

主文

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の4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

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、障害認定日を受給権発生の日とする、国民年金法(以下「国民年金法」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 再審査請求の経過

1 請求人は、心原性脳塞栓症(以下「当該傷病」という。)により障害の状態にあるとして、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平成〇年〇月〇日付診断書(以下「本件診断書」という。)を添付し、平成〇年〇月〇日(受付)、厚生労働大臣に対し、障害認定日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。)

なお、裁定請求書には当該傷病の「傷病の発生した日」及び「初診日」として、いずれも「平成〇年〇月〇日」と記載されている。

2 厚生労働大臣は、請求人に対し、平成〇年〇月〇日付で、当該傷病の初診日を平成〇年〇月〇日と認定した上、「請求のあった傷病(心原性脳塞栓症)について、提出された診断書では、障害認定日である平成〇年〇月〇日現在の障害の状態を認定することができません。」として、本件裁定請求を却下する旨の処分(以下「先行処分」という。)をした。

3 請求人は、先行処分を不服とし、新たに、c病院d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)を添付し、標記の社会保険審査官に対して、審査請求をした。

4 厚生労働大臣は、先行処分を取り消した上、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、「請求のあった傷病(心原性脳塞栓症)について、障害認定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ません。」という理由により障害給付を支給しない旨の処分(以下、これを「原処分」という。)をした。

5 先行処分と原処分との間には、行政処分としての同一性があると認められるところ、請求人は先行処分に対する上記3の審査請求を原処分に対する審査請求として維持する旨の申立てをするとともに、当該傷病の初診日に関する主張を平成〇年〇月〇日(注:平成〇年〇月〇日付「審査請求継続申出の趣旨について」と題する書面に「〇月〇日」とあるのは誤記と認める。)として維持する旨を申し立てた。

6 審査官は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、原処分は妥当であって、これを取り消すことはできないとして、上記審査請求を棄却する旨の決定をしたことから、請求人は、平成〇年〇月〇日(受付)、当審査会に対し、再審査請求をしたものである。その主な理由は、再審査請求の趣旨および理由書によれば、心原性脳塞栓症と心房細動との間に一般的な意味において因果関係があり、心房細動が心原性脳塞栓症の発症リスク要因の一つであることは医学的にも認められているが、問題とすべきは相当因果関係であり、心原性脳塞栓症と心房細動との間に相当因果関係はないとするものである。

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、まず、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「傷病」という。）について初めて医師（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。）において厚生年金保険の被保険者であることのほか、保険料納付に関する要件として、初診日の前日において、当該初診日の属する月の前々月までに国民年金の被保険者期間（厚生年金保険の被保険者期間を含む。）があり、かつ、①当該被保険者期間に係る保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算した期間が当該被保険者期間の3分の2以上であること、又は、②当該初診日の属する月の前々月までの1年間のうち保険料納付済期間及び保険料免除期間以外の被保険者期間がないことのいずれかの要件を満たしていなければならない（以下、この①及び②の要件を「保険料納付要件」という。）、とされ、そして、障害認定日あるいは裁定請求日において、その傷病による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級及び2級）又は、厚年法施行令（以下「厚年令」という。）別表第1に掲げる程度（障害等級3級）に該当することが必要とされている（国年法第30条、第30条の2、厚年法第47条、第47条の2及び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）附則第20条第1項、附則第64条第1項、国年令第4条の6、厚年令第3条の8参照）。

そして、障害等級2級以上の障害厚生年金が支給される者には、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、本件では、請求人の当該傷病に係る初診日（以下「本件初診日」という。）を当該傷病と相当因果関係のある心疾患のために受診した平成〇年〇月〇日と認

定した上でなされた原処分に対し、請求人は、本件初診日は当該傷病のために受診した平成〇年〇月〇日である旨主張しているのであるから、本件の問題点は、第1に本件初診日があつたということであり、次いで、本件初診日における請求人の被保険者資格、保険料納付要件の存否が認められたときは、障害認定日における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に定める障害の程度に該当しているかどうかである。

第4 事実の認定及び判断

- 1 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診の日でなく、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、直接その診療に関与した医師又は医療機関が作成したもの、またはこれに準ずるような証明力の高い資料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、引き続きその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それに依拠するのが相当であると考え、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」以下（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」で「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、その傷病と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かと解するのが相当である。

- 2 本件についてこれをみると、本件で初診日に関する客観的資料として取り上げなければならないのは、① B医師作成

の平成〇年〇月〇日現症に係る平成〇年〇月〇日付け診断書、② 本件診断書、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 e病院脳f科・C医師作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書、⑤ A医師作成の平成〇年〇月〇日付障害診断書兼入院・手術証明書、⑥ 平成〇年〇月〇日現症診断書があり（いずれも写し）、そのほかには存しないところ、これらの各資料（以下「資料①」などという。）には次の記載のあることが認められる。

