

国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ ——国際比較研究と費用統計比較からの考察——

勝 又 幸 子

とが本稿の目的である。

はじめに

国際連合が採択した「障害者の権利条約」が20カ国の批准を受けて2008年5月発効した。日本政府は2007年9月署名したが、まだ批准には至っていない。今後、同条例の批准に向けて国内法や制度・政府機関のあらゆるレベル（中央政府・地方自治体・社会保障基金等）において、障害者の権利を阻害するような状況を解消し、同法の批准が日本国内において実際に障害者の権利擁護に役立つようにしなければならない。その準備段階において、障害者政策において日本より進んでいる諸外国特にEU諸国やアメリカの実態に学ぶことは有意義なことだと思う。日本の障害者政策の発展段階を知り、『後発の利益』を享受しつつ着実に障害者政策を実行していくために国際比較研究は役立てたい。

まず、障害者政策の国際比較研究について概観し、次に障害者人口の把握・障害の定義について国際比較の視点から考える。そして、障害者関係の社会支出を比較し、障害者を対象とした政策の関連性についてまとめたい。

障害者政策のめざすべきゴールは国の違いを超えて一つである。それは障害者の権利を守り、障害者が人として尊厳をもって、家庭や地域の中で障害の有無にかかわらずその人らしい生活がおかれるようにすることであり、障害をもっていることが機会の均等の妨げにならない社会をつくることだ。そのために国際比較研究を役立てていくこ

I 障害者政策の国際比較研究

1981年国際障害者年から国連を中心とした国際社会で障害者政策が広く議論されるようになった。80年代から90年代は先進諸国内で障害者権利を守る法律の策定が進んだ。例えば1990年に米国障害者法(ADA)¹⁾制定があり、1999年には米州機構(OAS)の障害差別撤廃米州条約²⁾が採択された。欧州においては、1996年「障害をもつ人々のリハビリテーションと統合に関する委員会(CD-P-RR)」³⁾がECに設置された。2003年を欧州障害者年と定めて2004年～2010年を期間として行動計画を立て政策を実行している。一方アジアにおいても1993年にアジア太平洋障害者の10年が設定され、アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)が調査報告書⁴⁾を準備した。この報告を基礎として10年間の政策進捗状況の評価を行い、2003年『びわこミレニアム・フレームワーク(BMF)』⁵⁾が採択された。BMFは2007年9月バンコクの会議で中間評価が行われている。これらの各国際機関や地域における政策の積み重ねと並行して2001年から国連で障害者権利条約の検討が開始された。同条約は2006年12月採択され2008年5月に発効した。このような時代的背景もあり、2000年代になってからさまざまな障害者政策に関する調査研究が公表されてきた。特にEU諸国にあっては欧州議会(EC)の財政的補助も用意され、EU加盟国の障害者政策につい

て、ソーシャルインクルージョンとしてさまざまな調査研究が実施された。表1に主な研究報告書・論文を年表形式でまとめたが、以下にその中の幾つかを紹介したい。

「ヨーロッパの障害評価：類似性と差異」(2002)⁶⁾は1997～2000年の調査結果をまとめたものである。EUの加盟国のみならず未加盟国を含む22カ国が調査に協力している。この報告書ではCD-P-RRが提示した9つの提案の最優先順位として「障害評価」についてまとめている。共通の用語の定義を行い、その定義のもと、各国で具体的にどのような政策が行われているかを小委員会の参加者が回答したアンケートを基礎にまとめている。

「脱施設化と地域生活—効果と費用—」⁷⁾は欧州議会の援助をうけて英国の研究者グループが中心となって欧州の大学研究者が担当する国についてまとめた調査報告書である。本書においてはEU諸国で障害をもつ人がどのように処遇されているかを各国のデータから比較を試みている。報告書は3巻にわかれており、第1巻が全体の概要で、施設収容から地域生活に移行するにあたって、費用対効果については、現状で施設における処遇の質の違いにもよるが、地域生活に移行したのちの障害当事者の生活の質の改善を勧案すれば費用対効果は上がると結論づけている。第2巻では各国調査を横断的に比較している。この研究には欧州の5つの大学が参加し分担して諸外国をサーベイしている。特に施設の種類や入所している人の年齢階層や障害種別について各国データの既存データから可能な限り必要な情報を収集している。第3巻は28カ国それぞれについて、統一された調査項目をまとめた国別レポートである。例えば、各国について施設数を種類別、収容規模別、収容している障害種別にまとめている。障害者数についても施設と居宅の両面からまとめている。また各国の障害者政策の動向についても記述的にまとめている。

EU以外では2003年にOECDがまとめた「障害を能力へ転換する～就労促進政策と障害者の所得保障～」⁸⁾があるが、EU諸国以外のOECD加

盟国についても並列でまとめている。残念ながら日本はOECDの加盟国でありながらこの調査研究に参加していないのでデータは得られないが、韓国が参加している。本書の元となった研究プロジェクトは3種の異なる手法によって障害者政策を分析している。①制度比較からみた分析②行政的データの比較による分析③マクロデータからの分析である。制度比較分析では現在の制度の概要と過去20年の障害者政策の変化がまとめられている。また、行政的データの比較では、障害に関連した雇用と社会的保護政策が過去20年にどのように変化してきたかを分析している。最後にマクロデータからの分析は、各国の人口統計から障害者の状況を就労と所得等から明らかにするものである。

なお、上記の他に表1にまとめたように、障害の定義や障害者の雇用について調査研究報告書がある。特にECの補助を受けて実施された研究は後に“Included in Society”〔2003〕に反映されて公表された。国際機関の比較研究に共通してみられるのは、各国を並列で比較する場合のプラットフォームとなる定義や分析枠組みをつくるという視点である。特にECにおいては、ソーシャルインクルージョン（社会的包摂）政策を推進することが決まっており、加盟国の政策努力の評価を行うためには何らかの共通した比較枠組みの必要が認識されていた。

