

厚生労働科学研究費補助金(再生医療等研究事業)
分担研究報告書
移植医療の社会的基盤整備に関する研究
脳死臓器提供を承諾した家族の心情と
臓器移植コーディネーターによるドナー家族ケアに関する経年的調査研究
脳死臓器提供を承諾した家族の心理に関する研究

分担研究者 朝居朋子 日本臓器移植ネットワーク中日本支部チーフコーディネーター

研究要旨

死後の臓器提供において、臓器提供者家族(ドナーファミリー)に対する臓器提供後支援・フォローアップは、臓器移植コーディネーターにとって重要課題である。わが国での臓器提供後支援・フォローアップのあり方を考える基礎資料を得るため、臓器提供先進諸外国における臓器提供後支援・フォローアップのあり方を調査した。

平成 17 年度は、北米で臓器提供者が一番多い地域の臓器あっせん機関である Gift of Life Donor Program (ペンシルバニア州フィラデルフィア市) および National Kidney Foundation 内の National Donor Family Council (ニューヨーク市) を訪問し、米国における臓器提供者家族フォローアップのあり方を調査した。

平成 19 年度は、英国、ドイツ、スペイン、ベルギー、オランダの臓器あっせん機関を訪問し、臓器提供者家族に対する臓器提供後支援・フォローアップのあり方を調査した。

これらの渡航調査からは、わが国に比して臓器提供者家族フォローアップのツールが種々多く存在していたこと、死別悲嘆ケア専門家が統一的なフォローアップを行っていること、大小の規模で臓器提供者家族の集いが開催されていること、臓器提供者家族による自助団体の存在が有効であることなどが分かった。

これらの調査から得られた資料をもとに、本邦における臓器提供後支援・フォローアップの望ましいあり方を検討・構築する必要があると思われる。

A. 研究目的

脳死下臓器提供を承諾した家族に対する臓器移植コーディネーターによるより良い家族支援体制を検討・構築のための基礎資料を得ることである。

B. 研究方法

臓器提供先進諸外国におけるドナーファミリーに対する提供後支援・フォローアップのあり方を調査する。

研究の具体的手法:

臓器あっせん機関を訪問し、担当者よりヒアリングを実施、関係資料を入手、臓器提供者家族の集いに参席した。

(2) 渡欧調査の結果

①イギリス

UK Transplant (UKT、ブリストル)のドナーケア兼コーディネーション部部長の Ms. Sue Falvey から情報収集を行った。

<提供後支援・フォローアップ>

UK Transplant 作成の”Donor Family Care Policy”(臓器・組織提供者家族支援指針)に従い、担当コーディネーターが実施。通常、提供 14 日以内に家族に書面でレシピエントの経過を報告する。レシピエントの情報は、匿名性を担保し、年齢、性別、未・既婚は伝えるが、居住地域は伝えない。その後は、家族のニーズに応じて書面、電話、訪問にて実施、数年にわたることもある。一定の要件下で、ドナーファミリーとレシピエントが対面することも可能である。ドナーファミリーの人種にも配慮する。ドナーファミリーに精神的な問題が生じた場合は、専門家にフォローをゆだねる。サンクスレタ

ーがくれば、コーディネーターより家族に渡す。また、家族がレシピエントに手紙を書くこともある。感謝状やメダルはない。

コーディネーターの家族対応に関する教育として、年1回 UKT で 2 日間のワークショップ開催、アメリカの Verble, Worth & Verble (www.verbleworthverble.com) の家族対応セミナーに派遣または講師招聘を行っている。

自助団体 Donor Family Network がバーミンガムにあり、集いやワークショップの開催、サポート体制を整えている。

②スペイン

Hospital Clinic de Barcelona (バルセロナ) の Transplant Procurement Management Coordinator である Dr. Marti Manyalich (麻酔科医)、Dr. David Paredes (腎臓内科医) から情報収集を行った。

家族の希望を確認の上、提供後に Hospital Clinic de Barcelona の移植部からお礼の手紙 (簡潔で、何人に移植された程度。レシピエントの詳細は記載しない) を 1 度送付する。その後のやり取りはほとんどない。レシピエントのサンクスレターはない。

コーディネーター教育としては、TPM がある。

③ドイツ

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO、ミュンヘン) コーディネーター Dr. Detlef Bösebeck、Ms. Susanne Schmidt、Ms. Catrin Meier から情報収集を行った。

