

平成28年1月29日裁決

## 主文

厚生労働大臣が、平成○年○月○日付で、再審査請求承継人による受継前の再審査請求人に対してした、後記「理由」欄第2の2記載の原処分は、これを取り消す。

## 理由

### 第1 再審査請求の趣旨

再審査請求承継人による受継前の再審査請求人(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○年○月○日とするパーキンソン病関連疾患(パーキンソン病)(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○年○月○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、これを「本件裁定請求」という。)
- 2 厚生労働大臣は、平成○年○月○日付で、請求人に対し、「障害厚生年金を受給するためには、傷病の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つとなっていますが、現在提出されている書類では、当該請求にかかる傷病(パーキンソン病関連疾患(パーキンソン病))の初診日が平成○年○月○日(厚生年金保険の被保険者であった間)であることを確認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。

請求人は再審査請求後の平成○年○月○日に死亡し、再審査請求承継人がその手続を受け継いだ。

### 第3 当審査会の判断

- 1 障害厚生年金の支給を受けるためには、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(以下「初診日」という。)において、厚年金保険の被保険者であった者に該当(以下「被保険者資格要件」という。)し、所定の保険料納付要件を満たした上で、対象とな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に定める程度(障害等級3級)以上に該当することが必要とされている。

なお、障害の状態が国年法施行令(以下「国年令」という。)別表に定める程度(障害等級1級又は2級)に該当し、障害等級2級以上の障害厚生年金を支給される者には、併せて障害基礎年金が支給される。

- 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、当該傷病の初診日(以下「本件初診日」という。)は平成○年○月○日であり、同日において被保険者資格要件を満たしていると主張しているのであるから、本件における第1の問題点は、請求人の主張である平成○年○月○日を当該傷病の初診日と認められるかどうかであり、それが肯定的に認められ、かつ、同日において所定の保険料納付要件を満たしている場合は、第2の問題点として、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、国年令別表あるいは厚年令別表第1に定める程度に該当すると認められないかどうかということになる。
- 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、初診日を障害厚生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、このような要件を満たす資料を、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、社会保険庁から発出され、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考えている「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。）が定められているところ、その「第1 一般的事項」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。」としているところ、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をもって、障害の原因となった傷病の初診日となると解するのが相当である。

そうして、本件において提出されている全ての資料の中から、作成者及びその記載内容から判断し、本件初診日に係る初診日認定適格資料とすべきものを全て挙げてみると、① a病院b科・A医師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。）、② 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受診状況等証明書、③ B医師作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書、④ d病院作成の請求人の診療録、⑤ e医院作成の請求人の診療録、⑥ f病院作成の請求人の診療録、⑦ g病院作成の請求人の診療録、⑧ h病院作成の請求人にかかるi科外来病歴、⑨ j病院作成の請求人の診療録、⑩ k病院作成の請求

人の診療録、⑪ l病院作成の請求人の診療録、⑫ m病院作成の請求人の診療録、⑬ n病院作成の請求人の診療録、⑭ o病院作成の請求人の診療録、⑮ p病院作成の請求人の診療録、⑯ q病院作成の請求人の診療録、及び、⑰ a病院作成の請求人の診療録があり、その他には存しないところ、これらの各資料（以下、それぞれ「資料①」などという。）をみると、次のとおりである。

