

家族による「認知症」の構築

——「認知症」カテゴリーに基づくトラブル修復——

Construction of “Dementia” by Family
: “Dementia” as Category in Action

木下衆

京都大学大学院・日本学術振興会

Shu Kinoshita

本稿は、「認知症」というカテゴリー（つまり、「あの人は認知症なのだから」という説明の仕方）を、「介護を巡ってトラブルが生じた際、誰が、どのように対応すればよいか」という行動の指標を与えるものとして、分析する。高齢者を介護する家族のセルフヘルプグループ（家族会）と、そのメンバーへの調査からは、次の点が指摘できた。第一に、要介護者が「認知症である」と定式化することで、「（相談している）介護者」（＝家族）が対応を改めるべきなのだと、帰責されるということ。第二に、対応の改め方としては、「説得／注意の禁止」及び、「笑顔」という方針があげられる。この背景には、「理屈はわからないが、感情はわかる」という患者像が指摘できる。第三に、このようなカテゴリー化の過程で、認知症患者が無垢化されるということである。トラブルの原因は、「認知症」という病に帰責され、結果的に患者本人は「悪意」なき存在とされる。

キーワード：認知症、介護、家族、（社会）構築主義

I. 問題設定と本稿の視角

「医師より、『お母さんはアルツハイマー病がかなりすすんでいます』と告げられました。そのときから、私の介護が始まりました。」——これは、ある女性が記した、介護体験談の一部である（一部改変）。アルツハイマー病は、認知症と総称される症候群の、代表的な原因疾患である。認知症は、原因疾患が異なっても、大まかな対処法や介護の悩みは共有できるとされ、例えば家族会（高齢者を介護する家族の自助グループ）内では、メンバー同士に医師や専門職を交えながら、さまざまな意見交換が行われる。

冒頭の文章にあるように、「家族が認知症である」という診断は、それ以前と以降の経験を、大きく隔てるものとなる。後述するように、「認知症」という診断がくだることで、相手への振る舞い方やモノの見方は、大きく変化する。そして上の文章では、その変化後の体験が、「介護」として名指されている。加えて、この「振る舞い方やモノの見方」の変更をとりわけ迫られるのは、介護現場で何らかの「トラブル」⁽¹⁾に出会ったときだといえる。

そこで本稿は、社会構築主義のアプローチに則り、「認知症」というカテゴリー（つまり、「あの人は認知症なのだから」という説明の仕方）を、「介護を巡ってトラブルが生じた際、誰が、どのように対応すればよいか」という行動の指標として、分析する⁽²⁾。介護を巡ってトラブルが生じた際、「相手は認知症なのだから」というカテゴリー化がされることで、「誰が、何をすれば良いのか」に、一定の道筋がついてしまう。このようなカテゴリーの使用法は、医療や福祉の実践の背景にあって、必ずしも焦点化されない。つまり、これこ

そ社会学が問うべきものだと、筆者は考えている。

なお本稿では、以降の議論の焦点を絞るため、「要介護者」を「認知症を患う高齢者」と、「介護者」を「要介護者を介護する家族」として、用いている。

II. データの説明

本節では、本稿で使用するデータの概要を説明しておく。本稿では、データとして、高齢者を介護する家族の自助グループ、「家族会」7ヶ所での参与観察記録、および会のメンバーへのインタビュー記録を分析している。

(1)「家族会での参与観察」：筆者は、関西のX県で活動する「家族会」7ヶ所に、現在まで継続的に参加し、調査を続けている。本稿では、2008年9月から2010年7月までの、計58回の調査から得たフィールドノートを分析している。これには、合計319件の介護体験談と、21件の専門職の講演の記録が含まれている。

表1：家族会7ヶ所での参与観察の概要

	活動範囲	参加人数	参与観察回数	調査期間	介護体験談記録	専門職講演記録
I	X県Y市全域	20人～60人	7	2008年9月から2009年9月	36	1
II	Y市南部(区)	10人～20人	4	2008年7月から10月	1	3
III	Y市中心部(区)	20人程度	10	2009年2月から2010年7月	92	2
IV	X県全域	30人～60人	10	2008年10月から2010年6月	52	7
V	X県東北部(市)	10人程度	13	2008年12月から2010年7月	87	1
VI	X県南部(町)	15人程度	7	2009年2月から2010年6月	35	4
VII	X県北部(町)	15人程度	7	2009年6月から2010年7月	16	3
合計			58		319	21

(2)「家族会メンバーへのインタビュー調査」：本稿では、フィールドノートに加え、家族会メンバー8名（男女4名ずつ）へのインタビュー記録を分析している。インタビューは、半構造化形式で、それぞれ約2時間実施し、合計16時間程度のデータが集まった。

