日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

国内外における遺族研究の動向と今後の課題

メタデータ	言語: ja 出版者: 一般社団法人 日本看護研究学会 公開日: 2019-07-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山勢, 善江 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/609

論文の著作権は学会に帰属する。https://www.jsnr.or.jp/contribution/magazine-reg/

ー総　説ー

国内外における遺族研究の動向と今後の課題

The Trend of Research About Bereaved Family and the Further Subjects in Japan and Overseas

立　野　淳　子[1)]　　山　勢　博　彰[1)]　　山　勢　善　江[2)]
Junko Tatsuno　　Hiroaki Yamase　　Yoshie Yamase

キーワード：遺族，悲嘆，健康状態，遺族ケア
Key Words：bereaved family, grief, health condition, bereavement care

はじめに

愛する者との死別は人生において最もストレスフルな喪失体験であり，残された遺族の心身の健康状態に与える影響は大きい。

これまで遺族の悲嘆過程を主に支えてきたのは，家族や親戚，友人，近所の知人らであった。しかしながら，近年の核家族，特に夫婦のみの世帯の増加[1)]や，近隣住民との交流減少による社会構造の変化は，遺族を支える体制として機能しなくなり，誰からの支援も受けられない遺族も少なくないことが推測できる。したがって，年間の全死亡者の８割以上が病院や診療所などの医療施設で死を迎えている現状[2)]では，最期をともに看取った医療者による遺族ケアはますます重要となっている。

WHO[3)]が，遺族ケアをホスピス・緩和ケアの重要な働きの一つとして位置付けているように，わが国においてもホスピス・緩和ケア領域を中心に遺族ケアへの積極的な取り組みが行われてきた[4)]。近年では，救急や集中治療領域，一般病棟などにおいても遺族ケアの取り組みが学会等で報告されるようになり，様々な領域において遺族ケアへの関心の高まりが感じられるようになった。

しかし一方では，悲嘆理論や遺族ケアについて専門的な教育が行われているわけではなく，各施設が遺族ケアに苦慮している現状[4)]や遺族への二次的被害の問題[5)]なども報告されている。悲嘆に暮れている遺族への対応は，正しい知識と適切な方法を用いて実施しなければ遺族の悲嘆をさらに悪化させる恐れもあり，経験則だけで対応できるものではない。今後，より多くの医療施設において遺族ケアの導入が進み，わが国の遺族ケアを確立させていくためには実践のための科学的根拠となり得る研究の蓄積が求められる。そのためにはまずこれまでの研究成果を整理し，明らかにされていること，また今後の課題として取り組むべき方向性を見極める必要がある。

そこで本研究では，国内外の遺族研究の動向を確認した後，遺族の身体的・精神的健康状態および遺族ケアに関する先行研究のレビューを通して，今後の遺族研究の課題を明らかにすることとした。

方　法

1990年から2009年までの国内外における遺族研究を，文献検索システムJDream Ⅱ（JST Document PEtrieval system for Academic and Medical fields）の医学・看護学等のデータベースであるJMEDPlusと，エルゼビア・ジャパン社が提供する科学・医学等のデータベースであるSCOPUSを用いて検索した。JMEDPlusには，2000年以降の医学中央雑誌の文献を含む400万件以上の文献が収録されている。また，SCOPUSは，医学系の国外文献の検索に用いられることの多いMedlineの全ジャーナルを含む18,000誌以上のジャーナルを検索することが可能である。

対象とした文献種別は，原著論文，研究報告，実践報告，短報とした。

検索方法は，JMEDPlusでは，「家族」，「死」，「遺族」をシソーラス用語とし，「悲嘆」，「悲嘆反応」，「複雑性悲嘆」，「病的悲嘆」，「精神健康」，「遺族ケア」，「グリーフケア」，「グリーフワーク」，「クリティカルケア」，「救急」，「集中治療」，「ホスピス」のキーワードを組み合わせてAND検索を行った。SCOPUSでは，「death」，「bereaved family」，「bereavement」，「grief」，「bereavement care」，「grief work」，「mental health」，「complicated grief」，「intervention」，「critical care」，「emergency」，「intensive care」，「hospice」のキーワードを組み合わせてAND検索を行った。なお，周産期に関するものは，出生前死亡や流産，妊娠までの治療や受精方法の選択など生死にかかわる背景が多様であることと，遺族の悲嘆反応に影響する要因についても他領域とは異なる性質があると判断したため除外した。

１）山口大学大学院医学系研究科　Yamaguchi University Graduate School of Medicine
２）日本赤十字九州国際看護大学　The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

分析は，文献数の推移と研究デザインおよび研究内容別割合から全体的な遺族研究の動向を確認した後，遺族の身体的・精神的健康状態と遺族ケアについて，これまでの研究成果を明らかにした。

結　果

1．遺族研究の動向

225件の文献を抽出した。内訳は，国外文献107件，国内文献118件であった。

1）文献数の推移

1990年からの20年間における文献数の推移を図1に示した。年平均文献数は，国外文献5.35件（標準偏差3.79），国内文献5.90件（標準偏差6.24）であった。

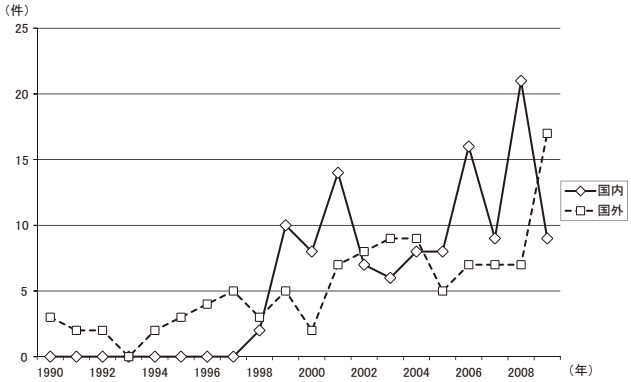

図1　国内外における遺族研究の文献数の推移

2）研究デザイン

研究デザイン別割合を図2に示した。

国外文献では，介入・実験研究が30件（26.3%）と最も多く，次いで比較記述研究が26件（22.8%）と多かった。その他，相関関係的研究が24件（21.1%），実態調査研究が18件（15.8%），因子探索的研究が9件（7.9%），質的帰納的研究が6件（5.3%），事例研究が1件（0.9%）であった。

