

2009年5月

長崎 浩

これまで一年ほど、勉強会「福祉と自由」を続けてきた。ここで介護についての私の関心は、新しい労働の形つまり介護という社会的労働の在り方に向けられていた。いまだに海のものとも山のものとも定かでなく、それぞれの小さな職場で日々試行錯誤を繰り返している「介護の現場」とは、おのずから関心のあり方がずれる。いわば具体性に淫した現場からの言葉と、やたらに抽象的になる思想的な議論とは、そもそも言葉が通じない。両者は乖離するだけでなく、乖離したうえであまり健全とはいえない言葉の関係が相互に成り立っているように見える。こうした現状はよく分かっているつもりである。その上で、両者の「健全とはいえない言葉の関係」を崩すことが、私の関心だったと納得することもできよう。以下、暫定的なまとめを試みる。

1) 介護と労働と

1. 現代では介護は国家と社会の主要な関心事項に属する。医療だけでなく介護を必要とする人びとが無視できない比率で、いわば人口学的に存在している。現代に特徴的なこの人口は誰なのか。
2. 老人にしても障害者にしても、この人びと（要介護者）は市場で労働しない存在である。この人びとのために、労働の脱商品化の自由を市場の外で保障しなければならない。これは社会全体の負担であり、かつ社会全体の負担として引き受けるべきである。この点で、市場社会の合意が得られている。これがいかなる性格の負担であり、負担を引き受ける仕組みをどうするか。これが現代の「介護問題」である。
3. 介護は社会的問題である。家族や地域の間人関係に閉じ込めておいてはならない。また、介護問題を独自に処理する仕組みがなければ、仕事から余暇まで、現代人の「正常な」活動が制限される。こうした相互依存の関係が一般に認識されている。「介護の社会化」の必要である。
4. 要介護者の人口学的存在に対応して、介護する者（介護者）が社会的に存在している。家族、地域、あるいは個々の介護施設にそれぞれの介護者が存在しているのではなく、

いまや、介護者は無視できない職業分類として存在している。数の上でも、養成機関が毎年大量の介護専門職を送り出している。今後の新たな雇用創出として期待されてもいる。そればかりか、現在ではなお劣悪な待遇にあるにもかかわらず、介護はやりがいのある仕事として若い人びとを引き付けている。

5. 介護者という職業分類を特徴づけるのは介護という労働である。とはいえ、介護（者）を介護労働（者）と見なすことは、現在はまだ一般の承認が得られているとはいえない。国家の社会保障（福祉）を現場で担う専門職、貨幣関係を度外視した要介護者への奉仕、新しい人間関係の片方の当事者、ケアという新たな社会倫理の誕生など、介護の定義は多義的である。この現状に対応して、「介護の現場」は無数の断片として存在しており、共通の定義と共同の言語を欠いているように見える。介護労働という観点は介護の現場が言語を共有する試みである。
6. 労働は近代社会を特徴づける主要な人間活動であるが、そのあり方は時代とともに変化している。現代では「物」すなわち自然素材や機械装置を相手とする仕事の比重が低下して、直接に人間を対象とするサービス労働が一般化している。介護労働もこれに属し、かつ典型的に現代の労働という特徴を持つ。他人の世話をするという人類の誕生とともに古い仕事が、かえって現代の社会問題として浮上している。逆説的にも、人類という「自然」への回帰であろうか。

2) 近代の労働観

1. 近代が作りだした労働観は、自然の人間化ということだった。労働は自然を人間活動の対象と見定めて、これを人間の目的に沿って解体加工して人間的な自然へと獲得する。この過程で自然についての合理的な認識が発見され、これが科学技術の発達を促すとともに、技術が逆に自然の加工を加速した。自然を含めたこの世界がすべて労働の素材として存在すると見なして疑わない世界観が、この過程で確立した。近代の労働は近代世界の認識論でありかつ存在論である。
2. 人間という自然も技術の加工素材と見なされる。この点で先鞭を切ったのが医療である。近代の「医学モデル」と呼ばれる。医学は感染症への対処においてこのモデルを確立することによって、ようやく科学技術の仲間入りができたといわれる。現代医療でもこの性格が強化されているが、反面で、科学技術が方法上見落としてきた事柄を社会問題として浮上させることになった。いまや病人が患者に、人間が病気に疎外さ

