

組み合わせモデルを提起した。道徳モデルは、障害を道徳的なあやまちや罪に起因する欠陥ととらえ、医学モデルは、障害を個人に存在する医学的問題とみなされる。社会／少数派モデルは、障害者を少数派グループとみなし、障害問題は障害者個人にあるのではなく、障害者が適応できない環境と、障害のない人々の否定的態度の中に存在するとする。

Olkin(1999)は、社会／少数はモデルを活用した心理療法を提案した。すなわち、障害をもって社会で生きるという観点から診断治療という方法ではなく、社会の障害者に対する態度がどのように構築されるか、それにどのように対応するか、また、家族支援のあり方などについて言及している。

O'Brien(2001)は、障害者の雇用政策を歴史的に区分すると、障害者を正常化（ノーマライズ）しようとした時期、議会により障害者の働く権利が擁護された時期を経て、法律制度により後退させられている時期にあると主張する。すなわち、障害者をリハビリテーションによって正常化することが目的であった初期の雇用支援が、連邦議会の圧倒的多数によりADAが通過されたことで、権利運動の全面的支援が期待されたが、雇用主の法廷への訴えと連邦司法当局のリハビリテーションの全人間理論のために、その雇用支援が弱体化したと主張する。

Bresliら(2002)は、障害者差別禁止法について法律学の立場から言及した。その内容は、権利教育、世界の障害者差別禁止法の比較、障害者差別禁止法の構造、法律の運用、ADAの理念、障害者差別禁止法、ADAの教訓など広範な内容を含む。

OECD(2003)は、OECD加盟の20カ国を対象に障害者を労働市場に導くための、障害者政策を分析した。そして、その結果を、補償政策と統合政策の2つ整理している。補償政策は、障害者手当の給付など所得移転の受動的な政策であり、統合政策は、職業斡旋などの能動的な政策である。そして、それぞれの類型は、10の下位次元に分割され、0から5点までの点数がつけられ、その結果が加算されて、ある国の障害者政策がどちらの傾向が強いかを整理し二次元的な政策図に示した。

補償政策の下位次元は、①カバーする範囲（全人口から選ばれた従業員まで）、②最低限の障害レベル、③完全な手当のための障害レベル、④最大手当レベル（連続する労働記録による平均の所得のための置き換え率に関して）、⑤手当の永久不変性（厳密に永久的なものから厳密に一時的なものまで）、⑥医学評価（保険医者のチームのそれに医者扱う独占的な責任から）、⑦職業評価（厳しい自分自身の仕事評価から最も開いた基準まで）、⑧疾病手当のレベル（短期と長期を識別すること）、⑨疾病手当の期間（続けられた賃金支払いの期間を含むこと）、⑩失業手当のレベルと期間（障害手当と比較すると水平になるレベル）。

また、統合政策の下位次元は、職業とリハビリテーション施策に関して①カバーす

る範囲の整合性（異なるプログラムの利用とそれらの結合するという可能性）、②評価構造（責任と整合性）、③労働継続と便宜に対する雇主責任、④支援つき職業プログラム（範囲、永久不変性と柔軟性）、⑤助成金つき職業プログラム（範囲、永久不変性と柔軟性）、⑥保護雇用部門（範囲と一時的な自然）、⑦職業リハビリテーション・プログラム（出費の義務と範囲）、⑧リハビリテーションのタイミング（早い干渉から障害手当受取人だけのための最近の干渉まで）、⑨手当の中断規則（持続がそうするたくさんから存在しない）、⑩追加の労働誘因（労働と手当受給を結合するという可能性を含む）。

Frieden (1997) は、自身が障害者であるが、障害者政策の議論において、(p187) 専門家は、ADAによる市民権戦略と過去の社会保障障害保険の所得維持政策という対立構造でとらえ議論をしているとしてその傾向を批判した。それは、ゼロサム・ゲームのようであるが、本当の問題は、米国には、これらの2つのアプローチ以外に障害政策がないということであるという。例えば、障害者にとって医療は必要であるにもかかわらず労働意欲と関連づけられている。また、障害者が職業についているとき、職業リハビリテーション、教育や訓練を必要としているときには、社会的な支援も必要であるがそれがあまり検討されていない。さらに、障害者は、貧しいために、労働、教育、余暇よりも、衣類、食物、住居に関心をもっていることなどを考慮したよりシステム指向の考えが世界的に受け入れられなければならないと主張する。

Johnson(1997)は、障害者差別禁止法(ADA)をとりあげ、同法は、合衆国の障害者のための公共政策を定義した法律でとしては、もっとも最近のものであり、その前身である1973年のリハビリテーション法とともに、障害者が職業を得たり、訓練を受けることが制限されているのは、怪我や病気の直接の影響のみによるのではなく、むしろ人々の偏見によるという考えを取り入れている点を肯定的に評価している。

1973年以前に実施された障害者のための公共政策は、2、3の例外を除き、病気、怪我、障害のためにおこる収入の損失と医療費用の増大を補償し、移動に伴う環境的なバリアを除去するためにデザインされている。そのために、それらの制限を除去できるか、補償戦略によって回避することができるならば、障害の問題は解決される。また、回復が不可能ならば、その損失の一部を制度が保障する。また、その人が貧しければ、最小限の収入を貧困者対策で保証するという考え方に立っている。

一方、新しい反差別政策では、障害者雇用に対する唯一の制限は、人の偏見であるとしている。米国の障害者政策の将来は、これらの競合する見解の影響をおおいに受けるだろうとしている。

Nagi (1969) は、障害者リハビリテーションに関する著作のなかで、障害は個人や家族の問題であるとともに、公共の問題であると認識する必要があるとする。すなわち、障害をもつことは個人の危機であるが、それに対処するには外的な援助が必要で

