

家族介護における「無限定性」

——介護者—要介護者の個別的な関係性に注目して——

井口 高志

介護者家族の会等の家族介護者に対する援助実践の場において、介護者が自分自身での介護遂行に強く固執するために、援助の存在にも関わらず、それが受容されないことが時に問題となる。このような家族介護者の持つ介護への強い志向性を本稿では「無限定性」と規定する。その上で、本稿では、ある一人の介護者へのインテンシブなインタビューに基づき、介護者の「無限定性」経験とそれへの対処の過程の分析を試みる。その分析の結果、家族としての個別的な関係性が「無限定性」の経験とそれへの対処において、重要な役割を果たしていることが明らかになる。そこから提起されるのは、家族介護者の持つリアリティを理解した上での援助遂行の必要性和そのような援助を実際に遂行することの困難性である。

1 問題の所在

たまに吐く、父のまともな言葉に元気だったころの父を想い、結局、娘の私たちは簡単に他人に委ねることができなくなってしまう(松井・松井 [2000:239])。

家族内での疾病や障害を抱えた成人に対する介護が、それを担う家族介護者⁽¹⁾にとって負担であり、家庭内に大変困難な状況をもたらすことも多いということは、70年代から各種ルポやノンフィクション、ならびに各種調査研究⁽²⁾が明らかにしてきた。また、介護者に対する制度的な援助を整備する必要性については、ほぼ社会的な合意が得られ、介護保険制度に象徴的に現れているように、実際にその整備が進んできている。しかしながら、介護サービスの

外部化や家族介護者への援助に関する議論が、資源の量的整備や単純な知識の伝達・助言に関するものにとどまるならば、不十分であると言わざるを得ない。

たとえば、近年の家族介護者に対するサービス援助等の議論において、「外部のサポートを受けることに対する家族の抵抗、家族の壁」(天木 [1998:105])や「介護意識の社会化」の未達成(牧里 [1992:203-4])が問題とされている。その内容は、家族介護者を援助するためのサービスそのものが存在していても、それが家族に浸透していかないという問題である。その要因の一つとして、ここで特に注目したいのは、「家族側に見られる介護問題の「困り込み」傾向」(藤崎 [2000:142])や近代家族の特徴から演繹することで挙げられている家族の「自らそれ[引用者注：介護]を望みそれを選択しようとする意思」(庄司 [1993:193])という、いわば負担

を担っている主体である家族自体が有する介護への強い志向性である。

本稿では、このような、時にはサービス援助の浸透を妨げる要因となる、家族自体が有する介護への強い志向性について考察を行う。しかし、上で挙げた、サービスが浸透しない問題そのもの、ならびに家族の有する介護への強い志向性の問題すべてに対して、解答を試みようとするのが本稿の課題ではないことは断っておかねばならない。たとえば、「家族」にサービスが浸透しないという問題そのものに関しては、家族の志向性の問題以前に、福祉サービスの質やアクセスのしやすさ等についての議論も不可欠である。また、仮にその議論をスキップして家族の有する介護への強い志向性の問題に限ったとしても、「家族」という主体を集団としての家族と置くか家族介護者として置くかで、考察のポイントは異なってくる。前者であれば、介護者自身が受け入れないという問題以前にその集団を構成する家族内での意思決定等の問題等を考えなければならないだろう。

本稿が考察の対象とするのは、冒頭で挙げた事例に見られるような、家族関係を形成している相手に対する介護を自分以外の他者に委ねることができないという、家族介護者自身が有する介護への強い志向性である。このような問題は、本稿が推論の拠り所としている介護者家族の会⁽³⁾の参加者⁽⁴⁾の言明の中にも見られる。家族会への参加者であるAさんは以下のような例を挙げている。

でも、本当に自分たちで看ちゃって、病気になる方が多いんですよ。で、私の知り合いの方でも、ご主人が脳溢血かなんかで倒れて、奥さんがほとんど面倒見なきゃいけないような状態で。ところが、奥さんは旦那さん

を24時間看るような形になったんで、精神的に段々こうまいてきちゃって。で、自分も今病院に通っていて、でも、人の助けは借りないで何とかやろうとしているけど、もう限界っていうような方もいらして。で、私も、ここの会に今誘ってるんですけど、そんな時間[家族会に出席する時間]は無いて言うんですね。で、やっぱりそういう人を助けてあげたいという気持ちがあるんですけど、彼女には、ここまで来る気は無いていう風に言われて、ちょっとね。で、あたしが代わってここ[彼女の自宅]にいるから、って言っても、やっぱりそれじゃあ駄目なんですよ。自分で看たい、と。で、旦那さんの方でも、やっぱり奥さんが一番、なんでも気持ちがあることになるから[楽だから]っていう状態で。だから、今すごくそれは彼女は本当につらいと思うんですよ。自分もつらいし、旦那さんの面倒も看なきゃいけない。でも、あたしたちはただ見ているだけでどうすることもできないっていうのが、またすごく歯がゆいんですよ。

Aさんは、家族会に出てきて介護から一時離れて、その会で介護経験者からのアドバイスを受けたり、同じ立場にいる人たちと語り合ってもらうことが、この家族介護者への援助になると考えている。しかしながら、Aさんが援助をしたいと考えている介護者は、仮にAさんが、その時間だけ代替の介護者として、要介護者の見守りを行うという条件であっても、他ではない自分が介護を行いたいと思っていて、要介護者と離れたくないという。このことが援助者としてのAさんに「歯がゆさ」を感じさせるようである。

このAさんが言及しているような、介護に対

して強く志向してしまうという介護者の事例は、他の家族会参加者の話や介護体験記等の中にもいくつか見られる⁽⁵⁾。このような介護者は常に介護を行わなければならないと考え、仕事の際限の無さを経験しているようである。また、この事例のように常に要介護者と共在していたいという形だけでなく、後述するように、遂行中の介護内容に不足感を抱き、常に新たな介護方法を追求するという形で、要介護者に対する介護・ケアを志向している事例も見られる。

本稿では、このような介護者が要介護者に対して強く介護・ケアを志向してしまう事態を、家族介護の「無限定性」と名付けることにする。事例を踏まえ、経験的な事象をとらえるための「感受概念 (sensitizing concept)⁽⁶⁾」として「無限定性」経験を規定するならば、相手に対する配慮やそれに基づく介護・ケア行為を限りなく増大していかなければならぬと感ずること、となる⁽⁷⁾。

こうした家族介護者の経験する「無限定性」は、上述したように家族介護者を援助しようと企図する側にとっては、援助を行うことが困難な問題として立ち現れる。なぜなら、懇談会や定例会という形で集まってもらい、重い介護の悩みや不満について語り合うことで、介護者に楽になってもらうというスタイルの援助活動は、介護者自身が介護遂行に志向しその場を離れたくない場合、ないしは生活において介護遂行役割にあてる時間や労力を「無限定」に拡大していきたいという場合には、ミスマッチなものとなるからである。実際に、「ひまわり」では懇談会への参加者が減っているため、学習会や講習会とセットにした形で開催するなどの工夫をしているが、参加者は懇談会に来て、特に自分の介護における問題を積極的に語ろうと

