

死別後に経験する遺族の社会的苦痛 (二次的喪失に伴う苦痛)と ソーシャルキャピタルとの関連

清水 陽一*

サマリー

家族は、死別そのものによる衝撃とともに、家族役割や収入の変化などのさまざまな困難を経験する。死別した家族がいない生活への適応への支援においてソーシャルサポートは重要である。しかし、日本においては世帯構成の変化、地域住民との交流の希薄化により、社会的孤立化のリスクが高まっている。そこで、①死別に伴い単独世帯となった方の割合と社会的孤立のリスクの高い人の割合を明らかにすること、②死別に伴う単独世帯化、および社会的に孤立するリスクと、二次的ストレスの体験や抑うつ、悲嘆との関連について明らかにすること、③具体的なソーシャルサポートの

提供元や医療者からのサポートの有無について明らかにすること、を目的として調査を行った。終末期に緩和ケアを受けたがん患者の遺族において、約35%が死別に伴い単独世帯となり、約30%において社会的に孤立するリスクが高いことが、明らかになった。死別に伴う単独世帯化及びソーシャルネットワークの縮小化は二次的ストレスの体験の程度、抑うつ、悲嘆のリスク因子であり、死別により単独世帯に移行した遺族のうち、ソーシャルネットワークが小さく社会的孤立のリスクが高い遺族において特にハイリスクであることが明らかとなった。

目 的

家族は死別そのものによる衝撃とともに、家族役割や収入の変化などのさまざまな困難を経験する。前者は一次的ストレス（一次的喪失）、後者は二次的ストレス（二次的喪失）と呼ばれる^{1,2)}。Stroebeらは、一次的ストレス

に焦点を当てた喪失志向のコーピングと、二次的ストレス、すなわち、新しい生き方に向き合うことに焦点を当てた回復志向のコーピングを行き来しながら適応していくという二重過程モデル(dual process model)を提唱している²⁾。死別した家族がいない生活への適応への支援においてソーシャルサポートは重要である。

*国立がん研究センター中央病院 看護部（研究代表者）

世帯人員の減少に伴い、家族からのサポートを十分に得られない遺族が一定数いることが予想され、特に死別により単独世帯となる遺族においてハイリスクである。家族からのサポートが得られない場合、親族や友人、地域住民などからサポートを得られるかどうかが重要となる。しかし、日本では親族との関係性や地域住民との交流の希薄化が進んでおり、その程度は地域によっても異なる³⁾。この地域との結びつきの強さの概念としてソーシャルキャピタルが注目されている。ソーシャルキャピタルは「規範」「信頼」「ネットワーク」の3要素で構成され、そのうちネットワークはソーシャルキャピタルの構造的な側面であり、重要である。死別に伴い単独世帯となり、かつ、社会的に孤立するリスクの高い遺族は十分なサポートを得られない可能性が高い。そのため、実際に単独世帯化する遺族や社会的に孤立するリスクの高い遺族がどの程度存在し、2次的ストレスの体験や心理的苦痛をどの程度抱えているのかを明らかにすることは重要である。

そこで、本調査では、①死別に伴い単独世帯となった方の割合と社会的孤立のリスクの高い人の割合を明らかにすること、②死別に伴う単独世帯化、および社会的に孤立するリスクと、二次的ストレスの体験や抑うつ、悲嘆との関連について明らかにすること、③具体的なソーシャルサポートの提供元や医療者からのサポートの有無について明らかにすること、を目的とする。さらに、終末期の療養場所の違いにより地域との結びつきや支援が異なる可能性があるため、終末期の療養場所の違いによる比較を行う。

結 果

緩和ケア病棟、一般病棟、在宅で亡くなられたがん患者の遺族、それぞれ1,018名、358名、364名に調査票を配布し、644名(63.3%)、205名(57.3%)、246名(67.6%)より返信があった。回答拒否を除く、539名(52.9%)、163名(45.5%)、211名(58.0%)、合計913名が分析対象となった。

1) 死別に伴い単独世帯となった遺族、および社会的に孤立するリスクの高い遺族の割合

ソーシャルネットワークは日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6: 範囲 0 ~ 30 点) を使用した⁴⁾。LSNS-6 の総得点に終末期の療養場所による違いはなかった(表 1)。社会的孤立の可能性が高いとされる 12 点未満の人の割合は約 30% であった。

死別後に単独世帯になった遺族が全体として約 35% で、死別場所による違いはみられなかった。死別後に単独世帯になった遺族とそうでない遺族で LSNS-6 の得点は、それぞれ平均 (SD): 14.6 (6.49), 14.7 (5.99) で違いはなかった。また、約 1 割の方が患者のがん罹患後に仕事を辞める体験をされていた(表 2)。がん罹患後に仕事を辞める体験をした人とそうでない人で、LSNS-6 の得点に違いはなかった。