あり、そのために社会制度が必要であるとする。彼は、その社会制度を3つの主なカテゴリーに分類した。それは、①障害の補償のための制度、②所得維持と経済的損失からの保護のための制度、③障害者がより高いレベルの機能を回復することを目的とした介入するための制度である。

Aartsら(1996)は、オランダ、アメリカ合衆国、イギリス、ドイツ、スウェーデンの5か国の障害政策を調査し、4つの共通の目標を持っているとしている。それは、①障害予防、②障害の補償、③稼得能力の回復支援、④障害者の社会再統合である。また、この目標を達成する方法も類似しており、特に次のような方法が多く用いられていたという。資力調査を伴う基本的福祉手当、過去の所得に基づく保険手当、貧困者一般を対象とした手当、リハビリテーション・サービス(訓練、医療)や機能制限を補うための現物給付、再雇用支援サービス(雇用率制度を含む)、一般就労困難者のための保護雇用機会の提供(割当制度を含む)、産業事故と職業病の危険を減らすことを目指した法的整備、機能障害のある人々に対する法的職業保護、賃金助成金や部分的な手当または従業員と雇主に生産性損失を補償するための障害費用、

Mezey(1988)は、米国の社会保障障害保険についても、社会保険の要素、公的扶助の要素、市場保険的の要素の3つの要素があり、政策担当者間の対立とその力関係で政策が形作られてきたことを述べている。結果的には、社会保障障害保険は、障害による所得の喪失の全部または一部を代替しようとする所得維持制度となり、手当額は、障害前の所得との関連をもっている。対照的に、公的扶助は、障害前に所得にかかわらず、あらかじめ決められた所得レベルで個人を支えるようにデザインされているとされたという。

Percy(1989)は、アメリカの障害者施策の歴史をふりかえり、障害者政策の目的には、リハビリテーションサービス、所得援助、権利の保護という少なくとも3つの型に分類できるとする。また、一連のサービスは、障害者が障害の状態を克服できることを支援することに中心がおかれているという。障害者の権利を反映させるためには、法的な保護が必要であると主張し、独自の公共政策の実施に関する組織的な検証のための事例研究を中心としたフレームワークを提案し、現状の法律を評価している。対象としている領域は、障害者の権利、権利の実現、法律、法の施行、建築と公共輸送機関のアクセス、社会と高等教育へのアクセス、働く権利などである。

Wolfensberger(1989)は、すべてのサービスには、目的と「明確な機能」があるが、実際は、多くの場合最も力強いのは「潜在的な機能」であるという。これらは、微妙かつ間接的な仕方において成し遂げられるヒューマンサービスのまだ認められていない機能である。著者は、ヒューマンサービスがますます重要になったポストプライマリー生産経済において、ヒューマンサービス部門が、大量の依存者を創造し支えていると主張する。そのような社会では、依存している人や価値を下げられた人々が、

他の人に雇用を与えるために必要であるのであり、社会の本当の意図は、このように隠されていると主張する。

Cooper(2000)は、法学の分野から、障害者の権利を強化するために、法律がどう支援できるのかについて、国民の障害者の権利に対する考え方の変化から考察している。特に、弁護士、アドバイザー、ソーシャル・ワーカー、セラピストなど障害をもたない『支援の専門家』の役割とのかかわりが強調されている。内容は、英国とヨーロッパ各国の障害者の権利に対する一般人の意識、国際法における障害者の権利、障害者差別禁止法、地方政府役割、住宅政策、精神保健とのかかわり、障害児政策など広範なものを含んでいる。

Reno(1997)らは、米国のメディケア、メディケイド、社会保障障害保険、労災補償などの障害手当を労働年齢にある慢性病患者と障害者が一般労働市場に復帰するためにどのように活用すればよいかに焦点を当てている。特に労働市場との関係を強調しており、労働市場の発展が一般的に不利な労働者と特に障害もつ労働者の復帰を促進するという考えを示している。具体的には、米国の障害手当制度が職業復帰のための意欲を阻害しているのか、障害者の職業復帰を促進するために障害手当をどのように運営すればよいか、リハビリテーションの促進に障害手当をどう活用すればよいかなど方策はなにかなどについて検討している。

Berkowitzら(1986)は、障害を個人と社会に費用を押しつけるものであるととらえ、障害と労働市場に焦点をあて、経済的観点から障害者政策を検討している。その内容は、障害者の労働市場復帰の阻害原因、労災保険や社会保障障害保険(Social Security Disability Benefit)が企業に与える負担、障害者サービスに対する公的費用、職業変更に関する経済学的影響、連邦政府が契約事業者に対して障害者に対する合理的便宜を提供することを強制していることの影響などを分析している。また、スウェーデン、オランダおよびアメリカの障害者制度にかかわる経済的比較も実施している。

Berkowitzら(1976)は、米国の85種類の障害者のための所得維持制度を分析し、①危険回避(RISK AVERSION)、②地位(STATUS)、③社会保険(SOCIAL INSURANCE)、④所得支援(INCOME SUPPORT)、⑤賠償金(INDEMNITY PAYMENTS)の5つの主要カテゴリーに分類した。

危険回避とは、小額の保険料を払って、それによって、障害者になった場合の大きな損失を避けることを意味しており、民間保険(老齢保険と疾病保険の障害給付など)は、危険回避に分類される。

地位は、兵役中に障害を受け退役軍人は、兵役中に障害を受けたということにより手当、医療費、遺族手当をうける資格をもつような場合である。

社会保険は、強制加入であり、カバーされる個人は、保険料を支払うか、そのための保険税や税金を要求される。政府は、規模の経済により所得再分配をし、依存を避

けるため参加を求めるかもしれない。強制的な、所得支援は、公的な援助プログラムにより所得を支援するものである。Supplemental Security Income (SSI) がそれにあたる。

