

い人が多いが、18才から20才の間は年金が受給できないため、十分な給与が得られない場合はグループホームへの入所が難しい。現状は、2年間は施設から工場に通う実習というかたちで受け入れている。

金銭管理にかんして、単身者については、金銭管理は社協（地域福祉権利擁護事業）が行っている。その橋渡しとして、週1・2回、お金を職員が預かることもある。利用者全体では、カードを作りサラ金から借金をした例があった。親族が熱心でない場合には、団体が成年後見制度を利用するなど、全面的に支援を行うこともある。また、若い人はゲームで、年配の人はパチンコなど遊びで使ってしまうこともある。

*F 団体

定位家族に暮らす利用者への生活支援の困難がある。家族と暮らしていると、同居家族の生活が不安定になった場合に介入することは非常に難しい。生活の安定感が揺らぐと、本人の労働も揺らいでしまう。世帯分離を提案しても、生活保護受給に対する拒否感があり、出ることができない。不安定な家のなかで生活が乱れ、仕事に支障をきたすこともある。

4. 研究成果と考察

インタビュー調査の結果から、「障害者生活実態調査」の結果と比較しつつ、それぞれの団体に所属する障害者の状況（居住形態、家計状況、生活時間）についてまとめた。なお今回の調査で留意すべきことは、身体障害にかんしては重度者が多いこと、知的障害にかんしては、グループホーム居住者が多いこと、精神障害者の事例が少ないこと、BからFまでの利用者／被雇用者は比較的安定した収入を得ていることである。

(1) 居住形態

居住形態については、今回の調査では団体による差異がはっきりとあらわれた。知的障害者について、C団体やD団体については、グループホーム居住者が多かったのは、それぞれの歴史的な経緯や母体となる法人を含めた全体的な支援のあり方にかかわっていた。ただし、D団体については、十分な経済力をもつ人にグループホーム居住者が多く、そうではない人は定位家族で暮らす人が多い傾向がみられた。また、人数は少ないが、E団体では収入が低く、すべての人が定位家族で暮らしていた。定位家族からの「自立」は、本人所得との関連が深いことが示されたといえるだろう。ただし、グループホーム居住者は自ら望んで、というよりは必要にせまられて、という場合のほうが多いこと、定位家族から離家しない原因は必ずしも経済的な要因ばかりではなく、親と子どもの意識の齟齬、自立に対する意識の低さなどであることも、示唆された。またほとんどの人が未婚であり、結婚したカップル（生殖家族）は1組のみであった。

身体障害者については、比較的若年層（30～40代）が多かったため、有配偶率はそ

れほど高くなかった。しかし、比較的安定した収入を得ている E 団体と B 団体において、一定数、単身や生殖家族で暮らす人が存在した。またとくに B 団体では男性が多いことも特徴であり、安定した収入のある男性が単身、あるいは生殖家族で暮らすという、前回調査での仮設が裏づけられることが示唆された。ジェンダー差について、女性は男性よりも定位家族に留まり続ける傾向があることも示されたが、これについてはさらに継続した考察が必要であろう。

定位家族からの「自立」については、この地域の特性として親も子どもも「自立」志向が弱く、定位家族に暮らしつづける傾向にあることが語られた。これについては他地域とも慎重に比較をしていく必要があるだろう。

精神障害者については、定位家族で暮らす人が圧倒的に多かった。労働による賃金獲得の難しさ、住宅費援助の必要性が語られたことから、前回調査によって得られた知見、「低収入により定位家族にとどまり続けている」ことが裏づけられた結果となった。ただし、定位家族に暮らす人は「安定感がある」と評価されていた。

(2) 家計状況

全体として、B から F 団体の被雇用者、利用者は比較的安定した収入を得ている。

家計状況については、障害種別にかかわらず、比較的安定した収入を得ている人たちは「ゆとりがある」が、そうではない人は「少し苦しい」生活をしている。年金と比較的多い工賃を得ている人たちは、単身やグループホームでの生活費を捻出できるが、年金を受給していない、あるいは工賃が低い場合には難しいことが確認された。

また定位家族に暮らしていれば生活に困ることはないが、ゆとりがある人は少ないようだ。単身世帯の家計状況は「苦しい」人が多く、さまざまな費用を削りながら生活しているという。生活保護を受給している人はごく僅かであった。これは地域性なども合わせて考える必要がある。

なお、今回の調査ではジェンダー差については明らかにできなかった。

(3) 生活時間・生活支援

生活時間について、とくに知的障害をもつ人たちの積極的自由時間が少なく、経済状況に余裕があってもむしろ消費することができない実態が示唆された。これは「生活実態調査」における圓山里子の指摘ⁱⁱⁱを裏づけるものである。

生活支援については、今回の調査対象とした福祉工場や授産所といった団体の母体が、グループホームを運営していたという個別的な事情もあるが、生活に踏み込んだ支援を行っていた。たとえば D 団体では、居住の移行（施設からグループホーム、グループホームから単身世帯）への支援を行っている。具体的には、金銭管理の仲介、職員のボランティアによって夜間の単身世帯への見回りなども行っている。C 団体でも、グループホームに長く居住している利用者（設立当初からのメンバーは 20 年を越す）が多いこともあり、余暇も含めた生活全体を支援することに力を注いでいる。

これらから、とくにグループホーム居住者の生活を支えるのは、日中を過ごす就労の場を運営する団体であることが確認される。定位家族や単身世帯への介入は難しいことが語られる一方で、生活全体の支援と就労とは切り離すことができないというこ

とが改めて確認されたといえるだろう。

次年度は、当事者へのインタビュー調査を行い、さらに研究を発展させることが期待される。

-
- i 障害者生活実態調査研究会が行ったもの（主任研究者：国立社会保障・人口問題研究所 勝又幸子）。詳細は『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』（平成 19 年度総括研究報告書）を参照のこと。
 - ii 土屋葉 2008「障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性」『季刊社会保障研究』44(2)[196-211]
 - iii 圓山里子 2008「障害をもった人の生活時間」『障害者の所得保障と自立支援施策に関する研究』（平成 19 年度総括研究報告書 主任研究員勝又幸子）[51-64]

Ⅲ. 研究協力者報告

アメリカ障害年金の形成過程と現状

—日本への示唆を求めて

百瀬 優

1. はじめに

障害者の「自立」にとって最も基本となるのは、生活のあり方を可能な限り自ら選択・決定するために必要となる所得が確保されていることである。多くの障害者が就労収入の減退と特別出費の増加に直面することを考えれば、所得保障制度を通じて、使途の制限されない現金給付を本人に対して提供することが、自立支援に不可欠の要素となる。確かに、障害者の所得の確保に係わる施策として今日重視されているのは「所得保障」よりも「就労支援」である。しかし、就労による所得の確保が望ましいとしても、「就労支援」の存在が、年金や手当に代表される「所得保障」の役割を排除する訳ではない。

