

平成26年12月25日

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、初診日を平成〇年〇月〇日として、国民年金法(以下「国年法」という。)による障害基礎年金の支給を求めることである。

第2 再審査請求の経過

1 請求人は、うつ病(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)、厚生労働大臣に対し、初診日を平成〇年〇月〇日として、障害認定日による請求(予備的に事後重症による請求)として障害基礎年金の裁定を求めた。

2 厚生労働大臣は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、請求人の当該傷病にかかる初診日(以下「本件初診日」という。)は平成〇年〇月〇日であるとした上で、障害認定日である平成〇年〇月〇日における請求人の当該傷病による障害の状態は、国年法施行令(以下「国年令」という。)別表に定める1級の程度に該当しているとして、同日を受給権発生日とし、同年〇月から障害等級1級の障害基礎年金を支給する旨の処分(以下「原処分」という。)をした。

3 請求人は、原処分における初診日及び障害認定日についての判断を不服として、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、当審査会に対し再審査請求をした。

第3 問題点

1 障害基礎年金は、その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。以下同じ。)につき初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日

(「初診日」という。)において国民年金の被保険者であり、かつ、所定の保険料納付要件を満たした上で、認定対象となる障害の状態が、国年令別表に定める程度(障害等級1級又は2級)に該当しなければ支給されないことになっている。

2 本件の場合、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、当該傷病の発病日は平成〇年〇月頃であり、本件初診日は同年〇月〇日であると主張し、これを前提とする障害認定日からの障害基礎年金の支給を求めているのであるから、本件における問題点は、先ずは、請求人の主張する平成〇年〇月〇日が本件初診日と認められるかであり、これが認められるときは、同日における保険料納付要件の有無、そして、同日を初診日とした場合の障害認定日における請求人の当該傷病による障害の状態(以下「本件障害の状態」という。)が、国年令別表に定める程度に該当していると認められるかどうかである。

3 最初に、本件初診日について判断する。

初診日に関する証明資料について、国年法では、発病又は受傷の日ではなく、初診日を障害年金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、直接その診療に関与した医師又は医療機関が作成したもの、又はこれに準ずるような証明力の高い資料(以下、これら諸要件を満たすと認められるような資料を、便宜上、「初診日認定適格資料」という。)でなければならぬと解するのが相当である。

そして、国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から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、当審査会も障害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思料している「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」には、

「初診日とは、障害の原因となった傷病について初めて医師又は歯科医師（以下「医師等」という。）の診療を受けた日をいう。」とされており、具体的には、① 初めて診療を受けた日（治療行為又は療養に関する指示があった日）、② 同一傷病で転医があった場合は、一番最初に医師等の診療を受けた日、③ 健康診断により異常が発見され、療養に関する指示を受けた場合は、健康診断日、④ 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、それぞれ初診日となると解されている。

そして、提出されている全ての資料の中から、その作成者及び記載内容からみて、本件初診日に関する初診日認定適格資料であると認めることのできるものをすべて挙げてみると、資料① a 病院・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平成〇年〇月〇日付診断書（以下「平成〇年現症診断書」という。）、資料② b 病院 c 科・B 医師（以下「B 医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日現症に係る同日付診断書（以下「平成〇年現症診断書」という。）、資料③ d 病院・C 医師（以下「C 医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書、資料④ A 医師作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書、資料⑤ e 病院・D 医師（以下「D 医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書 2 通、資料⑥ 日本年金機構〇〇事務センター長の照会に対する B 医師作成の回答書、資料⑦ 〇〇県から平成〇年〇月〇日に交付された保健福祉手帳、資料⑧ B 医師作成の平成〇年〇月〇日付精神障害者保険福祉手帳診断書、資料⑨ 審査官の照会に対する C 医師作成の平成〇年〇月〇日付回答書、資料⑩ 審査官の照会に対する A 医師作成の平成〇年〇月〇日付回答書、資料⑪ 審査官の照会に対する D 医師作成の平成〇年〇月〇日付回答書、資料⑫ D 医師作成の平成〇年〇月〇日付及

び同年〇月〇日付各診断書、資料⑬ A 医師作成の平成〇年〇月〇日付診断書があり、これらをおいて他に存しないところ、これらの各資料をみても、それは、次のとおりである。