賠償金は特定の状況の下で起こる障害に対する支払いである。その範囲は、障害者がこうむる苦痛や損害を含むより広い評価に基づき支払われる。

また、所得維持制度以外には、医療、職業リハビリテーション、教育、障害者のための特殊な改造を施した自動車、建築上のバリアの除去、そして、公的扶助の受給者が利用できる社会サービスを取り上げた。

Rea (1981) は、障害保険についての技術的な内容について論じ、その前提として、外部からのなんらかの援助がなければ、事故または病気の犠牲者は、経済的困難に陥るため、それを補償すること (compensate) が必要であるが、それは、保険のかたちで提供することが明白に望ましいとしている。その理由として、事故による障害は、基本的に本人の責任で解決されるべきであり、保険にすることで予防効果も上がるし、政府の介入なしで市場で可能であるとする。

Smith と Gebert (1981) は、障害保険に関する国際比較研究を行い、対象となった国々における障害保険は、障害のために経済的困難に陥った個人に対し直接的経済的補償を供給することと、リハビリテーションのような障害の効果を和らげるサービスという二種類の内容を含んでいるという。そして、障害保険の手当支給とリハビリテーションの関係や、その際の手当額の決定方法などについて言及している。

参考文献

Albrecht, G., *The Disability Business*, London: Sage, 1992

L. J. M. Aarts, R. V. Burkhauser and P. R. de Jong, *The future of disability policy in the Netherlands*, in Leo J. M. Aarts, Richard V. Burkhauser, and Philip R. de Jong ed. *Curing the Dutch Disease - An International Perspective on Disability Policy Reform*, P158-159, 1996, Avebury Ashgate Publishing, England

Barnes, C., *Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society*, in Len Barton ed., *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, Longman Sociology Series, 43-60, New York: Longman Publishing, 1996

Berkowitz M. and Hill, M. Anne, ed., *Disability and the Labor Market: Economic Problems, Policies, and Programs*, New York: ILR Press, 1986

Bickenbach, J., *Physical Disability and Social Policy*, Toronto: University of Toronto Press. Basingstoke, 1993

Berkowitz, M., Johnson, W. C. and Murphy, E. H., *Public Policy toward Disability*.

- New York: Praeger, 1976
- Breslin, M.L. and Yee, S. eds., *Disability Rights Law and Policy: International and National Perspectives*, Ardsley: Transnational Publishers, Inc., 2002
- Cooper, J. ed., *Law, Rights and Disability*, Jessica Kingsley London: Publishers, 2000
- Coudroglou, A. and Poole, D. L., *Disability, work, and social policy Models for social welfare*, New York: Springer Publishing, 1984
- Donald, Richard V Burkhauser Donald O., *Lessons from the West German Approach to Disability Policy in Carolyn L. Weaver, ed., Disability and Work: Incentives, Rights, and Opportunities, 85-93*, Washington, D.C: AEI Press, 1991
- Drake, Robert F., *Understanding Disability Policies*, Macmillian Press, 1999,
- Dropping, J., B. Hvinden and W. Van Oorschot, "Reconstruction and reorientation: Changing disability policies in the Netherlands and Norway", *European Journal of Social Security*, Vol. 2/1, Kluwer Law International, The Hague, pp. 35-68, 2000
- Frieden, L., *Is Cash Benefit Policy in Conflict with the ADA? In Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, Edited by Virginia P. Reno Jerry L. Mashaw Bill Gradison, *Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, 1997, Brookings Institution Press, Washington, D. C. p.185-188
- Johnson, W. G., *The Future of Disability Policy: Benefit Payments or Civil Rights?* in William G. Johnson ed., *The Americans with Disability Act: Social Contract or Special Privilege?*, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 10-23, Volume 549 January 1997
- 厚生省社会・援護局更生課監修：身体障害者福祉論，全国社会福祉協議会、東京，1996
- Mackelprang R.W. and Salsgiver R.O., *Disability: A Diversity Model Approach in Human Service Practice*, Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing, 1999
- Marks D., *Disability controversial debates and psychosocial perspectives*, New York: Routledge, 1999
- Mashaw, Jerry L., *The Unfinished Business of Disability Policy in Virginia P. Reno, Jerry L. Mashaw and Bill Gradison, Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, New York: Brookings Institution Press, 1997
- Nagi, Saad Z., *Disability and Rehabilitation: Legal, Clinical and Self-Concepts and Measurement*. Columbus: Ohio State University, 1969

- Susan Gluck Mezey, *No longer disabled : the federal courts and the politics of social security disability*, 1988, Greenwood Press, Westport
- O'Brien, R., *Crippled Justice The History of Modern Disability Policy in the Workplace*, Chicago: University of Chicago Press, 2001
- OECD, *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, OECD, 2003 Chapter 6 A Disability Policy Typology p126-138
- Oliver, M., *Social Work with Disabled People*. Basingstoke: Macmillan, 1983.
- Oliver, M., *Disability and Dependency: A Creation of Industrial Societies?* in Len Barton ed., *Disability and Dependency*, 6-22, London. New York . Philadelphia :Falmer Press, 1989
- Olkin, R., *What Psychotherapists should know about Disability*, New York: Builford Press, 1999
- Percy, Stephen L., *Disability, Civil Rights, and Public Policy: The Politics of Implementation*, Tuscaloosa and London :University of Alabama Press, 1989
- Priestley, M., *Disability Politics and Care*, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999
- Samuel A. Rea, jr, *Disability Insurance and Public Policy*. Toront: University of Toronto Press, 1981
- Smith, R. T. and Gebert, A. J., *Social Policy Issues in Invalidity Programs: Cross-National Perspectives*, Gary L Albrecht ed. *Cross National Rehabilitation Policies: A Sociological Perspective*. London: SAGE Publications, 1981
- Virginia P. Reno, Jerry L. Mashaw and Bill Gradison, *Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, New York: Brookings Institution Press, 1997
- Russell, M., *Beyond Ramps Disability at the End of the Social Contract: A Warning from an Uppity Crip*, London: Common Courage Press, 1998
- Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver, M. *Disabling Barriers - Enabling Environments*, London: Sage, 1993
- 寺島彰、「身体障害者福祉法における障害者施策の傾向についての考察」、国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要, 第 20 号, 15-24、2000
- Weaver, Carolyn L., *Incentives versus Controls in Federal Disability Policy in* Carolyn L. Weaver, ed., *Disability and Work: Incentives, Rights, and Opportunities*, 3-17, Washington, D.C: AEI Press, 1991
- Wolfensberger, W., *Human Service Policies:The Rhetoric Versus the Reality in*

