

認知症高齢者の表出とケア提供者の受けとめ

— 介護職を中心としたアンケートとインタビュー調査から —

吉 村 夕 里¹⁾・青 木 信 雄²⁾

1 はじめに

昭和 62 年に「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）」が公布され、介護福祉士が名称独占の国家資格となって以来、その数は増え続け、平成 24 年度の登録者数は 1,085,669 人となっている（社会福祉振興・試験センター、2012）。

一方、介護保険事業に従事する介護職員は平成 20 年で 128 万人、うち介護福祉士は 40.6 万人、介護福祉士割合は 31.7% である。介護職員数は、介護保険制度が導入された平成 12 年と比較して 2 倍以上となっているものの、介護福祉士の資格を取得しながらも介護等の業務に就業していない「潜在的介護福祉士」が平成 20 年時点で 82.2 万人中 25.2 万人も存在する（今後の介護人材養成の在り方に関する検討会、2011）。

それに対して、平成 22 年度の日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は 280 万人（老健局高齢者支援課、2012）。今後について、社会保障国民会議が平成 20 年に行ったシミュレーション結果によると、団塊の世代が全員 75 歳以上になる平成 37（2025）年には、212 ～ 255 万人程度の介護職員が必要になるとされている（今後の介護人材養成の在り方に関する検討会、前掲）。

以上の見通しのなかで、介護人材の量的確保と資質の向上は喫緊の課題とされ、幾つかの対策が講じられてきた。人材確保については、無料職業紹介、潜在的有資格者に対する再就業支援のための研修等が実施されるようになっているが、介護現場の慢性的な人材不足は依然として深刻であり、求人募集の常態化や離職率の高さが指摘されている。介護職員（以下：介護職）の資質の向上については、平成 19 年に介護福祉士の法律改正が行われ、一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するとの形に、資格取得方法が一元化された。

従来から介護福祉士法は介護福祉士について「専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう」として、身体介護に留まらない業務を定めてきた。介護職は「食事、排泄、入浴」という 3 大ケアの従事者とかつては見なされていたが、現代の介護職には、介護福祉士法に定められた業務のほかにも、「利用者本位」「自立支援」「専門的サービスの提供」「プライバシーの保護」「利用者ニーズの推進」「地域福祉の推進」「後継者の育成」等の高い倫理が求められるように

¹⁾ 京都文教大学臨床心理学部 ²⁾ 美山診療所医師

なっている（日本介護福祉士会、1995）。

このように、介護職は慢性的な人手不足と経済的要因に起因する身体負担や精神負担の問題（北村、2001）を抱えている反面、資質の向上や高い倫理観を社会から求められているという矛盾に満ちた状況に置かれている。特に認知症高齢者ケアについては、身体的ケアに加えて症状や情緒面への理解等、心理的・精神的なケアを行える能力が求められる。しかし、心理的・精神的ケアを含めた介護技術は利用者との相互作用のなかで獲得される個別具体性の高い技術であり、一般化は困難である。また、現実の認知症高齢者ケア現場が置かれている現状から切り離して、介護職側の資質の問題だけを取りあげることは不適切であり、現状を押さえたうえで、そのなかで行われている認知症高齢者と介護職員の相互作用のなかから、個別具体的なケアを検討していく必要がある（堀、2012）。

本稿では、介護職等のケア提供者（以下：ケア提供者）に焦点をあてて、認知症高齢者の表出をケア提供者がどのように捉えているのか、そのことが認知症高齢者へのケア提供者の関わりの視点にどのような変化を及ぼすのかについて、ケア提供者自身の情緒的な体験から明らかにすることを目的とした。

具体的な論文展開としては、最初に、現代の認知症ケア現場の背景に存在する問題を「ケア提供者が認知症高齢者と出会う時」として、次いで、ケア提供者に要請される心理的・精神的なケアと関連が深い事象として、「認知症高齢者とケア提供者との相互作用」「生活に関する主観的認識」「高齢者のスピリチュアリティ」を取りあげて論述する。そのうえで、認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方について、アンケート調査やインタビュー調査の質的分析をとおして明らかにして、最後に、介護職にとっての介護の魅力に言及する。

2. ケア提供者と認知症高齢者

本章では、現代の認知症ケア現場の背景に存在する問題として、「ケア提供者が認知症高齢者と出会う時」「認知症高齢者とケア提供者との相互作用」「生活に対する主観的認識」「高齢者のスピリチュアリティ」に分けて論述する。

2-1. ケア提供者が認知症高齢者と出会う時

第一の問題は、認知症高齢者に対する心理的・精神的ケアの必要性和、その方法論に関する問題である。認知症高齢者ケアについては、パーソンセンタードケアや、スピリチュアルケア等、心理的・精神的なケアの導入の必要性が指摘されてきた。しかし、その中身については、従来から成人期の人たちを対象として行われてきた傾聴、受容、共感等に代表されるカウンセリング技術とどのような違いがあるのか、認知症ケアに特異的な技術が存在するのか／否かについては曖昧な部分が多い。特に、心理的・精神的なケアについては、利用者に対応する際のケア提供者の姿勢や心構え等、メタモデルの側面が強調されたり、ターミナルケア等、特別なプロセスと結びつけて検討されたりすることが主である。

認知症は中核症状として「体験したこと自体を忘れてしまう」（小澤、2004）という記憶障害や見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害等の中核症状が存在する。また、中核症状以外の知覚、思考、気分または行動の障害による症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 以下：BPSD）を伴うことがある（IPA、2000）。ケア現場で実際に認められる BPSD には、中等度あるいは重度になってから施設ケアに導入されることが多いという現状が反映されており、在宅ケアから施設ケアの移行に伴うリロケーションダメージの症状として出現するこ

とも多い。実際のケア現場における認知症高齢者の心理的・精神的な混乱には、記憶障害が関わっていることは明白であるが、それに加えて、リロケーションダメージ等の社会的な要因が深く関わっており、そのなかから心理的・精神的なケアのみを分離して扱うことはできない。

現在の認知症高齢者ケアの現場では、多くの認知症高齢者が「自分は何故、この場所にいるのか」「自分をケアしている人は一体誰なのか」を把握することが困難な状況において、ケア提供者と出会うことになる。以上の状況から開始される認知症高齢者とケア提供者との相互作用は、白紙の状態から始まるのではなく、認知症高齢者の生活誌が分断された結果としての混乱のなかで、即ちマイナスの状態から始まることも多い。それ故、認知症高齢者とケア提供者の双方が「ここはどこなのか／施設は本人にとってどのような場所だと捉えられているのか」「ここに居る人は誰なのか／認知症高齢者にとって私は何者なのか」という手探りの状態のなかでケアが開始されることになる。

現代の認知症高齢者への施設ケアは、以上の困難さのなかで、認知症高齢者とケア提供者の双方が互いにつながりを確認し合いながら、共に施設内の環境の意味づけを行っていく過程でもある。しかし、両者の意味づけは異なる場合があり、その場合は認知症高齢者とケア提供者の環境認知の差異がやりとりのなかに浮かび上がってくることとなる。

2-2. 認知症高齢者とケア提供者との相互作用

第二の問題は認知症高齢者とケア提供者の環境認知の差異から生じる問題である。認知症高齢者への日常的なケアを担うケア提供者は、認知症高齢者と生活空間を共有しているため、認知症高齢者の環境認知に次第に組込まれていく。したがって、ケア提供者には、認知症高齢

者が現在の施設内の空間とケア提供者自身をどのように定義づけているのかを把握しながら、認知症高齢者に関わっていく必要性が生じる。

しかし、個人の環境認知は、その人の生活誌や嗜好や価値規範等の影響が強く認められるため、個性性に富んでいる。それ故、認知症高齢者とケア提供者が手探りの状況で出会うなかで、双方の環境認知の差異が認知症高齢者とケア提供者の相互行為のなかに浮かび上がってくることがある。

たとえば、ケア提供者が自宅のようなアットホームな場として施設環境を整え、家庭的なケアを心がけようとしていても、認知症高齢者の側は、施設環境を職場のように、あるいは社交の場のように捉えて、そのように振る舞う場合もある。この場合、認知症高齢者とケア提供者の環境認知には差異が生じているのであるが、以上の差異は、認知症高齢者の過去から現在に至る生活世界のなかで、施設環境がどのように位置づけられているのかについての主観的な認識の差異でもある。認知症高齢者の生活世界は、認知症高齢者からの個別具体的な表出に、ケア提供者がこだわり、かつ働きかけるという相互行為をとおして、次第に明らかになっていく性質のものであり、ケア提供者の一方的な働きかけによって把握できるものではない。