表2：インタビュー調査の概要

	性	年齢	既婚／未婚	要介護者との続柄	介護度	疾患名	介護開始時期	インタビュー日
A	女性	61	既婚	娘	4	(アルツハイマー[ADと略記型]認知症	2003年	2008-12-10
B	女性	75	既婚	配偶者	5	(前頭側頭型)認知症	1996年	2008-12-10
C	女性	73	既婚	配偶者	4→5	パーキンソン病、脳梗塞、認知症	1991年	2008-12-18
D	女性	51	既婚	娘	4	(AD型)認知症、脳梗塞、糖尿病	2008年春	2009-01-11
E	男性	58	既婚	配偶者	4	(AD型)認知症	2005年春	2008-12-16
F	男性	80	既婚	配偶者	3	(AD型)認知症	2002年末	2008-12-26
G	男性	71	既婚	配偶者	2→5	(AD型)認知症	1994年	2008-12-27
H	男性	63	既婚	配偶者	4	(AD型)認知症	2001年	2009-01-03

III. 新しい認知症理解と、「関係モデル」—本稿の前提

具体的な分析に入る前に、本稿の前提となる、近年の認知症理解の特徴を確認しておきたい。以降、2000年代を通じて日本に定着した新しい認知症理解（小澤 2003, 2005、室

伏 2008) を、三点にわたって整理する。

(1)「認知症は、脳の障害である。」:これは、認知症を通常の老化現象と区別する上で、不可欠な前提である。現在のところ、アルツハイマー病と脳血管の障害 (E.g. 脳卒中の後遺症)が原因の8割を占めるとされるが、その他にも100近い原因疾患が報告されている。

(2)「認知症の症状は、『中核症状』と『周辺症状』に分かれる。」:認知症を「脳の障害」とした上で、上記二つの症状に大別するのが、近年の認知症観と理解できる。「中核症状」とは、脳の障害に直接起因する障害で、記憶障害 (物忘れ) や見当識障害 (時空間が把握できない)、言葉や数といった抽象的思考能力の障害を指す。また周辺症状とは、中核症状に心理的・身体的・状況的要因が加わって発生する、徘徊や妄想などを指す。そのため、その発現の仕方には、個人差が大きいとされる。

(3)「周辺症状は、周囲の働きかけや環境整備で改善する。」:さて、(2)で整理した通り、妄想や徘徊が高齢者の不安や混乱の表れだからこそ、周囲の働きかけでそれを改善していこう、という試みが、多くの臨床医やケアワーカーによってなされ、多くの改善例が報告されていく。具体的な方法論としては、A. 原因疾患の特徴に合わせた介護、B. 高齢者個人の生活史の把握と、それに基づいた周辺症状の解釈/対処、という二本柱である。

以上の中で、社会学の観点から特に重要視されるのが、三点目、「周辺症状」は、周囲の働きかけや環境整備で改善する、というものだ。井口高志が整理したように、この理解によって、認知症を単に「高齢期に多い脳の障害」と捉えるのではなく、「介護者と要介護者間のコミュニケーションの問題」とする理解が成立する。彼が強調したのは、これにより、要介護者の「変容」を促すための、介護者の「はたらきかけ」³⁾を重視する介護観が成立するという事態だった。要介護者の病態が、介護者の「はたらきかけ」次第で改善する、という理解は、介護者に希望をもたらす。しかしそれと裏腹に、介護者は、要介護者の変容に、「道徳的」「責任」を負うことになりかねない (井口 2007)。

井口は、このように、認知症を要介護者/介護者間の相互行為の問題と捉える理解を、認知症の「関係モデル」と呼んだ (井口 2005)。このモデルが極めて社会的であることは言うまでもなく、特に近年、認知症に注目した社会学的研究も蓄積されている。

しかし、本稿同様に、「認知症という概念が (家族) 介護者の間でどのように使用されているか」に着目した研究は少ない。米国ではグブリアムの一連の研究 (特に Gubrium 1986) が挙げられるが、これも医学書や報道の内容分析が中心となっている。井口 (2007) や天田城介 (2007) も、介護者/要介護者間の相互行為に注目しており、本稿のようにあくまで介護者の営みに注目する研究とは、視点が異なる。

その意味で、本稿の研究は先駆的なものになると考える。

IV. 「認知症」カテゴリーに基づく責任帰属—誰が、対応を改めるべきか？

家族会の中で、「認知症」というカテゴリーは、どのように使用されているのか？冒頭で述べた通り、本稿は「認知症」というカテゴリーを、「介護を巡ってトラブルが生じた際、①誰が、②どのように対応すればよいか」という行動の指標を与えるものとして、分析する。本節ではこのうち、「トラブルに、誰が対応すべきとされるか」という側面を分析する。

今回の調査では、この「相手は認知症なのだから」というカテゴリー化が、相談中の介護者への帰責を伴うことが、観察された。つまり、家族会内では、「貴方が介護している相

手は認知症だ」とカテゴリー化することで、「現に相談をしている介護者自身が対応を改めるべきだ」という指針が示されることになる。

このようなアドバイスは、特に会に参加し始めたばかりのメンバーに対して、明確になされる。そのようなメンバーからは、しばしば、「なぜ自分の家族（夫／妻 etc.）はあんな仕打ちを私にするのか」という相談が寄せられる。これに対し他のメンバーは、「相手は認知症（患者）なのだから」と、「家族」から「認知症（患者）」へと、カテゴリーを変更させる。例1は、その典型例である。

