

制度の仕組みとしては、地方公共団体（道府県、指定都市が実施）が、心身障害者扶養共済制度を制定し、その加入者に負う共済責任を社会福祉・医療事業団が再保険する。社会福祉・医療事業団は、生命保険会社と加入を被保険者とする生命保険契約を締結し、その保険をもって、年金財源とする。従って、制度の基本的な事項は、全国統一されているが、細部にわたっては、各地方公共団体の条例で規定している。

4 欧米先進国の社会保障改革

欧米各国では、社会保障給付の増大が国の財政を圧迫するものとして、大きな問題になっている。この問題を解決するために、政府は所得保障給付の受給者の就業を奨励して、彼らを受給者から納税者に転換させようとしている。このような政策方針は、障害者を対象とする所得保障給付にも影響を与えている。

4.1 アメリカ

アメリカの障害者に対する所得保障給付は、基本的には社会保障障害保険（Social Security Disability Insurance: SSDI）と補足保障保険（Supplementary Security Insurance: SSI）から成り立っている。「障害者の多くは働きたいと思っている」ということを前提に所得保障給付の受給者に対してさまざまな就労奨励策がとられている。

SSDI 受給者に対する労働奨励策として、

- ① テスト就労期間の設定：受給者名簿に登録されてからの5年の間に9ヶ月間は給付を受けながらテスト就労を行うことができる。この期間中は、障害状態である限り、収入の多寡にかかわらず満額のSSDI給付を受け取ることができる、
- ② 資格延長期間：テスト就労期間終了後の36ヶ月間に、稼得収入が実質的な有給活動レベル以下となった場合には、直ちに受給資格を再付与される、
- ③ 実質的な有給活動とみなされない就労の規定：一定水準以下の労働収入は受給資格に影響しないものとする、
- ④ 2回目の待機期間の廃止：給付者名簿からはずされた者が60ヶ月以内に名簿に再登録された場合、2回目の登録に必要な5ヶ月間の待機期間を免除し、迅速な給付の回復を保証する。
- ⑤ メディケア受給資格の延長：社会保障受給者が就労復帰をためらう最大の要因は、復帰によって医療給付を失うことを恐れているからであり、その対策として、仕事に復帰した後も医学的に障害がある限り、継続的にメディケアを受けることができる。

などがある。

SSI の受給者に対しては、

- ① 障害関連就労費用：就労するために必要な一定の物品およびサービスの費用を所得から控除する、
 - ② 自立達成計画：自立計画のために金銭および資産の蓄えを認める、
 - ③ メディケイド給付の継続：障害が回復していないが働くことができる人に対しては特別にメディケイドが継続される、
- などがある。

しかし、障害者に対する就労奨励策はあまり成功していない。社会保障の受給者に職業リハビリテーションサービスがほとんど提供されていないなど、サービスの連携がうまくなされていないこともあるが、一番の問題は社会保障受給者、特に障害者は仕事に復帰できても生活できるだけの収入を確保できる保証はないことである。

4.2 イギリス

イギリスの障害者を対象とする所得保障には、

- ① 労働不能給付 (Incapacity Benefit)：傷病のために 4 日以上就労できない被用者で一定の要件を満たす者には、最初の 28 週間は使用者から法定疾病給与が支給される。29 週目からは国民保険から就労不能給付が支給される。最初の 28 週目までの法定疾病給与を得られない者には最初から労働不能給付が支払われるが、法定疾病給与の額よりは少ない。52 週過ぎても労働不能状態が継続している場合には、年金受給年齢に達するまで給付支給が更新される、
- ② 重度障害手当 (Severe Disablement Allowance)：16 歳から 65 歳までの人で、障害や疾病のため 28 週間続けて働くことができず、保険料を拠出が不十分なために国民保険による労働不能給付を受給できない人のための給付、
- ③ 障害者生活手当 (Disability Living Allowance)：病気または障害のために、個人的な介助が必要な 65 歳以下の人のための手当、
- ④ 障害労働手当 (Disability Working Allowance)：病気や障害のある者で、週 16 時間以上労働しており、この手当を申請する前の 56 日以内に労働不能給付、重度障害手当、所得補助、住宅給付、自治体税給付のいずれかを受給していたか、手当申請時に障害者生活手当か介護手当などの障害者関連手当を受給している者に支給される、
- ⑤ 所得補助 (Income Support)：低所得者用の収入補填で、障害者には特別の加算がある、などがある。障害給付を受給している障害者の数は、近年増大しており、障害者や疾病者に対す