障害者に対する公的な所得保障制度としては、①雇用主が障害に対する補償責任を果たす目的で生まれた労災制度、②一般的な事故や病気による障害に対して生活費を保障するために制度化された年金制度、③障害者の特別な困難に伴う出費を補う手当制度、④公的扶助および類似の制度の4種類が実施されている¹。しかしながら、その中でも、社会保険方式または社会扶助方式で運営される年金制度には、包括性（対象者が労災被災者や重度障害者に限定されない）、継続性（長期に渡って給付される）、普遍性（ミーンズテストがない）、給付水準（給付額が比較的高い）などの面で利点があり、障害者に対する所得保障の基本的な制度となるべきものと考えられている。そして、実際に多くの国でそのようになっている。

例えば、日本において代表的な制度の受給者数（2005年）を見ると、①労働者災害補償保険の障害補償年金が約10万人、②国民年金の障害基礎年金が約141万人、厚生年金保険の障害厚生年金が約27万人、③特別障害者手当が約11万人、④生活保護の被保護世帯における障害者世帯が約12万世帯となっており、年金制度が障害者に対する所得保障制度の中心となっていることが分かる。また、内閣府の実施した「平成19年度障害者施策総合調査」では、「障害者の主な生計」（あなたは主に何で生計を維持していますか）が調査項目になっているが、その結果は「年金54.9%、給料による収入19.9%、家族からの援助18.5%、生活保護4.7%、作業工賃2.8%、手当1.1%」であり、ここからも障害年金の役割の大きさを確認することができる。

このように障害者の生活にとって大きな意義を有する障害年金であるが、これまでのところ、それに対する研究は必ずしも多くはなかった。また、現在、多くの団体や研究者から公的年金を抜本改革する提案がなされているものの、それらの改革案では、

¹ この4分類は一圓[2002]p.22 および山田[2001]p.174 に従っている。

障害年金をどのように取り扱うのがほとんど議論されてない。それゆえ、日本における障害年金の現状を把握し、現時点でどのような問題があり、どう改善すべきかを明らかにすることは、今後取り組まれるべき課題である。この目的を達成するための方法のひとつとして、日本とは異なる形で制度の構築や改革がなされてきた海外の障害年金を分析して、日本への示唆を得るという方法が有効であろう。本稿では、次のような理由から、アメリカの障害年金を取り上げたい。

第1に、日本を含めて一般的には、障害年金は老齢年金と同時に創設されている。しかし、アメリカでは、障害年金の導入の是非を巡って激しい議論があり、老齢年金の創設後、いくつかの段階を経て、その導入が行われた。それゆえに、その成立過程を検討することによって、障害年金のもつ特徴を明確にできると思われる。第2に、アメリカでは、障害年金が社会政策の中で大きな位置を占めている。アメリカは一般的には低福祉の国と考えられており、例えば、OECDの統計によれば、公的社会支出の対GDP比は、日本よりも低く、先進国では最も低いグループに位置する。しかし、障害年金給付費の対GDP比については大陸ヨーロッパ諸国に近い水準にある。また、それが公的社会支出全体に占める割合も高くなっている。その背景のひとつには、アメリカにおける貧弱な医療保障の存在があるかもしれないが、障害年金給付費が経済規模との対比で見ても社会支出全体の中の位置づけで見ても小さくなっている日本とは対照的な国として興味深い。第3に、アメリカでは、制度実施当初から、障害年金受給者に対する就労支援が強調されてきた。さらに、近年では、就労チケットプログラムの導入などその関係を再編強化しようとしている。こうした特徴は日本では見られず、検討する価値があると思われる。

以下2.では、アメリカにおいて、障害年金がどのように形成されたのか、そして、現在どのように実施されているのかを整理する。この作業は、日本の状況を相対化して理解するために有益であり、また、日本の制度をどう変えていくべきか（あるいは、べきでないか）を考える際の指針のひとつとして参考になると考える。

2. アメリカの障害年金

(1) アメリカの障害年金の形成過程²

アメリカ社会保障の画期となったのは1935年の社会保障法制定であり、公的年金もこのときに創設されている。しかし、当時の公的年金には障害年金は含まれず、障害者の所得保障としては、連邦補助金プログラムとして視覚障害者扶助が導入されたにとどまった。また、社会保障法の最初の大きな改正となった1939年改正においては、遺族年金が創設されたものの、障害者関連のプログラムはまったく導入されなかった。1940年代に入ると、障害者数の増加、その経済的困難の大きさなどから、社会

² 本項は、Berkowitz[1987]、Cohen[1957]、Kearney[2006]、菊池[1998]等の文献の他、社会保障諮問委員会の報告書や意見書、上院下院各委員会の報告書や公聴会記録、本会議議事録等の資料を基にして記述している。なお、形成過程についての本格的な検討は、別稿で発表予定である。

保障制度の実施運営機関であった社会保障部〔Social Security Board〕とその後継にあたる社会保障庁〔Social Security Administration = SSA〕などから、障害年金の提案が行われるようになった。また、1948年には、労使公益を代表する委員で構成される社会保障諮問委員会³〔Advisory Council on Social Security〕が、障害年金の導入を勧告し、制度設計について具体的な提案を行った。

しかし、この後に行われた1950年の社会保障法改正の立法過程では、障害年金の問題点として、障害認定（申請者が支給対象となる障害の状態にあるか否かを認定する作業）の困難さ、障害年金コストの不確実性、リハビリテーションへの悪影響などが強調され、障害年金の規定は上院で法案から削除された。その代わりとして、同改正では、連邦補助金付きで州が運営する障害者扶助が導入されている。障害年金の導入が頓挫したため、SSAが障害者関連プログラムとして次に提案したのは、障害凍結であった。この障害凍結は、老齢遺族年金の受給資格を判断する際や支給額を算定する際に、加入者が障害の状態にあった期間を除外する仕組みであり、1954年の社会保障法改正で導入されている。これによって、年金制度上の障害の概念が定義された。

その後、1956年の社会保障法改正において、50歳以上の被保険者に支給を限定するという制限付で障害年金が導入された⁴。それ以前と異なり、このときには、障害年金の提案者たちにとって有利な条件が整っていた。まず、障害凍結制度の下で、各州が大きな問題なく障害認定を既に行っていた。このことは、障害年金の運営面での実行可能性の根拠のひとつになった。また、年金基金の財政状態が良く、さらに経済が順調で所得の上昇もほぼ確実であったことから、1956年改正で提案されていた年金改革を行っても、社会保障税率の上昇が1%以内に収まると推測された。このことは、障害年金の財政面に関する不安を抑えた。最後に、政治的には、労働運動の制度への支持が強くなったことが、障害年金の実現を後押ししていた。ただし、この改正でも、障害年金の導入が順調に行われた訳ではない。導入の是非を巡って議会や公聴会では、医師、保険会社、経営者団体、共和党議員に代表される反対派とSSA官僚、労働組合、福祉従事者、民主党議員に代表される賛成派の間で激しい議論が行われ、障害年金の規定は法案から一旦削除された後に復活するという形で制定された。

以下では、このような経緯をたどった障害年金の形成過程において、どのような論点があり、それについてどのような議論が交わされたのかを整理する。

① 障害年金と公的扶助

障害年金の成立過程では、1948年の社会保障諮問委員会の少数派意見書に代表されるように、障害者に対する所得保障については、障害年金ではなく、連邦補助金を入れた州運営の公的扶助を設けて、そこで対応すべきという主張があった⁵。公的扶助に

³ 社会保障諮問委員会は、社会保障法に基づいて設置された委員会で、社会保障プログラムが直面する諸問題について審議と助言を行ってきた。当初は、約10年間隔、後に4年間隔で委員会が作られた。現在は、常設の社会保障諮問理事会〔Social Security Advisory Board〕に組織替えされている。

⁴ この年齢制限については4年後の1960年の社会保障法改正で撤廃されている。

⁵ 1948 Advisory Council Report, pp.85-92.

