

論文

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か

——雇用形態と所得保障の視点から——

上 川 毅

〔抄 録〕

障害福祉サービスの利用時に必要な費用負担やホテルコストは、サービスの利用抑制につながるとの報告もある。しかし、所得保障がどのような影響を与えているのかは明確ではない。そこで、A県の障害者支援施設の利用者群と利用キャンセル群の社会保障、雇用形態を、それぞれ男女に分けて考察した。その結果、施設利用群は70%の利用者に傷病手当や休業補償等の所得保障があるのに対してキャンセル群は54%しか所得保障がなかった。また、費用負担を必要としない非課税世帯や生活保護世帯でも利用抑制につながる場合があることが分かった。さらに、費用負担やホテルコストを決定する基準が利用する事業や利用形態によって大きく異なっていることも挙げられる。

自立訓練を利用した人には利用終了後の生活で復職や自動車運転の再開等のQOLの高い生活を送る可能性があるのにも関わらず、費用負担等の要因で中間層は利用が抑制されている現状が推察された。

キーワード：障害福祉サービス、費用負担、ホテルコスト、利用排除・抑制

はじめに

令和4年度版 障害者白書によると身体障害児者は436万人いる¹⁾。その障害の重症度や福祉サービス等による支援の必要度は必ずしも一律ではなく個々人によって様々な差異がある。社会保障制度により、障害年金等の各種所得保障を利用することによって生活に困らないように様々なセーフティネットが広げられているが、一方で、社会保障制度は職業や雇用形態等

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

の、いわゆる職域による加入制限が設けられている。その結果、障害年金等の所得保障にも格差が生じる結果となっているだけでなく、職域や雇用形態等による経済面の格差は疾病等を生みやすい生活習慣を作り出しているとの報告もある。

三塚（1997年）によると生活問題は「一定の規模と構成を持って営まれているくらしの単位としての世帯が、今日の社会でどの階層に位置付けられているのかによって現れ方や内容がことなっている²⁾」としている。具体的には「就業・雇用が不安定な低所得世帯では、賃金・所得が低くて不安定であり、世帯規模も小さく働き手の数が少ない上に不安定な仕事についている。住宅は老朽化したアパートや文化住宅・長屋、公営住宅など、狭小過密で設備も劣悪なところでの居住を余儀なくされている³⁾」としている。それに対して「規模の大きい事業所での安定した雇用を確保している場合は、家族の数も多く、三世同居や専業主婦の割合が相対的に高く、世帯員の就業・雇用も安定している。住宅ローンによる持家、子供に対する教育要求、衣服やレジャー、貯蓄に対する欲求が高い⁴⁾」ことが安定層の特徴であるとしている。当然、「階層によって世帯構成に違いがあり、子供や老人を扶養する能力にも違いがある。家計支出の構造や内容にも違いがあるが、特に「健康状態に階層性が鋭く表れている⁵⁾」としている。つまり、障害者の問題と思われるようなことでも根底には「その家族や地域を含めて、失業・不安定雇用や労働条件の悪化など貧困の問題が障害者や不安の問題を引き起こしている⁶⁾」としている。

障害者が地域で生活する場合、社会保障による所得保障だけで、その生活を継続することは容易ではなく、地域生活を支える居宅介護サービスや家族のレスパイトや本人の機能維持等を目的とした通所サービスや短期入所、ケアが十分ではない家庭で生活する障害者への入所サービス、自立訓練等の特定の目的を達成することを目的としたサービス等、障害のある人やその家族を支える様々な福祉サービスの利用が必要となる場合がある。これらの障害福祉サービスを利用する際には利用料金や食費、水光熱費等のホテルコストを負担する費用負担の仕組みが存在する。無論、費用負担は減免措置があり必ずしも全ての人が費用負担を負うわけではない。しかし、所得保障が必ずしも十分ではない障害者にとって、これらの費用負担は福祉サービスの利用抑制につながっているとする研究報告もある。

本研究では障害者が福祉サービスを利用する際、所得保障の格差が施設利用にどのような影響を与えているのかを調査することを目的とする。しかし、先天性の障害者の所得保障は障害基礎年金の受給が主だと考えられるが、先天性の障害者が障害福祉サービス（自立訓練）を利用しても原則として費用負担は発生しないことが挙げられる。つまり受給している所得保障が福祉サービスの利用を左右する主たる要因とはなりにくいことが挙げられる。つまり、両親の所得等、本人の所得保障とは別の要因によって利用する・しないが決められているのではないかと仮説を立てた。次に、先天性の障害者よりも、学歴、雇用形態、婚姻、所得保障、年収等、費用負担に影響を与える可能性の高い要因を多く持つ中途障害者の方が障害福祉サービス

の利用の抑制要因が明確になりやすいと考え、本研究では中途障害者を研究対象として取り上げる。

なお、本稿で用いるリハビリテーションやリハビリテーションを受ける権利とは、社会リハビリテーションのことを指している。「リハビリテーション」の本来の意味は「権利・名誉・尊厳の回復」を意味する。中世以来、復権、名誉回復、無実の罪の取り消し、地位・身分の回復等の意味で使われており、例えば、ガリレオのリハビリテーションとはガリレオの無実の罪の取り消しという意味になる。上田(2010)によると「リハビリテーションは医療や障害関連だけで使われるものではなく、障害や病気を持った人について使う場合でも、最終的に「人間らしい生活」を回復させることを意味している。わが国では、社会の偏見や政策の誤り等のために、奪われ・傷つけられた尊厳・権利・人権が本来あるべき姿に回復することとしてとらえ、リハビリテーションを全人間的復権と表した⁷⁾としている。

リハビリテーションの定義は、医学的リハビリテーション、職業リハビリテーション、教育的リハビリテーション等に加えて、社会リハビリテーションがある。社会リハビリテーションには2つの定義があり、まず一つは、社会生活力を高めることを目的としたプロセスのことを指しており、「様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力⁸⁾」を意味している。もう一つの定義は「社会関係の中に生きる障害者自身の全面的発達と権利を確保し、一方人間をとりまく社会環境にその可能性の開花を阻む社会障壁があるならば、それに科学技術的に挑んで、障害社会そのものの再構築を図る社会努力⁹⁾」を指している。それらのことから、中途障害者にとってリハビリテーションを受ける権利、つまり「リハビリテーション権」は、生存権の保障であり、発達保障であると考えられる。