すなわち、資料①によれば、障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられ、傷病の発生年月日は「平成〇年〇月〇日 本人の申立て（〇年〇月〇日）」、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）」とされているが、診断書作成医療機関における初診時所見欄の初診年月日は、「平成〇年〇月〇日」とされ、その所見は、動作緩慢、筋緊張亢進、歩行障害、自律神経障害とされ、現在までの治療の内容等は、自律神経障害で発症し、その後筋緊張亢進、動作緩慢なども加わり当科初診し、歩行障害、自律神経障害が強いと記載されている。資料②は、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は不眠症、発病年月日及び初診年月日は平成〇年〇月〇日、傷病の原因又は誘因は不明、発病から初診までの経過は、前医からの紹介状は「無」とされた上で、入眠障害を訴え来院とされ、加えて、平成〇年〇月〇日に追記したとして、「尿の切れが悪い、勃起障害」と記載されている。初診より終診までの治療内容及び経過の概要には、平成〇年〇月「歩きづらい」手の振戦を訴え、その頃よりr科、s科にも通院し始めるとされている。資料③は、資料②を作成したB医師によって平成〇年〇月〇日付で作成されたもので、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は不眠症、排尿障害、発病年月日及び初診年月日は平成〇年〇月〇日、傷病の原因又は誘因は不明、発病から初診までの経過は、前医からの紹介状は「無」とされ、入眠

障害、排尿障害、勃起不全を訴え来院、初診より終診までの治療内容及び経過の概要は、平成〇年〇月「歩きづらい」手の振戦を訴え、その頃より r 科、s 科にも通院し始めるとされている。資料④によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に傷病名「慢性前立腺炎」で受診し、3～4年前より尿の切れが悪く、1～2年前から尿の出が悪い、残尿感があり、(排尿)に時間がかかるなどと訴えていることが認められる。資料⑤によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に当該クリニックを受診し、4年来排尿障害、残尿感があり、悪化しており、朝一番、尿意を感じて起きるが(尿を)全部出すのに7～8分かかると訴えていることが認められる。資料⑥によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に当該医療機関を受診し、残尿感、2年前より勃起不全(ED)の症状があり、平成〇年〇月〇日には、同年〇月・〇月頃から左脚を引きずるなどと記載されており、平成〇年〇月〇日には、尿もれなど排尿障害とともに、「歩行しにくさ」を訴え、平成〇年〇月〇日には、動きがこの1年低下しており、手のふるえがあることを訴えていることが認められる。資料⑦によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に当該医療機関を受診し、排尿障害とともに、3年前から残便感が、1年前から排便障害が続いていることを訴えている。資料⑧によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日にh病院を受診し、2～3年前から尿の勢いが弱く、勃起不全があると訴えている。資料⑨によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に当該医療機関を受診し、右手の脱力、右拇指、示指、中指に力が入らないなどと訴えていることが認められる。資料⑩によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日にk病院を受診し、肛門がゆるい、ガスも我慢できない、便意を感じてトイレに行っても排便困難である等と訴えている。資料⑪によると、請求人は、平成〇年〇月〇日にl病院を受診し、切迫性尿失禁の症状などを訴えている。資料⑫によれば、請求

人は、平成〇年〇月〇日にm病院を受診し、3年6か月前から残尿があり、尿が出にくく、尿の勢いが弱い、勃起不全などを訴えている。資料⑬によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日に、n病院を受診し、〇歳頃より勃起障害を自覚し、勃起不全治療薬、陰茎海綿体注射などを受けたが勃起持続しなかった等と訴え、同月〇日に内陰部動脈閉塞症に対する血行再建術を受けたが、陰茎の硬度が弱く、尿失禁、便失禁が持続していたことが認められる。資料⑭によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日にo病院を受診し、右腕が重く、箸は難しい、ボタン掛けなど指の動きが悪く、片脚でバランスが悪く、転倒するなど訴え、尿失禁症、神経因性膀胱の疑い、多系統萎縮症の疑いと診断されていることが認められる。資料⑮によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日にp病院を受診し、超音波検査で手術後の経過は良好と説明を受けている。資料⑯をみると、請求人は、平成〇年〇月〇日にq病院を受診し、右手の動きにくさ、4～5年前から勃起障害、2年程前から右手中指の伸展障害等を訴え、平成〇年〇月〇日には、左半身の脱力がつらい等と訴え、診察した医師は、請求人の左上肢に軽度の筋固縮と歩行障害を認めている。資料⑰によると、請求人は、平成〇年〇月〇日にa病院を受診し、b科で診察を受け、勃起障害、排尿障害とともに仮面用顔貌、左上下肢筋の筋緊張亢進、歯車様筋固縮、動作緩慢、左のタップ動作が遅いなどパーキンソン病の症状が認められ、また、請求人の年齢で排尿障害になる方はほとんどおらず、多系統萎縮と診断されていることが認められる。

