

# Well Care

2001年11月15日 4号

発行：自治労大阪公共サービスユニオン

大阪市北区天神橋3-9-27 PLP 会館1F

TEL 06-6242-2233

FAX 06-6242-2230

## ケアワーカーセミナー 在宅精神障害者への ケアを考える



10月21日(日)大阪府教育会館「たかつガーデン」において自治労大阪公共サービスユニオン主催の「ケアワーカーセミナー4 在宅精神障害者へのケアを考える」を開催し、50名の介護関係労働者が参加。セミナー終了後の交流会においても、講師を囲んで熱心な情報交換が行われた。

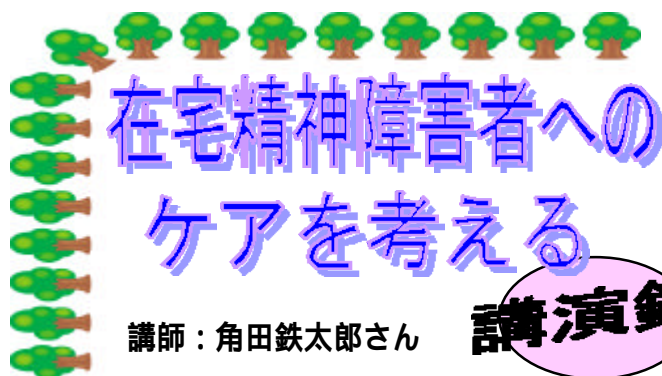
精神分裂病にはマイナスのイメージが先行しがち。事件によってマスコミに大きく取り上げられるたびに、正しい理解よりも差別や偏見が広がる。しかし、妄想や幻聴で興奮状態になっていて医学的管理が必要な「急性期」でも、精神安定剤の服用により治まっていく。ほとんどの方が優しく、まじめでデリケート。「自分自身の存在の危うさ」を強く感じ不安感という障害を抱えて生活をしているため、他の病気と同じように「病」に対する「治療」と「障害」に対しての「リハビリテーション」が必要である。

講師のクリニックサザンウィンド所長・精神保健指定医の角田鉄太郎さんは、精神障害者のケアを考える際、まず「仕事の内容を確認することが重要」で、介護労働者が陥りがちな「私が何とかしなければ…」では、燃え尽きてしまう。当事者ではなく中立的な立場をとり、妄想やパニックに対しても否定せず、動揺しない冷静な判断が必要。違和感はある方が自然でそのうちに慣れる。あせらず、相手の「あせり」に乗らず、「仕事上での友だち」になってほしい、とされた。

休憩後の質疑応答では、病気・障害に対する基本的な知識の質問やケアマネージャーや訪問看護婦、ヘルパー職より、具体的な対応についての悩みや現状が報告された。また、「在宅精神障害者」イコール「困難ケース」という偏見をなくしたサービス提供により、在宅の生活が改善された事例も参加者より発表された。

講師からは、依存性の高い利用者に対しては本人にサービス内容を確認してもらった上で、それぞれの提供者が情に流されず、必要以上のことはしないこと。それで、生活ができないなら、独居で暮らすというケアプランを見直す必要もある。利用者の不安がそうさせているのだが、本当はできるのに「できない人」になってしまうのは逆効果。主治医に連絡して指示を受ける。「しばらく放っておく」「時間外は119へ」というのもひとつの方法、等のサービス過剰にならないためのアドバイスを受けた。そして、今回初めて行われた交流会では、講師を囲んで情報交換を行い、和やかな雰囲気ですeminarを終えた。(講演録は次ページから)





# 在宅精神障害者への ケアを考える

講師：角田鉄太郎さん

講演録

## 講師紹介

大阪府立中宮病院で精神障害者へのケアに携わる。現在は奈良県新庄町でクリニックサザンウィンドを開業。知的障害者施設「柊の郷」の理事、嘱託医、事務長を兼任。精神保健指定医。