2) 死別関連の二次的ストレスの体験

死別関連の二次的ストレスの体験は死別関連二次的ストレス尺度 (BSSS) を用いて測定した^{5,6)}。BSSS は、「経済的問題 (4 項目)」「周囲との人間関係 (4 項目)」「死別後の雑事 (4 項目)」「家族関係の悪化 (3 項目)」「日常生活上の困難 (4 項目)」の合計 19 項目で、「0 点: つらくはなかった / 経験していない」「1 点: 少しつらかった」「2 点: つらかった」で回答する尺度 (0 ~ 38 点) である。本調査における BSSS の総得点は平均 (SD): 7.8 (5.85) であった。下位ドメインでは、「死別後の雑事」の得点が最も高く、次いで「経済的問題」、「日常生活上の困難」であった(表 1)。「死別後の雑事」では、緩和ケア病棟や一般病棟と比して在宅ではやや低い傾向があり、「日常生活上の困難」においては、一般病棟に対して、緩和ケア病棟、および在宅で低い傾向がみられた(表 1)。

遺族の続柄が配偶者の場合 (配偶者: 10.0, 非配偶者: 6.7)、女性の場合 (女性: 9.0, 男性: 7.7) に死別関連二次的ストレスを多く経験している傾向がみられた。

表 1 二次的ストレスラーの体験の程度とソーシャルネットワークの大きさ

変数	合計 (n=913)			緩和ケア病棟 (n=539)			一般病棟 (n=163)			在宅 (n=211)			検定
	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	統計量
BSSS													
総得点 (0 ~ 38)	832	7.8	(5.85)	493	7.7	(5.73)	142	8.3	(6.10)	197	7.4	(5.96)	F=1.02 ^{注1)} 0.36
経済的問題 (0 ~ 8)	859	1.6	(2.07)	508	1.5	(2.07)	151	1.8	(2.21)	200	1.5	(1.94)	F=1.22 ^{注1)} 0.30
周囲との人間関係 (0 ~ 8)	871	0.7	(1.41)	514	0.6	(1.34)	152	0.7	(1.51)	205	0.6	(1.50)	F=0.21 ^{注1)} 0.81
死別後の雑事 (0 ~ 8)	870	3.7	(2.27)	512	3.9	(2.36)	152	3.7	(2.11)	206	3.4	(2.10)	F=3.59 ^{注1)} 0.03
家族関係の悪化 (0 ~ 6)	879	0.5	(1.22)	518	0.5	(1.17)	154	0.5	(1.27)	207	0.5	(1.31)	F=0.22 ^{注1)} 0.80
日常生活上の困難 (0 ~ 8)	875	1.4	(1.66)	514	1.3	(1.56)	153	1.7	(1.96)	208	1.3	(1.62)	F=3.6 ^{注1)} 0.03
LSNS-6 総得点 (0 ~ 30)	871	14.7	(6.16)	513	14.9	(6.35)	154	14.5	(6.34)	204	14.3	(5.53)	F=0.65 ^{注1)} 0.52
社会的孤立のリスク高い (12 点未満)		266	30.5%		157	30.6%		48	31.2%		61	29.9%	X ² =0.1 ^{注2)} 0.97
家族や親せき (0 ~ 15)	885	7.9	(3.11)	524	8.1	(3.13)	155	7.8	(3.19)	206	7.7	(2.97)	F=1.22 ^{注1)} 0.30
友人 (0 ~ 15)	876	6.7	(4.07)	518	6.8	(4.17)	154	6.6	(4.31)	204	6.7	(3.64)	F=0.11 ^{注1)} 0.90
BGQ													
総得点 (0 ~ 10)	879	4.5	(2.34)	518	4.4	(2.35)	158	4.9	(2.18)	203	4.4	(2.42)	F=3.68 ^{注1)} 0.03
複雑性悲嘆がハイリスク (8 点以上)		95	10.8%		55	10.6%		21	13.3%		19	93.6%	X ² =1.5 ^{注2)} 0.48
PHQ-9													
総得点 (0 ~ 27)	858	4.3	(4.97)	503	4.1	(4.74)	153	4.8	(5.72)	202	4.4	(4.95)	F=1.04 ^{注1)} 0.36
中等度以上の抑うつ症状 (10 点以上)		118	13.8%		68	13.5%		25	16.3%		25	12.4%	X ² =1.2 ^{注2)} 0.55

BSSS: 死別関連二次的ストレスラー尺度, LSNS-6 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版, BGQ: Brief Grief Questionnaire, PHQ-9: Patient Healthcare Questionnaire-9

注1) 一元配置分散分析, 注2) X²検定

3) ソーシャルネットワークと死別関連 2 次的 ストレスラーの体験, 抑うつ, 悲嘆との関連

社会的孤立のリスクが高い場合は低い場合と比較して 2 次的ストレスラーを体験するリスクが高く, 死別後に単独世帯化した遺族はそうでない遺族と比較して 2 次的ストレスラーを体験するリスクが高い (図 1). 特に, 死別後に単独世帯になった遺族で社会的孤立のリスクが高い場合は BSSS 得点が高かった (図 1). 仕事を辞める体験は死別関連の 2 次的ストレスラーと関連はなかった.

