

# 障害年金における等級認定（3・完）

——その歴史的変遷——

安 部 敬 太

はじめに

## 第1章 労働者年金保険法の創設から国年創設前まで

### 第1節 船員保険法と労働者年金保険法における障害年金の目的

#### 第2節 障害の程度表

##### 第1款 廃疾程度表

##### 第2款 程度表の成り立ち

##### 第3款 程度表の改正

#### 第3節 実際の認定と認定基準

##### 第1款 1953年認定基準策定前

##### 第2款 1953年肺結核認定基準等

##### 第3款 1955年認定基準等

##### 第4款 1958年認定基準

##### 第5款 労働能力減退率

#### 第4節 小括

## 第2章 国年の障害年金創設

### 第1節 国年法創設の目的

(以上、本誌176号)

### 第2節 包括条項を除く等級表

### 第3節 包括条項

#### 第1款 対象障害と包括条項の規定経緯

#### 第2款 「日常生活能力」採用理由

#### 第4節 小括

## 第3章 2つの障害年金—国年と厚年

### 第1節 国年の障害認定の変遷

#### 第1款 創設時認定基準等

#### 第2款 1966年までの法別表等の改正

#### 第3款 病状判定

#### 第4款 障害等級調整問題研究会報告

#### 第5款 1966年認定基準等

#### 第6款 1979年認定基準等

#### 第7款 総合認定

#### 第8款 実地調査

## 2 早稲田大学大学院法研論集第 178 号 (2021)

### 第 2 節 厚年の障害認定の変遷

#### 第 1 款 1961年認定基準

##### 第 1 項 基準の概要

(以上、本誌177号)

##### 第 2 項 実際の認定

#### 第 2 款 1977年認定基準等

#### 第 3 款 1979年認定基準等

### 第 3 節 小括

## 第 4 章 基礎年金創設

### 第 1 節 1985年改正までの経緯

### 第 2 節 1986年認定基準等

### 第 3 節 小括

## 第 5 章 基礎年金創設後から現在まで

### 第 1 節 2002年認定基準

### 第 2 節 精神障害と就労

### 第 3 節 その他の認定基準改正等

### 第 4 節 小括

おわりに

(以上、本号)

## 第 2 項 実際の認定

この認定基準は、多岐に渡る傷病・障害についての認定のための基準足りえていないといえよう。具体的基準は肺結核、心肺機能、身体<sup>(137)</sup>の各部位（視力、聴力、そしゃく機能、言語機能、脊柱、上肢及び下肢）、高血圧症、精神及び脳疾患についてのみで、国年が一定網羅的な各部位・疾患に関わる認定基準を1966年に施行した後も、厚年は障害の種類、部位が非常に限られた基準による認定を続けていた。1977年認定基準改正に関わった厚生省官僚加瀬精久は、同改正前の「廃疾認定要領の内容は簡単に語彙の説明をしたものであって…実際の認定にあたっては、わずかな例示と認定医の経験による他の条件との比較で行われている。いいかえれば、障害年金の廃疾認定の方法は、そのほとんどが認定医の頭の中にあつた<sup>(138)</sup>」と述べる。このことは、診断書が結核とそれ以外の2様式のみ（1章3節2款）であつたことと相関している。支給傷病については、結核が大部分を占めた1952年頃（1章3節1款<sup>(139)</sup>）と違って、1960年代半ば以降、結核が国民病の地位から後退し<sup>(140)</sup>、受給権者に占め

る結核患者の割合も低下していったと考えられる。1970年代半ばには約20年前の数と同程度の新規裁定がなされている<sup>(141)</sup>ので、結核に入れ替わる形で、他の疾患・障害に対して支給されていたと推測できる。上記加瀬は、1977年の認定基準策定の際に検討した既認定事例として、癌（肺癌、脳腫瘍、胃癌等1～3級）、糖尿病性網膜炎1級、高血圧症糖尿病2級、糖尿病3級、慢性関節リウマチ1～3級、肝硬変2級・3級、慢性肝炎2級、筋萎縮性側索硬化症1級・2級、重症筋無力症3級、全身性エリテマトーデス2級・3級を挙げている<sup>(142)</sup>。川口工業厚生年金基金が相談を受けて1977年度末までに受給権を得た270件のうち、呼吸器障害（肺結核7.8%、じん肺・けい肺4.1%、ぜんそく）は14.1%、外部障害（視力障害5.2%、上下肢切断、骨折外傷9.6%、ロイマチス〔リウマチと同義※引用者注〕、脊髄損傷3.7%、股関節症、脳疾患25.2%）が52.6%、呼吸器障害を除く内部障害（てんかんを含む精神障害6.3%、高圧心疾患12.6%、泌尿器障害、がん、胃かいよう、肝炎、糖尿病、腎臓4.1%、直腸腫瘍、白血球増多症）が33.5%であった<sup>(143)</sup>。このような多様な傷病が対象となっていたものの、診断書様式は表面1枚のものであって、細かな文字で記入しても、現症欄は3～4行程度、労働能力欄は2～3行程度がやっと記載可能なものであった。この記述欄以外に、内部障害や精神障害について障害の状態を示すことができる箇所はなかった。内部障害認定のあいまいさは国会でも問題とされ、国は、内部疾患認定は認定医に任せているのが現状なので、認定基準を整備したいと答弁している<sup>(144)</sup>。

## 第2款 1977年認定基準等

1976年法改正の1977年の施行に合わせ、改正された認定基準等の要点は以下である<sup>(145)</sup>。

第一に、この基準は、厚年における初めての障害部位別の網羅的な認定基準であった。前述の加瀬は、策定にあたって、「現に認定をしている内容から読みとる」というこれまでの具体的事例に対する認定結果の基準化を提案している<sup>(146)</sup>。部位別「障害等級認定基準」は、1節 眼の障害、2節 聴力の障害、3節 鼻腔の障害、4節 口腔の障害（そしやく機能の障害／言語機能の障

害)、5 節 肢体の障害 (脊柱の障害/上肢の障害/下肢の障害/肢体の機能の障害)、6 節 精神の障害 (内因性精神病/器質精神病)、7 節 神経系統の障害、8 節 呼吸器疾患 (肺結核/じん肺/心肺機能の障害)、9 節 心疾患、10 節 腎疾患、11 節 肝疾患、12 節 造血器・血液疾患、13 節 代謝疾患、14 節 悪性新生物、15 節 高血圧および 16 節 その他の疾患からなり、各節の基準は「認定基準」と「認定要領」で構成されている。国年の部位別の基準は意識しつつも、国年にはない、「肢体の機能の障害」<sup>(147)</sup>、代謝疾患、悪性新生物および「その他の疾患」<sup>(148)</sup> (難病、人工肛門・膀胱等) が加えられたことは、前款 2 項のとおり、それまで実際にがん、糖尿病、関節リウマチ、難病等が認定対象とされていたことによるものと考えられる。

第二に、内部障害の認定に関しては、一般規定から、「2 級は安静度 3 度または 4 度」などという各等級と安静度との相関が削除された。呼吸器疾患のうち肺結核の基準でも、各等級と安静度との相関は記載がなくなり、単に「安静度は参考資料として用いる」とされた。内部障害の疾患ごとの「認定要領」の一部例示には、検査数値や異常所見等と等級との対応関係が詳述された。ただし、6 節以降の精神障害および内部障害の各節の冒頭には「認定基準」として、労働能力を規定した等級別の包括条項 (2 級は高度の労働制限等)<sup>(149)</sup> が記載された。