例1) 家族会Ⅲに、軽度認知症の妻を介護中のIさん（70代）が初参加した場面

（深夜に「出かける」と言って妻が玄関先に座り込むので、説得しても「口答え」する。そこで、「つい手をあげて尻をたたく」が、それでも「口答え」する。しかも、何度飲ませても「お茶をだせ」と「命令」するといった悩み相談が続いた後の場面。）

……Iさんは、「…『わしはお前の召使いやない!』って、いうのに、ちっとも聞かないのですよ」と続けた。「とにかく昔から口が達者で、なんで家の家内はああなのか。」

この発言を受けて（略）メンバーのJさんは、「それは病気がさせているとしか言い様がない。病気がなったら、それまでの人格とか一切関係ありませんよ！それは、ご主人が認知症という病気を知らなしゃあない」とアドバイスし、続けてKさんも、「認知症をもっと勉強せな」と畳み掛けた。

これを聞き、Iさんは、「そうか、僕が勉強せなアカン、ということなんですね」と同意し、隣に同席した担当ケアマネジャーに助言を求めた。（Field note 10.7.21）

この場面で確認できるのは、「認知症」というカテゴリーが、「要介護者の免責」と、「相談中の介護者への帰責」を伴う、という点である。「昔から口が他者」という要介護者の性格に原因を求めようとするIさんに対し、周囲のメンバーは「それは（認知症という）病気がさせている」と、つまり妻の性格の問題ではないのだと、認識を変更するよう求める。その上で、誰が対応を変えるべきかという点と、相談者であるIさん自身なのだと言われる（「認知症をもっと勉強せな」）。

このようにカテゴリーカルな判断がなされるときには、「要介護者は認知症患者である」という点から逆算して、トラブルの原因それ自身が、介護者に求められる場合もある。家族会VでのLさん（70代・女性）の相談場面を、例にとりたい。

例2) 家族会Vで、認知症の夫を介護中のLさん（70代）が相談している場面

Lさんは先日、夫とともに久しぶりに繁華街に買い物に出かけたときに、夫にとった態度を後悔しているという。そのとき、夫は町なかで迷子になり、乗ったバスでは切符を間違え、おまけに荷物を取り違えた。「不安そうな顔」をしている夫に対し、下車後、怒鳴ったという。「ホンマに、私も人間ができてないから、つい怒ってしまうんですけどね。」

この話を受け、「絶対に手をつないで歩かなアカンよ」といったアドバイスも寄せられたが、メンバーのMさん（60代・女性）は、たまの外出で不安だったのは夫ではなく、むしろLさんの方だろうと指摘した。夫の「不安そうな顔」は、Lさんのちょっとした

「不安そうな顔」を感じ取って、夫が見せたに違いない。

Mさんはさらに続けた。「私らが、鏡みたいになってるんですよ。私ら健常者にした
ら何でもないことが、向こうにしたら、ものすごい不安になるんですよ。」 (Field note
09.2.17)

ここでは、「私ら (=介護者&要介護者) は鏡みたい」という「鏡のメタファー」に則り、
要介護者の変化がLさんに帰責される。このような鏡の比喻は、家族会内でしばしば聞か
れる。この比喻は、要介護者の変化の原因を探る中で、「介護者の感情の変化の影響を、要
介護者が直接的に受けたのではないか」という解釈をする際、用いられる。この例でも、
「要介護者が不安になったのは、介護者が不安だったからではないか」という推論の中で、
この「鏡のメタファー」が用いられている⁴⁾。

注目したいのは、Mさんがここで、Lさんを「健常者」として注意している点である。
「健常者」と対になるカテゴリーは、通常は「障害者」である。補足すると、この家族会
Vでは、「認知症患者の存在を、精神障害者として社会にアピールすべきだ」という趣旨
の発言が中心メンバーから繰り返されており (Field note 08.12.18, 09.3.17 他)、認知
症患者は、しばしば「障害者」として言及される。つまりここでは、要介護者が「障害者」、
すなわち「認知症患者だ」という前提が、介護者に帰責させていると読み取れる。この場
面では、Lさんの夫が「障害者=認知症患者」だからこそ、「鏡のメタファー」が成立する。
そうやって、繁華街の喧噪や久々のバスといった要素は退けられ、「他でもない介護者の不
安のせいで、要介護者も不安になったのだ」という解釈が強調される。

つまり、何らかのトラブルが報告された際、要介護者が「認知症」であるということ
は、はたらきかけを改めるべきは「介護者」である、という推測が、容易に成立すること
になる。「介護の困りごと相談」の場でのNさん (60代・男性) と医師のOさん (70代・女
性) のやり取りは、そのことを端的に示している。

例3) 介護の困りごと相談での、NさんとO医師のやり取り

Nさんは、「妻は63歳、レビー小体型の認知症です」と切り出した。(略) 相談内容
は、「妻が2週間前から強い興奮状態」にあり、「帰れ! アホ!」などと叫ぶ、というも
のであった。(略) その状態が、10分でおさまることもあれば、40分から50分続くこ
ともあり、間を置いて再発することもある、という。(略)

