

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

—視覚障害者への影響を中心に—

A Study on Influence to Disabled Service of the Symbiotic Service

和田 謙一郎

Kenichiro WADA

要旨

本稿は、主に視覚障害者が65歳に達した場合に介護保険制度・障害者総合支援制度がどのように適用されるのかを念頭に、高齢・障害双方の在宅サービスを担う「共生型サービス」の位置づけと、高齢障害者がそれをいかに適切に利用可能としていくのか、それらを検討するものである。65歳問題と共生型サービスは、普遍化されたニーズとそれに応えるサービスに更に特化したサービスを加えるものとはいえない。長年、難病等の疾病や各種障害、そして高齢について個別に制度運用と適用されてきたものが、地域共生の名の下で、在宅サービスに限り社会保障費抑制策としてサービスを普遍化するものと言っても過言ではない。その普遍化とは、市場原理と所得再分配機能が混在するものになる。運営する側の自治体も、サービスの担い手となる事業者も、そしてサービス利用者も、この混乱ぶりを重く感じているのである。

キーワード：65歳問題、共生型サービス、視覚障害者、介護保険法、障害者総合支援法

1. はじめに

わが国の社会保障制度は、その体系の根拠となる法典をもたない。わが国の社会保障制度とは、敗戦後の混乱期、現代社会保障の創成期に原初的なニーズに対応し、すでに個別化されているニーズに対応し続けてきた制度⁽¹⁾の積み重ねに過ぎない。抽象的な生存権(憲法第25条)にかかわる個別ニーズに対して、その都度、各種の社会保障関係法令で具体化し続けたのである⁽²⁾。そこでは、経済変動など時系列別に生じる法令間の矛盾の存在は否定できない。法典が存在しないなかで、後付けの形で社会保障制度にかかわる各種法令を創設し続け、法改正を繰り返してきた結果、それらの制度は相当に疲弊し各制度間の矛盾も大きくなり続けてきたのである。

一方、原初的なニーズ、分化したニーズへの対応を経て、「国民皆保険・国民皆年金」「基礎年金」の形や、「介護保険」「障害者自立支援、後の障害者総合支援」の名の下で一応は普遍的な基準を示してきたことも事実である。もっとも、それらは根拠となる法典が存在するなかでの普遍化を意味するものではない。元々分化している状態で発生したニーズへの立法が、おおまかな社会保障法⁽³⁾として長年積み重ねられ、ある程度の不備を認めつつも普遍化が進められてきたものと言える。

ところで、昨今整備されてきた「共生型サービス」⁽⁴⁾は、障害児・者や高齢者の地域社会での生活におけるニーズに応えるサービス提供を包括的に行う要素がある一方、膨張する社会保障財政を抑制するという合理化策も含まれていると考えられる。

社会保障審議会介護給付費分科会の各審議報告⁽⁵⁾は、団塊の世代のすべてが75歳以上になる2025年に向けて医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していく重要性を唱え、平成29年の制度改正で「医療・介護の連携」「地域共生社会の実現に向けた取組」などを推進した⁽⁶⁾。これは、どちらかという介護保険制度中心の審議であり、障害者サービスについての言及は特に目立たない。しかし、在宅における共生型サービスの実現に向けた取り組みの推進の説明となると、障害者が65歳に達した場合、すなわち、障害者が介護保険第1号被保険者となり、障害福祉サービスの利用から介護保険の利用が主体となる場合の高齢・障害双方のサービスの担い手となる事業者側の環境変化についての言及がある⁽⁷⁾。いずれにしても、高齢障害者の共生型サービス利用といえども、それは、介護保険の利用を前提・原則としている。

本稿は、以上を念頭に置き、障害者（特に視覚障害者）が65歳に達した場合に予想される問題（以下、原則として「65歳問題」と示す）を探り、また、共生型サービスに潜む一部の危険性を指摘し若干の検討を試みることにする。

2. 各種障害とライフステージ

1) ライフステージと、障害者サービス・高齢者介護サービス

まずは、高齢化する視覚障害者に対するサービスの変化を中心に眺め、そこに存在する問題にアプローチする。そのためにも、在宅の視覚障害者が強制的に介護保険法下のサービス利用に切り替えられる65歳問題と、共生型サービスの関係を考えてみる。

障害者（障害児については原則として18歳に達するまで）となる事実は、ライフステージのどの段階においても発生可能性があるが、介護保険制度上の65歳とはあくまでも年齢が根拠である。これらだけの前提であれば、障害者サービスは、ライフステージのどの段階でも利用できることになる。一方、介護保険制度は年齢を前提とした介護ニーズという事実に備える社会保険である。そのため、40歳以上65歳未満の医療保険加入である第2号被保険者となる者は、介護保険料を負担しつつも、実際の介護保険給付となると、加齢を原因とした16の特定疾病に限定されるなど制約がある。もっとも、65歳に達した介護保険第1号被保険者は、年齢のみで加齢が証明されているので、端的に述べれば、疾病・負傷が原因であっても、障害が原因であっても、あるいは高齢による生活問題⁽⁸⁾が原因であっても、「要支援・要介護状態」の確認が行われると介護保険給付の受給が可能になる。つまり、特定疾病を除くと介護保険制度とは財源確保の観点からの世代間扶養の要素が強く、一方、障害者福祉と介護保険は、事実を重視するか年齢を重視するかにより、制度上、分離したものになっているのである。もちろん、双方のサービスには目的の異なるものもあるが、「介護」の観点からは類似するものもある。そのようななかで、制度の分離、優先、併給を使い分けることにより、障害と高齢という「またぎ」が生じるライフステージ下におけるニーズに対応してきたわけである。

元来、社会保障制度は社会保険を中心に整備したものであり、社会保険方式を採用した介護保険法の下でのサービス利用に重点を置きつつあることは、自然な流れと捉えられる。そこで、地域における高齢障害者のニーズに対応するための共生型サービスの創設も、社会保険方式で対応することも自然な流れと捉えることも可能である。

