

平成26年10月31日裁決

主文

本件再審査請求を棄却する。

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。)の支給を求めるということである。

第2 再審査請求の経過

1 請求人は、初診日を平成〇年〇月〇日とする脳幹部梗塞(以下「当該請求傷病」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)、厚生労働大臣に対し、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「本件裁定請求」という。)

2 厚生労働大臣は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、「請求のあった傷病(脳幹部梗塞)について、請求日である平成〇年〇月〇日現在の障害の状態は、相当因果関係のない傷病(平成〇年〇月〇日発症の小脳出血、平成〇年〇月〇日発症の腰部打撲・腰椎圧迫骨折)が混在しており、当該請求傷病のみの障害の状態を認定することができないため。」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。

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3 当審査会の判断

1 いわゆる事後重症による請求として障害厚生年金を受給するためには、裁定請求日における障害の状態が厚年法施行令(以下「厚年令」という。)別表第1に定める障害等級3級以上の程度に該当しなければならない。そして、障害の状態が

国年法施行令(以下「国年令」という。)別表に定める障害等級1級又は2級に該当する者には、障害厚生年金に併せて障害基礎年金が支給される。

2 本件の場合、当該傷病に係る初診日が平成〇年〇月〇日であることは、本件資料により明らかであり、かつ、当事者間にも争いがないと認められるところ、前記第2の2記載の理由によりなされた原処分に対し、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、提出されたa病院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月〇日付診断書(以下「本件診断書」という。)などの資料に基づいて、裁定請求日における請求人の当該請求傷病による障害の状態がいかなるものであり、それが厚年令別表第1に定める3級の程度以上に該当しているかどうかについて判断できると認められるかどうかである。

3 請求人の当該請求傷病による障害は、主として肢体の機能に係るものと認められるところ、これにより1級及び2級の障害給付が支給される障害の状態について、1級については、国年令別表の9号に、「前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」(9号)が、2級については、国年令別表の15号に、「前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、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」が、それぞれ掲げられており、また、3級の障害厚生年金が支給される障害の状態については、厚年令別表第1の12号に、「前各号に掲げるもののほか、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」、及び、その14号に、「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であつて、厚生労働大臣が定めるもの」が掲げられている。

そして、これら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、当審査会においても障害の状態の認定及び給付の公平を期するための尺度として、これに依拠するのが相当であると考え「国民年金及び厚生年金保険障害認定基準」（以下「認定基準」という。）が定められているところ、その第2には障害認定に当たった基本的事項が、また、第3第1章には各種の障害ごとに認定の基準と要領が示されている。そして、本件の場合、請求人の当該請求傷病による障害は、肢体の機能の障害と認められるから、第1章「第7節／肢体の障害」の「第4 肢体の機能の障害」に定められているところによってその程度を認定するのが相当である。

認定基準によると、障害認定に当たった基本的事項として、1級については、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものでとされており、この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の介助を受けなければほとんど自分の用を弁ずることができない程度のもので、例えば、身のまわりのことはかろうじてできるが、それ以上の活動はできないもの又は行つてはいけないうもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね就床室内に限られるものであり、2級については、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする

病状が、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で、この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とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は極めて困難で、労働により収入を得ることが出来ない程度のもので、例えば、家庭内の極めて温和な活動（軽食作り、下着程度の洗濯等）はできるが、それ以上の活動はできないもの又は行つてはいけないうもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病棟内に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものであるとされ、また、3級については、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ものでとされている。

認定基準第3第1章の「第7節（以下「本節」という。）／肢体の障害」の「第4 肢体の機能の障害」によれば、肢体の障害が上肢及び下肢などの広範囲にわたる障害（脳血管障害、脊髄損傷等の脊髄の器質障害、進行性筋ジストロフィー等）の場合には、本節「第1 上肢の障害」、「第2 下肢の障害」及び「第3 体幹・脊柱の機能の障害」に示したそれぞれの認定基準と認定要領によらず、「第4 肢体の機能の障害」として認定するとされ、肢体の機能の障害の程度は、関節可動域、筋力、巧緻性、速さ、耐久性を考慮し、日常生活における動作の状態から身体機能を総合的に認定するとされ、各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりであるとされている。

障害の程度	障害の状態
1級	1. 一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの 2. 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの
2級	1. 一上肢及び一下肢の機能に相当程度の障害を残すもの 2. 四肢に機能障害を残すもの

3級

一上肢及び一下肢に機能障害を残すもの

そして、身体機能の障害の程度と日常生活における動作の障害との関係を検討として示すと、「用を全く廃したもの」とは、日常生活における動作のすべてが「一人で全くできない場合」又はこれに近い状態をいい、「機能に相当程度の障害を残すもの」とは、日常生活における動作の多くが「一人で全くできない場合」又は日常生活における動作のほとんどが「一人でできるが非常に不自由な場合」をいい、「機能障害を残すもの」とは、日常生活における動作の一部が「一人で全くできない場合」又はほとんどが「一人でできてもやや不自由な場合」をいうとされている。

