令和4年8月31日

主文

本件再審査請求を棄却する。

事実

第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、健康保険法(以下「健保法」という。)による療養費の支給を求めることである。

第2 事案の概要

本件は、腰痛症(以下「当該傷病」という。)の療養のため、令和○年○月○日から令和○年○月○日までの期間のうち12日間における、はり・きゅうの施術に要した費用について、療養費の支給を申請した請求人に対し、○○健康保険組合(以下「保険者組合」という。)が、令和○年○月○日付けで、療養費の支給基準に該当しないためとして、療養費を支給しない旨の処分をしたことを不服として、請求人が、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をしたという事案である。

第3 本件再審査請求に至る経緯

本件記録によると、請求人が本件再審査請求をするに至る経緯として、次の各事実が認められる。

- 1 請求人は、当該傷病の療養のため、令和○年○月○日から同月○日までのうち3日間(以下「請求期間①」という。)、同年○月○日から同月○日までのうち4日間(以下「請求期間②」という。)及び令和○年○月○日から同月○日までのうち5日間(以下「請求期間③」といい、請求期間①から請求期間③までを併せて「本件請求期間」という。)におけるはり・きゅうの施術(以下「本件施術」という。)に要した費用について、請求期間①から請求期間②については同年○月○日(受付)、請求期間③については同月○日(受付)、保険者組合に対し、それぞれ健

康保険療養費支給申請書(はり・きゅう用)(以下「療養費申請書」という。)を提出した。

- 2 保険者組合は、令和○年○月○日付けで、請求人に対し、本件施術は、医学的に適当な治療手段がないものではなく、継続的な治療や諸検査も行われず、同意書の交付に至ったものであり、療養費の支給基準に該当しないとして、本件施術に要した費用について、療養費を支給しない旨の処分(以下「原処分」という。)をした。
- 3 請求人は、原処分を不服とし、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をした。

第4 当事者等の主張の要旨

(略)

理由

第1 問題点

- 1 療養費の支給については、健保法第87条第1項において、保険者は、療養の給付を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付に代えて、療養費を支給することができることと規定している。健保法が療養費の支給につき上記のように定めている趣旨は、健康保険においては、現物給付たる療養の給付を原則とするが、保険者が療養の給付を行おうとしても行うことができない場合もあり、そのため、保険者が療養の給付を行うことが困難である場合等で保険者がやむを得ないものと認めるときには、療養を給付することに代えて、現金給付としての療養費支給の方法を認めたものである。したがって、療養費の支給は、療養の給付の補完的役割を果たすものであり、被保険者に、現物給付(療養の給付)と金銭給付(療養費の支給)との選択を認めたものではない。
- 2 そして、はり・きゅう施術に係る療養

費の取扱いについては、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」(平成16年10月1日保医発1001002号厚生労働省保険局医療課長通知。以下「本件通知」という。)が発出されており、保険者は、これにより取り扱うこととしており、当審査会もこれを是認するものである。

本件通知によれば、はり・きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって類症疾患については、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病(頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患)に限り支給対象とされている。そして、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないとされている。

また、同意書は、医師の医学的所見、症状経緯等から判断して発行されるものであり、同意書発行の趣旨を勘案し判断を行うこととされ、同意を求める医師は、やむを得ない事由がある場合を除き、原則として当該疾病に係る主治の医師とすること、医師の同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと、医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであることとされている。

さらに、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る診断書であれば、同意書に代えて差し支えないこととしている。

3 本件の場合、請求人の本件施術に要した費用に係る療養費の支給申請について、保険者組合が、本件施術は、医師による適当な治療手段がないものではなく、

継続的な治療や諸検査も行われず、同意書の交付に至ったものであるとして、原処分をしたことに対し、請求人は、これを不服としているのであるから、本件の問題点は、原処分が、上記法令等に照らして妥当なもの認められるかどうかである。

第2 事実の認定及び判断

1 「略」

2 上記の認定事実に基づいて、本件の問題点について検討し、判断する。

- (1) 前記1(4)によれば、A医師は、令和〇年〇月〇日に請求人を診察し、請求人の当該傷病に対するはり・きゅうの施術に同意した旨が療養費申請書に記載され、同日付けの当該傷病に対する鍼灸施術に係る同意書が発行されたことが認められる。しかしながら、A医師の回答書によれば、A医師は、本件施術に同意した理由を求める照会には「慢性病であって医学的に適当な治療手段がないため」と、治療内容に対する照会には「当院では治療していないが、本人の話しでは症状の軽減をはかる処置が無効との問診の結果です」と回答している。その回答の内容に照らすと、A医師による本件施術に対する同意は、医師本人の医学的所見や症状経緯等からの判断によるものとは認めるのは困難であるといわざるを得ず、A医師の本件施術に対する同意は、本件通知にいう医師の同意とは認められないから、同医師作成の同意書があっても、本件施術を医師による適当な治療手段のないものとは認められない。
- (2) 以上によれば、本件施術は、療養費の支給要件を満たしていないのであるから、請求人に対し療養費を支給しないとした原処分は、妥当であって、これを取り消すことはできない。

以上の理由によって、主文のとおり裁決する。

令和3年(健)第1061号

令和4年8月31日

主文

後記「事実」欄第3の2記載の原処分を取り消す。

事実

第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、健康保険法(以下「健保法」という。)による家族療養費の支給を求めることである。

