

平成 21 年度

【短期研究 2】

複雑性悲嘆尺度による遺族の心理アセスメントに関する研究

(要旨)

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と信頼性の検討と、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計画した。その結果 106 名の協力者のうち、およそ半数に心理的影響を認めた。さらに悲嘆反応と PTSD 症状、うつ症状には互いに相関を認めた。また、生活の質 (QOL) に注目したところ、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。災害発生から 15 年の年月が経過してもなお、遺族の半数において心理的影響を認め、QOL が低下していることが示唆された。これら結果からも、遺族ケアは長期的視点を持った関与が重要であると考えられる。

研究体制：宮井宏之、内海千種、大和田攝子、加藤寛

I. はじめに

災害や事故、犯罪などによる被害者に対して、早期からの直接的あるいは間接的支援の必要性は広く認知されている。被害者を対象とした疫学調査や介入研究も活発に行われ、ケアのあり方を考える上で重要な役割を担っている。一方、災害や事故、犯罪などで家族を喪った遺族に関しては支援の試みが徐々に行われているが、いまだ試行錯誤の段階である。その背景には、遺族の呈する心理的影響の内容や大きさに関して十分に科学的な検討がなされていない点、遺族自身がケアを受けることを躊躇しやすい点、関係機関の支援体制整備が不十分な点など様々な問題が指摘されている。

1995年1月17日に発生した阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）は、甚大な被害を及ぼした未曾有の大災害である。その年はボランティア元年と呼ばれ、以後こころのケアへの関心が高まる契機となった。あれから15年が経過し、復興とともに人々の記憶からは過去の出来事となりつつある。しかし、遺族の中にはいまだ心身の不調に苦しんでいる者がいると考えられる。そうした中、遺族の健康面に現時点でどのような影響が残っているのか、どのような困難を抱えているのか、などを把握することはケアのあり方を考える上で非常に重要である。

II. 正常悲嘆と複雑化した悲嘆

親しい人と死別するという体験は、おそらく誰もが経験する出来事である。そして、死別後にさまざまな心理的影響がみられても、専門家による心理的なケアを必要とせず通常悲嘆のプロセスを経て回復することも少なくない。悲嘆のプロセスには、Kubler-Rossの5段階（否認と隔離、怒り、取引、抑うつ、受容）やBowlbyの4段階（無感覚、喪失した人物に対する思慕と探究、混乱と絶望、再建）などさまざまなモデルが知られている。Freudは、悲嘆から立ち直るためには悲哀の仕事（mourning work）が必要であると「悲哀とメランコリー」の中で述べている。

死別後の心理的反応について、何をもって病的とみなすのか、精神疾患として解釈されるのか、どのような臨床的関与が必要とされるのか、など議論がなされてきた。悲嘆は死別に対する正常な反応であり、アメリカ精神医学会のDSM-IV-TR（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision）においても「死別反応」は精神障害としては分類されず、「臨床的関与の対象となることのある他の状態」に分類される。しかし、悲嘆が複雑化した場合や心身への影響が大きい場合は、他者からの支援が必要となることがある。特に死別の状況が突然の事故や事件などの外傷的な出来

事である場合は、PTSD やうつ病といった精神疾患を呈することがあり、また通常の範囲を超えた悲嘆が認められることもありうる。このような複雑化した悲嘆については、これまで病的悲嘆や外傷性悲嘆、複雑性悲嘆といったさまざまな概念が提唱されて議論されてきた。特に Prigerson は探索と思慕という愛着に関する症状を、Horowitz は侵入と回避という症状を強調するなど違いはあるものの、現在は遷延性悲嘆障害という呼称を提示し、診断基準の作成に向けた知見の集積を行っている。しかし悲嘆の本質については、喪失のストレスによる反応なのか、愛着対象からの分離による反応なのか、あるいは両者の混在するものなのか等、いまだ議論が続いているところである。

では、これらの悲嘆を吟味することはどのような意味があるのだろうか。瀬藤らは、病的悲嘆を吟味することの必要性の一つとして、正常悲嘆か病的悲嘆かによって当事者への薬物療法や心理治療に慎重な選択が求められることを述べている。そして、通常の喪失体験による正常悲嘆についての薬物投与やグリーフセラピーの適応の問題について指摘している。欧米の研究からは、SSRI のパロキセチンの投与により 53% に ICG (Inventory of Complicated Grief) 得点の低下を認めたという報告や、複雑性悲嘆に対する認知行動療法の効果を認めたいくつかの報告 (complicated grief therapy、Internet-based cognitive-behavioral therapy など) がある。このような効果的な介入法を検討する上でも、悲嘆の適切な評価は必要と考えられる。

