

本文

厚生労働大臣が、平成〇年〇月〇日付で、再審査請求人に対してした、後記「理由」欄第2記載の原処分を取り消す。

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、国民年金法(以下「国年法」という。)による障害基礎年金及び厚生年金保険法(以下「厚年法」という。)による障害厚生年金(以下、併せて「障害給付」という。)の支給を求めるとのことである。

第2 事案の概要

本件は、平成〇年〇月〇日に初診日があるとする両側特発性大腿骨頭壊死(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)、いわゆる事後重症による請求として障害給付の裁定を請求した(以下、これを「本件裁定請求」という。)請求人に対し、厚生労働大臣が、平成〇年〇月〇日付で、「障害厚生年金を受給するためには、傷病の発病日・初診日が厚生年金保険の被保険者であった間であることが要件の1つになっていますが、現在提出されている書類では、当該請求傷病(両側特発性大腿骨頭壊死)の初診日が平成〇年〇月〇日とは認められず、また、両側特発性大腿骨頭壊死の原因である全身性エリテマトーデスの発病日、初診日が確認できないため。」という理由により、本件裁定請求を却下する旨の処分(以下「原処分」という。)をしたところ、請求人が原処分を不服として、標記の社会保険審査官(以下「審査官」という。)に対する審査請求を経て、当審査会に再審査請求した事案である。

第3 当審査会の判断

1 障害厚生年金は、障害の原因となった傷病(その障害の直接の原因となった傷

病が他の傷病に起因する場合は当該他の傷病を含む。以下、同じ。)の発病日が昭和61年4月1日前であり、かつ、その発病日において厚生年金保険の被保険者であること、又はその障害の原因となった傷病につき初めて医師(歯科医師を含む。以下、同じ。)の診療を受けた日(以下「初診日」という。)が昭和61年4月1日以降であり、かつ、その初診日において厚生年金保険の被保険者であり、かつ、所定の保険料納付要件が満たされない者には支給されない(厚年法第47条第1項及び第47条の2第1項並びに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。以下「昭和60年改正法」という。)附則第67条及び国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に關する政令(昭和61年政令第54号)第78条第1項によって読み替えられた厚年法第47条第1項及び第47条の2第1項)。

そして、障害厚生年金は、障害の状態が障害等級3級以上に該当しなければ支給されないことになっており、厚年法第47条第2項によると、障害等級は障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級とし、各級の障害の状態は政令で定めることとされているところ、これを承けた厚年法施行令(以下「厚年令」という。)第3条の8は、障害等級の各級の障害の状態は、1級及び2級についてはそれぞれ国年法施行令(以下「国年令」という。)別表に定める障害の状態とし、3級については厚年令別表第1に定める障害の状態とする旨定めているが、障害の状態が国年令別表に定める程度(1級又は2級)に該当するときは、障害厚生年金に併せて、障害基礎年金も支給されることになっている。

2 そうして、本件裁定請求が、当該傷病による障害を支給事由として請求されたものであることは本件記録から明らかであるところ、前記第2記載の理由によりなされた原処分に対し、請求人は、当該傷病の初診日(以下「本件初診日」とい

う。)は平成〇年〇月〇日であるとし、それを前提として本件裁定請求をしているのであるから、本件において問題となるのは、第1に、本件初診日はいつか、本件初診日が厚生年金保険の被保険者である期間(以下「厚年期間」という。)中であると認められるか否か及び所定の保険料納付要件が満たされているか否かが検討されるべきであり、これらが肯定的に認められる場合には、第2に、裁定請求日における請求人の当該傷病による障害の状態(以下、これを「本件障害の状態」という。)が、厚年令別表第1に定める障害等級3級の程度以上に該当するかどうかである。

3 本件初診日について判断する。

初診日に関する証明資料は、国年法及び厚年法が、発病又は受傷の日ではなく、初診日を障害給付の受給権発生の基準となる日と定めている趣旨からいって、直接診療に関与した医師等又は医療機関が作成したもの、又はこれらに準ずる証明力の高い資料(以下、このような要件を満たしている資料を、便宜上、「初診日認定適格資料」という。)でなければならないと解するのが相当である。

