

より良いケアをしたいという想いをこめて・・・

ウェル

ケア

# Well Care

2002年 1月20日 6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 27PLP 会館1階

TEL 06-6242-2233

FAX 06-6242-2230

## ケアワーカーセミナー 痴呆性老人に よりそうケア

### - 講演記録(前編) -

痴呆性老人は平成27年に262万人になるという数字があります。この数字、実は大阪市民の数です。平成27年になりますと大阪市民全員が痴呆という時代を経て、平成47年までは増え続けてそれから減ってくるわけです。65歳以上の高齢者の数が減るから痴呆も減るというわけです。高齢社会で痴呆の方が増えるというのは避けられないことです。昔、人生50年といわれていた頃は、高齢社会がまだ来てないわけですから痴呆の数がものすごく少ないわけで、大きな社会問題化しませんでした。欧米とか先進国、平均寿命が延びた国は高齢化が進んで、痴呆が大きな問題になってきています。

痴呆の出現率ももちろん右肩上がりになっています。特徴的な上がり方で、5歳区切りでみると倍々で上がっています。これは先進国共通の特徴です。85歳以上は4人に1人です。それから、平成2年のデータで古いですが、当時75%の方が在宅で介護を受けていました。今は10ヵ年計画でどんどん施設が作られてきたので、在宅介護を受けている方の数の割合は減っていると思いますが、入所の方よりは在宅の方のほうが多いと思います。

それから原因ですが、男性は脳血管性痴呆が多く、女性がアルツハイマー型と脳血管型が半々です。これは男性は生活習慣病に罹りやすく、忙しくて治療しないで日々過ごしたりで、脳出血・脳梗塞

おきしお

置塩 美子さん

講師  
紹介

精神科医。大阪市阿倍野保健所長、弘済院附属病院副院長などを経て、現在、大阪市こころの健康センターの非常勤嘱託医として勤務。自分の母親を13年間介護して見送り、現在も痴呆のお姑さんの介護をされています。

になりやすいからです。それから糖尿病・痛風・動脈硬化などの脳の血管障害を起こしやすい病気をたくさんお持ちで、脳動脈硬化をさらに進行させてしまった結果、痴呆になる方が多いからです。要するに痴呆は、ある意味で国民的課題といわれるぐらい避けては通れない課題です。寝たきりの場合は、かなり介護方法が確立されていて、誰にでもわかりやすく、誰がしても同じようにできます。(次ページへ)

ケアワーカーセミナー6  
高齢者に  
やさしい食事  
実習編

2月16日  
クレオ大阪西

詳細は7ページへ

コミュニケーションもとりやすい。それに腰痛を起こさないで介護できる器具も開発されてきています。だから、寝たきりの方の介護は、ある程度お金を出せば介護負担を軽くしつつできるというメドがたってきたわけです。

## ところで介護

痴呆の場合は、こころというか精神の機能が低下することで諸々の症状が出てくるわけですから機械で介護は補えません。人間のこころの病気はこころで介護しないといけない。機械の代替が利かない分、痴呆の介護は寝たきりの介護より、チョット遅れています。ですから痴呆の方が増えていくということは、とても大きな問題ではないかと思えます。こころの問題は目に見えにくく、理解しにくいものです。寝たきりの方なら、例えば右半身が動かないとか、身体の向きが変えられないとか、歩けないとかお箸が使えないとか、見たらすぐにわかります。痴呆の方はなぜ徘徊をするのか、夕方になったら荷物をまとめて家に帰ろうとするのか、何で？と理解できないことが多いと思えます。それは精神世界が見えないからです。

