

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

——人が人を支援する意義——

大賀有記¹⁾・木戸宜子²⁾・小原眞知子²⁾・福山和女³⁾

1. 研究背景および目的

終末期にある人々に対して、私たちソーシャルワーカーは、どのようにしてその人の気持ちを理解し、その人を尊重した支援ができるのだろうか。終末期医療の現場では、初回面接の時点ですでに本人の意識は混濁し、言語でのコミュニケーションは困難になっている場合が少なくはない。また患者は近い将来亡くなっていくため、この支援でよかったのか支援の評価を共にすることができない。そのような中、支援者たちは本人主体を理念に掲げていても、クライアント本人の現在の意思は何かのかわからず悶々とした思いをもったまま「支援」している現状がある。

それは身寄りのない終末期の独居高齢者、その中でも特に認知症や意識障害のある人の看取りを地域で行う際に顕著に表れる。その際に関わっているのは、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などであり、それらの中でソーシャルワーカーが配置されているのは在宅療養支援診療所である。

在宅療養支援診療所のソーシャルワーカー(以下在宅MSW)の業務内容としては、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、地域活動それぞれに伴うものが示されている(日本医療社会福祉協会 2020)。彼らは、患者・家族に対する直接的な個別支援よりも地域連携など地域活動に関連する業務が多く(野田 2010; 伊藤ら 2016; 山崎ら 2018)、地域で多機関多職種ของทีมやネットワークをつくりながら、個別支援を行っている(小山 2013)といえる。またミクロ・メゾレベルにわたる支援全体の課題として、多様な生き方や療養の仕方があるなかで、患者の意思をいかに実現するか実現できない場合はどうするかなど、患者の意思決定の尊重と自己実現のサポートをする必要がある(上田 2019)と

指摘されている。地域の諸機関が連携し在宅療養のシステムは整いつつある一方、患者本人の尊重のありかたに苦心していることが提起されているのである。

以上のような経緯から筆者は文献研究を通して、在宅MSWのあり方について3点提案した(大賀 2020)。それは、①ミクロとメゾの支援を融合すること、②患者がその時々で生きる意味を見出す手助けをすること、③死別や悲嘆を理解し所属組織の活動の枠を広げて患者・家族の権利擁護をすること、である。これはスピリチュアリティに配慮したソーシャルワークの観点からの提起である。ソーシャルワーカーの倫理綱領(日本ソーシャルワーカー連盟 2020)の原理VI「全人的存在」においては、「ソーシャルワーカーは、すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的な存在として認識する」ことが明文化されており、在宅MSWを含めたソーシャルワーカーがスピリチュアリティを理解し人間理解を深めることは必須となっている。とくに患者がその時々で生きる意味を見出す手助けをすることは、在宅MSWが患者のスピリチュアルペインに向き合うことを意味する。それは同時に、在宅MSW自らの価値観や死生観といったスピリチュアリティに向き合うこと(藤井 2019)なのである。ソーシャルワークにおけるこのような観点は、2020年頃より影響が拡大している新型コロナウイルス感染症により、急に死に直面したり、どうにもならない人生の状況に追い込まれた人々への援助においても、同様に助けになるものと考えられる。

そこで本稿では、終末期にある人々と在宅MSWとのかかわりあいから、在宅MSW自身のスピリチュアリティについて検討していくこととする。そして人が人を支援していくことの意義について考察していく。

II. 研究の視点

本研究の視点はスピリチュアリティにおく。そこでソーシャルワーク分野において、スピリチュアリティについてどのような言及がされているのか述べていくこととする。

まずスピリチュアリティの定義については、「人間の核たるもの、精神と身体を結合させるもの」(木原 2003: 27) や、「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)、「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) などとされている。つまりスピリチュアリティは人間の核心であり、それは自己・他者・超越的存在との関係において見出されていくものといえるだろう。

そして人間のスピリチュアリティには、①人間の側面としてのスピリチュアリティ、②すべてのものと関係している人間の全体性としてのスピリチュアリティ、③人間の中心としてのスピリチュアリティがあり、この3つを統合したかたちがスピリチュアリティのホリスティック・モデル(Canda et al.=2014)である。すべてのものと関係している人間の全体性としてのスピリチュアリティとは、一人の人間が他者や社会、超越的なもの(宇宙や神仏など)とかかわり、満足のいく関係を求めることにより、他者等に対する責任やつながりの感覚が成長し、すべてのものとの一体感を体験するようなどの自己とされる。全体性としてのスピリチュアリティを体験すると同時に、人間は内観して自分の中心を見つけるという。これが人間の中心としてのスピリチュアリティとされる。この中心は魂とも呼ばれ、人間のすべての側面の結節点といわれる。人間は中心に落ち着くと、他者等とのつながりや自己と世界との明晰な気づきの感覚をもてると説明されている。「全体性や中心としてのスピリチュアリティというメタファーは、ソーシャルワークの専門的見地とも全く矛盾しない」(Canda et al.=2014: 134)とされている。例えばソーシャルワーカーがクライアントを全人的に理解しようとするとき、そのクライアントの全体性ととも中心の理解を試みている。ソーシャルワークには、スピリチュアリティの視点がおのずと入っているのである。

このような流れの中、クライアントのスピリチュアリティについての研究が進んできている(藤井ら 2009;

安井 2018; 2019)。クライアントのスピリチュアリティは、とくに終末期にあるときや大切なものを喪失したときなど危機的な状況において、本人がその状況の中で意味を見出そうとする動きの中に見える指摘されている。ソーシャルワークは、クライアントとソーシャルワーカーの相互作用の中で進んでいくものであるから、クライアントだけでなくソーシャルワーカーのスピリチュアリティについても考えていく必要がある。安井(2021)は、MSWがクライアントとともに苦しみの意味を指向する態度と、MSW自身が自己存在の根源的意味を指向する態度には相互に影響しあう構造があることを指摘している。つまり、ソーシャルワークのプロセスのなかで、MSW自身もクライアントと関係していくという全体性への動きをする一方、自分自身の中心を見つめる動きを取ることができる。その動きによってクライアントとMSWの関係性は深まり、また同時に支援が展開される世界全体、つまり全体環境へのつながりも強くなっていくといえる。この全体環境は、MSWやクライアントの力ではどうにもならない要素を含んでいる。その代表的なものが死である。藤井(2020)は、スピリチュアリティの性質として、①人間存在に意味や根拠を与えるもの、②自己内・他者との間・超越的なものとの間に働くこと、③その経験によって自己の存在意味を獲得すること、とまとめている。そして「科学的合理性を越えた超越性がスピリチュアリティの最大の特徴」(藤井 2020: 4)としている。つまり人間がどうにもならない状況の中においても意味を見出し生きていくためには、超越的なものとの関係を含んだスピリチュアリティの全体性と中心性への動きから、有効な助けを見出すことができるのではないだろうかと考えられるのである。