れているのではないか。医療から介護が分離するのもしこうした趨勢がもたらすものであった。

3. 介護労働は、したがってその出生の秘密において、医学モデルとの関係が問われる。介護労働はいかなる意味で医療とは区別される専門職なのか。逆に、介護労働は医療とは別の対人サービス職だとしても、一般的のサービス労働（ホストや小売り）には解消できない専門職だとしたら、その専門性とは何か。
4. 近代労働では自然を人間化し、人間を自然化することを通じて、労働主体が相互に「人間という類」であることが確証されるといわれた。家族や身分、特定の領域に所属する個々の人物ではなく、上位概念としての共同性（類）が「人間」として発見された。肉体労働者もプロレタリアとして、この人間の仲間入りをすることができる。これが「労働の意義」であった。
5. 現代においては一層、未知なる自然を人間化する作業の意義（たとえば灌漑事業の成果）ではなく、労働という協業において自己の社会的役割が確証され承認されることに、働くことの意味が見出される。一般にサービス労働では「お客様は神様」であり、相手に従属しつつお客様を獲得することが第一とされているけれども、その成果を労働の意義と受け取ることができるのは、労働者どうしでの承認が得られるからである。介護労働も、労働対象の対象化（専門職として相対で要介護者を扱う）という仕事につきるものではない。労働の横のつながり（職場や同職の仲間）を抜きにして介護労働は論じられない。介護労働はいまや社会的労働である。ただ、新しい職場であるために、介護労働という共通のつながりを一から試行錯誤で編成することが必要とされている。

3) サービス労働の技能

1. サービス産業は物だけでなく対人サービスを貨幣と引き換えに提供する。航空機の客室乗務員やスーパーの売り子などを例として想定すれば、サービス労働の対価には顧客との関係性の評価が含まれていることが分かる。介護労働も、医療職、弁護士、教師、セラピストなどとともにサービス労働である。
2. 介護労働などが一般のサービス労働と区別されるのは、役割の交換が不可能だからである。スーパーの売り子は明日にはお客になるであろうし、客は別の場所で売り子で

あるかもしれない。顧客とサービス提供者を取りかえることが原理的に可能である。これを両者の関係の対称性という。介護労働などはこれと対照的に、クライアントとの関係を交換することがありえない。教師は定義上生徒ではないのは自明である。一方はいつもサービスの受け手であり、他方は提供者である。これを関係の非対称性と呼ぶ。介護労働も定義上、クライアントとの間に役割の互換性がない。なぜであろうか。

3. 役割の互換性を欠く関係では、一方が他方にたいして「専門職」として存在する。サービス提供者に比べて、クライアントはこの「専門性」を欠く存在だからである。現代社会で専門職は、役割の非対称性が「資格」の有無で区別されている。資格は国家により認定される場合もあれば事実上のこともあるが、役割が社会的に承認されていることを示すのである。資格には権限が伴う。医師には患者を治す資格があり、患者を認定する権限がある。介護が介護労働としてあるのも、クライアントとの間で役割、資格、権限が非対称であり、取り換えができない、ありえないことを意味している。
4. 役割の非対称性は資格と権限の社会的な差異として現れているが、その根源には技能の非対称性がある。病気を治す技能が患者にはない。この点から権限の非対称が社会的に生まれる。技能－権限－役割が社会的に組み合わせられて、職種の区別が生まれる。介護者の労働もこの点では医師、教師など「師・士職」と同列と見なすべきである。もちろん他方では、介護職はただの3K労働の一種、劣等労働のスティグマを刻印された職業だという人もいる。反対に、介護者と要介護者とは対等の関係にあると見なし、両者の共感や共鳴が強調されることもある。これらにたいして介護労働を医師などと同列に扱うことは、多義的な介護（ケア）論から見れば限定的な視点を取ることを意味する。
5. もともと、技能とは各人の固有の能力のことで受け取られてきた。機械を扱う職工の技能は、産業では絶えず技術に置き換えられていくべきものだが、それでも名人のいわゆる勘やコツは残る。マニュアルとして匿名化され、匿名の他者に伝達できる技術から、はみ出る個人的な能力を技能という。当人にも意識できず、だから容易に言葉にできず、相対の伝授としてしか他人に譲り渡せない能力のことである。技能は技術と比べて本来的に属人的な能力である。
6. けれども、サービス労働の技能とは、余人にはまねのできない人間国宝やオリンピック選手の達成のことではない。サービス労働の技能にオリンピックがあるのであれば、産業として成り立たない。それでも、売り子の個性は残る。医師、教師などでは達成