ヘルパーさんで高齢者中心でやってきた人が多いと思いますが、身体・知的・精神障害へとヘルパー派遣事業が広がっていくことは、たいへんいいことだと思います。精神病と精神障害がどう違うのかというと、身体障害は目に見えますし、知的障害の人目に見えなくても話したら何となく分かってくる。精神障害は分かりにくいというのが正直なところだと思います。精神障害に関しては福祉法も遅れていたし、年金の支給も遅れていました。理由は、年金が出るというのは障害が固定したということなのですが、精神障害の場合は、なかなか固定化していないことが多い。むしろ高齢化してきたら精神障害がどんどん軽くなっていく人が結構います。要するに精神病を持ちながら、常に障害の度合いが変わっているというのが、精神障害がほかの身体・知的に比べて分かりにくいところですね。

精神分裂病は非常に難しい病気というか、分かりにくい病気です。統計的に言いますと、病院に通っている人で100人に1人です。どういうことかということ、病院に通っていない人も結構いますし、症状がほとんどない人もいます。自分で他人に対して訴えていくこともなく、病気だという実感がない。精神科の医者がじっくり話を聞いてみると、医者でなくても聞いてみると、その方が50歳とすると50になるまでの間のどこかで発病してただろうなという人が結構おられます。それはあんまり本人も言わないし、まわりも言わないから、社会生活するのにそんなに困る病気でない

人も多いわけです。病気になった人たちの中で3分の1はほっといても治ります。3分の1の人たちはよくも悪くもならない。3分の1の人たちがどんどん悪くなっていってしまうといわれています。

## 良い意味での誤診

私は中宮病院の思春期病棟にいましたが、思春期には恋もするし、いらいらするものだから、そこにちょっと病的な要素が加わったら病気になってしまってもおかしくない。良い意味の誤診というのがあって、医者と看護師がカンファレンスをやって、みんながこの子は分裂病やなといって、3ヶ月経って状態が変わらないから退院させて、3ヶ月ほど外来に来て、それからぜんぜん来なくて半年ほど経って、ひょっこりその子が現れて顔を見ても分からない。名前を聞いたら知ってるけど、誰やったかなと思うことが年に3回くらいあります。その時は病気なんです。本当は長い経過で見たら病気でないかもしれないけど、そのときは精神分裂病で幻聴、妄想でパニック状態になっている。3ヶ月たって非常に元気がない、活気がない感じになってきたと思ったのは、単に薬で元気がなくなっただけだった。薬が切れたらすっかりもとの元気な女の子に変わっていたということが結構あります。自分らのミスをごまかすための良い意味での誤診です。言い訳ですが思春期に関しては仕方ない。

## 仕事の限定はキッチリと

分裂病の方は圧倒的に多いですし、そううつ病の人でヘルパーさんを頼むことは余りないと私は思います。そううつ病の方は調子が悪いと思ったら自分から来る。自分で家事ができていながらも関わらず入院要請してくることが多い。分裂病の方は、家族の援助を求めることが多いですから、あまり医療者、あるいは福祉というところに援助を求めてくるということは、少ないのではと思う。まず最初にしておく大事な



ことは、仕事の内容を限定しておくことです。訪問看護で行ったにもかかわらず家事援助的なことをさせら

れてしまう。または、家事援助で行ったのに看護婦的なことをさせられてしまう。その辺の境界線が非常に曖昧です。頼まれたら嫌といえない。日本人は非常に気働きを大事にします。気働きをするのが非常に下手な方が分裂病の方です。むしろ気働きをしすぎる人がうつ病になります。気働きをしすぎるがゆえに、「子どものときにこの子は手のかからん子やった」と親はよく言います。小さい子であるにも関わらず親に気を使いすぎてすごく緊張を強いられて、その結果として病気になったのではないかと今は言われています。でも、仮にお母さんが悪かったとしても、いまさら30年前に戻ってやり直すわけにはいかないし、母親や父親が悪いと理屈を立てても例外が100ほど出てくる。だから家族が原因とかいう話しはもうやめようというのが今の流れです。

