

三二講座 障害年金の格差問題とは

Nothing about us without us !

精神障害年金研究会 高橋 芳樹

2015年12月15日

格差問題の原則的見方

1. 絶対的格差と相対的格差
2. 資本主義的労働市場の発展が生み出した労働市場からの障害者排除と低賃金利用
3. 無年金、低額年金、障害年金の格差問題は三位一体
4. 政府の政治責任、日本年金機構の管理運営責任、職員などの違法・逸脱行動→障害者の年金権の剥奪
5. 障害認定における格差問題は、社会における格差構造の一部

精神障害者の生活問題の特徴

1. 精神障害者と家族の生活問題は、失業と不安定雇用によって規定された構造的な問題
2. 年金額の低さと無年金問題が経済的困難を拡大し、生活保護の受給割合が高い
3. 障害基礎年金の受給対象者の範囲・要件が制限されて無年金者がつくられるとともに、受給している人たちも給付水準が低いために、身体に無理をして不安定で劣悪な労働条件の仕事に就かざるを得ない
4. 家族への依存は、地域での自立した生活を困難にし、老後生活への不安を生じている

※ 以上は高林秀明 『障害者・家族の生活問題』(ミネルヴァ書房)の議論を参考にしている。

障害年金給付費の国際比較

③ 障害年金給付費の国際比較

表1 障害年金給付費の国際比較 (2005年) [単位:%]

	障害年金給付費 ／GDP	障害年金給付費 ／公的社会支出総額
日本	0.34	1.85
アメリカ	0.70	4.40
フランス	0.77	2.65
ドイツ	0.78	2.93
デンマーク	1.79	6.60
イギリス	1.84	8.64
スウェーデン	2.20	7.49
OECD 計	1.14	5.53

資料:OECD, *Social Expenditure Database 2007*より作成。

障害年金受給者数の国際比較

⑩ 障害年金受給者数の国際比較

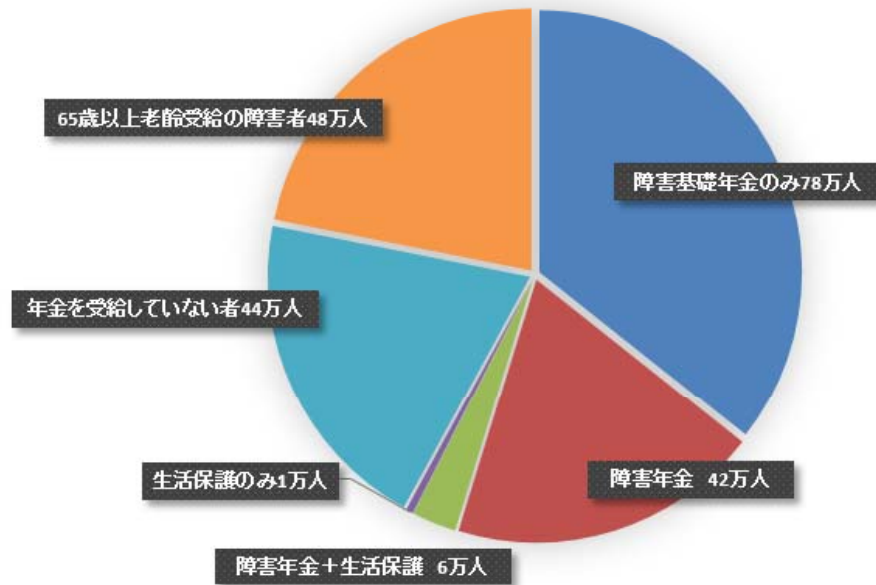
表4 障害年金受給者数の国際比較（2007年） [単位:人]

	受給者数の実数	生産年齢人口1000人あたりの受給者数
スウェーデン	551,746	91
アメリカ	8,118,382	40
ドイツ	1,583,801	29
日本	1,849,729	22

注：スウェーデンおよびドイツの障害年金受給者数は部分障害による受給者を含む。アメリカの障害年金受給者数は、被保険者本人に対する給付、障害のある未亡人に対する給付、障害のある成人した子に対する給付の受給者の合計値を用いている。日本の障害年金受給者数は、厚生年金と基礎年金を併給している者の重複分を控除した数値である。