しかしながら、介護サービスなど現物給付を適切に行うためには、財源の確保はもちろん、場所の確保（場所）、人材の養成（人）、そしてサービス提供（モノ）のための環境設定が必要となる。ところが現状では、共生型サービスの具体的な担い手となる事業所は、障害福祉サービス事業所と介護保険事業所双方の機能を持つものとされ、サービス提供のためのひとつの事業所が、障害福祉の社会保険双方の担い手となるという、あまり前例のない形態をとることになる。ここでは、仮に以前と同様の給付を行う内容であれば人材についての混乱は生じないであろうが、それでも、障害者総合支援法による報酬単価と介護保険法による報酬単価も異なるという混乱が生じる可能性もある⁽⁹⁾。

ちなみに、障害者と高齢者へのサービスの質が異なる場合や専門的な人材の確保が難しくければ、障害者総合支援制度と介護保険制度、それぞれの事業所が生き残りのために合併を試みる可能性もあると考える。

他方、サービス利用者となる高齢障害者が、まずは自身を高齢者と位置づけて利用を希望するサービスは介護保険法下によるものと考えても、実際のサービス利用となると、高齢、障害に関係する、縦（介護保険法下のサービス利用）、斜め（介護保険法下のサービス利用を優先しつつも障害者総合支援法下のサービス利用も可能）、横（年齢に関係なく障害者として、依然として障害者総合支援法下のサービス利用が可能）の関係について、何を選択することが適切なのか、あるいは、自身のために何を選択したら良いのか難解なものになってしまう。一方、サービスを提供する事業者としては、報酬単価が高額な利用を求めるという矛盾が生じ得る。

共生型サービス創設に対して、また65歳問題についても、運営主体・保険者である自治体が「年齢」を重視した画一的な法令の解釈、あるいは運用や適用を行うと、元来、生活歴が異なり、貯蓄、家族形態、また、介護保険制度の前提にある公的年金給付も異なる高齢障害者の生活に大きな不利益を与える虞がある。サービス提供の合理化と、サービス利用時の自己負担（なお、この点については、平成30年1月10日に厚労省が「高額障害福祉サービス等給付費等の新制度について」「高額障害福祉サービス等給付費等と年間高額介護サービス費及び高額医療合算介護サービス費の併給調整について」など、各自治体に高齢障害者についての軽減措置を通知した⁽¹⁰⁾）により、ここでは、65歳に達した視覚障害者等が、以前と同様な日常の活動を思うように行うことができなくなる可能性が生じるのである。

2) 視覚障害者にとってのサービスとは

ここでは、視覚障害者が65歳に達しても、加齢と直結はしていない視覚障害（高齢者特有の視覚障害以外のもの）について、今後も障害者総合支援法下のサービス利用の現状維持が可能なのかを考えることにする。このことは、視覚障害者が不安なく以前と同様のサービス利用が可能になるかの検討につながる。運営主体・保険者である自治体の法令や厚労省のガイドラインの解釈、あるいは運用や適用方法により、それらが可能となるのか、結果として、サービス利用者

である高齢視覚障害者に不利益が生じる可能性の有無も念頭に置く。

なお、本稿は、主に先天的な（若年時代からの）重度視覚障害のある者のサービス利用に留意するが、必要に応じて、後天的な視覚障害、進行性・慢性疾患を原因とする視覚障害にも適宜触れることにする。

人のライフステージと視覚障害の発生時期を考えると、どの段階で視覚障害が生じたかにより、視覚障害者の「身辺自立」「社会的自立」「経済的自立」そして「自己実現」に向かうための障壁も、年代別それぞれに存在している。そこでは、人々が社会に参加してつながりをつくっていくための障壁を取り除くための職業訓練等の充実など施策は当然としつつも⁽¹¹⁾、自ら障壁を克服するための個別なリハビリテーションが必要となる⁽¹²⁾。そのリハビリテーションのニーズは画一的なものとはいえない。また、周辺の社会保障制度適用にも相違が生じてくる。そこでは、視覚障害者もその家族も、どのサービスを優先して利用するかということ、及び、それらサービスの組み合わせに悩むことになる。

あわせて、視覚障害の原因となった「負傷・疾病」と「障害」が併行しつつ、「65歳問題」という年齢を考えると、視覚障害者の生活のなかで発生する生活困難にかかわる各種の原因として、ライフステージ別にそれら割合が刻々と変化しているという現象が生じる。この問題に対する公的給付は、成人を中心に考えるならば、医療保険を中心とした医療保障と、障害者総合支援法など障害者福祉、あるいは障害年金など所得保障、そして介護保険など高齢者福祉、老齢年金など所得保障という形で対応しているが、そこでは、縦割り行政の弊害がそのまま存在する。したがって、サービス利用にかかわる縦、斜め、横の関係は、もちろん支援者の支援もあろうが、本人の判断にもある程度委ねられている傾向がある。

具体的には、視覚障害者への積極的な所得保障は、その障害の程度にもよるが、公的年金については20歳に達する前に初診日のある者については、その障害の程度に応じて1・2級障害基礎年金の支給（非課税）がある。20歳に達した後の障害発生であれば、障害基礎年金のみの支給⁽¹³⁾か、被用者（厚生・共済）に対する障害厚生（共済）年金がある。後者は、標準報酬月額や保険料納付期間の変化、つまり就労の状態により支給額が異なるのである。

ちなみに、高齢者になった後にその者が視覚障害者になっても、老齢年金（基礎・厚生・退職）の支給になる（老齢年金は、雑所得として課税される場合がある）。

一方、現物給付の形をとりつつも、給付内容に違いはあっても年齢に関係なく応能負担という形をとる消極的な所得保障の形をとる障害児・者への給付がある。さらに、各種負担減免など、様々な消極的な所得保障が存在する⁽¹⁴⁾。もちろん、稼働能力のある者に対しての就労支援そのものも消極的な所得保障になる。

