

精神障がい者の家計構造と社会保障制度の課題

2025 年度 一般財団法人ゆうちょ財団 研究助成
完成報告書

琉球大学 波名城 翔

2026 年 6 月

目 次

要旨	4
1. はじめに	5
1.1 問題の所在	5
1.2 先行研究の検討	5
1.3 本研究の視座	6
1.4 研究の目的	7
2. 研究方法	8
2.1 調査の方法	8
2.2 インタビューの質問項目	8
2.3 調査対象者	9
2.4 分析の方法	9
2.5 倫理的配慮	10
3. 調査結果——対象者の属性と家計の概況	11
3.1 対象者の属性	11
3.2 居住形態と家族構成	12
3.3 就労の状況	12
3.4 制度利用の状況	13
3.5 現物給付による家計の下支え	13
3.6 収入の状況	15
3.7 支出と家計の負担	16
3.8 債務の状況	16
3.9 貯蓄の状況	17
4. 考察(1)——精神障がい者の家計構造の特徴	18
4.1 所得保障を土台とする複層的な家計	18
4.2 単身生活と家計の孤立	19
4.3 貯蓄と債務——将来に備えられない家計	19
4.4 民間保険による備えの困難	20
5. 考察(2)——社会保障制度の課題	21
5.1 障害年金と就労のジレンマ	21
5.2 生活保護からの脱却をめぐる「壁」	22
5.3 申請・更新手続きの負担	23
5.4 医療費助成の地域差と自治体の役割	24
5.5 家計管理を支える金融的支援の不足	26
6. 結論——政策的含意と今後の課題	26
6.1 本研究の知見の要約	26
6.2 政策的含意	26
6.3 本研究の限界と今後の課題	27
謝辞	28
引用・参考文献	28

要旨

本研究は、精神障がいのある人々の家計構造の実態と、それを支える社会保障制度の課題を、当事者の語りに基づいて明らかにすることを目的とする。障害年金、生活保護、就労支援といった個別の制度に関する研究は蓄積されてきたが、これらを当事者の「家計」という一つの平面の上で総合的にとらえた研究は少ない。本研究では、北海道から沖縄県まで8都道県に居住する精神障がい者 32 名を対象に半構造化インタビューを実施し、収入・支出・貯蓄・債務・制度利用・金銭管理の実態を把握した。

調査の結果、対象者の家計が、障害年金と生活保護という二つの所得保障制度を主たる土台とし、就労継続支援事業所の工賃や家族からの援助がそこに積み重なる、薄く複層的な構造をもつことが明らかになった。本人収入の月額中央値は約 12 万円であり、その多くが制度給付に由来していた。一方で、就労によって収入を増やそうとすると障害年金の等級が下がる、あるいは生活保護から脱却するには相当の就労収入が必要になるという「制度の狭間」が、多くの対象者の就労意欲を抑制していた。また、精神保健福祉手帳 2 級の所持者が約 8 割を占め、貯蓄が困難と答えた対象者が約 6 割に達するなど、家計の脆弱性も確認された。

本報告書では、これらの実態を記述したうえで、所得保障制度の併給調整のあり方、自治体ごとに異なる医療費助成の地域差、そして家計管理を支える金融的支援の不足という三つの論点について、制度的な含意を考察する。

1. はじめに

1.1 問題の所在

精神障がいのある人々が地域で安定した生活を営むためには、医療や福祉サービスの利用に加えて、日々の暮らしを支える経済的基盤が欠かせない。しかし、精神障がい者の経済生活については、これまで必ずしも十分に光が当てられてこなかった。身体障害や知的障害と比較して、精神障がいは障害の程度が外見からは見えにくく、症状に変動があるという特性をもつ。そのため、就労の可否や所得保障の必要性をめぐる判断が難しく、当事者の家計は制度のはざまに置かれやすい。

精神障がい者の所得を支える中心的な制度は、障害年金と生活保護である。これに加えて、就労継続支援事業所(A 型・B 型)や就労移行支援といった障害福祉サービスが、就労収入や日中活動の場を提供している。さらに、医療面では自立支援医療(精神通院医療)が通院医療費の自己負担を軽減し、精神障害者保健福祉手帳が各種の割引や控除の根拠となっている。これらの制度は、それぞれが固有の目的と支給要件をもって設計されているが、当事者の生活においては、これらすべてが「家計」という一つの平面の上で同時に作用する。

問題は、この複数の制度が必ずしも整合的に組み合わさっていないことにある。たとえば、就労によって収入を得ると、障害年金の等級判定や生活保護の支給額に影響が及ぶ。症状が改善して就労時間が延びることが、かえって所得保障の縮小につながりうる。こうした制度間の調整の結果として、当事者がどのような家計の現実直面しているのかは、個別制度の研究からは見えにくい。本研究の問題意識は、まさにこの点にある。

1.2 先行研究の検討

精神障がい者の経済生活に関する先行研究は、大きく三つの系譜に整理できる。第一は、障害年金制度そのものを対象とする研究である。百瀬(2010)は、アメリカとスウェーデンとの比較を通じて日本の障害年金制度の構造的な特徴と論点を分析し、給付水準や制度設計のあり方を論じた。百瀬(2018a)は障害年金の給付水準に焦点を当て、その低さが障害者の生活を支えるうえで十分でないことを指摘している。また、青木ほか(2014)は、精神障がい者の就労が障害状態確認届(更新時の診断書)の審査に及ぼす影響を検討し、就労の事実が障害認定において不利に作用しうることを明らかにした。障害年金の認定をめぐるっては、不支給割合や支給停止割合に大きな地域差があることも、厚生労働省の調査等を通じて知られている。

第二は、就労支援に関する研究である。就労継続支援 B 型事業所の工賃は低い水準にとどまり、それ自体では生活を支える水準にないことが繰り返し指摘されてきた。厚生労働省「工賃(賃金)の実績について」によれば、B 型事業所の全国平均工賃(月額)は、令和 4 年度実績で 17,031 円であった。令和 5 年度実績は、令和 6 年度の報酬改定に伴う算定方法の変更(分母を「工賃支払対象者数」から「1日あたりの平均利用者数」に変更)の影響もあって 22,649 円(令和 8 年 3 月の修正値)と上昇したが、いずれにせよ月額 2 万円前後にとどまり、生活を支える水準

にはない。国立精神・神経医療研究センターを中心とする厚生労働科学研究では、B型事業所利用者を対象とした横断調査が行われ、工賃や総収入と「働きがい」との関連などが検討されている。これらの研究は、精神障がい者にとっての就労が、所得獲得の手段であると同時に、生活リズムの維持や社会参加の場としての意味をもつことを示している。また、生活保護制度における就労支援に関しては、宮本(2010)が、生活保護受給者を対象とする就労自立支援プログラムの実態を検討し、就労阻害要因の少ない者が対象となりやすく、障害などの課題を抱える受給者には届きにくいという限界を指摘している。

第三は、当事者の生活実態や所得保障の意義を当事者・家族の視点からとらえる研究である。青木(2013)は、精神科ソーシャルワーカーとしての実践を踏まえ、障害年金を当事者・家族・支援者の協働によって受給につなげていく過程を論じ、所得保障が単なる現金給付にとどまらず、当事者の生活の安定と自己肯定感の基盤となることを強調した。また、障害者の貧困や生活実態を量的にとらえる試みとして、土屋(2008)による「障害者生活実態調査」の分析は、世帯状況別にみた家計構造を明らかにし、とりわけ単身世帯や定位家族(親元)に暮らす障害者で本人収入が低く、家族の収入や現物の援助に依存せざるをえない実態を指摘している。百瀬(2018b)は「障害者と貧困」を主題に、障害者の貧困が統計上「見えにくい」こと、その所得の状況や貧困率を制度横断的に整理する必要があることを論じている。

これらの研究はそれぞれに重要な知見を蓄積してきたが、多くは特定の制度や特定の局面に焦点を絞っている。障害年金研究は年金制度の内部に、就労支援研究は就労の場に、生活実態研究は量的な分布の把握に、それぞれ軸足を置いてきた。これに対して、就労収入・障害年金・生活保護・家族からの援助・貯蓄・消費・債務・民間保険といった家計の諸要素を、当事者の語りに即して一体的にとらえる研究は、管見の限り十分に蓄積されていない。本研究は、個々の制度がどう機能しているかではなく、それらが当事者の家計のなかでどのように組み合わせたり、どのような緊張関係を生んでいるかに注目する点に独自性がある。また、土屋(2008)も指摘するように、障害者の所得や家計を量的にとらえる調査では「回答なし」が高い比率を占めやすい。家計という個人的な領域の内実に、半構造化インタビューという質的方法によって接近する点にも、本研究の方法論的な意義がある。