第1章 費用負担と国民の生活水準に関する先行研究

第1節 費用負担に関する先行研究

費用負担の在り方として応益負担と応能負担をテーマにした研究は様々な論点から論じられている。まず、応能負担を支持する立場の先行研究は、①福祉サービスの利用は権利であり生存権の保障であるとする論点や準市場化や支給決定プロセスの中で費用負担が利用抑制につながっているとする論点から費用負担の是非を問うもの等、費用負担そのものに反対する論点や応能負担を支持する論点が目立った。それに対して応益負担を支持する立場の先行研究は、②自己負担をすることは社会正義であるとして積極的に推進・賛成するもの。多額納税者は既に高額な納税を行っており、サービスの利用にあたってさらに費用負担を強いる仕組みは納税者の権利を侵害しているという論点のものに分けられる。

まず①は、費用負担そのものに反対する立場から、鈴木(2007)は「応能負担原則が福祉

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

的配慮に立脚しているのに対して、応益負担は利用者負担が生計費に与える影響を考慮しない新自由主義的平等観に基づく負担制度である¹⁰⁾と指摘している。また、2000年に施行された介護保険法に触れ、「介護保険に導入された応益負担は、サービスの利用抑制を招き、介護に要する公費の削減効果を持つ¹¹⁾と論じており、応益負担によって単に利用者の負担が増加していることだけを問題とせず、サービスの利用抑制にもつながることを明らかにしている。

次に②は自己負担をすることは社会正義であるとして積極的に推進・賛成するもの、多額納税者がサービス利用の際に更なる費用負担を強いられる仕組みは納税者の権利を侵害しているという理由で応益負担を積極的に進める立場がある。

京極（2009）は、「年金成熟化等（所得保障の充実）を前提とした高齢者に対する介護サービス等に強引に応益負担による垂直的所得再分配を部分的に持ち込むことには、不公正や不平等の問題点もあるように思われる。また、高所得者であっても、半面、多額納税者である場合、果たして福祉サービスまで全額費用負担をすべきかと問えば、それもまたタックスペイヤーの権利から見て不合理であると言えなくもない¹²⁾と高額納税者がサービス利用の際に、生じる費用負担は納税者の権利の侵害であるとし、応益負担が公正・公平であるとしている。

さらに、「他方、比較的所得低なものであっても、所得保障の充実によって、極端な例外を除き、食事代等ならば一定の費用負担（応益負担）は不可能ではなく、在宅のサービス利用者と施設生活者との公平さを考えて負担すべきだという傾向が強まっている¹³⁾と所得保障をすることによって応益負担を導入するのは可能であると所得保障の充実を訴えているような論調を展開している。だが、京極の言う所得保障は最低生活費を保障した年金制度やナショナルミニマムを指しているわけではなく「戦後日本経済の発展による国民生活の向上と年金制度の成熟化等の進展に伴い、低所得者の福祉サービス利用者が相対的に減少し、かつては例外であった中高所得の利用者の方が大半となってきた保育・介護等の分野が広がってきており、そこから有料化がむしろ原則となりつつあるように見える¹⁴⁾と既に国民生活は豊かで費用負担に十分に耐えることができる経済力をもっており、福祉サービスの利用者から低所得者が減少しているため、応益負担に変更しても大丈夫との展開をしている。

第2節 日本のセーフティネット

中嶋は、国民の収入が450万円から500万円未満よりも低い収入階層が45.1%（1995年）から53.8%（2005年）へと増加し、300万円未満は12.5%（1995年）から15.7%（2005年）と増加している。一方で、750万円を超える層も増加しており、国民の収入が二極化している¹⁵⁾ことを指摘している。これらの背景には非正規雇用労働者の増加があり、労働人口の30%以上を非正規雇用が占めていることにある。非正規雇用の労働者の増加は、不景気の影響からの労働コストを抑えるために、賃金の低い非正規雇用の労働者という立場で雇用し社会保険の加入が難しい状況を作り出していることが挙げられる。また、非制雇用は景気の好況に

応じて調整弁としての役割があり、正規雇用に比べて解雇を行いやすいこと等を挙げている。これらによって単に賃金格差が生じているだけにとどまらず、各種社会保障等のセーフティネットの利用にも影響を与えている¹⁶⁾。

具体的には、失業保険、健康保険、年金保険、生活保護を挙げ、雇用形態や加入する保険の期間等による保障の格差が伴っていることや生活保護はミーンズテストの厳しさや水際作戦に伴う捕捉率の低さを指摘している¹⁷⁾。

第2章 費用負担の仕組み

第1節 契約制度での費用負担の仕組み

利用料金の自己負担は、前年度の世帯の所得に応じて課税される住民税の課税状況で決定される。区分は4区分で生活保護世帯は上限月額0円、住民税非課税世帯は上限月額0円、一般1と呼ばれる課税世帯は上限月額9,300円、一般2と呼ばれる課税世帯は上限月額37,200円となっている。しかし、A施設は施設入所支援を行っているので、一般1の上限月額9,300円は適用されず、一般2が適用される。つまり、生活保護世帯は上限月額0円、非課税世帯は上限月額0円、課税世帯は上限月額37,200円の3区分しか適用されない。それに対して、通所利用者は年収600万円までの世帯は一般1の上限月額9,300円が適用される¹⁸⁾。

表1 費用負担

	生活介護	施設入所	GH
生活保護世帯	0円	0円	0円
低所得世帯	0円*1	0円*1	0円*1
一般1	9,300円*2	非適用	非適用
一般2	37,200円*3	37,200円*4	37,200円*4