DSO バイエレンでは、近年、ドナーファミリーフォロー専任コーディネーター体制を構築した (Ms. Catrin Meier)。担当コーディネーターからの情報をもとに、全てのドナー家族に対し、提供後 4~6 週間内にドナーファミリーにレシピエントの経過を书面報告 (年齢、性別、原疾患、待機期間、現況など)。DSO からの謝辞も添えて郵送。その後も手紙で報告、3~4 年続くのが全体の 60% ほど。レシピエントの経過報告の手紙にドナー家族の集いへの参加希望有無を尋ねる用紙も同封、返信してもらう。参加希望なら案内を送るが、希望されなければ送らない。提供後 1 年以内のドナーファミリーを対象に希望を確認する。

ドナーファミリーの集いは、ハンブルグでは 10 年前から実施していたが、バイエレンでは

始めたばかりである。ドイツ人のメンタリティに配慮し、感情を出しやすいように、10 人程度的小グループで、エリア内 4 箇所で開き、参加者が好きな日程、場所を選択できるようにしている。ドナーファミリーの 30% ほどが参加し、複数回参加する家族もいる。ドナーファミリーの集いの詳細は [資料1](#) 参照。

その他、家族フォロー用のツールとして移植希望者、レシピエントの書いた手紙をまとめた本、脳死についての一般向け説明書なども作成している。感謝状やメダルはない。

家族には、手紙、メール、電話で継続的にフォローする。レシピエントからのサンクスレターは多くない。

④ベルギー

Cliniques Universitaires Saint-Luc, コーディネーター Mr. Dominique Van Deynse, 元コーディネーター Mr. Monsieur Piet Vanormelingen
University Tissue bank UCL Saint-Luc, コーディネーター Ms. Beatrice Pelleriaux
Universiteit Gent, コーディネーター Mr. Luc Colenbie

提供後、ドナー家族に手紙で報告する。法で匿名性が求められているので、レシピエント情報は年齢、性別、現況程度、礼状的な内容が主、1 回のみ送付。レシピエントのサンクスレターが来れば家族に送る、レシピエントの経過が知りたければ、コーディネーターに連絡して良いと伝えてあり、10~15% の家族が連絡してくるそうである。感謝状やメダルはない。

全国規模ではないが、地域的にドナー家族の自助団体がある。例 NAVADO (アントワープ www.navado.be)

⑤オランダ

Nederlandse Transplantatie Stichting,
方針決定者 Ms. Nichon E. Jansen

提供後の報告は、まず電話で、6 週間後に手紙で行う。手紙には、レシピエントの現況、年齢、性別、待機期間等、匿名性を担保しつつ記載する。家族からコーディネーターに電話をしてきて良いことを伝える。家族の家庭訪問も、家族の希望があれば対応することもあるが、ごく稀であり、組織の方針にはしていない。

数年に 1 回、ドナー家族の集いを国レベル

で実施している。医師より脳死について講演、セラピストも参加し、家族フォローに関わる。担当コーディネーターより案内する。感謝状やメダルはない。

ドナー家族フォローのプロトコルは特になく、心理学者による死別悲嘆の講習、前任者からの引継教育でカバーしている。

まとめ 資料2 ドナー家族フォローのあり方

D. 考察

平成17年度渡米調査結果も含めて考えると、欧米諸国では、わが国に比して臓器提供者家族フォローのツールが種々多く存在していたこと、死別悲嘆ケア専門家が統一的なフォローを行っていること、大小の規模で臓器提供者家族の集いが開催されていること、臓器提供者家族による自助団体の存在が有効であることなどが分かった。今回調査した全ての国で、回数は異なるものの、移植の経過報告を書面で行っていること、アメリカとイギリスは、特定の要件下で、ドナーファミリーとレシピエントの直接対面を行っていることが明らかになった。

国や人種等の特殊性はあるものの、今回の調査において、特にドイツの試みが本邦に参考になると思われる。特にドイツでは、その国民性より、死について人前で話せない、涙など悲しみを人前で表現することがよしとされない、ドナーファミリーがその経験を他者や社会で共有できず、内にこもり、臓器提供したことを肯定的にとらえられないこともある。ドナーファミリー同士の臓器提供の体験共有することで、臓器提供したことをドナーファミリー自ら肯定でき、他者や社会とも共有できれば、普及啓発にもつながるとの意から、バイエルン地方では小グループでのドナーファミリーの集いを開催している。