Ⅲ. 悲嘆の評価法について

これまで、正常な悲嘆反応に対応したものや病的な悲嘆概念に対応したさまざまな悲嘆尺度が開発されている。病的な悲嘆概念に対応したものでは、Prigerson らの ICG や ITG (Inventory of Traumatic Grief) がある。Prigerson らは、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、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。その後、Prigerson と Jacobs は、1999 年の *British Journal of Psychiatry* に掲載された論文で外傷性悲嘆の診断基準を提案し、2001 年に 34 項目の自記式尺度 ITG を呈示した。この尺度は、彼らが強調する外傷性悲嘆の 2 大症状である「分離の苦痛 (separation distress)」と、死別のもつ「外傷的な苦悩 (traumatic distress)」による症状の他に、回避、幻覚などの関連症状を含んだ自記式尺度である。尺度としての内的整合性は高く、間隔尺度として有意義であると報告されている。

われわれは、ICG と ITG についてすでに原著者の許諾を得て日本語化しており、犯罪被害や大規模交通災害の遺族などを対象に試用してきた。宮井らは、突然の事故や事件などの出来事による死別では、通常の範囲を超えた悲嘆 (複雑性悲嘆) や PTSD、うつなど

が認められ、また QOL への影響も顕著であり、遺族の呈する心身の状態を適切に評価することが支援を提供する上で重要であるということを述べた。しかし、ICG と ITG が国内の様々な研究において用いられているにもかかわらず、いまだ標準化がなされていない。

この流れを受け、我々は犯罪や自然災害、大規模交通災害、病死など、さまざまな出来事による死別を経験した遺族を対象として、①悲嘆を測定する尺度の妥当性と信頼性の検討と、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計画した。本研究は、震災 15 年目を迎える阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族を対象としたものである。

IV. 阪神・淡路大震災により死別を経験した遺族の調査

1. 目的

今回われわれは、阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族を対象として、①悲嘆を測定する尺度の妥当性と信頼性の検討と、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。

2. 対象と方法

1) 対象者

阪神・淡路大震災により家族を喪った遺族のうち、NPO 法人 HANDS 阪神淡路大震災「1.17 希望の灯り」が把握している 212 名を対象とした。

2) 方法

2009 年 11 月～2009 年 12 月において、NPO 法人 HANDS 阪神淡路大震災「1.17 希望の灯り」の協力を得て、212 世帯を対象に 2 部ずつ調査票を郵送した。

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。

宛先不明での返送分は除き 197 世帯 394 名のうち、106 名の協力を得た（有効回答率 26.9%）。少しでも多くの協力者を募るよう 2 部ずつ調査票を郵送したことが回答率の低下につながった。また継続調査に協力可能と答えた者のうち 30 名に 2 週間以内に ICG と ITG を再送し記入を依頼し（再テスト法）、結果 25 名の協力を得た（有効回答率 83.3%）。

（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、数値化され統計処理された結果のみを報告し、個人が同定されるような記述は一切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。

4) 使用した心理測定尺度

本調査では、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) や、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。また、生活の質 (QOL) に関して SF-8 (Short-Form 8-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。 α 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-8 :

Quality of Life (QOL) に着目した 8 項目からなる自記式尺度で、選択肢からあてはまる項目を選択する。これは米国で作成され、日本語版の妥当性も検証されている。結果は数量化され、「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」の 8 つの下位尺度と 2 つのサマリースコアを算出できる。国民標準値 (標準点を 50 点、標準偏差を 10 点) が設定されていることで、標準値を基準にしてどの程度高いか低いかを検討することで、対象の健康状態を評価することができる。

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。また心理尺度に関しては欠損値が 2 つまでのデータは、全体の平均値を代入する処理を行った (ITG は 3 つまで)。統計解析には、SPSS 17.0J for Windows を使用した。

1) 基本属性 (表 1)