以上の各資料によれば、請求人は、3～4年前より尿の切れが悪く、1～2年前より尿排泄に時間を要し、残尿感も出現したために、平成〇年〇月〇日にc病院を受診し、その後、勃起不全(ED)が生じ、その治療のため勃起不全治療薬の他、陰茎海綿体注射及び内陰部動脈閉塞症に対する血行再建などの外科的療法

も受けたが、勃起不全は改善せず、加えて、肛門がゆるい、残便感などの排便障害も加わり、泌尿器科などいくつかの専門医療機関を受診していた。その後も、排尿障害、勃起障害など自律神経症状が改善しないまま継続して加療を受けていたが、平成〇年〇月〇日に右手の脱力、右拇指、示指、中指に力が入らないなど運動障害が、平成〇年〇月に「歩きづらい」、「手の振戦」も生じ、同年〇月〇日に受診した〇病院において、初めて「多系統萎縮症の疑い」と診断されている。平成〇年〇月〇日にはa病院を受診し、勃起障害、排尿障害などの自律神経障害に加えて、仮面用顔貌、左上下肢筋緊張亢進、歯車様筋固縮、左のタップ動作が遅いなど錐体外路系運動障害が認められ、パーキンソン病（あるいは多系統萎縮症）と診断されていることが認められる。

以上のような当該傷病に関する臨床経過について、神経内科学的観点からみると、パーキンソン病関連疾患として分類されている多系統萎縮症は、男性優位に、中年に発症する神経変性疾患であり、その神経変性が生じる主要な部位は、錐体外路系、脳幹部・小脳系・自律神経系とされ、臨床表現型として大きく3型に分類され、1つは、筋固縮、動作緩慢、振戦などパーキンソン症候群（パーキンソン病）に特徴的な錐体外路系運動障害を主体とするもの、2つには、脳幹部・小脳運動調節機能に関連するふらつきなどの平衡機能障害・小脳性運動失調症状を主体とするもの、3つはその両者を認めるものであるが、いずれの型においても、排尿障害、発汗障害、起立性低血圧、勃起障害（陰萎）など自律神経系障害に起因する症状が必ず合併するものである。時には、本件の場合のように、勃起不全、排尿障害などの自律神経障害のみが長時間先行し、その後には錐体外路系症状、脳幹部・小脳系運動失調は発現することもよく知られている。経過中のさまざまな時期に新たな症状が加わって

病型が変化することも希ではなく、いずれの型も、病態進行は緩徐進行性であるが、自律神経障害に起因する血圧低下による失神、意識消失のために入浴中の溺死、睡眠中の呼吸・心停止、あるいは、睡眠時無呼吸症候群による突然の呼吸停止、起立性低血圧に起因する転倒、硬膜下出血、くも膜下出血の合併、脳血管障害、排尿障害に伴う尿路感染症、敗血症、呼吸機能不全により急性の死の転帰の可能性があり、臨床上留意すべき事項とされている。以上のように、当該傷病のいずれの病型でも、また、どのような経過をとる型でも、錐体外路系症状、脳幹部・小脳運動失調に先行して、あるいは平行して、さまざまな程度の発汗障害、起立性低血圧など血圧変動、尿失禁など排尿障害、男性では勃起不全（陰萎）、睡眠時無呼吸症候群などの自律神経系障害が必ず合併するのであり、本件の場合も、典型的な手指の巧緻性運動障害、歯車様筋固縮などの筋緊張異常、振戦、歩行障害など動作緩慢の症状が確認されてパーキンソン病関連疾患（パーキンソン病）あるいは多系統萎縮症（疑い）と診断されたのは平成〇年〇月〇日であったが、当該傷病の主徴候である勃起不全（ED）、排尿障害の自律神経症状が出現し、そのために初めて医療機関を受診したのは平成〇年〇月〇日であることから、同日をもって、本件初診日とするのが相当である。

