

終末期がん患者の家族介護者のレジリエンスと死別後の精神的健康への影響に関する研究

清水 陽一*

サマリー

がんサバイバーや震災後の被災者などの調査で、レジリエンスと精神的健康との関連が知られている。しかし、死別という精神的苦痛を伴うイベント以前のレジリエンスが死別による精神的苦痛によって生じる抑うつ症状や複雑性悲嘆に対して防御的に作用するかどうかについては明らかにされていない。そこで、緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者のレジリエンスと家族介護者の抑うつ症状の死別前後の変化への影響について明らかにするために、緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者を対象とした家族介護者レジリエンス研究のデータと遺族調査のデータとを連結し、死別

前後のデータとして解析を行った。

その結果、緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の約半数は強い抑うつ症状を有する傾向にあり、死別後も約15%の方は強い抑うつ症状を有したままであった。そのうち、死別前のレジリエンス得点が高い家族介護者は死別前の抑うつ症状が強くても改善する傾向にあったが、レジリエンス得点が高い場合は抑うつ症状が強いまま維持される傾向が明らかになった。死別前に抑うつ症状が強い家族介護者のうちレジリエンスが低い場合は強い抑うつ症状が維持される傾向にあり、継続的な遺族ケアの検討が必要である。

目 的

緩和ケアにおいては患者だけではなくその家族も重要な対象であり、家族の精神的健康の維持は重要なアウトカムである。わが国では、緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者を対象とした調査¹⁾や全国遺族調査²⁾において、介護中の家

族や遺族の抑うつ症状が強いことが報告されている。しかし、死別前後における抑うつ症状の変化について明らかにした研究はない。そのため、本調査では、緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の死別前後の抑うつ症状の変化を明らかにする。

また、がんサバイバーや家族介護者を対象とし

*国立がん研究センター中央病院 看護部（研究代表者）

た調査において、レジリエンス因子が精神的苦痛に対する緩衝材となって機能する可能性が指摘されている³⁻⁵⁾。そのため、終末期がん患者の家族介護者や死別後の遺族の精神的苦痛に対しても同様に機能する可能性がある。レジリエンスは、「逆境の中でもうまく適応し、成長することを可能にする個人的資質」と定義される⁶⁾。先行研究^{3-5, 7)}は横断研究の結果であり、レジリエンスの抑うつ症状の変化への影響は評価されていない。そのため、本研究の目的は、家族介護者が有するレジリエンス因子が患者の死にゆくプロセスや死別に伴うストレスによる精神的苦痛に対して防御因子として機能し、死別前後の抑うつ症状の変化をより改善する方向に作用しているかどうかを評価することである。

レジリエンスに似たような概念として心的外傷後成長がある。Lee YJ らは、がん患者の家族においてレジリエンスが死別後の心的外傷後成長の個人としての強さに関連があったと報告している⁸⁾。日本のがん患者の家族介護者において、レジリエンスと心的外傷後成長との関連の有無についても明らかにする。

結 果

家族介護者レジリエンス研究に同意され、かつ、J-HOPE4 の適格基準を満たす家族介護者 181 名に調査票を配布し、108 名より返信があった。拒否 8 名、家族介護者レジリエンス研究と回答者の年齢、性別、続柄が一致しない 19 名を除き、有効回答数は 71 名 (39.2%) であった。

1) 死別前後の抑うつ症状の程度とその変化

緩和ケア病棟入院中のがん患者の家族介護者の抑うつ症状の程度を示す Patient Health Questionnaire-9 (以下、PHQ-9) の得点は平均 (SD) = 9.2 (5.72) 点で、大うつ病のリスクが高くなるとされる中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は 47% であった。一方で、遺族調査では、PHQ-9 得点は平均 (SD) = 4.4 (4.45) 点で、中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は

15% であった (図 1)。死別前後の PHQ-9 得点の変化量は平均 (SD) = -4.5 (4.83) 点であった。

2) 家族介護者のレジリエンスと死別前後の抑うつ症状の変化に与える影響

家族介護者のレジリエンスは Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) で、平均 (SD) = 58.7 (16.5) であった。死別前に中等度以上の抑うつ症状を有していた家族介護者は、死別後に PHQ-9 得点が平均 (SD) = -7.4 (5.01) の改善がみられ、レジリエンス得点によって改善の程度に違いがあった。レジリエンスが高い (58 点以上) 場合は平均 (SD) = -8.4 (4.10) 点の改善がみられたのに対し、レジリエンスが低い (57 点以下) と平均 (SD) = -6.7 (5.76) 点の改善であった (図 2)。一方で、死別前の抑うつ症状の程度が軽度以下の家族介護者については PHQ-9 得点の変化は平均 (SD) で -2.1 (3.15) 点で、レジリエンスが高い場合は平均 (SD) = -2.2 (3.39) 点、レジリエンスが低いと平均 (SD) = -2.2 (2.86) 点で、レジリエンス得点による差はなかった (図 2)。

