

**全米ソーシャルワーカー協会(2003年)  
緩和と終末期ケアのソーシャルワーク実践基準**

新潟医療福祉大学 岩崎 浩三 未発表訳

目次

緩和と終末期ケアのための基準

イントロダクション

定 義

背 景

指導原理

専門職実践のための基準

References

全米ソーシャルワーカー協会(NASW)    ゲイリー・ベイリー-NASW 会長(2003-2004)

緩和と終末期ケア専門委員会

NASW 職員

スーザン・ブッカー

エリザベス・J/クラーク

イライダ・V・キャリオン

トビー・ワイスミラー

イベット・コロソ

トレイシー・ウィタカー

パメラ・M・ジャクソン

カリン・ウォルシュ

スチュアート・カウファー

パトリシア・オドンネル

メアリー・レイマー

シェリ・ロフ

エリザベス・スマート

シャロン・ハインズ・スミス

ミラ・ルイーズ・テカラ

キャサリン・ウォルシュ-バーク

**緩和と終末期ケアのための基準**

**基準 1. 倫理と価値観**

本専門職および現代の生命倫理両者の価値観、倫理、および基準は緩和と終末期ケアにおいて実践するソーシャルワーカーの指針となる。

**基準 2. 知識**

緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーは、クライアントと諸専門職と効果的な実践をするために不可欠の理論的ならびに生物心理社会的要因に関する知識を実行する。

**基準 3. 評価**

ソーシャルワーカーは、クライアントを評価し、介入と処遇計画を考案するための包括的な情報を含める。

**基準 4. 介入/処遇計画**

ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアにおけるクライアントの能力決定を増強する介入計画を考案し、実施する際評価を統合する。

**基準 5. 態度/自己認識**

緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーはクライアントに対する思いやりと感受性をもつ態度を示し、自己決定と尊厳に対するクライアントの権利を尊重する。ソーシャルワーカーは自分自身の信念、価値観、感情を意識し、自分の個人的な自我が実践に影響するかもしれないことを自覚する。

#### 基準 6. エンパワメントとアドボカシー

ソーシャルワーカーは緩和と終末期ケアにおけるクライアントのニーズ、決定、および権利を擁護する。ソーシャルワーカーは、人々が緩和と終末期ケアにおける生物心理社会的ニーズを満たす資源に平等にアクセスできることの保障を求めて社会的および政治的行動に従事する。

#### 基準 7. 記録作成

ソーシャルワーカーはクライアント記録または医療チャートのいずれかにクライアントにかかわったすべての実践を記録する。方法には手書きと電子記録がある。

#### 基準 8. 学際的チームワーク

ソーシャルワーカーは緩和と終末期サービスの総合的提供のために学際的協力の一端を占めるべきである。ソーシャルワーカーはチーム無のメンバーと協同するようにし、目的性をもってクライアントのニーズを擁護し、病気の経過に沿って患者のために看護をしてきた看護提供者との関係強化を尊重する。

#### 基準 9. 文化的能力

ソーシャルワーカーは、異なるグループの中で緩和と終末期ケアにおけるかかわるので、歴史、伝統、価値観、家族制度についての特殊な知識と理解をもつとともに、継続して勉強する。ソーシャルワーカーは、NASW のソーシャルワーク実践における文化的能力の基準の知識をもち、その基準にのっとり行動する。(NASW, 2002)

#### 基準 10. 継続教育

ソーシャルワーカーは、NASW 継続専門職教育基準(NASW,2002)に従い継続して専門職能力進展に対する個人的責務を負う。

#### 基準 11. スーパービジョン、指導、および訓練

緩和と終末期ケアにおいて専門性を有するソーシャルワーカーは、個人、グループ、団体に対する教育的、スーパーバイザー的、管理的、調査研究的作業のリーダーシップをとる。

### イントロダクション

ソーシャルワーカーはみな、その実践場所がどこであろうと、生命が限定される病気、臨終、死、悲嘆、死別といったことが含まれる急性あるいは長期的な状況に直面するクライアントとかかわることが避けられないであろう。ソーシャルワーカーは、異なる文化、年齢、社会経済的地位、非伝統的な家族からなる対象者のために働く際自らの専門性を用いて、外傷、自殺および死に対処できるよう寿命のある間家族を支援し、そのようなニーズを評価し、かつ適切に介入できるように準備していなければならない。

