

障害福祉事業における「共生型サービス」の現状と課題

筒井孝子

松本将八

1. はじめに

日本では、従前からの課題であった未婚化、少子化、高齢化が急激に進展し、「団塊の世代」全てが75歳以上の後期高齢者となる2025年が目前となった。2040年には、「団塊ジュニア世代」全てが高齢期を迎える。

1975年～80年に生まれた、この団塊ジュニア世代は、バブル崩壊後の新規採用層となる。彼らは、就職氷河期世代として、正社員雇用の機会に恵まれず、現在も就職氷河期限定雇用の対象世代と重なる。宮本は、この失われた20年の若者の貧困によって、将来は婚姻歴のない単身高齢者が急増する段階に至るとの予想を述べている（宮本2017）。家族機能を持たない団塊ジュニア世代の高齢化は、単に医療・介護等のサービス需要の急増だけでなく、従来の制度では、対応困難な様々なリスクを顕在化させることになる。

2022年版「高齢社会白書」によれば、単身高齢者は2020年時点で約672万人とされ、2000年の約303万人からみれば、ほぼ2倍に増加し、2040年には、約896万人になるという。わが国における高齢者人口の増加は、現行の高齢者の増加というだけでなく、家族機能を持たない単身高齢者の増加の影響を考慮しなければならないことを予想させる。

また、ここ3年にわたるcovid-19によるパンデミックは、経済的な活動の制約に伴う収入の低下をもたらした。この結果、婚姻率や出生率は、パンデミック前よりも下が

り、先に述べたように生涯を通じた未婚者の増加のひとつの要因となるだけでなく、新たな支援を必要とする人々を顕在化させることにつながった¹。

一方で既存の課題として、障害者の「親なき後」の問題がある。これについては、「平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査²」の結果から、65 歳以上の障害手帳所持者で同居している障害者は、身体障害は 82.9%、知的障害は、76.0%、精神障害は 76.7% であることがわかっている。平成 23 年当時、同居者の割合が高かったのは、身体障害で、知的及び精神障害より高かった。また、1 人暮らしの障害者は、身体障害は 15.1%、知的障害は 19.8%、精神障害は 17.9% であり、知的障害の割合が高かった（図表 1）。

続く、平成 28 年の調査結果³では、65 歳以上の障害手帳所持者のうち、同居している障害者は、身体障害で 81.5%、知的障害で 66.2%、精神障害で 64.8% であった。また、1 人暮らしの障害者は、身体障害で 15.3%、知的障害で 17.3%、精神障害で 25.0% となり、65 歳以上で精神障害の 1 人暮らしの割合が高かった。

さらに、同調査結果において、同居家族の内訳から、身体障害の方は、夫婦で暮らしている割合が 70.9% であったが、知的障害は 62.5%、精神障害は 63.8% で、身体障害の方の割合が高かった（図表 2）。親と暮らしている割合は、身体障害が 2.7% であるのに対し、知的障害は 10.2%、精神障害は 11.0% と示されていた。

以上の結果からは、「親なき後」の問題に関しては、夫婦で暮らしている割合が低く、親との同居率が高い、知的、精神に障害のある人への施策に特段の配慮が必要なことが示唆される。

図表 1 65 歳以上の障害者の同居の有無

(単位: %)

	同居			一人暮らし			手帳非所持	不詳
	身体	知的	精神	身体	知的	精神		
平成23年	82.9	76.0	76.7	15.1	19.8	17.9	6.6	2.0
(n6104)	(4467)	(92)	(227)	(816)	(24)	(53)	(402)	(125)
平成28年	81.5	66.2	64.8	15.3	17.3	25.0	5.4	4.4
(n2819)	(2074)	(88)	(127)	(389)	(23)	(49)	(153)	(125)

※複数の手帳所持者及び同居の選択肢は、複数回答可としている

(出所) 平成 23 年、平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査

¹ 令和 3 年度版厚生労働白書第 1 章 p. 3~5 では、雇用・収入の影響として、「(2020 年 4 月には休業者数が急増し、就業者数も大幅に減少。足下では、感染拡大前と比べ、完全失業率は高い水準、有効求人倍率も大きく低下等、雇用情勢に厳しさが見られる」とあり、同白書 p. 73 では、婚姻率、出生数への影響として、「人口動態統計速報によれば、2020 (令和 2) 年 5 月以降、毎月の婚姻件数が前年同月に比べ減少傾向にある。また、2020 年の年間婚姻件数は、前年に比べて 12.3% の減少となっており、1950 (昭和 25) 年の 15.1% の減少以来の大幅な減少となったほか、2020 年の年間出生数は 2019 年を約 2 万 4 千人下回っている。

² https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf (2022. 10. 7 参照)

³ https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h23.pdf (2022. 10. 7 参照)

図表 2 65 歳以上の障害者の同居の状況

(単位: %)

平成28年(n2819)	身体 (2545)	知的 (133)	精神 (196)
夫婦で暮らしている (1544)	70.9 (1470)	62.5 (55)	63.8 (81)
親と暮らしている (74)	2.7 (55)	10.2 (9)	11.0 (14)
子と暮らしている (1039)	46.2 (959)	35.2 (31)	37.0 (47)
兄弟姉妹と暮らしている (50)	1.8 (37)	12.5 (11)	7.9 (10)
その他の人と暮らしている (94)	4.1 (84)	5.7 (5)	6.3 (8)