精神の機能を、知的・情緒的・意欲的な機能の3つに分けて考えるとわかりやすいと思えます。痴呆は、知的な機能が主に持続的に進行的に落ちていきます。意欲も落ちていきます。関心が無くなったとか、やる気が無くなったとか、意欲の面が落ちてきてこれが初発症状として見つかることもあります。ところが、情緒的な機能、介護してくださる人の感情を感じ取る力というのは全然落ちません。むしろ知的・意欲が落ちている分、馬鹿にされていないか鋭敏になるくらいです。変な言い方ですが、精神機能が3つとも同じように下がると介護しやすいですけど、感情が敏感に残っている分、かえって介護を難しくします。機能が落ちているからといって怒ったら、感情は残っているわけですからね。簡単に叱ったりできません。だから、痴呆の方の介護はコツがいるというか、センスがいる。人によっては、こんなに面倒くさいことは嫌という人もいます。向き・不向きはあ

ります。ヘルパーさんの場合、どうしても嫌という場合は、私は無理にしない方がご本人のためにも、介護者のためにもいいと思います。

## 痴呆とは

痴呆の定義は、「一度獲得した知的機能全般が、脳の病気などによって進行的に著しく低下し、自分や周囲の状況判断が不正確になって、適切な対応がとれなくなって結果として自立した生活が困難になった状態」です。痴呆症状も中核症状、周辺症状に分けて考えたほうがわかりやすいと思います。中核症状は知的機能が全般的に落ちること、周辺症状は、その結果、いろんな問題行動が起きたり、精神症状が起きたりすることです。この中核症状というのが無かったら痴呆とはいわないし、中核症状は徐々に進行していきます。周辺症状は、100%とは言いませんが、大部分は介護を上手にすることで無くしたり、軽くすることができます。現状では痴呆を治す根本の薬というのは無いので、医療が出番の病気ではなく、介護がメインになる病気です。寝たきりの方を介護した場合、きれいになったりさっぱりしたり、じょく瘡が良くなったりしますが、痴呆の場合は、上手に介護すると周辺症状・問題行動がよくなって、にこにこして生活するようになられます。ヘルパーさんには、痴呆だけしたいと言う人も出てくるぐらいやりがいがあります。介護をしていて、険しい顔になっていたら「不安があるんやな、緊張してはるんやな」と憶測できます。中核症状は、何度も同じことを聞くとか、置いた所を忘れるという記憶障害・認知機能の障害・実行機能の障害です。最初に現れてわかりやすいのが記憶障害です。知的機能は、まず記憶を元に物事を考える。思考・推理・判断・計算や、もっと高尚なものになると創造したり、これらはすべて知的機能です。その基礎になるのが記憶です。記憶は、記録、保持、それから想起というメカニズムからなっています。記録はインプット、想起はアウトプットです。保持はインプットしたものを留めおくことです。痴呆の方が最初におかされるのがインプットです。

入っていないから保持もできません。保持されないから思い出せません。だから何回も同じことを聞かれる。それは不安だから聞くわけです。聞かれるほうはイライラしますが、本人はインプットができないので、自分が聞いたことを忘れていきます。だから、不安な気持ちになって何度も聞いてしまうのです。ご飯を食べたことをスッポリ忘れるということも生じてきます。普通、年をとれば物忘れが始まって、記憶力が落ちます。想起も落ちます。これは老化に伴うことで、本人も自覚しています。そのために社会生活に支障をきたさないように工夫します。例えば手帳に書くとか。ところが、痴呆の方の場合は部分的なことだけでなく、スッポリ型の物忘れです。ご飯を食べたこと、その行為全体を忘れます。だから、ご飯を食べさせてくれないとおっしゃります。弘済院では隣の万博公園によく散歩にいかれますけれど、帰ってきて「どうでした？お花咲いていました？」と聞きます。「いや、どこも行ってません」と言うんですね。行っての間は多分楽しんでいるんだと思う



