

# End-of-life Careにおける対人援助職の役割

## —Emotional Intelligenceに注目して

加藤 邦子\* 益子 行弘\*

### 要約

本稿の目的は、まずEnd-of-life Careに関して、クライアントと家族や対人援助職との関係に関する先行研究を整理すること、次に対人援助職がクライアントの不安、恐怖などへの心理支援をするために必要とされる資質について検討することである。死にゆくクライアント及びその家族の個性に配慮して、その死の過程を支える対人援助職の役割は重要である。分析の結果、対人援助の専門職は、クライアントの感情を観察し、観察に基づいて評価し、感情の意味を解釈した上で、死にゆく過程を支える必要があること、クライアントとの言語的コミュニケーションに注目するだけでなく、非言語的コミュニケーションによる相互作用を認識できるように、情動知能という資質が必要とされることが明らかになった。

キーワード 死にゆく人 End-of-life Care 対人援助職 情動知能

### 目次

1. これまでの研究と残された課題
  - 1.1. 日本の人口推移と少子高齢社会における死亡者数
  - 1.2. キューブラ・ロスの「死に至る過程」
  - 1.3. 社会的行為としての死
  - 1.4. End-of-life Careとは
  - 1.5. 語りの個人差
  - 1.6. 社会福祉士の役割
  - 1.7. 研究課題
2. 本稿の目的
3. 方法
4. 死に至るプロセスと対人援助に関する分析結果
  - 4.1. 死と隣り合わせの生—死別体験（遺族）に対するケアに関する研究
  - 4.2. 死に至る心のプロセス
    - 4.2-1 Total Pain（全体的痛み）
    - 4.2-2 スピリチュアルペインに関する研究
  - 4.3. 緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割
  - 4.4. 死に向かう過程を支援するソーシャルワーカーの資質に関する研究
  - 4.5. 対人援助職の資質としての「情動知能（Emotional Intelligence）」
5. 考察とまとめ
  - 5.1. End-of-life Careに関する先行研究のまとめ
  - 5.2. End-of-life Careに携わる専門職の資質としての情動知能

### 【引用文献】

謝辞

## 1. これまでの研究と残された課題

### 1.1. 日本の人口推移と少子高齢社会における死亡者数

2021年の日本の人口に占める65歳以上の割合は28.9%で3,621万人。推計によるとこの高齢化率は、2025～2065年には29.3%～38.4%に拡大する一方で、就業人口（15歳～64歳）の割合は58.5%～51.4%に縮小すると予測されている（総務省，2022）。2030年、高齢化率は30%を超え64歳以下の人口減少が進むと見込まれ、日本は世界に冠たる超高齢社会である。同時に、医療・福祉などが提供する社会サービスは拡大し、「死」の捉え方や迎え方も著しく変容すると考えられる。

年齢別死亡者数の推移について、令和3年人口動態統計（厚生労働省，2022）を参考に、0～14歳、15歳～64歳（就業人口）、65歳以上に分けて図1.に表示した。1950年から5年おきに2020年までの各年の死亡者数を示したグラフである。1990年以降、日本の死亡者は顕著に増加している。年齢層の推移から見ると、1950年は、15歳～64歳（就業人口）における死亡者数が最も多く、14歳未満と65歳以上の死亡者数は近似していた。1955年に65歳以上の高齢者層は30万人を超え、その後も増加し、1990年には60万人を超えている。2010年には100万人を超え激増している。