しないようである。

そのような援助の困難さは、この「無限定」な介護遂行を、場合によっては、当の介護者自身が困難な経験ととらえていないということとも関係している。要介護者から離れられない介護者自身が「限界」という形で苦しさを表明している上述の事例とは異なり、介護を「無限定」に遂行している（かつ、外部から見て明らかに負担となっているように見えて）も、介護者本人にとっては、特に負担と言うクレームが発せられないまま、——場合によっては介護遂行に肯定的な意味を付与して——継続されていく場合も見られる。つまり、実際に介護を遂行している家族介護者の視点に立った時、単純に負担という否定的な意味を付与されたり、単純に好ましくない労働としてのみとらえられてはいない点で、家族介護の最も重要な特徴の一つであるのではないかと考えられるのである⁽⁸⁾。

このような家族介護の特徴を考察の枠の中に取り入れていくことが、家族介護者に対する家族外からの——いわば「社会的な」——援助を考えていく上で必要である。それは、具体的に言うと、「無限定性」という事態について、実際に今現在介護を行っている介護者の視点からの理解を試みていくことである。その理解こそが、家族介護者の介護過程において直面する困難の単純ではない把握と、それに対する外部の援助者からの適切な援助の構築に通じていくと考えられる。このような理由から、本稿では、現在家族介護を行っている、ある介護者の事例をとりあげて、上述したような「無限定性」経験を内包した介護過程についての分析を試みる。

2 家族としての個別的な関係性への注目 ——先行研究の検討から

本稿は前節で設定した「無限定性」を家族介護者の困難の理解と適切な援助の考察のための鍵となる性質として考えていく。従来の家族介護に関する諸研究はこの点についての検討が不十分である。ここでまず注意すべきは、家族介護者の仕事の重さ・負担や仕事の種類の多さによる役割過重とここで言う家族介護の「無限定性」ならびにそれに伴う困難とは異なっているということである。

まず、家族介護者の経験に関する研究の大半を占める社会老年学の負担感研究、ならびにストレス研究は主に家族介護の仕事の重さ・負担とそれに対する介護者の対処について議論してきた⁽⁹⁾。介護を明確に労働ととらえ、仕事の重さ・負担を数量的に把握できる形にし、科学的手続きで検証可能な変数間関係として定式化していく試みである⁽¹⁰⁾。これらの研究の場合、介護者の負担は、個々の仕事(chores)の累積の形でとらえられる。つまり、これらの研究から把握される介護者の負担感やストレスは、介護内容に制限が設けられないという意味での「無限定性」とは直接的には関係が無いと考えられる。

それに対して、家族介護を単に個々の仕事の累積の形でとらえるべきではないと指摘する研究もある。たとえば、E・エイベルによると、娘として親の介護を遂行している者にとって介護とは24時間のものとして経験されるという(Abel [1991:5])。これは、家族の中での介護は具体的な労働というよりも、いわば「生活」として経験されているということの指摘である。また、H・グラハムも、ケアの主な担い手である女性はケアに制限を設けず要介護者の生活の質に強い関心を持つと言う(Graham [1983:27-8])。以上の二者の議論は、主に男性介護者がケアを手段的・道具的にとらえるのと比較して、女性

介護者にとっての「生活」としてのケア経験を提示することに主眼があるが、いわば介護労働が提供される文脈である家族に注目して、介護者の介護行為の、公的領域における通常の労働とは違う、質的な特異性に注目しようとしたものだと言えよう。

しかし、以上のように家族内で行われているゆえに、通常の労働とは違う面が見られることに注目した研究の多くは、実際の分析に際しては、直接要介護者に向けられる具体的な仕事(=食事介助や排泄介助、見守りなど)とは別位相にある家族内の「調整」や「感情ワーク」などの役割——いわばT・パーソンズの言う家族内の「表出的な役割(expressive role)」——を発見(概念化)し、その役割の存在をもって困難性を指摘するという議論が主であった。それは具体的には、介護者決定、家族関係の調整等に関わる葛藤の指摘、また、それぞれにおける対処の方法等の議論となる(Corbin, J. & Strauss, A. L. [1985], Strauss, et al. [1984] など)⁽¹¹⁾。結局のところ、上述の議論は家族介護が単に労働量と負担という問題ではとらえられないことを適切に指摘したが、新たな労働の範疇を作り出すだけであった。そのような方向性では、Aさんの挙げた事例に見られるような「無限定性」については理解できないだろう。

確かに、主介護者⁽¹²⁾は、多くの場合、自分の形成している世帯・家族内の他成員に対するケア責任も同時に担っていることが多いため、家族間調整等の家庭内において特に発生する労働、負担の問題も家族介護研究において重要であることは疑いえない。実際に本稿が依拠している家族会参加者の中にも、自分の生殖家族と要介護者の家族との調整に関わる困難を抱え、中には両者の調整と同時遂行によって、過重な負担を抱えている事例が見られた⁽¹³⁾。しかし、

このような役割過重や調整の問題に関しては、家族会の定例会においてもこれまで中心的なトピックとして扱われ、参加者同士で語り合っただけの解決や聞き手によるアドバイスが可能なものであった。本稿ではそのような問題とは異なり、介護者自身が場合によっては全く負担に思わないまま、介護に強く志向し、要介護者から離れての話し合いという形で解決することが難しい、新しい問題を扱っていかなくてはならない。重要なのは、新たな労働の範疇を作り出すのではなく、その労働がもつ「家族ゆえ」の性格なのである。

そのような観点から、再び前節のAさんの挙げた事例に立ち戻ってみよう。この事例において、介護者はAさんに対して、代替の介護者がいたとしても、介護の場面から離れたくない、と語っていた。このような「自分が唯一の介護者である」という感覚が、この事例における「無限定性」経験と関係しているように思われる。そして、「自分が唯一の介護者である」という感覚を抱いてしまうことが、介護者が要介護者と家族としての個別の関係性にあるがゆえに現出する蓋然性が高い一つの特徴と言えるのではないだろうか。

こういった家族としての個別の関係性に関して、これまでの議論が全く考察してこなかったわけではない。たとえば、いくつかの研究は家族成員によるケアに関して、親密な個人的関係が結ばれた状況下にあるため、具体的なケア提供 (caring for) が配慮 (caring about) と結びつくことを指摘している (Albert [1990:26]、Macrae [1998:138])。また、家族としての過去の関係により、身体的介護の際の感情的困難が生じること (Ungerson [1987=1999:145-6]) や、具体的な介護労働の量とは独立に、家族としての歴史や関係の親密度に応じて、介護の満足度の認知が

