

平成 2 2 年 5 月 3 1 日 裁 決

主 文

社会保険庁長官が、請求人に対し、平成〇年〇月〇日付でした、後記第 2 の 2 の原処分は、これを取り消す。

理 由

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、主文と同旨の裁決を求めるとのことである。

第 2 再審査請求の経過

- 1 請求人は、強迫性障害 (以下「当該傷病」という。) により障害の状態にあるとして、平成〇年〇月〇日 (受付)、社会保険庁長官に対し、いわゆる事後重症による請求の障害基礎年金及び障害厚生年金 (以下、併せて「障害給付」という。) の裁定を請求した。
- 2 社会保険庁長官は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、「請求のあった傷病 (強迫性障害) については、裁定請求日である平成〇年〇月〇日現在の障害の状態は、国民年金法施行令別表 (障害年金 1 級、2 級の障害の程度を定めた表) ・厚生年金保険法施行令別表第 1 (障害年金 3 級の障害の程度を定めた表) に定める程度に該当していないため支給されません。」との理由をもって、障害給付、障害等級 3 級の障害厚生年金のいずれをも支給しない旨の処分 (以下「原処分」という。) をした。

請求人に対する処分通知上の理由は上記記載のとおりであるが、社会

保険庁社会保険業務センター所長作成名義の〇〇社会保険事務局社会保険審査官（以下「審査官」という。）宛意見書（平成〇年〇月〇日付）の記載内容等をしんしゃくすれば、それは、障害の原因となった傷病である強迫性障害は神経症の範疇に属し、かつ、後記資料３の医師照会回答によれば「統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害」又は「気分（感情）障害」の病態を示していないから、請求人の強迫性障害は認定対象の傷病ではない、というものである。

- 3 請求人は、原処分を不服として、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。その不服の理由は、この裁決書に添付した別紙（本件再審査請求書の「再審査請求の趣旨及び理由」欄）の記載のとおりである。

第3 問題点

- 1 国民年金法（以下「国年法」という。）及び厚生年金保険法（以下「厚年法」という。）は、「疾病」又は「負傷」（以下、この障害給付又は障害等級３級の障害厚生年金の支給対象となる「疾病」又は「負傷」を、併せて「傷病」という。）により、障害等級１級又は２級に該当する程度の障害の状態にあるときは障害給付を、障害等級３級に該当する程度の障害の状態にあるときは障害等級３級の障害厚生年金を支給すると規定している。そして、障害等級１級及び２級の障害の状態は、国民年金法施行令（以下「国年令」という。）別表が、障害等級３級の障害の状態は厚生年金保険法施行令（以下「厚年令」という。）別表第１が定めている（国年法第３０条、厚年法第４７条等）。
- 2 本件の当面の問題点は、請求人は前記第２の２の処分理由は受け容れることができないとして、別紙のように申し立てているのであるから、同人の強迫性障害をその対象傷病から除外したことが、前記１の関係法令及び本件における具体的事実関係に照らして適法かつ妥当であるかど

うかであり、それが否定的に解される場合は、請求人の当該傷病による、裁定請求日当時の障害の状態（以下「本件障害の状態」という。）が国年令別表又は厚年令別表第1に定める障害の程度に該当すると認められるかどうかということである。

第4 審査資料

「略」

第5 事実の認定及び判断

1 「略」

2 上記認定の事実に基づき、本件の問題点を検討し、判断する。

- (1) 精神の障害により障害等級2級の障害給付が支給される障害の程度としては、国年令別表に、「精神の障害であって、前各号と同程度（注：日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの）以上と認められる程度のもの」（16号）が掲げられており、当該傷病（強迫性障害ないし強迫神経症：ICD-10コード（国際疾病分類第10版上はF42で、F40-F48（神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害）に属している。))であるからといって、当該傷病による精神の障害が障害給付の対象にならないと明記されているわけではない。
- (2) ところで現行障害給付制度は、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号）による改正前の国年法（以下「旧国年法」という。）及び厚年法の障害年金制度にその淵源があるものであるが、昭和40年法律第93号による改正前の旧国年法別表は、同法による障害年金の支給対象となる精神の障害の範囲を「精神の障害（精神病質、神経症及び精神薄弱によるものを除く。以下この表において同じ。）」と規定し、神経症による精神障害は障害年金の支給対象とされていなかった。すなわち、上記40年改正前は、神経症は対象