III. 調査

1. 調査の概要

本調査の目的は、在宅療養支援診療所のMSWの困難感とそれに伴う対応を明らかにすることである。本調査では、グッドプラクティス選定により、独居高齢者の在宅看取り支援の経験のある関東地方の在宅MSWにインタビューを依頼し、3名から協力を得た(表1)。調査対象を独居高齢者の在宅看取りの支援経験者にした理由は、在宅MSWと死に直面した患者本人との間に何らか

表1 調査対象者の概要

	MSWとしての経験年数	現在の診療所の勤務年数	性別
A	12年	5年	男性
B	11年	5年	女性
C	11年	6年	男性

のかかわりが想定されるとともに、独居高齢者以外にも在宅看取りを視野に入れた支援経験が多数あると考えたためである。患者自身のことをよく理解している家族等がいる場合、家族が患者本人の代弁をするような形で療養方針の決定を行うことが多い。そのため、在宅MSWは患者本人とあまりかかわりを持たずとも、本人を主体とした支援を行っているという感覚をもつことがある。人が人を支援するためには、直接の交流が必須と考えたため、以上のように調査協力者の選定を進めた。

すべてのインタビューにおいて、1) 専門職として看取り支援における役割を果たせたと感じる場面、2) 専門職として看取り支援における役割を果たせなかったのではないかと思う場面、3) 看取り支援にかかわる専門職のサポートの体制と方法、4) あなた自身の死生観、の4点を軸にしつつ自由に語ってもらう半構造化インタビューのかたちをとった。なおインタビュー時間は72分から129分であり、インタビュー場所は対象者の所属する診療所内の個室としプライバシーの守られた環境であった。インタビュー内容については、対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、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用紙ひとり20枚から35枚であり、合計87枚であった。調査時期は2018年2月である。

なお本調査は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(番号:教福29-02)。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、調査結果の公表について説明し、書面にて同意を得た。

2. 分析方法

質的データ分析法(佐藤 2008)を採用し、以下の手順を進めた。第1に、インタビューの逐語録から、在宅MSWの困難感とそれに伴う対応についてセグメントとして抽出した。第2に、分析の最初段位としてコードを割り振る、オープンコーディングを行った。第3に、それらのコードをより抽象度の高いサブカテゴリーにまとめた。第4にサブカテゴリーをさらに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。

3. 分析結果

分析した結果、表2のように21のコードと8つのサブカテゴリー、4つのカテゴリーが生成された。以下カテゴリー別に説明していく。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[], コードは< >, データの一部

は「 」で示している。データのなかの「……」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。

(1) 【多様な最期の受け入れ難さ】

このカテゴリーは[チームで課題を共有する難しさ]と[最期の場所の選択の自由における課題]の2つのサブカテゴリーからなる。ここではチームメンバーの死の過程の理解不足の要因から、医療・ケアチームのメンバー間でその患者の課題を共有することが難しく、また最期の場所を自由に選択できない風潮があることから、社会的に多様な最期の過ごし方を受け入れ難い実態があることが示されている。以下サブカテゴリーごとに説明する。

1) [チームで課題を共有する難しさ]

これは<福祉畑の人は死を理解できない>、<本人にとって大事なことをチームメンバー間で話せない>、<ケアマネとの関係を工夫>の3つのコードからなる。

<福祉畑の人は死を理解できない>では、「それ(死)がどういう状況なのかとかが分からない(A26)」や「どういう形で人って最後を迎えるのかっていうのが、福祉の畑の人ってなかなか理解できないし……非常に不安感が強くなると思う(A27)」といったことが語られていた。

<本人にとって大事なことをチームメンバー間で話せない>では、「ケアマネジャーさんとかヘルパーさんとかだと、ちょっと感覚が合わなかったり(A19)」や「時間が限られてくる……中でどれを優先的に考えるか、本人の大切なことを……考えてあげるといふか、それを大事にするみたいなのを(チームで)共有すると、またちょっと違うのかな(A23)」といった語りがあった。死の過程についてよく理解していないチームメンバーがいる中で、残された時間を見据えて本人の大事なことを共有することが難しい現状が指摘されていた。

<ケアマネとの関係を工夫>では、「なるべくケアマネジャーさんが中心になって動けるようなアプローチ(A3)」や「こちらから連絡を取ったりすると……ケアマネジャーさんと……(連携する)形が作られていく感じはします(B0-2)」といったように、在宅MSWからケアマネジャーに働きかけて、チームメンバーとしての関係性をつくっていく努力がみられた。

以上から、福祉職は死の過程をイメージしにくいいため、残された時間における支援の優先順位をつけ本人の大事なことを話し合うことが難しいことが指摘されている。そこで在宅MSWは、チームの要となっているケアマネジャーとの関係を工夫することで、終末期の人たち

