

緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割 の検討

SATO, Mayumi / 佐藤, 繭美

(出版者 / Publisher)

法政大学現代福祉学部現代福祉研究編集委員会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

The bulletin of the Faculty of Social Policy and Administration :
reviewing research and practice for human and social well-being / 現代福
祉研究

(巻 / Volume)

10

(開始ページ / Start Page)

89

(終了ページ / End Page)

99

(発行年 / Year)

2010-03-31

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00006472>

緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討

佐藤 繭 美

1. はじめに

超高齢社会の進展に伴い、いかにして死を迎えるかという話題に触れる機会が増加している。こうした社会状況の中、ソーシャルワーカーは、実践において、直接的あるいは間接的に当事者の死に携わった経験があるだろう。そうした経験は、特別な経験のように思われるかもしれないが、ソーシャルワークが人々の生活を支えるなかで展開している専門的活動であるとすれば、当然のことであるといえるのではないだろうか。

だが、医師や看護師と比較して、ソーシャルワーカーが当事者の死を支えるということについて意識化されているとは言い難い状況にあることは否めない。そこには当事者の死を支えるということがどういうことなのか、共通認識が得られていない状況にあることが理解できる。筆者による2008年の調査では、実践の場から看取りの対応マニュアルの必要性が強く求められていることが明らかとなった^(注1)。その背景には、社会的な要請から、社会福祉施設における看取りの必要性が迫られており、その場で働く職員たちもその要請に応えようとしている。しかしながら、社会的要請に応えようにも、看取りの経験が乏しく、何が看取りなのか、緩和ケアなのか、その点を明らかにしたいという思いから、圧倒的多数が看取りの対応マニュアルを求めていることが理解できるのである。こうした実践からの要請に応えていくことが本研究に求められている使命と考え、本稿では、相談援助の専門職者であるソーシャルワーカーが、緩和ケアにおいていかなる役割を担うことができるかを探索的に考究していくこととする。

2. 緩和ケアのとらえ方

(1) 用語からみる緩和ケアの広がり

昨今、人々の終末期を考究する人たちの間では、ターミナルケアという用語を使用しないことが一般的である。国際学会においては、1990年ごろから「end of life care」という用語が定着しつつある。国立情報学研究所の論文検索サイトCiNiiにおいても、「end of life care」という言葉を入力し

た結果、1993年の論文からこの用語が使用され始めている。柏木（2007）によれば、「terminalという言葉からは、いかにも、終わり、最期といった意味が連想されるので、end of life careとするほうが受け入れられやすいのではないか。…〈中略〉… もう一つの理由は、terminal careという言葉からは、「癌のターミナルケア」というように、歴史的に癌を対象とするとのイメージがある。時代の変遷とともに、terminal careの対象が癌以外にも広がってきたので、新しい概念として、end of life careが頻繁に使われるようになってきたのである」と述べている。また、志真（2002）は、1990年代から高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されてきたと述べ、癌のみならず、認知症や脳血管障害など、高齢者の疾患を対象としたケアを指しているという。つまり、あらゆる人が最期の時を迎えるのであり、そのケアの対象はすべての人を対象していると解釈できるのである。

同じ頃、こうした考えを世界的なレベルで統一しようとするものとして、「緩和ケア」という用語が登場してきた。世界保健機関（WHO）は、1989年と2002年に緩和ケアの定義を発表した。その詳細は、次のとおりである。

1989年の定義：

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとってできる限り最高のクオリティ・オブ・ライフを実現することである。

2002年の定義：

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した問題に直面している患者と家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと治療を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。その具体的な緩和ケアの内容として、図1を参照されたい。

緩和ケア

- ・ 痛みやその他の苦痛な症状から解放する
- ・ 生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ・ 死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ・ 患者のためにケアの心理的、スピリチュアルな側面を統合する
- ・ 死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える
- ・ 家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える
- ・ 患者と家族（死別後のカウンセリングを含む）のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する
- ・ QOL を高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ・ 病気の早い段階にも適用する
- ・ 延命を目指すそのほかの治療（化学療法、放射線療法）とも結びつく
- ・ それによる苦痛な合併症をより良く理解し、管理する必要性を含んでいる

