

障害者福祉施策の現状と課題

―自治体による行政裁量と福祉の権利性に関する一考察―

北海道大学大学院法学研究科博士後期課程

(医療法人稲生会)

高 波 千代子

ただいま紹介いただきました北海道大学大学院法学研究科博士後期課程で社会保障法を専攻しております高波と申します。本日はよろしくお願ひいたします。

私が現在所属している医療法人稲生会は、小児及び成人障害当事者に特化した在宅医療、つまり訪問診療や訪問看護、ヘルパーの派遣等を提供しております。札幌市内に限らず近郊の自治体にも訪問診療に出向き、患者の九割近くは何らかの形で人工呼吸器を利用しています。またそのうち六割が二〇歳未満、残り四割が高齢者を除く成人患者という割合です。

この成人の患者層の多くが家族のいる実家を離れて自立生活をしています。ゆえに常時介護が必要な方々にとって、居宅介護と重度訪問介護といった障害福祉サービスの運用がとても重要な役

割を果たします。とくに重度訪問介護は障害者の人たちが自由に地域で生活していくことを保障するために設けられた制度ともいえます。

自立生活を送る成人障害当事者がどのような介護を受け、どのように生活しているのか。介助者の存在が彼らの自由を保障するうえでどれだけ重要なものかを考えながら、その制度運用にまつわる現在の課題を多少なりともお伝えできていたら嬉しく思います。

今日の流れです。最初に障害福祉制度がどのように構築され、どう変遷していったのかを確認したいと思います。その上で、福祉サービスの現行制度や構造を確認します。そして、札幌市を例に、実際の運用の現状を明らかにした上で、浮かび上がる課題を提示したいと思ひます。最後にその課題に対する考察を示した上で、皆さんと意見交換出来

ればと考えています。よろしくお願ひいたします。

1 わが国における障害者福祉制度

まずは現行の障害福祉制度がどのように構築され、どう変遷していったのかを確認していきます。

(1) 第二次世界大戦以前

わが国では長い間、救貧及び傷痍軍人対策に加え、社会防衛としての隔離あるいは排除といった施設収容施策がとられてきました。障害と言っても、身体障害、知的障害など様々な種別がありま。本日の主題となる身体障害児者に向けては、「更生」の概念が提起されました。軽度の身体障害児を対象に医師が外科的処置によつて更生させることを目的とし、加えて教育も提供する。それ

ら「医療」と「教育」を合わせた概念を「療育」と称し、身体障害者の社会的自立を実現する試みが始まりました。そのため障害児者に対して治療を効率的、集中的に提供しながら教育も施し、かつ生活の場所にもなる場所が必要となります。つまり病院機能を有する入所施設です。これが「肢体不自由児施設」と呼ばれるものになりました。

(2) 第二次大戦終了直後から一九六〇年まで

なお、わが国の「療育」の発展は整形外科医高木憲次氏の尽力によるところが大きいと言われています。戦後すぐの一九四七年に児童福祉法が制定されましたが、このタイミングで高木医師らの働きかけもあり、児童福祉施設最低基準において肢体不自由児施設が医療法の病院として位置づけられました。軽度身体障害者に治療と教育を提供することを目的として、施設が運用されていきます。その後も医師団による精力的な働きかけが続き、一九六三年には肢体不自由児施設的全県設置が達成されました。

(3) 一九六〇年代―国による入所政策・制度の導入

以上は軽度の身体障害者を対象にした制度であり、それ以外の障害、特に外科的治療で回復が望めない重度の身体障害児者や教育による自力更生は困難とみなされた知的にも重度の障害のある、児童福祉法でいうところの重症心身障害児等は、

前述の施設福祉の対象から除外されていたのです。一九六〇年代に入り、対象外とされた知的障害、重度身体障害、脳性麻痺、重症心身障害児などの家族団体が「私たちの子どもたちにも施設を」と声を挙げ、運動が活発化しました。見過ごされてきた重度の障害児者の家庭こそ、自宅ですべてのケアを担わなければならず、それは一家心中を起すほど過酷な状況であるという訴えでした。

