

研究論文

家族ケアを構成する二つの資源

—知的障害者家族におけるケアの特性から—

中 根 成 寿¹⁾

Two Resources in Domestic Care: Special Properties of Care in Family with Person with Learning Difficulties.

NAKANE Naruhisa

This paper discusses two subjects about parent-child relationship of the family with a person with learning difficulties. Firstly, it claims that the family is no longer obliged to care for its member with learning difficulties after his/her coming-of-age. Nevertheless, practically, the family keeps caring for the person with difficulties, regardless of his/her age. Hence, secondly, this fact and its features are investigated. Parents of a person with difficulties often continue caring for their child due to their caring history, although they are not bound to do so. However, parents' caring is risky in terms of 'time limits' and 'possibility of abuse or extreme paternalism', which requires sharing of care in society. It is also necessary to distinct two resources, "structural resource" and "organizing resource" that consist of family care.

Key words : intimacy, family of person with disability, learning difficulty, Care

キーワード : 親密性, 障害者家族, 知的障害, ケア

1. はじめに

私たちは、障害者とその家族に焦点を当てたドキュメントや映画をたくさん目にする。障害者と家族というフレームは当たり前のように存在しており、私たちは家族の抱える「困難」や「逆境」に共感したり、時には目を背けたりしつつ、障害者家族へまなざしを送る。

だが、ここでは障害者と家族というフレームを疑ってみることにしよう。なぜ、家族という関係が障害者の前面に出てくるのか。なぜ障害

者のケアと家族が結びついているのだろうか。なぜ障害者家族の親は、ケアへ向かうのだろうか。ある人はそれを「当たり前でしょ、家族なんだから」と疑わない。またある人は家族のケアする姿を「すばらしい家族愛ですね」と褒め称える。

かつてイギリスで新保守主義（新自由主義）が台頭したおり、マーガレット・サッチャーは「社会など存在しない、あるのは家族と個人だけだ」と述べ、社会と家族、個人との連帯を分断しようとした。日本においてもサッチャーほど開き直ってはいないものの、「自己責任」という言葉の滑稽なほどの蔓延ぶりを見るにつ

1) 立命館大学大学院社会学研究科 研究生

け、新自由主義の波は社会の中に広がっている。そして福祉や医療だけ特別扱いできないとして、財政の土俵に乗せられる。家族にケア責任が課せられるというのも、新自由主義の波のうねりである。

本稿では、三つの課題を設定する。一つは障害者家族という視点から家族と社会、個人の関係を再整理すること。二つめは、障害者家族のケア関係がもつ特性を明らかにすること、三つ目は家族ケアを構成する「構造的資源」と「編成的資源」の視点から、障害者家族のケアを展望することである。

2. 障害者と家族はなぜ結びつくのか？

障害をもち、日常生活に支援を必要とする個人を、家族（だけ）がケアすることに根拠はあるのだろうか。民法877条には「①直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養する義務がある。②家庭裁判所は特別の事情があるときは、前項に規定する場合の他、三親等内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる」とある。また「生活保護法」には、家族（親族）の扶養の義務の原則が「民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする」（生活保護法第4条2項）と定められている。扶養義務には、「生活保持義務関係」（夫婦や親子（未成熟子））と「生活扶助義務関係」（兄弟親族）の二種類があり、前者は扶養義務者の最低生活費を超える部分、後者は扶養する者の生活を損なわない程度の扶養、とされている。現状の法律では親と子（未成熟子）の間には、最低生活を損なわない程度の扶養の義務が課せられている。

だが一方で私たちの社会は、家族にケアの第一義的責任を求めこそすれ、ケアの全てを家族の責任で行うというあり方にもなっていない。

子どもの教育やケア、高齢者、障害者、その他特別なニーズをもつ個人や家族に、社会はケア資源を提供する。1990年代後半からの社会福祉基礎構造改革では、公的介護保険制度、支援費制度、障害者自立支援法など、社会のサービスを当事者や家族に届ける仕組みが作られた。だが社会資源の投入すなわち家族の責任を免責するものではない。「まず自分でやりなさい、駄目だったら家族がやりなさい、それでも駄目だったら政府が担当しますという順序」（立岩、1999）がはっきりしたにすぎない。まずこの順位を念頭に置いて、本稿の主題である「障害者家族の親子関係」をみていこう。