O医師はこの相談をうけ、即座に、「怒ってしまうのは、ご主人が疲れた顔をしてる
から、怒ってしまうのかもしれない」と答えた。

するとNさんは、「いや、僕は毎日みてるんですけど、いつきつく怒るかっていうと、
家内は、(?) 年前から全盲なんですよ。 (いきなりドアを開けて入ると、あるいは自分
が病院の職員と話していると怒る、という説明)」

そこでO医師は、「そしたら、体調が悪いが、季節の変わり目の影響というのが考え
られるが (略)」 (Field note 10.2.5)

この場面で注目されるのは、「認知症」と「全盲」、どちらの障害を前面に押し出すかで、
医師が推測するトラブルの原因が、全く異なるという点である。報告されているトラブル

の内容は、「強い興奮状態」（「帰れ！アホ！」）である。しかしこれを、「妻は…認知症です」と相談を切り出した際には、O 医師は即座に、「ご主人が疲れた顔をしているからでは」と、例2と同様に、夫であるNさんののはたらきかけに原因を求める。しかしNさんが、妻は「全盲」という別の障害を説明に用いると、「体調／季節」という別の原因が想定される。

ここからも、「相手は認知症（患者）である」というカテゴリー化が、「誰が対応を改めるべきか」という選択と強く結びついていることが、確認できる。介護者は、「自分たちが介護している相手は、認知症を患っているのだから」という整理により、「だから、相手の病態に影響を与えているのは、介護者である自分なのだ」と解釈し、自らの対応をあらためる。そして、要介護者の振る舞いは「病気のしたこと」として免責される。——「認知症」というカテゴリーを用いたことで、このような行動の指標を、介護者は手にする。

それでは彼らは、いったいどのように対応することを求められるのか？次節で考察する。

V. 「認知症」カテゴリーに基づく対応の変化—どのように、振る舞えば良いのか？

本節では、トラブルを修復 (remedy) する責任を自らに帰した介護者が、「トラブルに、どのように対応すべきとされるか」という問いに答えたい。しかしながらこの問いに答えようとすると、ともすれば羅列的な記述になってしまう。家族会では、実にさまざまなトラブルが報告される。先の例にあった暴言や「不安そうな顔」、あるいは徘徊や妄想など、その種類は枚挙にいとまがない。それをできるだけ網羅して記述することにも意義があるだろうが、しかし本稿の趣旨にはそぐわない。

そこで本節は、「認知症患者は、何をわかっているとされ、何をわかっているとされるのか」という軸にそって、介護者のとるべき（とされる）対応を、整理していきたい。なぜなら、以降の例で示していくように、介護者はしばしば、「認知症（患者）はXをわかっている／わかっていない」という助言／整理のもと、自身のとる対応を決定していくからである。

1. 「否定しない／説得しない」—「理屈」は通じない

家族会内では、要介護者の言動でトラブルが生じた際、要介護者のいうことを「否定しない」、あるいは「説得しない」という対処法が提示される。例えば、家族会VIで夫の妄想を相談したLさんは、次のようにアドバイスを受けた。

例4) 家族会VIで、中度認知症の夫を介護中のPさんが相談している場面

Pさんは相談を、「夫が『タイヤが転がってきたので見に行く』とあって、夜中（家を出て行こうとする。そうやって一晩中起きている」と切り出した。「私も、何言ってるか全然分からない。……『もう、それは夢やから』っていうんやけど、聞かへん。何であんな大きな声を出すんでしょね。」

すると、Bさんがすかさず「それ（「夢」）は絶対に言うたらアカン。それが認知症やから」と注意した。(Field note 09.3.11)

このように「否定しない」、「説得しない」という形式のアドバイスは、Bさん自身が家

族会でうけた助言だと、自費出版した介護体験談の中に記している。彼女は、「説得は逆効果」という節を設け、そのことを説明している⁵⁾。

このような対処法は、認知症患者の論理的思考能力の欠如と結びつけてなされる。例えば家族会Ⅳでは、Q 医師が次のように講演した。

例5) 家族会Ⅳでの、精神科医 Q さん (50代・男性) の講演内容

Q ……認知症の方にとって一番困るのは、物忘れではなく、理解、判断力の低下です。自分が認知症だと思わない。だから、メモ(をとる)などの対応策がとれない。(略)理屈にあったこと、われわれにとって間違っていないこと、事実を説明するのが介護ではない。極端なことをいえば、間違ったことでも(=嘘をついてでも?)、納得してもらうこと。怒ったり、しかったりはダメなんです。(Field note 09.12.4)

つまり背景にあるのは、認知症患者に「それは妄想、といっても伝わらない」(Field note 10.2.5)という理解である。それ故に、「理屈」や「間違っていないこと」、「事実」を「認知症の方」に突きつけることは、はっきりと禁止される。この前提は家族会内で徹底されており、それをもとに具体的対処法が練られる⁶⁾。

しかし、要介護者は相互行為不可能な存在として、扱われるわけではない。家族会内では同時に、彼らが「わかっている」という側面が強調される。それが、「感情」の面である。

2. 「笑顔をうかべなさい」—「感情」は残る

家族会では、前小節と逆に、「認知症患者はわかっている」と強調される場面がある。それが、感情を巡る場面である。例えば、F さんは、ある家族会で「これはもう病気や」と注意を受けた後の自身の介護を、「ニコニコ方式」と評した。

