

## 緩和・終末期ケア領域における ソーシャルワーク実践に必要な教育項目の検討

北村育子

### 要旨

ソーシャルワークの実践領域は多様であり、終末期ケアもその一つである。各領域にはその特性を踏まえた知識とスキルがあり、それらを習得するための教育が必要である。しかし、終末期ケアの領域で実践するために必要な教育は、米国においても始まって日が浅い。終末期をどう生きるかは、すべての人の達成課題であるが、我が国では団塊の世代の高齢化という問題に直面しており、支援の機会は増えている。終末期ケアは、多職種から成るチームによって担われることが多い。ソーシャルワークの専門性は、終末期の生活の質をなるべく高いものにするための援助に、他のどの専門職よりも適しているはずである。そのために必要な知識とスキルを効果的に獲得するためには、現場での経験のみに頼るのではなく、良い教育プログラムを構築することが必要である。そのような教育プログラムを構築するための要件を探ることを目的として、主に米国における終末期ケア教育に関連する文献を整理した。

キーワード：終末期ケア、緩和ケア、ソーシャルワーク、教育、訓練

### I はじめに

ソーシャルワーカーは、生まれてから死ぬまで、その人が人生を全うすることができるように支援する。ソーシャルワーカーの主な関心事は、その人の幸福な生を実現することであり、援助は通常その人の自立の達成によって終結する。援助が終結するもう一つの条件が、クライアントの死である。クライアントの死は、ワーカーのコントロールが及ばない事態であり、クライアントの死亡を前提として援助を計画することは通常ない。終末期ケアは、その例外である。死にゆくクライアントの援助は、ソーシャルワーク実践において主流に近いものとして扱われているとは言い難い。また、死は年齢に関係なく訪れるものであるが、誰もが長寿を望める社会においては、死は老いとセットで捉えられがちである。

我が国の人口は、2008年をピークに減少に転じたが、高齢者数の伸びの鈍化と64歳までの人口減少の加速により、その減少幅は次第に大きくなる。1990年には12.1%であった高齢化率は、平成の30年間に16.3ポイント上昇し、2019年には28.4%となり、2040年には35.3%になると推計されている。高齢化率の伸びは平成の30年間に比べると鈍化するものの、2035年までは85歳以上人口の増加が続く。85歳以上人口の全人口に占める割合は、1990年には1%に満たなかったものが、2019年には4.7%となり、2040年には9.2%となる。これに伴い死亡数は年々増加し、1989年には79万人（一日約2200人）であったものが、2040年には168万人（一日約4600人）に達する見込みである。このような多死社会において、高齢者の死亡場所を確保し、高齢者の看取りにそれ以外の医療ニーズを圧迫させないことは、社会政策上の課題であり、高齢者を自宅や介護施設で看取ることが求められている。

高齢者とその子世代を対象としたある調査によると、終末期を過ごしたい場所で最も多いのは自宅（59%）で、次が医療施設（34%）であった。避けたい場所は子どもの家（42%）や有料老人ホームを含む介護施設（34%）であったが、高齢者の大半（96%）は子どもの負担にならないことを第一に考えるのに対して、子どもたちは親たちが家族と共に過ごす時間を十分に持つこと（86%）を大切にしたいと考えている（日本財団 2021）。終末期を過ごす場所として自宅が望ましいのは、住み慣れた落ち着いた場所で自分らしくいられるからであるが、子どもの負担にならないためには、医療機関や介護施設を選択せざるを得ない。また、共稼ぎが一般化している日本の社会では、伴侶に先立たれた高齢者を子世代が自宅で看取ることには無理がある。最期は積極的な治療による延命よりも不快感や痛みなく安楽に過ごせることを多くの人が望む一方で、子の立場からは、親が積極的な医療により少しでも長く生きてくれることを望む傾向がある。

言うまでもなく、年齢、性別、社会的地位、貧富の差、などにかかわらず、死は誰にも必ずやって来る。人生の最終段階を質の高いものにするという課題に直面する人々を支援することは、ソーシャルワーカーの重要な仕事の一つである。住み慣れた落ち着いた場所で自分らしくいたい、家族の負担にはなりたくないという希望もまた、高齢者に限られたものではない。高度成長期以降、死が病院内の出来事となり、生活から切り離されてしまったことから、高齢者介護施設においても、最期は利用者を病院に搬送してきた。近年、ようやく介護施設において看取りが実践されるようになり、医療機関では、緩和ケア病棟やホスピスを充実させてきている。また、在宅療養支援を利用して自宅で家族が看取することも可能である。このような状況の変化において求められるのは、終末期にある人々の日々の生活の質の向上と、その人が人生を悔いなく終えることができるための支援であり、家族の支援である。終末期ケアは、多職種によるチームを通して提供することが有効であるが、ソーシャルワーカーは、協働が有効に機能するための中核的存在として最も適任である。本稿は、主に米国で実施された研究を整理し、緩和ケア・終末期ケア分野で実践するソーシャルワーカーを養成・支援するための教育プログラムに必要な要件を探るものである。

## II 方法

ソーシャルワーク研究を扱う雑誌を対象に「教育」をキーワードとしてデータベース(SocINDEX)検索を行い、65の文献を選定した。そして内容を整理し、終末期ケアの実践者を養成するための教育プログラムを構築するにあたり重要と考えられる課題項目を、「終末期ケアをめぐる課題とワーカー教育の必要性」「米国における終末期ケア分野のソーシャルワーク教育の経過」「終末期にある人の援助者としての資質」「バーンアウトとワーカー支援」「意思決定支援と事前指示書作成支援」「家族支援」「ソーシャルワーカーの役割」「価値・倫理」「文化的多様性・死生観」「スピリチュアリティ」「多職種協働」「地域啓発」「死別・悲嘆のケア」「複雑性悲嘆」として整理するとともに、実際に提供された教育プログラムを例示した。

## III 終末期ケアの実践者養成プログラムを養成するために

### 1 終末期ケアをめぐる課題とワーカー教育の必要性

死生観や看取りに関する文化がいかに多様であっても、人々は、間違いなく終末期ケアを必要としている(Reese, et al., 2010)。このことは、エリザベス・キューブラー・ロスに大小さまざまな反発が寄せられたにもかかわらず、ホスピスや終末期ケアが確実に定着していった経過を見ればわかる。

その病気で死ぬことと、その病気を抱えて生きることとは、全く違う。死にゆく人を援助するのではなく、今、現に生きている人を援助しているということを忘れないようにしなければならない。ソーシャルワーカーは、「死ぬまで生き活きと生き続けること、自身の生を全うすること」を援助する(Bennetta, 2018)。「良き死」とは、死に至る過程を理想に近づけることである。死は極めてパーソナルなものであり、その経験はその人以外の誰のものでもない。亡くなるまでの日々を、その人自身が良きものとして感じられなければならない。

米国においても、高齢者施設から利用者が病院に搬送されるケースは珍しくないようである。また死亡する高齢者の約3割が病院で亡くなり、その半数に高度で不要な医療が提供されているとの報告もある。ブロンクスにあるリハビリ施設を備えた介護老人ホームから病院に搬送された利用者の大半は、回復の見込みのない人たちであった。施設で緩和ケアを提供すること、再入院を少なくすること、事前指示書の作成を促すこと、病院から施設の緩和ケアへの送致を増やすことが必要である(Giuffride, 2015)。

人生のどの時期においても、包括的かつ質の高い医療を受けられるべきだが、心理社会的な、またスピリチュアルな側面にも配慮したケアを、すべての患者とその家族とが受けられる状況には至っていない。高齢者の終末期ケアニーズの高まりによって、がん医療や終末期ケアにおけるソーシャルワーク実践の質を高めるための教育への関心は高まった。ソーシャルワーカーは、多

職種から成る医療チームの核でなければならないが、そのための教育が十分でないことが強く認識されるようになった (Jones, et al., 2014).

