府県知事（市長・区長）に届けておけば、他の都道府県に出張して施術をしても、問題はない。

②　滞在業務

施術所の開設者･勤務者が滞在業務をする場合､施術所の所在地の都道府県、保健所を設置できる市・区以外の都道府県、保健所を設置できる市・区に滞在して業務をしようとするときは、あらかじめ、滞在地の都道府県知事（市長・区長）に次に掲げる事項を届け出なければならない。

出張専業の施術者が滞在業務をする場合、住所地の都道府県・市・区・以外の都道府県・市・区に滞在して業務を行うときは、あらかじめ、滞在予定地の都道府県知事（市長・区長）に、次に掲げる事項を届け出なければならない。

【滞在業務の届出事項】

ａ．施術者の氏名、住所、施術者が目が見えない者である場合にはその旨

ｂ．法第１条に規定する業務の種類

ｃ．業務を行う場所、その期間

施術師登録用シート

あん摩マッサージと鍼灸の両方を行う施術師については、それぞれのシートに記入してください。

記載例を参考にして、施術所名は〇〇施術所△△（施術師名）と記入し、登録する施術師ごとに作成してください。

（記入日）　①　平成　　年　　月　　日

あん摩マッサージ	施術所名（カナ）	
	施術所名（漢字）	②　③
	郵便番号	
	施術所住所	④
	番地	
	方書	
	電話番号	⑤
	代表者名（カナ）	
	代表者名	⑥
	開設日	⑦

＊「免許証の写し」及び保健所への「開設届の写し」を添付して提出して下さい。

鍼灸	施術所名（カナ）	
	施術所名（漢字）	
	郵便番号	
	施術所住所	
	番地	
	方書	
	電話番号	
	代表者名（カナ）	
	代表者名	
	開設日	

＊「免許証の写し」及び保健所への「開設届の写し」を添付して提出して下さい。

振込先⑧	振込銀行名（銀行コード）	銀行コード（　　）
	振込支店名（支店コード）	支店コード（　　）
	預金種別	
	口座番号	
	口座名義（カナ）	
	口座名義（カナ）漢字）	

＊銀行コード及び支店コードは必ず記入してください。

＊銀行コード及び支店コードが記入ない場合は、支払いができませんのでご注意ください。

６．後期高齢者医療保険

後期高齢者医療保険を利用するには、施術師コードが必要となる。その取得には、「施術師登録シート」と、保健所届出書類および免許証の写しを京都府後期高齢者医療広域連合に提出する。後日、施術師コードが書面で通知される。

①　記入日

②③　施術所名および施術師名

カタカナと漢字で記載する。

④　住所

「郵便番号」「市町村名」「番地」「マンション名」を記載する。

⑤　電話番号

⑥　代表者名

カタカナと漢字で記載する。

⑦　開設日

⑧　振込先

７．生活保護

①　生活保護取扱の届出

施術者単位で管轄の福祉事務所に申請する。申請時、免許証の写しと申請に使用する印鑑、入金用の通帳が必要となる。承認されるまでに２～３ヶ月必要だが、申請日に遡る日付での承認になるため、申請中でも施術可能である。

②　申請

利用予定者が市町村担当のケースワーカーへ連絡し、申請書を記入してもらい、主治医の意見書、市町村嘱託の医師の承認をもらって、施術が開始となる。

③　通達

生活保護者の施術に対しては、下記のような通達がある。

「あん摩マッサージは主として外科的手術の後、治療に効果があるものと考えられており、あん摩マッサージの施術を受けようとする患者の症状が、投薬、その他の治療によって効果がなく、あん摩マッサージの施術が絶対不可欠である場合に限り認められるものであり、単なる肩こり、または慰安のためにするものとしては認められないものである。」

８．団体損害賠償保険

施術時の過誤を補償してくれる保険である。

例：鍼灸按マッサージ師賠償責任保険（三井住友海上火災保険）

本会では、日本盲人会連合（日盲連）を介して団体損害賠償保険に加入している。

日盲連の支部である視覚障害者協会（視障協）に入会していれば容易に加入できる。

視障協に加入しない場合、日本あん摩マッサージ指圧師会（日マ会）に入会する必要がある。（入会金：1,000 円、年会費：3,000 円）

【保険料と補償額】（単位：円）

		業務危険		施設危険		
種類	保険料(年)	対人1事故	対人1年間	対人1名	対人1事故	対物1事故
A1	6,770	1億	3億	5000 万	1億	1000 万
A2	5,400	5000 万	1億5000 万	2500 万	5000 万	500 万
A3	4,330	3000 万	9000 万	1500 万	3000 万	300 万
A4	3,790	2000 万	6000 万	1000 万	2000 万	200 万
A5	3,260	1000 万	3000 万	500 万	1000 万	100 万
A6	2,970	500 万	1500 万	250 万	500 万	50 万
B1	4,530	5000 万	1億5000 万	―	―	―
B2	3,610	3000 万	9000 万	―	―	―
B3	3,150	2000 万	6000 万	―	―	―
B4	2,750	1000 万	3000 万	―	―	―
B5	2,750	500 万	1500 万	―	―	―

Ａ：施術所を持つ場合（業務危険と施設危険を補償）

Ｂ：施術所を持たない場合（業務危険のみを補償）

※　出張施術も補償。

※　鍼灸の過誤も補償。

※　毎年９月１日が受付。それまでは月割り、締め切りが毎月 20 日なので、11 月８日に申し込むと、12 月１日から８月末までの加入となる。

９．広告

①　広告できる事項

ａ．施術者である旨並びに施術者の氏名及び住所

ｂ．法第１条に規定する業務の種類

例：あん摩、マッサージ

ｃ．施術所の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項

例：〇〇ビル〇〇階、〇〇駅から東へ徒歩〇分、スーパー〇〇の西隣り

ｄ．施術日又は施術時間

ｅ．その他厚生労働大臣が指定する事項

ア．もみりょうじ（揉み療治）：あん摩マツサージ指圧師のみ

イ．やいと、えつ：きゅう師のみ

※　やいとは関西方面、えつは九州方面の方言。

ウ．小児鍼（はり）：はり師のみ

エ．健康保険療養費支給申請ができる旨（申請については医師の同意が必要の旨を明示する場合に限る。）

例：各種保健取扱施術所（医師の同意が必要）

オ．予約に基づく施術の実施

カ．休日又は夜間における施術の実施

キ．出張による施術の実施

例：町内出張いたします。

ク．駐車設備に関する事項

例：駐車可能台数、駐車場を借りている場合は施術所から駐車場までの案内図、ブース番号の表示

②　広告してはならない事項

上記の「広告できる事項」のａ．からｃ．を広告する場合であっても、次の事項に関する内容を広告することは制限（禁止）されている。

ａ．施術者の技能

ｂ．施術者の施術方法

ｃ．施術者の経歴

例：上海の〇〇中医学院で２年間研修

中国で研修したという意味で「経歴」に該当　→　違反

本場中国の伝統すいなを行うという意味では「施術方法」にも該当　→違反

③　つくし会の広報活動

ａ．マスコミ

機会があれば『点字毎日』、ＮＨＫ教育テレビ「きらっといきる」、京都三条ラジオカフェ「京都医療福祉ラジオ」へアプローチし、掲載、放映および放送を依頼してきた。

ｂ．ロゴマーク

業者から購入し、リーフレット、名刺などに使用している。

ｃ．ホームページ

さくらインターネットを利用し、愛ねっとに作成依頼した。

ｄ．送迎車両用ステッカー

マグネットシートを利用して、名称と電話番号のみ記載している。

ｅ．のぼり

「マッサージ中」と電話番号を記載し、施術所の前に立てている。

ｆ．ショップカード

名刺サイズの用紙に、表面は訪問マッサージの簡単な説明、裏面には連絡先を記載した。(13 頁参照)

ｇ．リーフレット

施術中にドライバーが病院、医院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などを訪問し設置を依頼している。また、ポスティングも行っている。

ｈ．新聞広告および折り込み

新聞に広告(13 頁参照)と折り込み(14 頁参照)を行った。

ｉ．名刺

点字でも表記し、裏面には、つくし会の定款を記載した。

ｊ．講演活動

亀岡市と京丹波町のケアマネ連絡会に参加し、「訪問リハビリと訪問マッサージの相違点」を中心に講演した。

地域の美濃田老人会、京都嵯峨野ロータリークラブで健康講座を行った。創立 10 周年記念のイベントも開催した。(15 頁参照)

【資料】「ショップカード表面」

在宅療養や要介護状態の方々の生活を支援します！

寝たきりの生活で困っていませんか？

トイレに一人で行けなくて悩んでいませんか？

つくし会は、寝たきりとなられた方の自宅を訪れ、マッサージや機能訓練を行うことにより、日常生活が少しでも快適に過ごしていただくことを願っています。

医療保険を利用しますので、自己負担も少額です。

【資料】「ショップカード裏面」

ＮＰＯ法人　つくし会

東向日治療院・南丹治療院・京都東治療院

連絡先　TEL 075-777-0481　FAX 075-921-5775

（平日：９時～18 時）

E-mail info@tsukushikai.com

URL http://tsukushikai.com/

【資料】「新聞広告」

掲載日：12/03/31号	
エリア：西南	
サイズ：2段1/4	営業担当：磯田

在宅療養者のみなさまを応援します！

健 康 保 険 に よ る

訪 問 マ ッ サ ー ジ

寝たきりの生活で困っていませんか？

散歩に一人で行けなくて悩んでいませんか？

国家資格を持つマッサージ師がご自宅までおうかがいして、一人ひとりに応じたマッサージを行います。

医師の同意のもと、各種健康保険を利用しますので、自己負担は施術料の１～３割です。

お気軽にご相談ください。（相談は無料）

お問い合せは

tsukushi

NPO 法人　つくし会

TEL 075-777-0481

東向日治療院　向日市寺戸町辰巳 5-3-202

南丹治療院　亀岡市旭町岩ヶ谷 75

“みなさまに笑顔とよろこびをお届けしたい”
それが私たちの願いです。

NPO 法人　つくし会　創立 10 周年記念コンサート＆講演会

「歌とマッサージで心身をリフレッシュ！」

今年も暑い夏がやってきました。みなさん、体調はいかがでしょうか？
つくし会では、こころを歌で潤し、からだをマッサージでリフレッシュしていただくためのイベントを企画いたしました。是非、ご来場ください。

日　時：平成 23 年８月 28 日(日) 午後２時から午後４時 30 分
会　場：ガレリアかめおか ２階 大広間
京都府亀岡市余部町宝久保１－１　TEL 0771-29-2700

内　容：① **ピアノコンサート**　中国天津市生まれの視覚障害テノール歌手・楊 雪元(よう せつげん)氏によるこころがあったかくなるコンサート。
曲目：オーソレミヨ、ドレミの歌、トルコ行進曲、千の風になって、他

② **「肩こりワンポイントアドバイス～肩こりを自分で防ごう～」**
重田裕之氏(鍼灸マッサージ師養成学校講師)による肩のこらない講演。

③ **マッサージ体験＆健康相談**
つくし会スタッフ（プロの施術者）による、マッサージ体験＆相談会。

対　象：どなたでも入場していただけます。
入場料：**コンサート、**マッサージ体験も含めて、**すべて無料**です。
定　員：先着 150 名様。(マッサージ体験は先着 50 名様とさせていただきます。)
申　込：必要ありません。※マッサージ体験は当日受付にて予約をお願いします。
主　催：NPO 法人つくし会(http://tsukushikai.com/)
京都府向日市寺戸町辰巳 5-3-202　TEL 075-777-0481

お問い合せ先：つくし会　**重田裕之**
電話 090-5048-0899　**メール**　shigeta@tsukushikai.com

【ガレリアかめおか　交通アクセス】
JR 亀岡駅から徒歩で２０分、バスで１０分。京阪京都交通バス、あるいはコミュニティバスで「ガレリアかめおか」下車。

後　援：京都府、ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬアイベル、(公財)関西盲導犬協会、
(公財)京都新聞社会福祉事業団、
京都府立視力障害者福祉センター同窓会「糺ノ森会」

10. 違反に対する罰則

① 施術者等に関する罰則

ａ. 秘密保持違反：50 万円以下

ｂ. 脱臼又は骨折の患部への施術禁止違反：30 万円以下・両罰規定

ｃ. 厚生労働大臣又は都道府県知事の施術者に対する指示違反：30 万円以下

ｄ. 業務停止命令違反：30 万円以下

ｅ. はりの消毒義務違反：30 万円以下

ｆ. 届出医業類医行為業者の業務禁止命令違反：50 万円以下

ｇ. 届出医業類医行為業者の業務停止命令違反：30 万円以下

② 施術所に関する罰則

ａ. 広告制限違反：30 万円以下

ｂ. 施術所の使用禁止、改善命令等違反：30 万円以下・両罰規定

ｃ. 施術所の届出義務違反又は虚無の届出：30 万円以下・両罰規定

ｄ. 報告、臨検に応じる義務違反：30 万円以下・両罰規定

ｅ. 施術所の名称制限：20 万円以下、医療法第 3 条

③ その他の罰則

ａ. あマ指・鍼灸を業とした者：50 万円以下

ｂ. 虚偽又は不正の事実に基づき免許をうけた者：50 万円以下

ｃ. ａ. 以外の医療類医行為を業とした者：50 万円以下

④ 両罰規定

行為者が「法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者」であって、その法人又は人の業務に関して違反行為をしたときは行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても刑を科することとされている。

『医療保険』

１．現代の医療制度

①　医療従事者と医療施設

医療従事者数：看護師・准看護師、医師、薬剤師の順に多い。

※　看護師・准看護師：1,320,114 人、医師：286,699 人、薬剤師：267,751 人、はり師・きゅう師：183,085 人、あん摩マッサージ指圧師：104,663 人、歯科衛生士：103,180 人、歯科医師：99,426 人、柔道整復師：50,428 人、保健師：45,003 人、歯科技工士：35,413 人、助産師：29,670 人
（平成 22 年度調査、ただし、医師、歯科医師、薬剤師は平成 20 年度調査）

診療科別医師数：内科、整形外科、外科の順に多い。

※　内科：62,845 人、整形外科：19,273 人、外科：16,865 人、小児科：15,236 人、精神科：13,534 人、眼科：12,627 人、消化器科：11,187 人、産婦人科：10,012 人

医療機関等の分類

ａ．診療所：ベッド数が０～19 床の施設

ｂ．病院：ベッド数が 20 床以上の施設

ｃ．地域医療支援病院：ベッド数が 200 床以上で、都道府県知事が承認する施設

ｄ．特定機能病院：ベッド数が 400 床以上で、厚生労働大臣が承認する施設。大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センターなど。

ｅ．療養型病床群　主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための一群の病床で、都道府県知事が承認する。

ｆ．助産所：ベッド数が０～９床の施設

②　医療制度の特色

ａ．医師の自由開業制：開業を希望する医師と歯科医師は、届出のみで自由に開業できる。

ｂ．国民の医療機関選択の自由：国民が自由に診療機関を選ぶことが保証されている

ｃ．国民皆保険による医療保障

③　国民医療費

ａ．国民医療費に含まれるもの

健康保険でまかなわれる診療報酬費、薬局調剤費（市販薬を含まない）、看護費、移送費、労災保険でまかなわれる費用、自動車事故等の際の全額自己負担分、後期高齢者医療制度による費用、公費負担分など

ｂ．国民医療費に含まれないもの

正常分娩費、健康診断の費用、予防接種の費用、義肢・義眼の購入費、差額ベッド分、歯科医療の差額分、市販薬の購入費等。これらは、健康保険でもまかなわれない。

④　国民医療費の変遷および内訳

国民医療費

2008 年度は 34 兆 8084 億円を越えている。

※　1954 年度（昭和 29 年度）より推計を行っている。

※　1954 年度：152 億円、1965 年度：1 兆円、1978 年度：10 兆円、1999 年度：31 兆円

国民一人あたりの医療費

2008 年度は 272,600 円である。

※　1954 年度：2,400 円、1965 年度：10,000 円、1980 年度：100,000 円

国民医療費を負担する項目

公費：6.7%、医療保険などの給付：48.7%、後期高齢者医療給付：30.0%、患者負担：14.1%、軽減特例措置：0.5%

傷病大分類別医療費推計

循環器系：23.0%、新生物：11.5%、呼吸器系：8.5%、精神及び行動の障害：7.7%、筋骨格系および結合組織の疾患：7.2%

⑤　国民医療費の増大とそれに関する問題

国民医療費増大の原因

需要：人口増加、高齢化、高度医療への要求、生活習慣病の増加など

供給：医療機関や医療従事者の増加、医療機械の導入、医薬品価格の上昇、経営側の過当な供給体制、診療の精密化および高度化診療報酬の値上げなど

２．医療保険のしくみ

①　社会保険

1922 年　健康保険法

1961 年　国民皆保険制度

※　国民皆保険制度：すべての国民が各種の保険に加入し、被保険者の給与から、あるいは直接に、保険料を毎月支払う体制。

②　医療保険

被保険者が傷病や障害によって医療機関にかかった際、その費用が、保険者（政府・組合・事業主など）から医療機関に支払われる制度。

現物給付：医療を受ける際、被保険者には、直接費用が支払われるのではなく、治療をはじめとする医療を受けることを通して保障を受けることができる（診療、薬剤、治療材料の支給、処置、手術など）。