## 期待させすぎないこと

仕事の内容を限定した上で、一つは期待させすぎないということです。分裂病の方は気働きするのが下手な人であり、なおかつ非常に感謝します。自分自身が非常に存

在が危ういというか、自分自身の安全観があります。お互いの信頼関係の上に社会は成り立っていますけれど、分裂病の方は、遠い将来に起きるかもしれないちょっとした心配事を非常に大きく感じ取ってしまいます。分裂病の方は、自分の安全が保障されているという感覚が非常に欠如しています。何でもしてくれると期待されてしまったときに、その期待にいつか応えきれなくなる 때가来ます。そのときにまた相手に新たな絶望感を与えてしまうだったら、最初から「私はこれとこれとこれをする人です」と、きちんとしておいたほうがいい。気働きができる人であれば、例えばヘルパーさんが来てこの前これしてくれて、今日はしてくれなかったとしても、「きっと事情があるねんな」と察してくれるんですけど、それがなかなか察してくれなかったときに、人間関係がうまくいかなくなってくる。いわゆる気働きの文化の中でわかってくれるはずやと思ってしまうのが、逆に大失敗につながっていく。逆に不安をかきたててしまうということにつながるので、事前に自分の仕事の内容をきちんと限定しておいたほうがいいと思います。

それともう一つは親からの依頼なのか、あるいは奥さんからの依頼なのか、あるいは当事者本人からの依頼なのか。それによってスタンスが変わってこざるを得ない部分があると思います。家族としてこういうヘルプをして欲しいという場合、親が期待していることと本人が期待していることがしばしば違う。

親から依頼を受けても本人さんと一応話をして同意をきちん取り付けておかないと、親



御さん、あるいはご家族の誰かからの依頼を受けたとしても、話が本人に通じてないときがしばしばある。

例えば、食事をつくるといっても朝から

晩まであるし、おやつはどうかとその辺のところをきっちりしておいたほうがいい。もし、好意で何かしてあげるんだったら「ほんまはこれはあかんねんど...」というのをきちんと言った方がいいと私は思います。これは精神科で訪問看護をやっていた中宮病院の経験からするとだんだん丸抱えになっていきます。訪問看護でご飯をつくって、薬をのませて、布団を敷いてあげてたんです。そこまでするんだったら地域で生活させず、一回入院させたほうがいいと僕は言うんですけど、訪問看護からずーとやってた看護婦さんはいぶ抵抗されました。全部丸抱えしてこの子の面倒を見ると。ひいきの引き倒して言うと変かな。でしゃばってしまうというかな、そこまで行ってしまっただけで初めて面倒みてるといふ感じがあるんやけど、あくまで仕事としてかかわっていくことがメリットなわけです。家族でできることの代行をすれば、代行することにお金を払ったぶんだけ家族以上のことができなるとまずいわけです。家族以上のことといたらどういうことかという、心情的なしがらみが家族はあるわけですから、そこからちょっと外れたところでサービスを提供しないとまずい。そのためにも契約関係をはっきりしていく。やりすぎないということは大事だと思います。

## 焦らず第三者として

基本的スタンスとしては、焦らない。当然そのサービスを受ける側にいる人を焦らせない。焦りは伝染します。こっちが焦ったらむこうも焦るし、分裂病の方にしてもうつ病の方にしてもとにかく早く社会復帰せなあかんとか、早く何とかせなあかんとか焦ります。これは精神科に関わらずそうだと思いますけど、早く家族に対して面目が立つようにとか、世間体とか結構みんな焦っています。焦りが一番体に悪いんです。焦りとかいらいら感っていうのは伝

