

9カ国の一時的・部分的障害プログラム

「他国から学ぶ」最終報告書

(財)日本障害者リハビリテーション協会

この事業は、全国生活協同組合連合会の助成により行っています。

他国から学ぶ：
9カ国の一時的・部分的障害プログラム

トッド・ハニカット、ソフィー・ミトラ編
寺島彰監訳

2004.12

障害研究プログラム

はじめに

今日、世界の障害者政策は、ソーシャル・インクルージョンを目指して動きつつある。インクルージョンとは、障害者や高齢者などいわゆる社会的弱者が同じ地域社会で生活するのがあたりまえであり、これらの人々が生活することを前提として社会を構築しようとする考え方である。インクルージョンは、もともと、障害児を地域の普通学校に通学させることを意味していたが、今日では、より対象を広げてソーシャル・インクルージョンとして用いられることが増えている。特に、EUでは、インクルーシブな社会を実現するための行動計画の作成と実施を加盟国に求めており、その計画においては障害者も対象の一つとして掲げられている。このようななか、全国生活協同組合連合会の支援を得て、世界のソーシャル・インクルージョンに関する調査研究を行うことができた。

本報告書は、世界のソーシャル・インクルージョン調査研究の一環として、2004年12月に発表された「他国から学ぶ：9カ国の短期障害給付・部分障害給付」報告書を翻訳したものである。同報告書は、米国社会保障局(SSA)から資金提供を受け、米国ルトガー大学を中心とした障害研究プログラムが、オーストラリア、ドイツ、イギリス、日本、オランダ、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデンとアメリカ合衆国における障害給付制度を調査したものである。各国の調査には、リハビリテーション・インターナショナルの協力により、各国の専門家が協力している。日本からは、リハビリテーション・インターナショナルの日本の窓口である日本障害者リハビリテーション協会と高齢・障害者雇用支援機構を経由して香山千加子氏(高齢・障害者雇用支援機構)と寺島彰(浦和大学)が協力した。

報告書のタイトルが「他国から学ぶ」となっているのは、米国には障害年金制度があるが、それは、オール・オア・ナッシングの制度で、年金を全額給付するかしないかという選択しかない。それに対して、世界の他の国々には、短期的に給付される障害給付や、わが国の障害年金のように2級や3級といった障害1級の100/125、75/125といった部分的な年金が存在する。そのような制度を「学ぶ」という意味である。

研究に協力してみて感じたことは、異なった歴史をもつ制度を比較すること自体が非常に難しい上に、障害者政策に対する考え方が、わが国と西洋では基本的に異なっており、なかなか理解してもらえなかったところがあるということである。例えば、日本では、障害年金は機能障害のみで認定されるため、障害基礎年金を受給している人が通常の職場で働いているが、西洋諸国の人々は、公的な障害年金は、所得の補助が目的であり、年金を全額受給している者が常勤で働くことは想像もつかないようである。このような文化の違いがあり、わが国の制度を十分理解されず、結果的に日本人から見ると日本の記述が少し違っていると感じるところがある。しかし、全体としては、おおむね正しく把握されていると思われる。また、世界の9カ国の障害給付に加えて各国の状況をその分野の専門家が情報提供しており、各国のソーシャル・インクルージョンの状況を把握するために役立つと考えられる。

我国においては、ソーシャル・インクルージョンに関心は薄いですが、世界の状況をみれば、今後はもう少し関心を持っていかなければならないと考える。本書はそのための取り組みの第一歩である。

本調査研究にご支援をいただいた全国生活協同組合連合会に心から感謝申し上げます。

監訳者 寺島 彰
(浦和大学総合福祉学部)

目 次

はじめに	2
要約	4
第1章 概観.....	7
第2章 一時的障害給付制度 その特徴と最近の変化	26
第3章 部分的障害年金制度の役割	43
第4章 オーストラリアの障害手当システム	56
第5章 ドイツにおける一時的障害給付における新しい焦点	65
第6章 イギリスにおける障害給付制度の最近の改革	74
第7章 日本の障害給付制度	85
第8章 オランダの障害年金制度の運用と改定	95
第9章 ノルウェーの一時的・部分的障害年金プログラム.....	107
第10章 南アフリカ共和国	114
第11章 スウェーデンの公的障害給付.....	118
第12章 アメリカ合衆国における公的障害給付	128

要約

このレポートは、米国社会保障局 (SSA) から資金提供を受け、9つの国々、すなわちオーストラリア、ドイツ、イギリス、日本、オランダ、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデンとアメリカ合衆国における障害給付制度を概観している。これらの制度は、給付に資金を供給する方法、提供されるプログラムのタイプ、障害の定義、そして、誰に資格があるかという点で大きく異なる。プロジェクトの目的はこれらのプログラムがどのように運営されているかについて一般的な理解を得ることであり、とくにアメリカの連邦プログラムではカバーされていない2つの分野すなわち、部分的給付および一時的給付を扱う方法と、労働への復帰の努力を評価することに焦点が当てられた。

昨年、我々はリハビリテーション・インターナショナルの援助で、各国の数人の専門家の名前を確認した。これらの専門家は学会、リハビリテーション計画、給付制度の専門家である。各人は、障害給付制度の構造、雇用と再統合の推進に関連する制度に関していろいろな質問項目をもつアンケートに答えた。このアンケート結果と、入手できる書籍からの情報を加え、さらに、専門家との徹底的な議論をプラスして、このレポートに掲載している国別の章の基礎を作り上げた。各章は、各国の障害給付プログラムの重要ないくつかの内容をカバーしている。それは、次のものである。

- ・給付のタイプ
- ・管理方法
- ・資金
- ・給付額
- ・給付の活用
- ・障害の定義と認定
- ・リハビリテーションと再統合 (re-integration: 社会復帰の意味に近い。訳注) の選択肢
- ・最近の制度の変化。

このレポートの後の方の章にあるこれらの国々についてのレポートにより、最初の3つの章の分析のための基礎的材料が用意された。第1章では、9つの国それぞれにおける障害者制度のマクロレベルでの背景などに関する調査の概要と、我々が全体として発見したものの詳細を述べる。第2章はそれぞれの国の一時的障害給付プログラムの側面を記述しており、第3章は部分的障害給付プログラムをカバーしている。このレポートの重要な調査結果は以下のとおりである。

1. 多くの国では、長期給付の一部として、あるいは、この置き換えとして期間限定プログラムを提供している。期間限定プログラムは期間が限られており、長期のプログラムの置き換えや代替物としての役割を果たしたり、短期の給付が終了した後にしか利用できなかったりする。一部の期間限定プログラムは、特に若い成人や潜在的なリハビリテーション能力のある人を対象としている。ドイツ、ノルウェー、スウェーデンでは、永続的給付の代わりに期間限定プログラムがある。最重度障害者を除き、ほとんどの永続的障害給付の期間が3年に限定されているドイツでは、最も厳しい手続きを課している。すなわち、3年経過すると受給者は再申請しなければならない。また、期間限定給付は、給付を受ける人に対して生涯給付を保証しているわけではないので、それは、障害給付制度における再統合に関する記録を更新するよい機会である。それに加えて、いくつかのプログラムには、再統合を進めるためのリハビリテーション給付を行っている。

2. 短期のプログラムにおいては、財源確保などの責任が、政府から雇用主にシフトしつつある。受給者数とプログラム費用の増加をくい止めるために、政府は病気や症状が現れてから短期給付が開始するまでの当座の期間については、雇用主が費用を負担するよう義務付けている。オランダとイギリスでは、雇用主が自らその短期のプログラムを管理し、資金を提供することが要求されている。この責任のなかには、再統合に強く焦点を当てることが含まれている。例えば、被用者が一定期間の短期給付を受けたあとは、雇用主はリハビリテーション計画の作成を要求される。
3. 部分的障害給付プログラムを実施することにより、「オールオアナッシング」の障害認定をしなくてすむが、障害認定プロセスはより難しくなる。誰が障害給付の受給資格があるかを決めるのは難しく複雑であり、オーストラリアと日本の障害認定基準表から、オランダの賃金喪失評価まで、各国は多様な定義によってこの複雑さに対応してきた。我々が発見したことは、過去 10 年にわたって、多くの国々が、障害の定義を変更してきており、自身の職業に関する能力ではなく、いろいろな仕事に対する能力を評価し始めたことに気づいた。
4. 部分的障害給付プログラムにより受給者の雇用が伸びるとは限らない。しかし、部分的プログラムをもつ国では障害のある人の雇用率がより高い。我々が調べた国ではどこも、障害のある人の大部分が労働をしていない。しかし、部分的給付を受けている人は、永続的給付を受けている人より雇用されている場合が多いようである。また、障害のある人の就職率は、部分的給付の制度のある国全般でより高い。これは、障害給付政策以外の要因、例えば雇用支援の有無を反映しているのかもしれない。
5. 永続的障害給付プログラムでは、すべてのプログラムにおいて、復職して給付を終了する人の割合は低い。一旦永続的障害給付の受給者になると、死亡するか別のプログラムに移行するまで受給は続く。これは、国、給付の額、部分的な給付の有無、またはリハビリテーションサービスがあるかどうかに関係なく正しい。
6. 勤労者税額控除は、いくつかの国では障害給付に代わる有効な手段であるようだ。イギリスでは、障害のある低収入の自営主は、税額控除のために資格を得られる。この税額控除は、永続する障害給付プログラムに申請する動機を減らし、障害プログラムによる復職率を改善することが期待される。

本研究から得られた情報は、我々の疑問を解決するよりもそれ以上に疑問を提起した。障害給付プログラムの運営方法についての知識を拡大するためには次のステップとして次のようないくつかの調査プロジェクトが考えられる。

第 1 章において示されるマクロレベルのデータからは、障害のある人のためのいろいろな種類(疾病給付、期間限定給付、部分的給付、全額給付など)の給付制度があるために、障害のある人のための障害給付制度がより拡大して行き、また、就職率が高くなることにつながるということが示唆されている。職業復帰に関していえば、いろいろな種類の給付を提供することにより、政府は、障害のある人のいろいろなニーズをより効果的に取り扱うことができるというのが理由かもしれない。いろいろな種類の障害給付をもつ国々は、この研究ではカバーしきれなかった職業復帰促進のための他の法律や制度に特徴があるのかもしれない(例えば雇用割当や差別禁止法)。この疑問は、多くの国々における障害のある人の雇用率を決定する要素に関して、障害のない人と比較しながら、マクロなレベル分析を通して研究するという新たなテーマを提供した。しかし、この研究に参加している 9 カ国だけでそのようなマクロ分析を実施することは可能ではなかった。

障害給付制度における、再統合、リハビリテーション、障害の管理、医療の利用におけるアプローチは、かなり異なっている。障害給付制度におけるリハビリテーションプログラムを各国

にまたがって比較することにより、新しいアプローチを確認することができ、さまざまな技術の効力を評価できると思われる。

いくつかの国では、永続的障害給付に代わるプログラムを最近制度化した。これらのプログラムがどのように実施されていくかを追跡していくことは、特に重要であると思われる。特に次の2つのプログラムは慎重に注意を払っていかなければならない。それは、ドイツの期間限定給付の再申請手続きの最初の波を乗り切った経験、および、イギリスの障害給付付きの労働税控除である。

このレポートの枠組みは、9つの国の一時的および部分的な障害プログラムにおいた。しかし、今後、引き続いて、それぞれの国の労働市場と障害給付プログラムの職業復帰に関連する経験のミクロレベルでの事例研究をおこなうことができるかもしれない。たとえば、データが手に入れば、若者向けの期間限定プログラムの再統合の効果を評価することで、より深い分析のための理想的な機会を提供することになるだろう。

我々の研究「他からの学習」最終報告では、それぞれの国のいろいろなプログラムを記述する中で、各国が障害のある人々の職業復帰を促進しようとしている多くの解決策を概観している。我々は、この報告書により、既存の障害給付プログラムを改良する方法や代替的な制度を開始する方法に関しての知見と議論が導き出されることを望む。

第1章 概観

ソフィア・ミトラ

政府による障害者プログラムには、通常三つの目的がある。障害のある人の生活水準を維持することにより彼らの経済的な安定を保障すること、障害者の労働意欲を高めること、政府の支出を低く抑えること、の三つである。これら三つの目的に一貫性がないということは、しばしば指摘されている。例えば、収入の安定を保障するという目的は、労働意欲を低下させるものであり、それゆえ、障害のある人の経済的、社会的な活動参加を促進するという目的と対立関係に陥ることがある。障害者プログラムを計画するにあたっては、これらの目的のうち、一つまたは複数の目的の達成を主眼とすることができる。この報告は、障害者の雇用という目的について、9カ国での一時的プログラムと部分的プログラムがどのように効果をもたらしているかについて述べる。もちろん、各国それぞれの支援策が持つ支出面での問題点についても言及する。しかしながら、一時的プログラムや部分的プログラムが、経済的な安定を保障するという目的にどの程度寄与するか、という問題についてはこの報告の範囲を超えるものである。

この報告は、9カ国における障害者政策の比較研究を行うが、なかでも一時的給付プログラムと部分的給付プログラムに焦点を当てる。一時的障害者プログラムおよび部分的障害者プログラムは、障害者のうち次の二つの層を対象としたものである。第一に、部分的な障害のある人、つまり、労働は可能であるが、量や質において限られた労働しか行えない人である。第二に、障害が永続的ではない人、つまり、障害のためにある一定期間労働できない人である。調査の対象となるのは、オーストラリア、ドイツ、英国、日本、オランダ、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデン、アメリカ合衆国の9カ国である。

この研究の目的と構成

各国における障害者政策についての比較研究についてはこれまで広範囲になされてきた。1980年代以降、さまざまな国における障害者政策の課題や制度改革について、国際的な障害者政策調査により検討・分析がなされている(注1)。「障害を能力に変えるには」というOECDによる最近の研究は、この分野において非常に大きな貢献をしており、障害者政策についての国境を超えた比較研究がいかに重要であるかを明らかにする著作である。

世界中の多くの国において、公的支出の増大や、障害者プログラムの受給者の増加が明らかになっている現在、一時的給付プログラムおよび部分的給付プログラムは、永続する障害者プログラムと比較するといくつかの長所が認められる。すなわち、一時的または部分的給付プログラムでは、受給者に所得補助を提供すると同時に、職業にとどまったり、職業に復帰しようとする強い意欲をもたせることができるからである。加えて、給付プログラムに一時的または部分的な選択肢がある場合には、障害認定のプロセスがより簡便化されることも考えられる。包括的かつ永続的な給付プログラムにおいては、「オールオアナッシング」の認定を迫られるが、一時的または部分的な支給が可能であれば、部分的あるいは一時的給付を与えるという妥協案が可能になるのである。他方、この妥協は、一つの難題がもう一つの難題に置き換えられただけともいえる。というのも、部分的給付プログラムが導入されれば、人口に対する障害者率を変更せざるを得なくなり、これは難しい作業となる可能性があるからである。

最終的には、部分的または一時的給付プログラムは、「自立生活」をより促すと結論づけら

(注1) 例えば、Haveman, Halberstadt and Burkhauser (1984)、Berkowitz and Dean (1989)、Aarts, Burkhauser and de Jong (1996, 1998)、Fultz and Ruck (2002)、Marin (2003)、OECD (2003)、Marin, Prinz and Queissier (2004) などがある。

れるかもしれない。包括的なプログラムでは、100%の障害のある人と0%の障害の人にはつきりとラベルを貼ることを余儀なくされるが、部分的給付プログラムでは、給付に依存することと給付を必要としなくなるとの間には連続性があると考えられる。また、一時的給付プログラムを導入することにより、一定期間の支援の後自立生活するよう勇気付けることができる。

その意味で、この報告の第一の目標は、それぞれの対象国のさまざまな一時的または部分的障害者給付プログラムを理解することである。特に、一時的または部分的プログラムがどのように設計され、全体としての障害者給付プログラムのなかでどのように適合しているのかを分析することが最も重要である。同時に、それぞれの一時的または部分的支援策の実施方法について、障害認定プログラム、認定基準、復職への動機付け、サービスとの関連において理解することが必要である。我々の関心は、制度であり、それが各国においてどのように異なっているかである。

この報告の第二のは、障害のある人の就労を促進する上で実際に成功を収めている政策パッケージがあるか、あるいは、最近の改革においてそのきざしが見えるようなものはあるかについて判断しようとするものである。主に焦点が当てられるのは、障害者対策の全体的なシステムと、そのシステムにおける一時的または部分的支援策の位置づけや内容であるが、特に、一時的支援策、部分的支援策、永続的支援策の間の関係はどうか、また、それらの関係が職業復帰を促すものであるかどうかについてが問題となる。特定の政策が与える効果について、評価したり抽出したりすることはこの報告の範囲を超えるものである。その理由は、そのためには、個人的活動、労働市場、計画などのさまざまな変数についての、それぞれの国におけるミクロレベルでの分析が必要となるからである。

これらの二つの目的を達成するために、各国の代表に対し政策についての技術的な問題に関する構造化された質問票を送付し、そこから得られたデータの分析を行った。

この章の以下の部分では、調査対象国のマクロ的な基礎データを紹介し、この報告の主な結論についての要約と分析を記す。第2章、第3章では、9カ国における一時的または部分的支援策について述べられる。また、第4章から第13章では、それぞれの国における障害者政策について、特に一時的または部分的支援策に注意を払いながら紹介する。

調査対象国のマクロ的背景

ここでは、それぞれの参加各国における一時的および部分的給付プログラムの分析の枠組みを示す。また、各国の障害者政策と障害者の雇用状況について概観する。各国の障害者政策パッケージは多元的であり、それぞれの性格を描き出すことは容易ではない。そこで、分析を可能にするために、特定の層の人々、つまり、労災被害者、交通事故被害者、退役軍人、公務員についての対策はここでの考察から除外することとする。取り上げられるのは、保険による給付を受けている人や貧困層に支給される障害給付についてであり、特に一時的および部分的プログラムに重点を置く。先に進む前に、この報告で使用される用語について明確化しておく。というのも、ここで使用される用語は必ずしも一定の意味で使われているとは限らないからである。限定された期間支給される給付プログラムを、ここでは二つのタイプに分類して用いる。疾病給付と期間限定給付である。疾病給付とは、短期間の病気や障害によって得られなくなってしまった労働賃金を保障するものである。多くの場合において、疾病給付は政府が義務づけ管理するものであるが、実際の業務は政府に準じる公的機関によって執り行われることもある。期間限定給付はこの点で疾病給付と異なっており、政府によって管理されるかその直接的な管理下にある。また、「一時的プログラム」という用語は、疾病プログラムと期間限定プログラムの両者を含む包括的な用語として用いられる。

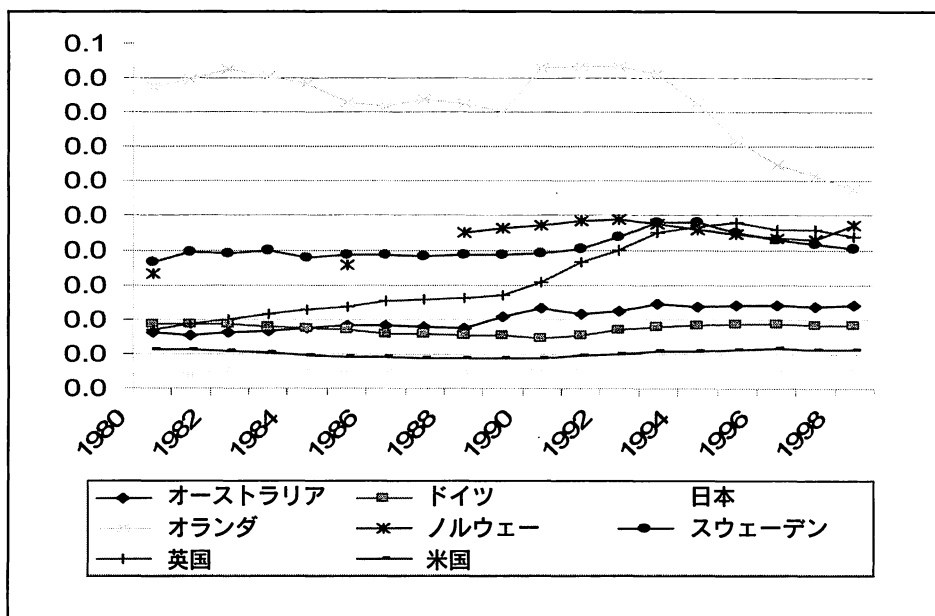
表1 9カ国の一時的、部分的、永続的障害プログラム

国名	疾病給付	期間限定給付	永続的部分給付	永続的全額給付
オーストラリア	あり	あり	なし	あり
ドイツ	あり	あり	あり	あり
英国	あり	なし	なし	あり
日本	あり	なし	あり	あり
オランダ	あり	なし	あり	あり
ノルウェー	あり	あり	あり	あり
南アフリカ	あり	なし	なし	あり
スウェーデン	あり	あり	あり	あり
米国	なし	なし	なし	あり

表1は、調査対象国においてどのような障害者支援策が取られているかを概括的に示したものである。9カ国すべてにおいて、包括的・永続的障害者給付プログラムが存在するが、部分的あるいは一時的な障害について、あるいはその両方について、どのような種類の給付プログラムが用いられているかについては各国により異なる。アメリカ合衆国以外のすべての国において一時的給付プログラムがあるが、それが疾病給付によるものか(英国、日本、オランダ、南アフリカ)、疾病給付と期間限定給付の両方によるものか(オーストラリア、ドイツ、ノルウェー、スウェーデン)の違いがある。アメリカ合衆国では、疾病給付について連邦政府によって法律で定められた規定はないが、5つの州(カリフォルニア、ハワイ、ニュージャージー、ニューヨーク、ロードアイランド)において導入されている。これらの州を除く各州での「疾病給付」は、雇用者が自発的に支払うか、雇用者と労働組合との集団的交渉における合意事項の一つとなっている。

調査対象国のうち、ドイツ、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの5カ国では部分的障害プログラムが存在する。これらの国のうち、部分的支援策により、部分的な障害について期間を限定せずに給付を支給する国(オランダ)と、期間限定の場合と永続的に給付を支給する国(ドイツ、日本、ノルウェー、スウェーデン)がある。英国では、部分的障害に対する支援策はそれ自体としては存在しないものの、勤労所得税控除プログラムに障害者を対象とする条項があり、障害者の雇用継続や職業復帰を促しており、これを取り上げて考察する。

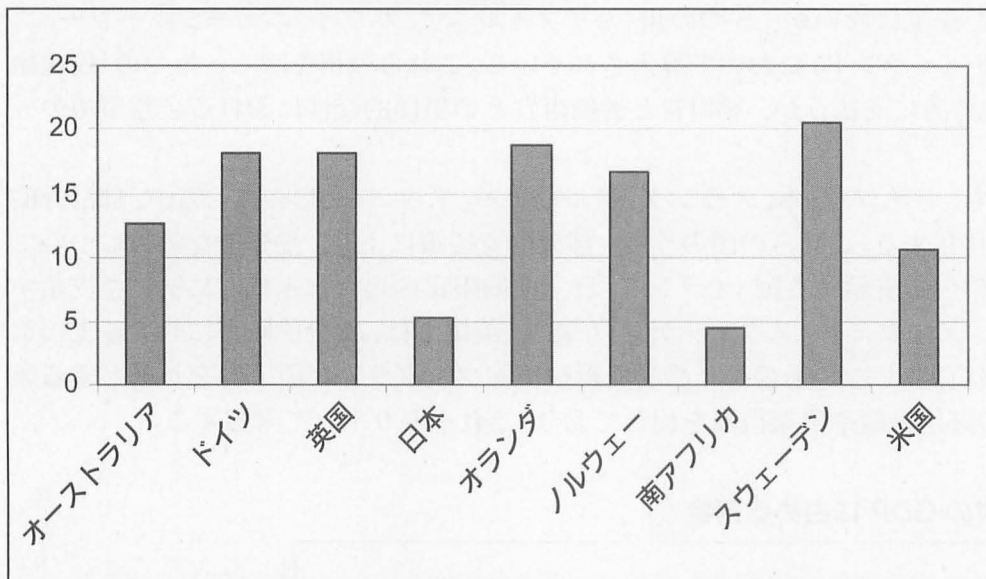
図1: 障害現金給付のGDPに占める割合



出典: OECD(2004) 社会支出データベース。南アフリカについての資料はない。また、英国についてのデータは北アイルランドを含む。

図1は、障害者に支給された現金給付のGDPに占める割合が1980年から2001年にかけてどのような傾向で変化しているかを、グラフで示したものである。障害者に対する現金給付には、拠出または無拠出による給付、永続的プログラム、部分的支給プログラム、期間限定的プログラムがある。この割合をみると、2001年の時点では9カ国すべてが比較的低い水準に収まっており、最も低い日本では0.33%であり最も高いオランダでも2.67%となっている。どの国においても、過去20年間に、比較的低い水準に収まる傾向がみられる。日本、ドイツ、アメリカ合衆国、オーストラリアの各国においては、障害者に対する現金給付のGDPに占める割合が比較的低くで安定しており、ほぼ1%かそれを下回る数字で推移している。イギリス、ノルウェー、スウェーデンの各国では、障害現金給付のGDPに占める割合は比較的高く(2%以上)、また、変動が激しく、特に1990年代初頭の英国とスウェーデンではGDPに占める割合が著しく高まった。オランダは障害現金給付のGDPに占める割合が高いことで突出しており、1991年には4.7%であったが、2001年には2.7%にまで低下した。このオランダにおける急激な低下は、給付の算定方法が改められたことと、障害が新たに再定義されたことによって説明される(DeJong,2004)。

図2:1990年代後半における障害者出現率



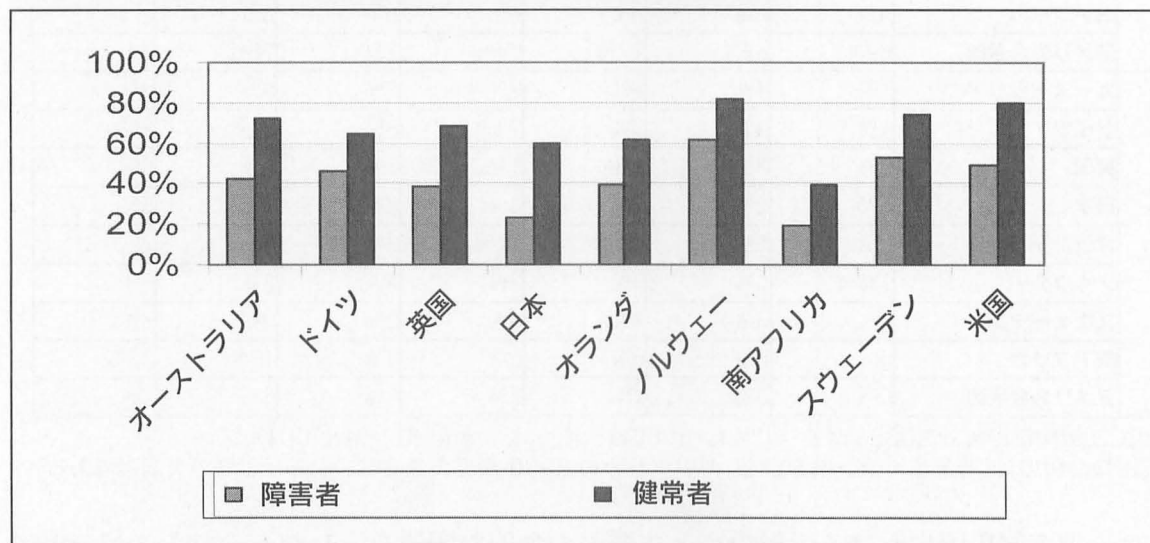
出典：OECD(2003)、南アフリカの国勢調査(2001)、日本については、厚生労働省による統計。

注：(1)日本と南アフリカ以外の各国における重度あるいは中度の障害の定義は、OECD(2003,181頁)を参照のこと。(2)南アフリカと日本の統計は、2001年度のものである。(3)日本の障害発生率は身体障害および知的障害のある者を含むが、精神障害者は含まれない。

図2は、調査対象国における障害者の人口に占める割合を示している。障害とは何かについてはそれぞれの国が独自の定義や調査法を用いており、障害についての質問への解答は文化的規範によっても影響されるので、図2の解釈に当たっては注意が必要であることは言うまでもない。この数字は、一般家庭を対象とした調査あるいは国勢調査による推定値を基としたものである。南アフリカと日本を除くすべての国において、この数字は、自分は日常生活や仕事に支障となる重度あるいは中度の障害があると回答した人々の数を表している。南アフリカと日本を別にとすると、障害者の人口に占める割合は、下はアメリカの10.7%、上はスウェーデンの20.6%の範囲に収まる。障害者の人口に占める割合がもっとも高いのは、ヨーロッパ諸国(ドイツ、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、英国)である。日本と南アフリカについては、この割合は機能的障害についての質問から推定された数字であり、厳密に言えばこの報告における他の7カ国における割合の数字と比較できるものではない。日本の障害者の人

口に占める割合は5.2%と比較的低く推定されるが、これに含まれるのは身体障害と知的障害のある人のみである。精神障害のある人は含まれていない。南アフリカの障害者の人口に占める割合は4.5%と、調査対象国のうちでもっとも低い。このことは、南アフリカのような開発途上国における障害者の人口に占める割合は（この報告で調査された他の8カ国のような）先進国のものより一般的に低くなるという事実と合致しているが、このことの原因には先進国人口の高齢化と調査方法の違いがある。（注2）

図3:1990年代後半における健常者および障害者の就業率



出典：OECD(2003)、日本については、身体障害者実態調査(1960－2001)、南アフリカについては、南アフリカ統計(2002)。

注：日本の障害者雇用率については、身体障害者のみを対象としており、その他の障害のある人についての統計はない。

図3は、調査対象国における健常者と障害者の就業率を比較したものである。ドイツ、英国、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、アメリカ合衆国における障害者の雇用率は39%から53%の範囲に収まっている。ノルウェーは他国に比べて健常者、障害者ともに就業率が最も高く、障害者の就業率も61.7%となっている。障害者の就業率が最も低いのは日本と南アフリカで、それぞれ22.7%と18.9%である。言うまでもなく、南アフリカの統計については失業者がまん延している状況を考慮にいれることが必要である。

(注2) 障害者の人口に占める割合が開発途上国において先進国におけるものより低くなる理由についての説明については、ミトラ(近刊予定)を参照のこと。

表 2: 労働力率と失業率

		1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
労働力率	オーストラリア	71%	70%	71%	70%	74%	75%	75%
	ドイツ	69%	69%	68%	67%	70%	71%	72%
	英国	72%	74%	74%	74%	77%	75%	75%
	日本	71%	70%	72%	72%	74%	76%	75%
	オランダ	n/a	57%	58%	59%	67%	70%	81%
	ノルウェー	64%	71%	75%	77%	78%	78%	77%
	スウェーデン	n/a		81%	82%	83%	78%	59%
	南アフリカ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
	アメリカ合衆国	68%	69%	72%	74%	78%	78%	79%
失業率	オーストラリア	1%	4%	6%	8%	7%	8%	6%
	ドイツ	1%	4%	3%	7%	5%	8%	8%
	英国	2%	3%	6%	11%	7%	9%	6%
	日本	1%	2%	2%	3%	2%	3%	5%
	オランダ	n/a	5%	6%	11%	8%	7%	3%
	ノルウェー	1%	2%	2%	3%	5%	5%	3%
	スウェーデン	n/a	n/a	2%	3%	2%	9%	6%
	南アフリカ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	17%	23%
	アメリカ合衆国	5%	8%	7%	7%	6%	6%	4%

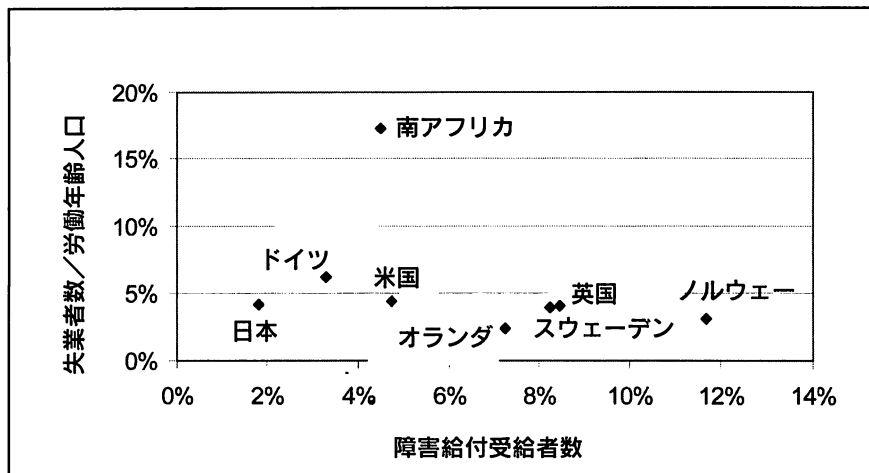
出典： OECD 労働市場統計 2003、南アフリカについては、Kingdon and Knight (2001)。
注： 英国については、北アイルランドを含む。南アフリカの 2000 年度の数字は、1999 年度の失業率である。

表 2 は、調査対象国における労働力率と失業率の動的な関連を示したものであるが、南アフリカについては、2000 年以前のデータがないため、比較できない。経済学になじみのない読者のために、次の 2 つの用語について説明しておく必要があるだろう。「労働人口」とは、労働可能な成人（一般的には 16 歳から 64 歳の人を指す）のうち、就労する用意があり、その能力と意思がある人の集合を意味する。「労働力率」とは、成人人口に対する労働人口の割合を示すものである。次に「失業者」とは、職のない人のうち、就労する用意があり、職を探している人を指す。失業率とは、労働人口に対する失業者数の割合を示したものである。労働力率は、この 30 年間にスウェーデンを除く 7 カ国すべてにおいて上昇しており、中でももっとも顕著な上昇をみせているのがノルウェーとアメリカ合衆国である。南アフリカを別にすれば、各国の労働力率はドイツの 72% からスウェーデンの 81% の範囲に収まっており、失業率はオランダとノルウェーの 3% からドイツの 8% の範囲に収まっている。南アフリカの労働力率は 59% であり、他国と比較して際立って低いが、これには人口のうち多くが労働年齢に達していないことにも原因がある。南アフリカの失業率は 23% であり、これは、国際的な基準からみて驚くべき高さであり、この数字は、調査結果が手に入れられるようになった 1990 年代半ばから上昇傾向にある (Kingdon & Knight, 2000)。

各国における障害者施策の成果

以下では調査対象国における障害者施策の主な成果について分析を行う。第一に、障害と失業の関連について、第二に、障害者施策の全体を一方とし、障害者雇用と障害者給付総額を他方として、その関連性について分析する。

図 4: 障害給付と失業



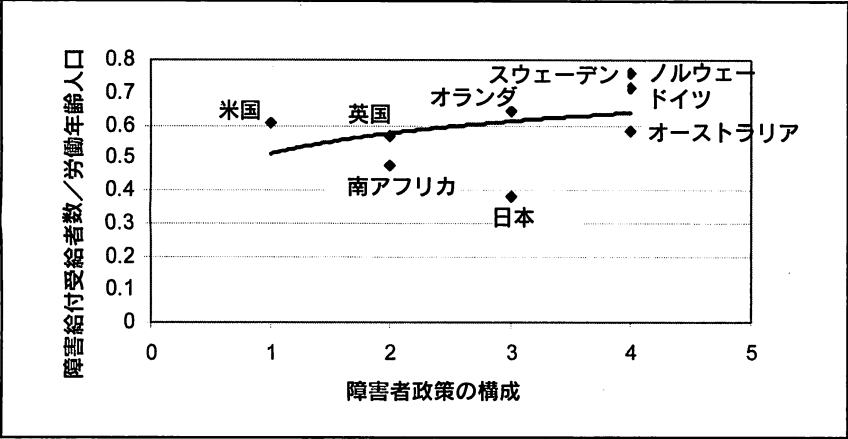
注: オーストラリアの統計は入手できない。

図 4 は、労働年齢人口における障害給付受給者の割合と、労働年齢人口における失業者の割合を、それぞれの国について座標で示したものである。障害給付受給者とは、(全額であれ部分的であれ)永続的な障害者給付と期間限定的な給付について、その両方あるいはどちらかを受け取っている人を指すが、疾病給付の受取人は含まれない。このグラフで突出しているのは、以下の二国である。まず、ノルウェーは、障害給付を受け取る人が労働年齢人口に占める割合が高い点で突出しており、南アフリカは失業率の高さが際立っている。このグラフが示すのは、南アフリカは失業率が非常に高く、同時に障害給付の受給者の割合が比較的低いということであり、それゆえ、障害給付プログラムは、健康に問題を抱えている労働者を労働人口から取り除くことにより失業率を低下させるという目的で用いられているとは考えられない。

全体的に言って、労働年齢人口における失業者の割合の違いは限定的なものである。南アフリカを除けば、それはオランダの 2% からドイツの 6% の範囲に収まる。しかしながら、障害給付受給率については、日本の 2% からノルウェーの 12% まで、相当な違いがみられる。このことが各国の人々の健康状態が異なることによつてのみ説明されるとは到底考えられないのであり、障害者給付プログラム、とくに部分的または期間限定的な障害者制度が各国の労働市場に与える影響を調査する理由となる。

次に、非常に単純な基準に従って、調査対象国の障害者施策がどのように構成されているかを分類してみる。この分類はこの報告における比較分析の第一歩であり、今後最終的には各国の施策の複雑性をよりよく捉えることができる質的な分析の結果を示すことができるであろう。ここで問題となるのは、先に挙げた表 1 における障害者制度についてである。それぞれの国に対して、実行されている支援策一つにつき 1 ポイントを与えると、各国が獲得するポイント数は、表 1 に示されたその国の障害者施策の構成がどれだけ多面的であるかを示すことになる。例えば、アメリカ合衆国は、表 1 に挙げられた施策のタイプのなかで一つしか実行していないので、1 ポイントが与えられる。ドイツ、ノルウェー、スウェーデンは表 1 の障害者施策 4 種のすべてを実施しているので、1 ポイントが与えられる。オーストラリア、日本、オランダは 3 ポイントであり、英国と南アフリカは 2 ポイントである。次の図 5 は、各国の障害者政策の構成の多面性と、労働年齢人口に対する障害給付受給者の割合を座標で示し、図 6 では、構成の多面性と、健常者の雇用率に対する障害者の雇用率の割合を座標で示す。

図5 障害者政策の構成と障害給付受給率



注： (1) オーストラリアの統計は入手できない。
(2) 障害給付受給率の統計は、日本とオランダについては2001年度のもの、ノルウェー、スウェーデン、米国については2002年度のもの、ドイツ、英国、南アフリカについては2003年度のものである。
(3) 南アフリカを除き、図5の障害給付受給者には疾病給付受給者を含まず、期間限定的障害給付、部分的障害給付、永続的障害給付の受給者が含まれる。
(4) ノルウェーの場合、障害給付受給者の統計は2002年のものであるが、期間限定障害給付プログラムは2004年1月に開始された。

図5は、障害者政策の構成が多元的であればあるほど、労働年齢人口に占める障害給付受給者の割合が高くなることを示している。例えば、障害者政策が一元的であるアメリカ合衆国では、労働年齢人口に占める障害給付受給者の割合は4.73%であるが、障害者政策が四次元的であるノルウェーでは、割合が12%となる。この一般的なパターンに当てはまらないのはドイツの場合である。部分的給付、永続的給付、期間限定的給付を含む四次元的施策を実施しているドイツであるが、障害給付受給者の労働年齢人口に対する割合は3.30%に過ぎない。

図6 障害者施策の構成と就業率の比率

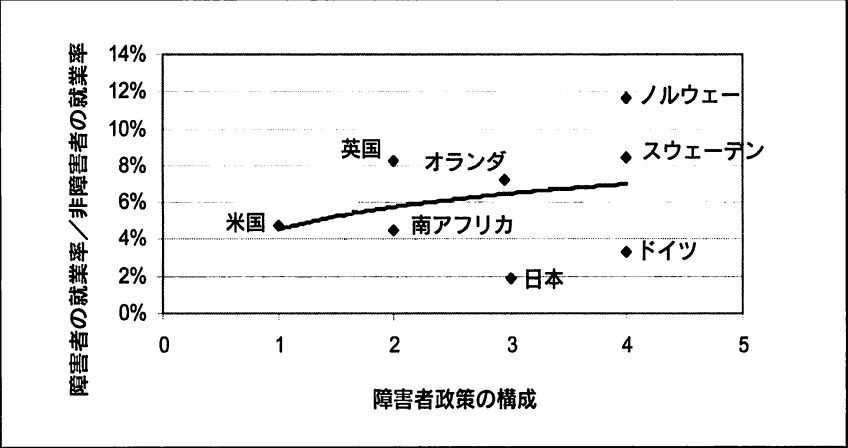


図6は、障害者政策の構成と就業の比率を座標で示したものである。この比率は、障害者の就業率を非障害者の就業率で割ったものである。この就業の比率は、障害のある人がそうでない人と比べてどれだけ労働市場に浸透しているかという指標となるものである。図6によって、全体的には、障害者政策が多元的であればあるほど、非障害者との比較において障害者の就業の割合が高いとすることができるだろう。これは、一時的あるいは部分的な障害者プログラムをもつ国の方が、障害者の雇用を維持したり、復職させる可能性がより高いということを示してと考えることもできる。もちろん、図6は障害者政策の構成と就業率の比率の間に因果関係があることを示すものではない。差別禁止法や障害者雇用割当制など、多くの要因が比率に影響を与える可能性があり、それらについてはここでは考慮されていない。障害者政策の構

成とその他の制度的要因の関係や、就業率の比率との関係を明らかにしようとする試みは、今後の研究として必要な領域であろう。

研究の成果と分析

すでに述べたように、障害者プログラムが策定されたり変更されたりするのは、次の目的のうち、一つまたはそれ以上を達成するためである。それは、障害のある人の経済的安定を強固にすること、障害者の経済活動への参加を促進すること、そして政府の支出を抑制することである。

障害者プログラムの持つこれら三つの目的のうち、どれがより重要であるかについては、国により、また時代により変化する。あえて一般化すれば、1970年代から1980年代にかけては、経済的な安定に重点が置かれることが多かったと言えるだろう。1990年代以降には、雇用と自立に重点が置かれるようになった。OECDの2003年の調査では、このような、収入に対する代替措置あるいは補償への関心から、社会生活に復帰させることへ関心が移ってきたことが詳しく分析されている。象徴的ともいえるのは、この報告で調査されている国々のうちのいくつかでは、障害者プログラムや障害認定テストの名前が「廃疾や不能」から「能力と活動」という名前に変更されたことである。このことは、受給者が社会生活に参加し、労働力としても期待できるという前提を示している。これが明確に示されているのが、スウェーデンの「活動保障」プログラムという若者向けのプログラムである。大事なことは、この変化に伴って、一時的あるいは部分的な給付プログラムや、英国における障害者勤労者税額控除のような、職業にかかわる新しい形の給付の重要性が増しているということである。

増大する一時的プログラムの重要性

この報告の対象となる各国は、障害者に対するさまざまな種類の一時的プログラムをもっており、その詳細については第2章で紹介する。すでに述べたように、一時的プログラムは短期的プログラムと期間限定的プログラムの二つに分類することができる。伝統的に一般的であった一時的障害給付プログラムは「短期間障害者給付」プログラムであり、雇用主が支払うことを義務付けられた一定期間の所得補助（疾病給付）の期間が終了した後に実施されることが多かった。文献においては、短期給付は疾病給付とも呼ばれ、この報告でも二つの用語は相互に読み替え可能なものとして用いられている。一般的に短期給付は、職務に由来しないケガや病気によって就労できなくなった人たちに給付されるものである。（注3）

一時的給付のもう一つのタイプに、「期間限定給付」がある。期間限定給付では、給付される期間が限定されており、一般的には1年から4年の期間が設定され、疾病給付や短期的給付がある場合には、その期間が終了してから開始される。本研究において取り扱った期間限定給付はすべて、社会保障制度あるいは社会扶助制度という形で政府により資金提供され運営されている。期間限定給付プログラムは、短期的給付と永続的給付の両方の性格を持っている点が興味を引く。短期的給付と同様に、期間限定給付も限られた期間のみに給付される。一方、永続的給付と同じく、期間限定給付を受けるためには、少なくとも1年以上、つまり長期にわたる障害があることが必要である。この報告の対象国のうち、期間限定給付プログラムが存在するのは、オーストラリア、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンの各国である。

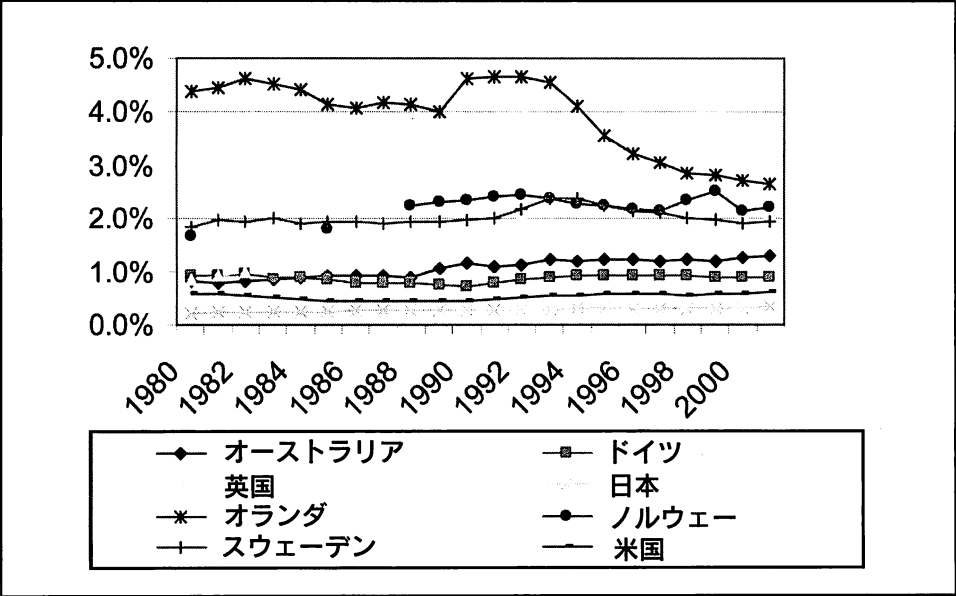
忘れてはならないのは、以上に挙げた一時的プログラムのさまざまな類型は、やや恣意的であり、先に定義した短期的給付と期間限定給付の境界はときに曖昧であるということである。しかしながら、このように分類することは、9カ国のプログラムを分析する上で有用である。

（注3） オランダは例外である。オランダでは、障害が職務に由来するかどうかによって障害給付が変化することはない。

以下では、まず短期的プログラムについての研究報告をし、次に期間限定プログラムについて述べる。

【短期間支援策】 調査国において、短期的給付はそれぞれ次のように異なる制度的枠組みで実施されている。つまり、社会保障制度の枠組みで実施されているもの（ドイツ、ノルウェー、スウェーデン）、社会扶助制度（オーストラリア、南アフリカ）、健康保険制度（日本）、民間制度（英国、オランダ、アメリカ合衆国）である。民間制度とは、雇用主によって資金が提供され、運営される制度を指し、英国とオランダではこれが政府によって義務づけられているが、アメリカでは義務づけられていない。（注 4）

図 7 GDP に対する疾病給付の割合



出典：OECD 社会支出データベース(2004)、南アフリカについて統計は入手できない。
注： 英国の統計は北アイルランドを含む。

図 7 で分かるように、プログラムの制度的枠組みと、GDP に対する割合による規模の間には明確な関連性がない。例を挙げれば、社会保障制度における疾病給付制度のなかでも、GDP 比 0.75% 以下のドイツから、1.62% のスウェーデンまでの幅がある。もう一つ図 7 により明らかになるのは、1980 年から 2001 年にかけて、GDP に占める疾病給付の割合がどのように変化したかである。各国において、疾病給付が GDP に占める割合は比較的小さく、一定していた。しかし、現在、英国、ノルウェー、オランダ、スウェーデンにおける状況は変化している。英国では、GDP に占める疾病給付の割合は 1980 年代後半から 1990 年代初頭にかけて大幅に増加したが、1990 年代中頃に安定化しそれ以降低下傾向にある。ノルウェーでの GDP に占める疾病給付の割合は、過去 20 年間にわたり 1.5% 以上で推移している。オランダとスウェーデンにおいては、どちらも大幅な低下傾向がみられ、オランダでは 1980 年の 2.73% から 2001 年には 1.28% まで、スウェーデンでは 1980 年の 2.32% から 2001 年の 1.62% まで低下している。このように低下した理由のいくつかについては、以下で説明する。

過去数年間に、調査国のいくつかにおいては短期的給付のすべてあるいは一部を、政府負担から雇用主負担に変更してきている。この変化には、主に二つのパターンがある。まず、いくつかの国では、雇用主に義務づけられていた短期的給付の期間が延長された。英国では、雇用主によって支払われる短期的給付の期間が 1995 年に 8 週間から 28 週間に増え、スウェーデ

(注 4) ただし、5つの州においては雇用主が短期間障害給付を支給することが義務づけられている。

ンでは雇用主の責任とされる期間が2004年に2週間から3週間に延長された。

オランダの疾病給付制度は、統制された民営化により異なる道をたどった。1996年以来、雇用主は短期的給付の支払いを義務づけられ、近年ではその期間が延長される傾向にあり、2004年では2年間となっている。行政の財政負担や社会復帰に対する責任を雇用主に移すというこの方針は、制度のコスト削減、病気による常習的欠勤の減少、ケガや病気から回復した労働者の職業復帰促進を目的としたものである。図7が示すように、同国での給付制度の規模は縮小されている。

オランダでの常習的欠勤に対する改革がどのような成果を挙げているかについての初めての報告によれば(De Jong, 2004)、支援プログラムの民営化以降、病気欠勤の割合は25%にまで低下した。一般的にいつて、短期的給付の財政負担を雇用主に転嫁するという政策は、障害者を雇用市場に引き入れることに対して否定的な影響を与える。雇用主は、病気欠勤の可能性や障害者を雇用することに伴うコストを懸念して、彼らを雇い入れることを控える可能性があるからだ。

調査国の多くが選択している共通の方向は、給付受給者が失業状態にある期間を短くするために、再統合に向けたサービスを重要視するというものである。再統合を重要とする考えは、様々な形で試みられている。その一つの例は、障害マネジメントのより積極的な活用である。例えば、給付支給申請のより早い段階における医師による診断が行われるようになったり、医師による認定の視点についても変化がみられる。つまり、ノルウェーにおいてそうであるように、あることができないということよりも、ある能力を持っているということを重要視するように変化している。より重要だと思われることは、障害認定基準の運用の再検討がなされている点である。まず、オーストラリアのようないくつかの国においては、障害の再認定の頻度が増やされている。また、認定に用いられる資料の情報源についても変更がみられる。オランダにおいては、雇用主を含むすべての関係者からの報告が必要とされ、雇用主は受給者の段階的な職業復帰計画についての書類を提出しなければならない。

英国、日本、南アフリカでは、短期的給付の受給者の職業復帰を促すプログラムはそれ自体としては存在しておらず、職業復帰のための取り組みはもっぱら雇用主の裁量に任されている。その他の国においては、短期給付の受給者の職業復帰について政府と雇用主が負う責任はさまざまに異なる。ドイツとノルウェーでは、給付を取り扱う社会保険庁が職業復帰の計画設計の責任を負う。スウェーデンでは、この責任が行政と雇用主とで分担されており、雇用主は各個人の職業復帰の可能性について評価する責務を負う一方、社会保険事務所は職業リハビリテーションのサービス計画を策定する。オーストラリアでは、政府が直接に職業復帰の取り組みを監督する。

短期的間給付の全額を雇用主が負担し、その運用も任されている場合でも、政府が役割の一旦を担うことがある。オランダでは、職業保健サービス局が受給者の職業復帰の可能性を評価し、それを受けて雇用主と雇用者が職業復帰計画に合意する。さらに、短期的給付から長期的障害給付へつながる場合もあるので、長期的給付への移行を防いだり、その移行時期を送らせるために、短期的給付の段階において早期に介入することは理にかなっている。英国では、これまで、短期的給付の受給者は再統合サービスの対象とはならなかった。しかし現在、同国の長期的障害給付プログラムの実施主体である労働年金省は、短期的給付受給者の再統合を促すプログラムを試験運用中である。

短期的給付受給者の職業復帰について、どのようなモデルがもっとも効果的であるかはこの報告の範囲を超えるものであり、将来の研究として重要な課題となろう。

【期間限定プログラム】 調査国のうち4カ国では、疾病給付と短期的給付の受給者が引き続いて職業復帰できない場合に期間限定給付を受けることができる。この4カ国とは、オース

トラリア、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンである。これらの国が実施する期間限定プログラムは次の二種類に分類できる。若者層を対象とした期間限定プログラムと、障害年金プログラムのうちの期間限定部分である。言うまでもなく、若者層対象のプログラムと長期的障害年金プログラムのどちらにおいても、障害給付の期間を限定的に抑える傾向がみられる。

多くの国が直面している問題のひとつとして、比較的若い年齢層の受給者が長期的障害給付を受け取っているケースが増えていることが挙げられる。アメリカの例を挙げると、Burkhauser (他) が 1996 年の著書で指摘しているように、障害保険 (DI) や社会的補足収入 (SSI) 制度によって給付を受ける若者層の拡大は、「労働年齢にある障害のある人々が普通の職場に受け入れられることを望んでいる人々にとって、これまでにない、非常に憂慮される事態である。社会的な見地からも、受給者本人の立場から言っても、若い層の障害者が生涯にわたって障害給付を受けるということは適切な政策とはいえない」。これらの若者は、しばしば主な診断として精神疾患を持つが、給付期間が 45 年にも及ぶことがあるために、非常に大きな財政負担が見込まれるのである。

これに対し、近年オーストラリアとスウェーデンは若者層を対象とした期間限定プログラムを導入した。これは、若い障害者を支援する目的で長期的障害年金プログラムとは独立して運営される。オーストラリアのプログラムは「若者給付」と呼ばれるもので、資力審査付の給付であり、16 歳から 25 歳までの学生と、16 歳から 21 歳までの若者のうち、労働が不可能なものに対して、疾病給付と失業給付を与えるものである。このプログラムは、在学中の学生や、有給の仕事を探したり就職準備をする若者を援助することを目的としている。援助には、現金給付と、仕事に就くための訓練、その他の活動が含まれる。

スウェーデンのプログラムはオーストラリアのものとは異なるやり方で運営されている。スウェーデンには二つの「活動補償」プログラムがあり、どちらも 19 歳から 29 歳の若者が対象である。一つは、職についたことがあり、すでに年金プログラムに加入している人を対象とする社会保障制度を基本としたもので、もう一方は十分な職歴をもたない人を対象とした資力審査付のプログラムである。二つのプログラムはほぼ同様に運営され、どちらも受給期間は 3 年に限定されている。スウェーデンでは、これらのプログラムのもとで給付を受けている若者は長期的障害年金を受ける資格がない。この点はオーストラリアと興味深い対比を示しており、オーストラリアでは、「若者給付」を受給している若者も永続的障害年金を受ける資格があり、実際それを受けているようだ。つまり、オーストラリアの「若者給付」プログラムは、永続的障害者年金プログラムに至る前段階として用いられているようだ。

どちらの国についても、これらのプログラムが若者の職業復帰や永続的障害給付の受給に対して持つ影響についての資料はない。しかしながら、30 歳以下の永続的年金受給者が増加している国においては、若い障害者を対象とした援助プログラムを入念に策定することは妥当といえるだろう。これらのプログラムが前提としているのは、若者層は特に留意して扱うべきであり、独自の介入が必要であるということである。この人口集団の健康と人的資源を増大させ、そのことにより将来より多くの若者が労働に従事するようにするために、限られた時間をどのように効果的に用いることができるか、という点を考慮したプログラムを考えることがもっとも重要な目標であろう。

