

ケアとアシスト

石川 准

静岡県立大学国際関係学部

1. 感情労働

社会には、どのような状況で、どのように感じるのが適切なのかについてのルール、ガイドラインがある。このルールを「感情規則」という。私たちはこの感情規則を参照しつつ、自分の感情を管理する。適切に感情を感じられない場合には、私たちはそのことに対して当惑したり、罪の意識や恥の意識を感じたりする。なんとかして、感じなければならない感情を感じるように努力する。逆にその場で適切であるような感情を感じられたときには安堵する。こういう規則があると、われわれは秩序へと引き戻される。感情規則は、社会の秩序を維持するために機能しているということになる。

感情規則に則り、適切に感じるように自分をコントロールすることを「感情管理」という。とくに、職務として求められ、遂行される感情管理のことを「感情労働」と呼ぶ。感情労働は交換価値を持つため、労働市場において広範に取り引きされ、対人サービスの領域で、自覚的、非自覚的におこなわれている。

この意味で看護師もまた感情労働者といえる。しかも対人接客サービスの感情労働者とは比べものにならないような困難をかかえた感情労働者である。

看護師は、患者の感情を治療と病院内秩序の観点から制御する役割を担っている。患者は、不安になったり、焦ったり、苛立ったり、孤独だったり、恐怖を感じていたりする。それらの感情を取り除くことは、治療に入るための重要な下準備とされている。ドクターは多忙であり、技術職である、だから診察や治療をスムーズにおこなえるように患者の状態を整えておくのはナースの役割だとされ、患者の感情的ケアは当然ナースの仕事の範疇とされる。さらに看護師は、病院内秩序や権力構造の維持のために、医療や医師への敬意、信頼、治療への希望や自信を積極的にデモンストレートしてみせることも期待されている。

対照的に医師は、看護師の陰に隠れて患者の感情に直接向き合うことを避けることがしばしばある。看護師を衝立てにして、患者の感情に直接曝されないよう

にする。しかも医師、とくに若い経験の少ない医師は患者の感情から逃げるのみならず、自分の気持ちをコントロールできずに患者をしっかりとつけたり、八つ当たりしたりすることさえある。看護師は、医師の機嫌にも気を配り、医師が苛立っていたり不機嫌だった場合には医師の気持ちをなごませ、機嫌をなおすように務めるという役割も担っている。

看護師は、医療現場のプロとして高い技術を求められるとともに、感情労働者としても高度な労働を求められているといえる。

感情労働者は、自分の感情表現に過度な演技や偽装を感じてしまうと、自分を不誠実と思う危険がある。それでも、元気な人たちを相手にしている接客業であれば、それはプロの技術として誇っていい、割り切ったらいとして、深刻な問題は起きにくい。しかし、看護という労働においては、そのような職業人としての自己とプライベートな自己を区別するのは著しく困難である。なぜなら、それが死や病や痛みという、人の根源的な苦悩と至近距離で向き合う仕事だからである。自分が担当していた患者が亡くなった日の日勤あけの夜に、いまはプライベートな時間なのだからわりきればいいのだと思いつつも、たとえば親しい人との語らいを楽しむ自分に自己嫌悪を感じてしまうかもしれない。

このように、プライベートでさえ看護師でなければならぬのなら、仕事に「正しくない感情」「適切でない感情」を抱きつづけていると、ボディーブローのように効いてくる。

このようなりスクに直面するとき、感情労働者たちは職務に対して二つの方向のいずれか、あるいは両方で適応しようとすると考えられる。

第一の方向は、職務への「同一化」である。要求される感情労働を心からの感情として体験しようとする適応である。この種の適応をおこなう感情労働者は、自分の感情労働を演技とは意識しない。彼らは、職務に同一化したことに気づかない。職務従事者に向けられる苦情や非難を自分に対するものであるかのように受け止め、その結果、大きなストレスを感じる可能性があり、あげくは感情麻痺を起こしてしまうことにもなる。感情麻痺とは、感情が十分に機能しなくなる状態のことである。私的な感情世界と職業的感情労働をうまく切り離せない感情労働者は、感情のセンサーの