んです。けれど、いざ戻ってきてしばらく経つと行ったということをトータルに忘れていきます。そういう特徴の記憶障害、インプット障害があります。

## 残存機能を理解する

保持は、古い記憶がずっと下のほうにあって、小学校・中学校・高校・大学・就職・結婚・子どもが生まれてと、ずっと積み重なって行って、例えば80歳になって痴呆になられたら、これ以上インプットがないから記憶の筒は伸びていきません。最初のうちは、保持はある程度できますが、この保持もだんだんと無くなって減ってきます。そこで、記憶に基づいて判断したり、推理したり、考えたりという知的な機能全般が落ちていきます。でも、痴呆の方は、残っている機能の中で精一杯

生きています。客観的に見ると、80歳の人生を生きてきた方と見えます。ところが、その方は、残っている機能の範囲で生きています。このギャップを大切にしないと介護ができません。実際はなかなか見えないし、残っている知的な機能が記憶も含めて50歳までだとしたら、これを残存機能と表現しますと、これが100%発揮できるのは情緒的に安定しているときです。私たちでもあがってしまったら能力が100%出ません。痴呆の方はあがってしまうと、余計にパニックになってしまいます。残っている機能が本当にゼロに近づくと、落ち着いていると、残っている範囲で100%戻ります。そのことが、また、介護を余計に難しくするんです。「あの人、あれできていたのに、今日はできないわ」とか。それと、お天気とかにも残存能力は影響されるんです。お天気の影響は少しくらいですけど、パニックになったら認知できていた能力がなくなってしまいます。

Aさんというとても社会的地位が高かった方が痴呆になられて、娘さんが介護をなさっていました。いつも娘さんが一生懸命に介護されていて、娘さんのお婿さんと娘さんがお父さんをドライブに連れて行ってあげるんです。ある時、娘さんが一緒にドライブできなくなって、お婿さんと2人で2時間ほどドライブに行ってもらうことになりました。最初は、ご機嫌だったんですけど、Aさんは途中でだんだん不安になられたんです。なぜか？いつも3人でドライブしていて、全幅の信頼を寄せている娘さんが傍に居る状態でのドライブでした。娘さんがいると情緒がすごく安定しているんです。だから、どんなに長いドライブでも良かったんですけど、だんだんと時間が経つにつれて、娘がいない。最初は「用事で私は一緒に行けないから、二人で行って来てね」「はい」と分かっておられるんですけど、聞いたこともインプットできないから忘れるし、時間が経つとだんだん不安になってきて、お婿さんが他人になってしまったんです。ものすごく不安が高まって、お婿さんもどうしていいかわからなくなって、あわてて連れて帰ったんです。そして、娘さんを見

た途端に「よかった」と、ものすごく安心されて、お婿さんと認知できるようになったんです。極限の不安になったら認知能力が落ちてしまうんです。安心できたら持っている元の能力まで発揮できるんです。だから、ご自分がもしそうなったらと想像していただいたらいいんですけど、自分が言ったりしたりしたことを、どんどん忘れたらどんな心境になるでしょう？すごく不安になると思いませんか。だから、痴呆の方は不安でいっぱいの中で生活されてるんです。痴呆性老人がどういう世界の中で生きているかということをしちんと理解しないと、適切な介護はできません。

器質的な原因とは、脳血管が破れたり詰まったりして脳細胞が死んだりして起こる、多発性梗塞性痴呆（MID）これが脳血管性痴呆のことで、SD、これがアルツハイマー型痴呆です。アルツハイマー型は、一部分ずつ分かってきていますが、肝心なこれが原因というのが分かっていないので治療法も残念ながら分かっていません。いずれにしても原因不明で脳細胞が変性し、死んでいくわけです。そういう脳細胞の死が原因で、痴呆の基本症状であるスッポリ型の記憶障害、それから知的機能の低下、思考力・判断力・計算力などが落ちてきます。それから認知障害が起きてきます。認知障害は物事をまさに認知することです。例えば一番早くおかされるのが時間の認知です。時間はどんどん新しくなって後へ流れていきますね。だからすごく時間はわからなくなれます。それから場所の認知は、3次元の認知ですからすごく難しいんです。だから迷子になられたりとか、トイレが分からなくてうろろう探しているうちに隅っこでおしっこしちゃったりとかが起きてきます。最後は人に対する認知です。肥えてる、やせてる、髪が長い、短い、そういう認知も最後には分からなくなる。それはかなり進んでからです。見えることが分からなくなるのは進んでからです。息子を見ても「あなた誰？」になるわけです。そういう



