

障害年金法研究会編

障害年金法ジャーナル第3号

巻頭言 藤原精吾

I 特集 2025年 障害年金制度改革に向けた提言

1 「障害年金法研究会の国に対する提言書」

2 会の活動報告

II 障害年金改革のあるべき方向性を考える

1 「障害年金改革の基本課題

-障害者権利条約の視点から」

河野正輝

2 「障害年金の目的を再考する-障害年金における「障害」とは」

永野仁美

3 「「障害年金における手続」を考える-研究と実践を繋ぐ試みとして」

橋本宏子

4 「初診日と無年金」

小嶋愛斗

5-1 「諸外国における障害者所得保障-独仏瑞の比較」

永野仁美

5-2 補論「英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向」

河野正輝

III 会員論稿

1 「差引認定と「初めて1級・2級」

安部敬太

2 事例報告

震明裕子

IV 判例紹介

1 2022年4月21日大阪地裁判決

長岡健太郎

2 2022年7月26日東京地裁I型糖尿病判決

徳田暁

V 最新法令紹介

関哉直人

目次

巻頭言 藤原精吾

I 特集 2025年 障害年金制度改革に向けた提言

- 1 「障害年金 2025年制度改革への障害年金法研究会からの提言書」 ……………1
- 2 会の活動報告……………50

II 障害年金改革のあるべき方向性を考える

- 1 「障害年金改革の基本課題-障害者権利条約の視点から」
河野正輝……………57
- 2 「障害年金の目的を再考する-障害年金における「障害」とは」
永野仁美……………67
- 3 「「障害年金における手続」を考える-研究と実践を繋ぐ試みとして」
橋本宏子……………78
- 4 「初診日と無年金」
小嶋愛斗 ……………149
- 5-1 「諸外国における障害者所得保障-独仏瑞の比較」
永野仁美 ……………194
- 5-2 補論「英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向」
河野正輝 ……………214

III 会員論稿

- 1 「差引認定と「初めて1級・2級」-2022年1月27日大阪高裁判決を受けて-」
安部敬太 ……………231
- 2 事例報告
「就労している場合の「知的障害を伴わない発達障害」で不支給となった事例報告
震明裕子 ……………248

IV 判例紹介

- 1 2022年4月21日大阪地裁判決
長岡健太郎 ……………255
- 2 2022年7月26日東京地裁I型糖尿病判決
徳田暁 ……………267

V 最新法令紹介 「障害者権利条約の総括所見の解説」

関哉直人 ……………282

巻頭言

藤原 精吾

当障害年金法研究会は、「始めに制度ありき」の行政的年金制度ではなく、障害年金を必要とするすべての人に適切に年金が届くような社会保障の権利としての年金制度を目指して、2015年から活動を続けてきた。

今回のトピックは「年金制度改革への提言」である。

現在厚生労働省社会保障審議会年金部会が進めている 2025 年年金制度改革の作業について、その対象が障害年金の問題に十分フォーカスしていないため、当障害年金法研究会からの提言を 2024 年 3 月 6 日に行なった。「提言」は現に行なわれている障害年金実務の問題点を指摘し、制度改革では、これをあるべき姿に改善できるよう具体的提言をしたものである。この申し入れは全国各紙で報道されたが、今も障害年金手続において生じている諸問題を考える上でも解決に向けての導きの星となるものである。

本号はまた、この 3 年間に行なってきた研究活動（諸事例・判例の報告と討議）を記録している。更に本特集では、障害年金制度の基礎的研究として、障害者権利条約の理念、2022 年夏に行なわれた日本審査総括所見についての紹介、諸外国における障害年金制度、要保障事由としての「障害」とは何か、手続保障とは何かに関する諸論文を収録した。

事例報告 4 例は、従来の年金行政により妨げられた権利行使を、行政手続、裁判を通じてどのように実現したかの具体例である。それは現在行なわれている年金行政の変更・改善を求める手がかりとなる。

本号が、当研究会が目指す年金制度に向けての有益な情報を提供することにより、障害年金請求にかかわる当事者・社会保険労務士、弁護士そして研究者の活動と研究の道しるべとなることを願いつつ。

「障害年金 2025 年制度改革への障害年金法研究会からの提言書」

2024 年 3 月 6 日
障害年金法研究会

第 I 編 主な改革提言事項

障害年金法研究会¹（「当会」）が障害年金法制度改革として国に提言する改善事項は次のとおりである²。

- 1 障害年金の目的の明確化
- 2 障害年金が憲法 25 条に基づく生存権保障として障害者基本法の定義する障害者に普く行き渡るようにする。
- 3 障害認定の改革提案（医学モデルから社会モデルへの改革）
障害年金における「障害認定」は「日常生活または社会参加（就労による稼働活動を含む）に制約のある状態」とする。詳細は後記するとおり。
- 4 障害により稼働所得がない無年金者を無くすること
- 5 初診日の概念を緩和すること
「初診日が特定できない」ことだけを根拠に不支給処分とすることは許されないこと、「社会的治癒」概念の明確化、厚生年金対象者の拡張等含む
- 6 障害年金における障害者に対する手続的権利の保障の徹底
- 7 形式審査から実質審査へ転換すること
- 8 無年金者を無くすための方策の提言
 - ① 障害基礎年金 3 級の創設
 - ② 事後重症請求の支給開始を当該障害等級状態に至った時点とする
- 9 納付要件の「直近 1 年間要件」の恒久化
- 10 神経症、人格障害を障害年金対象外とするとの認定基準の記述を削除すること等今すぐできる認定基準の改訂をすること
- 11 免除期間の扱いに関する改善
- 12 国民年金・厚生年金の二制度に基づく請求方法を一本化する等様式の改善

¹ 当会は 2015 年 10 月に結成された、障害年金を必要とする人に確実に行き届くようにするため、社労士、研究者、弁護士等の専門職から構成される任意団体です。

当会 HP <https://www.nenkin-law.com/> に会の紹介があります。

本書の問い合わせ先は s.nenkinlaw@gmail.com です。

また、当会公式ウェブ雑誌として「障害年金法ジャーナル」があり、当会 HP にて全文無料公開しています。

² 社会保障審議会年金部会等の障害年金制度改革に関する審議会等に事務局から必ず資料として提供して頂き、所管部署において実施を検討頂きたい。

目次

第1編	主な改革提言事項	1
第2編	改革提言の内容及び理由の詳細	5
一	はじめに	5
1	本提言書の目的…2025年金改革での実現を目指す…	5
2	現状認識	5
3	当会のめざすもの	6
二	障害年金における「障害」とは何か。…障害年金の目的の明確化…	6
1	障害年金の目的とは何か…障害者権利条約から見えてくる目的	6
2	障害年金における障害（要保障事由）	6
3	障害認定のための基準の改革の必要性	7
(1)	障害年金は適切に支給されているか？	7
(2)	現行障害認定基準の検証	8
(3)	障害認定基準による障害認定の妥当性を問う	10
(4)	憲法25条に基づく生存権保障として、障害年金が障害者基本法の定義する障害者に普く行き渡るようにする必要がある	11
三	障害認定方法の改革提案（医学モデルから社会モデルへの改革）	12
1	障害認定要件の改革	12
2	等級認定の基本	12
(1)	障害認定の基本的判断基準	12
(2)	機能障害を検査数値等で表示し難い障害を不利益に扱わないこと	12
(3)	当事者の希望ある場合には必ず実地調査を実施すること	12
3	等級表	13
4	一般的な障害の程度	14
(1)	「障害の状態の基本」の改訂	14
(2)	各等級の具体的説明	17
5	認定の方法…障害認定表(当会試案)の趣旨	19
6	障害認定表(当会試案)	21
7	障害認定当会試案による認定事例	27
四	初診日の証明、認定等…初診日の概念を緩和する…	29
1	「初診日が特定できない」ことだけを根拠に不支給処分とすることは許されないこと	29
2	初診日認定の大幅な緩和	30
(1)	初診日認定のために十分な資料	30
(2)	一定期間の適用の徹底	30

3	「社会的治癒」概念の明確化	32
4	厚生年金の対象の拡張	33
五	障害年金における障害者に対する手続的権利の保障を徹底せよ	34
1	手続的権利 総論	34
	(1) 障害年金における手続的権利の重要性	34
	(2) 手続的権利の保障を徹底するための要点	34
2	手続的権利 各論Ⅰ 窓口における改革	35
	(1) 行政手続法遵守の徹底	35
	(2) 正しい情報提供義務・窓口でのやりとりの記録化	35
	(3) 年金請求手続サポートを法テラス援助対象とし制度の教示義務を	35
	(4) 説明過誤による被害救済システムの創設	35
	(5) 障害年金に精通した専門性を有する人材の育成と増員	36
3	手続的権利 各論Ⅱ 認定手続における手続保障	36
	(1) 処分庁の処分における理由提示義務の法定化・徹底化	36
	(2) 障害認定審査における手続保障…形式審査から実質審査方式への転換…	36
4	手続的権利 各論Ⅲ 不服申立手続の抜本的改革が急務	37
	(1) 【審査請求 審査官の厚労省からの独立性の保障】	37
	(2) 【審査請求 意見陳述の反訳記録義務化】	37
	(3) 【再審査請求 委員及び事務局の厚労省からの独立性の保障】	38
	(4) 【再審査請求 参与意見尊重の法的義務化】	38
	(5) 【再審査請求 審査委員の増員を可能とする法改正】	38
	(6) 【決定・裁決で示された規範の処分庁・年金機構での周知徹底化】	38
	(7) 【オンラインによる意見陳述・公開審理参加】	39
	(8) 障害がある人への適正手続保障の徹底	39
六	無年金者を減らすための方策の提言	40
1	初診日認定の弾力化（既出）	40
2	障害基礎年金にも3級を創設	40
3	事後重症請求の支給開始を当該障害等級状態に至った時点とする	40
七	納付要件における「直近1年要件」の恒久化	41
八	今すぐのできる現行障害認定基準（障害の程度認定）に関する改革	42
1	「障害の状態の基本」の削除	42
2	神経症、人格障害を原則として対象外とするとの記述を削除すること	42
3	複数の障害がある場合の等級認定	42
4	機能障害を客観的に示すことができない難病やがんについて等級認定が不利とならないようにすること。	42
5	両下肢、両上肢の等級認定の動作制限に関して	42

九	免除期間の取り扱いの改善.....	43
一〇様式の改訂	
	44	
1	年金請求書.....	44
2	診断書.....	45
3	病歴・就労状況等申立書の見直し.....	45
一一最後に	
	48	
1	障害年金の権利と決定.....	48
2	権利が先か 決定が先か.....	49
3	障害年金の受給者像の変化と障害年金の「変容」.....	49
4	最後に.....	49

第2編 改革提言の内容及び理由の詳細

一 はじめに

1 本提言書の目的…2025 年金改革での実現を目指す…

国は 2025 年に年金制度全般を見直し、遺族年金・障害年金等の改革を行う方針を明らかとしている。

しかし、障害年金に対する国の議論はあまり進んでいない。

そのため、当会は 2025 年改革の機会に、憲法・障害者権利条約等の趣旨に相応しい内容に改革されることを求めて、国に本書を提言するものである。政府はこれを真摯に受け止め、速やかに改革を実施すべきである。

2 現状認識

…時代錯誤の認定方法により無年金障害者が大量に放置される現状…

障害年金は、障害のある人の生活を支える憲法に基づく生存権としての基本的権利である。しかし、全国の障害者約 1160 万 2000 人³のうち障害年金受給者は約 223 万人に過ぎない⁴。

雇用され賃金を得ている障害者は現在⁵、官庁 8 万 3569 人、民間⁶ 61 万 3958 の合計 69 万 7527 人に過ぎない。

上記の障害者数には、障害児・65 歳以上で老齢年金を受給している者も含まれているものの、数百万人単位で稼働所得も年金所得もない無年金障害者が大量に存在している現状がある。その理由は現行の障害年金実務が実態と乖離した欠陥だらけの認定基準に基づき「時代錯誤」の認定を続けているからである。

現行の厚生労働省国民年金・厚生年金保険障害認定基準（以下「障害認定基準」）では年金が受給できるためには、1 級は「座位も保てず長期安静が必要で日常生活が送れず生活がベッド周辺に限られる」人、2 級が「歩くことができず、長期安静が必要で、日常生活に著しい制限があり病院内での生活が病棟内に限られ、家の外へも出られない」人である。

これでは障害年金を受け取ることのできる障害者は終身ベッドや病院内で暮らすべきで、「生涯ベッドから出られない寝たきり障害者だけが障害年金受給者」ともいうべき内容であり、あまりにも現実離れしている。このような時代錯誤の基準が昭和の時代から変わらずに存在している。

「初診日」が証明できずに不支給になる人、働いてわずかな収入を得たばかりに年金が打ち切りになる例、行政窓口で請求書式さえ渡してもらえずに追い返される、請求書を受理しない等の法令違反も日常的に横行する現実がある。

現在、障害年金の請求件数は年間約 13 万件である。

³ 令和 5 年「障害者白書」参照

⁴ 令和 5 年厚労省「厚生年金保険・国民年金事業の概況」参照

⁵ 令和 4 年厚労省「障害者雇用状況の集計結果」

⁶ 但し、障害者雇用促進法による法定雇用義務のある事業所に限った数字

このうち年約1万件（7.7%）すなわち実に 13人に1人という高い率で非該当として却下され、障害年金が不支給とされている⁷。

このような高い却下率は制度と運用に欠陥があるからに他ならない。

現在の障害年金の制度の仕組み、運用が抜本的に改革されるべき必要のあることは明らかである。

3 当会のめざすもの

本書は2025年改革に向け実現が容易な実践的な提言内容に留めている。

しかし、日本の障害年金の現状が、憲法・障害者権利条約・障害者基本法等に照らして、根本的改革を必要とすることは明らかであり、障害年金を必要とする人に確実に行き届くようにするために、あるべき障害年金制度のための抜本的改革を目指し、いずれ新たな提言を行う予定である。

二 障害年金における「障害」とは何か。…障害年金の目的の明確化…

1 障害年金の目的とは何か…障害者権利条約から見えてくる目的

日本も批准している障害者権利条約には以下の規定がある。

- ・障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有（1条）
- ・障害者の固有の尊厳の尊重の促進（1条）
- ・個人の自律・自立の尊重や社会への完全かつ効果的な参加・包容、無差別等（3条）
- ・障害者の自立生活・地域社会への包容（19条）

障害年金は、障害者とその尊厳にふさわしい相当な生活を保障される権利を等しく有することを前提として、障害者の自律・自立や社会参加を支え、その生活の安定に寄与することを目的としている。

保護の客体としての障害者像から、権利の主体としての障害者像への実質的転換が求められている。

2 障害年金における障害（要保障事由）

障害年金は、障害者（身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの〔障害者基本法2条〕）が自律・自立した生活（社会参加活動を含む）を行うために必要な所得を保障するためのものである。

〔要保障事由〕は、障害に基づく日常生活の制限ならびに稼得活動を含む社会参加活動の制限および社会参加制約により、または社会的障壁により、障害者が尊厳にふさわしい、生き生きとした自律・自立した生活を行うための所得（金銭）が不足

⁷ 令和4年度障害年金業務統計

し、その補填を必要とする状態（以下「要所得補填状態」）にあることである。

これは内容的には、障害により、

①稼働活動が制限されること、または稼働所得が喪失している状態

または

②日常生活・社会生活に様々な支障があることに対する金銭給付が必要な状態である。

3 障害認定のための基準の改革の必要性

(1) 障害年金は適切に支給されているか？

以上の1, 2は、障害年金の目的を障害者権利条約の目的と整合させること及び障害年金の対象障害者を国際的な障害概念を採用した障害者基本法と整合させることを提言するものである。

では現行の障害年金制度は、上記の目的に適った支給がなされ、支給対象者を適切に認定しているだろうか。まず、障害年金の支給対象者がどのような変遷を経てきたかを振り返る。

国民年金法成立当初（1959年）、障害年金の支給対象は身体障害の中でも外部障害のみに限られ、精神障害・知的障害・内部障害（結核等）は除外していた。保険財政面の問題⁸もあったと思われるが、支給対象として、1964年に精神障害が、1965年に知的障害が、1966年に内部障害が加わることで、基本的にすべての傷病が支給対象になったという経緯を辿ってきた。

ところが支給対象者拡大の建前と実態の乖離が長年放置されていた。

すなわち障害年金実務の現実においては、外部障害が支給対象像の中核にあり、精神障害（知的障害を含む）、内部障害が追加されたものの、その認定にあたっては、基本的に機能障害の程度の軽重の判定が支給の可否を左右してきた。

確かに外部障害では「可動域の検査測定値が何%以上」等機能障害の程度は客観的に判定し易く、他の障害では、外部から判定し難い場合は往々にしてある。

しかし、判定し難いことが、障害年金を支給しないことの理由であってはならない。障害者は「その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有」しており、障害年金は障害のあり様が異なっても、「障害者の自律・自立や社会参加を支え、その生活の安定に寄与す」べく、支給されなくてはならない。

今日に至るまで、障害年金における障害の認定においては、機能障害の程度の確認に偏重し過ぎており、そのことが、支給されるべき障害者に支給されていない結果をもたらしている。

つまるところ、現行の障害認定基準の示す障害認定のあり方は、医学的な機能障害に偏重しており、時代錯誤的かつ致命的に不合理なものになっている。次項

⁸例えば「内部障害を加えるとすれば、保険財政的な克服に何らかの打開策を考える必要があった」（小山進次郎『国民年金法の解説』1959年）とある。当時は結核患者が多く、厚生年金における障害給付として、9割近くを占めていたことが背景としてあると考えられる。

では、このことを検証する。

(2) 現行障害認定基準の検証

① 関連法令及び障害認定基準の概要と特徴

日本年金機構が毎年度発行する『障害年金ガイド』（以下『ガイド』）では、2級⁹の「障害年金に該当する状態」として以下の記述をしている。

必ずしも他人の助けを借りる必要はなくても、日常生活は極めて困難で、労働によって収入を得ることができないほどの障害です。

例えば、家庭内で軽食をつくるなどの軽い活動はできても、それ以上重い活動はできない方（または行うことを制限されている方）、入院や在宅で、活動の範囲が病院内・家屋内に限られるような方が2級に相当します。

障害年金受給対象者の状態像は、せいぜい「家庭内で軽食を作れる程度」に過ぎず、活動範囲は病院内や家庭内に限られるとしている。家の外に出られないほど機能障害が重くない限り2級年金は支給されないという印象である。

この説明文は、障害認定基準の2級の「障害の状態の基本」¹⁰をまとめたものであり、昭和61年（1986年）当初¹¹と変わってはいない。更に遡れば、この「障害の状態の基本」は昭和41年（1966年）の国民年金認定基準で初めて記載され、その時点から今日に至るまで内容的な変更はされていない。そのため現行の障害認定基準は昭和34年（1959年）の国民年金法制定当時の生活状況に依拠したままであり、現在の生活実態とかけ離れ、時代錯誤な内容となっている¹²。

本稿では、障害年金の保険者である国（厚労省・受託組織としての日本年金機構）が障害年金の審査にあたって、障害の程度を検討する際の判断基準としている「障害認定基準」の問題点を指摘する。

まず、法令上は、国民年金法施行令（「国年令」）別表、厚生年金法施行令（「厚年令」）別表第1及び厚年令別表第2に規定されている。2級の障害等級を定める国年令別表では、2級の「障害の程度」を1号から17号に分類して

⁹ 「障害年金業務統計」（令和4年度決定分）令和5年9月：日本年金機構 2頁記載の「令和4年度 決定区分別件数」によれば、新規裁定における障害基礎・厚生合計件数129,285件の内、2級の件数は80,008件であり、61.9%を占めている。ここでは、2級の割合が6割強であることから、2級を取り上げることにする。

¹⁰ 令和4年4月1日改正 国民年金・厚生年金保険「障害認定基準」3頁（「第2 障害認定にあたっての基本的事項」／「1 障害の程度」／「（2）2級」より）

¹¹ 昭和61年（1986年）4月より、国民年金法施行令別表及び厚生年金保険法施行令別表に規定する障害の程度認定にあたり、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」を共通の基準として定めた。

¹² 国民年金法制定時における状況に関しては、『法律家のための障害年金実務ハンドブック』日弁連高齢者・障害者権利支援センター[編]2018年3月26日発行 150頁参照

いる。

表形式でその概要を記したものが、次の<表1>国年令別表における分類（2級の場合）であるが、包括条項である15号では、障害の程度に関し、抽象的な表現にとどまっている。

<表1> 国民年金法施行令別表における分類（2級の場合）

号数	障害の状態
1～14	「両眼の視力がそれぞれ〇・〇七以下のもの」、「両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの」等の外部障害に関する機能障害
15 (包括条項)	前各号に掲げるもののほか、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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、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の
16	精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
17	身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と認められる程度のもの

次に障害認定基準での障害等級の認定の特徴を次に示す¹³。

<表2> 障害認定基準における等級認定の特徴

障害のあり様	障害認定基準における等級認定
(1) 客観的 機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・欠損部位、検査数値または医学所見等の客観的に確認可能な機能障害によって等級を画示することが明示された場合、<u>客観的機能障害の該当性のみで等級認定</u>。（等級と「全般的活動制限・参加制約」（家庭内の極めて温和な活動以上の活動が可能か否か、活動範囲が家屋を超えるか否か、少しは介助が必要か否か、稼得活動が可能かどうか等）とを関連づける記載はない。） ・政令に規定された障害事項(2級では1号～14号)のほか、多くの外部障害はじめ包括条項が適用される障害についても同様の認定が行われている。
(2) 客観的に 機能障害の 程度が示せ ない障害	<ul style="list-style-type: none"> ・個別基準に記載がないか、記載があっても、客観的機能障害と等級との関係が記載されていない障害が多数ある。この場合、その機能障害の重症度を検査数値または医学所見等で客観的に示せないか、示せても等級との関係が個別基準に記載がないため、<u>稼得活動ができなくても=所得が無くとも、2級と認定されない。</u> ・客観的な機能障害の重症度が示せない難病（強皮症等）やがん（治療中の副作用、術後後遺症を含む）等の内部障害（精神障害を除く）や複数の障害については、このような認定が行われる。 ・全般的活動制限・参加制約の審査対象以前に、客観的な機能障害が示せない点で、等級該当性の検討自体から除外。家庭内の極めて温和な活動以上の活動ができなくても、活動範囲が家屋にとどまっても、2級認定されない。
(3) 多くの	<ul style="list-style-type: none"> ・等級と全般的活動制限・参加制約との対応関係が記載されている。多くの内部障害の各疾患の個別基準には、2級は検査数値等の客観的な重症度が中等度であり、か

¹³ 当会会員安部敬太による2022年11月発刊、日本障害法学会 学会誌『障害法』第6号掲載論文「障害年金における障害認定の現状」を参照。

内部障害や 精神障害	<p>つ、軽い家事もできず、時に介助が必要な状態（一般状態区分ウ）であることが認定の要件であるという例示が掲げられている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内部障害については、全般的活動制限・参加制約の内容は、介護の必要度や労働の身体的負荷の程度（軽い家事や座業の可否）等も加えて、2級か否かを画することになる。肝疾患、心臓疾患、血友病等で検査数値は2級に該当していても、軽い家事ができたり介助が不要な場合は稼得活動ができなくても2級にならないことがある。 ・精神障害の場合、各疾患や障害の個別基準で、その特異的的症状や障害特性により、日常生活が著しい制限を受ける状態や日常生活（または、日常生活への適応）に援助が必要な状態を2級としている。日常生活が著しい制限を受ける状態に関する具体的説明は、障害の各等級の一般的程度を示した「障害の状態の基本」においてのみであるが、<u>稼得活動ができないことにくわえ、活動範囲が家屋内に限られる等との記載があり、統合失調症で、週に1日だけB型作業所に通所しているというだけで、活動範囲が家屋を超え、2級非該当となる場合がある。</u>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 障害認定基準による障害認定の妥当性を問う

<表2>での分析のとおり、障害認定基準における障害認定は、概ね医学モデルに依っている。客観的に機能障害があるのかが重視されており、認定にあたって、活動の制限や参加に関する制約の程度を考慮する場合は、主として身の整理や家庭内での活動レベルで等級判定されている。

確かに身体の機能障害により外出するための動作や身の整理のための動作が外形的にみて困難な場合はある。しかし、障害による「活動の制限や参加に関する制約の程度」は、身体的機能障害により身体的動作がどの程度制約されているかという視点だけで判定することはできない。

例えば、身体的機能障害がない精神に障害がある人においても、引きこもって家屋外に出ることが困難な人はいる。しかし、このような例示が記されている『ガイド』を読むと、家屋外での活動をなんとか行っている人や行おうとしたい人の意欲をかえって抑制することにつながりかねないし、適切な判定は困難である。

厚生労働省（「厚労省」）のHPにおいては、「障害者の自立と社会参加を目指して」というタイトルのある頁にて、「障害のある人もない人も、互いに支え合い、地域で生き生きと明るく豊かに暮らしていける社会を目指す「ノーマライゼーション」の理念に基づき、障害者の自立と社会参加の促進を図って」いることを標榜している。

障害ある人が自立し社会参加していく上での様々な不安を少しでも軽減し安心して自立や参加をしていくことができるためにも、障害年金は有用である。受給を促すことはあっても、抑制につながることはあってはならない。

(4) 憲法 25 条に基づく生存権保障として、障害年金が障害者基本法の定義する障害者に普く行き渡るようにする必要がある

現行の障害認定のあり方は、機能障害に偏重した医学モデルに立脚していることを確認してきた。かかる認定方法においては、実際に日常生活や社会生活に不自由さを抱えている障害者でも、機能障害を明らかにできないような場合には、支給されていない実態がある。

2022 年 9 月、国連障害者の権利に関する委員会から日本に対して、総括所見により勧告が出されている。

そこでは「**障害認定**」…「**障害の医学モデルの要素を排除する**」とされ、医学モデルに偏重している日本の障害認定の抜本的変革が国際的な要請とされている。障害年金における医学モデルに偏重した障害認定方法を変革することは待ったなしの国際的要請である。

では、尊厳ある生活を送るべく、普く障害年金が支給されるには、どのように障害の認定が行われるのが適切なのであろうか。現行の年金制度は社会保険の制度に依拠して、障害年金の支給要件を定めている。「支給されるべき人に普く障害年金が支給される」には、果たして保険制度に依ることを前提とした制度設計で良いのかという課題もあるが、当提言においては、まずは、支給要件の内、障害認定のあり方について、改革が必要であることを提起する。

改革内容を次項以降に詳しく示す。

三 障害認定方法の改革提案（医学モデルから社会モデルへの改革）

障害年金における障害認定方法の当会改革案の要点

1 障害認定要件の改革

日常生活・社会生活上の支障を適切に評価できて、少なくとも障害により稼得所得のない無年金者を無くすことを目指し、障害認定要件の改革を提案する。

2 等級認定の基本

(1) 障害認定の基本的判断基準

心身の機能障害（構造障害を含む、以下「機能障害」）のみならず、機能障害および社会的障壁による、生活活動制限および社会参加制約（稼得活動制限を含む）の程度を的確に判断できる認定基準、認定方法に改める。

(2) 機能障害を検査数値等で表示し難い障害を不利益に扱わないこと

機能障害が客観的に示せずとも、稼得活動または日常生活・社会生活に支障が大きい場合には支給対象とする。

(3) 当事者の希望ある場合には必ず実地調査を実施すること

認定手続において当事者の希望がある場合は必ず実地調査を行い請求者本人および支援者等による障害状態についての説明の場を確保する。

3 等級表

現行の政令別表のように一部の外部障害を等級表に列挙するやり方は廃止する。
等級表は次のようにそれぞれ1項目として表記する。

等級等	障害の状態
1級	<p>心身の機能の障害および社会的障壁（障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの）により継続的に日常生活又は社会生活に制限を受けるため、障害者が尊厳にふさわしい、生き生きとした自律・自立した生活を行うための所得が不足し、その補填を必要とする状態（以下「要所得補填状態」）の程度が重度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>①稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が重度なもの、または</p> <p>②現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足の程度が重度なもの</p>
2級	<p>要所得補填状態の程度が中等度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>①稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が中等度なもの、または</p> <p>②現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の程度が中等度なもの</p>
3級	<p>要所得補填状態の程度が軽度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>① 稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が軽度なもの、または</p> <p>② 現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足の程度が軽度なもの</p>
障害手当金	<p>要所得補填状態の程度が3級に比べ軽度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>① 稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が3級に比べ軽度なもの、または</p> <p>② 現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足の程度が3級に比べ軽度なもの</p>

なお、【**障害手当金**】については、現行の一時金ではなく、定期的に3級以上の年金と同様に支給するものと法改正する。

4 一般的な障害の程度

(1) 「障害の状態の基本」の改訂

現行認定基準「障害の状態の基本」を以下のとおり、改訂する。

参考までに現行の「障害の状態の基本」と対比させて記載する。

	現行	提言案
Ⅰ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ではいけないもの、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ド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就床室内に限られるものである。</p>	<p>心身の機能の障害および社会的障壁（障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの）により継続的に日常生活又は社会生活に制限を受けるため、障害者が尊厳にふさわしい、生き生きとした自律・自立した生活を行うための所得が不足し、その補填を必要とする状態（以下「要所得補填状態」）の程度が重度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>① 稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が重度なもの、または</p> <p>② 現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足の程度が重度なものである。</p> <p>たとえば、障害および社会的障壁により、就労の機会を喪失しているために稼得所得が喪失している場合、または日常生活活動もしくは社会活動に高度の制限があり、移動、コミュニケーション、人間関係の構築に頻繁に介助または物的・人的援助を要したり、基本的な家事または社会活動のうち全く不可能な活動があり、身辺処理・家事等の日常生活動作に全く不可能な動作があるか、非常に多くの時間がかかるため、介助または援助を要する場合などである。</p>

<p>2 級</p>	<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のである。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（軽食作り、下着程度の洗濯等）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>	<p>要所得補填状態の程度が中等度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>①稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が中等度なもの、</p> <p>または</p> <p>②現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足の程度が中等度のものである。</p> <p>たとえば、障害および社会的障壁により、就労の機会を喪失している、もしくは稼得活動が著しく制限されているために稼得所得が著しく減退している場合、通常の労働者の所定労働時間未満の勤務のみが可能であったり就労のためには援助または配慮が必要な場合、または日常生活活動もしくは社会活動に中程度の制限があり、移動、コミュニケーション、人間関係の構築に物的・人的援助を要したり、連続して長時間の活動（家事または社会活動）が著しく困難であったり、身辺処理・家事等の日常生活動作に通常より多くの時間を要する場合などである。</p>
<p>3 級</p>	<p>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のである。</p> <p>また、「傷病が治らないもの」にあつては、労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とする程度のものであるとする。</p> <p>「傷病が治らないもの」については、第3の第1章に定める障害手当金に該当する程度の障害の状態がある場合であっても3級に該当する。</p>	<p>要所得補填状態の程度が軽度なもの。</p> <p>すなわち</p> <p>①稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が軽度なもの、または</p> <p>②現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足状態が軽度のものである。</p> <p>たとえば、障害および社会的障壁により、就労の機会が喪失または制限されたり、稼得活動が十分にできないことがあったり、時短勤務（通常の労働者の所定労働時間未満の勤務）が必要なことがあったりするために稼得所得が減退している場合、就労を成立のためには援助または配慮が必要なことがある場合、日常生活もしくは社会活動に制限があり、移動、コミュニケーション、人間関係の構築に、物的・人的援助を要することがあったり、連続して長時間の活動（家事または社会活動）が困難なことがあったり、身辺処理・身辺処理・家事等の日常生活動作に通常よりも多くの時間を要することかあったりする場合などである。</p>

<p>障害 手当 金</p>	<p>労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とする程度のものとする。</p>	<p>要所得補填状態の程度が 3 級に比べ軽度なもの。 すなわち ①稼得活動制限の程度もしくは稼得所得の減退の程度が3級に比べ軽度なもの、 または②現状の現物給付としての福祉サービスでカバーしきれない障害による特別の費用の不足状態が3級に比べ軽度のものである。 たとえば、障害および社会的障壁により、就労の機会が喪失または制限されたり、稼得活動が十分にできないことがあったり、時短勤務（通常の労働者の所定労働時間未満の勤務）が必要なことがあったりするために稼得所得が軽度に減退している場合、就労を成立のためには援助または配慮が少し必要なことがある場合、日常生活もしくは社会活動に制限があり、移動、コミュニケーション、人間関係の構築に、物的・人的援助を要することが少しあったり、連続して長時間の活動（家事または社会活動）が時には少し困難なことがあったり、身辺処理・身辺処理・家事等の日常生活動作に通常よりも時間を要することかあったりする場合などである。</p>
------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 各等級の具体的説明

各等級は以下の 1 または 2 の①～⑤のいずれかに該当するものである。

1 級	<p>1. 稼得活動制限：障害により就労の機会を喪失している</p> <p>2. 日常生活活動・社会活動の制限（就労以外の活動の制限）</p> <p>①移動、コミュニケーション、人間関係の構築に頻繁に介助または物的・人的援助を要する。</p> <p>②基本的な家事または社会活動のうち全く不可能な活動がある。</p> <p>③身辺処理・家事等の日常生活動作に全く不可能な動作があるか、非常に多くの時間がかかるため、介助または援助を要する。</p> <p>④物を持ち運ぶことができない。</p> <p>⑤複数の障害等により、上記と同程度の日常生活活動、社会活動の制限がある。</p>
2 級	<p>1. 稼得活動制限：障害により就労の機会が喪失または制限されている。稼得活動が十分にできない。時短勤務（通常の労働者の所定労働時間未満の勤務）が必要であったり、就労のためには援助または配慮が必要な場合を含む。</p> <p>2. 日常生活活動・社会活動の制限（就労以外の活動の制限）</p> <p>①移動、コミュニケーション、人間関係の構築に物的・人的援助を要する。</p> <p>②連続して長時間の活動（家事または社会活動）が困難。</p> <p>③身辺処理・家事等の日常生活動作に通常より多くの時間を要する。例えば入浴や歯磨きに通常要する以上の時間が必要。</p> <p>④物を持ち運ぶことが困難。</p> <p>⑤複数の障害等により、上記と同程度の日常生活活動、社会活動の制限がある。</p>
3 級	<p>1. 稼得活動制限：障害により就労の機会が喪失または制限されることがある。稼得活動が十分にできないことがある。時短勤務（通常の労働者の所定労働時間未満の勤務）が必要なことがある、就労を成立のためには援助または配慮が必要なことがある場合を含む。</p> <p>2. 日常生活・社会活動の制限（就労以外の活動の制限）</p> <p>①移動、コミュニケーション、人間関係の構築に、物的・人的援助を要することがある。</p> <p>②連続して長時間の活動（家事または社会活動）が困難な場合がある。</p> <p>③身辺処理・身辺処理・家事等の日常生活動作に通常よりも多くの時間を要する場合がある。</p> <p>④物を持ち運ぶことに通常よりも時間を要する。</p> <p>⑤複数の障害等により、上記と同程度の日常生活活動、社会活動の制限がある。</p>

障害手当金	<p>1. 稼得活動制限：障害により就労の機会が喪失または制限されることが少しある。稼得活動が十分にできないことが少しある。時短勤務（通常の労働者の所定労働時間未満の勤務）が必要なことが少しある、就労を成立のためには援助または配慮が必要なことが少しある場合を含む。</p> <p>2. 日常生活・社会活動の制限（就労以外の活動の制限）</p> <p>①移動、コミュニケーション、人間関係の構築に、物的・人的援助を要することが少しある。</p> <p>②連続して長時間の活動（家事または社会活動）が困難な場合が少しある。</p> <p>③身辺処理・身辺処理・家事等の日常生活動作に通常よりも時間を要する場合がある。</p> <p>④物を持ち運ぶことに通常よりも時間を要する場合がある。</p> <p>⑤複数の障害等により、上記と同程度の日常生活活動、社会活動の制限が少しある。</p>
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【説明】

1については稼得活動制限により各等級に該当するかどうか、または、2について日常生活活動・社会活動の制限の程度により各等級に該当するかどうかにより、障害の程度を認定する。

1の狙いは、働けないのに障害年金の対象外となっている、客観的に機能障害が示せないがんや難病等の内部障害や精神障害の場合でも支給対象となることを明確化したものである。

2の狙いは、日常生活活動と稼得活動を含む社会活動制限の程度により、等級認定を行うもので、外部障害のみならず、働かざるをえない状況下で就労により病状悪化を来している精神障害や内部障害のケースも支給対象となることを明確化したものであり、機能障害により認定される外部障害と、（短時間であっても、または形としては）稼得活動ができているというだけで2級と認定されない内部障害や精神障害という認定のダブルスタンダードの解消を目指すものである。

これらのことにより**障害者の日常生活・社会生活上の支障を適切に評価すること**をめざし、少なくとも**障害により稼働所得がない無年金者を無くすこと**をめざしている。

5 認定の方法…障害認定表(国会試案)の趣旨

以下は、制度改革のための議論を活性化するための【叩き台】【ヒント】として示すものであり、当会が提案する一つの試案に過ぎず絶対にこの通りでないといけないという趣旨ではない。建設的な批判を含めて、議論頂きたい。

実際、認定のための基準は、固定的に考えず、実態にあっていないことが判明した場合には絶えずその基準の有効性・妥当性を検証して、迅速に不断の改善を図っていくことが肝要である。

障害認定の方法の試案として、オーストラリアの障害支援年金において 1999 年頃にテスト的に導入された Work ability table¹⁴ (以下「WAT」) の労働能力を「社会参加(就労、就学、余暇・地域等の社会活動)への制約」に読み替えて、ポイントについても少し補正した「障害認定表(国会試案)」ものを提示する。

現在、同国においては、WAT よりも機能障害別に一定シフトした Tables for the Assessment of Work-related Impairment¹⁵ が使用されている。にもかかわらず、WAT をベースとした試案を提示する理由は次のとおりである。

①障害の 3 層を初めて明確に示した 1980 年の「WHO 国際障害分類試案」(ICIDH) を受けて作成され¹⁶、機能障害表¹⁷に代わるものとして提示されたものであること、

②障害種別や障害をもたらす部位別の認定表ではなく、障害種別や障害部位にとらわれない共通の認定表となっていること¹⁸、

③上記 2 点と関連するが、部位別や検査数値等では障害状態の程度を示すことができず全身症状による生活全般の活動制限により障害状態を認定することも当項目における表 1 や表 2 等により可能となっていること¹⁹である。

試案において補正した点を説明する。

¹⁴ 障害者職業総合センターNIVR 資料シリーズ No.20 「諸外国における職業上の障害に関する情報」1999.5, 31-47 頁。

¹⁵ オーストラリア政府ウェブサイト

<https://www.legislation.gov.au/Details/F2023L00188>

この現行の認定方法でも、その表 1 や表 10 により、全身症状による生活全般の活動制限により障害状態を認定することは可能であるように思われる。

¹⁶ オーストラリアの政府の保健福祉研究所 (Australian Institute of Health and Welfare)

<https://www.aihw.gov.au/getmedia/611b688c-5f48-41a1-b651-a010fae014bd/12-icidh-health.doc.aspx>, 10 頁。

¹⁷ 注 14, 48-51 頁。

¹⁸ オーストラリア連邦議会討論会 上院 公式議事録, 1999.3.11,

<https://www.aph.gov.au/binaries/hansard/senate/dailys/ds110399.pdf>, Question No. 19(16)p.2825, answer(16)p.2827。

¹⁹ これに対してイギリスの労働能力評価はこの点についての評価方法が弱いように思われる。

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/535942/esa214-july-2016.pdf

オーストラリアの障害支援年金は、労働不能との障害状態の認定のほか、稼得活動制限や稼得所得との調整が労働不能の認定とは別に制度的に盛り込まれている²⁰ことから、具体的な稼得活動制限を障害状態認定においては行う必要がないと言える。

これに対して、日本の障害年金は稼得活動制限や稼得所得との調整が制度的に盛り込まれていないため、どの程度稼得活動制限があるのか、稼得活動が可能かどうかについて、障害程度認定の中に盛り込む必要があった。

また、オーストラリア障害支援年金に等級区分がないのに対して、日本の障害年金は 3 等級に区分けしている。これらにより、本試案では補正を行ったものである。

医学的機能障害に偏重した障害認定から、機能障害のみならず、全般的活動制限や社会参加（就労、就学、余暇・地域等の社会活動）への制約を重視した障害認定を行うために、どういう認定方法が取られるべきか。

当会は試行錯誤の上で、議論の起爆剤となるべく、批判を覚悟の上、具体的な試案を提示した。

「国のやることに反対することは簡単だが、対案を示さず無責任」と言われたいためでもある。

本来、障害および障害者に関する学識経験者、専門家、認定実務に精通した実務家等が時間を区切って検討すべきものとする。

当会が 2023 年 6 月 2 日、国に対し「障害年金制度改革専門部会の立ち上げを求める声明」を申し入れたのはこのような議論を進めてもらいたいからに他ならない。

²⁰ オーストラリア障害支援年金は、そもそもミーンズテスト（資力調査）に基づく無拠出の公的扶助であり、さらに、週労働時間が一定（創設された 1991 年時には週 30 時間、2005 年からは週 15 時間）以下である場合を要件とし、かつ、就労所得と逓減措置（2 週間単位での所得が一定以上になると、1 豪ドルの所得につき 50 セント分が障害支援年金から減額される取扱い）もある。中川純「オーストラリアにおける障害者に対する賃金政策と所得保障制度の展開：障害年金（DSP）と能力査定型賃金制度（SWS）の成立」中京法学 49 巻 1・2 号（2014）41-43 頁。

6 障害認定表(当会試案)

以下の9つの方向からの活動制限・参加制約評価する。

番号	評価内容	ICF ²¹ の関連コード
1	規則的な社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）への制約	d810-859、 d910-920,950
2	作業・活動の持続性についての制限	d415、 d810-859、 d910-920,950
3	作業・活動の指示を理解し従うことについての制限	d210、220 310-329
4	社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場での意思疎通に関する制限	d310-355
5	社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場への移動制限、その場内の移動制限	d450-499
6	作業・活動で物を扱うことについての制限	d440、445
7	社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場での行動の制限	d710-750
8	多様な作業課題・活動目標を学び実行することについての制限	d155、220
9	作業・活動で物を持ち上げ、運び、動かすことについての制限	d430

表1 規則的な社会参加（就労、就学、余暇・地域等の社会活動）への制約

社会参加活動をするためには、スケジュールに従って規則的に参加することが求められる。

この表と特に関連しているのは、例えばぜんそく、てんかん、頭痛といった間欠性の症状や、空間恐怖症や統合失調症といった精神病的症状である。薬物やアルコールの問題、多発性硬化症やリューマチ、ぜんそく、重い心臓疾患、様々な癌といった病気にも当てはまると思われる。

得点	評価内容
0	障害のため、欠勤・欠席や数時間の遅刻は、平均して月に1日以下である。
25	障害のため、欠勤・欠席や数時間の遅刻は、平均して月に2日～3日である。
45	障害のため、欠勤・欠席や数時間の遅刻は、平均して月に4日以上である。

²¹ WHO『国際生活機能分類』日本語版

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-jpn.pdf?sequence=313&isAllowed=y>

表2 作業・活動の持続性についての制限

障害を持つ人は、様々な理由によって、休憩や支援者の介入なしに作業を続けることができないことがある。

注意障害を持つ人たちは、十分作業に集中することができないことが少なくない。

また、重い退化性の症状、例えばいくつかの呼吸器系の病気、心臓病、関節炎等や、脊髄の機能不全を持つ者は、持久力が問題で作業を続けることができないことが少なくない。

したがって、この表は、一日の活動が障害によって中断される者や、中断されずに持続的には活動できるが、一日7時間または週30時間、作業・活動できない者に適用できる。

0	予定外の休憩なしに、一回に90分以上続けて作業・活動ができる。
15	障害のために、予定外の休憩あるいは支援者の介入が必要になり、一回に90分間続けて作業・活動ができない。
30	障害のために、頻繁に予定外の休憩あるいは支援者の介入が必要になり、一回に20分間続けて作業・活動ができない。
40	障害のため、1日7時間または週30時間は作業・活動ができない。
70	障害のため社会参加、稼得活動がまったくできない。

表3 作業・活動の理解とコミュニケーションについての制限

ここでは、知的機能の障害のみに関するものであり、感覚機能の障害や発声障害について述べているのではない。複数段階の指示とは、例えば「まず金属を圧搾機に置き、レバーを回し、ボタンを押し、部品をとって貯蔵箱に入れる」といった指示である。

新しい活動の作業課題の学習が終了した後、作業者が、かなり繰り返さなければ口頭や書式での作業の指示を理解できなかつたり、作業課題の指示に従えなかつたり、課題の要求水準からかなり逸脱したりすることがありうる。

知的障害や注意障害を持つ者はこの範疇に入るとされる。

この表は言語能力をテストするものではないので、聴覚障害者は、手話や書字、読唇などに基づいて査定されるべきである。

0	1回聞いただけで作業・活動の指示を理解し指示に従うことができ、指示を繰り返してもらわなければならない必要がほとんどない。問題なく、複数段階の指示を理解し、それによって行動できる。
20	ほとんどの場合、1回聞いただけで、作業・活動の指示を理解し、指示に従うことができるが、障害のために、時には指示を繰り返してもらわなければならない必要がある。複数段階の指示を理解しそれによって行動するのに、多少難がある。
60	1回聞いただけで作業・活動の指示を理解し指示に従うことができるのは、2回に1回かそれ以下であり、障害のために、たいがい指示を繰り返してもらわなければならない。複数段階の指示を理解しそれによって行動するのに、かなり難がある。

表 4 職場、学校、社会活動の場での意思疎通に関する制限

この表では、請求者の障害が職場で他の人と意思疎通する能力に及ぼす影響力を測る。この表は感覚／発声障害のみに関することであり、認知的要因や言語的知識に関するものではない。

同僚や顧客とうまく意思疎通する能力は、社会活動の場においては基本的なものである。他の人と意思疎通する能力を低下させるようなコミュニケーションの問題には、伝達内容を表現する上での問題や受容する上での問題など幅広い問題がある。

この表は、認知的能力に重きをおいた「仕事の指示を理解しそれに従う能力」の表とは違う。つまり、ある者は自由に意思疎通をする能力が十分にあっても、仕事の指示を理解してそれに従うことはできなかつたり、その逆の者もあつたりする。

この表は言語能力をテストするものではないので、聴覚障害者は、手話や書字、読唇などに基づいて査定されるべきである。

0	社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場で容易に他の人と（発話、手話、書字に関わらず言語を用いて）意思疎通ができる。感覚／発声に関連したコミュニケーション障害があつても、それによって社会参加活動の能率は影響を受けない。
20	社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場で他の人と（発話、手話、書字に関わらず言語を用いて）意思疎通ができるが、感覚／発声障害によってコミュニケーションのスピードや流暢さはそこなわれている。時には、メッセージを理解できるまで繰り返してもらう必要があり、その結果社会参加活動の能率が低下する。
45	感覚／発声障害によって、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場で他の人と（発話、手話、書字に関わらず言語を用いて）意思疎通をするためには、しばしばメッセージを理解できるまで繰り返してもらう必要があり、その結果社会参加活動の能率がかなり低下する。
80	感覚／発声障害によって、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で他の人と（発話、手話、書字に関わらず言語を用いて）意思疎通することができず、その結果社会参加活動の能率がひどく低下する。

表 5 社会活動（就労、就学、余暇・地域等の社会活動）の場への移動制限、その場内の移動制限

社会活動の場へ移動し、活動の場内を自由に動き回る能力は、中心的な働く能力であると考えられる。この表は、例えば心臓病、呼吸器系、筋骨格、神経系の病気から派生する障害を持つ人たちや、車椅子やその他移動のための補助具を用いている人たちに当てはまるだろう。

0	障害のために制限があると感じることもあるかもしれないが、一人で不自由なく社会参加活動の場へ移動することができ、社会参加活動の場内を動き回ることができる。
---	------------------------------------------------------------------------------

30	一人で社会参加活動の場へ移動することができるが、障害のために移動が制限される状況がある。例えば、かなり無理をしなければ階段を通ることができないといった環境の面でのバリアーがある。そうした状況がなければ、自由に動き回ることができる。
80	障害のために、一人で社会参加活動の場まで移動することができず、他の人の助けがなければ自由に動くことができない。

表 6 作業・活動で物を扱うことについての制限

多くの作業・活動で、物を扱うことが要求される。ふるえ、感覚の欠損、力や協応性の欠損、形成障害、重度の視覚障害などによる機能障害を持つ人たちに当てはまるだろう。

0	多少の不便は感じるかもしれないが、物を自由に扱うことができる。
30	障害のために、物を扱う際の器用さやスピードは多少低下しており、例えば、スムーズに錠に鍵を差し込んだり、ティースプーンでコーヒーに砂糖を入れたりするのは難しいが、ドアの取っ手を回したり、お金を扱ったり、書いたり、キーボードを使ったり、手工具を使ったりすることができる。
75	障害のために、物を操作する際の器用さやスピードはかなり低下しており、ドアの取っ手を回したり、お金を扱ったり、書いたり、キーボードを使ったり、手工具を使ったりすることができない。

表 7 社会活動（就労、就学、余暇・地域等の社会活動）の場での行動制限

ここで評価対象となる行動に含まれるのは、社会活動仲間や顧客に対して示される攻撃性、癩癩、頻繁に性的機能や身体的機能に言及すること、過度の感情の不安定性、頑なに社会から引っ込んでしまうこと等、その場にそぐわない攻撃的なコミュニケーション等である。

特定の障害によって、作業の妨げになる行動が生じたり、社会活動の場で他の人たちを悩ませたりすることがあるかもしれない。

0	請求者は社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場で他の人たちと交流でき、それはほとんどあるいは全く作業自体や作業プロセスに支障をきたさない。
30	障害に起因する請求者の行動が活動自体や活動プロセスに支障をきたす。例えば、請求者自身の活動や他の人の活動が妨げられることが、1日に少なくとも20分、週に少なくとも2日おこる。
65	障害に起因する請求者の行動が作業自体や活動プロセスに非常に支障をきたす。例えば、請求者自身の活動や他の人の活動が妨げられることが、1日に少なくとも60分、週に少なくとも2日おこる。
90	障害に起因する請求者の行動が、請求者自身や他の人たちの安全を危うくしたり、請求者自身の活動や他の人の活動を妨げることが、1日に数時間毎日おこる。

表 8 多様な作業課題・活動目標を学び実行することについての制限

知的障害、精神障害、あるいは外傷性の脳損傷による機能障害を持つ一部の人が該当する。

0	複数の課題を学習することができる。そうした課題をマスターすることで、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）の場の要求に応じて容易に、課題を同時あるいは順次に「行うのに必要な時間や空間を準備、着手、調整し、それらの課題を管理し、遂行する」（以下「遂行する」）ことができる。
40	複数の課題を学習することができるが、障害が原因で、課題を同時あるいは順次に遂行する必要があると、混乱したり、落ち込んでしまったりする。
60	複数の課題を学習することができるが、障害が原因で、課題を同時あるいは順次に遂行することができない。
80	課題を学習することができない。

表 9 作業・活動で物を持ち上げ、運び、動かすことについての制限

物を持ち上げ、運び、移動する能力は、多くの社会活動の場で一般的に要求されることの一つである。しかしながら、この表は、手で動かして処理する社会活動に参加している人たちだけに適用されるように考えられているわけではない。物を持ち上げ、運び、移動する能力は、関節炎や関節不安定性、背中への損傷、平衡感覚の失調等に起因する機能傷害によって影響を受けるかもしれない。また、移動のために補助具を用いている人たちも物を持ち上げたり、運んだり移動したりすることができないこともあるかもしれない。

0	作業課題・活動目標と関連して、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することが、自由に、ほとんどあるいは全く制限なしに可能である。
30	作業課題・活動目標と関連して、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することができるが、障害が原因で、スピードや協応性の少なくともどちらかが低い、あるいは(例えば、別の場所に箱を運ぶのに平均の数倍の時間がかかるというように) できたとしても困難である。
60	障害が原因で、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することができない。

【ポイント表】

9つの表の評価を下記表に当てはめ、
80ポイント以上は1級、
60ポイント以上の場合に2級、
59~40ポイントの場合に3級
 と評価する。

		プラスの評価を付けられた表の数 (No.>0)									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9つの制限に関する評価のうちの最高得点	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	20	—	28	36	44	52	60	68	76	84	92
	25	—	32.5	40	47.5	55	62.5	70	77.5	85	92.5
	30	—	37	44	51	58	65	72	79	86	93
	35	—	41.5	48	54.5	61	67.5	74	80.5	87	93.5
	40	—	46	52	58	64	70	76	82	88	94
	45	—	50.5	56	61.5	67	72.5	78	83.5	89	94.5
	50	—	55	60	65	70	75	80	85	90	95
	55	—	59.5	64	68.5	73	77.5	82	86.5	91	95.5
	60	—	64	68	72	76	80	84	88	92	96
	65	—	68.5	72	75.5	79	82.5	86	89.5	93	96.5
	70	—	73	76	79	82	85	88	91	94	97
	75	—	77.5	80	82.5	85	87.5	90	92.5	95	97.5
	80	—	82	84	86	88	90	92	94	96	98
85	—	86.5	88	89.5	91	92.5	94	95.5	97	98.5	
90	—	91	92	93	94	95	96	97	98	99	

なお、ここに提示した1~9の内容（ポイント点数も含む）、ポイント表の数値等はすべて試案であって、実際の多くの事例を「一般的な障害の程度」に当てはめることで、改変していく必要がある。

7 障害認定当会試案による認定事例

実際に事案を当会試案に当てはめた場合にどのような結果が得られるかが問題であるため、典型的な事例を4件挙げて検証してみた。

(事例1) 顕微鏡的多発性血管炎により、就労ができない例。

活動性は抑えられているものの、スイロイド服薬等による筋力低下と倦怠感が大きい。障害基礎年金請求に対して、現行の認定方法では、2級非該当と処分された。

試案で認定すると以下となり、最高点70、プラスの表の数が3つで、ポイント表に入れると79点となり、2級に該当する。

表2	障害のため社会参加、稼得活動がまったくできない。	70
表5	一人で社会参加活動の場へ移動することができるが、障害のために移動が制限される状況がある。	30
表9	作業課題・活動目標と関連して、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することができるが、障害が原因で、スピードや協応性の少なくともどちらかが低いか、あるいは（例えば、別の場所に箱を運ぶのに平均の数倍の時間がかかるというように）できたとしても困難である。	30

(事例2) 急性散在性脳脊髄炎による両下肢麻痺で室内も含め車椅子生活で、不随意運動もあり、車椅子への移乗も全介助を要する例。

現行の認定方法では 2級と裁定された。

試案で認定すると以下となり、最高点80、プラスの表の数が3つで、ポイント表に入れると86点となり、1級に該当する。

表2	障害のために、予定外の休憩あるいは支援者の介入が必要になり、一回に90分間続けて作業・活動ができない。	15
表5	障害のために、一人で社会参加活動の場まで移動することができず、他の人の助けがなければ自由に動くことができない。	80
表9	障害が原因で、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することができない。	60

(事例3) うつ病に加えて、両上肢の神経障害性疼痛により働くことができない例。

現行の認定方法ではうつ病のみ 3級と裁定され、神経障害性疼痛は 3級非該当と処分された。

試案で認定すると以下となり、最高点70、プラスの表の数が3つで、ポイント表に入れると79点となり、2級に該当する。

表2	障害のため社会参加、稼得活動がまったくできない。	70
表6	障害のために、物を扱う際の器用さやスピードは多少低下しており、例えば、スムーズに錠に鍵を差し込んだり、ティースプーンでコーヒーに砂糖を入れたりするのは難しいが、ドアの取っ手を回したり、お金を扱ったり、書	30

	いたり、キーボードを使ったり、手工具を使ったりすることができる。	
表 9	作業課題・活動目標と関連して、社会参加活動（就労、就学、余暇・地域・社会活動等）で物を持ち上げ、運び、移動することができるが、障害が原因で、スピードや協応性の少なくともどちらかが低いか、あるいは(例えば、別の場所に箱を運ぶのに平均の数倍の時間がかかるというように)できたとしても困難である。	30

(事例 4) 発達障害により手厚い支援を受けて、障害者雇用で働いている例。

現行の認定方法では 2 級非該当とされることもありえる。

試案で認定すると以下となり、最高点 60、プラスの表の数が 4 つで、ポイント表に入れると 76 点となり、2 級に該当する。

表 2	障害のために、予定外の休憩あるいは支援者の介入が必要になり、一回に 90 分間続けて作業・活動ができない。	15
表 3	1 回聞いただけで作業・活動の指示を理解し指示に従うことができるのは、2 回に 1 回かそれ以下であり、障害のために、たいがい指示を繰り返してもらい必要がある。複数段階の指示を理解しそれに従って行動するのに、かなり難がある。	60
表 6	障害のために、物を扱う際の器用さやスピードは多少低下しており、例えば、スムーズに錠に鍵を差し込んだり、ティースプーンでコーヒーに砂糖を入れたりするのは難しいが、ドアの取っ手を回したり、お金を扱ったり、書いたり、キーボードを使ったり、手工具を使ったりすることができる。	30
表 8	複数の課題を学習することができるが、障害が原因で、課題を同時あるいは順次に遂行する必要があると、混乱したり、落ち込んでしまったりする。	40

以上の 4 事例を検証した結果、従来不支給とされていた人が認定される等、試案の具体的妥当性・有用性が一定程度確認できた。

四 初診日の証明、認定等…初診日の概念を緩和する…

現行の障害年金制度において、加入要件と納付要件の充足を決定付ける「初診日」について以下提言する。

Ⅰ 「初診日が特定できない」ことだけを根拠に不支給処分とすることは許されないこと

初診日から長期間経過して請求を行った場合には、初診日を証明することは困難を極める。そのような請求に対して、現状では、国は「初診日が特定できない（十分に証明していない）」という理由だけで不支給処分を行うことが後を絶たない。

これは、司法も含め国は、「初診日は請求者が特定、証明する必要があり、請求者の主張する初診日の認否（同日についての加入要件および納付要件）のみを判断すれば足りる」などと、制度を運用する関係者が法令を誤解しているためである。

これでは、初診日が認定されないというだけで無年金状態となってしまう。

また、別の日が初診日と認定される可能性が高い場合も、国側から初診日の補正を求めてこない時があり、そうすると、請求者は請求をやり直す必要があり、請求者にとって請求が遅れてしまい、その分、受給できない年金が生じて、請求者は多大な不利益を被る。

法令上、初診日は、「障害の原因となった傷病にかかる初診日において、国民年金又は厚生年金保険の被保険者等であったこと」という加入要件と、初診日の前日において納付要件を満たしていることを確認する日にすぎず、**初診日を特定することは受給権発生要件ではない**（国民年金法30条1項1号、同条の2第1項、厚生年金法47条1項、同条の2第1項）。

請求者が年金請求書に記入する初診日は参考としての記載にすぎず、初診日が「何年何月何日」と特定の日に絞り込まれない場合であろうと、加入要件と納付要件を満たす初診日があると判断できる場合には、障害年金の受給権は裁定されるべきである。

以上により、**請求者としては障害年金請求の意思さえ示せば足り**、国は請求者が申し立てた初診日の可否を判断するだけでなく、加入要件と納付要件充足の有無を確認する義務を負うとすべきである。

2 初診日認定の大幅な緩和

上記 1 を前提としても、障害認定日で受給権が発生する場合は障害認定日の特定が必要となり、障害厚生年金については年金額の計算に初診日の特定は必要となる。

さらには、初診日が証明できないことにより障害年金が受給できないケースを無くすため、以下（(2015 年通知²²)に記載された取扱いを含む）を、可能な限り法令で規定し、初診日認定方法の大幅な緩和をすべきである。

(1) 初診日認定のために十分な資料

以下のいずれかがあれば、初診日と認定すること。

これは 20 歳前初診の障害基礎年金と 20 歳以後初診日の場合とも同様とする。

① 最も過去の記録

保管されている最も過去の診療録または医療機関等による他の資料（傷病が特定できる診察券、処方薬の確認できるもの等）。診療録による場合は、請求日からみて、原則として、最も過去のカルテに基づいて認定するものとする（医師法 24 条により診療録の保管義務は 5 年であることからすれば、2015 年通知による 5 年以上前のカルテ記載による初診日認定は不能な場合がある）。

② 第三者証明

③ 診断書を作成した医師が請求人の病歴から判断した日付

④ その他初診日と判断できる何らかの資料

(2) 一定期間の適用の徹底

上記 1 による認定が困難な場合、初診日の可能性がある一定期間のどこに初診日があっても納付要件を満たす場合（以下「一定期間」）については、以下とすること。

① 【一定期間の適用】が非常に限定されている現在の扱いを改め、積極的、柔軟に適用すること。

現在は、誕生日を始期とするのは先天性の傷病に限定したり、始期の根拠として、修学期の第三者証明は認めず、定期健診を受けている就労後の同僚の第三者証明しか認めなかったりすることにより、始期を認めず、結果、一定期間の適用自体を行わないことが多々ある。

これを改め、一定期間の適用を一定期間の始期を誕生日や傷病の特性による発症時期とする場合があることを明確にし、始期と終期の特定については、

²² 2015 年 9 月 28 日年管管発 0928 第 6 号厚生労働省年金局事業管理課長「障害年金の初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合の取扱いについて」

医療機関等による資料のみならず、第三者証明や障害の状態（たとえば退職時期）等により行うこと。

② 一定期間に同一制度の加入の場合には請求上の初診日を初診日と認定すること（2015年通知）。

③ 一定期間中の制度混在等の取り扱い

一定期間に加入制度または20歳前の未加入期間が混在している場合には、診察券（傷病や診療科が特定できないものを含む）等、何らかの根拠があれば請求上の初診日を初診日と認定すること（2015年通知）。

④ 一定期間中の納付要件充足で制度混在等の取り扱いの例

一定期間のどこに初診日があっても納付要件を満たし、加入制度が混在している場合で、国民年金加入中または20歳前の未加入期間に初診日があると請求したときには、請求上の初診日を初診日と認定すること（2015年通知）。

初診日特定にあたっては、請求者（被保険者または被保険者であったもの）側のみに証明を求めるのではなく、国が積極的に情報提供を行うことが求められる。

3 「社会的治癒」概念の明確化

障害年金実務には「社会的治癒」という概念がある。

例えば当初発症の際の初診日では厚生年金の加入要件・納付要件を満たしていない者でも、その後しばらく平穏な生活を送っていた後に症状が再発し、再発時点では加入要件・納付要件を満たすため、医学的には治癒していない一連の傷病であっても、再発後を別傷病として扱い、その初診日を加入要件・納付要件の基準とするなどの例である。

但し、現行の障害認定基準でも社会的治癒の定義は明らかでなく、どういう場合に「社会的治癒」が認められるのかについて、下記のとおり、基準を明確にすべきである。

記

「医学的な治癒に至ってはいなくとも、医療を行う必要がなくなり、社会参加活動に支障がない状態が一定期間にわたって継続した状態を社会的治癒として、その後、障害の状態が増悪した場合には、社会的治癒前の傷病とは別傷病として取扱い、増悪後の最初の受診日を初診日として認める。」

「医療を行う必要がなくなり、社会参加活動に支障がない状態」の認定にあたっての「医療の必要性」の判断は、医学的治癒ではなく、社会的治癒である以上、主には社会参加活動に支障がない程度により判断する。社会参加活動に支障がない程度は、社会参加活動の継続性、就労している場合は仕事の内容、業務成績、給与の変遷、職務上の責任の程度等、就学の場合は学業の内容、成績等、それ以外の場合は社会参加および日常生活活動の状態等を考慮要素として判断する。また、「医療の必要性」は、受診の必要性の有無だけではなく、障害の状態が継続している場合（長期的には進行性の傷病による場合を含む）であっても、障害の状態の安定性の程度、受診が継続している場合はその治療内容等によって判断する。

その結果、以下等の場合には、社会的治癒と認定する。

- (1) 社会参加活動に支障がなく受診の必要性がない状態（長期的には進行性の傷病であっても自覚的には障害状態の安定性が認められる場合を含む）が一定期間継続したとき
- (2) 受診を継続している場合であっても、社会参加活動に支障がなく、一定期間継続し障害の状態の安定性が認められたとき

※ 社会的治癒の認定が、請求人に不利益をもたらす場合（社会的治癒前の初診日では厚生年金保険の被保険者であったのに対して社会的治癒後の初診日では厚生年金保険の加入要件を満たさない場合または社会的治癒前の初診日では納付要件を充足しているのに対して社会的治癒後の初診日では納付要件未充足の場合等）は社会的治癒を認定しないものとする（不利益援用の禁止）。

4 厚生年金の対象の拡張

現行制度では、厚生年金加入中に初診日がある「障害基礎年金および障害厚生年金」と国民年金加入中に初診日がある「障害基礎年金」とでは、支給金額と支給範囲（前者にのみ3級がある）に大きな差がある。

厚生年金加入中（会社に勤務していた時期）に、現在の障害と因果関係のある傷病で医療機関を受診した場合は「障害基礎年金および障害厚生年金」の請求ができる。しかし、仕事が忙しくて受診すらできずさらに体調を崩し退職せざるを得なくなり、退職後（厚生年金から国民年金に切り替え後）に医療機関を受診した場合は、「国民年金加入中に初診日がある」ため、請求できるのは障害基礎年金のみとなる。このようなケースで、厚生年金加入中に負担した保険料がまったく給付に反映しないのは不公正である。

発症日時点で厚生年金の被保険者であった場合で、厚生年金の資格喪失から5年以内に初診日があるときには、厚生年金の加入要件を満たすものとして扱うべきである。

五 障害年金における障害者に対する手続的権利の保障を徹底せよ

Ⅰ 手続的権利 総論

(1) 障害年金における手続的権利の重要性

障害年金は、人たるに値する生活を保障するため（憲法 25 条）の一制度だが、障害を負ったと同時に自動的に支給されるものではない。受給するためには、まず情報を得て、請求手続をし、決められたルールに基づき受け付けられ・審査されて決定を受け、その決定に不服があれば再審査を求める、という一連のプロセスを踏む必要がある。このプロセス自体が公正に進められなければ、せっかく用意された年金や憲法の理念も役割を果たすことはできない。年金給付それ自体と同時に、手続的権利の実現が重要である。

(2) 手続的権利の保障を徹底するための要点

① 障害年金の広報周知/正確な助言・教示の法的義務化

年金保険者に、障害年金についての広報周知・正確な助言・教示を、法的に義務付ける改革が必要である。国民は年金保険料を負担する代わりに保険事故が起きたときには給付を受けることができる。給付とその要件の正確な説明は保険制度の「入口」であり、極めて重要であるにもかかわらず、「障害を負って数十年経っているのに障害年金を知らなかった」、「窓口で相談したが、自分に年金受給の見込みがあるのか分からなかった」という事例が後を絶たない。

そのため、国に対し、障害年金の給付に関する広報周知義務、そして窓口²³での個別相談において、制度に関する正確な情報提供・助言・教示を行うことを義務付ける法改正を求める²⁴。

② 「私は障害年金を受給できるのか？」に応えられる改革が必要

障害のある人が最も必要としている情報は「自分は障害年金を受けられるのか？（障害年金を受給できる状態とは、どのような状態なのか？）」である。

しかし、現状では、窓口に行ってもこの答えは容易には得られない。旧来の障害者像に基づく時代錯誤な一般状態区分が、現代に生きる障害のある人達にはマッチしていないため、「基準」が基準として有効に機能していない。

²³ 日本年金機構の年金事務所・地方自治体・共済組合の各年金相談窓口等を指す。

²⁴ ※参考として、海外の立法例

◆アメリカ：エリサ法（Employee Retirement Income Security Act, ERISA）

◆ドイツ：社会法典に社会的給付の広報、助言、教示義務

◆フランス：社会保障法典 L161-17 条（被保険者の年金情報入手権）

障害年金法ジャーナル第 2 号 27～28 頁参照。

よって、現代の障害者の生活とそれに対する保障の在り方を精査した上で、国民に分かりやすい新しい障害認定基準を定める必要がある（本提言書第2編三参照）。

また、窓口には、相談者が知りたい内容を、正確な知識のもとに理解しやすい形で伝えることができる、障害年金に専門性のある相談員を配置することが必須条件となる。

2 手続的権利 各論1 窓口における改革

障害年金は、窓口で請求手続を行うことで初めて受給できる。窓口で誤った説明を受けたり、請求の門前払いを受けたり、手続の援助が受けられないために、年金請求を諦めてしまう人が多数いる。

そのため、相談窓口・請求受付窓口における次のような改革を求める。

(1) 行政手続法遵守の徹底

窓口には、行政手続法が定める適正手続を徹底することを求める。

とりわけ、窓口職員には、障害年金の請求を求めてきた人に対しては障害年金請求用の請求用紙を渡す法的義務があり、それを怠ることは行政手続法違反になることの周知・徹底を求める²⁵。

(2) 正しい情報提供義務・窓口でのやりとりの記録化

障害年金に関する正確な情報提供・助言・教示を行う相談員を配置し、さらに窓口でのやり取りの全件記録化を求める。

(3) 年金請求手続サポートを法テラス援助対象とし制度の教示義務を

請求者が、請求者の立場に立って助言・支援してくれる第三者を必要とするときに、社会保険労務士・弁護士などの外部専門家に対して、簡単に相談や代理を依頼できる仕組みの創設を求める。

具体的には、障害年金に関する相談・手続委任費用を法テラスの援助対象とすること及びこの制度を窓口で周知徹底することを国に義務付けることを求める。

(4) 説明過誤による被害救済システムの創設

上記(1)～(3)の対策をもってしても防ぎきれない、職員の対応誤りにより障害年金の受給権を失った人に対する被害救済制度創設を求める。

また、窓口で「受給要件満たさず」と教示した件は、一定期間内にすべて別の職員によるダブルチェックを必須とする制度等も導入すべきである。

²⁵ 平成28年2月8日社会保障審議会年金事業管理部会「覆面調査」46頁によれば障害年金請求書を交付していない事務所が86パーセントに上る。

(5) 障害年金に精通した専門性を有する人材の育成と増員

上記提言内容を実現するために、障害年金の相談に対応できる専門人材の増員を求める。

3 手続的権利 各論2 認定手続における手続保障

(1) 処分庁の処分における理由提示義務の法定化・徹底化

処分庁による却下・棄却処分（1級の請求が2級等の一部棄却処分を含む）における理由記載義務を法定化するべきである。

2019年4月11日「I型糖尿病障害年金第一次訴訟」大阪地裁判決により、「いかなる事実関係に基づきどのように障害認定基準を適用して当該処分がされたかを、当該処分の相手方において、提示された内容自体から了知し得るように理由を記載する」義務があると規範定立された。

この判決の影響により厚労省の障害年金処分の理由の記載に一定の変化が見られたのは事実である。

しかし、実際には、提示される理由文は「障害認定基準」の当該障害の「認定要領」部分のコピペと診断書の引用が大半を占め、当該個別事案における、なぜ、障害年金等級に該当しないのかという具体的根拠が薄弱な場合が多い。

国に対し、年金請求者にわかりやすい処分理由（なぜその判断となったのかが第三者からみて理解可能な具体的な根拠）を明示することが不可欠である。

よって、処分庁たる厚労省に対し、【処分の具体的理由明示義務の徹底】を法的義務として法定化するべきである。

これは、申請拒否処分および不利益処分のみならず、却下処分（初診日認定不能、程度認定不能等）も理由付記の対象とするべきである。

(2) 障害認定審査における手続保障…形式審査から実質審査方式への転換…

(本提言書第2編 三2(3) 参照)

医師が作成した診断書（書面）のみにより、医師が程度を認定するという現状のやり方で、障害の状態を適切に把握できないため不公正が生じている。

認定の公正性の担保及び当事者の手続保障のため（介護保険、障害者総合支援法等も参考に）請求者が希望する場合は、生活または就労の場に担当官が出向く実地調査を必須とし、そこで請求人本人および支援者（家族、介助者、支援者等）の説明・意見陳述の機会（障害者参画）の保障をする。

認定にあたる職種、資格者についても、決して医師のみで判断することなく、社会福祉士、弁護士、社労士、PSW等の合議により認定する。

4 手続的権利 各論 3 不服申立手続の抜本的改革が急務

権利救済機関である社会保険審査官（「審査官」）による審査請求手続及び社会保険審査会（「審査会」）における再審査請求手続が、質量ともにその機能を十分に果たせていない。

その状況は絶望的といってよい。

例えば、厚労省関東信越厚生局は、全国に 8 カ所ある厚生（支）局のうち約半数の審査請求を扱っているところ、令和 4 年度事業年報によると、障害年金の審査請求件数 858 件のうち、棄却・却下が 821 件、容認件数が 37 件である。容認率 4.4%に過ぎない。

審査請求しても 96%は却下・棄却されている。

審査官の却下または棄却の決定内容も、処分庁の処分理由を引き写しただけの説得力皆無の機械的処理がほとんどである。

救済機関ではなく、処分庁の不支給判断にお墨付きを与えて請求者の権利行使を断念させるための機関と化している。

同じ厚労省の職員同士がジャッジするという現行の仕組みは、権利救済機関として必要な第三者性が担保されておらず、その構造が産み出す必然的な状況ともいえる。

なお「社会保険審査官及び社会保険審査会法」を以下「審査会法」と表記する。

(1) 【審査請求 審査官の厚労省からの独立性の保障】

審査官は「厚生労働省の職員のうちから、厚生労働大臣が命ずる。」とされている²⁶。

処分をした者は厚生労働大臣という自分の上司・雇用主であり、法制度上、審査官の独立性も公正性も疑われる状況である。現行法制度下での厚労省職員ではなく行政機関から独立した者を選任する事は不可欠である。

公正取引委員会・労働委員会のような独立性の保障が必要である。

また、審査官という一人での決定ではなく、特に障害年金に関する場合には、必ず法律の専門家、医療の専門家、福祉の専門家等の委員で構成する諮問委員会という合議体を設置する改革を求める。

(2) 【審査請求 意見陳述の反訳記録義務化】

すべての口頭意見陳述²⁷を反訳記録として残すとともに速やかに交付されるよう求める。

²⁶ 審査会法第 2 条

²⁷ 審査会法第 9 条の 3

(3) 【再審査請求 委員及び事務局の厚労省からの独立性の保障】

社会保険審査委員は厚生労働大臣が任命するものとされている²⁸。

しかし、任命権者が処分庁自身では、処分の審査の独立性・公正性は疑われる。

厚生労働大臣ではなく内閣総理大臣が任命し、事務局も厚労省から人員・組織ともに独立させるよう法改正を求める。

(4) 【再審査請求 参与意見尊重の法的義務化】

再審査請求手続の公開審理において、審査委員の他に「国民年金の被保険者及び受給権者の利益を代表する者4名を指名するものとする。」とされ²⁹、「国民年金の被保険者又は受給権者たる当事者の利益のため、審理期日に出頭して意見を述べ、又は意見書を提出することができる。」とされ³⁰、「社会保険審査会参与」（「参与」と呼ばれる³¹構成員の存在がある。

実務上、参与からの意見書の例は少ないものの、意見が述べられることはある。

そして、実際、4名の参与全員が「この事案の障害年金は認めるべきと考えます。」などと意見する場合も少なくない。

請求者は参与の意見に勇気づけられ、良い決定を期待するが、これらの参与の意見が斟酌されることはめったになく、ほぼ期待を裏切られる現実にある。

現状では一体なんのために法が受給権者等の利益を代表する参与に意見を述べさせるようにしているのか、存在意義が没却している。

よって、審査会が裁決を下すにあたり、参与の意見の尊重義務を課すよう法定化するべきである。

(5) 【再審査請求 審査委員の増員を可能とする法改正】

社会保険審査委員の増員により、審理の迅速化と専門性の担保を図るため、審査会法の改正を求める。

(6) 【決定・裁決で示された規範の処分庁・年金機構での周知徹底化】

審査請求での決定、再審査請求での裁決で示された判断が現場にフィードバックされておらず、行政機関の対応改善につながっていない。

少なくとも審査請求・再審査請求事例で請求が認められた決定・裁決の要旨に関しては、厚労省から日本年金機構へ通知の上、日本年金機構で記録をし、次回更新時等に同じ過ちを繰り返さない仕組みを法定化することを求める。

