

# 心理臨床家の死生観が援助のあり方に与える影響

—有資格者のカウンセラーを対象にした調査から—

奥野 雅子

## I 問題と目的

心理臨床家は心理的な課題があり苦悩する他者を援助する使命がある。実際、心理臨床家は医療、教育、福祉、司法といったさまざまな現場で、患者やクライアントが抱える問題に向きあい解決を支援している。最近では、医療現場における終末期の患者への支援や福祉の現場での高齢者へのサポートなどが求められるようになってきている。このような状況で患者やクライアントが自身の死に向き合っている際に、心理臨床家は当事者とその家族と面接をすることになる。そこでは、死に向き合っている当事者の死に対する考え方や態度に遭遇する。つまり、当事者の「死生観」に関わる必要がある。「死生観」には、複数の定義が存在し、死へ向かっていく際にどのように向きあえるかといった感情的側面（久保田，2004）、生死に対する価値観や考え方などの認知的側面（丹下，1999；村田，2013；友居，2021）などがある。また、死に向き合うプロセスでどのように行動するかといった行動的側面も存在する。本研究では、死生観を「生死に対する考え方や態度」（奥野，2022）として捉えることにする。

これまでに行われた死生観に関する研究では、死生観は世代によって異なることが指摘されている（富松・稲谷，2012）。たとえば、高齢者は死を考えることで不安や恐怖を抱きながらも死の準備が必要であることを認識しており、死の迎え方に関する希望があることも報告されている（高岡・紺谷・深澤，2009）。また、死生観は地域によっても異なり、高齢化率の高いルーラルエリアの住民は周囲に迷惑をかけない死を望んでいることが示されている（浅見・中村・伊藤・彦・浅見，2016）。さらに、死が近づき、近い将来に死が現実化することがわかると生きる上での判断基準が変化することも指摘されている（河合，1994）。このように、死が近づいているという現実を認識した時に、死をどのように受容するかという観点が重要なテーマになるといえる。

死の受容に関しては、そのプロセスをKubler-Ross（1969）が明らかにしている。そこで提示されたプロセスでは、最初に死を「否認」する段階から始まり、周囲に「怒り」を向ける段階、死なずにすむように「取引」をしようとする段階、そして、取引が無駄だと認識して絶望し「抑うつ」に陥る段階、最後には、安らかに死を受け入れる「受容」の段階に至ることが示されている。つまり、人が死に逝くプロセスでは死生観が否定的から肯定的に変容することを示唆した知見といえる。

また、死を受容する際には死後の世界に関する論議がある。鎌田（2017）は、死に直面した人間が自分は死んだらどこに行くのかについての信念を持っていない場合には孤独感に陥ることを指摘している。このことから、死の受容には死後の世界の有無に関する信念が影響するこ

とが考えられる。このような信念は宗教的な領域ともいえるため、死後の世界に関する問いは宗教者に向けられることが多い(谷山, 2006; 福永, 2014)。その際に宗教者は自身の宗教に拠って立つ教義に沿って回答することが予想される。たとえば、死後の世界を、キリスト教では“天国”、仏教は“浄土”とされ、輪廻転生の考え方に基づけば何回も生まれ変われることも述べられている。一方、死後の世界は「無」であるという捉え方もある(森岡, 2005; Kagen, 2012; 加藤, 2016)。しかし、死後の世界が存在しないと考えることが、必ずしも死を受容できないことにつながるわけではない。Kagen (2012)によれば、死後の世界を否定することは必ずしも死を「悪」と捉えていないという。逆に、「不死」を手に入れることで果てしない退屈が訪れることにもなると主張している。人間には必ず死が訪れることが科学的に明確でありながらも、死後の世界の論議では多くの人間が判断基準にしている「科学」では結論を導き出すことはできない。だからこそ、死に向き合う当事者や家族は死に関して語り合うことが必要なのではないかと考えられる。

しかし、一般的には死について公に語ることはあまり好ましいと思われてこなかった(天沼, 2002; 海老根, 2008)。また、終末期の患者は自身の家族に死生観を語れないことが報告されている(京田・神田・加藤・中澤・瀬山・武居, 2010)。そのため、心理臨床家は終末期あるいは高齢者の患者やクライアントから死生観に関する語りを引き出し、傾聴することが求められる。その際に、心理臨床家も自身の死生観が刺激されて向き合うことにもなり、心理臨床家の死生観と死に向き合う当事者の死生観が互いに影響を与え合うことが予想される。このことから、心理臨床家が所持する死生観が援助に影響を与えうることが推測される。したがって、心理臨床家自身がどのような死生観をもっているのかを検討することが必要になる。

以上より、死生観について年代や性別、地域や状況によって異なることが報告され、死生観が変容することも示されてきた。また、死の受容については死後の世界の有無に関する信念も影響することが述べられてきた。しかし、死に向き合う当事者が死について語る必要があるにもかかわらず、そこに着目した心理臨床家の支援に関する検討は十分とはいえない。また、実際心理臨床家がどのような死生観をもち、その死生観が援助に対してどんな影響を与えるかについては検討されていない。そこで本研究では、資格を有する心理臨床家を対象に死生観に着目して検討する。さらに、心理臨床家の死生観が、共感経験や援助規範意識に与える影響について検討することを目的とする。

## II 方法

### 調査協力者

調査会社を利用したウェブ調査を2023年8月下旬に実施した。対象は現在心理的支援の仕事に携わる、資格を有するカウンセラー200名である(平均年齢44.04歳, SD=10.61; 男性75名 平均年齢47.64歳, SD=9.88, 女性122名 平均年齢41.78歳, SD=10.56, その他3名)。

資格は、臨床心理士、公認心理師、産業カウンセラー、認定心理士、学校心理士、臨床発達心理士、家族心理士、家族相談士に限定した。経験年数の平均11.42年, SD=7.50(男性の経験年数の平均12.99年, SD=7.99, 女性の経験年数の平均10.57年, SD=7.12)であった。