緩和と終末期ケアを扱うソーシャルワーク実践場所には、保健および精神保健機関、病院、ホスピス、在宅ケア、老人ホーム、デイケアと高齢者センター、学校、裁判所、児童福祉および家族サービス機関、矯正施設、移民と難民のための機関、物質濫用プログラムおよび雇用者支援プログラムがある。したがって、ソーシャルワークは、生命が限定される病気と終末期問題によって影響を受ける個人と家族のニーズを満たすことができる幅広い専門職である。

ソーシャルワーカーは、クライアントとその家族に対して直接サービスを行う専門知識と技術を提供することが求められる。同時に、ソーシャルワーカーは、生命が限定される病気、臨終と遺族に関して、一連の専門家、消費者および専門家でない素人に影響を及ぼす機会がある。医療技術の向上、慢性病率の上昇、高齢者数の増加、長寿化のために、緩和と終末期ケア状況で働く教

育を受け技術を持ったソーシャルワーカーの必要性が高まっている。

緩和と終末期ケアは、成長過程にある実践領域であり、ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアをめぐる複雑な問題に対処する準備ができていないかもしれない。(Csikai & Raymer 2003; Christ & Sormanti, 1999)。これの諸基準は、終末期の状況下で仕事をする際に、クライアント、家族、医療従事者およびコミュニティに対して有効に働くために必要とされる技術、知識、価値観、方法、および感受性に関して、ソーシャルワーカーの意識を増強することを意図している。

## 定 義

### 終末期ケア

終末期ケアとは、個人及びその家族が終末期に近づくとともに個人とその家族を支援するために提供される多元的評価および介入をいう。突如であるか、予期されたかにかかわらず、人の終末は、その人やその家族および家族の遺産に大きな影響を与える独自の経験である。

終末期の決定は、個々の個人がその人の人生の終わりの前に行う幅広い医学的および社会心理的決定がかかわる。誰かが決定を下さなくてはならないということはない。あらかじめ指示者を決めていてもいなくても、そうする能力を持つ人がいればその人が代表することができる。個々の人があらかじめしておいた計画に従ってそのような決定を扱うかもしれないし、緊急時で、慎重は考慮が得られないときには、その難しい決定を、彼らの最も愛した人が望んでいたかもしれないことを決定する用意のなかった家族や友人にしてもらおうかもしれない。そのような決定には、ひとが死の前の最後の数ヶ月をどこで過ごすか計画をすること、およびそのときに人が望む自己充足の程度がある。これらの決定に到達するために個人的、家族および社会資源の利用は、その病気の種類によって変わるかもしれないし、個人とその家族が直面するかもしれない最も難しい決定の一つである。

医療看護と終末期の意思決定は、倫理領域、宗教領域、文化領域、情緒領域、法律領域にわたる。問題の複雑さには、危険と利益を量ること、個人的資源、家族の資源、および社会の資源の配分、ケアの目標変更に関する認識などのような性質を含む。それは、個人が最も深層の、そして心の中で最も大切にしていた恐怖、価値、信念に関係する。緩和と終末期の問題は多くの場合微妙で論争的になるので、熟練して洞察力のある学際的なケアを要する。

病気の経過に沿ったニーズに専念すること、終末期の問題に相談をまとめること、インフォームド・デシジョンをすること、そして社会がそれらを尊重する保障をすることが重大な生命の課題であるという合意が高まっている。ソーシャルワークの価値観と技術が重要な貢献をすることができるのは、そのような一群の責任をもつためである。(Kaplan, 1995)

### 緩和ケア

緩和ケアは、患者と生命が限定される病気に関連した問題に直面する家族のためのクオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。これは、早期発見と包括的な評価、および苦痛とその他の身体的問題、心理社会的問題および精神的問題の治療によって苦痛の予防と軽減を通じて遂行される。

緩和ケアは:

- 苦痛およびその他の苦しい徴候からの軽減を提供する;
- 生命を支持し、死ぬことを正常なプロセスと見なす;
- 死を促進したり、または延期する意図を持たない;

患者のケアに関し心理面と精神面を統合する；

患者が死にいたるまで、できるだけ患者が積極的に生きるのを助けるためにサポート・システムを提供する；

患者の病気の間、および自分自身死別の悲しみの中で対処する家族を助けるためにサポート・システムを提供する；

患者とその家族のニーズに対処するためにチーム・アプローチを用いる。もし兆候が見られれば死別カウンセリングを含む；

患者の必要、およびもし示されれば、それらの家族をアドレスするためにチーム・アプローチを使用します；

クオリティー・オブ・ライフを増強することで、さらに良い方向に病気の経過に影響を及ぼすかもしれない；

そして化学療法または放射線治療のような生命を延長するように意図された他の治療と共に、病気の経過の早い段階で適用可能であり、苦しい臨床の合併症をよりよく理解し対応するのに必要なそれらの調査を含む。(World Health Organization, 2003).