対象者の性別は、男性 35 名、女性 71 名の計 106 名であった。また年齢は 62.7 ± 13.9 歳 (18~92 歳) であった。年代別に分けると、10 歳代 1 名、20 歳代 1 名、30 歳代 3 名、40 歳代 17 名、50 歳代 14 名、60 歳代 35 名、70 歳代 24 名、80 歳代 9 名、90 歳代 1 名であった。現在の同居家族の人数 (本人含む) は 2.5 ± 1.2 名であった。現在の職業等は、「常勤」18 名、「非常勤」19 名、「自営業、家事手伝い」7 名、「学生」2 名、「専業主婦、主夫」26 名、「無職」21 名、「その他」10 名であった。教育年数は、 12.8 ± 2.5 年 (6~20 年) であった。自助グループの参加は 22 名 (21.0%) で、活動期間は 9.2 ± 3.2 年 (4~15 年) であった。死別からの経過月数は、 177.1 ± 15.5 カ月 (60~180 か月) であった。現住所は、兵庫県内 81 名 (84.4%)、県外 15 名 (15.6%) であった。また震災当日に死別を経験したのが 79 名 (79.8%) で、死別までの期間で付き添うがあったと答えた者は 31 名 (29.8%) であった。

表1. 基本属性

		名	%
性別	男性	35	33.0
	女性	71	67.0
年代別	10-19	1	1.0
	20-29	1	1.0
	30-39	3	2.9
	40-49	17	16.2
	50-59	14	13.3
	60-69	35	33.3
	70-79	24	22.9
	80-89	9	8.6
	90-99	1	1.0
何人暮らし	1	20	19.0
	2	45	42.9
	3	24	22.9
	4	5	4.8
	5	8	7.6
	6	3	2.9
仕事の内容	常勤	18	17.5
	非常勤	19	18.4
	自営業、家事手伝	7	6.8
	学生	2	1.9
	専業主婦、主夫	26	25.2
	無職	21	20.4
	その他	10	9.7
自助グループ会員	いいえ	83	70.0
	はい	22	21.0

(% : 有効パーセント)

2) 震災当時の状況とその後 (表 2)

被災地域に居住していた者は、87名(83.7%)であった。住居の被害は、「全壊、全焼した」56名、「半壊、半焼した」11名、「一部損壊のみ」18名、「被害なし」17名であった。被災時に命の危険を感じた者は、77名(74.0%)であった。被災時に悲惨な光景をみた者は、95名(92.2%)であった。被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた者は、95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、89名(84.8%)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、64名(61.5%)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、17名(16.2%)であった。過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた者は、13名(12.4%)であった。生活への影響が現在もある者は、71名

(67.6%)であった。現在、生活は落ち着いたと感じる者は、81名(77.9%)であった。落ちついたと感じるまでの期間は、 7.3 ± 3.6 年(0~14年)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しうるものであった。

表2. 震災当時の状況とその後

		名	%
被災地域に居住していた	いいえ	17	16.3
	はい	87	83.7
住居の被害	全壊、全焼した	56	54.9
	半壊、半焼した	11	10.8
	一部損壊のみ	18	17.6
	被害なし	17	16.7
被災時に命の危険を感じた	いいえ	27	26.0
	はい	77	74.0
被災時に悲惨な光景をみた	いいえ	8	7.8
	はい	95	92.2
被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた	いいえ	9	8.7
	はい	95	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	16	15.2
	はい	89	84.8
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	40	38.5
	はい	64	61.5
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	88	83.8
	はい	17	16.2
過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた	いいえ	92	87.6
	はい	13	12.4
生活への影響が現在もある	いいえ	34	32.4
	はい	71	67.6
現在、生活は落ち着いたと感じる	いいえ	23	22.1
	はい	81	77.9

(%:有効パーセント)

3) 死亡者と死別直後の状況(表3)

死亡者は、「親」32名、「配偶者」13名、「きょうだい」10名、「子」27名、「祖父母」1名、「孫」1名、「その他親族」3名、「その他」1名、「2名以上」16名であった。「2名以上」の詳細は表3に示した。また年齢は 51.3 ± 26.3 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、67名(79.8%)であった。亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた者は、56名(69.1%)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、78名(88.6%)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、54名(58.7%)であった。この死別直後の反応に関する質問はいずれも約1~2割が無回答であった。これは質問内容の答えにくさを示したものと考える。

