

死別後の家族機能が遺族のうつ・複雑性悲嘆に与える影響に関する研究

平塚 良子*

サマリー

本研究は、緩和ケア病棟で亡くなった終末期がん患者の遺族の家族機能がうつや複雑性悲嘆に与える影響を明らかにすることを目的とした。家族機能の評価は、Family Relationship Index（以下、FRI）を使用し、先行研究に基づき家族機能を「家族機能良好型（FRI \geq 10点）」「中間型（8～9点）」「家族機能不全型（FRI \leq 7）」に分類した。悲嘆の程度はBrief Grief Questionnaire（以下、BGQ）、うつの程度はPatient Health Questionnaire 9（以下、PHQ-9）を使用し評価を行った。

死別前後の家族内での体験に関しては、家族の関係が変化したかどうか、死別後のコミュニケーションの変化、死別前に医療者から家族の悩みに十分な対応

をしていたかなどについて尋ねた。

FRIをもとに遺族の家族機能を3つに分類した。家族機能良好型は43.6%、中間型は31.1%、家族機能不全型25.3%であった。家族機能とうつとの関連については、家族機能分類間で有意な傾向性が認められ（ $p=0.003$ ）、家族機能不全であるほどうつを有する割合が高かった。家族機能と複雑性悲嘆との関連は認められなかった（ $p=0.17$ ）。

死別前後の家族内での体験または医療者から提供された家族ケアとうつとの関連が認められたのは、家族の関係性が悪化した（ $p=0.004$ ）、死別後家族内でのコミュニケーションが減った（ $p=0.012$ ）、医療者に悩みを相談できた（ $p=0.003$ ）であった。

目 的

終末期がん患者の家族や死別後の遺族の家族機能とうつや複雑性悲嘆との関連については、海外では多くの研究がなされている^{1,2)}。また、遺

族はその死に伴って生じた種々の困難に直面する場合があります。家族や親戚との人間関係の悪化と精神的苦痛との関連が示されている³⁾。

家族機能は文化的な背景に影響されることが分かっている⁴⁾。わが国では遺族の家族機能と精神

*東北大学大学院 医学系研究科（研究代表者）

的苦痛との関連について報告されている⁵⁾が、遺族の家族機能がうつや複雑性悲嘆ともに影響するかを調査した研究はない。また、死別前後の家族内での体験とうつ・複雑性悲嘆との関連について調査した研究はない。

本研究の目的は、わが国の終末期がん患者の遺族の家族機能とうつ・複雑性悲嘆との関連を明らかにすることである。副次的目的は、家族内での死別前後の体験とうつ・複雑性悲嘆との関連を明らかにすることである。

結 果

緩和ケア病棟で死別した945名の遺族に質問紙を送付し、615名より返送を受けた（回収率65.1%）。そのうち、510名（回答応諾率54.0%）を解析対象とした。

1) 家族機能とうつ・複雑性悲嘆との関連

FRIの得点をもとに、遺族の家族機能を3つに分類した。家族機能分類の分布については、家族機能良好型（FRI ≥ 10 点）は43.6%、中間型

（FRI 8～9点）は31.1%、家族機能不全型（FRI ≤ 7 点）は25.3%だった。家族機能とうつとの関連の結果を図1、家族機能と複雑性悲嘆との関連の結果を図2に示す。家族機能とうつとの関連については、家族機能分類間で有意な傾向性が認められ（ $p = 0.003$ ）、家族機能不全であるほどうつ有する割合が高かった。家族機能と複雑性悲嘆との関連は認められなかった（ $p = 0.17$ ）。

2) 死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアとうつ・複雑性悲嘆との関連

死別前後の体験および医療者から提供された家族ケアの分布を図3に示す。「家族内で患者の思い出について語り合った」遺族は61.2%、「親戚や友人等の言動で嫌な思いをした」は18.9%、「他の家族への病状の伝え方に戸惑いがあった」は14.0%だった。