### ホスピスと緩和ケア

生命が限定される病気あるいは傷害に直面する人々のために質の高い、思いやりのあるケアのモデルを考慮して、ホスピスと緩和ケアは、専門性の高い医療、激しい苦痛と症状の処理、および患者のニーズと希望に合わせた情緒的・精神的支援に対してチーム指向アプローチを含む。支援は患者の家族にも提供される。ホスピスと緩和ケア・センターでは、と共に、我々の誰もが尊厳をもち、苦痛を持たないで生き、そして死ぬ権利があるという信念と、我々がそうすることを可能にするために必要な支援を家族が受けるべきであるという信念がある。

ホスピスは治癒ではなくケアに焦点を当て、ほとんどの場合、ケアは患者の家庭の中で提供される。ケアは、独立したホスピス・センター、病院や老人ホーム、そしてその他の長期ケア施設の中でも提供される。サービスは、どの年齢、宗教、人種あるいは病気の患者にも利用可能である。ホスピス・ケアは、メディケア、メディケイド、ほとんどの民間保険、健康維持団体(HMO)およびその他の管理医療組織(managed care organization)でカバーされる。

緩和ケアは、ホスピス・ケアの原理をもっと広い対象者に拡大するもので、彼らのそれらの疾病過程のより早期にこの種のケアを受ける利益を得ることができる。特殊な療法が考慮から排除されることはない。個人のニーズは継続して評価され、治療オプションは、個人の価値観、症状、および変化する目標の状況の中で調査され、評価されるべきである。緩和ケアは病気が進行すればホスピス・ケアへと続けることになるかもしれない。(National Hospice and Palliative Care Organization, 2003)

NASW は、緩和ケアのための最後の行為教訓を支持する。(教訓は <http://www.lastacts.org> から入手できる。)

### 死別の悲しみ

死別は、重要な人あるいはその他の愛着対象者の喪失を経験した人の客観的な状況であるとして専門家たちによって定義されている。

### 悲 嘆

悲嘆は喪失への反応であり、喪失を耐えている各人にとっての、個別の経験である。喪失によっては、家族、コミュニティー、文化および国々のようなグループの全体に影響する。悲嘆は身体

的、情緒的、行動的、認知的、精神的見地を含め、あらゆる見地から人々に影響を及ぼす。

## 背景

過去十年間に、消費者擁護団体、保健専門職組織および政府系機関は、病気の経過の沿った、そして終末期のケアの質およびアクセシビリティにますます注目するようになった。その結果、ヘルスケア専門職は、それぞれの専門分野の会員を訓練し、ケアにおける優秀性を示すための知識基盤の構築に寄与できるよう専門職独自の能力に焦点を当てている。ソーシャルワークも例外ではない。

2002年の終末期および緩和ケアに関するソーシャルワーク・リーダーシップ・サミットは、緩和と終末期ケアに焦点を当てたソーシャルワーク専門職における承認された共同作業の必要性を発表した。この会議の間に、参加者はこの専門職がケアを改良し、ソーシャルワークの役割を高め、この分野での貢献を議題にした。(Project on Death in America, 2002)

この基礎を土台にして、全米ソーシャルワーカー協会(NASW)は、ソーシャルワーカーにとって実用的な道具として、緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーク実践基準を策定した。基準は、緩和と終末期ケアおよび専門ソーシャルワーク実践におけるソーシャルワーク機能の核心要素を反映し、これらの問題に対処する様々な場で実践するソーシャルワーカーを対象にしている。緩和と終末期ケアにおける多くの実践中のソーシャルワーカーにとっては、これらの基準は現在の実践を強化する。その他の者にとっても、基準は達成目標を提供し、実践支援の指針を提供する。

## 指導原理

ソーシャルワーカーは次の状況で働く際に人種、文化、経済の多様性に関して独自の、詳細な知識を持つ専門性を有する;家族と支援網;多次元の症状管理;死別;トラウマと災害救済;学際的实践;ライフ・サイクルを通しての介入;そしてまたヘルスケアにおける分散、ギャップおよび不十分さに対処するシステム介入。これらは、緩和と終末期ケアにおいて変化を実行する重大な分野である。