上記の事柄と関連した実践としては、六車（2012）の実践が興味深い。六車は、認知症高齢者ケアでは傾聴、受容、共感等、ケア提供者の側の話しやすい雰囲気や態度等が重視されて、認知症高齢者の言葉そのものに関心が払われていない現状を批判する。また、語りの内容に焦点化した認知症高齢者との相互行為をとおして、認知症高齢者の過去から現在に至る生活世界が次第に表れてくる様子を、「聞き書き」として民俗学的視点から描写している（六車、2012）。

以上の実践においては、認知症高齢者は自らの生活誌の語り手であると同時に、生活誌を囲む文化の語り手として受けとめられ、また、そのことによって、認知症高齢者の語りに焦点化した相互行為が促進される。このように、認知症高齢者の側からの表出、たとえば、その発話や振舞いを、ケア提供者がどのように受けとめて、どのように対応していくのかによって、認知症高齢者からの表出は促進されたり、抑制されたりしていく。しかし、認知症高齢者の主観的な語りについては、しばしばその信頼性の乏しさが問題視されている。では、認知症高齢者の語りの中核にある、認知症高齢者の生活環境に対する主観的認識をケア提供者はどのように扱うべきなのだろうか。

2-3. 生活に対する主観的認識

第三の問題は認知症高齢者の主観的認識の信憑性に関わる問題である。過去的生活誌や、現在や将来の生活環境に対する主観的認識は、従来から QOL として扱われてきた。QOL は国際保健機関（World Health Organization 以下：WHO）によって、「個人が生活する文化や価値観のなかで、目的や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」（WHO, 1994）と定義され、QOL 概念は第一に個人の主観的理解が基本とされている。

しかし、QOL 研究では、「主観的 QOL」と「客観的 QOL」をめぐる混乱がある。たとえば、「客観的 QOL」と呼ばれているものの定義は、研究者により異なっており、「客観的 QOL」は、外出頻度や経済指標など、生活実態における客観的指標（行動評価）を指すのか、専門職評価に基づく社会生活機能評価（行動評定）を指すのかは明確ではない。さらに、「QOL」と「客観的 QOL」や「主観的 QOL」の関連についても混乱が認められる。

そのなかで、Lehman（1983）は、主観的 QOL はこれまでの経験や期待度、状況の認識や精神病理などの影響も検討されるべきとし、客観的評価と主観的評価の相補性に意味があるとしている。また、QOL の主観的評価と専門職による評価が異なる場合は、その違いを利用者と専門職が同定していくことがより良いケアのための相互交渉となるとする、実践上、有益な指摘を行なっている。

精神病や認知症の主観的 QOL に対しては多くの論者、特に客観的 QOL の信奉者が、その妥当性に疑問を投げかけてきた。それに対して、「WHO 精神分裂病会議」は「精神病患者が評価した QOL 情報の信用性は幾度も疑問としてとりあげられてきたが、大多数の精神分裂病と診断された個人から得た主観的情報の信頼性は妥当であり、急性精神病人が過ぎた後の患者を焦点にし、主観的評価を使用したことの問題は発見されなかった」「QOL の概念は、第一に個人の主観的理解を基本としており、精神病患者であっても例外ではない」「インフォーマル、または専門の援助者による評価も、QOL 情報の補足として活用することはできるが、それを QOL と呼んだり、主観的 QOL に混合すべきではない」等の指摘を行っている（WHO, 1995）。

以上の観点を取り入れるならば、認知症高齢者が現在の生活環境をどのように認識しているのかについては、認知症高齢者の表出から把握していくことが、心理的・精神的ケアの基本となる。認知症高齢者が表出する発話の内容については、認知障害が存在するが故に、信頼性が乏しいとされて軽視される傾向がある。しかし、個人の主観的理解を尊重する立場に立つのならば、認知症高齢者の発話の内容はケア提供者とのやりとりのなかで最も重視されるべきものである。そして、認知症高齢者の発話の内容は、現在の生活や環境についての語りを超えて、生

きていく上での価値規範や人間関係のあり方等と関連した内容となる場合がある。

2-4. 高齢者のスピリチュアリティ

第四の問題は認知症高齢者が生活誌のなかで培った嗜好や価値規範や人間関係といったものを、ケア提供者がどのように認識していくのかという問題である。以上の問題は現在、主にスピリチュアリティと関連した問題としても捉えられており、スピリチュアリティについてはWHOの健康定義に端を発する一連の議論がよく知られている。

WHOは、1983年から1999年にかけて、従来からの健康定義を改訂して、死や宗教を視野に入れた「スピリチュアルヘルス (spiritual health)」を導入することを検討している¹⁾。さらに、霊的・宗教的・および個人的な信条という表現も用いてそれに付随するWHOQOL (1995)を開発して世界的な調査を行っている。以後、WHOが言及した「スピリチュアリティ (spirituality)」の概念定義に関する議論や、「スピリチュアルケア (spiritual care)」の在り方に関する議論が様々な分野で生じることとなる。

当初、「スピリチュアルケア」は「スピリチュアルペイン (spiritual pain)」との関連で、癌のターミナルケアや緩和ケアの分野で普及していく。村田は「スピリチュアルペイン」(ニーズ)を「自己の存在と意味の消失から生じる苦痛」と定義し、その構造を人間存在の「時間存在」「関係存在」「自立存在」の3次元としている(村田、2005)。藤井らは、日本でも予備調査が行われたWHOQOL/SRPB (spirituality, Religiousness and Personal Beliefs)の実施結果から、日本人のスピリチュアリティは「個人的な人間関係」「生きていく上での規範」「超越性」の3つの構成概念からなるとしている(藤井ら、2005)。竹田らは、文献研究に基づく内容分析を行い、

日本人の高齢者のスピリチュアリティは「生きる意味・目的」「死と死にゆくことへの態度」「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」「自然との融和」の6つの概念から構成されているとした。また、6つの概念は、「自己」「他者や環境」「超越的なもの」の3層からなる重層的構造をもつこと、高齢者において「死と死にゆくことへの態度」「他者との調和」は重要な概念であることを示唆した(竹田、2006)。

このように研究者によって差異があるものの、「個人的な人間関係」「生きていく上での規範」「超越性」あるいは「自己」「他者や環境」「超越的なもの」に関わり、「自己の存在と意味の消失から生じる苦痛」を味わっているのが、施設ケアに導入されている認知症高齢者ではないだろうか。現在、「スピリチュアルケア」は、社会福祉や介護の現場にも浸透しつつあるが、このなかで青木は、スピリチュアルケアを終末医療、ホスピスに限定せず、「生きる目的や意味を見出せないで苦悩している」すべての人に必要なことと捉えている(青木、2004)。

本稿は、現在、様々な混乱が認められ、曖昧な状態になっている「スピリチュアリティ」の定義を明確化することや、「スピリチュアリティ」概念の有益性を主張することを目的としているわけではない。しかし、現在の高齢者施設における心理的・精神的ケアを云々する場合、「自己」「他者や環境」を認知症高齢者がどのように認識しているのかを把握することは重要であると考えられる。施設ケアが、実際には中等度や重度になってから導入されている現状のなかでは、「自己」「他者や環境」を認識する手掛かりは、認知症高齢者が生活誌のなかで培った「個人的な人間関係」「生きていく上での規範」「超越性」と関連した部分に負うところが多いからだ。

認知症高齢者ケアでは、認知症高齢者の日常

の何気ない動作や言葉の中から、本人が周囲の人や空間をどのように捉えているのか、どのような感情をもっているのかについてケア提供者が気づき、関係の在り方が変化することがある。また、以上のやりとりのなかで、ケア提供者は認知症高齢者と一体感を覚えたり、寄り添えたと思ったりする時がある。それらは、ケア提供者の情緒的な反応、あるいは主観的な認識にすぎないとされて、その中身が分析されることは稀である。しかし、ケア提供者の以上の反応や認識は、認知症高齢者が生活誌のなかで培った嗜好や価値規範や人間関係といったものを、認知症高齢者の発話や振舞いから感じとったからこそ、ケア提供者に生じる情緒的な反応ではないだろう。