視覚障害者への医療保障については、その障害の程度にもよるが、公的医療保険の適用を前提としつつも各自治体が実施する障害者医療など公費負担医療の対象（これらも、消極的な所得保障に該当する）となる⁽¹⁵⁾。いわゆる難病医療法の対象となる難病が原因である進行性の視覚障害であれば、難病医療法下の医療給付（自己負担の減額など）の対象にもなる⁽¹⁶⁾。生活困窮者であれば、医療扶助の対象となる。

視覚障害者への介護保障（ここでは、広く介助と捉える）は、先の所得保障と医療保障の給付が前

提となる介護保障の検討となるが、高齢者介護や重度障害者介護というよりも、たとえば外出時の支援等が中心となり、その視覚障害が先天的なものなのか、それとも中途障害かにより訓練給付など支援内容が異なる。特に中途視覚障害者（進行性も含む）については、視覚障害を受け入れる時のケアや生活場面での訓練が必要になる。

外出時の支援としては、介護保険法下では要介護度を重度化させないため（あるいは現状を維持するため）にも要支援者への介護予防が存在するが、一方、中途視覚障害者の場合には、移動手段を的確に利用するための訓練給付を必要とする。当然に、それら双方のサービスは性格が異なり、担い手も専門性が異なる人材が必要になる。

確かに膨張する社会保障財政としては、一元化された合理的な財政運営が必要とされるが、このことは逆に、サービス提供は簡素化されやすいという可能性もある。つまり、地域における障害者と高齢者の共生を考えたとしても、共生型サービスの名の下で、障害よりも65歳という年齢のみを強調しすぎたものになると、65歳に達した視覚障害者と、65歳の認知症高齢者が、同じ介護保険制度の適用を受けサービス内容も一元化される可能性があるのである。ここでは、障害の個別性を考えたサービスの選択が難しくなる。このような相違が明確ななかで、さらに視覚障害者は、介護保険法下では要介護認定そのものは比較的軽く⁽¹⁷⁾、高齢視覚障害者は、介護保険法下でのサービス利用での変化に戸惑う時期を迎えることになるのである。

サービス利用にも、サービス従業者の要件等についても、ある程度の経過措置を設け続けられることが考えられるが⁽¹⁸⁾、視覚障害者が介護保険法下の共生型サービスを利用する場合は、それらの者の生活が一変するという可能性を意識することになる。

3. 視覚障害者にとっての同行援護・身体介護など

若干、高齢障害者の動向に触れておく。居宅の身体障害者である386.4万人（平成23年）のうち、65歳以上は265.5万人（68.7%）となっている。わが国の総人口に占める65歳以上人口の割合はこの調査が行われた当時23.3%（平成23年）であり、身体障害者の高齢化が著しいことを示している⁽¹⁹⁾。

次に、居宅の知的障害者である62.2万人（平成23年）のうち、65歳以上は5.8万人（9.3%）となっている。もっとも大部分の知的障害は児童期に現れ、児童期以降の新たな知的障害は少なく（ただし、児童期に療育手帳を取得していなかった例はある）、身体障害者の高齢化とは異なる特徴があることも留意事項である⁽²⁰⁾。

最後に、精神障害者（外来）である361.1万人（平成26年）のうち、65歳以上は132.4万人（36.7%）となっている。65歳以上の割合は増加傾向にある⁽²¹⁾。

ところで、（福）日本盲人会連合は、「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等」⁽²²⁾では、筆者なりに先に示した「身体障害者（そのうちの視覚障害者）の高齢化」を念頭に置きつつポイントを絞ると、65歳問題に関係する部分については以下のような指摘を行っている。

「障害」という観点からのものでは、中途視覚障害者の訓練のニーズをあげる。この目的には、もちろん外出時の安全確保も含まれている。視覚リハビリテーションは訓練等給付の自立訓練（機能訓練）の中に位置づけられたサービスであるが、それを担う事業所が少なく、視覚障

害者もサービスを思うように利用できていない。そのために、中途視覚障害者らに対する視覚リハビリテーションは、自治体による中途失明者緊急生活訓練事業等の実施に傾いている現状がある。ちなみに訪問での訓練の必要性も主張され、移動に制限のある視覚障害者からのニーズが高い⁽²³⁾。

なお、障害者の高齢化にともない視覚リハビリテーションを受けた年齢にも変化が生じている。厚生労働省の平成28年度障害者総合福祉推進事業、視覚障害者のニーズに対応した機能訓練事業所の効果的・効率的な運営の在り方に関する調査研究事業による調査では、次のようになっている。訓練を受ける前の生活の場所は「自宅」が98%であり⁽²⁴⁾、また、訓練を受けた年齢については、機能訓練施設で機能訓練を受けた年齢が59歳以下は62%、60代が23%、70代が13%、80代以降が2%、機能訓練以外の施設によるものでは、59歳以下が46%、60代が26%、70代が19%、80代以降が9%となっている⁽²⁵⁾。

以上では、視覚障害者の高齢化にともなうニーズが目立つが、機能訓練施設としては、利用者が各地に点在し確保が難しいということがある反面、利用者対応の時間の確保が困難、専門家の確保が困難、採算がとれず経営が困難など課題も多い。特に際立つ課題としてあげられるものは、通所に対する同行援護の利用制限であった⁽²⁶⁾。

視覚障害の発生時期にもよるが、たとえ居宅における身辺自立はある程度自立ができていても、視覚障害者は同行援護の必要性を訴える。日本盲人会連合は「同行援護の本質は、命にも係る安全の確保に加え、生活においても必要な理解、判断、管理に役立つ情報までも提供することである。それには、安全を担保する技術と、視覚障害当事者を理解し尊重した高度な判断力、倫理観に基づいた情報が必要である」ことを強調する。もっとも、障害者総合支援法下の単価は、身体介護を伴う・伴わないが基準設定となり、他方、介護保険では自立支援のための見守りも身体介護とする。同行援護は身体介護を伴う以上の単価を要するが、実際には身体介護を伴わないとして算定されていることを懸念している⁽²⁷⁾のである。