こうした障害児者の家族の訴えは、芸能関係者等の関わりも相まって社会運動として活発化し、国は一九六六年に重度障害児に対する終身収容施設の建設を国家の最重要施策として定めました。さらに、これまで結核患者の療養を担っていた国立療養所の転用施策の動向も加わりながら、重度障害者の施設収容が進められていきます。国は一九六五年以降には、障害者の集団収容によって「まち」や「むら」を作ることを目指す「コロニー」の建設構想にも着手し始めました。

こうした動きに並行して、重度障害者を対象外としてきた前述の肢体不自由児施設等にも変化がおきました。それは、当初対象としていた軽度身体障害者の原疾患だった結核性骨関節疾患・ポリオといった感染症が一九六〇年には早期治療が可能となったためです。原疾患の治療が可能となったことで入所対象者が減少し、施設の空床が目立つようになっていきます。

そこで対象者層を広げた結果、当初入所の対象外としていた脳性麻痺などの脳神経系の障害者も

対象として含められ、次第にこうした人たちの入所比率が高く占めるようになっていきました。

当初は効率的に治療することを目的として建設され、医療機能をも有する施設に、重度障害者が自らの生涯を送ることを前提に入所することになりました。しかしながら、決して障害児者自身が自ら望んで求めたものではありません。限界まで介護に従事して疲労困憊となった家族の姿が世間の慈悲といったものをもたらし、国策によって恩恵の特権として与えられたものとも言えます。施設施策の対象者像もその時々の情勢によって変化し、もちろん利用者側には選択する権利はありませんでした。

(4) 一九七〇年代―障害者の人権復権運動による方針転換

その後、一九七〇年代に入ると、労働争議や学生運動に象徴されるような時代を迎えることになりましたが、この社会情勢が障害者施策にも大きな影響を与えます。障害者の収容政策自体は、一九七一年に「社会福祉施設整備緊急五ヶ年計画」で継続の方向となりましたが、一九七三年の時点で達成率がわずか二七%と低迷する状況でした。

前述したように、家族による介護が限界に達しているという理由から施設の整備計画は全国的に急進しましたが、重度の障害者が二四時間三六五日常生活を送るためには、当たり前ではありませんが多くの介護の担い手が必要となります。

しかも、誰しものがすぐに担い手として活躍でき

るわけではなく、一定程度の訓練や教育を受け、障害の特性を知る人でなければなりません。したがってインフラとしての施設整備が急速に進められた計画に対し、職員の確保が追いつかなくなるまでにそう時間はかかりませんでした。少数の職員に過度の負担が強いられ、虐待事例も頻発し、労働環境も悪化の一途をたどった結果、労働争議が多発するようになります。

時を同じくして、障害当事者の組織化も始まりました。一九七〇年には、脳性麻痺の障害者を中心として、入所者の同意なく施設の一部移転を決めた東京都府中療育センター、つまり東京都を相手取り、移設や施設内待遇に関わる抗議行動を起こします。

この運動を契機に、障害者の人権復権を求めた運動が一気に全国へ展開していきました。こうした障害者当事者の運動で理論的支柱としていたのが、「福祉の権利性」といえるでしょう。福祉制度が主に措置の下で運用されていた当時、障害者にとつてそのサービスが必要なのか否か、あるいは必要な場合のサービス量やサービス実施にあつての提供体制等については、国や自治体が一方的に決定していました。対象者である障害当事者がサービスを請求する権利はなく、サービスの実施主体を選択することもできませんでした。

そこで障害当事者団体は、行政に決められるのではなく個人が自ら生き方を選択し、そのために必要となる福祉サービスを請求する権利があると

自立生活運動のなかで主張するようになります。時にラディカルな手法をとつたその運動によって、障害当事者団体と厚生省（当時）や自治体との間に軋轢が生まれました。とくに、厚生省（当時）が五年おきに実施していた身体障害者実態調査に対しても、障害当事者団体は「施設収容政策を推進させる根拠を提供するものだ」として反対運動を起こし、一九七五年の調査実施をボイコットした事案も大きな要因の一つとなりました。その後、厚生省と障害当事者団体との関係は膠着した状態が続きます。

(5) 1980年代―国際的潮流の影響で権利保障体制の導入へ

一九八〇年以降になると、この膠着状態を打破する流れが国外からやってきます。それが一九八一年の国際障害者年です。国連が設定した「完全参加と平等」を謳う国際障害者年を迎えるにあたり国際的にも注目が集まるなか、厚生省（当時）は日本の実態を古い調査の結果で示すわけにはいかず、対立していた障害当事者団体との歩み寄りを目指します。

