

平成28年4月27日裁決

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2記載の原処分を取り消す。

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、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。)の支給を求めるとのことである。

第2 再審査請求の経過

1 請求人は、初診日を平成〇年〇月〇日とする両下肢麻痺(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、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。

2 厚生労働大臣は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、「請求のあった傷病(両下肢麻痺)について、初診日が平成〇年〇月〇日であり、平成〇年〇月〇日現在において治って(症状が固定して)おりません。従いまして、障害の程度を定める日(障害認定日)が到来しておりません。」という理由により障害給付を支給しない旨の処分(以下「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。

その不服の主な理由は、請求人の作成の「再審査請求の趣旨及び理由について」によれば、請求人は平成〇年〇月頃に脊髄ヘルニアによる右下肢脱力を自覚、平成〇年秋頃に右下肢脱力の悪化、同年〇月頃に左下肢の痺れ・脱力を感じ、a病院を受診後に平成〇年〇月〇日にb病院

(以下「b病院」という。)を経て、同年〇日にc病院(以下「c病院」という。)に転院後、同年〇月〇日に同院にて脊髄ヘルニアによる硬膜形成術を施行されたが、術後も症状は改善せず、更にリハビリテーションを施行するも回復が認められず、c病院からの転医先であるd病院(以下「d病院」という。)でのリハビリテーションでも改善は期待できないとされていることから、症状が安定し長期にわたってその疾病の固定性が認められ、医療効果が期待し得ない状態に至っていると主張し、障害給付の支給を求めているものである。

第3 当審査会の判断

1 障害認定日請求により、障害給付の支給を受けるためには、疾病にかかり、又は負傷し、その疾病又は負傷及びこれに起因する疾病(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。)の診療を受けた日から起算して1年6月を経過した日(その期間内にその傷病が治った場合には、その治った日(その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日を含む。以下同じ。)があるときはその日とし、以下「障害認定日」という。)において、その傷病による障害の状態が、国年令別表に定める障害等級1級又は2級の程度に該当することが必要である。

2 本件の場合、厚生労働大臣は、当該傷病の初診日を平成〇年〇月〇日と認定した上で、提出されたd病院e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同日付診断書(以下「本件診断書」という。)の現症日(以下「本件診断書現症日」という。)において当該傷病は治っておらず、障害認定日が到来していないことから障害給付を支給しないとしたのに対し、請求人は、本件初診日を平成〇年〇月〇日とすることについての不服はなく、本件診断書現症日において当該傷病は治っているとした上で、障害給付を求めているのであるから、本件の問題点は、第1に、本件診

断書現症日において当該傷病は治っていると認められるかどうかであり、それが肯定的に認められる場合には、第2として、当該傷病が治った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。）は、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）に該当しないと認められるかどうかということになる。

3 当該傷病の障害認定日について検討する。

国年法・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、障害の認定と給付の公平を期するための尺度として、当審査会もこれに依拠するのが相当であると考えられるものである。

そして、認定基準の「第1 一般的事項」によれば、障害認定日とは、障害の程度の認定を行うべき日をいい、請求する傷病の初診日から起算して1年6月を経過した日又は1年6月以内にその傷病が治った場合においては、その治った日（その症状が固定し、治療の効果が期待できない状態に至った日を含む。）をいうとされている。

本件診断書によれば、障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられ、傷病の原因又は誘因は、「脊髄ヘルニア初診年月日（平成〇年〇月〇日）」、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「平成〇年〇月頃 本人の申立て（〇年〇月〇日）」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、「両下肢麻痺、右下肢完全麻痺、左不全麻痺、両下肢知覚鈍麻（+）、座位不安定、立位・歩行不能、排尿、便失禁（+）」で、現在までの治療の内容等は、平成〇年〇月

