

年金制度における障害概念の問題

高橋 芳樹

はじめに

国民年金制度が発足し、「国民皆年金」がいわれるようになって今年ですでに36年の年月がたっている。その間には、昭和61年の基礎年金制度創設という大改正があった。しかし、今日に至っても、障害年金の無年金者が大量に発生したり、障害等級の認定をめぐる不満が多く見られるなど、「皆年金」の理想は未だに達成されていない(注1)。

今年の1月30日には、4府県で8名の学生無年金障害者が、年金を受給できないのは不当であるとして、障害基礎年金の裁定請求に立ち上がった。納付要件を原因とする無年金問題を本稿は検討しないが、本稿でテーマとしている障害認定の問題も、無年金障害者を生み出す原因の一つである。

これまでの日本の年金制度では、国民年金制度が老齢年金を中心に発し、いまだに障害年金固有の問題性が認識されていない。そして障害年金の年金額は、老令という状態が早く発生したものとみなして、老齢年金と同額の年金が支給されるべきとなっているなど老齢年金に従属する形となっている。また、国民年金制度の発足時には身体障害者に対する年金を中心として、永久完全障害者つまり、症状が完全に固定し、常時介護を要する状態にあるものを対象としていたが、こうした古い考え方は未だに払拭されていない。

年金における障害概念を、障害者の生活上の困難としての障害を、所得保障の必要性という観点からながめたものとするれば、日本の障害年金制度では、未だに障害概念が確立されていないのである。障害年金が対象とする障害の本質がそもそも何であり、どういう特徴をもっているのか、そしてどういうシステムで、どのように障害を評価していくのか、こうした問題が、本格的に検討されてこなかった。本稿では、最初に年金制度における障害概念を検討し、次に具体的な事例を紹介して、障害認定のあり方の問題点を指摘し、最後に障害評価の改善策など筆者の提案を述べる(注2)。

第1章 年金制度における障害概念概念

1. 社会保障制度における障害の概念

国連の「障害者の権利宣言」第1項では、「『障害者』という言葉は、先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の不全のために、通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全に又は部分的にできない人のことを意味する」と書かれている。この定義の特徴は、障害発生原因を問うていないこととすべての障害を含んでいることである。またこの定義では、能力障害の結果としての障害は個人または社会生活に必要なことが「自分自身では完全にまたは部分的にできない」状態と規定され、軽度の障害から重度の障害までを包括する内容となっている。

障害年金制度における障害概念については、1933年の障害(「廃疾」)保険条約では、障害を「一般的な労働不能」と規定し、その結果として「相当の報酬」を得ることができないこと、具体的には「通常の報酬の3分の1以下」への稼得能力が低下していることとしていた。そして1952年の社会保障の最低基準に関する条約(第102号条約)では、社会保障の「適用を受ける事故は、有償活動への所定の程度の就業不能で永久的なものとなる虞のあるもの又は疾病給付の終了後も存続するものとする」(第54条)と規定し、この中では、疾病給付と障害給付が生活保障として有機的に関連づけられなければならないという考え方が示されていた(注3)。

2. わが国の年金制度における障害概念の問題点

一方、わが国の「障害者基本法」第2条では、「『障害者』とは身体障害、精神薄弱または精神障害(以下「障害」と総称する。)があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。」と規定されている。日本の障害年金制度における障害の概念は、「長期にわたり」「相当な制限」という限定が加えられているなど狭く限定されている上に、具体的には以下のような問題をもっている。

(1) 明確な規定を欠いた障害概念

日本の年金制度では、障害年金の対象となる「障害」について、明確な法的規定は存在しない。これがわが国の年金制度における障害概念の一番目の問題点である。

国民年金・厚生年金の障害認定基準(通達)では、障害基礎年金、障害厚生年金が支給される「障害の状態」は、身体又は精

神に、国民年金法施行令・厚生年金保険法施行令別表に定める程度の障害の状態があり、「かつ、その状態が永続的に回復しないか又は長期にわたって回復しない状態をいう」と規定している。

ここでは障害年金が対象とする生活障害が、どういう内容を持ち、どういう特色があるかはいっさい規定されていない。そして、就業能力や稼働能力との関連が指摘されないままに、行政が決めた障害が障害であるという無内容で伸縮自在の障害概念となっている。これでは、行政の決定内容に対し、それが生活保障として適切かどうかを問題にすることは不可能である。

(2)医療保険との関連を欠いた障害概念

第二番目の問題は、医療保険との関連である。

先に述べたように国際社会保障における障害概念では、「疾病が長期化したものが障害である」という新しい考え方を取り入れることで、疾病保険から年金への移行をスムーズにおこなおうとした。ところが障害概念を規定した国民年金・厚生年金の障害認定基準（通達）には、医療保険制度における所得保障（傷病手当金）との関連づけはない。