表2 在宅療養支援診療所のMSWの困難感とそれに伴う対応

カテゴリーNO	カテゴリー	サブカテゴリーNO	サブカテゴリー	コードNO	コード	データの一部
1	多様な最期の受け入れ難さ	1	チームで課題を共有する難しさ	1	福祉畑の人は死を理解できない	・看取りって、人が死ぬ過程だとか、そういう部分での理解だとか、経験だとかってのは非常に必要なかな(A24)・それ(死)がどういう状況なのかとか分からない(A26)・どういう形で人って最後を迎えるのかっていうのが、福祉の畑の人ってなかなか理解できないし、そういった人に関わるとか、自分が発見者になるんじゃないかっていうのは非常に不安感が強くなると思うんですね。そういうのが、少しでも軽減できるような心理サポートも含めた、体制っていうのは必要なかなと思って(A27)
				2	本人にとって大事なことをチームメンバー間で話せない	・訪問看護とは理解できたとしても、ケアマネジャーさんとヘルパーさんとかだと、ちょっと感覚が合わなかったりだとかするケースとかもあって(A19)・ケアマネさんと訪問看護師さんと会ったときに、お亡くなりになった後、どうしたら良かったかねみたいな話をしたりだとかもしたんですけど、もうちょっとこの人にとって、何が大事だったかっていうのを、もうちょっとみんなで共有できてたら、違かったかねみたいな話とかもできたんですけど。その人のケースは非常に、僕の中で、はーっていう感じで残ってはいます(A21)・時間が限られてくる、限られる中だとその時間軸っていうのを私たちも意識しないといけないのかなと思っていて、その中でどれを優先的に考えるか、本人の大切なことを……考えてあげるとか、それを大事にするみたいなのを共有すると、またちょっと違うのかなっていう感じ(A23)
				3	ケアマネとの関係を工夫	・あくまでケアマネジャーさんがいらっしゃるんで、なるべくケアマネジャーさんが中心になって動けるようなアプローチとかを考えてはいる(A3)・僕らが緩和剤みたいな形で、入り込めるようにしつつ、こっちのアセスメントとかもケアマネジャーさんに伝えて、それで一緒に、協働じゃないですけど、患者支援に関われるような、アプローチを考えて、でもなるべくあまり前に立ち過ぎないように、ポジショニングはその都度考えて(A4)・こちらから連絡を取ったりするように、そういうのを何人か経験するとケアマネジャーさんとかからすごくコンタクトがあったりとか、報告があったりとか依頼があったりとかっていう形が作られていく感じはします(B0-2)
		2	最期の場所の選択の自由における課題	4	無理して在宅にする必要はない	・何となく在宅で看取ってというのは、社会的にもそういうのっていいよねみたいな感じですけど、必ずしも、家で看取ることが100パーセントいいかっていうと、そういうわけでもないと思うし、それを家族、患者さんに強いるっていうことは非常に、僕の中ではあまり良くないことかなと思っていて(A9)・病院側が、その病院で最期看取ったことが、申し訳ないっていう言い方を。家で、看取れたら良かったのっていう感じなんですけど、そういう感覚があるんだな(A16)・(在宅療養の方針を)変えてもいいんだよって(本人・家族に)話をしますね(B0-2-3)
				5	ひとり死への抵抗感	・(独居者の在宅看取りは)地域の理解だとか、ケアマネの理解、あとは実際支援に入るヘルパーさんだとかそういった人の理解、あとは家族がいるなら家族の理解も絶対必要になってくると思うので、そういったところは押さえなきゃいけない(A37)・ケアマネさん。いやーっていう感じで、やっぱりちょっともうすぐ亡くなるって分かって(独居の)人を、家で迎えて、それをヘルパーさんにさせるのはちょっとみたいな感じで、結果かなわなかった(A39)
2	意思決定支援の意義の再検討	3	意思決定への働きかけ	6	本人がよいと思える過ごし方を一緒に考える	・どういうふうな形だと、気持ちよくというか、少しでも良かったって思えるような最後迎えられるのかねっていうところが、僕にとっては大事なところかなと思って(A2)・こうやって生きてきてよかったなって思える場面をプロデュースじゃないけど共有するというか、一緒に作り上げたり探したりするのが在宅の現場では大事な(B17-2)・本人が大切にすることはできるだけ共有して、何か形にできるものはして、支援の中に具体化させてってことは必要(C14)
				7	認知症の人の気持ちの理解を試みる	・本人も暴れるぐらい病院嫌なんだし、お家で見てあげるのがいいのかもね(A30-2)・認知症とかあるにせよ、そういう人の動きだとか行動っていう部分だとか、そこら辺も理解してあげられるようなことが必要(A34)・施設に入ってるけど、本当にちゃんとしたこれが本人望んでる生活なのかどうかっていうのが非常に僕としては疑問になって、ケアマネさんとその共有をして、どうしようってなったときに、僕の中でもう家に帰す、数日であっても家で看取ってっていうのもありんじゃないかっていうふう思ったんですよ。変わらない環境だった、本人はもともと家で、帰りたいっていう帰宅願望がすごい強かった方なんですけど、それだったら家っていう部分が非常にあったのかな(A36)・すごく表情が来たときより最期穏やかでしたね。友達がいるところでつーと涙を流したのかな(B13-1)
		4	本人の意思の尊重と安全確保のジレンマ	8	本人の希望を叶えられなかった悔い	・本人の意思決定をちゃんと、難しい状況かもしれないけど、どういうふうなところでそういった意思だとかを尊重してあげられるかどうかっていうふうなのを、もちろん説明した上で、いくつかの選択肢、こういうこと(独居で在宅生活継続)考えられるよねっていう中に、そういうものがあったもいいのか(A38)・その当時は致し方ない選択だったんですけど、最後、施設に入ったところから、本人が希望してなかった中で最後の最後っていう形だったので、ケアマネジャーさんとはこれで良かったのか非常に難しかったです(A40)・自分たちは何を元にその選択になったのかっていうのが、ちょっと難しいかなっていう。結構こっちサイドというか、サポート側が、サポートしきれないから施設っていう形をせざるを得なかったっていう部分もあった(A41)