これらを念頭に置きつつも、65歳問題については「視覚障害者の場合、支給区分は低く、低所得者が大半であるにもかかわらず、障害福祉サービスの際に発生しなかった負担が発生する。65歳以降でも、障害福祉サービスとしての居宅の介護が利用できるにもかかわらず、自治体の無理解により、強制的に介護保険への切り替えが行われる。視覚障害者が求める居宅介護は、一般的な介護とは異なる内容が多く、介護保険では対応ができない内容が多い（情報提供、代筆代読、等）」⁽²⁸⁾とする。

そして、65歳問題と共生型サービスについては、「65歳問題を解決し、当事者の希望で障害福祉サービスの『居宅介護』が受けられるようにしてほしい。今後の共生型サービスの実施において、視覚障害者の特性を理解した制度設計を行って欲しい」⁽²⁹⁾とする。明らかに不安を隠せない状態であり、共生型サービスを積極的な評価をしているとは考えられない。

視覚障害者にとっての65歳問題とは、同行援護と身体介護について、「共生」を考えれば、障害者総合支援法と介護保険法の併存の形が望ましい。視覚障害者は、要介護・要支援認定が比較的軽い中での介護保険サービスの優先とは、自己実現を目指す障害高齢者の望むものにはなっていない。同行援護、移動支援事業、介護保険法の下サービス（家事援助や外出支援など）利

用の目的の相違を明確にしなくてはならないのである。

4. 改めて視覚障害者についての65歳問題を考える

1) 視覚障害者のサービス利用方法の変化

寝たきりや認知症の対応など家族介護、老老介護の疲弊を重要視し、社会全体による介護を目指し施行された高齢者介護を中心に捉える介護保険法施行時から、障害児・者サービスの提供の方法にも変化が生じていた。障害児・者サービスは、措置によるものから、一時、支援費制度（居宅サービス）を経験し、そして、視覚障害に対するものであれば、障害者総合支援法下の「同行援護（当初は知的障害者や精神障害者を対象とした行動援護が先行していた）」「移動支援事業」等の利用を、適用除外者を除き介護保険料を負担しつつも、介護保険法の下でのサービス利用を必要としない者が多数存在した。しかし、それでも視覚障害者としてのサービス利用が当然に必要であった。

元来、措置によるものは行政側のサービス本位であり、サービス利用については応能負担といえども反射的な利益と位置づけられる。支援費制度は、応能負担も維持しつつも契約を念頭に置いた。しかし、支援費制度は、支援者の身体障害者に対する居酒屋への同行など利用の方法に問題を指摘された。もっとも、私見としては「契約」と「応能負担」を考えた場合、また措置によるサービスと比較すると、支援費制度は、障害者の引きこもりを予防し、同じ思いを持つ者同士が少しでも寄り添うことができ、自身にとって興味のないディサービスを利用するよりも、視覚障害者に的確に対応するサービスを利用しつつ自分らしく生きていくという自己決定が尊重された制度であったと考えている。その後の障害者自立支援法下では、サービス利用については「応益負担」が導入され、これは早期に稼働能力が相当に低下している障害者の生活を軽視するものになった。可能な限り働こうとする障害者が存在しても、授産施設の利用（ここにも応益負担が生じる）にさえも抵抗を持ち、大きな批判が集まることになる。

高齢になり要介護・要支援になった者の生涯賃金や貯蓄、年金（特に被用者年金）、そこでのある程度の家族による援助と、早期の段階から障害者である者の生涯賃金や貯蓄、年金（この場合、大部分の方は障害基礎年金）には、大きな違いがある。つまり、障害者自立支援法による応益負担とは、サービス利用の結果として生活困窮に陥る可能性を示し、生活保護法（第4条）の他法他施策優先原理にも逆行するものになったのである⁽³⁰⁾。仮に「自立」という言葉を強調するサービス利用と負担であるならば、生活困窮である者、そうではない者を問わずに、障害者に対するサービスと、加齢を原因とする介護ニーズのある高齢者に対するサービスとの間では、目的も大きく異なることになるはずである。しかしながら、それらも軽視されていたのである。

以上は、障害別、その程度による就労の難しさにも大きな差を生じさせ、身体障害者の間でも、障害の部位により就労の難しさに差がつく結果、生涯賃金や貯蓄、年金（この場合は厚生年金部分）にも差を示した。結局は、身体障害者間のサービス利用や負担の結果の生活不安にも大きな相違を感じさせることになったのである。

なお、国側は当初、介護保険法と障害者自立支援法の「介護部分」について社会保険方式で統合する考えを持っていたが⁽³¹⁾、「加齢による要介護・要支援」という事実と、「年齢を問わ

ない障害（知的については、ある程度、若年層からとなる）」の発生という事実を、所得保障を除く現物給付部分では、結果としては同じ枠内で捉えることが難しいという結論につながっていく。

元来、社会保険には、「障害」という事実が該当したあとの加入・給付（障害基礎年金）もあるが、これは国民皆保険という目的達成のためである。一方、それまでの生活歴が大きく異なる者の現物給付を中心としたサービス利用とそこでの利用者負担は、社会保険は応益負担を原則としているのである。

2) 視覚障害、あるいは特異な障害に対するサービス提供の担い手

社会保障制度の下での現物給付を考える場合、拋出制であるか否かを問わず受給する場合、医療を例とするならば、その医療機関は健康保険や国民健康保険、労災保険、生活保護等の指定を受け、受給そのものの内容は細分化されていたとしても、ひとつの制度からひとりに対して必要な給付が行われる。もちろん混合診療のように、医療保険の適用と自己負担が併行する場合はあるが、いわば、必要以上の現物給付を二重に提供しない形になっている。これらの点は所得保障との相違であり、医療保険と労災保険の組み合わせや、医療保険と生活保護（医療扶助）の現物給付の組み合わせを必要としない。

