

フィリピン人介護士のケア実践とその感情に関する研究動向と課題

伊藤康文（現代社会文化研究科）

はじめに

問題の所在：「正しいケア」を問い直す

厚生労働省〔2017〕によると日本の介護職員数は非正規含め約 183 万人と推定されているが、超高齢社会を迎える日本社会において、現在の介護職員数は十分であるとは言えず、2020 年度を迎えるまで、さらに 20 万人の介護人材が必要になると見込まれている。介護士が不足する状況のなか 2005 年の経済連携協定（Economic partnership Agreement:通称 EPA）の締結によって、外国人介護士の受け入れが日本で始まった。そのなかで 2008 年よりフィリピン人介護士の受け入れも始まった。しかし、言語の習得などの問題を抱え、受け入れの数は年々少なくなってきた。コミュニケーションの問題も指摘されているが、そこには「正しいケア」、すなわち適切なケア、不適切なケアに対する意識の差が存在しており、介護現場では、利用者・同僚含めて、その意識の差がある現状に対して戸惑いが存在している。その一方でフィリピン人看護師は、移住国で非常に高い評価を得ている。この背景には、フィリピン人看護師とフィリピン人介護士のあいだにケアの有意差が存在しているのではないだろうか。もし存在しているならば、受け入れられない理由も含め、その有意差を明らかにするために、彼ら・彼女らのケア実践を明らかにする必要があるだろう。本論文はその仮説的な見通しを立てるためにフィリピン国内における看護師と介護士のケア実践をつくり出す教育制度の枠組みを整理し、次にそのケア実践を明らかにするための理論的な枠組みとしての「感情規則」に着目する。

まずフィリピン人看護師とフィリピン人介護士の教育制度を整理する。一般的に看護師のケアは専門的であり、それは教育制度が確立されているためであると考えられる。また、その感情も患者に対して中立的であるべきと求められる場面が多い。フィリピンの看護師の教育制度は日本と比べ充実しており、その専門性は高いと言える。その一方で、フィリピン人介護士の教育制度は充実しているとは言えず、非専門的であるとも言える。フィリピン人介護士のケアの専門性を明らかにするためには、フィリピン人の「正しい」ケアを理解する必要がある。

フィリピン人にとって「正しい」ケアは献身的な感情を捧げることである。つまり「愛情」が感じられるのである。このような献身的で「愛情」が感じられ

るようなケアは非専門的であると捉えられる。この非専門的なケアは、必ずしも普遍的に受け入れられるわけではない。また「愛情」という表現は「フィリピン人がケアに向いている」という恣意的に作られた言説に取り込まれ、劣悪な環境で彼ら・彼女らを労働させるための建前になりかねない。[伊藤るりら 2008 など] しかし、介護の現場においてフィリピン人介護士の非専門的なケアに満足感を得る場合もある。そのため、フィリピン人介護士のケア実践とその感情が明らかにされる必要がある。

1. フィリピンにおけるケアの国際労働市場と高齢者介護

フィリピンの看護師が海外で数多くの需要がある要因として、教育制度の充実が挙げられる。その制度は国際的な標準を満たしており、専門的であると言える。その一方で介護士の教育課程は、看護師と比較して、充実しておらず、社会的な地位も高いとは言えない。しかし、海外で就労することはフィリピン人にとって、ステータスであり、給与面も優遇されるため、介護士の資格を所有することを望むものは多い。日本でも 2005 年の EPA 締結以来、介護人材の受け入れが始まり、現在では技能実習生、留学ビザなどさまざまな方法での受け入れが始まっているが、欧米などにおけるフィリピン人看護師への期待の高さに反して、日本におけるフィリピン人介護士の数は決して多くない。その原因のひとつとしてフィリピン人介護士の「正しい」ケアへの理解がなされていないことが考えられる。

教育制度について言及する前にフィリピンの医療制度について簡単に紹介する。フィリピンは 1995 年「Philippine Health Insurance Corporation (通称:PhilHealth)」を設立した。PhilHealth は公的な医療保険であるが、日本の「国民皆保険」とは異なり、国民全員が加入しているわけではない。河原[2008: 199-202]によると PhilHealth は多くの課題が指摘されており、まず国民全員が加入できていない理由として、戸籍登録がされていない人間や経済的事情で加入できない貧困層の存在、医療専門職者の人員配置や設備環境といった地方と都会のあいだに発生している医療格差の問題、慢性疾患への保障がなされていないといった問題点が指摘されている。特に医療格差についての問題は第 1 項で詳述するが、海外で就労することを希望する看護師の数が国内と比べ多いためであると考えられる。

次に高齢者福祉についてであるが、フィリピンにおける福祉は社会的な弱者に焦点を当てており、その支援の役割は教会関係施設や NGO などによるもの

が大きい [大森弘子ら 2014: 60-61]。そのため支援を受けられる高齢者は身寄りのない人間に限定されており、それ以外の高齢者は家族に介護されている。この家族による介護については「義務」であると同時に、第 4 項で詳述するフィリピンの二つの民族概念が関係していると考えられる。