資料①は、障害の原因となった傷病名は「高血圧症」とされ、傷病の発生年月日「平成〇年頃（診療録で確認）」、初めて医師の診療を受けた日「平成〇年〇月〇日（診療録で確認）」、診断書作成医療機関における初診時（平成〇年〇月〇日）所見は高血圧の加療目的にて初診とされ、障害の状態は循環器疾患（平成〇年〇月〇日現症）について記載されている。資料②は、障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられ、傷病の発生年月日及びそのため初めて医師の診療を受けた日は、いずれも「平成〇年〇月〇日（診療録で確認）」とされた上で、診断書作成医療機関における初診時（平成〇年〇月〇日）所見によれば、同年〇月〇日自宅にて突然、左不全片麻痺出現、意思疎通がとれないため、救急要請し、e病院へ搬送、〇月〇日右前頭側頭頂開頭外減圧術、翌日に右前頭側頭頂葉内減圧術を受けたとされ、平成〇年〇月〇日現症の障害の状態について記載されている。資料③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、「慢性心房細動、高血圧、高尿酸血症、僧帽弁・大動脈弁逆流症、脳塞栓症（平成〇年〇月〇日）」とされ、発病年月日及び初診年月日は、いずれも平成〇年〇月〇日、発病から初診までの経過は、前医からの紹介状はなく、健診にて心房細動の指摘あり初診、とされ、初診から終診までの治療内容及び経過の概要は、上記にて外来通院中に平成〇年〇月〇日脳塞栓

症のため、e病院に救急入院し、左片麻痺のリハビリテーション目的に、同年〇月〇日f病院へ転院、同年〇月〇日退院し、現在も外来加療中と記載されている。資料④は、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は当該傷病が掲げられ、発病年月日は「平成〇年〇月〇日（注：「平成〇年」の誤記と認められる。）」、傷病の原因又は誘因は慢性心房細動とされ、発病から初診までの経過は、意識障害、左片麻痺で発症し、e病院へ搬送、脳梗塞治療が行われたが、脳浮腫の進行により脳ヘルニアを呈したためg科へ転科したとされ、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「転医」、初診より終診までの治療内容及び経過の概要は、同年〇月〇日に減圧開頭、内減圧術を受け、その後もリハビリテーション及び抗血栓療法を継続、全身状態が安定したため、同年〇月〇日頭蓋形成術を行い、同月〇日f病院へ転院したとされている。資料⑤は入院又は障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられ、傷病発生年月日は平成〇年〇月〇日、その原因は不詳、既往症は心房細動とされ、障害名は左不全片麻痺、固定年月日は平成〇年〇月〇日とされている。資料⑥は障害の原因となった傷病名は、高血圧症、心房細動、僧帽弁閉塞不全症とされ、傷病の発生年月日及び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（注：平成〇年〇月〇日の誤記と認められる。）、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、高血圧に対して外来で薬物コントロール開始、心房細動、僧帽弁閉塞不全症を認めましたとされ、障害の状態は循環器疾患（平成〇年〇月〇日）について記載されている。

3 以上の各資料によれば、請求人は、健康診断で心房細動を指摘され、平成〇年〇月〇日にc病院を受診し、その後も外来加療を継続していたが、平成〇年〇月〇日に当該傷病を発症し、e病院に緊急

搬送され、脳梗塞治療を受けたが、脳浮腫の進行による脳ヘルニアを呈し、減圧開頭、内減圧術、頭蓋形成術、リハビリテーション及び抗血栓療法を受け、同年〇月〇日f病院へ転院していることが認められる。そうして、当該傷病の心原性脳塞栓症について医学的観点からみると、本疾病は、心腔内に形成された血栓が遊離して、脳血管を閉塞し、閉塞した脳血管の灌流領域に一致して脳梗塞を生じる疾病であり、心腔内血栓形成の原因となる心疾患としては発生頻度が比較的高いものとして① 弁膜症を伴わない心房細動、② 洞不全症状群、③ リウマチ性心弁膜疾患、④ 急性心筋梗塞、⑤ 心室瘤、⑥ 拡張型心筋症、⑦ 人工弁置換術後（特に機械弁）、⑧ 僧帽弁逸脱症、⑨ 卵円孔開存などのシャント性心疾患、⑩ 感染性心内膜炎、⑪ 非細菌性血栓性心内膜炎、⑫ 左房粘液腫、⑬ 僧帽弁輪石灰化、石灰化を伴う大動脈弁狭窄、⑭ 心房中隔瘤などが知られており、その原因、誘因となる心疾患はきわめて広範なものであるとされている。本件についてみると、資料③によれば、請求人は、健康診断で心房細動を指摘されて、平成〇年〇月〇日にc病院を受診し、その後も外来加療を継続して受けていることから、慢性心房細動、高血圧、高尿酸血症、僧帽弁・大動脈弁逆流症の初診日は平成〇年〇月〇日と認められる。しかしながら、当該傷病は非弁膜性心房細動など多くの心疾患が原因となり得ることからすると、請求人の場合も、慢性心房細動あるいは僧帽弁・大動脈弁逆流症と診断された日をもって心原性脳塞栓症の初診日と認めることはできない。すなわち、慢性心房細動及び僧帽弁・大動脈弁逆流症は比較的頻繁に認められる心疾患であるものの、これら慢性心房細動及び僧帽弁・大動脈弁逆流症を有する大多数のものは将来にわたって心原性脳塞栓症など脳血管障害など発症することなく経過するものであり、心原性脳塞栓症を発症するのはむしろきわめて