1.3 本研究の視座

本研究は、精神障がい者の家計を二つの理論的視座から位置づける。

第一は、社会的排除の視座である。岩田(2008)は、貧困を所得の不足という一点で測るのではなく、労働、住居、社会関係、制度といった複数の領域からの「締め出し」が累積し、相互に連動する過程としてとらえる社会的排除の枠組みを提示した。この視座は本研究にとって示唆的である。精神障がい者の家計の困難は、単に収入が低いという一事に還元されるのではなく、就労の不安定さ、所得保障へのアクセスの困難、将来に向けた貯蓄の制約、民間保険からの排除といった複数の不利が積み重なって生じている可能性がある。本研究が「家計構造」という言葉で把握しようとするのは、まさにこの複数の不利の連動のあり方である。

第二は、ニーズ把握の方法論をめぐる視座である。岩田(2007)が論じるように、貧困や生活困難の「経験」は、制度の側があらかじめ用意したカテゴリーだけでは捉えきれない。当事者が自らの家計をどう語り、何を負担と感じ、何に備えられないでいるのか——その語りに即してニーズを把握することは、制度設計の前提となる基礎的な作業である。本研究が量的な分布の把握ではなく質的なインタビューを採用したのは、この方法論的な立場による。

これら二つの視座は、本研究の分析を貫く補助線である。社会的排除の視座は 4 章(家計構造の特徴)の分析を、ニーズ把握の視座は 2 章(研究方法)の方法選択を、それぞれ理論的に基礎づけている。

1.4 研究の目的

以上を踏まえ、本研究は次の三点を目的とする。第一に、精神障がい者の家計が、収入・支出・貯蓄・債務の各側面においてどのような構造をもっているかを、当事者の語りに基づいて記述すること。第二に、その家計構造を支える社会保障制度——とりわけ障害年金と生活保護という二つの所得保障制度——が、当事者の就労や生活設計に対してどのように作用しているかを明らかにすること。第三に、これらの実態の記述を通じて、精神障がい者の経済的自立を支えるための制度的な課題を抽出し、政策的な含意を考察することである。

2. 研究方法

2.1 調査の方法

本研究では、精神障がいのある当事者を対象とする半構造化インタビュー調査を実施した。半構造化インタビューを採用した理由は、家計という個人的かつ機微な領域について、あらかじめ用意した質問項目に沿って一定の比較可能性を確保しつつ、対象者一人ひとりの個別の事情や語りの文脈を尊重する必要があったためである。

インタビューは、調査者が対象者の居住地に赴く、あるいは対象者が通所する事業所等の協力を得るかたちで実施した。一件あたりの所要時間はおおむね 30 分から 60 分程度であり、対象者の同意を得たうえで記録を作成した。

2.2 インタビューの質問項目

インタビューでは、対象者の属性を確認したうえで、家計に関わる事項を四つの領域に分けて尋ねた。第一の領域は就労と制度利用の状況、第二の領域は収入・支出・貯蓄・債務といった家計の実態、第三の領域は制度の申請手続きや金銭管理に関する経験、第四の領域は生活の満足度と将来の見通しである。実際に用いた質問項目は表 2-1 のとおりである。

表 2-1 インタビューの質問項目

領域	質問項目
属性	都道府県、性別、年代、通院頻度、疾患名、家族構成(同居家族)、現在の居住形態
I. 就労と制度利用	1. 現在の就労状況について教えてください。 2. 就労している場合、勤務時間や収入はどのくらいですか。 3. 現在、障害年金や生活保護などの制度を利用していますか。 4. これまでに利用したことのある福祉・雇用・生活支援制度があれば教えてください。
II. 家計の実態	1. 毎月のおおまかな収入を教えてください。 2. 毎月のおおまかな支出を教えてください。 3. 家計の中で特に負担に感じている費用はありますか。 4. 借入やローン、返済などがある場合、その状況を教えてください。 5. 貯蓄や預貯金について、どのように考えていますか。
III. 手続きと金銭管理	1. 障害年金や生活保護の申請・更新の際に困難を感じたことはありますか。 2. 金銭管理(収支管理・通帳管理など)はどのように行っていますか。 3. 家計管理やお金の使い方支援を受けている場合、その内容を教えてください。 4. 今後、どのような支援があれば生活が安定すると思いますか。
IV. 生活の評価と展望	1. 現在の生活で満足していること、不満に感じていること、不安に感じていることを教えてください。 2. 将来の生活について、どのように考えていますか。 3. 今後、働き方や生活に関して希望することがあれば教えてください。

注:上記に加えて、インタビューの最後に自由意見を尋ねた。質問項目は半構造化インタビューの指針であり、対象者の語りの流れに応じて順序や表現を適宜調整した。

2.3 調査対象者

調査対象者は、精神科への通院歴があり、精神障がいのある当事者として地域で生活している 32 名である。対象者の選定にあたっては、機縁法(縁故法)を用いた。すなわち、調査者がこれまでの実践や研究を通じて関係を築いてきた事業所や支援者を通じて調査の趣旨を伝え、協力に同意の得られた当事者を紹介してもらうという方法である。家計という個人的かつ機微な領域を扱う本調査では、対象者との間に一定の信頼関係があることが率直な語りを得るための前提となるため、支援者を介した機縁法が適していると判断した。一方で、機縁法による対象者の選定には、支援につながっている当事者に偏りやすいという限界があり、この点は 6 章で改めて述べる。

対象者の選定にあたっては、特定の制度の利用者に偏らないよう、障害年金のみを受給している人、生活保護のみを受給している人、両者を併給している人、いずれも利用していない人がそれぞれ含まれるよう配慮した。また、居住地域が特定の地域に集中しないよう、複数の地方の事業所・支援者に協力を依頼した。対象者の詳しい属性は 3 章で述べる。

2.4 分析の方法

インタビューによって得られた記録の分析は、質的データのコーディングにもとづくテーマ分析の手法を参考に、次の三段階で行った。質的研究における分析の手続きについては、木下(2003)をはじめとする方法論の議論を参照した。

第一段階では、各対象者の記録を、家計を構成する要素ごとに整理した。具体的には、就労の状況、収入の構成、支出と負担、貯蓄、債務、所得保障制度の利用、現物給付の利用、金銭管理、申請・更新の手続き、将来の見通しという領域を設け、それぞれの領域に対応する語りを抜き出して整理した。これは、自由に語られた内容を、家計という分析の枠組みに沿って配置しなおす作業である。

第二段階では、各領域について、対象者間に共通して現れるパターンと、対象者間の差異とを抽出した。たとえば収入の領域であれば、「障害年金と生活保護を土台とし、そこに就労収入や家族の援助が積み重なる」という共通のパターンと、その積み重なり方の個人差とを区別して把握した。差異については、居住地域、就労区分、制度利用の組み合わせ、世帯構成といった属性との関連を検討した。

第三段階では、第二段階で抽出したパターンを、より上位の二つのテーマに統合した。一つは「精神障がい者の家計構造の特徴」であり、収入・支出・貯蓄・債務の各側面に現れる構造的な特徴を束ねたものである。もう一つは「社会保障制度の課題」であり、家計の困難の背後にある制度的な要因を束ねたものである。この二つのテーマが、それぞれ 4 章と 5 章の考察に対応する。

分析にあたっては、特定の事例の印象に引きずられないよう、抽出したパターンが他の対象者の語りによっても支持されるかを繰り返し確認した。また、本調査の実施および分析は調査者が単独で行ったため、解釈が一面的になることを避ける必要がある。そこで、分析の過程お

よび得られた解釈について、精神保健福祉および社会保障の領域に知見をもつ専門家から助言を受け、解釈の妥当性を検討した。本報告書の考察で当事者の語りを「 」で引用する際には、研究対象者番号を付し、解釈の根拠を読者が確認できるようにしている。

2.5 倫理的配慮

本調査の実施にあたっては、琉球大学人を対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 106）。対象者には、調査の目的、協力は任意であること、協力しない場合や途中で中止する場合にも一切の不利益が生じないこと、語りたくないことには答えなくてよいこと、結果は研究目的以外には使用しないこと、報告書では個人が特定されないかたちで記述することを、口頭および書面で説明し、同意を得た。本報告書において対象者は研究対象者番号（No. 1 から No. 32）で表記し、居住地域は地方区分または都道府県単位までの記載にとどめている。家計に関する金額は、語られた範囲でのおおよその値であり、個人の特定を避けるため必要に応じて幅をもたせて記述している。

3. 調査結果——対象者の属性と家計の概況

3.1 対象者の属性

調査対象者 32 名の基本的な属性は表 3-1 のとおりである。居住地域は 8 都道県にわたり、地方別にみると九州が 10 名と最も多く、次いで関東 8 名、沖縄 7 名、北海道 5 名、東北・近畿が各 1 名であった。九州の 10 名はいずれも福岡県の居住者であり、沖縄の 7 名はいずれも沖縄県内の居住者である。本報告書では、後述する医療費助成の地域差を検討する観点から、九州と沖縄を地方区分として分けて扱う。性別は男性 19 名、女性 12 名、その他 1 名であった。年代は 30 代と 40 代が各 9 名、50 代 7 名、60 代 6 名、70 代 1 名で、30 代から 60 代までが中心である。