1-1. フィリピンの看護師の教育制度の現状

フィリピンはアメリカ植民地時代に導入された看護教育のカリキュラムと英語が出来る強みを評価され、ケアの国際労働市場では需要が高いと言われている [小川怜子 2009a: 116]。日本看護協会が調査した海外の看護事情によれば、北米では外国人看護師の受け入れは他国と比べフィリピンが高い傾向にあり、近年では中東などでの人気が高まっている¹。また、移住国として北米や中東を選ぶ理由としては、言語的問題の回避や給与面などの経済的理由が考えられているが、必ずしもそうではなく、移住国におけるフィリピン人コミュニティなども要因として考えられている [Hosoda 2016]。そのため、移住国の文化に適応しているわけではないと指摘もされている [Amrith 2017]。

次にフィリピンと日本の看護教育制度を比較する (表 1 参照)。フィリピンの看護師は大学において、日本と比べ 50 以上多い 183 単位を取得しなければならない。また教育は全て英語で行われ、学校数の多さゆえに学力差は存在するが、看護大学は 500 を超える。さらに看護実習の時間においても、フィリピンは 37 単位、1,887 時間、日本は 23 単位、1,053 時間とされている。同じ東南アジアのインドネシアと比べると、インドネシアでは 3 年制の看護専門学校が 434 校存在し、取得単位数は 110~120 単位となっている。看護師試験も決して簡単なものではない。たとえば厚生労働省のデータによると 2016 年の日本の看護師試験の受験者数が 62,154 人、合格者数が 55,585 人の合格率 89.4%であるのに対して²、フィリピンの看護師試験では 2016 年 28,504 人が受験し、13,019 人が合格しており、その合格率 45.67%であり [PHILIPPINE STATICS AUTHORITY 2017]、誰もが看護師の資格を得られるわけではない。

¹ 日本看護協会 HP

<https://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/index.html> 2018 年 12 月 1 日参照

² 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2018/siken03_04_05/about.html 2018 年 12 月 1 日参照

表 1. 日本とフィリピンの看護教育制度の比較

	取得単位	看護実習単位	看護実習時間
フィリピン	183	37	1,887
日本	130 前後	23	1,053

(川口貞親 [2009] のデータを参考に筆者改編)

以上のように、教育制度において、フィリピンの看護師はアジアにおいて非常に高いレベルを保っている。そのため海外、特に英語圏において期待を抱かれています。

フィリピンは、看護師試験合格率は決して高くはないとはいえ、毎年 1 万人以上の看護師を輩出している。しかし、フィリピン国内の看護師数は決して多くはなく、医療格差の問題が発生している。実際、2015 年時点、フィリピン国内で働く看護師は 6,520 人 [PHILIPPINE STATICS AUTHORITY 2017] であり、毎年の合格者数と国内の就労者数には明らかな差が存在する。そのような差が生まれる理由として、フィリピンで看護師となる人びとの目的が「海外就労」であることがあげられる³。フィリピンでは 3 年以上国内の病院に勤めた看護師は、いわゆる海外「出稼ぎ」のための準備に入るため、勤めていた病院を辞める⁴。彼ら・彼女らが海外を目指す最大の理由は、フィリピン国内と比べ、給与面において欧米の方が優遇されるためである [宮内ら 2017: 21]。

誰もが資格を取得後すぐに海外で看護師として働けるわけではないが、多くのフィリピン人看護師たちは海外で働くことを希望している。看護師になるための授業料を援助してくれた親族を今度は自分たちが仕送りで支えていくことがフィリピン社会では一般的であるからである。しかし、看護師になることを希望しながらも入学すること自体が出来ない、あるいは学校の授業料を払えず辞めていく学生もおり、そのような学生は介護士を目指す場合が多い。

1-2. フィリピンの介護士の教育制度の現状

フィリピンにおける介護士の養成過程は、看護師の養成課程と比べ、充実しているとは言えない。特に介護の技術的な部分に問題があると指摘されている [大森弘子ら 2014: 64-66]。しかし、この指摘における介護の「技術」とは、

³ フィリピン国内の看護師の人数が少ない理由として、新卒で働く若者が少ないという社会的要因も考えられる。

⁴ 外国人看護師が日本において働く場合は、看護師資格のほかに厚生労働省の認定が必要となり、そのためには日本語能力試験 1 級の資格が必要である。

食事介助といったいわゆる身体的な技術であると言える。この技術における議論において問題とされるのが「移住労働者と海外フィリピン人に関する 95 年法 (RA8042: The Migrant Workers and Overseas Filipino Act of 1995)」である。本法は「経済成長の維持と国家開発の手段として海外雇用を促進することはしない」を明言しつつ、政府が海外労働者を管理する目的として作られた。そのなかで技能のある労働者の送り出しという方針が存在した。そしてフィリピン技術教育・技能開発庁 (technical education and skills development authority:通称 TESDA)によれば、フィリピン政府がはじめて介護労働者の「技能標準」を定めたのは 2002 年であった。この技能水準が求められた背景には、カナダから介護労働力の要望があったためであり、その要望から「介護士 (caregiver)」養成コースが設立された。しかし、何をもって「技能がある (skilled)」のかは明示されていない [DAWN&KABIGAN 2000: 15]。TESDAによればフィリピン人の介護士養成課程はカナダに準拠しており、一般的に以下のことを学ぶことが求められている。