図 1 世界保健機関（WHO）緩和ケアの定義

1989年の定義においては、「治癒を目的とした治療が有効でなくなった患者を対象」とするものが「緩和ケア」であると明確に述べているのに対し、2002年の定義では、「生命の危機を脅かす疾患に起因した問題に直面している患者と家族」を対象としたものが「緩和ケア」であると変化してきている。換言するならば、人びとの人生の終焉だけを扱うものではないということである。加えて、身体的にも精神的にも、社会的にも困難に直面している人たちを手助けする必要があるのだということ、定義として明確に打ち出したのである。さらには、緩和ケアの求めるところとして、病いにある人が何に困り、何を求めているのか、そのニーズを的確に把握し、アセスメントを行う必要があると記載されている。こうした役割は、ソーシャルワーカーの最も得意とするところではないのだろうか。つまりは、医療の枠組みだけでは、患者の望むべき治療や生活を推し量ることはできないということを前提として、この緩和ケアの定義が作成されたことに、ソーシャルワークの存在意義が認められるのではないかと提起したい。いわば、医療的側面だけでは緩和ケアはなしえないということを物語っているのである。

こうした一連の用語を取り上げてみると、ターミナルケアであっても、end of life careであっても、緩和ケアであっても、がんという特別な、死に向かう過程にのみ焦点をあてたケアを指す言葉ではないということが理解できるのである。

（2）ホスピスの原点に接するソーシャルワーク

一般的には、ターミナルケアという言葉が、人生の最後を締めくくるケアを指す言葉として定着

した感がある。ターミナルケアとは、「回復の見込みのない疾患の末期に、苦痛を軽減し、精神的な平安を与えるように施される医療・介護」といわれている（新村、2008）。ここでいう「回復の見込みのない疾患の末期」を人生の「終末期」ととらえ、終末期ケアということもある。

そして、ターミナルケアを実施する代表的な医療機関として、「ホスピス」があげられる。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の調査（2008）によれば、全国の男女1000人に「余命が限られた場合、どのような医療を受け、どのような最期を過ごしたいか」という趣旨のもと、「ホスピスを知っているか」という問いには、6割近くの人が「知っている」と回答し、「緩和ケアを知っているか」という問いには、4割の人が「知っている」と回答している。つまり、「緩和ケア」という用語よりも、「ホスピス」という用語のほうが、人生の最期を迎える施設としての認知度が高いということが理解できる。

ホスピスの歴史は古く、「ラテン語にその源を発し、HostとGuestがいっしょになってできた言葉」であり、巡礼者をもてなす、あるいは休息させることをあらわしていた（柏木、1986）。そうした歴史に端を発したホスピスは、欧米ではキリスト教を背景に、修道院などで人々の死を看取るということが行われてきた。わが国でも仏教の教えを基盤とする施設^(注2)に人々が収容され、看取られてきたのである。

また、近代ホスピスの流れを創り出したのは、修道女であったマザー・メアリー・エイケンヘッドであった。彼女はアイルランドの出身であり、イギリスの植民地支配下におかれたアイルランドの歴史の中で、貧困や飢えに苦しむ人々を助け、病院を創り上げた。その中に、ホスピス病棟を立ち上げたのである。さらに、近代ホスピスの原型を創り上げた人物として、シシリー・ソングダーの名があげられる。彼女は、看護師として働き始めたが、病いによって仕事が継続できなくなり、医療ソーシャルワーカーに転じるのである。そして、その働きの中でひとりの末期患者と出会ったことにより、医師へと職を転じ、末期がん患者のための施設をつくることとなる。その施設が、1967年にイギリス・ロンドン郊外に誕生した聖クリストファー・ホスピスである。このホスピスの設立が、世界各国に影響をもたらし、わが国にもホスピスが誕生した。1981年、静岡県にある聖隷三方原病院がその始まりとされている。続いて、1984年、大阪府の淀川キリスト教病院が本格的にターミナルケアに取り組み始めた。こうしたわが国の医療機関の動きを受けて、国もターミナルケアのあり方について検討を開始した。検討会を設置し、末期医療の在り方について1年以上にわたり議論を重ねた。その過程を経て、1990年、国は基準を満たしたホスピスに診療報酬を支払うことを決定したのである。以後、わが国にホスピスが広まり始めたのは言うまでもない。2008年1月現在、日本ホスピス緩和ケア協会が把握しているホスピスは、全国に177施設ある。