OECDについては加盟国の過半数以上をしめるEU諸国の関心に影響を受けている部分が多くみられる。北米各国とオセアニアの国々でも障害者の権利擁護運動や自立生活運動の影響を受け、障害者政策には関心が高まった。開発援助の在り方についても社会的弱者への配慮が盛り込まれるようになり、2000年世界銀行も先進諸国だけでなく発展途上国までも視野にいった障害者政策の重要性をまとめている⁹⁾。障害者のおかれている状況は国の経済的発展段階に影響をうけるが、人権としての障害者の権利を保障するという目的は変わらない。2006年「9カ国の一時的・部分的障害プログラム 他国から学ぶ」表1の中で唯一日本が含まれている研究である¹⁰⁾。ソーシャルイン

表1 障害者国際比較 主要研究調査年表(2000年以降)

	調査報告書・論文名	調査対象国	国際社会の動き
1981年			国際障害者年「完全参加と平等」
1983年			国連障害者の10年
1993年			アジア太平洋障害者の10年
2000年	OECD “An inventory of Health and Disability-Related surveys in OECD countries-” Occasional Paper No. 44, Caire Gudex and Gaetan Lafortune	22カ国：オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、チェコ共和国、デンマーク、フランス、ドイツ、アイスランド、イタリア、日本、韓国、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、ポルトガル、スペイン、スウェーデン、スイス、トルコ、イギリス、アメリカ	
	Robert L. Metts, “Disability issues, trends and recommendations for the world bank”	(世界銀行委託)	
2001年	EC “The employment situation of people with disabilities in the European Union”	(EC委員会の委託研究)	
	EC “Active labour Market Programmes for People with Disabilities-Facts and figures on use and impact”	(EC委員会の委託研究)	
	EC “Definition of Disability in Europe A comparative analysis”	(EC委員会の委託研究)	
2002年	C. Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello, C. Scorretti, “Assessing disability in Europe-Similarities and differences”	22カ国：オーストリア、ベルギー、キプロス、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、イタリア、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス、イギリス)(EC委員会の委託研究)	
2003年	EC “Included in Society Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People”	E Uを中心に21カ国 (EC委員会の委託研究)	○『びわこミレニアム・フレームワーク (BMF)』 ○ 欧州障害者年
	UNESCAP “Disability at a Glance: a Profile of 28 Countries and Areas in Asia and the Pacific”	アジア太平洋地域の28カ国 (UN ESCAP 委託研究)	
2004年	OECD, “Transforming Disability into Ability, Policies to promote work and income security for disabled people”	20カ国：オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、韓国、メキシコ、オランダ、ノルウェー、ポーランド、ポルトガル、スペイン、スウェーデン、スイス、トルコ、イギリス、アメリカ	
2006年	“Learning from Others: Temporary and Partial Disability Programs in Nine Countries” ^(*)	9カ国：オーストラリア、ドイツ、イギリス、日本、オランダ、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデン、アメリカ(米国社会保障省の資金提供でイリノイ大学障害研究所がとりまとめた)	国連「障害者権利条約」採択
2007年	Mansell J, Knapp M, Beadle-Brwon J and Beecham J, “Deinstitutionalisation and Community Living”	28カ国：オーストリア、ベルギー、ブルガリア、キプロス、チェコ共和国、デンマーク、エストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、ハンガリー、アイルランド、イタリア、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルク、マルタ、オランダ、ポーランド、ポルトガル、ルーマニア、スロバキア、スロベニア、スペイン、スウェーデン、トルコ、イギリス (EC委員会の委託研究)	

注) 翻訳版「9カ国の一時的・部分的障害プログラム「他国から学ぶ」最終報告書」寺島彰監訳でDINFでダウンロードできる。

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/hikaku/takoku/index.html> オリジナルのレポートは次からダウンロード可能

<http://www.dri.uiuc.edu/research/p04-12h/default.htm>

障害保健福祉研究情報システム (DINF) 一障害者の保健と福祉に関わる研究を支援するための情報サイト：調査・研究のページ参照

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/hikaku.html>

クルージョンという考え方がまだ普及しているとは言いがたい状況ではあるが当該研究では、諸外国に比較して特異な存在として次のように日本について特筆している。「日本の障害年金制度の規模は飛び抜けて小さい。障害を抱える人が2001年に就労した割合はわずか22.7%であり、1960年の46.7%から大きく落ち込んでいる。他国と比較して（日本は）障害者の家族の援助に依存して家庭で過ごしているようだ。この状態だと、彼らは障害年金受給者としてもカウントされず、労働市場の一部だともみなされない。このような障害者は、すでに労働から長いこと離れてしまっているため被用者年金を受給することもできない」¹¹⁾。この研究成果を裏づけるように、OECDの社会支出統計（SOCX）の比較からもひときわ支出規模が小さいことがわかっている。（本稿IV参照）

II 障害者人口規模の比較

障害者人口規模の比較は、障害の定義の違いがあるため困難であるが、OECD〔2004〕では各国の異なる調査の結果を一つのグラフにまとめて紹介している。稼働年齢（20～64歳）に占める障害者の割合を障害程度別（重度・軽度）に示している¹²⁾。OECD 20カ国の平均で14%であり、最も高いスウェーデンでは20%を超えている。OECDのグラフでは20カ国中11カ国は欧州共

表2 障害者割合（20～64歳人口）

(単位：%)

	障害者率
スウェーデン	20.5
ポルトガル	19.0
オランダ	18.8
デンマーク	18.5
イギリス	18.2
ドイツ	18.0
ノルウェー	17.0
カナダ	16.0
フランス	16.0
スイス	14.5
ポーランド	14.3
オーストリア	12.8
オーストラリア	12.5
スペイン	11.5
ベルギー	11.0
アメリカ	10.5
メキシコ	7.3
イタリア	7.0
韓国	3.0
OECD(19カ国)	14.0
欧州連合(11カ国)	15.3
非欧州連合(8カ国)	12.0