その結果、一九八一年に実態調査の実施にこぎつけ、この調査結果を元に長期計画の策定も可能となりました。翌一九八二年には、国際障害者年推進本部検討委員会によって重症心身障害児の施設等の実態調査も進められ、虐待事例などが多発していた施設の実態が報告書によって明らかとなります。

一九八四年の身体障害者福祉法の改正では初めて障害者の「自立」と「参加」が謳われ、一九八五年には障害当事者団体と厚生省との長期交渉の末に国民年金法が改正されました。そして、障害者の経済的自立の足がかりとなる障害基礎年金制度が創設されたのです。

以上のように、一九八〇年代は障害当事者や障害者団体が求めていた自立生活を支える福祉施策の導入が進みました。こうした動きが支援費制度の導入につながっていきます。

(6) 1990年代以降―利用者の選択権

一九九〇年代になると、高齢者福祉領域から背中を押す風が吹いてきます。当時、医療費無償化政策により増加した社会的入院の課題をどう解決するかが喫緊の課題となっていました。その手段の一つとして、在宅福祉サービスの推進が謳われるようになりました。

一九九〇年に福祉八法の一括改正が行われたことにより、在宅福祉サービスを担うホームヘルパー（家庭奉仕員）の派遣時間の制限が撤廃されました。老人福祉法に基づく家庭奉仕員は、障害当事者運動の働きかけもあつて一九八二年にその対象を拡大していましたが、この改正によって何らかのあたりで介護者派遣を二四時間三六五日享受できる環境が整う自治体が現れ始めました。札幌市もそれら先駆的な自治体の一つに入ります。

一九九三年には、心身障害者対策基本法が障害

者基本法に改定されて障害者基本計画の策定が義務付けられることになり、一九九五年には障害者対策推進本部が障害者プランとして「ノーマライゼーション七カ年戦略」を策定しています。

二〇〇〇年代に入るなかで、これまでの参加や自立に対する福祉サービスの必要性に加えて、利用者自らの「選択権」の保障が福祉制度における中心的課題として認識されるようになります。さらに、二〇〇〇年の社会福祉構造基礎改革で、介護保険制度のなかで、契約形態が導入されました。それは、サービス提供先を利用者自らが選択し、契約する仕組みです。

全国の地方裁判所でも障害当事者による介護請求権の所在を巡る訴訟が数多く提起され、多くの判例が積み重なっていきます。そのような中、障害福祉領域でも、二〇〇三年の支援費制度において初めて利用者が契約によって福祉サービスを選択できる制度に改革されました。その後、障害者自立支援法、現行の障害者総合支援法においても基本的に契約形態が維持されています。

2 福祉サービスの利用手続

これまで見てきたように障害当事者運動の成果として、施設のみならず地域生活という選択肢が加えられたことは事実です。ところがそれを手放しでは喜ぶことができない実態が現場では発生しています。

その実情を見るうえで、前段として現行の障害

者総合支援法に基づき運用されている障害福祉サービスの構造を具体的に確認していきたいと思えます。

(1) 提供される障害福祉サービス

障害者総合支援法は、障害者及び障害児の「基本的人権の享受する個人としての尊厳にふさわしい日常生活または社会生活」（第一条）を保障することを目的として制定されています。

障害福祉サービスに係る給付費については、「介護給付費」、就労支援などの「訓練等給付費」に大きく分類した上で、前者「介護給付費」の支給対象は居宅介護、重度訪問介護、「行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、同行援護」と定めています（同法第二八条）。

この中で、今日の話と関連があるのは「居宅介護」と「重度訪問介護」です。居宅介護とは、居宅において入浴・排泄・食事等の介護を提供するものであり（同法第五条二項）、重度訪問介護とは、常時介護を必要とする者に対して、入浴・排泄・食事の介護と外出時の移動介護を総合的に提供するものです（同法第五条三項）。

なお、居宅介護には年齢制限がなく、重度訪問介護は原則として成人した障害者が対象となります。したがって、自立生活を送る障害当事者の多くは重度訪問介護を利用しています。

