

欧米諸国における障害給付改革

——障害年金を中心に

百瀬 優*

はじめに

- 1 アメリカにおける障害給付改革
- 2 スウェーデンにおける障害給付改革
- 3 ドイツにおける障害給付改革

おわりに

はじめに

近年、欧米では、障害者に対する所得保障給付（以下、「障害給付」とする）を巡る議論が活発になっている。例えば、OECDの障害者政策に関する報告書（OECD[2003]）や国連傘下のEuropean Centre for Social Welfare Policy and Researchによる11ヶ国の障害年金に関する事例研究（Prinz[2003]）において、障害給付の現状、改革の動向などが分析されている。

欧米諸国における老齢給付改革の動向については、我が国でも頻繁に紹介されているが、障害給付に関しては、『海外社会保障研究』No.140の特集「先進諸国の所得保障政策における障害給付の変化とその背景」があるものの、これまで、ほとんど取り上げられることはなかった。そこで、本稿では、欧米における障害給付改革の動向を紹介し、その内容について検討を行いたい。このような作業を通じて、日本における障害給付の改革に対して有意な示唆が得られると思われる。改革は多くの国で行われているが、そのすべてを対象とすることは不可能であるので、ここでは、福祉レジームの三類型⁽¹⁾のそれぞれの代表国であり、かつ、1990年代以降に障害給付の改革が進められているアメリカ、スウェーデン、ドイツを取り上げる。

本論に入る前に、本稿の検討対象を明確にしておきたい。まず、障害者に対する社会政策を考えるうえでは、福祉サービス、雇用政策など様々な領域からアプローチする必要があるが、本稿の対

*yu-momose@toki.waseda.jp

(1) 福祉レジームの三類型については、Esping-Andersen[1990]（岡沢・宮本監訳[2001]）を参照。

象は、障害者に対する所得保障給付に限定する。ただし、それと同一の制度内で主に受給者を対象として行われる就労支援・リハビリテーション給付については検討の対象とする。さらに、障害給付は、①雇用主が障害に対する補償責任を果たす目的で生まれた労災制度、②一般的な事故や病気による障害に対して生活費を保障するために制度化された給付制度、③障害者の特別な困難に伴う出費を補う手当制度、④公的扶助および類似の制度の4つに分類できる⁽²⁾が、本稿では、これら4つの分類の中で最も中心的な制度であり、かつ、近年、各国において改革が行われている②に議論を集中する。また、④についても、改革が行われている場合は、検討の対象とする。

1 アメリカにおける障害給付改革

(1) 障害者に対する所得保障プログラムの概要

アメリカでは、社会保障局 (Social Security Administration=SSA) によって運営される、社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance = SSDI) および補足的所得保障 (Supplemental Security Income = SSI) の2つのプログラムが障害者に対する公的な所得保障の柱となっている⁽³⁾。両プログラムが対象とする障害は、1年以上継続するあるいは死に至ることが予測される身体的か精神的な機能障害のために、実質的稼得活動 (Substantial Gainful Activity = SGA) ができないことと規定されている。2005年度においては、月830ドル以上⁽⁴⁾の所得があれば、SGAに従事しているものとみなされ、原則として、SSDI、SSIともに支給がなされない。この障害状態が継続しているか否かを審査するために、受給者に対する継続障害審査 (Continuing Disability Review = CDR) が行われている。CDRは、原則として、医学的に障害が改善される可能性があると判断された者について、3年ごとに定期的に行われるほか、受給者やリハビリ機関から医学的な改善の報告があった場合や受給者が稼得活動を行った場合に実施される。

SSDIは、民間企業の使用者、被用者、一定額以上の年収の自営業者を強制適用者とした社会保険制度である。適用対象者が、65歳未満で障害となった場合、障害となる直前の10年間で20四半期の被保険者期間があることおよび21歳から障害が発生した年まで毎年1四半期以上の被保険者期間 (最大40四半期まで) があることを条件として、5ヶ月の待機期間の後に給付が行われる⁽⁵⁾。給付額は、21歳から障害が発生した時点までの所得の平均額に基づいて算定され、物価スライドが行わ

(2) 一圓[2002]p.22を参照。また、山田[2001]p.174も、障害者本人に対する所得保障制度は、労災補償、年金、社会手当、公的扶助の4つに分類できるとしている。

(3) 両プログラムの概要についての記述は、SSAのサイトから入手可能な以下の資料を利用した。

・ Disability Benefits. <http://www.ssa.gov/pubs/10029.html>

・ Social Security Handbook. http://www.ssa.gov/OP_Home/handbook/ssa-hbk.htm

・ Social Security Act. http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/comp-ssa.htm

(4) ただし、視覚障害者については、1380ドル以上となっている。また、この金額は、全国平均賃金の増加に基づいて調整される。

(5) 給付に必要な条件については、若年者、視覚障害者の場合、特例が認められている。

れる。さらに、本人に対する給付に加えて、62歳以上の配偶者、18歳未満の子、障害を有する子等に対する家族給付も行われている。また、SSDI給付を24ヶ月受給した人々に対しては、公的医療保険であるメディケア（Medicare）が適用されることになっている。その他に、SSDIには、受給者が労働を開始するのを手助けする仕組みが存在する。まず、受給者が給付の削減なしに労働能力を試すことができる試行労働期間（Trial Work Period=TWP）が1960年の法改正によって導入されている。受給者が月額590ドル（2005年度）以上の稼得活動を開始した場合、その収入がいくらであっても、9ヶ月間はTWPとして計算され、その間は、SSDIの支給もメディケアの適用も継続される。9ヶ月のTWP終了後に、障害に対する再審査が行われ、そこで、SGAに従事できると判断されると、3ヶ月の猶予期間を経て、SSDIの支給が停止されることになる。さらに、支給停止後であっても、少なくとも3年間は、収入がSGAの水準を下回った月について、現金給付が行われる。その他、SSDI受給者のメディケアについては、TWP終了後も継続することが認められているが、これについては最近の改革との関連で後述する。

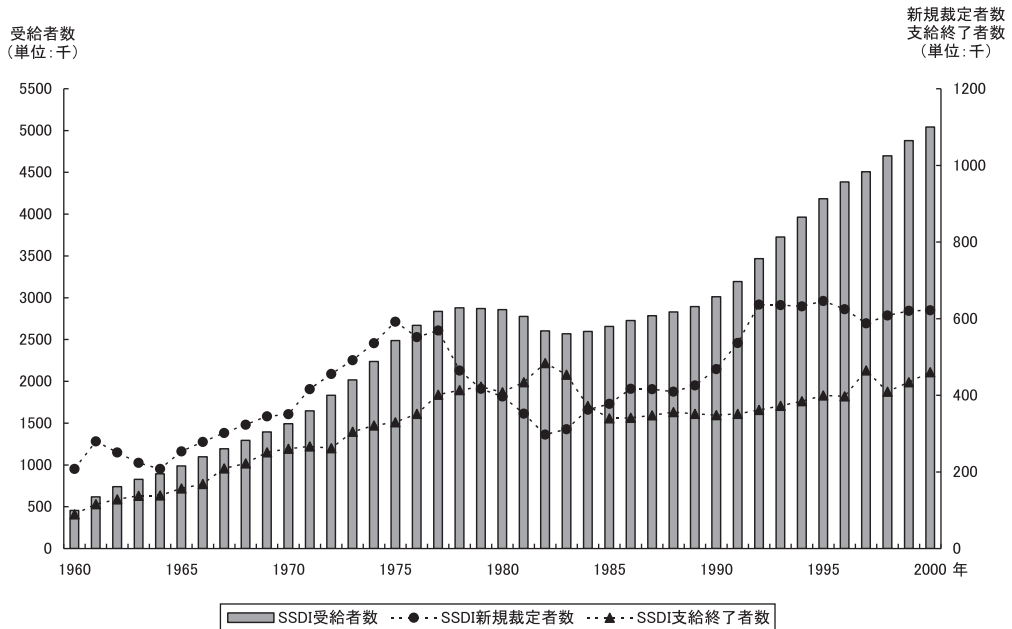
SSDIが拠出を前提とする社会保険制度であるのに対して、SSIは、所得および資産が一定水準以下の高齢者および全ての年齢の障害者に対して、所得・資産調査を前提として現金給付を行う制度である。制度の運営は連邦が行い、財源調達は連邦政府の一般会計から行われる。また、多くの州では、上乗せ給付が実施されている⁽⁶⁾。その他に、SSIの受給者は公的医療扶助であるメディケイド（Medicaid）の適用を受けることもできる。SSI受給者のメディケイドについても、就労を促進するために、就労の結果SSIが終了した後も継続適用がなされる可能性がある。

（2）改革の背景

SSDIは、1956年に導入されたが、当初は、長期間、無期限に継続するあるいは死に至ることが予期される障害に基づく所得の喪失を対象として、50歳以上65歳未満の被保険者に限定した年金給付を行っていた。その後、1960年代から70年代前半にかけて、年齢制限の撤廃（1960年）、障害の定義の緩和（1965年）、待機期間の短縮（1972年）など制度に対するアクセスを緩和する改革が行われるとともに、一人当たりの支給額も上昇した。その結果、この時期には、受給者数、給付総額ともに大きな増加が見られた（以下、図1、表1を参照）。このような障害給付プログラムの拡大を抑えるため、1970年代後半から1980年代初頭にかけて、政府は、認定基準の運用を厳しくする、あるいは、受給者に対する医学的再調査の実施を強化するといった対策をとり、これによって、新規裁定者の減少、支給終了者の増加が生じ、受給者数も減少傾向を示すようになった。しかしながら、給付の誤った打ち切りが生じるなど、こうした対応の行きすぎが次第に批判されるようになり、1984年の社会保障障害給付改革法（Social Security Disability Benefits Reform Act of 1984）が制定されるに至った。本法によって、給付を打ち切る際には、対象者が医学的に改善し、SGAに従事できることを示す実質的な証拠を政府が示さなければならなくなった。また、障害を認定する際には、苦痛を評価すること、重度でない機能障害が複数ある場合はそれを総合して判断することなども要