認知障害がいろいろ起こってきます。こういうことは基本障害になるわけです。中核症状です。その次に書いてあるのが、自分の世界と他者の世界のずれ。現実には痴呆の方は残存能力の中で生活されている。物事を認知したり感じたりされている。けれど客観的には80年の人生を歩んだ人と周囲は見ている。このずれをいつも認識しないといけない。例を挙げると、20歳までアメリカで生まれ育って、戦争が始まって日本に帰ってきて、日本の大学を出て、日本の大きな会社を定年までいって、定年後に痴呆になられた方がいました。情緒的に安定していると日本語でしゃべってくれる。ところがパニックになると英語になるんです。また、落ち着いてきたら日本語でしゃべってくれる。韓国語の方も中国語の方もそうでした。だから痴呆の方を介護するときにはいかに安心していただくかということ。ここが私の家、ここにいれば私は大丈夫、安心できるという気持ちを持っていただけるかということに尽きます。そしたら減っていくとしても残存機能が100%出るわけですから。そのときですが、ズレが目に見えないから、ついこちらにあわせようとするんです。例えば、あるお年寄りが、水道の栓を開けるのはずっと開けるんですけど、閉めるのを忘れるんです。お風呂の好きなお姑さんが出しっ放しであがってくる。「必ずあがってくる時は閉めてください。お湯がぬるくなりますからね。」という「はい」とおっしゃって、あくる日にまた出しっ放し。ご本人はそのときは理解できてるんです。痴呆の方は、そのときは理解されるわけですが、すぐ忘れてしまうんです。お嫁さんがついに頭に来て「お母さん、ちょっと来てください。水道の栓はこうして締めるんです。」と子どもに教えるように腹立ち紛れに教えたら、「もう迷惑かけるからお風呂に入りません」と言い出したんです。そしたら後ですごく介護がしにくくなるんです。お姑さんの今の状態にあわせてあげないといけなかったんです。それを「こうして閉めるんです」というのは、「80歳まで生きてきた人がこれができなくてどうする」という感じで、自分にあわせようとしたわけです。その時、どうしてあげたら良かった

かという、お嫁さんも 1 日に 1 回のことだから自分で閉めに行ったら良かったんですね。そういうちょっとしたことで後の介護のしやすさ、しにくさが分かれていくんです。例えば目が見えない方、耳が聞こえない方、右半身麻痺の方とかに対しては見えて分かりやすいから、皆さんの方が合わせるじゃないですか。失った機能にあわせるでしょ。半身麻痺の人に対して「私たちと同じスピードで歩きなさい」と言いませんよね。目の見えない方に対して「私たちと同じように見えるようになって」とは言わないですよ。同じで、やむなく痴呆になって徐々に機能が落ちているわけですから、それを認めて合わせてあげないといけないんです。できるだけ安心・安住・安定感を持ってもらえるようにしたら、また戻りますから、残っているところまでは、

## 受容的な介護

介護の過程でプライドを傷つけるような言動をしますと、戸惑い・不安・ストレスが増強されて混乱状態になってしまいます。どうしていいか、生き方を失ってしまいます。自分は残っている能力の中で精一杯生きています。それを責められたらこれ以上どうしたらいいんだとなります。つまり思考力とか、判断力がないからどうしていいか分からずにパニックになるしかなくて、ひどいときには家を飛び出して徘徊するときもあるでしょう。色々な問題行動が起きるわけです。そのときに落ち着いて、「今日はいつもよりは残存能力が落ちている状態なのに、同じようなことを期待してあかんかったな」とか判断して適切にケアをすると、そのご老人なりの安定状態になるんです。それをしようとする、介護者はいつもプライドに気をつけないといけない。穏やかにお話しないとダメだし、あわせてあげるということは受容するということですよ。できなくなった状態を受けとめるということ。家族の場合だったら 24 時間 365 日それをしなくてはならない。それは神様しか無理です。だから在宅で介護を続けようと思ったら絶対に家族に介護者ひとりでは無