る給付は福祉予算の4分の1を占めている。

イギリスでは社会保障費用抑制のためもあって、保守党政権下で就労促進策がとられた。1997年に政権についた労働党も、社会保障制度への依存から就労への移行を促す「Welfare-to-Work」プログラムを推進している。「働ける人は勤労によって生活し、働けない人は保障の原則によって生活する」という新しい福祉国家原理を作ろうとしている。政府は国から扶助を受けている多くの人が勤労すべきであるとしている。

政府は、障害年金の費用を抑制するために、1995年4月より、疾病給付と障害年金を廃止し、これに代えて労働不能給付を新設した。労働不能給付は「障害のために働けないこと」が受給の重要な要件になっている。そのために医師の診断が強化されている。

軽度の障害者が働かずに年金で生活している状況を改めて、障害者の就労を促進して自立を促すために1992年に障害者就労手当を制定した。障害者には、就労すると給付を失うために生活が悪化することはしばしばある。そこで就労による収入が十分ではない常勤（週16時間以上勤務）の障害者が、その不足を手当金で補うというものである。

さらにパーソナルアドバイザーによって、長期疾病者、障害者は労働や給付、政府のサービスについての情報にアクセスできるよう支援を受けられるようになった。

しかし、労働要件を強化した福祉改革は、障害者の雇用状況を向上させそうもない。なぜなら、障害者は教育システムでも不利な状況におかれており、多くの者が労働市場で競争できるような資格や知識、技術をもっていないからである。

4.3 フランス

フランスでは、障害によってその労働能力が制限されている人に対する所得保障制度は、仕事への復帰を想定していない。障害給付支出に対する関心は他の先進諸国に比べると低く、給付への依存もさほど問題になっていない。

所得比例の障害年金は、障害程度により給付の内容が異なる。「第1種カテゴリー年金」は、本来の賃金（障害による労働能力の制限がない場合に得られるはずの賃金）の3分の1以上を労働から得られないと思われる者の、その収入の損失額を補うためのものである（他に「第2種カテゴリー年金」「第3種カテゴリー年金」があるが、どちらも完全に働けないと考えられる障害

者の所得を代替する)。「第1種カテゴリー」の支給水準は低く、年金受給者が十分な生活水準を維持するためには労働による所得が必要である。しかし、1987年に「障害労働者雇用法」が制定されるまで、障害年金受給者は、雇用に関する特別な立法が適用される障害者の中には含まれず、彼らが職に就くための措置は何もとられていなかった。

働くことができる程度の障害者の場合には最低所得保障が適用される。保障額は最低賃金(SMIC)に連動して定められている。障害者の賃金・報酬が最低所得保障に満たない場合は、その差額が補足される。ただし補足の額には上限が定められている。

障害をもつ労働者は、その障害に起因する労働関連の特別な費用のために、補償的手当を得ることができる。対象者は重度障害者で一般雇用または保護雇用に就いていることが条件である。所得制限がある。

4.4 ドイツ

従業員約85%をカバーする法定年金保険には、2種類の障害保険給付がある。部分的(職業)障害年金(BU)と全額(一般)障害年金(EU)である。EUの申請者は、どのような雇用からも通常の所得を得ることができないと考えられる人である。これには不定期の労働のみ可能な者や、その稼得能力が比較対照者(通常の労働者)の8分の1以下である者も含まれる。BUの受給資格を得るためには、被保険者の所得が病気や障害という理由で比較対象者の所得の50%以下であると評価されなければならない。

BUまたはEUの請求者は、仕事に復帰する目的で一定期間に徐々に就労時間を増やす「段階的リハビリテーション」に参加することができる。雇用主と従業員の間で締結する契約には就業時間、リハビリテーションの開始日と終了日、給与が規定されている。給与は給付金から控除されるが、給付資格はリハビリテーションの期間中も続くので、給付支給に中断はない。リハビリテーションが成功しなかった場合には、給付金はリハビリテーション参加以前の水準に戻る。

