

がん患者遺族における複雑性悲嘆の有病率、 関連因子に関する予備的レビュー

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 武蔵野大学認知行動療法研究所 公開日: 2020-07-07 キーワード (Ja): 複雑性悲嘆, 遷延性悲嘆障害, がん患者, 遺族, 介入研究 キーワード (En): complicated grief, prolonged grief disorder, cancer patient, bereaved, intervention study 作成者: 大岡, 友子, 小西, 聖子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/1237

■ 総説

がん患者遺族における複雑性悲嘆の有病率、 関連因子に関する予備的レビュー

A preliminary review of the prevalence of complicated grief and related factors among bereaved families of cancer patients

大岡友子¹⁾、小西聖子²⁾

1) 武蔵野大学大学院人間社会研究科人間学専攻博士後期課程

2) 武蔵野大学 人間科学部

【目的】本研究は、過去 10 年間のがん患者遺族を対象とした複雑性悲嘆に関する英語による研究を対象にした予備的レビューを行うことで、がん患者遺族の悲嘆に関する国際的な研究の動向について探索的に明らかにすることを目的とした。

【方法】PubMed、PsycINFO のデータベースを用いて、2010 年 1 月から 2019 年 11 月までに公表されたがん患者遺族を対象とした観察研究および介入研究の英語論文で、“grief”, “bereavement”, “family”, “caregiver”, “cancer patient” などのキーワードによって抽出した 87 の論文のうち、適格基準に該当した 23 論文について複雑性悲嘆の有病率、関連因子についての予備的検討を行った。

【結果】過去 10 年の研究において、がん患者遺族の複雑性悲嘆の有病率は 23 - 33% であり、長期的な身体・精神健康の不良や、QOL の低下、自殺行動の増加が報告されていた。関連要因については女性の方が有病率が高いという研究が多かった。複雑性悲嘆の発症には、終末期における医療や介護、患者や医療者とのかかわりなどの、がん治療に特異的な要因が影響していた。

【結論】今後さらなる研究により、がん患者遺族の複雑性悲嘆に特異的な要因を精査し、がん患者遺族に特化した介入研究を行う必要性が示唆された。

キーワード：複雑性悲嘆、遷延性悲嘆障害、がん患者、遺族、介入研究

I. 背景・目的

1. 複雑性悲嘆の概念

死別に対する心理的反応は悲嘆と呼ばれ、その多くは誰しも経験しうる正常な反応であると考えられている⁴⁰⁾。死別が身体的・心理社会的機能に及ぼす影響は決して小さくはないが、通常の悲嘆における反応は、喪失から 6 か月までにピークがあり、その後は軽減していくことが報告されている⁷⁾。しかし一方で、悲嘆反応の期間や程度が通常の範囲を超える場合があり、精神的苦痛が長期間にわたり継続し、健康障害などにより日常生活に支障をきたす場合がある。このように遷延化した通常でない悲嘆は、複雑性悲嘆 (complicated grief)³¹⁾ や持続性複雑死別障害

(persistent complex bereavement disorder; DSM-5²⁾)、遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder; ICD-11(International Classification of Diseases 11th Revision))などの名称で概念化されてきた。現在、DSM-5 や ICD-11 では、このような通常でない悲嘆を精神障害の一つとして位置付けている。

2. がん患者との死別が遺族のメンタルヘルスに与える影響

がんは 1981 年から日本における死亡原因の第 1 位を占めてきた。平成 30(2018) 年人口動態統計(確定数)の概況²¹⁾によれば、2018 年の死亡者数の第 1 位は悪性新生物(がん)で 37 万 3584 人であり、全死亡者数に占める割合は 27.4%であり、全死亡者のおよそ 3 人に 1 人ががんで死亡している。1 人の死は、その周囲の複数の人に影響を与えると考えると、がんによる死亡のもたらす悲嘆は、多くの人に影響を与えていることになる。

がん患者遺族のメンタルヘルスでは、一般人口集団に比べ QOL が低く、うつ病の有病率が高いことが知られている⁴⁸⁾。近年実施された国内の遺族調査においては、配偶者をがんで亡くした死別 7 年後までの遺族の 44% に精神障害がみられたことが報告されている⁵⁾。坂口ら³⁶⁾は、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者遺族の 43.8% に抑うつ状態が認められたと報告している。複雑性悲嘆の有病率については、Fujisawa et al.¹¹⁾による疫学調査では、一般人口(死別経験者)においては 2.4% であり、がんによる死別経験者においては 2.7% であるとされている。坂口ら³⁶⁾は、がん患者遺族の 2.3% に複雑性悲嘆が認められたとしている。複雑性悲嘆は、長期的な身体・精神健康の不良³⁰⁾³³⁾や、QOL の低下⁷³⁰⁾、自殺行動の増加⁷³⁰⁾などに関連することが報告されている。

3. 研究目的

本研究では、過去 10 年間ににおけるがん患者遺族を対象とした複雑性悲嘆に関する研究の予備的レビューを行い、複雑性悲嘆の有病率、関連する要因などについてのこれまでの研究成果を整理した。

II. 研究方法

1. 論文検索および文献選定の過程

対象研究論文の検索には、電子論文検索データベース(PubMed、PsycINFO)を使用した。対象とする論文は、2010 年～2019 年に出版された、英語論文で人間を対象とした論文とした。これらの論文の中で、タイトルおよび抄録内を、の語句を以下の検索式(“grief” OR “bereavement” OR “mourning”) AND (“family” OR “relative” OR “caregiver” OR “carer” OR “loved one” OR “spouse”) AND (“cancer patient” OR “oncology patient” OR “patient with cancer”)を用いて検索を行った。PsycINFO では、検索対象年を 2010 年 1 月 1 日～2019 年 11 月 30 日、言語を英語、対象群を人間、査読ありとして、抄録上の語句を検索式(“grief” OR “bereavement” OR “mourning”) AND (“family” OR “relative” OR “caregiver” OR “carer” OR “loved one” OR “spouse”) AND (“cancer patient” OR “oncology patient” OR “patient with cancer”)として検索を行った。なお、今回は予備的レビューとして、全文アクセス可能な論文を対象とした。

これらの論文のうち、以下の適格基準に合致する論文を選択した。

- ① 研究対象者を成人の遺族とする

- ② 故人の死因が「がん」である
- ③ 対象者の病理に複雑性悲嘆(遷延性悲嘆障害)を含んでいる
- ④ 集団を対象とした観察研究あるいは介入研究である

また、本研究では、個別の症例報告、会議録については、除外した。

2. 分析方法

本研究は、対象となる全研究を網羅した系統的レビューではない。このため、ここで取り上げた対象論文の統計から、研究動向の全体を明らかにすることはできないが、その概観を得るために、まず、対象論文の発表年、研究方法(デザイン、データ収集方法)、対象者について記述的に分析する。さらにこれらの研究の結果について、特に複雑性悲嘆の有病率と関連要因について、記述的に要因をまとめ分析する。

Ⅲ．結果

1. 検索結果

PubMed から 21 件、PsycINFO から 74 件、ハンドリサーチから 1 件合計 96 件の論文が該当した。この中で、重複する論文 9 件を除外した。87 件の論文のうち適格基準を満たした論文は 23 件であった。

除外した論文は、a) 研究対象者が大切な人を亡くした成人の遺族以外 34 件、b) 故人の死因が「がん」以外である 1 件、c) 対象者の病理に複雑性悲嘆(遷延性悲嘆障害)を含んでいない 18 件、d) 集団を対象とした観察研究あるいは介入研究ではない 11 件、合計 64 件であった(図 1.)。