所得保障の受給類型

所得保障の受給類型

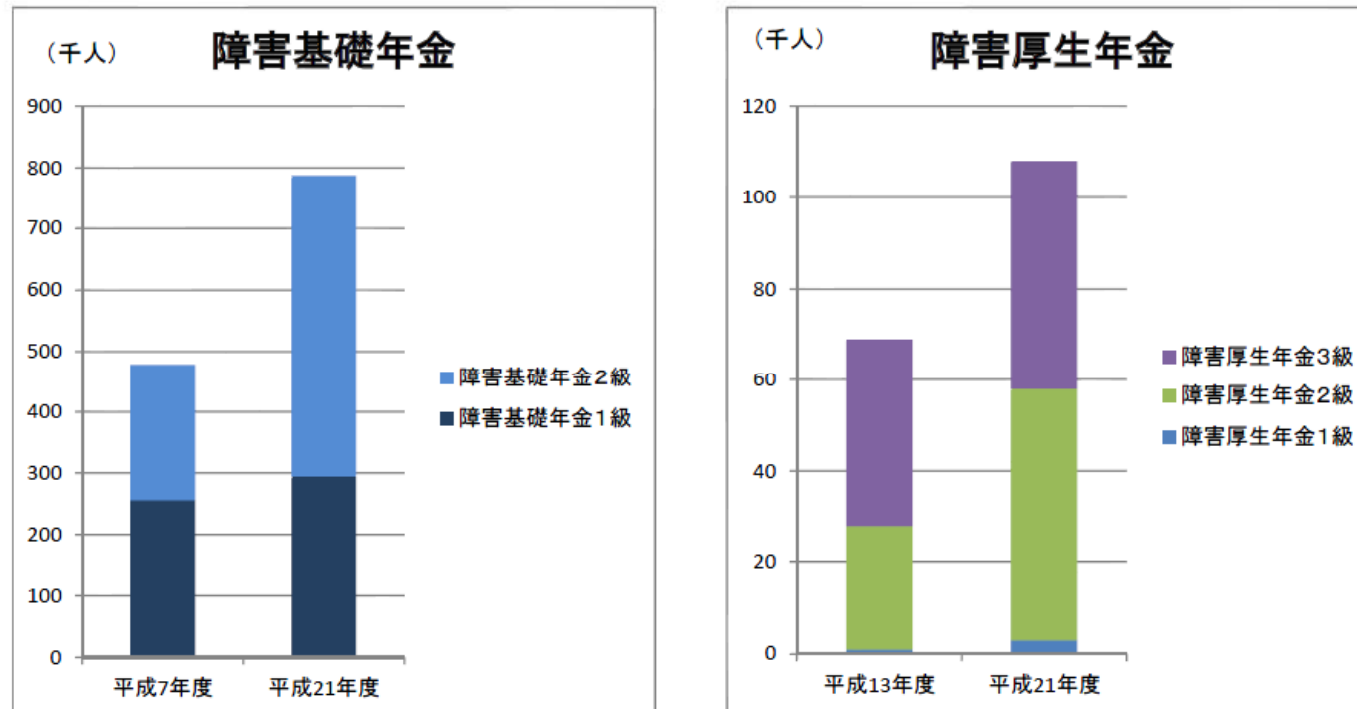


所得保障の受給類型 人数と構成比

障害基礎年金のみ	78万人	35.6%
障害年金(障害基礎含む)	42万人	19.2%
障害年金+生活保護	6万人	2.7%
生活保護のみ	1万人	0.5%
年金を受給していない者	44万人	20.1%
65歳以上老齢年金受給の障害者	48万人	21.9%
合計	219万人	100%

精神障害年金の等級構成比

精神・知的障害に係る障害年金受給者数の推移



(注1) 平成7年度及び平成13年度の受給者数は、各年の障害年金受給者実態調査による傷病別構成割合と、厚生年金保険・国民年金事業年報の受給者数から算出した。

(注2) 障害基礎年金受給者数は、障害基礎年金のみの受給者数。

(出典)

平成21年 障害年金受給者実態調査

平成14年 厚生年金保険障害厚生年金受給者実態調査

平成8年 国民年金障害年金受給者実態調査

厚生年金保険・国民年金事業年報(平成7年度、平成13年度)