4.5 スウェーデン

スウェーデンの雇用対策は、社会保障との連携の下に行われている。給付の申請者は労働市場プログラムに参加することが求められている。

障害年金は基礎年金(定額年金)と付加年金(報酬比例年金)から支給される。基礎年金・付

加年金にはそれぞれ早期年金（永続的障害年金）と長期傷病手当（一時的障害年金）がある。早期年金は労働能力の低下が永続的な場合に支給され、労働能力の低下が永続的ではないが長期（通常1～3年）におよぶときには長期傷病手当が給付される。

1980年代、障害年金受給者数の増加、特に長期受給している人がかなり多いことが問題となった。1990年代に入ると、傷病手当の保障水準を下げ、障害者となった労働者のリハビリテーションの法的責任が雇用主にあるとした。社会保険事務所は雇用主に協力することが求められた。また、それまで障害年金の受給要件の中に含まれていた労働市場状況（たとえば長期間失業状態が継続していることが、就職の困難さを証明していることになる）が、1997年からは除外され、純粹に医学的理由からのみ障害年金は支給されることになった。

スウェーデンでは、障害等によって労働能力が制限されていてフルタイムの仕事ができない場合でも、その多くがパートタイム労働ならできると考えられている。従ってすべての所得保障にはパートタイム労働が設計に組み込まれている。障害年金にも1960年に「部分年金」が設定された。労働能力と働いた時間に応じて、100%、75%、50%、25%という4種類の年金支給率が決定される。障害年金受給者の4分の1が部分年金を受給している。

その他の国でも、社会保障と雇用政策の結びつきを強化している例は多々みられる。しかし、そのことが成果を挙げているかという点、かなり難しいようである。障害者雇用には費用がかかるという雇用主側の先入観は相変わらず強い。障害者にとってもいつ仕事を失うかという不安がつきまとう。これには障害状態の変化だけでなく、労働市場の変化、技術革新の度合いなど、いろいろな要素が関わっている。その場合、すぐに次の仕事が見つかるという可能性は低いことを障害者は知っている。それでも労働力が逼迫しているときはまだしも、不景気の中では障害者は高齢者や女性などと競争することになる。高齢者や女性と比べて障害者は、一般に教育や労働経験から不利な条件にあるといえる。

障害によって労働能力を制限されている者の生活基盤をまず所得保障で行い、障害者の働く機会を増やししながら徐々に所得保障からの脱却を目指し、それでも何かの理由で仕事を失ったときには安心して生活できるような所得保障の仕組みを作ることが、障害者の雇用促進にもつながるだろう。

5 所得保障の新たな方向

5.1 障害者の所得保障

現在、障害者の所得保障に関係するものとして、公的年金、生活保護、社会手当等がある（労災は労働災害によって障害を負った者を対象としているので、ここでは一般的なものを挙げた）。

年金は「生活事故に起因する労働＝稼働能力の喪失による貧困を事前に防ぐために、長期にわたって支給される現金給付」（ILOによる定義）である。それに対して、生活保護は「一時的な生活困窮者に国が責任をもって保護する」という目的をもったものである。「障害」の特徴を考えると、一時的な保護を目的とした生活保護よりも、長期にわたる生活保障である年金が所得保障の柱として適当である。

しかし、現状は年金制度が防貧機能を果たしておらず、生活保護が年金制度を事実上代替してしまっているといわれている。

年金制度は事前に決められた額が支給される制度であり、年金だけで所得保障がすべて事足りるわけではない。事後的に補足給付が行われる生活保護制度の方が個々のニーズにきめ細かく対応できるともいえる。しかし、生活保護制度はミーンズテストを伴い、スティグマがつきまとう。保護が世帯単位であることもあり、障害者が独立して生活することに対する抵抗も強い。最低生活基準が「線」なので、就業によって収入が増えると、その分だけ保護費が減らされる。収入がある程度（最低生活ラインを超える程度）までいかないと、就業によって生活水準が向上することは望めない。