すなわち、資料①には、障害の原因となった傷病名として「不安障害 ICD-10コード（F41.1）」を掲げ、そのため初めて医師の診療を受けた日は「平成〇年〇月〇日（本人の申立て 〇年〇月〇日）」、発病からの病歴及び治療の経過等（平成〇年〇月〇日、本人から聴取）として、「平成〇年、平成〇年に両親が相次いで亡くなる等、日常生活における心的負荷が重なったが、翌平成〇年頃より夜間に奇声を上げたり、動悸、呼吸苦等の身体化を伴う不安症状が認められ、近医を受診。症状の改善なく、平成〇年〇月当院初診となった。その後一時症状は軽減し、通院も中断されていたが、平成〇年より強度の不安感、胸のザワザワ感、特定の状況や場所における不安発作が頻回に認められ、当院通院が再開された。平成〇年頃より下肢の脱力、歩行困難が認められつつ経過、当院は同年〇月〇日最終以降は他院へ転医されている。」、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」で、その時の所見として、「夜間に大声・奇声を発する等し、又、動悸や呼吸苦を伴う強度の不安症状の出没がくりかえされていた。」と記載されている。

資料②は、障害の原因となった傷病名として当該傷病を掲げ、そのため初めて医師の診断を受けた日は、「平成〇年〇月〇日」と記載されているものの、それは本人の申立てであるかについての記載は認められず、発病からの病歴及び治療の経過等（平成〇年〇月〇日、本人から聴取）として、「H〇.〇頃より、夜に悲鳴をあげる、動悸などの症状をみとめるようになり、H〇.〇.〇 f 病院に初診。その後、診察は途絶えていたが、バス旅行の際パニック発作になり、その後もく

り返すため、H〇.〇.〇に再受診し、以後定期受診をしていた。(以下略)、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、「強い不安、混乱しやすさ、パニック発作、恐怖心などあり、通院加療が必要と判断された。」とされている。

資料③は、当時の診療録より記載したのものとして、傷病名は「神経症」、発病年月日は「平成〇年頃」、傷病の原因又は誘因は「不詳」、発病から初診までの経過は、「H〇年頃より、寝言があったが、H〇年頃、寝言が頻回化 歌や悲鳴も伴った。悪夢もしばしばあり、他科で安定剤をもらっても効なく、当院受診 母親の最期をみとったことが心に残っていると訴える」とされ、初診年月日及び終診年月日は、いずれも「平成〇年〇月〇日」とされている。

資料④は、当時の診療録より記載したのものとして、傷病名は、「パニック障害」、発病年月日は「平成〇年〇月頃」、発病から初診までの経過は、「夜 叫んだり、動悸が夜間を中心におき、ねづらいという主訴にてH〇.〇.〇に当院受診。その際は1度きりの受診で再診はなかった。H〇.〇バス旅行の際、突然呼吸困難、動悸におそわれ「死んでしまうのではないか」という恐怖におそわれた。その後も乗り物を利用する都度同様の発作にみまわれるため、H〇.〇.〇当院再度受診となった」とされ、初診年月日は「平成〇年〇月〇日」、終診年月日は「平成〇年〇月〇日」、終診時の転帰は「中止」とされている。

資料⑤は、当時の診療録より記載したのものとして、傷病名は「うつ状態、不安障害」とされ、発病年月日を「平成〇年〇月頃」とするものと、これを「平成〇年頃」と訂正したものの2通があるが、いずれも、発病から初診までの経過は、「平成〇年〇月にうつ状態で、e大f科を受診した。パーキンソン様の症状を呈していたが、セロトニン症候群と診断された。うつ状態は改善の傾向を示してい

るが、なお、病状に対する不安が強く、現在抗不安薬にて治療を継続している。抗うつ剤(S S R I)服用で神経症状が悪化したことが病状を複雑にしていると判断される。」、初診年月日は「平成〇年〇月〇日」とされている。

資料⑥によれば、B医師は、日本年金機構〇〇事務センター長からの照会に対し、平成〇年現症診断書の傷病名「うつ病」については、「抑うつ気分、興味・喜びの減退、意欲の低下、治療や身体症状への不安やこだわりがつよく、H〇.〇.〇以降自宅で寝たきりの状態となっている。悲観的な見方、幻視。妄想などが出現することもある。したがって、精神病圏であると考える。」と回答している。

資料⑦は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による保健福祉手帳であり、障害等級1級とされている。

資料⑧は、病名に当該傷病が掲げられ、初診年月日は平成〇年〇月〇日、診断書作成医療機関の初診年月日は平成〇年〇月〇日とされ、発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容は、「H〇.〇頃より、夜間の悲鳴、動悸などの症状が出現し、H〇.〇.〇f病院に初診。その後受診は途絶えていたが、パニック発作が頻発するようになり、H〇.〇.〇に再受診し通院を続けていた。H〇頃より強い不安、歩行困難、身体のゆれ、ふるえがあり、H〇.〇.〇当院に初診となる。うつ気分、思考抑制、認知機能の低下があり、意欲低下も顕著であり、生活活動能力は低下し、寝たきり状態で現在にいたっている。」とされている。