現行の年金制度では、症状の固定をもって障害認定日としているが、内部障害や精神障害など症状が持続する場合は、医療保険制度の所得保障給付が満了する一年六カ月目をもって症状が「固定」したとみなし、障害年金とリンクづける仕組みとなっている。制度的にはうまくリンクづける仕組みとなっていながらも、実際には一年六カ月目の障害認定日に、障害年金の対象となるのは「永続的」な障害でなければならないということで、医療保険からも年金保険からも給付を受けることのできないいわゆる「制度の谷間」での無年金者を生み出している。年金制度におけるの障害概念は、「永続的な障害、もしくは医療保険制度の所得保障給付の終了後も持続するもので、今後一年以上継続すると予測されるもの」と変更すべきである。

(3)重度障害に片寄った障害概念

昭和61年の法律改正で基礎年金制度が創設されたが、その時に政府は3級の障害年金（厚生年金）は廃止の方向であったといわれている。したがって国民年金にも3級をという障害者団体などの要求は、取り入れられるはずもなかったものであり、国民の反対もあってようやく厚生年金の3級は残されたのである。

ところで、2級の障害年金の障害程度は、「日常生活は極めて困難で、労働により収入を得ることができない程度」と云われているのであるから、稼働能力で言えば100%の喪失であり、戦前の国際社会保障条約と比べてもはるかに厳しい内容になっている。しかも、就労権の保障とリンクさせることや雇用市場の状況を配慮することなどは、いっさい考えられていない。これが日本の障害概念のもつ第三番目の問題点である。

(4)つぎはぎだらけで総合性を欠いた障害概念

平成7年5月の「精神保健福祉法」の成立により、精神障害にも手帳制度が導入されたが、その際に障害等級は障害年金と同じ3区分とされた。そして、手帳制度における障害程度の判定では、能力障害の要素も組み込まれた。年金制度が機能障害を中心として判定されてきたのであるから、これは一定の改善といえる。しかし、障害年金の等級を手帳の等級に横滑りさせてもかまわないことになっているので、年金制度における障害評価を改正しないかぎり、能力障害が精神の障害でどこまで評価されるか疑問である。

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対する障害認定について、平成9年12月25日に「障害認定に関する検討会報告書」が出された。この中では、「1級及び2級については労働能力の喪失の程度、また、3級においては日常生活上の障害の状態についても把握し、適格に評価すること」と書かれている。従来の障害評価の考え方では、1～2級の障害は、日常生活能力で、3級の障害（厚生年金のみ）は労働能力で評価するとされていた。1～2級と3級で評価基準を変えようというこうした方法はもともと成り立ち得ない。ヒト免疫不全ウイルス感染者に対する障害評価における考え方は、他の障害にもおよぼされるべきである。

(5)障害測定の基準と具体的認定方法

最後は障害評価基準の問題である。国民の権利行使という点からすれば、障害の評価基準は具体的で測定可能なものであることが望ましい。しかし、稼働能力の客観的な測定法を作成するのは困難であり、現実の障害評価にあたっては日常生活能力が基準とされている。この日常生活能力の具体的な測定は、障害程度の認定を定めた通達である障害認定基準（『国民年金・厚生年金保険障害認定基準の説明』社会保険庁年金保険部国民年金課・業務第一課・業務第二課監修）にもとづいて行われている。そしてこの障害認定基準は、「一般的事項」、「障害認定に当たっての基本的事項」と「障害認定に当たっての基準」の三部から構成されている。現行の障害認定基準は、次のような問題をもっている。

第一に、「障害認定に当たっての基本的事項」の中に、各障害の1～3級の状態を総括した「障害状態の基本」が書かれているが、図1に書かれているように、等級の内容が非常に厳しいものとなっており、しかも例示部分では具体的なイメージを固定化する役割を果たしている。例えば精神障害でいえば、例示部分では閉鎖病棟に入院している患者以外は1級になり得ないことに

なり、こうした例示部分は早急に改正されるべきである。

第二の問題として、機能障害毎に具体的な認定基準が書かれている現行の方式では、全身性あるいは複合的な障害はどうしても不利なこととなることである。

第三の問題は、「日常生活能力」を障害の基準としながらも、具体的な障害評価の方法が障害の種類によって以下のように異なり、しかも現実的には機能障害レベルの障害評価にもどってしまうことである。しかし、機能障害レベルだけでは、現実の障害者の所得保障の必要性が障害程度の認定に正しく反映されるとは考えられない。とくに精神の障害の場合には、能力障害と社会的不利の中心は、行動能力障害やコミュニケーション能力、社会能力などであり、これらを障害認定基準にきちんと取り入れる必要がある（注4）。