染しますから、仕事としてヘルパーをやっていくからには、とにかく相手がどんな状態であっても、逆に鈍感だと思われるくらいドーンと構えたほうが絶対プラスです。

パニックを起こされた時には、まわりがパニックを起こしたらそのパニックが倍になって本人に帰ってきます。家族にもよく言うんですけど、とにかく焦らんといて、暴れんといてと。家族が暴れるケースってよくあります。あくまで我々は本人ではないし、当事者ではないんですから、当事者ではないメリットというのがあります。本人・家族がおってそこまでが当事者だとすれば、第三者です。第三者として関わりをあまり深くしないところで、ヘルパーとして家族のいろんな相談にのるときでも第三者の目が絶対に必要だと思います。燃えつき症候群なんて言葉聞いたことがありますか？燃え尽きる人はだいたい看護婦さん、それから教師、福祉関係者が多いです。何とかしてあげなければと思って燃え尽きるんです。



## 正常？異常？

「正常と異常」って？マークをわざと3つふってます。何が異常で何が正常かと思ったら、その時代、時代で変わります。そこで、普通にいる人らが多分正常っていうことになるんです。みんなが共通で持つてる感覚を共有できない。みんながきつとそうするやろうということと違うことをする人がいわゆる異常といわれることになってくるんです。それやったら病気がかという病気でないことも多いわけです。それとさっき言ったように根本的な不安感、安全保障観がない人たち、そして非常に気弱というのか、非常に正直な人たちです。頑固というのとはまたちょっと違います。精神病の方に、ロールシャッハテストってあり

ます。あれは精神病の方一般には、非常に正直な反応をします。健常者といわれる人ほど嘘をつきます。いろんな意味で精神科医とか心理学者がやっていることやから、本人が嘘をついた、さらにその裏に行くようなことをいっぱい仕掛けてあります。その中でずばり正直な答えを出してくる人たちが、変な反応が出たなということになります。

日本では、精神科の敷居が非常に高い。精神病になったら自分がすごく不利益を被るんじゃないかと思うから、自分は病気じゃないと言い続ける部分はあるんです。焦りの大部分がそこに消費されます。例えば、突然、精神科の医者が白衣を着て、「おかしい」と言ったとします。そしたらどうします。一生懸命説明する。自分をおかしくないと説明することほど異様に見えることはないんです。

## 人類にとって必要な特性

わかってもらいたいと思うところとわかれたくないというところが必ずある。精神分裂病の方は、先のことを気に病むんじゃないんです。考えてしまわざるを得なくなってしまう人たちです。そのために場合によったら非常にうまく将来のことがビシバシ当たることがあるんです

分裂病は、医療にかかっている人のうちで100人に1人だといいました。20世紀の最初の頃は、これは文明の病気といわれて、いわゆる西洋文明のないところに分裂病はないといわれていたんです。調べてみたら嘘なんです。病気の現れ方が違うだけで、病気としてはあるんです。頻度もほぼ一緒。100人に一人発症する病気ということで遺伝病とはいえないですし、重度の分裂病であるほど子孫を残す確立は低い。にもかかわらず、いつの時代にも100人に一人出てくるということで、ある学者は、分裂病的な先を思い悩んでしまう人たちというのは人類にとって必要な特性で

はないかといっています。世の中が行政の手続きどおり淡々と進んでいるときは、分裂病の人たちが活躍する余地ないです。世の中が行き詰まったときに突然活躍し始めるんです。全部じゃないですよ。何万人とおられる分裂病、または分裂病に近い人たちの何人かが言った新しい考えや新しいやり方が突然有効性を持ち始めるんです。それが何も変化がなかったら有効性を持ち始めるのが100年先かもしれないけど、たまたま明日役に立ったらみんなそっちについていきますからね。

気質ということばがあるんですけどね、人間のタイプを分けるんです。いろんな分け方がありますがけれど、一つの分け方が分裂気質、それからそううつ、癲癇。無理やりしてしまうとこのうちのどこかに人間は分けられます。みんな何かの要素を持っています。これと病気が重なるかということそうではないんですけどね。日本人は真似するのがうまいといわれますが、それはまさに気働き、そううつ圏の人が多くなるように教育してるところがあるんです。時間は守る、言われたことはきちんとする、まわり・上司に非常に気を使う...

