

# 各種介護保障（補償）制度の課題

提起者〔社団法人〕全国脊髄損傷者連合会  
九州ブロック連絡協議会

## はじめに

大分県支部の矢羽田氏が、労災ホームヘルプ派遣制度の利用について、全国総会の秋田県大会と三重県大会で2年続けて質問していますが、明確な回答がありませんでしたので、再度、本部及び各支部の考え方を伺いたいと思います。

現在、各種制度において介護保障（補償）が、現金給付（介護料）や現物支給（ホームヘルパー派遣）の方法で行なわれています。その各種制度間での要介護の認定及び介護労働に対する給付（賃金）に違いがあります。これらの問題点を九州ブロックで整理しましたので提起します。

### 一、まず、労災の介護補償給付の問題点は

1. 労働者災害補償保険法の一部を改正により、平成8年4月1日より「介護補償給付（19条の2）」として、同保険制度（法律）となっています。改正の趣旨は、「高齢化、核家族化などにより、家庭で十分な介護を受けることが困難になっていること。民間事業者からサービスを受ける要素性が高まっていること。その費用負担が増大すること。近年、民事損害賠償において重度の障害を負った者の介護、その介護労働に対する金銭的評価は高額化し、慰藉料を上回っていること。（介護労働の評価）また、ILO第121号勧告においては、常時他人の介護を要する場合、その援助または付き添いのための合理的な費用を支払う措置を取られるべきとされていること。」

以上の状況を踏まえ、労働災害によって被った損害の填補（てんぽ＝損害をうめおぎなうこと）を行うという労災保険制度の本来の趣旨にかんがみ、労働災害の結果として介護を要する状態となり、それによって生じた介護を受けることに伴う費用の支出等の損害について、単なる附帯事業としてではなく、労災保険で当然に損補すべき損害として位置付けて給付を行うことが適当であるとの考えにより、保険給付として介護補償給付を創設することとされたものである。（基発第95号平成8年3月一日付け通達の概要）」

※なお、「労働者災害補償保険法」は、「労働基準法の第8章災害補償」の項に規定されており、また、同8章・「第84条①②に使用者責任」についての条項があることも、労働者災害補償保険法の基軸であることを認識すべきです。

## 労働者災害補償保険法

### 第一章 総則（抄）

**第一条【目的】** 労働者災害補償保険法は、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡に対して迅速にかつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は

通勤による負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者の及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保を図り、もって労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする

**第二条の二【目的達成の方策】**労働者災害補償保険法は、第一条の目的を達成するため、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡に関して保険給付を行うほか、労働福祉事業を行うことができる。

## 二、その給付内容は、現在

①介護補償給付は常時の場合（H14年度）、

イ、家族介護で 58.750 円、ロ、他人介護で 108.300 円。

②介護補償給付は随時の場合（H14年度）、

イ、家族介護で 29.380 円、ロ、他人介護で 54.150 円

※問題なのは、家族介護と他人介護の評価です。同じ介護内容の仕事をして、家族介護の評価は二分の一の介護料となるのは、あまりにもおおざっぱで問題です。この給付額は、原爆被災者や生活保護法による他人介護料給付制度と概ね横並びとなっています。他方、下記のような制度において介護料の給付やヘルパー派遣による（現物支給）介護サービス制度化されています。しかし、問題なのは、介護認定（内容と介護時間）と介護にあたる労働者（ヘルパー）や家族に対する介護労働の評価・賃金が、各種制度においてまちまちで合理的な整合がないので、調整すべきです。

介護保険制度の創設時に「介護保障の社会化」が基調であったはずですが、社会化するということは、いいかえれば「介護労働の評価」が前提でなければなりません。現場で働く介護労働が適性に評価されなければ、介護の「資質」が保障されなくなります。使い捨てのパート扱いされる事態になれば、働く誇りも意欲もなくなるでしょう。現に、障害者の介護事業を避ける事業者も出ています。男女雇用均等法でも同一賃金とされ、差別禁止となっていることも無関係ではないはずですが。

