

平成 22 年度

【長期研究 2】

## 遺族における心身の健康状態の評価と介入に関する研究

### (要旨)

昨年度に引き続き、阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族に対して、①悲嘆を測定する尺度の妥当性・信頼性の検討と、②心身の健康状態を中心に遺族の臨床的特徴を把握し、より効果的な遺族ケアを考えていくために必要な基礎データを得ること、の 2 点を目的とする調査を行った。

本報告では、前回調査からおよそ 1 年後に実施した継続調査 (2 年目) に協力した 47 名の結果を報告した。今年度も昨年度に引き続き、特に被害の大きかった協力者が多かった。昨年度と同様におよそ半数に心理的影響を認め、心理的影響の強い者ではより QOL が低下している傾向が示された。

弔いかたと心身への影響について検討するため、葬儀や納骨、遺品の取り扱いについて回答してもらったところ、葬儀を行えなかった者や納骨や遺品の整理にかかる時間の違いが示され、今も 4 人に 1 人が遺品の整理をしていないことがわかった。葬儀や納骨、遺品の取り扱いによる心理的影響の違いに関して統計的有意差は認めないものの、遺品の整理をしていない者や遺品の整理に 3 回忌までかかる者は特に心理的影響を強く認めた。

昨年度調査 (1 年目) と今年度調査 (2 年目) の比較では、10 数年経過した段階でも心理的影響の軽減が期待できる可能性が示唆された。一方で、うつなど改善しにくい症状の存在も示された。

今後は、尺度の検討とともにどのような要因が回復を促進し、あるいは阻害を引き起こすか等について明らかにしていくことが望まれる。災害発生から 16 年が経過してもなお、遺族のおよそ半数において心身の影響が認められ、長期的視点を持った遺族ケアの重要性が示された。

研究体制：宮井宏之、大岡由佳、内海千種、大和田攝子、加藤寛

## I. はじめに

突然の外傷的出来事により家族を喪った遺族には、通常の範囲を超えた悲嘆が認められることがある。欧米では、Prigersonらが「複雑性悲嘆」や「遷延性悲嘆障害」といった概念を提案し、評価法や治療法の研究が行われるとともに診断基準化に向けた取り組みがなされている。しかし、本邦ではいまだ十分な実証研究がなされていない。

これまで我々は、Prigersonが開発した悲嘆尺度の翻訳を行い、研究や臨床に試用してきた。さらに日本語版の妥当性・信頼性の検討を行ってきた。そうした中、我々の研究からも、突然の事故や事件などによる死別では、複雑性悲嘆やPTSD、うつ、QOLの低下などが高い割合で認められることがわかった。死別後の心身の影響を適切に評価することは、より適切な支援を提供することにつながると思う。

本研究では、犯罪や事故、自然災害、病死などにより死別を経験した遺族を対象に、心身の健康状態の評価を行い、臨床的特徴に応じた効果的な介入について検討を行う。さらに縦断的な調査により、回復や遷延に寄与する要因を探索し、効果的な評価法や適切な介入のあり方を検討することを目的とする。

今回我々は、阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族を対象に、①悲嘆を測定する尺度の妥当性・信頼性の検討と、②心身の健康状態を中心に遺族の臨床的特徴を把握し、より効果的な遺族ケアを考えていくために必要な基礎データを得ること、を目的に継続調査を実施した。本報告では、前回調査からおおよそ1年後に実施した継続調査（2年目）で得られた結果を主に報告する。

## Ⅱ. 阪神・淡路大震災により死別を経験した遺族の継続調査

### 1. 目的

今回我々は、阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族に対して、①悲嘆を測定する尺度の妥当性・信頼性の検討と、②心身の健康状態を中心に遺族の臨床的特徴を把握し、より効果的な遺族ケアを考えていくために必要な基礎データを得ること、の2点を目的として、前回調査からおおよそ1年後に継続調査を実施する。阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族を対象として縦断的な調査により、心身の健康状態の評価を行い臨床的特徴に応じた効果的な介入のあり方を検討する。

### 2. 対象と方法

#### 1) 対象者

昨年度の研究では、阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族106名の協力を得た。これらの中、昨年度調査にて継続調査に協力できないと答えた者を除いた83名を対象とした。

