

## 第2部 各国別報告

### 1 ベルギーにおける障害の法的定義

Erik Samoy (抄訳・田辺和子・高橋えり子・佐藤久夫)

ベルギーには 2001 年時点で障害者差別禁止法はないため、Samoy 報告では福祉、所得保障、雇用の 3 分野を取り上げている。所得保障については 2 種類の労災制度と被用者の障害年金および無拠出制の障害年金の計 4 つを取り上げているが、この日本語報告では被用者の (拠出制の) 障害年金を紹介する。福祉と雇用についてはすべて (福祉の 2 制度と雇用の 1 制度) を紹介する。

#### 1 福祉サービス

##### (1) 統合手当 (Integration allowance)

###### 制度の概要

統合手当は機能損傷によって生じる特別な出費に対する援助を意図している。

とくに、移動 (家屋外の移動を含む) 食事の準備と摂食、身辺処理と身体衛生、家事、監督なしでの生活、コミュニケーションと交流、の領域における制限は受給資格を決定する際に重要性を持つ。

現金で支払われ、制限の程度によって決められる 4 段階の額がある。

対象年齢は 21 - 65 歳。65 歳以上には、幾分低い額での給付をする別の制度がある。

これは障害者に対する所得補充手当 (the Income Replacement Allowance) に制度上関連づけられており、しばしばこの 2 つの受給資格は同じ証拠に基づいて同時に査定される。

受給者が働く場合、保証される最低限の所得基準より上の収入は手当から控除され、また一般的な所得制限もある。

###### 定義・認定

対象は、「自立して生活する能力に制限のある人」とされている。

法律は日常生活動作 (ADL) を行う能力の制限をアセスメントするための基準を制定している。この基準はこの法律を意図してデザインされたものだが、the Barthel and Katz のような他の ADL 基準や IADL 基準に類似している。統合手当は、法律制定者が定義と共に測定の手段を提供している唯一のものである (しかしながらあまり明確なものではないが)。

障害者のための所得補充手当の受給資格を審査する健康省の医師が申請者を査定する。通常は自宅で評価を受ける。学際的なアセスメントのための規定があるが、実際にはこれは裁判所に訴えがあった場合にのみ行われる。

##### (2) ダイレクトペイメント (DP)

###### 制度の概要

この制度は連邦全土ではなくフランダース地方のみを対象とするフラマン基金 (Flemish

Fund) の制度の一部で、2001 年に本格的に始まった。ダイレクトペイメントはパーソナルアシスタントの利用ととくに関係がある。この制度ではパーソナルアシスタントの活動の範囲を定めておらず、例えば、彼らは介護、ホームヘルプ、移動の援助等を供給してもよい。

支払われる額は、ADL を行う際のその人の困難度に基づいて与えられる。理想的には、費用額は障害者が提出する出費計画に相当する。もしそうでない場合、予算は上げられうる。提出された支出計画と関連づけて支出されることが期待されている。

フラマン基金は 65 歳以下の人のみの申請を考慮に入れているが、一度援助が裁定されたら 65 歳以降も支払いは続けられる。

### 定義・認定

フラマン基金のサービス利用（ダイレクトペイメントに限らず）の資格をもつには一般的に、「知的、精神的、身体的、若しくは知覚能力の低下による、社会的統合の可能性の長期にわたる、かつ重大な制限」と定義される障害を持っていないとしない。

学際的なチームが、その人が障害者かどうかの最初のアセスメントを行う。ここでは障害の程度が、機能障害についての情報とともに、Barthel スケールと Elida スケール（これは Barthel スケールと似ているが精神的心理的機能の項目を含んでいる）を用いて査定される。

さらに、障害者との共同で学際的なチームがまた関与して、一週毎、一日毎、および時間毎のパーソナルアシスタントの利用計画の詳細な記述がつくられる。申請者と関係者の見解が一致しない場合は 2 つの利用計画案が提出される。

最終的な決定は（身体的な）障害を持つ人、障害者の親、専門家とフラマン基金の職員で構成する委員会によってなされる。

支給額の決定は、まず ADL 評価（Barthel スケールと Elida スケール）による得点に応じたランク（金額カテゴリー）に位置づけられる。もしこれが申請者の要求額に足りていればそのランクで決定される。しばしばその額は不足する。その場合、上記委員会は最大 2 ランクまでの上位ランクにアップさせることができる。ただしそのランクアップは、障害（disability）の程度や社会的状況に基づくものでなければならない。最大年額は 35000 ECU（エキュ、1 ECU=165 円換算で約 580 万円）。最近の調査では委員会の支給決定総額は、障害者が請求した金額の合計のおおむね半分である。

## 2 所得保障

### 第 1 次労働不能給付および障害年金（Primary work incapacity benefit and Invalidity benefit）

これは保険制度のもので、対象は被雇用者、自営業者、失業登録中の者等である。

病気・障害を持った人はまず、1 年以内の「第 1 次労働不能期」(primary work incapacity period) を経て「障害期」(Invalidity period) に至る。両時期とも「労働不能」の基準は同じだが、その評価に当たってどの範囲の職業まで考慮するかは異なる。

ベルギーの健康保険法制では労働不能は次のように定義される。

「怪我又は機能的損傷（functional impairment）の発生又は悪化の直接的結果として全ての労働活動（work activity）が停止し、また、その怪我又は機能的損傷のために、同じ社会階層・教育レベルの（障害のない）人であればその障害者が労働不能となったときに従事していた職業と

同じ分類の職業またはその教育や訓練に応じて得られたであろう職業で稼げるであろう額の3分の1以下しか稼げないと認められる場合、労働不能と見なされる。」

労災保険と違って能力低下の程度は判定しない。「段階的職業復帰」の期間を除いて、この制度では完全能力喪失か能力喪失なしかの区分しかない。使われる障害の基準（disability criterion）は経済的可能性と似た概念の「稼得能力」（earning capacity）である。明らかに怪我又は機能的損傷を原因として稼得能力が喪失したのかどうかだけが重視される。個人的問題によって職業従事ができなくなった場合には第1次労働不能給付も障害年金も支給されない。ただし心理的な病気や機能不全が証明されれば別であるが。また、労働の停止は怪我又は機能的損傷の発生又は悪化の「直接的結果」でなければならない。

稼得能力レベルは国民健康保険に雇用されている保険の専門の医師が行う。法律はアセスメントの進め方を次のように定めている。

- (1) まずその人が機能的損傷にもかかわらずまだどれだけ稼げるか、「残っている稼得能力」を判定する。
- (2) ついで「仮想の基礎稼得能力」を計算する。つまり申請者と同じ経済社会的背景で同じ教育訓練の非障害者であれば、その申請者の最終の職業あるいはそれと同じ分類の職業、又はその教育訓練から見て申請者が従事したであろう職業と同じ職業で、稼げるであろう額を割り出す。（訳者注：就労経験がなく職業訓練課程にいる人が障害者になった場合も障害年金を支給するために、「従事したであろう職業」が入ったと考えられる。）
- (3) 最後に、(1)が(2)の3分の1以下であれば申請者は完全に労働不能と見なされる。

実際にはこの複雑な評価はなされない。ひとつには、申請者は働いてはいけないことになっているので、「残っている稼得能力」を測定することができないから。もう一つは、どの職業と比べるのかとか、考慮すべきいくつかの職業での稼得能力をどう計算するのか（平均賃金をとればいいのか？）など「基礎稼得能力」の計算も困難である。

前述のように、「第1次労働不能」（primary work incapacity）と「障害」（Invalidity）の区別がある。これらの申請・決定プロセスを進めるのは健康保険基金の医官で、治療にはタッチせず、申請者の労働の状態について保険にアドバイスしたり、仕事への復帰を助けたりする。健康問題で仕事が続けられなくなった従業員は、事業主からの給料が出なくなる前にこの医官に連絡し、その診察を受けねばならない。医官は開業医やソーシャルワーカーなどからの情報も集める。これらを元に給付の受給資格、今後の見通し、リハビリテーションの可能性などを判断する。

もし回復の見通しがよければ最初の6ヶ月の稼得能力の低下は働けなくなったときの職業で評価される。6ヶ月以降又は最初から回復の可能性が低い場合には、より広い範囲の職業に基づいて稼得能力の低下を評価する。

最初の6ヶ月間あるいは1年まで、医官は定期的に（例えば毎月）患者と会って労働不能の状態の経過や職業復帰の可能性を見る。必要なら「段階的職業復帰」がなされ、この期間には第1次労働不能給付に加えて50%増しの額まで給料を得ることができる（世帯主の場合）。6ヶ月たってもフルタイム労働に従事できない場合、医官は申請者の第1次労働不能給付を停止し、失業給付に回すか、障害年金の申請をさせる。障害年金に支給決定は、地域医療審査会の審査を経て行われるが、大部分は医官の判定を承認する。障害年金受給期間中も受給者は医官に定期的に会

わねばならず、また必要なら職業訓練や段階的職業復帰が利用できる。

実際に評価されているのは技術的意味での稼働能力ではなく、首尾よく職業復帰ができるかどうかである。医官たちは、開業医、産業医、専門医等からの情報、自分たち自身による診断、申請者たちの可能性についての個人的な評価、そして労働市場の状況についての個人的な知識に頼っている。腰痛など問題の病理的な根拠がはっきりしなくても、症状の記述で足りるとされる。重要なのは仕事に制限を与えるような機能的損傷があること。自動的に受給資格を与えるような病気や機能障害はないが、逆に自動的に排除するようなものもない。しかし入院中の者は労働能力喪失とされる。

労働審判所に持ち込まれた事件の内容分析によると、労働不能の評価に際しては機能的損傷以外に、年齢、性別（時々年齢や子育て負担と関連して）、国籍・民族、教育レベルや労働経験、性格や就労復帰への意欲、前職と今後就くかもしれない職業とのギャップ、などが考慮されている。現実には職があるかどうかは考慮しないとされているが、実際には労働市場の状況が考慮されている。

申請者は自分の意見を面接で述べるができるが、その際の標準的な質問も、標準的な記録様式もない。医官と申請者がどうしても一致しない場合は、労働審判所に頼ることとなる。

結論として、第1次労働不能給付および障害年金における障害（disability）とは、機能的損傷による稼働能力の喪失と法律は規定しているが、毎日の実践における暗黙の定義は、機能的損傷による労働市場での機会の喪失である。

### 3 雇用

#### 障害者の社会的統合のためのフラマン基金の雇用支援サービス

この制度は連邦全土ではなくフランダース地方のみを対象とするフラマン基金（Flemish Fund）の制度の一部である。

主な就職対策は賃金補助、職業訓練、そして保護雇用などである。どこでいつ定義が問題となるかを理解する上で、全手続きを述べておくことが有益であろう。

フラマン基金を受ける資格を与えられるためには、申請者は基金に関する規約で定義された「障害者」でなければならない。1990年6月27日の法令によると、障害とは「知的、精神的、身体的、若しくは知覚能力の低下による、社会的統合の可能性の長期にわたる、かつ重大な制限」としている。この支給の適応性は各専門分野協力の査定チーム（非営利団体として認可されている）によって提出された情報をもとに多専門分野で構成された委員会が査定する。

