

「高齢者―ヘルパー」と「高齢者―ケアマネ」の言葉の比較

―会話のなかでの「思考様式」と「経験」について―

小野田 貴 夫

はじめに

ケーススタディーを通して、高齢者とそのもとで作業するホームヘルパーとの会話が親和的に展開されていく様子を「高齢者とヘルパーの会話の特徴について」(小野田2008)「高齢者とヘルパーとの会話の特徴」(小野田2009)において論じ、高齢者とその高齢者にリハビリを勧めるケアマネージャーとの会話が背反的で停滞してしまふ様子を「高齢者とケアマネとの会話―リハビリに抵抗する要支援高齢者のケースについて―」(小野田2009)「介護予防をめぐる高齢者とケアマネとの会話」(小野田2010)において論じてきた。どちらも、通常の業務のなかでの会話を資料している(ここである意味で者とは、要支援高齢者のことであり、本論では、そのような意味で使っていく)。もちろん高齢者とホームヘルパーとの会話が常に親和的だというわけではないし、ケアマネとの会話が背反的だというわけではない。親和的であったり、背反的であったりする条件は、高齢者の会話の相手が、ヘルパーであるかケアマネであるか、という職業的な役割や社会的な位置だけの問題には還元できない。しかし、現場において、高齢者とそのもとで作業するヘルパーとの会話が親和的に、そしてリハビリを勧めるケアマネとの会話がぎこちなく進むケースは、よく見るものである。本論では、高齢者―ヘルパー関係の会話を親和的にし、高齢者―ケアマネ関係における会話を背反的にしていく要因を論理・科学的思考様式と物語思考様式(Ｊ・

S・ブルーナー、M・ホワイト&D・エプストン)といった二つの思考・認識様式の対立的な図式から探っていく。

対立の図式

まずは、高齢者―ヘルパー関係と高齢者―ケアマネ関係の会話について、特徴的な部分だけを対立的に取り上げていく。高齢者に話しかけるヘルパーとケアマネの言葉を、表1「高齢者に対するヘルパーとケアマネの言葉の対比」のように図式的に対比させ、さらにヘルパーまたはケアマネに話しかける高齢者の言葉を、表2「ヘルパーまたはケアマネに対する高齢者の言葉の対比」のように図式的に対比させてみる(次ページ)。各表の項目にある会話の必要性、話す内容、話し方、姿勢、またその下位項目は、構造的に関連し相互に影響している。その中でも、本論では、下線をつけた話す内容に関する項目を主に扱っていく。

厳密に言えば、上にあげたヘルパー、ケアマネ、高齢者の言葉を対比的に示した表は、その特徴を理解するための理論的な図式であって、実際は相互に重なりあっている。つまり、ケアマネが雑談を口にすることもあれば、ヘルパーが理屈っぽく高齢者を説き伏せようとすることもある。もちろん、高齢者もケアマネのように理路整然と議論をはじめることもある。そうした微妙な差異や連続性を説明することはもちろん必要であるが、そのためにも手続きとしてまず

表 1 「高齢者に対するヘルパーとケアマネの言葉の対比」

			ヘルパーの言葉	ケアマネの言葉
業務上の会話の必要性			無し、または補助的（作業の確認のため）	有り（業務全体を通じて会話が必要）
話す内容	目的		積極的な目的無し	明白な目的有り ・介護予防計画の実施への承諾を得ること
	内容 （話しかけたり問いかけたりする内容）		雑談 ・個人的な経験や意見、感想＝作業の確認以外は業務と無関係	計画に関する事 ・制度や計画の説明 ・心身の状態についての確認 ・計画実施への意志の確認 ・計画実施に向けた説得
	テーマ	主導権	高齢者とヘルパーそれぞれ	ケアマネ
		展開	速い（よってテーマが多い）	停滞気味（または反復が多い）
		テーマの対象者 （誰の話題か）	主にヘルパーまたは高齢者（その他、家族、友人等）	高齢者のみ
話し方			くだけた話し方	丁寧な話し方
姿勢	高齢者への姿勢		非対面的（移動しながら）	対面的
	作業の対象		室内の物	人（高齢者）と書類