現在の社会において、子どもを持つことには特別な意味をもつ（山田、1999：52）。子どもをもつことに経済的意義はほとんどなくなり、子どもをケアする者は、ケアする喜びとともに、時間的・身体的・精神的負担も引き受ける。現在の社会において、子どもを持つことは強制される行為ではなく、個人の選択的行為とされている。近代社会においては、自らの行為の結果に対しては義務を負うべきであるという規範が存在するから、子どもを持つという選択に大きな責任が求められる（永田、2000：83）。私事であり選択であるが故に責任が生じるという論理である。だからこそ子どもの養育義務を果たさない親や虐待を加える親には社会的非難が集中する。また子どもの問題行動の責任を親に課せようとする。選択の結果の責任を果たさない者への社会的制裁は辛辣である。

だが親にとっての子どもは、予測不可能性をもった他者でもある。SFのような遺伝子介入をしない限り、どのような属性をもってこの世に誕生してくるかは親の選択の範疇ではない。出生直後の乳幼児が誰かの養育なしには生きていけないのは予測の範囲内だとしても、子どもが成人期以降もケアを必要とする場合はどうだろうか。成人までは支援付きの親の養育責任を

課すことも可能だろう。だが現状は、成人期以降も家族と社会のケア責任の順位は入れ替わらない。その結果、障害者（特に知的障害者）の多くが親元で生活している（峰島，2003）。かつて社会によるケアは入所型施設によって達成されてきた。しかし大規模収容施設が批判されて久しいのだから、入所施設をもって社会の責任は足れり、とするのにも無理がある。個別の家族のみに依存せず、個人の障害を補う支援付の地域生活が望ましい方向だろう。

ケアを必要とする個人を支える責任の所在について整理すると、子どもの成人期までは「1 支援を受けた本人，2 支援を受けた家族，3 社会」という順番がひとまずおかれ、子どもの成人後は「1 支援を受けた本人，2 社会，3 家族」という順番に移行しつつある²⁾。現状の課題は、多くの知的障害者が親元で暮らしており、そのケアを親が担っている点にある。つまり、知的障害者の成人期以後もケア責任の順位、家族と社会が入れ替わっていないことにある。

3. 責任とは別に進んでやるということ

前節で、子どもの成人以後のケア責任の順序について整理した。しかし筆者は障害者の成人以後支援付きの地域生活において、家族と社会のケア責任の順番が入れ替わることは望ましいことであると考えるが、責任からの解放すなわち家族がケア関係から離脱することではないと考える。この根拠として、障害者家族が歩むケアのプロセスを提示したい。

子育てにおいては、ケアを受けるものが依存状態から自律状態へ移行していくのに対して、高齢者介護の場合は自律状態から依存状態へ移行していく（図1）。クォルズ（Qualls, 1997：42=1997：333）はこうしたケア提供の度合いは家族の関係性によって決定されると捉え、ケア提供もケアを受けることも長期的なスパンで家族成員に経験されるものであるとする。クォルズはこれを「ケアのキャリア Caregiving Career」と呼ぶ。