それぞれの所有資格者の人数を図1、所有資格者の割合を図2に示す。年齢の分布を図3、経験年数の分布を図4に示す。

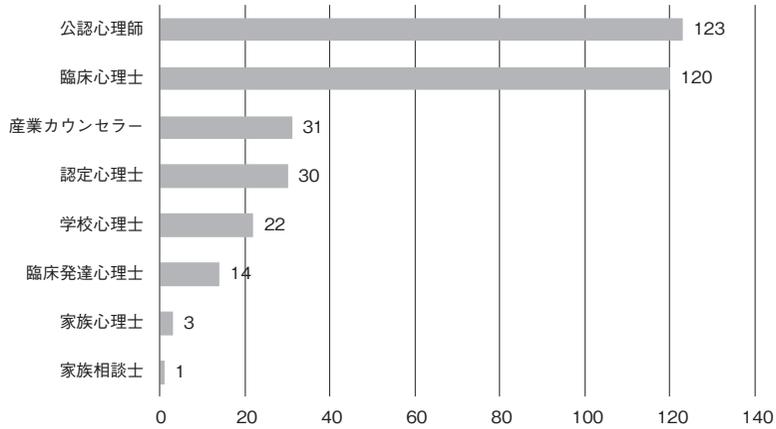


図1 所有資格別人数 (N = 200 ; 複数回答あり)

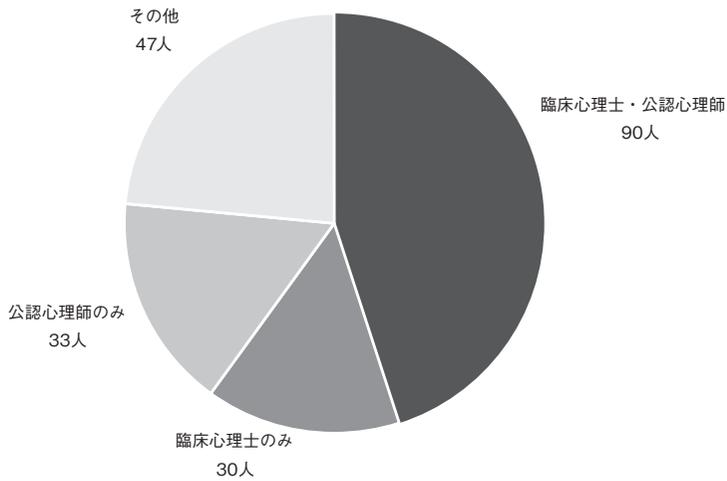


図2 調査対象者の所有資格別割合 (N = 200)

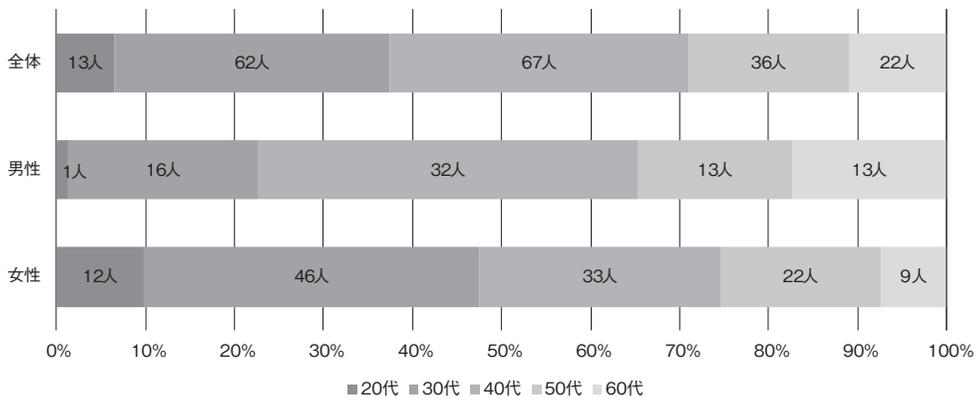


図3 調査対象者の年齢分布 (全体 N = 200 ; 男性・女性 N = 197)

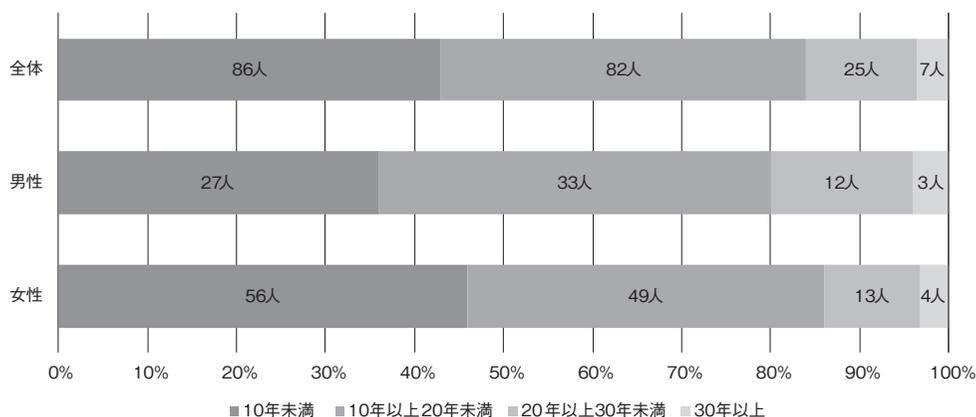


図4 調査対象者の相談業務の経験年数分布 (全体 N = 200 ; 男性・女性 N = 197)

## 調査内容

### 死観

死観について測定するために「死観尺度」(金児, 1994)を用いた。死観尺度は、死に対する総体的態度構造を明らかにする尺度である。Spilka, Stout, Minton, & Sizemore (1977) が開発し、金児 (1994) によって邦訳された。下位尺度は「浄福な来世」「挫折と別離」「苦しみと孤独」「人生の試練」「未知」「虚無」の6因子で構成されている。「浄福な来世」6項目(例:「死ぬとまた別の世に生まれ変わって、より良い人生を送ることができる」, 「死とは仏(神)との結合であり永遠の幸福である」), 「挫折と別離」7項目(例:「今死ねば、あらゆる可能性を試さないままに終わってしまう」, 「死んでしまえば、もう希望を実現することができない」), 「苦しみと孤独」5項目(例:「死とは最後の不幸なできごとである」, 「死とは最後の苦しい瞬間である」), 「人生の試練」5項目(例:「死は人にとって大切な決定的瞬間である」, 「死とはその人を試す人生最後のテストである」), 「未知」4項目(例:「死は複雑な人生のなかでも、もっともわかりにくいものである」, 「死とは何にもまして予測しがたいものである」), 「虚無」4項目(例:「社会全体からみれば人の死など取るに足りないことである」, 「死んでしまえば、人は忘れ去られてしまうものである」)の計31項目から成る。気持ちや意見に当てはまる程度を(6:まったく賛成, 5:かなり賛成, 4:どちらかといえば賛成, 3:どちらかといえば反対, 2:かなり反対, 1:まったく反対)の6件法で回答を求めた。