Len Barton ed., Disability and Dependency, 23-41, Falmer Press, London. New York . Philadelphia, 1989

第4章 諸外国の障害者施策の状況

寺島彰（浦和大学総合福祉学部）

1 アメリカ合衆国の制度

アメリカ合衆国は、1999年現在の総人口が約2億7620万人である。障害をもつアメリカ人法(ADA)によると全米の障害者は4300万人であるとしている。この障害者の中には、身体障害、知的障害、精神障害を始め薬物中毒の人など日常生活にさまざまな制限のある広範囲の人が含まれている。政府は原則として個人の生活には干渉しないという自己責任の精神と、連邦制のために州の権限が強いことがアメリカ合衆国の社会保障制度の特徴である。これは障害者に対するさまざまな施策でも同じである。したがって、障害者の数が障害者施策に関する予算に直接関係することが無いために、この障害者の数についてもさまざまな団体や研究者がさまざまな数字を発表している。

アメリカ合衆国の障害者福祉施策の歴史を概観すると、まず、1916年に国民擁護法(National Defense Act)が連邦議会で可決成立している。この法律は、第一次世界大戦で負傷した傷痍軍人を民間企業に就労させることが目的であった。次に、1920年の国民リハビリテーション法(National Rehabilitation Act)は、障害者の職業訓練、職業カウンセリング、職場実習、補装具の給付等を規定した。各州は、この法律に基づいて障害者の総合的リハビリテーションプログラムを作成しなければならなくなった。この結果、比較的軽度の障害者は、リハビリテーションを受けることが可能になった。なお、これらのリハビリテーションプログラムの費用負担は、連邦政府と州政府で半分ずつであった。

1935年には社会保障法(Social Security Act)が施行された。この法律に基づいて、全ての就業者は、社会保障番号(Social Security Number)を持ち、納税、銀行口座の開設、運転免許の申請などでも提示しなければならなくなった。さらに、1980年にはこの法律が改正され、子供が産まれた場合やアメリカ合衆国に長期間滞在する場合も、この社会保障番号が必要になった。

1956年には社会保障障害保険(Social Security Disability Insurance)が次のように改正された。まず第一に、65歳以上で、かつ、社会保障年金を納めて過去5年間以上働いた場合、障害のために1年間以上働けなかった人は、医師が障害があることを証明し、社会保障年金局がこれを認めると障害者と認定される。そして、1ヶ月最低484ドルの障害年金とメディケアの受給資格が与えられた。第二に、離婚した男女が50～59歳の間に障害者になると障害年金が支給され、メディケアの受給資格が与えられた。第三に、年金受給資格のある人の子供が21歳以前に障害が発生し、働けない場合、障害年金が支給され、メディケアの受給資格が与えられた。

1973年にはリハビリテーション法(Rehabilitation Act)が改正され、重度障害者のリハビリテーションが取組まれるようになった。障害者自身が参加して、個人別にリハビリテーション計画が作成された。また、公共建築物、公共交通機関のバリアフリー化が規定された。さらに、503条で連邦政府と年間2500ドル以上の補助を受けたり、取り引きのあるすべての団体企業は障害者を雇用上差別してはならないとした。504条では障害者差別禁止を規定し、1990年に制定された障害をもつアメリカ人法の土台となった。

1974年に補足的所得保障(SSI: Supplemental Security Income)が制定された。1994年現在、この補足的所得保障(SSI)の額は、全米の平均で1ヶ月351ドルである。カリフォルニア州は、1998年現在1ヶ月684ドル支給している。補足的所得保障(SSI)の受給資格は、資産が2000ドル以下であること、自宅と自家用車の合計価格が4500ドル以下であることなどである。また、障害によって1年間以上働けなかったことを医師が証明することで、補足的所得保障(SSI)の給付は開始される。

1990年には障害をもつアメリカ人法(Americans with Disabilities Act)が連邦議会で可決成立し、大きな影響を与えた。この法律は、障害者差別を禁止するためにさまざまなことが規定された。具体的には、1990年以降建設される建物はバリアフリーでないと建築許可が下りなくなったし、1990年以前の建物でも連邦政府と年間15万ドル以上の取り引きがある場合改築しなければならない。この法律の施行によって、スーパーマーケットも車いすの人が自由に買い物ができるように商品の陳列棚が低く改造された。ホテル、デパート、映画館、野球場、商店街などにスロープや車いす用のトイレが設置された。

アメリカ合州国には、現在、日本の身体障害者手帳に該当するような制度はない。しかし、障害を証明するための、運賃割引証明証のプラスチックカード、メディケアの紙カード、メディケイドのプラスチックカード、障害者駐車場のプラスチックカードなどがある。

障害の定義は次のようなものがある。

① ADA

「障害」とは、個人に関して以下のことを意味する—

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b) そのような機能障害の経歴のあること。
- (c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第3条)

ただし、薬物の不正使用者は該当しない。(第510条)