出所) OECD〔2004〕Chart3.1 p.24
のグラフより。

同体家計研究パネルデータ（ECHP）¹³⁾を用いており、ECHPでは、「あなたは、慢性的な心身の健康問題、病気、障害をもっていますか」と、「あなたは、その慢性的な心身の健康問題、病

表3 欧州諸国の障害者率（16～64歳人口に占める割合）2002年調査

(単位：%)

	障害者率 (1)	女性 (2)			男性 (2)		
		就 業	失 業	非活動	就 業	失 業	非活動
イギリス	27.2	20.6	26.9	43.6	20.2	28.7	58.1
オランダ	25.4	19.2	34.2	40.1	20.2	30.6	48.6
フランス	24.6	21.1	27.5	30.3	21.5	25.8	33.1
デンマーク	19.9	13.7	18.1	44.6	13.6	21.5	45.7
スウェーデン	19.9	21.8	21.7	21.5	17.5	19.9	20.4
ドイツ	11.2	6.9	14.0	15.4	7.6	17.2	27.1
イタリア	6.6	4.0	3.8	8.5	4.6	6.2	13.9
ヨーロッパユニオン 15カ国平均	16.4	13.0	15.0	21.4	12.5	17.7	31.0

注) 1) 調査対象者中16～64歳に占める当該設問に6ヶ月以上の健康問題や障害が「ある」と答えた人の割合。

2) 男女とも(1)で「ある」と答えた人の就労状況。

出所) EUROSTAT〔2003〕を元に筆者作成。

表4 稼働人口に占める障害者の割合

	重 度	軽 度	合 計
知的障害者	0.1%	0.2%	0.3%
身体障害者	1.0%	0.5%	1.6%
精神障害者	0.5%	2.0%	2.5%
合 計	1.7%	2.7%	4.4%

注) 知的障害者と精神障害者については平成17年身体障害者については平成18年を基礎として計算。

知的障害者:「平成17年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要」より、最重度及び重度を重度に、その他不祥を含む部分を軽度と分類した。

身体障害者:「平成18年身体障害児・者実態調査結果」より、1・2級を重度、その他不明を含む部分を軽度と分類した。

精神障害者:「平成17年患者調査」と「保健・衛生業務報告(衛生行政報告例)」より、年齢階層別精神障害者数を1級を重度としその他を軽度と分類した。

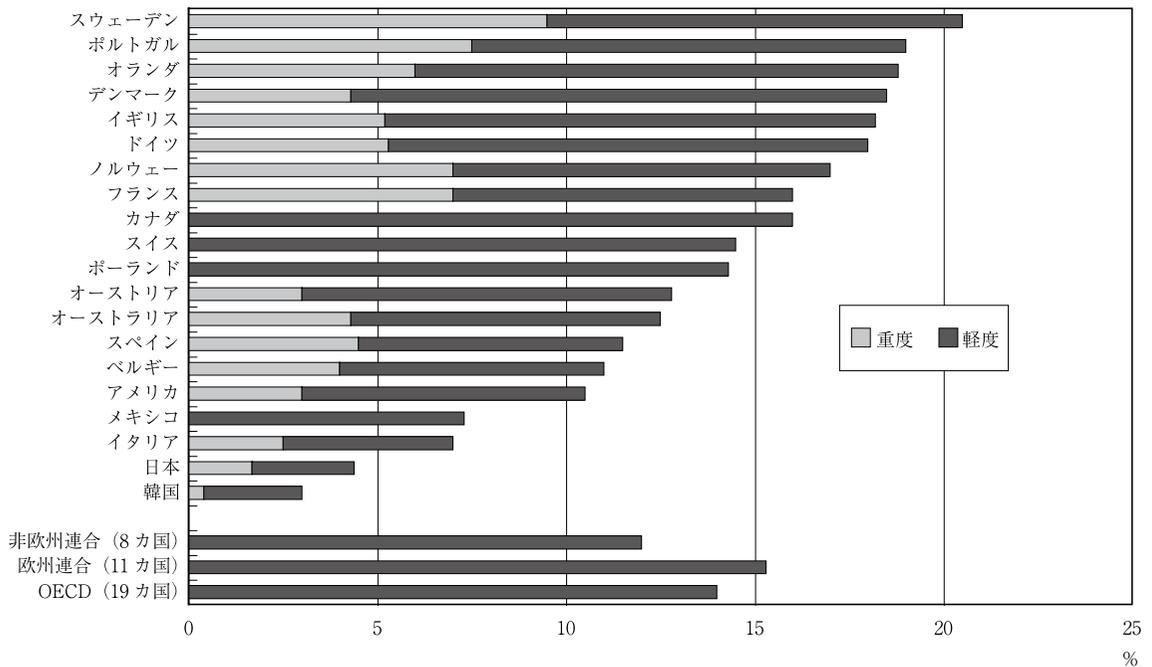
人口(20~64歳総人口)については総務省人口推計総人口を使った。

気、障害によって、あなたの日常活動が制限されていますか」という、二つの質問が用いられている¹⁴⁾。その他の国については、各国の類似の調査から援用している。

一方、ECの調査では、雇用政策の視点から障害者の人口は、16~64歳における障害者の雇用状況について比較が行われている(表3)。労働力調査において「6ヶ月以上続いている(または続くと予想される)健康上の問題または障害をもっているか」という設問に「ある」と答えた人が対象になっている¹⁵⁾。

表2と表3を比べると、フランス・オランダ・イギリス・デンマークで労働力調査の方が大きくなり、ドイツ・イタリア・スウェーデンで障害者率が小さくなる。両方とも調査回答者に自分の状況を判断させる調査だがこのように異なった結果になる。主観的な判断も調査によってこれだけ違う。各国の障害者率を比較することの困難さを示唆している。

日本には全国民を対象にして主観的な障害の有無を問う社会調査は無い。そこで、全数調査である国勢調査から推測してみたい。国勢調査では障害の有無はわからないので、就労しているか活動しているかをもとに推測してみた。平成17年国