第三に、精神障害の基準は、上記のとおり、冒頭に包括条項を掲げ、㉞ 内因性精神病と㉟ 器質精神病に分類され、ともに、㉞ 「認定要領」の一部例示は、1961 年基準とほぼ同様に、各症状・障害により、1 級は「常時の監視又は介護が必要」等、2 級は「労務に服することができない」、3 級の㉞ は「労働に制限」、㉟ は「労働に著しい制限」とされ、㉞ 1961 年基準の「残存労働能力の判定に当たっては、…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。」との記載が維持された。全般的な能力障害に関わる㉞ は、「高血圧」の基準のうち「高血圧により脳の障害を合併したものの」には記載がされたものの、これ以外の内部障害の認定要領 (一部例示)

には記載がなかった。⑥については、1961年基準での「結核症」および「高血圧症」における同様の記載は削除された。精神障害の基準にだけ、これらの労働能力に関する記載がなされたことは、精神障害が客観的な検査数値や異常所見により重症度を示せないため、労働能力で判断するほかないことによると推測しうる。また、内因性精神病基準では、精神病質を原則として認定対象としないことは維持しつつも、「神経症にあつては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであっても、障害の状態とは評価しない（その臨床症状から判断して精神病の病態を示しているものについては、内因性精神病に準じて取り扱う。）」と括弧書きが追記され、精神病の病態を示している神経症は支給対象とされることになった。

第四に、一般的障害程度については国年が2級を「活動範囲は家屋内」等と記載したのに対して、この認定基準の基本的事項「障害の程度の状態の基本」は「2級：労働が高度の制限を受けるか、又は労働に高度の制限を加えることを必要とするもの」等、包括条項を転記しただけであった。なお、解説書においては、2級「労働能力の高度制限」が70%喪失、3級の「労働能力の著しい制限」が50%喪失、症状未固定3級と障害手当金の「労働能力の制限」が30%喪失であるとの説明を維持した。<sup>(150)</sup>

第五に、診断書様式については、認定基準改正と同時に、厚年則から抹消された。診断書様式は結核とそれ以外の障害という2様式（1章3節2款）から以下の6様式となった。<sup>(151)</sup>眼・聴力・鼻腔・口腔（そしゃく・言語）障害用、肢体の障害用、精神の障害用、呼吸器疾患（肺結核・じん肺・心肺機能の障害）用、心疾患・腎疾患・肝疾患・高血圧・糖尿病用およびその他の障害用である。診断書様式には国年（前節3款、5款）から採用された項目があった。精神障害の様式には国年と同じ「日常生活能力の判定」と「日常生活能力の程度」の選択式評価欄が設けられた。呼吸器疾患（肺結核・じん肺・心肺機能の障害）用には、国年と同じ「機能判定による廃疾認定」欄と「病状判定による廃疾認定」欄が設けられ、各記載内容も国年とほぼ同一のもので、安静度欄も残された。心疾患様式にも、国年と同様に、5段階の「活動

能力の程度」評価欄が設けられた。一方、国年では腎臓・肝臓・血液疾患の様式に安静度欄があったのに対して、厚年では認定基準から安静度と等級との関係が削除されたため、呼吸器疾患様式以外の内部障害の様式に安静度の記載欄はなかった。

### 第 3 款 1979年認定基準等

国年が1979年の認定基準と診断書様式の改正において、一般状態区分を参考として採用したのに伴い、厚年においても、1979年に認定基準が改正され、<sup>(152)</sup>一般状態区分が内部障害のうち腎疾患、肝疾患、血液・造血器疾患およびその他の障害の4つの基準に「参考」として採用された。また、客観的な機能障害認定については、「呼吸器疾患」の「第3 心肺機能の障害」に、国年で採用された動脈血ガス分析値が加筆された。これに伴い、診断書様式にも、「心疾患・腎疾患・肝疾患・高血圧・糖尿病用」の腎疾患および肝疾患部分ならびに「その他障害用」<sup>(153)</sup>に一般状態区分欄が、呼吸器疾患（肺結核・じん肺・心肺機能の障害）用に動脈血ガス分析値欄が設けられた。

### 第 3 節 小括

国年と厚年という2つの障害年金を比較検討すると次のことがいえるであろう。<sup>(154)</sup>

第一に、基礎年金創設前、国年と厚年は、基本的にそれぞれ別個の等級表と認定基準を有し、独自に等級認定をしていたものの、<sup>(155)</sup>両制度はともに外部障害に関する機能障害の列記という等級表制定を端緒として、客観的に明示可能な機能障害認定が基本であった。等級表以外の外部障害はもちろん内部障害についても、客観的に明示可能な機能障害認定は両制度ともに強化された。内部障害の基準における安静度と等級との相関は、厚年では1953年結核認定基準以降、国年では1966年認定基準において明確であった。しかし、厚年では1977年認定基準改正で一般規定においても、呼吸器疾患基準においても、安静度と等級との相関は削除された。それを受け、国年でも1979年認定基準で、結核に関しては安静度と等級との相関は参考資料に格下げとなり、

他の内部障害に関しては一般状態区分が参考とされ、全般的な能力障害と等級との関係は明確ではなくなった。これらは、その分、認定基準上、全般的な能力障害認定の根拠が失われたことを意味する。

第二に、両制度の認定基準は、上記の安静度の扱い以外の点でも、一定相互に影響しつつ、形作られた。内部障害については、厚年は1977年に、国年を参考とし網羅的な部位別の基準を設け、独自に難病、人工肛門等を加えた。それを受けて、国年は1979年に、難病、人工肛門等を追記し、検査数値等の個別基準についても、厚年の内容を部分的に採り入れた。さらに、国年が、同改正で、複数の内部障害で一般状態区分を参考として採用したことと同時に厚年も同様の改正をした。ただし、同一の内容は部分的なもので、国年は、厚年にはあった、代謝疾患（糖尿病）、悪性新生物および高血圧に関する基準ならびに外部障害のうち「肢体の機能の障害」基準を設定しなかった。

第三に、客観的に明示可能な機能障害の等級認定の範囲としては、外部障害ばかりか内部障害の認定においても、国年2級は厚年3級のかんりの部分を含んでいた。前節1款1項でみた、一上（下）肢等の外部障害をはじめ、人工透析やペースメーカーだけでも国年2級とされ、国は、国会でも、国年2級は厚年の3級を取り込んでいると説明した。1985年の障害基礎年金創設を主導した山口新一郎年金局長も、国年2級の方が広く、これまで厚年で3級とされていたケースが新制度では2級となる可能性に言及している。

第四に、前述したとおり、客観的に明示可能な機能障害による認定は強まったとはいえ、1985年改正前の裁決集によれば、厚年も国年も客観的に明示可能な機能障害だけで認定していたのではなく、全般的な能力障害（国年は日常生活能力、厚年は労働能力）による認定もなされていた。厚年は、客観的に明示可能な機能障害を重視して認定していたものの、高度の労働制限は2級である等の包括条項を規定し、かつ、精神障害および内部障害の認定基準でも、包括条項をあらためて掲げ、さらに精神障害では労働不能は2級とする等という一部例示を記載していたことから、労働不能であれば2級と認定さ

れることは文理上明らかであるといえたので、全般的な能力障害による認定は国年に比して多かつた<sup>(161)</sup>し、労働能力喪失の場合には 2 級と認定される場合があった<sup>(162)</sup>。