資料⑨によれば、資料③の傷病名を「神経症」としたことについて、C医師は、神経症圏のものである可能性が高いと考えるが、受診は1回のみであり、回答は大変難しく、その後の変化については、推定困難の為、精神病圏を否定できるものではない旨の回答をしている。

資料⑩によれば、資料④の傷病名を「パニック障害」としたことについて、A医師は、臨床症状並びに病状又は状態像の

経過等から、神経症圏のものであると回答している。

資料⑪によれば、資料⑤の傷病名を「うつ状態、不安障害」としていることについて、D医師は、臨床症状並びに病状又は状態像の経過等から、神経症圏のものであると回答している。

資料⑫のうち、平成〇年〇月〇日付診断書によれば、病名は「パニック症候群、不安障害、うつ状態、セロトニン症候群」とされ、「患者は平成〇年頃より、不安障害、パニック症候群の診断のもとに加療されていたが、平成〇年以降はセロトニン症候群の診断にて、当院にて通院加療を行っている。現在、なお、セロトニン症候群、不安障害、うつ状態は持続しているため、今後とも通院治療が必要であることを認める。」とされており、平成〇年〇月〇日付診断書では、同様の病名のもと、「上記診断にて平成〇年以降、当科で内服治療を行っているが、本診断に至るまで（平成〇年頃から現在まで）、c科領域（g科）での加療を施行されていることから、一連の症状の発現には連続性があると考えられる。従って、上記診断名の発症は平成〇年以前であることが強く示唆される。」とされている。

資料⑬によれば、病名は「不安障害」とされ、「本患者は平成〇年頃より多彩な身体化を伴う強度の不安症状にて加療されており、当院へは平成〇年〇月より平成〇年〇月まで継続的に通院加療を行った。その間、漠然とした強度の不安症状を主訴したが、時に疲労感が強く、うつ気分や意欲、興味の減退といった抑うつ症状が二次的に認められるなどとしている。」とされている。

以上の各資料によれば、請求人は、平成〇年頃より、寝言があり、平成〇年頃から寝言は頻回化し、夜間に悲鳴、動悸、呼吸苦、身体化を伴う不安症状が出現し、同年〇月〇日にd病院を1日だけ受診し、「神経症」と診断を受け、また、同月〇日にf病院を受診し、「パニック障

害」と診断され、パニック発作が頻発するようになり、平成〇年〇月〇日以降は定期的に受診していたが、平成〇年頃より強い不安、歩行困難、身体のゆれ、ふるえがあり、同年〇月〇日に平成〇年現症診断書の作成医療機関であるb病院を初診したことが認められる。そして、「神経症」と診断された平成〇年〇月〇日当時、「パニック障害」と診断された同月〇日当時、また、「うつ状態、不安障害」と診断された平成〇年〇月〇日当時の病態は、いずれも神経症圏とされており、資料⑬もこれと矛盾するものではなく、さらに、平成〇年現症診断書でも、A医師は、次項で検討するとおり、傷病名は「不安障害」で、そのICD-10コードは「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」に属する「F41.1」としているのであり、資料⑭では、D医師により、平成〇年頃から現在に至るまでの一連の症状の発現には連続性があると考えられるとされているものの、それは推論にとどまるもので、平成〇年〇月〇日にb病院を受診して初めて当該傷病との診断がなされていることからすると、本件初診日は、請求人が同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。

4 なお、仮に請求人の主張する平成〇年〇月〇日を本件初診日とした場合には、障害認定日は、その1年6月後の平成〇年〇月〇日になるところ、念のため、その当時における障害の状態を、平成〇年現症診断書に基づいて検討してみることにする。

国年令別表において、当該傷病による障害で、障害等級1級に該当するものとしては、「精神の障害であつて、前各号と同程度（日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度）以上と認められる程度のもの」（10号）が、障害等級2級に該当するものとしては、「精神の障害であつて、前各号と同程度（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)以上と認められる程度のもの」(16号)が掲げられている。

認定基準の第3第1章第8節／精神の障害によると、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、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもを1級に、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を2級に該当するものと認定するとされている。また、精神の障害は、多種であり、かつ、その症状は同一原因であっても多様であるので、認定に当たっては具体的な日常生活状況等の生活上の困難を判断するとともに、その原因及び経過を考慮するとされ、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」、「発達障害」に区分され、人格障害は、原則として認定の対象とならず、神経症にあっては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであっても、原則として認定の対象とならないとされ、この「認定の対象とならない」とは、その傷病による障害については、それがどのようなものであっても、その状態をもって、国年令別表等に定める程度の障害の状態に当たるものとはしないとの趣旨であると解される。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、統合失調症又はそううつ病に準じて取り扱うとされている。