米国のホスピスの管理者は、支援 (介入) においてソーシャルワーカーが最も適任であり、また実際、最も濃密に関わっていると考えている (Reese, 2011). ホスピスや緩和ケアを利用する人が増えるにしたがって、サービスのばらつきをなくすための基準づくりもすすめられてきている。ソーシャルワーカーは、アセスメントの質を維持・向上させるために、研修の機会を常に求めなければならないが、1169名のソーシャルワーカーを対象とした調査 (Weisenfluh & Csikai, 2013) によると、約半数が、21-50件のケースを担当し、本人・家族の心理社会的ニーズを他の専門職に伝え、悲嘆・死別のアセスメントも行っていた。最大の教育ニーズは、患者・家族の心理社会的ニーズに関する事、心理社会的介入に関する事であった。また、その人の死がもたらす家族への影響、死に関連する文化・宗教・スピリチュアリティの多様性、事前指示書、経済的課題の解決、制度政策の動向、子どもとの死別、死別後の家族支援、医学的知識、などについての学習ニーズが認められた。死や死に至る過程、悲嘆や死別に関連する教育は、終末期や悲嘆に関連する援助に欠かせないにもかかわらず、NASW (全米ソーシャルワーカー協会) による実践標準の設定以後も、ソーシャルワーク教育においてほとんど提供されていないと Wallace, et al. (2017) は指摘している。

本人・家族が経験する心理的な苦悩をはじめとする終末期に経験するさまざまな課題を DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) にあてはめても、死にゆく人の経験を描き出すことはできない (Crunkilton & Rubins, 2009). ソーシャルワーカーだけでなく、他の専門職者も、本人家族が必ず直面する複雑な心理社会的・スピリチュアルな課題を明確化し代弁するためのスキルを持っていない (Otis-Green, et al., 2008). 人間存在に関する苦悩は、肉体的・精神的ウェルビーイングに大きな影響を及ぼす。心理社会的課題の解決を支援できるのはソーシャルワーカーだけであり、心理社会的・スピリチュアルな実践ツールがソーシャルワーカーには必要である。そして、ソーシャルワーカーが終末期にある人々に特有のニーズを明確化し、充足するための教育もまた必要である。

看護学生とソーシャルワークの学生を対象としたイスラエルでの調査では、ソーシャルワークの学生は、看護学生に比べて、終末期ケアに対する関心が低く、また看護学生や一般市民に比べて、死の不安 (自身や他者の死について考えることによって生じるさまざまなネガティブ感情) の値が高かった (Shinan-Altman, 2017). 他者の死に対する不安や恐怖の値が、実践経験によって強まるのか軽減されるのかは、わからない。しかし学生は、家族や友人、教員や指導者など周囲の影響を受けやすく、経験的に死について学習する機会があると、終末期ケアに対する関心が高くなることは確かであろう。よって、そのような機会を創出することが必要である。

## 2 米国における終末期ケア分野のソーシャルワーク教育の経過

ソーシャルワーカーとしての実践標準が提示されることで、ワーカーの不安は相当程度解消さ

れ、バーンアウトの防止にもつながる。2002年に、終末期ケアと緩和ケアに関するソーシャルワークサミットが、死と死別のケアの質的向上を目指して開催された（Gwyther, et al., 2005）。ソーシャルワーカーの知識とスキル向上のために、NASWは、①実践標準の構築、②実践のための情報提供、③卒後教育プログラムの開発、④終末期ケアにおけるソーシャルワークの役割の4つを戦略として文書化した。2003年6月にこれらの戦略を検討するワーキンググループが作られ、2004年、「緩和・終末期ケアにおけるソーシャルワークの実践標準」が提示された（Walsh, et al., 2005）。この冊子は、終末期ケアで活用できる基本的知識、種々のスキルとコンピテンスをカバーしており、科目を作る際のアウトラインとしても活用できる。

その後2005年に、NASWはアメリカにおける死のプロジェクト（PDIA）と全国ホスピス緩和ケア協会（NHPCO）の支援を得て、サミットを開催した（Altilio, et al., 2007）。ここでは、2002年の初回サミットを踏まえて、緩和ケアガイドラインとの整合性を目指してソーシャルワーク実践が担える範囲が明確化され、小児科や集中治療室での協働についても検討し、アクションプランが構築された。NASWはこれと同時に、NHPCOと共同で資格認定制度も作っている。

### 3 終末期にある人の援助者としての資質

フォーマル（仕事としてケアを提供）、インフォーマル（家族など）を問わず、①終末期にある人を世話する動機、②本人と有効なケア関係の構築に寄与する要因、世話を続けさせる要因、③ケア提供者が自身や本人に負っている責任、④社会的な背景がケア提供者に与える影響、などはどのようなものなのだろうか。死と死別に関する国際ワークグループ International work group on death, dying and bereavement（2006）によると、終末期にある人を世話ようになる動機は他動的で、世話をする人たちはレジリエンスが高い。ただし、ケア提供者であることを周囲から評価され、仕事として終末期ケアに携わる者に対しては、スーパービジョンなどの支援が必要で、施設や病院、終末期ケアチームなどは、家族やワーカーが本人をケアできるように支援することが必要である。

### 4 バーンアウトとワーカー支援

終末期ケア、緩和ケア、高齢者医療の分野でソーシャルワーカーが不足していることは広く認識されている（Damaskos & Gardner, 2015）。この分野で実践するワーカーは、スーパービジョンの機会も研修の機会もなく、悩みをシェアする同僚もいないため、共感性疲労に陥り、バーンアウトしやすい（Berzoff, et al, 2006; Chow, 2013）。人材不足は、医療が発達し、人々が慢性疾患を抱えながら長い期間を過ごすことになったことの必然の結果であり、質の高いワーカーの確保は喫緊の課題である。スーパービジョンは、ソーシャルワークにおいてワーカーの成長を保証する必須のシステムであり、終末期ケアにおいて、ワーカーがメンターとしてのパイザーを持つことができるようにすること、メンターが実質的に確保されることが重要で、チーム内の相互支援、ピア・スーパービジョン、異なる分野の専門職メンター、などが検討されるべきである

(Damaskos & Gardner, 2015).

終末期ケアの現場ではさまざまな専門職が働いているが、そのいずれもが、自身の役割範囲が不明確だと感じている (Stensland & Landsman, 2017). 患者は、ソーシャルワーカーにも医療に関する質問をして介入を求め、看護師に家族の複雑な事情や心理社会的な問題について語る。終末期にある患者の語りや要求は、職員に感情労働を強いる。感情労働は表層演技と深層演技から成るが、表層演技とバーンアウトには高い関連性がある。ホスピスのワーカーは、共感と同情を示すことを求められる機会が多いが、担当ケースが多ければ、表層演技を多用せざるを得ない。真の共感に基づく支援はバーンアウトを引き起こしにくく、またサポートされていると感じることで、心理的消耗を抑えることができるため、支持的な職場環境を整えることが重要である。ソーシャルワーカーは、そのような環境づくりにも指導的役割を果たすことができる。

アイオワ州内の17ホスピス、244名の職員(職種・地位はさまざま)を対象とした調査によると、共感の欠如、フルタイム職員であること、組織規模が大きいこと、がバーンアウトの要因であった (Stensland & Landsman, 2017). また、米国とカナダの272人の学生を対象とした調査では、ホスピスで実習経験のある学生や身近に看取りを経験した学生は、不安や恐怖のレベルが低く、35歳以上の回答者の不安レベルは低かった (Simons & Park-Lee, 2009). バーンアウトを防ぐために、支持的な労働環境を創出するための職員教育、講義と実習を組み合わせた学生教育が有効であることが示唆されている。

バーンアウトしないようにするためには、ワーカーである自分に「緩和ケア」を施すことで自身のQOLを維持し、仕事を私生活に持ち込まないことが肝要である (Bennetta, 2018). セルフケアを行っているワーカーは、バーンアウトの可能性が低く、仕事の満足度も高い (Alkema, et al., 2008). ワーカーが自身の死について考え、誰にとっても死は避けられないものであることを認識し、これまでの人生を振り返り、死後を見据えて、後悔のないよう人生に意味づけをすることを通して死に関する不安を軽減し、その結果として死にゆく人と家族を支援することに伴う心身の不調に対処することができるようなコンピテンスを獲得することが大切である (Chow, 2013). 終末期ケアを提供するワーカーは、自身の仕事と自身の専門職としてのウェルビーイングが総合されることで、人生の意味や死の意味を見出すことができる (Manis & Bodenhorn, 2006).