たとえば「厚生労働大臣は、障害年金の（再）審査請求決定・裁決（容認）例を

²⁸ 審査会法第22条1項

²⁹ 審査会法第30条2項

³⁰ 審査会法第39条3項。厚生年金保険についても同様の規定が審査会法30条1項及び39条2項に規定されている。

³¹ 審査会法施行規則第8条

常に精査し、障害年金実務慣行や障害認定基準の内容・運用を不断に検討し、厚労省職員並びに日本年金機構に対し、決定・裁決で示された内容を指導・周知すること」等の規定が考えられる。

さらに、裁決は原則として全件がウェブサイトで公開されるべきである。それが審査官決定の指標ともなる。公開にあたっては、裁判所ウェブサイトの判例の公開を参考に個人情報を除く日付や障害の程度についての不要なマスキングはやめるべきである

(7) 【オンラインによる意見陳述・公開審理参加】

審査請求での口頭意見陳述、再審査請求での公開審理には、オンライン参加を可能とするよう求める。

(8) 障害がある人への適正手続保障の徹底

障害年金の一連の手続において、障害当事者が参加し、障害に応じた方法で情報を得たり、意見を表明したりするための適正手続の保障がなされていない。

例えば、現状の国の運用では、聴覚障害がある人が社会保険審査会の公開審理に参加するためには、自前で手話通訳を手配する必要がある。手話通訳がないと自らの意見を表明できず、審査官らの話を理解することができないから手続は成り立たないが、この場合、手話通訳等を年金請求者自ら用意するしかない現状である。

そのため、国に対し、障害がある人には、障害がない人と平等な手続面での保障が徹底されるよう求める。

これは、憲法14条・第31条等に基づく平等権・適正手続の問題であり、「過重な負担」により免責される「合理的配慮」とは全く異なり、手続保障は絶対的なものである。

六 無年金者を減らすための方策の提言

障害年金が受給できない無年金障害者を大幅に減らすことが求められる。

1 初診日認定の弾力化（既出）

上記四で掲げた提言は、初診日が特定できなかつたり、証明できないために、障害年金が受給できないケースを最小化し、無年金者を減らすことになる。

2 障害基礎年金にも 3 級を創設

障害厚生年金には 3 級があることからすれば、障害基礎年金に 3 級の設定がないのは不合理である。これも無年金者を減らす方途の一つである。

3 事後重症請求の支給開始を当該障害等級状態に至った時点とする

事後重症請求³²について、障害認定日以降 65 歳到達日の前日までに、障害等級に該当する程度の障害の状態に該当するに至ったときに受給権が発生するものとし、支給はその翌月からとする。法改正が必要であれば、法改正を行う。

このことにより、障害等級に該当する程度の障害の状態にあることが明らかな期間であるにもかかわらず、無年金状態に置かれる期間が縮小される。また、65 歳以降であっても、障害認定日以降 65 歳到達日の前日までに、障害等級に該当する程度の障害の状態に該当するに至ったことが認められれば、障害年金制度から除外されることなく、障害年金が支給されることになる。

³² 国年法 30 条の 2 および厚年法 47 条の 2

七 納付要件における「直近 1 年要件」の恒久化

納付要件における直近 1 年要件³³は、昭和 60 年国民年金法等改正時の 10 年間の特例措置が更新されてきた経過措置である。

しかし、暫定措置が繰り返されてきた結果、既に広く国民に知られた納付要件となって定着している。

実務上、どう考えても支給されるべき事案が直近 1 年要件により救済されるケースは多い。

この要件の廃止も議論とされているが、国会としてはこの要件が果たす人権救済機能に鑑み、むしろ直近 1 年要件を恒久化・法定化すべきと強く進言する。

³³ 昭和 60 年法律第 34 号国民年金法等の一部を改正する法律附則第 20 条（障害基礎年金等の支給要件の特例）1 項「3 分の 2 に満たないとき」とあるのは、「3 分の 2 に満たないとき（当該初診日の前日において当該初診日の属する月の前々月までの一年間（当該初診日において被保険者でなかった者については、当該初診日の属する月の前々月以前における直近の被保険者期間に係る月までの一年間）のうちに保険料納付渡期間及び保険料免除期間以外の被保険者期間がないときを除く。）」とする。」、第 64 条 1 項（障害厚生年金等の支給要件の特例）参照

ハ 今すぐに行える現行障害認定基準（障害の程度認定）に関する改革

仮に、現行法令を前提とした場合であっても、少なくとも以下の改革を直ちに実施することを求める。

1 「障害の状態の基本」の削除

現行障害認定基準の諸悪の根源ともいえるべき「障害の状態の基本」は今すぐ削除すべきである。

少なくとも、社会モデル、ICF、権利条約に基づいた内容に全面書き換えることが急務である（本提言の第2編三を参照）。

2 神経症、人格障害を原則として対象外とするとの記述を削除すること

特定の疾病や障害を障害年金受給対象者から排除することは合理的理由のない差別に他ならない。

今すぐ、そのような記述は削除するべきである。

3 複数の障害がある場合の等級認定

政令別表に基づき、原則として、日常生活能力および労働能力により等級認定を行い、単独障害の場合に比して、不利とならないようにすること。

4 機能障害を客観的に示すことができない難病やがんについて等級認定が不利とならないようにすること。

医学モデル偏重の犠牲とされているこれらの障害を速やかに救済すべきである。

5 両下肢、両上肢の等級認定の動作制限に関して

両下肢、両上肢の等級認定の動作制限の程度は、「肢体の機能の障害」による動作制限と等級との関係を準用するよう明記すること。

九 免除期間の取り扱いの改善

これは「障害年金が受給できない問題」ではなく、「受給はできたが、受給継続が確定しておらず、不安定な状況に置かれる問題」の改善を目指す観点からの提起である。

障害年金2級以上の受給権があると、国民年金保険料は納付不要となる（法定免除）。しかし障害年金を受給しながらあえて免除を受けず国民年金の保険料を納付することも可能である。免除を受けるか、納付を継続するかは判断は受給権者にゆだねられている。

では、障害年金（2級以上）受給権者が、障害年金受給期間に国民年金保険料を免除希望した場合、どのようなデメリットがあるか。

現在、「免除」のパターンはいくつかあるが、少なくとも保険料を「通常の金額で納付」するよりは老齢基礎年金の支給金額が減額される。その結果、万一、65歳時点で障害状態が軽減して障害年金が支給停止され、老齢年金を受給せざるを得なくなった場合、支給される老齢基礎年金の金額は免除期間に応じて減額される。

そのため、永久認定される障害以外の受給権者にとっては、保険料を免除にするか納付するかは大きな問題となっている。

障害が固定されており今後も支給停止になる可能性がゼロであれば、あえて国民年金保険料を納付するメリットはない。老齢になっても障害年金（2級以上）を受給でき、その金額は老齢基礎年金（満額）以上であることは事実だからである。しかしながら、65歳に至るまで障害年金を継続して受給できるかどうかは実際には予測困難である。

長期にわたり法定免除を受けてきたケースで、障害年金が支給停止になるとこれまで受給してきた障害年金額より大幅に減額となった年金額で老後の生活をしていかなければならない。「無年金」にはならないが、それまでの生活設計の大幅な修正を余儀なくされる。このような不合理を避けるためにどのような方策があるか。

救済措置の一つとして現行制度では「追納」制度があり、一定期間遡及して国民年金保険料を納付することは可能である。しかし、「追納」するためにはまとまった金額が必要であり、障害年金が支給停止になった障害者にそれを求めるのは酷であろう。

そこで、そのような事態を回避するために、下記方策を提唱する。

免除対象となった障害年金受給期間のうち、受給権発生年月日から2級以上の障害年金受給権者である期間は「保険料納付済扱い」とする。

この方策により、障害年金受給権者の老後の年金所得に関する不安を軽減することができる。

一〇 様式の改訂

Ⅰ 年金請求書

(1) Ⅰ枚の年金請求書で複数制度請求を可能とし、初診日の相違により別請求とは判断しないこと

国民年金障害基礎年金請求、国民年金・厚生年金保険障害給付請求（障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金）および障害共済年金請求について、Ⅰ枚の年金請求書で制度や請求先の異なる請求も同時に行えるものとする。

また、初診日の記入欄については、年金請求書からは削除し、添付書面として、初診日の認定を求める日付を5通り程度記入できる様式を提出することとする。

「障害給付の請求事由」欄についても、それぞれの初診日について選択できる様式とする（これに伴い、「障害給付の請求事由」についても、それぞれの初診日について指定しうる様式とする）。その書面の注意書きに、請求後であっても、納付要件を満たすそれ以外の日を初診日として認定するよう求めることは可能である旨を明記すること。

これらによって、初診日として認定を求めうる日付が複数あった場合に、初診日において加入制度が相違しているという理由で請求を最初からやり直さなければならない（そのことで請求が遅れ、年金が受給できない期間が生じる）こと、年金請求書に記入した初診日以外の日について請求がないからという理由で国が処分をしない（そのことにより行政争訟で争えない）こと、および初診日と認定される可能性のある日が請求後に明らかになった場合に最初から請求をやり直さなければならないことを避けることができる。

(2) 請求内容に障害の程度認定を求める時点での等級を含めること

受給権を求める時点での具体的等級（1級・2級・3級）について、請求書において、請求者が求めることができることとする（「適切な等級を求める」「2級以上の等級」等の請求方法も認められる）。

事後重症請求については請求日における等級を、障害認定日請求と事後重症請求を同時に行う場合には障害認定日と請求日のそれぞれの時点で求める等級を請求書に記入する様式とする。

このことにより、国が請求者の求めと異なる等級であると認定した場合には、国はその理由を明確に説明しなければならないこととする。

また、現在、障害認定日請求と事後重症請求を同時に行い障害認定日において受給権が発生した場合に請求日時点での等級について行政争訟を行うには、請求時に同時に額改定請求を行わなければならないが、このような様式変更により、一般にはわかりづらく、窓口でも請求を拒否することがしばしばみられる、請求と同時の額改定請求を行わなくても、請求日時点の等級について行政争訟を行うことができる。

2 診断書

診断書における現症日が、国が求める、障害認定日から3か月以内（20歳前初診の障害基礎年金請求については20歳到達日または障害認定日の前後3か月）でない場合には、視覚障害、聴覚障害、肢体の障害等、医学的に不可逆性が認められている障害であっても、年金機構窓口が障害認定日から3か月以内の診断書がないと認定日請求ができないという理不尽で誤った教示を行い、受付け自体を拒むことが多く見られる。

認定日3か月以内（20歳前初診は上記）診断書提出を絶対的要件かのごとく運用することは誤りであり³⁴、遡及した障害認定日請求については、診断書が提出できなくても、その前後の状態、症状の固定性または不可逆性、手帳診断書等により認定が可能であることを年金請求書に明記する。

また、次の様式変更により、窓口での受付け（請求）拒否を避けることができる。加えて、年金機構において、障害認定日から3か月以内の診断書がないと認定日請求ができないという誤った教示を行わないよう指導を強化・徹底することを求める。

診断書において

- ① 「現症日（診断書において障害状態を診断する日付）と障害の程度を認定すべき日と相違がある場合の医師意見欄」を設けること。
- ② 現症日の障害の状態と障害の程度を認定すべき日の障害の状態とを比較して「変化がない」、「悪化している」、「改善している」、「不明」の4択として、○を付すようにする様式とする。

3 病歴・就労状況等申立書の見直し

障害年金の請求手続を行う際の提出書類として、「病歴・就労状況等申立書」がある。そして、この書類裏面の「日常生活の制限」欄では、以下の10項目に関し、該当する番号を選択するフォームになっている。

項目	着替え、トイレ、食事、炊事、掃除、洗面、入浴、散歩、洗濯、買物
選択肢	1→自発的にできた、 2→自発的にできたが援助が必要だった 3→自発的にできないが援助があればできた 4→できなかった

この評価の4項目では、外部障害の診断書には明示されている補助具を使用している評価なのかが不明である。また、障害種別にかかわらず、障害状態になる前の何倍も時間がかかっても自発的にできてしまう場合には「自発的にはできた」と評価し

³⁴ 2011年1月12日神戸地裁判決（賃社1540号41頁）、2013年1月17日名古屋地裁判決地裁判決（賃社1584号38頁）、2013年11月8日東京地裁判決（判時2228号14頁）等参照

てしまう。

精神障害や知的障害がある人の場合においても、この書式は適切であろうか。ちなみに、精神障害や知的障害がある人は診断書種類別支給件数割合において、最も高い割合³⁵を占めている。

精神に障害がある方の場合、他者とのコミュニケーションが不得手の方が多いが、コミュニケーションに関する項目は上記の項目にはない。一方、精神の障害用の診断書には、「日常生活能力の判定」項目として、以下の7項目が記載してある。また、「判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断」することになっている。

項目	(1) 適切な食事、(2) 身の清潔保持、(3) 金銭管理と買い物、 (4) 通院と服薬、(5) 他人との意思伝達及び対人関係、 (6) 身の安全保持及び危機対応、(7) 社会性
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------

については、病歴・就労状況等申立書での項目では、精神障害特有の障害の程度を判断するのに適切な項目が設けられておらず、部分的かつ一面的なものにとどまっている。また、病歴・就労状況等申立書の選択肢では、「自発的に」と記してはあるものの、単身生活を前提として選択するのかどうか説明書きはなく、診断書との整合性が取れてはいない。

このままでは、病歴・就労状況等申立書を作成するのに不慣れな請求者にとって、適切に選択肢を選ぶことは著しく困難である。

また、障害の程度は往々にして、一日の中でも変化することがある。いつ・どのような時点や周期で障害の程度をみればよいのかも迷うところである。制度趣旨が異なる面はあるが、障害者総合支援法における「障害支援区分」見直し内容が示唆的である。同法では、従来の「障害程度区分」を、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改め、2014年4月から施行している。

中でも、認定調査において確認する動作等について、「できたりできなかつたりする場合」の判断基準を「より頻回な状況」から「できない状況」に変更³⁶することにした。

この様に、「できたりできなかつたりする場合」においては、「できない状況」を

³⁵ 「障害年金業務統計」（令和4年度決定分）令和5年9月：日本年金機構 3頁記載の「令和4年度 診断書種類別件数 ①診断書種類別支給件数」によれば、精神障害・知的障害は、新規裁定において、障害基礎・厚生合計で66.8%となっており、大きな割合を占めている。

³⁶ 厚労省の平成26年4月「障害者総合支援法における障害支援区分認定調査員マニュアル」5頁では、判断基準の見直しのポイントとして、「できたりできなかつたりする場合」に、改正前の旧障害程度区分では「より頻回な状況」に基づき判断していたが、現行の障害支援区分では、「できない状況（支援が必要な場合）」を評価するため、「できない状況」に基づき判断するものとされている。

基に判断する基準を障害年金の障害の程度認定においても原則と明記するべきである。

「日常生活の制限」欄等について以下のように改訂するよう求める。

(1) 評価項目について

- ① 自発的にできるかどうかを問うのではなく、障害が発する前の（または障害状態にない）状態と比して、どの程度の不自由さ、困難さがあり、どの程度援助が必要なのかにより判断する評価項目に変更する。
- ② 「金銭管理」、「通院と服薬」、「他人との意思伝達及び対人関係」、「身の安全保持及び危機対応」、「社会性」の評価事項を追加し、国は精神障害の場合には記載するよう指示する。

(2) 「日常生活の制限」評価についての説明書の添付

以下を記した説明書を病歴・就労状況等申立書を配布する際に添付する。

- ① 外部障害の場合は補助用具を使用しない状態で評価する。
- ② 外部障害、内部障害、精神障害にかかわらず、障害が発する前の（または障害状態にない）状態と比しての所要時間も含めて評価する。
- ③ 精神障害については、「援助」とは、身体介助を含まず、单身生活を想定したうえでの助言や指導である。
- ④ 精神障害については、現様式にある「着替え」、「トイレ」、「食事」、「炊事」、「掃除」、「洗面」、「入浴」、「散歩」、「洗濯」および「買物」ならびに(1)の②で追記した各事項について、各動作ができるかどうかではなく、その目的（診断書において例示されているように、食事については「適当量をバランスよく摂る」、金銭管理は「やりくり」、買い物は「計画的な買い物」等）を達成できる程度にできるかどうかで判断する。
- ⑤ 「できたりできなかつたりする場合」においては「できない状況」を基に判断する。
- ⑥ 複数の障害については、それらによる総体としての社会生活も含む日常生活の制限の程度について評価する。

一一 最後に

「本提言」は、2025年に予定される国の障害年金改革を見据え、弁護士や社会保険労務士等の実務家が研究者と協働して、「障害年金」に関わる日々の活動経験の中から浮上してくる「課題」を通して「問題の所在」を突き詰め、それを当面する障害年金問題の迅速な解決に繋げようとする極めて実践的かつ具体的な「主張」である。

国は、「本提言」策定中の2022年、社会保障審議会年金部会において年金制度改革の検討に着手している。このことについては、当会も注目し、国に対し、必要な「申し入れ」³⁷も行ってきた。

しかし障害年金についての喫緊の改革のための議論は、そこでは行われないうまま今日に至っている。

政府は、「この間のこうした実情」をも十分に踏まえたところで、「本提言」を真摯に受けとめ、問題の解決に主導的な役割を果たす「改革の速やかな実施」に着手すべき、と考えるものである。

以下、「本提言」の趣旨をあらためて簡潔に述べ、結びとしたい。

1 障害年金の権利と決定

障害年金は、憲法25条に基づく社会保障制度の給付の一つである。

したがって、障害年金について規定する国民年金法や厚生年金保険法等の法令においては、障害年金の実体的な給付に係る諸規定が、人間として生きる権利の保障にふさわしい内容をもつものとして構成されていなければならない。

「本提言」が提示する障害認定基準や初診日に関する問題、また社会的治癒や納付要件判断基準に係る指摘は、「障害年金給付」の実質的な保障に繋がる重要な事項である。

生存権中心の権利概念は、生きている生活体を前提とすることから、固定的静止的な物の権利に関する規定のされ方と異なり、権利性の有無が、その権利保障の方向性の上に立って、ケース・バイ・ケースで判断されなければならない。したがってそこでは特に、その法的姿勢をいかに保持するかということが決定的な重要性をもつ。

³⁷ 2023年6月2日「障害年金制度改革専門部会の立ち上げを求める声明（申入書）」

障害年金の請求手続過程が、「受給権者の権利を実質化していく」過程として、いいかえれば「『障害年金給付』の実質的な保障」を担保する過程として構成されなければならないことも、上でいう法的姿勢のひとつのあらわれにほかならない。

2 権利が先か 決定が先か

障害年金を請求したいと考えている人の主体性を抜きにして、障害年金の請求手続過程を考えることはできない。しかしその実態はどうであろうか。例えば、市民が年金行政についてその不当性を口に出しても、窓口等では「年金制度はこうなっている」「法律と行政が決めている範囲でしか年金は受給できないのであきらめるように」と説得されることが少なくない。

障害年金は、憲法 25 条に基づく社会保障制度の給付の一つである。行政主体による障害年金の決定（裁定）は、国民の生存の権利保障のための一手段にすぎない。

上で触れた対応のように、障害年金の権利が、年金を請求する障害当事者のリアルな実態と声を反映するプロセスを抜きにしたまま行政主体の硬直化した決定（裁定）に多分に依拠している現状には疑問がある。

3 障害年金の受給者像の変化と障害年金の「変容」

障害年金の受給者に占める内部障害者や精神障害者の割合は相対的に増加してきている。そのことは「障害」の判定方法にも影響を及ぼす一つの要因になっている。本提言が提示する形式審査から実質審査へ、あるいは面接調査の必要性等々に係る指摘は、外からは理解され難い面のある障害者の実情を適切に把握するためにも必要なものである。

4 最後に

障害年金の給付内容の実質的な保障を充実させていくために、憲法や国際人権法との具体的で実質的な整合性が図られることを切に要望する。

以上

I 章-2 障害年金法研究会の活動報告

I 研究会本会（定例会）の履歴

（下表参照）

2020年以降に拡大した新型コロナ感染のため、会の活動は一時休止状態になったものの、同年10月以降はオンラインでの研究会（定例会）開催を再開した。新型コロナ5類移行に伴って、第21回（2023年5月7日）は初めてハイブリッドにて開催した。参加者数は、各回約20名で推移していたが、第22回（2023年12月1日）には69名の会員が参加して活発な議論が交わされた。

2022年からは、拡大運営委員会を中心に2025年の年金制度改革に向けた国への提言作成に向けて始動し、定例会において会員間で提言案を検討し、継続して意見集約を行った。

障害年金法研究会 活動履歴(2020年1月以降)					
研究会(定例会)の開催履歴					
定例会回数	年	月日	テーマ	講師	備考
17	2020	10月21日	「1型糖尿病訴訟を契機に考える法律问题」 ～認定のあり方・理由付記～	青木佳史弁護士(外部講師)・(以下全て会員)関根直人弁護士・嘉藤亮神奈川大教授・安部敬太社務士・七尾由美子社務士	オンライン開催
18	2021	5月27日	「障害年金訴訟における弁護士の役割」 ～線維筋痛症に関する2020年6月5日東京地裁訴訟等を担当して～	池原馨和弁護士(会員)	
19	2022	10月6日	障害年金における手続き的権利を考える	藤原精吾弁護士 ・野口卓司社務士・橋本宏子代表 ・山本奈央社務士(以上全て会員)	
20	2023	2月17日	「障害年金における「障害」とは何か」 ～障害認定方法の改革を目指すにあたり、障害概念のあり方を問う～	野口卓司社務士・安部敬太社務士・永野仁美上智大教授 (以上全て会員)	
21	2023	5月7日	「専門職からみた障害年金の課題を探る」 ～提言の意義を高めるために～	安部敬太社務士(会員)・ 飯塚泰雄社務士(会員)	ハイブリッド開催
22	2023	12月1日	「1型糖尿病障害年金訴訟(東京)から学ぶもの」 ～勝因の分析と今後の課題～	小嶋愛斗弁護士/社会福祉士 (会員)	

2 裁判事例検討部会履歴（下表参照）

事例検討部会は①裁判事例についての検討、②裁判事例に共通する論点の検討、③「あるべき障害年金制度」へ向けた政策提言について議論を、比較的少人数で行うため、2018年8月に設けられた。2020年12月開催の第8回以降は、全会員を参加対象として開催している。参加人数は、各回約20名で、2020年以降はすべてオンラインで開催を継続している。

部会では、裁判事例をもとに障害年金の法的現状とあるべき姿に関する検討を行い、2022年以降は当会の2025年の年金制度改革に向けた国への提言を検討する場ともなっている。

障害年金法研究会 活動履歴(2020年1月以降)					
裁判事例検討部会の開催履歴					
裁判事例 検討部会 回数	年	月日	テーマ	報告者	備考
7	2020	8月5日	理由付記について ～第17回研究会についての事前討論～	橋本宏子代表(会員) ・七尾由美子社労士 ・安部敬太社労士 (以上全て会員)	オンライン 開催
8	2020	12月18日	囲碁リウマチの社会的治療訴訟について	徳田暁弁護士(会員)	
9	2022	2月2日	「藤原精吾弁護士が勝ち取った2021年9月15日 名古屋高裁金沢支部判決について」	野口卓司社労士(会員) ・藤原精吾弁護士(会員)	
10	2022	7月6日	「国の時効援用と信義則・国賠訴訟・除斥期間を 学ぶ」	坂本千花弁護士・山本奈央社労士 ・田中葉子社労士・安部敬太社 労士・野口卓司社労士・得重貴史 弁護士・関誠直人弁護士・松田凌 弁護士・藤原精吾弁護士 (以上全て会員)	
11	2022	11月18日	あるべき 障害認定基準・認定方法を考える ～2025年金制度改革への「提言」に向けて～	安部敬太社労士 ・山下律子社労士 ・山本奈央社労士 (以上全て会員)	
12	2023	3月8日	社会モデル、人権モデルの基本を理解する	池原鵜和弁護士(会員) ※(共催)神奈川大学法学研究所共 同研究「障害の法理論」	
13	2023	4月5日	「障害年金2025年制度改革への 障害年金法研究会からの提言書」案の検討	安部敬太社労士 ・野口卓司社労士 ・山本奈央社労士 (以上全て会員)	

3 国への働きかけ

(1) 当会の活動目的としての国への働きかけ

当会は、規約第3条③にて「制度や運用についての問題点を把握し、問題提起や提言を行うこと。」を活動の3本柱の一つとしている。

本誌第1号9頁においても

「当会は、100名程度の団体ながら、その専門性と協力した力と知見を結集し、国が抱えるこの分野の構造的な課題にメスを入れ、国に提言活動を行い、

具体的な成果を挙げて、市民全体の権利保障の水準を向上することを究極の目的としている。」と目標を掲げ、

会結成時の「会の趣旨説明」においても「やがて国の政策へも影響力をもつ団体に育っていくことを目指していきたい」と力強く宣言している。

(2) 2017年～2019年の活動履歴

具体的には本誌第1号16頁以下において報告したとおり

① 2017年3月1日「審査請求期日への国の欠席問題」と

② 2019年9月9日「審査請求期日録音中止問題」

の2件について、今まで国に対して具体的な申入れを行って、一定の成果を挙げてきた。

4 2023年6月2日「専門部会立ち上げ」を求める申し入れ

(1) 専門部会設置を求めた

2023年6月2日に同日付けの厚生労働大臣宛ての「障害年金制度改革専門部会の立ち上げを求める声明(申入書)」を同省の担当者に当会代表橋本宏子が手渡して、担当者2名と当会メンバー4名が申入れの趣旨説明に関する懇談を行った。

(2) 申入れの趣旨

申入書の内容は次頁記載のとおりである。

すなわち、2022年10月から社会保障審議会年金部会において、2025年度の年金改革をめざす議論が開始されたものの、障害年金に関する本格的な議論をすることが期待できない状況に鑑みて、「障害年金に特化した、専門家による専門部会を立ち上げて議論するべき」との意見を申し入れた。

2023年5月8日の年金部会では、障害年金研究の専門家である百瀬優委員（流通経済大学教授）からも同趣旨の意見が表明されたタイミングであった。

国としては、「検討したい」旨の回答があった。

障害年金制度改革専門部会の立ち上げを求める声明（申入書）

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

2023年6月2日

障害年金法研究会

代表 橋本宏子

申入事項

障害年金制度の諸課題を改革するために障害年金問題に精通した委員による障害年金制度改革専門部会を立ち上げ、改革のための議論を進めて下さい。

申し入れの理由

はじめに

当会は、障害年金を必要とする人に確実に行き届くようにするため、障害年金問題に取り組む弁護士、社会保険労務士、社会福祉士・精神保健福祉士等の専門家、研究者等の専門職が協力しながら具体的事案を通じて研鑽を重ね、障害年金制度をよりよいものに改善するために2015年10月に結成された研究団体です。<https://nenkin-law.com>

当会は、今まで国に対して、2017年3月1日「審査請求における口頭意見陳述への国の欠席問題」改善申し入れ、2019年9月9日「審査請求における口頭意見陳述の録音中止問題」改善申し入れを行い、いずれも一定の改善対応をして頂きました。その節の御対応に敬意を表します。

申し入れの趣旨

現行の障害年金については、本来受給しうる人々に権利が認められない状況があり、法制度上、運用上、様々な大きな問題があり、国が問題をしっかりと検討し、改革を進めるべきと考えております。

その点、国が社会保障審議会年金部会において2022年10月25日を第1回として、年金制度改革を議論していることに注視しています。しかしながら、2023年3月28日の第2回までの議論の状況を拝見する限り、障害年金の改革に関し、事務局及び19名の委員の発言・意見・議論は極めて限られています。

ようやく同年5月8日の第3回において、部会長及び3名の委員から障害年金に関する発言がありましたが、実質的な議論には至っておりません。率直なところ、同部会の枠組みに任せていては、障害年金に関してこの国に喫緊の課題の改革のための議論は期待し難いと指摘せざるを得ません。

同部会が国の年金制度全体について議論を進めることは重要ですが、部会とは別個に（同部会の一部門でも構いません）、障害年金制度改革のための専門部会を設置し、障害年金に特化した議論を進めることが不可欠であると当会は確信しております。第3回部会において、委員の一人から同趣旨の発言もあったものと認識しています。

省内にてご検討頂き、速やかなる設置をご決断頂きますよう申し入れます。

以上

申入れのあとに厚労省内で記者会見を実施し、下記のとおり週刊福祉新聞2023年6月20日号に報道された。

同社の本誌への転載許可を得たので、下記に掲載する。

週刊福祉新聞2023年6月20日号

障害年金に専門委必要

民間研究会が改革提言



橋本名誉教授

弁護士や社会保険労務士らで構成する「障害年金法研究会（代表＝橋本宏子・神奈川大名誉教授）は2日、障害年金の改革を議論する専門の委員会を立ち上げるよう厚生労働省

に申し入れた。初診日を特定する方ルテを探すのが困難で、結果として受給できない例が多いことを問題視した。申請しても認定されず、不服申し立てする件数が高齢

によると、障害年金は受給者が約231万人（2021年度）。老齢年金の4044万人に比べて少なく、制度も複雑で、年金制度改革の議題になりにくいという。

年金と比べ圧倒的に多いことから、制度運用に問題があるときみ同研究会（福田敏克）

厚労省は22年10月から社会保障審議会年金部会で年金改革の議論を開始。同部会の委員からも障害年金に特化した委員会が必要だとする意見が上がっていた。

5 「2025年改革への提言書」に関する活動報告

(1) 2024年3月6日付「障害年金2025年制度改革への障害年金法研究会からの提言書」を同日、国（内閣総理大臣・厚生労働大臣宛て）に申し入れた。

当会は、2022年初旬頃～2024年3月の約2年間にわたり、2025年の国の年金改革に向けた国への提言書策定のための議論を重ねた。

具体的には、会員が全員参加可能な定例会（20～22回）、同じく事例検討部会（11～13回）等でも提言に関する報告・意見交換等を行い、提言書原案に関し2023年2月18日～3月16日会員アンケートを行い、会員の意見を反映しながら提言書文案修正を進め、最終的には2024年1月22日～2月9日に会員投票にかけ、圧倒的多数の賛成を得て承認された内部プロセスであった。

提言書全文を本誌第I章-1にて掲載しているので、ぜひお読み頂きたい。

そのようにして作成された提言書を2024年3月6日、厚労省中央合同庁舎5号館1階共用第1会議室にて、当会代表橋本宏子が厚労省年金局年金課企画法令第一係志村明洋係長に交付する形で提出した。



同会場で、当会メンバー6名と厚労省年金局・保険局職員5名との意見交換が35分間ほど行われた。

(2) 記者会見と報道

同日午後3時から厚労省内で当会は記者会見を行い、日本の障害年金の課題と本提言申入れの趣旨を説明した。

共同通信社が配信したため、全国各紙で記事化された。

また、週刊福祉新聞社が2024年3月19日号で記事を掲載した。

同社から転載許可を得たため、下記に掲載する。

障害年金認定基準 民間研究会が提言

弁護士や社会保険労務士らで構成する障害年金法研究会（代表＝橋本宏子・神奈川大名誉教授）は6日、障害年金の支給対象に当たるかを判断する「認定基準」の改正試案を公表した。同日、年金制度改革を進める厚生労働省に申し入れ、審議

会の議論に反映するよう求めた。認定基準の試案は、オーストラリアで導入されたものを参考に作成。社会参加への制限を九つの視点で判定する評価表を設けた。働いて稼ぐことの難しい無年金者を減らすのが狙いだ。同研究会は、現在の認定基準は1966年につくられたものであり、ベッドから出られない寝たきりの人を想定している点で時代錯誤だと批判した。制度が複雑なこともあり、本来支給できる人が不支給とされる例が多いとみる同研究会は、「障害年金の目的の明確化」「障害の捉え方を医学モデルから社会モデルに改めること」など12項目にわたって提言した。年金制度改革をめぐり、厚労省は2022年10月から社会保障審議会年金部会で議論を開始。23年6月には20年ぶりに障害年金を議題とし、委員から「障害年金に特化した委員会が必要だ」とする意見が上がった。同部会は今年末に報告書をまとめる予定。

（福田敏生氏）

(3) 提言書の実現を求め、活動を続けます。

当会の英知を集めた本提言書が日本の障害年金の諸課題の改善に少しでも役立つよう、今後も活動を続けていく決意である。

Ⅱ章 障害年金改革のあるべき方向を考える

I章にて、当会の実践活動としての、国に対する改革提言を報告した。

このⅡ章は、障害年金のあるべき姿、方向性に関する、理論研究である。

まず、総論として、1河野正輝（会員外）が基本的視座を示し、2永野仁美が改めて障害年金の目的を検討する。

実体と同じく重要な「手続」に関し3橋本宏子が論じる。

各論として、日本の障害年金制度独自の概念である「初診日」と無年金に関し4小嶋愛斗が近時の判例を分析しながら検討する。

日本の障害年金制度の特徴を考える場合に、諸外国の動向は重要な情報であり、5-1永野仁美が、ドイツ・フランス・スウェーデンの状況について、厚生労働科学研究費による研究成果をもとに、ドイツに関する福島豪教授の研究成果、スウェーデンに関する中野妙子教授の研究成果等も踏まえ、海外の状況を報告する。

その補論として、5-2河野正輝が、イギリス・アメリカ・オーストラリアの状況を報告する。

なお、それぞれの論稿は、当会の活動を意識しながらも、各執筆者の文責によるものあり、必ずしも当会の公式見解を示すものではない。

1 はじめに

障害者権利条約の批准（2014年）に伴い、障害者基本法における障害者の定義規定が改正され、障害者とは「障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」（障害基2条1号）として明文化された。障害者に背負わされる生きづらさ、社会参加の制限が障害者個人の機能障害ではなく「障害及び社会的障壁による」と法定された意義はどんなに強調しても強調し過ぎることはない。

批准により我が国も締約国として同条約を誠実に順守する義務を負う。その義務は障害者基本法の改正と障害者差別解消法の制定等で片付いたわけではなく、すべての障害者関係法の改正が求められることとなった。

具体的には、2022年9月の障害者権利委員会による総括所見で改善を要する点が詳細に指摘され、医学モデルに基づく現行の障害年金法制も、同条約の人権モデルの視点から改善するよう勧告された。障害年金改革の基本課題とは、まさしく障害者権利条約（人権モデル）の視点から改革を図ることに他ならない。実は、先行するイギリス、ドイツ等でも同旨の勧告を受けており、各国の勧告の内容や程度に違いはあるものの、人権モデルに則した改革が広く国際的な要請となっていると言っても過言ではない。

小論では、障害法専門外の方々をも念頭において、あらためて人権モデルに至るまでの障害の捉え方の発展（医学モデル、社会モデルと人権モデル）を概観して、そこから2025年およびそれ以降に予定されている障害年金改革の基本課題とは何かを考えることとしたい。

2 医学モデルから社会モデル、人権モデルへの展開

(1) 医学モデル

医学モデルの特徴は、様々な文献で取り上げられ論じられているが、ここでは前障害者権利委員会委員長のテレジア・デゲナー（Theresia Degener）による説明が簡明で分かりやすいので引用することとしよう。

「障害（disability）の医学モデルとは、障害（disability）を治療、矯正、修復または少なくともリハビリテーションを必要とする機能障害であるとみなす考え方であって、障害者権利条約が克服しようとする考え方である。医学モデルによれば、障害は普通の健康な状態から逸脱したものとされ、障害のある人が社会から排除されるのは個人の問題であり、社会から排除される理由は機能障害のなかに見出されることになる。医学モデルの下では、障害は援護と医学の領域に委ねられる。すなわち医師、看護師、特殊教育の教員およびリハビリテーションの専門職が独占する領域である。障害の社会モデルを提唱した一人であるマイケル・オリバー（Michael Oliver）は、このことを個人主義と医療主義を通じた障害のイデオロギー的構築…と称した。」¹

¹ T. Degener, “Disability in a Human Rights Context”, (MDPI), 2016, pp.2~3.

このような「医学モデルは、人権にとって危険なインパクトを持つ2つの仮説に基づいている」²という。2つの仮説とは、①障害者とは庇護と福祉を必要とする者である、②法的能力とは機能障害しだいで否定され得るものである、という仮説である。そして、第1の仮説は障害児者の特殊学校、入所施設あるいは保護作業所のような隔離された施設を正当化してきたものであり、第2の仮説は精神衛生および障害者を法的無能力として取り扱う法（後見法）を生み出してきたものであると T.デゲナーは指摘する。

(2) 社会モデル

一方、障害の社会モデルの特徴については、T.デゲナーは結論的に次の点を確認する。

すなわち、社会モデルでは「障害は差別と抑圧を通じて社会的に構築されるものとして説明」され、「その焦点は個人にではなく社会に当てられる。障害は人間の連続する多様性の中のほんの1つの差異にすぎないと見なされる。社会モデルは機能障害 (impairment) と障害 (disability) を区別する。前者は体と心の状態に関するものであるのに対し、後者はその機能障害に対する環境と社会の反応の結果である。障害者が社会から排除されるのは政治的には障壁と差別の結果として分析される。」³

ここでは、社会的障壁を形成するものについて具体的に言及されておらず、機能障害と社会的障壁との相互作用にも触れられていないので、少し補足しておきたい。

障害者の社会参加を制限する社会的な構造を、筆者は先行研究に依拠しつつ、次のように説明してきた。

「『従属的劣位としての障害 (者)』が形成されてきたのは、偏見 (prejudice)、固定観念 (stereotype) および社会に広く蔓延する無視・放置 (neglect) を通して、社会の態度や慣行が、システム化された不利益を特定の機能障害に負わせてきたからである。そうすることによって、社会が障害のある人々 (people with disabilities) という従属的劣位の階層 (subordinated class) を、特定の見分けのつく階層として作り出してきたのである。偏見、固定観念、無視・放置という3つの要因はそれぞれ異なる性格・内容のものであるが、憎悪・悪意と結びつきやすい偏見と、情報不足や無知と関わりのある固定観念という2つの要因に加えて、社会的な制度等を設計するに当たり規範的標準から外れる障害者を無視・放置してきた長い歴史的要因が重なって、従属的な階層としての地位が形成されてきたと考えられる。」⁴

以上の趣旨を集約して、社会的障壁の法律上の定義は、「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。」(障害基2条2号)と表現されているわけである。

(3) 人権モデル

T.デゲナーによれば、国連の障害者権利条約の採択とともに新たに現れたモデルが「障害

www.Mdpi.com/journal/laws, accessed 6 Feb. 2018)

² T. Degener, op. cit., p.3.

³ T. Degener, op. cit., p.3.

⁴ 河野正輝『障害法の基礎理論 新たな法理念への転換と構想』法律文化社、2020年、78～79頁。

の人権モデル」であるという。つまり、条約起草の交渉の過程を通じて、社会モデルが有力な理論であったことを認めつつ、採択された権利条約は社会モデルを超えて、障害の人権モデルを法典化したと捉える⁵。

そして次の通り結論する。「私の意図は社会モデルを廃棄することではなく、それをさらに発展させることである。障害の社会モデルは障害者権利条約の交渉の過程において最も成功した見解であった。」しかし「他の多くの人権プロジェクトと同様に、総会における採択によってひとたびこの世界に移植された障害者権利条約はそれ自身の生命を獲得したのである。」そのインパクトは人権モニタリング、国際協力、アクセシビリティおよび法的能力、あるいはインクルーシヴ教育といった多くの領域で重大なものとなっている。かくして「障害者権利条約は障害の人権モデルの成文化なのである。(障害者の権利に関する) 委員会は、その総括所見⁶において、障害の人権モデルという用語を受け入れた。」⁷

その後、障害者の権利に関する委員会は、平等と非差別に関する一般意見第6号(2018年)を発出したさいに、「障害の人権モデル (the human rights model of disability)」の視点を次の通り表現した。すなわち

「障害の人権モデルは、障害が社会的構築物であること、機能障害が人権を否定または制限する適法な根拠と解されてはならないことを認める。それ(人権モデル)は、障害がいくつかの層からなるアイデンティティの一つであることを認識する。このことから、障害法および障害者政策は障害のある人の多様性を考慮に入れるものでなければならない。それ(人権モデル)はまた、人権が相互に依存し、相互に関連を有することおよび不可分のものであることを承認する。」⁸

ここで「障害が社会的構築物であること、機能障害が人権を否定または制限する適法な根拠と解されてはならないこと」をまず初めに認めているから、人権モデルは社会モデルを基礎とする、あるいは前提とする概念であることが分かるであろう。人権モデルとは、社会モデルに依拠して障害者の人権とは何かを説明するモデルに他ならない。

ただし、障害者権利条約において成文化された権利条項が、障害者の人権の完結した最終的な表現であるとは必ずしも限らない。したがって、今後の障害者運動の発展によって、何

⁵ ただし、人権モデルという用語の初出は、T.デゲナーおよびジェラード・クイン (Gerard Quinn) が、障害者権利条約に先立って障害者法改革の国際比較を行い 2002 年に公開した同条約の予備的研究においてであったとされる。河野、前掲書(注4)、117頁参照。

⁶ アルゼンチンおよび中国の最初の報告に対する 2012 年の総括所見を指す。Concluding Observations on the initial report of Argentina as approved by the Committee at its eighth session (17-28 Sep. 2012), CRPD/C/ARG/CO/1, 8 Oct. 2012, para. 7~8.
Concluding Observations on the initial report of China, adopted by the Committee at its eighth session (17-28 Sep. 2012), CRPD/C/CHN/CO/1, 15 Oct. 2012, para. 9~10, 16, 54.

⁷ T. Degener, op. cit., p.14.

⁸ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No.6 (2018) on equality and non-discrimination, para. 9.

か新たな障害者の主張が登場して、その正当性の有無が問われ、その理論的根拠が解明されるときには、やはり社会モデルの考え方に立ち戻ってこれを解明することが必要かつ有効となる場合があるかもしれない。社会モデルと人権モデルはそのような関係でもあるとも言えるであろう⁹。

3 障害年金改革の基本課題—総括所見における勧告

では、障害者権利委員会は人権モデルの視点から何を勧告したか。わが国に対する総括所見のうち障害年金に関連すると考えられるところを次に列挙する。

「A 一般原則と義務（条約 1-4 条）」に関する「Ⅲ 主な懸念事項と勧告」として、

「7 委員会は以下について懸念する。

- (a) 障害者に対するパターンリスティックなアプローチのゆえに、障害関連の国内法および政策が、条約に含まれる障害の人権モデルとの調和を欠いていること
- (b) より集中的な支援を必要とする人々、知的、心理社会的または感覚障害を有する人々を、障害手当および社会的包摂の制度から排除することを促進する、機能障害および能力評価に基づいた障害者の資格および認定の制度を含めて、法律、規則および実務にわたり障害の医学モデルが永続化していること」（以下、略）

「8 委員会は締約国に対し次のことを勧告する。

- (a) 障害に関連するすべての国内法および政策を、すべての障害者を人権の主体として認める条約と調和させること、その際、障害のある人々とくに知的および心理社会的障害のある人々の代表組織との緊密な協議を確保することを含め、他の者との平等を基礎とする人権の主体として調和させること
- (b) 障害の医学モデルの要素を除去するため、障害者の資格および認定の制度を含めて、法律および規則を見直し、障害のあるすべての人々が、機能障害に関わらず、社会において平等な機会および完全な社会的包摂と参加を得るために地域社会で必要な支援を受けることを確実にすること」（以下、略）

「B 特定の権利（条約 5-30 条）」のうち、「適切な生活水準と社会的保護（条約 28 条）」については、

「59 委員会は以下について懸念する。

- (a) 障害関連費用を賄うための給付を含めて社会的保護制度は、障害のある人およびその家族が適切な生活水準にアクセスすることを確保するに不十分であること
- (b) 障害年金が市民の平均所得と比較して著しく低いこと」（以下、略）

「60 委員会は条約 28 条と持続可能な開発目標 1.3 との間の関連を考慮し、締約国に対し、次のことを勧告する。

- (a) 障害者に適切な生活水準を保障し、とりわけ、より集中的な支援を必要とする人々に追加の障害関連費用を保障するために、社会的保護システムを強化すること
- (b) 障害年金の額に関する規定を障害者団体と協議のうえ見直しすること」

⁹ 川島聡「人権モデルと社会モデル—日本の条約義務履行への視座」賃金と社会保障、2023年1月上旬号、72頁以下参照。

(以下、略)

4 年金改革のいくつかの手法

以上の勧告から改善すべき課題・論点は多岐にわたるが、当面する障害年金改革の課題を大別すると、第1は、医学モデルに基づく機能障害の認定基準と認定手続きゆえに、働けなないにもかかわらず無年金となっている障害者を無くすために、人権モデル（社会モデル）の視点から障害認定基準を改革すること。第2は、社会保険制度としての設計上、障害基礎年金の水準が低いことに加えて、未加入または未納等から無年金・低年金の状態に取り残されることが多い障害者を念頭に、人権モデル（社会モデル）の視点から制度設計を見直すことであろう。

第1の障害認定基準の課題は別稿に譲ることとして、ここでは人権モデル（社会モデル）の視点から第2の制度設計にどのような見直しが考えられるかを探ることとしよう。以下はあくまで人権モデル（社会モデル）を意識した改革の多様な可能性・選択肢を探る試みであって、何か1つの具体的提言に集約し、結論づけることを企図するものではないことをお断りしておきたい。

そうした改革の可能性・選択肢をあらかじめ挙げるとすれば、①社会保険方式を維持しつつ保険料免除の改革を通して無年金者の解消を図る手法、②基礎年金について、社会保険方式から税方式への転換を通して無年金者の解消を図る手法、③報酬比例年金について、障害者に対する強制適用範囲の拡大、ならびに新たな拠出支援制度の導入により、すべての障害者が厚生年金保険から排除されないよう改革する手法、および④障害年金と個人予算方式との併用の手法などが考えられよう。

以下で、少し補足説明する。

(1) 社会保険方式を維持しつつ保険料免除の改革を通して無年金者の解消を図る手法

社会保険原則に従えば、未加入や保険料の未納が、無年金となるのはやむを得ないこととなるかもしれない。しかしながら、現行の保険料免除の事由および免除対象者の範囲（所得限度額等）に、社会モデルの見地から検討を加えることによって、障害者の無年金問題の解消にある程度つなぐ手法は無いわけではない。この手法を検討するメリットとしては、①社会保険法の枠組みを持続しつつ無年金者の解消を図る可能性があること、②現行の保険料免除の法規定・省令のなかにすでに改善の手がかりが与えられていることである。

1) 申請免除の事由の見直し

例えば申請免除の事由は、現行法（国年90条以下）では、低所得を事由とする条項として、①前年の所得が政令で定める額以下であるとき、②被保険者または被保険者の属する世帯の他の世帯員が生活保護法による生活扶助以外の扶助その他の援助であって省令で定めるものを受けるとき、および③地方税法に定める障害者、寡婦その他の同法の規定による市町村民税が課されない者として政令で定める者であって、前年の所得が政令で定める額以下であるとき等が定められ、そのほかに保険料の納付困難を事由とするものとして、④保険料を納付することが著しく困難である場合として天災その他の省令で定める事由があるとき（国年90条1項4号等）との条項が置かれている（ちなみに省令では、失業による納付の困難、配

偶者からの暴力その他これらに準ずる事由が定められている。施行規則 77 条の 7)。

このように、「保険料を納付することが著しく困難な場合」を申請免除の事由とするのであれば、障害者が様々な社会的障壁によって納付困難に陥る場合も、障害者基本法の障害者の定義（社会モデル）に沿って「その他の省令で定める事由」の 1 つに加えることも検討されるべきであろう。

しかし、障害を申請免除の事由の 1 つに加えるだけの見直しでは、現在の障害に係る無年金状態の解消にはつながらない¹⁰。現行法の初診日要件に基づいて、不慮の事故や病気が発生してから申請を行っても障害基礎年金の受給要件に算入されないとされているからである¹¹。

それでも、障害を申請免除の事由の 1 つに加えることによって、免除を受けた期間中の別の事故や疾病等で障害が発生した場合、障害基礎年金の受給資格期間への算入（障害基礎年金の受給権取得）や、老齢基礎年金の受給資格期間への算入と年金額への反映にはつながる。つまり現在の障害に係る無年金状態の解消には結びつかないが、将来の障害による無年金（および低年金）問題の改善にはつながるわけである。

2) 「一部納付の未納」は無年金となる取扱いの見直し

障害基礎年金を受けるに必要な被保険者期間を算定するにあたっては、保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算するとされている（国年 30 条 1 項）ところ、全額免除を除く 3/4 免除から 1/4 免除の期間であって、免除されない残りの 1/4~3/4 の部分（一部納付）が未納である期間は、上記の年金受給に必要な被保険者資格期間に算入しないとされている（国年 5 条 4, 5, 6 項）。この取扱いが障害者の無年金に結びつく事例が実際にどの程度存在するかは不明であるが、障害者の納付困難・一部納付の未納を招きやすい様々な社会的障壁の可能性を考慮すると、この取扱いにも見直しの余地があるかもしれない¹²。

もっとも、「相当な社会的障壁による一部納付の未納」の判断にあたって、ある程度定型的な基準をどのように設定するか、また判定に携わる機関をどう構成するか等に困難が予想される。そうすると障害者の場合、固有の事情による短期間の未納や、保険料免除・納付猶予の手続き自体が障害者にとって容易でないことによる未納など、すなわち社会的障壁によると考えられる未納であるのに、それを救済できない恐れが残ることになる。また一方では、「未納」であるにもかかわらず救済して年金給付を認めることに、モラル・ハザードを招くという言わば公平性の観念に関わる問題もないわけではない。

これらのことから、「相当な社会的障壁による未納」は、例外的な救済の対象として扱うべき性質の問題なのではなく、様々な社会的障壁により社会参加を制限されている障害者

¹⁰ この点は障害年金法研究会における安部敬太の 1500 件に及ぶ障害年金代理請求の実務経験と教示に負っている。

¹¹ 初診日問題の分析については、本号（障害年金法ジャーナル 3 号）所収の小嶋愛斗「初診日と保険制度（無年金）の問題」を参照。

¹² ただし、制度改革前の既発の無年金者にこの見直しを遡及することは困難であって、別途独立の給付金を構想する必要があることについて、百瀬優『障害年金の制度設計』光生館、2010 年、200 頁参照。

は、本来、納付義務者の範囲外にある者として考えるべきではないかという示唆が導き出される。そうすると、次の税方式への転換の手法がより重視されることになるであろう。

(2) 税方式への転換の手法

百瀬優が指摘するとおり、短期間の未納により一生涯無年金となる現行の取扱いはペナルティが重すぎる¹³。のみならず、現行の障害年金は、「実態としては無拠出給付の要素を強く有し、社会保険方式の原則から乖離する一方で、保険料未納による無年金を生みやすい構造にもなっている。」¹⁴

現行の社会保険年金制度の下では、社会的障壁に起因する未納か否かを問わず、未納はすべて障害者の拠出義務の不履行とみなされる。障害者個人の自己責任の問題なら、公的年金の制度的配慮から除外されることになるわけである。

しかし、障害者は「障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態」（障害者権利条約前文(e)、1条、障害基2条1号）にある者である。社会的障壁による相当な制限の帰結は、年金制度においては、しばしば保険料の拠出困難、滞納、未納という形をとって現れるのである。こうした不利益な社会的実態の下において、年金保険制度自体が未納による無年金を生むというのは一種の差別的構造なのであり、このことを根本的に検討する必要があるだろう。

1) 社会保険方式を採る現行制度の下で、障害基礎年金を事実上の無拠出年金へ転換する手法

事実上の無拠出年金へ転換する1つの手法は、被保険者資格を取得した20歳後の障害について、初診日要件、保険料拠出要件を問わず障害基礎年金を支給することとする案である。しかしこの案は、社会保険法としての年金法体系のなかで、保険原理から逸脱したこの改正がそもそも成立可能かという疑問に応えなければならない。

見直しの一案としては、「障害基礎年金等の受給権者」ほかを法定免除事由とする規定（国年89条1項1~3号）に準じて、一定の障害がある者を法定免除の対象事由に加える案が考えられよう。

障害基礎年金の受給権者が法定免除とされるのは、すでに年金保険事故が発生している者であり、また保険料の拠出能力も無いに等しいと認められるからと考えられる。そうであれば、障害基礎年金受給者に限らず、一般に障害者は、機能障害と社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にある者であり、法はこのことを直視して、共生社会の実現と社会的障壁の除去を、国および地方公共団体の責務（障害基1条、3条、6条、障害者総合支援1条の2等）としたと解されるから、こうした基本理念の転換に基づいて、「一定の障害がある者」を法定免除の対象事由に加える案も検討の余地はあるであろう。

2) 基礎年金を社会保険法体系から外して無拠出年金として再設計する手法

無拠出年金へ転換する第2の手法は、基礎年金を社会保険法体系から外す案である。これには障害基礎年金のみを外して無拠出年金とする案と、老齢基礎年金等も含めて基礎年

¹³ 百瀬優、前掲（注12）、202頁。

¹⁴ 百瀬、同上。

金全体を再設計する案とが考えられる。

指摘されているとおり、所得格差の拡大のなか、非正規の不安定就労、ワーキングプア、就職氷河期に増加したひきこもり等による無年金・低年金問題の重大さを考慮するとき、老齢基礎年金を含め基礎年金（1階部分）をすべて税方式とする選択肢は検討に値する。後者の場合は、基礎年金法制全体（1階部分）を社会保険法体系から外すから、現行制度のうち報酬比例部分（2階部分）のみが社会保険法として継続することになる。

ただし、いずれにせよ無拠出制の基礎年金法制を新たに構築することが容易でない選択肢であることは言うまでもない。安定した財源の確保という問題のみならず、税方式に付きまとうデメリットの問題も無視することはできない¹⁵。

（3）報酬比例制の厚生年金保険（2階部分）は社会保険方式を前提としつつ、すべての障害者の強制加入と拠出支援制度を新たに導入する手法

この手法は、障害者を納付義務者の範囲から除外したり、障害基礎年金を社会保険法の体系から外したりする上記案の考え方と、一見、矛盾しており、両立しないように思われるかもしれない。ただ、人権モデル（社会モデル）の視点から、社会的障壁を除去して他の者との平等を基礎として社会参加と包摂を進める手法としては、上記の基礎年金の税方式化に加えて、報酬比例年金への障害者の強制加入と新たな社会的拠出支援を制度化することも1つの手法として成り立たないわけではない。

1）すべての障害者の報酬比例制への強制加入

この案は、障害者権利条約の一般原則（3条各号とりわけ、b）無差別、c）社会への完全かつ効果的な参加及び包摂、およびd）差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受け入れ）に基づき、かつ同条約の批准に伴い改正された障害者基本法の目的（1条、共生社会の実現、障害者の自立及び社会参加の支援）に従って、厚生年金保険の障害者への適用拡大をめざすものである。

適用拡大の段階的な進め方としては、まず、2014年改正および2016年改正における①週20時間、②月額8.8万円、③勤務期間1年等の基準を見直して、障害者の非正規・短時間労働の就労実態に即した、より緩和された基準を設けるという手法があるかもしれない。加えて、就労継続支援サービスA型、B型を利用する障害者、およびボランティア等の社会的活動に従事する障害者、さらに社会復帰をめざすリハビリ等に従事する障害者等についても、これらを言わば「社会的就労」に就いている者とみなして、厚生年金保険への強制加入の制度を新設するという抜本的な手法も考えられるかもしれない。これにより、たとえば軽度の知的障害・精神障害で就労困難な者の無年金・低年金問題についても解消をめざすことが考えられる。

2）新たな社会的拠出支援制度の導入

上記の強制加入案に合わせて、非正規・短時間労働の障害者については、労使折半の保険料とするとともに、障害者負担分の一部または全部を公費により負担する新たな拠出支援

¹⁵ 障害基礎年金を税方式化した場合に考えられる財源問題の分析については、百瀬、上掲（注11）199頁参照。

制度を検討する必要がある。同様に、「社会的就労」とみなされるものに従事する障害者の保険料についても、その一部または全部を公費により負担する拠出支援制度を設けることを検討する必要がある。

5 個人予算とダイレクトペイメントの方式—諸外国における手法

最後に、先進諸国で用いられている手法を要点のみ紹介しておきたい。障害年金それ自体を改革する手法ではないが、障害年金と併せて、「個人予算とダイレクトペイメント」方式を導入することによって、障害者の自立と自律の最大化を図る手法である。具体的には、障害に起因する特別の費用を保障する社会手当（金銭給付）および障害者総合支援サービス（障害に起因する特別の費用保障に相当する現物給付）等の障害に係る費用保障を一本化して、個人予算とする手法である。イギリスでは、個人予算（Personal Budgets）は、支援を受ける資格があると認定された人に社会的なケアの予算を割り当てる前払いの金銭給付の方式と説明されている。個人予算方式を利用できる者は非施設サービス型のサービス利用者に限られる。ニーズ判定を受けた後に、地方当局によって、そのニーズを満たすために必要な金額の給付を受けることになる。そしてダイレクトペイメント（福祉サービスの現物給付に代わる金銭給付の直接払い）は個人予算を執行する方法の1つとして利用される。この個人予算とダイレクトペイメントのシステムを通じて、障害のある人々により強く、より多く、選択・コントロール・権限および自立を保障することを目指すものである。この政策転換は、自己管理型支援とも呼ばれる¹⁶。

個人予算方式はイギリスのみならず、フランス、ドイツ等のヨーロッパで、障害者の自立と自律を最大化する試みとして導入されている。ただ、個人予算とダイレクトペイメントの方式は、パーソナルアシスタント等のサービス基盤の諸条件が整ってはじめて効果を発揮する手法であることも踏まえておく必要がある。

¹⁶ 詳細は、河野正輝、前掲（注4）、2章、11章とくに245頁以下参照。

II 章-2

障害年金の目的を再考する－障害年金における「障害」とは

上智大学 永野 仁美

【目次】

- I. はじめに
- II. 現在の障害年金の目的
- III. 障害者を取り巻く社会的・法的環境の変化
- IV. 障害年金の目的の再考
- V. 終わりに－労働と社会保障の関係

I. はじめに

本稿は、2025年の年金制度改革に向けて、障害年金の目的を再考するものである¹。障害年金の目的は、様々な観点から検討しうる。例えば、2022年10月に日本が受け取った障害者権利委員会による総括所見²では、「市民の平均所得に比べ、障害年金が著しく低額であること」が懸念事項として示され、「障害者団体と協議のうえで、障害年金の額に関する規定を見直すこと」が勧告されたが（パラグラフ 59(b)、60(b))、障害年金の水準をいかに設定すべきかという観点から目的を考えることもできる。この場合には、障害者に対しその尊厳にふさわしい相当な生活を保障することや、障害者の自律・自立や社会参加を支え、その生活を安定せし

¹ 第3回社会保障審議会年金部会（2023年5月8日）において、島村暁代委員より、「既に指摘のあった初診日の要件のほかにも、障害年金の目的をどう捉えるのか、医学モデルなのか、社会モデルなのかも含めて、何のために障害年金は支給されるのかを認定基準との関係も含めた上で議論する必要がありますし、その際にはそのほかの障害者施策との関係性についても視野に入れた上で議論していく必要があるのではないかと考えております」との発言がなされており、障害年金の見直しに際しては、障害年金の目的をどう捉えるべきかという点も重要な論点であることが示されている。

² Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of Japan, 7 October 2022

めること等が障害年金の目的として示されえよう。そして、この目的に資するよう、障害年金の額を設定することが求められることになる。

この例が示すように障害年金の目的は様々な角度から検討しうるが、本稿では、どのような状況にある障害者に対して障害年金を支給すべきかという観点から障害年金の目的を再考する。すなわち、障害年金における「障害」（要保障事由／障害要件）と関連付ける形で障害年金の目的について検討する。障害者については、障害者基本法においてその定義が置かれているが³、この定義に当てはまる全ての障害者に障害年金が支給されるわけではない。障害者に関連する法は複数存在するが、それぞれの法は、それぞれの目的に即して、その適用を受ける障害者の範囲を画している。それゆえ、障害年金の支給対象となる障害者の範囲という極めて重要な事項を検討するにあたっては、そもそも障害年金の目的は何かということを改めて考えることが必要であると言える。

なお、障害年金の目的については、第6回日本障害法学会研究大会のシンポジウム「障害年金制度の課題」において検討したことがある。そのため、以下の記述は、「目的から考える障害年金の要保障事由」（障害法6号（2022年）29頁）と重なる部分がある。また、本稿では、障害基礎年金を念頭に、その目的について検討する。

Ⅱ．現在の障害年金の目的

まず、現行の障害年金制度において、その目的がどのように捉えられているのかということから確認したい。

Ⅰ．障害年金の目的についての説明

障害基礎年金の仕組みを定める国民年金法は、年金給付を行う目的について、「国民生活の安定がそこなわれることの防止」や「健全な国民生活

³ 障害者基本法は、障害者について、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害…がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」との定義を置いている（基本法2条1号）。

の維持・向上への寄与」(国年法1条)という抽象度の高いものしか定めていない⁴。したがって、ここから障害年金の具体的な目的を読み取ることは難しい。

そこで、政府がどのように障害年金の目的について説明してきたのかを見てみると、次のように説明してきたことが確認される。まず、国民年金法の制定時には、「障害年金は、国民が廃疾となって日常生活の用を弁償することができなくなったり、あるいは日常生活に著しい制限が加えられたりした場合、すなわち、所得活動が制限された場合に、その生活の安定がそこなわれることのないよう防止することを目的とする給付」であるとの説明がなされている⁵。そして、その後の国会答弁においても、基礎年金制度を導入した1985年法改正の前後を問わず、繰り返し、障害年金は「稼得能力の喪失又は減少」に対し所得保障給付を行うことで障害者の生活の安定・向上を図るものであるとの説明がなされている⁶。

したがって、現行の障害年金の目的は、「稼得能力の喪失・減退や所得活動に制限がみられる場合に、就労所得に代わる所得を保障すること」にあると考えられていると言える。

2. 実際に障害年金に与えられていると思われる目的

しかしながら、障害年金は、必ずしも稼得能力の喪失・減退や所得活動に制限が見られる場合の所得保障の仕組みとして機能しているとは言えない。稼得活動ができていないにも関わらず、障害等級2級に認定されず、障害年金を受け取れない障害者が生じているからである。その要因は、稼得活動への制限とは無関係になされる障害認定の在り方にある⁷。

⁴ 障害厚生年金について定める厚生年金保険法も、その目的については、労働者とその遺族の「生活の安定と福祉の向上」(厚年法1条)と定めるのみであり、同様の状況にある。

⁵ 小山進次郎『国民年金法の解説』(時事通信社・1959年)172頁。

⁶ 安部敬太「障害年金における等級認定(1)－その歴史的変遷」早稲田大学大学院法研論集176号(2020年)2頁、19-20頁。

⁷ 安部敬太「障害年金における障害認定の現状」障害法6号(2022年)9-13頁。なお、障害種別により障害認定に関し合理的に説明できない相違が生じている

障害年金の支給範囲を画する障害要件は、稼得能力の喪失・減退や所得活動への制限を保障する観点から定められていない。1級又は2級に該当する程度の障害の状態にあるかどうかを判定するための障害認定は、「日常生活に対する制限」の観点からなされることとなっているからである。しかも、実際には、「医学モデル」に立脚する機能障害をベースとした障害認定が大半を占めている（国民年金法施行令別表、及び、国民年金・厚生年金障害認定基準（令和4年4月1日版）⁸）。

「機能障害」に偏重した障害認定のあり方は、国民年金法制定時の説明から読み取れる「機能障害が重いこと＝日常生活への制限＝稼得活動への制限」という推定を前提としていると思われる。確かに、こうした推定は、かつては有効であったかもしれない。そして、障害を「機能障害」で捉えることについて、障害年金の目的との関係でそれなりの合理性もあったと言えよう⁹。しかし、現在、上述のように「稼得活動ができていないにも関わらず、障害年金を受け取れない障害者が生じている」とすれば、それは障害者に対する所得保障制度における大きな課題であり、この推定そのものを見直す必要がある。

Ⅲ. 障害者を取り巻く社会的・法的環境の変化

それでは、見直し後の障害年金は、どのような目的のもと、どの範囲の障害者に対して支給されるべきなのか。この点を検討するに先立ち、障害

こと（すなわち、一方に障害年金を安定的に受給しやすい障害（例えば、下肢の麻痺障害等）があり、他方に障害年金の受給につながりにくい障害（内部障害・精神障害等）がある）も、障害年金制度が抱えるもう一つの大きな問題である。この問題についても、障害年金の目的の再考を通じて解決することが期待できる。

⁸ 日本年金機構 HP

(<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/20140604.html>)

⁹ 障害を補う技術が発達しておらず、また、労働市場で求められる労働も機能障害を有する者に不利であるもの（例えば、工場での労働）が多かった時代、さらには、社会への参加や働くことに関して差別や偏見による障壁が大きかった時代には、支給対象となる機能障害の範囲をどのように設定するかという問題は存するものの、機能障害を有する者を障害年金による所得保障を必要とする者とするに、大きな齟齬はなかったと言えよう。

者を取り巻く社会的・法的環境の変化に言及しておきたい。社会状況の変化に伴い、障害年金の仕組みも変わっていくことが求められるからである。

まず、障害の捉え方は、機能障害に着目する「医学モデル」から「社会モデル」へと変化している。実際、障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備に際して、日本においても、障害者基本法の中に「社会モデル」に立脚した障害者の定義が導入されるに至っている（基本法 2 条）¹⁰。「社会モデル」において、障害は、機能障害を有する個人の問題としてではなく、社会の問題として存在する。すなわち、障害者が障害の状態に置かれる要因は、社会の側にあると考えられる。それゆえ、社会政策においては、障害者の社会への参加を阻む「社会的障壁」をいかに除去していくかが課題とされる。

そして、依然として課題は残るものの、社会的障壁を除去していくための施策により、近年、障害者の社会への参加や就労は次第に容易になってきている。障害者差別解消法による取組みやバリアフリー法によるアクセシビリティの改善は、障害者を取り巻く生活環境を改善しつつあり、障害者の社会参加は進展している。また、障害者雇用促進法による施策（雇用義務制度や合理的配慮提供義務を含む差別禁止原則等）は、障害者の労働市場での就労可能性を増大させている¹¹。そして、障害を補う様々な技術の進歩によって、かつては機能障害ゆえに困難であったことを行うことが容易ないし可能となってきており、それが、障害者の社会生活や就労生活を支えてもいる¹²。こうした状況の中で、障害等級 1 級・2 級に該当する

¹⁰ 注 3 参照。

¹¹ 障害者総合支援法が定める就労系福祉サービス（福祉的就労）の利用者も増加傾向にある。長谷川珠子・石崎由希子・永野仁美・飯田高『現場からみる障害者の雇用と就労－法と実務をつなぐ』（弘文堂、2021 年）7 頁〔永野執筆部分〕。

¹² 『障害認定基準（令和 4 年 4 月 1 日改正）』は、障害等級 1 級の該当性判断に当たり「家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね就床室内に限られる」か否かの検討を求めたり、2 級の該当性判断にあたり「活動の範囲がおおむね家屋内に限られる」か否かの検討を求めたりしている。この点については、『障害認定基準』における障害の状態像は、国民年金法制定当初（1950 年代）の障害者を反映したものであって、障害者基本法の障害者像に比して著しく狭く、障害年金受給者の範囲を狭めることに寄与している恐れがある」との批判がなされている。河野正輝『障

機能障害を有する者の中には、労働市場において十分な所得を得ることが可能となっている者もいる。しかし、その一方で、日常生活上の困難は大きくないが、就労において困難を抱える者（例えば、精神障害・発達障害のある者）が増えており、その存在に、注目が集まるようになってきている。

障害年金制度の目的を再考するに当たっては、こうした障害を取り巻く社会的・法的環境の変化、そして、障害のある者がおかれている現実の状況を踏まえる必要がある。

IV. 障害年金の目的の再考

1. 障害年金の目的

以上を前提として、障害年金の目的を再考していきたい。障害年金の目的を検討するにあたり、まず求められるのは、障害を社会モデルの観点から捉え直すことであろう。障害者基本法では、障害者権利条約の影響のもと社会モデルに立った障害者の定義が置かれるに至っているが、障害年金における障害認定においては、障害を社会モデルの観点から捉えることが欠けている。それゆえ、前述の障害者権利委員会による日本に対する総括所見の中でも、障害認定の仕組みにおいて医学モデルが採られ続けていることに対し懸念が示され（パラグラフ7 (b)）、障害認定における医学モデルの要素を取り除くよう勧告がなされている（パラグラフ8 (b)）¹³。

そして、このような社会モデルに立って障害を捉えることへの要請、政府がこれまで行ってきた障害年金の目的に関する説明、及び、障害年金が数ある障害者施策の中でも障害者に対し年金という形で「金銭給付」を行い、所得保障を行うものであることを勘案すると、障害年金の目的は、障害者の中でも特に、機能障害と社会的障壁の存在によって「所得を得ることが困難な状態に置かれている者」、すなわち、「就労等の稼得活動が制限

害法の基礎理論—新たな法理念への転換と構想』（法律文化社、2020年）226頁。

¹³ 障害者権利条約の批准に際しては、数々の国内法（例えば、障害者基本法や障害者雇用促進法等）の見直しがなされたが、障害年金についての見直しはなされなかった。

される者」に対し所得保障給付を行うことにあると言えるのではないだろうか¹⁴。そして、この目的と整合するよう、障害年金における「障害」（要保障事由）を捉えた上で、障害認定を行う必要がある。すなわち、障害年金における「障害」（要保障事由）を「社会モデルの観点から捉えた障害ゆえの稼得活動への制限」とした上で、就労等の稼得活動の制限が現に生じているかどうかを認定することが求められる。このようにすることで、「稼得活動ができていないにも関わらず、障害年金を受け取れない障害者が生じている」という現行の障害年金制度が抱えている切実な問題への対応が可能になると思われる。

その一方で、このように障害年金の目的を捉え直すと、障害年金は、稼得活動の制限が見られない場合（すなわち、十分な就労所得があるような場合）には支給されないこととなる¹⁵。障害者が、労働市場において差別されることなく就労所得を得られることは、雇用政策が目指すところであり、障害者が障害年金を必要としない状態になることは、むしろ望ましいことと言える（ただ、この点については、次の2で改めて検討する）。また、稼得活動の制限には程度があることから、障害年金は、支給されるか支給されないかの二者択一ではなく、制限の程度に応じた段階的な支給と

¹⁴ 「稼得活動の制限」という表現は、政府が国民年金法の制定時から繰り返し言及してきたことと同じことのように思われるかもしれない。しかし、国民年金法制定時には「所得活動が制限」という言葉が使用されているものの、政府は、主として「稼得能力の喪失または減少」という文言を使用して障害年金の目的や位置づけを説明してきた¹⁴。この文言は、必ずしも障害の社会モデルを踏まえたものとはいえず、稼得活動が制限される原因を障害者本人の能力に帰すものである。それとは異なり、「社会モデル」を踏まえ、「障害者が社会の中で被る不利益も勘案した上での『稼得活動への制限』に対し所得保障給付を行うこと」が障害年金の目的となるのではないかと考える。

¹⁵ 「社会モデル」は、障害の範囲を広めることもあれば、狭めることもある。このような認定方法を採用すると、現在、障害年金受給している者の中に、受給資格を失う者が多数出てくることが予想される（例えば、機能障害の程度は重いが、その就労への影響は小さい身体障害のある者）。そのため、この方向で制度の見直しを行う場合には、障害年金受給者の生活への影響を勘案して十分な移行期間を設けることが必要である。また、次に検討する障害に起因する特別な費用を保障する仕組みを整えることも求められる

なることが求められよう¹⁶。

2. 障害に起因する特別な費用の保障

ところで、現在の障害年金には、その創設から時間を経るなかで事実上与えられるに至っている役割もある。障害により要する特別な費用の保障である¹⁷。1級の場合の0.25倍の加算にはこの意味合いが含まれている¹⁸。また、就労所得は十分にあるが、障害に起因して生じる費用のために障害年金が必要だという者も存在する。ただ、この点に関しては、特別障害者手当の仕組みが存在しており、「稼得能力の喪失に対するものが基礎年金であり、介護ニーズ（や）特別な費用（の）負担…を補てんするのが特別障害者手当」であるとの整理がなされてきた（第162回国会衆議院厚生労働委員会第23号平成17年5月18日）。しかし、同手当は、精神又は身体に重度の障害を有し、日常生活において常時特別の介護を必要と

¹⁶ 稼得能力に対する制限の度合いについて、①就労所得の水準や労働時間の数などの具体的な基準で決めるのか、それとも、②就労に相当な程度の支障があるといった抽象的な基準で決めて様々な事情を総合評価するのかという2つの選択肢を提示するものとして、福島豪「障害年金の権利保障と障害認定」社会保障法33号（2018年）129・130頁。細かな言葉の使い方等に相違があるとしても、本稿での検討は、同論文で述べられている「政策論としては、障害によって所得を稼ぐことができない場合に所得を保障するという障害年金の目的に即して、障害等級を就労によって所得を稼ぐ能力、つまり稼得能力の制限という観点から見直すとともに、障害年金と就労所得の合計額が高額になる場合には、就労インセンティブに配慮しながら、所得に応じて障害年金を調整することが望ましい」とする見解（同129頁）と、大筋で同じ方向を向いていると考える。

¹⁷ 第5回社会保障審議会年金部会（2023年6月26日）に福島豪教授が提出した資料（「障害年金の制度改正に向けた中長期的課題」）においても、「拠出制の障害年金が就労所得と調整されないのは、障害年金の保険事故が稼得能力の制限ではなく障害それ自体と捉えられているので、障害がある以上当然に受給できるはずの障害年金に所得制限を課すことはできないからだ」と説明することができる。その意味で、障害年金は、障害によって所得を稼ぐことができない場合に代わりの所得を保障することにとどまらない役割を担っていることになる」との指摘がなされている。もっとも福島教授の所論は、「障害年金の目的を、障害によって所得を稼ぐことができない場合に一定の所得を保障することに明確化することが必要である」ということにある。

¹⁸ ただ、現行制度は、障害等級2級の者の中にも、介護にかかる費用等の障害により生じる費用を必要とする者が存在していることを見逃している。

する在宅の20歳以上の者に支給が限られており、本人又は扶養義務者の所得による支給制限もある。そのため、「障害により要する特別な費用の保障」の仕組みとしては十分に機能しきれていない。それが、障害年金に障害に起因する費用の補てんを求める要因の1つにもなっている。「障害年金2025年制度改革への障害年金法研究会からの提言書」（本誌）において、①稼働活動が制限されること、もしくは稼働所得が喪失している状態、又は、②日常生活・社会生活に様々な支障があることに対する金銭給付が必要な状態が、障害年金の要保障事由として設定されるべき旨が示されている理由もここにある¹⁹。

この点については、障害年金と社会手当や福祉サービスの利用者負担を軽減する仕組みの役割分担を明確にしつつ、後者（社会手当・障害福祉サービスの利用者負担の軽減）を改善することで対応することが望ましいと考えている²⁰。両者を明確に分けることで、所得保障あるいは障害により要する費用の保障が必要な者に給付が届かなくなるリスクを回避でき、また、適切な支給額の設定や支給・保障方法の導入につなげることが可能となると考えるからである。

ただ、役割分担の明確化や後者の改善がなされないまま、障害年金が現在事実上担っている役割をなくしてしまうことも問題である。上述のように、現在では、労働市場で十分な就労所得を得ている障害者も増えており、「稼働活動への制限」に対する所得保障給付については必要としなくなっている者もいるが、そうした者も依然として障害ゆえに起因する費用に対するニーズは有している可能性があるからである。