については、リハビリに強調を置いた制度運営、寛大な認定の排除、疑わしい申請の最小限化などが利点とされていた。こうした主張に沿って 1950 年改正で障害者扶助が導入されて以降は、障害者の基本的なニーズは障害者扶助によって応じられており、障害年金は不要であるとする議論が登場するようになった。こうした批判は、1956 年改正の立法過程においても繰り返された⁶。その一方で、障害年金賛成派は、障害者扶助では、未実施の州があること、受給要件が厳しいこと、給付額が少ないことなど実務面での問題が生じていることを批判し、障害者扶助の存在が障害年金を不要にするとは言えないということを強調した。さらに、賛成派は、障害年金の創設によって、障害をもつ就労者が、慈善や公的救済に依存せずに、自らの拠出したものの見返りとしての給付を権利として受け取ることができる点を高く評価していた。その他にも、ミーンズテストの伴わない障害年金では、受給者の財産と自尊心を保護することができるため、公的扶助よりも就労復帰に向けた意欲を保つことができるとの意見もあった⁷。これらの主張が、公的扶助とは異なる障害年金の確立に結実したと考えられる。

② 障害年金のコスト

アメリカでは、1930 年代に公的な障害年金の創設が検討され始めた当初から、そのコストが膨張するのではないかという懸念が存在していた⁸。このような懸念は、老齢年金の制定時あるいは制定直後に障害年金が導入されなかった理由の一端である。障害年金が導入された 1956 年改正の立法過程においても、反対派は、障害年金では、実際に障害の状態にあるかどうか疑わしい申請が生じる可能性があり、そのコストは極めて高くなるだろうと批判した⁹。特に、1920 年代から 30 年代にかけて、民間保険会社による障害保険が失業者を中心とする受給者の急増のために大きな損失を出し、結果として、保険会社の多くがこの分野から撤退したという事実がこうした批判を後押ししていた。一方で、賛成派は、障害年金のコストを別角度から捉えていた。すなわち、障害年金のコストには、公的扶助や施設収容などに係わるコストを削減する効果があること、さらに、そのコストが上昇しても、労働者が障害に伴う予期不能なリスクの分散を望むならば、負担に合意が得られることなどが指摘されていた¹⁰。実際

⁶ 上院財政委員会の公聴会において、医師や経営者の代表者がこのような趣旨の証言を行っている(Hearings before the Committee on Finance, United States Senate, 84th Cong., 2nd sess. on H.R.7225 [以下、1956 公聴会記録],p.625;p.828)。また、上院本会議でも、共和党議員 Edward Martin 他が障害者扶助の存在を理由に障害年金の必要性に疑問を呈している(United States of America, Congressional Record, Volume 102 [以下、1956 上院議事録],p.13054)。

⁷ 前述の公聴会では、労働組合代表者がこのような趣旨の証言を行っている(1956 公聴会記録,p.503)。また、Walter F. George 他の民主党議員も、1956 年の上院財政委員会報告書に付された少数意見書(Senate Report No.2133, 84th Cong., 2nd sess., Minority Views on H.R.7225 [以下、1956 少数意見書])や上院本会議での発言を通じて、障害者扶助の限界を指摘している。

⁸ Report of the 1938 Advisory Council on Social Security を参照。

⁹ 1956 上院議事録,p.13035;p.13054。

¹⁰ House Report No.1189, 84th Cong., 1st sess.,pp.3-5; 1956 少数意見書,pp.130-131。

に、労働組合は、追加的保護への見返りとしての負担の上昇には賛成していた¹¹。

③ 障害年金の認定基準と認定方法

障害年金の制定過程では、障害年金の認定基準となる障害をどう定義するのか、障害認定は適切に実行できるのか、障害認定をどこの機関が行うのかといった面で、障害認定は最大の論点のひとつであった。1940年代に障害年金の提案を行った社会保障部長官の Arthur J. Altmeyer が述べているように、アメリカでは、保険制度の下での障害は、純粋な医学的概念ではなく、それが経済的損失に繋がっていなければ、保障の対象とはならないと考えられてきた¹²。障害年金に先立って導入された障害凍結においても、障害は“死に至るか長期無期限に継続すると予期され、かつ、医学的に確定可能である身体的・精神的機能障害によって、いかなる実質的な稼得活動にも従事できない状態”と定義された¹³。一方で、反対派は、一定年齢への到達や死亡の客観的特質に比べて障害は主観的特質を有していること、機能障害のためにある種の労働ができなくなった場合でも別の仕事ができる可能性があることなどを根拠として、1956年改正に至るまで一貫して障害認定の難しさを強調していた¹⁴。ただし、1956年改正の立法過程では、それ以前とは異なり、賛成派は、障害凍結の実績を根拠にして、障害認定を疑問視する声に反論することができた。結局、1956年に導入された障害年金では、障害凍結における認定基準が原則としてそのまま継承されることになった。また、障害認定の実施機関については、当初は連邦機関が行うことが想定されていた。しかし、医療分野への連邦の介入を恐れた医師会の反対があったこと、従来から州が担当してきたリハビリテーションとの連携が重視されたことの二つの理由から、各州が障害認定を担当することになった¹⁵。

④ 障害年金の給付設計と給付水準

障害年金の成立過程において、障害の場合の現金給付の必要性は、老齢や死亡の場合以上に大きいということは繰り返し指摘されていた。障害をもつ就労者は、所得の喪失に直面するだけでなく、医療費介護費の増加に直面し、さらに、貯蓄も少ない可能性が高いというのがその根拠であった。そのため、例えば、1948年の社会保障諮問委員会の報告書に見られるように、障害年金の給付額は、最低限、老齢遺族年金と同じような形式と額で提供することが求められた。しかしながら、障害年金では、給付額が高くなると、詐欺を生む可能性があること、受給者の就労復帰に対するインセンティブを小さくしてしまう可能性があることも同時に指摘されていた¹⁶。結果として、障害年金の所得代替率は、平均的所得の労働者で従前賃金の約30%という水準が想定されており、1956年改正の立法過程でも、障害年金の導入を提案する側が、低い給付

¹¹ 1956 公聴会記録, p.509.

¹² Altmeyer[1941]p.9.