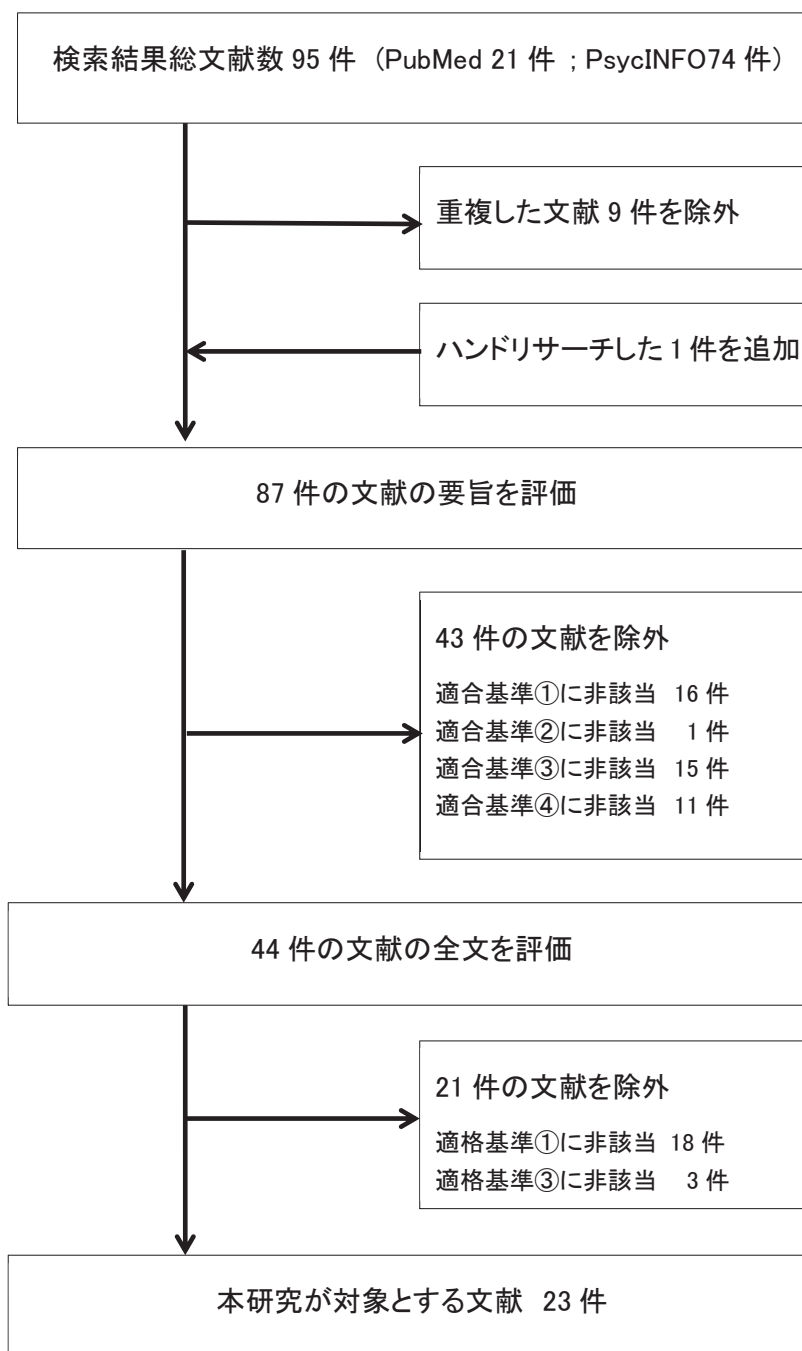


図1 文献検索、選定の流れ

2. がん患者遺族の複雑性悲嘆に関する研究の動向

(1) 発表年別の論文件数の推移

論文の発表年における経時的推移では、2010 年から 2014 年の 5 年間で 7 件 (30.4%)、2015 年から 2019 年の 5 年間で 16 件 (69.6%) と最近 5 年間で論文数が増加していた。(図 2) ただし、2017 年の 7 件のうち 5 件、2018 年の 4 件のうち 1 件は、日本のがん患者の緩和ケアの質を評価するための遺族調査「J-HOPE (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation) study3 (以下 J-HOPE 研究 3)」の結果についての論文であった。

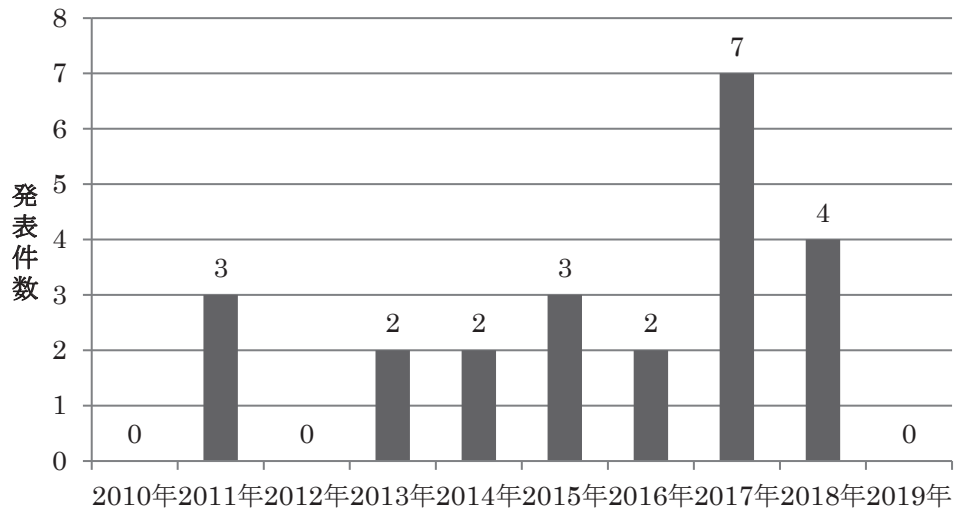


図2 発表年別論文件数

(2) 研究の対象者

23 件の論文において、研究対象者はがんで亡くなった患者の遺族である。うち 14 件については、患者の遺族の中でも主たる介護者をしてしていた。9 件は、介護者以外のがん患者の遺族全般を対象としていた。23 件中、1 件は家族だけでなく親密な友人を含んでいた。これらの論文の中には介入研究も含まれるため、対象者の属性は、複雑性悲嘆を持つ人の属性を反映しているとは言えないが、各研究における研究対象者の年齢の平均は、47.6 歳から 68.4 歳まで 20 歳以上の幅があった。研究対象者の人数については、45 人から 9123 人と、研究の規模も大きく異なっていた。

(3) 研究対象者のリクルート方法・データ収集場所 (研究対象施設)

データ収集場所 (研究対象施設) については、ホスピス・緩和ケア病棟が 9 件、一般病院、総合病院、大学病院などの医療機関が 3 件、ホスピス・緩和ケア病棟と一般医療機関の両方が含まれるものが 6 件、在宅ホスピスが 1 件、Web 上での募集が 1 件、他の大規模調査で登録された患者・家族の中からリクルートしているものが 1 件、過去に実施された調査のデータの二次分析が 2 件であった。

3. がん患者遺族における複雑性悲嘆の有病率と関連要因 (表 1)

(1) 複雑性悲嘆の有病率

複雑性悲嘆の有病率について、研究で使用されている主な尺度は、Inventory of Complicated Grief (ICG)³²⁾、the Prolonged Grief Disorder-13 tool (PG-13)³⁵⁾、The Brief Grief Questionnaire (BGQ)³⁷⁾であった。

複雑性悲嘆の有病率は、がんによる死別に限っても、その対象者の死別の質、リクルートの場所、時期などによって異なる可能性があるが、ここでは尺度と時期に焦点を当てて、その結果のみを示す。ICG を使用した研究では、Holtslander & McMillan¹⁶⁾ は、死別後 3 か月で 24%、Allen et al.¹⁾ は死別後 12 か月で 18.5%、Nanni et al.²⁸⁾ は死別後 6 か月で 18.3%、台湾の Chiu et al.⁸⁾ は、死別後 9.1 か月で女性が 11.4%、男性が 6.4% と報告している。日本の研究では Fujisawa et al.¹¹⁾ は 2.7%、坂口

ら³⁶⁾は23%と報告している。Ando et al.³⁾の報告は、日本における研究であるにもかかわらず、複雑性悲嘆の有病率が33%ともしっかりと高値であった。

PG-13を使用した研究では、Lichtenthal et al.²⁴⁾は死別後6.6か月で16%、Thomas et al.⁴¹⁾は死別後6か月で6.7%、13か月で11.3%と報告し、台湾のTsai et al.⁴³⁾は死別後6か月で7.37%、13か月で1.80%、18か月で2.49%、24か月で1.85%と報告していた。

BGQを使用した研究では、日本において、J-HOPE 研究3で行われたOtani et al.³⁰⁾の報告では11.9%、Aoyama et al.⁴⁾の報告では14%であり、同じBGQを使用しているFujisawa et al.¹¹⁾の報告の2.7%に比べ高い有病率を示していた。同じJ-HOPE 研究においても、坂口ら³⁶⁾はJ-HOPE 研究1において、複雑性悲嘆の評価に、Inventory of Traumatic Grief (ITG)³⁴⁾を用いているが、ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族で有病率は23%としている。同じくホスピス・緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族を対象としたJ-HOPE 研究3では複雑性悲嘆の有病率はOtani et al.³⁰⁾が11.9%、Aoyama et al.⁴⁾が14%と報告しており、坂口ら³⁶⁾とは、大きく異なっていた。