(6) SSIの上乗せ給付には州によって運営されるケースと連邦によって運営されるケースの2種類が存在する。

図1 アメリカ：SSDI（受給者数・新規裁定者数・支給終了者数）の推移



出所：Social Security Administration. Social Security Bulletin: Annual statistical supplement. (各年版)より作成。

表1 アメリカ：社会保障障害保険（SSDI）および補足的所得保障（SSI）の推移

	SSDI 給付総額 (百万ドル)	SSDI 受給者数 (千人)	SSDI 新規裁定者数 (千人)	SSDI 支給終了者数 (千人)	SSI 給付総額 [障害者]* (百万ドル)	SSI 受給者数 [障害者]* (千人)
1960	568	455	208	89		
1965	1573	988	253	157		
1970	3085	1493	350	260		
1975	8505	2489	592	330	3143	2026
1980	15515	2859	397	408	5014	2355
1985	18827	2657	377	340	7755	2669
1990	24829	3011	468	348	12521	3404
1995	40923	4185	646	399	22779	5095
2000	54983	5042	622	460	26190	5349

注*：視覚障害者およびその他の障害者にかかわる給付総額・受給者数を合計している。

出所：Social Security Administration. Social Security Bulletin: Annual statistical supplement. (各年版)より作成。

求されるようになり、厳格な運用が見直されるようになっていった⁽⁷⁾。

その後、1990年代に入ると、短期的には、前述の改革によって制度の運用が寛大になったことや、

(7) その他にも、1984年の改正法は、政府に対して、精神的障害を評価する基準を改めることを要求し、その改訂が終わるまでは、精神障害に対する定期的な再審査を猶予することを求めている。SSDIの歴史について詳しくは、Berkowitz and Burkhauser[1996]、Bound and Burkhauser[1999]を参照。また、各改正の内容については、菊池[1998]も参照。

1990年代初頭の経済状況の悪化によって、そうでなければSGAに従事できたであろう障害者が給付を申請するようになったこと、長期的には、高齢化によって、確率的に障害となる可能性が高い高齢者が増加したことなどから、新規裁定件数の伸びは顕著となった⁽⁸⁾。その一方で、主に、死亡、65歳への到達、障害状態でなくなることの3つの理由によって生じる支給終了の件数にはそれほどの変化が見られなかったため、受給者数が大きく増加した。また、障害を理由とするSSIの受給者についても、1990年代に急速に増加している。

障害給付受給者が増大すると同時に、1990年代には、障害者の就業率の低下も見られる⁽⁹⁾。障害をもつアメリカ人法（Americans With Disabilities Act of 1990=ADA）では、障害者の雇用については、事業主に対して過度な負担が生じない範囲で障害者に対する合理的な配慮を義務付けており、それによって、雇用に関する障害者差別の禁止を実現することが図られた。しかしながら、ADAの成立は、障害者の就業の増加という面では、必ずしも効果を発揮しておらず、むしろ、マイナスの影響を与えてさえいると指摘されている⁽¹⁰⁾。障害者の就業率の低下は、ADAにおいて障害者に関する国家的目標とされた、機会均等、完全参加、自立生活、経済的独立といった理念から見て、望ましくないだけでなく、新規裁定件数の増加、支給終了件数の停滞という両面で、障害給付の拡大をもたらす要因にもなっていると考えられる。

このような障害給付受給者の拡大と障害者就業率の低下という状況を背景として、1990年代中盤から終盤にかけての障害給付改革が行われた。以下では、社会保障の独立とプログラムの改善に関する法（Social Security Independence and Program Improvements Act of 1994）と就労チケットおよび就労インセンティブ改善法（Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act of 1999）を取り上げて、その内容を見てみたい。

（3）社会保障の独立とプログラムの改善に関する法

1994年8月15日に制定された社会保障の独立とプログラムの改善に関する法は、1995年3月31日より、SSAを保健福祉省（Department of Health and Human Services）から分離し、独立の連邦行政機関とする法律である。同時に、本法には、障害給付プログラムに関連するいくつかの改革も含まれていた⁽¹¹⁾。

まず、SSDI、SSIともに、薬物依存およびアルコール依存から生じる障害については、1997年1月より、すでに受給している者も含めて、給付を行わないこととされた。1980年代以降、薬物依存

(8) 障害年金の申請件数および新規裁定件数の増加要因については、Fisher and Upp[1998]pp.291-292が簡潔にまとめている。また、日本語の文献では、寺島[1999]が詳しい。

(9) Current Population Surveyのデータでは、1989年から2000年にかけて、障害を有しない男性の就業率にはほとんど変化がないのに対して、障害を有する男性の就業率は22%低下している。Stapleton, Burkhauser and Houtenville[2004]を参照。

(10) DeLeire[2000]は、Survey of Income and Program Participationのデータを用いた実証分析によって、ADAの成立によって障害者の就業率が低下したことを確認している。その理由として、ADAに対応するためのコストが大きいため、障害者雇用に対する需要が減少したことが指摘されている。

(11) 社会保障の独立とプログラムの改善に関する法について詳しくは、DiSimone[1995]を参照。

およびアルコール依存から生じる障害に対する給付が増加しており、例えば、SSIでは、1984年に薬物依存およびアルコール依存から生じる障害による受給者は、SSI全体の受給者の0.2%に過ぎなかったが、1993年にはその割合が2.6%に上昇していた。一方で、SSIは無拠出制の制度であるため、国民感情に配慮すれば、薬物依存およびアルコール依存による障害に対してまで寛大に給付を行うことは困難であった。次第に、こうした給付は乱用と批判されるようになり、結果としてSSDIも含めて、給付の制限が行われることになった。この取り扱いによって、13万人近くの受給者の給付が打ち切られたと指摘されている⁽¹²⁾。

ついで、障害をもつ児童がSSIを受給するための評価基準の見直しが進められることとなった。SSAは、1990年の最高裁判決によって、児童の精神的障害を評価するための基準の変更を要求され、それ以前よりも緩やかな基準を新たに採用するようになっていた。その結果、SSIを受給する児童は評価基準の変更前と比較して3倍近くにまで増大した⁽¹³⁾。SSI受給の児童が増加するにつれて、例えば、児童の親が児童に対してわざと障害があるかのように振舞うことを指導しているケースなど、SSIの不正利用に対する苦情が教師や学校心理士などから指摘されるようになり、それがメディアでも取り上げられるようになった。本法では、こうした乱用の増大に対応するために、児童の障害の評価基準の見直しを進めるための委員会の設置が規定された。

また、障害給付受給者に対して、受給資格が継続しているか否かを調べるために行われる再審査の回数を増加させることも決められた。SSAは、1996年、1997年、1998年の財政年度ごとに、最低でも10万人のSSI受給者、さらに18歳から19歳までのSSI受給者の1/3について、CDRを実施することが求められた。その他、障害給付プログラムに関する詐欺に関与した個人や組織に対して発動される法的な制裁措置が強化された。これによって、SSDI給付、SSI給付に対する不正な申請を予防、発見、終了させるために行いうるSSAの権限が高められた。

本法では、主に障害給付へのアクセスを厳格化するとともに、不正を少なくするための手段を強化することを通じて、障害給付受給者の増大を抑制することが図られた。こうした手段が先行した後に、障害者の就労を支援することで、受給者の増大を抑制するための障害給付改革が行われることになった。

(4) 就労チケットおよび就労インセンティブ改善法

1999年12月17日に制定された就労チケットおよび就労インセンティブ改善法（TWWIIA）では、主に、障害給付受給者に対するリハビリテーションサービス、および、公的なヘルスケアサービスの適用に関して、改革が行われた⁽¹⁴⁾。

(12) Kuptsch and Zeitzer[2001]Box 8.2を参照。

(13) Social Security Bulletin: Annual statistical supplementによって、SSIを受給する児童の数（州運営による上乗せ給付を除く）の変化を見ると、1989年の26万人が1993年の72万人まで上昇している。

(14) 就労チケットおよび就労インセンティブ改善法の概要については、SSAのThe Work Site (<http://www.ssa.gov/work/index.html>)、就労チケットプログラムの運営を委託されているMAXIMUS社のサイト (<http://www.yourtickettowork.com/>) の各資料をもとに記述した。その他、Silverstein and Jensen[2000]およびSocial Security Administration[1999]も利用した。

① 就労チケットプログラム（Ticket to Work and Self-Sufficiency Program）

TWWIAによる改正のひとつは、就労チケットプログラムの導入である。

従来社会保障法では、できるだけ多くの障害給付申請者が生産活動に戻ることができるようにするために、SSAは、障害給付申請者を速やかに州職業リハビリテーション機関（State Vocational Rehabilitation Agency=VRA）⁽¹⁵⁾に照会しなければならないとされていた。その一方で、障害給付受給者に対しては、正当な理由無く職業リハビリテーションサービスを拒否した場合には、給付減などの制裁措置が行われるという規定が存在していたので、一見すると受給者に対するリハビリ給付が重視されてきたように思われる。しかし、実際には、障害認定を行う州機関が対象者を照会すべきか否かを判断していたが、そこからVRAに照会される者は新規裁定者の8%程度と言われており、さらに、その10%弱にしかサービスが提供されておらず、障害給付受給者のリハビリテーションの利用機会は極めて制限されていた⁽¹⁶⁾。