図 障害認定の過程

図 病歴等申立書と診断書の対応関係と障害認定プロセス

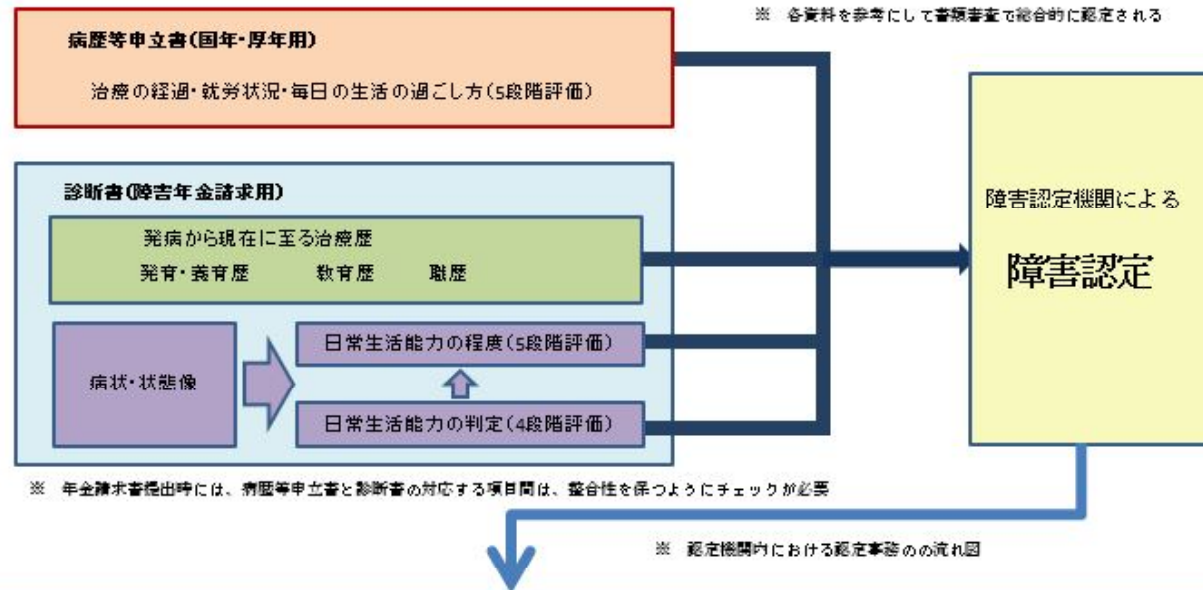
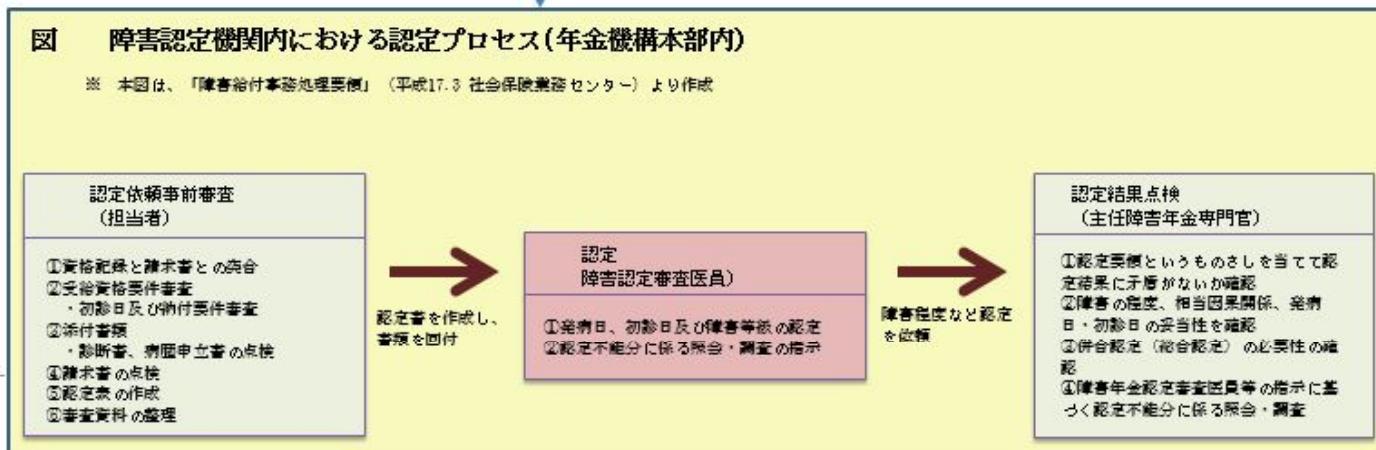
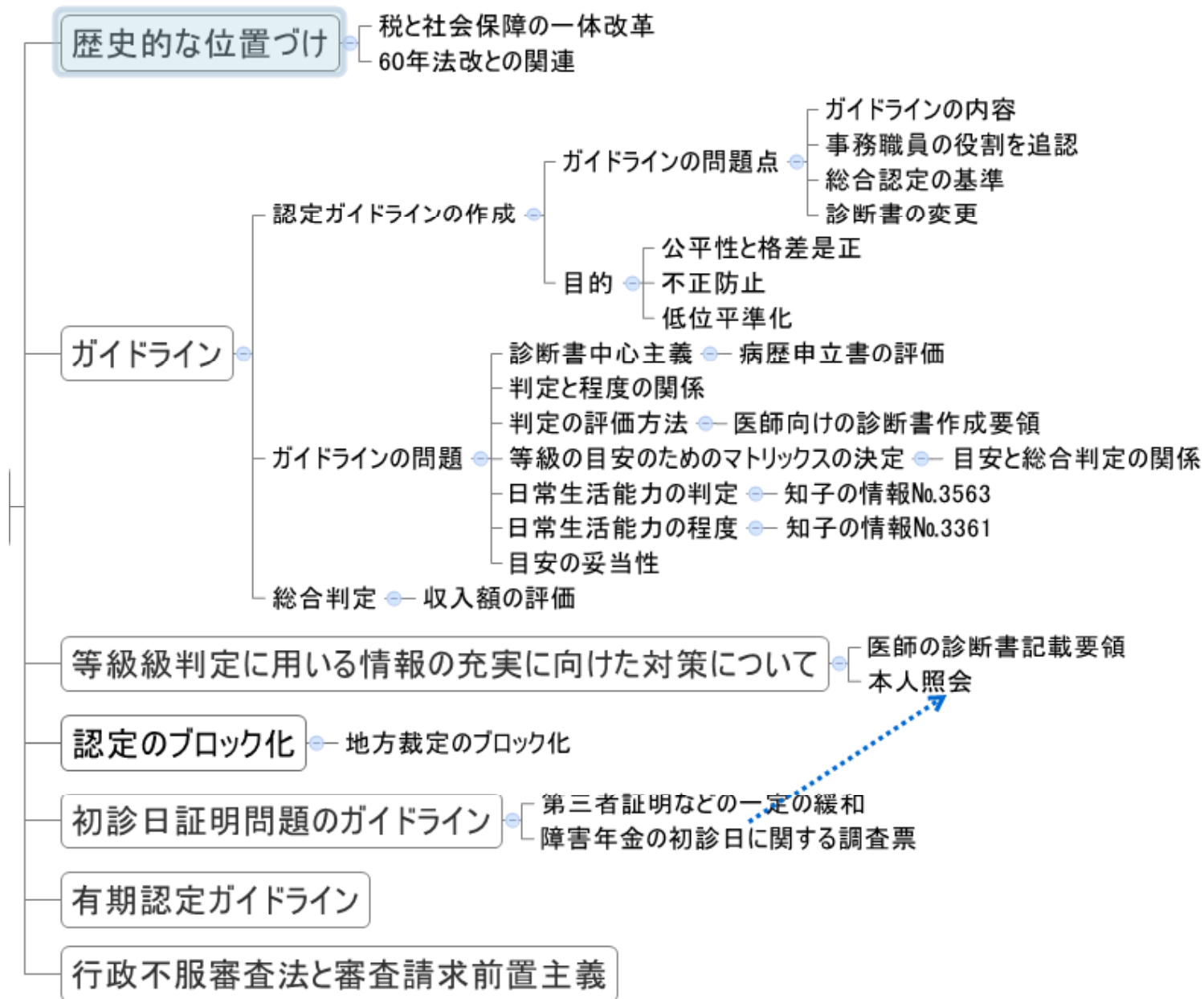


図 障害認定機関内における認定プロセス(年金機構本部内)

※ 本図は、「障害給付事務処理要領」(平成17.3 社会保障業務センター)より作成



ガイドラインの問題



検討会における格差是正の狙い

1. 精神障害の受給者の増加に歯止め
2. 格差是正
 - ① 都道府県格差
 - ② 国年と厚年の格差 60年法改の完成
3. 低位平準化
4. 集権的な認定 診断書作成医と認定医の裁量の縮小
5. 客観指標重視 詐病と疾病利得の防止
6. 認定の効率化 事務方と認定医の機能分担