## 5 意思決定支援と事前指示書作成支援

ソーシャルワーカーは、家族間に意見の不一致がある場合にはその調整に尽力し、本人・家族が、意向や心情を表出したり言語化したりすることを助ける。意思決定は、社会的・倫理的コンテキストにおいて行われる。よって、本人や家族の権利や価値を保証するためには、本人・家族に、また医療従事者や福祉・介護サービス提供者に、コンテキストをわかりやすく説明することもソーシャルワーク実践の一つである (Pocketta, et al., 2010).

医療機関は、終末期ケアについて、本人よりも家族や代理の意思決定の受託者に相談する傾向

があり、家族や意思決定代理人の意見に、アセスメントを通して「正当性」を持たせること、本人意思であると推定されることを「保証」することがソーシャルワーカーに期待されている (Pocketta, et al., 2010). ソーシャルワーカーは知識と経験によるパワーを持っており、ソーシャルワーカーの言葉は何を考えるべきか、何を優先すべきか、などの意思決定に大きな影響を与える (Bennetta, 2018). ワーカーは、自身のパワーの行使に自覚的かつ慎重でなければならない。

不治の病であることを宣告された者は、多くの喪失を経験し、人生は従前とは全く異なる局面を迎えることになる。そのようなクライアントに対応するために高いスキルが求められることは、想像に難くない。心理社会的ニーズのアセスメントと医療に関する事前指示書の作成には、本人の常に変化する価値観や意向、本人にとっての優先順位、家族にとっての優先順位、などを的確に把握することが必要である。また、本人の信仰、信条、死や疼痛への恐れ、なども受けとめなければならない (Roulston, et al., 2018).

ソーシャルワーカー 115 人と看護師 98 人に事前指示書をどう捉えているかを尋ねたところ、代理の意思決定者に総じてポジティブに対応していたが、そのようなワーカーたちの態度に影響を与えるのは、養成教育と終末期ケアに関する教育・訓練であった (Heyman, 2008). この調査では、事前に終末期ケアプランニングに関する教育を受けていた者は、代理意思決定者を、そうでない者よりもポジティブに捉えていた。また本人に、事前指示や代理意思決定者についての知識がなかったり、それらについて話すことを望まなかったり、死ぬことを恐れていたりする場合は、支援が困難であるとソーシャルワーカーも看護師も感じており、入院・入所後の早い段階から、情報を提供することが重要である。

アメリカ人の多くが事前指示書を書いておくべきだと考えているが、実際に作成している人は多くない。このことは、入院費用の高額化、本人意思に反した治療、治療方針等を決めなければならない家族の負担、などの原因となっている。終末期に関する話題はやはり避けられる傾向にあるため、終末期ケアを積極的に話題にしたり、啓発活動を行ったりすることは、事前指示書の作成促進に有効である可能性が高い。ある事業所の全職員が研修プログラムを受講したところ、職員は終末期について積極的に話し合うようになり、代理の意思決定者の選定と文書化が促進された (Flowers & Howe, 2015).

突然死に直面する可能性は誰にでもあるため、年齢や状態を問わず、事前指示書を作成しておくことには意味がある。死生学のクラスで事前指示書を作成するプログラムを実施したところ、作成した学生たちは、作成の過程でさまざまな感情が起り、このような機会がなければできない貴重な話を、家族や友人とできたと振り返った (Sanders & Robinson, 2015). ただし学生たちは、ACP に取り組むことで多くを学べたと感じる一方で、自分で意思決定できなくなる状態や代理の意思決定者の選択について想像すること、たとえば脳死宣告を受けている自分を想像することの精神的負担が重いことも語っている。

医療に関する事前指示の作成にあたり、本人、家族、医療提供者、などをつなぐ役割をソー

シャルワーカーは果たす。事前指示に関する本人とのコミュニケーション行動は、ワーカー自身の死に対する態度や経験に左右されるが、ワーカーが本人と終末期に関するさまざまなことを率直に話せることが重要である (Black, 2005)。ソーシャルワーカーが存在価値を認められるためには、制度に関する知識に加えて、倫理に関する教育、高度なコミュニケーションスキルの習得のための教育が必要である (Bomba, et al., 2011)。

## 6 ソーシャルワーカーの役割

ソーシャルワーカーは、本人・家族と医療・経済・社会的な諸システムとをくっつける「糊」であり、多職種協働チームの中核であり関係性にもとづくファシリテーターである。終末期ケアにおいては、ソーシャルワーカーがこの分野での実践に必要な知識、価値、スキルを獲得すること、多職種協働を促進すること、終末期ケアにおけるソーシャルワークのリーダーシップを促進すること、などが求められる (Berzoff, et al., 2006)。

ソーシャルワーカーは、その実践によって、複雑で曖昧な状況に置かれた本人・家族や医療従事者が方向性を見出すことに寄与する。ソーシャルワーク実践は、①支援における自己の活用、②実践の振り返り、③社会正義を追究するパースペクティブ、④社会的・包括的アセスメント、⑤サービスや資源の有効活用、などを特色とする。また、ソーシャルワーカーのスキルの本質は、「良い結果」ではなく「良いプロセス」を創出することにある (Pocketta, et al., 2010)。終末期ケア・緩和ケア領域におけるソーシャルワーク実践のための理念の明確化からカリキュラム構築に至る一連の優先課題を Christ & Blacker (2005) が提示しているが、終末期ケアや緩和ケアの領域では、高度な言語能力が道徳的にも実務上も必要である。ソーシャルワークは言語的な障壁をなくすことに寄与できるはずであり、終末期ケアや緩和ケアを必要とする人がそれを享受できるようにする言語能力の標準を設定する必要がある (Le Sage, 2006)。

慢性疾患を抱える高齢者の疼痛は、過小評価されがちであり、無視されることも珍しくない。Morrissey, et al. (2014) は、50歳以上の人の慢性疾患と疼痛の訴えとの関係を調査し、疼痛の訴えと学歴に負の関連があるなど興味深い結果を報告するとともに、ソーシャルワーカーが、症状の初期段階から継続的にアセスメントを行い支援することを求めている。

Kramer (2013) は、重度慢性疾患を抱えた低所得高齢者を支援するソーシャルワーカーの役割を、高齢者、家族、多職種チームメンバー、ソーシャルワーカー、それぞれの視点から検討し、高齢者の多様なニーズ、家族のニーズ、チームのニーズを明確化するためのソーシャルワーカーの役割として32項目を提示した。終末期によくみられる症状、うつ、不安、アジテーション、悲嘆、葬儀プラン、スピリチュアルニーズ、などに対応するために、ソーシャルワーカーのトレーニングが必要である。

