

平成27年4月27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、CRPS(注:複合性局所疼痛症候群)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、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。

なお、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頃現症に係る平成〇年〇月〇日付診断書(以下「本件認定日診断書」という。)及び平成〇年〇月〇日現症に係る同日付診断書(以下「本件請求日診断書」という。)の障害の原因となった傷病名は、いずれも「複合性局所疼痛症候群(右上肢)(反射性交感神経性萎縮症)」と記載されているが、これらはいずれも、CRPSと同一傷病ないしは関連する傷病と認められるので、以下、これらのいずれをも「当該傷病」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、障害認定日による請求について、提出された診断書では認定ができないという理由により本件裁定請求を却下する旨の処分を行い、事後重症による裁定請求に対しては、裁定請求日である平成〇年〇月〇日の障害の状態は国年法施行令(以下「国年令」という。)別表に定める障害の程度に該当していないためという理由により、障害基礎年金の支給をしない旨の処分をした(以下、障害認定日による請求、予備的事後重症

による請求に対する処分を、併せて「原処分」という。)

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 障害基礎年金の支給は、対象となる障害の状態が、国年令別表に定める障害等級1級又は2級の程度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、これを不服として、障害基礎年金の支給を求めているのであるから、本件の問題点は、第1に、本件認定日診断書など提出されている資料に基づいて、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、障害認定日において、国年令別表に定める程度に該当していないと認められるかどうかであり、これが認められない場合は、第2に、本件障害の状態が、裁定請求日において国年令別表に定める程度に該当しないと認められるかどうかということになる。

### 第4 当審査会の判断

1 請求人の当該傷病による障害は、本件認定日診断書及び本件請求日診断書によると、右上肢の障害と認められるところ、これにより障害等級2級の障害基礎年金が支給される障害の程度としては、国年令別表の8号に「一上肢の機能に著しい障害を有するもの」、及び、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」が掲げられている。

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、引き続き効力を有するものとされている「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考えたものである。

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」によれば、上記の「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、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ただけとはいえないもの、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。

認定基準の第3第1章（以下「本章」という。）第7節／肢体の障害「第1 上肢の障害」によれば、「一上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一上肢の用を全く廃したのもの」とは、一上肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節の用を廃したのもの、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、健側の他動可動域の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、「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って、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」とは、両上肢の機能に相当程度の障害を残すもの（例えば、両上肢の3大関節中それぞれ1関節の他動可動域が、別紙「肢体の障害関係の測定方法」（注：掲記省略。以下「測定方法」という。）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）をいい、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。そして、「関節の用を廃したのもの」とは、関節の他動可動域が健側の他動可動域の2分の1以下に制限されたもの又はこれと同程度の障害を残すもの（例えば、常時（起床より就寝まで）固定装具を必要とする程度の動揺関節）をいうとされている。

さらに、認定基準の本章第9節／神経系統の障害によれば、疼痛は、原則として認定の対象とならないが、四肢その他の神経の損傷によって生じる灼熱痛、脳神経及び脊髄神経の外傷その他の原因による神経痛、根性疼痛、悪性新生物に伴う疼痛等（以下、これらの疼痛を「例外的疼痛」という。）の場合は、疼痛発作の頻度、強さ、持続時間、疼痛の原因となる他覚的所見等により、軽易な労働以外の労働に常に支障がある程度のもは、3級と認定するとされている。

2 また、障害給付に係る障害認定に当たっては、その障害の状態がいかなるものであり、それが国年令別表に定めるいずれの程度に該当するかは、受給権の発生・内容にかかわる重大なことから、その認定は客観的かつ公正・公平に行われなければならないことはいうまでもないところである。したがって、判断及び認定は、障害の状態・程度を認定すべきものとされている時期において、直接それに係る診療を行った医師（歯科医師を含む。以下同じ。）ないし医療機関が作成した診断書、若しくは、医師ないし医療機関が、診療が行われた当時に作成された診療録等の客観性のあるいわゆる医証の記載に基づいて作成した診断書、又は、これらに準ずるものと認めることができるような証明力の高い資料（以下、これらの要件を満たすような資料を、便宜上、「障害程度認定適格資料」