Overview of the Live-In Caregiver Program of Canada (カナダにおける住み込み介護士プログラム概要)

Introduction to the Live-In Caregiver Skills Enhancement Program (住み込み介護士スキル強化プログラム入門)

- Basic First Aid (基本的な応急処置)
- Basic Life Support (基本的な延命処置)
- CPR (心肺機能蘇生)
- Home and Client Safely Management (住居と被介護者の安全管理)
- Home Management and Client Care (住居管理と被介護者のケア)
- Nutrition and Food Preparation (栄養と食事準備)
- Care of the Child (子どものケア)
- Care of the Elderly (高齢者のケア)
- Canada: People, Culture, Traits (カナダ: 人びとと文化の特性)
- English as Second Language (第二言語としての英語)
- Personality Development (総合的な学習)
- On-the-Job Training in Caregiving Institutions (介護学校における職業訓練)

(フィリピン技術教育・技能開発庁 HP 参照⁵)

「技能化」された介護⁶については、フィリピンでは未だ定義はなされていない。この「技能化」について、小ヶ谷千穂 [2016: 195] は専門化された看護師よりは専門性は低い、家事労働者にはない標準化された技能を持っていると述べている。また、介護教育についても専門的な教育を十分受けていないとされ、イギリスはフィリピンからの介護士の受け入れをストップしている。日本においても、フィリピン共和国の送り出し政策と日本の受け入れ政策が必ずしも合致しているわけではない。

1-3. 日本におけるフィリピン人介護士

少子高齢社会を迎えている日本において、介護人材不足は深刻な社会問題である。日本において介護福祉の歴史は 1960 年代にはじまり、イギリスのホームヘルプをロールモデルとしている [須加 1996: 89-90]。須加によれば、イギリスのホームヘルプは地域看護を基礎とし、ホームヘルパーとソーシャルワーカーの両方の役割を担っていた。しかし、日本では無資格の人間が介護職を担っていたため、介護職の社会的地位は決して高くはなかった。その後、介護士の専門性が主張されるようになり、介護福祉士といった資格が成立したが、まだその歴史は看護と比べると浅いと言え、人材不足も課題の一つである。このような現状のなか、外国人介護士に注目が集まった。しかし、フィリピン政府の送り出し政策に対して、日本では、フィリピン人の介護人材の受け入れについては完全に定まっているとは言えない。

2005 年、EPA において始まったフィリピン含めた外国人介護士の受け入れは年々少なくなっている。さらに 2015 年、留学を通じて介護福祉士を取得したものに対する外国人技能実習制度の適正化法案が国会で提案された。これは在留資格「介護」を創設する入管法改正案において、技能実習制度に介護の職種を増やすことを定めるものであるにも関わらず、費用負担を実習生、留学生に負担してもらう制度であり、問題点が数多く指摘されている [安里 2016]。その後、2018 年 5 月に日本政府は外国人労働者の受け入れ拡大を方針として打ち出

⁵ <http://www.tesda.gov.ph/About/TESDA/67> 2018 年 12 月 1 日参照

⁶ 小ヶ谷千穂 [2016: 195] は、このような「技能化」によって、資格を付与することで就労国での「権利保護」の自助努力を促していると指摘する。つまり資格付与することで、国家による就労先での保護のコスト削減をフィリピン政府が目的にしているのである。

した。しかし、フィリピン人介護士の受け入れ制度については具体的な対策は打ち出されていない。

もし今後日本で働くフィリピン人介護士が増加していくなれば、大きく4つのタイプに大別されるだろう。まず、介護士として日本に来たのではなく、結婚や芸能ビザなどといった理由で日本に来たフィリピン人、次にEPAで来日したフィリピン人、次に技能実習制度を利用して来日するフィリピン人、介護ビザを利用して来日するフィリピン人の4つである。しかし、日本に介護士として来日してきているフィリピン人は言語コミュニケーションの問題を抱えている。また結婚などで在留するフィリピン人は言語コミュニケーションに問題はないが、読み書きで就労の難しさを抱えている。その他に第2節で詳述するが、フィリピン人介護士の「正しい」ケアは日本の介護現場において理解されていない場合がある。たとえば、それは礼儀の問題などの文化的違いなどの他にも、彼ら・彼女らの非専門的なケア実践が考えられるだろう。フィリピンの介護教育制度は充実しておらず、専門的ケアであるとは言えない。しかし、非専門的であることは、「正しくない」ケアというわけではない。

次項では「正しい」ケアについて考えるうえで、結婚などで在留することになったフィリピン人や看護師になることを断念したフィリピン人などが、なぜ介護職を選ぶ傾向にあるのかについて考えるために、フィリピン国内における高齢者介護を取り巻く現状と二つの民族概念を紹介する。

1-4. 二つの民族概念：「ウタン・ナ・ロオブ」と「ヒヤ」

フィリピン都市部における親族関係の認知は基本的には双系であり、父方母方の両方の関係を等しく重視する傾向にあって、その関係は相互扶助的である[清水展 2009]。たとえば新居を建て、独立する際は財力が大きい方が重視され、夫婦が新たに世帯を構える場合、親の敷地内や兄弟姉妹の近くに家を借りるか、建築することが多いと清水は述べる[2009: 62-63]。