## 7 家族支援

その人中心・家族中心のサービスは、緩和ケアや終末期ケアにおいても必須である。サービス



提供者とのコミュニケーション、質の高いケアが本人の QOL とともに、家族の喪の作業の質を高める。あるホスピスで、死別から日の浅い家族 108 名に半構成面接を実施した結果、家族は、終末期にある本人の、病院等に対する代弁者となっており、スタッフが簡潔で内容の濃いコミュニケーションを、気持ちを込めて実施することが、死別の準備に役立つことがわかった (McGinley & Waldropb, 2020)。また、重度認知症高齢者を老人ホームに入所させている家族を対象として、面接と電話による心理社会的支援の結果を比較したところ、面接グループは電話グループよりも満足度が高く、事前指示書に記載されたとおり蘇生拒否などの決定を行う確率も高かった (Reinhardt, et al., 2014)。

高齢者に対するホスピス在宅医療を利用する介護者の、心身・社会的・経済的・スピリチュアルな負担の調査では、年齢、本人の病気の種類、介護者の訴えの有無、利用できる資源、などが関連要因であったが、その種類、量や程度の組み合わせは多様であった (Townsend, et al., 2010)。ただし、性別、人種、介護期間、収入などによる一定の傾向は見られなかった。

ホスピスの目的は、患者と家族の QOL を維持・強化することであり、家族は、ホスピスケアにおいて必須の要因である。調査の結果、本人 (43-101 歳) のホスピス入所後、家族 (22-87 歳) の心情的、社会的、総合的 QOL はいずれも低下していた (Wilder, et al., 2008)。肉体的な QOL についてもやはり低下したが、その程度は他の側面に比べると緩やかであった。経済的な側面の変化はほとんどなかった。ホスピス利用者のほとんどが、従前からソーシャルワーカーの支援を受けており、社会的・心情的 QOL はかなり高く維持されていたとも考えられるが、ソーシャルワーカーは、家族の負担をなるべく早く評価しなければならない。ホスピスケアの提供と並行して、介護者の負担を明確化して支援することが求められる。本人に対するケアや本人の状態が家族に及ぼす影響は大きいことを考慮する必要がある、本人と家族はセットで考えるべきである。

## 8 価値・倫理

終末期ケアに限定されるものではないが、倫理的ジレンマや自身の価値とワーカーとしての価値の対立などにどう対処するかは見過ごされがちであり、安易な解決・回答が提供されがちである。まず、ワーカー自身の省察が必須であり、倫理的な葛藤やジレンマへの準備が必要となる。そのためには、倫理綱領にもとづく倫理的意思決定の演習が役立つ。Wallace, et al. (2017) は、マティソンの意思決定モデル (①生活歴を含む事例の情報把握, ②価値観によって引き起こされている摩擦や葛藤の明確化, ③当該ケースの NASW 倫理綱領との照合, ④実施可能なアクションの明確化, ⑤優先順位の設定と義務や制限の検討, ⑥アクションの決定, ⑦倫理的ジレンマの解決) を用いて終末期ケアの 3 事例を検討するとともに、学生へのインタビューを実施した。クライアントと親密な関係を築くとクライアントに友として接する部分が出てくるが、そのことが専門職としてふさわしい行動であるかどうか、また、本人の思いと家族の願いが対立する際に本人の意思をどう代弁するか、など自身の価値観や倫理観、文化的背景を自覚・明確化し、ソー

シャルワーカーとしての価値や専門職倫理と併せて常に振り返ることが大切である。これに関連して、スーパービジョンの機会の保障も重要である。

## 9 文化的多様性・死生観

文化的多様性について考える際に必要なことは、自分以外はすべて異文化であるということである。家族として一緒に暮らしていても、死生観を共有しているとは限らない。よって文化的多様性について検討すべきことは無数にある。

Reese, et al. (2010) は、香港とアメリカの大学生を対象として、終末期ケアに対する考え方を調査した。香港の学生はアメリカの学生に比べて、ホスピス入所に対して消極的であった。実際、香港ではホスピス利用は一般的でないようである。死についての話題を避けるという伝統的な考え方が影響しているのかもしれない。ソーシャルワーカーが、自身やクライアントの文化的背景を尊重できるようになるための教育が必要である。

個人や家族で終末期について話し合う程度は文化によって異なるが、誰かがホスピスに入るかどうかを検討してもおかしくないような状況に置かれている場合は別である。経済的、心情的、またスピリチュアルな側面での準備ができると、終末期への移行が容易になる。先住民のコミュニティでは、終末期に家族や友人が集い、形見の品を分けて、死を含めたライフサイクルや互いのつながりを再確認する。マイノリティの場合はとりわけ家族や地域の伝統や風習を尊重することが必要だが、マイノリティに限らず誰にもそれは欠かせない。また高齢者施設への入所は、それまでの家族やコミュニティとのつながりを失うことを意味する。多職種でチームを組む場合には、全員がその人の文化的背景や意向について知っていることが必要であり、そのためには研修や教育が不可欠である (Moor, 2015)。Arthur (2015) は、終末期にある LGBT の人々に対する文化的側面に配慮した実践上の諸課題を検討し、LGBT や高齢者の緩和ケア・終末期支援のための教材、関連の研究や文献が少ないことを指摘している。マイノリティ文化の歴史や文化について学ぶことが、ソーシャルワーク実践を向上させる。

## 10 スピリチュアリティ

終末期にある患者にとってスピリチュアリティが重要であることは広く認識されているにもかかわらず、ソーシャルワークの実践モデルも教材も極めて貧弱な状態である (Reese, 2001)。現行のソーシャルワーク教育においては、スピリチュアリティの定義も、スピリチュアルな援助の範囲も、実践モデルも、ほとんど明らかにされていない。ワーカーにとって、クライアントのスピリチュアルな側面を援助として具体化することは、非常に難しい。宗教的な側面も扱わなければならないため、自身の信仰や信念とも向き合わなければならない。

ソーシャルワーカーは、クライアントが自我を超越することを支援するために、スピリチュアルな側面に関与しなければならない (Reese, 2001)。人は、さまざまなアイデンティティを持って生きているが、貧乏か金持ちかは言うまでもなく、大人か子どもかということさえ、死ぬとき

には意味を持たない。アイデンティティを手放していくほどに、安らかに死を迎えることができる（子どもの死は安らかである）。我々が、死にゆく人から大切なことを学ぶことができるのは、そのためである。スピリチュアルな側面を含む支援は、クライアントやその家族に多くの利益をもたらすことは確かだが、終末期ケアにおいては、クライアントに提供する支援よりも、ワーカーがクライアントから教わることの方が多い。

死に近づくほどに、人として完成され、疎外感や孤立感はなく、心身ともに安楽な状態になっていく例はめずらしくない。心理的な成長と変化が死ぬまで継続すること、それは死にゆく人とそうでない者との何らの違いがないことを前提に、現実的な介入を行うことで、本人の心理的・肉体的キャパが最大化され、余命の伸長にもつながる（Omin, 1989）。

## 11 多職種協働

医療機関等におけるソーシャルワーカーの役割は、協働がベストな状態で行われるように調整することと、その状態を常に維持することである。緩和ケアは、多職種チームによって提供されることで有効性が高まる（Supiano, 2013）。終末期・緩和ケアに関心のあるソーシャルワーカーをメールを活用して結びつけ、「コミュニティ・オブ・プラクティス」を形成する（Murty, et al., 2012）ことも今後は増えるだろう。