ソーシャルワーカーは、生命が限定される病気をもって生きる患者のケアと臨終に重要な改良をするために用いることができる地方、州および連邦政府レベルで政策の変更と開発を分析し、影響を及ぼし、実行する際の専門知識も持っている。臨終を迎える人のケアのソーシャルワーク研究でも、以前には見落とされた終末期の多くの領域を開発し、対処しており、それには人種的・文化的・経済的多様性に関する問題、物質濫用、投獄、異なるライフ・サイクルの段階における介入、問題解決介入、地域社会の状況における介入などがある。

ソーシャルワーカーは個人、(広義の)家族および介護者に対するクオリティー・オブ・ライフを高め、ウエルビーングを促進することにかかわる。直面する問題が緩和と終末期ケアに関係がある時、ソーシャルワーカーは臨床医、教育者、研究者、擁護者、およびコミュニティー・リーダーとしての多次元の役割を持つ。緩和と終末期ケアにおける倫理的ジレンマに直面する場合、ソーシャルワーカーはクライアントまたはそれらの代理人がそのような問題に直面することに関してはクライアントによる自己決定の原理を用いることができる。(National Association of Social Workers, 2003)

緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワークの範囲は、多くの実践の場所と対象者全般にわたり、個人、家族、グループ、コミュニティーおよび組織的なレベルでの介入を求める。この基準は、実

践の優先事項は働く場所によって違って来ても、緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーク実践のための基本的な道具とみなすことができる。

## 専門職実践のための基準

### 基準 1. 倫理と価値観

本専門職および現代の生命倫理両者の価値観、倫理、および基準は緩和と終末期ケアにおいて実践するソーシャルワーカーの指針となる。NASW の倫理綱領(NASW、2000 年)は、倫理的意思決定と実践に対するいくつかの重要な指針の一つである。

解釈:

緩和と終末期ケアにおいて実践するソーシャルワーカーは、倫理的ジレンマおよび価値観の葛藤についての評価を包括的に含み、宗教、精神性および生命の意味に関係する問題を考慮する課題に備えていなければならない。この領域で有効な実践者となるためには、緩和と終末期ケアにおける専門教育が望まれる。

この実践領域における仕事で必要とされる最低の知識基盤には、次の基本的倫理原則の理解が含まれる。

公正:すべてを公平に扱い、危険と利益を等しく分配する義務

善行:個人に対しても全員に対しても良いことをする義務

非悪行: 個人に対しても全員に対しても危害を及ぼさない義務

理解/寛容:そうすることが正当な理由となることを示す場合、他者の見解を理解し、受け入れる義務

周知:関係者全員に知られており、認識されていないと認めなければならない倫理基準に基づいた行動をとる義務

人に対する尊敬: 他者への尊敬を示すことが、我々の目的への単なる手段として他者を扱っていないことを暗示するように、他者を、その人たちの権利を、そしてその人たちの責任を尊重する義務

普遍性:時間、場所、関係者に関係なく、すべての人に当てはまる行動をとる義務

真実性:真実を述べる義務

自律性: 自分自身の決定を下す個人の権利を最大限にする義務

守秘性:情報と行動のプライバシーを尊重する義務

均等:道徳的な判断ができる同等のものとしてすべての人々を見る義務

終局性: 法律、宗教、社会慣習の要求を無視する行動をとる義務

さらに、緩和と終末期ケアで働くソーシャルワーカーは、共通していて複雑な生命倫理の考察と、治療を拒絶する権利、代理意思決定、人工呼吸維持装置の終止および流動物と栄養の使用中止を含む治療の中止または保留、自殺援助のような法的問題に精通していることが期待される。終末期問題は、それらが異なるグループの様々な価値システムを反映するので、論争的になっていると認識される。従って、NASW は、終末期の決定の道徳性に関して一つの立場を取らないが、自己のケアについてのレベルを決める個人の権利を支持する。精神疾患を持つ人々、発達障害を持つ人々、才能または力量が問題にされる個人、子ども、その他、圧力に弱いグループあるいは決定能力に欠けるグループなど、特別な対象者には特別の配慮が与えられるべきである。

## 基準 2. 知 識

緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーは、クライアントと諸専門職と効果的な実践をするために不可欠な理論的ならびに生物心理社会的要因に関する知識を実行する。

解釈:

ソーシャルワーカーは、クライアントにとってしばしば障壁となっている医療および社会制度を使うことについての知識を持っている。ソーシャルワーカーは、家族内およびクライアント/家族とヘルスケアあるいは学際的チームの間の両方で、コミュニケーションをとる専門知識を持っている。家族制度と人間間の力学についての知識を利用して、ソーシャルワーカーは、独自の方法で家族の経験を調査し、包括的な評価を行い、協議、計画立案、そして相互作用へ進むようチームが生物心理社会的・精神的諸要因を統合するのを支援することができる。