※複数の手帳所持者及び同居の選択肢は、複数回答可としている

(出所) 平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査

このような障害福祉領域における高齢化の課題には、わが国が直面している人口動態に見られる単身高齢者の増加に加え、同居する親の高齢化に伴う親亡き後に関する問題が内包されており、障害者が抱える複雑なニーズに、いかに対応すべきかが求められている (木下 2020)。既存の障害福祉サービスが、単に高齢化による年齢区分で介護保険サービスへ移行するだけでは、これら障害領域固有の問題に対応するには限界があり、サービス間の連動や、制度を横断した他機関との協働 (植戸 2020) で支える具体的なプラットフォームが必要となる。

そこで本稿では、障害者及び高齢者の多様化・複雑化している福祉ニーズへの対応を目指し、平成 30 年に指定手続きの特例として設けられた「共生型サービス⁴⁾ (厚生労働省⁵⁾2015 ; 山下 2018) について、その成立の背景、現状と課題、さらに今後の方向性について考察することを目的とした。

⁴⁾ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398_00016.html (2022. 9. 25 参照)

⁵⁾ <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (2022. 9. 27 参照)

2. 障害者の高齢化の実態

(1) 障害種類別障害者数の増加

障害者に対しては、障害者手帳が交付される。この障害者手帳は、大きく3種類あり、身体障害者には、身体障害者手帳が、知的障害者には療育手帳（療育手帳は地域によって名前に違いもある）が、精神障害者には、精神障害者保健福祉手帳が交付される。ただし、発達障害者には、精神障害者保健福祉手帳か療育手帳（両方公布される場合もある）や高次脳機能障害の方には、身体障害者手帳か精神障害者保健福祉手帳、また、その状態によっては療育手帳の交付等がされるが、それぞれの障害の特性を示す手帳を複数、所持することもある。

また、難病のある人にも、その状態によって、いずれかの手帳の交付がなされるが、障害福祉サービスの種類によっては知的障害や精神障害の症状を有する方で手帳が無くても利用できる柔軟な対応がなされている。

昨今、障害者数は、図表3に示したように2006年から、2018年の12年で全障害者数は1.43倍に、身体障害は1.52倍、知的障害は2.4倍、精神障害も1.24倍となり、2018年に総数936万人となった。

厚生労働省は、この2018年のデータから、概ね人口の7.4%が障害者と推計し、この割合も上昇すると見込んでいる。この要因として、木原ら（2010）は、新生児医療の発展による超低体重児生存率の向上をあげているが、わが国では、高齢化が進展していることから、加齢に伴う心身機能低下が、一般高齢者の障害者手帳取得につながっていると考えられる。すなわち、高齢層の比率の高さと直結して、身体障害・精神障害の手帳所持者が多くなっているものと推察される。ただし、こういった課題を検討する上で詳細な年齢階層別のデータは重要であるが、厚生労働省によって発表されたデータには、直接的に明示したものがない。

このため、内閣府が示した障害者白書から、いくつかの調査をもとに推計されたデータを次に示した。

図表3 障害種別・住居別の障害者数の推移（2018）

（単位：万人）

	身体障害児・者			知的障害児・者			精神障害者			総数
	在宅者	施設入所者	合計	在宅者	施設入所者	合計	外来	入院	合計	
2006年	332.7	18.9	351.6	32.9	13.0	45.9	223.9	34.5	258.4	655.9
2010年	357.6	8.7	366.3	41.9	12.8	54.7	290.0	33.3	323.3	744.3
2014年	386.4	7.3	393.7	62.2	11.9	74.1	287.8	32.3	320.1	787.9
2018年	428.7	7.3	436.0	96.2	12.0	108.2	361.1	31.3	392.4	936.6

（出所）内閣府「障害者白書」（2020），P243-244.；障害者の推移⁶

（2）年齢階層別の障害者数の推移

障害者白書に掲載された年齢階層別の身体障害、知的障害、精神障害の3区分別人数は、厚生労働省による「生活のしづらさなどに関する調査」、「社会福祉施設等調査」又は「患者調査」等に基づき推計されたもので、身体障害、知的障害、精神障害の3区分の各区分における障害者数の概数は、身体障害者（身体障害児を含む。）436万人、知的障害者（知的障害児を含む。）108万2千人、精神障害者392万4千人と示されている（図表3）。

また、同白書は人口千人当たりの人数として、身体障害者は34人、知的障害者は9人、精神障害者は33人としているものの、複数の障害を併せ持つ者もいるため、単純な合計にはならないとしながらも、概ね国民の7.6%が何らかの障害を有するとし、厚生労働省による7.4%とほぼ同等の値を示している。

この推計に関し、白書は、『当該身体障害者数及び知的障害者数は、「生活のしづらさなどに関する調査」に基づき推計されたものである一方、精神障害者数は、医療機関を利用した精神疾患のある患者数を精神障害者数としていることから、精神疾患による日常生活や社会生活上の相当な制限を継続的には有しない者も含まれている可能性がある。』と記述され、推計に多くの前提があることが示されている。

図表4の在宅の身体障害者の65歳以上の割合からは、1970年には3割程度であったものが、2016年には7割程度まで上昇しており、身体障害者手帳取得数は増加している⁷。わが国の人口構成からみて、65歳以上が増えてはいるが、この急激な増加は、加齢に伴う高齢化だけではなく、病気や疾病による要因⁸も考えられている。

⁶ <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/backdata/01-01-01-02.html>（2022.9.15参照）

⁷ https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r01hakusho/zenbun/siryo_02.html（2022.7.24参照）2.（1）、図表2

⁸ https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_b_h28.pdf（2022.9.26参照）P8

図表 4 年齢階層別障害者数の推移（身体障害児・者（在宅））

(単位:千人)

