

4

ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆，抑うつ，希死念慮とその関連因子

坂口 幸弘*

サマリー

ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族において，今回，複雑性悲嘆と評定された者は2.3%であった。また，対象者の33.1%が臨床的に抑うつ状態にあると評定され，11.9%に希死念慮が認められた。遺族のうつ症状と悲嘆反応のいずれにも関連する遺族背景因子として，「入院中の自身の健康状態」「死亡時期の予期」が示された。また，「ホスピス緩和ケア病棟ケアに対する評価」や「患者のQOL評価」が肯定的な遺族ほど，悲嘆反応が軽度であった。さらに，

希死念慮の決定因子として「患者の年齢」と「悲嘆反応」が明らかにされた。悲嘆反応（ITG）とうつ症状（CES-D短縮版）との関連性は中程度の相関関係にとどまっており，また寄与する因子に違いが認められた。今回の結果から，終末期医療のありようが遺族の適応過程に影響を及ぼすことが示唆される。また，悲嘆反応とうつ症状は，独立した遺族のアウトカム指標としてとらえることが適切であると思われる。

目 的

本研究の目的は，ホスピス・緩和ケア病棟にてがんで家族を亡くした遺族における複雑性悲嘆および抑うつ，希死念慮の出現率を明らかにするとともに，その関連因子について明らかにすることである。

結 果

1) 患者および遺族の背景

解析対象者は438名であり，有効回答率は67%であった。患者および遺族の背景は表Ⅲ-8に示す

通りである。

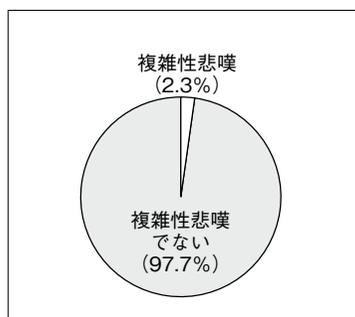
2) 遺族の複雑性悲嘆，うつ症状，希死念慮

ITG (Inventory of Traumatic Grief) に基づき評価した結果，複雑性悲嘆の有病率は2.3%であった (図Ⅲ-8)。また，CES-D (Center for Epi-demiologic Studies Depression Scale) 短縮版に基づき，438名中145名 (33.1%) が臨床的に抑うつ状態にあると評価された。希死念慮に関しては，Beck Depression Inventoryの1項目を用いて評価したところ，対象者の11.9%にみられた (図Ⅲ-9)。

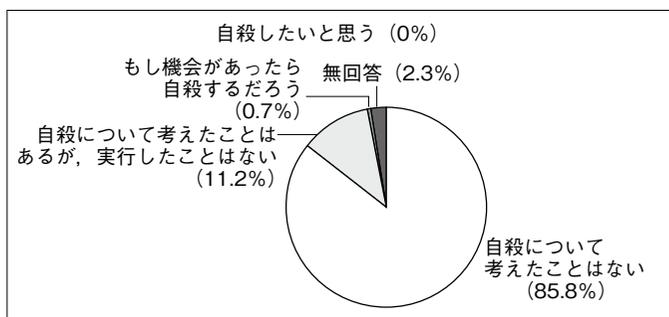
*関西学院大学 人間福祉学部

表Ⅲ-8 患者および遺族の背景因子

患者背景	n	%	遺族背景	n	%
年齢 (mean ± SD)	71 ± 12		年齢 (mean ± SD)	59 ± 13	
性別：男	230	53	性別：男	151	35
女	206	47	女	284	65
原発部位：肺	96	22	続柄：配偶者	211	48
胃	46	11	子	155	35
他	293	67	婿・嫁	22	5
鎮静：受けた	212	48	親	10	2
受けていない	214	49	兄弟姉妹	17	4
輸液：した	223	51	他	20	5
しなかった	210	48	入院中の健康状態：		
初診から死亡までの期間 (mean ± SD, 日)	84 ± 141		よかった	92	21
			まあまあだった	237	54
			よくなかった	88	20
			非常によくなかった	16	4
			死亡前1週間の付き添い頻度：		
			毎日	310	71
			4～6日	61	14
			1～3日	44	10
			付き添っていなかった	20	5
			副介護者の有無：		
			いた	314	72
			いなかった	120	27
			死亡時期の予期：		
			思っていたよりもずっと早かった	86	20
			思っていたよりもやや早かった	139	32
			だいたい思っていた頃だった	157	36
			思っていたよりもやや長かった	35	8
			思っていたよりもずっと長かった	16	4
			死亡から調査までの期間 (mean ± SD, 年)	12 ± 4	



図Ⅲ-8 複雑性悲嘆の有病率 (n=438)



図Ⅲ-9 遺族の希死念慮 (n=438)

3) 遺族のうつ症状および悲嘆反応に関連する因子
うつ症状 (CES-D短縮版) と悲嘆反応 (ITG) をそれぞれ従属変数, そして独立変数に患者・遺族背景因子, ケアプロセスに対する評価 (Care Evaluation Scale ; CES), 患者のQOL評価 (Good Death Inventory ; GDI) を設定し, 重回帰分析を行った. その結果として, 遺族のうつ

症状もしくは悲嘆反応に有意に寄与する因子を表Ⅲ-9に示す.