¹⁹ 1983年7月28日に提出された「障害者生活保障問題専門家会議報告書」でも、「障害者の所得保障は、障害により失われた稼働能力の補てんと、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から踏まえて行われる必要がある」旨の指摘がなされている（第102回国会参議院社会労働委員会第12号昭和60年4月9日）。

²⁰ 障害に伴う特別な出費について、1級の加算の目的や金額の根拠が不明確になっていることや2級の障害年金受給者の特別な出費をカバーする仕組みがないこと等を理由として、公的にこれをカバーするのであれば、年金制度外の仕組みで対応することが望ましいとする見解として、百瀬優「障害年金の給付水準」社会保険法研究33号（2018年）109頁。

したがって、現段階において、①稼得活動の制限等だけでなく、②日常生活・社会生活に様々な支障があることに対しても金銭給付を行うことが、障害年金の目的となりうるとする障害年金法研究会の提言は、現実を見据えたものであると考える。

V. 終わりに－労働と社会保障の関係

本稿では、障害年金の目的を改めて再考し、障害年金は、基本的には、障害者が社会の中で被る不利益も勘案した上での「稼得活動への制限」に対し所得保障給付を行うことを目的とし、この目的に沿う障害認定の在り方や支給方法を導入することが求められる旨を示した。

障害年金の目的を再考することは、労働と社会保障の関係を改めて考えることでもある。これまでの社会保障の仕組みにおいては、「労働か、さもなければ社会保障か²¹」という発想が多分に見られた。障害者に対する所得保障の仕組みも、障害者は労働により収入を得ることが困難であることを理由に整えられてきたと言える。障害者は、ステレオタイプに労働できないとみなされていたわけである。そして、20歳前に初診日がある場合を除き²²、障害年金給付は、「受給できるか、受給できないか」の二択となっている²³。しかし、上記でも確認したように、現在では、機能障害があることが、すなわち労働により収入を得ることが困難であることを意味しない。また、働き方も多様化している。正規雇用で働く障害者もいれば、障害との兼ね合いでパートタイム就労をする障害者、福祉的就労の場で働く障害者もいる。「労働か、さもなければ社会保障か」という二者択一で

²¹ このフレーズは、林健太郎『所得保障法制成立史論－イギリスにおける「生活保障システム」の形成と法の役割』信山社（2022年）において、印象的に使用されている。

²² 20歳未満に初診日のある障害者については、所得が一定額を超えると、障害基礎年金の全部又は2分の1が支給停止となる（国民年金法36条の3）。

²³ 第5回社会保障審議会年金部会（2023年6月26日）に百瀬優委員が提出した資料（「障害年金制度の見直しに係る課題と論点」）においても、障害年金と就労収入の調整が課題として挙げられており、「全く行われたい、急激に行われるかの…両極端な調整は、一方で障害種別間での不公平感を生み（⇒注7）、他方で就労阻害の可能性を産んでいる」との指摘がなされている。

はなく、「障害ゆえに働くことに制限はあるものの収入も得ている。ただ、生活をしていくには不十分であるので社会保障による給付も必要とする」という「労働と社会保障の組合せ」を必要とする者も多いのではないだろうか。

現行の障害年金の仕組みは、障害の状態は固定で、障害者（機能障害を有する者）は就労所得を得ることが困難な存在であることを前提としている。障害の状態は可変であり、社会環境によっても変わりうるものであること、そして、障害者像は多様化していることを前提として、就労と社会保障給付との間の関係も見直していく必要があるのではないだろうか。

まえがきー本稿の理解のために

I章 本稿の視点

- 1, 「藤原論文」を受けて
 - (1) 「市民の立場」
 - (2) 制度改革を視野に
- 2, 藤原論文に学ぶー「人間が人間として生きる権利」の位置
 - (1) 「手続的権利」と「人間が人間として生きる権利」
 - (2) 「人権」という言葉、「権利」という言葉
 - (3) 本稿（橋本）にいう「人間が人間として生きる権利」の理解
 - (4) 藤原論文に立ち返ってー市民（障害年金の請求者）の権利は行政主体の決定に先行するのか、それとも行政主体の決定が権利に先行するのか
 - (5) 藤原論文に立ち返ってー「全体としてとらえる」ことと「人間が人間として生きる権利」
 - (6) 藤原論文に立ち返ってー「年金給付をめぐる処分に対する不服申立の制度」の位置づけ

Ⅱ章 社会保障の権利を考えるーイギリス法から得る手がかり

- 1, イギリスにおける審判所（tribunals／事後手続）
 - (1) 福祉国家の出現と審判所の発展
 - (2) イギリスの審判所に対する本稿（橋本）の関心
 - (3) 「公共信託論」（国政信託の法理）について
 - (4) 「公共信託論」と審判所
- 2, 以上を踏まえてーあらためて考えること
 - (1) 「新しい調和」という言葉に関連して思うこと
 - (2) 「新しい調和」についてー本稿（橋本）の理解
 - (3) 「新しい調和」という言葉と日本への適用ー市民の目線で
 - (4) 「一種の新しい調和」と「請求者のニーズの一種の確認手続」
- 3, 「事前手続」と「新しい調和」ー雇用支援手当にみる「資格に依拠する権利体系」
 - (1) 河野報告を手掛かりに考える「事前手続」と「新しい調和」
 - (2) 河野報告からみえてきたこと
 - ① 河野報告からみえてきた「資格に依拠する権利体系」
 - ② 「労働能力アセスメント」について
 - (3) 雇用支援手当にかかる受給資格の決定までの流れ
 - ① 図でみる雇用支援手当にかかる受給資格の決定までの流れ

- ② 図の説明に寄せて
- ③ 雇用支授手当と国民保険上訴審判所(NIAT)への上訴
- (4) 「資格に依拠する権利体系」とは

III章 社会保障法の基本問題－法の柔軟性と「手続」

1, 社会保障の権利を整理する

- (1) 「人間が人間として生きる権利」(憲法13条)と社会保障法の関係
- (2) 社会保障法における権利(概念)の特質
 - ① 社会保障法における「権利」(保障)の(あり様の)特質
 - ② 社会保障法における「権利」(概念)の特質
- (3) 「異なった基準」と手続
- (4) 社会保障法の「権利」の柔軟性と法的姿勢—その権利保障の方向性の上立って
- (5) 確認—社会保障法にかかる「権利」と2つの特質

2, 「人間の生存を保障する権利概念」のもつ固有の基準を深めるために

- (1) 注目される多様な有限的変動因子の存在
- (2) 「有限的変動因子」を分析する—「人間が人間として生きる」ことのもつ捨象できない「個別性」や「可変性」
 - ① 「個別性」や「可変性」を無視したところで、「人間が人間として生きる」ことの保障を考えることはできない
 - ② 障害年金と求められる個別の判断
 - ③ 「障害年金の手続」と「個別性」「可変性」—「障害のある人の心身の苦痛や衰弱その他の個人の心身に生じる苦悩」
- (3) 行政主体の「決定」と「有限的変動因子」の存在
 - ① 朝日訴訟最高裁判決(傍論)の指摘—「行政庁の合目的かつ専門技術的裁量」と「有限的変動因子」(多数の不確定要素)の関係—
 - ② 社会保障財源—その1
 - ③ 社会保障財源—その2
- (4) 「社会保障の権利体系」と「有限的変動因子」—「初診日」を素材に考える
- (5) 行政の判定基礎資料のひとつとしての「障害認定基準」
 - ① 「障害認定基準」への視角
 - ② 「障害認定基準」の「法的性格」と実体
 - ③ 「障害認定基準」と現状
 - ④ 1型糖尿病障害年金訴訟(東京)から読み取る「柔軟な運用確保」への糸口
- (6) 「障害年金の手続」からみた障害認定基準

- ① 注目されるイギリスの考え方―「基準給付は法的原則ではない」
- ② 「有限的変動因子」の関りにおいて求められる「柔軟な運用確保の必要性」

3, 確認―「障害年金における手続過程」の内実

- (1) 「障害年金における手続過程」の総合的把握
- (2) 新しい法的課題の発見
 - ① 判決にみる「手続的権利と実体的権利の関係」
 - ② (障害年金を含む) 社会保障に関する給付請求手続
 - ③ 新しい法的課題の発見―社会保障法における「手続的権利と実体的権利」の関係

IV章 わが国の障害年金における手続過程をどの様に捉えるか

1 はじめに

- (1) 基本的な視点の確認
- (2) 障害年金における手続過程のイメージ

2, わが国の障害年金にかかる手続過程の改善にむけて

- (1) 「義務付けられた再検討」の導入―イギリスの状況に触れて
- (2) イギリスにおける「新しい運用アプローチ」と「資格に依拠する権利体系」
- (3) わが国を顧みて―「義務付けられた再検討」の導入の契機を探る
- (4) わが国固有の個別・具体的な「運用アプローチ」を考える

① 説明責任と理由付記―「『権利』を、プロセスを通じて具体化する『場』」の視点から

② 決定①が、「棄却」等であった場合の「義務付けられた再検討」段階への移行と「追加の証拠資料の提出」

- ③ 非対称性とわが国固有の個別・具体的な「運用アプローチ」の検討
- ④ 求められる「権利実現のためのバックアップ機関」の創設―非対称性を視野に
- (5) 主に決定①段階で行われる実地調査の性格 市民の立場
 - ① 「市民」の「自然発生的に生ずる要求」の意味内容
 - ② 「客観化できないニーズ(個別性 可変性をもつ有限的変動因子)」への対応
- (6) 行政機関の「再決定」②を受けて
- (7) さいごに

V章 「障害年金」の伝統的な構造と人権概念との「齟齬」の克服を求めて

1, 社会保障法の歴史と「稼得能力の喪失」

- (1) 社会保障法の成立
- (2) 社会保障法形成の土台

- (3) 社会保障政策の今日的保障方法
 - (4) 「いわゆる社会政策」と労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系
 - (5) 社会保険が対象とする要保障事故と「稼得能力の喪失」のむすびつき
 - (6) 保険の技術的要素とその変容—維持されていること、変化していること
- 2, 障害年金制度についてあらためて感じること
- (1) 市民目線で
 - (2) 社会保険制度のもつ「定型性」と「個別性」や「可変性」
- 3, 障害年金と人権—「身体性をもった人間の生命全体」への関心
- (1) 歴史的にみた社会保障法の法的性格→貧困化の契機としての「障害」
 - (2) 「社会保険」(障害年金)とノーマライゼーションの理念
 - (3) 近年の変化—障害年金制度の「変容」(個別性の顕在化)とその背景
 - ① 「人間が人間として生きる」ことの「意味内容」の深まり
 - ② 政策提言(『第三の道』)にみる変化—ビバリッジをこえて／事故という発想を超える
 - ③ 注目される「身体性をもった人間の生命全体」への関心
- 4, 社会生活(日常生活)を考える
- (1) 社会生活(日常生活)の理解—含まれる職務上の生活
 - (2) (個々人のそれぞれに則した)社会生活(日常生活)
 - (3) 現状はどうだろうか。
 - (4) 社会生活(日常生活)を考える視点—労働と社会生活(日常生活)とのむすびつき
- 5, 「人間の自立」「人間の主体性」「自己決定」を考える
- (1) 個を考える
 - ① 問題のありか
 - ② 強い安定した自立した個人
 - ③ 法規範としての個人像
 - (2) 「強い安定した個人」像のゆらぎ
 - ① 問題のありか
 - ② 当事者運動と当事者主権
 - ③ 「当事者主権」の限界と当事者研究
 - (3) 人間の「生存における他者」の存在
 - ① 問題のありか
 - ② ケアの倫理—「弱く」「もろい」存在であることが普遍的人間属性
 - ③ ケア規範の探求からみた「自由・平等」論への疑問
 - (4) 生存と他者—個人を個人として確立させる他者(含む自然)
 - (5) 「意志」は自発的には存在しない—中動態に学ぶ
 - (6) 「意志」の形成

- ① 「対話」の重要性
- ② 主体が立ち上がる
- (7) 「主権」と自己決定
- (8) 憲法理念との緊張関係の中で

6, むすび 解決の糸口を求めて

- (1) リベラリズムとは何だろうか
- (2) 現代の「人間の尊厳」の思想（生存のための『自由』）とリベラリズムの根底にある

自由

- (3) 「生存のための『自由』」から読み取る「生存と他者」
- (4) 時代によって変化する人間の意識—承認を求めて
- (5) 重要な「全体と個」の理解
 - ① これまでの「全体と個」の理解
 - ② 「全体と個」の視点からみた「高齢者問題」「障害者問題」
 - ③ 「全体と個」の理解の変容
 - ④ 新しい段階を迎えた「全体と個」の理解—他者とともに人間になる
- (6) むすびにかえて—障害者権利条約に言うインクルージョンを考える

。

「障害年金における手続」を考える－研究と実践を繋ぐ試みとして

神奈川大学 橋本宏子

まえがき－本稿の理解のために

1. 本稿（橋本）に関連して触れておきたいこと

(1) 本稿（橋本）では、主に「問題の所在を明確にする」という理由から、「障害基礎年金」を念頭に論旨を展開している。

(2) 本ジャーナル2号にはすでに、手続に関する論文として、藤原 精吾、安部 敬太、嘉藤 亮の三氏の論文が掲載されている。本稿（橋本）は三論文を所与の前提としている。

(3) 本稿（橋本）は、研究論文ではない。「研究と実践を繋ぐ」という視点に立ち、「障害年金」の手続を考えるにあたっては、「こんな発想はどうだろうか」「こんな考え方も必要ではないだろうか（出来るのではないだろうか）」という筆者（橋本）の思いを提示しようとしたものである。特にV章については、その観が強い。

(4) さりながら上のような「筆者（橋本）の思い」を、実際に文章を通して伝えることは難しい。本稿（橋本）では、筆者の微力を補う意味で、各章の初めに、（その章の）ポイントを提示した。

(5) なお本稿（橋本）では、その趣旨に鑑み、引用文献の注の記載方法は簡略化している。例えば、本ジャーナル1号掲載の拙稿（「補論 河野論文を受けて 浮かび上がる〈近代〉への関心－2つの視点を通して生存権を考える」）で言及した事項については、「ジャーナル1号」参照といった記載にしている。種々、ご寛恕頂ければ幸いである。

2 本稿の構成の概略

(1) 1章 本稿の視点

ウエヴジャーナル2号掲載の三論文の総論部分にあたる藤原論文を、筆者（橋本）の視点から整理・確認することによって、本稿（橋本）への誘いとしている。

(2) II章 社会保障の権利を考える－イギリス法から得る手がかり

イギリスの行政手続法の法理を参考としながら、「障害年金」の手続のもつ意味について述べている。その具体的な「あり様」の説明にあたっては、（一昨年の障害年金法研究会裁判事例検討部会で取り上げられた）イギリスの「雇用支援手当」の請求から決定に至る手続を参考としている。。

(3) III章 社会保障法の基本問題－法の柔軟性と「手続」

普通「権利」は、厳格で明確でなければならないと考えられている。しかし「障害年金」にも関係する「人間が人間として生きる権利」は、（ケース・バイ・ケースで判断されなければならない要素を含むので）「固定的静止的な物の権利（財産法的思考方式にも

とづく権利)」のような「『権利』概念の厳格的規定性」をもたない（もてない）。Ⅲ章は、この点について具体的に述べている。「人間が人間として生きる権利」の概念の特殊性は、「障害年金」の手続の「あり様」にも関係してくる。

(4) Ⅳ章 わが国の障害年金における手続過程をどの様に捉えるか

イギリスでいわれる Mandatory reconsideration（「原処分庁に義務付けられた再検討」又は「原処分庁による再検討の義務付け」の意と解する）を参考にしつつ、本章では（「障害年金」の請求後、相応の期間内に原処分庁の応答がない場合、もしくは原処分庁が棄却あるいは一部認容の決定を行った場合において請求人が希望する場合には）、原処分の再検討が制度上（当面は行政慣行上）原処分庁に義務づけられることを提案している。さらに出来る事ならその再検討の場が、（当該請求人の生存のための要求と保険者の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする「公開審理の場」として設定されることを提言している。「公開審理の場」の設定は、障害年金における手続過程が、請求者の「権利」を、プロセスを通じて具体化していく「場」（過程）としての有効性をさらに深めることになると考えるからである。

(5) Ⅴ章 「障害年金」の伝統的な構造と人権概念との「齟齬」の克服を求めて

初めに「障害年金」の手続を考える際に、根底のところに関係してくる問題 すなわち「（障害年金を含む）社会保障法の法的性格とは何か」、またその延長線上にある「『障害年金の目的』とは何か」に関連するところで話を少しだけ展開している。その上で、社会保険制度のもつ「定型性」と障害年金の請求者や受給者の「身体性をもった人間」としての「個別性」や「可変性」の関係に触れている。これらのことは、「障害年金」の伝統的な構造と近年、新しい広がりを見せている人権概念との間の「齟齬の一例」を示しているように思われるからである。その上で最後に、社会生活（日常生活）とは何か、「人間の自立」「人間の主体性」「自己決定」の話に言及している。さらにこれらのこととの関連で、日本国憲法に話を向けている。その上で、日本国憲法は根源的な部分においてリベラリズムの立場に立ち、「自律的な人間像」を根底にすえていること、これに対し最近では「ケアの倫理」という言葉に象徴されるような「個の生存にとって必要とされる他者の存在」を重視する主張が様々に展開されてきていることに具体的に触れた上で、これらの主張が日本国憲法のリベラリズムと緊張関係に立っていることを指摘している。憲法との関りもまた、「障害年金」の手続を考える際に、根底のところに関係してくる問題であると考えたからである。本章は、上で述べてきた諸点について若干の考察を行っているが、多くは障害年金法研究会として今後考えていく課題ではないか、との思いも籠めて結びとしている。

3、本稿（橋本）が基本に置いていること

(1) 「人間が人間として生きる権利」とは何か一人々の自由と生存の関係

① 本稿（橋本）は、「障害年金における手続」を「人間が人間として生きる**権利**に支えられた手続」と位置付けた上で、すべての話を展開している。したがって、まずは本稿（橋本）にいう「人間が人間として生きる**権利**」とは何かを説明しておくことが重要となる。

② 「人間が人間として生きる**権利**」の「説明」は煩雑になるので「注記」にまわしているが、「説明」の要は、「自由と生存の関係をどう理解するか」にある。自由と生存の「位置関係」についての理解は、憲法13条の憲法全体に占める位置、特に憲法25条の「生存権」との関わり、ひいては障害者権利条約の理解にも深く関係している。

③ 本稿（橋本）は、社会モデルや人権モデルにはあまり言及していないが、上記②の理解は、実は両モデルについての考察にも深く関係している。理念型の社会モデルでは障害のある人が日常生活や社会生活に制約を受けるのは、多数派である非障害者が自分たちにとってだけ便宜なように社会構造を構成してきたためであると考えられている。これに対し人権モデルからは（上の指摘を認めた上でなお）、障害のある人には機能障害に基づく「個体としての苦悩」があり、それらは社会モデルが指摘する「社会構造や従属性、差別」をなくすことによって解決できない問題であると指摘されている（日本障害法学会編 障害法 創刊号所収の池原毅和論文参照）。筆者（橋本）も上の人権モデルの「指摘」を重視し、社会モデルと人権モデルの間には、位相の相違以上のものがあると考えている。またその根拠は、本稿（橋本）にいう「人間が人間として生きる**権利**」さらにいえば「注記」で言及する「人間の尊厳」の理解やV章末尾で触れる「全体（社会あるいは集団）と個（人）」の関係をどのように捉えるかに深く関係している、と考えている。

(2) 本稿（橋本）の考える「障害年金における手続」

上(1)において、本稿（橋本）は「障害年金における手続」を「人間が人間として生きる**権利**に支えられた手続」と位置付けた。では、本稿（橋本）の考える「障害年金における手続」とはどのようなものであろうか。

本稿（橋本）では、「障害年金における手続過程」を以下4点から総合的に把握している（本稿では、とりあえず事前手続を主たる対象とした）。

① 障害年金における手続過程は、請求者の「権利」をプロセスを通じて具体化する「場」（過程）である。

② （上①のことは、イギリス法において）制度的手続<institute proceeding>と称されるものに通底している。

③ （上①でいう「『権利』をプロセスとして具体化する」という表現は）、障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを意味している。日本の現状においては、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」にウエイトを置いたところで、「障害年金の手続」を考えることが必至と考える本稿（橋本）の立場からは、このことはこの他重要となる。

④ 「障害年金の手続」を通じて、「国民の生存の『権利』性と行政の『決定』」の間に何

らかの実質的な一種の新しい調和を見出す」という本稿（橋本）の視点は、障害年金における手続過程が、上③でいう「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを踏まえた上で使用する。

以上(2)の把握は、イギリスの審判所が、単なる不服審査機構であるだけでなく、請求者の「権利」をプロセスとして具体化する「場」として捉えられてきたこと、しかもイギリスにおける社会保険分野における審判所の発展が、福祉国家の出現と関連しており、なかでも1911年の国民保険法との関係が強い、ことに興味をもち検討してきた結果に依拠している（主にII章参照）。補足すれば本稿（橋本）は、以下3点への問題関心とそれについての一応の考察を通じて、上(2)の理解に至っている。すなわち、① 社会保険（ひいては社会保障）分野における審判所の発展が福祉国家の出現と**なぜ**関連しているのか、また② 社会保険（ひいては社会保障）分野における審判所の役割が、単なる不服審査機構であることにつきるわけではなく、『権利』をプロセスとして具体化する『場』として把握されてきたのは**なぜ**なのか③『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』とは具体的にどういうことなのか、ということである。

結論的にいえば、上記①②③の問題は、社会保障法にかかる「権利」の特殊性に関係している。その「権利」の特殊性は、1公共信託論（国家の国民への義務／「財源の裏付け」）の観点から、あるいは2「人間の生存を保障する権利概念」が、（所有権のような）固定的静止的な物の権利（財産法的思考方式にもとづく権利）とは異なる「柔軟性」（「個別性」「財源の裏付け」等）をもつことから導きだされる（主にIII章参照）。

4 最後に

すでに述べたように本稿（橋本）は、研究論文ではない。しかし本稿（橋本）が、積年にわたり多くの先達から筆者（橋本）が学んできたことを土台としていることもまた事実である。中でも本稿（橋本）は、故 下山瑛二教授（行政法 英米法）の諸論文や教授から直接指導を受けたことが礎となっている。また本稿（橋本）における「人間の尊厳」の理解については、下山瑛二教授の「生存権」の理解とともに、故 沼田稲次郎教授（労働法 法哲学）から受けた教示も深く関係している。

沼田教授の人間の尊厳の思想は、「生存権的基本権」を根底に据えたところで憲法13条を捉え、同条を日本国憲法の基本的人権体系の中核に位置づけている。このことは、抽象的な自由権は主体的に否定されるが、（沼田教授の言葉をかりれば、抽象的な自由権は）「生存権の主体となることによって現実に自由になる」ことを示唆している。ここで沼田教授のいう「生存権」は、（経済的基本権の意味を超えて）「人間存在の極限的事態」に対する「人間の回復運動」との関りで捉えられていることに注目しておきたい。これらのことは、世界人権宣言を系譜のひとつとする障害者権利条約にいわれる「人間の尊厳」の理解、同条約を「自由権と社会権の混成」と捉える見解の批判的検討とも深く関係してくると筆者は理解している。

とはいえ、両教授の深淵な論稿の意義を筆者（橋本）がどれだけ正確に理解できているのかについては、筆者自身今ももって自信がない。また両教授の論考が本稿（橋本）の礎となっていることは間違いないが、両教授とも社会保障法（もとより「障害年金」法）の専門家ではないことや両教授が活躍された時代の思想状況と現状との相違を踏まえると、両教授の論考と本稿（橋本）を繋ぐためには、幾多の筆者（橋本）自身による「媒介項」の構築が必要であったことも事実である。

このようにみえてくると、これを正確な意味で「引用」といえるかには様々な意味で躊躇も感じるが、以下に本稿（橋本）が、その座右に置いてきた著作をあげておくことにしたい。なお、直截の引用箇所は、本稿（橋本）本文（注）に記載することとする。

下山瑛二「人権の歴史と展望」 法律文化社 1972年

下山瑛二「人権と行政救済法」 三省堂 1979年

下山瑛二「沼田理論と『基本的人権』論」 『沼田稲次郎先生還暦記念論文集 現代法と労働法学の課題』所収 総合労働研究所 1991年

I 章 本稿の視点

ポイント—藤原論文から確認すること 「人権」という言葉、「権利」という言葉 本稿（橋本）にいう「人間が人間として生きる権利」の理解 藤原論文に立ち返って考える事

1, 「藤原論文」を受けて

まず、本稿（橋本）と同じく「手続」について論じたジャーナル2号掲載の藤原論文の意義を確認することから、記述を進めることにしたい（本稿ではすべて敬称略とさせて頂く）。

(1) 「市民の立場」

藤原論文は、「市民の立場」から「その手続を見直し、制度的、組織的体制に溯って、それが果たしてあるべき社会保障制度としての年金制度になっているかを検討」している。藤原自身が指摘するように、「市民の立場」から「障害年金における手続的権利」に言及した「論考」は、その重要性にもかかわらず、多くはない。本稿（橋本）はまず、藤原論文の「市民の立場」を重視する視点に注目したい。このことは、本稿（橋本）が、人間の「主体性」と「生きる」という人間の最低必要条件を基本において、「人間が人間として生きる権利」を考えることと共通するものに思われるからである。

(2) 制度改革を視野に

藤原論文はまた、「(論文を通じて提示された) 問題点が、制度改革につながることを期待したい」と述べている。

本稿（橋本）は、「提言書」（「障害年金 2025 年制度改革への障害年金法研究会からの提言書」、以下「提言書」という）を視野に入れつつ、しかし各自の個人的見解をもとに執筆された「ジャーナル3号掲載の諸論文」のひとつである。本稿（橋本）が制度改革を見据えた藤原論文に注目する第二の理由は、こうした本稿（橋本）の位置づけと関係している。今しばらく藤原論文に言及しつつ、そこから本稿（橋本）の「方向性」を見出していくことにしたい。

2, 藤原論文に学ぶ—「人間が人間として生きる権利」の位置

(1) 「手続的権利」と「人間が人間として生きる権利」

年金を受給する「市民の立場」から、年金制度を検討するという藤原論文の視点は、何よりも「人間が人間として生きる権利」を重視するものであると筆者（橋本）は理解した。このことは藤原論文が、社会保障法研究を先達した小川政亮のいう「人権としての社会保障」

(あるいは「権利としての社会保障」)の含意を重視しつつ、「手続的権利を取り上げる意味」に言及していることから窺える。

(2) 「人権」という言葉、「権利」という言葉

ここで藤原論文から少し離れて、「人権」という言葉、「権利」という言葉の意味内容に簡単に触れておきたい(注1)。「人権」擁護という表現は、

① 「人間」が「人間」として生きるために自然発生的に生じる要求そのものを念頭において使用される場合と

② 国家の実定法制度として規定された「人権」を念頭において使用される場合がある。

上記①で言われる人間としての本源的・自然発生的要求は、「人間」の主体性と「生きる」という人間の最低必要条件を核として把握されている。小川政亮のいう「人権としての社会保障」(あるいは「権利としての社会保障」)という表現には、多分に上記①の意味が籠められている。

上記②の意味での「人権」は、一定の歴史社会において、諸処の社会的要求を法規範化することによって出来上がった制度的概念であり、日本国憲法を例にあげれば、11条から40条の規定に加えて、人権に密接不可分の意義を有する9条(戦争の放棄)が「人権」規定ということになる。

(3) 本稿(橋本)にいう「人間が人間として生きる権利」の理解

① 本稿(橋本)では、人間としての本源的・自然発生的要求の発露を「人間が人間として生きる権利」と表現している。「人間が人間として生きる権利」は、「生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利」であり、自由の保障を根底で支えることによって、具体的な自由の実現をめざすものである。関連下記⑦

② 「人間が人間として生きる権利」は、「生存権」に他ならない。しかし現実の「生存権」は、上記①の意味ではとらえられていない(傾向をもつ)。「生存権」は、通常は憲法25条で保障された「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」と結び付けられ、「所得保障」(非金銭給付に対する金銭給付の意。以下同じ)にウエイトを置いたところで捉えられている。

③ 筆者(橋本)は、所得保障(金銭給付)としての「障害年金」に係る問題も、稼働能力の喪失(失われた所得)に対する保障としてではなく、「身体性をもった具体的人間の生きる権利」(上記①参照)の視点から、いかえれば「障害とともに生きる」ための所得を保障する(金銭を保障する)という視点から捉えてはどうかと考えている。「人間が人間として生きる権利」いかえれば「生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利」の含意は、障害者権利条約17条にいう「障害をもつ人の心身がそのままの状態尊重されること」(Protecting the integrity of the person)の重要性とも共通するもののように思

われる。

④ 「生存権」は、自然法思想のもとでは上記①に近いところで捉えられていた、と指摘されている。なぜ変わってしまったのだろうか。その理由についてここでは、資本主義社会が成立する過程の中で、基盤となっていた「人権」概念の正当性の社会的論拠が無視され、その結果近代西欧の人権概念は、抽象的な「自由権（一般）」を基本とする概念となり、そこに若干の「生存権」的要求を充たすための「社会権」を加味したものとなってきたことだけを指摘しておきたい（注2）。あえてこの点に言及する理由は、下記⑤に関係する。話を進めたい。

⑤ 国連憲章・世界人権宣言等々の国際人権規範を系譜とする障害者権利条約は、「障害者との他の者との平等を基礎とすること」に力点をおき、各権利規定において、自由権的側面と社会権的側面を併記する形式が定式化されていることを除けば、「生存権」についての言及はない。このことからすれば障害者権利条約は、上記④で言及した「自由権を中心とし、それに若干の社会権を加味した構造をとる、特殊近代西欧社会の所産である『人権』概念」を継受している、とみることもできそうである。

⑥ 他方障害者権利条約においては、人間の尊厳を最上位規範として（3条a）、「障害者の固有の尊厳の尊重」（1条後段参照）や「生命に対する権利」（10条）等々を、現代の「人間の尊厳」の思想としてどう具体化していくかが期待されている。

⑦ 上記⑥のことをわが国に引き付けて考えれば、日本国憲法13条を基軸として、現代の「人間の尊厳」の思想を、例えば憲法25条との関係においてどのように捉えようとしているのが、問われてくることになる。

話が難しくなってきた。上(3)を補足する記述は<注記>に譲り、話を藤原論文に戻したい。

(4) 藤原論文に立ち返って一市民（障害年金の請求者）の権利は行政主体の決定に先行するのか、それとも行政主体の決定が権利に先行するのか

藤原論文は、「受給権者である市民目線で年金行政を見直すこと」で見えてくるものは、「多くの市民が情報の不足や、窓口の不適切な対応によって年金を受けられなかったり、制度の不知のため十分な年金を受給できなかったりする不都合が現に起こっていることである」と述べている。そして「市民個人がその不当性を口に出しても『年金制度はこうなっている』、『法律と行政が決めている範囲でしか年金は受給できないのであきらめるように』と説得されてきた歴史と現状がある」と述べている。

上のような実態を、藤原のいう「市民の立場」にひきつけて言い換えるならば、本来は「人々の生存の権利保障のための一手段にすぎない」はずの「行政主体の決定」が、「主客転倒」し、「国民の生存の権利」が「行政主体の決定に依拠している事実」を示している、といえないだろうか。端的に言えば、権利は決定に先行するのか、決定が権利に先行するのか、という根本問題に突きあたることになる（注3）。

(5) 藤原論文に立ち返って「全体としてとらえる」と「人間が人間として生きる権利」

藤原はまた、「社会保障としての公的年金を、情報の提供、権利と手続についての相談、助言、請求の援助（アドヴォケイト）、不服申立までを全体としてとらえるようにしたい」と述べている。ここで藤原が、「全体としてとらえること」を重視していることは、「手続的権利」を、「人々が生きていく現実」に出来るだけ近づけた形で把握したいという藤原の「思い」と表裏一体をなしている、ように筆者（橋本）には思われる。そのことは、制度的に規定された「人権」（権利）概念を、「人権」（権利）保障要求との関連において把握しようとしている、ということでもあろう。

先取的に言えば本稿（橋本）では、「障害年金における手続」は、（同じ「手続」であっても例えば）公正の確保と透明性の向上を通じて、国民の権利利益の保護に資することを目的とする行政手続法（平成五 一 一・一 二 法 八 八）とは「違った意味での（保障しようとするものの層を異にする）手続」であり、言い方を換えれば「人間が人間として生きる権利」という根源的・包括的権利により明確に支えられた手続であり、「人間が人間として生きる権利」の生成過程（実現過程）にかかる手続である、と考えている。

「公的年金の受給」に至るまでの過程を「全体として」把握するという藤原の視点の中に、本稿（橋本）の捉える「障害年金における手続」の理解に通じるものを読み取るのは早計だろうか。

(6) 藤原論文に立ち返って「年金給付をめぐる処分に対する不服申立の制度」の位置づけ

藤原論文は、「年金給付をめぐる処分に対する不服申立の制度」は、手続的権利としても捉えることができるという視点を明確にした上で、社会保険審査会について考察を進めている。本稿（橋本）は、障害年金に係る事後手続過程については直截にはとりあげないが、II章においてイギリスの審判所の「立ち位置」に言及するなかで、我が国の障害年金に係る事後手続過程（具体的には「社会保険審査会」）のあり様にも思いを馳せていきたいと思う（注4）。イギリス法では行政手続の法的規制の問題は、審判所（事後手続）の手続を包摂せずに考えることはできないと言われている。そこには上の藤原の指摘とも通じるものがあるようにも窺える。話をII章に移したい。

1章 注

（注1）下山瑛二「人権の歴史と展望」 法律文化社 1972年を参照している。

（注2）前掲下山 p 28, p 93 参照

（注3）下山瑛二「サービス行政における権利と決定」 p 185 『人権と行政救済法』三省堂 1979年所収

(注4)「社会保険審査会」については、橋本宏子「研究ノート 社会保険審査会における『裁判外紛争解決』」神奈川法学41巻2号・3号(2008年)所収ならびに橋本宏子「社会保険審査会における『裁判外紛争解決』」日本社会保障法学会編 社会保障法24号(2009年)所収を参照されたい。

II章 社会保障の権利を考えるーイギリス法から得る手がかり

ポイントー福祉国家の出現と審判所、「公共信託論」と社会保障、手続／「権利」を創り上げる「場」、(国民の生存の「権利」性と行政の「決定」の間に求められる) 一種の新しい調和、「資格に依拠する権利体系」

1, イギリスにおける審判所 (tribunals/事後手続)

(1) 福祉国家の出現と審判所の発展

イギリス法では行政手続の法的規制の問題は、審判所の手続(事後手続)を包摂せずを考えることはできないと言われている(注1)。

イギリスは大陸法系諸国の行政裁判所と異なり、行政分野ごとに専門的知識と能力をもった別個の審判所を発展させてきたが、社会保険分野における審判所の発展は、福祉国家の出現と関連しており、なかでも1911年の国民保険法との関係が強い、といわれている。

しかもイギリスの審判所の役割は、単なる不服審査機構であるだけでなく、(不服申立者の)「権利」を、プロセスを通して具体化する「場」としても捉えられており、この点にイギリス法の特徴があると指摘されている(注2)。

(2) イギリスの審判所に対する本稿(橋本)の関心

本稿(橋本)にとってイギリスの審判所の話は、① 社会保険(ひいては社会保障)分野における審判所の発展が、福祉国家の出現となぜ関連しているのか、また② 社会保険(ひいては社会保障)分野における審判所の役割が、単なる不服審査機構であることにつけるわけではなく、「『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』」として把握されてきたのはなぜなのか ③ 「『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』」とは具体的にどのようなことなのか、に関連して特に興味深い。

(3) 「公共信託論」(国政信託の法理)について

上の問題には、「公共信託論」が関係しているように筆者(橋本)には思われる。「公共信託論」について簡単に触れておきたい。

信託という概念は英米に生まれたものであるが、それを国政に応用すると、「政府は、人権保障のために国政を運営し、国民の福祉を増進こそすれ減価させてはいけない」という法理になる(日本国憲法前文における「国政は国民の厳粛なる信託による」という表現は、ロックの政治権力の信託の法理に由来するものであり、国民主権というもうひとつの憲法原理とともに、国政を運営する礎を構成している。ここにも「公共信託論」(国政信託の法理)と国政との関りを見ることができる)。

さて「人権保障のために」国政を運営するということは、ひらたくいえば国家が「国民ひとりひとりの生命・生存を守る」ということに通じてくる。他方「国民の福祉を増進こそすれ減価させてはいけない」という法理には、信託者である国民から受託された(納税された)財源(資金)を減価させないように、換言すれば「総体としての国民」の不利益になら

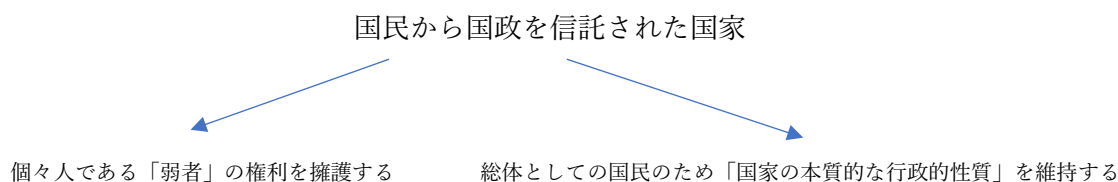
ないようにその権限を行使する義務も包含されている。

(4) 「公共信託論」と審判所

上のように捉えたとすると、次のようなことが指摘できないだろうか。

19世紀の「夜警国家」の理念のもとでは、「社会関係は人びとの自由意思で処理されるべきもの」であった。しかしその理念はやがて崩れ、行政が社会関係に介入し、一定の社会的経済的な利害関係を調整していくようになる。「夜警国家」から「福祉国家」への移行である。イギリスにおいては1911年の国民保険法の成立等を通じて、「福祉国家」への移行が具体化されてくることになったといわれている。

こうした状況のもとイギリスでは、国民から国政を信託された国家は、一方では(コモン・ローがその一環に位置づけてきた)ひとりひとりの「弱者」の権利を擁護するという伝統的な精神を保持し続けながら、他方では総体としての国民の不利益とならないように「国家の本質的な行政的性質」を維持するという「極めて難しい『立ち位置』」に立たされることになった、と考えられる。いいかえれば、(国家が財源を拠出する)社会保険ひいては社会保障という「新しい法分野」においては、この「極めて難しい『立ち位置』」にどう向き合えば、国家は国民への義務を果たすことになるのか」が重要な課題になってきたということである。



結論的にいえばその難しい「立ち位置」の一環を構成するものとして発展することになったのが、「審判所」ということになる。具体的には、(社会保障法領域における)「審判所」は、国民の生存の「権利」性と行政の「決定」の間に何らかの新しい調和を見出す、いわば「新しい法観念」による問題処理の場として位置づけられることになる(注3)。

2. 以上を踏まえて一あらためて考えること

(1) 「新しい調和」という言葉に関連して思うこと

先に藤原は「市民個人がその不当性を口に出しても『年金制度はこうなっている』、『法律と行政が決めている範囲でしか年金は受給できないのであきらめるように』と説得されてきた歴史と現状がある」と述べていた。この指摘は、現在の法的状況のもとでは、「国民の生存の権利が、『法律と行政が決めている範囲』内での権利」になっており、「年金を受給する権利」があると主張する市民が想定する「権利」との間に、「ズレ」が生じていることを示唆している。上で触れたイギリスの審判所機構は、(好意的にみれば)この「ズレ」

を放置せず、そこに「新しい調和」を見出す、いわば「新しい法観念」による問題処理の場として考えられたもの、ということになる。

(2) 「新しい調和」について一本稿（橋本）の理解

上のように把握した上で、ここで「新しい調和」という言葉についての本稿（橋本）の理解を明らかにしておきたい。

唐突のようだが、リンカーンの「人民の人民による、人民のための統治」という言葉は、上で触れた「公共信託論」を基盤にしているといわれている。まさに「人民の人民による、人民のための統治」の裏付けがなければ、「(総体としての) 国民の生命・生存を守るための国政運営」は、単なる口実となり、「国民の生存の『権利』性と行政の『決定』の間に何らかの新しい調和を見出す」という作業は実を伴わないことになる。

イギリスにおいては、上で触れた「公共信託論」が、実際に基本的人権体系に対する（少なくとも一定の）論理的前提をなしているように窺われる。日本の現状はどうであろうか。

(3) 「新しい調和」という言葉と日本への適用—市民の目線で

日本の現状をイギリスと同じように捉えることは、残念ながら難しい。

わが国において「障害年金の手続」を再考し、「国民の生存の『権利』性と行政の『決定』の間に何らかの実質的な『新しい調和』を見出していく」ためには、「市民」と行政の「非対称性」に着目し、藤原が指摘するように「市民」を年金受給に係る手続の出発点に位置づけ、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」の方によりウエイトを置いたところで、（国民の生存の「権利」性と行政の「決定」の間に）「一種の新しい調和」を求めていくことがこの外重要になってくる、と本稿（橋本）は考えている。

(4) 「一種の新しい調和」と「請求者のニーズの一種の確認手続」

障害年金における手続過程は、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」の方によりウエイトを置くという言葉が示唆するように「請求者のニーズの一種の確認手続」である。上でいう本稿（橋本）の「一種の新しい調和」という言葉は、これらのことを踏まえて使用されることになる。

話をわが国に移す前に、本稿（橋本）では、社会保険の「事前手続」に焦点をあて、もうしばらくイギリスについて、「新しい調和」の問題が、どのように処理（対応）されているのかをみておくことにしたい。

3、「事前手続」と「新しい調和」—雇用支援手当にみる「資格に依拠する権利体系」

(1) 河野報告を手掛かりに考える「事前手続」と「新しい調和」

上において、イギリスの審判所機構（事後手続）は、行政と市民の間に生じた「ズレ」を放置せず、新しい調和を見出す、いわば「新しい法観念」による問題処理の場となっている、と一応整理した。

ではイギリスの社会保険（ひいては社会保障）の「事前手続」においては、「新しい調和」の問題は、どのように処理（対応）されているのだろうか。

（2022年12月に実施された）障害年金法研究会 裁判事例検討部会（以下本章において「研究会」という）における河野正輝報告「イギリスおよびオーストラリアの労働能力アセスメントの動向」の主題は、「手続」にあったわけではないが、関連でイギリスの社会保険の「事前手続」についてもそれが垣間見える内容であった。

そこで以下では河野正輝報告（以下、本稿（橋本）においては断りなき限り「河野報告」という）に沿ったところで、イギリスの社会保険の「事前手続」の要点を述べてみたい（なおジャーナル3号掲載の河野正輝「英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向」＜以下、本稿（橋本）においては断りなき限り「河野論文」という＞は、研究会での報告を発展・展開させたものであると理解する。ぜひ参照されたい）。

（2）河野報告からみえてきたこと

① 河野報告からみえてきた「資格に依拠する権利体系」

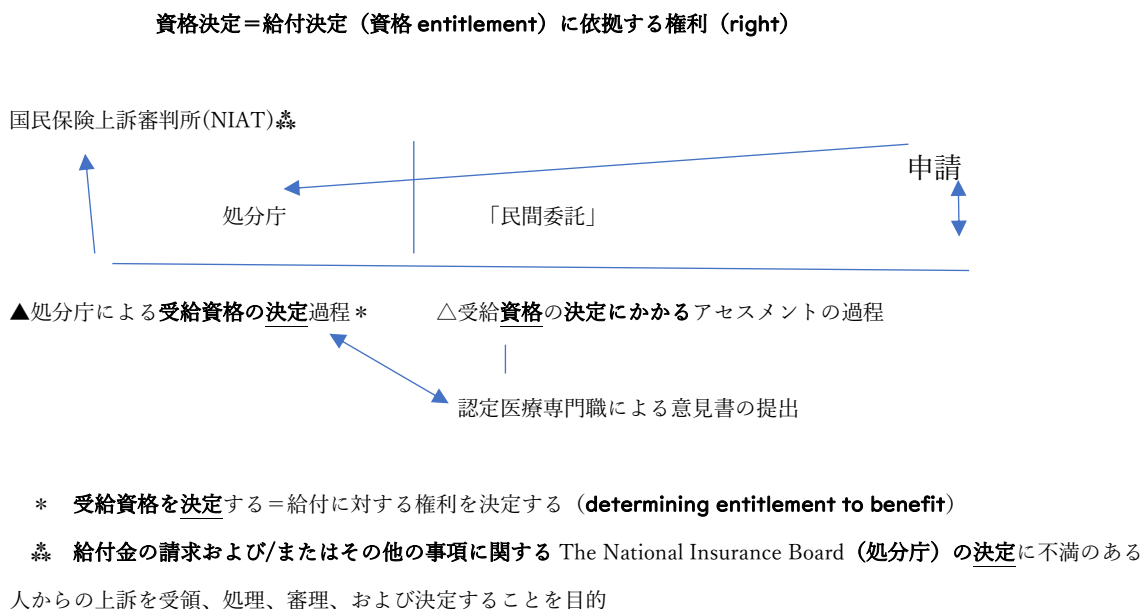
研究会において河野から提示された「イギリスの雇用支援手当」（ESA＜Employment and Support Allowance, ESA＞ 以下「雇用支援手当」という）に係る関連資料からは、「雇用支援手当」の請求から決定に至る手続が、イギリスの他の多くの社会保障施策の場合と同様、「資格に依拠する権利体系」に依拠していることが窺われる。もっとも河野報告は、「労働能力アセスメント」に関連したところでの報告であったことから、「資格に依拠する権利体系」については特段の言及はなかったが、ジャーナル3号掲載の河野論文にみられる「（1）労働能力判定の枠組み 雇用支援手当の受給資格を得るためには、申請者は、労働能力の制限について（すなわち現在の健康状態又は障害が労働能力を制限しているか否かについて）の判定を受けなければならない」（要約 橋本）との表現は、「資格に依拠する権利体系」を示唆している（下線は橋本。以下「本稿」において同じ）。「資格に依拠する権利体系」については、後にあらためて説明することとし、その前に以下では、イギリスでの「労働能力アセスメント」（以下、「アセスメント」ともいう）について、本稿（橋本）に関わるところに限定して、簡単に触れておこう。

② 「労働能力アセスメント」について

「労働能力アセスメント」（The Work Capability Assessment）とは、申請者（請求者）の健康状態や障害が、彼らの労働能力にいかに関与しているかを検討するものであり、アセスメントは（申請者が雇用支援手当の）給付を受ける権利（entitlement）を有するか否かを決定する上で重要な役割を果たすものとなっている（資格の決定は、処分庁であることに注意。後記参照）。「資格と権利」を考える上では、上の指摘の特に後段部分に注目したい。

（3）雇用支援手当にかかる受給資格の決定までの流れ

① 図でみる雇用支援手当にかかる受給資格の決定までの流れ



② 図の説明に寄せて

i 受給資格の決定にかかるアセスメントの過程

アセスメントの実施は、民間会社に委託され、認定医療専門職によって認定される（河野報告は、図にいう「受給資格の決定にかかるアセスメントの過程」を中心とするものであった）。認定医療専門職は、処分庁に意見書を提出する。（the decision maker/The National Insurance Board）

認定医療専門職の責務は、申請者の状態が労働能力に与える影響を判定し、決定処分庁に対して意見書を提出することである。その見解が申請者自身の機能障害の理解と異なる場合は、とりわけ十分な説明を付した意見書を提出することになる（河野報告による）。

処分庁は、すべての受給要件<公的年金年齢未満であること、労働を制限する障害又は健康状態にあること（アセスメントはここに関連）、被用者又は自営業者として働いてきたこと、国民保険（保険料）を、通常、直近の2～3年につき拠出していること>を検討し、雇用支援手当（ESA）の受給資格の決定を行うことになる。このように処分庁が行うのは、「受給資格（entitlement）の決定」（determining entitlement to benefit）であり、「権利（right）の決定」という言葉は使われていないことに留意したい。

なお河野論文では、「雇用支援手当の受給資格要件（Eligibility）」と表現されているが、このことは上の理解と矛盾するものではないと考える。

ii 裁量行使に対するイギリスの伝統的な考え方

またこの過程を検討するにあたっては、イギリスでは「『裁量行使は、（行政機関によって）公正かつ司法的な方法<fair,judicial,manner>で行われる』という『一定の慣行』の存在と、またその慣行が実際に行われているという認識がある」ことに留意したい（注4）。

③ 雇用支援手当と国民保険上訴審判所(NIAT)への上訴

ここで、「上訴」(appeal)に触れておきたい。イギリスでは、国民保険上訴審判所(NIAT)が給付金(雇用支援手当)の請求および(または)その他の事項に関する処分庁(The National Insurance Board)の決定に不満のある人からの上訴を受領、処理、審理、および決定することになっている。

河野論文によれば、2011年から2013年の間に「労働に適している」と認定された人の約35%が独立した審判所(Independent Tribunals)に上訴して、その上訴の約33%が救済されている、という。なお、2013年—2014年には、ESA(雇用支援手当<Employment and Support Allowance, ESA>)に係る処分に対して232,639件の上訴が提出された、という。

さらに上のような動向を受けて、2013年10月、強制的な再認定(Mandatory reconsideration 河野訳)の手続が雇用支援手当を含む労働年金省管轄の全ての給付に導入された、ということである(本稿(橋本)では、以下Mandatory reconsiderationを処分庁による「義務付けられた再検討」又は「再検討の義務付け」という)。この本稿(橋本)にいう「再検討の義務付け」が導入される前は、労働年金省の処分に不服のある者は、直ちに審判所および裁判所(HM Courts and Tribunals)へ上訴することができたが、「義務付けられた再検討手続」の導入によって、労働年金省の処分に不服のある者は、まず労働年金省に再検討を求めなければならないことになった(再検討前置主義)、と指摘されている。その結果、2013年以降、再検討による一部見直しもあって上訴の総数は激減している、ということである。原処分庁による再認定の結果になお不服がある者は、第1段階の審判所へ上訴することができるが、社会保障諮問委員会による報告書によると、2015—2016年の審判所における救済率は58%(母数の不服申立件数は不明)と高い数字を示している、と河野論文は指摘している。

なおイギリスでは2007年、審判所、裁判所及び執行法(Tribunals, Courts and Enforcement Act 2007)の成立により、行政救済制度の画期的な改革が行われている。関連資料を見ると2007年法のもとでは、国民保険上訴審判所(NIAT)という表現は変化しているようにも窺われるが、ここでは「国民保険上訴審判所(NIAT)」という表現を使用し詳細は今後の考察に委ねたい。

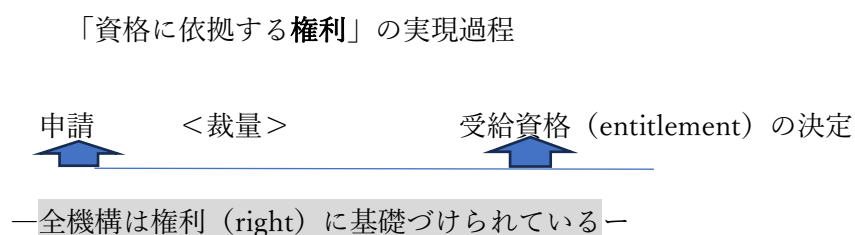
(4) 「資格に依拠する権利体系」とは

上でみてきたように、「雇用支援手当」の請求から決定に至る手続過程においては、受給資格 (entitlement) という言葉は散見されるが、権利 (right) という言葉は使われていない。

先に「雇用支援手当」の請求から決定に至る手続は、イギリスの他の多くの社会保障施策の場合と同様、「資格に依拠する権利体系」に依拠していることが読み取れる、と述べたのは上記のことに関係している。

それでは、「資格に依拠する権利体系」とはどのようなものだろうか。「資格に依拠する権利体系」とは、「個々の事案における決定は、しばしば『裁量』に依存しているが、全機構は資格 (entitlement)、すなわち、権利 (right) に基礎づけられている」と説明されている (注5)。

「資格に依拠する権利」は、「国家の実定法制度として規定された『権利』」を念頭においているが、「資格に依拠する権利」において注目されるのは、「全機構は権利 (right) に基礎づけられている」けれども、直截に「権利 (right) を保障」する、という構成はとられていないことである。「資格に依拠する権利」が示唆していることを図式化すると以下のよう表現できようか。



なおアメリカでの話だが、entitlement についての説明の中で、(entitlement は) 「right のように自己完結しない」という指摘がみられることは、上図の「全機構は権利 (right) に基礎づけられている」(いいかえれば「権利が、プロセスを通して具体化される」) という指摘と関連性をもつもののように思われる。

先に (III章の初めに近いところで)、イギリスでは「公共信託論」のもと、(国家が主として財源を手当てする) 社会保険ひいては社会保障という「新しい法分野」においては、国家は「極めて難しい『位置』」に立つことになり、その「位置」をどう体現し、国家の「立ち位置」を保つか (国家の国民への義務を果たすか) に苦慮することになったことを指摘したが、「資格に依拠する権利体系」もまた (審判所を通じた作業と同じく)、国家の難しい「立ち位置」の結果を体現する「社会保障の権利保障のひとつのあり方 (姿)」を提示しているようにみえる。

「資格に依拠する権利体系」については、「行政の裁量行使」の問題を初め、わが国が参考にするにはいくつかの検討課題がある、ように思われる。こうした事情から、本稿 (橋本)

は、「わが国の障害年金の手続（当面は事前手続について検討）」を考える場合にも、「資格に依拠する権利体系」よりむしろイギリスの審判所（事後手続）を参考にしたいと考えている。いずれにせよ、「資格に依拠する権利体系」の効用と限界についてはここでは深掘せず、Ⅲ章では「社会保障法の基本問題」である「法の柔軟性」という本稿（橋本）の本筋に関わるところに焦点を絞り、話を進めていきたい。

Ⅱ章 注

（注1）下山瑛二「イギリス行政手続法の法理」p 170『人権と行政救済法』三省堂 1979年所収

（注2）下山瑛二「サーヴィス行政における権利と決定」p 203～204参照 『人権と行政救済法』三省堂 1979年所収

（注3）同 p 204～206参照

（注4）同 p 201

（注5）同 p 187

III章 社会保障法の基本問題－法の柔軟性と「手続」

ポイントー「人間が人間として生きる権利」（憲法13条）と社会保障法（憲法25条）の関係、社会保障法における権利（概念）の特質／社会保障法における「権利」（保障）の（あり様の）特質、社会保障の権利の柔軟性と財産権保障とは「異なる基準」の必要性、「異なる基準」としての「手続」、社会保障の権利と有限的変動因子（多数の不確定要素）、「障害年金の手続」からみた「障害認定基準」への関心、「障害年金における手続」の総合的把握

1. 社会保障の権利を整理する

(1) 「人間が人間として生きる権利」（憲法13条）と社会保障法の関係

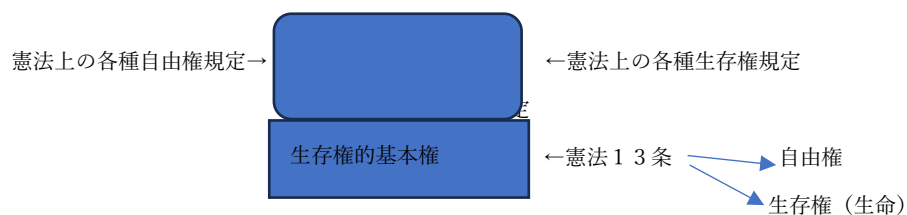
II章の終わりで触れたように、III章では「社会保障法の基本問題」である「法の柔軟性」という本稿（橋本）の本筋に関わる場所に焦点を絞り、話を進めていくことになる。

ところで本稿（橋本）は、「障害年金における手続」を「人間が人間として生きる権利に支えられた手続」と位置付けた上で、すべての話を展開している。

したがって、話の本筋に入る前に、「人間が人間として生きる権利」と社会保障法の関係についてあらためて「整理」しておきたい。

すでに本稿（橋本）では、「人間が人間として生きる権利」については、「まえがき、1章、注記」において、それぞれの「目的」に応じて要約、言及している。

ここでは、すでに指摘してきたことを踏まえながら、特にIII章で扱う「社会保障法」を念頭におきながら、本稿（橋本）にいう「人間が人間として生きる権利」について、箇条書きで再整理しておくことにしたい。



① 本稿（橋本）では、憲法13条を日本国憲法の基本的人権体系の核規定としての「生存権的基本権」規定と位置付ける。

② 上①のことは、「現代における人間の尊厳の思想」の集中的表現が憲法13条にあるとし、憲法13条の規定のされ方の中に、「自由権的基本権」の意味だけでなく、積極的に生存配慮する「生存権的基本権」が含意されているという理解を背景としている。

③ 「現代における人間の尊厳の思想」は、単なる「天賦人權の思想ないし啓蒙期自然法思想」の「再確認」という意味だけではなく、「（人間存在の根源である生命を保障する観

点を完全に捨て去った) ファシズム戦争の体験を経て世界が深く自覚させられた具体的な政治的・社会的原理」である。

④ 憲法13条に集中的に表現される日本国憲法の核規定としての「生存権的基本権」は、本稿が提示する「人間が人間として生きる権利」(生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利)と同義と考える。

⑤ 憲法13条と25条の関係は、要旨以下のようである。憲法25条は、「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」と結び付いた社会保障制度として体现されている。社会保障の制度体系は概略、社会保険・社会手当・社会福祉・公的扶助の各領域から構成され、障害年金制度も社会保障制度の一環に位置づけられている。

本稿(橋本)の理解に従えば、「障害年金」の意味内容を検討するにあたっては、憲法13条に体现される「生存権的基本権」の意味するところを重ね合わせたところで、憲法25条を位置づけていくことが求められることになる。例えば所得保障(金銭給付)としての「障害年金」に係る問題の検討も、稼得能力の喪失(失われた所得)に対する保障としてではなく、(憲法13条を基軸に据えたところで)「身体性をもった具体的人間の生きる権利」の含意を吟味検討しながら、「障害とともに生きる」ための所得を保障する(金銭を保障する)ことの内実を捉えていくことに力点が置かれることになる。

本稿(橋本)の主題である「障害年金における手続保障」の考察においても、上の視点は貫徹される。例えば「障害年金における手続保障」の問題は、憲法14条・31条等に基づく平等権ならびに適正手続の問題ともいえるが、本稿の立場からは、これらの憲法規定の根底に、憲法13条に体现される核規定としての「生存権的基本権」を基軸に置いて問題を捉えていくということになる。それはどういうことだろうか。かつて社会保障法研究の泰斗である小川政亮は、社会保障の権利(憲法25条の生存権)を実体的権利、手続的権利、自己貫徹的権利から捉えたが、「障害年金における手続」保障において「生存権的基本権」(憲法13条)を基軸におくことの実質的な意義は、小川のいう「自己貫徹的権利」を「生存権的基本権」(憲法13条)の視点から捉え直し根底においたところで、憲法14条ならびに31条を解釈することに近いものがあるといえようか。

また本稿(橋本)は、II章の冒頭近くで、「障害年金の手続」過程においては「市民」を年金受給に係る手続の出発点に位置づけ、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」の方によりウエイトを置いたところで、(国民の生存の「権利」性と行政の「決定」の間に)「一種の新しい調和」を求めていくことの重要性を指摘したが、この「指摘」の背後においても、憲法13条に体现される核規定としての「生存権的基本権」の存在が念頭に置かれている。

(2) 社会保障法における権利(概念)の特質

① 社会保障法における「権利」(保障)の(あり様の)特質

II章では、社会保険に関係する審判所の発展が、イギリスにおいては福祉国家の出現と関連していることを出発点として、社会保障法にかかる「権利」(保障)の(あり様の)特質を、

国家の「立ち位置」（国家の国民への義務）との関係から考えてきた。

② 社会保障法における「権利」（概念）の特質

ここでは、社会保障法における「権利」（概念）の特質に触れておきたい。この意味での特質は、次のようなことにある。すなわち、

i （社会保障にも関係する）「人間の生存を保障する権利の概念」は、生きている人間（とその生活）を前提とすることから、（所有権のような）固定的静止的な物の権利（財産法的思考方式にもとづく権利）と同じようには捉えられない。権利性の有無が、その権利保障の方向性の上に乗って、ケース・バイ・ケースで判断されなければならない側面をもつからである。「権利」の柔軟性という言葉は、このことを表現している。

ii 「権利」の柔軟性ということからして、「人間が人間として生きる権利」の概念を捉えるためには、「固定的静止的な物の権利（財産法的思考方式にもとづく権利）」とは異なる基準が必要になってくる、と考えられる。それでは、「異なる基準」とは何であろうか。

(3) 「異なる基準」と手続

「異なる基準」の具体的なあり様は、「生存権」（Ⅲ章では、本稿が提示する「人間が人間として生きる権利」の意味で使用する）中心の法体系に関する事案ごとに、様々な形態をとることになるだろうが、本稿（橋本）において、「異なる基準」の基軸になるのは「手続」であると考える。

このように考える理由のひとつは、イギリスにおける（事後手続である）「審判所」あるいは（事前手続において取り入れられている）「資格に依拠する権利体系」においては、請求人の「権利（right）は、当初から明確なものとして捉えられているわけではなく、一定のプロセス（手続）を通じて、結果として初めて（否認される場合も含め）確定的なものとなる。このことは、（障害年金を含む）社会保障に関する給付請求手続においては、（社会保障法の「権利」の柔軟性故に）、「給付請求手続自体が『権利を実質化していく』重要な構成要素」となっていること、そしてそのことが、「社会保障法の特質のひとつであること」を示唆しており、また本稿（橋本）において、「異なる基準」の基軸になるのは「手続」であると考える大きなゆえんとなっている。

(4) 社会保障法の「権利」の柔軟性と法的姿勢—その権利保障の方向性の上に乗って

すでに触れたように、「生存権」中心の権利概念においては、その「権利」の柔軟性ゆえに、その権利保障の方向性の上に乗って、その法的姿勢をいかに保持するかということが重要となる。本稿（橋本）は、この点をどのように自覚しているのか。これまで述べてきたことを踏まえてあらためて確認しておきたい。

本稿（橋本）は、「障害年金の手続」においては、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」（1章参照）を年金受給に係る手続の出発点に位置づけたところで、（国民の生存

の「権利」性と行政の「決定」の間に)「一種の新しい調和」を求めていくことがこの外重要と考えている(Ⅱ章参照)。しかしそれは、以下のことを前提としている。すなわち

本稿(橋本)は、「障害年金における手続」を「人間が人間として生きる権利」という根源的・包括的権利に支えられた手続であり、「人間が人間として生きる権利」の生成過程にかかる手続として捉えようとしている。このことから、障害年金の請求手続過程は、「受給権者の権利を実質化していく」過程であり、「『障害年金給付』の実質的な保障」を担保する過程として構成されなければならない。その意味で障害年金の請求手続過程は、「市民」の「自然発生的に生ずる要求」を出発点とするが、その権利性の有無が、ケース・バイ・ケースで判断されなければならない場合があるために、「『権利』を、プロセスを通して具体化する」ことが求められる。障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることや上にいう「一種の新しい調和」という言葉は、これらのことを踏まえて使用されることになる(Ⅱ章参照)。

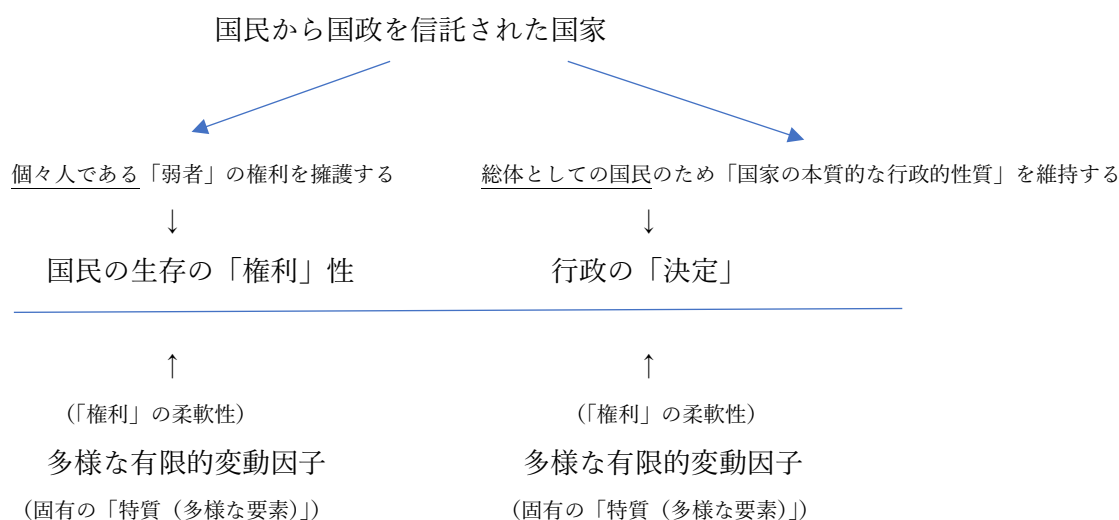
(5) 確認—社会保障法にかかる「権利」と2つの特質

上で述べたように、社会保障法にかかる「権利」は、2つの特質(以下①②)をもつ。

つまり、社会保障法にかかる「権利」の特質は、① 国家の「立ち位置」(国家の国民への生存保障義務)との関りにおいてだけでなく、② 「人間の生存を保障する権利概念」のもつ(「財産法的思考方式にもとづく権利概念」とは異なる)固有の特質(「権利」の柔軟性)とも関係している。

すなわち社会保障法は、<「権利」(保障)の(あり様の)特質>と<「権利」(概念)の特質>という<2つの特質>を内包しているといえる。

そのイメージは、以下のように図式化できるかもしれない。参考のために提示し、以下の考察への架橋としたい。なお「図」にいう「多様な有限の変動因子」は、以下の考察に関わる問題である。あらかじめ、指摘しておきたい。



2, 「人間の生存を保障する権利概念」のもつ固有の基準を深めるために

(1) 注目される多様な有限的変動因子の存在

先に本稿（橋本）は、「人間の生存を保障する権利」の概念は、「固定的静止的な物の権利（財産法的思考方式にもとづく権利）」とは異なった基準でしかとらえられない、とした上で、本稿（橋本）において、「異なった基準」の基軸に据えるのは、「手続」であると述べた。またこのことに関連し「『人間として生きるということ』は本来多様な要素を含んでおり、（人間の生存を保障する権利は）『これだ』という形で厳格に決めつけることが難しい」とも述べた。

以下では、上でいう「多様な要素」を、仮に「有限的変動因子」と表現し、国民の生存の「権利」性と「有限的変動因子」の関りを、具体的にみていくことによって、社会保障法の「権利」のもつ「柔軟性」への理解を深めていきたいと考える。

(2) 「有限的変動因子」を分析するー「人間が人間として生きる」ことのもつ捨象できない「個別性」や「可変性」

① 「個別性」や「可変性」を無視したところで、「人間が人間として生きる」ことの保障を考えることはできない

本稿（橋本）は、所得保障（金銭給付）としての「障害年金」を、「身体性をもった具体的人間の生きる権利」の視点から、いかえれば「障害とともに生きる」ための所得を保障する（金銭を保障する）という視点から捉えてはどうかと考えている。このような本稿（橋本）の視点からすれば、個々人のもつ「個別性」や「可変性」を無視したところで、個々の障害者が「人間が人間として生きる」ことの保障を考えることはできないことになる。

広く国際人権法の流れをみても、例えば「子どもの最善の利益」が、best interest of the childrenではなく、best interest of the childと表現されていることは、一人ひとりの人間がもつ「個別性」や「可変性」を無視したところで、「人間が人間として生きる」ことの保障を考えることはできないことを示唆している。

正確にいえば「個々の当事者の特性に応じた権利（自然発生的要求）」は、その折々の時代背景を踏まえつつ、なお一人ひとりの人間がもつ「個別性」や（身体的 社会的状況の変化に応じて変化するという意味での）「可変性」を重ねあわせたところで浮上してくのではあるまいか。

② 障害年金と求められる個別の判断

河野論文が次のように述べていることは、上①との関連からも重要と考える。

イギリスの判定手続から得られる示唆の 1 つとして、社会的障壁と個々の障害者に対するその影響を、身体的機能障害の定型化と同様に定型化することには困難が予想され、当面、

社会的障壁とその影響の基準化ではなく、社会的障壁の障害者への影響を個別に判断することが可能な手続きの導入(手続きの基準化)を検討する必要性を挙げることができるかもしれない(「英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向」)。

③ 「障害年金の手続」と「個別性」「可変性」—「障害のある人の心身の苦痛や衰弱その他の個人の心身に生じる苦悩」

i 人権モデルの指摘するところ

障害者権利条約が前提とする障害の理解については、「～社会構造が是正されても、障害のある人には機能障害に基づく心身の苦痛や衰弱、余命の相対的な短さや死の不安などの個体としての苦悩がありうる」ことを踏まえ、理念型の社会モデルを超えて人権モデルを提示する見解がだされている(注1)。

ii 障害年金と「障害のある人の心身の苦痛や衰弱その他の個人の心身に生じる苦悩」

ここでは上 i の問題に、社会モデル・人権モデルの話に直截かかわるところで深入りする余裕はない。ただ、次のことを指摘しておきたい。

あらためて、になるが本稿(橋本)は、「市民(障害をもつ人)の立場にたつこと」を出発点とし、「市民(障害をもつ人)」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」にウエイトを置いたところでその生存の「権利」性をとらえ、「障害年金の手続」を考えようとしている。その場合、「障害をもつ人」の「自然発生的に生ずる要求」はひとり一人さまざまだが、人権モデルが指摘する「障害のある人の心身の苦痛や衰弱その他の個人の心身に生じる苦悩や生理的なレベルでの制約の問題」も、「障害をもつ人」の「自然発生的に生ずるひとり一人さまざまな要求」と深く関係しているといえないだろうか。つまり、「障害のある人の機能障害に基づく心身の苦痛や衰弱、死の不安などの個体としての苦悩」もまた、「障害年金の手続の出発点にたつ市民(障害をもつ人)の「自然発生的に生ずる『個別性』や『可変性』をもつ要求そのもの」に重ねあわせていくべき問題のように思われる。「障害のある人の心身の苦痛や衰弱その他の個人の心身に生じる苦悩」は、「医療的、福祉的対応を要する領域の社会構造の改革」の問題であるだけでなく、障害年金そのものにも深く関係するもののように筆者(橋本)には思われる。

iii 判決にみる「原告の不安」への言及

1型糖尿病障害年金訴訟<東京>において裁判所は、原告について「重症低血糖や高血糖に対する不安を抱えながら、これらが生じないように、常に、食事、行動、仕事などに関して慎重な配慮を要する生活を強いられるということ等からすると、生活への影響は、～3級が想定するものより大きいものと評価すべきである」と判示している。このこともまた、(裁判所の意図はともかく少なくとも結果としては)「障害のある人の機能障害に基づく個体としての苦悩」を、「障害年金の手続の出発点にたつ市民(障害をもつ人)の「自然発生的に生ずる『個別性』や『可変性』をもつ要求そのもの」に重ねあわせた判断に近いものになっ

ている、ようにみえるがどうだろうか（注2）。

iv 「障害年金実務ハンドブック」から読み取る「障害のある人の機能障害に基づく個体としての苦悩」と障害年金の関り

障害年金の手続の出発点において、「障害のある人の機能障害に基づく個体としての苦悩」を、市民（障害をもつ人）の「自然発生的に生ずる『個別性』や『可変性』をもつ要求」に重ねあわせていくことの必要性は、「障害年金実務ハンドブック」に掲載された「いくつかの事例」に関する記述（解説）からも読み取れるが、その詳細は省かざるをえない。

ここでは障害をもつ人々が、日々の生活において考えたり、読書をしたり、外気に触れたり、働いたり、誰かと話したりする中で、心身の苦痛や衰弱、死への不安（生きることへの動揺）等々とバランスをとりながら、その人なりの生活の質を維持していくことに対して「相応の配慮」を必要としていることに、上の記述（解説）を通してあらためて気づかされることだけを確認しておきたい。

そしてそのことは、数値化・類型化しにくい「生きづらさ」を要求に重ねあわせ（反映させ）、「相応の配慮」を具体的なものとして関係者が共有していくためには、エビデンスを求めるだけでなく、ナラティブな手法を活用することの必要性をも示唆している。

（3）行政主体の「決定」と「有限的変動因子」の存在

① 朝日訴訟最高裁判決（傍論）の指摘—「行政庁の合目的かつ専門技術的裁量」と「有限的変動因子」（多数の不確定要素）の関係—

かつて朝日訴訟最高裁判決（傍論）において多数意見は、「健康で文化的な最低限度の生活なるものは、抽象的な相対的概念であり、その具体的内容は、文化の発達、国民経済の進展に伴って絶えず向上発展するものであり、多数の不確定要素を総合考量してはじめて決定できるものである。したがって、何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、いちおう、厚生大臣の合目的裁量に委されており、～」と述べた（注3）。上の指摘は、生活保護基準に関するものだが、「行政庁の合目的かつ専門技術的裁量」と「有限的変動因子」の関係を考える上でも、（「多数意見への賛否」とは別に）無視できないものを含んでいる。障害年金の「給付決定」に関係する多様な「有限的変動因子」（多数の不確定要素）は、（障害年金給付にかかる）行政主体の判定基礎資料の中にも存在し、しかも判定基礎資料は多くを行政庁の合目的かつ専門技術的裁量に依拠して解釈され、あるいは策定されている、と考えられるからである。

しかしながら「有限的変動因子」とされているものは、すべて「行政庁の『合目的かつ専門技術的裁量』に委ねなければならないもの」なのだろうか、裁量に委ねざるをえない場合においても「行政庁がどのような要素をどのように考慮してその決定にいたったのか」を明らかにすることが、必要なのではないだろうか。考えるべきことは、さしあたりこれらの諸点へと向かわざるをえない。

② 社会保障財源—その1

i 社会保障財源の有限性

「市民」の「需要（ニーズ）」の保障にあてうる社会保障の財源には、（「国民所得」といった要素を考えても）有限性という要因が働き、しかもたえず変動するところの要素が働いている（注4）。

ii 給付額や給付対象年齢等に係る財源問題

⊖「有限性という要素」を考慮した「土台」の確立の必要性

年金の給付額や給付対象年齢の設定等の大きな課題を考えるにあたっては、まさに「国民所得」といった要素に規定された社会保障の財源が問題になってくる。しかし社会保障財源の調達や安定的運営にかかる多くの重要課題について、国民は判断できない状況にあるのが現状である。

⊖「有限性という要素」と財政民主主義

上のような現状は、給付額や給付対象年齢の設定等の議論を実質的に展開できる「土台（財源についての情報）」の確立が、国民の側からみて不安定であることを示している。「土台」がある程度具体的にみえてこなければ、国民は社会保障の財源のもつ「有限性という要素」を具体的に判断できないことになり、結果給付額や給付対象年齢等の決定において、国家（行政主体）の主張に事実上、従わざるをえないことになってしまう。

財政は財源を調達する「財政権力作用」と調達した財源を管理・使用・処分する「財政権利作用」に分けられるが、「国の財政は、主権者である国民に由来するものであり、国民の意思に基づいて処理され、国民全体の利益、幸福のために運営されなければならない」とする財政の民主化ないし財政民主主義の具体化が求められる。そこには、財政民主主義と「公共信託論」の響き合いも感じられる。

⊖「保険者の役割及び責任と国の権限及び責任」を峻別する—「有限性という要素」をより「明確化」するために

社会保障の財源のもつ「有限性という要素」を判断する際に、国民が主体的にそして出来るだけ具体的な視点を見出していくためのひとつの手立てとして、「（障害年金を含む社会保険の）保険者の役割及び責任と国の権限及び責任」を峻別することも重要と考える。