表3. 死亡者と死別直後の状況について

		名	%
死亡者	親	32	30.8
	配偶者（内縁含む）	13	12.5
	きょうだい	10	9.6
	子	27	26.0
	祖父母	1	1.0
	孫	1	1.0
	その他親族	3	2.9
	その他	1	1.0
	息子夫婦	2	1.9
	子2人	1	1.0
	両親	2	1.9
	娘夫婦	1	1.0
	夫と母と長男	1	1.0
	父と兄	1	1.0
	祖母と母	1	1.0
	娘夫婦と孫	1	1.0
	きょうだいとその他親族の3人	1	1.0
	親と子	2	1.9
	妻と子	1	1.0
	きょうだいとその他親族の2人	1	1.0
祖父と祖母	1	1.0	
亡くなられた直後強い不安を感じた	いいえ	17	20.2
	はい	67	79.8
亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた	いいえ	25	30.9
	はい	56	69.1
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	10	11.4
	はい	78	88.6
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	38	41.3
	はい	54	58.7

(%：有効パーセント)

4) 心理的影響 (表 4)

ICG 得点は 26.1 ± 15.9 (0~69) で、53 名 (52.5%) がカットオフ値の 25 以上であった。また α 値 0.94、再テスト信頼性 0.85 と高い信頼性が得られた。ITG 得点は 63.6 ± 25.8 (30~137) で、Prigerson らの提案する判定で「複雑性悲嘆」とされたのは、5 名 (5.2%) であった。また α 値 0.97、再テスト信頼性 0.89 と高い信頼性が得られた。IES-R 得点は 27.9 ± 20.6 (0~82) で、53 名 (54.1%) がカットオフ値の 25 以上であった。BDI-II 得点は 16.3 ± 12.7 (0~57) で、「極軽症 0-13」46 名 (45.5%)、「軽症 14-19」22 名 (21.8%)、「中等症 20-28」14 名 (13.9%)、「重症 29-63」19 名 (18.8%) であった。つまり、軽症～重症と判断される者は 55 名 (54.5%) であった。

表4. 心理的影響

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
ICG得点	0	69	26.1	15.9
ITG得点	30	137	63.6	25.8
IESR合計点	0	82	27.9	20.6
IESR侵入	0	32	11.4	7.8
IESR回避	0	31	9.8	8.2
IESR過覚醒	0	24	6.7	6.1
BDI得点	0	57	16.3	12.7
<hr/>				
ICGハイリスク (25以上)	53	52.5	%	
<hr/>				
複雑性悲嘆あり (ITG)	5	5.2	%	
<hr/>				
IESRハイリスク (25以上)	53	54.1	%	
<hr/>				
BDI得点 (0~13) 極軽症	46	45.5	%	
BDI得点 (14~19) 軽症	22	21.8	%	
BDI得点 (20~28) 中等症	14	13.9	%	
BDI得点 (29~63) 重症	19	18.8	%	

(% : 有効パーセント)

5) 心理的影響と QOL (表 5、6、7、8)

SF-8 の 8 つの下位尺度得点と 2 つのサマリースコアを、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、すべての下位尺度得点と 2 つのサマリースコアにおいて、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	p
身体機能	53.6	48.5	0.02
日常役割機能（身体）	53.9	48.5	0.00
体の痛み	51.8	46.2	0.00
全体的健康感	50.7	41.1	0.00
活力	54.5	45.3	0.01
社会生活機能	54.7	45.2	0.00
日常役割機能（精神）	54.3	49.1	0.00
心の健康	57.5	45.0	0.00
身体的サマリースコア	49.2	43.9	0.03
精神的サマリースコア	54.5	45.3	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	p
身体機能	53.6	48.5	0.03
日常役割機能（身体）	53.9	48.5	0.01
体の痛み	51.8	46.2	0.00
全体的健康感	50.7	41.1	0.00
活力	54.5	45.3	0.00
社会生活機能	54.7	45.2	0.00
日常役割機能（精神）	54.3	49.1	0.00
心の健康	57.5	45.0	0.00
身体的サマリースコア	49.2	45.1	0.01
精神的サマリースコア	54.3	45.4	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	p
身体機能	53.6	41.9	0.00
日常役割機能（身体）	53.9	48.5	0.00
体の痛み	51.8	46.2	0.00
全体的健康感	50.7	41.1	0.00
活力	54.5	45.3	0.00
社会生活機能	54.7	38.4	0.00
日常役割機能（精神）	54.3	44.5	0.00
心の健康	57.5	45.0	0.00
身体的サマリースコア	49.9	43.6	0.00
精神的サマリースコア	54.5	44.7	0.00