フィリピン社会では人口ボーナスが続いており、一般的には家族、特に「子ども」が高齢者の介護を担っており、1987年憲法より高齢者への介護は親族の「義務(duty)」とされている(第15条、第4項⁷⁾⁸。また、フィリピンにお

⁷「The family has the duty to care for its elderly members but the State may also do so through just programs of social security.」と記されている。

⁸日本においても家族の扶養義務が存在しているが、少子化が進んでいるがゆえに家族が高齢者介護を担うことは難しく、介護保険制度によって介護者の負担は軽減されている。

いて介護は家族が担う部分が多い理由として、フィリピンにおいて家族（pamilya）が最も重要な集団であることが挙げられる [細田尚美 2014: 60]。親族同士は親密なネットワークを形成し、高齢者介護を行っていると考えられる⁹。このような親族間ネットワークの機能が介護につながる要因として、ある二つの民族概念が考えられる。

フィリピン社会では、親族同士のネットワークを支える基盤として「ウタン・ナ・ロオブ（utang na loob：心の負債、恩）」と「ヒヤ（hiya：恥）」の二つの民族概念がある [ホルンスタイナー 1977]。フィリピン社会では協調が重んじられ、特に親族同士は、相互扶助的な関係を築く。この相互扶助的な関係は、「ウタン・ナ・ロオブ」と呼ばれるある種の互酬関係を構築する。このウタン・ナ・ロオブの関係は家族間の関係でも成立する。ホルンスタイナー [1997: 125-128] によれば通常のウタン・ナ・ロオブは相互扶助的な関係から生まれた恩に報いることで、お互いに生じた恩を相手に返そうとするが、恩を返せなければそれは最大の「ヒヤ」として認識されてしまう。それに対し、家族間のウタン・ナ・ロオブは補完しあう関係である [ホルンスタイナー 1977: 110-113]。たとえば、子育ては積極的に父母以外の家族が行い、高齢者の介護は孫やひ孫などに頼るケースが多い。そのため、その関係は互酬的ではなく、補完しあうような関係であると考えられる。家族に対する恩は決して返しても返しきれないのであり、もし親が困っているならば、子どもは最大限援助しなければならない。その援助ができない場合、子どもの感じる「ヒヤ」は通常のウタン・ナ・ロオブによって生じる「ヒヤ」よりも大きくなる。この民族概念は、フィリピン人を象徴するものとして語られてきた。そのため、このような創られた、オリエンタリズム的なフィリピン人への視点には批判も存在する [清水 1996]。しかし、これらの民族概念についての批判的な再検討の必要性は、フィリピン国内外においても多く指摘されてきた [細田 2014 など]。前述してきたようにフィリピンにおける介護は家族、特に「子ども」が担っていることが多い。しかし、この親子間のケアの関係性は「ウタン・ナ・ロオブ」と「ヒヤ」の民族概念から推測するに必ずしも「子どもから親へのケア」という一方向性のある関係ではないと考えられる。フィリピンにおける「子ども」とは、基本的には孫やひ孫の世代を指す場合が多く、「子ども」は曾祖父母、祖父母に育ててもらった恩を

⁹ フィリピンにおける看護師のベッドサイドケアの概念は、患者ケアに家族を巻き込むことであるため、看護師から患者への直接ケアは少ないという報告がある [田中ら 2009: 103]。

介護することによって返そうとする¹⁰。高齢者介護施設が少ないフィリピンにおいて、家族間でなされるフィリピン人の介護は非専門的でもあるかもしれない。そのため、この非専門的な介護は、いわゆる献身的な介護になるだろう。この献身的な介護は、日本における家族間の介護においてなされることが多く、「正しい」と認識される。なぜ献身的な介護が「正しい」のかについて考察するためにはケア実践と感情の関係を読み解く必要があるだろう。

1-4. 小括

本節においては、フィリピンにおける看護師と介護士の現状を比較した。比較から明らかになった点として、教育制度のほかに介護の技能をどのように捉えるかが、フィリピン国内では依然として定義づけられていない点であった。そのような現状のなか、また、フィリピン国内の介護の現状を、親族形態とそのネットワークから考えた。またそのようなネットワークを支える基盤となっているのが、フィリピンにおける二つの民族概念であった。介護が身近なものであるがゆえに、介護が専門化された実践であるという認識は強くないと考えられる。フィリピンにおいて介護は家族が行うケア実践という認識が強い。フィリピン人が経験する介護は非専門的である。しかし、介護を経験しているということは、結婚や芸能ビザで在留したフィリピン人や看護師を断念したフィリピン人が職業選択をする際、介護士を選ぶ要因となっていると考えられる。

フィリピン人の介護は非専門的な介護であるがゆえに、専門的に評価されない部分がある。しかし、家族介護の経験は、フィリピン人の「正しい」ケアを構築させる。

ケアにおける「正しさ」を考えるために次節ではケア論の研究を概観する。ケアは専門化された側面と専門化されていない側面を併せ持つ。専門化されている側面は看護師といった医療専門職が担う部分多いが、専門化されていない側面はいわゆる家族が行うようなケア実践であると言える。そして、この家族が行うようなケア実践としてあげられるのが介護である。また家族間で行われる介護ケアにおいて問題になるのは、専門性より感情が前面に押し出されてしまうことだろう。しかし、感情を前端的に押し出すような介護は医療専門職的には「正しくない」。次節ではこの感情とケア実践の関係からフィリピン人介護士の「正しい」ケアについて整理する。