レジリエンスのうつの変化への影響を評価するため、死別後の PHQ-9 得点を被説明変数、死別前の PHQ-9 得点とレジリエンス得点、交互作用項を説明変数として回帰分析を行い、死別前

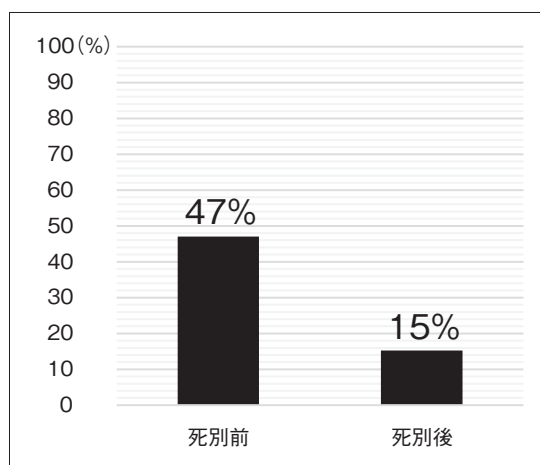


図 1 中等度以上の抑うつ症状を有する割合

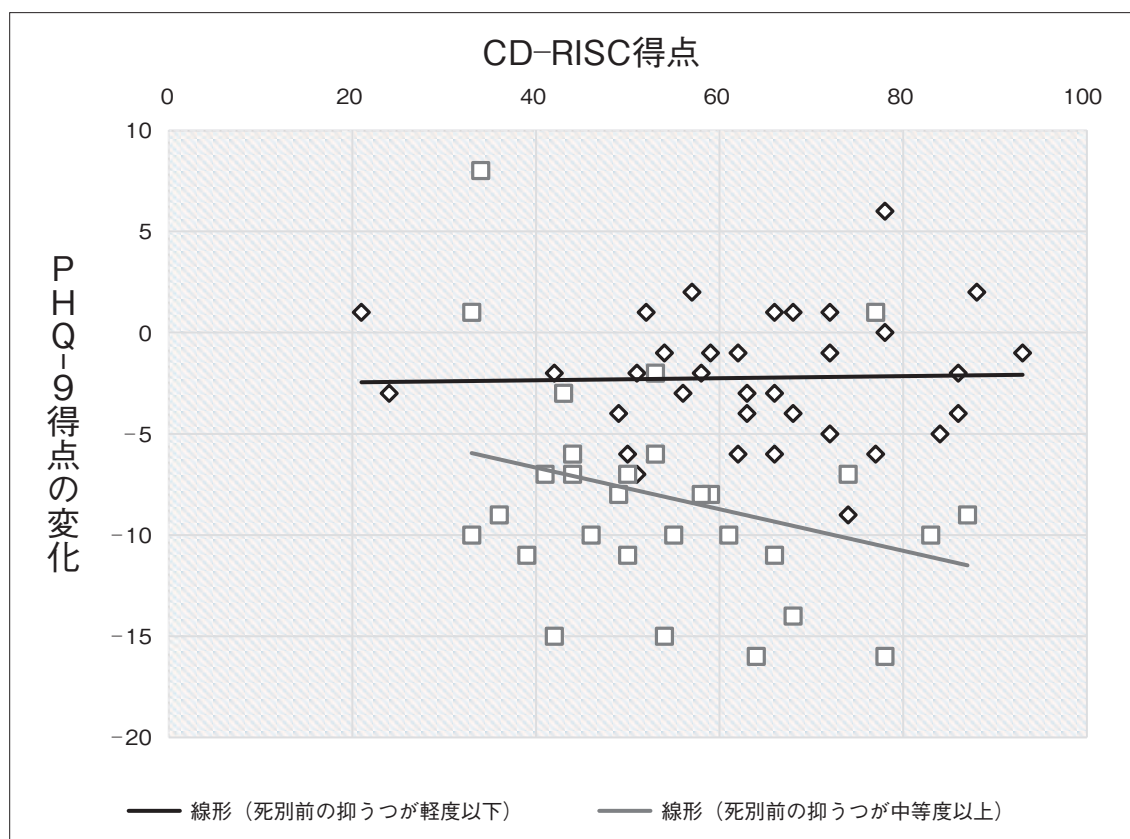


図2 抑うつ症状の変化 (PHQ-9 得点の変化) とレジリエンス得点の関係

の PHQ-9 得点 ($\beta = 1.2, p < 0.01$), レジリエンス得点 ($\beta = 0.09, p = 0.62$), 交互作用項 ($\beta = -0.72, p = 0.046$) であった。

