

■ 論 文

## 在宅看取り支援に関わる専門職サポートにおける文化的影響

——カナダ・ケベック州モントリオール市CLSC Rene-Cassinのホームケアチームの緩和ケア活動から——

大賀 有記<sup>\*1</sup>  
木戸 宜子<sup>\*2</sup>  
小原 眞知子<sup>\*3</sup>  
福山 和女<sup>\*4</sup>

The cultural influence on the professions' support in the end of life care support at home:  
From the palliative care activities of the home care teams at CLSC Rene-Cassin  
in Montreal, Québec, Canada

Yuki OGA  
Noriko KIDO  
Machiko OHARA  
Kazume FUKUYAMA

キーワード：緩和ケア，在宅看取り支援，役割，死生観，死  
palliative care, end of life support at home, role, view of life and death, death

### I. 研究背景

日本において、独居高齢者が急増するなか、その療養や看取りについて社会的問題になっている。国の在宅重視の政策や、市民の在宅志向の高まり（厚生労働省2014）を背景に、独居高齢者においても在宅で最期まで過ごすための支援の充実が問われている。また、人生の最終段階の医療の決定支援についても、同様であり、高齢者自らが意思決定するための支援の質も検討されている（厚生労働省2016）。

今回、独居高齢者の在宅看取り支援の参考にすべく、筆者らは、カナダ・ケベック州モントリオール市キャベンディッシュ地区にある、CLSC Rene-Cassin

のホームケアチームのソーシャルワーカーを2017年3月に訪問した。CLSC（Centres Locaux de Services Communautaire）は、市の保健福祉サービス行政機関であり、人口3-10万人に1カ所設置されている。CLSC Rene-Cassinは、市西部の人口約12万人のキャベンディッシュ地区にある、二つのCLSCのうちの一つである。モントリオール市の高齢化率は平均15.5%であるのに対し、当該地区の高齢化率は18.3%（Québec）と高く、今後急激な高齢化が予測されている。また4割以上が移民であり、ケベック州の公用語である英語とフランス語以外を母国語とする住民が多い（木戸2017）とされる。ユダヤ系の人口が多いともいわれ、ユダヤの影響が大きい地域（真田2005）でもある<sup>1)</sup>。そのような多様な文化の地域において、CLSC Rene-Cassinは、モントリオール

<sup>\*1</sup> 愛知県立大学教育福祉学部  
<sup>\*2</sup> 日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科  
<sup>\*3</sup> 日本社会事業大学社会福祉学部  
<sup>\*4</sup> ルーテル学院大学

ル市内のマギル大学と協働で先駆的な高齢者ケアを行っている。

本稿では、CLSC Rene-Cassinのホームケアチームのソーシャルワーカーから得た知見を基に、在宅看取り支援に関わる専門職のサポートにおける文化的影響について、役割の構成要素の枠組みから考察する。

## II. 研究枠組み

役割は「個人の社会的位置との関係における、期待と規範に基づいた行為」(大賀2014:38)といえ、社会的地位、規範、期待、行為の4つの要素により構成される。以下、この4つについて説明していく。また社会的地位には、専門職を取り囲んでいるシステムが含まれるため、「保健・医療・福祉システム」(福山1996)についても述べる。

### 1. 社会的地位

社会的地位(ソーシャル・ポジション)は、個人が社会の中でどんな位置関係をとっているか、という人と社会とのつながりを示すものである。専門職は、A事業所のソーシャルワーカーなどといった所属機関のみにポジションを置いているわけではない。支援を行う際には、様々な機関や人、情報や考え方などつながり、影響を受けている。社会的地位のシステムは社会的背景ともいえ、それを構成する要素を「保健・医療・福祉システム」から述べる。

このシステムは10個のサブシステムからなっている。それは、①クライアントサブシステム、②ソーシャルワーカーサブシステム、③同僚および他のスタッフサブシステム、④上司サブシステム、⑤職場組織サブシステム、⑥専門情報サブシステム、⑦地域文化サブシステム、⑧専門家集団サブシステム、⑨制度サブシステム、⑩社会資源サブシステム、である。ソーシャルワーカーが行う支援そのものは、各サブシステムからの影響を受け、またこれらサブシステムの集合ともいえる社会的背景に影響を受けている。以下、それぞれのシステムについて簡潔に述べる。

①のクライアントサブシステムとは、利用者とその家族を一つのものとして考えている。この中にはクライアントの内的なもの、家族関係などが含まれる。②のソーシャルワーカーサブシステムとは、ソーシャルワーカーの特徴等などが含まれる。③の同僚および他のスタッフサブシステムとは、他職種を含んだ同僚との関係性が含まれる。④の上司サブシステムとは、上司の考え方や、その関係性が含まれる。⑤の職場組織サブシステムは、ソーシャルワーカーの業務管理をすることから、その業務遂行に圧力的な影響を与えるとされている。⑥の専門情報サブシステムとは、ソーシャルワーカーが専門家としてもっている知識や理論、理念、価値観、倫理を含む。⑦の地域文化サブシステムとは、地域住民の文化的な要素や宗教等を含む。⑧の専門家集団サブシステムとは、ソーシャルワーカーが関係する学会や研究会の動きなどが含まれる。⑨の制度サブシステムは、社会福祉以外を含んだ現行制度の内容等などである。本稿ではここに政策もいれ、制度(・政策)サブシステムとする。⑩の社会資源サブシステムとは、公式非公式にかかわらず、サポート資源になる人材、プログラム、サービスを含んでいる。

この10のサブシステムの影響を受け、支援は行われる。これらサブシステムはそれぞれ全体として影響し合い、ソーシャルワーカーの業務遂行全体に影響を与える。一般にシステムの中では、それぞれの要素の相互作用がありながら、ある一定の秩序が保たれている(Bertalanffy = 1973)。ゆえにソーシャルワーカーが業務遂行するためには、これらのサブシステムが、社会的地位全体のシステムとの関連の中で矛盾なく存在していることが必要となるといえる。

今回研究対象とした地域は、ユダヤ教の影響が大きいことは特記すべきことである。これは、⑦の地域文化サブシステムに影響を及ぼしている。ユダヤ教では、基本的に死後の世界は存在せず、現世において神の恩恵は与えられる(向井2013)とされている。つまりユダヤ系の人々は、今をよく生きることによって価値を置くといえ、死は避けたいものと捉える傾向があるといえる。

## 2. 規範

規範は順守すべきものであり、ソーシャルワークの理念や法律、制度政策などが含まれる。これは、「保健医療福祉システム」の⑥の専門情報サブシステムと、⑨の制度サブシステムを含む。

利用者主体などのソーシャルワークの理念・価値は、世界共通のものがある。また本人と家族の意思の尊重など緩和ケアの方針もあり、緩和ケアにあたるソーシャルワーカーの教育についても規定されている (Bosma et al. 2008)。一方ケベック州では、社会保障費の抑制の必要から、慢性的な病をもつ人は終末期に医療福祉機関に入院入所するのではなく、在宅でなるべく長く過ごすことが推奨されている (Services Québec—Citoyens)。

またケベック州には、2014年制定2015年施行の終末期医療に関する州法 (Act respecting End-of-Life-Care) がある。この州法でいう「終末期医療」とは、末期患者に対する緩和ケアと死ぬことに対する医学的補助 (medical aid for dying) は、医師が末期の患者に対し、その患者の求めに応じて死を早め苦痛を除去するために薬物または物質を処置することと示されている (松井2016)。この法律では、次の基準すべてを満たす人は死に対する医学的補助を受けられると定められている。1) 健康保険法において保険に加入している人、2) 成人年齢 (18歳) に達していて、ケアに対して同意を与える能力があること、3) 人生の末期であること、4) 重大で治療不可能な病気を患っていること、5) 進行性の不可逆的な能力の減退の状況にあること、6) 常時耐えられない身体的又は精神的苦痛に悩まされ、それが患者の耐えうると思われる方法では除去できないこと、である。

ケベックの州法に追随するかたちで、2016年カナダ全体の連邦法により、深刻な病状のために永続的で耐えがたい苦痛に苦しんでいる患者に対し、死ぬ権利を法的に認めることになった。このことは、本人だけでなく、本人の周囲の人たち、つまり家族や緩和ケアに関わる専門職たちにとって、価値観を揺るがすことにもつながると考えられる。カナダでは教会に属している病院は多く、自殺を禁じているカソリック教会はこの法案に反対していた (松井2016) とされる。国民の間で死ぬ権利を認めてほしいという声は高いとされるが、医療者の中では