すべき一定の技能水準が国家によって定められているから商売になる。技能のレベルは社会的にある程度平準化されている。しかしそれでも、個々人で技能の差は出るし、介護のエキスパートがおり赤ひげの医者が存在する。介護労働の技能も介護福祉士やホームヘルパーとして資格が定められていると同時に、この平準化を破る技能があり技能の向上という課題は常に残る。介護労働が専門職だとしても、専門性はたんなる資格でも共有すべき技術のことでもなく、各人の技能の専門性である。介護労働の技能とは何か。

4) 生物個体の機能モデル

1. 介護労働では介護者とクライアントの関係に役割—機能—権限の非対称性がある。この差異は両者の技能の非対称性にもとづくのだが、差異はどこから生まれるだろうか。初めに指摘すべきことだが、生物個体としてそもそも両者は機能的に非対称の存在として定義される。介護者に比べて、障害者も老人も生物個体として機能が低下した存在として介護を必要としている。機能の差異が両者の役割の非対称性を生み出している。この点で両者の関係は医療職や教師やセラピストと同様であるが、しかし一般のサービス業とは違っている。生物的機能の非対称という意味で、弁護士などの専門職からも区別される。
2. 生体の機能は臓器レベルの機能（心臓や手足の働きなど）と個体の機能に分けられる。医療職や教師が医学から区別されるのは、臓器ではなく個体（たとえば発達途上にある子供）として、その機能を対象にするからである。生物個体としての機能は、ここでは人間の場合であるから、たんに生物学的事実にとどまらず社会的な機能との連続体として働いている。とはいえ、社会的機能の遂行が生物個体としての機能低下の影響を受け、あるいは後者にたいする介護を前提とした社会的機能である限りで、そこに介護労働や教師職などが発生する。
3. 介護労働のクライアントの機能について、リハビリテーション医療の「障害モデル」を参照してみる。もちろん介護とリハビリテーション医療は同じではないが、近年、機能障害決定論的な医学モデルから、「社会モデル」への転換が果たされたといわれ（国際生活機能分類 ICF の分類モデル、2001 年）、両者の境目は流動している。ICF モデルでは、人間の機能は（個人特性と環境の制限を捨象したとして）臓器レベルの機能、活動、および社会参加の 3 つの次元に区別される。それぞれのレベルの機能の欠損あるいは低下が、「機能障害」、「活動制限」および「参加制約」と呼ばれる。

要介護者の機能はこのうちのどこかで制限されているだろうが、医学モデルのように「機能障害」がその人の活動や参加を因果的に規定すると見てはならない。三者は因果ではなく相互作用の関係にあるというのが ICF の主張である。足腰に機能障害があっても、車椅子と介護のサービスがあれば、買い物にも行けるし仲間と一緒に旅行に行けるかもしれない。

4. リハビリテーション医療は個人の生物個体としての機能にアプローチする分野であり、ICF モデルを次のように捉えている。自立した日常生活に不可欠な「活動」（歩行とか記憶とか）に制限の見られる障害者や老人が与えられるとき、セラピストは相手を二通りの視線で評価する。第一に、生物個体としての機能がクライアントの「活動制限」の原因になっているかもしれない。機能は運動機能と認知機能に大別でき、機能低下はそれぞれ基礎的な動作と行為につき標準化されたテストを用いて評価することができる。運動と認知の機能の低下は、さらに、動作や行為として統合されるべき要素的な諸能力のどれかに欠陥があるせいかもしれない。筋力あるいは記憶力の特異的な低下などである。セラピストの「機能障害」に関する医学的知識が生かされるのはこの点である。次いで以上の視線を逆転させれば、要素的な運動・認知諸能力が行為と動作の遂行を妨げている程度と範囲、さらに後者が日常活動を制限する程度と範囲が一つの因果系列として見えてくるであろう。ここまでが固有の意味で「生物個体としての機能」が関わる領域であり、かくして、セラピストの技能が因果系列に介入する。
5. 他方、より介護労働に関連するのは、リハビリテーション医療モデルのもう一つの見方である。前項で述べた機能の因果系列がクライアントの活動を制限する範囲と度合いとは、疾病ごと個人ごとに異なるのはいうまでもないが、因果の決定力は概して強いものではない。固有の意味での生物個体の機能低下とは別次元の要因が、クライアントの活動を制限している程度がそれだけに大きいのである。同じ疾病の後遺障害で同じ程度の機能低下がある二つのケースでも、性別年齢別、職業や教育歴、環境やサービスの有無など多数の要因が関与して、両者の日常生活遂行の程度を分けることがある。日常生活を越える高度な活動や社会参加の遂行になればいうまでもない。ここに介護サービスの領域が発生する。
6. 現在の要介護認定が基準とするのは、基礎的な日常生活活動が生物個体としての機能低下に影響されている程度である。つまり日常生活活動に不可欠な基本的な動作と行為の遂行困難を評価しているのであって、基本はリハビリテーション医療モデルにもとづいている。活動制限に影響を与えるその他の要因を無視している点でこの評価基準には問題があるが、標準的なアセスメント尺度がないという現状はいかんともしが