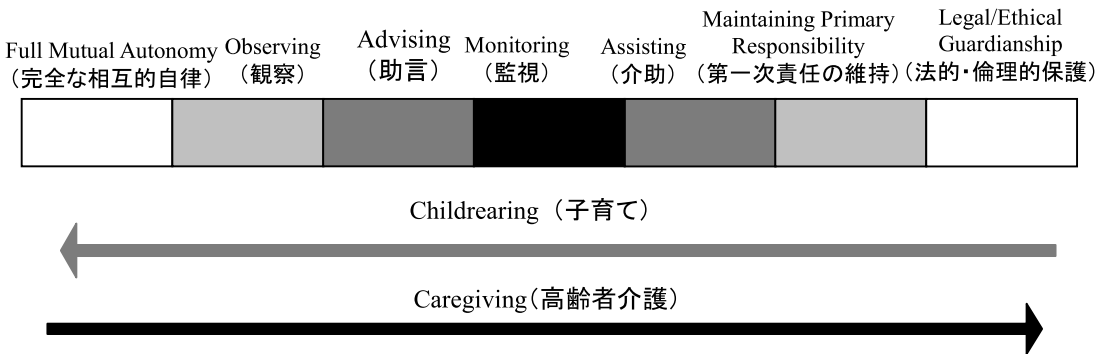


図1 ケアをめぐる家族関係

2) 本人が第一番目に来ることにに対しては「自分でできた方が本人にとって気が楽」であるという点から言える。介助者が完全な手足にはなれず、身体を伴った存在として介助場面には現れる（前田2005）。同時に強調しておかねばならないのは「本人ができた方が楽」すなわち「本人ができるようになるのがよい」ではないことである。これはコストを無視した機能回復訓練への批判でもある（立

岩 2002：55）。本人ができることと、介助者を使って本人が行うことは等価である。本人の努力を前提に社会が自らの障害性を反省してバリアフリー活動を進める、のではない。障害の社会モデルとはそのことを言ってきたのであり、できるようになるためのコストを個人が社会のどちらが負担するか、に社会だと主張する立場のことである。

しかし、障害者家族、特に知的障害者の家族の場合はコールズのケアのキャリアがそのまま適応できるとは考えにくい。コールズは家族構成員に重篤な障害がある場合、ケアのキャリアの移行は図1の右半分の中程で停滞すると指摘する。知的障害の場合、身体的介助支援の必要性が低かったとしても、その他の「監視」「助言」「観察」などはその境目が曖昧である。特別なニーズの少ない子育ての場合、時間の経過によってニーズが減少し、親子関係において「完全な相互的自律」が実現されてゆくだろう。だが、知的障害を伴う場合のニーズの定義は親の側から行うことになる。もちろん子の自己主張や拒否もあるが、ニーズの定義権は親にゆだねられる。

ニーズの定義、身体的介助の提供を日常的に行うことで、ケアを提供する側には義務があるから仕方なく行うこととは別に、自らの内部からわき上がる義務が生成される。最首（1998：131）はこれを「内発的義務」と呼ぶ。

内発的義務は、日常的なケア行為によって再帰的に補強され、「私しかする人がいない」からいつしか「私でなければだめ」という感覚をケア提供者に抱かせる。できることはなんでもしてやりたい、という親心や五体満足に産んであげられなかったという罪悪感も内発的義務を構成する。外部から課せられる義務をその動機としていたケアが、いつしか内発的義務をその動機とし、さらにはケア提供者のアイデンティティまで強化していく。こうして献身的なケア提供者が誕生する。

さらに親子間における身体感覚の特性が親子間のケア関係を際立たせる。春日（2005：263）が「介護者が要介護者に対してもつ親密な感情は、子ども、自分の親、他人、夫の親といった順に強くなる」と整理するように、親から子どもへのケアは、身体感覚の抵抗が少ない。筆者の行った聞き取り調査でも、成人を迎えた知的

障害者の親（母親、父親問わず）から「へその緒がつながった感覚」や「（障害のない）兄弟の食べ残しは食べられないが、知的障害のある子の食べ残しはひょいっと手が出る」という言葉に表象されるような、障害者家族（特に知的障害）の親子間の身体感覚レベルでの強い結びつきが発見された（中根、2005a）。

内発的義務や身体感覚の強い結びつきによって、障害者家族の親は、子どもへのケアに強い指向性をもつ。ケアする親は責任や外圧的な義務を超えて、子のケアに向かう可能性が高くなる。

4. なぜか社会の支援がうまくつながらないこと

社会の側が親に課す外圧的な義務とは別に、親子の関係そのものがケアを引き出す。さらに親と子の身体感覚の緊密性も親子の距離を縮めている。子の障害ゆえに親はケアに強く引きつけられ、親はケアを提供する。そして社会は家族によるケア提供をサポートする。この順番が理念としては正しくないのだが、現状存在する。だから、社会的支援を家族に行う必要が生じるが、親子の関係性そのものがもつ特性により、社会的支援がうまく家族に届かない場合がある。理由を以下に論じる。

ケアとはその相互行為に参加する者のアイデンティティを、属性に応じて強化する。子どもにケアを提供することで親は親としてのアイデンティティを獲得し、子どもは子どもとしてのアイデンティティを獲得する。ケアはその行為自体が各人のアイデンティティと分かちがたく結びつけられているが故に、時にはその交代に抵抗を感じる場合がある。

