

# 認知症介護は困難か

## —介護職員の行う感情労働に焦点をあてて—

二 木 泉 \*

### I. はじめに

本稿は日本で介護労働に従事する介護労働者<sup>(1)</sup>が、介護の際に行う感情労働を分析したものである。介護労働は排泄介助や入浴介助などの場面で肉体労働であり、利用者に最適な援助を考察し選択するという意味において頭脳労働である。従来の三大介護（食事介助、入浴介助、排泄介助）業務中心に効率優先のタイムスケジュールにそって流れ作業的に行う「集団介護」では相手を「物（客体）扱い」する働き方がある程度容認されていた。しかし特に認知症介護において医学的および適切な介護方法の理解が深まりつつある現在、高齢者本人のニーズをくみ取りその実現を図るためにケアする側の感情次元まで自己を組み替えたケアが必要とされる。<sup>(2)</sup>介護はケアする側とケアされる側の相互行為が中心であり<sup>(3)</sup>多くの感情のやり取りがなされる。そこでは介護職員自身の感情を管理し、利用者を理解する、信頼関係を構築する、利用者の立場に立って考える、ニーズを察知する、利用者に関わる中でその人の生きる気力ややる気など好ましい感情を引き出すなど、高度な感情労働が不可欠である。<sup>(4)</sup>現在、日本では高齢化に伴い認知症高齢者の数が増え続けており、2006年には老人福祉施設<sup>(5)</sup>で何らかの認知症がある人は96.2%にのぼる。<sup>(6)</sup>厚生労働省から出された報告書「2015年の高齢者介護」<sup>(7)</sup>では、高齢者の尊厳を支えるケアの確立がうたわれ「認知症介護を高齢者介護の標準とする」という提言がなされた。近年、認知症介護の質に関する研究や実践が数多く発表されている。しかし認知症介護は介護労働者への負担が大きいとも考えられている。本稿では肉体労働および頭脳労働的側面を含んだまま、高度な感情労働が求められる認知症介護において利用者との相互行為場面における感情労働に焦点をあてる。筆者の行ったインタビュー調査に基づき感情労働やその経験が介護労働者にどのように捉えられているのかを考察し、どのような条件の場合

\* 国際基督教大学社会科学研究所準研究員

に感情労働がよりスムーズになるのか、介護職員にとって感情労働は肯定的な経験となりうるのかについて明らかにした上で認知症介護における感情労働の重要性について論じたい。

介護は「肉体的にきつい仕事」であると捉えられ、介護労働者の不足や離職率の高さが問題となっている今、介護における相互行為場面で欠かせない相手の理解や共感、配慮など、これまで介護労働者の個人的資質と「優しさがあればできる」と語られてきた感情労働についてその意味と重要性を検証することが必要であるとする。

## Ⅱ. 先行研究レビュー

### 1. 認知症介護の特質

介護労働の目的は高齢者に対して「生活行為を成立させる援助を通して、命を守り、生きる意味を引き出すこと」である。<sup>(8)</sup>実際には介護は食事、排泄、清拭、入浴など「身体介護」や、掃除、洗濯、家事など「生活支援」と呼ばれる身の回りの世話によって高齢者の生存を支える肉体労働であり、利用者の介護計画を立てたりサービス内容や利用者の情報を記録する頭脳労働でもある。加えて介護は感情労働であるとも言われる。介護は高齢者と介護者が直接関わる相互行為であり<sup>(9)</sup>そこでは大量の感情がやり取りされる。介護職員は自分の感情をコントロールし好ましくない感情を抑制したり、相手に働きかけたりすることで、相手の中に適切な感情の状態をつくる感情労働を行っている。例えば介護される者を安心させる、落ち着かせる、相手を気にかけ関心を持っていることを常に伝え高齢者の生きる意味を引き出すなどである。<sup>(10)</sup>介護職員は利用者と対面しない場での作業（例えば記録作業、茶碗洗い、掃除など）では感情労働は伴わないが、利用者とは直接対面して援助行為を行う際には肉体労働や頭脳労働と同時に感情労働を遂行している。

認知症介護における感情労働の重要性について説明する前に、認知症について確認しておく。認知症の定義はいくつかあるが代表的なものの一つでは「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態」と定義される。<sup>(11)</sup>認知症の症状はきわめて多彩で、大きく分けて中核症状と周辺症状とがある。中核症状とは認知症を抱える人には誰にでも現れると言われ、記憶障害、時間、場所、人物や周囲の状況を認識することが難しくなる見当識障害、判断力や注意力、思考過程が変化する思考障害、言葉や数のような抽象的能力の障害などである。周辺症状は人によって現れ方が全く異なる。例えば自分が物

を置いた場所を忘れ「盗まれた」と言いつのる「もの取られ妄想」、配偶者が浮気していると思ひ込む「嫉妬妄想」、いないはずの同居人がいると主張する「同居人妄想」などの幻覚妄想状態、不眠、抑うつ、不安、焦燥などの精神症状から、徘徊、便いじり、収集癖、攻撃性といった行動障害など様々な症状がある。<sup>(12)</sup> 認知症介護は90年代頃から集団を対象とした介護から個別の介護へ、介護者視点から当事者視点へと転換が図られてきた。介護職員が認知症高齢者を支える介護を行うには、本人の生活史、価値観、好み、生き方など、その人個人を理解し、現在どのような心の世界を生きているかを発見することが必要となる。認知症高齢者の心の世界は、その障害によって現実と離れ過去の人生を生きていたり、時間の感覚が異なっているなど個別の感覚世界である。また本人の視点から「なぜそのような行動を示すのか」、「その背景にある精神的苦痛をキャッチしその痛みに寄り添うこと」など、高齢者の世界観に沿った個別対応が求められる。<sup>(13)</sup> 三好は認知症は必ずしも脳の病気ではなく、環境や関わり方を工夫することで周辺症状が解決したり落ち着いたりすると主張する。<sup>(14)</sup>

## 2. 感情労働の定義

自己の感情管理を必要とし他者の感情に働きかける仕事を「感情労働 (emotional labor)」と名付けたのは社会学者のホックシールドである。<sup>(15)</sup> ホックシールドは感情労働を1. 顧客との対人的接触を持つ、2. 労働者が自己の感情管理によって顧客の中に感情変化を引き起こす、3. 労働者の感情管理が組織的になされる、の三つの条件を満たすものと規定した。<sup>(16)</sup>

感情労働という概念についてジェームスはホックシールドが感情労働において自己の感情管理を強調したことを、他者の感情管理を行うという視点が欠落していると批判した。<sup>(17)</sup> 例えば看護師の場合、自己の感情管理と同時に患者の感情管理を行う側面が多く、不安に駆られた患者に励ましの言葉をかけたり説得して不安を和らげ患者に肯定的な感情を持ってもらうなど他者への働きかけが重要である。<sup>(18)</sup> スタインバークも感情労働は相手を励ます、説得する、共感するなどの「対人関係技能」や「コミュニケーション技能」が重要な要素であると述べた。<sup>(19) (20)</sup> 本稿では介護労働者は感情労働を行っているという前提のもと<sup>(21)</sup> 感情労働を自己の感情管理だけでなく、他者の感情管理を行うために必要とされる対人関係技能やコミュニケーション技能などを含むものとする。<sup>(22)</sup>

なお本稿の主題である認知症介護における感情労働とは、介護職員が認知症高齢者

と直接対面する場面において、自己の感情を管理し、利用者の感情に配慮しながら介護を行うことである。それは利用者との信頼関係を築き、ニーズを把握するなど介護の前提となる過程を含む。これは個別対応で尊厳を支える「認知症ケア」と同義であるように見える。しかし本稿で敢えて「感情労働」という言葉を使用するのは、これまで介護労働において顕在化されてこなかった側面に焦点をあてる為である。これまで介護における感情労働は介護役割を担ってきた女性や「優しい」介護労働者であれば（多少時間がかかることがあっても）遂行可能であるとされてきた。しかし実際には感情労働は、何時でも遂行可能というものではなく労働環境が大きく左右する。また感情労働の過程が介護職員にとって肯定的経験となるか否定的経験となるかは様々な要因によって異なる。

### 3. 感情労働の帰結

感情労働の過程が介護職員にとって肯定的経験になるか否かは介護の質に大きく関わる。感情労働の過程が肯定的経験となった場合、介護職員はやりがいや達成感を手に入れる。<sup>(23)</sup> 他方、感情労働の過程がストレスや自己嫌悪、自尊心の低下、罪悪感などを抱えるなど否定的経験となる場合もある。感情労働が否定的経験となった場合、介護職員は否定的な自己イメージを抱いたまま燃え尽きがおこり離職したり、割り切った末に「心の通わない」介護をするか、「高齢者を物化し対等他者として向き合わない」作業的なケアに後戻りする。<sup>(24)</sup> 介護労働者を取り巻く現在の労働環境においては、感情労働の過程が否定的経験となることが予想される。以下でその理由を考察する。