国内文献では，実態調査研究が36件（27.5%）と最も多く，次いで実践報告が26件（19.8%）と多かった。また，質的帰納的研究は23件（17.6%），事例研究は17件（13.0%），比較記述研究は15件（11.5%），相関関係的研究は9件（6.9%）であり，介入・実験研究は1件（0.8%）と最も少なかった。

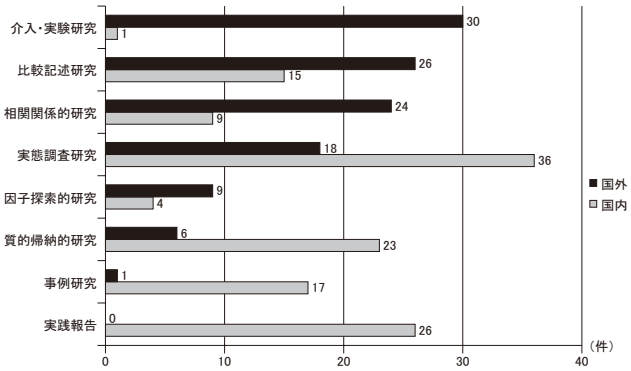

図2　研究デザイン別割合
（国外文献n＝107，国内文献n＝118以上，重複あり）

3）研究内容

研究内容別割合を図3に示した。

国外文献では，身体的・精神的健康状態に関するものが75件（54.3%）と最も多く，遺族の思い・ケアニーズ・悲嘆プロセスに関するものは1件（0.7%），遺族ケアの現状に関するものは8件（5.8%），遺族ケアに関するものは40件（29.0%）などであった。

国内文献では，遺族ケアに関するものが33件（27.5%）と最も多く，次いで身体的・精神的健康状態に関するものが30件（25.0%）と多かった。その他，遺族の思い・ケアニーズ・悲嘆プロセスに関するものは21件（17.5%），遺族ケアの現状に関するものは22件（18.3%）などであった。

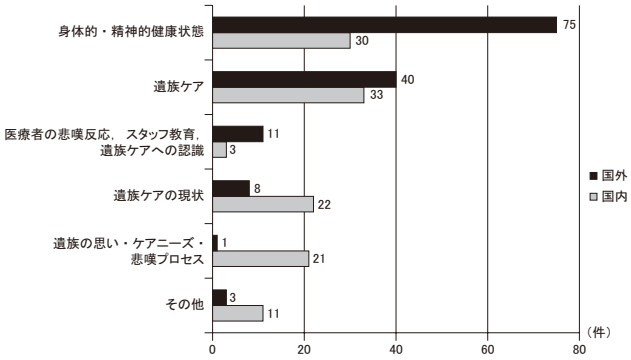

図3　研究内容別割合
（国外文献n＝107，国内文献n＝118以上，重複あり）

2．遺族の身体的・精神的健康状態

遺族の身体的・精神的健康状態に関する論文105件（国外文献75件，国内文献30件）をレビューした結果，研究成果は，1）遺族の身体的・精神的健康状態の特徴，2）身体的・精神的健康状態への影響要因，3）遺族の死亡率および自殺念慮の3つに分類できた。

1）遺族の身体的・精神的健康状態の特徴

遺族の精神健康状態については，配偶者を喪った男性の精神健康状態を既婚男性と比較することで特徴を示したByrneら[6]や，配偶者や子供，親と死別した遺族の心的反応を質的アプローチにより調査した宮林ら[7]，子供を喪った両親の精神健康状態を観察したYuvalら[8]などの調査があった。研究手法の多くは，横断研究デザインによる記述研究であったが，遺族の抑うつ傾向を死別前から死別後18か月まで追跡調査したBonannoら[9]の報告のように，縦断研究デザインにより精神健康状態の経時的な変化を明らかにしているものもあった。

配偶者と死別した老年期にある遺族141人を調査対象と

したCarolら[10]は，死別後の遺族の精神健康状態は時間の経過に伴い有意に改善することを報告した（p＜0.001）。このことは，国内でも坂口ら[11]の調査により支持されている。

子供を喪った両親の精神健康状態の経時的な変化については，Kreicbergsら[12]の調査がある。彼らは，悪性疾患で子供を亡くし，４年以上経過した両親449人を対象に，不安，抑うつ，精神的な満足感およびQOL（quality of life：生活の質）について質問紙を用いた調査を行った。その結果，死別後４～６年経過した群は，死別後７～９年経過した群よりも不安や抑うつが高いことを見出した。

遺族研究ではその調査対象者として，癌や悪性疾患により愛する家族員を喪った遺族を選定したものが多い。しかし，死の特徴が異なるクリティカルケアで死別体験した遺族を対象とした論文は少ない。Cuthbertsonら[13]は，ICU（intensive care unit：集中治療室）で死亡した患者の遺族99人に，死別後平均34日に電話による聞き取り調査を行った結果，85人（85％）は通常の生活を取り戻し，就業している47人のうち約８割は職場復帰していたことを報告した。一方で，10人（10％）の遺族は，鎮静剤や催眠薬を服用し，２人（２％）は抗うつ薬を服用している実態も明らかにした。

上記のように，遺族研究では，遺族の精神的な側面に着目することが多いが，身体的な側面も併せて調査したのはPaulaら[14]であった。彼らは，配偶者を喪った遺族149人を対象に，死別後１か月と13か月の時期に，心身の健康状態について観察した。結果，死別後１か月では「泣く」が132人（89％）と最も多く，「睡眠障害」は112人（76％），「意欲低下」は111人（75％），「食欲低下」は75人（51％），「2.25kg以上の体重減少」は53人（36％），「抑うつ傾向」は62人（42％）などであったことを報告した。また，死別後13ヵ月にはそれらの症状の多くが有意な改善を認めたものの（p＜0.02～0.001），「頭痛」，や「呼吸困難」，「抗精神薬の使用」などについては改善を認めなかったことを明らかにした。