ドナーファミリーのニーズは画一的ではないが、様々なフォローのオプション(全体、個別)やツールを用意しておくことで、コーディネー

ターもフォローしやすくなる。また、イギリスのようにドナーファミリー対応指針が明確になっていけば、コーディネーターの研修教育に反映でき、家族対応の質の向上・確保にもつながる。

ドナーファミリーが臓器提供したことを肯定的にとらえることができ、社会の中で体験共有ができれば、臓器提供に対する考えが定まっていなかった浮動層への働きかけにつながり、その結果、臓器提供への理解が深まるであろう。そのためにも、日本人の特性を考慮したフォローのあり方やツールの開発を検討・開発することが、より良い移植医療の社会基盤の発展に欠かせないと考えられる。一般啓発の成果がドナーファミリーへの理解にもつながることから、一般啓発とドナーファミリーフォローは両輪であるといえる。

今後、これらの調査から得られた資料をもとに、本邦における臓器提供後支援・フォローアップの望ましいあり方を検討・構築する必要があると思われる。

E. 結論

英国、ドイツ、スペイン、ベルギー、オランダの臓器あっせん機関を訪問し、ドナーファミリーに対する臓器提供後支援・フォローアップのあり方を調査した。これらの調査から得られた資料をもとに、本邦における臓器提供後支援・フォローアップの望ましいあり方を検討・構築する必要があると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録取得状況(予定を含む)

なし

ドナーファミリー(DF)の集い ドイツ・バイエルンの実践

2007.10. 27 DSOバイエルン DF集い

<DFフォロープロジェクトの目的>

DFが提供を肯定的にとらえ、周囲に話せる
ように → 啓発効果

年数回、場所を変えて

DFが好きな日・場所を選んで参加可

少人数 セラピストとDSOCo同席 レシピエント参加

臓器移植についてのCoの講演 質問コーナー

レシピエント経過を伝える手紙を用意

DFの意見を聴取し、医療者にフィードバック

DSOバイエルン DF集い 2007. 10. 27 10時～15時半

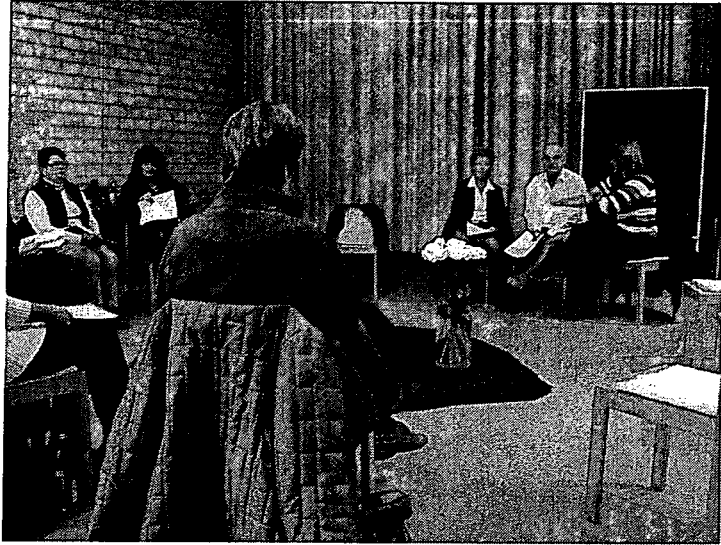
1. 自己紹介
2. キャンドル点灯
3. 脳死、臓器提供に関する質問をカードに記入
～ ランチ ～
4. Coのお話; DSO、脳死、移植、法律、3のカード回答
5. レシピエントのお話; 心臓15年目、腎臓14年目
6. レシピエントからDFにお花とカードを渡す
～ コーヒーブレイク ～
7. 集いの感想聴取
8. 参加DFに移植経過報告の手紙(Coより個別に手渡し)
9. アンケート
10. 閉会

<会場の設営>

会場=教会 円座、机なし、自由席、入退場自由
キャンドルは中央に大きなものを1つ、ドナーの数だけ小さいキャンドルも用意
白いバラ(あとでレシピエントからドナーファミリーに手渡される)
窓際に茶菓