② 1973年リハビリテーション法

障害の定義は、ADAと同じである。

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。

(b) そのような機能障害の経歴のあること。

(c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第7条)。

また、薬物の不法使用者は含まれない。ただし、次の者は含まれる。

(1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくは、その他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない者。

(2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加しており、もはやそうした使用を行っていない者。または、

(3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用を行っていない者。

・アルコール中毒者は含まない。

③ 社会保障法

社会保障法に基づく制度として、障害年金 (D I : Disability Insurance)、所得補足給付 (S S I : Supplemental Security Income)、じん肺年金 (Black Lung Benefits)、鉄道従業員年金 (Railroad Retirement Program)、連邦職員退職年金 (Civil Service Disability Retirement Benefits)、退役軍人恩給 (Veterans Disability Program) がある。これらの障害認定は、同じ基準で行なわれている。

D I は、社会保障法 (S S A : Social Security Act) に基づく勤労者全体を対象とした保険制度で、基本的な目的は、被保険者が障害や老齢などのために収入を失ったときに所得の一部を保障するというものである。日本の制度でいえば、公的年金における障害年金がこれに相当する。一般被用者・自営業者が支払う所得税とともに徴収される社会保障税を原資としている。この社会保障税は、老齢・遺族保険 (O A S I : Old-Age and Survivors Insurance)、D I、健康保険 (H I : Health Insurance) のそれぞれの基金に分配される。労働者の大部分が加入しており、1996 現在で 1 億 4370 万人が被保険者となっている。

D I (障害年金) は、S S I とともに社会保障法 (S S A) に規定された制度である。S S A の基本的な目的は、「蓄えを失ったり、家庭を維持できなかつたり、子供を健康かつ安全に養育できなくなるような事態をまねく疾病 (illness) による支出に対して高齢者及び障害者を保護することで、個人および家族の物質的ニーズを満たすこと」である。D I の目的については、同法に特に目的規定はないが、拠出性の年金制度であり、次の受給要件のすべてを満たす場合に支給される。

a. 障害の状態にあること

医学的に証明できる精神障害または身体障害者でその障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも 12 ヶ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること。また、この

仕事とは、従前の職業ではなく、一般的な仕事の意味である。

b. 必要な保険加入期間を満たしていること

障害発生前 40 クォーター（120 月：10 年）間に少なくとも 20 クォーター（60 月：5 年）の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために 5 年間の加入が不可能な場合があるので年齢によって期間が短縮される。例えば、24 歳未満の場合、障害発生前 3 年間に 1.5 年間の加入期間が必要である。24 歳以上 31 歳未満の場合は、21 歳から障害発生までの期間の半分の加入期間が必要である。

c. 5 ヶ月間の待機期間を満たしていること

ただし、障害のある労働者が過去 5 年以内に障害年金を受給したことがある場合は、この期間は必要ない。

d. 65 歳未満であること

SSI（所得補足給付）も社会保障法（SSA）に規定された制度である。SSI の目的は、高齢者、盲人及び障害者で低所得のものに最低限の収入を保証することである。受給要件は、次のとおりである。

a. 高齢者または障害者のために働けないであること（SSA 法 223 条）

以下の 3 項のどれかに該当すること。

- ・ 65 歳以上であること。
- ・ 医学的に証明できる精神障害または身体障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも 12 ヶ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること。
- ・ 盲人であること。

b. 資産や所得が一定以下であること

SSI は、保険制度ではないので加入期間の要件はないが、無拠出の制度であることから、所得と資産がある一定以下でなければならない。資力調査の結果、資力が一定水準以下であれば、家族構成や家屋の借家か自宅等の家屋の所有形態によって手当額が決められる。この額は、資産が 2000 ドル以下か、資産と所得を合わせて 3000 ドル以下とされている。例えば、1997 年現在、単身者の場合、月額所得が 484 ドル以下のもの。でなければならない。夫婦二人の場合、726 ドル以下のもの。である。また、資産の場合、単身者で 2250 ドル以下、夫婦二人の場合、3000 ドル以下である。

(2ss2113)

障害者に着目すれば、視覚障害者を除けば、障害の要件は、DI と同じである。視覚障害者の場合、実質的な収入をもたらす仕事に就いていないという要件は必要ない。また、受給するには加入期間の要件は必要ない。また、待機期間もない。そのかわりに、資産や収入に一定の制限が設けられている。そのために、SSI の場合資力調査が行われる。また、一定の障害者及び盲人の SSI の受給者は、社会保障の障害年金

をも受けることができるが、その場合の S S I の給付額は調整されて減額される。D I の障害認定基準は、S S I における障害認定基準と同じであるため、D I 受給者は同時に S S I を受給しているのが普通である。

また、2 年以上障害者手当を受ければ、メディケアの資格が得られる。メディケアは、高齢障害者と障害者のための無拋出の医療制度であり、日本で言えば、医療扶助に相当する。さらに、ほとんどの S S I 受給者は、メディケイドという高齢者と障害者を対象とした福祉制度の対象にもなるので、半分以上の州では、自動的に両方の対象になるようになっている。

障害労働者として年金を受けていたことがあり、その支給が停止された後 5 年以内に再び障害者となった場合は、新しい障害の最初の月から年金は再び支給される。新たに 5 ヶ月間待機する必要はない。また、以前メディケアの受給権を有していた場合は、年金が再び支給されるようになると同時にその権利も復活する。

就労している盲人には、次のような特別の援助の措置がある。

- a. 実質的に収入がある仕事とみなされるのは、月額 800 ドルまで。
- b. 55 歳か盲人になった時のどちらか遅い方の時まで、通常してきた仕事に必要な技術や能力に匹敵するような仕事をするのができなくても 55 歳から 65 歳まで障害年金を受給することができる。しかし、実質的な収入をもたらす仕事に就いた月は、年金は支給されない。
- c. 収入が高すぎて障害年金を受給することができなくても、障害「凍結」の権利がある。これは、収入の平均によって計算される将来の年金額が、盲人であるために比較的低い収入だった期間によって低い額とされないようにされることを意味している。

