

〔〈公印省略〉〕

提出先

1.要請先省庁（例：厚生労働省、政務三役：大臣・副大臣・政務官）

2.各党

織田記 **（2012年1月・本部理事会・各支部への配信を依頼した。【2009年～2010年素案を基本として再校正したもの】。です。**

今回の改正時前の2017年末、2009年交渉時の紹介議員の方から、再度資料提出の要請が大分県支部の矢羽田氏にありましたので、織田が再度校正をして渡していた要望書です。本部・支部での協議おねがします。

.....
本要望書 2019年10月18日の第43回九州ブロック会議福岡県大会で協議されて、再提出に至った望書です。

提出先 本部理事会・各県支部 御中

提出者 20019年度九州ブロック会議福岡県大会

主 管 福岡県脊髄損傷者連合会 会長 藤田 幸廣

労災介護補償制度及び介護補償 直しに関する要望

貴職におかれましては、日頃より労働災害被災者に対する生活・療養・介護保障の政策向上のために鋭意、ご配慮いただいておりますことに深く感謝いたしております。

表記の労働者災害補償保険法（以下、労災という）の一部を改正する法律（H7年(95)法律第35号）は、第132回通常国会で、平成7年3月15日に成立し、同月23日（発基第25号・通達）に公布され、同法は、平成8年4月1日に施行「発基第95号・通達H8年3月1日、同法第19条2に介護補償給付」と定められています。この通達で、介護給付の創設の趣旨・改正の給付内容について述べられています。

しかし、その後これまで「介護補償給付の運用の関する事項（範囲・額）」については、見直しがなされないまま据え置かれていますので、以下のように見直しを要望します。

【介護（補償）給付の請求手(厚生労働省・<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/...>)

参照

1. 見直しについて（その理由）**（基本軸・論点に対する批判があれば遠慮なくどうぞ）**

1) 介護補償給付の受給対象と給付額の改正について

①介護補償給創設時の平成7年2月22日の国会答弁で、労働大臣は労災の介護補償給付額について、「介護補償給付額は、女子のパートタイム労働者の1時間当たりの賃金680円に基づき定めている」と答弁している。が、今日まで「据え置かれている」こと。

②介護補償給付の対象（状態）を「常時と随時」という単純な「区分」で支給されていること。それぞれの「要介護の質と量（時間）」について必要な介護の特性や量について、新たな介護支援の区分規定を設定（他の制度の介護認定、支援給付額等と同じく）について見直しを求める。

※介護の質と量についての見直しは、「常時・随時」という大雑把な評価でなく、頸椎損

傷・胸椎損傷・腰椎損傷等の「部位によって、体幹機能や同じ部位でも損傷度で、身体機能や介護条件の違いがあるので、介護の質や量についても「査定・評価（区分）」再評価の見直しを求める。

- ③介護従事者については、他人介護と家族介護とし、他人介護給付額の2分の1が家族給付額となっていることを、同一の「介護労働」を従事しているのだから「同一補償給付額」に見直しを求める。
- ④他人介護給付額についても重度被災労働者の介護内容に基づく介護労働の適切な評価に基づく「費用負担額＝介護報酬」に改正すること。いいかえれば、介護労働者の介護報酬（生活保障賃金）に見合う現在の「労働評価」に基づき見直しを求める。
- ⑤介護労働に従事する「家族・ヘルパー・介護士（介護派遣事業者）・施設での介護者・病院での介護者」等において、その労働評価に格差（特に家族介護給付額）が生じている。これらの制度間の格差については、整合性のある制度として見なおすべきである。全て労働行政に関わる事案、課題・政策であるとする。

参考資料（共通認識上、見直しを検討するために）（経緯に関する理解を）

【重要】

1. 発基第25号 平成7年3月23日 介護給付の創設（労災保険法19条2）
2. 基発第95号 平成8年3月1日付（都道府県労働基準監督署宛と労働省労働基準局長の2通りあり）介護給付の創設
3. 事務連絡第四号 平成9年3月10日 都道府県労働基準局労災主務課長宛
介護（補償）給付に係る要介護障害程度区分の判断等に当たって留意事項について
※脊髄損傷者の障害等級の見直し記載・介護給付に関する記載事項あり
4. 附則 第64条関係（損害賠償との調整に関する暫定措置）