(2) 手続の方法

利用者が介護給付等を受けるには、市町村に申請して支給決定を受ける必要があります。利用したいと希望する者がまず市町村に申請をし、申請を受けた市町村は、申請者の心身の状況等に関する認定調査を行い（同法第二〇条二項）、市町村審査会による審査を経て、障害支援区分の認定を行います（同法二二条）。

その区分にしたがって、同居家族の有無など介護を行う者の状況や障害者の生活する地域の環境、障害者本人の障害福祉サービス利用に関する意向等を勘案しながら、市町村が支給要否を決定するようになります（同法二二条一項）。

支給が必要と認められた場合、各自治体が独自に定める支給決定基準に基づき、月単位で支給する障害福祉サービスの量、つまり支給量を決定します（同法第二二条八項）。例えば、重度訪問介護の場合、「あなたには月あたりX時間という公的介護が必要だと認められるので、その時間数を支給します」となります。

支給決定を受けた障害者は、市町村から交付された受給者証を受け取り、自ら選択した指定事業者に提示して契約を締結し、支給量の範囲内でサービスの提供を受けることとなります。このように契約方式の場合は、市町村によって支給が認められた個人が自らサービス事業者を選択し、その提供者と契約によって利用することから、利用者の「選択性」を保障するものになっていとも言えます。

3 契約方式による福祉サービスの実態と見えてきた課題

(1) 自治体裁量で支給決定基準が左右される

障害当事者の生活は、支給量が月あたり一時間なのか、あるいは七二〇時間なのかで大きく左右されます。では、自治体は「支給が必要」と認定した後、支給量をどのように判断、決定しているのでしょうか。

障害者総合支援法では、第二二条一項にて介護給付費の支給要否と支給量を決定する際に市町村が勘案すべき事項を省令に委ねています。省令では、①障害者等の障害支援区分又は障害の種類及び程度その他の心身の状況、②障害者等の介護を行う者の状況、③障害者等に関する介護給付費等の受給の状況、④障害児が現に障害児通所支援又は指定入所支援を利用している場合にはその利用の状況、⑤障害者が現に介護保険法の居宅サービスを利用してしている場合には、その利用の状況、⑥障害者等に関する保健医療サービス又は福祉サービス等の利用の状況、⑦障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向の具体的内容、⑧障害者等の置かれている環境、⑨障害福祉サービスの提供体制の整備の状況（財政状況）を列挙していますが、この勘案事項以外に直接枠づける規定は法令上存在しません。

つまり、制度の構造として市町村は、具体的な事

案ごとに勘案事項を総合考慮しつつ、支給決定等を行うって障害者総合支援法の目的（第一条）の達成を目指すほかなく、また、市町村には支給決定等にあたり合理的裁量が付与されているとみなされています（和歌山地裁平成二四年四月二五日判決 判例時報二一七二号二八頁）。

ここから言えるのは、細かい基準が法令で定められているのではなく、自治体独自で定めている支給決定基準の運用については、明らかに合理的な裁量を逸脱していると認められない限り、市町村に支給決定等にあたる裁量が付与されている、ということ です。

(2) 公正・客観性をどのように担保するか

それであれば、支給決定に関する決定権限を有する自治体の公正さ、あるいは客観性はどのように担保されるのが重要となります。

一つには、自治体の判断を介在せざるを得ない支給の要否や支給量の決定の領域において、自治体が定める「基準」を通じて判断過程の客観化を推し進め、可能な限り裁量が機能する部分を限定する方法が考えられます。この点、自治体では介護給付費の支給決定について独自に「支給決定基準」を定めており、それらの基準に基づいて支給量を決定しています。

これは、行政職員による制度の公正な執行という手続的正当性と、専門的知識の適用という実体的正当性を踏まえることで、福祉サービスを受給

する権利に対する社会的承認を付与する過程であるともいえます。

ですが、そうした運用が本心に正当性を担保するものになつていないのかについては、具体的な事例をみながら検討していかなければなりません。ここからは札幌市の重度訪問介護の支給決定基準を例として、支給決定の決定権限を有する行政機関の判断の実態をみていきたいと思います。