#### 2) 方法

2010年10月～2011年1月において、前記83名を対象に調査票を郵送した。

その際、書面で調査の目的や方法、重要性、倫理面への配慮等を説明し、調査への協力を依頼した。また調査への参加は任意であり、拒否しても何ら不利益は受けないこと、参加に同意した後いつでも同意を撤回できること、参加者のプライバシーが外部に漏れることはないことを説明した。同意が得られた場合には、同意書への署名とともに、調査票の返送を依頼した。謝礼として図書カード1000円分を進呈した。

その結果83名のうち、49名の協力を得た。このうち有効回答をした47名（有効回答率56.6%）を分析対象とした。

#### （倫理面への配慮と危機管理体制）

学術的な情報として報告書を作成して公表する際、主に数値化され統計処理された結果を報告し、個人が同定されるような記述は行わない等個人情報の扱いを慎重に行った。また、調査協力により近親者の死という辛い出来事を想起し、精神的に不安定となる可能性がある。そのため必要な場合には適宜、相談機関や医療機関に紹介できる体制を整え、当センター相談室での対応など心理的負担を可能な限り軽減できるようにした。なお本研究は外部委員からなる兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会の承認を得て実施された。

### 3) 使用した心理測定尺度

継続調査であり、経年変化を検討するために昨年度と同様の心理尺度を使用している。複雑性悲嘆反応尺度である ICG や ITG のほか、PTSD 症状を評価する IES-R (Impact of Event Scale- Revised: 改訂版・出来事インパクト尺度)、うつ症状を測定する BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition: ベック抑うつ質問票・第 2 版) を使用した。生活の質に関しては、昨年度使用した SF-8 ではなく、SF-36 (Short-Form 36-Item Health Survey) を用いて評価した。各質問票の内容および評価基準は以下のとおりである。

#### ①ICG :

未亡人を対象とした調査をもとに、大うつ病や不安障害とは区別されるべき 7 種類の症状で構成される複雑性悲嘆の概念を主張した Prigerson らは、それを測定する尺度として 19 項目からなる ICG を開発した。 $\alpha$  値 0.94、再テスト信頼性 0.80、と信頼性の高い尺度である。さらに、うつや悲嘆などを測る他の尺度との検討の結果、25 点が複雑性悲嘆を示す最適なカットオフ値であるとした。加藤らにより日本語版が翻訳されているが標準化はなされていない。

#### ②ITG :

これは、Prigerson と Jacobs の強調する外傷性悲嘆の 2 大症状である「分離の苦痛による症状」と死別のもつ「外傷的な苦悩から生じる症状」の他に、回避や幻覚などの関連症状を含んだ自記式尺度である。30 項目に対して、5 段階 (1~5 点) でカウントすることで評価される。さらに、自由記載を含む複雑性悲嘆の診断基準に関する質問を加えた 34 項目からなる。加藤らにより日本語版が翻訳されているが標準化はなされていない。

#### ③IES-R :

IES-R (Weiss&Marmar,1997) は、PTSDの3つの症状群、再体験症状 (intrusion)、回避症状 (avoidance)、覚醒亢進症状 (hyperarousal) の22項目からなる自記式尺度である。具体的には、過去1週間における各項目の症状の強さを5段階 (0~4点) で評価する形をとっている。得点が高いほどPTSD症状が強いことを示す。それだけで診断を下すことは不可能であるが、PTSD症状のハイリスク者をスクリーニングする目的では24/25 のカットポイントが推奨されている。

#### ④BDI-II :

Beck (1996) らにより臨床的な観察と患者の訴えに基づいて作成された自記式質問票である。これは、臨床場面におけるうつ病の重症度を判定、もしくは一般集団におけるうつ病のスクリーニングのために開発された。具体的には、21 項目で構成され、あてはまる文章を 4 つの選択肢から選択する。選択肢は 0~3 点に配点されており、合計得点で評価す

る。カットオフ値は 13/14 である。DSM-IV によって大うつ病と診断される患者の重症度を判別する際の基準が設定されている (0-13 点: 極軽症, 14-19 点: 軽症, 20-28 点: 中等症, 29-63 点: 重症)。小嶋らが日本語版での標準化を行った。