第2 事案の概要

本件は、請求人の被扶養者であるAの腰痛症(以下「当該傷病」という。)の療養のため、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までの期間のうち17日間における、はり・きゅうの施術に要した費用について、家族療養費の支給を申請した請求人に対し、〇〇健康保険組合(以下「保険者組合」という。)が、令和〇年〇月〇日付けで、療養費の支給基準に該当しないためとして、家族療養費を支給しない旨の処分をしたことを不服として、請求人が、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をしたという事案である。

第3 本件再審査請求に至る経緯

本件記録によると、請求人が本件再審査請求をするに至る経緯として、次の各事実が認められる。

1 請求人は、Aの当該傷病の療養のため、令和〇年〇月〇日から同月〇日までのうち3日間(以下「請求期間①」という。)、同年〇月〇日から同月〇日までのうち5日間(以下「請求期間②」という。)、同年〇月〇日から同月〇日までのうち4日間(以下「請求期間③」という。)及び令和〇年〇月〇日から同月〇日までのうち5日間(以下「請求期間④」といい、請求期間①から請求期間④までを併せて「本件請求期間」という。)におけるはり・きゅうの施術(以下「本件施術」とい

う。)に要した費用について、請求期間①から請求期間③については同年〇月〇日(受付)、請求期間④については同月〇日(受付)、保険者組合に対し、それぞれ健康保険療養費支給申請書(はり・きゅう用)(以下「療養費申請書」という。)を提出した。

2 保険者組合は、令和〇年〇月〇日付けで、請求人に対し、本件施術は、医学的に適当な治療手段がないものではなく、継続的な治療や諸検査も行われず、同意書の交付に至ったものであり、療養費の支給基準に該当しないとして、本件施術に要した費用について、家族療養費を支給しない旨の処分(以下「原処分」という。)をした。

3 請求人は、原処分を不服とし、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をした。

第4 当事者等の主張の要旨(略)

理由

第1 問題点

1 療養費の支給については、健保法第87条第1項において、保険者は、療養の給付を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付に代えて、療養費を支給することができる」と規定している。そして、この規定は、健保法第110条第7項により、家族療養費の支給について準用されている。健保法が療養費の支給につき上記のように定めている趣旨は、健康保険においては、現物給付たる療養の給付を原則とするが、保険者が療養の給付を行おうとしても行うことができない場合もあり、そのため、保険者が療養の給付を行うことが困難である場合等で保険者がやむを得ないものと認めるときには、療養を給付することに代えて、現金給付としての療養費支給の

方法を認めたものである。したがって、療養費の支給は、療養の給付の補完的役割を果たすものであり、被保険者に、現物給付（療養の給付）と金銭給付（療養費の支給）との選択を認めたものではない。

- 2 そして、はり・きゅう施術に係る療養費の取扱いについては、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日保医発1001002号厚生労働省保険局医療課長通知。以下「本件通知」という。）が発出されており、保険者は、これにより取り扱ふこととしており、当審査会もこれを是認するものである。

本件通知によれば、はり・きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって類症疾患については、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病（頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患）に限り支給対象とされている。そして、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないとされている。

また、同意書は、医師の医学的所見、症状経緯等から判断して発行されるものであり、同意書発行の趣旨を勘案し判断を行うこととされ、同意を求める医師は、やむを得ない事由がある場合を除き、原則として当該疾病に係る主治の医師とすること、医師の同意は、医師の診察を受けたものでなければならぬこと、医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであることとされている。

さらに、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る診断書であれば、同意書に代えて差し支えないこととしている。

- 3 本件の場合、請求人の本件施術に要した費用に係る家族療養費の支給申請について、保険者組合が、本件施術は、医師による適当な治療手段がないものではなく、継続的な治療や諸検査も行われず、同意書の交付に至ったものであるとして、原処分をしたことに対し、請求人は、これを不服としているのであるから、本件の問題点は、原処分が、上記法令等に照らして妥当なもの認められるかどうかである。

第2 事実の認定及び判断

1 「略」

- 2 上記の認定事実に基づいて、本件の問題点について検討し、判断する。

(1) 前記1によれば、B医師は、令和〇年〇月〇日及び〇月〇日にAを診察し、Aの当該傷病に対するはり・きゅうの施術に同意し、〇月〇日付けの当該傷病に対する鍼灸施術に係る同意書が発行されたことが認められる。B医師の回答書によれば、B医師は、本件施術に同意した理由を求める照会には「慢性病であって医学的に適当な治療手段がないため」と、治療内容に対する照会には「今年（R〇）は妊娠出産を経て授乳中であり内服薬は使用できず貼付剤は出産後は使用しているが症状の改善を得られなかった」と回答している。これらによると、B医師による本件施術に対する同意の理由は具体的であり、上記の経緯に照らしても、医学的所見や症状経緯等からの判断に基づいてされたものというべきである。

(2) 以上によれば、Aの当該傷病は、慢性病であって医学的に適当な治療手段がなかったものと認められ、本件施術は、療養費の支給要件を満たしているのであるから、請求人に対し家族療養費を支給しないとす原処分は、本件通知に照らして妥当でない認められるので、これを取り消すこととし、主

文のとおり裁決する。