一方、国年は、上記裁決集をみると、明確な外部障害を除いた事案である 42 件のうち客観的に明示可能な機能障害と全般的な能力障害（活動範囲が家屋内かどうか等）の両方ともについて、等級に該当するかどうかを検討したものが、25 件（6 割）あった。また、国年では、20 歳前等の前発障害に加え 2 級より軽度の一定の後発障害が生じた場合等に行われる総合認定（本章 1 節 7 款）が 1981 年度において、拠出制で 29.8%、無拠出制（障害福祉年金）で 10.7% を占めていた<sup>(163)</sup>ことから、日常生活能力による認定は一定程度なされていたであろう。しかし、国年は機能障害によらずとも、全般的な能力障害認定を含む「病状判定」を行うことを規定していたにもかかわらず、同裁決集によると、前述のとおり、厚年と比べて、全般的な能力障害を重視して認定すること自体が少なかった。さらに、全般的な能力障害により 2 級該当性を判断する<sup>(164)</sup>場合には、必ず「日常生活能力の程度」（本章 1 節 5 款）への当てはめが行われ、活動範囲が家屋内かどうか等により判断されている<sup>(165)</sup>。このことは、国年には、包括条項に労働能力尺度を規定する厚年にはあった、生活動作レベルの能力障害を重視して認定する「肢体の機能の障害」基準ならびに全身症状が主である悪性新生物、高血圧症および糖尿病についての基準がなかったことも通底していると思われる。客観的に明示可能な機能障害認定においては、国年は厚年より対象を広げ、その一方で、全般的な能力障害でみる場合には、日常生活（身辺処理から極めて軽い家庭内活動）能力を尺度としたために、その程度も、傷病の範囲も、厚年より対象が絞られていたといえるであろう<sup>(166)</sup>。



## 第4章 基礎年金創設

### 第1節 1985年改正までの経緯

客観的に明示可能な機能障害と日常生活能力による認定が経過とともに強化されていく中で、それに対して異議を唱えたのが、全般的な能力障害により労働市場に参画できず、所得を得ることが極めて困難な立場に置かれた脳性麻痺者たち<sup>(167)</sup>であった。国際障害者年の1981年3月、障害当事者たちは、国際障害者年が掲げる障害者の「完全参加と平等」の実現のため、幼い時から障害のある20歳に達した者を対象とする、生活保護基準の基本生計費と障害加算額との合計額相当を給付する所得保障制度の新設を求め、㊦受給権を決定する基準は稼得能力の喪失度合を充分反映させる、㊧本人の稼得状況に合わせて減額支給制度を導入する、㊨措置制度を改め各種施設の食事および日常生活諸費を本人負担とするとの3点を掲げた<sup>(168)</sup>。同年5月、この訴えは国会審議でも取り上げられ<sup>(169)</sup>、厚生省官僚による「障害者の生活保障問題検討委員会」は、1982年4月、等級表について稼得能力の観点からの見直しに言及し、障害年金を受給しつつ所得を得て、稼得収入と障害年金の額との合計が従前の所得水準を超えるような場合には在職老齢年金の仕組みも参考にして適正な調整を検討する必要があると報告した<sup>(170)</sup>。厚生大臣は専門家による障害者生活保障問題専門家会議に意見具申を求め、同会議は、1983年7月に報告書<sup>(171)</sup>を提出し、それは「障害者対策の基本的目標は、障害者が障害に伴う様々なハンディキャップを克服し、自立した社会人として健常者と平等に社会に参加すること」とし、「障害者が自立生活を営める基盤を形成する観点から、所得保障制度全般にわたる見直しを行うべきである。障害者の所得保障は、障害により失われた稼得能力の補てんと、重度の障害により特に要する費用の補てんの双方の観点を踏まえて行われる必要がある。現行の障害年金制度における拠出制の年金受給者と福祉年金受給者の間の給付格差の解消を図る

べきである。…所得保障制度の趣旨から、障害者本人の稼得収入がある場合等には、何らかの支給制限を行うべき」とし、「現在の障害の評価・認定は生理学的・形態学的評価を中心に行っているが、これを稼得能力と日常生活能力を適確に反映する合理的な評価・認定の仕方に改める必要がある。このため、今後、障害者の所得保障制度に係る評価・認定を適確に処理するための判定体制の確立に努める必要がある。」と述べている。この報告書は、かなりの部分で障害当事者の要求を採り入れ、稼得能力を尺度とすることを提言した。稼得収入がある場合の支給制限にも言及して、拠出制の障害年金を受給している者の既得権にも踏み込んだ。しかし、その後、国が稼得能力認定に向けた施策を進めることはなく、同報告書のうち、1985年改正において採り入れたのは無拠出制の障害福祉年金を拠出制と同じ「障害基礎年金」(よって額も同じ)とすることに限られた<sup>(172)</sup>。

1985年、基礎年金制度が創設され、65歳までの被用者年金の被保険者期間も国年期間となり、被用者年金の被保険者中に初診日があり、2級以上の場合には、被用者年金からの2階部分(報酬比例部分)の年金と1階部分として国年からの障害基礎年金が併給されることになる。法別表はそのまま政令に移され<sup>(173)</sup>、1級と2級に関する1985年改正前(以下「旧」)国年法別表は国年令別表となつて厚年にも適用され、3級と障害手当金に関する旧厚年法別表は厚年令別表となる<sup>(174)(175)</sup>。

## 第2節 1986年認定基準等

1985年改正法施行(翌年4月)時の認定基準ならびに旧国年および旧厚年認定基準を比較する。

第一に、旧国年基準における「一般的事項」の「日常生活能力の程度」(前章1節5款)はこの認定基準では、「障害認定に当たっての基本的事項」の「障害の程度」に表題が変更され、「障害の状態の基本」の2級は「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のもの…家庭内の極めて温和な活動(軽い補食作り、ハンカチ程度の洗濯等)…以上の活

動はできないもの…活動の範囲がおおむね家屋内に限られるもの」であるとの記載が、<sup>(176)</sup>厚年にも及ぶことになる。旧厚年2級の「高度な労働制限」に対し、労働不能よりも重度な「活動範囲がおおむね家屋内」等が2級となったことで、内部障害および精神障害により厚年2級となる範囲は狭まったと考えられる。なお、「障害の状態の基本」の3級は包括条項のままの記載で、それを超える記載はなされず、厚年の解説書でも、各等級の労働能力喪失割合の記載（3章2節2款）は、2級のみならず、3級と障害手当金についても<sup>(177)</sup>抹消された。

第二に、認定の方法については、1961年以降の旧厚年認定基準にあった「提出された診断書等のみでは認定が困難な場合には、再診断を求め又は療養の経過、日常生活状況等の調査、検診、その他所要の調査等を実施した上で認定を行う」との記載が採用された。1966年からの国年認定基準の「必要に応じ、照会・再診断・実地調査等を行って必要な資料を集め、適正に認定する…特に内部障害の程度の判定にあたって個別基準によることが困難なものについては、日常生活能力を十分に勘案して適正に認定する」との記述は採用されず、「実地調査」という文言が認定基準から消えた。また、後半の「個別基準判定が困難な場合の日常生活能力による認定」の削除は、個別の客観的基準によらない全般的な能力障害による認定の根拠がここでもまた失われたといえよう。

第三に、外部障害の基準については、国年と厚年の両方に規定されている多くの部位別障害基準は、2級までは国年から、3級と障害手当金は厚年から転記され、接合された。一上肢2級に関しては、『「一上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち『一上肢の用を全く廃したもの』』とした。前者は旧国年法2級から国年令に引き継がれた2級⑧であり、後者は旧厚年法2級⑧である。これは旧厚年2級を改正後も2級とするための言い換えであった。この国年2級基準の方が軽度であった（前章2節1款1項）ため、厚年の2級は緩和された。この点は下肢2級⑫も同様であった。なにより、国年にはなかった「肢体の機能の障害」が厚年から採用され、20歳前や国年中