#### ⑤SF-36 :

SF-36 は、8 つの健康概念を測定するための質問項目からなり、全般的な社会的機能、生活状況、健康状況を数量化する指標として有用である。日本語版の妥当性も検証されており、他の QOL 尺度とは違って、国民標準値が設定されている。この国民標準値は、標準値 50 点、標準偏差が 10 点となるよう変換されているため、8 つの下位尺度が同じ平均値と同じ標準偏差をもつようになる。このため、尺度間の比較を容易に行うことができる。なお、8 つの健康概念とは、①身体機能(Physical functioning; PF)、②日常役割機能(身体)(Role physical; RP)、③身体の痛み(Bodily pain; BP)、④全体的健康感(General health perceptions; GH)、⑤活力(Vitality; VT)、⑥社会生活機能(Social functioning; SF)、⑦日常役割機能(精神)(Role emotional; RE)、⑧心の健康(Mental health; MH)である。今回は、改訂版である SF-36v2 を使用した。

### 3. 結果

各項目に欠損値がある場合は除いて集計を行ったため、項目ごとの総数は異なる。心理尺度において、欠損値に全体の平均値を代入する処理を行った。その際、欠損値が 3 つ以上 (ITG と SF36 においては 4 つ以上) のデータは除外した。統計解析には、SPSS 17.0 を使用した。

#### 1) 基本属性と被災状況 (表 1)

対象者の性別は、男性 20 名、女性 27 名の計 47 名であった。また年齢は  $63.7 \pm 13.9$  歳 (29~87 歳) であった。年代別に分けると、20 歳代 1 名、30 歳代 2 名、40 歳代 5 名、50 歳代 7 名、60 歳代 15 名、70 歳代 13 名、80 歳代 4 名であった。被災地域に居住していた者は、40 名 (87.0%) であった。住居の被害は、「全壊、全焼した」25 名、「半壊、半焼した」5 名、「一部損壊のみ」10 名、「被害なし」5 名であった。被災時に命の危険を感じた者は、35 名 (74.5%) であった。被災時に悲惨な光景をみた者は、45 名 (97.8%) であった。被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた者は、42 名 (91.3%) であった。被災時にどうにもならないという無力感を感じた者は、39 名 (83.0%) であった。被災時に茫然としたりショックのあまりまったく何も感じなくなることがあった者は、31 名 (67.4%) であった。医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした者は、8 名 (17.0%) であった。なお、本調査対象者の死別状況は、PTSD および複雑性悲嘆の診断基準を満たさうものであった。

表1. 基本属性と被災状況

		名	%
性別	男性	20	42.6
	女性	27	57.4
年代別	20-29	1	2.1
	30-39	2	4.3
	40-49	5	10.6
	50-59	7	14.9
	60-69	15	31.9
	70-79	13	27.7
	80-89	4	8.5
被災地域に居住していた	いいえ	6	13.0
	はい	40	87.0
住居の被害	全壊、全焼した	25	55.6
	半壊、半焼した	5	11.1
	一部損壊のみ	10	22.2
	被害なし	5	11.1
被災時に命の危険を感じた	いいえ	12	25.5
	はい	35	74.5
被災時に悲惨な光景をみた	いいえ	1	2.2
	はい	45	97.8
被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた	いいえ	4	8.7
	はい	42	91.3
被災時にどうにもならないという無力感を感じた	いいえ	8	17.0
	はい	39	83.0
被災時に茫然としたりショックのあまりまったく何も感じなくなることがあった	いいえ	15	32.6
	はい	31	67.4
医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした	いいえ	39	83.0
	はい	8	17.0

(% : 有効パーセント)

## 2) 死亡者と死別直後の状況 (表 2)

死亡者は、「親」15名、「配偶者」7名、「きょうだい」3名、「子」11名、「その他親族」1名、「2名以上」7名であった。また年齢は52.2±28.5歳(4~95歳)であった。

亡くなられた直後強い不安を感じた者は、29名(76.3%)であった。亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた者は、24名(64.9%)であった。亡くなられた直後どうにもならない無力感を感じた者は、36名(90.0%)であった。亡くなられた直後茫然としたりショックのあまりまったく何も感じなくなることがあった者は、29名(65.9%)であった。また震災当日に死別を経験したのが33名(78.6%)で、死別までの期間で付き添うがあったと答えた者は16名(35.6%)であった。

表2. 死亡者と死別直後の状況について

		名	%
死亡者	親	15	34.1
	配偶者（内縁含む）	7	15.9
	きょうだい	3	6.8
	子	11	25
	その他親族	1	2.3
	複数名	7	15.9
亡くなられた直後強い不安を感じた	いいえ	9	23.7
	はい	29	76.3
亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた	いいえ	13	35.1
	はい	24	64.9
亡くなられた直後どうにもならない無力感を感じた	いいえ	4	10
	はい	36	90
亡くなられた直後茫然としたりショックのあまりまったく何も感じなくなることがあった	いいえ	15	34.1
	はい	29	65.9
亡くなったのは震災当日か	いいえ	9	21.4
	はい	33	78.6
付き添う期間があったか	いいえ	29	64.4
	はい	16	35.6