ソーシャルワークの視座は、家族の生活の社会経済的な次元、文化的な次元および精神的な次元の理解を含む。個人と家族が最大限危機に対処できるよう援助するのが専門であるので、そして、症状、苦痛、悲嘆および喪失の心理社会的領域での扱い方も、ソーシャルワーカーは生命が限定される病気に直面している者のための実際的なサービスと同様に集中的なカウンセリングも提供し、複雑な問題で支援することができる。

緩和と終末期ケアに関する知識と理解の重要な領域には次のことが含まれる。

ソーシャルワーカー臨床家の多面的な役割および機能

死ぬプロセスの身体的および多次元の諸段階

苦痛の身体的表れ方、心理的表れ方、精神的な表れ方

不快を緩和することができる心理社会的な介入の範囲

クライアントとその家族成員の生物心理社会的ニーズ

人種の違い、宗教の違いおよび文化的な違いの影響

意思決定、医療従事者との関係、臨終と死などの病気関連問題

在宅ケア、老人ホーム、ホスピスなどの場所を含む緩和と終末期ケアのための場所の範囲

利用可能な地域社会資源とそれらへのアクセス方法

病気の経過に応じた、また終末期における家族の意思決定への財源の影響

病気が進行していく間の推進指示に関する設定、使用、支持、修正

緩和と終末期ケアへのアクセス獲得における文化の差異

緩和と終末期ケアを提供する場を統制する認可と規制基準

子ども、身体障害者、発達障害者、精神障害者、情緒障害者、老人ホーム、矯正施設のような非医療施設などの施設入所者といった特別の対象者とその家族が直面するニーズ

## 基準 3. 評 価

ソーシャルワーカーは、クライアントを評価し、介入と処遇計画を考案するための包括的な情報を含める。

解釈:

評価は実践の基礎である。ソーシャルワーカーは評価に基づいて、クライアントの介入を計画し、新しく発見されたニーズや変更されたケア目標に応じて治療計画を継続して再評価し、改訂することができるようにしておかなければならない。緩和と終末期ケアという状況における包括的で、文化的な要求にかなうソーシャルワーク評価には、関連する生物心理社会的な要因および個々のクライアントと(クライアントにより指定された)家族のニーズを考慮することを含む。

包括的な評価で考慮する分野には次のものを含む。

関係のある過去と現在の健康状況(苦痛、うつ、不安、幻覚、移動の減少のような問題の影響を含む)

家族構成と役割

家族の中のコミュニケーションおよび意思決定のパターン/スタイル

ライフ・サイクルの諸段階、関連する発達問題

精神性/信頼

文化的価値観と信条

クライアント/家族の優先使用言語と利用可能な通訳サービス

クライアント/家族の緩和と終末期ケアにおける目標

サポート・システム、関係する公式・非公式の介護人、利用可能な資源およびアクセスへの障害を含む社会的支援

病気、障害、死および喪失を伴う過去の経験

生活史、対処スタイル、危機管理技術、自殺/殺人の危険性を含めた精神保健機能

ユニークなニーズおよび問題、難民と移民、子ども、重症で持続的精神疾患を持つ個人、ホームレスの人々などの特別な対象者に関連するニーズと問題

クライアント/家族の心理社会的なニーズを学際的チームに意思伝達すること

#### 基準 4. 介入/処遇計画

ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアにおけるクライアントの能力決定を増強する介入計画を考案し、実施する際評価を統合する。

解釈:

すべての実践の領域のソーシャルワーカーは介入を提供し、治療計画を設定する際様々な理論的視点と技術を用いる。最初の評価とチーム情報の提供はケア計画の通知と案内である。ソーシャルワーカーは、異なる年齢集団、人種、文化、宗教、社会経済的および教育の背景、ライフスタイル、異なる精神保健と障害の状態、多様な非医学的なケアの場をもつ個人に対して有効な働きをするために技術を適用させることができないなければならない。

有効な緩和と終末期ケアのために不可欠な技術には次のものを含む。

差し迫った死の兆候と症状を認識し、臨床評価によって導かれる方法で家族に準備をさせる能力  
クライアント、家族員、ケアチームの成員の間でコミュニケーションを促進する能力