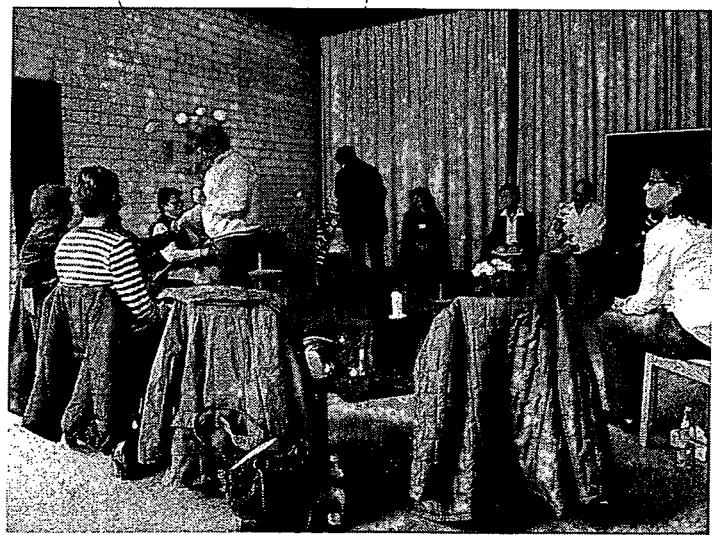
ドナーファミリーの話の
きっかけ用のグッズ：
香水、ヘルメット、本な
ど(DSO用意)



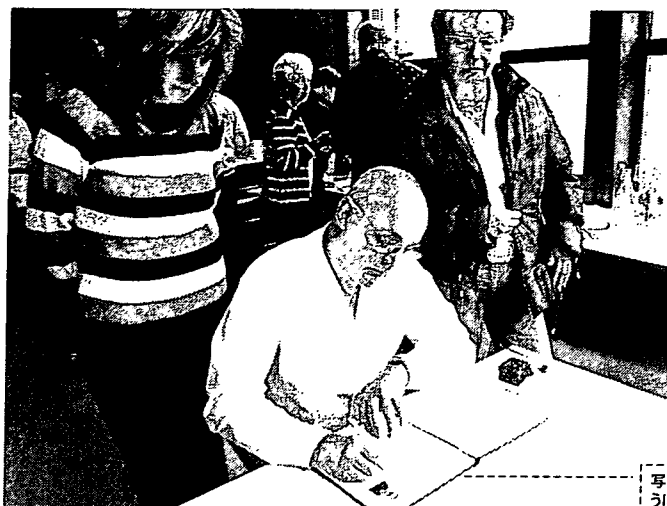
レシピエントからドナーファミリーに感謝を込めて白いバラを手渡す

心移植者

腎移植者



ドナーファミリーがドナーへの思いをしたためるノート



写真なども貼れ、好きなようにメッセージを書くことができる。前のページには、過去の会で多くのドナーファミリーが記帳、自由に読めるようになっている。

参加したDFの感想

- ・ レシピエントをみるのは大切。正しい決定をしたと思えた。
- ・ きてよかった。
- ・ 同じ体験を分かち合えてよかった。
- ・ 周囲の不理解がある。もっと一般啓発をしてほしい。

2名のレシピエント(ボランティア)
「ドナーやファミリーにとっても感謝している」

臓器提供後の ドナー家族フォローのあり方 ～日本と欧米の比較～

ヨーロッパのDFフォロー

	担当	内容	方法	感謝状	DFの集い
英国	担当Co	移植報告	提供2週間後に手紙、場合により複数回	無	ドナーファミリーネットワーク(自助団体)
ドイツ (バイエルン)	担当Co、DFフォロー専任Co	移植報告	4～6週間後に手紙、原則複数回	無	DSO主催、地域単位、年数回、小グループ
スペイン (バルセロナ)	TPMCo*所属の病院移植部	移植報告	手紙1回	無	無
ベルギー	担当Co	移植報告	2週間後に手紙、1回	無	NAVADO(自助団体)
オランダ	担当Co	移植報告	①電話、②6週間後に手紙	無	NW主催、数年に1回、全国単位

* TPM(Transplant Procurement Management)トレーニングを受けたCo(医師)が拠点病院内に配属、院内外のドナー対応を担当

アメリカ(Gift of Life Donor Program)、日本

	担当	内容	方法	感謝状	DFの集い
GLDP (フィラデルフィア)	担当Co、 DFフォロー専任 Co	移植報告、 (必要時)カ ウンセリング	提供直後に担当 Coより手紙、その 後はフォロー専任 Coが対応;電話、 手紙	有(メダル)	GLDP主催、 毎年複数回、 地域単位
日本	担当Co	移植報告	電話、手紙、訪問	有(厚労大臣)	JOT主催、 数年に1回、 地域単位 自助団体主 催もあり