自らの宗教観からこの法案に反対しているひともし少なくないといわれ、専門職の間でも葛藤を引き起こす規範になっていると考えられる。

## 3. 期待

人はある役割をとるとき特定の社会的地位を占めることに伴う役割関係をもつ (Merton = 1961)。CLSCのホームケアチームのソーシャルワーカーの場合、クライアントやその家族、同僚である医師や看護師などのチームメンバー、所属機関の上司的位置であるスーパーバイザーやマネージャー、地域の連携先である病院やナーシングホーム、訪問看護などを提供する民間の支援団体、地域住民ボランティア等と役割上の関係で結びついている。彼らは行為者であるソーシャルワーカーにそれぞれの期待を寄せる。その期待が相反するときや、期待の優先順位がつけられないとき等は、役割が混乱し、役割行為の遂行は難しいと考えられる。

## 4. 行為

行為は、「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、心理・社会・文化的な側面をもつもの」 (大賀2014:37) とされている。行動は、個人の感情や思考の影響を受け、役割を最終的に表現するものである。役割の他の構成要素である、社会的位置と、規範及び期待は、社会環境から影響を受けるものと捉え、行為に影響を及ぼすものと位置づける。行為は、社会・文化的な側面をもち、さらに個人の心理的側面、価値観等がそこに加わる。

専門職の役割遂行をサポートするためには、行動だけではなく、社会情勢に呼応し浮上してきた専門職個人の価値観に着目することも必要になる。

## Ⅲ. 研究方法

### 1. 調査目的と方法

本調査の目的は、独居高齢者を含めた在宅支援を行

う CLSC Rene-Cassin のホームケアチームにおけるソーシャルワーカー、およびチームメンバーに対するサポート体制を明らかにすることである。

調査協力者は、CLSC Rene-Cassin のホームケアチームのフロントラインのソーシャルワーカー A 氏と、ソーシャルワーカーでもありソーシャルワーク部門のスーパーバイザーでもある B 氏の 2 人である。前者はホームケアチームのコーディネーター的役割も担っている。後者はソーシャルワーク部門だけではなく、ホームケアチーム全体の支援が機能することを目的にチームメンバーのサポートや組織管理も行っている。両名とも CLSC Rene-Cassin では 10 年以上の経験があり、在宅緩和ケアをはじめ高齢者虐待予防など、地域の高齢者の医療福祉的支援を担っている。

調査方法としては、半構造化インタビューを用いた。インタビューでは、地域の緩和ケアにおける①ホームケアチームメンバーのサポートの体制と方法について、②ホームケアチームのソーシャルワーカーのサポートの体制と方法について、③ホームケアチーム全体のスーパービジョンとコンサルテーションの体制と方法について、主に語ってもらった。詳しいインタビューガイドは、表 1 の通りである。なお、インタビューで用いた言語は英語であり、通訳は付けずに行っている。

実施時期は 2017 年 3 月 23 日及び 24 日、場所は CLSC Rene-Cassin の事務所内の会議室であり、プライバシーの守られた空間である。インタビュー時間は一人 2 時間程度であった。本インタビューの内容はインタビュー協力者の許可を得て録音し、逐語録にした。逐語録(英語)は A 氏の語りは A4 判で 43 枚、B 氏のもは同版で 48 枚となった。なお本調査実施にあたっては、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得ている(受付番号:教福 28-05)。

## 2. 分析方法

分析方法としては、質的演繹的内容分析法を用いる。本調査では、明示的なメッセージの個々の特徴を明らかにする必要がある。そのため、明らかにした特徴からいくつかの推論を行う技術を含む分析方法(Krippendorff = 1989)である内容分析法が適切と考えたためである。

また役割の 4 つの構成要素という枠組みで演繹的に整理することによって、専門職の役割遂行のサポートについてどこに着目すべきか検討することができると考えたことによる。

手順としては、逐語録を読み、内容的にまとまりのある文章を 1 分析単位として分けた。A 氏の語りの分析単位数は 95、B 氏の分析単位数は 76 であった。分析単位が語っている内容について、役割の構成要素を参考にタイトルを付けた。次に、分析単位を役割の 4 つの構成要素に分類し、社会的位置に分類されたものについては、さらに 10 のサブシステムに分類した。

## IV. 分析結果

インタビュー内容を示すタイトル数は、A 氏では 12、B 氏では 10 であり、そのうち 9 つが一致した。タイトル別に集計したものを分析結果として、表 2 から 13 に示した。以下、表に沿って内容を記す。

### 1. CLSC Rene-Cassin の概要 (表 2)

CLSC Rene-Cassin は 18 歳以上で、自律性低下 (loss of autonomy) の状態になった人を支援対象としていること、行政機関である病院やナーシングホームなどと緊密に連携をとれるポジションにあること、などが示された。この語りの背景にあるソーシャルワーカーの社会的位置については、職場組織サブシステムと社会資源サブシステムの内容について述べられていた。

### 2. ホームケアチームの活動の概要 (表 3)

緩和ケアのクライアントは月に 30-50 人程度であること<sup>2)</sup>、チームカンファレンスが日常的かつ定期的に行われていること、チームメンバーである多職種は CLSC の職員であること、クライアントの暮らす地域へのアウトリーチも行われていることが語られた。ソーシャルワーカーの社会的位置については、職場組織サブシステムを中心に、同僚及び他のスタッフサブシステムが多く示されていた。またチームメンバー間の役割期待の混乱は見

表 1 Interview Guide

Study Title : A Study of Support System by Professions in Community Health Care Team for People Living and Dying Alone

**【Before the main interview】**

1. *People Living and Dying Alone* on this study have been supposed to contain 2 types of elderly people. When you answer the following questions, could you specify which type(s) you are considering?
  - 1) Lives alone with informal support by his/her family, friends, neighbors, people sharing the same religion, or people in the same ethnic group.
  - 2) Lives alone without any informal support.
2. In this study, we are focusing on elderly people who live alone at home. Except their home, here and how do they live? Welfare facilities, care homes..., or live home using a guardian? We would also like to know that you are thinking what they need more to live alone at home until their last moment.

**【The main point of the interview】**

Regarding the palliative care in a community, would you please tell me the following points?

1. System and method of support and help by the home care team members
2. System and method of support and help by social workers in the home care team
3. System and method of supervision and consultation by the home care team

Questions to a social worker

Regarding the Department of Social Work

1. You may have clients receiving the palliative care.. How many those clients per month?
  - 1-1. How many cases among them are people living alone? What kinds of informal support do they have?
2. Do you think what is, an existing problem and a latent risk or crisis factor in the palliative care?
3. What issues do you focus on at a supervision for the palliative care?

Regarding Home Care Team

1. What problems or issues about the palliative care do you often discuss with the home care team?
2. Do you think what are difficult to be practiced and what causes troublesome, considering work with the team members?
3. What do you discuss mainly in the conference with the team members?
4. Do you have supervision or consultation with different occupation?
  - 4-1. If any, could you tell me the issues discussed, their occupation, and frequency of such a supervision or consultation?
5. How do you support or help each of all team members?
6. After approval of the Law of Death with Dignity, do you find any emerging problems or issues? What are those problems or issues? Are they ethical ones?

Questions to a supervisor

Regarding the Department of Social Work

1. Social workers supervised by you may have clients receiving the palliative care.. How many those clients are your social workers taking care of per month?
  - 1-1. How many cases among them are people living alone? What kinds of informal support do they have?
2. Do you think what is, an existing problem and a latent risk or crisis factor in the palliative care?
3. What issues do you focus on at a supervising conference for the palliative care?