このように介護認定のあり方と介護労働に関する再評価は、「介護保険制度・支援費制度」の実施過程で新たな課題として審議されることで、ある程度改善されつつあります。が、労災の場合非常に遅れています。具体的には、介護の量（時間）や介護者の一時間当たりの「賃金＝時給」は、支援費制度との間には格差が生じています。各種制度においても、従来のままの介護評価の「視点」から、発展的に「今日の視点」で、整合性のある制度に改正しなければならないということです。

③労災においては、上記の介護補償給付の他、財団法人労災ケアセンターより労災ヘルパー（訪問介護）を1カ月間、36時間の派遣制度があります。利用者は、利用額の3分1を自己負担となっています。

具体的サービスの内容は、次の【表1】のとおりです。

（1）有看護資格者の専門的サービスAと資格者以外の者のサービスがあります。（2）一般的サービスBと（3）家事援助サービスC等など、介護従事者及び介護内容に応じて、区分されています。この区分に応じて、【表2】にありますように、1時間あたりの賃金が地域別に決められています。利用者は、上記サービスを吟味し必要な、各A・B・Cのサービスを受給しますが、36時間の上限では到底、自立した生活は「補償」されないことは明白です。

--

【表1】 サービス内容一覧

区 分	専門的サービス (サービス A)		一般的サービス (サービス B)	家事援助サービス (サービス C)
	(1) (有看護資格者)	(2) ((1)以外の者でも可)		
せき損	<p>1 呼吸困難に対して、複式呼吸等による呼吸訓練、排痰のための叩打法の指導及びネプライザー等、呼吸、吸引装置の使用使用方法</p> <p>2 定期的体位変換、マッサージ (褥瘡の未然防止) 及び発生初期の処置 (消毒、消毒後軟膏湿布等)</p> <p>3 尿路感染防止の清潔動作実施指導、自己排尿訓練 (カテーテルの使用法方法) 膀胱洗浄集尿袋、集尿器具の交換の実施・指導</p> <p>4 排便のための腹部マッサージ、坐薬挿入浣腸 (浣腸器による実施・指導) 及び摘便 (介護者の手による便の摘出) 人工肛門の管理指導等)</p> <p>5 清潔保持のための入浴、清拭、洗髪の実施・指導</p> <p>6 その他痙攣、関節拘縮、変形の予防等の実施・指導及び車椅子による移動の実施・指導</p>	<p>1 身体の起伏の介助、清拭、日光浴</p> <p>2 清潔保持のための布団等寝具類の交換及び入浴、足浴、洗髪等の実施</p> <p>3 洗面、歯磨き (入れ歯の手入れを含む) うがい、目、耳、鼻の定期的清潔及び清髪、爪の手入れ等の実施</p> <p>4 体温調節に伴う熱傷・火傷の予防 (湯たんぽ、ストーブ、コタツの使用及びタバコ等)</p> <p>5 車椅子等による移動の準備作業 (タイヤの空気、ブレーキのきき具合等) の確認</p>	<p>1 食事の介護</p> <p>2 入浴の介護</p> <p>3 排泄の介護</p> <p>4 衣類着脱の介護</p> <p>5 身体清拭、洗髪介護</p> <p>6 身体機能の保持介助</p> <p>7 医療機関への通院等の介助</p> <p>8 その他必要な身体介護</p>	<p>1 住居等の掃除、整理、整頓</p> <p>2 衣類の洗濯</p> <p>3 調理</p> <p>4 生活必需品の買物</p> <p>5 その他必要な家事援助</p>
じん肺	<p>1 呼吸困難に対する身体的変化 (呼吸数、脈拍数の増加、発汗、顔色、爪色、唇色、喘鳴等) の特</p>	<p>喀痰の早期処理、口内炎等予防のためのうがいの実施</p>		

	<p>徴の確認、安楽な体位の工夫、痰の喀出のためのネブライザー等、吸入、吸引器の扱い及び実施・指導</p> <p>2 血痰、喀血を見分け救急措置をして受診を促す。</p> <p>3 酸素吸入装置等の使用に伴う指導及び実施</p> <p>4 体位排痰法（痰を出す方法の一種）呼吸訓練の実施・指導</p>			
その他	<p>（じん肺・せき損以外） ・・・じん肺・せき損に準ずる。 上記の介護状況等は主治医と連絡を密にすること。</p>	<p>（じん肺・せき損以外） ・・・じん肺・せき損に準ずる。 上記の疑問点等は担当医と連絡をとること。</p>		