<連絡先>

石川 准

〒422-8526 静岡市谷田 52-1

静岡県立大学国際関係学部

感度を全体的に下げることによってストレスに対処する。しかし、感じ取る能力を失うとき、人は感情を体験することができなくなるとともに、まわりの物事を解釈するための重要なセンサーをも失ってしまう。一心不乱に仕事に献身し、そのため燃え尽きてしまう危険があるということだ。

第二の方向は、自分自身を職務から切り離す、職務からの「距離化」である。経験を積んだ多くの感情労働者たちは、職務への過度な同一化がもたらす自分への負荷を熟知し、自分自身と職務における自分の役割とを区別するように努める。具体的には自分の時間と場所を確保するように工夫する。彼らははっきり自分が演技しているときとそうでないときを自身のなかで明確にさせる。しかし、こうした適応が進むと、感情労働者に、低自尊心、自己嫌悪、罪悪感をもたらす危険がある。「自分は不誠実なベテランだ」という自己嫌悪を募らせてしまうのである。

これら二つの適応が、ほどほどのところで反転するのであれば問題はない。すなわち同一化に近づくほど距離化へと反転し、距離化が進むと同一化方向へと再度反転するのであればよい。この反復によって感情労働者は職務上の感情規則とのあいだに適切な距離をとり、自分を確保できる。だが、感情労働者は、反転することができず同一化しすぎて燃え尽きてしまう危険と、距離化が成功しすぎて強い低自尊心にとりつかれる危険に常にさらされていると言える。

感情労働者としての看護師が直面する危険はこればかりではない。

たとえば、患者が息を引き取る前は、医師も看護師も奔走する。それは救命のための最後の努力であり、また救命のために全ての力を出しきっている身振りでもある。

患者が亡くなって家族が泣いている。そのすぐそばの控え室では、医師や看護師はある種の感情の高ぶりを味わう。それは、一つの命が燃焼し「終わった」ことへの荘厳な思いと、自分たちが仕事をひとつ「し終えた」という達成感の混ざり合った高ぶりかもしれない。そして、そのような達成感に高ぶっている自分に気づいて自己嫌悪するのではあるまいか。看護師はそうした要請から逸脱する自分、正しくもなければ優しくない自分と向き合わなければならないのである。

また、看護師は特別な感情を特定の患者に対して抱いてはいけないとされる。だが、患者はとりわけ病気が深刻な場合ほど、自分に対しての特別な感情、本物の感情を看護師に対して求める。感情は、ハンバーガーのように、短時間でたくさんの数を調理し次々に提供するというようなことに馴染まないのだが、にもかかわらず、看護師の職場で求められているのはまさに「マクドナルド化」された感情ではないだろうか。均一的

で、公平でなければいけない。特別であってはいけない。みんな同じでなくてはならない。しかし、それらは同時に本物の感情でなければならない。看護師への、本物で正しい感情を一人ひとりの患者に対して一人の人間としてずっと感じつづけなければならないという圧力は強い。けれどもそれはおよそ実現不可能な要請である。

こうした相反する感情規則は、看護師を追い詰める。よい看護師であろうとすると、挫折して疲労する。悪い看護師でもないではないかと開き直ろうとしても、どうしても低自尊心を抱え込んでしまう。このような自責の念にとらわれないようにするため、防衛的に「感情消去」という態度をとる看護師も現われる。

鈍感にならなければ仕事ができない。そして、感情喪失におちいってしまう。あるいは感情鈍麻に気づきショックを受け、センサーの感度を最大に上げて再び患者と向き合おうとして疲労する。そうした反復に翻弄されることもある。