③　医療保険の種類

職域保険（被用者保険）と地域保険（国民健康保険）に分ける。

ａ．被用者保険（職域保険）

ア．全国健康保険協会管掌健康保険（平成 20 年 10 月に政府管掌保険から変更）

中小企業（５人以上）の従業員が加入

イ．組合管掌保険

大企業（1,000 人以上）の従業員が加入

ウ．船員保険

船会社の従業員や家族が加入

エ．共済組合保険

国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済組合

オ．日雇い労働者健康保険

ｂ．国民健康保険（地域保険）

自営業や農業などに従事する者が加入。保険者は、各市町村ならびに国民健康保険組合。

※　国民健康保険組合：自営的色彩の強い業種のうち、医師、歯科医師、薬剤師、食品販売業、土木建築業、理容美容業、浴場業、弁護士などが加入

④　医療の給付

ａ．医療保険による給付

現物給付または療養の給付

ｂ．施術に対する給付

金銭給付又は療養費の給付（償還払い、代理人払い）

⑤　医療保険のその他の給付

診察、治療等は現物給付だが、その他は金銭給付。

傷病手当金、分娩手当金、埋葬料、育児手当金など。

業務上で受けた傷病に対しては、傷病手当金ではなく、労働災害保証保険法（労災）で支給される。

⑥　後期高齢者医療制度（通称：長寿医療制度）

2008 年４月１日実施

対象者：

ａ．75 歳以上の者

すべてこれまで加入していた医療保険から自動的に後期高齢者医療に移行。

ｂ．65 歳～75 歳で、障害認定を受け、旧老人保健制度の対象であった者

後期高齢者医療に移行するか否かを選択。

保険料：加入者は全て個人で保険料を負担する。保険料は都道府県ごとに設定され、所得割額（被保険者の所得に応じてかかる金額）と均等割額（被保険者全員に均一にかかる金額）との合算により算定される。保険料は原則として年金からの天引きで徴収（特別徴収）される。

医療機関での受診：医療費の自己負担率や月々の負担限度額は旧老人保健制度と同じで、一般の者は１割負担、現役並み所得のある者は３割負担。

後期高齢者医療制度の問題点

ａ．負担増

これまで保険料負担の必要のなかった人も含め、すべての 75 歳以上の方に保険料の負担が課せられ、また、１年間保険料を滞納すれば「資格証明書」が発行され、事実上医療が受けられなくなる可能性がある。さらに、２年ごとに保険料の見直しをすることになっているため、75 歳以上の人口増加やそれに伴う医療費の増加につれて、今後保険料が高くなっていくと言われている。

ｂ．医療内容の変更

高血圧や糖尿病など慢性疾患の患者を、１人の医師が診るという、担当医制が導入された（医師と患者の合意により担当制にするかどうかは選択可能）。これによって、これまで複数の医療機関にかかれていたことができなくなる場合がある。また、その医師が行う診療計画、検査、画像診断、湿布を貼るなどの簡単な処置等に対する報酬は、行った回数にかかわらず１ヶ月 6,000 円（自己負担１割の者は 600 円、３割の人は 1,800 円）となる。治療の難易度にかかわらず支払われる報酬が定額となるため、治療の抑制や医療の質の低下が懸念される。

⑦　公的医療負担

医療扶助：生活保護法による現物支給。

※　生活保護法による8つの保護

ａ．生活扶助：衣食その他日常生活の需要を満たすために必要なものや移送

ｂ．教育扶助：義務教育に必要な教科書、学用品、通学用品及び給食代など

ｃ．住宅扶助：住居の家賃や住宅補修費など

ｄ．医療扶助：

ア．診察

イ．薬剤又は治療材料

ウ．医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

エ．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

オ．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

カ．移送

ｅ．介護扶助：要介護者や要支援者への介護サービスに係わる費用など

ｆ．出産扶助：分べんの介助や処置などの費用

ｇ．生業扶助：生業に必要な資金、器具又は資料、技能の修得など

ｈ．葬祭扶助：検案、死体の運搬、火葬又は埋葬、納骨その他葬祭のために必要なものなど

公的医療負担

ａ．法律によるもの

結核予防法（平成19年に感染症予防法に吸収）、児童福祉法（育成医療、療育医療）、身体障害者福祉法（更生医療）、母子保健法（未熟児に対する養育医療）、原子爆弾被爆者の医療などに関する法律、戦傷病者特別援護法による規定など。

ｂ．予算措置によるもの

ア．特定疾患

原因が不明でかつ治療方法が確立していないため、長期の療養を余儀なくされる難病45疾病。

ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、再生不良性貧血、サルコイドーシス、筋萎縮性側索硬化症、強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、結節性動脈周囲炎、潰瘍性大腸炎、大動脈炎症候群、ビュルガー病、天疱瘡、脊髄小脳変性症、クローン病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患、アミロイドーシス、後縦靱帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）、ウェゲナー肉芽腫症、特発性拡張型（うっ血型）心筋症、多系統萎縮症、表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型）、膿疱性乾癬、広範脊柱管狭窄症、原発性胆汁性肝硬変、重症急性膵炎、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、原発性免疫不全症候群、特発性間質性肺炎、網膜色素変性症、プリオン病、原発性肺高血圧症、神経線維腫症、亜急性硬化性全脳炎、バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群、特発性慢性肺血栓塞栓症（肺高血圧型）、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー

イ．小児慢性特定疾患

治療が長期間にわたり、児童の健全な育成に大きな支障となる疾患について、その治療にかかった費用を公費により負担。

助成の対象は、18 歳未満の児童で、対象疾病は全部で 514 疾病。

悪性新生物：急性リンパ白血病、神経芽細胞腫、悪性リンパ腫など

慢性腎疾患：ネフローゼ症候群、ＩｇA 腎症、水腎症など

慢性呼吸器疾患：気管狭窄、慢性肺疾患など

慢性心疾患：冠動脈拡張症・狭窄症、心室中隔欠損症など

内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症、甲状腺機能低下症など

膠原病：川崎病性冠動脈病変、若年性関節リウマチなど

糖尿病：１型糖尿病、２型糖尿病など

先天性代謝異常：骨形成不全、軟骨無形成症、ウィルソン病など

血友病等血液・免疫疾患：遺伝性球状赤血球症、血友病など

神経・筋疾患：ウエスト症候群（点頭てんかん）、結節性硬化症など

慢性消化器疾患：胆道閉鎖症（先天性胆道閉鎖症）、肝硬変など

⑧　高額療養費制度

公的な医療保険の対象となる治療などにかかった医療費が、一定金額を超えた場合に、超えた金額が払い戻される制度。

ａ．低所得者

生活保護の被保護者や市町村民税非課税世帯などの方

ひと月あたりの自己負担上限額：35,400 円

ｂ．上位所得者

標準報酬月額が 53 万円以上の被保険者およびその被扶養者

ひと月あたりの自己負担上限額：150,000 円＋（医療費－500,000 円）×1%

ｃ．一般

上記２つに該当しない方

ひと月あたりの自己負担上限額：80,100 円＋（医療費－267,000 円）×1%

※　70 歳未満で１年の間に該当月が４回あった人の４回目以降の上限は、それぞれ、低所得者は 24,600 円、高額所得者は 83,400 円、一般は 44,400 円。70 歳以上の高齢受給者で、現役並み所得者は 44,400 円。

※　同一世帯内で、ひと月の自己負担額が 21,000 円以上が２人以上いる場合は、それぞれの医療費を合算して上記の表に当てはめる。

※　70 歳未満の入院患者については、一定の申請をすることにより病院窓口での支払いを高額療養費の限度額までとすることができる。

※　高額医療費限度額に、高額介護費を合算して自己負担の軽減が図られるようになった。（2008 年４月より）

３．介護サービス行政

介護保険制度：2000 年４月施行

利用者様の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できる。

① 介護保険制度の概要

保険者：市町村

被保険者：40 歳以上の者

※ 要介護の発生率、保険料の算定方式、徴収方法などにより、第１号被保険者(65 歳以上)と第２号被保険者(40～64 歳)に分ける。

給付：要介護状態もしくは要支援状態と判断された場合。

要介護認定：市町村への申請 → 調査 → 関係医師の診察 → 市町村などに設置される「介護認定審査会」で決定

介護サービス計画(ケアプラン)：利用者様は、居宅介護支援事業者に依頼して、本人の心身の状況や希望等を考慮して介護サービス事業者との連絡調整を行って貰い、利用する在宅サービスの種類や内容を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成してもらうことができる。また、こうした居宅介護支援サービスを受けずに、利用者様が自らサービスの利用計画を作成し、在宅サービスを受けることもできる。

『療養費』

１．療養費の支給対象

「療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされるものであること」『療養費の支給基準』（45 版）より

→　単に疲労回復や慰安を目的とするものは保険の対象とはならない。

２．療養費の請求について

利用者様が加入している医療保険により、請求先・率が異なる。

３．公費負担について

一部負担金を公費として、障害者の福祉医療券や特定疾患で申請する場合、利用者様が受給者証を持っていることが必要である。

４．事前準備

後期高齢者保険を申請する場合、施術師番号が必要となる。

生活保護者の施術の際、事前に登録申請しておくことが望ましい。

５．往療料について

往療料は歩行困難など、真に安静を必要とするやむを得ない理由により通所して施術を受けることが困難な場合に、利用者様のの求めに応じて利用者様宅に赴き施術を行った場合に支給されます。

ただし、往療距離については、施術日によって変わるので注意が必要である。

『電話対応マニュアル』

１．当事者編

①　情報源を確認する。

利用希望者様本人、ご家族様などからのお問い合わせの場合、リーフレット、ホームページ、新聞折り込み・広告などを見て、ケアマネージャー様からの紹介、他の利用者様からの紹介などが予想される。

②　訪問マッサージについて説明する。

ａ．対象者について

寝たきり、車椅子、歩行に障害があり通院が困難な方。

原因疾患：脳梗塞、脳出血、関節リウマチ、パーキンソン病、骨折など

ｂ．医療保険を利用

医療保険での施術であり、介護保険の認定や利用制限とは無関係である。

担当のケアマネージャー様の氏名および所属を確認する。

ｃ．同意書について

医療保険を使うには、主治医による同意書が必要であることを説明する。

同意書は、マッサージを受けることが適当、往療（＝いわゆる往診）が必要であることを証明するための書類である。

同意書は、本会で用意する。

同意書取得のための依頼文については、必要があれば、本会が作成する。

ｄ．保険による施術の内容および施術料について

施術内容および部位は、同意書の内容に基づいて行う。

全身を左右の上肢および下肢、体幹の５部位に区別する。

１部位の施術料は、マッサージが 260 円、変形徒手矯正術が 535 円で、施術料は、施術部位に比例する。

往療料、いわゆる往診料は、施術所からの直線距離で換算する。

２㎞みまんが 1,860 円で、２㎞ごとに 800 円加算される。ただし、６㎞以上は一律 4,260 円である。

ｃ．実費による施術の内容および施術料

施術内容は、希望に応じた施術を行う。

施術料は、30 分 2,500 円、60 分 5,000 円である。
往療料は 1,000 円であるが、遠方の場合は要相談。

③　初回面談について

ａ．利用者様の状態やご要望を伺い、詳細を説明するため面談に伺う。

ｂ．面談は、視覚障害者である施術者と相談員の２人で訪ねる。

④　対応時の注意事項

ａ．聞く態度

利用者様の状況を踏まえて、共感・傾聴の気持ちを忘れないようにする。

ｂ．過大な期待は持たせない

「できるようになる」「治る」「良くなる」などは避ける。

ｃ．アドバイス

「今以上悪くならないようにする」「現状維持を目指す」「寝起きが楽になったり、座れるようになった方もいる」

ｄ．施術目標

「転倒予防」「寝たきり予防」「循環改善」「床ずれ予防」「退院後の筋力強化」

⑤　初回面談までの確認事項

ａ．氏名、性別、年齢、住所、電話番号を確認する。

ｂ．居住地が、施術所より 16 ㎞以上であれば訪問できないことを伝える。

ｃ．症状、既往歴などを確認する。

脳卒中の後遺症、関節リウマチ、パーキンソン病、廃用性症候群などによる下肢の筋力低下、関節拘縮、痛み、寝たきり、車いす使用、杖歩行など

ｄ．ご要望を確認する。

日常生活での不快度や悩み、希望する施術部位など

ｅ．初回面談の希望日時を確認する。

ｆ．初回面談時の確認事項を伝える。

介護のキーパーソン、主治医、健康保険証、特定疾患などの公的扶助の有無、現在受けておられるサービス、緊急連絡先など

ｇ．初回面談の日時を施術者と相談した上で改めて連絡することを伝える。

２．ケアマネージャー編

あらかじめリーフレットなどを読んでいたり、相談員のPR説明を聞いて問い合わせられているため、詳しい内容説明は必要ないことが予想される。

①　初回面談までの確認事項

ａ．ケアマネージャー様の氏名、所属団体、電話番号を確認する。
ｂ．利用者様の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を確認する。
ｃ．利用者様の現在の症状および日常生活の状況を確認する。
ｄ．詳細を説明するため面談することを伝える。
ｅ．初回面談の希望日時を確認する。
ｆ．面談時の確認事項を伝える。

利用者様の症状・既往歴、日常生活の様子、ご要望、介護のキーパーソン、主治医、健康保険証、特定疾患などの公的扶助の有無、現在受けておられるサービス、緊急連絡先など

ｇ．可能であれば、利用者様情報をFAXしてもらうよう依頼する。
ｈ．同意書取得に際し、本会施術者が依頼文を作成することを伝える。
ｉ．初回面談時にケアマネージャー様に同行してもらうよう依頼する。
ｊ．初回面談の日時を施術者と相談した上で改めて連絡することを伝える。

②　補足事項

以下については、必要に応じて説明する。

ａ．本会は、視覚障害鍼灸マッサージ師を支援するNPO法人である。
ｂ．施術者の多くは視覚障害者である。
ｃ．施術者全員があん摩マッサージ指圧師の国家資格を有する。
ｄ．マッサージ施術は、鍼灸施術と違って、病院での治療と併用できる。
ｅ．対象者は、寝たきりや車椅子の方だけでなく、脳梗塞や他の疾患などで病院を退院後の経過途中により何らかの形で歩行に障害があり、通院が困難な方である。
ｆ．施術料については、同意書取得後に詳しく説明する。
ｇ．同意書発行は、保険点数100点であり、一部負担金が必要となる。
ｈ．同意書は、主治医が同意すれば、早ければ即日、遅ければ２週間程度で発行される。

『初回面談マニュアル』

１．訪問マッサージ依頼

①　利用希望者様のご家族からのご依頼、ケアマネージャー様などからのご紹介として連絡が入る。

②　速やかに利用希望者様に連絡を取り、初回面談の日時を調整する。

③　初回面談の日程が確定後、ケアマネージャー様などの紹介者に、対応した事実および面談予定日、さらに面談後に内容を報告することを伝える。

２．利用希望者様の初回面談

①　相談員から施術者の紹介を行う。

ａ．相談員の自己紹介を行う。

ｂ．施術者は、厚生労働大臣が発行するあん摩マッサージ指圧師の免許証を有する。

ｃ．施術者は、臨床経験が豊富で、視覚に障害がある。

ｄ．本会は、視覚に障害を持つ鍼灸マッサージ師を支援するNPO法人である。

②　必要に応じてリスク管理について説明する。

ａ．症例検討を中心に定期的に研修会を開催している。

ｂ．知識についても情報交換を中心に常時行っている。

ｃ．血圧計、パルスオキシメータを携帯している。

ｄ．急変の際、対応できるように『緊急時対応マニュアル』をもとにシュミレーションも行っている。

ｅ．万が一に備えて団体損害賠償保険に加入している。

③　訪問マッサージ施術の意思確認を行う。

ａ．医療保険を使用しての施術である。

④　日常生活の様子および症状を確認する。

ａ．主訴、既往歴、医療機関などの受療状況

ｂ．痛み、しびれ、感覚鈍麻、筋緊張、麻痺、筋萎縮、関節可動域、筋力、不随意運動など

ｃ．日常生活の様子：姿勢、食事、トイレ、歩行の方法および距離など

⑤　予想される施術部位と施術方法および施術時間について説明する。

ａ．施術部位は、体幹、左右の上肢および下肢の５部位である。

ｂ．循環改善、鎮痛などを目的とするマッサージは５部位が対象となる。

ｃ．関節可動域改善などの機能訓練を目的とする変形徒手矯正術は体肢の４部位が対象となる。体幹は対象とならない。

ｄ．１回の施術時間は、１部位 10 分、２部位 15 分、３部位 20 分、４部位 25 分、５部位 30 分が目安である。

⑥　施術の目的、効果を説明する。

ａ．マッサージ

ア．循環を改善し、酸素・栄養の供給を行い、新陳代謝を盛んにする。

イ．緊張した筋肉を揉みほぐし、異常緊張を緩める。

ウ．麻痺した筋肉に対して、刺激を与え活動を活発にする。

エ．神経痛などの異常興奮に対しては、鎮静・鎮痛をはかる。

オ．循環改善により床ずれを予防する。

カ．疲労、肩こり、腰の疲れ、手足のだるさ、便秘などの不定愁訴の軽減・予防を行う。

キ．リラクゼーション効果がある。

ク．健康の維持・増進を行う。

ｂ．変形徒手矯正術

ア．筋力トレーニング、ストレッチ、関節可動域訓練を行う。

イ．身体のゆがみを是正し、関節可動域を拡大する。

⑦　日常生活を例に短期目標を説明する。

ａ．座って食事ができる、更衣が楽にできる、つかまり立ちができる

ｂ．室内を歩ける、トイレに一人で行ける、家の周囲を散歩できる

⑧　加入保険・公費負担を確認し、デジカメまたはハンディスキャナで記録する。

ａ．医療保険

ｂ．重症老人、特定疾患、障害者の福祉医療券、生活保護など

⑨　同意書取得について説明する。

ａ．医療保険を利用するには、同意書が必要である。

ｂ．主治医に「マッサージを受けることが適当」「往療が必要」であることを証明してもらう。

ｃ．基本は、利用希望者様が通院した際に依頼する。
ｄ．本会が代行する場合は、委任状が必要となる。
ｅ．同意書発行には、手数料 1,000 円が必要である。

⑩　予想される施術料について説明する。
ａ．マッサージ：１部位 260 円
ｂ．変形徒手矯正術１部位 535 円
※　ただし、同部位に２つの施術方法は行わない。
最高：体幹へのマッサージ 260 円＋体肢への変形徒手矯正術 535 円×４部位＝2,400 円