また、国年法及び厚年法上の障害の程度を認定するためのより具体的な基準として、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、給付の公平を期すための尺度として、当審査会もこれに依拠するのが相当であると思料する「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」(以下「認定基準」という。)が定められているが、その「第1 一般的事項」の「3 初診日」によれば、「初診日」とは、障害の原因となった傷病につき、初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日をいうとされており、障害の原因となった傷病の前に、相当因果関係があると認められる傷病があるときは、最初の傷病の初診日が初診日となると解されている。

そうして、提出されている全ての資料

の中から、作成者ならびに記載内容から判断して、本件における初診日認定適格資料と認められるものを全て挙げてみると、① a 病院(以下「a 病院」という。)b科・A医師(以下「A医師」という。)作成の平成〇年〇月〇日現症に係る同年〇月〇日付診断書(以下「本件診断書」という。)及び② a 病院作成の請求人に係る外来診療録(平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日までのもの)があり、これらにおいて他に存しないところ、①は、傷病名として当該傷病を掲げ、初めて医師の診療を受けた日として「平成〇年〇月〇日 診療録で確認」とし、診断書作成医療機関における初診年月日は平成〇年〇月〇日とし、その時の所見は、「両側の大腿骨頭壊死が進んでおり、特に右側は股関節痛が増悪傾向にあった。」とされ、現在までの治療の内容等は、「右股関節は平成〇年〇月〇日に人工股関節置換術を行った。左股関節については現在経過観察中。」とされている。②は、審査官がA医師に対し、請求人の「初診時診療録の写し ※他の診療科で別に初診時診療録が作成されている場合には、併せてご提出いただきますようお願いいたします。」と照会したのに対して、提出された請求人に係るa病院b科作成の外来診療録の写しの一部であり、それによれば、請求人は、診断病名を「両側大腿骨頭壊死」として、平成〇年〇月〇日に初診しており、初診時の現症は、右側股関節部痛であり、「10000歩くらい歩ける。」、レントゲン上で右により強い両大腿骨頭壊死がみられるが、「現在は歩行もOKであり、pain↑↑ならTHR MRI次回予約」などと記載されている。また、診療録のPROGRESS NOTEによれば、「最近脚長差、可動域制限気になる。痛みはうつ病になって薬をのんでいるからむしろ軽減。」、「SLE、ステロイドパルス、S〇年～ S〇年他院で骨切り H〇当院受診、保存でみていた。」、「独歩、階段可」と記載されていることが認められる。

以上の資料によれば、請求人は、昭和〇年からSLE（全身性エリテマトーデス）のためにステロイドホルモン・パルス療法を受け、昭和〇年には、他の医療機関で骨切りを受け、その後の平成〇年〇月〇日に、当該傷病のためにa病院b科を受診している。そうすると、当該傷病に係る初診日は、請求人が、a病院を初めて受診した平成〇年〇月〇日と認めるのが相当である。

ここで、当該傷病の原因・誘因についてみてみると、特発性大腿骨頭壊死症は、厚生労働省により難治性疾患（特定疾患）に指定され、重篤副作用疾患別対応マニュアル特発性大腿骨頭壊死症（平成23年3月 厚生労働省医療関係の皆様へ）が発出されているところ、それによれば、特発性大腿骨頭壊死症は、原因不明の疾患とされており、ステロイド薬使用に伴っても発生することがあることは事実であるが、現時点ではステロイド投与の副作用によって生じるかどうかについては未だ十分に検証されていない。すなわち、特発性大腿骨頭壊死症の原因又は誘因についてはなお不明であり、発生機序の可能性としては、局所循環障害による阻血性病変が主要な役割をしており、動脈性閉塞によるものとする説が有力であり、骨組織の栄養血管による局所循環障害によって骨頭壊死を生じ、この壊死部が圧潰・変形することによって病態全体が完成するとされている。本疾患の発生頻度は、2005年に実施された全国疫学調査によれば、ステロイドに関連する症例を含めた本症全体では、1年間の受療患者数は1万1400人、新患者数は2220人であり、誘因別の分布をみると、ステロイド薬全身投与歴のあるもの／アルコール愛飲歴のあるもの／両方あるもの／両方ともないものの比率は、受療患者全体では51／31／3／15％であり、ステロイド薬全身投与歴のあるものは51％であるが、新患に限ってみるとステロイド薬全身投与歴のあるものは48％であり、上記新患者か