¹³ Cohen, Ball and Myers[1954]p.11.

¹⁴ 1956 公聴会記録, pp.378-386; 1956 上院議事録, p.13046; p.13054.

¹⁵ Berkowitz[1987]pp.68-73.

¹⁶ 1948 Advisory Council Report, pp.75-76.

水準とすることを認めていた。

⑤ 障害年金と老齢年金

一般的には障害年金は老齢年金の成立とともに登場し、同一の制度で運営されている。しかしながら、アメリカでは、老齢年金制定時あるいはその直後の1930年代において、障害年金の導入に積極的な議論はほとんど見られなかった。当時は、民間の障害保険の経験から、障害年金には運営面やコスト面での問題点が含まれており、老齢年金とは異なるという認識が一般的であった。その後、1940年代に入り、障害年金の具体案が提案されるようになってくると、運営コストの節約と被保険者の利便性という観点から障害年金は老齢年金と統合して運営する必要性が論じられるようになった¹⁷。1956年の法案でも、障害年金は、賃金記録の利用や給付設計の準用という点で、老齢年金と同一の制度で運営される形となっており、さらに、当初案では、財源も同じ基金を使うことになっていた。しかしながら、上院本会議での議場修正案により、障害年金の財源となる基金は老齢遺族年金とは別に設けることが決まった。基金の分離は、障害年金のコストを明確に把握し、また、そのコストが想定よりも多くなった場合に老齢遺族年金へ影響を与えないようにするという観点から行われている¹⁸。

⑥ 障害年金と就労支援

障害年金と就労支援の関係については、1950年の上院財政委員会の報告書に見られるように、現金給付よりも職業リハビリテーションを通じた就労支援の方が重要であるという主張が存在していた¹⁹。その他にも、医師や保険会社の代表者達が、自らの経験を根拠として、障害年金は受給者のリハビリテーションに対する意欲を減退させることを指摘している²⁰。また、共和党の議員の中にも、この点を障害年金導入の最大の問題点と位置づける者がいた²¹。このような反対派からの主張は、障害年金の導入を遅らせた一因であったが、障害年金の必要性を排除するものではなかった。すなわち、1956年改正の立法過程において障害年金賛成派が主張したように、障害者の中には就労復帰できる可能性の低い者が存在する。さらに、そもそもリハビリテーションの提供は障害をもつ就労者の所得の代替とはならないのである²²。ただし、賛成派も、リハビリテーションの重要性を軽視していた訳ではなかった。例えば、1948年の社会保障諮問委員会の報告書は、受給者の一定割合を就労復帰させることが、障害年金に要する費用の削減や就労者の増加による国民経済へのプラス効果をもたらすことを指摘し、年金基金の財源を用いて受給者に対するリハビリテーションを行うことなどを提案していた²³。1956年改正による障害年金においても、申請者をリハビリテーション機関に照会する、受給者が正当な理由無くリハビリテーションを拒否した場合

¹⁷ 1948 Advisory Council Report, pp.78-79.

¹⁸ 1956 上院議事録, p.13040.

¹⁹ Senate Report No.1669, 81st Cong., 2nd sess., p.3.

²⁰ 1956 公聴会記録, pp.385-386; pp.456-462.

²¹ 1956 上院議事録, pp.13047-13048.

²² 1956 少数意見書, pp.133-134; 1956 上院議事録, pp.13044-13045.

²³ 1948 Advisory Council Report, pp.80-81.

には給付を終了するといった仕組みが設けられた。

(2) アメリカの障害年金の現状と特徴

前項では、アメリカ障害年金の形成過程での論点を6つ提示した。これらの論点は、障害年金の制度設計を考える場合に鍵となるものであると考えられる。そこで、本項では、これらの論点に沿って、アメリカ障害年金の現状と特徴を記述していく。

① 障害年金と公的扶助

アメリカの障害年金は、社会保障税を財源とする社会保険方式で運営されている。給与収入や自営業収入に課される社会保障税は、名称が税であるものの、その拠出額が記録され、それに基づいた給付が行われるため、実態は社会保険料である。2006年の社会保障税率は、自営業者、被用者ともに、メディケア分も含めて、15.3%（被用者の場合は労使折半）であり、そのうち1.8%分が障害年金に充てられる。この社会保障税に係わる拠出記録は、加入者の年間収入に基づいて決められるクレジット〔Credit〕で管理される。2008年では、就労収入1,050ドルごとに1クレジットが与えられる²⁴。1年間で取得できるクレジットは最大で4クレジットであり、年間収入が4,200ドル以上であれば4クレジットの取得となる。それゆえ、1クレジットは1四半期の拠出記録と見なすことができる。

障害年金を受給するために必要な拠出要件は、原則として、①21歳から障害の状態に至った年までの間に一定の拠出記録を有すること、かつ、②障害の状態となる直前の40四半期で20四半期以上の拠出記録を有することである。①の一定の拠出記録とは、障害の状態に至った年齢が28歳前の場合で6四半期以上が必要となる。その後障害の状態に至った年齢が1歳増えるごとに、必要な期間が1四半期伸びる。例えば、障害の状態に至った年齢が34歳であれば、必要な拠出記録は12四半期になる。また、②については、障害の状態に至った年齢が31歳未満の場合、条件が緩和される。具体的には、その年齢が24歳未満の場合は、直前の3年間で6四半期以上の拠出記録があること、24歳から31歳未満の場合は、21歳から障害の状態となるまでの間に、その期間の半分以上の拠出記録を有することがその条件になる²⁵。

このように、アメリカの障害年金では、被保険者本人が障害の状態に至った場合、自らが一定の期間かつその状態となる直前まで保険料拠出を行っていれば、年金を受け取ることができる。このような形で障害年金を受給している者は、2006年で約681万人いる。ただし、被保険者の家族については、自らが拠出を行っていないと、年金を受け取ることが可能となるケースがある。まず、障害年金受給者の家族で62歳以上の配偶者や18歳未満の子は、被保険者本人の基本年金額〔PIA〕の50%を受け取ることができる²⁶。このような家族給付は、被保険者本人に対する年金の補助的給

²⁴ 1クレジットに必要となる就労収入の額は毎年改定される。また、クレジットは通称であり、正式には、適用四半期〔Quarter of Coverage〕という用語が使われている。

²⁵ 詳細はSSA[2008a]pp.6-7の表を参照。

²⁶ 配偶者については16歳未満の子や障害をもつ子を養育している配偶者、子については就学中の19歳未満の子も家族給付の対象となる。SSA[2007a]p.3。

付という位置づけであり、日本で言えば、年金額の加算や加給年金であると理解することができる。また、この給付の受給者となる配偶者や子は、障害の状態であるかどうかは問われないため、厳密に言えば、障害年金とは言えない。