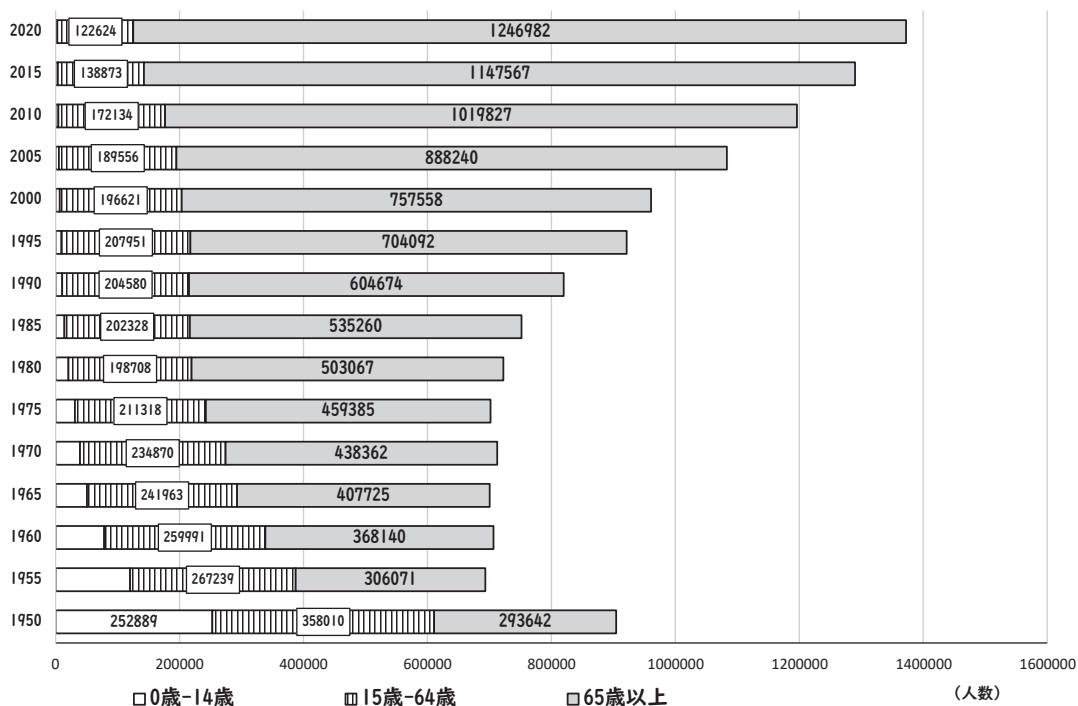


図1. 日本の死亡者数の推移（令和3年人口動態統計をもとに著者が作成）

次に図2.には、がんによる死亡者数（令和3年人口動態統計から）を示した。

がん死亡者数（人）

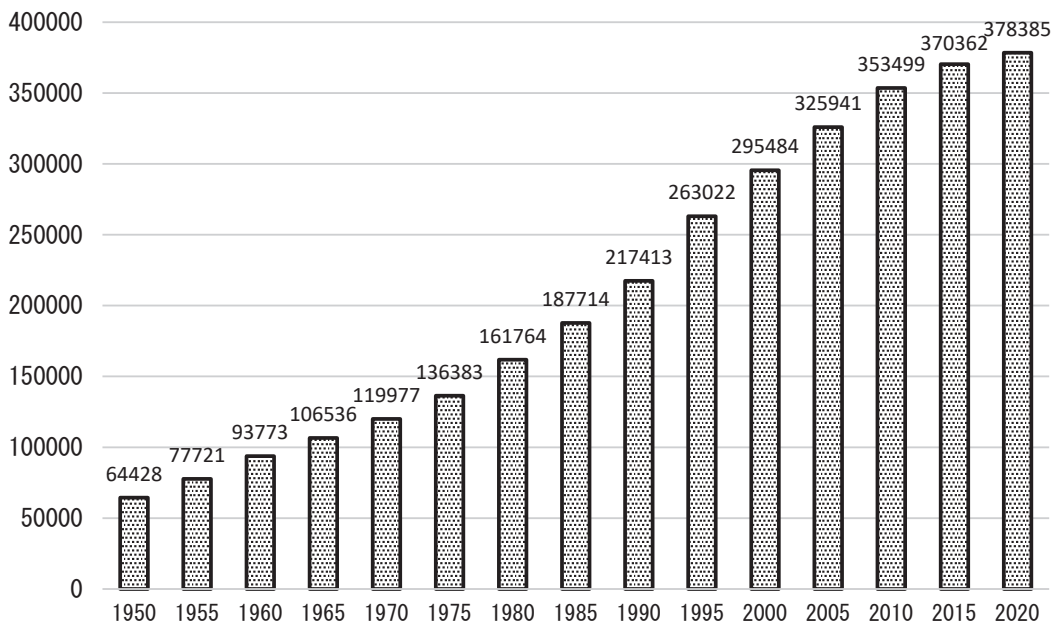


図2. 日本のがん死亡者数の推移（令和3年人口動態統計をもとに著者が作成）

がん死亡者数は1990年に20万人超、2010年には35万人を超えその後も増えている。Maeda 他（2006）は、日本の末期肝がん患者87名（51～66歳）の対象者のうち、医師から告知されなかった59名全員（男性）が、死の5段階（キューブラ・ロス，1969=2020）、すなわち「否認と孤立（自己防衛）—怒り（激情、妬み、憤慨という悪感情）—取り引き（先延ばし・延命の交渉）—抑うつ（喪失感、悲しみ、罪悪感、将来への不安、絶望感）—受容（最期を受け入れる、安らかに逝きたい）」と同様のプロセスを経て死に至ったことが確認されたとしている。その一方で医師から告知された対象者は、第5段階「受容」（死を受け入れ、安らかに逝きたい）を経験することなく、不安や混乱の中で死を迎えたことを明らかにしている。日本の末期患者の死のプロセスは海外と異なっている可能性も考えられ、死の捉え方に合わせた支援を検討する必要があるだろう。がん死亡者は図に示したように増加しているが、他の疾病、不慮の事故や交通事故、自然災害による被災、さらには自死、老衰等、死の原因は多様である。死にゆく人とその家族にはさまざまな年齢層が含まれ、「死」は誰にとっても身近かな体験となっている。

## 1.2. キューブラ・ロスの「死に至る過程」

精神科医キューブラ・ロス（1969=2020）は、科学技術の発展は長寿化に貢献したが、その一方で大量破壊兵器が開発され、大量死を引き起こすことが可能になり、死に対する恐怖は増大したと指摘している。現代人は、死の恐怖に対処する方法をもたず、心理的に自衛するために死を否認し、ひたすら不死身を信じ、死に直面することを避けているという。キューブラ・ロスは死を研究テーマとして、社会的に抑圧されてきた「死とその過程」に注目して、聞き取り調査を実施した。1965年から末期入院患者200人以上の心に寄り添いながら、牧師と共に「死についての気がかりや心配事など」に関するインタビュー調査を実施した。精神分析の立場から分析したところ、末期患者は自らや周りの人々の死に対する否認や抑圧という防衛機制のために、病院内で孤立し、隔離されて支援されない状況にあった。しかしながら患者たちは、死について語ることを希望していることが明らかになった。

これまでの人生の中で、危機的状況に対して立ち向かってきたという患者は、がんの告知に際しても同様に立ち向かうことができるとしている。したがって、患者の人格（強さ・弱さなど）を予め知っていると、多様な死の過程に合わせて支えることができるとキューブラ・ロスは考察している。患者は、心を開くと自らの孤独感をちょっとした身振り（非言語的コミュニケーション）でも伝えるようになったという。

インタビューの分析結果に基づき、キューブラ・ロスは、【否認・孤独、怒り、取引、抑うつ、受容】という5段階の死に至る過程が存在し、各段階に共通して存在し続けるものは、患者の希望であったと述べている。

すなわち医師は、患者の個性や意思を理解した上で、希望を維持できるように死の告知をしなければならぬだろう。死にゆく人を支える専門家も、死を避けたり見放さずに、クライアント側の心を開く準備が整うよう、あらゆる手段を講じて働きかけ、クライアントだけでなく、その家族の希望を支える必要があるだろう。

## 1.3. 社会的行為としての死

副田義也（2001）は死を「社会的行為」のひとつと捉えている。社会的行為とは、ひとりあるいは二人以上の行為者の動機、意志、価値意識などが他者の行為と関係をもっており、そのプロセスのあり方が人々の諸行為と関連し、影響しあう行為であると説明している。つまり、人は他者との関連において死ぬとする。他者の死にゆく行為も、自己との関連において経験するのである。すなわち家族、親族、友人などの死の経験は、介護、看病、ついには看取り、死者の葬儀や追悼の過程を含んでいる一と述べている。したがって、対人援助職は、クライアントが人生を終えるに際し「生きてきてよかった」と思えるように、クライアント本人だけでなく、取り巻く家族や関係者に対しても支援する必要がある。

2018年、厚生労働省は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を改訂した。これは本人の生き方（=人生）を尊重することに軸足を置いた改訂であり、名称も「終末期」に代えて「人生の最終段階（End-of-Life）」としている。ガイ

ドラインでは、身体的な緩和ケアのみならず、精神的、社会的な援助を可能にする「チーム」の必要性を強調している。ガイドライン解説編では、医療・ケアチームは担当の医師ばかりでなく、ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者、看護師などのメンバーで構成され、本人・家族等を支える体制を作るとしている。最も重要な原則は、医療・ケアを受ける本人が、多専門職種から成る医療・ケアチームによって、適切な情報の提供と説明を受け、それに基づいて十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで医療・ケアを進めることと明記されている。また、本人が自らの意思を伝えられない状態に陥る惧れもあることから、家族等の信頼できる者も含めての話し合いが繰り返し行われることが重要であるとしている。

#### 1.4. End-of-life Care とは

柏木（2008）は、病気に罹るなどによって自分の弱さを自覚した時、人は「死の感覚の覚醒」体験をすることから、人間は死を背負っている存在であると述べている。それをきちんと意識することで初めて、援助者はクライアントと同じ目線となり、末期の身体的苦痛を軽減し、緩和することや精神的な平穏を支え、寄り添うことができると説明している。

このような支援は、クライアントの人生の質（QOL）を向上することを目的とする。それを実践する場として、ホスピス（HOSPICE）が整備されている。HOSPICEのうち、“O”はオーガナイズドケアを表し、医師、看護師、ソーシャルワーカー、宗教家、理学療法士などのチームワークを、“P”はサイコロジカル・サポートを表し、寂しさ、不安、憂鬱などの精神的な問題を支えることを意味している。さらに“I”はIndividualized Care（個別性の尊重）を表し、その人らしさを支える。“C”はコミュニケーション、つまり意思疎通を意味し、“E”は教育であり、ホスピスの考え方を養成課程等で培うという死の教育（デス・エデュケーション）の重要性を示しているという（柏木，2008）。このようなホスピスにおける緩和ケアは、主に疾病のために末期を迎えるクライアントを対象としており、クライアントの年齢層は厚いものの、入院日数（利用期間）が短い人を対象とする一と考えられてきた。

しかし、End-of-Life Careの対象は、慢性や進行性のために症状が継続し、やがて死に至る人を含み、人生の最終段階（End-of-Life）に対する幅広いケアを意味する。看護分野における定義（Izumi 他，2012）によると、「End-of-Life Careは、差し迫った死、あるいは差し迫ってはいないものの将来的な死について考えている人が、医学的診断、健康状態、年齢のいかに関係なく、人生の最期まで可能な限り最高の生活の質が保てるように支援されること」とされている。ただしここでいう死とは、「医学的な死ではなく、人が自らの人生について考えた時に、死や最期について懸念を抱いている状態にある場合に、その人は死に直面していると捉える」と説明されている。したがってEnd-of-life Careは、クライアントと家族のニーズに対応するだけでなく、医療・福祉サービスの活用、さまざまな援助者・機関との関係性も含むため、どう調整し、連携するかによってその効果は異なると考えられる。