うつとの関連についての結果を表1、複雑性悲嘆との関連の結果を表2に示す。うつとの関連がみられたのは、家族の関係性が悪化した（ p

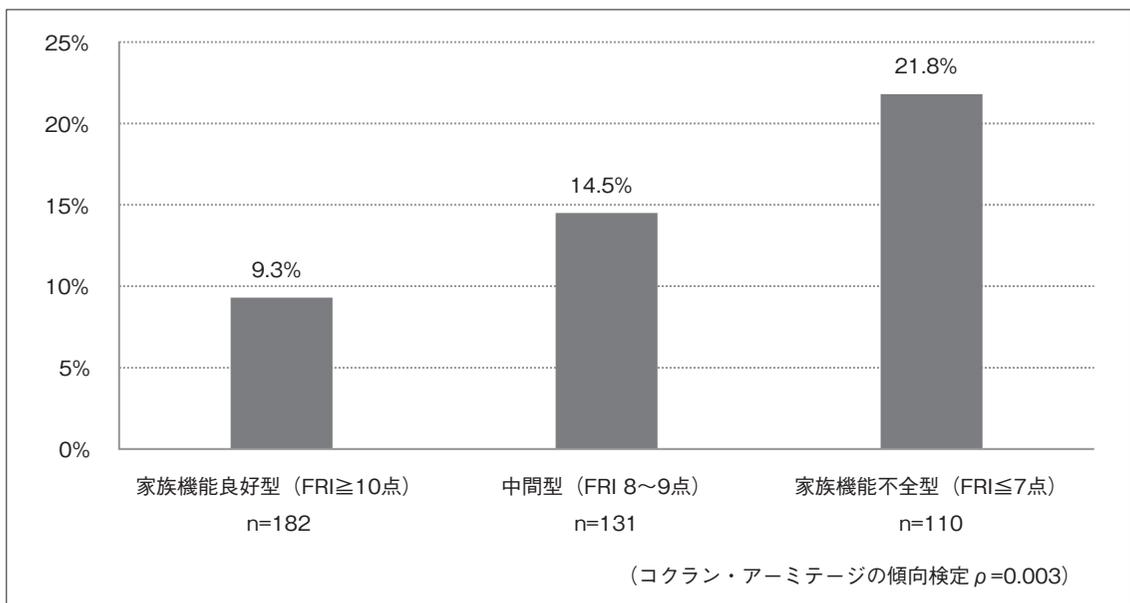


図1 家族機能とうつとの関連 (PHQ-9 ≥ 10 点の割合)

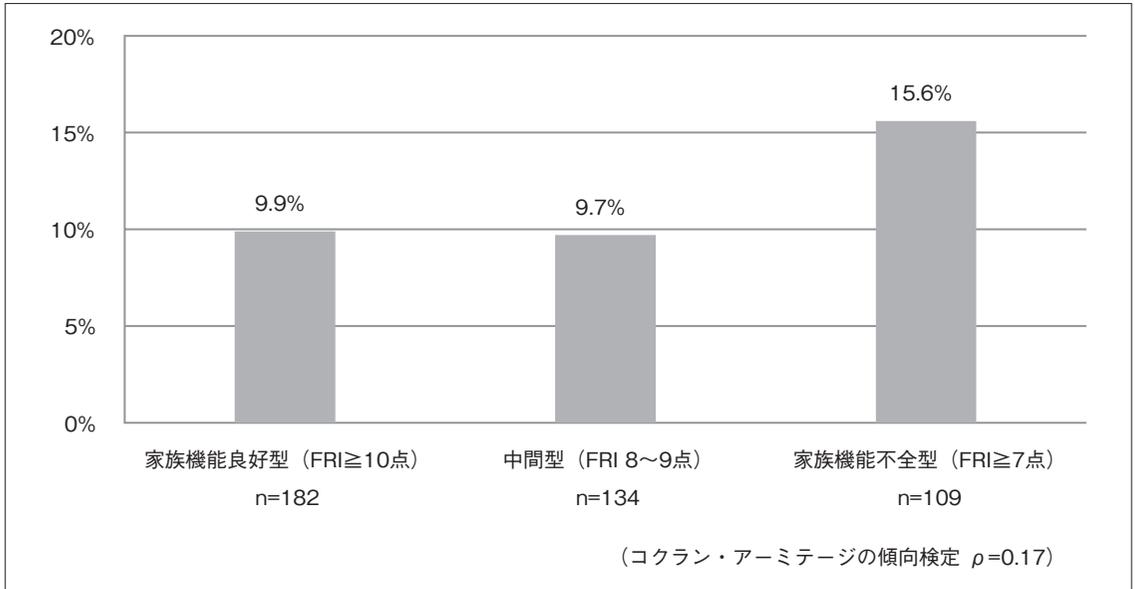


図2 家族機能と複雑性悲嘆との関連 (BGQ ≥ 8点の割合)