Regarding the Home Care Team

1. What is your position and role in the Home Care Team?
2. Do you receive a report of a routine team conference?
  - 2-1. Could you tell me what issues are reported?
  - 2-2. Could you tell me what problems or matters are pointed out?
3. Do you have a conference with other occupational supervisors?
  - 3-1. What are main subjects in such a conference?
  - 3-2. What problems are often discussed?
4. Do you have a meeting to provide supervision or consultation to professionals with different occupation?
  - 4-1. If any, could you tell me the issues discussed, their occupation, and frequency of such a meeting?
  - 4-2. What points do you always try to focus on at such a meeting?
5. How do you support or help each of all team members?
6. After approval of the Law of Death with Dignity, do you find any emerging problems or issues?
  - 6-1. What are those problems or issues? Are they ethical ones?
  - 6-2. Do you pay any particular attention to support or help social workers or all team members, related to those problems or issues? For example, how are you supporting or helping social workers and all team members, related to those problems or issues?

表2 CLSC Rene-Cassin の概要

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考行為	1) クラウドプラットフォームシステム	2) ソーシャルワーカースタッフシステム	3) ソーシャルワーカープラットフォームシステム	4) 上級システム	5) 職場組織システム	6) 専門情報システム	7) 地域文書化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(・政策)システム	10) 社会資源システム				
A氏	1	インタビュイー内容の要約																
B氏	2	CLSC Rene-Cassin では、看護師、リハビリ療法士、心理士、医師や歯科医、ソーシャルワーカーなど多職種チームによる医療福祉のホームケアを行っている。																
B氏	32	ホームケアチームには45人のソーシャルワーカーがいる。その他ナースや、栄養士、心理士などがいる。																
B氏	33	CLSCの組織が複雑になっている。																
B氏	35	組織体制は毎年変わる。様々なものが統合される。																
B氏	36	CLSCは loss of autonomy の状態になった人を支援する。																
B氏	37	18歳以上の人を支援している。																
B氏	38	支援対象者が入院していれば病院からCLSCに連絡が来る。CLSCと病院はオンラインでつながっていて、情報の共有はできるし、コミュニケーションはとれている。																
B氏	39	病院とはオンラインシステムでつながっている。だれがいつ入院したかわかるとも病室もわかる。退院予定時期もわかる。																
		合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表3 ホームケアチームの活動の概要

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考行為	1) クラウドプラットフォームシステム	2) ソーシャルワーカースタッフシステム	3) ソーシャルワーカープラットフォームシステム	4) 上級システム	5) 職場組織システム	6) 専門情報システム	7) 地域文書化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(・政策)システム	10) 社会資源システム				
A氏	14	インタビュイー内容の要約																
A氏	49	月30-40人の利用者(患者)を2つのチームでそれぞれ対応しており、それぞれのチームで合計年間約300人対応である。																
A氏	54	緩和ケアのクライエントについて、週1度定期的なディスカッションがある。ナース、医師、ソーシャルワーカーで話し合うことが多いが、心理士を入れることもある。																
A氏	57	ホームケアチームのカンファレンスでは、病気の状態や彼らの認識、緩和ケアアユニティに移れるかどうかなど。																
A氏	92	チームでは毎日日常的にコミュニケーションがとれている。記録はすべてコンピュータ化されており、チームメンバーはみることはできる。チームメンバーは、各職種に電話メッセージを残すことはできるし、同じキーストを使うことにより共通理解ができる。コミュニケーション方法としては、大きく変化している。																
A氏	93	アウトラリーチ活動はとても難しい。コミュニケーション・パートナーが実際にCLSCに連絡してくれるようにしなければならない。																
B氏	40	アウトラリーチにおける、近所の人の情報はとても重要だ。また、郵便局の人が郵便受けに多くの手紙がたまっていたらCLSCに連絡する仕組みになっている。																
B氏	69	ソーシャルワーカーが対応している。緩和ケアのクライエントは月に50-55人いる。																
B氏	9	CLSCでは週の半分は緩和ケアのクライエントに、残りはその他のクライエントのケアに時間を割いている。週に20人くらいの緩和ケアのケースがある。																
		合計	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

られなかった。

### 3. スーパービジョンとコンサルテーションの概要 (表4)

スーパービジョンは、CLSC組織体制下業務の一環として行われ、同職種間の定期的な管理的・教育的スーパービジョンを基本としつつも、異職種間でも行われていた。チームカンファレンスには、スーパーバイザーが毎回同席し、そのカンファレンスの場でチームメンバー間のコンサルテーションは行われていた。またスーパーバイザーはマネジャーに業務報告の義務があるとされていた。ソーシャルワーカーの社会的位置については、職場組織サブシステムが多く示されており、職場の役割行為としてスーパービジョンが行われていることがうかがわれた。

### 4. ケベックやモントリオールの医療福祉政策とその背景 (表5)

市民の死亡場所として、病院が7割程度、ナーシングホームが2割、在宅が1割程度と示された。財政的な問題もあり、政府としては在宅死を増加させようと政策をとっている。CLSCとしても、在宅死増加のために力を入れているという。ソーシャルワーカーの社会的位置については、制度（・政策）サブシステムが多く指摘されていた。

### 5. 死に対する市民の意向とその対応 (表6)

在宅死を希望する市民が増加している。その一方で、在宅で死亡することは家に死の印を残すことになり家族への影響が大きいので、なるべく長く家で療養した後、死ぬ直前に死に場所として病院を選ぶ人も多いという。一方B氏は、市民の死への恐れ認識を変えて、可能な限り生き方をコントロールできると思えるようになれば幸せな状態で生き続けられるのではないかと述べている。つまり市民は死と正面から向き合うことが必要だという思考である。一般的に市民にとって死はタブーであることはB氏も認めており、B氏の思考を役割行為に移しているような語りは少なかった。ソーシャルワーカーの社会的位置については、クライアントサブシステム、

地域文化サブシステムおよびソーシャルワーカーサブシステムの影響が大きく見受けられた。ソーシャルワーカーの役割行為を示す思考についても、多く語られていた。市民の死の捉え方や、ソーシャルワーカー自身の死の認識は、ソーシャルワーカーの思考に大きく影響していることがうかがわれた。

### 6. 緩和ケアにおける問題と対応 (表7)

緩和ケアが終末期ケアと同義であると市民は思っており、死についてなかなか考えない傾向があることを踏まえ、政策的にアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が始まっているという。また医療者も緩和ケア推進について積極的ではなく、治療が困難になった患者に対してもヘルスケアアプローチになかなか転換できないことも問題に挙げられていた。クライアントの意思決定は重要だが、死を考えることを避ける文化の中で在宅緩和ケアを進めようとするのは、クライアント・専門職双方にとってストレスと示され、文化的な転換の必要性が指摘されていた。またB氏は、よい緩和ケアができれば死を望むクライアントはいないだろうと考えていた。そして緩和ケアにおける危機について、1) 家族がストレスを感じる、2) 家族または同居者が責任を負いたくなくなる、3) 介護の責任を期待される娘の生活が成り立たなくなる、4) 家族間の意見が合わない、5) 身体的に苦痛がある、6) 死を受け容れられないこと、をあげていた。

ソーシャルワーカーの社会的位置については、クライアントサブシステム、ソーシャルワーカーサブシステム、地域文化サブシステム、社会資源サブシステムの影響が大きく見受けられた。そして、役割行為の思考や行為も多く語られていた。ソーシャルワーカーは、在宅緩和ケアの普及について大きな問題意識を持ち、活動していることがうかがわれた。

### 7. ACPとmedical aid in dyingに伴う問題 (表8)

medical aid in dyingについては、実施した医療チームをサポートする体制もあり、仕組みとして整備されている。しかし認知症のため本人の意思が分からないに





