

■論 文

在宅医療ソーシャルワーカーの支援過程にみられる
職業性のスピリチュアリティ
——終末期の支援に着目して——

大賀 有記*

Spirituality associated with profession in the support process
by home-based medical social workers:
Focus on end-of-life support

OGA Yuki

キーワード：職業性のスピリチュアリティ, 在宅医療ソーシャルワーカー, 解決できない問題, 死, 限界の認識
Spirituality associated with profession, home-based medical social workers, unsolvable problem,
death, recognizing limitations

要 旨

本研究では、主に終末期の人を支援する在宅医療領域のソーシャルワーカー（以下、在宅医療ソーシャルワーカー）の職業性のスピリチュアリティについて検討する。5名の在宅医療ソーシャルワーカーを対象にフォーカスグループインタビューを行った。その結果、在宅医療ソーシャルワーカーは仕事に入る【準備を整える】行為をし、患者の話を【限界の中で聴く】、そしていったん【自分に返る】作業を経て、【人の核心の存在を知る】ことができ、【共感的地域づくりを志向する】支援過程をとっていた。ここから、1) 職業性のスピリチュアリティとは、素の自分と専門職者としての自分を同時並行的かつに交互作用的に成長させながら統合点と相違点を見出したうえで、相違点を踏まえた統合点を基点に視野を広げ、職業上“極めて重要な意味・価値のあるもの”を見出す性質であり能力であること、2) 在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティの特徴として、死という解決できない問題に対する限界を認識しているからこそ、人の生きる力を信じて一人ひとりを包摂する社会を当事者や地域住民とともにつくっていくソーシャルワークの仕事を支える可能性があるといえる。

* 愛知県立大学教育福祉学部

I. 研究背景

COVID-19の影響による病院や高齢者施設の感染症対策に伴う厳しい面会制限や、国の在宅医療推進政策などを背景に、特に終末期や慢性期における在宅医療は急速に普及してきている（吉村2023）。一方終末期の高齢者を在宅で支援する専門職者たちは、支援者としてできることが極めて限られている状況に無力感を覚え、支援者としてどう対応すればいいのか葛藤し苦しむ（大城ら2020；大賀ら2021；大賀2024）。このような苦しみの背景には、何もできないという支援者の限界を認めざるを得ないという要因があると考えられる（藤井2017）。つまり終末期支援にあたる専門職者は、自身の存在価値や支援自体の意義を見直さざるを得ない状況に直面しているのである。

終末期の人の支援は、最終的に利用者が亡くなって終結となるため、対人援助専門職者が一般的に抱えている、人を手助けできるという価値観が崩れる。これは、その人（対人援助専門職者）が置かれている状況と、その人（対人援助専門職者）が抱えている信念体系との間の調和が崩れることから生じる辛さであるスピリチュアルペイン（岡本2014）と解釈することもできる。人を手助けできるという対人援助専門職者の価値観・信念は、死に向かう人に対しては相容れないのではないか。

では、終末期の人の支援を継続できる専門職者は、どんな価値観や信念をもっているのだろうか。それは、どのような支援をしたとしても利用者が亡くなる、つまり人が生き続けることの手助けができないという、職業に伴うスピリチュアルペインと関係があるのだろうか。

本研究では、在宅領域に特化した医療ソーシャルワーカー（以下、在宅医療ソーシャルワーカーとする）が主に終末期の人を支援する過程について、スピリチュアリティの観点から検討する。そして死という解決できない問題に対応する、在宅医療ソーシャルワーカーという専門職にある者の職業性のスピリチュアリティについて考察を試みる。

なお本稿における「終末期」とは、残された生存時間を見るような生物学的な視点ではなく、個人の生き方が重視されている時流を鑑み、エンドオブライフと同義と

考え、「生命予後がある程度限られている（例：要介護度の高い胃ろう造設患者、重度認知症患者など）と考えられる場合」（秋下2022）とする。つまりあえて終末期を時間的に表せば、日単位のこともあるし、十年以上のこともあるということである。また、スピリチュアリティの概念については、いままで個人（岡本2014）や、ある特定の属性をもつ人の集団にあるもの（平川2017；鈴木2010）として扱われてきた傾向はある。今回、特定の専門職集団もしくは専門職者にも独自のスピリチュアリティが存在するのではないかと考え、職業性のスピリチュアリティについて試論を展開する。

II. 研究の視点

本研究ではスピリチュアリティに視点を置く。ここでスピリチュアリティとスピリチュアルペイン、および、スピリチュアリティのホリスティックモデルについて概観したい。

1. スピリチュアリティとスピリチュアルペイン

スピリチュアリティについては、「人間存在に意味を与える根源的領域であり、同時に、人がその意味を見出していくために希求する自己、他者、人間を超えるものとの関係性、また、その機能と経験」（藤井2015:58）や、「普遍的で根本的な人間の特質であり、そこでは、意味、目的、道徳性、ウェルビーイング、深遠さが、自分自身・他者・（それがどのように理解されたものであろうと）究極的実在との関係の中で探求される」（Canda et al. = 2014: 87）、「『スピリチュアルな経験』を生み出す人間の能力」（岡本2014:123）などと定義されている。岡本の定義の中にあるスピリチュアルな経験とは、「当事者において志向相関的に決定されるモノやコトの個別的な意味や価値の情報量が多い経験」（岡本2014:160）とされる。

つまりスピリチュアリティは、死や神仏など超越的存在や自分自身および他者等とのつながり、つまり環境全体とのかかわりを通して、その人にとって意味・価値のあるものを見出していく、人間の根本的で普遍的な性質

であり能力であるといえるだろう。ここからは、スピリチュアリティは個人レベルにとどまるものとして表現されているようにみえる。

一方職業に伴うスピリチュアリティについて、例えばスピリチュアルケアの担い手として特に注目されている看護師に焦点をあてると、看護師の役割遂行に際し看護師のスピリチュアリティがどう関係しているのかあいまいであるという指摘がある (Scammell2017)。これは素の個人としてのスピリチュアリティに焦点をあてているのか、看護師という集団のスピリチュアリティを取り上げているのか、もしくは両方なのかは、明らかではないようにみえる。一方、病院組織が看護師のスピリチュアリティのマネジメントをすることにより、職務満足度が上がるという報告がある (Lee et al. 2023)。また訪問看護師について、高齢者ケアにかかわる時間が長いほどスピリチュアリティへの意識が高い傾向がある (鈴木2023) とされている。これらは看護師集団としてのスピリチュアリティを示していると考えられる。他方数名の医療ソーシャルワーカーを対象としたインタビュー調査においては、終末期支援の過程で、自身のスピリチュアリティと患者のスピリチュアリティが影響しあうことで苦しみの意味を指向する (安井2021) と指摘されている。これは、調査対象の医療ソーシャルワーカー複数名に共通のものとして示されている。これらから専門職集団もしくは専門職者としてのスピリチュアリティ、つまり職業性のスピリチュアリティは存在するといえるのではないだろうか。しかしここで考える必要があるのは、職業性のスピリチュアリティというものは、素の個人のスピリチュアリティや、専門職の価値体系や援助方法論などと重なるところがあるため、その実体が分かりにくくなっている可能性があるということである。