⑪　病院、介護保険の併用について説明する。
ａ.訪問マッサージをはじめても、これまで通り病院での治療が基本である。
ｂ．訪問マッサージは医療保険を利用するので、介護保険を使うデイサービス、ホームヘルパー、訪問リハビリ、訪問介護、訪問入浴などと併用できる。

⑫　往療距離と往療料について説明する。
ａ．往療距離は、施術所と利用者様宅との直線距離である。最高は 16 ㎞までである。
ｂ．往療料は、２㎞まで 1,860 円、４㎞まで 2,660 円、６㎞まで 3,460 円、６㎞以上が 4,260 円である。
ｃ．基本の往療料として、施術所と利用者様宅との直線距離と、それに応じた往療料を提示する。
ｄ.起点の基本は施術所であるが、他の利用者様宅が起点となることもあり、それに伴い往療料が変わることもある。
　施術当日、施術所と利用者様宅との経路上で、他の利用者様が施術を受けておられれば、その、「他の利用者様宅」がその日の起点となる。

⑫　申請書について説明する。
ａ.利用者様本人が各保険者に療養費を請求（償還払い）するのが基本である。
ｂ．本会が利用者様に代わって請求（代理人払い）するので、月初に申請書に署名と捺印をもらう。

⑬　一部負担金がある場合、請求書および負担金の徴収について説明する。
ａ．加入保険により１～３割の負担金が発生する。
ｂ．一部負担金については月初に請求書を渡し収受する。

ｃ．領収書を発行する。

⑭　施術日について相談する。

ａ．利用者様の希望の訪問回数、曜日および時間帯を相談する。

⑮　施術開始日と施術内容について説明する。

ａ．同意書発行日から保険にて施術が可能となる。

ｂ．同意書の指示に従い、施術方法および施術部位が決まる。

ｃ．同意書の有効期間は、マッサージが３ヶ月、変形徒手矯正術が１ヶ月である。

ｄ．同意書の有効期間が切れる前に再同意の手続きを行う。

⑯　実費での施術について説明する。

ａ．同意書が取得できなかったり、ご家族様を施術する場合は、実費での施術となる。

ｂ．実費での施術料は、30 分 2,500 円、60 分 5,000 円、往療料は 1,000 円である。

３．初回面談後の対応

①　ケアマネージャー様などの紹介者に面談の内容を報告する。

②　速やかに同意書取得に努める。発行が遅れている場合は、その旨を利用者様および紹介者に連絡する。

③　同意書の取得確認後、利用者様に初回施術日を伝える。

④　ケアマネージャー様などの紹介者に同意書取得、初回施術日を報告する。

⑤　紹介者には、数回施術後、手紙あるいはＦＡＸで現況を伝えるのが望ましい。主治医に対しては、初月は経過報告書を提出するのが望ましい。

『訪問マッサージ』

ー 補足説明書 ー

訪問マッサージとは

　通院が出来ない、又は、困難な利用者様のご自宅や入居施設を訪れ、病態に応じてマッサージや機能訓練を行う医療行為です。

介護保険を使わない

　医療保険での施術であるので、訪問介護や通所リハ等の介護サービスを利用されている方でも､介護保険の限度単位数と関係なく､併用していただけます。

訪問マッサージを受けられる対象者は

　脳卒中後遺症、パーキンソン病や関節リウマチなどのために寝たきりの利用者様、重度の腰痛や膝痛、関節の動きが悪い、筋力の低下などのために歩行に障害がある利用者様で、かつ医師により自宅でのマッサージが必要と認められた場合に医療保険が適用となります。

「マッサージ施術同意書」について

　医療保険を適用するために必要な書類で、主治医がマッサージでの施術を同意した旨が記載されています。

　基本的に利用者様ご本人から主治医に記載依頼していただくことになりますが、書類については本会で準備し、利用者様にお渡し取得のお手伝いをさせていただきます。

　この同意書の内容と指示に基づいて施術を行います。

　医療保険が適用となる施術は、同意書が利用者様のお手元に届いてからとなります。

施術者は

　国家資格を取得した視覚に障害がある按摩マッサージ指圧師です。

　また施術者は、日頃から本会が開催する研修会に参加し、技術及び知識の維持・向上に努めています。

施術料について

身体の施術部位は、体幹及び体肢(上肢・下肢)の５部位に分類されます。

施術料は、１部位につきマッサージ 260 円、変形徒手矯正術は 535 円です。

ただし、変形徒手矯正術は、左右の上肢・下肢のみが対象で、体幹は対象となりません。なお、同部位にマッサージと変形徒手矯正術は併用できません。

※　変形徒手矯正術とは、関節に機能低下や変形が見られる際に行われる徒手による機能回復を目的とした訓練です。

【施術料一覧】

マッサージ ＼ 変形徒手矯正術	０部位	１部位	２部位	３部位	４部位	５部位
０部位	―	260 円	520 円	780 円	1,040 円	1,300 円
１部位	530 円	790 円	1,050 円	1,310 円	1,570 円	―
２部位	1,060 円	1,320 円	1,580 円	1,840 円	―	―
３部位	1,590 円	1,850 円	2,110 円	―	―	―
４部位	2,120 円	2,380 円	―	―	―	―

往療料について

往療料は、基本的に施術所からの直線距離で算定されますが、複数の患家を廻りますので、訪問前の位置が起点となり、出来る限り最小距離で算定する仕組みとなっています。

施術所　→　患家Ａ　→　患家Ｂ　→　患家Ｃ(→が往療距離となります)

ただし、往療が認められているのは、施術所から 16 ㎞までの患家です。

往療料は、２㎞未満は 1,860 円、それ以上は２㎞を増すごとに 800 円づつ３回まで加算されます。

同一患家で、同一日に、ご夫婦など、お二人施術される場合は、往療料金はお一人分となります。

医療保険で往療が認められない場合は、実費にて 1,000 円を頂きます。

【往療料一覧】

２㎞未満	２㎞以上４㎞未満	４㎞以上６㎞未満	６㎞以上 16 ㎞未満
1,860 円	2,660 円	3,460 円	4,260 円

利用料の具体例

１．施術料

Ａ．脳卒中後遺症による右片麻痺への施術の場合

施　術：右上下肢に変形徒手矯正術、体幹にマッサージ

施術料：535 円×２部位＋260 円＝1,330 円

Ｂ．腰椎椎間板ヘルニアによる腰下肢痛への施術の場合

施　術：体幹及び両下肢へのマッサージ

施術料：260 円×３部位＝780 円

２．往療料

施術回数及び訪問する曜日は、利用者様のご希望を優先いたしますので、曜日により施術者が廻る患家は異なります。

例えば、施術所からの直線距離が、患家Ａ：１㎞、患家Ｂ：３㎞、患家Ｃ：６㎞の３名がおられるとします。

月曜日：施術所　→　患家Ａ(１㎞)　→　患家Ｃ(６㎞)

患家Ａ：１㎞で 1,860 円

患家Ｃ：６㎞－１㎞＝５㎞で 3,460 円

水曜日：施術所　→　患家Ｂ(３㎞)　→　患家Ｃ(６㎞)

患家Ｂ：３㎞で 2,660 円

患家Ｃ：６㎞－３㎞＝３㎞で 2,660 円

金曜日：施術所　→　患家Ｃ(６㎞)

患家Ｃ：６㎞で 4,260 円

このように、同じ患家でも起点の関係で、施術日により往療料金が異なる場合があります。

詳細については相談員にお尋ねください。

３．利用料

利用料は、施術料と往療料とを合算したものになります。

一部負担金は、利用者様が加入されている医療保険により、１～３割と異なります。

なお、生活保護・障害者・難病などを認定されている利用者様は、一部負担金も公費で負担される場合がありますのでご相談ください。

まず面談に伺います

担当の施術者と相談員が、実際にお尋ねして、利用者様の施術の要望をお聞きし、同意書取得の方法など、詳しい内容をご説明いたします。

その後、主治医の同意書に従い施術内容を決定させていただきます。

再同意及び経過報告書について

利用者様が医療保険での施術の継続を希望される場合、マッサージでは３ヵ月ごと、変形徒手矯正術では、１ヵ月ごとに再同意が必要となります。

その際、本会で作成した経過報告書を添えて主治医に再同意を依頼していただきます。

経過報告書については、ご希望に応じて、主治医はもちろん担当のケアマネージャー様にも提出させていただきます。(利用者様同意が得られたもの)

お申し込みについて

お電話で受付いたします。

受付時間は、平日９時～18 時となっています。

ご不明な点、また、ご意見やご要望がございましたらご連絡ください。

ご利用をお待ちしています。

『訪問マッサージと訪問リハビリ』

１．訪問マッサージと訪問リハビリの相違点

①　目的・対象者

ａ．訪問マッサージ

筋肉の麻痺や関節の拘縮などの症状があり、歩行が困難な人や寝たきりの人、主治医により医療マッサージの必要性が認められた人が対象となります。具体的には脳梗塞やくも膜下出血などで後遺症のある人、脊髄損傷、関節リウマチ、パーキンソン病、変形性膝関節症、変形性股関節症などの疾病で日常生活が困難な方です。ただし、これらのような疾病が原因でなくても、身体機能の低下(廃用症候群)や手足の麻痺や関節の拘縮があり、医師がマッサージが必要と認めた場合は病名に関わらず、受けることができます。

ｂ．訪問リハビリ

理学療法士や作業療法士が利用者様の自宅を訪問し、体の機能を維持、または回復させる目的で、日常生活の自立を助ける為にリハビリテーションを行います。介護保険で介護認定された方や、通院が困難な方で、訪問リハビリテーションを希望し、医師が必要と認めた方が対象となります。平成 18 年度の医療改正から、受傷した経過日数により外来リハビリ打ち切りが施行されたため、介護保険での訪問リハビリが注目を浴びています。

②　効果

ａ．訪問マッサージ

高齢で関節に痛みのある方や病気等で体力低下が著しい方に対してもマッサージは身体に負荷をかけることが少なく、しかも疼痛の発生を極力おさえながら手足・体幹の関節運動を行うことができます。

マッサージは､本人にやる気がない場合でもある程度の効果が得られます。

マッサージの心地よい刺激は精神を安定させ、症状の緩和に向けてやる気を起こすことができます。

ｂ．訪問リハビリ

高齢で関節に痛みのある方や病気等で体力低下が著しい方にとって運動を主体とする機能訓練は、時として負担になることがあります。

機能訓練は、本人にやる気がないと効果がでにくいです。

【マッサージの効能】

ａ．血液循環の改善

褥瘡や筋肉の萎縮を防止し、浮腫の回復を早め、身体全体の機能を高めます。

ｂ．精神的安静

マッサージの心地よい皮膚刺激は高齢者の精神的な安静をもたらし、生活や生きることに対する意欲を引き出す効果があります。

ｃ．関節可動域の改善

マッサージと共に行う手足の運動は疼痛が少ないため無理がなく、関節可動域の保持、拡大に役立つ高齢者に優しい機能訓練となります。

ｄ．運動機能の向上

能力に応じて寝返り、坐位バランス、四這い、立位バランス、杖歩行、歩行訓練など段階を追って日常の運動機能の向上に努めます。

ｅ．生活リズムの形成

定期的に訪問することで暮らしにメリハリができ、不意の事故等にも対応可能です。

③　施術者

ａ．訪問マッサージ

あん摩マッサージ指圧師が行います。

ｂ．訪問リハビリ

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師などが行います。

④　適用保険

ａ．訪問マッサージ

医療保険を利用し、特に利用制限額、期間および回数制限はありません。

ｂ．訪問リハビリ

介護保険を利用し、利用制限額があります。限度額を超えると自費負担となります。

限度額の中で訪問介護、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、福祉器具のレンタルなども利用します。

⑤　一部負担金

ａ．訪問マッサージ

加入保険により一部負担金(１～３割)が異なります。

ただし、身体障害者、特定疾患、生活保護の方は、一部負担金が公費で賄われることもあります。

ｂ．訪問リハビリ

身体障害者でも原則１割負担です。

２．あん摩マッサージ指圧師と理学療法士の相違点

①　教育および資格

ａ．あん摩マッサージ指圧師

３年以上の教育と国家試験の合格が必要です。

ｂ．理学療法士

３年以上の教育と国家試験の合格が必要です。

②　施術内容

ａ．あん摩マッサージ指圧師

あん摩、マッサージ、指圧の各手技(なでる・押す・揉む・叩くあらゆる行為)を用いて、人体の変調を改善する東洋医学に基づく療法です。

ｂ．理学療法士

主に病院やリハビリテーション施設、介護保健施設、介護老人福祉施設などで、病気や事故などで障害を負った方に対して、基本的な動作能力を最大限に回復し、発揮できるための医学的リハビリテーションを行います。

③　マッサージ施術(法律上)

ａ．あん摩マッサージ指圧師

独立した判断でマッサージを行えるのは、あん摩マッサージ指圧師と医師のみです。

ｂ．理学療法士

医師の指示下では、理学療法士もマッサージを行えます。

病院や診療所の外で医師の指示がない場合は、理学療法士の資格を持っていてもマッサージを行うのは、違法行為です。

《参考》

【あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律】

第１条　医師以外の者で、あん摩、マツサージ若しくは指圧、はり又はきゆうを業としようとする者は、それぞれ、あん摩マツサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許(以下免許という。)を受けなければならない。

【理学療法士及び作業療法士法】

第 15 条　理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法(昭和 23 年法律第203号)第31条第１項 及び第32条 の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。

　理学療法士が、病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行なうマツサージについては、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 (昭和 22 年法律第 217 号)第１条 の規定は、適用しない。

④　業務

ａ．あん摩マッサージ指圧師

独立して業務を行うことができます。

例：ご家族が介護で疲れて腰痛や膝の痛みがある場合、自費であれば独自の判断で、ご家族にマッサージ施術が行えます。

ｂ．理学療法士

医師の具体的な指示がない限りは、ご家族に対してマッサージを行うのは違法行為となります。

⑤　医療保険の適用

ａ．あん摩マッサージ指圧師

医師の同意書があれば、医療保険での施術が可能です。

ｂ．理学療法士

理学療法は医師の指示により行われますので、医療の範疇（リハビリ）として医療保険が適用されます。

⑥　主な施術者について

あん摩マッサージ指圧師：直接皮膚に施術することで循環の改善を目的にした施術を行う専門職です

鍼灸師：薬や手術などに頼らないで、鍼・灸を使い病気の回復や健康維持に役立て、健康回復を目指す専門職です。

柔道整復師：ほねつぎ・接骨師・整骨師として広く知られており、打撲や挫傷、骨折・脱臼などの施術をする専門職です。

理学療法士：何らかの病気、傷害を負った方に対して運動療法を行ったり、および温熱、水、光線、電気などの物理療法によって痛みなどの改善を図る治療を行う専門職です。

作業療法士：何らかの病気、障害を負った方に対して、日常生活動作を繰り返して練習したり、実生活に近い場面を想定した練習を行う専門職です。リハビリの際には、編み物や革細工などの手工芸などを用いることがあります。

言語聴覚士：病気や交通事故、発達上の問題などで話す、聞く、食べる、飲むといったことに問題を抱えた方に対して、援助を行う専門職です。

【資料】　「同意書依頼文」

第一京都病院
　院長　鴨川　京子　先生　御侍史

謹啓、貴院におかれましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
この度貴院患者の　向日町　花子　様より、訪問マッサージ(往療によるマッサージ)の依頼を受けました。

向日町　様は、加齢に伴う廃用性症候群が認められます。体力の低下もあり、日常生活を行う中で、肩周囲筋および脊柱起立筋の緊張が生じていると思われます。
また、肩間接にはＲＯＭ制限があり、特に左肩には運動時痛が強く見られます。
下肢では、右変形性膝関節症があり運動時痛があります。それに加え、筋力低下も見られ、立位および歩行が不安定で転倒の危険があると思われます。