基金の申し込みは常に特定の補助に関係しているので、一般的な法的規準（社会的統合の可能性の制約）はいろいろなサービス毎の受給資格基準によって具体化されている。このためこれが一般的基準のための測定手段がない理由である。例えば申請が就職支援に関する場合、労働市場へ参入できない理由が申請者の労働能力の低下によるものであることが証明されなければならない。いくつかの場合では、たとえば聴力を失っている事が医学的に証明されれば、損傷のある事それ自体で、仕事に関する補助、即ち職場での数時間の通訳による支援を受ける資格が認められる。そのほかの申請者、すなわち軽い知能障害を持った人達などは（例えば）保護雇用（sheltered workshop）利用が許可される前に、普通の仕事を見つける試みが失敗したという証拠

を委員会に提出しなければならない。もう一つの補助は損傷によって仕事の成績が低下した従業員のための賃金補助である。この補助を雇用者が申請すると、従業員はまず一般的なアセスメント過程（学際チームによる評価と委員会による判定）を通過しなければならない。結果は、従業員が「障害者」と認定され（即ち損傷が仕事の可能性を限定している）、それゆえに賃金補助が正当化される。しかしながら第二段階で、補助の程度は外部機関（労働法の検査官）によって、フラマン基金の係官と医師が提出した証拠をもとに決定される。検査官は労働能力減少の証拠を発見せずに（または証拠不十分で）、結果として賃金補助を却下するかも知れない。この場合、審査委員会の決定は無効になる。学際チームは後の段階で有益になるかも知れない証拠を集めて、この状況を未然に防いでいる。実際には、検査官は労働遂行状況を測る何の手段も持っていないので、現場での検査で収集された情報と医師やフラマン基金の係官によって提出された証拠に依存せざるをえない。

概して障害の一般的な定義は（１）損傷が現に存在する、（２）個人が特別の補助の受給資格の規準にあてはまる、という証拠を集めて適用されると言える。損傷が能力の減少に関係しているかどうかという検査は一般的な検査ではなく、基金のそれぞれのサービスごとに規定されている。

ある人間が障害を持っていないと判断された二つの主要なタイプの状況をより厳密に見ると興味深い。知力、精神、身体、知覚の損傷がない時（または軽いと考えられた場合）その人間は自動的に「障害なし」としてフラマン基金の補助から外される。損傷があるが、特別の補助の資格規準にあてはまらない時（例えば賃金補助を受けるには能力がありすぎる）、その人はフラマン基金の管理上の言葉では「障害」として分類はされない。但しもちろん同時に別の補助基金の申請が許可されれば別であるが。

誰が障害者で誰がそうでないかということは多くの場合、一般（第１段階の）の基準とともに、２段階の規準で決定される。基金がより多くのタイプの補助やサービスを開発すればするほど、より多くの人たちが管理上、障害者として分類されると思われる。

この過程の中では申請者が自己主張できる範囲は限られている。申請者は多専門分野協力の審査チームに影響を与える事によってのみ委員会に圧力をかけることができる。さらに委員会の決定に対して２段階での控訴が可能である。申請者が本人自ら自己のケースを弁護する内部管理の再審査と労働審判に控訴することである。

## 結論

近代の福祉国家のほとんどでは、社会の特定のカテゴリーに属する人々を対象に社会的手当 (social provisions) が認められている。『The Disabled State』(1984)の中で、著者の D.A.Stone はこれを「categorical solution (カテゴリー的解決策)」と表現している。カテゴリー（例：「障害」）は、手当などの受給資格を判断するために設けられている。少々意外だが、ほとんどの定義が操作的なものではなく、一般的表現で制度の目的を説明しているが、測定する尺度が明記されていない。時に、ADL 尺度などのような法的に承認されている方法が提供されることがあるが、それは稀なケースである。しかし、誰によって、どのように解決するか、といった手続上の規定ならば必ず存在する。

この受給資格の判定に携わる人々はゲートキーパー (gatekeeper) と呼ばれ、従来「障害」分

野のゲートキーパーは皆医学の専門家であった。20世紀後半に入って、心理学者、教育学者、ソーシャルワーカーなどもゲートキーパーとなった。しかし、所得補助手当では未だに医師が唯一のゲートキーパーとされているように、医師の専門性の優越は、部分的にしか解消されなかった。他の条項でも、医師を含む学際的な評価が求められる。この医学の優越（支配）は驚くべき事柄ではない。「障害」のカテゴリーの中では病気、傷病や傷害は十分条件でないが必要条件であるからである。もちろん、医師だけしか正当に（慢性的な）病気、傷病や傷害を確かめることができない。

しかし、サービスの多くは特定の分野に関して設けられており、さらに、対象とされている病気、傷病や傷害が、その特定分野に対して（マイナスの）影響をしていることが確認されなければならない。受給資格を決定するためにこの影響の大きさを測定する必要がある。経済的ポテンシャルの喪失や、稼得能力の低下は、共に雇用の分野に対するマイナスの影響であり、自立した生活を送れる能力の減退はADLに対する影響、そして生産力の減少は特定就労状況を意味する。従って測定される（障害の）概念は、社会的環境でしか表れないため、社会的な概念として捉えなければならない。

ここで大きな障壁がある。なぜならば、（極端な例を除いて）「障害状況」のどの部分が病気、傷病や傷害によって生じ、どの部分が他の要因によって引き起こされているのかを特定することが困難だからである。この特定する作業は、毎回非常に時間がかかり、コストがかかり過ぎて標準的な手続になりにくい。例え対象者の状況が明らかであったとしても、他の人々（対象者）とフェアに比較する根拠、基礎を導き出すということはとても難しい。ゆえに、そのことは、ダイレクト・ペイメントということばが示すほどには個性化・個別化されてはいないことの理由のひとつである。

どんな場合も、受給資格の決定はくだされなければならないため、関係者による、そのプロセスを標準化しようとしている動きが見られる。標準化するための要素が障害の社会的定義には存在しないため、より低いレベルで見つけ出されている。確かに、機能あるいは機能障害のレベルでは様々な手法（IQ測定、ADL尺度、baremesも）により、障害者と健常者、障害のレベルの間を区別することができる。これは、機能、傷病がより重ければ、多くの場合社会的により重い不利をもつことを推測したものである。

ICIDHでいえば、障害（disability）の定義はしばしばhandicapの言葉で表されるが、その測定（そして決定）はほとんどの場合、機能障害や障害の程度に基づいている。ときにこうした実際の行為は、規定されている測定手段によって法的に承認されているが、我々の仮説（今後の研究によって反証、確認されるだろう）では、より多くの場合、単に個々の専門家や学際的なチームによるルーティーン化されたものである（訳者注：法的に承認された測定手段がなくても、評価者は機能障害で障害を評価している、という意味）。

## 2 カナダにおける障害の定義

木口恵美子

カナダには、多くの障害の定義が存在していると理解されているが、実際にカナダ政府が定めた障害の定義は3つに過ぎず、障害を明らかにしている法律は1つである。カナダの障害軍人年金プラン、カナダ学生支援プログラム、RRHAPの3つの制度における定義と、カナダ雇用均等法である。他の制度では、先の3つよりも障害の条件が少ない。すなわち、障害のタイプ、重さ、継続、障害の影響といった、障害の特徴に焦点が当てられている。一方で、支援の対象とする人を特定するのに、同一の言葉、例えば、重度や長期や弱者という言葉が、その内容を定義しないまま、様々な制度で使われているという問題も指摘されている。障害を病気や機能障害と解釈すると、身体的、精神的なこととなり、障害は社会によって引き起こされたと解釈すると、差別と排除の結果による社会的、経済的、文化的不利益と見なされ、すべてに通じるように障害を定義することは困難であるとされる。

2003年6月、障害者人権条約の推進の為に創設された、国連のAd-Hoc委員会が組織した、専門家も出席したパネルディスカッションで、障害当事者のリーダーは、技術科学の発達や、障害についての多様な考え方の広まりと共に、障害を持つ人の環境は広がり続けるという考えのもと、「定義の中に障害者を閉じ込めること」は薦められないと強調した。

以下で1福祉サービス、2所得保障、3雇用・教育、4権利擁護の4点について、関連法制度と障害の定義に関する報告を行う。

### 1 福祉サービス

カナダの障害者のニーズは多様であり、州によって異なった方針を持っている。また、政策も特定の担当省や法制度でくくることは出来ず、多くの省や法制度が関わっており、複雑である。まず連邦政府の法制度を確認した後、ブリティッシュコロンビア州の取り組みを紹介する。

連邦政府の法制度

#### 1.1 障害者控除 (Disability Tax Credit : DTC)

収入税法 (118.3 (1)) に基づき、税務局が管理する。

重度で長期にわたる精神・身体障害は、自らの意思によらない障害のコストを負わせ、税金を支払う個人の能力を減じるという理解のもとで作られた制度であるが、根拠となる収入税法に障害の定義はされていない。制度を利用できるのは、

- ・ 訓練や推奨される機器や薬物を用いても、日常生活の行動がすべて、もしくは実質上すべて、際立って制限される盲又は他の状態。
- ・ 生命機能の維持のため要求された広範囲にわたる処置がなければ、際立って日常生活上の制限がある状態。
- ・ 日常生活の基本的活動、例えば自ら食事、着脱ができず、話すこと、聞くこと、排泄、歩行、または理解、思考、記憶に制限がある状態。その他仕事、家事、社会参加や余暇活動は日常生活の基本活動と見なされる。

障害は医師によって証明されなければならない。また、視覚、聴覚、は、検眼医、聴覚医、歩行、食事、着脱、理解、思考、記憶は作業療法士や理学療法士、話すことは、言語療法士等のような専門家によって、限定される必要がある。

## 1.2 弱者扶養控除(Infirm Dependant Credit)

収入税法(118.3(1))に基づき、税務局が管理する。

精神的・身体的に弱い成人を扶養している者は、同等な収入があり、弱者を扶養していない者に比べて、税金を支払う能力が少ないという理解のもとつくられた。根拠となる収入税法に、弱者の定義はない。制度を利用できるのは、精神的、身体的に虚弱な成人の生活を扶養している納税者。扶養されている者は、長期にわたる支援を必要とし、カナダに在住していなければならない。医師の証明が必要である。

## 1.3 介助者控除(Caregiver Credit)

収入税法(118.3(1))に基づき、税務局が管理する。

家庭で65歳以上または虚弱な両親や祖父母の介護を提供している個人に対して、支えを提供する目的でつくられた。根拠となる収入税法に、虚弱の定義はない。制度を利用できるのは、家庭内で65歳以上または、虚弱な両親か祖父母を扶養している納税者。

## 1.4 障害を持つ人に対する住宅リハビリテーションプログラム

(Residential Rehabilitation Assistance Program for Persons with Disabilities)