ホックシールドは感情労働を十分に行うことができない環境では、感情労働過程で「本当の自分ではない」「嘘をついている」と感じる自己疎外や労働者の燃え尽きがおこるリスクがあると指摘した。1970年以降、航空機の大規模化、飛行時間の長時間化、待機時間の短縮化が進み、客室乗務員は一人あたりの担当人数が増大し、かつ十分な休養をとる時間も削られた。高速化した状況で顧客から人間味のある要求をされると、客室乗務員は本心からではなく、表面的な演技を行うようになり、自分の感情と外見とのギャップに苦しみようになった。<sup>(25)</sup> 現在の介護の現場も、常に人員不足による業務過多が叫ばれ、介護職員は感情労働を十分に行うことができない環境にあることが考えられる。実際に介護労働者の燃え尽きの例も多く報告されている。<sup>(26)</sup>

鈴木は感情労働の過程には「自律的」な場合と「他律的」な場合があり、感情管理

が「自律的」な場合には感情労働は労働者にとって解放的な経験となるが、「他律的」な場合、疎外感を経験すると説明する。感情労働の過程では通常、管理者・労働者・顧客の三者が存在し、それぞれが自分の利害を迫及して他の二者の統制を試みている。労働者は迅速に顧客サービスを行うことを求める管理者と、高質で迅速なサービスの提供を求める顧客の二者から感情労働を求められる。管理者と顧客のうち、一つか両方の統制が弱い場合ない場合には、感情労働を行うか否かについて労働者自らが裁量を持つため自律的な感情労働が可能となる。また労働者による感情労働が顧客を統制する手段となる場合（例えば保険勧誘員が顧客を保険に加入させるために行う）、感情労働は労働者に利益をもたらすものである。他方、感情労働を行っても顧客統制ができない場合や管理者からの圧力が強い場合には、感情労働は他律的となり労働者にとって重い負担となる。<sup>(27)</sup>

これらの議論で留意しなければならないのは、顧客と労働者がお互いに統制する力を持っているという前提である。労働者と顧客が対等の地位にある場合は、感情労働によって互いを統制する。これを介護労働に当てはめて考えてみると、顧客は介護を受ける高齢者であり、労働者は介護者である。介護保険下において高齢者と介護者は契約関係であり、労働者の介護行為に応じた金額を顧客が支払うという点では対等にみえる。しかし、介護者がいなければ日常生活を送ることが不自由または不可能になるという点で高齢者と介護職員の間には既に権力関係が存在する。<sup>(28)</sup> 本稿では、介護労働における感情労働によって介護職員が利用者である顧客を統制するのではなく、介護職員の権力を弱め利用者との対等化を図るために利用されることを後述する。

感情労働の過程が肯定的な経験となるか否かは、顧客と接する頻度、感情管理の要求の厳密さ、報酬の有無、監視の有無、研修の程度の違いによっても異なる。<sup>(29) (30) (31) (32)</sup> さらに、感情労働を本来の仕事ではないと考える「意識変更」によって、感情労働の過程で否定的感情が沸き起こった場合にもそれを自分自身に帰責させずに経験することが可能になるという。例えば客室乗務員が本来の仕事は乗客に笑顔で対応することではなく、緊急時の脱出の手助けや安全確保であると認識していたり<sup>(33)</sup> 看護師が自分の本当の仕事は患者の治療であると考えてることによって患者の理不尽な訴えに対してやり過ごすことができるなどである。<sup>(34)</sup> 介護の目的が「生活行為を成立させる援助を通して、命を守り、生きる意味を引き出すこと」<sup>(35)</sup> だとすると、介護労働者には利用者への援助のみならず、相手の苦しみや悲しみに共感し、それぞれに向きあう感情労働が求められる。そこでは介護労働者が、感情労働を本来の仕事ではないと考える

意識変更は困難であることが予想される。

他者からの承認も感情労働を肯定的経験として捉える要因となる。<sup>(36)</sup> 他者からの承認の一つに顧客からの感謝の表明がある。ケアするものは互州的な関係を期待してはならないという感情規則も存在するものの、顧客から感謝されることを仕事のやりがいとする者は医療従事者にも多く、介護労働者も例外ではない。<sup>(37)</sup> しかし認知症介護の場合、言語を用いたコミュニケーションが難しい場合もあり利用者からの感謝の表明は少なくなる。<sup>(38) (39)</sup> これらの先行研究から鑑みて介護、特に認知症介護を行う介護職員の感情労働は、肯定的な経験となりにくいことが予想される。

#### 4. 介護における感情労働の特殊性

さらに介護労働者の行う感情労働を考える際に考慮しなければならない点がある。一つはヒンメルワイトが「ケアの与え手とケアの受け手の間には、関係性の発展が不可欠であるため一方的、一時的な感情労働とは異なる」<sup>(40)</sup> と指摘するように、労働者である介護職員と顧客である利用者との間には、長期的な関わりが要請されることである。表面的で一方的な感情労働と比較して、介護労働者の行う感情労働は深化が求められていると言える。

二つ目は、介護における感情労働はそれ自体が職務であると完全に「商品化」されず、介護のための「手段」として用いられているため、組織による労働者の搾取の実態が見えにくくされている点である。三橋は介護における感情労働は職務遂行上要請されているもののそれが見えにくいため、介護職員が職務と自己とを区別しにくくなり、感情労働による負荷が労働者に帰されていると述べる。<sup>(41)</sup> 感情労働が完全に「商品化」していれば、感情労働を行うこと自体が目的となりそれに報酬が支払われる。しかし介護において感情労働は手段として用いられている。そのため、介護者は感情労働を自発的に行っていると自他共に認識し、感情労働場面での負荷を自己に帰るのである。

三つ目に介護が行われる施設という場の特殊性を考慮しなければならない。崎山は病院において看護師の行う感情労働は複雑で困難であると述べる。それは、病院では個別の患者の感情に配慮する「感情性」を重視する側面、患者を集団として捉え組織の職務のペースを乱さない「合理性」を重視するという側面が併存し、加えて患者に個別に感情労働を行うべきとする「個別主義」、すべての患者に同じように配慮すべきとする「普遍主義」の側面の4つが交差しているためである。<sup>(42)</sup> 介護施設におい



ても崎山が指摘した複雑さを抱えている。現在の介護施設は従来の大規模施設（通常 50 人単位）中心から利用者を 10 人前後からなるいくつかのグループに分けたユニットケアへの転換が図られ、尊厳を支える個別ケアが盛んに提唱される。しかし少ない人員配置のもとでの過重労働により、介護職員の負担が増大し個別ケアが果たされていないという調査も存在する。<sup>(43)</sup>

最後に介護労働者の報酬と社会的地位の低さを無視することはできない。介護職員は全労働者の平均よりも賃金が低く、<sup>(44)</sup> 社会的地位も低いと自己評価する者が多い。<sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> 仕事に対する報酬の多さが感情労働を肯定的に捉える要因になるという先行研究からは、介護職員は感情労働を肯定的に捉えにくい環境に置かれていることがわかる。

さらに介護の中でも認知症介護は、一層深化した感情労働が必要だと言われる。春日は認知症介護では身体ケアが上位に置かれていたこれまでの「医療モデル」ではなく、身体と精神、その人の生きてきた歴史、人間関係や社会関係にまで広げて全体的に把握し、そこから生ずるさまざまな生活障害に対するニーズにこたえる「生活モデル」であり「全人的介護」が必要であると述べる。そこでは食事、排泄、入浴の三大介護中心の身体的能力補足的な働き方と次元を異にし、介護職員の人間観、倫理観、自己感情の組み替えまで要請する働き方が求められる。なぜなら重層的な生を生きる認知症高齢者は記憶障害によって時間軸がワープし、認知障害によって対象認知にズレが生じ、不安、焦燥、抑うつ、攻撃性といった精神症状や多動、徘徊（歩いたり動き回る）、異食（食べられないものを食べようとする）等の行動障害を示しており、そのような高齢者の「揺らぎ」を受けとめるためには介護職員に、いま・ここでの相手の世界をその人の主観に即して再構成し、ストーリーを読み取り、対応して行く力が求められるからである。<sup>(47)</sup>