精神障害者保健福祉手帳の等級は、2 級が 24 名と全体の 4 分の 3 を占め、3 級が 6 名、1 級が 1 名であった（1 名は手帳を所持していない）。手帳の等級分布からは、対象者の多くが日常生活または社会生活に相当の制約を抱えていることがうかがえる。自立支援医療（精神通院医療）は、精神科に通院する対象者全員が利用していた。通院頻度は月 1 回が 16 名と半数を占め、週 1 回が 7 名、月 2 回が 4 名、3 か月に 1 回が 4 名、2 か月に 1 回が 1 名であった。

疾患名（重複を含む延べ数）は、統合失調症圏が 18 名と最も多く、双極性障害 9 名、うつ病 5 名、自閉スペクトラム症 4 名、てんかん 3 名、ADHD 2 名と続いた。複数の疾患を併せもつと語った対象者は 12 名であり、全体の約 4 割にのぼる。精神疾患に発達障害や知的障害が重なるなど、障害が複合しているケースが少なくないことは、本調査の対象者の特徴の一つである。

表 3-1 調査対象者の属性 (N=32)

属性	区分	人数	割合
地方区分	北海道	5	15.6%
	東北	1	3.1%
	関東	8	25.0%
	近畿	1	3.1%
	九州	10	31.2%
	沖縄	7	21.9%
性別	男性	19	59.4%
	女性	12	37.5%
	その他	1	3.1%
年代	30 代	9	28.1%
	40 代	9	28.1%
	50 代	7	21.9%
	60 代	6	18.8%
	70 代	1	3.1%

属性	区分	人数	割合
精神障害者 保健福祉手帳	1 級	1	3.1%
	2 級	24	75.0%
	3 級	6	18.8%
	所持なし	1	3.1%
通院頻度	週 1 回	7	21.9%
	月 2 回	4	12.5%
	月 1 回	16	50.0%
	2 か月に 1 回	1	3.1%
	3 か月に 1 回	4	12.5%

注:割合は小数第 2 位を四捨五入したため、合計が 100%にならない場合がある。

3.2 居住形態と家族構成

居住形態は、単身での生活が 17 名と過半数を占めた。家族と同居している対象者は 9 名、グループホーム入居が 3 名、その他が 3 名であった。同居家族の有無という観点から家族構成をみると、単身生活が 20 名と全体の 6 割を超え、配偶者と同居している対象者が 6 名、親と同居が 2 名、きょうだいと同居が 1 名であった。

単身生活者が多いという結果は、対象者の家計を考えるうえで重要な意味をもつ。家計を共にする家族がいない場合、収入のすべてを自分の収入と制度給付でまかなう必要があり、病状が悪化して働けなくなったときの緩衝材となる人的・経済的資源が乏しい。一方で、家族と同居している場合でも、後述するように家族自身が高齢であったり、配偶者もまた障害を抱えていたりするケースがあり、同居が必ずしも家計の安定を意味するわけではない。

3.3 就労の状況

対象者の就労状況を区分別にみると、就労継続支援 B 型事業所の利用者が 16 名と最も多く、全体の半数を占めた。一般就労等(正規雇用、契約社員、フリーランス、登録派遣などを含む)が 6 名、現在は就労していない対象者が 6 名、就労移行支援の利用者が 2 名、就労継続支援 A 型事業所の利用者が 1 名、A 型事業所の代表者が 1 名であった。

就労継続支援 B 型事業所は、雇用契約を結ばずに自分のペースで作業に取り組める場であり、精神障がい者の日中活動の場として広く利用されている。本調査でも半数の対象者が B 型事業所を利用していた。一方で、後述するように B 型事業所の工賃は月額にして数千円から数万円程度にとどまり、それ自体で生活を支える水準にはない。就労が、所得を得る手段というよりも、生活リズムを整え社会とのつながりを保つための活動として機能している側面がうかがえる。

なお、現在就労していない 6 名の中には、過去に A 型事業所や B 型事業所を利用した経験をもつ人が含まれる。就労と非就労は固定的な状態ではなく、症状の変動や生活環境の変化に応じ

て行き来する流動的なものであることにも留意が必要である。

3.4 制度利用の状況

所得保障制度の利用状況を区分すると、障害年金のみを受給している対象者が 14 名、障害年金と生活保護を併給している対象者が 9 名、生活保護のみを受給している対象者が 5 名であった。いずれの所得保障も利用していない対象者は 4 名で、そのうち 1 名は過去に障害年金の申請を試みたものの、発症から時間が経過していることを理由に難しいと言われた経験をもつ。

障害年金と生活保護のいずれか、または両方を利用している対象者は 28 名にのぼり、全体の約 9 割を占める。このことは、本調査の対象者の家計が、公的な所得保障制度を土台として成り立っていることを端的に示している。とりわけ、両制度を併給している対象者が 9 名いることは、障害年金だけでは最低限度の生活費に届かず、生活保護による補足を必要とする家計の実態を反映している。

所得保障制度に加えて、対象者は多様な障害福祉サービスを利用していた。これまでに利用したことのある制度として語られたものには、相談支援専門員による計画相談、訪問看護、精神科デイケア・ナイトケア、地域活動支援センター、ホームヘルプサービス、グループホーム、移動支援などがある。一人の対象者が同時に複数のサービスを利用していることが多く、対象者の地域生活が、所得保障と福祉サービスの組み合わせによって支えられている様子がうかがえる。

表 3-2 就労区分と制度利用状況 (N=32)

区分	内訳	人数
就労区分	就労継続支援 B 型事業所	16
	一般就労等	6
	現在は就労していない	6
	就労移行支援	2
	就労継続支援 A 型事業所	1
	就労継続支援 A 型事業所(代表者)	1
所得保障の利用状況	障害年金のみ	14
	障害年金+生活保護(併給)	9
	生活保護のみ	5
	いずれも利用なし	3
	いずれも利用なし(過去に申請したが不認定)	1

3.5 現物給付による家計の下支え

これまでみてきた障害年金や生活保護は、現金が支給される、あるいは現金の不足が補われ

るという意味で、家計の収入の側に表れる支援である。しかし、精神障がい者の家計を支える制度は、現金給付だけではない。本人が直接お金を受け取るわけではないが、サービスや物が現物で提供されることによって、支出を抑え、実質的に家計を助けている支援が数多く存在する。これらは家計簿の上には「収入」として記録されないため見えにくい、その効果は決して小さくない。本節では、対象者の語りに表れた、こうした現物給付による家計の下支えを整理しておく。

第一に、医療に関わる負担軽減である。精神科への通院医療費については、本調査の対象者全員が自立支援医療(精神通院医療)を利用しており、自己負担が原則1割に軽減されている。さらに、自立支援医療では、この1割の負担が過大とならないよう、世帯の所得や病状に応じて1か月あたりの自己負担額に上限が設けられている。上限額は所得区分に応じて0円から複数の段階に分かれており、統合失調症などで高額な治療を長期間継続する必要がある人(いわゆる「重度かつ継続」)については、より低い上限額が適用される。すなわち、自立支援医療による軽減は「1割負担」という割合の軽減と「月額上限」という総額の軽減の二段構えになっている。加えて、生活保護を受給している対象者(本調査では14名)は、医療扶助によって医療費の自己負担が原則として生じない。さらに、後述するように沖縄県では自立支援医療の自己負担分が県の制度によって助成されており、精神科通院の医療費負担が実質的に解消されている。同じ「医療費の負担が小さい」という状態でも、自立支援医療の上限の範囲内に収まっているのか、生活保護の医療扶助によるものか、自治体の医療費助成によるものか、その根拠となる制度は対象者によって異なっている。

第二に、交通に関わる負担軽減である。精神障害者保健福祉手帳の所持者は、地域や交通事業者によって、鉄道・地下鉄・路線バスなどの運賃の割引や減免を受けられる場合がある。本調査でも、東京都の対象者から、都営交通の利用にあたって負担が軽減されているとの語りが聞かれた。移動はあらゆる生活活動の前提であり、通院や通所、買い物のたびに生じる交通費が軽減されることは、固定的な収入で暮らす対象者の家計にとって実質的な助けとなる。ただし、交通運賃の減免の内容は地域や事業者によって差があり、すべての対象者が一律に同じ恩恵を受けているわけではない。

第三に、住まいに関わる負担軽減である。公営住宅(県営・市営の住宅や、いわゆる団地)の入居者募集においては、障害のある人を対象とした優先入居の枠や、当選確率を高める優遇措置が設けられていることが多い。また、収入に応じて家賃が定まる仕組みのもとでは、収入の低い精神障がい者の家賃は低く設定される。本調査の対象者にも公営住宅に居住している人が含まれており、住居費を一定の範囲に抑えられることは、家計の安定に直接寄与している。