## 不意打ちはダメ



非常に先のことを気に病む人たちに対して絶対してはいけないことは焦らすことと同時に、不意打ちです。急な変化。態度を変えることを含めて。だからこそ最初にある程度やることを詰めたほうがいい。できなくなるときにも、できなくなる可能性が高いこと、何回か急に休むかもしれないのだったら休むかもしれないと言っておいたほうがいい。そういう形で相手に不意打ちを食らわせるような形をできるだけ作らない。人間関係ができてこそそうです。もちろん患者さん

自体、こちらに対して配慮してくれますけれど、すごく期待していたのを急に裏切ってしまう。あるいは約束していたことが抜けてしまったりすると、がくっときてしまうし、分かってくれるはずと思ってぐらい人間関係ができてるとも思っても、分かってはくれてるけれど症状が悪くなってしまったということもしばしばあります。

## わかりすぎてもダメ

分裂病の症状として、幻聴、声が聞こえる。これはなかなか体験した人でないとかからないし、僕も体験したことがないので分かりません。ただ目の動きとか言葉の調子でわかります。特に幻聴や妄想を病的体験と言いますが、この病的体験というのを語る時は声が淡々としてしまうときが多いです。抑揚がなくなる。いきいきと語らない。内容の割に声が淡々としていくことが多いです。興奮してても淡々としています。うわ - としゃべってても声が一本調子になってしまうことが比較的多いです。

むこうに対してはわかりすぎでは駄目なんです。「わかった、わかった」って。分裂病の一つの特徴として自分のことが全部分かれてるんじゃないかという不安感があるんです。だから、「わかった、わかった」といわれたらどんどん自分が侵蝕されているような感覚をもってしまうから、わかりすぎではいけない。まして、妄想のことをあんまりわかった、わかったと言うと、やっぱりこの人もそう思ってるんだと。幻聴にしてもやっぱり聞こえてるやるといふことになってしまうからこれも非常にまずい。かといって、「そんなことない」「聞こえへん」といってしまうと「分かってくれへんねんな」という風になってしまうし、聞こえてるんやるといわれて知らん顔しててもあかんし、何聞こえてるのと一生懸命聞いてもあかんです。そしたらどうしたらいいねんとなってくる

んですけど、「私にはわからんけど、聞こえるの」という話です。共感を示しても納得できないことは当然あるわけです。そこはグレーでおいとかな仕方がない。言い合いをするのは最低です。あなたはこういう理由で聞こえてないって言っても納得しませんからね。こちらも納得いかないことは相手も納得

しないから、言い合いしたらお互いどんどん焦っていきただけやし、何で分かってくれへんのっ



という話になっていくだけです。

関わっていく過程で、もし自分がしまったなと思ったら、とにかく先に謝ること。精神科の医者としての経験でもあるんですけど、言い訳するより、先に謝ったほうが話は丸くおさまります。どちらにせよ、言い合いになった時に、余裕があるほうが先に謝らないと仕方がない。言い合いするのは非常に無意味です。自分が悪かったと思ったらいい訳せずに先に謝って、それから「実はね」と話をしたほうが話はスムーズにいきます。

パニックに対しては、ひたすら驚かず、動じないこと。第三者ですからね。ただ一人冷静におれる人かもしれないですから。自分ができることは何かと。例えばその瞬間に119番に電話するのが正しい選択かもしれない。大阪は精神障害に対して119が動いてくれますから、本人も家族もパニックになって、どうしようもなくなってしまうたら、「119をお願いしますよ」と家族の了解をがいりますけれどもね。メリットとしたら消防署って書いた冷静な人が3人いますから。彼らは彼らなりに精神科の人を扱いだして10年近くになりますかね。これはやばいなというのを肌で感じてきてますから、やばいなと思ったら運んでくれるし、やばくないと判断したら

