

平成26年3月31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、国民年金法(以下「国年法」という。)による障害基礎年金(以下、「障害基礎年金」という。)の額の改定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、右被殻出血(以下「当該傷病A」という。)及び肺結核後遺症(以下「当該傷病B」といい、当該傷病Aと併せて、「当該傷病」という。)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2級17号の程度に該当するとして、平成○年○月○日を受給権発生日とする障害基礎年金の支給を受けていたが、当該傷病による障害の程度が増進したとして、平成○年○月○日(受付)、厚生労働大臣に対し、障害基礎年金の額の改定を請求した(以下、これを単に「額改定請求」という。)
- 2 厚生労働大臣は、平成○年○月○日付で、請求人に対し、「額改定請求書に添付された診断書によって審査した結果、現在受給中の傷病(右皮殻出血(注:「被殻出血」の誤記と認める。))および肺結核後遺症)以外の症状(老衰)が含まれており、その程度を認定することができないため。」という理由により、障害基礎年金の額を変更しない旨の処分(以下「原処分」という。)をした。
- 3 請求人は、原処分を不服として、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 問題点

- 1 障害基礎年金の受給権者は、厚生労働大臣に対し、障害の程度が増進したことによる障害基礎年金の額の改定を請求す

ることができる(国年法第34条第2項)。

- 2 本件の額改定請求において障害基礎年金の支給対象となる傷病は、初診日を平成○年○月○日とする傷病コード「07」の脳血管疾患及び傷病コード「01」の呼吸器系結核であることについては、本件記録により明らかであり、かつ、当事者間にも争いが無いと認められるところ、本件の問題点は、額改定請求時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1級の程度に該当しないと認められるかどうかである。
- 3 請求人の当該傷病による障害は、主として肢体の機能及び呼吸器疾患に関わるものと認められるところ、これらにより障害等級1級の障害基礎年金が支給される障害の状態については、国年令別表に、「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各前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)及び「身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの」(11号)が定められている。  
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の発出したものとみなされている「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、障害の認定及び給付の公平を期するための尺度として、当審査会もこの認定基準に依拠するのが相当であると思料するものである。  
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(以下「本章」という。)では各種の障害ごとに認定の基準と要領が、第2章では2つ以上の障害が併存する場合の障害の程度の認定が定められている。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、呼吸器疾患による障害、そしやく・嚔下の機能の障害、言語機能の障害と認められることから、当該傷病Aについては、主に本章「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り、また、当該傷病Bについては、本章「第10節/呼吸器疾患による障害」に沿ってその障害の程度を認定するのが相当である。

そうして、障害認定に当たっての基本的事項をみると、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あり、これ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るとされ、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いる。

肢体の機能の障害については、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、本章「第7節/肢体の障害」の「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」として認定し、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、2級及び3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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一上肢及び一下肢の用を全く廃したものの</li> <li>2. 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> </ol>
2級	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両上肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>2. 両下肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>3. 一上肢及び一下肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>4. 四肢の機能に障害を残すもの</li> </ol>
3級	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一上肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>2. 一下肢の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>3. 両上肢に機能障害を残すもの</li> <li>4. 両下肢に機能障害を残すもの</li> <li>5. 一上肢及び一下肢に機能障害を残すもの</li> </ol>

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連を参考として示すと、「用を全く廃したものの」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。

呼吸器疾患による障害については、本章「第10節/呼吸器疾患による障害」によれば、呼吸器疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、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