【介護補償給付創設理由】

労働者災害補償保険法の一部改正より「介護補償給付（19条の2）として新設された、その介護補償給付及び介護給付の創設、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、慰謝料を上回っていること。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。」とあり、さらに「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（てんぼ＝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、労災保険で当然に填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1日付・労働省労働基準局長通達）より（上

記の下線は提起者による)

第19条の2項が、介護補償給付・・・の規定です。(新法)

その他 施行附則 第18条の3の2 介護給付にかかる障害の程度

第18条の3の4 介護補償給付の額

3の5 介護補償給付の請求

※「平成9年3月1日・事務連絡第4号、介護補償給付に係る要介護障害認定区分の判断に当たっての留意事項について」が都道府県労働基準局労災主務課長宛に出ている。

これは、脊髄損傷に係る「障害等級」の見直しを指示したもので、「**障害等級認定の1級9号は両下肢の機能障害等級であるので、脊髄損傷は神経系統の障害等級であるので認定できないものである。**」との見直しであり、**介護補償給付も「常時介護」とするとある。(重要)**

5. 改正理由の補足

①平成12年に高齢者介護保険制度、また、平成14年には身体障害者を対象とした支援費制度、更に、同17年には障害者自立支援法が執行されるなど障害者や高齢者の介護制度は国民にとって最も重要な社会保障制度となっています。

勿論、各制度には新たな問題と課題が生じていますが、介護労働評価については各法制定以前と比較すれば、一定の介護労働報酬基準(現在新たに問題になって)で運用されている。しかし、介護保険制度以前に施行された労災介護補償給付の額は、介護労働報酬評価にかかる合理的な費用算出がなされていない。

②労働災害により介護が必要になった重度被災労働者の介護補償は、他の介護制度を併給して補償するのではなく、本来の法の主旨に則り(基発第95号・創設趣旨)、全て労災保険で補償し、その額は他の介護制度並みの水準に改正する見直すことを強く求める。

※以下は、**現、総合支援法・介護保険優先の運用にかかる「介護査定」に関する要件でもある。**

6. 脊髄損傷について(介護要件・起因性)

脊髄損傷とは、中枢神経、末梢神経など神経系統に第一次損傷があり、その結果、四肢麻痺・下肢麻痺など体幹麻痺や不全と直腸障害、排尿排便機能障害、性機能障害、痙性障害、痛恨障害などの、第二次障害が生じる特有の損傷である。

1) 頸髄損傷の特性について

頸髄損傷の注意すべきことは、脊髄損傷(全体)に起因する併発疾病(労基署・併発疾病の取り扱い。25疾病・別紙)がある。特に、褥瘡や自己導尿による尿道炎、尿管炎、膀胱炎、腎盂炎など併発しやすい。加えて、頸髄損傷者は「起立性低血圧症・肺機能の低下・体温調整障害」などがあり、起立性低血圧は、座位姿勢を維持できるまでに時間を要し、車いすに乗った場合も体位交換が必要であり(リクライニング・シート・上下)、肺機能の低下は、カゼなどにより「肺炎」になりやすく、また、脊髄損傷の損傷部位に関わらず、褥瘡や膀胱炎・急性腎盂炎など併発しやすく、細菌性感染(全身)し、肺炎・敗血症に至るケースも少なく、全てに、生命にかかわるリスクと24時間の介護要件が求められる損傷である。

また、頸髄損傷の場合は、**体温調整障害があり**、発汗作用が働かず、体内に熱がこもり夏場はクーラーが欠かせないし、冬場は寒さに弱くカゼを引きやすいので、体温調整は、日常的な体温管理が不可欠であり、これも介護要件となること。

耐性菌とは、抗生物質に耐性を持つ細菌の事＝抗生物質が効かない細菌ということです。

この耐性菌に感染すると感染症の流行病気が重症化しますので、特に高齢者乳幼児持病がある人が注意が必要です。さらに日本で最も多い耐性菌「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌」は数種類の抗生物質に耐性を持っている多剤耐性菌と呼ばれています。日本でも猛威を振るう多剤耐性菌ですが感染すると肺炎・肺血症・肝機能障害等を引き起こしてしまいます。特に頸髄損傷の方や褥瘡がある方感染する比率が高いようです。