一方、障害の有無が問われない家族給付とは別に、障害の状態にある家族を対象とした給付がある。そのひとつが、障害をもつ成人した子に対する給付である。被保険者本人の子であって、22歳前に障害を有し、現時点での年齢が18歳以上の者は、一定の条件を満たした場合に、親のPIAの50%ないしは75%を受け取ることができる²⁷。先天的にあるいは幼年期から若年期に障害の状態となった者は、保険事故が発生する前に保険料を拠出することが不可能であり、本来ならば、社会保険の給付対象外となるであろう。しかしながら、彼らに対しても社会保険方式の年金制度から給付が行われていることは注目に値する。ただし、受給するためにはいくつかの条件があり、本人が障害要件や年齢要件を満たす必要があるだけでなく、その者の親が、老齢年金受給者である、障害年金受給者である、一定期間就労した後に死亡しているなどの要件を満たす必要がある²⁸。つまり、親が一定期間の保険料拠出を行っていない場合、親の拠出した保険料に基づいた給付として、障害をもつ成人した子に対する年金給付が行われているのである。この方法では、その者の親が保険料拠出をしていない場合や、拠出をしていても、老齢、障害、死亡の状態でない場合は、年金給付を受けられないということになる。その他にも障害をもつ未亡人に対する給付があり、障害をもつ50歳以上の未亡人（男やもめ）は、受給者本人に拠出記録がなくとも、死亡した配偶者の拠出記録に基づいた給付が支払われる。これらの家族給付は、前述の家族給付とは異なり、障害年金と見なすことができる。このような形で障害年金を受給している者は2006年で約100万人にいます。

以上見てきたように、アメリカの障害年金では、被保険者本人に対する給付はもちろんのこと、一見すると無拠出給付のように思われる障害のある家族に対する給付も含めて、拠出に対応して給付が行われるという社会保険の原則は維持されている。当然に、障害の要件を満たしていても、拠出要件を満たすことができずに、障害年金を受給できない者が多数生まれてくる。例えば、2006年の時点で、20～64歳人口の78.3%は障害年金を受給できるだけの拠出記録を有しているが、残りの21.7%は拠出要件を満たしておらず、彼らはもし障害の状態になったとしても年金を受給できない状態にある²⁹。年齢別では、20歳代前半や60歳以上の高年齢層では障害年金の拠出要件を充足している者の割合が特に低くなっている。また、そもそも拠出要件を満たすことのできない先天的障害者等は、成人後に親の拠出記録に基づいた家族給付を受け取ることができるが、受給するためには、その者の親が年金受給者となっているか死亡している必要があり、成人後に必ず年金を受給できる訳ではない。

このような理由で障害年金を受給できない障害者に対しては、連邦レベルの公的扶助である補足的所得保障〔Supplemental Security Income = SSI〕が対応することに

²⁷ 障害をもつ成人した子に対しては、親のPIAの50%が支給されるが、親が死亡している場合は、死亡した親のPIAの75%までが支給される。SSA[2007a]p.5.

²⁸ SSA[2008c].

²⁹ SSA[2007b]Table 4.C2 および Table 4.C5 より推計。

なる。1972年の社会保障法改正で創設されたSSIは、所得および資産が一定水準以下の高齢者（65歳以上）および障害者・視覚障害者に支給される現金給付である。それ以前に存在した連邦・州の共管プログラムであった老齢扶助、視覚障害者扶助、障害者扶助は同改正により廃止され、連邦が100%財源を負担して直接運営する現在のSSIに生まれ変わった。SSIは扶助制度であるため、貧困状態にあれば³⁰、事前の提出に関係なく、現金給付が行われる。ただし、無差別平等の原則がある日本の生活保護とは異なり、SSIはカテゴリ別の公的扶助であり、高齢者か障害者・視覚障害者に限定して給付を行うため、65歳未満で受給する場合には、所得および資産が一定以下であることに加えて、障害状態にあることの認定を受ける必要がある。この際の認定基準や方法は、成人の場合、障害年金のそれと共通したものが用いられる。その一方で、扶養義務の範囲が直系血族や兄弟姉妹にまで及ぶ生活保護とは異なり、SSIの扶養義務の範囲は配偶者と親権者に限定されている³¹。

2006年において、18～64歳の障害者では、障害年金の受給者は約743万人いる（以下、表1を参照）。これは同年齢層の人口の約4%に相当している。アメリカの障害者数は、障害の定義や調査方法の違いにより、推定値に大きな差があるため、それとの比較は難しい。ただし、例えば、U.S. Census Bureau, 2006 American Community Surveyによれば、16～64歳層で何らかの障害がある者の割合は12.1%、就業に関して障害がある者の割合は7.1%となっていることを考えれば、社会保険方式による障害年金が多く障害者にとって有効な所得確保の手段となっていると考えられる。その一方で、18～64歳層では、障害年金を受給できず、障害を理由とするSSIのみを受給する者も約293万人いる。また、障害年金給付額は、受給者（家族給付の場合は受給者の親や配偶者）の過去の平均月収に基づいて算定されるため、就労時の収入によっては、公的扶助の基準を下回るような金額となることがある。それゆえ、障害年金受給者であってもその一部はSSIを同時に受給している。そもそも障害年金とSSIの申請場所は共通（各地の社会保障事務所〔Social Security Office〕）であり、申請段階で障害年金とSSIを同時に申請することもできる。18～64歳では、障害年金とSSIを同時に受給する者が約122万人存在する。この人数を前述のSSIのみの受給者と合計すると約415万人となる。18～64歳で障害年金かSSIのいずれかまたは両方を受給している者の総数が約1,036万人であるため、その約4割は何らかの形でSSIを受給していることになる。アメリカでは、障害年金の形成過程において、公的扶助の問題点が指摘され、それを乗り越えるものとして社会保険による障害年金の重要性が強調されてきた。しかし、現状では、障害年金の制度設計の特質から、障害者の所得保障として公的扶助の役割も大きくなっていると言うことができる。

³⁰ 原則として2,000ドル（単身者）ないしは3,000ドル（夫婦世帯）を超える資産を有する場合には受給資格が認められない。ただし、持ち家、自動車など一定の資産については控除される。また、2006年では、単身者の場合603ドル、夫婦世帯の場合904ドル以上の所得がある場合には受給資格が認められない。ただし、対象者の所得のすべてがSSI上の所得としてカウントされる訳ではない。月額20ドルまでは所得にカウントされない。さらに、就労収入については控除の仕組みがある。SSA [2007b]p.22.