このような認知症介護は介護者にとって負担の大きいものである。<sup>(48)</sup> <sup>(49)</sup> 認知症高齢者は行動障害の他、介護拒否（排泄、入浴などの介護を拒否する）や暴力行動等が現れることがある。松田によると、介護職員は認知症高齢者の言動を疾病の症状であると理解し、専門職として持てる知識や感性を駆使して理解しようとしているものの、率直にはそれらを異常な「問題行動」とであるとみなし、利用者に対し「嫌悪」「恐怖」「苛立ち」といった否定的感情を抱くことがある。<sup>(50)</sup> 認知症の専用施設で働く介護職員は非専用施設の介護職員に比べて「抑うつ」「不安」「不機嫌」「怒り」などストレス反応が高いという調査もある。<sup>(51)</sup> このように認知症介護における感情労働は、介護職員

にとって負担が大きいものであることがわかる。

他方で認知症ではない高齢者の介護（以下、非認知症介護）の方がより困難であるという意見もある。三好は認知症高齢者は環境と介護職員の対応次第で「ちゃんと関わればちゃんと落ち着いてくれる」が、認知症でない場合には「変なプライド」があるため、介護が難しく介護職員にストレスをもたらすという。そのため三好は認知症高齢者の方が「好き」であると述べる。<sup>(52)</sup> 認知症介護に対する三好の反応は認知症介護と非認知症介護に求められる感情労働が異なっていることを示唆しており、認知症介護における感情労働が、介護職員にとって肯定的な経験となる可能性を示している。そこで本稿では筆者の行ったインタビュー調査のデータを用いて、介護職員にとって認知症介護がどのような経験として捉えられているのかについて、感情労働の過程に焦点をあてて考察する。

### Ⅲ．調査概要

本稿で用いるデータは、2007年6月から9月にかけて東京都および愛知県で行った直接面接方式による半構造的インタビューを基にしている。対象者は入所型介護施設において、現在働いているか過去に働いた経験がある介護職員23名である。入所型介護施設として対象としたのは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、介護療養型医療施設（療養型病棟）、ショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム））である。対象者の選定は、筆者の知人からの紹介や対象者からの更なる紹介など、スノーボールサンプリング方式で行われた。聞き取りは各1時間から2時間で、語られた内容はすべて録音し、後日音声を書き起こして分析を行った。分析で使用する引用部分は、書き起こしの文書からの抜粋である（括弧内の注は筆者）。インタビュー対象者の中で認知症専門の施設もしくはフロアで働いた経験を持つ人は7名であった。<sup>(53)</sup>

なお、一言で認知症と言っても、その状態は人それぞれであり、また同一人物であっても日時や身体および精神状態によって異なる。そのため認知症かそうではないかは明確に二分することが難しい場合がある。しかし、本稿では認知症介護と非認知症介護における感情労働との違いを浮き彫りにすることができると考え、「認知症高齢者」の操作上の定義はそれぞれのインタビュー対象者の主観に委ねた上で分類した。

以下では、筆者の行ったインタビュー調査のデータを用いて、介護における感情労



働を介護職員がどのように捉え、行っているのかを分析し、認知症介護と非認知症介護における感情労働の過程の相違を明らかにする。認知症介護と非認知症介護における感情労働過程の違いに注目することで、従来のタイムスケジュールにそって行う三大介護（食事介助、入浴介助、排泄介助）等に加え、認知症介護に重要だとされる個別ケアのための感情労働を行うことが介護職員にとってどのような経験となるのかを検証する。そして認知症介護における感情労働が非認知症介護の場合と比較して困難であるか否か、またどのような場合に認知症介護が介護職員にとって肯定的な経験となるのかについて検証する。

## Ⅳ 分析

### 1. 介護における感情労働の意味と目的

始めに介護職員が介護労働をどのように捉えているのかインタビューで語られた内容を基に分析する。介護職員は決められた事柄をタイムスケジュールに沿って淡々と行う介護と、利用者の置かれた状況や身体的状態を検討しながらニーズを把握し、個別の利用者にあわせた対応を行う介護を区別し、後者をより重要な本来の仕事であり、質の高い「よい介護」として認識していることがわかった。前者でも「にこやかである」ことや「相手に悪感情を与えない」、礼儀作法に気をつける等の感情規則に即した感情労働をおこなっている。しかし介護職員の考える「よい介護」とはこれらの表面的な感情規則に即した対応ではなく、個別の利用者にあわせた対応の個別ケアであり、利用者を理解・共感し、利用者からも信頼されるなど情緒的な相互交流を伴った介護であった。介護職員は可能な限り質の高い介護を行いたいと考えており、自己感情を管理しつつ、ニーズを把握したり信頼関係を構築するため個別の利用者の感情に配慮し、様々な働きかけをおこなうといった感情労働を行っていた。感情労働は認知症介護でも非認知症の場合にも行われているが、その目的や方法が異なっていた。

#### (1) 感情労働の目的 1: ニーズの把握と利用者世界の尊重

個別の利用者にあわせた質の高い介護を行うためには利用者のニーズを把握する必要がある。介護職員は利用者のニーズを把握し、それを満たすべく感情労働を行っている。利用者のニーズの把握は、会話によって「うまく聞き出す」など言語的な方法だけでなく、「察する」「空気を読む」など非言語的な方法で行われる。特に認知症介護の場合には、利用者の行動や発言を観察し、利用者の心の世界を発見し理解するこ

とでニーズが把握されていた。利用者の世界の発見には、実際の生活状況、心理的状态、理解の度合い、好きなもの、嫌いなもの、残された能力、自己をどのように捉えているか、健康状態、故郷やきょうだい、仕事、家族構成などの生活歴など多岐に渡る情報が必要となる。それは利用者の家族や知人からの情報も然ることながら、利用者と日々接する中で、利用者の行動を観察したり、昔話やふとした発言から「何となく分かるようになってくる」ものであり、把握するまでに時間がかかることも多いという。グループホームに勤務する T さんは、利用者と毎日会っていても「半年くらいで何となく（利用者の）性格が分ってくる」程度であり、利用者の心の世界を発見することの困難さを語った。

認知症介護であるかどうかに関わらず、介護職員は利用者のニーズを発見し、介護過程において利用者に合わせて対応を変化させる。特養に勤める A さんは「よい介護」（行為としての）ケアというよりは、自分はその人に寄り添っちゃいます」と述べる。A さんのいう「寄り添う」とは、利用者がどのように感じているかを探り、理解し共感するなど、相手の感情に合わせる作業であるという。

介護職員が利用者に合わせる方法は様々である。会話の中で話題を合わせるだけでなく話し方も工夫する。例えば N さんは、利用者に対していつも敬語を使うのではなく、「うちのじいちゃん、ばあちゃんに話しかけるみたいに、東北出身の方には東北弁交じりで」話かけるなど「適材適所の言葉かけ」を行うよう心がける。A さんも「ちょっと下手に出よう」、「ここは対等に接した方がいいかな」、「時にはお茶飲み友達みたいに（中略）甘えてみたり」、「尊敬しながら」など、相手や場面に合わせて対応を変えることが必要であるという。時には利用者が「役に立てた」という気持ちを持てるよう、あえて自分の悩みや弱みなどを伝えたり、アドバイスを求めることもある。

ここで認知症介護において利用者に合わせた介護を行うことの意味について考える。認知症介護の場合でも非認知症介護の場合でも、介護職員は個別の利用者に合わせた介護を行っているが、認知症介護の場合、その重要な目的の一つに利用者に介護を受けてもらうことがある。例えば介護職員による援助を拒否する認知症高齢者に対しては「いくら理屈を並べてもだめ」（D さん）な場合がある。そのような場合、介護職員はその瞬間毎に利用者の精神的状態を理解し、そこに沿って対応を行う必要がある。例えば排泄介助の場合、「トイレ」はその人の慣れている呼び方「便所」<sup>かわや</sup>「厠」「小便」「おしっこ」に呼び方を変えたり、それでも困難な場合には介護職員がトイレに

行きたいふりをして「ちょっと一緒に来てくれる?」と誘ったり、介護職員が娘や息子、孫になり様々な演技することもある。

認知症高齢者への対応は、このような声かけの方法に加え声をかけるタイミングも重要である。介護職員が適切なタイミングを見計らって声をかけることで援助を受けやすくなり、利用者と職員双方に負担の少ない介護が可能になるという。例えばOさんは尿失禁など何らかの失敗行動があった場合でも「いつもすぐに反応する」のではなく、利用者の行動を観察し「他の利用者さんが指摘してしまったら傷つく」かもしれないことも考慮に入れながら「相手が受けやすいタイミングで」声をかけるなど、「相手の『心の世界』」と「精神的に及ぼす負担」を考えた上で、適切なタイミングや方法で声をかけなければならないという。適切なタイミングや声かけの方法で援助出来なかった場合には、利用者が精神的に傷つき、介護職員による介護を受け入れてくれなかったり、後々まで介護が困難になることもあるという。