そして、平成〇年〇月〇日当時における本件障害の状態についてみると、平成〇年現症診断書によれば、請求人の傷病名は「不安障害 ICD10コードF41.1」とされており、それは、前述したようにICD-10コード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)に属する神経症圏であり、神経症、パニック障害と診

断されている平成〇年〇月頃、うつ状態、不安障害とされている平成〇年〇月〇日当時のいずれの時期においても、それぞれの医師によって精神病の病態を呈しない神経症圏と認められていることとも符合する。そうすると、平成〇年〇月〇日当時における本件障害の状態については、これを認定対象とすることはできない。そして、仮に、精神病の病態があるものと仮定して、障害の程度をみたとしても、平成〇年現症診断書によれば、その現症日である平成〇年〇月〇日における病状又は状態像は、強度の不安症状が認められ、具体的には、「薬治下にあっては著しい混乱を伴う発作症状は認めなかったが、日常、心的負荷が契機となり、めまい、ふらつき、四肢のしびれ等、多彩な身体化症状の出没がくりかえされていた。」とされ、日常生活状況は、在宅で同居者があり、症状の出現時には身のまわりの援助、見守りを要するが、ADLは自立しており、日常生活能力の判定では、通院と服薬(要)、身の安全保持及び危機対応は「助言や指導があればできる」であるが、適切な食事、他人との意思伝達及び対人関係、社会性は「自発的にあるいはおおむねできるが時には助言や指導を必要とする」程度で、身の清潔保持、金銭管理と買い物は「できる」とされ、日常生活能力の程度は、「(2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできる。」と評価されていることからすると、前掲の2級に相当するとされる例示には至らない程度であると認められ、国年令別表に掲げる障害等級2級の状態に該当するものとはいえず、それより重い1級に該当するものでもない。

なお、ICD-10コード(国際疾病分類)において、精神病の病態を呈しない神経症圏は、社会的に又は精神的に苦しい出来事が直接的、間接的な引き金となって発症し、その症状が意識されているにせよ、無意識に行われているにせ

よ、生物学的に原始的な状態あるいは病的状態に退行することによって、内的葛藤やパニック、不安を解消するものとされており、ある意味での疾病への逃避とも考えられる。このような神経症圏の傷病を障害認定の対象外とするについては、これまでの精神医学的な知見に基づいてなされているものと思料され、その主な理由をみると、障害の原因となっている傷病が、精神病の病態にあるか否かは、具体的には精神病圏（レベル）ではなく、神経症圏（レベル）にあるという意味で、それは、当該患者がその疾病や病状について十分認識しており、それに応じた対応をとることが可能であると判断され、重症の障害から引き返し得る状態にあると考えられるからである。換言すれば、精神科領域では、特異な「疾病利得」という概念もあり、これは、いわゆる仮病とは異なる概念であるが、症状の発現やその症状が遷延することによって引き起こされる心理的あるいは現実的な満足感のことを意味するとされており、例えば、一見重篤な障害によって家族の同情や共感を得ることができたり、仕事や苦しい現実から逃避ができてりする利得を指すものである。神経症は、いわば、引き返すことが可能な病態であり、機能的な変化として捉え得るものであるので、自らがその状態から脱することのできる病態とされ、自らが引き返せるような状態を障害給付の対象とするとは、自らがそれを治す努力を喪失させ、生じている障害を継続、増強させ、結果的に非可逆的な状態に固定させ得る危険性をも含んでいるものと考えられることができる。そうであるから、障害給付については、精神病態を示し、自らの力では治し得ないものにその対象を限ることが相当であると、一般的に考えられている。このような考え方にに基づき、認定基準は、神経症圏の疾患については、認定の対象外としたものと思料されるところ、当審査会においてもそのような考え方は基本的に妥当なものとして認めているところ

である。

- 5 以上によれば、平成〇年〇月〇日が本件初診日であるとする請求人の主張は認められず、本件初診日は平成〇年〇月〇日であると認められ、これをもとに、平成〇年〇月〇日を障害認定日としてなされた原処分は相当であって（原処分中、同日における当該傷病による障害の程度に係る部分について不服はないものと認められる。）、これを取り消すことはできない。

よって、本件再審査請求を棄却することとして、主文のとおり裁決する。