第四に、食事に関わる負担軽減である。精神科デイケアや精神科デイナイトケアでは、プログラムの一環として昼食や夕食が提供されることがある。本調査でも、デイケア・デイナイトケアを利用している対象者が複数おり、そのなかには、そこで提供される食事を利用することで自宅での食費を抑えていると語る対象者がいた。これに関連して、就労継続支援(A型・B型)、

就労移行支援、生活介護などの障害福祉サービスには「食事提供体制加算」が設けられている。これは、生活保護受給世帯や市町村民税非課税世帯など収入が一定額以下の利用者に事業所が食事を提供した場合に算定できる加算であり(令和9年3月までの経過措置)、この加算を算定する事業所では、対象となる利用者に食事が無償または低額で提供されることがある。すなわち、デイケアや福祉サービスでの食事提供は、事業所の任意の取り組みであると同時に、制度的な裏づけをもった負担軽減の仕組みでもある。3.7 節でみるように、食費は対象者が最も多く負担として挙げた費目であり、近年の物価高のもとでその負担は増している。デイケアや事業所での食事提供は、本来は治療やリハビリテーション、生活リズムの安定を目的とするプログラムの一部であるが、結果として、当事者にとっては食費という支出を抑える手段としても機能している。

これらの現物給付による下支えは、現金給付と組み合わせることで、精神障がい者の家計を支える土台の一部を形づくっている。一方で、本報告書の後の章で論じるように、その内容には地域差があり、また制度が複雑に分かれているために当事者が自分の使える支援を把握しきれないという問題もある。さらに、これらの支援の多くは医療・福祉サービスの利用に付随して得られるものであるため、そうしたサービスにつながっていない当事者には届かないという性質をもつ。家計の全体像をとらえるうえでは、収入として表れる支援だけでなく、支出を抑えるかたちで作用するこれらの支援も視野に入れる必要がある。

3.6 収入の状況

対象者本人の月額収入(障害年金、生活保護費、就労収入、家族からの援助などの合計のおおよその値)を集計したところ、回答のあった対象者のうち無収入の2名を除く29名の中央値は約12万円、平均値は約12万8千円であった。最も低い対象者で月額1万6千円、最も高い対象者で月額36万円と幅があるが、これは家計を家族と共にしているか否か、就労収入の有無などによる差である。本人収入が無収入と語った対象者が2名おり、いずれも貯蓄を取り崩して生活していた。

収入の水準を就労区分別にみると、就労継続支援B型事業所の利用者(16名)の月収中央値は約10万6千円であった。この金額の大部分は障害年金や生活保護による給付であり、B型事業所の工賃そのものは月額数千円から、高い場合でも2万円台にとどまる。一般就労等の対象者(6名)では月収の幅が大きく、月額6万円から36万円までの開きがあった。また、制度区分別に本人月収の中央値をみると(図1)、障害年金のみを受給する対象者は約9万円、生活保護のみの対象者は約12万円、両者を併給する対象者は約12万4千円であった。障害年金のみの対象者の収入が相対的に低いのは、障害基礎年金2級の年金額が月額にして6万円台にとどまり、これを上回る就労収入や他の収入を確保できていない対象者が含まれるためである。

いずれの区分においても、対象者の収入の中心を占めるのは就労による稼ぎではなく、障害年金と生活保護という二つの所得保障制度からの給付であった。この点は、次章で家計構造の特徴を論じる際の出発点となる。

表 3-3 本人月収の分布 (N=32)

月収帯	人数
0 円(無収入・貯蓄取り崩し)	2
5 万円未満	1
5 万円以上 8 万円未満	5
8 万円以上 10 万円未満	5
10 万円以上 13 万円未満	8
13 万円以上 16 万円未満	6
16 万円以上 20 万円未満	1
20 万円以上 30 万円未満	2
30 万円以上	1
無回答	1

注:金額は対象者が語ったおおよその値に基づく推計である。家族と家計を共にしている場合は、可能な範囲で本人分の収入を計上した。

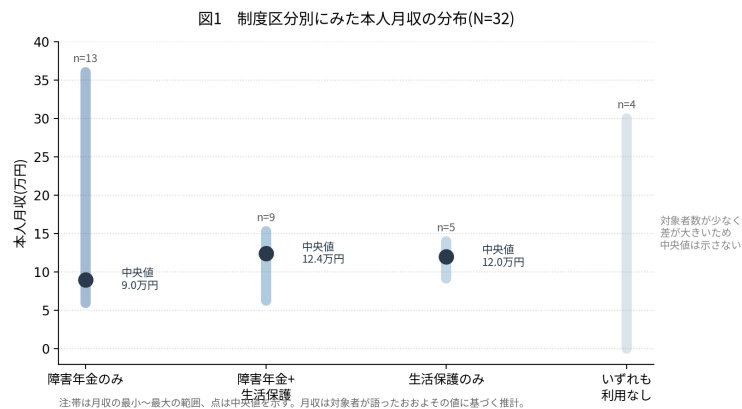


図 1 制度区分別にみた本人月収の分布

注:帯は月収の最小～最大の範囲、点は中央値を示す。中央値・範囲は無収入(0 円)および回答拒否を含む値から算出したが、「障害年金のみ」は回答拒否 1 名を除く 13 名で算出している。「いずれも利用なし」(4 名)は対象者数が少なく就労収入の有無による差が大きいため中央値の記載を控えた。

3.7 支出と家計の負担

支出については、家賃、食費、光熱費、通信費、医療費、交通費といった項目が共通して語られた。そのうえで「家計の中で特に負担に感じている費用」を尋ねたところ、最も多く挙げられたのは食費で 10 名、次いでタバコ代が 6 名、医療費と家賃・住居費が各 4 名、趣味・娯楽費と光熱費が各 3 名であった。

食費が最も多く挙げられた背景には、近年の物価高がある。複数の対象者が、限られた収入のなかで食費の負担が増していると語った。タバコ代が負担として繰り返し挙げられた点も特徴的である。喫煙は嗜好の問題であると同時に、価格が継続的に上昇しているため、固定的な収入のもとでは家計を圧迫する要因となる。

医療費を負担と感じる対象者が4名いた一方で、沖縄県の対象者からは医療費を主たる負担として挙げる声がほとんど聞かれなかった。同じ精神科通院でも居住地域によって自己負担の重さが異なるという地域差については、5.4節で詳しく論じる。

3.8 債務の状況

借入やローンの有無について尋ねたところ、「なし」と明確に答えた対象者が20名と多数を占めた。一方で、何らかの債務を抱えている、あるいは過去に抱えていた対象者も確認された。具体的には、入院費の未払いが約115万円ある対象者、クレジットカードの支払いが月8万円ある対象者、大学の奨学金が約300万円残っている対象者、起業時の借入が残っている対象者などである。また、過去に借入の結果として自己破産を経験した対象者もいた。

債務に関連して見落とせないのは、生活保護の申請と債務との関係である。複数の対象者が、生活保護を申請する前提として借入の整理——場合によっては自己破産——を求められた経験を語っている。ある対象者は、「借り入れがあると生活保護の申請手続きができなかったため、自己破産した」(No. 2)と端的に述べ、別の対象者も「生活保護:自己破産をしないと申請ができない」(No. 11)と語っている。生活保護制度の運用上、資産や債務の状況が問われることは理解できるとしても、当事者にとっては、生活の困窮から抜け出すための制度を利用するために、まず法的な債務整理という重い手続きを経なければならないという負担が生じている。

3.9 貯蓄の状況

貯蓄や預貯金についての考えを尋ねたところ、「貯蓄をしたくてもできない」「貯蓄する余裕がない」と語った対象者が19名と、全体の約6割にのぼった。「わずかにできる」が2名、「ある程度はしている」が9名であった。

貯蓄ができないという語りの背景には、収入の水準が低いことに加えて、生活保護を受給している場合には資産の保有に制約があるという事情がある。生活保護制度のもとでは、一定額を超える預貯金は収入認定の対象となりうるため、将来に備えて計画的に資産を積み上げるといった行動そのものが取りにくい。その結果、対象者の家計は、不意の出費や収入の途絶に対する備えをもたないまま、月々の収入と支出が拮抗する綱渡りの状態に置かれやすい。

貯蓄ができている対象者の中には、就労収入が比較的安定している人や、家族と家計を共にしている人が含まれる。しかし、その場合でも貯蓄の目的として語られるのは、大きな資産形成ではなく、医療費や家電の買い替えといった近い将来の出費への備えであり、いわば「守りの貯蓄」にとどまっていた。