- 4 そうして、裁定請求日当時の請求人の状態は、本件診断書によれば、障害の原因となった傷病名には当該請求傷病が掲げられた上で、診断書作成医療機関における初診時（平成〇年〇月〇日）所見は、左片麻痺・左手不自由及び歩行障害（左下肢のひきずり・つまずき）を認めたとされ、現在までの治療の内容等は、外来通院にて投薬・リハビリテーション継続中とされ、障害の状態（平成〇年〇月〇日現症）は、左体幹・左手足に感覚麻痺及び運動麻痺が認められたと図示され、麻痺の外観（失調性）、起因部位（脳性）、種類及びその程度（感覚麻痺（鈍麻））、腱反射は両上肢（正常）、両下肢（消失）、バビンスキー反射などの病的反射はなく、排尿・排便障害、褥瘡又はその痕跡は未記入、脊柱の障害欄は斜線で抹消され、握力（kg）は、右（26）、左（18）、手（足）指関節の他動可動域をみると、左の中指節間関節（MP）、近位指節間関節（PIP）の他動可動域は、参考可動域に対し、いずれも2分の1以下に制限されている部位はなく、四肢関節他動可動域も、左右の肘関節（屈曲＋進展）及び左股関節（屈曲＋伸展）が参考可動域に対して5分の4以下に制限されているが、右股関節（屈曲＋伸展）

には制限がなく、他の関節にも有意な可動域制限は認められない。左上肢関節運動筋力では、肩関節（外転）、股関節（屈曲、外転）で半減とされているが、その他は全てやや減ないし正常であり、日常生活における動作の障害の程度をみると、左上肢機能に関連する項目では、タオルを絞る（水をきれる程度）（両手）、ひもを結ぶ（両手）、さじで食事をする、顔を洗う（顔に手のひらをつける）、用便の処置をする（ズボンの前のところに手をやる、尻のところに手をやる）、上衣の着脱（かぶりシャツを着て脱ぐ、ワイシャツを着てボタンをとめる）（両手）は、一人でできるが非常に不自由、つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）、握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）は、一人でできてもやや不自由、左下肢機能に関連する項目では、片足で立つが一人で全くできないとされており、歩く（屋内・屋外）、立ち上がる、階段を上る、階段を下りるは、いずれも、一人でできるが、支持があればできるがあるいは手すりがあればできるが非常に不自由と判断されている。平衡機能は、閉眼で起立・立位保持の状態は、不安定で、開眼での直線の10m歩行の状態は、多少転倒しそうになるがどうか歩き通し、補助用具として、杖を常時（起床より就寝まで）使用し、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、日常生活全般において自立は困難であり、労働能力はなく、予後は、固定、備考には、「腰部打撲・腰椎圧迫骨折は現在完治しており、現在の症状は脳幹部梗塞によるものである。」とされている。

そうして、保険者の照会に対するA医師作成の平成〇年〇月〇日付「障害給付年金請求書にかかる照会事項について」と題する書面によると、本件診断書の記載が、A医師作成の平成〇年〇月〇日現症にかかる同年〇月〇日付診断書（以下「平成〇年〇月現症診断書」という。）と比べ、1年間に歩行障害等の増悪が顕著であると考えられるが、障害悪化の原因

について、同医師は、加齢による筋力、体力（含む気力）の低下が主な原因と考えるとし、原因と思われるのは、「元々脳梗塞の麻痺があるに加え、第2腰椎圧迫骨折（平成〇.〇.〇～〇.〇.〇）で廃用症候群も加わったもの」と回答している。さらに、保険者の照会に対するc病院（以下「c病院」という。）・B医師（以下「B医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日付「障害給付年金請求書にかかる照会事項について」と題する書面によると、請求人は、平成〇年〇月〇日、平成〇年〇月〇日、さらには、平成〇年〇月〇日に脳梗塞を発症してc病院を受診しており、平成〇年の脳梗塞発症後に、それ以前より明らかに不自由が増加したかどうかについての照会に対して、B医師は、「H〇脳梗塞以後に不自由が増加したといえる」とし、さらに、平成〇年〇月〇日〇時〇分頃、めまい、嘔気、嘔吐繰り返し、救急要請、搬入時CTにて小脳出血を認め入院、血腫は手術適応が少なく、保存療法にて経過をみたとされ、起床時のめまいの症状が改善困難だったが、食事は十分摂取できており、リハビリテーションと試験外泊を行い、社会復帰に向けての今後の予防などを説明し、同年〇月〇日に自宅退院となり、神経症状としては、脳梗塞に小脳出血が加わり、不自由は増していると記載している。

また、B医師作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書によると、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は当該請求傷病に「(左橋部)」と付記され、発病年月日は平成〇年〇月〇日、発病から初診までの経過等は、平成〇年〇月〇日午前中に起き上がる時にフラツキがあり、通勤電車の中でもフラツキがあった為、一度帰宅し、しばらく休息した後、職場に行ったが、気分不良であった為早退し、翌日になっても症状が変化せず、右手のこわばり、違和感があった為、d病院を受診し、当院を紹介されたとされ、初診から終診までの治療内容及び経過の概要は、入院時、意識は清明で