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

			9	本人が望む在宅死が果たしているのか考える	<p>・看取りの評価というか、家族がいればその部分っていうのは非常に重視される部分だと思うんですね。だけど支援者だけだった場合は、そこを客観的に評価する必要があると思うんです。本当にこれが、ハッピーだったのかどうかとか、あとはその過程において、負担じゃなくて無理がなかったのかどうか、そういうこととか、そこを各職種で話し合わなきゃいけないと思うんです。やっぱり偏りが出てくると思うんです、負担感だとかに。そこを回りで共有しつつ、互いにサポートするというか、その中に医療者っていうの絶対必要になってくると思うんですね。医療者の、それで良かったんだよとか、医学的にはこういうことだったとか、そういう話って必要になってくると思っていて、そういうのはやってかないといけないうん(A45)・一人でひっそり死にたいって患者さんもよくいますけど、本当にそういう方の中にはいらっしゃるのかなっていう気はするんです。じゃあそれが孤独死なのかっていうと、それも違うのかなと思ったり、逆に、本当はSOS出してた、これじゃやだなって思ってた人ももちろん中にはいると思うので、その評価って難しいのかなとは思(A48)・それを本人の意思決定としていいのかどうかとか、家で死ぬっていてもじゃあ果たしてそれでいいものかどうかって、毎回考えるというか、客観的に見ると、本当は安全面とか……考えると、お家じゃない所のほうが安楽に過ごせるんじゃないかとか(A49)</p>	
3	喪失体験を取っていく	5	悶々とした思いを抱える	10	退院しなければならない現実がある	<p>・病院のスタッフの方たちはそういう見方で、でも、うちに帰ったらこういう感じだよなっていうような、多分、思っているとは思いますが。そこをわざわざ……無理くり(病院と在宅療養診療所の意見を)統一させないって感じではない(C1)・病院のスタッフの人たちが在宅は難しいというふうに判断してたとしても、それに関わる在宅の支援者たちが、その可能性はあっても、やってみてどうかっていうところで思っていれば、実際そこが合致してなくても、そう詰めることはない(C2)・病院はもう退院してほしいっていう話が前提にある中で、そこに関して追及してどうのこうのっていう感じではないのかもしれないです。(一人暮らしが)難しいから帰らない方針があるのかっていうと、恐らくないんだと思って(C2-1)</p>
				11	本人との言語的コミュニケーションがはじめから難しい	<p>・(はじめから)本人の意思とかも確認できなくて、本当に早めに病院行かないといけないね、みたいなケースとかも多かったりする(A47)・(本人とはじめからコミュニケーションは)とれなかったです。最初のとき初めて会ったわけですけど、分かってないかかって言ったら、いや分かってるって友達が言っていましたね。それでも意識ない人が反応してないっていうことかもしれないけどとか(B13-1)・この時点(初回相談の時点)で誤嚥する状況、認知症の。要は末期の状況だったので、私自身がご本人と意味のある会話をできる状況にはなかったです(C2-2)</p>
				12	終末期に関わる精神的負担が大きい	<p>・(看取りに関わることは)結構精神的な負担感が非常に強く(A13)・何かした途中で、多分死んじゃったっていうので、お看取りに行ったこととかもあって、そういうのとかが、何かしたかったのかこの人はとか、心理的な負担するのは非常に重いものがあるのかな(A29)・周りの人も悲しみっていうのもあるのかなとは思いますが、その悲しみを想像したり、そこにある人と関わるっていうのは私自身、精神的に負担が大きいことをしてるなっていう思いがあります(C5)・亡くなる終末期を誰しもが迎えるっていう可能性もある中で、本当だったらそれを直で話せたらいいのかもしれない(けどできない)(C7)</p>
				13	専門職は看取りに感情を注ぐべきではない	<p>・そこにいるのには専門職としてるので、できるだけ人としての感情を100パーセントそこに注ぐべきではないって多分どっかで私は思ってる(B21)・すごくそこまでオープンに自分のこととか感情とかをひけらかしてみんなで涙を共有するみたいなことを職場ですることは、なんかそういう意味で人を脆弱化させるというか、ちょっとそういう気がするのかもしれない。(B22)・それ(感情的サポートを)を専門職としてる場でみんなでする必要はないかなって思うのかな。そのデスカンファという場所だね(B23)</p>
				14	デスカンファでは救われない	<p>・やっぱり一緒に入っていると言いたくなることも出てくる。例えばあのとき医者がなぜあれを処方しなかったのかとか。でも医者も多分後悔してたりすることももちろんある中で、そんな中でよくやったよ看護師さん言ってくれてっていうこと自体が、すごく表面的で誰も救われないっていうか、なんだろうなって……こんなデスカンファはあんまり意味がないかなって思って(B5)・すごい萎縮してしまうとかそういうところ相当コントロールできないと、みんながセーフに得られるものが多い、実り多いデスカンファっていうのがなかなか形骸化しないで成立ってかなり難しいなっていうふう思っていて。あったほうがいいと思うんですけど、非常に難しいですね(B10)・(悲嘆の個性が高くサポートが難しいから)葛藤があるんですね。カンファレンスとして設定するとか、形として何か残すとかいうのに難しさを(B28)</p>
6	日常業務の中のサポートが有効	6	15	院内のスタッフに支えられる	<p>・先生たちがすごい聞いてくださる先生が多いので、なかなかうまくいかない場合ももちろんありますが、日頃のやりとりとか非常にやりやすい(A23-4)・よく他職種と話して他職種に自分の仕事を分かってもらえて、職種が共感を示してくれたりすることとか。あとは知らないこととか分からないことがあったときに、安全にというか自分が不安にならずにちょっと見栄を張らずに聞ける関係だったりとかがあるので、看護にも医師にも。なのであんまり困ってはいない感じ(B12)・(ソーシャルワーカー部門全体でやるもの)としてはミーティング(C0)</p>	

				16	一緒に仕事を した人からの ねぎらいに救 われる	・いい関係があつて一生懸命お仕事してきた人に頑張ったねとか、大変だったよねとか、あのときつらかったねとか、でも誰々さん寝て幸せに眠るようだったねとか。ご家族も心配だからあれだけど、奥さんいい顔してたねとか、ちょっと疲れてたねとか、そういう一言が持つ力とかエネルギーってそういうデスカンファみたいなのでそんなにその人に関わってなかった人とか、関わった人もいるところで座ってお話を、じゃあどんな経過でしたっけとか、みんな順番に一言どうぞとか、ああいうところでもらう力よりも私はすごいあると思っていて (B25)・そういう瞬間を共有した一緒に頑張った人からのねぎらいの言葉とか、そういう場面での一言、生活場面っていかさういふ日々の中で一言ってのが一番大事なんじゃないかなって気はしているんですね (B26)・亡くなったときのこととか、どういうふうに支えるかとかってことも自己満足にならないように、専門職として何をすべきかとか、自分がされたらどう思うか、自分が家族が死んだときどう思うかとか、自分が本当にこの人見送ったときに専門職としてダメージ受けているときに、デスカンファしてほしいかとか、そういうことをいろいろ考えると結局個別性が高くって本当にその人に関わってその人のこと知っている人が、一言言ったり支えたほうが、本当の意味があるんじゃないかなとか多分思っているんだと思います (B29)
4	生と死の関係性を考える	7	死ぬ人と生き続ける人とのつながりに気づく	17	死ぬ間際に本人をサポートしてくれる人が出てくる	・亡くなったときにいろんな人が現れてくるのを、何度か見たりすると、この人ってこういうふうな家族だったんだなみたいなのが、そこで初めて分かるときとかが非常に多くって、その雰囲気とか見てたときに、こういう感じでこの人、この家族の中にこの人いたんだなみたいなのが分かったときに、暖かいなみたいな、いふふうな気になったりはしますかね (A32-1)・亡くなるって瞬間ってすごい力があるんだなって感じるんですね、そういう人を、普段出てこない人が登場してくるとか、それってその人の最後の力なのか (A32-2)・そういう亡くなるってのは最後の力もあるのかっていう気もして、やっぱりいろんなことが変わる瞬間だったり、引力じゃないけど、そういうものを持つてのようになっていふふうな気もするんですね (A32-3)・亡くなるときにこれだけの人がサポートしたいって思うことをこの人、この人たちにしてきたんだなって思いながら、私は関わってましたね (B13)
				18	死んだ人は生き残っていく	・亡くなる人は亡くなっていくので生きていく人のためにその死がどう意味付かってすごく大事だと私は思っていて、この人をそうやって見送れたことが生きていく人たちの中に息づいていくなと思う (B13-2)・みんなが語れるっていうのが大事だなというふうに思います (B13-3)・ただその人の言ったこととか、やったこととか、その瞬間みたいなものは人の記憶とか思い出とか感覚とかに残り続けるとは思っていますね (B15)
		8	死は生の延長線上にあるもの	19	死は生活の中の自然現象	・いろんな方が亡くなっていくし、そういう意味で(死は)普通にといふふうな話ですけど、そういうふう思った (B1)・本当にいろんな人の亡くなり方を見てると、どう死ぬかっていうのは本当どう生きるかなんだよなっていうのをすごく思っていて (B2)・看取る支援をしてるって思いながらあんまり介入を恐らく多分してないですね、私自身が (B3)・死にざま、生きざまだなっていふふう思う (B16)
				20	死は本人の生を含めた多義的なもの	・(死は)一義的なことでは語れないもの、すごく大きいものなんじゃないかな (C6)・今、こういう亡くなっていく患者さん、あるいはその家族に対しての関わりってのは、一つの価値観ではなく、自分の経験を踏まえて、すごい多義的な広範囲の中で支えられたらいいなって思っているんです (C10)・そこまで頑張った本人のこれまででいう意義はあるだろうし。全て含めて、いろんな意味で一言で言い表せないって感じがあります。言葉にするとしたら、死って多分、私にとってはすごい多義的な意義を持つものなんじゃないかなっていふふう思っています。いろんな人にとっても (C11)
	21			あの世があることで死を納得できる	・その人の一つの人生としては終わりって感覚でいて、やっぱり日頃の中でも、あの世っていふ部分は、僕の中ではあつてもいいのかなって気はしてて、そこと、今の世界が、なんかよくあの世から見るとかかっていふのはありますけど、そうありがたい部分はある (A53)・よくお亡くなりになった後、ご家族とかと話したりだとか、いろんな他の人と話す中で、冗談交えながら、今、あの世から見るかもねみたいな話をしたりだとか、奥さんと一緒になれたよねとか、そういう話はしてるわけですね、自分の中でも (A54)・(あの世があることで終末期の人の支援に伴う戸惑いなどを) 代替するじゃないですけど、消化するというか、納得する一つの方法というか、そう考えるのが不自然な形ですけど、すごい自然な、そうだよっていふふう思えるところのかな (A55)	