第2章 事例に見る障害評価の問題点

(1)脳血管障害と障害の固定

事例の紹介 国民年金1号被保険者Aは、平成6年3月自宅で脳梗塞を発症し、救急車で運ばれそのまま入院。3ヶ月後に退院したが、左半身麻痺が残る。歩行は装具を使用して、200メートル程度が限度。左上肢は、機能完全麻痺。

Aは、発症後3ヶ月の時点で症状固定として国民年金を請求、主治医は予後について診断書の中で「現状維持、不変」と記入。しかし、社会保険事務所からは、初診から1年6ヶ月が経過していないために症状が未固定であるという理由で、不支給決定がされた。Aは、この結果を不満として審査請求をおこなったが、審査官では棄却。審査会では、厚生省側が原処分を変更し障害基礎年金を裁定したため、本人が審査請求を取り下げた。

問題点の検討 障害年金における障害の程度は、一般的には症状が固定したときに、残存する障害によって測定すべきであると考えられている。この症状固定については、症状が固定してこれ以上よくも悪くもならない状態、言葉の本来の意味での固定状態にならなければ障害と見るべきではないという見解と、これ以上悪くなることはあっても良くはならない状態、つまり不可逆状態になればその時点で障害と見るべきだとの二つの見解がある。国民年金は従来から不可逆性説の立場に立ち、脳血管障害については、発作後六ヶ月を経過し、診断書作成の医師が症状固定と判断すれば、障害認定をおこなってきた。しかし、厚生年金は症状固定説の立場に立ち、障害認定は初診から一年六ヶ月の経過後におこなわれてきた。

もともと厚生年金と健康保険はセットであり、健康保険制度には傷病手当金という休業保障の制度があるので、障害認定日を一年六ヶ月よりも前にもってこくことの実益は乏しかった。ところが国民年金の場合は、セットの国民健康保険に休業保障制度がないので、脳血管の発作後はできるだけ早い時期に障害認定をおこなって障害年金を支給する方が当事者の利益となっていた。

このように障害年金における症状固定の時期の問題は、医学的なレベルの問題ではなく、医療保険と年金保険の役割分担と関わる問題であった。一般に医療保険と年金保険との役割分担について、疾病の状態継続中は医療保険、それが治癒して症状が固定した後は年金保険とする考え方がとられている。しかし、いつまでが疾病状態の継続中であり、いつから症状が固定したかを判定しにくい場合が多い。ましてや医療保険に休業保障がない場合は、症状固定を早くおこなおうとする傾向が生じるのはやむを得ないのである。国民年金と厚生年金における脳血管障害の障害認定日のずれを解決するには、国民健康保険にも休業保障制度を創設し、そのうえで医療保険と年金保険の役割分担を整理しなければならない。疾病給付と障害年金をうまく連結させること、これが障害認定日における症状固定説か不可逆性説かを解決するカギであると思う。

(2)障害認定がきびしい難病

事例の紹介 スモンの事例は、3級の厚生年金（旧法）の障害年金を受けていた者が、昭和60年2月に障害の程度が軽くなったとして支給停止の決定を受け、それを争ったものである。後者のパーキンソンの事例は、昭和62年に2級から3級に障害年金の等級が改定された者が、等級が下がったことを不服として審査請求されたケースである。

問題点の検討 スモンのケースは、再審査請求の裁決内容の要旨と、第1審の審査官が本人に面接聴取した結果の報告を対比させ、パーキンソンのケースは、再審査請求の裁決内容の要旨と、診断書作成の主治医の回答書とを対比させている。

一応、障害についての医学的判断の部分は紙面の制約もあり省略するが、両者の対比を見ても気づかされるように、現行の内部障害の認定については、非常にきびしいような印象を受ける。外部障害と異なって障害程度の客観的な指標が作成するのが困難なことも一因と思われる。ヒト免疫不全ウイルス感染者に対する障害認定について、平成9年12月25日に「障害認定に関する検討会報告書」が出されたが、その中では、内部障害と外部障害の障害認定の問題として、「労働能力の喪失や日常生活上の制限を生じる障害の評価についても、両者（外部障害と内部障害 筆者）の違いを必ずしも十分に反映した認定が行われていないとの指摘もある」と、

害について、等級認定が困難な場合があるとの指摘がある」と書かれている。

もともと障害年金の対象とする障害は、肉体的な意味での障害ではなく、障害を原因とする稼働の喪失・減退であり、労働能力との関係で言えば「一般的労働不能」または「職業的労働不能」である。こうした意味で障害年金の対象とする障害は、肉体的生理的な障害というよりはむしろ「経済的障害」であり、障害構造論で言う社会的不利のレベルに属する問題である。疼痛や不快感、あるいは変動性の障害の評価にあたっては、客観的に評価することは困難であるとの理由で切り捨てるのではなく、それが稼働や労働能力とどうかかわり、評価基準にどのように組み込めば障害者の生活保障が可能か、こうして視点で検討されるべきである。