### 死に対する態度

死に対する態度について測定するために「死に対する態度尺度」(河合・下仲・中里, 1996)を用いた。死に対する態度尺度は、死に対してもっている態度を多次元的に評価するものである。Gesser, Wong, & Reker (1987) が開発し、河合ら (1996) によって邦訳された。下位尺度は「死の恐怖」「積極的受容」「中立的受容」「回避的受容」の4因子で構成されている。「死の恐怖」8項目(例:「苦しんで死ぬのがこわい」, 「時ならぬ時に死んでいくのではないかと心配だ」), 「積極的受容」4項目(例:「死は、永遠の幸福な場所への道だと思う」, 「私は死後の世界を楽しみにしている」), 「中立的受容」3項目(例:「死は単に生命の過程の一部である」, 「私は死を恐れないし、歓迎もしない」), 「回避的受容」6項目(例:「私は生きることにうんざりしている」, 「私の人生を延ばすことにどんな目的も意味もみつからない」)の計21項目

から成る。当てはまる程度を（5：そう思う，4：まあそう思う，3：どちらともいえない，2：あまりそう思わない，1：そう思わない）の5件法で回答を求めた。

### 共感経験

共感性について測定するために「共感経験尺度改訂版」（角田，1994）を用いた。共感経験尺度改訂版は，過去の経験に基づいて個人の共感性のタイプを評価するための尺度である。下位尺度は「共有経験」「共有不全経験」の2因子で構成されている。他者との感情を分かちもつ「共有経験」10項目（例：「腹を立てている人の気持ちを感じとろうとし，自分もその人の怒りを経験したことがある」，「悲しんでいる相手の気持ちを感じとろうとして，自分もその人の悲しさを経験したことがある」）と，他者の感情を感じとれなかった経験であり，自己と他者の間に個別性の認識を生む「共有不全経験」10項目（例：「相手が何かに腹を立てていても，自分はその人の怒りがぴんとこなかったことがある」，「悲しんでいる相手といっても，自分はその人のように悲しくならなかったことがある」）の計20項目から成る。当てはまる程度を（7：とてもあてはまる，6：あてはまる，5：ややあてはまる，4：どちらともいえない，3：ややあてはまらない，2：あてはまらない，1：まったくあてはまらない）の7件法で回答を求めた。

### 援助規範意識

援助規範意識について測定するために，「援助規範意識尺度」（箱井・高木，1987）を用いた。援助規範意識尺度は，他者を援助することに関する規範意識の個人差を測定する尺度である。下位尺度は「返済規範意識」「自己犠牲規範意識」「交換規範意識」「弱者救済規範意識」の4因子で構成されている。互恵的な規範意識と補償的な規範意識を含む「返済規範意識」9項目（例：「過去において私を助けてくれた人には，一生感謝の念を持ち続けるべきである」，「人にかけての迷惑は，いかなる犠牲を払っても償うべきである」），自己犠牲を含む愛他的行動を示す「自己犠牲規範意識」8項目（例：「人が困っている時には，自分がどんな状況にしろとも，助けるべきである」，「自分の利益よりも相手の利益を優先して，手助けすべきである」），援助を相互交換的に捉えている「交換規範意識」5項目（例：「どんな場合でも，人に迷惑をかけてはいけない」，「見返りを期待した援助ほど，全く価値がない」），自分より弱い立場の人への救済を指示する「弱者救済規範意識」6項目（例：「不当な立場で苦しんでいる人は，少しでも助けるべきだ」，「私を頼りにしている人には，親切であるべきだ」）の計28項目から成る。どのように考えるかを（5：非常に賛成する，4：賛成する，3：どちらともいえない，2：反対する，1：非常に反対する）の5件法で回答を求めた。なお，「交換規範意識」は，得点が高いほど，交換の意識が低いことを示す。

### 分析

死に対する態度尺度，死観尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を従属変数とし，心理臨床家の性別（男/女）×年齢（低群/高群）を独立変数とし，2要因の分散分析を行った。同様に，死に対する態度尺度，死観尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を従属変数とし，心理臨床家の性別（男/女）×経験年齢（低群/高群）を独立変数とし，2要因の分散分析を行った。

さらに，共感経験尺度と援助規範尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を目的変数とし，死に対する態度尺度，死観尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を説明変数として重回帰分析を行った。また，死に対する態度尺度と死観尺度の相関分析を行った。

### Ⅲ 結果

#### 1. 心理臨床家の性別、年齢、経験年数による死生観

死観尺度、死に対する態度尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を従属変数とし、心理臨床家の性別と年齢を独立変数とし、2要因の分散分析を行った。なお、性別を回答しなかった3名を除く197名（男性75名、女性122名）を分析対象とした。年齢は平均値44.04歳を基準に、44歳以下の低群110名（平均年齢36.35歳、SD= 5.31）と45歳以上の高群87名（平均年齢53.82歳、SD= 5.31）に分けた。分析の結果、死観尺度の「人生の試練」において年齢の主効果が有意傾向であった（ $F(1, 193) = 3.30, p < .10$ ）。この結果を表1と図5に示す。また、死に対する態度尺度では有意差はみられなかった。

表1 性別と年齢による「死観尺度」得点と分散分析結果（ $N=197$ ）

指標	要因	平均値 (SD)	主効果	交互作用
浄福な来世	男性	18.41 (5.61)	0.19	0.06
	女性	18.79 (4.57)		
	年齢低群	18.75 (4.05)	0.03	
	年齢高群	18.51 (5.97)		
挫折と別離	男性	24.88 (4.99)	1.77	0.09
	女性	25.74 (4.88)		
	年齢低群	25.26 (4.82)	0.47	
	年齢高群	25.60 (5.08)		
苦しみと孤独	男性	16.45 (4.00)	0.41	0.38
	女性	16.80 (3.71)		
	年齢低群	16.65 (3.34)	0.00	
	年齢高群	16.68 (4.37)		
人生の試練	男性	17.63 (3.36)	0.46	0.34
	女性	17.05 (3.41)		
	年齢低群	16.80 (3.12)	3.30 <sup>†</sup>	
	年齢高群	17.86 (3.64)		
未知	男性	16.67 (3.21)	0.03	0.18
	女性	16.77 (3.14)		
	年齢低群	16.78 (3.01)	0.01	
	年齢高群	16.67 (3.36)		
虚無	男性	12.61 (3.73)	0.11	1.29
	女性	12.52 (2.98)		
	年齢低群	12.67 (3.05)	0.13	
	年齢高群	12.41 (3.55)		

