

ケアに関する倫理的考察

—共感と共感疲労の観点から—

佐藤 英

I はじめに

従来、ケアに対する考えかたは、「気づかい」「世話」「思いやり」など好意的側面が多く、マイナス要因に目を瞑っているように思われる。昨今の介護殺人、介護難民、老老介護は「ケア」におけるドメスティックな問題に止まらず、大きな社会問題となっている。最近ではマスメディアで「無縁社会」として大きく取り上げられている。筆者は「家庭介護」における介助者の視点の観点からケアを考えることで、ケアを外部化せざるを得ない問題点を着地点とした。また、この危機的状況を乗り越えるために、1つの問題点と6つの打開策を定義した。

本論は「ケア」の倫理的側面の再認識、共感と傾聴の現実、社会学及び看護学の「感情労働」、臨床心理学の「共感疲労」の思考形式を学際的に捉え、介護において有効性がある定義を提案することにより、介護の現実問題を打破する倫理的試みをした。そして今日の日本社会の闇に一石を投じることで問題を浮き彫りにすることが本論の狙いである。

キー・ワード 自己ケアのアパシー化 ケアの柔軟化 傾聴の境界設定 感情表出空間 パ
ツファ距離 メタ認知共感 近距離リライアンス

II ケアにおける共感と傾聴について

(1) ケアの一般定義

ケア (care) とはラテン語のcuraを語源とし、curaから派生した単語にcureがある。

cureは「世話」、「保護」という意味で13世紀以降の意味の形成にはcureの影響が大きいとされており、cureという英単語では「病気を治療する、癒す」の他に「悪癖などを直す、正常化する」さらには「宗教的な意味において救済する」という意味もある。

cureは第一に「懸命な努力、切実な関心」、「メンテナンス、世話」、「物事の状況を把握した上での管理、指導、支配」という意味と第二に「心配、苦悩、愛」という意味に分かれる。careの意味とも重なり、現在、医療の世界ではcureが医学的立場の「disease (疾病)」を治療するという立場に対して、careは「患者としての病い (illness)」にかかわり、応答し、対処する使い分けを医療の立場ではなされているとされている。また名詞としては「心配 (事)」、「気苦労」、「注意」、「用心」、「配慮」、「世話」、「保護」、「監督」、「看護」、「関心」、「好み」とされている。ハイデカーの「存在と時間」のゾルゲ (Sorge) とは「心配、不安、気がかり、憂い」、「気づかい、配慮、世話」という意味で使われ、ゾルゲ (ケア) はダーザイン (現存

在) という「人間としてのありかた」を意味する¹⁾

また家族におけるケアとして「注意を向けること」(caring about), 「ケアに責任をもつこと」(taking care of), 「具体的なケアを提供すること」(caregiving), 「ケアを受けること」(care-receiving) の見解もある²⁾。

永見においてはRANDOM HOUSE DICTIONARYのcareを注意深く調べ、「(1) ある人が困難な状況にある精神状態-心配・不安・関心-」「(2) 心配, 不安, 関心の原因ないし対象」「(3) 真剣な配慮, 憂慮, 留意, 用心」「(4) 保護, 監督, 世話」「(5) 一時的な保管ないし保護」「(6) 悲嘆, 苦悩, 悲しみ」と定義されているものを, (1)(6)には「ケアを提供される側」「(3)(4)(5)には「ケアを提供する側」と定義している。こうした異なった意味がなされるのは, ケアという営みが間主観性で成立するからであり, 結論としてケアとは, 心配, 不安, 関心, あるいは苦悩を感じつつ生きている人々と, 配慮, 憂慮, 留意, 用心, 保護, 監督, 世話といった態度と関わる人々との相互関係性のなかでみられる様々な「癒しの営み」なのであるとしている。またケアの営みの一つの側面の重要な点として, 「人間の自己実現」と捉えている。人間は時間の流れのなかでそれ自身の存在を形成しながら生きるとし, 自己実現とは「人間が社会や他者と関わりを通しながら, 自己のアイデンティティを十全に確立する過程のなかで理解される」としたうえで, 「他者との有機的關係性を維持」し, 自己の存在の意味を「自己自身が充分に感じながら生きる過程で理解されるもの」と考えている。そして「自己実現」という考えは, 「生まれ, 成長し, そして老いを経験しながら生命を終えるという人間の基本的存在様態を射程に入れて理解される」としている。ケアが自己実現と切っても切れない関係にあるのは, 「ケアの営み無しには人間の自己実現はありえない」としている。従って, 「ケアの問題は人間の自己実現の過程を通して明らかにされる」とする³⁾。

以上のことから, ケアという言葉はポジティブにもネガティブにも考えることが出来る。とくに永見における「ケアは人間の自己実現」という考えに筆者は重要な点であると思われる。なぜなら, 人間は自己実現の過程で試行錯誤しながらも他者と関係性をもつのであるが, しかし, すべての他者と共通理解することはできないと思われるからである。嫌なことも嬉しいことも受容しながら生きていくことが大切であるし, 嫌なことを我慢しながら生きていくという負の部分も人間には大切であると考えられる。

しかしそのことが過度に行き過ぎると精神衛生上よくないケアになりかねない。

本論の狙いは, 永見の見解においての(3)(4)(5)である。なぜなら, 「ケアを提供する側」の問題点が昨今の介護問題で重要な点になっていると思えるからである。バランスをとるということは, ケアのいい部分, 悪い部分を両方包括して考えることに他ならない。

次節では, あえてこの負の部分を筆者が問題点として定義することにより, ケアの一般の問題点をより明確にしていく。

(2) 「ケア」の一般定義の問題点

本章で最初に明確にしておきたいことは, 筆者自身が論じたいケアの問題点というのは, 「自己ケアのアパシー化」というものであり, 従来言われている「ケア」の一般定義とどのよ

1) 筆者はケアのバランスのとれた考え方として『ケアの生命倫理』平山正実, 朝倉輝一編・第六章 「ケアとはなにか」加藤直克p.108-110を圧縮引用した。

2) 『ケアと家族』土屋 葉, p.230から引用。

3) 『生きがい喪失とケアの哲学』永見勇ハーベスト社p.111-113を圧縮引用した。

うな関係性があるかということである。

そして日常世界で認識が低く、あえて認知したくないと思っている「ケア」の現状認識を的確に述べたいという企てである。そこで筆者は理論を明確にするために、「ケア」における現実的な「ケアの一般的定義」を含んだものを参考にしながら理論展開を補強していく。また介護と看護には「世話をすること」の意味が含まれているため、機能的等価と考えられる。このことは「ケア」のなかに「世話をすること」という意味もあるため、三位一体であると考えることができよう。この両者を事例的に捉えることによって、ケアの一般定義の問題点を考えていく。

ケアにおいて筆者が論じたいのは「ケア」が逆説的に「ケアする側をケアしなければならない」というアイロニカルな問題の事を指す。「世話」、「思いやり」、「気づかい」、というものが過剰すぎると、自分自身を見失い、精神的に疲弊してしまう。森村はメイヤロフの言葉に賛同し、ケアする人とケアされる人の相互関係性を強調し基本的態度としないと、単なる自己犠牲に陥ってしまうと言及している⁴⁾。

しかし、筆者は「現実的に相互関係性が成り立つのか」というひとつの疑念が生じたのである。現実的に相互関係性が破綻しているからこそ、介護事件が生じているのではないか。ケアを相互関係性で捉えることは素晴らしいことなのではあるけれども、「ケアが自分自身と向き合っていないのが殆どではないか」、「ケアはもはや自己犠牲ではないか」、というものである。ここでは事例として第一に『介護ケア』の問題、そして第二に『看護ケア』を取り上げ、そこから、ケアの問題点を探査することでケアの一般定義の問題点を捉えていく。

1) 介護ケアにおける一般的定義の問題点

介護ケアの問題点として、最初の明確にしておかなければならないことは、重複ではあるが、介護ケアの相互関係性が機能不全に陥っているのではないかということである。「介護者と上手につきあって、よい介護を」とマスメディアでとりあげられる一方、介護事件⁵⁾で法的裁きをうける事例が少なくない。

前者では介護の現実認識の甘さであり、後者では介護の現実的側面と捉えることができよう。現代では家族同士は相互関係性を維持しているようで、実は相互関係性から乖離しているのではないか。それゆえ、介護とは社会と家庭とを往復する中でケアする人間の相互関係性が破綻した状況に耐えなければならないことが問題なのだと思う。そのとき、私たちは空虚な気持ちで自他共にその往復性を彷徨っているだけではないだろうか。

鈴木は続柄別加害－被害関係別の事件報道・夫婦間－親子別の事件報道により、それぞれの統計を分析している。筆者はわかりやすくするために、グラフを修正し、ここであえて見やすくすることにより、問題をより明確にする。

図1、2において介護事件の報道が右肩上がりに上昇していることが見て取れる。特に図1においては夫－妻、息子－母への介護事件報道が年々多くなっており、図2においては夫婦間、親子間においても増加傾向にあることが理解できる。図1から男性から女性への介護事件報道が顕著に現れている。ここから読み取れるのはジェンダー的側面が根底にあるのではない

4) 筆者は森村の意見に反対しているのではなく、相互関係性を維持するためには、現実的な問題点としてここで取り上げた。(3) ケア概念の再定義では森村に同意している。

5) 厚生労働白書には介護事件における統計は見あたらなかった。筆者は岩手県警本部次長にインタビューをしたところ、介護殺人および事件は「殺人・事件」としてでしかなく、「マスメディアの言葉でしかない」と貴重な意見を頂いた。筆者はその問題が重要に思われる。このことからソーシャル・サポートの限界が見えるようにならない。