年齢/年	1970年	1980年	1987年	1991年	1996年	2001年	2006年	2011年	2016年
～17歳	94	0	93	81	82	82	93	73	68
18歳～64歳	872	1,150	1,346	1,333	1,246	1,218	1,237	1,111	1,013
65歳～	442	826	1,068	1,330	1,587	2,004	2,211	2,655	3,112
不詳	0	0	0	58	99	22	35	25	93
合計	1,408	1,977	2,506	2,803	3,015	3,327	3,576	3,864	4,287

(出所) 内閣府「障害者白書」(2020) p243

一方、在宅の知的障害者 96 万 2 千人の年齢階層別の内訳から身体障害者と比較すると、18 歳未満の割合が高い一方で、65 歳以上の割合が低い点が特徴となる。知的障害者の推移、つまり 2011 年と比較すれば、その数は約 34 万人も増加しているが、知的障害者は発達期にあらわれるため、身体障害者のように人口の高齢化の影響を大きく受けることは少ない。それは、知的障害者数は、身体障害者数と比べて、介護保険制度との連動を考えるケースが少ないからである。

しかしながら、知的障害者も 1995 年は全体の合計数が 29 万 7 千人で、そのうち 65 歳以上が 8 千人の 2.6%程度であったが、2016 年には、全体の合計数が 96 万 2 千人となり、このうち 65 歳以上が 14 万 9 千人の 15.5%と示され、増加していた（図表 5）。この理由について、障害者白書では、「療育手帳の認知度があがり、手帳取得が増えたため」としていた⁹。

図表 5 年齢階層別障害者数の推移（知的障害児・者（在宅））

(単位:千人)

年齢/年	1995年	2000年	2005年	2011年	2016年
～17歳	86	94	117	152	214
18歳～64歳	188	212	274	408	580
65歳～	8	9	15	58	149
不詳	16	14	12	4	18
合計	297	329	419	622	962

(出所) 内閣府「障害者白書」(2020) p243

同様に、精神障害者も知的障害者に比較すれば、急増とまではいかないまでも、2002 年から 2017 年を比較すると、65 歳～74 歳までは 1.6 倍増加し、75 歳以上の人数は 3.2 倍と増加していた（図表 6）。これに関しては、精神障害者の地域移行等の

⁹ https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r01hakusho/zenbun/siryu_02.html (2022.9.26 参照) 2. (2)

退院促進の影響として、地域で治療や支援を受ける精神障害者は増加傾向にあるとの指摘がされていた¹⁰（2017 第 2 回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会）。

図表 6 年齢階層別障害者数の推移（精神障害者・外来）

年齢/年	(単位:万人)					
	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
～24歳	22.8	27.2	27.7	27.9	36.3	38.5
25～34歳	34.9	39.5	35.8	33.7	36.2	36.2
35～44歳	34.2	46.2	50.0	50.4	58.5	58.2
45～54歳	36.8	37.7	41.6	40.2	52.4	63.9
55～64歳	33.8	39.7	43.3	37.8	45.5	47.7
65～74歳	32.0	36.0	39.9	33.3	47.8	51.4
75歳以上	28.9	40.5	51.4	64.2	84.9	93.3
不詳	0.5	0.5	0.6	1.0	1.0	0.7
合計	223.9	267.5	290	287.8	361.1	389.1

(出所) 内閣府「障害者白書」(2020) p244

更に、先と同様の報告書（生活のしづらさなどに関する調査）では、65歳以上で親と暮らしている障害者は、平成23年の身体障害で2.4%、知的障害で16.3%、精神障害で5.7%であり、知的障害の割合が高かった。平成28年の同報告書では、身体障害で2.7%、知的障害で10.2%、精神障害で11.0%であり、知的及び精神障害の割合が高かった（図表7）。

これらの要因を加味すると、身体障害者は、わが国の人口動態の変化に対応するだけでなく、知的及び精神障害者は親との同居率が身体障害よりも高いといった障害別の特徴を勘案しながら、親の高齢化とその健康状態も加味して検討するといった、丁寧な対応が求められる。

¹⁰ <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyoshougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000138403.pdf> (2022. 927 参照)

図表7 65歳以上の障害者の同居状況や1人暮らしの比較

(単位: %)

	平成23年 (n=6,104)			平成28年 (n=2,819)		
	身体 (5387)	知的 (121)	精神 (296)	身体 (2545)	知的 (133)	精神 (196)
夫婦で暮らしている	68.1 (3041)	43.5 (40)	62.6 (142)	70.9 (1470)	62.5 (55)	63.8 (81)
親と暮らしている	2.4 (105)	16.3 (15)	5.7 (13)	2.7 (55)	10.2 (9)	11.0 (14)
子と暮らしている	48.4 (2164)	33.7 (31)	35.7 (81)	46.2 (959)	35.2 (31)	37.0 (47)
兄弟姉妹と暮らしている	1.8 (79)	21.7 (20)	8.4 (19)	1.8 (37)	12.5 (11)	7.9 (10)
その他の人と暮らしている	4.9 (217)	7.6 (7)	4.0 (9)	4.1 (84)	5.7 (5)	6.3 (8)
一人で暮らして	15.1 (816)	19.8 (24)	17.9 (53)	15.3 (389)	17.3 (23)	25.0 (49)

※複数の手帳所持者及び同居の選択肢は、複数回答可としている

(出所) 平成23年、平成28年生活のしづらさなどに関する調査

以上の結果からは、高齢障害者は増加傾向にあり、年齢を重ねても地域において、安心・安全、そして幸せに、継続して生活し続けることを是とする施策としての実現が急務であることが示され、これを支援する体制（システム）が整備されなければならないことを示唆するものと考えられる。