社会的孤立の可能性の高い死別後に単独世帯となった遺族において, 中等度以上の抑うつ症状を有する (Patients Health Questionnaires-9 (PHQ-9) ^{7,8)} 得点 >9) 割合, 複雑性悲嘆のリスクが高い (Brief Greif Questionnaire (BGQ) ^{9,10)} 得点 >7) 割合が特に高い傾向が示された (図 2).

仕事を辞める体験では, 死別後に患者の罹患や死別により離職した遺族のうち, 社会的孤立の可能性が高い場合に, 中等度以上の抑うつ症状を有する割合や複雑性悲嘆のリスクの高い割合が特に高い傾向が示された (図 3). 患者の罹患や死別により離職した場合は社会的孤立のリスクが低い場合は中等度以上の抑うつ症状を有する割合や複雑性悲嘆のリスクの高い割合が低かったが, 患者の罹患や死別以外の理由で離職した場合, 社会的孤立のリスクによる違いはなかった (図 3).

4) 心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか (図 4)

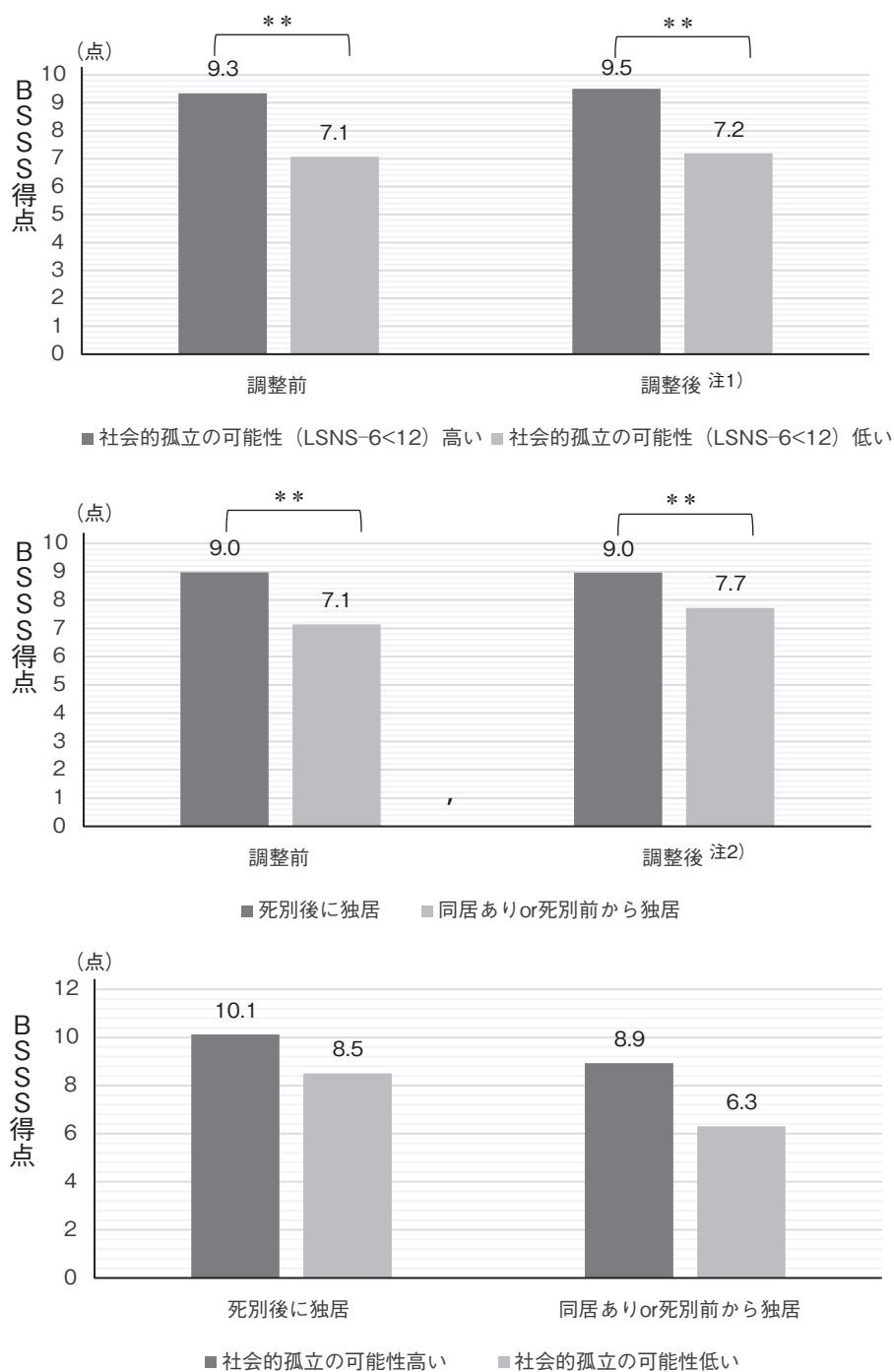
心の支えや有益な情報の提供元としては, 家族が最も多く, 友人・知人・職場の同僚や親族が次いで多かった (図 4). それ以外については個人差があり, 心の支えや有益な情報の提供を受けた人の割合は少なかったが, 在宅において, 地域の医療者 (医師や看護師, ソーシャルワーカーなど), および書籍が心の支えや有益な情報の提供元と回答する割合が高い傾向にあった (図 4). また, 統計的に有意ではなかったが, 親族や友人・知人・職場の同僚についても在宅において心の支えや有益な情報の提供元として回答する割合