もし職業性のスピリチュアリティがあるとするならば、それは岡本 (2014) の論を援用し、環境全体との関係を通して、その専門職者にとって、極めて重要な意味・価値のあるものを見出していく職業性の性質および能力と考える。またスピリチュアリティの本体は、概念化思考を行うシンボル化能力と、自分自身を省みるメタ能力である (岡本2014)。つまりその専門職者によって見出された“極めて重要な意味・価値のあるもの”は、自己省察の中で抽象化される。万一その自己省察を通じた抽

象化の作業ができなくなると、その専門職者として存在することができない、もしくは専門職者としての存在意義に苦しむこととなる。この状況は専門職者が、スピリチュアルペインを感じている現象といえるのではないか。

スピリチュアルペインとは一般的に、「個人において、彼／彼女が置かれている状態と、彼／彼女が抱いている信念体系との間の調和が崩れたことから生じる辛さ」(岡本2014: 153), 「生きる意味が見いだせず、どのような関係性からも (あるいは関係性がないことで) 自己存在を肯定できないという種のもの」(藤井2015: 68), 生きることや自己存在そのものが揺るがされるような根源的痛みであり実存的痛み (Cohen et al. 1996) などと説明されている。つまり、人間が環境との関係の中で存在意義に苦しむことと考えることができる。

専門職業に就く人は、その職業人としてのアイデンティティが形成されることから分かるように、素の自分とその専門職者としての自分とを完全に切り離して考えることは難しい。専門職業は人の全体性を理解するうえで、重要な位置を占める。例えば在宅医療ソーシャルワーカーとしての存在意義に苦しむことは、専門職者としての自分の存在意義に苦しむことであり、専門職者としての自分にスピリチュアルペインを感じているといえる。しかし実際には、専門職者としての自分と素の自分を切り離して考えることは難しいため、専門職者としてのスピリチュアルペインは、素の個人のスピリチュアルペインと混同されることもあるだろう。

このようなスピリチュアルペインを感じる状況は、専門職者の役割を構成する、4つの要素である社会的位置、期待、規範、行為のうち、支えや価値観をも含んだ規範を失うことにつながり、役割自体があいまい化する (大賀2014)。そして、専門職業に固有の態度や行動を特徴づけ役割遂行に必要な志向であるプロフェッショナルリズムが揺らぐ (小原2023) ことになる。ゆえに専門職者としてのスピリチュアルペインに対応し、職業性のスピリチュアリティを保持することは、専門職者が役割を遂行するために必要不可欠なものといえる。

2. スピリチュアリティのホリスティックモデル

人間がスピリチュアリティを見出していく過程につい

て、Candaら (= 2014; 2020) はスピリチュアリティのホリスティックモデルを提案している。このモデルは、スピリチュアリティが人間の側面でもあり全体にもなり中心にもなるということを説明している。人間の側面としてのスピリチュアリティは、霊的側面といわれ「経験を動機づけ、自己を世界とかかわらせる活動を引き起こし、自己と世界を解釈する象徴的思考を引き起こす」(Canda et al. = 2014: 131) 性質をもつ。ゆえにスピリチュアリティは人間の他側面、つまり生物・心理・社会的側面に浸透し、人間は他者や世界とのかかわりを求めて、自分の外の世界と関係を結ぼうとする。特に人間が死に直面した際、死の意味を探求する中で、自分自身や親しい人、儀式や信仰などとつながるという。スピリチュアリティは「私たちの全ての側面に浸透し、それらを束ねて、統合性 (integrity, integratedness), つながり (connectedness), 全体性 (wholeness) の感覚を生み出すように働く」(Canda et al. = 2014: 132) とされ、スピリチュアリティが人間の全体性になると指摘している。

人間は、多様な社会や自然など全てと一体となった自己を体験すると、「自分自身の内側へと入っていき、統一と統合の中心点を見つけ出す」(Canda et al. = 2014: 132) 内観を行うという。このときスピリチュアリティが人間の中心になり、その中心では他者や世界などの諸環境と自己との強いつながりを見出すことができる。医療職を養成するアメリカのキリスト教系の大学では、信仰と職業における役割遂行を統合できるように教育している (Espiritu et al. 2020)。つまり、個人の核に存在するであろう私的な信仰と、公の業務行動の間に矛盾が生じないように準備している。これは、専門職アイデンティティが形成される前の素の自分と専門職者としての自分の統合点を見出す作業ともいえ、中心性への動きと考えられる。

このようにホリスティックモデルにおいて、人間のスピリチュアリティは超越的なものも含めた多様な人やものといった諸環境と関係しあいながら成長していくと考えられている。また、緩和ケア・終末期医療領域の医療ソーシャルワーカーは患者・家族とのかかわりの中で、医療ソーシャルワーカーとしての自己存在の根源的意味を指向する (安井2021) という指摘もある。つまりスピリチュアリティのホリスティックモデルを用いて、専

門職者が、その職における重要な意味や価値を見出していく現象を説明できると考えられる。

以上から、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティとは、死やクライアントなどを含めた環境全体との関係を通して、在宅医療ソーシャルワーカーという専門職者にとって、極めて重要な意味・価値のあるものを見出していく職業性の性質および能力であり、素の個人と重なる部分があるものと考ええる。

Ⅲ. 調査方法

1. 調査の概要

本調査の目的は、在宅医療ソーシャルワーカーの支援過程における職業性のスピリチュアリティに関連する体験とそれに伴う行為について明らかにすることである。行為の定義としては、役割理論から導き出された、「意図性や目的志向性をもった行動とそれに関連する思考と感情からなり、それは心理・社会・文化的側面をもつもの」(大賀2014: 37) を採用した。端的に言えば、行為は行動と思考と感情を含めたものである。なお、ここでの職業性のスピリチュアリティについては前述のように、「死やクライアントなどを含めた環境全体との関係を通して、在宅医療ソーシャルワーカーという専門職者にとって、極めて重要な意味・価値のあるものを見出していく職業性の性質および能力であり、素の個人と重なる部分があるもの」とした。またスピリチュアリティのホリスティックモデルについては、「在宅医療ソーシャルワーカーとしてのスピリチュアルな経験の拡がり」と、スピリチュアリティの深化」とした。