<sup>†</sup>  $p < .10$

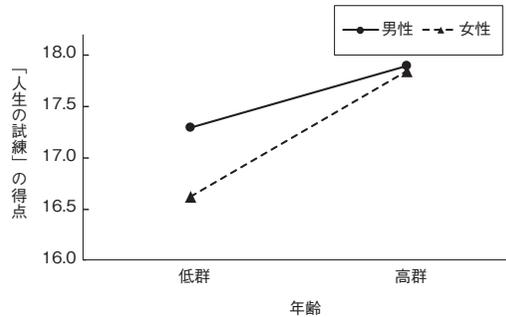


図5 「人生の試練」の平均値

死観尺度、死に対する態度尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を従属変数とし、心理臨床家の性別と経験年数を独立変数とし、2要因の分散分析を行った。なお、性別を回答しなかった3名を除く197名（男性75名、女性122名）を分析対象とした。経験年数は平均値11.42年を基準に、11年以下の低群112名（平均経験年数6.25年、SD= 3.14）と12年以上の高群85名（平均経験年数18.41年、SD= 5.83）に分けた。

分析の結果、死観尺度の「浄福な来世」において経験年数の主効果が有意であった（ $F(1, 193) = 14.18, p < .001$ ）。また、死観尺度の「虚無」において経験年数の主効果が有意傾向であった（ $F(1, 193) = 2.82, p < .10$ ）。さらに、死観尺度の「未知」において交互作用が有意であったため（ $F(1, 193) = 4.23, p < .05$ ）、単純主効果の検定を行なった。その結果、男性において、経験年数の単純主効果が有意であった（ $F(1, 193) = 12.64, p < .001$ ）。経験年数低群において、性別の単純主効果に有意傾向がみられた（ $F(1, 193) = 3.17, p < .10$ ）。これらの結果を表2、図6、図7、図8に示す。

一方、死に対する態度尺度の「積極的受容」において経験年数の主効果が有意であった（ $F(1, 193) = 6.33, p < .05$ ）。また、死に対する態度尺度の「回避的受容」において経験年数の主効果が有意であった（ $F(1, 193) = 8.45, p < .001$ ）。これらの結果を表3、図9、図10に示す。

表2 性別と経験年数による「死観尺度」得点と分散分析結果 ( $N=197$ )

指標	要因	平均値 (SD)	(単純) 主効果	交互作用
浄福な来世	男性	18.41 (5.61)	0.10	2.17
	女性	18.79 (4.57)		
	経験年数低群	19.71 (4.09)	14.18***	
	経験年数高群	17.24 (5.68)		
挫折と別離	男性	24.88 (4.99)	1.64	0.06
	女性	25.74 (4.88)		
	経験年数低群	25.05 (4.80)	1.73	
	経験年数高群	25.88 (5.07)		
苦しみと孤独	男性	16.45 (4.00)	0.18	1.71
	女性	16.80 (3.71)		
	経験年数低群	16.83 (3.54)	0.12	
	経験年数高群	16.45 (4.16)		
人生の試練	男性	17.63 (3.36)	1.43	0.02
	女性	17.05 (3.41)		
	経験年数低群	17.33 (3.28)	0.13	
	経験年数高群	17.19 (3.55)		
未知	男性	16.67 (3.21)	12.64***	4.23*
	女性	16.77 (3.14)		
	経験年数低群	16.14 (3.04)	3.17 <sup>†</sup>	
	経験年数高群	17.51 (3.16)		
虚無	男性	12.61 (3.73)	0.16	0.15
	女性	12.52 (2.98)		
	経験年数低群	12.92 (3.00)	2.82 <sup>†</sup>	
	経験年数高群	12.08 (3.56)		

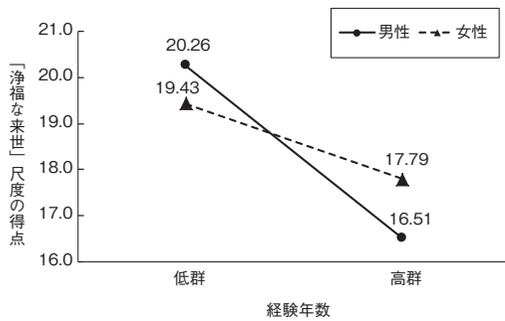
\*\*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$ , <sup>†</sup>  $p < .10$ 

図6 「浄福な来世」の平均値

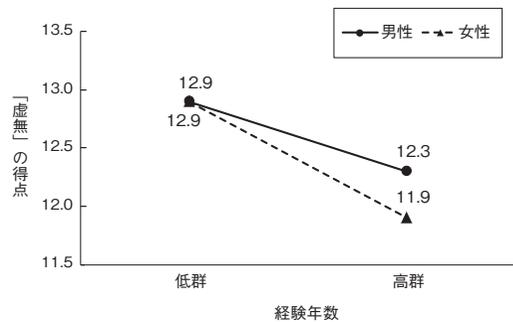


図7 「虚無」の平均値

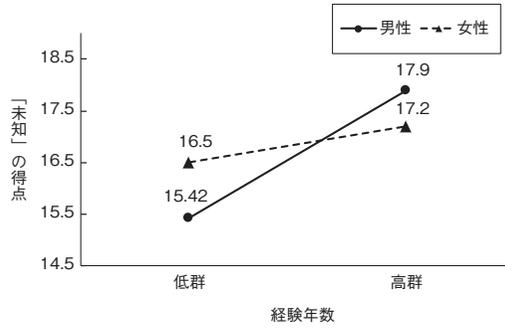


図8 「未知」の平均値

表3 性別と経験年数による「死に対する態度尺度」得点と分散分析結果 (N=197)

指標	要因	平均値 (SD)	主効果	交互作用
死の恐怖	男性	22.21 (5.20)	0.94	0.92
	女性	22.86 (4.17)		
	経験年数低群	22.34 (4.30)	1.55	
	経験年数高群	22.98 (4.96)		
積極的受容	男性	10.52 (2.94)	0.00	2.62
	女性	10.52 (2.94)		
	経験年数低群	10.92 (2.52)	6.33*	
	経験年数高群	10.00 (3.34)		
中立的受容	男性	9.59 (2.22)	0.09	0.03
	女性	9.64 (1.92)		
	経験年数低群	9.44 (2.05)	2.14	
	経験年数高群	9.86 (2.01)		
回避的受容	男性	14.97 (4.74)	0.51	0.05
	女性	14.68 (4.27)		
	経験年数低群	15.57 (4.41)	8.45***	
	経験年数高群	13.76 (4.30)		