年金は、障害による労働不能が続く限り支給される。社会保障庁が特段の期間を定めない限り、3 年ごとにそのことを証明するため再調査が行われる。そのたびごとに診断書が必要である。場合によっては、特別の検査を受けるようにいわれる場合もある。

障害者でないと決定された場合は、再考 (Reconsideration) を求める不服申立てをすることができる。不服申立てがなされれば、所在地の州の機関が審査を行なう。

2. ドイツの制度

ドイツは 1999 年現在の総人口が約 8,220 万人である。その内の約 660 万人が障害者で、総人口の約 8 パーセントである。この障害者は、約 94 万人が雇用され、約 15 万 5000 人が保護工場で働いている。そして、約 19 万 5000 人が失業中であり、約 530 万人が労働生活に参加していない。

ドイツの障害者に対する施策は、1890 年以来労災保険法に基づいてリハビリテーシ

ンが行われるようになり、年金の前にリハビリテーションの原則が敷かれた。そして、1919年には「重度障害者雇用法」が制定され、戦争や労働災害によって障害者になった人々の雇用が義務づけられた。1927年には「職業紹介・失業保険法」が制定され、障害者の職業指導、職業紹介が規定された。

ドイツの現在の障害者施策の基礎となっているのは1974年5月1日に交付された「重度障害者法(Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft: 重度障害者の労働、職業、社会への統合を保護する法律)」である。この法律の特徴として、障害の種類、原因に関らず全ての重度障害者を対象にしたこと、一般雇用になじまない障害者のための保護工場の統一基準を示したことなどがある。さらに、1981年には「重度障害者の失業の克服と職業訓練所の定員増のための連邦ならびに州の特別計画実施要綱」が作られた。

(1) 障害者及び障害の定義と範囲

現在の重度障害者法は、第1条で重度障害者を、次のように規定している。

本法に定める重度障害者とは、障害等級が50以上であり、住居、通常的生活空間及び勤務地が法適用範囲内にある者をいう。

さらに、この重度障害者と同等な者ものとして、第2条で次のように規定している。

① その障害のために適職に付くことができない者は、障害等級が50以下であるが30以上であれば、第1条を前提とし、第4条に基づき労働局への申請により重度障害者と同等と認定される。同等の扱いは、申請が受理されたその日から適用される。期限を設けることもできる。

② 同等者については、第47条及び同条11項を例外として重度障害者法が適用される。

また、障害は、次のように規定されている。

① 本法における障害は一時的ではない身体的、心的及び精神的な機能障害をいう。一時的という状態は年齢に特徴的な障害ではない状態をいう。また、一時的ではないという期間は6ヶ月以上をいう。互いに影響しあう複数の機能障害の場合は、全機能が基準となる。

② 機能障害は10段階毎に障害の程度により等級付けされており、20から100までの間で確認される。

③ 障害程度の等級は連邦援護法第30条1項に定める基準に準ずる。

障害の認定と障害者手帳については、次の様に規定されている。

① 障害者の申請に基づき連邦援護法の所轄当局(管轄官庁)が障害の有無及び障害の等級を審査する。戦争犠牲者援護についての行政手続きも、社会法が適用されない限り同様に適用される。

② 第1項に定める審査は、年金決定、管轄行政決定、裁判決定又は暫定的な証明発

行により障害の有無及び障害に基づく生計能力の引き下げが決定している場合は該当しない。ただし、障害者が1項に定める他の認定を正当化できる場合はその限りではない。第1項に基づく審査は同時に障害の等級の認定も行う。

- ③ 複数の機能障害がある場合は、それぞれの機能障害が互いに影響を及ぼす全体から障害の等級を確認しなければならない。この決定には、第1項が準用される。ただし、第2項に基づく決定で全体的評価が既に下されていた場合にはその限りでない。
- ④ 障害の他にもハンディキャップ（不利益の調整）請求権を許す健康上の問題がある場合、連邦援護法当局は第1項に基づく手続き通り確認を行う。
- ⑤ 障害者の申請に基づき連邦援護法当局は第1、2、3、4項に基づき重度障害者認定の証明書を発行する。また、第4項に基づく場合はその他の健康上の問題点を認定する。この証明書は重度障害者が本法律、又はその他の規則における権利やハンディキャップを享受する際にその証拠となる。証明書は期限が定められる。証明書は重度障害者の法的保護が消滅した時点ですみやかに回収される。また、新事項が取り消された場合はただちに訂正されなければならない。連邦政府は連邦参議院の承認を伴った法律に基づき証明書の形式、有効期限及び管理手続きを定める政令を発する権限を有する。
- ⑥ 第1及び第4項の審査、第5項による交付、訂正、回収について紛争が生じる場合は法的手段に則り社会裁判所が審議する。社会裁判法が戦争犠牲者援護についても特別な規定を含む場合には同規定に関する紛争についても第1条が準用される。

(2) 障害程度等級

この重度障害者法に基づいて障害程度等級表が策定され、障害の程度等級は、次のように定められている。

- ①障害程度等級表は（手がかり）基準値とする。全ての肉体的、心身上の能力低下を引き起こす障害を個々に挙げることは不可欠である。評価の際、各ケースの特殊性も計算に入れてある。
- ②引用されていない健康上の障害については障害程度等級表の中で類似している障害に応じて判断を行う。
- ③内臓器官の人口移植、再発する特定疾患の治療に関しては障害程度等級表において治癒観察期間が終了するのを待つべきである。