出所) OECD [2004] 日本については筆者推計値(表4参照)

図1 平均障害者率は14%、内3分の1は重度障害

勢調査 20～64 歳人口に占める休業者割合は 0.5% であり完全失業者は 2.2% だった。また、20～64 歳人口に占める非労働人口の区分で家事も通学もしていない人を集計すると 3.3% となった。

また、サンプル調査ではあるが国民生活基礎調査では、回答者に世帯員のなかに「手助けや見守りが必要」な人がいるかを答えさせており、これを行政は要介護者の推計に利用しているが、この再集計で年齢階層別集計では 20～64 歳で 0.6% (平成 16 年度世帯票) が「手助けや見守りが必要」という結果もでている¹⁶⁾。

その他には、障害白書 (総務省) でも使われている方法として、認定障害者を対象にしたサンプル調査や患者調査からの障害者数を推計すると、表 4 のように 3 障害の合計は 4.4% となった¹⁷⁾。

日本の 20～64 歳人口に占める障害者の割合を諸外国と比較したらどうなるか、OECD [2004] のグラフに日本を加えてみると韓国に次いで低い率となる (図 1)。日本以外の国のデータは人々の主観により障害があるとしたものであり日本のデータとは異なる定義であるから、単純な比較はできないが、日本の障害者比率が低い国に属していることは障害者に対する給付の少なさからも妥当であると思われる。またその原因のひとつは、前出の 9 カ国の国際比較研究にあるように、障害認定の基準が身体の機能障害になっていることだと考えられる¹⁸⁾。日本の障害者率は韓国を除く OECD 諸国に比べて大変低いと推測できよう。

III 障害の定義の国際比較

障害を定義する試みは国際比較を行う上で避けて通れないプロセスではあるが、それは大変難しいことである。障害を定義することによって起こる排除の問題 (「谷間の障害」問題¹⁹⁾) が、障害者の社会へのインクルージョンを進める効果をそぐという危惧からか、国際比較研究では障害者の統一定義を提案しているものはみられず、ただ分析枠組みとしてなんらかの定義をしているのみである²⁰⁾。

表 5 サービス認定の各国比較

	分類	国と制度の例
A	障害程度に基づく国	手帳で障害認定をしている国 (フランス・ドイツ) 手帳の記載は無いが障害の程度を基にしている国 (ベルギー)
B	ニーズアセスメントによる国	オランダ (AWBZ) スウェーデン (LSS) デンマーク (社会サービス法) ノルウェー (BPA) イギリス (コミュニティケア法)
C	その他	フィンランド (他法優先の判定) カナダ (州による)

出所) JD [2006] より筆者作成。

障害の捉え方に、障害の社会モデルと医療モデルの 2 つの考え方がある。星加 [2007] は医療モデルを個人モデルと言い換えて次のように説明する。「社会モデル」は障害の問題とはまず障害者が経験する社会的不利のことなのでありその原因は社会にあるとする、障害者解放の理論的枠組みであり、従来の「ディスアビリティの個人モデル Individual model of disability」(以下「個人モデル」)において、障害の身体的・知的・精神的機能不全の位相がことさら取り出され、その克服が障害者個人に寄責されてきたことに対する、当事者からの問い直しの主張を反映したものである²¹⁾。社会モデルの考えかたは、バリアフリーや保護雇用などの政策を各国に推進させる原動力ともなってきた。WHO が 2001 年に新しい国際生活機能分類 (ICF) を採択し、国際社会では障害を機能障害と環境因子との相互作用から生じる多次元の実体と捉える傾向になってきた。これらの考え方は「社会モデル」に強く影響をうけている。多くの先進諸国では ICF への移行を果たしているが、日本では専門家による議論は行われているものの移行への動きは鈍感である²²⁾。各国で障害の法的定義や認定に関する方法は異なる。EU [2002b] 「ヨーロッパにおける障害の定義：比較分析」では、四つの分野での障害の定義を論じている。①日常生活動作 (ADL) の支援、②所得再配分 (income replacement)、③雇用施策、④差別禁止法制である。EC の共通市場への関心が障害者政策を含まざるまざまな社会政策比較の背景にあるとはいえ、この研究の目的は、単一の標準的

定義の設定に向けて動くことではなく、むしろ異なる定義が位置づけられ比較できるような枠組みをつくることであると述べている²³⁾。

JD〔2006〕は四つの分野にわけて10カ国²⁴⁾を比較している。それらは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、である。障害の定義に関してはサービスを受給する場合の認定の特徴から分類をしている。

アセスメント（障害程度認定）を誰が行うかにより、認定で重視される要件が変わってくる。表5のAの分類では、フランスやドイツの場合、役所の出先機関の医療従事者を含むソーシャルワーカーが認定を行っている。ベルギーの場合ダイレクトペイメントについては訴訟対策として学際的チームがアセスメントを行っている。Bの分類では、専門家のみならず障害当事者がアセスメントに参加することが特徴である。ニーズの認定は医療的判断にとどまらないことが特徴で、例えばオランダでは給付がAWBZという社会保険制度によって行われアセスメントはRIOとよばれる独立組織で、そこには患者・ケア利用組織・ケア提供者・開業医組織・健康保険機関・そして市長村代表者が参加している。スウェーデンのLSS法ではパーソナルアシスタンス（個別介助）や住居・デイサービス等の社会サービスを社会的権利として認めている。機能障害があることの医学的証明を前提に医師以外の専門家（ソーシャルワーカー）が「日常生活上重大で継続する困難を有する」かどうかの評価を行うが、明確な基準は無い。デンマークも地方公共団体のケースマネージャーが認定しているが明確な基準は無い。ノルウェーでは障害者主導の個人的援助（BPA）が行われており受給資格は申請者の自己評価と、障害者本人の管理能力と本人の社会参加への意思である。イギリスにおいてコミュニティ・ケアにおけるアセスメントは介助の必要度・その必要費用の算定が行政によって行われる。しかし、実際のサービスは、まず行政の担当者が障害者の自宅を訪問し、大まかなニーズの内容とそれに見合った評価のレベルを決定する。ケアマネージャーが任命されニーズを判定し本人と望ましいケアについて