チームメンバーに求められるのは、①自身の専門性でチームに貢献すること、②協働が大きな効果を生むことを理解すること、③多職種協働による緩和ケアの実際と実践のプロセスを理解すること、④困難な状況にある当事者のケアに自信をもって参加できること、⑤家族とのコミュニケーションに必要なスキルがあること、である（Supiano, 2013）。また、そのための教育が必要である。

多職種協働は、実践結果の有効性の促進、QOLの向上、コスト削減、などにつながることで期待されることから、とりわけ医療において重視されるようになってきている（Blaker, et al., 2016）。緩和ケアは、その効果が期待される分野の一つであるが、その教育も実践も発展途上である。多職種協働に関する教育が行われ始めたこと、必要なスキルが明らかになり始めたことは、この分野におけるソーシャルワーク実践にとっても有意義なことである。ソーシャルワーカーがその実践経験をチームに還元することは、他の専門職にとっても役立つはずである。

ホスピスのソーシャルワーカーを対象とした質問紙調査（Parker-Oliver, et al., 2005）の結果、高いレベルの多職種協働が実現していると大半の回答者が感じていた。ホスピスごとの差がどこから生まれるのかは明らかにはならなかったものの、ソーシャルワーカーの学歴やチーム内のソーシャルワーカーの数、各ホスピスの設置要件、などが協力活動やホスピスとしてのサービスレベルに影響を与えていることが示唆された。チーム内の協力は、どの施設でも極めて密であった。チームの協力関係が理想に近いものであるなら、ソーシャルワーク教育においてそれをモデルとして用いることもでき、ソーシャルワークの価値や方法を、終末期ケアの援助のモデルに応用することもできる。

## 12 地域啓発

終末期ケアを提供するのは、医療機関だけではない。喪失、適応、病気、死、死を受け入れて生きること、悲嘆、死別、などは人生と不可分であり、終末期に関連するソーシャルワークは、コミュニティベースでも実践可能である (Altilio, et al., 2007)。ソーシャルワーカーは仕事の一環として、地域コミュニティに対する啓発に関与すべきである (Heyman, 2008)。

終末期にある高齢者により良いサービスをコーディネートするためには、アドボカシーに焦点をあて、疼痛や不快感のコントロールと本人・家族の意思決定を支援することが必要であるとの課題意識にもとづいて、広く地域全体で、専門職、行政機関、サービス事業者、信条の違い、などを超えた協力・協働関係を構築することを目指した実践が報告されている (Dobrof, et al., 2011)。この試みは、10人の有志によるコラボからスタートし、行政機関や医療機関、介護サービス事業所、などを含む地域の諸機関や専門職、さらには一般市民やボランティアに働きかけ、地域全体をカバーするコラボへと発展した。年1回カンファレンスやセミナーを開催し、教育・啓発活動を行っている。地域の人々や組織のコンソーシアムを形成すること、各自・各機関が情報と資源をシェアし、知識を獲得し、終末期ケアのキャパシティを拡大するための機会を提供すること、情報のプラットフォームを形成すること、などをミッションとしている。コラボに参加することで、ソーシャルワーカー、看護師、その他の専門職者が、クライアントや患者などの利益をより良く達成でき、経験の長短、組織内での階級の上下の差などによって利用者が受ける利益に差が生じるリスクを、小さくすることができる。

## 13 死別・悲嘆のケア

死別の援助は、個人や家族に対して、悲嘆、喪失、愛する人の死後の適応、などを支援するものである。患者中心・クライアント中心のケアは、緩和ケアの象徴でもあり、死別後のカウンセリングはメディケアや保険でカバーされる。しかし、死別後のサポートが必ず実施されるとは限らない。多くの病院では、患者の死によって病院との縁は切れ、残された家族は放り出される。

死別の援助は、本人の死後にのみ必要になるわけではない。近い人の死を予感することによって悲嘆が生じることは、珍しくない。その結果、さまざまなリスク要因が生じる。緩和ケアを受けている終末期患者の家族57名を対象に心理社会的側面のリスク要因を調査した結果、人間関係における依存度、低学歴、本人との関係性の悪さ、神経症的傾向、スピリチュアルな側面での危機、喪失への意味づけの失敗、などが関連していた。早期介入による喪の作業の開始が必要である (Burke, et al., 2015)。

配偶者やパートナーの死のインパクトは、大きく劇的で、免疫機能、血圧、心臓などに影響を与えるほか、うつや不安神経症などを引き起こしたりして、寿命を縮めかねない (Conlon & Aldredge, 2013)。夫婦やカップルの場合、相手の死後の家族関係、日々の生活における時間の使い方・日課、その後の人生の構築などに、残された者は対処しなければならない (Barros & Mountain, 2011)。配偶者との死別をきっかけに老人ホームに入所するというケースは多いが、

死別に伴う悲嘆の自覚が十分でなく、よってそれを吐き出す機会もないまま、「怒り」を抱えて入所すると、施設への適応ができずに他の利用者とのトラブルを頻繁に起こして退所を余儀なくされるというようなことにもなる。「悲嘆」と死別に伴う「怒り」のアセスメントを実施できるような職員のスキル習得とそのため教育の提供とが求められる (Conlon & Aldredge, 2013)。

医学、看護、ソーシャルワーク、リハビリを専攻する学生に3か月間、終末期の家族を抱えているか、最近死別を経験した家族にインタビューによるアセスメントを実施させたところ、学生たち（年齢層は日本の学部学生に比べて高い）は「現実」にポジティブに向き合い、家族たちが感情を高ぶらせたりする場面にもよく対応した (Turner, et al., 2000)。学生たちは、このプログラムで得た経験によって自分が「変わった」と、また専門職としての行動に影響を与えたと述べている。家族のストーリーを聞くことによって、学生たちは自分の目指す専門職をより深く理解できるようになったが、家族たちにとっても、このワークショップを通して学生たちと話すことは、癒しでもあり、治療でもあった。

ソーシャルワーカー、ボランティア、牧師、看護師、医師などから成る死別ケアチームを大学のプロジェクトとして立ち上げ、悲嘆の過程を支援するワークショップ、郵便によるワークショップ参加者のフォローアップ、ウェブサイトを通した各種の情報や資料の提供、スタッフの教育、年一回の偲ぶ夕べの開催、などを行った例がある (Silloway, et al., 2018)。プログラムはその後、地域全体で提供されるようになった。また、一般の人々の悲嘆、死別、終末期、などに関するニーズを明確化するために、大学、専門職者、住民が協力し、ブレインストーミングから始めてアクションプランを設定し、人々が死別による喪失や悲嘆を経験することを率直に認め、必要な支援が得られるようにするための道筋つけた事例もある (Jones, et al., 2009)。

社会的に孤立している人、社会的ネットワークの乏しい人、交通手段のない人、時間の取れない人、必要なサービスがない地域に住んでいる人、高齢者、思春期の若者、などについては、オンラインでのサポートが有効である (Gibson, et al., 2020)。ただし、参加者をどう募るか、利用（アクセス）のための環境確保、操作に関する情報・知識、プライバシーの保護・秘密の保持、法的・倫理的な違反事項の精査、プリンターやインクなど資料の印刷費用の確保、マイクロアグレッション、などの問題はあある。クライアントの価値観・文化に配慮し、グループの活用と個人のニーズ充足を適切に組み合わせ、必要に応じて近接地域ごとにグループを作ることも検討に値する。

死別者の自助グループに参加する人は少ないが、参加者は皆、非常に有効であると評価している (Steiner, 2006)。自助グループに参加している人、支援の必要性に気づきながらグループには参加していない人、死別の支援を行っている専門職に対する聞き取り調査で、非審判的態度できちんと聞いてくれる人に「話す」ことが最も役立つことが示唆されている。また、ホスピスからの便りや情報の提供、悲嘆・人格的成長・コーピングスキルなどに関する本を読むなど、広い意味での「教育」が有効である。