表2 単独世帯かどうか、仕事への影響、心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか

	全体			緩和ケア病棟			一般病棟			在宅			検定	
	n	人数	%	n	人数	%	n	人数	%	n	人数	%	X ² 値	p
あなたの現在、1人暮らしですか？														
死別後より1人暮らし		313	35.1%		175	33.2%		63	40.1%		75	36.2%		
以前から1人暮らし	891	20	2.2%	527	15	2.8%	157	4	2.5%	207	1	0.5%	6.38	0.17
同居人がいる		558	62.6%		337	63.9%		90	57.3%		131	63.3%		
あなたは現在、仕事（フルタイム・パートタイムを問わず、報酬を伴う仕事）をされていますか？														
患者の罹患や死別の影響で辞めた		53	6.0%		24	4.6%		10	6.4%		19	9.3%		
患者の罹患や死別以外の理由で辞めた		33	3.7%		20	3.8%		7	4.5%		6	2.9%		
以前から仕事についていない	885	345	39.0%	525	210	40.0%	156	56	35.9%	204	79	38.7%	7.01	0.32
仕事についている		454	51.3%		271	51.6%		83	53.2%		100	49.0%		
医療者（ソーシャルワーカー、医師、看護師など）が死別後の日常生活について十分に相談にのってくれた														
十分に相談あり ^{注1)}		167	19.6%		92	18.4%		26	16.9%		49	24.6%		
どちらともいえない	852	212	24.9%	499	146	29.3%	154	23	14.9%	199	43	21.6%	19.79	<.01
十分に相談なし ^{注2)}		473	55.5%		261	52.3%		105	68.2%		107	53.8%		
生前に本人と死別後のお金のやりくりについて（遺産相続を含む）十分に話し合えた														
十分に話し合えた ^{注3)}		261	30.3%		148	29.4%		44	28.6%		69	34.0%		
どちらともいえない	861	164	19.0%	504	102	20.2%	154	26	16.9%	203	36	17.7%	2.84	0.58
十分に話し合えなかった ^{注4)}		436	50.6%		254	50.4%		84	54.5%		98	48.3%		
医療者は死別後の経済面や日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれた														
紹介してくれた ^{注5)}		103	12.2%		53	10.8%		19	12.5%		31	15.7%		
どちらともいえない	841	215	25.6%	491	135	27.5%	152	27	17.8%	198	53	26.8%	9.27	0.05
紹介してくれなかった ^{注6)}		523	62.2%		303	61.7%		106	69.7%		114	57.6%		

注1), 3), 5): 「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計

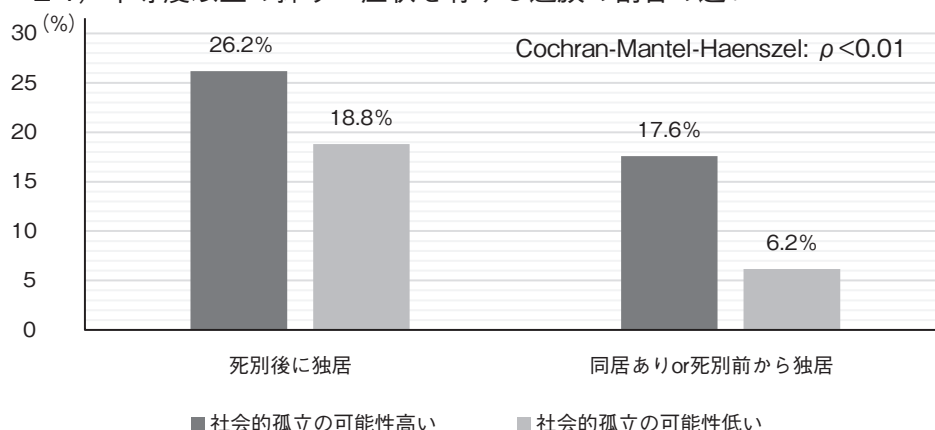
注2), 4), 6): 「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の合計