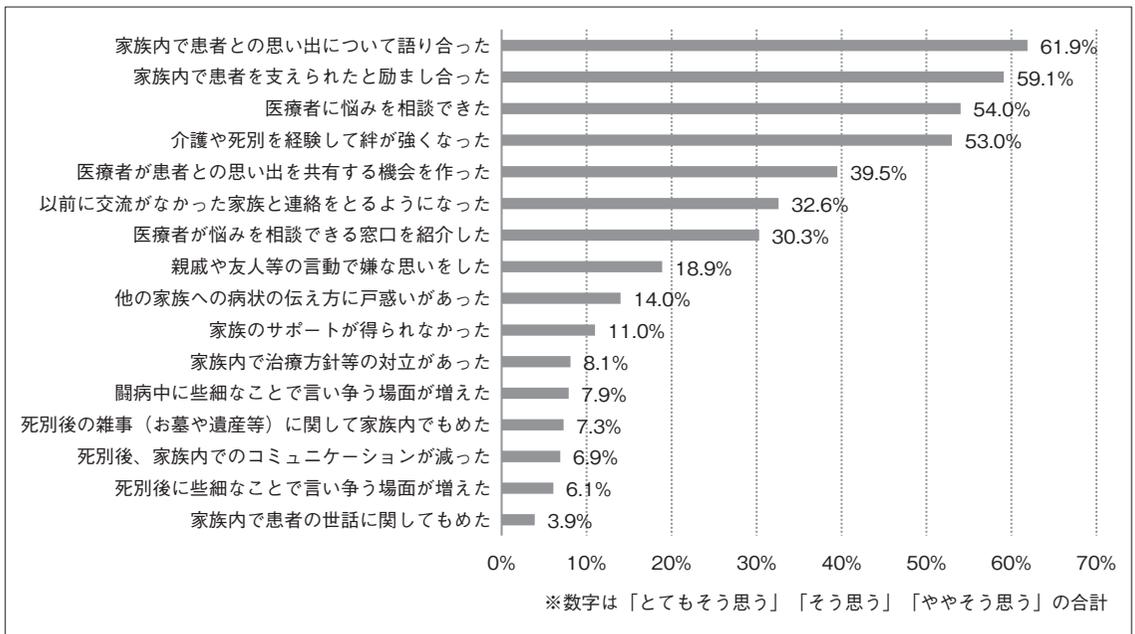


図3 死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアの分布

=0.004), 家族内で患者の世話に関してもめた ($p = 0.02$), 死別後に些細なことで言い争う場面が増えた ($p = 0.031$), 家族のサポートが得られなかった ($p = 0.036$), 死別後家族内でのコミュニ

表1 死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアとうつとの関連（単変量・多変量解析）

	うつの可能性あり		うつの可能性なし		単変量ロジスティック回帰分析		多変量ロジスティック回帰分析	
	n	%	n	%	OR (95% CI)	ρ^{*1}	OR (95% CI)	ρ^{*2}
がんと診断される前と比較した家族の関係性の変化								
変わらない n=263	28	10.6	235	89.4	ref	—	ref	—
改善した n=177	38	21.5	139	78.5	2.29 (1.35-3.90)	0.002	2.53 (1.02-6.28)	0.045
悪化した n=24	7	29.2	17	70.8	3.46 (1.32-9.06)	0.012	8.29 (1.96-34.96)	0.004
家族内で患者の世話に関してもめた								
そう思わない n=451	69	15.3	382	84.7	ref	—	ref	—
そう思う n=17	3	17.7	14	82.3	1.19 (0.33-4.24)	0.793	10.92 (1.24-96.47)	0.031
家族のサポートが得られなかった								
そう思わない n=416	60	14.4	356	85.6	ref	—	ref	—
そう思う n=52	13	25.0	39	75.0	1.98 (0.99-3.92)	0.051	4.89 (1.28-18.71)	0.020
死別後に些細なことで言い争う場面が増えた								
そう思わない n=430	65	14.8	373	85.2	ref	—	ref	—
そう思う n=38	8	27.6	21	72.4	2.19 (0.93-5.14)	0.073	5.26 (1.11-24.87)	0.036
死別後家族内でのコミュニケーションが減った								
そう思わない n=435	60	13.8	375	86.2	ref	—	ref	—
そう思う n=33	13	39.4	20	60.6	4.06 (1.92-8.60)	0.0002	6.07 (1.48-24.87)	0.012
医療者に悩みを相談できた								
そう思わない n=218	47	21.6	171	78.4	ref	—	ref	—
そう思う n=245	25	10.2	220	89.8	0.41 (0.24-0.70)	0.001	0.23 (0.09-0.61)	0.003