40～31 △30～21 ▲20  
以下

し、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたり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を1級に該当するものと認定し、呼吸器疾患による障害の認定の対象は、そのほとんどが慢性呼吸不全によるものであり、特別な取扱いを要する呼吸器疾患として肺結核・じん肺・気管支喘息があげられ、肺結核及び肺結核後遺症の機能判定による障害の程度は、「C 呼吸不全」の認定要領によって認定するとされ、呼吸不全とは、原因のいかんを問わず、動脈血ガス分析値、特に動脈血O<sub>2</sub>分圧と動脈血CO<sub>2</sub>分圧が異常で、そのために生体が正常な機能を営み得なくなった状態をいい、認定の対象となる病態は、主に慢性呼吸不全であるが、慢性呼吸不全を生じる疾患は、閉塞性換気障害（肺気腫、気管支喘息、慢性気管支炎等）、拘束性換気障害（間質性肺炎、肺結核後遺症、じん肺等）、心血管系異常、神経・筋疾患、中枢神経系異常等多岐にわたるとされ、呼吸不全の主要症状としては、咳、痰、喘鳴、胸痛、労作時の息切れ等の自覚症状、チアノーゼ、呼吸促迫、低酸素血症等の他覚所見があり、検査成績としては、動脈血ガス分析値、予測肺活量1秒率及び必要に応じて行う運動負荷肺機能検査等があり、動脈血ガス分析値の測定は、安静時に行うものとするとしてされている。

A表 動脈血ガス分析値（単位はT o r r）

（無印は軽度異常、△は中等度異常、▲は高度異常）

動脈血O<sub>2</sub>分圧 70～61 △60  
～56 ▲55以下

動脈血CO<sub>2</sub>分圧 46～50 △51  
～59 ▲60以上

（注：病状判定に際しては、動脈血O<sub>2</sub>分圧を重視する。）

B表 予測肺活量1秒率（単位は%）

（無印は軽度異常、△は中等度異常、▲は高度異常）

そして、呼吸不全による1級に該当するものの一部例示として、上記A表及びB表の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表（これは診断書の一般状態区分表のアないしオと同じ内容のものである。）のオに該当するものが、2級に該当するもの一部例示として、上記A表及びB表の検査成績が中等度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するものが、3級に該当するもの一部例示として、上記A表及びB表の検査成績が軽度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するものが、それぞれ掲げられており、呼吸不全の障害の程度の判定は、A表の動脈血ガス分析値を優先するが、その他の検査成績等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定するとされている。

そしゃく・嚥下機能の障害については、本章「第5節／そしゃく・嚥下機能の障害」によれば、「そしゃく・嚥下の機能に相当程度の障害を残すもの」とは、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにゾンデ栄養の併用が必要なものの、または、全粥又は軟菜以外は摂取できない程度のもをいい、「そしゃく・嚥下の機能に障害を残すもの」とは、ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分できないため、食事が制限される程度のもをいうとされ、歯の障害による場合は、補綴等の治療を行った結果により認定を行い、そしゃく機能の障害と嚥下機能の障害は、併合認定しないとされている。

言語機能の障害については、本章「第6節／言語機能の障害」によれば、「言語の機能に相当程度の障害を残すもの」とは、4種の語音のうち、2種が発音不能又は極めて不明瞭のため日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない程度のもをいい、「言語の機能に障害を残すもの」とは、4種の語音のうち、

1種が発音不能又は極めて不明瞭のため、電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない程度のをいうとされている。

また、3つ以上の障害が併存する場合は、認定基準第3第2章「第2節/併合(加重)認定」によれば、併合判定参考表(掲記略)から各障害についての番号を求め、求めた番号の最下位及びその直近位について、併合(加重)認定表(掲記略)により、併合番号を求め、以下順次、その求めた併合番号と残りのうち最下位のものとの組合せにより、最終の併合番号を求め認定するとされている。