4) 遺族の希死念慮に関連する因子

希死念慮の有無と, 患者・遺族背景因子, ケアプロセスに対する評価 (CES), 患者のQOL評価 (GDI), うつ症状 (CES-D短縮版), 悲嘆反応 (ITG) との関連性について, まず単変量解析を行い, その結果に基づき, ロジスティック回帰分析を行った (表Ⅲ-10). その結果, 「患者の年齢」と「悲嘆反応」が遺族の希死念慮の寄与因子であることが示された.

表Ⅲ-9 遺族のうつ症状および悲嘆反応の寄与因子

	CES-D		ITG	
	β	p-value	β	p-value
患者の背景因子				
患者の年齢			-0.21	<0.001
鎮静の有無 (有)			0.14	0.003
遺族の背景因子				
遺族の性別 (男性)	-0.14	0.024		
続柄 (配偶者)			0.17	0.010
入院中の健康状態	0.20	<0.001	0.16	0.001
付き添い頻度 (毎日)			0.12	0.032
副介護者の有無 (有)	-0.11	0.038		
死亡時期の予期	-0.12	0.035	-0.13	0.008
死亡から調査までの期間	-0.10	0.044		
CES			-0.18	0.001
GDI			-0.13	0.021
R ² -value	0.17		0.38	

考察

複雑性悲嘆と評価された者は438名中10名(2.3%)であった. 自然死の場合での有病率は11%と報告されている¹⁾. また, 日本での同一尺度を使用した白井ら²⁾の研究では, 事故・事件の被害者遺族において32.7%の有病率であった. したがって, 今回の対象者における複雑性悲嘆の有病率は低いといえる. その理由としては, ホスピス・緩和ケア病棟での看取りであったことに加

表Ⅲ-10 遺族の希死念慮の寄与因子

	Low Suicidality (n=376)	High Suicidality (n=52)	p-value	Odd Ratio[95% CI]	p-value
患者の背景因子					
患者の年齢	72.0 ± 11.7	65.9 ± 10.2	<0.001	0.97[0.94 ~ 1.00]	0.040
鎮静の有無			0.010		
受けた	175	34			
受けていない	191	18			
遺族の背景因子					
遺族の年齢	59.8 ± 12.3	54.6 ± 13.9	0.005		
入院中の遺族の健康状態			0.002		
よかった	81	8			
まあまあだった	213	20			
よくなかった	67	19			
非常によくなかった	11	4			
CES	494 ± 8.0	44.4 ± 10.3	0.002		
GDI	83.3 ± 15.5	73.4 ± 15.9	<0.001		
CES-D	7.7 ± 3.5	10.0 ± 3.5	<0.001		
ITG	53.3 ± 20.8	73.6 ± 25.0	<0.001	1.02[1.00 ~ 1.04]	0.017

え、故人との続柄や死別からの経過期間などが考えられる。

遺族のうつ症状と悲嘆反応のいずれにも関連する遺族背景因子として、「入院中の健康状態」「死亡時期の予期」が認められた。「初診から死亡までの期間」との関連性は示されておらず、患者の死までの療養期間の長さではなく、家族の予想とのギャップが死別後の適応過程に影響を与えることが示唆される。また、ケアプロセスに対する評価および患者のQOL評価と、遺族の悲嘆反応との関連性についても認められた。両因子による説明率は6%と決して高くないが、終末期医療のありようが遺族の適応過程に影響を及ぼすことが示唆される。

複雑性悲嘆を評価するITGとうつ症状を評価するCES-Dとの関連性は、 $r=0.55$ と中程度の相関関係にとどまっており、また寄与する因子に多数の違いが認められる。したがって、悲嘆反応とうつ症状は、独立した遺族のアウトカム指標としてとらえることが適切であると思われる。

希死念慮に関しては、11.9%が「自殺について考えたことがある」、もしくは「もし機会があったら自殺するだろう」と回答した。この結果は、死別体験と自殺との関連性を示した大規模調査の報告(LuomaとPearson³⁾など)と符合するものであると考えられる。希死念慮の決定因子としては、患者の年齢と悲嘆反応が明らかにされた。

この結果は、複雑性悲嘆を自殺の危険因子とする研究報告(LathamとPrigerson⁴⁾)と符合し、悲嘆の複雑化が、自殺の危険性を高める可能性を示すものと考えられる。

本研究の限界として、不適応状態の遺族からの回答があまり得られず、有病率が低く示された可能性がある。本研究は一時点の調査に基づくものであり、変数間の因果関係については結論づけることはできない。また、重回帰分析での説明率は高いとはいえ、他の寄与因子を検討する余地がある。

文 献

- 1) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski AK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, et al, eds. Handbook of Bereavement Research and Practice. American Psychological Association, Washington, D.C., 2008 ; 165-186.
- 2) 白井明美, 木村弓子, 小西聖子. 外傷的死別におけるPTSD. *トラウマティック・ストレス* 2005 ; 3 (2) : 181-187.
- 3) Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996 : is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 2002 ; 92 (9) : 1518-1522.
- 4) Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement : Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004 ; 34 (4) : 350-362.