社会が看護を担う人々に対して、患者への「本当の思いやり」を要請しつづける限り、看護師の苦悩はなくなる。この条件下では、看護師は、感情が揺さぶられても崩れない強さをもつか、感情が揺さぶられることをむしろ快と感じるような嗜好をもつ人でないとつとまらない仕事なのかもしれない。あるいはこうもいえる。高度な感情管理能力をもつとともに、感情規則からの逸脱に心引かれる人であることが要請されるのではないだろうか。看護は感情労働であって感情労働でない。だから感情労働が好きであり、なおかつ感情労働から逸脱するのも好きな人が、もっとも看護師に向いているのではないか。

2. 感情公共性

看護師は高度な感情労働ができるだけではつとまらない。看護師は、一方できわめて高度な感情管理能力をもたなければならない職業であるが、他方、患者や自分が感情管理に失敗し、不安、いらだち、寂しさ、恋愛感情などをあからさまに表出してしまい、何もなかったかのように感情管理へと引き戻すことができない場合には、開き直ってお互いの感情を開示しあうコミュニケーションと正面から向き合うことを恐れない感覚、むしろそれを喜ばしきこと、魂が震えるようなことと感じる感覚が求められる。

高度な感情管理を要求する社会で、自分の感情を適切に管理し、他者の感情に配慮し、「いい人」であり続けることは誰にとってもとても困難なことだ。援助職には「いい人」が多い。だが援助職という職業的アイデンティティは、自分もまた、援助している人々と同様に生きることに悩み、人づきあいに困難を感じ、力なく、傷つきやすいという明白な現実を隠してしまう。

感情を公的な場所で開示しあう文化を育もうと主張する人々がいる。今までは公的な場所に感情は出さないようにして、理性的に振る舞うことを求めてきたのだが、そうではなく、感情を公的な場に持ち出すことを推奨する立場である。みなが自分の感情を公共の場で開示し、なぜそのように感じるかを言語化することから関係を作っていくという提案である。それを「感情公共性」と呼ぶ。

ここにはレディメイドの感情規則はない。だから感情を他律的に管理する必要はないし、またできない。定型的な作法も様式もない。自分の感情を率直に開示するモードである。そして他者の社会的でない感情に向き合うモードでもある。

感情公共性は、人々が自分の感情をぶつけ合ってディスコミュニケーションを引き起こすワイルドな空間であるかに見えて、その実、人づきあいに困難をかかえる人々をも排除せず包み込み、ほっとさせ、元気づけ、励ます可能性を秘めた感情文化なのだといえる。

特定の患者が好きになったり嫌いになったりする看護師、そしてそのことで悩んでいるような顔をしながら、じつはそうした自分の感情が嫌いではないという看護師は、感情公共性に入る能力のある人だといえるだろう。

感情労働が破綻したときに、人はようやく他者と出会う。と同時に自分とも出会う。他者と自分のコアに触れたような感覚を、快と感ずることを看護師という職業は要請しているのではないだろうか。

3. アシストに徹する

ソムリエの田崎真也氏によれば、サービスとは「ホストをアシスト」することであるという。ホストとは、お金を支払い、ゲストをもてなす人である。もてなされるのは、恋人、家族、お世話になった方、あるいは、自分自身であるかもしれない。店のサービススタッフが客をもてなしているのではなく、もてなしているのは、その場で代金を支払うホストであり、サービススタッフはあくまでも「もてなす人のアシスタント」に徹すべきなのだといっているのである。そしてアシストは、まず、客について知ることから始まる。サービススタッフは客の率直な要求に無関心であってはならない。客と直接触れ合いながら、客のニーズに柔軟に対応していくことこそが大切である。

サービスのプロである田崎氏のサービスに対する考え方はたいへん興味深い。場を演出し、ホストのゲストへのもてなしをアシストするのがサービススタッフの仕事だと考えれば感情労働はむしろ楽しい労働となる。