### 1.5. 語りの個人差

社会的行為のひとつとして死を捉える立場では、「死の意味づけ」には当然、個人差（自己、対人関係の捉え方等）が反映する。すなわち人が自分の内面をどのように語るかは、個人的体験をどう捉えるのか—ディスコースの個人差に注目する必要がある。

Main, Mは、成人アタッチメント面接（以下AAIとする）というコーディング開発の中心となったアタッチメント研究者である。面接は、訓練を受けたインタビューによって実施される。成人を対象として、関係を表す形容詞をもとにして、過去の養育者との関係、親子関係にまつわるエピソードを想起させ、取り上げる理由、それから喚起された情動について語ってもらう。インタビューが語るエピソードの内容の一貫性、コミュニケーションのプロセスの特徴（インタビューにどのように伝えるか）に注目し、評価する手法である（George, Kaplan & Main 1996）。エピソードを語る際に、自分にとっての重要な他者（養育者などのアタッチメント対象）との関係だけでなく、アタッチメント対象の喪失や死別について話すこともあるが、支離滅裂な語りになり、つながりのない考えが侵入して一貫性が失われ、語りが構造化されないというタイプが確認されている。また面接する中で、ジレンマが生じ、恐怖のために話題を避けようとしたり、逃げようとするタイプもみられる。「未解決の悲嘆」「未解決の喪」に分類し、「アタッチメント対象の喪に服すことに関して未解決である」と説明し、未解決／未組織／無方向性タイプ（U/d型）と評価される（George, Kaplan & Main 1996）。すなわち、死についての語りが組織化されていないままになっていると考えられる。

これに対して、語りが組織化されている3タイプは、安定・自律型（Secure autonomous, F型）、拒絶型（Dismissing, Ds型）、とらわれ型（Preoccupation, E型）である。「安定・自律型」は、関係の根拠となる具体的なエピソードを挙げて、インタビューの質問に合わせて自らの記憶に注意を向け、一貫性のあるコミュニケーションを取る。次に「拒絶型」は、質問によって喚起される葛藤を回避するために、関係の根拠となる現実的なエピソードから注意をそらし、情動反応を低下させてコミュニケーションを取るタイプである。「とらわれ型」は、アタッチメント対象に関する具体的なエピソードや記憶に過度に注意を向け固執し過ぎるために、コミュニケーションに一貫性が認めにくく、インタビューの質問に合わせるという協力関係を犠牲にするタイプである。

Borelli他（2019）はアタッチメント未組織型の青年を対象に、青年自身が抱える問題（内面的及び行動上の問題）について、青年自身とその親の言説が一致するかどうか、組織化されたアタッチメント型の青年と比較している。比較した結果、未組織型の青年の方が行動上の問題に関する一致度は高かったが、内面的問題に関して親との一致は低かった。要因として省察機能（reflective function）、つまり自分自身や他者の感情、思考、意図を理解し、洞察の下で言葉にし、認識する能力に注目している。Borelli他は、未組織型の青年は省察機能が低く、内面的問題に関する親の言説との一致率がより低くなることを明らかにしている。したがって未組織型であること、省察機能の低さが認められる場合など、ディスコースのタ

イブのちがいは、死の課程を言語化する際にも影響を及ぼす可能性があり、現場でのアセスメント、援助計画を立てる際に、非言語的コミュニケーションに配慮する必要があると考えられる。

## 1.6. 社会福祉士の役割

社会福祉施設、病院、公的機関などに勤務する社会福祉士は、それぞれの立場からクライアントの「死」（患者、利用者、被害者などの当事者、家族、等）の体験に遭遇する。

国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）と国際ソーシャルワーク教育学校連盟は、「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」として、「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける」を採択した（2014年7月）。現在、これがソーシャルワーク実践の拠り所となっており、実践の基盤と認識されている。

社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会による「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」（厚生労働省、2018）では、「社会福祉士は、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって社会福祉に関する相談援助を行うことを業とする名称独占の国家資格である。昭和63年の制度施行から現在に至るまで…（中略）…社会福祉士の活躍の場は、高齢者支援、障害児・者支援、子ども・子育て支援、生活困窮者支援といった広い分野にわたっている。各種制度において、それぞれの制度趣旨を達成するため、社会福祉士が配置されている」と述べられており、社会福祉士は人々のウェルビーイングを高めるために様々な分野に就労して実践を行っている。

また2020年6月、日本社会福祉士会は、「社会福祉士の倫理綱領」を採択している。その前文を抜粋すると「われわれ社会福祉士は、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する。われわれは平和を擁護し、社会正義、人権、集団的責任、多様性尊重および全人的存在の原理に則り、人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現をめざす専門職であり、多様な人々や組織と協働することを言明する。われわれは、社会システムおよび自然的・地理的環境と人々の生活が相互に関連していることに着目する。社会変動が環境破壊および人間疎外をもたらしている状況にあって、この専門職が社会にとって不可欠であることを自覚するとともに、社会福祉士の職責について一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める。」と明記されている。

しかしながら、「ウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかけるソーシャルワーク専門職のグローバル定義」とされているものの、各国の実態に即してその役割が明示されているわけではない。現状ではソーシャルワーカーの役割が明確になっているわけではない。

したがって世界に冠たる長寿国日本の実態に合わせ、人生の最終段階における医療・ケアの中で、クライアント本人、その家族・親族、友人、近隣者、医療関係者、社会福祉施設等の他職種を含めた人々が疲弊することなく、有意義に過ごすために、社会福祉士が果たすべき役割を提案すべきであろう。

さらに、クライアントのEnd-of-Lifeとは、進行性、あるいは慢性で生命を脅かす状況を生き、あるいはそれによって死にゆく過程であり、その過程の質を高めて人生を終えるためには、治療すること、慰めること、支えること、さらに緩和ケア等、能動的で共感的なアプローチが必要になる。クライアントの利益を優先することはもちろんであるが、多様なケースに対する対人援助職の役割として、クライアントの自律性を尊重し、感情によりそう心理支援が求められるだろう。

しかし現状では、End-of-Life Careに関する対人援助職の役割に関する先行研究はあまり多くない。したがってEnd-of-Lifeの過程で、クライアントのみならず、取り巻く人々にはどのような心理支援が求められているのかについて明らかにする必要がある。

## 1.7. 研究課題

少子高齢社会においては人口減少が続き、医療・福祉などが提供する社会サービスが拡大して、それに伴って家族の関係性は変化していく。「死」の捉え方や迎え方が多様化していることは想像に難くない。対人援助職は、クライアント本人だけでなく取り巻く家族や関係者に対しても、「死」を迎える個人差に対応した支援が求められている。しかしソーシャルワーカーの役割について明確化した研究はあまり多くない。したがって専門家によるEnd-of-Life Careのあり方について検討することには意義があると考えられる。

研究課題として以下の3点が挙げられる。①End-of-life Careにおける、クライアント、家族、医療・福祉サービスとの間の関係調整のあり方、②人がEnd-of-lifeをどう語るかに関しては、成人アタッチメント研究の語りの分析から、安定・自律型（F型）、拒絶型（Ds型）、とらわれ型（E型）、未解決／未組織／無方向型（U/d型）という4つのタイプが見いだされており、クライアントと対人援助職との言語的コミュニケーションにもタイプによるちがいが反映されると考えられる。したがって、言語的コミュニケーションだけでなく、非言語的相互作用を含めて検討する必要があること、③人は死に関して、言葉で表現できる範囲が限定され、感情が整理できない状態に陥りやすいため、語る相手（他者）としてどのような役割が求められているのか、である。