¹⁰東賢太朗 [2014: 243-244] は先述の「ウタン・ナ・ロオブ」について、フィリピンの若者にとって、返礼期限は特にないが育ててもらった年長者への返礼の義務は発生していると指摘する。

2. 介護と「感情規則」

ケア論をめぐる研究では、医療における人文社会科学研究においては「キュア」と「ケア」という概念の整理に始まり、ケアとは「関係性」と主張がされてきた¹¹ [武井秀夫, 2009 など]。なぜケアが「関係性」という主張に至っているのかについて、近年の人文・社会科学研究における先行研究を簡単に整理する。

2-1. ケアについて

まず、現代において「ケア」という用語は医療・介護といった専門的な文脈から、他者を気遣うといった日常生活の文脈に至るまで、幅広い場面で使用されている。専門的な文脈におけるケアは、医療におけるキュアと対比され、ときにはつながるものとして考えられてきている。その一方で他者への気遣いといった広い文脈でケアを考える際、ケアが他者への働きかけという一種の行為であることがわかる。しかし、ケアを他者への働きかけであり、志向性でもあると捉える際、その志向性に対する応答性が存在すると考えられる。浮ヶ谷幸代 [2008: 6] はこのケアの志向性と応答性について、「巻き込む／巻き込まれる」ことによる非意図的な人と人との関係性のなかで立ち現われるものであると考察する。また浮ヶ谷と同様の主張として広井良典 [2013: 15] は、人間はケアする動物であり、「ケアへの欲求（他者をケアすることの欲求／自分がケアされることへの欲求）」を本質的なものであると考えている。しかし、武井 [2009: 7-14] はケアの応答性が、その場にいる人間同士の社会的文化的背景や経験などに左右されるものであるとして、前述の浮ヶ谷、広井とは違った視点を提供する。武井はケアが生成するための要因として、応答性が不可欠であると主張しつつも、その応答性が必ずしも志向性に対して応えるものではないと注意を促す。つまり、初対面の人間同士のあいだなどにおいてケアの関係性が成立しない場合もある。この両者の主張の差について、浮ヶ谷 [2009: 6] の例を引用するならば、目の前で突然人が倒れた際、手を差し伸べるのか否かについて、浮ヶ谷、広井は思わず手を差し伸べてしまうのが人間であり、その瞬間にケアの関係性は生成されると述べる。一方で武井はそういった思わず手を差し伸べるような人間の関係性が必ずしも成立するわけではなく、その場にいる人間の社会文化的な背景や経験がケアの志向性や応答性を形成し、ケアの関係性が偶

¹¹近年において、ケアの関係性の議論から、ケアをする／されるの二項対立をいかにして乗り越えるかが注目されてきている [國分功一郎 2017 など]。

然に成立するものと考えている [2009: 16]。両者の主張は異なるものであるが、ケアが生成するためには、その関係性の成立が必要であることがわかる。特に武井の主張はケアがケアをする者／される者に限らず、その個人の生きた経験が重要であるとい主張である。

これらの主張からケアは病者の身体の状態を保持するための専門化された医療行為でもあり、同時に、他者を気遣う／気遣われるための私的な行為でもあり、ということがわかる。そのような私的な行為の側面をもつために、医療や福祉のケアに関わる職業において、感情のあり方は常に問われ続けてきた。感情とケアに関する代表的な著書としてホックシールド [2000] の『管理する心』が挙げられる。ホックシールドは、「感情規則 (feeling rule)」という概念を提示し、感情がいかにして管理され、消費されていくのかを描いた。文化によって人の感情の規則性は存在する。たとえば、日本において「葬儀では悲しまなければいけない」というように、ある出来事に対して、人びとが抱く感情には一定の規則性が存在する。これは葬儀という出来事への経験に対して、「葬儀とは悲しいものである」という感情に関する言説が生起されるからである。また看護の場においては、専門的なケアが求められるために患者に対して平等に笑顔で接するような感情表出と、患者に対して不満を抱いても個人的な感情表出をしてはならないという感情規則が存在する [武井麻子 2001: 69-70]。次項では、医療専門職者の役割からケアと感情の関係を考えていきたい。

2-2. ケアと感情

医療専門職者のケアには、いかに自己の「本当」の感情を抑圧しながらも、相手に共感するような態度を示すべきかという一見矛盾した態度が求められる。たとえば医師は、その社会化の過程で自分の『本当の』感情を抑圧しながら他者の感情を理解しようとする知的な試みであるため、「感情中立的」であることが求められるが、看護師は「適切な」感情性のコントロール能力が求められ、人間的な営みが医師・看護師-患者関係には求められている [オーフリ 2013: 8]。このような矛盾した態度を理解するために先述したホックシールドの「表層演技」と「深層演技」の概念が参考になる [2000: 36]。ホックシールドによれば表層演技は他者を欺くための演技であって、自己を欺くことができない演技ではないのに対して、深層演技は他者も自己も欺こうとする演技である。表層演技が意識的に演技するために決して自己を欺けないことに対して、深層演技は演技し続けるなかで、感情規則の影響を受けながら、限りなく無意識的に自己を欺こうとする演技である。これらの演技は上述の医療専門職者が示すような