援助職と呼ばれる人々にこうした徹底したサービス精神はあるだろうか。自分が正しいと思うもの、本人

のためになると思うものを、専門家の判断を過信して、あるいは転ばぬ先の杖を最高の配慮と信じて、押しつけてしまうということがあまりにも多い。例えば、介助ボランティアにしても、アシストに徹するという人は少ない。しかし、障害者は自分をもてなしてくれるホストとしての介助者を探しているのではない。何も言わなくてもいいようにしてくれる気配り上手の介助者を求めているわけでもない。ましてや自分を指導してくれる教師を求めているわけではけっしてない。自分をアシストしてくれる介助者を求めているのである。

田崎氏の、サービススタッフ／ホスト／ゲストの三者関係は医療の現場にも適用できないだろうか。ケアといったとき、「する人される人」の二者関係を前提に考えてしまいがちだが、本当はそれに何かを加えた「三者関係」がケアの最低単位なのではないかという考え方である。

日本の病院における現実を三者関係で捉えてみると、看護師がサービススタッフ、医師がホスト、患者がゲストという関係が散見され、サービススタッフがゲストに直接サービスをしてしまい、ホストが機嫌を損ねるといったことが日々繰り返されている。

そうではなく、病院は、「ホストでありゲストである患者」が自分自身を「もてなす」のをアシストするところだと考えて、一歩引いてサービスに徹するという発想を取り入れたほうが良いように思う。

4. 破綻に惹かれる人々

山崎正和は、『社交する人間』において、「社交という行為の底にひそむ切実さ」を浮き彫りにする。

山崎によれば、中間的な関係である社交は、注意深い努力のもと、限られた時間と空間にしか成立しない。そこで人々は、場所がらを心得て行動し、物語の筋を理解してその進行にふさわしく振る舞うことが要求される。最高の社交家とは「感受性が鋭いのであって、本来は自分のものではない感情も、いつでもまさに自分のものとして感じとることのできる」人である。

私は山崎の社交論に触発されつつ、「社交」を次のようなものと定義する。「社交とは、よそゆきの自分を見せる身振り、感情管理、目的のない会話、礼儀作法によって他者を承認する身振りの交換である。」と。

このように社交を定義すると、社交は冠婚葬祭や友人とのつきあいだけでなく、あらゆるところに存在しうることになる。社交は他者を承認する身振りであり、それ自体が楽しみであるような交流であり、他者を手段として使わない関係である。

社会的関係の対極には「非社交」的關係がある。つまり非社交は、他者を承認する身振りのない関係のことである。ただし、非社会的関係は関係であって、関

係の断絶ではない、非社会的であっても他者への反応はあり、そこには相互行為があるということだ。

社交と非社交をこのように定義すると、社交でも非社交でもない関係があることに気がつく。他者を承認する身振りを構成する要素、つまり、よそゆきの自分を見せる身振り、目的のない会話、礼儀作法のうちの一つ以上が存在しないか、あるいはこれら以外に、なにかしら他者を承認する身振りとなるような要素が追加されている場合、そのような関係を「脱社会的」と定義する。

このように脱社交を定義すると、たとえば「よそゆきの自分を見せることはしないが、感情管理と目的のない会話と礼儀作法は申し分ない」というような洒落な人の振る舞いは脱社会的だということになる。あるいは「礼儀作法はないし、感情管理もできないし、会話も寡黙だし、自分をよく見せることもしないが、自己流の他者承認だけはたっぷりおこなう」というのも脱社交といえる。

社交と、さまざまなバリエーションの脱社交を、場所と相手に応じてスマートに切り替えられるのが社交の達人といえるだろう。が、ここではそれよりも、社交で求められるいくつかの要素をどうしても満たせないという人の脱社交、さらには非社交について考えてみたい。