表6 死に対する市民の意向とその対応

インタビュー ユニット 番号	分析 単位 番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待			
			感情	思考 行為	1) クラウド エンブレム システム	2) ソーシャル ワーク システム	3) シェア カー システム	4) 上司 システム	5) 職場 システム	6) 職 システム	7) 地域 システム	8) 専門 システム	9) 政策 システム	10) 社会 システム					
A氏	17	多くの市民が在宅死を希望している。在宅死の希望は大きな運動になっている。 死亡する24-48時間前まで在宅でみることはできる。このような人たちは在宅死の統計に入れれば、11%以上になる。家で死ぬと、配業者や家族に死の印を残すことになるので、家で最期を迎えたがらない人が多い。できるだけ家にいて、最期は施設に行きたがる。だから病院などに移送することも必要になる。CLSCは緩和ケア病棟と連携して仕事をし、その人が希望するところで死ぬことができるように支援している。どこで死にたいか、本人や家族に聞き、なるべく希望にかなえられるようにする。																	
B氏	11	人々は死を恐れている。死の怖れについての認識を変えられることができれば、もっと長く在宅でいられると思う。																	
B氏	13	人生の最期について市民が考えることは、文化的な変化であると思う。																	
B氏	14	本人と家族では、死に対して認識に差がある。ひとは、安全な場所まで死にたいと思う。																	
B氏	15	死に直面した人が身近にいたら、ストレスではある。支援者が死にゆく人と家族を支援する能力が十分でなければよい支援はできない。支援者が、死について言葉にするのを躊躇しているようでは、良い支援にはつながらない。																	
B氏	16	市民は死を恐れているが、どうなっていくかわからないから怖いのだと思う。今日何をするか自分でコントロールできるとなれば、happyである。将来起こることについて、可能な限りコントロールできると考えられれば、(happyな状態で)生き続けることができると思う。																	
B氏	20	死はタブーであり、人々は死に対して準備していない。現状ではナーシングホームは、良い選択肢である。スタッフは緩和ケアに対してトレーニングを受けている。																	
B氏	21	死について話すのは、個々人のやり方がある。私はクライエントに正直であるべきだと思う。終末期に家から(ナーシングホームなどへ)引越すことは、人によっては大変な負担である。どこにも行きたくないとクライエントが言ったら、クライエントの意思を尊重し、訪問を続ける。																	
B氏	57	アルツハイマー型認知症などのゆっくり進んでいく病気のひとつについては、ベッドに寝たきりくらいのADLになってから、私は死について聞き、語る。																	
合計			0	6	3	9	6	1	0	0	0	0	9	2	0	3	0	0	

表7 緩和ケアにおける問題と対応

インタビュー ユニット 番号	インタビュー 番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム								規範	期待		
			感情	思考 行為	1) クライアント エンタプライズ システム	2) ソールワーカー サブシステム	3) ソーシャル ワーク・ケア システム	4) 同僚及び 他のスタッフ システム	5) 上司 サブシステム	6) 職務組 織サブシステム	7) 地域文 化サブシステム	8) 専門家 集団サブシステム			9) 制度 (・政策) サブシステム	10) 社会 資源サブ システム
A氏	19	大きな問題は、十分な緩和ケアができていないことだ。慢性的な病気をもちつつ人々に対して、病気を治すためのアプローチではなくて、緩和ケアのアプローチに転換すべきだ。		●		●					●				●	
A氏	20	年齢にかかわらず、死について考える必要はないと思っている人もいるのはショックだ。80-90歳になってやっとならぬ死について語り始めるるとき、本人と家族に死について準備を促すことになる。Quebec advanced care planning が始まっている。advanced care planning は医療処置の内容を含んでいる。	●								●				●	
A氏	33	本人とケアギバーで、終末期をどう迎えるか、意見が違ふことはある。老々介護で介護者が身体的にも心理的にも大変な時はある。SWは、本人とケアギバーを社会資源を用いて支援する。二人とも私たちのクライアントになる。場合によっては、ケアギバーのほうが先に亡くなる場合もある。													●	
A氏	34	緩和ケアの経験のある医師は少なく、患者は緩和ケアを受けるのに待たなければならない。医師の養成は大きな問題であり、緩和ケアチームの活用には問題がある。													●	
A氏	35	認知症の人も多く在宅死を希望しており、彼らが在宅で亡くなるように、ホームケアチームメンバーは訓練すべきである。	●												●	
A氏	36	緩和ケアはがんだけでなく、慢性的な疾患にも統合しようとしていてい。特別な病気がなくても、90代の高齢者には緩和ケアには必要と。緩和ケアは人生にお別れを言い、人生に答えを出すために必要と思う。	●												●	
A氏	37	ある調査によると、30%の人は交通事故や急性心疾患などで緩和ケアを必要としないが、60-70%の人は慢性疾患や高齢などの理由で緩和ケアを必要としている。こうした人々に緩和ケアを提供することはホームケアチームにとっても課題になっている。	●												●	
A氏	38	私たちは300人のクライアントに対応しているが、緩和ケアを必要としている人はもつという。緩和ケアがどんなものか理解されていないので、アウトリーチも難しい。終末期ケアが緩和ケアだと思っている人は多い。緩和ケアはもつと広い概念であるから、治療が難しい状況になっていけば、ヘルスケアのアプローチを切り替えるべきだ。	●												●	
A氏	39	医療チームがケアチェンジできないのは問題だと思っている。一般人が、終末期ケアが緩和ケアだと思っているのも問題だ。	●												●	
A氏	40	緩和ケアの普及のために、私は多くの一般公演を行っている。	●												●	
A氏	41	チームメンバーとの関係において、医師が緩和ケアを提供したがらないのも問題。慢性疾患へのアプローチを緩和ケアのアプローチへと統合することが重要だが、ホームケアでも病院でもあまりできていない。ホームケアのフロントワーカークーの多くは、認知症の人はナーシングホームに行くべきだという。	●												●	
A氏	45	十分なホームケアサービスを予算的に提供できないのも問題だ。週に最大21時間のホームケアサービスしか提供できない。政府は21時間の費用しか出さないで、NPOに働きかけている。	●												●	
A氏	47	ナーズのサービスが必要な人は、24時間週7日ナースと電話で話すことができるサービスはある。緩和ケアの訓練を受けたナースである。これは、CLSC以外のサービスのサービスである。	●												●	
A氏	48	CLSCは週21時間のサービスしか対応できないから、ほかのサービスについて家族と話し合うことはある。	●												●	

インタビュー 被験者	分析 単位 番号	インタビュー 要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待	
			感情	思考 行為	1) クライアント エンタプライズ システム	2) ソリューション ワークスペース システム	3) シェアード ワークスペース システム	4) 上司 システム	5) 職場 組織システム	6) 専門 職システム	7) 地域 文化システム	8) 専門家 集団システム	9) 制度 (政策) サブ システム	10) 社会 資源 システム			
A氏	53	意思決定には文化的影響が大きい。われわれはクライエントの文化について理解しなければならない。家族によっては、死について語りたくない場合もある。クライエント（と家族）が死を受け容れていくペースを大事にするべきで、フロントワークたちは彼らを支援したいと思っているが、難しい場合もある。われわれはクライエントの信念を尊重しなければならないから。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A氏	63	ケベック州は広く、人口の少ない地域に緩和ケアを提供できるようにするには課題がある。															●
A氏	64	CISSSは、緩和ケア方針を書く義務を負っている。															●
A氏	65	十分な緩和ケアサービスを行うためには、人口1万人に緩和ケア病棟の緩和ケアベッドが1床必要とされている。われわれの人口15万人の地域でいえば、少なくとも12ベッド必要である。															●
A氏	66	ナーシングホームの緩和ケアについても、見直していかなければならないと考えている。	●														●
A氏	68	十分な緩和ケアが提供できていない地域があるので、データ分析して適切な緩和ケアを提供できるようにする。		●													●
A氏	70	緩和ケアが必要だと思っていないクライエントに対して、その必要性を理解してもらうことは必要。スタッフが緩和ケアを教育することも必要。そして、彼らがホームケアを受けられるように予算を確保していくことは重要。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A氏	71	緩和ケアのスタッフ教育・市民教育は難しくストレスである。医師たちは治療したがるので、患者に緩和の時期が来ていると言いくらい。早く、文化的な変革をしなければならぬと思っている。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A氏	71	フロントラインのワーカーに緩和ケアや病気の死期について、話したことがある。		●													
A氏	72	クライエントが緩和ケアが必要になる前に、フロントラインのワーカーたちが終末期について話し合うことを支援している。これはフロントラインのワーカーたちへの訓練でもある。		●													
A氏	75	緩和ケアやACPを一般市民の間にも浸透させることは大きな課題と思っている。	●														●
A氏	77	患者本人が、さまざまな角度からQOLについて考えられるように支援し、みずからのQOLの定義ができるように働きかけている。		●													
A氏	78	緩和ケアの時期は、時間が限られているので解決すべき問題を焦点化する必要がある。死ではなくて、生きるプロセスに焦点を当てていく。クライエントとともにbucket list (their wish list) をつくる。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A氏	79	スーパージョンでは、QOLについてよく話し合う。クライエントが選択した生活ができていないかが問題。緩和ケアを選択せず治療を望んだクライエントの意思は尊重できているか、緩和ケアを選択したクライエントには十分な緩和ケアが提供されているかなど。Bill2 (法律) がケベックの主な自律性のメソンの価値になっている。															●
A氏	86	州の緩和ケアの委員会では、緩和ケアの利用者数の推移をみている。															
B氏	63	ひとによって、見方は違う。他者の価値を受け容れられないときはある。宗教上の価値、個人的な価値、家族の価値、文化的な価値など、難しい。Medical aid for dyingについても人々の意見は異なっている。また、在宅死をよしとしない人もいる。私たちの機関の価値は、クライエントがなるべく長く長い間自宅療養できるように勇気づけることだ。															●