障害をもつ居住者に対して、家を使いやすく、接近しやすく改修するために、家の所有者、借家人に対し資金援助を提供するための制度で、カナダ住宅貸付協会(Canada Mortgage and Housing Corporation)が運営している。ここでは、WHOの定義「(機能障害の結果)人として普通と見なされる活動の可能性に何らかの制限や欠如がある状態」が用いられている。

持ち家の場合は家の状態、世帯収入、世帯規模、面積等の制限があり、貸家の場合は、家の状態、賃借人の収入等の制限がある。改修の為に医師、理学療法士等の確認書が要求される。

### ブリティッシュコロンビアにおけるサービス

#### パーソナルサポートサービス

カナダの保健と社会サービスはカナダ保健法(Canada Health Act)に基づいている。連邦政府の資金援助と調整でほぼ全国的に均一化されている一方で、実際の運用は州の責任とされている。実際の障害者サービス(移動、住宅、アシスタントサービス等)については、各州によって特徴は異なっているが、アシスタントサービスではブリティッシュコロンビア州や、オンタリオ州の取組が先駆的である。

ブリティッシュコロンビア州の障害を持つ人のための雇用とアシスタント法(Employment and Assistance for Persons with Disabilities Act)で、障害者は「深刻な身体的、精神的機能障害を持ち、その障害が少なくとも2年間継続すると見なされる人」で、「日常生活の活動が著しく制限される人、日常生活の活動において、他者の手助け、補助具、介助犬を必要とする人」と定義されている。

この法律に基づき、個別化した資金を個人に提供し、特定のニーズにあわせて物品やサービスを購入する方法が取られている。

#### 継続ケアプログラム(Continuing Care)

継続ケア法(Continuing Care Act)に基づいて提供されるプログラムで、ホームヘルプサービス、食事準備、デイサービス、在宅看護、ケースマネジメント、レスパイト等のサービスを提供する。これらサービスは地元の保健機関が管理運営し、非営利や民間機関によって提供される。



この法律では、障害を持つ人のための雇用とアシスタント法の定義が用いられている。

## 2 所得保障

### 2.1 カナダ障害者年金:Canada Pension Plan(CPP) Disability

カナダ年金法に基づいており、この法律の中で障害は、次のように定義されている。

a) 深刻で長期の精神あるいは身体の障害があることが規定された方法によって決定される場合である。そして論点は次のとおりである、

( ) 次のような場合に障害は深刻である。つまり、実質的な有給の仕事を本式に遂行することが困難であると決定した場合である。そして、

( ) 次のような場合に障害は長期である。つまり、その障害が長く続き、限界がなく、あるいは結果として亡くなってしまいそうである、と規定された方法において決定される場合である。そして、

b) 人が障害をもっているとか、障害者でなくなるとかいう判断は規定された方法にしたがって決められる。しかし、障害認定の申請の15ヶ月以前に、障害者と見なされることはない。(障害を持ってから、15ヶ月以降の申請に限る)

給付を受けるに当たっては、最低限の年数(最後の6年のうち4年)はCPPへ収めていなければならない。支給は年間の最大受給年金(Yearly Maximum Pensionable Earnings 2002年は39000ドル:1ドル約103円)の10%以上か同等である。子供を(18歳以下)を扶養している障害者の受益者にも月々の給付金を支払う。18歳から25歳の子供も、毎日学校や大学に出席していることが認められれば、給付の資格がある。

申請に当たっては、医学的診断書と他のあらゆる支援の書類が必要で、医学的判断に送られる。医学的診断は重要であるが、特異判断ではなく、全人格に基づいて判断される。年齢、教育・職業歴も考慮し、雇用主、学校、セラピスト、看護婦や他の第三者の助言を求めることもある。困難なケースはCPPの医者によって再検討される。

### 2.2 障害軍人年金プログラム(Veterans Disability Pension Program)

カナダ軍人年金法に基づいている。軍に関係し、軍に仕えて障害を持ったことに対して、人生の楽しみの損失を補うことが目的で、本来の受取人の死に対しては遺族に保障する。障害は「意欲や、一般的な精神的・身体的活動を行う力の低下や喪失」定義され、障害の表に基づき、ガイドラインが適用される。

## 3 雇用、就労・教育

### 3.1 付き添い支援控除(Attendant Care Deduction)

収入税法に基づき、障害を持つ納税者は、仕事や雇用で収入を得たり、学校に通うことを可能にするために必要な付き添い支援に対して負担を負っているとの理解によって成立した。収入税法に障害の定義はない。障害者控除の基準に適している必要があり、医師の診断書が必要である。

### 3.2 機会の資源(Opportunities Fund:OF)

1997年に成立し、Human Resources Develop Center(HRDC)が運営している。障害を持つ

人が、雇用されたり、自ら起業することに対する準備、実現、持続を手助けする。障害の定義はなく、自ら日常生活を行うことを制限する、永久的な身体的・精神的機能障害を持っていると認めている人が自己証明をする。

### 3.3 職業リハビリテーションプログラム ( Vocational Rehabilitation Service )

カナダ年金法に基づき、障害を持つ人の仕事への復帰を助ける。

### 3.4 障害者雇用支援 ( Employability Assistance for Persons Disabilities : EAPD )

障害の定義はない。州が立案した技術指導、職業体験等の雇用準備、就労、継続支援プログラムを立案し、そのプログラムやサービスに適する個人の資格を決定する。

カナダでは、中等教育卒業後の教育、社会サービスは、州が本質的な責任を負っている。労働市場サービスについても、各州でそれぞれに取り組みされており、プログラムや障害者雇用の強調度は州によって大きな差がある。カナダ政府は、支払いの均等化、条件付費用分担、無条件助成、対象を絞った権限の委譲などの方法で、プログラムの為の予算を補足する役割を果たしている。この、障害者雇用支援もその一つで、カナダ政府と州の合意のもとで成り立っている。州が立案、提供責任を持ち、国は州の計画の適正を決定し、予算を支払う。

カナダ政府の雇用関連プログラムの管理は、カナダ人的資源開発省 ( Human Resources Development Center : HRDC ) が行い、カナダ人的資源センター ( Human Resource Centers ) はプログラムの提供に責任を負っている地方事務所である。

障害を持つ人の雇用について、一般就労と保護雇用に分けることができる。保護雇用は、障害者職業リハビリテーション法及び協会に基づき、保護雇用制度に財源を提供し、州の責任で行われている。

### 3.5 政府従事者補償サービス ( Federal Workers Compensation Service : FWCS ) と雇用保険 ( Employment Insurance : EI )

FWCS は、政府機関で働くものの、事故や災害で為の補償のためのもので、特に定義はない。EI は病気や負傷、隔離で働くことのできない人のために提供される。

### 3.6 カナダ学生ローン ( Canada Student Loans Program : CSLP )

カナダ学生支援法 ( Canada Student Financial Assistance Act ) に基づき、金銭的ニードが証明されたカナダ人がローンや譲渡の供給を通して資金の壁を下げ、中等教育後の教育 ( 全日制または時間制 ) を促進することを目的につくられた。

ここでは、恒常的な障害を「必要な中等教育後の学校での学習への参加や、労働といった日常生活の活動を制限する、身体的、精神的機能障害による機能の制限であり、望む生活をできなくしているもの」と定義している。

カナダ在住、金銭ニードの証明、教育にふさわしい資格、授業登録数等の条件がある。また、恒常的な障害を証明する医学的な報告書が要求される。

#### 3.6.1 恒久的障害に対する補助

障害のため、特別な苦難無くカナダ学生ローンの返済の義務を果たすことができない、恒常的な障害を持つ人を支援することを目的とする。医学的報告書と金銭的報告を必要とする。

### 3.6.2 カナダの恒常的な障害を持つ学生への学習の保障

恒常的な障害に関連する、特別な教育に関する負担を軽減することが目的とする。例えば、障害に関連するサービスや機器の必要性があることを証明する、就労リハビリテーションサービスワーカー、障害を持つ学生のセンター、又は中等学校後の施設の生活指導カウンセラー/資金援助の管理者からの公的書類と医学的報告書を必要とする。

### 3.6.3 カナダの恒常的な障害を持つ、高いニーズのある学生への学習の保障

金銭的ニーズに焦点をあて、恒常的な障害を持つ生徒の生活と教育の費用負担を助けることを目的とする。資金援助には上限があり、その必要性を証明する書類が必要である。

## 4 権利擁護

カナダの障害者問題では、アクセスの平等、経済的な統合、効果的な参加という、3つのゴールが強調されている。そのため、連邦政府として障害を持つ人への差別を禁止し、権利を保護する法律として次の法律が挙げられている。

### 4.1 カナダの権利と自由の憲章 (Canadian Charter of Rights and Freedoms : 1985)

精神・身体に基づく差別のない平等を規定すると共に、不自由な状態の改善に努めるための差別的な法律、プログラム、法的措置については差別としないとしている。

### 4.2 カナダ人権法 (Canadian Human Rights Act : 1977)

司法管轄において、機会の平等と自由を保障する。ここで障害は、既往の、または現在の精神的・身体的障害であり、身体欠損や、アルコールや薬への依存を含んでいる。

### 4.3 雇用均等法 (Employment Equity Act : 1995)

誰も能力に関係ない理由によって雇用の機会または便益を否定されないように職場における平等の達成を目的とする。また、職場における平等の達成を目的とし、雇用における不利な状況を修正する。この法律で障害は、長期的または再発性の身体的、精神的、感覚、精神医学的、学習機能障害であり、(a) 彼ら自身が機能障害のために雇用において不利益と考える。または、(b) 雇用者や求人事業者がその機能障害によって不利益な立場になると見なしていると彼等が信じた場合、とされている。

### 4.3 移民・難民法 (Immigration and Refugee Act : 2001)

カナダの許容性の決定のための基礎とする。障害を理由に拒否しない。定義はなく、受入れの基準は“障害”から“健康状態”に移行している。移民できない健康状態とは (a) 公衆の健康に危険とみなされる。(b) 公衆の安全に危険と見なされるか ; (c) 過度の保健、社会サービスを要すると予期される場合 と記されている。

### 4.4 放送法 (Broadcasting Act : 1991)

障害を持つ人がアクセスしやすい番組を提供することを目的とする。定義はなく、主に視覚・聴覚・感覚機能障害を対象とする。

### 4.5 カナダ交通法 (Canada Transportation Act : 1996)

すべての障害を持つ人にとって、交通システムが利用しやすいことを保障することを目的とする。定義はなく、主に身体・感覚障害を対象とする

#### 4.6 カナダ証人法 (Canada Evidence Act)

障害を持つ人が裁判の証人として参加する権利を認める。但し、精神障害を持つ場合はいくらかの制限がある。定義はない。

カナダ人権法による差別撤廃の法的アプローチと雇用均等法の活用によって、障害をもつ人も雇用の機会を増大させることを目指していると共に、公共及び民間の施設が、障害を持つ人や他の必要とする人要求に応えるという基本的人権を守るだけでなく、権利実現のために必要な条件を整えることを保障する積極的義務も課している。