期間限定給付プログラムの二番目のタイプは、長期的年金プログラムの一部として永続的部分と期間限定的部分を持つ場合である。調査国のうち、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンの 3 国において、障害年金プログラムのなかに期間限定的要素がある。これらの国においては、一回の障害認定で給付が期間限定であるか恒常的であるかが決定される。この期間限定的支給か永続的な支給かという決定がどのようになされるかは申請者一人一人によって異なる。個人の職業復帰能力を予測できる一元的な指標はないので、期間限定給付か永続的給付のど

ちらが適切かを予測できる指標もないのである。

2001年以前のドイツでは、障害者給付受給者のほとんどが永続的年金を受け取っていた。2001年以降、障害認定の決定において期間限定給付が標準となり、永続的給付は例外的な措置となった。年金受給期間は最長3年であり、それ以降継続するためには再申請が必要となる。ただし、最重度障害者などのいくつかのグループには例外もある。期間限定年金は部分支給給付と全額支給給付の二つの場合があり、支給額は被保険者期間の年数によって決定される。ノルウェーでは、2004年初頭に期間限定障害給付プログラムが開始されたが、対象となるのは将来において労働能力が向上すると期待される人である。最後に、スウェーデンでは、30歳から64歳の人を対象とした期間限定プログラムがある。これらの3カ国においては、期間限定プログラムの対象者はリハビリテーションサービスを利用できる。

1960年に導入されたスウェーデンの長期的障害年金プログラムの期間限定部分を除き、以上述べてきたプログラムはすべて、比較的最近導入されたものである。ドイツやノルウェーの期間限定給付が、障害のある人の再統合にどのような影響をもたらすかについては、まだ判断できる時期ではない。また、スウェーデンにおいて、期間限定プログラムの受給者がどの程度職業復帰し、永続的年金プログラムに移行しているかについてのデータも今のところない。

期間限定給付は、慎重に策定され実施されるならば、障害者の雇用を促進し、永続的給付受給者数を減らし、障害支出を減らすために有効な手段となりうる。期間限定プログラムは、ある程度の期間重度障害が続く人も、介入によって職業復帰が可能であることを認識している。このプログラムが特に有効なのは、障害が一時的あるいは偶発的な場合であろう。加えて、給付支給期間が限定的であるということそれ自体が、支給終了までに職業復帰をしようという受給者のインセンティブを高める効果がある。しかしながら、期間限定プログラムが永続的支給プログラムとどのように組み合わせられているかが、期間限定プログラムを職業復帰への刺激策とするために決定的に重要である。仮に、永続的プログラムへの移行が円滑に行われ、受給者がそれを当然のものとして受け止めている場合には、期間限定プログラムの存在が職業復帰を促すということにはなるはずがない。加えて、限定期間内に職をあっせんしたり、継続して働くことができるように職業復帰支援サービスを提供しているかどうか、期間限定プログラムが職業復帰にどれだけ効果をあげるかの重要な鍵となる。

最後に、期間限定プログラムを実施していない国が導入を決めた場合、非常に大きな影響を受ける集団が二つあることを銘記する必要がある。まず第一に、永続的障害給付を現在受けている人のうち、新たな認定によって永続的ではなく一時的な障害であるとされる人々である。第二に、「予期せぬ給付受給者」、つまり、期間限定プログラムがない状態では永続的障害があると認められなかったが、期間限定給付プログラムができた場合に障害があると認定される人々である。予期せぬ給付受給者の大部分は、必ずしも長期的な障害者プログラムの支出を増大させているわけではない。特に、期間限定プログラムによって、一時的な障害が永続的な障害になることを防ぐことができる場合には、支出増大にはつながらない。早期の職業復帰は、人的資源の損失を食い止め、病状の悪化を防ぐための医療を受けさせることができるという意味で、障害が永続的になることが防ぐ役割を果たすことができる。

永続的な部分的プログラム

この報告のもうひとつの焦点となっているのは、部分的な障害があるとみなされる人に給付を与える部分的障害給付プログラムである。部分的な障害がある人は、一般に、働くことはできるが仕事の量や質において制約があるか、その仕事から得られる賃金が限られる。いくつかの国では、障害が全般にわたると診断された人に対して部分的な給付を提供するプログラムがあるが、これらの制度についてはこの報告における部分的給付プログラムの分析の対象

とはしない。例えば、オーストラリアでは、障害があると診断された場合でも、資力審査基準を上回る場合には、部分的給付が与えられる。また、障害診断で全体的な障害があるとされた場合でも、所得が水準を上回る労働をしている場合には部分的な給付が与えられる制度がある（例えば、アメリカ合衆国の SSI 制度）。これらの制度では、部分的給付は支援の最終段階において与えられるものであり、この報告の対象とはしない。

調査対象の 9 カ国のうち、ドイツ、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの 5 カ国では部分的障害給付を社会保険プログラムの一部として実施している。これらのプログラムは、受給資格、障害の格付け、受給金額、利用率において大きく異なり、ここではそれぞれを個別に取り上げることはせず、第 3 章で取り扱うこととする。

部分的給付プログラムを導入することにより、“オールオアナッシング”の障害決定を避けられるが、もちろん障害の程度を決定する過程の問題や複雑さを減少させるものではない。全般的障害と部分的障害がどのようにして区別されるかは、国により非常に大きく異なる。先に述べた 5 カ国のうち、日本以外の 4 カ国では、障害の度合いは職あるいは収入によって決定される。ドイツでは、毎日何時間の労働が可能かによって受給プログラムが決まるが、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンにおいては、稼得可能金額に対する損失額に従って算定される。日本では、部分的年金または全額年金のどちらを受給するかを決定するために医学的一覧表が用いられる。調査国のうち、部分的年金制度を持つ国のいくつかでは、この 10 年間に障害の診断方法について思い切った改革が行われたが、このことは、部分的障害の認定方法をどのように設定し、実行するかという問題がいかに難問であることを示すものであろう。

部分的給付プログラムが、障害プログラムの雇用促進という課題をどのように実現しているだろうか。まず、部分的障害に対する給付は、仕事に就いていない人も受け取ることができるから、勤務上の給付ではないことを確認しておく。調査国では、部分的年金受給者の多くの部分が働いていない。マクロレベルでの雇用促進についていえば、部分的給付プログラムがある国は全額支給プログラムのみの国と比較して、高い障害者就業率を示す傾向にある。この率は、非障害者の就業率と障害者の就業率を比較したもので、先の図 7 における縦軸の数値である。さらに、部分的年金、全額年金の両方が実施されている国においては、（パートタイムではあるが）部分的障害年金の受給者の方が全額年金の受給者よりも就労していることが多いことが分かっている。オランダの例を挙げると、2001 年において部分的障害年金の受給者の半数以上が働いていたが、全額年金受給者は 6 分の 1 しか働いていない。部分的年金受給者の就労傾向は、次のような理由から予測できるものである。つまり、全額給付受給者に比べて収入に対する受給額が少なく、年金を受け取る上での就労所得の上限も部分的支給の方が低い（例としてドイツ）からである。

さらに、部分的給付は就労により給付が停止されないということも分かっている。部分的給付制度のあるなしにかかわらず、調査国のほとんどすべてにおいて給付の停止は低率を示している。

次に、部分的給付制度が持つ公的資金への影響（注 5）について述べる。部分的年金制度を持つ国は、日本を除いて、全体として障害給付受給者の割合が高い傾向にある。先の図 5 が示すように、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの各国では労働年齢人口の約 10% が障害給付受給者である。しかしながら、包括的給付のみの国と比較して、部分的給付と包括的給付の両方を持つ国の方がより障害者対策支出額が大きいとは必ずしも言えず（図 1）、これは部分的給付の支出が低く抑えられていることも原因の一つと言えるだろう。また、日本を除く調査国では、すべての支援支出額に占める部分的給付の割合が増加の傾向にある。このことは、制度支

（注 5） 部分的給付制度が公的資金に与える影響について総合的に分析するためには、受給者の所得にかかる税収入について触れる必要があるが、ここでは取り扱わない。

出削減や障害者の雇用促進の意図を反映しているのかもしれない。

部分的給付制度のない国がその導入を試みる場合、障害を受ける人は次の2グループに分けられる。一つは、現在包括的な年金を受け取っている人で、新制度下では部分的年金受給者と認定される人々、もう一つは「予期せぬ受給者」(つまり、現在受給を受けていない人で、新制度下では部分的年金を受給できるが包括的な年金受給には当てはまらない人)である。部分的給付制度を導入するに当たって、財政支出の影響がどれくらいであるかは、これら2つのグループに属する人々の割合による。永続的な部分的障害を抱える人が、永続的かつ全体的障害のある人よりもかなり多い場合には、予期せぬ受給者が相当数出る可能性があり、従って、部分的給付制度の導入により障害対策支出全体のコストが増加することも考えられる。

部分的障害給付制度の導入は、労働力供給についても影響を及ぼす。この影響は、所得控除やその前提となる税率など、具体的に部分的障害給付がどのような変数を持つかによって変化する。しかしながら、第一のグループ、つまり部分的年金導入により新たに部分的年金受給者となった人にとっては、給付金額が減額されるのであるから、就労に対するより大きなインセンティブとなると言えるだろう。第二の、予期せぬ受給者にとっては、非就労所得が増加するので、就労に対する動機は減少するだろう。つまり、部分的障害を抱える人に対する部分的給付制度を導入することがどのような効果を持つかは、これら二つのグループの人々がどれくらいの数的規模にあるか、また、彼らの対応がどれくらいの規模で現れるかによるといえる。

最後に問うべき重要な点は、部分的年金制度により雇用が促進されることによって、全額年金プログラムの受給者数を抑えられるかどうかである。このことは、部分的年金受給者がどのような障害があるかどうかにある程度左右される。時とともに悪化する長期的症状を抱えた受給者にとっては、全額年金制度に移行するのは当然であることは明らかである。より一般的には、部分的年金制度が、全額年金制度受給に対して抑制的に働くか、あるいは全額年金制度への前段階として働くかは、部分的年金制度がどのように設計されているかに大きく依存する。この点で興味深い例を示すのはドイツの場合である。2001年までは、部分的年金受給者は受給開始の一年後までに職を得ていない場合、それだけで自動的に全額年金受給プログラムに移行した。言うまでもなく、ほとんどの部分的年金受給者が一年後には全額年金プログラムの受給者となった。2001年以降、部分的年金から全額年金への移行は、非常勤での雇用や、連邦政府が公的に認める「閉鎖的非常勤労働市場」状態である場合にのみ可能となった。このプログラム改革が将来成功するためには、ドイツの非常勤労働市場が活性化することが必要である。労働市場が不振である限り、非常勤雇用の機会が縮小しているか存在してしないという理由から法定年金保険によって全額年金が支給されるということは、つまり、非常勤の雇用機会状況が好転しないかぎり、部分的年金受給者が非常勤の仕事を見つけることは期待できない、とドイツ政府も明らかに認めている。ドイツの例から明らかなのは、障害程度が労働能力との関連で決定される場合は、部分的障害プログラムによってどの程度全額障害年金の受給者数を減らすことができるかは、労働市場の活性度にも依存するということである。

部分的給付の代替案: 英国の労働税控除

永続的な部分的障害のある人々の就労を促進するための方法として、これまでに行われてきた障害者給付制度の枠組みには当てはまらないものもある。この例として、英国の「労働税控除(WTC)」制度の障害規定がある。調査国のうち、労働税控除制度のなかに障害規定を持つのは英国だけである。「障害者労働税控除」制度のもと、障害のある人を対象としての税控除制度が最初に導入されたのは、1999年のことであった。この制度は短命に終わり、2003年4月に新しく統合された税控除制度である「労働税控除」制度が取って代わった。労働税控除

は、低収入の被雇用者と自営業者に支払われるもので、障害者(障害規定)も含まれ、徴税官庁(「内国国税局」)によって運営されている。労働税控除の障害規定に該当するには、少なくとも週16時間の労働と、就労のために不利になる障害を抱えているか、決められた給付を受けている必要がある。2003年4月に導入されたばかりなので、この制度の評価は現在まだされていない。先の「障害者労働税控除」制度においては、受給者のうち、税控除が働くための鍵となる要因であると答えた者は19%であった(Atkinson, Meager, & Dewson, 2003)。

英国の労働税控除制度は他国の模範となるものだろうか。このような制度には、いくつかの利点がある。パートタイムあるいはフルタイムで、かつ、低賃金で働く障害者が、英国のWTCの障害規定のような税控除制度の対象集団である。この制度は、障害者のなかに、恒常的に一部の障害を抱えており、つまり、非常勤でなら就労することが可能である人もいれば、常勤で働くことは可能であるが、職種としては低賃金のものしか可能ではない人もいる、ということを前提としている。後者の人たちが障害給付を受給する場合には、税控除制度からの乗り換え率は高くなると思われるので、彼らには障害給付を受給し、退職年齢まで受給し続けようとする動機が生まれる。労働税控除制度は、就労所得に上乗せをすることにより、拋出制あるいは資力査定つきの障害給付制度への加入を抑制することができる。加えて、障害給付の適格性はWTCの障害規定の認定基準としても用いることができるので、WTCのような制度は障害給付受給者の職業復帰を促すことにもなり、それによってこれらの制度の利用からの脱却を働きかけることができる。

しかしながら、労働力供給の点から言って、税控除制度は必ずしもよい影響を与えないということも銘記しておかなくてはならない。標準的な経済理論の立場では、税負担の軽減によって、現在未就労の人々の労働参加は促されるが、現在就労中の人の就労時間は増加あるいは減少のどちらともなりうる、とされている。税控除によって労働力供給がどう変化するかは、実際的な問題である。(未就労と就労中という)二つの集団の規模にもよるし、就労中の人について言えば、彼らの労働供給がどれだけ弾力的に行われるか、また、税控除額の幅は異なるので、それと比較した彼らの賃金レベルにも関係する。アメリカ合衆国の「労働所得控除」制度では、労働力供給に対する制度の効果について実際に明らかになったデータは両義的である(Scholz, 1996; Browning, 1995)。

また、税控除制度にはいくつかの欠点があるということも知っておく必要がある。まず、税控除制度自体にある問題は、それが自己申告による税制度であるために利用率が低いということである。税控除は自動的に受給できるのではなく、それぞれが控除を申告しなければならないし、受給のためには個人一人一人が行政とやりとりする意思と能力がなければならない。アメリカの「労働所得控除」ではこの問題が発生し、利用者の割合は80%から86%にしかすぎないと推定されている(Scholz, 1994)。歴史的にみても、英国では、税控除制度の前提となる資力審査つき給付制度が有効に活用されないという大きな問題があり、この問題はすぐにはなくならないだろうと考えられる。加えて、税控除がどれだけ認められるかの判定において、行政がしばしば計算間違いをすることがあるが、これは内国国税局による年末調整の結果であり、技術的な「過剰給付」につながっている。

もう一つの難点は、控除対象となる障害給付を受けていない人に対して、どのように障害認定を行うか、その方法を開発することである。英国では、この認定は内国国税局によって行われている。もし、控除対象となるが障害給付を受けていない場合には、規定された21の状態のうちの一つに該当することが必要である。この21の状態は、身体的、精神的、社会的な機能制限をいうもので、病状や痛みによって1日8時間労働ができないことや1週間に5日働けないことが含まれる(Pilling, 2003)。該当するためには、この規定状態のうちの一つまたはいくつかの状態であることを申告しなければならない。それを受けて税控除庁は、申告者の担当

の医師に対し、申告者がそのような状態にあり、その状態が少なくとも6ヶ月、あるいはこれから一生継続くものであるかを書面で確認する。このように、一国が労働税控除制度の導入する場合、それ以前に、控除制度に必要な障害認定制度を運用するための行政能力を開発しなければならない。また、障害があるかどうかの判定をどの役所が行うかも決めなくてはならない。Graetz(1996)が言うように、1960年代のアメリカ合衆国では、障害者に対する追加の税控除が議会の承認を得られなかったが、これは内国国税庁には障害認定プロセスを管理することはできないと考えられたためである。

もちろん、障害条項付きの所得税控除制度を導入しようとする場合、国によってその計画は大きく異なるだろう。なかでも違いが最も大きいのは、健康保険の保障内容である。アメリカのように、国民全員が加入する健康保険制度が存在しない国の場合、社会安全保障保険(SSDI)制度によって扱われる健康保険が、職業復帰の意欲を減らす役割を果たすことは間違いない。部分的障害のある人々が障害給付受給者となるのを防ぐような労働税控除制度を設計するためには、控除制度を資力審査付きの医療扶助(メディケイド)制度と組み合わせることも一つの案である。その場合、税控除制度における所得収入に関する申請条件は、医療扶助制度でのものと同一のものでなければならないだろう。

政府による支援策について費用対効果の分析を行う伝統を持つ国においては、労働税控除制度を正当化するのはなかなか難しいことかもしれない。国立社会保険院(NASI)の障害政策会議によって提唱された方針によって設計された障害労働者税控除制度は、1966年の調査では、一年当たり推定30億ドルの支出が必要である(Burkhauser その他、1996)。労働税控除制度によって、どれだけの人々が障害給付を受けずにすむか、また、どれだけの人々が給付を終えることができるかはまだ判断できないし、税控除制度によって起こりうる貯蓄についても同様にはっきりとはしない。しかしながら、労働税控除制度は障害者プログラムとは見なされないで、税控除制度の支出額や受給者人口の規模が、障害者プログラムほどの政治的な注目を集めないだろうとの主張も成り立つ。(注6)

英国の労働税控除制度は、就労する障害者に対する数少ない給付制度の一つである。このような制度を導入しようとする場合、その欠点について十分に研究することが必要である一方、最も重要な利点は、障害があることは就労できないことだという前提を捨てることによって、仕事と収入により障害を定義するような保障プログラムと比べて、職業復帰の意欲を減退させる影響が限定的であることである。

例外的な日本の事例

この報告の調査国のうち、日本はいくつかの点で例外的な存在である。まず第一に、日本の障害年金制度の規模は飛び抜けて小さい。GDPに対する障害年金支出の割合は最も低く、労働年齢人口に占める障害給付受給者の割合も最も低い(図4、7を参照)。

障害認定において、一貫して医学的な定義を用いているのも日本だけである。医学的な定義づけは、障害がどれだけ重症かの計算に用いられ、それにより、すでに就労しているけれども雇用割当制度に当てはまる可能性を持つ人の障害の程度を認定したり、障害年金を受給できるかの適格性が決まる。日本において障害は、労働や一般生活における制約と考えられており、日本を他国と比較する場合にはこの点を十分注意しなければならない。

日本における長期的障害年金制度では、障害は労働や収入との関係で決まるのではない。医学的な健康状態は、機能障害の程度に従って7つの等級に分類される。このうち、恒常的な年金を申請できるのは、1から3級の障害のある人のみである。1級の障害のある人は、全体的な現金給付プラス25%を受給し、2級の障害のある人(被雇用者年金と基礎年金)、3級の

(注6) アメリカの勤労所得控除について、同様の趣旨をBlank その他(1999)が指摘している。

人(被雇用者年金)は全体的給付マイナス 25%を受ける。障害年金は、実際には、加入者全員を対象とする基礎年金と、より大規模な雇用主によって雇用されている者を対象とする被雇用者年金の二つの制度から成り立っている。被雇用者年金の受給者は就労可能で、年金受給中でも就労所得に上限はない。それゆえ、この制度においては、障害の定義という意味でも、就労所得に対する規定という意味からも、年金受給者の就労意欲について減退を促す要素はない。

障害が完全に医学的な定義づけを与えられた上で設計されているこのような障害年金制度のおかげで、日本の障害年金制度はこれほど小規模なのだろうか。第1から第3級までに掲げられた機能障害はとても限定的であるので、それゆえ、障害者人口の中でもごく限られた割合の人々のみが年金受給者であるという可能性も大きい。しかしながら、罹患率や寿命の長さにみられる、他国と比較してよい健康状態など、他の要素が絡んでいる可能性もある。

障害年金制度が小規模であり、障害の定義において機能障害と仕事を関連させない点を考えれば、日本における障害者の労働参加は比較的多いのではないかと推測しても不思議ではない。実際には、身体障害を抱える人が2001年に就労した割合はわずか22.7%であり、1960年の46.7%(注7)から大きく落ちこんでいる。上記図6で示したように、日本における就業率の比率(障害者の就業率を非障害者の就業率で割ったもの)は38%で、9カ国中最低であった。それでは、障害年金の受給者でもなく、労働市場に参加しているわけでもない障害がある人々はどこにいったしまったのだろうか。この疑問に答えるためには、より詳しい調査が必要だが、上記のマクロレベルのデータと国別データを基に考えると、他国と比較してより大きな割合の障害者が家族の援助に依存して家庭で過ごしているようだ。この状態だと、彼らは障害年金受給者としてもカウントされず、労働市場の一部だともみなされない。このような障害者は、すでに労働から長いこと離れてしまっているため、被用者年金を受給することもできない。

日本のケースは、障害年金制度を多国間で比較することの難しさを改めて示すものだ。この難題に挑むために、以下の2章では一時的、部分的制度の組織的な背景を注意深く分析し、残りの章においてそれぞれの国の実施策について詳しく紹介する。

参考文献

Aarts, L. M., Burkhauser, R.V. & De Jong, P.R. (1998). Convergence: A comparison of European and United States disability policy. In T. Thomason., J. F. Burton, & D. E. Hyatt (Eds.) *New approaches to disability in the workplace*. Industrial Relations Research Association Series.

Aarts, L. M., Burkhauser, R.V. & De Jong, P.R. (Eds.). (1996). *Curing the Dutch disease: An international perspective on disability policy reform*. International Studies on Social Security, Vol. 1. Avebury.

Atkinson, J., Meager, N. & Dewson, S. (2003). Evaluation of the disabled person's tax credit: A survey of recipients, Inland Revenue Research Report 6.

Berkowitz, M. and Dean, D. (1989). Disability systems: A cross national comparison. In Rehabilitation International and Work Rehabilitation Fund. *Social security disability programs: An international perspective*. New York: Author.

Blank, R., Card, D. & Robins, P.K. (1999). Financial incentives for increasing work and income among low-income families, National Bureau of Economic Research, working paper, 6998.

Browning, E. K. (1995). Effects of the Earned Income Tax Credit on income and welfare. *National Tax Journal*, 48, 23-43.

(注7) 厚生労働省による資料。精神障害者についてのデータは利用できない。

Burkhauser, R. V., Glenn, A.J., & Wittenburg, D.C. (1996). Encouraging work through cash benefits: The disabled worker tax credit. In V. Reno, J. L. Mashaw, B. Gradison (Eds.). *Disability: Challenges for Social insurance, health care financing and labor market policy*. Washington, D.C.: National Academy of Social Insurance.

De Jong, P.R. (2004). Excursus: New directions in disability (benefit) policy: The Dutch experience. In Marin, Prinz, and Queisser (eds). *Transforming disability policies: Towards work and equal opportunity*. Vienna: Ashgate.

Fultz, E. & Ruck, M. (Eds.). (2002). *Reforming worker protections: Disability pensions in transformation*. International Labour Office, Central and Eastern European Team.

Graetz, M. J. (1996). Encouraging work through cash benefits policy. Comment in V. Reno, J. L. Mashaw, B. Gradison (Eds). *Disability: Challenges for social insurance, health care financing and labor market policy*. Washington, D.C.: National Academy of Social Insurance.

Haveman, R. H., Halberstadt, V., Burkhauser, R.V. (1984). *Public policy toward disabled workers: Cross-national analyses of economic impacts*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Kingdon, G. & Knight, J. (2000). *What have we learnt about unemployment from microdatasets in South Africa?* Oxford, England: Centre for the Study of African Economies, University of Oxford.

Marin, B., Prinz, C., & Queisser, M. (Eds.). (2004). *Transforming disability policies: towards work and equal opportunity*. Vienna: Ashgate.

Mitra, S. (Forthcoming), *Disability: economic and social development*. In: Albrecht, G. (ed), *The encyclopedia of disability*. Thousand Oaks, C.A.: Sage.

Pilling, D. (2002). *Definitions of disability in Europe: The United Kingdom. A comparative analysis and assessment of the policy implications of alternative legal definitions of disability on policies for people with disabilities*. European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs.

OECD. (2003). *Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Prinz, C. (Ed.). (2003). *European disability policies: 11 country trends 1970-2002*. Vienna: Ashgate.

Scholz, J. K. (1994). The Earned Income Tax Credit: Participation, compliance, and antipoverty effectiveness. *National tax journal*, 47 (1).

Scholz, J. K. (1996). In-work benefits in the United States: The Earned Income Tax Credit. *The economic journal*, 106, 156-169.

Statistics South Africa. (2002). *The South African labour market: Selected time-based social and international comparisons*. Pretoria, South Africa: Author.

第2章 一時的障害給付制度 その特徴と最近の変化 トッド・ハニカット

障害給付政策が社会参加や雇用を志向する傾向がより高まりつつあるなかで、一時的障害給付プログラムは、受給者の職場復帰の可能性を高め、永続的障害給付への移行を防ぐために大きな可能性を秘めているといえるだろう。一時的障害給付プログラムはさまざまな形をとることがあり、永続的障害給付プログラムよりも各国により違いが多い。いくつかのプログラムにおいては雇用主が全負担するのに対し、他のプログラムでは一般年金制度に付随して存在するし、さらにまた他のプログラムでは収入に上限があり、かつ最近の就労経験があつてはならないという条件がある。プログラムの財源はどうなっているか、給付の期間はどれくらいか、雇用主はどのような立場にあるか、プログラムと長期的障害給付プログラムとの関係はどうか、一時的障害給付がどのように運営され、職場復帰を促進するためにどれだけ成果を挙げられるかは、これらの問題のすべてが関わってくる。たくさんの種類のプログラムがあるなかで、共通しているのは次の一点のみである。つまり、給付は限定的であり、ある一定の期間のみであるということである。この期間とは、(1) 障害が回復して職業復帰ができるまで、あるいは(2) 障害に回復の見込みがなく、長期的給付を受給すべきであるという結論に至るまで、のどちらかである。

一時的障害給付は疾病給付または短期的障害給付の形をとり、しばしば、法で定められた雇用主による所得補助の期間の終了後になされる。この給付は、職務に関係しないケガや病気を理由に職に就けなくなった人々に、一時的な現金給付を与えるものである。(注8) 賃金保障として与えられる現金給付に加えて、社会復帰サービス、障害ケア、障害に由来する給付などの他のサービスや援助が含まれる。

一時的給付のもう一つのタイプに、「期間限定」型とされるものがある。期間限定給付プログラムは、短期的障害給付プログラムと永続的障害給付プログラムの両方の側面を持っている。短期間給付が終了した場合、永続的受給に移行するのではなく、期間限定給付に移行するのである。ひとつの考え方は、期間限定給付を短期的プログラムと長期間プログラムとの架け橋として考えるもので、病状が好転したり雇用の可能性が高いと期待される人々に支給される。もう一つの考え方は、長期間の永続的障害給付の代わりに期間限定給付を与えるものである。この傾向が著しい場合、すべての障害給付受給者は数年ごとに再申請を求められる。三番目の考え方は、一時的給付を若者を対象としたプログラムとして考えるものである。これらの一時的給付プログラムすべてにおいて根本にあるのは、障害のある人々は就労の機会と見込みを持つべきであるという考えである。

この章は以下のような構成になっている。最初の部分では、調査対象の9カ国において実施されているさまざまな短期的または期間限定の疾病給付と障害給付についてその概要を紹介する。より詳細については、それぞれの国の章で触れられる。次に、得られた統計データ(支出と受給者数)についての検討を行う。三番目の部分では、各国の一時的プログラムの特徴について、プログラムの鍵となる特徴を比較、対照する。四番目に、期間限定プログラムが具体的にどのように実施されているかについて触れる。最後に、短期的プログラムと期間限定プログラムから学び取れること、また見いだされることを結論として示す。

(注8) 一時的障害給付制度は一般に労災制度とは別のものであるが、オランダは例外で、業務上の病気やケガと業務に関係しない病気やケガの両方が障害制度によって扱われる。

各国における一時的プログラム

この項では、この報告の対象となる9カ国における一時的障害給付プログラムのうち主要なものを概観する。図1は、これらの制度名、監督官庁、短期か期間限定か、財源、受給者負担有無を示している。

オーストラリアの一時的障害給付プログラムは、受給者負担に基づかない資力審査型である。3種のプログラムがあるが、すべて給付額は固定で(男子平均週給の25%と定められている)、収入あるいは資産の上限を超えているとそれに応じて給付額が減額される。第一のものは「疾病給付」と呼ばれ、一時的な病状により週に8時間以上就労できない被雇用者(あるいは25歳以上の学生)に与えられる。給付申請に対して、一定の間隔で見直しが行われ、2年以内に職業あるいは学業に復帰できないと考えられる場合には「障害年金」(永続的障害給付)を給付される。「再スタート手当」制度は、非雇用の者あるいは永続的障害年金給付を希望するものを対象に給付するもので、「若者手当」制度は16歳から25歳までの学生あるいは16歳から21歳までの非雇用者のうち、障害により就労、就学が不可能な者を対象としている。

表 1 各国における一時的障害給付制度とその特徴

国名	制度名	主管官庁	種類	財源	負担歴の有無
オーストラリア	疾病手当	家族地域社会省	疾病	一般財源	なし
	再スタート手当	家族地域社会省	失業	一般財源	なし
	若者手当	家族地域社会省	期間限定	一般財源	なし
ドイツ	就労不能手当	国家年金保険基金	期間限定	雇用主、非雇用主負担	過去5年間における3年分の負担
	短期疾病	国家健康保険基金	疾病	雇用主、非雇用主負担	健康保険に加入中でなければならない
英国	法定疾病手当	なし(雇用主による)	疾病	雇用主	なし
日本	障害手当	健康保険	疾病	雇用主、非雇用主、政府	健康保険に加入中でなければならない
オランダ	疾病給付法	なし(雇用主による)	疾病	給与税	2001年度における受給に必要な最低賃金は年収13,159ユーロ、年収の上限は38,117ユーロ
ノルウェー	疾病保険給付	国家保険庁	疾病	給与税	最低14日間の就労と、基準額(2003年度では56,861クローネ)の半分を超える収入
	医療リハビリテーション日割現金給付	国家保険庁	期間限定	給与税	3年間の加入(一般の年金と同様)
	職業的リハビリテーション日割現金給付	労働省	期間限定	給与税	3年間の加入(一般の年金と同様)
	期間限定障害給付	国家保険庁	期間限定	給与税	3年間の加入(一般の年金と同様)
南アフリカ	一時的障害手当	社会開発庁	疾病	一般財源	なし
スウェーデン	疾病給付	国家社会保険審議会	疾病	給与税	同一の雇用主の下での14日以上雇用
	保証された所得関連活動保障	国家社会保険審議会	期間限定	給与税	年金加入(所得関連制度については、なし)
	医療的、職業的リハビリテーション現金給付	国家社会保険審議会	期間限定	給与税	年金加入
	保証された疾病補償	国家社会保険審議会	永続的制度における期間限定規定	給与税	年金加入の資格があること

ドイツの一時的疾病給付は、まず雇用主によって支払われ、被用者が医師によって就業不能と診断された場合、賃金の100%を6週間分まで支払われる。病気やケガの状態が6週間以上続く場合には、賃金の70%が78週分まで「法定健康保険」によって支払われる。ドイツは2001年に永続的障害プログラム(法定年金保険制度による)を変更し、その結果、最重度の障害のある人以外の支援は期限が3年の期間限定プログラムになった。3年の期間が終了すると、受給者は再申請を行わなくてはならない。60歳を超えたもの、または、障害給付を3回申請・受給したものは、永続的受給者となる。

英国の一時的障害給付制度は、雇用者負担である。「法定疾病手当」制度は1983年から開始され、賃金全額を8週間まで雇用主が支払うものだったが、1995年から支給期間が28週まで延長された。この期間の後は、永続的障害給付を申請することができる。雇用主は支給の

7 日後に医師の判断に基づいて受給者が就労不能かどうかを決定する。

日本では、すべてではないがいくつかの健康保険制度で短期的障害給付が行われている。大企業の被用者を対象とする健康保険制度では短期的給付が支給されるが、中小企業の被用者や自営業者が加入している基礎的な健康保険制度では短期的給付を支給することは義務化されていない。支給が認められた者は、賃金の 60% を 18 ヶ月まで受給できる。永続的障害給付制度についてもそうであるように、日本で短期給付を実際に受ける人は少ない。その他の一時的給付は、失業保険によって支払われる（雇用がなく、病状により働いたり仕事を探したりすることが不可能な人を対象とする）。これらの給付は失業給付と同額で、最長 360 日分まで支給される。

オランダの短期障害給付プログラムは、この報告の調査対象国のうち過去 10 年間ににおいてもっとも大がかりな変更があった。1980 年代から 1990 年代にかけて、オランダは障害給付申請の増加に悩まされ、障害プログラムは雇用者と被雇用者によって失業または早期退職に代わる手段として用いられていた。一時的給付プログラムはもともと準公的な制度で、「産業連合」（雇用主団体と労働者業界団体からなる）によって運営されていた。1994 年から、短期的障害給付は民営化され、それにより財源の負担先が変更された。その結果、雇用主は短期的賃金保障を 12 週間分まで支給することが義務づけられたが、この支給期間は 1996 年に 1 年まで、2004 年には 2 年まで延長された。支給額は以前の賃金の 70% であるが、雇用主がこの額を最大 100% にまで上乗せすることが、支給 1 年目のみ認められている。加えて、オランダの短期プログラムでは、リハビリテーションや障害マネジメントが重要視されており、雇用主には、短期的給付受給者の治療や職業復帰を取り扱うための「職業健康サービス」への参加が義務付けられている。

ノルウェーでは、「疾病保険」プログラムによる障害のある人に対する給付がある。同制度により、賃金の 100% 分を最長 52 週間まで受給でき、部分的給付も受け取ることができる。医学リハビリテーションあるいは職業リハビリテーションを受けている受給者は、永続的障害年金ではなく、リハビリテーションを目的とする現金手当を受けることができる。この手当の受給期間は最長 52 週間である。疾病保険給付が終了した後に永続的障害給付を申請する者は、永続的給付の代わりに 1 年から 4 年の期間限定給付を受けることができる。これらの給付は、職業復帰の可能性が高いと考えられる人に与えられる。

南アフリカでは、助成支援プログラムの一環として、「一時的障害助成金」と「永続的障害助成金」が実施されている。6 ヶ月以上 1 年未満の間就労できない状態の人は、一時的助成金を受給できる。診断医によって決定された期間、定額制の給付が支払われるが、この給付には資力審査がある。

スウェーデンの一時的障害プログラムは 4 種に別れており、それぞれが特定の集団を対象としている。「疾病」プログラムは、就労できなくなった後 21 日を過ぎてから、賃金の 77.6% を支給する短期プログラムで、支給の期限はない。支給の 21 日分までは、雇用主の負担である。次に「活動保障」制度は、健康上の問題により就労できない 19 歳から 29 歳の若者を対象としており、給付期間は 3 年を上限とする。三番目の「疾病保障」制度は、長期的障害給付の一環として、期間限定給付を支給するものである。最後に、疾病保障の受給者のうち、医学リハビリテーションや職業リハビリテーションに参加している人を対象に、リハビリテーション給付がある。これらのプログラムにはすべて、年金方式によるものと資力審査方式によるものがある。

アメリカ合衆国では、全国一律の一時的障害制度はない（それゆえ図 1 には記載されていない）。強制疾病給付と、州ごとに定められた「労働者補償」制度を別にすれば、短期間の障害給付は雇用主の判断に任されている。しかしながら、カリフォルニア、ハワイ、ニュージャージー

一、ニューヨーク、ロードアイランドの5州においては、州が運営する一時的障害プログラムに雇用主が参加することを義務づけている。これらのプログラムでは、「社会保障障害保険 (SSDI)」あるいは「補足的保障収入 (SSI)」がない場合に、26週から52週分の給付が与えられる。また、1993年に成立した「家族医療休暇法」により、自らの病気、家族の病気の世話、あるいは新生児または新しく養子にした子の世話のために、無給で12週間まで休暇を取ることができる。

プログラムの支出と受給者

短期的障害制度についての統計データ収集が難しいのには様々な理由がある。まず、財源を民間に頼っている場合(例、英国)、短期的給付の受給者数や年間の拠出額について公開されない場合がある。次に、これはどのような給付制度についても言えることだが、比較可能な制度間の統計について入手しうる統計が一貫していない。これらの問題は、常に、ストック(現在の受給者数)とフロー(新しく受給する人の数)の問題に帰着する。ある制度運営統計においては、一年間の新規受給者数が示され、他の統計では一年間の総受給者数が示され、また他の統計では(1ヶ月や1日といった)ある期間における受給者数が示される。

短期プログラムを比較する上で有用な一つの基準は、そのプログラムの年間支出額である。ここでは、OECDの「社会支出データベース」(2004)を用い、手当が支払われる疾病休暇、職業に関連する疾病が原因ではない病気休暇における公的支出に特に焦点を当てる。この支出額は、先に触れた期間限定プログラムのうちのいくつかについてのデータを除外しており、それゆえ一時的制度に対する公的支出額の合計を表すものではないが、調査国における短期的給付の重要性を比較するうえで、妥当な基準を示すものといえる。支給額の規模により、9カ国は二つのグループに分類することができる。図1は、1980年から2001年にかけて、オランダ、ノルウェー、スウェーデンにおける疾病給付のGDPに占める割合を示したものである。この期間中、3国ともGDPの1%以上を疾病給付に充てている。オランダは、1980年には疾病給付支出額が他の国と比べて最も多かった(GDPの2.7%)が、2001年には支出額を半分以下に削減した。スウェーデンとノルウェーにおいては、1990年代中頃まで支出額が低下する傾向にあったものの、その後は増加傾向をみせている。

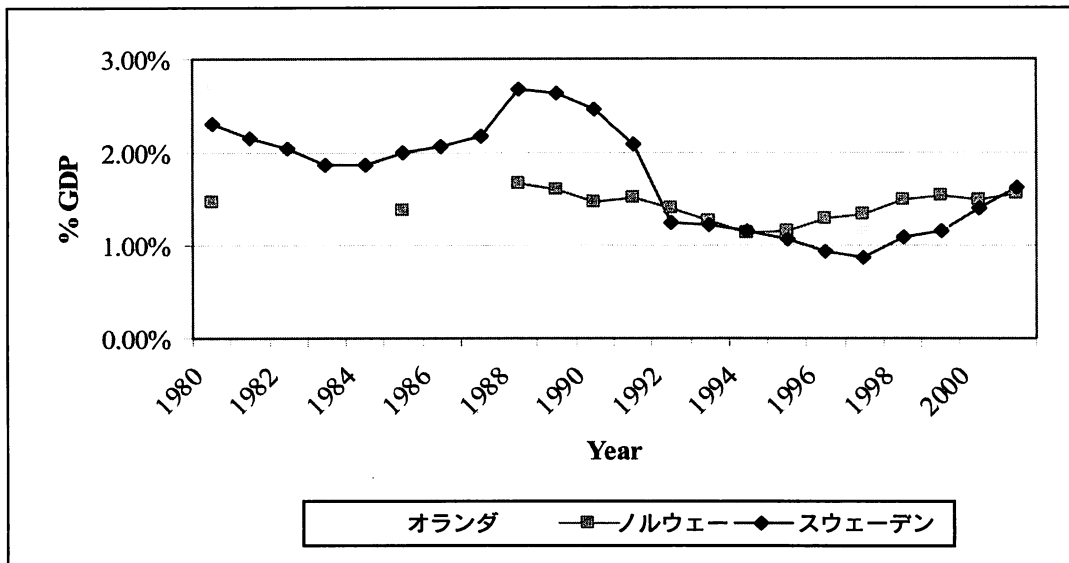
図2は、同じ期間のオーストラリア、ドイツ、日本、英国、アメリカ合衆国の疾病給付支出額を示したものである(注9)。これらの国々では、疾病給付がGDPの0.5%を超すことはなかった。オーストラリアと日本はなかでも最も低い支出額となっており、GDPと比較するとほとんど無視してよいほどの割合でしかない。その他の3カ国については、疾病給付支出額は中程度であるといえよう。それぞれの国についてある程度の変動はあるにしろ、おおむね支出額は減少傾向にあったが、最近2、3年において若干増加の傾向にある。

OECDの「社会支出データベース」には、オーストラリア、ドイツ、オランダ、ノルウェーの4カ国における、疾病給付についての法定の民間支出額についてのデータも記されている(図3)(注10)。法で定められた民間による支出額が最も大きいのはドイツであるが、1998年以降はノルウェーがドイツと並んでいる。両国とも、1998年以降民間による支出額は増大している。オランダでは、図1で示されるように、短期的給付の民営化と公的支出の削減という変化に伴って、民間による疾病給付額は1994年以降増加している。オーストラリアについての統計は1995年からのものだが、民間支出額は減少傾向にある。

(注9) 南アフリカについてのデータは利用できなかった。

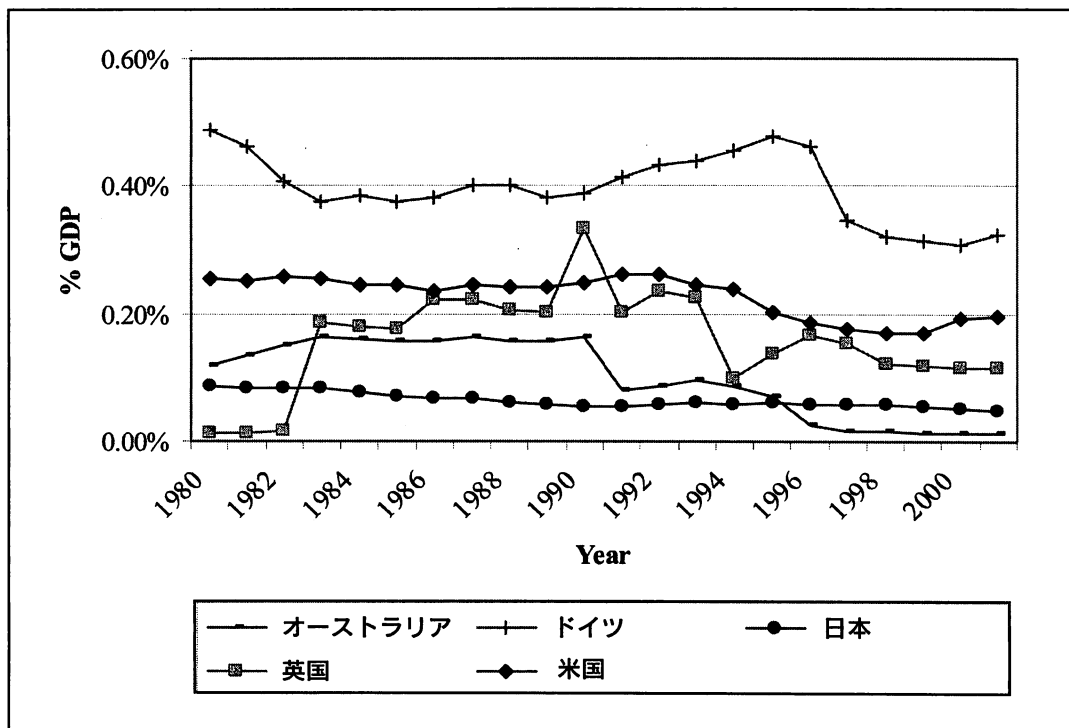
(注10) アメリカについてのデータもあるが、GDPの0.02%未満にすぎない。

図1 1980年から2001年におけるスウェーデン、オランダ、ノルウェーの疾病給付への公的支出のGDPに占める割合



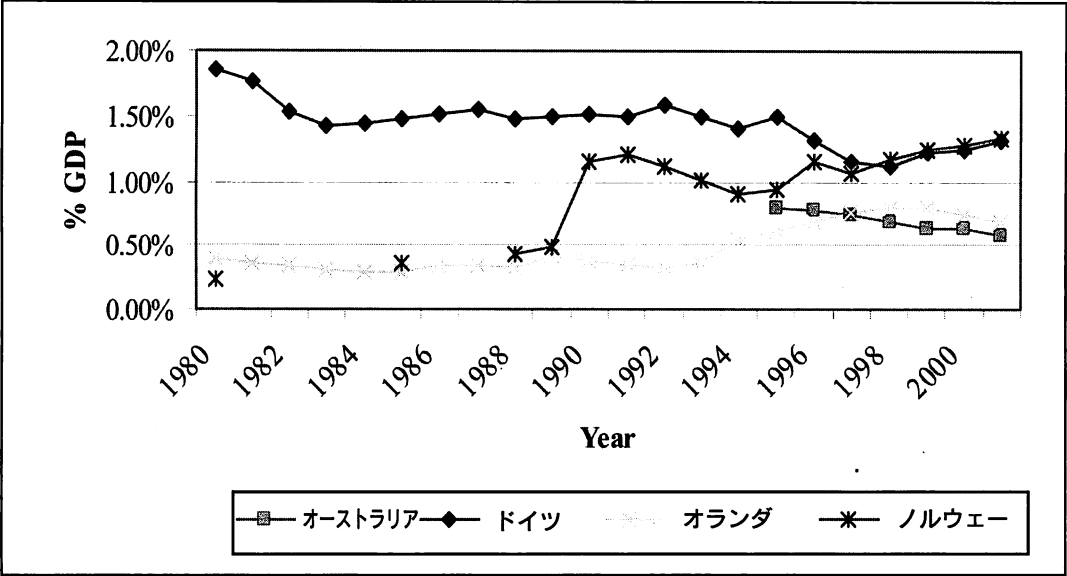
出典:OECD (2004).

図2 1980年から2001年におけるオーストラリア、ドイツ、日本、英国、米国の疾病給付への公的支出のGDPに占める割合



出典:OECD (2004).

図3 1980年から2001年におけるオーストラリア、ドイツ、オランダ、ノルウェーでの法定疾病給付への民間支出額のGDPに占める割合



出典:OECD (2004).

疾病給付の支出額は、短期的給付の受給者数と支給額との組み合わせを反映するものである。表2は、最近一年間における短期的給付の新規の受給者数、特定の日における受給者数合計、また、労働年齢人口における割合、給付制度登録者数との割合を示したものである。注意しなければならないのは、入手したデータはそれぞれの国の主要な短期的給付プログラムについてのみであり、なかでも三つの制度については短期的給付プログラムの規模についてのデータは得られなかったということである。いくつかの国のデータがなく、また、入手したデータの比較の妥当性にも問題があるとはいえ、この統計をもとに制度間の違いについてある程度の知見を得ることができる。日本では、疾病給付プログラムは被用者にとって最後の手段としてしか用いられないので、2001年にこの制度を使用した者の数は加入者数の3%以下となっている。反対に、ドイツでは年間3,300万人以上が短期的プログラムにより給付を受けている。この数字は一年間に支払われたすべての疾病給付の数であり、加入者数の3分の2の割合となっている。しかしながら、雇用主が負担する6週間の支給以降「法定健康保険」制度に移行した者の数はずっと少なく、360万人つまり加入者数の7%に過ぎない（統計は示されていない）。ノルウェーとスウェーデンでは、公的な短期的給付を受ける前に待機期間があり、その期間には雇用主が賃金相当分を支払わなければならない。表2の数字には雇用主からの受給のみを受けた人については含まれていない。一年間のいずれかの時期に公的な短期的給付を受けた人の数は、それぞれの国の労働年齢人口に対してノルウェーで28%、スウェーデンで17%である。ノルウェーの数字が高いことには、雇用主負担の期間がより短い（ノルウェーでは16日、スウェーデンでは21日）ことを反映しているのかもしれない。ノルウェーの統計には、ある特定の日における疾病給付受給者数も含まれており、13万6千人以上の人を受給しており、これは労働年齢人口のほぼ6%に相当する。南アフリカの同様の統計では、一日に3万8千人の受給者があり、これは2004年における人口の2%に当たる。

表 2: 短期的障害給付制度の対象人口と受給者数

国名	制度名	調査年	新規受給者	新規受給者の対象人口に対する割合	一日における全受給者数	一日における全受給者数の対象人口に対する割合
オーストラリア	疾病手当	a				
ドイツ	短期間疾病	2001	33,717,209			
英国	法定疾病手当	a				
日本	傷病手当	2001	929,560	2.7%		
オランダ	疾病給付法	a				
ノルウェー	疾病給付日割現金給付	2002	675,661	28.2%	136,044	5.7%
南アフリカ	一時的障害手当	2004			368,179	2.1%
スウェーデン	疾病給付	2002	756,000	17.2%		

注: a はデータがないことを示す。

短期的プログラムの特徴

この項では、短期的プログラムの次の7つの側面について述べる。それは、(1) 財源、(2) 障害の定義、認定方法、認定の過程、(3) 受給までの待機期間と最長給付期間、(4) 給付額、(5) 雇用主の役割と失業者に対する給付、(6) 社会復帰サービスと障害管理、(7) 短期的制度と永続的障害給付制度の関係である。

【財源】 短期的プログラムの財源には、社会保険、社会扶助、民間の三種類がある。そのうち、社会保険制度には二種類のものがある。まず、ノルウェーとスウェーデンで採用されているのは、国民年金制度の一部としての短期的プログラムである。このモデルでは、高齢者、遺族、長期的障害、短期的障害、失業者という社会的支援が必要な人に対して、一括して個人と雇用主が給与税の形で資金を提供する(注11)。短期的障害給付を受けるためには、年金受給可能な状態であるか、保険に加入していなければならない。短期的プログラムは、そのほとんどあるいはすべての側面(障害認定、リハビリテーション、モニタリング、再審査、支給期間)において、政府機関(ノルウェーでは国家保険庁)によって全国一律に運営、監視されている。政府が重要な役割を果たしているが、地方あるいは地方政府の活動や影響力が阻害されているわけではない。一つの例として、スウェーデンの障害認定は地方公務員からなる地域社会保険事務所によって行われる。

短期的障害プログラムの財源として社会保険を使う二つ目の方法は、年金制度とは別の保険制度を用いるやり方である。ドイツと日本では、短期的疾病給付は健康保険を通じて支給される。この健康保険制度は、雇用主と被用者からの供出金で運営されているが、政府からの補助金も使われている。どちらの国においても複数の保険者が存在するが、保険の内容と支給額については政府により義務づけられ、規制されている。日本では、基礎的な給付は被雇用者健康保険を通じて大企業によって支払われている。国民健康保険(自営業者と被用者が5人以上の会社に雇用されていない人が加入する)の加入者は、短期的障害給付が支給される場合とそうでない場合がある。というのも、市町村によって支給制度が異なり、疾病給付についての全国一律の規定はないからである。ドイツでは、病気やケガを生じた後最初の6週間まで、雇用主に直接的な支払い義務がある。病状が6週間以上続く場合、「法定健康保険」により最長78週間の補償が与えられる。

(注11) ノルウェーの給与税は、雇用者 7.8%、自営業者 10.7%、雇用者 14% である。スウェーデンでは、どの保険制度に加入しているかにより、給与税は異なる。疾病保険加入者における給与税は、2000年に 8.50%、2001年に 8.80%、2002年に 11.08%だった(国立社会保障審議会、2003)。それに比べて、高齢者年金加入者はいずれの年も 10.21%だった。スウェーデンで給与税を支払うのは雇用者と自営業者である。

もう一つの短期的障害プログラムの財源は、社会扶助制度を用いることである。社会保険制度とは異なり、個人や雇用主が直接この制度に負担金を支払うわけではない。その代わりに、一般歳入からの資金が用いられる。申請や給付は、申請者の経済的必要性に応じて行われるので、この場合短期的障害給付は、資産が限られている人に対するセーフティーネットの役割を果たしている。言い換えれば、仮にこの制度における障害認定を受けたとしても、資力審査を通過しなければ支給は受けられないということである。オーストラリアは、援助プログラムについて社会扶助を通じて財源を確保するという長い歴史を持っており、その歴史は1909年に開始された高齢者年金にまでさかのぼる。南アフリカでもこのモデルによるプログラムが実施されている。オーストラリア、南アフリカどちらの場合でも、次のようなもう一つの特徴がある。それは、賃金の代替率が低いということである。オーストラリアでは、短期的給付の額は男性労働者の平均週給の25%と定められている。他の国においても、標準的な短期的給付プログラムではカバーされない人に対する資力審査付きの制度があるが、これは本来の短期的プログラムの補助的なものである。

民間による財源負担は、調査国における一時的障害給付の三番目の資金調達法である。民間財源では、給付は雇用主と被用者、それに政府組織ではない第三者を加えることもあるが、これらの集団の共同責任になり、支給内容についての規制や法による規定は少ない。そのため、同じ国内の短期的プログラムのある部分について大きく異なることがあり、本来すべての受給者に一律の基準となるはずの障害状態の確認やリハビリテーションなどで大きな違いがみられることがある。民間による財源負担をとる調査国は、イギリス、オランダ、アメリカ合衆国の3カ国である。イギリスでは、就労できない病状にある人に対して、雇用主が一定額を28週間支払わなければならない。また、28週以降は、長期的障害プログラムに申請することができる。オランダの短期的支援プログラムは、劇的な変化をとげた。1996年以前の短期的障害給付は、準公的機関を通じて支給されていた。受給者数の削減と制度の責任を明確化するという目的で、一時的給付は1996年に民営化された。当初、雇用主は6週間の給付を義務とされたが、後に期間が1年に延長され、2004年からは短期的障害手当として賃金の70%を2年間支給することとなった。雇用主は、給付の支払いあるいは制度維持費用について、自らリスクを負うか、民間の保険に加入することができる。最後に、アメリカ合衆国では、民営の短期的障害給付があるが、雇用者の加入は任意である。州法によって短期的障害給付が義務化されている5州を除く州では、雇用者は法定疾病手当以外の短期的障害給付を支払うことは義務づけられていない。しかしながら、「家族疾病休暇法」により、被雇用者は、自らの病気あるいは家族の救急時に12週間まで無給で休暇をとることが認められている。

【障害の定義、審査、認定方法】 長期的障害給付とは異なり、短期的障害プログラムでは、病状や障害についての定義が驚くほど共通している。本研究で検討しているすべての制度において、短期的給付を受給するために申請者は就労が妨げられるような病状にある必要がある。オーストラリアの制度が珍しいのは、「疾病手当」制度に労働給付を設けている点で、週8時間の就労が不可能な場合に給付を受けることができる。また、いくつかの国では、障害が一時的であることが要求されている。オーストラリアでは、短期的給付を受け取るためには障害が一時的で、2年以内に回復の見込みがある必要がある。日本では、障害が4日以上続くものであることが必要とされている。

障害の定義についてはほぼ同一であるが、障害の評価方法についてはそれぞれの短期的制度によって異なる。一般的に、ごく短い期間や障害発生直後には自己申告で十分であるか、それ以降は医師の診断書が必要とされる。英国では、自己証明期間は7日間である。スウェーデンでは、30日間まで就労できない病状であることを自ら主張することができる（これには、21日間の雇用主負担と公的給付の最初の7日間が含まれる）が、その後は医師の診断書を得

る必要がある。

しかしながら、いずれかの段階において医師の診断が必要とされる。ただし、オランダと南アフリカを除くすべてのプログラムでかかりつけ医による診断書を認めている。オランダでは、短期的給付の受給資格と給付期間の決定は「職業健康局」に勤務する医師によって行われる。この査定方法は全体として、プログラムが障害者の再統合を重視していることに由来するものである。南アフリカでは、「社会発展省」に勤務する医師が申請者を審査し、永続的給付と一時的給付のどちらが適切かを決定する。

ノルウェーでは、医師の審査プロセスにおける重点が変化してきている。申請者の不能を審査するのではなく、どのような能力を持っているかを判断するようになった。申請者が就労できない期間がどれくらい長いではなく、どのような仕事なら可能か、ということを重視するようになったのは、大きな変化である。ノルウェーでは、この新しい評価方法を取り入れない医師の免許を剥奪することまで行っている。