また、福祉施設に入所している者でも、生活そのものとは別に医療給付の受給となると医療保険の給付や医療扶助の給付となる。もっとも、一部の障害者総合支援の場合（重度障害児・者）には、広義の公的扶助の要素を持ち、生活の場所と医療の公的給付が一体化して総合的な給付が行われる。

ところが、在宅サービスとしての共生型サービスを担う事業者とは、ひとつの事業者が、社会保険としての介護保険の担い手としての指定を受け、また、障害者福祉の担い手として指定を受けるといふ、現物給付について社会保険と障害者総合支援法の相互の担い手となることを意味する。これは、ある程度は市場原理が働く介護保険制度と、ある程度は所得再分配機能の働く障害者総合支援制度の双方の担い手となること示す。この点、市場原理から考えれば事業者は、似たサービスであれば、介護保険優先とは言え障害者総合支援法双方利用可の共生型サービス指定の下、報酬単価の高いサービスの利用を願うことになる。しかし、所得再分配機能を考えると、当然に報酬単価よりも地域の障害者の不安を取り除かなくてはならない。また、そのためには、障害者総合支援法下の同行援護、移動支援、介護保険法下の訪問介護系サービスでは担い手の基準も異なるなかで、人材確保・養成も必須となる。

ちなみに、訪問介護を例としても、要介護高齢者にとってみれば自身の部屋を整理してもらうことが望まれたサービスとなっても、視覚障害にとってみれば備品の場所を訪問介護者の一方的な判断で移動させられてしまうと、サービスを利用しつつも逆に生活上の不便を感じることになる。介助者が適切と考えるサービスでも、それは提供者側本位となる。ここに、障害者サービスの担い手と高齢サービスの担い手の間で考え方が異なり混乱が生じる。事業者は、高齢・障害双方を理解した人材をどのように確保していくのか不安も大きい。

一方、事業者の各報酬を考慮し、同様のサービスについては介護保険法下のサービスを報酬単価の高い障害者総合支援法にあわせると、65歳に達した視覚障害者は住民税非課税でありそ

れまでは自己負担が生じなかった者であっても、仮に介護保険の報酬単価が上昇すれば、サービスの量が減少するか、従前の介護保険法に存在していた似たサービスの単価が高額となる虞がある。あるいは、一部では介護保険制度と障害者総合支援制度の併給が考えられても、他方、サービスの量を確保ができていない自治体によっては介護保険と全額自己負担のよる特殊なサービス利用という混合サービスの利用となる可能性がある。今後の動向によっては、結局は、高齢障害者が負担増を強いられるという矛盾が生じる可能性もある⁽³²⁾。

地域包括ケアは、高齢者介護と保健・医療を中心に考えられてきた⁽³³⁾ように思う。これは医療については国民皆保険（一部、医療扶助。なお、75歳、一部65歳に達した重度障害者は自治体が保険者の後期高齢者医療の対象）、65歳に達してからは介護保険第1号被保険者（自治体が保険者）としての皆介護保険（障害者支援施設入所者など一部適用除外）を考えると、社会保険（自治体が保険者）という制度上も財政上も、介護保険導入前の「訪問看護」と「訪問介護」の存在と業務内容と同様に、医療と介護の重複部分にある無駄を抑制したいという考えと、地域における高齢者の医療と介護のニーズに応えるためにも、包括的なサービスが必要であると考えを持っていたと思う。しかし、今回は、そこに視覚障害者をはじめとする障害者サービスを包括していくことになったわけである。

以前の障害者自立支援法に対する訴訟提起⁽³⁴⁾や、それに伴う法改正の結果としての障害者総合支援法施行により、原則、サービス利用時の利用者負担を応能負担に戻し⁽³⁵⁾、現在では、本人・配偶者の所得等を考慮したサービス利用時の応能負担を採用している。

しかしながら本稿でテーマとしている「共生型サービス」の創設と、障害者にとっての「65歳問題」にかかわるものとしては、筆者は具体的に以下のように分けることができると考えている。

- ① 在宅の障害者（障害の原因が、介護保険の特定疾病を原因としない者）が障害者支援施設の入所⁽³⁶⁾を経緯して、65歳に達して改めて介護保険施設の入所（障害者総合支援施設入所の場合には介護保険の適用がないので、この段階で第1号被保険者）となる場合。
- ② 在宅の障害者（当初、在宅のままであれば介護保険第2号被保険者とする。かつ、障害の原因が、介護保険の特定疾病を原因としない者）が65歳に達して、介護保険1号被保険者として、直接、介護保険施設に入所する場合。
- ③ 若年の障害者が65歳に達しても、そのまま障害者支援施設の入所を継続する場合（この場合、介護保険制度の適用がない）。
- ④ 自宅で同行援護の利用などの「介助」のみを必要としている（あるいは、生活上、必要としつつある）視覚障害者（障害者総合支援法下でのサービスを利用している場合としていない場合を想定する）が65歳に達して介護保険第1号被保険者となった時、在宅における介護保険サービス利用の優先が原則となる場合。
- ⑤ 何らかの原因により、例外的な措置の対象となる場合。

視覚障害者であったとしても、入所している施設別に、あるいは施設入所か在宅で生活をし

ているかにより、障害者総合支援法の適用、介護保険法の適用、介護保険法を優先し場合によっては障害者総合支援法の利用が可能になるなど相違が生じる。特に、上記④は視覚障害者に特定しているが、障害者総合支援法にある同行援護は加齢を原因とするサービスとは異なっても、介護保険法下でのサービスが優先される可能性を示す。仮に年齢のみで介護保険法の適用を一律とすると、本来の給付目的が異なる以上に、自己負担の増大など以前の障害者自立支援法に逆行するのである。また、選択可能なコミュニティがそれら「視覚障害者の生きる場」となるにも関わらず⁽³⁷⁾、制度間の「ねじれ」の発生によりかなりの者が自己負担の軽いものを選択し、適切な選択ができなかった者は「生きる場」をも失いかねない。