限られたものであると認められることから、慢性心房細動及び僧帽弁・大動脈弁逆流症は心原性脳塞栓症のリスク（危険因子）の1つではあるが心房細動あるいは僧帽弁・大動脈弁逆流症と心原性脳塞栓症が相当因果関係を有する同一関連傷病と認めることはできない。そうすると、本件初診日は当該傷病のため初めて医療機関を受診した平成〇年〇月〇日と認めるのが相当である。

- 4 本件初診日を平成〇年〇月〇日として、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ものであり、所定の保険料納付要件を満たしていることが認められる。
- 5 当該傷病の初診日は平成〇年〇月〇日であるから、同日から1年6月が経過した平成〇年〇月〇日が障害認定日となる。そこで、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、国年令別表で障害等級1級又は2級に該当するとされているもののうち、当該傷病にかかわるものとしては、1級については、その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、その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。

また、認定基準の第2では障害認定に当たっての基本的事項を、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、第2章では2つ以上の障害がある場合の障害の程度の認定について定めている。そして、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3章第1節第7節/肢体の障害（以下「本節」という。）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り、認定基準から認定のために必要な部分を摘記すると、次のとおりである。

認定基準の「第2 障害認定に当たっての基本的事項」の「1 障害の程度」によると、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あり、例えば、身のまわりのことはかるうじてできるが、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あり、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。

そうして、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、認定基準の本節「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、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. 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. 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

なお、肢体の機能の障害が両上肢、一上肢、両下肢、一下肢、体幹及び脊柱の範囲内に限られている場合には、それぞれの認定基準と認定要領によって認定することとされ、肢体の機能の障害が上肢及び下肢の広範囲にわたる場合であって、上肢と下肢の障害の状態が相違する場合には、障害の重い肢で障害の程度を判断し、認定することとされている。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」をいうとされている。

そうして、認定基準の本節「第1 上肢の障害」によると、1級の障害の状態

とされる「両上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両上肢の用を全く廃したものと、両上肢の3大関節中それぞれ2関節以上の関節が全く用を廃したもの、すなわち、① 不良肢位で強直しているもの、② 関節の他動可動域が別紙「肢体の障害関係の測定方法」(注：掲記は省略)による参考可動域の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、なお、認定に当たっては、一上肢のみに障害がある場合に比して日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に認定するとされている。

そこで、本件障害の状態について判断するために、本件診断書によれば、頭部を含めた左半身に運動麻痺、感覚麻痺があり、その外観は弛緩性、痙直性、起因部位は脳性、種類及びその程度は感覚麻痺(鈍麻)で、左上下肢腱反射は亢進し、握力(kg)は右(27.6)、左(0)、右上下肢関節の他動可動域に制限なく、筋力は全て正常、左上下肢関節他動可動域は全て「0」、筋力は「消失」とされ、下肢長(cm)は右76、左75、日常生活における動作の障害の程度をみると、右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)、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)が一人で全くできないとされているほかは、全ての項目は一人でうまくできるとされ、左上肢機能に関連する項目では、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)、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)はいずれも一人で全くできず、下肢機能に関連する項目は、立ち上がるは支持があればできるがやや不自由、片足で立つ(左)、歩く(屋内)、階段を上る、階段を下りるは一人で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、歩く(屋外)は一人で全くできないとされ、平衡機能は、閉眼での起立・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ったりよめいたりするがどうか歩き通すとされている。補助用具使用状況は、杖(4点杖)、車イスを常時(起床より就寝まで)、左下肢補装具を常時ではないが使用とされ、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、屋外は不可能、予後は、左不全片麻痺残存する、備考には、ももとの既往あるが、直接の原因ではないと記載されている。

以上のような本件障害の状態は、上肢により重い左上下肢不全片麻痺であり、障害の程度を認定基準に照らしてみると、「一上肢及び一下肢の用を全く廃したものと」の1級の例示には該当しないものの、「一上肢及び一下肢の機能に相当程度の障害を残すもの」とされる2級の例示に相当し、国年令別表に定める2級の程度に該当する。

なお、本件障害の状態は、肢体の機能の障害が上肢及び下肢の広範囲にわたる場合であって、上肢と下肢の障害の程度が相違する場合に相当することから、より重い上肢の障害としてみると、左上肢のみに障害が認められる本件においては、認定基準の本節「第1 上肢の障害」で1級の障害の状態とされる「両上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両上肢の用を全く廃したものと」に当たらないことは明らかであるから、障害等級1級の程度に該当しない。

6 以上みてきたように、当該傷病の初診日を平成〇年〇月〇日と認定するのが相当であって、障害認定日(平成〇年〇月

○日)における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。