*1 単変量ロジスティック回帰分析

*2 多変量ロジスティック回帰分析

ケーションが減った ($p = 0.012$), 医療者に悩みを相談できた ($p = 0.003$) であった。複雑性悲嘆と関連がみられたのは, 家族の関係性が悪化した ($p < 0.001$), 家族のサポートが得られなかった ($p = 0.024$), 死別後に些細なことで言い争う場面が増えた ($p = 0.009$), 死別後家族内でのコミュニケーションが減った ($p = 0.007$), 医療者に悩みを相談できた ($p = 0.002$) であった。

考 察

家族機能とうつとの関連については, 家族機能不全であるとうつを有する割合が有意に高く, 先行研究⁶⁾と一致した。家族機能は文化的背景に影響を受けることが分かっているが⁴⁾, わが国でもFRIを使用し家族機能を評価することが, うつのリスク要因を同定できることが示唆された。

がんと診断される前と比較した家族関係の悪化はうつや複雑性悲嘆を有する割合が高いことが示された。坂口らの研究では, 死別した配偶者の遺族が死別後に家族関係が悪化したと評価している場合, 精神的苦痛が強いことと関連したことを示している³⁾。家族の関係性が悪化と評価している遺族に対し, 死別後の遺族のサポートの必要性が示唆された。

医療者に悩みを相談できたと評価している遺族のほうが, うつや複雑性悲嘆を有する割合が低いことが示された。Yamamotoらによると, 療養場所の意思決定を行う際に, 医師や看護師に相談できたと評価している遺族のほうが, 負担感が少なかったという報告がある⁷⁾。家族の悩みや気がかりに十分に対応するサポートの重要性が示唆された。

表2 死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアと複雑性悲嘆との関連 (単変量・多変量解析)

	複雑性悲嘆の可能性あり		複雑性悲嘆の可能性なし		単変量ロジスティック回帰分析		多変量ロジスティック回帰分析	
	n	%	n	%	OR (95% CI)	p* ¹	OR (95% CI)	p* ²
がんと診断される前と比較した家族の関係性の変化								
変わらない n=265	21	7.9	155	92.1	ref	—	ref	—
改善した n=179	24	13.4	244	86.6	1.80 (0.97-3.34)	0.063	1.60 (0.52-4.96)	0.417
悪化した n=23	7	30.4	16	69.6	5.08 (1.88-13.37)	0.001	34.00 (5.21-222.74)	<0.001
家族のサポートが得られなかった								
そう思わない n=419	45	10.7	374	89.3	ref	—	ref	—
そう思う n=52	8	15.4	44	84.6	1.51 (0.67-3.41)	0.320	11.33 (1.38-93.03)	0.024
死別後に些細なことで言い争う場面が増えた								
そう思わない n=441	44	10.0	397	90.0	ref	—	ref	—
そう思う n=39	9	30.0	21	70.0	3.87 (1.67-8.96)	0.002	15.70 (1.99-123.75)	0.009
死別後家族内でのコミュニケーションが減った								
そう思わない n=439	43	9.8	396	90.2	ref	—	ref	—
そう思う n=33	10	30.3	23	69.7	4.00 (1.78-8.97)	<0.001	20.14 (2.25-180.27)	0.007
医療者に悩みを相談できた								
そう思わない n=213	33	15.5	180	84.5	ref	—	ref	—
そう思う n=255	20	7.8	235	92.3	0.46 (0.26-0.84)	0.011	0.06 (0.01-0.36)	0.002

*¹ 単変量ロジスティック回帰分析*² 多変量ロジスティック回帰分析

文 献

- 1) Thomas K, Hudson P, Trauer T, et al. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care : a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2014 ; 47 (3) : 531-541.
- 2) Kissane DW, Zaider TI, Li YL, et al. Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *J Clin Oncol* 2016 ; 34 (16) : 1921-1927.
- 3) 坂口幸弘. 死別後の二次的ストレスと精神的健康—死別した配偶者と子どもの比較. 家族心理学研究. 2001 ; 15 (1) : 13-24.
- 4) 野口裕二. 【家族関係の診断学】FES日本版からみた家族評価尺度の課題. 精神科診断学. 1997 ; 8 (2) : 137-145.
- 5) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤 暁. 家族機能認知に基づく死別後の適応・不適応家族の検討. 心身医学. 1999 ; 39 (7) : 525-532.
- 6) Kissane DW, Bloch S, Onghena P, et al. The Melbourne family grief study .2. psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry*. 1996 ; 153 (5) : 659-666.
- 7) Yamamoto S, Arao H, Masutani E, et al. Decision making regarding the place of end-of-life cancer care : the burden on bereaved families and related. *J Pain Symptom Manage*. 2017 ; 53 (5) : 862-870.