なされているということを描いた研究もある (Gubrium [1990:55-59])。確かに、これらの研究は、夫婦、ならびに親子という個別の関係性が、モノや他人に対する労働と同じように割り切った形で介護を行うことを困難とさせるということを示している。そして本稿の考察対象である「無限定性」も、援助を行おうとする側から見た時、なぜそこまで介護にこだわってしまうのか理解が難しい事態である。その事態に対して、これらの研究は、個別の関係性ゆえに、という一定の答えを与えている。けれども、それは指摘にとどまっているか、あるいは、関係性が介護遂行を困難とさせることを所与として置いて、家族内の調整等までも含んだ「感情ワーク」 (Macrae [1998:138-41]) や身体的ケアの際の困惑を回避するための「役割再定義⁽¹⁴⁾」 (Albert [1990:30-3]) などを考察することが主になっている。だが、重要なのは、援助者側から見た時に、理解と対応が困難な現象である「無限定性」に、家族としての個別の関係性がつながっていく過程を詳細に検討していくことである。

3 介護遂行過程の考察

3-1 事例の紹介

前節の最後で触れた先行研究の検討から、家族として形成してきた個別の関係性が介護者の介護経験と関係しているということが示唆された。本節では、その研究成果を受けて、詳細に、個別の関係性の介護過程への影響を見ていく。

本節でとりあげるSさん(50代)は、要介護者である夫(60代)と二人暮らしで介護を行っている。夫は7年前に脳出血で倒れて死線をさまよった後、植物状態となり、在宅での寝たきり

の生活を送っている（要介護度は5）。在宅での介護を始めた後に紹介された「アカシア」の会の名簿に登録されていて、月一回の会報が郵送されているが、実際には、Sさん自身は「忙しい」ため、会にはほとんど参加していない⁽¹⁵⁾。後述するリハビリのために、ボランティアやヘルパーをほぼ毎日入れ、他に訪問看護と入浴サービスを利用しているが、Sさん自身も、ほぼ毎日、一日中、要介護者のいる部屋、あるいは要介護者の様子が見えるその隣の部屋にいる。また、夜中も要介護者の臥しているベッドの横に床を取り、緊急の場合に備えている。子どものうち一人は、近所に住んでいて時々顔を出す、「私自身が[夫の介護を]やりたい」というSさんは、留守番を頼んで買い物に行く程度の手伝いしか任せないと言う。

このSさんを取りあげる理由は、この事例において介護者と要介護者の関係性が非常に見やすい形で現れているためである。子どもたちも独立し、夫との二人暮らしであるSさんは、介護方針の決定、遂行をほぼ一人で行っている。また、家族内において、夫以外にSさんがケア対象とすべき他者を有していない。そのため、前節で触れたような家族間の調整等の多くの家族介護経験において同様である要素が相対的に少なく、要介護者との間の個別な関係性と介護遂行との結びつき方について直接に見やすいと言えるだろう。そのため、このSさんの事例を検討することによって、二つの結びつき方が明らかになると考えられる。このSさんへの聞き取りは、2001年11月に約2時間ずつ2回行ない、必要部分はテープから筆者自身が書き起こして引用した（本稿のデータ一般については注3を参照）。

3-2 医学的基準の拒否

Sさんの夫は在宅での介護生活に入る前まで、大学病院に一年間入院していた。その時の様子について、Sさんは、「[病院の医師は] まあ、ご主人のような方は命があるだけめっけもんです」っていう感じだったんですね。で、何もリハビリはいりません、っってもう誰からも何も答えは返ってこなかった……」と述べている。Sさんは、この医師の発言に対して、大変な反発を覚えたと言う。そして以前から「指や体が丸まらないように」行っていたリハビリを病院で密かに続けていた。

このように、医師の診断といういわば「客観的な」基準に反発してリハビリを遂行していた事情について、Sさん自身は、以下のように説明をしている。

でも脳の中のことは、私でももちろん分かってないんですけど、お医者さんもある程度のことまでしか分かってないんだなあって分かったんですよ。

Sさんは、夫が倒れる以前に「テレビで見た脳についての番組」から、脳のことについてはまだ不明な点が多くあるということを知ったという。また、知人の理学療法士がリハビリについての指示を出していたため入院して2週間目のまだ人工呼吸器がついている状態のころから、リハビリを行っていた。

当時、Sさん夫婦の子どもは介護を担うことが可能な年齢ではなかったため、夫の介護を担うべき人はSさん本人だけである。そのため、介護に関する決定・判断の主体は、Sさんと要介護者である夫のみであり、事実上の決定の主体はSさんであった。このように決定・判断の主体が介護者のみで、しかも要介護者が高度な医療的措置を必要とするような状態である

時、医学的な診断は、通常、介護内容の基準として強い力を持つように思える。しかし、「脳のことについてはある程度までしか分かっていない」という知識と知人の理学療法士のアドバイスは、Sさんにとって、その基準の妥当性と、自分の判断の妥当性とを同じ水準に並べることになる。

しかしながら、もちろん医師の発言に対抗する知識の存在がそのまま、この医者による基準を受け入れないということにつながるわけではない。正当性としてはより強いようにも思える制度化された医学的知見を受け入れずに、Sさんが、このような対抗的な知識を採用する理由はなんだろうか。

3-3 個別的な関係性のリアリティ

Sさんは、夫が倒れた直後に、「あと2、3時間」で死ぬと言われ、「この人が死んでしまったら何を生きがいにしたらよいのか」と思い、この時の気持ちを考えると「生きていてくれるだけで幸せ」と思ったという。この言明の文言だけを見るならば、先ほどの医師の「命があるだけめっけもん」とさほど変わりが無いように思える。しかし、その時点での要介護者の状態に対する認識は同じでも、相手との間の生活史と未来像の想定を含んだ個人として夫の存在を定義しているという点で、医師による定義とは全く異なっている。

その医師に代表される家族関係の外部の人とは異なったSさんのリアリティに関して、ここから考察していこう。Sさんは、救命センターにいた時のことについて以下のように述べている。

あの倒れて一ヶ月間救命センターにいたんですね。で、そこでは[医師に]意識は戻っ

ていないと言われたんですけど、私、10日目くらいから何となく意識があるような気がしてたんですね。

救命センターに運ばれて最初のころは死の危険性もあり、医療者側から実際に意識が戻ったと言われたのは、「次の大学病院に移ったとき」であった。しかし、上の引用中に見られるようにSさんにとっては、何となく意識があるような気がしていたのである。