審査請求要旨	審査官が本人に面接聴取した報告書の内容
<p>請求人のスモンによる肢体の機能障害については、自覚症状として全身倦怠感・疼痛等を訴えているが、他覚症状は腱反射の異常のみであり、日常生活では、片足立ちがうまくできず歩行が疼痛のため支障がある他は全て一人でうまくできる。また、目の障害については、両眼の矯正視力が1.0である。したがって、請求人の障害の程度は旧厚年法別表第Iに該当するとは認められない。(平2.2.28)</p>	<p>症状：全身にビリビリ感あり。とくに下肢、背中に焼けつくような痛みがある。下肢は歩くとつきつきと痛み、上肢は痛みからだるい。身体全体がだるく、朝起床するのが辛く、頭がなぐられたようにポーンとする。またいらだつと頭がつんつんとし、目は霞んだような感じがする。 受診状況：ここ2年間は月1回程度通院している。薬は副作用が怖いので14日分を1か月余りかけて服用している。通院はバイク(資料4-1では自家用車となっている)で30分程かかる(本件審理の場では請求人は10分程度と陳述)。雨の日はバス、タクシーを利用する。 日常生活：縫製をしている妻の手伝いとしてアイロンがけをしたり、ときにはミシンを踏むときもあるが、1日3時間程度でその日の気分次第である。あとはテレビをみたりラジオを聞いたりしている。 日常動作：補助具は使用していないが、片足で立つは右左ともふらついてうまくできない。他の動作はすべて一人でうまくできるが、歩行だけは下肢の疼痛のため支障がある。 その他：日常の行動をする場合、身体が思うように機敏に動かせないが、検査結果として数値では現わせないし、スモンによる疼痛や肢体の異常感覚についての苦しみについて通常の人に比べて貰えないのが残念だ。</p>

審査会裁決要旨	審査官の照会に対する主治医B医師の回答書
<p>パーキンソン病による障害の状態は、運動麻痺が認められ、その外観は不随意運動性、強剛性、しんせん性ではあるが、反射については左右の上下肢とも正常であり、肢体の機能の障害を総合的に判断すると上下肢に機能障害が認められ、症状の日内変動が著しいとはされているものの、L-ドーパ、その他のパーキンソン病治療薬によって、障害の程度はかなり改善されているものと考えられるので、厚年法別表第Iに該当しないと認めるを得ない。(平元.2.28)</p>	<p>傷病名はパーキンソン病。症状の経過は、長期経過で、短い表現が困難であるが、総じて症状はきわめてゆっくりであるが進行性で、特に平衡の障害が憎悪している。服薬に伴う症状の日内変動が著しい。即ち、薬効が切れている状態では、筋無力状態に伴い著しい動作障害を認め、また逆に薬効が過多では、薬剤誘発性の不随意運動が出現する。 日常動作の障害の程度(昭和62年7月30日現在)は、一日の時間帯によって著しく症状が異なるので判定は困難であるが、薬剤の著効時は身体をおどらせながら歩行可能。ただし、転倒の危険のため看視が必要である。現症時の労働能力は認められない。部分的に可能のことがあったとしても、作業能力として認められるものではないとされている。</p>

(3)障害認定日の診断書がとれないケース

事例の紹介 19歳の時に精神の初診があり、遡及請求のために診断書の作成が不能となったBとその代理人は、障害認定日の診断書が作成できないのは本人の責任ではない、障害認定日に変わって証明できるものとして、現在の主治医の診断書も有効ではないか、と審査請求をおこなった。

問題点の検討 もともと年金の請求は請求主義の建前であり、本人から請求がなければ支給されることはない。そして障害の状態にあることの立証義務は、請求者本人に課せられている。しかし、現行の年金制度は複雑であり、どの程度の障害状態になれば年金が出るかどうか、これを請求者の側の国民があらかじめ知ることは不可能に近い。しかもカルテの保存期間が法律で5年と定められているから、難病や精神の障害など、同じ医者はずっとかかりつけるのが希なケースでは、非常に不利とな

る。

推定が可能な時期まで遡及するなど、運用面での改善が望まれる。しかし、現行の行政は遡及請求などにはかなり厳しい対応をおこなっている。以下は、B が審査請求をおこなった際に、傍聴人が保険者（社会保険庁）と請求代理人（B 側）のやりとりを記録していたものである。公開審理は平成 7 年 1 2 月に開かれた。抜粋して引用する。