インタビュー ユニット 番号	分析 単位 番号	インタビュー 内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考 行為	1) クラウド システム	2) ソーシャル ワークシステム	3) シヤーカー システム	4) 同僚及び 他のスタッフ システム	5) 上司 システム	6) 職場 システム	7) 地域 システム	8) 専門 システム	9) 制度 システム	10) 社会 システム				
B氏	71	緩和ケアの基礎知識は皆が持つべきだと思う。長く家で過ごすという事は、家で死ぬことだ。クライアントが在宅でなるべく快適にすごすために、スタッフの教育に力を入れている。どこで生活したいかはクライアントの選択で、チーム成員はそれを支援しなければならない。しかし、それが他職種から見ると、難しい場合がある。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	26	病院や家、どこにいてもよいケアが受けられる必要がある。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	12	同居や老老世帯のクライアントの家にいたいというニーズと、放置されたような状態で死亡するリスク回避についてのバランスは難しい。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	46	在宅死を増加させることは、チャレンジだ。緩和ケアにおける危機とは、家族がストレスを感じることに思っている。悲嘆はコントロールできるかもしれない。他の危機は、家族が責任を負いたくなくなることに。特に娘が介護者として役割を果たすように求められる傾向はある。フルタイムで仕事をしていたり、自分の家族がいたり、同居していないだけでも、娘には介護することが期待される。娘の収入で生活している家族にとっても介護は危機である。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	47	家族間の意見が合わないことも問題で、虐待につながる可能性もある。同居者がいても仲が悪ければケアをしないことも危機である。心理社会的な問題は終末期の生活も混乱させる。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	48	身体的な苦痛も危機になる。死は語りにくい。死を受け容れるのは感情的に難しく、怒り、サポートを得ることも難しく、それが危機にもなる。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	62	緩和ケア領域で、いいケアができていれば、クライアントは死を望まないでしょう。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B氏	75	世の中は忙しすぎて、家族も仕事で忙しい。在宅で最期を迎えようとするときに、どうしたらいいのかということとは多々ある。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
合計			2	20	7	16	22	9	0	6	6	16	7	9	15	4	0	

表 8 ACP と medical aid in dying に伴う問題

インタビュー ユニット 番号	分析 単位 番号	インタビュー 内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考 行為	1) クラウド システム	2) ソーシャル ワークシステム	3) シヤーカー システム	4) 同僚及び 他のスタッフ システム	5) 上司 システム	6) 職場 システム	7) 地域 システム	8) 専門 システム	9) 制度 システム	10) 社会 システム				
A氏	21	昨年ACPのシステムが新しくなって、患者は自分の意思をサインすると、政府に送り、政府はコンピューターに入力する。ケベックの医師はそのACPをコンピューターで確認できるようになっている。																
A氏	22	ACPがコンピューターで管理されているのはカナダのうちケベックだけで、ほかの地域は当事者が自分で保管していることが多い。																
A氏	23	ACPは場合によっては20-30年前の健康な時に書かれていたかもしれないので、現在の意思を確認するのがSWの役割になっている。本人とケアギバーの意思が尊重されるような決定に参加できるようにSWはアセスメントする。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A氏	24	SWは、当事者が葛藤や虐待がない状態で、ACPのベストな決定ができていないかアセスメントする。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



もかわらず家族が希望する場合など、倫理的な課題は大きいとされる。またmedical aid in dyingは一般に緩和ケアチームによって実施されていること、専門職の中でもmedical aid in dyingを受け容れられない人がいることが語られていた。

ソーシャルワーカーの社会的位置については、制度（・政策）サブシステム、地域文化サブシステム、クライアントサブシステム、の影響が大きく見受けられた。medical aid in dying lawは、従うべき規範であるが、特に地域文化に関連した問題があることがうかがわれた。

## 8. 独居者の在宅看取り（表9）

独居者の在宅看取りについては、孤立した状況で死亡するのはよくないとの考えのもと、基本的にはクライアントの意思尊重をしつつも、安全確保ができなくなった時点で病院や施設に入るとされている。独居者の多くは裕福ではないため、CLSC以外の民間サポートを入れることが難しく、独居者の在宅死はチャレンジであると語られていた。

ソーシャルワーカーの社会的位置については、社会資源サブシステムとクライアントサブシステムおよび地域文化サブシステムについて多く語られていた。社会資源が充実すれば独居者の在宅死も実現しやすいのではないかという思考がうかがわれる。一方、独居者の在宅看取りには、文化的な影響も多分にはらんでいるといえる。

## 9. ソーシャルワークと緩和ケアの関連（表10）

両者は似た能力を必要とするが、緩和ケアのほうが死や悲嘆、喪失等に対して高い専門知識が必要と語られていた。ソーシャルワーカーの社会的位置については、主に専門情報サブシステムと専門家集団サブシステムについて触れられていた。

## 10. ユダヤ系の人々へのケア（表11）

ユダヤ系の人々は生きていることを重視しmedical aid in dyingを希望する人は多くないこと、ホロコーストの体験がトラウマになっていること、教会であるシナ

ゴーク、宗教者であるラビ、との関係を保っていること、Jewish General病院の医師たちはmedical aid in dyingに反対していること、などが説明されていた。ソーシャルワーカーの社会的位置については、地域文化サブシステム、クライアントシステムについて、多く触れられていた。クライアントに多いユダヤ系の人々の死生観を十分理解して支援に当たる必要性がうかがわれた。

## 11. 喪失への支援（表12）

グリーフ理論を参考にした支援について述べられている一方で、喪失に直面している家族の本人への接し方について話し合わなければならないとの指摘があった。ソーシャルワーカーの社会的位置については、専門情報サブシステムについて多く語られていた。

## 12. アセスメント（表13）

CLCSで用いられているアセスメントについての説明であった。ソーシャルワーカーの社会的位置については、専門情報サブシステムについて語られていた。

## 13. CLSCのスタッフの苦しみとそのサポート（表14）

フロントラインで働く専門職たちは、クライアントの意思尊重が第一と想着いても、治療を拒否して苦しむクライアントの様子を見ているのはつらい、という感情をもつことはA氏から話された。また、チームメンバーが死を避けるような雰囲気になることがあることや、終末期ケアに臨んでバーンアウトしやすいといったことはB氏から語られた。また価値についてB氏は、専門職個人の価値に忠実でありながら倫理的であることの重要性、クライアントに死が近づいているという真実を言わないことに伴うチームメンバーの混乱について述べていた。クライアントと自分個人と専門職それぞれの価値に忠実でありながら、ケアを進めることの重要性について意見をもっていた。またメンバーサポートとして、チームカンファレンスでのスタッフ間の感情的な支えあい、研修、慰霊祭、CLSCより大きな組織のサポート、スーパービジョンや緩和ケアラウンドなどがあげられてい