わが国においては「保険者の役割及び責任と国の権限及び責任」が同一視される傾向にあるが、その峻別は、「社会保障財源の調達と安定的運営」ひいては社会保障の財源のもつ「有限性という要素」をできるだけ「明確化」し、国民がその是非を判断していく上でも資するところが大きいように思われる。伊奈川秀和が、「保険者の役割及び責任と国の権限及び責任」について上の点について述べていることは重要と考える（注5）。

「障害年金の手続過程」においても、「行政の決定」を担う当事者を「保険者と国の役割」に分けて位置づけたところで考えることが本来なのではなかろうか。

④「権利としての社会保障」の主張と「社会保障の財源の有限性」を念頭におくことは矛盾するか

時折、市民が社会保障上の権利を主張する際には、「社会保障の財源の有限性」を考慮する必要はないのではないか、という指摘に出会う。確かに「社会保障の財源の有限性」を理由に、自らの「権利」主張にある意味での「自主規制」を懸けることは必要ない。しかしそのことと「権利としての社会保障」の内実を考える際に、「社会保障財源の有限性」を考慮に入れることはまた別の話である。「社会保障の権利を権利たらしめているその同一の根拠がまさに権利の限界を画する根拠」（注6）なのである。

③ 社会保障財源—その2

年金給付額や給付対象年齢の設定等が問題になる場合には、「国民所得」といった要素に規定されるレベルでの社会保障財源が直截に念頭に置かれることになる。

これに対して、（障害の「程度」や「状態」の判断に間接的に関係していると思われる）社会保障の財源問題は、「障害年金の手続」過程においては、法令や行政主体の判定基礎資料（例えば障害認定基準）に反映され、さらには法令や通達の解釈を通じて当該市民（請求人）の権利に影響を及ぼすことになろう。だからこそ「財政の民主化ないし財政民主主義の具体化」は、「障害年金の手続」過程において、市民（障害年金の請求者）が行政と対等に対峙できるための手立てとしても重要な意味をもつ、と考える。

(4) 「社会保障の権利体系」と「有限的変動因子」—「初診日」を素材に考える

「有限的変動因子」が関係する問題には、「財源の有限性」や「人間が人間として生きる」上での「個性」「可変性」の視点からだけでは十分に説明されないものが含まれているように思われる。

一例をあげれば、「初診日」の問題もその一つである。現行制度を前提としたところで、障害年金に係る「初診日」とは何かを考えていくと、それ（初診日）は、「社会保障の『権利』の柔軟性」（Ⅲ章の初め参照）との関係において表出してくる「有限的変動因子」のひとつの姿を示しているように思われる。少しだけ説明しておきたい（注7）。

① 「障害の原因となった傷病にかかる初診日」は、事実としては、1点（特定された日）として存在する。その意味では、初診日は柔軟なものではない。

② しかし実際には、初診日の特定が難しい場合がある。ことに初診日から長期間経過して請求を行う場合にはその傾向が強まることになる。

③ 法令の規定からすると（注8）、初診日は＜何年何月何日と特定できなくても＞、＜それぞれ要件を充足している加入要件と納付要件＞の中（一定の領域内）にあることが確認できればよい、ことになる。

④ 実際には、上③でいう「一定の領域内」に存在するかどうか に関連して「初診日」

は、「有限的変動因子」としての色彩をもつことが少なくない。しかも初診日が「一定の領域内」にあることを証明する資料として、どのような資料が認められているか、また資料の何を根拠に、初診日の有無が判断されるのかについても一義的ではない。初診日を「証明」する資料の拡大や充実が求められているのもこの辺の事情に関係している。

⑤ しかも司法や行政は、法令を根拠として、初診日は、受給3要件（加入要件、受給要件、初診日要件）のいずれにもかかわるものと解釈し、初診日を特定することが受給権発生要件であるとみているのが実情である。

⑥ ⑤のことを根拠として行政（保険者）は、初診日は請求者が特定、証明する必要があるとして、「初診日」の記載がない場合には、請求を却下している現状がある。そこからは、本来は「人々の生存の権利保障のための一手段にすぎない」はずの「行政主体の決定」が、「国民の生存の権利」に先行する実態が浮上してきている。

問題解決の糸口はどこに求められるだろうか。イギリスでいう制度的手続の発想は、その糸口を示唆しているように思われる。具体的にいえば、請求人の「権利」(right)の具体化に大きくかわる「初診日」を、当初から明確に特定されたものとして、捉えるのではなく、一定のプロセス（手続）を通じて、結果として初めて（否認される場合も含め）確定的なものにしていくことである。手続は、請求人の主張する「初診日」と保険者が自らの判定基礎資料に基づき主張する「初診日」をすり合わせ、そこに合理的な結論を見出していく過程（権利実現の過程）ともいえるだろう。そこでは保険者は、保険者自身の判定基礎資料に基づく保険者の考える「初診日」を提示する義務（一種の「応答義務」あるいは争点義務ともいうべきものか）を負うことになる。

「初診日」の記載がない場合はもとより、「障害年金を請求する側は、障害年金が欲しいとさえ言えばよい」という考え方にも、イギリス法の顰にならえば、請求人は「資格(entitlement)の決定を受けるべき地位にあるもの」として、「受給資格の決定手続」のスタートラインに立つ（全機構は権利(right)に基礎づけられている、という意味における）「権利」をもつものであり、その意味での「権利は（行政の）決定に先行する」ものであるとする「考え方」と一定の共通性が感じられる。こうした「考え方」のもとでは、保険者は、請求人の主張する「初診日」に係る資料の提供はもとよりその探索にも協力する義務を負うことになるだろう。

(5) 行政の判定基礎資料のひとつとしての「障害認定基準」

① 「障害認定基準」への視角

障害年金の実務運用は、厚生労働省（以下「厚労省」ともいう）の障害認定基準に少なくとも依拠しているが、その合理性については、さまざまな問題が指摘されている。

「合理性」を欠く理由としては様々なことが推測されるが、「障害認定基準」の規定内容やその実務運用に、「社会保障の財源」問題も、直接間接に関わっていることは否定できな

いのではなからうか。

本稿（橋本）は先に、（障害の「程度」や「状態」の判断に間接的に関係していると思われる）社会保障の財源問題は、「障害年金の手続」過程においては、法令や行政主体の判定基礎資料（例えば障害認定基準）に反映され、さらには法令や通達の解釈を通じて当該市民（請求人）の権利に影響を及ぼすことになろう、と述べたところである。以下、こうした本稿（橋本）の関心を意識したところで「障害認定基準」について簡単に言及しておきたい。

② 「障害認定基準」の「法的性格」と実体

i 「障害認定基準」の「法的性格」

原則をいえば、障害認定基準は、法律でも政令でもなく、行政内部の通達にすぎず、法規範性はなく、裁判所の判断もこれに拘束されない（注9）。

ii しかし障害年金の実務運用は、厚労省の「障害認定基準」に依拠しているのが現状である。

③ 「障害認定基準」と現状

i 「障害年金の手続」からみた「障害認定基準」の整備への関心

障害認定基準の「不合理性」の是正が、まず「決定に係る行政主体の理由説明」の明確化に繋がることが期待される。また障害認定基準の整備は、本稿（橋本）が「有限的変動因子」を切り口として提示してきた「社会保障法の『権利』のもつ柔軟性」に対峙する上での具体的な「手がかり」（一応の内部的基準の明確化）にもなるだろう。

ii 近時の制度改革と日弁連「意見書」—「柔軟な運用確保の必要性」の重視

障害認定基準については、近時の「精神ガイドラインの施行」（2016年9月）により、一定の制度改革が進んでいる。

しかし日本弁護士連合会は、その改善の方向（全国統一の東急判定のガイドラインの作成）が、「憲法25条、国民年金法および厚生年金保険法の趣旨に基づき、本来認定されるべき人が地域によっては認定されていない事態を改善するという障害者の年金受給権の確立・充実につながるものでなければならず、地域間格差是正の名の下に障害年金の支給抑制に繋がることがあってはならない」ことを強調するとともに、特に「柔軟な運用確保の必要性」を重視し次のように述べていることが注目される（日弁連「意見書」ともいう。下線橋本 以下において同じ）（注10）。

「～精神・知的障害における数値化・類型化しにくい障害の特性が捨象され、画一的な運用になる可能性が高く、本来障害年金を受給すべき障害者が切り捨てられるおそれがある。」

「～点数化の結果が等級認定に直結されるべきではなく、『日常生活能力の程度』及び『日常生活能力の判定』には反映されにくい『生きづらさ』など、個別の障害特性や事情を総合考慮した上で等級判定を行うことができるよう、柔軟な運用が可能な目安が設定されるべきである」「また、等級認定にあたっては、障害者本人、家族、支援者等から日常生活の状態に関する情報が積極的に収集され、これを十分に勘案しうるものとされるべきである」

④ 1型糖尿病障害年金訴訟（東京）から読み取る「柔軟な運用確保」への糸口

判決は、要旨以下のような脈略において、「本件認定基準の合理性」を判断しているものとする。私見（橋本）を交えながら、要点を指摘しておきたい（注11）。

i 国年法施行令別表は、障害等級別表について定めているところ、2級15号のようにその性質上具体的内容を明確にするのが困難なものもある。また、具体的な疾病の種類・性質や症状の具体的内容・程度、これらを判定するための具体的な検査項目、基準、方法などについて定めがないものもある。

ii (上iのような実情があるなかで) 障害年金給付の客観性及び公平性を確保するため、統一的基準を設ける必要があり、本件認定基準はそのような見地から、複数の専門家の医学的知見を踏まえて、基準の適合性・合理性を判断した上で、作成されたものである。

iii つまり本件認定基準は、障害年金給付の客観性及び公平性を確保する「必要性」から、「複数の専門家の医学的知見を踏まえて」、「適合性・合理性をもつ」との判断のもとに作成されたものであるから、「障害における数値化・類型化しにくい障害の特性をもつ事例」についても、本件認定基準に具体的な不合理な点があるなど特段の事情がない限り、「本件認定基準」に沿って障害等級該当性を判断すべきである、と判断している。「具体的な不合理の有無」を判断する上で、「上i ii」の含意は大きいものと考えられる。

以上を前提としたうえで判決は、1型糖尿病については、

i 2級および1級該当性について具体的指標は設けられていない。

ii (将来は変化する可能性を示唆しつつも)、現状では1級 2級該当性に関する具体的指標を示すことが困難である。

iii 本件認定基準が、上位等級に該当する者の存在を当然の前提としていることは明らかである。

iv 以上のことを前提とすると、上位等級該当性について一義性明確性を欠く部分があるとしても、(本件認定基準が) 諸般の事情を考慮しての総合的判断に委ねるべきという定め方をすることにも一定の合理性がある(1型糖尿病については、本件認定基準に具体的な不合理な点はない)としている。その上で判決は、(1型糖尿病については一定の合理性をもつ) 本件認定基準に従い「諸般の事情を考慮しての総合的判断」を行い、原告勝訴の判決を下している。

判決は、本件認定基準の合理性を可能な限り容認しようとしているとみることもできそうだが、他面判決が、本件認定基準に具体的な不合理な点があるなど特段の事情がある場合には、本件認定基準に沿わない判断もありうることを示唆していること、あるいは本件認定基準が一義性明確性を欠く場合であっても、一定の条件が満たされる場合には「諸般の事情

を考慮しての総合的判断」に委ねられる場合もあるとしていることから、(少なくとも結果的には)「数値化・類型化しにくい障害の特性」を意識し、「個別の障害特性や事情を総合考慮した、柔軟な運用」に一定の道を開いているようにもみえる。その意味で日弁連「意見書」が指摘する「柔軟な運用確保」に繋がる糸口を読み取ることが出来るようにも思われるがいかがなものであろうか。

(6) 「障害年金の手続」からみた障害認定基準

① 注目されるイギリスの考え方ー「基準給付は法的原則ではない」

イギリスでは、(わが国の生活保護と類似性をもつ) 補足給付の「準則集」は法規性をもたない。いいかえれば補足給付は、「受給資格者の請求の上に立って、個々の必要即応の原則により処理するのが理念で、『準則』はその個別事案処理の一応の内部的基準にすぎない」と考えられている(注12)。つまり補足給付の基準給付は法的原則とはなっていないということである。

② 「有限的変動因子」の関りにおいて求められる「柔軟な運用確保の必要性」

本稿(橋本)は先に、「『人間として生きるということ』は本来多様な要素を含んでおり、(人間の生存を保障する権利は)『これだ』という形で厳格に決めつけることが難しい」と述べた。そしてⅢ章では、その「多様な要素」を、仮に「有限的変動因子」と表現し、国民の生存の「権利」性と「有限的変動因子」の関りを、具体的に指摘することによって、社会保障法の「権利」のもつ「柔軟性」への理解を深めようとしてきた。

ところでこれもすでに指摘してきたことだが、(障害年金を含む) 社会保障に関する給付請求手続は、(社会保障法の「権利」の柔軟性故に)「給付請求手続自体が『権利を実質化していく』重要な構成要素」であり、(「『権利』を、プロセスを通して具体化する」という指摘が示すように)「請求者のニーズの一種の確認手続」の意味をもつ(Ⅱ章参照)。

くりかえしになるがイギリスでは、このプロセス、この手続の過程においては「受給資格者の請求の上に立って、個々の必要即応の原則により処理するのが理念で、『準則』はその個別事案処理の一応の内部的基準にすぎない」と考えられている。

わが国における障害認定基準の整備は急務の課題ではあるが、社会保障法の「権利」の柔軟性を重視したところで「障害年金の手続」を考える本稿(橋本)の立場からすると、イギリスの響にならい「障害認定基準は、個別事案処理の一応の内部的基準にすぎない」とする見方になお捨てがたいものを感じざるをえない。

もとよりそのためには、「障害年金の手続」過程が、実質的に(国民の生存の「権利」性と行政の「決定」の間に)「一種の新しい調和」を求めていく場(請求者が自らの権利を具体化していく過程)となり(Ⅱ章参照)、結果「受給資格者の請求の上に立って、個々の必要即応の原則により処理する」ことが確保される必要がある。フランスでは、社会保障が「我々の作品」という言葉で表現されているのを目にしたことがあるが、まさに「障害年金の手続」過程が、「我々の作品」となることが求められているということであろう。

IV章では、その手掛かりを求めて、我が国の「障害年金の手続」過程への一定の「制度的変更」（当面は制度慣行の確立）を提案したい。がその前に以下では、これまで述べてきた「障害年金における手続」のあり様を要約し、III章の結びとするとともに、IV章への伏線を敷くこととしたい。

3、確認—「障害年金における手続過程」の内実

(1) 「障害年金における手続過程」の総合的把握

本稿（橋本）では、「障害年金における手続過程」（含む事後手続）を以下の4点から把握する。

① 障害年金における手続過程は、請求者の「権利」を、プロセスを通じて具体化する「場」（過程）である。

② （①のことは、イギリス法において）制度的手続<institute proceeding>と称されるものに通底している。

③ （①でいう「『権利』をプロセスとして具体化する」という指摘は）、障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを意味している。日本の現状においては、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」にウエイトを置いたところで、「障害年金の手続」を考えることが必至と考える本稿（橋本）の立場からは、このことはこの他重要となる。

④ 先に指摘した「障害年金の手続」を通じて、「国民の生存の『権利』性と行政の『決定』の間に何らかの実質的な一種の新しい調和を見出す」という視点は、障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを踏まえた上で使用する。

「『権利』を、プロセスを通して具体化する」という発想は、決して唐突なものではない。

本稿（橋本）は、イギリス法にいわれる「制度的手続<institute proceeding>」から、その着想を得ているが、イギリス法だけでなく、国際人権法に規定された権利が、「法規範としての記述としては完結的なものではなく、権利主体が参加し、構成していくもの（constructive）であり、その意味では、権利主体に開かれた考え方を基底に置いている」（ジャーナル1号）と指摘されていることにも共通するものが感じられる。

また「生命の保障をめぐる公共性」の議論では、「公共的に対応すべき生命のニーズをどう解釈し、どう定義するかは、行政に委ねられるべき仕事ではない。生命のニーズが公共的な対応にふさわしいかどうかを検討し、それを定義していくことは、まさに公共的空間における言論のテーマである。（略）公共性は『ニーズ解釈の政治』が行われるべき次元を含んでいる」（注13）と述べられていることにも相応するものが感じられる。

(2) 新しい法的課題の発見

① 判決にみる「手続的権利と実体的権利の関係」

1型糖尿病障害年金大阪第二次訴訟で原告は、本件各処分は前件判決の反復禁止効（行訴法33条1項）に抵触する旨主張したが、判決（令和3年5月17日 以下(2)において「判決」という）は、「厚生労働大臣が、再度、行手法14条1項本文又は8条1項本文の定める理由提示の要件を満たすような理由を示して前件各処分と同一の内容の処分をすることは、前件判決の拘束力に反しないものというべきである」と述べて原告の主張を採用していない。行政手続法違反で処分が取り消されても、手続に従って再度処分ができるということである。少し考えてみたい。

② （障害年金を含む）社会保障に関する給付請求手続

i 先に述べたように、イギリスにおける（事後手続である）「審判所」あるいは（事前手続において取り入れられている）「資格に依拠する権利体系」においては、請求人の「権利」（right）は、当初から明確なものとして捉えられているわけではなく、一定のプロセス（手続）を通じて、結果として初めて（否認される場合も含め）**確定的なもの**となる。

ii 上のことは、（障害年金を含む）社会保障に関する給付請求手続においては、（社会保障法の「権利」の柔軟性故に）、「給付請求手続自体が『権利を実質化していく』重要な構成要素」となっていること、そしてそのことが、「社会保障法の特質のひとつであること」を示唆している。このように考えると、少なくとも社会保障法においては、手続法と実定法を明確に峻別するのは難しいようにもみえる。

iii 本稿において、「障害年金における手続」は、（同じ「手続」であっても例えば）公正の確保と透明性の向上を通じて、国民の権利利益の保護に資することを目的とする行政手続法（平成五 11・12 法88）とは「違った意味での（保障しようとするものの層を異にする）手続」であり、言い方を換えれば「人間が人間として生きる権利」という**根源的・包括的権利により明確に支えられた手続**であり、「人間が人間として生きる権利」の生成過程にかかる手続であることが認識されるべきである、と考えるのも、上記 i ii を踏まえてのことである。

③ 新しい法的課題の発見—社会保障法における「手続的権利と実体的権利」の関係

みてきたような「社会保障法の特質」を考えると、少なくとも障害年金を含む社会保障法における「手続的権利と実体的権利」の関係についての「判決」の判断には検討の余地がありそうである。（障害年金を含む）社会保障の「給付請求手続自体が『権利を実質化していく』重要な構成要素」である事実は（上②参照）、これまでの「手続的権利と実体的権利」の関係についての捉え方を再考する上で、幾何かの手掛かりを提示しているようにも思われるからである。しかしいずれにせよこれは、筆者の力量をこえる問題ではある。「障害年金における手続過程」の理解を深める一助としての指摘に留めたい。

Ⅲ章 注

(注1) 池原毅和「障害法をめぐるいくつかの基礎的論点」p 99, p 100参照 日本障害法学会編 障害法 創刊号(2017年11月)

(注2) 1型糖尿病障害年金不支給決定取消請求事件東京地裁判決関連資料

① 1型糖尿病障害年金不支給決定取消請求事件東京地裁判決(令和4年7月26日 p 52 賃金と社会保障 No.1820 2023年2月下旬号掲載)

② 小嶋愛斗「1型糖尿病障害年金不支給決定取消請求事件東京地裁判決(令和4年7月26日日本号37頁)を受けて」 p 11参照 賃金と社会保障 No.1820

(注3) 下山瑛二「サーヴィス行政における権利と決定」p 194の引用によった。『人権と行政救済法』三省堂 1979年所収

(注4) 同 p 205参照

(注5) 伊奈川秀和「フランスに学ぶ社会保障改革」中央法規 2000年

(注6) 渡辺洋三「社会保障の権利」p 251 『基本的人権 総論1』 東京大学社会科学研究所 1968

(注7) 障害年金法研究会での議論を土台に筆者(橋本)の理解と関心に従って整理したもの

(注8) 国民年金法 30条1項1号、同条の2第1項、厚生年金法 47条1項、同条の2第1項

法令上、初診日は、「障害の原因となった傷病にかかる初診日において、国民年金又は厚生年金保険の被保険者等であったこと」という加入要件と、初診日の前日において納付要件を満たしていることを確認する日にすぎず、初診日を特定することが受給権発生の要件ではない。しかし司法や行政は、法令を初診日は、受給3要件(加入要件、受給要件、初診日要件)のいずれにもかかわるものと解釈し、初診日を特定することが受給権発生の要件であるとみている。

(注9) 日弁連高齢者・障害者権利支援センター編「法律家のための障害年金実務ハンドブック」p 9, p 86参照

(注10) 「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域間格差是正に関する意見書」2015年7月23日厚生労働省宛て提出。前掲「法律家のための障害年金実務ハンドブック」p 155による。

(注11) 判決文と(注2)掲載の小嶋論文を参照した。

(注12) イギリスの場合、「準則」の意味するところは補足給付以外の分野にも通じるものと思われる。現状のイギリス補足給付の実態については不知。

(注13) 齋藤純一「公共性」p 65参照 岩波書店 2010年

IV章 わが国の障害年金における手続過程をどの様に捉えるか

ポイント—本章では、これまでの検討を踏まえ、いくつかの「改善点」を具体的に提示しているが、提案の中心は以下のことにある。

イギリスでいわれる Mandatory reconsideration（「原処分庁に義務付けられた再検討」又は「原処分庁による再検討の義務付け」の意と解する）を参考にしつつ、本章では（「障害年金」の請求後、相応の期間内に原処分庁の応答がない場合、もしくは原処分庁が棄却あるいは一部認容の決定を行った場合において請求人が希望する場合には）、原処分の再検討が制度上（当面は行政慣行上）原処分庁に義務づけられることを提案する。さらに出来る事ならその再検討の場が、（当該請求人の生存のための要求と保険者の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする「公開審理の場」として設定されることを期待する。「公開審理の場」の設定は、障害年金における手続過程が、請求者の「権利」を、プロセスを通じて具体化していく「場」（過程）としての有効性をさらに深めることになると考えるからである。

社会保障は、「我々の作品」でなければならない。「障害年金の手続」過程は、「我々の作品」が創り上げられる過程でなければならない。

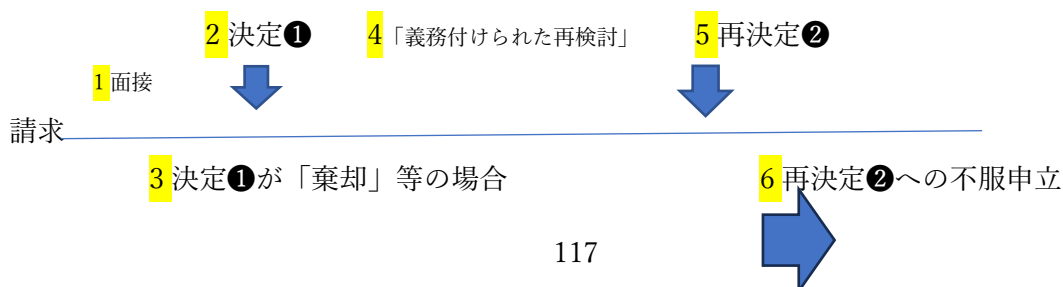
1 はじめに

(1) 基本的な視点の確認

これまでのところで本稿（橋本）は、社会保障に係る手続過程を、「『権利』を、プロセスを通して具体化する（「権利」を創り上げる）『場』」として捉えていくという立場を明確にしてきた。その視点は、本章の検討の中にも、当然反映されることになる。「『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』」とは、（当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする共通の「場」を（さしあたりは行政主体と当該請求人の間に）設定することであり、この視点は障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを前提としている（誤解を招かないためにも出来るだけⅡ章 Ⅲ章も参照されたい）。

(2) 障害年金における手続過程のイメージ

本稿（橋本）では、「障害年金における手続過程」の概略を以下のように把握したい。



① 請求は、障害基礎年金の「本案請求」を想定

② 上記図（決定①）に関連して

① 決定①に先立つ「本人面接」（実態調査）の実施

行政機関は本人面接を行う（注1）

② 決定①

行政機関は相応の期間内に決定①を行う

③ 相応の期間内（注2）に、「請求が認められない場合」（注3）においては、請求人が希望する場合、（当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする共通の「場」（「『権利』を、プロセスを通じて具体化する『場』」）を設定することが、原処分庁に制度上義務付けられる。

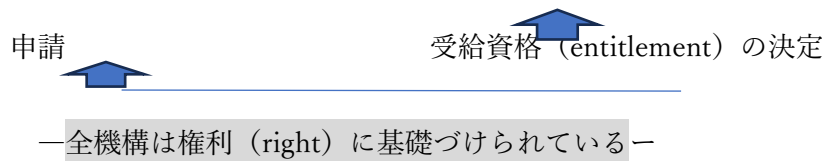
④ 上記③は、イギリスでいわれる Mandatory reconsideration（本稿（橋本）では、「義務付けられた再検討」又は「再検討の義務付け」の意と解する）を参考にしているが、同時にイギリスのように、「行政裁量」が公正かつ司法的な方法で行使されることへの期待と充足が形成されていないわが国の実情をも視野に入れたところで提示するものである。なお⑤の記述もあわせ参照されたい（Mandatory reconsideration については、II章も参照）。

⑤ 上記図で④「義務付けられた再検討」として提示される過程は、イギリスでいわれる Mandatory reconsideration では、請求人が「原処分に対する不服を申し立てている場合」に具体化されることになっている。

しかし本稿（橋本）では、（請求人が「不服申立」を求めているかどうかに関わらず）請求人が希望する場合には、「原処分の再検討が原処分庁に義務づけられる」と構成したい。つまり上記図にいう決定①（「容認」以外の「棄却」等の場合）は、④「義務付けられた再検討」という「場」を経ることによって、確定的なものとなるのであって、変わりうる可能性をもっていることになる。言い換えれば、決定①（「容認」以外の「棄却」等の場合）は、一種の「留保つき決定」ということになるだろう。

II章を中心に述べてきた障害年金（社会保障給付）の権利は、「資格決定＝給付決定（資格 entitlement）に依拠する権利（right）」であるが、「全機構は権利（right）に基礎づけられている」という捉え方がここにも反映されている。

「資格に依拠する権利」の実現過程



〔6〕 <4「義務付けられた再検討」として提示される過程>における「公開審理の場」の設定

「『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』」のあり様については、II章、III章を中心に述べてきた。筆者（橋本）としては、これまで述べてきたことを、実際の手続過程に反映させていきたい。その糸口を、本章を通じて見出そうとするものである。

なかでも本章において中心的に提言したいことは、イギリスでいわれる Mandatory reconsideration（「原処分庁に義務付けられた再検討」又は「原処分庁による再検討の義務付け」の意と解する）を参考にしつつ、わが国においても（「障害年金」の請求後、相応の期間内に保険者の応答がない場合、もしくは保険者が棄却あるいは一部認容の決定を行った場合において請求人が希望する場合には）、原処分の再検討が制度上（当面は行政慣行上）原処分庁に義務づけられるようにしてはどうかということである。

さらに出来る事ならその再検討の場が、（当該請求人の生存のための要求と保険者の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする「公開審理の場」として設定されることを期待する。「公開審理の場」の設定は、障害年金における手続過程が、請求者の「権利」を、プロセスを通じて具体化していく「場」（過程）としての有効性をさらに深めることになると考えるからである。

〔7〕 請求人の参加

くりかえしになるが、「『権利』を、プロセスを通して具体化する『場』」とは、障害年金における手続過程が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であることを前提として、（当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする共通の「場」であることを意味している（II章 III章参照）。「請求者のニーズの一種の確認手続」という言葉が示唆するように、本稿（橋本）にいう<障害年金の全手続過程>における当該請求人の「参加」は、所与の前提として位置づけられている。

上記図にいう決定①に先立って実施される「本人面接」（実地調査）も、上のような理解を背景に実施されるものである。

また上記図<4「義務付けられた再検討」として提示される過程>における請求人の参加も、本稿（橋本）にいう<障害年金の全手続過程>が、「請求者のニーズの一種の確認手続」であり、<（当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料）を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出す>過程であることから導き出される。そして上記図<4「義務

付けられた再検討」として提示される過程>に、「公開審理の場」が組み入れられ、そこに請求人並びに関係者が関わっていく（参加していく）ことを切に希望するものである。

〔8〕（「義務付けられた再検討」を経て）再決定②がなされる。

〔9〕請求人が、再決定②に不服を申し立てた場合は事後手続に移行する。

上に提示した「障害年金における手続過程のイメージ図」の理解を深め、わが国の障害年金にかかる手続過程の改善に繋げていくために、以下ではさしあたりいくつかのことを補足的に述べておきたい。

まずは、少し説明を要する原処分庁による「義務付けられた再検討」について、イギリスの状況にも言及しながら、話を進めることにしたい。

2. わが国の障害年金にかかる手続過程の改善にむけて

(1) 「義務付けられた再検討」の導入—イギリスの状況に触れて

イギリスでは、2013年10月、労働年金省の処分に対する不服が申し立てられた場合には、独立した審判所（independent tribunals）による審査に先立ち、まず原処分庁である労働年金省に当該処分の再検討が義務付けられることになった（再検討前置主義）。

イギリスにおいて、雇用支援手当を含む労働年金省管轄の全ての給付の原処分庁に対し、「（原処分の）再検討の義務付け（Mandatory reconsideration）」が要請されることになった背景には、それまでかなりの不服申立が審判所（independent tribunals）にだされ、相当数の救済がなされている事実が関係しているように窺える。つまり「この事実」は、より早い段階での見直しで救済される案件が少なくないことを示唆しているからである（II章参照）。

（雇用支援手当＜Employment and Support Allowance, ESA＞についていえば）、2011年から2013年の間に「労働に適している」と認定された人の約35%が独立した審判所（independent tribunals）に上訴して、その上訴の約33%が救済されている、また2013年—2014年には、ESAに係る処分に対して232,639件の上訴が提出されている。これに対して（当該処分の再検討が義務付けられた）2013年10月以降、上訴の総数は激減している、ということである（上(1)は、ジャーナル3号に掲載されている河野論文に依拠しつつ橋本の責任で記述したものである）。

ところでイギリスでは従来から審判所に上訴がなされた場合、通常原処分庁による「最初の決定(initial decision-making)」の後で、原処分庁段階での「予備的審査(preliminary review)」がなされ、そこで解決されなかった問題に係る「判断」が審判所における審理対象となるのであって、全ての原処分庁の「判断」が審判所に係属するのではないといわれ

てきた。このことからすると、「再検討の義務付け」の導入は、「予備的審査(preliminary review)」の延長線上にある(予備的審査を充実させた)話のようにも窺えるが、詳細な検討は今後の課題としたい。

(2) イギリスにおける「新しい運用アプローチ」と「資格に依拠する権利体系」

イギリスでは、社会保障に係る多くの事前手続において、(社会保障の権利の特殊性に配慮したところの)「資格に依拠する権利体系」という「考え方」が取られていることはII章で触れた。原処分に対する「再検討の義務付け」(Mandatory reconsideration)を行政庁に求める手続の導入も、(社会保障の権利の特殊性に配慮したところの)「資格に依拠する権利体系」と無関係とはいえない、ようにみえる。イギリスでは、2019年以降、義務付けられた再検討の段階で追加の口頭および書面による証拠を収集するための新しい運用アプローチが採用されたと指摘されているが(河野論文による)、この「新しい運用アプローチ」も、(社会保障の権利の特殊性に配慮したところの)「資格に依拠する権利体系」との関りで把握すべき事項のように思われる。

(3) わが国を顧みてー「義務付けられた再検討」の導入の契機を探る

わが国では、年金支給裁定に不服がある場合、その裁定について審査請求をすることができ。審査請求が受理されると、社会保険審査官による審査と原処分をした保険者による処分内容の見直しが行われる。その結果、保険者が自主的に処分内容を変更することもありうる(注4)。またすでに1952年の段階で、不支給決定者の全部(全件数の概ね5~6割)に対して、再診断と実地調査が実施されていたという(注5)。

このようにみえてくるとわが国においても、障害年金における事前手続過程に、「(原処分庁に)義務付けられた再検討の過程」に類する仕組みを導入する下地は、皆無ではないようにみえる。もしそうであるなら、わが国においても、以下①②の具体化をもとめていくことは、不可能とはいえないだろう。

① 決定①が、棄却等であった場合には、「障害年金の手続」の中に、(さしあたりは行政慣行上、ひいては法制度上)わが国固有の「義務付けられた再検討の過程」を導入する。

② 上記①にいう過程は、「『権利』を、プロセスを通じて具体化する(「権利」を創り上げる)『場』」の一環に位置づけられるものであることを確認していく。

(4) わが国固有の個別・具体的な「運用アプローチ」を考える

① 説明責任と理由付記ー「『権利』を、プロセスを通じて具体化する『場』」の視点から

繰り返しになるが、「『権利』を、プロセスを通じて具体化する(「権利」を創り上げる)『場』」の設定とは、(当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料)を突き合わせて、そこに合理的な結論を見出そうとする(さしあたりは、行政主体と当該請

求人の中の) 共通の「場」を設定することである。

このことからすると、行政主体(原処分庁)は、(上のイメージ図の) 決定①を行うにあたって、障害認定基準を含む自身の「判定基礎資料」のどこに依拠し、どのような論拠に基づき当該処分(決定①)を下すに至ったか(どのような要素を考慮してその決定に至ったか)について説明責任があり、そのことが「理由付記」において具体的に提示されていなければならないことになる。

重要なのは、その説明が当該請求人の側に具体性をもって理解できるものかどうかということである。筆者(橋本)の(社会保険審査会委員としての)経験上から見る限り、行政主体(ここでは原処分庁)の説明の論理には飛躍があり、「到底納得できない」場合も散見された。

いずれにせよ、(説明責任や理由付記に係る)こうした「作業」を経ることによって手続を、(当該請求人の生存のための要求と行政主体の判定基礎資料を突き合わせ、合理的な結論を見出していく)場として捉える意識が、まずは決定①の段階で、行政主体(原処分庁)の側に形成されてくることを期待したい。

事前手続過程に、「(原処分庁に)義務付けられた再検討手続」を導入することは、決定①段階での行政主体(ここでは原処分庁)の判断をより慎重にさせていくことにもなる。

② 決定①が、「棄却」等であった場合の「義務付けられた再検討」段階への移行と「追加の証拠資料の提出」

(「棄却」等にかかる)決定①に対する「不服」の内実は、「理由付記」に体现される行政主体(原処分庁)の「説明責任」への不満、あるいは「自身の主張と行政主体の『考え方』の齟齬」と関連している場合が多いだろう。このような事実からしても「義務付けられた再検討」の段階では、当該請求人ならびに行政主体(原処分庁)双方からの「口頭あるいは書面による追加の証拠資料の提出」が容認されることによって、より「合理的な結論」への道筋を充実させていくことが期待される。

③ 非対称性とわが国固有の個別・具体的な「運用アプローチ」の検討

II章で触れたように、イギリスでは「公共信託論」が、基本的人権体系に対する(少なくとも一定の)論理的前提をなしている。そのようなイギリスとは異なる日本の現状を思えば、「障害年金の手続」を考え、「国民の生存の『権利』性と行政の『決定』の間に何らかの実質的な新しい調和を見出す」ためには、「市民」と行政の「非対称性」を重視し、藤原が指摘するように「市民」を年金受給に係る手続の出発点に位置づけ、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」によりウエイトを置いたところで問題を把握することがこの外重要となってくる。

その上でなお、「障害年金における手続過程」全体を絶えずしっかりとイメージして把握しながら、個々の課題にできるだけ明確に関わっていくことが、全手続を「市民」の権利(right)に基礎づけられたものとして把握する上で不可欠なことになってくる。そのための手立てとして以下のようなことが重要となる。

i 「実調」でのヒアリングや「義務付けられた再検討」の段階での「対面でのやりとり」については、当該請求人が希望する場合等には、オンラインの利用も視野に入れる。

ii 「対面でのやりとり」等の実施においては、非対称性を考慮に入れたところで、当該請求人の側にたった医師や同じ障害をもつ人の参加も保障し、当該請求人の要求（思い）を具体的に補充する仕組の導入も検討されるべきである。

iii 上記においては「行政主体」（原処分庁）という言葉を使ってきたが、III章で触れたように、「保険者の役割及び責任と国の権限及び責任」とは、本来異なるものである。今後検討を深めていくなかでは、その異なる「役割及び責任」を具体化させ、手続過程に反映させていきたいものである。

iv 「参与」の制度は、現在の社会保険審査会において「一定の役割」を果たしている。「義務付けられた再検討」の段階において「参与」の参加を求めることは一考に値しよう。ただその前提として、「参与」の役割については、「参加資格」と絡めたところで一層の検討が必要と考えているが、ここでは指摘するに留めたい（注6）。

④ 求められる「権利実現のためのバックアップ機関」の創設—非対称性を視野に

本稿（橋本）が提示する「義務付けられた再検討」の導入に関連して気になるのは、決定①が「棄却」等の場合であっても、請求人が「義務付けられた再検討」への移行を望まない場合である。

たしかに決定①のなかには、「不支給決定」や「一部認容」であっても行政主体（原処分庁）の決定が、請求人の側からみても納得できる場合も皆無とはいえないだろう。しかし問題なのは、行政主体（原処分庁）の決定に問題があると考えられるにも関わらず、請求人が「義務付けられた再検討」への移行を望まない場合である。

こうした場合に重要なのは、当該請求人に伴走し、具体的な「結論」に至るまでの道筋を支援する「組織」の存在である。場合によっては、そこでは「義務付けられた再検討」を求めていく「価値」があるのかどうかについて、（請求人含め）複数の忌憚のない意見が飛び交うことにもなる。

いずれにせよわが国における「市民」と行政の間の「非対称性」を思えば、「複数の異なる意見が飛び交う」場面をも包含しながら、請求人が「義務付けられた再検討」への移行を納得した場合には、引き続き決定②の段階までを支援する「組織」の存在が不可欠と考える。

アメリカでは、法的支援団体の活動による権利実現のバックアップが根強く行われてきた。政府だけでなく、市民社会の側の動きも含めて統治を包括的に行うという考え方がひとつの潮流となってきたことが想起される（ジャーナル1号掲載の橋本宏子「刊行によせて」参照）。

(5) 主に決定①段階で行われる実地調査の性格 市民の立場

本稿（橋本）では、「市民」を年金受給に係る手続の出発点に位置づけ、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」によりウエイトを置いたところで問題を捉えようとしてきた。

上記「1 (2) 障害年金における手続過程のイメージ」において、「② 上記図（決定①）に関連して、① 決定①に先立つ『本人面接』（実地調査）の実施」を提示したのも、「市民の立場」「市民の視点」の重視と関係しており、具体的には以下①のこと、特に下記ivのことを意識してのことである。

① 「市民」の「自然発生的に生ずる要求」の意味内容

- i わが国にみられる「市民」と行政の「非対称性」を重視する
- ii 「市民」の「自然発生的に生ずる要求」は、権利として把握される（1章参照）
- iii 「市民」の「権利」は、行政主体の決定に依拠しない
- iv 「市民」の「自然発生的に生ずる要求」は、「客観化できないニーズ（個別性 可変性をもつ有限的変動因子）」を含む

② 「客観化できないニーズ（個別性 可変性をもつ有限的変動因子）」への対応

上記図（決定①）に先立つ『本人面接』（実地調査）の実施」を行う場合においても、「少なくとも年金の審査にあたっては、年金機構から職員を派遣し、申請者に徴収を行い、審査資料とすべきであり、通達（通達「障害年金障害認定に関する実地調査について」昭和37年6月15日 年発第351号 厚生省年金局長通知）も「必要と認めた場合」の職員の実地調査を想定している」と小嶋は指摘している（注7）。参考になろう。小嶋はまた「判断にあたっては、認定医による医学的な見地のみならず、申請者のおかれた日常生活の困難さを判断するためには、社会福祉士や精神保健福祉士等、福祉専門職の判断過程への関与も必須である」とも述べている。障害認定区分や介護認定制度の認定手続も参考にはなるが、筆者（橋本）の介護認定審査会委員としての活動あるいは家族として認定手続に参加した経験からすると、その認定手続の実態を、年金の審査の「仕組」に適用するためには、検討すべき課題もある。

その課題のひとつは、介護保険法における被保険者の面接が、「（心身の状況、その置かれている環境も含め総体として）当該被保険者は、何ができないのか」を、部分部分でみていくことに重点を置いていることから、当該被保険者の「全体として人間像」を理解する形にはなりにくい構造になっているということである。V章で述べるように、世界的な様々な潮流のなかで、所得保障（金銭給付）としての「障害年金」も、失ったものへの所得保障ではなく、「障害とともに生きる」という視点から、所得保障としての「障害年金」の内実を考える視点が生まれてきているように思われる。「全体として人間像」の把握に欠ける介護保険法の構造と「障害とともに生きる」という視点との間には齟齬がありそうである。が煩雑になるので、これ以上の記述は省略せざるをえない。

(6) 行政機関の「再決定」②を受けて

① 請求人が「再決定」②に納得しない場合は、事後手続としての「不服申立」への移行が想定される

② 現行制度のもとでは、事後手続としての「不服申立」制度は、社会保険審査官から社会保険審査会へと続くことになる。

すでに述べたようにイギリスでは、(当該処分の再検討が義務付けられた)2013年10月以降、上訴の総数は激減している、とされている。

わが国の現状では、審査請求の内容を容認する社会保険審査官の決定は相対的に少ない。それだけ、原処分庁の不支給決定や却下が追認されているわけだが、本稿(橋本)が述べてきたような形で「障害年金における事前手続」過程を充実させることによって、原処分庁の判断がより慎重になるのではないかと期待される。

その延長線にあることとして、本稿(橋本)が述べてきた「義務付けられた再検討」の導入を契機に「障害年金における事前手続」過程が、整備・充実していくとすれば将来的には、社会保険審査官制度は必要なくなるのではないかと考える。

現在の社会保険審査官は、法制度上「厚生労働省の職員のうちから、厚生労働大臣が命ずる」ものとされており、審査官の独立性も公正性も疑われる状況にある。仮に法制度改革がなされ、行政機関から独立した者が社会保険審査官として選任され、あわせて法律の専門家、医療の専門家、福祉の専門家等の委員で構成する諮問委員会という合議体に制度変更されたとしても、その機能の多くは(事前手続と事後手続の違いはあるにせよ)「義務付けられた再検討」の導入によって代替される部分が大きいのではないかとと思われるからである。

以上のことを前提としたとしても(社会保険審査官制度を廃止したとしても)、社会保険審査会の再検討をはじめ、我が国の事後手続としての「不服申立」制度の再考が今後に残された課題であることは間違いない。

社会保険審査会にも独立性の保障が必要であることはいままでもないが、社会保険審査会が、「社会保険における紛争解決に適合した仕組になっていくためにはどうでなければならぬか」を具体的に検討することは容易ではないように見える(注8)。

(7) さいごに

1章でとりあげた藤原論文が示唆するように、「障害年金における手続的権利」について検討すべき課題は多い。本章は、障害基礎年金の「本案請求」を想定したところで、具体的には、「障害年金における手続過程のイメージ図」をもとに、原処分庁に「義務づけられた再検討手続」の導入をはじめ、さしあたりいくつかのことを提示し、それによってわが国の障害年金にかかる手続過程の改善への一素材を提起したものにすぎない。

今後関係者の教示を踏まえて、内容の充実をはかりたいと思う。

次のV章において、障害年金の手續に、根底のところに関係してくるいくつか問題に言及し結びとしたい。

IV章 注

(注1) 用語の説明等

①行政機関（障害年金の保険者である国、受託組織としての日本年金機構）

②審査機関については、日弁連高齢者・障害者権利支援センター編「法律家のための障害年金実務ハンドブック」（以下「ハンドブック」ともいう）p168～170参照

③原処分庁 厚生労働大臣 「ハンドブック」p168参照

④行政庁と行政主体・行政機関については、兼子 仁「行政法総論」p104 筑摩書房 1983年がわかりやすい。

(注2) 行政手続法による「審査を開始する義務」「応答義務」、「標準処理期間」については、「ハンドブック」p169、p171参照

(注3) 「請求が認められない場合」（「ハンドブック」p173参照）に加えて「本稿（橋本）」では、「一部認容」も含むものとした。以下、本章において「棄却」等という。

(注4) 「ハンドブック」p178参照

(注5) 安部敬太の早稲田大学大学院法学研究科に提出、授与された「修士論文」による。

(注6) 「社会保険審査会」については、橋本宏子「研究ノート 社会保険審査会における『裁判外紛争解決』」神奈川法学41巻2号・3号（2008年）所収ならびに橋本宏子「社会保険審査会における『裁判外紛争解決』」日本社会保障法学会編 社会保障法24号（2009年）所収を参照されたい。

(注7) 小嶋愛斗「1型糖尿病障害年金不支給決定取消請求事件 東京地裁判決（令和4年7月26日 本号37頁）を受けて」賃金と社会保障No.1820 2023年2月下旬号10～11頁／判決 賃金と社会保障No.1820 p42

(注8) （注6）掲載論文参照

V章 「障害年金」の伝統的な構造と人権概念との「齟齬」の克服を求めて

本章ではまず、障害年金の手續に根底のところに関係してくる問題である「(障害年金を含む) 社会保障法の法的性格とは何か」、またその延長線上にある「『障害年金の目的』とは何か」に関係するところで少しだけ話を進めてみたい。その上で近年、「人間の自立」「人間の主体性」「自己決定」等々を巡って、新しい広がりを見せている人権概念と伝統的な「障害年金」との間に生じてきている様々な「齟齬」の一端を指摘するとともに、その克服に向けた動きについても触れてみたい。その上で日本国憲法と新しい人権概念との緊張関係にも言及している。本稿(橋本)をこのような形で締めくくる理由は、突き詰めれば「障害年金における手續」が、「人間が人間として生きる権利」という根源的・包括的権利に支えられた手續であることに関係している。

1. 社会保障法の歴史と「稼得能力の喪失」

(1) 社会保障法の成立

社会保障法という法的表現がはじめて登場したのは、1935年のアメリカの Social Security Act においてである。Social Security Act が、資本主義の一般的危機を背景とするニューディール政策の一環に位置付けられていることから示唆されるように、社会保障が統一的政策目的概念として登場してきた決定的契機は、資本主義の高度化それにともない発生し拡大する無産大衆の貧困(生活危機)問題であった(注1)。

(2) 社会保障法形成の土台

そして救貧法制の系譜に繋がる公的扶助と社会福祉事業、それに被用労働者を対象とした社会保険は、相対的にはあるが独自の制度として社会保障法形成の土台(社会保障法の守備範囲の一端)を形成してきた。

(3) 社会保障政策の今日的保障方法

現在は上のような典型的・伝統的な保障方法に、あらたな保障方法を加えることによって(わが国でいえば「総合支援法」、「介護保険法」等)、今日的な社会保障法の守備範囲が形成されている(注2)。いずれにせよ「社会保険」は、こうした社会保障政策の今日的保障方法の中でも重要な位置を占めている(注3)。

(4) 「いわゆる社会政策」と労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系

ところで上で触れたような社会保障法形成過程において、特に注目されるのは1870年代以降、西欧各国に普及した「いわゆる社会政策」(以下、「社会政策」という)である。なかでもビスマルクが、社会政策の一環として立ち上げた社会保険制度は有名だが、その政策は、1870年以降の世界的な不況期を背景としており、(それ以前の)産業資本主義段階の政策とは性格を異にするものであった。詳細は省くが、本稿との関りでいえば、「社会政策」が普及してくる段階になると)資本制生産様式が確立し、(労働力を含む)社会諸関係が商品交換関係の網の目で覆われ、制度的にその経済構造が保障されてくることになったこの段階での制度的人権体系は、資本制生産関係、すなわち、労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系としての色彩を強めてくる(注4)。

(5) 社会保険が対象とする要保障事故と「稼得能力の喪失」のむすびつき

資本主義の高度化それにともない発生し拡大する無産大衆の貧困（生活危機）問題に対処する社会保険（ひいては社会保障の一環としての社会保険。以下同義）が、要保障事故として捉えてきた生活事故は、貧困化の契機となるもろもろの生活事故ないし貧困状態そのものである（注5）。

社会保険が対象とする要保障事故（「貧困化の契機として捉えた生活事故」）は、失業、障害、老齢、遺族等々に類型化され、そこでは障害や老齢等々として体现される「人間の生きる姿」は、（資本制生産関係、すなわち、労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系との結びつきが強い）「稼得能力の喪失」と結びつけられたところで把握される傾向をもつてくることに注目したい。

(6) 保険の技術的要素とその変容—維持されていること、変化していること

「社会保険」は、保険料の拠出を前提として所定の生活事故（保険事故）に定型化された給付（保険給付）を行う制度として理解されてきた。詳述すれば、「社会保険」においては、保険の技術的要素である、保険料の総額（保険収入）と、保険金の総額（保険支出）とが等しくなるようにはかる「収支相当の原則」だけでなく、加入者の支払う保険料は、それが偶然に受け取ることのあるべき保険金（保険給付）の数学的期待値に等しくする「給付・反対給付均等の原則」についても、完全に無視するわけにはいかないと考えられてきた（注6）。しかし近年では、わが国の国民年金法において、いわゆる「20歳前障害年金」の制度が導入されたことにみるように、少なくとも「給付・反対給付均等の原則」については、「社会保険」は、すでに「変容」の段階に入ったといえるだろう。

ところで社会保障、なかでも「社会保険」においては、保険事故（「要保障事故として捉えてきた生活事故」）という脈絡の中で、「事故」という言葉が、おそらく保険の技術的要素と関連したところで用いられてきた（用いられている）。単に用いられているだけでなく、「障害」や「老齢」という「事態」が、「事故」として把握されていることに留意したい。さらにいえば、「稼得能力の喪失」（労働能力の喪失）も、「事故」と関連するところで把握されている。

①（資本制生産関係、すなわち、労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系との結びつきが強い）「稼得能力の喪失」という表現あるいは「障害」や「老齢」という言葉が、「事故」という視点から把握されることと②「人間が（そのままの姿で）人間として生きる」という姿勢の間には、「齟齬」があるように筆者（橋本）には思われる。

また各人がそれぞれ「人間として生きる」ためには、各人がもつ「個別性」を無視することはできないが、生活事故（保険事故）に定型化された給付（保険給付）を行う（ものとして形成されてきた）「社会保険」制度は、「人間が人間として生きる」ことのもつ「柔軟性」にどこまでどのように対応することができるのだろうか、とも考える。

これらのことが、「障害年金」においても現実の課題になってきている、と筆者は理解している。以上のような「問題意識」のもと、話を続けていきたい。

2, 障害年金制度についてあらためて感じること

(1) 市民目線で

本稿（橋本）は、「市民（障害をもつ人）の立場にたつこと」を出発点とし、「市民」の「自然発生的に生ずる要求そのもの」にウエイトを置いたところでその生存の「権利」性をとらえ、「障害年金の手続」を考えようとしてきた。

(2) 社会保険制度のもつ「定型性」と「個別性」や「可変性」

年金制度は「定型性」をもつ制度である（上記参照）。つまり年金制度は（障害年金制度についていえば）、「障害」というひとつの「(事故) 状態」に視点をあてて構成されたものであり、「身体性をもった人間の生命全体」に直截焦点をあてて問題をとらえているわけではない、ということになる。

障害年金制度のもつ「定型性」を重視するなら、「(障害年金の) 手続の出発点にたつ市民（障害をもつ人）の「自然発生的に生ずる『個別性』や『可変性』をもつ要求そのもの」を重視すること（いいかえれば「身体性をもった人間の生命全体」に直截焦点をあてること）は、年金保険制度のもつ「定型性」や「画一性」にはなじまない（矛盾する）部分をもつということになる。

この点については、例えば永野も、自身の考える障害認定の在り方に触れて、「(そのあは方橋本)『定型性』を重視する社会保険の仕組みの中に、『個別性』を導入することにならなにかという懸念もないわけではない」と率直に述べている（注7）。

障害年金を考える上で、障害年金が本来有する「定型性」と請求者が求める「個別性」のせめぎあいは、どのように「克服」されることになるのだろうか。以下では、(冒頭で触れた)「歴史にみる社会保障法の変容」に一旦視点を戻し、そこを切り口に、話を展開させていきたい。

3, 障害年金と人権—「身体性をもった人間の生命全体」への関心

(1) 歴史的にみた社会保障法の法的性格→貧困化の契機としての「障害」

資本主義の高度化それにともない発生し拡大する無産大衆の貧困（生活危機）問題に対処する社会保障施策の一環として、社会保険が対象とする要保障事故（「貧困化の契機として捉えた生活事故」）は、失業、障害、老齢、遺族等々に類型化され、結果（資本制生産関係、すなわち、労働力の資本に従属する関係を保障する人権体系との結びつきが強い）「稼得能力の喪失」と結びつけられたところで把握されてきたと考えられることは上記のとおりである。

(2) 「社会保険」(障害年金) とノーマライゼーションの理念

話が飛躍するようだが、国年法（厚年法）施行令別表への批判として「長期にわたる安静を

必要とする」状態が1級・2級の障害年金支給のための条件であるなどと法定することには、全く合理性がないと指摘（以下(2)において「指摘」という）されている（注8）。「指摘」は続けて、「(上でいう法定は 橋本) ～どんなに重い障害があったとしても、社会に生き生きと参加する姿が当然という現在のノーマライゼーションの理念とも乖離している」とも述べている。

「指摘」に筆者（橋本）は、全く異論はない。しかしだとすれば、社会保険が失業、障害、老齢、遺族等々を、「要保障事故」として類型化し、「障害」や「老齢」を「稼得能力の喪失」と結びつけたところで把握してきた（いる）ことは、「障害をもつ人々」が「社会に生き生きと参加する姿を当然」と考える理念と矛盾しないのだろうか。ノーマライゼーションは理念の話、「社会保険」は「社会保険」の話だと割り切れることなのだろうか。割り切ってよいことなのだろうか。

障害のある人の「稼得能力の喪失・減退」を問題とすることは、突き詰めていけば稼得能力を喪失・減退する前の状態と（端的に言えば健常者と）、障害者を比較することになるのではないだろうか。もっといえば、それは「人権がある一定の健康あるいは身体的状態だけを要件とする」（後述するデゲナーの指摘）ことにつながるのではないだろうか。さらに問題なのは、「障害年金の要保障事由」を「稼得能力の喪失・減退」と結びつけて捉えてしまうと、そこからは当該障害者が、現状の健康状態や身体的特徴を包含したところで「人間として生きようとする」ことを、「障害年金の要保障事由」と積極的に結びつけてとらえることができなくなってしまうのではないかということである。「障害年金の要保障事由」と「稼得能力の喪失・減退」とを結びつけて捉えることは、子どもの権利条約にもみられる「個々人のそれぞれに則した権利保障」という昨今の国際人権の発展とも逆行することのように思われる。ちなみに障害者権利条約17条は、「すべての障害者は、他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態尊重される権利を有する」（日本政府仮訳2009年版）と規定している。

現行の年金法（国年法・厚年法）の関連諸規定を、障害者権利条約等の趣旨に引き付けて解するなら、例えば障害程度（状態）要件の認定には、「社会生活を送る上での支障」にも考慮する実務上の留意が必要となり、またそこでの「社会生活」には、「(個々人のそれぞれに則した) 社会生活」の含意が籠められていると解すべきだろう。そこには、障害年金（「障害年金の要保障事由」）を、(事故あるいは稼得能力の喪失という)「過去」と結び付けるのではなく、今(将来)と結び付けて把握しようとする「機運」が感じられる。以下では、こうした「機運」の様々な広がりをもう少し辿ってみたい。

(3) 近年の変化—障害年金制度の「変容」（個別性の顕在化）とその背景

① 「人間が人間として生きる」ことの「意味内容」の深まり

「障害年金」に係る問題も、稼得能力の喪失に対する所得保障(金銭給付)の次元を超えて、

直截「人間」の生命そのものと関連させたところで、いいかえれば「障害とともに生きる」という視点から、「障害年金」の内実を考える必要性がでてきているのではないだろうか。このことは、テレジア・デゲナー等の指摘を重ね合わせる中で、深まりを増してくる。テレジア・デゲナー（Theresia Degener 国連障害者権利条約特別委員会＜2002～2006＞に参加。国連障害者権利委員会前委員長）は、国連の特別委員会の委嘱により執筆された著書（共著 Human Rights and Disability 2002年）の中で次のように述べている（第二の指摘は略）。

人権モデルにおいては第一に、「人権がある一定の健康あるいは身体的状態を要件とするものでないこと」は確かである。これに対し社会モデルは、障害が社会的に構築されたものであることを説明するだけにとどまっている。First, the human rights model can vindicate that human rights do not require a certain health or body status, whereas the social model can merely explain that disability is a social construct.

人権モデルは第三に、障害を「生活の質を下げるかもしれない状態ではあるけれども、人間のひとつの姿であり、それゆえに人間の多様性のひとつとして尊重されなければならない」ものとして理解する Thirdly, the human rights model embraces impairment as a condition which might reduce the quality of life but which belongs to humanity and thus must be valued as part of human variation

デゲナーの指摘が注目される理由は、障害のある人個々人が、各々の健康状態や身体的特徴をあわせもったそのままの姿で「人間として生きること」を捉えていることにあると考える。そこには、1章で触れた本源的・自然発生的欲求から発生する「人間として生きる」という視点と重なるものが含意されているように思われる。

② 政策提言（『第三の道』）にみる変化—ビバリッジをこえて／事故という発想を超える

ブレア政権下のイギリスの福祉政策に影響を与えたといわれる「第三の道」の以下の指摘は、（同政策が、民営化路線を推し進めたことへの批判とは別に）「身体性をもった人間の生命全体」への関心を示唆していることも事実なのではなかろうか。

i ネガティブからポジティブへ

河野論文（「英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向」）によれば、A・ギデンズ、佐和隆光訳『第三の道』（日本経済新聞社、1999年）では、「私たちは、福祉国家のかわりに、ポジティブ・ウェルフェア社会という文脈の中で機能する社会投資国家（Social investment state）を構想しなければならない。」「ポジティブ・ウェルフェアは、ベバリッジが掲げたネガティブな項目の一つひとつを、ポジティブなものに置き換えるのである。不足を自主性に、病気を健康に、無知を（一生涯にわたる）教育に、惨めを幸福に、そして怠惰をイニシアティブに置き換えようではないか。」と述べているという。

ii できないことからできることへ

また（上記『第三の道』では）新たな障害者政策の目標は、新しい障害法、職場環境の変化、労働安全衛生の発展を考慮に入れて、「できないことではなく、できることを調べる」ことにより「ポジティブ」が強調されているという（II章にいう「河野報告」による）。

③ 注目される「身体性をもった人間の生命全体」への関心

人間を「身体性をもった生命全体」として捉えるということは、個々の障害者の個別性に着目することである。いかえれば障害者の問題を、「貧困化の契機」のレベルで（「障害」として）捉えるのではなく、「障害を持つ人個々人」の状態（「障害をもつ個人」であること）に着目して捉えるということである。

ここでは多くを述べることはできないが、障害を「身体性をもった人間の生命全体」に着目して捉えるという方向性は、様々なところで実質的な深まりを増してきているように思われる。例えば、障害の対象が「内部疾患」や「精神障害」へと拡大してきていることも、障害を「障害を持つ人個々人の状態に着目して捉える」機運を促していることのひとつのように思われる。またすでにIII章で述べたことだが、1型糖尿病障害年金訴訟＜東京＞において裁判所が、原告について「重症低血糖や高血糖に対する不安を抱えながら、これらが生じないように、常に、食事、行動、仕事などに関して慎重な配慮を要する生活を強いられる～」と述べていることも、（裁判所の主観的意図はさておき少なくとも結果としては）「障害のある人の機能障害に基づく個体としての苦悩」を、「障害年金の手続の出発点にたつ市民（障害をもつ人）の「自然発生的に生ずる『個別性』や『可変性』をもつ要求そのもの」に重ねあわせた判断になっているといえないだろうか。これもすでに指摘したことだが、～イギリスの判定手続から得られる示唆の1つとして、河野論文が「社会的障壁と個々の障害者に対するその影響を、身体的機能障害の定型化と同様に定型化することには困難が予想され、当面、社会的障壁とその影響の基準化ではなく、社会的障壁の障害者への影響を個別に判断することが可能な手続きの導入」について述べていたことも「個別性」や「可変性」の話と関連することのように思われる（下線 橋本）。また「提言」が、「形式審査から実質審査へ」の移行を提起している背景にもこのことは関係していると筆者（橋本）は理解している。

4. 社会生活（日常生活）を考える

(1) 社会生活（日常生活）の理解—含まれる職務上の生活

現行の年金法制度（国年法・厚年法）を前提としたところで障害者権利条約、障害者基本法との整合性を考えたとしても、障害程度（状態）要件認定の際には、「社会生活を送る上での支障」にも考慮する実務上の留意が必要である、とする指摘（以下(1)(2)において「指摘」という）がある（注9）。「指摘」は続けて（上でいう「社会生活を送る上での支障」に関連して）、「日常生活」とは、居宅内での生活・社会的な生活・職務上の生活から構成され、人とコミュニケーションしたり、家事をこなしたり、趣味を楽しんだり、金銭管理をしたりして、

日常生活能力とはさまざまな総合的能力のことである」と述べており、そこでは「日常生活」は、「居宅内での生活だけでなく、社会的生活や職務上の生活」も含むものとして幅広く捉えられている。「指摘」が「社会生活を送る上での支障」という文脈で使用している「社会生活」と「障害認定の評価基準」とされている「日常生活能力」にいう「日常生活」は、同義であり「居宅内での生活だけでなく、社会的生活や職務上の生活も含むもの」として幅広く捉えていきたいものである。

(2) (個々人のそれぞれに則した) 社会生活 (日常生活)

「指摘」がいう「社会生活 (日常生活)」には、「(個々人のそれぞれに則した) 社会生活 (日常生活)」の含意が籠められている、と本稿 (橋本) は理解する。そのように理解することによって、障害年金 (「障害年金の要保障事由」) を、(事故あるいは稼得能力の喪失という「切り口」) を通して、受給請求者の「過去」と結び付けるのではなく、今 (将来) と結び付けて把握しようとする「機運」との繋がりも出てくるように筆者 (橋本) には思われるからである。

社会保険が失業、障害、老齢、遺族等々を、「要保障事故」として類型化し、「障害」や「老齢」を「稼得能力の喪失」と結びつけたところで把握してきた (いる) ことは、「障害をもつ人々」が「社会に生き生きと参加する姿を当然」と考える理念と矛盾しないのだろうか。あらためてそんな疑問が湧いてくる。

こうした疑問を払拭するためにも、(個々人のそれぞれに則した) 社会生活 (日常生活) の内実を具体的に析出していくことによって、障害をもつ個々人が直面する社会生活 (日常生活) における固有の制約や困難の原因 (その原因は、少なからず社会環境がその人の心身の状態に適合するように造られていない<なっていない>ことが関係している) を明らかにし、「社会に生き生きと参加すること」に繋げていくことが必要になる。

(3) 現状はどうだろうか。

現状の実務の世界における「日常生活」の理解は、極めて一般的、抽象的なレベルに留まっているのではないだろうか。(個々人のそれぞれに則した) 日常生活の解明は、ほとんどなされていないのが現状のように窺える。例えば先に触れた1型糖尿病障害年金訴訟<東京>の判決でも、「日常生活」については「血糖値の変動やそのコントロールが困難であることそのものから生ずる日常生活等への支障に着目してその障害等級を判断すべきである」、「～この就労の事実をもって原告の日常生活への制約が少ないと評価すべきでない」といった記述にみられるように、日常生活等の理解は総じて「抽象的、一般的なレベル」に留まり、(原告の実情に則した固有の) 日常生活の「あり様」を前提としたところで、「日常生活」への支障の有無が検討されているようにはみえない (注10)。

(4) 社会生活 (日常生活) を考える視点—労働と社会生活 (日常生活) とのむすびつき

本稿（橋本）は、「人間が人間として生きる権利」、すなわち「生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利」を原点において問題を捉えようとしてきた（1章参照）。このことは社会生活（日常生活）を考える上でもかわることはない。「障害をもつ人々」が「社会に生き生きと参加する姿」は、「生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる姿」のひとつの現われに他ならないはずである。

社会生活を「人間として生きる」ことに結びつけて考える上で、参考になることのひとつが、ロック（自然法思想家）の「人間の社会生活の基点に労働を置く」という「考え方」である（注11）。ロックについては「労働」の理解を初め関連で具体的に触れたいこともあるがここではその余裕がない（ジャーナル1号も参照）。

また近年では、マルクスの思想もふたたび注目を浴びてきているが、マルクスもまた労働に関心をよせ、次のように述べている。人間は、自然の一部として「外界との物質代謝」（「自然的物質代謝」）を営むだけでなく、意思をもって自然に働きかけ、「『人間と自然の物質代謝』を制御・媒介する」という他の動物とは異なる特殊な形で自然との関係を取り結ぶ。この「人間に特徴的な活動」が労働である（注12）。

マルクスのいう「人間に特徴的な活動」（労働）もまた、「労働と社会生活（日常生活）」を考える上で、少なからず参考になりそうであるが、指摘するに留めざるを得ない。

もっとも社会生活（日常生活）には、「人間と自然の物質代謝」だけでなく、（マルクスのいう労働とは無関係に見える）「人と人との関係」も大きなウエイトを占めている。

しかしながら「人と人との関係」も実は、人間の意識に関連するところでは、労働すなわち「人間と自然の物質代謝」と少なからぬ関係をもっている。

以下ではジャーナル1号で述べたことを、その理由（「人間と自然の物質代謝」が「人と人との関係」にも影響していること）に引き付けて要約、確認するとともに、そこから次項6への「繋ぎ」を見出していきたい。とりあえずジャーナル1号に視点を向けたい。そこでは、以下の4点が指摘されている（特に以下の③④参照）。

- ① 欧米人の自我（意識のあり方）は、はっきりと他に依存しない存在として確立し、他から独立した主体性をもつといわれている。
- ② このような欧米人の自我（意識のあり方）は、近代市民社会における「市民法的人間像」、すなわち「抽象的な自由・平等の地位を保つ自覚的主体的人間」像（強い安定した自立した個人像）にも反映されていると考えられる。
- ③ ところで他に依存しない存在として確立された欧米人の自我（意識のあり方）は、他を対象化し把握する力を発揮することによって、自然現象を観察し、解明して「自然科学」を発展させてきた。しかし同時に自然を対象化し、自然科学を武器として自然を支配していくことにもなっていく。「自然科学」の驚異的な発展は、「西欧における近代」と「進歩・発展という概念」を繋げていくことにもなった。

「労働」が、「意思をもって自然に働きかけ、『人間と自然の物質代謝』を制御・媒介する」

という言葉で説明されてきたことや「人間と自然の物質代謝」や「自然的物質代謝」の変容についての指摘も、このあたりの事情と関係している。

④ 最近では、こうした自然科学的認識の重要性を認めつつも、他方においてはそれとは異なる視点からの、つまり我々もまた「存在するものの全体」(自然 nature より広がりをもつ「じねん」という言葉が当てられる場合もある)の一部であるとの視点にたち「自分がなかに入った物の見方」の重要性も指摘されてきている。客観的な観察者と観察される現象とを明確に区別して考えることが不可能な場合があること、観察者も現象のなかに組み込んで全体的関係性を問題にしなくてはならなくなっていることは、最近の理論物理学(量子物理学)においても指摘されてきている。(人間と人間の関係という言葉に代表されるような)人間を含む体系に、自然科学的認識をそのままあてはめることには無理があるということだろう。

以上のことは、「市民法的人間像」ひいては「人間の自立」や「人間の主体性」は、欧米人の自我(意識のあり方)のあり方と関係していること、そして欧米人の自我(意識のあり方)は、「人間と自然の物質代謝」のあり様と結びついた自然科学的認識と少なからず関係していることを示すとともに、最近では、自然科学的認識をそのまま人間を含む体系に適用することへの疑問も提示している。以下6では、これらのことを特に後段に焦点をあてながら、具体的にみていくことにしたい。

5. 「人間の自立」「人間の主体性」「自己決定」を考える

(1) 個を考える

① 問題のありか

障害のある人個々人が、各々の健康状態や身体的特徴をあわせもったそのままの姿で「人間として生きること」が提唱されてきている。障害の有無にかかわらず、「人間として生きること」言い換えれば「個」としての人間が、「身体性をもった人間の生命全体」と深い関りをもって捉えられてきている。

② 強い安定した自立した個人

近代西欧社会において、「人間が人間として生きる」というときの「人間」は、自律した強い個人を前提としている。資本主義経済の発生を背景とする近代市民社会において、その「市民法的人間像」として想定されたのが、「抽象的な自由・平等の地位を保つ自覚的主体的人間」(強い安定した自立した個人)といわれている。上5の末尾で指摘した「他に依存しない存在として確立された欧米人の自我(意識のあり方)」を想起されたい。

③ 法規範としての個人像

障害者権利条約は、条約の一般原則の初めに、障害者の「固有の尊厳、個人の自律(自ら選択する自由を含む。)及び個人の自立の尊重」(3条(a))をあげており、そこには近代西欧市民社会の成立を契機とする「強い安定した自立した個人」像が継受されているようにみえ

る。わが国の人権規定も西欧型人権体系を導入したものであり、日本国憲法は根源的な部分においてリベラリズムの立場に立ち、「自律的な人間像」を根底にすえている。

(2) 「強い安定した個人」像のゆらぎ

① 問題のありか

現実の「身体性をもった一人一人の個人」は、「市民法的人間像」が前提としているような「強い安定した個人」として、捉えられるのだろうか、という疑問がさまざまな形で提起されてきている。

ここで提起されていることは例えば、当事者運動との関りの中で生まれてきた「当事者主権」から「当事者研究」へと繋がる流れの中からも読み取ることができる。その過程を少し辿ってみよう。

② 当事者運動と当事者主権

1960年代から70年代、わが国においても障害者、LGBT、女性、エスニックマイノリティの人びとによって、変わるべきは社会の側であると主張する当事者運動が展開された。それはいわゆる「医学モデル」から「社会モデル」の流れと符合していた、そして当事者運動のなかで重視された標語のひとつが「当事者主権」であった、と指摘されている(注13)。

③ 「当事者主権」の限界と当事者研究

しかし当事者運動の展開過程において、参加者から要旨以下のような指摘がなされてくる(注14)。

「当事者主権」という考え方がぴったりくるのは、「自分のことがわかっている」という当事者の場合のみである。「自分たちのことを自分たちで決める」といっても、十全な決定をするためには、何を決定したらどのような帰結が自分におとずれるのか、どのような帰結が自分にとって望ましいのか、といった知識が必要になる。それは「自分とは何者か」に関する基礎的な事項である。しかし自分の望む状態や、自分の生活世界について「こうすれば、こうなるだろう」ということがわからない場合がある。

「当事者研究」は、以上のような「指摘」を踏まえて、「決定する、社会を変える」ということの前に、「そもそも私は何者なのか」ということを研究する必要があると感じている当事者たちによってはじめられたものであるといわれている。

以上「当事者研究」が求められてくる経緯について縷々のべてきたのは、障害年金を請求する(あるいは受給する)人たちの中にも、「自分の望む状態や、自分の生活世界について『こうすれば、こうなるだろう』ということがわからない」と感じている方々がおられるのではないかと考えるからである。さらにいえば、障害年金を請求する(あるいは受給する)人たちの、ひいては我々ひとりひとりの人間の「主体性」や「自己決定」という言葉にもっと敏感にならなければならない、自戒を籠めてそう感じているからである。

脳性麻痺という障害をもつ人が「当事者主権」(という考え方)に救われたと述べているのに対し、自閉スペクトラムの人は、逆に排除されたと感じているという「指摘」は重い。そ

こには「(車椅子を利用している) 西欧の白人成人男性」像の話にも通じるものも感じられる。先に「当事者主権」という考え方がびったりくるのは、「自分のことがわかっている」という当事者の場合のみである、という指摘を引用した。しかし言葉の正確な意味で、「自分のことがわかっている」という当事者(人間)は、果たして存在するのだろうか。そんな疑問も湧いてくる。

(3) 人間の「生存における他者」の存在

① 問題のありか

1章において「人間が人間として生きる権利」に言及した。そこでは深入りしなかったが、本稿(橋本)は、「人間が人間として生きる」という意味での「生存権」の規範的意味内容には、「個々の生命は、自分だけでは完結できない」、いいかえれば「他者との関り」が当然に内包されているのではないかと、という思いを払拭できないでいる。このような視点は筆者(橋本)が指摘するまでもなく、様々なところで、様々な形で展開されてきている。以下ではそのいくつかを、本稿(橋本)との関りを念頭におきながら紹介しておきたい。

② ケアの倫理—「弱く」「もろい」存在であることが普遍的人間属性

フェビエンヌ・ブルジェールは、著書「ケアの倫理」(注15)において「フェミニズムにおけるケア論」を展開しているが、そこでは「個人が一人で存立できるというのはフィクションである」という視点のもと、「活発な生命は弱い生命でもある。維持、発展、修復が必須の世界で、生命は存在する。『配慮する』ことは、この世界に棲む、すべての生命、すべての存在への関心である。このような『ケア』の定義は、『ケア』を人間の生命の中心的な活動であると位置づける」と述べている。そして関連するところでブルジェールは、「フェミニストの倫理」は、「弱い声としての女性たちの声を理解することであり、世界に異なる仕方にかかわることである。より一般的には、最も弱い人びと、聞かれることのない人びと、認められていない人びとの声を聞くことだ」と述べている。

またブルジェールは、「フェミニズムは、西欧の傲慢さ、西欧の力の夢想から離別し、平等主義と反帝国主義の展望において、絆、関係の意味を再考する」と述べて、西欧近代批判と結び付けたところで、「絆や関係」の重要性に言及している。ブルジェールはまた、ジョン・ロールズの理論を「依存の関係、人間の弱さ、不正の状況になんら言及していない」という視点から批判するとともに、ロールズの理論が依拠すると主張する「18世紀のヨーロッパにおける実践哲学の転換」へと話を拡げている。

③ ケア規範の探求からみた「自由・平等」論への疑問

田中耕一郎は、<重度知的障害者>を視座においたケア規範の探求を試みた論文の中で、「弱く」「もろい」存在であることが普遍的人間属性であるとし、すべての人を包摂したところに「ケアの倫理」を位置づけている(注16)。そして田中は、ジョン・ロールズだけでなく、アマルティア・センについても「センのような平等論者」が想定する「『自律的な自由を達成すること』の規範化(自由でなければ人間ではない)は、如何なる支援によって

も、その達成が困難な人々を視野の外に置いていくリスクを孕んでいる」とする批判を引用・提示している（注16）。センについての田中の指摘は、障害者権利条約が「障害者との他者との平等を基礎とすること」に力点を置いていることや本稿にいう「強い安定した個人」像の再考とも関連して、特に興味深い。

(4) 生存と他者一個人を個人として確立させる他者（含む自然）

「生存における他者」の存在の重要性は、例えば災害にあった個人と他者との関係性あるいはケアを必要とする個人と他者との関係性を念頭において語られる場合がある。上で紹介したフェビエヌ・ブルジュールや田中耕一郎の場合はその観が強い。

これに対し「生存における他者」という言葉は、いわば「個々人の中に他者が存在することによって、はじめて個人が成り立つ」（個人を個人として確立させる他者）というニュアンスで使用される場合がある。

森田真生が「生命の網」という言葉を用いて、「自分のどこを探しても、自分でないものがない場所がないだけでなく、生命の（互いにからみあっている）複雑な関係は地球の隅々に張り巡らされている」と述べていることは、このことをよく表現しているように思われる（注17）。森田の「関係」という言葉からは、華嚴經のイメージとも重なるものが感じられる。仏教に対する関心も高かったといわれる心理学者のユングは、自己（無意識）を形成しているのは、他者（精神的存在としての自己）だという見解を提示している。