本調査では、グッドプラクティス選定により、在宅医療ソーシャルワーカーとしての経験おおむね10年以上で、かつ、終末期の患者の支援経験のあるX県内の在宅医療ソーシャルワーカー5名に依頼し、承諾を得た。経験年数10年以上とした理由は、経験の少ない者よりも、在宅医療ソーシャルワーカーという専門職者としてのアイデンティティをもっており、彼らから職業性のスピリチュアリティを見出すことができるのではないかと考えたためである。在宅医療ソーシャルワーカーは一般に終

末期の支援を行うことが多いが、慢性期や急性期の支援もする（日本医療社会福祉協会2020）ため、終末期の患者の支援経験についても確認をした。対象者の内訳は、在宅医療ソーシャルワーカーの経験6-16年であり、男性4名女性1名であった。また対象者の所属は、訪問診療を行っている診療所および病院、医療福祉関係の相談機能をもつ地域の機関であった。

調査は「医療ソーシャルワーカーによるスピリチュアリティへの配慮」と題し、対象者の各自宅でWeb会議アプリ Zoomを用いたフォーカスグループインタビュー（Vaughn et al. = 1999）のかたちをとった。フォーカスグループインタビューのテーマは、1) ソーシャルワーカー自身をより良いコンディションに保つために実践していることは何か、そのコツやポイントは何か、2) クライアントのスピリチュアルな側面を含めた「全人的理解」をするとき、ソーシャルワーカーは、何に配慮（注意）するべきなのだろうか（どうすれば、スピリチュアルな側面を含めた全人的理解ができるのだろうか）、3) 自分自身を援助の道具とするソーシャルワーカーは、クライアントとの相互作用の中で、自身の内面にどんな変化を感じているのか（自身の内面の変化や変容を感じた経験には、どんなものがあるか）、の3点であった。なお、スピリチュアリティに関しては、Candaら（= 2014；2020）のスピリチュアリティのホリスティックモデルの考え方について、調査者から事前に説明した。

調査時期は、COVID-19の流行（第3波）が一時的に落ち着いた2021年3月7日であり、所要時間は2時間8分であった。インタビュー内容については、全対象者の許可を得てZoomの録画機能およびICレコーダーを用いて録音し、個人情報保護を徹底している業者に委託して逐語録を作成した。逐語録はA4用紙29枚であった。逐語録については、全対象者が確認した後、分析をした。

なお調査対象者には、調査目的と方法、データの管理と処理方法、調査協力の任意性と撤回・中断の自由、プライバシーの確保、調査結果の公表方法について文書及び口頭にて説明し、書面にて同意を得た。対象者の個人情報、仮名加工情報とし対応表を作成して管理した。同意書などの紙面および音声などのデータの入ったUSBは、鍵のかかる保管庫に保管し、研究終了後5年後に安全な方法で破棄することとした。研究全体は、日本

社会福祉学会研究倫理指針（2018）ならびに日本社会福祉学会研究倫理規定にもとづく研究ガイドラインに基づいて行った。

インタビューで語られた内容は、終末期支援に関連するものが多かったが、慢性期支援のものや、時期を特定できないものも含まれていた。スピリチュアリティのホリスティックモデルを基軸に職業性のスピリチュアリティを検討するためには、広い実践経験が必要である。そのため、支援時期で語りを分断するのは適切ではないと考え、全ての語りを分析対象とした。

2. 分析方法

質的データ分析法（佐藤2008）を採用し、以下の手順で進めた。はじめにインタビューの逐語録から、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティに関連する語りをセグメントとして抽出した。次にコードを割り振り、コードより抽象度の高いカテゴリーにまとめた。分析を進めるにあたり、事例—コード・マトリックスを作成し、データとの往復を繰り返し、修正する過程で、一定のパターンや規則性を導き出すことを意図した。また分析のプロセスにおいて、質的研究者1名に数回にわたる助言を受け、分析の客観性及び妥当性の担保に努めた。

IV. 分析結果

表1のように15のコードと5つのカテゴリーが生成された。図1は、コード、カテゴリー間の関係を図示したものである。なお、以下のストーリーの説明において、カテゴリーは【 】、コードは〈 〉、主要な語りである代表的セグメントの一部は「 」で示している。代表的セグメントのなかの「……」はデータの省略であり、() はデータの補足である。またデータの最後に示した番号はセグメント番号である。

結果の概要としては以下の通りである。在宅医療ソーシャルワーカーは、仕事に入る【準備を整える】作業をしたうえで、患者の話を【限界の中で聴く】。いったん【自分に返る】ことを経て【人の核心の存在を知る】ことが