## 2. 本稿の目的

End-of-life Careにおいて必要とされる対人援助職の役割を明らかにするために、本研究の目的は次の2点である。まずEnd-of-life Careに関する先行研究では、死にゆくクライアントと家族や専門職との関係についてどのように捉えられてきたかを整理する。次にクライアントの寂しさ、不安、憂鬱、恐怖などへの心理支援、個別性の尊重が重視されることから、



ソーシャルワーカーがクライアントと意思疎通を図りながら、その人らしさを支援するために必要とされる資質について検討し、ソーシャルワーカーの養成における、End-of-life Careの教育のあり方について示唆を得ることである。

### 3. 方法

文献収集は図書館、電子ジャーナル、CiNii、Google Scholar等を用い、2023年8月以降全文可読であった著書、論文を対象として選択する。検索語は、ソーシャルワーカー、死、終末期、Social worker & End-of-life Careとした。検索語から抽出された2000年以降の文献を精読した上で、さらに重要な文献にあたり、End-of-life Careを成立させるための要件、それに後続すると考えられる効果について検討する。

## 4. 死に至るプロセスと対人援助に関する分析結果

### 4.1. 死と隣り合わせの生—死別体験（遺族）に対するケアに関する研究

武川（2008）は、事故であれ病気であれ、誰でも明日死ぬ可能性があるという意味で、人間の生はつねに死と隣り合わせである、と述べている。現代は誰でも、近親者や知人の中に、必ず一人は要介護者がいるというような状況が生まれており、「ケアを必要とする身体」、「人間の弱さ（Frailty）」に対して関心を持たざるを得ない時代であるという。したがって医療・福祉の社会サービスのうちEnd-of-Life Careの比重も増し、死と隣り合わせの生という問題を避けては通れなくなっている。

遺された家族にとって「死」は、現実の体験となる。藤村（2008）は、重要な家族のメンバーとの死別という事態に対処して生きていくために、その状況がなぜ起こり、なぜその苦痛を受け入れなければならないか—という「死」の意味づけをすることによって、その状況を解釈し、自らを納得させて乗り越えていくという。

重要な人の死によって、私たちはこれまでの価値を剥奪される状況に直面し、なぜこの状況が起こったか、なぜこの苦痛を受け入れなければならないか、意味の遡及、意味の帰属を行って、わきあがる悲哀感情を自らに納得させ、その事態に対峙して生きていかなければならない。生き抜くための解釈作業が進まないと、価値剥奪に埋没することになる。

遺族がどのように意味を見出すかに関して藤村（2008）は、死亡原因に注目して分析している。「死者本人の意図の有・無」と「外在・内在の原因帰属」の組み合わせによって、死亡原因を次の4つに分類している。①災害や事故によるもの（死への意図なし、原因は外在）、②他殺によるもの（死への意図なし、原因は外在）、③自死によるもの（死への意図あり、原因が死者に内在）、④病死・老衰によるもの（死への意図なし、原因は死者に内在し心理的準備が可能）である。分類のうち①災害・事故により、夫を亡くして遺族となった妻に対するインタビューを実施して、家族にとってどのようなEnd-of-life Careが必要になるのか分析している。その結果、夫の死亡原因の捉え方には個人差が見られること、死亡直後の他者の対応や補償が問題視されること、感情抑制が働くことで身体的不調が生じることが明

らかになった。すなわち、遺族が感情を抑えこむことなく、死亡に至る状況、死亡直後の対応と補償、その後の生活体験に対して、理解できるように支えることで、死の意味付与が進み、乗り越えていくことを明らかにしている。又藤村（2008）は、災害・事故死の原因に関する自由回答も分析している。「責任主体」の有・無、責任主体が被害者本人か他者（加害者、国・勤め先等の組織体）か、を組み合わせたタイプ別に分析したところ、「責任主体がおらず運命・自然災害が原因」とするタイプが30%で最も多く、次に多いのは「特定個人・組織等の他者が原因」とするタイプであったという。一方何らかの理由（行方不明、加害者が特定できないなど）のために死の原因が知らされない遺族は、苦悩がより深かった。すなわち不条理の只中に放りこまれ、意味づけができないまま悲哀感情が空転するためと考えられる。体験の意味づけを保留し、語りたくない、思い出したくないという非回答について藤村（2008）は、自分の体験は死に直面していない人にはどうせわかってもらえない—という思いがあること、言葉で表現できる範囲が体験に追いつかず、感情が未整理状態にとどまっているためと考察している。遺族が死の体験を語る際には、語る相手が存在すること、言語的コミュニケーションへの信頼が必要であろう。

End-of-life Careは、個人差に配慮できるように、言語的コミュニケーションだけでなく、非言語的コミュニケーションに注目する必要がある。また「語りの個人差」で先述したように、体験を振り返る際のディスコースには個人差がみられ、きめ細かな個別的支援が必要になるだろう。

加藤（2001）は、日本において「がん」は死に至る病として意味づけられ、特に「進行がん」の告知は、本人、家族にとって経済的、精神的、肉体的負担を伴うことから難しい対応を迫ると指摘する。1994年に実施された質問紙調査による「病気遺児家庭の医療体験と生活実態調査」の中から、父親をがんで亡くした1,542ケースを対象に「医療、医師、看護師、病院などについて、つよく感じていること」への自由回答を分析し、社会的行為としての死の視点（副田，2001）から、告知における患者、その家族、医師の三者構造を明らかにしている。回答者は患者の妻（40代；77.4%，50代；14.5%）であった。がん告知については、家族のみに告知するケースが多く、本人への告知を家族に任せているという実態がみられると述べている。

一方で本人や家族の（置かれている状況や期待などの）多様性に対する医療側の対応はバラバラで、中には多様性を無視し画一的な対応、家族の裁量権が尊重されていない例も見られたとしている。家族へのがんの説明、告知後のEnd-of-life Careに関する分析によると、フォローしていく制度やソーシャルワーカーに恵まれた場合には遺された家族は満足していたが、告知が家族に任される場合、医療側に対して精神的なケアをしてほしい、ソーシャルワーカーなどの福祉担当者があまりにも弱い、助からない人やその家族を支えるための時間や心を使ってほしい等、家族へのケアの必要性を訴えたとしている。さらに、患者の配偶者が望む告知のあり方について、患者、その家族、医師の三者構造は、①家族一体型（意思決定は患者とその家族）、②患者代理型（妻が患者を代弁）、③患者＝他者型（本人の意思決定

に家族は踏み込めない)、④パターナリズム要求型(医師は患者の利益を考え、わが子と思う心をもって誠心誠意尽くすという責任がある)という4タイプがみられ、各々が望む告知は異なるとしている(加藤, 2001)。