このようなSさんの経験の理解に関して、主に脳死の事例を念頭において、「他者論的リアリティ」と呼ばれる立場を主張している森岡正博[2001]の議論が参考になるだろう。森岡は、自己意識や理性を人格の本性として措定するパーソン論批判の文脈で、「そもそも人間にとって、具体的に何が「自己意識」であり、何が「理性」であるかというのは、それを判断される人間と、判断する人間のあいだの関係性によって決定される」ため、「たとえば、痴呆性老人と言われる人間であっても、親しく看護しているボランティアから見れば、しっかりとした自己意識が残っていると判断されるのに、第三者の医師から見ればすでに自己意識を失った存在でしかない」と判断されてしまう場合がある」と述べている(森岡[2001:115])。そして、「自己意識や理性の、関係依存性・文脈依存性」を「他者論的リアリティ」と名づけている(森岡[2001:116])。このSさんの事例においても、Sさんにとっての夫の「意識」の存在は、唯一Sさんのみが「把握」できたものであろう。このように、Sさんのみが「意識」のある存在として夫を「把握」しえた条件は何なのだろうか。Sさん自身は、要介護者である夫の変化が分かるのは、「やっぱり家族だからかしら」と述べている。このようにSさん自身にも説明が不可

能なものであるがゆえに要介護者との間の個別な関係性がリアリティを有するとも言える訳であるが、たとえば、それは、夫と生活を共同し、かつ夫が倒れてから最も長い時間共在していたために、「意識」の存在を示す何らかの徴候を発見する蓋然性が最も高かったからとも言えるだろう。いずれにせよ、重要な点は、Sさんのみに夫の「意識」の存在が把握されたという経験が構成された点にある。なぜならば、この経験が個別な関係性のリアリティをより強固にするからである。

3-4 「代替不可能な介護者」としての自己定義

意識が戻った後、いわゆる介護が開始されることになるわけだが、この時点でのSさんにとっての夫は、生きるか死ぬかという状態から戻った存在である。これは、倒れる前の「これから色々と話をし、定年後の私たち夫婦のことを話し合っていこう」としていた夫と連続した存在である。そのため、Sさんは、最も困難な状態から「回復」途上にある存在として夫を定義している。そして、途上の先の終点は、倒れる前の夫——すなわち、話し合うことが可能な夫——である。しかし、それに対して、先ほどの医師の発言は、働きかけても全く無効な「回復」不可能な存在として夫を定義したものである。Sさんの個別な関係性に基づく夫の存在の定義と、介護遂行の上での基準ともなりうる可能性を有した医師の側の「客観的な」定義とは、ここで対抗することになる。医師の発言に対するSさんの反発、リハビリ遂行の継続は、このような過程から生まれたと言えるだろう。

そして、唯ひとりSさんのみに夫の「意識」の存在が把握された「事実」、ならびに脳についての不明確さの知見等に下支えされて、Sさ

んは、「だったら自分のそばにおいて24時間見ての方がいいって」と自宅で夫を24時間介護するようになる。すなわち、Sさんと夫の間だけに状況限定的に妥当する夫のリアリティから、Sさん自身の「代替不可能な介護者」という自己定義がなされていく。ここにおいて、介護役割を何とかして自分が遂行しなければならない、という条件が加わるのである。

3-5 「無限定性」の招来

以上のように、「代替不可能な介護者」としてSさんは、在宅で介護を引き受けていくことになる。その遂行において、Sさん本人が、「一番相談したいと思っている夫が寝ている」というように介護の基準として最も力を持つ要介護者本人の意思は明確に確認できない。そのため、介護内容の確定はSさん個人の判断に委ねられることになる。

しかし、「脳のことには分からない」という判断のみで、担当の医師が提示した「回復」不可能な存在という定義に基づく基準を完全に無効化できるわけではない。そのような条件のもと、遂行中の介護内容についてSさん自身が妥当性の確信を得ることは困難である。

それゆえに、Sさんの介護内容は、目標と内容の不明確かつ不安定なものとなりかねない(=基準の不在)。それでも、Sさんにとって夫は「回復」可能性を有した存在であるから、「代替不可能な介護者」として常にはたらきかけをしなければならない。そして、その二つの条件の重なりにより、本稿で言う「無限定性」経験を招きかねない。実際にSさんは、夫の介護遂行過程において常に付きまとう不安について以下のように語っている。

私きついとか嫌だとかそういうこと思った

こと一度も無いんですね。ただ、何かもっと私がやってあげられるんじゃないか、っていうのは常に。だから、すごく後ろめたいんですよ、私何かサボっているんじゃないかしらって。まだ回復しないのは。ま、時が来なきゃ回復しないこともあるかもしれないし、焦っても仕方がないことも十分にわかっているんですけども、ふっと私は何か大きな間違いをしてね、何かを見逃しているんじゃないかっていうことは常に思います。

Sさんは、このようになかなか到来しない「回復」に関して、自分の努力が不足しているのではないか、ということを感じている。そして、その思いの結果として、「とにかく色々な治療を受けさせて回復させたい」というように、治療方法の「無限定」な拡大や、「とにかく私は夫の面倒を一番看たい。他に勉強とかやりたいことはあるけど、それはあと、今の仕事は夫の看病」と自分の時間をとにかくすべて要介護者に向けなければならないと考えている。いわば、これが、要介護者との間の個別の関係から結果するSさんの「無限定性」経験である。

3-6 限定化の方法としてのリハビリ

しかし、実際のSさんの介護過程においては、上述のような「無限定性」に対し、ある介護方法の採用により、結果としての介護遂行の限定化がなされている。その契機となったのは、あるリハビリ方法の採用である。

その親戚の者〔先述した理学療法士〕から「いや手足が固まらないように、こうしなさい、ああしなさい、立てる器具を買いなさい」とか言うのをずっと聞いてまして。そしてド

ーマンの講義を聞いたときの「治りますよ」って言われて、「ドーマンは脳に刺激を与えるからダウン症でも、回復します」っていうことで、そこで初めて、あ、やっぱりやれば何とかなるんだって。それからもうずっとドーマンで。すごく力強かったですね。

このドーマン法というリハビリ方法は、Sさんが持っていた、コミュニケーションを再びとるという意味の「回復」という目標の実現可能性を有した具体的手段としての意義を持っている。と言うよりも、このドーマン法という具体的な手段との出会いにより、「回復」可能性のリアリティがより明確に構成されたと考えるべきであろう。Sさんは、「平常の状態がずっと続くのはいいじゃないですか。悪くなっているわけではないから」というように、文字通りの意味での夫の回復を強く切望しているわけではない。むしろ、「回復」可能性を有した存在と相即的に成立する「代替不可能な介護者」としての自己の役割を、具体的に遂行する手段を得たという点に重要性があるだろう。医師の定義に対する反発の一つの根拠は、脳についての医学的知見の不明確さであった。Sさんにとって「脳に刺激を与える」ドーマン法の遂行は、不明確な部分である脳に対して直接具体的にはたらきかけるとされているため、自らが「回復」に向けての介護遂行をしている確証を得られる手段となるだろう。

また、要介護者との個別な関係性は、今度は逆に、以上のような「回復」を目標とした形での介護内容・過程の限定化にも大きく寄与している。Sさんは、「せめて寝たきりでも良いから話ができるようにと。ずっと今でもそれだけは最終目標なんですけどね」と再びコミュニケーションをとることを目標(=「回復」と

