

令和7年度答申第49号
令和7年10月20日

諮問番号 令和7年度諮問第55号（令和7年9月3日諮問）
審 査 庁 厚生労働大臣
事 件 名 社会復帰促進等事業としてのアフターケアに係る通院費の不支給決定
に関する件

答 申 書

審査請求人Xからの審査請求に関する上記審査庁の諮問に対し、次のとおり答申する。

結 論

本件審査請求は棄却すべきであるとの諮問に係る審査庁の判断は、妥当である。

理 由

第1 事案の概要

本件は、審査請求人X（以下「審査請求人」という。）が労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号。以下「労災保険法」という。）29条1項の規定に基づく社会復帰促進等事業としてのアフターケア（以下「アフターケア」という。）に係る通院に要する費用（以下「アフターケア通院費」という。）の支給を求める申請（以下「本件申請」という。）をしたのに対し、A労働局長（以下「処分庁」という。）が不支給とする決定（以下「本件不支給決定」という。）をしたことから、審査請求人がこれを不服として審査請求をした事案である。

1 関係する法令等の定め

- （1）労災保険法29条1項は、政府は、労働者災害補償保険の適用事業に係る労働者及びその遺族について、社会復帰促進等事業として、同項各号に掲げる事業を行うことができる旨規定し、同項1号は、療養に関する施設及びリハビリテーションに関する施設の設置及び運営その他業務災害、複

数業務要因災害及び通勤災害を被った労働者の円滑な社会復帰を促進するために必要な事業を掲げ、同条2項は、前項各号に掲げる事業の実施に
関して必要な基準は、厚生労働省令で定めると規定する。

- (2) 労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号。以下「労
災保険法施行規則」という。）24条は、労災保険法29条1項1号に掲げ
る事業として、アフターケア、アフターケア通院費の支給等を行うものと
する旨規定する。

そして、労災保険法施行規則29条1項は、アフターケア通院費は、前
条1項各号に掲げる者に対して支給するものとする規定し、同項1号は、
障害補償給付、複数事業労働者障害給付又は障害給付の支給の決定を受け
た者のうち、厚生労働省労働基準局長が定める要件を満たす者を掲げる。
また、労災保険法施行規則29条2項は、前項に定めるもののほか、アフ
ターケア通院費の支給に関し必要な事項は、同局長が定めると規定する。

- (3) 上記の厚生労働省労働基準局長の定めとして、平成9年8月26日付け
基発第596号厚生労働省労働基準局長通達「アフターケアの通院に要す
る費用の支給について」の別添「アフターケア通院費支給要綱」（以下「本
件支給要綱」という。）は、アフターケア通院費を支給する趣旨をアフター
ケア対象者の経済的負担を軽減するためとし、支給対象となる通院や支給
の手續を次のとおり定める。

ア 支給対象

アフターケア通院費の支給対象となる通院は、次のとおりとする。

- (ア) アフターケア対象者の住居地又は勤務地と同一の市町村（特別区を
含む。以下同じ。）内に存在する当該傷病の症状の措置に適したアフタ
ーケア実施医療機関への通院（アフターケア対象者の住居地又は勤務
地から片道2キロメートル以上の通院に限る。）（本件支給要綱2の
(1)）

- (イ) アフターケア対象者の住居地又は勤務地と同一の市町村内に当該傷
病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関が存在しない場合、
又は交通事情等の状況からアフターケア対象者の住居地若しくは勤務
地と同一の市町村に隣接する市町村内の当該傷病の症状の措置に適し
たアフターケア実施医療機関への通院の方が利便性が高いと認められ
る場合におけるアフターケア対象者の住居地又は勤務地と同一の市町
村に隣接する市町村内にある当該傷病の症状の措置に適したアフター

ケア実施医療機関への通院（アフターケア対象者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル以上の通院に限る。）（本件支給要綱２の（２））

（ウ）アフターケア対象者の住居地又は勤務地と同一の市町村内及びアフターケア対象者の住居地又は勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内に当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関が存在しない場合における最寄りの当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関への通院（アフターケア対象者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル以上の通院に限る。）（本件支給要綱２の（３））