*1 年収が概ね300万円以下（住民税非課税世帯）

*2 年収3が概ね301万円以上600万円以下 *3 年収が概ね601万円以上

*4 年収が概ね301万円以上

次にホテルコストは水光熱費と食費で構成されるが、入所利用（1日3回の食費・水光熱費）と通所利用（昼食費のみ）では元々の金額が大きく異なる上に、特定障害者特別給付費という仕組みによって食費の軽減措置が行われる。令和3年現在の特定障害者特別給付費の補助限度額は月額53,000円である。この補助額を基に施設は53,000円の食費（材料費・人件費）を利用者に請求する。この際、生活保護世帯や低所得世帯に対しては自治体から月額53,000円の補助があるため利用者の自己負担は不要となる仕組みとなっている。しかし、補助の対象とならない課税世帯の負担額は補助の限度額の月額53,000円の負担となる。仮に次の報酬改定の際に、この補助額が55,000円に2,000円ほど増額されると仮定すると、施設は

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

増額された補助金の 55,000 円を食費として設定する。低所得層には補助額が増額されるため費用負担は生じないが、費用負担が生じる階層にとっては食費が 2,000 円の増額となり負担増につながることになる。更に、特定障害者特別給付費の対象は、日中活動の昼食費に限定される仕組みとなっている。そのため、入所利用者の朝食や夕食には適用されない。

第 2 節 措置制度での費用負担の仕組み

措置制度での費用負担は、A 施設の前身となる重度身体障害者更生援護施設を例にとると、本人負担と家族負担がある。本人の所得状況と家族の所得状況によって、扶養家族の人数等の状況を加味した上で、双方、または、いずれかに費用負担が生じる仕組みである。費用負担という仕組みが 1986 年より始まったため、制度の経過措置として施設の利用開始 3 年未満のものは、入所利用の本人負担は上限 30,000 円、家族負担は上限 15,000 円に抑えられている。しかし、利用期間が 3 年を経過した場合は、本人負担・家族負担の上限が上がることになっている。なお、この経過措置は契約制度になるまで継続された。

いわゆるホテルコストは全額措置費に含まれており、利用者負担はなかった。また、費用区分は所得の幅に応じて 40 区分あり、低所得層への配慮が見られ、年収が増えても費用負担が大幅に増額され極端な負担増とならない仕組みとなっていた¹⁹⁾²⁰⁾。

第 3 章 障害者が障害福祉サービスを利用する際に所得保障が与える影響

第 1 節 調査の目的と方法

調査の目的及び方法

本研究では、所得保障が施設利用に与える影響について明らかにすることを目的としている。そのため 2015 年 5 月から 2020 年 9 月までの間、A 県の障害者支援施設（以下 A 施設）の利用者を、施設利用の男性、女性、キャンセルした男性、女性の 4 群に分け考察を加えた。内訳は、機能訓練入所利用者 105 名、同じく通所利用者 33 名、生活訓練入所利用者 50 名、同じく通所利用者 50 名である。調査は 2020 年 10 月に行い、A 施設の利用者データから抜粋した。

倫理的配慮

A 施設からの利用者データの閲覧、グラフ等への加工、論文への参考資料、引用資料としての使用や調査の許可を得た。また、佛教大学「人を対象とする研究」倫理規程に基づき、「自己チェックシート」で点検の上、研究対象者やその他研究に関する者・団体において、個人を特定される可能性のある、氏名、生年月日、出身地、学校名、会社名等は調査対象項目から除外し、不利益が生じる危険性がないことを確認した。（自己チェックシート受付番号 2020-6）

第2節 調査対象のA施設紹介

A施設は障害福祉サービスであり、障害者総合支援法によって運営されている。実施している事業は、機能訓練²¹⁾(定員36名)生活訓練²²⁾(定員20名)施設入所支援(定員40名)就労移行支援(定員24名)就労定着支援である。ここでは機能訓練と生活訓練、施設入所支援の利用者を取り上げる。

機能訓練の対象者は、身体障害者手帳を所持しているか、高次脳機能障害²³⁾と診断されたもの。最長利用期間は1年半となっている。平均年齢は年度によって異なるものの、約49歳から50歳、施設の平均利用期間1年2か月である。

生活訓練は、本来は精神科病院に長期入院している患者を地域生活に移行させる前段階での日常生活や社会生活のトレーニングを行うことを目的とした事業である。しかし、A施設は長年脳血管障害者の支援を行っており、その過程で高次脳機能障害者への支援ノウハウを蓄積してきたこともあり、高次脳機能障害と診断されたものの中で、身体障害がない、または、身体障害が軽症の人を中心に受け入れを行っている。また、一般就職を目指す発達障害者を対象としている。最長利用期間は2年となっている。平均年齢は同じく年度によって異なるものの、約49歳から50歳、平均利用期間1年半である。

第4章 調査対象者の実態

第1節 費用負担の調査結果(表の単位は%)

表2 利用料金・事業別集計

増減	増額	増減なし	減額	減額して0円	負担なし	合計
生活訓練・入所	4.3%	52.2%	0.0%	17.4%	26.1%	100.0%
機能訓練・入所	1.0%	51.4%	0.0%	17.1%	30.5%	100.0%
生活訓練・通所	0.0%	50.0%	2.0%	0.0%	48.0%	100.0%
機能訓練・通所	0.0%	66.7%	0.0%	6.1%	27.3%	100.0%
合計	0.9%	53.6%	0.5%	11.4%	33.6%	100.0%

利用料金の自己負担について確認するために、2015年5月から2020年9月にA施設を利用した211名(入所128名・通所83名)の利用料金とホテルコストの負担状況を調べた。その結果、入所利用者の内、利用料金の減免がなかったものと費用負担がないものとの割合はほぼ50%であった。通所利用も入所利用と同様の結果となり利用料金の減免なしと負担なしが、それぞれ半数に近い数字となった。これらの結果は利用者の収入を左右する要因によって影響を受けており、例えば年齢層は30代から50代までは半数が軽減されていないのに対して、10代、20代の若年層は60%以上が負担なしであった。雇用形態では、正規雇用の67.8