³¹ 日本語によるSSIの研究は少ないが、最近の研究として野田[2007]がある。

表1 アメリカにおける障害年金とSSIの受給者数(18~64歳の障害者:2006年)

[単位:人]

障害年金の受給者合計 7,434,385			
総計	障害年金のみの 受給者	障害年金とSSI の同時受給者	SSIのみの 受給者
10,362,419	6,210,289	1,224,096	2,928,034
SSIの受給者合計 4,152,130			

注: 障害年金、SSIともに、18~64歳以外の年齢の受給者が存在するため、本表の数値はそれぞれの制度の受給者総数を示している訳ではない。

資料: Social Security Administration, *Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program 2006* の Table 64 をもとに作成。

② 障害年金のコスト

1956年社会保障法改正で導入された障害年金には、導入反対派からの批判に適應する目的で、コストを抑制するための様々な制限が設けられていた。しかしながら、一旦制度が施行されると、コストを抑制するための制限は徐々に緩和され、プログラムは拡大の方向に向かった³²。1970年代前半までは、給付内容の充実や受給要件の緩和、さらに制度の成熟化によって、新規受給者や1人当たり支給額が増加し、障害年金給付費の総額は一貫して増大した(以下、図1を参照)。このような障害年金コストの上昇は、1970年代中盤には大きな問題として捉えられるようになっており、例えば、障害年金に関する1974年の下院歳入委員会のスタッフ報告では、社会保障税の税率増加と保険給付の削減がなければ、障害保険信託基金は1970年代末には深刻な財政危機に陥るだろうと指摘されていた³³。実際に、その後1975年から1977年にかけて、障害保険信託基金では単年度ベースで支出が収入を超える事態が生じた。このような背景から1970年代後半以降、連邦政府主導のもと、新規裁定時の認定基準の引き締めと受給者に対する再審査の強化が行われ、その結果として、1970年代末から1980年代初頭には、障害年金のコストが実質的に抑制された。しかし、再審査の対象となるケースが増加したこと、長期の受給者も含め多くの受給者が給付を打ち切られたこと、そして、誤った給付打ち切りが発生したことなどから、このような手法は国民の不満を生むことになった³⁴。さらに、行き過ぎた再審査に対しては、州や裁判所からの批判も強まった。こうしたことから、1984年社会保障障害給付改革法が制定され、厳しい運用方針は短期間で改められることになった³⁵。それ以降、現在に至るまで障害年金受給者の増加傾向が続いており、それに伴って障害年金給付費総額も増大している。この期間において就労者の健康状態の大幅な悪化は観察されておらず³⁶、以下

³² Berkowitz[1987]pp.108-111.

³³ Mashaw[1988]pp.160-161.

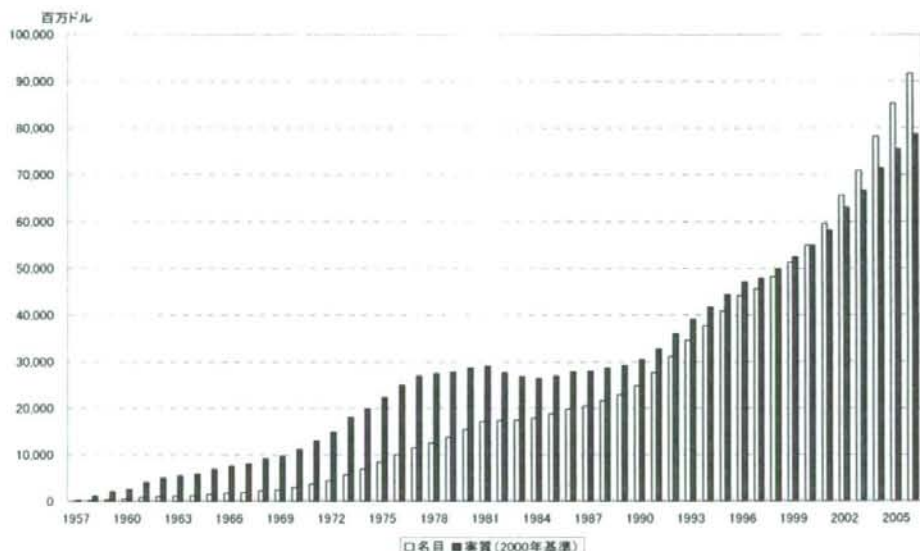
³⁴ Collins and Erfle[1985]p.12.

³⁵ Kearney[2006]pp.15-16.

³⁶ Duggan and Imberman[2007]p.13.

のような要因が受給者増をもたらしたと考えられている。

図1 アメリカの障害年金給付費総額の推移（1957-2006年）



注：図では、簡略化のため、障害保険信託基金から給付されている費用を障害年金給付費総額としている。ここには障害年金受給者の家族で、障害を有しない配偶者や子に対する給付も含まれている。一方で、障害をもつ未亡人に対する給付と障害をもつ成人した子に対する給付の一部は老齢遺族保険信託基金から支払われるため、ここには含まれていない。

資料：Social Security Administration, *Annual Statistical Supplement 2007* の Table 4.A2 より作成。

第1に、1990年代初頭の経済状況の悪化が挙げられる。障害年金の対象となる障害の定義には、機能障害によって実質的な稼得活動に従事できない状態という内容が含まれている。そのため、重度の機能障害を有する者でも、就労していれば、障害年金の受給者とはならない。労働市場が逼迫しているときは、障害を有する人々も仕事を見つける展望が開きやすい。しかしながら、景気後退によって仕事を失えば、彼らは障害年金を申請するようになると予期される³⁷。そのため、失業率の増加とともに、そうでなければ実質的な稼得活動に従事できたであろう障害者が給付を申請するようになったと考えられる。具体的には、失業率が高い水準を記録した1991年から1993年にかけて、障害年金の申請件数が大きく増加している³⁸。それにあわせて、1990年代前半には新規裁定件数も増加しており、これが新規受給者の増加を引き起こした。

第2に、人口構造の変化が挙げられる。2006年における人口1,000人当たりの障害年金新規裁定件数を年齢別に見ると、30-34歳では約1.7件であるのに対して、35-39歳では約2.4件、40-44歳では約3.5件、45-49歳では約4.8件、50-54歳では約7.4

³⁷ Mashaw and Reno[1996a]p.82.

³⁸ SSA[2007b]Table 6.C7.

件、55-59歳では約10.3件であり、年齢が高くなるほど、障害年金を受給する可能性が高くなる事が分かる³⁹。そのため、人口構造の変化、特に、現在のアメリカ人口の約1/4を占めるベビーブーム世代（1946年～1964年生）の中高齢化に伴って、障害年金の新規受給者が増加したと考えられる。

第3に、女性の労働市場への進出が挙げられる。障害年金を受給するための拠出要件を満たすには、障害の発生前に一定期間に渡って就労している必要がある。特に1970年代以降に進んだ女性の労働市場への進出は、障害年金の受給が可能となる被保険状態にある女性を増加させている。そのため、仮に障害の発生率が不変であっても、女性の受給者を増加させたであろう。実際に、障害年金受給者（被保険者本人）は20年間で、男性では約178万人（1985年）から352万人（2005年）に増加したのに対して、女性では約87万人から300万人に増加しており、受給者の増加は女性でより大きいことが分かる⁴⁰。