初診の場合の脳性麻痺、脳血管障害、関節リウマチ、難病等による全身性障害について認定がされやすくなった。一方、両制度の基準の接合により新認定基準を作成したことによる矛盾も生じた。脊柱と体幹については、旧国年には「体幹の機能障害」<sup>(178)</sup>しかなく脊柱障害についての記載はなかったため、体幹は脊柱とほぼ同義であったと考えられるものの、この認定基準により、<sup>(179)</sup>両者は区別され、「体幹の機能の障害」(国年令 1 級⑧立ち上がることができない程度等、同 2 級⑭体幹の機能に歩くことができない程度)は「高度体幹麻痺」の場合に限定して適用されるように読めるものとなった。

第四に、内部障害の客観的な機能障害基準については、1966年国年、1977年厚年、1979年国年と徐々に詳細になったものの、旧厚年と旧国年には相違があり、国年と厚年の両方に規定されている障害についての1986年認定基準は、基本的には、2 級までは国年から、3 級と障害手当金は厚年から転記され、<sup>(180)</sup>接合されて作成された。このことで、2 級認定が緩和されたものがある。たとえば、心疾患については、旧国年基準の採用により、旧厚年では3 級とされていた人工弁またはペースメーカー装着だけでも2 級とされうることになった。<sup>(181)</sup>また、国年にはなかった悪性新生物、代謝疾患(糖尿病)<sup>(182)</sup>等が大項目として入った。一般状態区分は、1979年の国年基準および厚年基準と同様に、内部障害のうち腎、肝疾患、血液、その他の4つに「参考」として記載された。

第五に、精神障害の各等級の例示については、1 級と2 級は旧国年における疾病・障害<sup>(183)</sup>ごとの症状の程度の記載が採用され、3 級は、各症状に、精神分裂病、そううつ病、非定型精神病では、旧厚年の内因性精神病基準にあった「労働に制限を加えることを必要とするもの」を、そのほかの疾患・障害では、旧厚年の器質精神病基準にあった「労働に著しい制限を加えることを必要とするもの」<sup>(184)</sup>をそれぞれ付け加えて策定された。また、就労状況に関する記載(前章2 節2 款)が、旧厚年から補正され転記された。改正基準の「日常生活能力等の判定に当たっては、身体的能力及び精神的能力、特に、知情意面の障害も考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努

める。また、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。」(傍点引用者)との記載は、旧厚年基準にあった「残存労働能力の判定に当たっては、身体的能力～(※以下上記と同じ)」(傍点引用者)の「残存労働能力」を「日常生活能力等」に置き換えたものであった。精神障害では、国年でも、就労状況が認定に影響することになる。神経症については、旧厚年認定基準(前章2節2款)が採用され、国年も含め「精神病の病態を示しているもの」は対象とされることになった。

第六に、障害の併合基準は㉞併合(加重)認定、㉟総合認定および㊱差引認定の3つの方法が厚年からすべて採用された。㉞と㊱のための併合判定参考表が、国年にも適用され、㊱の「労働能力減退率」(1章3節5款)は「活動能力減退率」に言い換えられた。㉟は1961年厚年認定基準からあった方法で、「認定の対象となる内科的疾患が併存している場合については、併合(加重)認定の取扱いは行わず、総合的に判断して認定する」以上の具体的記載はない。これにより、旧国年の「総合認定」(前章1節7款)とは異なり、内部障害による機能障害の2級が2つあっても併合1級とは限らなくなる。<sup>(186)</sup>また、内科的疾患が複数ある場合にのみ、<sup>(187)</sup>㉟の総合認定がなされるものの、外部障害が複数ある場合、「外部障害および内部障害または精神障害」がある場合ならびに「内部障害および精神障害」がある場合は、旧国年の総合認定とは違って、全般的能力障害による認定ではなく、国年も含め、併合(加重)認定表(1章3節3款)による㉞が適用されるようになった。

### 第3節 小括

1985年改正は、稼得能力のない、幼い時からの障害当事者による、生活を営める所得保障の求めから始まった。その結果、20歳前障害に対する無拠出制年金の支給額が拠出制と同額となる。障害当事者は、稼得能力による認定も主張した。この時期、客観的に明示可能な機能障害を重視する認定という道を行ってきた日本の障害年金は、稼得能力認定への道に踏み込む寸ままで

行ったといえよう。しかし、稼得能力認定は厚生大臣への提言にとどまり、政策立案にいたることはなかった。

1985年改正後の障害等級を判定する法令の等級表も認定基準も、2級までを国年から、3級以下を厚年から転記し策定された。2級までが国年に合わされることで、客観的に明示可能な機能障害については、厚年3級の一部が2級とされることになった。また、国年ではそもそも基準が設けられていなかった、肢体の機能の障害という生活動作能力障害および悪性新生物等の全身性障害についての基準が、厚年から採り入れられ、1986年認定基準が作られた。労働能力により認定していた厚年だから対象としていたとも考えらるこれらの障害が、国年でも対象とされることになり、2級の認定の範囲は広がったといえる。

しかし、内部障害と精神障害については、法令上の包括条項の尺度は2級までが国年に合わされ日常生活能力となり、その認定基準による解釈は極めて温和な家庭内活動以上はできず、活動範囲は家屋内にとどまる程度とされた。法令にくわえ、認定基準でも、高度の労働能力制限（労働不能等）を2級としていた厚年では、全般的な能力障害により2級と認定される範囲は狭まったといえよう。厚年は被用者を対象とするから労働能力で判定し、国年は無業者をも対象とするから日常生活能力で判定するとの説明がなされてきたものの、この改正以降は、厚年を財源とする年金のうち2級以上を日常生活能力で、3級と障害手当金を労働能力で判定することとなり、程度を測るモノサシが途中で変わることの合理的説明は困難であるように思われる。

## 第5章 基礎年金創設後から現在まで

### 第1節 2002年認定基準

2002年に認定基準改正が行われた。これは、WHO「国際障害分類」(ICIDH)による障害の3層分類を受け、能力障害認定を重視しようとした

ものと考えられる。<sup>(188)</sup>この改正により、内部障害の基準は、「一般状態区分表」（3章1節6款）による評価を、わずかな例外を除いて、<sup>(189)</sup>検査数値等による重症度とともに、等級該当要件とする一部例示を掲げた。<sup>(190)(191)</sup>これは、「時に少し」介助を必要とする（身のまわりのことも「時に少し」できない）状態（一般状態区分表「ウ」）で、同表「イ」が「できる」とする、軽い家事や座業もできない状態以上を2級とする。これは、2級について、「必ずしも他人の助けを借りる必要はない…家庭内の極めて温和な活動…はできる」としている「障害の状態の基本」よりも狭い身辺処理能力（時に少し介助が必要で軽い家事もできない程度）を要件としたもので、内部障害の2級認定は絞られることになった。3級の例示は、検査数値等が軽度異常で、かつ、一般状態区分が「イ」（肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる）または「ウ」であるものとされた。

精神障害の個別基準においては、1級と2級は（機能障害に重なる）症状や障害特性の程度についてのみの記述であったところ、「2級：精神分裂病によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるため、日常生活が著しい制限を受けるもの（下線引用者）」等と、個別基準にも包括条項によって認定することが加筆<sup>(192)</sup>された。

## 第2節 精神障害と就労

2011年、認定基準が改正され、新たに発達障害に係る基準が加えられるとともに、発達障害と知的障害の個別基準の就労状況（前章2節第五）についての記述が変更された。「現に仕事に従事している者については、労働に従事していることをもって、直ちに日常生活能力が向上したものと捉えず、その療養状況を考慮するとともに、仕事の種類、内容、就労状況、仕事場で受けている援助の内容、他の従業員との意思疎通の状況等を十分確認したうえで日常生活能力を判断すること。」<sup>(193)</sup>となり、診断書様式に就労状況欄が設け<sup>(194)</sup>られた。厚生労働省は、「知的障害者や発達障害者が仕事をするためには、