さらに認知症介護は利用者を取り巻く環境が認知症の状態を大きく左右するため、利用者が安心した環境で暮らせる環境を保つことが重要とされる。施設の部屋に利用者の私物を持ち込み、住み慣れた環境に近いものとするなど物理的環境を整えるだけでなく、介護職員の醸し出す雰囲気が利用者に影響すると考えられ、存在感までもが管理されていた。Oさんの勤務するグループホームでは、職員同士の会話は囁く程度の大きさで行い、利用者のペースを守るように心がけられている。Oさんも利用者を尊重するために自分の「存在感を消したい」と語る。

自分が慣れてきたなと思ったときに、周りの人（利用者）が自分に合わせてくれちゃうんですね。というのは、俺が俺のペースで動いちゃっていると思うんですね。だから存在感を出しちゃったりとかしてるんだろーと思っていて、それは決していいことじゃないんだろーなって。ビクビクする必要はないんだけど、どうにかある程度、存在感を消せないもんだろーかっていうのが、難しくって。(Oさん)

Oさんは利用者の世界を尊重するため、利用者の前では自分の存在感までもコントロールしようと試みていた。しかし利用者の世界を理解した上で適切な方法やタイミングで声をかけることは容易ではないという。それに対し、介護職員は試行錯誤しながら情報を集め、利用者対応を行っている。例えば「この人（利用者）は女の人好

きだから、あんた行ってみたら良いんじゃない?」、「この年齢の人は男尊女卑が激しいから、ちょっと俺がいてみるわ」、「あの人は息子さんがいるから男性がいいわ」(Lさん)、「ちょっと(利用者への対応を)代わって」(Bさん)という会話が日常的に交わされ、利用者のニーズや心の世界についての情報が蓄積され、適切な方法やタイミングでの介護が徐々に成功していくのである。これらのニーズの把握と利用者の世界の尊重に加えて介護には介護職員と利用者との間の信頼関係の構築が不可欠であると考えられていた。

## (2) 感情労働の目的2：信頼関係の構築

介護職員は介護には、利用者との信頼関係が構築されていることが必要であると考えており、信頼関係構築のために感情労働を行っている。インタビューでの語りを整理すると、信頼関係の構築の目的とその方法は認知症高齢者か否かによって異なっていた。

非認知症介護の場合、介護職員と利用者との間の信頼関係を構築することが、「心の交流」の伴った、より質の高い介護に繋がると考えられている。介護職員は信頼関係を構築することによって、利用者の「心を開き」、ニーズや要望を把握し、その要望を満たしたり、利用者のことを気かけ、尊重・尊敬していることを伝え、利用者の生きる意欲を引き出すのである。非認知症介護の信頼関係は、例えば礼儀正しく真面目な仕事ぶりを利用者に見てもらい、利用者が何を望んでいるのか察して行う(時には行わない)等、利用者の視線を意識した行動や、利用者に最適であるとする介護職員像を呈示すること(以下、自己呈示と呼ぶ)で徐々に構築されるという。利用者との相互行為の中で、場の「空気を読む」、「余計なことは言わない」など利用者の領域に踏み込み過ぎない配慮も必要である。非認知症介護の場合、感情労働は部分的に三橋の言葉のように「商品化」されている。すなわち感情労働を行うこと自体が目的になる部分がある。例えば介護職員に礼儀正しさを求める利用者に対して礼儀正しく接することは、信頼関係を築くという「手段」でもあり、礼儀正しさそのものを呈示し利用者の要望を満たすという「商品化」された目的でもある。

他方、認知症介護の場合、信頼関係の構築は、介護職員が介護を行うために必要な「手段」として行われる。認知症介護の場合には、介護職員が行う入浴介助や排泄介助などを含む援助行為を利用者に受け入れてもらうために必要なのである。利用者が介護職員を受け入れていない場合、利用者に対して援助行為を行うことができないと

いう。例えば認知症介護において介護職員と利用者の中で信頼関係が築けていない場合には、「いつまでたっても心を許してもらえないため、利用者の世界に「踏み込ませてはくれ」ず、適切な援助を提供できないと O さんは語る。

（介護職員と利用者の間で信頼関係の構築ができていない）その人（介護職員）がお風呂の前の着替えのために、（利用者の）タンスから洋服を持ってきたり、脱衣所で服を脱がせる手伝いをする、『これを勝手に着ろって言われた』とか『脱がされた』とか『脱げって言われた』とか、やっぱり怖かったイメージが後でそういう風に出たりするので、それ以外のところである程度関係を作ってからじゃないと、こっちの言う通りにはして下さるんですけど、それは怖いからなんですよ。（介護職員から）『やれって言われた』とか、『やらなきゃって言われてやる』とか、そういうことが多いようです。（O さん）

介護職員が「不安の象徴になっている間というのは、何しても悪い方にしか取ってくれ」ず、実際の援助行為を行う前に、認知症高齢者と介護職員の信頼関係を構築しておくことが重要であると O さんは述べる。関係が構築できていないまま援助行為を行うと利用者に「部屋から出てこなくなっちゃった、とか、トイレばっか行くようになっちゃう」という影響がでる。いわば介護職員が援助を提供するためのスタートラインに立つために信頼関係の構築がなされる。介護職員と利用者の間で信頼関係が構築されていると、利用者は援助行為を受入れるだけでなく、援助が必要な自己を受入れ自立度が上がることもあるという。

（利用者と介護職員の間で）ある程度関係が出来ていると、そういうこと（ここではトイレ介助）も受入れてもらえるっていうか。そのサポートを私は必要としているんだっていうことを受入れて下さる。そうすると、だんだんサポートが小さくなってって、またご自分でできるようになったりもするので。だから、ある程度関わるスタッフを（管理者である O さんが選んでいる）。その人にとって自分が行く事がマイナスになるだろうと思ったら、もう一人いるスタッフに頼んでねって、スタッフにも言ってるし、自分でもそうしてるし。その他のところで関係を作り直して、関われるようになるといいよねっていう風にはしてます。（O さん）

しかし認知症高齢者と介護職員間での信頼関係の構築は必ずしも容易ではないようだ。インタビュー当時、勤務開始から約半年であったOさんは利用者から「やっと顔や背丈、髪型なんかのパーツを」覚えてもらった段階であり、信頼関係はまだ十分に構築できていないと感じていた。Oさんは利用者との信頼関係を作るには「人を踏み込ませないような間合いを早く察知」した上で、「怖くない」、「安心できる」イメージで「覚えてもらう」ことが必要であると考えていた。そのため「男であること」や、「自分の容姿」、「体の大きさ」も踏まえて「相手に与えるイメージとか、インパクトとかを考えると少し引き気味にしている」など、安心感を抱かせるような自己呈示を行っていた。先行研究レビューで述べたように介護職員と利用者の間には権力関係が存在し、通常、介護職員側が権力を持つ。それに対しOさんが利用者に対して距離を保ち、安心感を呈示していることは、介護職員と利用者間に存在する権力構造を対等化しようとする作業であると言える。また、非認知症高齢者に対する配慮、尊重、尊敬などを視覚的および言語的に示すことで信頼関係を構築することは、相手の立場を高めることで対等化されていると言い換える事もできる。このように高齢者と介護職員の間で信頼関係を構築するために行われる感情労働は、介護職員が自分の立場を低めたり、反対に高齢者の立場を高めることで、二者間に存在している権力構造を対等化する過程でもあることがわかった。

## 2. 認知症介護における感情労働の経験

ここでは認知症高齢者に対する感情労働が、介護職員自身にとってどのような経験として捉えられているのかについて考察する。一部の介護職員の語りからは、先行研究レビューの通り、認知症介護は困難であり負担が大きいと感じていることが分かった。それは特に業務過多のためタイムスケジュールに追われている状況にあって、利用者と向きあう時間が取れない環境にいる場合であった。

他方で非認知症介護と比較して認知症介護を好む介護職員が少なからず存在することがわかった。認知症介護をより好む介護職員は、認知症高齢者の行動や性格を「面白い」「人間らしい」「魅力的」など肯定的に捉えていた。Qさんは利用者が認知症であるため「とても優しく」、「毎日利用者さん（の発言や行動）に癒されている」ことが仕事を続ける原動力になっていると語る。Oさんも認知症高齢者の魅力は「一回味わうというか体験するとやめられない」ものであると述べる。