3. 障害福祉サービスの概要と利用要件

(1) 障害福祉サービスの種類

現在、障害福祉サービスは、個々の障害者の障害程度や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住等の状況）を踏まえ、個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」に大別されている。

前者の「障害福祉サービス」は、介護の支援を受ける場合には「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は「訓練等給付」となるが、利用プロセスは異なる。また、サービ

スには有期限のものと、無期限のものがあり、有期限であっても必要に応じて市町村から認められた場合、支給決定の更新（延長）が可能とされる。

これらのサービスの概要については、介護給付は9つのサービスと、訓練等給付は8つのサービスに分かれている。

具体的な介護給付として、訪問系では、①居宅介護、②重度訪問介護、③同行援護、④行動援護、⑤重度障害者等包括支援といった5種類がある。

また日中活動系として、⑥短期入所、⑦療養介護、⑧生活介護の3種類があり、施設系として、⑨施設入所がある。

訓練等給付は、居住支援で①自立生活援助、②共同生活援助の2種類がある。また、訓練系・就労系では、③自立訓練（機能訓練）、④自立訓練（生活訓練）、⑤就労移行支援、⑥就労継続支援A型、⑦就労継続支援B型、⑧就労定着支援といった6種類がある¹¹。

後者の地域生活支援事業では、障害者及び障害児が、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう地域の特性や利用者の状況に応じ、柔軟な形態により事業を効果的・効率的に実施するとされている。そして、これらにより障害者及び障害児の福祉の増進を図ると共に障害の有無に関わらず、国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域共生社会の実現に寄与することが目指されている。この事業は、必須事業と任意事業に分かれている。

このうち必須事業は、①理解促進研修・啓発事業、②自発的活動支援事業、③相談支援事業（基幹相談支援センター等機能強化事業、住宅入居等支援事業（居住サポート事業））、④成年後見制度利用支援事業、⑤成年後見制度法人後見支援事業、⑥意思疎通支援事業、⑦日常生活用具給付等事業、⑧手話奉仕員養成研修事業、⑨移動支援事業、⑩地域活動支援センター機能強化事業の10種類の事業から構成され、任意事業は、①日常生活支援、②社会参加支援、③就業・就労支援の3種類となっている。

ただし、この地域生活支援事業の任意事業は、市町村が任意に行うこととされ、その支給量は、自治体の財政力、地域のサービス供給力に影響を受けやすいサービスであれば、自治体間で大きな違いがある¹²。この自治体間格差は、現在も大きな課題であり続けており、障害者支援区分認定から支給決定に至る自治体ごとの実態を示すデータからは、財政基盤の弱い自治体ほど長時間介護の支給決定がされない¹³状況となっている。

¹¹ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/taikei.html> (2022.9.26 参照)

¹² 谷口（2010）を参照。

¹³ 茨木（2017）を参照。

（２）障害福祉サービス利用のための要件としての「障害支援区分」

障害福祉サービスは、社会福祉基礎構造改革¹⁴が実施される以前は、措置制度に基づき行政機関が利用内容やその量を決定していた。つまり、措置制度下では、障害者に提供されるサービスの内容は行政によって決定され、その提供する事業所も行政が選定し、利用者が選択する権利がなかった。

しかし、先に述べた社会福祉基礎構造改革により、2003年の措置制度は契約制度へと代わり、2006年応能負担は定率負担（当初、応益負担であったが変更された）となった。これにより、民間企業を含む多様なサービス提供主体の参入が推進された（結城2001）が、障害福祉サービスの利用に関しては、わずか20年の間に、以下に示すように幾度も改正がなされてきた。

2003年の措置制度から契約制度への移行である支援費制度の導入によって、初めて障害者は、障害福祉サービスの利用が自らの選択によって可能となり、2006年の障害者自立支援法への改正からは、障害福祉サービスの介護給付の利用申請にあたっては、支援費制度からあった区分認定が給付と連動し、市町村による調査を受けることとなった。この障害支援区分（当時は障害程度区分）は、現在も障害の多様な特性や心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを表す6段階の区分（区分1～6：区分6の方が必要とされる支援の度合いが高い）となっている。

2013年には、障害者自立支援法から障害者総合支援法に改正及び施行が行われ、翌年2014年に、当時106項目であった障害支援区分の認定項目数が、現在は、①移動や動作等に関連する項目（12項目）②身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）③意思疎通等に関連する項目（6項目）④行動障害に関連する項目（34項目）⑤特別な医療に関連する項目（12項目）の合計80項目¹⁵となり、この結果により、後述するように、サービス内容が変わる。

（３）給付別の利用要件と高齢障害者の課題

介護給付は、前述の障害支援区分により、利用できるサービスやその支給量に違い¹⁶

¹⁴ https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1104/h0415-2_16.html（2022.7.24参照）

¹⁵ https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/6_5.pdf（2022.9.27参照）P2.3.6

¹⁶ 兵庫県神戸市では、居宅介護の利用で1人暮らしの利用者は、標準支給量で、障害支援区分1であれば、月に25時間が支給されるが、障害支援区分6であれば、月に92時間の支給となる。類似サービスに重度訪問介護があり、重度の障害を有する人に居宅介護よりも多くの支給量が支給されるサービスであるが、重度ということもあり、対象は障害支援区分4以上の方が支給対象となる。さらに、障害者施策で地域での生活を保障するために非定型審査会を実施し、重度であっても自立した地域生活を営むことができる。このように障害者の特性により、障害支援区分をもとにしたサービス提供を実施している。