#### 参考文献

- ・ Defining Disability: A Complex Issue, Government of Canada, 2003
- ・ 世界の社会福祉 アメリカ カナダ 旬報社 1999
- ・ パトリシア・ソントン、ネイル・ラント「18カ国における障害者雇用政策：レビュー No.3」  
ヨーク大学社会政策研究所 1997年  
[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/other/z00011/z0001104.htm#2\\_01](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/other/z00011/z0001104.htm#2_01)
- ・ 植村英晴「世界の障害者施策 カナダの障害者施策～関係11省庁の取り組み～」『月間福祉』  
1999.3

### 3 デンマークにおける障害の定義

Steen Bengtsson 著(抄訳 浜田朋子)

本ペーパーでは、障害者の定義を4つの側面に分けて書いておりそれぞれの定義の内容は次のとおりです。理論的定義 - 法律や解説書で使われる言葉、構造的定義 - その定義が使われる組織、機能的定義 - 定義が果たす役割、実施的定義 - 定義の対象となる人(訳者注)

#### 総論

デンマークの法制には障害の概念がないといわれるが、それはある意味真実である。しかし広い意味での障害とか健康とか言う概念が完全に欠落しているわけではない。

障害を定義する事は2つの点で有意義である。すなわち「社会が障害に対してとる姿勢を表現している」という点と、「必要な場合において障害者と障害を持たない人を区別する」という点である。前者は差別撤廃に関連し後者は雇用法制と社会法制に関連する。医学的な分類によっていた「職業能力」は実際の労働によって決まる「労働能力」に代えられた。また「障害」の概念については、医学的診断は温存されているものの、実際の生活の上で生じている「機能低下」をより重視するようになった。

#### 1. 差別を減らす法制

アメリカ合衆国の不平等な取り扱いを禁ずる法制度はよく知られている。しかし、差別を禁じる法律以外にも差別を減らす事を目的とする法制度も必要である。デンマークには差別を禁じる法律はないがもっと広い意味で差別を減らそうとする制度はある。

#### 差別を減らそうとする法制度

1934年に4つの障害者団体によってデンマーク障害者団体協議会(Danish Council of Organizations of People with Disabilities)が結成され、その後の障害者のための制度に大きな影響をもたらした。1950年に失聴者法、1956年に盲目者法、1959年に知的遅滞法ができ、これらの法律は障害者の社会への取り込み、つまりノーマライゼーションという新しい考え方を目指していた。この過程で、障害者についての相対的な概念が医学的診断に取って代わっていったが、聾者や盲目者のような強い団体に対する特権を規定する法制度が完全に消え去ったわけではなかった。1970年代の社会改革により、障害(disability)という言葉はほとんど見かけなくなった。過去20年において2つの進展があった。1980年に議会が障害者は可能な限り普通の生活を送る権利があるとして、その実効性を担保するためにデンマーク障害者協議会(Danish Disability Council)を設立したがそのメンバーは障害者団体代表、中央・地方政府関係者、専門家からなっていた。1993年にはデンマーク障害者協議会の下に障害者機会均等センター(Equal Opportunities Centre for Disabled Persons)が設立された。

障害者機会均等センターの基盤は議会の「平等な取り扱いの原則」にあり、社会のすべてのセクターにおいて提供されるサービスに対して障害者がアクセスできる事を保障している。デンマークではアメリカ合衆国のような差別禁止法はないが、「平等な取り扱いの原則」がそれにとって代わっている。

## 差別を減らすための法制における 3 つの定義

### 1.1 政治における障害の社会モデル：平等な取り扱いシステム(1993)

理論的定義(Theoretical definition)：1993年の議会決議では障害者に対する差別をしないことを呼びかけている。議会は、国・地方公共団体および(公的な補助金を得ているか否かを問わず)私企業に対して、平等取り扱いの原則を遵守し障害者のニーズを考慮し可能な解決策を実行する事を求めている。

構造的定義(Structural definition)：差別を減らすシステムはデンマーク障害者協議会が中心的役割を担う。協議会には運動障害、知的発達遅滞、腎臓病、失聴、咽喉癌、筋萎縮症、ADHDなどの団体代表者が参加しており失聴のような典型的障害だけでなく障害児の親や難病者の代表も加わっている。しかし参加していない団体がないわけではなく、糖尿病、アレルギー、癌、失語症、および会員が500人に満たない小さな団体は参加していない。

機能的定義(Functional definition)：1969年に議会で障害児を地域の学校に受け入れることが決議された。1980年には障害者が普通に暮らす権利があることが議会で決議され、1982年には障害に配慮した建築規制がつけられた。

実施的定義(Operational definition)：デンマーク障害者協議会と障害者の機会均等センターの年次報告を見ると95%はすべての障害に共通なまたはいくつかの障害に共通な記述である。残りの5%の中に、知的発達遅滞、聴力障害、精神障害、盲目、聾盲、脳卒中に関する記述があった。

### 1.2 建築基準により定義される障害の社会モデル

建物や物理的環境が文字通り障害者に対してバリアとなる。バリアを取り除く事は、例えば車椅子を例に取ると、車椅子で通れるというだけでなく自由に動けることであり、この意味で建築基準は障害の社会モデルの実現と言える。1972年に中央政府の建物が規制されるようになり、地方公共団体でも同様の動きが見られた。1977年に一般的な規制として車椅子が地下に降りられるようにすることとなった。1995年から現在まで施行されている規制は1または2世帯の住宅となっている小さな建物を除くすべての建物に適用される。3階以上の建物ではエレベーターと障害者用トイレの設置が義務付けられる。

## 2. 雇用法制

雇用政策によって障害者が教育を受け職業に就く資格を得られるようにしようと試みられてきたが、雇用者に対して一定の人数の障害者を雇用するように義務付けする規定はない。

### 雇用法制の歴史

1960年に職業リハビリに関する最初の法律が施行された。12のセンターが出来、それが70年代の社会改革のモデルとなった。

1960年代から70年代にかけて障害者が働けるような機械の導入費用の補助や、雇用当初の賃金補助の規定が出来た。1985年に議会委員会でこれらの規定にあまり実効性がないことが指摘され

たが新しい提案にはいまだ至っていない。

1998年に社会活性化政策に関する立法で職業能力がない障害者に恒久的に賃金補助をする職域を定義した。Flexjobsと呼ばれるこの制度では、最低賃金の25%、50%、75%が補助される。障害年金の受給を減らすためにFlexjobsを40000件達成することが目標であった。

### 雇用法制における3つの障害者の定義

雇用法制では3種類の定義が使われている(社会活性化政策法における労働能力、障害者雇用に対する補償に関する法律におけるハンディキャップ、社会年金法の障害手当についての対象者リスト)。

#### 2.1 社会活性化政策法(1998)における労働能力

職業リハビリは労働能力の低下を前提とするが疾病や障害によるものである必要はなく長期の失業に起因するものも含む。Flexjobsは、職業リハビリでは回復し得ず、団体協約(collective agreement)での雇用も不可能な労働能力の低下を前提としている。Flexjobsの場合には行政当局がまず障害者のための職を探すこととされている

理論的定義:社会省は労働能力を「労働市場で完全なまたは一部の所得を得るための特定の職務を遂行するために課される要求を満たす事が出来る能力」と定義している。

構造的定義:地方公共団体が、職業リハビリセンター、職業事務所、企業との協力の下に労働能力を評価しリハビリによって労働能力の低下を回復させるシステムを作った。

機能的定義:この定義が果たすべき役割は障害年金そのほかの障害者手当の支出額を減額することである。

実施的定義:この法律の対象者の多くは最長1年の病気手当や公的扶助を受けている。

#### 2.2 ハンディキャップ - 障害者雇用に対する補償に関する法律(1998)

この法律には、障害(デンマークではハンディキャップ)を評価基準とする規定が3つ含まれている。第1は「障害の故に通常の労働市場での雇用に困難がある者に対する優遇」である。彼らは他の応募者と同じ資格を持っていれば、公的部門での採用および売店出店とタクシー免許について優遇される。

2つ目はIcebreaker Schemeである。この計画では職業経験はないが教育を受けた新卒の障害者が職を得られない場合に6ヶ月間、最長では9ヶ月間、賃金の50%の補助を得られるものだ。

3つ目は、雇用事務所が、職場で障害者が働きやすいように器具や機械を導入し改善した場合にその費用を給付するという規定だ。

理論的定義:障害(ハンディキャップ)。注意したいのはこの言葉が人について表現するのではなく、通常の市場で職を得るのが困難である理由を表現している事だ。

構造的定義:この法律は企業の社会義務についてのキャンペーンの関連で障害についての特別カ

ウンセラーを雇用事務所が設置するために使われた。

機能的定義：この法律の機能は障害者が雇用について直面する困難を軽減する事だ。

実施的定義：この法律を活用しているのは肉体的障害を持つ人たちだという報告がある。

## 2.3 障害グループについての特記、障害者雇用に対する保障に関する法律と障害給付

この法律では雇用について困難を持つ人に対する援助の規定がある。障害はリストに挙げられている。

## 3 . 社会法制

社会政策の要は自立できない人の社会ニーズへの対応と自己の労働力を活用して経済に寄与できる人への動機付けのバランスをとることだ。

### 社会法制の歴史

障害年金制度が出来た当初は受給は制限的であったが、1950年代末から年々受給件数が増えていった。

1965年の改革で職業能力がゼロに近い人に対する付加年金が出来、3分の1から2分の1の能力の人に対する通常の障害年金の4分の1程度の新しい年金が導入された。この小額の年金は、不足分についてはパートタイムの仕事で補える人にとって意味があった。年々年金額は増えていき1970年代初めには改革前に比べて2倍に増えていた。受給件数もかなりの増加を示した。このような傾向を受けて議論があった結果、年金の門戸を狭くするようになってきたように見える。申請却下の割合が上昇してきた。

1976年に、障害保険理事会に取って代わりリハビリ・年金理事会が創設されたがこれは職業リハビリを強化するねらいがあった。1984年の年金改革でそれまでの早期年金（pre-pension）寡婦年金、障害年金が一本化され、早期給付年金(before-time-pension)とされた。

1980年代後半、年金受給を減らして職業リハビリによって雇用にいたる方向で努力された。年金の所管が中央から地方に移管され、地方では職業リハビリを活用した。結果1990年代には年金受給件数がかなり減った。

### 社会法制での障害の定義

職業能力が障害年金システムの伝統的な定義だった。しかし新しい評価基準が出来、2003年からは労働能力が使われる。労災関係では職業能力の概念が使われているがここではもっと厳格に医学的診断によるリストに拘束されている。2つ目の定義は社会サービス法の機能的能力で医学的診断に基づいている。

#### 3.1 職業能力 社会年金法(1998)

社会年金法は、2003年まで、障害について3つの違った定義を規定している。職業能力の評価基準については障害に関連して書かれていて、職業能力が全くなく高額年金に該当する場合、および33%の職業能力があり中程度の年金に該当する場合がある。現在は医学的診断による昔風の