例6) 重度認知症の妻を介護中の F さん

F ……わしも、ま、はじめだけやったな、はじめの1年かな2年はしんどかったけどね。怒ったりな注意したり、「なんでこんなことができへんねん！」って怒ったりしたけどな、「これはこんなん言うてもあかんな」って思ったら、病気やと思ったら、今はもうとにかく怒らんと、ニコニコ。ニコニコ方式でな。……あれはな、わかんねんで、感情はな、受け入れた感情は。(Interview 08.12.26)

相手が「病気=認知症」だからこそ、「ニコニコ方式」に移行する。それは、相手が「感情」をわかるからである。——注意したいのは、ここで「感情」の問題が、「表情」の問題として扱われていることである。例えば、重度認知症の夫を介護していた C さんは、自身の介護のポイントを次のように整理した。

例7) 重度認知症の夫を介護中の C さん

C ……で、私が気持ちよく優しくやると、もうね、同じように返ってきますから。「あ、イライラしてきたな。こりゃ、ちょっと声も怒り声になってきた」っていうのが、私の注意信号、自分自身の。注意信号でね、「何でこんなイライラして」(と気づく)。怒るよ

うになるんですよ、……で、ね、優しく、もう本当に、気持ちが優しいときは、もう本当に優しく返ってくるんですよ。ほんで、できるだけ笑うようにしてるんですよ。ワーッとね、面白がって笑うと、同じように笑い顔でね、受けてくれますからね。もう、鏡みたいかなというね、そんな感じで。(Interview 08.12.18)

Cさんは、前述の「鏡のメタファー」に則りながら、「笑顔」という方法を説明する。彼女は、自分の「笑顔」をみた要介護者が、「優しく」なってくれるだろうと期待する。ここには、二つの想定がみられる。第一に、要介護者が、「笑顔」を「笑顔」として認識するという想定、第二に、「笑顔」は「優しさ」を意味する、という慣習的な理解を、要介護者も共有しているという想定である。ここでみた「笑顔」という介護者のはたらきかけは、要介護者がなおも「笑顔=優しさ」という慣習的な理解を共有していると期待するからこそ、導きだされる。つまり介護者は、「感情」面においては、要介護者を相互行為可能とみなしてはたらきかける⁷⁾。

このような理解があるからこそ、介護者の「演技」も可能となる。中度認知症を患う実母を介護中のDさんは、「目が三角になっている」、「足を踏みしめている」といった、母親の「怒っている」サインに出くわしたときには、『ああ、来たな』というので構えて、あえて作り笑顔を浮かべるように、演技をするようには心がけてます」(Interview 09.1.11)と語った。このような場面で問題になっているのは、「お互いの本当の気持ちは何か」ということではない。むしろ、「適切な表情」をつくって、状況を何とか修復しようという試みである。「認知症でも感情はわかる」という前提は、「笑顔」という具体的な対処行動を導きだす。

さて、本節でみた「認知症(患者)」に対する対応の前提には、Bさんの言葉を借りるなら、「理性で考えてないねん、感情の目で私たちを見てるから」(Field note 09.2.6)という「認知症(患者)」観が指摘できた。これを前節でみた「介護者への帰責」とあわせて考えると、介護者に非常に重い負担がかかっていることが、指摘できる。相手が「認知症」であるからこそ、「介護者」がトラブルの責任を負い、相手の言うことを「否定/説得せず」に、「笑顔」を浮かべつつ対処する。これを完璧にこなすことは並大抵のことではないし、だからこそ家族会内で一つの「理想像」として語られているとも、解釈できるだろう。

しかし、このように介護者にとってかなり負担のある行動指針を手にすることで、「認知症(患者)」がある特殊な存在として想定されるようになることが、指摘できる。それが、「悪意」のない存在としての「認知症(患者)」である。

VI. 「悪意」のない存在としての「認知症」理解

本節で注目したいのは、ここまで見てきた「認知症(患者)」というカテゴリー化が、要介護者の免責を徹底して行っている点である。IV節、V節で見てきたように、トラブルの原因はすべて「認知症」という「病」——そして、「理屈はわからないが、感情は分かる」とされる「病」の特徴に対応しきれなかった「介護者」——に、求められてきた。

別な見方をすると、トラブルを起こした責任を要介護者に求める推論は、「認知症」というカテゴリー化によって、徹底して拒否される。例えば、「家族だから/昔からの性格で…、

こんな振る舞いをする」といった説明は、今回の調査では全くといって良いほど聞かれなかった。正確に言えば、聞かれたとしても、それは例1で見たように、「相手は認知症なのだから」という定式化によって、否定されるものなのである。

つまり、「認知症（患者）」に「悪意」は想定されないのである。例えばBさんは、自身の介護を振り返り、次のように記している（下線は引用者）。

例8) Bさんの介護記録より

……夫 72 歳、冬。この頃、説得や注意をすると、その時は知らん顔をしているが、夜中にものを壊したりしていた。シーツもひきさかれた。(略)

ある日、いつものように洗濯のために着替えを手伝った。

「何をするんだ」と足で蹴られた。あなたに良かれと日々過ごしているのにと、くやしかった。首に手をかけた。(略：結局、首に手をかけたところで思いとどまる。)