## 4.2. 死に至る心のプロセス

下舞・加藤(2020)は、死の過程にあるがん患者の心の状態を明らかにした。既に死亡したがん患者12名(男性8名女性4名, 40歳代~70歳代(Mean 60.8歳±10.8))の病院内記録のうち、死亡前2週間前後より死までの診療録、本人の訴え、看護師の観察記録の中から、患者の心理的反応、心理的变化に影響する出来事、心理的变化の時期に関する内容について、グラウンデッドセオリーアプローチ(GTA)を用いて分析した。記録の中の文言をコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーというように段階的抽象化により概念を生成して質的分析を行った。その結果、「究極の身体的苦痛」「身体的苦痛からの解放」「死の不安」「死の受容」「死の過程の暗澹」「自己理想と現実の乖離」という6つのコアカテゴリーを見出している。死亡前2週間前後から死に至るまでの患者らの心の状態は、身体的苦痛と心理的苦痛が混在し、複数の苦痛が重なり連鎖した訴えであることがわかった。コアカテゴリーの組み合わせにより、特徴的な3パターンを見出しているが、どのパターンにも「究極の身体的苦痛」が存在し、苦しむがん患者の姿が浮かび上がる。パターン1(3ケース)は「死の過程の暗澹」を経験したが、その後「死の受容」に至るタイプ、パターン2(2ケース)は身体的苦痛がありその後意識がなくなり「身体的苦痛から解放」されたタイプ、パターン3(7ケース)は「究極の身体的苦痛」から死に至るプロセスが不確かで「死の過程の暗澹」を経験し、「死の不安」に翻弄される様相を示した。キューブラ・ロスの死の5段階【否認・孤独、怒り、取引、抑うつ、受容】の受容過程では説明できないプロセスを巡っている。すなわち、下舞・加藤(2020)は、死の準備ができていると言っているにもかかわらず、直後に変貌して激高したり、看護師にあたったりする患者が観察されており、どの患者にも身体的苦痛があり、不確かな死の過程に対して、不安、いらだち、孤独などが重なって、心理的苦痛を訴えたのではないかと考察している。

### 4.2-1 Total Pain (全体的痛み)

医療分野では、患者の痛みを緩和するために身体・神経のメカニズムを解明し、総力を挙げて治療に取り組んでいる。しかし患者の訴えの奥にある痛みの正体は何か。キューブラ・ロスによると、支援者自身が死を否認し、抑圧や恐怖のため死から逃避し続けていると、死について語りたいと希望する患者の思いには気づけないことがあるという。

Saunders(1967)はがん患者の終末期について、積極的治療法がないとしても、身体的症状としての強い痛みのみならず、不安、孤独、絶望等の精神的痛みに対してもチーム(家族、医師、看護師等)で対処する必要があると述べている。またクライアントは、多職種から構成されるチームによる迅速な救済と理解によって、受けとめられていると感じ希望を持つことができれば、残された時間をずっと楽に過ごすことができる—という。

したがってソーシャルワーカーは多職種と連携する中で、End-of-lifeで生じたり悪化したる患者の情動的なストレスに耳を傾け、和らげる役割を担っていると考えられる。

Mehta & Chan (2008) は、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな原因によって引き起こされる痛みの側面を図3.のように図示している。身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな痛みという4側面を評価しなければ、患者の状況を正確に把握することはできないという。各側面を総合した痛みの評価として、「全体的痛み (Total Pain)」という概念を中心に据えている。

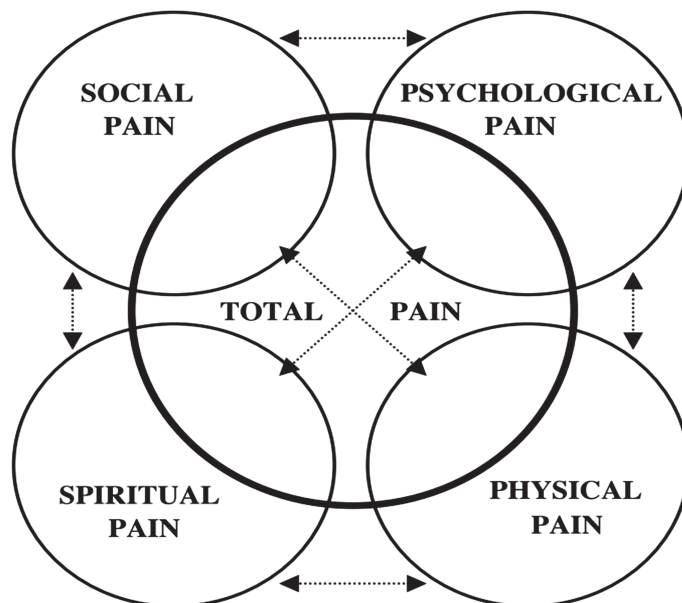


図3. 全体的痛み (Total Pain) の相互作用モデル (Mehta & Chan (2008) から引用)

すなわち患者を支えるためには、図中右下の身体的痛みへの治療と同時に、心理的痛み・関係性 (つながり) に関する痛み・精神面の痛み・自分が生きることに対する痛みに対処することで、相乗的相互作用により全体的痛みが和らぐことが示唆される。

#### 4. 2-2 スピリチュアルペインに関する研究

村田 (2011) は、「生きていることに意味がない」という終末期患者の訴えに注目し、生に対する無意味さ、無価値感、空虚さなどのスピリチュアルペイン (図3.の左下) の緩和が、身体症状の緩和にもつながると考え、末期がん患者へのスピリチュアルペインに対する支援の在り方について検討している。村田はスピリチュアルペインを、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、時間軸では将来の消失、関係軸では他者の喪失、自律性軸では、自律性の喪失の3軸構造で捉えられるとする。実際の臨床ではこの3軸が複雑に絡んで、身体的痛み、心理的痛み、社会的痛みと混在して表出されるという。このようなスピ



リチュアルペインについて理解する枠組みをもつ支援者は、ケアの方向性や方法が明確になると考えられる。すなわち3軸が回復できることがケアの方向性であり、傾聴と共感、ともにいることが支援者の方法になる。さらにコミュニケーションに関して、①終末期患者のサインをメッセージとして受け取る、②メッセージを言語化する、③メッセージをくり返す、④患者が安心できる信頼関係を基盤として、患者の思いを明確化する—という援助的コミュニケーションの技術を習得する必要があると述べている。

嶋田・宮脇（2017）は、終末期がん患者のスピリチュアルペインについて、2016年までに発表された52件の論文を分析することで、日本のスピリチュアルペインの構造を明確化している。論文においてスピリチュアルペインを構成する要素、先行要件、帰結等の記述を質的分析した結果、①スピリチュアルペインの構成要素；【意味への問い】【死に対する不安】【尊厳の喪失】【罪責意識】【現実の自己への悲嘆】【関係性の喪失】【超越的存在への希求】、②スピリチュアルペインの先行要件；【生命の危機】【無力感】、③スピリチュアルペインの帰結；【苦痛からの逃避】【超越の可能性】【執着心】【複雑な様相性】の категорияが抽出されている。すなわち、日本の終末期がん患者のスピリチュアルペインは、「終末期がん患者が、生命の危機の恐怖や病気の進行による身体機能の衰えに伴い無力感を抱くことによって、生きること・存在すること・苦悩することの意味、死への不安、尊厳の喪失、罪責意識、現実の自己への悲嘆、関係性の喪失、超越的存在への希求等について問い続けざるを得ない苦痛」であると考えられる（嶋田・宮脇，2017）。スピリチュアルペインは、他国や文化に共通してみられる根源的な問いではあるが、排泄行動の自立は尊厳を保つ最後の砦であることが示唆されたとし、【尊厳の喪失】をわが国の特徴として挙げている。恥を重んじる日本人にとって、排泄を他者に委ねることは尊厳を脅かす重大な問題であり、それがスピリチュアルペインにつながる。また帰結については、【複雑な様相性】もわが国の特徴であると指摘し、言葉にならない感情を「察すること」や「間」「沈黙」を通して表現しようとする日本人独特の categoria であると見なしている。したがって、日本の終末期患者のQOLを高めるためには、End-of-life Careにおいて【尊厳の喪失】の状況について注視し、敏感にタイミングよく【複雑な様相性】に対応していくことが課題となるであろう。