認知症高齢者をより好むという介護職員の語りは次の3つに整理することができる。それは(1) 認知症高齢者の反応を受け止めそれを自分に対する肯定的なフィードバックとして捉えている、(2) 認知症高齢者に対して介護職員が自分らしく援助できると感じている、(3) 利用者に対して否定的感情を抱えたときでも感情管理を行うことができる、というものであった。

### (1) 利用者からの肯定的フィードバック

利用者からの感謝の言葉にやりがいを感じるという介護職員は多い。しかし、認知症介護の場合には、利用者からの感謝の言葉は少なくなる。であるからこそ「いつも喋らない人が突然『ありがとう』って言ってくれたり」と「やってよかった」と(Hさん)より一層嬉しく感じるという。さらに感謝の言葉など言語による直接的な表明だけではなく、利用者が笑顔などの表情を見せた、言葉を発した、自分の援助を受け入れた(トイレに行ってくれた、お風呂に入ってくれた)ことなど利用者の反応を肯定的に捉え、それをやりがいとしていた。認知症の利用者がとても好きであるというBさんは、認知症介護のやりがいを「怒っている利用者にかに穏やかに過ごしてもらうか」であると述べ次の経験を語る。

昨日もトイレ介助ですごい嫌がってて、立ってくれない利用者がいたんですけど『B頼む』って(他の職員に)言われて行って。私がやったらすごい笑顔になってくれて、すごい嬉しいなって思って。(Bさん)

Bさんは利用者が援助を受け入れた際の反応にやりがいを感じていた。Uさんも利用者が自分の援助を受入れたことや、自分の対応によって認知症高齢者の「問題行動」が治まったり、表情に笑顔が見られたことにより、利用者との信頼関係が築けつつあると感じ取っていた。その時の経験が介護職員を続ける原動力になっていると語る。このように介護職員は利用者からの感謝の表明のみならず、利用者の表情や反応を利用者との信頼関係が築けた／つつある証として捉え、自分の行った介護に対する肯定的フィードバックとして認識していた。

### (2) 認知症の特質がもたらす利点

介護職員は介護の際、利用者の視線を意識させられる。敬語を始めとした接遇、利

用者の訴えに適切・迅速・丁寧に対応する、利用者に合わせた話題を提供する、難しい話に合わせる、元気で優しい雰囲気作りなどが必要不可欠であり日常的に行われている。特に非認知症介護の場合、利用者は介護職員を観察し評価することもあるため、気は抜けず、利用者から求められる介護職員として相応しい振る舞いにより自己呈示を行う必要があるという。それは時に介護職員に緊張感をももたらすものである。例えばBさんは、「(非認知症の) しっかりした人だと、(自分は) 結構しゃべるのが苦手なので、何を話したらいいかわからなかったりする」ために利用者と接する時には緊張し戸惑ってしまうという。他方で認知症高齢者の場合には、そのような利用者からの視線を気にする必要はなく、より自分らしく接することができ気持ちが「楽」であるため「認知症の人が好き」であると述べる。認知症高齢者の場合には、利用者の心の世界を守りつつ安心して過ごせる環境が求められる。それは介護職員による言語的コミュニケーションや目に見える接遇等ではなく、Oさんが「存在感を消す」と表現したように、利用者の領域に踏み込まないことで作られる。利用者の領域に踏み込まないための自己呈示は容易ではないが、利用者の視線や評価にさらされる緊張感から解放され、より自分らしく援助を行うことが出来ると捉えられていた。認知症介護の場合、利用者本人よりも同僚や先輩など介護職員や非認知症の利用者の視線が気になるとBさんは述べる。それは「自分が利用者さんにとっていいと思う介護をしても、先輩に否定され」るなど、介護職員を観察し、時に評価する視線となるためである。

認知症高齢者の「忘れてくれる」という特質もまた、時に介護職員の緊張を軽減させることがある。Jさんは「認知症の人は意思は頑固になっているので、大変は大変なんですけど、忘れてくれるので。しっかりしている人の方が大変ですね」と述べる。Jさんは認知症高齢者の世界に沿った介護を行うことは、人それぞれに対応が異なり時間がかかるものであるため「手がかか」り、難しいと考えている。他方で、忘れてくれるという特質は介護職員が失敗をしても、援助行為や関係構築をやり直すことができるものでもあるという。このように認知症か否かによって要請される感情労働が異なり、認知症の特質から認知症介護をより好む者もいるのである。

これらの認知症高齢者と介護職員は、先行研究レビューで述べた顧客（認知症高齢者）からの統制が弱い状態のようにも見える。しかし実際には認知症高齢者と介護職員の関係では、顧客すなわち高齢者からの統制が必ずしも弱い状態であるとは言えない。なぜなら認知症高齢者は介護職員の表情や態度から精神状態を敏感に察知し映し出すからである。適切な感情管理や感情労働が失敗すると利用者の行動や不安感とし

て影響が現れる。そのため介護職員は認知症介護の際には、適切なタイミングや方法で対応するだけでなく、自己感情を管理したり、動きのペースや存在感までもをコントロールすることが求められるのである。

### (3) 否定的感情の管理

筆者がおこなったインタビューでも、認知症介護において介護職員は、認知症高齢者の不安、焦燥、抑うつ、攻撃性といった精神症状を表した行動や言動、多動、徘徊、異食等の行動障害や介護を拒否したり暴力的になる場面で「嫌になる」「イライラする」「やめてーって思う」「もういい加減にして」と感じており、利用者に対しても「腹がたつ」「カチンとくる」「この人の首を締めたらどれだけすっきりするだろう」など苛立ちや怒りなど否定的感情が沸き上がることが語られた。しかし認知症高齢者の言動や行動は認知症という疾病が原因で引き起こされたものと認識され、介護職員自身には帰されない。むしろそれらは、利用者の行動の背後にある理由（例えば身体的な不調がないか）や、対処法を探る（利用者の心の世界を発見するなどの）視点で観察され介護に活かされていた。

非認知症介護の場合でも、利用者の言動によって否定的な感情が湧き上がることがあり、感情を管理するのが認知症介護よりも困難になる場合があることがわかった。非認知症介護の場合、利用者の怒りや苛立ちの言葉は介護職員に向けられたものであり、多くの場合その原因には介護職員にあると捉えられていた。例えばDさんは、複数の利用者に対して体操の指導を行っていた時「あんたの声は小さいんだわ！」と激しい怒りを表出した利用者に対して傷つき、介護職員としての自信を失ったと語る。利用者の怒りの根底には古いへの不安など他に原因があった可能性がある。しかしDさんは自分自身の声が小さかったために引き起こされたものであると認識し、責任を自己に帰していた。介護職員は、利用者の否定的な感情の表出に対して「理由を聞き出し謝る」「今後は直すよう努力する」「残業をしてでも時間を作り、利用者とコミュニケーションをはかる」など個人的な努力により利用者の否定的感情を解消することで対処していた。この方法で対処できない場合には「やり過ぎ」「忘れるように努力する」「そういう人（怒りっぽい人など）だと思い込む」「スポーツや遊びでストレスを発散する」など私生活上の時間を割いてより個人的に自己の否定的感情を解消していた。しかしこれらの方法でもうまく解消できない場合、利用者と対面する介護場面をストレスに感じるようになるという。介護職員は感じてはいけないとされるイラ

イラ感や怒りなど否定的感情を感じる機会が増え、「優しくあるべき」であるという感情規則を守れなくなる。そのような時、自分は介護職員として相応しくないのではないかと離職を考えるという。

認知症介護を好む介護職員は、利用者の反応を肯定的フィードバックとして捉えており、認知症高齢者の特質は介護職員の緊張を緩和することがある。さらに利用者に対して否定的感情が沸き上がったとしても、その原因は認知症という疾病が原因であると考えられ感情管理がスムーズになる場合がある。これら三つの要素が重なることで、介護職員が認知症介護を肯定的に捉えるようになることが分かった。次に感情労働をより円滑に行うことが可能になる条件について考える。

### 3. 感情労働が可能になる条件

インタビューではよい介護を行うためには「感受性」「優しさ」「素直さ」「謙虚さ」「明るさ」など個人的な「資質」が重要であり、そのような資質は「もともと持っているもの」であったり「結婚や子育て」など個人的な人生経験により育まれるものであると語られた。特に認知症介護は、利用者の多様な価値観を受け入れることや忍耐力が必要とされるため、「向き不向きがある」「若い人は向いていない」と個人的な適性が強調されていた。