悲嘆理論を実践へ統合する能力

評価に基づいた適切な介入の決定能力

疼痛管理を含む必要なサービスに対して、クライアント、家族および介護人のために主張する能力

複雑な資源のネットワークを使いクライアントと家族のために適切な連携を作る能力

予期される悲哀、悲嘆、死別、そしてフォローアップ・サービスを含むクライアント、家族、および介護人への支援能力。

緩和と終末期ケアにおいて一般に提供される介入には次のものを含む。

(認知行動介入に取り組むことを含む)個別カウンセリングと心理療法

家族カウンセリング

家族チーム会議



## 危機カウンセリング

### 情報と教育

症状管理に関する多次元の介入

サポートグループ、死別グループ

ケース・マネジメントと退院計画

意思決定と多様な代替治療の示唆

資源相談(その中には介護資源、長期ケアまたはホスピス・ケアなどのケアに関する代替レベルの選択肢、経済的および法的ニーズ、進行指示、要扶養者に対する持続性計画を含む)

クライアント擁護/システムの操縦

### 基準 5. 態度/自己認識

緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーはクライアントに対する思いやりと感受性をもつ態度を示し、自己決定と尊厳に対するクライアントの権利を尊重する。ソーシャルワーカーは自分自身の信念、価値観、感情を意識し、自分の個人的な自我が実践に影響するかもしれないことを自覚する。

解釈:

効果的に実践するために、緩和と終末期ケアにおけるソーシャルワーカーは、他者の苦痛、苦悩、苦哀に応じて感情移入と感受性を実証しなければならない。クライアントをケアする際に思いやりと感受性を包む特定のソーシャルワークの態度と反応には次のものを含むが、必ずしもそれだけに限定するものではない。

人間の苦痛に直面することができるために一日単位での柔軟性と順応性

プライマリーケア・ユニットとしてクライアント/クライアント・システムのニーズの一貫した個別化

クライアント/クライアント・システムとの相互作用を促進する

ケア目標を達成する学際チーム・メンバーとして、協力的に対話し働く能力

緩和と終末期ケアにおける焦点をクライアント/クライアント・システムの選択、希望、価値観、信条に当てる主張をする意欲

この条件を緩和するために気配り疲れと倫理の責任の意識

専門職のアイデンティティと、緩和と終末期ケアにおけるその役割の大きさのために専門職に力をつける自身と能力

### 基準 6. エンパワメントとアドボカシー

ソーシャルワーカーは緩和と終末期ケアにおけるクライアントのニーズ、決定、および権利を擁護する。

ソーシャルワーカーは、人々が緩和と終末期ケアにおける生物心理社会的ニーズを満たす資源に平等にアクセスできることの保障を求めて社会的および政治的行動に従事する。

解釈:

アドボカシーでは、ソーシャルワークはユニークで本質的な技術と視座を提供する。そのなかには、状況の中の人に関する深い理解、コミュニケーション・スキル、グループ過程とシステムの専門知識、社会正義への関心、価値観と倫理に関する強力な背景、広範囲の心理社会的および精神的知識基盤がある。有効なエンパワメントとアドボカシーの重要な内容は、クライアントの視点からニーズを判断し、決めることであり、その中には文化的および精神的な信条、ケアの意思決定者と供給者にクライアントの心配事とニーズを伝えることを含む。アドボカシーとエンパワメントはミク

口とマクロレベルの両方で実践する。

実行例にはクライアントと資源をつなぐ、選択について家族の認識できるように支援する、個人と家族がケア目標を交渉するのを支援する、ケアのシステムを進んでいけるように案内する、苦痛と症状管理をモニタリングする、クオリティー・オブ・ライフ問題に対処する、チーム会議、介護人サポートの相談と提供がある。アドボカシーのより広い例には、特殊な対象者、施設、地域社会、ならびに文化的・人種的な違いを統合する努力の必要がある保健看護政策領域がある。マクロレベルで有効な緩和と終末期ケアに対する障壁を認識することが必要であり、それには経済的不平等の問題、文化的に有用なサービス不足の問題、その他アクセス問題に対処することがあり、それらの障壁に対処することによって個人が終末期にこの上なく高いクオリティー・オブ・ライフを経験するようになる。

#### 基準 7. 記録作成

ソーシャルワーカーはクライアント記録または医療チャートのいずれかにクライアントにかかわったすべての実践を記録する。方法には手書きと電子記録がある。

解釈:

ソーシャルワーク・サービスの進行記録は、評価、対処された問題、提供された治療、ケア計画を反映するべきであり、(たとえば、ホスピスからホスピス、老人ホームからホスピスへなど)すべての施設間でケアの継続性を保障しなければならない。医療記録の転送は、医療情報の守秘性/プライバシーを重視し、現行の連邦および州法に従って行われなければならない。機関の方針の遵守は、特に電子記録の転送に関して、不可欠である。