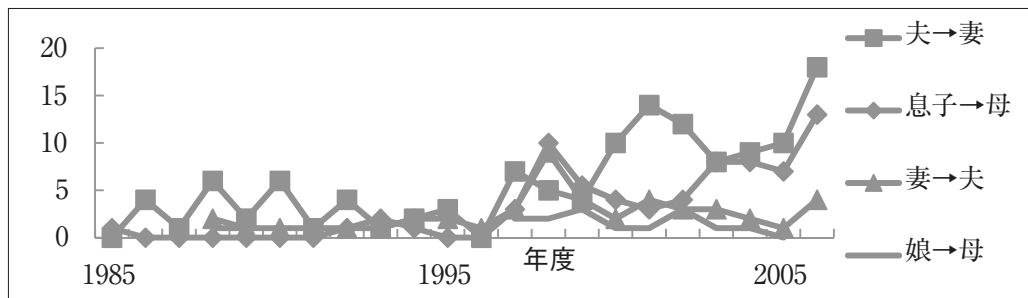


図1 続柄別加害—被害関係別の事件報道 (鈴木)

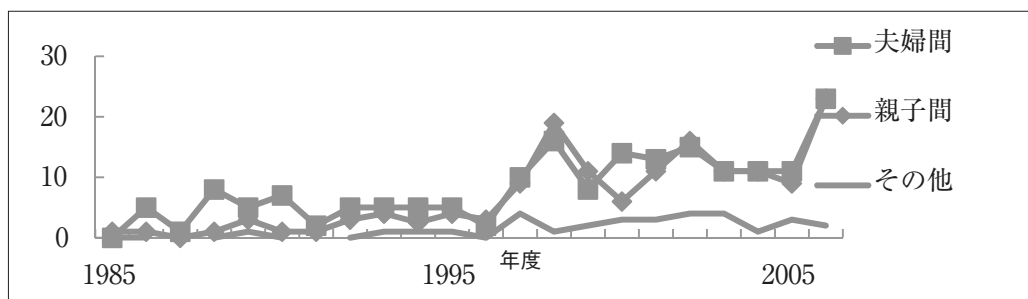


図2 夫婦間—親子別の事件報道 (鈴木)

かと考えられる。Ⅲ章でホックシールドに触れるが、「女性は自分の感情から作りだした資源を男性に贈り物として提供し、見返りに自分たちに不足している物質的資源を獲得している」とし、「それゆえ感情を管理する能力と『対人関係』を管理するのは重要な資源である」としている。裏を返せば、男性は感情という資源を管理していないことになり、対人関係能力が弱いということになる。昨今では女性の社会進出が増え、物質的資源を獲得している女性も多いのも事実ではあるが、そのことを踏まえたとしても「感情資源」、「対人関係」を管理できない男性が多いのは事実認識として理解できるであろう。このように介護事件が男性から女性に向けられることが多いのは、物語的思想性よりも演繹的思想性に男性が陥りやすいからであり、このことをギリガンが指摘したことは的を射ているように筆者は思える。なにより介護において重要なのは「感情資源」、「対人関係」を活用することなのである。

その根拠として、男性も家事・掃除など今まで女性があたりまえのようにしてきていたシャドー・ワークをする必要性があり、介護者及びソーシャル・サポートとの対人関係能力（コミュニケーション能力）を深める必要があるからである。また性差関係なくとも、介護する側の立場になったとき、自分ひとりで解決しようという考えかたは大変危険なことである。そのことは鈴木統計から汲み取ることが理解できる。介護において共倒れにならないためには、第三者（ソーシャル・サポート及び家族間の協力）の介入が急務であり、社会的繋がりを持続するためには「感情資源」、「対人関係能力」のスキルが介護ケアにおける重要性であり、それを活用できないことが介護ケアにおける問題点であると筆者は考える。

また、今後の課題として「Quality of Working Life」(QWL)の必要性も考えていきたい。QWLとは「労働者が『生き生きとして労働する』こと」であり「介護労働者」が「過労死」「自殺」に追い込まれないようにために「保障されること」である。

QWLがなければ「良質のケア」を提供できず、「自らが楽しく生き生きと労働しなければ、

ケアを受ける高齢者を傷つけることになりかねない」としている⁶⁾。QOLの施策は厚生労働白書では「医療職に限らない全職務」としているが、家庭内介護従事者というマクロレベルの対応への配慮が急務だと思えてならない。このことは後章で触れることにする。

2) 看護ケアの一般的定義の問題点

前項の問題点から今度は看護ケアの問題点を探ることにする。ここで明確に確認しなければならないことは、「介護をすることは看護をすること」ということである。なぜなら、介護者は患者であるからである。それに伴い介助者、つまり家庭内看護について看護ケアの一般の問題点を捉えなおす必要がある⁷⁾。

看護の世界ではケアのことを「ケアリング」と呼ぶ。ベナーらの本では「思考と感情と行為を区別せず、人間の知の働きと存在を一体的に表現する言葉」とし、「気づかい」と訳されている。武井はスミスにおいても「思いやること」、「関心をしめすこと」という意味で使われている。日本においては「気働き」といわれている。

しかし、介護において看護ケアはあくまでも対価の得られないシャドー・ワークである。ハステッドは看護師が患者との相互行為をするとき、「客観化された倫理的抽象概念」⁸⁾に注意を向けると「具体的なことが見えてくる」とし、「共倒れ」になることもない関係を作れるとしている。確かに看護師という職業についているのであるならば、その通りなのかもしれない。しかし介護における看護は職業ではなく、家族の誰かが24時間看護することであることが多いことから、そのような精神的強度が得られることは皆無と断言していいだろう。介護における「看護ケア」はそのことから「自己を守る」ための方法をしらないことが問題なのである。

3) ケアにおける筆者の問題点

a 自己ケアのアパシー化の定義・理論

両者のケアにおいて「他者に関心をもつことがよいと考えられるが、その内実には関心をもたないという両義性も包括されているのではないか」というのが筆者の見解である。しかし現実には、関心や心配が介護においてウエイトが大きいため、前項で述べた介護事件が多くなっているのではないと思われる。それゆえ「自己保全」の方法化が急務であると考え。またケアを必要とする「他者という鏡」の光学性が強いほど比例して反射熱のエネルギーも多分に降り注ぐというメタファーも認識できるといえよう。その理由として、両者の基底要因としてのケアが「自己ケアのアパシー化」というシンプルな思考形式に着地すると思われるからである。この概念が、底が抜けた状態であり、「ケア」の一般的定義の問題点と考える。この「自己ケアのアパシー化」とは自分を大切にすることに無関心であることを意味する（太字は筆者、強調のために使用）。

(3) ケア概念の再定義

前項で述べたように「自己ケアのアパシー化」を乗り越えるために、筆者はケア概念の再定義をすることにより、「ケアの柔軟化」という現実的な定義を展開していく。

6) 箕面真子・稲葉一人編（2008）『ケースから学ぶ高齢者ケアにおける介護倫理』医歯薬出版P.80引用・参照。

7) 看護と介助者はここでは同じ意味で用いる。「看護師」という職業の看護の意ではない。

8) 患者の苦痛を観察し、抽象化して「苦痛の理解」に進み、その「苦痛の抽象概念」を総括し客観的に実在するもののようにみなすことを指す。

Ethical Decision Making in Nursing 2nd Edition (Gladys L.Husted&James H.Husted (臨床実践のための看護倫理p.63参照)。

a ケアの柔軟化の定義・理論

ケアをするためには、固定的な考えをせず、「自己ケアのアパシー化」に陥らないようにするために、しなやかな対応をすることが望まれる。

must/shouldの義務的行為理論とwant to～（～したい）をアウフヘーベンすることで、状況をみながら臨機応変にケアをすることにより、自己を第一義的に開放しながら他者に対応していくという考えかたと定義する。

パラフレーズすると「～しなくてはいけない」、「～しなくては大変だ」という考え方は、さもすると、「ケアのオブセッシブ」になりかねない。そのことから来る不安は、介護においては「介助者」をがんじがらめにし、その人の人生を狂わすことになるのではないかと思えるからである。今日の介護における問題は、頑張らないでといいながら頑張らざる終えない状況が社会風土として形成されてしまっているために、窒息化しているのではないかと思われる。このことは無言の共通理解と私たちは認識しているのではないだろうか。現実的にその弊害として、家族間の介護の世話に対するトラブル、介護うつや、自ら命を絶つ悲しい報道が多いのが実情である。

しかし、この「ケアの柔軟化」という現象学的側面を理解し、意識して行動を現実的に実践することにより、介護する側は新たなバランスのとれたケアを共通理解できると考える。そして森村がいうように相互関係性が成り立つと考えることができるのではないかと思える。ここでの注意点として、介護する側が「罪の意識」をもたないことが重要であると筆者は考えられる。清水由貴子さんやパク・ヨンハさんが亡くなられたのは報道でも取り上げられたように「自責の念」に対する責任感の強さが原因とされている。このことは介護者・介助者が存在する状況において「後悔の念」と「自責の念」が自己を心理的に追いつめたのではないかと思われる。

以上のことを念頭において「ケアの柔軟化」を採用することは介護者と介助者におけるバランスのとれた考えであり、自己ケアのアパシー化にならないためにも大切であると考えられる。

また、ケアの柔軟化をとり入れることにより、介護する側の精神的強度が高まることで逆説的に自己肯定感を生成し、他者に対してより他者のためになることができる有効性が高まるのではないかと筆者は考える。