2) 排尿排便の障害における介護要件について

全身障害である頸髄損傷の排尿は、「自己導尿」であるが、尿道を通し膀胱までカテーテをいれて排尿するが、この行為は、「医療行為」されているが、ホームヘルパーでもやれるよう現在法改正が進められている。自己導尿は、日常的には2～3時間おきに行う必要があり、合わせて水分の摂取も考慮し自己導尿の管理となる。また、カテーテルを入れることで、尿道を傷つけるリスクもあり、傷つくことで感染を引き起こし、膀胱炎・腎盂炎に至ることも多い。

さらに、排便・排尿機能不全により路感染症～膀胱炎発生により、抗生剤を服用することが多くなり、MRSA・多剤耐性緑膿菌による併発し死に至る症例も少なくない。排便処置はより複雑で、便を促がす薬用を使用（下剤）や浣腸液を使用して行うが、失敗も多く、処置後、半日、1日置いて、突然、失便したり、または、下痢状態に陥ることがある。その都度、洗濯物は増加するので、介護要件は付加される。特に脊髄損傷者の多くは、便秘状態であるので、薬用使用ができないときは、「摘便（便を掻き出す）」を行うことになる。排便時間は、個人によって多少違いがあるが、概ね一時間前後を用する。これら、排尿・排便機能障害は、生活上の最大の介護要件であり、外出（社会参加）する「阻害要因」となる。（日常的な食事などの介護内容の詳細は当初、お渡ししている資料を参照願います）

3) 体位交換や体移動について

体位交換は、褥瘡予防の為に3時間おきにしなければならない。ベッド上では、左右・上向き姿勢の体位交換となる。

車いすに乗っている場合は、坐骨部分に圧がかかるので、除圧が不可欠となる。ベッドから車いすへの移乗についても、臀部を浮いた状態（摩擦を避ける）で行うよう注意が必要である。

4) 性機能障害について

生活上の心的問題も含めて、損害は大きい。

※ ○○氏の後遺症障害にかかる損害は、24時間の要介護や今後の体調管理及び生活上の住環境の整備や移動条件確保等を含めて、考慮して査定が行われよう願います。

7. 介護認定にかかる具体的な介護内容について

一、生活上における具体的な「介護要件」の認識について

1. 日常生活動作の「食事・排泄・体移動・衣服着脱・整体動作」などのチェック項目の問題点。

1) ①食事の「全介助を要する」とは、ひと箸一箸（あるいはスプーンで）食べさせる介助を、「全介助」との観方を差しているのであろう。が、②の「自助用具使用により可能」の場合は、自助用具付けて食べている間は介助なしの、**自力よるとの解釈（随時との解釈）であろう。**しかし、自助用具を装着・脱着の介助が前後にあることと。**すべての食材が「自助具」によって食べられるわけではないこと。**例えば、コップや湯のみをもって飲むことはできないなどを考慮すれば、「全介助を要すると自助用具使用により可能」の間には、**介護者の介助時間と拘束力において、差異はなく、常時介護との認定（範囲）をすべきである。**こと。

強いていえば、**自力で可能だという判断は、装具着脱においても介助を必要せず、自分で装具を着脱できる場合と考える。**つまり、指先に多少握力がり、補助具を付けることによって、よりつかむ力（動作力）が加えられる場合などが考えられる。

※しかし、**食に関して共通することは、食材の調達（買い物）・調理・配膳・賄い・あと片付けなどは全介護（介助）を要する。**しかし、日常生活動作のチェック表にはこれらの項目がないので、別添付文書で主張しておくべきです。

2) 排泄の項については、**排尿の処置**について脊髄損傷の場合、失禁状態にある者は収尿器の装着脱と衛生面の処置などの介助が必要である。また、装着した収尿器の脱落、破損などで、尿水害（漏れて）に合い、身体の洗浄、消毒、着替えなど、突発的に起こる介助も少なくないのである。