傷病となっていなかったが、40年改正により観念的には、神経症を含むすべての精神疾患（疾病）が対象傷病となったが、その立法過程ですべての神経症を対象傷病とすることに対して疑問が生じ、その実施に当たっては、「今回の法別表の改正によりすべての精神障害が対象とされることになったので、法別表上は精神病質及び神経症についても障害の対象になるものであるが、・・・神経症については、通常その病状が長期にわたって持続することはないと考えられることから、原則として障害の状態と認定しないものとする。」（昭和40年6月5日庁保発第21号通達。以下「40年通達」という。）という取扱いがなされることとなった。

- (3) このような取扱いは、「神経症も、原則的に治療可能」であり、「神経症については非常に長く続く強迫神経症などで、まれには2級程度のものであり得るかもしれません。しかし、これも原則的には、治る可能性がある訳ですから、あまり対象にしない方がいいと思われれます。とくに神経症で生活保障をしますと、病気のなかにかくれてしまって、自分で治す意欲がなくなってきて、患者のためにならないといってもよいと思います。」（昭和40年5月開催の廃疾認定講習会での笠原章東京大学教授の講演録）という、当時の精神医学界で広く受け容れられていた神経症に対する認識に適うものであったと認められる。
- (4) 前述したような神経症に関する認識は、精神疾患を心理学的原因による神経症と、それ以外の、統合失調症やそううつ病等の内因性精神病（注：問題が心理学的要因によって起こっているのではないが、誘因の場合はある。脳の病理解剖的变化も特定できないが、もともと患者が持っていた脆弱性が関係していると考えられている。後記(6)の認定基準の「解説（精神の障害）」では、統合失調症、気分（感情）障害等について、「明白な脳の器質的損傷もなく発病の原因が生来の

素因とこれに関連する身体的障害にあると推定される。」とあり、この場合は、原因が明確に特定されているわけではない。)、身体疾患、外傷などの外因による症状性を含む器質性精神障害、中毒性精神病などを明確に分けることが、可能かつ容易であることを前提として、当該患者がその疾患を認識し、それに対応した対応を採ることが可能である、言わば、患者がその状態から引き返し主体的に治癒に持ち込むことが可能であるが(以下、これらの神経症の性格を「自己治癒可能性」という。)、一方、症状の発現やその症状が続くことによって引き起こされる患者本人が心理的あるいは現実的満足を得ることもあり(以下、これら満足を「疾病利得」という。)、家族の同情を得、また、いやな仕事から逃れることができる保護的環境がなくなれば神経症の症状が消失することがしばしば観察されるという、神経症治療における臨床経験に基づくものであり、典型的な神経症に自己治癒可能性及び疾病利得がみられることは、現在でも否定できないことであると認められる。

- (5) そうして、前記(1)の40年改正の立法経緯等を勘案すれば、法令上、一見するとすべて障害給付の対象傷病となり得る神経症について、その自己治癒可能性、疾病利得に着目すると、障害給付の趣旨目的からして一定範囲のものを対象傷病から除くことが合目的的であり、それについて立法府は、保険者の専門裁量に委ねていると解するのが相当であると言える。
- (6) 現在においては、前記(2)の40年通達による神経症を原則対象傷病から除外するという取扱いは、国年令別表の各号の規定を解釈し、より具体的に国年法及び厚年法上の障害の程度を認定するための基準として、社会保険庁により発出され、同庁の廃止後は厚生労働省の発出したものとみなされて、引き続き効力を有するものとされている