遺族の精神疾患の罹患状況に関する報告も，Barryら[15]や，Silvermanら[16]，Maerckerら[17]など国外論文で数多くみられた。Jacobsら[18]の調査では，配偶者を亡くした遺族のうち，うつ病と診断された者の割合は，死別後６ケ月で32％，死別後１年で27％であった。また，Jacobsら[19]が行った配偶者にみられる死別後の不安障害について調査した他の調査研究では，死別後６ケ月を経過した48人の遺族のうち，12人（25％）が不安障害の診断基準を満たし，死別後12ケ月経つ54人の遺族のうち，不安障害の診断基準を満たしたのは24人（44.4％）であったことが報告されている。さらにZisookら[20]は，死別体験をした遺族350人を対象に，うつ病の診断基準を満たした割合について調査した結果，死別後２ケ月では24％，７ケ月では23％，13ケ月では16％であったことを明らかにした。

Horowitzら[21]は，配偶者を亡くした遺族70人に対して，死別後６ケ月と14ケ月に複雑性悲嘆の症状について問診を行なっている。死別後６ケ月に認められた症状として最も多かったのは，「自発的な回想障害」の50人（71.9％）であり，次いで，「重要な活動への興味の低下」の43人（62.3％）であった。死別後14ケ月では，30項目すべてにおいて症状を有する割合が減少していたが，特に，「死者を思い出させる場所を避けること」，「ほかの事への感覚的な麻痺」，「他から疎外された感覚」など12項目において症状を有する割合が有意に減少していた（p＜0.05～0.001）。

クリティカルケアにおける死別後の精神疾患の発症割合については，Markら[22]の調査がある。彼らは，ICUで家族員の死別を経験した遺族41人に対し，死別後５～11ケ月の間にインタビューによる聞き取り調査を行った結果，14人（34％）が少なくとも１つ以上の精神疾患の診断基準を満たしており，９人（22％）が精神科の治療を受けていたことを報告した。さらに，精神疾患の診断基準を満たした者に共通していた疾患として，うつ病（14人のうち11人）をあげた。

以上のことより，遺族の身体的・精神的健康状態の特徴として，遺族は，死別後早期には７～９割と高い割合で，身体的・精神的健康状態を害していることが明らかになった。また，死別後１年を経過する頃には，症状の改善を認めているものの，抗精神薬の使用や頭痛など一部の症状は持続していることもわかった。複雑性悲嘆の発症割合でみると，死別後１年未満では25～30％であり，死別後１年以降では10～20％であることも明らかになった。

２）遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因

本研究では，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因は，⑴遺族の性別，⑵遺族の年齢，⑶故人との続柄，⑷故人の死に対する認識および死別前要因，⑸ソーシャルサポート，⑹喪失への対処パターン，⑺併発的および二次的ストレッサー，⑻死の形態の８つに分類することができた。

⑴　遺族の性別

遺族の性別と精神健康状態との関係は，国外ではYuvalら[8]，Jacobsら[19]，Neriaら[23]，Katherineら[24]が，国内では宮林[25]が調査している。結果，パニック障害や不安障害の有無に性差はないとするJacobsら[19]の報告はあるものの，男性よりも女性の方が精神健康状態が悪いことは国内外を問わず概ね一致する見解であった。

⑵　遺族の年齢

子供を喪った両親を対象に調査したYuvalら[8]は，複雑

性悲嘆へのリスク要因として，年齢が45歳以上であること（odds ratio : 1.51，95% CI 0.83－2.76）をあげた。一方で，Jacobsら[19]の調査では，60歳以下の場合に有意に不安障害を認めたことを報告した（p＜0.05）。

このように，遺族の年齢が，精神健康状態に影響するかについて一定の見解に達していないことが明らかになった。

⑶　故人との続柄

故人との続柄では，坂口ら[26]らが配偶者を亡くした場合は，親を亡くした子どもに比べ，有意に精神健康状態が悪いことを明らかにした（p＜.05～ .001）。この結果は，Markら[22]の調査結果からも支持されている（P = .002）。また，子供の死亡が両親の複雑性悲嘆へのリスクを有意に高める要因になることは，Yuvalら[8]（odds ratio : 3.94, 95% CI 1.92－8.06）や，Kreicbergsら[12]（不安：relative risk 1.5, 95% CI1.1～1.9，抑うつ：relative risk1.4 , 95% CI1.1～1.7）が明らかにしていた。

このように，故人との続柄が，配偶者または親である場合に精神健康状態を悪化させやすいことがわかった。

⑷　故人の死に対する認識および死別前要因

遺族が，故人の死をどのように認識しているかが精神健康状態に及ぼす影響については，坂口ら[27,28]が行った国内での調査報告があった。

坂口ら[27]はまず，先行研究に基づき設定した４つの死別前要因（故人の死への心の準備，故人との良好なコミュニケーション，故人に対する十分なお世話，安らかな死）と，GHQ-28で測定した遺族の精神健康状態との関連をみた。結果，「故人の死への心の準備」，「故人との良好なコミュニケーション」，「安らかな死」と，GHQ-28総得点との間に有意な負の相関が見られたことを明らかにした（p＜0.10～0.05）。

次に坂口ら[28]は，遺族の「もっと世話をしてあげたかった」，「もっと早く病気に気づいてあげていれば」など故人の死に対する“心残り”に着目し，その程度と死別後の精神的健康度との関連を検討した。この調査によると，故人との死別に心残りを感じている遺族の方が，心残りを感じていない遺族よりも，死別後の精神健康状態が悪かった（p＜0.001）。

今回の文献レビューでは，遺族の故人の死に対する認識が，身体的・精神的健康状態にどのような影響を及ぼすかについては，上記に示した２件以外該当文献が見つからなかった。従って，十分な検証がされているとは言い難いものの，故人の死への心の準備が不十分な場合や，故人の最期に良好なコミュニケーションがとれなかった場合，故人の死が安らかではなかったと感じている場合，故人の死に対し心残りがある場合には，遺族は精神健康状態を悪化させやすい傾向にあることがわかった。

⑸　ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの程度が遺族の身体的・精神的健康状態に及ぼす影響については，Cuthbertsonら[13]やCathaleeneら[29]の研究報告があった。

ICUで死別を経験した遺族99人を対象に聞き取り調査を行ったCuthbertsonら[13]は，21人（21％）が，ソーシャルワーカーや医師などによるグリーフコンサルタントの紹介を望んでいる実態を示した。