「作為的」脱社交は魅力的な演出を意図してなされるが、「非作為的」脱社交はやむをえない結果である。社交が求める礼儀作法を遂行する能力を欠いている人や、社交という場の文脈を理解する力を欠いている人がいる。精神障害、認知障害、知的障害、身体障害…障害者は心ならずも多かれ少なかれ社交から逸脱する。

たとえば24時間介護を必要とする人のことを考えてみよう。

障害者はよそゆきの自分だけを見せることができない。介護者はローテーションで交代するので社交モードを保持することも可能だが、障害者は替われない。ずっと社会的であることは不可能であり、どうしても社交性は破綻する。ときには自分の思うようにいかないことに腹を立てて、介護者にあたってしまうこともあるだろう。落ち込んでしまい、社交で求められる明るさや快活さを提示できないこともあるだろう。ましてや礼儀作法にいたっては、どうにもならない部分が多い。

しかし、こうした社交の挫折から、新たな関係が始まる可能性がある。より深い関係、親密な関係の幕開けである。

冷静な反論が予想される。介護は、障害者が食べる、飲む、排泄する、体を動かす、外出するなどの目的を達成するための手段である。障害者は介護者を手足のように使いたい、道具のように自由に使いたいという

欲望をもつ。この欲望からすれば、感情をもたない優れたものの介護ロボットがあればそれが最善である。一方介護者は、自分を必要とする欠損者を必要とする。介護という善きものを実現するには欠損者が必要となる。介護者は、自己の優秀性を証明するには、未来と現在の落差をできるだけ大きくしなければならない。

「それを埋めたのは私」だとするには、現在を過小評価し未来を過大評価しなければならない。現在ある姿を見ずに、未来との差分を見ることになる。これでは、どうみても介護する・されるの関係は、社交にとって好条件とは思えない。それでは、ボランティアだったら自己目的としてのケアが可能かということでもない。私探しのためのボランティア活動、自分のいる意味を知るためのボランティア活動が想起される。役にたつ自分でありたい、と介護に入ってくるボランティアは少なくない。彼らもまた自分を必要とする欠損者を必要とする。そもそも、介護は有償であろうとボランティアであろうと、仕事である。仕事であれば達成すべき目標があり、したがって介護者の仕事は評価の対象となる。目的が達成されたのか、されなかったのかが問われる。だから自己目的としての介護などはどうみても成り立たない。——こう言われるかもしれない。

だがそれでもある種の社交はありうるだろう。あるいは社交中心の、いかなれば脱社交中心の介護というものがありうる。介護する・されるの関係には脱社会的な付き合いを触発する可能性がある。社会的に振る舞えない障害者がいることで、そこに脱社交の関係が生じる。障害者の非作為的脱社交が、介護者の脱社交を支援する。脱社交モードに入りやすいのは、先にそのモードに入っている人がいるときである。先に裸になっている人がいると、裸になることが恥ずかしくなくなる。よそゆきのかっこうをしているほうがむしろ恥ずかしくなる、というように。

重度障害者が生きていけるのは、脱社交という感情公共性を主催できる立場にいるからである。そこに自分を開示したいのになかなかできないという人が集まる。自分のすべてをさらけ出して全力で生きている障害者の介護をするなかで、介護者たちは、ある者は介護ノートで、ある者は障害者に直（じか）に、自分のことを語り出す。そうやって自分の戦略性が解体していく。

脱社会的関係では、忠告、お節介、からかい、喧嘩などなんでもありの関係となる。しかし、素の自分に戻るわけではない。お互いに他者を尊重しようと精いっぱいがんばるのだが、それでもどうしても挫折してしまうことやむをえなさをお互いに了解しあっているような関係が、脱社交だともいえるだろう。この意味で脱社交は、社交の先にあるものである。

それでは非社交はどうか。非社交には他者を承認する身振りが存在しない。非社交では、相手が「作為的」に非社交を決め込んでいるように見えるのか、それとも「非作為的」に非社交的なのだと感じられるのかは、かかわる他者にとって決定的な違いである。