#### 4 当該傷病Aによる障害の状態について判断する。

当該傷病Aによる障害の状態は、a病院(以下「a病院」という。)・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日付診断書(以下「本件肢体機能障害診断書」という。)によれば、障害の原因となった傷病名として当該傷病Aに付記して「左不全片麻痺」を掲げた上で、傷病の発生前月日は「平成〇年〇月〇日」、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、「左上下肢不全麻痺、左口角下垂、左半身の知覚障害、左胸郭変形、左頸部、肩上下肢の痛覚過敏。同部位の筋力低下、左膝関節左足関節の拘縮及び同部位の疼痛。難聴」、現在までの治療の内容等は、「平成〇年〇月〇日より2カ月半b病院へ入院。内科的治療。その後c病院へ転院。2カ月リハビリを行ない以後在宅医療。d病院へ通院。平成〇年〇月〇日より在宅医療開始。理学療法士の訪問リハビリを週1回実施。」とされ、麻痺は、外観(痙直性)、起因部位(脳性)、種類及びその程度(感覚麻痺(脱失)、運動麻痺)、左上下肢腱反射は亢進し、左バビンスキー反射は陽性、握力は、右(19kg)、左(0kg)、関節可動域及び筋力をみると、左上下肢関節運動筋力は著減ないし消失、右上下肢関節運動筋力は半減ないし著減とされ、他動可動域は、

左足関節(背屈+底屈)が20度で対側右足関節あるいは参考可動域に対して2分の1以下、肩関節(屈曲+外転)は3分の2以下、手関節(背屈+掌屈)は5分の4以下に各制限されているが、肘関節(屈曲+伸展)、股関節(屈曲+伸展)、膝関節(屈曲+伸展)に格別の制限はない。日常生活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(水がきれる程度)(両手)、ひもを結ぶ(両手)、上衣の着脱(かぶりシャツを着て脱ぐ)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)、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(ワイシャツを着てボタンをとめる)は、いずれも一人で全くできないとされ、左下肢機能に関連する項目では、片足で立つ、階段を上る、階段を下りるは「一人で全く」又は「手すりがあっても」「できない」、歩く(屋外)、立ち上がるは「一人でできるが」又は「手すりがあればできるが」「非常に不自由」とされ、歩行(室内)は一人でできてやや不自由な程度とされている。平衡機能は、閉眼で起立・立位保持の状態は不可能で、開眼での直線の10m歩行の状態は転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ないとされ、補助用具使用状況は、T字杖及び車椅子を使用し、「屋内では手摺り使用。屋外では杖使用。病院内では車椅子使用。」とされている。その他の精神・身体の障害の状態は、「左半身感覚障害+痛覚過敏。夕方頃よりほとんど毎日、容易に怒り焦燥感に駆られる。」、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、「日常生活における動作のほとんどが一人でできないか、できて非常に不自由である。労働能力なし」、予後は「回復は望めない。」とされている。

そうして、日本年金機構〇〇ブロック本部〇〇事務センター長(以下「〇〇

事務センター長」という。)の照会に対するA医師作成の平成〇年〇月〇日付「障害基礎年金請求者の症状経過等について」と題する書面によれば、「請求者は平成〇年〇月に脳出血を発症し、左不全片麻痺となっています。診断書では「右片にも筋力低下がみられますが、この筋力低下の原因について」、同医師は、脳出血発症後約17年経過し、左不全片麻痺ともなる右上下肢の廃用性萎縮と老衰(全身の体力低下)が重なったものと推察する旨回答しており、「今回の診断書につきましては、障害の状態は「右片の筋力低下の原因」の症状が含まれていますでしょうか、ご教示ください。」とする照会に対し、同医師は、右片の筋力低下の原因の症状が含まれていない旨回答している。

以上の資料から、当該傷病Aによる障害の状態は、左右上下肢の機能の障害として記載されているが、当該傷病Aを発症後17年が経過し、当該傷病Aに伴う右上下肢の廃用性萎縮も重なり、さらに、当該傷病とは別疾患である老衰(全身の体力低下)による障害も加わった状態と認められ、本件肢体機能障害診断書に基づいて、認定対象とすべき当該傷病Aに直接起因する障害の状態を客観的かつ公正、公平に判断することはできない。すなわち、a病院・B医師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「平成〇年現症診断書」という。)によれば、請求人の平成〇年当時の障害の状態を参考としてみると、障害の原因となった傷病名として本件肢体機能障害診断書と同一の傷病名が掲げられた上で、握力は、右(32kg)、左(16kg)とされ、左上肢機能に関連する日常生活動作の障害の程度は、つまむ(新聞紙が引き抜けない程度)は一人で全くできず、握る(丸めた週刊誌が引き抜けない程度)、上衣の着脱(ワイシャツを着てボタンをとめる)は一人でできてもうまくできないが、さじで食事をする、顔に手のひらをつける、ズボンの前ボタ