表1 在宅医療ソーシャルワーカーの支援過程における職業性のスピリチュアリティに関連する体験とそれに伴う行為

NO	カテゴリー	NO	コード	データの一部
1	準備を整える	1	オンになる動作をとる	・コーヒーを飲んで……いろんな雑念をどこかにやって、仕事に入れる (C9)・時計を締め直すとか、そういうルーティンをつくりながら、プライベートの自分から、今からお仕事の自分に変ったぞというところを間に入れる (E5)・その辺 (自分の役割) は (クライアントに) はっきり伝えて (B1-2)
		2	まっさらな心をつくる	・完全にニュートラルな形で対応するということを意識 (B6)・こうあるべきみたいなものが自分の中に残っていなかったかな (C13)・(上司から)「個性を大切にするように」と口酸っぱく言われてきたところがありますので……そういう教育が今に至っているのかな (A4)
2	限界の中で聴く	3	その人を本当は理解できない	・結局、理解できないんですね、いつもその人のことが。分からないまま (B11)・(いろんな話を聴いても) どこまで (その人のことを) 理解できているのかは自分自身でも分からない (D7-2)・(いくら聴いても) その人が話すことを納得はできない (C21-2)
		4	聴くだけでいい	・何か対応するわけでもなく、言葉をそのまま受け止める (B7)・ひたすら聴くという形が当然 (D6)・この人はそうやって思うんだというところを意識していくと、自然に傾聴ができるというか、話が入ってくる (E9)
3	自分に返る	5	否定されて落ち込む	・(患者さんから) 僕自身を否定されちゃったときとか……、そういったときは思い切り引きずりますね (E7)・(患者さんに) 自分を全否定されたような (感じになって)、本当にすごく落ち込んだ (A7-2)
		6	オフにする必要性を感じる	・医師とも結構、柔軟に対応して連絡取り合ってたとか、患者さんからの連絡も (日時を問わず) あるので、なかなか切り替え切れない (D0)・帰っていく道中でも電話が入ったり、メールが来たりというところがあるもんですから、そういうことに上手に付き合っていくかなくちゃいけない (E3)・考え方自体にワーカーとしてみたいなことを何かあるたびに (休日でも) 考えちゃう (C10)
		7	自分を休める習慣をつける	・(お風呂で) ぼーっと1日振り返るような作業をして (E4)・休日にぼーっと窓の近くで日を浴びるとかで、短い時間でも体が楽になる (C3)・外ではケースのことはなるべく考えない。趣味に没頭する (A1-2)
4	人の核心の存在を知る	8	何もできないことを理解する	・助けたいとか、何々してあげたいという言い方は好きではないですし、そう思っちゃ駄目だと思っはいる (E16)・何かしなきゃという意識は持たなくていいんだというのに気付いた (B22)・本当に何もできてないけど (C34)
		9	その人の大事なものに触れている	・形に見えないスピリチュアルみたいなものに……ちょっと触れちゃっていたんだなとか、触っていたんだ (E20)・その人その人のストーリー (がある) (B19)・いろんな価値観に触れる仕事 (C29)
		10	たわいもない話を継続する	・何をやる目的もなく他のクライアントの人と話す (D4)・関係を継続していくことの大切さとか……、支持的に関わっていくことの重要性とか……、たわいもない話をずっと続けることの意味とか、……それが自分にとっての保証、その患者さんに対して保証することになるのかな (D10)・ただその人が来たときに (いつも)、ベンチに座って話を聞くだけ (B21)
		11	生活の中にその人の大切なものがみえる	・僕はただその人が来たときに、ベンチに座って話を聞くだけだったんですけど、それがその人にとっては喜び (B21)・(一緒に桜を見に行ったとき、がんの終末期の患者さんはあまり食べられないけど) それでもおいしそうにしていると。別に悲しんでいる様子もない (E19)・そういった所 (外のベンチで話を聴いたり、一緒に散歩したり) のほうが、スピリチュアリティに触れやすいのかな (D11)
		12	その人の思いの中に生きる力があることに気づく	・思考の方向とか……大事にしているもの。その人が本当に、核とか、大事にしているものかな (C23)・自分が生きていく存在意義を示すために、何か信じている (B13)・生きるための力とか、生きる力なのかな (D9)・エンド (終末期支援) の過程の中で、そういった存在 (その人の大事なもの) は多分、自分の中でも気付いていて (E10)
5	共感的地域づくりを志向する	13	省察する過程で自分自身に気づく	・それ自身 (クライアントの価値観) が理解はできなくても、そこにどう考えるかという自分 (がある) (C30)・話を時々聞くだけでも、(よかったと) お話をいただくときがあって、その (話が聴けなかった人との) 違いも分からない (B16)・僕と彼 (患者) の差って何だったんだろう (E19)
		14	人と向き合う姿勢が育っていく	・その人の内面に触れたような、触れられるような、そういうものがあって。感受性が養われるというか、感じ方が変わってきている (B14)・患者さんと関わり合いながら、足りないものをいつも気づかせてもらったところがありまして、それが自分の成長というか、変化というか (E18)・自分もそのケース (患者さんの内面に触れたケース) を持ったことで、ソーシャルワーカーとして成長させてもらった (A8)
		15	思いやって動くまちは考える	・(その人の思いを大切に) 支援者も育てなきゃいけない、地域にそういう文化もつくらなきゃいけないということは思っ、発信して (C37)・政策的なところ……の中でもその人自身の価値観を支えるところが漏れないように、日々仕事をしていきたい (C38)・(在宅医療ソーシャルワークが社会の) 仕組みとして期待していく部分が自分の中にも出てきた (E14)