（エ）アフターケア対象者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル未満の通院であっても、アフターケア対象者の傷病の症状の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合における当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関への通院（本件支給要綱２の（４））

イ 支給の申請手続

アフターケア通院費の支給を受けようとする者は、アフターケア通院費支給申請書に通院費の額を証明する書類を添付し、アフターケア手帳の交付を受けた都道府県労働局長に申請するものとする（本件支給要綱４の（１））。

ウ 支給、不支給又は変更の決定

上記イの都道府県労働局長は、アフターケア通院費支給申請書を受理したときは、その内容を検討の上、支給・不支給又は変更の決定を行い、その旨をアフターケア通院費支給・不支給決定・変更決定通知書により申請者に通知するものとする（本件支給要綱５）。

（４）本件支給要綱の運用に当たって留意すべき事項として、平成３１年１月８日付け基補発０１０８第１号厚生労働省労働基準局補償課長通達「アフターケア通院費の支給に当たっての留意事項について」（令和７年３月３１日付け基発０３３１第６号による改正（同年４月１日施行）前のもの。以下「本件留意事項」という。）は、本件支給要綱２の「当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関」については、「原則として、標榜している診療科目により、判断して差し支えないこと。ただし、傷病の状態等によっては、標榜している診療科目を有する医療機関においても適切な措置が可能とは限らないことから、医療機器の整備状況、専門的知識・経験を有する医師等の有無等を考慮し、当該傷病に関し適切な症状の措置

を実施できる体制が確保されているかを判断すること。」と定めている（本件留意事項の記1の（2））。

- （5）社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領（平成19年4月23日付け基発第0423002号厚生労働省労働基準局長通達「社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領の制定について」（令和6年3月25日付け基発0325第3号厚生労働省労働基準局長通達による改正（同年4月1日施行）前のもの）の別添。以下「本件実施要領」という。）2は、慢性化膿性骨髄炎を含む20のアフターケアの対象傷病を掲げている。また、本件実施要領5は、アフターケアは、実施医療機関等において行うものと定め、実施医療機関等は、労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、労災保険法施行規則11条の規定により指定された病院若しくは診療所又は薬局とすることを定めている。

2 事案の経緯

各項末尾掲記の資料によれば、本件の経緯は、以下のとおりである。

- （1）審査請求人は、平成29年2月20日、業務災害により負傷し、左開放性頸腓骨粉碎骨折、左下腿慢性骨髄炎の療養を行い、その後、令和4年3月26日に症状固定（治癒）となった。

（障害補償一時金実地調査復命書、労働者災害補償保険診断書）

- （2）審査請求人は、症状固定後も左下腿に疼痛等が残存したとして、令和4年5月28日付けで、B労働基準監督署長（以下「本件労基署長」という。）に対し、障害補償給付の支給を請求し、本件労基署長は、審査請求人に残存する障害が障害等級併合第11級に該当すると認定し、同年11月25日付けで、障害補償給付の支給を決定した。

（障害補償給付支給請求書、障害補償一時金実地調査復命書、障害一時金支給決定決議書）

- （3）審査請求人は、負傷後に受診したC病院から専門加療のためD病院へ転医入院し、D病院を退院後も、D病院における主治医（以下「本件医師」という。）の下で引き続き療養したが、本件医師がE病院に異動したことに伴い、E病院に転医した。そして、令和3年3月、本件医師が開業したF病院（以下「本件病院」という。）に転医した。

（調査結果復命書、療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届、電話照会等処理票（令和元年7月30日対応）、診療費受付給付一覧）

(4) 審査請求人は、令和4年12月2日、処分庁に対し、対象傷病を「慢性化膿性骨髄炎」(対象傷病コード：09)として、アフターケアに係る健康管理手帳の交付を申請し、処分庁は、同年12月9日付けで、同健康管理手帳を交付した。

(健康管理手帳交付申請書、健康管理手帳交付決議書、健康管理手帳の(新規)交付申請に係る交付決定通知書)