それに対して、本法によって導入される就労チケットプログラムでは、SSAは、原則として、医学的な改善の可能性のある18歳以上65歳未満の障害給付受給者全員に対して、就労チケットを郵便で送ることになる。障害給付受給者は、SSAによって認可された複数のサービス供給者から自らに適切な供給者を選択し、そのチケットを使用して、無料で就労支援サービスを利用することができる。プログラムへの参加は任意であり、仮にチケットを利用しなくとも、障害給付の受給資格には影響がない。こうした仕組みにより、障害給付受給者がリハビリテーションサービスを利用できる可能性は大きく高まった⁽¹⁷⁾。

新たに導入された就労チケットプログラムは次のような内容となっている。

本プログラムの管理運営は、SSAと契約を行った民間のMAXIMUS社が行う。MAXIMUS社はプログラムマネージャーとして、サービス供給者の募集および監視、受給者のプログラム利用支援、相談業務、その他制度全般の運営についての責任を有する。SSAは、プログラムマネージャーが契約どおりの業務を遂行できない場合には、その契約を打ち切る必要がある。

サービス供給は、雇用ネットワーク（Employment Network=EN）が担う。ENはSSAによって認可された公的機関あるいは民間団体であり⁽¹⁸⁾、2005年6月において全米で1319箇所存在している。また、従来から存在するVRAもサービス供給機関として存続する。ENを利用する障害給付受給者は、職業に関する到達目標、その目標のために必要なサービスや支援、利用条件、利用者の権利などが記載された個別就労プラン（Individual Work Plan）に署名するとともに、チケットをEN

(15) VRAは1973年のリハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）に基づいて各州に設置された機関である。VRAがSSDIとSSIの受給者に対して提供した職業的リハビリテーションサービスの費用については、サービスを受けた受給者が9ヶ月以上継続してSGAに従事した場合に、償還払いされてきた。2005年6月現在、VRAは全米で79箇所存在している。

(16) United States General Accounting Office[1998]pp.4-5を参照。

(17) 就労チケットプログラムの導入により、リハビリテーションの拒否に対する制裁やVRAへの速やかな照会といった規定は廃止された。

(18) ENになることのできる組織の具体例としては、政府機関やリハビリテーションサービスを専門に供給する機関だけでなく、就職紹介会社（Staffing Company）、雇用主、病院、学校、保険会社などがあげられる。

に預ける。その後、ENがプランに基づいて、チケット利用者に、職業リハビリテーション、教育訓練、仕事の紹介およびその他の雇用支援活動を行うことになる。また、ENについては、利用者に適切なサービスを提供することができないと判断した場合に、チケットの受け取りを拒否することが認められる。ただし、VRAはチケットを受け取らなければならないと規定されており、全てのサービス供給機関においてチケットの受け取り拒否が認められているわけではない。一方、利用者には、サービス開始後であっても、サービス供給機関を変更することが認められている。

ENに対する報酬は、成果主義をベースとしており、ENは利用者を就労に結びつけることによって、はじめて報酬を得ることができる。これは、リハビリを通じて、利用者を労働市場に参加させるようENが努力するインセンティブを高めるための仕組みと評価できる。具体的な支払い方式は2種類用意されているが、いずれもその基本となるのは、利用者である障害給付受給者が就労することによって、SSDIあるいはSSIを受け取らなくなった場合に、60ヶ月を上限として、SSDIあるいはSSI給付月額的一定割合をENに対して毎月支払うという形である⁽¹⁹⁾。この報酬のために必要となる費用は、チケット利用者がSSDI受給者の場合、高齢遺族保険の基金および障害保険の基金から、SSI受給者の場合は、SSIの財源から調達される。

就労チケットプログラムは、2002年に13の州で開始され、その後3年の期間を経て、段階的に全米で導入されている。また、就労チケットプログラムに関連して、チケットを使用している障害給付受給者に対しては、定期的に予定されているCDRの実施が延期されることが規定されており、チケット利用に対するインセンティブが高められている。

② 公的医療保障の適用拡張

就労チケットプログラムの導入とともに、TWWIAでは、障害者に対する公的医療保障の適用の拡大が図られている。

全国民をカバーする公的医療保障制度がないアメリカでは、障害給付受給者にとって、障害給付と結びついたメディケアやメディケイドの適用を失うことが、就労をすることに対する障壁となっていた。それゆえに、就労によって障害給付を受給しなくなった後も、継続的に公的なヘルスケアサービスを利用できるようにすることが、障害者の就労インセンティブを高めることにつながる。また、それだけでなく、雇用主にとっても、障害者を雇用することによって生じうる医療費負担が軽減され、障害者を雇用することに対する障壁が低下することも考えられる。

本法では、メディケア、メディケイドともに、障害を持ちながら働く者にとって、その利用可能性が拡大されている。

(19) サービス供給に対する報酬の仕組みとしては、Outcome Payment SystemとOutcome-Milestone Payment Systemの2種類が存在する。Outcome Payment Systemは、受給者が労働によって給付を受け取らなくなった月について、毎月、SSDIあるいはSSI給付の平均月額の40%をENが受け取る（最大60ヶ月まで）というものである。Outcome Payment Systemでは、TWPの期間など、就労しつつも、給付が続けられる場合は、支払いがなされないが、Outcome-Milestone Payment Systemでは、対象者がSGAを超える収入で労働した場合、その長さに応じて、4段階の支払いがなされるとともに、給付を受け取らなくなった場合は、SSDIあるいはSSI給付の平均月額の34%を受け取ることができる。ENは上記二つの方式から選択することができる。また、VRAは従来どおりの支払い方式を利用することもできる。

まず、TWWIA以前では、SSDI受給者が就労した場合、TWP期間の9ヶ月については、保険料無料でメディケア（パートA）の適用が継続され、さらに、その終了後も39ヶ月間はその適用が継続されていた。TWWIAにより、この延長期間が改正され、TWP終了後も、メディケアの適用が93ヶ月は継続されることになり、TWP期間も含めれば、SSDI受給者は就労を開始してから8年半はその適用を受けることができるようになった。

また、メディケイドの利用可能性も向上している。従来、SSI受給者については、受給者が労働した場合、その収入に応じて、SSI給付が減額されるが、その額がゼロとなるまでは、メディケイドの適用を受けることが可能であった。また、その後も、障害状態にあり、働き続けるためにメディケイドを必要とし、さらに、総収入がSSIとメディケイドと公的な介護サービスを合計した額に取って代わるほど充分でない場合には、メディケイドの継続的適用が認められた。

その他では、1997年の均衡予算法（the Balanced Budget Act of 1997）が、各州に対して、SSIの障害基準を収入以外に関しては満たすものの、収入があるためにSSIが受給できない障害者について、貧困水準の250パーセント以下であれば、メディケイドの適用を認める選択肢を与えていた。この仕組みはメディケイド購入制度（Medicaid Buy-In）と呼ばれ、対象者は、収入に応じた保険料を支払うことで、メディケイドの適用を受けることができた。TWWIAでは、メディケイド購入制度の範囲が拡大され、各州は、独自に設定する収入基準で16歳以上65歳未満の働いている障害者にメディケイドを提供できるようになった。さらに、上記規定によってメディケイドの適用を受けていた者の障害が改善し、SSIの障害基準を満たさなくなった場合も、継続してメディケイドの適用を行う選択肢も認められた。これに関連して、障害者の雇用可能性を増加させるためになされる各州の努力を支援することを目的としたメディケイド基盤補助金プログラム（Medicaid Infrastructure Grant program）が創設された。このプログラムは、2001年度開始の11年間の補助金プログラムで、最初の5年間で1.5億ドルの予算が充てられており、各州はメディケイド購入制度や障害者に対する介助等を発展させるために補助金を使用することができる。

③ その他（給付の迅速な復権、就労インセンティブ啓発プログラム）

本法では、就労チケットプログラムや公的医療保障の適用拡大の他にも、様々な方法で、就労インセンティブを高める手段が講じられている。

まず、就労によって障害給付の資格が終了した後に、再び医学的理由により就労できなくなった場合、新たな給付申請手続きを行うことなしに、障害給付（メディケア、メディケイドを含む）に対する従前の給付資格を復権させることを要求できるようになった。ただし、この給付の迅速な復権（Expedited Reinstatement of Benefits）については、給付が終了してから60ヶ月以内にその要求を行う必要がある。対象者は、医学的状況に関する審査がなされる間、最長6ヶ月にわたって、一時的な給付（メディケア、メディケイドを含む）を受給できる。審査の結果、要求が承認されれば、本人給付、家族給付ともに、その受給資格が直ちに復権される。もし、彼らが障害でないとわかった場合でも、一時的な給付は過剰支払いとは考えられないことになっている。

また、本法は、SSAに対して、就労インセンティブについての正確な情報を広めるために、各地で、就労インセンティブ啓発プログラム（Work Incentives Outreach Program）を行うことを命じている。その他、SSAの雇用支援プログラムについての正確な情報を提供できるような専門家を育

成することも要請している。

以上で整理したように、本法では、障害給付受給者に対して、就労チケットプログラムを導入し、彼らの就労を手助けするサービスに関する選択肢を増加させること、および、公的医療保障制度の利用可能性の拡大やその他の手段を通じて、就労を開始するにあたっての障壁を取り除くことが図られた。その結果として、より多くの障害者が労働市場に参加すると同時に、公的給付への依存を減らすようになることが期待されている。