以下、ケア提供者へのアンケートとインタビュー調査から、認知症高齢者との相互作用に対するケア提供者の気づきについての質的分析を試みていく。

3. ケア提供者への調査

2006年4月から2012年10月にかけて特別養護老人ホームやグループホーム8か所に勤務するケア提供者に対して、「利用者と一体感を覚えた時、寄り添えたと思えた時」についてのアンケートを求め、70名から回答を得た。また、回答者のうち、対象者が認知症である31名に対してインタビュー調査を実施して、その記録を質的に分析した。

3-1. 対象

対象者が認知症であるアンケート及びインタビュー調査協力者計31名の内訳は、22名が介護職（男性7名、女性15名）で年代は20代から60代（20代5名、30代8名、40代5名、50代2名、60代2名）。3名が看護師（女性3名、

50代1名、60代2名）。その他には理学療法士、幼稚園教諭（元介護職）、フラワーセラピスト、鍼灸士、作業療法士、管理者（男性1名、女性5名：20代1名、30代1名、40代2名、50代2名）である。

なお、データの整理にあたっては、個人が特定できないように配慮すると共に、当該施設長ならびに当該職員に対して事前に説明をし、同意を得ている。また、以下の文章における「利用者」とは、「認知症高齢者である利用者」のことを指す。

3-2. 分析方法

自由記述式のアンケート項目としては、WHOQOL/SRPB（1998）の第三領域「超越性」の中の第14項目「統合性・一体感」に沿って「利用者と一体感を覚えた時、寄り添えたと感じた時があれば、それはどういったときですか」「その時あなたは、どういう感じや気持ちをもちましたか」「その感じや気持ちは、どこから来た感情だと考えますか」とした²⁾。

分析方法は、グラウンデッドセオリー（以下：GT法）を援用した。GT法（Glaser & Strauss, 1967）は、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法であり、ここでは実務者向きに修正された修正版GT法に準じた（木下、2003）。

修正版GT法は、①ヒューマンサービス領域、②限定されたミクロの社会的相互作用のレベル、③明確化したい内容にプロセス性があること、④今後の実践展開に活用できることが期待される事象等の分析方法として適切だとされている（木下、1999）。以上の方法を採用したのは、「認知症高齢者の表出をケア提供者はどのように認識しているのか」を、ケア提供者自身の意識に焦点を当てて、そのプロセスを明らかにすることを目的とした本調査の趣旨に修正版GT

が合致していると判断したからである。また、データの分析にあたっては、筆者らが組織している認知症ケアに関わる検討会等の参加者実9名（介護職、医師、臨床心理士、社会福祉士、精神保健福祉士等）のディスカッション記録等を参照した。

3-3. 分析の手順

具体的な分析手順としては、2009年8月までにアンケートを実施した44名のうち、分析焦点者として対象者が認知症である5名のデータを取りあげて、集中的な分析を試みると同時に、インタビュー調査を実施して、アンケートでは不明な点を明確化した。次いで、具体例を解釈・定義して、2012年10月までに雪だるま式(snowball sampling)に調査協力者を増やして、さらなるアンケートとインタビューを実施。最終的には、最初の5名を含む計31名のデータを得た。また、以上の過程のなかで、最初の分析焦点者5名の具体例と他の具体例との類似比較と対極比較を繰り返しながら、概念生成とカテゴリへの収束化作業を同時並行的に行い、概念間の関連性を解釈してストーリーラインを作成した。

以下に、調査結果の整理を行うが、最初にデータから生成された「利用者の表出へのケア提供者の受けとめ」についての概念と概念定義を明らかにする。次に、生成した概念を用いて「利用者の表出とケア提供者の受けとめ方の特徴」と「ケア提供者の変容」に焦点をあてて質的に分析する。

4. 認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方

4-1. 利用者の表出へのケア提供者の受けとめ 「利用者の表出へのケア提供者の受けとめ方」

として、表1のとおり、【平穏化】【柔らかな表情への変化】【意図が分かる】【知らない人ではない】【久しぶり】【依頼】【報告】【盛り上がる】【ひきとめ】【待たれる】【述懐】【礼】【出迎え】【見送り】【遠慮】【共に泣く】【慰められる】【私達】という18の概念を生成した。

また、以上をサブ概念として、【落ち着く】【知っている人】【気持ちの吐露】【気づかい】【分かち合い】という5つのコア概念を生成した(【】は概念名を表わす)。なお、データ例と生成した概念については表1のとおり、概念定義については表2のとおりである。以下に概念と概念定義を明らかにする。

表1のとおり【落ち着く】は【平穏化】【柔らかな表情への変化】【意図が分かる】のサブ概念から生成した。概念定義は表2のとおり「意図的な働きかけによって利用者の気持ちが落ち着いたと感じる」とした。

【知っている人】は【知らない人ではない】【久しぶり】から生成した。概念定義は「利用者に既知の存在として再認されていると感じる」とした。

【気持ちの吐露】は【依頼】【報告】【ひきとめ】【待たれる】【盛り上がる】【述懐】から生成した。概念定義は「利用者が感情を吐露していると感じる」とした。

【気づかい】は【礼】【出迎え】【見送り】【遠慮】から生成した。概念定義は「利用者に気づかわれていると感じる」とした。

【分かち合い】は【共に泣く】【慰められる】【私達】から生成した。概念定義は「利用者と体験を共有していると感じる」とした

4-2. ケア提供者の受けとめ方の特徴

次に、生成した概念を用いて、「利用者の表出とケア提供者の受けとめ方の特徴」を、表3

表1 生成した概念

コア概念	サブ概念	例
落ち着く	平穏化	「『苦しい』との訴え・不穏が頻繁にあり、夜勤・訪室の折、その苦しみを自分なりに感じようとして目があった時、利用者の目から怒りや苦しみがずっと抜けた」
	柔和な表情への変化	「利用者のいらいらした固い表情から笑顔に変わった時、寄り添えたと感じる」
	意図が分かる	「自室から逃避してきたのが分かったので奥まった部屋が一時逃避場所になり、迎え入れて差し上げることができた」
知っている人	知らない人ではない	「異動でユニットから離れた後、重度認知症の利用者に久しぶりに出会った時、思いがけず『あんた知らん人やないね』という一言を言われ、胸を打たれた（名前を覚える能力は失われ、ユニットでも名前を呼んでもらったことがなかった）」
	久しぶり	「別の場所では会う度に『久しぶりやね。元気にしてた』と声をかけて下さり、その時、『覚えていてくれたんや』と嬉しい気持ちになる」
気持ちの吐露	依頼	「『お家に早く連れて行ってくれるの。帰った後もよろしく頼むわ』と言ってくれた」
	報告	「（靴下が履けなかった利用者を励ましていたところ）半年後のある日自分で履けたと朝一番に言いに来てくれた」
	ひきとめ	「不安・被害妄想でいらられ、同じ苦情を何度も訴えに来られる B さんから夜勤明けで帰ろうとすると、『おらなあかん』と照れくさそうに言われた時、その人の生活の一部に置いてもらっていると思い、うれしく、もっとお話をよく聞いて差し上げようと思った」
	待たれる	「『いつ帰ってくるの』『まってるね』」
	盛り上がる	「トイレにいった時にヤモリがいて、利用者、スタッフ共に驚いて『怖いな、もういったか』とお互いヤモリの話で盛り上がった」
	述懐	「帰宅願望が強く、夜は『眠れない・胸が苦しい』を繰り返すため、処遇に困っていた利用者から訪室の際『ふるさとの一木一草になじみがあるんだよ』とボツリと言われた。返す言葉が見つからず無言の時の流れの中で、利用者の心に触れた気がした」
気づかい	礼	「自分には拒否が無くなって受け入れてくれ『ありがとう』と言ってくれた時に寄り添えたと感じる」
	出迎え	「用事を済ませ、担当のユニットに戻ると、『お帰り』と言って迎えてくださる時がある。そういう時、心が温かくなって一体感を覚えた」
	見送り	「退室時『おおきに～、ありがと～、おやすみ～』と今までにない大きな声で送って下さった」
	遠慮	「用事あったらねえさんそっちやったらいいよ～いそがしいやろに」
分かち合い	共に泣く	「ガンを宣告され余命半年と言われた独居の方でしたが、常に明るく前向きに生活されていました。H○年○月に亡くなりましたが、最後の1ヶ月前に入院されるまで自宅で暮らされていました。徐々に食欲が落ちて食べられなくなっていました。入院前日に訪問したとき、1つのあんパンを半分づつ泣きながら一緒に食べた時です」
	慰められる	「フラワーセラピーの際、ふだん他の利用者に攻撃的で大声を出す A さんが終了後、『よかったなあ、大丈夫、大丈夫』と言いながら私の背中を何度も何度もやさしくなでてくださった時、何とも言えない温かい気持ちになり、家に帰って思い出すと涙があふれてきた」
	私達	「権利擁護の相談で、ご本人と一緒に研修センターへ行って面接室に入った時、5名のスタッフがいて、5名ともご本人へ「座って下さいね」と声をかけられたところ、ご本人が「私だけじゃなく、姉ちゃん（私のこと）も座ってもらいな」と返答されたとき、『5名のスタッフ』対『ご本人と私の2人』という捉え方をされていたことを感じ、同じ生活の場から来た「私達」である、うれしきで私の動作が一瞬とまってしまいました」