一方、安井（2018）は、東日本大震災による死別体験者が、苦しみの中で求めるスピリチュアリティについて検討している。研究の目的は、愛する人を喪った人が、その苦しみを抱えながら生きてきた5年間のプロセスを明らかにすること、そして苦しみにいかに寄り添っていくことができるかについてソーシャルワークのあり方を考えること、の2点であった。調査対象は、愛する人を喪った被災者2名（A氏69歳男性、B氏35歳女性）で、事前にインタビューガイドを用意してインタビューしたが、震災以前から今日までのライフストーリーを自由に語ってもらい、修正版GTA（M-GTA）の手法で分析している。語りから明らかにされたことは、次のとおりである。①ありのままの自分を受けとめ理解してくれる信頼できる人の存在、何か自分も人の役に立てることに幸せを感じるといった【人との温かい交流】を求めている。②死者と同時に生者をもこころある祈りにより癒してほしい。



生きる意味がわからない苦しみ、自分だけが生き残ったことに対する罪責感、死後の世界への問い等、「限界の苦しい気持ちに対しその救いを求める先」という【宗教性の提示への希求】がある。③死者と新しい関係性を築き、その存在を各々のところの中の相応しい場所に位置づけ直し、《自己の死生観を再構成》し、【自己と向き合うこと】。以上が相互に関連し影響しあうなか、震災で愛する人を喪った人々が、5年間の苦しみの中で、どのように自分の人生として引き受けていくか、苦しみに対し自分なりに意味を見出すことであったと結論づけている。

#### 4.3. 緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割

上白木（2018）は、緩和ケア・終末期医療の医療ソーシャルワーカー（以下MSWと略す）の役割遂行の構造についてモデルを提示し、様々な要因がMSWの役割遂行に及ぼすことを検証している。調査対象は全国のがん診療連携拠点病院および一定程度の医療の質を担保する医療機関のうちMSWが緩和ケア・終末期医療に関わるとした1,095施設で1,214人のMSWから回答を得ている（回収率37.1%）。検証したモデルでは、「コンピテンシー」（実践上の能力；他職種・機関との連携・協働、権利・利害・限界の表明、実践上のツールの活用、生じる摩擦や軋轢の解決、スーパーバイズ）の回答が高得点であるほど、「コーピング」（気分転換、積極的問題解決、解決のための相談、発想の転換等の対処能力）が高いほど、「患者の死に対する態度」（患者への支援の方向性、患者との関係構築、患者の要求に対する考え方等）が前向きであるほど、「職場・職業の適応感」（仕事負担・葛藤、仕事の意義、上司・同僚からのサポート、人事評価の公正さ、職場の一体感）が高いほど、MSWの役割遂行（多職種との情報共有、ソーシャルワーク実践、代弁、意思の確認ができない患者の医療方針の決定に関わる支援、患者・家族に対する精神的支援）が高まると仮定している。調査実測値を投入して分析した結果、MSWの「コンピテンシー」と「コーピング」、「死に対する態度の前向きさ」、「職場・職業への適応感」は、相互に関連し合いながら緩和ケア・終末期医療の役割遂行を規定している仮説が検証できたと結論づけている。

しかし、上白木（2018）の論文では、ソーシャルワーカーの役割遂行を規定する要因（原因）として「コンピテンシー」、「コーピング（対処能力）」という構成概念を仮定しているが、この因果関係には疑問が残る。すなわちMSWのコンピテンシー、コーピングの程度は、現実の患者の状況や役割遂行と密接に関連しながら、多職種のチームとして総合的に役割を發揮すると考えられるからである。共分散構造分析の分析結果をみると、コンピテンシー、コーピング、患者の死に対する態度、職場・職業の適応感という4概念間の関連はかなり高く、従属変数の「MSWの役割遂行」へのパス係数を凌ぐほどの高い係数を示している。緩和ケア・終末期医療の現場では、患者の症状や心身状態は日々刻々と変化するため、MSWだけでなく多職種の人が役割を遂行しつつ、臨機応変に状況に対処するため、MSWの特徴のみがEnd-of-life Careの遂行要因となるわけではなく、多職種との相互関係を入れたチームの視点によるモデルを構築すべきであろう。

また現場によっては、患者の死に接する際に、MSWが専門性を発揮できない状況があることも報告されており、医師・看護師など医療職の領域に介入できない実態もみられる。MSWが抱える葛藤を考慮した上で、役割が遂行できるようなチームづくりやEnd-of-life Careのあり方について検討することが求められる。

#### 4. 4. 死に向かう過程を支援するソーシャルワーカーの資質に関する研究

井上他（2022）は、急性期病院におけるがん患者への終末期への寄り添いの事例を取り上げ、MSWの態度と患者との関係の変容過程について省察している。研究の目的は、支援過程の分析によって終末期におけるMSWの存在意義を明確化することである。この論文はマインドフルネスによる介入事例の報告である。マインドフルネスは、今、この瞬間、刻一刻と移り変わる心身の状態やまわりの事象への気づきを高める。結果的にストレス低減につながり、ひいては思考、感情、記憶、身体感覚を俯瞰することができるメタ認知を高めることが確認されている。ソーシャルワーカーである著者らは、マインドフルネスに関する国際資格を取得した上で介入を実践し、患者にスピリチュアルな洞察の入り口を提供できたとしている。

分析対象は、治療初期—看取り—死後の支援に至る1事例のケース記録（MSW）、訪問看護記録、カルテ、複数回実施された心理アセスメントのデータなどであり、第1期の生活支援から、第2期心理的支援—マインドフルネスの導入、第3期マインドフルネスの進展とがんサロンへの参加、第4期終末期における心理社会的支援、第5期看取り支援、第6期死後の支援まで、4年間を時系列で整理して省察している。マインドフルネス導入にあたっては、精神科の受診結果から主治医と協議してマインドフルネスを患者に提供するメリットがあると判断して介入している。痛みと不安の対処法としてマインドフルネスの概要と手続きを患者に紹介したところ、「やってみたい」と興味を示した—と説明している。当初患者は、関係性の喪失による孤独・実存にかかわる苦悩という一人称の苦悩を抱えているために、支援者を信頼することができず心を開かなかった。しかしMSWが寄り添うと同時に、患者にマインドフルネスを導入することによって、病院が安心の居場所、人とのつながりの場へと変容し、終末期においてクライアントは孤独に苛まれることなく人生を統合することが可能になったという。死に至るプロセスでは、クライアントに寄り添い関係性を築くことは、ソーシャルワークの基本であり、この価値を具象化する方法としてマインドフルネスは有効であったと考察している。

これまでマインドフルネスは、End-of-life Careにおける支援者自身の「死への態度」や「患者との対話力」を涵養する方法として注目されてきた。End-of-life Careに携わる専門家向けに調整された6週間のMindfulness-Based Compassion Training for Health Professionalsというマインドフルネスによる介入方法（MBCT4HP）は、Watts 他（2021）が、End-of-life Careの専門家31人にパイロット研究を施行して、その実践への導入効果が検証されている。しかしあくまでもEnd-of-life Careの専門家を対象に実施されるトレーニング方法で、End-of-life

Careに関わる専門家の燃え尽き症候群などの負担やストレスを軽減することが主眼であった。

したがって日本のEnd-of-life Careにおいて、「どのような患者に対してマインドフルネス介入の適合性や効果があると言えるか」、またその効果は理論的にどう説明することができるのか、検証されたMBCT4HPという6週間の介入方法(Watts 他, 2021)をどのように調整すれば、終末期の患者のスピリチュアルな洞察を導くような効果が見込めるのか等、理論との橋渡しをするために、患者及びEnd-of-life Careに携わる専門家を対象とした介入研究のさらなる蓄積が必要であろう。