ドナー家族対応に関する研修

<英国>

アメリカ Verble & Worthに
Coを派遣または講師を招
聘し国内でワークショップ
開催

<スペイン>

バルセロナ大学作成TPM
(Transplant Procurement
Management)に家族対応(オ
プション提示)のコース

<他>

Euro Transplant作成
EDHEP(European Donor Hospital Education Program)
家族対応(オプション提示)の手法あり
諸国でワークショップ開催

ドナー家族対応に関する研修

<アメリカ>

NATCO(North America
Transplant Coordinator
Organization)、
Verble & Worth等の研修会

<日本>

JOT、JATCO(日本移植Co協
議会)、日本看護協会等の
研修会

厚生労働科学研究費補助金（再生医療等研究事業）

分担研究報告書

移植医療の社会的基盤整備に関する研究

脳死臓器提供を承諾した家族の心情と

臓器移植コーディネーターによるドナー家族ケアに関する経年的調査研究

「脳死」患者家族の心理過程に関する研究

分担研究者 横田裕行 日本医科大学高度救命救急センター 教授

重村朋子 日本医科大学主任学生相談員

（日本医科大学生体侵襲管理学教室研究生）

研究要旨

わが国では19年度末までに60数例の脳死下臓器提供が行われ、臓器移植ネットワークコーディネーターや都道府県コーディネーターが家族の対応にあたってきているが、家族に関する基礎研究が少ないこともあり、対応に関してのガイドラインが確立していない。脳死の患者家族の心理状態を知ることは、コーディネーターが家族に対応するにあたって重要なことである。本研究は脳死患者家族の心理過程に関する基礎的探索的研究であり、家族理解を深めることを目的とする。昨年度の研究では、家族と面接して得たデータから、脳死患者家族が患者の発症時から心停止に至るまでの時間に、客観的に把握できる急性期の死別悲嘆反応の奥に複雑な心理過程があることを推察した。今年度は家族への質問紙から得た結果を数量的に解析した。その結果亡くなった人を思慕する思いが強く、それにとらわれることがあっても精神的健康度は保たれていることが分かった。しかし悲嘆反応の中に未解決の悲嘆や葛藤があり、回避的な心的外傷反応が見られる場合は複雑性悲嘆を含めた精神的健康を損なう可能性があることがわかった。脳死患者家族に対応する時には死別にまつわる葛藤や罪悪感といった心理がリスクファクターの可能性が高く、回避症状が精神的健康の1つの指標になることに留意する必要があることが分かった。

A、研究目的

「脳死」患者家族の心理に関する知見を得ることは、臓器移植コーディネーターが家族に関わる際に必要なことであるが、まだこの基礎研究は少ない。我々は昨年度の研究で脳死患者家族の心理過程についてretrospectiveな探索的研究を行い、その結果から脳死患者の家族が患者の発症時から心停止に至るまでの時間に、客観的に把握できる急性期の死別悲嘆反応の奥に複雑な

心理過程があることを推察した。病状把握・死別の予測・現実生活・死後の準備・死後の生活の不安への対処・「脳死」であることを理解しようとするなど合理的理解であると同時に、感情として死別を受け入れられない、生の表象などから体験として死別を受け入れられない思いの存在である。それが同時並行的に生じ、その解離的な心理の中に葛藤と罪悪感が見受けられた。今研究ではそのような家族の心理を質問紙

により客観的・数量的にとらえ、リスクファクターの可能性を探ることを目的とした。特に死別にまつわる悲嘆と、予期せぬ死である脳死という状況が心的外傷体験になる可能性が高いということから、悲嘆反応、心的外傷の視点から研究を行った。

B、研究方法

① 対象:日本医科大学高度救命救急センターに入院し、脳波が平坦脳波、聴性脳幹反射が消失し、主治医から「臨床的脳死」と説明を受けた患者の18歳以上の家族を対象とした。認知機能障害、質問紙に耐えられない身体・精神状態の家族は除外することとした。

② 方法:研究目的を明記した調査依頼書と返信用封筒を送付し、同意のあった家族に面接し調査の詳細を説明する。同意の得られた家族に面接後質問紙記入を求めた。質問紙は記入後面接者が直接もらい受けた。

(倫理面への配慮)

本研究は日本医科大学付属病院倫理委員会の承認を受けた。依頼状、及び返信は全て封書にて行い、研究・調査の詳細を説明し書面で同意を得ることとした。調査データの分析は匿名化して行い、質問紙の結果は数量で表され、個人は特定化されないことに配慮した。収集した調査結果は日本医科大学内に厳重に保管され、コード化数量化された時点で処分することとした。

③ 質問紙

- ・ Impact of Event Scale-Revised 改訂出来事インパクト尺度日本語版 (以後 IES-R)