のとおり整理、分析した（＜＞は特徴について筆者が生成した概念名）。

1) 関わり行動の対象

【落ち着く】のうち【平穏化】【柔和な表情への変化】は、『『苦しい』との訴え・不穏が頻繁にあり、夜勤・訪室の折、その苦しみを自分なりに感じようとして目があった時、利用者の目から怒りや苦しみがずっと抜けた』（【平穏化】）

との言葉から、＜意図的な働きかけ＞によって生じた変化としてケア提供者に受けとめられていると解釈できる。

このケア提供者は、心理的なケアについての研修を受けた後であり、傾聴、受容、共感等のカウンセリング技術を意識して使用しようとしている。したがって、利用者は一対一の＜対面関係＞における専門的な関わり行動の対象＞として当初は位置づけられている。

表2 概念定義

コア概念	概念定義
落ち着く	意図的な働きかけによって利用者の気持ちが落ち着いたと感じる
知っている人	利用者から既知の存在として再認識されていると感じる
気持ちの吐露	利用者が気持ちを吐露していると感じる
気づかい	利用者に気づかわれていると感じる
分かち合い	利用者と体験を共有していると感じる

【意図が分かる】では、「自室から逃避してきたのが分かったので（略）迎え入れて差し上げることができた」とのケア提供者の言葉から、やはりケア提供者の＜意図的な働きかけ＞が行われていると解釈できる。利用者の行動を観察した結果、利用者の行動の意図が読み取れたとケア提供者は見なしており、利用者は＜アセス

メント＞結果に基づいた専門的なく関わり行動の対象＞として位置づけられている。

いずれもケア提供者の側から専門的なく関わり行動＞という＜意図的な働きかけ＞を行った結果、利用者が【落ち着く】という変化が生じて、「利用者一体感を覚えた、寄り添えた」とケア提供者が感じていると考えられる。

2) 再認

【知っている人】に含まれる【知らない人ではない】【久しぶり】という利用者の表出では、利用者から既知の存在として＜再認＞されているとケア提供者は受けとめている。

たとえば、「あんた知らん人やないね」（【知らない人ではない】）、「久しぶりやね。元気にしてた」（【久しぶり】）との利用者からの発話に対して、「胸を打たれた」（【知らない人では

表3 利用者の表出とケア提供者の受けとめ方の特徴

利用者の表出への ケア提供者の受けとめ		ケア提供者の受けとめ方の特徴			
		関係性の特徴		相互行為の特徴	
落ち着く	平穏化	対面関係	関わり行動の対象	意図的な働きかけ	
	柔和な表情への変化				
	意図が分かる	アセスメント			
知っている人	知らない人ではない	再認	愛着	対面的な相互行為	
	久しぶり				
気持ちの吐露	依頼	永続性・相補的關係			焦点化
	報告				
	ひきとめ				
	待たれる				
	盛り上がる	対称的關係・3 項関係			
	述懐				
気づかい	礼	相互行為儀礼	社会的相互行為		
	出迎え				
	見送り				
	遠慮				
分かち合い	共に泣く	共有体験	協働的な行為		
	慰められる				
	私達				

ない】、「嬉しい気持ちになる」(【久しぶり】)というケア提供者の受けとめ方である。しかし、上記の利用者の発話については、社交辞令あるいは記憶障害をカバーするためのつじつま合わせや取り繕いの可能性があることは否定できない。認知症高齢者が「物忘れをしていることが他の人に分からないように言葉を濁したり、取り繕ったり、話をすり替えたり、つじつま合わせをしたりする」行為は、Goffman (1963) がいうパッシング³⁾にあたり、体面を保つ方法としての逃避形態・対処戦略である(出口、2004)。

それに対して、ケア提供者は社交辞令やパッシングではなく、＜愛着＞を伴った＜対面的な相互行為＞のなかで利用者から＜再認＞されていると受けとめているが故に、「利用者と一緒に感を覚えた、寄り添えた」と感じていると思われる。以上の受けとめは、ケア提供者が利用者との相互行為の前後の文脈や、利用者の非言語的な表出も含めて、利用者の発話や振舞いを解釈した結果であると思われる。

3) 愛着や焦点化された表現

【気持ちの吐露】には、【依頼】【報告】【ひきとめ】【待たれる】【盛り上がる】【述懐】等、利用者からの豊富な発話や振舞いが含まれている。

このうち、【依頼】【報告】【ひきとめ】【待たれる】では、「お家に早く連れて行ってくれるの」(【依頼】)、「朝一番に言いに来てくれた」(【報告】)、「おらなあかん」(【ひきとめ】)、「いつ帰ってくるの」「まってるね」(【待たれる】)の例にあるように、利用者の発話や振舞いには一種の幼さが感じられる。また、ケア提供者の「言ってくれた」(【依頼】)、「言いに来てくれた」(【依頼】)、「その人の生活の一部に置いてもらっている」と思い、うれしく、もっとお話をよく聞

いて差し上げようと思った」(【ひきとめ】)という言葉から、ケア提供者の側も利用者に対して保護的な気持ちをもっていることが感じられる。そのため、あたかも幼児が母親に向けるようなく愛着＜を伴った「対面的な相互行為」が成立しているとケア提供者は受けとめている。

それに対して、【盛り上がる】【述懐】では、利用者とケア提供者の会話や、利用者の語りのなかに「ヤモリ」(【盛り上がる】)や「ふるさとの一木一草」(【述懐】)のように、モノやイメージに＜焦点化＞された表現が表れている。また、ケア提供者の「お互いヤモリの話で盛り上がった」(【盛り上がる】)、「利用者の心に触れた気がした」(【述懐】)という言葉から、ケア提供者の側の関心や意識も利用者と同じ方向に焦点化されていると解釈できる。したがって、上記の利用者とケア提供者間の会話や、利用者の語りは、＜焦点化＞された表現を伴った＜対面的な相互行為＞であると解釈できる。

4) 永続性

ここで【知っている人】と【気持ちの吐露】を比較すると、双方とも利用者からの＜愛着＞を伴った「対面的な相互行為」が成立しているとケア提供者が受けとめているという点が共通している。しかし、両者の相互行為の時間軸には異なりが認められる。

たとえば、【知っている人】では、現在から過去の比較的短いスパンの相互行為の時間軸のなかで、利用者から既知の存在として＜再認＞されているとケア提供者は受けとめている。それに対して、【気持ちの吐露】では、現在から将来(【依頼】【報告】【待たれる】)、現在から過去(【述懐】)へと、利用者とケア提供者の相互行為の時間軸は拡がりをもち始めていると受けとめられる。

このように【気持ちの吐露】のうち、【依頼】

【報告】【ひきとめ】【待たれる】に含まれる利用者の表出では、ケア提供者は利用者から既知の存在として＜再認＞されるだけではなく、利用者にとってより＜永続性＞をもった相互行為の対象になっているとケア提供者に受けとめられている。また、以上を前提として、【依頼】【報告】【ひきとめ】【待たれる】に含まれている利用者の表出に対するケア提供者の受けとめを見てみると、＜永続性＞と関連した様々な段階と質の異なった表出が混合して受けとめられていることが了解できる。

たとえば、【ひきとめ】では、利用者は「おらなあかん」とケア提供者に訴えており、分離不安を伴った＜愛着＞が認められ、＜永続性＞の確立については脆さが感じられる。しかし、一方では「照れくさそうに言われた」等、社会的立場や大人であることを意識したかのような振舞いも認められている。