4 札幌市における重度訪問介護の支給決定基準

(1) 定型基準の画一的運用

重度訪問介護の対象者は、障害支援区分1〜6のうち、4以上です（図表）。さらに、区分4から区分6までの各区分に基本支給量が設定されています。この支給量は月あたりの時間ですので、一カ月三〇日で計算されています。例えば、区分4の支給量は九〇時間ですので、それを三〇日で割ると一日二時間の公的介護を利用できるということになります。区分6の方であれば、加算などを考慮して最大で月五四〇時間の利用が認められます。

さらに、図表にあるように札幌市では「特例基準」というものを設定し、進行性筋萎縮症により常時人工呼吸器を使用している者及び脳性麻痺により著明な不随意運動と著明な言語障害がある者については、月七二〇時間Ⅱ一日二四時間の支給が認められていました。

〈図表〉

【重度訪問介護の支給量】

障害支援区分	区分4	区分5	区分6
基本支給量	90時間	100時間	110時間
加算支給量(最大)	220時間	220時間	430時間
合計	310時間	320時間	540時間

【加算の種類】

加算	時間(最大)	対象者像
①移動加算	60時間	・単独で外出が困難な者
②単身加算	10時間	・単身生活者または家族の支援が得られない者
③二人ヘルパー加算	30時間	・障がい状況から一人での介護が困難な者
④夜間等継続支援加算(Ⅰ)	120時間	・夜間の見守り等、継続的な介助を要する者
⑤夜間等継続加算(Ⅱ) (※区分6のみ)	120時間	・重複障がい者(知的または精神) ・常時たん吸引を必要とする者 ・寝返り、飲水、排泄に介助を要する者 など
	90時間	・重度心身障がい者 ・人工呼吸器を使用している者 ・強度行動障がい者 など

【特例基準】2006年度(平成18年)から、2類型に限定して月720時間(1日24時間)の特例基準を設置

- ①進行性筋萎縮症により常時人工呼吸器を使用している者
②脳性麻痺により著明な不随意運動と著明な言語障がいがある者

出典：札幌市介護給付費等標準支給審査基準、平成24年4月(平成31年4月改正版)
札幌市保健福祉局障がい保健福祉部障がい福祉課
注：令和2年10月、非定型支給決定の一部運用開始とともに特例基準は終了した

他方で、言語障害や不随意運動があるにも関わらず、脳性麻痺ではないが故に七二〇時間は該当せず、同じように人工呼吸器を常時使用しているものの、進行性の筋萎縮症ではないからという理由で支給量に差が生じる現状もありました。例えば、中途障害の男性は二四時間人工呼吸器を利用しているも七二〇時間は支給されませんでした。

この点、厚労省は「個々の障害者の事情に応じ、支給決定基準と異なる支給決定(いわゆる『非定型』の支給決定)を行う必要がある場合が想定さ

れることから、市町村はあらかじめ「非定型」の

判断基準等を定めておくことが望ましい(「介護給付費等の支給決定等について」平成元年三月二三日 障発〇三三三〇〇二号)と自治体に通知していました。これに対し札幌市は「可能な限り個々の障害状況や生活状況を勘案した定型の審査基準を定めており、定型の支給量も他都市に比べて高い水準にある(札幌市重度障がい者に必要な在宅介護のあり方検討会第一回会議資料「重度障がい者に必要な在宅介護のあり方の検討について」平成三〇年六月二十五日)という理由で、二〇一九年度(令和元年度)まで非定型の判断基準は設けずに、すべて定型の審査基準により支給量を決定していました。

こうした対応に、定型の審査基準や対象要件に合致しない障害者から「定型審査基準のみで支給時間数を判断するのは不公平であり、適当ではない」といった意見が多数寄せられたことから、札幌市でも二〇二〇年度(令和二年度)の一〇月から非定型の審査基準を一部取り入れ、試行を開始することになりました。

(2) 札幌市における非定型審査制度の問題点

以上の経緯から、札幌市で非定型の審査基準の運用が開始しています。それ以降、一年を経ようとしています。現在、様々な問題が利用者である障害当事者から指摘されています。

①見守りの否定

例えば、私たちは寝ているとき、痰が詰まれば咳をする、シーツが寄れていればちよつと体を動かして背抜きをする、頭が痒ければすぐに手を伸ばして掻くことができます。そういったことのできない身体障害がある場合、臨機応変に対応ができるように誰かが傍にいて見守るといった内容のサービスは、自立生活を送る障害当事者にとって重要なものであり、重度訪問介護の制度の根幹をなすものといえます。