ンのところに手をやる、尻のところに手をやるの項目は、すべて一人でうまくできるとされており、下肢機能に関連する項目をみても、片足で立つは一人で全くできず、歩く(屋内・屋外)は一人でできてもうまくできないものの、立ち上がるは支持がなくても可能とされ、階段を登る、階段を降りるは手すりを要するが可能とされている。さらに、現時での日常生活活動能力及び労働能力では、「社会復帰をめざして、取り組んでおられるが、言語障害も軽度あり、自身のこと以外家事は不能。家で塾の手伝いはしておられる。」とされている。上記のような平成〇年当時の障害の状態は、左上下肢の不全麻痺であり、その程度は、左上肢機能に関連する日常生活動作の障害は、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」に相当し、「一上肢及び一下肢の機能に障害を残すもの」(併合判定参考表の7号)に該当する。そして、医学的な観点から当該傷病Aである被殻出血の臨床経過をみると、本件のように保存的に治療を受けた脳出血の場合には、その障害の状態は発症後6か月程度で固定し、経過中に他の脳血管障害再発や別傷病の併発がない限り、その後も長期間にわたって障害の状態が維持されるか、症例によっては、積極的なりハビリテーションによって障害の状態が改善することも少なくはないとされている。本件の場合も、本件肢体機能障害診断書には、認定対象とすることのできない別傷病の廃用などの2次障害、老衰を含め加齢に伴う全身の体力低下などによる病態が混在しており、本件肢体機能障害診断書に記載された所見から額改定請求時における当該傷病Aによる障害のみを正確に取り出して判定することはできないといわざるを得ない。そうして、額改定請求時における当該傷病Aによる障害の状態は、平成〇年現症診断書に記載されている障害の状態がそのまま継続して存在しているもの

と仮定して判断すると、それは、併合判定参考表の7号に相当する障害の状態が継続しているとするのが相当である。

5 当該傷病Bによる障害の状態について判断する。

当該傷病Bによる障害の状態については、e病院・C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によれば、障害の原因となった傷病名には当該傷病Bが掲げられ、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、「肺結核の為、左肺全摘出術の既往あり。労作により呼吸困難の出現、低酸素血症を伴う(SpO<sub>2</sub> 80%台)。また脳出血後遺症による左片半身麻痺もあり、ADL、QOLも著しく低下している。」、現在までの治療の内容等は、「昭和〇年に左肺全摘出術を行っている。現在は排菌はなく、抗結核薬の使用はない。」とされ、胸部X線所見として、胸膜癒着(中)、気腫化(中)、線維化(軽)、不透明肺(高)、胸郭変形(高)、心縦隔の変形(高)が認められ、臨床所見の自覚症状として、咳、胸痛、体動時呼吸困難(著)、喘鳴があり、他覚所見としてラ音があり、栄養状態は不良で、一般状態区分表は、「エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの」とされているものの、予測肺活量1秒率は37.7と軽度異常、酸素吸入は施行しておらず、動脈血ガス分析値では、酸素分圧98.9 Torr、二酸化炭素分圧43.5 Torrと、いずれも正常範囲にある。平成〇年〇月〇日に実施した結核菌塗抹、培養ともに陰性であり、安静度は2度とされている。その他の障害又は症状の所見等は、「昭和〇年肺結核による左肺全摘出術施行。平成〇年〇月脳出血、それによる左半身麻痺、構音障害。」、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、「軽労作にても著しい呼吸困難。SpO<sub>2</sub>の低下を認め、血圧の上昇を伴う。日常生活

は50%以上寝たきりで外出もなく、杖を使用してかろうじて歩くことが出来る。」、予後は、「肺機能障害については固定であるが、経年的に徐々に悪化していくと考えられる。(肺炎、誤嚥等を取り返す)」とされている。