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

％、非正規雇用の48.6％、自営業の58.8％、公務員は100％が減額されていないのに対して、無職84.4％、主婦の66.7％、非正規雇用の37.8％は負担がなかった。家族形態は、配偶者のあるものは68.3％が減額されていなかったのに対して、単身者の50.0％、親と同居の37.7％、子と同居の50％は費用負担がなかった。配偶者の雇用形態は、正規雇用の95.8％、非正規雇用の67.4％は減額がなかった。所得保障の種類では、傷病手当の67.5％、各種年金の50.0％、休業補償の66.7％が減額されていなかった。最終学歴は、減免なしが中卒の28.6％。高卒の47.1％、短大・専門学校卒の70％、大卒の71.7％と学歴が高くなるにつれて増加している。紹介元は、回復期が減免なし55.9％、負担なし42.5％であったのに対して、相談支援事業所から紹介された利用者の78.9％は費用負担なしであった。これらの背景は、世帯年収が、障害基礎年金1級受給の3人世帯で、年間約300万円²⁴⁾までは費用負担が生じず、それを超えると費用負担が必要な仕組みとなっている。この300万円という基準は生活介護では一般1と呼ばれる減免措置を受けられる世帯収入である。しかし、A施設のような施設入所支援の場合は、減免措置を受けられない年収となる。その結果、半数の世帯では減免されていない。調査対象者の80％以上が中途障害者で、前年度は何らかの形で働いて、所得があったものが多数を占める中での結果であり、利用者の収入のデータはないものの、費用負担の状況から、前年度の世帯所得が300万円以下の非課税世帯や生活保護世帯の占める割合が利用者全体の50％にもなっていることが窺えた。

ホテルコスト

表3 ホテルコスト・事業別集計

ホテルコスト	増額	増減なし	減額	減額後0円	負担なし	合計
生活訓練・入所	0.0%	26.1%	8.7%	17.4%	47.8%	100.0%
機能訓練・入所	1.9%	53.3%	11.4%	8.6%	24.8%	100.0%
生活訓練・通所	0.0%	0.0%	0.0%	18.0%	82.0%	100.0%
機能訓練・通所	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	90.9%	100.0%
合計	0.9%	29.4%	6.6%	11.8%	51.2%	100.0%

ホテルコストは、機能訓練入所は53.3％、生活訓練入所は26.1％が全額負担であった。負担なしは機能訓練入所が23.8％、生活訓練入所47.8％であった。それに対して通所利用は、利用する事業に関係なく利用料金の見直し後は全員が費用負担を必要としていなかった。

このような結果が出た背景には、水光熱費と食費で構成されるホテルコストは、元々入所利用（1日3食の食費と水光熱費）と通所利用（昼食費のみ）とでは金額が大きく異なる上に、特定障害者特別給付費という仕組みによって食費の減額措置が行われることによるものである。また、この給付は日中活動の昼食費に限定される仕組みとなっているため、昼食しか食べ

ない通所利用者はホテルコストが不要となる仕組みになっている。施設の利用料金の根拠が前年度の住民税の課税状況、つまり世帯の所得が基になっているのに対して、ホテルコストは入所利用を選択したか、通所利用を選択したのかという個人の生活状況の影響を受けにくい制度設計となっている。

第2節 サービス利用と所得保障の関係

調査対象

施設利用と施設を見学したものの利用に結びつかなかったものそれぞれを性別で分け集計した。施設利用の男性168名 女性43名 キャンセルした男性39名 キャンセルした女性は12名である。その中から公的な所得保障のあるものを抽出した。なお公的な所得保障は傷病手当、各種年金、休業補償、生活保護とした。また、雇用形態は、正規雇用、非正規雇用、無職とした。公務員・教員は正規雇用として集計し、主婦や親と同居の未成年者等は収入がないため無職として集計した。自営業は家族経営の零細自営業で構成されていたが、本人が入院している状況でも収入があり、所得保障に関する給付を受けていないため自営業は集計から除外した。

第3節 所得保障と性別の関係

表4 所得保障

施設利用	傷病手当	各種年金	休業補償	生活保護	なし	合計
男性	66.2%	4.1%	4.7%	10.8%	14.2%	100.0%
女性	47.5%	2.5%	2.5%	15.0%	32.5%	100.0%
合計	62.2%	3.7%	4.3%	11.7%	18.1%	100.0%
キャンセル	傷病手当	各種年金	休業補償	生活保護	なし	合計
男性	43.7%	15.6%	0%	9.4%	31.3%	100.0%
女性	18.2%	18.2%	0%	18.2%	45.5%	100.0%
合計	37.2%	16.3%	0%	11.6%	34.9%	100.0%

比較項目は、傷病手当、各種公的年金、労災の休業補償、生活保護、保障なしであった。今回の調査では傷病手当が施設利用群で2倍ほど多かった。また、施設利用全体の60%以上を占めているのに対して、キャンセル群は40%未満であった。これらの背景には、A施設は中途障害者が多く利用しており、その多くが会社員であるため収入は病休中の傷病手当が中心になっていると考えられた。また、標準報酬月額額の3分の2が支給されるため、通算1年6か月の支給期間は定められているが、休職中の所得保障という点では生活水準を著しく低下させる必要のない額が支給されていることや、費用負担が発生しても傷病手当内で支払いが十分に

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

可能であることが考えられる。また、ほとんどの利用者が休職中の職場への復帰を希望しており、施設が提供するプログラムと利用者のニーズが合致しやすいため、施設の利用に結びつきやすいことも考えられる。なお、この制度はいわゆる会社員を対象としたものではあるが、公務員等でも加入する健康保険は異なるものの、同様の制度が見られる。

生活保護の占める割合は著しい違いは見られなかったが、施設利用、キャンセルに関係なく、女性の方が生活保護を受給する割合が高い傾向が見られた。女性の雇用の不安定さ等により中途障害等の状況になると女性は様々なセーフティネットが十分に機能せず、生活保護になりやすい傾向があるのではないかと推察された。