という。)によって行わなければならないものと解するのが相当である。

そして、当審査会に顕著な事実によれば、保険者は、一般的に、障害認定日による請求については同日以後3月以内の現症が記載されている診断書の提出を求めるとして、障害の程度の認定を行うべき日における障害の状態は、上記の期間内の現症日における障害の状態によってこれを行うものとする旨の取扱いをしており、当審査会も、基本的にはこれを相当としてきているところである。

- 3 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みて上記障害程度認定適格資料とすべきかどうかを検討しなければならないものをすべて挙げてみると、それは、①本件認定日診断書、②本件請求日診断書、③ c病院・B医師作成の平成○年○月○日付受診状況等証明書、④ a病院・C医師(以下「C医師」という。)作成の平成○年○月○日付身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)、⑤ a病院・D医師・C医師・A医師(以下「A医師」という。)作成のd病院e科宛て作成日不詳の2通の紹介・回答書、⑥ 日本年金機構○○事務センター年金給付グループ長の照会に対するA医師作成の「障害基礎年金の診断書について(回答)」と題する平成○年○月○日付書面、⑦ f病院g科・E医師作成の平成○年○月○日付診療情報提供書及び添付された請求人にかかる神経伝導速度報告書(平成○年○月○日検査日)、サーモグラフィ検査結果、⑧ a病院作成の請求人にかかる外来診療録(平成○年○月○日)⑨ h病院・F医師作成の平成○年○月○日付診断書、⑩ i病院・G医師作成の平成○年○月○日付診断書、及び、⑪ d病院作成の請求人にかかるe科外来診療録、e科入院診療録、「硬膜外ブロックを受ける患者さんへ(治療の説明及び承諾書)」、入院・手術証明書(診断書)、看護要約、入院病歴要約、MRI報告書、検査結果報告書、j科外来診

療録、リハビリテーション実施計画書(j科用)、リハビリテーション記録(PT)、リハビリテーション記録(OT)、リハビリテーション処方箋、d病院j科合同カンファランス資料、看護計画書、看護記録などであり、その他には存しないところ、これら各資料(以下「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は、障害の原因となった傷病名として当該傷病を掲げた上で、傷病の原因又は誘因は、「転倒、医療処置 初診年月日(平成○年○月○日)(当時)」とされ、既存障害、既往症は記載がなく、診断書作成医療機関における初診時(平成○年○月○日)所見は、「右肩～上肢の痛み。ROM制限」、現在までの治療の内容等は、「神経ブロック。リハビリ薬物療法。」、障害の状態(平成○年○月頃現症)をみると、切斷又は離斷・変形・麻痺、脊柱の障害、人工骨頭・人工関節の装着の状態の記載はなく、握力は右8kg、左21kg、手(足)指関節の他動可動域には、右示指中手指節関節(MP)屈曲25度、関節可動域(度)は、右肩関節屈曲115、右肘関節屈曲125、右手関節背屈50、掌屈70、左上下肢は「健側のためカルテに記載なし」とされ、四肢長及び四肢屈、日常生活における動作の障害の程度の記載はなく、補助用具使用状況は「補助用具は使用していない」とされ、その他の精神・身体障害の状態の状態は、「右手指MP関節他動屈曲時痛あり(NRS 10/10)。右手根屈筋過緊張。右第3・4・5指PIP関節屈曲拘縮。箸の使用、巧緻動作困難」と記載されており、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、「カルテに記載なく、不明」、予後は「上同」とされている。以上のような障害認定日における請求人の状態は、右手根屈筋過緊張、右第3・4・5指PIP関節屈曲拘縮のために箸の使用など巧緻動作が困難で、右手指MP関節他動屈曲時に痛みがあったことが推定されるものの、認定対象とすべき右上肢に、他動可