ところが、札幌市の非定型審査基準においては、特に夜間の見守りについて厳格な運用がなされています。札幌市はDPI北海道ブロック会議による『要望書(令和三年四月一四日付)』に対する『回答(令和三年五月二四日付)札幌市保健福祉局障がい保健福祉部』で、「非定型審査においては、あくまでも特定の介護が発生する時間のほか、日常生活に生じる介護の実態に対応するための支援であることを前提としており、『水分補給』『体位交換』『トイレ介助』といった具体的な必要性に基づかなければ時間数として算定できないという見解を示しています。

これでは、一旦二四時間を数分単位で区切り、絶えず間なく介在するかのように入助の時間数を積み上げて計画を立て、利用者側がその必要性を証明できた場合に限り利用できるというようなものになってしまっています。

また、『重度訪問介護の非定型による支給決定等の事務の手引き(令和三年四月)』には、「常時

支援者が在室している場合であっても、生命維持、身体の安全性に関わる必要性が認定できない待機時間は支給量として算定しない」との記載もあり、短時間で「生命の危険性」があるか否かが必要性の判断基準となつていことが伺えます。

②家事の範囲を超える行為の除外

介護保険制度上の訪問介護では、「家族が行うことが適当であると判断される行為」や「日常的に行われる家事の範囲を超える行為」などはサービスの範囲には含まれないとしています（「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」平成一二年一月一六日付老振第七六号）。

例えば、電球を交換する行為などは日常的に行われる家事ではないので、訪問介護で派遣された介助者が実施することは認められていません。この介護保険制度の運用自体も問題だと感じますが、あくまでもこの通知は介護保険制度上の運用であつて、厚労省も「重度訪問介護の制度には、適用または準用されない」と示していました（なお、『指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について』（平成一二年一月一六日付老振第七六号は、「重度訪問介護には適用又は準用されないことに留意されたい」令和三年三月一二日主管課長会議資料一五）。この点、札幌市は「介護保険で認められていないものは重度訪問介護においても認めていない」としています。また、外出時間についても、「公的介護で認められる適切な内容であるかを判断した上で、必要

時間数を積算する」としています。そうすると公的介護で認められる範囲の外出とは何かという問いも浮かんできます。

③重度訪問介護と訪問看護の同一時間利用禁止

常時人工呼吸器を利用する者は、例えば、入浴中に気管孔に水が入り込むことを注意深く防がなければなりません。つまり気管孔周囲の慎重なケアが必要となります。そのため入浴時には入浴介助を行う重度訪問介護のほかには訪問看護を利用する必要性が生じますが、現在、重度訪問介護等と訪問看護の同一時間帯の併用を原則認められていません。札幌市はその理由を「訪問看護で二人体制が必要であれば、訪問看護事業所が複数名派遣できるように支援体制を整えるべきものである。訪問看護の人手不足を重度訪問介護のヘルパーが担うのはおかし」とした見解を示しています。また、在宅医が診察を行う訪問診療中の重度訪問介護の算定も認められない事例も発生しています。

(3) 札幌市における非定型審査制度から見えてきたこと

このように、非定型審査基準の運用開始と時を同じくして厳格かつ硬直的運用が広まったことによつて、重度訪問介護等の利用者間にも混乱が生じています。もちろん福祉ニーズは個別性や多様性を本質的特徴とするため、法で細かく規定する

ことはできず、介護給付費の支給の要否や支給量について規定できる部分は大枠に止まらざるを得ないことは事実です。

したがつて、具体的な運用は自治体の判断にある程度任せられることは仕方ないとは思いますが、自治体による必要性の判断が、法の目的に照らして常に適切であるとは限りません。

①平等な権利行使の機会が保障されていない

前述した「夜間の見守り」の必要性の存在を利用者側が事細かに証明することを求められ、その主張をするためには膨大な量の書類作成作業が求められます。こうした手続きの煩雑さによつて、必要な時間数を申請しようという意欲さえも抑制される可能性があり、事実、そういった事例が頻発しています。平等な権利行使の機会を提供しているとは言いがたい状況です。