Mann-Whitney検定（中央値）

また、心理的影響（ICG、ITG、IES-R、BDI-II）とSF-8の2つのサマリースコアの相関を調べた（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。また心理的影響とQOLにおいては負の相関を認めた。（ICG得点とITG得点； $r = .90$ 、ICG得点とIES-R得点； $r = .85$ 、ICG得点とBDI得点； $r = .72$ 、ITG得点とIES-R得点； $r = .86$ 、ITG得点とBDI得点； $r = .78$ 、IES-R得点とBDI得点； $r = .76$ 、ICG得点と身体的サマリースコア； $r = -.34$ 、ICG得点と精神的サマリースコア； $r = -.52$ 、ITG得点と身体的サマリースコア； $r = -.42$ 、ITG得点と精神的サマリースコア； $r = -.52$ 、IES-R得点と身体的サマリースコア； $r = -.38$ 、IES-R得点と精神的サマリースコア； $r = -.54$ 、BDI得点と身体的サマリースコア； $r = -.50$ 、BDI得点と精神的サマリースコア； $r = -.64$ ）これらから、心理的影響の強い者は生活面への影響が強く生じていることが示唆された。

表8. 心理的影響とSF-8のサマリースコアにおける相関

	ICG得点	ITG得点	IESR得点	BDI得点	身体的サマリースコア	精神的サマリースコア
ICG得点	—	.90 ***	.85 ***	.72 ***	-.34 **	-.52 ***
ITG得点		—	.86 ***	.78 ***	-.42 ***	-.52 ***
IESR得点			—	.76 ***	-.38 ***	-.54 ***
BDI得点				—	-.50 ***	-.64 ***
身体的サマリースコア					—	.16
精神的サマリースコア						—

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

6) 心理的影響と関連する要因について（表9、10、11）

次に心理的影響（ICG、IES-R、BDI-II）のカットオフによって2群に分けて、いくつかの要因について相違を検討した（ χ^2 検定）。

その結果、ICG得点は「被災時にどうにもならないという無力感を感じた、 $\chi^2(1)=8.97, p<.01$ 」「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、 $\chi^2(1)=7.14, p<.01$ 」「生活への影響が現在もある、 $\chi^2(1)=6.55, p<.01$ 」「現在、生活は落ち着いたと感じる、 $\chi^2(1)=11.77, p<.00$ 」「亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた、 $\chi^2(1)=12.49, p<.00$ 」と相違を認めた。

IES-R得点は「被災時にどうにもならないという無力感を感じた、 $\chi^2(1)=3.85, p<.05$ 」「過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた、 $\chi^2(1)=5.94, p<.05$ 」「生活への影響が現在もある、 $\chi^2(1)=4.98, p<.05$ 」「現在、生活は落ち着いたと感じる、 $\chi^2(1)=12.22, p<.00$ 」「亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた、 $\chi^2(1)=7.59, p<.01$ 」と相違を認めた。

BDI-II 得点は「被災時にどうにもならないという無力感を感じた、 $\chi^2(1)=5.72, p<.05$ 」「生活への影響が現在もある、 $\chi^2(1)=9.34, p<.01$ 」「現在、生活は落ち着いたと感じる、 $\chi^2(1)=12.71, p<.00$ 」「亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた、 $\chi^2(1)=6.99, p<.01$ 」「亡くなったのは震災当日か、 $\chi^2(1)=3.58, p<.05$ 」と相違を認めた。

これらは、「被災時にどうにもならないという無力感を感じた」「生活への影響が現在もある」「現在、生活は落ち着いたと感じる」「亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた」についてどう感じているかが、心理的影響の強さに違いがあることを示唆する。加えて、「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があった」と ICG 得点、「過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた」と IES-R 得点、「亡くなったのは震災当日か」と BDI-II 得点にそれぞれ違いを認めた。