たいだろう。

5) 日常生活という技能

1. 日常生活に支障があることが、介護サービスの基礎的なニーズを作り出す。ここで日常生活とは動作と認知の活動であり、これが人間の基礎的で不可欠な技能をなす。技能とは取り立てて意識せずとも自動的に課題を遂行する能力であり、運動技能と社会的技能に大別される。日常生活を遂行する技能は、発達と学習を通じて獲得されたものであり、成人ではひとまず万人が共有するレベルに平準化されている。特殊な訓練と練習を経て獲得されるエキスパートの技能ではなく、誰しも生活に必要な技能として備えている能力である。この技能のレベルが「正常」とか「健常」と呼ばれる。その意味で個人的能力でなく人類個体としての技能である。障害あるいは加齢によって技能に低下があれば、それは日常生活の円滑な遂行を妨げるものとして意識に上る。日常活動が技能であったことに気づくのである。そして、意識的に技能を再学習し、あるいは機能低下を遅らせる課題が浮上する。この現象が社会問題となった時代に、介護サービスが登場する。
2. 介護労働が技能である（技能職でなければならない）のも、顧客の技能のレベルに意識的に介入する仕事だからである。前項のリハビリテーション医療のモデルでいえば、運動と認知の基礎的諸能力から動作と行為が組み立てられ、これが日常生活活動という技能を成り立たせていることへの着目である。生物個体において人類史と個人史を通じて進化・発達した技能である。この技能の支障に介入することがリハビリテーション専門職の技能であり、「医療技術」としてある程度は共有されている。
3. しかし、日常生活という技能はたんに生物個体に還元できない多様な要因に規定され、顕著な個体差がある。運動技能が発揮されているかどうかは生活歴による。社会的技能には共通の作法や仕来りがあるが、平準化をはみ出る技能の差がまた個性や人格を形作っている。介護職の前にさらけ出されているのは、クライアントの特有な人生のスキルである。介護サービスの技能とはクライアントのこうした技能の問題に介入する技能である。クライアントを前にした介護者の一つの言葉、仕草、感情表出までが、すなわち両者の関係性の作り方までが、ここでは技能たりうる。介護職の人生のスキルがクライアントを前にしてさらけ出されることもある。リハビリテーションと同様に介護職が共有する（共有すべき）技能があるとともに、どこまでいっても介護者の個性に左右されざるをえない機微が残る。クライアントの技能に介入する技能を

介護者が意識的に共有することが、介護職を社会的な労働たらしめる。「良い介護」とはまずはこのことであって、あなたが（あなただけが）介護の達人、人間国宝になることではない。

4. 介護労働はいまや社会的労働であり、無視できない層をなして介護職が存在する。介護職を横につなぐものがあるとしたら、まずは技能共同体、技能のギルドとして確保されるべきであろう。技能とは医学やリハビリテーションの「医療技術」ではなく、また専門教育で教え込まれた「介護技術」であるとは限らない。感情表出の「一般的諸規則」（後述）までも含めた技能の共有である。ギルドとはもともとこうしたものとして「相互扶助」の仲間であり、一つの文化であった。
5. 介護労働は多くの場面でクライアントとの一対一の関係であり、両者には機能の本来的な非対称がある。非対称であることが「介護の心」の発生根拠であるが、また介護労働を捉える罣となる。介護労働が社会的労働であることにしか、この罣を抜ける方途はない。サービスの売り手として割り切って働く、というのとは違う。技能（生きる動作と作法）に関わる技能であることが介護労働の独特な性格である。かつてこんな仕事が職種としてあったであろうか。職種としての社会的認知や労働としての権利主張とは別に、「介護の心」をも技能として共有するギルドが求められるべきである。

