

管理されるケアと要介護高齢者の自律性 —特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)におけるフィールドワークから—

田川 佳代子

1. 研究の目的

本研究は、介護保険制度において要介護と認定された高齢者の自律性を取り巻く相互作用について、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）（以下、「施設」あるいは「特養」と表記）におけるサービス提供場面への参与観察およびインタビューを通じて調べることを目的としている。

老年学の領域では、1980年代後半から、長期化・慢性化する高齢者介護における倫理的諸問題が検討されるようになった。個人の自律性に対立する専門職の干渉主義を始めとし、終末期の延命治療とその停止に関する法的論議、社会的介護にかかわる費用抑制策や資源不足の問題、そして家族介護の義務と社会的支援の関係等が議論されてきた¹。

わが国においても、家庭における家族による介護（インフォーマル・ケア）の限界状況から、公的介護保険制度の利用による介護サービス（フォーマル・サービス）の出現・普及により、身体的・認知的障害をもつ高齢者の自律性をめぐる倫理的諸問題は、新たな局面に直面している。

Horowitz, et.al.,(1991)²によれば、老年期における個人の自律性は、インフォーマル・ケアとフォーマル・サービスの脈絡に位置付け研究することが重要であると指摘される。

自律性の概念定義は、Collopy(1988)³の概念がしばしば引用される。自律性を「自己決定、自由、独立、選択と行動の自由を含む諸概念の束」と見なし、「諸個人による意思決定等からなる活動の統制」また「人間の活動が外部の介入や干渉から自由であること」を意味する概念として捉えられる。そして、自律性の概念に内包される、(1)「決定する自律性」対「実行する自律性」、(2)「委任される自律性」対「直接の自律性」、(3)「理性的な自律性」対「非理性的な自

律性」、(4)「その人らしい選択・行動による自律性」対「そうでない自律性」、(5)「短期的な自律性」対「長期的な自律性」、(6)「消極的自律性」対「積極的自律性」という対の両極性が指摘され、自律性をめぐる支援では、実践・制度の両面において、これらの倫理的葛藤が絶えず孕まれると考えられる。

Collopy, Dubler, and Zuckerman (1990)⁴は、自律性のみで構築された倫理は概念的にも経験的にも狭量で浅薄であるが、長期介護においては避けて通れない価値であり、インフォーマル・ケアとフォーマル・サービスの混合ケアを受けるクライエントと介護提供者の間には、相互に適応的、交互的関係性を発展させる中間的基盤の価値としての適応 (accommodation) を認識する自律性の概念が示唆されている。

高齢者の施設における自律性は、高齢者の権利、すなわち、尊重される権利、自己決定の権利、治療を拒否する権利、プライバシーの権利、身体拘束を最小限にした環境でケアを受ける権利、そして死にゆく権利等を含み、それらは高齢者介護における人権問題と考えられる (Moody, 1992)⁵。

「特養」は、ある意味で、Goffman, E. (1961)⁶の述べる、ビューロクラティックな社会組織の一形態と考えられる。ビューロクラティックな施設体制によつて提供される施設介護・居宅介護サービスにおいて、要介護高齢者の自律性はどのような状況に置かれ、そしてどのように取り扱われていくのか、本研究の関心はそこに向けられる。

わが国では、規制改革によって民営化が進められ、「特養」においても、介護保険の導入後、労務管理のあり方や労務コストの見直しがされた。「常勤換算」による職員の配置基準により、パートタイマー、臨時職員、派遣職員等の多様な雇用形態も広がり、介護報酬の引き下げや収入の増減に対応できる組織体制の確保や、労働生産性を高める経営が要請されている (小室豊允 2005)⁷。

措置費から介護報酬への転換によって、「特養」におけるマネジメントは、その重要性を増した。介護職員に伝えられる指示・命令は、サービス提供の第一線の現場を統制 (control) するメカニズムとして働き、介護職員はその場の報酬と承認に結びつく一連の指図や手順を内面化し、介護サービスと称される統制された労働過程を形成する (Campbell, Marie 1988: 32)⁸。

「特養」におけるケアとマネジメントの両側面は、要介護高齢者の自律性にどのように影響し相互作用しているのか、高齢者の立場に可能な限り接近しながら、本研究の関心を掘り下げてみたいと考える。

2. 研究方法

2.1. フィールドの概要

社会福祉法人「特養」Aは、愛知県X市の閑静な住宅地に位置する。設置から15年が経過する。150名定員の長期入所と20名定員のショートステイの他、デイサービス（定員35名）とホームヘルプサービスを併設する。

2年前、新館を増築する際にユニット・ケアを導入し、旧館においても小規模ケアの取り組みが始められた。定員60名の新館は、14名、16名、12名、18名の小規模フロアに分けられ、居室の大半は2人部屋である。90名定員の旧館は、18名、40名、32名の3フロアがあり、居室の大半は4人部屋である。入所者は、104歳から50歳代までの年齢幅がある。

2.2. 研究の方法

本研究は、「特養」の現場（＝フィールド）に身をおき、要介護高齢者の日常生活を身近に、しかしながら、あくまでもよそ者の立場で、観察し、記録し、解釈し、記述することを試みたものである。「自分の目で見、耳で聞き、肌で感じた体験をもとにした資料」（佐藤1992:31）⁹を得ることから、介護サービス場面における要介護高齢者の自律性を取り巻く相互作用について調べることを意図した。

また、箕浦（1999）¹⁰の述べるマイクロ・エスノグラフィー、すなわち「一定の社会構造のなかで展開する人間行動に注目して、マイクロジェネティック・データをとるフィールドワークとそれに基づくレポート」（p.3）、そして「フィールドで生きている人々がどのような意味世界に住んでいるかを描くこと」（p.4）、さらに「微視的な行動や相互作用プロセスを観察のユニットとする」（p.6）は、研究方法として、また研究技法として、フィールドワークを行う際に用いた。