表9 独居者の在宅看取り

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待	
			感情	思考行為	1) クライアントシステム	2) ソーシャルワークシステム	3) 同僚及び他のスタッフシステム	4) 上司システム	5) 職場組織システム	6) 専門情報システム	7) 地域文化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(・政策)システム	10) 社会資源システム			
A氏	46	安全が確保される範囲で、われわれは、独居であっても在宅にいたらという本人の意思を最大限尊重するが、意識障害が起きたりしたら安全が確保できないうので強制的に病院や施設におくことになる。		●	●	●				●						●	
A氏	90	WHOは独居で孤立した状態を死に等しいと勧めてはいない。痛みが強くなったりすることがあるからだ。独居者にはわれわれは独居状態を勧めないが、それでも本人が独居を選択した場合は、その決定を尊重する。少しでも comfortable に（苦痛がないように）最期を迎えられるようにかわる。		●	●	●											
A氏	91	PIE projectを通じて、独居で孤立している人々を見つけて出し、なるべく地域の人々が関わられるように働きかけている。		●	●	●											
A氏	94	独居でサポートのない人は多いが、彼らが家で生活するにはサポートが必要だ。		●	●												
B氏	17	独居者が緩和ケアの状態であるべく長く家で過ごすことは、緩和ケアの大きな挑戦だと思ふ。家族がいて、CLSCがいて、予算に余裕があつて他に人を雇うことができれば、安全だが、独居者はそうではないことが多い。だからチャレンジである。独居の多くの人が在宅生活をあきらめていく実情がある。		●	●												
B氏	18	だんだん病気が進んできた独居のクライアントが在宅を希望しているとき、なるべく多くのサービスを入れる。しかし、本人が寝ている時間が多くなり、我々の訪問に答えられなくなったとき、在宅生活は難しくなつた例がある。		●	●												
B氏	19	独居であつたクライアントは、傾眠傾向が続き、独居で過ごすのが危険になつた時、ソーシャルワーカーである私と話し合つてホームに入ったことがあつた。		●	●												
B氏	43	CLSCで担当しているケースで、独居者の数はそれほど多くはない(家族と同居している人のほうが多い)。															
B氏	45	インフォーマルサポートのない独居の人はいる。そういう人が家で死ぬことは大きなチャレンジだと思ふ。痛みや苦痛がコントロールできるかが、独居者の在宅死の実現の課題のひとつであると思ふ。	●														
			0	1	4	7	5	2	0	2	0	5	1	2	7	0	0
合計																	

表 10 ソーシャルワークと緩和ケアの関連

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考	1) クラウドイベントシステム	2) ソーシャルワークシステム	3) ソーシャルワークシステム	4) 同僚及び他のスタッフシステム	5) 職場組織システム	6) 専門チームシステム	7) 地域文化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(政策)システム	10) 社会資源システム				
B氏	54	ソーシャルワークと緩和ケアの違いは、generalist approachにあると思う。緩和ケアは、死についての事象を扱う。緩和ケアのクライエントには時間が短い。																
B氏	55	ジェネラリストソーシャルワーカーたちは、喪失や悲嘆について知っているが、その課題に一直面した時とても重いものとなる。緩和ケアには、ジェネラリストソーシャルワークより、より高度の専門知識や技能が必要だ。																
B氏	70	緩和ケア領域でソーシャルワーカーの活動は古くからおこなわれている。緩和ケア領域専属(のような)ソーシャルワーカーも CLSC にはいて、ほとんどの時間を緩和ケア専門としてクライエント支援に当たっている。																
B氏	53	緩和ケアの能力は、ソーシャルワークの能力に似ている。緩和ケアとソーシャルワークは似た価値をもっている。	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 11 ユダヤ系の人々へのケア

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考	1) クラウドイベントシステム	2) ソーシャルワークシステム	3) ソーシャルワークシステム	4) 同僚及び他のスタッフシステム	5) 職場組織システム	6) 専門チームシステム	7) 地域文化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(政策)システム	10) 社会資源システム				
A氏	27	ホロコーストを体験したユダヤ系の人々のクライエントが多い。彼らはカナダで家族と共に生活を確立したが、ホロコーストはつらいトラウマになっている。ホロコーストの経験は、家族に引き継がれ、コミュニティもその歴史に気づいてほしいと思っている。																
A氏	28	ホロコーストの犠牲者を悼むセンターがある。ここではボランティアがホロコーストのサバイバーと話をしたり、録音・録画したりしている。これは死にゆくプロセスの一部だから、緩和ケアの一環である。こうして彼らの人生が癒されるのだ。																
A氏	29	ユダヤの宗教者はチームに入っていない。ユダヤ系の人々はシナゴグに属し、ラビに自宅に来てもらうように患者は頼むことができる。																
A氏	30	ラビをもっている人は自宅に呼ぶことはできる。持っていない人や、彼らの信仰者が自宅に来ることができないとき、セントリオールのサービスを利用できる。様々な信仰をもつ訓練されたボランティアがスピリチュアルや宗教の問題を助けてくれる。																
A氏	87	medical aid in dying はこの地域では少ない。ここはユダヤ系の人々が多く、ユダヤ系の人々の命の価値観が影響している。彼らは medical aid in dying をあまり希望しない。Jewish General 病院の医師たちは、medical aid in dying に反対している。だから、われわれは、他機関から医師を頼まなければならない。																
A氏	89	ユダヤ系の人々は、いのちをとっても神聖なものと思っており、いのちを保持するためにどんな治療にも耐える。	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 12 喪失への支援

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待			
			感情	思考	行為	1) クラウドプラットフォーム	2) ソーシャルワークシステム	3) ソーシャルワーカープラットフォーム	4) 同僚及び他のスタッフシステム	5) 上司プラットフォーム	6) 職場組織システム	7) 地域文書化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(政策)システム			10) 社会資源システム		
A氏	31	スピリチュアルな部分である。社会的にはお別れを言う、心理的にはお別れを言うプロセスを助けること。キューブラー・ロスが参考になる。グリーングラフプロセスは行ったリ来たりである。																	
A氏	32	家族が個人の死を受け止めるプロセスの一般的理論の説明。カール・ロジャースなど。																	
A氏	44	死にゆく過程で飲食ができなくなるのは当然のことであるが、家族は我々の説明にもかかわらず、リスクがあるのに食べさせようとすることがある。本人が快適になるようにすべきである。何がベストケアなのか、もっと家族と話し合うべきである。	●	●															
		合計	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0

表 13 アセスメント

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待					
			感情	思考	行為	1) クラウドプラットフォーム	2) ソーシャルワークシステム	3) ソーシャルワーカープラットフォーム	4) 同僚及び他のスタッフシステム	5) 上司プラットフォーム	6) 職場組織システム	7) 地域文書化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(政策)システム			10) 社会資源システム				
A氏	2	自律性を失ったクライエントを対象に、身体的、心理的、社会的状況を評価して、在宅生活全体を評価する。multi-clientele tool を用いて、評価を行っている。医療的ニーズを把握するために、ソーシャルワーカーがアセスメントシート全部に記入する。																			
A氏	3	クライエントが地域社会とかかわりを持っていれば、クライエントの自律性の低下に気づきやすくなる。																			
A氏	4	クライエントが社会資源にどうアクセスできるかは、自律性に大きくかわってくる。																			
A氏	5	在宅生活を安全に送るうえでのリスクについてもアセスメントして、支援について考える。																			
A氏	6	リスク要因とは、記憶の問題。記憶の問題は、おもに火災の原因になることもあるから、台所やストーブもチェックする。																			
A氏	7	心理的な側面については、別の評価になっている。問題行動についても、評価している。																			
A氏	8	家族関係や地域関係などシステムをみる。そのひとが今までの生活にどう対処してきたか、をみる。																			
A氏	56	patient functions についてのアセスメントツール：PPSの説明。PPSを毎日使って、クライエントの状況変化ができるようにしている。																			
A氏	25	人生への失望が統合化か、エリクソンの発達段階を参考に高齢者に関わる。																			
A氏	26	エリクソンの発達段階の説明。																			
A氏	95	アセスメントツールの説明。																			
		合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 14 CLSC のスタッフの苦しみとそのサポート