年金制度を所得保障の柱として、個人のニーズ、特に障害に関連する支出（extra cost）には社会手当で対応する、というデザインが適切であろう。

5.2 障害者の生活における年金の位置

身体障害者の課税状況を見ると、所得税が非課税の者が半分近くいる。身体障害者の実態調査では65歳以上が6割近いので、所得税の非課税者が多いのは当然かもしれないが、それでも一般に障害者の収入は低いといえる。また生活保護の受給者も障害者世帯には多い。わが国では全体として生活保護受給世帯は0.8%程度であるが、傷病・障害者世帯は3.0%が被保護世帯である。

就業収入のデータをみても、身体障害者で障害程度が重度ではなく、男性で若ければ常用労働者として1ヶ月に15万円以上、多い場合は50万円の収入を得ることもできるかもしれない。しかし、概して障害者の就業収入は低い。就業収入の低さよりも問題なのは、障害者の就業率の低さである。就業している場合でも、身体障害者は一般雇用も多いが、知的障害者は作業所で働いている者が半分以上を占めている。作業所で働くということは、就業による収入の低さにつながる。

年金の受給状況を見ると、身体障害者の場合、障害に起因する年金を受給しているのは、全体で51.8%、65歳未満では48.1%と半分弱になる。また、年金を受給している人の半分は国民年金のみである。知的障害者では年金の受給率は高いが、知的障害者の場合、ほとんど国民年金のみとなる（初診日が20歳未満なので）。障害者の年金といった場合、国民年金を基本に考えていかなければならない。

年金を主な収入源と考えているのは、国民年金受給者が66.4%、厚生年金受給者では70.1%である。しかし、年金受給額は厚生年金等の被用者年金を受給している場合は決して低いとはいえないが、国民年金だけしか受給していない場合は、生活の基盤としては不十分である。障害基礎年金は働くことが困難である障害者の所得保障として支給されている。そうであるなら年金のみで少なくとも最低生活程度の額を支給すべきである。また、少なくとも国が「障害者」と認定した者については障害年金の普遍的な支給がなされるべきである。

5.3 障害年金の設計

日本の障害年金は老齢年金を基準に設定されており、この方法は他国でも用いられている。しかし、老齢年金受給者と障害年金受給者の経済的ニーズは異なっていると考えられるので、障害年金額を老齢年金を基準にするのは問題が多いといわざるをえない。

1985年の年金改革の国会審議において、老齢年金水準が生活保護水準よりも低いことが問題となったとき、厚生省から「老齢年金受給者には資産を構築する期間があり、年金だけで生活することを想定していないので、最低生活保障を目的とした生活保護よりも金額を低く設定した」という発言がみられる。老齢年金受給者であっても平均余命が長くなる中、退職後の生活を支えるのに十分な資産を構築できるものは多くないと思われるが、障害年金受給者、特に働き始める前に障害を負った者に「資産を構築する期間」はあまりないことが多い。老齢年金と障害年金は違うのである。年金財政の危機から年金制度の将来性までもが危ぶまれている現在、そして年金給付水準と現役世代の所得水準のバランス、さらには高年齢層の資産額の増大、長寿化の進展による高年齢層の就業継続の可能性などから、今後、老齢年金の給付水準が引き下げられる可能性

は大いにある。しかし、この議論の中で、老齢年金の引き下げはイコール障害年金の引き下げである、ということについてはほとんど問題にされていない。障害者の就業率もあまり変化のない今、障害者の年金給付水準を引き下げる理由はどこにもないはずである。しかし、老齢年金を基準に障害年金水準を決定している限り、障害年金も確実に引き下げられてしまうのである。

障害年金受給者の生活状況を考慮し、生活保障という観点から、障害年金は設計し直す必要がある。

5.4 就業の多様化に対応した所得保障のあり方

社会保障費支出は日本だけでなく各国の財政を圧迫している。諸外国では社会保障受給者に対してさまざまな労働奨励策がとられている（あまりうまくいっているとはいえないが）。社会参加の促進という視点から労働奨励策は意義のあるものといえるかもしれない。しかし、社会保障費削減のみを目指した労働奨励策は、生存権の保障という社会保障の基本原則から逸脱するおそれがある。いくら社会保障費の増大が財政にとって負担だからといっても、所得保障給付を受け取る人にとっては生きていくための必要不可欠なものなのである。