認知症は介護者を虐待する。介護はとても苦しい日々の連続だが、介護を受ける者がするのはなく、病気が介護者を虐待するのだ。

介護者同士で心の底を話し合うと、誰でも2回か3回は危険があるようだった。

介護者への暴言や暴力に直面しつつ、Bさんはここで、「介護を受ける者」と「認知症」を切り離すという論理をとる。そして、「認知症」という「病気」に、暴言や暴力の原因を求める。つまりBさんは、その理由を要介護者の悪意や敵意だとは捉えない。同様に、中度認知症の実母を介護中のRさん(50代・女性)は、物忘れ外来での認知症の診断中に、実母が「買い物でも何でもしています」と発言した際の当惑を、次のように語った。

例9) 実母を介護中のRさんの発言

R ……ほんとにあの、本人に、作り話をしたり、相手を欺こうとか、そういう気持ちが全くないわけで、それですごく、生き生きとした話をするから、ふつうに聞いたら、全くホントだと思えるような話をするから…… (Field note 09.11.30)

目の前で、実母が事実とは異なる話を展開しても、それは「欺く」といった「気持ちが全くない」行為だとされる。彼女の行為に、「悪意」や「敵意」を読み取ることは、最初から排除されている。

こうして、要介護者の引き起こしたトラブルは、全て「認知症」の症状として定式化されていく。つまり、「暴力、暴言、虚言」などとして、責められかねない行為をしたとしても、「認知症（患者）」は、「それこそが病気の症状である」として、一切が病態の現れとして回収されていくのである。

この論理を貫徹すると、例えば、高齢者による「死の自己決定」、いわゆる「自殺」の意図というものも、存在しないことになる。家族会VIでのSさんの相談は、そのことを端的に示す。

例10) 中度認知症の夫を介護中のSさん(60代)が、家族会VIで相談中の場面

Sさんは、夫から「僕は何の役にも立たない人間やから、死にたい」といわれた、と

相談した。Sさんがとっさに、「そんならアタシが先に死ぬわ」と言うと、夫は黙った。

ここまで話を聞いて、「自分も夫から同じことを言われた経験がある」というTさんから、「本気で言ってないから、寂しいから甘えてるんだ」という解釈が示された。

しかし、この話にはまだ続きがあった。Sさんがこの一件を医師に相談したところ、「処方薬であるアリセプト⁹⁾の服薬量が多いからだ」と診断され、(処方量を)減らされたという。それ以降、「死にたい」発言はなくなったため、今のところ納得しているという。(Field note 09.4.8)

ここで注目したいのは、Sさんの夫の「死にたい」発言が、医師による「治療」の対象とされている点である。この例では、彼の「死にたい」発言の原因として、二つの解釈が示された。第一に、「寂しいから」というものであった(そしてこの解釈は、要介護者を「寂しく」させないようにSさんの「はたらきかけ」を要請しうるものであったと、考えられる)。第二に、「過剰服薬」である。結局、「服薬量を抑えたら『死にたい』発言がなくなった」という根拠から、過剰服薬が原因とされる。もちろん、一般的に「死にたい」といった発言を「真に受ける」ことは、避けられるだろう。しかしそれを「病態」として解釈することは、やはり「認知症」だからこその特徴だと、いえるだろう。

こうして、「認知症」を患った患者本人は、無垢化された存在として、介護者の前に立ち現れる¹⁰⁾。例えば、母の暴力や暴言を誰にも言えず、「殺意すら覚えた」というDさんは、「その本(認知症関係の医学書)を読んだことによって、私は救われた」とし、現在の母親に対する見方を、次のように語った。

例1 1) 中度認知症の実母を介護中のDさん

D……学習することによって分かって、私にこうやってあったり叩いたりするのは、私の対応が悪いときとか、何気なく言ったことが腹立つとね、やっぱり感情がね、傷つくから。……やっぱりその、認知症の人って、そぎ取られてる部分が、脳の中でいっぱいあるようなんで、よくいえばピュアな部分が、(略)子どものような、視点がちょっとね、普通一般のお年寄りが感じる視点ではない視点でものごとを見たり、(略)忘れてた自分の感性みたいなものが呼び起こされるみたいなね…… (Interview 09.1.11)

このような視点は、「認知症」という概念を学んだからこそ獲得される。Dさんの介護生活が、あえて言えばトラブルの連続だった点は、誤解してはならない。暴言や暴力に、「首絞めてやろうやろうかと思うぐらい、腹立つこともいっぱいあった」彼女は、本を読むことで、それらの行動の「原因も分かってきて」、笑顔といった対応策を身につける。

「認知症」というカテゴリーを学習することで、介護者は、トラブルに際してのモノの見方、対処の仕方を、これほどドラスティックに変えるのである¹¹⁾。

VII. おわりに

「介護を巡ってトラブルが生じた際、誰が、どのように対応すればよいか」——「認知症」というカテゴリーは、以下のような行動の指標として働いていることが、本稿の議論からは指摘できた。第一に、「介護者が」対応を改めるべきであると、帰責すること。第二