理です。家族の中で補助介護者がいて、なおかつ在宅を支える 3 本柱であるヘルパー・ショートステイ・デイケアをフルに使って介護者が休息をしながら、心



身のゆとりを取り戻しながらでない、やさしい介護、受容的な介護はできないんです。

在宅で痴呆老人を支えるということは家族を支えることです。デイでも 10 時から 3 時ぐらいまでですか？その後は家族がしないとダメなわけです。パニックになった対応から粗相された対応から全部家族がするわけです。だから家族を支えるということなしに、在宅では継続できないんです。

## 「家族会」の存在

痴呆の在宅介護の場合、私がいつも思っているのは、「家族会」の存在がすごく大事だということです。自分の親でも経験したんですが、頭でやさしく接しないとダメだと分かっていても、できないんです。また、介護をした経験のない人が言ってもスツと入らないんですよ。このしんどさが分からない人が言っても、「そんなん…」という感じになってしまいます。「家族会」に参加して思いつきしんどさを吐露するんですね。「この間おばあちゃんこんなことしてこんなに大変やった」と順番に言う。そしたらお互いが分かるじゃないですか、似たようなことが起きるわけですから。「それは大変やったね、うちも同じようなことがあったよ」とかいうことで、自分の大変さがまず理解してもらえたらすごく気持ちがホッとします。そしたら次はアドバイスが入ります。特に痴呆を介護した家族同士のアドバイスというのはすごく染み透るように入ります。外来で、私たちがいくら「専門家としてはこうしてくださいね」と言っても素直に入らないことが、家族会

の中での忠告はスッと入るんです。また、「しんどい思いをしているのは自分だけかと思っていたら、他の人も色々な苦労をしてるな」とか、「自分以上に苦労している人がいるんやな」とか、「今盗られ妄想で、自分が犯人にされて辛いけど、これは長い間続かないねんな」とか。家族会の会員がたくさんいらしたら痴呆の方の色んな段階の体験があって、「うちもそうやったよ」と過去形で言われたら、将来に対して見通しが立ちますよね。それですごく耐えやすくなる。だから私は家族会の存在がすごく大事だと思います。

もう一つ言えるのは、ヘルパーさんが痴呆の方の所に行かれたときに、家族の方がものすごく怒ってたり、間違った対応をしても、あまり直接的に「それはあかんと違いますか」と言わないほうがいいと思います。家族も頭では分かっているけどできない状態かもしれないですから。ヘルパーさんが穏やかに上手に接することで興奮しているのが治まったら、家族がそれを見て自分で気づくほうが効果が出ます。そこが難しいところです。寝たきりの方のところヘルパーさんがするときには具体的なことをするわけですが、痴呆の方の場合のヘルパーさんの仕事は、私が思うにはまずお年寄りの話を聞いてあげることです。私が今体験しているのでつくづく思うのですが、だんだん機能が落ちてできなくなっていますよね。そして昔しゃきしゃきやっていた頃とか、自分が幸せだった頃とか、輝いていた頃の話、うちの姑から1000回くらい私は聞いているんです。聞いてあげないといけないと思うんだけど、1000回も聞いているとニコニコ聞いていられないんです。顔がこわばってるのが自分でも分かるんです。そういうときにヘルパーさんが来てくださって聞いてくださるんです。他人の場合は割と客観的に対応できるんです。それと2時間という割と限られた時間ですから冷静に対応できるんですね。多分1週間前に来てもらったときと同じ話をするんだと思うんですが、聞くことがまず一つのお仕事じゃないか思います。