している。この意味での「回復」のリアリティの維持に個別的な関係性が機能しているのである。

何かその時 [=息子が浪人することを決定した時] に、主人が、元気な時だったら言うだろうなあ、っていうその通りの反応だったんですよ。[息子の]「浪人します」って時に「何？」っていう感じで。「いいでしょうって、一年間だけだからって本人も言ってますから」て言うと、それで「うん」っていう感じで手がね [動く]。いつもはね、そーっと動くのに、「何？」っていう感じだったんですね。そういうね、微妙なところなので、そう今までのこととか、主人の兄弟がお見舞いに来た時に面白い話とかバカなことを言っていると、何かふっと、具体的にどことは人様には分からないけど、「何か笑ってますよ」っていうのがわかったんですね。なんとなくこう表情とか。それとか子どもたちが来て、「おはようございます、どうですか」と言うと、私たちなんかに対してはいつも「ふん」とか寝ているのが、孫が来たり、子どもたちが来ると、ピシッとなるんですね。「ん」という風に、聞こうとか、何か反応しようとかいうのが。そういうのも微妙なところなんですけど、毎日見ていると分かるっていうところなんですかねえ。

つまり、以前の夫との生活史を含む個別的な関係性が、この場合においては、介護・ケア遂行の際に、相手の意思を読み込むことを可能としていると言えるだろう。この時に、実際に相手の言っている内容が分かるかどうかという点は問題ではない。何らかのコミュニケーションが可能であるという感覚が得られることで、最

終の目標であるコミュニケーションをとること (=「回復」) がよりリアリティを有してくる点が重要なのである。

3-7 永続する「無限定性」と不断の限定化

以上のような形でSさんの介護過程の限定化はひとまずなされている訳だが、注意すべきは「無限定性」経験は、現在採用されているドーマン法を軸とした限定化によって完全に消えてしまうものではないということである。それは、Sさんの介護過程の中で潜在的に出現する可能性を有していて時に顔を出す。たとえばSさんは以下のように述べている。

だから私は嚙下を何とか回復する方法は無いかな、と思うわけですが、大学病院で、水で刺激するとか、麵棒でどの奥を刺激するとかスプーンを冷やして、色々やるとかいっぱいやってきた訳ですよ。それでもやってきたからここまで来ていると思うんですけど。もっと他にね、いっぱいやってきてここまで来たんですけど、もっと他に無いかなって、2、3年に一度くらい何か新しい方法が見つかったんじゃないかといろいろと思うわけですね。

このように、Sさんは、時に、「代替不可能な介護者」である自分が、今以上の介護を提供できるのにも拘わらず行っていないのではないかと感じている。このことは、ある時点で設定した基準が常に揺らぐ可能性をはらんでいることを意味している。Sさんの事例において、限定化の核となっているドーマン法という手段も、完全にルーティーン化されたものではなく、要介護者の状況にあわせての修正が行われている。たとえば、現在、Sさんの夫は、気管切開

をした状態で、ドーマン法遂行の条件であるうつぶせ状態にすることが不可能になってしまったと言う。その状況は、結果として手に入れた「回復」という目標のための手段を喪失してしまうことになりかねない。そのことは、「代替不可能な介護者」という条件と重なり、「無限定」な介護遂行を招きかねない。しかし、Sさんは、今度は、「ドーマン法が再びできるようになること」をセカンダリーな目標として設定しなおし、ドーマン法遂行のための体制である毎日のヘルパーとボランティア導入を継続し、ドーマン法ではないマッサージ等の別の介護行為を彼女／彼らに依頼するという形で、修正した形の限定化を行っている。

このように、限定化の基準や方法自体は常に棄却されうる相対的なものである。ドーマン法がルーティーン化されたものでは無いということは、個別の関係性にある夫のリアリティに配慮した形で、基準や方法が採用されていくということである。Sさんの事例において、結果として限定化の軸となっているドーマン法は医学的にも不明確であると言われている脳に対して、具体的に働きかける手段として、基準の不在の状態にあったSさんにとって強い意味を有していた。しかし、それは「これから色々話をし、定年後の私たち夫婦のことを話し合っていこうと」する夫(=「回復」した夫)のリアリティに至る手段として遂行可能、かつ妥当性の得られるものという理由で採用されていたに過ぎない。

これに対して、気管切開という事態は、このドーマン法の遂行可能性を奪うことになる。このことによって、本来ならば、そのまま「回復」可能性が損なわれてしまっても不思議ではない。しかし、Sさんの保持する、コミュニケーションを取り合う存在という夫のリアリティ

は、手段遂行の不可能性によっては揺らがない。そのため、そのリアリティ(=「回復」)に向けての手段であるドーマン法の遂行を目標とする、という手段の方を変更する形での限定化を行うことになっているのである⁽¹⁶⁾。ここまで見てきたように「個別の関係性」は、「無限定性」も結果するものであると同時に、限定化のための基点ともなりうるものである。このように、個別の関係性を基点として、「無限定性」とそれを限定化することを、相手の変化等に応じて繰り返していく過程こそが、家族介護者の経験する介護過程だと言える。

4 結論と課題——家族介護遂行過程の理解と困難

4-1 家族介護の理解と外部からの援助

最初に、前節で記述してきた、Sさんの事例の分析をまとめると以下ようになる。まず、個別の関係性が状況限定的な夫の存在の定義に結びつき、介護遂行の基準の一つとなる可能性を有している医学的基準と衝突する。そこからSさんの「代替不可能な介護者」という自己定義がなされる。しかし、介護の基準決定に際して、Sさんにとって、最も重要な基準の決定者となりうるべき要介護者による明示的な決定が難しいため、決定的な基準のないまま介護が遂行されていく。以上の過程から介護内容の「無限定性」経験が生じるが、Sさんの場合、あるリハビリ方法の採用によって、結果としての限定化をなしている。またその際、個別の関係性は、同時にその限定化を支える条件ともなっている。けれども、一度採用された限定化の基準や方法は絶対的なものではない。要介護者の存在のリアリティを基点とし、要介護者の状態の変化に合わせて常に変化しながら介護が

遂行されているのである。

今回のSさんの場合、壮年期の夫の突然の発病から死の可能性に直面して介護が始まるという形のため、老人性退行疾患や痴呆などの本稿冒頭で念頭においていた高齢社会における介護のモデル事例ではないかもしれない。確かに、わずか一事例の分析であったことも考え合わせると、本稿の結果を一足飛びに一般化することはできない。しかし、個別的な関係性と「無限定性」の結びつき方の詳細な分析は、家族介護者の「無限定性」経験とそれに伴う困難の理解に対して資するところがあるだろう。