(5) 審査請求人は、令和4年4月9日から令和6年7月27日までの間に、計10日、アフターケアのため、住居地(G地)から本件病院(H地)に通院したとして、これらの通院に要した費用(合計5万1430円)について、同年8月16日付けで、処分庁に対し、アフターケア通院費の支給を申請(本件申請)した。

(アフターケア通院費支給申請書)

(6) 処分庁は、令和6年9月24日付けで、審査請求人に対し、本件申請に対して不支給とする決定(本件不支給決定)をした。

(アフターケア通院費不支給決定通知)

(7) 審査請求人は、令和6年12月23日(受付日)、審査庁に対し、本件不支給決定を不服として、本件審査請求をした。

(審査請求書)

(8) 審査庁は、令和7年9月3日、当審査会に対し、本件審査請求は棄却すべきであるとして、本件諮問をした。

(諮問書、諮問説明書)

3 審査請求人の主張の要旨

(1) 調査結果復命書の調査記録・調査内容について

ア 審査請求人が希望してセカンドオピニオンによりD病院に転院したように記載されているが、実際には、C病院の医師の手に負えなかったため、骨髄炎の専門医であるD病院の本件医師を紹介されたものである。D病院の診断書にも、「受傷後、前医へ搬送され左脛骨開放骨折に対して骨接合術施行したが、術後感染を認め、加療を行うもコントロールつかず、治療目的で9/25当院へ紹介」と記載されている。

イ 審査請求人の住居地と同一市町村内に整形外科を標榜している医療機関が相当数存在すると記載されているが、G地内に骨髄炎を診ることができる専門医はおらず、本件医師と同等の治療を受けることができる医療機関は見当たらないのが現状である。審査請求人のどの部位がどのよ

うに損傷し、骨髓炎がどの部位にどのような状況で発症してきたかを正確に知る医師は、本件医師だけである。

ウ 調査官意見において、「アフターケアの療養内容は「血液検査」と「CT」のみであり、この内容であれば自宅市外の医療機関でなくとも、自宅と同一市町村内の医療機関で対応可能であると考えられる」と記載されているが、骨髓炎の治療の難度を看過している。骨髓炎は再発率が高く、審査請求人は、後遺障害事案整理票のとおり、手術を13回も行っている。これほど回数が多くなったのは、骨髓炎を完全に除去することができなかったからである。骨髓炎は数十年経過しても再発することがあるので、症状固定となっても、完治したのではなく、炎症が鎮静している状態にあるとの認識を持ち、定期的に経過観察する必要がある。細かい皮膚の状態の変化や、各種検査結果の異常は、長期にわたって継続的に診ている本件医師にしか分からず、他の医師では診断が困難である。

また、慢性骨髓炎の場合、体調を崩した時など体力が下がった時に症状の再発が起きる可能性が高いため、予防や健康管理を含むトータルなケアが求められる。同じ医師が一貫して関わることで、審査請求人は、個別に最適化された治療プランを受けることができている。

(2) 慢性骨髓炎の再発及び残存する骨癒合不全

審査請求人には下腿部の骨幹部の癒合不全が残存しており、事故後6年を経過しても骨が完全に癒合しないのは、慢性骨髓炎の再発によるものである。症状固定後の令和4年5月及び同年9月にも下肢の受傷部位に滲出液を生じている。本件医師によると「今後も患者の全身状態や免疫状態によっては滲出液が出る可能性はある」とされ、この「慢性骨髓炎の状態」は、完治の見込みのないものである。

審査請求人は、上記の骨癒合不全等の残存障害によって現実に多大の支障をきたしており、左足の骨欠損部分を中心にして常時強度の疼痛がある。体重がかかると激痛が走るので、立つときは右足に荷重をかけ、左足に負担がかからないように常に注意していなければならない。歩行する時は、杖なしでは激痛が走るので常時杖が必要な状態である。杖を使用しても長距離は歩行できず、杖に体重を乗せるため、手や腕も疲労し、走ることは全く不可能であり、正座もできない。左足の膝裏からアキレス腱にかけてのしびれが常時存在する。