格差検討会の真の目的

ガイドラインの根本目的

1. 格差解消を口実とする障害年金の認定の締め付け(厳格化)、
2. 国民年金を厚生年金の認定における制度間格差を厚生年金に合わせて改悪する低位平準化
3. 障害認定機関の中央集権化

格差縮小の手法

1. 当事者参加の否定
2. 行政の専門性否定
3. 診断書作成医と認定医の裁量権の否定
4. マニュアル(ガイドライン)化
5. 客観指標重視
6. 当事者からの一方的情報収集
7. 認定段階の軽視と形骸化
8. 従来認定基準の部分的手直し
9. 制度矛盾の無視

60年法改と障害年金改正点

表 60年法改時に検討された課題とその内容

課 題	課 題 の 内 容
基礎年金制度の導入と制度の再編成	基礎的部分の統合
	社会保険方式の維持と国民年金の保険主義強化
	二重加入の二階建て制度
給付水準の適正化(給付切り下げ)	基礎年金水準を生活保護以下に抑制
	共働き層の引き下げ
	年金の上限設定
	スライド制度の見直し
保険料負担の適正化(引き上げ)	段階的な引き上げ
国庫負担	福祉年金全額国庫負担の原則の後退
	一階部分に国庫負担を限定
	年金目的税の検討
女性の年金権の保障	三号制度の導入
	女性の年金支給開始年齢の引き上げ
障害者の年金の引き上げ	障害福祉年金の大幅引き上げ
年金支給開始年齢の引き上げ	第一段階は定額部分、第二段階は報酬比例部分
共済法の改正と年金制度の一元化	共済の年金額計算方式の変更
	共済間の財政調整
	「官民格差」論
企業年金の見直し	確定拠出年金制度など

- ① 国民年金と被用老年金を統合し、基礎年金制度を創設した
- ② 無拠出の障害福祉年金と拠出の障害年金を障害基礎年金に統一した
- ③ 国民年金と厚生年金保険・共済組合の障害認定基準を統一した
- ④ 保険料の納付要件を初診日主義で統一した
- ⑤ 障害基礎年金に子の加算を創設した
- ⑥ 厚生年金保険の事後重症制度を改善(初診日から5年以内制限を撤廃)
- ⑦ 制度間の併合認定を新設した
- ⑧ 「初めて2級」の制度を創設した
- ⑨ 若齢老齢年金を廃止した
- ⑩ 20歳以上の障害者は親の遺族給付の対象から除かれた

障害程度の比較表

表12 関係法の障害に関する程度比較

国民年金法	視力	1 級		2 級											
	聴力			1 級			2 級								
	言語咀嚼						2 級								
法	肢体不自由	1 級		2 級											
労働能力喪失程度(%)		134	119	105	92	79	67	56	45	35	27	20	14	9	5
厚生年金保険法		1 級		2 級			3 級		手当金 (なおったもの)						
									(なおらないもの)						
労働者災害補償保険法		1級 (1,340 日分)	2級 (1,190 日分)	3級 (2,050 日分)	4級 (920 日分)	5級 (790 日分)	6級 (670 日分)	7級 (560 日分)	8級 (450 日分)	9級 (350 日分)	10級 (270 日分)	11級 (200 日分)	12級 (140 日分)	13級 (90 日分)	14級 (50 日分)
恩給(増加)	外科的	特別(第1)項症	第2項症			第5項症		第5項症				第5項症			
					第3項症	第6項症				第4項症					
	内科的	特別(第1)項症	第2項症			第3項症									
身体障害者福祉法	1級			2級				5級							
				3 級					6 級						
				4 級							7 級				
船員保険法	職務上	1級年金	2級	3級	4級	5級	6級	1級手当金	2級	3級	4級	5級	6級	7級	8級
	職務外			年 金					手 当 金						

ガイドラインの評価

1. 運用指針、運用についての具体的な取り決め、検討会をつくり、パブコメをおこない、一定の民主主義的な外観のもとに行われている。
2. ライドラインだけを取り出すと法でも、通達でもなく、単なる運用指針でしかない。つまり認定基準の改正ではない。
3. ガイドラインの一つの側面、国民の側からの批判、行政内部の不満、そうしたものを背景としている。
4. 運用問題の改革 ガイドラインを孤立的に捕らえると問題 集権化＝厚労省・年金機構のコントロールの強化と行政ルール化の明確化が特徴
5. 初診問題における基準の明確化、認定機関の統合化、ブロック単位での認定医の委嘱、有期認定のガイドライン化、審査請求制度の事実上の骨抜き（二審制から一審制へ）、これらの問題を総合的に見て障害認定のガイドラインの策定問題は評価しなければなりません。

医学モデルと社会モデル

	医学モデル	社会モデル
障害発生原因	個人悲劇モデル	障害発生原因の社会性
障害評価主体	医師中心	医師と福祉専門家、当事者参加
障害認定システム	厳格な認定システム	ニーズ評価
認定機関	行政・医師が中心	第三者機関など
評価客体	機能障害中心・客観指標	社会的不利
財源負担など	自己責任と家族責任	社会的・公的責任

しかし、立岩真也[2002]が指摘するように、障害の「社会モデル」を「障害の原因は社会である」という言い方にまとめてしまうことは、「医学モデル」との争点を曖昧にしてしまうという意味で、正確ではない。むしろ、「医学モデル」と「社会モデル」の「有意味な違いは、**誰が義務を負うのか、負担するのかという点**」(立岩[2002: 71])にある。すなわち、社会モデルは、「責任・負担がもっぱら[障害者]本人にかかっていること、そのことが自明とされていることを批判する」(同上)のである。

※堀田義太郎(大阪大学大学院医学系研究科博士課程、医の倫理学) 「障害の政治経済学が提起する問題」

日常生活の判定

(1) 適切な食事

1	できる	適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
2	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする	だいたい自主的に適当量の食事を適時にとることができるが、時に家族や施設からの提供、助言や指導を必要とする場合がある。
3	自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	1人では、いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりするため、経常的な助言や指導を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	1人では不食、偏食、過食など問題行動があるため、常時の援助が必要である。