態度において、本当の自己を欺くことはできていないため、当人は自己の感情の矛盾に困惑する場合がある。この困惑はバーンアウトなどの問題を招くため、医療専門職者にとって自己の感情管理は重要な課題である。

2-3. 介護と感情

このような感情とケアの課題について考えるために、平山亮 [2015: 35-52] は、Mason [1996: 15] の「感覚的活動 (sentient activity)」の議論における「気遣うこと (caring about)」と「世話すること (caring for)」の二つのケアの分類に注目する。たとえば、子どもが、高齢の親のことを考え、栄養や食べやすさを重視した食事を考えたり、排せつや入浴においてどのように介助を行えば自分の負担が少ないのかを考えることは「気遣い」であるが、実際にその食事を食べさせたり、排せつや入浴の介助を行うことは「世話」である。「気遣う」ケアは、外的評価を受けにくい、「世話する」ケアは、目の前で起こっているため、外的評価を受けやすい。このようなケアの外的評価において、見逃されていることが感情である。しかし、感情とケアが安易に結び付けられることには注意が必要であるだろう。なぜなら、医療専門職者にとって、ケアする場面では自己の感情を管理した普遍主義的な態度と相手の感情を考慮した個別的な態度の使い分けが求められる場合が多い [崎山治男 2005: 176-177]。患者に対して普遍的な態度をとることは、平等に患者を扱うために良いケアであると考えられるだろう。医療専門職には患者との適切な距離感が保つためにも適切な感情管理を求められることが多い。しかし、その一方で医療専門職者の個別的なケアを求める患者もいる。個別的なケアは医療専門職者の適切な感情管理の破綻を招くだけでなく、他の患者との適切な距離感も破綻させる危険性がある。つまり、個別的なケアは一時的な満足感を一人の患者に与えるかもしれないが、他の患者との関係においては、ある一定の危険性を抱えることになるかもしれない。そのため、医療専門職者は普遍主義的なケアと個別的なケアの適切な使い分けが求められる。

介護職においても、個別的ケアと専門ケアは状況によって使い分けられることが多い。たとえば、施設の介護現場における深刻な看取りの場面において、ケア提供者が笑顔でいることは批判されるために、感情や表情の表出は制限されることが多いが、日常的な介助などを行う際に、無表情でケアするより、笑顔でケアすることをケア提供者は求められることが多い。しかし、看護と比べ、介護では適切な感情表出は定まっているといえない。介護における適切な感情

表出について、その専門性の在り方が原因であると考えられる。介護には「福祉イデオロギー」が存在し、そこでは「優しさ」、「暖かさ」、「倫理」が求められ、平等に感情労働を実践しなければならないという主張[天田城介 2007: 488]と、介護には客観性は求められておらず、主観性が求められるため、専門化されることは否定され、個別的なケアを求めるべきであるという主張が存在する[三好春樹 2015: 121-128]。天田の述べるような主張は、看護のもつ専門性と重なる部分がある。しかし、三好はあえて看護の様な専門性を拒否し、主観性を強調する。そのため、日本の介護現場においては、介護は看護と同じような専門性を持つべきであるという主張と看護とは異なる専門性を持つべきであるという主張が存在している。両者の主張の齟齬を解消するためには、介護の専門性と主観性を再考する必要があるだろう。

医療専門職者のケアの使い分けに対して、家族間の近親者とのケアでは、献身的に感情を傾けるケアの関係が理想であるとされることが多い[平山 2015: 39-40]。つまり、医療専門職者のあいだでは理想的なケアとはされないにも関わらず、献身的なケアは、家族間のケアにおける「正しいケア」とであるとされる。本論においては、このような介護における献身的で個別的なケアを「家族的ケア」とする。

この家族的ケアはフィリピン人にとって、日本以上に標準的な介護ケアとなっていると考えられる。なぜならフィリピンでは高齢者介護は「義務」であり、緊密な親族ネットワークが基盤となって介護が成立しているからである。次項において、フィリピン人介護士のケアの感情規則がその介護実践からどのような影響を与えているのかを紹介する。

2-4. フィリピン人介護士のケアの感情規則

「家族の一員」のようにケアすることは、フィリピンの人びとにとって理想的なケアである[小川玲子 2009a: 125]。「愛情」が感じられるケアであり、「家族的ケア」でもあるからである。フィリピンにおいて献身的な介護は「正しい」ケアとされる。しかし、そのようなケアを行わなければいけないような背景には、前節で述べたようなフィリピンにおける民族概念や子どもが介護を担わなければいけないような社会的要因がある。伊藤ら[2008: 118]によれば、国内外においてフィリピン人は「家族思い」で「心優しい」と認識されており、ケアがフィリピン人の「自然に備わった資質」であるという言説が浸透している。この言説は、フィリピン政府が国内における「技能化された」介護士を養成するなかで恣意的に構築したものであると先述の伊藤らには指摘する[2008: 129-