これらの症状は、全て骨欠損及び骨の癒合不全に起因するものであって、

改善の見込みは全く無い。

さらに、審査請求人は、腓腹筋を皮弁して下腿前面中央部に移植している。皮膚も左下肢大腿部背部から採皮して移植している。こうした筋肉や皮膚の皮弁及び移植部にも癒着等による強度の疼痛が生じており、運動機能も著しく制限されている。

このように、骨欠損及び骨の癒合不全、慢性骨髓炎、皮膚の癒着等の複雑な症状に対応できる医師は、長年にわたって経過を診てきた本件医師以外には見当たらない。

- (3) 審査請求人の住居地又は勤務地と同一の市町村内に、審査請求人の症状の措置に適した医療機関は存在しない。

ア 調査結果復命書では、審査請求人の住居地と同一市町村内に整形外科やI病院、J病院などの総合病院も複数存在していると記載されているが、本件のように慢性化した骨髓炎の専門家は存在しない。一般的な整形外科では適切な対応はできない。血液検査やCT検査だけでなく、審査請求人の骨髓炎の症状や再発の状況を適正に把握し、これに対応した処理を講じることができる医師でなければならない。

イ 調査結果復命書では、D病院での療養後の転医について、「主治医が信頼できる専門医だからという申請人の意思によるもの」と記載されているが、審査請求人の意思で決めているものではない。本件医師が、骨髓炎の専門家であり、審査請求人の手術も実施した自分でないと診ることができないと説明しているので、本件医師のもとへ通院しているのである。

なお、「E病院、F病院のどちらの病院も専門的な治療を行っているものではなく」とあるが、上記のとおり、慢性骨髓炎は本件医師による細やかな長期経過観察が重要であり、審査請求人には骨髓炎の専門家である本件医師による専門的な治療が行われているといえる。

- (4) 電話照会等処理票について

審査請求人は、令和4年4月頃（アフターケアが始まった時期）、A労働局に電話をした際に、審査請求人主張の理由であれば本件病院に転医してもアフターケア通院費が支払われるとの説明を受けている。また、そのときに、請求期限はなく、1、2年まとめると良いと言われたので、今回2年分まとめた請求を行ったものである。

なお、電話照会では、対応者から「医師から自分でないと診られないと

いう話が聞ければ支払う」という発言もあった。

(5) 結論

上記のとおり、審査請求人の住居地又は勤務地と同一の市町村内又は近隣市町村に、当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関は存在せず、審査請求人が市外へ通院することに強度の必要性がある。他方、アフターケア通院費は2年間（10日）で5万1430円、年間（5日）にして2万5715円と低廉であるため、アフターケア通院費の支給対象とするのが相当である。

第2 諮問に係る審査庁の判断

審査庁の諮問に係る判断は、次のとおりである。

1 認定事実

- (1) 審査請求人は、平成29年2月20日の業務中の交通事故により負傷し、令和4年3月26日に症状固定となり、同年12月9日に「慢性化膿性骨髄炎」に係る健康管理手帳の交付を受けた。
- (2) 審査請求人の住居地と同一市町村内には、整形外科を標榜する労災保険指定医療機関が多数存在するほか、総合病院も複数存在している。また、審査請求人の住居地から本件病院までの通院経路周辺には整形外科を標榜する医療設備や医療提供体制が充実した労災保険指定医療機関（病床数400床以上）が複数存在する。具体的には、G地にはJ病院が、近隣のK地にはL病院が、同じく近隣のM地にはN病院及びO病院があり、M地にある2つの病院は、骨髄炎の手術実績が各10件ずつ（令和5年度退院患者）もあることから、審査請求人の住居地の近隣市町村内に骨髄炎の治療実績のある医療機関が複数存在するといえる。
- (3) 上記（1）の負傷後の審査請求人の受診状況は、C病院から本件医師の勤務するD病院へ紹介転医し、その後、本件医師がE病院に異動したため、審査請求人もE病院へ転医し、令和3年3月には本件医師が開業した本件病院に転医し、アフターケアの受診についても、引き続き本件病院に通院している。
- (4) 審査請求人は、令和6年8月16日付けで、令和4年4月9日から令和6年7月27日までの本件病院への通院（10回）について、本件申請を行った。
- (5) 審査請求人の住居地があるG地と、アフターケアを実施した本件病院があるH地は、同一の市町村又は隣接する市町村でもなく、また、審査請求人の住居地から本件病院までの距離は、往復約139キロメートルであった。