(2) 身の清潔保持

1	できる	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行える。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除や片付けができる。
2	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行える。回数は少ないが、だいたい自室の清掃や片付けが自主的に行える。身体の衛生を保つためには、週1回程度の助言や指導を必要とする。
3	自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行える。回数は少ないが、だいたい自室の清掃や片付けが自主的に行える。身体の衛生を保つためには、週1回程度の助言や指導を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	常時支援をしても身体の衛生を保つことができず、自室の清掃や片付けをしないか、できない。

(3) 金銭管理と買い物 【行為嗜癖に属する浪費や強迫的消費行動については、評価しない】

1	できる	1ヵ月程度のやりくりが自分で行える。また、1人で自主的に計画的な買い物ができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	1週間程度のやりくりはだいたい自分で行えるが、時に収入を超える出費をしてしまうため、時として助言や指導を必要とする。
3	助言や指導があればできる	1人では金銭の管理が難しいため、3～4日に一度手渡しして買い物に付き合うなど、経常的な援助を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	持っているお金をすぐに使ってしまうなど、金銭の管理が自分ではできない。

(4) 通院と服薬

1	できる	自発的かつ規則的に通院・服薬ができる。病状や副作用について、主治医に伝えることができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	自発的な通院・服薬はできるものの、時に病院に行かなかったり、薬の飲み忘れがある(週に2回以上)ので、助言や指導を必要とする。
3	助言や指導があればできる	飲み忘れや、飲み方の間違い、拒薬、大量服薬をすることがしばしばあるため、経常的な援助を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	常時の援助をしても通院・服薬をしないか、できない。

表 日 常 生 活 能 力 の 程 度

日常生活能力の程度 五段階評価

	診 断 書	医 師 向 け の 記 載 要 領 (手 引 き)	
	「判定」(平成23年変更後の診断書)	診 断 書 作 成 医 む け 記 載 要 領	障 害 支 援 区 分 医 師 向 け 手 引 き
(2)	精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行うことができるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことができるが、状況や手順が変化したりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に出来ないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。)	精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行うことができるが、社会生活には援助が必要である。 ○(1)のことが概ね自発的にできるが、時に支援を必要とする場合がある。 ○例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。 ○日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。身辺の清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。	精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 ○「1」に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部支援を必要とする場合がある。 ○例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。 ○デイケアや就労継続支援事業などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。
(3)	精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。)	精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 ○(1)のことが概ねできるが、支援を必要とする場合が多い。 ○例えば、医療機関等に行くなどの習慣化された外出は付き添われなくても自らできるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。身辺の清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に不適切な行動をとってしまうことがある。	精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする。 ○「1」に記載のことが概ね出来るが、支援を必要とする場合が多い。 ○例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや就労継続支援事業などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に不適切な行動をとってしまうことがある。
(4)	精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。)	精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 ○(1)のことは経常的な援助がなければできない。 ○例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に不適切な行動をとってしまうがちである。	精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する。 ○「1」に記載のことは常時支援がなければ出来ない。 ○例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に不適切な行動をとってしまうがちである。
(5)	精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。)	精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 ○(1)のことは援助があってもほとんどできない。 ○入院・入所施設内においては、病棟内・施設内で常時個別の援助を必要とする。在宅の場合においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身辺の清潔保持も自発的には行えず、常時の援助を必要とする。	精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。 ○「1」に記載のことは支援があってもほとんど出来ない。 ○入院・入所施設等患者においては、院内・施設内等の生活に常時支援を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身辺の清潔保持も自発的には行えず、常時支援を必要とする。

総合評価項目

総合評価について

前ページの等級を目安としつつ、その他の様々な要素を考慮して、総合的に等級判定することとする。(精神障害・知的障害・発達障害に共通して、又は障害ごとに考慮すべき要素の例を整理)
 この場合、総合的に等級判定する際に、認定基準で掲げられた事項のほか、一般的に考慮することが妥当と考えられる要素の例は何か。

	考慮する要素の概要
現在の病状 又は病態像	○障害ごとに、特に考慮すべき病状や病態像 (例えば統合失調症・・・幻覚や妄想がある、うつ病・・・希死念慮や自殺企図がある など)
療養状況	○入院・外来の状況 ○入院時の状況(隔離・拘束の有無や期間、院内での病状経過・生活状況等) ○治療期間 ○主な療法 など
生活環境	○同居・独居の状況 ○家族等の援助の有無 ○福祉サービスの利用状況(サービスの頻度、内容[食事・入浴・買物]) など
就労状況	○勤務先(一般企業、就労支援施設等) ○雇用体系(障害者雇用の有無等) ○勤続年数、仕事の頻度 ○収入額 ○仕事の内容 ○職場での援助の状況や意思疎通の状況 など
その他	○手帳(精神保健福祉手帳、療育手帳)取得の有無及び区分 ○養育・教育歴 など