それに対して、【報告】では、「(靴下が履けなかった利用者を励ましていたところ)半年後のある日自分で履けたと朝一番に言いに来てくれた」の例にあるように、相互行為のイメージが利用者に長時間保持されているとケア提供者に受けとめられている。さらに、【依頼】【待たれる】では、より＜永続性＞をもった相互行為のイメージが利用者に保持されたうえで、ケア提供者への＜愛着＞が表出されているとケア提供者に受けとめられている。たとえば、「帰った後もよろしく頼むわ」(【依頼】)、「いつ帰ってくるの」「まってるね」(【待たれる】)の例にあるように、時間軸を将来においた発話や質問が認められ、利用者には展望的記憶が存在していると解釈されている。

一般に永続性や展望的記憶は認知症高齢者では衰退していくと捉えられがちである。しかし、長期記憶や短期記憶といった分類に留まらない多様な記憶の種類のかな、どのような種類の記

憶が高齢者や認知症高齢者において衰退しやすいのかについて一定した知見は得られていない。また、多くのケア提供者が認知症高齢者との関わりの中かで、認知症高齢者から、人の＜永続性＞や、展望的記憶に関わる表出が行われていると受けとめていることも事実である。

5) 相補的關係と対称的關係

【気持ちの吐露】のうち、【依頼】【報告】【ひきとめ】【待たれる】という相互行為は、「する／される」が固定した関係であり、その意味では＜相補的關係＞として捉えられる。それに対して、【盛り上がる】は「お互い(同様にする)」という意味で＜対称的關係＞として捉えられる。

一般に、利用者とケア提供者の社会的な関係は「ケアの受け手／ケアの担い手」という＜相補的關係＞として受けとめられるが、【盛り上がる】という＜対称的關係＞を報告したのが、20代の若い女性介護職であったことは興味深い。「トイレにいった時にヤモリがいて、利用者、スタッフ共に驚いて『怖いな、もういったか』とお互いヤモリの話で盛り上がった」と彼女が報告した背景には、経験年数が浅く、所謂専門職としての振舞いが身についていないからこそ、期せずして＜対称的關係＞が出現したのではないだろうか。

【盛り上がる】という、一見たわいのないエピソードが、「利用者と一体感を覚えた時、寄り添えた時」として印象に残っているのは、ケア提供者にとっては、意図せずに生じた意外なエピソードであったからだと思われる。この種の意外性は、それまでに存在していた認知症高齢者に対するケア提供者の暗黙の前提が覆された結果として生じていると同時に、専門職としての振る舞いが身についていないが故に、意図せずに生じた対称的な関係であると思われる。

したがって、このケア提供者は【盛り上がる】という受けとめ方をとおして、認知症高齢者に対する視点の変容を経験したと考えられる。

認知症高齢者ケアの現場では「ケアの受け手/ケアの担い手」の役割固定と結びついて、利用者とケア提供者間にしばしば深刻な葛藤と問題が生じることがある。Bateson (1972) は、そのコミュニケーション理論のなかで破壊的な関係として、「相補的分裂生成」と「対称的分裂生成」をあげているが、この論にしたがえば、認知症高齢者ケアの現場では相補的分裂生成が生じることが最も問題となる。したがって、利用者とケア提供者が＜相補的關係＞と＜対称的關係＞を交換できる状況が存在することは、認知症高齢者ケア現場において重要であると考えられる。

6) 3 項関係

【気持ちの吐露】のうち、【盛り上がる】【述懐】では、利用者とケア提供者との 2 者関係の会話や語りに、第 3 項として「ヤモリ」（【盛り上がる】）や、「ふるさと」（【述懐】）という、モノやイメージに＜焦点化＞された表現が介在してくる。

たとえば、【盛り上がる】の会話では、「ヤモリ」というモノへの＜焦点化＞が、【述懐】の語りでは、「ふるさと」のイメージへの＜焦点化＞が、利用者とケア提供者の双方に認められる。以上の関係は、利用者とケア提供者との会話や語りという＜対面的な相互行為＞にモノやイメージが介在しているという意味においては＜3 項関係＞であり、同一のモノやイメージを双方が＜焦点化＞して思い浮かべているという意味においては＜対称的關係＞であると解釈できる。しかし、＜焦点化＞の質には以下の相違が認められる。

【盛り上がる】では、リアルタイムに出現し

た「ヤモリ」というモノへの＜焦点化＞を伴う＜3 項関係＞が認められる。それに対して、【述懐】では、利用者の過去の生活誌や「ふるさと」のイメージへの＜焦点化＞を伴う＜3 項関係＞が認められ、双方には＜焦点化＞されている内容やイメージに時間軸の異なりが存在する。

【述懐】の例としては、既述した「ふるさとの一木一草になじみがあるんだよ」という利用者の語りがあげられる。この語りは本調査中、最もキャリアの長い 60 代の女性介護職に対して成されたものである。一見独語風ではあるが、「あるんだよ」という呼びかけの形式をとっている口調から、語りの対象はケア提供者であると解釈できる。

語りの内容については、「ふるさとの一木一草」という時空間を超えた抽象的なイメージが対面的な 2 項関係のなかに介在してくる 3 項関係であり、利用者の【気持ちの吐露】のなかでも際立った特徴をもつ語りとなっている。また、ケア提供者の「返す言葉が見つからず無言の時の流れの中で、利用者の心に触れた気がした」という語りからは、利用者の「ふるさと」のイメージに対するケア提供者の＜焦点化＞が存在するだけではなく、利用者の生活誌や価値規範等と関連する超越的なイメージに、ケア提供者は圧倒されていると解釈できる。

7) 相互行為儀礼

【気づかい】は、利用者とケア提供者の＜社会的相互行為＞のなかで、ケア提供者が「自分には拒否が無くなくて受け入れてくれる」（【礼】）、「心が温かくなって一体感を覚えた」（【出迎え】）と受けとめているような利用者からの発話や振舞いのことである。

【気づかい】には、【礼】【出迎え】【見送り】【遠慮】が含まれるが、以上は＜相互行為儀礼＞（Goffman, 1967）にあたるもので、記憶障害を

もつ認知症高齢者の表出のなかでも豊富に認められるものである。特に相手の体面を重んじるような＜相互行為儀礼＞は、日本の今までの高齢者世代の文化のなかで高い価値づけを伴って培われたものであり、記憶障害があっても長く保持されていく＜社会的相互行為＞である。

一般に＜社会的相互行為＞は、積極的で分かりやすい相手への＜相互行為儀礼＞と、その慣用的な表出を基盤として進行していく。＜相互行為儀礼＞には呈示儀礼と回避儀礼があるが、「ありがとう」「おおきに」(【礼】)、「お帰り」(【出迎え】)、「おやすみ～」(【見送り】)、「いそがしいやろに」(【遠慮】)の例にあるように、【気づかい】における利用者からの表出は呈示儀礼が主である。このような呈示儀礼は、「見て見ぬふりをする」等の回避儀礼に比して、分かりやすく、周囲の人々の受けとめも容易である。

したがって、ケア提供者が「自分には拒否が無くなくて受け入れてくれる」(【礼】)、「心が温かくなって一体感を覚えた」(【出迎え】)と感じているのは、利用者からの【気づかい】の分かりやすさ、受けとめやすさという要因も影響していると考えられる。しかし、それだけではなく、施設内の空間とケア提供者が、利用者にとって社会的に意味のある存在として認識されたうえで、その場に相応しい＜相互行為儀礼＞が行われている、利用者との＜社会的相互行為＞の今後の進展が予測・期待できると受けとめているからこそ、ケア提供者は「心が温かくなって一体感を覚えた」(【出迎え】)のではないだろう。

ここで、利用者の表出とケア提供者の相互作用を振り返ってみると、前述した【落ち着く】では、主にケア提供者側の「意図的な働きかけ」が一方的に行われている。それに対して、【知っている人】【気持ちの吐露】では、利用者からの＜愛着＞の表現や＜焦点化＞された表現を

伴った＜相互行為＞が行われている。さらに【気づかい】では、利用者からの＜相互行為儀礼＞が豊富に行われており、利用者との＜社会的相互行為＞の質や量が進展していく方向に向かっているとケア提供者に受けとめられている。