表 1 がん患者遺族の複雑性悲嘆に関する論文の概要

No.	研究者・発表年	論文名	対象者	年齢(平均)	方法	複雑性悲嘆 の評価尺度	死別からの 期間(平均)	複雑性悲嘆 の有病率	データ収集場 所	結果
1	Holtlander & McMillan (2011) アメリカ	Depressive Symptoms, Grief and Complicated Grief Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer Three Months Into Bereavement	進行がん患者の主たる介護者 (n=280)	66.1歳	縦断研究の横断的記述データの二次的解析	TRIG ^{※1} IOG	3か月	TRIG - IOG24%	ホスピス	患者の死後3か月の介護者は、34%が臨床的に有意な抑うつ症状を、24%が臨床的に有意な複雑性悲嘆を有していた。抑うつと悲嘆と複雑性悲嘆の関係は強く、抑うつを経験している遺族は悲嘆や複雑性悲嘆も経験していることが示された。
2	Lichtenthal et al. (2011) アメリカ	Underutilization of Mental Health Services Among Bereaved Caregivers With Prolonged Grief Disorder	進行がん患者の主たる介護者 (n=86)	記載なし	縦断研究 面接インタビュー質問紙	Modified version of the PG-13	死別0.1か 月前 死別0.6か 月後	6.6か月16%	がんに対する 介入された進 行がん患者の 遺族	19%が、SGID-1 ^{※2} の基準で少なくとも1つの診断基準に該当した。 16%が、患者の死後平均6か月において悲嘆性悲嘆障害の診断基準に該当した。死別前における介護者の悲嘆症状の減しは、死別後の悲嘆性悲嘆障害と有意な関係を示した。悲嘆性悲嘆障害の介護者遺族は、うつ病や全般的な不安障害の診断基準にも当てはまる傾向があった。悲嘆性悲嘆障害は自殺傾向を含む複数の悪いアウトカムと関連していた。悲嘆性悲嘆障害のある介護者遺族は、全般的健康関連の生活の質が他の介護者よりも有意に悪かった。
3	Chiu et al. (2011) 台湾	Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief	ホスピスを利用したがん患者 がん患者の介護者 (n=432)	女性49.7歳 男性47.6歳	後ろ向きカルテ調査 横断研究 電話インタビュー調査	IOG modified for use in Taiwanese setting	平均0.1か 月(6か月か ら 2.5年14.2か 月)	女性11.4% 男性6.4%	ホスピス病棟	BDI ^{※3} とPAGI ^{※4} は、IOG ^{※5} の検出点は、男性よりも女性の方が有意に高かった。悲嘆性悲嘆のある介護者遺族は、男性よりも女性よりも抑うつ、女性よりも抑うつ症状が強いほど、死別1年後の悲嘆、複雑性悲嘆、抑うつ、死別後遺族の生活の質が低下した。死別後、介護者の臨床的悲嘆は、遺族の悲嘆障害のリスクを増大させる要因であった。新着医、第1次、第2次の介護期間が長いこと、宗教的な信念、家族の支援、社会的支援は、悲嘆性悲嘆障害からの防御因子であった。女性であることは強い不安性不安のみに寄与しており、強い抑うつや悲嘆性悲嘆には寄与していなかった。
4	Allen et al. (2013) アメリカ	Bereavement among Hospice Caregivers of Cancer Patients One Year following Loss: Predictors of Grief, Complicated Grief and Symptoms of Depression	ホスピスを利用したがん患者 者の介護者 (n=188)	66.4歳	縦断研究 質問紙	TRIG IOG	ホスピスへ の入院から 24-72時間 12か月	TRIG -, IOG18.5%	ホスピス	50%以上の介護者遺族は、親族との死別1年後において、臨床的に有意な抑うつ症状を示していた。介護者の教育歴が短期間であるほど、ペーシングの抑うつ症状が強いほど、死別1年後の悲嘆、複雑性悲嘆、抑うつは強いものであった。患者の年齢が若いことは、死別後のより重度の悲嘆と複雑性悲嘆の悪いアウトカムの予測因子であった。
5	Guldin et al. (2013) デンマーク	Bereavement care in general practice: a cluster randomized clinical trial	亡くなったがん患者の遺族 (n=402)	対照群50.0歳 介入群51.6歳	介入研究 介入群 クラスター無作為化臨床試験	IOG-R Clinical grief assessment	6か月 13か月	介入群6か月 22% 13か月15%、 対照群6か月19%、 13か月18%	介入群6か月 一般病院、ホスピス	この一般診療室と複雑性悲嘆の症状のある遺族に対する、情報提供志向の介入の無作為化臨床試験では、死別6か月後から13か月後、対照群よりも介入群の方がより多くの遺族が改善していた。介入群の一般診療医は、支持的療法、精神科開業医に紹介することをより多く選択していたが、対照群の一般診療医は、向精神薬の処方より多く行っていた。
6	Nanni et al. (2014) イタリア	Pre-loss symptoms related to risk of complicated grief in caregivers of terminally ill cancer patients	終末期がん患者の介護者 (n=60)	60.36歳	縦断研究 面接・質問紙	IOG-PL (Pre-loss) IOG- SCI(Post-loss)	遺単位の余 命の診断時 死別後6か 月	IOG- SCI18.3%	ホスピス	配偶者である介護者は、他の家族介護者に比べてIOG-PL ^{※6} がより高かった。一人暮らしかどうかと年齢では差がみられなかった。18.3%の介護者は複雑性悲嘆の診断基準に該当していた。
7	Thomas et al. (2014) オーストラリア	Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study	進行がん患者の主たる介護者 (n=301)	記載なし	縦断研究 質問紙	PG-13	6か月 13か月	6か月6.7% 13か月11.3%	緩和ケア病棟	死別前の悲嘆性悲嘆障害の症状は、死別13か月後の高水準の悲嘆性悲嘆障害と関連する最も強い予測因子であった。遺族が死別後に高水準の悲嘆性悲嘆障害の症状を示すこと、悲嘆性悲嘆障害の診断を受け関与している最も効果的なスクリーニングは、患者が緩和ケアに入った時点で、PG-13Pre-Loss ver. ^{※7} を用いて、患者が緩和ケアスクリーニングを行うことである。遺族性の悲嘆性悲嘆障害を発症する遺族もいるため、一問忌以降にもスクリーニングまたは医療者が接触することが推奨される。
8	Ando et al. (2015) 日本	Difficulties in Caring for a Patient With Cancer at the End of Life at Home and Complicated Grief	在宅医療、訪問看護、24時間 間在宅医療提供業者を利 用したがん患者の遺族 (n=45)	63.6歳	横断研究 質問紙調査	IOG	6か月から 2.5年	33%	在宅医療、訪問看護提供業者	患者の痛みと病状、介護の負担、仕事と介護のバランスが、介護者の困難であった。在宅介護を好んでいた人にとって、在宅介護を望んでいなかった介護者のFDS ^{※8} が高く、介護者の在宅介護の捉え方も介護の負担に影響していると考えられる。認知症患者介護者の複雑性悲嘆の有病率は20%であり、がん患者遺族の複雑性悲嘆の有病率は30%超、がん患者遺族の方が高いことが示された。介護者の困難と複雑性悲嘆には有意な関係があった。患者の痛みと病状、介護者の在宅介護の捉え方、支援者がいないことは、悲嘆性複雑死別障害につながる介護者の困難に寄与する重要な要因である。