上記症状の改善のため、筋緊張・疼痛緩和および循環改善を目的に、体幹・上下肢への軽度なマッサージ、さらに軽度な肩間接・右股関節のＲＯＭ訓練、四肢筋のストレッチおよび筋力トレーニングを希望されておられます。患者様の希望に添い、体幹・四肢へのマッサージを承認してくださいますようにお願いいたします。また、病態の改善状況を見ながら、患者様、そして関係機関の方々と充分に連携を取りつつ施術内容を決めていきたいと考えています。

つきましては、誠にお手数ですが、同封の同意書の所定欄に記載の上、ご捺印いただけますようお願い申し上げます。
尚、経過につきましては、定期的に文書にてご報告させていただきます。
謹白

平成 24 年６月５日

ＮＰＯ法人つくし会　東向日治療院
あん摩マッサージ指圧師　つくし　太郎

【資料】　「経過報告に関する指示」

患者氏名：向日町　花子　様、女性、昭和元年４月 23 日生、86 歳

経過報告に関するご指示
１．必要
・毎月
・３ヶ月毎
・その他（　　）

※　特に、経過報告に必要な内容がございましたらご指示ください。

２．不要

注意事項およびご指導など
※　注意やご指導などがございましたらご指示をお願いいたします。

ありがとうございました。
同意書の変更や再同意等の際には、その都度ご相談させていただきます。
今後ともよろしくお願い申し上げます。
平成 24 年６月５日

〒617-0002　京都府向日市寺戸町辰巳 ５番地３　昭美堂プラザ 202
　ＮＰＯ法人つくし会 東向日治療院
　TEL 075-777-0481　FAX 075-921-5775
担当施術者：つくし　太郎
担当相談員：南丹　一郎

【資料】　「経過報告」

平成 24 年８月 17 日
第一京都病院

院長　鴨川　京子　先生　御侍史

経過報告

患者氏名：向日町　花子　様、女性、昭和元年４月 23 日生、86 歳

既往歴：右変形性膝関節症・左肩関節周囲炎。
主訴：左肩に痛みがあり、動かしにくい。
　　肩背にも痛みがある。
　　右股関節から足に痛みがあり、足に力が入りにくい。
症状：左肩関節の肩甲帯筋を中心に疼痛・筋緊張があり、運動障害が見られます。
　　また、背部痛および、右股関節と膝に可動域の制限があり、下肢筋力の低下がみられます。
施術目標：左肩関節ＲＯＭ改善・背部の疼痛緩和および、右下肢の循環改善。
施術内容：マッサージ、体幹・左上肢・右下肢ストレッチ。
　　ＲＯＭ、左肩関節・右膝関節。
問題点：左肩関節運動障害・背部痛・右下肢の疼痛・筋力低下。
経過：軽めのマッサージおよびストレッチとＲＯＭ訓練を続けています。左肩の疼痛および右下肢の疼痛は、少しずつ緩和されておられます。

向日町　様も施術の継続を希望されておられます。引き続き再同意をお願いいたします。

ＮＰＯ法人つくし会　東向日治療院
つくし　太郎

【資料】　「委任状」

委　任　状

　私は、特定非営利活動法人つくし会　相談員　南丹　一郎
事務所所在地　京都府向日市寺戸町辰巳 5 番地３　昭美堂プラザ 202　に、

マッサージ施術に関する同意書の申請及び受領を委任します。

平成２４年　６月　１日

向日町　花子　　㊞

『業務内容』

１．非常勤事務員編

【勤務時間】

①　勤務時間

出勤日：月曜日、火曜日、木曜日

出勤時間：９時から 15 時 30 分

【事務関係】

②　タイムカード

勤務時間の開始・終了時に刻印する。

③　電話転送

勤務時間終了時、電話転送を行う。

④　スケジュール管理

施術者およびドライバーのスケジュールを管理する。

⑤　各種書類管理

施術録、施術明細書、同意書、同意書依頼状、レセプト、保険証、タイムカードの管理を行う。

特に同意書および保険証の有効期限に注意する。

⑥　郵便物処理

郵便物・宅配便の管理を行う。

⑦　消耗品などの管理

消耗品、事務用品、備品の管理を行う。

【会計】

⑧　会計処理

施術料、保険料、給与、交通費などの管理を行う。

２．ドライバー編

【送迎関係】

① 携帯電話

送迎車のキーとセットにし、常に連絡体制を確保する。

② 施術者の送迎

安全かつ時間厳守での送迎を行う。

交通事情などにより遅れる場合には、必ず利用者様宅に連絡を入れる。

③ 施術者の誘導およびベッド周囲の整理

必要に応じて施術者をベッドまで誘導し、施術前にベッドの柵、ポータブルトイレ、テーブル、椅子の整理を行い、施術後には元に戻す。

④ カーナビ

ホンダ・ライフ乗車時には、カーナビを装着する。降車時には取り外し、事務所にて保管する。

⑤ 緊急時の対応

緊急時、施術者の指示に従い、ご家族および主治医に連絡を取る。

必要に応じて救急車の手配を行う。

【事務関係】

⑥ 連絡帳などの記載

必要に応じてご家族への連絡帳を記載したり、次回の訪問日程を利用者様に手渡す。

⑦ 日報処理

事務所帰着後、日報を記載する。

⑧ タイムカード

出発時間前 15 分間、送迎終了（事務所帰着）後 15 分間にタイムカードを刻印する。

例：出発時間 10:00 → 9:45～10:00

送迎終了 16:00 → 16:00～16:15

⑨ 施術録・施術明細処理

施術当日、必要に応じて事務所にて、施術者の指示に従い記載する。

⑩　同意書処理

利用者様から依頼された際、委任状（利用者様の署名・捺印が必要）と依頼文とともに医療機関へ申請し、後日受理する。

同意書作成には、約２週間を要することを考慮する。

⑪　レセプト処理

月初に療養費支給申請書（いわゆるレセプト）・委任状に利用者様から署名・捺印をもらう。

⑫　レセプトなどの提出

レセプトなどを保健所・福祉課などの関係機関に提出する。

⑬　一部負担金の処理

利用料（施術料、往療料）に一部負担金がある際は、月初に請求書に従い収受し、領収書を発行する。

なお、実費での施術の際は、施術終了時に利用料を収受し、領収書を発行する。

【初回面談】

⑭　各種確認

保険証などの内容を確認し、デジカメまたはハンディスキャナで記録する。

緊急時の連絡体制を確認する。

担当のケアマネージャおよび介護サービスの状況を確認する。

利用者様から聴取した内容を利用者様シートに記載する。

施術所から利用者様宅までの直線距離を計算する。

日 報 記 録 表

ドライバー氏名：

２４　年　　月　　日（月）

送　迎	つくし　　／ アルト ・ ライフ	帰着時刻	
利用者氏名			
提　　出	同意書 ・ レセプト ・ 他(	提出先	
受　　理	同意書 ・ レセプト ・ 他(	受理先	
備　　考			

月　　日（火）

送　迎	つくし　　／ アルト ・ ライフ	帰着時刻	
利用者氏名			
提　　出	同意書 ・ レセプト ・ 他(	提出先	
受　　理	同意書 ・ レセプト ・ 他(	受理先	
備　　考			

月　　日（水）

送　迎	つくし　　／ アルト ・ ライフ	帰着時刻	
利用者氏名			
提　　出	同意書 ・ レセプト ・ 他(	提出先	
受　　理	同意書 ・ レセプト ・ 他(	受理先	
備　　考			

月　　日（木）

送　迎	つくし　　／ アルト ・ ライフ	帰着時刻	
利用者氏名			
提　　出	同意書 ・ レセプト ・ 他(	提出先	
受　　理	同意書 ・ レセプト ・ 他(	受理先	
備　　考			

月　　日（金）

送　迎	つくし　　／ アルト ・ ライフ	帰着時刻	
利用者氏名			
提　　出	同意書 ・ レセプト ・ 他(	提出先	
受　　理	同意書 ・ レセプト ・ 他(	受理先	
備　　考			

「日報記録表」の記入に当たって

１．毎日、その日のうちに記入してください。
２．各自１枚で１週間の日報を記入してください。
３．「ドライバー氏名」：お名前をお書きください。
４．「年月日」：出勤日をお書きください。土日出勤の場合は、いずれかの曜日を二重線で訂正してください。
５．「送迎」：送迎者及び送迎車に〇印をつけてください。
６．「利用者氏名」：送迎した順に利用者の氏名をお書きください。
７．「提出」：提出した書類に〇印を付け、提出先もお書きください。
８．「受理」：受理した書類に〇印を付け、受理先もお書きください。
９．「備考」：「利用者が体調不良や不在の場合」「高速道路利用」「三〇分以上予定帰着時間より超えた場合交通渋滞・車両故障・気象現象による延着理由をお書きください。
10．「帰着時間」：事務所帰着時間をお書きください。

『療養費の請求』

１．請求先

利用者様が加入している医療保険により、請求先などが異なる。

健康保険	提出先	締めなど	支給日
国民健康保険	市町村窓口	月末	翌月末
後期高齢者 医療保険	各都道府県 広域連合	毎月 10 日	翌月末
全国健康保険協会	各都道府県 支部		初回 3～4 ヶ月、 2 回目以降約 2 ヶ月
組合保険	各組合窓口		
重度心身 障がい老人	市町村窓口	月末	翌々月末
福祉医療券	市町村窓口	月末	翌々月末
特定疾患	保健所		
生活保護	市町村福祉	請求書送付	返送後直ち

※　組合保険の中には、代理支給申請が不可な場合もある。

※　福祉医療券、特定疾患は、利用者様が受給者証を所有する必要がある。

２．提出書類

提出書類は、たとえ国民健康保険であっても提出先の市町村により異なる。例として、本会が現在扱っている中で、一番数が多い京都市を紹介する。

【柔整等療養費支給申請（受領委任）必要書類】

国民健康保険証（写し）

医師の同意書（はり・きゅう・あん摩・マッサージ）

療養費支給申請書（利用者様の署名および捺印が必要）

国民健康保険療養費支給申請書兼決定書

委任状（利用者様の署名および捺印が必要）

領収書

請求書（代理人の捺印が必要）

口座振込依頼書

３．代行請求と個人請求

療養費の請求は、医療保険の種類により提出先が異なる。また、療養費支給申請書（いわゆるレセプト）を添付しなければならない。特に往療距離には充分な注意が必要である。

そのような作業を代行してくれるのが、各都道府県に支部がある視覚障害者協会や鍼灸マッサージ師会である。現在では、数多くの代行請求業者がある。

代行請求を依頼する場合、団体に入会する必要がある。入会金、年会費、手数料、提出書類の記載内容については、団体ごとにかなり異なる。

例として、京都府視覚障害者協会を紹介する。

入会金：無料

年会費：支部により異なるが、多くが3,600円

手数料：支給額の4.5%

提出書類：同意書、施術日の記録、保険証の写し

備考：点字、メールでの提出も可能である。

療養費支給申請書などが整えられる環境にある場合、個人請求を行うこともできる。利点としては、手数料が不要なのはもちろんだが、各保険者に直接申請しているので、その分、早く入金が行われる。個人請求を行うと「不支給が増える」ということは決してない。

４．施術録・施術明細

療養費の請求を行う場合、利用者様ごとに施術録を管理する必要がある。

施術録には、施術日、施術内容を記載し、５年間保管しておくのが望ましい。

また、施術明細として、施術日、施術内容および部位、往療距離、金額などを記載しておくと便利である。

５．施術開始日と施術内容

同意書発行日から保険にて施術が可能となる。

同意書の指示に従って、施術方法および施術内容が決まる。

同意書の有効期間は、マッサージが３ヶ月、変形徒手矯正術が１ヶ月である。

同意書の有効期間が切れる前に再同意の手続きを行う必要がある。

「特定疾患」を利用する場合、同意書は特定疾患の治療を行っている主治医に依頼する。

【マッサージの場合】

１月 15 日付け同意書の有効期限：３月 31 日

１月 16 日付け同意書の有効期限：４月 30 日

「15 日」を境に、有効期間が１ヶ月も違うので充分に注意が必要である。

同意書発行は、医療機関により異なるが約２週間必要である。同意書の有効期限は月末に切れるので、同意書の再発行の依頼は、毎月半ば以降に主治医に行う。

再同意は、電話など口頭でも可能だが、本会では、毎回同意書の再発行を依頼している。

【変形徒手矯正術の場合】

１月 16 日付け同意書の有効期限：２月 15 日

したがって毎月再発行を依頼することになる。しかも変形徒手矯正術の場合は、電話などの口頭での同意は認められないので、同意書が必ず必要である。

マッサージと同様に、同意書の発行に要する期間を考慮し、有効期限が切れる約２週間前に主治医に依頼する。

変形徒手矯正術の同意期間が切れている間の請求はマッサージだけになるので注意が必要である。

変形徒手矯正術は関節拘縮に対して行う施術である。急性期の関節拘縮よりも、むしろ慢性期や維持期になった関節拘縮が対象である。

『療養費の支給基準』には、「一律に病名によることなく」と記されている。筋麻痺・関節拘縮と直結しない病名の場合、保険者から後になって指摘されることがある。そこで傷病名に関しては変形徒手矯正術が必要であれば関節拘縮が具体的にわかる内容で記載してもらうのが最適である。

６．一部負担金

本会では、月初の施術日に書面にて、当該月の施術日および施術回数を説明した上で捺印していただく。そして、次回、施術時に一部負担金を収受させていただき、領収書を発行している。

施　術　録

健康保険（政・組・日）船員保険
後期高齢　・　国民健保　・　共済組合
自費　・　自衛隊等　・　公費負担
重障老人

後期高齢	保険者番号	
	被保険者番号	
公費負担医療	公費負担者番号	
	公費負担受給者番号	

被保険者証	記号		被施術者	氏名	男 女	年齢	
	番号			生年月日	年　月　日		

被保険者	氏名		事業所	所在地	
	生年月日	年　月　日		名称	
	有効期限	年　月　日			
	住所	TEL	保険者	所在地	
				名称	
	資格取得年月日	昭 平 和 成　年　月　日		番号	

施術の種類	マッサージ						終了・中止・転医	
	変形徒手矯正術						終了・中止・転医	
	温罨法						終了・中止・転医	
	基本往療距離	km	特別往療距離	曜	km	特別往療距離	曜	km

同意・傷病名・症状	

同意記録	病医院名	
	住所	
	電話	
	フリガナ 同意医師名	
	同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日

施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日
施術患者	再同意	平成　年　月　日
	施術期間	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日

特記事項

日付	施術内容　クライアント:　　様
	次の三つの要素と経過記録からなっている。
	b. 問題リスト c. 初期計画
	S:患者自身の訴え，自覚的所見。 O:検査データ等の他覚的所見。
	A:SやOをもとにした考察，評価 P:評価にもとづいてたてられた治療計画

施　術　明　細

月日	マッサージ					変形徒手矯正術				金額	往療料		合計額
	体幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢		km	金額	

７．国民健康保険

市区町村の保健所に提出する。

月末までに提出すると、翌月末に支給される。

本会の提出先別の提出書類を書きにまとめる。

書　類	京都市	向日市	長岡京市	亀岡市	京丹波町
国民健康保険証(写し)	○				
医師の同意書	○	○	○	○	○
療養費支給申請書	○	○	○	○	○
国民健康保険療養費支給申請書兼決定書	○				
委任状	○				
領収書	○				
請求書	○				
口座振込依頼書	○				

※１　国民健康保険証（写し）

本会では、保険証などをデジカメまたはハンディスキャナで記録し、必要に応じて印刷している。

※２　領収書

本会では、コクヨの小切手版のバックカーボン２枚複写式の領収書を使用している。

同　意　書　（マッサージ療養費用）

患　者	住　所	①
	氏　名	②
	生年月日	(3) 明・大・昭・平　　年　　月　　日
傷病名	④	
発病年月日	(5 昭和　・　平成　　年　　月　　日	
症　状	(6) 1．筋麻痺 2．関節拘縮 3．その他　（　　）	
施術の種類	(7 1．マッサージ　2．変形徒手矯正術	
施術部位	(8 1．躯幹　2．右上肢　3．左上肢　4．右下肢　5．左下肢	
往療	(9 1．必要とする　2．必要としない	

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

(10 平　成　　年　　月　　日

(1 保険医療機関名　(11)

所　　在　　地　(12)

保　険　医　氏　名　(13)　　㊞

特定非営利活動法人つくし会

【同意書】

① 患者住所

② 患者氏名

③ 患者生年月日

④ 傷病名

⑤ 発病年月日

⑥ 症状

「１．筋麻痺」「２．関節拘縮」「「３．その他」に〇印を付けてもらう。

療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によらず筋麻痺・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について支給対象とされていて、脱臼や骨折はもとより、脳出血による片麻痺、神経麻痺、神経痛などの症例に対しても医師の同意により必要性が認められる場合は療養費の支給対象となる。

マッサージ施術は、療養費の支給対象となる傷病名を限定していないため、筋麻痺や関節拘縮などであって、医療上マッサージを必要とする医師の指示または同意により判断される。

⑦ 施術の種類

「１．マッサージ」「２．変形徒手矯正術」に〇印を付けてもらう。

⑧ 施術部位

「１．躯幹」「２．右上肢」「３．左上肢」「４．右下肢」「５．左下肢」に〇印を付けてもらう。

ただし、「躯幹」への変形徒手矯正術は認められない。

⑨ 往療

「１．必要とする」「２．必要としない」に〇印を付けてもらう。

往療は、「歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等」のあり、疾病や負傷のため自宅で静養している場合など、外出などが制限されている際に認められる。