4. 考察(1)——精神障がい者の家計構造の特徴

本章では、調査結果の分析を通じて見いだされた、精神障がい者の家計構造の特徴を論じる。2.4 節で述べた分析の手続きに従い、収入・支出・貯蓄・債務の各領域に現れたパターンを統合した結果、家計構造の特徴は四つに整理された。その概要を表 4-1 に示す。以下、それぞれの特徴を、調査結果および先行研究と対話させながら検討する。

表 4-1 精神障がい者の家計構造の四つの特徴

特徴	内容	本研究で対応する所見
複層性	所得保障を土台とし、複数の細い収入源が積み重なって一つの家計を形づくる	対象者 32 名中 28 名が障害年金・生活保護を受給。本人収入中央値約 12 万円の多くが制度給付に由来
孤立	家計の担い手が単身であることが多く、収入の途絶や不意の出費を緩衝する資源に乏しい	単身生活が 20 名 (62.5%)。同居家族がいても支え合いが成立しないケースも
備えの欠如	将来に向けた貯蓄が困難で、不意の出費がそのつど家計の危機となる	貯蓄が困難と回答した対象者が約 6 割。生活保護受給世帯では資産保有に制約
補完手段からの排除	民間保険など、公的保障を補う備えの手段からも閉め出されている	精神疾患の既往により民間の医療保険・生命保険への加入が困難

注:本表は、半構造化インタビューの記録を家計の領域ごとに整理・分析した結果(2.4 節参照)を要約したものである。

4.1 所得保障を土台とする複層的な家計

3 章でみた調査結果から、精神障がい者の家計構造の第一の特徴として、それが就労収入ではなく所得保障制度を土台として成り立っているという点を指摘できる。対象者 32 名のうち 28 名が障害年金または生活保護、あるいはその両方を受給しており、本人収入の中央値約 12 万円の大部分も制度給付に由来していた。就労している対象者であっても、就労継続支援 B 型事業所の工賃は月額数千円から 2 万円台にとどまり、家計に占める比重は小さい。

ここで重要なのは、これらの所得保障が単独で家計を支えているのではなく、複数の収入源が薄く積み重なって一つの家計を形づくっているという点である。たとえば、障害基礎年金 2 級(月額約 6 万 8 千円)だけでは地域での生活費に届かないため、これに生活保護の補足給付が加わり、さらに B 型事業所の工賃が上乗せされる。あるいは、年金に家族からの援助が加わる。対象者の家計は、こうした複数の細い収入の束によって、かろうじて必要な生活費の水準に届いている。

この「複層性」は、家計に一定の安定をもたらす一方で、脆さも抱えている。収入源が複数あること自体は、一つの収入が途絶えたときの緩衝になりうる。しかし実際には、これらの収入源は相互に連動している。後述するように、就労収入が増えれば障害年金や生活保護が減るという関係があるため、複数の収入源は独立した「分散」にはなっていない。むしろ、一つの要素の変化が他の要素に波及する、連動した構造になっている。

この知見は、先行研究と次のように対話する。百瀬(2018a)は、障害年金の給付水準それ自体

が、障害者の生活を支えるには低い水準にとどまっていることを指摘した。本研究の調査結果は、この給付水準の低さが、当事者の側にどのような家計行動を生んでいるかを、具体的に示すものである。すなわち、障害基礎年金だけでは生活費に届かないという事実が、生活保護の併給、B型事業所の工賃、家族からの援助といった複数の細い収入源を寄せ集める「複層的な家計」を当事者に強いている。給付水準の低さは、単に「足りない」という量の問題にとどまらず、家計の構造そのものを複層的で連動的なものにするという、質の問題でもある。本研究は、百瀬(2018a)が制度の側から指摘した給付水準の問題を、当事者の家計構造の側から裏づけ、その帰結を具体化するものといえる。

4.2 単身生活と家計の孤立

第二の特徴は、家計の担い手が孤立しやすいことである。調査対象者の6割を超える20名が単身で生活していた。単身生活者の家計は、収入も支出もすべて本人一人に集約される。病状が悪化して就労が中断したとき、あるいは予期しない出費が生じたとき、家計を共にして支え合う相手がいない。

もっとも、家族と同居していれば家計が安定するという単純な関係も成り立たない。本調査では、配偶者もまた精神障がいを抱えているケース、同居する家族が高齢であるケース、家族との関係が良好でないために実質的な支え合いが難しいケースなどが語られた。家族の存在が家計上の資源になるかどうかは、家族の状況に大きく左右される。精神障がい者の家計を考えるうえでは、「世帯」を一律の単位として扱うのではなく、世帯の内部で実際にどのような支え合いが成り立っているか(あるいは成り立っていないか)を見る必要がある。

この点は、先行研究との対比で本研究の特徴がよく見える。土屋(2008)は「障害者生活実態調査」の分析を通じて、定位家族(親元)に暮らす障害者で本人収入が低く、家族の収入や現物の援助に依存せざるをえない実態を指摘した。すなわち、土屋が描いたのは「親元に包摂されることによる収入の低さと離家の困難」という構図である。これに対して本研究の対象者は、単身生活者が6割を超えており、土屋が論じた「親元世帯」とは異なる脆弱性が前面に出ている。本研究が浮かび上がらせたのは、家族に「包摂されすぎる」ことの問題ではなく、家族から「切り離されている」ことの問題——収入の途絶や不意の出費を緩衝する人的・経済的資源を欠いたまま、家計の全責任が本人一人に集約されているという脆弱性である。岩田(2008)の社会的排除論の言葉を借りれば、これは家計の困難が社会関係からの孤立と重なって現れている状態だといえる。

4.3 貯蓄と債務——将来に備えられない家計

第三の特徴は、家計が将来に向けた備えをもちにくいことである。約6割の対象者が貯蓄をしたくてもできないと語った。その背景には、収入水準の低さに加えて、生活保護受給世帯では資産保有に制約があるという制度的な要因がある。

これは、家計の時間的な構造に関わる問題である。一般に家計は、現在の消費だけでなく、

将来の支出に備えて資産を積み立てるという時間的な広がりをもつ。しかし、精神障がい者の家計の多くは、月々の収入と支出が拮抗し、将来に向けた蓄積の余地がほとんどない。その結果、家電の故障、医療費の増加、転居の必要といった、生活上いつかは生じる出費が、そのつど家計の危機として立ち現れる。

債務の側面も、この問題と表裏一体である。本調査では明確な債務を抱える対象者は少数であったが、入院費の未払いや過去の自己破産といった経験は、備えのない家計が不意の出費に直面したときに何が起こるかを示している。貯蓄による備えができない家計は、いざというときに債務へと傾きやすい。

4.4 民間保険による備えの困難

将来への備えという点に関連して、本調査の過程で、精神障がい者が民間の医療保険や生命保険に加入しにくいという課題が浮かび上がった。精神疾患の既往や入院歴があると、一般の民間保険では加入を断られる、あるいは加入できても保険料が割高になることが多い。

この問題は、本研究の中心的な論点である公的な所得保障制度の課題に対して、副次的な位置づけにある。民間保険は、あくまで公的保障を補完するものであり、精神障がい者の家計問題の本筋は公的制度のあり方にある。ただし、民間保険に加入しにくいという事実は、公的保障の意味を逆照射するという点で、なお検討に値する。一般の家計であれば、公的保障に加えて民間保険によって医療や万一の場合に備えることができる。しかし精神障がい者の場合、その補完的な備えの手段が制約されている。

つまり、精神障がい者の家計は、公的保障を土台としつつ、その上に民間保険による備えを積み増すという選択肢が取りにくい。このことは、公的な所得保障制度が果たすべき役割が、一般の家計の場合よりもいっそう大きいことを意味する。なお、近年では加入条件を緩和した共済など比較的加入しやすい選択肢も存在するが、保障は手厚くない。民間保険をめぐる課題は、それ自体を解決すべき主要課題というより、公的保障の重要性を逆照射する論点として受け止めるのが適切である。

本章でみてきた四つの特徴——所得保障を土台とする複層性、単身生活による孤立、将来に備えられない時間的な狭さ、民間保険からの排除——は、それぞれ独立した問題ではなく、相互に連動して一つの家計構造を形づくっている。複層的だが連動しているために一つの収入の変動が家計全体を揺るがし、孤立しているために緩衝材がなく、備えられないために不意の出費が危機に転化し、民間保険という補完手段からも閉め出されている。岩田(2008)の社会的排除論は、貧困を所得の不足という一点ではなく、複数の領域からの締め出しの累積と連動としてとらえることを求めた。本研究が「家計構造」という言葉で描き出したのは、まさにこの累積と連動の具体的なありようである。精神障がい者の家計の困難は、「収入が低い」という単一の事実ではなく、複数の不利が噛み合った構造そのものに根ざしている。