No.	研究者・発表年	論文名	対象者	年齢(平均)	方法	複雑性悲嘆 の評価尺度	死別からの 期間(平均)	複雑性悲嘆 の有病率	データ収集場 所	結果
9	Lai et al. (2015) イタリヤ	Attachment Style Dimensions Can Affect Prolonged Grief Risk in Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer	終末期がん患者の介護者 (n=60)	57.4歳	横断研究 面接 面談 質問紙	PG-12	記載なし	記載なし	緩和医療セン ター、ホスピス	PG-12 ³⁴ のスコアは、介護者の性別、不安、抑うつ、承認欲求型愛着ス タイル、とらわれ型愛着スタイルとの間に、有意な正の相関がみられた。 愛着スタイルにおけるとらわれ型の特徴は、遺伝性悲嘆障害のリスクの 予測因子である。配偶者介護者は、子介護者に対して、有意に高い遺 伝性悲嘆障害のリスクを示した。女性であること、とらわれ型愛着スタ イル、高水準の抑うつは、遺伝性悲嘆障害の有意に高いリスク要因であ る。
10	Francis et al. (2015) アメリカ	Grief and Risk of Depression in Context: The Emotional Outcomes of Bereaved Cancer Caregivers	治療不能の進行がん患者 の介護者 (n=199)	54.6歳	横断研究 インタビュー調査	TheBereave ment Experi ence Question naire	診断2か月 後 死別平均3 か月後 (2-5か月)	Grief severity 0.42%	一般病院	悲嘆の激しさは介護者によって予測されるが、死別後の抑うつ気分は 介護とは全く関係がなかった。悲嘆は抑うつ気分の主たる予測因子であ り、他のほとんどもとずすでの結果に介在していた。悲嘆における強い 分離の感覚と絶望感は抑うつ気分と強く相関していた。
11	Francis et al. (2016) アメリカ	Cancer Patient Age and Family Caregiver Bereavement Outcomes	肺がん、すい臓がん、肝臓 がん、膵臓がん、子宮がんが3と診断 された患者の介護者 (n=397)	患者年齢 40-59歳群: 49.55歳 患者年齢 60-79歳群: 58.70歳	横断研究 電話インタビュー調査	Bereavement Experi ence Question naire BEO-24	診断時 死別後2-5 か月	記載なし	三次医療機関 内のがん専門 病棟	患者年齢が40-59歳の介護者では、悲嘆が死別による抑うつのリスクを 増大させ、悲嘆がベースラインの介護と死別後の抑うつ気分との関係に介 在していた。患者年齢が60-79歳の介護者では、介護期間中の方が死 別後よりもより大きな苦痛がみられ、悲嘆には介護と死別後の抑うつ気 分の関係を抑制する効果が見られた。
12	Tsai et al. (2016) 台湾	Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the 2 years after the terminally ill cancer patients death	終末期がん患者の介護者 (n=493)	50.76歳	縦断研究 前向き研究 面接 インタビュー質問紙	PG-13	入院時 1か月 3か月 6か月 13か月 18か月 24か月	6か月7.37% 13か月1.80% 18か月2.49% 24か月1.85%	一般病院入院 病棟	台湾人の家族介護者における遺伝性悲嘆障害の有病率は、死別6か月 後から24か月後にかけて、7.73%から1.85%に減少した。有病率が他の縦 断研究に比べて低いのは、アジアと西欧の家族に対する価値観の違い や、感情表現の文化的違いが原因である可能性がある。死別後に遺伝 性悲嘆障害を経験する可能性は、死別前により高く抑うつに苦しんで いた、よりつらい死と受け止めていた、死に対する準備がより少なかった 介護者に有意に高かった。介護者遺族が、社会的支援をより多く受けて おり、患者の死の直前に主観的に高い介護負担を報告している場合 は、時間の経過とともに遺伝性悲嘆障害の可能性は有意に減少した。 年齢、客観的な介護負担、死別前の社会的支援は、遺伝性悲嘆障害の 可能性と関係していなかった。
13	McLean et al. (2017) イギリス	The intensity of caregiving is a more important predictor of adverse bereavement outcomes for adult-child than spousal caregivers of patients who die of cancer	がん死亡者の介護者(配偶 者・成人した子) (n=484 うち配偶者238)	成人の子: 50.7歳 配偶者: 68.4 歳	QUALYCARestudyにより国 立統計局に登録されている データの解析	TRIG	4か月~10 か月	記載なし	QUALYCARest udyにより国立 統計局に登録 されているデー タ	配偶者の方が成人した子よりも有意に悲嘆が強く、遺伝化した。女 性の方が男性より悲嘆が強く、公的な死別後の支援を頻繁に受ける傾 向があった。成人した子は患者の障害期間が短いほど悲嘆が強いが、 配偶者では違っていた。介護が大変であるほど、悲嘆が強くなる傾向が あり、特に成人した子の介護者の方が、介護の大変さと悲嘆の強度の 関係が強かった。患者が病院で死んだ場合は、自宅やホスピスでの死 に比べて遺族の悲嘆は強く、最も悲嘆の強度が低かったのは、患者が ナーシングホームからレジデンシャルホームで死亡した場合であり、特に 成人した子では、患者の死亡場所がナーシングホームからレジデンシャル ホームである場合に、配偶者に比べて有意に悲嘆の強度が低かった。 患者の最後の1週間の身体的心理的状況は、遺族の悲嘆の強度が低かった。 有意に高かった。
14	Hatano et al. (2017) 日本	The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status	がん死亡者の遺族(介護者) (n=8968)	在宅緩和ケ ア: 68歳 緩和ケア病 棟: 68歳 急性期病 院: 63歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	283日	記載なし	J-HOPEstudy ³ に参加した施設 介護者47よりも有意に高かった。	急性期病院で亡くなったがん患者の家族介護者のBGQ ³⁴ で測定した悲 嘆の症状は50、在宅ホスピス、緩和病棟で亡くなったがん患者の家族 介護者47よりも有意に高かった。

No.	研究者・発表年	論文名	対象者	年齢(平均)	方法	複雑性悲嘆 の評価尺度	死別からの 期間(平均)	複雑性悲嘆 の有病率	データ収集場 所	結果
15	Yamashita et al. (2017) 日本	Unfinished Business in Families of Terminally Ill With Cancer Patients	がん患者の遺された家族 (n=842)	61.48歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	記載なし	記載なし	J-HOPEstudy3 に参加した施設 の緩和医療病 棟	26%がやり残したことがある、39.2%がやり残したことはない、21.2%はどちらでもないと回答した。家族がやり残さなかった事は重要なことでは ない。やり残しがある家族において、死別後は患者の正直な気持ちも聞くこと(31.0%)であ った。やり残しがない家族では、患者の死で十分な時を過ごすこと(47.2%) であった。抑うつについては、やり残しがある家族は、PHQ-9 ²⁶⁾ が3、やり 残しがない家族は3.8、差違については、やり残しがある家族はB-GQ ²⁷⁾ が4.9、やり残しがない家族は4.2と、やり残しがある家族は、やり残し がない家族に比べて抑うつも悲嘆もスコアが高かった。
16	Otani et al. (2017) 日本	Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients	緩和病棟で亡くなったがん 患者の遺された家族 (n=544)	60.0歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	記載なし	11.90%	J-HOPEstudy3 に参加した施設 の緩和医療病 棟	90%以上が患者の臨終に立ち会うことを望んでおり、そのうち79%は実際 に立ち会っていた。抑うつのある割合は18.3%で、複雑性悲嘆の有病率は 11.9%だった。臨終の患者が事前に家族に別れの言葉を言うことができ たことだけが、抑うつと複雑性悲嘆と有意な関係があり、臨終に立ち会っ たか否かと抑うつ、複雑性悲嘆には有意な関係はなかった。患者の臨 終に立ち会ったことを望んでいた家族だけに限定しても、臨終に立ち会っ たか否かと抑うつ、複雑性悲嘆には有意な関係は見られなかった。存在 的交絡因子として、患者との関係性は抑うつと複雑性悲嘆に有意な関 係があり、ホスピス入院期間は複雑性悲嘆と有意な関係があった。
17	Yaamaguchi et al. (2017) 日本	Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care	がん患者の遺された家族 (n=9123)	不明	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	283.4日	終末期の話し合いなし 15.9% 開始時期が 患者の死の前 1か月以内 16.4% 1か月から3 か月前 12.8% 3か月以上前 12.8%	J-HOPEstudy3 に参加した施設	80.6%が、患者の病気の経過の中で終末期の話し合いをしていた。終末 期の話し合いは、多くのケースで患者の死の1か月以内に始められて いたが、23.9%は患者の死の前1か月以内で行われていた。終末期の話し 合いをした遺族の抑うつと複雑性悲嘆の有病率は、終末期の話し合い をしなかった遺族に比べて有意に低かった。終末期の話し合いがない、 終末期の話し合いが始められたタイミングが患者の死の前1か月以内、 1か月から3か月以前の間、3か月以上前の家族においては、それぞれ、抑 うつの有病率が、21.6%、20.6%、16.8%、15.5%、複雑性悲嘆の有病率は、 15.9%、16.4%、12.8%、12.8%であった。
18	Yamamoto et al. (2017) 日本	Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors	緩和ケア病棟でがんのため 亡くなった患者の遺族 (n=700)	61.9歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	244.7日	記載なし	J-HOPEstudy3 に参加した施設	患者の希望や価値観がわからずに家族が決定を行う時、患者も家族も 緩和ケア病棟よりも他の終末医療の場所を望んでいる時、彼らの希 望や価値観を医療者と共有していない時、施設や病院から退院を迫ら れている時に、家族は有意に大きな負担を経験していた。より大きな負 担を伴うのは、説明不足の中で、他者の意見がなく、感情的サポートが なく、1人で行った意思決定であった。意思決定の負担感が低い群では、 高い群に比べて抑うつも複雑性悲嘆も有意に低かった。
19	Kim et al. (2017) アメリカ	Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement	がん患者を介護していた家 族またはは親密な友人 (n=1634)	55.99歳	縦断研究 質問紙調査	ICG TRIG	T1: 診断か ら平均2.2年 T2: 診断か ら5年(死別 後平均3.7年) T3: 診断か ら8年(死別 後平均5.5年)	T2: 約1/4 T3: 約 1/5(ICG:25) T2: 2/3 T3: 1/2(TRIG:37)	The National Quality of Life Survey for Caregivers /ニ /ニ サポートされた 家族	死別3年後と5年後で、遺族性悲嘆障害の頻度別に有意な診断基準に 当てはまる介護者はおよそ1/4と1/5、中程度の抑うつと診断基準に当 てはまる介護者はおよそ3/4と2/3であった。死別前の家族のレベル が大きいほど、死別後の複雑性悲嘆、感情的反応、抑うつ症状のレベル が3年後、5年後ともに高くなることや予測された、個人的な特性や緩和 ケアの適応度以上に、特に患者の身体的機能を管理する緩和ケアの質 も、遺族の死別に対する適応に有意な役割を果たしていた。患者の死 に対する準備ができていた介護者は、死別後5年では、遺族性悲嘆症状や 測しい感情的反応のような死別特有の激しい症状をあまり示さなかつ た。