(5) 「意志」は自発的には存在しない—中動態に学ぶ

國分功一郎は、中動態というかつてインド＝ヨーロッパ語にひとつの態として日常的にもちいられていた言語について語った著作の中で、中動態について、要旨次のように説明している（注18）。

中動態は、主語を座として「自然の勢い」（力の実現）が実現される様を指示する表現であり、いわゆる自発の表現（例 昔がしのばれる）は、その「勢い」のうち、「自然」の部分が強く感じられる表現である。

上の説明からすると、中動態のもとでは、「主体（含む「主体」の抱く思い）は、他（おそらく複数の他者を含む広義の「自然」）との関りで形成されるものであって、確固たる主体が、他と切り離された形で予め存在するわけではないことが窺われる。

國分は、（他と切り離された）「人間主体」さらには「意志」や「責任」「自由」「選択」といった概念が創造されてくるのは、（言語としての中動態が喪失した）ギリシャ以後の西洋世界においてであると指摘している。重要なのはみてきたような國分の一連の指摘が、「意志」は自発的に存在するものではなく、他者との関りのなかで形成されるものであることを示唆していることである。

本稿（橋本）は、「障害年金における手続」を、「人間が人間として生きる権利」という根源的・包括的権利に支えられた手続であり、「人間が人間として生きる権利」の生成過程に

かかる手続として捉えてきた。手続を、「権利」（市民の自然発生的に生ずる要求そのもの）を、プロセスを通じて具体化する「場」あるいは「市民が自らの権利を具体化していく過程」とも表現してきた。

こうした把握にいたる背景のひとつとして、國分の著作からの影響（突き詰めていえば、「確固たる主体が、他と切り離された形で予め存在するわけではない」という指摘）があることは否めない。

(6) 「意志」の形成

① 「対話」の重要性

先にも触れたように、欧米人の自我（意識のあり方）は、はっきりと他に依存しない存在として確立し、他から独立した主体性をもつといわれている。

こうした意識構造をもつ欧米人にとって「対話」は、他者との間を繋ぐものとして重要な位置をしめている。対話を続け、討論することで、他者との間で解決点や妥協点を見出す努力を期待するとともに、「自己決定」の内実を固めていくことにもなっていく。その「対話」の厳しさは、対決することに等しい、と河合は指摘している（注19）。

② 主体が立ち上がる

上で述べたような欧米人の自我（意識のあり方）に対し、日本人の自我（意識のあり方）は、常に他者との相互的関連のなかに存在し、「個」として確立されたものではないといわれてきた。しかし日本人の自我の特徴（他にひらかれている、すべてのものを包摂する、バランスをとる、場のなかにところを得る、察する、耐える等々）についても、近年では「他に開かれており、他と切り離して存在することが難しい」という形でその特徴がとらえられるようになってきている。

河合は、「じねん」という概念との関係で、受動的であった本人が転換点を迎えることによって、その「主体が（じねんの中から）立ち上がる」という表現で、日本人のいわば「意志」形成のあり様のいわば「元型」を示唆している。ここでいわれる「じねん」は、自然（nature）より広義であり「自我を中心におかない、存在の自生（運動や思考などが人為によらないで自然に生じ自然に制止される様）的な流れ」を指すものとして使用されている。河合の提示する「日本人の意志形成のあり様」は、『『じねん』が導く先にある生のあり方』を示唆しているように見える（注20）。そこには、上記の國分の指摘とも共通するものが感じられる。

(7) 「主権」と自己決定

内心の自由は、最高度に保障される憲法上の自由だとされ、国家や他者は自己決定の内実には直接かかわっていくべきではないと考えられている。

こうしたなかで上記(5)で触れた國分功一郎は、「主権」について、要旨次のような発言をしている。発言は、上で触れた「中動態」についての理解を踏まえてのものと思われるが、「主権」を通して、「自己決定」や「主体性」を考える上でも重要な指摘なので、その要旨を紹

介しておきたい（注21）。

「主権」は本来政治で用いられる概念だが、このことから派生して「自分で自分のことを決めるとはどういうことなのか」「自分で自分を支配できるのか」そういう意味での「主権」は可能なのか、が問われてきている、と國分は述べている。その場合重要なのは、「当事者だから自分で決める権利がある」と宣言してしまうと、他人は何もいえなくなる可能性がでてくる。当事者の権利主張は当然認められるべきだが、そこには陥りやすい隘路があることもみのがせない。当事者に対して何ごとかを語る人を「内政干渉」と捉える圧力の存在も無視できない、とも指摘している。そして國分は最後に、そもそもこうした指摘をすることすら難しいという現状がある、と述べている。

先に「③『当事者主権』の限界と当事者研究」の項で、「『自分のことがわかっている』という当事者（人間）は、果たして存在するのだろうか。そんな疑問も湧いてくる」と述べた。「自己決定」を考える際には、このことを上の國分の指摘に重ねあわせながら考えを深めていきたいものである。

(8) 憲法理念との緊張関係の中で

すでに述べたように、障害者権利条約は、条約の一般原則の初めに、障害者の「固有の尊厳、個人の自律（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立の尊重」（3条（a））をあげており、その意味では障害者権利条約には、近代西欧市民社会の成立を契機とする「強い安定した自立した個人」像が継受されているようにみえる。

わが国の人権規定も西欧型人権体系を導入したものであり、日本国憲法は根源的な部分においてリベラリズムの立場に立ち、「自律的な人間像」を根底にすえている。

松尾 陽は、「正義の倫理は、自律的な人間像を根底に据えており、憲法の根源的な部分にあるリベラリズムの立場である。」（下線 橋本以下同じ）。これに対し「自律に押し潰されそうな人びとをケアの倫理によってその重みから解放することを推し進めることはリベラリズムと緊張関係に立つだろう」「ケアの倫理では、ケアする／ケアされる関係こそが人間社会の基本となる」と述べている（注22）。

日本国憲法が自由を重視し、その中核に「自分のことは自分で決める」という自己決定を置いていることは、「人は自らの力で人（自分という個）になる」というスタンスを前提にしている。そこでは、「個の生存にとって必要とされる他者の存在」は想定されていない。「ケアの倫理」（上記②ケアの倫理参照）は、リベラリズムと緊張関係に立つと表現される所以である。日本国憲法が自由を重視し、その中核に「自分のことは自分で決める」という自己決定を置いていることと「個の生存（自律）にとっての他者の存在」に関心を寄せる本稿（橋本）の立場はどのように折り合いをつけることができるのだろうか。

6. むすび 解決の糸口を求めて

(1) リベラリズムとは何だろうか

松尾も指摘する憲法の根源的な部分にあるリベラリズムとは何だろうか。定義があいまいで恣意的に使われることもある。様々な理解があるが、宇野重規は、「リベラリズムの根底にある自由は本来『自律』の意味に近い」と述べている。「誰もが自律できるような社会をともにつくる。そのことへの責務を含め自由だと考える」とも述べている（注23）。

(2) 現代の「人間の尊厳」の思想（生存のための『自由』）とリベラリズムの根底にある自由

そうなると問題は、「自律」とは何か、いいかえればリベラリズムの根底にある自由とは何か、自由をどのように捉えるか ということに関係してくることになる。先に田中耕一郎が、「センのような平等論者」が想定する「『自律的な自由を達成すること』の規範化（自由でなければ人間ではない）の限界」を鋭く批判していたことを想起したい。

こうした田中の指摘を踏まえたところでお、注意深く参考にしていきたいのが沼田のいう現代の「人間の尊厳」の思想である（「注記」参照）。結論を先に述べれば、「リベラリズムの根底にある自由」を、生存のための『自由』として捉えることはできないだろうか。

この点に係る「注記」の指摘を再確認しておこう。

すでに述べたように沼田は、現代における「人間の尊厳」の思想は、単なる「天賦人權の思想ないし啓蒙期自然法思想」の「再確認」ではなく、（人間存在の根源である生命を保障する観点を完全に捨て去った）ファシズム戦争によって、「否定」された「自由権」が、「生存のための『自由』であることを自覚することによって、抽象的な自由から具体的な自由へと発展したものとして理解している。そのことから、現代の「人間の尊厳」の思想は、「生存権的基本権」（人間存在の根源である生命の保障）をその基軸にすえ、「自由権の主体」が「生存権」の主体になることによって、「具体的に自由になる」と理解され、「人間の尊厳が自覚されるのは、このような主体＝人間においてである」と述べている（沼田稲次郎はわが国の憲法13条ひいてはファシズム戦争を踏まえて策定された世界人権宣言の「人間の尊厳」をこのように捉える）。ブラック・ライヴズ・マターの運動は、表現の自由（そして広く自由）を保障することの最も根底にあるのは、「生存を保障すること」であることを示している。

(3) 「生存のための『自由』」から読み取る「生存と他者」

仮に、日本国憲法13条の「自由」を、生存のための（生存権的基本権を基軸に据えた）「(具体的な)自由」と捉えるなら、次に問題となるのは「生存権的基本権」にいう「生存」、すなわち「人間が人間として生きる」ことの内実を確定することになる。

自律に押し潰されそうな人びとをその重みから解放することを推し進める「ケアの倫理」は、「個々人の生存にとって必要な他者の存在」を示唆している。

中島隆博もまた、「Human Co-becoming 他者ととともに人間になる」という言葉を核にして要旨次のように述べている。「欧州起原の人間中心主義は再考が必要。理性に根差した自立した個人という強い概念は、近代の神話ではないか。人間はもっと不完全で弱い存在であり、

公正な世界実現のために連帯しなければならない」と述べている（注24）。

中島がいうように、「自立した個人」（人は自らの力で人＜自分という個＞になる）という概念が近代の神話であり、「他者ととともに人間になる」（いいかえれば他者の存在があって初めて人間は人間になる）のが、実体であることが承認されるなら、宇野のいう「リベラリズムの根底にある自由」と、さらにいえばリベラリズムと「人間が人間として生きる」という本稿（橋本）の視点は、かなり近距離にあることになるのではなかろうか。あるいは近距離に近づけることができるのではないだろうか。

なぜなら「他者ととともに人間になる」という視点は、「個の存在」そのものを、あるいは「個の独自性」や「主体性」そのものを否定しているわけではない、からである。

この最後の部分に関わることを、可能ところで補足していきたい。

(4) 時代によって変化する人間の意識－承認を求めて

河合は、西洋の＜近代＞が確立した自我（意識のあり方）は、人間の歴史のなかで必ずしも普遍性をもつものではないと指摘している（注25）。柄谷公人もまた、産業革命が始まる前は、人間と自然との間の「交通」（代謝）は、人間と人間との間の「交換」と同一視され、人間は自然と交換しているような見方がありえた。しかし産業革命以後、アニミズムが消えて、自然界は単なる対象でしかなくなったと述べている（注26）。

このようにみえてみると、「他者（含む自然）とともに人間（「自立した個人」「主体性をもった個人）」になる」という視点の顕在化は、人間の意識のあり方についての「自覚（捉え方）」が今変わり始めていることを示唆しているのではないか。そんな風にも思えてくる。

雑駁に言えば、ソクラテイス以前の「人間も生成消滅する自然の一部」と考えられた時代から、「まず人間ありき」と考えられるようになるルネッサンス期以降から現代に続く流れの中で今、環境問題を初め、災害、戦争、疫病の蔓延、高齢化や移民問題等々の課題を背景に、「個人」（他と切れた理性に根差した自立した個人）であるという認識が人びとのなかで変わり始めているのではないか、ということである。

(5) 重要な「全体と個」の理解

ここで、「人間の尊厳」の理解と並んで注目されてきている「全体と個」の問題に一旦視点を移してみたい。

① これまでの「全体と個」の理解

これまで全体と個の関係は、総じて全体（国家を含む社会とか集団）によって個（「自由人権主体としての個人」）が否定されないという視点から注目をあびてきた。内心の自由は、最高度に保障される憲法上の自由だとされ、国家や他者は自己決定の内実には直接かわっていきべきではないと考えられてきた（考えられている）のもそのひとつである。

② 「全体と個」の視点からみた「高齢者問題」「障害者問題」

ここで唐突のようだが、「全体と個」の視点からみた「高齢者問題」「障害者問題」について、これまでの歴史の概略を追ってみたい。

i 高齢者や障害者を排斥することが、種族繁栄の最善の方法となる歴史社会の段階は、生産しない、食糧の貯蔵がない、医学がない、激しい生存競争にさらされているという状況のもとにおける、しかも極度に生活環境の悪化した状態のもとにおいてであった、といわれている（注27）。

ii もしそうであるとすれば、総じて高い経済成長に支えられてきた資本主義社会の国々において、「高齢者や障害者が生きること」が、「高齢者問題」「障害者問題」となってきた（なっている）のはなぜなのだろうか。ここでの課題との関りで突き詰めて言えばそこには、全体から切り離された「個」（自覚的主体的な個人）とそれを必要とした資本主義経済の「あり様」が関係していることは否定できないだろう。そこでは、「自覚的主体的な個人」が他者から侵害されないことが重視され、人間として生きる条件が「自由権」を中心に構成され、「人間として生きる」ことそのものには、視点が置かれにくい状況が生み出されてくる。問題はこのことに関係してくることになる。

③ 「全体と個」の理解の変容

上の②を参考に、これまでの「全体と個」の捉え方の変容を極めて簡単に指摘すれば

上 i の段階においては、「個」というものは十分には確立されておらず、個人のその属する集団に対する感情（「個人」としての意識）は「集団全体の善」の前に、埋もれていたと思われる。

上 ii の段階においては、個は全体から切断された形で、いいかえれば「個々人は、自分自身によって個になる」という理解のもとに、「個」に対する全体（国家を含む社会とか集団）からの支配・抑圧の側面が重視されてくることになる、といえるだろう。では現状はどうであろうか。

④ 新しい段階を迎えた「全体と個」の理解—他者とともに人間になる

災害、戦争、疫病、移民問題等々に悩む現状は、「人は、他者（含む環境）との関りなしに生きられない」（いいかえれば他者の存在があって初めて人間は人間になる）という視点を顕在化させ、明確化させてきているようにみえる（上記(3)参照）。このことは、全体（国家を含む社会とか集団）と個（人）の関りについての新しい理解を生み出す契機ともなっている、といえないだろうか。それ（他者の存在があって初めて人間は人間になるということ）は、「個があることは、全世界がそこにあること」、「個は独自性をもつが、他者（含む環境）なしには存在しえないこと」（注28）を示唆しているという意味において、「全体と個」の理解が新しい段階に入ったことを示しているように、筆者（橋本）には思われる。

「他者とともに人間になる」という視点は、「個の存在」そのものを、あるいは「個の独自性」そのものを否定しているわけではない。

先に触れたように河合は、「じねん」の中から本人の「主体が立ち上がる」という表現で、日本人のいわば「意志」形成のあり様のいわば「元型」を示唆している（注20）参照。このことを「全体と個」の関係に引き付けて表現すれば、「他から独立した主体性」は、近

代西欧みられるような、他（全体）から切断されることによって形成されるだけでなく、他（全体）に埋没していた個人が転換点を迎えて他（全体）から浮上することによっても確立されることを示唆している。

このように考えると、「他者とともに人間になる」（他者の存在があって初めて人間は人間になるということ）ことは、リベラリズムの根底にあるとされる「自律」の意味内容とも根底においては矛盾しないようにもみえる。少なくとも、松尾のいう「緊張関係」を緩めることにはなるのではなかろうか。

(6) むすびにかえて一障害者権利条約に言うインクルージョンを考える

障害者権利条約に言うインクルージョンも、平等原則を超えて、全体（国家を含む社会とか集団）と個（人）の関りを「他者ととともに人間になる」（他者の存在があって初めて人間は人間になる）という視点から捉えていくことはできないものであろうか。

「人間になる」になるのは、「当該個人」（ここでいえば「障害者」）だけでなく全世界の「他者」（ここでいえば「健常者」）でもあるはずである。人間が個としての生命の維持を超えて、他者の生命の維持を考えることの重要性に気づくことは、「人間の尊厳を自覚できる主体」の形成をも意味している。現代の「人間の尊厳」の思想を、単なる「天賦人權の思想ないし啓蒙期自然法思想」の「再確認」ではなく、「生存権的基本権」＜人間存在の根源である生命の保障＞の基軸の上に、「自由権」を位置付ける思想）として捉える意義もここにある、と筆者（橋本）は考える。

そしてそれは、最適者生存を理由に「弱者」を一掃することを提案した社会ダーウィニズムの思想を乗り越えていく第一歩ともなるのではなかろうか。

リベラリズムの視点からも、「誰もが自律できるような社会」をともにつくることが指摘されている。障害者だけでなく「誰もが自律できるような社会」の実現は、障害者権利条約がめざすところでもあるはずである。

V章 注

（注1） 萩井常喜「社会保障法」 p 4 8 総合労働研究所 1972年

（注2） 社会保障の法体系にはいくつかの考え方があるが詳細は略。障害年金法研究会発行のウェブジャーナル1号掲載の橋本宏子「補論 河野論文を受けて」をあわせ参照されたい。

（注3） 前掲萩井 「社会保障法」 p 5 0 参照

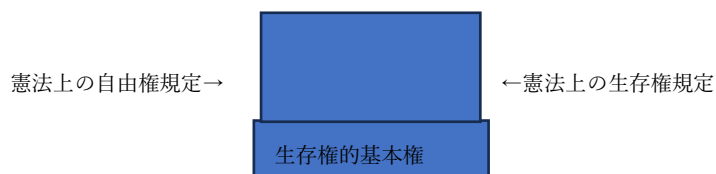
（注4） 下山瑛二「人權の歴史と展望」 p 2 8 ならびに前掲萩井 「社会保障法」 p 5 1 参照

（注5） 前掲萩井 「社会保障法」 p 4 9 参照

（注6） 同 p 1 4 3

- (注7) 永野 仁美「目的から考える障害年金の要保障事由」 p 36 日本障害法学会編「障害法」6号所収
- (注8) 日弁連高齢者・障害者権利支援センター編「法律家のための障害年金実務ハンドブック」(以下「ハンドブック」ともいう) p 148参照
- (注9) 「ハンドブック」 p 79
- (注10) 判決については、賃金と社会保障No.1820参照。
- (注11) 前掲(注2)の論文参照
- (注12) 斎藤幸平「人新生の『資本論』」 p 158 集英社 2020年
- (注13) 國分功一郎 熊谷普一郎「<責任>の生成—中動態と当事者研究」 p 32
- (注14) 同 p 34参照
- (注15) フェビエヌ・ブルジュール「ケアの倫理」原山 哲他訳 白水社 2020年
- (注16) 田中 耕一郎「『ケアの制度化』をめぐって」 北星学園大学社会福祉学部北星論集第57号 2020年3月 上記括弧内の補足は橋本のもの。
- (注17) 森田 真生 「生命の網に生きる自分」 朝日新聞2021年12月17日 朝刊
- (注18) 國分功一郎「中動態の世界—意志と責任の考古学」医学書院 2017年
- (注19) 本稿(橋本)における河合の指摘は、個別に注記したもの以外、全体として河合隼雄『対話する生と死 ユング心理学の視点』(大和書房)の他、『河合隼雄著作集』(岩波書店 1994 所収)の論文に依拠しつつ、橋本の理解に基づき整理したものである。
- (注20) 河合俊雄編 河合隼雄「定本 昔話と日本人の心」 p 394~395 岩波書店 2018年、河合隼雄「日本人の心を解く—夢・神話・物語の深層へ」岩波現代全書 2013年参照
- (注21) 國分功一郎「近代政治哲学—自然・主権・行政」ちくま新書 筑摩書房 2022年
- (注22) 松尾 陽 「憲法 季評 ケアと憲法理念の緊張関係」 朝日新聞 2023年2月9日)
- (注23) 2023年11月27日 朝日 朝刊
- (注24) 分断のいま「普遍」を鍛え直す 朝日新聞 2023年1月10日 朝刊)
- (注25) (注19) 参照
- (注26) 柄谷行人ほか「柄谷行人『力と交換様式』を読む」 p 107
- (注27) 橋本宏子「高齢者保障の研究」 p 243 p 268/注7 総合労働研究所 1981年 本文で述べたような社会、さらにいえば個人が社会全体に埋没していたような社会は、定住以前の初期の人類社会、すなわち獲物などの物は、直截に共同寄託され、分有されていた社会ということになるか(柄谷行人ほか「柄谷行人『力と交換様式』を読む」 p 208参照)。なお検討したい。
- (注28) 八木誠一「宗教の行方」法藏館 2022年

「注記」



1 「人間が人間として生きる**権利**」（生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利）について

(1) 「自由」と「生存」

本稿（橋本）は、「障害年金における手続」を「人間が人間として生きる**権利**に支えられた手続」と位置付けた上で、すべての話を展開している。

そこで初めに、本稿（橋本）では「人間が人間として生きる**権利**」をどのように捉えているのかを、できるだけわかりやすく説明しておきたい。

ここでは「障害年金」の話と一見無関係に見えるが、**ブラック・ライヴズ・マター**（Black Lives Matter、略称「BLM」）を例にあげて、「自由」と「生存」のかかわりについての話の糸口をみつけてみたい。

周知のように「BLM」は、黒人に対する暴力や構造的な人種差別を訴える国際的な積極行動主義の運動である。「BLM」の運動にもみられる狭義の「集団示威行進」を含む「**デモ行進を行なう権利**」は、通常**表現の自由**に属すると考えられているが、ここで注目しておきたいのは、「表現の自由」と「生存」のかかわりである。「BLM」の運動の背景に、アフリカ系アメリカ人のコミュニティにおける白人警官による無抵抗な黒人への暴力や殺害の事実等々が深く関係していたことは良く知られている。つまりここで指摘しておきたいことは、表現の自由（そして広く自由）を保障することの最も根底にあるのは、「**生存を保障すること**」だということである。付け加えれば、ここでいわれる「表現の自由の保障を通じて、求められている**生存の保障の要求**」は、『人間』の主体性と『生きる』という人間の最低必要条件を核として把握される」人間としての本源的・自然発生的要求の発露に他ならないということである。

本稿（橋本）が、「人間が人間として生きる**権利**」を「生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利」として捉えるというときの「含意」は、上記にいう「**生存の保障**」の意味することと同じである。従って、「人間が人間として生きる権利」は約めていえば、「生存権」ということになるが、この点については(2)以下において少し説明を加えておきたい。

(2) 憲法25条と生存権

わが国では通常「生存権」は、憲法25条で保障された「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」と結び付けられ、「所得保障」（非金銭給付に対する金銭給付の意。以下同じ）

にウエイトを置いたところで捉えられる傾向をもつ。従って、本稿（橋本）のいう意味での「人間が人間として生きる**権利**」を憲法25条から直截導き出すことはなかなか難しい状況にある。

(3) 憲法13条（核規定としての「生存権的基本権」）と憲法25条（生存権）

① 本稿は、憲法13条の規定のされ方の中に、「自由権的基本権」の意味だけでなく、積極的に生存配慮する「生存権的基本権」が含意されていると理解し、憲法13条を日本国憲法の基本的人権体系の核規定としての「生存権的基本権」規定と位置付ける立場に依拠している。積極的に生存配慮する「生存権的基本権」という発想が出てくる背景には、現代における人間の尊厳の思想が、単なる「天賦人権の思想ないし啓蒙期自然法思想」の「再確認」という意味だけではなく、「（人間存在の根源である**生命を保障する**観点を完全に捨て去った）ファシズム戦争の体験を経て世界が深く自覚させられた具体的な政治的・社会的原理」として捉えていることが大きく影響していると筆者（橋本）は考えている。

② 憲法13条に集中的に表現される日本国憲法の核規定としての「生存権的基本権」は、本稿が提示する「人間が人間として生きる**権利**」（生命を機軸に据えた身体性をもつ具体的人間の生きる権利）と同義と考える。

③ 本稿の立場からは、憲法13条に体现される核規定としての「生存権的基本権」と各種「自由権」規定の関係、「生存権的基本権」と各種「生存権」規定との関係（狭義の「生存権」を「生存権的基本権」との関係でどのように捉えるかの問題もここに含まれる）が重要となってくる。

例えば障害年金給付は、憲法25条に基づく施策のひとつであるが、「障害年金給付費」の意味内容を検討するにあたっては、憲法13条に体现される「生存権的基本権」の意味するところを重ね合わせたところで、憲法25条を位置づけていくことが求められるということになる。

本稿（橋本）の主題である「障害年金における手続」保障を考える場合も上の視点は貫徹される。具体的に説明すれば、「障害年金における手続」保障の問題は、憲法14条・31条等に基づく平等権ならびに適正手続の問題であるが、本稿の立場からは、これらの憲法規定の根底に、憲法13条に体现される核規定としての「生存権的基本権」を基軸に置いて問題を捉えていくということになる。さらに補足すれば、社会保障法研究の泰斗である小川政亮教授はかつて、社会保障の権利（憲法25条の生存権）を実体的権利、手続的権利、自己貫徹的権利から捉えられたが、「障害年金における手続」保障において「生存権的基本権」（憲法13条）を基軸におくことの実質的な意義は、小川教授のいう「自己貫徹的権利」を「生存権的基本権」（憲法13条）の視点から捉え直し根底においたところで、憲法14条ならびに31条を解釈することに近いものがあるといえようか。

2 障害者権利条約をみる視点

① ロックの自然法思想のもとでは、大まかにいえば「生存権」が根底にあって、自由や財産は「生存権」の保障のためのものであると考えられていたという。その意味では、先に「BLM」を例に説明した「自由」と「生存」の関係に近いところで問題が捉えられていたといえるだろう。

それが時代を下るにつれて、「自由」と「生存」は切断され、(生存のための)「自由」という視点を欠いたところで、「自由」だけがいわば独り歩きを始めていく。

なぜかわってしまったのだろうか。その点の経緯について、下山瑛二教授は、資本主義社会が成立する過程で、基盤となっていた「人権」概念の正当性の社会的論拠が無視され、その結果近代西欧の人権概念は、「自由権」を中心とする概念となり、(1870年代頃から普及してくる社会政策を通じて)若干の「生存権」的要求を充たすための「**社会権**」が加味されることになった、と述べている。

このような人権体系のもとでも、生存権を基底とする人権を保障し、実質的自由・平等を確保するプロセスを構築する努力が積み重ねられてきたこともみのがせない事実であるが、

資本制生産関係、すなわち、労働者の資本に従属する関係を保障する(「商品」としての労働力を保障する)ことの中に組み込まれた人権体系を考えることは、下山教授が指摘されるようにそもそも論理矛盾となり、「人権擁護」として、人権「一般」を擁護する意義は、そこからは生じにくいことも見落とすことはできない。

② 国連憲章・世界人権宣言等々の国際人権規範を系譜とする障害者権利条約は、「障害者と他の者との**平等**を基礎とすること」に力点をおき、各権利規定において、自由権的側面と**社会権**的側面を併記する形式が定式化されていることを除けば、「**生存権**」についての言及はない。このことからすれば障害者権利条約は、上記①で言及した「自由権を中心とし、それに若干の社会権を加味した構造をとる、特殊近代西欧社会の所産である『人権』概念」を継受している、とみることもできそうである。さらにいえば、上の「障害者権利条約は、自由権と社会権の両方を含んでいる」という理解と「基本的人権体系の中核に『生存権的**基本権**』を据える」という理解の間には、大きな違いがあることにも留意したい。

③ 他方障害者権利条約においては、人間の尊厳を最上位規範として(3条a)、「障害者の固有の尊厳の尊重」(1条後段参照)や「生命に対する権利」(10条)等々を、**現代の「人間の尊厳」**の思想としてどう具体化していくかが期待されている。

障害者権利条約が前提とする障害の理解について、障害者権利条約3条aにいう人間の尊厳を最高位規範と位置付ける人権モデルが、社会モデルでは捉えきれない障害問題の存在を指摘しながら、「人権モデルと社会モデル」を位相の相違として捉える「**見解**」を説得的に超えられない大きな理由のひとつは、人権モデルにおいては人間の尊厳の思想の理解が、単なる「天賦人権の思想ないし啓蒙期自然法思想」の「再確認」に留まっており、ファシズム戦争の体験を経て世界が深く自覚させられ、世界人権宣言にも反映されている(と捉えるべき)「人間存在の根源である**生命を保障する観点**」から、**現代の「人間の尊厳」**の思想を再構築していないことにある、と筆者は考えている。なお検討したい。

初診日と無年金

1	はじめに～「初診日」とはなにか	150
2	「初診日」に関する法令等の定め	151
(1)	「初診日」の定義について	151
ア	国民年金法、厚生年金保険法	151
イ	最判平成 20 年 10 月 10 日（判タ 1285 号 57 頁）	152
ウ	上記最判平成 20 年 10 月 10 日以降の下級審判例	154
(2)	初診日の特定、証明に関する定め	155
ア	国民年金法施行規則、厚生年金法施行規則	156
イ	平成 27 年 9 月 28 日年管管発 0928 第 6 号	156
	初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合 について、厚生労働省年金局事業管理課長通知（平成 27 年 9 月 28 日 年管管発 0928 第 6 号）は、次のとおりの取り扱いを定める。	156
ウ	平成 31 年 2 月 1 日年管管発 0201 第 7 号	158
エ	通知の考え方のまとめ	159
3	「初診日」と無年金の整理	160
(1)	「初診日」の持つ機能	160
(2)	「初診日」と無年金の関係	162
4	初診日の特定と証明について	163
(1)	裁定請求時の行政庁における対応や裁定請求の判断時において ...	163
(2)	審査請求や取消訴訟段階において	170
(3)	初診日の立証と国の説明義務	171
5	制度設計論について	174
6	おわりに	175

Ⅰ はじめに～「初診日」とはなにか

障害年金を申請する時、処分の違法を争って審査請求を行う時、同じく取消訴訟を提起する時など、当然のように初診日の検討を行う。もっとも、いざ障害年金の要件というときに、初診日自体は要件として整理されていない。すなわち、障害年金の支給要件は、一般に、①加入要件②納付要件③障害要件（国年法 30 条 1 項、厚年法 47 条 1 項）とされており、初診日自体は、要件とはなっていない。しかしながら、請求却下通知に付記された理由や、審査請求の棄却決定書には、「基準傷病の初診日が○年○月○日と認められない」ため請求が認められないと、あたかも、初診日それ自体が支給要件となっているかのような記載が当然のようになされている。

このような記載がなされるのは、上記 3 要件と初診日とが密接に関連する（「初診日主義」¹の採用）から、であることに疑いはなく、初診日の年金の加入状況や、納付状況によっては、無年金となるのであるから、給付要件との関係で初診日が重要であることは間違いない。

しかし、前記のように、初診日自体が認められないことが、あたかも、年金の不支給の理由とされること、障害年金の要件化されることについては、疑問がある。

例えば、初診日自体の特定が困難であっても、障害基礎年金の加入要件、納付要件を満たす場合（全期間において国民年金に加入、納付している場合等）はあり、その場合は、初診日の特定は重要な意味を持たない。

また、申請者が特定した初診日自体は認定できないが、その前後のいずれかに、国が、認定可能な初診日があり、かつその初診日を基準とする場合には加入要件、納付要件を満たす、という場合、単に初診日が認定できないということで請求を却下するのではなく、処分庁が申請者に説明、求釈明をした上で、認定可能な初診日による改めでの申請を促したり（実務ではこのような取り扱いも多くなされていると思われる）、審査請求、取消訴訟段階であっても、認定可能な初診日があると国が考えた際に、申請上の初診日と異なる国が認定可能と考える初診日を前提に、裁決、判決を

¹ 百瀬優「社会保険労務士総合研究機構 日本の社会保障制度の理論的背景に関する研究 第 5 章 障害年金の現状と課題」119 頁

行うことも可能ではないか、とも思われる（前者は、年金申請の窓口である日本年金機構による情報提供義務、説明義務の問題、後者は、審査請求、取消訴訟段階での国の説明義務のほか、訴訟物、審判対象が問題となる。）

本稿は、初診日の定義を確認した上で、初診日が問題となった判例を確認する。そのうえで、初診日が認定できないとの理由で障害年金が却下されることの意味、実務的な対応の可能性について、検討をするものである。特に、筆者は、弁護士であるから、特にかかわることの多い、取消訴訟段階での問題点、行政訴訟の審判対象との関連も検討しつつ、「初診日」の機能について検討する。最後に、仮に申請通りの初診日が認定できた場合であっても、現状の制度では加入要件、納付要件を満たさないために不支給となってしまふ一定の場合について、制度変更による救済の可能性について検討する。

2 「初診日」に関する法令等の定め

(1) 「初診日」の定義について

ア 国民年金法、厚生年金保険法

国民年金法、厚生年金保険法は、初診日を、「疾病にかかり、又は負傷し、かつ、その疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病について初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日」をいうと定義する（国年法 30 条 1 項、厚年法 47 条 1 項）。

そして障害年金の給付要件のうち、①加入要件は、「疾病にかかり、又は負傷し、かつ、その疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病について初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日（「初診日」）に、被保険者であること、又は、被保険者であった者であって、日本国内に住所を有し、かつ、六十歳以上六十五歳未満であること、とされ、初診日が関連する。初診日に国民年金や厚生年金の被保険者でなければ、障害年金は受給できないこととなる（初診日が 20 歳未満の場合除く）。

②納付要件も、「当該傷病に係る初診日の前日において、当該初診日の属する月の前々月までに被保険者期間があり、かつ、当該被保険者期間に係る保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算した期間が当該被保険者期間の三分の二に満たないとき」に満たすものと

され（ただし、例外として昭和 60 年改正法附則 20 条で、いわゆる直近 1 年間要件がある）、初診日が関連する。

③障害要件も、いわゆる認定日請求（国年法 30 条 1 項）の場合には、「初診日から起算して一年六月を経過した日（その期間内にその傷病が治った場合においては、その治った日（その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日を含む。）とし、以下「障害認定日」という。）において、その傷病により次項に規定する障害等級に該当する程度の障害の状態にあるとき」とされ、いわゆる初めて 2 級による請求の場合（国年法 30 条の 3）にも、基準傷病以外の傷病が障害認定日に障害等級に該当する程度の障害の状態になかったことを要件とするため、初診日が関連する。

なお、20 歳未満に初診日があるも場合については、「疾病にかかり、又は負傷し、その初診日において二十歳未満であつた者が、障害認定日以後に二十歳に達したときは二十歳に達した日において、障害認定日が二十歳に達した日後であるときはその障害認定日において、障害等級に該当する程度の障害の状態にあるときは、その者に障害基礎年金を支給する。」（国民年金法 30 条の 4）とされ、加入要件、納付要件は問題とされず、初診日が 20 歳未満にあるかどうか要件となる。この意味では 20 歳未満の無拠出年金においては、初診日それ自体が（20 歳未満にあることが）「要件」と整理することができるかもしれない。次に述べる最判平成 20 年 10 月 10 日も、「初診日要件」という記載をしている。

イ 最判平成 20 年 10 月 10 日（判タ 1285 号 57 頁）

いわゆる学生無年金訴訟の一つで、統合失調症のように、発症から医師の診療を受けるに至るまでの期間が長期化しがちであるという特質から、20 歳に達する前に発症しても、その段階で医師の診療を受けるに至らず、病状が進行して 20 歳を過ぎてから初めて医師の診療を受けることとなるという事例は、典型的に十分予想し得るものであって、このような者について、初診日要件を形式的に適用するのではなく、20 歳前の発症が、医学的根拠をもって確認できた場合は初診日要件を満たす、として初診日の解釈が争われた

最高裁は、次のように述べ、例外的に、発症日を初診日とする扱いを否定した（なお、原審は肯定した。）。

「国民年金法 30 条 1 項は、いわゆる拠出制の障害基礎年金の支給要件として、障害の原因となった疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病について初めて医師又は歯科医師（以下「医師等」という。）の診療を受けた日において被保険者であることなどを定めている。そして、同項は、疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病について初めて医師等の診療を受けた日をもって「初診日」という旨規定しており、20 歳前障害基礎年金の支給要件を定めた同法 30 条の 4 にいう「その初診日において 20 歳未満であった者」とは、その疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病について初めて医師等の診療を受けた日において 20 歳未満であった者をいうものであることは、その文理上明らかである。

上記のとおり、国民年金法は、発症日ではなく初診日を基準として障害基礎年金の支給要件を定めているのであるが、これは、国民年金事業を管掌する政府において個々の傷病につき発症日を的確に認定するに足る資料を有しないことにかんがみ、医学的見地から裁定機関の認定判断の客観性を担保するとともに、その認定判断が画一的かつ公平なものとなるよう、当該傷病につき医師等の診療を受けた日をもって障害基礎年金の支給に係る規定の適用範囲を画することとしたものであると解される。

原審は、統合失調症について、発症から医師の診療を受けるに至るまでの期間が長期化しがちであるという特質があることなどを理由として、統合失調症を発症し医師の診療を必要とする状態に至った時点において 20 歳未満であったことが、医師の事後的診断等により医学的に確認できた者については、初診日要件を満たすものと解するのが相当であるとするのであるが、このような解釈は、前記各条項の文理に反するものであり、また、国民年金法が画一的かつ公平な判断のために当該傷病につき医師等の診療を受けた日をもって障害基礎年金の支給に係る規定の適用範囲を画することとした前記の立法趣旨に照らしても、採用することができない。」

なお、今井裁判官による「統合失調症の特殊性」を前提に、「発病の時期と初めて医師の診療を受ける時期との間には、相当の時間の差があり、一般の疾病と同様に、初診日を基準として、受給要件を定めることには、医学的な根拠を欠くといわざるを得ず、初診日要件を厳格に遵守する結果、制度の趣旨に沿わない場合が生ずることは否定できない。特に社会福祉原理に基づく無拠出制の年金については、発病の時期が20歳前であることが事後的にはあっても医学的に確定できれば、支給要件を満たしたとすることは十分な合理性がある。むしろこの解釈の方が、20歳前に稼得能力を失った者に対する社会福祉原理に基づく給付という立法趣旨に合致する」とする反対意見もある。

ウ 上記最判平成20年10月10日以降の下級審判例

初診日の意義が固まったといえる上記最判以降の障害年金関係の下級審裁判例の中で、初診日の認定が問題となったと思われるものを別紙のとおり列挙した。具体的には、①裁判日付、②傷病名、③年金の種類、④裁定請求時の初診日、⑤年金の加入期間等を示したうえ、⑥原告主張の初診日（およびその根拠）、⑦被告主張の初診日（およびその根拠）、⑧初診日に関する裁判所の認定といった項目で整理を行った。

そのうえで、冒頭に述べたとおり、裁判実務において、「初診日それ自体が支給要件となっているかのような記載が当然のようになされている。」のかの整理を行った。具体的には、備考欄に、上記⑥原告主張の初診日を⑧裁判所がそのまま認定している場合には、「A」、上記⑥原告主張の初診日を、裁判所が認定できないとしている場合には、「B」、上記⑦被告が、原告主張の初診日以外の具体的な初診日を主張し、⑧裁判所が被告主張の初診日を認定した場合には「C」、裁判所が、原告主張、被告主張とも異なる初診日を認定した場合又は検討を行っている場合には、「D」と整理した。

「A」であれば、原告主張が認められており何ら問題はない。「C」についても、被告主張の初診日が認定されているものの、特定の初診日が認定され、それに応じて、加入要件、納付要件が検討されてお

り、問題はない。「B」の場合が、冒頭に述べたとおり、初診日それ自体が支給要件となっているかのような認定となっており、本稿で検討すべきものとなる。また、「初診日」に関する裁判における審判対象という点で、原告主張、被告主張とも異なる初診日を認定、または検討を行っている「D」も検討が必要となる。

結果は、別紙のとおり、29件の裁判例中(平成20年最判を含む)、「A」が9、「B」が10件、「C」が7件、「D」が4件であった(なお、27番の判例は、B、D重複とした。)

「B」がもっとも多いのは、初診日それ自体が支給要件となっているかのような実務的な運用がなされている感覚に沿うものである。

一方で、実際には、裁判例の中で、初診日を「要件」と記載しているものは、ほとんどなかった。初診日「要件」と記載しているのは、平成20年最判であるが、同最判は、「その初診日において20歳未満であった者」との要件(以下「初診日要件」とする)としているところ、21番の裁判例のみ、平成20年最判とは異なる意味で、また、特段の定義づけなく、「初診日要件」と記載している。他方、原告、被告とも、初診日要件という記載を同じく、特段の定義づけなく使用しているもの(「初診日要件」と、原告が主張しているのは、5番、21番、被告が主張しているのは、11番、21番、23番、27番)がある。被告国が、漫然と初診日要件という表現を行うことには、初診日をあたかも要件化するという点からも不適切である、とともに、原告およびその代理人も、支給要件たる加入要件、納付要件と関連付けて主張を行う必要がある。

さらに、このうち、5件(2番、6番、13番、15番、24番)は、加入要件や納付要件に触れておらず、加入要件や納付要件を満たす初診日が認定できる余地が、抽象的には存在するものである(少なくとも、判決文中から否定することができない)。

(2) 初診日の特定、証明に関する定め

「初診日」について、申請者がどのように特定し、証明する必要があるか、法令の定め等を確認する。

ア 国民年金法施行規則、厚生年金法施行規則

年金申請を行う者は、請求書を年金機構に提出することになっているが、その請求書には、初診日を記載しなければならない（国民年金法施行規則 31 条 1 項第 4 号、厚生年金保険法施行規則 44 条 1 項 4 号）、請求書には、初診日を明らかにすることができる書類（当該書類を添えることができないときは、当該初診日を証するのに参考となる書類）を添付しなければならないとされている（国民年金法施行規則 31 条 2 項第 6 号、厚生年金保険法施行規則 44 条 2 項 6 号）。

前者は、初診日の特定にかかわるものであり、後者は、初診日の証明（立証）にかかわるものである。

イ 平成 27 年 9 月 28 日年管管発 0928 第 6 号

初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合について、厚生労働省年金局事業管理課長通知（平成 27 年 9 月 28 日年管管発 0928 第 6 号）は、次のとおりの取り扱いを定める。

(ア) 初診日の特定について

・初診日が一定の期間内にあると確認された場合の初診日確認の基本的取扱いについて初診日を具体的に特定できなくても、参考資料により一定の期間内に初診日があると確認された場合であって、以下の各場合に該当するときは、一定の条件の下、請求者が申し立てた初診日を認めることができることとする。

①初診日があると確認された一定の期間中、同一の公的年金制度に継続的に加入していた場合について初診日があると確認された一定の期間が全て国民年金の加入期間のみであるなど同一の公的年金制度の加入期間となっており、かつ、当該期間中のいずれの時点においても、障害年金を支給するための保険料納付要件を満たしている場合は、当該期間中で請求者が申し立てた初診日を認めることができることとする。

②初診日があると確認された一定の期間中、異なる公的年金制度に継続的に加入していた場合について初診日があると確認された一定の期間が全て国民年金の加入期間と厚生年金の加入期間であるなど異なる公的年金制度の加入期間となっており、かつ、当

該期間中のいずれの時点においても、障害年金を支給するための保険料納付要件を満たしている場合は、請求者申立ての初診日について参考となる他の資料とあわせて初診日を認めることができることとする。

- ・初診日は、原則として初めて治療目的で医療機関を受診した日とし、健康診断を受けた日(健診日)は初診日として取り扱わないこととする。ただし、初めて治療目的で医療機関を受診した日の医証が得られない場合であって、医学的見地からただちに治療が必要と認められる健診結果である場合については、請求者から健診日を初診日とするよう申立てがあれば、健診日を初診日とし、健診日を証明する資料(人間ドックの結果など)を求めた上で、初診日を認めることができることとする。

- ・資料により初診日のある年月までは特定できるが日付が特定されない場合には、保険料の納付要件を認定する時点や遺族年金における死亡日の取扱い等を踏まえ、当該月の末日を初診日とする。ただし、当該月に異なる年金制度(国民年金と厚生年金など)に加入していた場合については、当該月の月末を初診日とはしない。

- ・診察券や医療機関が管理する入院記録等により確認された初診日及び受診した診療科については、請求傷病での受診である可能性が高いと判断できる診療科(精神科など)である場合には、それらの参考資料により初診日を認めることができる。また、診察券や入院記録等だけでは請求傷病での受診である可能性が高いと判断できない診療科(内科など)の場合であっても、診察券や入院記録等で初診日及び受診した診療科が確認できたときは、請求者申立ての初診日について参考となる他の資料とあわせて初診日を認めることができる。ただし、他の傷病による受診であると明らかに推認できる場合は認めないこととする。

(1) 初診日の証明について

- ・請求者の申立てに基づき医療機関が過去に作成した資料の取扱いについて請求の5年以上前に医療機関が作成した資料(診療録等)に請求者申立ての初診日が記載されている場合には、初診日と

認めることができることとする。また、当該資料が、請求の5年以上前ではないが相当程度前である場合については、請求者申立ての初診日について参考となる他の資料とあわせて初診日を認めることができることとする。ただし、この場合に参考となる他の資料としては、診察券や入院記録など、請求者の申立て以外の記録を根拠として初診日を推定することが可能となる資料が必要であり、請求者又は請求者の家族等の申立てに基づく第三者証明は含まれないものとする。

・初診日が一定の期間内であると確認するためには請求者が提出する参考資料により判断することとなるが、参考資料の例としては、以下のようなものが考えられる。

①一定の期間の始期に関する資料の例

請求傷病に関する異常所見がなく発病していないことが確認できる診断書等の資料(就職時に事業主に提出した診断書、人間ドックの結果など)

請求傷病の起因及び当該起因の発生時期が明らかとなる資料(交通事故が起因となった傷病であることを明らかにする医学的資料及び交通事故の時期を証明する資料、職場の人間関係が起因となった精神疾患であることを明らかにする医学的資料及び就職の時期を証明する資料など)

医学的知見に基づいて一定の時期以前には請求傷病が発病していないことを証明する資料

②一定の期間の終期に関する資料の例

請求傷病により受診した事実を証明する資料(2番目以降に受診した医療機関による受診状況等証明書など)

請求傷病により公的サービスを受給した時期を明らかにする資料(障害者手帳の交付時期に関する資料など)

20歳以降であって請求傷病により受診していた事実及び時期を明らかにする第三者証明

ウ 平成31年2月1日年管管発0201第7号

平成27年通知に加える形で、

「20 歳前に初診日がある障害基礎年金の請求で、障害認定日が20 歳以前であることを確認できた場合の取扱いについて20 歳前に初診日がある障害基礎年金については、障害認定日が20 歳に達した日以前である場合は、障害の程度を認定する時期は一律に20 歳となる。このため、2 番目以降に受診した医療機関の受診した事実を証明する資料に記載された当該医療機関の受診日から、障害認定日が20 歳以前であることを確認でき、かつ、その受診日前に厚生年金等の加入期間がない場合には、初診日の医学的証明を追加で請求者に求めずとも、20 歳前の期間で請求者が申し立てた初診日を認めることができることとする。」とされた。

エ 通知の考え方のまとめ

通達の意義の一点目は、初診日の証明の方法である。初診日に作成されたカルテがない場合に、初診日の記載がある現存する最も過去のカルテを資料とすることができるのは、請求の5年以上前に医療機関が作成した資料に限られる（平成27年通知第3・1）²、第三者証明が認められる場合等を明らかにしたことである。

二点目に、初診日の特定の程度を「緩和」し、加入要件、納付要件を満たす場合に、初診日のある「期間」が証明されれば良いとした点である。

初診日の特定と証明の方法について、上記のとおり通知したことについて、国は、その趣旨を「傷病の発生・受診から相当の期間を経て重症化する疾病により請求する事例が増え、初診目を特定できず障害年金を受けられない事案も生じ大きな課題となっています。このため、初診日証明の考え方を改めて整理し、初診日を確認できないという理由で障害年金が不支給となる事実が少なくなるよう、初診日証明の取扱いが見直されることとなりました。」³と説明する。

このように、平成27年通知は、初診日の証明の方法について定め、特定の方法について、「緩和」をした。

² 安部敬太「障害年金に関する広報周知と相談対応の現在地 障害年金法ジャーナル第2号」

³ 日本年金機構給付企画部「初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合の取扱いQ&A Q1」（平成27年9月）

初診「日」というピンポイントの時点でなく、初診日が含まれる「期間」という幅を持たせた特定であっても、「初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日」という初診日の定義上、審査庁による審査が可能である。その定義上、初診日といえる受診は、必ず存在し、かつ一回しかない。特定の傷病に関する初めての診療は一回しかなく、裁定請求に際し、医師による診断書が作成されているから、請求傷病にかかる受診は最低でも、一度は存在する。

平成27年通知は、初診日の持つ機能を超えて、初診日そのものが立証命題かのようになされていた実務に歯止めをかけるものであると理解できる⁴。

3 「初診日」と無年金の整理

(1) 「初診日」の持つ機能

国年法、厚年法が、加入要件、納付要件、障害要件のいずれについても、初診日を基準とする考え方をとるのは、述べたとおりである。国の説明では、年金制度は社会保険制度であり、あらかじめ保険事故に備えて保険料を納付し、保険事故が生じた場合に給付を行う、という原則の下で成立している、このため、保険事故の発生時点に加入する制度の保険料納付状況を元に、給付を行う仕組みを取っている、この保険事故の発生時点の確認に当たって、障害の原因となる傷病の発生時点を一義的に判断することは技術的に困難であり、客観的に把握できる「初診日」をもって保険事故の発生時点としている⁵、とする。

上記の論は、障害年金制度が、社会保険制度を原則とする以上、基準日時点における保険料の滞納による無年金者の存在は、やむをえないも

⁴ もっとも、注3の日本年金機構給付企画部「初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合の取扱い Q&A Q15」は、「『一定の期間』に関する取扱いは、初診日を明らかにすることができないことによる却下ができるだけ生じないようにすることを目的としているため、初診日を明らかにするための参考資料をすべて提出していただいてもなお特定できない場合が対象となります。このため、はじめから『一定の期間』を用いた対応はせず、当初提出された参考資料では初診日を認定できなかった場合に、『一定の期間』を特定するための書類をお客様に求めてください。」と、一定の期間、すなわち、加入要件、納付要件を満たす場合であっても、一次的には、初診「日」の特定を求めている。

⁵ 厚生労働省[年金制度の仕組みと考え方]第12 障害年金 3 障害年金の仕組み (https://www.mhlw.go.jp/stf/nenkin_shikumi_012.html)

のと考えられやすい⁶。また、保険料滞納による無年金者への年金の給付は、保険料を支払ってきた者からの年金制度への信頼感を揺らがすことにつながりうる⁷。

もともと、基準日を初診日とすることは、論理必然ではないし、国民の年金に関する情報の不足等の実態から⁸、短期間の保険料の滞納であったり、加入保険の変更による受給額の減少であったり、ペナルティとして非常に重い⁹。

実際に、障害年金制度のうち、20歳未満の時に初診日がある者については、無拠出性の給付が認められており、この点で、保険原理は貫徹されていない¹⁰。また、ドイツ、フランス、スウェーデンの諸外国では、初診日を保険事故の発生時点とする考え方はとられておらず¹¹、初診日を基準とすることの必然性はない。

また、保険料の未納者について、2020年度末を基準として、過去2年間に保険料が未納であった期間がある人は320.2万人で、第1号被保険者全体の22.4%を占めており¹²、過去2年間に保険料未納がある人の割合を年齢別にみると、20歳代半ばから30歳代半ばが30%前後で、20歳代前半や高年齢層に比べて高かった。しかし、これを人数で見ると、20歳代半ばから30歳代半ばにかけての各歳の未納者数はむしろほかの年齢層より低かった。第1号被保険者全体の18.6%を占め

⁶ 河野正輝「障害法の基礎理論 2020年 法律文化社」230頁

⁷ 百瀬優「障害年金の制度設計 2010年 光生館」200頁

⁸ 河野正輝「障害法の基礎理論」230頁

⁹ 百瀬優「障害年金の制度設計」200頁

¹⁰ 無拠出性の障害年金の支給根拠として、①20歳前に重度の障害者となった場合は稼働能力を欠き、所得補償の必要性が高い、②親の扶養を受ける程度をできるだけ少なくすることが望ましい、③一方で、国民年金は、20歳未満の国民に国年法を適用しないとされたため、無拠出性の障害年金が必要である、とされる（堀勝洋「年金保険法（第5版） 2022年 法律文化社」454頁

¹¹ 「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究（厚生労働科学研究・令和4年度）」のうち、福島豪「ドイツにおける障害年金の仕組み」、永野仁美「フランスにおける障害者所得保障制度」、中野妙子「スウェーデンの障害年金制度」を参照。

¹² 「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究（厚生労働科学研究・令和4年度）」のうち、大津唯「国民年金保険料の納付状況に関する「匿名年金情報」の集計」

る 20～22 歳は、未納者全体の 11.4% (36.5 万人) を占めていた¹³。未納期間があれば、初診日によっては、障害無年金となるのであり、上記の数の者が無年金となる可能性を示している。

(2) 「初診日」と無年金の関係

上記の初診日の規定ぶりや、解釈を前提に、初診日が影響をして、無年金となる場合は以下のようなものと思われる。

①初診日の特定、証明が困難によって生じる無年金

初診日が、相当程度古くて、カルテ等が残っていないこと等により、またはそのほかの理由により、初診日の特定ないし立証ができない場合がある。特定ないし立証ができないということには 2 通りの意味があると思われる。厚生年金加入期間中の初診日が認められない場合、厚生年金や国民年金の納付要件を満たすような日、期間での初診日が認められない場合と、上記裁判例で見たとおり、文字通り、初診日の特定、証明ができていないことのみを理由として、不支給となる例である。前者は、要件そのものの問題であり、やむをえない部分もある（なお、以下 5 では、初診日を基準とする制度そのものについても検討する。）。一方、これまで見てきたように、後者は、現行制度を前提としても、問題がある。後者の問題を避けるために、複数の初診日を予備的に主張することは、実務上も多くなされていることかと思う¹⁴が、このような初診日を複数主張することに対する国の対応の可否について、下記 4 で検討する。

②加入要件と納付要件の基準日を「初診日」としていることから生じる無年金

障害厚生年金における加入要件、納付要件、障害基礎年金においても、納付要件を満たさない場合（加入要件が問題となる場合もある。）には、支給がなされない。年金の未納率が上がれば、障害基礎年金の受給率が下がることとなる¹⁵。なお、納付要件は特例により、初診日の属す月の

¹³ 注 10 大津唯「国民年金保険料の納付状況に関する「匿名年金情報」の集計」

¹⁴ 予備的な初診日を主張し、障害厚生年金と障害基礎年金の同時請求を行うことも認められるが、このような同時請求は認められないという運用をしていた時期もあった（安部敬太「障害年金に関する広報周知と相談対応の現在地 障害年金法ジャーナル第 2 号」）。

¹⁵ 国民年金の未納率については、注 10 でも引用した大津唯「国民年金保険料の納付

前々月までの1年間だけ滞納がなければよいと緩和されている。上記①との比較でいえば、仮に初診日の証明が自身の申告通り（事実通り）認められたとしても、現行の運用では支給がなされないパターンである。

この点、百瀬優「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究（21AA2008） 障害厚生年金の被保険者要件の見直し」においては、厚生年金に関し、初診日と加入要件、納付要件の関係で、無年金となる3つのケースが説明されている。

- 1 発病日が厚生年金保険の被保険者期間中にあったが、初診日が退職後（被保険者資格喪失後）になったケース
- 2 厚生年金保険の被保険者であった者が、一時的な離職期間中や転職活動期間中などに傷病を負い、初診日がそれらの期間中になったケース
- 3 長期間にわたって厚生年金保険料を納付していたが、初診日が退職後（被保険者資格喪失後）になったケース

上記説明は、障害厚生年金に関する記載であるが、障害基礎年金においても、20歳後に未納が続いた場合、20歳前に発病があるが、初診日が20歳後であるような場合には同様の問題が生じるとと思われる。

「初診日」を発病日と解釈する場合には、1や20歳前の発病等は救済されることになるが、下記5では、上記「百瀬・障害厚生年金の被保険者要件の見直し」に引用されるような諸外国の制度設計等も考慮しながら、上記ケースに支給がなされるような制度設計を検討する。

4 初診日の特定と証明について

(1) 裁定請求時の行政庁における対応や裁定請求の判断時において

これまでみてきたように、法令上、初診日は、「障害の原因となった傷病にかかる初診日において、国民年金又は厚生年金保険の被保険者等であったこと」という加入要件と、初診日の前日において納付要件を満たしていることを確認する日にすぎず、初診日を特定することは受給権発生要件ではない。そのため、裁定請求が却下された場合や審査請求の段階では、初診日そのものではなく、加入要件と納付要件がどのように満たされていないか、確認をするべきである。当然、国は、理由提示

状況に関する「匿名年金情報」の集計」を参照。

に関する要件不充足について、理由の提示義務を負うのであり、その場合には、要件である加入要件と納付要件の不充足を説明するべきである。この点、「初診日を明らかにすることができる書類を添えることができない場合の取扱い」Q&AのQ20では、「一定の期間」による納付要件確認の結果、納付要件を満たさない時期があった場合、処分理由はどのようなのか。また、処分通知に始期と終期を明示する必要はあるのか。」という問いに対して、単に「初診日を確認することができない」ことを理由として示せば足り、処分通知に、審査過程である始期と終期を示す必要はないとする。しかし、処分の名宛人に対し、不服の機会を与えるという理由付記の趣旨からすれば、誤りであるし、こういった記載ぶりからも、国が、初診日そのものを立証命題かのように運用する実態をみてとることができる。

初診日と認められる受診は、必ず存在し、かつ一回しかない。申請者が特定した申請日を初診日と認定できないのであれば、その理由を具体的に、示すべきである¹⁶。

具体的には、いくつかの類型が考えられる。

- ① まず、国が、申請者の診療情報をすべて把握しているわけではないが、申請者から提出された資料の中から、申請者が特定した初診日（又は期間）とは異なる初診日の認定の可能性があり、当該初診日であれば、加入要件や納付要件を満たす場合には、それを示すべきである。実際に、国は、別紙18番の裁判において、「初診日において厚生年金保険の被保険者であったとして、事後重症による障害基礎年金及び障害厚生年金の裁定請求がされた場合において、初診日が厚生年金の受給要件を満たさないが、初診日が国民年金の被保険者期間中であるか、あるいは20歳前であり、障害基礎年金については受給要件を満たすと認められたときは、当該裁定請求を却下した後に改めて障害基礎年金の裁定請求をさせるのではなく、当該裁定請求を障害基礎年金の裁定請求に差し替えるよう

¹⁶ 行政窓口を訪れた特定の受給資格者に対して担当行政職員として行うべき教示・援助義務について、嘉藤 亮「障害年金法における情報提供義務 障害年金法ジャーナル第2号」を参照

求める取扱いがされている。」と述べ、上記のような取り扱いがなされていることを認めている。なお、18番の事案は、このような取り扱いによって、かえって請求者に不利な結果となった事案であるが、説明義務違反について、判断はなされていない¹⁷。

これらの説明義務、理由提示義務は、申請受理段階における窓口における説明義務（裁定替えを促す等）と、却下処分時の理由時提示義務の2つの時点での義務が観念できる。

② 次に、申請者が特定した初診日（又は期間）外に、初診日がある可能性があると考え、その場合には加入要件や納付要件を満たさない場合（上記 Q&A の Q20 が想定する場面）である。その場合でも、国は、初診日が認められないことを理由に裁定請求を却下するのではなく、国が考える初診日であれば、加入要件や納付要件を満たさない（可能性がある）ということを理由に却下するべきである。そうすることにより、請求者としては、審査請求や取消訴訟において、国の考える初診日は、原告としては認められないという主張の根拠資料の精査等を行うことができる。

③最後に、申請者が特定した初診日（又は期間）について、国が、立証が不十分で、認定することができないと考え、また一方で他の初診日の可能性も見出すことができない（見出すことをしない）場合である。まず、初診日自体が立証不十分であるとしても、いずれの期間においても、加入要件や納付要件を満たすような場合には、支給決定を行うべきである。平成27年通知による初診日が存在しうる期間の特定で足りるとする運用を徹底するべきである。¹⁸

¹⁷ 初診日の証明に関し、名古屋高裁金沢支部判決令和3年9月15（判時2542号43頁）日は、説明義務や情報提供義務という表現は用いていないが「誤った法令の解釈に基づいて…裁定請求権の行使を妨げたものとして、国家賠償法上違法であり、かつ、そのことにつき過失もあるとの評価を免れない」としている。

¹⁸ 本稿の執筆にあたり、年金申請の代理業務を多く扱う社会保険労務士の方にご意見を伺ったところ、いずれの期間においても、加入要件や納付要件を満たすような場合であっても、例えば、国民年金にはいずれの期間も加入し、納付も欠けることなく行っている場合であっても、障害厚生年金と同時に請求している場合に、障害基礎年金の支給さえ認めないということがある、平成27年通知を前提とする初診日の期間の特定を認めない運用が多いとの指摘を受けた。

そのうえで、他の初診日の認定可能性すら見出せないにもかかわらず、申請者が特定した初診日（又は期間）を認定できないというのは、初診日が必ず1回は存在する（存在するかしないかわからないものではない）ことからすれば、観念しえないか、かなり限定的な場合であると思われる。少なくとも、請求者の特定した初診日以外の初診日の認定可能性については、国において慎重に判断するべきである。そのうえで、他の初診日の認定可能性についても、明示できないで、かつ申請者が特定した初診日が立証不十分であると考えた場合であっても、単に、初診日が認められないことを理由に裁定請求を却下するのではなく、加入状況や、納付状況からして、加入要件や納付要件を満たさない可能性があるということを理由に却下するべきである。初診日自体が要件ではないことはもちろん、初診日を検討するに際して、必ず加入要件や納付要件と関連して検討することにより、いずれの期間においても、加入要件や納付要件を満たすような場合の、無年金を避けることができる。

なお、上記①について、申請者から提出された資料の中から、申請者が特定した初診日（又は期間）とは異なる初診日の認定の可能性があり、当該初診日であれば、加入要件や納付要件を満たす場合には、それを示すべき、望ましいとして、さらに、国が考える初診日を示す義務があるのかという点について補充したい。

上記の点について、2023年11月8日東京地方裁判所判決（判例集未搭載）は「厚生労働大臣は、障害年金に関する裁定に当たり、請求人が裁定請求書に記載して特定して明らかにした障害年金の支給要件に該当する事実ないしこれと社会通念上同一と認められる事実について支給要件を満たすか否かを調査し確認して応答する義務を負っていると認められるのであって、請求人が提出した資料からみて請求初診日とは別の日が初診日であると合理的に認定できる場合に請求人に対してその旨の補正等を促すか否かは格別、請求人が主張していない事実についてまで独自に調査して確認する義務を負うものではないと解するのが相当である。」とする。

同じく2023年10月12日東京地方裁判所（判例集未搭載）も、「国民年金法等及び各施行規則等の文言上、裁定権者である厚生労働大臣は、

請求書の記載から請求の対象となっている初診日について要件充足性の審査をする法的な義務を負うが、請求者が申し立てた初診日にかかわらず、認定者が提出された資料から認定した初診日に係る年金受給権の存否を判断する法的な義務を負うものではない。」とする。

前者は、原告が、慢性腎不全（以下「本件傷病」という。）により障害の状態にあり、その原因となった糖尿病の初診日が平成6年5月27日であるとして、平成30年8月10日、厚生労働大臣に対し、障害厚生年金の裁定請求をしたところ、初診日が平成6年5月27日であるとは認められないとして、厚生労働大臣がこれを却下する処分をしたことから、本件処分が違法であると処分の取消訴訟と義務付け訴訟を提起したものである。なお、この訴訟自体は処分の取消しおよび義務付けが認められなかったが、他の初診日を前提とした裁定請求を（複数回）したところ、審査請求段階で支給が認められている¹⁹。

¹⁹ 本判決も、「原告は・・・身体障害者等級表による級別を「1級」、障害名を「腎機能障害（自己周辺生活活動制限）」とする身体障害者手帳の交付を受けているのであって、同手帳の交付に至るまでのいずれかの時点において、本件傷病に係る客観的な初診日が存在していることが強く推認される。また、原告が自己の主張の直接の裏付けとなる医療記録を提出することができないことについては、やむを得ない面もあるし、被告自身も、クリニックにおける受診状況等証明書によれば、原告は平成17年頃には糖尿病の治療をしていたなどとして、平成21年3月18日以前に初診日があることを前提とした主張をしている、さらに、原告が保険料納付要件を満たすことについては、問題がない。厚生労働大臣において、現に障害等級に該当する程度の障害の状態にあり、給付を必要としている原告について、その主張の矛盾のみをとらえて初診日が認定給付できない旨の認定を行うのではなく、「傷病の発生・受診から相当の期間を経て重症化する疾病により請求する事例が増え、初診日を特定できず障害年金を受けられない事案も生じ大きな課題となってい」ることから平成27年9月以降「初診日証明の考え方を改めて整理し、初診日を確認できないという理由で障害年金が不支給となる事案が少なくなるよう、初診日証明の取扱いが見直されることとな」った経緯（Q&AのQ1参照）を踏まえ、原告が受診したことを示す診察券

（甲3）、医師が作成した受診状況等証明書や様々な第三者証明、その他各裁定請求等の過程で提出された資料等を検討し、傷病の性質に関する医学的判断等を総合的に勘案して（本件通知第3の5参照）、いずれの時点が本件傷病の初診日と認められるかを原告に示唆して裁定請求書を補正させるなどして、原告が必要な給付を速やかに受けられるような配慮をすることが望ましい対応であったとも考えられる。現在係属中の再審査請求においては、かかる観点も踏まえて初診日が適切に認定されることが期待される。」として、納付要件、加入要件を満たす初診日が必ずあることを前提に、支給を認める決定をするべきであることを傍論ではあるが示している。

後者は「原告が、厚生労働大臣に対して障害基礎年金の裁定請求をし、原告の特定する初診日である平成 25 年 12 月 11 日を初診日と認めることはできないとして同裁定請求を却下する旨の処分を受けたところ、同裁定請求に係る裁定の事務を行う権限を有する日本年金機構の職員には、初診日を平成 19 年 9 月頃と認定した上で原告に対して障害基礎年金及び障害厚生年金の裁定請求に差し替えるように教示する義務があったことを争う事案である（なお、当初の障害基礎年金却下処分後、平成 19 年 9 月頃を初診日とした障害厚生年金の裁定請求を行っており、認められている。）

両裁判例とも、結論として、請求者が申し立てた初診日とは異なる初診日の年金受給権の存否を判断する法的な義務を負うものではないとしている。

ただし、以下の点について注意すべきであると考える。

まず、両裁判例とも、裁定請求の却下処分時の理由提示の不十分さについては何ら判断をしていないことである。争いとなったいずれの処分においても、却下処分の理由について、初診日として申請のあった日を初診日と認めることができないとの理由のみが示されている。これまで示したとおり、初診日自体支給要件ではないのであって、初診日が認められないではなく、国として、（加入要件、納付要件を満たさない）●年●月を初診日と考えるから、却下する、そこまで至らなくても、納付要件、加入要件を満たさないから、という理由を示すべきである。前者の裁判例の事例では、注釈 19 で示した通り、障害基礎年金であれば、障害者手帳取得時期までのいずれの期間であっても納付要件、加入要件を満たすということであって、「初診日」が認められないなどという理由付けがなされなければ、当初の裁定請求段階で、障害基礎年金の支給を認めることができたのではないかと思われる。後者の裁判例でも、窓口段階でも示唆されたように、他の初診日の可能性があるため却下するとの理由提示がなされるべきであった（後者の事例では実際に、すぐに他の初診日時点での裁定請求を行っている。）。

次に、前者の裁判例においては、申請者が特定した初診日以外について、ただちに判断する義務がないとしたものではない。同裁判例は、「請

求人が裁定請求書に記載して特定して明らかにした障害年金の支給要件に該当する事実ないしこれと社会通念上同一と認められる事実について支給要件を満たすか否かを調査し確認して応答する義務を負っている」としており、社会通念上同一と認められる初診日について、調査確認し、応答する義務を負うとする。ただし、この社会通念上同一という概念について、同裁判例は、単に、「原告が平成6年5月27日に初めて糖尿病について診察を受けたという事実から5年以上ないし16年以上経過した後の事実」と時間の幅のみを考慮して行っている。しかし、別紙裁判例3、7、10、12、17、25、29等は、原告の主張するん初診日とは異なる時点での初診日の認定を行い、しかも10年以上も間があくものもあるのであって、時間的な間隔のみをもって社会通念上同一ではないから、保険者としての国は判断義務を負わない(すなわち、裁判所の審理対象ともしない)とする結論には首肯できない。この社会通念上同一という概念は、後記(2)に述べる処分の同一性と同様に裁判所の審理対象を画するものとして用いられていると思われるので、詳細は後記(2)で述べるが、少なくとも、本裁判例においては、同一傷病による初診日の可能性が原告や被告から示されたのであれば、裁判所において、いずれも審理対象であることを認めたとうえで、注記19で記載したような、保険者に正しい決定を促すような迂遠なものにとどめず、直接、他の初診日における受給権を認め、義務付けを認める判決を行うべきであった、と思われる。

最後に、後者の裁判例で示された裁定替えとの関係である。障害基礎年金は国年法、障害厚生年金は厚年法、と根拠法が異なる。後者の裁判例は、「障害基礎年金の給付を受ける権利と障害厚生年金の給付を受ける請求は別個のものであるところ、国民年金法施行規則31条4項及び厚生年金保険法施行規則44条3項は、同一の支給事由に基づく障害基礎年金の裁定請求と障害厚生年金の裁定請求とは併せて行わなければならない旨を定めている。このため、実務上、機構に提出する年金請求書は、同一支給事由による障害基礎年金等の裁定請求をする場合と障害基礎年金のみの裁定請求する場合とで別のものが用いられている。」ことも根拠として、障害基礎年金の申請後、厚生年金加入期間中の初診

日（納付要件も満たす）の可能性があっても、障害基礎年金の申請においては、他制度である障害厚生年金の判断を行う義務はないとしている。この論理によれば、少なくとも障害厚生年金の裁定請求を行っている場合には、同時に障害基礎年金の裁定請求も行っていることになるから、後者の裁判例と異なり（例えば前者の裁判例のように）障害厚生年金で申請をしていた場合に、厚生年金加入期間中に初診日がなくても、国民年金加入期間中に初診日があり、納付要件を満たせば、認定者が提出された資料から認定した初診日に係る年金受給権の存否を判断する法的な義務を負うのではないかと思われる。

(2) 審査請求や取消訴訟段階において

ア 審査請求や取消訴訟を進めていくにあたり、国の意図や考えがわかり、異なる初診日での追加の主張を行うことがありうる。

イ 審査請求段階ではあまり問題にならないことが多いかもしれない²⁰が、訴訟段階においては、国側から、初診日の追加は認めない、すなわち、「処分の同一性」がないため、追加の初診日の主張は認めないといった主張がなされることがある。この点について、私見を述べる。

「処分の同一性」とは、審判対象たる訴訟物の範囲を画定するものである²¹ところ、取消訴訟における訴訟物の範囲は、処分の違法一般とされる²²。

そうだとすると、裁定請求に対する却下処分について、原告が違法とするのは、初診日を基準とする加入要件ないし納付要件を満たさないとした判断の違法が訴訟物となる。そのため、前提となる初診日と

²⁰ 審査請求に関しては、事実認定について、裁判手続と比較して相対的に緩やかな対応がとられているように思われる。この点は、審査庁がいわゆる現場感を有していること、そして、行政上の不服申立においては適法違法のみならず、当不当についても判断し得ることが影響しているものと思われる、との指摘がある（嘉藤 亮「障害年金法における情報提供義務 障害年金法ジャーナル第2号」）

²¹ 「処分の同一性」理由の差替の可否の論点で用いられる（条解行政事件訴訟法第5版 弘文堂 251頁）ことが多いが、審判対象を画するという点でいえば、審判対象たる訴訟物の同一性も処分の同一性により画されるといえる（司法研修所編 改訂行政事件訴訟法の一般的問題に関する実務的研究 154頁）

²² 条解行政事件訴訟法第5版 弘文堂 242頁

は、個々の日付ではなく、「対象となる傷病・症状」に応じた初診日（「初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日」）となる。

別紙の裁判例の整理で述べた「C」「D」のとおり、裁判所は、原告の特定した初診日や、原告や被告の主張の初診日とも異なる初診日について、審理判断もしているのもであって、上記の理解が正しい。重複請求について、判断をしている別紙18番の裁判例も、同一年金に関する初診日の異なる請求について、「再度の裁定請求の手続において、当初の裁定請求の手続においては提出されなかった新たな資料が提出され、当該資料に相応の価値があることが認められるなど、証拠資料に関して事情の変更があるような場合においては、上記処分が受益処分であることに鑑みると、再度の裁定請求自体が直ちに不適法となるということとはでき」ないとしており、重複請求に当たらない根拠を事情変更に求めている（障害基礎年金の裁定請求と障害厚生年金の裁定請求とは、その請求権の発生根拠を異にする別個の請求である、という同一裁判における判示とは異なる。）。

また、平成27年通知も、上記のような加入要件や納付要件を判断できれば足りるという理解のもと、初診日の特定について、緩和し、初診日が含まれる期間の特定で足りるとしている。

訴訟法的にも、紛争の一回的解決の視点からして、異なる初診日の訴訟段階における追加が認められるべきである²³。

(3) 初診日の立証と国の説明義務

さらに、より充実した審理を行うためには、より積極的に審理の段階で、初診日（を基準とした加入要件、納付要件）について、国が説明を行うべきである、といったことが言えないか。²⁴

一般論として、処分を行う行政庁には、被処分者に対する、処分に関

²³ 理由の差替えにおける紛争の一回的解決の視点は、主に、被告の主張制限における文脈で主張されることが多いと思われるが（条解行政事件訴訟法第5版 弘文堂251頁）、初診日の追加に関しても、同様の問題意識が妥当する。

²⁴ なお、説明責任とは異なる訴訟上の証明責任の転換まで認めるべきであるという見解もある条解行政事件訴訟法第5版 弘文堂 278頁。であるが、少なくとも、初診日については、その特定について、一次的に申請者側で行わなければ、国側としては、云々、受診記録等の一元化による国のビックデータ管理が実ったとしても、困難である

する調査義務、説明義務があるところ、取消訴訟段階においても、これらの義務が存在する（行政事件訴訟法 23 条の 2 は訴訟上の説明義務が具体化されたものといえる）。

初診日は、必ず 1 回存在するという性質を持つのであって、行政処分的前提たる裁定請求がなされている以上、初診日がないということはありません。4(1)で述べた①から③の事情について、訴訟段階でも明らかにすべきであるということは異ならない。

特に、③申請者が特定した初診日（又は期間）について、国が、立証が不十分で、認定することができず、また他の初診日の可能性も見出すことができない（見出すことをしない）場合について、他の初診日の認定可能性すら見出せない（指摘しない）にもかかわらず、申請者が特定した初診日（又は期間）を認定できないというのは、初診日が必ず 1 回は存在する（存在するかしないかわからないものではない）ことからすれば、実際には多いものではないと思われる。しかし、実際には、本稿で繰り返し述べているとおり、国が、初診日の証明がないことを理由に、裁定請求の却下（およびそれを追認する裁決、判決）が多く存在する。

この点、立証責任が給付を求める原告側にあることは前提とした²⁵うえで、初診日に関する、国の応訴態度をもって、主張ができないか。

第一に、最判平成 4 年 10 月 29 日（民集 46 巻 7 号 1174 頁 伊方原発判決）を基にすることが考えられる。同判決は、「被告行政庁の側において、まず、・・・具体的審査基準並びに調査審議及び判断の過程等、被告行政庁の判断に不合理な点のないことを相当の根拠、資料に基づき主張、立証する必要があり、被告行政庁が右主張、立証を尽くさない場合には、被告行政庁がした右判断に不合理な点があることが事実上推認される。」とし、裁量処分において、適切に裁量権を行使する前提として、国側が調査検討を行う義務を負い、それら根拠について、主張、立証を尽くさない場合に、事実上の推定というロジックを用い、原告が立証責任を負う不合理性を認めたものである。