一般に、受給可能の決定は短期的給付の運営責任を持つ行政機関によって行われる。例えば、ノルウェーでは「国家保険事務所」が医学的証拠に基づいて決定を下す。しかし、そうではない場合もあり、英国の決定プロセスは他に例がないものである。自己申告期間の後、被雇用者は医師の診断書を雇用主に提出する。雇用主は、給付することが正当かどうかを決定する。この方法と反対なのが、ドイツの場合で、被用者のかかりつけの医師が障害の程度について審査をした後、雇用主に被用者が給付を受ける期間がどれだけの長さかを告げる。医師は診断書を提出する必要がなく、被雇用者の状態について説明する義務すらない。

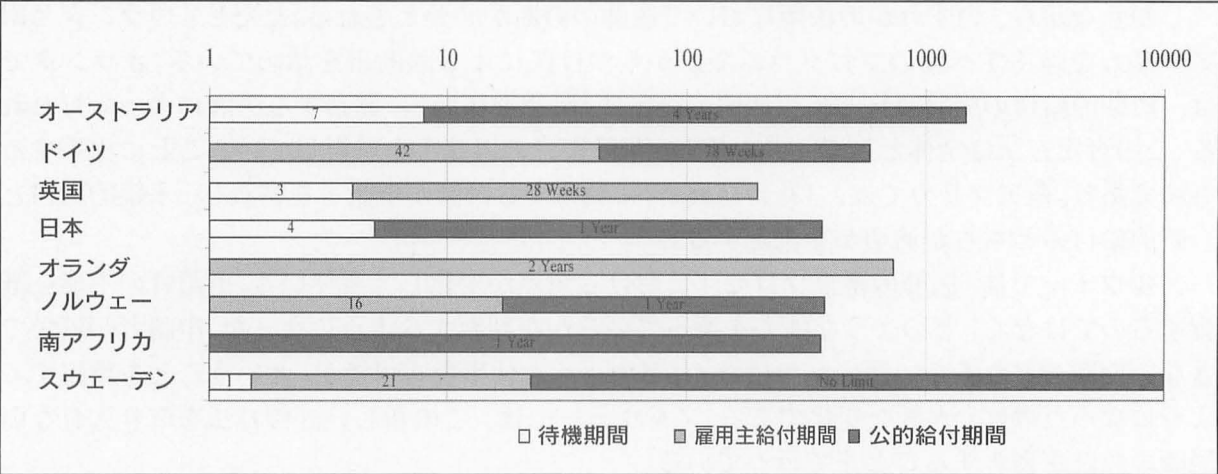
【待機期間と給付期間】 短期的給付は、長期的障害給付へ入り口ともなるし、また、長期的給付には至らずに雇用を回復するための関門や緩衝装置ともなりうる。図2に示したのは、各国における主要な短期的障害制度について、給付に関する期間、例えば、待機期間、雇用主負担給付の期間(ない場合もある)、最長給付期間などについて比較したものである。

待機期間とは、雇用主がごく短期的間支給する疾病休暇給付によって、あるいは受給者自身の負担によってまかなわれる期間である。いくつかの国(オーストラリア、英国、日本、スウェーデン)において、疾病給付の支給開始までに1日から7日の法的待機期間が設定されており、その期間には雇用主あるいは公的機関に金銭的支払い義務はない。資力審査のあるプログラムを実施しているオーストラリアでは、それに加えて「流動資産待機期間」があり、活用可能な資産がある受給者は最長13週まで申請することができない。

ドイツ、ノルウェー、スウェーデンでは、公的な短期的プログラムが始まる前に、雇用主負担による一定期間の暫定給付がある。この暫定期間の日数は、ノルウェーで16日、スウェーデンで21日(最近14日から延長された)、ドイツで42日となっている。英国とオランダにおいては、短期的給付の全額が雇用者負担である。

短期的給付プログラムは、制度によって最長受給期間が異なる。一般的に、受給者が永続的給付を受給可能になった時点で、短期的給付は終了するが、二つの例外がある。オーストラリアでは、一時的障害(2年以上継続しないと予想されるもの)のある障害者は、短期的給付制度を最長で4年間受けることができる。また、より長期にわたる障害がある場合、待機期間なしに長期的障害給付を受給できる。もう一つの例外はスウェーデンで、疾病給付に期間の制限がなく、女性の平均受給日数は132日、男性は124日となっている(国立社会保障審議会、2003)。

図 4: 国別の短期的障害プログラムにおける最長待機期間、雇用主給付期間、公的給付期間



【支給額】 表 3 は、各国の主要な短期的給付制度を挙げ、その現金給付の特徴を、支給額の計算方法、最大支給額と部分支給額の比率、付加的な給付の内容、に分けて整理したものである。受給額の計算には、定額と賃金補填の2種類の方法がある。一つ目は、オーストラリア、英国、南アフリカの各国では、それまでの収入にかかわらず一定の支援が行われる。被扶養者に対する補足手当が与えられる。二つ目の賃金補填は、以前の賃金に対して一定の割合を提供するもので、日本の60%からノルウェーの100%までの幅がある。いくつかのプログラムでは、賃金補填割合が変化する。例を挙げると、オランダでは政府により賃金の70%を補償することが定められているが、被用者は、個々の契約において、受給の1年目については70%を最大100%まで引上げることができる。賃金補填率は、だれが給付するかによっても異なる。ドイツでは、雇用主が最初の6週間を給付するときは、賃金の100%であるが、被用者が法定健康保険に移行した場合、補填率は70%に減少するか、税引後所得の90%未満となる。ただ、オランダの場合と同様、この額は雇用契約において、雇用主負担により増額することもできる。また、いくつかのプログラムでは給付額の上限が定められている(例えばノルウェーでは、基本給付額の6倍が上限である)。また、短期的給付の部分的給付が正式に実施されているのは、2カ国(ノルウェー、スウェーデン)である。

表 3: 主要な短期的給付制度について、国ごとの給付の特徴

国名	制度名	給付計算方法	最大額	部分的給付率	付加的給付
オーストラリア	疾病手当	標準額 2 週間につき 385 オーストラリアドル (独身で子どもがない場合)、収入資産調査による減額あり	不明	なし	扶養者
ドイツ	短期疾病	最初の 6 週間については賃金全額、その後全収入の 70%	手取り収入の 90%	なし	雇用主負担による増額あり
英国	法定疾病給付	週標準額 64. 35 ポンド	不明	なし	なし
日本	障害疾病	平均賃金の 60%	なし	なし	なし
オランダ	疾病給付法	賃金全体の 70% を給付	1 日につき 160 ユーロ	なし	雇用主負担による増額あり
ノルウェー	疾病日割現金給付	障害前賃金の 100%	標準額の 6 倍	20% から 100%	なし
南アフリカ	一時的障害手当	標準月額 700 ランド、資産による減額あり	不明	なし	介護が必要な場合、月額 150 ランド
スウェーデン	疾病給付	障害前賃金の 77.6%	標準額の 7.6 倍	25%、50%、75%	なし

【雇用主の役割】 ほとんどの短期的プログラムは、雇用主と直接関係がある。というのも、受給者には復帰すべき職場があるからである。休職中の受給者の再雇用について、いくつかの制度では義務化されているが、義務化されていない場合でも年金制度あるいは雇用に関連した資金提供においてそれが含まれている。オーストラリアを例に挙げれば、疾病給付を受給するためには、申請者は快復した場合に戻ることでできる職場がある必要がある。職がない場合には、疾病給付ではなく失業給付制度の対象となるのである。オーストラリア、日本、オランダ、ノルウェーにおいては、病状により職に就くことができない、あるいは仕事を探すことが不可能な失業者を特に対象とした補助的プログラムが存在する。日本の補助制度は一般の失業給付と同じであるが、障害がある場合には受給期間が延長されることがある。

雇用主に義務づけられている障害のある被用者に対する配慮は、国によって異なっている。しかし、一般には、被用者がうまく職場に復帰できるように法律で義務づけられているか、税控除や現金払いなどの形で奨励されているか、その両方の措置がとられているかである。また、雇用主が社会復帰プロセスに参加するような制度もある(次の項を参照)。

【リハビリテーションと障害マネージメント】 調査国すべてにおいて、短期的障害給付受給者に医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションが実施されている。しかし、一時的プログラムにおいてそれらが義務化されているか明文化されているのは、ドイツ、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの、半数の国でしかない。その他の国では、リハビリテーションは暗黙の前提となっている。というのも、長期的給付を受けるためには、それ以前にすべてのリハビリテーションを受けていなければならないからである。リハビリテーションを考える際には、労働市場に関連した問題についても考慮しなければならない。2002年の公式発表(注12)による失業率が31%であった南アフリカでは、リハビリテーションを実施しようとしても目的となる仕事自体が少ない。

「年金の前にリハビリを」というスローガンを以前から打ち出していたドイツでは、短期的受給者に対してリハビリテーション施策を組み込んでいる。しかし、これらの努力は受給者を元の職場に復帰させることを主眼としている。より積極的な職業リハビリテーション策(受給者を労働市場における他の仕事に就かせる)は、長期的障害プログラムである法的年金制度の管轄である。

オランダでは、短期障害支援プロセスの早期の段階に、雇用主が「職務健康サービス」(OHS)制度に参加することを義務づけている。OHSは、病気中と再統合のプロセスを管理する。これには、給付を受けるために行われる最初の医学評価が含まれている。受給後6週間経つと、OHSは受給者について、その病状、身体機能、職業復帰の可能性について判定する。この判断に基づき、雇用主と被用者は、再統合と職業リハビリテーション計画に合意するが、これは法的な拘束力を持つ契約で、受給後8週間以内に作成される。前項で触れたように、長期的障害給付を受給するためには、OHSは受給者のリハビリテーション計画となぜ職業復帰できなかったかを説明しなければならない。雇用者の側では、障害のある労働者に便宜をはかり、短期的障害給付受給者の再統合を補助し、再統合を促進するために職務を調整することが義務とされている。これらの便宜に関して、雇用者は賃金補助を申請することができ、特に対応が難しい受給者については、賃金の3分の1まで助成される。受給者の側では、以前の職がどうかに関わらず、妥当な条件の仕事には就くことが義務とされている。OHSによる支援の対象は、短期的受給者のみではなく、職場での障害防止や健康被害の最小にすること、再統合の補助など、職場での健康問題一般を取り扱っている。このような取り組みにも関わらず、オランダでのリハビリテーションに関する支出は、障害対策費全体の0.5%に過ぎず、ドイツの4.2%と比較するとかなり少ない(Aarts & de Jong, 2003)。

(注12) 過去4週間のうちに積極的に求職中の人を指す。

ノルウェーの疾病給付においては、受給後 12 週間後に国立保険庁によって被用者に対するリハビリテーション計画が作成されることとなっている。そして、民間「企業」が受給者の職業復帰を支援している。これらの企業は財源確保と再統合支援のため、雇用者と国立保険庁の両方と関係を保っている。

スウェーデンのリハビリテーション策には二つの重要な要素がある。第一の要素は、雇用者は支給開始から 4 週間経つと、受給者の職場復帰について、職業的評価と身体機能評価を行う責任がある。第二は、受給可能なすべての短期的給付を一年間受け取ってしまっても、職業リハビリテーションに積極的に参加している人は、リハビリテーションのための特別給付が最長 1 年まで用意されることである。このプログラムは、受給者を長期的給付制度に移行させることなく、経済的な支援を追加するものである。

英国は、オランダと同じように民間による制度を実施しているが、短期的給付制度において障害マネジメントやリハビリテーション計画は義務化されていない。しかし、長期的制度（就労不能給付）を管轄している労働年金省が試験的実施している試験的プロジェクトであり、それは短期的受給者に対して新たな支援策を講じることにより、長期的給付への移行を食い止めようとするものである。この試験的プロジェクトについての成果はまだ明らかになっていない。

障害マネジメントの過程において欠くことのできないのは、障害の状態の把握を常に怠らないことである。この点で、オランダは最も進んだ方法を採用しており、雇用主と被用者は、第 13 週目（進捗状況報告書）、8 ヶ月目（再統合報告書）、9 ヶ月目（被用者による社会保険庁に対する報告書）にそれぞれ報告書を提出することになっている。オーストラリアでも、郵送による調査と面談による複数回の状況報告制度がある。

【短期的プログラムと長期的障害給付の関係】 短期的給付の期間が終わりに近づいたからといって、自動的に長期的給付を受給できるようになるわけではない。調査国のいずれにおいても、短期的給付から長期的給付へ自動的に移行されることはなく、すべての国で、長期的給付を受けるためには新たに給付を申請しなければならない。この移行がおそらくもっとも簡単なのはスウェーデンで、それというのも短期的、長期の両方の制度が同じ行政機関によって運営されているからである。また、短期的給付受給者のうち、障害の程度が重度のものについては、長期的プログラムへの自動的移行が実施されている。短期的プログラムから長期的プログラムへの受給者の移行についての統計があるのは、次の 2 か国のみである。ノルウェーでは、短期的受給者の約 1% が長期プログラムに移行し、スウェーデンでは 7.2% である。

期間限定給付

この報告で「期間限定型」と呼んでいる一時的給付の新しい形式は、短期的障害給付と長期的障害給付の両方の特徴を備えたものとして登場したものだが、この期間限定給付は短期的給付とも長期的給付とも大きく異なっている。期間限定給付を特徴づける点は次のようなものである。第一に、期間限定給付は、長期的障害給付制度に代わるものとして、あるいはもう一つの選択肢となりうるものである。長期的給付を受給する場合、労働力として再統合される可能性はほとんどないに等しいが、期間限定給付を受ける場合、給付は一時的なものであり、受給者が労働力として復帰することが期待できる。第二の特徴は、期間限定給付は短期的給付の受給が終了した者も申請できる点である。第三の特徴として、期間限定給付の受給期間が 1 年から 4 年と限定された期間である点である。期間限定給付は短期的給付と長期的給付の間の「中間的な位置」にある制度であり、二つの制度の隙間を埋める役割を果たすかもしれない。

すべての期間限定給付制度にみられるわけではないが、その他にも次のような共通の特徴がしばしば確認される。例えば、期間限定給付がなければ、障害状況にある場合や一定の状態

にある場合には長期的給付の受給がそのまま認められる。また、期間限定給付の受給ではリハビリテーション活動が必須となることがあるが、短期的あるいは永続的障害給付プログラムにおいてはそのようなことはない。後に紹介する4つの制度において、再統合、医学的リハビリテーション、あるいは職業リハビリテーションを目的とした特定の活動が義務化されている。最後に、ここでとりあげたすべてのプログラムは社会保険あるいは社会扶助という形で政府からの財源で運営されている。

以下では、期間限定給付を三種類に分類して紹介する。第一は、長期的障害給付プログラムに代わるもの、あるいはもう一つの選択肢となるものである。第二は、特に若者を対象とした期間限定給付プログラムである。第三は、職業能力の向上のためにリハビリテーション援助が必要と認められた人を対象とする、リハビリテーション給付である。

【長期的給付を代替する期間限定給付】 期間限定給付が、長期的給付の代替制度となっているのは、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンの3カ国である。スウェーデンでは、1960年代初頭から長期的給付プログラムに一時的給付の側面が組み込まれていた。一時的給付は、受給要件、給付額、部分給付のレベル、雇用支援策において、「疾病補償制度」における長期的給付と似ている。異なっているのは、期間限定給付を受給するのは、相当長い期間に渡って受給者の労働能力が低下していると考えられる人であるが、長期的給付はその期間が永続的である場合に給付されるということである。スウェーデンの障害支援制度は2002年に改革されたが(年金制度から疾病保険制度に転換した)、制度の一時的支援部分は維持された。

ノルウェーで期間限定給付を受給できるのは、将来において労働能力の向上が見込まれる者である。ノルウェーでの期間限定給付プログラムは2004年1月1日に運用開始されたが、財源は社会保険によってまかなわれている。長期的給付を申請する者は、それ以前に短期的疾病給付の受給を終えていなければならないが、その申請者のすべてが永続的給付と一時的給付の両方について審査される。労働能力の回復が期待でき、障害程度が50%以上の人は、永続的給付ではなく期間限定給付の対象となる。給付期間は1年から4年に渡るが、その決定は国立保険庁の各地方事務所に行われている。また、給付額は、障害以前の収入あるいは過去3年間の収入の平均の3分の2で、最小給付額と最大給付額が定められており、部分給付も認められている。リハビリテーション支援は義務化されていないが、雇用支援として、所得の控除や、就労目的で受給を終了した後3年間については給付制度に戻ることができることが定められている。

ドイツの障害者制度は2001年に再編成されたが、これは障害給付を期間限定型給付に移行させるものであった。これにより、給付を無期限に受け取るのではなく、3年ごとに再申請をしなければならないこととなった。給付は、以前と同じく年金によるもので、受給額は保険加入年数による。完全障害の条件を満たさない申請者については、部分給付が与えられる。制度改革以前には、部分的給付の受給者のうち、受給開始後1年までに雇用されなかった者は自動的に全額給付に移行した。現在では、部分受給者が一斉に全額給付に昇格することはない。

ただ、永続的な障害給付が完全に廃止されたわけではなく、重度の障害者あるいは60歳以上の者は永続的給付が与えられる。また、現在の制度には、期間限定年金給付を3回受給した者は永続的給付を受けることができ、再申請の必要がないという条項が組み込まれている。

【若者を対象とした期間限定制度】 多くの制度が直面している問題のうち、もっとも解決が難しいもののうちの一つに、労働人口のうちの比較的若い層における長期的障害給付受給者の増加がある。これらの受給者は、しばしば精神障害にまつわる障害を抱えており、給付が40年以上に渡る可能性があることから、大きな財政負担となっている。この問題への対応として、若者を対象とした期間限定プログラムが2つの国において策定されている。長期的給付を回避できるという見込みから、若い申請者は期間限定制度に送られる。このような制度は、

他の障害者制度とは別に運営されている。

スウェーデンの活動補償プログラムは、21 歳から 29 歳の若者（彼らは、永続的障害年金に申請する資格がない）を対象としている。プログラムのうちの一つは社会保険を財源とするもので、以前に就労経験があり年金に加入しているものを対象としている。もう一つのプログラムは十分な職歴のない者に対する資力審査のあるプログラムである。この二つのプログラムは同様の方式で運営されており、受給者は障害年金の代わりに活動補償給付を受給する。受給可能となるためには、労働による収入によって自活できないこと、あるいは、労働能力が 25% 以上低下していること、そして、障害が少なくとも 1 年間継続している必要がある。それに加えて、リハビリテーションを終了している必要がある。給付額は障害程度に基くか申請者の平均所得の 64% かどちらかになり、給付期間は最長 3 年間と定められている。職業リハビリテーションは、特定のプログラムを課すのではなく、受給者の活動に関する制約はない。しかし、各人の一般的な能力により影響を与え、労働能力の改善につながるような活動が求められている (Moller, 2004)。このような活動の例としては、教育機関での講座の受講、スポーツ活動への参加、体操プログラム、職業訓練体験などがある。

オーストラリアの「若者手当」制度は、スウェーデンの制度とは異なり、手当の受給者は永続的障害給付も受給が可能である。しかしながら、対象が若者であるという点では同様であり、特に将来健康状態の悪化が予想される者を対象としている。オーストラリアの他の制度と同様に、若者手当も資力審査がある。対象となるのは、16 歳から 25 歳の学生あるいは 16 歳から 21 歳の被用者のうち、就学、就労が不可能な病気の状態にある者である。また、この制度は、若年障害者支援の他に、この年齢層の失業者対策としての役割も果たしている。失業者については活動義務があるが、健康状態を理由とした受給者にはこの規定はない。

【リハビリテーション・プログラム】 長期的給付に代わる支援として、リハビリテーションに参加している者あるいは職業復帰が見込める者を特に対象とした給付がある。これらの制度では、申請者が長期的障害支援を受給できる場合とそうでない場合があるので、厳密に言えば期間限定プログラムといえない面もある。しかし、援助を必要とする者に対する職業復帰支援策として追加できる一つの有力な方法であり、ここで触れておく意味がある。このような支援策を講じている国として、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンがあるが、どの国の制度もほぼ同じ特徴を持っているので、ここではノルウェーの制度を詳しく紹介する。

ノルウェーでは、2 種類のリハビリテーションプログラムが行われている。医学リハビリテーション給付は国立保険庁を通じて運営されている一方、職業リハビリテーション給付は労働省によって運営されている。どちらの制度も社会保険を通じて財源が確保されている。申請者は、50% の障害程度で、その状態が最低 1 年以上継続していなければならない（1 年間は疾病給付が支給される）。また、リハビリテーション活動に積極的に参加している必要がある。現金給付は、以前の収入の 3 分の 2 が支給され、支給期間は 1 年間であるが、その期間が終了する際には、永続的障害給付を申請することができる。2002 年の職業的リハビリテーション現金給付の受給者数は、52,778 人で、そのうち 44,275 人 (84%) は受給を終了した。受給終了者のうち、永続的障害制度に移行したのは 10,438 人 (24%) である。

ノルウェーのリハビリテーション給付に関するデータを除いて、その他の制度における受給者数やその成果についての情報は得られていない。この種の期間限定プログラムが、障害者の再統合や長期的給付への移行に対してどのような影響を与えるかについて結論を述べるには、まだ時間が必要である。特に注意が必要なのは、これらの給付が終わった場合に受給者がどのような扱いを受けるかであろう。現在、ドイツでは受給者の第一世代が終了間近であり、給付の再申請をしている段階にある。どれほどの受給者が再申請し、どれほどが職場復帰するのだろうか。スウェーデンの若者制度においては、受給者が最大支給額を受け取ってしまった

後はどうなるのだろうか。もしこれらの制度が意図通りの効果を持つとすれば、明らかにそれによる効果と分かる測定可能な成果が二つあるだろう。それは、リハビリテーションサービスへの参加率と再統合の割合が、これまでの永続的プログラムよりも高くなるということである。

成果についてのデータがないとはいえ、期間限定プログラムの利点として次の点を挙げることができるだろう。

- ・ 受給期間が限定されていることは、給付終了までの職場復帰を促進する効果がある
- ・ 障害のある者が社会復帰の可能性を持つことを認識としている
- ・ 再統合、リハビリテーション、職業復帰サービスが単に利用できるだけでなく、実際に活用されることが期待できる
- ・ 若年障害者には特別な(職業的)注意を払う必要がある
- ・ 永続的障害給付受給者の増大を食い止める効果が期待でき、職業復帰を促進できれば支援プログラム全体の支出を削減することが可能である

調査結果と教訓

一時的障害プログラムにおける変化は、障害支援制度一般の変化を反映したものといえる。この変化とは、制度の重点が収入代替あるいは収入補償から再統合へ移動していることを指し、最近の OECD の報告(2003 年)はその詳細を記しているが、関係するすべての者(障害給付プログラム、受給者、雇用者)が支援や職場復帰において相互に責任を負うとされる。多くの国において、短期的給付は実施と費用の両面において大きな負担となっている。その一方で、一時的給付は長期的プログラムを受給するための入り口ともなっている。この報告の分析から学ぶことができるのは、次の四点である。

【財源負担における雇用者と被用者の役割の増大】 財源確保において、雇用主と受給者の双方が果たすべき責任がより重視される傾向が認められ、その一つの方法は受給開始を延期することである。オーストラリアでみられるような待機期間(1 週間から 13 週間)は、受給者に経済的な負担を強いるものである。もう一つの方法は、被用者に疾病給付が開始されるまでの雇用主が被用者を支援しなければならない期間を延長するものである。スウェーデンでは、2 週間の疾病給付を雇用主が負担していたが、障害給付制度の規模拡大を調査した委員会によって、雇用主負担給付の期間を 60 日まで延長することを提案した(Rydh, 2004)。最終的には、多くの反対を押し切る形で雇用主負担の期間は 3 週間に延長された。英国では、1995 年に短期的給付の支給期間が 8 週間から 28 週間に延長された。オランダではこの変化がより急激で、短期的給付が民営化されるとともに給付期間が 2 年に延長された。これらの方策はすべて長期的プログラムに要する費用を埋め合わせる目的でなされたものである。

【再統合サービスや早期介入の増加】 短期的給付制度が再統合を重視するようになったことには二つの理由がある。一つはリハビリテーションや障害マネジメントの機会を増やすことで、受給者が働かない期間を減らすことができることである。もう一つは、疾病給付や短期的障害給付は長期的給付プログラムへの足がかりとなりうるので、早期に介入することによってこの移行を遅らせる可能性があることである。

調査国のそれぞれにおいて、社会復帰の責任を負う立場にある者は異なる。短期的支援が民間によってなされているオランダでは、短期的受給者の障害マネジメントのみならず、雇用者のリスクマネジメントについても、職業健康サービス組織が介入することを定めている。スウェーデンでは、再統合支援は雇用主がまず責任を負う。ドイツとノルウェーでは給付制度を運営する行政官庁が再統合計画を作成するが、ノルウェーでは再統合支援を民間の第三者に委託する方向を示している。職場復帰という目標に対して、どの方法がより効果的であるか

についての統計は得られていない。

それぞれの支援策において重要視されているのは、障害が確認された場合には最初の3ヶ月以内という早期の段階で問題を特定し、計画を作成し、適切な援助を開始することである。このことは、長期的障害プログラムについても同様である。英国においても、短期的受給者の再統合やリハビリテーション支援の計画を担当するのが永続的制度の運営責任者であることは、早期介入を主要な目標としていると結論づけるに十分であろう。

【障害マネージメントの重視】 一時的障害プログラムと障害マネージメントを統合する方法はいくつかある。標準障害期間ガイドラインは、特定の病状について回復に必要な期間を定めており、病気によって必要とされる休業期間のばらつきを少なくするものである。その他の改善点としては、受給申請の早い段階において医師の診断書をとることや、医師の診断の対象を障害者の能力から焦点を移すことなどがある(例として、ノルウェー)。おそらく最も重要なのは、障害状態の評価精度の向上であるが、これは二つの形をとる。一つは、評価回数を増やすことであり、オーストラリアでは行政が最低でも3ヶ月に一度は基礎的な検査を受けることを義務づけている。また、情報の種類も重要である。オランダでは、関係者全員が報告書を提出し、なかでも雇用者は受給者が職場に復帰するためにどのような取り組みを開始するかについて、報告しなければならない。

【疾病給付から活動・リハビリテーション・再統合給付へ】 多くのプログラムでは、「疾病給付」という位置づけから「活動給付」という位置づけに重点を移動させている。これはプログラムの精神において重大な変更というべきものであり、それによって受給者は単なる受け身の立場から、積極的に参加することを期待される立場に変化した。この変化にともない、特定の障害のある人を対象とした、さまざまな種類のプログラムあるいは給付が創設された。「一制度をすべての障害者に」というモデルから、全体の給付制度の一貫性を保ちつつ、さまざまな障害に応じた多くの選択肢を提供するように変化してきており、この選択肢には短期的給付、若者を対象とするプログラム、リハビリテーション現金給付、障害者を対象とした失業プログラム、期間限定給付などが含まれる。これらの方策が導入されたことにより、障害者の雇用機会を増大し、よりよい成果が得られるだろう。

参考文献

Möller, H. (2004). Swedish disability benefits. SSA/DRI Learning from Others Conference, Washington, DC.

OECD (2003). Transforming disability into ability.

OECD (2004). Social expenditure database. Accessed on October 4, 2004, at http://www.OECD.org/document/2/0,2340,en_2649_34635_31612994_1_1_1_1,00.html.

Rydh, J. (2004). A programme for better health in working life in Sweden. In B. Marin, C. Prinz, & M. Queisser (Eds.). Transforming disability welfare policies: Toward work and equal opportunity. Burlington, VT: Ashgate.

South Africa Department of Labour. (2003). Labour market review: May 2003. Pretoria, South Africa: Author.

Sweden National Social Insurance Board. (2003). Social Insurance in Sweden 2003. Stockholm: Author.

第3章 部分的障害年金制度の役割

拠出制年金保険制度において部分的給付が果たす役割はあるのか

デヴィッド・ディーン

序章では、調査国のほとんどにおいて、GDPに占める障害保険年金支出の割合がかなり高い率にあり、過去数十年間、特に1990年代において、全体として多くの国で上昇傾向にあることを示した。支出の上昇と同時に、障害保険の受給者数と申請者数も増加している。問題を深刻にしているのは、給付を受けている障害者が職場に復帰することによって受給を終了するというケースが非常に少ないという事実である。対策として多くの国では、障害保険制度の認定基準、支給期間、支給額について、大幅な転換を図った。この報告で取り上げた国のうち、過去10年間に大きな改革を行った国はオーストラリア、ドイツ、英国、オランダ、ノルウェー、スウェーデンである。

増加する受給者数とそれに対する改革を論じる上で考慮すべき事項の一つに、部分的障害給付制度の役割がある。これは、就労することは可能であるものの、医学的な機能障害により、仕事の種類あるいは量において制限が必要な者に対し、現金を支払う制度である。調査対象の9カ国のうち、障害に対して保険による部分的支払いを行っているのは、ドイツ、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの5カ国である。しかしながら、これらの国の部分的給付プログラムは、認定基準、支給額、職場復帰奨励策などの点においてかなり異なっている。加えて、部分的給付が障害給付全体の支出を増加させるのか減少させるのかについても、相当な議論のあるところである。部分的給付プログラムのうちいくつかは、障害者の雇用機会を増やし、その高い失業率を下げる役割を果たす可能性がある一方、部分的給付プログラムは全額障害年金への入り口でしかない可能性もある。

この章では、いくつかの国における部分的障害プログラムを比較し、それが労働力と公的財源に与える影響を分析する。その次の項では、それぞれの国の部分的給付プログラムについて、その背景を説明するが、このような多国間の制度を比較する場合には非常に慎重にならざるを得ない。第三番目の項では、部分的年金プログラムと全額年金プログラムの両方を持つ国について、この二つの制度を比較する。第四番目の項では、部分的年金の実際の運用について分析するが、これには受給者と新規の申請者について、また、なぜ部分的年金の活用が増加しているのかについての説明が含まれる。第五番目の項では、部分的年金受給者の雇用率を検証し、全額給付の受給者と比較して部分的給付の受給者にはどのような職場復帰奨励策が利用可能かを論じる。最後の項では、部分的障害年金プログラムについて確認された大まかな結論をまとめる。

部分的障害給付を検証する：いったい比較は可能なのか

どの国が障害年金基準を満たしているか

多国間の障害者政策を比較するのは簡単ではない。文化的差異、言語の障壁、定義の特徴、データ収集法、報告の問題など、さまざまな課題がある。それゆえ、比較の際にはそれぞれの制度が「比較可能」であることがまず第一条件である。この項では、部分的障害給付を持つ調査国を比較するための枠組みを示す。

多くの国において、障害者給付プログラムには明白に異なる二つのプログラムがある。一つは「社会保険」原則に基づくもので、退職者年金と同じように、給与から天引きされる「保険料」によって支えられた国民年金制度から給付される。一般に給付を受けるためには、支払った保

険料が一定額以上で、支払い期間が一定期間を超えていることが前提となる。アメリカではこの制度を社会保障障害保険 (SSDI) と呼んでいる。

もう一つの給付制度は社会扶助制度で、受給のためには障害認定と資力審査を受ける必要がある。給付の額は一般に少なく、先天性あるいは幼少時に発生した障害により、正規の職に就くことが不可能である人に支給される。この制度は、アメリカでの補足的保障給付 (SSI) 制度のように、政府の一般歳入から支出されている (つまり、拠出制ではない)。SSI 制度では、申請者の世帯の所得と資産が定められた額を下回る必要がある。

部分的障害給付の多くが社会保険制度の下で運用されている。であるがゆえに、比較可能な対象は、部分的障害年金のみである。ここでの分析の対象には、労災補償や戦争被害補償などの「損害賠償」に由来する給付は含まれない。例えば、アメリカでは部分的障害給付は州が運営する労働者保障制度を通じて行われるが、「永続的部分」給付が、医学的な障害リストをもとに決定されるか、賃金損失をもとに決定されるか、あるいはこの二つの方法を組み合わせたやり方で決定されるか、は州によって異なる。同様に、アメリカの退役軍人保障年金制度についても考慮の対象外とするが、これは 200 万人の受給者を抱え、それぞれが軍務に由来する 10% から 100% の障害程度に応じて月額 106 ドルから 2,239 ドルの給付を受け取っている (退役軍人局保障・年金サービスのデータウェブサイト、2004)。このような損害賠償金は、一般に、就労所得を含む他の収入源とは独立して支給される。

とはいえ、ここまで述べてきた基準にぴったり当てはまらない部分的給付プログラムを持つ国もある。まず、オランダでは、1960 年以来、国民障害年金制度に労働災害が含まれているが、障害の性質あるいは原因に基づく給付額のデータは公開されていない。この理由から、その他のほとんどの国とは異なり、オランダの部分的年金受給者についての報告は、労働災害による永続的部分障害のある人を含んでいる。

また、社会保険制度と社会扶助制度の違いがそれほど明確でない国もある。日本の社会保険制度は二本立てで、被用者の強制加入による年金保険制度と国民年金制度が組み合わせられている。被用者年金の加入者すべてが、すべての国民を対象とする基礎年金制度にも加入しており、被用者年金の加入者数の 4 倍の人が基礎国民年金に加入している。両制度とも雇用者と被用者の平等な負担によって運営されているが、国民年金については政府の一般税収入による負担が 3 分の 1 を占めている。つまり、日本の制度はまったく複合的であり、被用者年金を負担していない人も受給可能な基礎「年金」制度の財源のうち、3 分の 2 は拠出性のものなのである。この章の残りの部分で紹介する部分的年金に関する報告では、後者の、拠出型年金の受給資格のある人にのみ焦点を当てる。

オーストラリアと南アフリカには、国家が運用する拠出型障害年金制度は存在しない。オーストラリアでは、給付を受ける場合には収入と資産の両面における資力審査がある。また、一定額「以上」の収入や資産を持つ場合でも、部分的障害給付の受給が可能である。この場合、最重度障害であっても、年金支給額は減額される。言い換えると、部分的給付の受給資格と障害程度は関連がない。それゆえ、オーストラリアの非拠出型制度における減額障害給付については、これ以上分析対象とはしない。

最後に、障害年金制度に焦点を当てるということから、英国の労働税控除制度との比較も不可能である。この資力審査のある障害に伴う税控除制度は、障害者のパートタイムの有給雇用を推進するものであり、すでに働いている障害者と、長期にわたり就労不能給付を受給している者を対象として、経済的援助を与えることを目的としている。この税控除政策は 1999 年に初めて導入され、2003 年 4 月に大きく改変された。この賃金補助制度を部分的な「給付」プログラムと考えることもできるが、支給対象は障害「年金」保険料を支払っている者に限られない。さらに、この制度の無拠出制という性格と最近の実施状況からみると、この章で取り上

げる他の部分的年金制度との比較はできない。

すべての調査国の障害年金受給者率の比較

多国間の比較を始める前に次のことを指摘しておく必要がある。それは、図1に示された国による障害年金支給額のGDPに占める割合は、図2にある障害年金受給者の割合と相関関係にあるということである。アメリカを含む(南アフリカは含まない)8カ国において、この二つの数字の相関係数は0.76とかなり高くなっている。このことは、制度支出を減らすためには受給者数を減らさなければならないことを示唆している。さらに、後に述べるように、ほとんどすべての国において、復職支援制度を通じて障害保険を受給している状態から他の制度に移行する人や給付自体を終了する人の率は非常に低い。それゆえ、障害保険支出を削減するための唯一の方法は新たな受給者の数を少なくすることなのである。

図1: 1999年における障害保険支出のGDPに占める割合

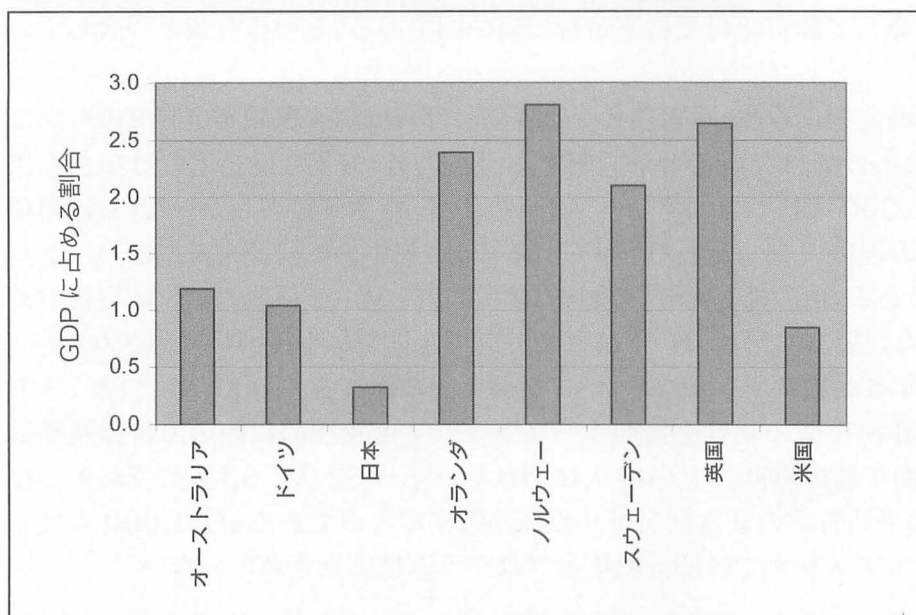


図2: 2002年における障害保険受給者率

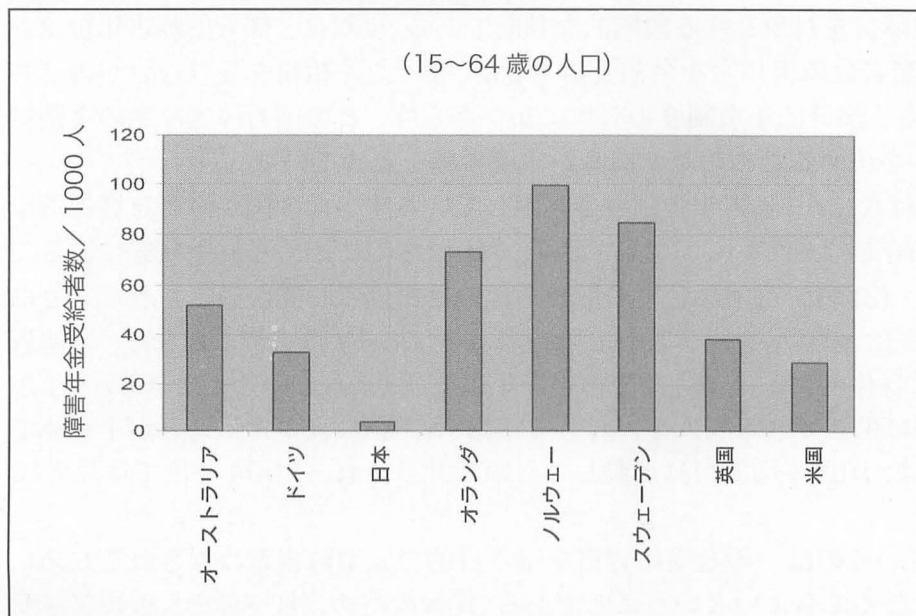


図2が示すのは、この研究の対象である各国における部分的年金および全額年金受給者の両方について、2002年の障害年金の受給者率を比較したものである。この割合を計算する場合の分子は、2002年現在で受給を受けている受給者の数である（通常は年の最後の日に給付を受けた人の数が用いられる）。また、分母は労働年齢人口（15歳から64歳）全体の数である。2002年度の年齢層についてのデータは収集されておらず、現在のところ入手できないので、代わりに、OECDの1999年度版報告から15歳から64歳までの人口を計算した。3年間にそれぞれの国の労働年齢人口が変化していないという前提である。また、南アフリカでは部分的障害年金制度が実施されていないので、この分析では取り扱わない。

部分的障害年金給付制度の存在と障害保険受給率の間に直接的な関係があるように思われることから、この図は特に注目すべきものである。部分的障害年金を支給しているノルウェー、オランダ、スウェーデンの3カ国は、他の5カ国と比較して、障害年金受給者率がかなり高く、それぞれ労働年齢人口1,000人あたり100、85、73となっている。このことは、OECDの報告（2003年、66頁）における「異なる障害程度を反映した段階的な部分的給付制度を取っている国は、概して障害給付受給率が特に高い国である」という分析と一致している。

しかしながら、日本の場合をみると、障害年金受給者率と部分的障害保険年金制度の有無について完全な一致があるわけではないことが判明する。日本の障害年金受給者率は抜きん出て低く、労働年齢人口1,000人につきわずか4人の「被用者」年金受給者しかいない。次の項で詳しくみるように、この理由の一つとして挙げられるのは、日本の給付認定基準はハードルがより高いということである。他のほとんどの部分的年金制度と違い、日本の給付認定は申請者の機能障害の程度のみに基づいて行われ、申請者の労働可能性や稼得能力は考慮されない。

最後に、ドイツの障害年金受給者率はかなり低く、労働年齢の障害者1,000人につき33人の受給者となっている。非拠出型の制度を持つオーストラリアと英国の両国の障害保険受給者率はそれより高く、労働年齢の障害者1,000人につきそれぞれ52人、38人の受給者となっている。実際、ドイツの受給者率の低さはアメリカに匹敵するものであるが、1,000人につき29人の受給者率であるアメリカでは部分的年金プログラムは実施されていない。

障害年金を全額給付するか部分的に給付するかの決定

部分的年金プログラムが実施されている国では、障害認定はオールオアナッシングの決定ではなく、広範囲の機能障害を対象とする段階的な判断である。反対に、部分的障害年金プログラムがない国では、申請者は障害年金を全額受給するか、まったく給付を受けないかのどちらかである。しかしながら、部分的年金制度の有無にかかわらず、どの国も障害年金の全額給付に値する障害かどうかを決めるための基準あるいは境界線を定めている。

それでは、完全障害とはなにか。障害年金制度を実施しているすべての国が障害を客観的に判定する方法について頭を悩ませている。障害認定は、(1) 医学的に定められた状態にあること（医学的障害リスト）、(2) 就労可能な仕事の種類あるいは働ける時間が限定されることによる稼得能力の減少、の二つの基準を組み合わせで行われる。アメリカを例にとれば、申請者は、医学的に決定できる身体的または精神的障害が一年以上続く（あるいは死に至る）と予想されると同時に、実質的に生活できる収入を得られる活動（SGA）に従事することが不可能である必要がある。SGAは、国民平均所得に連動して月額で計算され、2004年度では月810ドルとなっている。

この最低収入が示しているのは、年金受給資格を得る目的で完全障害とみなされるためには、実際には就労不能でなくてもよいということである。比較のために述べると、仮にアメリカの連邦最低賃金である5.15ドルで週40時間働くと、1ヶ月に20日働いたとして月収は

824 ドルになる。このことから分かるように、SGA の基準を甘くすれば、完全障害の定義に当てはまる人がより多くなるということを意味するのである。

多くの国では、障害年金の全額給付を受ける場合でも障害「程度」が 100% である必要はない。先に挙げたオーストラリアの DSP は、40 ポイントまたは 50 ポイントを機能障害測定指標としてそれぞれの身体部位に対して割り振るという指標を用いている。障害程度表は、各身体部位の機能と労働能力に関連して経験的に認められた基準に、申請者が達しているかを判定するものである。それぞれの表の最大値は 40 あるいは 50 ポイントで、給付が認められるためには 20 ポイント必要である。つまり、DSP は「完全」障害であるという決定（機能障害程度表によるポイントが最大値であるということ）を必要としていない。しかしながら、20 ポイントの障害を抱えている場合、十分なレベルで就労し続けることはかなり難しい。

オーストラリアには、また、今後 2 年間にわたり完全な賃金を得られる労働を週 30 時間継続して行うことが不可能であるという 2 番目の条件がある。OECD 報告 (2003 年、101 頁) が指摘するように、「オーストラリアは、部分的障害に対する給付がないにも関わらず、全額給付の受給基準は比較的低く、それは、ほぼ 25% の労働不能に相当する（パーセントで示されていないが）という点で突出している」。資力審査があるために給付額がかなり低水準であることを考えれば、全額給付の受給基準が低いことは、図 2 で示された比較的高い障害保険受給者率の一つの説明といえる。

全額障害年金の認定基準

それぞれの国の障害年金制度は、完全障害があるために全額給付に相当すると認められるか否かの境界線についての基準を必要としている。部分的年金給付を実施している国々の間で、この基準は大きく異なっている。以下に、5 カ国それぞれにおける資格要件について、全額給付と部分給付を比較要約する。

ドイツでは 6 ヶ月の疾病給付を受けていることが必要であり、その期間の後に就労不能年金を申請することができる。医学的評価は、年金制度を運営する行政機関の一部である社会医療部によって、独立して行われるが、これは、申請者の診療記録や、必要な場合には診断データを用いて、就労可能性を見定めるものである。社会復帰の可能性が低い場合、現在の仕事を続けられるかどうか、また、続けられるとすればどの程度の期間かを評価する。身体的あるいは精神的な能力の低下により、通常の入収入を得ることが不可能な者（毎日 3 時間未満の労働しかできない）については、障害年金の全額給付が認められる。

日本では、完全障害が認められるには、申請者は 1 級に分類された 11 種の障害のうちの一つを持っていないけれども、これは、申請者が完全に無能力であり、常に付き添い介護が必要であることを意味する。この分類により、障害年金申請者は、国民基礎年金の 100% と被用者年金の 125% の受給が可能になる。被用者年金制度のもとでは、1 回のみ支給される障害給付が認められる 22 種の障害を規定するもう一つのリストがある。どちらの場合でも、精神障害や知的障害については認定された医師によって個別に評価される。

オランダでの障害年金の申込手続きは、一般就労が不可能になった 9 ヶ月後（で支給される疾病給付が終了したとき）に開始される。申請は、UWV（社会保険機関）に所属する専門の医学検査官・医師と職業教育の専門家の二人のチームによって審査される。この二人が合同で、個人面談を通じて障害の程度と永続性と社会復帰の可能性について判定する。申請過程の最初の段階で、保険担当医師が「能力審査」を行い、申請者が定められた 28 種類の課題を行うことができるかを測定する。この審査に続いて、労働市場の専門家が、申請者の残存稼得能力を、機能情報システム (FIS) を用いて判定する。FIS とは、オランダの労働市場において必要とされる 8,200 余の機能と、その機能を果たすための（精神的および身体的）能力についてのデー

データベースで、常時更新されている。このシステムを援用することで、申請者の残存機能を考慮しながら最も適切な三つの職を選び出す。申請者の障害前の収入と現在の稼得能力との差が、稼得不能度として判定される。医学アドバイザーと労働市場専門家によって稼得能力の低下が80%以上であると判定された場合、全額障害年金が支給されるが、この場合の受給額は申請者の障害前平均所得の70%と定められている。

ノルウェーとスウェーデンにおける全額障害年金の受給資格審査基準はかなり似通っている。具体的には、社会保険委員会が医学的な基準にてらし、100%の能力不全についての判定を下す。

部分的障害年金の基準

ドイツでは、同程度の訓練と経験を持つ他の労働者と比較して、障害により稼得能力が一日当たり3時間から6時間分減少している者は、部分的障害年金を受け取ることができる。ドイツの認定過程においては、一般的な医学的障害リストは存在せず、また、稼得能力の低下が「3時間から6時間」と「毎日6時間以上」の違いによって部分的年金か全額年金かが決まるというわけではない。ドイツの社会保険制度は現在制度改革のさなかにあり、実現すると、部分的障害年金については医学的な要因のみが判定基準となる。以前の制度では、部分的年金支給が可能かどうかについて、非常勤雇用の可能性の有無が考慮されたが、この制度は段階的に廃止される。

日本の制度では、それぞれの障害における障害程度(等級)に応じて、部分的年金の給付額は二つのレベルに設定されている。自立して生計を営むことを著しく阻害する17種の障害のうちの一つをもつ場合、障害程度2級と判断され、被用者年金から100%の支給が、そして、国民基礎年金からは80%の支給が受けられる。より軽度の障害である3級には14種の障害があり、この場合被用者年金からの100%の支給のみが受けられる。この段階的な障害区分について例を挙げると、「両手の指をすべて失った場合」は1級の障害となり、全額給付となる。「両手の親指と、人差し指あるいは中指を失った場合」には2級であり、「どちらかの手の、親指又は人差し指を含む4本の指についてその機能を失った場合」は3級である(kohyama、2004)。

オランダの障害年金制度では、部分的障害年金の受給に関する段階の幅(と数)は驚くべきものである。前の項で述べたように、障害程度は労働者に残っている稼得能力(オランダ国内の職業のどれかにおいて就労できる可能性)によって、障害以前の収入に対する割合として判定される。そして、この障害程度に従って、障害給付額が決定される。WAOの部分的障害年金を受給するのは、稼得能力が15%から80%低下している場合であり、給付額は障害程度に応じて変化する。部分的障害の度合は、15から25%、25から35%、35から45%、45から55%、55から65%、65から80%の6つのカテゴリーに区分される。給付額の計算には、障害程度が当てはまるカテゴリーにおける中間値が用いられ、この値の70%が受給額となる。つまり、障害がもっとも下の15%から25%のカテゴリーの場合、中間値は20%であり、その70%、つまり、受給額は保険対象収入の14%となる。

ノルウェーの部分的年金制度では、障害程度は、50%から95%まで5%ごとに定められている。部分的年金給付は、障害程度の合計に従って支給される。

現在スウェーデンでは、部分的障害は25%ごとに3段階に分けられている(25、50、75%)。部分年金の給付額は、この25%ごとの障害レベルに応じて、日割りで計算される。

部分的障害年金の活用

この報告の対象国のうち、年金の全額給付と部分的給付を実施している5カ国における障

害年金の部分的給付の利用法を分析するには、二つの方法がある。一つは、ある時点におけるすべての障害年金受給者のうち、どれだけの割合が部分給付を受けているかを調べる方法である。この調査法は、受給の開始時期に関わらず、ある時点における受給者の「ストック」を調べるものといえよう。1日の受給しか受けていない者(つまり、年の最後の日に受給が開始された者)から、受給が1年、5年、10年、あるいは40年に渡る者までがこの分析の対象となる。

もう一つの方法は、ある特定の年度における障害年金受給者のうち、「フロー」つまり新規受給者についてのみ調べるものである。注意が必要なのは、前者のアプローチにおいては新規受給者すべてが対象となるという点である。しかし、後者のアプローチでは、最近の限定されたある期間に対象を絞ることによって、現在の認定基準の影響力をより記述できる。というのも、ある年における新規受給者は、その期間における認定基準によって受給が決まった者のみを含むからである。

図3は、2002年度末における、すべての年金受給者に対する部分的年金受給者の割合を、それぞれの国について示したものである。この比較は、図2において2002年度末における労働年齢人口1,000人に対するすべての障害保険受給者の数について示したデータとの一貫性をみせている。というのも、図3における割合の分母は、図2で示された割合の分子なのである。

図3の左端の棒グラフは、2002年のドイツにおける全障害保険年金受給者に対する部分的障害年金の割合がきわめて小さいことを示している。この年に部分的年金を受け取ったのは、障害年金受給者180万人のうちの6.4%、つまり16分の1未満にすぎない。この数字は、障害者を非常勤雇用させるという目標を達成してこなかったドイツの過去の遺産を裏打ちするものである。これと著しい対照をみせるのが日本の場合で、2002年では年金受給者の5人に4人(82.7%)は2級あるいは3級の部分的年金を受け取っていた。このことは、被用者年金制度において1級を認定されることがいかに難しいかを反映している。すでに述べたように、年金の全額給付を受けるためには、付き添い介護が必要なほどの重度な障害がなければならないのである。

ここでの比較の対象となる国のうち、残りの北ヨーロッパ3カ国では、部分的障害年金給付の割合はほぼ一定である。2002年度末における部分的障害年金受給者率は、おおそノルウェーで5人に1人(20.9%)、スウェーデンが4人に1人(24.0%)、オランダで3人に1人(31.7%)である。

先にも述べたが、この数字は、長い期間にわたって変化し続けている認定基準に従って認定された障害年金受給者についてのものである。このことは、過去10年間に広範囲に及ぶ法律改正が行われたヨーロッパ4カ国では特に問題である。現在の障害保険のすべての受給者(「ストック」)を調査する場合、法律改正の効果が現れるまでに数年は必要である。例を挙げれば、2002年においてスウェーデンでは部分的障害の占める割合が24%だったが、1995年には障害年金受給者の15%しか部分的障害があると判定されなかった(Aarts, Burkhauser, & de Jong, 1998)。

図4は部分的年金制度のある5カ国について、2002年におけるすべての新規障害年金受給者に対する部分的年金受給者の割合である。ヨーロッパ4カ国のすべてにおいて、2002年のすべての障害保険給付に対する部分的年金の割合は、図3で示されたすべての受給者に対する部分的年金受給数との割合よりも高い。ということはつまり、過去においてよりも現在における方が部分的年金が支給されることが多いということである。2002年におけるドイツでの部分的年金受給率は19.5%である。この数字は、2002年度末における障害保険の年金受給者との割合の3倍以上である。オランダでは、年間8万8千人を超す受給者が受給を開始しているが、部分的年金を受けている割合(47%)は、この期間の最終日に年金受給者リ

ストに載っている受給者すべてに対する割合（先に述べた、31.7%）に比べてはるかに高い。ノルウェーでは、2002年に支給された障害年金給付のうち、32.9%ほどが部分的障害給付であったが、全体では20.9%に過ぎなかった。同じように、スウェーデンにおける部分的年金支給率は32.5%で、2002年度末における年金受給者リストに載っている受給者すべてに対する割合の24%よりもかなり高いといえる。

ここでもう一度繰り返さなければならないのは、日本の部分的年金支給の状況はヨーロッパでのものとは反対を行くということである。2002年に支給された部分的年金の割合は70%以下で、年度末に雇用者年金を受給していた者全体に対する部分的年金の受給率82.7%よりもかなり低くなっている。

ノルウェーとスウェーデンでは、過去数年間、部分的年金の利用率はほとんど一定していた。OECD報告の47頁に掲げられている表4.2によれば、1999年における新規の部分給付受給者の割合は、ノルウェーで33%、スウェーデンで34%だった。1999年における部分的年金の割合は、オランダでも33%だったが、これは2002年の割合よりもかなり低かった。

部分的障害年金の割合が増えていることについては、いくつかの理由が考えられる。一つは、自分の住んでいる地域で「自分自身が行ってきた」仕事に就くことが不可能であることを決定するという問題に関する改革が行われていることである。これについて、ドイツ、オランダ、ノルウェーでは法律が改正され、国内で可能な「どのような」仕事にでも就労しなければならないようになった。例えば、法律改正以前のドイツでは、二元的な障害年金制度が実施されていた。職業的障害プログラムは、障害以前に行っていた仕事を遂行する場合には50%以上の障害のある人に対して、全額給付の3分の2の額の部分給付を支給していた。さらに、2001年以前は、部分的障害年金受給者にとって適切な仕事はどのようなものであるかについて、はっきりとしたルールが定められていた。熟練労働者は、少なくともある程度の熟練を必要とする職でなければ就労することを断ることができたし、半熟練労働者も、訓練を要しない職のうち給与や地位が高くないものについては断ることができた (Bound&Burkhauser, 1999)。それまで行ってきた仕事に就くことができるのか、それとも仕事にこだわらないで就業できるかどうかという区別は現在では行われない。

部分的年金が拡大したもう一つの理由は、精神障害や腰痛による障害が増えていることである。これらの機能障害は一過性のもので、すぐに障害程度に影響したり、一日の就労可能時間の減少などに結びついたりしない。このような場合、全額給付を与えるより部分的年金を給付する傾向があるのかもしれない。