表 2 「ヘルパーまたはケアマネに対する高齢者の言葉の対比」

			ヘルパーに対する言葉	ケアマネに対する言葉
会話の必要性			無し、または補助的（作業の指示・確認のため）	有り（ケアマネからの質問への応答や計画についての意志伝達）
話す内容	目的		積極的な目的無し	目的が明白ではない ・介護予防計画への抵抗（？） ・日々の苦労や努力への承認獲得（？）
	内容 (話しかけたり問いかけたりする内容)		雑談 ・個人的な経験や意見、感想＝作業の確認以外は業務と無関係	日々の苦労や努力についての経験談（エピソード）
	テーマ	主導権	高齢者とヘルパーそれぞれ	ケアマネ
		展開	速い（よってテーマが多い）	停滞気味（または反復が多い）
		テーマの対象者 (誰の話題か)	主にヘルパーまたは高齢者（その他、家族、友人等）	高齢者のみ
話し方			くだけた話し方	くだけた話し方と丁寧な話し方
姿勢	ケアマネへの姿勢		非対面的（座りながら適宜ヘルパーを目で追う）	対面的
	働きかけの対象		室内の物	人（ケアマネ）と書類

は、特徴的な傾向を取り上げて理解することを優先し、対立的な図式を示した。

「物語的思考モード」対「論理-科学的思考モード」について

対比的な表を基にして、それぞれの言葉の特徴を、ホワイトとエプストンが『物語としての家族』(1992)で整理している「論理-科学的思考モード」logico-scientific mode of thought」と「物語的思考モード」narrative mode of thought」の解説、特に「経験」の次元にそって、論じていく。あらかじめ確認しておくが、論理-科学的な思考様式も、物語的な思考様式も、人の思考様式が歴史的な発展のなかで作られてきたように、あたかも完成した普遍的な実体として扱うことは本来はできない。この二つの思考様式について、ホワイトは、ブルーナーの理論から継承しているが、ブルーナーは、この二つを思考の方向性や志向性のように扱っていて、より発達の・発展的な展開を想定している。実際に、ある言葉もしくはディスコースを理解するには、その表現を、二つの思考様式による段階的な表出の合力としてみていくのが妥当である。つまり指示表出の強度が、論理-科学的思考様式を構成し、自己表出の強度が、物語的思考様式を構成する(小野田2006)。にもかかわらず、やはり言葉の特徴的な傾向をつかむには、理論的にそれぞれの思考様式を対立的に配置しながら対応させていくほうが、わかりやすい。これも理論的な手続きとして、そのように議論を進めたいと思う。

対象としているヘルパー、ケアマネ、高齢者それぞれの言葉を、それぞれの思考様式に対応させるところから論じていく。つまりケアマネの言葉は、論理-科学的思考モードにそって作られており、ヘルパーと高齢者の言葉は、物語的思考モードにそって表現されて

いる。『物語としての家族』では、ブルーナーによる論理-科学的思考様式と物語的思考様式についての議論を、6つの次元に分けて対比的に整理している。その次元とは、「経験」「時間」「言語」「個人の力」「観察者の位置」「実践」の6つであり、ここでは、「経験」の次元を主に取り上げる。

ケアマネと高齢者の「経験」の次元について

論理-科学的モードは、「具体的な構成物、出来事のクラス、分類、診断体系によって個人的経験の特殊性は排除される」と解説されている。ケアマネの言葉は、それぞれ状態の違う高齢者に必要な介護予防計画を説明し、承諾を得ることに目標が置かれている。介護予防計画は、それぞれの高齢者の心身の状態から得られたアセスメント(サービスマネジメントの事前評価)によって論理的に根拠付けられている。この論理は、医療的な観点や介護・機能回復等の技術的な観点、また社会福祉に関する観点等からできており、科学的でもあれば、技術的でもある。それは、個人的な状態の特殊性が、無視されるところではなく、できるだけ普遍的な評価軸の中に位置づけられ相対化されることを意味する。ひとつの序列化であり、科学的な操作によって個々人の個性性を他の個々人との関係において特徴づけるという意味での個人化である。つまり、個々人をばらばらにするというのではなく、個人を普遍的に把握することである。この意味で、アセスメントにおいて、「個人的経験の特殊性は排除されている」。食欲不振がはじまったのが自分の大好きな鶏肉と椎茸の炊き込みご飯を食べた後からだったとか、視覚障害のせいで駅の柱に頭をぶつけて恥ずかしい思いをしたとか、その「大好きな」や「恥ずかしい思い」といった感覚を含めた場所や時間を特定できる経験