6) やりがいのある仕事

1. 現状では介護労働のステイタス（給与と社会的認知度）は低く、新しい3K労働だという人もいる。この意味で「介護の現場」が崩壊している。けれども他方、現代社会に珍しい「やりがいのある」仕事として、若い人びとをひきつけているのも事実である。現実には3K労働にもかかわらず、介護はどのようにして「やりがいがある」と観念されるのだろうか。労働力商品の交換、つまりカネのやり取りとは別の労働がここにあるかに思えるからである。社会的労働として市場のうちになら、市場原理には解消できない関係があるかに思われるのである。
2. 市場では人間関係は貨幣を介して成り立つとされる。労働も生活の手段、カネの問題に疎外される。反対に市場の外には、貨幣関係に還元できない人間関係がある。家族や仲間共同体である。奉仕、互惠互酬、贈与、友愛の関係である。介護もこうした関係であり、おカネに換算できない魂の労働があると想定されている。この著しい市場社会の真ん中に、惜しみなく与える人間関係が、しかも仕事として成り立つもの珍しさが若い

人びとを介護労働にひきつけている。一種の先祖帰り、反動として「深い人間関係」を求めている。

3. 深い人間関係とはクライアントとの相対の関係である。家族では失われている老人とその子供との関係が期待される場合もあるだろう。介護は他人の身体と人生の技能に介入する。後述するように、個人は自由で独立不羈のアトムであると想定する近代主義が、介護の相手において何がしか欠損している。運動と認知が「不自由な」存在である。生物個体の生理的事実（技能の低下）が、いわば外部（身体という自然）から近代的人間のイデオロギーを突き崩した。要介護者のこうした存在と相対するとき、介護者は見慣れない不気味な不安に直面する。生物個体の死のみならず、近代的個人の社会的な死が、そこから立ち上ってくる。二重の死に直面してまともに「死に目にあう」経験が現代人を引き付ける。そこに改めて実存的な人間の関係や、社会倫理の源としてのケアを思いつめることがあるであろう。思考がとめどなく抽象的に、反社会的に内攻していくであろうが、そこには根拠がある。だが、相対の深い関係はまた関係の罣である。対幻想(性的関係)として以外に、ひとはこうした関係にどうして耐えることができようか。
4. 介護労働からのアプローチは、この悩ましい問題、介護の深い関係を断念することが必要である。実際、介護労働を相対関係に還元することはクライアントへの過度の共感や奉仕を要求し、介護者の労働をとことん収奪する言辞にもなっている。ひどい待遇が深い人間関係によって棒引きにされるかのようである。「介護の理想」と「介護の心」が若い人びとを燃え尽きさせ、介護の現場を内部から壊す一因になっている。ことに企業経営がこれを強調するとき、市場原理の否定を市場原理が要求して収奪することになる。
5. 市場の外の互惠の関係が同時に収奪であることは、家族と家事・介護にたいするジェンダー批判をまつまでもない。贈与とは反面で無償の収奪であり、相手に無形の負荷を一方的に押し付けて相手を関係に拘束する。介護は介護者の魂を収奪して燃え尽きさせるとともに、要介護者は介護者の前で無防備に権力と暴力にさらされる。これにたいして、相対の個人的関係を貨幣関係に置き換えることは、関係の罣を防ぐ利点となっている。近代社会の知恵である。契約の自由とともに権利要求が可能になる。介護労働が介護者－要介護者の「実存的関係」を断念することは、貨幣関係に助けられて始めて可能である。
6. 今日の「介護現場の崩壊」は、問題の大部分が福祉国家の財政で解決する（すべき）

「カネの問題」である。現状はカネの問題を解決すべき過度期にある。どう解決するか、専門家の提言と政府の施策を注意深く見守っていかねばならない。カネの問題が、「関係の罫」を迂回して介護労働を社会問題にすることを助けるであろう。

7. とはいえ、介護は社会問題や労働問題一般に解消することではすまないであろう。介護はやりがいのある仕事である。他人の身体と人生の技能に関わり、まともに二重の死に目にあう仕事だからだ。特異であり歴史的に新規な労働である。このためもあり、介護の社会化はなお形成途上にある。種類も規模も千差万別の現場で、統一もなく試行錯誤が繰り返されている。現場からの試行錯誤の言葉は具体性の罫にはまっており、このままでは相互の伝達の手段になりえない。現場の具体性があたかもそれ自体で大切であり、たてこもりの根拠であるかのようだ。対応して、介護問題は政策論とケアの倫理とに分離して收拾がつかない。介護労働という視点は両者を橋渡しする位置に自立すべきである。