しかし語りの中から介護職員が感情労働を円滑に行うことができるかどうかは、実際には労働環境が大きく関係することも分かった。例えば介護の仕事には「向き不向きがある」と言うAさんは次のように語る。Aさんが以前勤務していた老健では、常に人員に余裕がなく利用者に合わせた個別ケアをしたいという理想と、その時間をとることができない現実との間で葛藤を抱えていたという。例えば「利用者さんの隣に静かに座っているだけで（利用者は）落ち着くのにそれが出来ない」事や、「不安がっている人の話をゆっくり聞いてあげたいのに『ごめんね。ちょっと待っててね』と言うしかない」状況だったという。Aさんは職員が忙しい時ほど、利用者のいわゆる「問題行動」が増え、そのような利用者の行動に対して否定的な感情が沸き上がることがよくあったという。そのような時Aさんは「（自分は）やっぱり（介護に）向いてないのかな」と度々離職を考えたという。しかし現在の施設に移ってからは、以前と比較して一人ひとりの利用者に合わせた介護が行うことができる余裕があると感じていた。Aさんは現在の施設においては、以前のように利用者に対して否定的感情が沸き起こることはほとんどないと述べ、介護の仕事を「大好き」であり、今後もずっと続

けていきたいと語った。

感情労働がスムーズに且つ十分にできることは、それぞれの利用者に合わせた個別ケアができるということである。それは介護職員と利用者間で信頼関係を築くことや、介護職員が利用者の反応を発見し理解することで、肯定的なフィードバックを得ることに繋がる。しかし介護職員が感情労働をスムーズに行うことができるかどうかは、労働環境が大きく関係する。中でも重要なのが、介護職員に余裕を生み出す労働環境と、職場におけるケアの文化の確立である。

### (1) 余裕を生み出す労働環境

人員に余裕がなく業務過多であったり、介護職員に疲労が蓄積している場合、利用者との関わりが十分に持てず、画一的で集団的介護にならざるを得ない。個別ケアをよい介護と捉える介護職員は集団的介護を行うことに葛藤を抱いたり、仕事に対するモチベーションが低下する。余裕のない職場環境で認知症高齢者の「問題行動」が起こった場合、行動の背後にある意味（例えば身体的不調がないか）や利用者の心の世界にあわせた対応は困難になる。Kさんは夜勤などで人員に余裕がない時に、利用者に対応する様子を次のように語る。

（一人で勤務する夜勤時に複数の利用者の「問題行動」が起こった場合）例えば1階にスタッフがいたら、脱走した人は『もういいわ。(1階のスタッフが)連れてくるだろ』っておいといて。転倒があった場合『ああ、転倒か。大丈夫か。どれくらい？ああ、大丈夫だな』って、次（ナース）コール（を鳴らした人のところに）行って『お前はどうか？そうか、ちょっと待っとれ、ほいほい』ってそうやらないとだめ。(Kさん)

Kさんは、例えば「(夜勤)明けの疲れている時」などに介護職員に疲労が蓄積している時には精神的な余裕がなくなり、利用者の問題行動等があった場合「頭おかしくなりますよ。たまに。(利用者に対して)もー！って(なる)」と利用者に対する否定的な感情が誘発されやすいと述べる。人員不足、業務過多、疲労の蓄積等により介護職員は利用者と十分に関わる余裕を持つ事ができず、否定的感情がわき上がったり葛藤を抱える。

介護職員に余裕がある場合、利用者と対面する時間をより多く割くことができるた

め個別ケアを行うことができる。さらに余裕がある場合、介護職員は認知症高齢者のいわゆる「問題行動」を「面白い」「一生懸命」「かわいい」等肯定的に捉えるようになる。Jさんは認知症高齢者の一見「奇怪」に見える行動を「面白い」と捉えており、認知症介護を「好き」だと感じることもあるという。Jさんは「自分に余裕のある時」には、認知症高齢者の行動は「もっと見たい」と思うが、反対に時間に追われ「焦っている時」など「余裕」がない場合は「本当に勘弁してよって思う」と語る。Jさんの言葉は、介護職員が置かれている状況によって認知症高齢者の行動を肯定的に捉えるか否かが規定されることを示している。介護職員に余裕がある環境では、感情労働をスムーズに行うことが可能になるだけでなく、認知症高齢者の行動や発言を肯定的に捉えることも可能になる。

## (2) ケアの文化の確立

介護における感情労働をスムーズにするもう一つの要素として、職場でのケアの文化の確立がある。ここでケアの文化とは、介護において重視とする事柄についての共有された価値観であると定義する。Tさんの勤務するグループホームでは、利用者が主体となって生活するために、介護職員は「さりげない介護」を行うという価値観が共有されているという。Tさんは利用者対応の際、ほとんどの同僚と言葉をかわさなくてもスムーズに連携することができ、「なんとなくタイミングが合う」と感じている。その理由をお互いに「考える事が同じ」であり、「同じように動ける」からではないかと分析する。

ケアの文化が確立されているとスムーズで統一的な利用者対応が可能となり、介護職員同士での連携が可能となる。連携することは介護職員にとって肯定的な経験となり、感情労働を行うための余裕を生み出すことにも繋がる。Eさんは、特に認知症介護では利用者と直接対面して行う仕事を優先的に、かつゆとりを持って行うべきであり、例えば食事の配膳や洗濯など直接利用者とは対面しない仕事を「雑用」と呼んで「カットしていい」部分であると述べる。Eさんは、「その判断を（介護職員）みんなが出来れば、もっと気楽に介護ができるし、利用者さんも落ち着いて生活ができる」と考えていた。すなわち介護において利用者とは直接対面する感情労働を重視するという価値観が共有されていれば、介護職員同士が連携することができ、質の高い介護を行うことができるのである。

介護職員にとって職員同士が連携して介護を行うことは肯定的な経験ともなる。E



さんは認知症高齢者に対し職員が「団結して」介護を行う点が介護労働においてやりがいを感じる部分であると述べる。また、Mさんは介護職員として「今までで一番良かった」こととして、他の職員と一緒に認知症介護で抱えていた問題を解決できた事であり、現在も仕事を続けられる原動力になっていると語る。反対にケアの文化が確立されていない場合は、介護職員が連携した介護は困難となる。Bさんは利用者に最適であると考え行った介護を、先輩介護職員から全面的に否定され怒られたことが辛い経験となり、介護の仕事を辞めることを考えたと語る。また、介護とは利用者一人ひとりに対し優しさを示すべきであると考えていたKさんは、効率重視で利用者を物化し、集团的ケアを行っていた職場の方針に反発して、以前勤務していた施設を退職している。介護は人の生活を支援することであり、提供する側も受ける側も一人の生活者である。そのため、何が適切な介護か、どのような方法で援助するのが最適かという考え方は、介護職員の数だけ存在するとも言える。であるからこそ、多数の介護職員で同時に介護を行う入所施設において、支援の基礎となるケアの文化が職場で共有されていないと介護職員が連携することは困難であり、それは時として職員間のトラブルの原因にもなる。

介護における感情労働がより円滑になる条件として、介護職員に余裕を生み出す労働環境とケアの文化の確立を挙げた。これらは条件のすべてではないが、このうち一つでも欠けると感情労働を行うことは困難になるだろう。

## V. まとめと考察

本稿では認知症介護における感情労働を非認知症介護と比較して分析した。介護職員は可能な限り質の高い介護を行いたいと考えており、自己感情を管理しつつ、ニーズを把握したり信頼関係を構築するため個別の利用者の感情に配慮し、感情労働を行っていた。認知症介護と非認知症介護、どちらの場合にも介護職員は感情労働を行っているが、その目的や方法は異なる。非認知症介護の場合、介護職員は利用者との信頼関係を構築しニーズを引き出し、心の交流の伴う介護を提供するため、視覚や言語的コミュニケーションを用いて利用者を高めることで権力構造を対等化している。他方、認知症高齢者に対しては安心感を与える自己呈示や存在感をコントロールすることが求められ、介護職員による介護を受け入れてもらうために感情労働が行われている。介護職員の荒しさや自己感情の表出等で利用者のペースを乱したり、信頼関係の構築に失敗した場合、利用者は介護を受け入れてくれないだけでなく、不安感が増し、

いわゆる「問題行動」に繋がる。このように認知症介護と非認知症介護における感情労働は異なる目的で行われ、その方法も異なっていた。

認知症介護において介護職員は（１）利用者の反応を肯定的フィードバックとして捉えており、（２）認知症の特質によって認知症介護の肯定的側面を認識している。さらに（３）認知症介護の場合には、自己感情の管理がよりスムーズになる場合があり、非認知症介護よりも認知症介護を好む介護職員も存在する。すなわち認知症介護における感情労働が非認知症介護よりも困難であるとは一概に言えないのである。