また，Cathaleeneら[29]は，ごく親しい友人や家族員の死別を経験した33人の遺族に，死別後６ケ月に質問紙調査を行ったところ，社会的なサポートが低いほど悲嘆反応が有意に重篤化し長期化していることを明らかにした（p＜0.05）。

以上より，２割程度の遺族が家族以外の者にサポートを求めている現状や，社会的なサポートが充足していないことが精神健康状態の悪化に影響する要因となり得ることがわかった。

⑹　喪失への対処パターン

喪失というストレッサーに対する対処の側面から精神健康状態との関連を明らかにしたのは，坂口ら[30]であった。彼らの調査では，死別に対して，「故人との絆の保持に執着し，これからの生活や人生に目を向けることができないタイプの人」は，「故人との絆を保持しつつ，これからの生活や人生に積極的に取り組もうとするタイプの人」や「故人にとらわれないようにして，これからの生活や人生の方に取り組もうとするタイプに人」に比べて，精神健康状態が有意に悪いことを明らかにしている（p＜0.001）。

また，坂口ら[31]は，回答者の81％（91人中74人）が「感情の解放（生起した感情を無理に抑え込まず開放すること）」を行い，78％（91人中71人）が「他者への表出（自らの感情や経験を他者に向けて表すこと）を行っていたことから，これらが日本人遺族の一般的な対処方法であると報告した。そのうえで，これらが死別という喪失に対する有効な対処方法となりうるかについて検証し，「感情の解放」が精神健康状態に良い影響を及ぼすことを示した。

以上より，「感情の解放」や「他者への表出」が日本人遺族の喪失への対処パターンであること，またそれらが喪失に対する有効な対処方法となり得ることがわかった。

⑸　併発的および二次的ストレッサー

Strobe[32]は，死別による愛する者の喪失それ自体を一次的ストレッサーとし，喪失に関連して生じたストレッサーを二次的ストレッサー，喪失と同時発生的に生じたストレッサーを併発的ストレッサーと定義した。

これらのストレッサーに着目したのが，Markら[22]や，坂口ら[33,34]であった。

Markら[22]は，ICUで家族員の死別を経験した遺族41人のうち併発的ストレッサーのあった群（21人：53%）では，それらがない群に比べ有意に精神疾患を有していたことから（p＝0.003），併発的ストレッサーは，複雑性悲嘆のリスク要因であると指摘している。

二次的ストレッサーの具体的な内容について明らかにするために，死別を経験した遺族に自由記述式の質問紙調査を行った坂口ら[33]の研究がある。彼らは，遺族に「心のつらさ（ストレス）を感じた時やその内容」に関する記述を求め，KJ法を用いて分類整理した結果，８つの二次的ストレッサーを見出した。最も多かったのは，故人を失ったことで生じた家族成員間の葛藤，対立，子育ての問題を示す「家族成員間の問題」と，「社会生活に関する困難」であった。社会生活に関する困難とは，話し相手がいなくなったことや，故人に代わって行うようになった近所付き合い，世間の目などである。また同調査の中で，配偶者喪失群のうち，二次的ストレッサーの「ある」群は「ない」群に比べ精神的健康障害へのリスクが有意に高いことも明らかにしている（p＜0.01）。さらに坂口ら[34]が，故人との続柄が二次的ストレッサーの経験に与える影響について調査した結果，配偶者喪失群の方が，親を喪った子供よりも二次的ストレッサーを経験しやすいことを明らかにした。また，故人との続柄の違いが，「周囲との人間関係」，「死別後の雑事」，「日常生活上の困難」という二次的ストレッサーの経験の程度に影響し，さらには精神健康状態に影響を及ぼすという構造を示した。

このように，併発的ストレッサーや二次的ストレッサーが，遺族の精神健康状態を悪化させる要因となることが明らかになった。

⑹　死の形態

死の形態には，癌や悪性疾患患者のように，長い闘病生活を経て死を迎える場合もあれば，救急領域で遭遇することの多い自殺や事故，急性疾患患者のように予期せず突然に死の転帰を辿る場合など様々である。このような死の形態の違いが，遺族の身体的・精神的健康状態に及ぼす影響については，Cathaleeneら[29]や，Elsら[35]，Miyabayashi[36]，白井ら[37]などが調査を行っている。

Elsら[35]は，ICUで家族員の突然で予期していなかった死別を経験した遺族68人を対象に，死別後２～13ケ月に聞き取り調査を行った結果，遺族の悲嘆反応として最も多かったのは，「肉体的な苦痛」と「睡眠障害」であったことを報告した。また，自然死（癌や心疾患などの終末期にあった死）と事故などの外傷死とでは，外傷死の方が有意に遺族の精神健康障害に関与するとしている（p＝0.002）。

国内では，死亡状況（死因や闘病期間）と死別後の遺族の精神的健康状態との関連を分析したMiyabayashi[36]の研究報告がある。調査は，配偶者または親を亡くした遺族215人（女性174人，80.9%）を，死亡状況から５群（事故による死別群，自殺による死別群，発症から１日以内に亡くなった群，発症から１年未満で亡くなった群，１年以上の闘病生活を経て亡くなった群に分類し，死別後平均5.65ケ月の遺族の精神的健康状態を測定した。測定には，精神的健康度の指標であるGHQと，うつ病診断の指標であるSRQ-D（Self-Rating Questionnaire for Depression：自己診断抑うつ尺度）を用いていた。調査の結果，GHQは，自殺による死亡群が，発症から１年以上の闘病生活を経て亡くなった群に比べ，有意に精神的健康度が低いことが明らかになった（p＜0.05）。また，GHQの下位尺度（身体的症状，不安と不眠，社会的活動障害，うつ傾向）別では，社会的活動障害とうつ傾向のカテゴリーにおいて，自殺による死亡群と発症から１年以上の闘病生活を経て亡くなった群との間に有意差が確認された（p＜0.05～0.001）。この結果は，SRQ-Dでも同様であった。

このように，自殺や事故，急病の発生による予期していない死が，遺族の精神健康状態の悪化に影響する要因であることが明らかになった。

３）遺族の死亡率および自殺念慮

遺族の死亡率および自殺念慮に関する文献は，国内では確認できなかったが，国外では1990年以降，Hartら[38]や，Martikainenら[39]，Christakisら[40]，Lichtensteinら[41]など19件の調査報告があった。それらの論文では，故人との続柄，中でも，遺族の精神健康状態の悪化に影響する要因の中で明らかにされていた配偶者の喪失と，子供を喪った親に関するものが多かった。