(4) 「共感」と「傾聴」の定義

哲学辞典による「共感」の定義は「なんら外的な運動が介在せず直接の関与によって関係づけられる2個の精神的存在の内的交流」を意味する。リップス⁹⁾は「美的感情移入の現象において自我に対置する感覚的形像のうち人間としての自己を感じ、かつこの自我中に侵入する人間と自分自身との一致協調を感じる場合、この協調をとくに美的共感」と呼んでいる。心理学辞典では共感を「同情」であるとし、「他者が感じている感情状態を知覚し自分も同じ感情状態を経験することである」とし、その感情は「悲哀とか苦痛といった否定的なものに限られる」としている。肯定的感情の場合は「共感性」になるとする。それでは共感性とは何だろうか。同辞典では「共感性 (empathy)¹⁰⁾とは「他者の情動状態を知覚することに伴って生起する代理的な情動反応」を意味し、共感性が生起するためには、「他者の情動内容に名前をつける」(情動の認知)、「他者の立場に置かれた自分を想像することにより他者の情動を推

9) リップスについては深く触れないことにする。ここでは「共感」という意味での参考としてとりあげた。

10) 共感性をempathyとしていることから「感情移入」の意味と捉えることにする。またトラベルビーにおいては共感を「empathy」としている (Interpersonal Aspects of Nursing「人間対人間の看護」p.200参照)。

論する」(役割習得)、「他者が有する情動状態を共有する」(情動の共有)といった対人的な認知能力が要求される。共感性は、他者の理解を深め、円滑な対人関係の形成の基礎となる。また、共感性の程度は、他者の情動状態に対する社会的感受性の指標ともなる。これらの点から、最近では社会的スキルや社会的コンピテンス (social competence)¹¹⁾との関連で論じられることが多い。しかし、歴史的にはカウンセラーが備えるべき態度条件として、あるいは愛他的行動を動機づける重要な要因として研究されてきた。なお、同情 (sympathy) は共感性と類似した概念であるが、必ずしも他者と同じ情動状態を共有することを意味しない¹²⁾としている。このことから筆者の「共感」における定義は、「共感」より、「共感性」と捉えるのが現実的であると考えられる。なぜなら介護においては共感よりも共感性のほうが介護者とのある程度の距離を保ち、介護することができるという理由からである。トラベルビーの共感においても「共感するというのは共感の対象にあずかること」であるが、それから離れてたつ「分離性」であり、その意味は「共感の対象から離れていながら、ともにあるという感覚」としている。このことは「共感性」の「必ずしも他者と情動状態を共有することを意味しない」と整合性が保たれるのではないかと筆者は考える。以上から共感を sympathy (同情) ではなく empathy (感情移入) と捉えることにする。

それでは「傾聴」の定義とはなんだろうか。「傾聴」とは国語辞典では「耳を傾けて、熱心に聴くこと」と定義されている。しかし心理学的側面からの「傾聴」の定義は明確化されておらず、ロジャーズの「共感的傾聴」と認識されていることが多いのではなかろうか。ここでは武井における傾聴の定義に追従したいと考える。武井における傾聴の定義は「言うべき言葉がみつからず、ただ黙って聞く」と臨床経験から捉えている。また「受容」という言葉には「傾聴」と同じく「共感」に置き換えることができるとし、「患者のいうことを無条件にとりいれること」、「自分の価値判断や感情、意見はいっさい差しはさまず、反論もしない」という意味で使われ、患者と看護師である自分が一致していることが「共感」や「受容」や「傾聴」の前提となっているとしている。

(5) 「共感と傾聴」の現実的問題

以上のように、共感と傾聴はこれまで重要視されてきた。特に臨床心理の現場では、ロジャーズの「共感的理解」、「共感的傾聴」などカウンセリングでの共感と傾聴の有効性は臨床面で確立化されてきているのはいうまでもないだろう。東山は、カウンセリングにおいて、「来談者のたまった感情を全部自分自身にためていれば自分が焼き殺される」としている。

またカウンセリングにおいて、時間軸を設定しているのはいうまでもない。臨床心理学において、このような前提に即している現実から、家庭での介護者との「共感と傾聴」は現実的に不可能であるように思われる。なぜなら密閉性の高い「家」での介護は、「共感と傾聴」を介護者に合わせてしなければならず、家族メンバーの関係から、誰かが介護に比重を置かざるをえないと思われるからである。その根拠としてⅡ節での統計から明らかであるのは言うまでもないだろう。筆者は以上のことから「共感と傾聴」は介助者において負担になると思えてなら

11) ここでは発達心理学のコンピテンスという意味で「人にすでに備わっている潜在能力と、環境に能動的に働きかけて自らの「有利さ」を追求しようとする動機づけを一体として捉える力動的な概念を指す」と心理学辞典では述べていて、「たとえばピアジェが観察した循環反応や、T. G. R. パウアーが随伴性探知とよんだ学習能力は、人が生まれながらにして環境と積極的に交渉しつつ、コンピテンスを発展させていくことを示している」としている(『心理学辞典』 有斐閣 参照)。

ないと考える。ロジャーズは「共感的理解」においてあたかもそのひとのように (as if) という状態に巻き込まれることなく、来談者の私的世界を自分自身で感じる状態と定義されているが、家族とは安らぎの場であると同時に戦いの場でもあることから、家族内において「共感的理解」は現実的に不可能であると筆者は考える。

シュビング及び松尾においては傾聴することの重要性を述べている¹²⁾。また武井においてもbeingが看護において大切であると述べている。しかしこの背景には「職業としての立場」があることに注意を向けるといふ状況が基底要因としてあるため、介護においては通用しないと筆者には思われてならない。トラベルビーにおいて共感とは重複であるが「共感の対象にあずかること」とし、それから「分けて離れること」であり「冷たい客観性でない」ものであるとしている。

トラベルビーの意味するところは「共感の対象から「離れていながら」ともにある」という感覚としている。また共感とは「関与によっておぼれる」ことなしに「親密さを体験すること」であるとし、そのことを「相互理解というタイプの体験」と考え、共感のいきつく先は「共感した相手の行動を予測する能力」としている¹³⁾。筆者はこの考えに同意する。なぜならいくら家族とはいえ、介助者にまきこまれ、共感疲労 (IV章 共感疲労と観点と現実の齟齬 参照) に陥る危険性が介護事件につながったII章の経緯からである。

傾聴においても同じことがいえると考えられよう。ロジャーズのいうように「共感的傾聴」という言葉が、それを示しているように筆者には思える。対象者がいなければ「傾聴」することはしないだろう。

そして共感することもしないと考えられる。トラベルビーは「コミュニケーションの技能あるいは能力」でコミュニケーションの基本を次のように述べている。「基本的な条件は、「他の個人に注意する能力」である」とし、この能力なしにコミュニケーションの技能を「伸ばすことも改善することもできない」と明確に述べている。相手に注意をむけることは「共感と傾聴」におけるコミュニケーションをすることである。

問題は過剰に「共感と傾聴」において注意してしまうと、「家庭」及び「家庭介護」においてはデメリットになってしまう現実である。「家庭」という安らぎの空間が介護者中心になってしまい、ファミリー・バランスが崩れるという現実問題からである。

村田は「傾聴」と「共にいる」ことがスピリチュアル・ケアのコミュニケーション・スキルの三段階すべてにおいて必要であるとしている。第一に時間存在である人間のスピリチュアル・ペインは「死によって将来を奪われる」とし、患者自身が援助者から「死をも超えた将来を見出すこと」で「死をも超えた将来の回復」というスピリチュアル・ケアの段階。第二に「死をも超えた他者をみいだす」ことができたなら、その他者から新たに自己の存在意味を与えられることの「死をも超えた他者の回復」という段階。第三に「自律存在である人間」のスピリチュアル・ペインは「死の接近」によって「できなくなる」という「依存と他律の体験」から生じるが、患者が援助者との「対話」から、感じること (知覚)、思うこと (思考)、言うこと (表現)、すること (行為) の各次元のそれぞれで「なおも自己決定できる」こと、「コントロールできる自由があると「悟」こと」ができたなら、自律を回復できるとし、この三段階

12) 「精神病者の魂への道」シュビング・「沈黙と自閉」松尾正においては、患者のそばにいなながら「ここにいる」としているが、家庭介護においては不可能であると筆者は考える。その根拠として時間的・心理的な難しさ、職業でない介護のbeingの難しさからと考える。その定義・理論を筆者は明確化した。

13) *Interpersonal Aspects of Nursing* 「人間対人間の看護」p.200参照。

が「傾聴」と「共にいる」ことの必要十分条件としている¹⁴⁾。また村田において「傾聴」の定義は「心を傾け、集中して聴くことであるが、それでは不十分である。援助となる聴き手になるには、何を聴くのか、どのように聴くのか、なぜ聴くのかをよく理解し、それぞれにおいてスーパー・ビジョンを受ける必要性がある」とし具体的な方法として以下のように述べている。

①サインをメッセージとして受け取る。②メッセージを言語化する。③言語化したメッセージを返す（反復する）④相手の思いを明確化するという（援助的コミュニケーションの原理）を体験することであると、このような訓練を経て、われわれは専門的な傾聴を実践することができるとしている¹⁵⁾。

ここで述べるスピリチュアル・ケアとは、英米圏では「宗教的ケア」とされ、スピリチュアリティをEmblen¹⁶⁾に即せば「神、あるいは神的な存在との超越的な関係の質に活力を与える個人的な生の原理」とし、宗教を「組織化された信仰と個々の人が行う礼拝の体系」と定義している。それをもとにスピリチュアリティは「宗教より意味の広い語」とし、「宗教も包含する概念」とされ、スピリチュアリティと宗教の定義に明確な区分が存在しないなら、個人的な生の原理や関係性、超越経験に関連したケア＝「スピリチュアル・ケア」と個人的な信仰と礼拝行為へのケア＝「宗教的ケア」に混同が起こるとしている^{17) 18)}。