「国民年金・厚生年保険障害認定基準」（以下「認定基準」という。）に定められている。そして当審査会は、給付の公平を期するための尺度として、それが障害給付制度の趣旨・目的に合致し、専門・技術裁量として合目的・合理的である限り、この認定基準に依拠するのが相当であると考えたものである。

- (7) 認定基準の第3第1章第8節（以下「本節」という。）／精神の障害によると、精神の障害は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分（感情）障害」（以下「そううつ病」という。）、「症状性を含む器質性精神障害」、「てんかん」、「知的障害（精神遅滞）」に区分するとされ、「神経症にあつては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであつても、原則として、認定の対象とならない。ただし、その臨床症状から判断して精神病の病態を示しているものについては、統合失調症（原文は「精神分裂病」）又はそううつ病に準じて取り扱う。」とされている。なお、この「精神病の病態を示しているもの」が具体的に何を指すのかは、認定基準の解説にも示されていない。
- (8) 40年通達から相当の間は、現在の認定基準の前身の昭和61年3月31日庁保発第15号通知「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」も同文である前記「精神病の病態を示しているもの」については、審理期日における保険者精神科医の陳述にあるように、世間の精神病に対する偏見が強く、統合失調症、うつ病等であるにもかかわらず、診断名は神経症に属する疾病名とされたものを対象傷病とするために、それらは神経症ではあるが「精神病の病態を示しているもの」であるとして、言わば、実際は精神病であるものが診断上は神経症となっているものを救済する方便としてそれが用いられてきたという経緯があることが窺われる。しかし、現在は、「うつ病は心の風邪」という言

葉に代表されるように、精神病に対する偏見は残っているにしても相当程度薄らいできていると認めることができる。

- (9) このような状況の変化の中で、保険者がその明確な定義を示していない「精神病の病態を示しているもの」に関して、精神の障害用の診断書を作成し保険者からの照会に回答する精神科医の中で少なからざる混乱が生じていることは、障害給付に関する不服申立て手続きにおいて、照会者に「精神病の病態を示しているもの」が何を意味するのか明確でないので回答ができないと回答する精神科医が散見されることから窺われる。そして、本件事案とは別の事案に係るこれまでの審理における当事者の陳述その他から、「精神病の病態を示しているもの」についての理解として、① 従来同様、患者・家族に告知した診断疾病名と異なり、正しい疾病名は精神病に属する疾病の集合である精神病圏に属する疾病名であるということ、② 疾病は精神病圏に属しておらず神経症圏に属しているが、その呈する臨床症状が、憂うつ気分や幻覚・妄想といった、「準じて取り扱う」とされたそううつ病や統合失調症と共通のものであること、③ 統合失調症ないしそううつ病と共通の臨床症状を呈し、それによる精神障害の程度が、精神医学における「精神病水準」にあること、④ 統合失調症ないしそううつ病と共通の臨床症状に限らず、精神疾患が示す臨床症状を呈し、それによる精神障害の程度が「精神病水準」にあること、⑤ 単純にその臨床症状による精神障害が精神病によるそれと同一レベルにあるということ、の5タイプがあることが窺われる。

- (10) 精神医学界の現状を反映して、同じ「精神病水準」という用語を用いてもそれが同一の内容を示していない場合があるが、前記「精神病水準」とは、診断名にかかわらず、それによって生じている精神障害の程度を評価するために用いられるもので、その尺度の基準は、精神

障害によって日常生活・社会生活がどれだけ影響され、阻害されるかという実用上の視点に立ち、より社会性を重視したものであり、神経症水準では、さまざまな症状を訴えているが、現実検討能力は比較的保たれており、自らの力でその疾病を治す能力があるが、精神病水準では、現実検討能力が重篤に侵され、自らの力でその疾病を治す能力がその分阻害され、その結果、典型的な精神病の場合と同様に独力で日常生活・社会生活を営むのに多大な困難を生じている、というものである。