まず、「無限定性」経験に至る過程を考察したところ、家族介護におけるその現われ方の一つの特徴が把握できた。端的に言うならば、介護に関する基準が全く不在の状況から介護過程が開始され、その過程を限定化する条件である基準の導入が困難な局面が出てくるということである⁽¹⁷⁾。すなわち、家族介護においては、個別的な関係性から現出する「他者論的リアリティ」とその関係の外部から提示される基準とは対抗関係になりうるのである。このことが外部からの援助者へ示唆することは、「他者論的リアリティ」の中に生きる介護者にとって、外部からの援助は容易には受容できないものとなりうるということである。

その基準の棄却と同時に、あるいは続いて、Sさんの場合、「代替不可能な介護者」という自己定義が成された。それは、家族員の生全体に関わらなくてはならないという自己へのメッセージとなる。そして、代わってくれる介護者がいたとしても、介護場面から離れることができなったり、常に新しい介護方法や知識を求め続けるなどの「無限定」な介護遂行を帰結することになる⁽¹⁸⁾。外部からの援助に際しては、このような、「代替不可能な介護者」として自

己を定義している介護者に対して、表面的な認識の変更や感情の操作をうながすようなアドバイスは全く無効となる可能性があるということに注意しなければならないだろう⁽¹⁹⁾。

さらに、限定化のための基準や手段はいつでも棄却されうるという考察結果から示唆されることは、家族介護者は「他者論的リアリティ」を共有できない介護者や援助者では限界があると考えがちなのではないかということである。もちろん、これは外部からの援助が全く無効であるということの意味しているのではない。ただ、この「他者論的リアリティ」は、職業介護者等の外部の者にはなかなか共有できず、しかもそれが介護者にとっては決定的に重要な意味を持っている場合も多いことを理解した上ではたらかかけが必要となってくるということである⁽²⁰⁾。今回の分析からは、介護者が、要介護者との間の個別的な関係性にあるがゆえに保持する「他者論的リアリティ」に基づいて、「無限定性」の可能性をはらんだ介護過程の限定化を行なっているということがうかがえた。外部の援助者の役割があるとするならば、この家族介護者による限定化の方途をいかに理解し、関わっていくかということであろう。

それは、上で考察したように家族介護者の「無限定性」に至る過程を理解した上で、受け入れられやすい限定化の方途を提供することでもあろうし、一旦受容されている限定化の方途も介護遂行過程の中では絶対的なものではないことを前提とすることでもあろう。

4-2 家族会の可能性と困難

そして、以上の観点から、家族会の役割と現状について再考することが可能となってくる。「ひまわり」が会のあり方としてモデルとしている「アカシア」の創設時のメンバーが語る

「集まってひざを突き合わせているだけで楽になった」という会の効果と凝集力は、おそらく「孤立して介護を行ってきた」という立場を同じくする人々——つまり本稿で言うところの「他者論的リアリティ」の中にいるもの同士——の他者（＝介護者以外の家族を含む社会）から理解されないことへの相互の「共感」のようなものに下支えされて成り立ってきたものであるように思われる。つまり、理解されないことの内容はそれぞれ様々であっても、理解されないことを経験しているという問題の共有と、当時、他にそのような家族介護の経験を共有できるような場や機会が無かったことが、当事者たちにとって強いインパクトをもたらしたのであろう。家族会は、このような形での援助機能を果たす可能性を潜在的に有している。

しかし、実際はそう簡単ではない。最後に現行の家族会が抱える問題を通じて、「他者論的リアリティ」を理解した上での限定化の困難性を指摘して本稿の結びとしよう。

介護現役者よりも介護経験者の参加が多い現行の家族会は、介護経験者が、自分の経験に照らし、終点をある程度見通した超越的な視点から、参加者の介護過程を理解し、助言するという性格を強めてきている。たとえば、「ひまわり」の代表であるBさんは、自分の介護経験を生かして、介護者を援助していこうと、数年前に会を立ち上げた。Bさんは、要介護者から離れない介護者（＝「無限定」に介護を遂行する介護者）に対して、「介護がどうなっていくのかを彼女らは知らない」ので、介護経験のある立場から、その過程に関する実践的な知識を提示していこうと試みている。

この超越的な視点からの理解のあり方は、一方で、介護遂行における一つの基準の提示を可能ともしている。実際にこの超越的な視点から

の基準の提示の機能を家族会の利点ととらえる介護者も存在する。

けれども、「他者論的リアリティ」を理解した形での援助は、超越的な視点からの理解と基準の提示だけでは成立しないものである。たとえばBさんは、「いつも心は家の方に」ある介護者の気持ちを「解放するってのは容易じゃない」と、自身でその援助が介護者に受け入れられることの難しさに気づいている。介護経験者の割合が増え、実際にいま現在介護中の人の参加が減少してきている状況は、理解されないことの経験の共有が希薄になってきたということの意味しているように思われる。二つの会が、個別的な関係性から来る「無限定的」な介護遂行に対する理解と援助の難しさを感じているという状況はここに起因するのではないだろうか。

二つの会が、このような援助の困難性に対して、個別の介護状況の理解と基準の提示の調和をどのように試みていくのか、あるいは特に試みることなく性格を変えていくのか。それは、そのまま、本稿で主張した「他者論的リアリティ」を理解した形での援助の可能性を探る試みともなる⁽²¹⁾。稿を改めて検討したい。

註

- (1) 本稿では、主に成人後、疾病等を抱えて介護が必要になった家族員に対して介護を提供している人を家族介護者と規定している。ただし、家族介護と言っても、家族の手だけで介護をするという意味のみではなく、外部のサービス等を組み合わせて在宅で介護を行なうことも含めて考えている。また、現在は施設に入所、ならびに入院をしているとしても、ある時点において在宅で家族の手によって介護を行っていて、現在でも、その入所者、

入院者に対して何らかの関心を示し責任を担っている限り家族介護ととらえる。現代の家族介護に関しては、上述のように様々なサービス等を組み合わせるというところに特異性があり、それに関係して、家事についての山田 [1994:150-2] や家族機能遂行についての石川 [1997:73-4] が指摘しているような、物理的な意味での介護提供のメタレベルにある「全体のマネジメント」とでも言うべき介護者の役割も増えていると考えられる。その点については稿を改めて詳しく論じたい。

- (2) 介護者の実態研究については、春日・春日 [1992] や各種調査機関、家族会などの実態調査を参照。また、社会老年学の一連の研究、介護ストレス論などが、家族介護者の負担感やストレス等について研究を行ってきている (cf. Long, C. [1991]、松岡 [1993]、Perrlin, L I. et al. [1990]、都老研 [1996])。
- (3) 本稿の考察・推論は、都内某区の介護者家族会「アカシア」と「ひまわり」への定例会 (談話会) への参加、ならびに参加している介護者や介護経験者の方々への聞き取り、インフォーマルな会話、会の発行した資料、創設ときに会に関わっていた専門職の方への聞き取り等に基づいている。この二つの会は、会員同士の語り合いによる家族介護における問題の解消や介護技術の学習などを目的として結成されている。聞き取りは、基本的には、2001年の11月から12月の間に実施した。一人につき、大体1時間から2時間の非構造化された形の面接調査で、事例によっては2回行なったケース、2人同時のケースもある。必要部分はテープから書き起こし、本文中で引用をしている。[] 内は筆者の補足である。また、それぞれ月一回の定例会に関しては、許可が得られた月の会に参加し、許可を得て会の様子を録音している。本稿で主に扱うデータはその内の一部の参加者への聞き取りから得たものであるが、本稿全体の推論や扱う事例の