保険者側 障害認定日である昭和 5 7 年 4 月の状態をカルテもなく、当時診ていなかった現在の主治医が記憶や憶測に基づいて書いており、無効である。

審査委員 N 先生は、初診時のカルテを見て、5 7 年当時の診断書を書いたとのことですが、何を根拠としていたのですか。

N 医師（B の審査請求代理人） 精神医学ではレントゲン写真や、心電図のような客観的データは残り得ません。私どもは発病時やその後の経過に関係者の証言と、学術体系、経験に基づいて診断します。

審査委員 そういう診断書は年金上認められますか。

保険者 認めていません。記憶や、憶測に基づいたものは認められません。

N 医師は、保険者側が推測に基づく診断書を憶測に基づく非科学的なものであると印象づけようとしたことに対して、病跡学という学問分野があるように、医学的にも当時の本人に関する情報、資料、関係者の談話・陳述などから、当序の病状を推測することは可能であること、そして、自ら診断しない医師の書いたものとはいえ、有効な診断書として採用すべきこと、カルテがなければ年金が支給されないことは由々しき問題であることなど、を条理をつくして主張した。しかし、結局は審査請求の場で受け入れられなかった。

障害年金の請求において、障害認定日の障害の状態が重要なのは改めていうまでもない。しかし、現行の制度では、本人が制度に無知であり、障害年金の請求が遅れた場合、障害認定日以後に年金の権利が発生するか、それとも事後重症となり請求日以後の支給となるか、そのどちらかである。B の事例で言えば、仮に障害認定日以後に年金請求をするまでの間の診断書がとれたとしても、障害認定日の診断書がとれないかぎり、事後重症となり請求日以後しか年金は支給されない。本来、生活権を守るべき年金制度において、知らなければ本人が損をする、こうした制度のあり方こそ改善されなければならない。

(4) 精神における障害評価の基準と労働能力

事例の紹介 C は昭和 5 9 年から厚生年金（旧法）の 3 級障害年金を受けていたが、平成元年に提出された現況届（診断書）により、平 2 年 3 月から支給停止となった。同人は昭和 6 2 年の 3 月から平成元年 3 月まで入院しており、現況届の提出時には退院しており、その時の診断書には主治医が、「平成元年 1 1 月、改善安定状態にあり、定期的に通院しつつ、デイケア参加中、情意障害を認める」と記述しており、これが 3 級程度にも該当せずとの判断をもたらしたものと思われる。

問題点の検討 精神障害の障害認定基準では、日常生活能力の判定に当たって、「現に仕事に従事している者については、その療養状況を考慮し、その仕事の種類、内容、従事している期間、就労状況及びそれらによる影響も参考とする」と書かれている。この記述が根拠となって、精神の障害認定ではわずかでも就労すれば日常生活能力があると考えられやすい。

しかし、これは障害認定基準の読み間違いというべきである。所得保障制度における障害認定が、稼得能力をふまえて行われなければならないことからすれば、認定基準のこの記述は、就労さえしておれば、日常生活能力があると判断することを戒めたものにほかならない。しかし、権利擁護のための留意事項であるはずのこの規定が、現実の障害認定では、給付制限の論理に利用される結果となっている。保護的就労や共同作業所での労働でなく、健常者と同一の条件、同一の業務内容で働き、稼得能力でいえばその減退の程度が所得保障の必要性がない場合に限って、障害年金の対象外とすべきである。

C でいえば、退院後わずか数ヶ月の状態でもデイケアへの参加をもって日常生活能力や労働能力の回復とはとても言えないこと、これが第 1 の問題である。第 2 の問題は、精神障害における予後の予測と障害認定をどう考えるかの問題である。アメリカでは、「職業における悪化や代償不能」も障害程度の判定基準の一つに含まれている。ある精神の障害者がその人の現在の日常生活能力からみて、労働は可能と判断されるとする。もしその場合、障害年金の支給を停止し、就労を事実上は強要したことで、「病的体験の再燃をもたらす」ようであれば、そうした可能性も障害評価に当たっては考慮しなければならない。これは、環境に対する脆弱性も「障害」の一部として認めるということである。（表 1 参照）

C の場合は、障害年金の支給停止の決定が、病状の再悪化をもたらし、「年金停止処分を知り、俺みたいなものは早く死んだ方がいいと言って、また以前のような状態にもど」ったそうである。そして、平成 2 年 1 1 月からは再入院となったのであるが、審査会での裁決は、「障害年金の支給停止処分は妥当であり、取り消すことはできない」という内容であった。環境に対する脆弱性という視点など、精神の障害における障害概念の検討が望まれる。

第3章 障害評価方法の改善を

1. 社会的自立能力と障害評価の客観化のために

(1) 「日常生活能力」のあいまいさ

障害評価の問題をめぐって各障害者団体からさまざまな不満がだされている。もっとも根本的な問題は、障害認定基準が障害者の所得保障の必要性にうまく対応していないということである。