No.	研究者・発表年	論文名	対象者	年齢(平均)	方法	複发性悲嘆 の評価尺度	死別からの 期間(平均)	複发性悲嘆 の有病率	データ収集場 所	結果
										複发性悲嘆の有病率は14%、大うつ病の有病率は17%であった。BGQとPHQ-9の総合得点は中程度の相関があった。複发性悲嘆の疑いがある者の58%、大うつ病の疑いがある者の45%が、両方の症状を示しており、両方の病状がみられる群では、BGQとPHQ-9が有意に高くかった。複发性悲嘆と大うつ病の発症と有意に関連している共通する項目は、精神障害の既往症、身体の死後も遺は残るという信念、介護期間中の身体的・精神的健康状態の悪さ、故人が自分以外の他人の負担になっていると感じていたことと考えられていた。複发性悲嘆と大うつ病の両方の有病率を通じて有意に関連していたのは、故人は家族や友人と十分な時間を過ごしていたと考えられた。複发性悲嘆の疑い単独で有意な関係がある要因は、女性であること、故人が受けた虐待があったという感覚であった。大うつ病と十分な時間を過ごすことができていなかったという感覚であった。大うつ病の疑いと十分な時間を過ごすことができていなかったという感覚は、介護期間中の経済的負担、介護期間中に利用できる資源の不足、介護期間中に精神的苦痛を経験したことがある、あるいは認知力や記憶力に低下をきたしている共通の要因は、精神障害の既往症、身体の死後も遺は残るという信念、死に対する準備不足、身体的・精神的健康状態の悪さ、故人が自分以外の他人の負担になっていると感じていたことと考えられていた。5つであった。
20	Aoyama et al. (2018) 日本	Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders	がん患者の遺族 (n=9123)	61.6歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	283.4日	14%	J-HOPeStudy3 に参加した施設	血液がん患者遺族に対して"Interpaz" ¹¹⁸⁾ をベースとして、インターネットベースグループセラピーを開発した。第1フェーズ：自分に向き合う、喪失体験についてできる限り詳しく記述する64つの課題から構成される、恐怖や悲嘆のような感情を減らすことが狙いである。第2フェーズ：認知の再評価、現実的行動に制けになる対処戦略を開発せられ、患者が自らを責めることに集まる当て4-7つの記述課題を行う。参加者たちが彼ら自身のために新しい役割を明確にして、生活のコントロール感を取り戻すことが狙いである。第3フェーズ：社会部分から合意、最後の感取り課題では、彼ら自身あるいは故人に対してに手紙を書く。最後の手紙は、彼らがセラピーを通じて学んだことや彼らの喪失体験に対して対処するために実行したいことについてまとめる機会となる。この研究で、血液がんでの死別に対する治療の適用性と長期的および短期的な有効性が示された。
21	Hoffmann et al. (2018) ドイツ	Internet-based grief therapy for bereaved individuals after loss due to Haematological cancer: study protocol of a randomized controlled trial	遺伝性悪性腫瘍患者の診断基準に適合する血液がん患者遺族 (n=128)	記載なし	介入研究 無作為化比較試験	IOG Additional items German version relieved from A.Maercker PG-13	介入前 介入後 3か月後 6か月後 12か月後	記載なし	Web上で募集	Bereavement Challenges Scale(以下BCS)は、「他者とのつながりへの喪失」「変化への挑戦」「希望のある未来をイメージすることへの挑戦」「喪失を受け入れることへの挑戦」「罪悪感に苦しむことへの挑戦」の5つの因子で構成された。これらの挑戦に対して質問が示され、高いほど、生活の質は悪く、複发性悲嘆の症状強しく、精神障害の診断に適合しやすかった。
22	Trevino et al. (2018) アメリカ	Bereavement Challenges and Their Relationship to Physical and Psychological Adjustment to Loss	終末期がん患者の私的な介護者 (n=162)	52.7歳	縦断研究 面接インタビュー	PG-13	死別前 死別後6.64 か月	記載なし	Coping with Cancer(Cwc) studyに参加した施設がんセンター、緩和医療科棟	76%が死に対する準備を行っており、死について語りあっていたのは46%であった。死に対する準備の行動としては、患者と過ごす時間を増やす64%、患者を泣かさない人に合わせる59%、死後にしてほいたいことについて患者に尋ねる35%、患者との関係性を修復する30%であった。行動として関心している語った遺族は、行動も語りもしなかった遺族に比べて有意に相関づいて低かった。行動は、行動はなかった語りについて語り合った遺族は、最も即ちと複发性悲嘆に苦しんでいる傾向があった。行動しなかった遺族は、死について語り合ったかどうかにかかわらず、行動も語りもしない遺族に比べて有意に複发性悲嘆が低かった。死に対する準備の行動を行って高い水準で行くほどと複发性悲嘆は有意に低くなった
23	Mori et al. (2018) 日本	What I Did for My Loved One Is More Important than Whether We Talked About Death": A Nationwide Survey of Bereaved Family Members	緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 (n=878)	61.4歳	横断研究 全国規模の質問紙調査	BGQ	236日	記載なし	J-HOPeStudy3 に参加した施設 の緩和医療科棟	患者が遺族を泣かさない人に合わせる59%、死後にしてほいたいことについて関心している語った遺族は、行動も語りもしなかった遺族に比べて有意に相関づいて低かった。行動は、行動はなかった語りについて語り合った遺族は、最も即ちと複发性悲嘆に苦しんでいる傾向があった。行動しなかった遺族は、死について語り合ったかどうかにかかわらず、行動も語りもしない遺族に比べて有意に複发性悲嘆が低かった。死に対する準備の行動を行って高い水準で行くほどと複发性悲嘆は有意に低くなった

(2) 複雑性悲嘆の危険因子・予測因子

2010年から2014年の5年間に、複雑性悲嘆の危険因子、予測因子として研究されている要因は、遺族の死別前の悲嘆症状・抑うつ症状の他は、遺族の年齢・性別、患者の年齢、続柄など、人口統計学的変数が中心であり、2015年度から2019年度の研究における因子と異なっていることから、年度別に分析を行った。

① 2010年から2014年に発表された研究における複雑性悲嘆の危険因子、予測因子

Lichtenthal et al.²⁴⁾は、介護者の死別前における予期悲嘆としての悲嘆症状の激しさが死別後の遷延性悲嘆障害と有意な関係を示したとしており、また、Thomas et al.⁴¹⁾は、死別前の遷延性悲嘆症状の症状は、死別後13か月における高い水準の遷延性悲嘆障害の症状に関係する最も強い予測因子であったとしている。死別前の抑うつ症状に関する報告としては、Allen et al.¹⁾は、ベースラインの抑うつ症状が強いほど、死別後1年の悲嘆、複雑性悲嘆、抑うつは重度であったことを報告している。

性差については、Chiu et al.⁸⁾は、死別後平均9.1か月での複雑性悲嘆の有病率は、女性11.4%、男性6.4%と女性の方が高く、ICGの総得点も、女性の方が有意に高かったと報告している。一方で、女性であることよりも高齢であることの方が、より重度の遷延性悲嘆になる要因であるとしており、女性であることは遷延性悲嘆障害には寄与していないとも述べている。しかし、Lai et al.³²⁾の研究では、女性であることは遷延性悲嘆の有意に高いリスク要因であることとしており、また、Nanni et al.²⁸⁾の研究では、遺族の年齢により複雑性悲嘆のスコアに差はみられなかったとされている。日本における坂口らの調査³⁶⁾では、複雑性悲嘆症状は男性の方が高く、介護者が高齢であることは複雑性悲嘆症状を高くする要因であると報告されている。性差、年齢に関する要因は研究によって異なっていた。

患者側の要因としては、Allen et al.¹⁾は、故人の年齢がより若いことは、死別後の遺族のより重度の悲嘆と複雑性悲嘆重症度の予測因子であると報告している。

患者と遺族の続柄については、Chiu et al.⁸⁾は、配偶者関係であること、親子関係であることは、遷延性悲嘆障害が高い水準になる要因であるとしているが、Lai et al.²²⁾は、介護者が配偶者である場合は、介護者が息子や娘である場合に比べて、遷延性悲嘆障害である割合が有意に高くなっていたとしている。2010年代前半では、性別や年齢などの個人属性と悲嘆症状の関係に目が向けられていたが、次第に介護の負担などの環境要因が仲介因子となっている可能性について検討されるようになった。McLean et al.²⁵⁾は、介護者が成人した子である場合は、介護者が配偶者である場合に比べ、患者の罹患期間が短いほど介護者の悲嘆が強く、また介護の負担が大きいほど悲嘆が重度であった報告している。