介護サービスを利用する要介護高齢者の自律性およびその支援について、フィールドで観察することのできる人々の行動や言葉、組織的構造の産物の描写を通じて、要介護高齢者の日常生活における相互作用の文脈を明らかにすることをめざした。

参与観察による高齢者施設の先行研究には、アメリカの医療社会学者による老人ホームの民族誌的研究がある。介護がビジネスとなる過程とともに、老人ホームが特殊な力関係に基づく官僚組織であることを描き出した。人間関係を築くことや「ただ側にいてやること」など、資本主義的解釈では商品化できない介護の側面は、見えない労働として搔き消されていく現実が描かれた(Diamond, T.: 1992)¹¹。

Gubrium,J.F.(1997)¹²は、一つの老人ホームで参与観察を行い、そこで生活する人々がその世界をどのように捉えているのか、絆、喪失、悲哀、絶望、諦め、怒り、慘めさ、誇り、信頼、希望、感謝、劳わりを含め、描いた。施設における日々の介護がどのように行われ、そこに参与する人々が、それぞれの役割や目的、ニーズをどのように統制し、交渉し、成し遂げているのか、彼らが埋め込まれた社会的・組織的脈絡を描き出した。

2.3. データの収集

フィールドワークの技法は、参与観察法と面接法を用いた。

参与観察は、2005年8月に7回、9月に6回、11月に3回、12月に2回、2006年1月に3回、2月に3回、3月に5回、計29回行った。午前10時頃にフロアに入り、午後1時頃にフロアを出た。参与観察の総時間数は87時間であった。フィールド・ノーツは、帰宅直後に記された。

毎回、マネジャーを通じて、各フロアに入るための橋渡しを得た。不審がらず、フロアで入所者やスタッフを観察し、会話や話に耳を傾け、メモをとるために、「福祉メイト」という立場でフロアに参加した。「福祉メイト」は、介護職員の間では「入所者の話を聴く人」と認識されていた。仮に「ボランティア」という立場で入ると、介護職員の補助として仕事があてがわれ、「ただのお話し相手」として存在することは難しいと考えられた。「福祉メイト」として

入っても、こちらから「お手伝いしましょうか」と一度声をかければ、その瞬間から矢継ぎ早に介護職員の指示が飛び交い、ルーティン化した労働過程の一部に組み込まれることを覚悟しなければならなかった。この参与観察の仕方は、通所介護で利用されるデイ・ルームやショートステイで利用される専用フロアに入る時も同様であった。

面接は、2005年2月に介護職員9名に対するインタビューと、2005年11月、12月に1回ずつマネジャーに対するインタビューを行った。面接の対象者については、2005年1月に実施したアンケート調査¹³の回答者の中から、自記式の自由記述解答欄に記載のあった人で、個別面接調査の同意が得られた人に対して行われた。

研究倫理上の配慮として、まず、観察される側のプライバシーを犯す危険を避けるため、研究対象となる人々に対して、自分の立場やその場にいる理由について、責任ある立場の人（マネジャー）から紹介・説明をしてもらい、自分でも説明を行った。面接および観察結果の解釈については、施設のマネジャーに文書で示し、それに対する意見を求める機会を持ち、施設としてはどう解釈するか、確認する作業を行った。

2.4. 本研究の限界

本研究の限界について述べる。まず一つ目は、一ヶ所の「特養」の参与観察という点である。一ヶ所の施設の参与観察であっても、評価される先行研究も存在する¹⁴。一ヶ所の施設の参与観察とはいえ、多くの時間と労力を必要とし、介護職員と入所者のみが占める空間に足を踏み入れ、微妙で纖細な事柄について観察し、聞き取りするためには、施設マネジャーの理解と協力が必要となる。本研究では、個性記述的な研究によって、施設における相互作用の理解を深めようとした。

二つ目は、観察する時間帯が午前の10時から午後の1時に限った点である。施設の日常生活を理解するには、他の時間帯、特に早朝や夜間といったトラブルの生じやすい時間帯も観察すべきという意見もある。しかし、本研究では限られた時間帯の参与観察によって、研究の目的を達成しようとした。方法の限

界は、観察の焦点を絞り、問題設定を明確にすることによって克服できると考えた¹⁵。観察の焦点は、入所者と介護職員の自律性支援に関わる相互作用である。

三つ目の限界は、「特養」において参与観察することができる組織の領域や程度が限られた点である。公式の文書記録の閲覧まで、組織の構造に入り込めていない。また、観察の場は食堂兼談話室、デイ・ルーム、廊下、自販機コーナーに限られた。介護職員の行う介護に携ってはいない。

四つ目として、施設マネジャーの許可と紹介の下、介護職員と入所者のいるフロアに入ることが許されたが、そのことが日常の相互作用とは異なる影響を及ぼした可能性については否定できない。以上のような限界を踏まえた上で、分析記述を試みることにする。

3. 介護施設の入所者の日常

3.1. ビューロクラティックな体制—「オン」と「オフ」

施設入所者の自律性は、組織のビューロクラティックな体制によって制約を受ける。「オン」の状態は、「特養」という一つの社会組織の管理方式に身を委ね、入所者として処遇されることを意味する。「オフ」の状態というのは、「特養」の管理統制の及ばない家族による介護を意味する。家庭では、介護を引き受ける家族に委ねられるが、家族に対する介護サービス提供側の統制力は低い。

施設介護と居宅介護の利用者の経験の違いは、介護サービスを提供する組織のビューロクラティックな体制の監視下に身を晒す状態が、施設入所から死に至る後まで「オンしっ放し」の状態に置かれる施設入所者と、「オンとオフの切り替え」が残されている居宅介護サービス利用者の経験の差に現れる。