なお、請求人は、平成〇年〇月〇日に医療機関を受診した際、あるいは、その後も排尿障害、排便障害、勃起障害（勃起不全、ED）などのために頻回の医療機関を受診しており、それぞれの医療機関において、慢性前立腺炎、排尿障害、神経因性膀胱などの傷病名と診断され、当該傷病と診断されていない。当該傷病が、神経内科領域の中でも極めて長い経過をとり、自律神経系、錐体外路系、小脳運動調節系など多系統の変性に起因するさまざまな症状がそれぞれの時期に混在して認められる特異な臨床経過をと

る疾病であることからすると、それらの臨床症状が全て出そろった時に初めて確定診断が可能になったが、自律神経症状のみで経過した時期に、当該傷病と診断されずに経過したことについては、実際の臨床の場では稀なことではなく、その経緯も理解されるべきである。

- 4 本件初診日を平成〇年〇月〇日として、請求人の被保険者記録照会回答票(資格画面)に照らしてみると、当該初診日において、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 次に、本件障害の状態について判断する。

請求人の当該傷病による障害は、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「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」が、2級については、国年令別表の15号に「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いる。

そして、認定基準の第2では障害認定に当たっての基本的事項が、また、第3第1章では各種の障害ごとに認定の基準と要領を定めており、本件の場合、請求人の当該傷病による障害は、肢体の機能の障害と認められるから、第1章第7節の肢体の障害の「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。

障害認定に当たっての基本的事項として、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するとされ、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され、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ってはいけないもの、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るとされており、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するとされ、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できない程度のものでされ、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ってはいけないもの、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ている。

さらに、肢体の障害が上肢及び下肢など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、認定基準第3第1章の第7節(以下「本節」という。)[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、1級及び2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。

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

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参考として示すと、「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。

そうして、本件障害の状態をみると、本件診断書によれば、麻痺の外観（不随意運動性・強剛性・しんせん性）、起因部位（脳性）、感覚麻痺（過敏）、運動麻痺、排尿障害・排便障害があり、関節可動域には制限なく、筋力も全て正常であるが、日常生活における動作の障害の程度をみると、上肢機能に関連する項目では、ひもを結ぶ（両手）、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であり、つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）（右・左）、握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）（右・左）、タオルを絞る（水をきれる程度）（両手）、さじで食事をする（左・右）、顔を洗う（顔に手のひらをつける）（右・左）、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（右・

左）は、一人でできてもやや不自由、下肢機能に関連する項目では、片足で立つ（右・左）は一人で全くできない、歩く（屋内・屋外）は一人でできるが非常に不自由、立ち上がる、階段を上る、階段を下りるは、支持があれば、手すりがあればできるがやや不自由であり、平衡機能は、閉眼での起立・立位保持の状態は可能であり、開眼での直線の10m歩行の状態は多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうか歩き通すとされ、補助用具は使用しておらず、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、自律神経障害、パーキンソン症状で労働能力は制限され、予後は難治性と記載されている。

以上のような裁定請求日における本件障害の状態は、四肢の機能の障害であり、その障害の程度をみると、四肢機能に関連する日常生活における動作の全ての項目は、一人で全くできない、一人でできるが非常に不自由あるいは一人でできてもやや不自由、若しくは、支持があれば、手すりがあればできるがやや不自由とされ、これは、認定基準に掲げる1級の例示の「四肢の機能に相当程度の障害を残すもの」には至らないものの、2級の例示である「四肢に機能障害を残すもの」に該当する。

6 そうすると、当該傷病に係る初診日は平成〇年〇月〇日であり、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国年令別表に定める2級の程度に該当するのであるから、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。