(%：有効パーセント)

### 3) 心理的影響と生活の質（表3、4）

ICG 得点は  $20.1 \pm 15.0$  (0~57) で、21名 (44.7%) がカットオフ値の 25 以上であった。ITG 得点は  $60.8 \pm 23.9$  (30~127) で、Prigerson らの提案する判定で「複雑性悲嘆」とされたのは、2名 (4.3%) であった。IES-R 得点は  $20.1 \pm 17.8$  (0~68) で、21名 (46.7%) がカットオフ値の 25 以上であった。BDI-II 得点は  $15.0 \pm 12.2$  (0~46) で、「極軽症 0-13」20名 (44.4%)、「軽症 14-19」7名 (15.6%)、「中等症 20-28」11名 (24.4%)、「重症 29-63」7名 (15.6%) であった。つまり、軽症～重症と判断される者は 25名 (55.6%) であった。

また SF36 の結果は、身体機能は  $46.0 \pm 13.0$ 、日常役割機能(身体) は  $41.8 \pm 13.3$ 、身体の痛みは  $44.7 \pm 11.7$ 、全体的健康感は  $45.8 \pm 10.8$ 、活力は  $46.1 \pm 10.4$ 、社会生活機能は  $43.9 \pm 12.5$ 、日常役割機能(精神) は  $44.8 \pm 13.8$ 、心の健康は  $44.6 \pm 10.0$  で、平均は概ね 50 点を下回っていた。さらに、これらの尺度について男女で差があるかどうかみたところ (Mann-Whitney 検定)、いずれの尺度においても有意差を認めなかった。

表3. 心理的影響と生活の質

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
ICG得点	0	57	20.1	15.0
ITG得点	30	127	60.8	23.9
IESR侵入	0	27	8.4	6.9
IESR回避	0	26	6.5	7.0
IESR過覚醒	0	18	5.2	5.3
IESR合計点	0	68	20.1	17.8
BDI得点	0	46	15.0	12.2
身体機能	-11.8	58.7	46.0	13.0
日常役割機能 (身体)	1.7	56.2	41.8	13.3
体の痛み	22.5	61.4	44.7	11.7
全体的健康感	23.5	67.8	45.8	10.8
活力	25.6	68.7	46.1	10.4
社会生活機能	11.1	57.1	43.9	12.5
日常役割機能 (精神)	5.6	56.6	44.8	13.8
心の健康	25.2	62.4	44.6	10.0
ICGハイリスク (25以上)	21	44.7	%	
複雑性悲嘆あり (ITG)	2	4.3	%	
IESRハイリスク (25以上)	21	46.7	%	
BDI得点 (0~13) 極軽症	20	44.4	%	
BDI得点 (14~19) 軽症	7	15.6	%	
BDI得点 (20~28) 中等症	11	24.4	%	
BDI得点 (29~63) 重症	7	15.6	%	

(% : 有効パーセント)

また、心理的影響 (ICG、ITG、IES-R、BDI-II) の相関を調べた (Spearman の順位相関係数)。その結果、心理的影響においてはいずれも強い相関を認め、中でも ICG 得点と ITG 得点との相関が一番強かった。(ICG 得点と ITG 得点;  $r = .89$ 、ICG 得点と IES-R 得点;  $r = .88$ 、ICG 得点と BDI 得点;  $r = .77$ 、ITG 得点と IES-R 得点;  $r = .88$ 、ITG 得点と BDI 得点;  $r = .78$ 、IES-R 得点と BDI 得点;  $r = .82$ )

表4. 心理尺度の相関

	ICG得点	ITG得点	IESR得点	BDI得点
ICG得点	—	0.89 ***	0.88 ***	0.77 ***
ITG得点		—	0.88 ***	0.78 ***
IESR得点			—	0.82 ***
BDI得点				—