の特殊性は、アセスメント上は排除される。

そして、理想的にはその個人の位置に応じて抽出された必要性を満たすように介護予防に必要な計画が作られることになる。ただし、この時、具体的な個々の介護予防サービスの実施計画そのものは、アセスメントから認識された必要性を、自動的に必然的に満たすようになっているわけではもちろんない。地理的な条件によるサービスの分布状況もさることながら、より本質的には高齢者自身の意志や好みによって左右されることになる。ここに交渉の余地が生じ、ケアマネと高齢者の間で、たとえばリハビリをどのように実施するか、といった具体的な課題で対立が生じたり駆け引きが行われたりする。

しかし、本当の高齢者の不満は、アセスメントから必要性（ニーズ）が抽出された時点で起きている。科学的・形式的な操作によるアセスメントは、その対象者である高齢者の能力の不足を定義し、それを補う必要性（ニーズ）を提示する。アセスメントでは、気候や生活空間の状態、予測できない気分や雰囲気といった複雑な条件のなかで刻々と微妙に変化する日常的な痛みや不自由についての経験的な感覚は、ある時点における客観的で平均的な真実としての階層的な負の表現へと文書化され固定される。文面化された負の表現（介護度はその象徴である）は、高齢者にとっては、それなりの蓋然性をもっているために、正面切って否定しがたいものではある。また、文書化された表現に対して、抵抗できるほどの自分の痛みや不自由の感覚について表現力を持ち合わせていないことも多い。

さらに高齢者に対して、客観化された負の表現を標準に近づけるためのニーズが用意され、提示される。「周囲との交友関係に消極的で、居室で一人きりの時間が長く、抑うつ的な気分になることが

懸念されるため、外出し、社交的な接触の機会を設ける」といったものや、「脳梗塞後遺症による右上下肢に軽度の麻痺があり、室内での転倒や日常的な作業での支障が想定されるため、ヘルパーによる居室内の片づけや、デイケアによる機能回復の機会が必要」といった具合である。特に要支援（1または2）と判定された高齢者に対しては、介護予防計画と念押しされていて、負の状態のままでいることは制度的に許されていない。つまり、実際にどのようなサービスを入れたり個人的なメニューを組んだりするかは、様々な選択肢があるが、何もしないということは許されていない。必要性は、必然性であって、負の状態が確認されるかぎり、常に現在を否定され、煽られることになる。

ケアマネが、介護予防計画について高齢者に語るといことは、標準的な状態へと戻す努力を負うべき現在の無能力を認めさせることである（多かれ少なかれこの無能力を認めたくえでなければ、もっとも必要とされるヘルパーでさえ使えない）。それも、基をたどれば、個人の身体的な能力を、標準的な状態からのマイナスの差として科学的に位置づける作業からはじまっている。それは、個人的な経験を排除するというよりは、個人的な経験——たとえば痛みや不自由といった経験——を、測定可能な量や平均的な状態（症状）といった表現へと科学的に変換すること、別の言い方をすれば、他の諸個人との経験と相対化できるように位置づけること——つまり科学的な表現にすること——である。この操作によって裏付けられた知識にそって介護予防計画は作られている。高齢者に負の判定を貼り付けるという成り立ちからして、ケアマネが善意から語りかけていても、介護予防計画は、高齢者をソフトに遠ざけてしまう。介護予防計画の言葉のなかで、高齢者は、苦労や苦痛といった他と交換できない自