がある。

一方、訓練等給付は、介護給付のような障害支援区分の認定を必要としない¹⁷。ただし、就労継続支援B型を利用する場合は、過去の就労経験の有無を確認し、就労経験の無い場合は、就労移行支援事業所によるアセスメントが必要となる。

以上のように、障害者がサービスを利用するためには、そのサービス別の要件を勘案し、利用者の適性を踏まえて適切なサービスをマネジメントすることが求められる。しかし、それを利用者である障害者自身が行うためには、サポートを要するケースが多い。

他方、介護保険制度¹⁸は、「高齢化や核家族化の進行、介護離職問題などを背景に、介護を社会全体で支えること」を目的として2000年に創設された。この介護保険制度における被保険者は、65歳以上の方（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられている。

そして、障害者総合支援法第7条では、障害者が65歳を迎え、介護保険サービスに類似サービスがある場合は、介護保険制度への移行となるとされている。

これら両制度の課題として、先に述べた介護保険制度の優先や移行時の利用負担の増額、65歳から障害福祉事業所から介護保険事業所への事業所変更、家族支援者の高齢化、「親亡き後」の地域生活の継続は課題とされてきた（小澤2018）。

これらの対策として、厚生労働省（2022）の「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて¹⁹」の報告書（概要）では、「一律に介護保険サービスを優先利用するものとはしない」としている。また、2022年の第1回東京都社会福祉審議会検討分科会の小澤の報告²⁰からは、激変緩和措置による低所得者の負担軽減の必要性に触れ、同時に制度による異なる事業所への変更の課題解決のひとつの方法として、共生型サービスの創設についての説明が示されている。

今後、このサービスの普及には、支援者の障害福祉及び介護保険の制度の理解を深めることが前提となるが、障害者の高齢化に際し、その生活を支援するサービスの円滑な利用を可能とするためには、新たな共生型サービスは必要であると考えられる。

¹⁷ 市町村への障害福祉サービスの利用の申し込みと障害福祉サービス受給者証を申請すればよいが、訓練等給付でも共同生活援助の区分認定は必須ではないものの、実際には、区分によって報酬も異なり事業経営及びサービス内容にも関連するため、区分認定を受けているケースが多い。ただし、共同生活援助の利用に際しては、消防法の一部の条件を除いては、障害支援区分の高低によって利用の可否は決定されない。

¹⁸ <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614771.pdf>（2022.10.9参照）

¹⁹ <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000950635.pdf>（2022.10.9参照）

²⁰ https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/shisaku/shingi_gijiroku/22ki/01kentou.files/siryo5.pdf（2022.10.9参照）

4. 「共生型サービス」の現状と課題

(1) 障害者総合支援法が目指す障害者支援とは

前述したように、障害者に関わるサービス提供内容や方法は、ここ 20 年間で何度も改正がされてきたが、これは、改正の度に多くの問題点が指摘されたからであった²¹。

支援費制度では、これまでの社会参加の保障を大幅に改善した経緯がある一方、財政的脆弱性から、持続可能性が問題視されていた。また、精神障害者は支援費制度の対象外とされ、自治体によっては、サービスの提供体制が不十分で必要とする人々すべてにサービスが行き届かなかった。さらには、働きたいと考えている障害者に対して、就労の場を確保する支援が十分ではなかったことや支給決定のプロセスが不透明であり、全国共通の判断基準に基づいたサービス利用手続きが規定されていないといった多くの問題が指摘された。

こうした問題の解決を目指し、2006 年から「障害者自立支援法」が施行され²²、①障害者の福祉サービスの一元化、②障害者がもっと働ける社会に、③地域の限られた社会資源を活用できるよう規制緩和、④公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化、明確化、⑤増大する福祉サービス等の費用をみんなで負担し支え合う仕組みが強化された。しかし、この障害者自立支援法でも障害者の福祉の向上の達成には不十分であるとされ、改正が求められた。

障害者自立支援法で最も大きな問題とされたのは、①定率負担（定率 1 割）であった。次いで、②障害区分認定による支給決定のサービス利用抑制の仕組み、③低すぎる報酬単価と、④報酬日払い方式による事業所と職員の大幅減収といったことへの批判があり、さらに⑤発達障害と難病に関してのサービスの適切な利用の仕組みなどの検討を行うべきとの指摘がなされ、今日の障害者総合支援法へ改正された。

なお、この改正に際しては、障害者権利条約や ICF²⁴ (International Classification of Functioning, Disability and Health) の考え²⁵に基づいた法の理念、方針、対象

²¹ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/aramashi.html> (2022. 7. 24 参照)

²² 障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念ののっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行う。

²³ <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1c1.html> (2022. 7. 24 参照)

²⁴ ICF (国際生活機能分類) は、2001 年 5 月に WHO 総会で採択された。ICF の前身である ICIDH (国際障害分類、1980) が「疾病の帰結 (結果) に関する分類」であったのに対し、ICF は「健康の構成要素に関する分類」であり、新しい健康観を提起するものとなった。生活機能上の問題は誰にでも起りうるものなので、ICF は特定の人々のためのものではなく、「全ての人に関する分類」である。

²⁵ 藤原 (2022) を参照

範囲や、当事者の実態に即した制度の整備、制度・政策決定過程への当事者参加、十分な予算の裏付けに基づく持続可能な制度、国の財政負担の明確化が求められ、ようやく障害者総合支援法²⁶が2013年に施行された。

この法律には、障害者の社会参加の機会が確保され、地域社会での共生を目指して、総合的かつ計画的に日常生活・社会生活の支援が行われることが明示された。また、障害者の範囲も拡大され、懸案とされてきた難病等も加えられた。