あるが、右上肢の脱力感、感覚障害を認め、歩行時に右に傾く傾向があり、握力右37kg左42kgで、MRIでは、左橋部に梗塞を認め、今回の責任病巣と考えられたとされ、その他テント上にも数か所の梗塞所見を認め、MRAで右中大脳動脈の狭窄所見を認めたが、SPECTでは左右差はなく、椎骨脳底動脈系の血流は低下し、治療はトロンボキサナ2阻害薬を投与し、臨床経過は良好で、入院時の症状は殆ど改善した為、退院となったとされている。

また、B医師作成の平成〇年〇月〇日現症にかかる平成〇年〇月〇日付診断書（以下「平成〇年〇月現症診断書」という。）によれば、傷病名には当該請求傷病に「(左橋部)」と付記され、障害の状態（平成〇年〇月〇日現症）としては、握力右45kg、左48kgと記載されているのみであり、関節可動域及び運動筋力、日常生活動作の障害の程度、補助用具使用状況等については、当時の記録がないために記入できないとされている。

以上の各資料によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に、起立時のフラツキ、気分不良があり、翌日も右手のこわばり、違和感があったため、c病院に入院、意識は清明で、右上肢の脱力感、感覚障害、歩行時に右に傾く傾向、MRIで脳幹部（左橋部）に梗塞、テント上にも数か所の梗塞を認め、MRAで右中大脳動脈の狭窄があったが、SPECTで、椎骨脳底動脈系の血流低下があるも、左右差はなく、血小板凝集阻害薬（トロンボキサナ2阻害薬）による治療を受け、入院時の症状は殆ど改善したため、退院となり、平成〇年〇月〇日の握力は右45kg、左48kgであった。その後、平成〇年〇月〇日〇時〇分頃、めまい、嘔気、嘔吐を繰り返し、c病院を受診し、CTで小脳出血を認め、保存的療法にて経過をみたとされ、リハビリテーションなどにより、起床時のめまいの改善は困難であったが、食事は十分摂取でき、退

院となった。そうして、平成○年○月○日当時の状態は、脳梗塞に小脳出血が加わり、不自由は増しているとされており、平成○年○月現症診断書に比べ、本件診断書では日常生活動作の障害の程度が増悪している原因として、加齢による筋力、体力（気力）の低下の他に、平成○年○月○日発症の小脳出血、さらには、平成○年○月○日から同年○月○日まで加療を受けた第2腰椎圧迫骨折に起因する障害の状態が加わったものと、B医師は回答している。そうすると、当該請求傷病による障害の状態と、認定対象とすることのできない当該請求傷病とは別の傷病（小脳出血、第2腰椎圧迫骨折）に起因する障害が混在していると認められ、本件診断書に基づいて、また、本件診断書に併せて提出されている他のいかなる資料を参考にしても、裁定請求日における請求人の当該請求傷病による障害の状態がいかなるものであり、それが国年令別表及び厚年令別表第1に定めるいかなる程度に該当するかどうかについて、これを判断することはできない。

なお、請求人は、診断書の傷病名は脳幹部梗塞であるが、一連の脳血管性疾病（脳卒中）として審査すべき旨を主張している。しかしながら、初診日を平成○年○月○日とする脳幹部梗塞の治療後に、入院時の症状は殆ど改善したとされており、その後新たに、平成○年○月○日に小脳出血を発症したのであって、これら2つの傷病の初診日を同一日とすることはできず、また、まとめて一連の脳血管性疾病（脳卒中）による障害として、その状態を判断することもできない。さらに、請求人は、骨折の影響は残存していないと思われるが、疑念が残るのであれば歩行障害についてある程度調整されることは、やむを得ないと主張しているが、既に説示しているように、第2腰椎圧迫骨折のための治療を受けた期間の前後に相当する平成○年○月現症診断書に記載されている障害の状態と、平成○年○月○日現症として記載された本件診

断書の内容及び障害の状態には大きな相違が認められるところ、これら2つの診断書を作成したA医師は、脳梗塞の麻痺があるのに加え、第2腰椎圧迫骨折で廃用症候群も加わって、歩行障害等の増悪が認められるとしているのであるから、第2腰椎圧迫骨折による日常生活動作の障害に対する影響を完全に否定することはできないし、また、歩行障害等の日常生活動作の障害のうち、どの部分が当該請求傷病（脳幹部梗塞）によるものであり、どの部分が別傷病である第2腰椎圧迫骨折に起因する障害か、また、加齢、別傷病による廃用症候群によるものか、これらを客観的かつ公正、公平に区別して判断することはできない。

- 5 以上のように、提出されたいかなる資料によっても、裁定請求日における請求人の当該請求傷病による本件障害の状態がどのようなものであるかについて、これを認定・判断することができないのであるから、原処分は相当であり、これを取り消すことはできず、本件再審査請求は理由がないので、これを棄却することとし、主文のとおり裁決する。