インタビュイー	分所単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム							規範	期待		
			感情	思考	1) クラウドシステム	2) ソールワークシステム	3) シェアードシステム	4) 上司システム	5) 職場システム	6) 職場システム	7) 地域システム			8) 専門家集団システム	9) 制度システム
A 氏	50	患者の自律性は尊重しなければならぬ。しかし、薬を拒否したりして、身体的に苦しんでいるクライアントをみると、特にナースにとってつらい。身体的、心理的、霊的な面において、苦しんでいるクライアントをみるのはフロイントラインワーカーにとつて、つらい。	●		●	●									
A 氏	51	若い世代の緩和ケアも、家族のケアも含めて、難しい。													
A 氏	52	クライアントと家族の意思は尊重しなければならぬ。終末期において、効果がない治療を希望する家族はいるが、医師はその家族の希望を受け容れる。こういう家族は、ホームケアにおいて、困難なことがある。… (ソーシャルワーカーは、) 治療拒否するクライアントの意思も尊重する。	●		●	●									
A 氏	55	カンファレンスでは、お互いに感情的な面でサポートしあう。多職種によるコンサルテーションも同様。各専門職には同じ種類のスーパーバイザーがいて、週1回スーパービジョンがある。			●										
A 氏	58	チームメンバーのサポートとしては、毎週ディスカッションがあるし、2か月に1度程度ゲストスピーカーを招いての研修もある。			●										
A 氏	59	フロイントラインワーカーたちをサポートするために2方法がある。1) 年に一度の慰霊祭がある。そこで亡くなったクライアントのことを話したり、音楽を流したりする。専門職はそれで悲しみから癒される。2) CLSC を統括する組織である、RCLC や CISC によるサポートもある。医師による自殺ほう助については、病院がサポートする義務を負っている。医師やソーシャルワーカー、心理士、弁護士などのグループが関わっている。								●					
B 氏	49	SV では、緩和ケアラウンドとして、緩和ケアチームの支援について話し合う。6-8 週間ごと。誰かを招いて研修をしたり、ナースやソーシャルワーカーたちがサポートしあったりコンサルテーションしあったり、様々な人たちが終末期の喪失や悲嘆について話し合ったりする。スビリーチュアルケアについても話す。緩和ケアラウンドもスーパービジョンの一つ。個別ではなく、チームで行うことにより教育的機能を果たす。			●										
B 氏	50	死にゆく人を支援するのはストレスになり、バーンアウトにつながる。支援者たちは、緩和ケアラウンドで、ストレスを表現できる場を確保することができる。													
B 氏	51	他のカンファレンスとしては、他職種と話し合うものがある。知識の共有などができる。													
B 氏	56	緩和ケアのケースでスタッフが困っているとき、個別スーパービジョン以外に、時間を設けてチームで話し合う時間を設けている。これはスタッフをサポートする仕組みになるようにしている。													
B 氏	65	専門職は、自分の価値に忠実でありながらも、倫理的である努力をしなければならぬと思う。	●		●										●

インタビュイー	分析単位番号	インタビュー内容の要約	役割行為		社会的位置に関連するシステム										規範	期待		
			感情	思考行為	1) クラウドシステム	2) ソリューションシステム	3) ソーシャルネットワークシステム	4) 上司システム	5) 職場組織システム	6) 専門情報システム	7) 地域文化システム	8) 専門家集団システム	9) 制度(政策)システム	10) 社会資源システム				
B氏	66	倫理的な問題の一つに、真実を言うかどうかがある。文化的な価値のために、高齢者には死のことを言わないでほしいという家族もいる。これはチームで、クライアントをだまし続けるということにもなる。この文化的な要素のために、チームメンバーはジレンマに陥ることがある。メンバーは真実を伝えるべきという専門職的・個人的価値をもっているから。真実を伝えずして、クライアント本人とどうコミュニケーションをとるか、苦しい。クライアントが死について語り、家族が死を隠しているとき、チームメンバーは混乱する。医療職が緩和ケアのことを言うのは乗り気ではないとき、チームも混乱する。クライアントに真実を言えないからだ。こういった場合は、とても緊張が高く、ジレンマになる。			●					●						●		
B氏	67	他の倫理的ジレンマは、合法的な治療以外に、違法な薬を用いた自己流の治療を行っている場合、銃を所持している場合などの時にも起こる。チームメンバーは一人で結論を出すことはしてはならない。スーパージョンは大事で、このような混乱した状況を話せるようになる。適切なルートでfirearmが置かれているのではないときは、近所の人にも恐怖や落ち着かさが生じる。こういう場合、近所からよく思われない。CLSCも落ち着かない。規則違反のfirearm設置などは、警察に伝える。			●													
B氏	68	クライアントが終末期になればなるほど、重くなって、支援者たちはバーンアウトしやすいので、スーパージョンは重要。			●													
B氏	23	スーパージョンのことによって、バイザーのバーンアウトの兆候が分かると思う。チームメンバーによっても、お互い助け合うことができる。チームメンバーをどうサポートするか？ チームメンバー同士よくやっているが、新しいチームはお互いのケアやプロトコルについて理解しようとする。スーパージョナーやマネージャーがきちんと支援しているか確認している。チームがよく機能すれば、良いサービスが提供できる。																
B氏	60	個人(支援者)の価値は大事だけど、機関の価値も重要。ソーシャルワークでは、価値の対立はよく生じる。だからチームメンバーはよく話し合わなければならぬ。																
B氏	64																	
合計			1	2	0	7	5	14	0	12	1	3	0	1	1	2	3	0

た。ソーシャルワーカーの社会的位置については、同僚及び他のスタッフサブシステムと職場サブシステムにおいて多く語られていた。また価値の対立にも触れられていたことから、規範についての指摘もあった。

#### 14. 小括

インタビューでは緩和ケアを行うホームケアチームのサポートに関連する事柄について語られていたが、社会的位置を構成する10のサブグループ別の集計結果は以下の通りである。①クライアントサブシステム54, ②ソーシャルワーカーサブシステム45, ③同僚および他のスタッフサブシステム37, ④上司サブシステム0, ⑤職場組織サブシステム49, ⑥専門情報サブシステム30, ⑦地域文化サブシステム47, ⑧専門家集団サブシステム14, ⑨制度サブシステム38, ⑩社会資源サブシステム42, であった。対人援助職の職場のサポート体制の語りであるから、①②③⑤は当然多かったが、次に多かったのは⑦であった。そして⑦は、役割行為の感情と3分析単位が一致し、同様に思考は20, 行為は5の一致であった。⑦の約6割が役割行為と連動していたのである。地域文化サブシステムが、特に専門職の思考および業務のサポート体制に大きな影響を与えていることが示唆される結果となった。

#### V. 考察

ソーシャルワーカーの社会的位置における地域文化サブシステムと役割行為の思考との関係に着目して、考察する。

フロントラインのソーシャルワーカーでもあるA氏は、クライアントや家族の文化を重視しているという一方で、緩和ケアの普及の障害の一因として、死を避け話したがらない文化を指摘している。また医療者も死を嫌う傾向があり、治療中心のアプローチが難しくなっている段階においても、ヘルスケアアプローチへ転換したがらないことを述べている。そして、緩和ケアは終末期ケアより広い概念であり、元気なうちから自分の最期について考えることが必要だと考え、市民やスタッフの緩和

ケア教育にストレスや難しさを感じつつも、緩和ケアやACPの普及に力を入れているという。また治療を拒否するクライアントの意思決定を尊重するとしながらも、薬を拒否して苦しんでいるクライアントをみるのはフロントラインワーカーにとってつらいとしている。この矛盾から、ソーシャルワークの価値でもあるクライアントの意思尊重をしても、専門職にはつらさが残ることがわかる。ここには専門職の死生観が影響していると思われる。

A氏は、どのように生き死んでいくかについて、健康なうちから考えていこうとACPや緩和ケアを広げようとしている。それがクライアントの自律性の維持や、日々の生活の仕方や人生の送り方などのいのちのあり方を自分でコントロールすることにつながり、QOLが向上すると考えているようにみえる。これらは、A氏の役割行為の感情、思考と行動からうかがわれる。

しかし、死後の世界を基本的に信じないユダヤ系の人々の多い地域において、死を視野に入れて生を考える緩和ケアを広げることは難しいのではないかという疑問が上がる。ユダヤ系の人々にとって、死はタブーであり現世で生きていることが重要であるから、通常どんなつらい治療にも耐えるし、自分から死を選ぶことはしない。ユダヤ系の人々にとって死とは、あの世の存在を信じる傾向のある日本人（大賀2017）にとっての死とは違い、非常に苦痛に満ちた体験と推察できる。またユダヤ系の高齢者にとって、死と直面したホロコーストの体験は非常に恐ろしいものであったと推測できる。ホロコーストにしても、病気や加齢により最期を迎えるにしても、死に際しては、宗教や社会の価値、文化の影響の大きさが顕著にみえる。

緩和ケアが普及し、十分な情報提供のもとにその情報を理解した上で、一切の治療を拒否するとしたクライアントがいた場合、またmedical aid in dyingを希望するクライアントに直接接した場合、A氏は一体どう考えるのだろうか。クライアントの意思決定が重要としつつも、やはり矛盾や苦しみを感じるのではないだろうかと思われる。