多くのサポートが必要であり、働けることをもって直ちに日常生活能力が向上したものと捉えることのないよう…仕事の内容やサポートの状況を確認し、明らかに健常者と同様の仕事ができる程度に改善している場合を除き、就労したことや収入が上がったことにより年金を支給停止すること等のないよう<sup>(195)</sup>」と年金機構へ指示した。

2014年、都道府県単位で認定していた障害基礎年金の不支給率に地域間格差があったことについて、厚生労働省は、調査の結果、原因は、精神・知的障害に関する、日常生活能力が同程度と評価された診断書についての年金機構各都道府県センターによる等級判定の相違であったとし<sup>(196)</sup>、その是正のため、2016年、精神・知的障害の等級認定に係る判定ガイドライン<sup>(197)</sup>を施行した。これは、まず、診断書の2種類の日常生活能力評価をマトリックスに当てはめ「等級の目安」を導き、次に目安をふまえ「総合評価の際考慮すべき要素の例」に基づき等級判定を行う。「総合評価の…要素」の「就労状況」において、2011年の認定基準改正をふまえた、就労状況と等級との関係が示され、就労継続支援 A 型、同 B 型および就労移行支援ならびに障害者雇用での就労の場合（一般雇用等で障害者雇用等と同程度の援助を受けているときを含む）には2級以上を検討する、特に、知的障害と発達障害については「単純かつ反復的な業務」を行っていたり、「常時の管理・指導が必要な場合」は2級を検討する等とした。

しかし、精神ガイドラインの施行後も、就労や支援施設への通所だけを理由とした2級非該当認定がありうる。職場での援助の状況等により日常生活能力を判断するという精神障害の個別基準および精神ガイドラインとともに、認定基準には2級を「労働により収入を得ることができない」程度や「活動範囲はおおむね家屋内に限られる」程度とする「障害の状態の基本」も存在する。前者に当てはめれば援助の状況等によって2級になるものの、後者に当てはめれば障害者雇用はもちろん就労継続支援 B 型への通所も含め活動範囲が家屋内を超えるだけで2級非該当とされうる<sup>(198)</sup>。



### 第3節 その他の認定基準改正等

その他の認定基準改正は、障害部位ごとに専門医による専門家会合が4回ほど開かれて順になされたものの、そのほとんどは各器官に係る検査項目等の機能障害認定に関する変更であった<sup>(199)</sup>。

議論としては、障害者権利条約の批准（2014年）に向けた条件整備を討議した障がい者制度改革推進会議が、「所得保障等」について、「障害者が地域において自立した生活を営むために必要な所得保障の在り方について、給付水準と負担、並びに稼働所得との調整の在り方を含めて検討を行うべきである。」と表明しているものの、認定のあり方については言及していない<sup>(200)</sup><sup>(201)</sup>。

認定方法については、中央一括で認定していた障害厚生年金に対して、障害基礎年金は年金機構都道府県センターが認定していた。前節の地域間格差は各センターの認定医の頭の中にある等級判定のものさしの違いであったといえる。2017年、東京に障害年金センターが作られ、障害基礎年金の一括裁定が始まった。一斉に認定医が変わったことから、2018年、これまでと同様の診断書を提出した精神障害を除く内部障害や外部障害の2級受給者に対し、大量の支給停止予告がなされた。これにより、精神障害以外についても認定の地域格差があったことが判明した<sup>(202)</sup>。

### 第4節 小括

2級以上については、1985年改正で、厚年も含め認定尺度が、日常生活能力となったことで、稼働能力や労働能力が後景に追いやられたことにくわえ、2002年認定基準改正で、1985年改正前と法令上の違いはない国年も含めて、内部障害については、客観的に明示可能な機能障害とともに身辺処理能力がない（軽い家事もできず時には少し介助が必要である）ことが2級の実質要件とされることにより、2級の対象は狭まり、検査数値等は2級の程度であっても、労働不能であるものの身辺処理に介助が不要である場合やほんの短時間でも働いている場合には、2級非該当になるケースが生じることにな

る。その後の2011年認定基準改正および精神ガイドライン作成による精神障害についての就労状況と等級との関係の整理、部位別等の基準改正ならびに認定の中央一元化という施策のいずれも、客観的な機能障害重視、日常生活能力尺度、認定基準の「障害の状態の基本」の記載および実地調査の未実施等の等級認定の根幹には手を付けなかった。

3級については、包括条項は労働能力尺度（厚年令別表1⑫「労働に著しい制限」、同⑭「傷病が治らないで労働に制限」）を維持したものの、それぞれの労働能力喪失の程度は具体的に説明されず、認定基準の「障害の状態の基本」には2級以上にある活動範囲等の記載はなされず、解説書でも労働能力5割減や3割減という説明はなくなったため、内部障害等で、個別基準において、3級に対応した客観的な検査数値等が記載されている障害では、その数値等に該当し、一般状態区分「イ」である（座業しかできない）ときは支給される一方で、がんや難病等のように、3級に関する検査数値等の記載がない場合は、稼得能力が大きく制限されていても、支給されない事案が生じうる。

### おわりに

障害年金における、医学モデルによる等級認定は、客観的機能障害を列記した等級表が掲げられ、機能障害がそれに該当していれば稼得能力を喪失したものとみなすという規定の仕方に端を発している。とはいえ、1950年代前半には、包括条項（「終身労働不能」や「従来の労働不能」等）に基づき、広範に実地調査が行われたうえでの労働能力認定による結核患者への支給が約9割を占め、労働不能であれば支給対象とされることはほぼ明確であったと思われる。しかし、この後、包括条項に「高度の労働制限」と規定された2級の労働能力減退率は7割減等と説明されたものの、個々の障害事項やケースごとに、その減退率をいかに説得力ある形で判定するのかという方向に、障害年金認定が向かうことはなかった。

1959年、無業者をも対象とする国年法が制定される。等級表は、外部障害に関して、主に身体障害者福祉法の等級表を基に策定され、包括条項は日常生活能力尺度を採用した。外部障害は客観的な機能障害により認定され、後から対象となった内部障害も、網羅的な器官別の認定基準により、客観的な機能障害中心の認定が行われた。内部障害のうち結核等を初めて対象としたときに、機能判定にくわえて規定した病状判定は、検査数値等で機能障害の重症度が示せなくても、生命維持のため働いてはいけない場合や排菌により社会に出られない場合をも対象にすると説明され、社会的不利を含む全般的な能力障害判定である面があったものの、認定基準における等級の一般的程度基準は、2級の日常生活能力を活動範囲が家屋内等とのみ記載した。

厚年は、精神障害の認定基準においては、等級と労働能力との関係を記載し、結核以外の内部障害については、客観的に明示可能な機能障害による認定基準をもたないなかで、実際には、機能障害を根拠とした労働能力の喪失程度により癌や難病等も支給対象とした。1977年には、認定が認定医に委ねられていた内部障害について、高度の労働制限は2級とする等と明示しつつ、国年同様の部位、疾患別の検査数値等の具体的な客観的な機能障害を記載した認定基準を策定した。

全般的な能力障害による認定は、制度の進展とともに、軽視され、減少していき、客観的に明示可能な機能障害による認定が強まっていった。厚年、国年ともに、内部障害において、当初は明記されていた安静度の評価と等級との関係が1970年代後半にはほぼ削除された。普通に行われていた実地調査も限定的となっていった。国年における上記の病状判定は、客観的な医学的確認を要件としていたため、機能判定との区別はあいまいになっていった。