8) 共有体験

【分かち合い】には、【共に泣く】【慰められる】【私達】が含まれており、利用者との＜共有体験＞に基づく＜協動的な行為＞を遂行できる関係が成立しているとケア提供者に受けとめられている。以上の関係は、「常に」(【共に泣く】)、「ふだん」(【慰められる】)、「同じ生活の場から来た『私達』」(【私達】)というケア提供者の言葉で示されるように、日常的なケアと相互行為の積み重ねのうえに成りたつと見なされている。その背景としては、【分かち合い】を報告したケア提供者たちは、40代から50代の女性で、キャリアは通算9～10年といずれもベテランであることが影響していると思われる。

【分かち合い】の特徴としては、「1つのあんパンを半分づつ泣きながら一緒に食べた」(【共に泣く】)、「同じ生活の場から来た『私達』であると、うれしさに私の動作が一瞬とまってしまいました」(【私達】)の例にあるように、ケア提供者自身もその場で感情の表出を行っていることがあげられる。また、「家に帰って思い出すと涙があふれてきた」(【慰められる】)という例にあるように、余韻が残る体験として受けとめられている。特に、【共に泣く】の例では、一生、記憶に残る体験として、利用者が亡くなってからも繰り返し反芻していると、ケア提供者は述べている。

このように、【分かち合い】はケア提供者にとって長く心に残る体験、時に一生忘れられない体験となっているが、このことに言及したケア提供者たちの口調には、思慮深さや言い淀む

様子が認められた。そのため、専門職としての立場から客観化して語ることが躊躇されている、利用者との間で意図せずに生じた深い情緒的な体験としてケア提供者に受けとめられていると推測される。以上、「認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方」を、利用者とのケア提供者の関係性や相互行為の特徴に焦点をあてて考察してきたが、以下は「ケア提供者の変容」に焦点をあてて考察する。

4-3. ケア提供者の変容

図1に示すとおり、【落ち着く】【知っている人】【気持ちの吐露】【気づかい】【分かち合い】という「利用者の表出」に対応した「ケア提供者の受けとめ方」として、＜利用者に私は何をしてあげべきなのか＞＜利用者は私をどう捉えているのか＞＜利用者は私にどのように関わっているのか＞＜利用者の生活世界のなかに私はどう位置づけられているのか＞という4つの観点からのケア提供者の受けとめ方を仮定した。また、以上に対応する＜ケア提供者の視点＞として、＜ケア提供者中心の視点＞＜相互関係の視点＞＜協働の視点＞という3つの段階を仮定した。

以下に、図1に基づいて「ケア提供者の変容」について考察していく。

1) 「ケア提供者中心の視点」

【落ち着く】に含まれる利用者側の表出には、「不穏」(【平穏化】)、「いらいらした固い表情」(【表柔和な表情への変化】)、「自室から逃避してきた」(【意図が分かる】)等があり、以上は在宅ケアから施設ケアへの移行に伴って出現してくるBPSDの症状とも関連していると思われる。ケア提供者側も利用者の現在の状態と、生活誌や嗜好や価値規範等との関係を把握できておらず、双方が手探りの状況にある。その際、

ケア提供者が身につけている専門性を利用者への意図的な働きかけの拠りどころとするのは、自然なことだと思われる。一般に主な拠りどころとされるのは、マイクロカウンセリング技術のなかで信頼関係を築く技術として位置づけられている、一対一の対面関係における傾聴、受容、共感等の基本的関わり行動の技術である。また、近年は利用者へのアセスメント技術も現場に普及しており、観察に基づいた意図的な関わり行動も重視される。

ケア提供者に限らず、人は自らが身につけている技術を意図的に用いようとする場合、専門職としての自らの存在価値を強く意識することとなる。しかし、利用者の側は施設内の空間やケア提供者の意味づけ自体に、記憶障害やリロケーションダメージの影響も受けて混乱したり苦悶したりしているため、＜ケア提供者の存在価値＞や、利用者の環境に対する統制力についての双方の認識には差異が生じやすい。つまり、以上の事態のなかでは、＜利用者の統制力＞は低く見積もられやすくなると思われる。このなかで、ケア提供者は専門職として＜利用者に私は何をしてあげべきなのか＞と考え、また、身につけた対面的な関わり行動の技術を行使するために、利用者の＜傍にいる存在＞になろうとする。

それに対して、【知っている人】に含まれる利用者の表出は、既知の存在として利用者に再認識されているとケア提供者に受けとめられる。一般に既知の人間との相互関係は、時間的経過と共に進行していく。それ故、ケア提供者の関心は、利用者との相互関係の進展具合と、相互関係のなかで＜再認識される存在＞としての自分の地位の確認に向けられる。このなかで、ケア提供者は＜利用者は私をどう捉えているのか＞という観点から利用者の表出を受けとめるようになる。

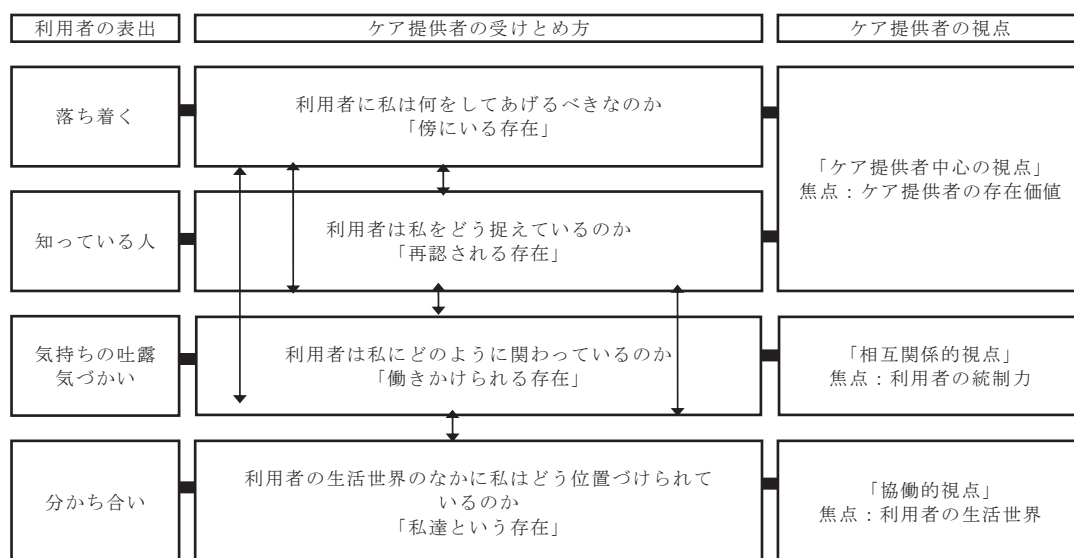


図1 ケア提供者の変容

このように、【落ち着く】【知っている人】に含まれる利用者の表出は、ケア提供者に自らの＜存在価値＞への関心を惹き起こす。このうち、【落ち着く】では、専門職としての存在価値に、【知っている人】では、利用者との相互関係における自らの地位に関心が向けられる。いずれも＜ケア提供者の存在価値＞に焦点が向けられている点では同様であり、＜ケア提供者中心の視点＞と言える。

2) 「相互関係の視点」

従来からの「利用者／ケア提供者」関係は、「ケアの受け手／担い手」という役割が固定した相補的關係であり、働きかけの主体はケア提供者であると見なされやすい。それに対して、【気持ちの吐露】【気づかい】に含まれる利用者の表出には、ケア提供者への積極的な働きかけが豊富に認められる。たとえば、ケア提供者に対する愛着や依存感情の表出、モノやイメージに焦点化した会話や語り、積極的な呈示儀礼等のバリエーションである。

このような利用者からの積極的な働きかけの

なかで、利用者との相互関係には、対称的關係やモノやイメージを介した3項関係が含まれていること、利用者側の呈示儀礼によって相互関係が進展していることにケア提供者が気づく場合がある。この種の気づきは、専門職的な視点からではなく、専門職としての社会的役割から離れた利用者との相互関係のなかから生じてくることがあり、ケア提供者にとってはそれまでの認知症高齢者の表出に対する受けとめ方を覆すような意外性をもったエピソードとして体験される。

このなかで、ケア提供者の関心は、相互関係の進展に貢献している利用者からの働きかけに向けられる。また、「ケアの担い手」＝「働きかけの主体」という役割固定の社会的なイメージから、利用者から＜働きかけられる存在＞としての自己イメージが表れるようになり、＜利用者は私にどのように関わっているのか＞という新たな観点が獲得される。以上の過程は、利用者との様々な社会的相互行為をとおしてケア提供者が＜利用者の統制力＞に気づく過程であると共に、＜相互関係の視点＞を体験的に獲得