事実上の推定は、様々な場面で用いることができ、裁量権行使の場面

²⁵ 社会保障関係の処分取消訴訟における立証責任の転換の可能性について、条解行政事件訴訟法第 5 版 弘文堂 278 頁参照

に限られるものではない²⁶。初診日のように、必ず一度あり、かつ一度しかないにもかかわらず、他の日時の可能性を示さず、単に、初診日の証明が足りないという反論しか行わない態度をもって、原告主張の初診日が事実上推定されるということも可能ではないかと思われる。

第二に、裁判所が初診日を認定できる水準（証明度）は、場合によって異なるといえないか。初診日の立証が困難な場合というのは、初診日から、相当の時間が経過しての申請の場合に顕著である。この場合に、平成27年通知は、第三者証明によっても認定できるとし、別紙11番の裁判例も、平成27年通知を前提としつつ、「初診日から長期間が経過しているなどの事情により客観的かつ医学的な資料を十分に整えることが困難な場合も想定されるところ、国年法施行規則31条2項6号及び厚年法施行規則44条2項6号は、初診日を明らかにすることができ書類の提出を求めるにとどまり、客観的かつ医学的な資料のみによって初診日を認定することを要求するものではないことをも考慮すると、客観的かつ医学的な資料を十分に整えることができないことにつき合理的な理由がある場合には、可能な限りの客観的かつ医学的な資料に加え、請求人や第三者の供述内容、請求傷病の特性等を総合的に検討して初診日の認定を行うことができるものと解するのが相当である。」と、客観的かつ医学的な資料を十分に整えることができないことにつき合理的な理由がある場合には、初診日の認定の水準（証明度）が低くなることを想定している。

上記に、前記の伊方原発訴訟判決でも、述べられた、被告における調査義務を加えることにより、被告において調査義務を尽くさない、または主張立証を尽くさない場合²⁷には、初診日の認定の水準（証明度）が低くなり、原告の特定した初診日が認定できる、といえないか。

以上の通り、ここでは、訴訟上の主張として、上記2点の視点で、初診日の証明に関する説明を試みたものである。

²⁶ 条解行政事件訴訟法第5版 弘文堂 284頁

²⁷ 山本隆司 行政手続及び行政訴訟手続きにおける事実の調査・判断。説明（現代行政法の構造と展開）298頁

5 制度設計論について

本稿では、制度設計については、ごく簡単に触れるにとどめることとする。

(1) 初診日の概念を大きく変更する方向

百瀬優「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究(21AA2008) 障害厚生年金の被保険者要件の見直し」は、「保険原理を重視して、障害厚生年金の被保険者要件については、見直しの対象外とすることも 1 つの選択肢」であるという。逆にいえば、保険原理を重視せず、納付要件や加入要件を厳格に考えない、さらに言えば、少なくとも、(無拠出制も一部存在する) 障害基礎年金については、保険原理から切り離し、すべて無拠出性とするような制度設計もありうるだろう。

(2) 初診日概念の変更はせずに、加入要件や納付要件を緩和する方向性

同じく、百瀬優「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究(21AA2008) 障害厚生年金の被保険者要件の見直し」は、①案として、「厚生年金被保険者資格喪失後も、喪失後一定期間内に初診日がある場合は、被保険者要件を満たすものとして、障害厚生年金を支給する」という方向性、②案として、「厚生年金保険料を一定期間以上納付していれば、初診日が厚生年金被保険者資格喪失後であっても、被保険者要件を問わずに、障害厚生年金を支給する」という方向性を示している(いずれの案でも、障害厚生年金の支給に当たっては、現行の保険料納付要件や障害要件を満たすことを前提としている。)

なお、私見として、学生期間の未納が多いことからすれば、学生部分については、納付要件を緩和することにより(思い切っていえば納付を一切していなくても)、20歳未満の障害年金受給の延長として、障害要件さえ認められれば、支給を認めてよいのではないかとも思う(収入が少なく年金に関する意識の薄い学生らにおける、19歳と20歳とで優位な差があるといえるのか疑問である)。

(3) 初診日の特定の見直し

本稿で主に検討してきたように、初診日そのものは、年金支給の要件

ではなく、加入要件や納付要件の基準となるものである。そして、現在では、平成27年通知が緩和しているように、一定の場合には、初診「日」ではなく、初診日が含まれる期間を特定することで良いこととなっている。

このように、加入要件や納付要件を充足する「期間」の特定で足りるとすることこそ、初診日そのものが要件とはなっていないことから導かれる原則論であって、申請者にも過重な負担を負わさない。また、懸命に納付を続けてきた申請者であれば、初診日が問題とはならないこととなり、利益を享受させやすい。そうであれば、平成27年通知のように、例外的に初診日が含まれる期間の特定でよいとするにとどまらず、原則、初診日が含まれる期間の特定でよく、納付や加入が飛び飛びとなっているような場合に、例外的に、加入要件や納付要件が認められる日時をピンポイントでの特定が必要ということにするべきではないか。その場合には、通知等の解釈基準で足りるとするものではなく、法令で定めるべきである。

6 おわりに

初診日に関して縷々述べてきたが、初診日そのものは、年金受給要件となっていないことは間違いがない。国側が申請者が特定しない初診日について、判断する義務をどこまで負うかという問題や初診日自体をどのように捉えるか、設計するかという問題についての議論の前提を示したつもりであるが、初診日そのものは、年金受給要件となっていないことを保険者である国、および申請者側の代理人、裁判所等年金に関係する当事者らが改めて認識することによって解決する問題も多いのではないかと感じている。加入要件、納付要件、障害の程度要件を満たしているにもかかわらず、初診日が特定、証明できていないからという理由だけで、支給が認められないこと（最終的に認められるとしても、複数回の申請を申請者に強制することも含む）は許されない。東京地判令和5年11月8日判決が示す通り、「厚生労働大臣において、現に障害等級に該当する程度の障害の状態にあり、給付を必要としている原告について、その主張の矛盾のみをとらえて初診日が認定給付できない旨の認定を行うのではな」い、「傷病

の発生・受診から相当の期間を経て重症化する疾病により請求する事例が増え、初診日を特定できず障害年金を受けられない事案も生じ大きな課題となってい」ることから平成 27 年 9 月以降「初診日証明の考え方を改めて整理し、初診日を確認できないという理由で障害年金が不支給となる事案が少なくなるよう、初診日証明の取扱いが見直されることとな」った経緯(Q & A の Q 1 参照) を踏まえ、いずれの時点が本件傷病の初診日と認められるかを原告に示唆して裁定請求書を補正させるなどして、原告が必要な給付を速やかに受けられるような配慮をすることが望ましい対応であった」にもかかわらず、そうになっていないというのが、現時点における申請実務の大きな問題点である。初診日に関する認識を改めて行うことが、適切な障害年金給付のスタートになると感じている。

Ⅱ章-4 別紙 初診日が問題となった2008年～2022年の判例一覧

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
判例番号	判例出典・WLJPCAは「Westlaw Japan」	⑧裁判所の認定						
1	2022年6月9日 東京地方裁判所判決	うつ病	共済	H24.11.16	昭和54年4月1日から平成25年3月31日	H24.11.16	平成25年9月17日である 平成24年11月16日の入院時の治療は、アルコール依存症のためのものである	A 原告の主張する初診日認定
	2022WLJPCA06098011	⑧裁判所の認定	平成24年11月16日である。 診療録では診断名がアルコール依存症のみとされているが、後日B医師が作成したB医師診断書ではアルコール依存症及びうつ病を挙げており、平成24年11月16日の初診時から原告には抑うつ症状がみられた旨記載されている。B医師は、平塚病院における原告の主治医であり、本件入院1及び2の際に原告を直接診察し、その間の治療経過等を把握しており、本件入院1の際、どのような意図で治療を行ったのかということについて直接知る立場にある。そして、平塚病院診療録には、診断名は確定的ではない旨の注意書きもあるところであり、B医師としては、本件入院1開始後の原告の症状や治療の経過も踏まえて、本件入院1の治療は、アルコール依存症だけでなくうつ病に対する治療の側面も有していたと判断したものと解される					
2	2022年6月3日 東京地方裁判所判決	糖尿病を原因とする慢性腎不全	厚年	H8.7.30	・昭和57年9月1日から昭和63年11月1日まで ・同年12月1日から平成10年1月16日まで ・同年11月7日から平成14年5月14日	H8.7.30	平成8年7月30日ではない	B 原告主張の初診日を否定 加入要件・納付要件への言及なし
	2022WLJPCA06038008	⑧裁判所の認定	平成8年7月30日ではない 前記病歴・就労状況等申立書は原告本人の供述以上の意味を持つものではないし、第三者証明も、友人や知人等とされる者が原告の依頼を受けて作成したものとみられる（原告本人）上、それらの内容を裏付ける的確な証拠は見当たらず、これらによっても本件傷病の初診日を認めることはできない。					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
3	2022年2月1日 東京地方 裁判所判 決	筋強直 性ジス トロ フィー	厚生	平成9年11月 11日 なお、予備的 に、昭和59年 （20歳前）を 初診日とする 障害基礎年金 の裁定請求を し、これは認 められている。	（厚生年 金）・昭和 63年4月1日 から平成元年 12月1日 ・平成8年9 月1日から同 年11月18日 ・平成9年10 月1日から平 成10年11月 1日 ・平成12年 10月26日か ら平成16年 10月1日	昭和59年12月頃、A病院を受診し、筋強直性ジストロフィー（別件傷病）との診断を受け、その後、平成9年11月11日、下志津病院を受診し、筋強直性ジストロフィー（本件傷病）との診断を受けているところ、原告は、A病院では、検査や検査結果の説明を受けただけであって、同病院への受診日は初めて診療を受けた日（治療行為又は療養に関する指示があった日）に当たらない、イ 仮に、同病院への受診日が初めて診療を受けた日（治療行為又は療養に関する指示があった日）に当たるとしても、別件傷病は平成9年9月までの間、社会的治ゆの状態にあり、本件傷病と別件傷病は別の傷病である	昭和59年12月	C 被告主張の初診日を認定
	2022WL JPCA02 018011	⑧裁判 所の認 定	昭和59年12月である 4アについて、昭和59年にA病院の医師が原告に対して、何らの医学的指示をしなかったとは認め難く、むしろ、原告に対しては定期的な通院や検査を指示するなどの医学的指示があったと合理的に推認され、その他に上記推認を覆すに足りる事情は見当たらない。そうすると、同病院への受診日は、別件傷病に関し、治療行為又は療養に関する指示があった日に当たるといふべきである。 4イについて、筋強直性ジストロフィーによる筋力低下と運動機能障害は慢性的に進行し、筋強直性ジストロフィーの根本的な治療法は現在も確立されておらず、対症療法と生命予後に直結する合併症に対する予防が重要であるという、筋強直性ジストロフィーの治療の特質に加え、前記イのとおり、原告自身が少なくとも握力の低下が進行していることを認識していたと認められることからすれば、通常人と比較してそんな色のない社会生活を送っていたとの一事をもって直ちに、別件傷病が社会的治ゆの状態にあったと評価することはできない					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
4	2022年1月27日大阪高等裁判所判決（大阪地方裁判所判決令和3年2月10日）	右眼増殖性硝子体網膜症、右眼網膜剥離及び右眼水疱性角膜症	基礎又は厚生	H25.12.17	厚生年金について、平成14年4月1日以降	<p>平成25年12月17日である。原告は、本件前発傷病（先天性の疾患である小眼球症（両眼）、ブドウ膜欠損（右眼）及び白内障（右眼））を抱えながら日常生活は平常どおり営んでおり、わずかに視力が低下していたものの、平成25年12月に必ずしも手術を受ける必要性があったものではない。</p> <p>それにもかかわらず、平成25年当時の主治医であるC医師は、本件手術を実施することとし、本件手術の際、超音波の衝撃で眼球のチン小帯を欠損させ、同部分から水晶体核を落下させ、このことに気付かず手術を終了するという通常考え難い重大な過失を犯した。しかも、C医師は、水晶体核落下に気付いた後も、直ちにこれを除去せずに放置して、網膜剥離等の本件傷病を発症させた。</p> <p>このように、原告に緊急の手術の必要性がなく、本件傷病がC医師の重大な過失により引き起こされたこと等に照らせば、本件傷病は、本件前発傷病に内在している危険が通常の因果経過に沿って発現したとはいえない。そうすると、本件前発傷病と本件手術の際のC医師の重大な過失により引き起こされた本件傷病との間には、相当因果関係はない。</p> <p>相当因果関係の有無は、ある事象からそのような結果が生じるのが経験上通常であるか否かによって判断されるから、経験上通常とはいえない結果が生じた場合には、医師の過失行為の有無にかかわらず、相当因果関係が否定され、本件前発傷病と本件傷病との間の相当因果関係はない。</p>	<p>本件前発傷病の初診日である原告の出生日である</p> <p>原告は、20歳前から先天性白内障に罹患し、その疾患が悪化してきたため、治療目的で本件手術を受け、その後、水晶体核の摘出術を受けたところ、これらの手術が契機となって、本件傷病を発症したものと考えられる。また、先天性白内障は、網膜剥離を併発することがあるため、成人になっても定期的に眼科で検査を受ける必要があること、水疱性角膜症は、白内障手術等の医療行為による二次的な合併症が最も多いとされていることに照らせば、本件傷病である網膜剥離、水疱性角膜症は、一般的に、本件前発傷病である先天性白内障から併発し、又はこれに対する手術による二次的な合併症として生じ得るものである。</p> <p>なお、本件手術の実施に過失があるとはいえないから、本件傷病と本件前発傷病との間の相当因果関係が否定されることはない。すなわち、原告の先天性白内障は、平成24年5月当時までに、白内障が進行し、眼底が少し濁っていることが確認された上、30歳を超えると水晶体核が増大して硬化し、手術時にこれを吸引することが困難となること、水晶体の動揺が進行しないうちに手術を行うことにより、水晶体摘出を安全に行うことができることからすれば、本件手術の時期は適切であった。また、本件手術においては、水晶体核を分割せずに完全に吸引していることから、水晶体核を落下させたことはなく、本件手術後に発生した網膜剥離は、適切に白内障の手術を行った後に、創傷が治癒する過程で新生血管が切れる等して硝子体出血が生じたために起こったものと考えられ、本件手術の過誤により生じたものとはいえない。そして、総合医療センターの診療録に、水晶体核片を摘出した旨の記載があるが、これはやむを得ず完全には吸引しきれなかった水晶体残存皮質が白濁、膨化したものと考えられ、実際に水晶体核片が落下していたとは考えられない。</p> <p>(イ) 以上のとおり、本件傷病の原因は、本件前発傷病である先天性白内障及びこれに対し典型的に行われることのある白内障手術である本件手術であり、本件前発傷病がなければ本件傷病が起らなかった、すなわち、前の疾病又は真傷がなかったならば後の疾病が起らなかったものといえるから、本件傷病は、本件前発傷病の相当因果関係の範囲内にあり、本件前発傷病の初診日が本件傷病の初診日となる。</p>	A 原告の主張する初診日認定
	大阪高裁（2022 WLJPCA 01276013）、大阪地裁（2021 WLJPCA 02106018）							
		⑧裁判所の認定						平成25年12月17日である。本件手術に起因して原告を失明状態に至らせた本件傷病は、本件前発傷病から通常の因果の経過をたどった結果ではなく、本件手術を起点として経験上異常な因果の経過をたどった結果であると評価されるから、本件前発傷病と本件傷病との間の相当因果関係は、否定される。以上の次第であるから、本件前発傷病と本件傷病との間の相当因果関係はなく、本件傷病の初診日が本件前発傷病の初診日に遡ることはなく、本件傷病の初診日は、その起点である本件手術時である平成25年12月17日と認めることが相当である。

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
5	2021年10月21日東京地方裁判所判決	両網膜色素変性症	基礎	平成18年11月頃	平成16年1月以降、第3号被保険者の資格を取得した（第3号被保険者特例措置該当期間を平成16年1月から平成26年10月として、国民年金第3号被保険者特例措置該当期間登録届出）。	平成18年11月頃である A医師による受診状況等証明書に「原因不明の色素変性を前医で診断され精査目的に当院受診」と記載されているから、原告は、当該前医において「原因不明の色素変性」との診断を受けていたものであり、A医師の受診した時期と近接した時期において眼科医を受診したと考えるのが自然である。そして、原告は、B眼科を受診した記憶が明確にあることから、A医師の受診した時期と近接した時期に受診した眼科医院はB眼科であると考えるのが最も合理的である。 したがって、原告は、本件A病院を受診した平成18年12月8日以前の近接した時期である同年11月頃にB眼科を受診し、「原因不明の色素変性」との診断を受けたものであるから、同月頃と同診断を受けた日が本件傷病の初診日である。	平成18年11月頃ではない A医師による受信状況等証明書に「原因不明の色素変性を前医で診断され精査目的で当院受診」と記載されていることから、原告が本件傷病についてA病院のA医師の診察を初めて受けた平成18年12月8日より前に本件傷病について医師の診察を受けたことはうかがわれるものの、本件証明書にはそれ以上の記載はなく、また、前医からの紹介状も添付されていないから、原告が本件傷病についていつどこで診察を受けたのかを確認することはできず、原告の本件傷病についての初診日が同年11月頃であると認めることはできない。	B 原告主張の初診日を否定 納付要件へ言及あり
	2021WLJPCA10216001	⑧裁判所の認定	平成18年11月頃ではない 原告は、平成18年12月8日より前に医療機関において原因不明の色素変性との診断を受けていたことは認められるものの、当該医療機関が作成した診断書や紹介状等の書面が証拠として提出されおらず、他に同医療機関の初診日を認めるに足りる医学的、客観的な証拠はない。そうすると、前判示に係る初診日要件の初診日の判断枠組みに照らせば、客観的な資料に基づいて認めることのできない同医療機関の初診日をもって原告の本件傷病の初診日と認めることはできない。 なお、仮に原告の本件傷病に係る初診日を平成18年11月頃としても、初診日の前日において、当該初診日の属する月の前々月までの被保険者期間の全期間について保険料が未納で、納付要件を満たさない。					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
6	2021年7月20日 東京地方裁判所判決 2021WLJPCA07208006	腰椎椎間板ヘルニア及び頸椎症性神経根症	厚生	H22.1.21	少なくとも平成22年1月20日から同年5月1日まで厚生年金保険の被保険者であった	腰椎椎間板ヘルニアについては、本件転倒（平成22年1月20日、当時52歳であったところ、乗車中の電車が急停車したことにより、臀部から垂直に落ちるような形で転倒）によって生じたものとして相当因果関係が認められ、その初診日は平成22年1月21日である。 頸椎症性神経根症について、本件転倒により頸椎症等が発症し、これに起因して頸椎症性神経根症が発症した	平成22年1月21日ではない	B 原告主張の初診日を否定納付要件へ言及なし 障害要件を満たさないことへの言及あり
	2021WLJPCA07208006	⑧裁判所の認定	<p>平成22年1月21日ではない</p> <p>ア 腰椎椎間板ヘルニアについて、A整形外科で22年4月11日に行われた神経学的検査においても、腰椎椎間板ヘルニアの診断に有効とされるSLRテスト及びFNSテストのいずれも陽性反応はなく、腰椎椎間板ヘルニアであることを示す神経学的所見は認められなかった。その結果、A整形外科における腰椎椎間板ヘルニアの診療は、同年6月26日に中止されるに至ったものである。</p> <p>これらに加え、A整形外科において実施されたリハビリテーションの記録によれば、平成22年2月から7月まで一貫して、原告の基本動作能力及び日常生活活動については「自立」と評価されていることも併せ考慮すれば、仮に原告主張のように本件転倒により腰椎椎間板ヘルニアを発症していたとしても、本件障害認定日（平成23年7月21日）において、これを原因として障害等級に該当する障害の状態にあったといえないことは明らかである。</p> <p>イ 頸椎症性神経根症について 脳脊髄液減少症によるものと考えて不合理ではなく、これらの症状があったことから直ちに頸椎症性神経根症の発症が認められるものではない</p>					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
7	2021年4月20日 東京地方裁判所判決 2021WLJPCA04208017	関節リウマチ	基礎又は厚生	H23.12.10	平成6年、国民年金の被保険者の資格を取得し、その後、国民年金の第二号被保険者に該当すること又は国民年金の第一号被保険者に該当すること（厚生年金保険の被保険者の資格の取得及び喪失）を繰り返した。原告が、厚生年金保険の被保険者の資格を取得した（国民年金の第二号被保険者に該当する事由が生じた）のは、①平成8年10月14日、2平成15年4月1日、3平成19年1月18日、4平成20年2月11日、5同年8月17日、6平成21年3月14日、7同年8月1日及び8平成23年10月17日であり、厚生年金保険の被保険者の資格を喪失した（国民年金の第一号被保険者に該当する事由が生じた）のは、①平成8年10月29日、2平成18年3月1日、3平成19年8月4日、4平成20年6月1日、5平成21年1月17日、6同年5月16日、7平成23年10月16日及び8平成24年5月21日であり、同日以後は、国民年金の第一号被保険者である。	平成23年11月下旬頃、突然、肩が上がらなくなるなどの本件傷病の症状が出現し、同年12月10日、Aクリニックを受診しているから、本件傷病の初診日は、同日である。 なお、原告は、平成7年5月頃、関節リウマチ（別件傷病）を発症したことは事実であるが、別件傷病は、遅くとも平成16年10月までに治ゆしており、本件傷病と別件傷病は、別の傷病である。 仮に、医学的な治癒が認められなくとも、社会的治癒が認められ、初診日はやはり平成23年12月10日である。	平成7年5月（別件傷病と同一）である	C 被告主張の初診日を認定
		⑧裁判所の認定	平成7年5月である。 本件の証拠関係の下においては、別件傷病と本件傷病が別の傷病であるとは認め難く、本件傷病は、しばらく寛解状態にあった別件傷病が再燃したものと認めるのが相当である					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
8	2020年7月3日 東京地方裁判所判決	両変形性股関節症	厚生	平成15年2月8日 なお、昭和46年頃を初診日とする同一傷病による障害基礎年金受給後、2級に至らなくなったとして停止	・昭和55年4月1日から昭和61年12月30日まで（同月31日に被保険者資格喪失） ・平成8年2月1日から平成17年4月30日まで（同年5月1日に被保険者資格喪失） ・平成17年7月1日から現在まで	原告は、昭和46年頃に変形性股関節症に罹患し、その頃同傷病につき医師の診療を受けたものであるが、平成15年2月8日の診療までの間に、上記の変形性股関節症が治癒（社会的治癒を含む。）していた	昭和55年4月1日より前	D 原告主張とも、被告主張とも異なる初診日を認定
	2020WLJPCA07038011	⑧裁判所の認定	昭和46年頃である 平成15年2月8日の診療までの間において、本件傷病につき社会的治癒があったと認めることはできず、本件傷病の発病日及び初診日は昭和46年頃と認められる					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
	2020年6月5日 東京地方裁判所判決	線維筋痛症	厚生	H25.8.29	・平成13年4月1日から平成15年5月29日まで（同月30日に被保険者資格喪失） ・平成23年7月1日から平成26年1月31日まで（同年2月1日に被保険者資格喪失）	H25.8.24	平成25年8月24日（なお、却下決定時、審査請求時は平成26年9月3日としていた）	
9	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	<p>平成25年8月24日 なお、本件は裁定請求の申請書上の初診日（平成25年8月29日）とも、却下決定時の国の判断の基礎となった初診日（平成26年9月3日）とも異なる初診日（平成25年8月24日）を前提として障害の状態に関して審理がなされている。この点について、原告からは、新たな初診日を前提とした主張は、許されないとの主張がなされた。</p> <p>裁判所は、 取消訴訟の訴訟物は、処分の違法一般であると解される場所、一般に、取消訴訟においては、別異に解すべき特別の理由のない限り、被告は当該処分の効力を維持するための一切の法律上及び事実上の根拠を主張することが許されるものと解すべきである（最高裁昭和51年（行ツ）第113号同53年9月19日第三小法廷判決・裁判集民事125号69頁）。</p> <p>また、本件処分においては理由が示されているが、申請拒否処分において理由を示すべきものとされている（行政手続法8条）のは、行政庁の判断の慎重と合理性を担保してその恣意を抑制するとともに、処分の理由を名宛人に知らせて不服の申立てに便宜を与える趣旨に出たものと解され、その趣旨は、処分の理由を具体的に示して処分の名宛人に通知すること自体をもって、ひとまず実現され、この趣旨を超えて、一たび通知書において理由を示した以上、行政庁が当該理由以外の理由を取消訴訟において主張することを許さないものとする趣旨を含むとは解されない（最高裁平成8年（行ツ）第236号同11年11月19日第二小法廷判決・民集53巻8号1862頁参照）。</p> <p>よって、被告が、本件障害認定日及び本件裁定請求日における原告の障害の状態が障害等級3級に該当しない旨主張して、本件処分が適法である旨主張することは許されるというべきである。</p>					D 裁定請求時の初診日と異なる初診日を、当事者間に争いが無いことを理由に認定

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
10	2020年1月15日 東京地方裁判所判決	うつ病	厚生	H5.11.19	平成4年4月28日に初めて厚生年金保険の被保険者資格を取得した。	H5.11.19	<p>昭和59年6月29日 前回傷病（混合性人格障害）の初診日については、神経症の初診日である昭和59年6月29日とされており、医学的知見に照らして原告の受診内容を見ても、前回傷病の初診日は同日と認められる。</p> <p>また、神経症、人格障害（パーソナリティ障害）及びうつ病は、それぞれ他の精神障害と合併等して現れる症状であるところ、原告は、平成5年頃には「抑うつ、不眠、離人症状態」で診察を受け、その後も精神疾患を理由として継続的ないし断続的に通院していて、前回裁定請求の際に「うつ病」と診断されたことなど、前回傷病と本件傷病の受診経過の内容は重複しており、両者の間には同質性がある。</p> <p>そして、C医師が作成した令和元年9月3日付け意見書（乙24）によれば、前回裁定請求及び本件裁定請求において提出された医証の内容を検証し、パーソナリティ障害及びうつ病の症状からの検討を加えた結果、本件傷病と前回傷病との間に相当因果関係があるとされている。</p> <p>したがって、本件傷病の初診日は、本件傷病と相当因果関係がある前回傷病の初診日である昭和59年6月29日と認められる。</p>	C 被告主張の初診日を認定
	2020WL JPCA01158003	⑧裁判所の認定	<p>本件傷病と相当因果関係のある前回傷病の初診日である昭和59年6月29日をもって、本件傷病の初診日と認めるのが相当である。 （注：上記に続けて） 前提事実によれば、原告が初めて厚生年金保険の被保険者資格を取得したのは平成4年4月28日であるから、原告は、本件傷病の初診日である昭和59年6月29日当時において、厚生年金保険の被保険者であったとは認められない。 また、そうである以上、原告が20歳に達していなかった昭和59年6月29日当時において、原告が国民年金の被保険者であったとも認められない（国年法7条1項参照）。 したがって、原告は、障害給付の支給要件を満たしていないから、原告に対して障害給付を支給しないとした本件処分は、適法である。</p>					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
11	2019年3月5日 東京地方裁判所判決	両側変形性股関節症	厚生	平成4年8月	平成4年8月前後においては、平成3年2月21日から平成5年3月21日まで厚生年金保険の被保険者であった	平成4年8月、A病院において、両股関節の痛みを訴えて医師の診察を受け、「白蓋形成不全」との診断を受けた	(1)平成4年8月ではない (2)仮に、平成4年6月8日以降平成5年8月以前の一定の期間に初診日があるとしても、納付要件を満たさない	A 原告の主張する初診日認定
	2019WLJPCA03058012	⑧裁判所の認定	<p>本件傷病の初診日は、平成4年8月であると認められる （注：なお、加入要件、納付要件も満たす） （初診日認定について）国年法30条1項及び厚年法47条1項にいう「初診日」とは、当該傷病について、初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日をいい、初診日の判断は、原則として、客観的かつ医学的な資料に基づいて行う必要があるというべきである。もっとも、初診日から長期間が経過しているなどの事情により客観的かつ医学的な資料を十分に整えることが困難な場合も想定されるところ、国年法施行規則31条2項6号及び厚年法施行規則44条2項6号は、初診日を明らかにすることができる書類の提出を求めるとどまり、客観的かつ医学的な資料のみによって初診日を認定することを要求するものではないことをも考慮すると、客観的かつ医学的な資料を十分に整えることができないことにつき合理的な理由がある場合には、可能な限りの客観的かつ医学的な資料に加え、請求人や第三者の供述内容、請求傷病の特性等を総合的に検討して初診日の認定を行うことができるものと解するのが相当である。</p>					
12	2019年1月18日 東京地方裁判所判決	脳出血	厚生	H24.6.19	平成14年4月1日以降	平成24年6月19日（障害認定日までの厚生年金保険加入期間は141月） 平成19年脳出血は、平成19年脳出血があったから起こったとも抽象的には評価できるかもしれないが、それがなければ起こらなかったと証明することはできず、平成19年脳出血がなかったとしても発症の可能性はある。よって、平成19年脳出血と平成24年脳出血を同一傷病とみることはできない。	平成19年2月9日（障害認定日までの厚生年金保険加入期間は77月） 平成19年脳出血を発症して、もやもや病と診断されており、もやもや病に起因する脳出血であったと認められる。また、平成24年脳出血も、もやもや血管からの出血と診断されており、もやもや病に起因する脳出血であると認められる。したがって、平成19年脳出血と平成24年脳出血は、いずれももやもや病に起因する疾病であり、同一傷病に該当する。	C 被告主張の初診日を認定
	2019WLJPCA01188005	⑧裁判所の認定	<p>本件傷病（平成24年脳出血）の初診日は、平成19年脳出血（もやもや病）について初めて医師の診療を受けた平成19年2月9日である 注：なお、以前の裁定請求では、初診日を平成19年2月9日とした厚生年金1級が認められている</p>					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
13	2018年11月21日東京地方裁判所判決	統合失調症	基礎	H18.4.14	原告の主張する本件傷病に係る初診日（平成18年4月14日）において国民年金の被保険者に該当した者であり、当該初診日の前日において、当該初診日の属する月の前々月までの1年間（平成17年3月から平成18年2月まで）のうちに保険料納付済期間及び保険料免除期間以外の被保険者期間がない	平成18年4月14日である 平成18年4月14日に、不眠の症状でA医院を受診し、その後、平成25年12月27日にB病院にて統合失調症（本件傷病）との診断を受け、現在までこれに罹患しているところ、B病院、Cホスピタル及びD病院の診療録によれば、原告には第1子を出産した平成16年〇月〇日頃から妄想や幻覚等の症状があったといえることや、統合失調症の場合には不眠が症状として現れることなどからすると、原告がA医院を受診した際の不眠の症状は、本件傷病との因果関係が認められるものである。	平成18年4月14日ではない	B 原告主張の初診日を否定 加入要件・納付要件への言及なし
	2018WLJPCA11218003	⑧裁判所の認定	平成18年4月14日ではない。 A医院において医師の診療を受けていたとは認められないから、原告の主張する同日をもって本件傷病に係る初診日であると認めることはできない。 したがって、本件裁定請求に対し、本件傷病に係る初診日が不明であるとして、障害基礎年金を支給しないとした本件処分は、適法であるというべきである。					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
14	2018年11月9日東京地方裁判所判決	双極性障害	基礎	H22.9.18	平成22年1月1日、国民年金の第3号被保険者の資格を取得し、平成24年8月30日、第3号被保険者となったことに関する国年法12条5項による届出及び同法附則7条の3第2項による平成22年1月から同年6月までの被保険者期間についての特例届出（以下「本件特例届出」という。）を行った（甲2、乙17、18）。 なお、原告は、平成22年1月から同年6月まで（同年4月を除く。）の国民年金保険料を同年6月27日に、同年4月の国民年金保険料を平成24年4月3日にそれぞれ納付していたが、同年9月11日、これらの保険料が第3号被保険者としての被保険者期間に係るものであり過誤納額であるとしてその還付を受けた（甲1）。	H22.9.18	平成22年9月18日とは認められない 本件裁定請求時に提出された資料によれば、原告が、平成18年7月頃から平成22年9月18日までの間に、不眠傾向やうつ症状により医療機関を受診し、投薬治療を受けていたと認められるところ、本件傷病（双極性感情障害）は、不眠傾向やうつ症状に起因する疾病であるから、初診日を平成22年9月18日と認めることはできない。	A 原告の主張する初診日認定
	2018WLJPCA11098002	⑧裁判所の認定	本件傷病に係る初診日は、平成22年9月18日であると認められる。 注：なお、納付要件は満たさないとされている					
15	2018年7月25日東京地方裁判所判決	統合失調症	基礎	H7.5.10	20歳前（平成8年に20歳となる）	平成7年5月10日である	平成7年5月10日であるとは認められない	B 原告主張の初診日を否定
	2018WLJPCA07258006	⑧裁判所の認定	平成7年5月10日であるとは認められない 注：なお、障害等級2級に該当しない旨の認定をしている					
16	2016年5月13日東京地方裁判所判決	うつ病	厚生	H17.5.18	平成17年7月1日まで	平成17年5月18日である	平成17年9月21日である	B 原告主張の初診日を否定 加入要件を満たさないと の言及あり
	2016WLJPCA05138006	⑧裁判所の認定	平成17年5月18日ではない 原告が、平成17年5月18日にA病院で全身倦怠感や頭痛を訴えたことをもって、同日当時、原告が鬱病を発症していたと医学的に判断することができるものではなく、そのための具体的資料が収集されていたとはいえないから、同日をもって初診日と認めることはできない （注：よって）加入要件を満たさない					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
17	2015年11月25日東京地方裁判所判決	統合失調症	共済	H8.7.2	平成2年4月1日、東京都a区（以下「a区」という。）の職員となり、被告の組合員の資格を取得した。	平成8年7月2日である	昭和62年9月25日である	C 被告主張の初診日を認定
	2015WLJPCA11258005	⑧裁判所の認定	初診日は、A院において初めて医師の診療を受けた日である昭和62年9月25日と認められる。そして、原告は、平成2年4月1日に被告の組合員の資格を取得したものであり、本件初診日において、被告の組合員ではなかった					
18	2015年4月17日東京地方裁判所判決	網膜色素変性症	厚生	昭和45年6月	昭和37年3月24日から昭和44年8月31日 昭和45年6月2日から同年9月26日まで 昭和58年3月1日から昭和59年8月9日まで	昭和45年6月 なお、事実経過として、平成14年に同月を初診日として、障害厚生年金の裁定請求、その後、社会保険庁社会保険業務センターが、初診日は昭和37年3月（当時20歳未満）であると説明し、平成15年に、同月を初診日として、裁定請求を差し替え、障害基礎年金2級の支給決定を受けた、平成23年、改めて、昭和45年6月を初診日とする厚生年金の裁定請求を行った。	昭和37年3月 なお、既に初診日を昭和36年夏頃とする障害基礎年金の受給権の基礎となった本件傷病と同一傷病について、初診日をこれと異なる昭和45年6月として、重ねて障害基礎年金及び障害厚生年金の支給を求めるものであるところ、一つの傷病に複数の初診日が認定されることはないから、本件裁定請求は重複請求であり、不合法である。	A 原告の主張する初診日認定
	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	昭和45年6月である。 なお、障害基礎年金の裁定請求と障害厚生年金の裁定請求とは、その請求権の発生根拠を異にする別個の請求であるというべきである。 また、障害基礎年金の裁定請求がされ、それを認める処分がされた後に、当該裁定請求の内容とは両立しない（より有利な）内容の処分を求めるために再度の裁定請求がされた場合については、それが申請権の濫用に当たるものとして許容されず、再度の裁定請求自体が不合法となる場合があり得るとしても、再度の裁定請求の手続において、当初の裁定請求の手続においては提出されなかった新たな資料が提出され、当該資料に相応の価値があることが認められるなど、証拠資料に関して事情の変更があるような場合においては、上記処分が受益処分であることに鑑みると、再度の裁定請求自体が直ちに不合法となるということはできず、行政庁は、再度の裁定請求の内容の当否について判断しなければならないと解される					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかか る初診日	⑤加入期間	⑥X (原告) 主張	⑦Y (被告) 主張	結論
19	2014年 10月30 日東京地 方裁判所 判決	高血圧 症に起 因する 脳出血	厚生	平成15年1 月20日(高血 圧症)	昭和56年4月 1日, 厚生年 金保険の被保 険者資格を取 得したが, 平 成15年3月6 日, 同資格を 喪失し, 平成 16年4月1 日, 同資格を 再び取得した が, 平成18 年3月1日, 同資格を再び 喪失し, 平成 19年12月9 日の時点にお いて同資格を 有していな かった。	平成15年1月20日 本件高血圧症と本件脳出血と の間に相当因果関係があり、 初診日は高血圧症の初診日 である平成15年1月20日 である。 なお、先行して、傷病名を脳 出血、初診日を平成19年12 月9日として、障害基礎年金2 級の裁定請求は認められて いる	平成19年12月9日である 本件高血圧症と本件脳出血と の間には相当因果関係がある とは認められず、本件脳出血 は本件高血圧症に起因する疾 病とは認められない。	A 原告の主 張する初診日 認定
	判時 2250号 3頁	⑧裁判 所の認 定	平成15年1月20日 本件脳出血は高血圧性脳出血であって、本件高血圧症と本件脳出血との間には相当因果関係があると認められるから、本件脳出血は本件高血圧症に起因する疾病であると認めることができる					
20	2014年 8月28日 東京地方 裁判所判 決	網膜色 素変性 症	基礎	昭和60年7月 頃	20歳前(昭 和47年生ま れ)	昭和60年7月頃	昭和60年7月頃ではない	
	2014WL JPCA08 288004	⑧裁判 所の認 定	昭和60年7月ではない 当該傷病につき医師等の診察を受けた日をもって障害基礎年金の支給に係る規定の適用範囲を画することとした前記の法の趣旨は、先天性の傷病の場合であっても妥当するし(初診日がいつかによって20歳前障害基礎年金の支給対象となるか他の拠出制年金の支給対象となるかが異なることとなり、前者の支給停止要件を定めた法36条の3の定め等からも明らかなどおり、前者と後者では異なる仕組みが採られている。)、また、先天性の傷病の場合に初診日要件を不要としたり緩和したりする法の規定も存在しないから、先天性の傷病の場合においても、初診日要件を充足することが必要であると解するのが相当である。原告は、本件傷病のような先天性で回復の見込みのない傷病については、20歳前障害基礎年金を支給するのが制度本来の趣旨である旨主張するが、このような解釈は、既に述べたところに照らして採用できないし、先天性の傷病であることから直ちにその発症日が20歳未満であるといえるものでもない。					
			B 原告主張の 初診日を否定					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
21	2014年7月31日 大阪地方裁判所判決	網膜色素変性症	厚生	昭和62年1月頃	昭和58年1月21日に株式会社Aに就職し、同社を昭和62年4月21日に退職して厚生年金保険の被保険者の資格を喪失するまでの間、厚生年金保険の被保険者であった。原告について、昭和62年1月の前々月までの1年間に保険料の滞納期間はない	昭和62年1月頃である	昭和62年1月頃ではない	A 原告の主張する初診日認定「初診日要件」との記載
	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	昭和62年1月頃である 原告の網膜色素変性症における初診日は、原告が厚生年金保険の被保険者であった（前記前提事実(1)ア）昭和62年1月中旬頃であった					
22	2014年5月23日 大阪地方裁判所判決	左前頭骨開放骨折後てんかん	基礎	S39.12.1	昭和34年1月5日生、昭和56年4月1日、国民年金の被保険者資格を取得	昭和39年12月1日である 昭和39年12月1日、P1病院を受診し、その後、左前頭部開放性骨折の手術を受け、昭和54年2月頃、てんかんに発症しているところ、原告は、上記受傷後、初めててんかん発作を起こすまで頭部に大きなけがをしたことはなく、医学的にも開放性の頭部外傷によりてんかんに発症することが比較的多いと認められていること等からすれば、上記受傷とてんかんとの間には優に因果関係が認められる。よって、原告のてんかに係る初診日は昭和39年12月1日である	昭和54年2月頃である てんかんが上記左前頭部開放性骨折に起因する疾病であるということとはできない。そうすると、原告のてんかに係る初診日は、てんかんに発症した昭和54年2月頃というべきであり、当時、原告は20歳未満ではなかったから、原告が障害基礎年金を受給するためには、初診日において被保険者等であることが必要であるところ（国年法30条、30条の2）、原告は、当該要件を満たしていない	D 原告主張とも被告主張とも異なる初診日を認定
	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	昭和39年11月30日である 昭和39年11月30日に福知山市内の外科医院において初めて左前頭部開放性骨折について医師の診療を受けているから、同日が原告のてんかに係る初診日となるというべきである。					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X(原告)主張	⑦Y(被告)主張	結論
23	2013年3月22日 東京地方裁判所判決	糖尿病	厚生	平成7年2月	昭和44年4月1日に株式会社α1に入社し、同社を平成9年7月30日に退職して同月31日に厚生年金保険の被保険者の資格を喪失するまでの間、厚生年金保険の被保険者であった。	平成7年2月頃	平成7年2月頃ではない	B 原告主張の初診日を否定、加入要件を満たさないことに言及
	2013WL JPCA03 228002	⑧裁判所の認定	平成7年2月頃ではないから、加入要件を満たさない					
24	2013年2月5日 東京地方裁判所判決	統合失調症	基礎	昭和52年8月	昭和42年生まれ	昭和52年8月	昭和52年8月ではない	B 原告主張の初診日を否定、加入要件納付要件に言及なし
	2013WL JPCA02 058007	⑧裁判所の認定	昭和52年8月頃ではない 昭和52年8月頃に原告がG医師の診療を受けた事実があったとしても、当該診療が統合失調症等についてされたものであったとは認められない					
25	2012年2月1日 札幌地方裁判所判決	統合失調症	基礎	(1)平成11年9月14日 (2)平成14年9月26日	(1)の時点では、20歳前 (2)の時点では加入要件、納付要件を満たす	(1)平成11年9月14日 (2)平成14年9月26日	平成13年5月12日である	C 被告主張の初診日を認定
	2012WL JPCA02 016005	⑧裁判所の認定	平成13年5月12日である 納付要件を満たさない					
26	2011年8月23日 東京地方裁判所判決	膵臓癌	遺族厚生	H18.1.10	平成15年12月15日から平成18年7月26日までの間	H18.1.10	平成18年1月10日ではない	A 原告主張の初診日を認定
	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	平成18年1月10日である Cは膵臓癌に起因するとみて矛盾しない症状を訴えてE医師の診察を受け、E医師は、遅くとも平成18年1月24日の終診時において、そのような症状について被保険者であるCを初めて診察し、かつ、その直接死因である膵臓癌又はこれに起因する嚢胞性病変が終診時に存在していたことを事後的にせよ医学的に判断することができるCT画像という客観的資料を収集していたということが出来るから、当該終診の日をもってCの膵臓癌又はこれに起因する疾病に関する「初診日」に当たる					

	①裁判日付	②傷病名	③種類	④申請にかかる初診日	⑤加入期間	⑥X（原告）主張	⑦Y（被告）主張	結論
27	2010年6月11日 東京地方裁判所判決	糖尿病	厚生	昭和63年11月ころ	昭和43年10月29日から同年12月31日までの間、昭和61年9月9日から平成6年3月21日までの間及び平成12年12月16日から現在まで	昭和63年11月	昭和63年11月ではない	B 原告主張の初診日を否定 D 原告主張、被告主張でない初診日を検討
	2010WLJPCA06118005	⑧裁判所の認定	(1)昭和63年11月ではない (2)本件裁定請求の際のA医師作成の診断書には、糖尿病の初診日が、原告が厚生年金保険の被保険者であった期間内の平成2年である旨記載されていることが認められるので、原告の糖尿病の初診日が平成2年であると認められるかどうかについても検討する。 糖尿病の初診日が平成2年であることを認めるに足る証拠はない。 原告の糖尿病の初診日が、厚生年金保険の被保険者であった期間内にあることを認めることはできない					
28	2009年4月17日 東京地方裁判所判決	両側感音難聴及びメニエール症候の傷病	特別障害給付金	昭和45年10月	昭和45年4月1日から昭和49年3月31日までの間、α大学芸術学部 _α に在学していた	昭和45年10月	昭和45年10月ころであると認めることはできない	A 原告主張の初診日を認定
	裁判所ウェブサイト	⑧裁判所の認定	昭和45年10月である 特別障害給付金法に基づく申請における「初診日」の認定に当たっては、申請の対象となった傷病に関する診療録等、その初診日を直接に証する医師作成の書面が存在しないことから直ちに「初診日」が確定できないと即断することは相当ではなく、診療録等が存在しない理由、申請者の初診日に関する供述の内容、傷病についての受診の経過、現に有する傷病ないし障害の内容などを総合的に判断して、個別的に判断すべきものと解される。					
29	2008年10月10日 最高裁判所判決	統合失調症	基礎	昭和54年5月	昭和35年3月生まれ	昭和54年5月頃	昭和56年5月27日	C 被告主張の初診日を認定
	裁判集民229号75頁	⑧裁判所の認定	昭和56年5月27日 注：「その初診日において20歳未満であった者」との要件（以下「初診日要件」という。）					

【目次】

- I. はじめに
- II. 所得保障制度の構造
- III. 障害年金の支給要件
- IV. 手続き／具体的な認定方法
- V. 支給要件の判定日
- VI. 支給額の算定方法（支給水準）
- VII. 受給者が就労した場合の年金への影響
- VIII. 支給期間
- IX. 財源
- X. 障害年金を補足する最低所得保障給付
- XI. 受給者の動向

I. はじめに

本稿は、ドイツ・フランス・スウェーデンにおける障害者所得保障制度を比較しつつ紹介するものである。比較を行う事項については、日本の障害年金制度が抱える課題との関係で特に関心が高いものを選んでいる。以下で行う3か国の比較により、今後の日本における障害者所得保障制度に対する示唆を得ることを試みたい¹。

¹ 本稿は、厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学総合研究（政策科学推進研究）「公的年金制度の所得保障機能・所得再分配機能に関する検討に資する研究」（研究代表者：山田篤裕）（2021年度～2022年度）の研究成果の一部である。ドイツについては、福島豪「ドイツにおける障害年金の仕組み」、フランスについては、永野仁美「フランスにおける障害者所得保障制度」、スウェーデンについては、中野妙子「スウェーデンの障害年金制度」を参照し、3か国比較を行っている。各論文は、厚生労働科学研究成果データベース（<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161206>）からダウンロードできる。

Ⅱ．所得保障制度の構造

Ⅰ．障害年金制度の枠組み

ドイツでは、日本と同様、老齢年金と同じ仕組みの中で障害年金の支給がなされている一方、フランス及びスウェーデンでは、疾病保険の枠組みの中でその支給がなされている。フランスは、第二次世界大戦前の制度創設以来、疾病保険の枠組みの中で障害年金を支給してきたが、スウェーデンについては、もともと老齢年金と同じ枠組みの中で支給してきた障害年金を、1998年に行われた老齢年金の抜本的改革を契機として、老齢年金の枠組みから切り離し、疾病保険の枠組みへと移行させたという経緯がある。

これらの例からは、障害のリスクについては、「老齢による稼得不能の早期の到来」と捉えるのか、それとも「疾病の延長」と捉えるのか、2つの考え方がありうることが示される。

Ⅱ．障害年金の目的

もともと、障害年金の目的については、3か国に共通の考え方がみられる。すなわち、稼得・労働能力の減退に対して所得保障給付を行うことが目的とされている。

ドイツでは、疾病又は機能障害に起因する「被保険者の稼得能力の減退」により被保険者に生じる所得の損失を補填することが障害年金の目的とされている。フランスでも同様に、障害年金は、私傷病を原因とする労働・稼得能力の減退に対する給付と位置付けられている²。そして、スウェーデンにおいても、傷病補償年金・活動補償金は、医学上の理由に基づく労働能力の低下による所得の喪失・減少を補う給付として位置づけられている。

いずれも、障害を理由とする労働ないし稼得能力の減退に対し、現金給

² フランスの障害年金においては、第三者の介護を必要とする者に介護加算（被保険者期間のうちの賃金（保険料賦課の対象となる賃金）の高かった10年の平均年収の40%）が支給されることから、介護費用の保障も念頭に置いていると言える。

付を行うことが制度目的になっていると言える。なお、日本においても、政府は繰り返し、障害年金は「稼得能力の喪失又は減少」に対し所得保障給付を行うことで障害者の生活の安定・向上を図るものであるとの説明をしてきたことから³、障害年金を稼得・労働能力の減退に対する所得保障給付として位置づけることは、多くの国で共有された認識と言えよう。

3. 社会保険と社会扶助・公的扶助

他方、障害年金に最低所得保障という目的を持たせるか否かに関しては、3か国において相違がみられる。

ドイツ及びフランスでは、社会保険の役割と社会扶助の役割が明確に区分されている。すなわち、社会保険（独：年金保険、仏：疾病保険）の仕組みにより「障害年金」を保障する一方、保険原理の帰結として障害年金を受給できない者等に対して、税財源の社会扶助制度（独：障害時基礎保障、仏：成人障害者手当）により最低所得保障を行っている。ドイツでもフランスでも、社会保険は、基本的に保険事故発生前に稼得活動に従事していた者を対象とする。それゆえ、例えば、稼得活動に入る前に障害を負った若年障害者は、障害年金の支給の対象外とされる。

他方、スウェーデンでは、「傷病補償年金・活動補償金」という1つの枠組みの中で、所得比例の所得保障（就労に基づく給付）を行いつつ、最低所得保障（居住に基づく給付）も行っている。したがって、スウェーデンにも公的扶助の仕組みは存在するものの、これを受給する障害者は極めて少ない。

基礎年金制度を有する日本の障害年金の構造は、ドイツ及びフランスの障害年金よりもスウェーデンのものに近いと言える。それゆえ、ドイツ及びフランスの障害年金の仕組みから何らかの示唆を得ようとする場合には、この基本構造の相違には留意する必要がある。ただ、スウェーデンの仕組みにおいても、障害年金は、労働能力の低下による所得の喪失・減少

³ 安部敬太「障害年金における等級認定（1）－その歴史的変遷」早稲田大学大学院法研論集 176号（年）2頁、19-20頁。

を補う給付として位置づけられている点は着目に値する。

Ⅲ. 障害年金の支給要件

続いて、障害年金の支給要件の中でも特に重要と思われる年齢要件、保険料納付要件（被保険者要件を含む）、障害要件について、以下で比較していく。

Ⅰ. 年齢要件

いずれの国においても、障害年金は、老齢年金の受給開始年齢に達するまでの給付として位置づけられている。ドイツでは、障害年金の支給にあたり、稼得活動に従事し、年金保険の被保険者である者が、老齢年金支給開始年齢の到達前に「稼得能力減退」を発生させていることが求められている。また、老齢年金の支給開始年齢に達すると、障害年金から老齢年金への支給の切替えが行われる⁴。フランスの障害年金も同様に、退職年齢に達する前の被保険者をその支給対象としており、老齢年金の受給可能年齢になると、障害年金から老齢年金への支給の切替えがなされる⁵。さらに、スウェーデンの傷病補償年金も、老齢年金の支給開始年齢に到達すると、老齢年金への切替えが行われる⁶。日本とは異なり、老齢年金への切替えが必ずなされるが、それが原因で低年金となることへの配慮は、それぞれの国においてなされている。

⁴ 切替えに際して、障害年金と同額の老齢年金が保障されることになるが、就労して保険料を負担していた場合は、就労していなかった障害年金受給者と比較して高額な老齢年金を保障される。また、重度障害者は満65歳から割引の伴わない老齢年金を受給できる（⇒6）。

⁵ 高齢期においては、高齢者連帯手当による最低所得保障があり、それが障害者向けの最低所得保障給付である成人障害者手当の支給額を下回る場合には、成人障害者手当が補足的に支給される。

⁶ 老齢年金の算定に際しては、障害によって失われたと推定される所得の全額を所得比例老齢年金の算定基礎とすることで、老齢年金額の減少を防ぐことが図られている。ただし、傷病補償年金と同額の老齢年金を保障するわけではない。また、受給者が老齢に達し、老齢年金における最低保障年金のみを受給する場合には、その受給額は下がることになる。

年齢の下限については、ドイツ及びフランスの障害年金の仕組みでは、特に言及がないものの、稼得活動に従事し、社会保険（独：年金保険、仏：一般制度）の被保険者となっていることが前提とされる。他方、スウェーデンには、30歳以上の者を支給対象とする傷病補償年金と、30歳未満の者を支給対象とする活動補償金とが存在し、年齢により受給できる給付が異なっている。傷病補償年金は、原則として被保険者が30歳に達した月から66歳に達する月の前月（2025年12月以降は、最低保障年金の受給開始年齢に達する月の前月）まで支給されるが、労働能力を完全又はほぼ完全に喪失している場合には、19歳に達する年の7月から支給される。他方、活動補償金は、被保険者が19歳に達する年の7月から受給が可能であり、最長で30歳に達する月の前月まで支給される。年齢により異なる給付がなされるのは、若年障害者に個人の発達や就労可能性の維持を保障するためである。

2. 保険料納付要件（被保険者要件を含む）

老齢年金と同じ仕組みの中か、疾病保険の枠組みの中かという相違はあるものの、いずれの国においても、社会保険の仕組みの中で障害年金の支給がなされている。社会保険の仕組みを採る場合には、保険であることの帰結として、保険事故の発生時に被保険者であることや、保険事故の発生前に一定の保険料の納付をしていることが原則として求められる。

ドイツでは、障害年金の支給に際して、稼得能力減退の発生前に5年間の保険料納付済み期間を有していること、及び、同発生前の直近5年間のうちに強制保険料を3年間納めていることが求められる。この帰結として、保険事故発生時に被保険者である必要は必ずしもなく、保険加入義務を課せられる就労・業務を退職してから原則として2年間は障害年金の支給を受けられる。また、5年間の保険料納付済み期間の要件を満たす前から完全稼得能力減退である障害者は、事後の20年間にわたる保険料納付により、障害年金の受給資格を有することとなる。いずれにせよ、無拠出の給付は存在しない。

フランスも同様に無拠出の給付は持たない。障害年金を受給するためには、労働の停止又は障害の確認があった月の初日の時点で12か月以上の被保険者期間が必要であり、また、その12か月の間に少なくとも600時間の労働時間を有するか、時間当たり最低賃金の2,030倍の賃金に課せられる保険料を納付していることが求められる。もっとも、フランスにおいても、被保険者資格の喪失後12か月間は、障害年金を受給する権利を維持できる。

スウェーデンでは、就労に基づく所得比例給付と居住に基づく最低保障給付とが存在するが、前者を受給するためには、保険事故の発生時に就労に基づく社会保険の被保険者資格を有していなければならない（保険事故が18歳に達する年より前に発生した場合には保険事故発生時に被保険者であることは要求されない）、また、保険事故発生の直前の一定期間（年齢により異なる）内に1年以上、年金基礎所得を認定されている必要がある。ただ、転職等による就労の中断により社会保険による保護を失わないよう、1年間の延長保護期間が設けられている。他方、後者を受給するためには、保険事故発生時に居住に基づく社会保険の被保険者資格を有していなければならない。保険事故が18歳に達する年よりも前に発生した場合はこの要件は要求されないが、スウェーデンでの居住を開始した時点で既に障害を負っている場合は、最低保障給付を受給できない。また、最低保障給付は、保険加入期間（16歳に達した年から保険事故発生の前年までの期間と、保険事故発生の年から65歳に達する年（2025年12月以降は、最低保障年金の受給開始年齢に達する年の前年）までの期間（保険事故発生の前年までの実際の保険加入期間による調整あり）の合計）が3年以上ある場合にのみ支給される。ただし、保険事故が被保険者が18歳になる年よりも前に発生した場合は、16歳に達した年から65歳に達する年までの全ての期間が保険加入期間として算定され、先天性又は若年期の障害に対しても最低保障給付がなされることとなっている。要するに、最低保障給付では、スウェーデンとの一定の結びつきを有していることが重要とされる。

以上のような被保険者・保険料納付に関する要件が存することから、特にドイツ及びフランスでは、とりわけ先天性の障害を有する者や若年期に障害を負った者が障害年金を受給できない。ただ、それは社会扶助の仕組みで補足することとなっている。他方、傷病補償年金・活動補償金に最低所得保障の機能を持たせているスウェーデンでは、先天性又は若年期の障害に対し被保険者要件ないし保険料納付要件を課さないことで、傷病補償年金・活動補償金を普遍的給付とすることが試みられている。また、スウェーデンでは、社会保険料の徴収が徹底されていることが（疾病保険の保険料は全額使用者負担であり、自営業者についても社会保険料は租税と合わせて徴収される）、傷病補償年金・活動補償金を受給できない障害者を発生させないことに寄与していると言える。

さらに、いずれの国においても、保険原理を修正し、被保険者資格を失った後も一定期間は給付を受けられる仕組みを設けている点も注目すべきである。社会保険は、一般の保険とは自ずと異なることから、こうした仕組みを設けることは、十分にありうる選択肢である。

3. 障害要件（労働・稼得能力の低下）

いずれの国でも、障害年金における障害は、「労働ないし稼得能力の減退」として捉えられている。障害年金が、「稼得・労働能力の減退」に対する所得保障給付と位置づけられていることの帰結と言えるが、この点は、障害年金は「稼得能力の喪失又は減少」に対する所得保障給付であると説明しつつ（⇒2(2)）、障害年金（障害基礎年金及び障害厚生年金 1 級・2 級）における障害を「日常生活に対する制限」としている日本とは異なっている。

ドイツでは、障害を「一部稼得能力減退」又は「完全稼得能力減退」という概念で捉えており、それぞれを労働時間により定義づけている。すなわち、一部稼得能力減退は、疾病又は機能障害を理由として「一般労働市場の通常の下で 1 日 3 時間以上 6 時間未満しか稼得活動に従事することが長期にわたってできない」ことを指し、完全稼得能力減退は「一

一般労働市場の通常の条件の下で 1 日 3 時間未満しか稼得活動に従事することが長期にわたってできない」ことを指す。労働時間を基準とした理由については、すべての被保険者について統一かつ平等に稼得能力減退を認定するためであるとの説明がなされている。なお、一部稼得能力減退は、一般労働市場において働くことができることを前提とするが、労働市場の状況により労働市場から 1 年以上にわたり排除されている場合には、完全稼得能力減退とされる。

フランスも同様に、障害を「稼得・労働能力の減退」として捉えており、私傷病の結果、労働・稼得能力が 3 分の 2 以上減退している場合に、障害年金の支給を行うこととしている。労働・稼得能力が 3 分の 2 以上減退しているか否かは、従前賃金の 3 分の 1 以上を得ることができるか否かによって判断されるが、その際には、残された労働能力、一般的状況、年齢、身体的精神的能力、適性・職業訓練が考慮される。

最後に、スウェーデンでは、傷病補償年金・活動補償金の受給にあたり「労働能力が 4 分の 1 以上低下していること」が求められる。傷病補償年金については、労働能力の低下が恒久的で、治療やリハビリテーションにより労働能力が回復しないと判定されなければならないとされる一方、活動補償金は、労働能力の低下が 1 年以上続く場合に支給される。具体的な判断においては、例えば、満額支給の対象となる労働能力の完全又はほぼ完全な低下があるか否かについては、残存する労働能力により遂行できる労働がフルタイム労働の 8 分の 1（週 5 時間）を超えず、かつ当該労働により得られる収入が同じ労働をフルタイムで行って得られる通常の収入の 8 分の 1 を超えないことが基準とされており、労働時間や収入がメルクマールとされる。なお、労働能力の低下は、医学的な理由によるものでなければならないとされており、それ以外の事情（年齢、居住環境、教育、活動歴等）は考慮されない。また、労働能力の低下は、労働市場における有償労働（障害者のための労働市場プログラムを通じた雇用も含むが、労働条件・職場環境の調整等があまりに広範かつ重大なものは除かれる）を通じて生計を維持する能力に照らして判定されることとなっている。

もっとも、老齢年金の受給開始年齢まで 5 年以内の年齢に達している者については、同人が経験を有する有償労働や同人がアクセス可能なその他の適切な労働を通じて生計を維持できるか否かが考慮される。

以上の 3 か国における状況からは、障害年金における障害を「労働・稼得能力の低減」と捉えつつ、その低減の程度については、労働時間ないし賃金を基準として測りうることが示唆される（ドイツでは労働時間が基準とされているものの、労働関係が労働時間とそれに基づく賃金査定により標準化されているため、労働時間か賃金かの相違がそれほど重要性をもたないと言われている）。また、労働市場の状況や障害者が労働市場において置かれている状況が考慮されうることも指摘できる。障害者に関する雇用政策が実施されていてもなお、障害者が労働市場において不利な立場に置かれていることは考慮すべき事項である。

IV. 手続き／具体的な認定方法

日本では、2017 年 4 月以降、申請のあった障害基礎年金・厚生年金について、東京にある障害年金センターで一元的に裁定がなされている。主として認定医が書類のみで審査を行っていること、また、実際の障害認定が機能障害をベースとした医学モデルに基づくこと（結果として、就労に困難のある障害者が障害年金を受給できないケースがあること）等が課題として認識されているところである。

この点、ドイツでは、被保険者から障害年金の申請がなされると、年金保険者が稼得能力減退などの支給要件の審査を行うこととなっている。保険法上の要件（保険料納付済み期間や強制保険料支払い期間）が充足された段階で、年金保険の医師職員（判定医）が稼得能力減退についての社会医学的判定を行う。具体的には、直前に従事していた業務を行う能力を確認した後に、一般労働市場には多様な業務が存在することを前提として、そこで業務に従事する能力が測られる。その際に考慮されるのは、どの程度の肉体労働、作業姿勢、勤務体制が可能であるか（能力の積極面）、及び、精神的な耐久性、感覚器官、運動・姿勢器官、危険・負荷要因に制限

があるか（能力の消極面）である。具体的な疾患ごとの社会医学的判定の留意点については、ドイツ年金保険連合が編纂した「年金保険のための社会医学的判定（第7版）」で示されている。

フランスでは、障害年金の支給手続きは、初級疾病保険金庫（以下「CPAM」という。）が担当している。傷病手当金からの切替えて障害年金が支給されることがほとんどであることから、CPAMがイニシアティブをとって障害年金の支給決定をすることが多い。ただ、CPAMがイニシアティブをとらない場合には、被保険者自身で申請を行うことになる。支給決定の際には、CPAMの顧問医が、当事者と実際に面談をし、医学的側面に加えて社会的・職業的側面についても判断をし（その際の認定基準は用意されていない）、報告書を作成することとなっており、その作成された報告書に対して、CPAMの内部統制（主任医によるセカンド・オピニオンやスーパービジョンの仕組み）によりチェックが行われる。なお、特に複雑なケースについては、医師以外の者も参加する合議制で障害認定を行うことが、2023年以降実験的に行われている。

スウェーデンでは、社会保険庁が傷病補償年金・活動補償金の管理運営を実施しており、給付に係る事務も行っている。傷病補償年金・活動補償金の支給を希望する者が、医師の意見書を添えて申請書を提出し、社会保険庁の審査担当者が、必要に応じて社会保険庁の医師職員から医学的な助言を得つつ、手続きを進めるが、その際、審査担当者は、被保険者と面談をしたり、被保険者の使用者や主治医等に質問を行ったりすることができる。また、支給決定のために被保険者の心身の機能や活動能力を判定する保険医学的診察が、保健医療サービスを管轄するレギオン（日本の県に相当する広域自治体）の医師や医療専門職により行われる。そして、被保険者の障害や労働能力の状態・変化を判定し、様々なリハビリテーションを提案・計画するために、被保険者や社会保険庁の職員及び被保険者の状況に影響を与えうる者が参加する調整会議も開かれる。これらを経て、最終的に社会保険庁の決定者が、受給要件が充足されているかを決定することとなる。なお、認定基準については、統一的なものは存しないが、傷病手

当の支給判定のためのガイドライン（「保険医学的な判断支援」）が参照されることがある。

以上からは、具体的な障害の状態（労働・稼得能力の減退の程度）を測るに際しては、いずれの国においても、医師が重要な役割を果たしていることが分かる。ただ、単に医学的な側面を見るのではなく、それが持つ社会的・職業的な側面についても判断を加えることが期待されていることが覗える。また、フランスやスウェーデンでは、認定に際し、申請者との面談が行われるなど、申請者の置かれた状況を申請者から確認する機会が用意されている。フランスでは今後、スウェーデンでは既に、医師以外の専門職が認定手続きに関わることにもなっている。申請者の置かれた状況を多角的な側面から判断するには、本人さらには医師以外の専門職が支給決定に参加することが重要であることが示唆される。

V. 支給要件の判定日

日本では、障害年金の支給要件（より正確には、被保険者要件／保険料納付要件）の判定日は、障害の原因となる傷病の初診日であるが、いずれの国においても、初診日は判定日とはされていない。

ドイツでは、支給要件の判定日は、稼得能力減退の発生日である。急性の出来事の発生日、症状の悪化日、直近の労働不能の開始日、疾病を理由とする辞職日等の客観的な基準により認定されるが、実務上は、年金保険者の医師職員が稼得能力減退が発生したと判断した日が判定日となることが多いとされる。フランスでは、労働の停止又は障害の確認があった日が被保険者要件等の判定日である。フランスの特徴としては、上述のとおり、障害年金の支給の多くが傷病手当金からの切替えであり、支給手続きのイニシアティブは初級疾病保険金庫（CPAM）がとる点も指摘しておきたい。そして、スウェーデンでも、保険事故の発生日は、障害の原因となる傷病の初診日ではなく、医療行為やリハビリテーションがすべて終了し、それでもなお労働能力が低下していると判断された時点とされている。

VI. 支給額の算定方法（支給水準）

障害年金の算定方法、及び、その支給水準は、障害者の生活に直結する重要な論点である。この点、ドイツでは、障害年金の支給額は、従前生活保障の考え方に基づき、稼得能力減退発生前の保険加入期間と従前所得により決定される。算定方法は、老齢年金と共通であるが、老齢年金の場合と比して保険加入期間が短くなることを勘案して、稼得能力減退発生時から満67歳までの期間については、追加的に期間を加算する。最低保障額の設定はないが、これにより低年金となることの防止がなされている。一部稼得能力減退年金の場合は、保険加入期間と従前所得により算出された額の0.5倍が支給額となる。また、老齢年金の繰上げ受給との関係で、満65歳以前に障害年金を受け取る場合には、月0.3%ずつの割引がある（最高10.8%）。結果として（諸々の経過措置があり、実際の計算はより複雑だが）、一部稼得能力減退年金の平均支給月額が571ユーロ、完全稼得能力減退年金の平均支給月額は894ユーロとなっている（既裁定者、2021年）⁷。

フランスでは、障害年金の支給額は、就労が可能か否か、第三者による介護が必要か否かによって異なっている。就労が可能な者は、カテゴリー1に分類され、被保険者期間のうちの賃金（保険料賦課の対象となる賃金）の高かった10年の平均年収の30%が支給される。就労は不可能だが、第三者の介護を必要としない者は、カテゴリー2に分類され、同平均年収の50%が支給される。最後に、就労が不可能で、かつ、第三者の介護を必要とする者は、カテゴリー3に分類され、同平均年収の50%に加えて、第三者介護加算として同平均年収の40%も支給される。結果として、カテゴリー1の者には、平均して月額550ユーロ、カテゴリー2の者には月額840ユーロ、カテゴリー3の者には月額1860ユーロが支給されている（2020年）。

スウェーデンの所得比例の傷病補償年金・活動補償金の支給額は、労働能力の低下によって失われた将来の所得（推定所得）を算定基礎として計

⁷ 1ユーロ=約160円（2024年1月）。

算されている。推定所得は、保険事故発生前の一定期間（年齢により5～8年）における被保険者の年間総所得（上限あり）に基づいて算出される。また、最終的な支給額は、労働能力の低下の程度に応じて4段階に分かれており、①労働能力が完全又はほぼ完全に低下している場合は満額（推定所得の64.7%）、②労働能力が4分の3以上低下しているが①に至らない場合は4分の3の額、③労働能力が2分の1以上4分の3未満低下している場合は半額、④労働能力が4分の1以上2分の1未満低下している場合は4分の1の額となる。他方、所得比例の傷病補償年金・活動補償金を受給できない場合、又はその額が最低保障水準を下回る場合には、最低保障の傷病補償年金・活動補償金が支給される。満額時の支給水準は、30歳に達した月以降は、物価基礎額の2.78倍（月額1万2163SEK（2023年））（老齢最低保障年金の給付水準よりも高い水準）で、30歳未満の者についても、年齢別の最低保障水準が設けられている（年齢が若いほど低い）。最低保障給付の水準は、すべての障害者に正当な生活水準を保障すべきであるという考え方にに基づき設計されている。なお、最低保障給付は、保険事故発生前にスウェーデンと一定の結びつきを有していたことを条件として基礎的保障を行うものであるから、その支給額は、被保険者の保険加入期間（⇒3(2)）が40年に足りない場合、1年不足するごとに40分の1ずつ減額される。平均すると、傷病補償年金の支給額は、女性で月額9680SEK、男性で月額1万650SEKであり、活動補償金の支給額は、女性で月額9004SEK、男性で月額9064SEKである（2021年）⁸。

介護加算の考え方を導入している国は、フランスのみであるが、いずれの国においても、就労の状況により支給水準を変えている点は共通する。フランスは、労働・稼働能力の3分の2以上の減退を前提として、就労が可能か否かの区別をしているが、ドイツ及びスウェーデンでは、減退の程度が緩やかな場合を想定した形で場合分けがなされており、給付水準もそれに合わせて調整されている（ドイツよりもスウェーデンの方がきめ細

⁸ 1 SEK=約14円（2024年1月）。

やかな場合分けとなっている)。障害者の労働・稼働能力の低減の程度にはグラデーションがあること、及び、障害者雇用促進策により障害者の労働市場での就労を促進することが求められていることに鑑みると、例えばスウェーデンのようなきめ細やかな段階設定で、障害者の労働・稼働能力の低減の程度に応じた給付水準を用意することが望ましいようにも思われる。

また、最終的な支給水準については、物価の相違や他の社会保障給付（例えば、最低所得給付、住宅手当、福祉サービスに関する給付）の存在等との関係もあり、単純な比較はできないが、老齢年金の給付水準の抑制に連動して障害年金の給付水準も抑制されつつある日本において、参考となる数字が提示されていると言えよう。

Ⅶ. 受給者が就労した場合の年金への影響

Ⅵ（支給額の算定方法（支給水準））とも関連するが、障害年金の受給者が就労する場合の障害年金の取扱いは、障害者の雇用促進とも絡んで重要な意味を持つ。

ドイツでは、特に一部稼働能力減退の場合は、労働市場で働くことが想定されており、一部稼働能力減退年金を受給しながら、例えばパートタイム勤務を行うことができる。就労することで得る追加報酬が、年間の限度額を超えない限り、障害年金は満額で支給される。完全稼働能力減退年金の追加報酬限度額は、1日3時間未満という稼働能力の制限に配慮して、年額で平均報酬月額⁹の14倍の8分の3（2023年で1万7823.75ユーロ）とされており、一部稼働能力減退年金については、稼働能力減退の発生前の直近15年間のうちで最高の報酬ポイント⁹に平均報酬月額の9.72倍を乗じて得た額（ただし、最低でも平均報酬月額⁹の14倍の8分の6）とされる。限度額を超えると、超える額の12分の1の40%が満額の障害年金から控除される。

⁹ 例えば、保険料納付期間の報酬ポイントは、被保険者個人の報酬を全被保険者の平均報酬で除した数値である。

フランスでは、とりわけカテゴリーⅠの者について、就労することが想定されている。就労している場合には、通常6か月に一度の受給権の確認も3か月ごとに行われる。障害の状態が改善し、就労を再開した場合には、年金の全部又は一部が支給停止とされ、稼得能力が50%を超えるようになった場合には、支給の停止又は廃止がなされる（障害の状態の改善が恒久的ではないと判断される場合には停止、恒久的であると判断される場合には廃止となる）。ただし、治療を受けていたり、研修・職業訓練を受けている場合等には、障害年金の50%までの範囲で一部受給も可能である。

スウェーデンでは、傷病補償年金・活動補償金の受給者が、支給決定時に失われたものと判定された労働能力を活用して有償労働をする場合には、有償労働がなされた期間、その程度に応じて、傷病補償年金・活動補償金を受給する権利を有しないとされる。例えば、満額の傷病補償年金・活動補償金の受給者は、週5時間以内の労働で、かつ収入が当該労働にフルタイムで従事して得られる通常の収入の8分の1以下である場合には、給付を受給しながら就労できるが、この程度を超えて就労する場合は受給権の再審査が行われ、労働能力の回復の程度に応じて傷病補償年金・活動補償金の減額又は支給停止がなされる。もっとも、受給者の労働生活への復帰の促進のために、一定期間は、受給権を失わずに就労を試すことができる。また、就労期間中は、その就労の程度に応じて休止された傷病補償年金・活動補償金の25%に相当する額が支給される。

以上のような各国における取扱いからは、障害者の就労インセンティブへの配慮が見受けられる。そして、①一定額までは障害年金を減額されることなく、就労所得を得られるとすること、②所得が一定額を超える場合にも、障害年金を一部停止（一部給付）ないし停止とし、受給権そのものは維持させること、③就労所得の一部については収入から控除すること等が、就労インセンティブに配慮する措置として考えられうる。また、労働・稼得能力が回復した場合にも、職業訓練を受ける間は障害年金を一部支給する措置は、障害者の労働市場への（再）参入を支援する措置ということ

ができよう。日本の障害年金制度は、20歳以上に初診日がある者については、就労の有無は障害年金の支給に影響を与えないが、仮に就労との関係を重視する制度設計を行うならば、障害者の就労インセンティブに配慮する措置をどのように設けるかが、重要な検討課題となる。

VIII. 支給期間

障害の状態は、症状が固定した状態であり、不変であると考えられてきたが、近年では、障害の状態は可変的であるとの考え方が広まってきている。障害の状態が変わりうるものであることを前提とすると、その支給期間をどのように設定するのかという点も、重要な論点となりうる。

ドイツでは、障害年金の支給期間は原則として3年である。しかし、労働市場の状態にかかわらず、もっぱら健康上の理由に基づき稼働能力が減退している場合で、かつ、稼働能力減退の回復の見込みがない場合には、期間を定めずに支給される。また、支給期間が合計9年となった場合には、期間を定めずに支給されることとなる。一方、稼働能力の改善により支給要件が消滅した場合には、障害年金の支給は終了する。

フランスでは、障害年金の受給権は終身のものではないとされ、毎年、支払機関であるCPAMにより確認がなされる（上述のように、就労している場合には3か月ごとに確認がなされる）。

スウェーデンの傷病補償年金は、期間の定めのない給付であるが、その支給決定後、被保険者が61歳に達するまでは、少なくとも3年に一度、社会保険庁は被保険者の労働能力の追跡調査をしなければならない。他方、活動補償金は、有期給付であり、一度の支給決定は3年を超えることはできないとされる。

障害者が負う行政手続き上の負担に配慮して、期間の定めのない給付を一部で認めつつ、就労の状況との関係で給付内容（給付水準）が異なる場合には、特に障害者の就労を促す観点から、有効期間を設けることも選択肢であると言えよう。

IX. 財源

障害年金は、社会保険の仕組みの中で支給されることから、いずれの国においても、保険料が財源となっている。ただし、保険料収入を補足するため、税財源も多く投入されている。

ドイツでは、障害年金の支出総額は、210億290万ユーロに及んでいる（2021年）。その主な財源は、労使が負担する保険料であり、収入全体の約4分の3を占めている。残りは、連邦からの補助で賄われる。

フランスでも、同様に保険料が重要な税源となっている。ただ、疾病保険においては、財源の租税代替化が進んでおり、その過程で2018年以降は保険料の労働者負担分はなくなっている。そして、2022年現在、疾病保険財政に占める保険料収入の割合は4割弱にすぎない状況となっている。障害年金の給付額は、82億ユーロであり（2021年）、ドイツと比較すると少ないが、フランスでは、成人障害者手当の給付額が112億ユーロと大きく、これが障害者の所得保障のために果たしている役割が大きい（2021年）。