一方で、「性別」「現住所」「自助グループの会員」「被災地域に居住していた」「被災時に命の危険を感じた」「被災時に悲惨な光景をみた」「被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた」「医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした」「付き添う期間があった」「亡くなられた直後強い不安を感じた」「亡くなられた直後どうにもならない無力感を感じた」「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があった」では相違を認めなかった。

表9. 心理的影響と関連する要因

		CGハイリスク		χ^2	p
		ICG24以下	ICG25以上		
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	13	3	8.97	0.00
	はい	34	50		
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	25	14	7.14	0.01
	はい	22	38		
生活への影響が現在もある	いいえ	21	11	6.55	0.01
	はい	26	42		
現在、生活は落ち着いたと感じる	いいえ	3	18	11.77	0.00
	はい	44	34		
亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた	いいえ	19	6	12.49	0.00
	はい	18	36		
		PTSDハイリスク		χ^2	p
		IESR24以下	IESR25以上		
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	11	5	3.85	0.05
	はい	34	47		
過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた	いいえ	44	43	5.94	0.01
	はい	1	9		
生活への影響が現在もある	いいえ	20	12	4.98	0.02
	はい	25	40		
現在、生活は落ち着いたと感じる	いいえ	2	17	12.22	0.00
	はい	43	35		
亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた	いいえ	17	8	7.59	0.01
	はい	18	34		
		うつハイリスク		χ^2	p
		BDI13以下	BDI14以上		
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	11	4	5.72	0.02
	はい	34	51		
生活への影響が現在もある	いいえ	22	11	9.34	0.00
	はい	23	44		
現在、生活は落ち着いたと感じる	いいえ	2	18	12.71	0.00
	はい	43	36		
亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた	いいえ	16	8	6.99	0.01
	はい	19	36		
亡くなったのは震災当日か	いいえ	5	15	3.58	0.05
	はい	36	38		

さらに心理的影響 (ICG、ITG、IES-R、BDI-II) と、いくつかの要因 (年齢や何人暮らし、教育年数、会員になって何年か、落ち着いたと感じるようになったのは震災からおよそ何年後か、亡くなられた方の年齢、経過月数) の相関をみた。その結果、年齢と IES-R 得点に負の相関を認めた。これは年齢が高いほど PTSD 症状が弱く、年齢が低いほど PTSD 症状が強いことを示唆する。また、落ち着いたと感じるようになるまでの期間と ICG 得点、ITG 得点、IES-R 得点、BDI-II 得点に正の相関を認めた。これは落ち着いたと感じるまでの期間が長くなるほど、心理的影響が強いことを示唆する。また、亡くなられた方の年齢と ICG 得点、ITG 得点に負の相関を認めた。これは亡くなられた方の年齢が低いほど悲嘆が強いことを示唆する。また、経過月数と BDI-II 得点に負の相関を認めた。これは時間が経つほどうつ症状が和らぐことを示唆する。

表10. 心理的影響と他の要因との相関

	年齢	何人暮らし	教育年数	会員になって何年	落ち着いたと感じるようになった		経過月数
					のは震災からおおよそ何年後か	亡くなられた方の年齢	
ICG得点	.11	.10	-.13	-.27	.50 ***	-.28 *	-.10
ITG得点	.05	.05	-.13	-.25	.48 ***	-.26 *	-.15
IESR得点	.22 *	-.03	-.14	-.34	.46 ***	-.13	-.17
BDI得点	.02	.04	-.16	-.40	.44 ***	-.14	-.25 *

* $p < .05$ *** $p < .001$

また死別対象者ごと（親、配偶者、きょうだい、子、複数名）の心理的影響（ICG、ITG、IES-R、BDI-II）について検討したところ（Kruskal Wallis 検定）、IES-Rを除いてICG、ITG、BDI-IIでは違いを認めた。悲嘆については、配偶者やきょうだい、子において強く認める傾向にあった。またうつについては配偶者や親、子において強く認める傾向にあった。