**【表2】 1時間当たりの在宅介護サービス地域別料金等表**

適用地域		サービス区分 (円)	平日の午前9時から午後5時まで			平日の時間外と土、日、祝日		
			サービス料	自己負担額	助成額	サービス料	自己負担額	助成額
			(円)	(円)	(円)	(円)	(円)	(円)
A	埼玉、千葉 東京、神奈川 静岡	専門的サービス(A)	2,170	650	1,520	2,710	810	1,900
		一般的サービス(B)	2,040	610	1,430	2,550	760	1,790
		家事援助サービス(C)	1,270	380	890	1,580	470	1,110
B	栃木、茨城 長野、山梨 群馬、新潟 富山、愛知 三重、滋賀 京都、大阪 兵庫、奈良	専門的サービス(A)	2,000	600	1,400	2,500	750	1,750
		一般的サービス(B)	1,870	560	1,310	2,330	690	1,640
		家事援助サービス(C)	1,170	350	820	1,460	430	1,030

C	北海道、宮城 福島、石川 岐阜、和歌山 鳥取、岡山 広島、沖縄	専門的 サービス(A)	1,900	570	1,330	2,370	710	1,660
		一般的 サービス(B)	1,770	530	1,240	2,210	660	1,550
		家事援助 サービス(C)	1,100	330	770	1,370	410	960
D	秋田、山形 福井、島根 山口、徳島 香川、愛媛 福岡、佐賀 大分	専門的 サービス(A)	1,800	540	1,260	2,250	670	1,580
		一般的 サービス(B)	1,670	500	1,170	2,080	620	1,460
		家事援助 サービス(C)	1,040	310	730	1,300	390	910
E	青森、岩手 高知、長崎 熊本、宮崎 鹿児島	専門的 サービス(A)	1,700	510	1,190	2,120	630	1,490
		一般的 サービス(B)	1,600	480	1,120	2,000	600	1,400
		家事援助 サービス(C)	1,000	300	700	1,250	370	880

(注)

1. 平日の時間外とは、午前7時から午前9時までの間  
午後5時から午後7時までの間
2. 土、日及び祝日は、午前7時から午後7時までの間
3. 平成11年8月1日実施

※イ) 労災の介護給付と介護保険との関係について、平成14年度財団労災年金福祉協会発行・労災年金受給者の相談問答集161P～163P(厚生労省労働基準局監修)によると、イ、「65歳以上の方で、要介護・要支援の認定を受ければ、原因を問わず(加齢・業務・通勤災害)労災の方もサービスが受けられる」とあります。(これは、65歳になったら労災の介護補償給付は打ちきりとなり、介護保険に移行するのですよ。とも、読みとれます)。

ロ)、「40歳以上65歳未満の方で、加齢に伴う疾病(特定疾病)により、要介護・要支援の必要がある場合にサービスを受けられる。」とあります。(注・介護保険制度は、加齢や特定疾病が対象である。そのとおりです)

※65歳になったら一律に「高齢者」扱いなることは問題です。脊損に起因する要介護の状態は、前述した労災保険の趣旨に従って補償すべきです。ロの介護保険制度の要介護・要支援についての範囲(要因)は、「高齢化による痴呆・脳血管障害又は特定疾病(15疾病)との、範囲によって規定されている」。従って各保険制度の趣旨に沿って運用すべきです。

上記問答集165Pには「労災保険制度による介護給付を優先し、支給限度を超える場合等において介護保険制度による介護給付サービスを受けられる」とあります。(これは、誘導です)