7) 介護労働の二つの次元

1. 介護労働は他人（クライアント）の技能に介入する技能である。この場面と、技能を共有する労働集団（技能のギルド）とは、介護労働の二つの次元をなす。介護労働者を原点とすれば、両者はいわば垂直軸と水平軸をなして交わっている。介護労働の特徴として、一方を他方に還元することはできない。
2. 一方の軸、介護職とクライアントとの関係は金銭を媒介にしたサービスの授受である。しかし、一般のサービス産業とは違い、金銭関係に解消できない特異性がここにはある。相手の死をめぐる実存的な問題はすでに指摘したし、後にもう一度立ち戻る。この問題は断念するとして、介護労働では相対の関係が非対称であることに改めて注意しよう。要介護者は介護者にたいして本来的に「弱い立場」にあり、反転して、弱い立場は相手にたいする理不尽な権利要求に転じることもある。両者とも対価はカネだけではすまないと感じるであろう。ぎくしゃくした感情が残る。しかし逆に、カネには代えられない共感が交換されることも確かな事実である。アダム・スミスではないが、人間は（利己心に次ぐ）第二の本性として、他者に共感（同感）したいと願う。
3. 同感とはアダム・スミスによれば、自他の感情表出の意味が相互に受け入れられ了解される関係である。いわば感情の意味の等価交換である。同感は一方向的なものではありえない。だから、同感相手の感情に身を委ねることではない。同感はそれぞれ

の感情表出欲望を基準にすれば、いつも過剰あるいは過少たるを免れることはできない。それでもなお、自他の同感の関係を成り立たせたいと願うなら、同感とはいつもなにがしか社会的な努力と節度とを必要とする。社会的技能としての礼儀作法や仕来たりとはこうしたものであり、社会はこの約束事を守ってきたのである。スミスのいわゆる第二の本性とは社会的なものである。双方がそれぞれ「胸中の公平な観察者」を育てて、その判定に服するようにしなければならない。

4. にもかかわらず、自他の関係がぎくしゃくするのもまた社会的現象である。同感が自分の感情欲望の切り詰めや肥大化であればこそ、自然的な欲望がしばしば同感関係を裏切る。ところで、要介護者とは障害者であれ老人であれ、生物個体としての技能の問題を露わにするものとしてそれだけ「自然」に近い存在なのである。このことが介護者との間に関係の非対称性を生み出し、固定化する要因として作用する。一方ではクライアントの理不尽なわがままが表に出て、そのままに介護者の同感を求めるであろう。介護者にしてみれば、弱い立場からする抑圧と押し付けに感じられるだけでなく、これは介護職の技能の否定である。他方、介護者に比べてクライアントには機能の低下があるから、介護者は権威主義的パターンリズムに相手を従わせる。機能的に弱い立場からすれば無意識無自覚の暴力である。極端に言えば、こうして主人と奴隷の関係が固定化される。
5. 同感とは社会的な関係である。同感とは相互に「公平な観察者」の判断に従うこと、つまり節度を要求する。この関係が本来的に危ういことを認めたくえて、同感関係を維持しようとするのが介護労働である。これは双方が（少なくとも介護者が）節度を演じる努力としてあるほかない。これを社会的な役割遂行、演技と呼ぶ。介護者の演技はなかば職業倫理であり技能である。クライアントにたいする言葉一つ、笑い方一つが演技として自覚され、技能として自覚的に育てられねばならない。ホックシールドのいう「感情労働」における感情行為とは、うわべを取り繕うことでも、逆に、本心なるものの表出でもなく、感情演技のことであった。

8) クライアントの役割

1. クライアントとしての役割演技は職業倫理には属さないから、もう少し複雑である。そもそも、介護者の役割はともかくとして、クライアントの役割などといえば奇異に響くかもしれない。社会学でいう役割遂行とは、社会的関係における各人の地位に応じて、周囲が要求し期待するように、それから逸脱しないように行動することである。