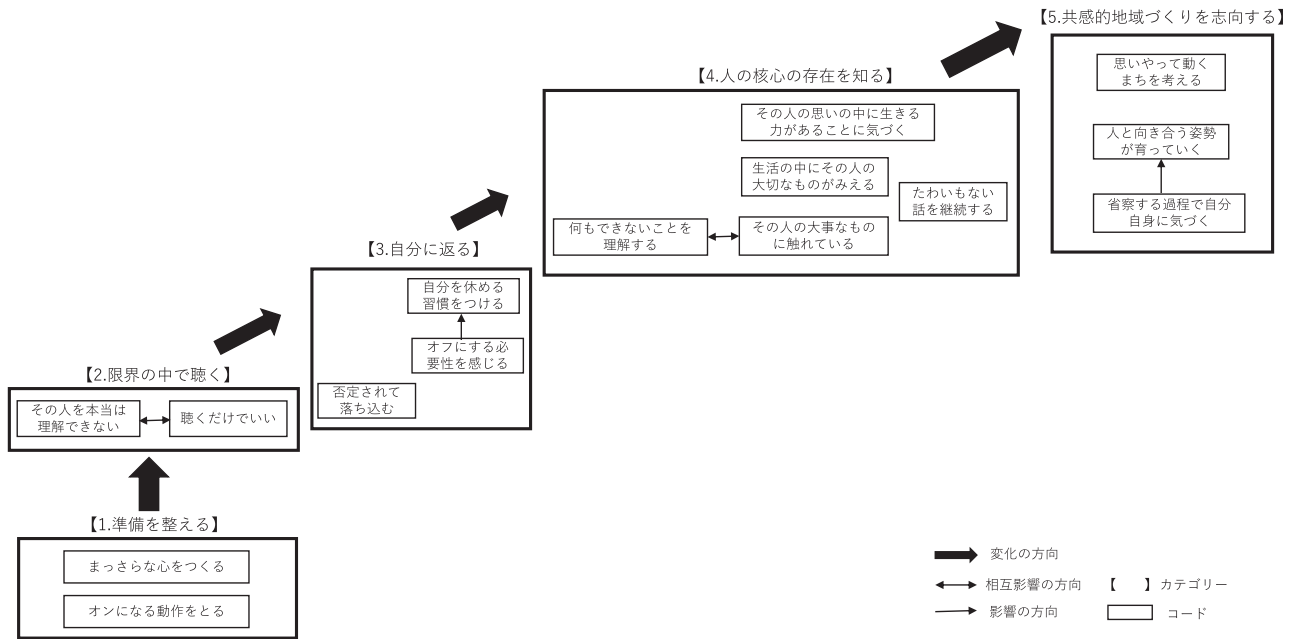


図1 在宅医療ソーシャルワーカーの支援における職業性のスピリチュアルな経験の過程

でき、その経験を踏まえて【共感的地域づくりを志向する】という支援過程をとる。以下カテゴリー別に説明していく。

1. 【準備を整える】

在宅医療ソーシャルワーカーは仕事に入る前に、「コーヒを飲んで……いろんな雑念をどこかにやって」や「時計を締め直すとか (E5)」といったように、自分なりのルーティンをつくり、〈オンになる動作をとる〉。そして「完全にニュートラルな形で対応するという意識 (B6)」し、〈まっさらな心をつくる〉ことを行っていた。ここから、仕事を始める前に、ある特定の〈オンになる動作をとる〉ことにより、自分の気持ちを入れ替え〈まっさらな心をつくる〉という、仕事に向かう【準備を整える】ことが分かる。

2. 【限界の中で聴く】

「(いろんな話を聴いても)どこまで(その人のことを)理解できているのかは自分自身でも分からない(D7-2)」といったように、いくらクライアントの話を聴いても〈その人を本当は理解できない〉という現実を認識する。

そしてその中で、「何か対応するわけでもなく、言葉

をそのまま受け止める (B7)」、というように理解はできなくても〈聴くだけでいい〉と考える。「この人はそうやって思うんだ」というところを意識していくと、自然に傾聴ができるというか、話が入ってくる (E9)」という語りもあるように、聴くことにより「話」、つまりクライアントの思いが在宅医療ソーシャルワーカーの頭と心の中に入ってくる。〈聴くだけでいい〉という姿勢であるが、聴くことにより、クライアントの理解が深まり、またつながりが深まるという関係がみえる。つまり理解できない限界を意識したうえで、できる限りのことをしているのである。〈聴くだけでいい〉という行動は、〈その人を本当は理解できない〉という限界を意識したものであり、両者は相互影響のもとにあるといえる。

3. 【自分に返る】

実際の在宅医療ソーシャルワーカーの支援の中では聴くだけでなく、クライアントの社会生活を整えるため変化を促す介入的な援助をする場合がある。しかしその援助がうまくいかず「(患者さんに)自分を全否定されたような(感じになって)、本当にすごく落ち込んだ (A7-2)」と〈否定されて落ち込む〉体験をする。援助の仕方がよくないことをクライアントから指摘されるのであ

るが、在宅医療ソーシャルワーカーは「(患者さんから) 僕自身を否定されちゃったときとか……、そういつたときは思い切り引きずりますね (E7)」と、支援方法・支援内容の否定ではなく、自身の否定と受け取る。仕事としてやっていることを否定されたことが、自分自身の否定につながっているのである。

その一方で、24時間対応の在宅医療に関わっている性質上、「医師とも結構、柔軟に対応して連絡取り合っとか、患者さんからの連絡も(日時を問わず) あるので、なかなか切り替え切れない (D0)」という実態もある。気が休まらない状況が続くと、「何かあるたびに(休日でも) 考えちゃう (C10)」ということになり、「そういうこと(勤務時間外の電話やメール) に上手に付き合っていかなきゃいけない (E3)」と時間外の仕事と割り切って付き合っていく必要を思う。つまり完全に自分を休めることは難しいことを認識し、意図的に〈オフにする必要性を感じる〉のである。

そこで帰宅して「(お風呂で) ぼーっと1日振り返るような作業をして (E4)」ということや、「休日にぼーっと窓の近くで目を浴びるとかで、短い時間でも体が楽になる (C3)」と身体を休める。また仕事とは別の「趣味に没頭すること (A1-2)」で気持ちが楽になることを経験する。それをルーティン化していくのである。

在宅医療ソーシャルワーカーは、仕事の失敗があると自分の全体を〈否定されて落ち込む〉感覚になり〈オフにする必要性を感じる〉ことから〈自分を休める習慣をつける〉ことに努め、【自分に返る】作業を意図的に実践しているといえる。

4. 【人の核心の存在を知る】

その人が、その人の家で生活を継続しているということは、その人らしさを維持している証でもある。在宅医療ソーシャルワーカーは「何かしなきゃという意識は持たなくていいんだというのに気付いた (B22)」という。裏を返せば「本当に何もできてないけど (C34)」と、何かの問題を解決するのではなく〈何もできないことを理解する〉のである。このときの在宅医療ソーシャルワーカーは何の手助けもできないと悲観的ではなく、とても穏やかな様子であった。

そのような姿勢でその人の話を聴いていると、「その人その人のストーリー (がある) (B19)」と感じ、そのストーリーの中に「形に見えないスピリチュアルみたいなものに……ちょっと触れちゃっていたんだなとか、触っていたんだな (E20)」と気づく。いつの間にか〈その人の大事なものに触れている〉のである。〈何もできないことを理解する〉からこそ〈その人の大事なものに触れている〉ことに気づくのであり、大事な「その人その人のストーリー (がある) (B19)」からこそ、その人のストーリーをその人自身が紡ぎ続けるために、在宅医療ソーシャルワーカーは〈何もできないことを理解する〉という相互影響の様がある。

そのような相互影響の下では「ただその人が来たときに (いつも)、ベンチに座って話を聞くだけ (B21)」とあった〈たわいもない話を継続する〉ことになる。これは「関係を継続していくことの大切さとか……、支持的に関わっていくことの重要性とか……、たわいもない話をずっと続けることの意味とか、……それが自分にとっての保証、その患者さんに対して保証することになるのかな (D10)」というように、普段の生活の中で支持的な関係を続けることにより、そのときそのときの患者の生活を支援する、つまり患者が一瞬一瞬を生きることを支援し続けるという仕事の姿勢をとり続けているのである。

たわいもない話は患者宅を訪問した時だけでなく、外でも行われる。「(一緒に桜を見に行ったとき、がんの終末期の患者さんはあまり食べられないけど) それでもおいしそうにしていると。別に悲しんでいる様子もない (E19)」といったことが観察されたり、「僕はただその人が来たときに、ベンチに座って話を聞くだけだったんですけど、それがその人にとっては喜び (B21)」という、本人にとって嬉しいことや、大事なことが分かるようになる。〈生活の中にその人の大事なものがみえる〉ようになるのである。