していく過程であると解釈できる。

3) 「協働的視点」

【分かち合い】に含まれる【共に泣く】【慰められる】【私達】という利用者の表出は、日常的なケアや、利用者との相互行為の積み重ねのうえに成立しているとケア提供者に受けとめられている。この時点で、ケア提供者は、「今、ここ」の場面における利用者との相互行為だけではなく、過去から現在に至る時間軸のなかでの相互行為に関心を向けるようになっている。この関心は、過去から現在、時に将来に至る＜利用者の生活世界＞というイメージを介して保持できる性質をもつものであり、生活世界のイメージにおいては、利用者は認知症者というだけではなく、ケア提供者と同様に固有の生活誌をもつ一人の人間として捉えられる。

たとえば、【共に泣く】【慰められる】【私達】という利用者の表出に対して、ケア提供者自身も「泣きながら」(【共に泣く】)、「うれしさで私の動作が一瞬とまってしまいました」(【私達】)、「思い出すと涙があふれてきた」(【慰められる】)という感情表出を意図せずに行っている。以上の感情表出は、専門職としての立場を離れて行われている自然な感情表出であると同時に、利用者と共に過ごしてきた過去から、共に過ごすであろう将来の時間軸のなかに、ケア提供者が既に組み込まれているという認識を伴っていると思われる。また、利用者の「今、ここ」の場面における利用者の表出のみを専門職として客体化して受けとめるのではなく、過去から将来に至る時間軸のなかでの＜共有体験＞であると主観的に受けとめているからこそ、ケア提供者の感情的な表出が自然に行われていると解釈できる。

したがって、【分かち合い】に含まれる利用者の表出を、ケア提供者は＜利用者の生活世界

のなかに私はどう位置づけられているのか＞という観点から受けとめると同時に、＜私達という存在＞という観点から＜利用者の生活世界＞を＜協働的視点＞で認識していると思われる。

4) 同時変容

本稿では「ケア提供者の変容」について、各々の段階から他の段階への移行について、定型的な順序性があると主張しているわけでも、ある段階が別の段階よりも優れていると主張しているわけでもない。

図1の矢印に表したとおり、「認知症高齢者の表出に対するケア提供者の受けとめ方」についての、ある段階から他の段階への移行は、順序性をもった一方通行の移行だけではなく、実際には段階間を飛び越えたり循環したりしながら移行する、あるいは停滞する場合もあると考えられる。

「認知症高齢者の表出」が環境変化と時間的経過や、ケア提供者との相互行為の進展に伴い変容するように、「ケア提供者の受けとめ方」や「ケア提供者の視点」も職場環境等の変化と時間的経過や、利用者との相互行為の進展に伴い変容する。たとえば、「認知症高齢者の表出」の変化に伴い、「ケア提供者の受けとめ方」や「ケア提供者の視点」の変化が促進されたり抑制されたりするように、「ケア提供者の受けとめ方」や「ケア提供者の視点」の変化に伴い、「認知症高齢者の表出」も促進されたり抑制されたりすると思われる。

一般に同じ空間内の人間同士の関係は一方的なものにはなりえず、相互変容していく関係にある。一方、同じ空間内の認知症高齢者の表出について、ケア提供者が「一体感を覚えた、寄り添えた」という強い印象をもつのは、その表出を意外なものとして受けとめられているからこそ、インパクトを受けていると考えられる。

以上のインパクトはケア提供者が認知症高齢者にもっていた暗黙の前提が覆ることによって生じる体験であり、この体験においては、認知症高齢者の個別具体的な表出に連動して、「ケア提供者の受けとめ方」と「ケア提供者の視点の変容」が同時に生じていると考えられる。つまりケア提供者が「一体感を覚えた、寄り添えた」と感じるような強い情緒的な体験においては、利用者の表出と不可分に「ケア提供者の受けとめ方」と「ケア提供者の視点の変容」が同時に生じると思われる。

このように、「ケア提供者の変容」においては、図1で連結させて表わしているとおり、各々の段階の「認知症高齢者の表出」「ケア提供者の受けとめ方」「ケア提供者の視点」は不可分の統一体となっていて、別の段階に移行する際は、それらは連動して同時に変容すると考えられる。以上の体験は、ケア提供者にとって、極めてダイナミックな体験となるが故に、「利用者」と一体感を覚えた、寄り添えた」体験としてケア提供者に主観的に認識される。換言するなら、個別具体的な「認知症高齢者の表出」と切り離された形で「ケア提供者の受けとめ方」「ケア提供者の視点」を学習したとしても、それらはメタモデルとしての学習に過ぎず、認知症高齢者との相互行為に具体的に生かされていく形の変容には至りにくいということが、本稿の主な主張である。

5. 終わりに

以上、アンケート調査やインタビュー調査から得たデータを質的に分析して、認知症ケア現場における「利用者の表出とケア提供者の受けとめ方」と「ケア提供者の変容」に焦点をあてて考察してきた。

このうち、「利用者の表出とケア提供者の受

けとめ方」としては、「認知症高齢者の表出」に対応する「ケア提供者の受けとめ方」が存在しており、「関係性の特徴」「相互行為の特徴」に分けられた。

「ケア提供者の変容」については、「利用者には何をしてあげるべきなのか」「利用者は私をどう捉えているのか」「利用者は私にどのように関わっているのか」「利用者の生活世界のなかに私はどう位置づけられているのか」という利用者との相互行為における4つの観点からの「ケア提供者の受けとめ方」を仮定した。また、以上に対応する「ケア提供者の視点」として、「ケア提供者中心の視点」「相互関係の視点」「協働的視点」という3つの段階を仮定した。

さらに、各々の段階から他の段階に移行する際に必ずしも順序性は認められないこと、ケア提供者が「一体感を覚えた、寄り添えた」と感じるような強い情緒的な体験においては、「認知症高齢者の表出」に連動して「ケア提供者の受けとめ方」「ケア提供者の視点」が同時に変容することを主張した。

以上の結果から、「ケア提供者の変容」を促すような強い情緒的な体験においては、「認知症高齢者の表出」「ケア提供者の受けとめ方」「ケア提供者の視点」は不可分の統一体となっており、そのなかから認知症高齢者の表出の質だけを、あるいはケア提供者の資質だけを取りあげて、個々別々に論ずることは不適切だと考えられる。同時に、個々別々に論じてきたことからくる弊害についても考えるべきだと思われる。

具体的な技術を伴わないスローガンの実践のむなしさと、技術や知識の習得と高い倫理規範を学習してきたものの個別具体的に現場に応用できず、内化された倫理規範との矛盾に苦しむという介護職の現状が、労働条件の厳しさとあいまって介護職たちを追い詰め、介護現場に生じる生き生きとした情緒的なやりとりを阻害し

ているのではないだろうか。

このような状況のなかで、意図的であれ、偶然であれ、「認知症高齢者の表出」「ケア提供者の受けとめ方」「ケア提供者の視点」という不可分の統一体の変容を体験した介護職は、この仕事のダイナミックさや、奥深さといったものを実感するのではないだろうか。

介護の魅力は、様々な利用者を各々の生活世界の達人であると捉えて、個別具体的にに関わり、学ぶことに連動して、相互変容を体験できるというダイナミックさにある。以上の魅力が認知症高齢者ケア現場から失われることがあってはならないと考える。

謝辞)

アンケートやインタビュー調査に応じていただいた介護職を中心としたケア提供者に感謝と敬意の念を表します。

本稿は、平成 21 年度から 23 年度の科学研究費補助「社会福祉教育のナレッジデザインへの利用者の参画とコミュニティ形成に関わる研究」(基盤研究 C) 及び平成 24 年度明治安田こころの健康財団研究助成「認知症高齢者の環境認知に配慮した施設ケアの在り方～時空間の定義づけと統制をめぐる利用者/ケア提供者間の相互作用分析から～」に基づく研究の一部である。

注

- 1) 「身体的(physical)、精神的(mental)、社会的(social)に良好な状態(well-being)であり、単に疾病にかかっていないとか、衰弱していない状態ということではない」(WHO, 1947) という従来からの健康定義に、「スピリチュアルヘルス (spiritual health)」を導入する改正案が 1983 年に WHO の第 101 回執行理事会で審議された。その結果、賛成 22、反対 0、棄