機能障害による認定に対して、1966年の障害等級調整問題研究会報告書および1983年の障害者生活保障問題専門家会議報告書は、稼得能力の喪失・減退を補てんする所得保障制度であるという制度目的と機能障害認定との整合性を問い、稼得能力を認定尺度の柱に加えることを提言したものの、それが実際に法令や認定基準に反映されることはなかった。

1985年の基礎年金創設により、日常生活能力尺度は障害厚生年金 2 級以上にも適用されることになり、労働能力尺度を維持した 3 級と障害手当金とは認定尺度が異なることになった。2002年には、能力障害認定の導入を図ったものの、機能障害認定重視は維持されたため、内部障害 2 級については、検査数値等にくわえ、身辺処理能力という 2 つめの要件を設ける結果となった。

このような変遷を辿った認定のあり方について、以下、私見を述べる。

本稿によって、「はじめに」で述べた、稼得能力が喪失した障害状態にあっても 2 級（障害基礎年金）が支給されないという、国の説明する、稼得能力の喪失を補てんする法目的との不整合は、歴史的に、機能障害重視と日常生活能力尺度という 2 つの認定のあり方によってもたらされたものであったことを、ある程度、明らかにできたといえるのではないだろうか。ただし、このうち、より根本にあるのは機能障害認定であると考え。その理由は第一に、1985年改正前の厚年の包括条項においては、稼得能力に近接した労働能力を尺度としていたものの、労働能力を説得力ある形でどう判定するのかという検討はなされず、機能障害が重視され認定されていたし、1985年改正後も労働能力尺度を維持した 3 級と障害手当金についても、同様といえるからである。第二に、日常生活能力が尺度とされてきた理由は、国年発足時に採用されたという経路依存とともに、機能障害との親和性がきわめて高い点にあると考える。外部障害は、欠損部位や検査数値等により機能障害の程度を客観的に示すことが可能な場合が多い。一方、外部障害以外の内部障害等には、疾患や障害の機序が医学的に明確になっていない難病や精神障害等にくわえ、一定機序が明らかになっていても、検査数値等の客観的な指標だけでは、内臓、脳や神経組織等の細部にわたる人体組織の機能の障害程度を判断することが困難な疾患や障害がある。これらの場合には、機能障害の程度は、全身状態による全般的な能力障害の軽重を不可欠な判断対象として、判定せざるをえない。<sup>(204)</sup> 医師による機能障害認定を前提とすれば、客観的に機能障害を判定できない障害の機能障害認定のために、全般的な能力障害の軽重をみ

る尺度として、労働能力や稼得能力ではなく、医学による評価が可能とされる日常生活能力を使用してきたことは必然だったともいえよう。

日本の障害年金認定は、客観的に明示可能な機能障害を重視し、全般的な能力障害を判断する場合も、2級以上は機能障害と親和性が高い日常生活能力で判断するというものであり、<sup>(205)</sup> 実地調査がほぼなくなり、主治医の作成した書面だけで認定医だけが認定する方法が確立していったこととあいまって、医学モデルを純化していく道を歩み続けてきたといえるのではないだろうか。そのため、外部障害は客観的に明示可能な機能障害が認定基準の個別基準に該当すれば、稼得能力は問われず、障害年金が支給される一方で、<sup>(206)</sup> 難病、がん等の内部障害もしくは複数の障害等により機能障害が重度であることが客観的に示せない場合、または内部障害や精神障害により、軽い家事ができるか、もしくは活動範囲が家屋を超える場合には、稼得能力を喪失していても、2級（障害基礎年金）の対象にならないケースが生じうる。法令上は労働能力を尺度とする3級と障害手当金についても、個別の認定基準において、客観的な機能障害との相関が示されていない場合には、支給されないケースが生じうる。

最後に、残された課題を挙げておきたい。第一に、本稿では、障害年金の制度目的について、障害による稼得能力の喪失・減退を補てんする所得保障であるとの国の説明を引いた。あらためて、制度目的について、法の文理、憲法や障害者権利条約との関係、障害概念、他国制度との比較、障害者の他の権利保障制度（雇用政策、福祉サービス、福祉手当等）の役割との切り分け、および障害年金が公的年金制度の中にあることの是非等という観点をふまえた検討がもとめられる。第二に、あるべき障害年金の認定のあり方についての具体的検討である。医師のみによる認定でよいのか、具体的な等級認定はどのように行うのか、稼働所得に応じた逓減制度を導入するとすればどの水準でどのように逓減していくのか等について、他国の事例もふまえたうえで検討することである。

- (137) 臓器循環(脳、眼底変化、心臓、腎臓)障害の程度が等級別の状態(「高度」等とされ、検査数値等の記載はない)と判断され、等級別の安静の程度(たとえば、2級は「常時臥床は要しないが、体動は身の処理程度に制限すること」)が必要と認められるときに、その等級に認定する。
- (138) 加瀬精久「厚生年金保険の認定要領はこうして改正された①」『社会保険旬報』1239号(1978年)27頁。
- (139) 1952年度新規裁定年金15,783件のうち結核性疾患13,837件(87.7%)。筒井・前掲論文(注44)。
- (140) 小林・北村・前掲論文(注119)170頁、図2では、結核の受療率は1955年がピークで、1966年に高血圧性疾患、1968年に精神障害、1973年に脳血管疾患・心疾患より下回る。「国民年金弘報」209号(1976年10月)、日本国民年金協会・前掲書(注126)1155頁は、1976年3月の国年拠出制年金受給権者のうち、肢体障害17.4%、結核以外の内部14.4%、視力12.8%、精神9.6%、結核7%とする。
- (141) 1952年後の確認できる障害年金の新規裁定件数は、蓮見誠(社会保険庁)「厚生年金保険について—3—障害年金・手当金、遺族年金」『健康保険』32巻3号(1978年)91頁における、1972年9,921件、1973年9,864件、1974年12,643件、1975年14,651件、1976年16,227件である。
- (142) 加瀬精久「厚生年金保険の認定要領はこうして改正された③」『社会保険旬報』1243号(1978年)24-25頁。
- (143) 川口工業厚生年金基金『障害者に光を一障害年金相談指導の50例』(川口工業厚生年金基金、1979年)107頁の表3により計算した。
- (144) 国会会議録1975年3月26日衆議院社会労働委員会。
- (145) 「厚生年金保険及び船員保険における障害認定について」(昭52・7・15庁保発20号)。
- (146) 加瀬・前掲論文(注142)22頁。
- (147) 「脳卒中などの脳の器質障害、脊髄損傷などの脊髄の器質障害、多発性関節リウマチ、進行性筋ジストロフィーなどの多発性障害の場合には、関節個々の機能による認定によらず、身体機能を総合的に認定する。」として、関節可動域等ではなく、主に日常生活動作の能力障害により認定する。2級「一上肢及び一下肢に著しい機能障害を残すもの」は、一上下肢に係る動作の「ほとんど…一人でもうまうまできない場合の状態をいう」とする。「肢体の機能の障害」は一部改正され現行の認定基準にもある。
- (148) 1966年国年認定基準の「その他の障害」には包括条項が転記されただけ