以上の傾聴における立場の有用性は理解できる。問題はターミナル・ケアにおける態度は望ましいのだが、筆者の「家庭介護」の問題点としては理想論的なものといささか思われる。「家庭介護」においては、既存の家族のありかたから、介護者中心の「あらたな家族編成」が必要となる。つまり「家庭介護」は家族メンバーの外での役割から、安らぎの場である「家庭」という場に「気を使う」ことで安易に安らげない空間を生み出してしまふ。ゆえに「共感と傾聴」をすることは難しいのではないかという筆者の見解である。そこで次節で筆者の具体的な定義・理論を整理し、「共感と傾聴」の打開策を試みたい。

(6) 「共感と傾聴」の問題への応答

前項で指摘したように介護者にすべて応答することは時間的にも心理的にも難しいことから、筆者は「beingの不可能性」を述べたが、そのことは「共感と傾聴」は「家庭介護」においては不可能であることと機能的等価であるという見解である。

a 傾聴の境界設定の定義・理論

筆者はⅡ章でケアの問題点を「自己ケアのアパシー化」と定義したが、この節の傾聴の境界設定とは、介助者の自己保全を第一にすることで「ケアの問題点」を予防し、傾聴に時間軸の

14) 「スピリチュアル・ケアの原理と実際」村田久行（死の臨床10スピリチュアル・ケアp.170）を一部修正し引用した。なおスピリチュアル・ペインとは「霊的・実存的苦痛」を意味する。

15) ターミナル・ケアVol.12 No.5 Sep.2002p.423から引用。「スピリチュアル・ケアをキャッチする」村田久行。参照

16) Emblen JD: *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. J Prof Nurs* 8 (1) : 41-47,1992

17) ターミナル・ケア Vol.12 No.4 Jul.2002p.325から引用。村田久行「スピリチュアル・ケアとはなにか」、一部修正。

18) スピリチュアル・ケアの概念・理論においては様々な解釈があるがDysonはスピリチュアリティを「自己・他者・神」とし、「意味・希望・つながり・信念体系・スピリチュアル表現」という枠組みから「自己・他者・超越者（神）」の正しい関係がSpiritual Well beingを生むとしている。Ibid,p325

設定を設けることで介助者の心理的問題を解決することと定義する。介護者（患者）が傾聴できるときは、介助者は「断って休む」。介護者（患者）が傾聴できないときは「あえて休む」。このときに罪の意識をもたないこと、過度の責任感を排除することで介助者自身の自己保全の明確化を保つことができるとする。当たり前のことであるが、介助者が疲弊してしまえば介護はできなくなる。また家族メンバーが多ければ介助を変わってもらえることができるが、介助者が一人の場合や、家族の理解が得られそうにない場合は近くの「地域包括支援センター」に電話をして話を聴いてもらい、相談の予約をするだけでも心理的に軽減されるであろう。「共感と傾聴」の不可能性を認識しない介助者が筆者には危険度が高いと思われる。ひとりで解決できると思わないことが大切であると思われる。

Ⅲ 感情労働の現実と問題点

(1) 感情労働の定義

感情労働 (Emotional Labor) とはA.R.ホックシールドが考えた言葉である。感情労働の定義は「明るく親切でしかも安全な場所でお世話されていると他者に感じてもらえるような外見を保つために、感情を出したり抑えたりすること」である。

特徴として第一に「対面あるいは声による人びととの接触が不可欠であること」、第二に「他人のなかに何らかの感情変化－感謝や安心など－を起こさなければならないこと」、第三に「雇用者は、研修や管理体制を通じて労働者の感情労働を支配すること」、としている¹⁹⁾。

他に、私たちが訓練されたものとして「感情管理」があり、商品の高度化する様相を知ることができるとしている。また、客室乗務員は自分たちの親切によって乗客の地位を高めたり売り上げたりする「感情作業」を行うとしている。また自分の規則のことを思い出させる合図 (rule reminder) の認識を「感情規則」としている。ホックシールドは「客室乗務員」の研究からこの思考形式に至った。また感情システムは「私的感情システム」、「公的感情システムの表側」、「公的感情システムの裏側」という3つの側面を持つ。

ホックシールドはロシアの演出家コンスタンティン・スタニラフスキー (Constantin Stanislavski) の演技論から表層演技 (surface acting) と深層演技 (deep acting) を人間がだれでも多少とも演技していることから考え、表層演技を『うわべだけの表情や身振りのことでそれは「私の一部ではないとする』』。深層演技は『意識的な精神労働を行うことで、「私自身」の一部から呼び起こした感情が保たれることとする』。表層演技 (surface acting) をするときには私たちは自分が本当に感じていることを他者に対してごまかしているが、自分をごまかしてないとする。深層演技において客室乗務員に対する乗客の侮辱及び怒りを抑圧しなければならず、何か他の感じ方をしようと懸命に努力しなければ感じて〈いいだろう〉感覚を、しばらくの間失うこともある。

このことにより彼女は「自分自身を変える」のであるとする。《太字は強調付加》

(2) 看護学における「感情労働」の定義

イギリスの保険部局研究責任者Pam Smithは看護から「感情労働としての看護」(The Emo-

19) 『THE MANAGED HEART: COMMERCIALIZATION OF HUMAN FEELING』でHochschildは「feelingを感覚」と訳し、「感情emotion」に比べて軽い身体感覚を意味するものであり、この研究では同義語と述べている。

tional Labor of Nursing)において「人のケア」が「公的な場」で行われていることにより、情緒面において「愛情」、「配慮」、「共感」といった感情が「社会的距離」によって置き換えられる危険性を述べ、ニッキー・ジェイムス(1989)²⁰⁾は『ケアは労働である』としている。そしてホックシールドにおいてはケアを労働という語で用いている。

Pam Smithの「感情労働」の見解は、一定の状況で自分の感情を管理するために、表層での演技と深層での演技をうけたキャビン・アテンダントは、年長者の、より経験を積んだ乗務員が特に深層での演技が熟達しているとし、この深層での演技のおかげで「個人的」な自己と「仕事上の」自己を区別したり、自己と仕事上の役割を「健康的に」切り離したり、バーンアウト²¹⁾してしまうのを未然に防いだりすることができる²²⁾と述べている。

日本においては武井麻子がこの本を翻訳し看護側からの視点から、感情労働を捉えている。武井においては表層演技を「本当の自己」と「偽りの自己」の二重生活と続けていることであると述べている。仕事上の感情は適切であっても「自分は嘘をついている」気持ちが残る、「本当の自分」と「演じている自分」のギャップを意識すればするほど「よい看護師ではない」、患者に「不誠実な悪い看護師」だという気持ちがわき、「演じているという意識そのものをなくす」しかないと言及している。

「深層演技」においては救急の状況から説明し、救急時には看護師は勇敢なふりを顔に貼り付け「勇敢な看護師」に変身させているとし、このことをホックシールドの「感情作業」と関係させて「深層演技」としている。また公式・非公式の教育を通じて身に付けられた「感情規則」が「ふり」をするだけにとどまらず、「自分自身に働きかけることで自分自身の感じ方」を変える作業としている。そして「深層演技」は「表層演技」と同じく、感情規則によって加工されるとしている。武井は「自分自身に当惑する」状況において「意識的・無意識的」に『適切な』感情を「自分のなかにかきたてようとする」ことを深層演技と捉えている。そのほかに「深層演技」のなかに「割り切るという方法」がある。その定義は「患者が怒っているのは、私が看護師だからであり、個人としての私に向けているのではない」とされる。このことをアメリカの『心理社会的援助マニュアル』では「怒りを表す患者に対して患者の行動が自分に個人的に向けられていると解釈するべきではない」とされている。そのことを踏まえたうえで武井は看護師には「仕事からの「本当の自己」を切り離そう」としている。

以上のことは、人とかわかるすべての職業にあてはまるのではないかと筆者は考える。仕事は大きくわけて、第一次産業、第二次産業、第三次産業とゾーニングすることができるが、本当の自己を切り離す作業は誰でも仕事をするうえですることであり、そのような防衛機制をもたないと武井のいう「感情麻痺」になってしまうのではないのでしょうか。けれども労働環境が

20) *The Emotional Labor of Nursing* (感情労働としての看護p.7引用・参照)

21) 本論でのバーンアウトの定義はFigleyの「推進燃料の使い果たした後、ロケットの飛行動力を備えた一部の終了。そのように、家族内でのバーンアウトとは家族全員が燃え尽きることの兆候として関心を払わせるであろう」(筆者訳)に同意する。詳細はFigley,C.R (1988). *Burnout in Families: The systemic costs of caring Introduction* p.1を参照してください。その他にMaslach&Jackson, Freudenberger, Valentの定義もある。

22) Gorman,L.M.D.F.&Raines,M.L.池田明子訳 [1999]『心理社会的援助の看護マニュアル：看護診断および看護介入の実際』医学書院, p.94ここでは「感情的に反応することを控える」一方で「患者がスタッフに向ける怒りの表出に明確な規則を設ける」とし、「前向きの姿勢がみられない患者の終わりのない訴えをいつまでも聞いている必要はない」と明言されているが、「家庭介護」において筆者はこの観点から具体的に考察する必要があると考える。筆者の定義・理論は以上のことを現実的に踏まえたうえで展開した。

改善された場合は、ポジティブな感情労働もでてくるのではないかと筆者は考えたい。

それは劣悪な環境でも、労働条件の程度問題と個人の「心のもちかた」が職業に反映されると考えてもいいかもしれない。また「家庭介護」においてはシャドー・ワークなことにより、ケアはポジティブにはなりにくいのはⅡ節で説明したとおりである。

「家庭介護」のケアについては、ケアは社会的介入なしには事実上不可能である。その根拠がⅡ章の「介護事件」と考えられる。ゆえに介護は家族だけでは不可能と考えられよう。この問題はマクロレベルの社会のありかたに反映もされることから、本論の最後で提案したいと思う。