②手続的公正が担保されていない

また、介護保険に関する通知を援用した重度訪問介護の利用範囲を限定する運用や、訪問看護や訪問診療との併用を原則否定する対応も、本来ではあれば関連のない事案に合理的関連性のない通知等を当てはめているものと言えます。特に、事業の目的が明らかに異なる訪問看護や訪問診療と重度訪問介護を同一視したような運用は、手続的公正にも反すると言えるのではないのでしょうか。

③障害者には自由な外出は認められないのか

さらに、札幌市は外出時間についても公的介護として認められる適切な内容であることを求めています。これは自治体が社会的規範を押しつける、あるいはそれを前提とした曖昧な基準であり、公的介護を受ける者は「社会的に適切な外出」しか認められない者であるというステイグマを課す恐れにもつながります。

4 おわりにーこれからの福祉の権利を考える

一方的に行政処分によって給付が決められていた措置制度下においては、対象者には選択肢が提供されず、権利性の弱さという課題がクローズアップされ、その打開策として福祉領域に契約方式が取り入れられました。果たしてその結果、福祉サービスの利用しづらさや権利性の弱さといった問題は解消したと言えるのでしょうか。

本日の報告で対象とした重度訪問介護に限って言えば、利用者の権利をより広く保障する方向で変化しているとは残念ながら言えません。もちろん福祉における必要性の判断は、当事者の主張するニーズといったものを超えたところにある社会的判断によって行われることは否めませんが、福祉の権利性というものは、公財源による行政施策として提供される以上、社会的判断を経て初めて承認を得られるものであるともいえます。

ここでいう社会的承認は、自治体職員による法制度の公正な執行といった手続的正当性や、専門的知識の適用という実体的正当性によって担保され得るものでもあるでしょう。利用者、つまり障害者としても、社会的承認が備わった法的権利性をそれによって初めて主張できると言えます。

しかしながら、個別性や多様性の富んだ個々の人の生活を支援する福祉サービスのニーズの判断は、決して単純なものではありません。そのため行政の判断とサービスを受ける側の主張との間にズレが生じるのは避けられない事実です。だからこそ、そのズレが生じた場合にどのように解消していくのか、そのプロセスが重要であると思います。最終的には行政の判断が優越する結果に終わるといふ状況では、福祉に対する権利性は存在しないに等しいという事態になってしまいかねません。

一方、行政裁量のコントロールを強化すべく、より細部まで基準化を試みようとするれば、それはまた過度の厳格性や硬直性といった問題をもたらす結果ともなるでしょう。それが現在の札幌市の重度訪問介護の運用にみられる実態です。

こうした出口のない状況がもたらされたのは、障害者の求める福祉サービスに対する社会的承認を、公平な行政制度と専門家主義に依拠しすぎた結果ではないかといえるのではないのでしょうか。そもそも重度訪問介護は、どこで暮らすのか、どのように暮らすのか、自らの生活を設計するうえで選択肢すら提供されてこなかった障害者が、身体に不自由な

い者には想像にも及ばない不自由さを押しつけてでも自らの生き方を選択する自由を求め、地域で自立した生活を送る環境を整えるために障害当事者自ら作り上げたといっても過言ではない制度です。

また、障害当事者が常に専門職に意見を求めなければならぬ特別な権利を主張しているわけではありません。ただ単に自由な生き方を選択していきたいという当たり前の権利の主張です。その実現のために法律が整備され、制度が整ったにもかかわらず、制度運用の担い手である自治体職員とこうした基本理念を共有できないかのような状況が起きていることに危機感を抱いています。理念なく法制度を機械的に運用することで手続的正当性を担保するのはなく、その制度の根幹となる基本的な権利を積極的に理解し、実現していくという姿勢も必要でしょう。全ての市民と共によりよい社会を築いていくためにも、多くの市民と理念を共有し、そこから生まれた社会的承認を土台として制度運用を試みる、そのための努力を怠ってはならないものと思います。

私自身もまだ整理しきれていないところがあり、まとまりのない話となりましたが、本日はありがとうございました。

へたかなみ ちよこ

本稿は、二〇二二年六月一八日に開催した所内研究会での報告をまとめたものです。

文責・編集部