その人が大事にしているものがみえてくると、その人は「自分が生きていく存在意義を示すために、何か信じている (B13)」ことを感じるようになり、また、その人にとって大事なものが「生きるための力とか、生きる力なのかな (D9)」と思うようになる。「エンド (終末期支援) の過程の中で、そういった存在 (その人の大

事なもの)は多分、自分の中でも気付いていて (E10)」といったように、〈その人の思いの中に生きる力があることに気づく〉のである。

以上のように在宅医療ソーシャルワーカーは、〈何もできないことを理解する〉ことと〈その人の大事なものに触れている〉ことが相互に影響しあう環境で、〈たわいもない話を継続する〉。その支持的なかかわりをその都度その都度行う中で、〈生活の中にその人の大事なものがみえる〉ようになる。そして〈その人の思いの中に生きる力があることに気づく〉ことができ、一人ひとりの【人の核心の存在を知る】ことができるようになるといえる。

5. 【共感的地域づくりを志向する】

個別のクライアントとのかかわりから、在宅医療ソーシャルワーカーは「僕と彼(患者)の差って何だったんだろう (E19)」と考える。そして「それ自身(クライアントの価値観)が理解はできなくても、そこにどう考えるかという自分(がある) (C30)」というように、支援を振り返り〈省察する過程で自分自身に気づく〉。在宅医療ソーシャルワーカー自身が、専門職者としてだけでなく、全体としての自分とはどういう人間なのかと見つめるのである。

在宅医療ソーシャルワーカーは仕事を通して、「その人の内面に触れたような、触れられるような、そういうものがあって。感受性が養われるというか、感じ方が変わってきている (B14)」と気づく。また「患者さんと関わり合いながら、足りないものをいつも気づかせてもらったところがありまして、それが自分の成長というか、変化というか (E18)」という語りもあり、〈人と向き合う姿勢が育っていく〉ことを自覚している。

そして自分自身の成長だけではなく、「(その人の思いを大切にする)支援者も育てなきゃいけない、地域にそういう文化もつくらなきゃいけないということは思って、発信して (C37)」と後進の育成や地域づくりも手掛けている。また「(在宅医療ソーシャルワークが社会の)仕組みとして期待していく部分が自分の中にも出てきた (E14)」と、地域社会に在宅医療ソーシャルワークが根付くことを期待している。そして地域づくりなど

の「政策的なところ……の中でもその人自身の価値観を支えるところが漏れないように、日々仕事をしていきたい (C38)」と、その地域で暮らす一人ひとりの思いを尊重する〈思いやって動くまちを考える〉ことに発展している。

以上から、〈省察する過程で自分自身に気づく〉過程で、〈人と向き合う姿勢が育っていく〉ことを自覚し、〈思いやって動くまちを考える〉という【共感的地域づくりを志向する】プロセスが生み出されていることが分かる。

6. 小括

以上の一連の支援過程においては、在宅医療ソーシャルワーカーが志向し、クライアントや在宅医療ソーシャルワーカー自身、地域との相関関係の中で具体的な行為が決定されている。本調査のコードで表された行為の一つひとつに、クライアントを支持し信頼する在宅医療ソーシャルワーカーの姿勢があり、これはソーシャルワーク実践において極めて重要な意味や価値がある。さらにスピリチュアリティの本体は、概念化思考を行うシンボル化能力と、自分自身を省みるメタ能力である(岡本2014)ことを照らし合わせると、本調査結果はこの2つの能力が活用されていることを示している。ゆえにこの過程は、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティの表れといえる。

以上から、在宅医療ソーシャルワーカーの支援行為の過程を表した図1は、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティであり、職業性のスピリチュアルな経験の過程ともいえる。

V. 考察

本調査において、【限界の中で聴く】と【人の核心の存在を知る】の間に【自分に返る】という作業があること、また個別支援のプロセスが自然に【共感的地域づくりを志向する】という地域支援を考えることにつながっていることは特徴的であった。これらは何を示すのか、前述の岡本(2014)のスピリチュアルな経験の定義、および、Candaら(=2014;2020)のスピリチュアリティ

のホリスティックモデルを軸に考察をしてみたい。

1. 【自分に返る】ことの必要性

【自分に返る】後に【人の核心の存在を知る】ことがある。そこから分かるのは、ただひたすらにクライアントに向き合い、その人を思いながら話を聴いているだけでは、その人の核心を知ることは難しいということである。その人の核心にあるその人の力や価値観を把握することは、その人の力を活かした支援をするためのソーシャルワーク・アセスメントにおいて不可欠である。つまり【人の核心の存在を知る】ことは、在宅医療ソーシャルワーカーという専門職者にとって意味・価値のある性質および能力であり、職業性のスピリチュアリティと考える。

クライアントの力や価値観を把握する取り組みは、【準備を整える】【限界の中で聴く】の過程においてもなされている。【準備を整える】なかで〈まっさらな心をつくる〉ことを行い、クライアントを受容する準備を行い、在宅医療ソーシャルワーカー自身の社会的側面である仕事に向かう心理的側面を整えていた。〈その人を本当は理解できない〉と考え、〈聴くだけでいい〉という行動に徹するのは、在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分の身体的側面も動員して、クライアントの話を聴いている証拠である。ここまでの過程で、職業性のスピリチュアリティの活性化のために、在宅医療ソーシャルワーカーの社会的側面・心理的側面・身体的側面がそれぞれ活用されていることが分かる。つまり、スピリチュアルな側面が他側面に浸透し、統合しようとしているとみえる。しかしこの段階では、在宅医療ソーシャルワーカーの動きは、在宅医療ソーシャルワーカーである自分とクライアントとの関係に留まっている。

一方【自分に返る】なかで〈否定されて落ち込む〉ことがある。在宅医療ソーシャルワーカーは、支援方法や支援内容の否定ではなく、「(患者さんに)自分を全否定されたような(感じになって)、本当にすごく落ち込んだ(A7-2)」というように、素の自分も含めた自分全体の否定と受け取っている。仕事としてやっていることを否定されたことが、自分全体の否定の感覚につながっているのである。ここから、在宅医療ソーシャルワーカー

という専門職者としての自分と、素の自分が一体化して捉えられていることが分かる。つまり仕事という、素の自分の一側面にすぎない経験が、自分全体に影響を及ぼしていることが推測できる。そこで仕事に自分のすべてを重ね合わせてはいけないと、〈オフにする必要性を感じる〉ことから〈自分を休める習慣をつける〉。素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーという仕事をしている自分を意識的に離すような動きを習慣化しておくのである。これは、素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーの統合点と相違点を探る自分の中心を見つめる動きであり、素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分の違いを意識化する作業とも考えられる。