図3 2002年の障害保険受給者のうち、部分的年金受給者の割合

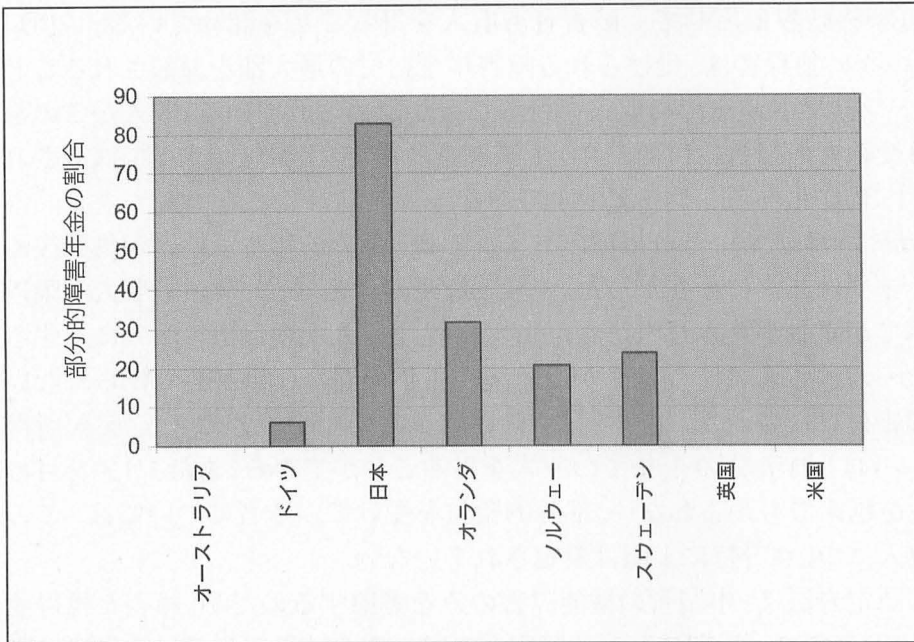
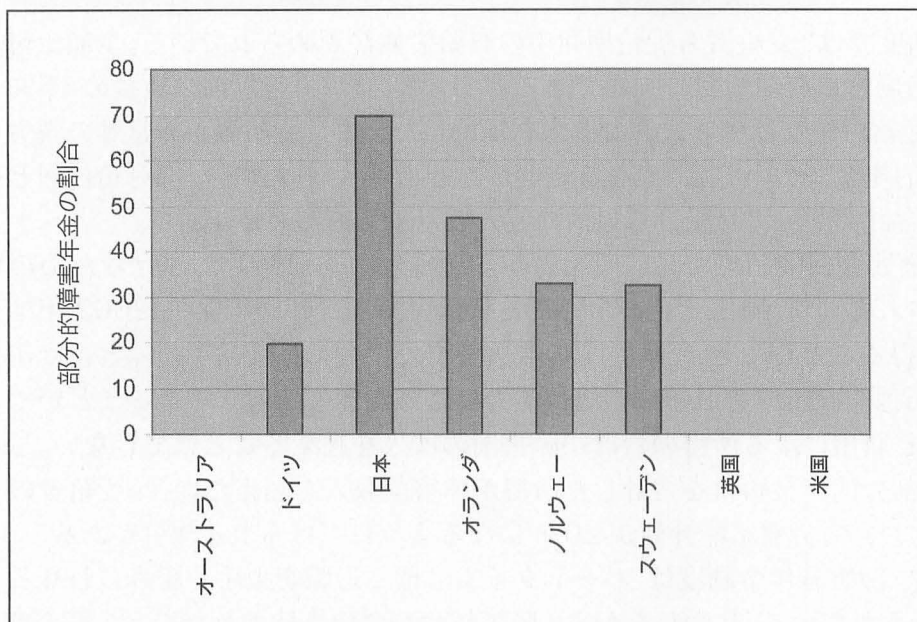


図4:2002年の新規受給者のうち、部分的年金受給者の割合



部分的給付は職場参加を促進するか

部分的障害年金給付中における職場復帰規定と促進策

部分的障害年金プログラムを検証する上で鍵となる点の一つに、障害者の職業復帰をどの程度促進するかという問題がある。社会保険制度が抱える問題の一つは、障害年金を給付することが労働意欲を削ぐ効果を持つてしまうということである。給付額が減額されない所得上限はいくらか。職業に復帰した場合、給付額はどの程度減らされるべきか。給付をどの時点で終了させるべきなのか。

部分的障害給付を受けている間にどの程度働いてよいかについての規定は、それぞれの国によって異なる。各国の障害年金受給中の雇用規定について、以下で簡単に説明する。

オーストラリアの無拠出制資力審査付の障害年金は、部分的年金給付の一つの形である。た

だし、障害程度により部分的給付額が決まるわけではない。この年金制度では、受給者が結婚しているかどうかや扶養家族の数に応じて、障害者も収入を得ることを認めている。2004年においては、子どものいない独身者は、受けられる障害年金給付の最大額を減額されることなく、最大120オーストラリアドルまでの収入を得ることが認められている。収入がこの額を超える場合、この独身受給者の場合給付額が40%減額される。障害給付がすべて減額されてしまう収入額は、ほぼ1,300オーストラリアドルである。

ドイツでは、最近改革が行われたが、それ以前のドイツでは、部分的年金受給者が職業復帰しようとするインセンティブは非常に小さかった。一般的な受給者の場合、規定の収入上限以上の収入のほとんどすべてが年金から差し引かれた。すなわち、収入上限以上の収入に対する「境界税率」は非常に高かった。さらに、受給者が受給後の1年の間に仕事が見つけれない場合、部分的給付は全額給付に戻された。現在では、障害年金の全額受給者でも、「参照所得(2002年の額で345ユーロ)」の7分の1までの収入を得ることができる。また、12ヶ月のうち2カ月は、この収入を越えてもかまわない。部分的給付を受けている者については、この補助的な収入額を超す収入について、特に上限は設定されていない。

日本の障害年金制度の認定方法は、申請者の機能障害のみを考慮するのだが、障害と稼働能力は一致しない場合もある。つまり、長期にわたる障害があり、その結果として日常生活に制限がある場合でも、雇用を維持できる場合もある。被用者年金受給者の収入については、特に何の制限もない。

オランダの障害年金制度では、受給者も受給期間中の有給労働が認められている。全額給付の受給者は、次の二つの場合に有給労働に従事できる。1) 収入額が障害以前の賃金の15%以下である場合、2) 全額給付を受ける形式的な資格を維持したまま、受給者が非常勤の就労をする場合である。部分的年金については、異なる規則がある。雇用された場合、部分給付額と給与額が合計され、その合計額が障害を受ける以前の収入額以下である必要がある。

ノルウェーの障害年金社会保険制度では、受給者が年金受給後も就労しつづけるための奨励策がいくつか実施されている。障害年金の全額受給者は、ある「基礎年収」(2002年は6,339ドル)まで収入を得ることができ、それ以上の収入を得た場合には受給者の障害程度が再審査される。部分的年金受給者は、それぞれの稼働能力に応じた額まで収入を得ることができる。また、障害給付額と雇用による所得の合計が障害前の収入を超えることはできない。しかし、労働による収入と部分的年金給付を合計した所得が障害前収入を超えた場合、受給者の年金・給付の程度等級について、労働不能評価が20%になるように下げられる場合がある。

スウェーデンの高齢者・障害者年金制度は、パートタイム労働と退職を上手く組み合わせることができるように設計されている。しかしながら、障害年金が全額支給された場合、受給者が一般の労働をすることは認められていない。具体的には、完全不能と判断された場合、政治的活動やボランティア活動は認められているが、雇用労働時間は通常の8分の1相当までとされている。部分的給付受給者は、それぞれの不能に応じた仕事量まで就労が可能である。例えば、稼働能力減少の程度が25%の場合、有給労働による収入が障害前収入の4分の3までの場合、部分的年金受給資格は取り消されない。

職業復帰による障害年金受給の終了

ここまで述べてきた職場復帰奨励策の究極の目的は、受給者が障害年金給付の資格に当てはまらないほど十分な所得を得ることになることである。残念なことに、職業復帰について最初に指摘しなければならないのは、雇用によって給付を終了する受給者についての情報がほとんどないということである。有給の仕事への復帰は、いくつかある障害年金受給終了の理由の一つでしかない。他の可能性として、(1) 高齢者年金受給の年齢に達したため、退職者年金

に移行する、(2) 死亡、(3) 病状の好転、(4) 継続的障害審査などの仕組みを通じて資格の再審査が行われた、場合が考えられる。これらの5つの原因の組み合わせにより、年間の給付終了率が全体でどれだけになるかについて確かめられるのは、ここでの対象となる8カ国のうち5カ国についてに過ぎない。この5カ国における給付終了率は、6.8%から12.4%である。

この5カ国のうち、就労による給付終了の割合を示しているのは英国のみである(6.5%)。オランダでは、WAO制度が定める15%の部分的障害基準を下回る程度の障害に病状が好転したことによって給付が終結された場合が40.1%である。しかしながら、この5カ国のいずれにおいても、障害保険の受給を終了した部分的障害受給者の割合がどれだけかについては統計がない。

OECD(2003)の報告によれば、障害年金を受給した者が労働市場に復帰することはまれである。OECD報告(2003)でデータが示されている20国のうち8カ国では、「障害給付受給者の層のうち、健康回復あるいは職場復帰により受給を終了する者の割合はせいぜい1%程度である」。さらに、「大部分の受給者が部分的給付を受けている国においては、受給終了の可能性はほとんどゼロに近い」(OECD、2003)。

パートタイム雇用と部分的障害年金

オランダの例を除いて、部分的年金を受給中に雇用されている者がどれだけいるかについての統計はほとんどない。障害給付制度が雇用を調査したり報告することはまれであり、部分的障害の場合にはなおさらである。例えば、この報告のために送付した雇用と部分的障害給付受給者についての質問に対するスウェーデンの回答は「現在報告可能なデータはない」であった。ドイツでは、部分的給付受給中に労働している受給者の割合は、「その他の収入」により給付が減額されているか部分的給付の支給がなくなった者の割合によって大まかに推測できるにすぎないが、2002年において、これらの給付を受給した者のうち23%が部分給付を減額あるいは停止されている。

しかしながら、ドイツの制度を参照することにより、部分的年金給付者のうちどれだけの数の者が働いて「いないか」は推測することができる。最近の改革以前は、1年間以上雇用のない場合には部分給付から全額給付に移行された。2002年には、雇用を見つけられないことを理由に部分給付から全額給付に移行したケースは全体で12,547件であった。同年、年金保険の部分給付は34,237件であった。つまり、部分給付受給者のほぼ8人に3人(37%)が全額給付に移行したのである。

すでに述べたように、オランダでは部分的年金受給者の雇用状況についてのデータが収集されている。全体では、2001年のある時点において、オランダの障害年金受給者の4人に1人以上(26.6%)が雇用されている。この数字は、部分的年金受給者の半分以上(51.4%)を含むものである(UWV、2001)。このことは、60%以上の部分的年金受給者が雇用されているとするOECD報告(2003)の指摘と一貫性がある。また、全額受給者については、16.8%ほどが雇用されている。

他の(外部)資料により、部分的障害年金受給者の雇用状況についてさらに追加情報を得ることができる。最近のdeJongの報告(2004)によれば、オランダの部分的給付は高齢の被雇用者にとってしばしば部分的な早期退職制度として機能しているという。さらに、同報告は、部分的受給者が全額受給者に比べて経済的にはるかに恵まれた状況にあるという調査報告を引用している。高齢であることは別としても、部分的受給者は高等教育を受けた既婚者であることが多く、それゆえ、部分的年金を受給する場合に必要な柔軟な就労機会を持ちやすい雇用状況にある。さらに、OECD報告(2003)によれば、「スウェーデンでは、障害関連の給付を受給しているものの2人に1人以上が雇用されている」。

最後に、OECD 報告 (2003) によれば、「障害給付の部分的給付制度がないオーストラリアでは、給付受給者のうち働いている者は 9 人に 1 人である。収入上限規定で部分的な就労所得が認められていることを考えれば、オーストラリアの低い数字は驚くべきものである」。同報告は、結論として次のように言っている。「スウェーデンを別にすれば、障害者のうち、就労と給付の両方から所得を得ている者の数と、部分的に減少した労働能力あるいは稼得能力を補填するための部分的障害給付を支給する政策との間には、測定可能な相関関係はない」。

結論

調査の対象となる 8 カ国のうち 5 カ国では、社会保険制度の一環として部分的障害年金制度を持つ。それぞれの国の制度は、認定基準、障害程度の判定、給付額、実施状況について大きく異なる。それぞれの国における部分的障害年金についての報告により、次のように結論をまとめることができる。

結論 1：部分的年金制度を持つ国は、全体の障害保険受給者率が高くなる傾向がある。

仮に部分的給付制度がなくなった場合、部分的給付を受けている者のうち、ある程度は全額給付に移行するが、多くは給付自体を受けられなくなる。ノルウェーとオランダにおける部分的年金制度は稼得能力の低下を問題にするが、障害保険受給者の労働年齢人口に占める割合は両国とも 10% 程度である。しかしながら、日本のケースは例外で、8 カ国中最も低い障害保険受給者率を示している。

結論 2：部分的年金制度を持つ国は、障害年金の全額給付についての認定基準がより厳格になる傾向がある。オランダ、スウェーデン、ノルウェーの 3 カ国では、いずれも全額給付を受けるためには障害程度が 80% 以上でなければならない。反対に、オーストラリアでは、もっと低い障害程度 (ほぼ 25%) で障害支援年金を受給できる。

結論 3：部分的年金制度を持つ国は、過去 10 年間のうちに、認定基準について思い切った改革を実行した。オランダやドイツでは「稼得の喪失」や、「それまで慣れてきた職務を遂行することが不能になること」を判定することが必要とされているが、これは実際には非常に難しい。結果として、「申請者自身の仕事」が遂行できるかという基準から、「どんな仕事であれ」仕事につく能力があるかという基準に変化しつつある。

結論 4：ほとんどすべての国において、職場復帰に伴う永続的障害年金の給付終了率は低く、1% 未満である。障害保険受給者の受給を終了させる方法を見いだしたと喧伝する国はない。部分的障害年金制度の有無に関わらず、就労支援策の実際の利用率はとても低いようである。

結論 5：部分的年金は非常勤雇用を促進する。オランダでは、比較的高齢の男性は早期退職制度を利用する代わりに、それまでの職場での仕事を非常勤として続けながら部分的年金を受け取る。つまり、部分的給付制度は早期退職年金を受け取るまでの「架け橋」として利用されているのである。また、OECD 報告 (2003) によれば、スウェーデンの女性の部分的年金受給者のうち、半数以上が仕事に就いている。その一方で、オーストラリアでは、障害年金の全額受給者のうち雇用されているのは 9 人に 1 人に過ぎない。

ここで問われるべきもっとも重大な問題は、部分的年金制度を導入することによって、より多くの (非常勤あるいは「軽作業」の) 雇用機会が与えられ、障害年金の全額支給者の数が減少するかどうかであるが、これはその国の政策や状況に左右される。ドイツの例を挙げれば、支給の 1 年後に部分的給付を全額給付に移行するという政策が、職業復帰の意欲を削いでいたことは明らかである。一般に、部分的障害給付と全額障害給付の両方が実施されている国においては、部分的給付受給者のほうが全額支給者より就労する可能性が高い。オランダでは、2001 年において、部分的年金受給者の半数以上が就労したのに対し、全額受給者のうち働い

たのは6分の1に過ぎない。就労した部分的年金受給者が仮に全額支給を受けていたとした場合に就労したかどうかは、知り得ないことである。だが、部分的支給制度がなかった場合には、そのような受給者はそもそも障害年金を受給するに至らなかったかもしれないのである。

参考文献

Aarts, L., Burkhauser, R., & de Jong, P. (1998). Convergence: A comparison of European and United States disability policy. In T. Thomason, J. Burton, & D. Hyatt (Eds.), *New Approaches to Disability in the Workplace*. Ithaca, NY: Cornell/IRRA Press.

Bound, J. & Burkhauser, R. (1999). Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. In O. Ashenfelter & D. Card, *Handbook of Labor Economics*, Vol. 3. Philadelphia, PA: Elsevier Press.

De Jong, P. (2004). New directions in Dutch disability policy. In B. Marin, C. Prinz, & M. Queiseer (Eds.), *Transforming disability welfare policies*. Hampshire, UK: European Center, Ashgate.

Kohyama, C. (2004). Disability pension programs in Japan. SSA/DRI Learning from Others Conference, Washington, DC.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2003) *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. Paris: Author.

第4章 オーストラリアの障害手当システム

アラン・クレイトン、トッド・ハニカット

オーストラリアは、社会保険ではなく社会扶助または福祉モデルにプログラムの基礎を置く国の社会保障制度を持つ少数の国のうちの1つである(注13)。障害に関連したものも含め、主な支援制度はすべて、一般的な歳入を通して資金を供給され、所得と資産調査に基づいている。資力審査にもとづくこの方式は1901年の老齢年金から始まった。そして、1908年には弱者への援助が始まった(Jones, 1996)。オーストラリアの所得支援制度は、最も必要としている人に資金が行くように所得と資産についての調査があり、自分自身を支えることができない人のためのセーフティーネットになるように設計されている。社会保障制度の設計についての最近の評価(国際労働機関のミニマムスタンダードをベンチマークとして用いている)では(注14)、オーストラリアの社会保障制度全体はその障害給付プログラムとともに最も高い評価を得ている(Dixon, 1999; Dixon & Hyde, 2000)。

オーストラリアでは、ここ数年にわたって重要な変化が起こっている。すなわち、州と連邦政府が二重に政策を行うことによる資源の無駄遣いを減らすために、それぞれの役割を明らかにした障害政策を行おうとしている(Hancock, 2001; McIntosh & Phillips, 2002)。連邦政府は、所得支援と雇用関連サービスにのみ責任をもち、一方で、州と自治区は、労働災害と自動車事故、サポート・サービス提供、コミュニティ・アクセスと住宅について責任を持つ。効率を改善する動きの中で、いろいろな政府機関とプログラムの管理責任は、センターリンク(Centrelink)という機関に統合された。一時的および永続的障害プログラムは、失業施策や他の年金とともに、どちらもセンターリンクの傘下に入る。1991年に始まった障害改革パッケージに加えその他の改良を続けることで、政府は障害のある人の雇用を促進するための戦略を発展させてきた(McIntosh & Phillips, 2002)。この戦略には、特に障害のある人のためのリハビリテーション専門家の養成、雇用主のインセンティブの向上、雇用サービスのための資金の増額が含まれている。最終的に、オーストラリアが、1992年に老齢給付において義務化された民間保険プログラムを実施したことは、財政負担におけるオーストラリア独特の福祉モデルが変化したことを示している。障害保険は被用者年金制度の一部であるが、障害のある人のための手当の中では重要な役割を果たしてこなかった。

障害支援年金

家庭・地域サービス局(DFCS)は障害のある人に対する支援に加えて、社会保障、住宅および家族問題を監督している。2003年のDFCSの予算は600億豪ドルで、連邦予算のおよそ3分の1、オーストラリアの国内総生産の8%であった(DFCS, 2003)(注15)。DFCSによって提供される障害支援年金(DSP)は、重度の永続する障害のある人のために所得保障給付を行う。2003年6月には、69億豪ドル、すなわちDFCSの予算の12%のコストで、673,334人がDSPを受けた。(DFCS, 2003)。DSP支給の平均の継続期間は、7.3年である。1997年に、DFCSはセンターリンク(政府機関)との下請け契約によりその障害プログラムを管理することになった。センターリンクを活用するために、老齢年金、疾病給付、職業リハビリテーション、雇用プログラム等さまざまな政府の給付やプログラムの一括窓口が設けられた。

(注13) 障害手当のための社会的な援助プログラムを持つ他の国は、クック諸島、デンマーク、ナウル、ニュージーランドと南アフリカである(Dixon & Hyde, 2000)。

(注14) この方法論は、Voinar(2000)によって即座に批判された。

(注15) 2004年6月30日現在 15 1.438(豪ドル) = 1米ドル(USD)。

【給付】 障害支援年金の手当は年金共通の給付額に連動している。この共通の給付額は、全ての年金（例えば老齢年金）の手当額を決定する。21 歳以上の独身の人の年金の 2004 年 5 月現在の最高額は、2 週間ごとに 464.20 豪ドルであり、配偶者のいる年金受給者は、2 週ごとに 387.60 豪ドルであった。（21 歳未満の場合、受給額は、年齢と生活自立度によって変化する。）これらの年金は、所得と資産に依存しており、消費者物価指数または国の男性全体の週の所得平均のどちらか大きいほうにもとづき年に 2 回（3 月と 9 月）決められる。

プログラムの利用資格を査定するために行われる所得と資産の調査は、その規則、包含者、除外者などにおいて複雑なシステムに発達した (Daniels,2004; Jones, 1996)。例えば、盲人は、所得と資産の調査を免除されているが、21 歳未満の人は 21 歳以上の人々とは異なるテストを受ける。受給者に対して資力審査を適用する際には、所得と資産の両方が計算されるが、実際適用される時は、支払額が低い方が、支払わなくてすむものが選ばれる。すべての受給者の 6 人に 1 人 (16%) は、これらの資力審査のために、給付額が減らされた (DFCS, 2003)。以下に実際のプロセスを単純に記述する。

所得テストには、3 段階の処理がある。最初に、個人の年間所得が査定される。その所得には、勤労所得、投資、賃貸所得などによる所得の合計が査定される。二番目に、「非対象一般所得上限」が、計算される。これはその人の手当のレベルに影響を及ぼさない範囲の所得額である。この額は、既婚かどうかと子供の数に依存する。給付額と同じく、この制限は、毎年見直される。第 3 の段階は、2 つの数字の関係を調べる。受給者の所得が「非対象一般所得上限」より少ない場合、その人は最も高い年金額をもらう資格がある。この制限より収入が多い場合、独身者は、制限を超えた所得 1 豪ドルにつき 0.40 豪ドル、配偶者がいる場合は 0.2 豪ドルの割合で減額される。以下の表は、個人が受けることができる最大の現金給付、DSP 額に影響をおよぼさないための勤労所得の最大限度額、および、障害手当が完全に減額される最小所得額を示す。

表 1: 受給者のタイプ別による 2 週間ごとの DSP の額と所得限度 (豪ドル)

受給者	最大の現金支給額	勤労所得の最大限度	勤労所得の最小限度
独身、子供なし	464.20	120.00	1295.00
独身、子供あり	464.20	144.60	1319.60
パートナーあり、子供なし	378.00	212.00	2164.50

注： 2004 年 3 月 20 日現在の額。夫婦の勤労所得は、合算された所得を表す。(センターリンク (2004))

資産テストは、おおむね所得テストとおなじように計算される。資産テストは受給者の主な住居を除外するが、それ以外は広範囲にわたる資産を含む。例えば、不動産、銀行預金、投資、保険証書、家族への貸付金、乗物、ボート、個人の持ち物とコレクションの価値などである。全ての資産の価値は「資産価値上限」と比較される。この上限は、手当額が減らされない範囲の資産の総額の最大額である。非対象一般所得上限と同様に、毎年みなおされる。しかし、これは、家賃補助を受けているかどうかにもかかわる。表 2 は、個人と夫婦が DSP を受けられるの最大の資産額を示す。資産額は、夫婦のほうが独身の受給者より高く、また、家屋を所有しない人の方が家屋所有者より高く設定されている。保有資産が資産価値上限より少なければ、受給者は最大の年金総額を得る資格がある。保有資産が多ければ、2 週間毎の手当額が、上限を越えた資産 1,000 豪ドルにつき 3 豪ドル分減らされる。

表 2 受給者のタイプ別による DSP のための資産の限度（豪ドル）

		最小資産	最大資産
住宅所有者	独身	149,500	306,250
	パートナーあり	212,500	473,000
住宅非所有者	独身	257,500	414,250
	パートナーあり	320,500	581,000

2004 年 3 月 20 日現在の率（センターリンク、2004）

オーストラリアは、他のいくつかの給付と支援を障害のある人に対して提供している。これには、DSP 受給者で限度額を超える家賃を払っている人のための家賃補助、交通費を補助するための移動手当、薬の処方費用を補助するため医薬品手当、電話サービス手当、遠隔地手当などがある。DSP 受給者は、医薬品、補聴器、実用品などを手に入れるときの費用を割り引いてくれる年金受給者割引カードを受け取る。障害のある人の付き添いをする人は、さらに支援策（介護手当や介護金）を利用できる。

【資格】 DSP の受給資格を得るためには、申請者の年齢、居住地、障害、雇用状況が基準に合致していなければならない。申請者の年齢は、16 歳から老齢年金受給年齢（60 歳から 65 歳まで、男女によって違う）まででなければならない。また最小の居住基準を満たさなければならない。申請者が DSP の障害要件を満たすかどうかについては、2 つの明らかな基準がある。第一は、生涯盲人であるという診断がある人は、DSP 受給者の他の要件（例えば職業要件など）を免除される。第二の基準は、身体的、心理的および精神的な障害によって重大な機能不全がある場合である。そのような障害は、永続するものでなければならない。すなわち「十分な診断と治療をうけ、安定（合理的治療をしたとしても、あるいはしていなくても、2 年以内に重要な機能の改善が見られそうにない）」状態にあることである（DFCS, 2004）。

「永続」の定義は 3 つの要素を持つ。まず医師が障害の状態を診断しなければならない（注 16）。第 2 に障害について「十分な治療をうけて」いなければならない。この必要条件は、過去、現在、未来の治療に関する医学レポートや他の情報を吟味し、また、適切な医療がすべて行われて来たかどうかをチェックすることによって評価される。もしそうでなければ、または、将来治療が予定されているならば、障害状態は一時的、あるいはまだ治療が完全になされていないとみなされる。いずれの場合も、その人は DSP の資格を得られない。第 3 の要素である、障害が「安定している」というのは、医学的にみて最も快復したかどうかについての評価が含まれる。あるいは、もし、機能が今後 2 年以内によくなることが期待されないならば、それもこの要件に合致する。

障害状態は、障害表（表 3 に脊髄機能障害と精神障害の場合を例として紹介している。）によって評価される。この表は、労働能力について身体機能を評価するもので、最高値は 40 点から 50 点となっており、手当を受ける資格を得るのには 20 点必要である。部分的障害プログラムでなくとも、DSP は、「完全な」障害の認定（すなわち最大の障害得点）を必要としない。しかし、表 3 で分かるように、20 点というスコアは、適切な雇用のレベルを維持することが非常に困難であることを示す。1 つの身体組織や器官に複数の医学的状況が影響を及ぼしているような場合は、その身体組織や構造における複合的な機能障害を反映する 1 つの得点が割り当てられる。複数の身体組織が一つあるいは複数の障害状況によって影響を受ける場合、関連するすべてのリストから障害程度を割り当てることができる。全体の障害程度は申請者の障害の全体的なレベルを反映する。

（注 16） この規則の例外は、知的障害のある人である。適当な書類の裏づけがあれば医学評価の代用にすることができる。

表 3: 脊髄機能障害と精神障害の障害基準表

状態			
障害程度	脊髄の機能: 頸椎	脊髄の機能: 胸椎、腰椎、仙椎	精神障害
0	正常、あるいは正常に近い動き	正常、あるいは正常に近い動き	主観的な悩みを引き起こす傾向がある、穏やかではあるが規則的な微候。たいていの場合はこの悩みから彼ら自身の気を散らすことができる。日常的な状況での機能に対する最小の干渉。微候の悪化は時折仕事を休むことを引き起こすかもしれない。(例えば以前に楽しんでいた活動に対する関心が若干失われるかもしれない。家族、同僚または友人と時折の摩擦があるかもしれない) かかりつけの医者による治療や支援が必要になるかもしれない。
5	正常範囲の動きの4分の1を失っている	正常範囲の動きの4分の1を失っている	N/A
10	正常範囲の動きの2分の1を失っていて、頻繁なまたは継続的な首の痛みがある、あるいは正常範囲の動きの4分の3を失っていて、頻繁ではない首の痛みがある	正常範囲の動きの4分の1を失っていて、多くの活動に伴って、30分くらい立っている時、60分くらい坐っているときや運転している時に背中あるいは周辺部の痛みがある。あるいは、正常範囲の動きの2分の1を失っている	中程度で規則的な微候。機能一般にいくらか困難が見られる。(例えば社会的な接触が目立って縮小する。あるいは仕事場や人間関係でいくらかの支障が出始める) 精神医学的な処置を受け、そのことが状態を安定させているかもしれない。労働能力あるいは仕事に行くことに対して少し影響が出ているがフルタイムの労働を妨げるほどではない。(例えば短期間労働を休む)
20	正常範囲の動きの4分の3を失っていて継続的な首の痛みがある。	正常範囲の動きの2分の1を喪失していて、ほとんどすべての活動に伴って、15分くらい立っている時、30分くらい座ったり運転する時、背中あるいは周辺部に痛みがある。あるいは正常範囲の動きの4分の3を失っている	重大な微候または機能の障害を伴う精神病の病気または不調(例えば頻繁な自殺願望、脅迫観念的な儀式、頻繁なひどい心配発作、重大な反社会的な態度、継続的な症状から精神病の病気と診断された場合など)で精神科医の治療を必要とする。仕事や人間関係に「重大な支障があり、仕事に行ったり、仕事をしたりする能力の深刻な障害が見られる。
30	ほとんどすべての動きを失っている、あるいは機能する位置での完全な硬直。	N/A	仕事、人間関係、判断、思考、気分などのいくつかの分野で大きな障害を伴う深刻な精神医学的な病気(例えば、意気消沈した人が友人を避けるとか、家族を無視するとか、家事をすることができないなど)あるいは現実認識やコミュニケーションにおいていくらかの障害がある。(例えば、話しが時々はつきりしなかったり、非論理的だったり、場違いだったりする。)
40	望ましくない位置での硬直、あるいは関節が不安定である	望ましくない位置での硬直、あるいは関節が不安定である	重大な慢性の精神医学的な病気ではほとんどすべての分野で機能の不能の結果に終わる。あるいは行動が妄想または幻覚によって影響を受ける。あるいはコミュニケーション(例えば時々筋が通っていないかったり、受け答えが遅い)または判断に重大な障害がある(例えばたいてい不適当な行動をする)
普通この表を使って評価される状態	筋肉や骨あるいは整形外科的な様々な原因による首および背中の下の方の痛み	筋肉や骨あるいは整形外科的な様々な原因による首および背中の下の方の痛み	慢性の鬱病/ 心配不調、統合失調症、二極性の感情不調、摂食障害、身体表現性障害、外傷性ストレス症候群(PTSD)、病的な人格異常。主に行動の問題に現れている注意力欠陥活動過多不調(ADD/ADHD)。 脳損傷/ 前頭葉症候群に関連する問題行動

出典：オーストラリア社会保障法令 1991、第6章に表5、第7章に表6 (<http://www.facs.gov.au/ssleg/ssact/chapter6.htm>; <http://www.facs.gov.au/ssleg/ssact/chapter7.htm>)。)

雇用は、適格性査定の最終的な基準である。働けない状態が持続的に続いているか、保護雇用に対応する活動に参加していなければならない。労働能力の障害は、個人がまったく働くことができないことを意味するわけではない。医学的状态のために週30時間以上働くことができない場合、週に30時間までは働いてもDSPの受給資格を失わない。しかし、適当な職

業訓練や教育によって2年以内に労働できる可能性がある場合、DSPを拒絶されることがある(注17)。最後に、連邦政府は障害のある人のための保護雇用(賃金支援制度)を提供しており一定額の賃金を払う。このプログラムに参加する人は、労働要件を免除される。DSPを受給しながら労働からいくらかの所得を得ている人の割合は、過去の10年にわたって上昇してきた。1994年にはDSP受給者のおよそ6パーセントが労働からいくらかの所得を得ていた。このパーセンテージは2000年に8.4パーセント、2001年には9.1パーセント、2002年には9.7パーセントまで上昇したが、2003年には9.4パーセントに落ちた。これらの人々の2003年の所得は、週100豪ドル未満の人が一番多かった(53パーセント)が、およそ5分の1(21パーセント)の人が週300豪ドルを超えていた。

【請求、認定、訴えと再評価】 正式な請求を行う前に、「申請の意思」を申し出ることができる。この意思表示により、請求が受け入れられれば手当を受けられる申請中の期間となる。しかし正式な申請が14日以内になされなければ、その利点は消失する。正式な請求には、以下の文書を添付しなければならない。つまり、本人確認の証明、年齢の証明、所得と資産情報、居住の証明、かかりつけ医からの医学的レポートである。医師の報告は、その正確性に関して疑いがない限り、申請処理において必要な唯一の医学的証拠である。レポートは、診断に関する情報を含むことになっている。それは、臨床の特徴と現在の徴候、初診日、過去、現在、将来の治療、身体機能、状態が一時的のものかどうかに関する評価、予後評価である。

センターリンクは、センターリンク障害顧客サービス担当者による認定の後、申請結果を申請者に知らせる(注18)。決定に異議があるときは(あるいは彼らがDSP受給者ならば、資格に関して決定に不満な場合は)センターリンクの審査担当者による非公式の審査に始まり、連邦法廷への上訴(ただし、以前の決定において生じた法律上の問題に関してのみ)まで続く5つの審理ステップに進むことができる。

一般にDSP受給者は、5年に一度見直される。重度障害の場合、この見直しは免除される。これに該当するのは、末期の病気、重度および退行性の医学的状态、あるいは、援助つき生活施設に収容されている受給者などである。援助プログラムの効果があると認められた場合や医学的な状態が改善されると期待できる人は2年ごとに見直しが行われることもある。また、受給者が1週につき30時間以上働くことができる場合、支援リハビリテーション計画を終了した場合(一般には2年後に)、週に250豪ドル以上をかせぎ始めた場合、12ヵ月以上オーストラリアを離れる場合、年金への移行を検討している場合などは、一定期間毎以外の見直しも行われる。

【再統合】 DSP受給者は、センターリンク障害担当官によるサービスを受けることができる。障害担当官は、障害のある人に支持と援助を提供するための技術的・職業的訓練を受けている。彼らの役割は、カウンセリング、職業支援、職業紹介所へ照会、適切な職業リハビリテーションサービスを提供することなどである。障害担当官は、必要度を明確にするために職業評価を行い、ジョブネットワーク(Job Network)や障害者雇用サービス(DES)へ照会する。ジョブネットワークは、主にもともと普通の就職ができる人に雇用サービスを行う契約をしている全国的なネットワーク組織である。DESは、一般雇用、支援付き雇用、職業リハビリテーションサービスを提供する。後者は政府が設立した職業リハビリテーションプログラムである「CRS オーストラリア」を通して提供される。これらのサービスには、トレーニング、職業継続、求職と疾病管理が含まれる。DSP受給者の雇用を進めるための雇用主向けのプログラムには、仕事場の改修のための資金提供と見習い賃金援助プログラムなどがある。

(注17) 適当な職業訓練を受ければ働くことができる可能性のある人は、訓練受講期間中、疾病手当の形で一時的な障害給付を受ける資格を得られる。

(注18) 処理にかかる平均期間についての情報はない。

一時的障害給付

オーストラリアには2種類の違ったタイプの一時的障害プログラムがある。最初のプログラムである病気休暇は、連邦、州、および産業それぞれの規則によって管理される統一的ではないプログラムである。雇用主は、1年未満の雇用期間の常勤労働者に対して、最低でも6週間に1日分の病気手当を支払わなくてはならない。また、その後は1年につき8日の病気手当を支払わなくてはならない。パートタイムの被用者は常勤労働者とおなじ比率に基づきそれを受ける資格がある。季節労働者は一般に除外される。病気休暇に関連する問題はこの章では言及しない。

一時的障害給付の第2のタイプには、それぞれ異なる人たちをターゲットとする3つの異なるプログラムが含まれる。これらの短期の障害プログラムは、家庭地域サービス局の監督のもと、センターリンクによって運営されている。

- ・ 疾病手当 (SA) は、一時的障害給付の主要なものである。SA は、一時的に労働や勉強ができなくなり、かつ十分なレベルの所得のない人々に対する所得支援を行う。その2002年-2003年の予算は、8,550万豪ドルであり、2003年6月現在で8,927人が受給している (DFCS, 2003)。
- ・ 若者手当 (YA) は、16歳から20歳の学生と、21歳から24歳までの全日制の学生のための所得支援プログラムである。受給資格に該当する若者が有給の雇用を探したりその準備したりする間や、あるいは、勉強している間、適切な支援を受けることを目的としている。これらの活動には、雇用を促進するための教育、訓練、その他の活動が含まれる。YA は、病気や怪我のために一時的に労働にできない、あるいは、長期の障害給付プログラムである障害支持年金 (DSP) を申請し決定を待っている青少年も利用できる。
- ・ 新出発手当 (NSA) は、DSP 申請者に短期の支払いを行う失業給付である。DSP が認められるまでのこの NSA の支払いは「暫定 NSA」と呼ばれる。障害や雇用の基準に合わないために申請が拒否された場合、NSA は継続するが、求職のための活動テスト (下記に記述した) を満足させなければならない。もし、その状態が一時的なものであったり、週に8時間以上働くことができないということで DSP の申請が拒否された場合、「就労不能 NSA」を得ることができる。

【手当】 SA および NSA の給付最高額は、子供のいない独身の人の場合、2週につき385豪ドルであり、子供のいる独身の人の場合は2週につき416.40豪ドル、60歳以上の人の場合は422.20豪ドルである。また、配偶者のいる人は347.30豪ドルである。全ての一時的給付は、資力審査が行われ、所得と資産制限に基づいて調節される。受給者は2週につき62豪ドル以下の収入であれば給付が減らされることはない。62豪ドルから142豪ドルの間の所得の場合、稼いだ額の1豪ドルにつき0.50豪ドルが給付から差し引かれる、そして、142豪ドル以上の所得の場合、稼いだ額の1豪ドルにつき0.70豪ドルが差し引かれる。

子供のいない独身の受給者では、勤労所得が634.86豪ドル以下であれば部分的給付が払われる (表4を参照)。資産は上の DSP の項で記述されたのと同様に評価される。

表4 受給者のタイプ別による2週間ごとのSAおよびNSAの額と収入の上限 (豪ドル)

受給者	最大の現金支給額	勤労所得の最大限度	勤労所得の最小限度
独身、子供なし	389.00	62.00	640.86
独身、子供あり	421.00	62.00	686.29
独身、60歳以上	426.80	62.00	682.10
パートナーあり	351.10	62.00	586.43

注： 2004年3月20日現在の額。(センターリンク, 2004) 結婚している個人の勤労所得は、合算された所得を表す。

YA の現金給付の最高額は、年齢、配偶者の有無、扶養児童の有無によって異なる。自宅で暮らしている人の場合は、その人自身の所得と資産テストに加えて、親の所得と資産テストも行われる。

SA、YA、NSA による現金給付には、流動資産にもとづく待機期間がある。流動資産は、申請者が最後に働いた日から 28 日間に使える資金とされている。給付の待機期間は、資産の額によって 1 週間から 13 週間になる。

一時的障害給付受給者が活用できるその他の手当は、永続的な障害手当受給者と同じである。すなわち、家賃援助、医薬品手当、遠隔地手当、移動手当と年金受給者カードである。

【資格】 SA 受給の資格を得るためにはいくつかの条件に合致していなければならない。まず年齢が 21 歳から老齢年金受給年齢までの間になければならない。第 2 に、医学的理由で、一時的に労働や勉強ができない状態にあること。すなわち、週 8 時間以上労働できない、あるいは、能力不全になる前にやっていた教育課程を続けることができないという状態である。2 年以内に労働や勉強に戻る可能性があれば、状態は一時的であるとみなされる。もし状態が一時的でないならば、請求者は長期の手当 (DSP) を申し込まなければならない。第 3 に、一時的な能力不全状態が終わったときに戻れる仕事を持っていなければならない。期限つき雇用契約に基づいて働いている人たちのように、この条件に合わない人は、NSA に移行する。最後に、SA を請求するには、オーストラリアの居住者 (市民であるか、永続的あるいは特別なカテゴリーのビザを持っていることを意味すること) でなければならず、請求する時点でオーストラリアにいないといけない。

NSA は失業給付なので、受給資格はわずかに異なる。すなわち、1) 失業している、2) 年齢が 21 歳から老齢年金受給年齢の間にある、3) 労働または勉強の能力に大きな影響を及ぼす医学的状态に陥っている、4) 障害が発生した時点でオーストラリアの居住者であり、それまで 10 年以上正規の資格でオーストラリアに居住していた、またはオーストラリアの居住者の被扶養児童としてオーストラリアの居住者になった、5) DSP を請求している、という条件がある。DSP 請求が拒否された場合は NSA (就労不能状態による) を得ることができ、また、NSA 給付を得るために通常必要としている活動テストは変更される。通常、活動テストは、請求者と連邦政府の両方が相互に義務を負っている。金銭的あるいはその他の援助を受けると引き換えに、請求者は、積極的に仕事を探し、訓練に参加することに同意し、適当な仕事であればなんでも引き受け、収入を政府に報告することが義務である。一時的な能力不全の人の活動条件は、13 週または病気の継続期間のどちらか短い方の期間免除される。総合的な医学の評価を指示されたり期間の延長が認められたりするのは障害の状態に依存する。

若者手当は、オーストラリアの居住者であることに加えて、失業している若者の場合は 16 歳から 21 歳まで、全日制の学生の場合は 25 歳まででなければならない。NSA と同様に、労働または学校活動に関する活動テストが求められるが、短期疾病や DSP を請求している人の場合は免除される。

【請求、決定、訴えと再評価】 申請者は DSP と同じ方法で、NSA、SA、YA の請求をする。請求の意思は、電話、インターネット、または自分でセンターリンク顧客サービスセンターに行くことによって申し込むことができる。その申し込みは 14 日間有効なので、その間に正式の請求と必要書類を提出する。一般に 1 週間の待機期間がある。しかし、請求者が、職業リハビリテーションプログラムを受けているとか、厳しい経済的困難にあるとか、最後の社会保障給付を受けてから 13 週以内であるなどの場合、この必要条件が免除されることもある。

疾病手当の場合は、障害手当請求は、決まった書式に基づいて書かれていなければなら

い。請求者本人が用紙に記入することができない場合は、信頼できる人が代理で書いても良い。申請者は、本人確認、年齢証明、所得と資産の証明、居住証明など、DSP の項で詳述したすべてのものを提出しなければならない。それに加えて、かかりつけの医者からの医学的レポートが必要である。このレポートには申請者は現在働くことができないという診断と、どのくらいの期間働くことができないかという予測を含んでいなければならない。提出された医学的レポートによって手当の認定ができない場合、申請者はセンターリンクによって指名された医学的評価サービス・プロバイダに照会される。申請者が障害決定を知り結果に満足しない場合、上述した DSP 上訴プロセスとよく似たの一連のステップにのっとなって決定を訴えることができる。

SA 受給者は、最低でも 12 週、40 週、92 週、120 週で見直しを受け、それ以降は 16 週ごとに見直しを受ける。この見直しは、郵送によってなされ、受給者がまだ働けないかどうか決定するために病状と病気の経過についての医師の報告が含まれる。郵送による見直しでは、用紙が受給者に送られ、21 日以内に返送しなければならない。

用紙にすべて記入することができない場合は、28 日間給付停止になり、それを超えると給付が終了される。手当が終了になった場合、手当を復活するためにはもう一度請求することができる。

郵送による定期的な見直しに加えて SA 受給者は別の 2 つの種類の見直しを受ける。訪問見直しは、24 週、64 週、78 週に行われ、受給者の状態の変化と職業復帰の時期を評価し文書に記録するため、家庭訪問がされる。リハビリテーションを行っている場合は、リハビリテーション・ケースの見直しが行われる。

SA 手当は次のような場合に終了する。すなわち、受給者が週に 8 時間以上働くことができるくらいにまで医学的改善がみられた場合、手当給付最長期間が終了したとき、資力審査に影響を及ぼすほどの所得や資産の変化があった場合、受給者が手当の条件に合わなくなった場合である。どの時点においても、SA 受給者が 2 年間以上職業復帰できないであろうと考えられた場合は、永続的な障害年金 (DSP) を考慮することになるだろう。同様に、受給者が失業した場合 (すなわち、戻る仕事がない)、SA 受給者は NSA へ転向する。2000 年の SA の平均受給期間は 34.2 週で、中間値は 17.8 週であった。2000 年 6 月 30 日現在、SA 受給者の 80% は受給 1 年以下の人たちであった。1 年から 2 年までは 14%、2 年から 3 年は 4%、そして、3 年以上は 3% である。

YA と NSA 受給者については、郵送により 10 週ごとに変化を評価し、活動 / 就労不能条件を満たしているかを確かめられる。そして、16 週目か 40 週目にセンターリンクの職員が、労働能力を判定し、職業の可能性を調査するために受給者に会いプロファイリング評価がおこなわれる。次のような場合、手当は終わる。すなわち プログラムの条件に合わなくなったとき、受給者がプログラムの条件に従わなかったとき、仕事を得られた時、あるいは、YA 受給者が 21 歳 (被用者の場合) または 25 歳 (学生の場合)、になった、とき。

【再統合】 一時的障害手当の受給者は、永続的障害手当受給者と同じ再統合サービスを利用できる。センターリンクの障害担当官 (一般的なガイダンスと支援を行うことができる) による評価の後、ジョブネットワーク、障害者雇用サービス、または職業リハビリテーションを通した支援を受けることができる。ジョブネットワークは、求職者が仕事を見つけることを援助するために連邦政府によって契約された全国的ネットワーク組織である。ジョブネットワークは誰にでも利用できるが、DES は特に障害のある人を援助するようになっている。DES は、3 種類の一般的なサービスを提供する。すなわち、一般雇用、保護雇用と職業リハビリテーションである。一般雇用では、訓練、求職支援と職業継続支援を受けることができる。支

援付き雇用では、従業員が主に障害のある人から構成されているビジネス・サービスを利用することができる。オーストラリアでの職業リハビリテーションは移行段階にある。現在、公的なプログラムは CRS オーストラリアによって運営されているが、民間企業などによる運営が期待されている。障害のある人のためのその他の再統合プロジェクトには、職場の改築のための費用を雇用主に返還するものや、見習い制度のための賃金援助プログラムなどがある。

参考文献

Centrelink. (2004). Individuals index. Retrieved May 19, 2004, from <http://www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/individuals/index.htm>.

Daniels, D. (2004). Social security payments for the aged, people with disabilities and careers 1909 to 2003 (Parliament of Australia Online publication). Retrieved May 24, 2004, from, <http://www.aph.gov.au/library/pubs/online/Aged.htm#invalidpension>.

Department of Family and Community Services. (2003). Annual Report 2002-2003. Retrieved May 19, 2004, from http://www.facs.gov.au/annreport_2002-03/index.htm.

Department of Family and Community Services. (2004). Guide to social security law. Retrieved December 13, 2004, from <http://www.facs.gov.au/guide/ssguide/362100.htm>.

Dixon, J. (1999). Social security in global perspective. Westport, CT: Praeger.

Dixon, J., & Hyde, M. (2000). A global perspective on social security programmes for disabled people. *Disability and Society*, 15, 709-730.

Hancock, L. (2001). Australian intergovernmental relations and disability policy. In D. Cameron & F. Valentine (Eds.), *Disability and federalism: Comparing different approaches to full participation*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Jones, M. (1996). *The Australian welfare state: Evaluating social policy*. St. Leonards, AU: Allen & Unwin.

McIntosh, G., & Phillips, J. (2002). Disability support and services in Australia (Parliament of Australia E-brief). Retrieved April 19, 2004, from www.aph.gov.au/library/intguide/sp/disability.htm.

Voirin, M. (2000). An ambitious venture: Commentary on. "A global ranking of national social security systems". *International Social Security Review*, 53, 131-134.

第5章 ドイツにおける一時的障害給付における新しい焦点

ソフィ・ミトラ、リチャード・ハウザー、ハルトムート・ヘインズ

大部分の先進工業国と違って、最近のドイツでは障害手当プログラムに費やされる金額の GDP に占める割合でも、また、その手当受給者数でも増加はみられない。ドイツの障害プログラムに費やされる費用の GDP に占める割合は 1990 年代は安定しており (OECD(2003))、手当受給率もここ 20 年間ゆっくり上昇してきた。それでもなお、ドイツの障害者制度に、問題がないわけではない。ドイツにおける労働制限のある男性の雇用率は、主に 1980 年代後期に低下した (Burkhauser & Schroder, 2004)。人口の高齢化と早期引退プログラムに強く依存しているということの組合せのために、ドイツの年金制度を維持することが脅かされている。2001 年、ドイツの政策決定者は、いくつかの早期引退制度をなくし障害年金制度に移行することによって、国の社会的なセーフティーネットのありかたに関する改革を始めた。現在、障害年金は永続性を基盤とするのではなくむしろ一時的なものとなみなされることが多い。また、それにより部分的年金から全額年金に移行するケースは以前より少なくなっている。

この章は、ドイツの障害者制度の中で、一時的プログラムと部分的プログラムに特に焦点を当てる。最初にドイツの障害手当制度を概観する。そのあと公的な障害年金プログラムの全額給付と部分的給付とその最近の変化を詳細にチェックする。

ドイツの障害給付制度の概要

ドイツは、総合的であるが非常に細分化された社会的保護の制度を持つ。これは、社会立法におけるパイオニア国としてのドイツの歴史と、いろいろなプログラム運営における運営者重視の考え方が影響している。いわゆる社会的リスクのある人々に適用される手当や援助の責任を一手に引き受ける唯一の基金というようなものはない。

その代わりに、利用可能なさまざまな種類の支援が、地域、国、連邦のレベルの別々の多くの基金や機関とつながっている。障害のある人に提供される援助の種類は、障害原因、労働市場における立場によって異なる。雇用されているかどうか、もしそうならば何時間働いているか、いろいろな社会保険制度のどれに加入しているかどうかなど、いくつかの要因によって、利用できる援助の種類が決まる。

図 1 は、ドイツの障害者のための社会的保護制度へのいくつかの導入経路を示している。社会的援助プログラムから始めると、ドイツの社会扶助 (Sozialhilfe) には 2 つのものがある。それは、生活費援助 (Hilfe zum Lebensunterhalt) と特別環境援助 (Hilfe in besonderen Lebenslagen) である。障害者の場合、現金手当と現物給付が行われる。

社会扶助は、世帯収入と資産について厳しく資力審査される。所得が十分に高いばあい、受給者の子供 (年齢制限はない) と両親は社会的な援助の費用を返す義務がある。ドイツの合法的な居住者すべては、これらの手当を受ける資格がある。社会扶助は、ドイツの全ての州で、連邦法によって定められたレベルで等しく運営されるが、地方税収入によりまかなわれている。その給付は免税になっている。資力審査のある新しい基本収入プログラム (Bedarfsorientierte Grundsicherung) が 2003 年に導入され、社会扶助と同じ額の現金手当が障害のある人と年金受給者に給付されたが、受給者の両親や子供はその費用を弁済する義務はなくなった。この新しいプログラムは、働けなかったために法定年金保険の保険料をこれまで支払ったことがないため障害年金を要求することができなかった人にとって特に重要

である。このプログラムもまた主として税収でまかなわれ、主として連邦予算と地方自治体予算にもとづく。手当は、免税である。

図 1 ドイツにおける障害のある人のための現金および現物での給付の流れ

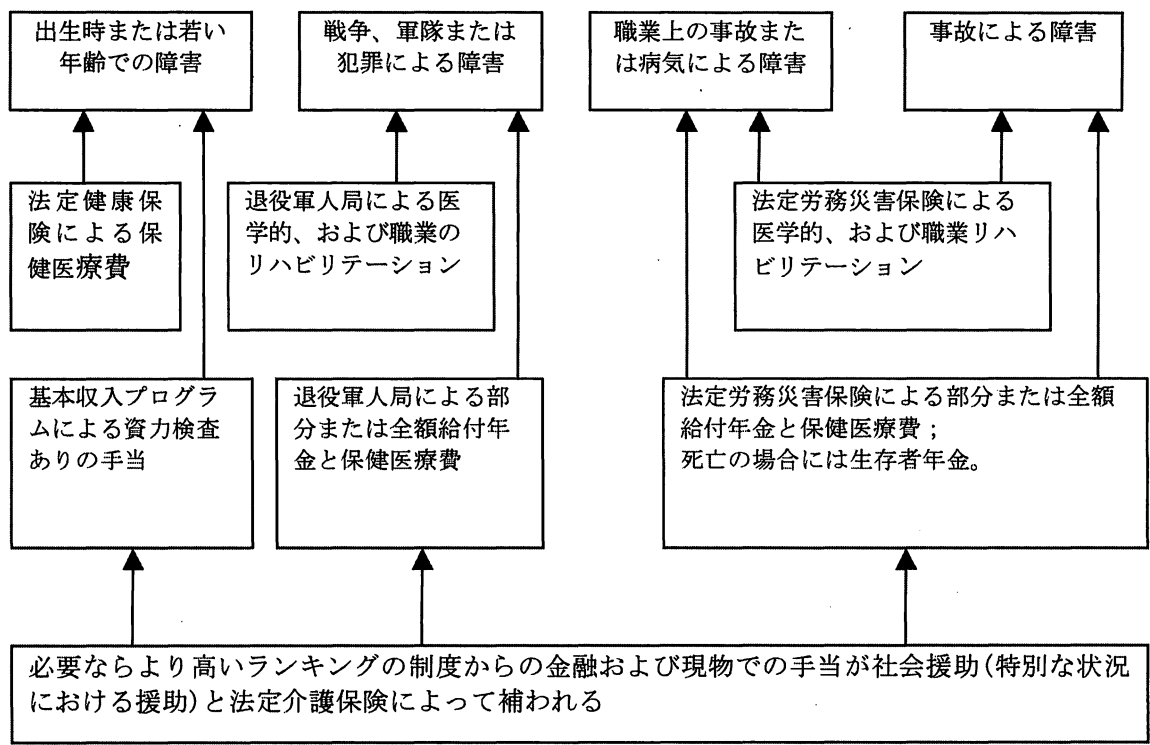
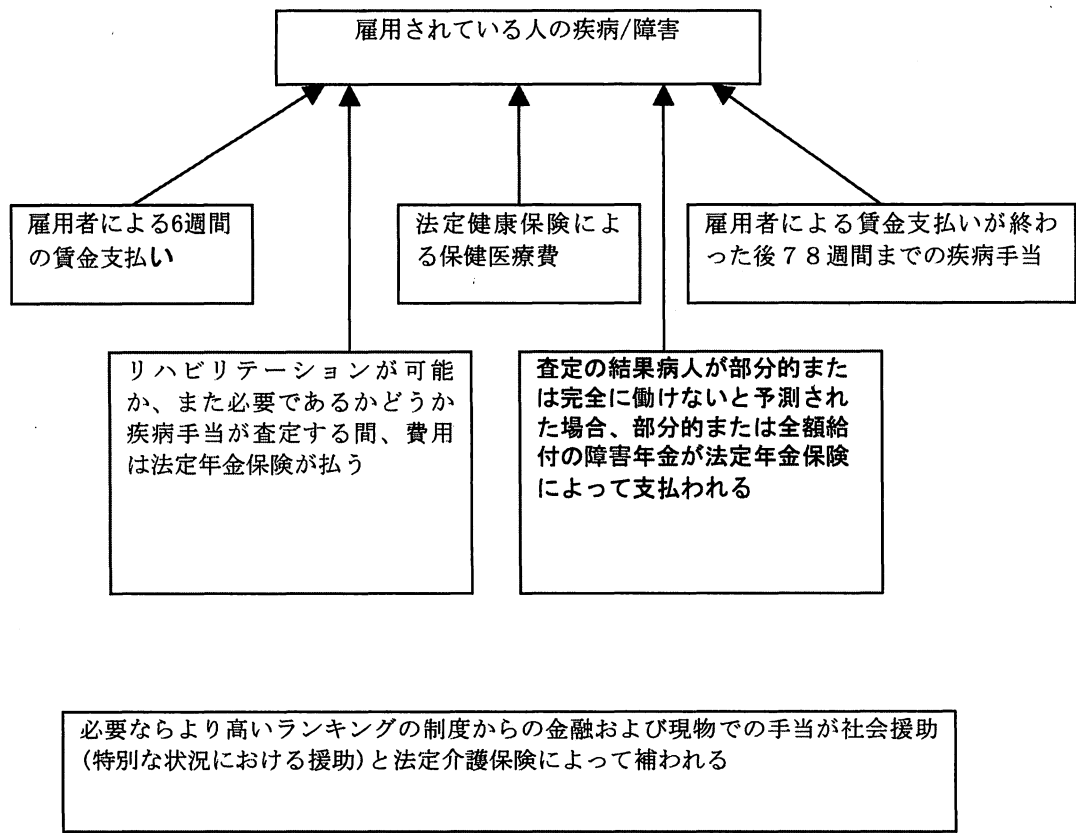