施設入所者は、日常的な施設の外とのつながりを絶たれた状態で施設に引き取られる。施設を短期間あるいは半日利用して再び地域社会や家族のもとへ帰る居宅介護サービス利用者と比べ、施設の事業者側には管理しやすく、なおかつ安定した収入を確保できる対象となる。

対照的に、ショートステイは、利用者を継続的に医療管理しているわけでな

管理されるケアと要介護高齢者の自律性—特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)におけるフィールドワークから—

く、精神的に緊張や不安の高い人を短期間だけ預かるリスクがあり、入所の手続きや家族とのごたごた（トラブル）への対応も含め手間がかかるわりに、介護報酬は低く設定され、効率が悪いと管理者からは指摘される。しかし、その一方、ショートステイの稼働率を上げる努力がみられるのは、居宅介護サービスが、地域のなかで安定した顧客を継続的に集めるための媒体として、施設の経営戦略のポイントとして位置づけられることによる。

3.2. 「こんなところ」—「家族」に諦めをつける

施設入所に至る経緯には、要介護状態となる出来事があり、家庭の情況によって、在宅での生活ができなくなり、施設に入る選択を余儀なくされ入所してきている。入所者が進んで施設を選択してきたのではないことを、介護職員は次ぎのように語る。

『ご家族が介護しきれなくなって、在宅での介護が整わない状況の中で、意思表示がなくても入ってきたり、しっかりしている方でも、好きでこんなところに入ってきたわけではないというので、家族が言えば、本人もうんと言わざるを得ない状況とか、納得して入っていない現状がある。他人にやさしくなれない感じがある。』(no.16)

「特養」は「こんなところ」とそこで働く職員からしばしば呼ばれる。そこに入所する高齢者の自己像は、施設に付与されるステigmaによって大きく揺らぐ。施設入所によって自己が汚染される体験を持つ。入所者の次のような語りがある。

『最初ここに入るとときは、自分をいじめとて、悲しかったよ、そのときに、姨捨山というんだな、こういうとこをそういうんだな、と』(Aさん)

『あちら逝きのことばかり考えていたんですが・・・ここに入ったときは地獄に針の山と思いました』(Bさん)

施設入所のショックから立ち直り、施設に適応していく過程には、施設の外とのつながり、すなわち、「家族」に諦めをつけていくことが含まれる。

『今は、あきらめました。姪のとこでは、忙しいのだから、わかりましたよ、そういうこと（姨捨山）、考えないようにしました。諦めがついてし

『またから、なるようにならんと思っておるからね。』（Aさん）

『自分が切り替えないといかんと・・・何か自分が変わりました。私が灰になるまで、ここに厄介になる気持ちになりました。子どもたちに心配かけてはいけない、子どもにはね。嫁も丈夫な人でない。厄介かけたくない。ここで気持ちよく暮らさしていただいて、完全に、切り替えができました。』（Bさん）

他方、認知症の場合は、施設入所を自律的に捉え返す過程を経ることが難しい。「家に帰りたい」という言動が絶えず繰り返し現れることについて、職員は次のように語る。

『家に帰りたいと思っておられる認知症の方が多い。その方たちの環境づくりができていない。家族も、わからないように帰られたりする。話をしているうちに姿を消す感じ。ご家族の方に言いたい。どうしてここに入れるのか、ここに入らなくていい方も、事情はわからないが、家に帰りたい、家に帰りたいと・・・楽しみが少なすぎる、前はあったらしいが、散歩にもいけないし、庭もない。』（no.15）

高齢者を「見捨てた」（こうした一律的な言い方は現実の多くを正しく言い当てていながら）家族に対する批判的感情、そして、日々の介護のなかで入所者の欲求を満たすことができない施設介護に対する、第一線の介護職員の間に蓄積された不平や不満が吐露される。

3.3. 窒息しそうな单调さと孤独

「特養」の日常生活は、介護業務のスケジュールに則り、極めて単純化されたものとなる。ルーティン化された日課のなかで、入所者の欲求の一つ一つを満たすことは後回しにされる。次は、職員の話である。

『毎日ここで仕事をしていて、やっぱり、起きて、食べて、トイレに行って、お風呂に入って、また、食べて、トイレに行って、その繰り返し、それで、その生活が繰り返されているだけで、本当にその方が満足しているわけではないと思う。ちょっと手がすいた時間に折り紙やったり、塗り絵とか、歌を歌ったり、そういうことはあるけど、毎日確実に行われている

わけでなく、興味を示されない方がいるし、テレビを見ていたり、車椅子で寝ていたり、そういう姿を見かける。』(no.24)

食堂兼談話室では、時折、介護職員が入浴やトイレ誘導で声をかける以外に、話声はしない。誰も口を利かない。頭を垂れて居眠りする者もいる。窒息しそうな単調さ¹⁶に耐えかね、『もう嫌・・・いい加減お迎えが来て』と、訴える人もいる。拒絶と孤独の感情を抱えたまま沈黙し、自分の居室に閉じこもる人もいる¹⁷。

3.4. 待たされること

慌しく廊下を行き交う介護職員とは対照的に、入所者は決められたスケジュールに則って日課をこなすため、ひたすら待つことを覚えなければならぬ。どのフロアでも食事時間30分前には、配膳の様子を見に食堂を覗く入所者の姿がみられる¹⁸。

ある日の40人フロアの昼食時の観察である。11時40分頃配膳車がフロアに運ばれ、一人の入所者も11時45分頃に食卓椅子についた。それから他の入所者と同様、黙ったまま待ち続け、ようやく配膳されたのは12時33分であった。配膳されて僅か10分もかからず食事を終えると、自分で膳を片付け居室に引き上げた。介護職員は、次のように話した。