システムと労働能力の考え方が混在している。

現在では障害者が障害年金を申請する事は出来ず、地方公共団体が職業リハビリを試みても成功しなかった場合の最後の選択肢として、地方公共団体が年金給付を提示する事が出来る。したがって労働能力の評価基準がすでに現場で活用されているのだ。2003年改革では障害年金は完全にリハビリシステムに統合される。

特に1976年以前、しかし一部では1990年代まで障害年金を受給するための職業能力は厳格な医学診断システムだった。現在では、医学的な局面は限られた影響しか与えない。障害年金が問題になる場合には、高額年金、通常年金、低額年金、または年金なしのいずれに当たるかを判断しなければならない。そのために専門家による医学的判断が求められる。そしてその判断は市町村に所属する医師、彼らは最も安くつく選択肢を選ぼうとするが、により評価される。したがって医学的な評価基準は残された職業能力を決定するのに一定の役割を果たしている。

低額年金については他の2つの評価基準も可能だ。ひとつは長期の失業と言うような社会的理由でありもうひとつはもう少しあいまいな表現だが「社会的健康的状況によって分かる」ということであり、これは、統合された年金の per-pension を示すものであり今日では障害の適切な定義とは言い難い。

理論的定義：職業能力=医学的診断を基礎として一般的健康状態を背景として評価した通常の仕事について機能する能力。労働能力=医学的診断よりは実際の状況を重視した、仕事について機能する能力。

構造的定義：医学システムとリハビリシステムが対比される。医学システムでは患者の主治医はマイナーな役割しか果たさないように見えるが現実には主治医が年金の期待を与えている事が多い。診断に当たる特定の医師や地方公共団体所属の医師が中心的役割を果たす。リハビリシステムではリハビリセンターと職場が役割を担う。

機能的定義：職業能力では、厳格な医学的方法によって選ばれた人だけが年金を受給する機能を持つ。しかしこれによると潜在的能力が開発されずに終わる事がある。他方労働能力は障害を持つ人に職につくチャンスを与える機能がある。経済的には、障害年金その他の手当での受給件数を減らす機能がある。したがって医学的条件はもはや年金を得るためには十分ではない。働けなくなった時に初めて障害年金を考慮することになる。

実施的定義：職業能力は専門の医師の意見と地方公共団体所属の医師の評価によって決められる。労働能力は職業能力と異なり医学的診断によらずリハビリセンターと市町村の支援を受ける就労提供施設によって決められる。

### 3.2 機能的な能力 社会サービス法(1998)

この法律では、障害者に対するカウンセリング、パーソナルケア、アパートの建て替え援助、自家用車補助、必要経費の還付その他の規定をおいている。これらの規定に共通する評価基準は「機能的な能力」である。

社会サービス法の公式解説では障害を定義しようと試みているがあまり詳細ではない。1976年の

社会援助法では「重度の肉体的または知的ハンディキャップ」という言葉が使われていたが、社会サービス法では「永続的かつ相当な、肉体的または知的な機能的能力の低下」という言葉が使われている。またこの法律では、国連の障害の概念、すなわち「ほかの人と同じレベルで社会生活に参加する可能性の喪失または制限」にも言及しており新しい定義ではこの国連の概念を包含するものであることが読み取れる。最後に、このように障害の概念は社会の発展に沿って通常的生活を営むことについての制限が拡大していくと言う動的なとらえ方となっている。

理論的定義：「機能的能力」は視覚、聴覚、下肢、脳などの障害によって肉体的または認識的機能の重大なかつ/または継続的な低下があるとの医学的な診断を伴う不調(disorder)とされる。

構造的定義：地方公共団体のケースマネージャーが関わる。公式解説では連帯の原則、部門責任の原則および補償の原則について言及しているが、部門責任の原則と言うのは社会で個人が問題解決の第一義的責任を負い社会サービスはそれを補うに過ぎないということである。

機能的定義：社会サービス法は患者が自立した生活を送ることを可能にする。しかし、注意すべきは解説書では、障害者に対する援助の決定に際して本人または家族が問題を解決できる可能性を考慮するとの補償の原則を緩和している事だ。

実施的定義：障害の定義は広く、肉体的、知的、両面を含む。法文上は固定的な障害について言及している。解説書では、件数が多いもの、すなわち心の病、脳損傷、てんかん、呼吸機能を含む活動の機能の低下、会話機能の低下または喪失、視覚の低下または喪失、聴覚の低下または喪失に言及している。障害は多数に及び多岐にわたるので言及されている障害は例示として意味を持つ。

## 4 フランスにおける障害の定義

木口恵美子

障害の法的定義に基づいた政策にかわって、障害を持つ人のための政策に関する比較分析と政策評価の調査の中で、Helen Boldersonsn 教授によって示された経過報告をもとにフランスの障害の法的定義、認定に関する報告をする。

先の経過報告書は次の4つの側面から書かれている。1、障害の定義についてのフランスの法律の主要な側面、2、立法者による障害の基準、特徴、3、障害の定義のプロセス、4、障害を持つ労働者の個人的能力等を認定する機関（C.O.T.O.R.E.P）である。

ここでは日本との比較をしやすくするため、障害の定義についての法律を概観したのち、1、社会福祉・社会サービス、2、所得保障、3、雇用、4、権利擁護・差別禁止に再構成して報告する。

### 1 障害の定義についての法律

1975年6月の30日に「障害者基本法（la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées）」が制定され、それまでバラバラに実施されてきた障害者に関する施策を統合すると共に、障害の単一の障害認定機関が創設された。その後、児童、知的障害者、精神障害者にもあてはまる認定を検討するため、フランス社会福祉雇用省は、1987年に「障害分類諮問委員会」を設け、国際保健機構（WHO）の国際障害分類に基づく障害分類とこの分類に基づく障害認定方法について検討を開始し、1991年の臨床テストを経て1993年11月に「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」（Guide-Bareme）が策定された。

この指針は、WHO分類を参照し、フィリップウッドによって作成され、4つの表出レベルから成り立つ、プロセスとしての障害を明らかにした。その4つとは、

原因に関する診断レベル

機能や臓器に関する機能障害レベル

意思表示能力や、日常生活の簡単な行動の制限に関する、明らかな能力障害レベル

所属する社会において、その年齢、性別の普通の人と同じような役割を達成することの制限に関連する、社会的に不利な状態のレベル

である。

#### 1.1 障害の範囲

「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」は、知的障害および行動の制限、精神障害、聴覚障害、言語および発声発語の障害、視覚障害、内部障害および全身機能の障害、運動機能障害、審美性障害が挙げられている。

#### 1.2 障害の程度

「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」で挙げられている8種類の障害は、各機能障害の種類毎に、能力障害の程度が3～5、多くは4ランクに区分され、能力障害率が50%以下：軽度の能力障害

50～80%：中度な能力障害

80%以上：重度の能力障害

上記のように表示される。能力障害率は機能障害や能力障害の程度によって、個々の障害毎に規定されている。障害が重複する場合はそれぞれの障害を考慮して総合能力障害率が算定される。

この指針は、能力障害率を決定するための幾つかの重要な原則、および、その決定が対象にもたらす権利・利益に配慮しながら作成された。特に、能力障害率 80%や 50%の決定により得られる権利が違ってくるので、慎重さが求められる。

この指針の中の内部障害、および、全身機能の障害に関する記述によると、評価指針案の原則は「能力障害率の評価を、当人の被った機能的な障害、および、能力障害の重要性に基づいて行うということであり、その原因となった医学的な疾患の性質をもとにするのではないということ」であり、多発性硬化症、重度糖尿病などの疾患についても同様である。機能的な障害、および能力障害は、その程度により5つのレベルに区分されたスケールを基準に評価できるとされている。その5つのレベルとは

通常の家庭生活で、実際的な能力障害を伴わないような、制限、いくつかのまれな禁忌、あるいは、自覚可能な障害を伴う軽度の障害。

多くの禁忌、および、いくつかの機能的な能力障害の臨床徴候を伴うが、日常生活において、当人の自立性が維持できるような、中程度の障害。

日常生活が、住居、あるいは、近隣の環境に限られ、かつ、きちんとした環境調節を必要とする重大な障害。日常生活の基本的行為（排泄、更衣、食事）にのみ自立性が保たれている。このレベルの障害には、50%以上の能力障害率が適用される。

日常生活の基本的行為の大部分は自立できない重度の機能障害。原則として、境界値である80%が適用される。

完全なそして永続的依存状態を伴う重篤な機能障害。

であり、境界値である80%とは、日常生活における自立性喪失の境界を意味する。

上記のスケール以外にも、内部障害、全身疾患に関しては、他のより専門的なデータを考慮する必要がある。視覚障害などは別として、「内部障害、全身機能の障害」の場合には、どのような機能障害が何%の能力障害に該当するという指定ができないために、例えば階段を一階分上った程度の運動の心臓への影響や、歩いて出かけることのできる範囲など、ADLなどの能力障害そのものや、多角的なデータによって能力障害率を評価していると考えられるだろう。

各レベル内で、能力障害がもたらす社会就労生活におけるハンディキャップ（社会的不利）（移動能力、当人の経済能力、社会への同化能力）を評価し、能力障害率を調整するとしている。ここでの調整が、社会的不利の状況を加味して能力障害率を変更する（たとえば同じ視力の人でも失業中か就労中かによって能力障害率が変わる）ことを意味するの否かはここでは詳しく分からないが、能力低下率の評価に当たっては、同年齢の健常者との比較や教育的負担等も評価される。100%が適用されるのは極めてまれで、植物状態や昏睡状態のような完全な能力低下に限られる。複数の機能障害が認められる場合は、全体としての能力低下率を評価する。

次にADLや補装具の使用、複数の機能障害、社会生活等への影響の面から、運動機能障害の評価をみることにする。

運動機能障害の評価の一般原則は4つで、運動機能障害の評価、合併する機能障害、装具の装用、社会就労生活への影響：基本的行為および、日常的行為である。それぞれについて、運動機能障害は病因ではなく、病変（機能障害）とその影響を考慮に入れなければならない。社会生活、就労生活へ影響を与えるには、機能障害が長期間継続する必要があるが、評価の段階では、検査の時点における運動機能の状況を評価する。

合併する知覚障害以外の機能障害は、系統的に評価し積算すると共に、疼痛、易疲労性といった症状を考慮に入れ、それらの機能的影響に応じて、能力障害率を割ります必要がある。

能力障害率は装具の使用前（ママ）の状態の評価する。ここで提案されている能力所障害率の範囲は、医学、人工器官の分野の進歩を考慮に入れて設定されている。ただし、器具が適切に装用されていない場合や、ある特定の条件化でしか使用できない場合、一部自己負担を伴う場合、専門医は、指示範囲内で高めの障害率を適用するか、能力率を割増することになる。

社会生活、就労生活、家庭生活への影響は、専門医が常に考慮しなければならない要素とされ、生活の基本的行為の一つ、あるいは複数を為すにあたって、第三者の援助を必要とする機能障害はすべて、重篤な機能障害とみなす必要がある。