障害年金は利用群では中途障害者が多いため老齢厚生年金が多数を占め、キャンセル群では先天性の障害者が多いため障害基礎年金が多数を占めていた。老齢厚生年金は所得の扱いを受けるため、介護保険料や住民税等の負担があり福祉サービスを利用した場合は費用負担の対象となる。それに対して障害基礎年金は収入ではあっても所得とはみなされないため、自立訓練を利用しても費用負担は必要としない。そのような状況がある中で、費用負担が生じる可能性の高い老齢厚生年金の受給者の方がサービスの利用に結びつき、費用負担を必要としない障害基礎年金の受給者は利用に結びつきにくい結果となった。この背景として老齢年金には厚生年金として報酬分が上乘せされるため、障害基礎年金とは年金の額が異なることも原因の一つとして考えられるが、それに加えて老齢厚生年金受給者の現役時代の貯蓄の差や配偶者の収入等が大きく影響しており、障害基礎年金だけでは十分な生活ができない可能性の高い先天性の障害者は、障害福祉サービスの利用を躊躇してしまう可能性が窺われた。

第4節 雇用形態と性別の関係

表5 雇用形態

施設利用	正規雇用	非正規雇用	無職	合計
男性	59.9%	17.1%	23.0%	100.0%
女性	33.3%	28.6%	38.1%	100.0%
合計	54.1%	19.6%	26.3%	100.0%
キャンセル	正規雇用	非正規雇用	無職	合計
男性	41.9%	25.8%	32.3%	100.0%
女性	9.1%	27.3%	63.6%	100.0%
合計	33.3%	26.2%	40.5%	100.0%

雇用形態は、正規雇用は施設利用の男性は60%近い数であったが、女性は33.3%であり、キャンセル群の男性は41.9%にとどまり、女性は10%に満たなかった。施設利用の男性のみ非正規雇用が20%未満であるのに対して、女性やキャンセル群はいずれも25%を超えて

いた。無職は23.0%から32.3%未満であったが、キャンセル群の女性は60%を超えていた。

これらの背景には、正規雇用者であっても男女間の賃金格差があること、正規雇用者と非正規雇用者といった雇用形態の違いによる賃金格差や傷病手当等の休職中の所得面での保障の格差につながっていること、国民健康保険に加入して非正規雇用として働かざるを得ない等の背景が窺えた。

第5章 考察

第1節 費用負担制度と乖離の大きい国民の生活実態

表6 性別・雇用形態別月額生活費

	平均年収	賞与	給与・手当	傷病手当	利用料金	残金	月額残金
男性（全体）	545	96	449	296.0	108	188.0	15.7
女性（全体）	302	53	249	164.0	108	56.0	4.7
男性（正規）	570	101	469	376.2	108	268.2	22.4
女性（正規）	389	69	320	256.7	108	148.7	12.4
男性（非正規）	267	47	220	176.2	0	176.2	14.7
女性（非正規）	162	29	133	106.9	0	106.9	8.9

国民の平均年収から施設利用の費用負担が必要な属性を試算すると、令和3年度の1年を通じて勤務した給与所得者の平均給与は、国税庁の民間給与実態統計調査によると²⁵⁾、男性545万円（平均年齢46.9歳）、女性302万円（平均年齢46.8歳）となる。雇用形態では、正規雇用が570万円（男性）、389万円（女性）となり、非正規雇用が267万円（男性）、162万円（女性）となる。この金額を基に休職中の所得保障である傷病手当金が支払われる。傷病手当は、標準報酬月額²⁶⁾の3分の2であるため、平均年収に約66%を乗じたものが傷病手当の金額相当となる。機能訓練と施設入所支援の利用料金とホテルコストを加えた金額は、ひと月当たり約9万円となるため、1年では約108万円の費用負担が必要となる。そこで、傷病手当から利用料金を引くと生活費として使うことができる傷病手当の残金となる。残金を12か月で割ると、ひと月当たりの家族の生活費となる。非正規雇用は、年収が300万円を下回っているので負担金が発生しない低所得世帯とした。

この表から考えると、男性の正規雇用の会社員の生活水準は、中途障害者となった場合でも発症前より低下はしているものの、生活が成り立たないような水準にまで低下している訳ではなく、扶養家族がいても生活することは可能な水準にとどまっている。ところが、非正規雇用や正規雇用であっても女性の中途障害者は、単身では通常の生活は成立し得ない状況となる可能性が高いことがわかる。これらはA施設利用者の女性利用者の中で生活保護受給者の占め

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

る割合が高いことから推察される。また、施設の利用料金の決定の根拠は前年度の所得であるため、特に非正規雇用の女性が施設の利用を検討しても利用料金がネックになって施設の利用を断念する可能性が高いことは十分に推察される。また、この数字は平均給与であり、勤務先の資本金の規模別の集計では資本金が多くなるほど平均給与は上昇する傾向があり。正規雇用と非正規雇用の格差や男女間の格差はさらに大きいものになっていることが考えられる。

厚生労働省の2020年家計調査²⁶⁾によると、日本人の1世帯あたりの年間の平均所得は552.3万円である。高齢者を除いた世帯の平均所得は659.3万円であり、児童のいる世帯の平均所得は745.9万円である。これらの中央値は437万円であり、中央値以下の世帯は全体の61.1%を占めている。この金額を基に試算すると、中間層に関しては明確な年収の定義はないが、中央値の437万円の世帯年収の手取り額は年収約340万円程度である。共働き夫婦の場合、いずれかが脳血管障害等になると収入が傷病手当のみになるため、さらに年収は減少することになる。表6は平均所得であり、一部の高額所得者が平均値を上昇させている可能性があるため、必ずしも生活実態を反映した数字にはなっていない。表6の試算を参考にと非正規雇用の共働き夫婦の平均年収を合わせた数値が429万円であり、世帯収入の中央値とほぼ同じ金額である。

非正規雇用の共働き夫婦の夫が受傷した場合、夫の傷病手当は年176.2万円である。これに妻の162万円の年収を加えると、非正規雇用の発症後の収入の総額は338.2万円の年収となる。受傷前の年収の429万円が338.2万円となり、さらに利用料金の年108万円を支払うと、年230.2万円が手元に残ることになる。これを12か月で割ると、月額19.2万円（税込み）となる。この金額で生活することは不可能とは言えない金額であるが、非正規雇用の場合、雇用条件や転職後から発症までの期間の問題により傷病手当の受給期間が短期間、または、支給されないこともある。このことから、利用料金を支払っても家族の生活が成立する属性は、男性、正規雇用、共働き世帯、家族同居であり、これらの条件が重なり合うほど福祉サービスの利用を促進させる可能性が高く、反対に生活が成り立たない属性は、非正規雇用、非婚、単身女性、若年層、先天性の障害を持つ障害基礎年金受給者となり、これらの条件が重なり合うほど、福祉サービスの利用を抑制させる要因となる可能性が高い。