2 スウェーデンにおける障害給付改革

(1) 障害年金（旧制度）の概要

スウェーデンでは、1998年の公的年金改革以降、障害給付プログラムにも大きな変更が見られているが、それまでは、最低生活の保障を目的とした定額給付を行う国民基礎年金（AFP）および従前所得を保障することを意図した報酬比例給付を行う国民付加年金（ATP）、両制度の障害年金が障害者に対する公的な所得保障を担ってきた⁽²⁰⁾。両制度ともに、受給要件を満たす障害者に対しては、その障害が永続すると見込まれる場合は、恒久的障害年金（Förtidspension）が、1年以上継続するものの回復の見込みがある場合は、一時的障害年金（Sjukbidrag）が給付されることとなっていた。これらの障害年金の内容は、改革直前の時点では次のようになっていた⁽²¹⁾。

まず、国民基礎年金では、一定の障害状態、具体的には、医学的理由に基づき、労働によって自身の生計を保つ能力が1/4以上喪失した状態に該当する16歳から64歳までのスウェーデン居住者に対して、基礎部分としての障害年金が支給された。給付額について見ると、労働能力を100%喪失した場合に老齢年金と同額、すなわち、単身者の場合、基礎額⁽²²⁾の96%で、以下、障害の程度によって、その3/4、1/2、1/4となっていた⁽²³⁾。その他に、後述の国民付加年金による障害年金が受給できない、あるいは、低額の場合には、基礎額の48%に相当する補足給付が支給された。国民基礎年金の財源については、使用者および自営業者の年金保険料と国庫負担によって賄われていた。

一方、国民付加年金では、一定の障害状態に該当する16歳から64歳までの被保険者で、障害状態になる前に、基礎額以上の所得が1年以上あった場合に、基礎部分の上乗せ給付としての障害年金が支給された。給付額は、障害の程度に応じて、年金ポイントと基礎額を基に計算される老齢年金

(20) その他、介助や移動に伴う特別の出費を補填するための手当として、障害手当（Handikappersättning）、援助手当（Assistansersättning）、移動手当（Bilstöd）が存在する。また、障害を有する児童を養育する親に対しては、障害児手当（Vårdbidrag）が支給される。

(21) スウェーデンの障害年金（旧制度）については、木村[2002]、Kruse[2003]を参照。

(22) 各種社会保障給付の計算の基礎となる基準で、平均賃金のほぼ1/4に相当し、消費者物価指数に連動して毎年改定される

(23) 1993年1月から、財政負担の軽減のため、公的年金制度の基礎額には、通常的基础額から2%控除した減額基礎額が導入されており、実質的には、基礎額×98%×96%で、基礎額の約94%の支給となっていた。また、1993年までは、障害年金の給付額は、障害の程度に応じて、老齢年金と同額、その2/3、1/2となっていたが、障害の認定が、労働能力を1/4以上喪失した状態に変更されたことにあわせて、給付額も変更された。

と同額、その3/4, 1/2, 1/4となっていた。年金ポイントとは、過去の所得を現在価値に再評価するための指標で、各年の年金ポイントは、「(その年の所得⁽²⁴⁾ - その年の1月の基礎額) / (その年の1月の基礎額)」で求められた。国民付加年金の老齢年金は、16歳から64歳までの各年の年金ポイントで高い方から15年間の平均値×支給日の基礎額×60%で計算され、加入期間が30年未満の場合には、不足する1年につき1/30ずつ減額される形となっていたが、障害年金の場合は、救済措置として、障害が発生した年から65歳に達するまでの間について、障害状態にならなければ得られていたであろう「みなし年金ポイント」が被保険者に対して認められた。これによって、若くして障害となった場合にも、年金給付額が低額にならない仕組みとなっていた。国民付加年金の財源については、1994年まで使用者および自営業者の年金保険料で賄われてきたが、1995年からはそれらに加えて、被用者の年金保険料負担が導入された。

(2) 障害年金の展開

1970年代以降のスウェーデンの障害年金の展開において特徴的であったのは、労働不能をもたらす原因として、医学的なものだけでなく、労働市場の状況も考慮されるようになったことである。1970年には、63歳以上の高齢者（1974年に60歳以上に引き下げ）に関しては、障害状態の要因として、医学的な理由と同時に労働市場の状況も考慮されるようになり、1972年以降は、労働市場の悪化により就業ができない高齢者は医学的な理由がなくとも障害年金を受給できるようになった。55歳以上の高齢者に対する失業給付の最長期間が1年9ヶ月であったため、58歳3ヶ月の者が失業した場合、健康上の制約がなくとも、失業給付と障害年金を続けて受給することによって、事実上労働市場から引退することが可能であった⁽²⁵⁾。このように失業による労働不能が障害年金の対象と認められたのは、高齢者を労働市場から退出させることによって失業率を低下させるという狙いがあり、こうした仕組みは、潜在的な失業者を吸収し、失業年金の役割を果たしたが、1970年代から80年代を通じて、障害年金の新規裁定者数、受給者数、給付費用ともに増大するようになっていた（以下、表2参照）。こうした状況の中、社民党政府は障害年金の改革問題を検討する調査会を設置し、1991年に、そこでの提案を採用し、労働市場の理由のみによる障害年金の支給を廃止した⁽²⁶⁾。さらに、1997年からは、医学的理由と労働市場状況を複合的に考慮して支給する障害年金を廃止し、それ以降は医学的理由による障害に基づいてのみ障害年金が支給されることとなった。また、給付額についても、1993年の減額基礎額の導入により、老齢年金と同様に障害年金の給付額も削減された。こうした取り扱いによって、1990年代には新規裁定者数の減少が生じるとともに、受給者数および支給総額の伸びが抑制された⁽²⁷⁾。

障害年金については、1990年代前半から中盤にかけて、障害認定における労働市場要因の排除という改革が行われたが、老齢年金については、1998年に、二階建て年金制度から単一の所得比例年金制度への改編、拠出建ての賦課方式への移行と積立方式の一部導入、保険料率の長期固定化、自

⁽²⁴⁾ 算定の対象となるその年の所得は、基礎額が下限、基礎額の7.5倍が上限。

⁽²⁵⁾ Wadensjö and Palmer[1996]pp.140-141を参照。

⁽²⁶⁾ Paster[2002] IV.3を参照。

⁽²⁷⁾ 1990年代中盤までの障害年金の展開について詳しくは、木村[2002]を参照。

表2 スウェーデン：障害年金（支給総額，受給者数，新規受給者数）の推移

	支給総額 (百万スウェー デン・クローネ)	受給者数 (千人)	新規受給者数 (千人)
1970	-	188	44
1975	-	289	45
1980	10500	294	45
1985	17900	323	51
1990	28700	361	51
1995	40000	420	39
1998	40000	422	35

注：-は不明。

出所：Kruse[2003]p.370 Table1を簡略化して作成。

動財政均衡メカニズムの導入，全額国庫負担の最低保証年金の創設などを内容とする劇的な改革が行われた。そして，その改革が要因のひとつとなって，障害年金の給付体系にも変革が行われることとなった。

(3) 新しい障害給付プログラムの概要とその特徴

1998年の公的年金改革によって，1999年1月から障害年金は老齢年金から切り離されて運営されていたが，その後，2001年の法改正によって，2003年1月から，従来の障害年金が廃止され，新しい給付として，疾病補償給付（Sjukersättning）と活動補償給付（Aktivitetsersättning）が導入されることとなった。以下では，この新しい障害給付制度を概観する⁽²⁸⁾。

新制度では，恒久的あるいは1年以上の長期に渡って，労働能力を1/4以上減少させる，医学的理由に基づく障害状態にある者が，一定の要件を満たした場合に，その者が19歳から29歳であれば活動補償給付が，30歳から64歳であれば疾病補償給付が給付される⁽²⁹⁾。両給付の大きな違いは，給付期間に見ることができる。疾病補償給付は，受給者の障害が恒久的に続くとは推定される場合，64歳まで継続的に支給され，障害に回復の見込みがある場合には，期間を区切って支給されるという形をとっている。それに対して，活動補償給付では，障害の状態にかかわらず，給付期間の長さには制限があり，一度に受給できる期間は最大で3年間となっている。給付期間が終了すると，引き続き給付に対する権利があるか否かの審査が行われ，それに基づいて，給付の継続が廃止が決められる。

両給付には，所得比例給付の形式と最低保証給付の形式での給付がある。所得比例給付は次のよ

(28) 疾病補償給付と活動補償給付の概要については，以下の資料をもとに記述した。

- ・ Socialdepartementet(Ministry of Health and Social Affairs). "Sickness compensation/activity compensation-The Reformed Disability Pension System". <http://www.regeringen.se/content/1/c4/04/81/bcab3adb.pdf>
- ・ Bertelsmann Foundation. "Sickness compensation and activity compensation instead of early retirement pension". http://www.reformmonitor.org/httpd-cache/doc_reports_2-2191.html
- ・ Handikappförbunden(Swedish Disability Federation). "Sickness and Activity Compensation". <http://rattsskydd.hso.se/start.asp?sida=3062>

(29) 教育期間の長期化を理由に，支給開始年齢が16歳以降から19歳以降に引き上げられている。それに伴って，障害児手当の支給上限年齢も19歳に引き上げられている。