障害のない子どもが成長し、親のもとを離れていくとき、親のアイデンティティは再編成される。同じように、障害者家族の子のケアが社会に開かれていくとき、親のアイデンティティ

も少なからず影響を受ける。高齢の親を介護する嫁ならば、そのケアの動機は、内発的というよりも外圧的である。また前述の通り、身体感覚の順位も比較的低位にあるため、親のケアが社会化（例えば施設入所やショートステイ）されることで「介護する嫁」から解放される。だが障害者家族の親の場合、子どもを社会の側にゆだねることは、ケアからの解放である一方で、親としてのアイデンティティのゆらぎでもある。ケアの動機は前述のとおり内発的であり、身体感覚の順位も最上位の「親子関係」であるために、ケアの完全なる社会化は親のアイデンティティの危機でもある。

また「社会化」がもっているネガティブなメッセージも親たちの抵抗の原因だろう。市野川（2004：114）が指摘するように、社会という言葉は二重の意味、つまり「平等への契機」であると同時に「画一主義」を正当化する。知的障害者を社会が画一化してきた結果のグロテスクさを我々は既に優生思想（市野川、1999）や大規模施設処遇という形で知っている。施設入所を「姥捨て」と家族介護者が表現することがあるように、ケアの完全なる社会化は極端に言えば「私にとってあなたは特別な存在ではない」というメッセージを暗に秘めている。親のケアの社会化への抵抗感は、こうしたメッセージを感じ取っているからである。そして「自分で見られるうちは自分で」と親は社会サービスの存在にもかかわらず、社会サービスの利用を自ら抑制していく。

親密な間柄で行われるケアは、そこに参加する両者の個別の関係性や身体距離と不可分に結びついているが故に、社会化することに一定の困難を抱えざるを得ない。ケアを社会化することは、双方の関係やアイデンティティを変化させる。さらに言えば親密度を薄める効果がある。だから親密な間柄でのケアは、社会化されにくいのである。

5. 家族介護が抱える問題点

親密な間柄でのケアが社会化されにくいことについて、そこに問題を感じないという指摘もあるかもしれない。そして問題を感じない人はこういうだろう。「サービスがつながらなくなって、いいじゃないか。サービスは用意されているのだから使わない人が悪い、自己責任だよ」と。またある人はこう言うかもしれない。「家族がケアするのが一番、する方もされる方も気心が知れてるんだから」。だが、家族ケアは、二つの点でもろさを抱えている。一つは「時間の限界性」、二つめは「他者への侵入危険性」である。

「時間の限界性」とは、障害者家族に特徴的な、ケアするものがケアを受けるものよりも先にケア関係から離脱する状態を指摘した概念である。つまり「親亡き後問題」である。障害をもたない子の場合、ケアしケアされる関係は子の成長によりいずれ解消される可能性が高いが、障害をもつ子の場合、ケア関係は子どもが成人しても継続する。

麦倉（2004：85）の指摘によれば、現状の日本社会は「知的障害をもつ人とその家族が成人期にさしかかったとき、いかに行動すべきかを示すモデル・ストーリー」をもっていない。モデル・ストーリーの不在は、ケア関係の予測可能性の低下を招く。障害者の自立生活、地域生活が叫ばれ、徐々にそれを実現する人々も出始めたが、それは身体障害者を中心とした動きであり、知的障害者の地域生活はいまだ確立されていない。知的障害者の親たちの予測可能性を高める手段として、いまだ入所型施設が選択肢の上位にあるのが現状である。入所型施設の問題点をいまここで再度指摘することはしないが、入所型施設ですらもはや「時間の限界性」を克服できる手段ではない（中根、2005b；峰