特に悪性腫瘍の場合、前記が適用される。最も頻繁で重要なこのような疾患に関しては障害程度等級表の基準値が適用される。腫瘍の状態によって外科手術が必要か、その他の除去が適切か決められる。治癒の観察時間は通常5年間である。2-3年の観察期間は障害程度等級表に特にあげられる腫瘍だけが対象となり、これらは医学的に腫瘍除去後2-3年の経過後、再発の可能性が非常に低いことが医学的に保障されて

いる場合に限る。治癒観察期間の開始を決定するのは腫瘍が外科手術、その他、初期治療法によって除去されたと見なされた時点であり、補佐的な治療法は治癒観察期間の開始に何ら影響はない。障害程度等級表の値は通常(regelhaft)残された内臓器官あるいは四肢障害に関係する。稀に、起こる治療の副作用および随伴症状については、例えば、繰り返し行われる化学治療法などは、そのつど考慮する。障害程度等級表には記述されない、悪性腫瘍については次の通りである。観察期間が終了するまで、通常は腫瘍除去後、5年間は残された内臓器官および四肢障害だけでは障害程度等級表の等級は50以下である。一般に、腫瘍除去後は障害程度等級80が適応する。残された内臓器官または四肢障害が治療の特殊な副作用および随伴症状を引き起し、障害程度等級は50以上の場合は、観察期間が終了するまで適応される障害程度等級が高く評価される。

(3) 障害者手帳

重度障害者法第4条「証明書に関する規定」に基づいて、全国的に通用する重度障害者手帳が交付されている。この重度障害者手帳制度は、1974年5月に施行された連邦年金法により年金局が、障害者の障害とその生計能力を認定し、生計能力の程度を示す証明書を交付したことに始まる。さらに、1976年6月には、年金局は、障害者の生計能力だけでなく機会均等化が制限を受ける健康上の特徴も認定するようになった。そして、生計能力の程度を示す証明書の代わりに健康上の特徴を示す証明書(Ausweis)を交付するようになった。さらに、この証明書は、障害のない人と均等なサービスを受けるための条件を示す根拠としても使われた。また、1981年5月に施行された障害者証明書に関する法律により、様式や体裁がさまざまであった健康上の特徴を示す証明書が統一され、証明書の体裁、有効期間、申請の手続きなどが細かく定められた。現在の制度は、1991年7月25日に制定されたものである。その後、細かな改定が行われているが基本はかわらない。

重度障害者手帳の裏面には、障害の種類や程度を示す記号が記されている。この記号は、aG、H、B1、RF、1. KI.、Gの6種類である。

AGは、重度の歩行障害

Hは、援助の必要な障害者

BIは、視覚障害者

RFは、受信料の免除や電話料金の割引対象者

1. KI.は、2等の切符で1等車を使用できる権利をもつ者

Gは、公共交通機関を利用するのに支障のある者

この重度障害者手帳を申請する人は、その人が居住する地域を管轄する年金局に関係書類を提出する。申請書類は、年金局のほか福祉事務所、障害者団体の事務所などのもある。申請に際しては、申請書類と共に健康診断書、退院の記録、療養の記録な

ど障害の種類と程度を示す書類を添える。傷害保険や年金局からの年金の通知書などすでに障害の程度を示すものがあれば提出する。また、パスポートサイズの写真も提出する。年金局が書類審査し、障害の程度が50以上の場合は、重度障害者手帳(重度障害者証明書)が給付される。

この重度障害者手帳の有効期間は、原則として最長5年間である。ただし、戦傷者でVBとEBの該当者、および、切断など障害の程度に変化が無いと思われる者は最高15年まで認められる。また、10歳以下の子供は、11歳になるまで継続が認められている。有効期間を延長するためには、期限の切れる約3ヶ月前に延長申請をする。居住地の年金局や地方自治体の役所でほぼ5年間の延長が認められる場合が多い。しかし、自治体によっては、前回の有効期間が5年に満たない場合、1年のみの延長となる。最高2回まで延長可能である。そして、3回目以降は新たに証明書を申請することとなる。

この重度障害者手帳の給付を受けるとさまざまな福祉サービスが受けられるが、その福祉サービスは重度障害者手帳に記載される記号、すなわち、障害の程度や種類によって異なる。各自治体は、この重度障害者手帳に記載される記号に基づいて、どのような福祉サービスが受けられるのかを示している。

最後に、ドイツの重度障害者手帳制度の問題点として、次の点が上げられている。まず、重度障害者手帳で認められているさまざまな福祉サービスも環境が整備されていないために、実際には、受けられないものがある。例えば、重度障害者手帳を提示すれば電車を利用できることになっていても、その駅には階段しかなくホームに行くことができず、実際には利用できないなど。次に、この重度障害者手帳は、申請をすることによって始めて給付されるもので、このような制度を知らない人や申請ができない人はさまざまな福祉サービスが受けられないこととなる。

3. フランスの制度

(1) フランスの障害者福祉施策

フランスは1998年現在の総人口は5,838万人である。フランスでは障害の概念が各施策によって異なるために、障害者の実態や数についての統一的な調査は実施されていない。しかし、それぞれの施策別に調査が実施されているので、調査年と障害者数の推定値を表1に示す。これらの調査から在宅の重度障害者が約80万人、日常生活に不自由のある者が約513万人と推定されている。

障害の定義は、基本的には国際保健機関(WHO)の国際障害分類を採用し、次の3つの基準が用いられている。

- ① 機能障害(deficiency)：精神的、身体的、解剖学的構造の喪失または変化
- ② 能力障害(incapacity)：通常の活動を行う能力の部分的または全面的な減退
- ③ 社会的不利(disadvantage)：(その人の年齢、性別、および社会的諸要素に比べて) 通常の役割および機能の制限

障害の程度は、10%～100%で10%刻みのスケールを用いて比率で表される。このスケールによって障害の程度を認定された人は、「重度障害者」とよばれる。また、障害程度が80%以上の人は、「障害者手帳」を申請することができる。