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$



#### 4) 心理的影響と QOL (表 5、6、7)

SF-36 の 8 つの下位尺度の偏差値を、心理的影響 (ICG、IES-R、BDI-II) のカットオフによって 2 群に分けて、Mann-Whitney 検定を用いて比較した。その結果、ほとんどの下位尺度において、各心理尺度のカットオフ以下はおおむね国民標準値にあり QOL の低下を認めなかったが、カットオフ以上は有意に QOL が低下している傾向にあった。つまり、心理的影響の強い者は、QOL の低下が強く生じていることが示唆された。

表5. ICG得点とQOL

下位尺度項目	ICG24以下	ICG25以上	<i>p</i>
身体機能	51.6	44.6	0.06
日常役割機能 (身体)	47.7	35.8	0.04
体の痛み	49.0	35.8	0.01
全体的健康感	48.9	39.7	0.02
活力	56.4	37.9	0.00
社会生活機能	53.8	30.8	0.00
日常役割機能 (精神)	56.6	43.8	0.04
心の健康	50.4	38.5	0.00

Mann-Whitney検定 (中央値)

表6. IES-R得点とQOL

下位尺度項目	IES-R24以下	IES-R25以上	<i>p</i>
身体機能	51.6	44.6	0.00
日常役割機能 (身体)	46.0	34.1	0.02
体の痛み	49.0	36.2	0.01
全体的健康感	48.9	39.7	0.01
活力	56.4	41.0	0.00
社会生活機能	50.5	34.1	0.00
日常役割機能 (精神)	56.6	39.6	0.01
心の健康	51.8	38.5	0.00

Mann-Whitney検定 (中央値)

表7. BDI得点とQOL

下位尺度項目	BDI13以下	BDI14以上	<i>p</i>
身体機能	51.6	44.6	0.06
日常役割機能 (身体)	49.4	39.2	0.03
体の痛み	49.0	40.2	0.04
全体的健康感	50.2	39.7	0.00
活力	56.4	41.0	0.00
社会生活機能	50.5	43.9	0.02
日常役割機能 (精神)	56.6	43.8	0.01
心の健康	54.4	38.5	0.00

Mann-Whitney検定 (中央値)

5) 葬儀、納骨、遺品について (表 8、9、10、11)

弔いかたと心身への影響について検討するため、葬儀や納骨、遺品の取り扱いについて回答してもらった。結果、葬儀を行えなかった者や納骨や遺品の整理に時間がかかる者が多いことが示され、いまだ 11 名 (23.4%) が遺品を整理していないことがわかった。納骨や遺品の整理が 3 回忌までかかる者もみられた。

表8. 葬儀、納骨、遺品について

		名	%
葬儀	参列しなかった	1	2.2
	参列した	37	82.2
	葬儀はしていない	7	15.6
納骨	納骨はしていない	2	4.5
	6か月以内	12	27.3
	6か月～1年以内	22	50.0
	1年～2年 (3回忌)	7	15.9
	2年以上たってから納骨	1	2.3
遺品	整理はしていない	11	26.2
	6か月以内	14	33.3
	6か月～1年以内	7	16.7
	1年～2年 (3回忌)	7	16.7
	2年以上たってから整理	3	7.1

(% : 有効パーセント)

さらに、これらの結果ごとに心理的影響 (ICG、ITG、IES-R、BDI-II) について検討したところ (Kruskal Wallis 検定)、ICG、ITG、IES-R、BDI-II いずれの尺度においても有意差を認めなかった。つまり、葬儀や納骨、遺品の取り扱いによる心理的影響の違いは示されなかった。ただ遺品の整理についてみると、ICG と ITG において遺品を整理していない者が特に症状が強い傾向は示された。また IES-R と BDI-II において遺品の整理をしていない者に加えて、遺品の整理が 3 回忌までかかる者の症状が強い傾向が示された。

表9. 葬儀に関することと心理的影響 (ICG得点とITG得点、IESR得点、BDI得点)

	葬儀の参列	平均値	標準偏差	最小値	最大値	$\chi^2$	p
ICG得点	参列しなかった	3.00	.	3	3	2.43	0.30
	参列した	19.78	15.57	1	57		
	葬儀はしていない	23.71	16.08	0	45		
	合計	20.05	15.57	0	57		
ITG得点	参列しなかった	36.00	.	36	36	1.49	0.47
	参列した	60.81	23.50	30	107		
	葬儀はしていない	66.71	32.08	30	127		
	合計	61.23	24.88	30	127		
IESR得点	参列しなかった	2.00	.	2	2	0.87	0.65
	参列した	18.23	17.45	0	64		
	葬儀はしていない	25.86	22.98	0	68		
	合計	19.21	18.48	0	68		
BDI得点	参列しなかった	.00	.	0	0	2.69	0.26
	参列した	14.50	11.90	0	39		
	葬儀はしていない	19.57	15.96	0	46		
	合計	15.05	12.74	0	46		