このような障害の状態は、昭和〇年に肺結核のために左肺全摘出術を受け、胸部X線所見として胸膜癒着、気腫化、線維化、不透明肺、胸郭変形、心縦隔の変形が認められるが、核菌の塗抹・培養は陰性で、予測肺活量1秒率は37.7%と認定基準に定める軽度異常(40~31)に該当する程度であり、酸素吸入はなく、動脈血ガス分析値では、酸素分圧、二酸化炭素分圧ともに正常とされていることからすると、一般状態区分表は「エ」の軽労作にても著しい呼吸困難、日常生活は50%以上寝たきりで外出もなく、杖を使用してかろうじて歩くことが出来るとされているものの、認定基準に照らして判断すると、それは障害等級3級(併合判定参考表の7号)に該当する程度である。

また、請求人は、f病院・D医師(以下「D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(そしゃく・嚥下機能、言語機能障害用)(以下「歯科診断書」という。)を提出しており、それによれば、障害の原因となった傷病名として「脳内出血」とされ、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、「咀嚼について、上下の総義歯良く合っていないので食べにくい。口から食物がこぼれる。嚥下について、飲み込みにくい。ゴクン前にムセる。喉につまった感じ有。食事をすると疲れる。1回で嚥下出来ない……等。」、現在までの治療の内容等は、「咀嚼; 9年間で4回上下総義歯新調したが何れもオーラルディスキネジアの為安定しにくい。摂食嚥下: ムセが有1回で嚥下しない。下記の言語リハビリと共に1年間及10ヶ月実施したが効果上らず」とされ、そしゃく・嚥下機能の障害は、「日常的

にムせる。食事の中頃からムせる。嚥下しにくい」、食事の内容は、「2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。」「3 全粥、軟菜以外は摂取できない。」の両者に丸印が付けられ、言語（構音・音声）機能の障害については、「2 歯音、歯茎音（さ行、た行、ら行等）」、「3 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）」に丸印が付けられ、会話状態は、「2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。」「3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。」とされている。

また、〇〇事務センター長の照会に対するD医師作成の平成〇年〇月〇日付「障害基礎年金請求者の症状経過等について」と題する書面によれば、同医師は、「義歯の安定が悪い」等は、そしゃく・嚥下機能に影響があり、「そしゃく時上下の臼歯が定位置で噛み合わないとそしゃくが出来ない」とし、言語機能にも影響があり、「発声時、義歯を定着させる為舌を動かすと本来の発生ができない。」と回答している。

そうすると、額改定請求時における請求人のそしゃく・嚥下機能の障害については、不随運動（オーラルディスクネジア）のために総義歯が不安定となり、義歯によって生じた褥瘡のために普通食が摂取できないとされ、言語の機能の障害については、平成〇年現症診断書に「構音障害も軽度あり。」と記載されているが、そしゃく・嚥下の障害については、いつの時点から生じたものであるか、不随運動がいつ頃から生じたのか、また、当該傷病Aとの相当因果関係の存否についても問題が残るところではあるものの、歯科診断書に記載されている所見をそのまま認定基準に照らして障害の程度をみると、それは、「そしゃく・嚥下の機能に相当程度の障害を残すもの」（併合判定参考表の6号）、「言語の機能に相当程度の障害を残すもの」（併合判定参考表の6号）に該当する。

6 以上のように、本件障害の状態は、当該傷病Aによる肢体の機能の障害として併合判定参考表の7号に、当該傷病Bによる呼吸器疾患による障害として併合判定参考表の7号に、そしゃく・嚥下の障害、言語機能の障害として、それぞれ併合判定参考表の6号に該当し、これら4つの障害の当該番号を併合（加重）認定の手法を用いて判定すると、7号と7号の併合番号は6号、6号と6号の併合番号は4号、そして6号と4号の併合番号は2号となり、これは国年令別表に定める2級に該当する。

7 そうすると、原処分は、結論において相当であって、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。