で、具体的記載はない。

- (149) 1～5節のなかでは、5節「肢体の機能の障害」にのみ、この記載がある
- (150) 厚生省『厚生年金保険法解説』（社会保険法規研究会、1978年）482頁。
- (151) 厚生省・社会保険庁他編『厚生年金保険解説』（社会保険法規研究会、1978年）518-531頁。
- (152) 「厚生年金保険及び船員保険における廃疾認定について」（昭54・10・23 庁保発30号）、社会保険庁『厚生年金保険障害認定要領の説明 改訂4版』（厚生出版社、1983年）。
- (153) 血液・造血管器疾患は「その他障害用」様式を使用していた。
- (154) 障害共済年金等級表も厚年のそれと同一であった（たとえば、国家公務員共済組合法別表3）。
- (155) 加瀬精久「厚生年金保険の認定要領はこうして改正された<終>」『社会保険旬報』1249号（1978年）31頁は「地方の社会保険事務所では…厚生年金保険と国民年金を併管している…同じ障害程度であるのに、1階にいったら2級程度でしようといわれ、2階にあがったら3級もしくは不支給でしようといわれて憤慨した…現実を多く耳にする。」という。
- (156) 外部障害に限定されていたときの等級比較表の国年2級は厚年3級を完全に含んでいる。厚生省官僚の小島・前掲書（注65）11頁。
- (157) 社会保険庁・前掲書（注128）331頁は、それぞれ2級で、両方ある場合は1級とし、253頁は「人工透析を受けている者は法別表には該当する」とする。1977年国年基準には、心臓疾患2級とする所見にペースメーカーまたは人工弁装着が挙げられ、腎臓疾患基準の検査成績は人工透析実施前のもによる、とある。人工透析の適用は、2級の検査数値とほぼ対応していると考えられる。
- (158) 「国民年金の1級の場合には厚生年金の2級のある部分を取り込む…国民年金の2級も厚生年金の3級を取り込んでおる」、国会会議録 1979年3月22日衆議院社会労働委員会。
- (159) 山口新一郎追悼集刊行会『山口新一郎さん』（中央法規出版、1986年）504頁。
- (160) 厚生省『社会保険審査会裁決集』（全国社会保険協会連合会、1976-〔2000〕年加除式）。
- (161) 1985年改正前の厚年の裁決例（厚生省・前掲書〔注160〕301-〔402の81〕頁）において、内部障害の事案69件のうち、全般的な能力障害を重視した

認定は15件(22%)あった一方、国年の裁決例(厚生省・前掲書〔注160〕451-「496の35」頁)において、内部障害事案42件のうち、全般的能力障害を重視した認定は4件(9.5%)であった。

- (162) 昭50・3・31裁決, 厚生省・前掲書(注160)311頁は、スモン病による下肢神経症状等について、家庭内の日常生活は単独で可能なものの、医師が家庭内と社会での日常生活活動に著しい制限があると診断した事案について、高度の労働制限を認め、2級を容認した。昭53・11・30裁決, 厚生省・前掲書(注160)320の16頁は、筋萎縮症について2級を容認した。
- (163) 「国民年金弘報」275号(1982年4月), 日本国民年金協会・前掲書(注126)1681頁。
- (164) 能力障害をも認定対象としている29件(能力障害を重視しているもの4件を含む)について。
- (165) 昭55・9・30裁決, 厚生省・前掲書(注160)484の64の39頁は買い物等に400~500メートルは歩いて行けること、昭50・12・27裁決, 同475頁は炊事、洗濯、清掃等に従事しており近所への買物及び通院等を1人で行なっていることで2級非該当としている。
- (166) ただし、これは再審査請求事案に関する分析で、裁定段階では、後に地域差が表面化した(6章2節、3節)ことから、都道府県によっては全般的能力障害認定を行っていたと推測できる。
- (167) 高阪悌雄「障害基礎年金制度成立の背景についての一考察—障害者団体や官僚は新制度誕生にどう関わったのか」『社会福祉学』120号(2017年)28-42頁は、所得保障運動を担った団体として「国際障害者年日本推進協議会」および全国所得保障確立連絡会(以下「所保連」)等を挙げる。
- (168) 所保連による「脳性マヒをはじめとする幼い時からの障害者の所得保障制度新設に関する統一要求」(所保連の中心であった脳性麻痺者の東京青い芝の会『とうきょう青い芝の会』61号〔1981年〕2-3頁)。1980年3月、東京青い芝の会は厚生大臣に対して、認定に関して「受給資格を決定するのは…ADLを中心として生理学的、解剖学的基準であり、所得保障において…基本となるはずの稼得能力の有無という観点が脱け落ちていきます。この為…労働力があり実際に生活できる収入を得ている障害者がある上に年金をもらっている一方で、稼得能力のまったくない脳性マヒ者が…福祉年金すら受けられない」と訴える(同49号〔1980年〕6頁)。同70号(1982年)2頁は、完全参加のためには、親や兄弟に扶養され子供扱いされている、脳性麻痺などの幼いころからの障害者への、稼得能力喪失の程度に応じた、生活保護と同



水準の所得保障が必要であるとし、生活保護は「補足性の原理に基づく親族の扶養の優先や…人間としての尊厳や誇りを踏みつけにするプライバシーへの干渉をとまなう」とし、「親きょうだいへの依存からの脱却という…幼い時からの障害者の独立と自由への中心課題と相反する」とする。同80号（1983年）2-3頁は、障害福祉年金が親やきょうだい等の扶養義務者の所得によっても支給停止された（国年法66条）のに対して、本人所得に応じた通減制度（または年金と所得への課税）を求め、障害による特別な支出には障害者控除で対応するよう提言する。同94号（1984年）2頁は、稼得能力で認定すべき理由を「医者は体だけを見て判定をする。…脳性マヒ者は部分的に判定すればたいして重くないように見えても、幼い時からの障害で社会経験の機会もとほしく、手も使えず言葉もうまく伝わらないため、企業では役に立たない。」と述べる。

- (169) 国会会議録1981年5月12日参議院社会労働委員会。
- (170) 厚生省「1982.4障害者の生活保障問題検討委員会報告書」国際障害者年推進会議編『国際障害者年政府関係資料集』（全国社会福祉協議会、1982年）134-175頁。「年金制度においては、障害は高齢や死亡と同様に所得の減少あるいは喪失をもたらす保険事故のひとつである」（同140頁）とし、「障害の程度の認定にあたっては…稼得能力の喪失という観点からは重大な障害がより軽い程度の障害と認定される場合もあり、また、その反対もあり得る。…等級表について、稼得能力の喪失という観点からの見直しの必要性…は無視できない」、「拋出制の障害年金には所得制限はないので、障害年金を受給しながら就労し、…稼得収入がいくらあったとしても年金額は全く減額されることなく給付がなされる。…このような事態は障害年金の目的としては本来予定していないものであり、適正な調整、たとえば…在職高齢年金の考え方の導入も検討する必要がある」（同157頁）とする。
- (171) 「障害者生活保障問題専門家会議報告書（昭和58・7・28）」『週刊年金実務』516号（1983年）793-795頁。
- (172) 国会会議録 1985年4月16日参議院社会労働委員会で、国年の日常生活能力尺度への統一は稼得能力による認定を求めたこの報告と矛盾するのではないかとの質問に対して、国は無拋出制の年金額引き上げが報告書に沿った政策だと答えている。
- (173) その理由は、医学やリハビリテーション技術の発展に応じて合理的なものにするためであるとされた。国会会議録 1984年12月6日衆議院社会労働委員会。