を支援するチームがスムーズに稼働するように考えていることが分かる。

2) [最期の場所の選択の自由における課題]

これは、〈無理して在宅にする必要はない〉と〈ひとり死への抵抗感〉の2つのコードからなる。

〈無理して在宅にする必要はない〉では、「在宅で看取るっていふのは、社会的にもそういうのっていいよねみたいな感じですけど、必ずしも、家で看取ることが100

パーセントいい……わけでもないと思う (A9)」や「(在宅療養の方針を) 変えてもいんだよって (本人・家族に) 話をしますね (B0-2-3)」といった発言があった。

〈ひとり死への抵抗感〉では、「(独居者の在宅看取りは) 地域の理解だとか、ケアマネの理解……、ヘルパーさんの理解が必要 (A37)」や、「(ケアマネが言うには) もうすぐ亡くなるって分かっている (独居の) 人を、家で迎えて、それをヘルパーさんにさせるのはちょっと

(難しい) (A39)」といった語りがあった。

社会的に在宅看取りがいいという風潮がある一方で、実際に在宅ケアをする支援者や地域の人々の間に終末期を在宅で過ごす抵抗感があることがわかる。ここから、本人が自由に最期の場所を選択することが難しいことが示されている。

(2) 【意思決定支援の意義の再検討】

このカテゴリーは「意思決定への働きかけ」と「本人の意思の尊重と安全確保のジレンマ」の2つのサブカテゴリーからなる。在宅MSWは、どんな人に対しても意思決定できるように働きかけるが、意思決定した内容が安全確保と両立せず、ジレンマになることがある。そのため何のために意思決定支援をするのか、その意義を再検討する事態に直面していることがここでは示されている。以下サブカテゴリーごとに説明する。

1) [意思決定への働きかけ]

これは、「本人がよいと思える過ごし方を一緒に考える」と「認知症の人の気持ちの理解を試みる」の2つのコードからなる。

〈本人がよいと思える過ごし方を一緒に考える〉においては、「(本人が) 気持ちよくというか、少しでも良かったって思えるような最後迎えられるのか……大事(A2)」や「生きてきてよかったなって思える場面を……共有する (B17-2)」といった語りがあった。

〈認知症の人の気持ちの理解を試みる〉では、「本人も暴れるぐらい病院嫌なんだし、お家でみてあげるのがいいのかも (A30-2)」や「そういう人(認知症のある人)の動きだとか行動っていう部分だとか、そこら辺も理解してあげられるようなことが必要 (A34)」と述べられていた。

以上から、患者本人がどんな状況であったとしても、在宅MSWは本人の気持ちを理解しようと歩み寄り、本人の意思決定への働きかけをしているといえる。

2) [本人の意思の尊重と安全確保のジレンマ]

これは、「本人の希望を叶えられなかった悔い」と「本人が望む在宅死が果たしていいのか考える」の2つのコードから成り立っている。

〈本人の希望を叶えられなかった悔い〉では、「本人が希望してなかった中での最後っていう形だったので……非常に悔いが残るし、何を支援したのかって (A40)」や「何を元にその選択(施設入所)になったのかっていうのが、ちょっと難しい……サポートしきれないから施設っていう形をせざるを得なかった (A41)」と語られていた。

〈本人が望む在宅死が果たしていいのか考える〉にお

いて、「一人でひっそり死にたいっていう患者さんもよくいますけど……その評価って難しい (A48)」や「(本人が) 家で死ぬっていてもじゃあ果たしてそれでいいものかどうかって、毎回考える (A49)」といった発言があった。

本人の希望はできるだけ叶える形で尊重したいが、安全を優先した場合それを叶えられずに悔いとなる。一方本人の在宅死の希望を尊重して安全を優先しない場合、果たしてそれがいいのかジレンマが生じるのである。

(3) 【喪失体験を収めていく】

このカテゴリーは「悶々とした思いを抱える」と「日常業務中のサポートが有効」の2つのサブカテゴリーからなる。ここでは在宅MSWは、思い通りにはいかない支援に悶々とした感を覚え、日常的なサポートを活用して、その感情を収めていくことが表現されている。以下サブカテゴリーごとに説明する。

1) [悶々とした思いを抱える]

これは「退院しなければならない現実がある」、〈本人との言語的コミュニケーションがはじめから難しい〉、〈終末期に関わる精神的負担が大きい〉、〈専門職は看取りに感情を注ぐべきではない〉、〈デスカンファでは救われない〉の5つのコードから生成されている。

〈退院しなければならない現実がある〉では、「病院はもう退院してほしいっていう話が前提にある中で、……(一人暮らしが) 難しいから帰らない方針があるのかっていうと、恐らくない (C2-1)」と述べられていた。また「病院のスタッフの方たちはそういう(在宅は難しいという) 見方でも……無理くり(病院と在宅療養支援診療所の意見を) 統一させないって感じではない (C1)」と自宅退院に困難がある中でも退院という決定がされた以上、その方針について病院と在宅療養支援診療所間で話し合うことがほとんどない現実が示されていた。

〈本人との言語的コミュニケーションがはじめから難しい〉では、「(はじめから) 本人の意思とかも確認できなくて、本当に早めに病院行かないといけないね、みたいなケースとかも多い (A47)」や「(初回相談の時点で) 私自身がご本人と意味のある会話をできる状況にはなかったです (C2-2)」などという発言があり、本人の意思を確認することが困難なときもあることが語られていた。