さらに、区分の認定は、知的障害者や精神障害者の特性に応じて行われるよう障害程度区分が障害支援区分へと変更された。この他にも重度訪問介護の対象の拡大と共同生活介護と共同生活援助の一元化、地域移行支援の対象拡大や地域生活支援事業が追加された。

このように、日本における障害福祉制度は、大きく変遷²⁷してきた。とりわけ、障害者の高齢化により、そのニーズも複雑化していることから、早急な対応²⁸が求められており、この実現のために、多くの事業やサービスの拡大が行われてきた。

そのひとつが、介護保険サービス事業所が、障害福祉サービスを提供しやすくする。また、障害福祉サービス事業所が、介護保険サービスを提供しやすくすることを目的²⁹とした指定手続きの特例として、平成30年に設けられた「共生型サービス」であった。このサービスは、厚生労働省が示した説明によれば、特例を活用し、同一事業所において、介護保険サービスと障害福祉サービスの両方を提供することで、障害者が65歳以上になっても、同一事業所を継続利用できるようになるという利用上の特例に留まらず、『「介護」や「障害」といった枠組みにとらわれず、多様化・複雑化している福祉ニーズに臨機応変に対応することができる。』（厚生労働省2015）と示されている。また共生型サービスの創設は、地域共生社会の実現のために進められているなど（山下2018）、大きな期待が寄せられたサービスであった。

（2）共生型サービス創設の背景とその実態

障害者の高齢化は前述の図表4・5・6に示したように、65歳以上の身体障害は、2011年が265.5万人だったのに対し、2016年には311.2万人となり、45.7万人増加した。65歳以上の知的障害も2011年が5.8万人だったのに対し、14.9万人となり、9.1

²⁶ 障害者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講じた。

²⁷ <https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/handbook/system/>（2022.10.18参照）

²⁸ <https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/kitei/pdf/jimuren0329-6.pdf>（2022.10.18参照）3

²⁹ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398_00016.html（2022.9.27参照）1

万人、増加した。65歳以上の精神障害（精神障害者外来数）は、2011年の97.5万人から、2017年には144.7万人となり、47.2万人増加した。

以上の結果、65歳以上の障害者は、2016年と2017年の推計から470.8万人となり、この5～6年で100万人以上増加していることとなる。これを、2011年を100%とした趨勢比率からみると、身体障害者で117%、知的障害者で257%、精神障害者で148%となり、知的障害者の増加が大きいことがわかる。石野による調査研究では、障害者施設で介護や介助を必要とする利用者の状況として、例えば、精神的に無気力になったり、会話が減ったり、感情の起伏が激しくなるといった高齢者に見られる現象が多いとの報告がなされていた（石野、張 2014）。

一方、厚生労働省が令和3年2月に報告している「障害福祉サービス利用状況等」では³⁰、障害福祉サービスの利用者数（令和元年時点）は、全体でおおよそ183.4万人であり、最も利用が多かったのは、生活介護で約28.7万人、次いで、就労継続支援B型が26.5万人、放課後等デイサービスで22.7万人、居宅介護で18.3万人であった。

また、相談支援事業所の利用者は、約17.3万人であり、利用者数の利用率³¹はおおよそ10%であった。ただし、障害福祉サービスを複数、利用している人もいるので、実際の利用率はもう少し高い結果となる。

これらサービス事業所の推移は年々増加傾向にあり、2000年の社会福祉基礎構造改革以降、民間企業を含む多様なサービス提供主体の参入が推進されたことで、障害福祉サービス事業所は漸次、増加してきた。それは、2007年と2019年の12年間で事業所数が3.26倍になったことから明らかである（図表8）。

図表8 障害福祉事業所数の推移

	2007年	2010年	2014年	2019年
事業所数	37,400	48,300	86,000	122,000

（出所）厚生労働省「障害福祉分野の最近の動向」（2020）

一方、2017年介護保険法改正では、介護保険または障害福祉のいずれかの訪問系・通所系・短期入所系のサービスの指定を受けている事業所でも、いずれかの制度における訪問系・通所系・短期入所系のサービスの指定も受けやすくする「（共生型）居宅サービスの指定の特例」が設けられた。

³⁰ <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000733750.pdf>（2022.9.27参照）

³¹ 計画相談支援利用者数÷（全事業所利用者数-計画相談利用者数）によって算出された値。

前述した、障害者総合支援法第7条により、高齢化した障害者には介護サービスが優先されることになるが、介護保険制度と障害福祉制度によるサービスの利用は、大きく異なっていた³²。

このため、障害者の高齢化を見越し、利用者が相互乗り入れできるような制度設計が要請され、2016年に障害者総合支援法と介護保険法の改正がなされ、「共生型サービス」が創設された。これにより、障害者が高齢期を迎えても、それまで利用してきた障害福祉サービス事業所が実施する共生型「介護保険サービス」を利用でき、障害児・者が、日常生活圏域内で介護保険サービス事業所の行う共生型「障害福祉サービス」を利用できるとされた。

図表9 共生型サービスの請求事業所数（令和3年11月審査分）

種類	共生型の 請求事業所数	全体の 請求事業所数	割合(%)
介護保険サービス	148	87,914	0.17
障害福祉サービス	772	46,929	1.65
障害児サービス	131	26,453	0.50

（出所）厚生労働省「都道府県・指定都市に対する共生型サービスに係る実態調査」（2022）

この状況に対し、厚生労働省は、令和3年度に都道府県・指定都市における共生型介護保険サービス・共生型障害福祉サービスの普及の考え方に関する調査を実施し、共生型介護保険サービスについては、「これまでも普及をすすめており、今後も継続して普及をすすめたい」（都道府県 44.7%）、「これまでも普及をすすめておらず、今後もすすめるつもりはない」（都道府県 42.6%）と意見が拮抗していることがわかった。