作為的非社交の典型は、クライアントの障害者と介護労働をあまくみるような介護者である。彼らは遅刻したり、間際のキャンセルをする。介護中には、居眠りしたり、利用者に確認をしないでテレビのスイッチをいじったり、勝手にトイレを使ったり、携帯で友達と話をしたりメールを書くといった非社交的な振る舞いをやってしまう。彼らはあたかも自宅の自分の部屋に一人にいるときの「素の自分」のように振る舞う。対人サービスであるという自覚がなく、障害者をアシストすべきホストなどとはまったく思っていない。このような作為的非社交は不作法であり、礼儀を失っている。

障害者にも作為的に非社交的に振る舞う人がいる。たとえば重い電動車椅子を駅の職員なり店の店員が数人がかりで持ち上げて階段を上げてくれても、感謝の言葉をいおうとしない人がいる、というのがわかりやすい例だろう。健常者は階段を上がるのにいちいち感謝などしていないではないか、というのが彼らの非社交の理由である。しかし、少し考えればこれはおかしいと気付く。エレベーターが設備されていないのは、個々の職員や店員の責任ではないのだし、しかも彼らもエレベーターがないために、しなくてもよい苦勞をしたのだから、互いに共感しあえる相手である。だとすれば、こういうときにこそ社交性は発揮されるべきではなかろうか。

では一方が非社交的なときに、他方は社交性あるいは脱社交性を保持しつづけることができるのだろうか。そもそもケアは成り立つのだろうか。答えはイエスである。ただし、相手が非作為的な場合に限ってである。

「できない」と「しない」とでは決定的に違う。その気があれば社交的に振る舞えるのに、非社交的な態度をとりつづける人とつきあいたいと思う人はいないだろう。だが非作為的非社交の場合は、「したいけどできないのだ」というストーリーを構築することができる。

たとえば西村ユミの『語りかける身体』などを読むと、看護師は、受け持ちの重度の植物状態患者や痴呆末期の患者のうちにも好きになれる部分を必死に探していることがよくわかる。患者を好きになろうとして、「できないから」にすぎる。病気のせいだというストーリーを組み立てていくことで看護を続けていける。その人の歴史を聞くと看護の質が上がるといわれる。その人はもともとどういう人だったのかを聞く。それで他者が個性的に、立体的になっていく。他者を

看護するために、「いい人だったのに、苦勞してきた人なのに、一生懸命生きてきた人なのに、」というストーリーを必死に構築するのである。

さきに、気配りや転ばぬ先の杖の提供でなく、自分をもてなそうとする患者をアシストするという発想が大切だと述べたが、それと矛盾したことを述べているわけではない。看護師による患者ストーリーの構築は、ときには元気な人を患者にしたて、欠損などない人を欠損者とみなし、リハビリを望まない人をリハビリに駆り立てることがある。ここでは、他者の望まぬ未来を勝手に夢見て、そこからいまを見つめ、自分と他者がいますべき努力を決めてしまうことが問題なのである。だが看護師は、未来に期待できないときには、他者の過去に救いを求めざるをえない。そのときにも看護師による患者の過去の脚色や美化が含まれるかもしれない。しかしそれは、今度は看護される者を助ける働きをする患者ストーリーだという点で前者とは意味が違うといえる。

看護師というのは、他人をケアするために自分の力を精いっぱい使おうとする人たちである。患者ストーリーにすぎることまでして他者を看護しようとする人々の行為は、感情労働というような概念に収まるようなものではない。

人をケアする労働は、感情労働として始まっても、感情労働では終わらない。

文 献

- 1) 山崎正和「社交する人間」中央公論社、2003年
- 2) 西村ユミ「語りかける身体—看護ケアの現象学」ゆみる出版、2001年
- 3) 石川准「見えないものと見えるもの—社交とアシストの障害学」医学書院、2004年

受付・受理：2005年1月18日