第2節 費用負担の生じない生活保護世帯も利用抑制につながる制度設計

生活保護世帯は、費用負担が発生しないため施設利用を抑制する要因は多くはないと考えられやすい。実際に表4では利用者全体の10%程度を生活保護受給者が占めている。ところが、生活保護費を試算してみると、以下の表7のようになる。

まず、生活保護費の決め方は、居住地がどの自治体にあるかによって1級地、2級地のよう
に基準となる金額が異なる。これらは地域による物価の違いや冬季の灯油代の加算等に配慮した基準とされている。A施設は2級地-1となる。次に、生活扶助費は第1類費と呼ばれる食

費や被服費等の世帯の構成人数の一人当たりにつき加算される金額である。第2類費は、水光熱費のように世帯人員に応じた基準額の二つで構成される。それらを基に、生活扶助基準2と生活扶助基準3という二つの基準がある。生活扶助基準2は、第1類費と第2類費を加えた金額の合計に3分の1を乗じたものとなる。生活扶助基準3は、第1類費と第2類費を加えた額に、生活扶助本体における経過的加算の3分の2を乗じたものとなる。

この基準を基に、A世帯もB世帯も夫が障害を持つ障害者世帯で家賃が住宅扶助の範囲内の賃貸物件で生活していると仮定し試算をする。なお、A世帯は障害のある夫が在宅で生活し、B世帯は夫が施設入所をしたため世帯分離をした世帯、C世帯は単身の障害者が在宅生活をしているものと仮定し試算した。

2020年9月現在、在宅で生活するA世帯(夫45歳、妻42歳、子17歳の3人世帯)とB世帯(夫45歳が施設入所中のため世帯分離された世帯。妻42歳、子17歳の2人世帯)、C世帯(単身45歳)で保護費を比較すると以下ようになる。なお、子の教育扶助、扶養等は含まないものとする。

表7 世帯別生活扶助費

	生活扶助基準額2				生活扶助基準額3							
	第1類型費	第2類型費	小計	33%	第1類型費	通減率	第2類型費	小計	66%	住宅扶助	障害加算	計
A世帯(夫・妻・子)	88,969	53,480	142,449	47,008	131,610	94,114	45,110	139,224	91,888	37,000	26,310	202,206
B世帯(妻・子)	62,817	53,480	116,297	38,378	87,070	74,427	45,110	119,537	78,895	37,000		154,273
B世帯(夫)											26,310	26,310
C世帯(単身)	35,570	36,880	72,450	23,909	43,770	43,770	27,690	71,460	47,164	29,000	26,310	126,382

生活扶助費 = 生活扶助基準② (第一類型費 + 第二類型費) × 33% に生活扶助基準額③ (第一類型費 + 第二類型費) × 66% を加えたもの

生活費は、A世帯の場合、合計金額から住宅扶助を差し引いた165,206円となるが、障害加算分は障害を負うこととなり、日常生活に必要な介護用品等の費用が含まれる。そのため、生活に使うことができる金額は138,888円となる。B世帯も家族構成としてはA世帯と同様であるが、夫が施設入所しているため住宅扶助を差し引いた117,273円となる。夫は施設入所することになり世帯分離をしているため、表の金額となるが必ずしも世帯分離されるわけではなく、生活保護法による保護の実施要領によると²⁷⁾、「世帯の状況を鑑み」となっている。

それぞれの世帯の金額が家族の生活に十分な水準となっているかどうかはここでは論じないが、夫が施設利用をすることによって世帯分離となり保護費が減額されたことによってA世帯とB世帯の生活扶助費の差が月額50,000円程、開くこととなった。この月額50,000円という保護費の差は施設利用の抑制につながる可能性は十分に考えられる。

C世帯から施設入所すると、本人に給付されるのは障害加算分の26,310円のみとなる。これらは国の統一された基準で生活保護の運用がなされているはずだが、自治体によって給付基準の解釈や運用方法が異なっている現状がある。例えば、A県は生活保護受給者が施設入所

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

した場合、障害加算分を本人に現金給付するが、生活保護受給者でも隣接する B 県からの入所利用者の障害加算分は施設利用の公費負担分に含まれており給付する必要はないという運用がなされている。そのため、場合によっては施設入所した場合、本人の手元には 1 円も残らないという状況に陥る場合もある。

C 世帯の単身者が脳血管障害等になった場合、日常生活が自立レベルであれば、退院後に在宅生活を再開することは必ずしも困難ではない。しかし、その後遺症が重度で身辺自立が難しい場合、入院期間も半年近くに及ぶ等、長期になる傾向が見られる。その結果、住宅扶助が打ち切られ、退院前には再度生活場所を探す必要が生じることとなる。しかし、単身の生活保護受給中の身体障害者がアパートを探すことは連帯保証人等、契約上の問題で容易ではなく、施設でのリハビリテーションを希望しても在宅生活の再開しか選択できない状況となる可能性が高くなることが推察される。これらのことから障害福祉サービスの費用負担を必要としない生活保護受給者であっても施設利用を抑制する要因が存在することがわかる。

第 3 節 中途障害者のニーズと自立訓練利用の意義

自立訓練の利用終了後に希望する進路やそのために希望する訓練プログラムは、復職やそれに関連する機能回復訓練の継続、歩行、ADL の向上、自動車運転の再開のための評価、体力をつけたり、調理等の家事を行う力を再獲得したりすることを希望していることがわかる。更に高次脳機能障害者失語症の改善を希望する者もいることがわかる。（表 8・9）A 施設の利用者の約 80% は脳血管障害であり、いわゆる介護保険の第二号被保険者で占められている。平均年齢も 50 歳程度であることを考えると、子育てや住宅ローンの支払いを行い、職場でも重要なポジションについている世代が多数利用していることが推察される。これらの利用者ニーズは介護保険の第一号被保険者のニーズとは異なっており、第一号被保険者の心身機能やそのニーズに合わせて運営されている介護保険のサービスを利用して第二号被保険者のニーズを満たすことは困難であることがわかる。