スウェーデンの場合は、所得比例の傷病補償年金・活動補償金と、最低保障の傷病補償年金・活動補償金とで、異なる財源となっている。すなわち、前者が、使用者及び自営業者が負担する疾病保険料により賄われているのに対し、後者は国庫負担（租税）で賄われている。傷病補償年金の給付総額は約276億SEK、活動補償金の給付総額は約34億SEKである（2021年）。

なお、日本では、障害年金の支給に約2兆1910億円が使われているが¹⁰、日本の人口規模に鑑みると、相対的に予算規模は大きくないと言える。

X. 障害年金を補足する最低所得保障給付

以上は、障害年金についての記述であるが、ドイツ及びフランスにおいては、受給者数の面でも、社会扶助に属する最低所得保障給付が重要な役

¹⁰ 国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」
(https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R02/fsss_R02.html) 集計表 I

割を果たしていることから、若干の言及をしておきたい。実際のところ、ドイツでは、約 53 万 3600 人が障害時基礎保障を受給しており（2021 年）、フランスでは障害年金（約 83 万 1000 人（2020 年））よりも多い、約 125 万人が成人障害者手当を受給している（2021 年）。特にフランスでは、障害者に対する所得保障の仕組みとしては、障害年金よりも成人障害者手当が果たす役割の方が大きいことがうかがえる。

1. 最低所得保障給付の支給要件

ドイツの障害時基礎保障は、①ドイツ国内に通常の居所を有していること、②永続的に完全稼働能力減退であること、③所得及び資産によって生活費を賄うことができないことを要件として支給される。家族等から必要な給付を受けることができる者は社会扶助を受けられない。また、1日3時間以上稼働活動に従事することができる場合には、障害時基礎保障ではなく求職者基礎保障の対象となり、扶助給付を受給しつつ、就労支援を受けることとなる。なお、所得・資産については、同居の配偶者又は生活パートナーの所得・資産も考慮されるが、受給者の就労インセンティブに配慮して、受給者の自営・非自営による所得については、その 30%が控除される。

フランスでは、原則として 20 歳以上の者を成人障害者手当の支給対象とし、障害率が 80%以上である、又は、障害率が 50~79%で 1 年以上にわたり雇用へのアクセスが実質的に制限されている場合に、所得要件の下で給付が行われる。支給に際し考慮される所得には、配偶者・パートナーの収入が含まれていたが、2023 年 10 月以降は、受給者本人の収入のみが考慮されることとなった。また、就労所得については、一定の控除が行われることとなっており（控除率：月額 512.79 ユーロまでは 80%、月額 512.79 ユーロを超える場合は 40%）、成人障害者手当受給者の就労インセンティブへの配慮がみられる。

2. 最低所得保障額

ドイツの障害時基礎保障の支給額は、障害者の需要に即して算定される。この需要には、必要生計費に関する基準需要段階による基準額、障害者に対する増加需要、疾病保険・介護保険のための保険料負担、住居及び暖房のための適切な実費が含まれる。基準額は、居宅で単身生活する成人については月 502 ユーロ、配偶者又は生活パートナーと生活する成人については 451 ユーロとされており（2023 年）、完全稼得能力減退による増加需要として、適用される基準額の 17% が加味される。

他方、フランスの成人障害者手当は、生活の基本的部分を保障するための給付と位置付けられており（障害に起因する特別な費用を保障する給付として、別途障害補償給付がある）、満額で月 971.37 ユーロ（2023 年 4 月）が支給される。障害年金（カテゴリー 1 及び 2）の平均支給額よりも高いことから、障害年金を補足して成人障害者手当を受給する者も多い。

XI. 受給者の動向

日本では、人口約 1 億 2507 万に対して、約 231 万の障害年金受給者（2021 年 3 月末）¹¹がいる。最後に、各国における障害年金の受給者の動向についても確認しておきたい。

ドイツでは、人口約 8322 万に対し、約 181 万人が障害年金を受給している（2021 年）。一部稼得能力減退年金の受給者が約 8 万 7500 人であるのに対し、完全稼得能力減退年金の受給者が約 171 万 6700 人で、完全稼得能力減退年金の受給者が大半を占めている。新規裁定者の平均年齢は 53.6 歳で、精神疾患を有する者が約 4 割を占めているという特徴もある。

フランスでは、人口約 6804 万人（2023 年）に対し、約 83 万 1000 人が障害年金を受給している（2020 年）（上述のとおり、約 125 万人（2021 年）が成人障害者手当を受給していることにも留意が必要である。

¹¹ 「厚生年金保険・国民年金事業年報（令和 3 年度）」

（https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/nenkin/nenkin/toukei/nenpou/2008/dl/gaiyou_r03.pdf） 3 頁。

成人障害者手当の受給者は、制度発足以降、増加し続けている)。そのうちの約4分の3が、就労できない者を対象とする障害年金(カテゴリー2及び3)を受給している。障害年金の受給者は、年齢と共に増大する傾向にあり、老齢年金に切り替わる前の61歳で、人口の約9%が障害年金を受給している。また、年齢とともに、就労可能なカテゴリー1の受給者は減り、就労ができないカテゴリー2の受給者が増える傾向がみられる。

スウェーデンでは、人口約1025万に対し、約22万2000人が傷病補償年金を、約2万8900人が活動補償金を受給している(2021年)。人口の約4%が受給をしており、年齢が高くなるほど受給者が人口に占める割合は高くなっている。傷病補償年金の受給者数については、受給者の老齢年金受給開始年齢の到達や支給要件の厳格化により、減少傾向がみられる。傷病補償年金の受給者のうち、若年層では満額の傷病補償年金を受給する者が多いが、高齢層では部分給付の受給者が多くなる。ただ、年齢が上がるほど、所得比例給付の受給権を獲得する機会があるため、平均支給額は高くなる。最低保障給付のみの受給者が占める割合は上昇傾向にあり、特に、活動補償金の受給者の多くが、就労に基づく保険給付の受給権を獲得できないことを理由として、最低保障給付のみを受給している。また、スウェーデンでも、性別・年齢を問わず、精神疾患を理由とする受給が多くなっており、特に若年層ほど精神疾患が占める割合が高いこととなっている。

フランスは、障害種別ごとの統計を持たないが、ドイツ及びスウェーデンにおいては、精神障害者の受給が増大する傾向が見られ、日本における状況と重なる¹²。また、当然のことのようにも思われるが、年齢とともに障害年金の受給者が増大するのは、いずれの国にも共通する特徴である。

¹² 日本では、障害基礎年金の新規裁定者の約8割が精神障害・知的障害である。日本年金機構「障害年金業務統計(令和3年度決定分)」(2022年)3頁。

Ⅱ章-5-2 補論； 英・米・豪の障害年金制度における労働能力判定の動向

河野正輝

I はじめに一本補論の要旨

イギリスでは、ブレア政権時代に「第三の道」の一環として、新たな障害者政策の目標を立て、新たな手当と新たな労働能力判定が導入された。

新たな手当は、従前の「就労不能給付 Incapacity Benefit」（重度のみを対象とした手当）から、障害者の雇用復帰と生計費支援を目的として精神的な障害を含めより軽度の障害者まで対象とする新たな「雇用支援手当 Employment and Support Allowance」への転換である¹。

新たな労働能力判定は、従前の身体的な障害状態の判定（10項目）に加えて、精神的な障害状態についても判定（7項目）を行うもので、判定のあり方としては、

- ① 設問項目（記述子）は理解しやすく、かつ自己評価しやすい17項目に整理され（本稿末尾の資料を参照）、
- ② 判定の手続は、17項目に対する自己評価（質問票）に始まり、個別の対面によるアセスメント（半構造化面接）を行う、そのさい障害者は独自の情報とエビデンスを提供でき、かつ親族、友人を同伴できる、
- ③ 最後の労働能力制限の程度の判断は、日米で用いられているいわゆるリスト方式に依らず、スコアリングシステムに依る、

等の特徴を有するものである。

ただし、「障害のある人が雇用復帰のために直面している個人的な状況およびニーズ並びに社会的障壁」という障害の社会モデルの視点からは重要な側面が、アセスメントの脇に置かれており、したがって労働能力判定において社会的障壁をどのように考慮するかは、イギリス、オーストラリア、アメリカにおいても未だ検討課題であると考えられる。

イギリスの判定手続きから得られる示唆の1つとして、社会的障壁と個々の障害者に対するその影響を、身体的機能障害の定型化と同様に定型化することには困難が予想され、当面、社会的障壁とその影響の基準化ではなく、社会的障壁の障害者への影響を個別に判断することが可能な手続きの導入（手続きの基準化）を検討する必要性を挙げるができるかもしれない。

¹ 雇用支援手当は、就労不能の障害者には生計費のための金銭（money to help with living costs）を、そして労働能力を有する障害者には雇用復帰のための支援（support to get back into work）を提供するものとされている。<https://www.gov.uk/employment-support-allowance/print>, accessed 26 Jan. 2023

II イギリスの労働能力判定

1 新たな労働能力判定の導入の背景—ニューレイバーの障害年金改革

(1) 「就労不能給付」から「雇用支援手当」への転換

イギリスの新たな労働能力判定を理解するために、導入の背景を簡単に見ておこう。

イギリスの新たな労働能力判定 (Work Capability Assessment, WCA) は 2008 年に導入された。それまでの就労不能給付 (Incapacity Benefit) を段階的に廃止し、新たな雇用支援手当 (Employment and Support Allowance, ESA) に切り替える政策転換の一環として導入されたものである。

就労不能給付のときは、判定の対象者は比較的少数の重度障害者に限られていた。が、新たな雇用支援手当は精神障害者を含めより軽度の障害者に対象が拡大された。それに伴って、新たな判定では、既裁定の、事実上すべての傷病手当受給者を労働能力の観点から再評価するとともに、精神的な障害による労働能力の制限を判定することとされた。

新たな障害者政策の目標は、新しい障害法、職場環境の変化、労働安全衛生の発展を考慮に入れて、「できないことではなく、できることを調べる」ことにより「ポジティブ」を強調することとされた²。

新たな判定では、雇用支援手当の請求者を書面ではなく直接面接により評価する方式に転換された。この方式を用いて、看護師と理学療法士を雇用して医師と一緒に働かせることによって検査能力が 5 倍に増加し、コンピューターによって作成されたテンプレートに基づく半構造化面接手法が初めて使用されたとされる³。

²第三の道を説くトニー・ブレア英首相がアンソニー・ギデンズ (Anthony Giddens) に大きな影響を受けたことはよく知られている。A・ギデンズ、佐和隆光訳『第三の道』(日本経済新聞社、1999年)では、「私たちは、福祉国家のかわりに、ポジティブ・ウェルフェア社会という文脈の中で機能する社会投資国家 (Social investment state) を構想しなければならない。」(196-197頁)「ポジティブ・ウェルフェアは、ベバリッジが掲げたネガティブな項目の一つひとつを、ポジティブなものに置き換えるのである。不足を自主性に、病気を健康に、無知を(一生涯にわたる)教育に、惨めを幸福に、そして怠惰をイニシアティブに置き換えようではないか。」(213頁)と述べる。一方でブレア政府は保守党が敷いた民営化の路線をさらに推し進めた(例えば、労働能力判定を Atos、Maximus へ民営化した)との批判も強い。アレックス・カリニコス、中谷義和監訳『第三の道を超えて』(日本経済評論社、2003年) 205頁参照。

³ ガーディアン紙は社説「福祉改革のメリットはリスクを上回る」(2008年11月23日付)において、ニューレイバーによる改革の「アイデアは、仕事を探るか訓練を受けるという約束とお金を交換するシステムに、条件を付けずに現金を出すシステムからはなれることである。」「改革は、失業したことで人々を罰するのではなく、求職プロセスに従事することを拒否したことで人々を罰する。市場に欠員がない場合は、手当の請求者は制裁を受けること

(2) 個人能力判定 (PCA) から労働能力判定 (WCA) への転換

改正前の就労不能給付で用いられた個人能力判定 (Personal Capability Assessment, PCA) と新たな労働能力判定 (Work Capability Assessment, WCA) のアセスメント項目を見ると、最も大きな相違点は、精神障害に関する取扱い (Mental Health Test) にある。

WCA は、身体的な障害状態 (10 項目) の判定方式とほぼ同様の方式 (すなわち障害状態を定型化しポイントを付与するスコアリングシステム) を、精神的な障害状態についても 7 項目に分けて新設しており、このことの意義は大きいと考えられる。

加えて、どれか 1 つの項目でも最重度のポイント (15 p) を得れば障害認定要件は満たされるとするほか、すべてのスコアを合計するルールも新設され、身体的なアセスメントと精神的なアセスメントを区別せずすべてのスコアを合計して 15p 以上を得れば障害認定要件は満たされることとされた。

なお、身体的障害のアセスメントでも、下肢の機能障害につき設定されていた 3 ポイント程度の障害がすべて削除されるなど若干の修正が加えられた。

2 イギリスの雇用支援手当の概要

(1) 雇用支援手当の受給資格

雇用支援手当 (Employment and Support Allowance, ESA) は、国民保険法 (National Insurance Act) に基づく給付の 1 つである。

新たな雇用支援手当を申請できるのは、①公的年金年齢 (State Pension Age) 未満であること、②労働を制限する障害又は健康状態を有すること、③被用者又は自営業者として働いたことがあること、および④国民保険の納付要件を、通常、直近の 2~3 年につき満たしていること (National Insurance Credits の期間も算入) の全てを満たす者である⁴。

ただし、求職者手当 (Jobseeker's Allowance) および法定疾病給付 (Statutory Sick Pay) を申請している場合は、ESA を受けることはできない。

ユニバーサル・クレジットと雇用支援手当を同時に受給することは禁止されていない。ただし併給調整により、ユニバーサル・クレジットの支給額は雇用支援手当に相当する額が減

はない。」(下線、筆者)と述べて政策転換を積極評価した。しかし、新たな判定方式は市場の状況 (社会構造的要因) までスコアリングシステムに取り入れる制度なのではない。

⁴ 雇用支援手当の申請にあたり必要なものは、①国民保険番号、②銀行等の口座番号、③かかりつけ医師の氏名・住所・電話番号、④障害や健康状態のために 7 日以上連続して働くことができなかった場合の記録 (Fit Note)、⑤働いている場合、その稼得の詳細、および⑥法定疾病給付 (Statutory sick pay) を請求している場合、当該給付が終了する日付である。

なお、雇用支援手当の受給資格要件 (Eligibility) としては、障害者からの申請を受けて障害要件に該当すること、および保険料の納付要件を満たしていること等が審査されるだけである。雇用支援手当も国民保険法に基づく社会保険給付の一つであるが、わが国の初診日要件に相当するような要件は存在しない。

額される⁵。

(2) 雇用支援手当の給付額

労働能力判定を受けている間の給付額は、25歳未満は週£61.05まで、25歳以上は、週£77.00までとされている⁶。

申請者とパートナーの貯蓄および収入はESAの給付額に影響しない。しかし、a) 週£85以上の私的年金を受けている場合、b) 所得比例給付のESAを受けている者は、世帯収入・貯蓄が£6,000以上の場合、給付額に影響を受ける。

労働能力判定を受けた後の給付額は、比較的軽度の「労働に関連する活動グループ (Work-Related Activity Group)」と重度の「支援グループ (Support Group)」によって分けられており、前者の場合は、週£77.00まで、後者に属する場合は、週£117.60 (月額、約7万6,000円)までとされている。ただし、所得比例拠出制に加入している場合は、別途支給される。支給の方法は、2週に1度の支払いである。

(3) 雇用支援手当と就労との調整

雇用支援手当は、在職中であれば退職後であれば、申請することができる。雇用支援手当を受給しながら就労するには、2つの条件を満たさなければならない。① 週16時間以内の労働であること、かつ② 税および国民保険の保険料を控除した後の稼得が週£152を超えないことの2条件である。週£152を超えない範囲で得られた稼得の額によって手当額は調整されるのか、減額もあるのかについては、政府 (労働年金省) のガイダンス (注5) では必ずしも明らかでない。なお、手当受給中のボランティア労働については制限なく、何時間でも就労することができる。ただしジョブセンター・プラス (Jobcentre Plus) への届出が必要である。

(4) 雇用支援手当と個人自立手当の関係

イギリスでは、雇用支援手当とは別に、個人自立手当 (Personal Independence Payment, PIP) の給付が定められている。両者の区別を整理しておくことは、障害者の所得保障のあり方を理解するのに役立つであろう。

● PIPは、健康状態または障害により特別の生活費 (extra cost of living) を必要とする労働年齢の成人を支援することを目的とする給付である。

● PIPの給付方法としては、資力調査なし (non-means-tested)、無拠出制、かつ免税の給付である。

重要なことは、上記の目的から、PIPは人の労働能力との関連がなく、人の稼得所得の代替を意図するものではないことである。就労している人もしていない人も平等に受けるこ

⁵ <https://www.gov.uk/employment-support-allowance/print>, accessed 26 Jan. 2023

⁶ ちなみに、2023年1月20日現在のレート (£1.00 = 161.00円) で計算すると、週£77.00は、1万2,397円で、月額にすれば約5万円である。

とができる。この点で、PIP は ESA または ESA の前身である就労不能給付 (Incapacity Benefit) と異なる。

●PIP の受給資格 (要件) は、健康又は障害の状態そのものではなく、状態が人の生活に及ぼす実際的な影響による。具体的には次の全ての要件を満たすことが必要である。

- ①16 歳以上であること、
- ② 長期の身体的もしくは精神的な健康状態または障害を有すること、
- ③ 一定の日常生活または移動に困難を有すること、
- ④ その困難が始まった時から少なくとも 12 か月は継続すると見込まれること、

なお、PIP は障害者生活手当 (Disability Living Allowance、DLA) に代わるものとして定められたが、16 歳未満の児童は引き続き DLA を受給しており、16 歳から DLA に代わって PIP を受けることとされている。公的年金年齢未満の成人は PIP を請求することができ、かつ退職後も受け続けることができる。

●PIP が保障する「特別の生活費」は、食事・入浴・排せつ・金銭管理等の日常生活の援助に必要な費用部分 (Daily living part) と移動の援助に必要な費用部分 (Mobility part) に分けられ、PIP の給付額は個々の障害者の障害の程度によって決められる。

日常生活の費用部分は、軽度の場合、週 £ 61.85、重度の場合、週 £ 92.40 であり、移動の費用部分は、軽度の場合、週 £ 24.45、重度の場合、週 £ 64.50 である。給付額は、受給者の所得や預貯金等によって影響を受けない⁷。

3 労働能力判定の概況

(1) 労働能力判定の枠組み

雇用支援手当の受給資格を得るためには、申請者は、労働能力の制限について (すなわち現在の健康状態又は障害が労働能力を制限しているか否かについて) の判定を受けなければならない。その判定 (Work Capability Assessment, WCA) は、つぎの 2 つに分けられる。

- ① 労働能力の制限 (Limited Capability for Work) の判定
申請者の健康状態又は障害が労働能力に影響を及ぼす程度に基づいて、雇用支援手当の受給資格を決定するための判定
- ② 労働に関連する活動能力の制限 (Limited Capability for Work-Related Activity) の判定
申請者の状態の影響が相当に重度であるために、労働に関連する活動 (Work-Related Activity) に従事することを合理的に期待することはできないことから、申請者は支援グループ (Support Group) の対象とすべきか否かを決定するための判定。上記①労働能力の制限の判定と同様の設問項目のほか、②では食事、嚥下の能力を問う項目も追加されている。

(2) 最終的な認定の状況

⁷ <https://www.gov.uk/pip>, <https://www.gov.uk/government/publications/personal-independence-payment-fact-sheets/pip-kandbook>, accessed 26 Jan. 2023

2021年9月までの4半期において、新規認定は1万9,000件で、そのうち14%が労働関連活動グループ、62%が支援グループ、24%が労働能力あり（fit for work）と認定された。

一方、既認定（雇用支援手当の支給期間が終了したあと引き続き同手当を申請する場合）は1万3,000件であった。

雇用支援手当受給者のうち労働関連活動グループ（Work-Related Activity Group）は、将来就労に移行できると認定され、就労移行に向けてすぐに措置を講ずることが可能と、労働年金省（DWP）において認定された障害者で構成される。このグループは、労働コーチ（work coach）の定期的な面接を受けなければならない。コーチは労働に復帰できるようスキルを改善する等の支援を行う。このグループに対する雇用支援手当の支給期間は365日である。

一方、雇用支援手当受給者のうち支援グループ（Support Group）は、重度の障害や健康状態があり、労働関連活動に従事することを要求することは不合理と認定された障害者から構成される。このグループは労働コーチの定期的な面接を受ける必要はない。このグループの障害者に対する手当の支給期間に制限はない。

（3）上訴による高い救済率

下院の「雇用支援手当および労働能力判定に関する労働年金委員会」の記録⁸によると、2012年4月から2013年3月の間に「労働に適している（fit for work）」と認定された人の約35%が独立した審判所（independent tribunals）に上訴して、その上訴の約33%が救済されている。このことは「労働に適している」との原処分10件のうち1件以上が審判所で覆されたことを意味している。なお、2013-2014年には、ESAの処分に対して232,639件の上訴が提出された。

このような動向を受けて、強制的な再認定（Mandatory reconsideration）の手続きが2013年4月にユニバーサル・クレジット（Universal Credit）および個人自立手当（PIP）に導入され、2013年10月には雇用支援手当を含む労働年金省管轄の全ての給付に導入された。この再認定手続きの導入前は、労働年金省の処分に対して不服がある者は、直ちに審判所および裁判所（HM Courts and Tribunals）へ上訴することができたが、強制的な再認定手続きの導入によって、労働年金省の処分に対して不服がある者は、まず労働年金省に再認定を求めなければならないこととなった（再認定前置主義）。その結果、2013年以降、再認定による一部見直しもあって、上訴の総数は激減している。

ただ、原処分庁による再認定の結果になお不服がある者は、第1段階の審判所（Tribunals）へ上訴することができる。社会保障諮問委員会による報告書⁹によると、2015-2016年の審

⁸ House of Commons – Employment and Support Allowance and Work Capability Assessment – Work and Pensions Committee
(<https://publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmworpen/302/30209.htm>)
para.90, accessed 20 Apr. 2023.

⁹ Social Security Advisory Committee, “Decision Making and Mandatory Reconsideration”

判所における救済率は 58%と高い数字を示している（ちなみに母数の上訴総件数は上記報告書において不明である）。

4 労働能力判定における判定項目のアウトライン

障害又は健康状態が労働能力に及ぼす影響は、身体的機能に関する 10 項目の記述子と、精神的・認知的・知的機能に関する 7 項目の記述子に分けて評価される。合計 17 項目のアウトラインは以下のとおりである。それぞれの項目につき最重度 15 p、重度 9 p、中度 6 p、該当なし 0 p のスコアが与えられる（詳細については、末尾の資料「イギリスの Work Capability Assessment(主要部分の仮訳)」を参照）。

(1) 身体的機能に関する判定 (physical assessment) の項目

- ① 他人の援助なしに移動することができるか
- ② 立つ、座ることができるか
- ③ 腕・手を上げる（例、コートのトップポケットへものを入れるために上げる）ことができるか
- ④ 上体・腕を使ってものを拾い上げる、動かす、移すことができるか
- ⑤ 手先の器用さがあるか
- ⑥ 自分を理解させることができるか
- ⑦ 他者のメッセージを理解することができるか
- ⑧ 方角を判断して動き、安全を維持することができるか
- ⑨ 失禁があるか
- ⑩ 意識の喪失があるか

(2) 精神的、認知的および知的機能に関する判定 (mental, cognitive and intellectual function assessment) の項目

- ⑪ 日常の課題（例、洗濯機を使う、目覚ましをセットする等の簡単な課題）を学習することができるか
- ⑫ 日常にある危険（例、沸騰した湯、鋭利なもの等）を認識できるか
- ⑬ 日々の個人的な活動（例、食事を作る、買い物に行く等）を開始し、終了することができるか

(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/538836/decision-making-and-mandatory-reconsideration-ssac-op18.pdf) July 2016. p.13, Accessed 20 Apr. 2023. なお、最近年の強制的な再審査および上訴の動向については、National Statistics, “ESA: Work Capability Assessments, Mandatory Reconsiderations and Appeals: March 2022”, published 10 March 2022 (<https://www.gov.uk/government/statistics/esa-outcomes-of-work-capability-assessments-including-mandatory-reconsiderations-and-appeals-march-2022/esa-work-capability-assessments-mandatory-reconsiderations-and-appeals-march-2022>), accessed 17 Dec. 2022.

できるか

⑭日々の変化に対処することができるか

⑮住まいの外に出歩くことができるか

⑯社会的な接触を持つことができるか、他者と関係を持つことは常に排除されるか

⑰攻撃的で抑制できない態度をどの職場でも日常的にとり、制御できないか

5 労働能力判定のプロセス

(1) 質問票

雇用支援手当を申請すると、質問票 (Questionnaire) が送られてくる。質問票は、障害又は健康状態が労働能力に与える影響に関する判定項目 (17 項目) について、申請者自身の判断を求めるものとなっている。質問票の回答欄に☑を入れ、加えて、申請者の側から考慮を望む他の情報を提出することも求められる。質問票に関係するエビデンスを当局 (Medical Services) に提出することも奨励される。

質問票はまた、申請者が何か特別のニーズを有する場合、その情報を提出する機会となっている。たとえば対面による判定の際の通訳を求めることができる。

最重度の障害者を除き、ほとんどのケースにおいて認定医療専門職 (approved healthcare professional) の対面による判定が行われる。ただし、書面によるエビデンスをもとに総括的で十分に正当な意見書 (advice) を決定処分庁 (the Departmental decision maker) へ提出できると上記専門職が判断する場合、対面による判定は行われない。

(2) 判定における認定医療専門職の責務

認定医療専門職 (approved healthcare professional) は判定において身体検査を行うわけではない。もとより、診断して治療計画を立てる GP のような責務を負うこともない。

本専門職の責務は、申請者の状態が労働能力に与える影響を判定し、決定処分庁に対して意見書を提出することである。その見解が申請者自身の機能障害の理解と異なる場合は、とりわけ十分な説明を付した意見書を提出することになる。

当局 (Medical Services) は、可能な場合は、申請者が要求する同性の専門職を提供するように努める。申請者は対面による判定の間、親族または友人の同伴を求めることができる。なお、対面による判定の際にも申請者は他の情報を提出する機会を有する。

(3) 決定処分庁の権限

雇用支援手当の受給資格の決定は処分庁 (the decision maker) において行われる。処分庁は注意深くすべてのエビデンスを検討する。このエビデンスには、申請者によって記入された質問票、申請者の医師から提出された情報および認定医療専門職の意見書が含まれる。申請者が提供した独自の情報および根拠が認定医療専門職による判定の段階のみならず処分庁による決定の段階でも検討対象となるエビデンスに含まれるかは明らかでなかったが、2019 年以降、強制的な再認定 (Mandatory Reconsiderations) の段階で追加の口頭および書

面による証拠を収集するための新しい運用アプローチが採用されたとされる¹⁰。

申請者は身体的及び/又は精神的、認知的及び知的機能の活動のいずれかで 15p を得れば、もしくはそれらの諸活動 (the Schedule 2 activities) の合計で 15p 以上を得れば、労働能力の制限に関する基準は満たされることになる。

申請者の医師は、判定に先立つ労働の適合性に関する意見書において、申請者の労働適合性について見解を示すよう求められる。この見解は他の全てのエビデンスとともに処分庁により検討される。

III オーストラリアにおける労働能力判定の動向

オーストラリアでは、Work Ability Tables(WAT) に基づく障害判定方法 (試案) が開発されている。WAT は、総合的な労働能力の中核をなす下記の 9 つの労働能力がそれぞれ申請者の持つ障害によってどの程度影響を受けているかを判定するものである。

- ① 規則的に出勤する能力
- ② 作業を持続する能力
- ③ 仕事の指示を理解し従う能力
- ④ 職場で他の人と意思疎通する能力
- ⑤ 通勤や職場内で移動する能力
- ⑥ 作業で物を扱う能力
- ⑦ 職場での行動
- ⑧ 多様な作業課題を学び実行する能力
- ⑨ 作業で物を持ち上げ、運び、動かす能力

ただし、WAT は試案にとどまり、実際上は従来の IT 方式 (Impairment tables、イギリスの Work Capability assessment に類似した障害判定方式) が一部改良を重ねられつつ、今日も用いられている。

筆者が注目した点は、オーストラリアでは、社会環境の変化に弾力的に対応する必要性から、障害判定基準 (IT) の制定は法律形式ではなく行政規則 (the legislative instrument) に依らざるをえないことを説明したうえで、同じ理由から、IT には予め有効期限 (10 年) を付して定期的な見直しを行う方式を採用し、着実な改善を義務付けていることである。

ただ、2023 年 4 月実施へ向けて 10 年ぶりの見直しが提案されている IT 改正案 (Australian Government, Department of Social Services, Explanation of proposed changes to the Disability Support Pension Impairment Tables.)¹¹ は、依然として医学的な機能障害に基づく判定方式を維持しつつ、その医学的判定をより明確化することに焦点を置いていて、社会

¹⁰ 注 9 後段に掲げる最近年の強制的な再審査および上訴の動向に関する National Statistics を参照。

¹¹ <https://engage.dss.gov.au/wp-content/uploads/2022/10/explanation-proposed-changes-disability-support-pension-impairment-tables.pdf>, accessed 18 Nov. 2022

的障壁の検討には踏み込んでいない¹²。

IV アメリカにおけるリスト方式

1 「適格な障害」の定義

アメリカの社会保障障害保険給付 (Social Security Disability Insurance Benefit) における障害 (disability) の定義は他のプログラムにおける定義と異なり、社会保障 (障害保険給付) は完全な障害に対してのみ支払われる。部分的な障害又は短期的な障害に対する給付は存在しない。

次の全てに該当する場合に、社会保障規則の下で「適格な障害 (Qualifying Disability)」があると見なされる。すなわち、

- ① 病状 (medical condition) ゆえに、労働することができない、または相当の有償労働 (substantial gainful activity) を遂行することができないこと。
- ② 病状ゆえに、過去に行った労働に従事し又は他の労働に従事することができないこと。
- ③ 病状は少なくとも1年間継続しているか、または継続すると見込まれるか、もしくは死に至ると見込まれるものであること。

2 「適格な障害」があるか否かの判定方法

障害保険給付の受給資格を得るのに十分な被保険者期間 (労働期間) がある場合は、つぎの5つの設問からなる段階的なプロセスを踏んで「適格な障害」があるか否かが判定される。

- ① 働いているか
- ② 重度であるか
- ③ 障害状態のリストに該当するか
- ④ 従前の仕事を行うことができるか
- ⑤ 他のタイプの仕事を行うことができるか

このうち③の「障害状態のリスト (the list of disabling conditions)」とは、身体機能の一つ一つ¹³について、「相当の有償労働」を行うことができないと医学的に考えられる機能障

¹² なお、筆者において未解明の点として、①WATは、オーストラリアにおける障害者の具体的にどのような障害年金問題の解決に焦点を当てて開発された案であるのか、という本試案の社会的な背景、②WATにおける精神障害についての判定基準、③スコアリングの実際とその有効性、④障害者への質問票、面接協議、独自のエビデンスの提供、アドボケイトの同伴などの手続的な側面の検討などが残っている。

¹³ 機能障害のリスト (成人リスト・パートA) は、1.00 筋骨格系障害、2.00 特定の感覚及び言語、3.00 呼吸器疾患、4.00 心臓血管系、5.00 消化器系、6.00 尿生殖器疾患、7.00 血液疾患、8.00 皮膚障害、9.00 内分泌障害、10.00 複数の身体系に影響を与える先天性疾患、11.00 神経障害、12.00 精神障害、13.00 がん (悪性腫瘍性疾患)、及び14.00 免疫系障害に区分される。

害のリスト (list of medical conditions) を詳細に定めたものである。

3 リスト方式のジレンマ

障害保険給付の行政機関 (Social Security Administration) は、障害判定基準として臨床医学の用語で定義された機能障害のリストを使用している。

一方雇用関係において、もし使用者が応募者を選定するにあたりそうした機能障害リストを使用した場合は、疑いなく ADA に抵触することとなると解されている。機能障害のリストは医学モデルに基づき定型化された障害程度区分を定めたものであって、そうした障害程度区分は、機能障害の程度・範囲について個別に判断することを求める ADA の要請を満たさないとされているからである。

このように社会保障行政と ADA の間に「リスト方式」の採否について一種の緊張・対立が見られる。が、それだけではない。障害者権利運動の間では一種のジレンマも見受けられる。医学モデルによる機能障害のリストは、社会モデルを支持する障害者権利運動の立場からは攻撃すべき対象とされる反面、障害給付を当面必要としている立場からは給付を受ける迅速で信頼できる方式と見られることもあるからである。

V 日本法への示唆

1 リスト方式に対する評価

(1) イギリス方式とアメリカ (リスト方式) の相違点

イギリスの判定方式は 17 項目の記述子 (descriptors) から構成され、かつスコアリングシステムを備える。一方、アメリカのリスト方式は、上述のとおり、1.00 筋骨格系障害から 14.00 免疫系障害まで大分類したうえで、小分類 (細部) において「相当の有償労働」を妨げる障害程度に該当する「機能障害のリスト」を、詳細を極めて定めるものである。

このような方式の相違によって、イギリスでは、比較的軽度の障害者まで対象として、かつ比較的軽度の障害者には雇用支援を、重度の障害者には生活支援を図ることを目的としている。一方アメリカでは、障害者の状態が当該リストに掲げる「完全な障害」に該当するか否かを判定するだけである。

こうした相違が認められるとはいえ、判定にあたり障害の医学モデルに基づいた機能障害の状態と程度に焦点を当てるという基本は共通している。イギリスの判定方式のこの限界は、国連障害者権利委員会の見解 (後述) が指摘する通りである。

ただし、イギリスの判定のプロセスに、質問票、対面による判定 (半構造化面接)、親族・友人の同伴などが導入されている点は、手続的基準の面における相違点として注目してよいであろう (もともと、アメリカの手続面の調査は本稿では尽くされていない)。

(2) イギリス方式に対する国連障害者権利委員会の評価

障害者権利委員会はイギリスに対する総括所見 (2016 年 11 月) において「証拠は、雇用支援手当に関連するプロセスにおけるいくつかの欠陥を示している。とくに委員会は、労働能力判定に若干の調整が加えられたにもかかわらず、その判定が技能および能力の機能的評価に引き続き焦点を当てており、かつ、障害のある人、とくに知的および/または心理

社会的障害のある人の雇用復帰のために直面する個人的な状況およびニーズならびに障壁を脇に置いていることに留意するものである。」との注文を付けている。これに対して、イギリスの労働年金省は、障害者の労働を促進し、可能にすることが最優先事項であり、これを実現しようとしているさまざまな方法を説明したと答えた。

(3) イギリス方式は医学モデルのジレンマを克服できるか

イギリス方式には、障害者の独自の情報提供や対面による判定における協議等の可能性があることから、障害者側から社会的障壁の影響を訴える余地があるかもしれない。しかし、障害の状態と程度の記述子（17項目）が労働能力の機能的評価に限定されていることからすれば、医学モデルのジレンマの克服には、障害者権利委員会の見解のとおり、やはり限界があると思われる。イギリスでも、障害認定にあたり社会的障壁による影響を考慮に入れる何らかの改善が引き続き求められるであろう。

2 日本法への示唆

●ガラパゴス化(?)している日本の現行リスト

障害年金の目的・要保障事由をどのように考えるか（制度設計論）と障害認定基準をどのように設定するかとは密接に結びついている。障害年金を私保険のように身体機能の欠損に対する保険金の支給であると構成すれば、身体機能の欠損の部位・程度が定型化・基準化され、それに該当するか否かが認定されることとなるだろう。軍人恩給の場合も身体機能の欠損に対する国家的補償として構成されるから、身体機能の欠損の部位・程度それ自体が定型化・基準化され、稼得能力の制限の程度や就労の有無にかかわらず恩給が支給されることになる。

日本の現行の障害認定基準（令4年4月改正）では、例えば1級程度の障害状態とは、視力は両眼の視力がそれぞれ0.03以下、聴力は両耳の聴力レベルが100デシベル以上、上肢は「両上肢の全ての指を欠く」などというように、身体機能の欠損の部位・程度が基準化され、それに該当すれば稼得能力の制限や就労への影響の有無・程度を問わず年金支給することとされている。この認定基準のあり方には私保険や軍人恩給の考え方の残滓を疑わせるものがある¹⁴。

そのうえ現行の障害認定基準が引きずっているものに、労働能力（稼得能力）の制限に対する代替所得の保障を目的とした厚生年金制度と日常生活能力の制限に対する所得保障を目的と定めた国民年金制度との再編・統合の経緯があり、とりわけその再編・統合の機会に、

¹⁴ わが国の障害年金制度の課題については、安部敬太「障害年金における障害認定の現状」、永野仁美「目的から考える障害年金の要保障事由」以上、障害法6号、2022年、中川純「障害年金の課題と改革の方向性」社会保障法研究16号、2022年、福田素生「障害年金をめぐる政策課題」社会保障研究Vol.4 No.1、2019年、河野正輝『障害法の基礎理論』2020年、福島豪「障害年金の権利保障と障害認定」社会保障法33号、2018年、百瀬優「障害年金の課題と展望」社会保障研究Vol.1 No.2、2016年等を参照。

1 級、2 級の障害程度の定義規定が曖昧・不透明となったという経緯がある。

●記述子のあり方とスコアリングシステム

まず代替所得の保障としての障害年金における障害認定基準としては、身体機能の欠損の部位・程度ではなく、その状態が労働能力に与える制限の程度こそ基準化されるべきであろう。

かつ、労働能力を制限する機能障害の状態と程度の定型化にあたっては、記述子 (descriptors) を分かりやすくして (例、イギリスの 17 項目)、可能な限り、予め申請者が判断・評価できるものとするのが望ましい。

さらに、機能障害のリストに該当するか否かを書面をもとに専ら医師が判定するというリスト方式ではなく、書面審査から対面審査 (face to face assessment) へ、形式審査から実質審査へ転換するとともに、スコアリングシステムにより評価する方式とすることが望ましい。

3 社会モデルの視点から

社会的構造的な不利益の因子とその因子が個々の障害者に与える影響の程度を、心身の機能障害のように定型化しスコア化することには困難 (不可能?) が予想される。そうすると、社会的な不利益自体を基準化するのではなく、障害者個人が直面している社会的な障壁の状況、雇用復帰のためのニーズを個別に審査することを可能にする手続きの導入によって、改善を図ることが当面考えられるであろう。

具体的には、イギリス方式から次のような手続の示唆が得られるであろう。

- ① 質問票を導入すること
- ② Face to face の個別の対面による判定とすること (その際、障害者による参画と協議が実効性を確保できるような措置を検討する必要がある)
- ④ 質問票に加えて、障害者が独自に提供する情報を、判定において考慮すべきエビデンスとすること (その際、社会モデルの視点から調査し情報を収集する等の支援を検討する必要がある)
- ⑤ 申請者は権利擁護者 (アドボケイト) を同伴できるとすること
- ⑥ 現行の社会保険審査官制度を独立した再審査機関へ改善すること

資料 イギリスの Work Capability Assessment (主要部分の仮訳)

1 身体的活動の判定 (physical assessment)

(1)誰の援助も受けなくて、杖、手動車いす又は他の補助器具 (補助器具が通常又は合理的に装着され使用される場合に限る) を使用し又は使用しないで移動可能な距離。

- (a) 50m 以上の移動はできない。(15p)
- (b) 手すりを握っても階段を 2 段上がる又は下がるができない。(9p)
- (c) 100m 以上の移動はできない。(9p)

(d) 200m 以上の移動はできない。(6p)

(2) 立つ、座る

- (a) 誰の援助も受けなくて、椅子に座った状態から立ち上がり隣の椅子へ移動して座ることができない。(15p)
- (b) ワークステーション（訳注、流れ作業などで1人の労働者が仕事をするための場所・席）に30分以上とどまることができない。(9p)
- (c) ワークステーションに1時間以上とどまることができない。(6p)

(3) 腕を伸ばして届く範囲

- (a) コート又はジャケットのトップポケットへものを入れるのに腕（手）を上げることができない。(15p)
- (b) 帽子をかぶるのに腕（手）を頭へ上げることができない。(9p)
- (c) ものへ手を伸ばすのに腕（手）を頭上まで上げることができない。(6p)

(4) 上体と腕を使ってものを拾い上げる、動かす又は移す

- (a) 500ccのプラスチック容器の水を持ち上げて動かすことができない。(15p)
- (b) 1000ccのプラスチック容器の水を持ち上げて動かすことができない。(9p)
- (c) 空の段ボール箱のような軽いけれどかさ張ったものを移すことができない。(6p)

(5) 手先の器用さ

- (a) (プッシュホンのキーパッドのような) ボタンを押すことができない又は本のページをめくることができない。(15p)
- (b) 1ポンド硬貨又はそれと同等のものを拾い上げることができない。(15p)
- (c) ペン又は鉛筆でマークをつけることができない。(9p)
- (d) 片手でパソコンのキーボードやマウスを使用することができない。(9p)

(6) 人の援助を受けなくて、話す、書く、タイプを打つ又は通常もしくは合理的に使用されている他の手段を使って自分を理解させる

- (a) 「危ない」というような簡単なメッセージを伝えることができない。(15p)
- (b) 見知らぬ人に簡単なメッセージを伝えることに重大な困難がある。(15p)
- (c) 見知らぬ人に簡単なメッセージを伝えることにある程度の困難がある。(6p)

(7) 人の援助を受けなくて、通常使用されている又は合理的に使用可能である何らかの補助器具を用いて、①口頭的手段(聞く又は読唇)のみで、又は②非口頭的手段(例、16ポイントプリントを読む、又は点字)のみで、もしくは③①と②の組み合わせで、

- (a) 感覚機能の障害により、火災避難装置（例、非常階段、避難ばしごなど）の位置のような単純なメッセージを理解することができない。(15p)
- (b) 感覚機能の障害により、見知らぬ人からの簡単なメッセージを理解するのに重大な困難がある。(15p)
- (c) 感覚機能の障害により、見知らぬ人からの簡単なメッセージを理解することにあ

る程度の困難がある。(6p)

(8) 盲導犬又は他の補助器具(通常又は合理的に使用される場合に限る)を使用して進路を取り、安全を維持する

- (a) 感覚機能の障害により、他の人の付き添いがなければ、慣れた環境の周りをうまく進むことができない。(15p)
- (b) 感覚機能の障害により、他の人の付き添いがなければ、道路を横断するといった危険を伴う行為を安全に遂行することができない。(15p)
- (c) 感覚機能の障害により、他の人の付き添いがなければ、慣れない環境の周りをうまく進むことができない。(9p)

(9) 夜尿症を除き、意識がある間に、大量の排便及び/又は排尿に至る失禁(自制心の不在又は喪失)

- (a) 少なくとも月に1度は大量の排便及び/又は排尿に至る失禁を経験する。(15p)
- (b) ひと月の半ば以上において、大量の排便及び/又は排尿に至る失禁のリスクがある。(6p)

(10) 目覚めている間の意識

- (a) 少なくとも週に1回、重大な意識や集中の混乱に結果する意識の喪失又は変容という不随意のエピソードを有する。(15p)
- (b) 少なくとも月に1回、重大な意識や集中の混乱に結果する意識の喪失又は変容という不随意のエピソードを有する。(6p)

2 精神的、認知的及び知的機能の判定 (mental, cognitive and intellectual function assessment)

(11) 課題(仕事)を学習する

- (a) 目覚ましを設定するといった簡単な課題を学習できない。(15p)
- (b) 目覚ましを設定するといった簡単な課題を超える課題は何であれ学習できない。(9p)
- (c) 洗濯機の操作のような複雑さが緩やかな課題を超える課題は何であれ学習できない。(6p)

(12) 日常的な危険(例、沸騰した湯、鋭利なもの)を認識すること

- (a) 日常的な危険に対する認識の低さが、自分又は他人に危害を加えもしくは財産に損害を与える重大なリスクに通ずる。そのために、申請者は安全を維持するため大半の時間につき見守りを必要とする。(15p)
- (b) 日常的な危険に対する認識の低さが、自分又は他人に危害を加えもしくは財産に損害を与える重大なリスクに通ずる。そのために、申請者は安全を維持するためしばしば見守りを必要とする。(9p)

(c) 日常的な危険に対する認識の低さが、自分又は他人に危害を加えもしくは財産に損害を与える重大なリスクに通ずる。そのために、申請者は時折見守りを必要とする。(6p)

(13) 個人的な活動を開始し、終了すること(すなわち、計画し、組織し、問題を解決し、優先順位をつけ、もしくは課題を切り替えること)

(a) 精神的な機能の障害により、少なくとも2つの連続した個人的な活動を確実に開始し又は終了することができない。(15p)

(b) 精神的な機能の障害により、少なくとも2つの連続した個人的な活動を確実に開始し又は終了することが大半の場合できない。(9p)

(c) 精神的な機能の障害により、少なくとも2つの連続した個人的な活動を確実に開始し又は終了することがしばしばできない。(6p)

(14) 変化に対処する

(a) 日々の生活が営めなくなるほどに、変化には一切対処することができない。(15p)

(b) 日々の生活が全体として著しく困難となるほどに、些細な予定された変化(例、昼食の習慣化した時間を予め打ち合わせた時間に変えるような変化)に対処することができない。(9p)

(c) 日々の生活が全体として著しく困難となるほどに、些細な予定のない変化(例、日にちは予定されていたが時間が予め決められていなかった面会)に対処することができない。(6p)

(15) 出歩く

(a) 申請者の住まいの外にある申請者がどこもよく知っている場所へたどり着くことができない。(15p)

(b) 他の人の付き添いがなければ、申請者がよく知っている明記された場所へたどり着くことができない。(9p)

(c) 他の人の付き添いがなければ、申請者がよく知らない明記された場所へたどり着くことができない。(6p)

(16) 認知的な障害又は精神障害による社会的な約束への対処

(a) 人との触れ合いに携わることは、申請者が体験してきた他者に関するもつれ又は著しい苦痛により、常に排除される。(15p)

(b) 申請者がよく知らない人との社会的な接触は、申請者が体験してきた他者に関するもつれ又は著しい苦痛により、常に排除される。(9p)

(c) 申請者がよく知らない人との社会的な接触は、申請者が体験してきた他者に関するもつれ又は著しい苦痛により、大半の場合、不可能である。(6p)

(17) 認知的な機能障害又は精神障害による他の人々に対する態度の適切さ

(a) どの職場でも理不尽とされるような攻撃的な又は抑制できない態度をとるという制御のないエピソードを日常的に有する。(15p)

- (b) どの職場でも理不尽とされるような攻撃的な又は抑制できない態度をとるという制御のないエピソードをしばしば有する。(15p)
- (c) どの職場でも理不尽とされるような攻撃的な又は抑制できない態度をとるという制御のないエピソードを時折有する。(9p)

はじめに

障害年金の認定基準のうち、既に障害（前発障害）がある同一部位に、別の傷病による障害（後発障害）が重なって生じ、その結果障害が重度となった場合には、差引認定基準により前発障害の障害の程度を差し引いて後発障害の程度を認定することとされている。この差引認定は、社会保険である障害年金は加入要件または納付要件を満たさない障害の程度まで保険給付の対象とすることはできないために行うものと国は説明している¹。

この差引認定基準が適用されれば、障害年金1級の前発障害にあるものが、同一部位に生じた後発障害によって、前発障害と後発障害を併せてさらに重度の障害となった場合には後発障害が1級となることはありえないし、前発障害が障害基礎年金1級で、後発障害の初診日が厚生年金保険（以下「厚年」）の被保険者中であれば、（後発障害単独で2級以上と認定される場合を除いて）前発障害と後発障害を併せてさらに重度の障害となった場合には、障害厚生年金1級の受給権が発生することはない。

しかし、2022年、障害基礎年金1級の受給権者が、同一部位に、厚年の被保険者中に初診日のある障害が生じ、前発障害と併せてさらに重度になった場合に、障害厚生年金1級の受給権を認容する2022年1月27日大阪高裁判決（以下「本判決」）²がなされた。

本稿では、本判決を題材に、差引認定が抱えている根本矛盾、すなわち、通知に

¹ 厚労省、差引認定基準の見直しに関する専門家ヒアリング,資料3「差引認定基準の見直しについて」「差引認定を行わないとすると、① 保険料未納などにより前発障害が受給要件を満たしていない場合には、本来であれば受給対象とならない前発障害を含めた障害等級で認定されてしまう可能性がある、② 前発障害と後発障害の加入制度が異なる場合（例：前発は国年加入、後発は厚年加入）等において、後発障害の受給権の有無や障害等級を判断することができない」

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12501000-Nenkinkyoku-Soumuka/0000167512.pdf>

なお、②については、実務上、前発障害と後発障害が同一の加入制度であり、かつ、ともに納付要件を充足していても、初めて1級・2級に該当する場合を除いて、前発障害、後発障害のそれぞれの障害等級を判断することになる。そのため、この文意は、同一部位に障害が重複した場合に差引認定を行わないと後発障害の等級認定ができない、というものであると解される。

² LEX/TB 文献番号 25592961

記載されているすぎない差引認定が厚年法等に規定された「初めて1級・2級」という複数障害³の程度認定の趣旨に反するものといえるのではないかという点について検討していきたい。

I 2022年1月27日大阪高裁判決

1. 事案の概要

先天性の白内障等があり、左眼については出生時頃から視力がなく、右眼についても弱視で、障害等級1級(2021年12月までの国民年金(以下「国年」)法施行令1級1号「両眼の視力の和が0.04以下のもの」)の障害基礎年金を受給していた原告が、2013年12月17日に右眼白内障手術(以下「本件手術」)を受けた後、右眼増殖性硝子体網膜症、右眼網膜剥離及び右眼水疱性角膜症(以下「本件傷病」)を発症し、本件傷病により右眼も失明したと主張して、障害厚生年金の支給を求めたところ、国は、初診日は上記本件手術日ではなく、20歳前であるとして不支給処分をした。

2021年2月10日大阪地裁判決(以下「一審判決」)⁴は、初診日については「本件手術に起因して原告を失明状態に至らせた本件傷病は、本件前発傷病(先天性白内障)から通常の因果の経過をたどった結果ではなく、本件手術を起点として経験上異常な因果の経過をたどった結果であると評価されるから、本件前発傷病と本件傷病との間の相当因果関係は、否定される」として、初診日を厚年加入中である2013年12月17日と認めた。しかし、障害等級については差引認定により後発障害の程度を3級であると判じた。

控訴審である2022年1月27日大阪高裁判決(以下「本判決」)は、後発障害を両眼の失明の状態としたうえで差引認定基準2(後述2(2))を適用し(この点が大いに疑問(後述4))、「障害基礎年金および障害厚生年金」1級を認めた。

³ 本件については差引認定との関係から、複数障害のうち、特にことわらない場合は、同一部位についての複数障害の検討が中心となる。同一部位の定義については、後述Iの2の(2)参照。ただし、認定基準の定義では明確ではないが、本稿では原因が医学的に異なる精神障害が2つある場合(たとえば統合失調症と脳血管障害による高次脳機能障害)も同一部位の障害として考察する。

⁴ LEX/TB 文献番号 25592960

2. 差引認定

(1) 定義

差引認定は、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」（以下「認定基準」）⁵の併合等認定基準に示されている併合手法⁶の一つである。

障害厚生年金は、初診日において被保険者であったという加入要件、納付要件、障害の程度要件の3つを充足した時に支給される。差引認定は主にはこの加入要件に関わる。

同一部位に障害があり、かつ、被保険者となる前に初診日がある前発障害と、初診日において被保険者であった後発障害を併合して、現状は障害等級に該当する障害の程度である時に、前発障害の障害の程度を現状の障害の程度から差し引いて、後発障害の程度を認定するという手法が差引認定である。

認定基準（第3第2章第1節3）において、次の記載がある。差引認定とは「障害認定の対象とならない障害（以下「前発障害」という。）と同一部位に新たな障害（以下「後発障害」という。）が加わった場合は、現在の障害の程度（複数の障害が混在している状態）から前発障害の障害の程度を差し引いて、後発障害の障害の程度を認定する」という認定方法である。この「同一部位とは、障害のある箇所が同一であるもの（上肢又は下肢については、それぞれ1側の上肢又は下肢）のほか、その箇所が同一でなくても眼又は耳のような相対性器官については、両側の器官をもって同一部位とする」

(2) 手法等

認定基準は、差引認定の手法等について以下とする（認定基準同章第4節）。

=====

1 現在の障害の状態の活動能力減退率から前発障害の前発障害差引活動能力減退率を差し引いた残りの活動能力減退率（以下「差引残存率」という。）に応じて、差引結果認定表により認定する⁷。

⁵ 「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の改正について」（2002年3月15日庁保発12号）別添。

⁶ 併合の手法は他に併合（過重）認定と総合認定がある。これらも手法自体合理的説明ができないもので、法令にすら則った併合結果をもたらしていない。結果、複数障害者は現状に対応した障害年金を受給できていない。安部敬太「障害年金における複数障害の併合認定手法」障害年金法ジャーナル2号（2022年3月）249-272頁、安部敬太「障害年金における障害認定の現状」障害法6号（2022年11月）10-11頁。

⁷ 活動能力減退率（1985年改正前は労働能力減退率）の根拠は労働者災害補償保険法の労働

2 後発障害の障害の状態が、併合判定参考表に明示されている場合、その活動能力減退率が差引残存率より大であるときは、その明示されている後発障害の障害の状態の活動能力減退率により認定する。

3 「はじめて2級による年金」に該当する場合は、適用しない。

=====

(3) 根拠

はじめにでも述べたとおり、この差引認定を行う根拠は、社会保険原理により、加入要件または納付要件を満たさない障害の程度まで保険給付の対象とすることはできないためと説明されてきた。

本判決は一審判決の以下を引用して、差引認定は合理的であるとする。「障害給付のための障害等級の認定において、前発障害と同一部位に新たな障害（後発障害）が加わった場合の障害の程度は、障害給付が障害の発生ごとに障害等級を認定して受給権が発生する仕組みとなっていることや、差引認定をしないとすると前発障害と後発障害の加入制度が異なる場合等において後発障害の受給権の有無や障害等級を判定することができないことなどに鑑みると、後発障害が加わった現在の障害の程度によって認定するのではなく、現在の障害の程度から前発障害の程度を差し引いて障害の程度を認定（差引認定）することが合理的であり相当と解される。」

3. 判旨

本判決の結論は、内容的には、差引認定を適用せずに、現状1級という実体により、障厚1級を認容したと言える。しかし、本判決は上記のとおり、差引認定という認定基準を合理的であるとし、本件への適用も否定していない。

本判決は、「(差引認定にあたって)後発障害による障害の程度を判断するに際しては、後発障害と関わりのない方の眼の状態を考慮すべきではない」という国の主張を退けている。

その理由を述べる上で、2つの事例を挙げている。事例1は、両眼ともに0.02で勤務中の事故で両眼を失明した場合、事例2は両眼ともに0.02で勤務中の事故

能力喪失率をスライドしたものであり、この喪失率は、労働基準法別表1の各障害等級別の給付日数を、死亡が100%喪失であることを根拠に遺族給付(100%喪失)に対して百分率にしたにすぎない。つまり、この差引認定の方法自体がまったく合理的説明が見つからない認定手法である。安部敬太「障害年金における等級認定—その歴史の変遷—(1)」早稲田大学大学院法研論集176号(2020年12月)16頁。

で右眼のみを失明した場合である。事例 1 は後発障害がそれだけで 1 級となるので、結果 1 級と認定される。一方、事例 2 は後発障害が 3 級となる⁸。そして、本件は左眼が元々失明していて、後発障害は事例 2 と同じであるものの、事例 1 と同じ両眼失明という状態にある。事例 1 で 1 級なのに対して、本件が 3 級とされるのは、「一方の眼を失明した者にとって、他方の眼の役割は両眼の役割に匹敵するともいえ、そのような者が他方の眼を失明することによる障害の程度は、両眼を同時に失明する場合と大きな違いがあるとはいえないから…不合理である」とするのである。そして「控訴人は、両側の器官をもって同一部位とされる眼について、本件前発傷病により（左眼は元々失明しており※筆者補足）両眼の視力の和が 0.04 以下であったところ、本件傷病により右眼の失明という新たな障害が加わった結果、両眼の視力を失うに至ったものであるから、差引認定基準 2 の適用上、後発障害である本件傷病による障害の状態は、障害認定基準の併合判定参考表の「両眼が失明したもの」（1 級 1 号 - 1）に相当するといふべきである。その結果、後発障害による活動能力減退率は 134% となる」として 1 級を認容した。

4. 判決の評価

(1) 論理性

内容的には、差引認定は認めつつも、等級は現状の程度で認定をしていて、論理的に矛盾がある。現在の状態の両眼失明という重大性に引きずられた結果としか考えられない。現状の等級だけで等級を認定するのであれば、差引認定をそのものの違法性を正面から論じるか、少なくとも本件について理由を示して、差引認定の適用を否定すべきであった⁹。

⁸ この点でも本判決は誤っている。本判決は差引認定を行った結果の差引残存率は 24% で、1 眼が 0.02 以下（併合判定参考表 8 号）の活動能力減退率は 45% であるものの、この結果により、症状が固定している（傷病が治っている）のであれば障害手当金となる。本判決は 45% を差引結果認定表の差引残存率として扱い、3 級 12 号としている。しかし、この差引残存率は差引認定の結果の数値であって、活動能力減退率ではない。8 号というのは併合認定参考表の号数で、傷病が治った場合には障害手当金であり、厚年施行令 3 級 14 号として 3 級が支給されるのは傷病が治っていない場合に限られる。本件の右眼が失明状態にあるのなら、傷病は治った（症状固定）と認定される可能性が高く、そうなれば障害手当金の支給にとどまる。この点、一審判決も同様に誤っている。

⁹ なお、本高裁判決は、国は上告せず、確定しているものの、国が上告することは、社会的影響が大きかったり、法的安定性に関わると国が判断した場合を除いて、一般的とは言えず、あまり重視できないと考えられる。

「(差引認定にあたって)後発障害による障害の程度を判断するに際しては、後発障害と関わりのない方の眼の状態を考慮すべきではない」という国の主張に矛盾はなく、むしろ判決が「差引認定基準2の適用上、後発障害である本件傷病による障害の状態は、障害認定基準の併合判定参考表の「両眼が失明したもの」(1級1号一1)に相当するというべきである」といっていることの方に無理がある。

(2) 差引認定の認定手法

差引認定の手法を直接説明するものは上記2(2)の差引認定基準1に限られる。一方、同2と3は1を補足し、注釈する内容である。差引認定基準2の後半の「後発障害の障害の状態の活動能力減退率により認定する」というのは「後発障害の程度のみで等級認定をする」ということと同義である。よって、同2は、「後発障害の障害の状態が併合判定参考表に明示されている場合で、その活動能力減退率が差引残存率より大であるときは」差引認定は適用しない(差引残存率が後発障害の活動能力減退率より大であるときに限って差引認定を適用する)、と述べているにすぎない。

2017年9月の差引認定の基準改正¹⁰時に追記されたのが同認定基準の「認定例2」である。この事例は差引認定の違法性を正面から問うた国賠訴訟事案そのものである¹¹。この事案においては、国は提訴後、20歳前初診の両下肢障害は脳性麻痺で、事故で生じた脊髄損傷による両下肢の完全麻痺障害は脊髄に起因するものであって、部位としては重なるものの原因が別で、仮に脳性麻痺による両下肢障害がなかったとしても、後発障害だけで1級と認定すべきであったのであり、差引認定を適用すること自体が誤りだったとして、交通事故の1年半の時点から、「障害基礎年金および障害厚生年金」1級を支給すると処分変更した¹²。このことから、差

¹⁰ これによって差引認定による併合または選択後の等級は、現状の等級と同一となるケースが多くなり、差引認定により現状1級であっても、前発障害が2級の場合には前発障害と後発障害との併合結果が1級となることがありえなかった改正前と比べると大きく改善された。ただし、それでもまだ現状の等級との相違がある場合が残されている。安部敬太ほか『新訂第2版 詳解 障害年金相談ハンドブック』(日本法令・2022)707頁。さらに、本校はより根本的な差引認定そのものの不合理を論じるものである。

¹¹ 藤原 精吾「障害年金の「差引認定基準」の見直しを実現」賃金と社会保障1720号(2018年12月)4~22頁。

¹² 原告は後発障害の脊髄損傷だけで1級認定が可能で差引認定を適用しないというのは、個別事案を救済し、差引認定基準には手をつけようとするマヤカシであり、「現状1級なのに、前発障害と、それを差引した後発障害の併合または選択結果が現状等級と一致しないことに合理性はない」と主張し、それが差引認定の大改正につながった。

引認定基準 2 が差引認定を適用しない場合を示していることが確認できる。

(3) 脊髄損傷事案と本件との相違

これに対して、本判決事案は、左眼の視力がない人が、右眼も（元から弱視だったとはいえ）本件手術により視力を完全に失い、結果として両眼失明となったのだから、後発障害を「両眼の失明」とすることはできず、差引認定によるか、差引認定基準 2（後発障害単独での等級認定）により程度を認定することになる。

現在の状態は「両眼が失明したもの」（併合判定参考表の 1 級 1 号区分 1）であるから差引認定基準の「現在の活動能力減退率」は、134%であり、前発障害である「両眼の視力の和が 0.04 以下のもの」（併合判定参考表の 1 級 1 号区分 10）の活動能力減退率 95%であるから、差引残存率は 39%である。

これに対して、後発障害は「一眼の視力が 0.02 以下に減じたもの」（併合判定参考表 8 号）であり、活動能力減退率は 45%である。

差引認定基準 2 は、上記(2)のとおり、「後発障害の障害の状態が併合判定参考表に明示されている場合で、その活動能力減退率が差引残存率より大であるときは」差引認定は適用しないのであるから、後発障害だけで単独認定することになり、結果、後発障害は障害手当金にとどまる¹³。

(4) 本判決 1 級の理由の不合理

本判決が挙げている事例 1 「右眼と左眼の視力がいずれも 0.02 で障害基礎年金（1 級）を受給していた者が、勤務中の事故により両眼を失明した場合」は、確かに障害基礎年金の対象となった傷病とはまったく別の傷病（工作中的事故）により、両眼に既存障害がなかったとしても、工作中的事故により神経断絶等となり結果として両眼を失明していたということであれば、上記の脊髄損傷事案と同様に、前発障害はあってもなくても後発障害だけで両眼を失明していたということになる。そのため、この場合は差引認定基準 2 が適用され、後発障害だけで障害の程度は 1 級に認定されることになる。

しかし、繰り返すが、本件の場合、右眼の失明は本件手術が原因で、元々弱視であったこととは相当因果関係がないとしても、後発障害である片眼失明だけでは障害手当金にしかならないため、差引認定基準 2 を当てはめると、後発障害は障害手当金にとどまる。

¹³ 注 7 参照。

(5) 1級の根拠とすべき論理

本判決は「事例1と同様に両眼の失明に至った控訴人について、(左眼に視力が残っている…補足筆者)事例2と同様に厚年法施行令別表第1の3級の障害給付しか受けられないとするのは、「現在の障害の状態」に相当する等級と比べて著しく低くなり、不合理である」とし、両眼失明という現状の程度で1級と認定している。

結果として「障害基礎年金および障害厚生年金」1級と判断するとしても、その理由としては、少なくとも本件については、差引認定基準の適用自体を否定し、後発障害により、結果として両眼失明になったのだから、(初めて1級[厚年法47条の3]が複数の障害をひっくるめて認定するのと同様に)前発障害の程度は考慮せず、複数の障害による現在の障害の程度を認定するというべきであった(詳しくは後述IIの5)。

均衡を失するとして比較すべきだった事例は、左眼のみを失明していた人が、厚年中初診日の傷病で右眼を失明すれば、初めて1級が適用され、「障害基礎年金および障害厚生年金」1級が支給されるということであったろう。

(このように「初めて1級・2級」は被保険者でなかった時の障害も給付対象とするという点で、社会保険原理を大きく修正する規定である…下記II参照)

(6) 本判決事案の意義

ただし、下記IIで検討するとおり、本件判決は、障害年金の制度上、重要でありながらも、これまであまり検討されてこなかった課題を気づかせてくれた。その意味で本判決事案の意義は大きいといえる。

II 「初めて1級・2級」と差引認定は両立しえないこと

1. 複数障害についての2つの見方

差引認定基準3(上記Iの2(2))には「「はじめて2級による年金」に該当する場合は、適用しない。」との記載がある。なぜであろうか。

差引認定と「初めて1級・2級」規定は根本的に矛盾しているからである。

厚年法47条の3は「疾病にかかり、又は負傷し、かつ、その傷病(以下…「基準傷病」という。)に係る初診日において被保険者であつた者であつて、基準傷病以外の傷病により障害の状態にあるものが、基準傷病に係る障害認定日以後65歳に達する日の前日までの間において、初めて、基準傷病による障害(以下…「基準障害」という。)と他の障害とを併合して障害等級の1級又は2級に該当する程度の障害の状態に該当するに至ったとき(基準傷病の初診日が、基準傷病以外の傷病…

に係る初診日以降であるときに限る。)は、その者に基準障害と他の障害とを併合した障害の程度による障害基礎年金を支給する。」(国年法 30 条の 3 は「障害厚生年金」が「障害基礎年金」となっているだけで他は同一)としている。

「初めて 1 級・2 級」は、本来は納付要件を充足せず社会保険の対象とされない場合があったり、加入制度の異なる場合がある前発障害も含めた複数の障害による状態を足し算した、現状のみで障害の程度を認定する。一方、差引認定は社会保険の対象とされない場合があったり、加入制度の異なる場合がある前発障害の程度を複数の障害による現状の程度から差し引いて、保険給付の対象とする後発障害の障害の程度を認定する。この二つは認定の方向性が真逆であり、根本的に相容れない認定方法である。

「初めて 1 級・2 級」は前発障害について、加入要件も納付要件も問わないという点で、社会保険原理を大きく修正する規定といえる。

2. 2 つの見方の歴史経過

(1) 1985 年改正前

相矛盾する「初めて 1 級・2 級」と差引認定が併存しているのは、歴史的経過の産物といえる。

被保険者になる前に生じた障害をも併合して障害の程度を認定するという「初めて 1 級・2 級」に近い規定は、旧(1985 年改正前の法を指す。以下同じ)国年法にはあった。そして、旧国年法には差引認定基準は存在していなかった。

一方、旧厚年には、被保険者になる前に生じた障害をも給付の対象とするという規定はなく、逆に、被保険者になる前に生じた障害と同一部位に、被保険者中の障害が生じた場合には差し引いて認定するという差引認定基準を有していた¹⁴。厚年には、基礎年金が創設されて国年と 2 級までを合体させた 1985 年改正で初めて被保険者になる前に生じた障害をも給付の対象とする「初めて 1 級・2 級」が規定されたのである。

旧国年法の「初めて 1 級・2 級」の原型規定は、1961 年に新設された(1961

¹⁴ 厚年認定基準に差引認定が初めて記載されたのは「厚生年金保険における廃疾の認定基準について」(昭 33 年 6 月 13 日保発 40 号)、『社会保険旬報』295 号(1958 年) 13 頁。安部敬太「障害年金における等級認定—その歴史的変遷—(1)」早稲田大学大学院法研論集 176 号(2020 年 12 月) 15 頁。

年10月1日施行、同年4月1日から適用)された法30条2項¹⁵に規定されたもので、被保険者ではなかった20歳前や国年創設前に障害があったけれども、その障害は2級よりも軽いものだった人に、国年被保険者中に生じた後発障害が一定の程度¹⁶以上である場合で、前発障害と併合して2級以上であるときには、障害福祉年金ではなく、(福祉年金よりも額の高い)拠出性の障害年金を支給する、というものであった。一方、旧厚年法は、従前所得保障という趣旨から、被保険者になる前の障害は給付対象にしないため、差引認定基準があり、かつ、被保険者になる前の障害を含めて給付の対象にするという規定はなかった¹⁷。

以上の経過からしても、そもそも差引認定¹⁸と「初めて1級・2級」は、その趣旨や成立経過から、根本的に相容れない規定であるといえよう。

¹⁵ 1985年改正前国年法30条2項は「初診日が20歳に達する目前である傷病により廃疾の状態にある者が、20歳に達した日以後にさらに疾病にかかり又は負傷した場合において、前項各号の要件に該当し、かつ、新たに発した傷病に係る廃疾認定日において、前後の廃疾を併合して別表に定める程度の廃疾の状態にあるときは、その者に前後の廃疾を併合した廃疾の程度による障害年金を支給する。ただし、新たに発した傷病に係る廃疾が厚生大臣の定める程度以上のものである場合に限る」というものであった。

¹⁶ 1961年厚生省告示第376号「併合認定の対象となる新たに発した傷病に係る廃疾の程度を定める件」最終改正1966年12月適用。視覚障害、聴覚障害、肢体障害の機能障害16項目のほか、「日常生活が制限を受ける」という包括規定がある。この包括条項については、「日常生活にやや制限を受ける程度、すなわち日常生活において制限はあるが、労働により収入を得ることは不可能ではない程度」(社会保険庁年金保険部監修『国民年金障害等級の認定指針』(厚生出版社・1981)336頁)とされる。機能障害については、現行等級表、認定基準における障害手当金または3級程度の障害事項に重なるものがある。

¹⁷ 「20歳前又は昭和36年4月1日前に初診日があり廃疾の状態(程度は問わない)にある者が、被保険者になった後、別の負傷又は疾病にかかり、その傷病により、一定の廃疾の状態(基準障害の程度)に該当し、前後の廃疾の程度を併合すれば法別表2級以上の程度に該当するときは、後の傷病について保険料納付等の条件を満たしていれば、障害年金が支給される。これは、後の障害—被保険者になってからの障害—が一定条件にあるならばこれを動機として制度加入前の障害をも拠出制年金の支給対象とする趣旨によるものである。(被用者年金制度では、加入後の事故のみを給付の対象とし、制度加入前の既存障害—国民年金の場合でいえば前の障害に相当する—は、全体の障害の程度からその障害の程度を差し引いた残りの障害の程度又は後の障害のみの程度のいずれか高い方によって給付が行なわれる。)。社会保険庁年金保険部監修『国民年金障害等級の認定指針』(厚生出版社・1968)7頁。

¹⁸ ただし、少なくとも現在の取扱いとしては、差引認定は前発障害の初診日が厚年被保険者中で、納付要件を満たしている場合でも適用されている。これは保険原理では説明がつかない。保険原理を理由に作られた差引認定基準が、保険原理よりも上位に置かれて運用されているといえよう。

(2) 1985年改正

1985年改正において、厚年法にも初めて1級・2級規定が新設され、国年法、厚年法ともに、前発障害は20歳前や国年創設前に限定されることなく、かつ、「基準障害と併合して初めて1級又は2級に該当する程度に至ったとき」と規定され、後発障害の程度ではなく前発障害¹⁹の程度が2級に満たないこと、2級の受給権を一度も取得したことがないことが要件として加えられて、1985年改正法の初めて1級・2級規定が制定された。

この初めて1級・2級について、国は次のように説明している。「従来の障害年金制度においては、それのみでは障害等級に該当しないような軽度の障害が別々に生じた場合、合わせると障害等級表に該当する障害状態になった場合であっても、障害年金は支給されないこととされていた。しかしながら、このような者も同じ障害者であることに変わりはないため、関係者から改善が要望されてきた。社会保険の仕組みの範囲内で制度の改善を図ることとし、国民年金に設けられていた20歳前障害のある者が国民年金の加入中に発生した軽度の障害と合わせて障害等級表に該当する障害となった場合には、拠出制の障害年金が支給されるという制度の考え方になり、軽度の障害のある者がさらに被保険者中に発生した障害をいわば「ひきがね」として初めて一定（現行国民年金の障害等級表の2級）以上の障害となったときに障害年金を支給することとしたものである（国30の3）。「ひきがね」となった被保険者中に発生した障害については、3分の1以上の滞納期がないという一般の納付要件を問う。一定の「ひきがね」となる障害の発生により、「初めて2級」になる場合に支給するものであるから、その「ひきがね」となる障害の程度も自ら一定程度以上の障害であることが必要である。したがって、実際には、厚生年金の3級障害程度のものが複数生じた場合のようなケースが一般的であると想定している。」²⁰

社会保険原理からすると、大幅な修正といえよう。現状の障害の程度が1級または2級という重度の状態にある場合に、それが複数障害が合わさった結果であり、

¹⁹ 旧国年法30条2項については「前発障害の廃疾の程度の如何は問われない」（注7・339頁）とされた。すなわち、旧国年法には「初めて」という要件はなく（注15）、後発障害が一定の程度の障害にあれば、前発障害だけで2級以上であってもこの規定は適用されたことになる。

²⁰ 国民年金制度研究会『国民年金質疑応答逐条改正経過集覧』（ぎょうせい・1975）加除式1071-7～1071-8頁

かつ、前発障害については加入要件や納付要件を満たしていないとしても、後発障害について加入要件や納付要件を満たすのであれば、前発障害をひっくるめた現状の障害の程度について障害年金を支給するというのである。障害年金制度から除かれた複数障害による障害者に対しては朗報であった。ここまできると、旧国年法の「併合して1級・2級」以上に、差引認定とはまったく逆向きの制度であることが明白となったといえよう。

にもかかわらず、差引認定は旧厚年法の認定基準のまま、1985年改正法の認定基準にも引き継がれることになる。

3. 差引認定の根本問題

差引認定は2017年改正の後も、以下の点で根本的な問題をはらんでいる。

第1に、本判決事案のように、前発障害と後発障害の加入要件が相違している場合で、前発障害が1級で、前発障害の初診日では厚年被保険者ではなく、後発障害が前発障害と同一の部位に生じ、厚年被保険者中に初診日があり、それまでに多額の厚年保険料を負担していて、かつ、前発障害と後発障害を併せた障害の程度はより重度となっても、障害厚生年金が受給できない。

第2に、差引認定は同一部位にある障害について、前発障害の程度が認定できることを前提としているため、前発障害の程度が判断できない場合、現状の障害（または前発の障害）が明らかに障害等級に該当していても、障害年金制度から排除されてしまうという結果をもたらす。裁判例だけでも、このような事案が多数あり、前発障害の程度が判断できないという理由だけで、現行の障害年金が障害者の所得保障として機能していないことを明確に示している²¹。

第3に、差引認定で使われる活動能力減退率は合理的説明ができない数値（前述Iの2(2)注4）であることから、この数値に基づいて差引認定がなされ、その数値により等級が決まるということ自体に合理性がまったくない。

4. 初めて1級・2級の問題点

一方、初めて1級・2級にも問題がある。

旧国年法の「併合して1級・2級」とは違って、基準障害を併合して2級以上と

²¹ 安部敬太「障害年金における障害認定の現状」障害法6号（2022年11月）11頁，17頁（注21・23）。

なる前に、前発障害による状態が2級未満の程度であったことが要件とされている。そのため、Iの裁判事案のように、2級の受給権を得ているものは対象とならない。受給権を得ていなくても、前発障害が2級未満であることが証明できない場合にも、初めて1級・2級の受給権が発生しない。

さらに、Iの裁判事案のように、障害基礎年金2級以上の受給権者は、厚年被保険者中に後発障害が生じて、その障害との併合によって障害が決定的に増悪しても、障害厚生年金の受給権が発生することはない。

複数の障害によっても3級以下にとどまる場合も、複数障害をひっくるめて3級と認定されることない。

このような初めて1級・2級の現状の法規定は、社会保険原理を拡張および修正して、前発障害による障害も含めて現状の障害状態の程度に応じて障害年金を支給しようとした1985年改正時の「初めて1級・2級」条文の新設趣旨に十分に応えたものとはなっていない。