ここでいう「支給限度」とは、現行の「介護内容や介護時間」の範囲で、介護料の支給金額やヘルパー派遣時間の36時間を利用制限しているのか、明確にしなければなりません。そもそも「支給範囲」を指す、「常時・随時」という、認定と範囲設定・区分が大雑把であって、介護実態に合致しないところに問題があります。要介護を時間として算出した場合に、常時とは1日の24時間を指していることなのです。随時は1日のうち何時間を指しているかです。脊損者は、四肢麻痺・胸椎レベルの麻痺・腰椎レベルの麻痺等による、二次障害や併発疾病（膀胱、排泄障害・直腸障害・痙攣及び痛み等）によって、「生活行動障害」を負っているので介護が必要ですし、ひとり一人介護内容は異なります。また、おかれている環境やどんな併発疾病を罹っているかどうかでも違いが起きます。これまでの脊損の「要介護」の認定と介護従事者の介護賃金の査定（評価＝常時・随時、介護従事者＝家族・他人・労災ヘルパー派遣）について、再評価・再検討が不可欠であります。

現行制度を検証します。が、

### 三、労災のヘルパー利用をした場合

ABCのサービスを【表1】の賃金で計算すると、

例題(A地区)	定時Aを	6時間×2,407円=14,442円
	時間外Aを	9時間×3,007円=27,063円
	定時Bを	3時間×2,264円=6,792円
	時間外Bを	12時間×2,829円=33,948円
	定時Cを	3時間×1,409円=4,227円
	時間外Cを	3時間×1,752円=5,256円
	合計	36時間 91,728円

合計金額91,728円を単純に36時間で割ると1時間、2,548円の平均賃金となる。

この「平均賃金」で、家族介護給付額を割ると、

$58,750円 \div 2,548円 = 23.05$ 時間となる。

他人介護給付の場合・・・ $108,300円 \div 2,548円 = 42.50$ 時間となる。

ただし、地域別に賃金格差がAからEまで5段階あり、A・E地区では、ABCサービス合計は、Aが6,080円、Eは4,772円で、差額は1,308円である。E地区の平均賃金を上記のように算出すると、賃金が低くだけ「介護時間が増加」することになる。従って、上記の算出は、あくまでも「目安」に過ぎないということです。(後記の支援費制度の時給と比較対象をしてみてください)。

問題なのは、3者対応の介護者間で、給付額の違いの根拠ですが、厚生労働省の介護補償給付の計算方法の基礎を明確にしなければならないと考えます。厚生労働省の返答は、おそらく、「有看護資格者

(ヘルパー派遣を含む)・他人介護者・家族介護者の介護内容(専門的な仕事の違いがある)との回答であろう。違いとは何かである。「看護資格者の立場は、医師の指示に従って『医療行為』ができるという理由で、時給も高い評価となる。」ということだろう。

しかし、看護資格者の介護内容(サービス)は、「腹式呼吸の訓練、排尿訓練、吸引装置の使用法、体位交換、褥瘡の予防及び治療、自己導尿の方法、集尿袋、集尿器装具の交換の実施・指導や排便のためのマッサージ、坐薬挿入、浣腸使用方法、便の摘出、人工肛門の管理等の実施・指導、清拭、洗髪の実施指導、車いすによる移動および車いすの管理等の指導等」とある。これらの介護内容とサービス②とBCは、例えば、要介護5のレベルの頸髄損傷者にあつては、常時、つまり、深夜の体位交換を除いた睡眠時間以外の時間、一日、最低8～12時間は必要な介護時間であるにもかかわらず、現状は家族に押しつけられているといえます。(支援費制度では、一日24時間のヘルパー派遣となります)

労災のサービス内容は、看護資格者の介護が中心になっていますが、しかし、介護内容(表1)殆どが、「実施・指導」という立場であるように強調されています。この事は、看護資格者から指導を受けた、「家族」が、実際には『医療行為を含めて』介護に従事しているのです。ここで問題になっているのが、看護資格者ができるとされる「医療行為」です。現実には家族がやっていることを労働省は容認(進めて)しているのです。しかし、ヘルパーや他人介護者は出来ないことになっている。ヘルパーには労災ケアセンターでの5日間の研修が義務付けがされています。しかし、この労災ヘルパーの研修も今後廃止されると聞きます。