表11. 死別者ごとの心理的影響（ICG得点とITG得点、IESR得点、BDI得点）

	亡くなられた方	平均値	標準偏差	最小値	最大値	χ^2	P
ICG得点	親	20.00	17.00	1	69	15.13	0.00
	配偶者（内縁含む）	33.36	16.90	11	63		
	きょうだい	34.00	15.70	2	51		
	子	31.48	12.70	9	57		
	複数名	25.07	13.46	9	57		
	合計	26.99	15.98	1	69		
ITG得点	親	56.13	29.04	30	137	11.44	0.02
	配偶者（内縁含む）	75.08	22.97	49	109		
	きょうだい	68.43	24.74	31	105		
	子	72.21	22.84	30	116		
	複数名	58.79	19.04	34	91		
	合計	64.00	25.65	30	137		
IESR得点	親	23.84	23.03	0	82	7.43	0.12
	配偶者（内縁含む）	37.45	17.48	7	65		
	きょうだい	32.63	28.61	0	70		
	子	32.20	16.00	2	68		
	複数名	23.57	19.03	0	63		
	合計	28.57	20.79	0	82		
BDI得点	親	16.34	14.62	0	57	10.27	0.04
	配偶者（内縁含む）	21.46	12.43	4	43		
	きょうだい	15.60	11.66	1	31		
	子	19.76	12.58	0	43		
	複数名	8.29	4.46	2	19		
	合計	16.68	12.83	0	57		

7) 住居の被害状況とその他の要因について

住居の被害を、「全壊、全焼した」と「それ以外（半壊、半焼した・一部損壊のみ・被害なし）」の2群に分けて、その他の要因や心理的影響、QOLなどを比較した。

その結果、ITG得点においてのみ有意な差を認めた ($p<.05$; Mann-Whitney 検定)。つまり、住居が全壊、全焼した者ではそれ以外に比べて悲嘆が強く続いている可能性が示唆された。その他の心理的影響と QOL では有意な差は認めなかった。

またいくつかの要因について相違を検討したところ (χ^2 検定)、「自助グループの会員、 $\chi^2(1)=3.60, p<.05$ 」「被災時に命の危険を感じた、 $\chi^2(1)=17.93, p<.00$ 」「被災時に悲惨な光景をみた、 $\chi^2(1)=6.49, p<.05$ 」「被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた、 $\chi^2(1)=4.42, p<.05$ 」「医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした、 $\chi^2(1)=3.83, p<.05$ 」「生活への影響が現在もある、 $\chi^2(1)=10.47, p<.00$ 」と相違を認めた。つまり全壊、全焼したものは、自助グループの会員である、被災時に命の危険を感じた、被災時に悲惨な光景をみた、被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた、医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした、生活への影響が現在もある、という傾向を認めた。

4. 考察

1) 研究結果全体について

本調査では、対象者のうち 54.1%が PTSD のハイリスク、52.5%が複雑性悲嘆のハイリスク、54.5%が軽症～重症うつ、という結果が得られた。15年という期間から、ハイリスク者がまだとても多いという印象を受けるかもしれない。しかし 106名の協力者のうち8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を考えるといまだ強い影響が残る可能性は十分にある。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。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パイアスが影響している可能性はあるものの、このような調査がほとんど行われていない現状において、いまだ多くの遺族に様々な影響が認められる可能性を示唆する貴重な結果といえる。

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と2つのサマリースコアにおいて、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。また、各心理尺度と SF-8 との相関から、悲嘆反応と PTSD 症状、うつ症状の重複の可能性

と QOL の低下への影響が示唆された。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。

次に、心理的影響に関連する要因を調べたところ、「被災時にどうにもならないという無力感を感じた」「生活への影響が現在もある」「現在、生活は落ち着いたと感じる」「亡くなられた直後ひどい恐怖を感じた」についてどう感じているかで、心理的影響 (ICG、IES-R、BDI-II) に違いを認めることを示唆された。さらに、「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」と ICG 得点、「過去一年間で被災の影響による身体的精神的問題で医師の診察を受けた」と IES-R 得点、「亡くなったのは震災当日か」と BDI-II 得点にそれぞれ違いを認めた。これらからは、遺族の状態を把握するためには、現在の生活への影響や落ち着いたと感じるかを聞くことが有用であることが示された。また当時を振り返ってもらい、被災時にどうにもならないという無力感を感じた、あるいは亡くなられた直後ひどい恐怖を感じたかを聞くことも有用であろう。医療機関の受診に関しては、悲嘆やうつでは PTSD 症状に比べてかかりにくいことが示された。これは、遺族において悲しみや抑うつが PTSD 症状ほど病的として自覚されないことが関係しているかもしれない。