\*\*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$

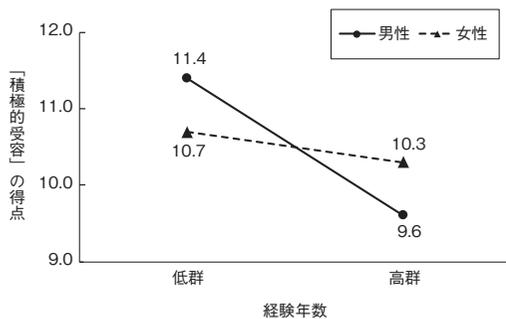


図9 「積極的受容」の平均値

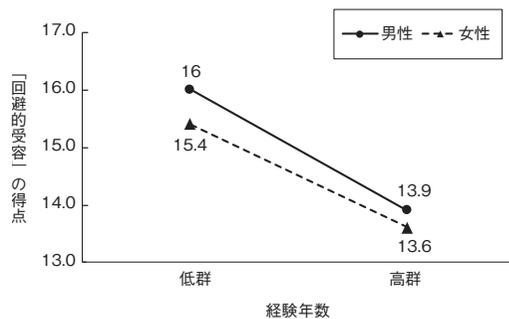


図10 「回避的受容」の平均値

## 2. 死観尺度と死に対する態度尺度の相関

死観尺度と死に対する態度尺度の下位尺度の相関分析の結果を表4に示す。

表4 「死観尺度」得点と「死に対する態度尺度」得点の相関分析結果

	死観						死に対する態度			
	浄福な 来世	挫折と 別離	苦しみと 孤独	人生の 試練	未知	虚無	死の 恐怖	積極的 受容	中立的 受容	回避的 受容
浄福な来世	—	-.16*	.03	.33**	-.01	.22**	-.03	.62**	-.02	.27**
挫折と別離		—	.61**	.16*	.35**	.11	.40**	-.15*	-.03	-.28**
苦しみと孤独			—	.27**	.23**	.07	.51**	.00	-.10	-.11
人生の試練				—	.29**	.17*	.21**	.34**	.13	.19**
未知					—	.12	.29**	-.08	.12	-.18*
虚無						—	.01	.14*	.28*	.38**
死の恐怖							—	.01	.05	-.11
積極的受容								—	.09	.36**
中立的受容									—	.37**
回避的受容										—

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

## 3. 心理臨床家の死生観が共感と援助規範意識に与える影響

共感経験尺度と援助規範尺度の各尺度の下位尺度の合計点数を目的変数とし、死に対する態度尺度、死観尺度の各尺度の下位尺度の合計得点を説明変数として重回帰分析を行った結果を表5に示す。

表5 死観・死に対する態度が共感経験・援助規範意識に与える影響 ( $N = 200$ )

説明変数	目的変数	共感経験		援助規範意識			
		共有経験	共有不全経験	返済	自己犠牲	交換	弱者救済
死観	浄福な来世					-.16†	
	挫折と別離						.26**
	苦しみと孤独					.17†	.16†
	人生の試練						
	未知	.17*					.29***
	虚無	-.20*	.15†	-.19*	-.23**	-.22**	-.16*
死に対する態度	死の恐怖						-.26**
	積極的受容		-.16†				
	中立的受容		.13†				.25***
	回避的受容		-.17†	.19*		.22*	
自由度調整済み重決定係数 ( $R^2$ )		.05*	.07*	.05*	.08**	.10**	.17***

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , †  $p < .10$

## Ⅳ 考察

### 1. 心理臨床家の死生観について

#### (1) 死生観と性別、年齢との関連

2要因の分散分析の結果、表1と図5より、年齢が高い方が低い方に比べて、死観尺度の「人生の試練」が高い傾向が示された。「人生の試練」は、“死は人にとって大切な決定的瞬間である”“死とはその人を試す人生最後のテストである”といった死を人生の試練として捉えていることを意味する。年齢が高くなると死は自身にとって現実的となってくるため、心理臨床家はそれを人生の試練として受け止める傾向があると考えられる。これまでの研究では、高齢者は死の恐怖が高いことが報告されていたが（高岡・紺谷・深澤，2009）、心理臨床家の年齢高群の平均年齢が50代であったこともあり、年齢が高い方が低い方に比べて死の恐怖が高いという結果にはならなかった。しかし、年齢が高くなると死に向き合う態度が促進していることが考えられる。

また、死観尺度の他の下位尺度との関連はみられず、死に対する態度尺度の下位尺度との関連もみられなかった。また、死観尺度と死に対する態度尺度の両尺度において男女差がみられなかったことから、心理臨床家の死生観についての性差はないことが推察される。

#### (2) 死生観と性別と経験年数との関連

2要因の分散分析の結果、表2と図6より、経験年数が少ない方が多い方に比べて、死観尺度の「浄福な来世」が高いことが示唆された。「浄福な来世」は“死ぬとまた別の世に生まれ変わって、より良い人生を送ることができる”“死とは仏（神）との結合であり永遠の幸福である”といった死後の世界の存在を信じて肯定的に死を捉えていることを意味する。よって、経験年数が少ない心理臨床家は、死後の世界をより信じていることになる。加藤（2016）によれば、死はあの世への旅立ちではなく、肉体の消滅と同時に魂も消滅すると考える人が増加していると述べているが、経験が少ない心理臨床家は、死後の世界をより明確な形として捉えていることが推測される。

表2と図7より、経験年数が少ない方が多い方に比べて、死観尺度の「虚無」が高い傾向が示唆された。「虚無」は、“社会全体からみれば人の死など取るに足りないことである”“死んでしまえば、人は忘れ去られてしまうものである”といった死に対して虚無感や無力感を抱いていることを指している。よって、経験年数が少ない心理臨床家は、死に対する意味付けが低くなっていることが予想される。逆に、経験が多い心理臨床家は、これまで心理臨床面接を行ってきた患者やクライアントの影響を受け、死の意味付けに多様性が付与されている可能性もある。