鳥, 2003)。なにより, 障害をもつ当事者たちが入所施設から出ることを目標に生活を送っている。

「私が死んだらどうなるのか」というケアする親の不安は, 本来は社会的連帯によって解消される課題である。斎藤 (2004: 275) は社会的連帯について, 「空間のみならず時間の次元をうちに含んでおり, それを形成する人びとに, 自らの生が将来にわたって少なくとも不安に充ちたものではないという『見通し (prospect)』を与えうるものでなければならない」という。そして社会的連帯は「人称的連帯」と「非人称的連帯」の二つからなることを指摘し, 前者を「自発的に互いの生を支え合う連帯」, 後者を「強制的な連帯」であると整理する。「非人称的連帯」はそれが「見知らぬ人びと」によって支えられることで時間の変遷に耐えうるが, 「人称的連帯」は時間の経過に対してもろさを抱えざるを得ない。家族は, 人称的連帯 (家族ケア) を望みつつも, それが時間の経過によってゆらぐという矛盾を抱えている。

また, 親からケアを受け続けることは, 親の高齢化による「時間の限界性」という解決困難な問題を含んでいるだけでなく, 互いのアイデンティティを強化し, 関係をゆがませる危険を孕んでいる。それが「他者への侵入危険性」である。

障害者家族において, ケア関係は様々な要因によって強化される。母親には献身的なケアが求められ, 父親には母親を精神的に支え, 家族を経済的に養うという役割が期待される (中根, 2005a)。社会的に形成される期待と, ケアする親の内発的願望は現実のケア場面では不可分である。つまり, 知的障害者家族とは障害当事者のニーズとケアする親の願望が混同される場面が多く, パターナリズムが行使されやすい場である。

親と子の非対称な関係もパターナリズムが行

使されやすい土壌となる。また先にも述べたように, 身体距離も近く, ケア場面の身体的接触の常態化を通じて非対称な関係が強化される。花崎 (2003: 6) が「親密さの基礎は, からだを主体とした情報の授受の地平にある」と述べるように, 身体を通した相互行為としての食事, 入浴, 排泄, 時にはパニックを起し体全体を使って不快を表現する自閉症の子をあらん限りの力を使って引き留めることなどの行為を通して, 親と子の親密な身体感覚, ひいては「相手は他人ではない」という感覚が形成される。

親密な関係にある人同士の間では, 痛みの感覚や喜び, 悲しみなどの私的な主観的経験までもが共有される。メルロ・ポンティが「間身体性」と名付けたこの感覚は, ケアの現場における身体のふれあいによって生成し, 再生産され続ける。市野川 (2004: 123) は間身体性をさして, ケアは「ゲマインシャフト的なものを引きずらざるを得ない」と言う。そして親であるという属性, 属性から生まれる個別の関係がケア関係を強化する。自分が必要とされているという感覚は, いつしか自分でないとだめという感覚を生成する。さらにケアへと親を駆り立てるその感覚が「家族の愛情」という理解されやすい言葉に変換されることにより, 「他者への侵入危険性」は具体的な身体的暴力が生じるまで顕在化されにくい。いや, 具体的な身体的暴力が生じてもお, それが家族の親密圏の中にあるがゆえに発見が遅れ, ケア関係における暴力の問題が一般的な暴力とは質的に異なる問題として認識される。

だが, 「他者への侵入可能性」を抱えた上でもなお, 他者に身体を投げ出さざるを得ず, そしてその他者なしでは生きていられないからこそ, 「ケアの根源的困難性」 (天田, 2003: 486) にケアを受ける者も提供する者も向き合わざるをえない。心優しく子どもを守ろうとする親であろうとすれば, 子は成人以降も子というアイ

デンティティを引き受けざるを得ない。ケアを受ける側が、自己の独立したアイデンティティを主張すれば、ケアを提供する側は、ケアすることによって充足してきたアイデンティティを揺るがされる。ケアを媒介にした関係は、お互いのアイデンティティを固定し、行為生成的に維持・強化する。ケア行為が互いの存在を排他的に規定する。この段階におけるケアは、すでに単なる生命維持行為を超えた過剰なアイデンティティの応酬となる。

知的障害者家族の親子関係の場合、ニーズの定義は親の側にはほぼゆだねられた状態であり、子どものニーズの代理決定という形を伴いつつ、いつしか親のニーズと子どものニーズは不可分なものとしてされていく³⁾。三井（2004）は病院における看護師と患者の相互行為において「ニーズの中間的理解」がなされていることを発見したが⁴⁾、知的障害者家族の親子関係の場合には「ニーズの一方的理解」がいつしか常態化する。「ニーズの一方的理解」の結果として「他者への侵入危険性」があるとするとすれば、知的障害者家族の親子関係は常にその危険性を抱えているといえるだろう。