ソーシャルワーク教育において死と悲嘆について教える際に、フィルムが有効な媒体となる

(Head & Smith, 2016). 学生は、あらかじめ支持された資料や教科書を読み、オンラインの授業に参加した上で、映画やドキュメンタリーを視聴する。その後、クラスでディスカッションと分析を行ったり、自身の死亡記事を書いたり、事前指示書を書いたり、終末期がん患者のブログを見たりすることを通して、理論や概念をより高いレベルに発展させることができる。

#### 14 複雑性悲嘆

複雑性悲嘆とは「その文化で通常期待される範囲よりも、悲嘆に関連する症状の強度と持続時間が過度であり、それによって実質的な生活の支障をきたしている状態」と言われている。大切な人との死別により、複雑性悲嘆がもたらされることも十分に考えられる。

複雑性悲嘆のリスク要因として、死の恐怖、年齢の若いこと、どこで死ぬか（病院で死ぬことは家で死ぬよりリスクが高い）、などを挙げることができる（Masona, et al., 2020）。医療機関での積極的すぎる治療は、本人にも家族にもトラウマとなる可能性がある。本人の緩和ケアがうまくいった、死への準備ができていたという感覚は、家族の悲嘆を軽くする。死への準備は早いほどよい。他方、ケア提供者側のリスク要因には、学歴、心身の不調や疾患、発達課題の未達成、ソーシャルサポートが得られていないという感覚、終末期における家族間の不和や葛藤、死への不安（死を受容できていないこと）などがある（Masona, et al., 2020）。ソーシャルワーカーは、急性期治療に家族や介護者支援のプログラムを組み込んだり、通常の悲嘆と複雑性悲嘆の違いについて啓発したり、家族を失う不安や悲嘆についてのアセスメントを実施したり、ホスピス以外の諸機関において死についての話が積極的にできる環境を作ったり、当事者の宗教などスピリチュアルな側面に焦点をあて、当事者がスピリチュアルな癒しを積極的に活用できるように支援したりするなど、当事者が複雑性悲嘆に陥ることを防ぐ活動を行うことができる。

### IV 教育プログラムの実際

2002年と2005年のサミット開催の経過やその成果については、先に述べたとおりである。この項では以下に、これまでに実施された具体的な教育プログラムを例示する。

#### 1 総合的な教育プログラムの構築を目指したもの

疼痛管理と緩和ケアに関するソーシャルワーカーのための教育プログラム：ソーシャルワーカーも他の専門職者も、疼痛や諸症状の管理のスキル、また本人・家族が必ず直面する複雑な心理社会的・スピリチュアルな課題を明確化し代弁するためのスキルを持っていない、という課題意識にもとづく。本人・家族は、肉体的な痛みだけでなく、心理社会的・スピリチュアルな痛みも抱えており、ソーシャルワーカーは、肉体的な痛みに関する知識を習得した上で、心理社会的・スピリチュアルなニーズに介入し、質の高い終末期ケアを実現しなければならない（Otis-Green, et al., 2008）。

現役ワーカーを対象とする緩和ケアのプログラム：退役軍人病院で実施されたものである。カリキュラムには、ソーシャルワーカーが備えているべき一般的知識とスキルに加え、緩和ケアと終末期ケアに必要な医学的知識、ソーシャルワーカー以外のさまざまな専門職の専門性に関する基礎知識、PTSDや死別、嗜癖・依存、LGBTなど多様な患者集団、医療制度に関する知識、などが含まれている（Weller, et al., 2019）。

認定ソーシャルワーカーを対象とした研修プログラム：スミスカレッジとニューヨーク大学で実施された企画事業で（Berzoff, et al., 2006; Berzoff, et al., 2005）、目標は、①死にゆく人とその家族へのソーシャルワーカーの援助の質向上、②終末期ケアにおける実践を高めるための知識、価値、スキルの習得、③他の専門職との協働促進、④終末期ケア領域におけるソーシャルワークのリーダーシップ促進、⑤サービス構築や政策立案力ならびに調査研究のためのリーダーシップの向上、である。

スミス・カレッジのプログラムは、終末期ケアの経験が長い実践者を対象とし、受講者は、自身の所属機関で実践を継続するとともに、多職種協働チームを立ち上げる。生物学的・心理社会的アセスメント、多職種協働、文化的な要因、発達理論、スピリチュアリティ、ホスピスケア・緩和ケア、共感性疲労、テクノロジーの活用、疼痛管理・症状管理、LGBT、終末期における多様性と不利益、悲嘆の死別に関する精神力動的理論、などを演習形式で学び、自身が作った多職種協働チームがピア・スーパービジョンの場となる。コースは二期に分けて提供され、一期目のレポートや評価を踏まえて二期目を実施された。受講者は、最終報告書を作成するとともに、論文執筆により成果を発信することを求められた。また、このプログラムの受講を通して現場のリーダーとなり、コンサルテーションやスーパービジョンを担うようになった。

ニューヨーク大学のプログラムは、受講者にメンターを配置し、講義と見学実習の後、実践を行うものである。コースは、（急性期の・慢性の・命を脅かす）病気の概観、死と死に至る過程、ワーカーの反応と二次的トラウマ、医療提供システム、複雑性悲嘆と喪の作業、家族システム、スピリチュアリティ、多様性、倫理的課題、専門職としての成長、などの項目で構成された。受講者の実践経験は、スミスカレッジの受講者に比べて浅い。受講者にはプログラムの最後に、終末期ケアに関するシンポジウムで自分のプロジェクトについてポスター発表する機会が与えられた。

ワーカー養成にホスピスでの実習を組み込むモデル：Hartford Partnership Program for Aging Education (HPPAE) によって実施されているもの。高齢者分野の実習の一環であり、授業と実習を統合する優れたモデルの一つである。ソーシャルワークの学生に、プログラムプランニングやアドボカシーの実践を通して、カウンセリングからケースマネジメントを網羅する学習機会を提供している。

## 2 特定のスキルに焦点をあてたもの

メモリーブックを作るプロジェクト：Davis-Berman（2014）は、ソーシャルワークを副専攻

とする大学生から希望者を募り、ホスピス等で患者にインタビューを行い、メモリーブックを作るプロジェクトである。緩和ケア、面接技術、倫理的責任、などについて学んだ後、各人が学期中に3-4回の本人・家族への面談を実施した。参加者は、死やホスピスに対する否定的な評価や感情をポジティブなものにするとともに、自身の人生、価値観、家族との関係などを見直すことができた。本人や家族の写真が学生に提供され、実際のアルバムにする費用はホスピスが負担し、本人・家族に贈られた。

事前指示書の作成：Burkea & Currin-McCulloch (2019) は、認定ソーシャルワーカー養成校における2年目の実習で、卒業後すぐに終末期ケアチームのソーシャルワーカーとして実践することができるようになることを目指したプログラムである。最初は先輩のワーカーが付き添い、サポートを受けられる体制で学生にクライアントを割り当てる。その後、学生の能力とニーズに応じ、多職種協働チームの一員として複数のクライアントを割り当てる。学生はアセスメントを実施し、事前指示書を完成させる。

ケアプラン作成の活用：Jones, et al. (2014) は、ソーシャルワークの学生を多職種ケアチームに配置し、ケアプランの作成と振り返りのレポート作成を義務付けるプログラムである。ソーシャルワーカーがチームに参加することで、メンバーがソーシャルワークの専門性について知ることができ、チーム内のコミュニケーションや士気が高まり、ソーシャルワークの学生は、実践力とリーダーシップ力の両方を養うことができる。患者とその家族をそのコンテキストを含めて理解するソーシャルワーカーが入ることで、チームが患者・家族を症状・症例としてでなく病を経験している人として捉えることができるようになる。