『施設に入っていると、その人のすべてが叶えられるわけではない。トイレも、一対一ならできることも、今、ちょっと待ってね、と、待たせている状況は申し訳ない。出かけたいと思っても、すぐ出かけられないとか、忙しいから待ってね、待ってね、と』(no.4)

「待つこと」を覚える以外にも、施設において入所者が職員とのやりとり(交渉)において「こここのやり方」がわかり、それに慣れることが、施設で生き抜くために必要となる。

3.5. 外部と遮断された生活

90歳を過ぎているがしっかりと歩行のできる女性は、2階の突き当たり廊下の窓から外を眺め、『なかなか容易にここから外へは出してもらえないよ』と告げた。

別の自立歩行可能な入所者も、職員が付き添って外出できたのは、これまで年に3回程、車で近くのスーパーに買い物に出かけたことを話した。

『許しがなければ外に出られない。それが一番苦なの、こういうとこの決まりがあるので、細かいことは言えないと思いますよ。一番ともかく困るのは、窓に鍵がかけてある。鍵は職員が持っている。その人に言って、開けてもらわなければ開けられない。』と話した。

介護職員の方では次のように語られる。

『本人の希望に沿いたくても、私たち、施設から給料もらっているので、難しいときがある。外出したいというのもそう。外出、遠足の話が出て、今、結構、施設のお金のことで貰いすぎだから減らすとか、外出も受益者負担でしてはどうかとか。外出も急にストップがかかったこともある。勝手につれていけない。事故の責任とかがある。』(no.21)

施設は管理を目的とし、事故の発生は最小限に抑えようとする。その脈絡のなかで入所者の欲求を満たすことは後回しにされる。それによる不平や不満が訴えられるのは第一線現場の介護職員だが、彼らは状況を変える立場になく、その権限も持っていない。せいぜい言えることは、上から指導されたことを伝えるぐらいである。

3.6. 「特別な希望」を叶える—頼む・頼まれる関係

行き交うスタッフの姿眺めたまま、声をかけ（られ）ずにいる車椅子の入所者がいた。買ってきてもらった好物のコハダを一口サイズに切ってもらいたいと思っているが、頼もうと思っていた介護職員はその日夜勤であることがわかり、がっかりしていたところであった。他の職員は排泄介助で忙しくしており、それを頼める雰囲気ではない。彼が待っていた職員は、冷蔵庫にそれが入っていると、頼まれなくとも切って食べられるようにしておいた。『言わんでもやってくれる、いちいちお伺いたてんでもやってくれる』。こうした職員がいて、彼の「特別な希望」は叶えていた。

しかし、すべての入所者が、こうした「特別な希望」を叶えられると職員との関係を持っているとは限らない。逆に、頼みたくても、頼めない状況のなか

で、諦めをつけていく人も少なくない。

別の車椅子の人は、自動給湯器からペットボトルにお湯を汲もうとしていた。彼女のフロアには台所もあり職員もいるが、『できるだけ世話をかけないようにすることが自分の務め』と、職員への頼み事を控える。ペットボトルの飲み口は茶色く汚れ、異臭を放った。頼む・頼まれるという関係づくりが容易でない雰囲気が漂う。

4. 統制された労働過程としての介護

4.1. ケアの再構築－単機能型から多機能型介護へ

施設における介護は、「ケアの再構築」が図られ、大規模ケアから小規模ケアへ、単機能型ケアから多機能型ケアへの見直しが進められている。

以前は、一斉に食堂で食事を取っていたため、食事の度毎に2階の居室から1階の食堂に移動するのに、エレベーター前の通路に長い行列をつくり入所者を待たせていた。これを数年前から、各フロア単位で食事をとるように改めた。

以前の入浴介助は、「中」あるいは「洗体」と呼ばれる浴室で入所者の身体を洗う役割、浴室の「外」あるいは「着脱」と呼ばれる衣服の着脱を専門に行う役割、居室から浴室まで入所者を連れてくる「誘導」係りというように、分業で行われてきた。2005年2月に行った介護職員の面接においては、

『個別入浴はやれていない。職員の業務日程に従って入浴時間は決められている。集団的流れ作業。90名の方をグループに分けている。午前に10人の特浴、午後に一般浴。20人を5人で入れる。中3人、外2人で介助する。ほとんどマンツーマン。決められた人員で、決められた時間でやっていく。みんな一斉に。そうでないと片付かない。はかどるときとはかどらないときがある』と話した。

しかし同じ年の12月には、すべてのフロアで、こうした分業による入浴の流れ作業をやめ、一人の職員が誘導、着脱、洗体の過程すべてを個別に行うやり方に改められた。

以前のフロアは障害形態別（認知症、麻痺、自立）に分けられ、身体的・認

知的低下に伴って居室の移動が行われていたが、現在、居室は固定された。そして居室には、個人の箪笥、テレビ、鏡台、椅子、写真や飾りも自由に置けるようにし、ベッドから転落するおそれのある人には畳が敷かれた。

生活臭のない大規模収容施設の設えを、のれんやカーテンによる目隠し、すりガラスの衝立やソファを置き、入所者の居場所づくりに配慮した。介護センターや看護ステーションの壁を取り払い、フロアで入所者が閉め出される空間を無くし、その代わりに入所者が利用できる冷蔵庫やポット、レンジ、トースター等の生活必需品を揃えた。

軽くて割れにくいという理由で使用されていたメラニン食器は、陶器や磁器に変えられた。職員が着用していた体操服はその場の雰囲気づくりに相応しくないと脱ぐことに決めた。職員と入所者の距離を縮める家庭的な暖かいケアの実現を目標に定めている。

4.2. 効率的・生産的な介護

ケアの再構築と称され、集約的大規模ケアから、小規模な家庭的な雰囲気を大切にするケアへと切り替える一方で、小単位の現場で行われる労働過程としての介護は自動化・加速化する傾向がある。