表2と図8より、男性においては経験年数の多い方が少ない方に比べて、死観尺度の「未知」が高いことが示唆された。「未知」は、“死は複雑な人生のなかでも、もっともわかりにくいものである”“死とは何にもまして予測しがたいものである”といった死に対する不確かさを認めていることを意味する。男性の心理臨床家は経験年数が多くなると、死を未知なことから捉えるようになることが考えられる。一方、経験年数が少ない場合は、女性の心理臨床家の方が死を未知なこととして捉える傾向にあることが示されている。これまでの研究では死生観の性差に関しては一義的ではないが、本研究の結果より、男性は経験年数に影響を受けることが推察される。心理臨床家の死生観としては死を未知なものとして捉えることは曖昧

性に耐え柔軟性をもつことであると考えられるため、患者やクライアントの死生観に寄り添える重要な観点なのではないかと考えられる。

一方、表3と図9、図10より、死に対する態度尺度については、経験年数が少ない方が多い方に比べて、「積極的受容」と「回避的受容」の両方が高いことが示唆された。「積極的受容」は“死は、永遠の幸福な場所への道だと思う”“私は死後の世界を楽しみにしている”といった死に対する肯定的な態度である。逆に、「回避的受容」は、“私は生きることによってうんざりしている”“私の人生を延ばすことにどんな目的も意味もみつからない”といった死に対する否定的な態度である。経験年数が少ない心理臨床家が死を肯定的かつ否定的な態度の両方を併せもつことは、一見矛盾するように捉えられる。しかし、死への態度が明確であるといった観点ではいずれかに傾くといったことが考えられる。このことから、心理臨床家の経験年数が多くなると、死への態度がグレーゾーンとなり明確化しないようになるとも考えられる。

## 2. 死生観に関する概念の相関について

相関分析の結果、表4より、「死観尺度」と「死に対する態度尺度」のそれぞれの下位尺度間で相関がみられた。主な結果から、死は挫折や別離である、苦しみと孤独であると考えることにより、死に対する態度が恐怖として受け止められることが示唆された。また、死後の世界があることを信じ、死後に別の幸福な世界があると捉えていることにより、死を積極的に受容することが示された。このように、死について考え方が死に対する受容のあり方に影響することが推察される。

また、「死観尺度」内での相関分析の結果から、死についての考え方は、挫折や別離、苦しみや孤独といったネガティブな捉え方と、浄福な来世といったポジティブな捉え方に分かれることも示された。さらに、死を人生の試練として捉え死に向き合おうと考えることが死に対する考え方のすべてと相関がみられた。加えて、死を未知なものと捉えその曖昧性を認めることは、死をネガティブに感じて試練として受け止めていることが推察される。

さらに、「死に対する態度」内での相関分析の結果から、回避的受容が、積極的受容と中立的受容の両方と相関があることが示された。そのため、心理臨床家の死に対する態度が複雑であることがうかがえる。しかし、質問項目を鑑みるに、死の回避的受容は、生きることを回避した死の受容ともいえるため、生を回避する態度が死を積極的に受け入れることにつながるということが考えられる。よって、死の積極的受容と回避的受容の双方が高い場合は、生きる意欲に関して問題をはらむ可能性があると考えられる。

## 3. 心理臨床家の死生観が共感経験に与える影響

重回帰分析の結果、表5より、死生観が共感経験に影響を与えていることが示された。まず、共感経験尺度の「共有経験」について、死観尺度の「未知」が促進し、「虚無」は抑制することが示唆された。「共有経験」は、“腹を立てている人の気持ちを感じとろうとし、自分もその人の怒りを経験したことがある”“悲しんでいる相手の気持ちを感じとろうとして、自分もその人の悲しさを経験したことがある”といった他者との感情を共有できた経験である。よって、心理臨床家であれば共有経験ができることは当然とはいえるが、死を未知なものとして捉えることが共有体験を促進することは、物事を決めつけずにグレーなものとして受け止めることが大切なのではないかと考えられる。逆に、「虚無」は死への虚無感や無力感だけではなく、“誰かが死んだからといって、世界が変わるわけではない”“人生の計画を立てるにあたって死は対して重要ではない”といった生に対する無力感も示されている。よって、生死に対す

るこのような考え方が共有経験を抑制するのではないかと考えられる。

一方、共感経験尺度の死観尺度の「共有不全経験」について、死観尺度の「虚無」と死に対する態度の「中立的受容」が高める傾向があり、死に対する態度の「積極的受容」と「回避的受容」は抑制する傾向があることが示唆された。「共有不全経験」は、“相手が何かに腹を立てていても、自分はその人の怒りがぴんとこなかったことがある”“悲しんでいる相手といっても、自分はその人のように悲しくならなかったことがある”といった他者の感情を感じとれなかった経験であり、自己と他者の間に個別性の認識を生む経験である。また、「中立的受容」は、“死は単に生命の過程の一部である”“私は死を恐れないし、歓迎もしない”“私達すべては死ななければならないという事実をしかたがないとあきらめている”といった死と距離を置いた態度である。よって、生死に対する虚無感や諦観、冷めた感覚が他者との感情の共有を不全にする可能性がある。逆に、死に対する態度が積極的あるいは回避的であるように、生死に対する態度の方向性が決まっていることは、生死と向き合っていることともいえるため、他者との距離を遠ざけることを抑制しているのではないかと考えられる。ただし、共有不全経験が全くなくなることが対人関係や心理臨床面接において適応的なのではなく、自己と他者の間に個別性を認識することも必要である。本研究の結果が有意傾向に留まっていることから、心理臨床家の死生観として納得できる結果であるといえる。

#### 4. 心理臨床家の死生観が援助規範意識に与える影響

重回帰分析の結果、表5より、死生観が援助規範意識に影響を与えていることが示された。まず、援助規範意識尺度の「返済規範意識」について、死観尺度の「虚無」が抑制し、死に対する態度尺度の「回避的受容」が促進することが示唆された。「返済規範意識」は、“過去において私を助けてくれた人には、一生感謝の念を持ち続けるべきである”“人にかけての迷惑は、いかなる犠牲を払っても償うべきである”といった互惠的で補償的な規範意識である。生死について虚無感や無力感をもっていると互惠的な他者との関わりが少なくなることが考えられる。逆に、生を回避して死を救済として受け入れる態度である「回避的受容」は他者との互惠的な関係を高めることが予想できる。心理臨床家として「返済規範意識」はある程度必要であるといえるが、常に互惠的であるべきと囚われると対人関係が生き苦しくなると推察される。よって、生を回避して死を救済として受け入れることが対人関係の問題を生起する可能性があるのではないかと考えられる。