その場で話しをつけて帰ることもあります。そういう意味で第三者的な立場を利用することで救急につないでいくこともひとつだと思います。

## 休憩が大事

分裂病の方のヘルパーは、彼らと知り合いになったら、気弱ないい人たちであることがだんだん分かってくると思います。ただ家に行ったりすると「何でこんなによう寝てるねん」とか、「何でこんなに働かないねん」とか思われると思うんですが、働

かないんじゃないんで、休めないんです。一旦思い込んでやりだすと止まらなくなる。止まらなくなるということは休めなくな

るということやから、休めないと当然パニックを起こします。病状も悪くなります。「疲労の二重底」と書いてますけど、健常者の場合、「疲れた」と思ってもまだ80%までしか使い切っていないです。精神障害の方の場合、「疲れたな」と言った時には余力0です。精神障害になった方は、もともとは二重底だったはずですけど、どこかで踏み破っているんです。どういう病気の結果そうなるのかはわかっていません。作業療法はおもしろくない。でも、楽しいことになったら俄然張り切ります。楽しいことほど疲れます。嫌なことは5分も経たんうちに嫌になります。実際、面白くないことをやったら疲れな。非常にはしゃいで楽しかったなというときに逆に危険やからその一歩手前、二歩手前でセーブすることが非常に大事になってきます。もちろん本人がその技術を既に身に付けてることもしばしばあります。本人の意思尊重というだけでなく、本人さんがどの程度自分のことをコントロールできるかと



いうことをだんだん把握できると思いますけれど、楽しそうにしているときほどセーブするように気をつけたほうがいいです。働けない、働く場所がないということももちろんあるわけですが、むしろ一生懸命休まず働くが為に、結果的に失敗する。失敗を繰り返すうちにだんだん臆病になって動かなくなっていくということもしばしばあります。

## 重い話は軽く返す!?

自分のことを話す人、話さない人ということをちょっと言いましたが、一生懸命話してくれる人の場合は、途中で聞いているほうも疲れてきますから、途中で必ず「休憩しよう」と言ってください。「しんどいから休憩しようや」と言うてくれたら止まります。それで本人も休憩になるし。それと、何にも言わない人。一生懸命に聞き出しに回るんやけど、少なくとも初めてあった人に自分の悩みを言う人の方が変やと思う。長いこと付き合ってお互いのことが分かってきて、

自分に対して被害を与えないと分かって話をしてくれる。そういう意味では正直です。だから、

黙ってはったら黙ってな仕方ない。することだけして帰ってくる。そういう繰り返しをしてる中で、こいつは安心できるなって思ったら、話が始まると思います。割とおしゃべりで安全保障観に欠けてる人は割と早くしゃべってくれるやろうし。深い話をされて困ることも多いですから。重い話は軽く返す、軽い話は軽く返す。「死にたい思ってんねん」という話が出てきたら、お笑いでごまかしてしまうというのも結構大事かなと思います。信頼されればされるほど、深い話されますから。神経症といふかな、「この人どこが病気」という人