5. 考察(2)——社会保障制度の課題

5.1 障害年金と就労のジレンマ

本調査で最も繰り返し語られた制度的な課題は、就労によって収入を増やそうとすると、かえって障害年金が減額あるいは不支給になりうるという問題である。これを本報告書では「障害年金と就労のジレンマ」と呼ぶ。ここで注意が必要なのは、就労が年金に影響を及ぼす経路が一つではないことである。本調査の対象者の語りからは、大きく二つの異なる仕組みが浮かび上がる。

第一の仕組みは、障害等級の判定を通じた経路である。障害年金は、障害の程度に応じて等級が定められ、それに対応して支給される。精神の障害の場合、日常生活や就労の状況が障害認定の重要な判断材料となるため、就労によって安定した収入を得られるようになると、更新時の障害認定において「症状が改善した」とみなされ、等級が下がる、あるいは支給が止まる可能性がある。ある対象者は、不安に感じていることとして「年金が2級から3級に下がること。物価高が不安」(No. 21)と端的に語った。別の対象者は、「障害年金が医師の診断書(所見)によるので、切られるという制度なので不安、もっと働きたいが、障害年金がなくなるというリスクを負っている」(No. 12)と述べ、就労意欲がありながらも年金喪失のリスクに直面している状況を語っている。就労の継続や収入の増加という、本来は望ましいはずの変化が、障害が軽くなった証拠として読み替えられ、年金の減額・不支給につながりうる。当事者にとって、就労に向けた前進が、所得保障の縮小という不利益と隣り合わせになっている。

この第一の経路については、先行研究がすでに制度の側から実証している。青木ほか(2014)は、精神障がい者の就労が障害状態確認届(更新時の診断書)の審査にどう影響するかを検討し、就労しているという事実が障害認定において不利に作用しうることを明らかにした。本研究の対象者の語りは、この青木らの知見が、当事者の側からどう経験されているかを示すものである。すなわち、制度の運用上、就労が不利に働きうるという構造は、当事者にとっては「働けば年金を失うかもしれない」という具体的な不安として経験され、就労への躊躇を生んでいる。本研究は、青木ほか(2014)が審査データの分析から示した構造を、当事者の語りのレベルで裏づけるとともに、それが就労意欲の抑制という帰結をもたらしていることを示すものである。

なお、本調査の実施後、障害年金の審査をめぐるのは、その公正性や安定性そのものが社会的な問題として顕在化した。報道によれば、2024年度には障害年金の新規申請に対する不支給割合が前年度の約1.5倍に増え、精神・発達・知的障害での不支給が特に多かったことが明らかになった。さらに、審査の実務を担う日本年金機構において、医師による判定の記録を職員が破棄し、別の医師に判定をやり直させていた事例があったことも報じられている。これを受けて厚生労働省は、認定プロセスの点検と改善策の検討に着手している。本研究の対象者が語った「障害年金が医師の診断書(所見)によるので、切られるという制度なので不安」(No. 12)という言葉は、こうした審査の不透明さや変動性が、当事者の不安の現実的な根拠となっていることを示唆している。等級判定を通じた就労のジレンマは、判定基準のあり方だけでなく、判定

の運用がどれだけ公正で安定しているかという問題とも深く結びついている。

第二の仕組みは、所得そのものによる支給制限である。とりわけ、20 歳になる前に初診日がある傷病を理由とする障害基礎年金——保険料の拠出を前提としない、いわゆる無拠出の年金——については、本人の所得が一定額を超えると年金額が半分に減額され、さらに高い水準を超えると全額が支給停止となる所得制限が設けられている。精神障がいは若年で発症することが少なくないため、本調査の対象者の中にも、こうした 20 歳前傷病による障害基礎年金の受給者が含まれていると考えられる。この場合、障害の程度が変わらなくても、就労収入が一定の線を越えただけで年金が減らされることになる。等級判定を通じた第一の経路とは別に、所得の多寡が直接に年金額を左右するという、もう一つのジレンマがここにある。ある対象者が「年金の収入上限(症状)を廃止してもらえたら働きやすい」(No. 12)と語るとき、そこには等級判定と所得制限の双方への問題意識が重なっている。

こうした制度への違和感は、年金額の決め方そのものへの提言としても語られた。ある対象者は、「体調がよくなったから年金がなくなると再発のリスクが高くなるため、段階的に減っていくなどのシステムができたらい」「ひとりの人として年金の金額を決めて欲しい」(No. 3)と述べている。これは、就労状況の変化に応じて年金が急激に変動するのではなく、再発のリスクを織り込んだ緩やかな調整を求める声であり、当事者の側から制度設計のあり方を問い直す重要な視点である。

この構造は、就労を後押しするはずの制度全体が、結果として就労意欲を抑制するという逆説を生んでいる。当事者は、働く能力がないから働かないのではなく、働くことで所得保障を失うリスクがあるから、働くことに慎重にならざるをえない。これは個人の意欲の問題ではなく、制度設計に由来する構造的な問題である。

関連して、本調査の中間報告から高齢者の就労を後押しするために在職老齢年金の支給停止基準が緩和されてきた経緯との対比の指摘あった。高齢者については、年金を受給しながら働いても年金が止まりにくいように制度が見直されてきた。一方で、障害年金については、就労と年金受給の両立を後押しする方向での見直しは進んでいない。同じ公的年金制度のなかで、就労と年金の関係に対する政策の姿勢が、対象によって異なっているとみることができる。

5.2 生活保護からの脱却をめぐる「壁」

障害年金と就労のジレンマと同じ構造は、生活保護についても存在する。生活保護は、世帯の収入が最低生活費に満たない部分を補う制度であるため、就労収入が増えればその分だけ保護費が減る。複数の対象者が、生活保護から脱却するためには月額 20 万円を超えるような就労収入が必要であり、現在の体調ではそれは難しいと語った。ある対象者は、「生活保護をぬけるためには 20 万円以上稼がないといけないので体調的に難しいと思っている」(No. 30)と述べ、別の対象者も「中途半端に働いても年金や医療費のことを考えたら生活保護の方が安定しているので、20 万円をこえるような仕事がないと難しい」(No. 11)と語っている。

ここでの当事者の語りは示唆に富む。彼らは生活保護から抜け出したいという意思を明確にもっている。先の No. 11 の対象者は「今すぐではないが、働いて生活保護をやめたいという気持ちがある」と語る一方で、生活保護の状態を「見張られている(役所に管理されている)」「好きなことに使えない」「他の人に言いにくい」とも述べ、「月に 20 万稼げないならこのまま生活保護がいいのではという、葛藤がある」と、その両義的な心情を率直に語っている。中途半端に就労収入を得ても、医療費の負担や所得保障の減少を考え合わせると、かえって生活が不安定になる——生活保護を受給し続けることは、決して安易な選択ではなく、家計全体を見渡したうえでの合理的な判断として語られている。

また、生活保護を受給していることが、将来に向けた資産形成の道を閉ざしているという語りもあった。ある対象者は、「体調のため働くことができないため資産の運用を考えて NISA をしようとしたが、生活保護では資産運用ができないと言われた」(No. 29)と述べている。生活保護制度のもとで資産保有に制約があることは制度の趣旨に照らして理解できるとしても、当事者の側からは、将来不安に自ら備えようとする試みが封じられていると受け止められている。

この「壁」を越えるには、就労収入が一定の水準に達するまで、所得保障や医療費助成を段階的にしか縮小しない仕組み——いわば、就労による所得の増加が、所得保障の減少によって相殺されてしまわないようにする仕組み——が必要になる。就労インセンティブをめぐる議論は社会保障の各分野で蓄積があるが、精神障がい者については、症状の変動によって就労収入が安定しないという特性を踏まえた設計が求められる。

なお、生活保護制度における就労支援については、宮本(2010)が、就労自立支援プログラムの対象が就労阻害要因の少ない者に偏りやすく、障害などの課題を抱える受給者には届きにくいという限界を指摘している。本研究の対象者の語りは、この指摘とは別の角度から、生活保護からの脱却の難しさを照らし出す。本研究の対象者は「働きたくない」のではなく、むしろ脱却の意思を明確にもっている。それにもかかわらず脱却に踏み出せないのは、就労支援が届いていないからというより、脱却の条件となる就労収入の水準が、症状の変動を抱える当事者にとって現実的でないからである。就労支援の届きにくさという宮本の論点に加えて、本研究は、たとえ支援が届いたとしても「壁」の高さそのものが当事者の合理的判断を脱却から遠ざけている、という構造的な問題を提起する。

5.3 申請・更新手続きの負担

所得保障制度の課題は、給付の水準や併給調整だけにとどまらない。制度にアクセスし、それを維持するための手続きそのものが、当事者にとって重い負担となっている。本調査では、障害年金や生活保護の申請・更新の際に困難を感じたことがあるかという問いに対し、32 名中 28 名が何らかの困難を語った。

語られた困難は多岐にわたる。障害年金の申請では、発症の時期までさかのぼって生育歴や受診歴を記載する必要があり、その作業が大きな負担になる。ある対象者は「障害基礎年金を