こうした、ホスピスの成立過程を概観することにより、この社会的文脈の背景には、ターミナル

ケアの対象となる患者が、医療の枠組みから疎外されてきたことをうかがい知ることができる。福島は、「末期医療とは、回復が見込めない人々、通常、余命が3か月から半年と診断された患者を対象とした医療である。病気やけがによって心身の機能を損なった人々を社会復帰させることが医療の本来の目的であるならば、末期医療はこれまでの医療とは完全に異なったベクトルを要することは想像に難くない。もう手の施しようがない、という事実が、末期医療を構成している重要な要素である。治癒の見込みのなくなった末期患者は、医師の関心の枠外に位置せざるを得ない。末期患者はそうした近代医療の限界点に浮上した人々である。」と述べている（福島、2000）。さらに、こうした近代医療が治癒の見込みのない患者を疎外する原点は、医療倫理が述べられた古典的宣誓書である「ヒポクラテスの誓い」にあると述べている。こうした近代医療に、疑問を呈し、果敢に挑戦したのが、シシリー・ソンドースであった。彼女が、看護師から医療ソーシャルワーカーに転じた時、末期がん患者たちが医療から切り離された状況に置かれていたこと、痛みを苦しむ姿に直面したことが、彼女の原動力となり、医師として、ホスピスを創設させるまでにいたったのではないだろうか。ここに治療（cure）からケア（care）への本質が見てとれる。さらには、ソーシャルワーカーの役割を見てとれるのではないだろうか。彼女は、医療からの疎外のみならず、精神的・社会的な疎外された状況にある末期がん患者の苦痛を取り除く必要性を鋭敏に感じ取っていたように思われる。換言すれば、近代ホスピスにおける緩和ケアという潮流を作りだしたに他ならない。

ソーシャルワーカーは、「人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革をすすめる、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークのよりどころとする基盤である」と国際ソーシャルワーカー連盟の定義（2000）には明記されている（厚美、2009）。誤解を恐れずにいうならば、シシリー・ソンドースは、ある意味でソーシャルワーカーとしての使命を果たしたといえるのではないだろうか。医療ソーシャルワーカーとして働いていた彼女は、自らも病いの経験をもちあわせ、近代医療で疎外されていた末期がん患者と出会ったことにより、新たな形のホスピスを誕生させるという社会変革をもたらしたのである。こうした原点をわれわれは見過ごすことはできない。

3. ソーシャルワークのあり方

(1) 医療行為だけではない緩和ケア

これまで、緩和ケアの定義が意味することの整理と、そのケアの流れをまとめてきた。

筆者(2008)が実施した調査から、介護老人福祉施設の相談職者や、知的障害者入所施設の専門職者は、自らの実践が緩和ケアに結びついているとあまり意識をしていないことが明らかとなった。そうした事実が明らかとなった背景には、緩和ケアが医療行為を前提としたものであるととらえていたことが要因としてあげられる。それらを伺わせる具体的な記述として、次のものがあげられる。たとえば、「最期は医療機関に搬送することが適切」といった回答や、「記録や会議にまでは残したことがないので、実施しているとは言い難い」というものであった。当然のことながら、介護老人福祉施設では、2006年の介護保険改正に伴い、看取り加算が認められるようになったことから、看取りを行う必要性については意識化されてはいるものの、体制が整わないという現状から、最期は医療機関への搬送という回答になっているということが推測できる。一方、知的障害者入所施設では、そもそも看取りということ自体を、施設機能として持ち合わせていないため、最期は医療機関への搬送ということになるのであろう。