入所者の一日3度の食事は、介護職員の間では「食介」と呼ばれ、ルーティン化された一連の業務と認識される¹⁹。食事時間の30分前頃には、介護職員がフロアにいる入所者に声をかけ「トイレ誘導」を行う。居室にいる寝たきりの人は、フロアに連れてこられる前に、排泄介助が行われる。食事介助の事前に、排泄介助、離床、誘導が一連の作業工程として行われる。食事が終わると、下膳、エプロンとおしほりの片付け、歯磨きのため洗面所への誘導、トイレへの誘導、居室への誘導・臥床、排泄介助がスケジュール化されている。

40人規模のフロアにおいても、12人規模のフロアにおいても、介護職員の業務は同じように行われていた。小規模なフロアでは、より短い時間で、一連の作業がより速いスピードで行われていた²⁰。一人のスタッフは、『食事の時間をゆっくりとりたいと思っているが、仕事がついつい速くなってしまう』と話した。

家庭的な場づくりを意図し、小規模フロアでは台所があり、介護職員が調理を行い、入所者と一緒に食事をとるように設えられている。しかし、その小さな空間で3人の介護職員が一斉に動き出すと、一連の動作は加速し、仕事は一気に片付けられていった。入所者はその一連の作業工程から解放されると、介護職員の慌しい動きとは関わり無く、そのフロアで長い午後の時間を過ごし始める。

人間のニーズを満たす仕事が、介護保険制度の下で、ビジネスとして発展させられていくと、「ただ側にいてやること」²¹というような役割は搔き消される一方で、無駄のない効率的・生産的な動きが評価されていく。

新人や実習生が行う「食介」と、ベテラン職員のそれとははっきり異なる。新人や実習生は、一人の入所者の横に腰かけ、その人の食べるペースに付き合って介助することが認められる。食物を口に入れ相手が咀嚼して飲み込むのを待ち、口に入れた食べ物が口からこぼれ落ちるのを小まめにタオルで拭き取りながら、食物を口に入れさらに対応。緩慢な食べ方に調子を合わせ、じっくり食べさせる忍耐のいる仕事を経験する。

しかし、ベテラン職員が行う場合は、それとは異なる介助がなされる。一つのテーブルに車椅子の食事介助の必要な人ばかりが集められる。その間に職員は立ち、車椅子の人に声をかけながら、すばんだ口を匙でこじ開け食物を入れてやる。その人の口が動くのを確認すると、今度は、左右の車椅子の人に同じように食事を一匙運ぶ。そして今度は後ろを振り返り、匙が止まったままの人の手を持って、皿の食事を匙で口に運ぶよう促す。ベテラン職員の動きは、無駄のないもので、管理者からは「マニアック」と評される。

4.3. 介護職員の補助－有償労働と無償労働の境界が曖昧な介護

朝食が終わり、昼食が始まるまでの間、食堂兼談話室では、入所者がおしゃべりや清拭タオルを巻く作業を手伝う。ある入所者は、手先のリハビリになる、血行がよくなる、と言って主体的に参加する。この場合は、まさに入所者の個別支援計画（ケアプラン）に記載されるリハビリテーションと介護職員の仕事の補助が同時的に成立する作業となる。しかし、入所者のなかには、次から次

へと持ってこられるおしごりや清拭タオルにうんざりし、さっさと自分の居室に退散する人もいる。また、はっきりと、これは職員の仕事だから手伝う必要はないと考える入所者もいる。

明確な意思表示ができる「スーパークリア」と呼ばれる入所者は、施設での暮らしは、『年金手帳から全部差し引かれている』『職員がやるから手伝わんでもええんだけど』と言いつつ、フロアに入ると仕方なく配膳などを手伝う。同じ作業でも、介護職員が行えば有償だが、入所者がいくら行っても無償である²²。

施設は、「家庭的な雰囲気」づくりにあたり、入所者にも施設の仕事に積極的に参加してもらうとともに、介護職員の採用に際しては、家庭の主婦や介護の未経験者を積極的に雇用していく方針を持っている。

4.4. 自律的な高齢者へのケア

あるフロアでは、調理・配膳を入所者が手伝うことがある。しかし、入所者の「手伝い」が、容易に職員の労働過程に組み込まれず、「本人が強い」と言われる入所者に職員がてこずる場面がみられる。

入所者：「今日はフルーツ何？ すいか」。

スタッフ：「細かく切るわ、皮切っちゃう」。

入所者：「あんまり細かく切っても美味しいしないよ」。

スタッフ：「かぶりつく？」。

入所者：「かぶりつくっていったって、まあ、ええわ、やったる、やったる、よしよし、やったるわ、やるから」。

スタッフ：「こうセットする？」。

入所者：「いいよ、どっちでも」。

スタッフ：「皮つけよーか、フォークかなんかで、どっちがいいかなー」。

入所者：「あなたのええよーに。私、すいか、いらないから」。

スタッフ：「嫌いですか？」。

入所者：「お腹、痛なる」。

自律的な入所者は個別的な関係を必要としているが、介護職員にとって、入所者との関係はしばしば重荷となる。職員は、排泄・食事・入浴の三大介護に

管理されるケアと要介護高齢者の自律性—特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)におけるフィールドワークから—

多くの時間を割き、一定の集団に対して、機械的な対応を余儀なくされるが、画一的対応を保つことで仕事をこなせる一面がある。特定の人に常に個別的な細やかさが求められると、その緊張関係に耐えられなくなり、ドロップ・アウトする職員も現れる。特に、小規模なフロアではそれが頻繁に現れる。ある自律的な入所者の場合、半年程で、担当職員が移動する。本人は移動のたびに別れを惜しむが、施設マネジャーの話しでは、移動は担当職員からの申し出によるものと言われる。