このようなことは、日本の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007；2015）に沿って医療行為を中止した医療者にも起こりうることといえよう。法制度が整備されたとしても、当事

者とその家族だけでなく、支援する専門職たちの死生観を検討する場がなければ、医療行為の中止、つまり人為的な生命の中止となる死は、家族・専門職にとって非常に苦しいことなのではないかと考えられる。看取り支援を行うにあたり、専門職の死生観に関連するサポートが必要であろう。

一方、B氏の考え方をみてみたい。B氏は、クライアント本人も家族も専門職も死と直面することで、真実を語り合えば、よいケアにつながると考えている。よいケアができれば、クライアントは死を選ばない、とさえ述べている。これはユダヤ系の人々の死生観に沿えば当てはまると思われる。しかし、よいケアが行われていたとしても死に直面し、その状況を十分コントロールできない自分に尊厳を見出せない死生観をもつ人の場合はどうであろうか。medical aid in dyingの多くは、緩和ケアチームのもとで行われているというA氏の話もある。つまり「よい」ケアを受けていたとしても、死を望むクライアントはいるのである。これは、いのちに対する価値観、死生観の違いであるといえるだろう。

また人それぞれ価値は違うことに触れられている。ソーシャルワークの価値であるクライアントの意思の尊重、在宅で長い間過ごすことをよいとするCLSCの機関としての価値の尊重、専門職個人の価値の尊重について述べられている。これは、価値規範を統一することの必要性を指摘しているとみえる。規範は、守るべきものであるから、通常矛盾するものであってはならない。しかし果たして、価値が矛盾なく存在することは可能であろうか。緩和ケア領域での価値は死生観が問われ、その死生観は人それぞれであるにもかかわらずである。

その対応策として、B氏はスーパービジョンやコンサルテーション、チームカンファレンスを挙げている。定期的かつ日常的に、専門職同士が、それぞれの感情や思考を理解しあうことで、助け合うことができるとする。そこで専門職個人の死生観に忠実でありつつ、クライアントの死生観の尊重をしながら支援をすることを可能にするという。

日本において、身寄りのない独居高齢者が、人生の終末期における医療における意思決定をして、日本のガイドラインに従って治療を中止した場合、それは自身のQOLを高めることになるかもしれない。しかし、それ

を支援した専門職の戸惑いは大きいと思われる。そのため専門職に対するサポート方法として、価値や死生観を扱ったスーパービジョンやコンサルテーション、チームカンファレンスは有効に働く可能性はある。

ソーシャルワークは人のライフ全体を見て行う必要がある。緩和ケア領域のソーシャルワークにおいてそれは顕著に表れる。表面的な生活に目が向きがちな日本のソーシャルワーク（小原2017）においても、クライアント・家族・専門職の奥底にある価値観・死生観に着目して、クライアント・家族が最期まで生き切るための支援をすること、および、専門職の業務遂行をサポートすることの効用は参考になるだろう。最後まで生き様を支援する際、クライアントや家族の死生観だけでなく、専門職たちの価値観、死生観にも影響を与える地域文化、地域に息づく死生観を把握し支援に活かすことは重要となる。それが専門職の感情面のサポートにも活かされ、思考・行動へと続く役割行為の質の保障にもなると考える。身寄りのない独居高齢者を支援する際、その意思決定をめぐって、専門職は特に悩み葛藤する。そのようなときこそ、その高齢者が暮らしてきた地域文化、地域の死生観に価値の指針を得て、最期まで支援することにより、充実感をもって業務遂行できるのではないだろうか。地域文化は、専門職の思考及び業務サポートに多大な影響を与えている。地域文化を土台とした専門職の価値観、感情・思考に着目した業務サポートを検討する必要があるといえよう。

## VI. 結論と今後の課題

結論として、死の捉え方自体に文化的影響が大きいいため、看取り支援や緩和ケアに関わる専門職には、地域文化を十分考慮したサポートをすることが必要といえる。そのサポートの方法として、今回の調査では、スーパービジョンやコンサルテーション、チームカンファレンス等において、死生観を取り上げることが有効と示された。これは、日本においても参考になると思われる。今後は、日本において、クライアントやその家族だけでなく、地域および専門職の死生観を加味した、地域における緩和ケア専門職サポート体制について検討することを課題と

したい。

## 付 記

本論文は、JSPS科研費（16K01457）の助成を受けて行った研究成果の一部です。本研究にご協力いただきました皆様に御礼申し上げます。

## 注

- 1) 一般にユダヤ系の人々とユダヤ教徒は、必ずしも一致しないが、今回訪問した地域の特性から、本稿ではユダヤ系の人々はユダヤ教徒であるとみなしている。
- 2) A氏とB氏では管轄地域が異なるため、人数に差異が生じている。

## 文 献

- Bertalanffy, L. (1968) General System Theory: Foundations, Development, Applications, George Braziller. (= 1973, 長野 敬・太田邦昌訳『一般システム理論—その基礎・発展・応用』みすず書房.)
- Bosma, H, Johnston, M, Cadell S, and Wainwright, W, et. al. (2008) Canadian Social Work Competencies for Hospice Palliative Care: A Framework to Guide Education and Practice at the Generalist and Specialist Levels. ([http://www.chpca.net/interest\\_groups/social\\_workers-counselors/social-work\\_counselors\\_competencies.html](http://www.chpca.net/interest_groups/social_workers-counselors/social-work_counselors_competencies.html), 2017.4.10).
- 福山和女 (1996) 『3次元の立体把握—役割システムのアプローチについての理解』FK研究グループ.
- 木戸宜子 (2017) 「ソーシャルワークにおける予防の考え方-カナダ・ケベック州モンリオールの高齢者虐待予防実践から」『日本社会事業大学研究紀要』63, 67-77.
- 厚生労働省 (2007; 2015) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」『患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制について』([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/saisyu\\_iryou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html), 2017.10.1).
- 厚生労働省 (2014) 「終末期医療に関する意識調査検討会報告書及び人生の最終段階における医療に関する意識調査報告」『終末期医療に関する意識調査検討会報告書及び人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書の公表について』(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042776.html>, 2017.7.1).
- 厚生労働省 (2016) 「平成28年度人生の最終段階における医療体制整備事業」『患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制について』([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/saisyu\\_iryou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html), 2017.10.1).
- Krippendorff, K. (1980) Content Analysis: An Introduction to Its Methodology, Sage Publication, Inc. (= 1989, 三上俊治・椎野信雄・橋元良明訳『メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待』勁草書房.)
- 松井茂記 (2016) 「カナダの尊厳死・安楽死法について」『法律時報』88 (9), 82-91.
- Merton, Robert K. (1949) Social theory and social structure, Free Press. (= 1961, 森 東吾・森 好夫・金沢 実・ほか訳『社会理論と社会構造』みすず書房, 335.)
- 向井直己 (2013) 「廃墟のメシアニズム—ユダヤ教の本質の二つの版から」『人文學報』京都大学人文科学研究所, 103, 45-71.
- 大賀有記 (2014) 「第1章 困難への取り組みを考える理論的視座 第2節 理論的視座」『ソーシャルワーク支援の発展的二重螺旋構造—役割喪失にともなう悲嘆作業過程の分析』相川書房, 33-57.
- 大賀有記 (2017) 「日本人の死生観とかなしみの概念との関係—在宅看取りの可能性のための文献的検討」『社会福祉研究』19, 13-18.
- 小原真知子 (2017) 「ソーシャルワークとライフ」『ソーシャルワーク研究』43 (2), 1.
- 真田桂子 (2005) 「モンリオールのユダヤ系とケベック州—歴史的経緯と仏語表現ユダヤ系作家N. カタンらの作品にそいながら」『阪南論集 人文・自然科学編』41 (1), 19-30.
- Québec “CHARACTERISTICS OF THE POPULATION”. (<https://www.cssscavendish.qc.ca/en/your-csss/who-we-are/characteristics-of-the-population/>, 2017.10.1).
- Québec “Services Québec—Citoyens”. (<http://www4.gouv.qc.ca/EN/portail/citoyens/evenements/aines/pages/servic>, 2017.10.1).
- Québec (2014) S-32.0001—Act respecting end-of-life care. (<http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/S-32.0001>, 2017.9.20).