に、「理屈は通じないが、感情はわかる」という前提のもとで行動すること（説得／否定の禁止、笑顔）。このようなカテゴリー化の帰結として、認知症を患う要介護者本人は、悪意や敵意のない、無垢な存在として立ち現れる。彼らの引き起こすトラブルの原因は、全て「認知症」という病に回収される。Rさんの言葉を借りれば、彼らのすることは、「いけずではない」（Field note 10.7.27）のだ。

本稿は、以上の議論をもって、「実は認知症患者は無垢ではないはずだ」、あるいは、「彼らにも悪意はあるはずだ」と主張するつもりはない。実際、介護者がこのように対応を改めることで、要介護者の病態が改善したという例は、家族会内で何度も報告される。そういう意味で、彼らの語る事例はまぎれもない臨床の事実だと、筆者は確信している。

本稿が指摘したいのは、次の点である。介護者が、以上のようにモノの見方を変えるには、「認知症」というカテゴリーが不可欠であったということ——そして付け加えるなら、このようなカテゴリー化抜きに、現在の「家族介護」は、おそらく成功しないのである¹²⁾。

補注

(1) 本稿でいう「トラブル」とは、エマーソンらの議論に則り、「(何かがおかしいという表明がされ、) 何らかの修復 (remedy) がなされる対象」として、定義している (Emerson & Messinger 1977)。

(2) 本稿でいう「社会構築主義」とは、中河伸俊のいう「エンピリカルな構築主義」と等しい。すなわち、人びとが「どのようにして現実を産出するか」という How の問い、そしてその結果「どのような現実が生まれるか」という What の問いを、同時に扱うプログラムである (中河 2005)。

なお本稿は、カテゴリーを分析する上での代表的手法、エスノメソドロジー (EM) の「成員性カテゴリー分析」(MCD) の方法論 (Hester & Eglin [Ed] 1997) の影響は受けているが、厳密に則ってはいない。MCD は、あるカテゴリーを分析する上で、カテゴリーとその述部 (「X とは A である」) を、厳密に対応させて記述する手法であった。しかし本稿で引用する事例を見れば分かる通り、家族会内では、「認知症」は「認知症」と言及されるとは限らない。それはときに「(脳の) 病気」、「(精神の) 障害」として言及される。そのようなデータの性格より、本稿は MCD を名乗らない。

(3) 井口はこの「はたらきかけ」概念を、「呆けゆく者や寝たきりの人に対する周囲からの世話や対応などの行為を指す探索的な概念」と定義している (井口 2007: 32)。本稿も、以降同様の意味で用いる。

(4) 井口は、この「鏡のメタファー」を分析する中で、「二者関係への閉塞」というキーワードを提出し、議論している (井口 2007: 255-265)。

(5) Bさんは、「わかってもらいたから『こんなことしたらあかんよ』などといってしまうと、(略) 異常行動が倍になる」として、「説得」や「怒る」ことを戒める。その上で、具体的には、「徘徊が始まったら、途中で喫茶店に誘い、疲れたら家に帰ろう」など、さまざまな対処法を助言する。

(6) この「否定しない／説得しない」という対処は、ときにそれ自体がトラブルとなってしまう。義母を介護中の女性 (50代) は、「否定したらアカン言われてたから」、話を聞き続けると、「人が一杯来る！イスの上に子どもが寝てる！」といった幻覚を聞かされ続け、「ものすごくしんどくて、私がおかしくなりそうで」と相談した (Field note 09.4.15)。

(7) 井口 (2007) は、「鏡のメタファー」は高齢者の「他者性の喪失」を伴う、とするが、筆者の立場は違う。

(8) これはクルター (Coulter 1979=1998) の議論と重なる。彼の論点は、私達は、互いの「感情」(怒り、喜び etc.) を、状況、表情、振る舞いなどを評価すること、つまりは「適切な表示」を通じて理解している、という点だった。

(9) 憐エーザイの商標登録名。正式名称は、「塩酸ドネペジル」。アルツハイマー型認知症の進行を遅らせる効果が期待される認可薬。家族会内では、その服薬の是非や効果が、しばしば話題となる。

(10) 天田 (2007) は、介護者によるはたらきかけが、かえって要介護者の「アイデンティティを保持せんとする試み」

(つまり介護への抵抗)を招き、「悪循環のループ」へと至る場合がある、と指摘した。しかし本稿の立場からすると、そのような「アイデンティティを保持せんとする試み」も「病態」に回収するのが、「認知症」だと言えるだろう。天田も指摘したように、要介護者の反応に意味を読み込むのは介護者である。そしてその解釈に、いわば枠を定めるのが、「認知症」カテゴリーだといえる。

(1) 井口は分析上、Ⅲ節でふれた「関係モデル」と、症状をあくまで脳の気質的变化と捉える「疾患モデル」を対置させた(井口 2005)。しかし本稿の立場としては、両者はモデルとして分けられるものではないと捉えている。

(2) このような強い責任感の一方で、調査した全ての家族会が「楽な介護」を掲げ、介護保険に代表される「介護の社会化」政策を積極的に利用することを勧めていた点を、強調したい。それは具体的には、困難事例の行政担当者への連絡、病院や介護施設の情報交換、医師ら専門職を招いての勉強会の開催や提言の上申などの形で行われる。その様な「楽な介護」に取り組みつつも、家族が強い責任を背負わざるをえないのが、「認知症」の特徴と言えるだろう。