と説明されている。このように、本人の現在の機能、知覚症状、装具の状態、経済状況、社会・就労・家庭生活等を総合的に判断するや専門医の評価による影響が大きいと思われる。

HIV も、免疫の損失による疲労感、移動や就労への支障があることなどで、障害の定義が適応されている。

### 1.3 障害の認定

認定を受けるには、市役所に申請をする。子供については県特別教育委員会（CDES）、大人については職業指導・職業再配置専門員会（les commissions techniques d'orientation et reclasement professionnel : COTOREP）に送付し、認定が行われる。COTOREPP は、1975年の「障害者基本法」のもと、障害者手当等の給付条件や障害者支援の合理化を図るため、20歳以上の障害者に関して設置された。

COTOREP には、2つのセクションがあり、第1セクションでは、職業能力評価による三つのカテゴリー（軽度、中程度、重度）分け、職業進路の決定等、訓練及び雇用に関する支援・指導を行う。第2セクションでは能力障害率の決定、障害者手帳の交付、年金や手当受給に関する審査、障害者施設への入所の決定等を行う。

管理スタッフ、技術スタッフ、審議委員会で構成され、技術スタッフには、社会保障専門医、心理関連、ソーシャルワーカーが配置されている。委員会は職業安定所、県就労・職業教育局、保健省社会保険事務局、社会保障機構、労働医局の医師、非営利福祉団体代表、当事者組織、地方議員等、20名を越える委員で構成され、県知事が指名しその任期は3年である。

技術スタッフは必要に応じて家族や責任者、委員以外の専門家と連絡を取り、状況を照らし合わせて、委員会で決定をする。法律で「当事者や法定代理人、当事者に責任のある人は、希望を調査する委員会の話し合いに招かれなければならない」とされ、決定対して再審査請求や異議申し立てもできる。

障害の認定に必要な医学的診断書は、通常はCOTOREPに関連しない医師が作成する。

## 1.4 障害者手帳

社会扶助法の枠の中で交付されるもので、障害の率が80%以上かまたは障害の状況によって交付され、手帳の有効期間は5年から10年で、公共交通機関の便宜や無料化、所得税、住居税の控除、公共料金の減額等が図られる。

## 2 各側面における法制と定義

### 2.1 社会福祉・社会サービス(含む教育)

福祉サービスを受けるにあたり、屈辱感や羞恥心を払拭する為、社会的偏見をなくす為、障害を持つ人に対する施策は一般の社会制度の枠組みの中で行われている。そのため、さまざまな優遇措置を講じて障害を持つ人が社会保険に加入できるようにしている。そして、この社会保険制度の中で、社会保険サービスの一部として障害を持つ人に対する福祉サービスが提供されている。フランスの福祉サービスの提供体制は複雑で、伝統的にアソシエーションといわれる非営利の福祉団体が多数存在し、ホームヘルプやデイサービス等を提供している。さらに近年民間企業が福祉分野に参入できることになり、国も奨励しているため、商業的営利組織として自由契約の福祉サービスを提供する企業が増えてきている。ここでは、COTOREPの障害認定によって提供される福祉サービスを見ることにする。

#### 施設サービス

障害者施設に関しては1975年の「社会施設、医療社会施設に関する法律(Institution sociales et medico-sociales)」で規定されている。一口に施設といっても、教育、社会、医療社会、労働関連の施設が混在し、その形態も通所、住居、医療設備のあるもの等多岐にわたっている。雇用で出てくる保護雇用でも就労が出来ない人や、医療社会的ケアが必要な人は、COTOREPの決定を得て、次の種類の施設に措置される。

- ・Foyers d'hebergement (FH): 主に精神遅滞の人対象で、一人で住むことや、他のタイプの住宅に住むことが望ましくなく、働くことができる人の住居。
- ・Foyers Occupationnels (FO): 日常生活では自律していて、社会企業や授産所で働くことが出来ない人のためのデイケア。
- ・Foyers a Double Tarification (FDT): 働くことが出来ず、生活の主要な部分で人の介護と永久的な医療的サポートが必要な人が、昼夜過ごす施設。
- ・Maisons d'Accueil Specialise (MAS): 機能障害が重度で一人では何もできず、継続的な医学的処置と健康管理が必要な人のため。住宅、医療、準医療ケア、日々のケア、能力を失わないように最大限に生かし、後退を避ける作業活動が提供されなければならない。住居だが、日中の参加、一時利用も可能である。

その他の施設は、住居費の自己負担分を自分の労働収入や手当等でまかなうことが出来れば、COTOREPを通さず個別の交渉で入居できるが、社会扶助等を必要とする場合は、COTOREPを通す必要がある。

#### 生活補助サービス (services d'auxiliaires de vie)

生活補助サービスは、障害者の在宅での生活を可能にするため、1981年の通達(circulaire)

により創設されたもので、現在は県の社会扶助となっている。多くの高齢の障害者、高齢者が受給している。

生活補助サービスは、基本的な生活行為（起きる、寝る、トイレなど）のために第三者に頼る必要のある者に対し、家事援助よりも定期的で反復される性格の援助を行う。また、このサービスにより心理学的な支援、外部の環境との関係の構築を行う。生活基本行為を行うために第三者を必要とすることをCOTOREPに認められた障害者か、社会保障制度の第三者加算の受給者が対象となる。

その他

移動費用の償還払い、住宅手当など。

## 2.2 所得保障

フランスの障害者法制は、労災に関する法制、旧軍人、戦争犠牲者の法制、社会保障制度、障害基本法による法の4つに区分されている。このことは所得保障、雇用の面にも投影している。障害の認定に関しても、独自の基準を持っている。

労災年金：作業事故や職業病によって恒久的な障害を負った場合に支給される。作業事故は、事業者によって報告される義務があるが、職業によって引き起こされた病気は、自ら証明する必要があるという問題がある。独自の判定表をもち、障害の率は、医学的な基準と職業的な基準の2つから割り出される。

障害年金：60歳未満の社会保険の被保険者が、労働災害以外の疾病や事故で障害を受けたときに支給される。支給額は事前の給与と障害のカテゴリーによる。障害は医師の評価を受け、社会保険事務所で当てはめられる。職業能力や被保険者として賃金を得る機会が少なくとも3分の2が減らされると傷害と見なされる。身体的、精神的障害とそのことによる社会的不利益の二つの基準が考慮され、職業能力、年齢、職業環境によって障害の率が決定される。働くことのできる障害者、全く働くことのできない障害者、働くことができず、かつ日常生活にサポートが必要な障害者の大きく3つにカテゴリー化される。

社会保障法典L341-1条に「労働もしくは稼働能力の少なくとも3分の2を喪失している者、すなわち、何らかの仕事において、障害になる前の仕事と同一職種・同一地域の労働者の稼働する通常の賃金の3分の1を得ることができる状態にない廃失をもつ者」とある。

障害者基本法による手当（COTOREPへの申請、認定による。）

- ・成人障害者手当：19歳以上で働くことができないか、能力不全が80%以上か、50～80%で、障害ゆえに就労できない人への手当で、所得制限が設けられている。
- ・特別成人障害者手当：成人障害者手当を受給しながら、独立した生活を送る人への手当で、住宅手当の受給者でもあることが条件となっている。
- ・第三者補償手当：生活の基本行為に第三者に援助が必要であり、職業を実践するために必要となる追加出費の補償のための手当である。障害の率は80%であり、この場合の第三者は、家族でも、家族以外でも、施設でもよい。追加出費とは、その労働を健常者が行う時には、必要のない費用負担であり、移動手段や労働の種類にも関係する。

## 2.3 雇用

フランスの障害者雇用の政策の責任は、雇用・連帯省にある。その中の雇用局は、労働及び雇用の地方局、全国雇用期間（ANPE）、成人職業訓練協会（AFPA）などのネットワーク組織を運営する。1975年に障害者基本法により、県の段階で障害者として認定した労働者を適切に配置するためにCOTOREPが導入された。COTOREPでは1987年の「障害労働者雇用法」に従い、労働能力の評価、職業訓練の可能性、労働市場の状況等を勘案して障害率を決定し、カテゴリ-A（軽い障害）、カテゴリ-B（中程度の障害）、カテゴリ-C（深刻な障害）に分類する。これらの評価は就労支援の為のものであって、障害認定の能力障害率とは異なるものである。労働可能な障害者と認定されると、一般就労と保護就労の、大きく二つの職業進路に分けられる。

労働法典L323-10に、「障害労働者とは就労もしくは雇用継続する可能性が、肉体的若しくは精神的な能力が不十分または減少しているために現に縮小されている者をいう。障害労働者であるかどうかはCOTOREPが認定する」とある。

### 【一般就労】

一般就労に関しては、労働法に基づいて、直接的、間接的に資格や技能の取得に関連し、職業紹介や相談支援サービスが行われている。

職業紹介は、全国雇用機関（Agence National Pour L'Emploi : ANPE）が担っている。ANPEは公的機関であり、その主な機能は、求職者等に対する相談・援助、雇用主に対する求人活動の援助、雇用主に対する被雇用者の再訓練に関する援助等である。それぞれの地域の雇用事務所は、その地域の障害者を支援し、県レベルでは障害者のための特別雇用カウンセラー（CSTH）が従事し、COTOREPの活動にも参加している。

相談・雇用支援については、訓練職業復帰準備・追指導チーム（Equipe technique de Preparation et de Suite au Reclassement : ESPR）と職業編入・就職のための機関（Organisme d'Insertion ou de Placement : OIP）がある。

訓練職業準備・追跡チーム（ESPR）は、障害労働者が安定した職業生活や社会生活に円滑に移行できるように支援する機関で、受け入れる雇用主を探したり、雇用後も定期的な調査をするといった方法によって、求職活動や住宅、再教育、労働環境への適応等に関する問題の解決の支援を行うと共に、企業に関する情報を提供し、職業復帰を支援する。ESPRの半数以上は民間の機関である。チームの中には職業紹介官または職業安定機関の代表者とソーシャルワーカーが含まれている。OIPは1994年に設立された職業紹介機関である。

その他、就労に関して、職業準備指導センターがある。雇用庁の管轄の組織で、公立のものもあれば、民間のものもある。COTOREPの提案で12週間まで障害者を受け入れ、職業評価や指導を行い、COTOREPに報告する。その報告をもとにCOTOREPは雇用、訓練、保護雇用につなげることとなる。

### 【保護雇用】

保護雇用には、保護工場（atelier protégé : AP）と授産所（centred'aide per le travail : CAT）の2形態があり、その措置はCOTOREPによって決定される。

保護工場は労働法に基づいており、通常会社に近い。労働能力が一般の労働者の3分の1以



上の障害を持つ人を雇用するほか、20%の健常者が雇用されなければならないとされている。ここで働く障害者は、労働条件や社会保険など一般の就労者と同じ権利を持つと主張する。在宅労働提供センター（Centre de Distribution de Travail a Domicile : CDTD）は、企業から注文を受けて、在宅者に仕事を分配している。保護工場（AP）と在宅労働提供センター（CDTD）の賃金は、政府の補足的な給付が加わり、最低賃金の90%以上であることが保障されている。