に限って深い話を持ってきます。深い話を持ってきたときには、ひたすら一目散に逃げを考えていただきたい。共通の知人の話を持ち出して、その知人の失敗話を持ち出して笑いでごまかしてしまうとかいうのは結構有効です。非常に重い話を重く受け止めてしまうと、次に会うときにもっと重い話をせなあかんと思いがちです。そのうち死んでしまわんと聞いてくれないということになってきます。だから、重い話をするには根性を据えないといけないし、結果にまで責任を持てるという自信がない限り、重い話には付き合わず、できるだけ軽く逃げていくという技術を磨いていただきたい。先ほども言いましたが論争、論理というのは相手を言い負かすためのものです。相手を言い負かそうとしたときに俄然元気が出てくるんです。理屈は相手に勝つためのものやから言い合いになってしまう。理屈は共有できない。福祉は理屈の世界と違います。理屈の世界でないところに理屈を若干持ち込まないといけないからしんどいんです。だから、逆にいうと全部抱え込まないほうがいい。気分的には全部抱え込みたくなるのも、いろんなことをしてあげたくなるのも分かるんですけれども、ここに線を引いとかなないと逆に後で大きな問題が出てくるから、泣く泣く線を引いてくださいとお願いしてるわけです。

## 薬と病気について

薬を飲んでる関係があるんですけど精神障害の人は比較的朝弱いんです。その朝弱い人を朝早くから起こして「からだにいいからラジオ体操しようよ！」ていうたらリズムを崩してしまうことになります。健康な人はその人なりのやり方をやったらいいんですけど、人の生活のパターンがあるわけです。ヘルパーさんはあくまでその人のペースに合わせていくということが大事だと思います。

薬について、病気やから薬飲んでる、ひっくり返したら薬飲んでるから病気。これは違うんです。病気でなくても薬を飲んでる人はいます。障害と病っていうかな、癲癇という病気があるでしょ。最近はおんまり見ませんよね。癲癇専門でない精神科医とかに使いやすい薬ができたんです。この薬を使ったら99.8%ぐらいの癲癇は抑えられます。癲癇の人は精神科にはほとんどいません。脳外科やいわゆる発作外来とか小児科とか、神経内科というところに行ったりします。癲癇は治せてないし減ってないです。脳外科に行ってるっていうのは交通事故で頭をドーンとやった、脳腫瘍ができてとりました、というのが原因となって癲癇になるんです。患者さんはむしろ増えています。普通に生活されてるから癲癇は昔みたいに差別される病気ではなくなってきた。今、中高年で発病してくるうつ病が5年か10年しないうちに我々の目の届くところからいなくなると思います。内科のほうへ患者をとられてしまうでしょう。



癲癇の薬以上に精神病の薬は結構不愉快があります。これは特に精神科の薬の特徴なんですけど、手の震え、口の渴き、目が見えにくくなる、味がわかりにくくなる、便秘しやすくなる、こういう症状がでやすくなる薬で非常に不愉快な薬なんです。できることならやめた方がいいんですけど、やめると例えば幻聴が始まるとか、いろんな妄想が始まって怖くて仕方なくなってくる。弁解になりますが、今の医学の中では薬を使うしかないんです。100年ぐらい先に20世紀から21世紀の医者は、なんてひどいことをしたんだと、あんな劇薬を飲ませてと書かれるかもしれない。しかし、今の医学の段階ではそれをすることで精神病全体が軽症化してるし、外

来てヘルパーさんの支援を受けながら、地域で生活する人が増えてきたのも、ある程度は薬のおかげです。非常にまずい部分もある薬なんですけど、調製しながら医者の方は出しているわけです。

自然治癒力って書いてますけどね、薬っていうのは基本的には二つのタイプがあるんです。例えば風邪をひいて、調子が悪くなってきても、3日寝てたらほっといても治ります。病気ごとに治る期間があるんです。風邪薬は風邪の症状を一個ずつ抑えているだけです。そこに安静・休養が加わらなかつたら意味がないんです。自然に治癒する力って必ず人間にはあります。もう一つは、なかなか自然に治癒しにくい疾患、声が聞こえ続けるとか癲癇とか、そういう症状を消すことによって社会生活をちゃんとやっていけるようにするための薬があります。精神科の場合、たまたま治す薬と急性期を乗り切る薬と残った障害を抑えていく薬は一緒です。生活支援される側の方も是非、知っておいていただきたい。医者の中には頭のビタミン剤という方もいましたけど、ビタミン剤というほど安全なものではないです。