Hartら[38]は，配偶者の死が残された遺族の死亡率にどの程度影響するかについて調査した。彼らは，死別体験をしていない配偶者が，３大死因（脳血管疾患，心疾患，悪性腫瘍）で亡くなる危険度を１としたとき，配偶者と死別した遺族が亡くなる危険度を，死別後経過期間別に検討した。結果として，いずれの死因においても，死別後最初の６ケ月が最も相対危険度が高いことを示した。

子供を喪った両親の死亡率については，Liら[42]が，18年間に渡り追跡調査を行った前向きコホート研究がある。子供の死の形態別に両親の死亡率を比較した結果，母親において，子供の死因がNatural deaths（癌や循環器系疾患などを含む）の場合に比べ，Unnatural deaths（交通事故や自殺などを含む）の場合の方が，有意に死亡率が高いことを報告した（p＜0.0001）。死別後経過期間を加えて検討した結果では，Unnatural deathsで子供を喪った母親の３年以内の死亡率は3.84倍に高まることが明らかになった。

また，Paulaら[14]は，配偶者を喪った遺族149人のうち，自殺念慮を抱いていた者が，死別後１ケ月では７人

（５％），死別後13ケ月では５人（３％）いたことを報告した。さらに，Stroebeら[43]は，配偶者を喪った遺族60人を対象に，死別後４～７ケ月の時期に自殺念慮について質問紙調査を行った結果，ソーシャルサポートが十分に受けられていない女性は自殺念慮が高いと結論した。

以上のように，配偶者を失った遺族や，子供を喪った両親，特に母親の場合に，死別後の死亡率が高まることが明らかになった。加えて，交通事故や自殺などの予期していない死別を経験した遺族やソーシャルサポートの低い遺族は，死亡率や自殺念慮が高い傾向にあることもわかった。

３．遺族ケア

遺族ケアに関する国内文献は，事例研究や各施設での取り組みを紹介した実践報告に留まっており，介入研究デザインなどを用いて遺族ケアの効果を検証した論文は見当たらなかった。そこで今回のレビューでは，国外文献のうち，事例研究１件を除く39件について研究成果を明らかにすることとした。

遺族ケアは，悲嘆反応の緩和を目的とした介入と，複雑性悲嘆の治療を目的とした介入の２つに分類できた。

１）悲嘆反応の緩和を目的とした介入

悲嘆反応の緩和を目的とした介入を検証した文献は16件であった。介入方法の内訳は，Kaunonenら[44]の電話サポート１件，Casertaら[45]の自助グループのサポート１件，Schutら[46]などの個人に焦点を当てたカウンセリング４件，Kissaneら[47]などの家族に焦点を当てたカウンセリング５件，Warnerら[48]の薬物療法１件，Pfefferら[49]らなどのグループミーティング３件，Hilliard[50]の音楽療法１件であった。以下に，代表的な幾つかの文献を紹介する。

Kaunonenら[44]は，大学病院で死別を経験した遺族70人を対象に，看護師による電話サポートの効果を検証した。具体的な介入方法は，看護師が遺族の悩みを聞いたり，サポートグループについて情報を提供するといった電話でのサポートを行うことであった。介入期間は４ケ月であった。結果，絶望感（$p=0.005$），無関心（$p=0.048$），混乱（$p=0.039$），個人の成長（$p=0.03$）の悲嘆反応について，介入群に有意な効果を認めたと報告した。

ソーシャルワーカーが行うカウンセリングをランダム化比較試験により評価したSchutら[46]の研究もある。カウンセリング方法は，問題に焦点を当てたものと感情に焦点を当てたものの２つがあり，プロトコールは，Wordenが示した「死別という喪失に適応するための４つの課題」に基づいて作成された。カウンセリングは，７回のセッションで構成され，最初の４回は週に１回，残りの３回は２週間に１回実施された。アウトカムは，介入前（死別後11ケ月）と介入後（死別後18ケ月と25ケ月後）の３回，GHQを用いて測定した。介入の結果，問題に焦点を当てたカウンセリングは，時間の経過に伴いGHQスコアの減少を認め，特に，死別後25ケ月の時期には，コントロール群に比べ有意な減少を示したことが明らかになった（$p=0.07$）。また，性別による違いについて，問題に焦点を当てたカウンセリングは女性により効果的で，感情に焦点を当てたカウンセリングは男性によい結果をもたらしたと報告している。

Warnerら[48]は，ホスピスで配偶者との死別を経験した遺族192人から無作為に抽出した70人の遺族を，２㎎のジアゼパムを１日に３回服用する介入群とプラセボ群，非介入群の３つに無作為割付し，悲嘆反応や睡眠の質をアウトカムとして比較した結果，各群に有意な差を認めなかったと報告している。

親を喪った子供へのグループミーティングの効果を測定したPfefferら[49]の研究報告もある。この研究では，自殺により親と死別した６～15歳の子供を対象に，週１回のグループミーティングを12週間継続した。結果として，途中棄権した者の割合は，介入群で17％，非介入群で75％であったこと，全てのミーティングに参加した介入群は，非介入群に比べ有意に死別後の悲嘆反応が軽減したことを報告した（$p<0.001$～0.006）。

２）複雑性悲嘆の治療を目的とした介入

複雑性悲嘆の治療を目的とした介入を検証した文献は23件であった。介入方法の内訳は，Ogrodniczukら[51]などのグループ療法が５件，Shearら[52]の対人療法と認知行動療法を融合させた複雑性悲嘆の治療プロトコールの実施が２件，Wagnerら[53]などの認知行動療法が６件，Reynoldsら[54]の薬物療法と対人療法が１件，Pasternakら[55]などの薬物療法が５件，その他４件であった。以下に，代表的な幾つかの文献を紹介する。