図 1 (続き) ドイツにおける障害のある人のための現金および現物での給付の流れ



もし、障害が戦争や、兵役、または犯罪によるものならば退役軍人局 (Versorgungsamt) により、税収でまかなわれる年金が支払われる。この機関は、この種の障害のある人に、他のプログラムを補うための現物給付も行っている。というのは、他のプログラムの現金給付は、最低生活水準を保証するというにはあまりに低いためである。

ドイツの障害給付制度への2本の導入路は、特に労働市場に結びついている。まず、障害が労働事故か職業病に起因するならば、法定労働災害保険でカバーされる。また、慢性疾患に起因するときは、法定健康保険 (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK) が、リハビリテーション給付を受けることができるかどうか、あるいは年金保険のリハビリテーションに適しているかどうかを査定する。社会的保護は、労働事故や職業病から生じた障害の場合に最も強力である。法定労働災害保険 (Gesetzliche Unfallversicherung) がこれらのケースを担当している。社会保障制度のこの部門への保険料はすべて雇用者によって支払われる(注19)。傷病を受けた者は、傷病の程度によって医療、リハビリテーション、労務災害年金を受ける資格がある。この年金は、それまでの所得で決まり、法定年金保険の障害年金より優遇されている。たとえ負傷者が常勤で働き続けたとしても、全額が給付される。これは、補償とみなされているからである。労働災害保険が支払われるときは、法定年金保険の障害年金はもらえない。世帯収入が最低生活レベルより上にある場合は、年金は部分的に課税される。慢性疾患または個人的な生活場面による事故で生じた障害の場合には、5年以上法定年金保険に強制的保険料を払った者は、障害年金を請求することができる。この年金額は、それまでの所得(平均の所得と比較する)と、60歳までの雇用期間に関する国の基準により決定される。もし、労働能力が残っていれば、部分的年金が与えられる。世帯収入が税法の定める最低生活費より高ければ、この年金の一部に課税される。4人家族の場合、この最低生活費は、およそ年額25,000EURである(注20)。

もしリハビリテーション給付を受ける資格があれば、医学的あるいは職業の、もしくは両方とものリハビリテーションサービスを受けられる(注21)。被雇用者の医学的リハビリテーションは、法定年金保険によって最高3週間提供されるが、必要に応じて、延長することができる。たとえば、医学的リハビリテーションには、次のものが含まれる。診察、投薬、処置、理学療法、治療体操、心理療法、補助具と作業療法などである。法定年金保険は、自ら運営するクリニックや民間のクリニックの入院患者に医学的リハビリテーション行うことができる。しかし、最近、注目されているのは外来患者にリハビリテーションを提供することである (Social Code, Book IX, Germany 2003)。リハビリテーション施策は法定年金保険に基づいて行われる。しかし、1974年法 (Rehabilitationsangleichungsgesetz) が成立し、職業施策を社会法 (Sozialgesetzbuch) に統合することが最近行われたにもかかわらず他の制度との調整の問題が残っている(注22)。リハビリテーション施策には、以前の所得の代わりとしての現金手当、医療的処置と理学訓練、仕事に関する再訓練から成っている。

MDKは、最初に適当なリハビリテーションがおこなえないかを評価する。その場合には、法定年金保険の就労不能年金を申請するよう求められる。身体的または精神的な能力低下のために、定常的な所得を得られない(すなわち、日に3時間未満しか労働することができない)労働者は、全額障害年金を受ける資格がある。同じような訓練と経験をもつ他の労働者と比較し、

(注19)

(注20) 2004年6月30日現在0.821ユーロ (Euros)、= 1米ドル (USD)。

(注21) ドイツのリハビリテーション手当について詳しくはDean (1990)を参照のこと。

(注22) リハビリテーションの方策は、以下の機関によって実行される: 法定健康保険、連邦労働党事務所 (今: Bundesagentur fuer Arbeit)、法定労務災害保険 (Alterssicherung fuer Landwirte)、法定年金保険 (Gesetzliche Rentenversicherung)、農民法定年金保険 (Alterssicherung fuer Landwirte)、退役軍人局 (Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfuersorge)、社会援助 (Sozialhilfe)、公的な青少年援助 (oeffentliche Jugendhilfe)。

障害のため稼働能力が1日につき3時間から6時間低下している労働者は部分的障害年金を受ける資格がある。

法定年金保険は、また、その人の障害年金に対する適格性を査定する前にリハビリテーションの可能性をチェックする点に留意する必要がある。被保険者の能力がリハビリテーションによって向上することができなければ、リハビリテーションの申請は遡及して年金申請とみなされる。この理由は、両方の制度(法定健康保険と法定年金保険)が基本的に異なる評価をおこなっているということである。法定年金保険が一般的な労働市場で生計を立てるための労働能力の有無を査定する一方で、法定健康保険はその人が最後に従事していた仕事に関する労働能力に特に着目して評価する。

医学リハビリテーションに続き職業のリハビリテーションを行う場合、あるいは、申請時点で法定年金保険に対して少なくとも15年間保険料を支払っていれば、職業リハビリテーションは法定年金保険の管理下で提供される。それ以外のケースはすべて法定健康保険基金による連邦雇用サービス(Bundesagentur fuer Arbeit)に送られ、その責任となる。2001年以後は、法定年金保険がより多くのケースの職業のリハビリテーションに対して責任を持つようになったので、連邦雇用サービスに職業サービスを使いたいという要望はなくなった。法定年金保険においては、どんなサービス・プロバイダでも使うことができる。

能力の低下により、失業が6ヵ月以上続いており、自分の能力に合う仕事についても、週に15時間以上働くことができない人は、連邦雇用サービスの薦めるリハビリテーション(図1では示されていない)を活用することができる。ある人がリハビリテーションをすることで労働市場に再統合されるかどうかは、医学的な情報や他の情報に基づいて、管理査定官が決定する。職業リハビリテーション給付は、最高2年間続き、初期のトレーニングや再訓練、あるいは他の援助(例えば、学習補助器具、作業服と働くための装備、家庭内の援助のための費用)のための現金手当を含む。労働所得が減少したときは、現金手当が支払われる。これらの支払いは、子供がある人の場合、総所得の60%、子供のいない人の場合は54%である。(Viebrok, 2003)。

リハビリテーションは、障害が労働能力におよぼす衝撃を減らしたり、労働者の労働力からの早すぎる撤退を防いだり、職業生活に再統合するなどの助けになる。MDKと法定年金保険(Sozialmedizinischer Dienst)の医療は、職場適応訓練やリハビリテーションによってこれまでの仕事(または同じ仕事場の仕事)にとどまることができるかどうか、あるいは、適切なリハビリテーションを受けた上で新しい仕事をするのが適当かどうかを調査する。「年金の前にリハビリテーション」の原則(ドイツには長い歴史がある)は、主にこのようなやり方で実践される。

ドイツは「年金の前にリハビリテーション」の原則でよく知られているが、いくつかの調査で、この原則は必ずしも厳密に実行されていないことが示されている点に注意することが大切である。Sims(1999)がまとめているように、「多くの人が、リハビリテーションのかなり前に、またはその代わりに年金を受けている」。この問題の主な原因は「競合する諸機関に権威が分散しているため」にサービスが利用しにくい点にあるようである。

2、3年間前から、ドイツは、社会的保護制度全般の改革、特に障害年金制度の改革に着手した。大部分の早期引退プログラムは廃止され、失業給付は減額された。今は、障害年金プログラムに対する圧力を強めている(OECD, 2003)。加えて、2001年に、一時的な役割を基本とした就労不能年金が義務付けられた。自分がこれまで従事してきた仕事に戻るという復職先決定プロセスは、働ける時間数によって部分的給付か全額給付かに明確に区別される新しいテストに置き換えられた。最後に、連邦雇用サービスが独占していた状況は1998年に廃止された、そして、障害のある人のための新しい機会均等法が、2002年に可決された。この章の残

りの部分では、ドイツの疾病手当、法定年金保険が取り扱う障害年金制度の部分的給付と全額給付、そして、このプログラムの最近の変化に絞って記述する。

疾病手当

最初に、一時的な疾病という社会的な危険に対する保護について概観する。法定健康保険 (Gesetzliche Krankenversicherung) は、ドイツの人口のおよそ 90 パーセントの医療費をカバーしている。この大部分は雇用主と被保険者の代表によって管理されるおよそ 300 の基金から成り、法律によって厳密に規定されている。公務員 (決められた月額収入 (2003 年で西ドイツでは 3825 ユーロ) より収入が少ない) を除いて、全ての被用者に加入が義務づけられている。所得のない家族構成員は無料でカバーされる。強制保険料は、賃金総額のおよそ 14 パーセントである。そして、その半分は被用者によって払われ、もう半分は雇用主によって払われる。失業者の場合は、法定失業保険 (Bundesagentur fuer Arbeit) から法定健康保険の保険料が払われる。社会扶助の受給者は、連邦法のもとで社会扶助 (Sozialhilfe) を管轄する地方自治体によってカバーされる。自営業者のほとんどは民間の健康保険を利用している。これらの結果、医療費がカバーされないのはドイツに住んでいる人口のおよそ 0.2% のみである。

疾病のために労働できない被用者は、雇用主から賃金を 6 週間もらい続ける資格がある。そしてその後、法定健康保険による疾病給付が最高 78 週間続く。短期的疾病給付には、一定期間仕事についていなければならないという条件はない。一定期間働けないということは、医師によって証明されなければならない。医師は、ある人が仕事を遂行できないことを雇用主に証明するが、雇用主に病気や障害の種類知らせる必要はない。賃金の支払いが終わったあと、税引き前所得の 70% を短期的疾病給付として支払われるが、それは、税引き後の所得の 90% 以上にはならない。給付は、免税である。

短期的疾病手当は、最高 78 週続く。病気が長期間続いたときには、より厳密にチェックされる。法定健康保険の査定者は、健康診断を受ける必要があるケースを選ぶ。選ばれたケースのリストについて、独立機関である法定健康保険医療サービス部 (MDK) のメンバーと協議する。両者が合意すれば、対象者は、健康診断によれば、リハビリテーションの可能性がチェックされる。MDK により労働不能が長期間または永続すると予測された場合は、審査官は、法定年金保険のリハビリテーション、または一時的あるいは永続的な障害年金を申請するよう要請する。

法定年金保険の障害年金(全額給付と部分的給付)

ドイツは、全額年金と部分的年金の二重の障害年金制度を持つ。もし被保険者が病気または障害のために、一般的な労働市場において、1 日に 3 時間以上 6 時間以下しか働けない状態が永続する場合、労働能力が部分的に減少したとみなされる。被保険者が病気または障害のために、一般的な労働市場の下で、1 日に 3 時間未満しか働けない場合、労働能力が完全に失ったものとみなされる。

実際には、これまで障害年金は永続的であった。評価の結果、年金保険の医療サービスが、ある人は一時的な年金 (例えば 2 年) の受給期間が終わった後に再び働くことができると予想した場合は、一時的年金とされた。2001 年以後は、初めての障害年金の認定では、通常、一時的年金でなければならない。部分的年金も全額年金も初めは 3 年間に限定される、しかし、今後状態の変化が期待できない人については、期間の制限は適用されない。それに加えて、受給者が障害年金を申請した 2 年以内に 60 歳に達した場合は、永続的な年金が与えられる。

【受給資格と認定】 申請者が法定健康保険の医療サービス (MSK) によって職業を維持できないと査定され、さらにこの状況がリハビリテーションによって改善されなければ、そのケースは法定年金保険に移される。就労不能年金に適格であるためには、直近 5 年間の 3 年以上保険料を納付しており、最低 5 年間は保険に加入している必要がある。

障害年金を申請する場合、被保険者は、申請用紙と医学的記録を法定年金保険に提出する(注 23)。申請用紙では、これまでの労働と労働環境についてと病気や障害についての詳細が尋ねられる。運営査定官が、認定のために情報が十分かどうかを決める。十分でないときは、申請者のかかりつけ医に追加の医学的情報が求められる。追加の医学的情報が認定のためにまだ不十分である場合は、運営査定官は法定年金保険の医療サービスを利用して、申請者の診察が必要かどうかを決める。診察が行われる場合には、影響を受けた部分だけではなく、身体全体が調べられ、申請者の能力全体を査定する。全身をカバーするシステムチックなリストにより構成された特殊な査定書式により、専門医が、視覚や聴覚検査等の他のテストの結果もふくめて書式をうめる。重複障害の場合には、専門医は他の医学専門家と協力する。申請者が評価のために短期間入院するケースもある。いずれにせよ、就労不能年金受給の決定をするのは専門医でなく運営査定官である点に留意する必要がある。専門医は、医学的なフィードバックと証拠を提供するだけである。

障害の状態についての一般的な医学的リストは、ドイツの認定プロセスの中にはない。特に、プロセスは「3 時間から 6 時間」労働できる能力のカテゴリーと「毎日 6 時間」労働できる能力のカテゴリーを区別しない。認定は常に社会医学の経験のある医師によって個人毎の個別の評価により行われる。しかし、いくつかの病気については、ドイツ年金保険基金連盟 (Verband Deutscher Rentenversicherungstraeger) から出版されている年金保険のための医学検査に関する本の中にヒントや推薦事項が書かれている。認定は、部分的年金を除き、医学的要因だけに基づいて行われる。部分的年金の場合は、労働市場に関する情報も使われる (すなわち労働市場でのパートタイムの仕事を得られるかどうかについての情報)。パートタイムの仕事が得られるかどうかを考慮に入れる、いわゆる「具体的見地」(konkrete Betrachtungsweise) は、徐々に廃止される。医学的要因だけに基づく、いわゆる「抽象的見地」(abstrakte Betrachtungsweise) が、決定的なものになるであろう。

【給付】 全額障害年金の額は、原則として、2 つの要素に依存する。一つ目は、被保険者が法定年金保険に保険料を支払った総年数である。60 歳に達していなければ、実際の年齢と 60 歳との差の年数が総年数に加算される。二つ目は障害が起こる前の「所得得点」(Entgeltpunkte) の合計である。所得得点は、ある人の 1 年分の実際の税引前所得額を、全ての被保険者のその年の平均所得によって、割り算することによって計算される。これは、ある年の平均所得をかせぐ人の所得点は 1 であることを意味する。所得得点の合計に年数を掛けたものがいわゆる個人的要素である。この要素に一般的要素 (aktueller Rentenwert) が掛け算される。それが年金の一般額になる。2003 年の一般額は、西ドイツで 1 月あたり 26.13 ユーロであった。東ドイツでは、一般額はさらに 12% 低い。一般要素は、名目上賃金の総額の伸びに連動しており減少することもある。ただし、ここで述べたことは、実際はもっと複雑な年金の計算式を単純化したものであることをご理解いただきたい。部分的年金は、全額年金の半分の額になる。

2002 年 12 月 31 日現在、全額障害年金の平均月額は、女性が 653 ユーロ、男性は 836 ユーロであった。部分的年金の平均月額は、それぞれ 428 ユーロと 616 ユーロであった。これらの額は、年金受給者が払った保険料と、年金受給者のために法定年金保険が法定健康保険へ支払った保険金が組み合わされたものである。1993 年の全額年金受給者の平均代替率は、ド

(注 23) 申し込みから支給にいたるプロセスは Boeltzig と Clasen(2002) に詳述されている。

イツでは46%であった。米国の30%と比較してほしい。(Aarts, Burkhauser & De Jong, 1998)。それより最近の数字は、発表されていない。

【職業復帰】 全額障害年金あるいは部分的障害年金のどちらかを受けている人も、働くことが許される。年金が減額されない補助的所得の上限は、全額障害年金受給者の場合340ユーロである。全額障害年金受給者は、1年に2ヵ月間はこの制限を越えて補助所得を得ることができる。BoeltzigとClasen(2002)が説明しているように、これ以上の所得(例えば疾病手当、失業手当その他なども含む)があれば、その額に応じて一部のみ支払われることもある(たとえば、1/2、1/4、3/4)。部分的障害年金は、半額の年金として支払われることもある。以下の数字は、2003年現在の、西ドイツの場合である。以前の所得が低い障害年金受給者の追加所得の限度はおおよそ、3/4年金では611.44ユーロ、1/2年金では811.34ユーロ、1/4年金では1,011.23ユーロである。年金受給者の以前の所得が平均レベルまたはそれ以上であった場合、これらの限度はより高くなる。部分的障害年金の制限は、811ユーロである。この額は、より高い所得の人の全額障害年金が半分になる額でもある。所得が上限を越えた場合、年金が打ち切られることもある。

職業復帰はドイツの制度の大きな特徴であり、年金を支払う前の最初的手段としてのリハビリテーションに投資するいろいろな社会的保護制度で支えられている。以前に述べたように、法定健康保険は、リハビリテーションが役に立たないと決定すれば、年金申請が指導され、そのケースは法定年金保険に移行する。後者は、申請者にリハビリテーション・テストを受けさせることによって申請をチェックすることから始める。法定健康保険は、最後の仕事に関する労働能力における障害を査定する一方で、法定年金保険は一般的な労働市場で生計を立てるための労働能力におけるの障害を査定する。

障害者がこれまでの雇用主のもとに戻るといいう可能性がないならば、これらの制度によるリハビリテーション介入は再訓練と新しい雇用の機会の確保に集中して行われる。仕事に就く(戻る)ために、いろいろな支援サービスや職業復帰のための助成金を利用ができる。法定年金保険がある人にリハビリテーションが適当と決定すれば、移行手当が支払われる。この手当を受けている間も、事故に対して支払われる他の手当や年金を受けることができる。

全額障害年金あるいは部分的障害年金の受給者は、職業リハビリテーション訓練を受けるときは、連邦雇用サービス(FES)に失業者として登録する。リハビリテーションは、法定年金保険給付を補助するものである。1つの制度のみがその責任を負うこととされており、受給者はどの制度にでも申請すればその申請は最終的な責任をもつ制度に行き着くように転送されることが保証されている。

ドイツで特に関心が持たれているのは部分的障害年金プログラムと労働市場との関係である。1976年から2001年まで、給付から1年たっても失業状態にある部分的障害年金受給者は、全額障害年金を得られた。部分的障害年金受給者は、別の認定プロセスをへることなく自動的に全額給付障害年金プログラムへ移行した。つまり、部分的年金プログラムは、受給者が1年間労働市場でパートタイムの仕事を見つける彼らの能力があるかをテストするための一時的なプログラムとして機能した。このような流れから、部分的障害年金受給者は、復職したいと思うような気持ちになることはほとんどなかった。それに加えて、2001年までは、部分的障害年金受給者にとって適切な仕事とは何かということについて独特な規則があった。つまり、熟練労働者は、少なくとも半熟練を要するような仕事以外は拒否することができ、半熟練労働者は、賃金ややりがいの少ない熟練をまったく必要としないような仕事を拒否することができたのである。軟調な労働市場とあいまって、これらの規則のために、部分的障害年金受給者の割合は、1970年の30%から1990年代初期には5%まで減少した(Bound & Burkhauser, 1999)。2002年に、ドイツで法定年金保険の障害年金受給者は180万人であ

った。そのうち6.4%のみが部分的給付を受給していた。ここ30年にわたって、ドイツの部分的年金プログラムは、障害のある人がパートタイムで労働市場で働き続けることを維持することに成功してこなかったことは明白である。この結果は、軟調な労働市場、適切な仕事とは何かということに関する制限的な規則、そして、プログラムの構築方法によって説明できるかもしれない。全額障害年金と部分的障害年金を統合し、前者から後者への継ぎ目のない移行を提供するプログラムは、明らかに、部分的年金受給者が職業復帰したくなるようなインセンティブをあまり与えることができなかった。このような状況の下で1976年から2001年まで、ほとんどの部分的障害年金受給者は、全額障害年金受給者になり、彼らの部分的稼得能力を決して使わなかった。

2001年に、部分的年金プログラムを労働市場と相互作用させるという根本的な変更があった。1960年12月以降生まれた人は、技術レベルに関係なく、どのような仕事でも、部分的障害年金受給者に適しているとみなされる。まだそのすべてが議会によって可決されているわけではないが、新しい改革法(Hartz-Gesetze)が連邦雇用サービス(Bundesagentur für Arbeit)を強化して、長期の失業者のためのモニター制度を導入することになっている。このことが部分的障害年金受給者にパートタイムの仕事を提供することに寄与するかどうかはまだわからない。

加えて、BoeltzigとClasen(2002)で説明したように、現在、部分的障害年金から全額障害年金への移行が可能なのは、パートタイムの職業の入手可能性が限られているとき、または「パートタイムの労働市場が閉じられている」時だけであり、その状況は連邦政府によって公式に決定される。1年間パートタイムの仕事を提供されることができないならばそれ以降、部分的障害年金から全額障害年金への移行が起こる。

部分的プログラムの中の、適切な仕事に関する制限規定を一部取除くことによって、効率が上がるかもしれないが、一方で将来にわたって成功するためには、ドイツでのパートタイムの労働市場が改善される必要がある。労働市場が軟調なままである限り、パートタイム雇用の機会が減る、あるいは全然なくなれば法定年金保険が全額障害年金を与え続けるという事実のために、パートタイムの雇用見通しがよくならないならば、部分的障害年金受給者がパートタイムの仕事を見つけることを期待できないということは、ドイツの政府も明確に認識している。

2001年に部分的障害年金と全額障害年金に関してもう1つの根本的な変更がなされ、障害年金が一時的に支給されることが多くなった。現在では、障害年金受給者は、受給資格期間が終了するまでに職業復帰しようとするインセンティブをもつようになったことは明白である。しかし一時的年金は2回延長することができ、9年後には永続的障害年金または老齢年金に(年金を受ける資格のある年齢に達したならば)変更されなければならない。この改革の影響を評価するには早すぎる。一時的給付を基本として給付を受けている障害年金受給者の最初のグループは、現在、第一回目の受給資格期間の3年が終わりつつあるところである。永続的な障害年金と一時的な障害年金を提供することにより、障害年金受給者の職業復帰の改善が期待されている。しかしこの改革の成功は、部分的プログラムと同じように、ドイツの労働市場の将来の強さに大いに依存している。

参考文献

Aarts, L. M., Burkhauser, R.V. & De Jong, P.R. (1998). Convergence: A Comparison of European and United States Disability Policy. In T.Thomason., J. F. Burton & D. E. Hyatt (Eds.), New approaches to disability in the workplace. Industrial Relations Research Association Series.

Boeltzig, H. & Clasen, J. (2002). A comparative analysis and assessment of the policy Implications of alternative legal definitions of disability on policies for people with disabilities: National report Germany. European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs.

Bound, J. & Burkhauser, R.V. (1999). Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. In O. Ashenfelter and D. Card (Eds.), *Handbook of labor economics* (Vol. 3). Elsevier Science.

Burkhauser, R. V. & Schroder, M. (2004). A cross-national comparison of the employment for men with disabilities: The United States and Germany in the 1980s and 1990s. Working paper WP 2004-071 at the Retirement Research Center, University of Michigan.

Dean, D. H. (1990), Vocational rehabilitation innovations for disabled persons within the federal republic of Germany. In M. Berkowitz. (Ed). *Forging linkages: Modifying disability benefit programs to encourage employment*. Rehabilitation International.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2003). *Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris: OECD.

Prinz, C. (Ed.). (2003). *European disability pension policies: 11 country trends 1970-2002*. Ashgate.

第6章 イギリスにおける障害給付制度の最近の改革

ソフィ・ミトラ、アン・コードン、パトリシア・ソートン

イギリスの障害給付制度は、他の先進国の障害制度を悩ましてきたのと同じような問題をたくさん抱えている。つまり、障害給付受給者の数が多くなってきて財政の上の重荷になってきているということである。1990年代に、イギリスでの障害給付受給額は54%増加した。また、GDPに占める障害給付支出額の割合は1990年の0.88%から1999年の1.27%まで増加した(OECD,2003)。しかし、このことは、政策が1990年代初期から変化しなかったことを意味するわけではない。イギリスでは近年かなりの改革がなされてきている。そのため、イギリスはこの方面の研究では他の国に卓越している。これらの改革としては、障害者が働いて賃金を得られるようにする努力や、職業復帰サービス、個別のニーズ、個人のニーズに新しく焦点を当てることなどが行われている(注24)。改革は、障害給付を新たに受給する人を減らし、障害給付受給者が働こうとするのを邪魔するものを取り除くように計画されていた。イギリスには雇用主が資金を提供する一時的障害プログラムとして、法定疾病給付がある。また、アメリカ合衆国のように、永続的に全額を給付する公的障害給付プログラムがある。

この章は、次のように構成される。最初にイギリスの障害給付システム全体を概観する。次に雇用主が資金を供給する一時的障害プログラムを取り上げる。それからイギリスの障害システムのうちの2つのプログラムを検証する。それは、就労不能給付と、労働税控除である。

障害システムの概要

イギリスの障害システムは障害のある人に対してさまざまなプログラムを提供する。それらのプログラムはさまざまなニーズと状況に見合ったものになっている。表1に一時的障害給付の主な種類を提す。

表 1:イギリスの障害システム概要

給付	拋出制	資力審査	課税
法定疾病給付	いいえ	いいえ	はい
就労不能給付 (IB)	はい	いいえ	はい
所得補助	いいえ	はい	いいえ
所得に基づく求職者給付	いいえ	はい	はい
住宅給付	いいえ	はい	はい
障害者生活給付	いいえ	いいえ	いいえ
労災	いいえ	いいえ	いいえ
労働税控除(障害給付)	いいえ	はい	いいえ

注： 1. IB のための評価には、資力審査はない。しかし、ほかに所得の出所があれば減額される。
2. 低額就労不能給付は無税である。

法定疾病給付プログラムは、雇用主が資金を提供し管理するプログラムであって、「働くことができない」被用者に最高28週間現金を支払うプログラムである。このプログラム定めている法令では、被用者はなんらかの疾患、または身体または精神障害のため、働けない状態でなければならないと規定されている。働けない状態で7日間が経過すると、雇用主は医師

(注 24) イギリスではアカデミックで政治的な談話の中では ‘disabled people’ という言い方が好まれていてと理解している。しかし、我々はこのレポートのほかの部分、およびアメリカ合衆国で一般に使われる言語と一致している ‘persons with disabilities’ という言い方を用いることにする。

からの診断書の提出を求める。

イギリス政府の障害制度には、障害のある人のためのさまざまな給付がある。拋出制の所得代替給付の主なものは、就労不能給付である。その給付を受けるための条件として、給付の対象が、仕事を捜すことを要求できないくらい身体活動や精神活動の遂行能力が低下している人とされている。法定疾病給付の28週が過ぎれば、就労不能給付を請求することができる。これに加えて、無拋出制で資力審査がある障害関連の所得代替給付はいくつかあり、所得が低い場合に活用することができる。所得補助 (Income Support) は、主な社会扶助給付で、常勤労働 (週16時間以上) に従事している人は、利用できない。それに加えて、所得に基づく求職者給付 (income-based jobseeker's allowance) は、失業した人や仕事を捜しているために週に16時間未満しか労働していない人が利用できる。賃貸料を払っている低所得者は住宅給付 (Housing benefit) を利用できる。これらの資力審査つきの給付では、受給資格があるかどうかは、個人給付と保険料を基礎にした制度に基づき計算され申請者個人毎に違う。この制度には、障害があることに付随する特別割り増しがあり、その額は、障害の程度によって異なる。

イギリスには、障害のある人が特別な費用を負担するのを助けるように設計された給付もある。この特別コスト給付 (Extra cost benefits) は、無拋出制で資力審査のないもので、勤労所得のある人もない人も両方とも利用できる。受給資格は、かなりの部分自己評価に依存しており、移動ニーズと介護ニーズによって異なる。受給者は、自身のニーズと優先順位に従って給付を自由に使ってもよい。主な特別コスト給付は、障害者生活給付 (Disability Living Allowance: DLA) である。これは、重度障害のために、介護ニーズまたは移動支援ニーズがある人に支払われる。DLAには、その前身の制度を反映した2つの給付がある。それはケア給付 (care component) と移動給付 (mobility component) である。それぞれ、障害の程度によって毎週異なる額が支給される。イギリスには、無拋出制の労働災害給付システムもある。それは仕事上の事故や仕事に起因する病気の結果障害をおった人に払われる。およそ280,000人のみが、この給付を受けている。払われる額は、査定された障害程度割合 (パーセンテージ) に依存し、仕事に復帰したかどうかによっては影響をうけない (Pilling, 2002)。

最後に、イギリスには急速に広がりつつある税控除 (tax credit) システムがある。それは低所得層と中間所得層に属する納税者と非納税者が利用できる。ここで重要なのは、この税控除は、低賃金労働者の所得に上乘せするように設計されている点である。受給資格は、家族状況と所得に基づいており、障害給付と重度障害給付がある。全体的にイギリスの障害給付制度と税控除制度は複雑である、そして、障害のある人はその個人状況および家庭状況、障害程度、労働能力、所得レベルに応じて、これらの制度のさまざまな部分を利用できる。

利用できるプログラムの種類は、障害システムの最近の改革の一部として強化された。それには新しい給付と税控除制度の設立が含まれていた。1999年に政府は、「働ける人には仕事を、働くことができない人には保障を」という原理によって導かれた「労働福祉 (welfare to work)」という理念のもとで障害給付制度を改革するという提案をした (DSS, 1998)。それに加えて、最近の改革の一部として、新しい焦点が職業リハビリテーションと個人サービス (personalized Service) に置かれた。伝統的に、職業リハビリテーションはイギリスの障害システムにおいては周辺的な役割しか演じてこなかった。2000年に、いくつかの組織が、障害のある人に対して職業斡旋サービスを提供する契約を政府と結んだ。職業斡旋事業者 (公的の組織、民間の組織、あるいはボランティアセクターの組織がおこなっている) は、職業斡旋サービスを提供し、雇用率を改善しようとしている。同じ年に、効率とサービスを改善するために、手当給付機関と雇用サービス機関が、労働年金局 (Department of Work and Pension: DWP) の一部として、新しく、ジョブセンタープラス (Jobcentre Plus) としてひとつに合併された。

法定疾病給付

イギリスで「一時的障害給付」の役割を果たしているプログラムに法定疾病給付 (SSP) がある。それは雇用主に障害プログラムの費用の一部を移す目的で政府が努力した結果の一部として、1983 年には雇用主が全額負担する 8 週間の法定疾病給付が創設された。この期間は、1995 年以後は 28 週間になった。被用者でない人はこの給付を利用できない。被用者のカテゴリーには、失業者、自営業者、16 歳未満または 65 以上が含まれる。すでに 28 週分の SSP の給付を受けた人や SSP 期間の終わりの 8 週間に再び病気になった人は利用できない。また、週給の平均が最少所得制限 (現在週 77 ポンド(注 25)) 未満の場合も利用できない。一部の人々は雇用主からの疾病給付を含む雇用契約をしている。しかし、SSP は法的な最低限であるので、雇用主はそれより少なく支払うことは許されない。2003 年 4 月 6 日から 2004 年 4 月 5 日までの SSP の給付額は定額制で、週 64.35 英ポンドであった (Inland Revenue, 2004)。SSP は雇用主により管理され、雇用主により支払われる。仕事ができない状態が 4 日以上続けば、SSP が支払われる。病気になって最初の 7 日間は、仕事ができないことを自分で証明すれば認められる。7 日以後は、雇用主は通常一般開業医または開業医 (例えば整骨療法医) からの医学的な証明を求める。その人が労働できるかどうか決めるのは雇用主次第である。受給資格や支払いについて被用者と雇用主の間に意見の相違がある場合は、労働者が国税局に決定を求める。国税局は、国税局の嘱託医に診察してもらうように労働者に求めることがある。国税局の委員会が、SSP の受給資格についての疑義に対する対応を決定する。実務上、そのような決定は、国税局の委員会の任をうけた責任ある専門官により法的に行われる。

状態がよくなった人は 28 週以内またはそれ以後に同じ仕事に戻るかもしれない。そのときは、雇用主はそれ以後 SSP の支払いを停止する。最長の SSP を受けたあとでもまだ働けない人は、続けて就労不能給付または所得補助あるいはその両方の受給資格に適合するかもしれない。

SSP を受けている間の労働所得の制限はない。ある仕事はできないが、他の作業を含む別の仕事でなら働けるということがありうる。一部の雇用主は、自身の職業健康計画の範囲内で復職サービスを始めていたが、政府は、最近まで SSP 受給者のための職業復帰サービスを提供してこなかった。障害と疾病の初期の段階で、職業復帰のための個別のサービスを提供する努力の一部として、労働年金局と保健局は、6 つの地域で試験的な就労継続 (Job Retention) とリハビリテーションパイロット (Rehabilitation Pilots) を運営し始めた。パイロットは、就労不能給付を申請する前の SSP 受給者を対象とする。毎週 3,000 人が 28 週を過ぎて SSP から就労不能給付に移ったという事実に触発されたためである (Zeitser, 2002)。病気のため仕事を離れて 6 週間から 6 ヶ月たった被用者と自営業者は、パイロットへの参加を申請することができる。適格性を審査するスクリーニングテストを通過すると、健康介入、職場介入、複合介入、統制群に無作為に振り分けされる。サービスは、外部の組織によって提供される。この実験の結果は、まだ入手できない。このプログラムの効果を検討するのはまだ早い³、それが職業復帰プログラムへの早い介入という他の国々の志向と一致している点に注意することは重要である。英国政府は、障害の最も早い段階での (すなわち障害が始まって 6 ヶ月以内、まだ人が雇用されている間に)、健康と職業復帰への介入をデザインした。このように雇用主によって資金が供給されている一時的なプログラムを、公的な職業復帰プログラムを開始させるためのプラットフォームとして使い始めている。

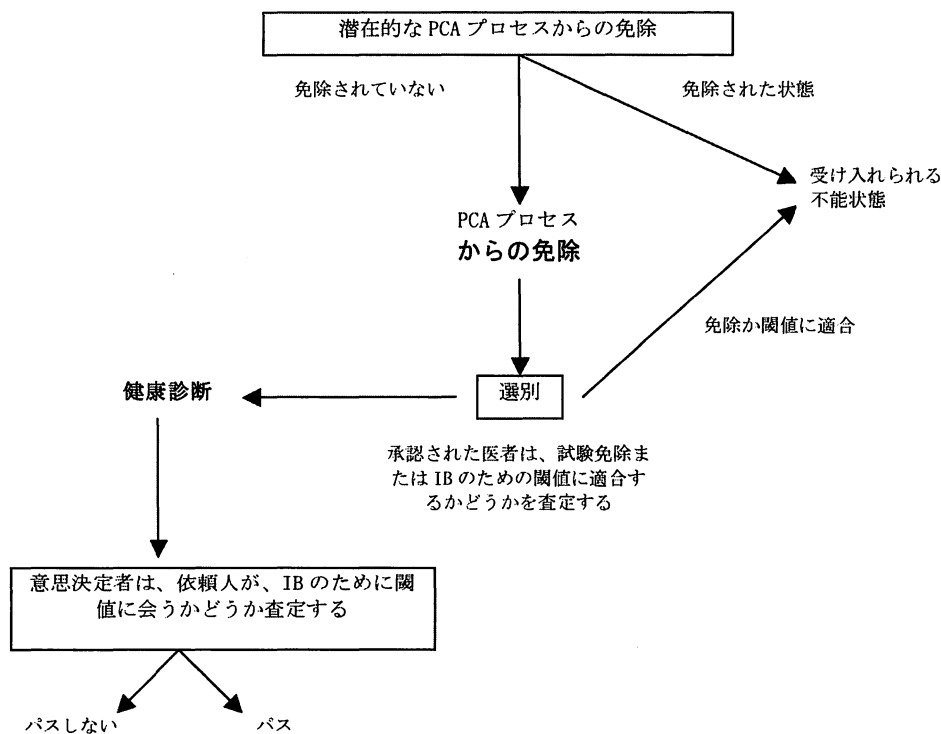
(注 25) 2004 年 6 月 30 日現在 1 米ドル = 0.552 英ポンドである。

就労不能給付

28 週間の SSP が終わっても職場にもどれない被用者や SSP を受ける資格がない人は、就労不能給付 (IB) を申し込むことができる。

【障害認定】 IB の受給資格は、能力不全に関する検査により決定する。2 つの検査がある。まず、労働不能の最初の 28 週における自分自身の職業に対する検査がある。自分自身の職業に対する検査は、働けなくなる前に行っていた仕事をするのが障害により妨げられるかどうかにより決定される。28 週を過ぎると、個別能力評価 (PCA) を受けなければならない。それは IB への受給資格を決定するために使われる医学的検査である。PCA は、2000 年に「all work test」にかわったものである。PCA テストは、その人の状態が日常的な労働に関連する活動能力にどの程度影響を及ぼしているかを測定するために、通常の仕事を遂行する能力を検査する。PCA 決定プロセスは、図 1 で示される。決定プロセスの最初の段階は、請求者が PCA プロセスを免除されているかどうかを確定することである。これは、請求者が免除カテゴリーに当てはまるのではないかと示す何らかの証拠がある場合であり、約 3 分の 1 のケースについて当てはまる。多くのケースでは、決定に際し、認定医からこの問題についての医学的アドバイスが求められる。認定医は、証明医 (通常、請求者のかかりつけの一般開業医) から事実に関する情報を得る。非常に重度の医学的問題を持つ人たちは、PCA プロセスを経ることなく IB が与えられる。一定のケースの場合、ジョブセンター・プラスのスタッフがこのプロセスから請求者を免除する決定を行うことができる。例えば、末期症状の人、高額障害者生活手当を受給している人、重度の状態 (例えば回肢麻痺、痴呆、盲目) にある人たちが含まれる。他のケースでも、例えば精神障害、進行性の循環器・呼吸器系の機能不全、重度の麻痺などの場合には、認定医からのアドバイスによって請求者を PCA プロセスから免除するという決定がなされることもある。

図 1 就労不能手当認定過程



出典: Sainsbury ほか (2001)

免除されなかった申請者のための PCA 検査は点数制になっている。請求者は、PCA において定義されている労働に関連した活動の範囲において、彼らの状態についての詳細なアンケートに答えるよう求められる。PCA 検査は、歩く、曲げる、跪くというような身体機能、聞く、話す、見る、などの感覚機能、そして、精神的機能をカバーしている。これらの機能は、表 2 のリストに示す。これらの各々の機能について、申請者は、ランクを付けられた一連の記述の中から自分の機能の制限の程度に最も合致するものを選ぶよう求められる。DWP の代理として、医療サービス (Medical Services) の認定医は、健康状態によりこれらの活動の遂行能力がどの程度損傷されているかを査定するために、各記述に当てられた点数を計算する。給付受給のためには、身体活動のリストでは 15 点、精神活動のリストでは 10 点、両方のリストのスコアを合計する場合は 15 点以上を必要とする。その後、認定医は、給付決定者にアドバイスする。個々の活動を遂行する能力がひどく損傷されている場合 (例えば、止まることなく 50 メートル以上歩くことができない、本のページをめくることができない、など) は、PCA 受給条件を満たす。また、小さな機能制限がいくつかの領域において横断的に存在する場合、PCA を満たすことがある。PCA 検査は、本質において医学的である。それは医学的要素だけを考慮し、年齢、経験、技術のような職業的要素は考慮しない。また、PCA は、働くことができる人と、働くことができない人を区別する検査ではないということに注意することが重要である。むしろ、給付を行っても仕事を探すことが期待できない人 (IB にとどまっているが本当は PCA 受給要件を満たしている人たち) と、職業復帰を試みたり、あるいは求職者給付を請求したりして、仕事をみつけることが期待できる人との間に線を引こうとするものなのである。

【給付】 IB には 3 種類の給付額 (表 3) がある。それは給付期間により依存する。ただし、末期患者は、すぐに高額の IB 給付 (すなわち 1 年ではなく、28 週の後に IB の受給資格を得たとき長期 IB 給付に依存する) を受けることができる。2002 年から 2003 年には、150 万人の人々が給付を受けた。また、IB に対する支出は、68 億ポンドと見積もられた。1995 年から 1996 年は、76 億ポンドであった。

表 2 イギリスの PCA テスト

身体および感覚機能の分野	精神機能の分野
平坦な地面を歩く	作業の完了
階段の上り下り	日常生活
ひじなしの椅子に体をまっすぐにして座る	プレッシャーに耐える
立つ	他の人とのかかわり
椅子から起き上がる	
手を伸ばす	
話す	
聞く	
自制	
視覚	
意識	
曲げたりひざまずいたりする	
手先の器用さ	
持ち上げたり運んだりする	

表 3 就労不能給付額(英ポンド、一週間あたり、2004 年 1 月)

		老齡年金受給資格年 齡未満の請求者	老齡年金受給資格以 上の請求者
長期 IB	標準	72.15	n/a
	被扶養者のための増額:		
	成人の被扶養者	43.15	
	子供の被扶養者:		
	最年長の子供	9.55	
	その他の子供	11.35	
短期 IB(高率)	標準	64.35	72.15
	被扶養者のための増額:		
	成人の被扶養者	33.65	41.50
	子供の被扶養者:		
	最年長の子供	9.55	9.55
	その他の子供	11.35	11.35
短期 IB(低率)	標準	54.40	69.20
	被扶養者のための増額:		
	成人の被扶養者	33.65	41.50
	子供の被扶養者:		
	最年長の子供	n/a	9.55
	その他の子供	n/a	11.35

【職業復帰】 歴史的に、イギリスの所得代替給付制度は、有給の労働の見込みがある人とそうでない人を明確に分けてきた。障害のある人は、このアプローチによって大きな影響を受けるグループの 1 つであった。人間は、健康で働ける人、仕事を捜している人、あるいは有給の労働が困難な病気や障害のある人、のいずれかに属するものとされてきた。家族の主な稼ぎ手が男性であったとき、また、男性の労働の多くが肉体労働と長時間労働であった時代の給付制度の中でそのような区別が生まれた。「働いていながら給付を請求していること」が見つければ厳しく処罰され、伝統的にその区別は厳重に管理されてきた。しかし 1990 年代までに障害と職業の持つ意味が全く変わった。現在の政府の重要な政策目的のうちの 1 つは、有給の仕事をしたい人すべてがそれ実現するのを手助けすることである。そして、現在では、就労不能給付を請求している人々や、仕事をやめて就労不能給付にたよらざるを得なくなる危機に瀕しているような人もこれに含まれるようになった。しかし、給付と所得の間の歴史的構造的関係により、多くの障壁や意欲喪失がもたらされた。政府や政府機関は、これらの障壁の一部を取り除き、新しいインセンティブを導入するために共に働いてきた。そして、そのことが人々の態度や行動に影響を与え、就労不能給付から有給の仕事に至る道をスムーズしてくれるだろうと期待されている。以下、最近の職業復帰に関する優先的取り組みのいくつかを検討する。就労規則は、より意欲を出させることに寄与するように作られているのと、同時に、IB から労働に移行することを今は考えていない IB 受給者の利益を保護するように作られている。これらの受給者のうちには、重い病気や機能障害がある人々もいるからである。これらの就労を許可する規則の一部は、最近の改革の一部として、労働意欲を増やすように変更された。職業復帰に先立ち医師の許可を得ることは、現在もはや必要ではない。いくつかの許可される就労の規則がある。まず、第一に、ボランティア活動は職業リハビリテーションのひとつの形であっ

て、有給労働に結びつくかもしれないという認識のもと、今はボランティア活動量に対する制限がない。そして、以下にあるような許可される就労（すべてのケースをDWPに通知する必要がある）は、行っても良い。

- ・ 医学的監督下で治療プログラムの一部として、入院中、あるいは外来患者として通院している病院でなされる労働。所得は、週につき 67.50 ポンド（最低賃金で 16 時間労働をしたのと同じ額）を上回ってはならない。これは、IB 受給資格に影響を及ぼさない。あるいは、
- ・ 所得が、週につき 20 ポンドを上回らない労働。これは許可された労働上限と呼ばれており、期間は限定されない。この所得は IB 受給資格に影響を及ぼさない。実際上は、DWP による試算では、最低賃金で働くとする週に 5 時間以内の労働になる。あるいは、
- ・ 所得が週につき 67.5 英ポンドを上回らない「支援付き労働」。この場合、期間の制限はない。これは、許可された支援付き労働と呼ばれており、所得は IB 受給資格に影響を及ぼさない。支援付き労働とは、公的機関、地方自治体、あるいはボランティア組織に雇用されて障害のある人々のために仕事を見つける仕事をしている人の監督のもとに行われる仕事を意味する。これには、保護工上内での労働、地方自治体のソーシャル・サービスからの援助を受けいる労働、一般雇用における支援付き労働が含まれる。支援は定期的に実施されていなければならない。あるいは、
- ・ 労働が週あたり平均 16 時間未満で、所得が週 67.50 英ポンドを上回らない限りにおける、最高 26 週間の労働。これは許可された労働上限と呼ばれている、所得は IB 受給資格に影響を及ぼさない。このような拡張により常勤の有給労働能力が向上するという証拠があれば、さらに 26 週間延長される。実際、DWP は、働いてみたいと思っている障害のある人々を援助する政府プログラムのいろいろなサービスで働いている専門のアドバイザーからそのような証拠が出てくるのを期待している。

許可される就労の規則に加えて、就労不能給付受給者の職業復帰を助長するために、就労に焦点を絞った面接とサービス・プログラムについても進行中のパイロット事業の一部として改革がすすんでいる。進行中の就労不能給付パイロット事業は、就労不能給付を新しく請求しようとする人に対し月 1 回のペースで連続 6 回、就労に焦点をあてた個人アドバイザーとの面接に出席することを義務づけている。これらのパイロット事業を通じて、「障害者のためのニューディール」(New Deal for Disabled People:NDDP) への照会が増えると思われる。NDDP の個人アドバイザー・サービスは、2001 年 9 月から 12 の地域で案内された。「就労幹旋サービス」と名称が変更され全国的に広がったが、パイロット事業の位置づけはかわっていない。NDDP は、就労不能給付の受給者が労働に戻るのを助けることに寄与するまさに初めてのサービスである。これは、労働年金局のひとつのセクションであるジョブセンタープラス (Jobcentre Plus) との契約のもとで、ボランティア組織、民間組織、公的組織が提供する任意のプログラムである。

最後に、週 16 時間以上働き IB 受給者から抜けた人たちの職業復帰の努力に対するその後の支援は、労働税控除プログラムを通して、間接的に行われる。この税控除プログラムに関しては、以下で詳細に述べる。

【労働税控除】 障害のある人のための税控除プログラムは「障害者のための税控除」(Disabled Person's Tax Credit:DPTC) プログラムにより、1999 年に始められた。それは障害者就労給付 (Disability Working Allowance:DWA) に替わるものであった。DWA の給付は、障害のある労働者の低所得を「底上げする」効果をもっていた。DPTC は DWA を基に作られた。DWC は社会保障局によって管理されていたが、税控除は国税局によって管理さ

れ、雇用主の支払う賃金を通して支払われた。それに加えて、DPTC の非課税所得はより高く設定されていたし、非課税所得を超えた所得に対する税率も低く設定されていた。これによって、給付制度により返却される追加の勤労所得が減った。障害のある人のためのこの最初の税控除は長くは続かず、統合された新しい税控除制度「労働税控除」(Working Tax Credit: WTC) に 2003 年 4 月に包含された。WTC は、低所得労働者に支払われる。それは、被用者と自営業者の両方をカバーしており、障害のある人(障害コンポーネント) も含まれる。また、課税機関(国税局)によって管理されている。WTC は低賃金の労働者に払われるが、個人の状況による。配偶者が常勤の有給労働者であり、世帯収入が十分に低く、現在イギリスでの通常居住者であり、出入国管理規定に抵触しなければ受給資格がある。それに加えて、実際に 16 時間以上働いているか、7 日以内に始まる予定の労働の斡旋を受けていなければならない。

受給額は家族状況と他の所得に依存する、しかし、貯蓄や資産などについての制限はない。WTC の構造と適格性の基準は複雑である。下記に WTC の障害コンポーネントに関する適格性基準について集中的に記述する。週に 16 時間以上働いていて、仕事を得る上で不利になるような障害のある人が、一定の給付を受けているか受けていたことがあれば、WTC の障害コンポーネントのための資格がある。一定の給付としては、DLA(あるいは、介助者手当、継続介助者手当付きの労働災害給付、継続的移動介助者給付つき戦争障害者年金を受けているか就労不能給付制度の下で車を給付されていることなど) が含まれる。一定の給付の他のものには以下のようなものが含まれる。すなわち、就労不能給付、重度障害給付、所得に基づく失業給付の中の障害特別給付付きの所得補助、地方税給付、住宅給付などである。税控除の簡略申請ができる給付としては、法定疾病給付、短期の低額就労不能給付と所得補助がある。資力審査はない。

申請は所定の申請用紙を使う。その用紙の中で、申請者は、仕事を得る上で不利になるような身体的・精神的障害があることを明らかにする必要がある(一定の状態を記載した表を参照するように案内される)。申請書は税控除中央事務所に郵送される。最初の決定は、国税局の公務員によって行われる。申請書に矛盾した記述がない限り、申請者の自己申告が認められる。最初は、12 ヶ月の裁定が行われる。繰り返し申請するためには、「障害テスト」に合格しなければならない。最初の請求前 6 ヶ月以内の重度障害給付(SDA)の受領書があればこのテストに合格する。また、高額か中間の額の DLA 介助給付の受領書、高額の移動給付の受領書でも合格する。これらの給付を受けていない人は、21 の「一定の条件」のうちひとつをを満たさなければならない。この一定の条件には、身体的・精神的・社会的な機能の制限、病状や苦痛のために一日 8 時間または週 5 日働くことができないなどが含まれている(Pilling, 2003)。その後、税控除事務所は、その人のこれらの状態が少なくとも 6 ヶ月の間、あるいは一生継続することを確認するために、その人のかかりつけ医に手紙を書く。

受給額は家族状況と他の所得に依存する、しかし、貯蓄または資産の限度はない。裁定額のレベルは、1 税年度中のすべて受給資格を基礎にしているので、申請が 1 年のうちいつなされたか、その年の間に状況が変わったかどうかによって計算の方法が違ふ。計算の最初のステップは、請求のための算定期間の決定である。第 2 のステップは、8 つの「要素」のうちで請求者が利用できる WTC の最高額を計算することである。

	年額
基本的要素	1,525 英ポンド
ひとり親要素	1,500 英ポンド
配偶者要素	1,500 英ポンド
30 時間労働要素	620 英ポンド
障害要素	2,040 英ポンド
重度障害要素	865 英ポンド
年齢 50 歳以上要素	労働時間数により 2 つのレートがある
育児の要素	最大で適格な費用の 70% まで

計算の第 3 のステップは、請求者（と配偶者）の「算定収入」を決定することである。これには、雇用、自営、年金、投資、社会保障給付（中でも、DLA、IS、所得ベースの JSA、HB と短期の定額 IB は無視される）などからの実際の収入が含まれる。第 4 のステップは、計算された所得と「閾値」を比較することである。2003/2004 用の閾値は 5,060 英ポンドであった。計算における最終的なステップは、最終調整をすることである。それは、次のようになる。

- ・実際の所得が閾値より小さければ、受給資格の額はステップ 2 で計算された最大額である。

- ・実質所得が閾値より大きければ、最大の受給資格の額（ステップ 2）より過剰な分の 37% を減らす。最大の税額控除のいろいろな要素を調整する順番を定めた規則に基づく。

2003 年 4 月に導入されたばかりなので、WTC はまだ評価されていない。以前の障害者税控除 (DPTC) は、評価されたことがある (Atkinson, Meager, & Dewson, 2003 and Corden & Sainsbury 2003)。DPTC 受給者の代表的なサンプルに基づいて、アトキンソン、ミーガー、デューソン (2003) は、19% の受給者が働くかどうかを決める決定的な要因は DPTC であったと主張していることを発見した。この傾向は、女性、老人、自営業者に共通しており、とくにひとり親においてより顕著に見られた。自己報告に基づけば、DPTC 受給者の大多数が資力審査のある給付をうけたことがあり、そのうちの 19% は、障害特別給付付きの所得補助を受けたことがあった。しかし、DPTC 受給者の 17% は、以前 2 年間は就労不能給付受給者であった。そして、それは就労不能給付受給者が受給者でなくなり労働に戻るのを助けるうえでこのプログラムが重要な役割を演じていることを示している。低賃金でパートタイムまたは常勤労働をしている障害のある人が、障害給付付き WTC のような税控除プログラムの目標となる。部分的な永続する障害（パートタイムでなら働くことが可能）のある人もいるし、障害があっても常勤で働く能力はあるが賃金は低いという人たちもいることがわかる。後者のグループは、障害者として申請すれば高額な給付を受けることができるので、労働に戻りそうにないかもしれない。しかし、そのようなプログラムは、いくつかの利点を持つ。それは、働く気持ちを鼓舞する資力審査制度を提供する。それは、勤労所得を補てんすることによって、拋出制の障害給付プログラムや資力審査付きの障害給付プログラムへの移行を防止するかもしれない。加えて、最近の就労不能給付や所得補助の受給資格は、障害給付付き WTC の資格認定資格ともなっているため、このプログラムも就労不能給付と所得補助受給者の労働への復帰努力を助長し、これらのプログラムからの脱出を進めることを意図している。もちろん、そのような障害給付付き所得税控除をアメリカ合衆国で導入する際には、メディケイドプログラムの適格性の必要条件である世帯収入との相互作用を考慮に入れる必要があるだろう。同時に、WTC にはいくつかの不利な点があることに注意することは重要である。そのうちの 1 つは、低い受給額しか期待できないことである。また、税控除を申請しなければならない、そして、制度と利用の準備として受領書を必要とする。歴史的に、税控除に先行する資力審査付きの給付の受給が重大な問題であった。そして、これらの問題はこれからも残ることが予

想されている。それに加えて、国税局による年度末の調整により生じる技術的な「払いすぎ」のために、税額控除の受給資格の計算はエラー率が高い。ホワイトフォード、メンデルソン、ミラー(2003)は、イギリスの税控除とオーストラリアとカナダの類似した制度を比較し、所得と環境の変化を取り扱う英国の制度は管理上の負担が大きく透明性が低いと結論した。

結論

1990年代はじめ、イギリスの障害給付制度は、現在の米国のシステムのそれと、それほど異ならなかった。主に永続的全額障害保障プログラムと資力審査つきプログラムから成り立っていた。最近の10年間に、英国政府は公的支出と給付受給者数の増大という共通するな障害問題に対する多角的アプローチを強化することによって、多様性と柔軟性のある制度にしてきた。障害給付付きの労働税控除は、低賃金で働いている障害のあるパートタイマー労働者が労働力としてとどまるのを奨励する。それは部分的に働く能力を持っている人に給付を提供するので、部分的障害給付プログラムに類似したものとみなすことができる。障害のある人の労働力参加に関するイギリスの障害給付付きの労働税控除の長期的な影響はまだ評価されていない。労働年金局は、受障後6ヵ月以内の短期の障害給付受給者に、労働へ復帰するサービスを提供する方式をテストしている。それは、就労不能給付を申請する前に行われる早期介入の形式である。

参考文献

- Atkinson, J., Meager, N. & Dewson, S. (2003). Evaluation of the disabled person's tax credit: A survey of recipients. Inland Revenue Research Report 6. Brighton, UK: The Institute for Employment Studies.
- Burkhauser, R. V., Glenn, A.J., & Wittenburg, D.C. (1997). The disabled worker tax credit. In V.P. Reno, J.L. Mashaw, B. Gradison (Eds.). Disability: Challenges for social insurance, health care financing and labor market policy. Washington, D.C.: Brookings Institution Press/National Academy of Social Insurance.
- Burchardt, T. (1999). The evolution of disability benefits in the UK: Re-weighting the basket. CASE paper 26. London: London School of Economics.
- Corden, A. & Sainsbury, R. (2003). Evaluation of the disabled person's tax credit: Views and experiences of recipients. Inland Revenue Research Report 5. London, UK: Inland Revenue.
- Department of Social Security. (1998). A new contract for welfare: Support for disabled people. Cm 4103. London: The Stationary Office.
- Inland Revenue. (2004). What to do if your employee is Sick? Retrieved from http://www.inlandrevenue.gov.uk/employers/employee_sick.htm#2.
- OECD. (2003). Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pilling, D. (2002). Definitions of disability in Europe: The United Kingdom, A Comparative Analysis and Assessment of the Policy Implications of Alternative Legal Definitions of Disability on Policies for People with Disabilities. Brunel, UK: European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs.
- Sainsbury, R., Corden, A. & Finch, N. (2003). Medical evidence and incapacity benefit: Evaluation of a pilot study. Research Report No 189. Department for Work and Pensions, Leeds, UK: Corporate Document Services.