具体的に成人視覚障害者（居宅）のライフステージを考えると、外出の支援としては障害者総合支援法下での同行援護（援護者の資格要件とサービス単価が高い）、あるいは移動支援事業（自治体により利用限度が異なる、同行援護よりも援護者の資格要件もサービス単価も低い）を利用した場合、障害年金受給のみの所得で住民非課税者であれば応能負担による自己負担はない⁽³⁸⁾。

なお、中途視覚障害者であれば、外出支援を利用するための視覚リハビリテーションが必要となる。つまり、在宅視覚障害者は介護保険料を負担しつつ、介護保険法ではなく障害者総合支援法下での給付（外出関係中心）の受給を必要とする。もっとも視覚障害や同時進行する障害の原因が16の特定疾病であれば介護保険給付の利用優先となるが、介護保険給付はあくまでも加齢を原因とした介護サービスの利用である。そこでは、適用され利用する制度の「またぎ」の関係と、給付の「ねじれ」が生じることになる。そして、65歳に達すると介護保険法下のサービスが優先する形になり、介護中心のサービス提供と応益負担が存在する。しかし、そこでは視覚障害に特化したサービスが存在しない。

一方、65歳に達する以前から障害者総合支援法下でのサービスを利用していた者と、65歳に達した後に加齢を原因とする「介護」ではなく視覚障害を原因とするサービス利用では、自治体の判断により手続きが異なる可能性がある。後者については身体障害者としての認定は可能でも、サービス利用となると介護保険法下でのサービス利用が原則として優先され、介護保険法下での要介護・要支援認定の申請が優先され、そこでのサービス利用が原則になる。ちなみに、後者の場合には所得保障も、障害年金ではなく老齢（退職）年金の受給が多数となり、年金も雑所得として課税対象とされている場合が多く、住民税課税者として保険料負担や高額介護サービス費の上限も異なる可能性がある。

以上の「またぎ」（年齢）と「ねじれ」（所得再分配機能と市場原理）を、いわば、障害者総合支援法と介護保険法が共存する下での共生型サービスとは、「年齢」だけで給付と自己負担を行政側からも利用者側からも判断するものではなく、あくまでも、この「またぎ」と「ねじれ」を普遍的に解決する施策下のサービス、すなわち、障害高齢者が地域で生きる場を支えるサービスへと発達させる必要があるのである。

一方、施設サービスとなると先の①②③のように、住所地特例の問題を除けば、現在は「障害者総合支援法」「介護保険法」「一部の措置」の区別こそが皮肉にも明確になっており、サービス利用も自己負担の考え方も異なるという区別が存在し、脱施設化・地域での生活とは標榜だけになっているといっても過言ではない。

4) 視覚障害者の自己実現に向けての適切なサービス利用

視覚障害は、先天性のもの、ある段階で症状が固定したもの（全盲、光覚、弱視、それらにも程度の差がある）、その者のライフステージに関係なく、現在、症状・障害が進行中のものもあるが、中には視野狭窄が進むなどの視覚障害が進行するものがある。これらは不安をもつ時期も内容も異なり、そのケアが重要であることはもちろん、予後の悪いものについては可能な限りの治療（進行を少しでも遅らせる、障害の程度を現状に維持させる）の必要性、視覚リハビリテーションの準備と活用、視覚障害に対応する各種サービスの利用等が考えられる。その者の年齢が進むことにより疾病の割合が減り障害の割合が増すことにより、本人のサービス利用も、本人のみならず家族に対してのケアの内容も異なっていくことになる。そして、その環境で自己実現を目指していくことになる。

愼英弘によれば、自立とは身辺自立（介助自立や介助を受けながらの自立を含む）、経済的自立（職業の選択、扶助を受けながらも含む。自活の意味）、自己決定（サポートを受けつつの自己決定も含む）、住居や生活の選択、自己責任から構成されているとする。これらを前提として自己実現に向かう、すなわち「生活スタイルを誰からも強制されない」「誰からも虐げられない生活ができる」「現実の生活に本人が納得している」「自分の生活を楽しめる」「最大限自分の希望が叶う」「その希望は社会の人々とふれあう中で叶う」「その叶えられた生活によって幸福感を味わうことができる」こと⁽³⁹⁾とする。

たとえ障害者すべてのニーズに応えることは難しくても、視覚障害のみならず障害者が自己実現に向かうための様々なサービスの存在であり、また、それらの利用のはずである。しかしながら、前述した環境の下で、疾病と障害、高齢を「またぐ」ニーズが存在していても、この点は軽視され続けてきた。共生型サービスの「共生」とは、合理性の追求か、それとも利用者本位を目指すものなのか大きな疑問が残り、何よりも「年齢」のみによる介護保険法の優先という考え方が存在するなかで、「65歳問題」が併行する共生型サービスとは、中途障害であるか否かを問わない視覚障害者が65歳に達したときのケアを的確に行う役割を果たせるとは考え難いことになる。

5. 本稿のまとめ

地域包括ケアのあり方を考えると、その運営形態を考えたもユニバーサルな将来像を探るには、わが国は依然として経験値が少ない。医療の急性期・慢性期と高齢介護の観点で捉え当事者のライフステージを眺めても、どのステージが上位にあるかという縦の関係が成り立つものとは言えない。これらを前提に、介護の主体を社会にシフトし、医療と介護を、医療施設か福祉施設か、それとも在宅かということを中心にして考えられてきた⁽⁴⁰⁾。

ところが本稿をまとめつつ、以前の障害者自立支援法時代以上の矛盾、すなわち、社会保障の発達というよりも逆行を筆者は感じ始めている。現状では、介護保険制度の目的とする本来的な「加齢」を原因とする介護サービスを必要としない視覚障害者が、あくまでも、障害者総合支援法下で生活のための一手段として利用していたサービスを継続して利用を望んだとしても、65歳問題と共生型サービスの存在は、介護保険法下でのサービス利用優先原則により