以下では、障害者の労働意欲を高めるような所得保障、特に年金の在り方を検討する。最もよいのは、障害者が働いていようがまいが、十分な額の年金を普遍的に支給することであろう。しかし、年金の財源には限りがあるので、就業収入と年金額の調整は必要となってくる。

① 在職老齢年金

年金と就業収入の組み合わせでヒントになるのは、在職老齢年金の設計である。老齢年金の支給は本来65歳からであるが、被用者（サラリーマン等）は60歳台前半で定年退職する者も多く、退職後から65歳までの間は無収入となる可能性も高い。そこで60歳台前半で被保険者資格を喪失した（被用者でなくなった）場合、被用者年金が支給される。在職中の被保険者については、収入に応じて年金額の一部または全額の支給が停止される。これが在職老齢年金である。

わが国では若年者人口が減少し、高齢者人口が増える傾向にある。若年者の減少に伴う労働力人口の減少と、高齢者が増えることによる年金支給額の増大への対応策として、高齢者の労働を奨励する政策がとられている。そこで60歳以降も働くことを促進するために、在職老齢年金は就業収入がある場合に年金額は減額されるが、就業収入が多いほうが、就業収入と年金の総額も多くなるように設計されている。「働いたほうが得」という仕組みを作っているのである（60歳台後半にも在職老齢年金制度があるが、基本的な考え方は60歳台前半と同様である）。障害年金

も在職老齢年金のような設計に変えることは可能であろう。

② 部分年金

アメリカで実施されている労働奨励策をみると、その多くが所得保障給付の受給者が労働機会を得て、最終的には労働収入によって生活をおくことをめざしているようである。イギリスの政策方針である「福祉から就労へ」にも同じような方向性がみえる。もちろん、それが可能な障害者も多数いるであろう。雇用支援サービスの充実は障害者の生活にとって重要である。給付の受給者から徐々に賃金稼得者へ移行していく、という方法はドイツやアメリカでみられる。給付を受けながらリハビリテーションを受けるというものである。もしリハビリテーションや職場復帰がうまくいかなかった場合には、受給権は確保される。

しかし、働く能力があるとしても、労働収入だけで生活するのは難しい障害者もいる。本人のインペアメントが原因だったり、環境が原因だったりするのだが、そういった者には、半永続的な所得保障給付が必要なこともある。それでも働くことによる社会参加の機会は常に提供されるべきである。そのようなことを可能にする1つの方法が部分年金である。

スウェーデンでは部分年金は部分的労働能力を持つ人を支援するという明確な意図をもっている。制度として年金の支給対象者にパートタイム労働者が含まれている。「所得保障給付への依存か、雇用支援サービス提供か」という二者択一ではない、社会参加の促進を念頭においた障害者支援の在り方がここにある。しかし、いくら部分年金を設定しても、年金受給者に十分な雇用支援サービスが提供されないと意味がない。フランスのように社会保障政策と労働政策の関連が希薄であると、労働能力がある程度はあるとされて部分年金の対象者になっても、生活が苦しくなるだけである。

わが国の障害年金の趣旨は働くことが難しい障害者の生活を支えることである。実際に働いているかどうかを受給資格の認定にうまく組み込まれているとはいえない。就業保障策との関連は薄いといえる。ところが、障害年金の受給状況をみると、働けない障害者の生活基盤とはなっていないことがわかる。無年金障害者問題は放置され、年金額は生活保護制度における最低生活水準には及ばない。

本章では多様な働き方を可能にする所得保障の在り方を検討することを目的に検討を続けてきた。一つの方法として在職老齢年金や部分年金を挙げたが、他の方法もあるだろう。その前提には、年金額の引き上げや普遍的な給付の徹底がある。ただ重要なことは、障害のある人が働くか働かないか、どのような形態で働くか、を自らの意思で選べるようにいろいろな選択肢があるこ