分の経験や感覚が、その他の多くの人たちのなかに回収され平板化されていると感じ、その他多くの人たちから負の評価をされていると感じることになるからである。

ヘルパーと高齢者の会話における「経験」の次元

一方、物語思考様式は、「経験」の次元において、「生きられた経験の特殊性に特権を与える」とホワイトらは言う。高齢者とヘルパーとの会話が、弾むように進んでいくときには、まさにこの状態で、それぞれの経験的なエピソードそれぞれ自体に価値が与えられており、さらに語るという行為自体に価値が与えられている。逆の言い方をすれば、そこでは、社会的に（それが特定の集団であっても）認められている価値の尺度は、優先されない。その人が、意図的であれ無意識のうちであれ、今選択しているもの、つまり価値を置いたものが優先され、聞き手が、それに応じた共感や関心を示す応答によって、会話はスムーズに展開されていく。

そのような意味で、物語的な思考様式にそった会話は、二重の意味で経験的である。一つは、会話のなかで取り上げられるエピソード自体が、経験的であるということ。もう一つは、その人が、今そのエピソードを選びだし語っていること自体が、経験的であるということである。後者の経験とは、例えて言えば、書面で報告されたり、口伝えに誰かを通して知られたりすることではなく、まさにそこでその時に話すという行為であり、その行為（または話す人）に固有の価値が与えられるときに会話は、促進的に展開されていくことになる。

高齢者とヘルパーの会話は、客観的には物語的思考様式にそった典型的なディスコースをなしているが、それでも、話題の中心にい

るのは、どちらかと言えば高齢者である。ヘルパーが、自分のエピソードを語ることは少なくないが、それは高齢者のエピソードに誘発された内容であったり、高齢者のエピソードを誘発するための内容であったりする。つまり会話のテーマは、その場で語っている高齢者に関することで、持続していく。どの程度意図的にヘルパーが高齢者の言葉に依拠しているのかわからないが、ある種の献身的な共感的態度が、高齢者の語りや高齢者に関するテーマを促していると言ってよいだろう。

家族の場合には、普段から何度も同じ話を聞かされ飽きてしまっていたり、同じ経験を共有しているために口にする必要がなかったりして、高齢者にとって理想的な会話の機会とはならないことがある。それに比べると、ヘルパーは、家族的な過去の経験も利害を負うことはないため、高齢者が語る言葉に対して、ある意味で無責任に肯定し次の言葉を促すことができる。また決まった業務を完遂させるためにも、会話の腰を折って、気まずい関係になることは好ましくない。

では、ヘルパーは聞き役に徹しているかというと、決してそうではない。単純な文字数の比較だけであれば、高齢者と同じくらい話している。高齢者によるテーマの選択が優先されていても、その中では、ヘルパー自身の考えや経験、たとえば、自分の家族のことや過去の恋愛についてのエピソード等も積極的に話していて、ヘルパーのパーソナリティーも伝わってくる。そのような意味で、ヘルパーが高齢者に仕えるような立場ではない、それぞれの個性が交流しながら会話が進められていることは間違いなく、それは文字通り経験の特殊性に対する特権的な価値を付与する物語的思考様式にそって会話が進行しているからである。

ケアマネの論理による言葉と高齢者の経験による言葉の背反

もう一度、ケアマネと高齢者との会話に立ち返ってみると、ケアマネが論理・科学的な思考様式にそってディスコースを構成しているのに対し、高齢者は、物語的な思考様式にそったディスコースで応じている。つまり、ケアマネが、リハビリの必要性が必然的に導かれる論理にそった言葉を投げかけるのに対し、高齢者は、自分の苦労や苦痛の経験的なエピソードを展開しはじめる^三。

ケアマネが言うことはもっともで、その論理の内側からでは反論しようがない。健康と長生きのための介護予防をすべきであり、リハビリをすべきであると言っているのである。それも高齢者の個々の心身のコンディションに応じて必然性をもって提案されている。

さらに、この否定しようのない論理は、論理的な事実を超えて、倫理的な負債を押しつけることになる。つまり、介護予防の論理は、介護予防やリハビリへのメニューを、倫理的な非難を込めた責務のように感じさせる。その倫理的な非難とは、介護予防計画の二つ前提からの連想によって生じる。一つは、非常に素朴ではあるが、介護状態にならないように予防すべきであるという当為的な前提からの連想である。別の言い方をすると、すでに介護状態になりうる予兆が生じているので、そのマイナス分を今のうちに取り戻すべきであるという前提から生じる。この前提には、マイナスを埋めることは、努力で可能だという発想が要求され、実際に努力を要求する。ということから、介護予防を必要とする人は、つまり要支援の人は、自己管理について努力が足りないために、そのような不健康な状態になったのだ、という連想が生じる。要するに、あなたは怠惰である、という倫理的な非難にもなり、そう感じさせることになる。もう一つは、介護保険制度の継続に対する財政的な負担を減らすため