「年齢」の優先を前提とされる。各経過措置や負担の軽減措置が存在したとしても、視覚障害者は、サービス利用の選択肢と自己負担に大きな不安を感じ続けることになる。何よりも、視覚障害に特化したサービス利用が困難になることに不安を持ち続けるものとする。

さらには、年齢が関係しない一律の自己負担（一部、軽減措置はある）や、サービスを提供する側の報酬の一律化（一部、経過的に障害者総合支援法の報酬に準じていく傾向がある）は、近い将来、視覚障害者独自のサービスの質の低下を招く可能性をもつ。これでは、社会保障の目的とするところのケア（不安を少しでも取り除く）ことに逆行するのである。

ただし、介護保険制度、障害者総合支援制度ともに保険者・運営主体が市町村（特別区）であるために、法令の解釈や、運用、適用を行う際に、同行援護や移動支援事業など視覚障害者が必要とするサービスに適切に寄り添うことができれば、65歳に達した視覚障害者が介護保険第1号被保険者としての保険料負担を行いつつも、「視覚障害特化部分」には障害者総合支援法下でのサービスを利用し、かつ、65歳に達したという「加齢」による要介護・要支援部分については、介護保険法下のサービス利用という併給も可能になるものとする。その点は、視覚障害と高齢という介護計画の作成について、共生型サービスの下でのケアマネジャーの専門性が問われることになる。

もっともこの点も、あまりにも地方自治体の裁量に委ねてしまうと、65歳に達した視覚障害者サービスも、それら運営主体間で大きな相違が生じる可能性があることも付記しておく。

増大する社会保障費の抑制は必要である以上、視覚障害者が必要とするサービスが的確に提供され視覚障害者のQOLを尊重するならば、それらの者の所得や財産を考慮した利用者負担については視覚障害者の理解を得ることも可能となるのである。

なお、知的障害者、精神障害者、認知症高齢者を対象とした成年後見制度は存在しても、自身で判断能力がある独居か独居に準ずる視覚障害者は、一定の介助者に代読や代筆を求めることは可能であっても、サービス利用時には、個人情報に関わる契約書面や財産の確認等について不便さを感じることは高齢障害者サービスが応えることができているとは言えない。高齢である視覚障害者の自立や自己決定を尊重するとするならば、成年後見制度に準じる形となっても、自身で判断が可能で特に高齢視覚障害者に対応する何らかのサービスの充実が必要となる。

あるいは、脱施設化、施設から地域への移行支援に逆行するとしても、あくまでも自己決定により「生きる場所」を選択できる、高齢視覚障害者が「不安を感じない」施設の再整備も必要となるのである。

以上のような課題を克服する包括的なサービスこそが、高齢・障害共通の地域における共生型サービスと思われ、障害者と高齢者を年齢により機械的に共生型サービスの対象とするよりも、実効的なサービス提供も可能になると考える。たとえ共生型サービスそのものの考え方は、地域の包括的サービスとして評価できても、共生という名の下、障害者が65歳問題に直面した場合、機械的に介護保険法に基づくサービス利用を優先させられる根拠となると、社会保障費抑制のために「障害者の高齢化」に対する合理策だけの推進となり、それは許されない。それは、障害者総合支援法から応益負担を前提としていた障害者自立支援法への逆行となり、また、

そこでのサービスは障害の個別性を軽視することになる。決して「共生」ではなく、「高齢」という年齢のみを重視したものになるのである。

普遍化したものからの特化というよりも、敗戦後のわが国は、難病等の疾病、各種障害、高齢について社会保障制度としては特化され（所得再分配機能が強い）分裂して扱われてきたものが、今回、「65歳」という年齢と「地域共生」という理念（市場原理が強い）が先走り極端に普遍化されつつあるという疲弊が生じていると思われる⁽⁴¹⁾。

それでも、現存する不安に対する早急な解決策を実施しつつ、やはり、視覚障害者をはじめとする、障害者や難病者のライフステージにおいて併行して生じる事実的に的確に応えることのできる更なる共生型サービス（生きる場のためのサービス）の充実は、本来的には願われるものなのである。

（本稿には、大阪市視覚障害者福祉協会における筆者による講演「改正介護保険法の視覚障害者サービス利用への影響 ―65歳問題を中心にして―」（平成30年2月17日）の一部を利用している部分がある。）

註

- 1) 佐藤進『社会保障と社会福祉の法と法政策』（第5版）pp.138-139（誠信書房1998）
- 2) いわゆる抽象的権利説の立場である。佐藤功『日本国憲法概説（全訂第3版）』pp.236-240（学陽書房1985）
- 3) わが国にはアメリカのように法典は存在せず、社会保障法という法典は存在しない。ただし、各識者によって体系の整理や将来像などは試みられている。たとえば、日本社会保障法学会編『講座 社会保障法第1巻』pp.13-29（法律文化社2001）など参照のこと。
- 4) 社会保障審議会（介護保険部会、平成29年11月10日）「改正介護保険法の施行について・議事録・介護保険制度の見直しについて」など参照。（平成30年2月10日閲覧）
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126734
- 5) 社会保障審議会（介護給付費分科会、平成29年12月18日）「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」など参照。（平成30年2月10日閲覧）
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126698
- 6) 社会保障審議会、前掲5）p.1
- 7) 社会保障審議会、前掲5）p.21
- 8) 生活問題をその障害性に視点を置くと、法体系からは老人法制は障害を含んで対応しているとも考えられる。例えば、中野敏子「障害者（児）福祉サービス」『ジュリスト増刊 福祉を創る―21世紀の福祉展望―』所収 pp.184-189（有斐閣1995）ただし、知的・精神への対応や、要介護・要支援への対応、稼働能力の減退からアプローチすると高齢と障害を完全に法体系の下で整理できるとは言えない部分があることも留意事項である。
- 9) 後述するが、事業所単価が大きく異なることへの考慮として、概ね障害福祉サービスにおける報酬の水準を担保するとしても問題が生じないわけではない。
- 10) 厚生労働省老健局介護保険計画課「高額障害福祉サービス等給付費等の支給事務の調整について」（平成30年1月10日）、各都道府県介護保険担当課（室）、各市町村介護保険担当課（室）、各介護保険関係団体に通知したものである。