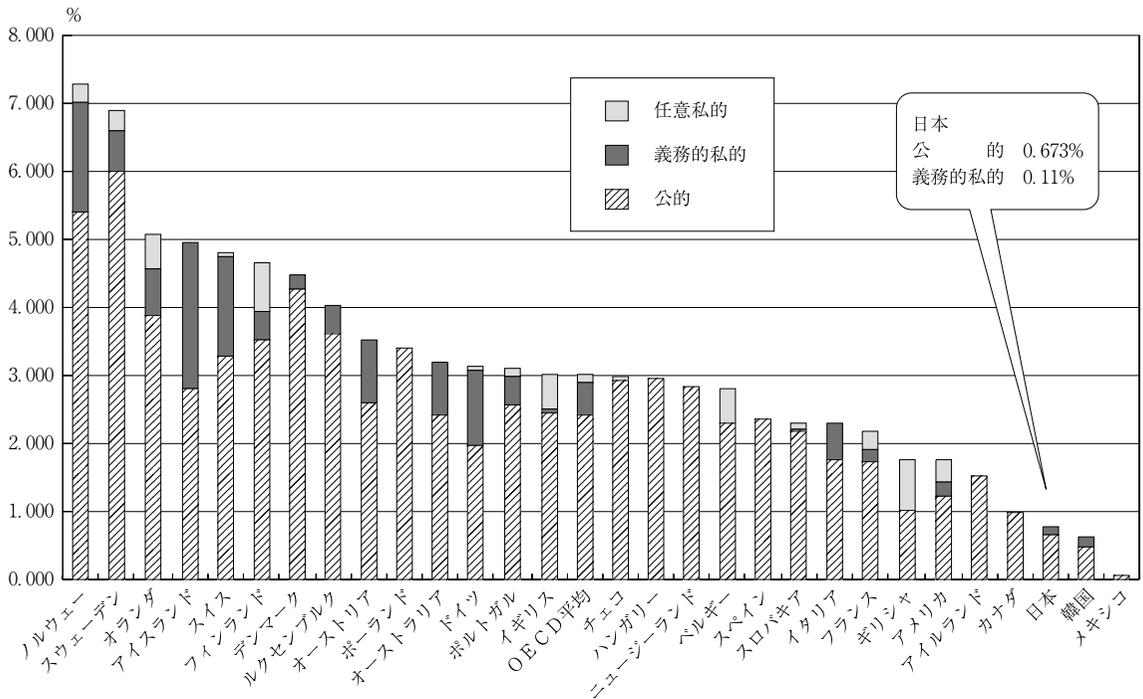
合意しケアプランを作成して実施する²⁵⁾。ニーズアセスメントを中心にする国の方が、そうでない国よりも障害当事者の参加が進んでいると言える。日本はといえば、手帳による障害認定であるので、Aではあるがその認定は極めて医療モデル（機能評価）に偏っている。

IV 障害関係支出規模の国際比較

OECDはSOCXにおいて政策分野別で「障害（Incapacity-related benefits）」を設けているが、ここには、障害にかかる給付として、年金や手当てなどの所得保障と社会サービスの提供が計上されている。もともと社会支出は所得再分配効果をもたらす支出を政策別に集計したもので、給付する主体を政府機関に限定することはない。各国の社会政策の実施主体は多様であるため、制度や主体を限定してしまうと国際比較が困難になる。OECDでも早くから三層構造（公的・義務的私的・任意私的）で費用を集計することを提案している。任意私的支出の考え方は管理が非政府機関で法的にも税制においても強制力をもたない支出である。義務的私的支出とは管理は非政府機関ではあるが、その支出に法的強制を伴う場合の支出である²⁶⁾。