個人は他者の役割期待と地位に応じた自己の役割意識とを照合して、ふさわしい役割行動を選択決定して役割を遂行するものとされる。

2. 病者や障害者では、通常の役割遂行が不可能になる。あるいは役割が変化する。病者であれば、疾病はやがて排除すべき一時的な現象でありそれ自体の自己責任は問われない。病者である期間は社会保障があり、社会的義務と役割が免責される。患者は医療の命令に受動的に従わねばならない。これが病者役割といわれる。これに対して障害者役割では、障害は永続的であり可能な限り社会的な役割を遂行すべきものとされる。医療にたいして能動的に対処し、障害に適応していく努力が課せられる。疾病と異なり、機能レベルを維持することには自己の責任がある。
3. 介護労働のクライアント、障害者や老人も、介護者や家族が期待する役割を演じることが求められる。ひとまずはそういえる。介護者への過度の依存を断ち、自立と尊厳を守ることは基本的に本人の責任である。介護されるとは病者になることではない。この点で介護者の援助が得られれば、両者で相互の役割が了解され、その上で共感が交歓される。介護の場面で、クライアントは自分の役割を演技できるように誘導され、いってみればそのようにしつけられる必要がある。
4. とはいえ、クライアントには生物個体としての機能低下があり、低下は現に進行している。これは自然過程であり本人の責任とはいえないから、免責と依存が許されるものと受け取られがちである。病者役割への退行が避けられない。介護は看護と医療へ道を譲らざるをえない。その先に個体の死がある。
5. 介護の場面ではクライアントの病気ではなく、その人生がさらけ出される。ひとは一人ひとり何と独自で、我儘で頑固なものであることか。クライアントにはまた介護世代の区別があり、一世代が共有する独特な振る舞い方と仕来りがある。自己犠牲と自己主張の兼ね合いが世代によって変化する。独自の世代と特有の人生に介護者は直面する。介護者の一方的な介入などをはねつける「圧倒的な人生」がそこにある。それゆえ、介護はクライアントとの共同事業という次元を作り出さねば成り立たない。クライアントの協力が必要である。協力は両者の演技の交換である。介護施設での交換を通じて、クライアント相互にも演技の共有を育てていく。介護者にとっては深いところで、クライアントの人生への断念が必要である。

9) 介護という職場

1. 介護者とクライアントとのぎくしゃくした関係は、それぞれに不断のストレスをもたらす。少なくとも介護者にはストレスを外化して処理する場所がある。介護労働という職場である。クライアントとの関係を垂直軸とすれば、技能のギルドとしての水平の関係が職場にある。垂直軸での経験は不断に水平面へと転位され外化され、そこから介護職の技能が意識化され伝達されて、共有される。経営側から職務として強制される規則ではなく、介護労働が自らをコントロールする場所をここに確保しなければならない。これはまた介護労働のマネジメントの仕事ともなるだろう。
2. 「感情労働の代償に耐えるには画期的なアイデアを必要とする」とホックシールドが指摘している（225 ページ）。感情労働の従事者は顧客の身勝手な振る舞いや暴言に耐えねばならない。お客様だから面と向って「叱る」ことは許されない（経営規則がそう命じている）。介護者も似たような立場にあるだろう（本当はクライアントを「叱る」べきなのだが）。そこで「画期的なアイデア」だが、仲間内の怒りの表出、ジョーク、仕事上の相互扶助などを工夫して、企業が設定した規則から自分自身の感情規則を切り離すことだとホックシールドが指摘している。何のことはないアイデアに思われるが、この指摘は本当である。関係の規則は企業が設定するばかりではない。世間がそうあるべきだと考え、クライアントも期待しているらしい介護労働の対人規則があるであろう。この規則を仲間内の規則に翻訳転化して、仲間で処理しコントロールして共有すること。客の身勝手にたいするうっぷんを晴らすこと、ジョークにすることなど、些細なことも含めてこれもまた介護労働の技能になる必要がある。
3. 介護労働はクライアントとの相対関係において役割演技であるばかりか、協業としての労働において役割を演じる者である。もともと働くことの意味が、労働対象との関係でなく、協業における相互承認にあることを想起しよう。「あいつはしょうもない年寄りであるが今日はまあまあ良く対処できたね」と、仲間からいわれたときの達成感である。クライアントとの関係同様に、「同感」は仲間というものの定義に属する。同感され承認されることを通して役割演技は技能として意識化され、職場のルールとして共有される。介護労働には当然待遇改善という共通の問題があるが、それだけでなく対象との関係を不断に協業の関係に転化して共有する次元がある。職工が機械の扱い方のコツを会得して共有するのと同様である。かつてはサンジカと呼ばれた手労働の仲間であり、これは階級としての相互扶助であるばかりか技能を共にし、技能を誇りとする文化共同体であった。
4. 介護労働のストレスは労働者個人に内攻することもあれば、職場外の家族などで解消

しようとするのも当然である。これらとは区別して、ストレスの処理を職場のコントロールの下に置くことは個人でなくルールを重視することである。クライアントの人生ばかりか、介護者もまた千差万別の人生を生きている。職場のルールとルールを演技することは、個々人にとってはいつもなにがしか過剰あるいは過少である。そこに疎外がある。本当の自分、自分らしい感情の発露はどこにあるのか。だが再び注意するが、介護は社会的労働であり協業である。ここにも独自の同感関係がある。アダム・スミスによれば、同感とは「公平な観察者」の判断に服するのであり、仲間内ではこの判断は（道徳感情に関する）「一般的諸規則」として析出する。職場の仲間とはこの規則を演技する劇団である。