表10. 納骨に関することと心理的影響 (ICG得点とITG得点、IESR得点、BDI得点)

	納骨について	平均値	標準偏差	最小値	最大値	$\chi^2$	p
ICG得点	納骨はしていない	6.00	.	6	6	2.93	0.57
	6か月以内	19.00	14.74	3	45		
	6か月～1年以内	20.45	16.05	0	57		
	1年～2年 (3回忌)	17.33	12.75	7	42		
	2年以上たってから納骨	52.00	.	52	52		
	合計	20.05	15.57	0	57		
ITG得点	納骨はしていない	30.00	.	30	30	3.13	0.54
	6か月以内	63.40	30.93	33	127		
	6か月～1年以内	61.45	22.53	30	107		
	1年～2年 (3回忌)	55.00	19.34	31	87		
	2年以上たってから納骨	103.00	.	103	103		
	合計	61.23	24.88	30	127		
IESR得点	納骨はしていない	.00	.	0	0	1.58	0.81
	6か月以内	23.90	22.40	1	68		
	6か月～1年以内	18.45	17.98	0	64		
	1年～2年 (3回忌)	14.67	14.36	0	40		
	2年以上たってから納骨	34.00	.	34	34		
	合計	19.21	18.48	0	68		
BDI得点	納骨はしていない	.00	.	0	0	3.81	0.43
	6か月以内	15.60	14.42	0	46		
	6か月～1年以内	15.24	11.70	0	39		
	1年～2年 (3回忌)	11.60	12.12	0	26		
	2年以上たってから納骨	38.00	.	38	38		
	合計	15.05	12.74	0	46		

表11. 遺品に関することと心理的影響（ICG得点とITG得点、IESR得点、BDI得点）

	遺品について	平均値	標準偏差	最小値	最大値	$\chi^2$	$p$
ICG得点	整理はしていない	31.50	18.06	0	57	6.74	0.15
	6か月以内	15.64	14.15	1	45		
	6か月～1年以内	14.14	8.34	3	27		
	1年～2年（3回忌）	18.50	14.28	5	45		
	2年以上たってから整理	19.33	17.90	9	40		
	合計	20.05	15.57	0	57		
ITG得点	整理はしていない	72.00	27.14	30	107	3.61	0.46
	6か月以内	57.57	23.57	30	100		
	6か月～1年以内	56.71	16.43	37	83		
	1年～2年（3回忌）	62.50	33.04	33	127		
	2年以上たってから整理	50.33	26.08	31	80		
	合計	61.23	24.88	30	127		
IESR得点	整理はしていない	26.20	20.63	0	64	3.85	0.43
	6か月以内	15.00	16.86	0	42		
	6か月～1年以内	13.67	10.07	1	26		
	1年～2年（3回忌）	26.00	23.89	1	68		
	2年以上たってから整理	11.67	18.50	0	33		
	合計	19.21	18.48	0	68		
BDI得点	整理はしていない	19.70	15.05	0	39	4.70	0.32
	6か月以内	10.00	11.58	0	30		
	6か月～1年以内	13.83	9.72	0	26		
	1年～2年（3回忌）	21.67	12.72	10	46		
	2年以上たってから整理	10.67	10.07	0	20		
	合計	15.05	12.74	0	46		

以下に、故人の弔いに関する自由記載欄から一部抜粋する。（ただしプライバシー等の配慮から若干変更している）

#### 質問

「故人の弔い（遺影、遺骨、お参りなど）について、行っていること、行えないなどがあればお書きください」

- ・墓参りは、盆・正月・彼岸・話したい時・会いたい時。  
遺影については、亡くなった当初悲しすぎて、飾ることが出来ず家にはない。故人の実家にある。
- ・二人の子どものテーブルに写真があり、朝晩の食事を毎日置いている。  
故人が使っていたものは、別に大切にしまっているものと、後に生まれた家族がつけているものがある。
- ・お参り（墓・仏壇）。
- ・命日の1月17日とお盆の時等の墓参り。