原因の一つは、障害評価の基準としての「日常生活能力」が、具体的な障害評価の場面では、能力障害というよりも機能障害レベルに近い日常生活動作能力に矮小化されていることである。例えば、肢体障害の診断書であるが、この中で取りあげられている評価項目も項目数が少ない上に「できる」「できない」の評価基準があいまいなままである。

精神の場合は、年金の「日常生活能力の判定」における「援助」や手帳の能力障害における「援助」の内実をどういうものとして考えるかが問題であるが、実際は診断書を書く医師まかせとなっている。また、平均的な生活環境を想定して日常生活能力を推定するといっても、単身で自立した生活をモデルとして考えるのか、親族と同居することを前提として考えるのかでずいぶん違ったものとなる。私たちは、親族と同居している場合でも単身で自立の生活を前提としてその状態のもとでの日常生活能力を評価すべきと考えている。

(2) 障害評価はできるだけ客観的に

精神障害の障害評価にあたっては、「援助」の内容をもう少し、具体化することも必要と思われる。障害年金の診断書では、日本精神神経学会の問題提起もあり1992年から、「援助とは助言、指導、介助をいう」との記述がされている。しかし、精神の障害において、日常生活能力の判定に「介助」が適切かどうかという点がひとつ、そしてもう一つは、3段階での評価では粗雑すぎるのではないかということである。

障害評価方法に関してはいろいろな目的・立場で研究がすすめられており、それぞれはまだ試案の段階にすぎない。たとえば障害者労働医療研究会精神障害者部会によって開発された「精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)」では、身辺処理など各項目の評価において、評価主体の主観性をできるかぎり排除するために、評価項目ごとに設定された具体的な尺度の共通基準として「(0)問題なし。(1)若干問題があるが、助言や援助を受けるほどではない。(2)時々問題がでる。助言(言葉による促しや情報の提供)を必要とする。(3)度々問題がでる。強い助言(説得・指示)や援助(一緒に行う等)を必要とする。(4)大変問題がでる。助言や援助を受け付けず、改善が困難である。」の5段階評価をあげている(注5)。年金の診断書でいえば、(0)と(1)が「ひとりできる」、(2)と(3)が「援助があればできる」、(4)が「できない」に対応すると思われるが、できるかぎり主観性を排除し具体的な評価ができるように、診断書の記述を改善し、医師への啓発をおこなうことが望まれる。

2. 障害評価を改善していくシステムの確立を

(1) 障害評価基準を改善するための調査・研究機関の設置を

障害者の所得保障の必要性と障害認定基準とがうまく対応していない二つ目の原因は、障害の評価基準が障害者の生活の現実につきあわせて、改善していく制度なシステムが確立していないことである。

ドイツやスウェーデンなど社会保障の先進国では、環境要因である労働市場の状況をも障害評価のなかに取りこんでいる。年金制度が対象とするのは、社会的不利のレベルの障害なのであるから、ドイツやスウェーデンの方式が本来の方法である。しかし、わが国では今すぐにこうした方式に切り替える可能性は少ないと思われる。当面の課題として機能・能力障害と所得保障の必要性に関する統計的な調査を行政の責任でおこない、障害者の生活実態に即した障害認定の基準づくりに着手することを提言したい。こうした調査は、家族会や当事者の会など障害者団体の手でおこなわれる必要もある。障害認定における個々の障害者の不満を普遍化し、要求の正当性を国民に訴えていくには、科学的な調査研究は避けられない。行政の手による調査研究と、運動団体の自主的な調査研究がおぎなひあってこそ、障害等級の改善と合理的・科学的な基準作りという課題も進むことと思われる(注6)。

(2) 福祉の専門家もくわえた障害認定機関を

こうした見直しとともに、政府から独立した専門の障害認定機関をつくるのも必要である。現在の年金制度では、障害年金の認定は行政の内部でおこなわれ、国民の目に触れることはない。厚生年金や国民年金制度では、合議制の認定機関も設置されておらず、障害評価において医師が果たすべき役割と行政が果たすべき役割がどのようになっているのか、いかなるプロセスで誰が等級を決定しているのか、果たして障害についての専門的知識を有しているのかどうか、こうしたことも一切わからない。医

療や福祉の専門家を加えた第三者機関としての障害認定機関を設立し、認定プロセスの公開と、社会の変化に応じて障害認定基準を改善していくことが今後は必要となるであろう。