に、できるだけ要介護状態になるべきではなく、要支援状態という回復の可能性が高いうちに自立状態へと回復すべきだという論理的な前提である。これは、要介護状態の人を社会的・経済的な負債者のように、また要支援状態の人をその予備軍のように連想させる。この二つの前提は日本社会のなかでは相補的なものとなっている。また二つの前提から生じる暗示的なメッセージのようなそれぞれの連想は、たしかに存在するのだが、否認されてもいる。逆に言っても同じだが、当事者である高齢者（または家族）にはっきりと口にして要求してはいけないこととして否定されているが、否定に先立って確実に連想されるものでもある（家族内では、その家族の構成員の数や関係、介護力や経済力に応じて―おそらくはその力が弱いほど―、非難をこめてあらさまに言葉にされる可能性がある）。

このような次第で、ケアマネは、科学的な論理にそった帰結をおそらくは善意にそって伝えていているのに、高齢者には、ケアマネによってそれとなく否定され非難されているような感覚を伝えてしまう。そこで、そうした非難には値しないこと、つまり相当の努力をしてきていることを理解させるために、彼らは、自分の苦労と苦痛のエピソードを語り始めることになる。これほど苦しい思いをしてきた、これほど苦痛に耐えてきた、と様々な経験的なエピソードをもってケアマネに対抗する。ケアマネの介護予防計画の説明に対して、高齢者がやや攻撃的に自分の苦労話を始めるといって、非論理的なディスコースの断絶は、暗示的に伝えられてくる非難の言葉に対する、自己弁護の応酬としては、非常に実践的で論理的である。

論理・科学的な思考様式とは、個別的な経験に左右されない普遍化された真実を志向するのに対して、物語的な思考様式は、個別的な経験の真実を志向する。そのように語り手として的高齢者は、言

葉によって経験を再現し、その感覚を再現する。その場で自身の苦
 労や苦痛を再現するのである。物語的思考様式から生まれる言葉は、
 知覚や印象といった感覚の再現性に価値が置かれ、それを語ること
 は、知識や事実を共有するというよりは、共感を求める。苦痛や苦
 労のエピソードに共感すること、つまり経験的なエピソードによっ
 て苦労や苦痛を追体験することを聞き手であるケアマネに求める。
 それができれば、どれほど努力がなされているのかわかるであろ
 うし、非難じみた言い方（高齢者にはそう聞こえる）も撤回するだろ
 う、と。

しかし、ケアマネは、撤回しない。ケアマネは論理—科学的思考
 様式にそっているからである。論理—科学的思考様式から生まれる
 言葉は、ある知識が真実として妥当であり（したがって誰が見ても
 妥当であり）、それを語るときは、その知識の妥当性を聞き手が認
 めることを求める。たとえば、アセスメントから抽出された真実と
 してリハビリをすべきなのであって、まずはそれを認めさせなくて
 はならない。ケアマネは、自身の提示した介護予防計画の妥当性を
 かけているのであって、高齢者が個人の苦労や苦痛に関する経験的
 なエピソードをひとつやふたつ話しても、その妥当性を覆すこと
 にはならない。生活上の困難を伝えるエピソードは、その努力を伝え
 たいという意図に反して、むしろそうした困難を減らすためにこそ
 リハビリが必要であると判断されるかもしれない。もしくは、ケア
 マネは、高齢者によって、自分が立てた介護予防計画が十分に理解
 されていないと思ったり、または怠惰な気持ちから介護予防計画が
 否認されていると感じたりして、より緻密な論理的説明を展開しよ
 うとするかもしれない（もしくは説明そのものを諦めてしまう）。
 ケアマネが求めていることに対して高齢者は答えようとせず別の