- (6) 処分庁は、本件申請に対して不支給決定をし、令和6年9月24日付けで審査請求人に通知した。
- (7) 審査請求人は、上記(3)のE病院から本件病院への転医について、B労働基準監督署の電話照会に対し、E病院への通院中に本件医師が本件病院を開業し、本件医師が自身の骨髄炎の怪我を扱える専門医であったため転院した旨陳述している。
- (8) 本件医師の意見書によると、審査請求人が受けたアフターケアの内容は、「血液検査とCT」のみであり、レセプトの記載内容も同様に一般的な措置のみである。
- (9) 処分庁が本件医師に対し、G地内及び近隣市町村内の医療機関においても本件病院と同様の療養が可能か否かについての意見を求めるも、その回答はなかった。
- (10) E病院の令和2年7月(第3回目)及び令和3年3月(第4回目)の各「症状等の照会に対する回報」は、本件医師以外の医師が記載しており、その内容によると審査請求人の症状に著変はなく、今後の治療については、「定期診察」等と記載されている。

2 論点に対する判断

審査請求人は、療養中から本件病院(H地)へ引き続き通院しているところ、本件申請における審査請求人の住居地(G地)から本件病院への通院が、本件支給要綱に定められたアフターケア通院費の支給対象となる通院に該当するか否か判断する必要がある。

- (1) 上記1(5)のとおり、審査請求人はG地に居住し、本件病院はH地に所在することから、審査請求人の住居地と「同一の市町村内に存在する医療機関」又は「同一の市町村に隣接する市町村内にある医療機関」のいずれにも当たらず、本件支給要綱2の(1)及び(2)の要件に該当しない。また、本件病院は、審査請求人の住居地から往復で約13.9キロメートルの距離に所在し、片道2キロメートル未満の通院ではないことから、本件支給要綱2の(4)にも該当しない。
- (2) 次に、本件支給要綱2の(3)の要件について検討する。

ア 審査請求人は、審査請求書の理由において、審査請求人の住居地と同一市町村内の医療機関には、審査請求人の骨髄炎の症状や再発の状況を適正に把握し、対処できる骨髄炎の専門の医師はおらず、一般的な整形外科では適切な対応はできず、骨髄炎の専門家であって審査請求人の13回もの

手術を担当し、その後も継続的に診察している本件医師でなければ適切な療養ができず、また、本件医師からも審査請求人に対し、手術も実施した自分でないと審査請求人を診ることができないと説明されたため本件医師の勤務する本件病院に通院している旨主張する。

イ しかしながら、審査請求人の住居地と本件病院までの通院経路周辺には、上記１（２）のとおり、整形外科を標榜する医療設備や医療提供体制が充実した労災保険指定医療機関（病床数４００床以上）が複数あり、さらに、隣接するM地にある２つの病院は、骨髄炎の手術実績が各１０件あることから、審査請求人の住居地の近隣市町村内には骨髄炎の治療実績のある医療機関が複数存在する。

ウ その上、審査請求人が受けたアフターケアの内容は、上記１（８）で認定した事実のとおり、血液検査とＣＴ検査であり、審査請求人の本件申請に係るレセプトの記載内容も一般的な措置のみであることから、審査請求人の住居地と同一市町村内の整形外科を標榜する医療機関で一般に実施が可能であると考えられる。

エ そうすると、審査請求人の住居地と同一市町村内及び同市の近隣市町村内に存在しているこれらの医療機関が審査請求人の症状への措置に適していないと認めるに足りる資料及び事情は見当たらないことから、審査請求人の住居地と「同一の市町村内」及び「同一の市町村に隣接する市町村内」に当該傷病の症状への措置に適したアフターケア実施医療機関が存在しない場合」に当たらず、本件支給要綱２の（３）の要件にも該当しない。