② 2015 年から 2019 年に発表された研究における複雑性悲嘆の危険因子、予測因子

2015 年以降には遺族の愛着スタイル、介護の環境や負担、終末期および死亡の場所、遺族がやり残したこと、死別前の患者と家族のやりとり、医療者と患者・家族の終末期の話し合い、患者の死に対する準備などなど 2010 年—2014 年の研究では見られなかった要因について記載されるようになった。複雑性悲嘆と、これらの関連要因、患者・遺族の個人属性について多変量解析を行う研究が増加した。

a) 遺族の愛着スタイル

Lai et al.²²⁾ は、とらわれ型愛着スタイルは遷延性悲嘆障害の有意に高いリスク要因であると述べている。遺族の愛着スタイルが悲嘆のプロセスに及ぼす影響については、Worden⁴⁴⁾ は、不安定愛着スタイルは愛着対象を喪ったときの悲嘆のプロセスに影響する重要な要因であるとしており、Stroebe et al.³⁹⁾ は、不安定愛着スタイルが喪の課題への適応を困難にし、かつ複雑な喪の過程の展開に影響を及ぼすことがあると述べており、愛着スタイルはがん患者特有ではなく、遺族全般のリスク要因であるとしている。

b) 介護の強度、介護の負担感、介護の困難

がん患者遺族の複雑性悲嘆に対する介護の影響に関しては、複数の研究で取りあげられている。Ando et al.³⁾ は、患者の痛みと病状、介護者の在宅介護についての捉え方、仕事と介護のバランスが、介護の負担感、困難に影響しており、また、支援者がいないことについても介護者の困難につながる重要な要因であるとしている。これらの要因は、介護者の介護の困難感を介して複雑性悲嘆に影響していると報告している。また、McLean et al.²⁵⁾ は、介護が大変であるほど悲嘆が強くなる傾向があり、特に、成人した子が介護者である方が、配偶者が介護者である場合より、介護の負担感の大きさが悲嘆の重症度に関連していたとしている。一方で、Tsai et al.⁴³⁾ は、患者の死の前に、介護者が主観的に高い介護負担を報告している場合は、時間の経過とともに遷延性悲嘆障害は有意に減少したと報告している。

c) 終末期・死亡の場所、場所に関する意思決定

McLean et al.²⁵⁾ は、患者が病院で死んだ場合は、自宅やホスピスで死んだ場合に比べて遺族の悲嘆は強く、最も悲嘆の強度が低かったのは、患者がナーシングホームかレジデンシャルホームで死亡した場合であったと報告している。Hatano et al.¹³⁾ は、急性期病院で亡くなった患者の介護者の抑うつ症状と悲嘆症状は、在宅ホスピス、緩和病棟で亡くなった患者の介護者の抑うつ症状と悲嘆症状よりも、有意に高かったと報告している。

また、患者が終末期医療を受ける場所に関する意思決定をするにあたり、家族が有意に大きな負担を感じるのはどのようなときであるか、Yamamoto et al.⁴⁶⁾ によって報告されている。患者の希望や価値観がわからないとき、患者も家族も緩和ケア病棟よりも他の終末期医療の場所を望んでいるとき、患者と家族の希望や価値観について医療者と共有していないとき、

施設や病院から退院を迫られているときに、終末期医療を受ける場所に関する意思決定をすることに、家族は有意に大きな負担を感じていた⁴⁶⁾。意思決定の負担感が低い群では、負担感が高い群に比べて、抑うつも複雑性悲嘆も有意に低いことが示されている⁴⁶⁾。

d) 患者と家族の死別前のやりとり

Otani et al.³⁰⁾ は、臨終の患者が事前に家族に別れの言葉を言うことができたことだけが、抑うつと複雑性悲嘆と有意な関係があり、臨終に立ち会ったか否かは、抑うつと複雑性悲嘆と有意な関係はなかったと報告している。患者の臨終に立ち会うことを望んでいた家族だけに限定しても、臨終に立ち会ったか否かと、抑うつ、複雑性悲嘆には有意な関係は見られなかったとしている。

e) 医療者と患者・家族の終末期の話し合いと遺族がやり残したこと

Yamaguchi et al.⁴⁵⁾ は、複雑性悲嘆の有病率について、終末期の話し合いがなかった群では 15.9%、終末期の話し合いが始められた時期が患者の死の前 1 か月以内であった群では 16.4%、1 か月から 3 か月前であった群では 12.8%、3 か月以上前であった群では 12.9% であり、終末期の話し合いをした遺族の抑うつと複雑性悲嘆の有病率は、終末期の話し合いをしなかった遺族に比べて有意に低かったとしている。また、Yamashita et al.⁴⁷⁾ は、やり残しがある遺族がやり遂げたかったと最も切実に思うことは、患者の正直な気持ちを聞くことであり、やり残しがない家族がやり遂げたかった最も重要なことは、患者の傍らで十分な時間を過ごすことであったとし、やり残しがある家族は、やり残しがない家族に比べて抑うつも悲嘆もスコアが高かったと報告している。

f) 患者の死に対する準備、愛する人のために行ったことと死について語り合うこと

Kim et al.²⁰⁾ は、患者の死に対する準備をしていた介護者は、死別後 5 年では、遷延性悲嘆症状や激しい感情的反応のような死別特有の激しい症状をあまり示さなかったと報告している。Aoyama et al.⁴⁾ は、複雑性悲嘆と大うつ病の症状単独、あるいは両方で有意な相関を見せている共通の要因のひとつとして、死に対する準備不足を挙げている。Mori et al.²⁷⁾ は、死に対する準備の行動として家族が行っていることは、患者と過ごす時間を増やす、患者を会いたい人に合わせる、死後にしてほしいことについて患者に尋ねる、患者と感謝の思いやお別れの言葉などの気持ちを伝え合う、患者との関係性を修復するであったと報告している。死に対する準備を行った遺族は、死について語り合ったかどうかにかかわらず、準備を行わず死についての語り合いをしていなかった遺族に比べて有意に複雑性悲嘆が低かった。準備はしていないか死について語り合った遺族は最も抑うつと複雑性悲嘆に苦しんでいる傾向があり、また、死に対する準備の行動を高い水準で行うほど、抑うつと複雑性悲嘆は有意に低かったとしている。

(3) 介入研究

介入研究は2件であり、デンマークとドイツで行われたものであった。デンマークで行われた Guldin et al. による研究¹²⁾は、遺族の悲嘆についての専門医ではなく、一般診療医によるがん患者遺族に対する情報提供志向の介入の臨床試験であった。介入群の方がより多くの遺族が回復したと報告されている。この研究において興味深い点は、介入群の一般診療医は支持的療法や精神科開業医への紹介を行うことが多かったのに対して、対照群の一般診療医では、向精神薬の処方を行うことが多かったという点である。

ドイツで行われた Hoffmann et al. による研究¹⁴⁾は、血液がん患者遺族を対象として、“Interapy”²³⁾をベースとしてインターネットベースのグリーフセラピーを開発し、無作為化比較試験を行ったものであった。セラピーは、自分に向き合う(4つの課題)、認知的再評価(4つの課題)、社会的分かち合い(2つの課題)という、3つのフェーズ、12の課題で構成されており、血液がん遺族に対する治療の適用性と長期的、短期的な有効性が示されたとしている。

Ⅳ．考察

1. がん患者遺族を対象とした複雑性悲嘆の有病率、関連要因に関する研究の動向

(1) がん患者遺族の複雑性悲嘆の有病率

対象となった研究における複雑性悲嘆の有病率は研究により異なっている。対象とした研究論文では、死別後の時期を問わずに見れば、23%～33%である。

Chiu et al.⁸⁾ および Tsai et al.⁴³⁾ の台湾における研究や一部の日本の研究は、有病率が低い。Chiu らは、アジアと西欧の家族に関する価値観の違いや、感情表現の文化的違いが有病率の違いの原因となっている可能性を示唆している。一方、Ando et al.³⁾ の報告は、日本の研究であるにもかかわらず、複雑性悲嘆の有病率が33%と高い割合をしめしたが、これは、データ収集場所が在宅ホスピスであるのはこの研究のみであること、対象人数が45人と小規模であることの影響も考慮する必要があると考える。なお、Thomas et al.⁴¹⁾ の研究において、6か月よりも13か月で複雑性悲嘆の有病率が高くなっており、1年経過以降に発症する遅発性の複雑性悲嘆の存在が示唆されている。

(2) 研究論文数

今回対象とした論文の中では、論文数は一見増加しているが、J-HOPE 研究3を除くと横ばい状態であり、また、米国で行われた研究が多かった。日本においては、全国規模でのがん患者遺族に対する質問紙調査として、2006年からJ-HOPE 研究1が、2010年からJ-HOPE 研究2が、2014年からJ-HOPE 研究3が実施されているが、J-HOPE 研究3はこれらの研究の中では、非常に大規

模な遺族の実態調査・研究である。

(3) 研究内容の変化

2010年から2014年に発表された7件では、介入研究1件を除き、残り6件は、がん患者遺族の複雑性悲嘆や抑うつのある有病率、危険因子、予測因子（遺族の性別、死別前の悲嘆症状など）に関する観察研究であった。2015年から2019年の5年間では、その前の5年間では研究対象として取り上げられていなかった2014年までの研究成果に関しては一定のコンセンサスが得られ、新たな対象に関心が移っていったのではないかと推察された。2015年から2019年に発表された16件では、介入研究1件を除いた15件が観察研究であったが、研究の対象とされている複雑性悲嘆の危険因子、予測因子が多様であり、高度な統計的解析が行われていることが特徴であった。がん患者遺族の複雑性悲嘆（あるいは遷延性悲嘆障害）と関連する要因として研究対象となっていたのは、遺族の愛着スタイル、介護の負担、終末期および患者の死亡の場所、遺族がやり残したこと、死別前の患者と家族のやりとり、医療者と患者・家族の終末期の話し合い、患者の死に対する準備などであった。複雑性悲嘆についての研究が2010年代前半には、まずその存在、その症状をとらえ、人口統計学的な因子や、併存疾患との関連が調べられていたが、後半になると死別の事前事後の発症リスク要因を、介護の環境や負担、患者が死に至るまでの介護の要員、患者、医療者のかかわりなど、心理社会的にとらえる方向に推移していることが推測できる。