この原稿を書いている、4月22日、厚労省がALS患者に限って、ヘルパーやボランティアに条件付きで認めると報じた。条件は、「①主治医や看護師からの「指導」を受ける。②患者自身が文書で同意する。③主治医との緊急連絡・支援体制の確保などである」。一部の患者に限られたことは遺憾です。そもそも、一般のヘルパーにも、現在の「医療行為」と、なされている、「たん吸引、褥瘡の予防・治療(付け替え・家族が行っている程度)、自己導尿、排便・摘便」等の基礎的な実習を義務付けて、介護内容としてできるようにすべきです。(実際、家族には認めているのだから)研修は欠かせないが、脊損以外の障害者にあつても切実な課題であります。

#### 四、その他の介護給付制度

- 1) 自賠責保険にかかる介護料の評価額(査定)
- 2) 自動車事故対策センターが給付する介護料給付額
- 3) 介護保険制度における介護給付(ヘルパーの介護賃金)
- 4) 本年4月から始まった「支援費制度」による介護給付額(ヘルパーの介護賃金)
- 5) 原爆被災者への介護給付額
- 6) 生活保護法における他人介護制度の給付額
- 7) 各種介護施設における介護従事者の給付(賃金)
- 8) 民事上の損害賠償における介護料の評価(査定)

以上のとおり、障害の発生根拠を理由とした、介護保障・介護補償制度等があります。

※注意しなければならないのは、各制度の創設時において、介護内容や利用時間の上限・その時給額等が設定されているということです。つまり、介護保障問題が本格的に政治課題となった最近の視点と、

旧制度の間には、大きく隔たりがあるということです。それらの制度については、早急に見なおすべきです。

労災の介護給付と原爆被災者・生活保護法の他人介護料の3者の基礎的計算は横並びと聞きます。自動車事故対策センター（一昨年改正）も労災に準じています（最重度 136,800 円以外）。ただし、20 年前から、生活保護法の他人介護制度及び身体障害者居宅生活支援事業（平成二年）やホームヘルプサービス事業等を軸に自治体の制度として、介護内容と介護時間の拡充を図ってきた当事者活動があります。これらの活動によって、全身障害者の人で、一日 8 時間～2 4 時間の介護体勢を確立してきた方々があります。4 月からの支援費制度で、さらに確立されると期待していた人もいます。しかし、この方たちが、この 4 月からの支援費制度の上限の問題で時間を減らされている事態が起きています。これらが現在の 2003 年の問題なのです。

最も新しい「支援費制度」は、4 月から始まっていますが、さまざまな問題が生じています。いずれにしる、各自が自分に必要な、「介護内容と介護時間」のプログラムを市町村の申請窓口で、担当者に正確に提示し、認定を得ることが最大の課題です。（他の制度でも同じことです。が）

ここでは、上記の新制度としてスタートした、「支援費制度」の内容（概要）を見ておきたいと思います。

以下は、厚生労働省社会・援護局障害保険福祉部・・・平成 15 年 1 月 28 日支援費制度担当課長会議資料より抜粋（概要）したものです。

## 五、支援費制度・・・

### 1. 身体障害者居宅支援費について

—	30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1.5 時間未満	以降 30 分
身体介護	2,100 円	4,020 円	5,840 円	2,190 円
家事援助		1,530 円	2,220 円	830 円
移動介護		※1	※ 1	※ 1
日常生活支援※2			2,410 円	900 円

※1 移動介護は身体介護を伴う場合は身体介護の単価、身体介護を伴わない場合は家事援助の単価を用いることになります。

※2 日常生活支援は身体障害者居宅支援が対象をなります。

### 2. 身体障害者に係る厚生大臣が定める区分

前文省略・・・各区分に該当する身体障害者の障害の程度は、それぞれ該当各号に定める程度であると市町村が認める程度とする。



一	区分 1	食事、排せつ、入浴及び移動のうち三以上の日常生活動作について全介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
二	区分 2	食事、排せつ、入浴及び移動のうち三以上の日常生活動作について一部介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
三	区分 3	区分 1 及び区分 2 に該当しない程度

### 3. 移動の介護における身体介護を伴う場合と伴わない場合の判断について

移動の介護における身体介護を伴う場合とは、移動の介護を行う際に実際に身体介護を行ったか否かではなく、当該支給決定障害者の日常生活において身体介護が必要な者であって、移動介護のサービス提供時にも当然に身体介護サービスを提供することが想定されるかどうかによって、それぞれの実施主体が判断するものであること。