ナラティブ・ワークショップ：Stanley & Hurst (2011) は、秘密が保持される環境で、互いの経験を尊重しながら、自身の経験を振り返って書き、読むナラティブ・ワークショップである。大きなテーブルを囲み、可能なら、茶や菓子、食事、スナックなどを提供する。一職種だけでも多職種でも、家族を含んでもよい。本や詩を読み、ジャンル、登場人物、筋、メタファーの使い方、時間、などについて話すことで、自身の経験とは距離を置きつつ、似たような経験を疑似体験できる。参加者は、患者のストーリーの倫理性、特異性、不明確さ、間主観性にも注意を払いながら想像力と聞くスキルを養う。また、特定のテーマや診断を告げられた時点の人の立場で書き、書いたものについて話し合ったり、がん患者として生きることの新たなメタファーについて考えたりする。

事例検討を通したスキル習得：多職種チームの中核メンバーとして、ソーシャルワーカーは終末期にある本人とその家族の複雑な状況や課題を適切に説明・代弁できなければならない。Head (2008) は、このスキルを養うための事例検討を活用した学生用のプログラムである。事例検討は実践シミュレーションであり、クリティカルシンキングのスキルを習得させるというアカデミックな目的にもかなうものである。

シミュレーションの活用：急性期医療教育において、シミュレーションが有効であることは、すでに広く知られているが、Randall, et al. (2018) は、緩和ケアを提供する多職種チームにも



シミュレーションが有効であるかどうかを評価し、その有効性を示唆している。ただし、なぜ有効であるのか、どの程度・何回ぐらい実施すればよいのかは不明である。

フィルムの活用：ソーシャルワーカー養成教育においても卒後教育においても、クライアントを参画させることが有効であるという認識の下、当事者の語りのビデオ視聴とライブインタビューの観察を組み合わせた教育プログラム（英国）が実施された（Agnew & Duffy, 2010）。終末期ケアや緩和ケアにおいて、当事者に語ってもらうためのスキルは、ソーシャルワーカーにとって必須である。学生と現役実践者の2つのグループを設定したところ、プログラム実施による効果は、学生グループで大きかった。学生がDVDを視聴したりライブインタビューを観察したりすることは、テキストで学んだ理論をどのように実践するかを具体的にイメージすることに役立つことが明らかになった。現役実践者グループのプログラムによる影響が、学生ほどには顕著でなかったことも、経験の重要性を示唆している。

## V まとめとして

多死社会を迎えるとともに、人々の価値観が多様化するなか、福祉・医療のサービスに携わる専門職としてソーシャルワーカーは、その存在意義を示すことができないなければならない。具体的には、高齢者介護の現場である老人ホームや小規模多機能型・看護小規模多機能型居宅介護などの事業所において、看取り実践があたりまえに実施される環境を整えることにリーダーシップを発揮することが望まれる。最も重要なのは、死を当事者が自らの手に取り戻すこと、死に至る終末期の生き方を自分でコントロールすることであり、その支援をするための専門性はソーシャルワークの専門性と重なる。ただしそのためには、ジェネラリストとしてのソーシャルワーカー養成教育に加えて、終末期ケアに必要な知識と実践経験とが必要である。アメリカの認定ソーシャルワーカー養成は、大学を卒業後にソーシャルワーカーを目指す人たちを対象としたものであり、学生たちの年齢層は高い。終末期にあるクライアントの負担を最小に、利益を最大にするためには、相当程度の知識と態度を備えていることが必須であり、我が国においては、卒後教育のプログラムとして終末期ケア教育を構築することが有効であろう。また、喪失、悲嘆、死などに関連するソーシャルワーク実践には、伝統的な教える側・教えられる側という関係を前提とした教育ではなく、そのようなヒエラルキーを超えた共に学び合う関係が有効である（Conrad, 2010）。フォーマルなメンターシッププログラムは、次世代の緩和・終末期ケア分野のソーシャルワーカーを教育・支援するために有効なアプローチである（Gardner, et al., 2015）。各種職能団体や終末期ケアに焦点をあてた団体による、そのような仕組みの構築が望まれる。

### 文献一覧

Agnew, A., & Duffy, J. (2010). Innovative approaches to involving service users in palliative care social work education. *Social Work Education*, 29 (7), 744-759.

- Alkema, K., Linton, M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (2), 101-119.
- Altilio, T., Gardia, G., & Otis-Green, S. (2007). Social work practice in palliative and end-of-life care: A report from the summit. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 3 (4), 68-86.
- Arthur, D.P. (2015). Social work practice with LGBT elders at end of life: Developing practice evaluation and clinical skills through a cultural perspective. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11, 178-201.
- Barros, C., & Mountain, L. (2011). Helping older widows rebuild their lives. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 115-120.
- Bennetta, M. (2018). A letter to my younger self: Lessons for the new hospice social worker. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14 (2-3), 128-131.
- Berzoff, J., Dane, B., & Cait, C. (2005). Innovative models for developing post-masters curriculum in end-of-life care. *Journal of Teaching in Social Work*, 25 (3/4), 63-88.
- Berzoff, J., Lucas, G., DeLuca, D., Gerbino, S., Browning, D., Foster, Z., & Chatchkes, E. (2006). Clinical social work education in palliative and end-of-life care: Relational approaches for advanced practitioners. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2 (1), 45-63.
- Black, K. (2005). Social workers' personal death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1 (3), 21-35.
- Blaker, S., Heas, B.A., Jones, B.L., Remke, S.S., & Supiano, K. (2016). Advancing hospice and palliative care social work leadership in interprofessional education and practice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12 (4), 316-330.
- Bomba, P.A., Morrissey, M.B., & Levin, D.C. (2011). Key role of social work in effective communication and conflict resolution process: Medical orders for life-sustaining treatment (MOLST) program in New York and shared medical decision making at the end of life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 56-82.
- Burke, L.A., Clark, K.A., Ali, K.S., Gibson, B.W., Smigelsky, M.A., & Neimeyer, R.A. (2015). Risk factors for anticipatory grief in family members of terminally ill veterans receiving palliative care services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11, 244-266.
- Burkea, C., & Currin-McCulloch, J. (2019). Educating our future colleagues: Creating an MSW palliative care practicum. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15 (1), 7-15.
- Chow, A.Y.M. (2013). Developing emotional competence of social workers of end-of-life and bereavement care. *British Journal of Social Work*, 43, 373-393.
- Christ, G., & Blacker, S. (2005). Setting agenda for social work in end-of-life and palliative care: An overview of leadership and organizational initiatives. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1 (1), 9-22.
- Conlon, A., & Aldredge, P. (2013). Married to a memory: Undetected grief in an assisted living environment. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9, 249-255.
- Conrad, S.C. (2010). Relational learning in social work education: Transformative education for teaching a course on loss, grief and death. *Journal of Teaching In Social Work*, 30, 15-28.
- Crunkilton, D.D., & Rubins, V.D. (2009). Psychological distress in end-of-life care: A review of issues in assessment and treatment. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 5, 75-93.
- Damaskos, P., & Gardner, D.S. (2015). Cultivating a culture of mentorship in palliative social work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11, 101-106.
- Davis-Berman, J. (2014). Creating a memory book: Undergraduate student experiences with end-of-