5. 管理される自律性

5.1. 「ごたごた」の予防—規則と権限

施設における「ごたごた」とは、禁止事項を犯すことである²³。自殺企図もそれに含まれる。例えば、首にシーツを巻きつける、薬を大量に溜め込み一度に服用するなどの行為である。

食事時に、介護職員の配膳に合わせて薬の配布は行われる。一つのフロアに限り、介護職員が薬を渡すとその場で薬が飲まれるのを見届けるか、直接飲ませるというルールがみられる。しっかりとした入所者が、『これは食事の後じゃない?』と言っても、『先に飲んでください』と介護職員は譲らない²⁴。その場を支配するルールは、入所者に押し付けられるだけでなく、職員をも縛るものとなる。

居室の窓、テラスやベランダに出る扉、総てに錠がついている。職員に申し出て、鍵を開けてもらわなければ、窓を開けることも、テラスに出ることも、ベランダに出ることもできない。外へは勝手に出られない。安全管理と事故防止を目的とした設えである。

鍵のかかった扉や窓は、「外の空気が吸いたい」、「部屋の空気の入れ替えがしたい」、「布団を干したい」、「手洗いした物を干したい」といった入所者の欲求の充足を日常生活から奪い去る。

職員は、申し出られたらすぐに開けますと言うが、自由が奪われ制約のある空間に身を置くことになった苛立ち、惨めさ、悲しさ、憤り、絶望、不信が入所者の言葉に滲む。

管理する立場の職員と管理される立場の入所者との間には、厳然とした一線が引かれる。充たされない欲求が放置されたまま、無力化された状態が蔓延し、悪循環的な下降を辿ることもある²⁵。

施設のなかで介護職員は、入所者にとって圧倒的な強制力と、定められた規則を推しつける権限を持つ。

ある入所者は、自分が買ったお菓子をこの職員に取り上げられてしまうと告げた。介護職員は、その入所者について、お菓子があると通常の食事をしなくなるので菓子類は全部職員が預かって管理していると話した。介護職員は、『健康を害するところまで自由といえるか。健康管理も私たちの仕事』(no.20)と話す。

施設という幾重にも被さったベールのなかで、職員が一定の権限を持って入所者の自律性に介入することが可能となる。たとえ相手のために善かれと意図された規則であっても、その規則を推す権限を備えるのは常に職員の側であり、その規則を推しつけられるのは入所者の側である。

5.2 縛らない介護一身体拘束禁止規定

抑制廃止福岡宣言²⁶が出された後、「特養」では、平成12年度の事業計画から抑制廃止を掲げ、身体拘束の解消に努めてきた。身体拘束の禁止規定²⁷が介護保険法に盛り込まれ、指定施設では高齢者を縛ることはできなくなった。介護職員は、危なっかしい足取りで歩く入所者を監視しながら、他の業務もこなしていかなければならなくなつた²⁸。人を縛らない取り組みの一方で、人手が不足しているという現場の切実な声も聞かれる。

転倒の恐れのある入所者のいるフロアでの観察である。ふらつきのある入所者が椅子から立ち上がると、すぐさま介護職員が側に立った。するとその背後で車椅子の人がトイレに行きたいと訴えた。ふらつく入所者を椅子に座らせ、立たないでくださいと念を押し、車椅子の人をトイレに連れ立ったが、直ぐ戻り、今座らせた入所者の手を引いて再びトイレに向かった。

その介護職員は、『転倒のおそれのある人が、二人同時に立ち上がられると困っちゃう、ケアプランでは、（歩行を維持・向上するために、）手伝いをして

もらひながら、というのがあるが、一人ばかりにつくと、他の人に 대해서できなくなる』と話した。

身体拘束を禁止する規定には、危なっかしい足取りで歩く入所者に付き添う人手についての手当は何も示されていない。介護職員は次のように話す。

『家族が転ばせないでくれと、縛っておいてくれと言われた人については、家族がNOといっているからという甘えの部分もある。』(no.18)

『拘束や抑制を外すことに一生懸命になり、外すことで怪我があり、家族の反対もあり、どちらがいいともいえない。外すことが目的であった時期もあった。ケアを変えることが目的。ケアが変わらないと外せないと思った。』(no.20)

目を注ぐ者がいない状態で、転倒すれば即事故につながる。利用可能な労働力を補う話については言及がされないまま、身体拘束が外され、国の規定には適うものの、入所者が常に転倒の危険に晒され、事故のリスクを現場の介護職員が負うことになる。

この他に、介護職員の手がとられ、他の入所者への影響がある不穏な状態の人の場合、鎮静剤を用いて落ち着かせる行為が行われていた。薬物の投与は、医師の処方によるものであるが、入所者の普段の様子を知らない医師による薬の処方は、不必要に患者の能力を低下させることもあった²⁹。

入所者の不満や欲求に対処する介護職員は次のように語る

『入ったとき、そういうのが当たり前にやっていた。手を上げてしまうような方、精神の強い薬を飲んで、歩けなくなっていく。薬が残っていく。精神科の薬は、つなぎと一緒に。その人とのかかわりが大変だから、薬でクタクタになってもらうというのは抵抗がある。飲み込みも悪くなり、頭も低下していくのを見ているのは辛い。いま、こちらが大変だから薬でクタクタにしようというのではない。今まででは、そういう方をみてきた。自殺未遂のような行為があったので、そういう形になつていった。』(no.18)

5.3. 判断能力が低下している人へのかかわり

本人の意思を確認することが困難な入所者とのかかわりを介護職員は、次の

ように捉えている。

『発語はあるが、意思疎通のできない方、食事も全介助で、・・・本人の意思がないけれど、私たちが、勝手にやってしまう。勤めて一年近くになるが、だんだんそれが普通、当たり前になってきている。はじめは、戸惑いもあったが、毎日の業務になっている。トイレも、尿意、便意のない方もいるが、時間になつたらお連れするので、本人が行きたくないとおっしゃっても、排泄表を見て、パットにててているのかもしれないし、座つたら出るかもしれないで、お声をかけてお連れする。』(no.24)