#### 基準 8. 学際的チームワーク

ソーシャルワーカーは緩和と終末期サービスの総合的提供のために学際的協力の一端を占めるべきである。ソーシャルワーカーはチーム無のメンバーと協同するようにし、目的性をもってクライアントのニーズを擁護し、病気の経過に沿って患者のために看護をしてきた看護提供者との関係強化を尊重する。

解釈:

学際的なチームワークは緩和と終末期ケアにおける重要な内容である。ソーシャルワーカーはヘルスケア・チームの不可欠なメンバーである。ソーシャルワーカーは、チーム内の緩和と終末期ケアにおける個人と家族の見解とニーズを主張するべきであり、またチーム・メンバーと意思疎通できるようクライアントを励まし、支援するべきである。しばしば、クライアント、家族およびチーム・メンバーは問題解決のことで紛争解決ではソーシャルワーカーの専門知識に依存する。

チームワークは共同作業を必要とし、必要な場合にはエンパワメントとアドボカシーをする能力を要する。ソーシャルワーカーの心理社会的な専門知識は、学際的チームが理解を増強し、介入と決定を形成し、治療計画を作るのを支援する。さらに、ソーシャルワーカーは資源を見出し、カウンセリング、支援活動および実際的な介入を提供する。

#### 基準 9. 文化的能力

ソーシャルワーカーは、異なるグループの中で緩和と終末期ケアにおけるかかわるので、歴史、伝統、価値観、家族制度についての特殊な知識と理解をもつとともに、継続して勉強する。ソーシャルワーカーは、NASW のソーシャルワーク実践における文化的能力の基準の知識をもち、その基準にのっとり行動する。(NASW, 2002)

解釈:

ソーシャルワーカーは、人種、文化、価値観、宗教や健康に関連する信条、経済状態によって個人と家族がどのように影響を受けるかに関して知識を考慮し、統合する。ソーシャルワーカーは、圧力の仕組みと、その仕組みが緩和と終末期ケアにアクセスし、利用することにどのようにクライアントに影響するかを理解するべきである。多くの文化が、緩和と終末期ケアの分野ではその文化の価値観と伝統を譲らない。

文化は個人と家族の経験にも実践者と施設の経験にも影響を及ぼす。ソーシャルワーカーは、緩和と終末期ケアの行われている実践の場における文化を考慮するべきである。それぞれの文化グループは、緩和と終末期ケアに関して独自の見解を持ち、それは臨終、死、病気、喪失、苦痛への個人の反応に影響するので、これらを理解する必要がある。

文化が病気と終末期が個人と家族の経験にどのように影響するか理解するソーシャルワーカーは、ケアを個別的に取り扱い、病気、苦痛、臨終と死の心理社会的な影響に介入するのが上手である。したがって、ソーシャルワーカーは、彼らが文化的に敏感なサービスを提供する実践をしている文化グループの実践と信条に精通しているべきである。

#### 基準 10. 継続教育

ソーシャルワーカーは、NASW 継続専門職教育基準 (NASW,2002) に従い継続して専門職能力進展に対する個人的責務を負う。

解釈:

ソーシャルワーカーは、有効に個人と家族に対して働くために緩和と終末期ケアにおける理論学識と実践について成長し続けなければならない。緩和と終末期ケアは、急速に拡大し、変化し続けている分野であり、すべての実践現場にわたっている。臨床能力に加えて、ソーシャルワーカーは研究に遅れないようにすることにより技術と理解を増強する必要があり、そうすることによって実践は最新の知識を反映させることができる。

専門職としての向上の多くの機会が、NASW および他の専門職団体、機関、機関、連合体、地方・州・全国レベルのサービス部門を通して利用可能である。ソーシャルワーカーは、ケアのできるだけ高いレベルを提供するために専門職の諸会議や定期的で一貫した基盤を持つ養成活動に参加し、寄与するべきである。ソーシャルワーカーは、研究に参加し、団体や機関が協調し啓蒙し、この分野に対して適切な教育を提供するように勧めることによって、緩和と終末期の専門職の発展ニーズにも支援するべきである。

#### 基準 11. スーパービジョン、指導、および訓練

緩和と終末期ケアにおいて専門性を有するソーシャルワーカーは、個人、グループ、団体に対する教育的、スーパーバイザー的、管理的、調査研究的作業のリーダーシップをとる。