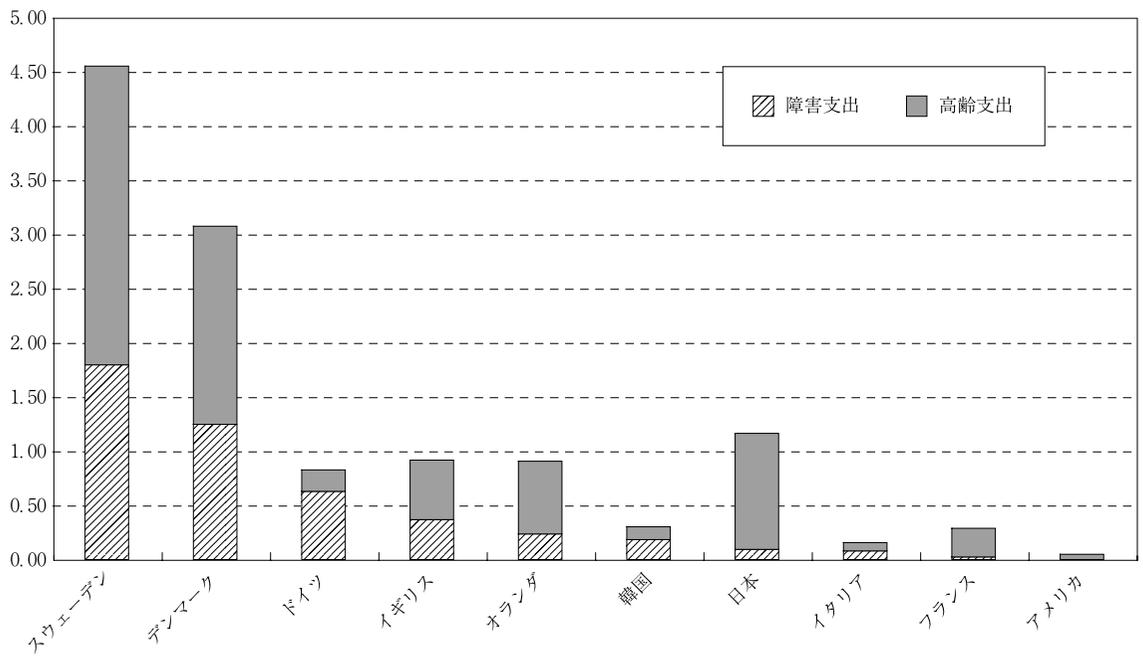
1 障害支出総額の国際比較

日本はメキシコ、韓国に次いで障害支出の低い国である。障害者人口の少なさから考えてもこのデータは実態を表していると言えるが、このデータを障害支出と捉える場合には2つの点で留意が必要である。一つは、現金給付たる障害年金の中身である。障害年金とは稼働可能年齢すなわち老齢年金受給開始前の人に給付される所得保障給付である。従って老齢年金受給開始年齢になると障害年金の受給から老齢年金の受給に移行するのが通常である。しかし、日本の障害年金は、65歳以前に障害年金の受給を始めた者は65歳以降も障害年金の受給者として数えられている。つまり、図2の日本の支出には、他の国なら入っていない高齢障害者の年金給付が含まれており、大き



出所) OECD SOCX 2007 edition より筆者作成。

図2 障害関係支出の構造 (対 GDP 比率) 2003 年



出所) OECD SOCX 2007 edition より筆者作成。

図3 障害現物支出プラス高齢現物支出の比較 (2003 年) 対 GDP 比率 (%)

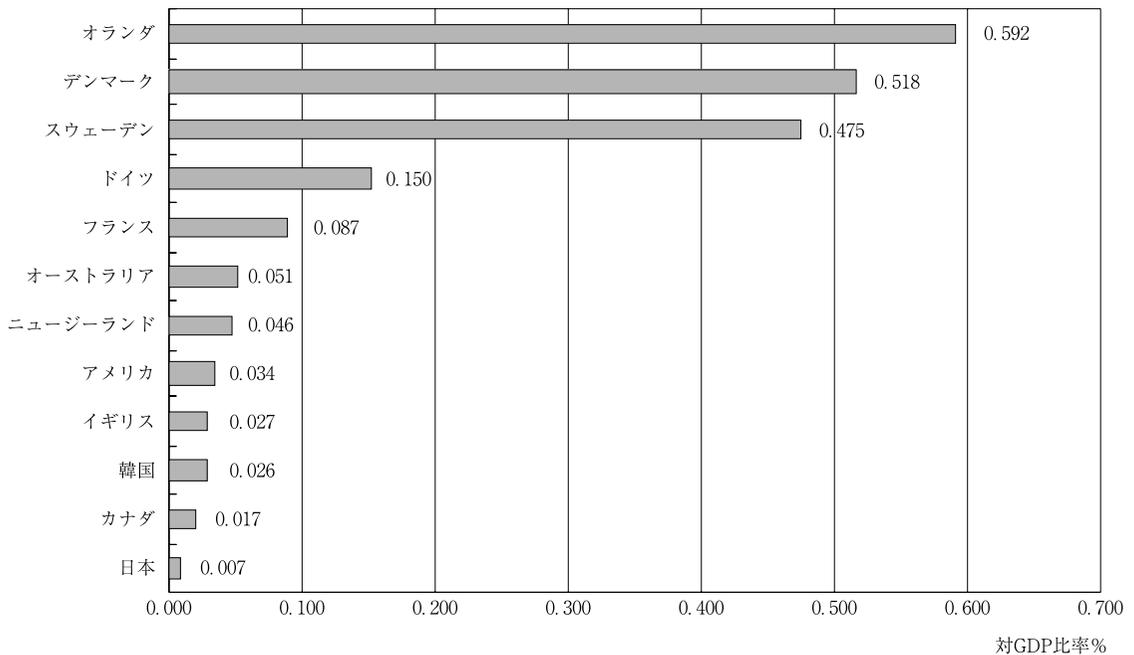
く出ている可能性がある。もう一つの留意点は、高齢者社会福祉サービスの計上方法の違いである。日本の場合、介護保険は年齢で受給者を限定しているため、SOCXでは「高齢 (Old Age)」の現物給付として計上されている。しかし、介護保険制度をもつドイツ、オランダなどでも給付対象者を年齢で制限していないため、社会サービスはすべて「障害」に計上されている。高齢の現物給付は対GDP比率で1.07% (2003年) だから、障害現物給付に介護支出を加えると1.86%となる。仮に図2でその結果を反映したら日本はギリシャより上でフランスより下に位置する。全体からすれば依然として日本の障害支出の小ささに変わりはない。

図3は障害現物給付 (障害者対象の社会サービス) に高齢現物給付 (高齢者対象の社会サービス) をプラスした図である。日本の場合、高齢者社会サービスが比較的大きいため、ドイツやイギリスを抜いて、社会サービスが大きな国として位置づけが見える。しかし、だからといって、日本

の障害者政策支出はドイツやイギリスよりも大きいとは言えない。それは、次に示すように障害者政策の支出で「障害」の政策分野には計上されていない支出があるからである。

2 障害者を対象にした「障害」以外の政策支出

障害者を対象にした政策は雇用政策と医療政策・住宅政策にも関係がある。障害者は多くの場合健康上・身体的不安を一般の人よりも多く抱えているグループである。日本においても障害者自立支援法の施行によって「自立支援医療」の枠組みが出来て、そこに定率負担が導入された。その変化が障害者の家計のゆとりを減らしているという調査結果がある²⁷⁾。住宅政策についても、障害者の社会への完全参加をめざして脱施設化の政策を進めている国においては、障害者が地域で暮らせるインフラの整備は重要である。OECDの社会支出には建設費は入らないので、住宅手当の支出や、バリアフリー化のための室内リフォームへの補助などが考えられるが、それらは「住宅」に



出所) OECD SOCX 2007 edition

図4 積極的労働市場政策：障害者対策 (2003年)