6. 構造的資源と編成的資源

これまでの議論で、障害者家族のケアの特性

とその特性ゆえに抱える課題が明らかになった。そこに社会のサービスを届けるためには、ケアは単なる労働力の積分であるという捉えかたではなく、ケアは相互の関係性に強く規定を受ける行為であるという認識が必要となる。

ウォルマンは、身体介護や家事援助などの労働換算しやすいサービスを「構造的資源 structural resource」、これに対して情報やアイデンティティ、時間などの個別の関係に基づいたサービスを「編成的資源 Organizing resource」と分類し整理した（Wallman, 1984 = 1996）⁵⁾。これは「ケアは単なる労働の積分ではない」という命題を概念化したものである。筆者は、家族ケアはこの二つの資源から成り立っていると判断する。構造的資源と編成的資源は通常は限られた提供者によって充足されるため、家族におけるケアが家族の内部のみで提供されている場合には意識することは少ない。家族が危機にあるときや、ケアが社会に開かれようとするときに初めてこのケアの二つの側面が顔を出すのである。

構造的資源は、社会サービスによる代替が比較的容易なのに対して、編成的資源は「時間」や「アイデンティティ」という、ケアするものとされるものの関係性に基づいた相互行為によって供給されるため、社会サービスによる代替が難しい。現在、公的介護保険制度や支援費制度により、高齢者や障害者のケアに社会サービスが提供されているが、それらの多くは構造的

3) 「他者への侵入危険性」は身体への暴力だけではなく、代理決定を通じたパターナリズムの行使により、ニーズの一方的理解、ニーズの押し付けといった現象によっても起こりうる。だが、身体障害者と比較して知的障害者の場合、さらに親子関係の場合には、ニーズの定義は両者の間に浮遊して存在している。故に「自己決定」と言えば問題が解決するような強い自己はここには存在しない。「自己決定」の多層性については立岩（1999）。

4) 三井によれば、ニーズの中間的理解とは、患者の生の「固有性」に配慮したニーズ定義の方法であり、特定の患者と特定の看護職の間で成立する。さらに患者のニーズすべてを把握できない、という「限定化」から生まれ、それでもなおニーズを定義しなければケアできない、という日常的現実から生成した概念であるとされる。

5) 「それらのいかにその時期やその場所に役立つ行為の枠がきまり、生活のハード面にあたる客観的構造が作られる。それに反して、時間、情報、そしてアイデンティティの資源は、生活のソフトにあたる編成とずっとかかわっている。」（Wallman, 1984 = 1996 : 48）ウォルマンは、産業福祉国家の特徴として、住宅やサービス、金銭の全般的な不足があるわけではなく、あくまでも「分配」の際の障害こそが問題であるとする。そして分配の際の障害となるのが、編成的資源であると指摘する。ウォルマンは社会人類学の立場から、ロンドンの8つの家族（移民、有色人種）を観察し、二種類の資源の存在を指摘している。

資源であり、編成的資源のほとんどに対しての社会化はまだ不十分である（例えばケアマネジメントや権利擁護制度など）。これは構造的資源が労働力の人稱を問わない「非人稱的資源」であるのに対して、編成的資源は、所有格をもった「人稱的資源」であるということに要因が求められる。所有格をもつが故に、援助には個別性や関係性が求められ、所有格をもたない構造的資源に比較してサービスの構築が難しいのである。

従来の社会福祉制度における措置制度は、ケアを必要とする者のニーズを「構造的資源」の不足として捉えてきたといえる。構造的資源のみしか満たすことができない、というのは社会福祉制度の欠陥と言うよりも、「他者のニーズ」を捉える視点が社会の側に欠けていたという方が適切だろう⁶⁾。つまり、異なる生を生きる他者への想像力の不足である（Ignatieff, 1984=1999）。社会福祉制度は資源の投入だけでなく、ケアを受ける者（利用者）の個別性、他者との関係性を重視することなしに決して充実しない。

故に、親密な間柄でのケアは、一方から一方への構造的資源の贈与ではない。それは編成的資源のやりとりを含め、相互に関係を規定しあうものである。この点に配慮せず、構造的資源の量的増加や一方的な押しつけは、うまくつながらないサービスを増加させるだけである。社