Horowitz らによって開発され

た IES を Weiss らによって改訂版として作成された心的外傷ストレス症状を測定するための自記式質問紙である。侵入症状、回避症状、過覚醒症状を測定する 2 2 項目から構成されている。

- ・ 悲嘆反応尺度 (GRS)

Burnett らが作成した “Core Bereavement Items” を富田らが日本語訳した尺度である。35 項目からなり、富田らは幼い子どもを失った親に関して「対象のイメージや悲哀感」「存在の感覚」「未解決な悲嘆と葛藤」「悲嘆の解決」の 4 因子を抽出している。

- ・ 日本版精神健康調査票 (GHQ)

Goldberg,D,P によって開発された質問紙による検査法で、主として神経症的傾向に関するスクリーニングテストの日本語版である。身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の 4 要素のスケールから成り立っている。

- ・ WHOQOL-26

WHO により作成された QOL 測定尺度 WHOQOL-100 の縮小版で、身体的、心理的、環境的、社会的関係の 4 要素から成り立っている。

C、結果

① 対象者

統計処理可能な質問紙記入者は 8 名であった。

属性

- ・ 年齢

家族平均年齢 59,8 歳

(30歳代1名、40歳代1名、50歳代1名、60歳代2名、70歳代3名)

患者平均年齢 67.75歳

・ 性別

男性2名、女性6名

・ 患者との関係

配偶者6名、子2名

・ 入院期間

10.4日間

・ 患者死亡後月数

11ヶ月～28ヶ月

② 記述統計

・ IES-Rの結果は表1の通りである。

PTSD 診断のカットオフ・ポイントは合計25であり、8名中2名がこのポイントを上回っていた。

SD が大きく個人差があることを示唆している。

・ GRSの結果は表2の通りである。

悲嘆の解決以外の因子はSDが大きい傾向にあり、やはり個人差があることを示唆している。

・ GHQの結果は表3の通りである。

精神的健康に何らかの問題があると考えられるカットオフ・ポイントは6点であり、平均値は大きく上回っている。8名中3名が6点を上回っていた。また不安、不眠、社会的活動も軽度の問題ありとする各々2～3点、1～2点の閾値に入っている。SDも大きいことから数値の高い個人の影

響も考えられるが、全体としても神経症的傾向が見られるといえる。

・ WHOQOL-26の結果は平均99.00、SD8.40であった。

③ 各質問紙間の相関は表4に表した。なお、統計ソフトはSPSS12.0を用いPearsonの相関係数を使用した。全体としてIES-Rで示された心的外傷とGRSで表された悲嘆反応とGHQでの精神的健康度との間に強いかわりが見られた。

[年齢]年齢はGRSで示された悲嘆反応のみで負の相関が見られ、年齢の低い人ほど悲嘆が強いことが示された。亡くなった人のイメージを求め悲哀感が強く、また未解決な悲嘆と葛藤も年齢の低い人のほうが強く出た。

[GRSとIES-Rとの関係]

全体として両者の関係が強いことが示された。即ち悲嘆が強い人ほど心的外傷を受けていると言える。GRSの「対象のイメージと悲哀感」とIES-Rの「侵入」「過覚醒」と総計に正の相関があり、亡くなった人のイメージを求め悲哀感が強い人ほど、常にその思いにとらわれ、過敏になり警戒心が強くなることが示された。またGRSの「対象の存在」と「IES-Rの侵入」に正の相関が見られた。亡くなった方がそばに感じる感覚が強いほど心的外傷の侵入の症状も強い。GRSの「未解決な悲嘆と葛藤」を感じている方ほどIES-Rの「回避症状」と「過覚醒症状」がみられ、

亡くなった人のことを思うときに恐怖感や罪悪感を感じる人ほど、回避的になり、敏感になり警戒心が強くなりことを示している。GRSの「悲嘆の解決」はIES-Rの「回避」と「総計」と負の相関が見られ、死別体験を意味あるものと捉えようとする人ほど回避的であり、心的外傷も受けているということが言える。

[GRSとGHQとの関係]

GRSの「未解決の悲嘆と葛藤」とGHQ「うつ傾向」と「総計」との間に正の相関が見られ、この悲嘆反応の因子が強い人ほど、うつ傾向がみられ精神的健康度がよくないことが示された。またGRSの「悲嘆の解決」とGHQの「身体症状」と「総計」の間には負の相関が見られ、死別体験を意味あるものと捉えようとする人ほど、身体・精神的状態がよくないことを示している。