Candaら(=2014;2020)は、中心としてのスピリチュアリティにおいて、自分と他者や諸環境との統合点を見出すとしている。本調査における【自分に返る】作業は、素の自分の中に在宅医療ソーシャルワーカーとの統合点を見出すものといえるだろう。つまり自分という存在は複数の側面・要素から成っているが、その統合点を見出すことにより、総合的・包括的・全体的に自分という人間の理解を深め、自己存在の実体を自分の腑に落とすことができる。

素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分が重なった部分と異なる部分、つまり同質性と異質性を用いて、やっと在宅医療ソーシャルワーカーの性質であり能力である職業性のスピリチュアリティを活用し、【人の存在の核心を知る】ことができるのである。これは素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーは異なる存在であることを認識したうえで、両者に強いつながりを見出すことができた結果といえるだろう。

2. 【人の核心の存在を知る】から【共感的地域づくりを志向する】へのつながり

ここでは個別支援から地域レベルの支援へと、ミクロからメゾレベルの支援への拡がりがある。【人の核心の存在を知る】という、在宅医療ソーシャルワーカーにとって、「極めて重要な意味・価値のあるもの」を見出した後、次にどんな“極めて重要な意味・価値のあるもの”を見出せるかという能力が必要になる。それが【共感的地域づくりを志向する】性質および能力であり、在宅医療ソー

シャルワーカーの職業性のスピリチュアリティが発揮されているところである。以下、【共感的地域づくりを志向する】の内容を考察していく。

「それ自身（クライアントの価値観）が理解はできなくても、そこにどう考えるかという自分（がある）(C30)」にみられるように、在宅医療ソーシャルワーカーはクライアントの価値観を理解しようとするが理解できず、なぜクライアントがそのような価値観をもつのかはわからないという結果になっている。これは、自分自身を省みるメタ能力を駆使し、またそんな自分は何なのか自分自身を概念化していくシンボル化能力が使われている表れでもある。それが〈省察する過程で自分自身に気づく〉意味である。

素の自分、在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分も含めて、自分という人間が全体的にわかってくると、他者である〈人と向き合う姿勢が育っていく〉ことが実感できる。自分と他者はつながるところはあるが、相違点を大切にすることを認識し、素の自分としても在宅医療ソーシャルワーカーとしても成長する。

そして、「(その人の思いを大切にする) 支援者も育てなきゃいけない、地域にそういう文化もつくらなきゃいけないということは思って、発信して (C37)」や、「政策的なところ……の中でもその人自身の価値観を支えるところが漏れないように、日々仕事をしていきたい (C38)」、「(在宅医療ソーシャルワークが社会の) 仕組みとして期待していく部分が自分の中にも出てきた (E14)」といった〈思いやって動くまちを考える〉語りがでてくる。ここは素の自分ではなく、在宅医療ソーシャルワーカーとしての視点である。つまり〈思いやって動くまちを考える〉ことは、職業性の“極めて重要な意味・価値のあるもの”であり、職業性のスピリチュアリティが発揮された結果といえる。

〈省察する過程で自分自身に気づく〉と〈人と向き合う姿勢が育っていく〉は、素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分の同質性と異質性が混在した状態で見出された。そして〈思いやって動くまちを考える〉という職業性の“極めて重要な意味・価値のあるもの”を見出すことができた。つまり素の自分と在宅医療ソーシャルワーカーとしての自分を同時並行的かつ交互作用的に成長させながら、ソーシャルワークの価値にある集

团的責任を活用した、人間の尊厳や社会正義を体現する方向へと進んでいる。これは自分自身を援助の道具として用いるソーシャルワーク専門職の特徴ではないか。

職業性のスピリチュアリティとは、素の自分とその専門職者としての自分を同時並行的かつ交互作用的に成長させながら統合点と相違点を見出したうえで、相違点を踏まえた統合点を基点に視野を広げ、統合点をさらに磨きながら、職業上“極めて重要な意味・価値のあるもの”を見出す性質であり能力と考える。

死後の世界など信じられないといった宗教学者の岸本(1973)は、巨匠は一心不乱に絵画に取り組んでいるときに澄み切った心境となり、永遠感や超絶感、絶対感を感じ、作品を創っているときに永遠の生命となると述べている。「現実の生活の中に永遠の生命を感得する」(岸本1973: 101)という生死観である。巨匠が、絵画制作に没頭することは、職業上“極めて重要な意味・価値のあるもの”であり、そこに永遠の生命を感得するのだという。つまりここでは一瞬一瞬を生きることが、意味深いことになっている。

終末期の人の場合はどうであろうか。本調査で見られた在宅医療ソーシャルワーカーの行為の一つ一つが、「その人にとっては喜び (B21)」であったならば、在宅医療ソーシャルワーカーは何もできないのではなく、クライアントがその時その時を生きる手助けをしているといえるのではないか。在宅医療ソーシャルワーカーは【共感的地域づくりを志向する】ことを通して、人間が生きる環境を整える。ゆえにどんな環境にいる人に対しても、その時その時を生きることを手助けしているのではないか。死という解決できない問題に対応する在宅医療ソーシャルワーカーは、人の生命の限界、仕事としてできることの限界を認識しており、人が一瞬一瞬を生きることの意味を見出している。これが在宅医療ソーシャルワーカーの価値観であり、信念であろう。だからこそ、問題解決型の支援を行うのではなく、その人の生きる力を信じて一人ひとりを包摂する社会を当事者や地域住民とともにつくる伴走型のソーシャルワークの仕事が担うことができるのではないか。それが在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティの特徴のひとつと考える。

職業性のスピリチュアリティは、素の自分と専門職者

としての自分の相違点を踏まえたうえで、統合点を基点に成長させていくことで、その専門職者としての究極の目的に近づく力となると考える。

VI. 結論と本研究の限界

本研究の結論として、以下の二つのことがいえる。

一つ目は、職業性のスピリチュアリティとは、素の自分と専門職者としての自分を同時並行的かつ交互作用的に成長させながら統合点と相違点を見出したうえで、相違点を踏まえた統合点を基点に視野を広げ、統合点をさらに磨きながら、職業上“極めて重要な意味・価値のあるもの”を見出す性質であり能力であることである。