(3) 偽りの自己と本当の自己

それでは前項の「偽りの自己」とは何なのか。ここでは心理学的アプローチからウイニコット²³⁾の定義を参照する。

ウイニコットによれば「偽りの自己」(False Self)には「本当の自己」(True Self)が伴っていると、この両者を分けたのはFreudで、「自己を中心にあつて、本能に圧迫される部分と外界に向かって世界と関係をもつ部分とに分けたものと関連があるのである」としている。

ウイニコットにおける「偽りの自己」とは(1)極端な場合(2)あまり極端でない場合(3)健康へ向かう場合(4)さらにもっと健康に向かう場合(5)健康な場合、の五つにカテゴリーに分類される。

(1)〈極端な場合〉において「偽りの自己」は実在なものと確立している。周りの人が「実在の人柄」と考えるのが「偽りの自己」である。

(2)〈あまり極端でない場合〉において「偽りの自己」は「本当の自己」を『防衛』している。本当の自己は潜在力とみなされ、その秘密の生活は許されている。

(3)〈健康へ向かう場合〉において「偽りの自己」の主たる関心は、「本当の自己が陽の目を見ることのできる条件を探し出すことである。条件が満たされないと、本当の自己が食べ物にされることに対する新しい防衛が再組織され、それさえ危うくなると自殺という結果になる。ここでいう「自殺」とは「本当の自己の破滅を避けるために、自己全体を破壊してしまう」ことであり、自殺が本当の自己への背信に対する残されたただひとつの防衛となったとき、自殺を組織するのは「偽りに自己」の宿命としている。同時に「連続した存在への希求も示す」とし、その機能は「本当の自己」を『隔絶 (Insult)』から防ぐことであるとしている。

(4)〈さらにもっと健康な場合〉において「偽りの自己」は同一化をもとにして確立されている。

(5)〈健康な場合〉において「偽りに自己」は上品で礼儀正しい社会的態度のもつ全機構で示されるとし、本当の自己では獲得し維持することはとてもできないような、社会のなかでの場をもつことができることになる、としている。

つぎに「本当の自己」を確認する。ウイニコットにおいて「本当の自己」とは「身振り」が本当の自己の源泉であるとし、潜在的な本当の自己の存在を示しているとする。

以上のことから、筆者がここで明確に述べたい企ては、重複ではあるが、偽りの自己は「周囲がとらえる実在の人柄」であり、「防衛」であり、「同一化」であり、「本当の自己が陽の目

23) 「情緒発達と精神分析理論」D.W.ウイニコット 岩崎学術出版社、1977年。p.170-187 引用・参照。

がでるまえの条件」であり、「上品で礼儀正しい社会的態度」の全機構という「ポジティブな場」でもあることである。このことはプラスマイナスの社会的な自己を包摂しているゆえに、ホリスティックに認識することと機能的に等価である。それは「社会的なありのまま」ということだろう。それは「臨機応変に対応できる」という意味である。偽りの自己が「社会的なありのまま」なら、本当の自己という身振りの意味するところは、筆者には「本当のありのまま自分で自分をさらけだせる場での自己」だと思われる。なぜなら、その場では「他者」がいないからである。人間が社会的存在なのは自明のことではあるが、「他者の視線」、「他者の声」などで気疲れするのも事実である。ゆえに「個別な部屋や時間の確保」が急務だと思われる。「偽りの自己」から筆者が到達した視点は「他者の不在」と「居場所」の確保という観点であったのである。

(4) ジェンダーと感情労働

感情労働で介護を述べるにあたって、男と女による介助者の思考形式も可変性を帯びることから（Ⅱ章で触れた）、ここではジェンダーの視点から感情労働を考えていきたい。そこでジェンダーとは何かここで整理していきたい。

ジェンダー（性差）の概念は、1960年以降、生物学的決定論を批判するために提唱、議論されてきたといわれる。ここでは3つにジェンダー概念をゾーニングしている²⁴⁾。

①遺伝子や生殖器官といった生物学的次元における性差を基準としてカテゴライズされる「性アイデンティティ」(sex identity)、②社会・文化的に期待される役割に基づく「男らしさ」、「女らしさ」における性差を基準としてカテゴライズされる「ジェンダー・アイデンティティ」(gender identity)、③性交などの性的行動に関する志向によってカテゴライズされる「セクシャル・アイデンティティ」(sexual identity)である（安川1989）。

近年の性の多様化において生物学的決定論では一括りでは語れない様相もある。それゆえ、ここでは「ジェンダーと感情労働」に射程を向けることで、「男と女」では『ケアという労働』はどのように考えていくべきなのか述べることにする。

ジェンダー理論における主要構造をコンネル（R.W.Connell）の3構造においては次のように明確化される。第一に「分業構造」、第二に「権力構造」、第三に「カセクシス構造」である。第一の「分業構造」とは「男女の性役割による様々な労働の配分」＝「性別分業」とよばれている。いわゆる近代社会における産業化で「男は仕事、女は家庭」とよばれるもので、女性に家事、育児、介護などのunpaid-workを配分してきたことによるものである。

ここで重要なのは矢原が指摘するように、職業において「看護師や保育士のように女性がほとんど占める職業」と「男性がほとんど占める職業」があり、男女ともに「職務や報酬」に格差があるということである。

第二は「権力構造」とよばれ、「利益の優位性や資源の不平等を構成するもの」とされる。企業及び政府の運営の中心的地位の多くは「男性」が多いことからし、また家庭内において父親が「力強さ」、「リーダーシップ」、「男らしさ」として期待される傾向はフェミニスト理論家のあいだでは「家父長制（patriarchy）」とよばれている。

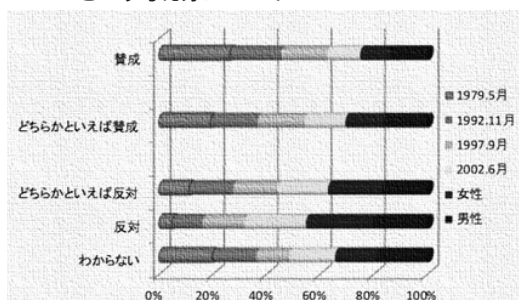
第三の「カセクシス構造」は「あるひとの他者に対する情緒的な執着を組織するもの」である。情緒的には愛情だけでなく「敵意」もあり、両者が混在することもある。ここではカセク

24) 矢原隆行『未来を拓く社会学』ミネルヴァ書房、第7章「ジェンダー・セクシュアリティ・家族」p.102-117

シスは「性別の違いをその前提とする異性愛のセクシャリティ」つまり、「女性は男性を必要とし、男性は女性を必要とする」スキームで組織されていて、男女の二分法がカセクシスの対象となり「ジェンダーの違いがセクシャルな価値」をもつことになる。異性愛以外の性的関係は逸脱と見做し、異性愛関係内部では、男女間の勢力関係によって女性にのみ厳格な「性規範のダブルスタンダード」が構成される。また育児において女性にのみ期待される「母性愛」も「一つの情緒的關係」としている²⁵⁾。

筆者がここで明確に述べたいのは「男性・女性」というジェンダー・バイアスのことではなく、「お互いを理解しながら尊重する」態度としての歩み寄りが少ない傾向にあると、「家庭介護」もしくは社会全体としての人間としてのありかたが希薄化するという視点である。つまり、男性と女性では思考形式の差異が根本的に違うということを理解したうえで、お互いを理解する必要性が大切であると問いたい。ゆえに「ケアという労働」はジェンダーを超えた人としての労働の向き合いかたと捉え直してもよいかもしれない。つまり「共通のケアとしての労働（ここでは感情労働の意である）」のありかた」が大切なのである。

図3 「夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである」という考え方について



出典 内閣府「男女共同参画社会に関する世論調査」

ことが容易に理解できよう。このグラフから伺いしれるのは、この考え方にたいして男性・女性も「反対」と答えた人が多いということである。つまり、「夫は家庭を守り、妻は外で働く」、「夫も妻も家庭を守り、共働きをする」という『価値観の変化』が時代の変遷とともに増加していることを示している。そのことは1979年から2002年においても増加しているのが読み取れる。ゆえに「性別分業」はこのグラフからみるかぎり、「考え方として」は境界線がなくなったと捉えることができる。権力問題の家父長制や、カセクシス問題についてはこのグラフから読み取ることはできないが、今後考えていかなければならない問題であると筆者には思われる。

(5) 感情労働の具体的対応

以上の観点から「感情労働」を視点として述べてきたが、筆者がここで明確に述べたいことはケアとしての感情労働を「家庭」においてすることは不可能であるという帰結であった。それでは感情労働に対して具体的にどのように対応したらいいのであろうか。ここでは社会性と家庭面から述べたいと思う。

25) Ibid.