さらに、年齢が高いほど PTSD 症状が弱く、年齢が低いほど PTSD 症状が強いことや落ち着いたと感じるまでの期間が長いほど心理的影響が強いこと、亡くなられた方の年齢が低いほど悲嘆が強いことが示唆された。また、時間が経つほどうつ症状が和らぐことも示唆された。また死別対象者において、配偶者やきょうだい、子において悲嘆を強く認める傾向にあった。配偶者との死別や高齢者におけるきょうだいの死別が強い悲嘆を引き起こすことは報告されている。またうつについては配偶者や親、子において強く認める傾向があり悲嘆とは少し異なった結果が得られた。子どもの死による心理的影響は激しく長期に及ぶことが報告されており、本結果と一致していた。

また、住居の被害で全壊、全焼した者とそれ以外に分けて様々な要因を比較した。その結果、住居が全壊、全焼した者ではそれ以外に比べて悲嘆が遷延化している可能性が示唆された。さらに、全壊、全焼した者は、自助グループの会員である、被災時に命の危険を感じた、被災時に悲惨な光景をみた、被災時に強い不安やひどい恐怖を感じた、医師の手当てが必要となるようなからだの怪我をした、生活への影響が現在もある、という傾向を認めた。住居を失うことは、被災当時の強い影響に留まらず現在まで影響が続く可能性があることが示された。これらは、復興期においてもこころのケアを念頭に置きつつ生活の再建を支援する視点が重要であることを示唆する。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。

2) 日本語版悲嘆尺度について (ICG、ITG)

本調査において、ICG は α 値 0.94、再テスト信頼性 0.85 と高い信頼性が得られた。また ITG も α 値 0.97、再テスト信頼性 0.89 と高い信頼性が得られた。以上からともに信頼性の高い悲嘆尺度であるといえよう。一方妥当性に関しては本調査では十分に検討できない。これら悲嘆尺度の得点とその他の心理尺度との相関が強いことや QOL と負の相関があることなどから、悲嘆についての質問により一定の心身の影響の強い群を抽出することができる可能性はあるだろう。また ICG 得点と ITG 得点の相関は.90 と強いにもかかわらず、ICG 得点によるハイリスクは 52.5%、ITG で「複雑性悲嘆」は 5.2% 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、日本語版 ICG、ITG のカットオフを設定するために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。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。本研究によって得られた情報に加え、すでに実施されている遺族の調査とも比較検討し知見と経験を積み重ねていくことが、遺族ケアの在り方を検討する上で重要である。

V. おわりに

本調査は、阪神淡路大震災により家族を喪った遺族を対象として、心身の影響を明らかにするとともに、悲嘆尺度の検討を行った。本研究では、対象者が限定されることなどの一定の限界はあるものの遺族の心理的影響や QOL を評価し、それらと関連する要因を探ったことは支援を行っていく上で意義があったと考える。今後、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を考えていくことが期待される。

遺族ケアにおいて、悲嘆のプロセスを寄り添い見守る長期的な関わりが必要と思われる。その一方で通常の範囲を超えた複雑化した悲嘆は、抗うつ剤の使用や支持的カウンセリングなどの通常の治療では十分な改善が得られず、Complicated Grief Therapy などの特別な技法が必要となる可能性もある。欧米では悲嘆に注目した認知行動療法の有効性が示されるようになってきており、本邦においても悲嘆を評価する方法だけでなく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) 加藤寛、中井久夫 : 複雑性悲嘆の有効な治療技法に関する研究. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書 ; 188-196, 2007.
- 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) Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., et al. : Treatment of complicated grief-a randomized controlled trial. JAMA, 293 ; 2601-2608, 2005.
- 9) Zygmunt, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., et al. : A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. J Clin Psychiatr, 59 ; 241-245, 1998.
- 10) 瀬藤乃理子、村上典子、丸山総一郎 : 死別後の病的悲嘆に関する欧米の見解「病的悲嘆」とは何か. 精神医学、47 ; 242-250, 2005.

- 11) 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.
- 12) Freud, S. : Trauer und Melancholie. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 4 ; 288-301, 1917. (井村恒郎, 小此木啓吾ほか訳：フロイト著作集 6 自我論・不安本能論. 人文書院、137-149、1970)
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) Wagner, B. , Maercker, A. , : An Internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. G Ital Med Lav Ergon, 30 ; 47-53, 2008.