80年代以降の受傷者の多くは「自己導尿」で排尿処置を行っている。この行為は「医療行為の範囲」となっているが、頸損者の場合は指が利かないので殆ど自力ではできないので、家族の介助によって行っている。前後の消毒処置が不可欠であり、日常的に頻繁に行うことが必要である。

排便処置についてはより複雑である。便を促す薬用の使用（下剤）や、浣腸液の使用、摘便（脊損者は便秘がちになりやすい）などであるが、どれか一つの処置方法でやっていることではなく、併用も少なくない。また、排便は日時を決め定期的な排便となるが、失敗も多く、汚れた衣類の洗濯の他、車いすのマットや、ベット上での失便は、敷布・掛け布団などの洗濯となる。車での移動中でも起こる。いづれも、身体の洗浄・消毒などの介助要件が頻繁に起こるのである。特に脊損の特性として「直腸障害」があるので、「下痢」を起こすことが多く、下痢状態に陥ると介助はその分頻度をますので大変である。排尿、排便処置は、すべての脊髄損傷者の「全介護要件」でもある。

③**体移動の項も、**たんにベッド上から車いすへの移動のチェックのみであるが、「寝返り・起き上がり」、が、できるかどうかのチェックがない。

④**整容動作の項は、**歯磨き、洗顔、洗髪などと在るが、清拭（身体を拭く）などのチェックがない。身体の清拭は特に座骨・臀部に「褥瘡」の予防としても不可欠である。（また、入浴回数が、少ない人ほど清拭は欠かせない。）

二、介護範囲を区分する障害認定の一般的傾向についての問題点について【脊髄損傷者の場合】

イ、自力移動が不可能である。

ロ、自力摂食が不可能である。

ハ、尿管失禁状態にある。（失禁状態の者と自己導尿者がいる）

ニ、人口介添呼吸が必要な状態である。

との記述があるが、診断書にはイ～二の生活動作状態を記載する欄がない。

1. 特に、自力移動については「屋内・屋外」についての移動にかかる介助実態のチェックも欠落している。同じく入浴の介助や調理（後かたづけを含む）なども同様である。（従って、別に、日常の「介護実態」を記載し添付すべきである。（自賠償障害等級が証明できない自損事故の人の場合は特に注意する）

また、**頸髄損傷に起因する併発疾病である起立性低血圧・褥瘡等による、車イスの利用・移動等**が時間が制限される。行動障害によって介護量が増加する

2. 従って、一の項で介護状態を説明したとおり、特に頸髄損傷者の場合は、上記のイロハに該当し、常時介護（最重度）のと認定すべきである。

以上のように、「介護実態」を明確に把握するには、医学的な機能障害・能力障害のみに重点を置いた認定をすべきではなく、「当たり前の生活」をするために、具体的な生活行動における支援、社会参加活動などにおける、介助（介護）がどのように必要かという「視点」での「チェック表」の作成を再検討すべきである。については、WHOの「国際生活機能分類（ICF）」を基準にした、生活活動や社会参加するための支援についての認定の方法（視点）について、再検討を求める。

3. **労働省労働基準局補償課長の事務連絡・平成9年3月10日付、「介護（補償）給付に係る要介護障害程度区分の判定等にあたって留意事項について」において、『脊髄損傷とは、神経系統（中枢神経・末梢神経・自律神経）の損傷障害であるので、両下肢・四肢の体幹機能に係る障害（部分）のみでの「障害認定」をすべきではないと、障害等級の見なおし』**を通知していること注目して、再認識を求める。つまり、「脊髄損傷とは中枢神経などの神経系統の第一次損傷があり、その結果、四肢・下肢麻痺などの体幹機能麻痺や不全と直腸障害・排尿排便機能障害・性能障害・痙性障害・痛恨障害などなどの第2次障害が生じる特有の損傷である。これらの障害が総体的に、「生活活動・社会参加行動」、などに関する際、「行動（社会参加）の阻害要因」を引き起こすのかである。」その分析過程に不可欠な人的な支援要素（介護度）が明らかになることを重ねて要望してきた。

2019年10月

以上提起分の文責 織田晋平