第一に、社会的空間や家族的空間において、われわれはケアをしているので、もはや感情労働者である。

ここでの社会的空間の定義は「学校や職場などの人とかかわりあう空間」とする。家族的空間の定義は「家族の日常的な空間」を意味する。家族メンバーが社会から戻ってきたときに家庭においてストレスがあると感じられたら、二重のストレスに曝されることになるのではないだろうか。また、両者とも「人とかかわりあう空間」である。そのことにより、われわれは他者の視線・声に曝されているのはいうまでもないだろう。このストレスからの具体的対応として、「友人に相談」すること²⁶⁾、トイレやお風呂など「他者の視線・声の少ない居場所」という安心空間確保の維持を第一段階としたい。そこでメンタル面の回復ができれば、次にさらなる自己免疫の強化として「カウンセラーに相談」することである。問題を一人で抱え込むことでなく、相談することにより自己をメタ認知することで傷が深くなるのを未然に防ぐためである。ここでは企業・スクールカウンセラーがその役割を担う。また家族的空間においてはかかりつけのカウンセラーを見つけることが望ましい。

その段階まで達したらクライアントの家族事情を把握し、カウンセラーがコミュニティと相互依存する体制が望ましいと思われる。以上、社会的空間と家族的空間における感情労働の具体的対応を定義した。そしてこのように感情を少しでも浄化できる空間を感情表出空間と定義する。感情表出空間においては補足として外で安心できる空間も含まれる^{27) 28)}。

Ⅳ 共感疲労の観点と現実の齟齬

(1) 共感疲労の定義

共感疲労 (Compassion Fatigue) はJoinsonが看護雑誌で最初に使ったとされている。このことを臨床的研究で用いたのはFigleyと認識されている (小西)。定義は「患者に共感し、援助しようとしている人のなかに生じる独自の心理的疲労のこと」であり、「援助関係のなかで、援助者がクライアントの孤立無援体験をわがことのように共感することから生じるもので、これはケアリングの副作用、ケアリングのコストである」²⁹⁾ としている。後にFigleyはsecondary traumatic stress disorder (二次的外傷性ストレス障害) と捉えた。またほかの研究者において、Hermanは「外傷性逆転移」としている。

Hertsogh&Myersは「凶被害」、Remer&Elliotは「二次的サヴァイバー」、McCann&Pealmanは「代理トラウマ」、Millerは「感情感染」としている。ここで筆者が明確に述べたい企てはFigleyの「共感疲労」と「バーンアウト」がどのように家族において生じてくるかを述べ

26) 社会的・家族的空間での感情労働においては信頼できる友人と秘密が共有できることが望ましい。個人的な内容を吹聴されれば逆効果になりかねないという懸念からである。

27) 感情表出空間は個別な空間だけではなく、個人的に安心できる場所であれば場所は問わない。たとえば公園や川岸などで感情がカタルシスすればそれだけで感情表出空間である。また友人宅に泊るということも形成要因とする。

28) 感情をだすことはその後冷静になることから客観性を身につける作業につながると考える。その他に論理療法があるが、そこまで俯瞰するモチベーションを維持するには専門家の手を借りることが望ましいように思える。

29) Figley, C.R. (ed) (1995) *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, Brunner/Mazel.

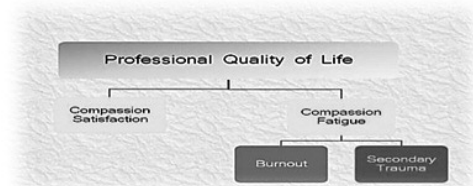


図4 専門職における生活の質

ることで、「家庭介護」におけるケアリングのコストを明確に述べたいということである。Figleyは「バーンアウト」と「逆転移」が共感疲労と同性質の概念としている³⁰⁾。またB.H.StammにおいてはProfessional Quality of Lifeのなか(図4)で「共感疲労」を以下のように捉えている。

図4を見るかぎり、B.H.Stammにおいて共感疲労は「バーンアウト」と「二次的外傷」からなることが読み取れる。またCompassion Satisfaction(共感満足)というポジティブな側面があるという点が伺える。FigleyとB.H.Stammにおいて共通しているのは「バーンアウト」である。共通していないのは「逆転移」と「二次的外傷」である。

Figleyは「逆転移」において、「セラピストの人生経験に帰因」する「セラピスト側の評価の歪曲のこと」であり、クライアントからの転移に対するセラピストの「無意識的かつ神経症的反応を伴う」とする(Freud,1959)³¹⁾。そして「二次的外傷」は二次的外傷性ストレスや二次的外傷ストレス障害において「二者間にあって、相手のことで心を砕くときの自然な成り行き」であるとし、トラウマを負った人々のケアにおいて、これらの影響は「必ずしも問題となるわけでない」とし、自然な副産物であると述べている。このことから、Figleyにおいてはバーンアウトと「逆転移」がStammにおいてはバーンアウトと二次的外傷が「共感疲労」になっていることがわかる。またⅡ章で「共感」について言及したが、筆者はFigleyにおける共感を最終的な意味で用いたい。

Figleyがとりあげる「共感」とは『ウェブスター英語詳細百科辞書』(Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language 1989)の共感(compassion)で「苦痛や逆境に見舞われた他者に対する深い共感や悲嘆の感情で、その人の苦痛やその原因を取り除き癒したいという強い希求を伴うもの」(p.299)と定義されている。またこの共感の反意語は「無慈悲」(merciless)や「無関心」(indifference)と言及もしている³²⁾。このことから筆者には「共感」することは無慈悲心や無関心でない他者にたいする思いやりであると捉えることができる。そしてその優しさゆえに、共感疲労という心理状態が起こるのだと考える³³⁾。

つぎにFigleyの著書、*BURNOUT AS SYSTEMIC TRAUMATIC STRESS: A MODEL FOR HELPING TRUMATIZED FAMILY MEMBERS*(体系的な心的外傷ストレスとしてのバーンアウト:家族間で心的外傷をうけた援助に対するモデル;筆者訳)の論文をみる。この本ではFigleyは共感疲労を「共感疲労は生物学的、心理学的、社会的に、共感ストレスとそのほかで再現するために、長期に曝された結果として、疲れ果てる、そして、機能障害の状態として定

30) B.H.Stamm編「二次的外傷性ストレス」p.13から引用、参照。

31) Ibid p.13,14,19

32) Ibid. p.19

33) 筆者は「共感疲労」は悪い意味では捉えていない。人間的に大切なことだと考える。問題はそのような状態をどう克服したらよいかという、前向きな姿勢が大切であると思われる。Stammにおける「共感満足」は高いストレスとなる出来事を体験したとしても、建設的なことになるとしている。(Ibid p.xxix)問題は「共感疲労」に陥っても、それを克服する力を持ち続けることでStammの「共感満足」に近づけることができるかであり、筆者はその具体的方法と問題点を明確化した。

義されている」としている。ここでFigleyのアプローチは家族間での心的外傷からの共感疲労の定義と考えてもいいだろう。

図5でFigleyは「共感ストレス」に至る過程を述べている³⁴⁾。共感ストレスは不変の6つの機能という仕方では機能している。第一のEmpathy Ability (共感能力) の定義とは「患者たちの苦しみに気づくことができる能力」としている。上の経路である共感能力とEmotional Contagion (感情的伝染) の関係性はケアする側が「両方とも患者の苦痛を弱める努力をする程度」を説明している。共感能力があると感情的感染になりやすいというのが上のベクトルである。共感能力とEmpathic Concern (共感関係) の下のベクトルの意味は、ケアする側が「手助けを与えることで作用することの動機づけ」と定義されている。つまり共感能力があると共感関係になりやすいということである。ケアをするこの両者の努力が「共感応答」とされる。共感応答は、ケアする側が、家族メンバーの苦痛を助けることでの情報源、気質、タイミング、健康な状態に正しく応答することと定義している。この共感応答はケアで助ける人と助けられるの両方の自覚的な人間関係で評価されるともしている。



図5 A model of compassion stress

次に共感応答から2つのベクトルであるDis-association from Sufferer (患者からの分離) と Sense of Achievement (達成感) をみる。この両者は増加したり、減少したりしながら共感ストレスになるとしている。下のベクトルの「達成感」とはケアする側が家族メンバーの苦しみを解放することでの満足感のことを指す。上の「患者からの分離」とはケアする側が、自分を患者から個人的、感情的に切り離すということである。つまりケアするひとがケアしているひとからどれくらい自立しているか、ケアのことに満足しているかの程度によって共感ストレスのレベルが変わってくるということである。そのことは共感ストレスを取り除くためにケアの達成感を過剰に評価したり、必要以上に心理的な距離をとることがバーンアウトになる指標であるともしている。

共感ストレスが少ないひとは犠牲者(ケア対象者)と同一化することをさけながら苦しみを取り除くことができるひとで、みずからを心理的に苦しんでいるひとから距離をとることができたひとである。ここで距離は筆者には「ほどよい距離感」を保てたということでの解釈であり、必要以上の距離はFigleyのいうようなバーンアウトになってしまうと理解できよう。

図5で「共感ストレス」の経路を述べた。そのことを理解したうえでFigleyは図6において共感疲労になるプロセスを示している。説明すると、共感ストレスからベクトルが2方向にわかれる。第一に長期の暴露で苦しむこと、第二に未解決のトラウマが共感疲労になるとしている。また生活の崩壊の損傷度が共感疲労になるともしている。

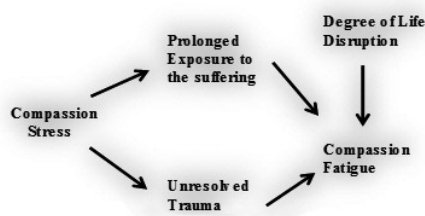


図6 A model of compassion fatigue

上のベクトルのProlonged Exposure to the

34) Figley, C.R (1988). *Burnout in Families: The systemic costs of caring* p.20-23参照。

suffering（苦しみに長いあいだ曝される）とは、苦しんでいるひとのケアをしなくてはいけないことがずっと続いている状態を意味する。つまり責任の重みから解放されることがなく共感ストレスを減らすことができないという長い苦しみにさらされた感覚と結びついているとしている。

下のベクトルのUnresolved Trauma（未解決のトラウマ）とはトラウマの想起が、共感ストレスと長引く暴露によって引き起こされるとしている。トラウマの想起はうつであったり、絶えることのない不安というような、PTSDの様々な症状とそのことに関する刺激でのトラウマの記憶なのである。

共感疲労へのベクトルであるDegree of Life Disruption（生活の崩壊の損傷度）とは、共感ストレス、苦しみにながいあいだ曝される、未解決のトラウマという3つの要因に加えて、巨大なストレスのもとで、病気の結果、ライフスタイルの変化、社会的地位、職業的・個人的責任として、生活が崩壊する大きなストレスを経験することで起こると述べている。