うになっている。所得比例給付の形式の疾病補償給付および活動補償給付を受給するためには、障害となる前に少なくとも1年間、労働所得もしくはそれに相当する所得を得ていたことが要件となる。労働所得に相当するものとしては失業給付金や奨学金なども認められる。その給付額は、資格所得に基づいて計算される。資格所得とは、障害となる前の一定期間における年間所得のうち、最も高い3年間を平均したものである。この一定期間の長さは受給者の年齢により異なっており、53歳以上で5年間、50歳から52歳で6年間、47歳から49歳で7年間、46歳以下では8年間となっている。また、活動補償給付では、その受給者となる若年障害者の場合、所得を得ていた期間が少ないことがあるため、計算に特例があり、過去3年間の年間所得のうち、最も高い2年間を平均した額を用いて計算することもできる。給付の基本となる額は、以上のような方法で計算された資格所得の64%である。実際には、障害の程度に応じて、計算された給付額の100%、3/4、1/2、1/4が給付されることになる。1998年改正以降の新しい老齢年金では、受給開始年齢までの保険料納付総額およびその運用利回り（賦課方式部分については、みなし運用利回り）の合計額を基にして給付額を決定するという形で、給付額が保険料納付総額とリンクした給付設計であるのに対して、新しい障害給付では、給付額は直近の所得の一定割合を保障するという形であり、老齢年金とは全く異なった給付設計になっていることがわかる。所得比例給付の財源には、医療保険料が充てられる。

一方、最低保証給付の形式の疾病補償給付および活動補償給付は、前述の所得比例給付が受給できない、あるいは、それが最低保証額に満たない場合に支給される。受給するためには、障害となる前に3年以上スウェーデンに居住していたことが必要となる。最低保証額は、受給者が21歳以下の場合、基礎額の2.10倍で、年齢とともに上昇し、29歳で2.35倍、30歳以上は2.40倍となる。所得比例給付同様に、障害の程度に応じて、この最低保証額の100%、3/4、1/2、1/4が給付される。また、所得比例給付を受給できる場合は、最低保証給付は、その分だけ減額されて給付されることになる。従来の国民基礎年金における基礎額の96%という給付水準と比べると大きく水準が上昇しているように見えるが、補足給付の廃止と税制優遇の変更により、実質的にはほとんど変化していない。また、従来の国民基礎年金では、老齢年金額と労働能力を完全に喪失した場合の障害年金額が等しくなっていたのに対して、新しい公的年金制度の老齢年金の最低保証額は原則として基礎額の2.13倍となっており、最低保証給付においても、給付額は老齢年金と切り離されている。最低保証給付の財源には、租税が充てられる⁽³⁰⁾。

その他、障害者の社会活動を支援するために、次のような仕組みが導入されている。障害給付受給者、とりわけ活動補償給付の受給者に対しては、受給期間中に、社会活動へ参加することが奨励されることとなっており、その際には、社会保険事務所（Försäkringskassan）が、活動のプランニングやコーディネイトなどを通じて、受給者を支援することになっている。また、障害者の就労

⁽³⁰⁾ 最低保証給付の形式の疾病補償給付および活動補償給付は、受給者がスウェーデンに40年間居住していない場合は、その不足分に比例して減額されることになっている。ただし、従来の障害年金において存在した「みなし年金ポイント」と同様の原理で、障害となった後の期間については、居住期間とみなされる。そのため、若くして障害となった場合も、居住年数による減額無しで最低保証給付を受給できる。この点については、保健社会省のP-O Bårén氏からE-mailにて説明を受けた。居住年数による減額が適用されるのは移民者等のケースに限られると思われる。

促進のため、活動補償給付の受給者に対して、受給権を喪失することなしに、試用的な雇用に着くことなどによって、自身の労働能力を試すことを認めている。疾病補償給付の受給者についても、1年間という制限があるものの、同様のことが認められている⁽³¹⁾。その他に、活動補償給付では、受給者が障害によって義務教育および高等教育を終えることができている場合、それを終えるまでの間、労働能力に関する医学的査定なしに、算定された額の100%が給付されることになっている。

以上で整理したスウェーデンの新しい障害給付制度の特徴は、障害年金が老齢年金から切り離され、医療保険の一部へと移行されたこと、および、若年障害者に対する所得保障と自立支援の結合が強化されたことにあると言える。

まず、改革前の障害年金は老齢年金といくつかの点で関連していたのに対して、新しい制度ではその関連が断ち切られた。1998年の改革によって、老齢年金では、長期的に保険料率を18.5%（労使折半）に固定し、原則として、「16%に相当する賦課方式の部分について、年金受給開始年齢までに納付した保険料総額およびみなし運用利回りの合計額⁽³²⁾を年金受給開始年齢の平均余命で除した額」と「2.5%に相当する積立方式の部分について、年金受給開始年齢までに実際に積み立てられた保険料およびその運用利回りの合計額を基に保険数理的に計算される額」を合計するという形で年金給付額を決定することになった。それに対して、障害年金では、一般的に、受給者が障害となる前に保険料を拠出できる期間が短くなる一方で、受給者の所得保障に対するニーズは大きいため、拠出と給付の対応関係を強化するという考え方には馴染まない性格を持っている。すなわち、従来の国民付加年金の給付額の計算において、障害となったときから65歳までのみなし年金ポイントを認めることによって、被保険者期間が短くとも、給付額が低くならないような配慮がなされていたように、再分配的な要素が強くならざるを得ない。障害年金のこうした性格から、拠出と給付との対応関係が強化された老齢年金とは切り離されることとなったのである。老齢年金と切り離された障害年金は、障害が傷病による労働不能が長期化したものという性格を持っていることから医療保険の中で取り扱われることとなった。スウェーデンでは、医療の現物給付は原則として公費負担医療方式で行われており、医療保険は、傷病手当金を中心とした現金給付制度であるため、障害年金を取り込むことには大きな違和感がなかったと思われる。これによって、傷病に伴う短期的な所得減少に対する給付と長期的な所得減少に対する給付を同一の制度で統一的に運営できるようになった。以上のような経緯から、改革後の障害給付は、医療保険料を財源として、受給者の保険料

(31) 従来の障害年金においても、1年以上障害年金を受給している者に対しては、受給資格を喪失せずに3年間までの就労を可能とする制度改正が、2000年から施行されていた。

(32) 賦課方式部分の保険料については、その時点での年金受給者の給付を賄うために使われるが、各人の保険料納付実績が個人別の年金勘定に毎年記録され、さらにそれが毎年一定の利回りで運用されたとみなされる。ここで用いられるみなし運用利回りは、現役世代の1人当たり名目賃金の上昇率に基づいて設定される。年金勘定には、実際に資金が積み立てられている訳ではないので、実際の給付に必要な費用は、その時点での現役世代が負担することになるが、各人の給付額が、それまで納めてきた保険料総額とみなし運用利回りの合計額に応じて決定される形になっている。このようにして、スウェーデンでは、賦課方式と拠出建ての組み合わせが図られている。

納付総額とは無関係に、障害となる前の直近の所得のみに基づいて計算された給付を行い、その額が低額の場合には、税財源の最低保証給付によって、最低生活保障を行うという形となった。

また、これまでの障害年金では、障害によって労働市場からの退出を余儀なくされた人々に経済的保障を与えることを第一の目的としてきており、障害者の社会的活動を促進することや、リハビリテーションに対する需要に対応することには十分な配慮がなされてこなかった。そのため、若くして障害となった者は、障害年金の受動的な受給者となり、肉体的機能や労働能力を向上させる機会を失ってしまいがちであったと指摘されてきた⁽³³⁾。それゆえに、障害年金改革論議のもうひとつの出発点は、このような問題を回避し、障害を持つ若年者が自立能力を發展させ、出来る限り他の人と同じような独立したライフスタイルを構築することを促すような仕組みを取り入れることにある。こうした政策目的の変化は、2000年5月にスウェーデン議会で承認された「患者から市民へ：障害者政策に対する国家活動計画」とも密接に関連している。そこでは、障害者政策によって追求すべき国家的目標が、多様性に基づいた社会的コミュニティ、すべての年齢の障害者がコミュニティでの生活に完全に参加できるように設計された社会、障害を持つ老若男女の生活における平等な機会とされている。とりわけ、今後の障害者政策は、a) 障害のある人々が社会に完全に参加するために妨げとなっているものを取り除く、b) 障害のある人々に対する差別を防ぐ、c) 障害を持つ人々が独立した生活を営み、自分自身の生活について自ら決定することを容易にするという3つの課題に集中すべきとされており、この活動計画では、コミュニティでの生活へ完全に参加するために必要な機会を平等にすることがより強調されるようになっている⁽³⁴⁾。そのため、新しく創設された活動補償給付では、一度に受給できる期間を最大で3年間に制限するとともに、社会保険事務所が支援を行うことによって、障害給付受給者が受給期間中に、教育、各種講座、趣味的活動、スポーツなどへ参加することを奨励するようになった。その他、受給者は、受給権を喪失することなく試用的な雇用につけるようにもなっている。また、社会に参加する際に、教育が重要であるという考えに従って、義務教育および高等教育を受けている受給者に対する優遇措置も設けられている。こうして、新しい障害給付は、障害者の経済的保障を行うに止まらず、彼らの社会的活動への参加、労働市場への参入や復帰を促進するような形で制度化されたのである。

3 ドイツにおける障害給付改革

(1) 障害年金の概要とその展開

ドイツでは、1957年の第一次年金改革以降、障害者の公的所得保障制度としては、労働者年金保険・職員年金保険の障害年金、正式には、稼得能力の減退に基づく年金（Renten wegen verminderteter Erwerbsfähigkeit）が中心的な役割を果たしてきた⁽³⁵⁾。