5. 介護の職場の「一般的諸規則」は職場の独自性を特徴づけ、他の職場との異同が比較され、職場が外部から評価される基準である。介護労働が職場横断的に連携できるのもこの基準があればこそである。「介護の現場」がそれぞれに独自で具体的であるのは当然としても、介護を語る言葉が具体性に淫してはならない。

10) 老人とは誰か

1. 戦争と革命の時代が遠のき、現代人が生の死と直に向き合うことが稀になった。親族や友人の死も病院が用意し管理する。リルケがその祖父について書いたように、圧倒的な死が臨終にいたるまで何週間も家族に君臨した、というような死にはもう見られない。他方では、老人人口は社会の第一階級として存在しており、社会は福祉を用意して老人を生き延びさせねばならない。フーコーではないが現代社会は人間を生かし、そして死へと廃棄する。
2. 日常的に死と接するのは医療だが、現代の医療は病気を診て病人を診ない。こうした中で、介護（ケア）は他人の死に直に直面する特異な仕事である。死を看取るだけではない。老人の生の世話をしながら、そこに常に死が露呈するのを見なければならぬ。老人とは不可逆的に死へと向かう存在である。老人は円熟することはあっても向上することがない、その必要のない存在である。それぞれの人生の到達点として、それぞれ資質と我意をさらけ出しながら、絶対的可能性としての死に向き合っている。
3. 土に帰る、自然に帰るといのように、死とは人間のなかの自然の勝利である。人類がただの動物の一員であったころは、生も死もひとつながりの自然であった。ところが現代では、自然は人工物に作り替えられ人工物の中で人間は生きている。社会的動物

として人間も生の自然ではありえない。これが近代の人間の定義である。人間を含めて社会は第二の自然である。もともとの自然などはもうどこにもない。そしてただ死においてのみ、一瞬、自然が露呈する。生物個体としての機能低下は、老人の身体から社会性をはぎ取って身体を肉体の機能に変えていくが、肉体の衰えを通じてむき出しの自然が死へとせりあがっていく。死において、身体と第二の自然としての人間が、二重に死ぬ。

4. 介護が老人において死に向き合うことは、自然を喪失した現代人が人間の自然に直面することである。あたかも唐突な自然の出現にうろたえたとともに、ひとはこの事実を引き寄せられる。いままで気づくこともなかった自己のなかの自然は、直面してみれば恐ろしく、不可視な闇のごとくに、退避したいと思いつつ誘い込まれる出来事のようなものである。介護がやりがいのある仕事と観念され、同時にそう思うことが介護の罨であるのも、介護の場所で自然への恐怖と誘惑とが呼び出されるからであろう。「これは普通の仕事ではない」。
5. 老人という自然は、しかしもとより、モノとしての自然につぎるのではない。それどころか、それぞれの人生の物語と不可分により合わせられて、自然が露呈する。老人は黙って死んではいけない。他人を巻き込もうとじたばたする。老いた象は一人で墓場に退くというが、ひとは死に際まで他者の承認を求めてやまない。自然と人生のこの独特の絡み合いが介護の相手であり、疎ましくも引き寄せられる要因となる。老人は介護者から自己の人生の承認を求め、あまつさえ共感を得たいと願う。介護者がそのように対応することを要求する。一人ひとり、別々の物語に耳傾ける気配り、余裕、聴く力が介護になければならないと。
6. しかし、ひとの人生など何ほどのことがあろうか。諦念と平静なユーモアとを許されながら、ただ死んでいけないものか。個人の問題としてでなく、老人という社会的存在がこんなに眩くとしたら、それが老人の尊厳であり見識である。一世代の老人はその世代の見識を世に示すべきである。老人たちの我儘な人生の物語からは、我儘の普遍性とでもいえる傾向が析出してくるのでなければならない。普遍性は第二の自然としての社会的人間の継承のされ方である。そうでなければ、人生の物語も千差万別、玉石混交であり、死という自然の普遍性を際立たすだけとなろう。逆に社会は、死の普遍性でなく老人の見識を、老人の尊厳として守る習慣と仕組みを持つべきである。
7. 介護は老人の物語と死とに向き合う限りは、そもそもが個別のケアである他ない。死に目にあうこと、すなわち物語の表層と死の闇とがケアを誘惑する。けれども、介護

労働が社会的に成り立つとすれば、老人の尊厳を死すべき世代の普遍性として汲みとり、この普遍性に向き合う労働である他ない。介護労働はまた老人世代の見識を問いつつ仕事であろう。