例：循環器系疾患のため在宅療養中で医師の指示などにより外出などが制限されている場合。

※ 単に施術所に赴くことが面倒である等の自己都合による理由は療養費の支給対象とならない。

※　全盲の患者や認知症の患者など、歩行は可能であっても、患者自身での行動が著しく制限されるような場合、保険者などが通所できない状況などを個々に判断する。

※　病院などへ付き添い等の補助を受けて通院している場合、また、歩行が不自由であるためタクシー等を使用して通院している場合などでは、独歩による通所が可能であるかどうかなどを考慮し、個別に判断する。

往療は、施術所に出向けない特段の理由のある者に対して実施するものであり、患者を公民館等に集めている場合は、往療料は算定できない。

病院などに入院中の患者に対し、病院などに往療した場合、あるいは患者が施術所に出向いてきた場合のいずれも療養費は支給されない。

往療の認められる対象患者からの要請がない状況において、患家に赴いて施術を行った場合などは往療料は支給されない。

同一家屋内で複数の患者を施術した場合の往療料は、別々に算定するのではなく、１人分の往療料のみが算定できる。

患者側のやむを得ない理由等により、同一家屋で複数の患者をそれぞれ複数の施術者が施術を行った場合の往療料は、それぞれの施術者ごとに算定可能である。

⑩　初療年月日

同意日から施術が開始できる。

加療期間の記載がない場合は、初療の日から３ケ月（初療の日が月の 15 日以前の場合は当該月の翌々月の末日とし、初療の日が月の 16 日以降の場合は当該月の３カ月後の月の末日とする）である。

初療日より長期間、再同意が行われている場合、実際に医師から同意を得ていれば、その都度支給期間を延長して差し支えない。

施術を中止し、しばらくして再開する場合、療養費の支給可能期間内であれば、当該同意書において再開は可能である。

変形徒手矯正術の場合、初療時の有効期間は初療の日から１カ月であり、引き続き療養費の支給が必要な場合は新たに医師の同意書が必要である。この場合、前回の同意書の有効満了日からではなく、再同意日から１カ月である。

⑪　保険医療機関名

マッサージの同意は、医師の適切な診断を受けていればよく、保険医療機関での一定期間の治療を行った後になされるべきものではない。

「同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師とすること。」とされているので、整形外科医に限定したものではない。

⑫　所在地

⑬　保険医師名および捺印

同意した医師は施術に対する同意を行うものであり、施術結果に対して責任を負うものではない。

複数の医師が勤務する病院で同意書の発行を受け、その後再同意の際、担当医が変更となった場合、前任の医師から引き継いだ医師であれば、新たに同意書の発行の必要はなく、引き続き新たな医師から同意を受ける。

※　病名・症状（主訴を含む）及び発病年月日が明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断ができれば、同意書でなく診断書でも差し支えない。ただし、脱臼又は骨折に施術するマッサージ及び変形徒手矯正術については、医師の同意書により取り扱うこととされている。

※　施術継続中の患者の保険者に変更があっても、被保険者、または変更後の保険者が同意書の写しで変更前の保険者に請求し交付を受けられるので、患者が保険医に同意書の再発行を依頼する必要はない。

※　再同意を得る場合、医師の判断により診察せずに再同意を与えられる場合もある。なお、施術者が患者に代わって再同意の確認をしても差し支えない。

※　再同意を得る方法について特に決まったものはなく、電話や口頭による確認でも差し支えない。

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名
	①	② 年 頃 月 日	③
療養を受けた者の氏名	（フリガナ） ④ 男・女	続柄 ⑤	○発病又は負傷の原因及びその経過 ⑥
	明 大 昭 平 年 月 日生		○業務上・外、第三者行為の有無 ⑦ 1．業務上　2．第三者行為である　3　その他

施術内容欄	初療年月日 ⑧	施術期間 ⑨		実日数	請求区分 ⑪
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		⑩ 日	新規 ・ 継続
	傷病名又は症状	⑫			転 帰 ⑬ 継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	躯 幹 260 円 × ⑭ 回 = 円 右上肢 260 円 × 回 = 円 左上肢 260 円 × 回 = 円 右下肢 260 円 × 回 = 円 左下肢 260 円 × 回 = 円			摘 要 ⑳
	変形徒手矯正術	⑮ 円 × 肢 × 回 = 円			
	温 罨 法	⑯ 円 × 回 = 円			
	温罨法・電気光線器具	⑰ 円 × 回 = 円			
	往療料 2kmまで	1,860 円 × ⑱ 回 = 円			
	加算（　　km）	円 × 回 = 円			
	加算（　　km）	円 × 回 = 円			
	合計	⑲ 円			
	施術日 通院◎ 往療□	㉑ 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。 平成 年 月 日　住所 ㉒ あん摩マッサージ師圧師 氏名 ㊞　電話
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日　住所 ㉓ 申請者 京都市長 殿　（被保険者）氏名 ㊞

支払機関欄	支払区分 ㉔ 1 振込　2 銀行送金 3 郵便局送金　4 当地払	預金の種類 1 普通　2 当座 3 通知　4 別段	金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	口座名義カタカナで記入	口座番号	郵便局

委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 申請者 住所 ㉖ （被保険者）氏名 ㊞ 代理人 住所 名称 氏名 ㊞

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
	㉕		平成 年 月 日		

【療養費支給申請書】
「被保険者欄」
① 被保険者証などの記号・番号
② 発病または負傷年月日
「同意書」に合わせる。
③ 疾病名
「同意書」に合わせる。
④ 療養を受けた者の氏名
ふりがな(カタカナ)、性別、生年月日も記載する。
⑤ 続柄
被保険者と療養を受けた者との関係を記載する。
⑥ 発病または負傷の原因およびその経過
本会は、空欄で提出している。
⑦ 業務上・外、第三者行為の有無
「１．業務上」「２．第三者行為である」「３．その他」に〇印を付ける。本会の大部分は「３.」である。

「施術内容欄」
⑧ 初療年月日
最初に施術した年月日を記載する。
⑨ 施術期間
⑩ 実日数
施術期間内の施術日数を記載する。
⑪ 請求区分
「新規」「継続」に〇印を付ける。
⑫ 傷病名又は症状
上記③に合わせる。
⑬ 転帰
「継続」「治癒」「中止」「転医」に〇印を付けるが、記載しなくても問題はない。
⑭ マッサージ
部位ごとに金額(260 円)に回数を乗じて小計金額を記載する。

⑮　変形徒手矯正術

金額(535 円)に体肢数および回数を乗じて小計金額を記載する。

⑯　温罨法

金額(70 円)に回数を乗じて小計金額を記載する。

⑰　電気光線器具

金額(100 円)に回数を乗じて小計金額を記載する。

⑱　往療料

２kmまでは、金額(1,860 円)に回数を乗じて小計金額を記載する。

加算は、距離に応じた金額(800 円)に回数を乗じて小計金学を記載する。

往療の際の起点は施術所の所在地である。施術所を持たない施術者は、保健所などに届出されている住所地を起点とする。

往療距離は、施術所の所在地と患家の所在地の直線距離を、地図上で縮尺率を基に計測するのが一般的である。

往療の距離の算定において、施術所の所在地から患家の所在地までの間に大きく迂回しなければならない場所や難所がある場合、合理的な方法により算出して差し支えない。

例：離島に出向いて施術を行う場合の往療料を直線距離で算定した場合、直線距離と実行程距離（船着き場を経由して離島へ到着するまでの距離）の間に大きな差が生じる場合など。

片道 16 kmを超える往療は、往療を必要とする絶対的な理由が必要である。

例：患家の所在地から片道 16 km以内に保険医療機関や施術所が存在せず、当該患家の所在地に最も近い施術所からの往療を受けざるを得ない事情が存在するなど。

片道 16 kmを超える往療で、絶対的な理由が乏しく、往療料が算定できない場合、施術料も算定できない。

⑲　合計

⑳　摘要

ａ．疾病名または症状に歩行に関わる記載がない場合

「頚腕症候群」の記載しかないが、他に症状が認められる場合、その旨を記載する。

例:症状　下肢の筋力が低下および体幹が前傾しているため単独歩行が困難。
　　施術　両下肢の筋力増加訓練および疲労回復のマッサージ。

ｂ．両様期間中に異なる加算がある場合

他の患家が起点となるため、加算回数が異なる場合、その旨を記載する。

例：10 月５日は３㎞圏内に往療なし。９㎞加算となる。

㉑　通院日および往療日

「通院：◎」「往療：□」をカレンダーに記載する。

施術期間中の実日数と一致させる。

㉒　施術証明欄

記入日は、施術最終日を記載する。

施術所の住所、施術者の氏名および捺印、電話番号を記載する。

㉓　申請欄(被保険者)

京都市は､被保険者の住所および氏名を直筆してもらい､捺印が必要である。

府下では、施術所の代表者が申請する。

提出先は、各市長宛である。

㉔　支払機関欄

支払区分：「１振り込」「２．銀行送金」「３．郵便局送金」「４．当地払」に〇印を付ける。

預金の種類：「１．普通」「２．当座」「３．通知」「４．別段」に〇印を付ける。

金融機関名：「銀行名」「支店名」を記載する。

㉕　委任欄

記入日は、施術最終日を記載する。

被保険者の住所および氏名を直筆してもらい、捺印が必要である。

代理人は、施術所の代表者が署名および捺印する。

㉖　同意記録

同意医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間を記載する。

国民健康保険療養費支給申請書
兼決定書　（柔整等）

No.

（あて先）京都市上京区長

			前期高齢		未就学児
一般	7割	7割	8割	9割	8割
本人	7割	7割	8割	9割	―
扶養	7割	7割	8割	9割	8割

下記の申請について、□支給 □不支給　を決定する。		
年　月　日 起案 年　月　日 決定		
課長	課長補佐・係長	係員

被保険者証記号・番号	京	1	2									申請年月日	年　月　日

申請者（世帯主）　住所

氏名　　電話

下記のとおり療養費に要した費用等の支給について、裏面及び別紙の書類を添えて申請します。

療養の期間	療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日
年　月　日～　年　月　日（　）日間	昭・平　年　月　日生

施術の内容	柔道整復・はり灸・あんまマッサージ	施術について支払った額	円

（注１）太線の中のみ記入してください。「施術の内容」欄は、当てはまるものを選んでください。
（注２）申請の際は、被保険者証、印鑑及び預金通帳を持参してください。
（注３）請求及び受領に関する権限を委任することは、やむを得ない場合を除いて、できません。
（注４）災害その他の政令で定める特別の事情がないのに保険料を滞納しているときは、給付の全部又は一部の支払を一時差し止めることがあります。（国民健康保険法第63条の2、国民健康保険法施行令第１条の２、同法施行令第29条の３）
なお、保険料が完納され、又は区長が適当と認めたときは、差し止めを解除します。
（注５）一時差止に係る給付の額から滞納している保険料を控除することがあります。（国民健康保険法第63条の２）

審査欄								
	□支給 □一部支給	点数制でないもの	（金額）　円×	（１－負担割合）　＝	円			
	□不支給	理由						
受付欄	納付状況	経費種出決定	一時差止め	支出命令	滞納保険料額控除	給付記録	備考	

（　年　月分）

柔道整復領収（施術）明細書

施術の内容							
○負傷名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始	○施術終了	○実日数	○転帰	
(1)	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日		治癒・中止・転移	
(2)	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日		治癒・中止・転移	
(3)	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日		治癒・中止・転移	
経　過					請求区分	新規・継続	

施術日　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

初診料　円	初診時相談支援料　円	再検料　円	往療料　km　回　円	金属鋼子等加算（大・中・小）　円	計	円
加算（休日・深夜・時間外）　円			加算（夜間・難路・暴風雨雪）　円	施術情報提供料　円		

整復料・固定料・施療料	(1)　円	(2)　円	(3)　円	(4)　円	(5)　円	計　円

部位	逓減 %	逓減開始 月　日	後療料 円	回	円	冷罨法料 回	円	温罨法料 回	円	電療料 回	円	計 円	多部位	計 円	長期	計 円
1	100												―	―		
2	100												―	―		
3	70												0.7			
	100												―	―		
4	70												0.7			
	100												―	―		

○摘　要	合　計	円

施術の証明	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年　月　日　住所 柔道整復師 氏名　印　電話

給－21の２（22.12改）

委任状

①平成　　年　　月　　日

（あて先）

②　　区（支所）福祉部
保険年金課長

（世帯主）

住所　③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　④＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号　⑤　　－　　－

私は、下記代理人に、国民健康保険及び障害者医療制度に係る療養費支給申請の権限、療養費の請求と受領を全て委任します。

記

（代理人）

所在地　〒　⑥

氏名　⑦

電話番号　⑧　　－　　－

請　求　書

金額	①	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし療養を受けた被保険者　　に係る

□療養費　　②　　年　　月　診療分

□高額療養費　　③　　年　　月　診察分

□

上記の金額を請求します。

（あて先）京　都　市　　④　　区　長

住所　　⑤

氏名　　⑥　　㊞

整理No.	

給18の3(22.3)

口座振込依頼書

次の国民健康保険に係る給付費の支払いについて、以下の口座への振込を希望します。

＜給付内容＞

①

- □ 療養費（柔道整復・はりきゅう・あんまマッサージ・治療用装具）
- □ 出産育児一時金
- □ 葬祭費
- □ 高額療養費
- □ その他（　　）

＜希望振込先＞

②

振込先	金融機関名		支　店　名 （支店コード）
	銀行 金庫 組合		（　　）
	口座の種類（該当に〇印）		口座番号（右詰めで記入）
	普通（総合）・当座・貯蓄		
	口座名義	（フリガナ）	

＜振込依頼者＞

③

住所	電話　　－　　－
氏名	

【委任状】
①　記入日
②　あて先
　各区の「福祉部保険年金課長」にする。
③　世帯主の住所
④　世帯主の氏名および捺印
⑤　電話番号
⑥　代理人の所在地および郵便番号
⑦　代理人の氏名
⑧　電話番号

【請求書】
①　金額
②　療養を受けた被保険者　　に係る療養費
　□にチェックし、診療した年および月を記入する。
③　療養を受けた被保険者　　に係る高額療養費
　□にチェックし、診察を受けた年および月を記入する。
④　あて先
　各区長宛にする。
⑤　住所
⑥　氏名および捺印

【口座振込依頼書】
①　給付内容
　「療養費（柔道整復・はりきゅう・あんまマッサージ・治療用装具）」「出産育児一時金」「葬祭費」「高額療養費」「その他」の該当項目の□にチェックする。
②　希望振込先
　「金融機関名」支店名」「支店コード」「口座の種類」「口座番号（右詰めで記入）」「口座名義（フリガナ）」を記入する。
③　振込依頼者
　「住所」「電話」「氏名」を記入する。

後期高齢者医療療養費支給申請書

② 平成　年　月分)（マッサージ用）

施術師コード ①

０８　高齢9割
００　高齢7割

保険者番号	③	被保険者番号	
療養を受けた者の氏名	（フリガナ）	性別 男・女	発症又は負傷の原因及びその経過
		発病又は負傷年月	業務上・外、第三者行為の有無
生年月日	明・大・昭　年　月　日	平成　年　月　日	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他

施術内容欄					
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 0 日	請求区分 新規・継続
傷病名又は症状					転帰 継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯幹	円 ×	回 ＝	円	摘要
	右上肢	円 ×	回 ＝	円	
	左上肢	円 ×	回 ＝	円	
	右下肢	円 ×	回 ＝	円	
	左下肢	円 ×	回 ＝	円	
変形徒手矯正術		円 × 肢 ×	回 ＝	円	
温罨法		円 ×	回 ＝	円	
温罨法・電気光線器具		円 ×	回 ＝	円	
往療料 2kmまで		円 ×	回 ＝	円	
加算（ 0 km）		円 ×	回 ＝	円	
加算（ 0 km）		円 ×	回 ＝ 0	円	
合計額	円	一部負担金額	④ 円	請求額	⑤ 円
施術日 通院・・・○ 往療・・・□ 23	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。　住所

平成　年　月　日

あん摩マッサージ指圧師　電話番号

施術者登録番号　氏名　㊞

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。　住所

平成　年　月　日

京都府後期高齢者医療広域連合長　殿　申請者

氏名　㊞

委任欄

本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。　住所

平成　年　月　日

氏名　㊞

代理人　住所
名称　氏名

支払方法						
支払区分	振込	預金の種類	1 普通 2 当座 4 貯蓄	金融機関名	銀行 金庫・農協	本店 支店
		口座名義（カタカナ）	ﾄｸﾃｲﾋｴｲﾘｶﾂﾄﾞｳﾎｳｼﾞﾝ　ﾂｸｼｶｲ	口座番号	0 8 0 7 7 9 3	

同意記録				
同意医師の氏名	住所（医療機関所在地）	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平成　年　月　日		
再同意医師の氏名	住所（医療機関所在地）	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平成　年　月　日		