- 11) 宮本太郎『生活保障——排除しない社会へ——』pp.66-69 (岩波書店 2009)
- 12) (福) 日本盲人会連合「平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等」p.5
nichimou.org/wp-content/uploads/2017/07/hosyukaitei (平成 30 年 3 月 23 日閲覧)
- 13) 平成 30 年度であれば、障害基礎年金 1 級の支給額は月額 81176 円 (2 級は 64941 円)、最重度となれば、加えて特別障害者手当の月額 26490 円が加わる。平成 30 年 1 月 26 日、厚生労働省年金局年金課、課長補佐・石毛雅之、企画法令第二係長・宗得貴之による報道関係者への連絡による。
- 14) 金銭給付は積極的な所得保障であるが、医療・介護等の現物給付も、被用者の一時的に減退している稼働能力を向上させることや、現物給付に対する自己負担を抑えることで防貧機能を持つものとするれば消極的な所得保障と考えられる。ただし、医療の専門的な人材等の養成と確保の観点からは、所得保障と医療保障を分けて考えることもできる。
- 15) 公費負担は所得再分配機能も考えられるが、自己負担を抑える考え方は、消極的な取得保障の考え方が成り立つ。
- 16) わが国の難病対策は昭和 47 年の「難病対策要綱」から推進され、研究事業、医療費助成が事業として継続されていた。平成 25 年 1 月に「難病対策の改革について (提言)」がまとめられ、平成 27 年 1 月 1 日に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行された。公費負担は、所得別、重症度別で給付が異なる。なお、障害者手帳を所持していなくても、難病患児・者は障害者総合支援法の下でのサービスの利用が可能である。河原仁志・中山優季編『快を支える 難病ケアスターティングガイド』pp.14-19 (医学書院 2016)
- 17) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.15
- 18) たとえば同行援護の場合、平成 30 年 3 月 31 日までは同行援護従事者養成研修の修了は必要とされていなかった。「障害保健福祉関係主管課長会議 (平成 29 年 3 月 8 日)」による。
- 19) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査」(平成 23 年)による。
- 20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部、前掲 19) による。
- 21) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「患者調査」(平成 26 年)による。
- 22) 障害福祉サービス等報酬改定検討チームによるヒアリングは、「全国自立生活センター協議会」「(財) 日本知的障害者福祉協会」「(NPO) 日本相談支援専門員協会」「(社) 日本自閉症協会」「(財) 全日本ろうあ連盟」等、各団体に行われた。
- 23) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) pp.5-8
- 24) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.21
- 25) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.19
- 26) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.24
- 27) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.10
- 28) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.15
- 29) (福) 日本盲人会連合、前掲 12) p.17
- 30) 生活保護法第 4 条には、補足性の原理が定められ、その柱には他法他施策優先原理がある。生活保護受給者ではない低所得を予想できた障害者が、他法である所得再分配機能のある障害者自立支援法を利用しそこでの応益負担に耐えられず生活困窮に陥れば、他法利用の結果の生活困窮ということになる。このことは、そもそも生活保護法第 4 条の目的に反する。
- 31) 住居広士編『医療介護とは何か——医療と介護の共同保険時代——』pp11-13 (金原出版 2004)
- 32) 厚生労働省老健局介護保険計画課、前掲 10) 高齢障害者の軽減措置は設けられたことも留意事項である。
- 33) たとえば、宮崎徳子監修、豊島泰子・立石宏昭編『地域包括ケアシステムのすすめ——これからの保健・医療・福祉——』(ミネルヴァ書房 2016) など参照のこと。
- 34) この訴訟の終結 (基本合意等) については、2010 年 1 月 7 日の障害者自立支援法訴訟団による「趣意

書」「障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国（厚生労働省）との基本合意文書」「内閣総理大臣・鳩山由紀夫宛・厚生労働大臣・長妻昭宛の要望書」など参照のこと。

www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/minaoshi/02.html（平成 30 年 3 月 30 日閲覧）

- 35) 当初は所得調査、資産調査（生活保護受給にかかわる選別主義ではなく、サービス利用時の自己負担を考慮するためのもの）もあったが、現在は、本人と配偶者の状況の把握程度になり、応能負担の結果、本人が住民税非課税であれば障害者総合支援法下でのサービスを利用しても負担はないと考えて良い。
- 36) 社会保障審議会（介護保険部会、平成 28 年 6 月 3 日）「介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて（参考資料）」p.2 など参照のこと。
- 37) 宮本、前掲 11) p.68
- 38) その者が 40 歳に達すると介護保険第 2 号被保険者となり、介護保険料負担が必要となる。
- 39) 愼英弘『盲ろう者の自立と社会参加』pp.54-57（新幹社 2005）
- 40) 桐野高明『医療の選択』pp.161-163（岩波書店 2014）
- 41) たとえば、療養所を退所し穏やかな生活を送っている高齢障害者であるハンセン病回復者には、視覚障害、知覚障害など特異な障害をともなう者がいる。あるいは、難病医療法に定められる希少難病患者は障害認定を受けていなくても障害者総合支援法の対象となるが、その症状の過酷さは周囲に理解し難いものもある。「共生」という表現のみを強調し先行させすぎると、たとえ共生といえども、サービス利用対象者のなかに新たなマイノリティを生じさせ、それらの者は思いを共有できる施設等の方が穏やかな生活を送りやすいと考える可能性もあるが、果たして、共生型サービスとはそれらの者の自己決定を尊重するサービスとなるのであろうか。