会サービスと家族をつなげるために、「編成的資源に配慮した支援」が求められている。

7. 終わりに—今後の課題として

本稿では、障害者家族が「時間の限界性」や「他者への侵入可能性」ゆえに、社会サービスを必要としながらも、家族ケアの特性ゆえに、完全なケアの社会化が困難であることを指摘した。このジレンマに社会福祉、対人援助を考える者はどのように向き合っていけるだろうか。

本稿で指摘したような「時間の限界性」など、障害者家族の親たちが日々経験していることを親たちに突きつけ、子のケアの社会化を強調しても、親たちの反発を招くだけである。本稿で指摘した家族ケアの特性は、家族ケアの当事者にすぐには役に立たない、いわゆる「メタ理論」である。メタ理論である限りは、それが実際の有効性を発揮するために、そのメタ理論を含み込んだ具体的実践が必要となる。

援助者が家族ケアの当事者の相談にのり、ケアプランを提供するだけでは、そのケアプランは家族ケアの特性にその最大効果の実現を阻まれる。援助者による支配的なケアマネジメントよりも、親たちも含めたケアマネジメントの共同化が必要である。その際には障害当事者の社会環境と資源の配分に注目した「横のケアマネジメント」だけではなく、時間軸に配慮した「縦のケアマネジメント」（東京都社会福祉協議会, 2005）が重要な概念となるだろう。

縦のケアマネジメントを実現するには、医療現場で用いられる「クリニカルパス」（三井, 2004: 192）のようなツールが有効であると考えられる。現状で家族がもっている時間の資源、利用できる社会サービスなどが家族と援助者の間に図示できれば、社会化できている部分と、いまだそうでない部分が両者の間で共有化できる。

6) 「基礎的必需品という観点から人間のニーズを定義することさえ相当に困難なのだ。これらの必需品は、結局のところ、相対的かつ歴史的のものであって、どんな社会にあっても基礎的な人間の権原をどのレベルに設定するかを巡っては、これまでつねに熾烈な論争が繰り返されてきた。人間が才能を開花させて生きるための諸条件としてのニーズの定義は、それにもましていっそう論争的であらざるを得ない」（Ignatieff, 1984=1999: 17）とイグナティエフが言うように、基礎的必需品（構造的資源）の把握はもとより、才能を開花させて生きるための資源（編成的資源）の把握は困難を極める。だが、両方のニーズの認識と把握なくしては、人間に真に必要な生活財を満たすことはできない。

そのためには、家族は編成的資源としての質の異なる時間(外部にケアをゆだねられる時間、家族でなければ提供しにくい時間)を持つと規定し、生活時間の量的配分とその質を明らかにするような調査が重要な作業としてあげられる(小林, 2004)。小林が「生活時間様式」と名付けるこの調査は、構造的資源を把握し、同時に編成的資源にも目配りするケアマネジメントの導入に役立つだろう。

2005年10月には障害者自立支援法が成立し、2006年度にはその運用が始まっていく。障害者自立支援法は応能負担から応益負担へという点が厳しく批判にさらされているが、筆者は障害者自立支援法が応益負担の問題、もっといえば構造的資源の配分に矮小化されてしまうことに強い不安を抱く。構造的資源があれば生活を維持できるのはほんの一握りの障害者とその家族だけである。多くの障害者とのその家族は構造的資源に加え、本稿で指摘したような両者の関

係を包括的に支える編成的資源も求めている。そのためには障害者とその家族を別々にサポートできるケアマネジメントが必要である。繰り返しになるが、ケアは構造的資源だけでは決して満たされない。二つの資源がそろうことで、障害者とその家族が「時間の限界性」と「他者への侵入危険性」を乗り越えて生きていける。

家族であることを求める限りは、いや親密性を求める限り、ケアに関する問いはあいまいな領域を残し続ける。親密性とは「私があなたにとって特別な存在であってほしい」という願いから始まる。しかし「私があなたにとって特別な存在である」が故に、「時間の限界性」や「他者への侵入」の危険性は常につきまとう。その危険性を理解した上で、同時に家族関係がもつ特性に配慮した支援の仕組みを、ケアする人、ケアされる人の間と外に届けることが必要である。