3) 抑うつ以外の精神的健康, PTG

複雑性悲嘆のリスクについては, Brief Greif Questionnaire (BGQ) で平均 (SD) = 5.3 (2.0) で, 複雑性悲嘆のリスクが高いとされる 8 点以上の遺族が 16% であった。また, ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔尺度において, 意思決定に関する後悔 (20 点満点) は平均 (SD) = 10.2 (1.9), 後悔に関する侵入的思考 (20 点満点) は平均 (SD) = 5.8 (2.8) であった (表 1)。

一方で, 心的外傷後成長を測定する日本語

版 Post Traumatic Growth Inventory の拡張版 (PTGI-X-J) については, 総得点 (125 点満点) で平均 (SD) = 47.2 (28.7), 各下位尺度は「他者との関係 (35 点)」で平均 (SD) = 15.1 (8.8), 「新たな可能性 (25 点)」で平均 (SD) = 8.7 (7.0), 「人間としての強さ (20 点)」で平均 (SD) = 7.7 (5.0), 「精神的変容・スピリチュアリティ (30 点)」で平均 (SD) = 11.3 (7.8), 「人生に対する感謝 (15 点)」で平均 (SD) = 8.5 (4.2) であった (表 1)。

死別前における家族介護者のレジリエンスと死別後の複雑性悲嘆, ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する後悔, 心的外傷後成長の関連は確認されなかった。

表 1 各項目の得点

	平均値	(S D)
死別前抑うつ: PHQ-9 (0 ~ 27)	9.2	(5.72)
死別後抑うつ: PHQ-9 (0 ~ 27)	4.4	(4.45)
レジリエンス: CD-RISC-25 (0 ~ 100)	58.7	(16.50)
複雑性悲嘆リスク: BGQ	5.3	(2.05)
心的外傷後成長: PTGI-X-J (0 ~ 125)	47.2	(28.73)
他者との関係 (0 ~ 35)	15.1	(8.79)
新たな可能性 (0 ~ 25)	8.7	(6.96)
人間としての強さ (0 ~ 20)	7.7	(4.97)
神の変容・スピリチュアリティ (0 ~ 30)	11.3	(7.83)
人生に対する感謝 (0 ~ 15)	8.5	(4.20)
ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔尺度		
意思決定に関する後悔 (20 点満点)	10.2	(1.94)
後悔に関する侵入的思考 (20 点満点)	5.8	(2.82)

考 察

緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者の家族介護者のうち、大うつ病のリスクの高いとされる中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は47%であった。死別前の47%という数値は、Tangらの死別前1カ月以内のがん患者の家族介護者において臨床的な抑うつ症状があった割合が51%であったという報告⁹⁾、幸田らによる緩和ケア病棟1施設において軽度な抑うつ症状を有する家族介護者が41%であったという報告¹⁾と似たような結果であった。死別後の遺族調査で、中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は15%で、J-HOPE3での17%と近い結果となった²⁾。よって、本調査での抑うつ症状の強さの推移は実情を反映した結果と思われる。緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者については看取りが近く、死別を強く予期され、家族介護者への心理的負担がさわめて強くなっており、反応性に抑うつ症状が強くなっていた可能性がある。約30%の家族介護者は死別後の時間経過とともに心理的適応が進むが、約15%については抑うつ症状が強い状態で維持されることが明らかになった。

抑うつ症状の強さの時間変化に対してレジリエンスの交互作用が確認された。死別前に抑うつ症

状家族介護者のうち、レジリエンスが高ければ抑うつ症状が改善する傾向にあり、一方でレジリエンスが低ければ抑うつ症状が強い状態で維持される傾向が確認された。これは強い風に対してしななると折れずに元に戻る柳の木にもたとえられるレジリエンスの特徴を表しており、仮説通りの結果となった。死別前に抑うつ症状が強く、かつ、レジリエンスが低い傾向にある家族介護者は死別後に抑うつ症状が強く維持されるリスクが高いため、継続的なフォローなど、適切な遺族ケアの提供が必要と思われる。