2. がん患者遺族における複雑性悲嘆の関連要因

(1) 予期悲嘆と性差

がん患者の介護者において、死別前の遷延性悲嘆症状が死別後の悲嘆に影響していた。一般的に、がんによる死別は予期された死別であり、患者の家族は心の準備ができることにより、通常の悲嘆が進行しやすいと考えられてきた。しかし、死別前に予期悲嘆そのものが複雑化、遷延化した場合、または死別前の抑うつ症状が強い場合、がんによる死別の後に、悲嘆症状が複雑化、遷延化することが示されている。

性差については、女性において複雑性悲嘆の有病率が高いことがChiu et al.⁸⁾、Lai et al.²⁹⁾の研究結果により示されているが、これについては、がん患者遺族に固有の問題ではなく、がん以外の原因による死別の遺族に関する研究でも同様の報告がされている。

(2) 遺族の愛着スタイル

愛着スタイルのタイプ名は研究者により異なるが、岡田²⁹⁾によれば、愛着スタイルには、安定型、不安型、回避型、恐れ・回避型があり、不安型はとらわれ型とも言われ、承認欲求が非常に強いとしている。Bartholomew & Horowitz⁶⁾は、愛着スタイルを、安定型、拒絶型、とらわれ型、恐

れ型とする2次元・4分類モデルを提唱しており、とらわれ型は、親密な関係に過剰にのめり込む、自分の幸福感を持つ上で他の人の受容に依存しているとしている。悲嘆のプロセスが正常に進むには、故人に執着するのではなく、故人との新しい関係を築くことが必要であることから、とらわれ型の愛着スタイルにより悲嘆のプロセスが阻害され、悲嘆が複雑化、遷延化するのではないかと考えられる。

(3) 介護の強度、介護の負担感、介護の困難

がん患者の介護における介護の強度や介護者の負担感が、死別後の悲嘆のプロセスに及ぼす影響について検討することは、がん患者遺族の複雑性悲嘆をがんの文脈で捉えることにつながる。McLean et al.²⁵⁾ は、介護の強度が強いほど悲嘆が強くなる傾向があるとし、Tsai et al.⁴³⁾ は、患者の死の前に、介護者が主観的に高い介護負担を報告している場合は、時間の経過とともに遷延性悲嘆障害は有意に減少したとしていることについて、文脈で捉える必要があることを述べている。介護者は、患者が自分にとって大切な存在であるからこそ、できる限りの介護を行うのであり、当然介護の強度は強くなり、大切な存在である患者との死別により強い悲嘆に襲われることになる。しかし、介護者にとって主観的に高い介護負担を報告する、言い換えれば、充分介護をやり尽くすことができたと思うことができれば、悲嘆のプロセスが正常に進みやすい、結果として時間の経過とともに遷延性悲嘆障害が減少していくと考えることができる。

(4) 患者と家族の死別前のやりとり

Otani et al.³⁰⁾ の報告により、多くの家族が患者の臨終時に立ち会いの希望をしているが、立ち会いたい希望の家族が立ち会えなかったからといって、心理的に大きく影響しない可能性が示唆された。

(5) 医療者と患者・家族の終末期の話し合い、遺族がやり残したこと

複雑性悲嘆の有病率は、終末期の話し合いがなかった場合に高くなることが報告されており、やり残しがある家族は、やり残しがない家族に比べて抑うつも悲嘆もスコアが高かったと報告している (Yamashita et al.⁴⁷⁾)。終末期の話し合いが患者の死の前に近いほど、患者や家族がやりたいたことをすでにできなくなっている可能性が高くなると考えられる。それは、遺族にやり残したことが生じやすくなることを意味しており、遺族の抑うつ、悲嘆が強くなる一因となり得る。複雑性悲嘆と大うつ病の両方の有病率の低さと有意に関連していたのは、故人は家族や友人と十分な時間を過ごしたという考えであると、Aoyama et al.⁴⁾ は報告している。このことから、遺族の複雑性悲嘆を予防する観点からも、患者、家族と医療者が終末期の話し合いを始めるタイミングは、患者の死が差し迫るより前で、患者や遺族がやりたいことができる時間が十分にある時期、患者が家族や友人と十分な時間を過ごしたと感じられる時間が残っている時期であることが望ましい

と考えられる。

(6) 患者の死に対する準備、愛する人のために行ったことと死について語り合うこと

がん患者遺族に限らず、患者の死に対する準備不足は遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、の危険因子であることが、これまでに様々な研究で言われてきている¹⁷⁾。日本における研究では、死に対する準備の行動として家族が行っていることは、患者と過ごす時間を増やす、患者を会いたい人に合わせる、死後にしてほしいことについて患者に尋ねる、患者との関係性を修復するであったと報告されているが、これらのことを行うためには、ある程度の期間が必要であり、そのためにも、終末期の話し合いが早い時期から始められることが望ましいと考えられる。また、死に対する準備の行動を高い水準で行うほど、抑うつと複雑性悲嘆は有意に低かった²⁰⁾ことから、患者の死に対する準備の行動を行うことにより、遺族にやり残しが少なくなり、抑うつと複雑性悲嘆が低くなる⁴⁷⁾という側面もあるのではないかと考えられる。日本では、「病気や死を意識せずに過ごせる」ことが望ましい死の1要素でもあり²⁶⁾、そのような文化の中で、患者・家族間で必ずしも死についての話をしなくても、死を暗黙の了解として、あるいは患者に意識させないように遺族が十分に行動することが重要であることが示唆される。

3. 研究の限界

本研究の手法として、キーワードの検索後に、全文アクセス可能な論文に限ったため、系統的レビューに比べて検証できることが少なかった。例えば最も基本となる有病率についても、明確にその範囲を示すことができなかった。文献の収集に際しては、文献データベース（PubMed および PsycINFO）に依拠した面があり、対象期間に公表されたすべての論文を網羅できていないかも知れないが、当該検索エンジンは医療・心理領域の論文を広く取り上げており、この領域の研究の動向は十分に追えていると言えよう。

V. 結論

本研究では、がん患者遺族を対象とした複雑性悲嘆に関する研究の最近の動向、がん患者遺族の複雑性悲嘆の有病率、関連要因などの特徴について、最近10年間の先行研究の予備的レビューを行った。複雑性悲嘆の概念はまだ新しく、がん患者遺族の複雑性悲嘆の研究の数はまだ少ない。がん患者遺族は、特定の要因による死別の中では、多数を占めるものの一つであるが、有病率についても、それぞれの研究で23% - 33%とかなり異なる。特に日本の研究では有病率の幅は大きく、その要因も明らかにされていない。発症リスク要因については人口統計学的、あるいは精神医学的、心理学的要因が研究で取り上げられている。性別では女性が高いという研究が多いが、

年齢については統一的な結果はなかった。心理的要因としては介護、死別前の予期悲嘆のありよう、愛着スタイルなどが関連要因であった。がん患者遺族に特化した介入研究はまだ少ないことが確認された。

臨床心理学的にはがん患者遺族の複雑性悲嘆に対する介入方法を確立することには大きな意義があると考えられるが、その前提として必要である、複雑性悲嘆に関する疫学的研究や発症関連要因の研究の蓄積が不足していることが本研究から示唆された。今後は、がん患者遺族の複雑性悲嘆の特徴や特有の危険因子についての実証的な研究が必要であり、これらをふまえた悲嘆のケアが進むことが求められている。

引用論文

- 1) Allen,J.Y., Haley,W.E., Small,B.J., et al. : Bereavement among Hospice Caregivers of Cancer Patients One Year following Loss : Predictors of Grief, Complicated Grief, and Symptoms of Depression. *J. Palliative Medicine*, Vol.16(7) ; 745-751, 2013.
- 2) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publication. 2013.
- 3) Ando,M., Ninosaka,Y., Okamura,K., et. al. : Difficulties in Caring for a Patient With Cancer at the End of Life at Home and Complicated Grief .*Am. J.of Hospice & Palliative Medicine*,Vol.32(2) ; 173-177, 2015.
- 4) Aoyama,M., Sakaguchi,Y., Morita,T., et al. : Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psycho-Oncology*, 27 ; 915-921, 2018.
- 5) Asai, M., Akizuki, N., Fujimori, M., et. al. : Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22 ; 995-1001, 2013.
- 6) Bartholomew,K., & Horowitz,L.M. : Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *J. of Personality and Social Psychology*, 61; 226-244, 1911.
- 7) Boelen, P.A., Prigerson, H.G., : The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur.Arch. Psychiatry Clin Neurosci.*, 257(8) ; 444-52, 2007.
- 8) Chiu,Y.,Yin,S., Hsieh, H., et al. : Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief. *Psycho-Oncology*,20 ; 1061-1068, 2011.
- 9) Francis,L.E., Kypriotakis,G.,O' Toole,E.E., et al. : Grief and Risk of Depression in Context: The Emotional Outcomes of Bereaved Cancer Caregivers. *OMEGA-J. of Death and Dying*,Vol.70(4) ; 351-379, 2015.