Spicker, P. (2003). Distinguishing disability and incapacity. *International Social Security Review*, Vol. 56 (2).

Whiteford, P., Mendelson, M. & Millar, J. (2003). *Timing it right?* York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

Zeitzer, I. (2002). The challenges of disability pension policy: Three western European case studies of the battle against the numbers. In E. Fultz & M. Ruck (Eds.). *Reforming worker protections: Disability pensions in transformation*. Washington, DC: International Labour Office, Central and Eastern European Team.

第7章 日本の障害給付制度

トッド・ハニカッ、寺島彰、香山千加子

日本における障害のある人に対する経済的支援とリハビリテーション支援の基礎となっているのは、1949年に成立した身体障害者福祉法である。ついで、知的障害者福祉法と身体障害者雇用促進法が1960年に施行された。今日、日本には障害のある人を対象にサービスを提供し、保護するための120以上の規則と法令がある。何段階にもなっている社会保険の年金プログラムは、長期の障害のある人の大多数に現金給付を与える。国の健康保険は、別の障害給付制度を提供する。健康保険は治療と援助を提供する一方、病気のため労働できない個人に対して短期の所得支援も行う。一時的な負傷と病気に対する追加の支援は労働保険から行われる。それは2つの給付を持っている。雇用保険（失業者のための）と労災保険（労働負傷のための）である。雇用保険は、保険をかけていて、失業し、病気のために労働にできなくなった人に対して傷病給付を供給し、労働の準備ができている障害者に対しては、正規の失業給付を支給する。

年金、健康保険と労働保険に加えて、日本には、障害のある人を支えるための多くの法律があり、サービスと給付の包括的なセットが提供される。そして、そのいくつかは、状態が重度でないために長期の障害年金の資格を得られない障害者も利用可能である。これらには特別な障害のある人のための障害給付、福祉給付、家庭内援助、医療助成金、技術補助具の提供、公共輸送、住宅支援などが含まれる。日本での労働政策の重要な部分は、障害のある人のための包括的な雇用割当システムである。これは、必要な便宜を提供してくれる雇用主に対するいろいろな財政的支援と結びついている。

この章では、まず、日本の一時的給付制度を解説し、次に長期の障害年金について述べ、その後、最近の変化の一部と、日本の障害政策の問題を議論することによって締めくくることがする。

一時的障害給付

日本は、病気のため労働できない人に、一時的給付を与えるための2つの制度を持つ。これらの制度の給付方法は同じではない。最初のシステムである健康保険は職業に基礎をおり、何段かのレベルがある。基本的レベルの保険である国民健康保険には短期の障害給付がない。第二のシステムである労働保険は、病気またはレイオフによる失業の場合に給付を行う。後者のシステムは、一時的な病気のための給付を行うことに加え、障害をもたない失業給付受給者より長い期間給付を行うようにすることによって、労働市場で働く障害のある人の雇用を促進するという特徴も持つ。

【健康保険】日本の健康保険システムは、厳密に規則化された5,000以上の第三者保険のネットワークであり、3種類の制度から成る(Jeong & Hurst, 2001; NIPSSR, 2004)。一番目の国民健康保険は、市町村により地域的に組織される。この保険に加入するのは、学生、農夫、自営業者、小規模の会社員、そして、労働力からはずれた人たちである。

第二の健康保険である被用者健康保険は、5人以上の被用者を持つ雇用主のためのもので、2つの異なる制度がある。政府管掌健康保険は小中規模の会社をカバーする。大きい会社（被用者300人以上）は、健康保険組合を作る。これは、基本的に独立した保険グループであり、単独あるいは他の雇用主とともに設立される。

1999年において、人口の38%は、国民健康保険に加入しており、29%は政府管掌健康保険、25%は健康保険組合、8%は職域健康保険に加入していた（国立人口問題研究所、社会

保険調査、2003)。健康保険の保険料は雇用主と加入者が払うが、政府の助成金による補助もある。その額は、加入者数、制度の種類、収入によって異なる。1998 年において、すべての健康保険にかかる費用の 32% は、政府によって払われた。

制度の種類にかかわらず全ての保険者は、基本レベルの医療と給付の提供を要求される。しかし、被用者健康保険制度だけは、疾病に対する現金給付の提供を要求される。そのため、自営業者、中小企業の労働者、農業従事者など国民健康保険によってカバーされている人には疾病に対する短期的給付はない。健康保険による疾病給付は、平均賃金の 60% で最高 18 ヶ月の間続く。疾病給付を受ける資格を得るためには、保険制度に加入しており、4 日以上連続して病気あるいは労務災害以外の負傷のために労働ができず、賃金をうけられない状態であればならない。しかし、現実には、ほとんどの人は、給付を受けていない。2001 年には、929,560 人のみが疾病給付を受けた。それは制度がカバーする被用者の 3% 未満に過ぎない。この低い受給率は、雇用主によるいろいろな支援(例えば、会社が支払う疾病給付や休暇給付など)と、もとの仕事を続けるには病気が重すぎる被用者のためには、職務や配置換えを行うことがなされていることなどの複合的な影響があるのかもしれない。

疾病給付を受けるためには、雇用主を通して請求し、かかりつけ医からの診断書を入手する。社会保険庁は、一時的疾病給付の全ての請求をチェックし認定する。年金給付に対する不服申し立ては 60 日以内になされなければならない。申し立ては社会保険庁を通してなされる。給付を受けはじめると、受給者は、毎月医学的情報を再提出しなければならない。次の場合に給付は停止される。すなわち、給付額より多くをかせぐ、長期の障害年金(障害給付)か老齢年金を受ける、18 ヶ月の給付期間が終わる、労働に戻ることができると査定された場合である。

【雇用保険】 一時的給付はまた、労働保険の雇用給付を通して手に入る。この給付は、本来失業給付を目的としている。失業給付の受給資格のある人が、病気あるいは労働災害以外で負傷し、働けなくなった(連続 15 日間以上)場合、求職票を公的な職業紹介所に提出すれば疾病給付が失業給付の代わりに支払われる。現金給付の額は失業給付と同じである(注 26)。雇用保険は厚生労働省の職業安定局によって運営される。

失業給付の額は、45 歳から 60 歳の人で日額 8,040 円、他の年齢層ではより低い額が最大の額として定められており、失業前 6 か月の平均賃金の 45% から 80% である(注 27)。年齢と保険加入期間によって、病気による失業給付の継続期間は 90 日から 330 日まで変動する(注 28)。病気に関係ない失業給付を受けている人の継続期間は、やはり保険加入期間と年齢によって変わるが、障害のある人の方が長い。例えば、保険加入期間 1 未満年である人の場合、通常、最高 90 日間給付される。ところが、障害のある人の場合、失業給付は最高 150 日続く。この延長は、障害のある人が職業を得ようとする場合、より多くの障壁に直面し、仕事を得るための追加の時間を必要とするかもしれないという前提に基づく。2003 年 3 月に、(およそ 350 万人の失業者のうちの) 155,000 人の失業者が障害者で、職を捜していた(JEED, 2004)。雇用保険受給者のための他の給付としては、寄宿手当、労働復帰ボーナス(職業促進給付)、教育訓練給付、技術獲得給付などがある。

失業給付の資格は、雇用されていないことと、失業前 1 年間に 6 ヶ月以上雇用保険に加入していなければならないことである。失業保険制度には国民であるという条件や日本に居住し

(注 26) 失業給付の資格があるのは、1) 失職しており、2) 働く意思があり、3) 働ける状態にある場合である。この意味するところは、疾病のために働ける状態にない人は、理論的には「失業給付」を受ける資格はないということである。

(注 27) 2004 年 6 月 30 日現在 1 米ドル = 109.43 (日本円)。

(注 28) もし、受給者が自己都合で退職した場合、給付は、90-150 日間継続する。もし、会社破産や解雇によって失業した場合は、90-330 日間継続する。

ているという条件はない。

病気給付の資格を得るためには、労働できないという医学的状态を医師によって診断されなければならない。障害者として失業給付の目的のための資格を得るには、付録Aに示された7つの等級のうちの1つに該当しなければならない。

失業した場合、その地域の職業紹介所に申請する。職業カウンセラーは、その人が給付資格を満たしているかどうか、給付の条件、給付額を説明する。それに加えて、リハビリテーションと訓練の機会を提供されることもある。給付を受け取っている間は、28日ごと職業紹介所を再訪問しなければならない。また、一時的疾病給付を受け取っている間は、医学的文書を提出しなければならない。職を見つけるか、障害または老齢年金を受け始めるか、失業給付受領期限に達するか、職を見つける意思がないと査定されたときは、失業給付は失効する。

永続的障害給付

日本では、多段の年金制度が、厚生労働省の機関である社会保険庁によって管理されている(NIPSSR, 2004)。特定の職業(例えば、公務員または学校教員)のための年金や、(職業を通しての個人年金など)2つの主要な年金を補足する年金もあるが、ここでは2つの主要な年金について検討する。それは、国民年金と厚生年金である。国民年金は国民のほとんどすべてをカバーし、支援の初段にあたり、社会保障制度の基礎としての役割りをなす。国民年金は、所得に無関係に老齢年金、遺族年金、障害年金の基礎部分を定額年金として支払う。日本は、20歳から60歳の全ての居住者が国民年金に加入することを要求する。第二の段の厚生年金は、5人以上の被用者を抱える雇用主にとって義務的とされる雇用主に関連した年金である。年金額は、所得と保険料納付済み期間に基づく。

2003年には7,050万人が国民年金によってカバーされており、そのうち3,220万人は厚生年金にも加入しており、1,120万は厚生年金加入者の配偶者であった。そして2,240万人は、自営業者、農民、学生、または厚生年金に適格でない人たちであった。

国民年金の財源は、個人(厚生年金を通してカバーされない場合は配偶者)に要求される均一の月額保険料として、社会保険庁によって集められる。2004年の保険料は、13,300円であって、2017年には16,900円まで毎年280円ずつ増えることになっている。政府は、国民年金の管理費用と給付の3分の1を支払っているが、費用が増大しているため、将来は給付の2分の1を支払うことになるだろう。国民年金の場合、次の2つのカテゴリーについては、保険料の支払いを免除されている。すなわち、社会(福祉)扶助の資格がある人と、すでに障害年金給付を受けている障害者である。

最高620,000円(2004年現在)を上限として、所得の13.58%に当たる厚生年金保険料(国民年金保険料を含む)を被用者と雇用主は各々半分ずつを支払う。2003年4月からは、最高1,500,000円まで、被用者のボーナスからも保険料が徴収されるようになった。ボーナスからの保険料は、以前は免除されていた。厚生年金保険料は、毎年0.354%増加し、2017年に18.3%になる。中央政府は制度の管理費用を負担するが、給付には何も貢献しない。

障害年金を受けるためには、日本の居住者でなければならない。障害状態を最初に医学的に評価された日に、年金に加入していなければならない。加入要件としては、障害認定の前日にその保険料の3分の2以上を支払っていることが必要である。20才になる前に障害が起こった人は、加入要件を免除され、国民年金の給付を受けることができる。

障害の定義は、障害状態と機能制限を強調している。長期にわたる障害があり、日常生活上の制限があるとき給付を受けることができる。実質的な所得を得られる職業に就くことができないことは、障害の定義に含まれない。年金制度で使われる障害表を付録Bに示す。同表では、障害程度または等級が示される。1級には11の状態、2級には17の状態、3級には14

の状態が掲げられている。給付は、障害程度に基づき支払われるので、障害等級は重要である。

日本には、障害年金以外の給付や支援のために障害のある人（Persons with Disabilities: PWD）を分類する別の制度がある。身体障害のためには、障害状態の表が使われる。この表には7つの等級分類があり、障害のある人を1から6等級に合致する状態の人、あるいは7級の状態を2つ持っている人と定義する（JEED, 2004）。この状態の例を付録Aに掲げる。例えば、視覚障害と下肢の障害などがある。

精神および知的な PWD の評価は、資格のある専門家によってなされる。PWD の指定は雇用割当や障害年金以外のサービスと給付、例えば、特定の失業給付（上で示したように）や公共輸送に関する給付のための資格を得るためにも使われる。例えば、1 級と 2 級だけが家賃補助を受けられ、1 級から 6 級までの肢体不自由のある人は、公営住宅に優先入居することができる。

障害年金の額は、年金の種類と障害程度によって異なる。障害 2 級に対する国民年金の額は、年金額の 100% である。2004 年の額は、794,500 円であった。1 級の障害のある人の年金額は、25% アップの年額 993,100 円である。3 級の障害のある人は国民年金の受給資格はない。比較のために掲げると、2003 年の日本の世帯平均年間所得は 602 万円であった。厚生年金の場合、1 級、2 級、3 級の障害のある人は、年金の受給資格がある。厚生年金の額は、加入月数と毎月の所得の平均値に依存している。年間の総額は、以下のように計算される。

$$\{(E \times 0.007125 \times M1) + (E \times 0.005481 \times M2)\} \times \text{消費者物価指数}$$

E = 毎月の平均の所得、M1 = 2003 年 4 月以前に保険料を支払った月数、M2 = 2003 年 4 月以降保険料を支払った月数。2003 年 4 月で本式が変更された。それは、法律が変更された（例えば、保険料をボーナスからも差し引く）ためである。300 ヶ月以上厚生年金に保険料を支払っていない人は、上の式において全体の月数を 300 とされる。障害 1 級の毎月の給付は、上で計算されたものより 25% 高い。

厚生年金に加えて、1 級と 2 級の障害のある人は、国民年金からも給付を受ける。3 級の障害のある人は国民年金を受ける資格がない。厚生年金プログラムには、障害一時金を受けられる 22 の障害状態を定義する追加表がある。精神障害と知的障害は、資格のある医者によって別に評価される。自立していない子供と配偶者のためのプログラムにより、追加の現金給付が利用できる。2004 年 4 月現在、厚生年金は、1 級あるいは 2 級の障害のある人の 65 才未満の扶養されている配偶者一人当たり 1 年につき 228,600 円が支払われる。国民年金と厚生年金の両プログラムとも、自立していない子供に対する給付があり、1 年につき 228,600 円が第 1 子と第 2 子のために払われる。それ以降の子供には、月額 76,200 円が支払われる。国民年金と厚生年金は、消費者物価指数に連動しており、最近のデフレーションのために減ってきている。

表 1 は、2001 年の給付の種類別の障害等級ごとの受給額と受給者数を示す。国民年金の受給資格のある者の 4 分の 1 を少し超えるくらいの 100,000 人がその年障害給付を受けた。国民年金の資格のない 3 級の障害の人が厚生年金受給者全体に対して最も大きい割合（47%）を構成している。新規の厚生年金受給者の 14% は 1 級の資格をもつ。国民年金受給者の大部分は、2 級障害であった。金額も、受給者数全体を反映している。国民年金受給者と厚生年金の受給者数の割合は 4 対 1 となっている。国民年金には 120 万の受給者がおり、1 級と 2 級障害はほぼ等しい。厚生年金では、1 級の障害は比較的すくなく（14%）、大多数は、2 級（40%）か 3 級の（47%）障害である。

表 1:2001 年の給付のタイプによる障害の各等級ごとの新規受給者数と全受給者数

	年金タイプ	障害等級			合計
		1 級	2 級	3 級	
新規受給者数	厚生年金	3,760	10,611	12,845	27,216
	国民年金	22,288	51,276	適用なし	73,564
	合計	26,048	61,887	12,845	100,780
全受給者数	厚生年金	53,972	136,244	129,786	320,002
	国民年金	625,868	633,074	適用なし	1,258,942
	合計	679,840	769,318	129,786	1,578,944

注： NA= 適用なし

給付に及ぼす勤労所得の影響は、プログラムによって異なる。障害により厚生年金の資格を得ている人たちには勤労所得の制限がない。国民年金の場合、20 才前に障害が発生した人は、前年の所得税に基づき、50% カットされたり 100% カットされることがある。2004 年 4 月現在、年間 3,604,000 円の収入がある受給者は、給付が 50% 減らされる。4,621,000 円ある場合は、現金給付はすべて打ち切られる。扶養家族があれば、所得の閾値は高くなる。この減額処置は、永久的なものではなく、年の勤労所得が減少すれば給付は適当なレベルに回復する。

障害年金受給者は、年金保険、健康保険および介護保険の保険料を免除される。障害のある人のための他の現金給付と現物給付としては、所得税、地方税（住民税）、自動車税の免除や減額がある。育児手当、運賃割引、住宅補助なども提供される。

請求方法は、国民年金申請者の場合は自分の住む市町村窓口から申請用紙を手に入れる。厚生年金の申請者は社会保険庁を通して申し込む。いずれの申請の場合も、障害の状態に関する医師の評価を含む診断書を添付しなければならない。年金受給の資格が審査され、その請求は、評価のために中央事務所に送られる。その情報は医師（障害認定と給付決定を行う）によって障害程度表に照らしてチェックされる。決定に不服のある人は、申し立てをする機会が 1 回だけある。その訴えは市町村窓口または社会保険庁の中央事務所に、60 日以内に行わなければならない。そこでは、その機関の医師によって見直しがなされる。

年に一回の更新が、永続的障害給付の受給者に要求される。受給者は、自分の状態について更新するため、誕生月に自己報告書を提出しなければならない。障害の状態によっては、市町村は、受給者に年次報告とともに診断書を定期的に（3 から 5 年ごと）提出するよう依頼することもある。この報告書を完成させることができない場合、給付が停止されることがある。

〔再統合〕 職業リハビリテーションは、高齢者・障害者雇用機構（JEED、前身は障害者雇用協会）を通して政府が提供する。リハビリテーション・サービスを受けることは、障害受給者にとって義務ではない。地元や地域の職業センターは、職業訓練、評価、職業支援、カウンセリング、その他の種類の雇用支援を障害のある人と雇用主に提供する。JEED は、現在、ジョブコーチと障害のある人のための職業継続サービスを促進している。特に、精神障害のある人の職業復帰を目標とするパイロット・プロジェクトを活用している（ペリー 2003; JEED, 2003）。

日本は、障害のある人の労働参加を増やすために雇用率制度を活用している。2002 年の実際の雇用率は 1.47%（JEED, 2003）であったが、56 人以上の被用者を持つ企業は被用者の 1.8% を障害のある人にすることが要求される。300 人以上の被用者をかかえる会社が雇用率を満たしていないときは、雇っていない人 1 人につき毎月 50,000 円の納付金を支払う義務があり、一方、雇用率を上回る雇用主は手当を受けとる。被用者数が 300 人未満の会社は、現在、納付金を免除されている。納付金システムによって集められたお金は、給付に回され

るばかりでなく、雇用主が職場の設備を整備したり改善する費用や、付き添いサービスや移動援助サービスなどを提供する費用にも使われる。

考察

過去 10 年間、日本の立法者は障害のある人に対する支援と関与を継続している。2000 年に、障害のある人のための支援システムの焦点を政策指向からユーザー指向に移すために、社会福祉法が改正された。2004 年には、障害者基本法が改正され、差別禁止理念が明記され、行動計画の作成とモニタリングを地方政府の責任とし、建築物と情報のバリアフリーを推進することを義務付け、政策決定において障害のある人の参加を増やすことが明記された。障害のある人の雇用は、厚生労働省の主要な観点である (JILPT, 2004)。

しかし、財政と、社会保障および健康保険制度の将来には大きな懸念がある。費用と受給レベルは比較的均衡しているので、この心配は、障害給付の支払いに直接関連はないが、問題は、人口動態統計の結果である。日本は、世界でもっとも平均余命の長い国である (2000 年で 81.2 年)。65 歳の女性の平均余命が世界でもっとも長く (22.4 年)、65 歳の男性の平均余命は世界二位である (17.5 年)。乳児死亡率は世界で二番目に低く、未熟児の死亡率は最も低い。医療支出は適度なレベルである (OECD, 2003)。さらに、日本は、健康寿命 (健康で生きることが期待できる年数) も 74.4 年と世界をリードしている (Mathers et al., 2001)。日本の健康状態の改善と低い出生率による力学が、社会保障制度に対する圧力となっている。人口に占める高齢者 (65 歳以上) の割合は、2000 年には 17% であったが、2014 年には 25% になると予測されている (NIPSS, 2002)。問題を複雑にするのは、多くの個人 (特に自営業者) が、社会保障の保険料の支払いに応じていないという事実である。 (Takayama, 2002)。このプログラムの加入資格があり企業に雇用されていない個人の 3 分の 1 は、不法に保険料を払っていない (Takayama, 2002)。年金制度に対するもう一つの重圧は、世代間の移動と高い税率である。これらは年輩者の得になっているように見える。政府の言うとおりにこれから推移して行くとすると、年輩の人の方が彼らを支えている人たちよりも金回りがよい (Casey, 2004、Takayama, 2002)。この事実がなかったとしても、年金制度による十分な支援を受けていない低所得者がいるため、日本の所得不均衡が広がってきた (Abe, 2003)。

社会保障制度改革として最近次のような変更が行われた。それは、国民年金、厚生年金、健康保険の保険料率を段階的に上げる、ボーナスに対しても同じ保険料率を適用する (それは以前は免除されていた)、定年年齢を引き上げる、年金基金を増やす努力をする、高齢者の健康保険を別の制度に移すなどである (Casey, 2004; JILPT, 2004; Takayama, 2004)。直接障害年金に焦点が当たっていないが、財政の変化と年金の給付構造の変化が、障害プログラムとその受給者に潜在的な影響を及ぼすことが考えられる。

日本で目立つ調査結果のうちの 1 つは、最近の経済の困難さと高い失業率にもかかわらず、短期でも長期でも障害年金受給率が低いことである。障害者数が着実に上昇し、管理費の割合が大きくなってきたアメリカ合衆国の経験とはまったく対照的なものである。この受給者数の低さには 2 つの理由が考えられるかもしれない。まず、障害認定制度に労働能力が含まれていないことである。その代わりに、障害の定義は特定の機能の状態に限られている。そして、それは必然的に給付のために資格を得る人の数を制限する。

二番目に、被用者と雇用主の間の雇用契約が、障害発生後に被用者を支える義務を雇用主に生じさせているのかもしれない。Schaeede (2004) が指摘しているように、日本の憲法は労働を権利と義務の両方を定めている。終身雇用と忠誠心を基準とした経済環境において、雇用主と被用者は働いてきた (Schaeede, 2004)。そして、老人 (低い生産性) になった被用者の働き方のモデルとしては、形式的には退職しその後は新しい場所 (より低い給料と地位で) で元

の会社か子会社で働くか、または、新しい会社で働くか、あるいは、自営業になることなどが考えられる (Oberlander, 2004)。実際、65 歳以上の人の雇用率は、世界で最も高い国の 1 つである。類似したパターンの支援が障害のある人のためにも起こっているのかもしれない。国民年金と厚生年金に加入している人の数はほぼ等しいにもかかわらず、国民年金の障害年金受給者のほうが、厚生年金の障害年金受給者に比べて 4 対 1 の割合が多い。厚生年金の障害給付のほうが、経済的には有利であることを考えれば、この比率は低い。厚生年金の給付は、所得によって影響を受けない。受給者は、障害給付をもらいながらできるだけたくさん稼ぐことができる。(所得に関する資力審査がある国民年金の場合は障害給付を維持することはできない) (注 29)。雇用主は、また、障害者雇用割当制度と雇用主向けの助成金によって、障害のある被用者をインクルージョンすることを、政府から奨励され支持される。

参考文献

- Abe, A.K. (2003). Low-income people in social security systems in Japan. *Japanese Journal of Social Security Policy*, 2(2), 59-70.
- Casey, B.H. (2004). Reforming the Japanese retirement income system: A special case? Center for Retirement Research Global Brief No. 4, September 2004.
- Japan Institute for Labour Policy and Training. (2004). Labour situation in Japan and analysis 2004/2005. Tokyo: Author.
- Japan Organization for Employment of the Elderly and Persons with Disabilities (JEED). (2003). Promoting the employment of persons with disabilities: Employment guide for employers and persons with disabilities. Accessed February 2, 2004, at <http://www.jeed.or.jp/english/download/reference.pdf>.
- Jeong, H., & Hurst, J. (2001). An assessment of the performance of the Japanese health care system. OECD Labor Market and Social Policy Occasional Paper No. 56.
- Katagiri, Y. (2002). Reform and perspectives of social insurance in Japan. In M. Kuo, H.F. Zacher, & H. Chan (Eds.), *Reform and perspectives on social insurance: Lessons from the east and west*. Kluwer: Hague.
- Mathers, C.D., Sadana, R., Salomon, J.A., Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (2001). Healthy life expectancies in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357, 1685-1691.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2002). Population projections in Japan, 2001-2050. Tokyo: Author.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2004). Social Security in Japan, 2002-2003. Tokyo: Author.
- Oberländer, C. (2004). The sociology of aging. In J. Kreiner, U. Mohwald, & H. D. Ölschleger (Eds.), *Modern Japanese society*. Boston: Brill.
- Organization of Economic Co-operation and Development. (2003). Health at a glance: OECD indicators 2003. Paris: Author.
- Perry, D.A. (Ed.) (2003). Moving forward: Toward decent work for people with disabilities. Bangkok: International Labour Office.
- Schaede, U. (2004). What happened to the Japanese model? *Review of International Economics*, 12, 277-294.
- Takayama, N. (2002). Japan's never-ending social security reform. *International Social Security Review*, 55, 11-22.

(注 29) 国民年金受給者の就業率と厚生年金受給者の就業率、そして障害のある人全体の就業率を比較すれば面白いだろう、しかし、それに関して利用できるデータはない。

付録 A 身体障害程度等級の例

級別		1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
聴覚または平衡機能の障害	視覚障害	両眼の視力(万国式 試視力表によって測 ったものをいい、屈 折異常のある者につ いては、きょう正視 力について測ったも のをいう。以下同じ) の和が0.01以下の もの	1. 両眼の視力の和 が0.02以上0.04 以下のもの 2. 両眼の視野が10 度以内でかつ両眼に よる視野について視 能率による損失が95% 以上のもの	1. 両眼の視力の和 が0.05以上、0.08 以下のもの 2. 両眼の視野が10 度以内でかつ両眼に よる視野について視 能率による損失が 90%以上のもの	1. 両眼の視力の和 が0.09以上0.12 以下のもの 2. 両眼の視野がそ れぞれ10度以内の もの	1. 両眼の視力の和 が0.13以上0.2以 下のもの 2. 両眼による視野 の2分の1以上が欠 けているもの	1. 眼の視力が0.02 以下、他眼の視力が 0.6以下のもので、 両眼の視力の和が 0.2を越えるもの	
	聴覚障害		両耳の聴力レベルが それぞれ100デシ ベル以上のもの(両 耳全ろう)	両耳の聴力レベルが 90デシベル以上の もの(耳介に接しな ければ大声語を理解 し得ないもの)	1. 両耳の聴力レベ ルが80デシベル以 上のもの(耳介に接 しなければ話し語を 理解し得ないもの) 2. 両耳による普通 話し声の最良の語音明 瞭度が50パーセン ト以下のもの		1. 両耳の聴力レベ ルが70デシベル以 上のもの(40cm以 上の距離で発声され た会話を理解し得 ないもの) 2. 1側耳の聴力レ ベルが90デシベル 以上、他側耳の聴力 レベルが50デシベ ル以上のもの	
	平衡機能障害			平衡機能の極めて著 しい障害		平衡機能の著しい障 害		
音声機能、言語機能または、そ しゃく機能障害				音声機能、言語機能 または、そしゃく機 能のそう失	音声機能、言語機能 または、そしゃく機 能の著しい障害			
肢体不自由	上肢機能障害	1. 両上肢の機能を 全廃したもの 2. 両上肢を手関節 以上で欠くもの	1. 両上肢の機能の 著しい障害 2. 両上肢のすべて の指を欠くもの 3. 1上肢を上腕の 2分の1以上欠くもの 4. 1上肢の機能を 全廃したもの	1. 両上肢のおや指 及び ひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指 及び ひとさし指の機能を 全廃したもの 3. 1上肢の機能の 著しい障害 4. 1上肢のすべて の指を 欠くもの 5. 1上肢のすべて の指の 機能を全廃したもの	1. 両上肢のおや指 を欠くもの 2. 両上肢のおや指 の機能を全廃したも の 3. 1上肢の肩関節、 肘関節又は手関節の うち、いずれか1関 節の機能を全廃した もの 4. 1上肢のおや指 及びひとさし指を欠 くもの 5. 1上肢のおや指 及びひとさし指の機 能を全廃したもの 6. おや指またはひ とさし指を含めて1 上肢の3指の機能を 全廃したもの 7. おや指またはひ とさし指を含めて1 上肢の3指の機能を 全廃したもの 8. おや指又はひと さし指を含めて1上 肢の4指の機能の著 しい障害	1. 両上肢のおや指 の機能の著しい障害 2. 1上肢の肩関節、 肘関節又は手関節の うち、いずれか1関 節の機能の著しい障 害 3. 1上肢のおや指、 を欠くもの 4. 1上肢のおや指 の機能を全廃したも の 5. 1上肢のおや指 及びひとさし指の機 能の著しい障害 6. おや指またはひ とさし指を含めて1 上肢の3指の機能の 著しい障害	1. 1上肢のおや指 の機能の著しい障害 2. ひとさし指を含 めて1上肢の2指を 欠くもの 3. ひとさし指を含 めて1上肢の2指の 機能を全廃したもの	1. 1上肢の機能の 軽度の障害 2. 1上肢の肩関節、 肘関節または手関節 の機能の軽度の障 害 3. 1上肢の手指の 機能の軽度の障害 4. ひとさし指を含 めて1上肢の2指の 機能の著しい障害 5. 1上肢のなか指、 くすり指及び小指を 欠くもの 6. 1上肢のなか指、 くすり指及び小指の 機能を全廃したもの
	下肢機能障害	1. 両下肢の機能を 全廃したもの 2. 両下肢を大腿の 2分の1以上欠くもの	1. 両下肢の機能の 著しい障害 2. 両下肢を下腿の 2分の1以上欠くもの	1. 両下肢をショパ ー関節以上で欠くもの 2. 1下肢を大腿の 2分の1以上欠くもの 3. 1下肢の機能を 全廃したもの	1. 両下肢のすべて の指を欠くもの 2. 両下肢のすべて の指の機能を全廃した もの 3. 1下肢を下腿の 2分の1以上欠くもの 4. 1下肢の機能の 著しい障害 5. 1下肢の股関節 または膝関節の機能 を全廃したもの 6. 1下肢が健側に 比して、10cm以上 または健側の長さの 10分の1以上短い もの	1. 1下肢の股関節 又は膝関節の機能の 著しい障害 2. 1下肢の足関節 の機能を全廃したも の 3. 1下肢が健側に 比して5cm以上ま たは健側の長さの 15分の1以上短い もの	1. 1下肢をリスフ ラン関節以上で欠く もの 2. 1下肢の足関節 の機能の著しい障害	1. 両下肢のすべて の指の機能の著しい 障害 2. 1下肢の機能の 軽度の障害 3. 1下肢の股関節、 膝関節または 足関節のうち、いず れか1関節の機能の 軽度の障害 4. 1下肢のすべて の指を欠くもの 5. 1下肢のすべて の指の機能を全廃し たもの 6. 1下肢が健側に 比して3cm以上ま たは健側の長さの 20分の1以上短い もの

	体幹機能障害	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	1. 体幹の機能障害により坐位または起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がる事が困難なもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの		体幹の機能の著しい障害		
乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害	上肢機能障害	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの
	移動機能障害	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活に制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこうまたは直腸・小腸またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	心臓機能障害	心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの		心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
	じん臓機能障害	じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの		じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
	呼吸器機能障害	呼吸器の機能障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの		呼吸器の機能障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
	ぼうこうまたは直腸機能障害	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの		ぼうこうまたは直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
	小腸機能障害	小腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの		小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			

備考 同一等級について2つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、2つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、当該級とする。肢体不自由においては、7級に該当する障害が2つ以上重複する場合は、6級とする。異なる等級について2つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該級より上の級とすることができる。「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害を含むものとする。上肢または下肢欠損の段端の長さは、実用長をもって計測したものをいう。下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

出典：JEED (2003)

付録 B 障害年金の等級

1級	1 両眼の視力の和が0.04 以下のもの 2 両耳の聴力レベルが100 デシベル以上のもの 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの 4 両上肢のすべての指を欠くもの 5 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの 6 両下肢の機能に著しい障害を有するもの 7 両下肢を足関節以上で欠くもの 8 体幹の機能に座っていることができない程度または立ち上がることができない程度の障害を有するもの 9 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害また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、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの 10 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 11 身体の機能の障害もしくは病状または精神の障害が重複する場合であって、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
2級	1 両眼の視力の和が0.05 以上0.08 以下のもの 2 両耳の聴力レベルが90 デシベル以上のもの 3 平衡機能に著しい障害を有するもの 4 そしゃくの機能を欠くもの 5 音声または言語機能に著しい障害を有するもの 6 両上肢のおや指およびひとさし指または中指を欠くもの 7 両上肢のおや指およびひとさし指または中指の機能に著しい障害を有するもの 8 1上肢の機能に著しい障害を有するもの 9 1上肢のすべての指を欠くもの 10 1上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの 11 両下肢のすべての指を欠くもの 12 1下肢の機能に著しい障害を有するもの 13 1下肢を足関節以上で欠くもの 14 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害また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、または日常生活に著しい制限を加える事を必要とする程度のもの 16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 17 身体の機能の障害もしくは病状または精神の障害が重複する場合であって、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
3級	1 両眼の視力が0.1 以下に減じたもの 2 両耳の聴力が、40 センチメートル以上では通常の話声を解することができない程度に減じたもの 3 そしゃく又は言語の機能に相当程度の障害を残すもの 4 脊柱の機能に著しい障害を残すもの 5 1上肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの 6 1下肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの 7 長管状骨に偽関節を残し、運動機能に著しい障害を残すもの 8 1上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指をあわせ1上肢の3指以上を失ったもの 9 おや指及びひとさし指をあわせ1上肢の4指の用を廃したもの 10 1下肢をリスフラン関節以上で失ったもの 11 両下肢の10趾の用を廃したもの 12 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの 13 精神又は神経系統に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの 14 傷病がなおらないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、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(厚生年金は厚生大臣が定めるもの)

第8章 オランダの障害年金制度の運用と改定

デビッド・デーン, リエンク・プリンス, テオ・ピアマン

長期または永続する障害による稼得能力の損失を補うための近年のオランダの年金制度は、3つのプログラムから構成されている。これらのプログラムは、被用者、自営業者、幼少時からの障害のために労働経験のない住民、および学生を対象としている。この中で特に重要なプログラムが、WAO と呼ばれている長期的障害年金プログラムであり、それは、障害がある者に対して、賃金関連給付 (wage-related benefits) を1年以上提供するものである。このプログラムは、労働力人口の約9% に対して給付を行っているが、それ以外にも、住宅手当、移動手当、再統合手当などの多くの社会サービスへの入口となっている。

WAO プログラムは、1967 年の障害保険法 (Disability Insurance Act) によって創設された。WAO は、UMV(Uitvoering Werknemersverzekeringen) によって運営されている。UMV は、社会・雇用省 (Ministry of Social Affairs and Employment) が管轄する独立した機関であり、国の社会保険機構 (Social Insurance Institute) としても知られている。理事会のメンバーは、同省から選出されている。この社会保険機構は、また、国の失業保険給付プログラム (Unemployment Insurance Benefit program) も運営している。

WAO のプログラムの下では、疾病をかかえる被保険者は、12 ヶ月の強制待機期間を経て、障害給付の受給資格が得られる (2004 年から待機時間は 24 ヶ月に変更された)。市民権の有無についての条件は特に無い。このオランダ障害年金制度のユニークな側面の1つは、障害原因にかかわらず、雇用主が給付金の支払いについて責任を負っているという点である。障害が仕事上生じたものであろうとなかろうと、非就業時間内の事故であろうと、スポーツで負った怪我やどこか他で負った怪我であっても障害のある人は WAO 年金を受給することができる。オランダには、労働災害プログラムはない。

他の2つの年金プログラムは、(1) 自営業者障害保険法 (WAZ) : 自営業者を対象に最低賃金水準の給付金を付与する、(2) 若年者障害法 (WAJONG) : 必要最低限の給付金を先天性障害者や学生に付与する、というものである。この2つのプログラムは両方とも、障害の定義、認定手続き、定額給付、18 歳から社会的必要最低限の給付を行うという点で、WAO と同様の方法で運営されている。前者のプログラム (WAZ) は 2004 年 7 月 1 日に終了する。

近年のオランダ障害年金の運用における改定

前述のように WAZ が終了するといっても、絶え間なく変わり続けるオランダの社会保険制度においては最も新しい改定という程度に過ぎない。事実、WAZ と WAJONG が AAW の代わりに創設されたこと自体、1998 年のことでしかないのである。1975 年に創設されたプログラム (AAW) は、オランダの市民権のある障害者に、普遍的な現金給付を提供する拠出制の「就労不能年金」であった。AAW は、「第一段階 (first tier)」の給付であり、最低賃金と連動した必要最低水準の現金を支払うものであった。後に創設された雇用ベースの WAO による現金給付は、この給付を補足するものである。

WAO は、雇用主の組織と労働者の組合で構成される地域産業組合 (local industrial branch associations) から発展してきた。この地域産業組合はオランダの伝統的な組織であり、当初、失業保険 (1916) プログラムと疾病保険 (1931) プログラムを監視するために設立された (Van Widrum, 2000, p.93)。総合的な2段階方式の社会保障制度は、結局、障害の原因に関わりなく給付金を支払うように発展し、全てのオランダ在住者に対する必要最低水準の給付を行う一般的な保険と給与所得者に対する補足的所得連動給付 (the supplementary

income-related benefit) から構成されている。政府が直接的な管理せず、自立的な産業組合を通して障害年金プログラムを運営するという発想は、オランダ社会保険制度のもうひとつのユニークな側面でもある。これらの地域組織は、給付の判断や職業復帰方策の策定において幅広い裁量権を有してきた。全ての企業が組合のメンバーになることを強制されており、LISV と呼ばれる国家機関との契約に基づいて業務を行ってきた。

1980 年代から 90 年代に、障害年金の申請数と障害年金の支払額が急激に増えたことに関心がもたれ、WAO の拡大を抑えるための法律改正が繰り返される事態となった。1980 年代の改革の大半は、障害年金の受給者を減らすことと、給付総額と給付日数を減らすことに関心が向けられていた。いくつかの変革においては、運営構造を変更することもあった。1986 年の改革では、「第一段階」である一般的な就労不能給付 (AAW) と「第二段階 (second-tier)」の雇用を基本とした障害年金 (WAO) の間の相互関係を断ち切ってしまった。WAO は、資格のある申請者全員に対して障害年金を支払うための資金供給が可能である。そして、1998 年には、公務員にも、この被用者のための就労不能制度が持ち込まれた。

1980 年の改革では、障害年金制度の急激なコスト増を減らそうとすることはほとんど行われなかった。その後、1993 年までに、病休と労働障害に対する総支出は、1,400 万ユーロにまで上昇した。同年の議会の議論において、雇用主が被用者を減らすための方法として、あるいは、雇用しないために、もしくは、早期退職の代替案として、WAO 障害者年金を利用することがあまりにも多すぎると判断された。

1992 年から 1996 年に、政府は障害年金の支出を制限するための様々な試みを行った。これらの変革の多くにおいて、オランダ障害年金の制度運営の再構築に関心が寄せられた。特に 1993 年の TBA (障害者給付の申請を減らすための法律) はそうであった。その主な目的は、財政責任に関する「社会的パートナー」の役割を高めていくことであった。特に、産業組合 (GAK) とジョイントメディカルサービス (GMD: 障害の評価とリハビリテーションサービスを提供する) は役割を終えた。以前の計画を抜本的に見直した後、1999 年に、オランダ政府は 26 あった産業保険機関を 1 つの公的な機関に強制的に置き換えてしまい、2002 年までにその機関が動き始めた。その (全国) 社会保険機構 (UWV 又は LISV と呼ばれる) が、現在、障害・失業保険給付プログラムを運用している。

疾病給付

オランダの障害年金への入り口は、疾病給付プログラムである。オランダ疾病給付法は (The Dutch Sickness Benefits Act)、1967 年にはじめて成立し、37 年間に幾度となく見直されてきた。1967 年から 1990 年代の半ばにかけて、疾病給付プログラムは、障害年金と失業保険プログラムとともに、前述の産業組合によって運営されていた。既に指摘したように、この準公的機関は雇用主の組合と労働組合の代表者たちによって経営されていた。全ての雇用主は、1977 年まで産業組合のメンバーであることを求められた。そして、全ての障害年金プログラムの支出は、雇用主が支払う保険料によって支えられていた。この保険料は、産業部門毎に異なっていた。この自立した組合は、給付内容やリハビリテーション施策の発展に対して幅広い裁量権を有していた。そして、遺憾なことに、これらの組合は、こうした決定に対する財政的責任を負っていなかったのである。

過去 10 年間にわたって法律改正が繰り返され、一時は完全に公的資金で運用されていたプログラムが、実質的には完全に民営化された。1994 年に、雇用主は病気や怪我の発生後、最初の 2-6 週間をカバーする疾病給付を提供するよう強制された。また、雇用主は、病気休暇をとっている人を訪問調査する責任も負っていた。また、法律により、企業は、長期にわたって病気休暇をとっているこれらの者の観察のため、民間の職業ヘルスサービス (OHS) 事業

者を必ず雇わなくてはならないとされていた。雇用主の病気休暇対策と障害管理対策に対する支援に加え、これらの民間の OHS 企業は、他の職業ヘルスサービスを提供する。例えば、職場での健康リスクの性質、そうしたリスクを小さくする方法、そして労働者を職場に「再統合 (reintegration)」させる最善の方法等に関する情報を提供する。

【現在の疾病給付プログラム】 雇用主が財源を負担する 2-6 週間の疾病賃金支払期間が導入された 1 年後、欠勤率は 20% 減少した。結果として、1996 年に疾病給付法は廃止され、雇用主は今では最初の 12 ヶ月間疾病補償する責任を負っている。その後は、障害年金プログラムにより給付金が支払われる。2004 年の 1 月に始まったこの雇用主による補償は、今や 2 年間にまで延長されている。OHS は、この 2 年間に疾病と再統合のプロセスの両方を管理するだろう。仕事を完全に再開するかどうかは、通常、被用者と雇用主の協力のもと、OHS の医師によって判断される。発病から 1 年後（今では 2 年に延長されている）、被用者は障害給付金を申請し、もし認められれば、この年金プログラムに移行する。もし、年金申請を延長することで完全に快復し仕事を再開することが期待できるならば、雇用主や被用者は、障害年金の申請を更に 13 週間延長することを求めることができる。

このプログラムでは、原因を問わず、病気や怪我のために職務を遂行できない被用者の総賃金の 70% が疾病給付として支給される。団体協定によって、大半の雇用主は、純賃金の 100% 水準まで疾病給付金を補助する。民営化されたために、具体的な数字はわからないが、大半の被用者が初日から収入の 100% を依然として得ていると思われる。しかし、新しく雇用主が財政負担することになったこの疾病給付の 2 年目は、賃金の 70% に制限される。会社は疾病給付に備えた「自家保険（例えば、全ての支払い申請に対して自分達で財政的に賄うこと）」が認められている。多くの雇用主、特に小さな会社の雇用主は、この民営化の方向性に伴って生じるリスクに対応するために民間保険に加入してきた。

病気になった失業者や、病気療養期間中に労働契約が切れた者向けの、公的資金による疾病給付制度がある。この制度は、障害年金給付制度を監督する UWV が運営しており、以前の賃金の 70% をカバーする給付金が支払われる。

【疾病給付受給資格】 オランダでは、伝統的にホームドクターが病気証明を出さない。そのため、病気であることを被用者が報告をするときは、OHS に雇用された医師が、欠勤が正当なものであるかをチェックし、仕事に復帰するまでの日数について目安を提供することになっている。疾病給付の受給者は、できるならばどんな仕事でも受け入れるよう義務付けられている。すなわち、長く勤めている雇用主（可能なかぎり新たな環境に適応しよう提案することを義務づけられている）の下で別の仕事をしたり、別の雇用主の下で仕事をすることもありうる。2003 年に施行された法律により、雇用主が同等の仕事を提供できない場合は、再統合サービス機関が新しい企業に仕事を斡旋することを強力に推進している（後述するリハビリテーションサービス提供のセクションを参照）。復職を拒否した場合の罰則は、賃金の減額であるが、支払いが終了することもある。ただし、支払いが終了することは滅多にない。

【疾病給付プログラムの利用とコスト】 疾病給付がほとんど民営化されてしまったため、全国規模の詳細なデータはもはや収集されていない。1994 年以降の病欠に関するデータは、個人毎のものではなく、雇用主によるサンプルにインタビューをしたものに基いている。入手できる唯一のデータは、病欠の総数に関するものだけである。例えば、病気のために失われた日数等である。

Aarts と de Jong(2003) は、以下のように指摘している。「病欠率は、1990 年から 2000 年にかけて、8% から 6% に低下しており、25% の減少である。両年は、循環的な最高値を示しているため、これらの年度を比較することで、常習的欠勤のビジネスサイクルに対する影響を監視することができる。少なくとも部分的には、この大幅な低下は、民営化と、それ

によるインセンティブに起因すると説明できるであろう」。しかし、Geurts ら (2000) は、Houtmann ら (1992) の研究に基づき、以下のように報告している。「相対的に欠勤水準の高い雇用主が病欠を過小評価しているという証拠がある。報告された 1994 年以降の欠勤に関する数字は、「本当の」病欠水準よりも恐らく低いものになっているだろう。さらに、欠勤は共同病欠基金によりカバーされるために、雇用主が長期の欠勤期間のみを報告してきただけである」。

リハビリテーション/再統合

1967 年の法律で認められた WAO の当初の目的を達成するための、共同医学サービス (Joint Medical Service:JMS) は、障害者の残存稼得能力により、7 つの障害分類を決定した。JMS の別の機能は、一定の残存稼得能力のある人が適当な雇用をみつけるのに役立つリハビリテーションサービスを提供することであった。再統合の目的は、障害労働者雇用法 (Handicapped Worker's Employment Act) が成立 (1986 年施行) して一層強化された。この法律は、障害のある労働者が再び労働力として復帰するための多くの施策を含んでいた。雇用主には、障害のある被用者に対する職場における便宜を与える義務と財務的インセンティブの両方が与えられた。元の雇用主の下で働き続けられない労働者に対しては、就職支援のための訓練費用が支払われた。

法律的な枠組みが確立されたにも関わらず、雇用主と失業した障害者がこれらの復職プログラム (return-to-work program) を利用しようとするインセンティブはまだ、ほとんどない状態であった。Aarts と de Jong (2003) は、職業リハビリテーションに対する全体の支出額が極めて低かったと指摘している。実際に彼らは、いくつかのヨーロッパの国々における職業復帰プログラムに対する障害給付のシェアを比較分析した。その結果、ドイツが障害給付の 4.2% を職業リハビリテーションに使っており、ベルギーが 1.4% であったのに対して、オランダの障害予算総額に対する割合は、0.5% にすぎなかった。

また、オランダ政府は別の改革にも取り組んでおり、障害者再統合法 (Reintegration of Work Handicapped Persons Act:REA) を 1998 年に施行した。この新しい法律に対する主な批判の 1 つは、「仕事上のハンディキャップがある」という前提で賃金を助成していることである。最近の分類では、現在障害給付を受けている人を含め、過去 5 年間に障害給付を受けたすべての人と障害のある失業者が含まれる。また、REA の対象者のおよそ 3 分の 2 は、WAO・WAZ・WAJONG の請求者である (Van Oorschot, 2001, p.A-2)。これらの新しい助成金は、新しい相応の職務において前職のような成果を上げられない労働者を雇用する際に 8000NLG の助成金が企業に提供される。加えて、特別な再調整費用がかかるとされる労働者には、別に賃金の 3 分の 1 が助成される。

現行の法律では、リハビリテーションプロセスに組み込まれる 3 種類の参加者の責任を明確にするとともに、早期介入が強調されている。その 3 種類の参加者とは、障害のある被用者、雇用主、そして企業が契約している職業ヘルスサービス提供事業者である。疾病給付の請求があれば、6 週間以内に、OHS の医療アドバイザーが、欠勤の医学的な原因、請求者の活動能力、復職の予後診断を確定するためにその請求者を訪問する。多くの段階的目標を設定した再統合計画が、欠勤 8 週目までに雇用主と被用者の間で作成される。35 週目までに職業復帰できない被用者に限って、当初のリハビリテーション計画となぜ復職できないかに関する、OHS の評価を提出すれば、障害年金を申請することが許される。

これらのデータに基づくと、雇用主と被用者は、目標 (現職への復帰) とその目標達成に必要なステップを特定化した職業リハビリテーションプログラムを作成していることがわかる。雇用主と被用者は、ケースマネジャーを指名し、プログラムを評価する日程を決め、もし必要

があればプログラムを修正する。リハビリテーションプログラムは、病気になってから8週目までに準備される必要がある。リハビリテーションプログラムは、雇用主と被用者双方に対する拘束力をもっており、どちらかの怠慢が証明された場合は、片方が他方に対して改善を要求できる。病気になって35週間以降に社会保険機構が障害保険申請用紙を病気になった被用者に送付する。障害保険請求は、最初のリハビリテーション計画と、その計画通りに職業復帰できていない理由に関する評価を含むリハビリテーションレポートが添付されていれば、認定するかどうかを検討される。

de Jong(2003)は、社会保険機構が新たに民営化されたりリハビリテーションサービス提供組織と契約した職業復帰計画の数に関するいくつかの最近の総計を示している。2001年には、労働障害のあるおよそ5,000人と再統合計画についての契約が結ばれていた。大体、この契約の半分近くが、オランダの障害年金給付の内の1つを受給している人とのものであり、残りの半分は失業している障害者であった。全体として、障害年金を受給している800,000人のうちのおよそ2.5%が、REAが資金供給する再統合計画を受け入れてきている。

WAO 障害者年金プログラムにおける資金調達と給付支払い決定

WAO 障害年金における資金調達

オランダの高齢者社会保障年金 (old-age social security pension) は、65歳以下の人の収入から源泉徴収される税率17.9%の給与税で賄われている。この税は、毎年最大27,847ユーロが限度となっている。しかし、WAO 障害年金制度においては、被用者による支払はない。すなわち、WAO に対する被用者の負担を補う為に、雇用主が、給与の2.2%を支払う。この上限は、一日あたり159ユーロである(2002年における数値)。

加えて雇用主は給与の5.85%を負担し、更に変動負担(平均で0.85%)も加えられる(Social Security Programs Around the World: Netherlands, 2002, p.150)。自営業者の負担は収入の8.8%で、上限は3,8118ユーロ(2002年時点)である。これがWAZ 障害年金制度を支えている。

雇用主による変動負担は、個々の企業の「経験ランク (experience rating)」をWAO 障害年金制度の資金供給と結びつけるようとしたオランダ政府の努力を反映したものである。この資金供給方法は、1998年のオランダ障害保険制度の一連の改革を通して導入された。1998年以前の全ての給付は、未だに、従来の「定額制」の源泉徴収による給与負担により資金を賄っている。しかし、新しい請求者が受け取る障害給付の最初の5年間については、障害年金請求数に関する雇用主の過去の記録に基づいて負担金を支払うことになる。すなわち、障害申請が平均よりも多い雇用主が、より高い変動給与税を支払う。逆に、障害年金受給者を採用した企業は、より低い給与税率になる。さらに、企業は、こうした公的保険システムから外れ「自家保険」とすることが認められており、その場合、最初の5年間のみが補償の対象となる。今日まで、オランダ企業は障害保険における「自己責任」の考え方について、関心を示してこなかった。というのは、一般的な「定額制」負担義務が依然としてリスク連動給与税負担よりも高い水準にあるため、当面のインセンティブが相対的に乏しいというのが1つの説明である。2005年までには、定額の負担率が変動負担率よりも低くなり、より強力なインセンティブが成立しているであろう (Van Wirdum, 2000, p.100)。

【給付決定】 現在のWAO 障害年金プログラムでは、請求者の年齢と給与水準の組み合わせに基づいて年金額が決定されている。オランダにおける障害年金のコストを減少させることを目的とした1994年の改革以前には、対象となる全ての被用者に年齢や職歴に関係なく、WAOが支払われた。準年金的要素 (quasi-pension element) をWAOに導入する為に、

1994 年以降の収入連動型障害給付では、年金総額と受給期間が、年金と税金を負担した年数に基づく方式になっている。WAO 年金は、年代と年齢に依存した 2 つの部分によって構成されている。最初の部分は、期間限定の賃金連動型の給付で、33 歳未満で障害を受けた人に対しては半年、58 歳以上で障害を受けた人に対しては 6 年間税引き前所得の 70% を給付する。つまり、後者の高齢労働者のグループは、老齢年金に移行する 65 歳まで、代替率 70% の給付を受ける。

「2 番目の部分は、所得を基本としたいわゆる継続給付 (follow-up benefit) で、障害を負う前の所得との代替率は低い。継続期間中の給付額の計算方法は、所得に基づいており、計算式に従って、最低賃金額に年齢別の付加金額を追加するというものである。計算式は次のとおり。

$2.0 \text{ パーセント} \times (\text{給付開始年齢} - 15) \times (\text{賃金} - \text{最低賃金})$

年齢は、職歴や保険加入期間の代わりとして機能し、準年金要素 (quasi-pension element) を障害制度に導入する。継続期間 (病気をした年を含む) の代替率が、最初の障害給付期間の代替率 70% と比較して非常に低いために、大半の団体協約はそれを補っている。そのため、完全障害を負った場合の有効代替率は、70% どもりである (de Jong, 2004)。

民間保険会社によるサービスも、障害制度と保険制度の「ギャップ」を「埋める」ために利用することができる。それゆえ、申請者が完全障害とわかったとき (すなわち障害率 80-100%)、有効代替率は基本的に疾病給付プログラムにより支給される場合と同等になる。すなわち、税引き前所得の 70% である。しかし、障害給付は、年額 43,770 ユーロ (2004 年) に所得の上限が設けられている。この額は、障害保険 (および失業保険) の所得税が非課税となる最大額でもある (de Jong, 2004)。全ての基準額は、一般賃金指標 (the general wage index) にもとづき半年毎 (1 月 1 日と 7 月 1 日) に調整されている。

障害の審査 (Assessment of Disability)

【WAO の障害の定義の変遷】 オランダ WAO 制度における障害の定義においては、医学的に審査できる病気や機能障害のために、同等の教育と就業経験があり標準的な収入を得ている非障害者のように稼ぐことができないという要件を必要とする。稼得能力の喪失と補完的残存稼得能力という操作用語が用いられる。病気や機能障害の種類、または障害の原因について参考書のように参考できるようなものはなにもない。

オランダ障害年金制度の他のシステムと同じく、障害の定義は過去 20 年間に急速に変化してきた。障害年金の支出を統制し、新しく WAO プログラムの給付を受ける人をさらに制限するために新しい WAO 政策を特に方向付けるための法律改正が行われた。特に重要な改正は、1993 年に実施され (TBA、障害者給付申請を減少させる法律)、障害の定義に関して、2 つの重要な運用上の変更があった。