⁽³³⁾ Riksförsäkringsverket[2002]pp.49-50を参照。

⁽³⁴⁾ 「患者から市民へ：障害者政策に対する国家活動計画」について詳しくは、Socialdepartementet[2000]を参照。

⁽³⁵⁾ 以下、本稿では、法律名の場合を除いて、稼得能力の減退に基づく年金を障害年金と記す。ドイツにおける障害年金の概要については、小林[2002]、下和田[1995]、松本[2004]、Viebrok[2003]を参照。

障害年金には、大きく言って、完全障害に対する給付である稼得不能年金（Rente wegen Berufsunfähigkeit）および部分障害に対する給付である職業不能年金（Rente wegen Erwerbsunfähigkeit）の二つの年金が存在していた⁽³⁶⁾。具体的には、稼得不能年金とは、疾病または心身の障害のために、どのような仕事においても、一定の規則的な就労が行えない、あるいは平均報酬月額⁽³⁷⁾の1/7以下の賃金しか稼げなくなった被保険者に対する給付であり、その給付額は老齢年金と同じ水準とされていた。一方、職業不能年金は、疾病または障害のために、従来の主たる職業またはその者のスキルなどからみて適切な職業において、同等の能力を有する健康な者の半分未満の賃金しか稼げなくなった被保険者に対する給付であり、その給付額は老齢年金の2/3の水準となっていた。給付を受給するためには、保険事故たる稼得能力の減少前に、5年間の待機期間⁽³⁷⁾を満たしていること、および、直近5年間に3年間の保険料拠出期間を有することが必要である。稼得不能年金については、5年間の待機期間を満たす以前に稼得不能となりその後もそれが継続している被保険者が、20年の待機期間を満たした場合にも、その支給が認められている。2000年の法改正によって、稼得不能年金と職業不能年金の二本立てによる給付体系は変更されているが、この点については後述する。

また、ドイツでは、リハビリテーション給付が、被保険者のみならず、国民経済的にも障害年金の給付以上に有意義であり、有効であるという思想に基づいて、1957年の第一次年金改革において、被保険者の稼得能力の維持、改善、回復のための医学的ならびに職業的リハビリテーション給付が法定給付として、年金制度の中に組み入れられた。具体的には、障害年金に対する申請を裁定する際には、年金保険者はリハビリテーション給付が効果的と予測されるか否かを審査し、年金給付か、リハビリテーション給付の支給かを決定することになっている。こうしたリハビリテーション重視という特徴は今日においても継続している⁽³⁸⁾。

1960年以降、ドイツにおける障害年金の新規裁定件数の推移を見ると、1980年代前半まで拡大の一途を辿っていた（以下、表3参照）。1984年に、受給のために必要な保険料拠出要件が厳しくなったことから、1980年代中盤には、新規裁定件数が大きく減少し、その後は若干の増減をしながら推移している。一方、障害年金の内訳を見るとその構成は大きく変化している。特に1969年12月および1976年12月の連邦社会裁判所の決定において採用された具体的考察法に従って、障害の程度が判断されるようになったことが、稼得不能年金の大幅な増加につながっていると思われる。具体的考察法とは、被保険者が稼得不能および職業不能に該当するかどうかを判断するに当たって、健康上の支障だけでなく、その者に残された能力をもって現実に就労できる職場があるかどうかを考慮

(36) 障害年金には、その他に、鉱夫に対する年金（Rente für Bergleute）も含まれるが、鉱夫を対象とした特別な給付であるため、本稿では取り扱わない。

(37) ここで言う待機期間とは、保険料納付済期間、保険料免除期間および児童養育および在宅介護のための考慮期間を合計した期間である。

(38) 例えば、Aartsらが行った国際比較において、職業的リハビリテーションに対する公的支出対GDP比（1991年）が、オランダ0.01%未満、アメリカ0.05%、イギリス0.01%、スウェーデン0.10%に対して、ドイツ0.13%となっていることが、そうした特徴を示している。Aarts, Burkhauser, de Jong[1996]:p.7を参照。

表3 ドイツ：障害年金（新規裁定件数 男女計）の推移

	合計	部分障害 に対する年金	完全障害 に対する年金*
1960	245265	116035	129230
1965	237605	86921	150684
1970	276198	73682	202516
1975	278365	34563	243802
1980	301621	21607	280014
1985	216177	26154	190023
1990	186380	24976	161404
1995	218642	28756	189886
2000	166947	22766	144181

注*：5年の待機期間による給付と20年の待機期間の給付を合計している。

出所：Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. *Rentenversicherungsbericht 2003*. Übersicht 13より作成。

するものである。したがって、医学的な機能障害を有する被保険者は、短時間労働が可能であっても、現実の労働市場においてその者の残存能力に見合った雇用機会がなければ、完全障害に相当する稼得不能と判断される⁽³⁹⁾。これによって、稼得不能年金には労働市場に関するリスクも含まれることになった。実際に、高い失業率を背景として、労働市場に条件付けられた稼得不能年金の割合が1980年代から90年代にかけて上昇したため、障害と失業を切り離して対応を行うような制度変更を行うことが、障害年金の改革の背景となっていった。さらに、職業不能年金では、従来の主たる職業またはその者の能力などからみて適切な職業との関係で稼得能力の減退が判断されたため、職業不能を判断する際に高熟練労働者が優遇される形になっており、こうした不平等に対する批判も改革の背景のひとつとなっていた⁽⁴⁰⁾。

(2) 障害年金の改革と基礎保障の導入

1997年12月に制定された1999年年金改革法（Rentenreformgesetz 1999）では、障害年金について、主に、次のような改革が行われた。まず、従来の稼得不能年金と職業不能年金という給付体系が見直され、2段階の稼得減退年金（Erwerbsminderungsrente）に一本化された。新たな給付体系では、一般的な労働市場における通常の条件の下で、1日3時間未満しか就労できない者には全部稼得減退年金が、1日3時間以上6時間未満しか就労できない者には、全部稼得減退年金の半額である部分稼得減退年金が支給されることとなった。これによって、稼得能力の減退の有無を判断する際に、被保険者の前職やその者のスキルは考慮されず、全ての被保険者について統一的に稼得能力が評価されるようになった。

さらに、労働市場との関係では、労働市場の状況を考慮しない抽象的考察法に基づいて、障害の程度を判断することとし、障害年金で引き受けるリスクを医学的理由による障害に限定した。その他に、老齢年金の繰上げ受給に伴う減額の回避を目的として障害年金が利用されることを防ぐために、障害年金を63歳より前に受給する場合には年金額が減額されることや、稼得能力の減退が回復

(39) 具体的考察法については、小林[2002]pp.41-42、松本[2004]pp.127-128を参照。

(40) 改革の背景については、松本[2004]pp.128-130、Schleicher[1998]p.30を参照。

する可能性が全くない場合を除いて、障害年金は原則として期限付きで支給されることなどが規定された。

しかしながら、1999年年金改革法による障害年金の改正は、1998年に誕生したシュレーダー政権下で、その適用が延期され、2000年の稼得能力の減退に基づく年金の改革に関する法律（Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit）により修正が加えられることとなった。主な修正点としては、1999年年金改革法で採用するとされた抽象的考察法ではなく、具体的考察法を採用し、労働市場に条件付けられた障害年金を復活させたことがあげられる。中高年失業者の就業機会が少ないという現状において、抽象的考察法を導入した場合、稼得能力の減退した被保険者の少ない部分が、失業手当（Arbeitslosengeld）の受給終了後にミーンズテストに基づく失業扶助（Arbeitslosenhilfe）あるいは社会扶助（Sozialhilfe）の受給に至るが、そうした事態を避けるために、このような修正が実施された。ただし、この修正による負担の一部を補填するため、連邦雇用庁から調整金が支払われることも規定されている。一方、2段階の稼得減退年金の導入、早期受給に対する減額措置、期限付き支給の原則化は1999年年金改革法から引き継がれており、これらの諸規定は2001年1月から実施された⁽⁴¹⁾。

給付体系の変更に続いて、障害年金の給付水準の変化を見ると、高齢者財産法（Altersvermögensgesetz）および高齢者財産補完法（Altersvermögensergänzungsgesetz）を中心とする2001年年金改革において実施された公的年金水準の引き下げ、さらに、障害年金を63歳より前に受給する場合の減額措置によって、老齢年金の給付水準同様に、その水準は大きく低下した。その一方で、2003年1月からは、年金やその他の収入によっても最低生活が確保できない高齢者や障害者に対して、対象者の需要に応じた給付を行う制度である基礎保障制度（Grundsicherung）が導入されている。基礎保障制度は、税を財源とし、給付の前提として、所得・資産調査が伴っているが、ドイツでの一般的な公的扶助である社会扶助とは異なり、本制度では、公的扶助が伴うステイグマを回避するために、所得・資産調査の範囲は原則として、申請者と同居の配偶者に限定されている。すなわち、子および親に課される扶養義務は、子および親の年間収入が10万ユーロ以上である例外的な場合を除いて、考慮されないことになっている。給付水準の低下によって引き起こされる可能性のある貧困の発生は、このような形で防ぐことが図られている⁽⁴²⁾。

おわりに

以上、欧米諸国における障害給付改革の動向を概観した。各国の障害給付の様子は異なっており⁽⁴³⁾、その改革も一様ではない。例えば、給付体系については、アメリカでは、大幅な変更がなされ

(41) 以上の改革については、小林[2002]pp.44-46、Viebrok[2003]pp.218-221において、その概要がまとめられている。詳細な内容については、松本[2004]第六章、Wollschläger[2001]を参照。