特徴の発見や位置付けは他事例についての聞き取り等があったために可能となったと言える。両会への参加者の方々にはこの場を借りて感謝の意を表したい。

- (4) 二つの介護者家族会への参加者は、介護経験者 (看取り終わった人) と現在実際介護を行っている人 (介護現役の人) の二種に分けることができる。そして、主に介護経験者が、話の聞き手、アドバイザー、運営者としての役割を担い、介護現役の人たちが、介護経験を語り合い、介護方法を学ぶという会の成り立ちとなっている。
- (5) 森津 [2000] では、母を介護する娘の立場で、母親に対する介護をとにかく引き受けてしまう気持ちについて述べられている。また、本稿冒頭の松井・松井 [2000] でも、家族として他人に介護を任せることが困難となってしまう介護者の思いが書かれている。
- (6) H・ブルーマーによると、「感受概念は、単にどの方向で見るかを示唆するにすぎない」(Blumer [1969=1991:192])。探求しようとする経験的世界を日常的に経験されるありのままの世界として理解するための探索的な概念である。
- (7) ここで言う「無限定性」とは、Parsons [1951=1974] が医師役割概念を念頭に一般化していったパターン変数 (高城 [2002:90]) のうち、行為者の客体への志向 (客体に対する関心の領域の定義) として定式化した限定性 (specificity) / 無限定性 (diffuseness) の二者択一の変数を参考に行っている。簡単に説明しておく、相手を「限定された道具的または表出的な関心の見地から、社会的客体に指向しているものとしての役割を定義」(Parsons [1951=1974:71]) するのではなく、「おこりうるあらゆる偶発性の可能的連関を」(Parsons [1951=1974:72]) 考慮に入れて役割を定義することである。
- (8) このような介護に対して「肯定的な」事態に関

- して、諸研究は、「介護継続意思」(都老研 [1996]) や介護者の自我形成と関係のある「いきがい」(山本 [1995]) というような用語を当てて考察している。
- (9) 注2で挙げられている負担感やストレスに関する諸研究を参照。
- (10) また、介護を労働としてとらえるために、個々の具体的な仕事ごとに分解して加算し、それを貨幣価値として算出するという形で量的把握を試みてきたフェミニスト的視点の研究も、同様の観点に立っていると言えるだろう。
- (11) また、日本においても、インテンシブな調査に基づく種々の研究(春日 [1997] [1999]、田淵 [1999]) 等において、介護者決定に関する規範間の相克による他者との葛藤、ならびに介護者の自己内の葛藤という形での広義の家族間調整の問題が議論されてきた。たとえば、春日キスヨの一連の議論(春日 [1997] [1999]) は、主に、介護者決定規範との関わりに注目し、介護を担うことになった女性が、介護労働を行なう上で規範との抵触を常に引き起こすことになる、ということを示す点に焦点がある。その規範との抵触から生じる困難の論理を特に、娘と嫁の場合に分けて考察している。
- (12) 藤崎宏子によると、主介護者という言葉は、特に厳密に定義されているわけではないが、高齢者の介護やこれにともなう家事を中心になっておこなっている人ほどの意味あいでも用いられていると言う(藤崎 [1998:129])。
- (13) 本稿において直接は扱わないが、途中同居しての世代間介護の事例においては、介護行為それ自体というよりも、「家族間の調整」という点で介護者が多くの問題を抱えるという事態が多く見られた。このような介護行為とそれ以外の家族生活との調整の問題も家族介護の特徴として重要である。注1で述べたことと同様に稿を改めて論じたい。
- (14) 役割再定義 (role redefinition) とは、「相手のおしめすら換えなくてはならない」くらいライフコースの初期段階に戻ってしまった要介護者(親)に直面した時に生じる困惑を回避するための適応戦略 (adaptation strategy) である。具体的には、もともと親と子という役割関係であったものを、「幼児化」「患者化」「他者化」という介護遂行のしやすい形で再定義することである (Albert [1990:30-3])。
- (15) 「アカシア」において、以前は活動の中心であった、実際に対面しての介護現役者や介護経験者同士の懇談会は、会の第一世代である現代表らが看取り終えた後から、会の活動においてもそれ程比重を占めていない。懇談会への定期的な参加者のほとんどが、介護経験者で、介護現役の人の参加が少ないのである。介護者援助ということに関しての、現在の家族会の機能についての代表者たち、ならびに参加者の自己認識は、メンバーとして「つながっていることによって安心感が得られる」ことである。
- (16) けれども同時に、この「回復」可能性を有した存在、という限定化の採用の基点となる夫のリアリティ自体もSさんにとって確固たるものではないことに注意しておかなければならない。Sさんは、「生きていてくれるだけで幸せ」とか「平常の状態がずっと続くのはいいじゃないですか。悪くなっているわけではないから」というように、一方で、「回復」に対して諦めを語っている。
- (17) このことは職業領域におけるケアの限定化と家族におけるその違いである。職業領域では、ケア理念の浸透に伴って元来あった基準や制限が揺らぐことによる再設定、維持の困難性が論じられている。たとえば、フォナーは、ナーシング・ホームにおいて、ケア職の階層の中で低位に位置する看護助手 (nursing aide) が、相対的に「無限定」なケアを行なうことによって陥る組織的ジレンマを議論している (Foner [1994])。そのような議論

を踏まえて課題となっているのは、パーソンズらの意味とは別様な意味での——ケアの理念を生かした形での——「限定化」のあり方であろう (cf. 三井 [2001])。

(18)介護水準が高度化し、積極的に様々な知識等を導入して遂行しなければならない現代の家族介護 (春日 [1997:93-5]) においては、家族員である要介護者の生全体に関わるということは、介護遂行の場に共在するという形だけではなく、可能な限りの手段を尽くすという形でも現れると考えられる。

(19)たとえば、何とか現状をよい方向に変えていこうとする「自己成長型」の介護に「現状維持型」の介護を対置し、「自己成長型」は結果として期待を達成できないので望ましくないため、「介護する方は、自己成長型ではなく、今の状態を続けるのが最大の援助なのだ、という風に認識を変えることが大事になってきます」(NHK福祉番組取材班編 [2000:123-4]) という専門家による助言がある。しかし、「代替不可能な介護者」として自己を定義し、その結果「無限定」な介護遂行に至っているという事例を考えると、単なる認識の変更で対処可能な問題ではない可能性が出てくるだろう。