第4に、障害認定の変化などによる受給者層の変容が受給者増をもたらしたと考えられる。1984年の社会保障障害給付改革法によって、精神の障害を評価する基準の改訂が求められたが、それを受けて1986年には精神の障害に対する認定基準の緩和が行われている。それ以降、精神の障害（知的障害を含む）を理由とする新規認定が増加しており、その件数は、1985年の約7万件から2005年の約20万件へと3倍近くになっている⁴¹。もちろん、精神の障害の発生率がこの時期に増加した可能性は高く、それによって新規認定が増加したと考えられるが、それと同時に1984年改正による影響も顕著となっている。例えば、精神の障害を理由とする新規認定件数が新規認定件数全体に占める割合は1960～1980年代初頭までは10%前後、1983～1985年では10%台後半に止まっていたのに対して、1986年には29.7%へと大きく増加した。この数値は1987年に19.5%に一旦低下したが、その後現在まで20%台前半ないし後半の高い数値で安定している⁴²。精神の障害を理由とする受給者数の割合は、1986年が全体の22.1%であったのに対して、2006年では33.4%に達している⁴³。さらに、1984年改正以降、苦痛に対する評価も改められたため、腰痛などに代表される筋骨格系の機能障害に基づく新規認定が徐々に増加し始めた。筋骨格系の障害を理由とする受給者数の割合も1986年には全体の16.5%であったのに対して、2006年には25.9%に増加している⁴⁴。これらの障害は、他のカテゴリーの障害と比して、とりわけ死亡率の低い障害であるというところに特徴がある⁴⁵。また、精神の障害は、35歳以下の若年か

³⁹ 本文中の数値はSSA[2007a]Table 39およびU.S. Census Bureau, Annual Estimates of the Population by Five-Year Age Groups and Sex for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2006をもとに算定している。

⁴⁰ SSA[2007b]Table 5.D3.

⁴¹ SSA[2007a]Table 40.

⁴² SSA[2007a]Table 40.

⁴³ 2006年の数値はSSA[2007a]Table 21、1986年の数値はFerron[1995]Table 5に基づく。本文中の数値ではUnknownも分母に含めている。

⁴⁴ 前注に同じ。

⁴⁵ Hennessey and Dykacz[1993]p.60 Table2.

ら受給し始めるケースが多い⁴⁶。障害年金の支給終了の要因の大部分は受給者の死亡と老齢年金への切替を理由とする支給終了である⁴⁷ため、これらの障害を要因とする受給者が増加すれば、死亡や切替による支給終了件数が低下し、受給期間の長期化がもたらされる。その結果として、障害年金の受給者数が着実に増加してきたと考えられる。特に1994年以降、新規裁定件数の伸びが鈍化しているにも係らず受給者が増大しているのは、受給者の受給期間が長期化しているためである。

現在では、このような障害年金のコスト増が大きな懸念材料となっている。社会保障信託基金理事会の2006年報告書によれば、老齢遺族保険信託基金が2041年に枯渇すると予測されているのに対して、障害保険信託基金は2025年には枯渇すると予測されている⁴⁸。もちろん、このような予測が現実のものとなった場合でも、2025年に制度が破綻し、給付が完全に終了する訳ではない。2025年においても、その時点の社会保障税収入によって、予定されている障害年金給付の約82%は賄うことができる。この割合は徐々に低下し、2080年には約75%に達する⁴⁹。また、年金制度全体で見れば基金の枯渇は2040年と予測されており、2025年以降に老齢遺族年金の社会保障税率の一部が障害年金に割り当てられれば、それまでは予定されている障害年金給付を賄うことは可能である。この場合でも、2040年以降の給付が無くなる訳ではなく、予定されている給付の約74%~70%は、毎年の社会保障税収入によって賄うことができる。しかしながら、1980年代中盤以降の給付費の拡大が、障害年金の財政状況を悪化させてきたことは確かである。実際に、障害保険信託基金は、1984年、1987年、1992年、1993年に、単年度赤字を記録している。

そのため、障害年金の支出と収入の両面で、1990年代以降いくつかの対策がとられてきた。収入面では、障害年金に割り当てられる税率が1990年代に引き上げられた。特に1994年には、老齢遺族年金の税率の一部が、障害年金に割り当てられることで、障害年金の税率は、被用者の場合で労使0.6%ずつから0.94%ずつに、自営業者では1.2%から1.88%にまで引き上げられた。その後、2度の改定があり、2000年以降、税率は、被用者の場合で労使0.9%ずつに、自営業者では1.8%となっている。

一方、支出面では、まず、障害給付（障害年金および障害を理由とするSSI）から、薬物依存およびアルコール依存による障害に対して給付を行わないこととされた。すでに受給している者については1997年1月1日よりこの禁止規定が有効となり、その結果、1997年の障害年金の支給終了件数は一時的に増加した。ただし、支給打ち切り対象者の約34%は別の障害、その多くは精神の障害を理由に受給資格が保持されている。また、そもそも、支給打ち切り対象者は、全体の2.6%程度であり、障害年金を含む障害給付プログラム全体には大きな影響を与えることはなかった⁵⁰。もうひとつの対策は、1999年に制定された就労チケットおよび就労インセンティブ改善法〔Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act of 1999〕である。同法に

⁴⁶ SSA[2007a]Table 44.

⁴⁷ Zayatz[2005]Table 5.

⁴⁸ SSA[2006]p.2.

⁴⁹ Goss[2006]p.47; SSA[2006]p.43.

⁵⁰ Davies, Iams and Rupp[2000]pp.5-6.

ついて詳しくは後述するため、ここでは簡単に触れておきたい。まず、本法によって就労チケットプログラムが導入された。障害給付受給者は、SSA から送付されたチケットを使用して、認可された複数のサービス供給者から無料で就労支援サービスを利用することができる。その他にも、受給者が就労開始後に利用できる公的医療保障の適用期間を拡張することなども行われている。これらの対策は、就労を手助けするサービスに関する選択肢の増加や就労を開始するに当たっての障壁の除去を通じて、障害給付受給者の労働市場への参加を促進することを狙いとしていた。アメリカの障害認定基準のもとでは、受給者が一般就労に復帰ないしは一般就労を開始することは、障害給付の終了に繋がるため、こうした対策はコスト抑制対策としての側面を有している。しかしながら、現在までのところ、利用者自体が停滞していることもあり、その効果は明白な形では現れていない。

③ 障害年金の認定基準と認定方法

アメリカでは、障害年金の申請者が障害の状態にあるかどうかを判断するために、以下のような 5 段階の連続的な審査（図 2）が行われている⁵¹。

図 2 アメリカにおける 5 段階の障害認定過程



資料：本文参照。

第 1 段階。申請者は働いているか？ もし、申請者が就労しており、実質的稼得活動〔Substantial Gainful Activity = SGA〕の基準よりも多く収入を得ているならば、障害であるとは認められない。SGA は、2006 年で月 860 ドル以上（視覚障害者の場合は月 1450 ドル以上）の稼得活動とされており、これ以上の収入がある場合は、ど

⁵¹ Code of Federal Regulations, Title 20, §404.1520(a)(4). 以下では Code of Federal Regulations, Title 20 を 20 CFR と略す。

のような医学的状态であっても障害とは認められず、申請はこの段階で却下される⁵²。この判断のみ、各地の社会保障事務所によって行われ、以下の各段階に関する判断は、障害認定事務所〔Disability Determination Services = DDS〕によって行われる。DDSは各州の機関であり、例えば、州のリハビリテーションサービス局、保健福祉局などに属している。DDSの障害審査官⁵³および医師・心理士は、申請者が治療を受けた医師、病院、施設などから医療情報を収集し、それをもとにして、申請者が障害年金の対象とする障害状態にあるか否かを判断することになる。