頃両下肢の筋力低下、f病院受診するも診断不可、後麻痺増強、c病院にて脊髄ヘルニアの診断、平成〇年〇月〇日脊髄手術するも麻痺殆ど改善せず、同年〇月〇日当院転院リハビリテーション施行、同年〇月〇日退院、現在、外来にてリハビリテーション継続中とされた上で、傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。）かどうかは、「傷病が治っている場合……治った日 平成〇年〇月〇日 確認」と記載されている。

c病院g科・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によると、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は脊髄ヘルニア、発病年月日は平成〇年〇月、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「有」とされ、平成〇年〇月誘因なく右下肢脱力を自覚するようになり、平成〇年〇月から左下肢のしびれと脱力が出現、同年秋頃から右下肢脱力が悪化し、平成〇年〇月〇日前医を受診し、脊髄腫瘍が疑われ、当科に紹介となり、同月〇日に初診となったとされ、初診から終診までの治療内容及び経過の概要は、平成〇年〇月〇日脊髄ヘルニア診断で脊髄モニタリング下に硬膜形成術を施行し、術後、右下肢の麻痺の悪化が認められ、リハビリテーションを施行したが、右下肢麻痺の回復は認められず、左下肢麻痺も残存していると記載されている。

b病院h科・C医師作成のc病院iクリニックB医師あての平成〇年〇月〇日付診療情報提供書によれば、傷病名は右下肢麻痺とされ、もともとは両膝痛で複数の医療機関を受診していたようだが、平成〇年暮れ頃より右下肢の麻痺が出現し、平成〇年〇月には両下肢痛が増強し仕事に支障を来すほどになったためa病院を受診、脊柱管狭窄症と変形性膝関節症の診断で膝の関節注射や硬膜外ブロックなどを施行されたが、痛みが増強したため入院のうえ精査予定になっていたが

同年○月○日当科を初診、初診時、右下肢は腸腰筋よりMMT 3前後の麻痺を認め、両下肢痛は主に膝関節周囲に強いよう、i病院でのopenMRIでは第9/10胸髄レベルでの強い脊髄の圧排(前方への偏位)を認めたとされている。

また、A医師作成の平成○年○月○日付診断書によると、病名は当該傷病、脊髄ヘルニアとして、上記診断にて、平成○年○月○日から入院、リハビリテーション施行し、同年○月○日退院後外来にてリハビリテーション施行するも、両下肢の改善は認められず、退院時にて、症状固定と認めたと記載されている。

以上の各資料によれば、請求人は、もともと両膝痛で複数の医療機関を受診していたが、平成○年○月頃から誘因なく右下肢脱力を自覚し、平成○年○月からは左下肢のしびれと脱力も出現、同年秋頃から右下肢脱力が出現し、平成○年○月頃に両下肢痛が増強し仕事に支障を来たすほどになりa病院を受診し、脊柱管狭窄症、変形性膝関節症の診断で関節注射や硬膜外ブロックを受けていたが、痛みは増強し、同年○月○にb病院を受診し、i病院でのMRIで第9/10胸髄レベルでの脊髄圧迫(前方への圧排)が認められ、脊髄腫瘍が疑われて、同月○日にc病院を紹介されて受診し、同年○月○日に脊髄ヘルニアの診断で硬膜形成術を受け、施後にリハビリテーションを受けたが、右下肢麻痺の回復は認められず、左下肢麻痺も残存し、排尿・便失禁もあり、同年○月○日にd病院に転院してリハビリテーションを受け、また、同年○月○日に同病院を退院後も外来にてリハビリテーションを継続しているが、下肢麻痺は改善していないとされている。そうすると、当該傷病である脊髄ヘルニアに対して必要な外科的治療がなされ、術後もリハビリテーションを受けているが、両下肢麻痺は改善せず、d病院に転院した同年○月○日時点において、当該傷病は症状固定と診断されており、本件診断書現症日当時にも、改善は期待でき

ないと記載されていることからすると、本件診断書現症日当時において、退院リハビリテーションを継続して受けているものの、当該傷病は既に症状が固定していると認められ、同日をもって、障害認定日とするのが相当である。