[IES-RとGHQとの関係]

IES-Rの「回避」とGHQの「不眠・不安」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」「総計」との間に正の相関が見られ、回避傾向のある人ほど、不安が高く不眠傾向で、うつのであり、精神的健康度全体としてよくないことが示された。またIES-Rの「過覚醒」とGHQの「不眠・不安」「うつ傾向」とにも正の相関が見られ、過覚醒症状と不眠や不安、うつ傾向が関係することが示された。

[その他の因子]

WHOQOLはGRSの「存在」との間に負の相関が見られたのみであ

った。今回の対象者では悲嘆や心的外傷が全生活に影響することはなかったといえる。性別、入院日数はどの因子とも相関がなかった。

D、考察

年齢の若い方人ほど悲嘆反応が強く出ていることから言える点は、一つにはある程度の年齢になることによって身近な人との死別経験があることが考えられる。面接中にも脳死や患者についての話の中に、過去に経験した親、兄弟など身近な人との死別体験が語られていた。また年齢の低い群には患者との関係が子である場合が入っており、配偶者と親子関係との違いも考えられる。この点は今後対象者数を増やすことで、年齢・関係の両者の要因が明らかにされると考えられる。しかしいずれにせよ年齢の若い人のほうが悲嘆のリスクが高い可能性があるといえる。

心的外傷の「侵入」が悲嘆反応の「対象のイメージと悲哀」「存在」と深く関わっていることがみられた。心的外傷の侵入症状は常にそのことがらが湧き上がってくるもので、亡くなった人がイメージされ、その存在が感じられ悲哀感を持つという悲嘆反応と心的プロセスは似通ったものと考えられる。しかしその両者とも精神的健康度とは関わりがなかった。今回の脳死患者家族においては亡くなった方を思慕し常にその思いにとられる傾向が強くてもそれが精神的健康度を阻害することではないといえる。

結果の中で顕著に見られたのはIES-Rの「過覚醒」「回避」とGRSの「未解決の悲嘆と葛藤」とGHQの「うつ傾向」「総計」の三者の強い関係であった。ここからは「未

解決の悲嘆と葛藤」という項目で示された“亡くなった対象者を思い出すことから恐怖感、罪悪感、孤独感、呆然感などの思いが引き起こされる心的状態”が過覚醒症状の不安や警戒心に影響し、出来事と関係するものから遠ざかろうとする回避症状を引き起こし、またその症状そのものが未解決の悲嘆や葛藤を長引かせるという状態になり、うつ症状や精神的健康を損ねる可能性が高いことが推察された。死別体験が災害などの心的外傷体験と異なるのは、トラウマティックな出来事の中核に愛着の対象があることで「回避」の部分が違うと言われている。今回の結果ではその愛着の対象とともに恐怖感や罪悪感があるという出来事の中核に両面的な心情が見られた。それが回避と過覚醒を引き起こし、抑うつ的になっている可能性が考えられる。この「未解決の悲嘆と葛藤」が「脳死患者家族」という体験から来るものであるか、亡くなった人との愛着関係が要因かは今回の研究では明らかにされなかったが、家族の精神的健康を阻害するリスクファクターとしては考えられ、今後の研究のポイントとなると思われる。複雑性悲嘆という死別体験にともなう病的な反応は近年「愛着理論」からの考察がなされてきている。その理論では複雑性悲嘆は愛着ある対象の死に関する種々の思いを効果的に安全感を持って統合できず、その対象者なしにこの世界で機能することに失敗している状態ととらえている。そして回避はその統合を機能させない働きがあると考えている。今回の結果も愛着ある対象の想起に恐怖感や罪悪感を伴い、回避的になる傾向からも、複雑性悲嘆の心理過程が見受けられた。

また悲嘆反応の「悲嘆の解決」が IES-R

「回避」と GHQ「総計」と負の相関で三者に関係が見られた。死別の意味づけ、死別後自分が強くなったと感じることが強い人ほど回避傾向がみられ、かつ精神的健康度が低いことは一般の予測とは異なってくる。ここで回避と関わっていることを考慮すると、むしろ「そうあらねばならない」として、悲嘆に直面させずに抑圧している可能性が高い。その結果としての精神的不健康度と関連すると考えられる。しかしこの点は今後対象者数を増やし、年齢、死別後の時間なども考慮し検証していく必要がある。