- ・慰霊と復興のモニュメント銘板で、慰霊ができた。
- ・墓参りを週1回ずっと続けている。納骨ができないで仏壇に納めたままとなっている。
- ・生きた証にと植樹したソメイ吉野を囲んで4月には多くの方とお花見をして語り合っている。
- ・仏壇も遺影もない。故人の想いは自分の胸の中にさえしっかり抱いておればよい。
- ・リビングに写真を置いている。
- ・供養はいつも行っている。
- ・命日、誕生日、母の日、お彼岸、盆、年末にお墓参りとお墓のそうじに行っている。
- ・お墓参りは月2回必ず行っている。いつもそばにいたいと思っている。朝晩、お経をあげる。その都度名前を呼んでいる。
- ・遺影は部屋に多数、遺骨は納骨分の一部を仏壇においている。納骨後は頻繁にお墓参りをしてきたが、最近はほとんど行く気になれずお墓には近づいていない。
- ・いまだに子どものビデオが見られない。
- ・東遊園地内のモニュメントへ、月1回必ず行くようにしている。
- ・月命日の墓参りを欠かさず。
- ・毎月、お坊さんに月参りで供養に来て頂いている。
- ・故人とは折にふれ心の内で問答しております。
- ・葬儀が残念ながら出来なかった。故人宅がつぶれ整理と再建に日々追われていた。
- ・毎日仏壇にお参りしている。
- ・納骨についてはどうしても決心がつかず、今も家に一緒にいる状態です。

#### 6) 経年変化について (ICG、ITG、IES-R、BDI-II) (表12)

昨年度調査(1年目)と今年度調査(2年目)において心理的影響に変化があるか検討したところ(ウィルコクソン符号付き検定)、ICGとIES-R得点の減少が有意にみられた。ITGとBDI-II得点では有意差は認められなかった。

表12. 心理的影響の経年変化

	21年度調査		22年度調査		z	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
ICG得点	24.93	15.38	20.06	14.98	-2.97	0.00
ITG得点	64.24	25.65	60.83	23.85	-1.41	0.16
IESR合計点	27.91	20.98	20.09	17.83	-3.4	0.00
BDI得点	15.00	12.19	15.04	12.20	-0.72	0.47

#### 4. 考察

本調査では、対象者のうち 46.7%が PTSD のハイリスク、44.7%が複雑性悲嘆のハイリスク、55.6%が軽症～重症うつ、という結果が得られた。昨年度調査に引き続き高い割合であった。また、これらのハイリスク群とそうでない群との QOL の比較からも、およそ半数に心身への影響があることが示された。今年度協力者もおおよそ 9 割が自身も被災し 5 割が全壊、全焼を経験していること、8 割が震災当日に死別を経験したこと、多くが当時強い不安や恐怖感、無力感などを感じたことなど、昨年度と同様に特に被害の大きい者が多かった。自記式尺度の限界や自助グループを通じて調査協力者を得たことのバイアスが影響している可能性はあるものの、いまだ多くの遺族に様々な影響が認められることが示された。

本調査では心理的影響に加えて生活の質をみるために QOL を測る尺度を用いて検討した。その結果、「身体機能」「日常役割機能（身体）」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能（精神）」「心の健康」といったすべての下位尺度得点において QOL が低下している傾向にあった。また、各心理尺度の相関から、悲嘆反応と PTSD 症状、うつ症状の重複の可能性が示唆された。また ICG 得点と ITG 得点との相関が一番強かったが、これはともに悲嘆を測る尺度であることが関係していると思われた。さらに、これらの尺度について男女で差があるかどうかみたところ(Mann-Whitney 検定)、いずれの尺度においても有意差を認めなかった。

弔いかたと心身への影響について検討するため、葬儀や納骨、遺品の取り扱いについて回答してもらったところ、葬儀を行えなかった者や納骨や遺品の整理にかかる時間の違いが示され、今も 4 人に 1 人が遺品の整理をしていないことがわかった。しかし、これらの違いによる心理的影響に有意差はなく、葬儀や納骨、遺品の取り扱いによる心理的影響の違いは示されなかった。統計的有意差は認めないものの、遺品の整理をしていない者や遺品の整理に 3 回忌までかかる者は特に心理的影響を強く認めた。

また故人の弔いに関する自由記載欄から、強い悲嘆とそれらを反映した具体的な弔い方についての状況を知ることが出来た。いずれも数値化されたデータからは分からない貴重な内容であった。故人の弔いかたと悲嘆のプロセスの進み方の関連などは、ケアのあり方を検討する上で注目すべき点であるという印象を受けた。今後はこのような視点についての研究が期待される。