計上されるべきものだといえる。また、低所得者対策としての「社会扶助」制度（日本では生活保護制度と呼ぶ）について、障害者には低所得者の割合が高いので「社会扶助」による給付を受けている可能性が高い。これらは、SOCXでは分類上「生活保護その他」に計上されるだろう²⁸⁾。

最後に、雇用関係の支出は重要である。SOCXには2つの雇用政策分野「失業」と「積極的労働市場政策（ALMP: Active Labour Market Policy）」がある。ALMPとは「社会的支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めたりする為の支出を計上。障害を持つ勤労者の雇用促進を含む」と説明されている²⁹⁾。ALMPの障害者対象の支出を各国で比較したのが図4である。日本の場合障害者対象の雇用政策支出も最も小さく、障害者自立支援法施行後も障害者の雇用促進は遅々として進んでいない。

図4で障害者対策のALMP支出が小さい国が障害者対象の雇用政策が行われていないのかという点と必ずしもそうとは言えないことに留意が必要である。障害者の割り当て雇用制度や障害者の保護雇用制度などについては、差別禁止法を採択した国によっては、障害者だけを対象にした制度ではなく、一般の制度のなかで包括的に障害者政策を進めている国もあるからである。そのような国では障害者対象のALMPは小さくなる。図4の国の中では、オランダ・デンマーク・スウェーデン・アメリカ・イギリスでは現在障害者の雇用割当制度が無い³⁰⁾。したがって、障害者の社会参加が進んで一般の健常者と同じ制度の適用を受ける国があったとすると、「障害」支出の大きさだけでは障害者政策の規模は比較できないことになる。しかし、日本の場合、障害支出の小ささは、上記の留意点をふまえても障害者政策の少なさを反映しているものである。

V まとめにかえて

平成10年度の「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」³¹⁾によると、社会福祉の理念は、個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域

の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい生活がおくれるよう支援することである。そのために、サービスの利用者と供給者との間に対等な関係を確立することが重要とされた。近年現場では福祉サービス受給者のことを「利用者さん」と呼ぶようになってきているが、それはサービス受給者を消費者として意識しはじめたからだろうか。しかし、呼び名が変わったからと言ってサービス利用者と供給者の間に対等な関係が確立されたと考えるのは早計である。当事者主権を主張する中西は、介助者の給与は事業者から支払われるのであって代理受領方式は、介助者は利用者の評価よりも事業者との雇用関係を優先するシステムになってしまったと述べている³²⁾。障害者が健常者と同じように地域で生活する社会は日本ではまだ実現していない。

EUや北米の先進国との国際比較を通じて見えてくる日本の障害者政策の位置づけは、どんなにひいき目に見ようとしても、遅れている。もちろん、障害者人口の比較や障害支出の比較だけから、その国の障害者の置かれている状況を判断することはできないだろう。特に、障害者の差別禁止を強く政策の中心に据えれば据えるほど障害者対策として特別なものは無くなっていくことになる。では、私たちはどのようなメルクマールで障害者の置かれた状況が向上したかを評価していくことができるだろうか。それはまさに、一般の市民のなかで障害者を捉えることではないだろうか。そのためには、欧州共同体家計研究パネルデータ（ECHP）で行ったような主観的に答えさせる方法で障害者をデータ上区分して分析を定期的に行っていくことが必要ではないかと思う。障害者を認定制度によって特別な人と捉えるところから、社会への完全参加は達成されない。日本における障害者研究は、障害者福祉という狭い範囲から脱し、全体の中で障害をもつことの意味づけをしていく方法へと発展しなければならない。そして特別な存在ではない生活者としての障害者がそこに見えてこなければならない。

注

- 1) ADA: American Disability Act.
- 2) Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities, AG/RES. 1608, 7 June 1999.
- 3) CD-P-RR (Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities).
- 4) ESCAPのウェブページ (<http://unescap.org/esid/psis/disability/index.asp>) よりリンクからダウンロード可能。
- 5) 日本語翻訳 <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/intl/bf/index.html>。
上記採択内容は、アジア太平洋地域の障害者のためのインクルーシブで、バリアフリーな、かつ権利に基づく社会の実現という目標を掲げている。
- 6) Assessing disability in Europe—Similarities and differences (2002) C. Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello, C. Scorretti ISBN 978-92-871-4744-8.
- 7) Mansell J, 他 [2007] 英国ケント大学他の研究グループによる報告書 http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/Project_reports.html.
- 8) OECD [2004] 翻訳版が岡部史信 [2004] 刊行されている。
- 9) Rebert L Metts PH. D [2000]
- 10) 報告書のタイトルが「他国から学ぶ」となっているのは、米国には障害年金制度があるが、それは、オール・オア・ナッシングの制度で、年金を全額給付するかしないかという選択しかない。それに対して、世界の他の国々には、短期的に給付される障害給付や、わが国の障害年金のように2級や3級といった障害1級の100/125, 75/125といった部分的な年金が存在する。そのような制度を「学ぶ」という意味である。(はじめに 寺島)
- 11) 日本障害者リハビリテーション協会 [2006] 第1章概観, 例外的な日本の事例。 <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/hikaku/takoku/chapter01.html>
- 12) OECD [2004] p. 24, Chart3. 1 Average disability prevalence of 14%, of which one-third are severely disabled.
- 13) EUROSTAT [2002] p. 148 他において, ECHP: European Community Household Panel の1996~1998年のデータをつかって同様の分析結果を掲載している。
- 14) 岡部 [2004] p. 183.
- 15) EUROSTAT [2003b] で, 労働力調査における設問の組み立て方詳しくわかる。
- 16) 勝又幸子 [2007] p. 95.
- 17) 同志社大学大学院埋橋ゼミ [2006] の方法にヒントを得た。計算の基礎としたデータは直近のものを使用した。
- 18) 日本障害者リハビリテーション協会 [2006] 障害現金給付受給者にしめる部分給付受給者の割合の比較で, 欧州で最も高いスウェーデン32.5% (2002年) を遙かにしのぐ70% (2002年) だった。ここで部分年金とは障害基礎年金および厚生障害年金の1級以外の等級の年金受給者を指している。
- 19) JD [2005] は日本において障害認定制度が障害者政策を限定的にしているという報告書をだしている。
- 20) 実際のところ, 先に発効した国連の障害者権利条約の策定過程において, さまざまな議論を経て結論としては障害の定義を行わないことになった。
- 21) 星加 [2007] p. 37.
- 22) (社) 日本精神科病院協会 [2003] 岡田 [1999] 佐藤 [2004]。
- 23) 勝又 [2006] p. 105.
- 24) 10カ国とはベルギー, カナダ, デンマーク, フランス, フィンランド, ドイツ, ノルウェー, スウェーデン, オランダ, アメリカである。
- 25) JD [2006] pp. 141-144, 木口のまとめたものから抜粋。
- 26) 勝又 [2008] p. 23, 図1: OECD社会支出の三層構造 参照。図2の2階部分には, 長期病気によって休業した従業員に対して, 相当な期間事業主責任として社会保険から出される傷病手当金に代わる休業保障を義務づけている場合の支出などが含まれている。傷病手当金の国際比較については, リハビリテーション協会 [2006] で詳しく紹介・比較されている。
- 27) JD [2007]。
- 28) 日本の生活保護制度には, 他人介護加算という被保護世帯の障害者が介護を受ける場合の給付が含まれている。これらは, SOCXでは「障害」ではなく「生活保護その他」に計上されている。
- 28) 平成17年度社会保障給付費, 付録 OECD基準の社会支出の国際比較, 参考表4 政策分野別社会支出の項目説明, 参照。
- 30) 本田 [2007] 参照。
- 31) 中央社会福祉審議会, 社会福祉構造改革分科会 平成10年6月17日。
- 32) 中西&上野 [2003] p. 90.