- life interviews. *Death Studies*, 38, 85-90.
- Dobrof, J., Heyman, J.C., & Greenberg, R.M. (2011). Building on community assets to improve palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 5-13.
- Flowers, K., & Howe, J. (2015). Educating aging service agency staff about discussing end-of-life wishes. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11, 147-166.
- Gardner, D.S., Gerbino, S., Walls, J.W., Chachkes, E. & Doherty, M.J. (2015). Mentoring the next generation of social workers in palliative and end-of-life care: The Zelda Foster studies program. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11,107-131.
- Gibson, A., Wladkowski, S.P., Wallace, C.L., & Anderson, K.A. (2020). Considerations for developing online bereavement support groups. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16 (2), 99-115.
- Giuffride, J. (2015). Palliative care in your nursing home: Program development and innovation in transitional care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11,167-177.
- Gwyther, L.P., Altilio, T., Blacker, S., Christ, G., Csikai, E.L., Hooyman, N., Kramer, B., Linton, J.M., Raymer, M. & Howe, J. (2005). Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1 (1),87-120.
- Head, B.A. (2008). Use of the decision case method of teaching in a course on death and grief. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (3),229-251.
- Head, B.A., & Smith, L.C. (2016). Use of contemporary film as a medium for teaching an online death and grief course. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12 (3),195-213.
- Heyman, J.C. (2008). Social workers' and nurses' attitudes toward the health care proxy. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (1),57-74.
- International work group on death, dying and bereavement (2006). Caregivers in death, dying, and bereavement situations. *Death Studies*, 30, 649-663.
- Jones, B., Phillips, F., Head, B.A., Hedlund, S., Kalisiak, A., Zebrack, B., Kilburn, L., & Otis-Green, S. (2014). Enhancing collaborative leadership in palliative social work in oncology. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10,309-321.
- Jones, B.L., Pomroy, E.C., & Sampson, M. (2009). University-community partnerships and community-based participatory research: One community' s approach to enhance capacity in end-of-life and bereavement practice, research, and education. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*,5,94-104.
- Kramer, B.J. (2013). Social workers' roles in addressing the complex end-of-life care needs of elders with advanced chronic disease. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*,9,308-330.
- Le Sage, M.R. (2006). Linguistic competence/language access services (LAS) in end-of-life and palliative care:A social work leadership imperative. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2 (4),3-31.
- Manis, A.A., & Bodenhorn, N. (2006). Preparation for counseling adults with terminal illness: Personal and professional parallels. *Counseling and Values*, 50,197-207.
- Masona, T.M., Tofthagen, C.S., & Buck, H.G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16 (2), 151-174.
- McGinley, J.M., & Waldrop, D.P. (2020). Navigating the transition from advanced illness to bereavement: How provider communication informs family-related roles and needs. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16 (2),175-198.
- Moor, R.M. (2015). Appreciating cultural dimensions and connections in hospice care. *Journal of*

- Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 11 (6), 6-10. ⑦
- Morrissey, M.B., Viola, D., & Shi, Q. (2014). Relationship between pain and chronic illness among seriously ill older adults: Expanding role for palliative social work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10,8-33.
- Murty, S.A., Gilmore, K., Richards, K.A., & Altילו, T. (2012). Using a LISTSERV™ to develop a community of practice in end-of-life, hospice, and palliative care social work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*,8,77-101.
- 日本財団 (2021) 「人生の最期の迎え方に関する全国調査」日本財団.
- Omin, R.F. (1989). To die in treatment: An opportunity for growth, consolidation and healing. *Clinical Social Work Journal*, 17 (4),325-336.
- Otis-Green, S., Lucas, S., Spolum, M., Ferrell, B., & Grant, M. (2008). Promoting excellence in pain management and palliative care for social workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (2),120-134.
- Parker-Oliver, D., Bronstein, L.R., & Kurzejeski, L (2005). Examining variables related to successful collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 30 (4), 279-286.
- Pocketta,R., Walker,E. & Kashmira,D. (2010). “Last Orders “: Dying in a Hospital Setting. *Australian Social Work*, 63 (3), 250-265.
- Randall, D., Garbutt, D., & Barnard, M. (2018). Using simulation as a learning experience in clinical teams to learn about palliative and end-of-life care: A literature review. *Death Studies*,42 (3),172-183.
- Reese, D.J. (2001). Addressing spirituality in hospice: Current practices and a proposed role for transpersonal social work. *Social Thought*, 20 (1/2), 135-161.
- Reese, D.J., Chan, C.L.W., Chan, W.C.H., & Wiersgalla, A. (2010). A Cross-National Comparison of Hong Kong and U.S. Student Beliefs and Preferences in End-of-Life Care: Implications for Social Work Education and Hospice Practice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6:205-235.
- Reese, D.J. (2011). Interdisciplinary perceptions of the social work role in hospice: Building upon the classic Kulys and Davis study. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7,383-406.
- Reinhardt, J.P., Chichin, E., Posner, L., & Kassabian, S. (2014). Vital conversations with family in the nursing home: Preparation for end-stage dementia care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10,112-126.
- Roulston, A., Davidson, G., Kernohan, G., & Brazil, K. (2018). Living with life-limiting illness: exploring the narratives of patients with advanced lung cancer and identifying how social workers can address their psycho-social needs. *British Journal of Social Work*, 48, 2114-2131.
- Sanders, S. & Robinson, E.L. (2015). Engaging college undergraduates in advance care planning. *Journal of Death and Dying*, 74 (3),329-344.
- Shinan-Altman, S. (2017). Assessing social work and nursing students’ intentions to work with dying patients. *Social Work Education*, 37 (1), 108-118.
- Silloway, C.J., Glover, T.L., Coleman, B.J., & Kittelson, S. (2018). Filling the void: Hospital palliative care and community hospice: A collaborative approach providing hospital bereavement support. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14 (2-3),153-161.
- Simons, K., & Park-Lee, E. (2009). Social work students’ comfort with end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 5,34-48.
- Stanley, P., & Hurst, M. (2011). Narrative palliative care: A method for building empathy. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7,39-55.

- Steiner, C.S. (2006). Grief support groups used by few: Are bereavement needs being met? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2 (1) 29-53.
- Stensland, M. & Landsman, M. (2017). Burnout among Iowa hospice workers: A test of the job demands-resources model. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 13 (4), 219-238.
- Supiano, K.P. (2013). Weaving interdisciplinary and discipline specific content into palliative care education: One successful model for teaching end-of-life care. *Omega*, 67 (1-2), 201-206.
- Townsend, A.L., Ishler, K.J., Shapiro, B.M., Pitorac, E.F., & Marrhews, C.R. (2010). Levels, types, and predictors of family caregiver strain during hospice home care for an older adult. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6, 51-72.
- Turner, P., Sheldon, F., Coles, C., Mountford, B., Hillier, R., Radway, P., & Wee, B. (2000). Listening to and learning from the family carer's story: An innovative approach in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 14 (4), 387-395.
- Wallace, C.L., Thielman, K.J., Cimino, A.N., & Adams Rueda, H.L. (2017). Ethics at the end of life: A teaching tool. *Journal of Social Work Education*, 53 (2), 327-338.
- Walsh, K., Corbett, B., & Whitaker, T. (2005). Developing practice tools for social workers in end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1 (2), 3-9.
- Weisenfluh, S.M., & Csikai, E.L. (2013). Professional and educational needs of hospice and palliative care social workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9, 58-73.
- Weller, R., Healy, J., Hettler, D.L., Howe, J.L., Smith, H.M., Steckart, M.J., & Periyakoil, V.S. (2019). VA interprofessional fellowship in palliative care: 15 years of training excellence. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15 (2-3), 85-98.
- Wilder, H.M., Oliver, D.P., Demiris, G., & Washington, K. (2008). Informal hospice caregiving: The toll on quality of life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (4), 312-332.