第一に、稼得損失の程度を決定するための基準が、より厳しくされた (適職の定義が極めて広範になった)。米国保険業界の用語を借りれば、新しい基準では、「自分のできる仕事 (own occupation)」で就職できないだけでなく、「どんな仕事でも」就職できないことが求められている。1994 年以前は、障害を決定する基準には、個人の受けた教育と訓練に応じた仕事に就く能力が無いという内容が含まれていた。変革後は、障害の決定において、その人が受けた専門的訓練は関係しないことになった。

法律改正の二番目は、障害の医学的定義を厳しくするものであった。特に、機能障害 (impairment) と能力障害 (disability) の間の因果関係はいまや「客観的に評価 (objectively assessable)」できるものでなければならない。法的な定義の変更とは別に、医学的評価の質を向上させる為のガイドラインも作られた。年齢や経済的困難にもとづく「社会的障害」はもは

や存在しない。BoundとBurkhauser(1999, p.3512)は、1992年のAartsとde Jongによる、WAO請求者における失業者や「社会的な障害者」の占める割合を調査した研究を引用しており、そこでは、1994年以前の資格基準では、40%が社会的な障害者であった。

TBAの改革の結果、完全障害を認定することがより困難になった。TBAの別の法的要件として、WAOをすでに受給している者は、新しい障害認定基準による再評価を受けなければならないとされている。1994年から1998年の間に再評価されたWAO受給者の28%は、完全に給付を停止されるか、もしくは、給付額が減少した(Van Oirschot, 2001, p.B.1.4)。特に、障害年金受給者数は1993年の921,000人から、1996年の855,000人にまで減少した。これらの医学的な再評価の結果として、WAOのリストから削除された多くの人々は失業のリストに移行した(Geurts et al., 2000)。

【障害審査のためのWAOにおけるプロセス】 障害者年金の申請プロセスは、通常、労働不能になって9ヶ月たったのちに開始される(疾病給付も併せて受け取れる)。ここで、障害のある被用者は、障害年金給付の受給申請をすることができるようになる。その際、被用者と雇用者は職業復帰に向けてできることを全てやったということを示す書類を提出する。その書類が社会保険機構に認められなかった時は、障害給付の申請も審査されず、雇用主と被用者は共に職業復帰に向け更に努力することが求められる(賃金も継続して支給されなければならない)。

オランダ年金制度に関して記述しておかなければならない第一の特徴は、障害のある人を治療する医師と、疾病保険や障害保険プログラムの「ゲートキーパー(門番)」として勤務する医師は明確に区別されているということである。既に述べたように、疾病給付の場合、病気や怪我をした労働者の健康状態や予後診断は、雇用主と契約したOHSの医療調査官が行っている。もし、誰かがWAO障害年金の申請をしようとした場合、その申請は、UWV(社会保険機構)に雇われた特別な医療調査官と職業専門家により構成されるチームによって判定される。この二人のチームが、障害程度と障害の永続性と、その労働者のリハビリテーションの可能性を判断する(Arts & de Jong, 2003)。

オランダ障害年金制度のもう一つの特徴は、これらの障害審査チームが、給付を請求している人全員を個別に審査することが法的に定められていることである。諸外国で行われているように行政上の報告のみだけで行われてはいないということである。BoundとBurkhauser(1999, p.351)は、以下のように指摘している。「『このこと』が、民主的な対立回避的態度(conflict-avoiding attitude)を加速させてきたのかもしれない。特にゲートキーパーも、その管理者も、評価決定の財政的な結果に直接向き合わないため、それが特に助長されたといえるかもしれない。」

近年のWAOの障害認定ガイドラインは、2000年7月に公布された規則により規定されている。障害認定は、UWV保険医師と労働市場専門家によって別々に審査される。そのために、このプロセスは、2つのステップを含む。最初の段階では、社会保険機構の医師が被用者に面接する。その医師は、ケースマネージャーの働きをし、リハビリテーション計画と以前の診察記録から、給付請求のための証拠を集める。

この医師は、最初に被用者が完全な就労不能状態にあるかどうかの判定を行う。その評価は、「能力プロフィール(capacity profile)」を作成することで行われる。能力プロフィールは、受給者がどのようなタイプの作業を遂行する能力があるかについての要約を提供する。このプロフィールは、さまざまな仕事で用いる28の異なるタイプの動作をについて測定する(例えば、歩行、持ち上げ、巧緻性、屈曲と回転、心理など)。このプロフィールから得られる一般的な成果は、その人には全く労働能力が残っていないことを判断できるということである。この判断は、多様な環境のもとで行われる。日常生活不能、精神不安、入院中、末期疾患、不安定な

障害状態などの判断が行われる。このような場合には、最初のステップが終われば審査は中断され、請求者は全額障害給付を得ることになる。Van Oorschot(2001) は、「残存能力なし」という決定のために「第 2 段階」に進まずに WAO を始めて請求した人の割合が、1991 年の 30% から 1999 年の 40% まで増加したということ報告した最近の研究を引用している。国立社会保険研究所は、この比率は実際はおよそ 2 倍程度あると見積もっている。彼らはこの徴候について、恐らく取り扱い手続きを容易にする為に保険医師が非常に甘く診断しているためであると考えている。

第 1 段階の審査における別の成果は、被用者の残存機能 (functional capabilities) を決定できるということである。医師は、これらの能力に関して、体系的な調査リストを作成する。次に、申請者は、労働市場の専門家に送られる。基本的な考え方は、受給者に障害がないとしたときに得られると思われる所得と、残存している稼得能力により得られると考えられる所得を比較することである。前者の収入は通常、その人の障害以前の賃金にもとづく。残存する稼得能力は、「能力プロフィール」により集められた能力リストと、機能情報システム (Function Information System:FIS) とをつきあわせて決定される。FIS は、オランダ労働市場の約 8,200 の仕事と、それらの仕事 that 求める精神的・身体的能力に関するデータベースで、継続的に更新されている。これらのデータベースの主な内容は、賃金水準、学歴、特殊な要件についての記載、一日の仕事時間等である。(Van Oorschot, 2001)。

この審査の目的は、あるひとが、自分の残存機能を使って遂行できる仕事を最低 3 種類みつけることにある。これらの仕事に実際に就く必要は無く、1993 年における改定に伴い、受給者の教育水準や過去の職業経験を考慮する必要もないということに注意しておく必要がある。もし 3 つ以上の仕事が見つからなければ、申請者には、全額障害給付が与えられる。もし 3 つ以上の仕事が見つかったら、そのうちから最も高い所得水準のものが 3 つ選ばれ、その 2 番目の賃金額が申請者の「稼得能力」の基本となる。この稼得能力と申請者の以前の賃金との差が、「稼得能力の損失」と決められる。これは、就労不能レベルとみなされ、0 (前職の 85% 以上の稼得能力がある申請者は、障害なしと判断される) から 80% 以上 (すなわち、申請者は、前職の 20% 未満の稼得能力しかない) までの幅がある。申請者の稼得能力に関する労働専門家の審査終了後に、保険医は、利用できるすべての情報を集め、障害年金の決定を判断する報告書を作成する。

UWV は、申請後、13 週以内にこの決定を下すことになっている。申請が却下された場合、申請者は、6 週間以内に行政レベルの不服申し立てを (UWV に対して) 行うことができる。この申し立てに対しては、UWV は、13 週間以内に対応しなければならない。申請者はその後、裁判所に訴えることができる、さらに、通常の裁判プロセスにしたがってより上位の訴えをすることができる。この訴えにより、申請却下が覆ることもあるし、部分的給付の決定がなされることもある (例えば、申請者がより高額 of 部分的障害保障を求めていたり部分給付ではなく全額給付を求めていた場合等)。

障害給付開始後 1 年と、その後は 5 年毎に障害状態が再審査される。この再査定によって給付額が上下する (障害年金給付が中断されることもある) こともあるし、全く変化しないこともある。その際の基準は、障害年金給付が始まるときと同様のものが用いられる。雇用され、再度収入を得ている者は、部分的給付 (障害以前の賃金にほぼ相当する賃金を得ている場合は完全な給付停止) に減額される。

こうした収入が不安定なものの場合、全額障害年金を受ける権利が 3 年まで継続する。すべての稼ぎは、障害年金から控除される。もし雇用が継続されない場合は、その人は、自動的に再び障害年金の対象者に戻る。

部分的給付

【部分的障害年金に適合する障害率 (disability rate)】 オランダ障害年金プログラムの重要な特徴は、部分的障害年金給付の受給認定における段階の幅(と数)である。前節で既に述べたように、障害程度は、労働者の(オランダのどのような職業でも遂行できる)残存稼得能力を障害前の収入と比較して何 % 減っているかということで決定されている。障害程度は、部分的障害給付額を決定するために用いられる。15% 未満から 80% 以上まで 7 つの障害率の分類が存在する。

全額給付年金は、80% 以上の障害率の労働者に与えられる。全額障害年金は、36,300 ユーロを上限(1999 年において)として、障害前の収入の 70% が給付される。それは障害・失業保険の保険料が免除される最大の所得額でもある (Arats & de Jong)。

WAO 部分的年金の受給資格要件は、15 ~ 80% の稼得能力の喪失であり、給付額は障害率による。そして、6 つの異なる部分的年金分類がある。すなわち、15-25%、25-35%、35-45%、55-65%、65-80% という分類である。給付の支払いは、障害率が含まれる分類の中間点を取りそれに 70% を掛け算することで決定さる。例えば、最低障害率は 15-25% であるが、中間点は 20% であり、それに、70% を掛け算すると保証額 (covered earnings) の 14% の支払いが認められる。障害率システム全体は、以下表のとおりである。

障害率	支給額
15% 未満	ゼロ
15 - 25%	以前の賃金の 14%
25 - 35%	以前の賃金の 21%
35 - 45%	以前の賃金の 28%
45 - 55%	以前の賃金の 35%
55 - 65%	以前の賃金の 42%
65 - 80%	以前の賃金の 50.75 %
80% 以上	以前の賃金の 70%

オランダの社会保険制度には、子供や学生のころから障害のある居住者に対する WAJONG 障害年金も含まれる。定義上、これらの人々は職歴が無いために、給付基準額 (reference point) は、最低賃金とされる。80% の障害者に対する全額年金の給付は、少なくとも最低賃金の 70% である。また、部分的給付については、障害率 25%-80% の者には、最低賃金の 14% から 50.75% が支払われる。このシステムの下では、15-25% という最も低い障害率のカテゴリーはなく、その結果、障害カテゴリーは 6 つのみである。結果として、完全障害に対する給付は、最低賃金の 70% となる。また、2004 年において非課税となる最高賃金は、年間 16,442.24 ユーロとなっている (de Jong, 2004)。

【部分的給付受給数と割合】 部分的給付と全額給付の受給者とその割合を示したものが、表 1 である。その数字は、次の 2 つの制度について、受給者数、割合、1,000 人あたりの数を示している。その 2 つの制度の、(1)2001 年末に支払を受けている障害年金受給者、(2) その年の新規の受給者の数も示している。2001 年末に WAO 年金に「蓄積されている (stock)」数は、およそ 800,000 人であり、WAO 制度の対象となっている労働者 1,000 人あたり 116 人である。その 3 分の 2 より少しだけ多い人が全額納付を受けている。つまり、対象となる労働者 1,000 人あたり 79 人である。受給者のおよそ 32%、もしくは、対象となる労働者の 1,000 人あたり 37 人が、2001 年に部分的給付を受けていた。そのうちの 5 分の 1 が、26% から 55% の障害率であった。7% は 25% 以下の障害率であり、56-80% の障害率の者は、5% より少し多い。

WAO の対象労働者 1,000 人中 13 人は、2001 年に障害年金を新たに認められた。2001 年に受給者になった 88,000 人以上のうち、部分的年金を受給している者の割合 (47%) は、期末に受給している人全体に占める部分年金受給者の割合よりもずっと高い。事実、26-55% の障害率の部分的受給者の割合は、その年の全ての受給者に対する部分的受給者の割合 (30%) を超えている。この数は、2001 年末に部分的給付を受けている者全体の割合に相当する。

【部分的障害年金給付・全額障害年金給付受給者の労働】 オランダ障害年金制度は、給付を受給している間も、受給者の賃金労働を認めている。全額給付受給者は、次の 2 つの状況において賃金労働に従事することができる。それは、(1) 受給者の収入が以前の賃金の 15% 以下である場合と、(2) 全額給付の正式な権利が継続している期間に受給者がパートタイムに従事している場合の 2 つである。部分的年金受給者には異なるルールがある。もし雇用されれば、障害前に得ていた賃金額を上限として、収入と部分的年金が合算される。

全体として、オランダ障害年金受給者の 4 分の 1(26.6%) 以上が、2001 年に何らかの形で雇用されていた。部分的年金受給者で言えば、半数 (51.4%) 以上にも及んでいる。全額給付受給者の約 16.8% も、労働をしていた (出所:UWV, Jaroverzicht Arbeidsgehandicapten, 2001)。

最近の報告書で、de Jong(2004) は、WAO の部分的障害年金受給者とその雇用主は、この給付は賃金の補助 (subsidy) だと見ている、という見解を示している。この観点から、部分的給付の多くが、年配の労働者に対する部分的な早期退職システムとして用いられている。彼はまた、部分的給付の受給者が、全額給付を受けている者よりも経済的に豊かであることを示す調査を引用している。時間がたつにつれて、部分的給付の受給者も、高等教育を受け、それに付随して、部分的年金が求める職業の柔軟性を受け入れられる既婚男性が増えてきているようである。

表 1 2001 年のオランダにおける全額・部分的障害年金 – 年間の受給者数と年度末における支払い状況、新規給付裁定

	受給者数		1000 人当りの対象者数 *	新規給付裁定の数		1000 人当りの対象者数
		割合			割合	
全額給付	540,842	68.30%	79	46,566**	52.70%	7
部分的給付						
15-25%	54,331	6.90%	8	10,599	12.00%	2
26-55%	154,379	19.50%	23	26,736	30.30%	4
56-80%	42,564	5.40%	6	7,896	8.90%	1
小計	251,274	31.70%	37	41,767	47.30%	6
総計	792,116	100.00%	116	88,333	100.00%	13

* 2000 年における障害給付の適格者は 6,811,000 であり、1,000 人当たりの対象者数の基準となっている。
 ** 同じ出所によると、新規給付の総計は、104,142 である。これは、表における 58,911 の全額給付裁定数と 46,566 の報告数との対比に反映されている。

【部分的年金給付に伴う問題】 障害率を区別する 7 つの段階を創設した 1967 年当初の WAO の立法趣旨は、パートタイム雇用を促進することで、障害のある労働者の再統合をし易くすることにあった。残念ながら、現実には、構造的失業、景気循環、労働市場における差別の存在といったことが起きるダイナミックな労働市場において、残存稼得能力を判断するのが極めて難しいという状況にある。

Aarts と de Jong(2003) は、社会保険機構の理事達が、障害者雇用見込みが惨憺たるものである理由を、「労働市場の状況」と婉曲的に呼び、企業が部分的障害のある者を雇いながら

ないからであると想定することで問題から目を背けていることを指摘した。結果として、全ての部分的年金受給者は、雇用機会が無い為に、全額年金給付を与えられた。増大する費用と障害年金受給者数の増加によって、1987年に改革を迫られることになった。その意図は、個人の残存稼得能力を判断する際に「労働市場の状況」を考慮することを禁止することで、受給資格基準を厳しくすることであった。しかし、給付の裁定を行う保険機構の理事のもつ構造的誘因自体は変化しなかった。その結果として、1990年半ばには、障害年金受給者の4人に3人までが全額給付を受けていた (Aarts, Burkhauser, & de Jong, 1998)。

WAOの全額給付の裁定を抑制できなかったため、1993年と1994年には別の改革がなされた。だが、部分的年金の決定プロセスにはまだ2つの扱いにくい問題が残されていた。第1に、多くの障害類型において、労働市場専門家が残存稼得能力を決定するのは、非常に難しいということが挙げられる。第2には、労働市場の不安定さの下で、部分的年金受給者が職につける保証がどこにもないことが挙げられる。障害者の失業は、その人の障害が原因なのか、労働市場の事情が原因なのか、明確にわかるだろうか。1994年の改革は、仕事を探す場合に、「自分のやっていた仕事」を探すという条件をなくすこととした。その改定の結果、新たな裁定における部分的給付は1990年の19%から2001年の45%に増加した (de Jong, 2004)。

部分的給付など障害年金給付プログラムの改訂の影響に関する数多くの研究がこれまでなされてきた。その中でも最も重要なのは、2001年のドナー・コミッション・レポート (Donner Commission report) であろう。その中で、これまでで最も決定的な改革は、全額給付と部分的給付のシステムの分離であったと主張している。中でも注目すべき提案は、部分的障害をWAOの対象とはしないということであった。部分的障害給付の受給資格は、次の2グループの内、どちらか1つとなる。それは、障害率が35%を超えるものと、それ以下のものである。給付額は、雇用されていて賃金に相当する額を給付される者 (すなわち賃金補助) と、雇用されていないために最低賃金に関連して給付されるものとがある (de Jong, 2004)。

参考文献

Aarts, L., Burkhauser, R., & de Jong, P. (1998). Convergence: A comparison of European and United States disability policy. In T. Thomason, J. Burton, & D. Hyatt (Eds.), *New approaches to disability in the workplace*. Ithaca, NY: IRRP Press.

Aarts, L. & de Jong, P. (2003). The Dutch disability experience. In C. Prinz (Ed.), *European disability pension policies, 11 country trends 1970-2002*. Hampshire, UK: Ashgate.

Bound, J. & Burkhauser, R. (1999). Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. In O. Ashenfelter & D. Card (Eds.), *Handbook of labor economics* (Vol. 3). Amsterdam: Elsevier Press.

De Jong, P. (2004). New directions in Dutch disability policy. In B. Marin, C. Prinz, and M. Queiseer (Eds.), *Transforming disability welfare policies*. Hampshire, UK: Ashgate.

Geurts, S., Kompier, M., & Grundemann, R. (2000). Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands. *International Social Security Review*. Vol. 53, 79-103.

Kapteyn, A. & de Vos, K. (1997). Social security and retirement in the Netherlands. [Working Paper 6135]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Terpstra. (2002). Cooperation between social security and employment services: Evaluation of a reform strategy in the Netherlands. *International Social Security Review*. Vol. 55, 39-55.

Van Oorschot, W. (2001). International comparison of disability definitions: The Netherlands. Version 3. Tilburg, The Netherlands: Department of Sociology, Tilburg University.

Van Wirdum, R. (2000). Netherlands, the context of change: Social security reform in the Netherlands. *International Social Security Review*. Vol. 51, 93-103.

Veerman, T. (2004). *Learning from Others Questionnaire -- Netherlands*. [Survey completed by author and AStri, Netherlands]. New Brunswick, NJ: Program for Disability Research, Rutgers.

第9章 ノルウェーの一時的・部分的障害年金プログラム

デイビッド・ディーン、トーン・メルク

ノルウェーの主要な障害年金プログラムは、国民保険法第12章の下、国民保険制度により運営されている。この法律は1936年にはじめて施行され、1966年の大改正により、障害年金がこの法に組み込まれた。1997年と2001年にも改正が行われ、この国民保険制度の給付は、公共部門の被用者をカバーしている他の2つの大きな障害年金制度と統合された。それは、1) ノルウェー公共サービス年金制度(国家公務員)と2) KLP 保険(地方公務員)である。それに加え、船員、漁民、林業労働者のための特別な制度がある。

ノルウェーの社会保険制度は、雇用主と被用者に課される賃金税から資金を供給されており、足りない部分は政府が一般歳入から資金を提供している。雇用主の保険料は、給料支払簿の14%に決められている。労働者の保険料は、所得の7.8%(年齢16歳以下または70歳以上は所得の3%に減額される)である。自営業の個人のための税率は、所得の10.7%で、基礎額の12倍(2003年は6,339ドル)を上限とする。被用者あるいは自営業者からの保険料は、年金所得に基づいて計算される。この年金所得というのは、年の所得のうち22,200NOK(ノルウェークローネ≒2,475ドル)を上回る部分(疾病給付、出産給付、失業給付を含む総賃金)をさす。しかし、保険料は年間の所得のうち22,200NOKを超過した部分の25%を上回らない。保険料の上限はない。これらの保険料は一緒にされて、老齢、障害、疾病、出産、労災、失業などのプログラムのネットワークに資金を提供する。(Gruber & Wise, 2002)

障害給付に関する国民保険プログラムは、社会省内にある国民保険局(NIA)によって管理される。郡と市町村に国の国民保険事務所がある。NIAは、国民保険制度の大部分の給付を管理しており、それには老齢年金、障害給付、疾病給付、医学リハビリテーション給付と健康保険などが含まれる。国民保険制度における職業リハビリテーション給付と失業給付は、労働省の労働局によって管理されている。

障害年金は、老齢年金のためにつくられたガイドラインによって計算される。それは基礎額と、補助年金または特別補助金、あるいは、その両方を加えたものから成る。補助年金は、17歳以降に積み上げられた勤労所得と年金得点に基づいて計算される。年金の所得比例部分は、基礎額以上を稼いでいる、1897年以降に生まれた全ての被用者あるいは自営業者をカバーする。

基礎額と特別補助金により最小限の年金が構成される。それは居住期間に基づいて計算され、それまでの勤労所得とは独立している。それに加えて、18歳未満の扶養されている子供、あるいは扶養されている配偶者のための収入調査に基づく補助金がある。この基礎額(毎年5月1日議会により増される)は、物価と賃金のインフレーションの組合せによりスライドされる。

2003年5月1日現在の基礎額は6,339ドル(56,861NOK)であった。完全な年金資格のある個人に提供される年金の最低額(すなわち基礎額と特別補助金)は11,367ドル(101,964NOK)であった。独身の年金受給者に対する年金の最高額は(基礎額と補助年金の最高額から成る)、年額24,975ドル(224,028NOK)である。子供ひとりあたりの満額の補助金は、基礎額の40%、または年額2,535ドル(22,740NOK)である。配偶者/同居者/パートナーのための満額の補助金は、基礎額の50%または年額3,169ドル(28,428NOK)である。

16歳から66歳の人、障害年金の受給資格がある。NIAは1967年に発足し、それ以来、障害年金受給者数は、1967年の98,645人から2000年の終わりの279,573人(183%の増加)へと2倍以上に増えた。18歳から66歳の人口の約9.9%(女性の11.5%、男性の

8.3%)が現在障害年金を受けている (Dahl & Hansen, 2003)。

2002 年には合計で 39,516 人が障害年金プログラムに申請をした。そのおよそ 3 分の 2 の人は (26,798 人または 67.8%) 障害給付を与えられ、さらにその 3 分の 2 (17,973 人または 67.1%) が全額障害給付であった。また、同じ期間に 19,945 人が障害年金を打ち切られた。これらのうちの 14,653 人は老齢年金プログラムへの移行であり、3,778 人は死亡のためであった。障害年金プログラムに関するこれらの出入りを合わせると、2002 年の終わりに支払いを受けている人の数は 292,224 人であった。この合計の約 5 分の 4 は (231,179 人または 79.1%) 全額障害年金給付を受けていた。

ノルウェーの障害年金の受給資格は、16 歳から 66 歳までで、障害が発生する前の 3 年間保険に加入していることである。難民、26 才前に障害を受けた若者、16 歳以後 5 年未満しか保険に加入していない人には例外が認められる。全額給付の最低額は、基礎額 (5,726 ドル) と完全障害者と認定された人への特別補助金を足した額の 100% である。これは、40 年の居住期間があれば、資格が得られる。この居住期間には、67 歳までの将来の年数も含められる。所得に基づく補助年金の場合、必要条件是、将来の年金得点を含め、基礎額以上の所得が 3 年以上あることである。さらに、16 歳から 66 歳までの人は、障害年金の受給資格を得るためには、稼働能力が永続的に 50% 以上損失していなければならない (すなわち、部分的年金を得るためには少なくとも 50% の障害でなければならない)。自宅で働いている人 (すなわち主婦) もまた、家事労働能力の損失を補償するという意味から障害年金の受給資格がある。

障害年金は死ぬまで給付される。そのため個人の労働能力の大きな変化がなければ、通常再検査は行われない。通常、障害年金は、老齢年金の受給開始年齢 (67 歳) まで与えられる。一般的には、ノルウェーに居住する者は全員、制度の対象である。さらに、たとえ居住者でなくとも、ノルウェーで働いている被用者も対象になる。言い換えると、市民権は、求められてもいない条件にもなっていない。しかし、障害になるまでの 3 年の保険加入という資格要件は、ノルウェーと他の国の間の社会保障に関する協定によってくつがえされるかもしれない。同じ心配は、海外での支払いに関する規則にもあてはまる。ちなみに、ノルウェーは USA と相互協定を結んでいる。

期限付き障害給付

最近の法律の改正で、国民保険法第 12 章は、また、新しい期限付き障害給付を義務化し、2004 年の初めに施行された。従来の障害年金の受給資格基準と、第 12 章のもとの新しい期限付き障害給付の受給資格基準は同じである。現在、両方の給付とも永続する障害が必要条件となっていることから、申請者はどちらとも特定しないまま申請する。障害給付のタイプを最終的に決定するのは国民保険事務所である。将来労働能力が向上する可能性が少しでもあれば、期限付き障害給付が与えられる。もしそうでなければ、障害年金が与えられる。

この新しい給付は、1 年から 4 年まで与えられ、リハビリテーション給付に類似したやり方で毎日の現金給付額が計算される (下節参照)。支払われる給付額は障害が起こる前の勤労所得の 3 分の 2 である。この期間は、障害が起こる前の年に得られた所得か、最後の 3 年間の所得の平均のどちらか大きいほうから成る。2004 年の最少限の給付の年額は、基礎額 $\times$ 1.8、つまり 11,433 ドル (102,550 NOK) に決まった。最大の給付年額はその人の所得の 3 分の 2 の率で計算され、基礎額 $\times$ 6、2004 年の場合は 25,103 ドル (225,170 NOK) を最大限度とする。18 歳以下の子供のための補助は、毎年 492 ドル (4,420 NOK) である。この補助は資力審査がない。

障害年金または期限付き障害給付のための資格認定プロセス

障害状態の評価は、申請者のかかりつけ医による診断書に基づいて行われる。この診断書の提出は義務であり、そこには、どのような職業訓練を受けたかなどの申し立てなどの情報も含まれる。一定のケースでは、専門家による証明書が求められる。医学的に疑問な点があれば、社会保障申請官は、国民保険に雇用されている医師にアドバイスを求めることができる。通常これらの医師は、評価を出すときに請求者には会わない。

以前の申請手続きでは、請求者は初めに地域社会保障事務所へ行った。それから申請は地区社会保障事務所に送られ、そこで、大部分のケースが決定された。不服申し立ては、すべて、地域保険事務所からはじまり、最後は国民保険制度法廷に送られる。この法廷は、社会保障法とそのプログラムの全てに關しての正式に結論を出す独立した機関である

2004年1月1日に始まった新しい制度の下では、期限付き障害給付についての決定は地域社会保障事務所のレベルに分権化された。しかし、申請者が住んでいる市の地域社会保障事務所が郡事務所から認可されていない場合、決定は認可された別の地域社会保障事務所によってなされる。以前と同じく、障害年金/期限付き障害給付の請求は、申請者が住んでいる市の地域社会保障事務所に行われる。現在、申請時には、障害年金か期限付き障害給付かに対する申請かは特定されておらず、国民保険制度事務所がそれを決定する。しかし、認可された地域事務所は、期限付き障害給付の決定をすることができ、障害年金を拒否することもできる。このように、障害年金を与えることを除いて、全ての決定は、地域社会保障事務所レベルでなされることになっている。地区社会保険事務所は疾病とリハビリテーションの給付も決定する。それは通常、障害年金/障害給付の請求の前に与えられる。請求から障害年金の最終的な決定までの時間の長さは普通8ヵ月以内で、延長されても1年が上限である。

職業能力を査定するとき、保険事務所は請求者が遂行できると認められた全ての仕事を考慮に入れることになっている。すなわち、受給資格の基準は、(年齢、学歴、労働経験をもとに)その人にふさわしい仕事を遂行することができるかどうかという限定的な定義ではなく、「なんらかの仕事」をすることができる能力があるかどうかに基づいている。機能低下に関するテストは、地域の公的医療担当者や技術的援助センターのスタッフによって行われる。障害年金または障害給付が与えられる前に、職業リハビリテーションが試みられなければならない。

過去には、この「なんらかの仕事」が、厳格に定義されなかった。年齢の高い申請者、地元との関係の深い人、地域の労働市場の状態の悪化による構造的な失業状態の人は、障害年金を受けやすかった (Dahl & Hansen, 2003)。

部分的障害給付

ノルウェーの社会保険制度には、部分的障害年金もある。その年金は、稼得能力の損失に比例して減額される。最少額の障害年金は、その人が受給できる老齢給付の50%である。障害年金や期限付き障害給付の受給資格はどちらも少なくとも50%の障害(すなわち50パーセントの永続する疾病に起因する永続する障害による稼得能力の損失)を必要とする。障害年金も期限付き障害給付も50から100%までの範囲で5パーセントきざみで支払われる。被用者と自営業者が対象である。主婦または主夫は、障害年金の資格を得るために、家庭内の労働をする能力を評価されたり、潜在的な所得者としての能力を測定されるかもしれない。部分的障害年金が与えられたとしても、働いたり、他の給付(失業、病気、リハビリテーション)を受けるという組み合わせも可能である。

上で記したように、2002年の終わりに障害年金受給者のおよそ5分の1は部分的な給付を受けていた。これら部分的障害年金を受け取っている61,045人のうち、約30%が70%-99%の障害年金を受け取り、69%は50%-69%の障害年金を受け取り、1%は

15%-49% の障害年金を受け取っている。最後に示した率は、労働災害による人や、下記のように 2004 年の末まで続く実験的なプログラムの対象となった人に対するものである。新しい障害給付の流れにおいては、部分的障害年金の給付が増えている。実際、2002 年には全ての新しい年金支払いの約 3 分の 1 は部分的障害年金の支払いであった。これらの年金の支払いの 0.6% だけが、職業上の怪我による 30% から 49% の部分的障害評価によるものであった。新しい部分的年金の支払いの約 80% は、50% から 69% の間の障害評価によるものであった。残り 20% は、70%-99% の評価によるものであった。

所得と部分的障害年金給付あるいは全体的な障害年金給付の受領の関係

ノルウェーの社会保険制度には、障害年金 / 障害給付を与えられた後に、障害年金受給者が職業に就くことを奨励するいくつかの誘導策がある。

- ・ 年金受給後 1 年たてば、受給者は障害程度にかかわらず一定の限度の範囲内で労働市場における所得を増やすことができる。完全障害年金(すなわち 100%)を受けている人は、一年に基礎額(すなわち 6,339 ドル)まで稼ぐことができる。それ以上については障害程度が再評価される。
- ・ 部分的年金給付の場合、前提とされた稼得能力が所得に加えられる。2003 年以降に障害年金または障害給付が与えられた場合、障害給付と勤労所得の合計は障害を受けた前の所得を上回ることができない。
- ・ 年金 / 給付が 20% まで減額されるレベルまで、労働による所得を増やすことができる。
- ・ 全ての障害年金受給者は、年金資格を失うことなく、最高 3 年間、働いたり、有給の職業訓練プログラムを受けることができる。このような場合、障害年金給付は、その人の収入と相殺される。
- ・ 年金給付がゼロにまで年金受給者が勤労所得を増やすことができ、再請求しなくても元の金に戻れる 3 年間の権利凍結期間がある。これらの誘導策に加えて、ノルウェーの政策担当者は、労働への復帰を促進するための革新的な 2 つの実験的なプログラムを実施し、現在も実施されている。
- ・ 1 つのプログラムは、労働からの所得を増やそうとする障害年金受給者のために、障害程度に関して有利な判断ができる規則を作成するものである。実験は 2001 年 9 月から 2004 年の末まで続く。
- ・ もう一つのプログラムは、6 つの郡(19 の中の)を巻き込んで、新しい期限付き障害給付を実施するものである。この実験では、30%または 40% の(標準の 50% の障害ではなく)低い障害評価の人に対しても給付が行われる。この 3 年の誘導策は、2004 年 1 月から 2006 年 6 月の終わりまで実施される。

疾病保険

疾病給付は通常まだ雇用されている間に始まる。医療も、この期間に、国民健康保険プログラムによって提供される。ノルウェーの公的な疾病給付は気前がよい。病気 / 怪我をしたその日から最高 52 週間、それまでの所得の 100% が支払われる。それより期間が伸びた場合、その後は医学・職業のリハビリテーション給付、または、障害年金プログラムによってカバーされる(詳細は、下記参照)。全額給付を受けている人のための最大所得は、基礎額の 6 倍である($6 \times \$5,726 = \$34,356$ 、2002 年)。しかし、国家公務員と市町村の地方公務員、および大会社の被用者の多くは、賃金と規定の疾病給付の差額を雇用主が埋め合わせするという協定を結んでいる。これは、病気が長引いた場合は、高い賃金の労働者でも、完全な給料を受けとれることが保証されているということである。自営業者は、およそ 14 日の待機期間の後、査定さ

れた所得の65%を受給する。最大給付額は、おなじ程度である。全額給付の20%を最小限のレベルとして支払われる部分的な疾病給付もある。

所得が基礎額(すなわち2003年、6,339ドル)の50%を上回る被用者や自営業者を最低14日間カバーしているプログラムがある。プログラムは、次の組合せにより資金供給される。すなわち1)老齢年金、遺族年金、障害給付、疾病給付のための包括的な労働者保険料、2)給料の14.1%にあたる雇用主保険料、そして、3)不足を埋め合わせる政府の一般歳入である。それに加えて、病気または負傷の発生前の労働者の所得にかかわらず、雇用主は最初の16日間分の現金疾病給付の全費用を負担しなければならない。16日を上回る欠勤に対する支払いは、国民保険制度局(NIA)によって返還される。さらに、慢性疾患をもつ人と病気休暇を頻繁に繰り返す人のために通常雇用主が支払う疾病給付は、最初の16日を含むすべての疾病期間について、NIAがそれを支払う。

3日までの短期の病気は年に4回まで自己報告で認められる。3日を超える欠勤は、医師による証明が必要である。医師の見解はNIAに対する勧告とみなされ、NIAは疾病給付の受給資格を正式に決定をする。病気休暇がはじまって12週間続くと、NIAは受給資格継続を審査しなければならない。また、給付を与えるための医師の決定を審査することもある。さらに、12週間過ぎると、病気休暇を延長するためには、NIAはその人のリハビリテーション計画を詳しく作成しなければならない(Dahl & Hansen, 2003, p. 285)。

2003年のノルウェーの労働力人口は、239万人であった。この年、全体で675,651人に対する現金による疾病給付が提供された。2003年末の時点で136,044人、すなわち労働力の5.7%に給付が行われていた。この年には、576,726件の疾病保険が終了しており、これらの人のうちのおよそ500,000人は労働に復帰し、31,279件は医学的に改善が見られたケースであった。永続的な障害年金プログラムに移行されたケースは8,608件であった。

費用の増加に対する懸念と疾病給付の有効利用のために、過去10年間にコスト抑制方策が実施されてきた。改革の1つは疾病給付の基準を医学的な要因だけに制限するものであった。もう一つは、仕事場の調整、労働作業の変更、職業リハビリテーションなどの早期介入による職業復帰の試みを義務付けるというものである。NIAも、疾病給付の受給期間を減らして、元の雇用主による雇用を継続する実験的試みを行った。このベルゲン実験の概要は、Bratbergら(2002)により示されている。

1990年代の初め、ノルウェーでは、8週以上続く病気のおよそ45パーセントと、新規障害年金受給者の3分の1以上が、筋骨格系の痛みが原因であった。ベルゲン実験では、筋骨格系の痛みのために病気休暇を取った労働者は、理学療法を受けたが、そのほかに、認識を高めることによって健康問題に関する知識と病気に対処する能力と動機づけを高めるための治療を受けた。

参加者は、ベルゲンまたは5つの周囲の市に住んでいるおよそ285,000人の中から募集した。1993年11月から1995年3月への登録期間中に、基準に該当する人々は、地域の社会保険事務所からの手紙によって実験への参加をすすめられた。治療を受けると申し出た労働者は治療に携わっていない理学療法士によって最初に検査された。この検査は、機能に関する標準化されたテストと医学的/心理学的なアンケートのセットで構成されている。その後、参加者はランダムに処置グループと統制グループに割りふられた。処置グループに割りふられた人は週5日、毎日6時間のセッションで4週続くりハビリテーションを受けた。それに加えて、参加者は処置を受けたあと、3、6、10ヵ月後に、個別のアドバイスを受けた。統制グループの参加者は、彼らのかかりつけの医師によって普通の治療を受けた。12ヵ月後、処置グループと統制グループは、再検査を受けた。

職業リハビリテーションと医学リハビリテーション

ノルウェーの障害がある人々のためリハビリテーション施策は、複雑なサービス提供と、一時的な障害給付の役割を果たしている現金給付システムから成っている。国民保険制度における一般的な規則は、12 ヶ月以上病気休暇をとっている場合に、医学・職業リハビリテーション給付、または障害年金を申請できるということである。職業リハビリテーション給付は、疾病給付を得る資格はないが、1 年間失業している人にも与えられるが、この場合、障害給付の申請前に、医学・職業リハビリテーションに関して全ての可能性を試したことを文書で証明しなければならない。一定の人(例えば、終末期の病気の人、あるいは、重度の機能障害のある人)は、リハビリテーションプロセスを免除され、直接障害年金へ移る。

医学的・職業リハビリテーションに対する現金給付は、国民保険法のいろいろな条文で認められている。それらは、18 歳から 67 歳までの資格のある人に対して提供されるいろいろな所得維持現金給付である。これらの給付の目的は、職業上の可能性を改善するために、積極的にとりくんでいる人の所得を維持することである。受給資格基準は、障害年金と同一である。すなわち、病気、怪我、または、(先天的な)欠陥のために少なくとも 50 パーセント労働能力が減少していなければならない。医学リハビリテーション給付または職業リハビリテーション給付のどちらかを受給できる資格は、継続的な医学的症状が医師によって証明されていなければならない。健康上の問題が一定期間以上続いている場合は、障害年金を申請できる。

職業リハビリテーション現金給付は、職業リハビリテーション訓練を受けている被保険者に与えられる。また、リハビリテーション訓練が始まる前と医学的リハビリテーションが提供された後の期間にも与えられる。医学リハビリテーション現金給付または職業リハビリテーション現金給付の額は、期限付き障害給付のそれと一致しており、最高額と最低額が決められている。以前の勤労所得のおよそ 3 分の 2 が提供される。給付の最少額は、年間、基礎額の 1.8 倍すなわち 11,484 ドルである。最高額は、以前の所得の 3 分の 2 で、年額で、基礎額×6 倍すなわち 25,215 ドルを上限とする。疾病給付の支払い期間が終わった後も治療が続いており、労働能力が 20% 以上減少している場合は、部分的なリハビリテーション給付が与えられる。これらの現金給付は、一般に、連続 52 週間のみ与えられる。

国民社会保険制度が 1966 年に導入された時から、職業リハビリテーション関連部門は急速に成長した。1993 年に実施された、ノルウェーの職業リハビリテーションプログラムに関する研究によれば、トレーニングに毎日参加する人は合計で 35,000 人であった (Aakvik et al., 2002)。この登録者数は、労働力のおよそ 1.5% に達し、ノルウェーの GDP の 0.64% が、毎年これらのプログラムのために使われる。ノルウェーでの伝統的なやり方では、疾病給付と障害年金給付の間に VR 施策を導入することになっていた。1994 年の、国民保険法の改正により、雇用サービス局に VR 訓練施策に対する全体的な責任が与えられた。そして、医学のリハビリテーション(以前は制限がなかった)の制限時間は、1 年になった。

現在の傾向は、ますます早期介入(例えば、病気休暇の間に職業リハビリテーションを目指す訓練をするなど)を重視しつつある。2002 年終わりで、52,778 人、すなわち労働力の 2.2% が、実際にリハビリテーション給付を受けていた。この年に、約 44,275 人が、リハビリテーション給付の名簿から外れたが、そのおよそ 4 分の 1 は、永続的な障害給付に移り、別の 20% は、労働力として再統合された。そして、57% は、老齢年金への移行または死亡に分類される。

国民保険制度により、被保険者期間におけるリハビリテーションに関連する費用をカバーする別のプログラムも提供されている。職業サービス局(労働省の下に位置する)がこの VR(職業リハビリテーション)支援プログラムを管理しており、誰に対してリハビリテーション費用の支援をするかを決定する。職業リハビリテーション支援と VR 現金給付を同時に受給

することもできる。しかし、後者の受給資格基準はより厳しい。職業リハビリテーション支援プログラムの下で、16 歳から 67 歳の受給資格のある人は、VR トレーニングの費用を返還される。職業訓練や職業教育を受けている人には交通費や引越し代も含めて支援される。

医師は、請求者が医学的状态にあり、この状態が労働能力の永続的な低下につながっていることを証明しなければならない。しかし、職業リハビリテーションが考慮される前に他の給付（例えば疾病給付または医学的リハビリテーション給付）が支払われていることが多いので、ほとんどの場合すでに国民保険事務所に病歴の記録がある。このつながりがあるため、地域の国民保険事務所が職業サービス局に請求者を紹介する。そこでは、申請者の職業能力と労働市場における見通しを査定する。申請者がこれまでの職業に戻ることができるか、新しい仕事を捜すことができるかどうかに関係なく、VR 給付受給決定はなされなければならない。この時点で有給の仕事に戻る人もいるし、障害年金を求める人もいる。障害年金も認められず、自分の仕事も得られない人については通常地元の雇用事務所に紹介され、何らかの職業訓練に参加することになる。

Aakvik ほか (2002) は、女性の職業復帰に及ぼす VR 訓練制度の効果を評価した。そのような訓練の典型的な期間は、およそ 6 ヶ月であると報告された。プログラム参加者の就職率は非参加者より 4.6% 高いことがわかった。申請者の観察可能な特徴を制御すると、平均の処置効果が 4.1% に落ちた。また、申込者の観察できない特徴を制御すると、平均の処置効果は -1.4%、処置内容に対する処置効果は -11% に落ちる。また、トレーニングの効果には相当な個人差があることもわかった。

参考文献

- Aakvik, A. (2001). Bounding a matching estimator: the case of a Norwegian training program. *Oxford bulletin of economics and statistics*, 63(1), 115-142.
- Aakvik, A., Heckman, J., & Vytlačil, E. (2000). Treatment effects for discrete outcomes when responses to treatment vary among observationally identical persons: An application to Norwegian vocational rehabilitation programs. Technical Paper Working Paper 262. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.,
- Bratberg, E., Grasdahl, A., & Risa, A. (2002). Evaluating social policy by experimental and non-experimental methods. *Scandinavian Journal of Economics*, 104(1), 147-171.
- Dahl, S. & Hansen, H. (2003). Disability pensions and social security in Norway. In Prinz, C. (Ed.), *European Disability Pension Policies ? 11 Country Trends 1970-2002*. Hampshire, England: Ashgate.
- Hvinden, B. & Hedlund, M. (Undated). Norway: National Progress Report.
- Mørk, T. (2004) Learning from others: Norway. Survey Questionnaire Responses. New Brunswick, NJ: Program for Disability Research, Rutgers University.
- Social Security Administration (SSA). (2002). Norway. In SSA, *Social security programs around the world: Europe, 2002*. Washington, DC: Author.

第10章 南アフリカ共和国

スコット・シメンドラ、レスリー・シュオーツ

南アフリカはこの研究の国家の中では、ユニークな国家である。共和制国家であり、多数決原理、普通選挙、公的生活の全ての領域における人権と平等の保証などが実現しているが、それは1996年以降のことにすぎない。1996年の南アフリカ憲法は、1993年に作られた暫定憲法が置き換えられたものである。1993年は、南アフリカ連合政府のアパルトヘイト政策が、何年もの内乱と国際的経済制裁の後に撤廃された年である。当時、南アフリカは非常に若い国家であり、はじめて、人種や生まれに関わりなく全ての市民に広範な社会サービスを提供しなければならなくなった。

政府

南アフリカ共和国は、アフリカの南端に位置する人口4200万人を上回る国であり、共和制政府をもつ。南アフリカは1996年に定められた憲法によって治められている。この憲法は、1993年の暫定憲法に取って代わったものである。1993年以前は、南アフリカ連合は、1983年にできた三院政の憲法により治められていた。1993年まで、南アフリカは人種差別と隔離の伝統に基づくアパルトヘイト制度により治められていた。小数の支配層によって、大部分のアフリカ人はわずかな権利しか与えられず、国の領域から強制的に追いやられ、選挙をすることや自分たちの政府をもつことができなかった。

南アフリカの執行権は元首と政府の代表の両方を兼ねる大統領に与えられている。大統領は全国議会によって5年ごとに選出される。現在の大統領ターボ・ムベキは、1999年にネルソン・マンデラから代わる際に賛成多数で選出された南アフリカ共和国の2番目の大統領である。ムベキはアフリカ民族会議とインカタ自由党政党により作られた与党連合の議長をしている。大統領は全ての閣僚を選ぶ。

二院制の立法部門は全国議会と地方議会で構成されている。全国議会は比例代表制によって選出された400人のメンバーから成る。地方議会には、それぞれの9つの州から10人ずつ選ばれた、90人のメンバーがいる。そのメンバーは、それぞれの地方の議会によって選出される。全ての議員の任期は5年間である。アフリカ民族会議は国民議会の議席の66.4%と地方議会の議席の67.8%を占めている。

南アフリカの司法制度は、ローマンドッチ法とイギリスのコモンローの組み合わせを基本としており、4つのレベルの国の法廷を持っている。

南アフリカの地方自治体は9つの州からなっており、それぞれそれぞれ立法府を置いている。州は多くの地方政策に関して専属管轄権を持っている。また、各州には、州議会によって選出される首相によって率えられる執行委員会がある。

州の下には、規模と責任の大きさにより3つのタイプの自治体がある。首都の自治体は最も大きく6つある。少し小さい地方自治体は231、最も小さい地区の自治体が41ある。

福祉

南アフリカには、大きな福祉国家も、特に発展した福祉国家もない。南アフリカには、国の保健制度もないが、薬価に関する幾つかの規則は持っている。また、南アフリカは以下の一般的な福祉給付を提供している。

- ・老齢交付金

65歳以上の男性と60歳以上の女性のための資力審査付き交付金

- ・退役軍人交付金
第一次世界大戦、第二次世界大戦、朝鮮戦争、アングロ・ボーア戦争、1906 年のズールー暴動に服役していた 65 歳以上の男性のための資力審査付き交付金
- ・里子交付金
里親のための資力審査付き交付金
- ・児童支援交付金
9 歳未満の子供の両親のための資力審査付き交付金
- ・貧困のための生活保護
障害のために 6 カ月未満働くことができない者、永続的な交付金を待っている者、または最近家族が亡くなったことや天災のために影響を受けた者に対する、資力審査付きの交付金と交通費扶助。

HIV とエイズ

南アフリカは、他の先進国よりも HIV ウイルスとエイズの広がりの影響を大きく受けた。成人人口の 20% 以上が HIV ウイルスに感染しているか、またはエイズに苦しんでいると推計されており、500 万人が HIV かエイズに感染していると言われている。2001 年には、南アフリカで約 36 万人がエイズで死亡した。この数は、世界一である。毎日、南アフリカのおよそ 1,600 人が HIV ウイルスに感染している。

子供はこの流行病に特に大きな影響を受けた。エイズにより、南アフリカには、現在 42 万人以上の孤児がいる。来年までには、エイズによって母親を失った南アフリカの子供は 100 万人を超えると見積もられている。

HIV とエイズは、南アフリカの政府と社会サービスシステムに影響し続けるだろう。働くことのできないエイズ患者が永続的な障害交付金の件数を増加させるだろう。そして、エイズの治療薬とケアに対する要望は、公的医療の優先的課題となるだろう。南アフリカが、市民社会と万人の自由を目指したはじめての 10 年間を終えるに当たり、社会福祉制度はこの流行病によって引き起こされた難局に直面しなければならないだろう。

南アフリカの公的な障害

【永続的な障害交付金】 南アフリカにおける基本的な長期障害に対する所得制度は、永続的な障害交付金である。この永続的なプログラムは、1992 年の社会扶助法の条文によって確立し、仕事による自活する手段をもたない障害のある人々を補助するために主に計画された。このプログラムには、資力審査があり、退職年金制度に移行するまで継続することを意図している。このプログラムは、国の税金により資金が供給され、社会開発局（社会開発省の下に国の官庁）によって管理される。2003 年に、永続的な障害交付金を受け取っている人は 88 万 8982 人であった。

永続的な障害交付金の受給資格を得るためには、申請者は、社会保険法の定める障害の定義を満たさなければならない。この法律は障害者を次のように定義する。「規定の年齢に達しており、身体的または精神的障害により、あらゆるサービスを利用しても、生計を立てるのに必要な手段としての雇用や職業を得ることが不適當である」。

永続的なプログラムの受給資格を得るために、申請者は、6 つの評価基準を満たさなければならない。さらに、不適格となる 7 つのカテゴリーの一つに該当してもいけない。

具体的には、申請者の要件は次のとおりである。

1. 南アフリカの国民である
2. 南アフリカの居住者である

3. 18 歳以上である
4. 障害のために働くことができない
5. 政府のその他の交付金を受けていない
6. 障害を示す有効な医学レポートがある

社会開発省によって雇われた医師または評価委員会が、申請者の医学的レポートを提供する。このレポートは 3 カ月間のみ有効である。レポートを準備する医師または委員会は、申請者を調べ、障害状態にあるかどうか、その状態が永続的か一時的であるかを決定する。さらに、医師は、その状態がリハビリテーションによって改善されうるかを評価する。また、医師や評価委員会は、レポートを作成を補うために、申請者に対して追加の医学的記録を要求できる。

この医学的記録は、社会開発省の下にある、国の政府機関である社会開発局に転送される。社会開発局は、申請者に関する決定をするためにこの医学的記録を使用する。

6 つの一定の資格を満たすことに加えて、永続的障害交付金の申請者は、不適格となる 7 つのカテゴリーの 1 つにでも該当してはいけない。それらは以下の通りである。

1. 精神病院に入院している。
2. 医療を受けることを拒否した。
3. 申請に際して誤った情報や紛らわしい情報を提供している。
4. 国の施設で生活している。
5. 薬物依存のために治療を受けている。
6. 獄中にいる。
7. 治療センターによるケアを受けている。

社会開発局の決定は、すべての書類が送られてきてから 2 日間以上かかってはならない。永続的障害交付金プログラムには正式な上告手続きはない。上告は、公式には、地域で選出された官僚である首長により取扱われる。社会開発局は、自身に対して行われた上告について、首長から話を聞く。多くの場合、社会開発局に対する訴訟は、個人的な訴訟として南アフリカの法廷制度に持ち込まれる。

永続的障害交付金プログラムは、資力審査があり、申請者が受給資格を得るためには、資産が一定額以下でなければならない。資力審査は、全額交付金に対して行われ、現在、1 カ月あたりの 700ZAR(注 30) に設定されている。全額交付金の額は、生活費とインフレーションを考慮して毎年調整される。独身者の最大許容資産は次のように計算される。

$$700 \text{ ZAR} \times 12 \times 30 = 252,000 \text{ ZAR}$$

このように、独身者の場合 25 万 2000ZAR を超える資産を持つことができない。資産審査は申請者の主な住居の価値を含んでいない。既婚者にとって、資産調査は、同様に次のように計算される。

$$700 \text{ ZAR} \times 12 \times 60 = 504,000 \text{ ZAR}$$

独身の申請者と同様に、既婚の申請者の主な住居の価値は、この最大資産には計算されない。申請者は、財産目録などの資産の証明と、結婚の証明、失業の証明を提出しなければならない。永続的障害交付プログラムにおける受給者は毎月 700ZAR の交付金を受ける。このプログラムには、部分的給付はなく、被扶養者給付もない。

申請者は、死亡するまで永続的障害交付金を受け続けるか、国の施設に入所が認められるか、退職制度へ移行することが認められるか、再び働き始めるかの道がある。それぞれの人の家計の状況と仕事の状態は、5 年毎に社会開発局によって見直されることになっている。し

(注 30) 2004 年 6 月 30 日現在、6.228 South African Rand (ZAR) = 1 United States Dollar (USD)。

かしながら、これについては、政府の財源の不足のために行われないことが多い。

一時的障害交付金

一時的障害交付金は社会開発局によって管理されており、永続的なプログラムとおなじように公的資金によって運営されている。一時的プログラムは、障害のために 6 カ月以上 1 年以下働くことができない人のためだけに用意されている。2003 年に、一時的障害交付金を受け取っている人は 36 万 8179 人であった。

このプログラムの受給資格は、永続的なプログラムのものと同様である。申請者は 6 つの資格要件を満たさなければならないし、7 つの不適合要件のいずれにも該当してはならない。申請者は、社会開発局に報告する目的のために、社会開発省によって雇われた医師や委員会によって調査を受ける。

永続的なプログラムと同じように一時的プログラムにも資力審査がある。独身の申請者は、主な住居を除いて、25 万 2000ZAR 以上の資産を持つことができない。また、既婚の申請者は、主な住居を除き、50 万 4000ZAR に資産が制限される。

一時的障害交付金プログラムの受給者は毎月 700ZAR の給付を受ける。この給付は、死亡したとき、職業復帰したとき、または、南アフリカ社会開発省が設定した障害期間が終了したとき給付が停止される。永続的なプログラムと同様に、一時的プログラムには、部分的給付も被扶養者のための給付もない。

一時的プログラムのための申請手続きは、永続的なプログラムと同じであり、同じ証拠書類を必要とする。社会開発局の方針として、すべての書類を受け取ってから最終決定までの期間は、2 日を越えてはいけない。一時的プログラムに対する正式な上告制度はない。社会開発局は、いくつかの訴えを取り扱うが、それ以外は、地方の理事会のメンバーが訴えを聞く。多くのケースは南アフリカの裁判制度により決着される。

【リハビリテーションと職業復帰への努力】 一時的交付金と永続的な障害交付金に関連した正式のリハビリテーションプログラムも職業復帰プログラムもない。もし、雇用されている間に障害を受けたり働けなくなった場合は、その人が仕事に戻るために必要なサービスを雇用主が提供することを期待されている。多くの雇用主にとって、ベテランの被用者を失いたくないため、職場に戻すことは、金銭的な動機となる。しかし、一方で他の雇用主は、職業復帰させるためのサービスを提供することは、金銭的な負担であると考え、それらを提供しない。障害者が、容易に取替え可能な未熟な労働者であるときは、特にそうである。

障害のある人に対する他の公的支援

障害のある人々に対する第一の公的支援は、個人的支援や個人的ケアを必要とする人々のための交付金である。これらの人々は、これらのサービスに支払うために 1 カ月あたり 150ZAR の交付金が与えられる。この交付金は、障害交付金の 1 つを受給しており、個人的ケアか個人的支援を必要としている人が利用できる。

また、障害のある 18 歳未満の児童がいる家族のために、被扶養者ケア交付金 (Care Dependency Grant) と呼ばれる公的支援がある。被扶養者ケア交付金は、障害のために個人的支援か個人的ケアを必要としている 18 歳未満の児童を持つすべての親と里親が利用できる。このプログラムは資力審査があり、両親は 1 年あたり 4 万 8000ZAR 以上の所得があってはならない。ただし、里親には資力審査はない。治療センターや精神病院に入院している児童の両親には、受給資格はない。また、社会福祉局からすでに児童支援交付金を受けている両親にも資格がない。被扶養者ケア交付金プログラムは、社会福祉局によって運営され、一時的交付金や永続的な障害交付金と同様の申請、査定、決定手続きになっている。

第11章 スウェーデンの公的障害給付

スコット・チメンデラ、ハイニ・メラー

スウェーデンの障害者に対する公的資金提供システムは複雑で、永続的給付や一時的給付もあるし、部分的給付もある。スウェーデンは、全体として福祉国家の伝統が強く、機能障害により働くことができない人々のための大きなセーフティーネットが構築されている。スウェーデンの制度は、現在、大きな改革の只中にある。