だが、前項で触れた世界保健機関(WHO)の「緩和ケア」の定義を振り返ってみるならば、医療行為を行うことだけが緩和ケアではないことが理解できる。とくに、「家族が患者の病気や死別後の生活に適應できるよう支える」という点や「患者と家族のニーズを満たすために、チーム・アプローチを適用する」という点は、緩和ケアにソーシャルワーカーが介入していく重要な接点でもある。こうした接点は、前述の調査結果においても、世界保健機関の指摘に準拠する実践が散見していた。たとえば、「身寄りがいない利用者のため、母親が亡くなった際には、利用者を喪主として葬儀等を執り行った。また、利用者が亡くなった後には、施設が盆暮れの墓参年忌を今でも行っている」といった記述や、「職員が思い出を綴った色紙を(遺族)にプレゼントする。写真をみて施設でのご本人の様子を伝えるなどを行った」という特徴的な対応に加え、「死後の手順や葬儀の段取り」などの相談にのることを実際には多くの専門職(=ソーシャルワーカーとして)が実施しているのである。実践の場で働いているソーシャルワーカーたちは、緩和ケアの定義など把握していないかもしれない。しかし、実際には、当事者のおかれた状況に合わせ、死を迎える準備を整えたり、あるいは当事者との死別を経験した家族を支えているのである。むろん、こうした実践はソーシャルワーカーたちのオプション・サービスである。これらの実践の積み重ねは、ソーシャルワーカーが実践する緩和ケアとして、十分な根幹をなすはずといえるのであるが、専門職の主観的側面からは、「緩和ケアを実施していない」ととらえてしまう状況とは、どのようなことなのか。ここに現在のソーシャルワークの閉塞した状況が見えてくるといえるのではないだろうか。つまり、制度・政策を前提とした実践が、貴重なソーシャルワークの実践を見過ごしてしまっていることにほかならない。現実的な問題として、施設運営のためには、制度の運用を的確に行う必要があることは十分に理解している。だが、昨今のソーシャルワーク実践に求められている要素は、その枠組

み以外のものなのかもしれない。実践を行っているソーシャルワーカーたちは、そこに敏感に気づき、ジレンマを感じていることも当然であり、制度の限界点をいかにして補うかに心を砕いていることもあらゆる場面で聞こえてくる。

久保は、こうした状況について、セインズバリーの主張を敷衍して次のように述べている（久保、1990）。

- ① ソーシャルワークの目標・課題・介入の効果について、専門家が確信をもちにくくなってきたこと。いいかえれば専門家が謙遜になったというのか、ためらいがでてきたこと。
- ② 従来の理論がはたして実践に役立つのかという疑問が出てきたこと。
- ③ ソーシャルワークにおける雇用構造の変化、新しいトレーニングの内容、新しいソーシャルワーカーの役割などに対応できなくなったこと。
- ④ 新しいタイプのコミュニティ・アクション、セルフヘルプ・グループなどの台頭が、ソーシャルワークの実践にインパクトを与えたこと。
- ⑤ 専門家援助の技術や資源を見つめなおす中で、クライアントの研究に目が向けられてきたこと。

とくに、①の指摘は、「緩和ケアを実践していない」ととらえている専門職者たちのおかれた状況を的確に表現しているのではないだろうか。確信をもちにくい制度運用のうえでのクライアントとのかかわり、ましてやマニュアルなどに従って実践されたわけではない、いわばソーシャルワーカーたちの独自の働きが、専門職者たちにためらいを生じさせているのではないだろうか。

井上は、ソーシャルワーカーとしての実践をふまえ、以下のように述べている。「制度は存在そのものに加えて、運用が要である。必要で作られた制度であっても、実際の運用場面では様々な制約が生じてくる。…〈中略〉…現場の苦悩と工夫が、制度をより利用しやすいものに育てていくという確信をもって、積極的に例外的対応を積み重ね、真に利用しやすい制度・政策への提言を行っていくことが必要である」（井上、2008）というように、「ねばり強く例外をつくる」ということがいかに大切なことか、この一文から読み取れるのである。つまり、緩和ケアとして無意識のうちに実践している働きを、積極的な例外的対応ととらえ、積み重ねから発信していくことが、ソーシャルワークには求められているのではないだろうか。こうした実践の集約が、いま、まさに求められているといえるだろう。

（2）緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割

緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割を検討するにあたり、ここで、再度、ホスピスにお

けるケアというものについて触れておきたい。

柏木 (1986) は、ホスピスにおけるケアの重要なポイントを次のようにまとめている。

- ① ホスピス死を現実のものとしてとらえ、それをタブー視したり、恐れたりはしない。
- ② ホスピスのケアは死に焦点を合わせているのではない。
- ③ ホスピスの根本精神は支えあいである。
- ④ ホスピス・ケアが強調するのは苦痛の緩和である。
- ⑤ ホスピスは患者のみならず家族のケアも重視する。
- ⑥ ホスピスは施設だけを意味するのではなく、ケアの概念、考え方、またケアの方法論、プログラムといった広い意味をもつ。
- ⑦ ホスピスではチーム・アプローチが強調される。