(20)グブリウムは、インテンシブな調査に基づいて

家族介護の詳細な記述を行った論考の最後で、ケア専門職に対して介護者の苦悩に対する表面的な援助はケア提供者の状況を間違った方向へと導く可能性があるため、介護者の社会関係を含めた家族ケアの複雑さと動態を理解することが必要であると主張している。彼がとりあげているサリーという介護者の場合、彼女が参加するサポート・グループが、現在のサリーの心理的不安を「混乱」と定義した。彼によると、それはあくまでも心理的状态の定義づけに過ぎず、現在の状況を形作っている生活史的な複雑さに向けられたものではない。この結果、サリーは母への恨みを抑圧しようとすることで介護遂行過程の問題に対処することになったが、これは一時的な解決しか導かなかった (Gubrium [1990:66-8])。

(21)もちろん、家族会の当事者たちは、この点に気づいている。「アカシア」の代表は「発展的解消」「いつでもやめていい」というスタンスで会を考えている。「ひまわり」の代表は、介護経験者の助言が、茫漠とした介護過程にモデルを与える効果を有していることを主張しながらも、「無限定」な介護に陥っている人に対し「それを伝えることは難しいこと」で、介護者達からは、「私たちのことを理解していないと言われる」と述べている。

文献

- Abel, Emily K. 1991 *Who cares for the Elderly? : Public Policy and the Experiences of Adult Children*. Temple University Press.
- Albert, Steven M. 1990 "The Dependent Elderly, Home Health Care, and Strategies of Household Adaptation." In Gubrium, Jaber F. & Sankar, Andrea. (ed.) 1990 *The Home care Experience: Ethnography and Policy*. SAGE Pub. : 19-36.
- 天木志保美 1998 「現代市民社会と家族——家族の境界と友人関係——」 青井和夫他 (編) 『福祉社会の家族と共同意識』 梓出版:105-17.
- Blumer, Herbert. 1969 *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. Prentice-Hall. = 後藤将之 訳1991 『シンボリック相互作用論』 勁草書房
- Corbin, Juliet. & Strauss, Anselm L. 1985 "Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work." *Qualitative Sociology*.

8(3): 224-247.

- Foner, Nancy. 1994 *The Caregiving Dilemma: Work in an American Nursing Home*, University of California Press.
- 藤崎宏子1998『高齢者・家族・社会的ネットワーク』培風館
- 2000「家族はなぜ介護を囲い込むのか——ネットワーク形成を阻むもの」副田義也・樽川典子編2000『現代家族と家族政策』ミネルヴァ書房:141-61.
- Graham, Hilary. 1983 "Caring: a Labor of Love." In Finch, Janet. & Groves, Dulcie. (eds.) 1983 *A Labor of Love: Women, Work and Care*. Routledge & Kegan Paul. : 13-30.
- Gubrium, Jaber F. 1990 *The mosaic of care: frail elderly and their families in the real world*. Springer Publishing.
- 石川実 1997「家族の形態と機能——核家族化と潜在的機能ストレス」石川実編『現代家族の社会学——脱制度化時代のファミリー・スタディーズ』有斐閣:56-75.
- 春日キスヨ 1997『介護とジェンダー』家族社
- 1999『「家族」という関係の困難と希望——高齢者在宅介護問題を中心として——』鶴見俊輔他(著)『いま家族とは』岩波書店:111-5.
- 春日耕夫・春日キスヨ1992『孤独の労働——高齢者在宅介護の現在』広島修道大学研究叢書 第67号
- Long, Clara M. 1991 "Family Care of the Elderly: Stress, Appraisal, and Coping." *The Journal of Applied Gerontology*. (3) :311-27.
- Macrae, Hazel. 1998 "Managing Feelings: Caregiving as Emotion Work." *Research on Aging*, 20 (1) :137-160.
- 牧里毎治1992「地域問題からみた家族福祉」野々山久也編著『家族福祉の視点——多様化するライフスタイルを生きる』ミネルヴァ書房:197-227 (第7章) .
- 松井省吾・松井幸江 2000『夫と妻の別居介護——3人の痴呆老親を抱えた夫婦の介護奮闘記』中央法規
- 松岡英子 1993「在宅要介護老人の介護者のストレス」『家族社会学研究』5:101-12.
- 三井さよ 2001「ケアに基づく専門職像の再構築へ向けて——A病院における看護職の実践から」『保健医療社会学論集』12:127-39.
- 森岡正博 2001『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房
- 森津純子 2000『母を看取るすべての人へ』朝日文庫
- NHK福祉番組取材班編2000『NHKすこやかシルバー介護 介護の心づかい心のケア』旬報社
- Parsons, Talcott. 1951 *The Social Systems*. The Free press. = 佐藤勉 他訳 1974『社会体系論』青木書店
- Perrlin, Leonard I, et al. 1990 "Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures," *The Gerontologist* 30:583-94.
- Strauss, Anselm, et al. 1984 *Chronic Illness and Quality of Life (2nd ed)*. Mosby Company, Saint Louis. = 1987 南裕子 監訳『慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点』医学書院
- 庄司洋子 1993「現代家族の介護力——期待・現実・展望——」『ジュリスト増刊 高齢社会と在宅ケア』有斐閣:190-196.
- 田淵六郎 1999「家族戦略と現代社会の変容」庄司興吉(編著)『共生社会の文化戦略』梓出版:43-67.
- 高城和義 2002『パーソンズ——医療社会学の構想』岩波書店
- 東京都老人総合研究所社会福祉部門(編) 1996『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館(都老研

[1996] と略記)

- Ungerson, Clare. 1987 *Policy is Personal :Sex, Gender and Informal Care* . London: Tavistock Publication. = 平岡公一・平岡佐智子 (訳) 1999『ジェンダーと家族介護——政府の政策と個人の生活』光生館
- 山田昌弘1994『近代家族のゆくえ——家族と愛情のパラドックス』新曜社
- 山本則子1995「痴呆老人の家族介護に関する研究—娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味」『看護研究』28 (4) :178-199,313-333,409-427,481-500.

(いぐち たかし、東京大学大学院、igutaka@mb.infoweb.ne.jp)

“Diffuseness” in caring for family

focusing on the particularistic relationship between caregiver and receiver.

IGUCHI, Takashi

University of Tokyo
igutaka@mb.infoweb.ne.jp

In the aid for family caregiver, there is the problem that are not accepted because of caregiver's continuing with her caregiving all by herself. Such problem can be defined as “diffuseness” in caring for family. Based on the intensive interview to a caregiver, we try to analyze caregiving process. This process falls into two phases. First phase is the “diffuseness” experienced by the caregiver, and the second is the process of coping with the “diffuseness”. We can see from the analysis that the particularistic relationship between caregiver and receiver takes an important role in experiencing the “diffuseness” and in coping with it. Thus the aid for family caregiver must be done with considering caregivers own reality, but actually this is difficult .