ら、ステロイド性の特発性大腿骨頭壊死症の新規発生数は1000人よりやや多い程度に過ぎないことが推定されている。また、ステロイド薬使用に関連して発生する特発性大腿骨頭壊死症について、患者側のリスク因子として頻度が高い基礎疾患は、全身性エリテマトーデス（SLE：Raynaud現象で初発例、診断時にループス腎炎を合併例及び経過中に心外膜炎、高血圧、精神神経症状、腎機能障害等のある症例）、喘息、ネフローゼ、血液疾患、臓器移植術後（腎移植など）などであり、投薬上のリスク因子としては、ステロイド薬の総投与量と最高投与量に比べ、投与開始から骨壊死発生までの期間における1日平均投与量が最も明瞭な関連を示しており、SLE患者では16.6mg/日以上（vs. <12.3mg/日）で、腎移植患者では20.40mg/日以上（vs. <14.92mg/日）でリスクが3～5倍高くなり、一日平均15mg程度以上ではリスクは4倍とされる。パルス療法に関しては、SLE患者において1回の実施でリスクの上昇を認めるものの、2回以上では上昇を認められず、腎移植後2か月間のステロイド薬の総投与量1400～1795mg、および>1795mg（vs. ≤1400mg）でリスク上昇を認め（6～7倍）、ステロイド代謝の遅い人では、本症発生リスクが高いとされている。そして、ステロイド薬およびアルコール多飲以外のリスク因子としては、喫煙と肝機能障害が報告されている。他方、ステロイド投与による大腿骨頭壊死症の発生に関する疫学調査はないものの、ステロイドは膠原病、リウマチ、臓器移植術、救急医療（ショック、セプシス）等の疾患について、相当数（リウマチ患者数を考えると、少なくとも数十万人以上）の患者に投与されているものと推計されるにもかかわらず、ステロイド性の特発性大腿骨頭壊死症の発生は、上記のとおり1年間の新規発生数は1000人よりやや多い程度であって、このことからすれ

ば、ステロイド投与による当該傷病の発生は、経験上それが通常であるといえるほどに高い確率では起きていない。また、ステロイドとして汎用されているプレドニンの医薬品安全情報によれば、重篤な副作用の発生は全体の8.6%であり、そのうちの約半数は消化性潰瘍であるとされ、骨粗鬆症、大腿骨頭無菌性壊死、上腕骨頭無菌性壊死等の骨頭壊死の発生頻度については、まだ十分検証されていないものの、ステロイド投与例に対する大腿骨頭壊死症の発生はわずか5%以下と推認されている。さらに、一施設での臨床治験の報告例の臨床統計によれば、それらはいずれも数パーセント（10%以下）であるとされている。

本件の場合も、請求人は、昭和0年頃からSLEのためにステロイド療法を受け、ステロイド療法の既往が当該傷病を発症させる原因又は誘因と推察されるものの、既に記載したように、臨床統計からみると、ステロイド療法を受けた者のうち当該傷病を発症するのはわずか数%程度であることからすると、ステロイド療法の既往は、アルコール愛飲歴などと並んで当該傷病の主要な原因又は誘因になるものの、ステロイド療法を要するSLEにおいて当該傷病が必ず発症するとまではいえず、SLEと当該傷病とは相当因果関係があるとまで認めることには困難が伴う。

以上のように、原処分が、当該傷病ならびに当該傷病の原因としてのSLEの発病日・初診日を証明し得る客観的資料がないことをもって、当該傷病に係る初診日を確認することができないとすることは相当ではなく、請求人が当該傷病のために初めて医療機関を受診した平成0年0月0日をもって、本件初診日と認めるのが相当である。

なお、請求人は、昭和0年0月から平成0年0月0日までの期間については、「大腿骨頭壊死では0年間、治療のための投薬どころか、通院すらなく、その間、当該傷病での欠勤もなく、また通常の勤