同様に、共生型障害福祉サービスについても「これまでも普及をすすめており、今後も継続して普及をすすめたい」（都道府県 55.3%）、「これまでも普及をすすめておらず、今後もすすめるつもりはない」（都道府県 25.5%）と示され、推進する意向が半数を超えているものの、4分の1は推進するつもりはないとの回答が示された。

さらに、制度開始当初から、共生型サービスの普及を行っておらず、今後行う予定がないと回答した都道府県では、「高齢者やその家族、関係団体から、共生型介護保険サービスの普及を望む声がない」（都道府県 55.0%）が最も多いこと、その理由として、共生型障害福祉サービスは、「介護保険サービス事業者や関係団体から、共生型障害福祉サービスを開始するにあたっての支援を望む声がない」（都道府県 75.0%）が最も多

³² https://www.nli-research.co.jp/files/topics/66176_ext_18_0.pdf?site=nli (2022.10.16 参照)

いといったデータが公表された³³。

このような現状は、介護保険サービス事業所が共生型障害福祉サービスの指定申請に取り組むにあたっての課題として、「介護保険サービス事業所の管理者や職員向け研修等の充実強化」が 24.9%で最も割合が高いことから、共生型サービスは、その具体的な提供方法や、必要とされる技術のあり様が示されていないこと、「加算算定に必要な職員配置要件の緩和」が 22.9%、「施設、設備の指定基準の緩和」が 20.5%³⁴と示されたことから鑑みれば、高齢化した障害者の受け入れは、介護保険制度側の事業所にとって、どのような対応をすればよいのかわからないことが課題といえる。

これは、受け入れの困難さは容易に予想できるのに対して、「加算算定に必要な職員配置要件の緩和」がほとんどないことへの不満が示されているとも解釈できる。いずれにしても、現時点において、共生型サービスは、障害者の高齢化に対応できるサービスとしては、ほとんど機能していない状況にある。

（3）共生型サービスの普及のための方策

高齢化も含めた障害特性の多様化を理解し、障害者にとって適切なサービスを提供するためには、障害者の生活を把握し、時々の障害の状態や共に暮らす介護者の生活状況も把握しなければならない。先行研究においても、家庭での過ごし方に関する情報は、重要との指摘（松本 2021）がある。また、筒井（2018）は、医療や介護等の各種の共助サービスだけでなく、インフォーマルサービスを組んだ生活支援サービスを複合的に組み合わせていくためには、2018 年度に改正された共生型サービスの活用は重要と指摘している。

しかし、現実には、共生型サービスの提供はほとんどなされておらず、このような現状を危惧した厚生労働省も、このサービスの普及啓発に関する調査研究も実施してきたが、思うような成果はあがっていない。

未だに、共生型サービスを提供する事業所数が少なく、前述したように自治体でもその取り組みへの意識は大きく異なっている。また利用者負担や制度を超えた多職種連携についてサービス事業者や利用者に混乱を招いているとの指摘もある（和田 2018；山下 2018）。

また、このサービス提供にあたっては、計画書作成が必要となる。これは、介護保険制度では「介護支援専門員」が、障害者総合支援法における「相談支援専門員」が、そ

³³ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398_00016.html (2022. 10. 16 参照)

³⁴ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2020). 令和元年度老人保健健康増進等事業共生型サービスの実態把握及び普及啓発に関する調査研究事業報告書 p 141

それぞれの制度の中で、サービス調整を行い、支援計画書を作成している。このため、新たな共生型サービスの普及にあたっては、共生型サービスを必要とする利用者への計画書作成のあり方が重要となると考えられる。さらに、「加齢に伴う適応行動の変化を把握し的確な支援を行っていくためにアセスメントは不可欠である」(島田 2020) という指摘がなされているように、加齢に伴う状態の変化の把握とその具体的な支援策のためには、介護支援専門員や相談支援専門員のアセスメント能力の向上が求められる。

加えて、共生型サービスを行う際の報酬額は、共生型サービスを提供しても高くなるわけではなく、積極的に取り組むメリットが少ないと考えられている。

つまり、共生型サービスを提供しようとする事業所は、新たな人材の確保でなく、このサービスを担える職員の育成という課題を抱えている。しかし、これまでに育成のための方法論の提示はされておらず、これに要する費用などへの補助もほとんどされていないのである。

人材確保が年々、厳しさを増す中で、共生型サービスは、現行の障害福祉サービスと介護サービスを提供している介護福祉士等の専門職にさらなるアップスキリングを要求することになる。しかも、このアップスキリングは、事業所内での OJT が前提となるが、障害福祉サービス事業所における OJT は、先行研究がほとんど示されておらず、その実態も明らかではない。

このような状況において、これから共生型サービスの普及をするためには、すでに介護分野で実施されている OJT の一環としての介護キャリア段位制度(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)³⁵を参考に、共生型サービスのアップスキリングを目指す仕組みを早急に創ることが求められるものと考えられる。

具体的には、高齢障害者への対応に関するノウハウ、技術伝達を容易にするための仕組みを両分野の関係者が共に検討する機会をつくり、共生型サービスに関わるアップスキリングを目指す仕組みを構築すべきである。そして、この仕組みを創る過程で、障害や介護の事業所ごとに蓄積されてきた高齢障害者に対する多様な技術体系を整理し、両者のサービス提供者が共有することで、共生型サービスが実装化されることが期待される。