８．後期高齢者医療保険

京都府後期高齢者医療広域連合に提出する。

毎月 10 日までに提出すると、翌月末に支給される。

提出書類

同意書

後期高齢者医療療養費支給申請書

総括表

※　同意書については、７．国民健康保険」を参照。

【後期高齢者医療療養費支給申請書】

「７．国民健康保険」の「療養費支給申請書」と類似しているので、相違点のみ記載する。

①　施術師コード

京都府後期高齢者医療広域連合に申請し取得する。

取得が間に合わない場合、初回申請時は不要である。

②　請求年月

③　保険者番号

④　一部負担金額

⑤　請求額

あん摩・マッサージ

【京都府用】後期高齢者　鍼・灸、あん摩・マッサージ支給申請書総括表
（総括表は、鍼・灸、あん摩・マッサージ毎につけてください）

① 平成　　年　　月 提　出　分

施術機関	所在地	②	施術師コード
	名　　称	③	⑤
	電話番号	④	

区　　分	件　　数	費用額(10割)	請　求　額 （一部負担金を除いた額）
後期高齢者	⑥　　件	⑦　　円	⑧　　円

金融機関名　⑨	ゆうちょ　　銀　　行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店
種　　別	1　普通　　2　当座　　4　貯蓄	
口座番号		
（フリガナ）		
口座名義人		

受付印	審査済印

【総括表】

① 提出年月

② 施術機関の所在地

③ 施術機関の名称

④ 施術機関の電話番号

⑤ 施術師コード

⑥ 件数

⑦ 費用額(10 割)

⑧ 請求額（一部負担金を除いた額)

⑨ 金融機関

金融機関名、支店名、種別(1 普通、2 当座、4 貯蓄)、口座番号、口座名義人(フリガナ)を記載する。

健康管理費支給申請書

②（ 平成　　年　　月分 ）（マッサージ用）

施術師コード　①　割負担

	08	高齢9割
	00	高齢7割

保険者番号	③	5	被保険者番号	④	
療養を受けた者の氏名	（フリガナ）	性別 男・女	発症又は負傷の原因及びその経過		
			発病又は負傷年月	業務上・外、第三者行為の有無	
生年月日	明・大・昭　年　月　日			1 業務上 2 第三者行為である 3 その他	

施術内容欄

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 日 / 請求区分 新規・継続
傷病名又は症状				転帰 継続・治癒・中止・転医

						摘要
マッサージ	躯幹	円 ×		回 =	円	
	右上肢	円 ×		回 =	円	
	左上肢	円 ×		回 =	円	
	右下肢	円 ×		回 =	円	
	左下肢	円 ×		回 =	円	
変形徒手矯正術		円 ×	肢 ×	回 =	円	
温罨法		円 ×		回 =	円	
温罨法・電気光線器具		円 ×		回 =	円	
往療料 2Kmまで		円 ×		回 =	円	
加算（　Km）		円 ×		回 =	円	
加算（　Km）		円 ×		回 =	円	

合計額	⑤　円	一部負担金額	⑥　円	請求額	⑦　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。　住所

平成　年　月　日

あん摩マッサージ指圧師　電話番号

施術者登録番号　氏名　㊞

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。　住所

平成　年　月　日

殿　申請者

氏名　㊞

委任欄

本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。　住所

平成　年　月　日

氏名　㊞

代理人　住所　名称

支払方法

支払区分	振込	預金の種類	1 普通 2 当座 4 貯蓄	金融機関名	銀行 金庫・農協　四四八　本店 支店
		口座名義（カタカナ）		口座番号	

同意記録

同意医師の氏名	住所（医療機関所在地）	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平成　年　月　日		
再同意医師の氏名	住所（医療機関所在地）	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平成　年　月　日		

９．重度心身障害老人

各市町村窓口に提出する。

月末までに提出すると、翌々月末に支給される。

提出書類

同意書

後期高齢者医療療養費支給申請書

健康管理費支給申請書

※　同意書については、「７．国民健康保険」を参照。

※　後期高齢者医療療養費支給申請書については、「８. 後期高齢者医療保険」を参照。

【健康管理費支給申請書】

「７．国民健康保険」の「療養費支給申請書」および「８．後期高齢者医療保険」の「後期高齢者医療療養費支給申請書」と類似しているので、相違点のみ記載する。

①　一部負担割合

②　請求年月

③　保険者番号

④　被保険者番号

⑤～⑦　施術料金

合計額、一部負担金額、請求額については、各市町村により、一部負担金額を０円にするか、一部負担割合に応じた金額を明記するかが異なるので、注意が必要である。

福祉医療費支給申請書（障 ・ 母 ・ その他）①

受給者	受給者番号	②							被保険者	被保険者氏名	⑦			
	住所	③								保険者名（保険者番号）	⑧			
														1本人 2家族
	氏名	④	申請者との続柄（ ⑤ ）							記号 ・ 番号	⑨			
	生年月日	⑥ 昭和 平成 年 月 日								種 類	⑩ 組 ・ 政 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国（退）			

下記診療報告書により、福祉医療費の助成を申請します。

⑪ 平成 年 月 日

⑫ 住所 〒617-0002 京都府向日市寺戸町辰巳5番地3 昭美堂プラザ202

申請者 ⑬ 氏名 特定非営利活動法人つくし会 理事 重田裕之 ㊞

南丹市長 様

⑭ 電話 075 － 777 － 0481

支払方法	金融機関振込払	金融機関名・支店名・預金種類	口座番号	口座名義人
		⑮		

医療機関記入欄								
診 療 報 告 書（総医療点数は保険診療適用分についてのみ記入してください。）								
診療月	平成 年 月分	氏 名						
医療区分	1 医科 2 歯科 3 調剤	入院 入院外 の別	1 入院 2 入院外	診 療 実日数	日	医 療 種 別		
総医療点数	⑯ 点	他方負担	（ 円 ） 点					
⑰ 平成 年 月 日 上記のとおり報告します。		所在地	⑱ 京都府亀岡市旭町岩ケ谷75番地					
		名 称	⑲ NPO法人つくし会南丹治療院					
		開設者氏名	⑳ 重田 裕之 ㊞					

＊決定	国保 社保	自己負担額 A	高額医療額 B	不可給付額 C	公費負担 D
	1割 2割 3割	円	円	円	円
			自己負担額 A-B-C-D	円	
	医療を受けた期間	平成 年 月 日から		審 査 印	
		平成 年 月 日まで		年月日	

10. 福祉医療費

各市町村窓口に提出する。

月末までに提出すると、翌々月末に支給される。

提出書類

同意書

療養費支給申請書（写し）

福祉医療費支給申請書

※　同意書および療養費支給申請書については、「７. 国民健康保険」を参照。

【福祉医療費支給申請書】

①　種別

障害者、母子家庭、その他をチェックする。

②～⑥　受給者

受給者番号、住所、氏名、申請者との続柄、生年月日を記入する。

⑦～⑩　被保険者

被保険者氏名、保険者名（保険者番号）、本人・家族の別、記号・番号、保険の種類を記入する。

⑪　申請日

⑫～⑭　申請者

住所、氏名（捺印）、電話番号を記入する。

⑮　支払方法

金融機関名・支店名・預金種類、口座番号、口座名義人（フリガナ）を記入する。

⑯～⑳　医療機関

総医療点数、記入日、所在地、名称、開設者氏名（捺印）を記入する。

第15号様式

特定疾患医療費請求書（療養費払分）

金　　額	百	十	万	千	百	十	円

ただし、特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく医療費

患者氏名	生年月日	年齢	性別
	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日	歳	男・女

公費負担者番号		月額自己負担限度額	
受給者番号		通院　　円	入院　　円

受給者票の有効期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日
療養費払いとなった理由	1　受給者票の有効期間内の療養で、受給者票が届く前に特定疾患に係る医療費を支払ったため 2　その他 （　　）

上記の金額を請求します。

平成　　年　　月　　日

京都府知事　様

（〒　　－　　）

請求者　住　所

氏　名　　㊞

〔電話　（　　）　　－　　〕

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通 当座	口座番号 (フリガナ) 口座名義	

※１　振込先口座は請求者の口座に限ります。なお、請求者氏名と患者氏名が異なる場合は、委任状が必要です。

※２　療養証明書又は領収書（レシート不可）を添付して、お近くの保健所から請求してください。

※３　高額療養費の支給を受けられた方は、保険者が発行する高額療養費支給決定通知書を添付してください。

※４　請求の対象は、受給者票の有効期間内の療養で、かつ特定疾患の治療に係るものに限ります。

必ず、受給者票のコピーを添付してください。

11. 特定疾患

各保健所に提出する。

提出書類

同意書

療養費支給申請書（後期高齢者医療療養費支給申請書）（写し）

特定疾患医療受給者票（写し）

療養費支給決定通知書（写し）

特定疾患医療費請求書（療養費払分）

療養証明書

委任状（代理申請及び代理受領）

※　同意書および療養費支給申請書については、「７．国民健康保険」を参照。

※　後期高齢者医療療養費支給申請書については、「８．後期高齢者医療保険」を参照。

※　療養費決定通知書は、医療機関に後期高齢者医療広域連合や各市町村などから送付される。

※　自己負担がある場合もあるので注意する。自己負担がある場合、一医療機関ごとに１ヶ月単位で限度額が設けてある。

【特定疾患医療費請求書（療養費払分）】

①　金額

②～⑤　患者

氏名、生年月日、年齢、性別を記入する。

⑥～⑩　受給者票

公費負担者番号、月額自己負担限度額（通院、入院）、受給者番号、受給者票の有効期間、療養費払いとなった理由を記入する。

⑪　記入日

⑫～㉑　請求者

郵便番号、住所、氏名（捺印）、電話番号、振込先（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人（フリガナ））を記入する。

第１６号様式の１

療養証明書（医療保険分）

患者氏名　　男・女
生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
健康保険種別　政・組・船・共・国・後

区分	療養の給付						食事療養・生活療養標準負担額		訪問看護療養費			
	入院外来の別	診療実日数	診療点数	患者負担割合	請求額（患者負担相当額）		基準額	請求額（標準負担金）	訪問看護日数	基準額	患者負担割合	請求額（基本利用料）
					保険診療分	薬剤一部負担金						
月分	入院 外来	日	点	割	円	円	円	円	日	円	割	円
月分	入院 外来											
月分	入院 外来											
月分	入院 外来											
月分	入院 外来											
合計	入院 外来											

特定疾患（疾患名：　　）に係る療養について、上記のとおりであることを証明します。

年　　月　　日

医療機関等の所在地
名　　称
代表者名　　印
（担当者名
電話番号）

記載上の注意

1　証明の際には受給者票の提示を求め資格の有無を確認してください。

2　受給者票に表示する疾患の治療でないもの、医療保険等の適用外であるもの、受給者票の有効期間外の治療及び医療保険適用後の自己負担額が受給者票に記載されている自己負担限度額より低額であるものについては、証明の必要はありません。

3　有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。

【療養証明書（医療保険分）】

①～③　患者

氏名、性別、生年月日を記入する。

④～⑪　健康保険

種別、療養の給付（請求月、入院・外来の別、診療実日数、患者負担割合、保険診察分、基準額、請求額（標準負担金、合計））を記入する。

⑫　特定疾患（疾患名）

⑬　記入日

⑭～⑱　医療機関等

所在地、名称、代表者名（捺印）、担当者名、電話番号を記入する。

第16号様式の２

療　養　証　明　書（介護保険分）

患者氏名　　男・女
生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
健康保険種別　政・組・船・共・国・後

		※訪問看護	※訪問リハビリテーション	※在宅療養管理指導	介護療養施設サービス	食事提供費(H17.9以前)
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
計	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					

※　介護予防給付を含む

特定疾患（疾患名　　）に係る介護保険の療養について、上記のとおりであることを証明します。

平成　　年　　月　　日

サービス提供機関等の　所在地
名　　称
代表者名　　印
（担当者名
電話番号）

記載上の注意
1　証明の際には受給者票の提示を求め資格の有無を確認してください。
2　受給者票に表示する疾患の治療でないもの、介護保険等の適用外であるもの、受給者票の有効期間外の治療及び医療保険適用後の自己負担額が受給者票に記載されている自己負担限度額より低額であるものについては、証明の必要はありません。
3　有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。

【委任状（代理申請及び代理受領）】

①　記入日

②、③　利用者

　住所、氏名を記入する。

④～⑥　委任者

　住所、氏名、金融機関（機関名、支店名、口座の種類、口座番号、口座名義人（フリガナ））を記入する。

12. 生活保護

各市町村の福祉事務所に提出する。

利用予定者が市町村担当のケースワーカーへ連絡し、申請書を記入してもらい、主治医の意見書、市町村嘱託の医師の承認を得る。

申請書を福祉事務所に提出後、確認書類が返信されてくれば、直ちに療養費は支給される。

※　事前に生活保護取扱の届出が必要である。

『所得税の基本』

Ⅰ．事業に関わる税務知識

１．申告納税制度

申告納税制度は、納税者が自分でその所得金額や納付すべき税額を正しく計算し、それに基づいて申告し納付するという制度である。

これは、自分の所得の状況を最もよく知っている納税者が、自らの責任において申告し納付することから、民主的な制度といえる。戦前は賦課課税制度が採られていたが、昭和 22 年度の税制改正で、申告納税制度が所得税、法人税及び相続税に導入され、現在では、主な国税のほとんどについてこの制度が採用されている。

２．青色申告制度

申告納税制度が適正に機能するためには、納税者の継続的で正しい記帳がその基盤になければならない。青色申告制度は、このような基盤を築いていくため、昭和 25 年に、シャウプ勧告に基づく税制の全面的な改革の一環として創設された制度である。

この制度の内容は、事業を行っている個人や法人が帳簿書類を備え付け、取引を正確に記録するように奨励するため、青色申告を選択した方に対し一定の帳簿書類の備付けと相応の記帳を義務付けるとともに、種々の特典を与えるというものである。

青色申告控除：65 万円(簡易な帳簿の場合 10 万円)

３．白色申告者に対する記帳・記録保存制度等

申告納税制度の定着と課税の公平の一層の推進を図るため、次のような制度が設けられている。

① 記帳制度

前々年分あるいは前年分の事業所得等(事業所得、不動産所得及び山林所得をいう。)の金額の合計額が 300 万円を超える方は、帳簿を備え付けて売上げなどの総収入金額と仕入れなどの必要経費に関する事項について記帳をし、一定期間保存しなければならない。

② 記録保存制度

事業所得等のある方で、確定申告書を提出した方は、帳簿や領収書等の書類を保存する必要がある。

③ 収支内訳書添付制度

事業所得等のある方で、確定申告書を提出する方は、収支内訳書を添付しなければならない。

４．源泉徴収制度

所得税は、所得者自身(納税者)がその年の所得とこれに対する所得税額を計算し、これを自主的に申告、納付することになっている(申告納税制度)が、これと併せて、給与等の支払者(源泉徴収義務者)がそれらを支払う際に所得税額を天引き(源泉徴収)して国に納付する源泉徴収制度が採用されている。

源泉所得税は、天引きした月の翌月 10 日までに納付するのが原則だが、納期の特例の届け出を出している場合は、１月から６月分までを７月 10 日に、７月分から 12 月分までを翌年の１月 10 日までに納付すれば良いことになっている。

Ⅱ．所得税の申告と納付

１．確定申告

私たちがその年に納める所得税額を確定させるためには、住所地の税務署長に３月 15 日までに確定申告書を提出する必要がある。

２．納付

所得税は、申告期限である３月 15 日(同日が日曜日に当たるときはその翌日、土曜日に当たるときはその翌々日)までに納めなければならない。期限までに納付しなかった場合には、延滞税がかかる。

３．個人事業者の各種の届け出

個人事業者は、事業を開始したときには、最寄りの税務署への届出が必要である。

① 事業開始届(事業を開始後、法人は２か月以内、個人は１か月以内)
② 青色申告で申告するとき(事業を開始後、法人は３か月以内、個人は２か月以内)
③ 青色事業専従者給与を支払うとき
④ 従業員に給与を支払うとき
⑤ 源泉所得税の納期の特例を受けるとき

Ⅲ. 消費税

１. 消費税の課税対象

消費税が課されるものを「課税対象」というが、消費税の課税対象は、「国内取引」と「輸入取引」とされている。

国内取引とは、国内において事業者が事業として対価を得て行う資産の譲渡、資産の貸付け及び役務の提供をいう。商品の販売、サービスの提供など、対価を得て行う取引のほとんどが課税対象となる。

ただし、個人事業者は前々年の課税売上高が 1,000 万円以下の事業者は、その年における国内取引について納税義務が免除される。

２. 非課税となる取引

消費税の性格から一般的に課税対象になじまないもの及び社会政策的な配慮から課税しないこととしたものが非課税となる取引である。

消費税が非課税となる取引のうち、主なものは次のとおりである。

① 土地の譲渡、貸付け(一時的に使用させるものは除く)
② 社会保険医療
③ 介護保険サービス、社会福祉事業

３. 申告税額の計算

納付税額は、売上にかかる消費税額から、仕入先等に支払った消費税額を控除して計算する方法(この場合には、仕入れの事実を記載した帳簿と仕入れの事実を証する請求書等の両方を保存する必要がある)と、売上に一定の率をかけて計算する簡易課税制度の２種類がある。

４．申告と納付

個人事業者の納税義務者は翌年の３月 31 日までに、所轄の税務署長に消費税及び地方消費税の確定申告書を提出し、その申告書に記載した消費税額及び地方消費税額を申告期限までに納付しなければならない。

５．消費税の各種届出

次のような場合には、税務署への届出が必要である。

① 基準期間の課税売上高が 1,000 万円を超えることになったとき
② 簡易課税制度を選択するとき
③ 課税事業者となることを選択するとき
④ ①に該当しなくなったとき
⑤ ②～③の選択を取りやめるとき　など