#### 4.5. 対人援助職の資質としての「情動知能 (Emotional Intelligence)」

Morrison (2007) は、イギリスで求められる児童福祉従事者の資質について、クライアントとのかかわり (engagement)、評価と観察、意思決定、連携と協力、ストレスに対処するという5側面のいずれにも影響を与えると考えられる「情動知能 Emotional Intelligence」の重要性について検討している。情動知能 (以下EI) とは、「感情を正確に知覚評価し、表出する能力、思考活動に感情を取り入れる能力、さらに感情及び感情に関する知識を理解する能力、感情を省察し調整する能力」の構造をもつと定義されている (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000)。ソーシャルワーカーにとってEIは、利用者に対する実践を豊かにするための手段であって、目的ではないと述べている (Morrison, 2007)。ソーシャルワークの現場では、自分自身の感情を省察することができない人は、サービス利用者や職場のチームを構成する人の意見、要望、感情に対して、正確な共感、自己認識、自己管理スキルが欠如しているため、ソーシャルワーカーの役割を果たせず、チームとしても機能不全に陥る。

言うまでもなく、クライアントとワーカーの対話が実践の中核であり、この相互作用によって利用者の感情や意図が理解でき、要望を引き出したりそれに対処したりすることも可能になる。その結果クライアントに変化や治癒が生じるので、関係を形成する技術の基盤にはこのEIの高さがあると考えられる。EIが評価と観察に及ぼす影響については、共感的であるほど、クライアントに対する評価は包括的で、これまでのいきさつの詳細、感情、意味といった重要な側面を引き出すことができ、適切な計画、効果的なサービスにつながるとしている。さらにソーシャルワークは共同作業であるために、ソーシャルワーカーは組織内だけでなく、法制度の枠を意識して活動し、組織外との連携を維持しなければならず、サービスを他機関に委託し、計画の調整役として連携・協力の能力が必要になる。厳しい責務を負っているといえる。抱えるストレスに対処するためには、社会的および専門的サポートネットワークの構築に積極的に取り組み、技術的に熟練してだけでなく、周りに支援を求めるスキルや態度においても成熟している必要があると述べている (Morrison, 2007)。

以上のように、対人援助職が、クライアントと関係を築く、観察・評価、意思決定、連携と協力、ストレス対処といった課題をこなすためには、資質としてのEIが先行要件になると考えられる。

## 5. 考察とまとめ

### 5.1. End-of-life Careに関する先行研究のまとめ

本研究の目的はEnd-of-life Careに関して、死にゆくクライアントと家族や専門職との関係についてどのように捉えられてきたかを整理すること、ソーシャルワーカーがクライアントの個別性を尊重した上で、意思疎通を図りながら、不安、恐怖などへの心理支援をするために必要とされる資質について検討し、ソーシャルワーカーの養成における教育のあり方について示唆を得ることであった。

まず遺族の死別体験へのケアに関する文献においては、現代は超高齢社会であり、死と隣り合わせの生という問題を避けては通れなくなっていることが示唆された。重篤な病気、特にがんの告知に際し、クライアント及びその家族の個別性への配慮が必要である。すなわち、現代の家族観は多様であり、医療・福祉分野に対して求められるEnd-of-life Careは多様化していることから、加藤（2001）の提示したモデルのように、クライアントとその家族がもつ家族観を尊重する支援が求められている。

重要な人の死に際し、遺族はなぜこの状況が起こったか、なぜこの苦痛を受け入れなければならないか、新たに「死」の意味づけを行うことで、自らを納得させて死に対峙し、その後も生きていかねばならない。したがって遺族が意味を見出す過程に寄り添い、生き抜くための解釈作業を支える援助が必要である。言葉で表現できる範囲が体験に追いつかず、感情が未整理状態にとどまっている遺族に対するEnd-of-life Careは、個人差に配慮した上で言語的コミュニケーションに注目するだけでなく、非言語的コミュニケーションによる相互作用の重要性についても認識する必要がある。

次に、がんを患ったクライアントの死に至るプロセスに関する文献では、どのような最期をむかえたいかに関する、クライアントの個別性が明らかになっている。理想と現実とのギャップ（乖離）、つまり理想と考えているプロセスが実現できないことによる不安やいらだちは、身体的な痛みではなく、理想と現実との乖離によって抱える精神的苦痛によるものであることが示唆された。しかし死に至るプロセスの「苦痛」は、混然一体となっているために、それぞれを区別して支援することは困難であると考えられる。Saunders（1967）が指摘しているように、クライアントに対して治療手段が尽きているとしても、身体的苦痛だけでなく、不安、孤独、絶望等の精神的痛みに対して、多職種から構成されるチームによる迅速な救済と理解によって、支援する必要がある。Mehta & Chan（2008）は、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな原因によって引き起こされる痛みの側面を総合し、痛みの評価としての「全体的痛み」という概念を中心に据えることの意義を強調している。限界状況にある人々は、このような重層的な苦しみの中で、生きる意味、自己の存在の意味、他者との関係、人間を超越する存在を求めることが先行研究によって示唆されている。科学的な思考だけでは解決できない根源的な実存の問いに答えを見出すことは難しく、クライアントが自分なりの意味を見つけていくためには、時間やプロセスが必要であろう。死の過程を支



える人が必要であるという認識をもった上で、End-of-life Careにおけるソーシャルワーカーの役割を捉えることが、今後益々重要になると考えられる。

最後に、死に向かう過程を支援するソーシャルワーカーの資質に関する研究に関しては、クライアントと関係を築くことが大前提で、さらにクライアントの感情をしっかりと注意して観察し、観察に基づく評価・解釈を行う。その際には、クライアントの感情の意味の解釈だけでなく、支援者自身の感情の意味を理解している必要もあろう。Friedman & Riggio (1981) が指摘しているように、クライアントと対面してコミュニケーションをとる場合、非言語的な感情表現（表情などによる表出）は、相手の感情に伝染しやすい。特に感情に自覚がなく、不確かな状況にある人は、感情の手がかりを他人に求めるため、影響を受けやすくなる傾向が示唆されており、クライアントと支援者との相乗的相互作用について認識をもつ必要がある。さらに問題のところで先述したように、語りには個人差があることが明らかになっており、クライアントの意図に関わらず、支援者の感情に関する非言語的コミュニケーションが、影響を与える可能性についても自覚すべきであろう。

## 5.2. End-of-life Careに携わる専門職の資質としての情動知能

End-of-life Careに携わる専門職は、クライアントの危険のサインを見逃さず評価できること、自分の感情を理解した上でその影響を自覚して調整し、クライアントの感情を受けとめて理解する必要があると考えられる。したがってソーシャルワーカーの資質を養成するためには、今後情動知能（EI）を高めることが重要である。

ここでいうEIとは、Salovey & Mayer (1990) の定義に基づき、「自分自身や他人の感情 (feeling)・情動 (emotion) をモニターし、それらを識別し、自分の思考や行動をガイドするために感情・情動の情報を使うことができる能力」と捉える。すなわちわれわれの生活上の思考・判断のようなものは、感情に関する情報 (affective information) で満たされているため、感情に関する情報処理過程を通らざるを得ないが、一人ひとりの能力には当然違いがあると考えられる。個人差を捉える視点としてPetrides & Furnham (2000) は、EIには Trait Emotional Intelligence (特性EI) と Information-processing Emotional Intelligence (情報処理EI) があると指摘している。まず「特性EI」とは、行動の状況を越えた一貫性 (共感、積極性、楽観主義などの特定の特性または行動に現れる性格) に関連した性格特性のようなもので、自記式質問票で測定され一般的知能とは関連をもたないと考えられている。他方「情報処理EI」は、感情を識別し、表現し、ラベリングすることができるなど情報処理能力に関係し、感情を活用することができるか否か等、能力パフォーマンスによる評価法によって捉えられるとされている。したがって、EIの個人差を捉えるためには、各EIの側面が、一般的知能、言語性知能とどう関連するのかについて検討する必要があるだろう。