共生型サービスを提供する事業所の職員のアップスキリングには、元々、障害があつて高齢化した利用者の介護と、高齢期に介護が必要となった方の2つの側面からのアプローチがあり、介護が必要となった過程が異なる利用者の支援を行わなければな

³⁵ 介護キャリア段位制度は、2012年に内閣府が創設した介護分野における職業能力を評価・認定する仕組み。2014年までは内閣府が実施し、2015年以降は厚生労働省の主管となった。このキャリア段位制度を導入する目的は、企業や事業所ごとにバラバラだった従業員の評価基準を統一し、人材の育成や定着の推進につなげることにある。

らない。前者と後者の介護を比較すると、後者は、介護保険制度の中で利用されているアップスキリング的な介護キャリア段位制度がある。この制度下では、介護技術は難易度毎に段階が整理されており、最終的に必要とされる技術が積み上がっていくという技術訓練が OJT として整備され、体系的な技術取得ができるようになっている。しかし、前者の場合は、障害種別によって技術が異なり、障害の特性にあった介護方法に関する知識と技術を同時に学ぶ必要がある。しかし、これらの技術獲得にあたっては、事業所内の介護経験を積むだけでなく、各種の障害に対する技術の理解を深める体系的な OFF-JT を補完していかなければならない。例えば、重度の知的障害のある人の支援に関する研修では、強度行動障害の理解、自閉症における TEACCH プログラムや、精神障害における SST 等の研修はあるものの、いずれも障害種別の研修体系となっているため、職員は複数回の受講をしなければならない。これには、時間も費用もかかるため、十分な研修を職員が受けることは、困難な状況にある。

一方、利用者の視点からみると共生型サービスは、利用者が営んできたこれまでの生活と、現状の生活の状況の違いについて、それぞれの利用者に合わせて理解による支援の検討は共通しているため、両者の支援目的は同じといえ（谷口 2014）、利用者特性を踏まえたサービスのあり方を改善させる契機となる可能性もある。

以上のように共生型サービスの研修には、高齢化による障害の程度だけでなく、その障害特性の違いに対応できる技術習得を目的とすることになる。この研修で先行する高齢者福祉で実施されてきたキャリア段位が活用できれば、高齢者・障害者の両方の特性に応じた支援技術の体系化にもつながると考えられる。これは、同サービスを提供する職員にとってだけでなく、このサービスの利用者にも有益なものとなると考える。

5. おわりに

本稿では、共生型サービス成立の背景、現状と課題、これからの方向性を考察した。この結果、共生型サービスを提供する職員の技術やアセスメント能力の向上を目指した研修体制の整備や、報酬に関わる点など、今後、解決しなければならない多くの点があることが示された。

一方、このサービスの現状については、本稿で示した厚生労働省等の量的データや自治体アンケート調査だけでなく、障害、介護サービスの両事業所に対する共生型サ

ービスの実施上の困難さ等、現場の声を集めた実地調査や、また、これを利用する障害者からの意見の収集等、質的データ等の収集が必要と考えられ、これらを分析した多角的な視点からの検討が今度の課題といえる。

参考文献（引用含む）

石野美也子 張貞京 2014「入所施設における知的障害者の高齢化の課題」京都文教短期大学研究紀要第 52 巻, 25-34.

茨木尚子 2017「市町村による障害者支援：ポスト障害者総合支援法の課題」社会保障研究第 1 巻第 4 号, 762-777.

植戸貴子 2020「中高年知的障害者と高齢の親の同居家族」発達障害研究第 42 巻第 3 号, 216-224.

小澤温 2018「障害者福祉制度の近年の動向と課題」社会保障研究第 2 巻第 4 号, 442-454.

木下大生 2020「知的障害者の高齢化を特集するにあたって」発達障害研究第 42 巻第 3 号, 179-180.

木原秀樹 中野尚子 2010「早産・低出生体重児のより良い発達を支援するために」『赤ちゃん学会 ベビーサイエンス』第 9 巻第 6 号, 11-13.

厚生労働省 2015「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現」新たな福祉サービスのシステム等の在り方検討プロジェクトチーム

厚生労働省 2017「第 2 回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」

島田博祐 2020「知的障害者の加齢に伴う適応行動の変化と関連要因について」発達障害研究第 42 巻第 3 号, 188-195.

谷口泰司 2010「障害福祉サービス提供基盤の地域格差に関する一考察—移動支援事業の実態調査を通じて—」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』13 巻, 119-126.

谷口泰司 2014「高齢期にある知的障害者の生活課題に関する一考察」社会福祉学部研究紀要第 18 巻第 1 号, 15-24. (P22)

筒井孝子 2020『筒井孝子論考集』カイ書林, 65-80. 482-489.

内閣府 2022『高齢社会白書』, 9-10.

内閣府 2020『障害者白書』, 234-244.

藤原伸夫 2022「障害者福祉の変遷と共同生活援助の一考察」福祉臨床学科紀要第 19 巻, 23-34.

松本将八 2021「障害福祉サービスにおける人材育成の評価 WHO-DAS2.0 の活用」2021 年
地域連携卒業研究助成 西兵庫信用金庫

宮本みち子 (2017)「失われた 20 年若者世代の貧困-非婚女性の実態から-」都市社会
研究, 48.

山下利恵子 2018「共生型サービス創設についての一考察」鹿児島国際大学福祉社会学
部論集第 37 巻第 3 号, 38-47.

結城康博 2001「措置から契約へと移行する新たな社会福祉制度の課題」保健医療社会
学論集第 12 号, 58-68.

和田謙一郎 2018「共生型サービスの障害者サービスに対する影響についての考察」四
天王寺大学紀要 第 66 号, 75-89.