障害の認定の仕方

表 障害の種類と障害認定の特徴など

グループ	障害分類	特徴	具体的な障害認定
第一	外部障害	肢体、目、耳などの「外部」障害は法施行令別表に基準が明記されている。	機能障害レベルに戻って障害程度を測定する。
第二	内部障害	肺結核、心・腎・肝臓疾患などの内部疾患の一部は、施行令別表では明記されておらず、「障害認定基準」のなかで詳しい症状や検査所見が示されている。	検査結果と臨床症状と一般状態区分で総合的に測定。検査結果と臨床症状は機能障害レベルといえるが、一般状態区分は無症状で社会活動が可能な段階から、常時介護を要し終日就床を必要とするまでの5段階評価となっており、機能障害と能力障害を含む内容となっている。
第三	内部障害（難病など）、精神障害	慢性疾患や精神障害で、別表でも認定基準でもはっきりせず、「障害の状態の基本」に照らして判断される。	難病などの場合は、一般状態区分を参考にするが、臨床症状が複雑多岐にわたるため、客観的所見にもとづいた日常生活能力を十分考慮し総合的に認定する。 精神の障害は、症状による機能レベルの障害と、日常生活能力、それに5段階評価の「日常生活能力の程度」で測定する。
第四	その他	<ul style="list-style-type: none"> a. 神経症は「永続的なもの」でないとの理由ではずされている b. 頸椎椎間軟骨症や腰椎椎間軟骨症の場合、「疼痛は原則として認定の対象としない」とされている c. 心疾患や高血圧で自覚症状はきつなくても、検査値ではっきりでいなかったり合併症がない場合は、対象にならない。 d. てんかんや喘息など発作性の疾患は、頻度がよほどひどくないかぎり、障害年金の対象になりにくい(てんかんについては平成22年9月に改定されたが基本的な考え方は変更されていない) 	

内部障害の一般状態区分

区分	一般状態	等級
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。	非該当
イ	軽度の症状があり、肉体常勤は制限を受けるが、歩行、軽労働や坐業はできる。例えば、軽い家事、事務など。	3級
ウ	歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。	
エ	身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。	2級
オ	身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。	1級

障害区分	昭54.11	昭61.4	平14.4
呼吸器	なし	なし	あり
心疾患	あり	あり	あり
腎疾患	あり	あり	あり
肝疾患	あり	あり	あり
血液・造血器疾患	あり	あり	あり
代謝疾患	その他の障害として扱われていた	なし	あり
悪性新生物		なし	あり
高血圧		なし	あり
その他の障害		あり	あり

※ 認定要領では、他の臨床所見や検査値と組み合わせた上で、一般状態区分表における該当区分と障害等級の対応関係が規定されている。おおよその対応関係は右欄の等級に書かれてあるとおりである。

※ 一般状態区分表は昭和54年の障害認定基準当時から存在した。※ 厚生年金の全く同様の一般状態区分表がつくられていた。

※ 精神の場合には一般状態区分に見合うようなものは存在しなかった

障害認定の7原則

1. 権利性の原則、
2. 公平性・平等性の原則、
3. 予測可能性の原則、
4. 当事者参加・障害者団体参加の原則
5. 認定処分の見直し請求権の保障
6. 所得保障の必要性重視の原則
7. 部分障害(完全障害だけでなく)包括の原則

年金制度の時期区分

表 年金制度の時期区分

時 期	主 な 改 正	厚労省 の時期 区分	時期区 分(注1)	政治シ ステム	年金の給付設計による時期区 分(注2)	(注3)
昭和17(1942)年	労働者年金法の発足 ※ 戦時社会保険の形成期、	制度 の創 成	年 金 創 設 期		生活費の一部補給 ※ 報酬比例の年金のみ。平均標準報酬月額25%、加入期間が長いものでも最高で50%を超えない額とされていた。	
昭和19(1944)年	厚生年金保険法に改正 ※ S19以後は皇国イデオロギーに支配					
昭和22(1947)年	戦後の混乱期					
昭和25(1950)年	社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」					
昭和29(1954)年	厚生年保険法の全面改正（廃止制定）	制度 の充 実	福 祉 国 家 形 成 期	五 十 五 年 体 制	最低生活の保障 年金額は、固定額と報酬比例部分 ※ 厚年の定額、国年は生活扶助費とリンク 老後生活費の保障 ※ いわゆる「アメ五年金」からの脱却 現役世代との均衡化 ※ 賃金スライドは、現役世代の生活水準とリンクさせる考え方。	給 付 拡 大 期
昭和36(1961)年	国民年金法の全面施行（国民皆年金） ※ 福祉年金は昭和34年から					
昭和40(1965)年	1万円年金					
昭和44(1969)年	2万円年金					
昭和48(1973)年	5万円年金 物価スライドの導入と標準報酬の再評価（賃金スライド）、医療保険で家族に7割給付（「福祉元年」）	高 齢 化 へ の 対 応	福 祉 国 家 の 解 体 期 （ 新 自 由 主 義 改 革 ）	ポ ス ト 五 十 五 年 体 制 （ 連 立 政 権 ？ ）	給付水準の抑制と基礎年金制度の導入 ※ これ以後の改悪の出発点 支給開始年齢引き上げと、ネット所得スライドの導入 ※ 平成9年以後年金記録問題の社会問題化——記録問題が政争に利用される。 全体的な制度改悪と、部分的な制度運用の見直しは併行して進む	給 付 見 直 し 期 給 付 抑 制 ・ 負 担 緩 和 期
昭和60(1985)年	基礎年金の導入、給付水準の引き下げ 国年と被用者年金の財政調整開始					
平成2(1990)年	被用者年金制度間の財政調整制度の開始					
平成6(1994)年	定額部分の支給開始年齢引き上げ(注4)					
平成9(1997)年	三共済（JR・JT・NTT共済）を厚生年金に統合					
平成12(2000)年	厚生年金の5%引き下げ、賃金スライドの停止、報酬比例部分の支給開始年齢の引き上げ					
平成14(2002)年	農林共済を厚生年金に統合					
平成16(2004)年	保険料率の引き上げとマクロ経済スライドの導入					
平成24(2012)年	年金機能強化法・年金一元化法					

年金制度の検討課題

⑦ 社会保障制度改革国民会議報告書で取り上げられた年金制度の検討課題

1 マクロ経済スライドの見直し

- デフレ経済からの脱却を果たした後においても、実際の物価や賃金の変動具合によっては、マクロ経済スライドによる調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得る。他方で、早期に年金水準の調整を進めた方が、将来の受給者の給付水準は相対的に高く維持。
- 仮に、将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、マクロ経済スライドの在り方について検討を行うことが必要。
- 基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下する懸念に対し、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関する検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も合わせた検討が求められる。