本人の意思表示の有無にかかわらず、一日の介護業務のスケジュールに則って介護職員の仕事が行われる。

『家族がよく来っていて、関係が取れていれば、家族で判断されればいいが、こちらがどういう対応をしても、されるがままの人もいるだろうし、抵抗感があつても表現できない方が多い。そういう中で、行っていくしかない。正しいか、正しくないか、本当にこの人幸せなのかというのがあるので、本当にこの人の望んでいるものかわからなくなってくるのがある。』(no.16)

本人のニーズに対する専門的判断よりも、むしろ日常化・標準化されたケアの提供によって施設介護サービスが行われる。ルーティン化される介護を問い合わせこと、それは、資本主義的合理主義の脈絡においては不合理・非生産的に映るかもしれない。しかし、時として、不合理が理性として働き、合理主義による暴力を止揚する力にもなりうる³⁰。

5.4. 終末期ケア—医療と介護の不連続

経管栄養となって病院から退院する入所者に対し、施設では、本人の希望を聞き、再び口から食事が取れるように回復訓練を意図したケアを行う。病院によつては、咀嚼困難、嚥下困難者に対するリスク³¹を回避するため、経管栄養への切り替えが行われる。飲み込みの悪い高齢者のペースに合わせ食事介助する職員の人工費を抑え、栄養剤の注入によって利益率を上げることもできる。

本人の自由な意思が明確でない場合は、家族の意向が聞かれ、それに沿う形

のケアがなされる。職員から見たとき、家族の意向が必ずしも本人にとっての最善とは思えないこともある。次は、介護職員の話である。

『本音を言うと、口から食べてもらった方がいいと思う。家族が延命を望まれる場合、経管栄養になつたりする。誤嚥生肺炎になって、健康を害するよりは・・・という意向がある』(no.20)

本人の意思が確認でき、医療を拒否していることが明らかであっても、生命に危険があると判断されれば、本人の意思にかかわらず、医療につながる。

『ここにいる以上は、必要であれば、受診、往診がある。医療につながってしまう。急変したときは搬送される。ナースがいる以上は、何らかの医療処置はあると思う。』(no.16)

『もう死にたいからと言われてその方に必要な医療行為・・・血圧薬だとか、捨ててしまわれても、試行錯誤して、その方の体のことを思うと、お饅頭の中に入れて飲んでもらつたりする。延命を目的として医療はいく。経管、胃ろうは、本人の望んでいる、望んでいないを問わずなっていく。命や身体にかかわることは嫌がる人の手をもってでもする』(no.18)

いわゆる本人の自律性対専門職の干渉主義と言われる構図が存在する。施設に医師は常駐していないが、その不在の権威は、施設の日常を外部から支配する力をもつ³²。その一方で、健康管理において、入所者の意思決定は省かれていく。

施設における終末ケアについて、これまで施設で息を引き取ることは、回避すべきこととされてきた。状態が悪化して危険な時は、救急車で病院に搬送することが第一に考えられてきた。職員は次のように話す。

『施設で看取るというのは・・・息を引き取るのは駄目。それは望ましいが、ぎりぎりのぎりぎりまでは見させて頂くが、状態が悪化して、苑で息を引き取るのは駄目。最期は病院で・・・。』(no.8)

『利用者の方がどういう生き方をしたいのかと関わる。病院で植物状態になるんだったら、ここで好きにして死にたいと言われる。その方の人生を考えたら、どうなんだろうと思う。でも、施設の高齢者なので・・・在宅ならば好きにできるが、施設だから自分の生き方が選べないのは不思議に

思う。』(no.21)

介護職員は、施設で最後を迎えると希望する高齢者を日夜支えるが、その一方で、極端に人手が少なくなり、医療が不在となる夜に、不安と恐怖を覚えている。

6. まとめ

措置費から介護報酬に転換されたことによって、施設におけるマネジメントが、介護職員と入所者の相互作用を生み出し、統制し、変化させる鍵を握る。介護サービスにおける要介護高齢者の自律性の取り扱われ方は、介護職員の個人的特性よりもむしろ、施設の組織としての特性が影響する。

施設のマネジメントは、職員の介護労働を統制するメカニズムとして働き、入所者へのかかわりを規定していく。統制された介護労働に組み込みにくい、自律的な高齢者に対する欲求の充足は後回しにされる。

施設の要介護高齢者の自律性は、組織のビューロクラティックな体制によって制約を受ける。とりわけ施設においては、あらゆる事故を防止するための管理体制がとられている。すなわち、服薬監視、施錠管理、排泄・食事・水分補給の記録を含めた健康管理、転倒事故防止の監視、暴力迷惑行為や自殺未遂者に対する鎮静剤の使用等である。

ここでは施設で管理されるケアと要介護高齢者の自律性を取り巻く相互作用や出来事について描いた。入所者の欲求を満たすための手立て、そして第一線の現場で介護職員が直面している諸問題を解決していくための方策は扱っていない。施設の経営管理体制に対峙することのできる当事者組織の形成、第一線の現場で介護を担う専門職集団の形成、この二つは今後の検討すべき課題として提示することができる。

付記 本研究は、科学研究費「基盤研究(C) 課題番号14510203」の支給を受け実施した研究の一部をとりまとめたものである。

文献・注

- 1 Clara Pratt, Vicki Schmall, and Scott Wright (1987) Ethical Concerns of Family Caregivers to Dementia Patients, *The Gerontologist*, Vol.27, No.5, pp.632—638.