- (11) これら5タイプのうち、どれが「精神病の病態を示しているもの」の定義としてふさわしいかについては、40年改正で神経症も法令上は対象傷病となり得るとされたこと、一方、自己治癒可能性が高く疾病利得がある段階のものを障害給付の対象とすることは、制度の趣旨・目的に反し、社会保険制度につきもののモラルハザードを低減させる観点から好ましくないことから言って、前記(9)の④が最も望ましいと言えるが、いずれにせよ、保険者は、早急にその定義を明らかにすべきである。
- (12) ところで、近年、これまで厳に存在するとされてきた神経症と精神病の間の境界壁がそれほど自明なものでないということが、精神疾患の治療経験の蓄積、1980年代とくに90年代以降の脳神経科学の発展とそれが徐々に診断の現場に取り込まれるようになり、明らかになってきた。国際疾病分類においては、従来は神経症圏に属するとされてきた抑うつ神経症が精神病圏（ICD-10コード上F34.1）とされるようになり、また、「DSM」（米国精神医学会による診断基準）の3版（1980年）では、従来の「神経症/境界例/精神病」という単純かつ分かりやすい図式が放棄された。
- (13) そうして強迫性障害に関して言えば、その病態については、まだ十

分に確定されてはいないが、現在までの研究成果から、うつ病治療薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬が、強迫性障害に対しても有用であることから、強迫性障害においても脳内物質セロトニンがその原因あるいは病態に密接に関係しているものと考えられている。特に、最新の陽電子断層撮像装置と高性能PETプローベを用いた放射線医学研究所・松本良平医師らの研究（Neuroimage 2010年、49巻、頁121-126に掲載）によると、強迫性障害患者の大脳外側部位（島皮質）においては、神経細胞から放出されたセロトニンを細胞内に取り込むタンパク質（セロトニントランスポーター）が健常者に比して有意に減少していることから、島皮質での機能的異常が証明され、これは強迫性障害のセロトニン仮説を支持するもので、大脳皮質におけるセロトニンが強迫性障害に関与していることを示唆するものである。

(14) 以上のような点を捉えて、強迫性障害は、単に心の問題や心理的な基盤に立つ疾患ではなく、セロトニン代謝異常と、心理的な要因やもともと患者が有している脆弱性、体質などが関係して発症する、うつ病など内因性精神病と同一のグループに属するものであるとの見解が有力視されつつあるが、保険者精神科医が言うように、まだ精神医学界の確立した知見となったわけではない。セロトニン代謝異常が強迫性障害を生じさせたのか、強迫性障害がセロトニン代謝異常を生じさせたのかという問題が残るからであるが、うつ病といった内因性精神病に分類される疾患と強迫性障害の間の壁が今まで考えられてきた以上に低いことは確かである。

(15) 精神科領域の診断は、統合失調症の初期がしばしば神経症圏の疾病として診断されるように、正確な診断に達するまでに長期間かかる例が少なくないが、強迫性障害の確定診断に関しては、そのような恐れ

は少ない。それは、国際疾病分類あるいは米国精神医学会による診断基準(現在は、DSM-IV)に基づいてなされ、その要点は、次のとおりである。

国際疾病分類では、強迫性障害は、その反復する強迫思考あるいは強迫行為を基本病像としており、強迫思考あるいは反復思考を主とするもの(F42.0)、強迫行為(強迫儀式)を主とするもの(F42.1)、強迫思考および強迫行為が混在するもの(F42.2)、他の強迫性障害(F42.8)、強迫性障害の特定不能のもの(F42.9)に分類され、請求人の場合には、強迫行為(儀式)を主とするものに該当する。そして、強迫思考にはそれに対応した固有の行為(儀式)があり、主要素としては、汚染に対する強迫観念があり、執拗な手洗い、入浴行動がある。請求人の場合も、この強迫行為(儀式)が生活の最大の阻害要因になっている。なお強迫性障害はうつ病との合併が多く、すべての患者に自殺の危険があるとされる。ICD-10では、上記症状がほとんど毎日2週間以上連続して存在し、生活上の苦痛が妨げになっていることが診断のためには必要であるとされている。