(3) 審査官・審査会制度の改善を

上述のような制度改革をおこなった上で生じる個別の障害認定についての不平や不満は、個別事情を考慮にいれて不服審査制度で再検討を行えばよい。社会保険制度では他の福祉制度と較べて不服審査制度が整備されており、住民の権利を守る上で一定の貢献をしているといえる。しかし、申立件数がもともと少ないうえに、障害者の主張が認められた件数の割合である容認率も低いのが実状である。障害者の生活実態と認定基準の乖離を不服申立制度で埋めようとするならば、現行の二審制の不服審査制度、とくに単独の行政官が審査する一審の審査官制度は早急に改善する必要がある。二審の審査会制度では、審査委員は合議制で第三者も含んでいるが、1件あたりの公開審理の時間が1～2時間ほどしかなく十分な審査をおこなうにはあまりにも短すぎたり、全国で一カ所、東京にしかないため地方に住むものは利用しにくいなど多くの問題がある。障害者の権利救済を迅速におこなうためには、公平で民主的な不服申立制度の確立が急務である。

3. 所得保障の基本原則と障害等級の組立

これまでは、現行制度を前提として、障害測定の基準や認定機構の問題、また認定プロセスに影響をあたえる診断書などの問題とその改善方法なども考えてきたが、ここでは障害評価のあり方の基本を規定する、年金制度の組立方について、2～3の問題に絞って改善方向を考えたい。

(1) 稼働能力の補填と必要生活費膨張のカバーは別建てで

障害の評価基準の問題については、最後にもうひとつつけ加えておきたいことがある。それは、障害年金の等級の組立をどうするかの問題である。現在の障害年金制度では、障害はその重度性によって2級（厚生年金は3級まで）に分類されるだけであり、1級と2級の区別は、介護の要・不要が考慮されて決められることとなっている。

しかし、障害の重度性と介護の要・不要は直結しないし、介護費用の補填という意味では1級が2級の25%増という額はあまりにも低すぎる。障害基礎年金の場合には月額で、16,000円余りであり、介護費用の補填には焼け石に水である。これは、制度の仕組みが、稼働能力の喪失の補填や最低生活保障を目的とした部分と、障害を原因とした必要生活費の膨張をカバーする部分が年金額の上で区別されていないからである。

高藤昭は「障害者の所得保障の原理と諸構想」(注7)という論文で、年金の基本原則として、最低生活保障が普遍的に保障されるべき事を第一原則とし、生活障害発生以前の生活水準が保障されることを第二原則と名づけている。後者の第二原則は、所得比例拠出によって実現されることとなる。さらに高藤は、第一原則の所得保障をイギリスの立法例を参考に、以下 障害者基本手当、 重度障害者手当、 他人介護手当、 家族介護手当、 扶養手当、 移動手当、 住宅手当、 年齢加算の8項目の手当(=年金)として構想している。

この構想では現行制度の障害基礎年金の2級が に、1級の加算部分は介護費用の補填と別立てにして の重度加算的な位置づけとし、介護費用は と として独立させている。また「子の加算」と配偶者加算は に統合し、 ～ は新設したものである。この構想の優れた点は、制度の組立が、 の稼働能力の喪失を補填した部分と、 ～ の生活費膨張などニーズに対応する部分とを分離して保障する仕組みとなっていることである。そして、 ～ の全体で所得保障に対する主要なニーズがカバーされることとなっている。障害認定における等級のあり方は、障害年金額の組立方と密接にからんだ問題であり、その改善と障害評価方法の改善を関連づけて検討すべきと思われる。

(2) その他の改善事項

年金の仕組みあるいは制度の組立を考える上で、検討しなければならない問題は他にもある。

最初は、発病時期による年金額の格差の問題である。後述のように精神障害の特性として、思春期に発病するという問題がある。初診日が20歳前、あるいは学生期間中が多く、厚生年金に加入しているものは少ないので、障害基礎年金のみを受給しているものがほとんどである。厚生年金に加入していれば、1階部分の障害基礎年金に加えて、2階部分の障害厚生年金も受けられることとなり、金額的にも倍程度の差が生じることとなる。しかもこの格差は生涯つづくこととなる。他の障害の場合にもこうした矛盾はあるのだが、精神の場合には大多数が発病時期との関係で障害基礎年金しか受けられないという意味で、やはり特殊といえるだろう。前述の高藤氏が示している所得保障の構想の の年齢加算は、「イギリス立法例からヒントをえ」と記しているが、精神障害のような思春期に発病する障害については、加齢にともなって加算するような仕組みはおおいに参考にすべきと思われる。

次は、老齢年金と障害年金の基礎年金が同額であるという問題である。基礎年金はもともと生活保護基準よりも低額であり、

「老人の平均的な生活費のうち、その基礎的な支出を保障するもの」として基礎年金の額が設定され、老齢、遺族、障害（２級）の基礎年金の額は同額となった。基礎年金額が生活費の基礎的部分に限定したのは、老人の場合には「働ける間の稼働収入はもちろんのこと、老後に備えた個人の貯蓄や私的年金、資産収入、それから親族扶養」など老後の生活を支える他の手段があるからと説明されている（注８）。こうした説明からすれば、そもそも老齢基礎年金と障害基礎年金が同額でよいのかどうか疑問である。老齢や障害といった生活事故の違いを無視し、老齢年金のモデルで統一しようという構想そのものに無理があると思われる。