Ⅲ 改革に向けて

1. 差引認定の廃止

2017年の差引認定の改正により、差引認定の適用により、現状の程度と合わない程度認定となるケースは大幅に減ったことは確かである。

しかし、本裁判事案のように前発障害も障害年金上は既に重度である場合に、複数障害の結果、障害の程度がさらに増悪しても、差引認定が適用されると後発障害の程度は非常に軽度のものとししか認定されない。

これは差引認定自体が、社会保険原理を徹底させた結果、現状の障害の程度に応じ、被保険者となる前の障害の程度をも給付の対象とし、かつ、前発障害後の厚年被保険者期間における保険料負担を反映させて給付を行うという「初めて1級・2級」の制定趣旨と真逆の論理により貫かれているからである。

以上から、法定されている「初めて1級・2級」の趣旨に反する差引認定は廃止されることが望ましい。

2. 前発障害について2級未満であることを要件としないこと

現行法令の行政解釈と取扱いからすれば、「初めて1級・2級」は別傷病による前発障害について2級以上の障害年金の受給権者だけでなく、前発障害では2級以上の受給権がない場合でも、前発障害が2級未満であると認定されることが適用要件

となっている。前発障害の同一部位に後発障害が生じた場合には、前発障害の程度が2級未満であったことを証明することは困難な場合が多い。

まずは、このようなケースをなくすため、この前発障害が2級未満であることを証明しなければ、「初めて1級・2級」の受給権を発生させないという取り扱いを改めて、前発障害が2級未満であることを証明できるか否かにかかわらず、前発障害で2級以上の受給権を得ていない場合には、積極的に「初めて1級・2級」の受給権を発生されるという取扱いに改めることが求められるであろう。

3. 「初めて1級・2級」から「併合1級・2級」への改正

(1) 「初めて」の削除

上記2だけでは前発障害で1級または2級の受給権を得ているものは、「初めて1級・2級」の適用がないことに変わりはない。

では、Iの裁判事案について、「初めて1級・2級」という社会保険原理の修正をさらに拡張させることにより、「障害基礎年金および障害厚生年金」1級の受給権を発生させることは可能だろうか。

前発障害について2級または1級の受給権が発生している場合であっても、前発障害と（1つまたは複数の）後発障害と併合して障害が増悪していること（この判断の仕方については後述「おわりに」参照）が認められ、前発障害と（1つまたは複数の）後発障害と併合して1級または2級に該当すれば、最後に初診日がある障害について加入要件および納付要件に基づく1級または2級の受給権が発生することとするよう提案したい。

これは、国年法30条の3および厚年法47条の3から「初めて」を削除し、前発障害と（1つまたは複数の）後発障害と併合して障害が増悪している場合には、いわば「併合1級」および「併合2級」の受給権を発生させるということである。そして、「併合3級」も新設する。

これにより、本判決事案については、前発障害が障害基礎年金1級であったこととは無関係に、前発障害と後発障害を併合した併合1級の受給権が発生する。その年金は、後発障害の初診日において厚年被保険者であったことから、「障害基礎年金および障害厚生年金」1級になる。

また、この「初めて」の削除により、上記2についても明確に「併合1級・2級」の受給権が発生することになる。

(2) 事案検討

本判決事案以外にも、これにより救済される事案は存在する。

たとえば、国年被保険者中に初診日のあるうつ病で 2 級の受給権を得たものの、その後軽快して 3 級となり支給停止となっていた人が厚年被保険者であった期間に、2 度の交通事故に遭い、1 度目で右下肢の 2 関節の用を廃したもの（関節可動域が健側の半分以下、3 級・併合判定参考表 6 号・活動能力減退率 40%）となり、2 度目の事故の結果、（2 度目の事故単独での障害ではなく）2 度の事故による障害（後発障害）を併せた障害の程度が右下肢の用を全く廃したもの（2 関節の関節可動域が健側の半分以下かつ筋力半減以下、2 級・併合判定参考表 4 号・活動能力減退率 79%）となった事案を検討する。後発障害の等級は差引認定により差引残存率 39%で 3 級（併合判定参考表 7 号）である。このケースでは、精神障害で 2 級の受給権があるので、「初めて 2 級」の受給権は発生せず、後発障害 3 級と精神障害 3 級（併合判定参考表 7 号）を併合しても、併合（加重）認定（認定基準第 3 第 2 章 2 節）²²により、3 級にとどまる。

これに対して、法条文から「初めて」を削除して、「併合 2 級」の受給権を発生させることができれば、精神障害 2 級の受給権の有無とは無関係に、2 級の受給権が得られることになる。そして、本裁判事案と同様に、後発障害（基準障害）の初診日において、厚年被保険者であった場合には、併合した障害の程度に応じた国年法 30 条の 3 に基づく障害基礎年金および厚年法 47 条の 3 に基づく障害厚生年金の受給権が発生する。

(3) 小括

このいわば「併合 1 級・2 級」は、1985 年改正時の「初めて 1 級・2 級」の立法趣旨、すなわち複数障害による障害の現状に対して、たとえ前発障害については加入要件や納付要件は満たさずとも、障害年金の対象とするとした趣旨に沿い、その方向性を発展させたものといえる。

²² この場合で 2 級とならないのは、併合（加重）認定の問題ともいえる。どんな 3 級であっても 2 つあれば 2 級にするということであれば、まだ比較的公平性が確保されているといえるかもしれない。しかし、現行の併合（加重）認定では、厚年施行令別表 1 に具体的な機能障害が列記されている、視覚、聴覚、肢体等の外部障害の一部だけはもう一つ別の 3 級があれば 2 級となるものの、それ以外の障害事項は 3 級が 3 つあって、やっと 2 級に繰り上がる。

おわりに

現行法で、国年法および厚年法に規定されている「初めて1級・2級」の論理を
発展させ、差引認定を廃止し、前発障害で2級以上の（受給権者のみならず）障害
状態にあったかどうかであったかどうかとは無関係に、現状の程度について、後発
障害と併合して「1級・2級」に該当すれば、「併合1級・2級」の受給権を認める
よう法を改正し、「併合3級」も新設することが望まれる。

同一部位に生じた複数の障害により、日常生活制限や稼得活動制限、社会参加制
約を受けている人が、単一の障害により同様の制限と制約を受けている人に比して、
障害年金が受給できにくく、給付対象から除外されている現状は不公正というほか
ない。複数障害は差し引くのではなく、ひっくるめて障害年金の対象とする。それ
が「初めて1級・2級」を法定した時の趣旨であったことを想起し、それにより複
数障害のさまざまなケースを障害年金の対象とするよう法、法解釈、取扱いを改め
ていくことが求められている。

残された問題にふれておく。

第1に、併合1級または2級の受給権発生要件とした、前発障害と（1つまた
は複数の）後発障害と併合して障害が増悪していることの判断を何に基づいて行う
のかという課題がある。現行の認定基準からすれば、併合認定基準の併合判定参考
表の号数ごとの「現在の活動能力減退率」によることが考えられる。しかし、これ
は前述（注7）のとおり、各障害事項がどうしてそのような減退率となるのか、障
害事項ごとの軽重はどのように判断されたのかについて、合理的説明がまったくで
きないものである。各障害事項の軽重の分類については、一人の総体としての全
般的な活動制限および社会参加制約の程度ならびに社会的障壁の程度を反映する
ものとするように根本的に作り替えることが求められる²³。

第2に、現状では障害等級に該当しているものの、最後に初診日のある障害では
加入要件および納付要件が充足しておらず、それまでの（1つまたは複数の）前発
障害と同一部位に後発障害が加わったために、加入要件および納付要件を満たす前
発障害が障害年金の支給程度であることを証明できないケースを障害年金の対象
にするには障害の程度認定をどのように行うのかを検討する必要がある。この場合

²³ 本誌に掲載されている障害年金法研究会「「障害年金2025年制度改革への障害年金法研究
会からの提言書」の「三 障害認定方法の改革提案（医学モデルから社会モデルへの改革）」が
参考となる。

には、加入要件および納付要件を満たす前発障害（または最後の障害までの複数の障害）の程度を医学的に類推するという、障害の程度の認定方法を積極的に導入すべきではないかと思われる。

以上

Ⅲ章-2

事例報告

就労している場合の「知的障害を伴わない発達障害」で不支給となった事例報告

社会保険労務士 震明 裕子

I はじめに

就労と精神障害の取り扱いについては、「障害認定基準」¹や「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」²において記載されており、就労をしても2級に認定されるケースはガイドライン施行後増加しているものの、未だに不支給となるケースもあり認定にばらつきを感じる。障害者雇用が進み、IT 関連など認定基準が作成された当時にはなかった職種が生まれ、コロナ禍後には働き方の多様化が一気に進んだが、「就労可能であれば日常生活の支障が軽い」という見方が変わらないことや「収入と障害年金の関係」について考えさせられた事例である。

II 「認定基準」及び「ガイドライン」における就労の取り扱い

まず、審査における就労の取り扱いについて確認したい。

認定基準では、「発達障害」については「社会行動やコミュニケーション能力の障害により対人関係や意思疎通を円滑に行うことができないために日常生活に著しい制限を受けることに着目して認定を行うこと」とされている。また、「社会的な適応性の程度によって判断するよう努め、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とらえない」としている³。それを踏まえて、ガイドラインの総合評価の際に考慮すべき要素の中で、「一般企業（障害者雇用制度による就労を除く）で就労している場合でも、他の従業員との意思疎通が困難で、かつ不適応な行動がみられることなどにより、常時の管理、指導が必要な場合は2級の可能性を検討する」「知的障害を伴わない発達障害は、社会的行動や意思疎通

¹ 「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準」（以下「認定基準」と言う。）

² 「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」（以下「ガイドライン」と言う。）平成28年9月に厚生労働省年金局より発出された。

³ 「認定基準」第8節精神の障害 2認定要領 E発達障害（2）（5）（6）

能力の障害が顕著であればそれを考慮する」としている。

Ⅲ 事例の概要

令和3年3月に当該事例の請求人⁴の夫が障害厚生年金の請求を行い、不支給決定を受け審査請求より受任し、審査請求、再審査請求を行った。発達障害については、Ⅱで述べたように別途基準が設けられているにもかかわらず、コミュニケーションスキルの低さ、社会適応の支障、職場の配慮について全く考慮されず、3級にも該当しないとされた。

(1) 請求人の出生時からのエピソード

請求人は、子供の頃から集団行動が苦手で、忘れ物が多く片付けができなかった。些細なことで激昂することがあり、教師から問題児扱いされることが多く、学校生活に馴染むことができなかったが、興味のあることには、とことんのめり込んだ。大学に入学し、一人暮らしを始めた頃から支障が表面化した。興味のあることのみ集中するあまり、食生活は乱れ、部屋はゴミが溜まるなど、単独で適切な日常生活を送ることができなかった。この頃から、現在の夫の援助を受けて日常生活を送っており、夫の援助がなければ、日常生活も就労も成り立たない状態である。大学卒業後は、プログラマーとして、なんとか就職ができたものの、人との関わりが怖く、質問ができない、ケアレスミスが多く叱責を受けるなどし、職場で孤立した。

(2) 診断書及び病歴就労状況等申立書の内容

① (初診時所見)

不安緊張が非常に高く、ほとんど会話が出来ないため、夫が代弁して本人の主訴を伝える。ソワソワと落ち着きなく、視線も一定しない。

② (障害の状態)

現在の病状又は状態像として、抑うつ状態（憂うつ気分）、知能障害等（高

⁴ 当該事例の請求人は、以下「請求人」と言う。

次脳機能障害（注意障害、遂行機能障害）、発達障害関連症状（相互的な社会関係の質的障害、言語コミュニケーションの障害）が指摘されている。具体的には、

- ・コミュニケーションスキルが低く、対人交流の場面で不安緊張が高まるため、言語化して伝えることが苦手である。

- ・ケアレスミスが多く集中力を保つことが困難で、マルチタスクが苦手である。

- ・日常生活や就労に大きな支障を来しており、失敗体験が重なることで二次的に抑うつ、不安症状が出現しやすく、不適合が生じやすい。

- ・衝動性の高さから、オンラインゲームに高額の課金をしてしまうことがある。

③（日常生活能力）

日常生活能力の判定平均 2.8 日常生活能力の程度 (4)

寝ることや食べることといった日常生活の基本的な行為についても夫の声かけや援助が必要である。

④（就労状況）

一般雇用 職種：プログラマー 給与：月 18 万円

環境の変化に脆弱で、コミュニケーションスキルが非常に低く、対人関係において不安緊張が高まり言語化して伝えることができないため、職場でも孤立し、不適合が生じ休職することがあった。復職時にかかりつけ医から産業医に医療情報の提供が行われ、産業医面談が施行され、職場環境の変化がないよう、相談できる相手をおいてもらうこと、ルーティン作業を中心とするなど配慮を受けている。

IV 裁決

以下のような理由で障害等級3級にも該当しないとされた。

- ・「身の安全保持及び危機対応」はおおむねできるが時には助言や指導を必要とする程度である。⁵

- ・一般企業に一般雇用され、産業医面談を施行し、職場環境の変化が大きくならないよう配慮を受けながらではあるが、週に5日、プログラマーとして勤務し、一

⁵ 日常生活能力の判定の「身の安全保持及び危機対応」以外の6項目は、「自発的かつ適正に行うことができないが助言や指導があればできる」及び「助言や指導があればできる」である。

月に18万円程度の給与を受けている。

- ・障害認定日頃、電車を利用して片道45分かけて通勤し、疲れきっているとしながらも、障害認定日の前月及び前々月は、いずれも22日出勤して、プログラミングの業務に従事したとしている。

V 裁決を踏まえて考えること

(1) 他の事例との比較

日常生活能力は、ガイドラインの等級の目安では2級相当であり、コミュニケーションスキルが低く、日常生活や就労に大きな支障がある。配慮を得ながらの就労であるにも関わらず、3級にも該当しないとされたことは、納得できるものではない。

次の表は、筆者が令和3年から4年に請求した「知的障害を伴わない発達障害の請求事例」である。

	請求年月	日常生活能力	就労状況	仕事内容	給与	結果
①	R3.6	2.5(3) ⁶	一般雇用(配慮あり)週5日 休職中	事務	25万	厚生3級
②	R3.10	2.7(4)	障害者雇用・週5日	洗濯	10万	基礎2級
③	R3.11	2.7(4)	障害者雇用・週5日	機械組立	18万	厚生2級
④	R4.5	2.4(3)	障害者雇用・週5日	事務補助	10万	基礎2級
⑤	R4.10	2.8(3)	障害者雇用・週5日	事務補助	20万	基礎2級
当該事例		2.8(4)	一般雇用(配慮あり)週5日	プログラマー	18万	不該当

こうして比較すると、日常生活能力は請求人が最も低く、給与は、ほぼ同程度である。①は、休職中であるが、復職後の令和4年の更新で障害厚生年金3級を継続して受給できている。また、②～⑤は、通勤し休むことなく出勤ができていることからすると、裁決で述べられている理由には全く説得力がない。

⁶ 「日常生活能力の判定」平均が2.5で「日常生活能力の程度」の評価が(3)であることを示す。以下同じ。

その後、請求人は再請求により障害厚生年金2級が認められた。

再請求時の診断書内容

当該事例	3.5(4)	障害者雇用 週5日	プログラマー	18万
------	--------	-----------	--------	-----

初回の裁定請求時と変わった点は、日常生活能力が2.8(4)から3.5(4)⁷と障害状態が重くなったこと、一般雇用(配慮あり)から正式に障害者雇用に切り替わった点である。

裁決の不支給の理由のひとつであった「身の安全保持及び危機対応」は、おおむねできるが時には助言や指導を必要とするから、助言や指導があればできるとされたが、他の2つの理由である、「週に5日、プログラマーとして勤務し、一月に18万円程度の給与を受けている」ことや「電車を利用して片道45分かけて通勤し、休むことなく出勤しプログラミングの業務に従事している」状況は、なんら変わっていない。

ガイドラインの等級の目安や先の①～⑤の事例から見ると、2.8(4)であっても2級に該当するレベルであるから、初回の裁定請求時において2級になるべきであったと今も思う。初回の裁定請求時の認定調書は、単に就労していることのみから非該当と判断していると推測できる記載があった。初回の裁定請求時から障害者雇用と同等の配慮を受けていることは診断書や病歴就労状況等申立書にも記載されているにもかかわらず配慮されなかったことを残念に思う。また、裁決におけるプログラマーであることや給与、通勤等の不支給の理由は、結果ありきの理由のように感じられ、裁定請求で就労していることをもって不支給とされると、それを覆すことの難しさを実感した。

「能力を活かして働いている」方の日常生活上の支障や援助の必要性、周囲の援助により就労が可能となっていることについて裁定請求時から具体的に強く訴える必要があると感じると同時に、先述の事例からは認定医による判断のバラツキを実感した案件であった。

⁷ 「身の安全保持及び危機対応」は助言や指導があればできるに、「金銭管理と買い物」「社会性」は「助言や指導をしてもできない若しくは行わない」になった。

(2) 認定基準の基本的事項再考の必要性について

認定要領やガイドラインにおいて「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よって判断するよう努める」「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ない」とされ、実際これらに基づいてほぼ運用されているが、認定基準の基本的事項では、各等級の障害の状態の基本を次のように示している。

1級	…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。…
2級	…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。…
3級	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のである。…

上記の基本的事項では、「障害が重ければ日常生活が困難であり、就労が困難となる」という考え方に基づいており、審査において「就労可能であれば日常生活の支障が軽い」という見方に繋がっている。

請求人や①～⑤のケースの方は、日常生活において周囲から多くの援助を受けながら就労可能となっている。「Iはじめに」で述べたように、現在、障害者雇用が進み、IT 関連など認定基準が作成された当時にはなかった職種が生まれ、働き方も多様化している。発達障害があっても、日常生活において援助を受け、職場で理解と配慮があれば、能力を活かして働くことができる世の中になってきている。「プログラマーであり、18万円の収入があり、通勤可能、出勤している」ことが、「障害状態が軽く、日常生活に著しい支障がない」ということに必ずしも繋がらないのである。付け加えるなら、肢体・聴覚・視覚障害等を負った方も、様々な補助用具や周囲の理解により就労の機会が増えている。この様な社会の変化に合わせて認定基準も見直す必要があると思う。

(3) 収入と障害年金の関係について

請求人も①～⑤の方の給与も決してゆとりをもって生活ができる金額ではない。

請求者にとって、周囲の援助は不可欠なものであり、周囲の援助がなければ、今ある日常生活も就労も失ってしまう綱渡り状態なのである。給与に加えて障害年金を受給することができれば、少しは精神的にもゆとりができるのではないだろうか。一方で、働くと障害年金が止まってしまうのではないかと就労を躊躇する声を聞くのも事実である。0か100かではなく、例えば在職老齢年金のように、収入に応じて年金が調整される仕組みがあれば、就労意欲を削ぐことなく、より多くの人々が障害年金を受け取りながら自立に向けて働くことができるのではないだろうか。

VI 結びにかえて

知的障害を伴わない発達障害の方の審査においては、日常生活や社会参加において支障があり生きづらさがあることにもっと焦点をあてるべきではないだろうか。

障害年金は、このような不安を少しでも軽減し安心して生活していくことができるためのものでなくてはならない。障害者がそれぞれの能力を生かして働くことができ、加えて障害年金の支援を得ることにより、自立し、安心して生活していくことができる社会になって欲しいと思う。

以上

IV章-1 大阪地裁 2022年4/21判決¹解説

～画像所見や肺機能検査の結果等を実質的に検討し、障害厚生年金3級相当と認めた判決～

弁護士 長岡健太郎（会員外）

1 事案の概要

本件は、肺疾患（C P F Eすなわち気腫合併肺線維症）の男性が、障害認定日から約5年9か月後に障害認定日による裁定請求（障害基礎年金及び障害厚生年金の支給を求めるもの）をしたところ、障害認定日における障害の状態を認定することができないとしてすべて却下されたため、かかる却下処分の取消等を求めた訴訟事案である。

原告は、昭和44年11月生まれの男性である。15歳頃（昭和60年頃）から喫煙するようになり、40歳頃（平成21年11月頃）に禁煙するようになるまで、1日に40本程度のたばこを吸っていた。

原告は、携帯電話のショップを経営していたが、26歳頃（平成7年）、慢性的に咳込む、早歩きすると鼓動を感じるなど、肺に異常を感じるようになった。これらの症状は喫煙が原因であると考え、禁煙をしたこともあったが、症状が改善したために3か月程度で再び喫煙をするようになり、結局、禁煙は長続きしなかった。

その後も仕事を続けていたが、平成21年頃には、店の運営を従業員に任せ、原告は毎日電話やメールで報告を聞き、必要な指示をするだけになった。

平成21年10月30日、原告は車を運転中、咳込んでしまい、ブレーキをかけるのが遅れ、前方を走行する車に追突する事故を起こした。これを機にA病院を受診することとし、翌31日が初診日となった。医師は、原告に対し、すぐに禁煙するよう指導した（原告はこれに従い、禁煙した）。胸部CT検査により、原告の右肺上部に大きなう胞（分泌物が袋状に貯まる病態）の形成（気腫化）と既存肺の線維化（肺胞同士の間存在する間質組織（肺胞を支える結合組織）が肥厚して固くなる

¹ 裁判所ウェブサイト掲載

こと)が認められたため、原告はCOPDと診断された。医師は、原告に対し、肺の4分の3が機能していないと指摘した。

原告は平成22年2月16日以降、B病院へ通院し、平成23年1月11日にはB病院で胸部CT調査を受けた。

その後、平成26年7月には携帯電話のショップを手放し、療養に専念するようになった。

平成28年3月になり、医師から障害者手帳の交付申請を勧められ、手帳の申請をした。同じ頃、医師から在宅酸素療法を勧められ、同年8月より在宅酸素療法を開始した。

その頃、障害基礎年金及び障害厚生年金(以下単に「障害年金」という)の申請もできると知り、平成29年1月25日、肺疾患により、障害年金を申請(主位的には障害認定日による請求、予備的に事後重症による請求)したところ、事後重症による請求のみ認められた。

これだと平成29年1月からの3級の障害厚生年金の支給しか認められないが、障害認定日(平成23年4月30日)からの支給を求めたいと考え、また等級についても不服であるとして、審査請求を行った。

これに対し社会保険審査官は、本件裁定請求日における原告の障害の状態は2級に該当すると認められるとして、事後重症請求の点につき一部取消裁決がなされた(その後、平成29年1月25日(本件裁定請求の日)を受給権発生日として、2級の障害基礎年金及び障害厚生年金を支給する旨の裁定がなされた)。

障害認定日請求については審査請求では認められなかったため、原告は再審査請求までしたが棄却され、訴訟をすることにした。

2 国の主張

被告国からは、各種検査数値等を考慮しても、障害認定日における原告の障害の状態が障害等級2級及び3級に該当するとは認められないとの反論がなされた。具体的には以下の通りである。

- ・ 動脈血ガス分析値は、障害の程度の判定に当たって、極めて重要な情報であるにもかかわらず、原告は、本件障害認定日当時、動脈血ガス分析を実施しておらず、動脈血ガス分析値が不明である。

- ・ 原告の本件障害認定日頃における予測肺活量1秒率は、約39%であり、正常であると認められる。
- ・ (原告が、SpO₂の値が動脈血ガス分析値に比例するため、SpO₂nによる酸素濃度測定で血液ガス分析の代用ができると主張したのに対し) SpO₂の測定は、指に機器(パルスオキシメーター)をはめて光を用いてされるため、血中に何らかの吸光物質が存在したり、測定部位に色素沈着やマニキュアがあったりすると誤差が生ずることもあるため、正確に測定することは困難である。

また、本件障害認定日の約1か月後である平成23年5月17日における原告のSpO₂の値は94%であり、これを動脈血酸素分圧(PaO₂)に換算した場合には約70Torrを超え、正常な値である。

- ・ 原告は、本件障害認定日当時、在宅酸素療法を受けておらず、内科的治療と経過観察を受けていたに留まる。

原告は、平成23年4月30日当時、B病院へ通院していたが、障害年金の裁定請求に備えた検査(動脈血ガス分析等)はを受けておらず、障害状態の立証ができるかが問題となった。

この点につき、平成23年4月以前の画像データやカルテ等により、障害認定日における障害の状態が立証できると主張した。

また、原告の病名がCOPD、肺線維症、肺気腫など、変遷しており、障害年金の請求の際の基準傷病をどう理解するかも問題となった(協力医の意見を聞いて判明したのは、原告は肺気腫、肺線維症、喫煙に伴う気管支の炎症など、複数の呼吸器疾患に罹患しており、このうちのどの病態に着目するかにより、付けられる病名が異なり得るということである)。

3 本件訴訟における問題の所在

- (1) 呼吸器疾患にかかる障害認定基準では、動脈血ガス分析値や予測肺活量1秒率がかかり重視されており、その反面、画像所見や他の検査成績等(SpO₂値など)についてどのように評価するか、明確な基準がない。

本件でも動脈血ガス分析の検査数値がないことが問題視されてきた。

しかし、動脈血ガス分析のための検査設備を持たない病院も多く、また検査実施には患者の痛みを伴うことから、動脈血ガス分析が実施されないケースが多い²（その変わり、日常の診察の場面ではパルスオキシメーターを使って簡易に測定できるSpO₂値がよく用いられている）。とりわけ、障害認定日より相当期間経過後に障害認定日請求を行う場合、障害認定日付近で動脈血ガス分析を行っていることは稀である。このような現状で、動脈血ガス分析値を必須とすることは、肺疾患による障害年金の請求を著しく困難にする。

- (2) 本件では、障害認定日付近では原告の通院が途絶えており、障害認定日における原告の障害の程度を証明し得る資料は必ずしも豊富ではなかったが、障害認定日の約3か月前に撮影された胸部CT画像等があったことから、協力医（原告訴訟代理人が以前、原爆症認定訴訟を行っていた際に協力いただいていた医師）に上記画像を含む一件資料を確認いただき、意見交換を行った。

そうしたところ、画像所見を踏まえ、原告は気腫合併肺線維症（C P F E。肺気腫と肺線維症が合併した病態であり、比較的新しい疾病概念である）³であることなど、肺疾患に関する多くの医学的知見をいただいた（協力医より得られた医学的知見については、後述4で述べる）。

これに力を得て、その後も何度も当該協力医と意見交換を行い、それを踏まえて準備書面を作成し、また協力医の意見書を作成して甲号

² 呼吸器内科医が執筆した文献でも、「COPDの患者さんの全例に動脈血液ガス分析を行う必要はありません。結構痛いですしね…。在宅酸素療法（HOT）が必要になるだろうと想定される場合、あるいは身体障害者手帳の申請を行う場合に動脈血液ガス分析が必要になります。明らかな慢性呼吸器疾患の場合、実は安定期には動脈血液ガス分析はあまり役に立ちません。SpO₂でだいたいのPaO₂が推測できますから」とされている。倉原優「COPDの教科書—呼吸器専門医が教える診療の鉄則」（医学書院・2016）27頁。

³ 気腫合併肺線維症（C P F E）について、前記脚注1の文献では「呼吸機能検査で同定しにくいことがある。線維化の合併によって気流閉塞がマスクされるため、評価が困難なことがある」とされている。同文献49頁。

証にし、更に協力医の証人尋問を実施した。証人尋問は、ラウンド法廷でスクリーンとプロジェクターを用意し、実際に画像所見を裁判官に見てもらいながら行った。事前にラウンド法廷で上映テストをする機会を設けていただくなど、裁判所もこのような形での尋問実施に協力的であった。

その結果、後述5で述べる通り、判決では、障害認定基準において重視されている動脈血ガス分析値や予測肺活量1秒率だけでなく、胸部CT画像や肺機能検査の結果、気腫合併肺線維症やCOPDに関する医学的知見等を踏まえて、障害認定日当時の原告の肺疾患の状況について、適切に認定がなされている。

4 判決の前提となった、協力医より得られた医学的知見

(1) 一般的知見

ア 肺気腫

肺気腫とは、終末細気管支より末梢の気腔（肺胞）がそれを構成する壁の破壊を伴いながら不可逆的に拡大した肺で、明らかな肺線維化病変はみられないものをいう。肺気腫は、気流閉塞の原因となる。

肺気腫においては、気流閉塞により、酸素と炭酸ガスの交換が困難になる（拡散障害）。その結果、低酸素血症（動脈血中の酸素が不足した状態）を来し、特に労作時における呼吸困難の症状が生ずることがある。

イ 肺線維症

肺線維症とは、肺胞同士の間が存在する間質組織（肺胞を支える結合組織）が肥厚して固くなる（線維化）病変である。

肺線維症は、肺胞の収縮力が低下し、酸素と炭酸ガスの交換の換気が困難になる（拘束性換気障害）。また、肺胞を取り巻く毛細血管と肺胞細胞との間隔が広くなることにより、酸素と炭酸ガスの交換も困難になる（拡散障害）。

ウ COPD（慢性閉塞性肺疾患）

COPDは、たばこの煙を主とする有害物質を長期に吸入、ばく

露することで生じた肺の炎症性疾患であり、その影響によって起こる気流閉塞を基本病態とするものである。

COPDによる気流閉塞は、末梢気道病変（末梢気道の気管支が炎症を起こし、気道壁が肥厚、狭窄して、粘液が貯留する）と気腫性病変（肺胞壁が破壊されて肺胞同士の融合が起こり、気腔が拡大するとともに、肺の弾性収縮力が低下する）が複合的に作用することで引き起こされる。

COPDの症状としては、慢性咳嗽（せき）、喀痰（たん）、労作時呼吸困難であり、労作時呼吸困難が最も多い主訴である。COPDの症状が進行すると、樽状胸郭、呼気延長、口すぼめ呼吸、肺過膨張といった特徴的な身体所見が出現する。

呼吸機能検査において、閉塞性換気障害（1秒率の低下）や拡散能力の低下がみられる。気流閉塞がある場合には、フローボリューム曲線で下に凸のフローパターンがみられる。

エ C P F E（気腫合併肺線維症）

C P F Eは、肺気腫を合併した特発性肺線維症である。主に画像所見により診断がされる。C P F Eにおいては、高分解能C T（H R C T）画像の所見として、①上肺野優位の肺気腫及び②下肺野優位のびまん性の肺線維症を伴う間質性病変の併存が認められる。

C P F Eは、①肺の線維化により通常は肺活量が減少するが、例えば上葉の肺気腫により肺の過膨張所見がみられる場合には、肺活量は増加することがあり、これらが影響し合って、肺活量が保たれることがある。また、②気道領域においても、線維化に伴う牽引性気管支拡張が閉塞所見を相殺し、1秒量、1秒率の低下も生じにくい。上記①、②のために、C P F Eは、肺機能検査では異常を示さないことがある。そのため、C P F Eは、肺機能検査で異常を示さない場合であっても、拡散障害（酸素と炭酸ガスとを交換する能力の低下）を生じ、高度な呼吸困難が認められることもある。

C P F Eにおいては、肺気腫及び肺線維症のそれぞれに由来する拡散障害により、労作時呼吸困難が生ずる。労作時においては、S p O₂の値は大きく低下する。

C P F E は、不可逆的に進行し、その予後は不良である。

気腫性病変の広がりや程度と拡散能力の低下との間には優位な相関関係がみられる。即ち、気腫性病変が広がるほど、拡散能力は低下し、低酸素血症による呼吸困難の症状が重くなる傾向がみられる。

(2) 協力医が原告を診察し、作成した意見書の概要

ア 平成23年1月11日撮影の本件CT検査画像所見

原告の肺上野は血管に乏しく、特に特に右肺のう胞のほとんどが気腫化している。また、胸郭の壁付近において、間質組織の線維化が認められる。

原告の右肺上野及び右中肺野のう胞のほとんどが気腫化している。原告の左肺上野及び肺中野のう胞は一部が気腫化している。気管支が肥厚し、線維化している。

全体として、重度の気腫化と軽度の線維化が認められる。

イ SpO₂値について

SpO₂と動脈血ガス分析値の間には相関関係がある。

原告のSpO₂値は、平成22年2月9日において91%、同月18日において93%と低い値である。これらの値は、診察時に安静にしている際の数値であり、原告の当時のC P F Eの状態からすれば、労作時のSpO₂値はより低かったと推定される

原告のSpO₂値である91~93%は、動脈血ガス分析値に換算すると、63.6 Torr~70.4 Torrに相当する(なお、61 Torr~70 Torrが軽度異常とされる)。

ウ 本件障害認定日当時の原告の呼吸不全の症状の程度

原告は、本件障害認定日当時、慢性的な呼吸不全の状態であり、その程度は相当程度に重い状態にあったと考えられる。

5 判決の内容

原告は、2級相当とは認められないが、3級相当と認める、ということとで、障害厚生年金を支給しないとする処分を取り消す、という内容であった。裁判所の判断の概要は以下の通りである。

(1) 障害等級の認定方法について

障害認定基準は、各種障害に関する医学的知見を総合して定められ、その内容も、障害の部位や機能ごと、あるいは疾患ごとに、日常生活における支障の違いを考慮しつつ、障害の程度に応じた障害の状態を具体的に示しているものであり、合理的なものといえることができる。

その上で、呼吸器疾患による障害の状態の具体的な認定は、認定基準に従い、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等により総合的に認定するものとし、このうち、呼吸不全の障害の程度の判定は、障害認定基準A表の動脈血ガス分析値を優先するが、その他の検査成績等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定することになるとした。

(2) 原告の障害の状態についての検討

ア 動脈血ガス分析値

原告は、本件障害認定日当時、動脈血ガス分析値の検査を実施しておらず、そのため、本件障害認定日当時の原告の動脈血ガス分析値は不明である。

もっとも、判決は、原告が、本件障害認定日当時、動脈血ガス分析値の検査を実施しておらず、そのために当時の原告の動脈血ガス分析値が不明であることが不合理であるということとはできないから、このことをもって、原告の障害の程度が軽微であったと推認することはできないとした。

イ 予測肺活量1秒率

原告の予測肺活量1秒率は、本件障害認定日の約2か月前である平成23年3月8日において52.2%～55.8%、本件障害認定日の約2週間後である同年5月17日において56.1%～59.4%であり、認定基準においては正常と判断されるものである。

もっとも、原告は、本件障害認定日当時、C P F E に罹患していたところ、C P F E は、肺機能検査で異常を示さない場合であって

も、拡散障害（酸素と炭酸ガスとを交換する能力の低下）を生じ、高度な呼吸困難が認められることもある疾患である。なお、肺機能検査報告書の強制呼出曲線は、V. 50（肺中の空気量を50パーセント吐き出した状態）から急激に下に下がっているのであるから（下に凸になっている。即ち、原告の排気量は、V. 50以降、急激に流量が下がっていた）、原告の肺機能検査の結果に異常がなかったとはいえない。

そうすると、本件障害認定日頃の原告の予測肺活量1秒率が認定基準において正常と判断される数値であったことをもって、原告の障害の程度が軽微であったと推認することはできない。

ウ その他の検査成績等

（ア）本件CT画像所見から、本件障害認定日の約3か月前である平成23年1月11日当時の原告のC P F Eの程度は、肺気腫については重度、肺線維症については軽度であったことを読み取ることができると認められる。そして、C P F Eにおける肺気腫病変は、不可逆的に進行するから、本件障害認定日当時の原告のC P F Eの程度は、上記の平成23年1月11日当時と少なくとも同程度であったと認められる。

また、肺気腫等の気腫性病変の広がり程度の程度と肺の拡散機能の障害の程度との間には優位な相関関係がみられるから、本件障害認定日当時の原告の拡散能力は、相当程度低下していたと推測される。

（イ）S p O 2 値

S p O 2 値は、動脈血ガス分析値と相関関係があるところ、本件障害認定日前後の原告のS p O 2 値は、91%～94%であり、これを動脈血ガス分析値に換算すると、約64 T o r r～約75 T o r rである。これは、認定基準において、軽度異常又は正常と判定されるものである。

なお、C P F E患者のS p O 2 値は、労作時においては大きく低下するから、原告の労作時のS p O 2 の値はより低い値であったことがうかがわれる。

エ 原告の生活状況等

原告の本人尋問や原告の母の証人尋問の結果を踏まえ、原告は平成21年10月から同年11月頃においては、激しい咳により交通事故を起こし、葬式の参列中には咳が止まらず、壁につかまりながら歩くなどの状態であったものの、禁煙を開始してから症状は緩和し、原告自身も楽になったと感じるようになり、平成23年頃においては、自宅でパソコンや電話を使用して仕事ができる程度の状態であったこと、原告は、平成23年頃においては、1人で入浴することができず、着替え、洗面、トイレへの移動等を手伝ってもらうこともあったことが認定された。

その上で、これらの事実を照らせば、原告は、本件障害認定日頃、日常生活に一定の支障が生ずる状態であったと評価された。

オ 総合評価

以上によれば、①本件障害認定日当時の原告のC P F Eの程度は、重度の肺気腫と軽度の肺線維症を合併した状態であり、これに起因して、原告の拡散能力は、相当程度低下していたと推測されること、②本件障害認定日当時の原告のS p O₂ケ値を動脈血ガス分析値に換算すると、日によっては軽度以上に相当する数値となることもあったことが認められる。これらの事情に加え、③協力医意見書において、原告の本件障害認定日当時の呼吸不全の状態は相当程度に重い状態にあったとの意見が示されていること（協力医意見書のうち同意見は、本件に関する医学的知見と整合しており、本件C T検査画像所見から認められるC P F Eの程度、協力医の知識・経験等に照らせば、十分に信用することができる）、④本件障害認定日当時に原告を直接診察した医師が、平成29年10月医3日付の書面において、原告の本件障害認定日頃の障害の状態は、「歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している者」であったと推定されるとの意見を述べていること、⑤本件障害認定日後の原告の症状の推移等を総合すれば、原告は本件障害認定日当時、C P F E（特に重度の肺気腫化）に起因して肺の拡散能力が相当程度低下し

ており、労作時に低酸素血症を来し、労作時に相当程度の呼吸困難を生ずる状態であったことが推認されたとした。

他方で、本件障害認定日当時の動脈血ガス分析値が不明であること、本件障害認定日当時、肺機能検査における予測肺活量1秒率は大きな以上を認める数値ではなかったことが、原告の障害の程度が軽微であったことを推認させる事情ではないとした。

そうすると、原告は、本件障害認定日当時、労作時に相当程度の呼吸困難を生ずる状態にあったと認められるから、本件障害認定日当時の原告の障害の状態は、身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度に至っていたものというべきであるとし、3級に該当する程度の障害であると認めた。

一方で、①原告は本件障害認定日頃、1人で入浴することは困難であったが、食事、洗面、トイレへの移動は基本的に1人で可能であり、また、自動車を運転することも可能であったこと、②自宅においてメール、電話等を使って仕事をすることが可能であったこと等の事情に照らせば、原告は本件障害認定日当時、C P F Eによる労作時呼吸困難の症状により、日常生活に一定の制限が生じていたと認められるものの、その制限の程度が著しかったか、または著しい制限を加えることが必要な状態に至っていたと認めることはできないとし、2級該当性は認めなかった。

6 判決の評価

判決内容を見ると、協力医の意見書及び証言が大きな力を発揮している。

上述の通り、協力医には、訴訟の初期から何度も意見交換の機会を設定していただき、それを踏まえて準備書面を作成し、また協力医の意見書を証拠提出するのみならず、更に協力医の証人尋問を実施し、意見書の内容について、実際に裁判官に画像を見てもらいながら、意見書の内容をきちんと理解してもらうことを心掛けた。

尋問では、裁判官から補充質問も熱心になされ、裁判官も協力医の意

見に関心を持ち、重要視していることが見て取れた。

その結果、判決では、CT画像や肺機能検査の結果、気腫合併肺線維症やCOPD等の肺疾患に関する医学的知見を踏まえて、障害認定日当時の原告の肺疾患の状況について、適切に認定がなされている。

障害認定基準では、動脈血ガス分析値や予測肺活量1秒率がかなり重視されており（その反面、画像所見についてどのように評価するか、明確な基準がない）、本件でも動脈血ガス分析の検査数値がないことが問題視されてきたが、このような障害認定実務の運用のあり方は、最新の医学的知見を十分反映していないものであるし、実際の肺疾患にかかる臨床のありようにも合致していないように思われる。そのような中、裁判所はそれ以外の検査数値や画像等を実質的に検討、考慮して原告の障害の状態を認定している。

本判決は、障害認定基準を前提とした判断ではあるが、裁定請求段階の実務においては、本判決のように画像所見や肺機能検査の結果、SpO₂などについて、肺疾患にかかる医学的知見を踏まえた実質的な検討はほとんど行われず、診断書に記載された動脈血ガス分析値、予測肺活量1秒率等の検査数値が重視されているのが実情であると思われる。そうであれば、本判決が今後の肺疾患にかかる障害認定実務に与える影響も大きいと思われる。

なお、当方からは控訴せず、国からも控訴なく、地裁判決が確定した。

判決確定後、原告に対し、本件障害認定日を受給権発生日とする障害厚生年金3級の裁定がなされ、年金が支給された（消滅時効の関係で、本件裁定請求日から5年分について遡及して支給がなされた）。

この事件の原告訴訟代理人は、藤原精吾、長岡健太郎の両弁護士が務めた。

IV章—2

1 型糖尿病障害年金不支給決定取消請求事件

東京地裁令和4年7月26日判決¹について

1 型糖尿病障害年金訴訟東京弁護団

弁護士 徳田 暁

1 事案の概要

本件は、1型糖尿病患者である原告が、自身の障害の状態は、国民年金法施行令別表に定める障害等級2級に該当するとして、障害基礎年金の支給を求めたものの、障害等級2級該当性を否定され、障害基礎年金を支給しないとの処分を受けたため、同処分の取消し、及び、障害等級2級の障害基礎年金の支給を内容とする裁定の義務付けを求めた事案である。

この点、糖尿病に関する障害年金の認定基準においては、糖尿病に関する障害等級2級該当性を判定するための具体的な基準が示されておらず、後記する3つの指標のいずれかに該当し、かつ、一般状態区分表のイ又はウに該当することをもって3級に該当するとした上で、個別の合併症が生じた場合、ないし、症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によってはさらに上位等級に認定するとだけ記載されている。

本判決は、このような不明確な認定基準について、上位等級該当性に関する基準を全く欠いているとか、上位等級を想定していないということもできないことを理由に、合理性に欠く点は無いとしたが、原告の障害の状態は3級が想定するものよりも大きいものと評価すべきであり、原告の障害が2級に該当しないとして、障害基礎年金を支給しないとした処分を取消し、障害等級2級の障害基礎年金の支給を内容とする裁定の義務付けを認めた。

2 1型糖尿病について

1型糖尿病とは、人間の体内でインスリンを分泌する唯一の細胞である膵β

¹ 賃金と社会保障 2023年2月下旬 1820号 37頁

細胞の破壊的病変によりインスリン欠乏が生じて起こる糖尿病であり、不足するインスリンを、注射器や体内に常時設置されたインスリンポンプから1日数回補充する治療が必須であるが、多くの場合インスリンの欠乏が著明であるため、インスリンによる血糖のコントロールは極めて困難である。

そのため、インスリンの量が多すぎたり、食事量が少なかったり、運動量が多い場合には低血糖が生じ、異常な空腹感やだるさ、冷や汗などの自律神経症状、眠気や脱力、めまい、物が見えにくくなるなどの中枢神経症状、けいれんや意識消失、昏睡などの大脳機能低下の症状が引き起こされる。

また、インスリンの作用不足によって、高血糖が生じ、糖尿病ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧（脳の酸素欠乏による意識障害などを生起する。）の急性合併症、糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症などの慢性合併症が引き起こされることもある。

このような1型糖尿病は、ほとんどが、自己免疫が原因で、若年期に生ずることが多く、原告も同様であった。すなわち、生活習慣病と言われることもある2型糖尿病とは、発症の機序が全く異なっているのである。

3 関係法令、障害認定基準における定め

(1) 本件に関連する法令としては、国民年金法（以下「国年法」という。）、国民年金法施行令（以下「国年法施行令」という。）、並びに、厚生年金保険法（以下「厚年法」という。）、厚生年金法施行令（以下「厚年法施行令」という。）があり、具体的な認定基準としては、国民年金・厚生年金保険障害認定基準（以下「本件認定基準」という。）がある。

(2) 国年法30条2項は、障害等級について、障害の程度に応じて重度のものから1級及び2級とし、各級の障害の状態は政令で定める旨を規定している。そして、これを受けて、国年法施行令4条の6は、障害等級1級及び2級について別表に定めるとおりとしている。また、厚年法47条2項は、厚生年金の支給対象となる障害等級を1級から3級として、これを受けた厚年法施行令3条の8は、1級及び2級は、国年法施行令別表に定める1級及び2級の障害の状態と同じである旨を規定し、3級については、同施行令別表第1に定めるとおりであるとしているところ、糖尿病に関する国年法施行令別表に定める1級及び2級の障害の状態、及び、厚年法施行令別表第1に定める

3級の障害の状態は、以下のとおりである。

ア 1級の障害の状態（国年法施行令4条の6、同別表1級9号）

「前各号に掲げるもののほか、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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」

イ 2級の障害の状態（国年法施行令4条の6、同別表2級15号）

「前各号に掲げるもののほか、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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、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の」

ウ 3級の障害の状態（厚年法施行令3条の8、同別表第1、14号）

「傷病が治らないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するものであって、厚生労働大臣が定めるもの」

(3) また、厚生労働省は、具体的な認定基準として、本件認定基準を定めているが、同基準においては、国年法施行令別表及び厚年法施行令別表第1に基づく1級から3級について、次のとおり記載されている。

ア 1級

「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のとする。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。

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ド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就床室内に限られるものである。」

イ 2級

「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のとする。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出来ない程度のものである。

例えば、家庭内の極めて温和な活動（軽食作り下着程度の洗濯等）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。」

ウ 3級

「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のである。」

- (4) さらに、本件認定基準は、障害種別ごとに具体的な基準や認定要領を定めているところ、糖尿病に関する認定要領には、「糖尿病による障害の程度は、合併症の有無及びその程度、代謝のコントロール状態、治療及び症状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定する」ことが記載されている。

そして、糖尿病については、合併症がある場合の他、「必要なインスリン治療を行ってもなお血糖のコントロールが困難なものであり、①内因性のインスリン分泌が枯渇している状態で、空腹時又は随時の血清Cペプチド値が0.3ng/ml未満を示していること、②意識障害により自己回復ができない重症低血糖の所見が平均して月1回以上あること、③インスリン治療中に糖尿病ケトアシドーシス又は高血糖高浸透圧症候群による入院が年1回以上あることの3つの指標のいずれかに該当し（以下、①乃至③の指標を「3つの指標」という。）、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するものを3級と認定するものとし、2級及び1級該当性に関しては、「なお、症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する」と記載されているだけである。

なお、ここにいう一般状態区分表の内容は、以下のとおりとなっている。

ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの

イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例え、軽い家事、事務など

- ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働が出来ないが、日中の50%以上は起居しているもの
- エ 身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
- オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

4 訴訟における主な争点

- (1) 本件訴訟における争点は、①本件認定基準の合理性、②本件認定基準によっても原告の障害の程度が2級に該当するか否か、③理由付記の違法性、④義務付けの訴えの適法性及び本案要件充足性であるが、このうち③の争点については判断されておらず、④の争点については本稿では触れない。

なお、①の争点に関する原告の主張の要旨は次のとおりである。

- (2) すなわち、原告の障害等級2級の裁定請求を却下する処分は、本件認定基準に基づいてなされているところ、本件認定基準は、次の各点で不合理な基準であるから、これに基づいて行われた本件処分も不合理なものであって是正されなければならない。

ア 「医療モデル」の障害観に基づき、医学的な観点から定められたものであり、障害に起因する社会的な障壁の存在やこれに対する支援の必要性について考慮されていない。このような認定基準は、障害を持つ者が直面する社会内の障壁に対する合理的配慮を要求する「社会モデル」の障害観を採用した障害者権利条約や障害者基本法の趣旨に反し、ひいては、憲法25条1項に違反している。(争点①-1)

イ たとえば障害等級2級の例示として、「活動の範囲がおおむねベッド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就床室内に限られるものである」という状態が記載され、糖尿病の認定基準で使用されている一般状態区分表においても、前記のとおり、「エ」の状態は、「しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの」とされているが、このような基準は、障害のある者の社会参加が進み、就労している障害

者が多くいる現状にそぐわない時代錯誤のものである。(争点①-2)

ウ 前記のとおり、糖尿病の認定基準においては、2級及び1級該当性に関しては、「なお、症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する」と記載されているだけであって、何ら具体的指標は示されていないところ、このような基準では、行政庁の恣意を許し、地域ごとの処分格差を生じさせる点で憲法14条に違反しているし、実質的にも3級該当性のみを判断するための基準としてしか機能していない。(争点①-3)

エ 例えば、(ア)心疾患による障害認定基準では、一般状態区分表のエ又はウに該当する場合は障害等級2級に該当するとされているにもかかわらず、糖尿病に関する障害認定基準においては、一般状態区分表のウに該当する場合について、障害等級3級に該当するとして記載されておらず、(イ)特別児童手当との比較においても、同手当の認定基準においては、一般状態区分表のウに該当すれば、障害等級2級が認められる取り扱いとなっているが、糖尿病に関する障害認定基準は違うこと、(ウ)てんかんに関する障害認定基準によれば、「意識障害により自己回復ができない重症低血糖の所見が平均して月1回以上ある」原告の障害の状態は、障害等級2級が認定されることになっていること等、他の障害や制度と糖尿病の障害認定基準の整合性がとれていない不合理がある。(争点①-4)

オ 医師の見解によれば、1型糖尿病患者の一般状態区分はウないしオのいずれの状態に固定化されるものではないから、前記のとおり、一般状態区分ウないしイに該当することをもって、障害等級3級の該当性を判定する本件認定基準は、そもそも、1型糖尿病の障害認定基準に適合しない。(争点①-5)

5 判決の内容について

(1) 争点①(本件認定基準の不合理)について

国年法施行令別表は、障害等級について定めているところ、中には障害等級該当の要件が比較的明確なものも存在するが、本件で問題となっている2級15号のように、その性質上具体的内容を明確にすることが困難であり、また、具体的な疾病の種類・性質や症状の具体的内容・程度、これらを判定

するための具体的な検査項目、基準、方法などについて定めがないものもある。

そうすると、障害年金給付の客観性及び公平性を確保するため、医学的知見に基づいて障害の認定等に関する統一的な基準を設ける必要があり、本件認定基準は、そのような観点から、専門家の意見を踏まえて作成されたものである。

そして、本件認定基準の策定に当たっては、様々な医学的知見が存在する中において、基準としての適合性・合理性を複数の専門家が専門的技術的に検討しており、その上で作成された本件認定基準は、実際に障害認定において統一的な基準として用いられている。

これらの点を考慮すれば、本件認定基準に具体的に不合理な点があるなど特段の事情がない限り、これに沿って障害等級該当性を判断すべきである。

ア 争点①-1（社会モデルを取り入れていないことの不合理）について

国年法は、障害基礎年金の支給について、「疾病にかかり、または負傷し」との要件を定めており（30条1項等）、疾病や負傷の有無は、第一義的には医療的な観点から判断されることが想定されているものと解され、国民年金法施行規則においても、裁定請求において医師または歯科医師の診断書を添付しなければならない（31条2項4号）とされている。

一方、国年法、国年法施行令などの規定中には、社会的障壁の有無等を障害等級の判定において考慮することを想定した規定は見当たらないから、本件認定基準がその障害等級該当性の指標として社会的障壁に関するものを取り入れていないとしても、法令に違反するものとはいえない。

障害者の社会的障壁には障害の種類や性質、年齢・性別・家族構成、障害を負った時期やそこからどの程度の年数が経過したかといった各障害者の個人的事情、地域・学校・職場の別やこれらによって異なる事物、制度、敢行、観念など様々な要素があり、その性質上、具体的な基準や指標を定めて評価・判断することになじまないものといわざるを得ない。

そうすると、本件認定基準においてこれらを考慮しないことが、憲法

25条に反するとか合理性を欠くということとはできない。

イ 争点①-2（障害者の社会参加実態を考慮しない不合理）について

国年法施行令4条の6、同別表にある1級9号の要件、2級15号の要件と、本件認定基準で用いられる一般状態区分表のオまたはエの内容がかけ離れているとか不合理であるとは認められない。

また、国年法施行令自体、障害等級該当性について、機能障害（例えば視覚障害である1級1号や2級1号）のように日常生活の制約や就労への支障の有無を問わずに障害等級に該当すると定めているものもあり、障害の性質によって法令上の要件自体も異なっているものであるから、他の障害者が障害認定を受けつつ就労ができてきているからといって、代謝障害に関する認定基準が不合理であるということにはならない。

ウ 争点①-3（上位等級の具体的指標が無い不合理）について

血糖コントロールがどの程度困難であるかどうかや、その場合に生ずる合併症を含む症状やこれらに関係する事項も多種多様のものが考えられるから、上位等級該当性のための具体的な指標を定めることは困難であると解される一方、本件認定基準を見れば、具体的な状況によっては上位等級に該当する者がいることを当然の前提としていることが明らかである。

本件認定基準は、1級及び2級該当性に関する具体的な指標を欠いてはいるものの、1級及び2級該当性の基準を全く欠いているものではなく、また、具体的な指標を示すことが困難であることから、かかる定め方が不合理であるとは言えない。」のであって、本件認定基準は憲法14条に違反しない。

エ 争点①-4（他の障害や制度との不整合）について

本件認定基準は、てんかんとは異なる病態や、「糖尿病患者においてはインスリン治療等による血糖コントロールによって日常生活に余り大きな影響が出ない者もいることなど、障害の性質の点も考慮して定められていることに加え」、「例えば一般状態区分表上の位置づけがウの場合であっても2級に該当されうること、エやオの場合には上位等級に該当されうることが読みとれるから、本件認定基準の定めが不合理とまではいえない。」

特別児童扶養手当と障害基礎年金では支給目的や認定対象が異なるところ、20歳未満の児童は同じ1型糖尿病であっても成人と比して血糖コ

ントロールはより困難であることなどを考慮すれば、これらに係る障害認定基準を全く同じものにすべきとか、同程度のものと解釈すべきであるとはいえない。

オ 争点①-5（一般状態区分表を用いることの不合理）について

「Ⅰ型糖尿病は、血糖コントロールが困難であることに着目して障害認定がされるものであるが、検査数値から直ちに日常生活への支障が把握できるものではないことからすると、障害による具体的な生活状況への影響を判断する上で、一般状態区分表を用いて判定することには合理性がある。また、特定の部位の欠損障害や機能障害のようなものを除けば症状の発現は幅があるものであるが、これらの幅も含めてその支障の全体的概括的な程度を把握するためには、一般状態区分表を用いることはなお有用というべきである。」

(2) 争点②（本件認定基準によっても原告の障害の程度が2級に該当するか否か）について

ア 本件診断書の記載及び弁論の全趣旨に照らせば、原告は、(糖尿病の3級該当性を判定する) 3つの指標のうち、①のCペプチド値及び②の意識障害を伴う重症低血糖の頻度の2つの指標をみたし、かつ、一般状態区分表上少なくともウに該当している。

よって、原告の一般状態区分表上の評価を検討した上で、「症状検査成績及び具体的な日常生活状況等」の観点から上位等級に認定する可能性があるか否かを判断することになる。

イ 一般状態区分表上の評価について

「原告は、週2日、障害者を相手とした相談業務に従事しており、その他の日は横になっている日も多いが、買い物で外出をしたり家事をしたりする生活をしていることが認められる一方、平均すると月に1回程度は意識障害を伴う重症低血糖を起こし、それとほぼ同回数程度、低血糖による意識障害又はそれに準ずるほどの状態に陥るところ、そのような状態があると回復するのに時間を要することがある。また、このような場合の補食等のほか、日常家事の相当部分について夫の補助を得ている。

これらを一般状態区分表に当てはめると、『身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要』であるには該当するが、『日中の50%

以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの』には明らかに該当しないから、本件裁定請求時点における原告の状態は、一般状態区分表のエの状態にまでは至っておらず、ウにとどまるものというべきである。

ウ 症状及び検査成績

原告には、意識障害を伴う重症低血糖が平成28年1月から平成29年3月までの間に16回、これに準ずるほどの体調不良が同期間に10回起き、血糖値が54以下の低血糖が上記を含めて84日に及び、逆に著しい高血糖（300以上）も81日に及び、それぞれ高頻度である。

なお、原告の本件裁定請求直前期のHbA1cは6%台で1型糖尿病患者としては安定しているものと評価できるが、同値は飽くまで1ヶ月の平均値であり、血糖値の変動幅や血糖コントロールの困難さを直接示す指標ではなく、実際、改正された認定基準からも同値による判定はされないこととなっている。

エ 日常生活状況

原告は血糖値の変動幅が大きく、また、低血糖に陥ると補食をしても容易に体調が回復しないことから、必要最低限の外出しかせず、体力を損なわないように心がけている。そのため、血糖コントロールの困難性により、検査結果及び具体的な症状には表れていないところで、障害を有していない者と比較して大きな制約を受けている。」「また、原告は体力的な不安等もあり、夫と協議して子を持つことをあきらめており、これらの点も1型糖尿病による制約ということができる。

原告は、「経済的な理由から収入を増やす必要はありつつも、週2日からさらに勤務日を増やすことは出来ないなどの制限を受けている。」また、原告は、「欠勤や遅刻もあり、必ずしも定められた条件どおりに勤務ができていないわけではない。」「現在就労が継続しているのは、勤務先の理解があることによるものである。」

オ 総合評価

原告は3級該当性を判定する3つの指標のうち2つを満たしている。

本件認定基準は1つの指標を満たしていても3級に該当するとしているから、複数の指標を満たしているということは、1つの指標を満たすだ

けの者よりその障害の状態は深刻であると評価することができる。」また、意識障害を伴う重症低血糖の回数についても、3級該当性を満たすのは最低月1回ということであるが、原告の意識障害を伴う重症低血糖の回数は平成28年1年間で12回、平成29年1月から3月までの分を含めれば16回であるから、3級の指標でいう月1回を満たしている上に、昏睡がそれに準ずるほどの状態になったものが、他に10回程度あり、その分、日常生活への影響及び生命の危険に瀕している回数も多いといえることができる。意識障害まで至らないものを含めれば、いつ意識障害を発症してもおかしくない程度の重症低血糖が84日、逆に放置すると急性合併症につながるような高血糖が81日にも及び、1日の間での70以上血糖値が上下する日も多い。

これだけ昏睡や重度の体調不良の回数が多いということは、それ自体が血糖コントロールを行うことに寄る測定、補食などに伴う制約を受けているものといえることに加え、これらに対する不安を抱えながら、重症低血糖や高血糖が生じないように、常に、食事、行動、仕事などに関して慎重な配慮を要する生活を強いられるということでもあり、実際に仕事の前日や翌日にはできるだけ外出を避けるようにしていることからすると、これらを含めた生活への影響は、単に血糖値の測定やインスリン投与という制約にとどまらず、生活全般に及んでいるというべきであって、3級が想定するものよりも大きいものと評価すべきである。

原告は週2日就労しているが、原告の過去の就労歴に照らせば、その就労継続には、職場が原告の体調に配慮して柔軟な働き方を認めているという点が大きく寄与しているものというべきであって、この就労の事実をもって原告の日常生活への制約が少ないと評価すべきではない。

6 判決の評価について

- (1) まず、本件判決が、原告の意識障害を伴う重症低血糖や、これに準ずるほどの体調不良の回数、著しい低血糖や高血糖の頻度やその変動状況を丁寧に認定し、そこから素直に原告の血糖コントロールの困難さ、日常生活への多大なる影響を推認するとともに、原告自身が陳述し、法廷で証言する生活実態、日常生活への制約や配慮の必要性について、その信用性を正面から

認めて、原告の障害の状態を2級であると判断したことについては、説得的かつ自然な論旨に基づくもので、評価できるものである。

そして、本件判決は、2級該当性の検討の中で、原告の日常生活の実態や、障害故に子を持つことを諦めた経緯についても考慮しており、また、原告が就労している事実について、職場における合理的な配慮のおかげである旨を認定して、障害等級を減じる事情としてではなく、むしろ3級よりも大きな障害等級であることを裏付ける事情として考慮している。すなわち、本件判決では、障害等級の認定にあたり、正に、原告が直面している社会的障壁の存在が考慮されており、少なくとも、事実認定レベルでは、社会モデルの考え方を取り入れたものと解することができるが、こうした事実認定のあり方には、先例として大きな価値があると考えられる。

(2) もっとも、本件において、原告が、このような2級該当の判断を獲得するためには、実に多大な労力と時間がかかっている。原告が厚生労働大臣に対し、障害基礎年金の支給を求める裁定請求をしたのが平成29年2月14日のことであり、国を提訴したのが平成30年7月26日であったから、本件判決が確定するまでの間、実に5年半の歳月を要した。また、原告自身、度重なる裁判期日や証人尋問期日への出頭を必要としたほか、原告の日常生活における数々の社会的な障壁を認定する決め手となった陳述書は、55頁にも及ぶものであり、血糖データや食事メモ、出勤簿、カルテ、メールなどをもとに気の遠くなるような確認作業を経て作成されたものだから、誰しもができることではない。

然るに、本件認定基準に、きちんと糖尿病に関する1級及び2級該当性の具体的な指標が示されていれば、或いは、本件認定基準に社会モデルの指標が取り入れられており、裁定請求の段階で、日常生活における数々の社会的な障壁が確認されていれば、このような不必要で不合理な負担を強いられることなく、より早期の段階で、より普遍的かつ平等な形で、適切な障害等級が認定され、障害年金の支給を受けられるはずである。

(3) にもかかわらず、本件判決は、前記のとおり、本件認定基準は、1級及び2級該当性の基準を全く欠いているものではなく、また、具体的な指標を示すことが困難であることを理由に、1級及び2級該当性の具体的な指標が示されていない本件認定基準の不合理性を否定した。

また、本件認定基準に社会モデルの指標が取り入れられていないとしても法令に違反しないこと、並びに、障害者の社会的障壁には、各障害者の個人的事情、地域・学校・職場の別やこれらによって異なる事物、制度、敢行、観念など様々な要素があり、その性質上、具体的な基準や指標を定めて評価・判断することになじまないことを理由に、社会モデルの指標が取り入れられていない本件認定基準の不合理性も否定した。

(4) しかし、本件判決は、一般状態区分表のエやオの状態にまで至っていれば上位等級に該当することに言及しているほか、原告は3級該当性を判定する3つの指標について、複数の指標を満たしていれば、1つの指標を満たすだけの者よりその障害の状態は深刻であると評価することができること、重症低血糖等の回数についても、その回数が多ければ、その分、日常生活への影響及び生命の危険に瀕している回数が多いということができると判示しているのである。したがって、少なくとも、本件判決が判示した内容の上記等級の該当可能性を認定基準の中で示し、或いは、認定要領として記載しておくことが可能であることは、本件判決からも明らかといえよう。

(5) また、社会モデルの障害観については、国年法、厚年法の上位にある障害者権利条約前文(e)において採用され、障害者基本法2条においても取り入れられている概念であるから、本件判決が、本件認定基準に社会モデルの指標が取り入れられていないとしても法令に違反しないと認定した部分については疑問がある。

さらに、障害者総合支援法に基づく、障害区分認定等の場面では、主治医の意見書だけでなく、認定調査員による認定調査の結果に基づき、障害支援区分が認定されているところ、認定調査の調査項目には、社会モデルの観点に基づく指標も取り入れられおり、かつ、支援の必要性や程度、内容なども評価の対象となっているのであるから、障害者の社会的障壁は、その性質上、具体的な基準や指標を定めて評価・判断することになじまないなどということはない。同じような認定調査を行えば良いだけの話である。

(6) したがって、こうした(4)(5)のような検討をせず、安易に本件認定基準の合理性を認めた点においては、本件判決は不当というべきであり、単なる事例判断にすぎないものとして、先例として評価されるべきではないだろう。

7 今後の認定基準のあり方について

(1) この点、本件判決は、平成28年3月29日改正前の障害認定基準には、糖尿病について、3級よりも上位の等級該当性を示唆する記載が無いところ、本件認定基準は、「症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。」との部分が追加されているから、具体的な状況によっては上位等級に該当する者がいることを当然の前提としている旨を述べている。

しかし、現実的には、1級及び2級の該当性を判断する具体的な基準がないことから、糖尿病に関する本件認定基準は、3級該当性のみを判断するための基準として運用されていると思われる実態があり、だからこそ、本件判決の原告についても、その裁定請求は、理由の付記もなく（すなわち、上位等級該当性の検討もなく）、却下されていた。

(2) したがって、本件判決においても、「今後、研究等の進展によって、より具体的な指標を用いて上位等級該当性の判断ができるのであれば基準の明確性、客観性の観点からより望ましいことはいうまでもない」と指摘されているとおり、今後、糖尿病に関する認定基準については、早急に、「具体的な指標を設けるまでに研究結果」を集積し、「専門家による議論を尽く」した上で、1級及び2級の該当性を判断する具体的な基準が追加されるべきである。

そして、この改定に当たっては、平成28年3月29日改正により、それまでのHbA1cの値や空腹時血糖値を重視していた基準が、本件判決も指摘するとおり、「血糖値の変動やそのコントロールが困難であることそのものから生ずる日常生活等への支障に着目してその障害等級を判断するべき」ことになった趣旨を踏まえ、社会的な障壁の有無や支援の必要性などの、社会モデルの観点からの指標も取り入れられる必要がある。

(3) さらに、現行の糖尿病に関する本件認定基準により、1級や2級の障害等級が認められにくい背景には、前記のとおり、本件認定基準が、1級について、「長期にわたる安静を必要」、「日常生活の用を弁ずることを不能」、「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いない」、「活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られる」ものとし、2級についても、「長期にわたる安静を必要」、「日常生活は極めて困難で、労

働により収入を得ることが出来ない」、「家庭内に極めて温和な活動（軽食作り下着程度の洗濯等）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」、「活動の範囲がおおむね病棟内、家屋内に限られる」ものとして、一見して厳しい基準を定めていることの影響がある。

- (4) しかし、本件訴訟において、原告が主張したとおり、こうした現行の認定基準は、実際には、移動や外出を行い、社会活動に参加して、就労しながら生活している現代の障害者の実態とかけ離れているばかりか、障害者の社会参加、自立した地域生活、教育・労働の権利、政治・公共活動への参加、文化的生活・スポーツへの参加等の保証を定める障害者権利条約の理念にも反している。活動の範囲をおおむね就床室内・家屋内に留める障害者はまれであり、むしろこのような「病院かベッドで長年伏せて寝たきりで何もできない障害者観」自体が障害者の社会参加の権利を軽視する人権侵害・障害者蔑視といえるものである。

障害者は保護の客体であって、療養治療の対象として日常生活上の制限があるべきとの医学モデルに根ざす基準であって不当であることに加え、国年法施行令別表1級1号～8号、別表2級1号～14号のいわゆる身体障害に関しては、日常生活実態は考慮されず障害等級が認定されていることとも矛盾している。

- (5) したがって、本件判決が、本件認定基準の合理性を認めた点は、速やかに是正されるべきであるが、本件訴訟及び本件判決により、ここまで多大な労力と時間をかけなければ正当な障害等級認定を受けられないといった点も含め、こうした糖尿病をはじめとする内部障害等の認定基準の問題点が、より一層明らかになった。

糖尿病に関する認定基準のみならず、本件認定基準自体に、社会モデルの障害観とノーマライゼーションの理念に即した根本的な見直しを行うべきことが求められているのである。

V章 最新法令情報紹介

障害者権利条約の総括所見の解説

弁護士 関哉 直人

【目次】

- I. はじめに
- II. 日本の総括所見の特徴
- III. 障害年金と関わる総論部分
- IV. 障害年金と関わる各論部分
- V. おわりに

I. はじめに

障害者権利条約（以下「権利条約」という。）は、2006年12月13日国連総会において採択され、2008年5月3日に発効している。日本は、2007年9月28日に署名し、2014年1月20日に批准している。

日本は、批准に併せて、障害者基本法を改正し、障害者差別解消法を制定し、障害者雇用促進法を改正するなど、障害の社会モデルを部分的に採用し、合理的配慮の不提供を差別と位置づけている。

権利条約は、締約国は政府報告（国内の状況が権利条約に適合するかについての政府の意見）を提出するルールとなっている。その後、これを審査する立場にある権利委員会から事前質問事項が送られてきて、さらに政府が回答する。そして、権利委員会と政府との建設的対話を経て、権利委員会から総括所見（勧告等を含む権利委員会の意見）が出される。日本の建設的対話は、2022年8月22日、23日にジュネーブの国連本部において行われ、9月9日に総括所見が出されている。

II. 日本の総括所見の特徴

日本の総括所見は、他の国の総括所見と比較しても、項目が多岐に及び、手厚い内容である。これは、JDF や日弁連などの NGO がパラレルレポートを提出し、日本の課題を権利委員会に訴えてきた成果であるといえる。

また、権利条約は、障害が個人に帰属するもの（医学モデル）ではなく、

社会に存在するもの（社会モデル）に基づくものであることを基本としているが、昨今の権利委員会の見解に見られるように、障害が人権モデルに基づくべきであることが強調されている。

日本の法制度との関係では、権利条約 19 条（自立した生活と地域社会への参加）と 24 条（教育）に関し、勧告(recommends)に留まらず要請(urges)がなされ、より抜本的かつ速やかな是正が求められている。19 条との関係では、グループホームを含む限定された地域生活の選択肢の見直しが求められた。教育分野では、特別支援教育を是とする日本の教育を見直し、インクルーシブ教育を実現するよう求められている。この点、地域生活の選択肢を広げていくためにも、障害年金を含めた所得保障を拡充していくことが求められるところである。

また、総括所見では、様々な分野において障害当事者の参加が求められている。障害年金の分野においても、審議会や研究会等、法制度を検討するにあたり当事者の参加がないまま審理を進めていくことが問題視されるべきであろう。

Ⅲ. 障害年金と関わる総論部分

総括所見の内、障害年金と関わる総論部分について若干紹介する。

1. 障害の人権モデル

権利条約の一般原則（第 1 条－第 4 条）に関する勧告において、次のとおり、障害の人権モデルが紹介されている。医学モデルは施策を実現するための機能的な概念と言われているが、人権モデルはこれを支える理念である。人権に基づき障害を理解していくことの重要性があらためて提示されたものと理解される。

8(a)障害者、特に知的障害者及び精神障害者を代表する団体との緊密な協議の確保等を通じ、障害者が他者と対等であり人権の主体であると認識し、全ての障害者関連の国内法制及び政策を本条約と調和させること。

(b) 障害認定及び手帳制度を含め、障害の医学モデルの要素を排除するとともに、全ての障害者が、機能障害にかかわらず、社会における平等な機会及び社会に完全に包容され、参加するために必要となる支援を地域社会で享受できることを確保するため、法規制を見直すこと。

2. 専門家に対する権利条約の周知

障害のある人とともに働く専門家に対し、権利条約の理念、内容を理解することが求められている。

10(c)障害者団体の緊密な関与により、司法及び裁判部門の専門家、政策決定者及び議員並びに教員、保健医療関係者、ソーシャルワーカー及びその他障害者に関わる専門家に対し、障害者の権利及び本条約上の締約国の義務に関する組織的な能力構築計画を提供すること。

IV. 障害年金と関わる各論部分

次に、総括所見の内、障害年金と関わる各論部分について紹介する。

1. 自立生活及び地域社会への包容

先ほどご紹介したとおり、地域生活に関しては、勧告より強い「要請」がされている。ここでは、直接的には自立生活を実現するための予算の再配分が求められているが、グループホーム等の特定の生活施設で生活する義務を負わず、自身の生活について選択等ができるようにするためには、障害年金の範囲、額の拡充を含めた見直しが求められるところであろう。

また、障害のある人にとっての社会的障壁の評価等に関し、既存の評価形態を見直すことを要請している部分に関しては、障害年金の障害の評価に関しても同様の要請がなされていると考えるべきである。

4 2 (a) 障害者を居住施設に入居させるための予算の割当を、他の者との平等を基礎として、障害者が地域社会で自立して生活するための整備や支援に再配分することにより、障害のある児童を含む障害者の施設入所を終わらせるために迅速な措置をとること。

(c) 障害者が居住地及びどこで誰と地域社会において生活するかを選択する機会を確保し、グループホームを含む特定の生活施設で生活する義務を負わず、障害者が自分の生活について選択及び管理することを可能にすること。

(d) 障害者の自律と完全な社会包容の権利の承認、及び都道府県がその実施を確保する義務を含め、障害者の施設から他の者との平等を基礎とした地域社会での自立した生活への効果的な移行を目的として、障害者団体と協議しつつ、期限のある基準、人的・技術的資源及び財源を伴う法的枠組み及び国家戦略に着

手すること。

(f) 障害者にとっての社会における障壁の評価及び障害者の社会参加及び包容のための支援の評価を含む、障害の人権モデルに基づいた、地域社会における支援及びサービス提供を確保するため、既存の評価形態を見直すこと。

2. 福祉的就労における所得保障

権利委員会は、一般就労への移行機会が確保されていないことや福祉的就労における工賃の低さに注目し、移行の機会確保や同一労働同一賃金等への是正を求めている。障害年金の見直しと併せて改善を求めていく必要がある点である。

58(a) 障害者を包容する労働環境で、同一価値の労働についての同一報酬を伴う形で、作業所及び雇用に関連した福祉サービスから、民間及び公的部門における開かれた労働市場への障害者の移行の迅速化のための努力を強化すること。

3. 障害年金の額の見直し

障害年金に直接関わる部分として、権利委員会は、権利条約 28 条に関し、障害年金の額に関する規定の見直しを求めている。注目すべきは、「障害者団体と協議の上で」として、検討プロセスに当事者参画を求めていること、及び、額の見直しは、「障害年金が著しく低額であること」に注目し、大幅な増額を求めているものといえることである。

重要な点であるため、委員会の懸念部分・勧告部分の全体を引用する。

59. 委員会は、以下を懸念する。

(a) 障害者及びその家族の相当な生活水準を利用する機会を確保するための、障害に関連する費用を負担するための規定を含む、社会的な保障形態が不十分であること。

(b) 市民の平均所得に比べて、障害年金が著しく低額であること。

(c) 民間及び公共住宅の利用の容易さ（アクセシビリティ）を確保する基準に関する限定的な進捗。

60. 本条約第28条及び持続可能な開発目標のターゲット1.3の関連性を考慮し、委員会は以下を締約国に勧告する。

(a) 障害者、特により多くの支援を必要とする者に対して、相当な生活水準を保

障し、障害に関連する追加費用を負担するために、社会保障制度を強化すること。
(b) 障害者団体と協議の上で、障害年金の額に関する規定を見直すこと。
(c) 民間及び公共住宅に適用される法的拘束力のある利用の容易さ（アクセシビリティ）基準を定めること、及びその実施を確保すること。

V. おわりに

日本の初回審査における総括所見では、数々の勧告や要請がなされ、次回報告（2028年）までに国内の法制度や運用を権利条約に適合するように是正することが求められている。

障害年金に関しては、権利委員会が直接的に求めている額の見直しはもとより、福祉的就労を含む労働分野の是正やその他の所得保障の拡充とも関連させながら、障害のある人の生活全般の権利保障を実現するための改正を求めていく必要がある。

以上

障害年金法ジャーナル 第3号
ISSN2436-0589

2024年4月16日発行

編集者・発行者 障害年金法研究会

代表 橋本宏子

連絡先: 〒105-0002 東京都港区愛宕1丁目6番7号

愛宕山弁護士ビル507号室

関哉法律事務所

s.nenkinlaw@gmail.com

著作権は、各原稿について各著作者に、本書全体につき 障害年金法研究会に帰属します。

営利目的の利用を禁じます。

障害年金の権利の発展のために障害年金訴訟・(再)審査請求・年金請求の証拠として利用すること、学術研究に利用することなどは、出典を明示頂ければ利用して構いません。