（３）以上のとおり、審査請求人の本件病院への通院は、本件支給要綱に定めるアフターケア通院費の支給対象となる通院に該当しないことから、本件不支給決定は、違法又は不当であるとはいえず、本件審査請求には理由がないから、行政不服審査法（平成２６年法律第６８号）４５条２項の規定により、棄却されるべきである。

第３ 当審査会の判断

当審査会は、令和７年９月３日、審査庁から諮問を受け、同月２５日及び同年１０月９日の計２回、調査審議をした。

また、審査庁から、令和７年９月１７日、同月２９日及び同年１０月３日、主張書面及び資料の提出を受けた。

１ 本件諮問に至るまでの一連の手続について

一件記録によれば、本件審査請求から本件諮問に至るまでの一連の手続に特

段違法又は不当と認めるべき点はうかがわれない。

2 本件不支給決定の適法性及び妥当性について

(1) 本件では、審査請求人の住居地から本件病院への通院がアフターケア通院費の支給対象となる通院（本件支給要綱2）に該当するかが争点となっていることから、以下、この点について検討する。

ア 本件支給要綱2の（1）について

本件支給要綱2の（1）は、「アフターケア対象者の住居地（中略）と同一市町村（特別区を含む。以下同じ。）内に存在する当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関への通院」を掲げる（上記第1の1（3）ア（ア））。審査請求人の住居地はG地である。他方、本件病院の所在地はH地であって、そもそも審査請求人の住居地と同一の市町村ではないから、本件病院への通院は、本件支給要綱2の（1）の通院に該当しないのは明らかである。

イ 本件支給要綱2の（2）について

本件支給要綱2の（2）は、「アフターケア対象者の住居地（中略）と同一の市町村に隣接する市町村内にある当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関への通院」を、二つの場合に限定して掲げる（上記第1の1（3）ア（イ））。そもそも、審査請求人の住居地はG地であり、本件病院の所在地はH地であって、両市は隣接する市町村ではないから、上記の二つの場合に該当するか否かを論ずるまでもなく、本件病院への通院は、本件支給要綱2の（2）の通院に該当しないのは明らかである。

ウ 本件支給要綱2の（4）について

本件支給要綱2の（4）は、特定の場合に限った上で、「アフターケア対象者の住居地（中略）から片道2キロメートル未満の通院」を掲げる（上記第1の1（3）ア（エ））。審査請求人の住居地から本件病院までの距離は片道約69.4キロメートル（アフターケア通院費支給申請書）であって、そもそも片道2キロメートル未満ではないから、本件病院への通院は、本件支給要綱2の（4）の通院に該当しないことは明らかである。

エ 本件支給要綱2の（3）について

本件支給要綱2の（3）は、「アフターケア対象者の住居地（中略）と同一の市町村内及びアフターケア対象者の住居地（中略）と同一の市町村に隣接する市町村内に当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関が存在しない場合」における「最寄りの当該傷病の症状の措置に適し

たアフターケア実施医療機関への通院」を掲げる（上記第1の1（3）ア（ウ））。

「当該傷病の症状の措置に適したアフターケア実施医療機関」について、本件留意事項では、原則として、標榜している診療科目により判断するが、傷病の状態等によっては、当該傷病に関し適切な症状の措置を実施できる体制が確保されているかを判断するものとしている。（上記第1の1（4））。

上記第1の2（4）のとおり、審査請求人は、対象傷病を「慢性化膿性骨髄炎」としてアフターケアに係る健康管理手帳の交付を受けていたところ、慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケアの措置範囲は、（1）診察、（2）保健指導、（3）保健のための処置及び（4）検査とされている（本件実施要領の別紙「傷病別アフターケア実施要綱」の「第9 慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア」の3）。次に、実際に審査請求人が本件病院でアフターケアとして受けていた措置は、診察、血液検査、CT検査である（アフターケア委託費請求内訳書）。

また、処分庁が本件医師に確認したところによれば、審査請求人が症状固定後にアフターケアとして受けていた措置は、上記アフターケア委託費請求内訳書のとおり、血液検査とCT検査であった（本件医師による意見書）。