- 2 Amy Horowitz, Barbara M. Silverstone, and Joan P. Reinhardt(1991) A Conceptual and Empirical Exploration of Personal Autonomy Issues within Family Caregiving Relationships, *The Gerontologist*, Vol.31, No.1, pp.23-31.
- 3 Bart J. Collopy(1988) Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions, *The Gerontologist*, Vol.28, Suppl., pp.10-17.
- 4 Bart J. Collopy, Nancy Dubler, and Connie Zuckerman(1990) The Ethics of Home Care: Autonomy and Accommodation, *Hastings Center Report*, Vol.20, No.2, March/April, pp.1-16.
- 5 The Harry R. Moody(1992,1993) Ethics in an Aging Society, The Johns Hopkins University Press.
- 6 Erving Goffman (1961) Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Doubleday & Company, Inc. (=1984,1990, 石黒毅訳『アサイラム 施設被収容者の日常世界』誠信書房)「大量の人びとをビューロクラティックに組織して・・・多くの人びとの人間としての要求をまとめて処理することが、全制的施設の中心的事実である。」(6-7頁)
- 7 小室豊允(2005)『変革期の老人ホーム経営 競争の時代を勝ち抜くためには』中央法規
- 8 Campbell, Marie (1988) Management as "Ruling": A Class Phenomenon in Nursing, *Studies in Political Economy* 27, Autumn, pp.29-50.
- 9 佐藤郁哉(1992)『フィールドワーク 書を持って街へ出よう』新曜社
- 10 箕浦康子(1999)『フィールドワークの技法と実際 マイクロ・エスノグラフィー入門』ミネルヴァ書房
- 11 Diamond, Timothy (1992) Making Gray Gold Narratives of Nursing Home Care, The University of Chicago Press. (=2004, 工藤政司訳『老人ホームの鍊金術』法政大学出版局) 本研究に影響を与えた文献である。
- 12 Gubrium, Jaber F. (1997) Living and Dying at Murray Manor, The University Press of Virginia.
- 13 拙稿「施設高齢者の自律性支援に関する予備的研究」「社会福祉研究」第7巻 2005年
愛知県立大学文学部社会福祉学科 27-33頁
- 14 Gubrium, Jaber F. (1997) 前出。
- 15 箕浦康子(1999)前出。pp.48-51.参照。
- 16 Diamond, Timothy (1992) 前出。フロアで「声がしない」ことについて(p.86)、単調な生活に耐えねばならないことについて(p.107)、同様の指摘がされている。
- 17 Diamond, Timothy (1992) 同上。「沈黙は感情を表現する数少ない方法の一つだった・・・積極的に沈黙しつづけたのである。」(p.133) 満たされない欲求を抱えた入居者の沈黙について、同様の指摘がされている。
- 18 Diamond, Timothy (1992) 同上。「待たされる」ことについて(p.87)、「待つこと」を覚えなきやならないことについて(p.101)、同様のことが指摘されている。
- 19 Erving Goffman (1961)前出。
- 20 Diamond, Timothy (1992) 前出。「介護業務を効率至上主義の労働形式に押し込めようとすれば、時間と行動の圧力の下で緊張が高まるばかりだ。」(p.199)「介護が商品に変わると、反応が全くなくなり、ゆっくりやっていたことが迅速化し・・・」(p.230)、同様のことが

指摘されている。

- 21 Diamond, Timothy (1992) 同上。「・・・「ただ側にいてやること」などは、企業の考える生産性のモデルには馴染まないものだ」(p. 222)、「老人ホームでの居住と介護の仕事が書類化の過程でカルテに書き込まれ、単位に数えられると、ホーム内の生活は外から管理され、検閲され、価格を付けて所有される。老人は金に変えられるのである。」(p.228)参照。
- 22 Diamond, Timothy (1992) 同上。「この発展途上産業における有償労働と無償労働の間の介護の仕事の境界は決してはっきり決まっておらず、・・」(p.155)、同様の指摘がされている。
- 23 Erving Goffman (1961) 前出。「ごたごたとは禁止事項を犯して・・」(p.56)参照。
- 24 Diamond, Timothy (1992) 前出。「与えられた直後に服用するよう監視するのが看護師や看護助手の仕事」(p.120)と書かれてあることと同様のことが見られた。
- 25 Carolyn L. Wiener and Jeanie Kayser-Jones(1990) The uneasy fate of nursing home residents: an organizational-interaction perspective, Sociology of Health & Illness Vol.12 No.1 pp.84-104.. 状況を変えることができない無力な状態を次第に受け入れていく。
- 26 平成10年10月に福岡県にある正信会水戸病院など10の病院が、次のことを宣言した。老人に、自由と誇りと安らぎを 1.縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。2.抑制とは何かを考える。3.継続するために、院内を公開する。4.抑制を限りなくゼロに近づける。5.抑制廃止運動を全国に広げていく。
- 27 平成11(1999)年3月31日厚生省令における介護保険指定基準の「身体拘束禁止規定」が示された。介護保険法の下での対象施設では、「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行ってはならない」とされた。
- 28 Diamond, Timothy (1992) 前出。「拘束ヴェスト」(p.93)、「彼女の拘束ヴェストは労働コストを節約する一方で事故防止もしているのである。」(p.198) 参照。
- 29 平成13(2001)年3月厚生労働省、身体拘束ゼロ作戦推進会議、「身体拘束ゼロへの手引き」に、介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為に、「行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる」が含まれる。
- 30 山田富秋(2004)「まえがき」「老いと障害の質的社会学 フィールドワークから』山田富秋編 世界思想社 i - viii. 「ケアという暴力」「暴力としての介護」の議論を見据え、介護職員のインタビューにおける語りを捉える。
- 31 杉橋啓子(2002)「食生活のリスクマネジメント」『月刊総合ケア』 no.12 no.9 pp.17-20.
- 32 Diamond, Timothy (1992) 前出。「医師・・・彼はこうした条件を動かす権威のシステムに繰り込まっている。」(p.196)参照。