本調査の複雑性悲嘆のリスクの高い遺族は16.2%で、J-HOPE3での緩和ケア病棟での結果は13%²⁾であり、やや高い結果となった。個人を特定しない形で死別前後のデータを連結したため、続柄が子どもの場合は死別前後で回答した兄弟姉妹で異なってしまったケースがあり、結果的に配偶者の回答が多くなった。配偶者のほうが子どもなどと比較して複雑性悲嘆のリスクが高いことが知られており、結果やや高い結果となった可能性がある^{10,11)}。レジリエンスと複雑性悲嘆のリスクに関連は見られなかったが、人数が少なく今後さらなる検討が必要である。

ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する後悔については、緩和ケア病棟に入

院する意思決定について後悔のある人もいればいない人もいる状況であり、後悔に関する侵入的思考を有する人は少なかった。いずれもレジリエンスとの関係は確認されなかった。

心的外傷後成長については、遺族を対象とした日本の調査では PTGI-J (21 項目) で 44.2~44.8 点 (1 項目 2.1 点) と比較すると、PTGI-X-J (25 項目) で 47.2 点 (1 項目 1.9 点) と少し低めではあったが大差はなかった¹²⁾。「精神的変容・スピリチュアリティ」の項目が変更となっており、単純な比較はできない。加えて、本調査では、レジリエンスと心的外傷後成長に関連はみられなかった。Lee YJ らの研究では死別前のレジリエンスが心的外傷後成長の「人間としての強さ」に関連があったと報告しており⁸⁾、一致した結果ではないため今後、さらなる検討が必要である。

まとめ

緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の約半数において中等度以上の抑うつ症状が出現するが、死別後の時間経過とともに心理的適応が進み改善し中等度以上の抑うつ症状を有する方は約 15% まで減少する。抑うつ症状の改善の度合いにレジリエンスが関与しており、レジリエンスが高い場合はより改善する傾向にあるが、低いと抑うつ症状が維持される傾向がみられた。緩和ケア病棟に入院中に抑うつ症状が出現している家族介護者のうちレジリエンスが低い場合は死別後に抑うつが高く維持されるリスクがあり、継続的なフォローが必要である。

文 献

- 1) 幸田るみ子, 大坪天平, 金石圭祐, 他. 緩和ケア病棟入院中がん患者家族の予期悲嘆と抑うつおよび愛着の関連. *精神科* 2016;29 (6) : 524-530.
- 2) Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018 ; 27 (3) : 915-921.
- 3) Sottile PD, Lynch Y, Mealer M, et al. Association between resilience and family member psychologic symptoms in critical illness. *Crit Care Med* 2016.
- 4) Li M, Wang L. The associations of psychological stress with depressive and anxiety symptoms among chinese bladder and renal cancer patients: the mediating role of resilience. *PLOS ONE* 2016 ; 11 (4) : e0154729.
- 5) Min JA, Yoon S, Lee CU, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer* 2013 ; 21 (9) : 2469-2476.
- 6) Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003 ; 18 (2) : 76-82.
- 7) Kilic SA, Dorstyn DS, Guiver NG. Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. *Spinal Cord* 2013 ; 51 (7) : 553-557.
- 8) Lee YJ, Choi YS, Hwang IC, et al. Resilience at the end of life as a predictor for postloss growth in bereaved caregivers of cancer patients: a prospective pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2016 ; 51 (3) : e3-5.
- 9) Tang ST, Chang WC, Chen JS, et al. Course and predictors of depressive symptoms among family caregivers of terminally ill cancer patients until their death. *Psychooncology* 2013 ; 22 (6) : 1312-1318.
- 10) 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 他. 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. *Palliat Care Res* 2013 ; 8 (2) : 203-210.
- 11) 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.
- 12) Hirooka K, Fukahori H, Taku K, et al. Examining posttraumatic growth among bereaved family members of patients with cancer who received palliative care at home. *Am J Hosp Palliat Care* 2018 ; 35 (2) : 211-217.

〔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）、**森 雅紀**（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム）、**林 章敏**（聖路加国際病院 緩和ケア

科）、**松田洋祐**（聖路加国際病院 緩和ケア科）、**三浦智史**（国立がん研究センター東病院 緩和医療科）、**前田一石**（千里中央病院 緩和ケア科）、**井上 彰**（東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野）