〈終末期に関わる精神的負担が大きい〉では、「(看取りに関わることは) 結構精神的な負担感が非常に強く (A13)」や、「終末期を誰しもが迎えるっていう可能性もある中で、本当だったらそれを直で話せたらいいのか

もしれない（けどできない）」などと述べられていた。

〈専門職は看取りに感情を注ぐべきではない〉においては、「専門職としているので、できるだけ人としての感情を100パーセントそこに注ぐべきではない（B21）」という意見があり、「そこまでオープンに自分のこととか感情とかをひけらかしてみんなで涙を共有するみたいなことを職場ですることは……人を脆弱化させるというか（B22）」と理由が述べられていた。

〈デスカンファでは救われない〉では、「すごく表面的で誰も救われないっていうか……こんなデスカンファはあんまり意味がないかな（B5）」という指摘があった。また「(悲嘆の個性性が高くサポートが難しいから)葛藤があるんですね。カンファレンスとして設定するとか、形として何か残すとかいうのに難しさを（B28）」と語られていた。

以上から、リスクがあっても退院せざるを得ない状況下で、本人の意向を直接聞くことが難しいときがあることが分かる。一方人の死に接する精神的負担が大きい中で、仕事に感情を注ぐべきではないという考えもあり、またデスカンファレンスでは専門職の感情のサポートは難しいことが指摘されている。つまり、本人の意向を尊重した支援をしたくても、本人の思いを言語化して正確には確認できないまま支援していかざるを得ない、そのうえ在宅MSW自身の精神的負担はどう扱ったらいいのか分からない、そういった悶々とした思いがあることが分かる。この思いは、在宅MSWとしての役割・機能を十分に果たせなかったのではないかというあいまいな喪失体験と、患者の喪失体験に伴う思いといえる。

2) [日常業務の中のサポートが有効]

これは〈院内のスタッフに支えられる〉と〈一緒に仕事をした人からのねぎらいに救われる〉の2つのコードから生成されている。

〈院内のスタッフに支えられる〉では、「先生たちがすごい聞いてくださる先生が多いので……日頃のやりとりとか非常にやりやすい（A23-4）」や、「よく他職種と話して他職種に自分の仕事を分かってもらえて、他職種が共感を示してくれたりすることとか。……なのであんまり困ってはいない感じ（B12）」といった語りがあった。

〈一緒に仕事をした人からのねぎらいに救われる〉においては、「いい関係があって一生懸命お仕事してきた人に頑張ったねとか……そういう一言が持つ力とかエネルギーって……すごいあるとっていて（B25）」や「一緒に頑張った人からのねぎらいの言葉とか……日々の中の一言っていうのが一番大事なんじゃないかな

（B26）」と語られていた。

ここから普段から接している人たちからの日常の中のサポートによって、在宅MSWは助けられている感覚があることがわかる。こうして喪失体験を自身の中に収めていっている様子がうかがわれる。

(4) 【生と死の関係性を考える】

これは〔死ぬ人と生き続ける人とのつながりに気づく〕と〔死は生の延長線上にあるもの〕の2つのサブカテゴリーからなる。在宅MSWは支援の中で、死んでいく人と生き続ける人との不思議な関係に気づいたり、死と生は分けて考えることができないものだと捉えたりして、生と死の関係性を考えていることが示された。以下サブカテゴリーごとに説明する。

1) [死ぬ人と生き続ける人とのつながりに気づく]

これは〈死ぬ間際に本人をサポートしてくれる人が出てくる〉と〈死んだ人は生きる人のなかに残っていく〉の2つのコードからなる。

〈死ぬ間際に本人をサポートしてくれる人が出てくる〉では、「亡くなるって瞬間ってすごい力があるんだなって感じるんですね、……普段出てこない人が登場してくるとか（A32-2）」や「亡くなるときにこれだけの人がサポートしたいって思うことをこの人、この人たちにしてきたんだな（B13）」といった語りがあった。

〈死んだ人は生きる人のなかに残っていく〉では、「その死がどう意味付かってすごく大事だと私は思っていて、この人をそうやって見送れたことが生きていく人たちの中に息づいていくなと思う（B13-2）」や、「その人の言ったこととか、やったこととか、その瞬間みたいなものは人の記憶とか思い出とか感覚とかに残り続けるとは思って（B15）」などと述べられていた。

以上から在宅MSWは、死んでいく人と生き続ける人との間にはつながりがあり、それが継続することに気づいているといえる。

2) [死は生の延長線上にあるもの]

これは〈死は生活の中の自然現象〉、〈死は本人の生を含めた多義的なもの〉、〈あの世があることで死を納得できる〉の3つのコードからなる。

〈死は生活の中の自然現象〉では「(死は) 普通に(あること) (B1)」や「どう死ぬかっていうのは本当どう生きるかなんだよな (B2)」、「あんまり介入を……多分していない (B3)」といった語りがあった。死は自然現象であるから、終末期に変化をもとめる介入はしていないということである。

〈死は本人の生を含めた多義的なもの〉では、「そこまで頑張った本人のこれまでっていう意義はあるだろう

し。全て含めて……死って多分、私にとってはすごい多義的な意義を持つものなんじゃないかな (C11)」や「亡くなっていく患者さん、あるいはその家族に対しての関わりってのは……すごい多義的な広範囲の中で支えられたらいいな (C10)」などと述べられていた。

〈あの世があることで死を納得できる〉では、「今の世から見てるかもねみたいな話をしたりだとか、(先に亡くなった) 奥さんと一緒になれたよねとか、そういう話はしてるわけですよね、自分の中でも (A54)」や、「(あの世があることで終末期の人の支援に伴う戸惑い等を) 代替するじゃないですけど、消化するというか、納得する一つの方法というか、そう考えるのが不自然な形ですけど、すごい自然な、そうだよっていうふうに見える (A55)」と語られていた。

以上のように、死についてはそれぞれの見方があるが、死は生活の中にあり、生きた時間を含めて考えることや、死んでもあの世があると考えていることから、死は生の延長線上に位置するものと捉えていることが分かる。

(5) 小括

在宅療養支援所の在宅 MSW は、【多様な最期の受け入れ難さ】が社会的背景としてあるなかで、本人の意思を実現できないことが少なくはなく【意思決定支援の意義の再検討】という課題に直面している。その一方で在宅 MSW としての役割・機能が十分に発揮できないことや患者の死という【喪失体験を収めていく】過程を通して、【生と死の関係性を考える】ことが分かった。

4. 考察

以上の調査結果について、人間の全体性としてのスピリチュアリティと、人間の中心としてのスピリチュアリティの観点から考察していく。

(1) 在宅 MSW の全体性としてのスピリチュアリティと、【多様な最期の受け入れ難さ】および【意思決定支援の意義の再検討】の関係

在宅 MSW は日常業務の中で常に外部と関係している。外部とは、社会であったり、専門職チームであったり、クライアント (患者・家族) であったりする。またここで人以外のものに関係しているものは、ソーシャルワークの価値である。それは人間の尊厳を守るために必要なもので、社会正義や本人主体といったような言葉で表現される。