その一方で生活の危機は「重要な解毒剤」になるかもしれないともしている。それは生活の崩壊がおきたことにより、ケアを提供する側からケアを受け取る側にシフトするようになるからであり、その結果として家族メンバーは家族のバーンアウト、共感疲労を避けることだけでなく、最近までケアを受ける側だったひとを含め、家族メンバーを助けることで、新しい生活の損傷度を乗り越えることができると考えている³⁵⁾。この図5と図6がFigleyが家族間で共感疲労になる観点からの考察である。

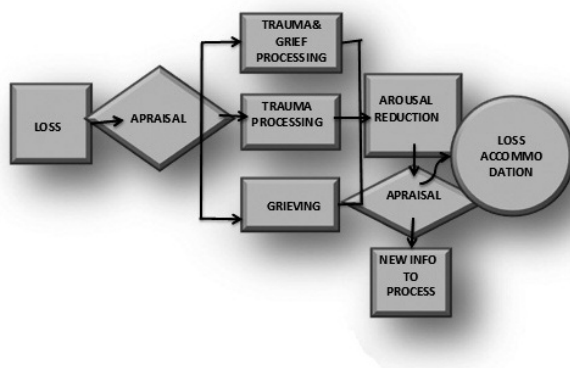


図7 Traumatic loss accomodation

最後に図7においてFigleyはトラウマの喪失適応についての経路を述べている。「喪失体験」があるといろんな悲しいとか辛いとかを自分なりに評価する。

具体的には3つあり、トラウマと悲しみの処理、トラウマでの処理、深く悲しむことの形がある。深く悲しむこととトラウマの処理をしたあと、そうした悲しみのプロセス

からトラウマと悲しみを自分で整理して哀悼するという形になる。そしてその3つパターンから目覚めて日常に戻ってきて自分なりにもう一度評価することができる。それが上手くいくと喪失適応ができたことになる。また自分なりに再評価してから、喪失のプロセスの新しい情報を求める。それはその原因を理解して考えるということに他ならないと思われる。

(2) 共感疲労における強迫的保護の観点

前項で共感疲労の定義を述べてきた。ここでは強迫的保護についての観点から触れることにする。その理由として共感疲労になりやすい介助者と関連があるように思えるからである。強迫的保護はジョン・ボウルビーによる解釈である。

35) Ibid.p.22.23.24

強迫的保護とは「他の人たちの幸福に深く、死別を含めて、悲しい人生経験や苦しい人生経験をしたひとに強迫的なまでに他人を保護しようとする事」（一部修正）と定義されている。また「保護される人は保護する人の身代わりとして考えられる「投射された同一視（projective identification）」とも呼ばれ、子ども時代の経験から始まり発展すると述べられている。具体的な性向として、愛着対象の喪失の恐れに対する反応で過度に他人の幸福に心配すること、あるいは悲しみ悩んで、保護を必要とするのを自分ではなく、誰かほかの人であると放言するとしており、このパターンは子ども時代あるいは青年期に確立されるものであるとされる。ゆえにこのような人は心身の欠陥のある人や、何か他の問題抱えている人を選んで、その後その人の世話をする役割にすっかり自分をまかせる傾向があるとし、そのような人が親になると、子どもが成長していくにつれて極端に所有物、保護的になっていく危険性があり、またその関係を転倒する危険性がある（第Ⅱ巻第18章参照）としている（一部修正引用）³⁶⁾。

ここでの論点は介助者＝子、介護者＝親、つまり親子関係における過去の愛着関係のありかたが家庭介護に反映されるのではないかという論点である。

家庭介護において「誰が介護をするか」というのは心理学的アプローチからすると過去の愛着喪失から「強迫的保護」になりやすい立場のひとは、必要以上に「保護する」ことで投射された同一視になりやすいのではないかと筆者には思われるからである。

武井はこのことをACの観点から言及している。ACを親がアルコール依存にかかわらず「現在の自分の生きづらさが親との関係に起因すると認めた人」（信田1999）との定義から、ACたちが生まれ育った環境が「強迫的保護」を生み出す生育環境にほかならないとしている。その根拠として彼らは自分たちが受けるべき世話や養育、すなわち自分自身の子ども時代を喪失しているのだけれどもそれを悲しむことができないとする。そして、そのような理由により世話や養育によって形づけられるはずの「本当の自己」ではなく、他者のことを配慮し強迫的に世話をやくような「偽りの自己」を育てることだとしている。またこうした生育環境で育った子供は本当の意味で自立することが難しく、その理由として自立することは親を見捨てることであるとし、ますます自分は「悪い子」だと感じさせてしまうからであるとする。そして実際に親が死亡した場合には深刻な罪悪感からうつに悩まされることもあると結論づけている³⁷⁾。

このことから強迫的保護はACの概念と似ている。つまり筆者がここで明確に述べたいのは介助者がACのような生きづらさを感じているとするならば「強迫的保護」になりやすいということであり、そのことから「罪悪感」や「介護うつ」になりやすい傾向があるということである。それはボウルビーの「投射された同一視」がACを背景とした部分が根底にあるのかもしれないということであり、このことが「共感疲労」の前提となると考えられる。そしてACのひとが介護者を介助し、罪悪感やうつになるのであれば心理学的にみても負のスパイラルであり、踏んだり蹴ったりという状態になるのではないか。この問題点を解決するにはソーシャル・サポートという第三者的機関との接触と自分の「気づき」が急務であると思われる。

（3）共感疲労の現実的問題と具体的対応

以上のことから「家庭介護」においてケアをすることは「共感疲労」になる可能性があるように筆者には思われてならない。なぜなら介護者と介助者という二分法になりやすく、在宅介

36) 「母子関係の理論Ⅲ対象喪失」 ジョン・ボウルビー p.169-170, p224-242から一部修正して引用。

37) 「感情と看護」 p202から引用。武井は強迫的保護を「強迫的世話焼き」と訳しているが、筆者はボウルビーの「強迫的保護」とすることにする。

護や老健施設待ちという現実があるからである。それゆえ「家庭介護」において、家族メンバーのありかたが、共感疲労の度合いを決定してしまう。その根拠はⅡ章で述べた。

家族のだれが「介護をするか」で共感疲労の問題が明確化する現実があると筆者には思われる。また社会というマクロレベルの問題がミクロレベルの家族に無言の圧力をかけているように思える。その根拠として昨今の介護問題や無縁社会の報道で取り上げられているのはいうまでもないだろう。それゆえ筆者は「家庭介護」の不可能性を前章で述べた。つまり「共感疲労」とは家族だけでなく、社会的な現実問題である。また心理的に、家庭における生育環境のありかたが潜在的に孕んでいることは前項で述べた。問題はミクロ的な「家庭介護」という側面ではなく外部化せざるおえない社会のありかたなのである。筆者はこの現実的問題点の解決策を提示し、共感疲労のありかたを提案したいと思う。

a バッファ距離の定義・理論

これはⅡ章の「傾聴の境界設定」を家庭介護において行動化したとしても、心理的及び現実的な緊急時においては傾聴設定ができないこともありうる。その代替的行為として筆者は介護者との心理的・空間的距離を緩衝材のような柔軟性にとんだ距離関係の構築が必要であるように思われる。このことを「バッファ距離」と定義する。バッファ距離は家のなかでの介助者との社会的距離が心理的な距離に比例する。

介護者との物理的距離が近いひとは、介助しながら心理的にもバランスのとれた距離が必要になる。この定義で筆者が明確に述べたいことは心理的に「ケアのオブセッシブ化」になったとしても、状況判断を明確化するということである。緊急時には介護者は何かしらの反応（大声で叫ぶ、壁を叩くなど）をする。そのときにメタ認知する能力があれば、冷静に判断できる。兄弟がいれば電話をする、兄弟や家族関係が身近にいない場合には、救急車を呼ぶという冷静な対応ができるのではないと思われる。問題はひとりで抱え込もうとしたり、自分ですべて解決できるといった過信なのである。前章でも述べたように過度の責任感はずつを引きおこし介護殺人になった事例を述べた。ここで筆者は緊急避難的な状況としてバッファ距離を定義する。また介助者と物理的に距離が遠いと介護者の「声」が聞こえない場合もある。なるべく介護者と近い距離を構築する必要があると思われるし、普段から兄弟関係の連絡や行政との連絡関係を準備しておくことが急務であろう。

b メタ認知共感の定義・理論

メタ認知共感とは自分自身を客観的に見ながらも共感する態度のことを指す。このことは介護のみならず、社会で働くうえで役に立つと思われる。ここではケアの全体的状況から捉えることにする。

一般的な他者を思いやる共感だけだと共感疲労になってしまう。規則的な共感とはここでは共感しているようで共感していない「うわべだけの共感」をさす。このことは共感していないという自分に罪の意識をもってしまうというマイナスな感情が出てくるように思われる。また他者を思いやりすぎると共感から「過剰に共感する」というマイナスな感情が出てくる。筆者はこの両者がマイナスに共感することを「複雑性マイナス共感」と呼ぶ。この状況は混乱していることであるので、今起こっている他者に対する共感の状況を客観的に捉え直す必要がある。

つまり今おかれている状況の考えかたをパラダイムする必要がある。ここでの状況とはマイナスな状況なので、「他の人だったらどう考えるだろうか」という客観的な視点である。それは自己のなかに他者の視線を取り入れることでバランスをとることであり、倫理的な共感ともいえるだろう。共感にとらわれず、共感しすぎないようにするためにはこのような態度が望ましいと思われる。

c 近距離リアランスの定義・理論

近距離リアランスの定義は近い距離に頼り、頼られることができる関係性の構築を意味する。

まず他者に頼ることができるかできないかという視点で方向性が変わっていく。他者に頼れるひとは自分のことを理解していると思われる。なぜなら自分自身を知っている人は自分の限界も理解しているという観点からである。問題は自己完結していて他者に頼れないひとなのである。自己決定権は理解できるけれども、それでいても人とのつながりをもつ、この両方が必要であると筆者には思われる。しかし現実的には難しい。筆者はこのような状態を「ケアの孤立化」と定義する。ケアの孤立化は介護だけでなく、一人暮らしで頼るべき家族がないひとも含む。後者は自分自身のケアを自覚していないという点でのケアの孤立化という意味である。このことの気づきとしてNPOや民生委員の見守りが必要である。