(42) 基礎保障については、上田[2002]pp.66-72、松本[2004]第九章が詳しい。

(43) 各国における障害給付の様子の違い、例えば、支給要件、給付水準、財源調達のあり方などの違いについては、興味深い論点ではあるが、その比較は本稿の課題の範囲を超えているので、詳細については稿を改めて論じたい。

なかったのに対して、ドイツでは、年金部分において、2段階の稼得減退年金への一本化が行われるとともに、公的扶助類似制度としての基礎保障が導入されており、スウェーデンでは、従来の障害年金が廃止され、それとは全く異なる新しい給付が創設されている。また、障害の認定については、アメリカでは、薬物依存・アルコール依存による障害者への支給の廃止や不正受給の防止に改革の力点が置かれていたのに対して、従来、労働市場の状況も考慮しながら障害を捉えてきたスウェーデンやドイツでは、そうした取り扱いを無くす方向での改革が中心となっている。さらに、受給者に対するリハビリテーションについては、アメリカでは、民間活力を最大限に生かす方向で、就労支援の強化が図られているのに対して、スウェーデンでは、社会保険事務所の役割を中心に据え、就労に限定されない幅広い社会活動に対する支援が行われるようになってきている。その他、就労する障害者に対する医療保障の適用拡大は、全国民を対象とする公的医療保障のないアメリカに特徴的な改革である。しかしながら、こうした違いはあるものの、概して、1990年代以降に行われた改革には共通した傾向が見られる。

第一に、障害給付に対するアクセスの制限があげられる。本稿で取り上げた国に限らず、ほとんどの欧米諸国において、このような改革が実施されている⁽⁴⁴⁾。その背景には、受給者増による障害給付プログラムの支給総額の上昇がある。障害給付受給者の増加をもたらした要因としては、高齢化の進展や高い失業率の継続などとともに、障害給付の対象が拡大されてきたことがあげられる。障害は他の社会政策プログラムの対象とする老齢、失業、疾病などと異なり、客観的に定義することが難しく、給付の対象に含まれるか否かには裁量的な余地が多く含まれるため、政治的な判断でその適用範囲が拡大される可能性が少なくない。とりわけ、すべての現代国家では、障害に苦しむ人々は支援を受けるに値するという同意が強く存在するため、政府は、障害者の要望に応えやすく、実際に、障害者に対する給付の寛大さは、他の社会政策の分野を上回るペースで拡大してきたとの指摘もある⁽⁴⁵⁾。具体的には、精神面での障害に対する評価基準の緩和や、苦痛の評価がなされるようになっただけでなく、失業率の上昇を抑制する目的で、労働市場の要因を取り込んで、障害を認定するケースも存在した。こうして、障害給付プログラムに係わる支出が増大する一方で、近年には、グローバル化に伴う福祉削減圧力により、その負担の増加に対する合意が取りにくくなっている。それゆえに、障害給付プログラムの支給総額を抑制する手段として、障害の認定基準を変更する、労働市場の状況を考慮して障害を判断する仕組みや前職との関連で障害を判断するような仕組みを廃止する、給付期間を限定する、不正の取り締まりや受給者に対する再審査を強化するといった試みが各国においてなされている。

第二に、障害給付受給者に対する就労支援の強化があげられる。障害給付プログラムのコストの上昇については、プログラムへの流入の増大だけでなく、給付から抜け出る障害者の数が少ないという要因もあることから、支給総額を抑制することを狙いとして、受給者を対象とする就労支援策が導入・強化されるようになってきている。その一方で、OECDの報告書も述べているように、各国に

(44) OECD[2003]p.200 TableA3.5（岡部訳[2004]p.206表A3.5）では、給付申請を阻止するために行われている各国の政策例が列挙されている。

(45) Wilensky[2002]pp.550-558を参照。

おける障害者の就業率は今日においても低くなっており⁽⁴⁶⁾、就労支援については、社会的包摂(Social Inclusion)の実現という観点からも、その充実が求められてきている。こうした二つの理由から、受給者の就労を促すために、受給者に対するリハビリテーションサービスの拡充、就労支援に関する相談業務や啓発活動の強化などが行われるとともに、就労阻害要因を排除するために、受給権喪失なしに就労できる期間の導入、就労開始後再び働けなくなった場合に新たな申請なしに受給資格を復権できる期間の延長などが各国において行われている。

これら二つの内容、すなわち、障害給付に対するアクセスの制限と受給者に対する就労支援の強化は相伴って生じている。そうしたことから、障害給付に係わるコストの削減を行う際には、障害者の生活水準に対する悪影響が過大とならないように、彼らが労働から所得を得るような機会を向上させるための手段が伴わなければならないというバランスのとれたアプローチに基づいて、各国は障害給付の改革を行っていると考えられる⁽⁴⁷⁾。

また、上記の各国に共通した動向とは別に、特に注目すべき改革として、障害給付と老齢給付の分離をあげることができる。スウェーデンでは、1913年に同国で公的年金が創設されて以降、同一の制度内で取り扱われてきた老齢と障害のリスクを完全に分離する改革を行っている。また、世界銀行の老齢年金に関する報告書においても、障害年金については、老齢年金とのリンケージを切断することが適切な給付を保障するためには最良の方法であるとの指摘が見られる⁽⁴⁸⁾。

ドイツのビスマルク労働者保険において、初めて障害年金が登場した際には、障害と老齢は労働不能という同一の概念で捉えられていた。しかしながら、両者はさまざまな面で異なった点を有している。プログラムの対象となる老齢は、支給開始年齢という形で発生する時期が明確であり、支給開始年齢への到達という形で客観的に判断できる。それに対して、障害は、発生する時期が不確定であり、さらにプログラムの対象となるか否かについて、裁量的な判断を必要とする。そのため、当初から、支給要件や給付額の計算式などにおいて、両者は部分的には異なった取り扱いがなされていたのであるが、多くの国では、老齢と障害については継続的に同一の制度で対応が図られてきた。しかしながら、時代の変化とともに、障害と老齢の違いは大きくなっている。老齢給付については、平均寿命の伸長と支給開始年齢の低下によって、労働不能による所得の損失に対する保険という概念では捉えられなくなっている。今日では、概念的には、老齢給付は、労働不能リスクではなく長生きリスクに対する保険であり、実際の機能としては、個人の異時点間の所得再分配、世代間の所得再分配による消費平準化の仕組みとしての役割が大きくなっている。このように、障害給付と老齢給付の違いは大きくなっており、両者を同一の制度で取り扱うことの合理性は薄れてきている。さらに、今日では、公的年金改革のひとつの方法として拠出と給付の対応関係の強化が論じられるようになってきているが、こうした改革が進めば、障害給付と老齢給付を同一の制度で取り扱うことの困難が大きくなっていく可能性が高い。障害給付では、給付を受けるために必要となる制度加入期間が短いだけでなく、加入期間が短くとも、給付額が低くならないような配慮がなされてい

(46) OECD[2003] pp.33-38 (岡部訳[2004]pp.34-39)を参照。

(47) Kuptsch and Zeitzer[2001]p.229を参照。

(48) Holzmann and Hinz[2005]p.11を参照。

ることなど、払った保険料と給付の個人レベルでの対応関係が老齢給付とは全く異なる。そのため、公的年金改革において、拠出と給付の対応関係の強化を進めたスウェーデンでは、そのようなものに馴染みにくい障害給付を老齢給付から切り離して運営するようになっている。

以上、本稿では、欧米諸国における障害給付の改革動向を取り上げて、その背景や内容について検討を行った。ただし、これらの改革がどのような影響をもたらしているのかについては、まだその効果ははっきりしておらず、その推移をもう少しばかり見守る必要がある。さらに、本稿では、雇用政策などの他の社会政策の領域と障害給付の間でどのような連携がなされているのか、あるいは、なされていないのかについては触れることができなかったが、この点についての検討も不可欠であろう。また、欧米の障害給付の中心的なプログラムでは、医学的理由による心身の機能障害そのものではなく、それに伴う稼得能力の減少や場合によっては労働市場での機会の喪失をその対象としてきたのに対して、我が国の現行の障害給付の主柱を担っている国民年金・厚生年金保険の障害年金では、原則として、稼得能力の制限ではなく、機能障害のみを捉えて障害給付支給の認定基準としてきたというように、プログラムの対象とする障害概念には根本的な違いが存在する。それゆえに、各国における改革をどのような形で参考にすべきかについては老齢給付の場合以上に慎重に考える必要がある。

これらの点に留意しながら、我が国の障害給付のあり方を検討することは、別稿の課題としたいが、諸外国の経験を踏まえて、極簡単に以下の点について指摘しておきたい。

第一に、障害年金と老齢年金の関係についてである。従来、両者は不可分のものと考えられることが多かったが、スウェーデンの改革はこうした見方に一石を投じるものであった。日本でも、次のような事情からその関係について見直す必要があると思われる。

まず、2004年の年金改正で導入されたマクロ経済スライドは、被保険者数の減少や平均余命の伸びを勘案した調整率によって、給付額の実質的価値の削減を図るものであるが、現状の制度体系では、老齢年金だけではなく障害年金にも影響が及ぶことになる。しかしながら、障害年金についても、少子高齢化による影響を勘案して給付の削減を行うことは、障害のリスクが少子高齢化の影響を老齢のリスクほどには受けにくいことを考えれば、論理的に正当化することが難しい。それだけでなく、障害年金の場合、受給前の資産形成の余地が少ないこともあり、老齢年金と同様に給付を削減することには弊害も大きいと考えられる。