ことを口にする。その別のことは、ケアマネの言葉に高齢者が実感
 を込めて答えようとしたことなのだが、ケアマネが求めた答えの意
 図にそわずに、目的を達成できない。それどころか、さらにケアマ
 ネの論理的な言葉を誘発してしまう。このようなかみ合わないま
 ま会話は背反的に展開されていくことになる。

— 高齢者とヘルパーとの会話では、業務上必要な会話から、雑談へ
 と連続的に移っていくことがしばしば確認される。ある要支援高
 齢者（女性）とヘルパー（女性）との談話記録のなかには、次の
 ようなテーマの移行がある。その移行過程は、冗談を交えながら
 スムースに進行している。（小野田2008）

例1：

D ヘルパー 〈掃除中に羽蟻の死骸を見つける〉

←

C 氏 〈冗談でいっしょに生活していると言う〉

←

D ヘルパー 〈息子が家の中の虫に名前をつけた話をする〉

←

二人で 〈それぞれの子供の話へ〉

例2：

D ヘルパー 〈排水溝を掃除しながら話したときの対処を説明〉

←

C 氏 〈今は台所で料理をすることも無いと言う〉

←

D ヘルパー 〈外食はよくするか、聞く〉

←

C氏〈外食の話題、さらに一緒に行く仲間の話題へ〉

二 小野田貴夫「高齢者とヘルパーとの会話の特徴」(第23回社会言語科学会発表論文集, 2009年) において6ケースの高齢者とヘルパーの会話を対象として、会話を単純な文字数で換算したところ、どのケースも、ほぼ一対一であった。

三 ある要支援高齢者(男性)とケアマネ(女性)との談話記録には、冒頭に次のような会話が見られる。ケアマネは、介護予防計画の書面を机に広げながら、話している。一方、高齢者の反応としては、体調不良に至るエピソードを時間的な経過にそって話している。

ケアマネ:「今のヘルパーさんがね、あの、お手伝いに入ってますね、お掃除と薬と、で一応ね。まあヘルパーさんが入るにあたって、Aさんのね、生活での、ま、問題とかね、まあ、あの普段一人暮らし、お部屋での(うん)生活をしていくうえで、不自由があったからヘルパーさんに来てもらった形(うん)、になったもんだから、ま、自分、お一人で、自分一人だね、ヘルパーさんを最終的には使わなくてもちゃんと健康的な生活ができるように、まあ、(うん)計画書っていうんだけど、こういうのを本来作ってね(うん)、でヘルパーさんを効果的にね、利用していきましようというのが介護保険の位置付けになったもんだから、ちょっと難しい話。うん、だから、ヘルパーさんはお手伝いさんじゃないもんで、Aさんとこに来るけど。」

要支援高齢者A氏:「ただね、俺のはね(うんうん)、医者任せで(うんうん)、医者の言う事聞いているだけんね(うんう

ん)。医者に相談したらね(うん)、体重増えないって・・・、こう、飯が食えても、初めはおかゆで(うんうん)、飯になって、またおかしいもんで、またおかゆに戻って、また飯になって(うん)、ほいで■■■■■■、ほいで、ご飯美味しくて、始めの■■は、胃痛と(うん)、吐き気がしてたっけだよ。」(括弧内は、聞き手の相槌。■■は、聞き取り不可)(小野田2009)

参考文献

- 小野田貴夫「言語表現の様態と関係性」常葉学園短期大学紀要36号, 2006年.
- 小野田貴夫「高齢者とヘルパーとの会話の特徴について」常葉学園短期大学紀要38号, 2008年.
- 小野田貴夫「高齢者とヘルパーとの会話の特徴」第23回社会言語科学会発表論文集, 2009年.
- 小野田貴夫「高齢者とケアマネとの会話——リハビリに抵抗する要支援高齢者のケースについて——」常葉学園短期大学紀要40号, 2009年.
- 小野田貴夫「介護予防をめぐる高齢者とケアマネとの会話」第25回社会言語科学会発表論文集, 2010年.
- J・S・ブルーナー『可能世界の心理』みすず書房1988年.
- M・ホワイト, Dエプストン『物語としての家族』金剛出版1992年.