現実的に民生委員の取り組みではケアをする介助者のために「家族介護者リフレッシュ事業」という取り組みを行っている。内容は介助者同士の交流と温泉で気分をリフレッシュすることが目的である³⁸⁾。また、他者に対して頼ることができるひとはサナトロジーや介護学の勉強を通して、将来の自分を見通すことができると思われる。そのために行政は教育制度の必修科目として取り上げる必要があるのではないかと考える。また他者とのコミュニケーションを現実的に行動することにより、無援化を防ぐ行為につながるのではないかとと思われる³⁹⁾。そのためには政府が地方公共団体に資金的援助をすることが急務であるし、新しい施策の整備も重要であると考えられる。

V おわりに

ケアという言葉はたくさんの意味があり、それゆえあらゆる角度からケアについて論じてきた。家庭介護を視点に述べてきたけれども、全体として「人間としての本質的なケアとはなにか」を述べたかった。そして職業としてのケアは労働であるけれども、必ずしも悪い側面だけではなく、労働環境と会社との理解があれば働くことにおいてケアはマイナス要因にはならないとも感じた。また共感することも共感の仕方を変えれば共感はポジティブな要因になりえるとも思えた。

昨今では無縁社会、無援社会、絶縁社会と、他者との関係が希薄化していると報道で述べられている。

しかしそのような状況だからこそ、われわれは学ぶべきことがあるのではなかろうか。他者とは非対称性だからこそ、相手を尊重し理解しようと思うのではないだろうか。筆者はこのような社会状況は人間の苦しみを理解するいい機会なのかもしれないと感じている。それゆえ周りのひととの関係を大切にしていこうを通して、本当の意味での「ケア」をすることができるのではないかと思う。

38) 筆者は盛岡市社会福祉協議会にインタビューしたところ、このような介助者を思いやるサービスがあることを知った。このことは尊敬に値すると思われる。

39) 年齢を経ることによって、頭がかたくなる傾向が強くなると思われる。それゆえ年をとっても柔軟性のある考え方ができることが無援化の予防になると筆者は考えている。このことは今後の議論が急務であると思われる。

筆者は母の介護を10年以上してきた。最初の段階では社会制度もしっかりしていなかったため、ソーシャル・サポートにどのように頼ったらいいかわからず、自分自身がいつのまにか仕事もできなく、精神的に疲弊し、人生に絶望したのは真実である。

近年、介護制度も以前よりはよくなり、兄弟との協力や大学の先生の理解もあり、精神的にも立ち直ることができた。また民生委員の声かけが筆者には大いに支えになった。それゆえわかったことがあった。筆者は多くの人に支えられサポートされている事実を。そのことにとっても感謝している。

本論は筆者の家庭介護の経験からアイデアを普遍化した。現在も家庭介護に苦しんでいるひとも多いと思われる。しかし、勇気をもって社会制度や仲間に頼ってほしい。そしてひとりではないということを感じとってほしい。

人間は必ず年を取り死んでいく。そのときの順番が早いか遅いかだけなのだ。そうであるならば、悔いのない人生をこれから介護される側も介助する側もおくるべきなのではないだろうか。それはすべての人々が自分自身を大切にすることにはほかならない。自分自身を大切にすることは他者との交流のなかで生まれるものだと考える。なぜなら自分とは他者という鏡を通してより深く自分の未熟さを感じとることができると思われるからである。

そのことは年齢に関係なく、すべてのひとに当てはまるのではないかと思う。このことが無縁化を防ぐ防波堤になるのではないかと筆者には思えてやまない。

最後に本論ではケアに関する共感と共感疲労を家庭介護の観点から考察してきた。課題点は山積みではあるが、筆者が望むのは新しい施策の展望と介護事件という悲しい報道がなくなってほしいというその点だけである。

VI 謝辞

3年間、丁寧な指導と生活の面で筆者を支えて戴いた指導教員の小林陸先生。母の介護で大変なときに心理的に支えて戴いた早坂浩志先生。筆者の心のケアを全般に現在も見守ってくださる山口浩先生。

英語の翻訳を手直して戴いた斉藤博次先生。社会学の文献を親切に提供して戴いた竹村祥子先生。そして私を支えてくれた大学の先生に感謝しています。

そして亡き中村文郎先生に感謝の意をもってこの論文を捧げたいと思います。

〈引用・参考文献〉

Milton Mayerroff, On Caring.1971 (『ケアの本質』田村真・向野宣之共訳、ゆみる出版、1987年)。『ケアの倫理』森村 修 大修館書店、2000年。

『〈ケアの人間学〉入門』浜渦辰二編 知泉書館、2005年。

『ケアの人間学』水野治太郎 ゆみる出版、1991年。

『ケアを問い直す』広井良典 ちくま新書、1997年。

『生きがい喪失とケアの哲学』永見 勇 ハーベスト社、1995年。

『「ケアの倫理」と臨床看護』三原利江子 平成14年東北大学修士論文改訂論文。

『家族介護のもとでの高齢者の殺人・心中事件』鈴木玉緒 広島法学31号(2007)。

『死の臨床スピリチュアル・ケア』日本死の研究会編、人間と歴史社、2003年。

- 『仕事と介護の両立』 中央大学 横山彰研究会・政策フォーラム発表論文, 2005年。
 『精神病者の魂への道』 シュビング みすず書房, 1966年。
 『沈黙と自閉』 松尾正 海鳴社, 1987年。
 『感情と看護』 武井麻子 医学書院, 2001年。
 『感情労働としての看護』 パム・スミス ゆみる出版, 2000年。
 『感情労働とその評価』 西川真規子 大原社会問題研究所雑誌No.567/2006年。
 『ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか』 武井麻子 大和書房, 2006年。
 『管理される心』 A.R.ホックシールド 石川准・室伏亜希訳 世界思想社, 2000年。
 『死を看取る医学』 柏木哲夫 NHKライブラリー, 1997年。
 『家で死ぬための医療とケア』 新田國夫編 医師薬出版, 2007年。
 『教養としての死を考える』 鷺田清一 洋泉社新書, 2004年。
 『死ぬ瞬間』『死, それは成長の最終段階』 E. キュブラーロス 中公文庫, 2001年。
 『在宅で死ぬということ』 押川真喜子 文春文庫, 2005年。
 『病院で死なないという選択』 中山あゆみ 集英社新書, 2005年。
 『高齢者ケアにおける介護倫理』 箕面真子・稲葉一人 医歯薬出版, 2008年。
 『「聴く」ことの力』 鷺田清一 阪急コミュニケーションズ, 1999年。
 『ケアの生命倫理』 平山正美・朝倉輝一 日本評論社, 2004年。
 『ケアの社会倫理学』 川本隆文編 有斐閣選書, 2005年。
Ethical Decision Making in Nursing 2nd Edition (Gladys L.Husted&James H.Husted) 『臨床実践のための看護倫理』 グラディスL.ハステッド・ジェームスH.ハステッド 医学書院, 2009年。
 『哲学辞典』 平凡社, 1971年。
 『大人のための勉強法』 和田秀樹PHP新書, 2000年。
 『化粧する脳』 茂木健一郎 集英社新書, 2009年。
Gender and social Theories. 『ジェンダーと社会理論』 江原由美子 山崎敬一編, 2006年。
 『みらいを拓く社会学』 早坂裕子 広井良典編 ミネルヴァ書房, 2004年。
 『心的外傷と回復』 ジュディス・L・ハーマン 中井久夫訳 みすず書房, 1996年。
 『二次的外傷性ストレス』 B.Hスタム編小西聖子・金子ユリ子訳 誠信書房, 2003年。
 『プロカウンセラーの聞く技術』 創元社, 東山紘久2007年。
 『心理学辞典』 有斐閣, 1999年。
 『母子喪失Ⅲ』 ジョン・ボウルビー 岩崎学術出版社, 1981年。
 『情緒発達の精神分析理論』 D.Wウイニコット 岩崎学術出版社, 1977年。
 Figly,C.R. (1998). *Burnout in families : The systemics costs of caring*. Boca Raton, FL:CRC Press.
www.jstss.org/info/pdf/info01_06.pdf
<http://www.isu.edu/~bhstamm/>

Abstract

Compassion and Compassion Fatigue in Care: An Ethical Reflection

EI SATO

Iwate University Graduate Two Year' s Student

Although many studies on care have focused on its positive implications such as consideration, tender-heartedness, and sensitivity, they, in my view, failed to examine negative factors involved in the practice of care. These negative aspects, typically seen in nursing murder, nursing refugees, and old couple nursing, are now not only domestic but also big social problems. These current problems have urged me to rethink about the ethical aspect of care.

Considering that apathy in self-care is one of the most serious problems, I suggest in this paper that six factors are significant in solving the problem: flexibility of caring, the setting of border for close listening, a space appropriate for emotional expression, buffer distance, meta-recognition sympathy, and short-distance reliance. By so doing, I illustrate the importance of ethical value in nursing. I also show an ethical approach to

solving the practical problems by examining the connection between compassion and close-listening, “emotion-labor” addressed in sociology and the science of nursing, and compassion fatigue in clinical psychology.

Note) I call kaigo “nursing”.

Keywords apathy of the self-care, weak softening of care, the setting of border for close listening, expressiveness space, buffer distance, meta recognition sympathy, short distance reliance.