135]。しかし、これは渡航国におけるフィリピン人の権利を保護するためにフィリピン政府が構築した言説であり、フィリピン人介護士のケア実践を説明するものではない。そのため「家族思い」で「心優しく」、「愛情」が感じられるという感情規則が、フィリピン人介護士のケア実践にどのような影響を与えているのかは明らかにされていない。

フィリピン人介護士のケアへの評価は分かれる。たとえばフィリピン人介護士の身体接触を伴うようなケア実践や笑顔の表出は、日本人の高齢者などから「礼儀がなっていない」などと叱責される場合がある[小川 2009a: 120-123]。また、一見するとフィリピン人介護士の場違いな印象を与える笑顔の表出を「気持ち悪い」と感じる日本人介護士の同僚もいる[斎藤洋 2009: 9]。このような過度な笑顔の表出は、日本の介護現場における看取りの場面などの感情規則に反するために違和感を覚えさせることになる。その一方でフィリピン人介護士のハグなどの身体接触を伴うケアや笑顔といった感情表出が基盤であるケア実践に満足する利用者もいる[小川 2009a: 123-125]。また、職場のムードメーカーとして日本人の同僚から受け入れられる場合もある。「愛情」が感じられるような笑顔を作り出すフィリピン人介護士の感情規則とケア実践は評価が分かれており、その精緻な理解が今後の課題である。

3. おわりに

現代においてケアは関係性であるということが主流とはなっているが、前節においてはケアの専門的な側面と私的な側面に着目した。専門的な側面と私的な側面を考えるうえで参考にしたのがホックシールドの「感情規則」であった。特に表層演技と深層演技は、医療専門職者の矛盾した態度を理解するために不可欠である。医療専門職者は自身の表層演技と深層演技に戸惑いながらも、患者への専門的ケアと個別的ケアを使い分ける。

最後に看護師、介護士、フィリピン社会における「正しい」ケアのあり方を整理してみる。看護師にとって、専門的ケアと個別的ケアの使い分けは非常に重要であり、フィリピン人看護師にも通底していると言えるだろう。しかし、介護において、その使い分けは「正しい」とは言えない。三好の述べるように介護において求められるのは個別的で主観的なケアが求められることが多いからである。このような主観的なケアはフィリピンの介護における家族間のケアに通じるものがある。フィリピンにおいて介護は子どもが担うものであり、非専門的であるからである。この非専門的であるということは日本の介護におけ

るケアと重なる部分がある。フィリピン人介護士の過度ともいえる感情表出は、被介護者だけではなく、日本人の同僚にも違和感を覚えさせる。その一方でフィリピン人介護士に満足する被介護者や同僚もいるため、彼ら・彼女らのケア実践に対する評価は分かれている。このフィリピン人介護士のケア実践を本論では「家族的ケア」とし、フィリピン人介護士の感情規則を検討した。フィリピン国内において、介護は家族が担う場合が多い。また「愛情」をもってケアすることはフィリピン人にとって「正しい」ケアであり、「家族的」でもあると言える。この「家族的ケア」は看護師や日本の介護士との「正しい」ケアとは重ならない場合があり、混乱を招く。

このような混乱を解消するためにフィリピン人介護士の感情規則とケア実践の精緻な理解が必要である¹²。フィリピン人介護士の家族的ケアを理解することは、日本の介護現場においてフィリピン人介護士への理解を促進するだけでなく、日本の介護観を再考させる一助になりうる。

参考文献

Amrith, Megha.

2017 *Caring for Strangers: Filipino Medical Workers in Asia*. NIAS Press.

天田城介

2007 「〈古い衰えゆくこと〉の社会学」多賀出版。

安里和晃

2016 「看護師・介護士」『フィリピンを知るための64章』大野拓司（他編）、pp. 365-369、明石書店。

安里和晃（編）

2018 『国際移動と親密圏—ケア・結婚・セックス』京都大学出版会。

東賢太朗

2014 「『待ち』と『賭け』の可能性—フィリピン地方都市の無職と出稼ぎ」『リスクの人類学—不確実な世界を生きる』東賢太朗（他編）、pp. 239-261、世界思想社。

¹² しかし、我われがフィリピン人介護士の感情規則を理解しようとする際、注意が必要である。なぜなら、はじめにも触れたように理想的なケアが「愛情」を感じられるという表現は、フィリピン人介護士がいわゆる劣悪な環境で労働させることを正当化させるために利用される場合があるからである [安里2018]。

DAWN and KAIBIGAN ng OCWs INC.

2000 *R.A. 8042a: a Critical Assessment, Manila.* DAWN and
KABIAGAN ng OCWs Inc.

ホックシールド, A. R.

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。

ホルンスタイナー, M.

1977 「平地フィリピンにおけるレシプロシティ」『フィリピンのここ
ろ』山本まつよ(訳)、pp. 95-129、文遊社。

細田尚美

2014 「フィリピンの都市移住者コミュニティでみられる複ゲーム状況」
『複ゲーム状況の人類学—東南アジアにおける構想と実践』杉島敬志
(編)、pp. 57-90、風響社。

Hosoda, Naomi.