	月曜日			火曜日			水曜日			木曜日			金曜日			土曜日			日曜日			
	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	夫	妻	副介護者	
0																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6	起床	起床	起床	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣
7	起床	起床	起床	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	起床	洗面・更衣	起床	洗面・更衣
8	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面	更衣・洗面
9	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア
11	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診	受診
12	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物	買い物
1	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
2	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴
3	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝

図2 小林(2004: 6)による図表

引用文献

- 天田城介 (2003) 『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』多賀出版.
- 藤崎宏子 (2000) 「家族はなぜ介護を抱え込むのか—ネットワーク形成を阻むもの」副田義也・樽川典子編『現代家族と家族政策』ミネルヴァ書房, 141-161.
- 花崎皋平 (2003) 「身体, 人称世界, 間身体性—親密圏の基礎を問う」齋藤純一編『親密圏のポリティクス』ナカニシヤ出版, 3-26.
- 市野川容孝 (1999) 「優生思想の系譜」石川准・長瀬修編著『障害学への招待—社会・文化・ディスアビリティ』明石書店, 127-158.
- (2004) 「社会的なものと医療」『現代思想』32 (14) : 98-125.
- Ignatieff M. (1984) *Needs of Strangers*, Chatto and Windus. (=1999, 添谷育志・金田耕一訳, 『ニーズ・オブ・ストレンジャーズ』風行社.)
- 春日キスヨ (2005) 「介護とジェンダー」川本隆史編『ケアの社会倫理学—医療・看護・介護をつなぐ』有斐閣, 251-274.
- 小林良二 (2005) 「生活時間と介護の社会化」『東京都立大学人文学報』361 (社会福祉学21), 1-22.
- 前田拓也 (2005) 「パンツ一枚の攻防—介助現場における身体距離とセクシャリティ」倉本智明編著『セクシャリティの障害学』明石書店: 168-208.
- 三井さよ (2004) 『ケアの社会学—臨床現場との対話』勁草書房.
- 峰島厚ほか (2003) 『希望のもてる「脱施設化」とは—利用者・家族の実態・意向調査から』かもがわ出版.
- 麦倉泰子 (2004) 「知的障害者家族のアイデンティティ形成について—子どもの施設入所にいたるプロセスを中心に」『社会福祉学』45 (1) : 77-87.
- 中根成寿 (2005a) 「障害者家族のケアとジェンダー—障害者家族の父親の語りから」『障害学研究』1, 158-188.
- (2005b) 「障害者家族におけるケアの特性と限界」『立命館大学産業社会論集』40 (4), 51-70.
- 永田えりこ (2000) 「母親になるということ」藤崎宏子編『親と子—交錯するライフコース』ミネルヴァ書房, 83-106.
- Qualls, S.H. (1997) “Transitions in Autonomy: The Essential Caregiving Challenge”, *Family Relations*, 46 (1) : 41-45.
- 最首悟 (1998) 『星子が居る—言葉なく語りかける重複障害者の娘との20年』世織書房.
- 斎藤純一 (2004) 「社会的連帯の理由をめぐる—自由を支えるセキュリティ」斎藤純一編著『福祉国家／社会的連帯の理由』ミネルヴァ書房, 271-308.
- 東京都社会福祉協議会 (2005) 『障害のある人のライフステージを見据えた支援—支援課題と提言「縦のケアマネジメント」の確立に向けて』東京都社会福祉協議会.
- 立岩真也 (1997) 「『ケア』をどこに位置させるか」『家族問題研究』22 : 2-14
- (2000) 「空虚な～強い～緩い～自己決定」『弱くある自由へ—自己決定・介護・生死の技術』青土社, 13-50.
- Wallman, S. (1984) “*Eight London Households*”, Tavistock Publications Ltd., London. (=1996, 福井正子訳『家庭の三つの資源—時間・情報・アイデンティティ—ロンドン下町の8つの家庭』河出書房新社.)
- 山田昌弘 (1999) 「現代社会における子育ての『意味』の危機」*家族社会学研究*, 11 : 49-57.
- (2005. 11. 30 受稿) (2006. 1. 25 受理)