4 本件障害の状態について判断する。

当該傷病による障害は、本件診断書によれば、両下肢の機能の障害と認められるところ、国年令別表は障害等級1級及び2級の障害給付が支給される障害の状態を定めているが、請求人の当該傷病にかかると認められるものとして、1級については、「両下肢の機能に著しい障害を有するもの」(6号)、「前各号に掲げるもののほか、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」(9号)が、2級については、「一下肢の機能に著しい障害を有するもの」(12号)、「前各号に掲げるもののほか、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」(15号)が、それぞれ掲げられている。

そして認定基準の「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、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、また、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、認定基準第3第1章第7節／肢体の障害の「第2 下肢の障害」によれば、下肢の障害は、機能障害、欠損障害、変形障害及び短縮障害に区分するとされ、機能障害により1級に相当する「両下肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両下肢の用を全く廃したもの」とは、両下肢の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：掲記省略)による参考可動域（以下「参考可動域」という）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が、両下肢それぞれの膝関節のみが100度屈曲位の強直である場合のように、両下肢の3大関節中単にそれぞれ1関節の用を全く廃するにすぎない場合であっても、その両下肢を歩行時に使用することができない場合には、「両下肢の用を全く廃したもの」と認定し、なお、認定に当たっては、一下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、また、2級に相当する「一下肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一下肢の用を全く廃したもの」とは、一下肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節が全く用を廃したもの、すなわち、④ 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が、膝関節のみが100度屈曲位の強直である場合のように単に1関節の用を全く廃するにすぎない場合であっても、その下肢を歩行時に使用することができない場合には、「一下肢の用を全く廃したもの」と認定するとされている。

さらに認定基準の第3第2章第2節／併合（加重）認定によれば、3つ以上の障害が併存する場合は、個々の障害について、併合判定参考表（別表1）（注：掲記省略）における該当番号を求めた後、求めた番号の最下位及びその直上位について、併合（加重）認定表（注：掲記省略）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、障害の程度を認定するとされている。

そうして、本件障害の状態は、本件診断書によれば、麻痺の外観は弛緩性、痙直性、起因部位は脊髄性、種類及びその程度は鈍麻、運動麻痺であり、反射は上肢で正常、右下肢で亢進、左下肢で低下し、排尿障害及び排便障害があり、握力(kg)は右(42.2)、左(39.0)、手(足)指関節の他動可動域は全て正常、関節他動可動域は両上肢で正常、両下肢も右股関節(屈曲+伸展)が参考可動域に比して4分の3以下に制限されているほかは、特段制限されている関節(股関節及び膝関節は屈曲+伸展、足関節は背屈+底屈)はなく、筋力は両上肢は正常、右下肢は3大関節全てが消失、左下肢は3大関節が全てが半減とされ、左右下肢長に差はない。下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ると、片足で立つ(右・左)、歩く(屋内・屋外)、立ち上がる、階段を上る、階段を下りるの全ての項目が、一人で全くあるいは支持又は手すりがあってもできない

いとされ、平衡機能は、閉眼での起立・立位保持の状態は不可能で、開眼での直線の10m歩行の状態は不可とされ、補助用具使用状況は、右下肢補装具を常時ではないが使用し、車いすを常時（起床より就寝まで）使用し、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、日常生活は移動を除いて可能であるが、労働は不能とされている。

以上のような本件障害の状態は、右下肢により強い両下肢の機能の障害であり、その障害の程度について認定基準に照らしてみると、右下肢は、一下肢の3大関節の筋力が全て消失しているから、「一下肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一下肢の用を全く廃したもの」に該当し、併合判定参考表の4号に該当するが、左下肢は、「一下肢の用を全く廃したもの」には該当せず、3大関節の筋力が全て半減であることから股関節、膝関節及び足関節それぞれについて、「身体の機能に労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの」に該当し、いずれも併合判定参考表の10号に該当する。そして、10号と10号の併合番号は9号、9号と10号の併合番号は8号であり、8号と4号の併合番号は4号となり、これは障害等級2級の程度とされている。

- 5 そうすると、請求人の本件障害の状態は、国年令別表に定める1級の程度には該当しないが、2級の程度に該当するものであるから、当審査会のこの判断と趣旨を異にする原処分は妥当ではなく、これを取り消すこととし、主文のとおり裁決する。