- 10) Francis,L.E., Kypriotakis,G.,O' Toole,E.E.,et al. : Cancer Patient Age and Family Caregiver Bereavement Outcomes. Support Care Cancer 24(9) ; 3987-3996, 2016.
- 11) Fujisawa,D., Miyashita,M., Nakajima,S., et al. : Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J. of Affective Disorders ,127 ; 352-358 ,2010.
- 12) Guldin,M.,Vedsted,P.,Jensen,A.B., et. al. : Bereavement care in general practice: a cluster randomized clinical trial. Family Practice,30 ; 134-141, 2013.
- 13) Hatano,Y., Aoyama,M., Morita,T., et al. : The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status.Psycho-Oncology,26 ; 1959-1964,2017.
- 14) Hoffmann,R., Grobe,J., Nagi,M., Niederwieser,D., et al. : Internet-based grief therapy for bereaved individuals after loss due to Haematological cancer: study protocol of a randomized controlled trial : BMC Psychiatry.(2018) /doi.org/10.1186/s12888-018-1633-y ; 2018.
- 15) Holmes,T.H., Rahe,R.H. : The Social Readjustment Rating Scale. J.of Psychosomatic Research,11(2) ; 213-218, 1967.
- 16) Holtslander,L.F., McMillan,S.C., : Depressive Symptoms, Grief, and Complicated Grief Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer Three Months Into Bereavement. Oncology Nursing Forum,Vol.38(1) ; 60-65, 2011.
- 17) Hauksdottir,A., Steineck,G., Furst,C.J., et al.: Long-term harm of low preparedness for a wife' s death from cancer a population-based study of widowers 4-5 years after the loss. Am. J. of Epidemiology, 172(4); 389-396, 2010.
- 18) Jacobs,S., Mazure, C., Prigerson, H.: Diagnostic criteria for traumatic grief. Death Stud,24(3); 185-199, 2000.
- 19) 加藤和生 :Bartholomewらの4分類成人愛着尺度(RQ)の日本語版の作成.認知・体験過程研究, 7,41-50, 1999.
- 20) Kim,Y., Caver,C.S., Spiegel,D., et al. : Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. Psycho-Oncology,26 ; 184-192, 2017.
- 21) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課(2018). 平成30 (2018年) 人口動態統計(確定数)の概況
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/dl/10_h6.pdf
 (参照2020-01-06)
- 22) Lai,C., Luciani,M., Galli,F., et al. : Attachment Style Dimensions Can Affect Prolonged Grief Risk in Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer. Am. J.of Hospice & Palliative Medicine,Vol.32(8) ; 855-860, 2015.

- 23) Lange,A., Schrieken,B., van de Ven,J., et al : “Interapy” : The Effects of a Short Protocolled Treatment of Posttraumatic Stress and Pathological Grief Through The Internet. Behavioural and Cognitive Psychotherapy,Vol.28(2) ; 175-192, 2000.
- 24) Lichtenthal,W.G., Nilsson,M., Kissane,D.W., et al : Underutilization of Mental Health Services Among Bereaved Caregivers With Prolonged Grief Disorder. Psychiatric Services,Vol.62(10) ; 1225-1229, 2011.
- 25) McLean,S., Gomes,B., Higginson,I.J. : The intensity of caregiving is a more important predictor of adverse bereavement outcomes for adult-child than spousal caregivers of patients who die of cancer. Psycho-Oncology,23 ; 316-322, 2017.
- 26) Miyashita, M., Morita,T.,Sato,K.,et al. :Good death inventory : a measure for evaluating good death from the bereaved family member’ s perspective. J.of Pain and Symptom Management,35; 486-498, 2008.
- 27) Mori,M., Yoshida,S., Shiozaki,M., et al : “What I Did for My Loved One Is More Important than Whether We Talked About Death”: A Nationwide Survey of Bereaved Family Members. J. of Palliative Medicine, Vol.21(3) ; 335-341, 2018.
- 28) Nanni,M,G., Biancosino,B., Grassi,L. : Pre-loss symptoms related to risk of complicated grief in caregivers of terminally ill cancer patients. J.of Affective Disorders,160 ; 87-91, 2014.
- 29) 岡田尊司 : 愛着障害 子ども時代を引きずる人々.光文社, 東京, 2011.
- 30) Otani,H.,Yoshida,S., Mori,T., et al : Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. J. of Pain and Symptom Management,Vol.54(3) ; 273-279, 2017.
- 30) Ott, C.H.: The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. Death Studies, 27; 249-272, 2003.
- 31) Prigerson,H.G., Frank,E., Kasl,S.V., et al: Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. Am. J. of psychiatry,152(1); 22-30, 1995.
- 32) Prigerson, H.G., et al: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res.,59(1-2); 65-79, 1995.
- 33) Prigerson, H.G., et al: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am.J. of Psychiatry,154; 616-23, 1997.
- 34) Prigerson, H.G., Jacobs,S.C.: Traumatic grief as a distinct disorder;A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., et al (eds).

Handbook of Bereavement Research Consequences, Coping, and Care. American Psychological Association, Washington; 613–646, 2001.

- 35) Prigerson,H.G., et al: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS medicine, 6:e1000121, 2009.
- 36) 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, ほか：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. Palliative Care Research,8(2)；203-210, 2013.
- 37) Shear,K.M., et al.; Screening for complicated grief among project Liberty Service Recipients 18 month after September11, 2001. Psychiatric Services,57; 1291-1297, 2006.
- 38) Shear,M.K.,et al: Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depress. Anxiety,28; 103-117, 2011.
- 39) Stroebe, M.S., Schut, H., Stroebe,W. :Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. Clinical Psychology Review,26;133-139, 2006.
- 40) Stroebe,M.S., Hansson,R.O., Schut, H.,et al: Bereavement research: Contemporary perspectives. In Stroebe, M.S., Hansson,R.O., Schut,H.,et al.(eds.)；Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. American Psychological Association, Washington, DC, US, 3–25, 2008.
- 41) 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.of Pain and Symptom Management,Vol47(3)；531-541, 2014.
- 42) Trevino,K.M., Litz,B., Pada,A., et al.：Bereavement Challenges and Their Relationship to Physical and Psychological Adjustment to Loss. J. Palliative Medicine,Vol.21(4)；479-488, 2018.
- 43) Tsai,W., Prigerson,H.G., Li,C., et al.：Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the 2yeas after the terminally ill cancer patients death. Palliative Medicine,Vol.30(5)；495-503, 2016.
- 44) Worden, J.M.: Grief Counseling and Grief Therapy：A Handbook for the Mental health Practitioner. 4th ed.; New York, Springer Publishing Company, LLC., 2008
- 45) Yamaguchi.T., Maeda,I., Hatano,Y., et al.：Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care J of Pain and Symptom Management,VOL.54(1)；17-26, 2017.
- 46) 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 Factors. J.of Pain and Symptom Management ,Vol.53(5)；862-870, 2017.

- 47) Yamashita,R., Arao,H., Takao,A., et al. : Unfinished Business in Families of Terminally Ill With Cancer Patients. J of Pain and Symptom Management,Vol.54(6) : 861-869, 2017.
- 48) Zisook,S., Shear,K. : Grief and bereavement : What psychiatrists need to know. World Psychiatry, 8(2) : 67-74, 2009.

A preliminary review of the prevalence of complicated grief and
related factors among bereaved families of cancer patients

Doctoral Program in Human Studies, Musashino University

Tomoko Ohoka

Faculty of Human Sciences, Musashino University

Takako Konishi

Objectives: This study's objective was to review studies on complicated grief among bereaved families of cancer patients conducted in the past 10 years. This preliminary review aims to reveal the current international trend in regards to studies about complicated grief among bereaved families of cancer patients.

Methods: The keywords such as “grief” , “bereavement” , “family” , “caregiver” , “cancer patient” were searched in electronic databases : PubMed and PsycINFO. 87 studies were identified and were evaluated against the inclusion criteria. From the 23 selected studies, a preliminary review regarding the prevalence and correlated factors was conducted.

Results: According to the past 10 years of studies, the prevalence of complicated grief among bereaved families of cancer patients was reported to be 23%-33%, and showed prolonged decrease in physical and mental health, decrease in QOL, and increase in suicidal behavior. In regards to the correlated factors, few studies have shown a higher prevalence among women. Medical treatment and caregiving during the terminal phase, the involvement of patient and health care provider are unique factors only seen in treatment for cancer, which influence the onset of complicated grief.

Conclusions: The findings suggest that future studies need to examine the unique factors of complicated grief among bereaved families of cancer patients and to further implement interventional studies specialized towards bereaved families of cancer patients.

Key words : complicated grief, prolonged grief disorder, cancer patient, bereaved, intervention study