おわりに

年金の仕組みを障害者の所得保障の必要性に応じたものに改善していくこと、障害評価のあり方は、こうした方向で制度の組立方を含めて考え直すべき時期である。そして、障害者のニーズにそった合理的な年金の制度と、福祉サービスをどのように組み合わせればよいのか、生活保障のシステムはこうした総合的な視点から検討することが求められている。そして、そのためには、医療、福祉、年金のそれぞれの制度から、それぞれの制度のあり方とかかわっての障害概念の研究が求められている。年金と福祉の分野からの障害研究は、ようやくその必要性が認識されはじめたばかりである。障害概念研究の立ち後れを早急にとりもどし、制度改革に役立つ実践的な障害概念の形成に筆者も努めたいと思う。

昨年十二月十一日に発表された社会保障制度審議会小委員会委員の報告書では、「現在検討されている社会保障改革には、第一に、専ら公的な負担が過重にならないようにするといった、財政や経済に重点を置いた改革と、第二に、国民の不安を除き、安心を保障するという社会保障をよりよく機能させるための改革の二つの面がある。現在は、前者の視点が強調される傾向があるが、後者の視点による改革が軽視されるようなことがあってはならない」とし、財政偏重の改革に警鐘を鳴らしている。公的年金制度への国民の信頼感を回復すること、このことこそ次期の制度改正の最大の課題である。国民皆年金の理念に立ち返り、無年金障害者の解消と、無年金障害者を生じさせない制度への改善がまず第一に必要である。

参考文献

(1)障害年金改正をすすめる会 認定基準検討会

『障害年金の障害等級認定に関する問題点調査報告書』 1998年2月

(2) (財)全国精神障害者家族会連合会 『障害者手帳・障害年金における障害評価に関する研究』

(3)児島美都子・真田是・秦安雄編 『障害者と社会保障』 P182 以下参照

(4) 梶原徹「障害年金の判定方法」季刊『精神科診断学』 June1994Vol・5 2 P193 参照

(5) 岩崎晋也ほか「精神障害者社会生活評価尺度の開発とその書義」季刊『精神科診断学』 June1994 Vol・5 2

(6)日本社会事業大学 障害の法的定義研究会「日本における障害者の法的定義：その現状と課題」 リハビリテーション研究 No.83 1995 . 3

(7) 高藤昭「障害者の所得保障の原理と諸構想」『月刊福祉』 57年2月 Vol.65 2

(8) 吉原健二編著『新年金法』全国社会保険協会連合会 P44 参照

(1) 日常生活活動の遂行	適応的な活動、すなわち洗濯、買い物、身だしなみ、支払い、住居の維持などを含む。患者の活動の質はそれを行う際の自立性、適切さ、有効性、また監督や指示を受けることなく活動を開始し参加する能力によって評価される。
(2) 社会的機能	職場と私生活の双方で、ほかの個人に適切に対応し、有効に意思伝達できる能力に帰する。この能力の障害は、言い争い、立ち退き、失火、社会的孤立などの過去の事実から明らかになる。
(3) 課題遂行能力	実際の集中力、持続力、作業速度などや、通常の職業活動の一部をなす課題を適時に終了するまで注意を持続的に集中できる力である。
(4) 職業あるいはそれに準じた状況における悪化や代償不能	負荷の多い環境、たとえば意思決定、予定に合わせた行動、規則的な出勤の維持、上司や同僚との相互関係への適応に、繰り返し失敗することに起因する。これらを強要することは、そのような状況からの引きこもりや病的体験の再燃をもたらす、同時に日常生活や社会的関係、あるいは集中力や持続力の困難を引き起こすのである。

障 害 状 態 の 基 本	
障害の程度を認定する場合の基準、となるものは、国年令別表、厚年令別表第1及び厚年令別表第2に規定されているところであるが、その障害の状態の基本は、次のとおりである。	
障 害 の 程 度	障 害 の 程 度 の 例 示

1 級	<p>身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもとする。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の介助を受けなければほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。</p>	<p>例えば、身のまわりのことはかろうじてできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむねベット周辺に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病室内に限られるものである。</p>
2 級	<p>身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもとする。この日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は極めて困難で、労働により収入を得ることができない程度のものである。</p>	<p>例えば、家庭内の極めて温和な活動（軽い捕食作り、ハンカチ程度の洗濯等）はできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病棟内に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものである。</p>
3 級	<p>傷病が治癒したものにあっては、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もとする。</p>	