具体的には、A 施設での 2007 年度から 2018 年度の利用者、機能訓練 361 人（CVA262 人、TBI20 人、脊髄損傷 14 名、その他 65 人）の利用終了後の生活状況を確認すると、デイサービス等の通所型の介護保険サービスを利用して生活するものが 61%、他施設の入所 13%、入院 3%、介護保険サービスは利用せず就労移行支援への事業変更 7%、就労継続支援 B 型 11%、就職 7% となっている。

同じく、生活訓練 140 人（CVA62 人、TBI52 人、発達障害 6 人、精神疾患 2 人、その他 18 人）の利用終了後の生活状況は、通所型の介護保険サービスを利用して生活する者が 36%、入院 2%、他施設の入所 4%、その他 3%、就職 11%、就労継続支援 B 型 17%、就労移行支援への事業変更 27% となっている。

これらのニーズの充足や利用終了後の ADL や QOL を向上させることは、自立訓練を利用

せずに達成するのは容易ではなく、介護保険サービスを利用しても、その提供するメニューの違いから達成することは困難であると考えられる。つまり、自立訓練を利用できるかどうかによって社会復帰後の QOL には大きい差を生み出す可能性が高い。

表 8 希望する日中活動

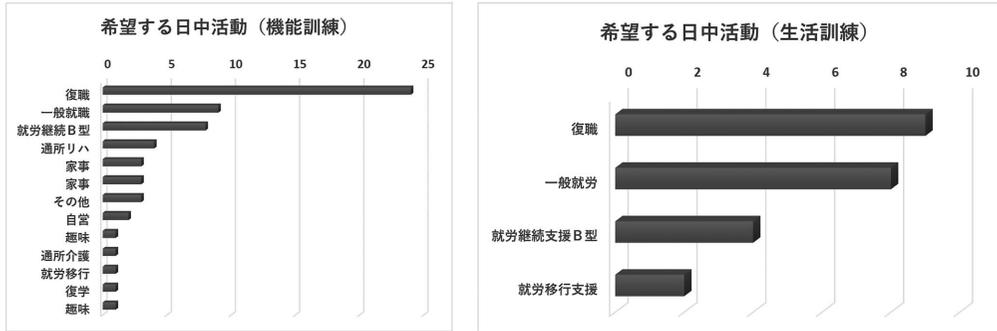
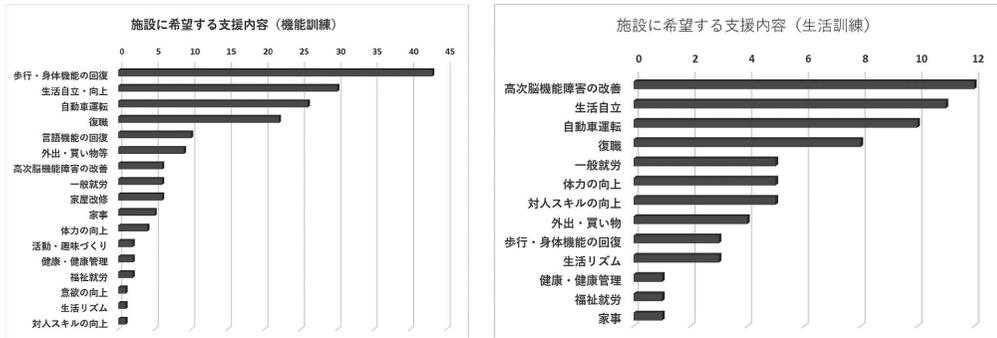


表 9 希望する支援内容



第6章 結論

福祉施設利用が可能な階層は、所得保障という点では男性の正規雇用、公務員・教員が挙げられる。また、e-statによると、2020年度の障害者手帳を所持している人口1000人当たりの生活保護受給者数は²⁸⁾A県では44.5人(全国平均39.5人)である。人口比で考えてもA施設の利用者の中で生活保護受給者の占める割合は著しく高く、生活困窮者が施設入所を選択せざるを得ない傾向が強いことが窺われた。しかし、本来は費用負担を必要としない非課税世帯や生活保護受給者も、場合によっては施設利用をあきらめざるを得ない状況も存在していた。

利用が抑制されている階層は、所得保障のない専業主婦や自営業、施設利用をするには必ずしも所得が十分ではない非正規雇用の従業者や正規雇用であっても十分な収入のない女性従業

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

者等の中間層は費用負担を行うことは容易ではなく、施設利用に結びつきにくい傾向が推察された。これらは、所得保障の点で現在の健康保険制度や年金制度はその雇用形態や職域による加入制限が設けられており、学歴や性別等による雇用形態や職域の格差が障害を負った後の所得保障にも強い影響を及ぼし、施設利用の抑制要因につながっていた。

太田ら（2020年）によると、「貧困であることは就学機会を含めた社会生活への阻害が問題にされるが、無低群で持ち家が少ないことは、資産形成する余裕がある収入をライフコースに渡って得られなかった²⁹⁾とし、社会格差が健康被害に影響を与えるだけでなく、「脳卒中患者のリハビリテーションの一つに患者の権利擁護とエンパワーがあるが、安心して疾病の治療に取り組むために経済的な補償があることは必須である³⁰⁾としている。

しかし、所得保障の前段階に、国民の実際の生活状況は平均所得の中央値以下の世帯が60%を超えていることから考えて、ごく僅かの国民だけが福祉サービスの利用が容易ではない状況に置かれているわけではない。福祉サービスの利用によって発生する利用料金やホテルコストの根拠となる仕組みやその金額は国民の年収等の生活実態との乖離が大きく、応能負担や応益負担と言った費用負担の仕組みの問題もあるが、そもそも利用料金を支払うことで家族の生活の維持が難しいような単価の設定がなされている。つまり、福祉サービスの利用を自ら断念させるための仕組みとなっていることが推察された。その結果、年収の中央値よりも低い年収の中間層は福祉サービスが利用困難な状況となっていることが窺われた。