Ⅳ．会計処理

１．帳簿等

現金の出入りについて現金出納帳を記帳する。

その他の科目については、それぞれ総勘定元帳を記帳する。

２．自動車等を買った場合

青色申告者の場合、30 万円以上の備品を購入した場合には、一時の費用ではなく、資産に計上したあと、減価償却を通じて費用化して行く。

３．売上の計上方法

現金で集金する場合は、集金時点に売上に計上し、保険請求をする場合は、入金日ではなく、請求対象の月の売上に計上する。

４．　給料計算の方法

時給、日給、月給で給与額を計算し、所得税額、社会保険料を控除して支払う。

最低賃金に注意が必要である。京都 751 円など。

５．決算

損益計算書と貸借対照表を作成する。

白色申告の場合は、損益計算書に代えて、収支内訳書を作成する。なお、青色申告の場合でも、損益計算書だけの作成でも申告は可能だが、この場合、青色申告特別控除額は 10 万円となる。

Ｖ．人を雇った場合

１．労働条件の明示

労働契約書に給与額や労働時間などの条件を明示して契約する。

２．労働保険の手続き

労働保険とは、労働者災害補償保険(労災保険)と雇用保険をまとめた総称をいう。

家族従業員以外の人を雇い入れた場合には、労働保険に加入することが義務付けされている。

労働保険の保険関係成立届を所轄の労働基準監督署又はハローワーク(公共職業安定所)に提出する。

３．社会保険の手続き

個人事業の場合、従業員が常時５人未満の場合は、加入する必要はないが、事業所は任意で健康保険に加入することができる。この場合、個人事業の事業主は被保険者とならず、健康保険には加入できない。

『社会保険』

１．社会保険

厚生年金保険と健康保険とを総称したものである。

法人事業所で常時従業員を使用する事業所もしくは常時５人以上の従業員が働いている事務所及び工場、商店等の個人事業所は、厚生年金保険及び健康保険の加入が法律で義務づけられている。

また、厚生年金保険及び健康保険の加入が法律で義務づけられている事業所以外の事業所であっても、一定の要件を満たした場合は、厚生年金などへ加入することができる。

【法律で厚生年金保険及び健康保険の加入が義務づけられている事業所】

ａ．法人事業所で常時従業員を使用するもの

ｂ．常時５人以上の従業員が働いている事務所、工場、商店等の個人事業所

※　ただし、５人以上の個人事業所であってもサービス業の一部（クリーニング業、飲食店、ビル清掃業など）や農業、漁業などは、その限りではない。

①　厚生年金保険

被保険者が障害を負った場合は障害厚生年金、障害手当金、死亡した場合は、遺族厚生年金、加齢に伴い引退した場合は老齢厚生年金が支給される。

②　健康保険

被保険者が病気や怪我などをした場合は療養の給付などが行われ、病気や怪我のために働けなくなった場合は、傷病手当金、死亡した場合は埋葬料、出産した場合は出産手当金、出産育児一時金が支給される。

２．新規適用の手続き先

「新規適用届」は、事業所が厚生年金保険及び健康保険に加入すべき要件を満たした場合に事業主が日本年金機構へ提出する。

事実発生から５日以内に郵送で事務センター（事業所の所在地を管轄する年金事務所）へ提出する。

※　実際に事業を行っている事業所の所在地が登記上の所在地と異なる場合は、実際に事業を行っている事業所の所在地を管轄する事務センター（年金事務所）となる。

3.　申請及び届書様式

健康保険・厚生年金保険 新規適用届

４．添付書類

以下の①②それぞれの場合に応じて添付書類が必要となる。

なお、添付書類のうち、法人（商業）登記簿謄本及び住民票（コピー不可）は、直近の状態を確認するため、提出日から遡って 60 日以内に発行されたものとする。

①　法人事業所の場合

法人（商業）登記簿謄本※１

②　強制適用となる個人事業所※2 の場合

事業主の世帯全員の住民票（コピー不可）※1

※１　事業所の所在地が登記上の所在地等と異なる場合は「賃貸借契約書のコピー」など事業所所在地の確認できるものを別途添付する。

※２　従業員を常時５人以上使用する個人事業所（一部非適用業種を除く）は強制適用事業所となる。

『労働保険』

１．労働保険

労働者災害補償保険（一般に「労災保険」）と雇用保険とを総称したものである。

保険給付は両保険制度で別個に行われているが、保険料の納付などについては一体のものとして取り扱われている。

労働者（パート、アルバイトを含む）を一人でも雇用していれば、業種・規模の如何を問わず労働保険の適用事業となり、事業主は加入手続を行い、労働保険料を納付しなければならない。

※　ただし、農林水産の一部の事業は除く。

①　労災保険

労働者が業務上の事由又は通勤によって負傷したり、病気に見舞われたり、あるいは不幸にも死亡した場合に被災労働者や遺族を保護するため必要な保険給付を行うものである。

また、労働者の社会復帰などを図るための事業も行われている。

②　雇用保険

労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に、労働者の生活及び雇用の安定を図るとともに、再就職を促進するため必要な給付を行うものである。

また、失業の予防、雇用構造の改善等を図るための事業も行われている。

２．労働保険の加入手続

①　保険関係成立届、概算保険料申告書

労働保険の適用事業となった時、まず労働保険の保険関係成立届を所轄の労働基準監督署又は公共職業安定所に提出する。そして、その年度分の労働保険料を概算保険料として申告・納付する。

※　労働保険料：保険関係が成立した日からその年度の末日までに労働者に支払う賃金の総額の見込額に保険料率を乗じて得た額。

② 雇用保険適用事業所設置届、雇用保険被保険者資格取得届

雇用保険の適用事業となった場合、上記のほかに、雇用保険適用事業所設置届及び雇用保険被保険者資格取得届を所轄の公共職業安定所に提出しなければならない。

③ 一元適用事業と二元適用事業

一元適用事業：労災保険と雇用保険の保険料の申告・納付などを両保険一本として行う事業である。

二元適用事業：その事業の実態からして、労災保険と雇用保険の適用の仕方を区別する必要があるため、保険料の申告・納付などをそれぞれ別個に二元的に行う事業である。

一般に、農林漁業・建設業等が二元適用事業で、それ以外の事業が一元適用事業となる。

④ 一元適用事業の手続き

提出書類	期　限	提出先
a. 保険関係成立届	保険関係が成立した日から10日以内	所轄の労働基準監督署
b. 概算保険料申告書	保険関係が成立した日から50日以内	所轄の労働基準監督署 or 所轄の都道府県労働局
c. 雇用保険適用事業所設置届	設置の日から10日以内	所轄の公共職業安定所
d. 雇用保険被保険者資格取得届	資格取得の事実があった日の翌月10日まで	所轄の公共職業安定所

※1　a．の手続を行った後、または同時にb．の手続を行う。

※2　a．の手続を行った後にc．およびd．の手続を行う。

３．労働保険料の申告・納付

労働保険の保険料は、年度当初に概算で申告・納付し翌年度の当初に確定申告の上精算することになっており、事業主は、前年度の確定保険料と当年度の概算保険料を併せて申告・納付する。

これを、「年度更新」といい、原則として例年6月1日から7月10日までの間にこの手続を行う。
また、石綿健康被害救済法に基づく一般拠出金も、年度更新の際に労働保険料と併せて申告・納付することとなっている。

４．労働保険料の延納（分割納付）

概算保険料額が40万円（労災保険か雇用保険のどちらか一方の保険関係のみ成立している場合は20万円）以上の場合又は労働保険事務組合に労働保険事務を委託している場合は、原則として労働保険料の納付を３回に分割することができる。

前年度以前に成立した事業場
4/1～5/31に成立した事業場
6/1～9/30に成立した事業場

５．増加概算保険料の申告・納付増加概算保険料の申告・納付

現行、年度の中途において、事業規模の拡大等により賃金総額の見込額が当初の申告より２倍を超えて増加し、かつ、その賃金総額によった場合の概算保険料の額が申告済の概算保険料よりも13万円以上増加する場合は、増加額を増加概算保険料として申告・納付する。

６．労働保険料の負担割合

労働保険料は、労働者に支払う賃金総額に保険料率（労災保険率＋雇用保険率）を乗じて得た額である。そのうち、労災保険分は、全額事業主負担、雇用保険分は、事業主と労働者双方で負担することになっている。

７．保険料の計算例

１年間に労働者に支払う賃金が310万円（従業員1名、毎月20万円×12ヶ月＋賞与70万円）の小売業を営んでいる場合。

労災保険率4/1000（小売業）
雇用保険率　15.5/1000（うち被保険者負担分は6/1,000）
労働保険料　＝ 賃金総額 ×（労災保険率＋雇用保険率）

3,100 千円(賃金総額)×(4＋15.5)/1000(労災保険率＋雇用保険率)＝60,450円(労働保険料)

※　この場合の事業主負担分は、雇用保険の被保険者負担分を除いた額となる。

８．雇用保険の被保険者負担額と端数処理について

雇用保険の被保険者負担額は、労働者(被保険者)に支払われた賃金額に被保険者負担率をかけて算定する。

この被保険者負担額については、事業主は、労働者に賃金を支払う都度、その賃金額に応ずる被保険者負担額を、賃金から控除することができる。

この額に1円未満の端数が生じた場合、「通貨の単位及び貨幣の発行等に関する法律」第３条に基づき、債務の弁済額に50銭未満の端数があるときには切り捨て、50銭以上１円未満のときには１円に切り上げる。

なお、この端数処理は、債務の弁済を現金で支払う時点で行うことから、雇用保険の被保険者負担額を賃金から源泉控除する場合には、事業主が被保険者に控除後の賃金を現金で支払う時点で端数処理を行うこととなるため、結果として50銭以下の場合は切り捨て、50銭1厘以上の場合は切り上げとなる。

ただし、これらの端数処理の取扱いは、労使の間で慣習的な取扱い等の特約がある場合にはこの限りではなく、例えば、従来切り捨てで行われていた場合、引き続き同様の取扱いを行ったとしても差し支えない。

『障害者に関わる助成金』

障害者雇用納付金制度

「障害者の雇用の促進等に関する法律」では「障害者雇用率制度」が設けられており、事業主は、その「常時雇用している労働者数」の 1.8%以上の障害者を雇用しなければならない。

【障害者雇用納付金の徴収】

障害者雇用率(1.8%)未達成の事業主は、法定雇用障害者数に不足する障害者数に応じて 1 人につき月額 50,000 円の障害者雇用納付金を納付しなければならないこととされている。

Ⅰ．労働局又は公共職業安定所が取り扱っている助成金

１．障害者初回雇用奨励金(ファースト・ステップ奨励金)

中小企業における障害者雇用を促進するため、障害者雇用の経験のない中小企業(障害者の雇用義
務制度の対象となる 56～300 人規模の中小企業)が初めて身体障害者、知的障害者及び精神障害者を雇用した場合に、奨励金を支給するもの。

【受給できる事業主】

受給できるのは、次の①～⑥のいずれにも該当する事業主

① 雇用保険の適用事業の事業主で、その雇用する常用労働者数(障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「障害者雇用促進法」)第 43 条第１項に規定する労働者をいう。なお、除外率設定業種にあっては、除外率により控除すべき労働者を控除した数とする。以下同じ)が 56 人～300 人の事業主。

② 平成 21 年２月６日以降に、次のア～ウに掲げる対象労働者(雇い入れられた日現在における満年齢が 65 歳未満の者に限る)を公共職業安定所(以下「安定所」)の紹介により、一般被保険者(雇用保険法第 60 条の２第１項第１号に規定する一般被保険者(身体障害者及び知的障害者にあっては短時間労働者(障害者雇用促進法第 43 条第１項に規定する短時間労働者であって、同法第２2 条第２号の重度障害者及び同条第４号に規定する重度障害者である短時

間労働者を除く)を除く。以下同じ)として１人(精神障害者である短時間労働者として雇い入れる場合は２人)以上雇い入れ、かつ、当該対象労働者を奨励金の支給後も引き続き雇用することが確実であると認められる事業主。

ア．身体障害者

イ．知的障害者

ウ．精神障害者

③　対象労働者の雇入れ日の前日までの過去３年間に上記②のア～ウに該当する対象労働者について雇用実績のない事業主。

④　対象労働者の雇い入れた日の前日から起算して６か月前の日から１年を経過する日までの期間において、当該雇入れに係る事業所において、雇用する被保険者を解雇等事業主の都合で離職させた事業主(次のア又はイに該当する解雇を行った事業主を除く)以外の事業主。

ア．天災その他やむを得ない理由により事業の継続が不可能となったことによる解雇

イ．当該労働者の責めに帰すべき理由による解雇

⑤　対象労働者の雇入れ日の前日から起算して６か月前の日から１年を経過する日までの期間において、当該雇入れに係る事業所において、雇用保険法第23 条第１項に規定する特定受給資格者となる離職理由により雇用する被保険者を、当該事業所における当該雇入れ日における被保険者数の６％を超えて離職させていない事業主(特定受給資格者となる離職理由により離職した者が３人以下である場合を除く)。

⑥　対象労働者の出勤状況及び賃金の支払い状況等を明らかにする書類(労働者名簿、賃金台帳、出勤簿等)を整備、保管している事業主。

【奨励金の支給額】

対象労働者１人目を雇用した場合に限り、奨励金 100 万円を支給する。
ただし、精神障害者である短時間労働者を雇い入れる場合、２人以上の雇入れをもって１人目と見なす。

２．試行雇用奨励金(トライアル雇用奨励金)

業務遂行に当たっての適性や能力などを見極め、その後の常用雇用への移行や雇用のきっかけとするため、職業経験、技能、知識等により就職が困難な求

職者を試行的に短期間雇用(原則３か月)する場合に奨励金が支給される

【主な受給の要件】

以下に該当する者のうち、試行雇用を経ることが適当であると公共職業安定所長が認める者を、公共職業安定所の紹介により試行的に短期間(原則３か月)雇用すること

① 45 歳以上の中高年齢者(原則として雇用保険受給資格者又は被保険者資格の喪失日の前日から起算して１年前の日から当該喪失日までの間に被保険者であった期間が６か月以上あった者)
② 40 歳未満の若年者等
③ 母子家庭の母等

④ 季節労働者(厚生労働大臣が指定する地域・業種に従事する者であって、各年度の 10 月１日以降に特例受給資格者として離職した 65 歳未満の者)
⑤ 中国残留邦人等永住帰国者
⑥ 障害者
⑦ 日雇労働者・住居喪失不安定就労者・ホームレス

【受給額】

対象労働者１人につき、月額 40,000 円
支給上限:３か月分まで

３．若年者等正規雇用化特別奨励金

「年長フリーター及び 30 代後半の不安定就労者」又は「採用内定を取り消されて就職先が未決定の学生等」を正規雇用する事業主が、一定期間毎に引き続き正規雇用している場合に奨励金が支給される

ａ．年長フリーター等(25 歳以上 40 歳未満)を正規雇用する場合

① 直接雇用型

ハローワークに奨励金の対象となる求人を提出し、ハローワークからの紹介により正規雇用する場合

対象者の雇入れ日現在の満年齢が 25 歳以上 40 歳未満

雇入れ日前１年間に雇用保険の一般被保険者でなかった者、その他職業経験、技能、知識等の状況から奨励金の活用が適当であると安定所長が認める者

②　トライアル雇用活用型

ハローワークからの紹介によりトライアル雇用として雇い入れ、トライアル雇用終了後引き続き同一事業所で正規雇用する場合

トライアル雇用開始日の満年齢が 25 歳以上 40 歳未　満

トライアル雇用開始日前１年間に雇用保険の一般被保険者でなかった者

③　有期実習型訓練修了者雇用型

有期実習型訓練修了者を正規雇用する場合(ただし、既に雇用している対象短時間等労働者に対して実施した有期実習型訓練の場合、実施事業所において正規雇用に転換された者については、奨励金の対象とならない)

有期実習型訓練終了後の雇入れ日(有期実習型訓練を受けさせていた事業主が、当該訓練生を正規雇用した場合は、訓練開始日)現在の満年齢が 25 歳以上 40 歳未満 2　採用内定を取り消された方(40 歳未満)を正規雇用する場合

ハローワークに奨励金の対象となる求人を提出し、採用内定を取り消されて就職先が未決定の新規学校卒業者をハローワークの紹介により正規雇用する場合

対象者の雇入れ日現在の満年齢が 40 歳未満

【奨励金の支給額】

奨励金は、以下の時期に３回に分けて支給される

第１期　250,000 円(中小企業事業主は 500,000 円)

正規雇用開始日から６ヶ月経過してから１ヶ月以内に申請

第２期　125,000 円(中小企業事業主は 250,000 円)

正規雇用開始日から１年６ヶ月経過してから１ヶ月以内に申請

第３期　125,000 円(中小企業事業主は 250,000 円)

正規雇用開始日から２年６ヶ月経過してから１ヶ月以内に申請

４．特定求職者雇用開発助成金
(特定就職困難者雇用開発助成金)

新たにハローワーク等の紹介により高年齢者(60 歳以上 65 歳未満)、障害者等の就職が特に困難な者又は緊急就職支援者を継続して雇用する労働者として雇い入れた事業主、65 歳以上の離職者を１年以上継続して雇用する労働者として雇い入れた事業主に対して賃金相当額の一部の助成を行う