また、我が国の公的年金について、社会保険方式を維持して改革を進めていくなれば、老齢年金部分については、そのメリットである拠出と給付の対応関係を明確化していく必要があると思われる。しかしながら、障害年金はそうした方向にはそぐわない特徴を有している。具体的には、障害はいつ発生するか分からないという性質を持つため、現行の基礎年金部分において、20歳前に障害となった者や保険料免除・納付特例措置を受けた者に対しても、それらを受けずに保険料を納付してきた者と同様の給付が行われる他、保険料拠出期間の長短にかかわらず、満額の給付が行われるなど、拠出と給付の対応関係は極めて弱くならざるを得ない。

障害年金の給付削減が及ぼす影響を緩和するということだけを考えれば、ドイツのような基礎保障の導入によって対応することもできるが、以上で述べた点を踏まえれば、障害年金と老齢年金が同一の制度で運営されていることについて再考する余地があると言える。

第二に、障害年金受給者に対する就労支援についてである。欧米諸国を見ると、ドイツでは1950年代から年金制度の中にリハビリテーション給付が取り入れられてきた。アメリカは、近年、従来の職業リハビリテーションサービスの問題点を見直し、障害給付受給者を対象とした新たな就労チケットプログラムを導入している。また、スウェーデンにおいて新たに導入された疾病補償給付や活動補償給付では、その名称が端的に表している⁽⁴⁹⁾ように、従来の障害年金に比べて、受給者に対する所得保障だけでなく就労支援を含めた自立支援にも重点が置かれるようになっている。

日本の障害給付プログラムの中心である障害年金は、前述のように、欧米諸国とは異なった障害概念を用いてきたため、その受給者や支給総額が急増するといった状況は生まれていない。それゆえに、費用対策という観点から、障害年金に対するアクセスの制限や受給者に対する就労支援の強化を行う必要性は今のところ少ない。しかしながら、厚生労働省による各種の障害者実態調査を見れば、障害者の社会活動や労働市場への参加が進んでいるとは言い難く⁽⁵⁰⁾、障害者の就労支援については、「障害のある人もない人も共に働き・共に生きる社会⁽⁵¹⁾」を実現するという観点から考える必要があるだろう。我が国では、障害者職業センターが、公共職業安定所と連携しながら、障害者が就職できるよう様々な援助を行っているが、さらに、障害年金受給者が受動的な受給者にならないように、社会的活動や労働市場に参加していくことを奨励する仕組みを所得保障と一体的な形で作ることも検討に値すると思われる。

(ももせ・ゆう 早稲田大学商学学術院助手)

【主要参考文献】

一圓光彌「イギリスにおける障害者に対する所得保障体系とその特徴」『海外社会保障研究』No.140, 2002年。

上田真理「失業と最低生活保障」布川日佐史編『雇用政策と公的扶助の交錯』御茶の水書房, 2002年。

菊池馨実『年金保険の基本構造』北海道大学図書刊行会, 1998年。

木村陽子「スウェーデンにおける障害年金改革」『海外社会保障研究』No.140, 2002年。

小林甲一「ドイツにおける障害年金給付と社会保障の課題」『海外社会保障研究』No.140, 2002年。

(49) 保健社会省のP-O Bürén氏は、筆者のE-mailによる質問に対する回答の中で、新たな障害給付を医療保険に統合したことの重要な背景のひとつとして、政府側に、長期的に就業不能となっている者を労働市場で自立させたいという願望が存在したことをあげ、その政策目的をより明確とするために、疾病補償給付と活動補償給付という名称が付けられたと指摘している。

(50) 厚生労働省「平成13年身体障害児・者実態調査」によれば、過去1年間に、何らかの社会活動（コンサート、スポーツ、旅行、学習活動、同好会、ボランティア、障害者団体活動、自治会活動、パソコン利用など）をした身体障害者数は全体の約46%にとどまり、就業者の割合も全体の約22%となっている。また、厚生労働省「平成11年知的障害児（者）基礎調査」によれば、就業している知的障害者は作業所を中心として全体の約42%であるが、地域活動への参加状況を見ると、18歳以上の知的障害者の約68%が、ほとんど、もしくは、まったく参加したことはないとなっている。

(51) 厚生労働省・障害者の就労支援に関する有識者懇話会「障害のある人の「働きたい」を応援する共働宣言～共に働き・共に生きる社会づくりを目指して～」(2004年9月29日)

- 下和田功『ドイツ年金保険論』千倉書房，1995年。
- 寺島彰「米国障害年金受給者数の急増原因についての考察」『ソシオサイエンス』No.5，1999年。
- 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅱ－年金保険－』信山社，2004年。
- 山田耕造「障害者の所得保障」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第2巻 所得保障法』法律文化社，2001年。
- Aarts, Lep J.M., Richard V. Burkhauser, Philip R. de Jong. “Introduction and overview” in Leo J.M. Aarts, Richard V. Burkhauser, Philip R. de Jong (eds). *Curing the Dutch Disease*. Avebury, 1996.
- Berkowitz, Edward D. and Richard V. Burkhauser. “A United States Perspective on Disability Programs” in Leo J.M. Aarts, Richard V. Burkhauser, Philip R. de Jong (eds). *Curing the Dutch Disease*. Avebury, 1996.
- Bound, John and Richard V. Burkhauser. “Economic Analysis of Transfer Programs Targeted on People with Disabilities” in Orley Ashenfelter and David Card (eds). *Handbook of Labor Economics*. Elsevier, 1999.
- DeLeire, Thomas. “The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act”. *The Journal of Human Resources* 35(4):693-715, 2000.
- DiSimone, Rita L. “Social Security Administration Created as an Independent Agency: Public Law 103-296”. *Social Security Bulletin* 58(1):57-65, 1995.
- Esping-Andersen, Gøsta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, 1990. (G.エスピン-アンデルセン著/岡沢憲芙・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界:比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房，2001年。)
- Fisher, Gilbert and Melinda Upp. “Growth in Federal Disability Programs and Implication for Policy” in Kalman Rupp and David C. Stapleton (eds). *Growth in Disability Benefits: Explanations and Policy Implications*. W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 1998.
- Holzmann, Robert and Richard Hinz. *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. The World Bank, 2005. http://siteresources.worldbank.org/INTPENSIONS/Resources/Old_Age_Income_Support_Complete.pdf
- Kruse, Agneta. “Social Security and Disability in Sweden” in Christopher Prinz (ed). *European Disability Pension Policies: 11 Country Trends 1970-2002*. Ashgate, 2003.
- Kuption, Christiane and Ilene R. Zeitzer. “Public Disability Programs under New Complex Pressures” in Dalmer D. Hoskins, Donat Dobbernack, Christiane Kuption (eds). *Social security at the dawn of the 21st century: Topical issues and new approaches*. Transaction Publishers, 2001.
- OECD. *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. OECD, 2003. (OECD編著/岡部史信訳『図表でみる世界の障害者政策: 障害をもつ人の不可能を可能に変えるOECDの挑戦』明石書店，2004年。)
- Paster, Thomas. “The politics of pension reform in Sweden from 1984 to 2001”, 2002. <http://www.unet.univie.ac.at/~a9509708/uni/PensionSweden.htm>
- Prinz, Christopher (ed). *European Disability Pension Policies: 11 Country Trends 1970-2002*. Ashgate,

2003.

- Riksförsäkringsverket (National Social Insurance Board) . *Social Insurance in Sweden 2002-Ideals and Reality in Disability Policy*, 2002.
- Schleicher, Friederike. "Renten bei verminderter Erwerbsfähigkeit". *Bundesarbeitsblatt* 2/1998:25-34, 1998.
- Silverstein, Robert and Allen Jensen. "The Ticket to Work and Self-Sufficiency Program and Established Under the Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act of 1999" *Policy Brief* 2(2). Community Options, Inc. and Institute for Community Inclusion, 2000. <http://www.communityinclusion.org/publications/pdf/pb3.pdf>
- Socialdepartementet (Ministry of Health and Social Affairs) . *From patient to citizen-a national action plan for disability policy (A short version of government bill 1999/2000:79)* , 2000.
- Social Security Administration. "A History of the Social Security Disability Programs", 1986. <http://www.ssa.gov/history/1986dibhistory.html>
- Social Security Administration. "President Clinton Signs The Ticket To Work And Work Incentives Improvement Act of 1999". *Social Security Legislative Bulletin* 106-15, 1999. http://www.ssa.gov/legislation/legis_bulletin_121799.html (現在はダウンロード不可)
- Stapleton, David C., Richard V. Burkhauser and Andrew J. Houtenville. "Has the Employment Rate of People with Disabilities Declined? Policy Brief" Rehabilitation Research and Training Center for Economic Research on Employment Policy for Persons with Disabilities, 2004. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/edicollect/92/>
- United States General Accounting Office. "Social Security Disability Insurance: Multiple Factors Affect Beneficiaries' Ability to Return to Work". GAO/HEHS-98-39, 1998.
- Viebrok, Holger. "Disability Pensions in Germany" in Christopher Prinz (ed). *European Disability Pension Policies: 11 Country Trends 1970-2002*. Ashgate, 2003.
- Wadensjö, Eskil and Edward E. Palmer "Curing the Dutch disease from a Swedish perspective" in Leo J.M. Aarts, Richard V. Burkhauser, Philip R. de Jong (eds). *Curing the Dutch Disease*. Avebury, 1996.
- Wilensky, Harold L. *Rich Democracies: Political Economy, Public Policy, and Performance*. California University Press, 2002.
- Wollschläger, Frank. "Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit". *Deutsche Rentenversicherung* 5/2001:276-294, 2001.