受給するために障害年金の申請をしたが、幼少期からの情報を書くのが大変だった」(No. 5)と語り、別の対象者も「最初にかかった病院まで遡らないといけなかったので資料集め」が大変であったと述べている(No. 12)。書類の文言については、「文書の内容が難しく理解ができない」(No. 16)、「書面(生活の聞き取り)や書類を読むのも、書くのも大変」(No. 22)といった声が複数あった。更新については、「障害年金:更新の際に郵送で送られてくるが、管理が難しい」(No. 26)、「通院先は更新時期を教えてくれないため更新把握が難しい」(No. 20)など、時期の管理それ自体が負担となっている状況が語られた。

診断書の作成費用が自己負担となる点も繰り返し挙げられた。障害年金の申請には医師の診断書が必要だが、その作成費用は医療保険の対象外であり、「診断書代は保険適用外で1万円かかる」(No. 11)という負担が語られた。ここで注目すべきは、この診断書費用の負担が、生活保護と障害年金の併給調整の仕組みと結びついて、当事者にとって不合理に感じられる事態を生んでいることである。生活保護は、他の法律や制度による給付を優先的に活用したうえで、なお不足する分を補うという「他法他施策優先」の原則をとっている。そのため、生活保護を受給している人が障害年金の受給要件を満たしうる場合には、生活保護の担当ワーカーから障害年金の申請を促されることになる。しかし、障害年金を受給できるようになっても、その分だけ生活保護費が減額されるため、当事者が手にする月々の収入の合計額は基本的に変わらない。それどころか、申請のために診断書代を実費で負担した分、かえって持ち出しが生じる。ある対象者は、この点を「(障害年金を受給しても生活保護との)合計額は変わらないのに、診断料が実費の分だけマイナスになる」(No. 11)と的確に表現している。制度の側からみれば、これは財源の優先順位を定める合理的なルールである。しかし当事者の家計の側からみれば、手元の収入が増えないにもかかわらず手続きの手間と実費負担だけが課されるという、納得しにくい経験となっている。

こうした手続き上の障壁は、制度の利用そのものを妨げる要因となる。とりわけ見落とせないのは、これらの困難を、相談支援専門員、訪問看護師、医療機関のソーシャルワーカー、社会福祉協議会の職員といった支援者の助けを借りて乗り越えている対象者が多いことである。

「相談員や訪問看護が申請を手伝ってくれる」(No. 16)、「社会福祉協議会や訪問看護が手伝ってくれたので、大変ではなかった」(No. 24)といった語りは、支援の存在が手続きの負担を緩和していることを示す。しかし裏を返せば、そうした支援者とのつながりをもたない当事者は、制度の存在を知らないまま、あるいは申請の手前で諦めてしまう可能性がある。実際、ある対象者は「年金制度自体が知られていない。同じ病院に入院しても知っている人と知らない人がいる」(No. 12)と指摘していた。手続きの負担は、制度の「使いにくさ」であると同時に、支援につながっているかどうかによって制度へのアクセスに格差を生む「不公平さ」の問題でもある。

さらに、申請をめぐるのは、窓口の対応によって結果が左右されるという語りもあった。ある対象者は、以前に居住していた県で生活保護を申請しようとした際には「親もいるし、難し

い」と言われたが、「福岡（都市部）に移住して申請したらすんなり通った」（No. 23）と述べている。同じ制度であっても、申請する地域や担当者によって対応が異なるという経験は、当事者の制度に対する信頼を揺るがすものである。

5.4 医療費助成の地域差と自治体の役割

社会保障制度は国の制度を基本とするが、その運用や上乗せには地域差がある。3.5 節でみたように、精神障がい者の家計は、現金給付だけでなく、医療費の軽減や交通運賃の減免といった現物給付による下支えによっても支えられている。問題は、こうした下支えの内容が、居住する地域によって異なることである。本調査では、とりわけ精神科の通院医療費の負担について、明確な地域差が確認された。

前述のとおり、自立支援医療（精神通院医療）によって精神科の通院医療費の自己負担は原則 1 割に軽減され、生活保護受給者については医療扶助によって自己負担が生じない。これに加えて、多くの自治体では、自立支援医療の自己負担分の一部または全部を独自に助成している。とりわけ沖縄県では、精神科への通院医療費の自己負担が実質的に公費でまかなわれている。その結果、沖縄県の対象者からは、医療費を家計の主たる負担として挙げる声がほとんど聞かれなかった。一方で、他の地域の対象者の中には、医療費を負担と感じると明確に語る人がいた。同じことは交通運賃の減免などについても当てはまり、精神障害者保健福祉手帳による割引の範囲は、地域や交通事業者によって様ではない。

同じ精神疾患で同じように通院していても、どの地域に住んでいるかによって、家計に占める医療費の重さが異なる。これは、当事者の責めに帰すことのできない、居住地による不平等である。もっとも、この地域差は、自治体が国の制度に上乗せして住民の負担を軽減しているという、自治体独自の取り組みの成果でもある。沖縄県の医療費負担の軽減は、歴史的な経緯のなかで形成された特別な措置に由来するという固有の背景をもつが、結果として、自立支援医療という国の制度の上に自治体の助成が積み重なることで、当事者の医療費負担が大きく軽減されるという一つのモデルを示している。

ここから、国の制度と自治体の施策の役割分担という論点が導かれる。国の制度が全国一律のナショナル・ミニマムを保障し、自治体がそれぞれの地域の実情に応じて上乗せを行うという関係は、それ自体としては地方自治の趣旨にかなっている。しかし、医療費という生活の根幹に関わる負担について地域差が大きくなりすぎると、それは「どこに住むか」によって左右されるべきでない部分にまで及んでしまう。自治体の先進的な取り組みに学びつつ、国の制度としてどこまでを全国一律に保障すべきかを問い直すことが求められる。

もっとも、医療費の自己負担が生活保護の医療扶助や自治体の助成によって実質的にゼロになることには、当事者の家計を支えるという利点の一方で、留意すべき側面もある。自己負担がない状態は、当事者にとって必要な医療へのアクセスを保障する重要な仕組みである反面、医療を提供する側にとっては、提供量を増やすことが当事者の負担増に直結しないため、サー

ビスが過剰に供給される余地を生みやすい。本研究の対象者の多くが利用していた精神科訪問看護については、近年、この点に関わる問題が全国的に表面化している。報道によれば、一部の訪問看護事業者において、症状にかかわらず一律に訪問回数を増やしたり、実際には行っていない早朝・夜間の訪問や複数名訪問を記録上行ったことにしたりして、診療報酬を不正・過剰に請求する事例が指摘されている。こうした事態を受けて、厚生労働省は 2026 年 1 月から、精神障害者を対象とする訪問看護ステーション等に対する全国一斉の調査に着手した。沖縄県でも、精神科訪問看護をめぐる過剰な請求の疑いが報じられている。

この問題は、本研究の主題である当事者の家計から見れば直接の負担増にはつながらない。しかし、過剰なサービスが公費でまかなわれることは、医療費全体の増大を通じて制度の持続可能性を損ない、ひいては当事者を支える所得保障や医療費助成の財源を圧迫しかねない。医療費の自己負担をなくすという当事者本位の仕組みは、それを支える医療提供の側の適正さと一体でなければ、長期的には当事者自身の不利益に転じうる。当事者の医療アクセスを守ることと、医療提供の適正さを確保することは、対立するものではなく、ともに追求されるべき課題である。

5.5 家計管理を支える金融的支援の不足

最後に、これまでの論点とやや位相の異なる課題として、家計管理そのものを支える支援の不足を挙げておきたい。本調査では、金銭管理を本人が行っていると答えた対象者が多数を占めた一方で、家族や福祉サービスの支援を受けている対象者も一定数いた。成年後見制度を利用している対象者もいた。

しかし、これらの支援の多くは、通帳の管理や日々の支払いの代行といった、いわば「管理の代行」にとどまる。限られた収入のなかでどのように家計をやりくりするか、将来に向けてどう備えるか、制度をどう組み合わせれば家計が最も安定するかといった、家計運営の「相談」にあたる支援は乏しい。今後どのような支援があれば生活が安定するかという問いに対して、収入そのものの増加を望む声が最も多かったが、それと並んで、お金の使い方や手続きについて相談できる相手を求める声も聞かれた。

精神障がい者の家計は、本報告書で述べてきたように、複数の制度が複雑に絡み合い、就労と所得保障が連動し、将来への備えが難しいという、固有の難しさを抱えている。この複雑な家計を当事者が一人で運営することには無理がある。福祉的な支援と金融的な知見とを結びつけ、当事者の家計運営に伴走する支援——それは本研究の助成元であるゆうちょ財団が関心を寄せる金融教育や家計支援の領域とも接点をもつ——の必要性を、本調査の結果は示している。