授産所は社会、医療制度のもと健康・社会省が管轄をしている。労働能力が一般の労働者の3分の1以下であるが、何か生産することができる障害を持つ人が働く。障害を持つ人に、生産的な役割を期待し、専門的な指導、心理的、社会的医療、教育的支援が必要とされている。雇用された障害を持つ人は、労働契約は行わず、賃金も労働基準に基づいたものではない。

#### 4 差別禁止

フランスでは、1990年に障害者の健康状態や障害を理由とした差別に対して、罰則によるアプローチをとる法律が成立した（1990年7月12日の法律第90-602号）。新しい刑法典の225条-1に、差別は、出身、性別、習慣、家庭状況、民族、国籍、人種、宗派に起因する、そして健康状態、障害を原因とする人間の間の区別として定義されている。その一方で、ハンディキャップの概念と保護される人々の範囲を定義する法律の欠如についての批判も上げられている。

この法律では、

財務又は役務の提供を拒否すること。

何らかの経済的活動の正常な遂行を妨害すること。

人の採用を拒否し、懲罰又は解雇すること。

財物又は役務の提供に、第225条-1に掲げる要素の1を条件とすること。

雇用の提供に、第225条-1に掲げる要素の1を条件とすること。

等が差別的な行為として刑事犯罪の対象となり、懲役や罰金につながることもある。

雇用において、雇用主は機能障害を理由に雇用を断ることはできず、障害や健康について、一切の情報を調べることも認められていない。唯一“medecin du travail”という就労健康検査が、他の被雇用者に対して危険な病気を持っていないか、就業の為の医療的能力の有無を確認する。

#### 参考文献

Pr.Serge EBERSOLD「COMPARATIVE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE POLICY IMPLICATIONS OF ALTERNATIVE LEGAL DEFINITIONS OF DISABILITY ON POLICIES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES」PROGRESS REPORT ABOUT THE FRENCH SYSTEM  
June 2001

- ・「フランスの障害施策における障害の範囲と評価方法」学校法人日本社会事業大学 社会事業研究所  
2000年3月
- ・松村祥子「フランスの福祉サービスの現状と課題」『海外社会保障情報』No.122 spring '98
- ・大曾根寛「フランスにおける障害者雇用対策」『諸外国における障害者雇用対策』日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター 2001年8月
- ・出雲祐二「障害者政策」『フランスの社会保障』東京大学出版会 1990年

## 5 フィンランドにおける障害の定義

リハビリテーション財団 Simo Mannila 著（抄訳 山田純子）

フィンランドの障害の定義を 雇用、社会保障、差別禁止の3分野について述べている。評価項目・方法は3分野を比較できるように訳者が一覧表にした。

### はじめに

フィンランド語には英語の disability に対応する3つのことばがある。“vajaakuntoisuus”は、純粋に行政用語で雇用法令に用いられる。ILOの用語の用法に従って disabled(“vajaakuntainen”)として定義されている人々である。“vammaisuus”は、日常の言葉として使用され、英語で“impairment”として訳され得る。伝統的な障害者(例:盲、聾、車いすの人、戦争による肢体不自由者)にあてはまる。“työkyvyttömyys”は、部分的または完全に就労能力のないことを意味し、働く部隊から退職へと向け、疾病手当または障害(病弱)手当の資格を与える。3つの用語はすべてリハビリテーションと関係があり、リハビリテーションを受ける資格を与える。障害政策策定の重要な機関(key players)は、

労働省

社会保険機関(Social Insurance Institution)(疾病手当と国民年金保険体系(scheme)などの管理をしている)

所得関連雇用年金システム(earning-related employment pension system)(複数の体系からなり、多くの機関や保険会社によって管理される)

社会保健(Social Affairs and Health)省

教育と訓練のシステム(教育省と国の教育委員会によって運営される)

500以上の地方自治体、である。

障害の定義や様々な受給資格は 医師の意見が重要視されている。障害者に支払われる社会保障と他の給付は社会保険機関と雇用年金体系によって管理される。サービスの資金供給と障害の定義・実際の適用はあまり関係ないことを指摘しておく。例えば、障害年金の利率が有利かどうかに関係している。

主な情報源は、Aro T 他(1999)「保健医療」、Hilkano P(2001)「社会保護 2001 社会保護法令と個人保険」、Onikki E 他(1999)「フィンランドの法律」、社会保険機関と中央年金安全機関の統計年報・労働省の年度統計である。さらに中央年金安全機関・リハビリテーション財団・社会保健研究開発センター・社会保健省・労働省に属する6人から助言と情報を得た。

### 1. 障害のある求職者のための雇用サービス

#### 1.1 定義

労働省は障害の定義に基づいた数多くのサービス(provision)を施行する。雇用サービス法(Law on Employment Service)(26.11.1993/1105)13条は、障害者の仕事の斡旋と維持するためのサービス(職能評価、専門家の意見と相談、作業・訓練、仕事の適合・職場でのワークトライア

ル)を列挙しているが、障害の定義はこの法律にはない。

雇用サービスに関する規則 (Regulation concerning Employment Service)(17.12.1999/125)で定義されている。障害者 (vajaakuntoinen) はILO 第159大会 (1983)、フィンランドによって批准された通りで、「正当に認定された身体的又は精神的障害の結果、適当な雇用に就き、それを継続し、かつ、それにおいて向上する見込みが相当に減退している人」と定義されている。

社会保険機関は、労働省とは異なる定義によって雇用に関係する数多くの職業リハビリに対する資金供給とサービス提供をしている。社会保険機関リハビリテーション法 (Law on Rehabilitation Provided by the Social Insurance Institution) (27.2.1991/610) 2条の定義は、部分的障害者に職業リハビリの権利を与えている。「社会保険機関は保険に該当する次の人にサービス提供しなければならない稼働能力と可能性が病気、障害、損傷によって实际的に低下している人、就労能力を維持または向上するために職業訓練が必要な人であって、雇用サービス法、労働層の成人訓練法、雇用年金または特別訓練に関する規則法に基づいて支給されない場合に適応される。」社会保険機関は又、職業リハビリのひとつとして重度障害者が収入を得るために就労能力とその可能性の向上・維持に必要な費用と特別な援助を支給しなければならない。職業リハビリとは、職業訓練に必要な基礎教育と道具や機械の購入、企業の設立・改造のための経済的な支援を意味する。このリハビリの主たる部分は仕事の維持を目的とし、医学的リハビリを含む。医学的リハビリは就労能力の低下のきざしに基づいた資格であって、能力の低下が必要条件ではない。(訳者注：予防リハの意味がある)

雇用分野の重要なサービスとして福祉的就労があるが、雇用問題の基本的な解決策ではない。障害者ケア法(Law on the Care of Disable People)に基づき、地方自治体やN G Oで運営されている。(訳者注：対象者として知的障害者、精神障害者、アルコール・薬物依存症が挙げられており、伝統的な作業所を除いて利用基準は比較的明解であると述べているが、本報告には基準は記述されていない。)

## 1.2 障害者としての求職登録

「雇用サービス(職業センター)」の対象になるためには、障害者としての登録が必要である。国中の全登録者をコンピュータ情報システムで管理している。登録は求職者の職業的な背景と現実的な雇用見通しに対する医学的証明書の評価に基づく。評価は「雇用サービス」の公務員によってされる。登録に年齢制限はないが、50歳以上は様々な早期年金の過程にあり、雇用サービスを必要としないので、登録の意味がない。この登録の主なねらいはクライアントの雇用の可能性をサポートする多くの手段を入手できるようにすることである。しかし、障害者の登録が新しいチャンスを開くだけでなく、それは又閉ざしうること、求職者自身によってスティグマと考えられうることも示している。

## 1.3 支給のための評価内容・手段等(訳者が3分野の「詳細な情報」におけるチェックリストによる記述を一表にまとめた)

表1 評価内容

| チェック項目             | 雇用サービス                                | 障害年金                                      | 差別禁止      |
|--------------------|---------------------------------------|---|-----------|
| 1.医学的診断            | 重要                                    | 必須  | 含む        |
| 2.アルコール・薬物依存症      | 除外。ただし障害に関連あれば考慮                      | 除外。ただし障害に関連あれば考慮                          | 常に除外      |
| 3.衰弱している兆候         | 診断がついていなくても構成要因になる                    | 考慮される 例：肥満は、立ち仕事関節に負担、悪化させる               | 含まない      |
| 4. 就労能力の低下の原因      |                                       | 調べるが様々なことによる、実際には必要ない                     |           |
| 5 身体構造・心身機能の欠損・損傷  | 就労能力と関係ない場合もある<br>例：心理士の仕事と肋骨の欠損は関係ない | 就労能力と関係ない場合もある                            | 関係する（診断要） |
| 6.動作・感覚器官・情緒的反応の制限 | 考慮される                                 | 診断され、就労能力に関係すれば、考慮される                     | 関係ある      |
| 7.日常生活の制限(例：移動)    | 考慮される                                 | 考慮される（同上）                                 | 関係ある      |
| 8.稼得能力             | 考慮される（能力が残ると期待される場合）                  | 重要。しかし、国民年金と雇用年金は明白な違いあり                  | 関係ある      |
| 9.社会的活動の参加制限       | 関係ない                                  | 時に関係ある                                    |           |
| 10.時間の設定           | 最短時間の設定なし                             | ・国民年金は最長300日の疾病手当期間終了後<br>・雇用年金は最長1年の不就業後 | 時にあり      |

表2 評価方法に関して

| チェック項目         | 雇用サービス                         | 障害年金                           | 差別禁止                |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 1.医師による医学的検査   | 必要                             | 必要                             | 必要                  |
| 2.自己評価（申請者による） | これによって登録される<br>本人の同意なしには登録されない | 申請用紙による                        | サービスの申請と言う意味で行う     |
| 3.能力の観察と直接の検査  | 医師または他の専門家による<br>これだけでは不十分、一過程 | 医師または他の専門家による<br>これだけでは不十分     | 市町村のソーシャルワーカーによる    |
| 4.決定者・機関       | 職業安定所職員（医療・その他専門家の意見を尊重して）     | 年金会社（文書上の事実に基づき）               | 市町村のソーシャルワーカー       |
| 5.雇用者による評価     | 必要ない<br>求職者の80%は失業者なので         | 国民年金：不要<br>雇用年金：職場復帰の見通しについて必要 | 職場復帰は不適切という評価は考慮される |
| 6.その他          | 問題がある場合は複数の行政部門間で検討            |                                | 障害ゆえの差別は考慮される       |