Shearら[52]は，うつ病のための対人療法とPTSD（Post-traumatic stress Disorder：外傷後ストレス障害）のための認知行動療法を融合させた複雑性悲嘆の治療プロトコールの効果を検証した。プログラムの目標は，悲嘆反応の強度を軽減させることや，他人とのつながりや日常活動の再構築を援助することなどであり，複雑性悲嘆の診断基準を満たした21人を対象に，４ケ月にわたり16回開催した。結果，８人（38％）がプログラムを途中棄権したが，プログラムを全て受けた13人では，複雑性悲嘆の症状が有意に改善したことが明らかになった（$p<0.002$～0.003）。またShearら[56]の他の研究では，独自に作成した複雑性悲嘆の治療プロトコールの効果を対人精神療法と比較検討している。プロトコールは，個人の生活に焦点をあてた治療目標を設定し，主に，悲嘆についての知識提供や，喪失についての対話，ストレスに対するコーピング方法に関する指導などを，精神科医が行うものであった。19週の期間に16回の介入を行った結果，複雑性悲嘆の治療プロトコールは，対人

精神療法に比べ，精神症状の改善に有効であったことを明らかにした。

Wagnerら[53]は，インターネットを活用した認知行動療法の効果を検証した。この研究では，研究者らが運営するサイトにアクセスした遺族のうち，複雑性悲嘆と診断された55人を介入群と非介入群に割付，主にe-mailを用いて，認知行動療法のプログラムを実施した。介入直後の効果測定では，死別という出来事のインパクト度合い，うつ症状，不安症状において，介入群に有意な効果が示された（$p<0.01$）。また，３ケ月後の追跡調査においても，介入群に効果の持続が確認された。

死別後の複雑性悲嘆に対する認知行動療法の効果を明らかにした研究には他にもGrootら[57]のものがあるが，一方で，Carterら[58]のように複雑性悲嘆の改善には効果が得られなかったという見解を示す論文もあった。

最後に，死別に関連して生じたうつ病に対する薬物療法と対人精神療法の効果を測定したReynoldsら[54]の調査を述べる。彼らは，配偶者喪失後６～12ケ月経過した遺族で，うつ病の診断基準を満たした80人を４群（薬物療法＋対人精神療法，薬物療法のみ，プラセボ＋対人精神療法，プラセボのみ）に分け，16週間後の効果を検証した。その結果，うつ症状が改善した割合は，薬物療法＋対人精神療法で69％，薬物療法のみで56％，プラセボ＋対人精神療法で29％，プラセボのみで45％であった。またロジスティック回帰分析の結果，薬物療法のみとプラセボのみに有意差（$p<0.03$）を確認したことから，死別のような人生の中で経験する重大なストレスに起因するうつ病には薬物療法が効果的であると結論した。

今回文献レビューした遺族ケアに関する調査報告を，介入方法別にみると，それぞれの文献数は５件程度と少なく，対象数や介入プロトコール，アウトカムの設定など研究デザインも多様であり，効果があったと結論する報告が多い一方で，相反する結論を示すものもあった。従って，遺族ケアの効果的な方法については，一定の結論に達しているわけではないことがわかった。

考　　察

１．遺族研究に関する国内外の研究の動向

本研究では，遺族に関する文献数は，国内外ともに増加傾向にあり，特に国内文献では1998年以降の文献数が急激に増加していることから遺族研究が国内外を問わず関心の高いテーマであることが確認できた。研究内容は，国内外ともに類似するテーマを取り上げていることが分かったが，研究デザイン別割合でみると，国内文献では実態調査研究や実践報告が全体の約５割を占めている現状も明らかになった。

今後は，研究内容や研究デザインについて，より多角的な視点からの研究の蓄積が必要であると考える。

２．遺族の身体的・精神的健康状態

本研究では，遺族が高い割合で，死別後早期より身体的・精神的健康状態を害しており，時間の経過に伴い症状の改善は認めるものの，死別後１年未満では25～30％の遺族が，さらに死別後１年以降では10～20％の遺族が複雑性悲嘆を発症させていることが明らかになった。

わが国では，2002年時点において，全緩和ケア病棟承認届出受理施設の９割以上の施設で，遺族会の開催など何らかの遺族ケアが実施されているとの報告がある[59]。しかしながらこの報告は，一つの領域における取り組みを示すものにすぎず，他領域を含めての遺族ケアの現状を表しているとは言い難い。むしろ，一般病棟やクリティカルケア領域などでは，患者が死亡したとき，遺族との関係は遺体の引き渡しをもって途絶えてしまうのが現状ではないだろうか。

今回の文献レビューを通して，遺族が身体的・精神的健康状態を悪化させている状況が，科学的なデータに基づいて明確になったことは，医療者個人のみならず，医療施設が，遺族への早期介入と継続的な支援の必要性について，その認識を高めるための貴重な資料になり得ると考える。

次に，本研究では，女性であること，配偶者や子供との死別，自殺や事故，急病による予期していない突然の死別が，遺族の身体的・精神的健康状態を悪化させ，さらに死亡率や自殺念慮を高める要因であることについて，概ね一定の見解であることを確認した。遺族の故人の死に対する認識や，ソーシャルサポート，喪失への対処パターン，併発的および二次的ストレッサーの有無が，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因であるかについては，文献数が少なく今後も検討の余地はあるものの，現段階において影響要因として捉えるには了解可能な研究成果が示されていた。

悲嘆の緩和や複雑性悲嘆の予防を目的とした遺族ケアに対して診療報酬が認められていないわが国では，医療施設で死亡した患者の全ての遺族に同等なケアを提供することは現実的ではない。悲嘆反応が強く，複雑性悲嘆へのリスクが高い遺族に対し，限りある時間と人材の中で，より効果的な遺族ケアを実施することで，遺族の悲嘆反応を緩和させ，複雑性悲嘆の予防や早期発見に寄与できると考える。そのためにはまず，遺族ケアの対象者を選定するための基準を示す必要がある。今後の課題は，これまでに明らかにされている影響要因について，国内での検証研究を実施するとともに，さらに多角的な視点から影響要因について検討することで，遺族ケアの基準を明確にしていくことであると考える。

3．遺族ケア

今回先行研究をレビューした結果，現在行われている遺族ケアには，電話サポートや自助グループのサポート，カウンセリング，グループ療法，音楽療法，精神療法，薬物療法があることがわかった。