動域が健側に対して2分の1以下に制限された関節はなく、かつ、関節運動筋力の記載が一切ないのであるから、これをもって、障害の状態が、「一上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一上肢の用を全く廃したもの」である一上肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節の用を廃したものとされる、① 不良肢位で強直しているもの、② 関節の他動可動域が、健側の他動可動域の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かどうかを判断することはできない。また、国年令別表に掲げる「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って、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」であるかどうかについても、これを判断することはできない。資料②は、障害の原因となった傷病名に当該傷病が掲げられ、障害の状態として、平成〇年〇月〇日現症について記載されている診断書であり、障害認定日当時の障害の状態についての記載はなく、本資料によって、障害認定日当時の本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料③は、請求人が、右肩関節痛のために平成〇年〇月〇日にc病院を受診し、肩関節可動域低下を認めたが、レントゲン上骨に異常なく、右肩関節周囲炎の診断で、関節注射、薬物療法、炎症処置を受けたことが認められるが、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料④は、障害名を右上肢反射性交感神経性萎縮症、原因となった疾病・外傷名を「右肩関節周囲炎 疾病」とされ、平成〇年〇月〇日当時の障害の状態について記載している身体障害者診断書・意見書であり、本件記録によれば、請求人は、同年〇月〇日に障害名「右肩関節周囲炎による右上肢機能の全廃」、身体障害者等級

表による級別2級の身体障害者手帳を受けていることが認められる。しかしながら、本資料には、障害認定日である平成〇年〇月〇日当時の状態についての記載はなく、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑤によると、請求人は、平成〇年〇月から右肩五十肩の診断で治療を受けていたが、平成〇年〇月転倒して右上肢打撲、肩に注射を受けて以来、右上肢のRSD症状が進行し〇〇市内の整形外科、神経内科等の検査を受け、同年〇月〇日にa病院を初診、右上肢はほぼ廃用状態で手背腫脹著明、熱感伴い、肩、肘、手関節の可動域制限著明で完全なRSD状態を呈し、早期リハビリテーションの必要性から入院し、持続硬膜外注入、浮腫に対するステロイド内服から開始し、関節可動域の改善、自発痛の消失、浮腫の改善を認めるようになり、同年〇月〇日に持続硬膜外を抜去し、以後肩甲上神経ブロック、腕神経叢ブロック、肩関節パンピングを適宜施行し、右手でのADLは、食事、衣服の着脱も不自由があるようであるがリハビリテーションに前向きに取り組んでいたとされ、同年〇月から〇〇でリハビリテーション継続、疼痛管理を依頼されている。また、発症機転について、転倒や整形外科での肩ブロックが直接の原因なのかは不明とされ、今後の見通しについては、リハビリテーションの進み具合で後遺症が残る可能性があるが現段階では不明であるとされ、RSDの時期としてはまだ急性期であることから完治の可能性も十分あることを説明されていたことが認められる。しかし、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑥には、⑦の平成〇年〇月〇日付のf病院g科からの診療情報提供書について記載されているが、障害認定日当時の状態の記載はなく、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑦によれば、請求人は、

平成〇年〇月〇日から同月〇日まで受診したf病院での神経伝導速度検査、サーモグラフィ検査を受けているが、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑧には、障害認定日に近い平成〇年〇月〇日の再来経過として、軽快している、肘の屈曲は少し良くなった、手指は同じ、マッサージに通っているだけ、右手でシャンプーできた、箸がまだ持てない、文字は少し書けるようになってきたなどとする記載が認められるが、関節可動域、関節運動筋力、日常生活動作の障害の程度など、障害の程度の認定に必要な記載はなく、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑨及び資料⑩は、傷病名を「両側内耳性難聴、両側耳鳴症」ないし「狭心症疑い、咳喘息」とするもので、当該傷病と別傷病について記載されているものであり、本資料によって本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。資料⑪によれば、請求人は、a病院から紹介され、平成〇年〇月〇日にd病院e科外来を受診、翌日〇日から入院し、初診時には、右手の浮腫、チアノーゼ、右前腕萎縮があり、同日、硬膜外チューブを第2・第3胸椎より頭側に5cm挿入し、1%キシロカイン(2ml/時間)で持続硬膜外ブロックを開始したが、同年〇月〇日ブロック注入時に痛みと発熱があり、硬膜外チューブを抜き、その後、レーザーSGBとリハビリテーションを受けており、同年〇月〇日に評価されたリハビリテーション実施計画書によると、基本動作として、寝返りは一部介助、起き上がり、座位、立ち上がり、立位はいずれも自立で、食事は、セッティングすると左手でスプーンを使用し、一部介助とされていたが、その他の移乗、整容、トイレ動作、平地歩行、階段、更衣、排便管理、排尿管理はすべて自立と判断されている。同年〇月〇日に同病院を退院し、その後は、再び、a病院に紹介さ