解釈:

ソーシャルワーカーは、個人、グループおよび組織に対し彼らの専門知識を提供するとともに、新人ソーシャルワーカーあるいは緩和と終末期ケアに移ろうとしているソーシャルワーカーにも訓練と指導の機会を提供する。可能な場合、熟練したソーシャルワーカーが、緩和と終末期ケアにおけるプログラムを啓蒙するためにソーシャルワーク学校と協働し、この専門分野への関心を増強し、促進する。

ソーシャルワーカーは、この領域の臨床家に入門専門知識を提供するために現業ソーシャルワーカー、インターン、学生にスーパービジョンを提供する。ソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク専門職およびソーシャルワーク介入の効能を実証するだけでなく、個人とその家族の社会心理的

ニーズを扱うことが不可欠な他量飯野の専門職の同僚の間に認識を高めなければならない。

## References

Christ, G., & Sormanti, M. (1999). Advancing social work practice in end-of- life care. *Social Work in Health Care*, 30 (2) , 81- 99.

Csikai, E. L., & Raymer, M. (2003). The Social Work End of Life Care Education Project: An assessment of educational needs. Insights. Retrieved October 6, 2003 , from [http://www.nhpco.org/files/public/InsightsIssue2\\_2003Social\\_Worker\\_pp8-9.pdf](http://www.nhpco.org/files/public/InsightsIssue2_2003Social_Worker_pp8-9.pdf) .

Field, M. J., & Behrman, R. E. (Eds.). (2002). When children die: Improving palliative and end of life care for children and their families . Washington , DC : National Academy of Sciences, Institute of Medicine , Committee on Palliative and End of Life Care for Children.

Field, M. J., & Cassel , C. K. (Eds.). (1997). Approaching death: Improving care at the end of life. Washington , DC : National Academy of Sciences , Institute of Medicine .

Kaplan, K. O. (1995). End of Life decisions. In R. L. Edwards (Ed.-in-Chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed., Vol. 1, pp. 856?868). Washington , DC : NASW Press.

National Association of Social Workers. (2003). Client self-determination in end of life decisions. *Social work speaks: National Association of Social Workers policy statements, 2003 ? 2006* (6 th ed., pp. 46 ? 49). Washington , DC : NASW Press.

National Association of Social Workers. (1999). *NASW code of ethics* . Washington , DC : NASW Press.

National Association of Social Workers. (2000). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. Washington , DC : Author.

National Association of Social Workers. (2001). *NASW standards for cultural competence in social work practice*. Washington , DC : NASW Press.

National Hospice and Palliative Care Organization. (2001). *Competency-based education for social workers* . Arlington, VA: Author .

National Hospice and Palliative Care Organization. (2003). *Hospice and palliative care* . Retrieved September 3, 2003 , from <http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3281> .

Project on Death in America . (2002). *Social Work Summit on End of Life and Palliative Care*. (Press release). Retrieved from <http://www.swlda.org/Summit.htm> on October 6, 2003 .

Project on Death in America . (2002). *Social Work Summit on End of Life and Palliative Care*. (Press release). Retrieved October 6, 2003 , from <http://www.swlda.org/Summit.htm> .

World Health Organization. (2003). *WHO definition of palliative care* . Retrieved September 23, 2003 , from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> .

## Resources

NASW has developed several policy statements, which are published in *Social Work Speaks: National Association of Social Workers Policy Statements, 2003 ? 2006* (6th ed.), related to palliative and end of life care. These statements are listed below:

Client Self-Determination in End of Life Decisions

Health Care

Hospice Care

Long-Term Care

Managed Care

Acknowledgements

NASW would like to acknowledge the work of the following individuals for their contributions to the "Social Work Scope of Practice and Competencies Essential to Palliative Care, End of Life Care and Grief Work" (as yet unpublished), as part of the National Social Work Leadership Summit on Palliative and End of Life Care, in conjunction with the Last Acts Provider Education Committee, the Duke Institute on Care at the End of Life, and the Soros Foundation's Project on Death in America: Lisa P. Gwyther, Terry Altilio, Susan Blacker, Grace Christ, Ellen Csikai, Nancy Hooyman, Betty Kramer, Julie M. Linton, Mary Raymer, and Judy Howe.

The work of the aforementioned authors provided the foundation of the NASW Standards for Practice for Social Workers in Palliative and End of life Care.

NASW would also like to acknowledge and thank Project on Death in America for the grant to fund the development of practice standards for social workers in palliative and end of life care.