Kaunonenら[44]の研究報告は，カウンセリングの専門家ではない医療者が遺族ケアにおいてその役割を発揮できることを示す重要な論文であった。本研究の代表者らが，わが国のクリティカルケアに従事する医療者を対象に，遺族ケアの認識について質問紙調査を行ったところ，苦悩の中にある遺族をケアの対象とするためには，専門的な知識や技術が必要であると認識している者が多いことが明らかになった[60]。このような認識は，医療者が遺族への介入を躊躇する一因となっていると考えられる。しかし，患者の訴えを傾聴したり，共感的に関わったり，必要な情報を提供したりといった行為は，多くの医療者が日頃から実践していることである。彼らの報告は，日々実践しているケアリングが，遺族ケアにおいてもカウンセリング様行為として有用であることを我々医療者が認識できる一助となるであろう。

今回分析対象とした論文には，同じ介入方法であっても効果について異なる見解を示すものがあった。このように，一つの介入方法に対し複数の研究がおこなわれ，相反する結果が示されることは少なくない。しかし，遺族ケアについて，遺族の悲嘆反応の緩和や複雑性悲嘆の治療に効果を示す多くのデータを提供することは，遺族ケアの重要性，有効性を支持するものになるだろう。

今回の文献レビューでは，遺族ケアに関する国内文献において，実験研究デザインなどを用いて効果を評価した論文は確認できなかった。文化的背景が異なる国外での研究成果をそのまま適応できるものではないため，科学的な検証の積み重ねが，今後わが国でも必要であると考える。

まとめ

本研究では，国内外における遺族研究の動向，遺族の身体的・精神的健康状態と影響要因および遺族ケアについてこれまでに明らかにされていること，今後の課題として取り組むべき方向性を明らかにすることを目的に，先行研究のレビューを行った。その結果，遺族研究の報告数は増加傾向にあり，国内外と問わず関心の高いテーマであることが確認できた。今後わが国における遺族研究の課題は，これまでに明らかにされている遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因について検証し，多角的な視点から検討することで，遺族ケアの対象者に関する基準を明確にすることである。さらに，遺族ケアについて，縦断的な検証を重ね，効果的な介入方法を見出していくことである。

要　旨

【目的】国内外における遺族研究の動向を確認すること及び，遺族の身体的・精神的健康状態と影響要因，遺族ケアに関する研究成果を整理し，遺族研究の課題を明らかにすること。【方法】過去20年の国内外における遺族研究に関する文献を，「悲嘆」，「精神健康」，「遺族ケア」などのキーワードを組み合わせて検索を行った。【結果・考察】文献数は増加傾向にあり，国内外と問わず遺族研究が関心の高いテーマであることが確認できた。遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因には，遺族の性別や年齢の他に，故人の死に対する認識やソーシャルサポート，喪失への対処パターンなどがあった。遺族ケアについては，国外において悲嘆反応の緩和や複雑性悲嘆の治療に効果を示す研究データがあったが，国内では，実践報告や事例研究に留まっていた。今後は，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因及び遺族ケアについて多角的な視点から検証することが課題である。

文　献

1）政府統計の総合窓口
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001057775

2）総務省　統計局　日本の統計第２章　家族類型別一般世帯数
http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm

3）世界保健機構編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブケア－がん患者の生命へのよき支援のために－．金原出版．1994.

4）高山圭子：遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究．－我が国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題－．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．

5）川野健治，川島大輔，小山達也 他：自死遺族当事者の悲嘆およびケアへのニーズに関する調査研究．厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）研究協力報告書．37-46，2008.

6）Byrne GJA, Raphael B : The Psychological Symptoms of Conjugal Bereavement in Elderly Men Over The First 13 Months. Internstional Journal of Geriatric Psychiatry. 12. 241-51, 1997.

7）宮林幸江：日本人の死別悲嘆反応－グループ療法の場を活用した記述の分析－．日本看護科学学会誌．25(3)，83-91，2005.

8）Yuval N, Raz G, Brett L, et al: Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief Among Bereaved Adults 2.5-3.5 Years After September 11th Attacks. Journal of Traumatic Stress. 20, 251-62, 2007.

9）Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM : Prospective Patterns of