れている。しかし、これらの資料に、障害認定日当時の請求人の障害の状態についての記載はなく、本件障害の状態がいかなるものであったかを判断することはできない。

以上の各資料によれば、障害認定日当時において、請求人は、右手背の浮腫、痛み、前腕の萎縮など障害の状態にあったことがわかるものの、それが具体的にいかなる程度の障害の状態であったかについては、上記の各資料によっても、また複数の資料を併せてみても、これを判断することはできないので、障害認定日当時における本件障害の状態が国年令別表に定めるいかなる程度に該当するかどうかを判断することはできない。

4 次に、裁定請求日当時における本件障害の状態は、本件請求日診断書によると、障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられた上で、平成〇年〇月〇日現症として、握力は右12kg、左20kg、手(足)指関節の他動可動域(度)として、右中手指関節(MP)は、示指屈曲60、中指屈曲70、環指屈曲65、小指屈曲25、右近位指節間関節(PIP)(母指では指節間関節)は、環指伸展-45、小指伸展-75とされ、右上肢関節他動可動域をみると、右肩関節(屈曲+外転)235、肘関節(屈曲+伸展)140、前腕(回内+回外)180、手関節(背屈+掌屈)165で、健側に比較し、2分の1以下に制限されている関節はなく、関節運動筋力の記載はない。四肢長及び四肢囲の記載はなく、右上肢機能に関連する日常生活動作の障害の程度をみると、握る(丸めた週刊誌が引き抜けない程度)、両手でタオルを絞る(水がきれる程度)が一人でできてもやや不自由な程度であるが、その他の、つまむ(新聞紙が引き抜けない程度)、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)のいずれも一人でうまくできるとされ、補助用具は使用せず、その他の精神・身体障害の状態の状態は、「右環DIPj + 屈曲45°。寒くなると両肩～上腕がうずく。右上肢全体がだるい(NRS 1～2/10)。右上腕外側が痛くなる。右手が冷たくなる。」とされ、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、「夏期は症状ほとんどない。しかし冷房の風などにより痛むことがある。手と肩に違和感あり。」とされ、予後は今後とも同様な症状が続くと思われるとされている。

このような裁定請求日当時における本件障害の状態は、右上肢の障害と認められるが、右上肢のいかなる関節にも、他動可動域が参考可動域ないしは健側の他動可動域に対して2分の1以上に制限されているところはなく、筋力も記載がないところから、著しい低下があるとは認められず、さらに、上肢機能に関連する日常生活における動作の障害の程度をみても、補助用具を使用せずに、つまむ、ひもを結ぶ、さじで食事をする、顔を洗う、用便の処置をする、上衣の着脱といった基本的な動作が一人でうまくできるのであるから、それは、一上肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節の用を廃したものに当たらないし、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には該当しない。そうすると、裁定請求日当時における本件障害の状態は、国年令別表に定める2級の程度に該当しないし、もとよりそれより重い1級の程度に該当しない。

なお、請求人は、審査期日において、RSDは完治しない病気であり、眠っている間も固まっていく恐怖、毎日の激痛と固まって行く恐怖があり、さらに、障害年金の申請が自己申告制だというのがおかしく、それでは、どんなに重症な傷害のある方であっても申告しなければ障害年金を貰えないというのはあまりにも不公平、極まりない、これは制度自体に

問題有りで、医師が、その人を障害と認めた者は、障害者手帳イコール障害年金であるべきであり、RSDを難病指定に認定することを要望するなど縷々主張しているものの、その内容を考慮しても、提出された診断書等の客観的資料に基づいてなされた上記判断が左右されることにはならない。

- 5 よって、原処分は妥当であつて、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。