- (174) 国会会議録 1985年 4月18日衆議院労働委員会で、国は「厚生年金の 1、2 級と厚生年金の 3 級の一部分が新国民年金の 1、2 級の中に入ってくる」と述べたものの、等級表に変更はなかった。
- (175) 国年の診断書様式は国年則および福年則の1981年 3月29日改正で、両則から削除された。
- (176) 旧国年基準では、冒頭に 2 級は「法別表 2 級15号の規定による障害の程度は…」とあり、包括条項 2 級⑮の解釈であった。一方、1986年認定基準では、1 級、2 級、3 級の各一般的程度が記載される箇所の前に「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」とある。各等級の一般的障害程度の記述は、令別表に列記されたすべての障害事項についてのもの変わった。
- (177) 厚生省『厚生年金保険法解説』（社会保険法規研究会、1987年）691頁。
- (178) 1979年国年基準では、「体幹の機能障害」に「体幹の機能障害は、高度体幹麻痺を後遺した脊髄性小児麻痺、脳性麻痺、強直性脊椎炎等によって生じる」とあり、脊柱障害の項目がなかった。
- (179) 1986年認定基準では、「体幹の機能の障害」が「体幹の機能障害は、高度体幹麻痺を後遺した脊髄性小児麻痺、脳性麻痺、強直性脊椎炎等によって生じる」とされ、「脊柱の機能の障害」が「脊柱の機能障害は、荷重機能の障害と運動機能の障害がある。」とされた。
- (180) ただし、呼吸器疾患の「肺機能障害」の「動脈血ガス分析値」は旧厚年の 2 級と 3 級の基準を採用し、旧国年で 2 級だった動脈血  $O_2$  分圧が 75~66 mmHg の場合は 3 級になった。人工透析も原則 3 級となった（2002年改正で 2 級）。
- (181) 2010年認定基準改正で、他の異常所見がないと 2 級となることはほぼなくなった。
- (182) 合併症（網膜症、腎症、神経障害等）のない糖尿病は 3 級の基準しか設けられなかった。
- (183) 精神分裂病、そううつ病、非定型精神病、てんかん、中毒精神病、器質精神病、精神薄弱。
- (184) 精神分裂病について「欠陥状態又は病状があり、人格崩壊の程度は著しくないが、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があり、労働に制限を加えることを必要とするもの」等。
- (185) 国年認定基準では、1986年改正前の「日常生活能力の程度」の 2 級を

- 「労働により収入が得られないもの」とする記載だけが、就労との関係を示していた。
- (186) 一方、2つの障害がともに2級で、1つ以上が外部障害である場合と「内部障害および精神障害」の場合は㊦により必ず1級となる。
- (187) なお、複数の精神障害が併存する場合は総合的に認定するとの記載が、2011年に知的障害と発達障害の個別基準に、2013年に他の精神障害の個別基準に追記されている。
- (188) 梶原徹「ICFと障害年金判定」『精神医学』45巻11号（2003年）1190-1192頁は、精神障害の認定基準改正について、ICIDHの能力障害による評価への変更であるとする。
- (189) 呼吸器疾患のうち肺結核およびじん肺についての改正による追記部分（全般的能力障害の程度）は包括条項そのままであり、代謝疾患（糖尿病）にも一般状態区分による等級例示はなかった（2016年認定基準改正で、3級について一般状態区分による評価が追記）。
- (190) たとえば、呼吸器疾患の呼吸不全の一部例示は「2級：…検査成績が中等度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの」とする。
- (191) 改正前は一般状態区分評価はほぼ認定に影響せず、検査数値で認定していた。平18・10・31裁決、厚生労働省『社会保険審査会裁決集平成18年版』国年関係702頁は、改正後の更新時の血友病患者に係る検査数値は改正前と同様に1級該当だったものの、改正により一般状態区分が要件とされたため障害基礎年金2級へ減額された件の取消請求を棄却した。
- (192) 診断書様式は「日常生活能力の判定」評価欄が、1969年国年の8項目から6項目（適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理と買い物、通院と服薬、他人との意思伝達および対人関係、身辺の安全保持および危機対応。2011年に「社会性」が加わり7項目）に変更となり、かつ、「自発的（適切）にできる」、「自発的に（概ね）できるが援助が必要」、「（自発的にはできないが）援助があればできる」および「できない」の4段階評価になる。2011年、「援助」が「助言・指導」に改訂。
- (193) 2013年に統合失調症（2010年改正で「精神分裂病」から名称変更）・気分（感情）障害、症状性を含む器質性障害についても同様の記載に変更された。
- (194) 勤務先（一般企業か就労支援施設か等）、雇用体系（障害者雇用か一般雇用か等）、勤続年数、仕事の頻度（週または月の就労日数）、ひと月の給与

額、仕事の内容および「仕事場での援助の状況・意思疎通の状況」の欄がある。

- (195) 厚生労働省年金局事業管理課から年金機構への2011年8月22日連絡票「精神の障害にかかる障害認定の留意点について」。
- (196) 2015年2月19日精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会(第1回)資料5「障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査」3-5頁。
- (197) 「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドラインの実施等について」(平28・7・15年管管発0715第1号)別添1。
- (198) 「障害の状態の基本」(注11)の「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」等を当てはめ2級非該当とした判決は注15の2件のほか、東京地判平29・1・17判例集未登載(LEX/DB文献番号25545668)がある。一方、精神障害の就労に関する認定基準等に当てはめ2級を認容した判決に、東京地判平30・3・14判時2387号3頁および東京地判平30・12・14裁判所ウェブサイトがある。また、東京地判平30・4・24判タ1465号119頁は「認定基準は、発達障害について個別に基準を設け、日常生活能力等の判定に当たっては、社会的な適応性の程度において判断するものとしているのであり、また、労働に従事したことをもって、直ちに日常生活能力が向上したものと捉えるべきではないとしているのであるから、発達障害について、障害等級2級に相当する場合として活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものに限定する趣旨ではないと解すべきである。」と判じた。
- (199) 2010年にてんかん・呼吸不全・心疾患、2012年に肢体・神経系統、2013年に眼・高次脳機能障害、2014年にその他・肝疾患、2015年に言語機能・腎疾患、2016年に代謝疾患(糖尿病)、2017年に差引認定・血液・造血器疾患が改正。差引認定改正は現状の障害の程度に差引認定結果を整合させるための改正であった。
- (200) 同会議2010年6月7日「障害者制度改革推進のための基本的な方向(第一次意見)」19頁。
- (201) ただし、同会議第7回2010年4月12日資料3「所得保障に関する意見一覧」には、「経済的保障が必要であるにもかかわらず、身体機能障害・日常生活能力を判断基準とする資格要件により排除されてきた人々に対して、身体機能障害だけを判断基準にするのではなく、稼得能力の喪失状況に応じた所得保障の仕組み打ち出すべき」(15頁)等、認定のあり方を問う意見がみられる。

- (202) 2018年10月17日年金機構「平成29年度において1年後再審査とした20歳前障害基礎年金受給者の審査結果等について」（年金機構ウェブサイト）は、支給停止予告された20歳前障害基礎年金受給権者1,010人中の循環器疾患患者433人の県別数を、8県で0人、北海道110人とする。
- (203) 日常生活能力は、身辺処理レベル、家事レベル、労働を含む社会参加レベル等の段階があり、認定基準では、2級のそれは家庭内活動能力レベルとされているため、社会的不利や稼得能力の喪失の程度と相関しない場合がある。重度の発達障害の人は家事や外出はできてもコミュニケーション能力障害で仕事ができない一方、両下肢が自動不能の人は車いすで仕事はできても入浴に介助が必要である。
- (204) 外部障害にも、重症度を客観的に示しにくい四肢の麻痺や失調、発語障害等があるものの、これらは認定基準により、その部位に係る動作能力障害の評価で認定される。
- (205) 金銭給付である障害年金における社会モデルアプローチは、医学的な機能障害や居宅レベルの能力障害ではなく、障害による稼得能力の喪失＝社会的不利（参加制約）の程度により給付対象を画することであろう。
- (206) 注9。複数の障害の認定が、稼得能力を含む全般的な能力障害と整合しない場合があるのは、その人の障害の軽重を生理・解剖学的に組織や器官単位でみる医学モデルによるものと考えられる。