Resilience and Maladjustment During Widowhood. Psychology and Aging. 19, 260-71, 2004.
10）Carol HO, Robert JL, Shery TK, et al : Spousal Bereavement in Older Adults Common, Resilient, and Chronic Grief With Defining Characteristic. The Journal of Nervous and Mental Disease. 195, 332-41, 2007.
11）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁 他：配偶者喪失後の時間経過と精神的問題との関連．ターミナルケア．10(1)，71-6，2000.
12）Kreicbergs U, Psdottir UV, Onelov E et al : Anxiety and depression in parents 4-9 years after the loss of a child owing to a malignancy : a population-based follow-up. Psychological Medicine. 34. 1431-41, 2004.
13）Cuthbertson SJ, Margetts MA, Streat SJ : Bereavement follow-up after critical illness. Critical Care Medicine. 28, 1196-1201, 2000.
14）Paula J : Bereavement and Depression. Journal of Clinical Psychiatry. 51(7), 34-40, 1990.
15）Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG : Psychiatric Disorders Among Bereaved Persons. The Role of Perceived Circumstances of Death and Preparedness for Death. American journal of Geriatr Psychiatry. 10, 447-57, 2002.
16）Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG : preliminary Explorations of the Effects of Prior Trauma and Loss on Risk for Psychiatric Disorders in Recently Widowed People. Israel Journal of Psychiatry Relat Sci. 38, 202-15, 2001.
17）Maercker A, Forstmeier S, Enzler A et al : Adjustment disoeders, posttraumatic stress disorders, and depressive disorders in old age : findings from a community survey. Comprehensive Psychiatry. 49. 113-20, 2008.
18）Jacobs S, Hansen F, Berkman L, et al : Depression of Bereavement. Comprehensive psychiatry. 30, 218-24, 1989.
19）Jacobs S, Hansen F, Stanislav K, et al : Anxiety Disorder During acute Bereavement : Risk and Risk Factors. Journal of Clinical Psychiatry. 51, 269-74, 1990.
20）Zisook S, Shuchter SR, : Depression through the first year after the death of a spouse. American Journal of Psychiatry. 148, 1346-52, 1991.
21）Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al : Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. The American Journal of Psychiatry. 154, 904-10, 1997.
22）Mark DS, Earle H, Lauren CV, et al : Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. Critical Care Medicine. 36, 1722-28, 2008.
23）Neria Y, Gross R, Litz B, et al : Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief Among Bereaved Adults 2.5-3.5 Year After September 11th attacks. Journal of Traumatic Stress. 20, 251-62, 2007.
24）Katherine MS, Carlos TJ, Susan ME, et al : Screening for Complicated Grief Among Project Liberty Service Recipients 18 Months After September 11, 2001. Psychiatric Services. 57, 1291-97, 2006.
25）宮林幸江，山川百合子：日本人の死別悲嘆-性差について-．茨城県立医療大学紀要．10. 55-63，2005.
26）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁 他：遺族が抱える精神的問題の実態－故人との続柄別での検討－．ターミナルケア．9，228-33，1999.
27）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁：配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究．死の臨床．24(1)，52-57，2001.
28）坂口幸弘，池永昌之，田村恵子 他：ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討．死の臨床．31(1)，74-81，2008.
29）Cathaleene M, Danson J, John H, et al : Bereavement in the Context of Serious Mental Illness. Psychiatric Services. 55, 421-26, 2004.
30　坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁：配偶者喪失後の対処パターンと精神健康との関連．心身医．41，439-46，2001.
31）坂口幸弘，恒藤暁，柏木哲夫他：遺族の感情表出が精神的健康に及ぼす影響－感情表出は本当に有効な対処方法なのか？－．死の臨床．25. 58-63，2002.
32）Strobe MS : The broken heart phenomenon : An examination of the mortality of bereavement. Journal of Community & Applied Social Psychology. 4. 1994. 47-61.
33）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁：家族の死に関連して生じるストレッサー「二次的ストレッサーに関する探索的検討．家族心理学研究」. 13(2)，77-86.1999.
34）坂口幸弘：死別後の二次的ストレッサーと精神的健康－死別した配偶者と子どもの比較－．家族心理学研究．15(1)，13-24，2001.
35）Els M, Daniel S, Hilde H, et al : Perceptions, needs and mourning reaction of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. Resuscitation. 61, 341-48, 2004.
36）Sachie Miyabayashi：Effects of loss from suicide, accident, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan : Their general health, depressive mood, and grief reaction.：Psychiatry and Clinical Neurosciences. 61. 502-08, 2007.
37）白井朋美，木村弓子，廣幡小百合 他：外傷的死別体験における悲嘆反応とPTSD症状の関連．－交通事故および対人暴力犯罪による被害者遺族の心的ストレス反応の査定－．明治安田こころの健康財団研究助成論文集．40. 104-113. 2004.
38）Hart CL, Hole DJ, Lawlar DA et al : Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in psrticipants of the Renfrew/Paisley Study. Journal of Epidemiol Community Health. 61. 455-60. 2007.
39）Martikainen P, Valkonen TV : Mortality after the Death of a Spouse : rates and Causes of Death in Large Finnish Cohort. American Journal of Public Health. 86, 1087-93. 1996.
40）Christakis NA, Allison PD : Mortality after the Hospitalization of a Spouse. The New England Journal of Medicine. 354. 719-30. 2006.
41）Lichtenstein P, Gatz M, Berg S : A twin study of mortality after spousal bereavement. Psychological Medicine. 28. 635-43. 1998.
42）Li J, Precht DH, Mortensen PB et al : Mortality in parents after death of a child in Denmark : a nationwide follow-up study. Lancet. 361. 363-67. 2003.
43）Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G : The Broken Heart : Suicidal Ideation in Bereavement. American Journal of Psychiatry. 162. 2178-80. 2005.
44）Kaunonen M, Tarkka MT, Laippala P et al : The Impact of Supportive Telephone Call Intervention on Grief After the Death of Family Member. Cancer Nursing. 23, 483-91. 2000.
45）Caserta MS, Lund DA : Beyond Bereavement Support Group Meetings : Exploring Outside Social Contacts Among The Members. Death Studies. 20, 537-56. 1996.
46）Schut HA, Stroebe MS, Bout JV : Intervention for the bereaved : Gender differences in the efficacy of two counseling programmes. Britisg Journal of Clinical Psychology. 36. 63-72. 1997.
47）Kissane DW, Mckenzie M, Bloch S, et al : Family Focused Grief

Therapy : A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement. American Journal of Psychiatry. 163, 1208-18. 2006.
48) Warner J, Metcalfe C, King M : Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. British Journal of Psychiatry. 178. 36-41. 2001.
49) Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T et al : Group Intervention for Children Bereaved By the Suicide of a Relative. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 41, 505-13. 2002.
50) Hilliard RE : The Effects of Music Therapy-Based Bereavement Groups on Mood and Behavior of Grieving Children : A Pilot Study. Journal of Music Therapy. XXX VIII, 291-306. 2001.
51) Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE : Changes In Perceived Social Support After Group Therapy for Complicated Grief. The Journal of Nervous and Mental Disease. 191, 524-30. 2003.
52) Shear MK, Frank E, Foa E et al : Traumatic Grief Treatment : A Pilot Study. American Journal of Psychiatry. 158. 1506-08. 2001.
53) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A : Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy For Complicated Grief : A Randomized Controlled Trial. Death Studies. 30. 429-53. 2006.
54) Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE et al : Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life : A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment with Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. American Journal of Psychiatry. 156, 202-08. 1999.
55) Pasternak RE, Reynolds CF, Schlernitzauer M, et al : Acute Open-Trial Nortriptyline Therapy of Bereavement-Related Depression in Late Life. Journal of Clinical Psychiatry. 52, 307-11. 1991.
56) Shear MK, Frank E, Houck PR et al : Treatment of Complicated Grief -A Randomized Controlled Trial. JAMA. 293, 2601-08. 2005.
57) Groot MD, Keijser JD, Neeleman J et al : Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide : cluster randomized controlled trial. BMJ. 334. 994-9. 2007.
58) Carter PA, Mikan SQ, Simpson C : A feasibility study of a two-session home-based cognitive behavioral therapy-insomnia intervention for bereaved family caregivers. Palliative and Supportive Care. 7. 197-206. 2009.
59) 高山圭子：遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究．－我が国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題－．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．http//www.hospat.org/2002-dl.html
60) 立野淳子，山勢博彰，山勢善江他：わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状．日本クリティカルケア看護学会誌．5(2)，69-81．2009.

平成22年３月17日受　　付
平成22年８月11日採用決定