また、昨年度調査（1 年目）と今年度調査（2 年目）において心理的影響に変化があるか検討したところ（ウィルコクソン符号付き検定）、ICG と IES-R 得点の減少が有意にみられた。10 数年経過した段階でも心理的影響の軽減が期待できる可能性が示唆された。一方で、

うつなど改善しにくい症状の存在も示された。どのような症状が改善しやすいのか、あるいは改善しにくいのかなども支援を考える上で必要であろう。有園らは、遺族の経年的な心理状態の変化について行った研究で、時間の経過により悲しみは変わらないが死の受容が次第に可能になり、気持ちの動揺は沈静化の方向へと変化したとの報告している。今後は、どのような要因が回復を促進し、あるいは阻害を引き起こすか等について明らかにしていくことが望まれる。災害発生から 16 年が経過してもなお、遺族のおよそ半数において心身の影響が認められ、長期的視点を持った遺族ケアの重要性が示された。今後も、これら長期的視点からの評価及び支援を行う必要がある。

また ICG 得点と ITG 得点の相関は.89 と強いにもかかわらず、ICG 得点によるハイリスクは 44.7%、ITG で「複雑性悲嘆」は 4.3% と大きな違いを認めた。これは、後者において Prigerson らの提案する判定が非常に重篤な悲嘆をスクリーニングことによるものと考えられる。今後も、さまざまな出来事により死別を体験した遺族を対象にした調査を継続し、比較検討していくことが必要である。現在、尺度の妥当性を詳しく検討するための面接調査を予定している。さらに文化差等に注目しつつ内容的な妥当性について専門家による検討なども合わせて行うことが求められる。悲嘆尺度の妥当性と信頼性を検証することにより、遺族の呈する心身の健康状態を適切に把握することができるようになり、より効果的な遺族ケアが行われることが期待される。さらにどういったケアが可能かもあわせて検討していく必要があるだろう。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM - IV-TR). 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) DSM - IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き、新訂版 医学書院. 2003 .
- 2) 有園博子、加藤寛、煙崎久子 : 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理状態の変化. 心的トラウマ研究、2 ; 31-39, 2006.
- 3) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al. : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four studies on different traumatic events. J. Nerv. Ment. Dis. 190 ; 175-182, 2002.
- 4) Weiss, D. S. Marmar, C. R. : The Impact of Event Scale-Revised. (ed)Wilson., J. P., Keane T. M. Assessing psychological trauma and PTSD(Second Edition). The Guilford Press, New York, 168-189, 2004.
- 5) 大和田攝子、宮井宏之、内海千種、加藤 寛 : がんによる死別が遺族に与える心理的影響の評価. 心的トラウマ研究、6 ; 1-10, 2010.
- 6) 小嶋 雅代、古川壽亮訳 : BDI-II-ベック抑うつ質問票 手引き. 日本文化科学社. 2003.
- 7) Sanders, C. M. : Risk factors in bereavement outcome. Journal of Social Issues, 44 ; 97-111, 1988.
- 8) 中井久夫、加藤寛、藤井千太 : 犯罪、事故などにより、家族、肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究. (財) 兵庫県ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所、2004.
- 9) 福原俊一、鈴嶋よしみ : SF-36v2 日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構. 2004.
- 10) Prigerson, H. G., Jacobs, S. C., : Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. Stroebe, M. S., Hansson, R. O., et al. : Handbook of bereavement research-consequences. Coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association ; 613-645, 2001.



- 11) Prigerson, H. G. , Maciejewski, P. K. , Reynolds, C. F. 3rd. , et al. : The Inventory of Complicated Grief: a scale to measure certain maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*, 59 ; 65-79, 1995.
- 12) Prigerson, H. G. , Shear, K. , Jacobs, S. C. , et al. : Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174 ; 67-73 , 1999.
- 13) 宮井宏之、内海千種、加藤寛：遺族における心理的影響に関する研究 ―生活の質(QOL)と援助要請(help-seeking)に注目して―. *心的トラウマ研究*, 4 ; 27-36, 2008.
- 14) 宮井宏之、内海千種、大和田攝子、加藤 寛：阪神・淡路大震災 15 年後における遺族の精神健康について. *心的トラウマ研究*, 6 ; 53-62, 2010.