介護における感情労働は介護職員の個人的性質と結びつけられ語られていたが、感情労働がスムーズに行えるかどうかはその環境が大きく影響する。一般に認知症介護が困難であると認識されているのは、現在の介護現場が、感情労働がスムーズに行うことのできない環境となっているからではないか。

感情労働のスムーズな遂行には（１）介護職員の余裕を生み出す労働環境と（２）ケアの文化の確立が不可欠であることがわかった。介護において十分に感情労働が出来た場合、利用者に対し適切な介護が提供できるだけでなく、介護職員は認知症高齢者や認知症介護に対する肯定感を持ち、やりがいを感じる。他方、感情労働を行うことが困難な環境では、利用者に対して個別ケアができないだけでなく、介護職員がストレスや葛藤を抱えたり利用者に対して否定的感情を抱きやすくなったりする。

人員不足と低賃金で厳しい労働環境にある介護労働は、介護職員の個人的な努力によって成立している。介護職員の離職率の高さは介護が低賃金であることと同時に、（低賃金のために）感情労働が肯定的な経験となり得る労働環境に改善されることが困難な状況にあることを示している。

介護労働者は簡単に辞める、職場（施設）を転々すると批判される。介護の現場は慢性的に人員不足が続いているため事業所の移動が比較的簡単だということに加えて、昇給が少ないため一つの職場に長くいるメリットがほとんどない。このような状況の中で、介護の仕事によって得られる「報酬」を増やそうとする場合、賃金などの「外的報酬」は選択できず、やりがいなど「内的報酬」を増やすことを選択せざるを得ない。介護職員はより多くの「内的報酬」を得られる職場、すなわち感情労働をスムーズにそして十分に行うことができるやりがいを求めて職場を転々とするのである。

感情労働が十分に行う事ができた場合、それは利用者にとっては「よいケア」となり、また介護職員自身にやりがいや満足感をもたらすものでもある。反対に感情労働が十分に行えないことは「よいケア」が提供できないことであり、介護労働者にスト

レスをもたらす。厳しい労働環境と介護職員の離職率の高さが指摘される今、介護において感情労働が不可欠であることを理解した上でその価値を見直し評価することが必要である。同時に、介護職が十分に感情労働を行うことができる環境を整えることが急務である。介護職員の個人的な情熱と努力によって支えられている現在の高齢者介護はあまりに脆弱である。

## 注

- (1) 本稿では介護労働に従事する者を資格などで区別せず、すべて介護労働者または介護職員と呼ぶこととする。
- (2) 春日キスヨ「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『思想』(岩波書店) 955号, 2003年, pp.216-236.
- (3) 上野千鶴子「ケアされるということ——思想・技法・作法」『ケア その思想と実践 ケアされるということ』(東京: 岩波書店, 2008年), pp.1-32.
- (4) 田中かず子「感情労働としてのケアワーク」『ケア その思想と実践 ケアすること』(東京: 岩波書店, 2008年), pp.97-119.
- (5) 老人福祉施設とは、老人福祉法(昭和38年法律第133号)の第5条の3によって定められた以下の施設を指す。老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センター。
- (6) 厚生労働省「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」, 2007年 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html>)
- (7) 厚生労働省「2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」2003年 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>)
- (8) 一番ヶ瀬康子他『改訂 新・セミナー介護福祉11 介護概論』(京都: ミネルヴァ書房, 2005年), p.44.
- (9) 上野, pp.1-2.
- (10) 田中かず子「ケアワークの専門性——見えない労働「感情労働」を中心に——」『女性労働研究』(女性労働問題研究会) 47号, 2005年, pp.58-71.
- (11) ICD10(国際疾病分類10版)、DSM-4(アメリカ精神医学会精神医学診断統計便覧第4版)、小澤勲『認知症とはなにか』(東京: 岩波書店, 2005年)。
- (12) *Ibid.*, pp.23-24.
- (13) 松村ちづか「最期までその人らしく生きることを支えるために 看護・介護に求められる認知症への深い理解」『訪問看護と介護』(医学書院) vol.12, No.9, 2007年, pp.738-743.
- (14) 三好春樹『まちがいだらけの認知症ケア』(東京: 主婦の友社, 2008年), pp.23-49.
- (15) Hochschild, A.R. *The Managed Heart: Commercialization Of Human Feeling*, (University of California Press, 1983) (=2000『管理される心——感情が商品になるとき』石川准・室伏亜希訳 世界思想社)
- (16) *Ibid.*, p.147.
- (17) James, N. “Emotional Labour : Skill and Work in the Social Regulation of Feelings”, *Sociological Review*,

- 37-1, 1989, pp.15-42.
- (18) *Ibid.*, p.19.
- (19) Steinberg, R.J. *Emotional Labor in the Service Economy* (Sage Periodicals Press, 1999).
- (20) 石田好江「文献紹介 ロニー・J・スタインバーグ著「職務評価における感情労働－賃金慣行の再設計」『女性労働研究』（女性労働問題研究会）47号, 2000年, pp.58-71.
- (21) 介護が感情労働であるかということは、その職務において「気遣い」や「共感」といった情緒性が強調されることが多く、感情労働職であると自明視されがちであるが、三橋が再度ホックシールドのあげた3つの条件に照らし合わせ確認している。  
三橋弘次 「感情労働の再考察－介護職を一例として－」『ソシオロジ』（京都大学文学部社会学研究室）Vol.51, No.1, 2006年, pp.35-51.
- (22) 感情労働としての介護を扱った研究には、ユニットケアと感情労働の関係を考察しているもの（春日, 2003）や、在宅介護におけるホームヘルパーの感情労働について分析しているもの（下記の田中, 西浦, 西川）などがあるが、認知症介護に焦点をあてたものは見当たらない。  
・田中かず子「ケアワークの専門性－見えない労働「感情労働」を中心に－」『女性労働研究』（女性労働問題研究会）47号, 2005年, pp.58-71.  
・西浦功 『ホームヘルパーのアイデンティティー構築の困難制－感情労働としての在宅介護－』「人間福祉研究」（北海道浅井学園大学）No.8, 2005年, pp.43-54.  
・西川真規子 「感情労働とその評価」『大原社会問題研究所雑誌』（大原社会問題研究所）No.567, 2006年, pp.1-13.
- (23) 渋谷はやりがいや達成感がことさらに強調されることが介護の「苦境」（精神的ストレス）が仕事に付随する＜特典＞と解釈され低賃金を正当化すると批判する。  
渋谷望 『魂の労働 ネオリベリズムの権力論』（東京：青土社, 2003年）
- (24) 春日, p.230.
- (25) Hochschild= 石川, pp.152-157.
- (26) 阿部真大 『働きすぎる若者たち「自分探し」の果てに』（東京：NHK出版, 生活人新書, 2007年）, pp.29-48.
- (27) 鈴木和雄「感情管理とサービス労働の統制」『大原社会問題研究所雑誌』（大原社会問題研究所）No.566, 2006年, pp.15-28.
- (28) 時岡は障害者と介助者の権力構造を明らかにしており三好も介護職の暴力性を語っている。  
時岡新「障害当事者の主体性と非力」『ケアその思想と実践』（東京：岩波書店, 2008年）, pp.35-55.
- (29) Abiala, K. "Customer Orientation and Sales Situations: Variations in Interactive Service Work", *Acta Sociologica*, vol. 42, no. 3, 1999, pp. 207-222.
- (30) Rafaeli, A. & Sutton, R. "The Expression of Emotion in Organizational Life" Cumming, L.L. & Straw, B.M (eds.) *Research in Organizational Behavior*: vol.11, JAI Press Inc, 1989, pp. 1-42.
- (31) Wouters, C. "The Sociology of Emotions and Flight Attendants : Hochschild's Managed Heart" *Theory, Culture, & Society*, 9, 1989, pp. 447-450.
- (32) Tolich, M. B. "Alienation and Liberating Emotions at Work: Supermarket Clerk's Performance of Customer Service" *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 1993, pp. 361-381.