引用文献

天田城介、2007、『<古い衰えゆくこと>の社会学 [普及版]』、多賀出版

Coulter, J., 1979, *The Social Construction of Mind—Studies in Ethnomethodology and Linguistic Philosophy*, Macmillan (=西阪仰訳、1998、『心の社会的構成—ヴィトゲンシュタイン派エスノメソロジーの視点』、新曜社)

Emerson, R. and Messinger, S.L., 1977, “The Micro-politics of Trouble” *Social Problems* 25(2): pp. 121-134

Gubrium, J. F., 1986, *The Oldtimers and Alzheimer’s: The Descriptive Organization of Senility*, Marquette University

Hester, S. and Eglin, P. (eds.), 1997, *Culture in Action—Studies in Membership Categorization Analysis*, International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis & University Press of America

井口高志、2005、「痴呆をかかえる者とのコミュニケーションにおける二つの理解モデル——疾患モデルから関係モデルへ？」『ソシオロジ』50(1): pp.17-33

———、2007、『認知症家族介護を生きる——新しい認知症ケア時代の臨床社会学』、東信堂

室伏君士、2008、『認知症高齢者へのメンタルケア』、ワールドプランニング

中河伸俊、2005、「『どのように』と『なに』の往還——エンピリカルな構築主義への招待」盛山和夫・土場学・野宮大志郎・織田輝哉編著『<社会>への知/現代社会学の理論と方法(下)——経験知の現在』:pp.165-189、勁草書房

小澤勲、2003、『痴呆を生きるということ』、岩波書店

———、2005、『認知症とは何か』、岩波書店

Abstract

In this paper, I would like to examine “Dementia” as the category, which indicates “Who” and “How to” remedy troubles about care. For this purpose, I will analyze data, which is collected through participant observation in self-help groups (SHG) of family carers of demented elderly, and interview to members of those. I would like to emphasize three points. First, if the elderly is formulated as “the Demented”, that means “family carers” must take responsibility to remedy trouble, which is talked with other SHGs’ members. Second, “family carers” must not “deny what the Demented said” or “persuade with them”, and they must “smile at them”. These responds are chosen because they define “the Demented” cannot think logically, but sustain their emotion. And third, “The Demented” is regarded as “innocent” or “harmless” through this categorization.

以下は模擬査読参加者に事前に配布した注意文書であるが、下線部すなわち、

木下論文は未定稿ですので、社会学の学術論文としての引用や批評はお控えください。
社会学教育の文脈で、9月18日の会議に触れる場合には、言及して頂いても構いませんが、その際にもなるべく著作権者（木下衆氏）の許諾を請求するようにして下さい。

という箇所は、今後この資料を二次使用する読者に対しても同様に要請したい。

この資料はあくまで模擬査読に提出された未定稿であるので、学術論文としての引用および批評は禁止する。

*****以下、当日配布資料*****

参加予定者各位

2010年9月8日

『保健医療社会学論考』模擬論文及び、査読結果報告論文の読み方について

担当理事 樫田美雄

2010年9月18日の保健医療社会学会関西定例研究会の第2部では、架空の雑誌への投稿論文を元にした模擬査読とそれへのリプライの検討を通して、論文投稿の実際をバーチャルに体験して頂きます。

ここでは、関連配布物を確認し、その活用の仕方に関して若干の注意を致しますので、どうぞよろしくお願い致します。

【1】事前配布物

3種の事前配布物があります。

- ①模擬査読論文（木下論文）
- ②査読者甲の模擬査読文
- ③査読者乙の模擬査読文

※木下論文は未定稿ですので、社会学の学術論文としての引用や批評はお控えください。

社会学教育の文脈で、9月18日の会議に触れる場合には、言及して頂いても構いませんが、その際にもなるべく著作権者（木下衆氏）の許諾を請求するようにして下さい。

【2】当日配布物

1種の当日配布物があります。

- ④リプライ案（模擬査読に対して、再投稿する論文にそえる文案のプランレベルのもの）

【3】9月18日の予定

当日は、以下の予定で第2部＝前半＝を進めます。

- 1) 論文本体は読んできて頂いていることを前提とし、

- 2) 模擬査読文（甲の査読文と乙の査読文）については、その内容を確認し、
- 3) リプライ案について、木下氏に、執筆趣旨を解説してもらった上で、
- 4) リプライの適否等について、全体で議論します。

以上です。どうぞよろしくお願いいたします。なお、④は、当日会場に参加者必要分を持参しますが、①、②、③は原則として、持参しません。ご自宅あるいは研究室で印刷して、ご持参ください。

*****以上、当日配布資料*****

■ 模擬査読用資料の利用上の注意（その二） ■（2012年10月1日、木下衆追記）

なお、この模擬査読原稿は後に大幅に加筆修正され、木下衆（2012）「家族会における『認知症』の概念分析——介護家族による『認知症』の構築とトラブル修復」として、『保健医療社会学論集』22(2)に掲載された。