表3 障害の範囲、程度、予測について

| チェック項目            | 雇用サービス *        | 障害年金  | 差別禁止 |
|-------------------|-----------------|---|------|
| 1.医療記録・経過         | 評価に使用、登録ファイルに入る | 最も重要  | 含む   |
| 2.障害のリスト（ICD による） | これに基づき毎年報告される   | 一覧表となる                                      | 含む   |
| 3.能力リスト           |                 | 障害年金の視点からは難しく、不適格となる作業のリスト                  | 含む   |
| 4.障害の割合を示す法定表     | 使用されるかもしれない     | 障害年金には非該当であっても、表に記される障害があるなら、他のサービス受給に関係がある | 含む   |
| 5.労働市場の情報         |                 | 申請者が希望する仕事の平均賃金や状況<br>労働事情の状況と雇用の見通し        | 不要   |
| 6.特徴的・背景に関する情報    | 考慮される（教育、職歴など）  | 考慮される（教育、職歴、その他の情報）                         | 含む   |
| 7.援助への依存度（必要度）    |                 | 考慮される                                       | 含む   |

\* 求職者は障害者が雇用サービス登録ファイルにないかどうかであり、障害の範囲と予測の質問は不適切である。

## 1.4 実施状況

「雇用サービス」の障害の定義は約20年間同じである。この間、申請で最も顕著な変化は定義に述べられている「正当な認定(due recognition)」に関係している。以前は臨床心理士による職業カウンセリングにおける正当な認定が重視されていたが、1998年以後、医学的検査および診断された病気が必要となった。そのため職業カウンセリングに占める障害のあるクライアントの割合が40%から20%に減ったが、全求職者に占める障害のある求職者の割合が10%であり、それよりまだ高い。210の職業センターのうち特別な雇用カウンセリングや職業指導等サービスが充実しているのは120箇所、90箇所は不十分であり、地理的な不公平がある。今日の雇用施策の中心的な問題は長期間失業者と若年失業者であり、障害者の失業問題は古い問題とされているが、長期間失業者の中に障害者はいる。

## 2. 障害（病弱）年金システム

フィンランドでは年金は3つの柱、全国民対象の国民年金保険、所得関連雇用年金保険、個人年金保険からなり、国民年金保険と雇用年金システム、は原則義務で全人口をカバーする。

### 2.1 定義

国民年金法(Law on National Pension)(8.6.1956/347)第22条で障害者とは「年齢、資格その他の関係する要因を考慮して適切で合理的な収入を得られる仕事を、病気、障害、損傷のために、できない人。また盲人と移動が困難な人および病気、障害、損傷のために、他の人の援助なしには生活ができない無力な状態にある人」である。

上記の基準を満たす人は障害年金、または短期間リハビリテーション支援金が与えられる。例

えば、若い重度の精神障害者は職業生活から除外されず、何回もリハビリテーション支援金を受け取る。しかし、30歳位で、もしリハ過程が成功しなければ、障害年金が受けられる。盲人等、法で定義された人は、働いていたとしても障害年金の対象である。

被雇用者年金法(Employee' Pension Law)(8.7.1961/395)4条で「病気、障害、又は損傷のために 就労能力が低下したと推定される被雇用者は、少なくとも1年間のうち最低5分の2の時間の経過も考慮にいれ、障害年金の資格がある。就労能力の低下の推定は、被雇用者の残された能力、および教育、訓練、以前の活動、年齢そして住居状況、その他関連要因を考慮にいれた適切な仕事による稼得能力を考慮にいなければならない。

国家公務員年金法(State Pension Law)(22.12.1995/1671)9条では「上記の仕事条件を評価するのに、安全性、自分の安全性と公共の利益の視点からの仕事の責任など、市民サービスの特別な性質の仕事に関係する特別な条件を考慮にいなければならない」と職務に対してより厳しく、低下した就労能力を関係させている。

上記の全ての定義は次のことを示している、障害年金の資格としての職業無能力の定義は 病気、障害、損傷という原因と、 社会的経済的要因特に申請者の仕事と収入の2つの要因による。

## 2.2 障害年金について

表4 障害年金について：国民年金保険と所得比例雇用年金保険の比較

| 年金保険種別     | 国民年金保険   | 所得比例雇用年金保険   |
|------------|--|--|
| 種類数        | 1種類  | 主な4種類：<br>長期間雇用者年金保険、短期間雇用者年金保険、<br>地方公務員等年金保険、国家公務員年金保険                             |
| 対象         | 国民全て   | 被雇用者（雇用の形態によって体系が異なる）  |
| 給付         | 国民年金、またはリハビリテーション支援金                               | 雇用年金保険   |
| 労働能力       | 完全な労働能力を前提<br>(訳者注：40%以上減だと資格あり)                   | 労働能力40%より低いと資格あり<br>40～59%減 障害年金半額受給<br>60%以上の減 障害年金全額受給<br>病気、障害、損傷による40%以上の減収は資格あり |
| 労働能力の評価者   | 保健所・地域の中央病院（医師）<br>複雑なケース：職リハ専門施設（複数の専門家）          | 同左   |
| 収入の年金額への反映 | 過去の就職時の収入は関係ない<br>現在の他の収入と必要なケアによって決定              | 過去の就職時の収入が考慮される  |
| 決定機関       | 社会保険機関   | 雇用関連年金システム担当の保険会社  |
| プロセス       | 最長360日の短期間障害後<br>評価：申請書、医学的証明書<br>決定：専門家チーム        | 1年間の不就労の状態の後<br>評価：申請書、医学的証明書<br>決定：専門家チーム（労働関係代表含む）                                 |
| 終了         | 老齢年金の対象時（標準：男65歳、女60歳）<br>早期退職に人気あり、実際の平均退職年齢57.8歳 | 同左   |

|       |                         |    |
|-------|-------------------------|----|
| 特別な措置 | 労災・交通事故は別の補償あり、障害年金と併給可 | 同左 |
|-------|-------------------------|----|

### 2.3. 支給のための評価・手段等 表1、表2、表3参照

国民年金と雇用年金をチェックリストで比べると大部分が似ていることがわかる。両者の類似点・相違点に関する深い研究はないが、国に一度だけ報告された内容を記入した。

### 2.4 実施状況

表4 歩み、受給者数

| 国民年金保険         | 被雇用者年金保険            | 備考                       |
|----------------|---------------------|--------------------------|
| 1940年代 創設      | 1950年代創設            | 1999年                    |
| 1960年 約122000人 | 1960年代まだ熟していない      | ・何らかの障害年金受給者は282000人     |
| 1975年 倍増       |                     | ・国民年金と被雇用者年金の併給者は178000人 |
| 1990年代 大幅な増加   | 1999年 226000人(うち公務員 |                          |
| 1999年 235000人  | 79000人)             |                          |

障害年金受給者の主な原因疾患は、1940年代は結核が典型的、1960年代は心臓血管の病気、1970・1980年代は筋肉-skeletalの病気である。1990年代は精神的障害、特に鬱病、が全体の約35%である。1997年、筋肉-skeletalの病気は29%で、心臓血管の病気は35%である。

障害年金の申請者と失業は経済動向と関係がある。経済不況時や、ある年金体系が新しく障害の基準の定義が未確立の時は比較的高かった。寿命が伸びているため2004年に新年金システムに改正される。職業生活の最後の4年間ではなく10年間が年金のレベル決定に考慮される。

### 3. 差別禁止政策

スカンジナビアでは、障害のある人の問題を差別禁止の法律で取り組むことはなじまないが、障害のある人の社会参加をサポートする肯定的な差別の試みと考える。1995年の憲法改正で健康や障害の状態故の差別禁止が明記された。2000年刑法の改正で差別に対し処罰規定がされた。雇用における差別禁止は労働法に規定。求人広告、選考、雇用上、正当な根拠なく健康状態を理由による差別がある場合、罰金または最高6ヶ月の禁固である。1993年 職業安定法(Occupational Safety Act)改正は、障害者の特別なニーズと必要なテクニカルエイドの使用を考慮しなければならにことを明記している。職業リハと障害者雇用に関する第159回ILO大会は1985年3月にフィンランドによって批准された、そして1986年4月に施行された(218/1986)。

リハ全国諮問委員会は1987年に国の行動プログラムを採択し、1995年にその改訂版「障害から能力へ(From Disability to Ability)」を採択した。1995年に全国障害者協議会は国連の「障害者の機会均等化に関する標準規則」に基づいた「すべての人の社会(Towards a Society for All)」を採択した。以上がフィンランドの差別禁止の立法例である。しかし、これらの法に基づく訴訟はひとつもない。以下に積極的な差別について述べる。(訳者注：福祉サービスを指している。)

#### 3.1 定義

「障害者サービス法」(Law on the Provision of Service for Disabled)と関連する規則では法の目的は、障害者が社会の一員として他の人々と一緒に生活し、行動する機会を促進することと障害による不利益や障壁の予防・除去である。自立生活をサポートする。定義(2条)は「障害者は障害(impairment)または病気のために生活上の作業を普通にやっていくのに特別な困難が長期間にわたりある人」である。本法は障害者が他の法律で対応するサービスが提供されないか遅れている場合に採用される2次的な位置づけである。地方自治体の責務が明記され、サービスプランは当事者とその後見人の同席のもと作成される。

障害者と重度障害者では、サービス内容(種目と支給額)に大きな違いがある。

障害者には、リハカウンセリングと適応(adaptation)(障害者の世話をする近親者、親しい人も可) 通訳サービス(サイン言語) パーソナルアシスタントや他のサポートを雇う費用。障害や病気ゆえの特別な衣服費や特別な食物費。エイド、機器、設備の費用がある。

重度障害者(施設入所を除く)には、付き添いつきの移動(transport) 通訳サービス、障害や病気のために日常生活上の必要なサービス、特別の住居(改修、エイド、機器、設備)である。重度障害者が日常生活を送る、働く、勉強する、ビジネスをする、社会参加する、レクリエーションする、その他同様な理由のために必要とされる場合に利用できる。

- ・付き添いつきの移動の資格:「重度障害者とは移動に特別な困難があり 障害や病気のためにはなはだしい困難さなしには公共の交通機関を使えないものである」重度障害者は仕事や勉強に必要な移動に加えて、月に最低18回の片道外出ができる。
- ・通訳サービスには 重度聴覚障害者、盲ろう者、言語障害者がいる。重度の盲ろう者は1年間に最低240時間の通訳サービスの受給資格がある;その他の人は120時間である。これに加えて、勉学のために必要な通訳サービスが提供されねばならない。
- ・重度障害者は、障害または病気のために日常生活をしていくのに多くの時間または継続的に24時間、他の人の援助を必要とする人である。
- ・住居の調整、エイド、設備に関して重度障害者とは障害や病気のために自立生活をしていくことに特別な困難がある人である。

上記の法や規則には障害や重度障害について多くの状況による定義がある。

### 3.3. 支給のための評価内容・手段等 表1, 表2、表3参照

### 3.4. 実施状況

フィンランドにおける重度障害者は1%、約5万人である。上記サービス利用者は1990年代に大幅に増加した。1998年に移動サービスは55000人、通訳サービスは3000人、パーソナルアシスタントは2200人である。高齢の障害者が最大の利益を得ている。サービス計画はすべての地方自治体では作成されているわけではない。そして障害者の本当のニーズはよく知られていない。法律で示されている最低限(移動、通訳において)が上限として採用されているようである。通訳においては、少なくとも小さな市町村では有能な通訳者がいない。