〔チームで課題を共有する難しさ〕は、チームで支援していくなかで本人にとって優先すべきことについて共通の認識ができない困難感である。〔最期の場所の選択の自由における課題〕は、社会一般において在宅看取り

がよいという価値観があるなかで、患者・家族が在宅生活を選択しないことを後ろめたく思うことや、独居者の在宅死をよしとしない考え方も存在することに対して、在宅 MSW は課題に思っていることを示している。つまり【多様な最期の受け入れ難さ】がある外部と在宅 MSW はつながっていることがわかる。

他方、在宅 MSW は患者本人への支援として〔意思決定への働きかけ〕を常に行っている。ここでの「意思」は、「本人が気持ちよく (A2)」という言葉に表されているように、清潔や安全といったことだけではなく、本人が価値を置いていることを一緒に探していくという動きである。その「意思」を探していく作業は、どんな人に対しても行う。特に重度の認知症の人や意識障害のある人は言語でのコミュニケーションが難しいため、その人が示す非言語表現も含めて、在宅 MSW はその人を注意深くかつ全体的に観察することによって意思を理解しようとする。

しかし「本人が気持ちよく (A2)」過ごせる方法を見つけたとしても、その方法を実現できるとは限らない。「サポート側が、サポートしきれないから施設っていう形をせざるを得なかった (A41)」と悔い、一方で「本人が気持ちよく (A2)」と思っても、「(本人が) 家で死ぬっていてもじゃあ果たしてそれでいいものかどうか、毎回考えるというか、客観的に見ると……お家じゃない所のほうが安楽に過ごせるんじゃないかとか (A49)」といったように、本人が示した意思について検討し、その実現が果たして本人の尊厳につながるのか逡巡する。

〔意思決定への働きかけ〕をし〔本人の意思決定の尊重と安全確保のジレンマ〕が生じる事態から、【意思決定支援の意義の再検討】の必要性が課題に上がってくる。つまり、本人の意思を実現できないことが分かっているのに何故本人の意思を聴くのか、意思を聴くことが本人の尊厳につながるのか、という疑問である。意思決定支援においては結果 (意思の実現) よりプロセスが重要と一般的にはいわれるが、それは本人がその支援プロセスに十分に参画して、意思の実現が困難なことに納得している場合であろう。そうすれば当初の意思に反して安全確保が優先されても、本人はよしとすることができるといえる。しかしこの場合、本人は終末期にあるがゆえに近い将来意思疎通が困難になっていく。そのため、意思決定の過程の十分な参画は難しいことが多い。ゆえに本人からの評価を得られないことが多く、これでよかったのか、どのように意思決定支援の意義を位置づけたらいいのか、在宅 MSW は何度も自己と対話しながら、

検討を繰り返すのである。この動きは、本来は意思決定の主体である患者が亡くなっていくというどうにもならない状況で、自己と、チームや社会や専門職倫理といった環境との関係において、意思決定支援の意味を見出そうとしている様であるといえるだろう。

【多様な最期の受け入れ難さ】は社会やチーム、患者・家族との関係の中で起きてくる。【意思決定支援の再検討】は、それに加え、専門職倫理との関係のなかで生じる。社会や他者、専門職倫理につながり、それらと相互により良い関係、つまり Canda ら (=2014) の言葉でいえば「満足のいく関係」を求めていくことは、在宅 MSW の活動が外に開かれていることを意味する。これは通常のソーシャルワークの過程であるかもしれないが、環境（社会、チーム、クライアント、専門職倫理）と自己の間で、考えることのやり取りを継続しているさまでもある。このような過程のなかで「つながりと責任の感覚」(Canda et al.=2014: 133) が強くなっていくといえる。この段階においては、在宅 MSW 自身は環境との一体感は得られていないが、これが全体性としてのスピリチュアリティに向かう動きと解釈できる。人が人を支援する過程において、このような「つながりと責任の感覚」(Canda et al.=2014: 133) が生まれ、この感覚が強くなっていくことがあるだろう。つながるといことは、在宅 MSW がクライアントと「互いのスピリチュアリティを響き合わせながら」(安井 2021 : 41) いることともいえよう。このように悶々と試行錯誤しながらも社会やチーム、クライアント、専門職倫理とかかわり続ける在宅 MSW が、〈認知症の人の気持ちの理解を試みる〉などして、何らかのコミュニケーションをクライアントと取り続けることにより、「つながりと責任の感覚」(Canda et al.=2014: 133) がクライアントに伝わっていくだろう。【意思決定支援の意義の再検討】でジレンマを抱え悩むという在宅 MSW の行為は、自己を専門職倫理に開き、専門職倫理と一体化していく過程とも考えられる。だから例え意思を実現できないことが分かっていたとしても【意思決定への働きかけ】をすることは、専門職倫理に沿って、クライアントにつながりと責任を伝えることを意味する。「最期穏やかでしたね。友達がいるところであつと涙を流したのかな (B13-1)」という意識障害のある患者の様子からは、その患者も他者等とのつながりと責任を感じ、深いところで互いに分かり合っているのかもしれない。【意思決定支援の意義の再検討】の作業は、在宅 MSW とクライアント双方の全体性としてのスピリチュアリティが互いに広がっていくための重要な働きかけといえる。このような過程を経て、在

宅 MSW は専門職としてさらに成長していくのではないか。

(2) 在宅 MSW の中心としてのスピリチュアリティと【喪失体験を収めていく】および【生と死の関係性を考える】の関係

Canda ら (=2014) によれば、スピリチュアリティにおいては外に向かうと同時に内観していく動きが生じるという。データに基づきながらその動きを見ていきたい。

「悶々とした思いを抱える」においては、社会的事情を反映して〈退院しなければならない現実がある〉ことや、〈本人との言語的コミュニケーションがはじめから難しい〉という事実が前提としてある。その一方で〈終末期に関わる精神的負担が大きい〉ことが語られている。そのような中で専門職は、看取りの支援に感情をあまり注ぐべきではないという指摘も出ている。デスクランファレンスのように看取りに伴う悲嘆の感情を職場で公に出すことはサポートにつながらず、専門職としての在宅 MSW を脆弱化させるという意見である。一方で「日常業務の中のサポートが有効」という意見もある。診療所内では密なコミュニケーションが常時行われていることから、特別な時間を取らずにその日常業務の中でねぎらいあうことが救いになるという考えである。在宅 MSW の喪失の対象は、患者だけでなく、意思決定支援の意義や、支援そのものの妥当性の評価も含む。「悶々とした思いを抱える」ことは、この対応は果たしてこれでよかったのかという感情を自分の中に収めていくプロセスとして表現されているといえる。