家族ができないときにはお散歩に連れて行くのも痴呆の方の介護なんです。散歩をして身体を

適度に疲労することは、夜の睡眠を誘うのに有効です。家の中にじっと閉じ込めておくとか欲求不満になって夜に問題行動が出やすくなるんです。だからお散歩に連れて行ってあげるというのもヘルパーさんのお仕事だと思います。

厚生省が統計をとったんですけど、もうひとつは家族の愚痴を聞くということ。介護のしんどさを受け止めてあげる。それも痴呆の場合はヘルパーさんの仕事の一つになるのかなと思います。「家事も少しはしないとイケないんです」とうちにいっしょの方は掃除機をかけてくださったり、家事をしてくれたりします。単身者の場合はそういう家事も必要な方もいっしょとは思いますが、痴呆の場合のヘルパーさんは、家族がついている場合はしなくてもいいんじゃないかと思うんですが、介護保険の性質上しょうがないんでしょうね。

(後編は2月15日発行の第7号に掲載します)



## 労働相談

### 労働災害、感染症への対応は？

指定訪問介護サービス事業所に雇用されるヘルパーなどの労働者は、たとえ登録型の直行直帰のヘルパーであっても、労災保険法の対象となることは当然です。訪問介護を行うホームヘルパーは、感染症や過重労働による健康障害、移動中における事故など労働災害を被る危険を常に抱えており、予防対策を万全にとるとともに、不幸にして労災になったら十分な保障がなされなくてはなりません。

ホームヘルパーの労働安全はまだ十分に確立しているとは言えませんが、常勤ヘルパーの労働過重も問題になっており、定期健康診断の実施など必要な予防対策を実施していなくてはなりません。運営基準は「指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない」としています。

とくに感染症予防は重要で、感染症予防対策を十分に行っていない事業所は、福祉サービスを担う資格を持っていないと言っても過言ではありません。「東京ケアユニオン」や「介護を支えるヘルパーの会 in Sapporo」の調査でも「利用者の人たちがどの程度の保菌者なのかわからないし、情報公開もないままである」「利用者が疥癬にかかった。毎日仕事が終わると熱湯で服を洗い、家族にかからないようにした。労災保険もなく何か事故が起きた時どうなるか心配」と不安の声が多くありました。

「旧厚生省」の通知でも「特に、指定訪問介護事業者は、訪問介護員等が感染源となることを予防し、また介護員等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じる必要がある」としており、感染症対策の不備はヘルパーの健康を害するだけでなく、ヘルパーを感染症の媒介者としてしまうことすらあります。ケアマネジャーや訪問介護事業者がかかりつけ医など医療機関と十分な連携を行うことも必要です。利用者が感染症にかかっていることを訪問するヘルパーに告げていないという例が報告されていますが、言語道断と言えます。

不幸にして、労働災害を被った場合は、労災保険を適用させ、事業者の責任において災害補償を行わなくてはなりません。労災保険は強制加入ですので、災害発生時に保険加入の手続きがなされていないかとしても、災害発生前に遡って加入することができます。労働災害による休業が生じれば、休業保障も必要となります。

### 疥癬（ヒゼンダニによる感染）に労災適用

自治労加盟の玉川福祉労組（東京都世田谷区）のデイホームの職場で、98年に業務中に疥癬に感染し、治療・休業をしていた職員に労災保険が適用されました。当初、労基署は前例がないとして適用を認めない対応でしたが、上申書を提出するなど粘り強く働きかけた結果、治療補償給付（労災保険から治療費が出る）が受けられることになりました。「泣き寝入りせずに問題を公にできたことはよかった」と玉川福祉労組はのべています。