【主な受給の要件】

高年齢者(60 歳以上～65 歳未満)、障害者等の就職困難者をハローワーク若しくは地方運輸局又は適正な運用を期すことのできる有料・無料職業紹介事業者若しくは無料船員職業紹介事業者の紹介により、新たに継続して雇用する労働者として雇い入れること

【受給額】(中小企業)

ａ．短時間労働者以外

①　重度障害者等を除く身体・知的障害者

支給額：135 万円

助成対象期間：１年６か月

②　重度障害者等　※１

支給額：240 万円

助成対象期間：２年

ｂ．短時間労働者　※２

③　身体・知的・精神障害者

支給額：90 万円

助成対象期間：１年６か月

５．自立就業支援助成金(受給資格者創業支援助成金)

雇用保険の受給資格者自らが創業し、創業後１年以内に雇用保険の適用事業の事業主となった場合に、当該事業主に対して創業に要した費用の一部について助成する

【主な受給の要件】

① 次のいずれにも該当する受給資格者(その受給資格に係る雇用保険の基本手当の算定基礎期間が５年以上ある者に限る)であったもの(以下「創業受給資格者」)が設立した法人等の事業主であること

ア．法人等を設立する前に、都道府県労働局の長に「法人等設立事前届」を提出した者

イ．法人等を設立した日の前日において、当該受給資格に係る支給残日数が１日以上である者

② 創業受給資格者が専ら当該法人等の業務に従事するものであること

③ 法人にあっては、創業受給資格者が出資し、かつ、代表者であること

④ 法人等の設立日以後３か月以上事業を行っているものであること

【受給額】

ａ．平成 22 年３月 31 日までに法人等設立事前届を提出した事業主の方

① 創業に要する経費

ア．通常地域

創業後３ヶ月以内に支払った経費の３分の１

支給上限:200 万円まで

イ．開発地域

創業後３ヶ月以内に支払った経費の２分の１

支給上限:300 万円まで

② 開発地域進出移転経費(開発地域に移転した場合)

交通費・引越等経費

③ 上乗せ分

無

ｂ．平成 22 年４月１日以降に法人等設立事前届を提出した事業主の方

① 創業に要する経費

創業後３ヶ月以内に支払った経費の３分の１

支給上限:150 万円まで

② 開発地域進出移転経費

無

③ 上乗せ分

50 万円(創業後１年以内に雇用保険の一般被保険者を２名以上雇い入れた場合)

助成金の支給は２回に分けて行う

ただし上乗せ分に係る支給回数は１回

受給対象となる経費

① 設立・運営経費

② 職業能力開発経費

③ 雇用管理の改善に要した費用

Ⅱ．障害者雇用納付金制度に基づく主な助成金

１．障害者雇用調整金

常時雇用している労働者数が 200 人を超える事業主で障害者雇用率(1.8%)を超えて障害者を雇用している場合は、その超えて雇用している障害者数に応じて１人につき月額 27,000 円の障害者雇用調整金が支給される。

２．報奨金の支給

常時雇用している労働者数が 200 人以下の事業主で、各月の雇用障害者数の年度間合計数が一定数(各月の常時雇用している労働者数の４%の年度間合計数又は 72 人のいずれか多い数)を超えて障害者を雇用している場合は、その一定数を超えて雇用している障害者の人数に 21,000 円を乗じて得た額の報奨金が支給される。

３．障害者作業施設設置等助成金(作業施設、作業設備等の整備等を行う事業主の方への助成金)

障害者を常用労働者として雇い入れるか継続して雇用している事業主が、その障害者が障害を克服し作業を容易に行うことができるよう配慮された作業施設、就労を容易にするためのトイレ、スロープ等の附帯施設または改造等がなされた作業設備の設置または整備等を行う場合にその費用の一部を助成するものです。

４. 障害者福祉施設設置等助成金(福利厚生施設の整備等を行う事業主の方への助成金)

障害者を常用労働者として雇い入れるか継続して雇用している事業主、またはその事業主が加入している事業主団体が、障害者である労働者の福祉の増進を図るため、障害者が利用できるよう配慮された保健施設、給食施設、教養文化施設等の福利厚生施設の整備等をする場合に、その費用の一部を助成するものです。

５. 障害者介助等助成金(雇用管理のために必要な介助等の処置を行う事業主の方への助成金)

重度身体障害者、知的障害者、精神障害者または就職が特に困難と認められる身体障害者を常用労働者として雇い入れるか継続して雇用している事業主が、障害の種類や程度に応じた適切な雇用管理のために必要な介助等の措置を実施する場合に、その費用の一部を助成するものである。

６. 重度障害者等通勤対策助成金(通勤を容易にするための措置を行う事業主の方への助成金)

重度身体障害者、知的障害者、精神障害者、または通勤が特に困難と認められる身体障害者を雇い入れるか継続して雇用している事業主、またはこれらの重度障害者等を雇用している事業主が加入している事業主団体が、これらの物の通勤を容易にするための措置を行う場合にその費用の一部を助成するものである。

【参考】　施術所開設時の必要書類

公共職業安定所事業所確認届：公共職業安定所
求人登録：公共職業安定所
選考結果通知：公共職業安定所
賃貸物件契約、火災保険契約
個人事業の開業届出書：税務署
所得税の青色申告承認申請書：税務署
源泉所得税の納期の特例の承認に関する申立書：税務署
雇用契約書：事業所内
労働者名簿：事業所内
給与所得者の扶養控除等申告書：事業所内
労働保険雇用関係成立届：労働基準監督署
労働保険概算保険料申告書：労働基準監督署
雇用保険適用事業所設置届：職安
雇用保険被保険者資格取得届：職安

【資料】 関係機関一覧

《各種書類提出先等》

機　関　名	電話番号	郵便番号	住　所
右京税務署	075-311-6366	615-0007	京都市右京区西院上花田町 10の1
京都高齢・障害者雇用支援センター	075-254-7166	600-8006	京都市下京区四条通柳馬場西入立売中之町 99 四条SETビル5階
京都七条公共職業安定所	075-341-8609	600-8235	京都市下京区西洞院通塩小路下ル東油小路 803
京都七条公共職業安定所 京都障害者職業相談室	075-341-2626	600-8235	京都市下京区西洞院通塩小路下る東油小路町 803
京都下労働基準監督署 (労働条件・解雇・賃金)	075-254-3196	600-8007	京都市下京区四条通東洞院東入立売西町 60番地 日本生命四条ビル5階
(労災課(労働保険))	075-254-3198		
(業務課(庶務))	075-254-3195		
京都障害者就業・生活支援センター	075-702-3725	606-0846	京都市左京区下鴨北野々神町 26番地 北山ふれあいセンター内
京都ジョブパーク はあとふるコーナー (はあとふるジョブカフェ)	075-682-8029	601-8047	京都市南区東九条下殿田町 70 京都テルサ西館3階
京都地方法務局 法人登記お問い合わせ	075-231-0273	602-0855	京都市上京区荒神口通河原町東入上生洲町 197
京都西年金事務所	075-323-1170	615-8511	京都市右京区西京極南大入町 81
京都府健康福祉部医療課	075-414-4743	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
京都労働局	075-241-3211	604-0846	京都市中京区両替町通御池上る金吹町 451
税理士法人イデア	075-341-3411	600-8161	京都市下京区室町通五条下ル大黒町 203
全国健康保険協会京都支部(協会けんぽ)	075-256-8630	604-8508	京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町 634 カラスマプラザ21
日本あん摩マッサージ指圧師会	03-3200-0031	169-8446	東京都新宿区高田馬場 1-10-33 日本盲人福祉センター内
日本年金機構 京都事務センター	075-257-3120	602-8525	京都市上京区上御霊馬場町 366-2

《保険申請関係》

機関名	TEL	〒	住所
京都市保健福祉局 (保健衛生推進室保健医療課)	075-222-3433	604-8571	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
(保険年金課)	075-213-5861		
右京保健センター	075-861-1101	616-8104	京都市右京区太秦下刑部町 12
右京保健センター京北出張所	075-852-1816	601-0251	京都市右京区京北周山町上寺田 1－1
上京保健センター	075-432-3221	602-0056	京都市上京区堀川通上立売下北舟橋町 866
北保健センター	075-432-1181	603-8165	京都市北区紫野西御所田町 56
左京保健センター	075-702-1000	606-0917	京都市左京区松ケ崎堂ノ上町 7-2
下京保健センター	075-371-7101	600-8216	京都市下京区西洞院通塩小路上る東塩小路町 608-8
中京保健センター	075-812-0061	604-8265	京都市中京区西堀川通御池下る西堀川町 521
西京保健センター	075-392-5690	615-8083	京都市西京区桂艮町 1－2
西京保健センター洛西支所	075-332-8111	610-1143	京都市西京区大原野東境谷町2丁目 1－2
東山保健センター	075-561-1191	605-0862	京都市東山区清水5丁目 130－6
伏見保健センター	075-611-1161	612-8062	京都市伏見区鷹匠町 33
伏見保健センター深草支所	075-642-3101	612-0861	京都市伏見区深草向畑町 93－1
伏見保健センター醍醐支所	075-571-0003	601-1366	京都市伏見区醍醐大構町 28
南保健センター	075-681-3111	601-8441	京都市南区西九条南田町 1－2
山科保健センター	075-592-3050	607-8168	京都市山科区椥辻池尻町 14－2
京都府健康福祉部健康対策課	075-414-4742	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
乙訓保健所	075-933-1153	617-0006	京都府向日市上植野町馬立 8
丹後保健所	0772-62-4312	627-0011	京都府京丹後市峰山町丹波 855
中丹東保健所	0773-75-0806	624-0906	京都府舞鶴市倉谷村西 1499
中丹西保健所	0773-22-6381	620-0055	京都府福知山市篠尾新町 1-91
南丹保健所	0771-62-2979	622-0041	京都府南丹市園部町小山東町藤ノ木 21
山城北保健所	0774-21-2191	611-0021	京都府宇治市宇治若森 7-6
山城北保健所綴喜分室	0774-63-5745	610-0331	京都府京田辺市田辺明田 1
山城南保健所	0774-72-0981	619-0214	京都府木津川市木津上戸 18-1
京都府後期高齢者医療広域連合　事務局	075-344-1202	600-8411	京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620番地 COCON烏丸5階

《福祉関係》

機関名	TEL	〒	住所
京都市保健福祉局生活福祉部地域福祉課	075-251-1175	604-8571	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488番地
右京福祉事務所	075-861-1101	616-8511	京都市右京区太秦下刑部町 12番地 サンサ右京内
右京区京北出張所福祉担当	075-852-0300	601-0292	京都市右京区京北周山町上寺田 1-1
上京福祉事務所	075-441-0111	602-8511	京都市上京区今出川通室町西入堀出シ町 289 上京区総合庁舎内
北福祉事務所	075-432-1181	603-8511	京都市北区紫野東御所田町 33-1 北区総合庁舎内
左京福祉事務所	075-702-1000	606-8511	京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町 7番地の2 左京区総合庁舎内

下京福祉事務所	075-371-7101	600-8588	京都市下京区西洞院通塩小路上る東塩小路町 608-8 下京区総合庁舎内
中京福祉事務所	075-812-0061	604-8588	京都市中京区西堀川通御池下る西三坊堀川町 521 中京区総合庁舎内
西京福祉事務所	075-381-7121	615-8522	京都市西京区上桂森下町 25-1 西京区総合庁舎内
洛西福祉事務所	075-332-8111	610-1198	京都市西京区大原野東境谷町 2丁目1-2 洛西総合庁舎内
東山福祉事務所	075-561-1191	605-0862	京都市東山区清水五丁目 130の8 東山区総合庁舎 南館内
伏見福祉事務所	075-611-1101	612-8511	京都市伏見区鷹匠町 39-2
深草福祉事務所	075-642-7729	612-0861	京都市伏見区深草向畑町 93番地の1 深草総合庁舎内
醍醐福祉事務所	075-571-0003	601-1366	京都市伏見区醍醐大構町 28 醍醐総合庁舎内
南福祉事務所	075-681-3111	601-8511	京都市南区西九条南田町 1の3 南区総合庁舎内
山科福祉事務所	075-592-3050	607-8511	京都市山科区椥辻池尻町 14-2 山科区総合庁舎内
京都府健康福祉部(障害者支援課)	075-414-4598	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
(福祉援護課)	075-414-4569		
綾部市福祉事務所	0773-42-3280	623-8501	京都府綾部市若竹町 8番地の1
宇治市健康福祉部	0774-22-3141	611-8501	京都府宇治市宇治琵琶 33番地
亀岡市福祉事務所	0771-25-5030	621-8501	京都府亀岡市安町野々神 8番地
木津川市福祉事務所	0774-75-1211	619-0286	京都府木津川市木津南垣外 110-9
京田辺市福祉事務所	0774-64-1371	610-0393	京都府京田辺市田辺 80番地
京丹後市福祉事務所	0772-69-0310	627-8567	京都府京丹後市峰山町杉谷 691
城陽市福祉事務所	0774-56-4034	610-0195	京都府城陽市寺田東ノ口16番地 17番地
長岡京市福祉事務所	075-951-2121	617-8501	京都府長岡京市開田1丁目 1番1号
南丹市福祉事務所	0771-68-0007	622-8651	京都府南丹市園部町小桜町 47番地
福知山市福祉事務所	0773-24-7012	620-8501	京都府福知山市字内記 13番地の1
舞鶴市福祉事務所	0773-66-1010	625-8555	京都府舞鶴市字北吸 1044番地
舞鶴市役所西支所	0773-77-2253	624-0853	京都府舞鶴市字南田辺 1
宮津市福祉事務所	0772-22-2121	626-8501	京都府宮津市字柳縄手 345番地の1
向日市福祉事務所	075-931-1111	617-8665	京都府向日市寺戸町中野 20番地
八幡市福祉事務所	075-983-1111	614-8501	京都府八幡市八幡園内 75番地

《NPO関係》

機関名	TEL	〒	住所
京都市市民活動総合センター	075-354-8721	600-8127	京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町 83番地の1 「ひと・まち交流館 京都」2階
きょうとNPOセンター	075-744-0944	604-8166	京都市中京区三条通烏丸西入御倉町 85-1 烏丸ビル2階 Flag三条
京都府府民生活部府民力推進課	075-414-4452	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
日本財団	03-6229-5111	107-8404	東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル
向日市民協働センターかけはし	075-205-5068	617-0002	京都府向日市寺戸町初田 １８

《その他》

機関名	TEL	〒	住所
朝日オリコミ大阪京都支社	075-602-8451	612-8243	京都市伏見区横大路下三栖城ノ前町 55-2
NPO京都コミュニティ放送	075-253-6900	604-8071	京都市中京区寺町三条下ル永楽町 224 と一べぇビル 303「三条寺町コミュニティスタジオ」
NPO法人 愛ねっと	075-257-7734	604-0846	京都市中京区金吹町 459番地 翔学館3F
NPO法人 ロバの会(山田 新作)	075-791-7037	606-0025	京都市左京区岩倉中町 502
京都新聞折込サービスセンター	075-221-3223	604-0874	京都市中京区東洞院通夷川上る 第二トラストビル 2F
京都新聞折込サービスセンター 京都配送センター	0774-44-6700	613-0033	京都府久世郡久御山町林鍬ノ本 2-28
京都府立視力障害者福祉センター	075-722-8203	606-0805	京都市左京区下鴨森本町 21番地
京都府立盲学校 中・高花ノ坊部	075-462-5083	603-8302	京都市北区紫野花ノ坊町 1
京都リビング新聞社	075-212-4411	604-8141	京都市中京区蛸薬師通高倉西入泉正寺町 330 京都リビング新聞社ビル
公益財団法人 京都新聞社会福祉事業団	075-241-6186	604-8577	京都市中京区烏丸通夷川上ル 京都新聞社内
公益財団法人 京都地域創造基金	075-354-8792	600-8104	京都市下京区五条通高倉西入る万寿寺町 143 いづつビル3階
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団	03-5226-6266	102-0083	東京都千代田区麹町 3-5-1 全共連ビル麹町館
公益社団法人 京都府視覚障害者協会	075-462-2414	603-8302	京都市北区紫野花ノ坊町 11 京都ライトハウス内

社会福祉法人 日本盲人会連合	03-3200-6169	169-8664	東京都新宿区西早稲田 2-18-2
点友会(石津)	0771-22-5274	621-0833	京都府亀岡市東つつじヶ丘曙台 1-7-17
独立行政法人 福祉医療機構 助成振興課	03-3438-9945	105-8486	東京都港区虎ノ門 4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階
認定NPO法人 イーパーツ	03-5481-7369	154-0024	東京都世田谷区三軒茶屋 2-55-8 パレグレイス 501
毎日新聞社 点字毎日部	06-6346-8386	530-8251	大阪市北区梅田 3-4-5

視覚障害あん摩マッサージ指圧師のための
『訪問マッサージマニュアル』　－ 業務編 －

編者　　特定非営利活動法人　つくし会
監　修　　医学博士　白畠　庸
発行日　　2012 年 11 月 1 日
発　行　　特定非営利活動法人　つくし会
〒617-0002
京都府向日市寺戸町辰巳 5 番地 3　昭美堂プラザ 202
TEL 075-777-0481／FAX 075-921-5775
E-mail info@tsukushikai.com
URL http://tsukushikai.com/
助　成　　公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団