参考文献

医療経済研究機構 (2007) 介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書, 平成18

- 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書。
- 岡田喜篤 (1999) 知的障害 (精神障害) 児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合的研究, 平成 11 年度厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業。
- OECD 編著/岡部史信訳 (2004) 図表でみる世界の障害者政策 障害をもつ人の不可能を可能に変える OECD の挑戦, 明石書店。
- 勝又幸子 (2006) EU と OECD における障害者比較研究の概要, 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究, 平成 17 年度総括研究報告書, pp. 104-118。
- (2007) 『国民生活基礎調査』からみた障害者の生活実態, (同上), 平成 19 年度総括研究報告書, pp. 93-98。
- (2008) 社会保障給付の国際比較, 世界の労働, 第 58 巻第 4 号 (財) 日本 ILO 協会 pp. 22-32。
- 厚生労働省社会・援護局「平成 17 年度知的障害児 (者) 基礎調査結果の概要」。
- 「平成 18 年身体障害児・者実態調査結果」。
- 佐藤久夫 (2004) ICF をどう活用するか (第 20 回 RI 世界大会オスロ) ICF, 政策と法制, 季刊リハビリテーション研究, 第 121 号。
- (社) 日本精神科病院協会 (2003) 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書。
- JD (2005) 「谷間の障害」を生み出す医療モデル—日本障害者協議会 (JD) 政策委員会・障害の定義認定ワーキンググループ報告書—。
- (2006) 障害の法的定義・認定に関する国際比較, 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究, 平成 17 年度総括研究報告書, pp. 137-225。
- (2007) 障害者自立支援法の影響: JD 調査, 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究, 平成 18 年度総括研究報告書, pp. 105-172。
- 同志社大学大学院埋橋ゼミ (2006) 障害者雇用・福祉施策をめぐる国際的動向と日本位置・課題, Int'elcowk 国際経済労働研究, 通巻 965 号, pp. 7-14。
- 中西正司・上野千鶴子 (2002) 「当事者主権」岩波新書。
- NIVR 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター (1998) 欧米諸国における障害者の就業状況と雇用支援サービス, 調査研究報告書 No. 28。
- 本田達郎 (2006) 知的障害の定義に関する国際的状況について, 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究, 平成 17 年度総括研究報告書, pp. 122-136。
- (2007) 障害者の就労支援と教育支援, 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究, 平成 19 年度総括研究報告書, pp. 115-136。
- 星加良司 (2007) 障害とはなにか ディスアビリティの社会理論に向けて, 生活書院。
- リハビリテーション協会 (2006) 翻訳版「9 カ国の一時的・部分的障害プログラム」障害保健福祉研究情報システム (DINF) に掲載。
- EC (2001) “The employment situation of people with disabilities in the European Union”。
- EC (2002) “Active labour Market Programmes for People with Disabilities-Facts and figures on use and impact”。
- EC (2002), Assessing disability in Europe-Similarities and differences (2002) C. Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello, C. Scorretti.
- EC (2002b) “Definition of Disability in Europe A comparative analysis”。
- EC (2003) “Included in Society Results and Recommendations of the European Reserch Initiative on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People”。
- EUROSTAT (2002) “Health statistics Key data on health 2002 Data 1970-2001, 2002 Edition”。
- (2003) Statistics in focus, “Employment of disabled people in Europe in 2002”。
- (2003b) “The European Union labour force survey Methods and definitions 2001, 2003 edition”。
- Mansell J, Knapp M, Beadle-Brwon J and Beecham J (2007) “Deinstitutionalisation and Community Living” ケント大学の脱施設政策欧州比較研究。
- OECD (2004) Transforming Disability into Ability, Policies to promote work and income security for disabled people。
- (2000) “An inventory of Health and Disability -Related surveys in OECD countries-” Labour Market and Social Policy-Occasional Paper No. 44, Caire Gudex and Gaetan Lafortune DEELSA/ELSA/WD (2000)5.
- Rebert L Metts PH. D (2000) “Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank”。
- UNESCAP (2004) Disability at a Glance: a Profile of 28 Countries and Areas in Asia and the Pacific。
- (かつまた・ゆきこ 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長)