次に、援助規範意識尺度の「自己犠牲規範意識」について、死観尺度の「浄福な来世」が抑制する傾向にあり、「虚無」が抑制することが示唆された。逆に、「苦しみと孤独」は促進することが示された。「自己犠牲規範意識」は、“人が困っている時には、自分がどんな状況であろうとも、助けるべきである”“自分の利益よりも相手の利益を優先して、手助けすべきである”といった自己犠牲による愛他的な意識である。死後の世界の存在を信じて肯定的に死を捉えていることや生死への虚無感をもつと、自己犠牲や愛他的な行動をしなくなることが予想される。「浄福な来世」と「虚無」は一見矛盾した概念のように捉えられるが、相関分析では正の相関が示されている。よって生死に対する虚無感が死後に別の世界があることを希求するとも考えられる。このような現実から遠ざかるような考え方が愛他的行動を抑制することが推察される。逆に、死を苦しみや孤独と捉えていることは現実の対人関係と向き合うことにつながり、自己犠牲や愛他的行動を促進することにつながるのかもしれない。ただし、心理臨床家として「自己犠牲規範意識」が過剰である場合、患者やクライアントと心理的な距離が近づき過ぎてしまうリスクも考えられる。よって死に対してネガティブな感情をもつことが援助におけ

るバランス感覚を危うくすることも予想される。

さらに、援助規範意識尺度の「交換規範意識」について、死観尺度の「挫折と別離」が抑制し、「苦しみと孤独」は抑制する傾向にある。逆に、「虚無」は促進することが示された。また、死に対する態度尺度の「死の恐怖」は「交換規範意識」を促進し、「回避的受容」は抑制することが示唆された。「交換規範意識」は“どんな場合でも、人に迷惑をかけてはいけない”“見返りを期待した援助ほど、全く価値がない”といった援助を相互交換的に捉えているか否かを意味する。死に対して向きあいネガティブな考え方もつと、人に迷惑をかけず、相手からの返礼を期待しないことになる。逆に、生死について虚無感をもつと交換意識が高まることが考えられる。一方、死に対する恐怖感は交換意識を高め、生を回避して死を救済として受け入れようとするると交換意識は抑制されることが推察される。これらのことから、死の恐怖は生に対する執着と表裏一体とも考えられるため、生に対する拘りが、援助をギブアンドテイクとして意識することになる可能性がある。心理臨床家の援助へのスタンスとして「交換規範意識」が低いことが考えられるが、全くない方に偏ると心理臨床家は自身が困ったときに援助を求めないといった不適応につながるものが考えられる。なお、前述したが、当尺度の「交換規範意識」は、得点が高いほど、交換の意識が低いことを示すため、このような考察に至った。

最後に、援助規範意識尺度の「弱者救済規範意識」について、死観尺度の「未知」が促進し、「虚無」は抑制することが示唆された。また、死に対する態度尺度の「中立的受容」は促進することが示された。「弱者救済規範意識」は“不当な立場で苦しんでいる人は、少しでも助けるべきだ”“私を頼りにしている人には、親切であるべきだ”といった自分より弱い立場の人への救済を指している。死を未知なものとして捉え曖昧性を受け入れる考え方が弱者に対する援助を高め、生死に対する虚無感は援助を抑制することになる。曖昧性を受け入れることは多様性を受け入れることにつながり、弱者に対しても自身のフェアな態度が引き出されるのではないかと考えられる。しかし、生死に対して虚無感や無力感を持つと他者に対する意識が低くなるため、弱者への救済意識が減少することが考えられる。一方、生死を俯瞰している態度ともいえる「中立的受容」は、対人関係についても中立でフェアな行動となり、弱者救済につながるのではないかと考えられる。

## V 総合考察

### 1. 本研究の成果と意義

本研究は資格をもつ心理臨床家の死生観が援助のあり方にどのような影響を与えるかについて検討したものである。本研究の結果より、心理臨床家の死生観が共感経験や援助規範意識に影響を与えることが示された。まず、心理臨床家をもつ死生観の特徴について、性差や年齢差はほとんどみられなかったが、経験年数による影響がみられた。経験年数が多くなると、死を未知なものとして受け入れられることが示された。また、死に対する態度では、経験年数が少ない心理臨床家のほうが死を積極的かつ回避的に受容するといった、死に対する明確な態度が促進されることも示唆された。このことから、心理臨床経験が多くなると曖昧性耐性が向上し、物事をグレーゾーンで捉えることがより可能になることが考えられる。このことから、経験年数が多い心理臨床家は患者やクライアントのさまざまな死生観と関わるができるよう

になるのではないかと考えられる。

また、本研究の結果から、死についての考え方が死に対する受容に影響することが示された。死に対する考え方はネガティブなものとはポジティブなものに分類できるという観点がある。さらに、死を自分に引き寄せて試練として意味づけを行おうとする方向と、虚無と捉えて無意味とする方向の双方向があることが考えられる。これらのことから、死をポジティブに捉えれば死の受容は促進し、ネガティブに捉えれば死が恐怖となり、死の受容は難しくなる。一方、死を自分に引き寄せて考えることは死の受容と恐怖の間で葛藤することになり、死を虚無として意味づけを行わない場合には死を受容することが示されたといえる。

さらに、心理臨床家の死生観が援助のあり方への影響については、死を未知なものとして捉える場合に他者への共感を促進し、弱者を救済しようとする方向が示された。逆に、死を虚無として捉えれば、共感が抑制され、交換規範意識を除くすべての規範意識が抑制されることが示唆されている。加えて、死に対する態度についても、死を恐れないし歓迎もしないといった曖昧でグレーな態度が弱者を救済する意識を高めていることが示されている。

本研究では、心理臨床家の死生観と援助のあり方に関連を見出したことは一つの成果であると考えられる。心理臨床家が必ずしも終末期の患者を支援しているとは限らないが、死生観は死だけではなく生きることに関する価値観や態度であるため、人間観の一部としても捉えられる。まだ死と向き合う機会がない患者やクライアントの支援にも影響を及ぼすことの一部を示唆したことになる。