二つ目は、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティの特徴として、人の生命の限界、仕事としてできることの限界を認識しているからこそ、人の生きる力を信じて一人ひとりを包摂する社会を当事者や地域住民とともに作っていく伴走型のソーシャルワークの仕事の担える可能性があることである。ここには、死という解決できない問題を見据え、人間の限界を認識したうえで、人が一瞬一瞬を生きることに意味を見出すことへの信念・価値観があるといえる。

本研究の限界としては、調査地域や人数が極めて限られたこと、研究方法として一つの分析方法に留まったことがあげられる。職業性のスピリチュアリティについての研究は、生成AIが人間の職業の多くをとってかわろうとしている現在、人が死という解決できない問題と常に共に生きることの意味、人が人を支援する意義を再考するために必要不可欠なものと考え。本研究は、職業性のスピリチュアリティについての試論であり、一部の実践経験を基に導き出されたものに過ぎない。今後は理論的検証を深めるとともに、在宅医療ソーシャルワーカーの職業性のスピリチュアリティの実体の解明を試みたい。また他領域のソーシャルワーカー、医師や看護師、介護士、教師、エンジニアなど様々な領域の専門職者の職業性のスピリチュアリティについて、異なった研究方法も用いて考察をしていきたい。

[謝 辞]

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。なお本研究は、2020年度および2021年度愛知県立大学学長特別研究費の助成を受けて実施したものの一部です。

[文 献]

- 秋下雅弘 (2022) 「エンドオブライフ (End of Life: EOL) の意思決定」長寿科学振興財団『健康長寿ネット』(<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/nagaikiyorokoberu-chojushakajitsugen/endoburaifu-ishiketete.html>, 2023.12.10).
- Canda, E. R. and Furman, L. D. (2010) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping, 2nded.*, Oxford University Press. (= 2014, 木原活信・中川吉晴・藤井美和監訳『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か—人間の根源性にもとづく援助の核心』ミネルヴァ書房.)
- Canda, E. R., Furman, L. D. and Canda, H. (2020) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping, 3rded.*, Oxford University Press.
- Cohen, S. R. et al. (1996) Existential well-being is an important determinant of Quality of Life: Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire, *Cancer*, 77(3), 576-586.
- Espiritu, E. W., TenHaken-Riedel, J. P., Brown, R. et al. (2020) Incorporating Spirituality into Graduate Health Professions Education, *Christian Higher Education*, 19(4), 254-271.
- 藤井美和 (2015) 『死生学とQOL』関西学院出版会.
- 藤井美和 (2017) 「死生観にかかわる教育—ソーシャルワーク教育における課題」『社会福祉研究』128, 58-66.
- 平川仁尚 (2017) 「一人暮らしの男性高齢者のエンド・オブ・ライフにおけるスピリチュアリティに関する質的研究—ケアマネジャーの視点から」『日本農村医学会雑誌』66(4), 455-461.
- 岸本英夫 (1973) 『死を見つめる心—ガンとたたかった十年間』講談社文庫.
- Lee, E. H. and Yu H. J. (2023) Effects of perceived spiritual management, work engagement, and organizational commitment on job satisfaction among clinical nurses: the mediating role of perceived spiritual management, *BMC nursing*, 22(1), 462-472.
- 日本社会福祉学会 (2018) 「研究倫理規定」(<https://www.jssw.jp/society/regulation/>, 2023.11.18).
- 日本医療社会福祉協会 (2020) 『在宅医療に関わるソーシャルワークの手引き』(https://www.jaswhs.or.jp/about/kyoukai_information.php?@ps=@none, 2023.12.22).
- 大賀有記 (2014) 『ソーシャルワーク支援の発展的二重螺旋構造—役割喪失にもなう悲嘆作業過程の分析』相川書房.
- 大賀有記・木戸宜子・小原真知子・福山和女 (2021) 「在宅療養支援診療所の医療ソーシャルワーカー自身のスピリチュアリティに関する考察—一人が人を支援する意義」『社会福祉研究』23, 11-22.
- 大賀有記 (2024) 「社会福祉士資格をもつケアマネジャーによる身寄りのない高齢者の在宅療養支援—スピリチュアリティの

- 観点からの考察』『保健医療社会福祉研究』32, 印刷中.
- 小原真知子 (2023) 「プロフェッショナルリズムが揺らぐ時」『精神療法』49(4), 43-47.
- 岡本拓也 (2014) 『誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア』医学書院.
- 大城京子・清水直美・瀬口雄一郎・ほか (2020) 『生活の場で行うアドバンス・ケア・プランニング—介護現場の事例で学ぶ意思決定支援』南山堂.
- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.
- Scammell, J. (2017) Religion, spirituality and belief: is this the business of nurses?, *British journal of nursing*, 26(9), 528.
- 鈴木大拙 (2010) 『日本の靈性 完全版』角川ソフィア文庫.
- 鈴木美代子 (2023) 「訪問看護師のスピリチュアリティと死生観、および個人要因との関連—A県内の訪問看護師の調査から」『日本在宅ケア学会誌』26(2), 111-119.
- 安井優子 (2021) 「緩和ケア・終末期医療における医療ソーシャルワーカーのSpiritual Sensitivityの構造—エキスパートインタビューに基づいて」『保健医療社会福祉研究』29, 29-45.
- 吉村理津子 (2023) 「わが国における在宅医療の実情と課題—ベイスメント・セントリシティに基づいた在宅医療の要件」『現代社会研究科論集』17, 15-40.
- Vaughn, S., Schumm, J. S. and Sinagub, J. M. (1996) *Focus Group interviews in Education and Psychology*, Sage Publications. (= 1999, 井下理監訳『グループ・インタビューの技法』慶應義塾大学出版会.)

Abstract

In this study, we examine the spirituality associated with profession of social workers in the field of home medical care (hereinafter referred to as home-based medical social workers) who primarily support end of life people. Focus group interviews were conducted with five home-based medical social workers. As a result, home-based medical social workers “prepare themselves for work”, “listen to patients within the limitations”, and once they “have returned to themselves”, they can get to “know the core of the person”. It takes support process “oriented towards compassionate community development”. From this point, 1) Spirituality associated with profession is about developing one’s natural self and one’s professional self simultaneously in parallel and transactionally, finding points of integration and differences, and broadening one’s perspective based on these points of integration. It is the nature and ability to find “something of extremely important meaning and value” in the profession, and 2) Recognizing the limitations to the unsolvable problem of death, it is possible to carry out the social work, which involves working together with people concerned and residents to create a society that believes in people’s ability to live and is inclusive of every individual.