注1) 遺族の年齢・続柄・性別、医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうか、死別後の単独世帯化の有無で調整
 注2) 遺族の年齢・続柄・性別、医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうか、LSNS-6得点で調整
 **... $p < 0.01$ 調整前: t 検定, 調整後: ANCOVA

図1 死別に伴う単独世帯化、および社会的孤立のリスクと死別関連2次的ストレスの体験との関係

2-1) 中等度以上の抑うつ症状を有する遺族の割合の違い



2-2) 複雑性悲嘆のリスクが高い遺族の割合の違い

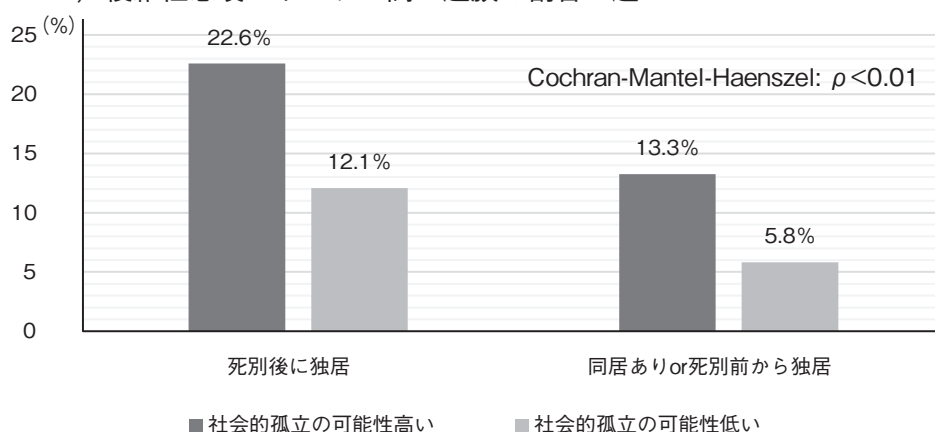


図2 死別に伴う単独世帯化、および社会的孤立のリスクと抑うつ、複雑性悲嘆のリスクとの関係

が高い傾向にあった。

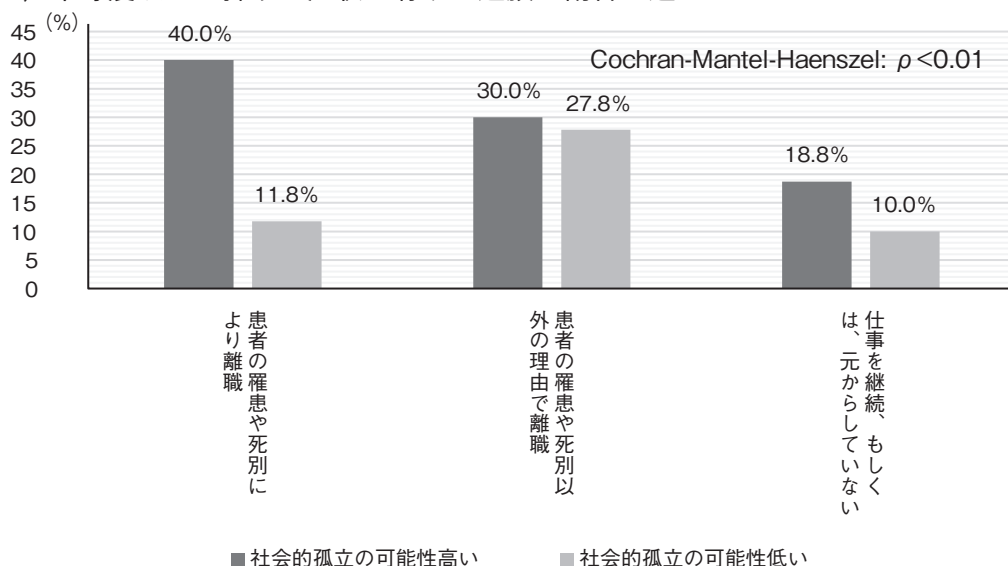
5) 医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかについて

医療者と死別後の日常生活について相談できた遺族は約20%であり、一般病棟や緩和ケア病棟で亡くなられた遺族より在宅でケアを受けていた遺族のほうがよく相談できている傾向がみられた。また、医療者が死別後の経済面や日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれたかどうかについては紹介して

くれたと回答した遺族は約12%と少なかったが、在宅でケアを受けていた遺族においてより紹介を受けている傾向がみられた(表2)。本人と生前に死別後のお金のやりくりについて話し合えた遺族は約30%で、場所による違いはなかった。

医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうかと日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービス等を紹介してくれたかどうかについては、できた場合にBSSS得点が低い傾向にあったが、年齢や続柄、LSNS-6で調整後は差がなくなった。一方で、本人と生前に死別後のお

3-1) 中等度以上の抑うつ症状を有する遺族の割合の違い



3-2) 複雑性悲嘆のリスクが高い遺族の割合の違い

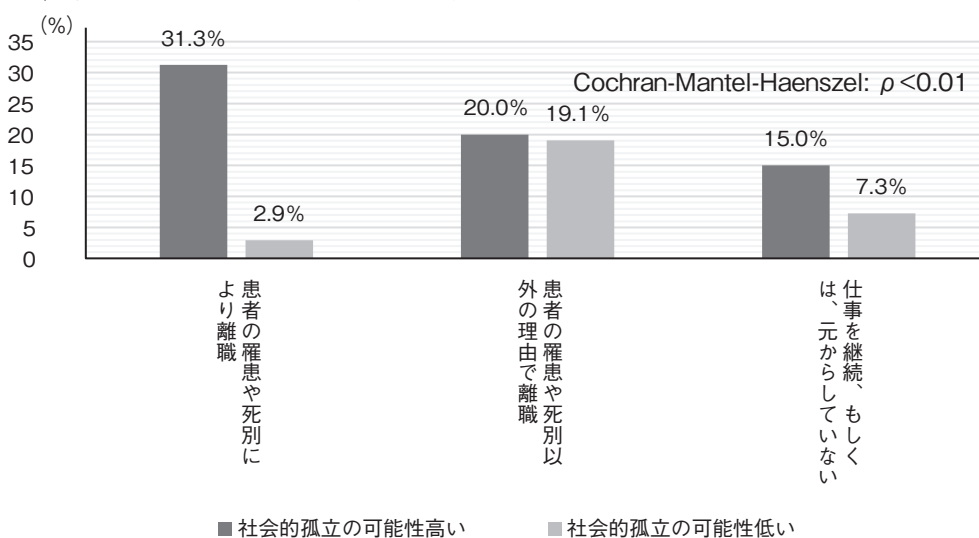


図3 死別後の離職の有無、および社会的孤立のリスクと抑うつ、複雑性悲嘆のリスクとの関係

金のやりくりについて話し合えた遺族は BSSS 得点、特に経済的問題の得点が低い傾向があり、年齢や続柄、LSNS-6 得点などで調整後もその傾向は維持された (図 5)。