本稿で注目したソーシャルワーカーによるEnd-of-life Careについては、クライアントの症状、全体的痛み (Total Pain) などの心身状態は日々刻々と変化することから、その状況に合わせて対処することはもちろん、多職種と連携しチームとして臨機応変に役割を遂行する



ことが求められる。したがってソーシャルワーカーの養成・教育において、EIを知識として詰め込んだとしても、現場でクライアントの心理支援ができるとは考えにくい。そこで現場の状況に柔軟に対応していく能力として、「EI」の開発とカリキュラムのパッケージ化を進めていく必要がある。特にEnd-of-life Careにおいて、クライアントの尊厳や情動の起伏や変化、多層化などの複雑な様相を敏感に感受し、臨機応変に対応できるソーシャルワーカーを養成する必要性が高まっていることから、今後ますます求められると考えられる。

### 【引用文献】

- Borelli, J.L., Palmer, A., Vanwoerden, S., & Sharp, C., 2019, Convergence in reports of adolescents' psychopathology: a focus on disorganized attachment and reflective functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4): 568-81.
- Friedman, H. S. & Riggio, R. E. 1981, Effect of individual differences in nonverbal expressiveness on transmission of emotion, *Journal of Nonverbal Behavior*, Vol.6, No.2: 96-104.
- C. George, N. Kaplan, & M. Main, 1996, Adult Attachment Interview, unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkley (third eds.) [http://www.cmap.polytechnique.fr/~jingrebecali/research/nlp\\_files/AAI\\_Scoring.pdf](http://www.cmap.polytechnique.fr/~jingrebecali/research/nlp_files/AAI_Scoring.pdf). (2023.8.20 閲覧)
- Izumi,S., Nagae, H., Sakurai,C. & Imamura, E., 2012, Defining End-of-life Care from the Perspective of Nursing Ethics, *Nursing Ethics*, Vol.19, No.5: 608-618.
- Elisabeth Kubler-Ross, 1969, *On Death and Dying*, Simon & Shuster, Inc. キューブラ・ロス著, 鈴木晶 訳, 2020, 『改版 死ぬ瞬間—死とその過程について』, 中公文庫
- Maeda,Y., Hagihara, A., Kobori, E., Nakayama, T., 2006, Psychological process from hospitalization to death among uninformed terminal liver cancer patients in Japan, *BioMedCentral Palliative Care*, 5: 6: 1-10. <file:///F:/202308endoflife/Maeda2006.pdf> (2023.8.22 閲覧)
- Mayer, J.D., Caruso, D. R., & Salovey, P., 2000, Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence, *Intelligence*, Vol.27, No.4: 267-298. [http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych131\\_fall2013/documents/13.1\\_Mayer\\_2000\\_EmotionIntelligenceMeetsStandardsForTraditionalIntelligence.pdf](http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych131_fall2013/documents/13.1_Mayer_2000_EmotionIntelligenceMeetsStandardsForTraditionalIntelligence.pdf) (2023.09.05 閲覧)
- Mehta, A. & Chan, L. S., 2008, Understanding of the Concept of "Total Pain" A Prerequisite for Pain Control, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Vol.10, No. 1: 26-32.
- Morrison, T.,2007, Emotional Intelligence, Emotion and Social Work: Context, Characteristics, Complications and Contribution, *British Journal of Social Work*, Vol.37, 245-263.
- Petrides, K. V. & Furnham, A., 2000, On the dimensional structure of emotional intelligence, *Personality and Individual Differences*, Vol.29: 313-320.
- Salovey, P., & Mayer, J. D., 1990, Emotional intelligence, Imagination, Cognition, and Personality, Vol.9, No.3: 185-211.
- Saunders, Cicely, M.S., 1967, The care of the terminal stages of cancer, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*: 162-169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2312282/pdf/annrcse00247-0096.pdf> (2023.8.22 閲覧)
- Watts, K. J., O'Connor, M., Johnson, C. E., Breen, L. J., Kane, R. T., Choules, K., Doyle, C., Buchanan, G., & Yuen, K., 2021, Mindfulness-Based Compassion Training for Health Professionals Providing End-

- of-Life Care: Impact, Feasibility, and Acceptability, *Journal of Palliative Medicine*, Vol.24, No.9: 1364-1374.
- 井上祥明, 玉野緋呂子, 池埜聡, 2022, 終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの新展開: マインドフルネスによる「死」への寄り添いを果たした事例研究, *Human Welfare*, Vol.14, No.1, 139-155.
- 柏木哲夫, 2008, 『いのちに寄り添う。—ホスピス・緩和ケアの実際』, KKベストセラーズ
- 加藤朋江, 2001, ガン告知と家族, 副田義也, 『死の社会学』, 岩波書店: 3-26.
- 上白木悦子, 2018, 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役割遂行の構造に関連する要因, *社会福祉学*, Vol.59, No.3, 16-29.
- 公益社団法人 日本社会福祉士会, 倫理綱領 <https://www.jacsw.or.jp/citizens/rinrikoryo/index.html> (2023.8.11 閲覧)
- 厚生労働省, 2022, 令和3年人口動態統計 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html> (2023.8.12 閲覧)
- 厚生労働省, 2018, 社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」, [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf) (2023.8.11 閲覧)
- 厚生労働省, 2018, 改訂「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2023/8/11 閲覧)
- 嶋田由枝恵, 宮脇美保子, 2017, 日本人の「終末期がん患者のスピリチュアルペイン」概念分析, *日本看護科学会誌*, Vol.37: 456-463.
- 下舞紀美代, 加藤和生, 2020, 終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的研究, *関西看護医療大学紀要*, Vol.12, No.1: 15-30.
- 副田義也, 2001, 『死の社会学』, 岩波書店.
- 総務省, 2022, 「日本の高齢化の推移と今後の将来推計」, 令和4年版高齢社会白書. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1_1_1.html) (2023.8.11 閲覧)
- 武川正吾, 2008, 生と死の社会学, 武川正吾・西平直 (編) 『死生学3 ライフサイクルと死』, 東大出版会: 9-22.
- 藤村正之, 2008, 死別の意味への希求—災害死・事故死と悲哀感情, 藤村正之著, 『〈生〉の社会学』, 東京大学出版会: 101-134.
- 村田久行, 2011, 終末期がん患者のスピリチュア・ペインとそのケア, *日本ペインクリニック学会誌*, Vol.18, No.1: 1-8.
- 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*, Vol.59, No.3: 55-68.

## 謝辞

この研究は、益子行弘を代表とする科学研究費補助金基盤研究(C)「非言語インタラク션을活用した終末期ソーシャルワークモデルの検討」(課題番号23K01940)の助成を受けたものです。

## Summary

### The Role of Support professionals in End-of-Life Care: Focusing on Emotional Intelligence

Kuniko Kato, Yukihiro Mashiko

The purpose of this study is to review the previous research on the relationship between the clients who are dying, their families and human service professionals in End-of-life Care and to examine the role of professionals to provide psychological support for client's anxiety, fear, and other emotions. Considering the individuality of the clients and their families, the role of professionals in supporting the process of a client's death is crucial. As a result, it has become evident that the professionals need Emotional Intelligence to observe the clients' emotions, assess these emotions based on observations, interpret the meaning of these emotions, and provide support throughout the client's end-of-life process. Additionally, they should not only focus on clients' verbal communication but also be aware of interactions through non-verbal communication.

**Keywords** Dying End-of-Life Care Interpersonal Support Professional  
Emotional Intelligence

(2023年11月9日受領)