その一方で生じていることが二つある。一つ目は、「亡くなったときにいろいろな人が現れてくる……暖かいな (A32-1)」と感じたり、「この人をそうやって見送れたことが生きていく人たちの中に息づいていくなと思う (B13-2)」と「死ぬ人と生き続ける人とのつながりに気づく」ことである。また二つ目は「(死は自然現象なので看取りの時期に) あんまり介入を……多分していない (B3)」といった語りに代表される在宅 MSW 自身の死生観からくる援助方針である。これはバイオ・サイコ・ソーシャル・スピリチュアルモデルに基づく寄り添いの支援 (藤井 2015) の体現ともみえる。また死を〈本人の生を含めた多義的なもの〉として考えて、今日の前のクライアントを多義的な価値観で支えたいという援助観もでている。一方、あの世があることで終末期の支援に伴う戸惑いなどの感情を自然に消化できるものとし、自分のなかで落とし込んでいるさまもみえる。つまり「死は生の延長線上にあるもの」として在宅 MSW 自身の中で納得しているのである。死に接する支援をしていく中

で【生と死の関係性を考える】こと、そしてその関係性を言語化して納得することは重要である。納得することは自分の腑に落とすことであり、自分の中心に落とし込めることともいえる。このように自分自身の喪失体験の意味づけや、自分なりの生死に対する考え方が中心に落ち着いていると、自分の援助観、つまりソーシャルワーカーとしての核となるものがみえてくる。これは Candaら (=2014: 134) が「中心に落ち着くと、明晰な気づきと共感を伴って他者とのつながりに開かれる」と指摘していることにつながってくるだろう。

人が人を支援していく過程において、クライアントとの交互作用により、在宅 MSW 側にもこのような全体性と中心に向かう動きが同時並行的にある。この動きが活発になることでソーシャルワーカーとしての中心が定まり、より豊かになっていくことが今回示唆されたといえる。在宅 MSW がスピリチュアリティを含めて人間を全人的に深く理解し、支援についてクライアントやチームメンバーや地域の人々らとともに悩み考え、【生と死の関係性を考える】という超越性にまで思考を広げて自分の中に落とし込むことは、「つながりと責任の感覚」(Canda et al.=2014: 133) が、在宅 MSW の内部でも浸透することとなる。この動きが、人が人を支援していくことの豊かさにつながっていくのであろう。

今回は通常のソーシャルワーク支援の様を分析したものであるが、そこにスピリチュアリティの要素が十分に入っていることが分かった。逆に言えば、スピリチュアリティは普段のソーシャルワークの中に当たり前存在しているもので、人間理解には不可欠なものにもかかわらず、意識しないと見過ごしてしまうものなのかもしれない。人が人を支援していくとき、どうしてもできないことは少なくはない。だからこそ、そのような状況にも意味を見出すスピリチュアリティの動きを認識することは、クライアントにとっても在宅 MSW にとっても助けとなるだろう。それは問題解決型ではない、人が生きること全体の豊かさを探求するソーシャルワークそのものの深化につながるのではないか。

5. 結論と今後の課題

結論として、以下の3点をあげる。1点目は、どうにもならない状況下でも在宅 MSW は支援の意味を見出そうと取り組む過程を通して、自分の援助観が定まってくる。2点目は、通常のソーシャルワーク支援の中にはスピリチュアリティの要素が十分に入っていること。3点目は、スピリチュアリティの動きを認識することにより、在宅 MSW とクライアントとの間でつながりと責任の感覚が共有され、それがより豊かな支援につながる

可能性があることである。

本研究は3名という少数の在宅 MSW へのインタビュー調査の結果を用いたものである。今後はより多くの在宅 MSW をはじめとしたソーシャルワーカーへのインタビュー調査を行うとともに、量的調査を行いたい。そして相互補完的にソーシャルワーカーのスピリチュアリティ、およびソーシャルワークにおけるスピリチュアリティについて検討していきたいと考える。

謝辞

本研究にご協力いただいた皆様には深く御礼申し上げます。本論文は、JSPS 科研費 (16K04157) の助成を受けて行った研究成果の一部です。

注

- 1) 愛知県立大学
- 2) 日本社会事業大学
- 3) ルーテル学院大学

文献

- Canda, E. R. and Furman, L. D. (2010) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping*, 2nd ed., 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.)
- 藤井美和 (2015) 『死生学と QOL』関西学院大学出版会。
- 藤井美和 (2019) 「死生学に見るグリーフワーク」『精神療法』45(2), 212-217.
- 藤井美和 (2020) 「ソーシャルワークとスピリチュアリティ——死生学から見る人間理解」『ソーシャルワーク実践研究』11, 2-14.
- 藤井理恵・藤井美和 (2009) 『増補改訂版 たましいのケア——病む人のかたわらに』いのちのことば社。
- 伊藤綾乃・木股貴哉・平川仁尚 (2016) 「在宅診療所に勤務するソーシャルワーカーの業務に関する質的研究」『ホスピスケアと在宅ケア』24(2), 107-110.
- 木原活信 (2003) 『対人援助の福祉エートス——ソーシャルワークの原理とスピリチュアリティ』ミネルヴァ書房。
- 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/guide/report_detail.php?@DB_ID@=633,20210725).
- 日本ソーシャルワーカー連盟 (2020) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領」(<http://jfsw.org/code-of-ethics/>, 20210725).
- 野田京 (2010) 「在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーク援助の現状——アンケート調査からの実態把握」『医療と福祉』87, 33-37.
- 大賀有記 (2020) 「在宅医療ソーシャルワークの意義に関する考察——スピリチュアリティに配慮したソーシャルワークの観点を参考に」『社会福祉研究』22, 1-8.
- 小山幸 (2013) 「在宅 (地域) 医療の現場より(4) 一人ひとりに向き合い、地域に向き合う在宅医療におけるソーシャルワーク」『リハビリテーション』555, 42-44.
- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社。
- 上田まゆら (2019) 「在宅医療現場におけるソーシャルワーク実践」

- 『ソーシャルワーク研究』45(3), 253-261.
- 山崎まどか・西出真悟・佐野晴美・藤田譲・岡村紀宏 (2018) 『在宅療養支援診療所ソーシャルワーカーの業務の実態に関する調査』報告『医療と福祉』103, 24-30.
- 安井優子 (2018) 「東日本大震災による死別体験者が苦しみの中で求めるもの——スピリチュアリティの視点からの考察」『社会福祉学』59(3), 55-68.
- 安井優子 (2019) 「シンポジウム『聴く』ことの再考 ソーシャルワークにおける今日的意味——東日本大震災による死別体験者の苦しみの研究を通して」『医療社会福祉研究』27, 17-28.
- 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」『保健医療社会福祉研究』29, 29-45.