そうすると、審査請求人がアフターケアとして受けていた措置内容は、整形外科を標榜する医療機関であれば受けられる一般的な措置内容であるといえる。そして、審査請求人の住居地であるG地には、診療科に整形外科を標榜する労災保険指定医療機関が多数存在しており（指定医療機関名簿）、審査請求人が本件病院で受けていた措置をこれらの医療機関で受けることは可能であると認められる。

これに対し、審査請求人は、血液検査やCT検査だけでなく、審査請求人の骨髄炎の症状や再発の状況を適正に把握し、これに対応した処理を講じることができる医師でなければならないと主張し、本件医師は、審査請求人がアフターケアとして受けていた措置内容について、審査請求人の住居地であるG地内又はG地の近隣市町村内の医療機関においても同様の療養が可能か否かについては何ら回答していないものの、「これまでの経過が長く、今後の症状悪化時に責任をもって治療判断ができる医師がいないため、通院は必要」と回答している。

この点については、前記のとおりG地内には整形外科を標榜する労災保

険指定医療機関が多数存在するところ、特にJ病院は、病床数400床以上を有する医療機関である（病院ホームページ）。また、G地に隣接するK地（P都道府県市町村地図）のL病院（病院ホームページ）、同じくG地に隣接するM地（P都道府県市町村地図）のN病院（病院ホームページ）及びO病院（病院ホームページ）は、いずれも診療科に整形外科を掲げ病床数400床を超える労災保険指定医療機関である。そうすると、これらの医療機関において、骨髄炎を含む傷病の治療に必要な医療機器の整備面で不足があるとは考えにくい。特に、N病院及びO病院では、令和5年度（本件申請の対象とされた通院の一部は、当該年度におけるものである。）における退院患者を対象に、それぞれ10件の骨髄炎の手術実績がある（骨髄炎の治療実績）。このような治療実績からみると、少なくとも上記各医療機関においては、骨髄炎に係る専門的知識・経験を有する医師が在籍していることが認められることから、当該傷病に関し適切な措置を実施できる体制が確保されているとの判断は不合理ではない。

以上を踏まえると、審査請求人の住居地であるG地及び同市に隣接する市町村には、診療科に整形外科を掲げ、かつ、慢性化膿性骨髄炎に関し適切な措置が可能な労災保険指定医療機関が複数存在しており、審査請求人が本件病院でアフターケアとして受けていた措置をこれらの医療機関で受けることは可能であったと考えられるから、本件病院への通院は、本件支給要綱2の（3）のアフターケア対象者の住居地と同一の市町村内及び隣接する市町村にアフターケア実施医療機関が存在しない場合に該当しない。

オ したがって、上記アからエまで検討したところによれば、本件不支給決定は、違法又は不当であるとは認められない。

- （2）審査請求人は、令和4年4月頃、A労働局に電話をした際に、審査請求人主張の理由であれば本件病院に転医してもアフターケア通院費が支払われるとの説明を受けていると主張する。しかし、審査請求人から当時の電話照会の内容を証明できる証拠資料の提出はなく、また、上記照会の説明内容は、電話照会等処理票（令和6年8月21日対応）に記載がある「調査の結果、G地内もしくは近隣市町村の医療機関では対応できず、現在通院している医療機関が対応できる最寄りの医療機関であると認められれば支払うことができる」と同趣旨と考えられるが、上記（1）のとおり、本件病院への通院は、本件支給要綱の通院に該当しないのであるから、仮に電話照会の内容に齟齬があったとしても、本件申請に対する判断に影響を及ぼすものではない。

また、審査請求人は、アフターケア通院費は2年間（10日）で5万1430円、年間（5日）にして2万5715円と低廉であるため、支給対象とするのが相当であると主張するが、アフターケア通院費の金額の多寡は、支給の可否に関係するものではない。

したがって、審査請求人の主張はいずれも採用できない。

3 まとめ

以上によれば、本件審査請求は理由がないから棄却すべきであるとの諮問に係る審査庁の判断は、妥当である。

よって、結論記載のとおり答申する。

行政不服審査会 第3部会

委	員	吉	開	正	治	郎
委	員	中	原	茂	樹	
委	員	福	本	美	苗	