この7つのポイントのうち、柏木はとくに④の「苦痛の緩和」にソーシャルワーカーの存在が欠かせないと述べている。ここでいう「苦痛」には4つの種類があるという。①身体的苦痛、②精神的苦痛、③社会的苦痛、④宗教的苦痛から構成される「苦痛」のうち、③社会的苦痛に重要なかわりをもつ存在が、ソーシャルワーカーであると伝えている。彼は自らの医師としての臨床経験から、その点を次のように記述している。「先日、ホスピスに入院してきた患者に「今、何が一番つらいですか」と尋ねたところ、「痛み」とか「呼吸が苦しい」とかいう身体的な訴えが返ってくると予想したのに反して「財産問題です」と答えた。この人にとっては、自分の財産をどのように処分して死を迎えるかということがすべての問題に勝って重要なのであった。社会的苦痛に対しては、ソーシャルワーカーの働きが大切になる。…〈中略〉… その仕事の分野は、きわめて多岐にわたるが、一言でいえば患者と家族の社会、心理、経済的な問題、職場の問題などが患者にとって身体的な苦痛よりもずっと大きい位置を占める場合がある。家族が苦しんでいる問題が分かっている、医師やナースはそれぞれの分野でのケアに忙しく、また専門性ゆえに患者の社会的問題に対して十分なケアができていない。そのような時、チームの中にソーシャルワーカーが存在することはケアの質の向上のために欠くことはできない」(柏木、pp.241-247)と、ホスピス医の立場からソーシャルワーカーをとらえている。この記述を受けて、ソーシャルワーカーは、医師やナースの仕事を補完的に行うという考え方がなされるかもしれない。しかしながら、この文章の本意はそこではない。彼が医師としての実践の中で、がんという疾患におかされ、末期の症状を呈している患者から発せられた言葉は、「痛みを取り除いてください」という言葉ではなかったということである。つまり、医師としての本領を発揮する、生命・身体を脅かす苦痛を緩和することだけでは、患者をあらゆる痛みから解放することはできないということを経験的に物語っているのではないだろうか。

そのことが、「苦痛」を4点に構成させたのであろうし、医師やナースだけではなしえない、患者の苦痛の除去を、ソーシャルワーカーにも求めたのだといえるだろう。こうした他の専門職者からの呼び掛けに、われわれは応える必要があるのではないだろうか。

こうした医療的側面からのアプローチに呼応するように、政策的側面からのアプローチも存在している。国はこれまでに「末期医療に関するケアの在り方の検討会（昭和62年～）」、「末期医療に関する国民の意識調査等検討会（平成5年～）」、「末期医療に関する意識調査等検討会（平成9年～）」、「終末期医療に関する調査等検討会（平成14年～）」、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（平成19年～）」を開催してきている。平成14年以前の検討会では、医療者がメンバーの位置を占めてきたが、「終末期医療に関する調査等検討会」からは、ソーシャルワーカーが委員としてメンバーの一員に加わっている。その他にも全国老人福祉施設協会委員なども加わり始めた。こうした政策的側面からのアプローチに、ソーシャルワークがいかにしてかかわりを深めていくか、つまりはその活動を認めてもらうかが課題となる。

だが、本質的な意味では、いまだ医療的側面からも、政策的側面からも、ソーシャルワーク、あるいはソーシャルワーカーが認められた存在ではないのかもしれない。わが国の緩和ケア病棟、あるいはホスピス施設で実施される緩和ケアにおいて、緩和ケア診療加算がつくチーム構成に、ソーシャルワーカーはメンバーとして加えられていない^(注3)。患者の「苦痛」は「身体的苦痛」に焦点化され、その周辺症状・周辺の苦痛については、配慮がなされていない現実である。加えて、ソーシャルワーカーの活動が認知されていない現状が際立つ事実である^(注4)。いかにしてこの状況を改善していくか、われわれは知恵を出し合う必要があるのではないだろうか。

4. おわりに

以上、緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割について、その歴史的な流れをふまえて、探索的な検討を行ってきた。緩和ケアという言葉により、医療的な側面が強調されることは言うまでもない。しかしながら、緩和ケアは、医療的側面だけでは完結しえないということを世界保健機関の定義では述べているのであり、積極的にソーシャルワーカーが介入する実践の場でもあることを認める必要があるのではないだろうか。むしろ、緩和ケアは医療ソーシャルワークや高齢者分野だけのものでもない。困難な状況にある人々の生活を支えることを標榜するソーシャルワークならではの具体的支援策を集約し、訴えかけていくことを命題としたい。