- (16) 一方、DSM-IVでは、強迫性障害の基本は、反復する強迫観念または強迫行為であり(基準A)、それは時間を浪費させたり(すなわち、1日1時間以上を奪う。)、非常に強い苦悩を生じる、また、著しい障害を引き起こすほどに重篤である(基準C)。この障害の経過のある時点で、その人は、強迫観念または強迫行為が過剰である、または不合理であると認識している(基準B)。他のI軸障害が存在している場合、強迫観念または強迫行為の内容はそれに限定されない(基準D)。その障害は、物質(例：乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない(基準E)と

され、強迫性障害は、一般身体疾患による不安障害と区別されなければならない。

(17) 強迫性人格障害と強迫性障害は用語的には似ているが、両者の障害の臨床像は全く異なっている。強迫性人格障害は、強迫観念または強迫行為の存在が特徴とはなっておらず、むしろ、順序立て、完璧癖、および制御へのとらわれの広範な様式がみられ、成人期早期までに始まっていなくてはならない。もしある人が強迫性障害と強迫性人格障害の両方の症状を示している場合には、両方の診断を下すことができるとされている。請求人の場合、前記1で事実認定したところから、強迫性障害の診断基準すべてに該当し、強迫性人格障害は否定されている。

(18) 以上のことを踏まえて、請求人の当該傷病が対象傷病であるかどうかを検討すると、同人は現在のところうつ病に伴う典型的な臨床症状を呈していないものの、当該傷病は、いわゆる内因性精神病であるうつ病との類縁が疑われ、同人は平成〇年頃から不潔、確認恐怖といった当該傷病に係る症状を訴えるようになり、平成〇年〇月〇日に精神科を受診し、うつ病治療薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬である〇〇の服用により、一時的であるにしても症状の改善・軽快を認めたものの、その経過は〇年以上に及び、請求人の生来の知的障害(精神遅滞)という脆弱性もあって、自己治癒可能性に伴う葛藤もなくなっているのであるから、それは神経症の本質である自己治癒可能性が極めて疑わしいと言わざるを得ないので、問題がある前記1の(3)の医師照会の結果をもって、同人の当該傷病は対象傷病でないとした保険者の判断は妥当とは言えない。

(19) そうすると、当該傷病による本件障害の状態が国年令別表等に定める障害の程度に該当しているかどうかの問題になるが、認定基準の本

節／精神の障害によれば、精神の障害の程度は、その原因、諸症状、治療及びその病状の経過、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する、とされている。そして、統合失調症による障害で2級に相当すると認められるものの一部例示として、「残遺状態又は病状があるため人格変化、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があるため、日常生活が著しい制限を受けるもの」が、そううつ病による障害で2級に相当すると認められるものの一部例示として、「気分、意欲・行動の障害及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり又はひんぱんに繰り返したりするため、日常生活が著しい制限を受けるもの」がそれぞれ掲げられ、いずれも日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能、特に、知情意面の障害も考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努め、また、現に仕事に従事している者については、その療養状況を考慮し、その仕事の種類、内容、従事している期間、就労状況及びそれらによる影響も参考とする、とされている。

- (20) 前記第5の1の(1)で認定した本件障害の状態は、病状として、軽度の精神遅滞と強迫行為が指摘され、数時間から1日に及ぶ入浴や手洗いが認められ、これを中断すると不安、興奮を呈する、とされ、日常生活能力の判定では、身の清潔保持、身の安全保持及び危機対応が、自発的に又は概ねできるが援助が必要な程度とされているものの、適切な食事摂取、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達及び対人関係が、いずれも自発的にはできないが援助があればできる程度とされ、日常生活能力の程度は(4)で、「援助が無ければ日常生活の維持は不可」とされているのであるから、このような状態は、日

常生活が著しい制限を受けるものに相当する程度に至っているというべきである。

- (21) 以上のことから、請求人には、平成〇年〇月〇日をその受給権発生の日とする障害等級２級の障害給付が支給されるべきであり、これと趣旨を異にする原処分は、取消しを免れ得ない。

以上の理由によって、主文のとおり裁決する。