## 能力をチョット隠して

「違和感と差別感」と書いています。精神障害者という言い方がいいのかな、話していると最初違和感がある程度あります。その人の育ってきた環境、サービスを受ける側、提供する側で当然違うわけです。分裂病の人と話をしてて当然違和感があってもかまわない。顔も違うし、言うてることも違うし、生活様式も違うし、違和感は全然かまわないしそのうちに慣れます。結局友達になれるかどうかです。あくまでも仕事の上での友達ですから、そのところの線をちゃんと引いていくことが大事だと私は思います。最終的に本当に友達になってしまったら付き合い方は変わってきますから、それはそれでいいと思う。あまり

にもお互いの私生活を見せ合ってしまうと、第三者性を保つという点からみても良くないと思います。とにかく焦らないこと、相手の焦りに乗っからないこと、あくまで私は他人なんだということを思っていた方がいい。気合を入れれば入れるほど空回りするし、むこうも気合が伝わってくる分だけ、気合に応えようと思って焦る。ポーとしてるっていうか何か頼りないなと思われてるぐらいのほうが、皆さんには申し訳ないですが、能力を隠してちょっと出ししていったほうがむしろうまくいくんじゃないかと思います。

1時間30分にわたる講演で、内容を一部割愛させていただいたものの、この長さになってしまいました。

講演全般の記録もありますので、希望者は自治労大阪公共サービスユニオンまでご連絡ください。(06-6242-2233)



# INFORMATION

介護に関するニュース  
や情報の提供・情報交  
換のコーナーです。

## 介護報酬改定論議スタート

～厚生労働省が介護保険制度見直しに着手～

厚生労働省の諮問機関である社会保障審議会が、10月22日に介護給付費分科会を開き、2003年度に実施する介護報酬など介護保険制度の見直し論議をスタートさせた。

議論の中心的な課題は、低く抑えられている家事援助などの報酬引き上げと、それに見合う保険料改定などの財源対策などで、来夏までに見直し案をまとめる。身体・複合・家事の3体系の見直しや、財源拡充のための保険料負担増額など、調整は難航が予測されている。(10/23日経新聞)

## 介護保険制度の充実に向けた 自治労5つの提言

自治労は、実施後1年の検証を踏まえて、介護保険制度の課題と問題点を検討し、「介護保険制度の充実に向けた5つの提言」を明らかにしました。提言の内容は次のとおり。

介護基盤整備の推進、ゴールドプラン21の前倒し実施。

公正で迅速な要介護認定システムの確立  
訪問介護の質の向上と家事援助の報酬単価の引き上げ

居宅介護支援の独立性の確保と介護報酬の引き上げ

保険者としての市町村の機能拡充

詳しくは、自治労大阪公共サービスユニオン  
06-6242-2233 まで。

## ケアワーカーセミナー 痴呆性老人によりそうケア

と き：12月9日(日)午後1時30分開場  
午後2時から4時30分

と ころ：大阪府立女性総合センター  
「ドーンセンター」

大阪市中央区大手前1-3-49

06-6910-8500



京阪電車・地下鉄谷町線「天満橋」駅下車

番出口から東へ徒歩5分

講 師：置塩 美子さん

(大阪市こころの健康センター非常勤嘱託医)

参 加：先着90人まで。参加費は無料です。

セミナーへの参加希望やお問い合わせは、

自治労大阪公共サービスユニオン

06-6242-2233

大阪府内からの参加申し込みは

フリーダイヤル0120-768-068

をご利用ください。

じちろうの  
介護ワーカー  
サポートダイヤル  
0120-768-068  
ご相談ください

## ひとりごと...

角田先生の講演は貴重な話ばかりで、短くまとめるのがもったいなくて...。ということで、今号は10ページの大作。自分の文章能力のなさを反省しつつ、言い訳でした。(M)