2016 Middle Class Filipinos and the Formation of Diasporic National
Communities in the United Arab Emirates. *International Migration in
Southeast Asia: Continuities and Discontinuities.* Kwen Fee Lian • Md
Mizanur Rahman Yabit bin Alas (eds.), pp. 39-56, Springer Singapore
Heidelberg.

平山亮

2017 『介護する息子たち—男性性の死角とケアのジェンダー分析』勁草
書房。

広井良典

2013 「いま『ケア』を考えることの意味」. 『ケアとは何だろうか—領域
の壁を越えて』広井良典(編著)、pp. 1-30、ミネルヴァ書房。

石橋潔

2017 「密接な対人サービス労働とバーンアウト得点分布」『久留米大学
文学部紀要』12: 1-18。

伊藤るり、小ヶ谷千穂、ブレンダ・テクネラ、稲葉奈々子

2008 「いかにして『ケア上手なフィリピン人』は作られるか?—ケアギ
バーと再生産労働の『国際商品』化」『国際移動と「連鎖するジェンダ
ー」—再生産領域のグローバル化』伊藤るり、足立眞理子(編著)、pp.
117-153、作品社。

岩佐光広

2009 「親子間のケア関係の動態性—ラオス低地農村部の事例から」『千葉大学人文社会学研究』19：26-40。

川口貞親

2009 「日本、フィリピン、インドネシアの看護教育カリキュラムの比較」『九州大学アジア総合政策センター紀要』3：91-104。

河原和夫

2008 「フィリピン共和国の保健医療事情と医療保険システム」『医療と社会』18（1）：189-204。

厚生労働省

2017 『介護人材確保対策（参考資料）』

國分功一郎

『中動態の世界—意志と責任の考古学』医学書院。

Mason, Jenifar

1996 Gender, Care and Sensibility in Family and Kin Relationships. *Sex, Sensibility and the Gendered Body*. Holland, Janet and Lisa Adkins (eds.), pp. 15-36, MACMILLAN PRESS LTD.

宮内久光、稲綾香

2017 「フィリピンからクウェートへの女性看護師の国際労働移動」『移民研究=Immigration Studies』19（3）：49-84。

三好春樹

2015 『野生の介護—認知症老人のコミュニケーションの覚え書き』雲母書房。

長坂格

2009 『国境を超えるフィリピン村人の民族誌—トランスナショナリズムの人類学』明石書店。

オーフリ, D.

2016 『医師の感情—「平静の心」がゆれるとき』堀内志奈（訳）、医学書院。

小川玲子

2009a 「外国人介護職と異文化間ケア—フィリピンの日本人高齢者施設の経験から」『九州大学アジア総合政策センター紀要』3：113-126。

2009b 「経済連携協定によるインドネシア人介護福祉士候補者の受け入れについて—介護施設における量的質的調査を中心に」『都市政策研究』8：65-77。

大森弘子、安里和晃、山崎イチ子

2014 「フィリピン総合福祉施設の現状と社会福祉実習教育」．『福岡開発教育センター紀要』11：57-67。

Piquero-Ballescás, Rosario, Maria.

2009 Global Householding and Care Networks: Filipino Women in Japan. *Asian and Pacific migration journal*18 (1) : 77-99.

PHILIPPINE STATISTICS AUTHORITY

2017 *PHILIPPINE STATISTICAL YEARBOOK*

崎山治男

2005 「『心の時代』と自己—感情社会学の視座」勁草書房。

斎藤洋、池良弘

2009 「介護施設の職員教育のあり方に関する提言—海外の介護福祉との比較から」『株式会社ピーエムシー』：1-9。

清水展

1995 「日本におけるフィリピン・イメージ考」『九州大学大学院比較社会文化研究科紀要』2：15-26。

2009 「親族組織と価値観」『現代フィリピンを知るための61章（第2版）』大野拓司（他編）、pp. 62-65、明石書店。

梶本歩美

2007 「介護者送り出し国フィリピンの事情—誰と介護を担うのか」『異文化間介護と多文化共生—誰が介護を担うのか』川村千鶴子、宣元錫（編）、pp. 264-311、明石書店。

須加美明

1996 「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」『社会関係研究』2（1）：87-121。

鈴木伸枝

2009 「フィリピン人の移動・ケア労働・アイデンティティ—移動労働政策・ジェンダー化・自己実現のはざままで」『言語文化研究』20（4）：3-17。

武井麻子

2001 『感情と看護一人とのかかわりを職業とすることの意味』医学書院。

武井秀夫

2009 「ケアを考える」『千葉大学人文社会学研究』19：1-17。

田中博子、志賀由美、西垣克

2009「日本とフィリピンにおける病院看護業務の比較—タイムスタディー法を用いた主要業務の検討」『日本看護管理学会誌』12（2）：94-105。

浮ヶ谷幸代

2009 『ケアと共同性の人類学—北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院。

Varona, Rachel. and Saito, Tami. and Takahashi, Miyako. and Kai, Ichiro.

2007 Caregiving in the Philippines—A quantitative survey on adult-child caregivers perceptions of burden, stressors, and social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 45: 27-41.