### 4. 日常生活支援の取扱いについて

#### (1) 日常生活支援の支援費基準の適用について

日常生活支援が中心であるサービスとは、日常生活全般に常時の支援を要する全身性障害者に対して、食事、や排せつ等の身体介護、調理や洗濯等の家事援助、コミュニケーション支援や家電製品等の操作等の援助が比較的長時間に渡り、断続的に提供されるような支援をいう。

したがって、日常生活支援については、身体介護や家事援助等の援助が断続的に行われることを総合的に評価して設定しており、同一の事業者がこれに加えて身体介護及び家事援助等の支援費を算定することはできないのであること。

ただし、当該者にサービスを提供している事業者が利用者の希望する時間帯にサービスを提供することが困難である場合であって、他の事業者が身体介護等を提供する場合にあっては、この限りでない。

なお、日常生活全般に常時の支援を要する全身障害者であっても、例えば、食事や入浴の時間帯には身体介護を、それ以外の時間帯に家事援助等のサービスを希望する者については、身体介護と家事援助等の支援費を算定することができるものであること。

#### (2) 日常生活支援の対象となる全身性障害者について

日常生活支援の対象となる全身性障害者については、「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」（平成12年3月24日障企第16号・障企第8号2課長連名通知）にて示している、「両上肢、両下肢のいずれにも障害が認められる肢体不自由1級の者及びこれと同等のサービスが必要であると市町村が認める者」であること。

以下、省略しますが、ディサービス支援費及び送迎サービスの項や短期入所及び施設入所に関する内

容については、同資料を参照願います。（介護内容の評価・介護従事者の賃金額等の比較をして下さい）  
※ 労災と支援費制度又はその他の介護保障（補償）についてもいえますが、労災と支援費制度を比較すれば、お分かりのように「介護者の時給（賃金）」の違いに気付かれたと思います。何故なのかといえ、**「介護という仕事の評価（見方）」**が、大きく見直されてきたからです。

現場（家庭・病院・施設等）で介護の仕事に従事するヘルパーの方々が、正当に評価され安心して「働ける環境」がなければ、介護サービスを利用する人も「質の高い」介護は保障されないということです。（現実にはパートが増え、使い捨ての労働者となっています）制度とは、利用者側のみの主張だけで拡充するものではないことを「考えて」頂きたいのです。

会員・家族の皆さん、「介護問題」をどのように「考えて」きましたか？考えられていますか、介護保険制度導入の折り、盛んに言われていました、「介護は、身内で負うのではなく、社会的に介護保障する、制度を確立する」ことが求められていると。（政治的には、本当のところ財政破綻を根拠とする、税収収奪の一貫に過ぎませんが）介護の社会保障制度化に賛成ですか。それとも、これからも介護は家族でやって貰うので、問題はないとお思いですか。労災の家族介護と他人介護の給付額の問題、四肢麻痺の頸損と下肢麻痺の脊損の「介護内容と介護量の違い」等、問題は積み残されたままです。

これらの問題を再検証するため、議論の素材として九州ブロックの考えかたを提起するものです。最後に、問題点について書いておきますので、各支部で意見交換の上、全国大会で議論できますようお願いする次第です。