考 察

終末期に緩和ケアを受けたがん患者の遺族において、約 35% が死別に伴い単独世帯となり、約

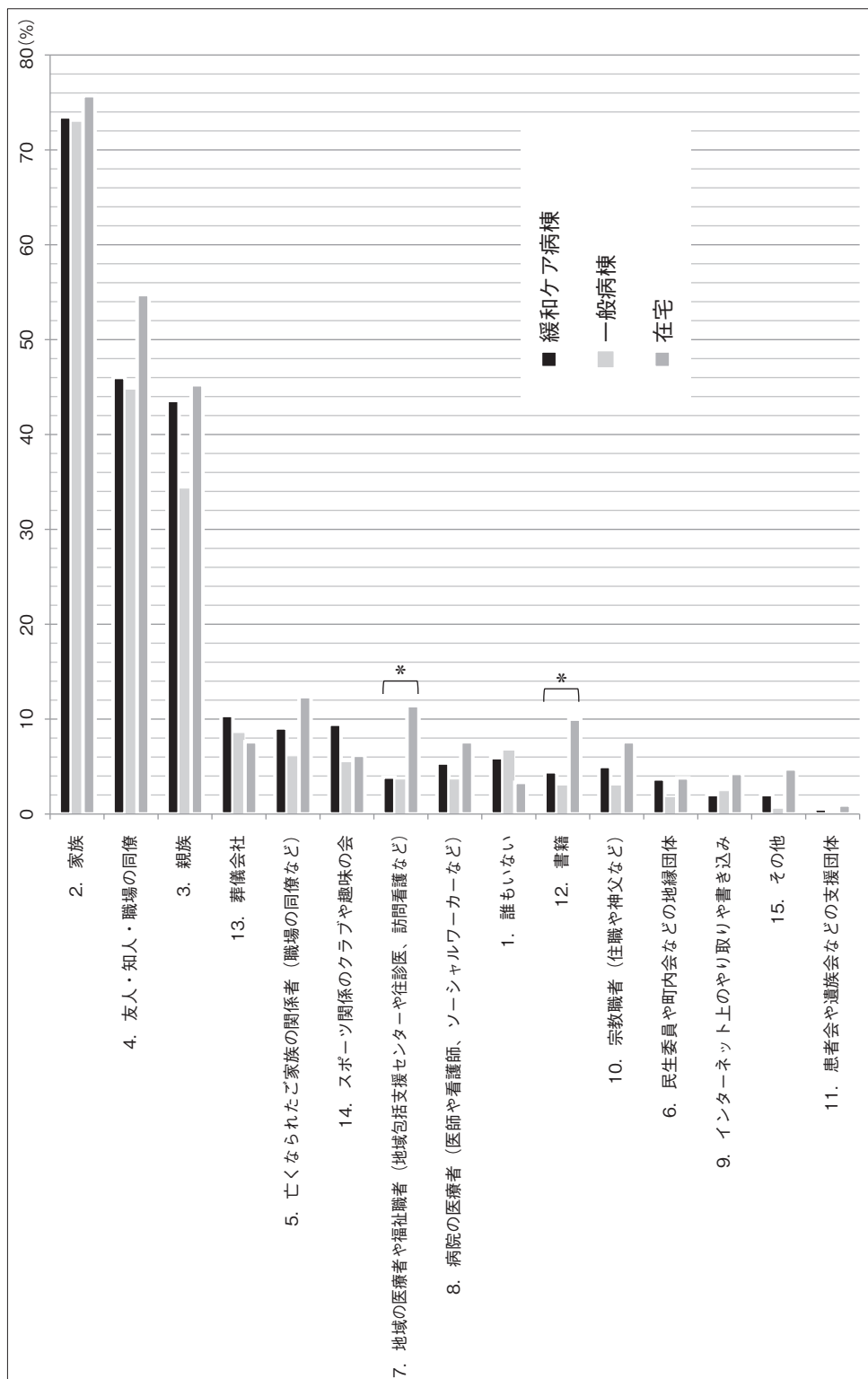
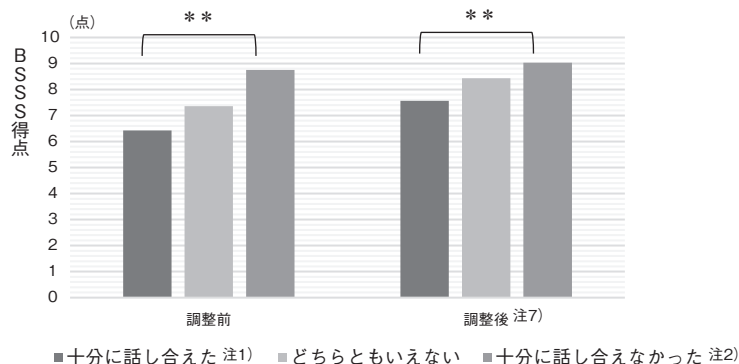
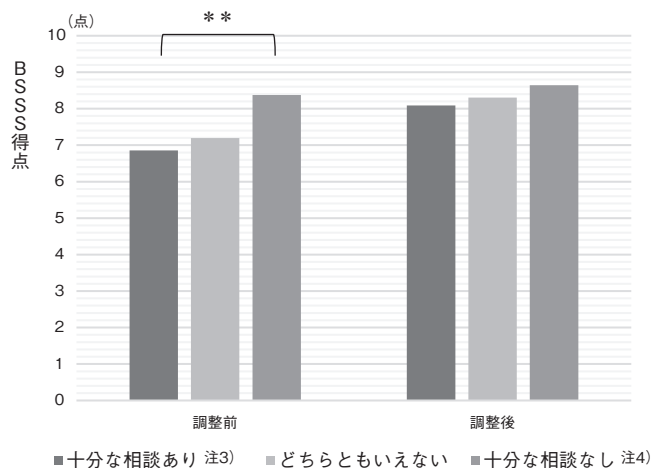


図 4 心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか

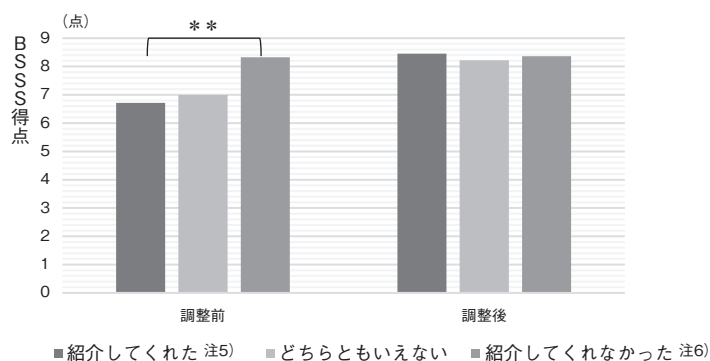
5-1) 本人と生前に死別後のお金のやりくりについて話し合えたかどうか



5-2) 医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうか



5-3) 日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれたか



注1), 3), 5): 「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計

注2), 4), 6): 「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の合計

注7): 遺族の年齢・続柄・性別、医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかの他の項目、死別後の単独世帯化の有無、LSNS-6得点で調整