- (33) Hochschild= 石川, pp. 139-140.
- (34) 崎山治男『「心の時代」と自己 感情社会学の視座』(東京: 勁草書房, 2005 年)
- (35) 一番ヶ瀬, p. 44.
- (36) 小村由香「感情労働と自己 サービス労働研究のための一考察」『早稲田大学大学院文学研究科紀要』(早稲田大学) Vol.49 (1), 2003 年, pp. 179-181.
- (37) 介護福祉士養成教育機関で行われた学生の意識調査では学生は介護に対して「やりがいのある仕事」(88.9%)、「給料の安い仕事」(81.5%)、「体力のいる仕事」(77.8%)、「専門的な仕事」(70.4%)というイメージを持っていた。吉田弘美・佐藤直由「4 年生課程における介護福祉教育に関する一考察～学生の意識調査より～」『保健福祉学研究』(東北文化学園大学) No. 1, 2002 年, pp. 97-109.
- (38) 松永美輝恵 井関智美「認知症高齢者のコミュニケーション量と感情の分析」『新見公立短期大学紀要』(新見公立短期大学) 第 25 巻, 2004 年, pp.171-177.
- (39) 松山郁夫 小車淑子「会話ができない重度痴呆性高齢者に対する介護者の認識」『老年社会科学』(日本老年社会科学会) 第 26 巻第 1 号, 2004 年, pp. 78-84.
- (40) Himmelweit, S. “Caring Labor” *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 1999, pp. 27-38.
- (41) 三橋, pp. 35-51.
- (42) 崎山, pp. 132-144.
- (43) 春日, pp. 216-225.
- (44) 2005 年の福祉施設介護員の年収試算額は全労働者の平均が約 450 万円に対し福祉施設介護職では男性で約 310 万円、女性では約 280 万円、ホームヘルパーは 260 万円であった。なお看護師の平均年収は約 420 万円であった。・厚生労働省「平成 17 年賃金構造基本統計調査」2005 年 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z05/index.html>)
- (45) 井上によると介護職は看護職に比べて地位が低いと感じており、社会的認知や、報酬額、教育期間の違いから上下関係が成立しやすい環境にあると指摘する。また、畠山によると介護老人保健施設で働く介護職と看護職のうち給与について看護職の 67.1% が「不満足」「少し不満足」と感じているのに対し、介護職の 82.2% が、「不満足」「少し不満足」と感じている。また職員の精神健康状態について、看護職の神経症圏にあたる者が 41.5% であったのに対し、介護職は 59.7% と高い。
- (46) 牧田陽子・巽あさみ「介護職の社会的位置づけとストレスの関連」『産業衛生学雑誌』(日本産業衛生学会) 第 48 巻, 2006 年, p. 664.
- (47) 春日, pp. 225-226.
- (48) 住居広士「介護サービスにおける量的介護評価から質的介護評価の標準化と専門性—量的介護評価の要介護認定から質的介護評価の総合介護認定の開発—」『厚生指針』(厚生統計協会) 第 54 巻第 8 号, 2007 年, pp. 12-20.
- (49) 松田千登勢 他「痴呆性高齢者の問題行動の経験頻度とその認識について」『大阪府立看護大学紀要』(大阪府立看護大学) 第 6 巻 1 号, 2000 年, pp.41-49.
- (50) 松田千登勢 他「認知症高齢者をケアする看護師の感情」『大阪府立大学看護学部紀要』(大阪府立大学) 第 12 巻 1 号, 2006 年, pp. 85-91.

- (51) 矢富直美 他 「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』（日本老年社会科学会）vol.17 No.1, 1995 年, pp. 30-39.
- (52) 三好春樹『老人介護 じいさん・ばあさんの愛しかた』（東京：新潮社，2007 年），p. 220
- (53) インタビュー対象者一覧

対象者	性別	年齢	介護労働 経験年数	勤務先（括弧内は前職・備考など）	資格
A	女性	24	3 年 6 ヶ月	特養（老健）	介護福祉士
B	女性	25	2 年	特養	介護福祉士
C	女性	25	4 年	老健＊（介護療養型病棟）	介護福祉士
D	女性	26	5 年	老健＊	介護福祉士
E	男性	27	4 年	社会福祉協議会（特養）	介護福祉士 社会福祉士
F	女性	28	2 年	特養（現在は退職）	社会福祉士
G	女性	28	5 年	特養（現在は退職）	介護福祉士 社会福祉士
H	女性	29	4 年	特養（訪問入浴事務、相談業務）	社会福祉士
I	女性	29	8 年 6 ヶ月	デイケア（訪問介護、訪問入浴、 有料老人ホーム）	介護福祉士
J	女性	20 代	4 年 6 ヶ月	老健（訪問入浴）	介護福祉士
K	男性	20 代	2 年	有料老人ホーム（特養、一般企業）	介護福祉士
L	男性	30	6 年 6 ヶ月	老健＊（デイサービス）	介護福祉士
M	女性	32	13 年	デイサービス（老健、デイサービス、 ショート）	介護福祉士
N	女性	33	12 年	デイサービス（特養、老健）	介護福祉士
O	男性	30 代	2 年	グループホーム＊（障害者訪問介助、 デイサービス）	介護福祉士
W	男性	30 代	4 年	グループホーム＊（障害者訪問介助、 デイサービス）	不明
P	女性	40 代	6 年	デイサービス（訪問介護、ショート）	介護福祉士
Q	女性	40 代	6 年	グループホーム類似施設	介護福祉士
R	女性	40 代	3 年	訪問介護（児童養護施設、特養）	ヘルパー 2 級



S	女性	58	11 年	病院介護療養型病棟（看護助手、販売業）	介護福祉士
T	女性	50 代	11 年	グループホーム*（事務職、訪問介護、デイサービス）	不明
U	女性	60 代	14 年	訪問介護・デイサービス事業所経営（特養*）	介護福祉士
V	女性	60 代	4 ヶ月	特養（現在は退職。前職は公務員）	ヘルパー 2 級

年齢、経験年数等は、インタビュー当時のものである。認知症専門の施設もしくはフロアは、勤務先\*印をつけた。

## **Emotional Labor and Dementia Caregiving**

### **<Summary>**

Izumi Niki

This paper analyzes emotional labor performed by caregivers of elderly demented patients residing in nursing homes. As Japan faces an era when one out of four eighty-year-olds suffers from dementia, there is an urgent need of professional care in the form of nursing and other supportive care. Taking the status quo into consideration, this paper studies the expertise involved in dementia caregiving by introducing the concept of emotional labor into this field.

Emotional labor is a form of emotional management in which workers are expected to display certain emotions as part of their job. The intended effects of these emotional displays are on other targeted people who can be clients or customers. Thus, this emotional regulation requires workers to manage their own feelings, while at the same time functioning as a way to develop personal relationships and communicate with others. Caregiving being technically very demanding, caregivers are expected to elicit positive emotional responses from their clients through trustful relationships. These relationships can be developed as caregivers show understanding, project themselves into their clients' situations, and recognize the subtleties of their emotions. Work specialized in care of elderly demented patients especially demands caregivers to base their work ethic and attitude on their understanding of inner psychological world of their patients.

It is widely believed that it is job conditions that make emotional labor

worthwhile and give a sense of job satisfaction to caregivers or in some cases bring nothing but fatigue. The nature of the work, paid or unpaid, as well as whether or not appreciation for their efforts is expressed determines the degree of achievement of emotional labor. Caregiving is a low-paid, socially relegated occupation. Moreover, elderly demented patients do not often express their feelings verbally or through facial and body language. A survey conducted on nurses reveals that they generally tend to have a negative image about patients with dementia, which as a result hinders their work.

The aforementioned previous work generates the hypothesis that caregivers of elderly demented patients have difficulty in incorporating emotional labor into their work. Interviews were conducted with twenty-three caregivers working at resident-oriented nursing homes to examine this hypothesis.

The interviews reveal that the workers aim to provide “good nursing care” that meets individual needs regardless of whether or not one is suffering from dementia. When emotional labor is fully achieved, carers feel fulfilled that they have provided “good nursing care” for their clients. Furthermore, they feel that their proper nursing judgment and activities have evoked feedback from elderly patients who are often considered incapable of recognizing their compassionate approaches. They may smile, distinguish you from other carers or their problematic behaviors may subside. Conversely, poorly performed emotional labor resulting from a lack of the abovementioned two elements incites aggravation in caregivers and leads them to dehumanize their patients in the hope of lessening or in some cases ignoring their burden all together. Some of the interviewed caregivers faced with this type of dilemma chose to leave their work on the ground that the disparity between ideal and reality was unbridgeable.

When external factors such as time and physical constraints deter emotional labor, caregivers dehumanize their patients or their behaviors lead them to negative feelings. Accordingly, they blame themselves, thinking that they are inadequate for the job. This clearly shows that emotional labor is utterly attributed to individuals. Now that job separation rate is rapidly

increasing in the dementia caregiving market, emotional labor needs to be reexamined and revaluated.