スウェーデンの障害者制度には、資力審査にもとづく長期的プログラムと保険による長期的プログラムの両方がある。これらのプログラムは、障害のために働けない人々のための部分的給付を提供している。加えて、スウェーデンの制度には、労働者が利用できる短期の疾病給付がある。スウェーデンの制度の1つのユニークな特徴は、30歳以上と30歳未満で取り扱いが異なるということである。これは、最近の制度改革によるものである。若者の受給者は、3年以内に限定される一時的な活動補償プログラムの対象である。障害のある高齢者は、障害のある間、疾病補償を受ける。

福祉国家スウェーデン 政府

スウェーデン王国は、首都をストックホルムにおく立憲君主国家である。1973年以後、王国の中心は、カール・グスタフ16世と彼の娘で法定相続人であるビクトリア王女である。1810年以降、下院 (Bernadotte) がスウェーデンにおける名義上の権力を持っている。君主の義務は形式的で、議会を開会すること、政府の変化を監督すること、全ての軍隊の最高の指揮官であること、外国からの客を迎えることに限られている。

スウェーデン国会 (Riksdag) は一院制で、349議席ある。比例代表制で議員は4年ごとに一般投票で選ばれる。首相は、スウェーデン国会の議員によって選ばれ、内閣のメンバーを指名する。現在、社会民主党 (Social Democrats) は、スウェーデン国会の議席の39.8%を確保しており、他に6つ政党がある。現在の首相はゴラン・ペルソン (社会民主党) である。彼は、2002年9月に131票を獲得して選ばれた。

スウェーデンの国家の司法システムには、2つの部門がある。1つは、市民問題と犯罪問題を取り扱っている。もう一つは、行政の問題を取り扱っている。障害認定の不服申し立てはこれに含まれる。一般法廷には、76の地方裁判所、6つの高等裁判所と最高裁判所 (Högsta Domstolen) がある。最高裁判所は、スウェーデンの頂点にある裁判所で、16人以上の裁判官がおり、彼らは首相によって指名される。その判決は、スウェーデン国会によっても覆すことはできない。

スウェーデンは、国連と欧州連合のメンバーである。2003年に、スウェーデンの有権者は、正規通貨をユーロとすることを拒絶した。スウェーデンは、他の先進西欧諸国と同等の経済発展と医療ケアシステムおよび生活水準を維持している。

連邦主義

スウェーデンの地方政府は、大きく21の郡に分かれている。各郡に、行政機関があり、知事がいる。知事は、中央政府により指名され、地方における国の代理をつとめている。一方で、中央政府から独立している部分もある。彼らは地方選挙で選ばれるのではなく、最終的には中央政府に対して責任をもっている。21の郡では、郡議会を選ぶ。それは、コミューン (kommuns) と呼ばれており、郡が管轄する制度を管理する責任をもっている。

郡は、スウェーデンの公的医療制度を運営・管理する責任があり、すべての公立病院を運営している。それに加えて、郡は、農業、商業および輸送産業を支援する制度も管理している。

スウェーデンには、289 の市があり、それぞれが首長を選ぶ。これらの市は、中央政府や郡から独立しており、主にスウェーデンの公的教育制度に責任をもっている。それに加えて、市は、子供と高齢者のケア、基本的な社会サービスと福祉給付の給付、住宅、緊急サービス、文化と産業の支援について責任をもっている。

スウェーデンの社会保険

スウェーデンの障害者制度を管理する第一の責任は、地方社会保険事務所が負っている。政策的な指示は、国の社会保険局 (National Social Insurance Board) が行う。

国の社会保険局は、社会保健省 (Ministry of Health and Social Affairs) に属しており、スウェーデンのすべての社会保険プログラムを監督する責任を負っている。それに加えて、社会保険局は、社会保険プログラムに関する全てのデータと統計を保存することと、これらの制度の評価を支援する責任がある。

各郡に、全ての制度の日常的な管理と運営に責任をもつ社会保険事務所と社会保険委員会がある。これらの地方社会保険事務所長は、中央政府によって選ばれる。しかし、その事務所は、中央からは独立性を保っている。ただし、事務所の費用や給付は中央政府の資金によっている。各地方社会保険委員会は、選挙により選ばれたメンバーから成り立っている。地方社会保険事務所の多くは、さらに郡内の地域事務所を管理する。

スウェーデン福祉国家

スウェーデンは、大きな進歩的福祉国家であり、市民と居住者にさまざまな給付を提供している。これらの福祉制度には、この章で述べる障害プログラムと医療プログラム以外にも、包括的医療、育児給付、失業給付、退職給付などが含まれる。

医療

スウェーデンの全ての居住者は、家庭医と公立病院による医療処置に関する補助をうけられる。20 歳未満の人々に対する医療は、完全に無料である。郡が、医療補助を管理しており、各郡が、外来医療に対する自己負担額を独自に設定する。これらの額は、プライマリーケアサービスに対しては、100 から 150 スウェーデンクローネ (SEK(注 31)) の範囲に設定されており、専門的サービスは、180 から 300SEK の範囲となっている。スウェーデンでは、郡により運営される病院を含むすべての公立病院と地域の先進大病院では、入院については一日あたり 80SEK の負担がある。作業療法士、在宅ケア看護婦等のその他の医療専門家によるサービスは、1 訪問につき、50 から 100SEK で、これも郡により決められる。患者の過大な自己負担を防止するために、12 ヶ月間の医療費は、900SEK が上限となっている。患者が 900SEK を支払ったとすれば、初診の日から 12 ヶ月間は、医療費が無料になる。

処方薬は、900 箇所の薬局で販売される。これらの薬局はすべて全国スウェーデン薬局協会 (National Corporation of Swedixh Pharmacies) が運営している。この組織は、スウェーデンで薬を販売する独占的な権利を持つ公的な団体である。これらの薬局が、全ての処方薬を患者と病院に販売する。国の医薬品生産局 (Pharmaceutical Products Board) と医療用具機関 (Medical Products Agency) は、一般に使用する全ての薬を承認するとともに、製造業者と価格交渉をする。

薬剤助成金は、郡により給付される。ほとんどの場合、患者は、12 ヶ月間に最高 900SEK

(注 31) 2004 年 6 月 30 日現在、7.525 スウェーデンクローナ (SEK)=、1 米国ドル (USD)。

までは、全ての薬を小売価格で自ら購入する。この額に達したときは、患者は、12 ヶ月間に 1,800SEK を払うまでは、助成金を支給される。この額に達したときは、それ以上に薬が必要なときは、無料で患者に提供される。

19 歳以下の全ての児童の歯科治療は無料である。大人は、社会保障制度による助成を受けられるものの歯科治療に対しては治療費を支払わなければならない。歯科医は、郡のクリニックで働くこともできるし個人で開業することもできる。その場合は、料金は自由に設定できる。患者は、2 年間固定価格で基本サービスを受ける合意に署名することもできる。65 歳以上の人々の全損的な歯科治療の費用を援助する特別なプログラムもある。

児童ケア

スウェーデンの全ての家族は、学齢および学齢未満の児童のための助成金を受けられる。児童ケアは、市当局の管轄で、個人の家庭や余暇センターでサービスが提供される。地方政府は、児童ケアに関する料金やどの程度助成するかを自由に設定することができる。市当局は、児童ケアについての国の上限を守るように求められており、それをすれば、それにより失う経費に対して中央政府からお金を得られる。無料の公教育に加えて、スウェーデンの全ての児童は、4、5 歳時に就学前教育を無料で受けることができる。

失業給付

スウェーデンの失業にかかわる制度は、多くは任意の制度になっている。被用者は、国家労働市場局 (National Labour Market Board) が管理する民間の失業基金に加入し会費を支払うという選択ができる。これらの基金の多くは労働組合によって運営されている。労働組合員は彼らの住む地域の基金に加わることを求められる。現在、スウェーデンの労働者の 90% が会費を支払っており、失業基金の会員となっている。

基金に属している人々が仕事を失った時は、以前の収入に基づく最高額の給付を受給できる。失業の最初の 100 日間は、730SEK であり、次の 200 日間は最高 680SEK まで受給できる。300 日を過ぎると、給付は打ち切られる。そのため、その時点で失業している人は、延長を申し込まなければならない。

任意の失業プログラムに加入しないことを選択した人は、失業期間中、一日最高 320SEK が支払われる公的なプログラムによりカバーされる。政府は、民間基金と公的基金の両制度に資金を提供しているが、民間基金の場合は、会費収入が追加される。

退職年金

1999 年に国の年金制度の重要な変革があった。その結果、今日では、スウェーデン人は、すべて 65 歳の定年になれば年金を保証される。被用者は、国の年金制度に保険料を払い、所得にもとづく年金を受ける資格がある。軍役期間や自宅で子供を世話していた期間は、この年金の加入期間に繰り入れられる。

職歴をもたない人や収入が低いために所得にもとづく年金の受給資格がない人は、最低生活を保証するための公的年金が受けられる。

全ての労働者は、公的年金を補うために、民間の貯蓄基金に会費を支払うことが求められる。また、スウェーデンの従来定年は 65 歳であるが、61 歳から退職を選択することができる。

スウェーデンの障害者制度

資力審査に基づくプログラム

【所得に基づく活動補償】 スウェーデンの障害者所得保障制度の給付の一つに、所得にもとづく活動補償給付 (Income Related Activity Compensation) がある。この制度の給付を受ける資格を得るためには、申請者は 19 歳から 29 歳でなければならない、所得基準に合致してなければならない。所得基準は、「価格基準額 (price base amount)」を含む複雑な計算式に基づいている。価格基準額は、1962 年国民保険法の規定に基づきスウェーデン政府によって額が決められる。この額は、所得に基づく多くの社会プログラムの基礎となる基準として用いられる。各年の価格基準額は、毎年 1 月 1 日に決められる。2004 年度の価格基準額は、39,300SEK であり、2003 年の 38,600SEK(注 32) から増額された。

この所得にもとづく活動補償を受ける資格を決定するためには、その人の過去 8 年間における所得の高いほうから 3 年間の平均所得か、過去 3 年間のうち所得の高いほうから 2 年間の平均がとられる。この平均所得額は、現在の価格基準額の 7.5 倍を上回ることはいできない。2004 年のこの所得上限額は、294,750SEK と決められている。

申請者は、所得に基づく活動補償プログラムの資格を得るためには、なんらかの障害があることを示さなければならない。このプロセスの最初のステップとして、公式の申請書を作成し、申請者が選択する医師から障害の認定報告を受けなければならない。給付を与えるべきかどうかの決定は、地区社会保険事務所からの推薦を経て、地区社会保険委員会によって最終的に行われる(注 33)。

所得に基づく活動補償給付の申請をチェックするために、社会保険事務所と社会保険委員会は、その人が働けないという客観的医学的根拠を明らかにすることが法律により求められている。ただし、例外的なケースの場合のみ、教育的要因や地理的要因を考慮することができる。対象者は、労働により生計を立てられないか、労働能力が少なくとも 25% 以上減少していることが認められなければならない。社会保険事務所は、「保険医」チームの助けを借りる。保険医は、医学記録をチェックし、相談にのるが、自らは、受給資格の有無についての決定はしない。社会保険事務所は、申請手続きを進めるために申請者に更に医学検査を求めることもできる。

社会保険委員会の決定に不満があれば、申請者は郡の行政裁判所 (County Administrative Court) に訴えることができる。この最初の訴えは、決定が行われてから 2 ヶ月以内に行わなければならない。もし、決定が明らかに誤りであったと思われるとき、社会保険事務所は、直ちに給付を行うことができる。郡の行政裁判所の決定に対する訴えは、4 つの地方行政裁判所一つで取り上げられる。最高行政裁判所 (Supreme Administrative Court) は、国の最も高級な行政裁判所で、これらの地方裁判所の決定に対する訴えを取り上げる。

所得に基づく活動補償プログラムの給付額は、以前の所得と社会保険委員会により判定された職業的な機能障害の大きさより決定される。もし、ある人が完全に能力を損失しており、労働できないと判定されれば、その人は、申請において用いられた以前の平均所得の 64% (最高額) に相当する額が支給される。障害の程度によっては、完全補償額の 75%、50%、25% に相当する補償を受けることができる。

例えば、所得の高い順に 3 年間の平均値が 235,800SEK であった 28 歳の人で、50% の障害があると決定された場合、年間の補償額は次の式になる。

$$[235,800 (64\%)] \times 50\% = 75,456 \text{ SEK}$$

(注 32) スウェーデンの基本通貨は SEK (スウェーデンクローネ) である。スウェーデンは、2003 年に全国的な国民投票でユーロを拒絶した。

(注 33) これらの事務所についての議論は、この章の後のほうで十分に行われる。

この額に加えて、その人は、通常の仕事の半分に相当する時間働くことができる。完全障害と決定された人でも、ボランティアや政治活動をすることはできるか。また、通常の労働時間の 1/8 に相当する時間を超えなければ仕事をする事ができる。

所得に基づく活動補償プログラムは、19 歳から 29 歳に限定されており、一時的なプログラムとして作られている。給付を受けられる期間は、最長 3 年である。

【所得に基づく疾病補償 (Income Related Sickness Compensation)】 所得に基づく疾病補償プログラムは、30 歳以上 64 歳以下人々が利用できる。このプログラムは、資力審査があり、所得に基づく活動補償プログラムに非常によく似ている。最大所得レベルは、価格基準額を含む公式に基づいている。このプログラムの所得認定は、一定の期間における最も所得が高い 3 年間の平均に基づいている。この期間は、申請者の年齢により次のように決められている。

申請者の年齢	期間
30-46	8 年
47-49	7 年
50-52	6 年
53-64	5 年

このように、51 才の申請者は、過去 6 年間で所得の多い順に 3 年間の収入を用いてこのプログラムにおける受給資格を決定する。所得に基づく活動補償と同様、最大平均所得は、価格基準額の 7.5 倍または 294,750SEK まで認められる。所得に基づく疾病補償の申請方法は、所得に基づく活動補償と同様である。申請者が、医師の証明を添えて社会保険事務所へ申請することからはじまる。この申請書類は、地方社会保険事務所でチェックされ、必要な場合は、地方保険医師により地方社会保険委員会に対する推薦が行われる。この委員会は、最終的な決定をすることもできるし、追加の医学的検査を求めることもできる。地方社会保険委員会の決定に対して上訴することができる。最初は郡行政裁判所 (County Administrative Court)、そのあと、地方行政裁判所 (Regional Administrative Court)、最終的には、最高行政裁判所 (Supreme Administrative Court) である。

地方社会保険委員会は、申請者の労働不能を考慮した労働能力に基づき補償額を決定する。給付は、決定過程に使われた平均の所得の 64% が全額給付となり、その 100%、75%、50% または 25% とされる。全額給付を受給できる人でも、地域サービス、政治活動、奉仕活動をする事はできるし、通常の労働時間の 1/8 に相当する仕事をする事はできる。

保険プログラム

【保証付き活動補償 (Guaranteed activity compensation)】 所得に基づく活動補償プログラムと同じように、保証付き活動補償プログラムは、19 歳から 29 歳までの人々のみを対象にしたプログラムである。このプログラムには、資力審査はない。しかし、受給資格を得るには、申請の前にある程度の期間、社会保険プログラムに加入していなければならない。

また、保証つき活動補償を受給するためには、申請前、少なくとも 3 年間はスウェーデンに住んでいなければならない。保証付き活動保障に関しては、移民の場合、一定の状況下においては、以前住んでいた国での居住期間をスウェーデンの居住期間に組み入れることができる。

保証付き活動補償プログラムを申請する方法は、資力審査のあるプログラムと似ている。申込者は、資格のある家庭医の証明書を提出し、地方社会保険事務所と地方社会保険委員会によって評価される。それが最終決定となる。委員会は保険医に意見を聞くこともできる。また、

委員会は追加の医学検査を要求することができる。委員会の決定に対する不服申し立ては、郡行政裁判所 (County Administrative Court) に行う。その後、地区行政裁判所 (Regional Administrative Court) に訴え、最終的には、最高行政裁判所 (Supreme Administrative Court) に訴えることができる。

給付の最高額は、以下の表のように申請者の年齢に基づく。

申請者の年齢	補償額	2004 年の額
19-20	基準額の 2.10 倍	82,530 SEK
21-22	基準額の 2.15 倍	84,495 SEK
23-24	基準額の 2.20 倍	86,460 SEK
25-26	基準額の 2.25 倍	88,425 SEK
27-28	基準額の 2.30 倍	90,390 SEK
29-30	基準額の 2.35 倍	92,355 SEK

給付は、能力損失の程度に基づき、全額、75%、50% または 25% が給付される。受給者は、能力損失がないとされた程度まで働くことができる。たとえば、75% の給付を受給している人は、25% に相当する時間数まで働くことができ、全額給付を受けている人は、ボランティアに類する仕事か、通常の労働時間の 1/8 程度に相当する仕事まで行うことができる。

保証つき活動補償プログラムは、一時的なプログラムで、給付は 3 年に限られている。3 年が終わると、給付の再申請をすることができる。

もし、18 歳を越えていて障害のためにまだ小中学校や高校に在学している場合は、保証つき活動補償プログラムの対象である。

【保証つき疾病補償】 保証つき疾病補償プログラムは、25% 以上の能力低下のあるスウェーデン居住者を対象としている。このプログラムには、資力審査がない。しかし、一定の保険要件と居住要件を満たさなければならない。保証つき疾病補償プログラムは、30 才を超え 65 才未満の人々を対象としている。65 才になると定年による制度を受ける資格が得られる。

全額補償給付を受ける資格を得るためには、スウェーデンに居住したことを基本にした一定の保険要件を満たさなければならない。もし、18 才前に障害になれば、自動的に資格が得られる。それ以外の人々には、申請前にスウェーデンに住んでいた年数と 65 歳までの残存期間に基づき被保険者期間全体を計算する一定の公式が用いられる。たとえば、35 才で、直近の 5 年間をスウェーデンに住んでいた人は、この制度の下では、合計 35 年の保険期間があることになる。申請以前 5 年間、申請後定年まで 30 年であるからである。保証つき疾病補償プログラムの下で、全額給付を受けるためには、合計 40 年の保険加入期間がなければならない。保険加入期間が 40 年未満の人々は、40 年未満 1 年につき 1/40 が全額給付額から減らされる。全額給付は、価格基準額の 2.40 倍である。2004 年の全額給付は 94,320SEK である。同様に、補償額は、能力損失の程度に基づき、社会保険委員会により審査される。

申請者の被保険者期間	合計能力損失	計算式	2004 年の補償額
40	75%	39,300 (75%)	29,475 SEK
30	100%	$(30/40) \times 39,300$	29,475 SEK
30	75%	$(30/40) \times [39,300(75\%)]$	22,106.25 SEK

他のプログラムと同じように、部分的給付を受けている人は、能力低下の程度まで働くことができる。完全に無能力と判断されれば、政治的活動とボランティア活動をすることができ

る。また、通常の労働時間の 1/8 に相当するまで働くことができる。

保証つき疾病補償プログラムの申請は、他のプログラムと同じである。申請者は、かかりつけ医から証明をもらい、それを地方社会保険委員会に提示する。

同委員会は、社会保険事務所の推薦があれば、その申請に正式の結論を下す。その場合、保険医に相談することもある。同委員会は、申請者に更に医学検査を求めることができる。申請者は、社会保険委員会の決定に不服がある場合は、郡行政裁判所、地区行政裁判所、最高行政裁判所に提訴することができる。

表 1 保証つき活動保障・疾病補償と所得に基づく活動保障・疾病補償のデータ (2002)

給付受給対象者（登録者，被保険者，16-64 歳）	5,637,551
本年の障害年金受給者数	63,738
全額年金受給者数	43,021
部分年金受給者数	20,717
1/4 年金受給者数	4,728
1/2 年金受給者数	14,189
3/4 年金受給者数	1,800
障害給付受給者合計	488,552
全額障害給付受給者数	371,536
部分障害給付受給者数	117,016
1/4 給付受給者数	22,083
1/2 給付受給者数	82,850
2/3 給付受給者数	980
3/4 給付受給者数	11,103
2002 年に給付受給終了者数	36,882
退職給付に移行した受給者数	28,954
死亡者数	5,019
その他の理由で受給を終了した者の数	2,503

併給の調整

所得に基づく活動補償給付と保証つき活動補償給付の両方を受給することができる。また、所得に基づく疾病補償給付と保証つき疾病補償給付の両方を受給することもできる。そのような場合、保証つき補償給付の額が所得に基づく補償給付よりも多い場合は、所得に基づく補償給付の額まで保険補償給付が、減額される。もし、所得に基づく給付が、保証つき給付より多いときは、所得に基づく給付のみが給付される。

スウェーデンの疾病補償

スウェーデンの疾病補償プログラムは、一時的な病気のために働くことができない人々に短期の給付を給付するようになっている。このプログラムは、雇用主が提供する給付と公的補償を組み合わせたもので、疾病給付法 (Sick Pay Act) によって 1991 年に確立された。

もし、ある人が病気のために働くことができない場合は、一定の補償を受ける資格がある。もし、ある人が、病気以前に 14 日以上働いていれば、雇い主は 1 日の待機期間の後、その後 21 日間疾病給付を支払う責任がある。この疾病給付は、それまでの給料の 77.6% とされており、価格基礎額の 7.5 倍を上限とするとされている。自営業者の場合や 14 日以上働いてい

ない人の場合は、政府から同額の給付が支払われる。

もし、ある人が 22 日たっても職場復帰することができないときは、雇用主は疾病給付の支払いを停止する。そして、その人は、公的給付プログラムに移行する。このプログラムでは、病気の人のものであった給料の 77.6% が支払われる。しかし、部分的に職業復帰できる人は、75%、50% または 25% の部分的な給付を受けることができる。この公的疾病補償プログラムは、スウェーデンの社会保障制度により運用される。

疾病給付プログラムは、一時的なものとして作成されている。しかし、受給期間に関して公式の制限は設けられていない。給付後 1 年たつと、地方社会保険事務所は、通常、ケースをチェックし、そのケースが適切な障害補償プログラムに移行するよう勧告する。しかし、現在のデータでは、典型的な疾病給付受給者は、500 日以上給付を受けている。

地方社会保険事務所は、疾病プログラムの受給資格を認定する。雇用主による給付を 21 日間受けた後、公的な給付の最初の 7 日間は、まったく働くことができないか部分的にしか働けないことを申し出るだけでよい。7 日たつと、医師の診断書を提示しなければならない。そして、そのケースは地区社会保険事務所で検討され最終的な決定がなされる。申請者がこの決定に不服があれば、再考を求めることができ、そのあと訴えることができる。この決定は、最初は、郡行政裁判所、それから上告行政裁判所、そして、最終的に最高行政裁判所に訴えることができる。

表 2 疾病給付に関するデータ(2002 年)

給付受給資格者数 (16-64 歳の登録された被保険者数)	5,637,551
本年開始した給付受給者数	756,000
本年中の給付受給者数	892,680
給付受給平均日数	538.2
障害補償プログラムに移行した受給者数	54,025

リハビリテーションと復職への努力

活動補償給付と疾病補償給付を受けている人々は、復職への努力を最小限しかしない。全ての復職活動は、雇用事務所によって管理されている。同事務所は社会保険事務所と協力して努力する。しかし、雇用事務所は、一般的な方針として、労働能力が 1/2 未満の人々に対する雇用サービスを否定しているため、その結果、活動疾病補償給付受給者の多くは排除されている。

しかし、疾病補償プログラムにおいて 75% の障害補償給付を受けている人を復職させる特別なプログラムがある。このプログラムでは、受給者は、給付が決まったとき、地方社会保険事務所に対し、雇用事務所にそのことを知らせるように求めることができ、また、パートタイムの仕事を求めることができる。雇用事務所は、6 ヶ月以内にこの要請に応じることを要求される。そして、もし、パートタイムの仕事が受け入れられた時は、社会保険事務所は一定期間の給料の一部を支払う。

また、活動補償を受ける人々のための特別活動プログラムもある。このプログラムでは、身体または精神的能力を向上させるために社会保険事務所が決定する特定の活動に参加する機会が設けられる。社会保険事務所は、これらの活動に参加する際のすべての経費を負担する。

疾病給付を受給する人々に対するリハビリテーションと復職サービスに関する第一の責任は、雇用主にある。社会保障法の規定においては、職業リハビリテーションのあらゆる可能性を明確にするするために、雇用主は、4 週間にわたり職を離れていたすべての被用者をチェックしなければならない。このチェックは 4 週間以内に終了せねばならず、それは、社会保険事

務所に送ることになっている。

このレポートと7つのステップモデルに基づいて、社会保険事務所は、この疾病給付受給者のための職業リハビリテーションサービス計画が作成される。リハビリテーション、再訓練、職業斡旋のうちどのコースが適切であるかを決定する基準に従ってこれらの受給者はチェックされる。各々のステップはチェックされ、受給者がそのステップを完了することができなければ、次のステップがチェックされる。もし、受給者がステップ7までいき、永続的な能力不全とみなされたときは、その受給者は、永続的障害者プログラムや一時的障害者プログラムの一つに移行する。このステップを、以下に概説する。

1. 受給者は、以前の仕事をできますか？
2. 受給者は、職業リハビリテーションの後、以前の仕事をできますか？
3. 受給者は、同じ雇用者のもとで別の仕事をできますか？
4. 受給者は、職業リハビリテーションの後、同じ雇用者のもとで別の仕事をできますか？
5. 受給者は、別の仕事をできますか？
6. 受給者は、職業リハビリテーションの後、別の仕事をできますか？
7. 受給者の職業能力は、永久に低下していますか？

受給者が職業リハビリテーションプログラムに参加すれば、疾病給付は延長され、さらに、以前の収入の80パーセントという特別リハビリテーション給付が受けられる。加えて、職業リハビリテーションプログラムに関連するあらゆる費用（図書などの必要なもの）とリハビリテーションプログラムにかかる交通費は、社会保険事務所が負担する。

また、受給者は、以前の仕事に戻るために必要な補助機器と施設改善のために費用を最高50,000SEKまで受けることができる。この給付に関する決定は、疾病給付からの脱却を目的として、社会保険事務所により行われる。

障害のある人のための他の公的支援

世界における先進的かつ典型的な福祉国家のひとつとしてのスウェーデンは、上で言及した補償プログラムに加えて、広範囲にわたるサービスと支援を障害のある人に対して提供している。これらのサービスは、市町村、郡および中央政府によって提供されている。

市町村による支援

- 公共輸送サービス（タクシー料金や自動車改造を含む）
- 在宅サービス
- 日常活動調整
- 公共サービスに対する支援と便宜
- パーソナルアシスタンス

郡による支援

- 住宅支援
- 福祉用具・機器
- 通訳サービス
- カウンセリングサービス

中央政府による支援

- 特に障害のある人のための新しい総合アパートの建設
- 職場適応のための雇用主に対する補助金
- 障害のある労働者の給料の一部を負担するための雇用者に対する補助金
- 保護雇用
- 精神障害者のためのデイセンター
- パーソナルアシスタンスを必要としたり、自らの障害のために費用がかかる 19 歳以上の人々に対する障害者給付
- 日常活動を行うためのパーソナルアシスタントを必要とする人々のための援助給付
- 特別に改装した自己所有の自動車が必要とする人々のための自動車給付
- 労災給付
- 住宅給付
- 職業リハビリテーション・サービス
- 年金受給者のための住宅補助は、活動補償給付または疾病補償給付を受給している人も利用可能である。
- 歯科治療
- 薬剤費用管理プログラム

障害者制度改革

スウェーデンの障害補償制度は、2002 年に大改革が行われ、現在の 4 つの補償制度が創設された。この改革は、戦後ほぼ 50 年にわたって実現されてきた完全雇用が不可能になった 1991 年に始まった。経済危機のために政府は、いろいろな福祉サービスの思い切った削減を余儀なくされ、これらのプログラムの改革が求められるようになった。改革の目標は、欧州連合の創設と、共産主義とソビエト連邦の没落という変化を目前にして、福祉制度の長期点安定を確保することであった。

改革の第 1 ラウンドは、1999 年にはじまり、そのときスウェーデンの公的年金制度が変わった。新しい年金制度では、被用者に保険料を求め、生涯収入に基づく給付を支払われる。加えて、スウェーデン軍の兵役期間と、育児期間は最終的な退職年金に加算される。また、新しい年金制度では、労働者に個人預金口座を義務付けることと、定年を 61 歳から 65 歳まで柔軟にすることが含まれている。スウェーデン国内の全ての人は、67 才まで働く法的権利をもっている。

年金改革の動きは、2002 年の保証つき疾病プログラムと活動補償プログラムと、所得に基づく疾病プログラムと活動補償プログラムの創設まで続いており、これらのプログラムは、現在、障害のため働くことができない全てのスウェーデン成人を対象とするようになっている。2002 年以前は、1 年以上続くと思われる一時的な障害がある人々は、一時的障害年金の給付を受け取っていた。永久に働くことができないと判断された人々は、永続障害年金の下で給付が支給された。

以前のシステムから新しい補償制度への移行は、おおむね問題はなく、補償額はほとんど変化しなかった。加えて、2003 年 1 月 1 日以前に給付を受けている人々は、再申請を要求されず、自動的に適切な新しい制度に移行した。発生した唯一の問題は、さまざまな制度にさまざまな形で加入している人々には増税となり、移行後一部の加入者がお金を失う原因となったことである。この税制の影響は、現在、議会によって調査中である。

第12章 アメリカ合衆国における公的障害給付 スコット・スズィメンデラ

アメリカでは、公共政策の権限を個々の州が持つという長い伝統があるため、障害者政策を構成する公的な制度は複合的なネットワークとなっている。歴史家のエドワード・バーコウィッツがみたように、「アメリカに障害者政策といったものは存在しない。統一性のない一連の政策があるだけで、それらはもっぱら別々の集団を対象とした方針から打ち出されており、相反する目的を達成しようとしている (Berkowitz, 1987)。」アメリカの障害者には、一定の給付が保証されているわけではなく、自分の身体的・経済的状况にもとづき、連邦レベルあるいは州レベルでどのような種類の給付が受けられるのかを探しもとめなければならない。

この章は、主として連邦政府の機関によって運営されている国単位の障害者支援プログラムに焦点を当てる。州による制度についても、一時的障害保険や労働者保障などが持つ重要な役割については述べるが、概して50州それぞれが自由な決定ができるというアメリカの州の政策決定の性質を考えると、この章で個々の州の政策についての分析を行うことは不可能である。

SSDI と SSI の概要

アメリカで最大の障害者支援プログラムは、社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance、以下 SSDI) プログラムと補足的保障所得 (Supplemental Security Income、以下 SSI) プログラムである。それぞれのプログラムは、それぞれ、社会保障庁 (Social Security Administration: SSA) により資金提供され運営されており、社会保障庁の長官は上院の了承により大統領が任命する。社会保障庁長官の任期は6年間と定まっており、そのことにより政治介入や4年ごとの総選挙の影響を受ける恐れを回避している。SSDI は保険プログラムであり、受給のためには職歴がなければならないが、一方 SSI は資力審査のあるプログラムで、収入と財産が基準額を下回らなければ受給できない。

【障害程度調査】 SSDI と SSI の受給資格認定には、同じ障害程度基本調査を用いている。どちらのプログラムでも、部分的給付や短期的給付は行われていない。受給者はアメリカ国内のいかなる職に就くことも不可能であることが求められ、なおかつ障害が1年以上持続することが必要である。SSDI と SSI の障害認定は、連邦政府の方針に従って州レベルで決定される。障害程度調査は、申請者が住む州の障害認定局 (Disability Determination Service、以下 DDS) によって実施される。DDS は SSA からの資金によって運営される州組織であり、SSA によって定められた政策に基づいて決定を下すことを課されている。障害認定が州によってかなりばらつきがあることは事実であるが、連邦政府の直属ではない独立した州の機関によってではあるにしても本来は国内で統一的な認定がなされるべきものである。

SSI あるいは SSDI の申請は、まず、申請者が社会保障庁の出張所に電話あるいはインターネットで受給申請を行い、次に州の DDS の職員が5段階の障害程度調査を実施する。手続きの最初の段階は、就労調査であり、申請者の現在の雇用状況が決定される。SSI あるいは SSDI を受給するためには、申請者の現在の就労所得が、実質的な所得を得られる活動 (Substantial Gainful Activity、以下 SGA) のレベルである月810ドル以下、盲人の場合は月1,350ドル未満でなければならない。もし、現在の平均月収が SGA 基準以上でない場合は、次の段階へ進む。この第一段階に通過したからといって直ちに SSI あるいは SSDI の受給を認められることはないが、その後の認定過程において SGA 基準以上の所得を得ていると判明した場合には、申請が却下される。

第二段階では、障害の重症度が調査される。SSI あるいは SSDI を受給するためには、就労に必要な基本的活動に支障を来すほどの重大な障害がなくてはならない。もし申請者の病状が基本的な労働活動を妨げるものであると判定された場合、次の段階に進む。それほどでもないとは判定された場合は、SSDI への申請は却下される。第一段階の就労調査と同様に、この障害状況調査にパスしたからといって直ちに SSI あるいは SSDI を受給できるわけではない。しかし、障害症状がそれほど重くないと判断されたことにより、障害程度調査を通過しなかった場合は、申請は却下される。

次の第三段階は医学的リスト調査である。SSA は、そのような障害がある場合には自動的に SSI あるいは SSDI の受給が認められる重度障害を定めたリストを持っている。申請者の障害がリストに載っていない場合は、DDS の検査官がその障害がリストに載っている障害と同程度に重度かどうかを検査する。そのように判定された場合、申請者は SSI あるいは SSDI を受給できる。そうでない場合には、次の第四段階に進む。この第三段階の調査は、第一、第二段階と異なり、この段階の調査の結果のみによって SSI あるいは SSDI の受給が認められることがある。しかし、申請者の状態が医学的リストに記載されていないためにこの調査を通過しなかった場合でも、申請は却下されず、第四段階に進む。

第四段階は、これまでの職歴についての調査である。ここでは、申請者が障害前に従事していた種類の仕事を現在も行うことができるかどうかを決定するために、申請者の調査が行われる。もし申請者が以前と同様の仕事に就くことができれば、その申請は却下される。もし障害前に従事していた仕事に就くことが不可能であると判定された場合には、次の最終段階へ進む。第三段階と同様、第四段階で受給が決まる場合もあり、第四段階で却下されることはない。

最後の第五段階は、より包括的な労働力検査である。ここでは、アメリカ国内のいかなる職についても就労が不可能かどうかを判定するための調査が行われる。申請者の能力、教育、年齢、経験のすべてがこの判定に関わっている。国内のどんな仕事もできないと判断された場合、SSDI の受給が決定する。申請者に可能な職があると判断された場合は、申請は却下される。

申請者が最初に SSA に連絡をしてから DDS による最終的な決定が下されるまでの期間は、2001 年の統計では 106 日である。SSI あるいは SSDI への申請が却下された場合は、再審査を請求することができ、再審査は行政法担当判事によって行われる。行政法担当判事は SSA に雇用された司法官であるが、法や連邦規則に基づいて独立した決定を下すことが期待されている。行政法担当判事による意見聴取では、申請者は弁護士あるいは代理人をたてることができるが、SSA 側の意見は聴取されない。

行政担当判事による決定に対する異議は、SSA 控訴委員会に申立てができる。SSA 控訴委員会の決定に対しては、連邦地方裁判所に控訴でき、他の決定と同様に連法裁判所の決定に対しては、連邦控訴裁判所、さらには連邦最高裁まで上告が可能である。

【SSI】 補足的保障所得 (SSI) プログラムは、アメリカの障害者所得保障プログラムの構成要素として主要な部分をなしており、資力審査が実施される。給付や行政コストは合衆国の一般予算から支出されており、財源となるのは一般所得税である。後にこの章で扱う社会保障相互基金 (Social Security Trust Fund) については、そこから SSI にかかる費用や給付を支給されることはなく、SSI によって影響を及ぼされることはない。SSI 給付は、子どもも成人も両方が対象となる。

SSI は資力審査のあるプログラムであり、給付を受け取るためには、障害のあることとともに収入と資産が一定制限以下であることが必要である。基礎所得調査では、個人の場合不労所得が月当たり 584 ドル未満でなければならず、夫婦の場合は月当たり 866 ドル未満でな

ればならない。不労所得に含まれるのは、利子、社会保障などの政府のプログラムからの給付、そして年金や労働者補償などの給付金である。給与所得については公式の制限はないものの、就労によって得た所得は、各月ごとに次の定式に従って SSI 給付から差し引かれる。

- ・不労所得、就労所得に関わらず、各月の所得の 20 ドル分までは、SSI 給付からの減額計算に組み込まれない。
- ・各月に不労所得と就労所得の両方がある場合には、就労所得から、制限基準の 65 ドルを除いた部分の半分が、SSI 給付から差し引かれる。
- ・各月に就労所得のみがある場合は、制限基準が 85 ドルとなり、それを除いた部分の半分が SSI 給付から差し引かれる。
- ・税金の還付、資産売却益、政府による一定の小規模かつ特定の援助プログラムによる給付は、SSI 給付の減額対象とはならない。
- ・22 歳以下の盲人あるいは障害者については、月当たり 1,340 ドルあるいは年間 5,410 ドルまでの就労所得は SSI 給付の減額対象とならない。

所得調査に加えて、申請者の持つ資産価値を測るための資産調査も行われる。個人の申請者は 2,000 ドル以上の資産を保有してはならず、夫婦の場合は 3,000 ドル以上ではいけない。ただし、居住する建物と土地と自動車 1 台についてはこの資産には含まれない。さらに、1,500 ドル未満の価値のある生命保険と、1,500 ドル未満の墓地や埋葬基金も資産に含まれない。政府によるいくつかの小規模な特定の援助プログラムによる資産も減額対象の資産には含まれない。

SSI プログラムの受給者はすべて、同額の基礎月額給付を受ける。SSI の受給が決定された場合、個人では月額 564 ドル、夫婦では月額 846 ドルの現金給付を受けることができる。この額は、収入調査の算定式に基づき、各月の所得によっては減額されることがある。14 の州とコロンビア特別区では州による補助金が上乗せされるので、支給の月額の合計は増える。この州による補助金は各州により異なるが、額がもっとも大きいのはカリフォルニア州で、SSI を受給する個人の障害者は最大で月額 790 ドル、夫婦の場合は月額 1,399 ドル受け取ることができる。州の補助金により自動的に支給額が増額される 14 州に加え、他の 30 州でも補助的なプログラムを導入しているが、この場合追加支給を受けるには、州に対して新たに申請を行い、認定を受ける必要がある。

SSI プログラムのもとでは、医療給付行われない。受給者は、州ごとの収入調査と資産調査の条件に合う場合には連邦政府のメディケイドプログラムに申請することができ、65 歳以上という年齢条件に合う場合にはメディケアプログラムに申請することができる。加えて、SSI 受給者は、連邦政府による食料補助プログラム (Food Stamp Program) や、貧困家庭一時扶助 (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) のような公的福祉プログラムの受給資格もある。これらの公的福祉プログラムを利用するためには、一般には、それぞれのプログラムに別個申請する必要がある。

【SSDI】 社会保障障害年金 (Social Security Disability Insurance, 以下 SSDI) は、就労できない障害者に現金給付と医療給付を与える保険プログラムの最も主要なものである。SSDI は SSA によって運営されており、給付金や運営費用は障害保険相互基金 (Disability Insurance Trust Fund) から提供されている。障害保険相互基金は、アメリカ財務省によって社会保障給付プログラムの財源を確保する目的で運用されている二つの信託基金の一つで、もう一つは高齢者・遺族相互基金 (Old-age and Survivors Trust Fund) である。障害保険相互基金は、連邦所得納付金法 (Federal Income Contributions Act, FICA) と自営業者納付金法 (Self Employment Contributions Act, SECA) に基づき、雇用者と被雇用者の給

与税によって財源が確保されている。相互基金の資金は直ちに給付支払いに用いられ、使用されない資金は国債に投資される。相互基金運用のために指名された高齢者・遺族・障害年金理事会は、2018 年には基金の支出が収入を超え、2042 年には基金が底を尽くだろうと予測している。

SSDI プログラムには、資力審査はない。しかし、給付を受けるためには、そのプログラムに加入していなければならない。保険料の支払いは、FICA あるいは SECA プログラムに基づく税の納付による。しかし、アメリカにおけるすべての職業が FICA あるいは SECA プログラムによって保険をかけられているわけではなく、FICA あるいは SECA によって税を支払っていない職場で就労している労働者は、SSDI に加入することができない。FICA あるいは SECA に基づいて税金を支払っている場合、障害発症時までに必要な最低限の信用単位を獲得していれば保険給付を受けることができる。保険加入の職場での賃金のうち、毎年 900 ドルごとに 1 単位が加算される。保険給付に必要な単位を、表 1 で年齢別に示している。

表 8 : SSDI プログラムでの必要単位表

年齢	受給可能最低単位数
18-24	それ以前の 3 年間に 6 単位
24-31	年齢から 21 を引いた数を 2 倍 (例、27 歳の場合 12 単位が必要)
31-42	過去 10 年間に 20 単位
44	22 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
46	24 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
48	26 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
50	28 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
52	30 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
54	32 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
56	34 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
58	36 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
60	38 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要
62 歳以上	40 単位が必要で、そのうち 20 単位は過去 10 年間に取得していることが必要

SSDI プログラムによる給付が認められると、DDS によって障害が発症されたと判定された時期から 6 ヶ月以内に給付が開始される。SSDI 受給者に毎月支払われる現金給付の額は、以前の就労所得と申請時における保険単位によって決定される。2002 年における、SSDI 給付の新受給者の平均月額額は、898 ドルである。

SSDI プログラムの受給開始後 24 ヶ月経つと、受給者は、無料で入院費用を保証するメディケア・パート A プログラムによる給付を受けることができる。また、医師の診療費と外来診療費を保証するメディケア・パート B プログラムについては、標準月額保険額 66.60 ドルで加入することができる。また、筋萎縮性側索硬化症 (ルー・ゲーリック病) の SSDI 受給者に関しては、24 ヶ月の待機期間はない。

SSDI 受給者の受給中の就労は、SGA 基準以上の収入を得ない場合に限り認められている。SGA 基準以上の収入があった場合、その月は試用労働期間に組み込まれる。試用労働期間中は、所得制限なしで SSDI 給付を全額受給できる。60 ヶ月ごとに 9 ヶ月まで試用労働期間が認められており、この 9 ヶ月は連続していなくてもよい。試用労働期間の終了後に所得が SGA 基準を超えた場合、受給者は SSDI プログラムからはずされ、現金給付の支給は終了する。試用労働期間後 93 ヶ月まで、メディケア・パート A による保障は継続する。

【職業的リハビリテーションと労働切符プログラム (Ticket to work program)】 SSI あるいは SSDI 受給者は、州の職業的リハビリテーション (Vocational Rehabilitation、以下 VR) センターが提供する職場復帰支援策を利用することができる。州の VR センターが受給者の職業復帰支援に成功し、受給者が試用労働期間より長い期間、SGA 基準以上の所得を得て就労した場合、VR センターの費用は SSA によって払い戻される。ただし、SSI あるいは SSDI の受給者が VR あるいはその他のリハビリテーションプログラムへの参加を義務づけられているわけではない。

1999 年に、労働切符と労働奨励向上法 (Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act) が議会を通過した。この法律により、特定の州の SSI あるいは SSDI 受給者は、州の VR センターあるいは民間の業者が提供する雇用復帰支援サービスを受ける無料券を受け取ることができるようになった。無料券を受け取った VR センターあるいは民間業者は、受給者が試用労働期間を超えて SGA 基準以上の収入のある職に就いた場合、サービスにかかった費用の全額を SSA によって払い戻しされる。労働切符プログラムは 3 段階で導入され、2002 年 2 月に 13 州がプログラムに参加、2002 年 11 月に他の 20 州、そして残りの 17 州が 2002 年 11 月に導入した。

労働者補償

アメリカでは、職業に由来する病気や事故を理由に障害を受け、それにより就労できなくなった人を対象とする特別規則がある。それぞれの州は独自の労働者補償プログラムを持ち、それにより、雇用に由来する事故あるいは病気による医療費や収入減少に対する保障が受けられる。連邦政府は、連邦公務員と、海事労働者と鉄道関係労働者のうちの一部を対象とする労働者補償プログラムを運営しているが、アメリカの民間労働者と公務員のほとんどは、州の労働者補償プログラムによって保障されている。

また、5 つの州においては、民間の雇用者は州の基金によって運営される労働者補償保険プログラムに加入することを義務づけられている。また、20 州においては、雇用者は、労働者補償保険プログラムについて、州の基金によるものあるいは民間の保険業者によるもののどちらかに加入しなければならない。自己資金による保障、つまり、起こりうる保障請求に対して十分な自己資金を保有していることを州に提示すること、が認められているのは、ノース・ダコタとワイオミングの 2 州を除くすべての州と、プエルトリコ、米ヴァージン・アイランドの各地域である。このうち、いくつかの州では、自己保証が認められるのは個人の雇用主のみであり、その他の州では雇用者集団がその成員につき自己保障することが認められている。

一つの障害につき、SSDI と労働者補償給付を同時に受給することは可能である。そのような場合、SSDI あるいは労働者補償給付のどちらか一方の給付額はもう一方の給付額によって減額される。36 州において SSDI の給付が労働者補償給付額の割合により減額され、残りの 14 州では労働者補償給付が SSDI 給付額の割合により減額される。

家族医療休暇

1993 年に家族医療休暇法 (Family Medical Leave Act) が成立し、多くの被雇用者が、ケガや病気の家族の看護のため、あるいは自分の深刻な病状の治療のため、無給休暇を取る機会を得られるようになった。また、新生児や新しく養子となった子の世話をするためにも、休暇を取ることができる。この法律による休暇を取る場合、ケガや病気が職場で起きたものであるか、あるいは就労に由来するものであるか、は問われない。12 ヶ月ごとに 12 週間について休暇を申請することができる。

地方、州、連邦レベルのすべての公的機関はこの法律の対象となり、また、民間についても、

被雇用者数が 50 人以上のすべての企業が対象となり、年間最低 20 週休暇を申請できる。申請のためには、その職場に少なくとも 12 ヶ月就労し、その間の就労時間が 1,250 時間以上でなくてはならない。その職場の業務遂行の上で欠かすことのできない重要な被雇用者については、休暇後に以前の職に復帰することが認められない場合もある。

休暇が必要となるケガあるいは病気が雇用中に起き、労働者補償プログラムによって保証されている場合、特別な規定がある。雇用主は家族医療休暇法による休暇の代わりに労働者補償プログラムによる休暇を用いることができ、労災による非就労期間は労働者補償プログラムにより認められている 12 週間の休暇期間の一部として計算することができる。

州の一時的障害保険

次の 5 州(カリフォルニア、ハワイ、ニューヨーク、ニュージャージー、ロードアイランド)とプエルトリコでは、州による一時的障害保険 (Temporary Disability Insurance、以下 TDI) プログラムが実施されている。ハワイ、ロードアイランド、ニューヨークの各州では、すべての雇用主が州の TDI プログラムに加入することが義務づけられている。また、カリフォルニア州とニュージャージー州では、被雇用者を保障する同等の民間保険プログラムへの加入がある場合、州の TDI プログラムへの加入が必要でない場合もある。

どの州においても、現金給付期間は 26 週から 52 週までの一定期間であり、給付額は法定ガイドラインによって以前の収入に応じて定められる。どの州のプログラムも、給付開始の前に数日間の待機期間を設けており、受給のためには職歴と所得について一定の基準が定められている。ロードアイランドでは、給付は公的資金から供出されており、その他の 4 州では公的基金と民間保険から資金が提供されている。また、プログラム運営費は被雇用者からの供出金で賄われている。TDI が給付されるのは、一般に SSDI あるいは SSI 給付が支給されていない場合のみである。

メディケイド

メディケイドは、収入と資産が一定基準に達しない者を対象に、処方薬を含む医療給付を与える連邦政府によるプログラムである。メディケイドには州政府と連邦政府が共同で資金提供しており、連邦政府のプログラムではあるものの、認定方式は各州がそれぞれ定めている。大概の場合、メディケイドを受給できるのは低収入あるいは資産がごくわずかな個人あるいは家族に限られている。いくつかの州では、メディケイドの受給資格がない障害者について、州から保険を購入することが認められている。

メディケア

メディケアは、職歴のある高齢者を対象とする公的な保険プログラムの主要なものである。ほとんどのアメリカ人は給与税の形でメディケア相互基金 (Medicare trust fund) に資金を払い込んでいる。メディケアの対象となるのは、65 歳以上のすべてのアメリカ人と、2 年の待機期間が経過した SSDI 受給者、それに末期的な腎疾患を抱え人工透析を必要とする者である。

メディケアは、パート A とパート B の二つの部分から構成されている。パート A の対象となるのは、入院および、入院患者に対する高度な技術を必要とする看護施設でのケア、それに家族介護の一部である。最低 40 四半期以上の期間保険に加入している場合、パート A の保障については年間の割増保険料はない。保険加入が 40 四半期に満たないが、30 四半期以上の場合、月額割増保険料は 206 ドルとなり、30 四半期未満の場合は月額割増保険料が 375 ドルとなる。入院した場合、メディケア加入者は最初の 50 日間までの看護費用として 912 ド

ル支払う必要があり、入院 61 日目から 90 日目までにつき一日当たり 228 ドルの支払い、91 日目から 150 日目までにつき一日あたり 456 ドルの支払い、そして、150 日目以降退院までの間は病院によって決められた入院費用の全額を支払う必要がある。21 日間から 100 日間にわたる高度な看護施設を用いた治療については、一日当たり 114 ドルの支払いが必要である。

メディケア・パート B の対象となるのは、訪問医療あるいは訪問サービス、外来患者の医療ケア、家族介護の一部、そして耐久性の医療機器である。パート B の加入には、月額 78.20 ドルの支払いが必要である。パート B の範囲となるサービスについて、加入者は、年間 110 ドルの免責額を差し引いた後、メディケアで承認された額の 20% を支払う必要がある。パート A とパート B の両方に加入している者は、特別な「メディギャップ」と呼ばれる保険に加入することもできるが、これはメディケアの範囲外である自費負担の一部分まで保険の対象となるものである。

メディケア加入者のうち、処方薬を対象とする民間の保険に加入していない者は、メディケア・ドラッグカードを購入することにより、医薬品の一部につき割引価格で購入できる。このカードは年間 30 ドルで購入できるが、低所得者の場合は無料である。また、低所得者のカード保有者は、自動的に年間 600 ドルまでのクレジットを得るので、それを用いて割引価格の医薬品を購入することができる。600 ドルまでのクレジットを使い切ってしまった場合でも、カードを用いて医薬品の割引を受けることができる。

2006 年からメディケアには新しい処方薬対象保険プログラムが導入される。このプログラムは、年間 35 ドルの費用で、250 ドルの免責額を差し引いた後 2,250 ドルまでの医薬品費用について、その 75% がメディケアによって支払われるというものである。医薬品費用が年間 2,250 ドルの基準を超えた場合、自費負担費用が年間 3,600 ドルを超えるまでの部分の医薬品は正規の料金で購入しなければならない。また、年間 3,600 ドルを超える医薬品費用全体の 95% については、メディケアによって支払われる。この新しいプログラムは民間によって運営され、加入者はどの民間業者に加入するかを選択することができる。

高齢者遺族保険

高齢者・遺族保険 (the Old-Age and Survivors Insurance、以下 OASI) プログラムは、SSI が運営するアメリカにおける主要な一般的年金プログラムである。OASI は FICA、SECA に基づく税収入によって財源が負担されており、給付を受けるためには保険の範囲となる職種で必要な保険単位を獲得している必要がある。一般に、給付を受けるためには保険対象の職種での 10 年以上の雇用経験が必要とされる。給付の月額、以前の収入と獲得単位数によって決定される。

退職者については、62 歳から給付を受け取ることができるが、全額給付を受け取ることができるのは完全に退職する年齢とされる 65、66、67 歳（出生の年によって変わる）以降である。退職者は、完全退職年齢以降全額給付を受けながら就労することが可能であり、自動的にメディケアプログラムに加入する。OASI による給付は、配偶者、扶養家族、あるいは遺族の支給も可能である。

アメリカのその他の公的福祉プログラム

アメリカはその他の先進国ほど福祉国家としての規模が大きいわけではない。国民が全員加入している健康保険制度がなく、すべての低所得者を対象とする全般的な福祉プログラムも実施されていない。

全般的な基本的福祉プログラムのうち、主要なものは貧困家庭一時的援助 (Temporary

Assistance to Needy Families、以下 TANF) と呼ばれ、母子家庭あるいは州ごとに定められた収入の基準値を下回る家庭に対して期間限定の現金給付を与えるものである。TANF は州への定額交付金という形で連邦政府により財源が負担されているもので、認定方法や給付方法については各州が定めることができる。どの州においても給付は限定的なもので、給付を受けるためには一定の就労、職業訓練、あるいは教育活動に最低時間以上参加することが義務づけられている。いくつかの州では、これに加えて付加的な福祉プログラムが実施されており、時間的および職業的な制限がより緩和され、より広い範囲の者を対象としている。

アメリカでは、限られた財力しかない者に対する住宅補助が実施されているが、このプログラムを実施する州あるいは地域の公共住宅機関の資金の大部分は連邦政府が負担している。低所得の個人あるいは家族はまた、連邦食料切符プログラム (Food Stamp) を利用することも可能であるが、これは認可された小売店で食料品を購入する際に使用できるクーポン券あるいは電子給付カードを支給されるものである。食料切符プログラムの利用者は、TANF プログラムの場合と同じような就労あるいは職業訓練を受ける必要がある。妊娠中の女性あるいは子育て中の女性については、女性、新生児、子どもプログラム (Women, Infants, and Children program) が実施されており、子どもの健康に必要と認められる食料品を購入する際に使用できる無料券が支給される。

合衆国の各州は連邦政府が実施する失業者支援プログラムに参加しており、職が見つからない人あるいは自らの責任でない理由によって失業している人に対して限定的な現金給付を支給している。この失業者支援プログラムは雇用者税により運営されており、農業従事者あるいは自営業者のなかには制度の対象とならない者もいる。給付の受給者は受給中に積極的に職探しをしなければならず、求人がある場合には相応ないかなる仕事でも引き受けなければならない。ほとんどの場合、失業給付の支給期間は 26 週間であるが、州あるいは連邦政府によって給付期間が延長される場合もある。

いくつかの州によって実施される付加的な公的福祉プログラムには、補助的医療保障プログラム、現金給付、住宅補助、教育補助、職業訓練、就職あっせん給付などが挙げられるが、これに限られるものではない。これらのプログラムはそれぞれの州の財源により州が運営するもので、認定方法や給付額についても各州の裁量に任されている。

参考文献

Berkowitz, Edward D. 1987. Disability policy: America's programs for the handicapped. New York: Cambridge University Press.

Board of Trustees, Federal Old Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds, 2004. Annual report of the board of trustees of the federal old age survivors insurance and disability insurance trust funds. Washington: Board of Trustees, Federal Old Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds.

Social Security Administration. 2003. Fast facts and figures about social security. (15) Baltimore, MD: Social Security Administration.

Social Security Advisory Board. 2001. Disability decision making: Data and materials (51-62, 79-82). Washington: Social Security Advisory Board.

世界のソーシャル・インクルージョン資料 1 最終報告書

発 行 平成 18 年 3 月 31 日

発行者 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 情報センター
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-11 新宿三井ビルディング二号館 7 階
TEL: 03-5909-8280 FAX: 03-5909-8284
印 刷 社会福祉法人 東京コロニー 東京都大田福祉工場
TEL: 03-3762-7611

(c)2006 Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities (JSRPD)
All Rights Reserved

発行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 情報センター

東京都新宿区西新宿 3-2-11 新宿三井ビルディング二号館 7 階

TEL:03-5909-8280 FAX:03-5909-8284

**Copyright (c) 2006 Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities (JSRPD)
All Rights Reserved.**