## 2. 臨床への示唆

心理臨床家がさまざまな死生観をもつ患者やクライアントを支援するためには、敢えて死を未知でわからないものとして捉えることが望ましいといえる。この捉え方は、死が未経験である生前の人間にとって、死は自分の意思や思考を超えたところにあることを認めることになる。死が自身にとってどのような経験であるかを科学で導き出せないことへの不安から、浄福な来世として捉えたい思いは否定できないが、患者やクライアントに自らの明確な死生観を主張することは援助にはつながらない。心理臨床家は、死に対して明確な答えが見つからない曖昧さや、曖昧であるが故の居心地の悪さと共存していくことが重要であると考えられる。したがって、心理臨床家は死についての考え方を固定せず、常にグレーゾーンで流動的であることによって、患者やクライアント、またはその家族と死についての語りを促進することができるといえる。

人は死が近づき近い将来に現実になることを認識した時、死を受容することは大切な態度ではあるが、その受容の方向性が画一的であるということは、生を全うすることに否定的な影響を与えかねないかと推察される。たとえば、死を積極的に受容することは今ここに未だある生に対して価値づけを低下させかねないことにもつながる。また、生を回避するために死を受容することも生に対して否定的な態度ともいえる。心理臨床家は他者を援助する使命があるが生身の人間でもあるため、死の恐怖から死を受容できない思いがあっても、すべての人間が死ぬという事実を諦観の思いを抱くことも援助には有効なのではないかと考えられる。

死についての考え方や態度にはどれも正解というものではなく、人が生きる上で目指すべき理想の形というものはない。しかし、終末期にいる患者が死についてどのような考えから苦悩しているかをアセスメントし、死の受容のあり方に着目する必要がある。その際、心理臨床家の死生観は、死がコントロール不能であり、未知であり続けることを前提にして患者やクライアントと関わる方向が望ましいといえるだろう。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は現在心理的支援の仕事に携わる、資格を有するカウンセラーを対象に死生観が共感経験や援助規範意識にどのような影響を与えるかについて調査を行ったものである。資格は臨床心理士と公認心理師のいずれか、あるいは両方を持つカウンセラーが75パーセント以上を占めたが、終末期の患者やクライアントと実際の面接を行っている心理臨床家に限定していない。本研究の結果は、あくまでも有資格者のカウンセラーの視点であり、年齢は30代～50代が多く、経験年数も10年未満から30年以上と多岐にわたった。よって、対象者の多様性が影響したことが予想されるため、心理臨床家の死生観から共感経験および援助規範意識への重回帰分析は $R^2$ 値が上がらなかったことが課題であった。このことから、臨床現場を医療に限定し緩和ケアを行っている心理職を対象とした量的調査を実施することが望ましいといえる。また、終末期の医療に関わる心理臨床家を対象にしたインタビュー調査によって、死生観と援助のあり方の関連を質的に明らかにすることも必要である。

さらに、量的研究やインタビュー調査の知見を活用し、死に向き合うことで苦悩する患者を支援する事例研究の累積も求められる。心理臨床家が終末期の患者を支援する際に、双方の死生観の語りやその変容に着目した検討が望まれる。

### 引用文献

- 天沼香 (2002). 日本精神史としての「死生観」研究序説 東海女子大学紀要, 22, 1-11.
- 浅見洋・中村順子・伊藤智子・彦聖美・浅見美千江 (2016). ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容—秋田・鳥根の中山間地における経時的調査より— 石川看護雑誌, 13, 33-43.
- 海老根理絵 (2008). 死生観に関する研究の概観と展望 東京大学大学院教育学研究科紀要, 48, 193-202.
- 福永憲子 (2014). 医療の臨床における「宗教的ケア」の必要性と可能性: その理論的検討 人間社会学研究集録, 9, 91-114.
- Gesser, G., Wong, P. T. G., & Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 113-128.
- 箱井英寿・高木修 (1987). 援助規範意識の性別、年代、および、世代間の比較 社会心理学研究, 3, 39-47.
- 角田豊 (1994). 共感経験尺度改定版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み 教育心理学研究, 42, 193-200.
- Kagen, S. (2012). *Death: The open Yale courses series*. CT: Yale University press. (柴田裕之訳 (2016). 「死」とは何か—イェール大学で23年連続の人気講義— [日本人縮約版] 文響社)
- 鎌田東二 (2017). 日本人は死んだらどこへ行くのか PHP新書
- 金児暁嗣 (1994). 大学生とその両親の死の不安と死観 人文研究 大阪市立大学文学部紀要, 46, 1-28.
- 加藤尚武 (2016). 死を迎える心構え PHP新書
- 河合千恵子・下仲順子・中里克治 (1996). 老年期における死に対する態度 老年社会科学, 17, 107-116.
- 久保田展弘 (2004). さまよう死生観 宗教の力 文芸春秋
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Scribner. (鈴木晶訳 (2020). 死ぬ瞬間—死とその過程について— 中央公論新社)
- 京田亜由美・神田清子・加藤咲子・中澤健二・瀬山留加・武居明美 (2010). 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究内容の分析 北関東医学, 60 (2), 111-118.
- 森岡正博 (2005). 死後の世界が信じられない者の死生観 死の臨床と死生観 シンポジウム報告論集, 東京大学大学院人文社会系研究科21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる〈死生学〉の模索」21-23.
- 奥野雅子 (2022). 死生観がスピリチュアルケアに与える影響についての一考察—患者と心理臨床家との対話に着目して— アルテスリベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 110, 1-11.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., & Sizemore, D. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178.
- 高岡哲子・紺谷英司・深澤圭子 (2009). 高齢者の死生観に関する過去10年間の文献検討—死の準備教育に向けての試み— 名寄市立大学紀要, 3, 49-58.

- 谷山洋三 (2006). 死の不安に対する宗教者のアプローチ: スピリチュアルケアと宗教的ケアの事例 宗教研究, 80 (2), 457-478.
- 丹下智香子 (1999). 青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討 心理学研究, 70 (4), 327-332.
- 友居和美 (2021). 日本の死生観に関する研究知見と課題—世代継承性概念による考察— 社会問題研究, 70, 81-93.
- 富松梨花子・稲谷ふみ枝 (2012). 死生観の世代間研究 久留米大学心理学研究, 11, 45-54.

(付記)

本稿は、日本学術振興会・2020年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（学術研究助成基金助成金）（基盤研究（C））「スピリチュアルケアにおける心理臨床家と仏教者の役割の重なりと差異に関する臨床心理学的研究」（課題番号20K03455 研究代表者・奥野雅子）の研究成果の一部である。