2 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何にかかわらず必要。適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要。

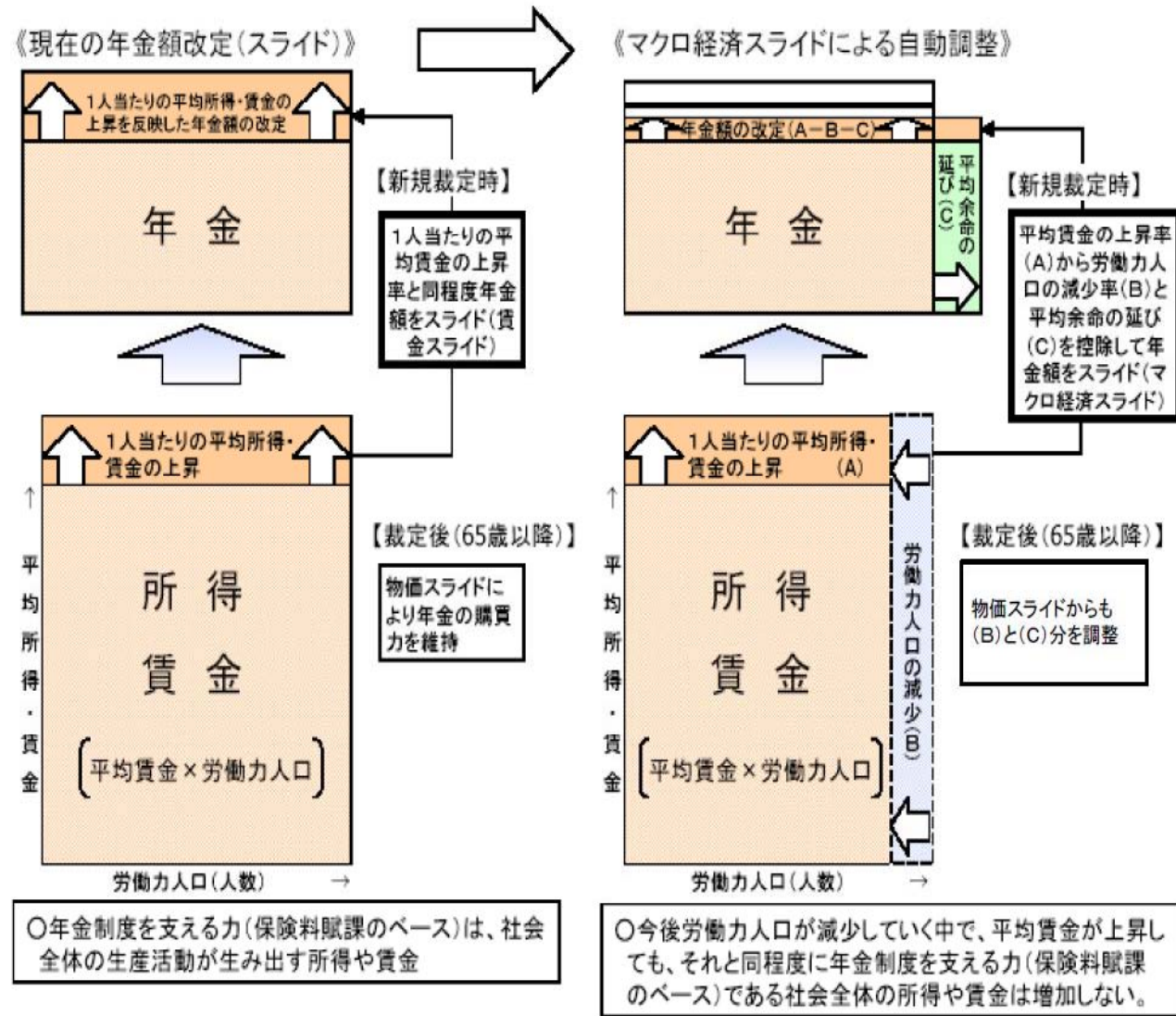
3 高齢期の就労と年金受給の在り方

- 2009年の財政検証で年金制度の持続可能性が確認。また、2025年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上。直ちに具体的な見直しを行う環境にはなく、中長期的な課題。
- この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要。
- 高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る改革が、多くの先進諸国で実施。日本の将来を展望しても、65歳平均余命は更に4年程度伸長し、高齢者の労働力率の上昇も必要。
- 2004年改革によって、将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に給付総額が規定されているため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。
- したがって、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、一人一人の人生や社会全体の就労と非就労(引退)のバランスの問題として検討されるべき。生涯現役社会の実現を展望しつつ、高齢者の働き方と年金受給との組合せについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要。