務に加えて、残業や出張もこなしていたことから、請求人の場合、社会的治癒に相当する期間があったことは明らかである。」「また、仮にSLEとの因果関係から判断した場合でも、平成0年0月以降、平成0年0月0日までの0年間は治療のための投薬もなく、通常の勤務についても0年以上どころか0年間欠勤もなく、さらに出張については県外（月0回）やヨーロッパへの視察をも含まれていたことから、請求人の場合、社会的治癒に相当する期間があったことは明らかである。」などと主張しているが、資料②によれば、請求人は、a病院を平成0年0月0日に初診して以来、不定期ではあるにしても、少なくとも平成0年0月0日まで継続して通院していたことが認められ、また、一度発症すると治癒あるいは寛解することなく非可逆的に進行する当該傷病の病態を考えると、経過途中の平成0年0月0日をもって、当該傷病の再発あるいは、いわゆる社会的治癒後に再び増悪して受診した日とすることはできない。

4 当該傷病に係る初診日を平成0年0月0日とした上で、請求人に係る被保険者記録照会回答票（資格画面）に照らしてみると、同日において、請求人は、厚生年金保険の被保険者であった者に該当しており、かつ、所定の保険料納付要件を満たしている。

5 本件障害の状態について判断する。

当該傷病は、下肢の障害であるところ、障害等級3級の障害厚生年金が支給される障害の程度としては、厚年令別表第1に「一下肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの（6号）」、「身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの（12号）」及び「傷病が治らないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの（14号）」が、それぞれ掲げられている。

認定基準の第3第1章「第7節／肢体の障害」の「第2 下肢の障害」によると、障害等級3級に該当するものの一部例示として、「一下肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの」が規定されており、「関節の用を廃したもの」とは、関節の自動可動域が健側の自動可動域の2分の1以下に制限されたもの又はこれと同程度の障害を残すもの（例えば、常時固定装具を必要とする程度の動揺関節）をいい、「関節に著しい機能障害を残すもの」とは、関節の自動可動域が健側の自動可動域の3分の2以下に制限されたもの又はこれと同程度の障害を残すものをいうとされている。そして、人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、一下肢の3大関節のうち、1関節又は2関節に人工骨頭又は人工関節をそう入置換したもの又は両下肢の3大関節のうち、1関節にそれぞれ人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは3級と認定するが、そう入置換してもなお、「一下肢の用を全く廃したもの」（注：「一下肢の用を全く廃したもの」とは、一下肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節が全く用を廃したものであり、① 不良肢位で強直しているもの、② 関節の他動可動域が、健側の他動可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの、③ 筋力が著減又は消失しているもの、のいずれかに該当する程度のもをいうとされている。）程度以上に該当するときは、さらに上位等級に認定するとされている。また、関節可動域の評価は、各関節の最も主要な運動を重視し、他の運動については参考とし、原則として、健側の関節可動域と比較して患側の障害の程度を評価するが、両側に障害を有する場合には、参考可動域を参考として評価するとされている。

そうして、本件障害の状態は、本件診断書によれば、平成〇年〇月〇日に右股関節の人工関節置換術を受けていることから、3級に該当するところ、それより上位等級に該当するかどうかをみる

と、股関節（屈曲＋伸展）自動可動域は右80度、左120度で、参考可動域の合計140度に対し、右は3分の2以下に制限され、左は制限がない。左右股関節運動筋力は、いずれも「やや減」であり、下肢機能に関連する日常生活動作の障害の程度をみると、片足で立つ（右・左）、歩く（屋内・屋外）、立ち上がる、階段を登る、階段を降りるは、一人でできても、支持あるいは手すりがあればできるがやや不自由と判断されていることから、日常生活動作が実用性に乏しいほど制限されているとはいえず、左右いずれも「一下肢の用を全く廃したもの」程度以上に該当しないから、国年令別表に定める2級の程度以上には該当しない。

6 以上みてきたように、当該傷病に係る初診日は平成〇年〇月〇日と認められ、裁定請求日における請求人の当該傷病による障害の状態は、厚年令別表第1に定める3級の程度に該当することから、原処分は相当ではなく、これを取り消すこととし、主文のとおり裁決する。