表1 施策別の障害者数

施策の区分	調査年	推定値
福祉施設を訪れた障害者	1983年	206,696人
60歳以上の重度障害者	1980年	1,213,776人
納税義務家庭での障害者カード所有者数	1987年	1,236,000人
各種手当・年金・労災恩給受給者	1985年	1,506,000人
在宅重度認定障害者	1980年	806,374人
在宅で日常生活が不自由な者	1980年	5,135,151人

(D. WALTISPERGER, Combien de handicapés en France? 社会福祉雇用省「保健衛生連帯・統計調査」1987年)

フランスの障害者施策は、障害者の人権や障害児教育についての要求運動に対応してさまざまな施策が個別的に進められてきた。このために障害者諸施策の関連を見直し、統一と簡素化を図ることを目的に1975年に障害者基本法(*la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*)が制定された。この法律の第一条で障害者施策を進める上での基本的な方向性が示され、障害の予防と検診、障害児や障害者の介護、教育、職業訓練、雇用、社会参加そしてスポーツや余暇への参加が規定されている。しかし、さまざまな福祉サービスを受給することに伴う障害者の羞恥心や屈辱感を払拭し、社会的な偏見を無くすために障害者に対するさまざまな施策が一般の社会保障制度の枠組みの中で行われている。すなわち、さまざまな優遇措置を講じて、障害者が社会保険に加入できるようにしている。この社会保険制度の中で、社会保険サービスの一部として障害者に対する福祉サービスを提供している。

福祉サービスにおいて特長的なのは、供給体制が複雑なことである。フランスには、伝統的にアソシエーションといわれる非営利の福祉団体が多数存在し、ボランティア活動も盛んである。これらの団体は、ホームヘルプ、デイサービスなどさまざまな福祉サービスを提供している。さらに、民間企業が長い伝統を破って福祉分野に参入し、商業的営利組織として自由契約のさまざまな福祉サービスを提供している。国が福祉

分野への民間企業の参入を奨励していることもあり、近年増えてきている。このように、フランスの障害者施策は、さまざまな施策が個別的に実施されてきたこと、また、その福祉サービス供給体制が多種多様であることから、それぞれ目的や理念が異なり大変複雑な様相を呈している。

フランスの障害者施策における国・県・地方自治体の役割分担は、地方分権法(1983年7月22日)に基づいて表2に示すように明瞭に区分されている。国は社会保障、社会福祉サービスの基本的な部分を定め、施設の評価などを行う。県は在宅医療補助など障害者サービスの直接の窓口となって、さまざまなサービスを提供している。

表2 障害者施策の役割分担

	国 (国家的連帯政策・国家的政策)	県 (アシスタンス・地方単位の援助・近隣連帯政策)
社会保	法規定：助成金・手当等の条件、 料率健康保険金庫の監督	
社会援助給付	A. 一般規定：最低料率・給付条件 制定 B. 管轄：障害者健康保険料、ホーム、 社会復帰センター	A. 社会事業及び福祉助成金の県規定 B. 権限：在宅医療補助または入院補助 / 老人ケア（住居、家事援助、給食センター）
	C. 国・県が共有する成人障害者援助の管轄	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住居、生活ケア ・ 職業リハビリテーション ・ 成人職能センター運営管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームなどその他の住居 ・ 補助手当 ・ 家事援助
社会福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児 ・ 社会的不適合者 ・ 国と他の関係機関とのコーディネーション ・ 精神保健（精神障害） ・ 中毒患者対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県社会援助事業 ・ 県社会福祉サービス ・ 児童教育援助 <p style="text-align: right;">⇒ 県特別教育委員会</p>

受入施設手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・施設必要性の評価 ・施設の技術的、財政的評価 ・設営認可、料金設定、監査 ・県の決定と適法性コントロール 	<ul style="list-style-type: none"> ・県レベルの社会福祉及び医療福祉 ・県の権限内での設営認可、料金設定、監査 <p style="text-align: right;">⇒職業指導・職業再配置専門委員会</p>
---------	--	---

フランスでは障害者手当等の給付条件や障害者援助の合理化を図るために、障害者基本法に基づいて単一の障害認定機関が各県に一つずつ設置されている。20歳未満の障害児の障害認定機関は、県特別教育委員会（CDES：Commission départementale de l'éducation spéciale）であり、20歳以上の障害者に関しては職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP：Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel）である。

（2）障害の範囲と障害認定

フランスにおける現在の障害者の障害認定は、1975年6月30日に制定された障害者基本法に溯る。この法律は、バラバラに実施されてきた障害者に関連する諸施策を整理統合するとともに、単一の障害認定機関を創設した。そして、障害者の自立生活の促進、社会参加、最低所得保障などを規定した。また、障害者基本法の制定に伴って家族および社会扶助に関する法律も改正され、障害者手帳（Carte d'invalidite）が交付されるようになった。しかし、その障害の認定は、傷痍軍人年金法の基準が準用されたために、児童、知的障害者、精神障害者については認定が困難であった。このためにフランス社会福祉雇用省は、1987年に「障害分類諮問委員会」を設け、国際保健機関（WHO）の国際障害分類に基づく障害分類とこの分類に基づく障害認定方法について検討を開始した。3年余りにわって研究・検討が行われ、1991年に障害分類の草案が作成された。この草案を基に障害者団体や関係機関との調整が行われると共に、県特別教育委員会（CDES）と職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP）において臨床テストが行われた。そして、1993年11月に「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」が策定された。

（3）障害の範囲と種類

この「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」では、次の障害が挙げられている。

① 知的障害および行動の制限

- ・ 小児および青年の知的障害および行動の制限
- ・ 成人の知的障害および行動の制限
- ・ てんかん（てんかんに伴う機能障害）

② 精神障害