**... $p < 0.01$ 調整前: t 検定, 調整後: ANCOVA

図5 医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかと死別関連2次のストレスの体験との関係

30%において社会的に孤立するリスクが高いことが明らかになった。死別に伴う単独世帯化およびソーシャルネットワークの縮小化は二次的ストレスの体験の程度、抑うつ、悲嘆のリスク因子であり、死別により単独世帯に移行した遺族のうち、ソーシャルネットワークが小さく、社会的孤立のリスクが高い遺族において特にハイリスクであることが明らかとなった。

本調査において社会的孤立のリスクの高い方の割合は約30%であり、高齢者を対象とした日本の先行研究⁴⁾における約20%と比較して高く、社会的孤立のリスクの高い集団である。また、死別により単独世帯に移行した遺族が約35%であった。日本では、単独世帯および夫婦のみの世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にあり、特に高齢者（65歳以上）のいる世帯では単独世帯（27.2%）、夫婦のみの世帯（31.1%）、ひとり親と未婚の子のみの世帯（8.0%）でその傾向はより顕著である³⁾。夫婦のみの世帯をはじめ、世帯人員が2人の場合、死別に伴い単独世帯となる可能性が高く、今後ますます死別により単独世帯に移行する遺族の割合は増加することが予想される。

死別により単独世帯となった遺族は死別関連2次的ストレスを多く経験し、抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高かった。同居家族が亡くなることで家族内の役割の変化が生じ、2人暮らしから単独世帯に移行した場合にその影響は大きく、日常生活上のストレスが増加しやすい。また、単独世帯に移行した遺族は患者と最も近い関係であった可能性が高く、死別後の雑事において主たる役割を担い、単独世帯となることで回りからのサポートも得にくい。ため死別後の雑事に関連した2次的ストレスを経験するリスクが高い。また、単独世帯に移行した遺族は亡くなられた方との愛着が強い可能性が高く、死別後に同居人がいないことで気晴らしの機会が少なくサポートも得にくい。ため、喪失による苦痛（1次ストレス）の影響も強く、抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高くなったと考えられる。また、死別により単独世

帯となった遺族のうちソーシャルネットワークが密な方よりも社会的孤立のリスクの高い方において、より二次的ストレスを体験し、抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高い傾向にあった。死別により単独世帯化する遺族に関しては社会的孤立のリスクをアセスメントし支援する体制を整える必要がある。

在宅で療養された方の遺族のほうが医療者と死別後の日常生活について相談でき、日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介できていた。在宅で療養している場合のほうが日常生活に関して話す機会は多いことが影響していると思われる。しかし、医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうかや利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介されたかどうかは二次的ストレスの体験とは関連がなかった。一方で、本人と金銭面について相談できた場合は、経済的問題の二次的ストレスの体験が少なかった。よって、生存中にお金のやりくりについて準備を整えておくことは死別関連の二次的ストレスの体験を軽減することに繋がるといえる。

文 献

- 1) Stroebe MS. The broken heart phenomenon: An examination of the mortality of bereavement. *J Community Appl Soc Psychol* 1994 ; 4 (1) : 47-61.
- 2) Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999 ; 23 (3) : 197-224.
- 3) 内閣府政策統括官付高齢社会対策担当. 令和元年版高齢社会白書（全体版）2019 [Available from: <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>].
- 4) 栗本鮎美, 栗田主一, 大久保孝義, 他. 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌* 2011 ; 48 (2) : 149-157.
- 5) 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ス 「二次的ストレス」に関する探索的検討. *家族心理学研究* 1999 ; 13

- (2) : 77-86.
- 6) Sakaguchi Y. The Relationship between Secondary Stressors and Somatic/Mental Health after Conjugal Loss. *The Japanese Journal of Health Psychology*. 2001 ; 14 (2) : 1-10.
 - 7) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Jama* 1999 ; 282 (18) : 1737-1744.
 - 8) Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013 ; 35 (6) : 592-597.
 - 9) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 2006 ; 57 (9) : 1291-1297.
 - 10) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 2012 ; 7 (2) : e31209.
- 〔付帯研究担当者〕**
宮下光令 (東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)