4 高所得者の年金給付の見直し

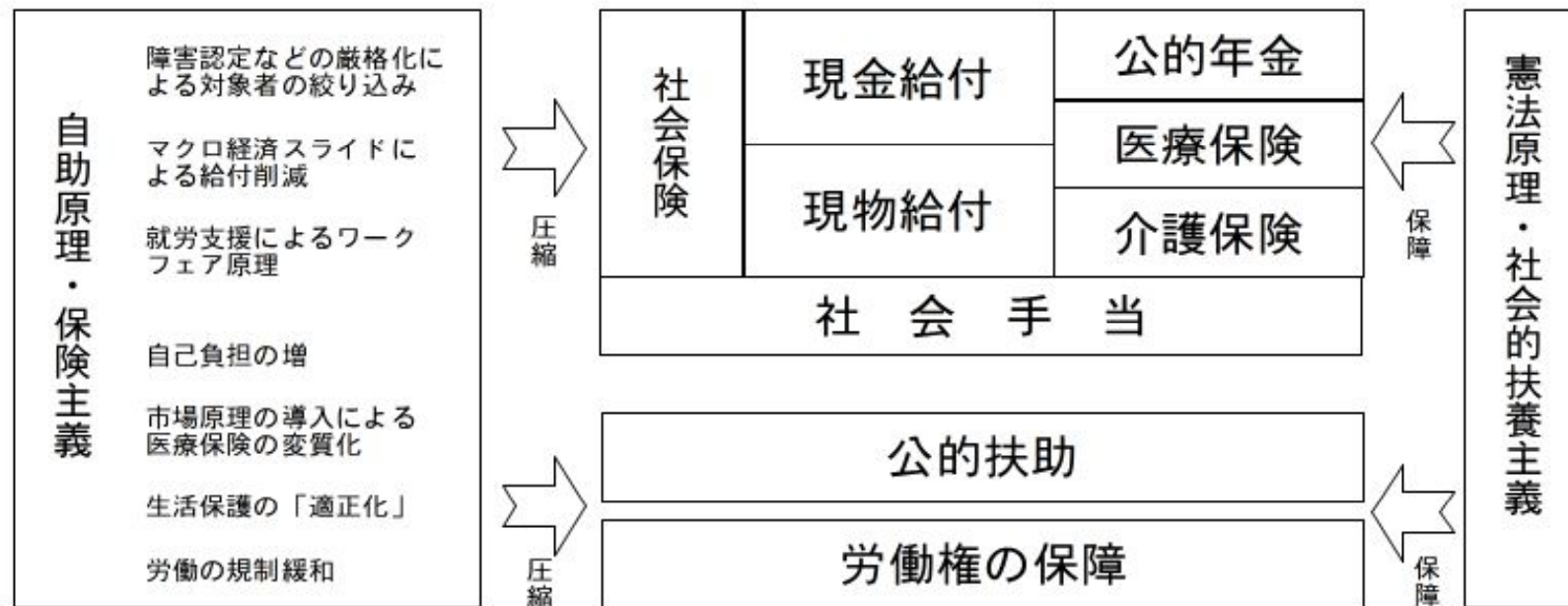
- 世代内の再分配機能を強化する検討については、年金制度だけではなく、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や標準報酬上限の在り方など、様々な方法を検討すべき。また、公的年金等控除を始めとした年金課税の在り方について見直しを行っていくべき。

マクロ経済スライド



障害者の生活保障システム

二つの原理のせめぎあいという視点で見る



労働権・就労権の保障

- 差別禁止原則
- 労働諸条件と賃金水準
- 不安定就労の規制



所得保障の充実
無年金者の解消
精神疾患の減少
経済的自立
発達保障

社会保障の負担増

社会保障制度の負担増メニュー		財政審建議	時期
医療	かかりつけ医以外の受診	窓口負担増 (定額負担を上乗せ)	2017年に法案提出
	入院時の部屋代	窓口負担増 (難病など除く全病床)	17年に法案提出
	市販品類似薬の窓口負担	引き上げ。 全額自費負担も	17年に法案提出 ※1
	70歳以上の窓口負担	70歳未満に合わせ上限引き上げ	16年末(政令)
	75歳以上の窓口負担	1割→2割(一般)	19年度以降実施
介護	介護保険の利用料	1割→2割、 上限引き上げ	17年に法案提出 ※2
	要介護1、2のサービス※3	保険給付から外し、原則自己負担など	17年に法案提出
年金	年金額の削減	物価下落時に、物価下落率以上に年金額削減※4	可及的速やかに
	年金の支給開始年齢	65歳からさらに引き上げ	できる限り早く
生活保護	生活保護費	加算・扶助見直し、 就労努力、口実に減額	18年に法案提出

※1 全額自費(湿布、目薬、ビタミン剤、うがい薬、漢方薬など)は16年度診療報酬改定で実施

※2 75歳以上は「できるだけ早く」。上限引き上げは16年末

※3 対象は生活援助、福祉用具、住宅改修、通所介護など

※4 「マクロ経済スライド」を物価が下がったときにも適用

2015.11.27 あかほた日曜版より

税と社会保障の一体改革

表 社会保障と税の一体改革(年表)

時期区分	決定時期	内容
原型	平成16(2004)年9月21日	日本経団連「社会保障制度の一体改革に向けて」
	平成18(2006)年4月7日	経済財政諮問会議「『歳出・歳入一体改革』中間とりまとめ」
	平成20(2008)年10月2日	日本経団連「税・財政・社会保障制度の一体改革に関する提言」
修正	平成20(2008)年11月4日	社会保障国民会議「最終報告」 ※「修正」一体改革構想の登場
	平成22(2010)年10月28日	第1回政府・与党社会保障改革本部会合に厚労省は「社会保障の現状と課題」を提出
	平成22(2010)年12月14日	社会保障改革の推進について(閣議決定)
原型復帰	平成23(2011)年3月11日	東日本大震災
	平成23(2011)年7月1日	社会保障・税一体改革成案(閣議報告)
	平成23(2011)年9月2日	基本方針(閣議決定)
	平成23(2011)年12月5日	本部長(総理大臣)指示(政府・与党社会保障改革本部)
	平成23(2011)年12月30日	社会保障・税一体改革原案(民主党政策調査会)
	平成24(2012)年1月6日	社会保障・税一体改革素案(閣議報告)
	平成24(2012)年2月17日	社会保障・税一体改革大綱(閣議決定)
	平成24(2012)年3月30日	社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律案(閣議決定・国会提出) 概要・法律案要綱(法律案のその他の資料)
	平成24(2012)年6月26日	社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律案(衆議院修正)
	平成24(2012)年8月10日	社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律案、その他関連法案成立(一体改革法案成立)
平成24(2012)年8月22日	社会保障と税の一体改革法公布 社会保障制度改革推進法(平成24年8月22日法律第64号)	

アベノミクスVS新福祉国家構想