第2段階。申請者の有する機能障害が深刻であるか？ 給付が認められるためには、申請者の有する機能障害が、医学的に確定可能であり、かつ、死に至るか1年以上継続するものでなければならない。さらに、その機能障害は、労働に関連する基本的な活動〔Basic Work Activities〕を妨げるような深刻なものである必要がある。労働に関連する基本的活動とは、仕事をするために必要となる能力・素質を意味しており、例えば、歩く・立つ・持ち上げる・運ぶといった肉体的機能、見る・聞く・話すための能力、単純な指示の理解・実行・記憶、監督者や同僚に対する適切な対応などが含まれる⁵⁴。また、申請者が複数の機能障害を有する場合は、それらを総合して深刻度が判断される⁵⁵。申請者の障害の状態がこのような深刻なものであれば、DDSの認定業務は次の段階に移行する。もし、そうでなければ、この段階で申請が却下される⁵⁶。

第3段階。申請者のもつ機能障害がSSAの定めたリストに記載される機能障害と合致するか、あるいは、等しい程度であるか？ SSAは、14の主な部位（筋骨格系、視聴覚・言語、呼吸器、心臓血管、消化器、泌尿器、血液・リンパ、皮膚・皮下組織、内分泌、神経、複数の生体機能、精神疾患、悪性新生物、免疫）について、部位ごとに機能障害のリストを整備している⁵⁷。そのリストに記載されている機能障害（例えば、筋骨格系であれば両手を切断など）は、極めて深刻なものであるため、申請者のもつ機能障害がそれらに合致すれば、この時点で障害状態にあると認定される。また、仮にリストに記載されていなくとも、リストと同程度の深刻さであると判断された場合も、同様の認定が行われる。このように、リストに合致するか等しい機能障害を申請者がもつ場合は、この段階で障害状態にあると認定される⁵⁸。ただし、そうでない場合であっても、申請が却下される訳ではなく、次の段階の審査が行われる⁵⁹。

第4段階。申請者は過去に従事していた仕事を遂行できるか？ もし、第3段階で申請者が障害状態にあると認定されなかった場合、DDSは、ケース記録に基づいて申

⁵² 20 CFR§404.1520(b)。ただし、SGAに従事しているかどうかを判断する際に用いられる収入は、対象者の実際の収入から機能障害に関連する労働経費（例えば、就労にあたって介助サービスを要する場合はその費用）を控除したものである。20 CFR§404.1576。

⁵³ 障害審査官は、担当官としての訓練を受けているが、医療の専門家ではなく事務職員である。

⁵⁴ 20 CFR§404.1521。

⁵⁵ 20 CFR§404.1523。

⁵⁶ 20 CFR§404.1520(c)。

⁵⁷ リストの詳細は、SSA, "Disability Evaluation Under Social Security: Listing of Impairments - Adult Listings (Part A)".を参照。

⁵⁸ 20 CFR§404.1520(d)。

⁵⁹ 20 CFR§404.1520(e)。

請者の残存能力〔Residual Functional Capacity〕を査定する。残存能力とは、機能障害やそれに関連する苦痛などの症状によって身体的・精神的機能が制限される中、申請者が労働に関連する活動をどの程度行えるかを査定したものである⁶⁰。この査定された残存能力は、彼が過去に従事していた仕事〔Past Relevant Work〕で必要とされることと比較される。過去に従事していた仕事とは、過去 15 年以内に従事し、かつ、SGA 以上で一定期間継続した仕事と定義されている。この審査の結果、申請者にはそのような仕事をまだ行っただけの残存能力があると DDS が判断した場合、申請者は障害の状態にあるとは認められない。この判断を行うに際しては、後述する職業的要素は考慮されず、また、そのような仕事が国民経済に多数存在しているかどうかとも考慮されない⁶¹。

第 5 段階。申請者は他の種類の仕事ができるか？ 第 4 段階にて、申請者は深刻な機能障害のために過去に従事していた仕事を遂行することができないと認定された場合、DDS は、次に、残存能力だけでなく、職業的要素（年齢、教育、過去の労働経験）も考慮した審査を行う⁶²。申請者の職業的要素として考慮される年齢とは、生活年齢のことである。申請者の年齢が高いことは、他の仕事に順応する能力を制限する要素として考慮される。教育とは、職業的な要求に応じるための能力（例えば、理解能力、コミュニケーションスキル、算術能力）の向上に寄与する学校教育やその他の訓練を意味している。通例、教育を受けていないこと、あるいは、英語での伝達ができないことは、他の仕事に順応するための能力を制限する要素として考慮される。労働経験とは、直近 15 年以内の就労を通じて獲得されたスキルや能力を意味している。申請者が未熟練・低熟練である、あるいは、スキルが転用不能である場合ほど、障害の状態にあると認定されやすくなる。DDS は、申請者の就労に関する残存能力と以上の職業的要素を組み合わせ、申請者が国民経済に多数存在するような他の仕事を遂行できるか否かを判断する。その結果、他の仕事に順応することができないと判断されれば、申請者は障害の状態にあると認定される⁶³。一方、第 5 段階での審査の結果、

⁶⁰ 具体的には、次のような点についての査定が行われる。身体面の残存能力の査定では、まず、申請者が力を要する運動をどの程度行えるかが査定される。力を要する運動とは、持ち上げる、運ぶ、立つ、歩く、座る、押す、引くといった動作であり、例えば、何ポンドまで持ち上げられるか、1 日何時間まで立っていられるか、1 日何時間まで座っていられるか等が査定される。また、それ以外には、姿勢（階段等を登る、体の平衡を保つ、かがむ、ひざを曲げる、しゃがむ、這う）、手を使う（すべての方向に伸ばす、操作する、指を使う、皮膚で感知する）、視覚、コミュニケーション（聞く、話す）などの身体機能に制限があるか無いかがチェックされる。その他にも、環境（寒さ、暑さ、水気、湿度、騒音、振動、煙霧・臭気・埃・ガス・密閉、危険）に対して、どの程度耐えることができるかも査定項目に含まれる。一方、精神面の残存能力の査定では、①理解と記憶、②集中継続と持続性、③社会的相互作用、④適応といった能力がどの程度制限されているかが査定される。SSA, "Physical Residual Functional Capacity Assessment"および"Mental Residual Functional Capacity Assessment"を参照。

⁶¹ 20 CFR §404.1520(f); §404.1560(b).

⁶² 20 CFR §404.1520(g); §404.1560(c).

⁶³ 20 CFR §404.1563; §404.1564; §404.1565. また、この認定を行うに際しては、一定のガイドライン〔Medical-Vocational Guidelines〕(20 CFR Appendix 2 to Subpart P of Part 404) が定められている。例えば、力を要する運動面での残存能力をもとに、申請