権 8 で理事会では可決された。一方、日本は時期尚早として白票を投じた。棄権国の主張はスピリチュアルの定義が不明確であり、さらに調査が必要であるとしたため、1998 年 6 月に国際的比較検討調査が立ち上げられ、1998 年から 1999 年にかけて健康定義改正論議が起こることとなる。なお、健康定義改正案は 1999 年 5 月の「WHO 第 52 回総会」で審議される予定であったが、実質的な審議が行われないまま事務局長預かりとなり、定義改正に至らなかった。

- 2) このアンケートについては当初、青木が「スピリチュアルケア」に関わる研修会の後に参加者である介護職等を実施していたものである。また、以上の成果を研究会等で分析することをとおして、更なるアンケート調査とインタビュー調査を其々が実施して、協働で分析していくこととなった。
- 3) パッシング (Goffman, 1963) とは、体面を保つ方法としての逃避形態・対処戦略であり、認知症においては「物忘れをしていることが他の人に分からないように言葉を濁したり、取り繕ったり、話をすり替えたり、つじつま合わせをしりすること」とされる (出口, 2004)。

引用・参考文献

- ・青木信雄. (2004). 高齢者を対象とした“たましいのケア”のわく組. ホスピスケアと在宅ケア, 12 (1), pp.29-32.
- ・青木信雄. (2008). ケアワーカーのスピリチュアリティ研究: 施設職員への調査からの考察 (青木信雄教授退職記念号). 龍谷大学社会学部紀要, 32, pp.1-13.
- ・天田城介. (1998). 相互作用秩序と儀礼論をめぐる一考察. 立教大学社会学部研究紀要, 応用社会学研究, 第 40 号, pp.135-150.
- ・天田城介. (2004). 老い衰えゆく自己の／と自由—高齢者ケアの社会学的実践論・当事者論. ハーベスト社.
- ・Bateson, G. (1990/ 改訂第 2 版 2000). 精神の生態学. (佐藤良明, 訳). 思索社. (Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. (Ballantine Book.).
- ・Bryden, C. (2003). 私は誰になっていくの?—アルツハ

- イマー病から見た世界. (檜垣陽子, 訳). クリエイ
ツカもがわ. (Bryden, C. (1998). Who Will I Be
When I Die?: Harper Collins Australia.
- ・出口泰伸. (2004). ケアってなんだろう. 医学書院.
 - ・Division of Mental Health World Health Organization,
Geneva, 1995, Meeting on Quality of Life in
Schizophrenia, WHO Headquarters, Geneva, 21-22.
September 1995 Report.
 - ・藤井美和・李政元・田崎美弥子・松田正巳・中根允文.
(2005). 日本人のスピリチュアリティの表すもの.
WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から. 日
本社会精神医学会雑誌, 14, pp.3-17.
 - ・Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1996). データ対話型
理論の発見: 調査からいかに理論をうみだすか (後
藤隆・大出春江・水野節夫, 訳). 新曜社. (Glaser,
B. G. & Strauss, A. L. (1967). The discovery of
ground theory: Strategies for qualitative research.
Chicago: Aldine Publishing Company).
 - ・Goffman, E. (1980). スティグマ. (石黒毅, 訳). 東京:
せりか書房. (Goffman, E. (1963). Stigma: Notes
on the Management of Spoiled Identity. Prentice-
Hall, Inc., Asperula Pty Ltd.).
 - ・Goffman, E. (2002). 儀礼としての相互行為. (広瀬英
彦・安江孝司, 訳). 法政大学出版局. (Goffman, E.
(1967). Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face
Behavior., Banthean Books).
 - ・堀恭子. (2012). 省察的实践からみた認知症介護の
困難性理解. 技術マネジメント研究, (11), pp.25-
29.
 - ・IPA: International psychogeriatric Association (2005). 国
際老年精神医学会 (著), (日本老年精神医学会, 監
訳): BPSD 痴呆の行動と心理症状. アルタ出版株
式会社. (IPA: InternatioNal psychogeriatric Association
(2000). Clinical issues; BPSD educational pack,
module 2. Gardiner-Galdwell Communication, UK.).
 - ・木下康仁. (1999). グラウンデッド・セオリー・アプロ
ーチ: 質的実証研究の再生. 弘文堂.
 - ・木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプロ
ーチの実践: 質的研究への誘い. 弘文堂.
 - ・北村光子. (2001). 介護老人保健施設における職務
内容に対する満足度とケアとの関連. 長崎国際大
学論叢, 1, pp.345-355.
 - ・Lehman, A. F., "The Well-Being of chronic mental
patient," Archives General Psychiatry, 40, 1983, pp.
369-73.
 - ・MacKinlay, E. B. & Trevitt, C. (2010). 認知症のスピ
リチュアルケア: こころのワークブック (馬籠久美子,
訳). 振興医学出版. (MacKinlay, E.B. & Trevitt, C.
(2006). Facilitating spiritual reminiscence for
older people with dementia: a learning package.:
CAPS Publishing, Canberra).
 - ・六車由実. (2012). 驚きの介護民俗学. 医学書院.
 - ・村田久行. (2005). スピリチュアルペインの構造から
考えるケア 終末期患者のスピリチュアルペインとそ
のケア--現象学的アプローチによる解明 (増大特
集 スピリチュアルペイン--いのちを支えるケア)--(ス
ピリチュアルペインとスピリチュアルケア) 終末期患
者のスピリチュアルペインとそのケア. 緩和ケア, 15
(5), pp.385-390.
 - ・介護福祉士まるごとガイド [http://kaigo.ddwebin.com/
s10.html](http://kaigo.ddwebin.com/s10.html). 情報取得 2012.10.2.
 - ・厚生労働省. 介護福祉士の登録者数の推移. [http://
www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-
fukushi6.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi6.html) 情報取得 2012.9.30.
 - ・厚生労働省告示第 289 号. (2007). 「社会福祉事業に
従事する者の確保を図るための措置に関する基本
的な指針」(平成 19 年).
 - ・厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対
策室. 政策レポート 福祉・介護人材確保対策に
ついて. <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>
情報取得 2012.9.30.
 - ・日本介護福祉士会. (2011). 資料 3 介護福祉士を取り
巻く現状について. 今後の介護人材養成の在り
方に関する検討会. (平成 23 年 1 月 20 日). 今後
の介護人材養成の在り方について (報告書) ~介
護分野の現状に即した介護福祉士の養成の在り方
と介護人材の今後のキャリアパス~.
 - ・日本介護福祉士会倫理綱領. 1995 年 11 月 17 日宣言.
 - ・小澤勲. (1998). 痴呆老人からみた世界. 岩崎学術
出版.
 - ・小澤勲. (2003). 痴呆を生きるということ. 岩波新書.
 - ・小澤勲・土本在理子. (2004). 物語としての認知症ケア.
三輪書店.
 - ・小澤勲. (2006). ケアってなんだろう. 医学書院.

- ・社会福祉振興・試験センター. (2012). 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の都道府県別登録者数 (平成 24 年 8 月末日現在). <http://www.sssc.or.jp/touroku/tourokusya.html> 情報取得2012.9.30.
- ・竹田恵子・太湯好子. (2006). 日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討. 川崎医療福祉学会誌, 16 (1), pp.53-66.
- ・田崎美弥子. (2009). WHO Quality of Life 調査におけるスピリチュアリティ (特集 スピリチュアルケアの潮流 -- 研究・思想とケアをつなぐ) Constructs of spirituality based on the WHO QOL spirituality survey. 緩和ケア, 19 (1), pp.11-15.
- ・田崎美弥子・松田正己・中根允文. (2001). スピリチュアリティに関する質的調査の試み—健康およびQOLの概念のからみの中で—. 日本医事新報 (4036), pp.24-32.
- ・津田重城. (2000). WHO 憲章における健康の定義改正の試み. ターミナルケア, Vol.10, No.2, pp.90-93.
- ・老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室. (平成 24 年 8 月 24 日). 認知症高齢者数について
- ・老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室. (平成 24 年 9 月 5 日). 「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」について.
- ・World Health Organization. (1948). Constitution in basic documents. WHO, Geneva.
- ・World Health Organization. (1998) : WHO QOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). Report on WHO Consultation. WHO, Geneva.
- ・山田富秋, 編 (2004). 老いと障害の質的社会学... 世界思想社.
- ・吉村夕里. (2011). 当事者が参画する社会福祉専門教育 (その 3) —認知症高齢者との対話—. 京都文教大学 臨床心理学部研究報告, 第 3 集, pp.45-68.