## 六、問題点について

### 1. 介護問題への関心の薄さは何故か？（労災の場合）

（1）脊損を負ったことによって、生じた介護を「仕事（労働）」と見ていないから。

介護給付金は家族の介護者の給与であるとの「認識」がない。

（2）労災の介護給付の創設（法律化）の経過と意味を理解していないから。（本書1Pの1項参照）

（3）家族の給付額に疑問・問題意識がない。年金の一部と考えている。

（4）介護の社会化の理解がない。他人（ヘルパー）を家に入れる、他人に世話になる事への抵抗感があること等。

（5）今のところ、家族介護で不満がないから。（家族の高齢化で、現実の問題を抱えている会員もいます。）

（6）自分だけの問題として思考しているから。介護を必要としている人の立場で考えることが、自分のためになるとの認識がないから。（連合会の存在意義）

## 七、課題について

### 1. 介護内容の認定の方法及び介護時間（ヘルパー利用の場合を含む）の認定・査定の見なおし。

※障害等級で査定（認定）するのではなく、実質的な生活動作・移動性等（生活行動の障害性）を中心の認定方式の確立

- ①四肢麻痺頸損者・移動に介護が必要な人
- ②頸損者でも車の運転ができる人
- ③下肢麻痺の脊損で車の運転ができない人
- ④下肢麻痺で車の運転ができる人

等の・・・生活全般における生活行動性に関しては、①④の区分で考慮し、検討をすることが（これは、叩き台です。）必要だと思います。

2. **介護サービスABCに関わる家族・他人介護（生活保護法による保障）・ヘルパー等介護従事者の給付額の見直し。**

3. **現行、「医療行為」と見なしている介護について、ヘルパーで行えるようにすること。**

4. **外出・移動介護の補償を検討する。**

（通院は移送費が支給されている。ガソリン代・申請）

5. **支援費制度が始まったことで、介護保障（補償）の内容が、労災以外の介護保障が労災の介護補償を上回り、逆転しました。（否・身障法の方が、大幅に前進したのです。労災は、何もしないから取り残されたのです）具体的には、検証しますと。**

※例題・同じ要介護レベル5（全身障害で全面介護）の頸損の人がいるとします。

イ) 労災の場合	現行の家族介護	58,750円	常時(月)
	他人介護	108,300円	36時間(月)
	ヘルパー	108,300円	36時間(月)

ロ) 支援費制度（5P参照し、自分の介護時間で計算してみてください）

240時間～744時間(月)

1日24時間の介護の場合、100万円～200万円位です。

その他の人は、要介護の度合いと内容で、時間が設定されます。

※以上のような格差は、介護の必要度の認定（内容）と介護量（時間の認定）及びその結果の介護者の仕事に対する「評価」の違いから起こるということです。または、保障（補償）制度の創設時の時代的な「視点と考え方」の相違から起こるものと考えます。法律や制度は、その時代時代の「価値観＝考え方」が形となった事象です。常に、改革の要素をはらんでいる「代物」であると、ということです。

※支援費制度においても、利用者は、1日24時間のうち、30分刻みで、どのような「介護プログラム」となるのか、きちんと、明確に申請窓口で「説明・提示」し、担当者の承認を得るということが、大きなポイントです。また、これらの申請時における「サポート」は、支部の重要な活動となるといえます。したがって、サポートする人は、市町村の担当者（一応専門化・プロですから）との「交渉」となりますので、感情的・心情的な「想い」では、介護の必要性は伝わりませんので、「ケアマネジメントの手法」について事前研修が必要と考えます。（利用者自身も研修を図ること。）

「介護制度」を確立するためには、会員ひとり一人が、行動を起こすことです。

※また、二つの制度を「併給」するという「考え」は、正しいのでしょうか？

例えば、A制度とB制度を「うまくやって」併給したとします。つまり、AとBで介護が100%？と、満足（ほぼ）すれば、これから、永久的にA・Bの制度は、問題にする必要がなくなります。どちらかに問題が生じて、改善の道を立つことに繋がります。（一つの制度を選択した人にとって深刻です。）とはいえ、現実的に、当面する生活を無視するということではありません。あくまでも制度上の

考え方として、検討が必要と考えるからです。

大分県支部の矢羽田氏が労災ヘルパーを利用し、制度の限界を身にしみて痛感し制度の拡充を図るために奮闘しています。労災ヘルパー派遣制度を現実にそった、介護補償への改革を求める、全国的な活動展開を切に願うものです。

支援費についても、問題はこれから続出すると思えます。両制度の改善への、それぞれの活動が、双方の新たな「制度改善」に互いに影響し、牽引の役割を持つという、相互作用（政策的に）について喚起してほしいと思います。

以上は、矢羽田氏からの提起を受け、ブロック代表者で議論し、まとめたものです。各支部でのご議論をお願いする次第です。

2003年4月28日

九州ブロック連絡協議会

まとめ（文責）織田 晋平