記述統計から考慮されねばならないのは SD の高さから予想される個人差の問題であり、IES-R で 8 名中 2 名がカットオフ・ポイントを上回り、軽度の PTSD 症状を示したことであり、GHQ も平均がカットオフ・ポイントを超え、3 名が軽度の神経症症状を表していることである。本研究の対象者には複雑性悲嘆を示す家族はいなかったが、2～3 名はハイリスクの家族であると考えられる。対象者数が少ないので、断定は出来ないが 25% に軽度 PTSD 症状が見られたことは一般人の平均（生涯罹患率 10%）と比べてはるかに高い。このことを個人の「愛着」の問題ととらえるか、脳死という葛藤状態がトリガーになって引き起こされたのか、もしくは予期せぬ死という死別が強い心的外傷体験であったのかは今後の研究の課題である。

本研究の限界は対象者数の少なさと統制群との比較が無いことである。したがって今回見られた反応が「脳死患者家族」に特有のものであるとは言えず、この点は今後対象者数を増やし、統制群を入れた研究により明確になると考えられる。しかしコーディネーターが関わる際には脳死患者が死

別に両価的思いを抱き、回避傾向にある時は、ハイリスクの可能性があると考える必要がある。

E、結論

脳死患者家族の心理過程を質問紙により考察した。その結果、亡くなった人を思慕する思いが強く、とらわれることがあって

も精神的健康度は保たれているが、恐怖感・罪悪感・呆然感という未解決の悲嘆や葛藤があり、回避的な心的外傷反応が見られる場合は複雑性悲嘆を含めた精神的健康を損なう可能性があることがわかった。脳死患者家族に対応する際にはこの点に留意する必要がある。

表 1 IES-R 数値

症状	平均値	SD(標準偏差)
侵入	8.13	6.62
回避	7.63	7.71
過覚醒	7.00	6.76
合計	22.75	19.49

表 2 GRS 数値

悲嘆の因子	平均値	標準偏差 (SD)
対象のイメージや悲哀感	14.00	4.86
存在の感覚	11.43	5.38
未解決な悲嘆と葛藤	12.43	4.39
悲嘆の解決	10.86	2.48
4 因子の合計	48.43	12.05
全項目の合計	74.43	20.42

表 3 GHQ 数値

要素	平均値	標準偏差
身体	1.86	1.77
不安・不眠	2.43	2.15
社会的活動障害	1.14	1.21
うつ傾向	0.85	1.21
合計	8.86	7.08

表一4 GRS・IES-R・GHQ・WHOQOL・年齢・入院日数 相関 (ピアソン相関係数)

	IES-R-1	IES-R-2	IES-R-3	IES-R-合計	GHQ-1	GHQ-2	GHQ-3	GHQ-4	GHQ合計	QOL	年齢	日数
GRS-1	.9**	.74	.9**	.93**	.75	.51	.46	.71	.71	-.65	-.9	.33
GRS-2	.93**	.46	.65	.74	.78	.27	.23	.24	.47	-.86*	-.7	-.1
GRS-3	.71	.93**	.93**	.95**	.75	.73	.79	.9*	.9*	-.31	-.9**	.53
GRS-4	-.5	-.9**	-.7	-.8*	-.8*	-.8	-.99**	-.7	-.9**	.16	.72	-.5
GRS-5	.94**	.7	.86*	.91**	.79	.46	.43	.64	.68	-.72	-.9**	.31
GRS合計	.94**	.7	.86*	.91**	.79	.46	.43	.64	.68	-.72	-.9**	.31
IES-R1					.71	.43	.46	.5	.62	.45	-.1	.04
IES-R2					.7	.93**	.94**	.84*	.99**	-.02	-.2	.11
IES-R3					.61	.83*	.75	.86*	.89**	-.07	-.2	.06
IES合計					.73	.8*	.79*	.8*	.91**	-.18	-.2	.08
GHQ-1										-.68	-.5	.19
GHQ-2										.22	0	-.2
GHQ-3										.13	0	.03
GHQ-4										.11	-.2	.42
GHQ合計										.08	-.2	.01
QOL											.57	-.2
年齢												-.4

GRS-1 : 対象のイメージ・悲哀 IES-R-2 : 回避 GHQ-4 : うつ傾向

GRS-2 : 存在 IES-R-3 : 過覚醒

GRS-3 : 未解決の悲嘆と葛藤 GHQ-1 : 身体

GRS-4 : 悲嘆の解決 GHQ-2 : 不眠・不安

IES-R-1 : 侵入 GHQ-3 : 社会的活動障害

** p<0.01

* p<0.05