【付記】

本研究は、平成21年度文部科学省科学研究費補助金若手研究 (B) の助成を受けて行ったものである。

<注>

- (注1) 筆者による「施設における看取りに関する調査2008年」では、介護老人福祉施設および知的障害者入所施設職員に対し、看取りに関する意識調査を実施した。その結果、両施設とも半数以上の職員が「対応マニュアルの必要性」を求めていることが明らかとなった。
- (注2) 新村 (1989) によれば、『往生要集』の臨終行儀では、病人を無常院に移すこととなっている。…〈中略〉…無常院は、日常的な親しみ深い世界から隔離されたところであり、生を忘れさせ安らかな死を迎える場である。ある意味では死を覚悟させ、充実した最後の生を燃焼させる場でもある。ここにはキュアはなくケアのみがなされ、死と闘うのではなく、死を受容する能力を高める看護がなされる」という場所が存在した。『往生要集』は源信により985年に執筆されたものである。
- (注3) 緩和ケアチームとして診療加算が加えられる専門職は、①身体症状の緩和を担当する常勤医師、②精神症状の緩和を担当する常勤医師、③常勤のがん関連の認定または専門看護師看護師、④薬剤師、となっている。
- (注4) 正司 (2002) によれば、緩和ケア病棟承認施設では、専任のソーシャルワーカーを配置している施設が25%、兼任のソーシャルワーカーを配置している施設は59%であると述べている。これだけの数のソーシャルワーカーが、緩和ケア施設に配置されているにもかかわらず、その存在や活動については、認められているとは言い難い状況にあることがこの数字からも理解できる。

<参考文献>

- 厚美薫 (2009) 「相談援助の理念」柳澤孝主・坂野憲司編集『相談援助の基盤と専門職』弘文堂 p,61
- 福島智子 (2000) 「末期医療へのあらたなる視座」カール・ベッカー編『生と死のケアを考える』法蔵館 p,210
- Herman Feifel (1959), The Meaning of Death. McGraw Hill Book Company, (=大原健士郎・勝俣暎史・本間修訳 (1973) 『死の意味するもの』岩崎学術出版)
- 井上弘子 (2008) 「高齢者のソーシャルワーク」佐藤智編集代表『高齢者ケアと在宅医療』中央法

規 pp,66-90

柏木哲夫 (1986) 「第 8 章 ホスピスというもの」アルフォンス・デーケン編『死を看取る』メヂカルフレンド社 p,230

柏木哲夫 (2007) 「生と死の医学・終末期医療をめぐる様々な言葉」『総合臨床』第56巻 9 号 永井書店 pp.2744-2748

カール・ベッカー (2000) 編『生と死のケアを考える』法蔵館

久保紘章 (1990) 「利用者からの視点」『ソーシャルワーク研究』16(3) 相川書房 pp,163-177

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 (2008) 『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査2008』報告書 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

新村出編 (2008) 『広辞苑』第六版 岩波書店

太田義弘 (1999) 編『ソーシャルワーク実践と支援家庭の展開』中央法規

岡村昭彦 (1987) 『ホスピスへの遠い道・岡村昭彦集6』筑摩書房

佐藤繭美 (2009) 「ソーシャルワークにおける終末期ケアの意義 - 介護老人福祉施設及び知的障害者施設職員の終末期ケアに関する意識の比較検討 - 」『現代福祉研究』第 9 号51-68

佐藤智編集 (2008) 代表『高齢者ケアと在宅医療』中央法規

志真泰夫 (2002) 「日本におけるホスピス・緩和ケアの発展」『ターミナルケア』12 三輪書店 pp,287-291

正司朋美 (2002) 「ホスピスおよび緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの業務実態とガイドライン作成についての研究」(財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『2002年度調査研究報告書』

新村拓 (1989) 『死と病と看護の社会史』法政大学出版局

袖井孝子 (2007) 編『死の人間学』金子書房

柳澤孝主・坂野憲司 (2009) 編集『相談援助の基盤と専門職』弘文堂