また、費用負担の額を決定する所得基準は、どの事業を利用するのか、例えば、グループホーム、生活介護、施設入所支援といった施設の種別によって異なっていることが挙げられる。費用負担の額を決定する根拠となる前年度の市民税の課税状況が同じ金額であっても、どの事業を利用するのかによって基準が異なっているだけでなく、特に施設入所は負担なしか全額負担かの2区分しか存在しておらず低所得世帯への配慮が十分ではない仕組みであることが原因である。また、ホテルコストにおいては入所利用を選択するか通所利用を選択するのかによって決まる仕組みとなっている。このことから現在の費用負担に関する仕組みは、障害者が広くリハビリテーションを利用できる制度設計にはなっておらず、多額の税金を必要とする施設入所を抑制し、ホテルコストを減額させ通所利用に誘導することによって、いわゆる地域移行を促進させる意図が色濃く出ている制度設計になっていることが考えられる。

最後に、この調査はA施設の利用者の状況から調査を行った。利用者の社会保障の母集団にばらつきが大きいと、一般化することや質的分析を深めるには限界がある。また、A施設は自立訓練であり、費用負担の仕組み、利用者の年齢層や障害種別、利用目的の異なる生活介護等の他の種別の入所型の施設と同様の結果が出ているかどうかは確認できていない。今後の課題として、全国の自立訓練の状況の調査を行い、A施設と同様の傾向が見られるのか、また、他の種別の入所型の施設においても同様の傾向が見出だせるのかを調査していきたい。

[参考文献・引用文献]

- 1) 令和4年度版 障害者白書 (2023年11月5日検索)
https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r04hakusho/zenbun/siryu_01.html
- 2) 三塚武男「生活問題と地域福祉」ミネルヴァ書房 1997年 p92
- 3) 三塚武男 前掲書 p92
- 4) 三塚武男 前掲書 p93
- 5) 三塚武男 前掲書 p93
- 6) 三塚武男 前掲書 p122
- 7) 上田敏「ノーマライゼーション 障害者の福祉」精神保健福祉研究システム 2010年2月号 (2020年8月12日検索)
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n343/n343003.html>
- 8) 奥野英子「社会リハビリテーションの概念と方法」精神保健福祉研究システム 1996年11月 (2020年8月12日検索)
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r089/r089_002.html
- 9) 奥野英子「社会リハビリテーションの概念と方法」精神保健福祉研究システム 1996年11月 (2020年8月12日検索)
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r089/r089_002.html
- 10) 鈴木勉「障害者自立支援法における応益負担原則導入の問題点」『社会福祉学部論集』第3号 2007 p63
- 11) 鈴木 前掲書 p63
- 12) 京極高宣「福祉サービスの利用者負担」中央法規 2009年 p12
- 13) 京極 前掲書 p12
- 14) 京極 前掲書 p14
- 15) 中島龍吾「格差・貧困社会日本の現状と課題」『香川大学 経済政策研究 第8号 (通巻第8号) 2016年3月』 p55
- 16) 中島龍吾 前掲書 p56
- 17) 中島龍吾 前掲書 p59~p63
- 18) 障害者の利用者自己負担 (厚生労働省ホームページ) (2020年8月12日検索)
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/hutan1.html>
- 19) ○身体障害者更生援護施設事務費の国庫負担 (費用徴収基準) の取扱い細則について (各都道府県・各指定都市民生主管部 (局) 長あて厚生省社会局更生課長通知) (2020年8月12日検索)
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8674&dataType=1&pageNo=1
- 20) ○身体障害者福祉法に基づく費用の徴収に関する規則 平成5年3月24日 規則第9号
https://www1.g-reiki.net/iheya/reiki_honbun/q946RG00000189.html (2020年8月12日 検索)
- 21) 自立訓練 (機能訓練) は身体障害のある者または難病の認定を受けた方などに対して、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所または障害のある方の居宅において、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーション、生活等に関する相談および助言などの支援を行う。このサービスでは、リハビリテーションや歩行訓練、コミュニケーション、家事の訓練などの実践的なトレーニングを中心に一定の期間を決めて行い、障害のある方などの地域生活への移行を支援する。
- 22) 自立訓練 (生活訓練) は知的障害または精神障害のある人に対して、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所または障害のある方の居宅において、入浴、排せつ、食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談および助言などの支援を行う。このサービスでは、施設や病院に長期入所または長期入院していた方などを対象に、地域生活を送る上でまず身につけなくてはならない基本的なことを中心に訓練を行い、障害のある方の地域生活への移行を支援

中途障害者がリハビリテーションを受ける権利を妨げているものは何か（上川 毅）

する。

- 23) 「高次脳機能障害」という用語は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる巣症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。一方、平成13年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータを慎重に分析した結果、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要ことが明らかとなった。そこでこれらの者への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶことが適当である。
- 国立リハビリテーションセンター（2020年8月12日検索）
http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/rikai/
- 24) 厚生労働省 障害者の利用者負担（2021年8月12日検索）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/hutan1.html/>
- 25) 国税庁 民間給与実態統計調査 令和3年度（2021年10月18日検索）
<https://www.nta.go.jp/publication/statistics/kokuzeicho/minkan2021/pdf/002.pdf>
- 26) 厚生労働省 2020年家計調査（2021年9月7日検索）
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/03.pdf>
- 27) 生活保護実施要項（2021年8月12日検索）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000114632.pdf>
- 28) e-stat 統計でみる日本 政府統計の総合窓口 社会・人口統計体系 都道府県データ 社会生活統計指標 0000010210（表番号）表題 J 福祉・社会保障（2021年11月21日検索）
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0000010210>
- 29) 太田昭生ら「無料低額診療事業を利用して脳卒中治療を受けた患者の発症年齢と入院期間の特徴」『J-STAGE 脳卒中 42: 509-514, 2020』 p512
- 30) 太田ら 前掲書 p512

（かみかわ つよし 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程／修了）

（指導教員：田中 智子 教授）

2023年9月20日受理