6. 結論——政策的含意と今後の課題

6.1 本研究の知見の要約

本研究は、北海道から沖縄県まで 8 都道県に居住する精神障がい者 32 名への半構造化インタ

ビューを通じて、その家計構造と社会保障制度の課題を検討してきた。得られた知見は次のように要約できる。

第一に、精神障がい者の家計は、就労収入ではなく障害年金と生活保護という所得保障制度を土台とし、そこに事業所の工賃や家族からの援助が薄く積み重なる、複層的な構造をもっている。本人収入の中央値は約 12 万円であり、その多くが制度給付に由来していた。第二に、この家計は、単身生活者が 6 割を超えること、約 6 割が貯蓄をできずにいること、将来に向けた備えの手段が乏しいことなど、複数の点で脆弱性を抱えている。第三に、就労によって収入を増やそうとすると障害年金や生活保護が縮小するという制度間の連動が、当事者の就労意欲を構造的に抑制している。第四に、申請・更新手続きの負担、医療費助成の地域差といった、制度の「使いにくさ」や「地域による不平等」が確認された。

6.2 政策的含意

以上の知見から、精神障がい者の経済的自立を支えるための制度的な課題として、次の三点を提起したい。いずれも、本研究の当事者の語りから具体的に導かれるものである。

第一に、就労と所得保障の関係の再設計である。本研究の対象者は、「20 万円をこえるような仕事がないと難しい」(No. 11)、「20 万円以上稼がないといけないので体調的に難しい」(No. 30)と語った。ここで重要なのは、彼らが脱却の意思をもちながら、家計全体を見渡したうえで現状にとどまることを「合理的」と判断している点である。とすれば、制度の側が変えるべきは当事者の意欲ではなく、この「合理的判断の前提」そのものである。具体的には、就労収入が一定額に達するまで所得保障や医療費助成を急激にではなく緩やかに逡減させ、就労収入の増加分が所得保障の減少で相殺されない領域を制度的に確保することが考えられる。あわせて、ある対象者が「段階的に減っていくなどのシステム」「ひとりの人として年金の金額を決めて欲しい」(No. 3)と語ったように、障害認定における就労状況の評価のあり方——就労の事実を「症状改善」と短絡的に結びつけない運用——の見直しも求められる。その際、高齢者の就労を後押しするために在職老齢年金が見直されてきた経緯は、一つの参照点となる。

第二に、制度へのアクセスの保障である。本研究では、申請・更新手続きの負担が、相談支援専門員や訪問看護師などの支援者の存在によって緩和されている一方、「年金制度自体が知られていない」(No. 12)という語りにみられるように、支援につながらない当事者には制度の情報そのものが届いていない可能性が示された。3.5 節でみた現物給付による下支えもまた、医療・福祉サービスの利用に付随して得られるものが多い。つまり、所得保障も現物給付も、「支援につながっているかどうか」によってアクセスに格差が生じる構造になっている。手続きの簡素化、書類作成の支援、診断書費用の負担軽減に加えて、支援につながらない層へ制度の情報を能動的に届けるアウトリーチの仕組みが求められる。

第三に、国の制度と自治体の施策の役割分担の再検討である。本研究では、沖縄県の対象者から医療費を主たる負担として挙げる声がほとんど聞かれなかった一方、他地域の対象者から

は医療費の負担が語られた。この差は、自立支援医療という国の制度の上に、自治体独自の医療費助成が積み重なっているか否かによって生じている。沖縄県の例は、国の制度と自治体の助成が重なることで当事者の医療費負担が大きく軽減されるという一つのモデルを示している。医療費という生活の根幹に関わる負担について、自治体の取り組みに学びつつ、国の制度としてどこまでを全国一律に保障すべきかを問い直す必要がある。

これら三点に加えて、本研究は、家計管理そのものに伴走する支援の必要性を示した。本研究で描いた複層的で連動的な家計を、当事者が一人で運営することには無理がある。金銭管理の「代行」ととどまらず、限られた収入のなかでのやりくり、制度の組み合わせ方、将来への備えといった家計運営の「相談」に応じる支援——福祉的な支援と金融的な知見を結びつけた家計支援——の構築は、今後の重要な課題である。

6.3 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、対象者は 32 名であり、機縁法によって調査者の実践や研究を通じた関係をもとに紹介を受けたため、対象者の選定に偏りがある可能性は否定できない。とりわけ、何らかの支援につながっている当事者が中心となっており、支援から孤立している当事者の家計の実態は十分にとらえられていない。3.5 節でみた現物給付による下支えの多くが医療・福祉サービスの利用に付随して得られることを踏まえると、支援につながっていない当事者の家計はより厳しい状況にある可能性があり、この点は本研究では把握できていない。第二に、本研究は質的なインタビュー調査であり、得られた知見は当事者の語りに即した解釈であって、量的な代表性をもつものではない。家計の金額も対象者が語ったおおよその値に基づく推計であり、家計簿等による精密な記録に基づくものではない。本研究の知見は、量的調査によって補完され、検証される必要がある。第三に、本研究は一時点での聞き取りであり、症状の変動に伴って家計がどのように変化していくかという時間的な動態は、今回の調査では十分に追えていない。

今後の課題としては、まず、対象者の数と地域をさらに広げ、家計構造の地域差や、支援につながっていない当事者の実態を含めて検討することが挙げられる。また、本研究で「うまくいっている地域」の一例として示した沖縄県の医療費助成のような、自治体の先進的な取り組みを掘り下げ、国の制度との役割分担を具体的に論じること、有意義な方向性である。さらに、同じ対象者を継続的に追跡することで、就労と所得保障のあいだを当事者がどのように行き来するのか、その動態を明らかにすることが期待される。

精神障がい者の家計は、複数の社会保障制度が交差する場所にある。その交差点に立つ当事者の語りに耳を傾けることは、個々の制度を個別に評価するだけでは見えてこない、制度と制度のあいだの課題を照らし出す。本研究がその一助となれば幸いである。

謝辞

本研究は、2025 年度一般財団法人ゆうちょ財団研究助成を受けて実施したものである。記して感謝申し上げる。また、中間報告に対して貴重なご助言をくださった審査委員の方々、そして何より、家計という個人的な事柄について率直に語ってくださった 32 名の調査協力者の皆様、調査にご協力いただいた各事業所・支援者の皆様に、心より御礼申し上げます。

引用・参考文献

- 青木聖久(2013)『精神障害者の生活支援——障害年金に着眼した協働的支援』法律文化社.
- 青木聖久・越智あゆみ・風間朋子・高橋裕典(2015)『精神障害者の経済的支援ガイドブック——事例と Q&A から理解する支援の意義と実務』中央法規出版.
- 青木聖久ほか(2014)「精神障害者の就労が障害状態確認届の審査に及ぼす影響—実態と支援者が取り組むべき方途—」『日本福祉大学社会福祉論集』第 130 号, 89-116 頁.
- 岩田正美(2007)『現代の貧困——ワーキングプア／ホームレス／生活保護』筑摩書房(ちくま新書).
- 岩田正美(2008)『社会的排除——参加の欠如・不確かな帰属』有斐閣.
- 木下康仁(2003)『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践——質的研究への誘い』弘文堂.
- 駒村康平・岩永理恵編(2010)『最低所得保障』岩波書店.
- 土屋葉(2008)「障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性——「障害者生活実態調査」の結果から」国立社会保障・人口問題研究所『季刊・社会保障研究』第 44 巻第 2 号, 196-209 頁.
- 宮本順子(2010)「生活保護制度における就労支援の有効性と生存権の保障」『経済政策研究』(香川大学)第 6 号.
- 百瀬優(2010)『障害年金の制度設計』光生館.
- 百瀬優(2018a)「障害年金の給付水準」『社会保障法』第 33 号, 101-114 頁.
- 百瀬優(2018b)「障害者と貧困」駒村康平編『貧困』ミネルヴァ書房, 第 10 章.
- 百瀬優・大津唯(2020)「障害年金受給者の生活実態と就労状況」『社会政策』第 12 巻第 2 号, 74-87 頁.
- 厚生労働省(2016)「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン」.
- 厚生労働省(2024)「令和 4 年 生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)結果の概要」.
- 厚生労働省(2025)「令和 6 年度 工賃(賃金)の実績について」.
- 厚生労働省「日常生活自立支援事業」(事業概要).
- 内閣府『障害者白書』(各年版).
- 国立精神・神経医療研究センター「就労継続支援 B 型事業所における精神障害者等に対する支援の実態と効果的な支援プログラム開発に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)研究報告書.
- 〔報道〕共同通信「障害年金、医師の判定を破棄 機構職員、ひそかにやり直し」2025 年 12 月 28 日配信.
- 〔報道〕共同通信「訪問看護、1 月全国調査へ 厚労省、不正請求問題で」2025 年 12 月 21 日配信.