と、そしてどんな生き方を選んでも制度によって「損」をしないことである。

注

- 1) 本論で使用した統計の概要は以下のとおりである。

「身体障害者実態調査」

この調査は1951（昭和26）年に第1回が実施され、それ以降ほぼ5年ごとに行われている。厚生省が企画立案し、調査実施機関は市町村である（1996年以前の調査では福祉事務所が調査を実施していた）。身体障害者の障害の種類・程度・原因等の状況、日常生活の状況・福祉用具の所持状況、各種年金の受給状況、住宅状況及び障害別ニーズの状況などを調査している。調査対象者は全国の18歳以上の在宅する身体障害者である。本論では1996年調査を使用した。

「精神薄弱児（者）基礎調査」

この調査は知的障害児（者）の生活の実情とニーズを正しく把握するために実施されている。厚生省が企画立案し、福祉事務所が調査実施機関である。調査の対象者は全国の在宅する知的障害児（者）である。本論では1995年調査を用いている。なお調査のタイトルに「精神薄弱」が使用されているが、公的な資料で「知的障害」を使用することになったのは1999年であり、それ以前は「精神薄弱」が公的な名称であったためである。

「精神障害者の雇用支援に関する通信調査」

精神障害者雇用の実態と関係機関の雇用支援活動の現状と問題点を把握し、精神障害者雇用の促進のための環境条件整備の検討を行うための基礎資料を得ることを目的に実施された調査である。調査の主体は「精神障害者の雇用に関する調査研究会」（労働省職業安定局開催、座長岡上和雄）である。調査は「事業所調査」「労働機関調査」「医療・保健・福祉機関調査」の3つに分けられるが、本論では「事業所調査」のデータを使用した。

事業所調査は精神障害者雇用事業所等を対象とし、事業所が現在雇用している精神障害者のうちから任意に3人まで選んで、その本人の属性と職場配置、労働条件について回答を求めた。その結果、全体で565人についての記入があった。

「障害厚生年金受給者実態調査」

障害厚生年金の受給者を対象に、日常生活、就業状況、世帯の状況等を調査したものである。厚生省が1994年に実施している。

「国民年金障害年金受給者実態調査」

障害基礎年金の受給者の日常生活、就業状況、世帯の状況等を調査したもので、厚生省により1995年に実施されている。

文 献

- 厚生省大臣官房障害保健福祉部，1996，『平成7年度 精神薄弱児（者）基礎調査結果の概要』
厚生省大臣官房障害保健福祉部，1999，『日本の身体障害者・児』第一法規出版
厚生省年金局，1995，『障害厚生年金受給者実態調査結果報告書』
厚生省年金局，1996，「国民年金障害年金受給者実態調査の概要」『障害者問題雑誌』96年11月号
厚生統計協会，2001，「2000年国民の福祉の動向」『厚生指針』臨時増刊，第47巻第12号（通巻739号）
厚生統計協会，2001，「2000年保険と年金の動向」『厚生指針』臨時増刊，第47巻第14号（通巻741号）
財団法人社会福祉振興・試験センター，2000，『社会保障の手引き』

- 斎藤公生, 2000, 『福祉先進9カ国「社会保障、雇用、助成金、障害者教育等」の概要』筒井書房
- 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編, 1993, 『自立生活の思想と展望』ミネルヴァ書房
- 澤邊みさ子, 2000, 「欧米主要国における障害者の就労支援サービス 上・中・下」『リハビリテーション研究』
No.102, 103, 104
- 週刊社会保障編集部, 2001, 『社会保障便利事典 平成13年版』法研
- 障害者施策研究会, 2001, 『よくわかる障害者施策2001年版』中央法規出版
- 全国精神障害者家族会連合会 精神障害者社会復帰促進センター, 1997, 「障害者手帳・障害年金における障害評価に関する研究 その2」『障害者問題情報雑誌』97年7・8月号
- 総理府, 2000, 『障害者白書(平成12年版)』大蔵省印刷局
- 高野範城, 2001, 「障害者の所得保障の施策の検討」『障害者問題研究』2001.2 vol.28 no.4
- 高藤 昭, 1994, 『社会保障法の基本原理と構造』財団法人法政大学出版局
- 日本障害者協議会, 1998, 『障害者に関する総合計画提言』
- 無年金障害者の会, 1990, 『年金制度の谷間で』
- 森 隆男, 1995, 「障害者の所得保障」障害者職業総合センター 調査研究報告書 No.12『障害者労働市場の研究(2)』