## 参加者募集中！

### ケアワーカーセミナー

### 高齢者にやさしい食事

8月に好評を博した「高齢者と食事 - 介護食を考える -」の第2弾として開催します。実際に介護食（普通食・きざみ食・流動食）をつくってみませんか？参加希望の方は必ず申し込みをお願いします。第1部、第2部に分けて開催します。先着順で希望の回に参加していただきます。（内容は同じです）

**日時：2月16日(土)**

第1部 10:30～12:30(開場 10:00)

第2部 14:00～16:00(開場 13:30)

**場所：大阪市立男女共同参画センター**

「クレオ大阪西」

大阪市此花区西九条6-1-20

06-6460-7800

JR環状線・阪神西大阪線「西九条」駅下車

徒歩3分

**主催：自治労大阪公共サービスユニオン**

**参加：各回とも先着30人。**

自治労組合員は参加費無料。

一般の方は実費として500円いただきます。

**持ち物：エプロン、布巾、三角巾**

(食材はこちらで用意します)

**申し込み：必ず申し込みをお願いします。**

自治労大阪府本部介護労働ネット

06-6242-2233

大阪府内からの参加者は、フリーダイヤル

0120-768-068 をご利用ください。

また、メールでも受付しています。

メールアドレス：[kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp](mailto:kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp)



多くの方の参加を  
お待ちしております

## INFORMATION

### 有償ボランティアヘルパーの労働者性を認定

自治労千葉県本部・ちば公共サービスユニオンは、有償ボランティア派遣のホームヘルパーから「賃金未払い」の相談を受けたことをきっかけに労働基準監督署に申し立てを行い、ホームヘルパーの「労働者性」を強く主張した。当初労基署は「労働者性」に否定的であったが、最終的に認め、当該NPOを指導するに至った。その後、NPOは、ホームヘルパーに対して「未払い賃金」を支払っている。

現場段階でヘルパーの雇用関係を有償ボランティア的に対応しているとの報告もある。今回の認定は介護保険事業所におけるヘルパーの労働者性について、さらに明確にしたものといえる。

### メールマガジンを発信します

自治労大阪公共サービスユニオンは、介護に関する情報やケアワーカーセミナーの情報などを、1月から毎月1回程度メールマガジンでお知らせします。発信を希望される方は、自治労大阪公共サービスユニオンのメールに申し込みをお願いします。

メールアドレス: [kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp](mailto:kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp)

メールアドレス募集中

### ホームページを開設します

自治労大阪公共サービスユニオンでは、介護保険情報の提供やケアワーカーセミナーのお知らせ、労働相談、さらに、ケアワーカーのみなさんが意見交換をインターネット上で行えるように、ホームページを準備しています。2月15日号でアドレスをお知らせできるように、ただいま鋭意作成中です。

### 高齢者福祉施設 8割強「身体拘束」容認

#### 京都府介護保険室調べ

京都府介護保険室が236施設(グループホーム、有料老人ホーム含む)を調査し、218施設から回答を得た。

「ベッドから降りられないように柵で囲む」58%(128施設)、「車いすからずり落ちないように、拘束帯をつける」54%(118施設)、「気ままに脱衣やおむつはずしをできないよう、つなぎ服を着せる」42%(92施設)の順。理由は、「本人や家族が拘束を望んでいる」51%、「介護担当の職員が少ない」45%、「万一の事故の場合の損害賠償請求の心配」41%など。京都府介護保険室は「研修会など開きたい」としている。

(1月19日 朝日新聞)

自治労大阪公共サービスユニオンはひとりでも入れる労働組合です。

仕事や職場のことで悩んでいることはありませんか? もっといい介護を提供したいけど、研修の機会がほしいと思っている人はいませんか? 私たちがお手伝いできることもあると思います。お気軽にご相談ください。



## 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...

ホームページを準備中。パソコンが苦手で、教えてもらってもはじめて聞く言葉で大混乱。一人でも多くの人に見てもらい、みんなで作るページにしていきたいと思っています。(M)