

悲嘆、葬儀、貧困が、日本で遺族の健康、生産性、医療依存に及ぼす影響－

OMEGA—Journal of Death and Dying 2022,
Vol. 85(3) 669–689

© 著者（ら）：2020年



文献の再使用に関するガイドライン：

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0030222820947573

journals.sagepub.com/home/ome

Carl B. Becker¹、谷山洋三²、
近藤（有田）恵³、山田慎也⁴、山本佳世子⁵

概要

死別悲嘆が遺族の健康状態を悪化させることは以前から示されてきたが、死別後に遺族が損失した時間や支出した医療費に関する評価は未だにあまり行われていない。儀礼的表現や社会的支援を通して、従来の葬儀は遺族が悲嘆をうまく鎮めたり乗り越えたりすることに貢献してきた。満足のある葬儀を営むことが悲嘆を軽減する一方で、貧困が悲嘆を深刻化させることが先行研究に示唆されている。そこで我々は、(1) 悲嘆がもたらす精神・身体症状、(2) 葬儀の簡略化や葬儀に対する不満、(3) 貧困が、生産性の低下と、医療・社会福祉サービスの利用増加と相関する、という仮説を立てた。そして、最近家族を亡くした 165 世帯から、悲嘆と葬儀のみならず、死別後の健康状態や医療利用に関するデータを収集した。その結果、(1) 日本では、死別悲嘆が深刻であることが、身体不調の増加、仕事を初めとする活動ができない時間の増加、さらには医療依存の増加と相関し、(2) 葬儀に対する満足度の低さが、医療・薬剤やカウンセリング費用の増加と相関し、(3) 低所得家庭では、損失時間が増加する一方で、収入が減少した家庭では薬剤への出費が増加することを明らかにした。これらは、満足のある葬儀と収入の確保が、生産性の低下と公共サービスへの依存から生じるコストの削減につながることを示唆している。

キーワード

悲嘆、死別、葬儀、生産性、健康、社会福祉サービス、医療、費用（コスト）

¹ 京都大学 政策のための科学ユニット

² 東北大学 宗教学研究室

³ 大阪医科薬科大学 中山国際医学医療交流センター

⁴ 国立歴史民俗博物館 研究部 民族研究系

⁵ 天理医療大学 医療学部

責任著者：

Carl B. Becker：京都大学 政策のための科学ユニット、〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

Eメール：becker.carlbradley.5e@kyoto-u.ac.jp

序文

人口の高齢化が進むにつれ、社会には高齢者の死亡によって遺族となる人の数が増えていく。遺族の悲嘆が生産性の低下や健康上の問題につながると、国家の税基盤にも負担がかかる。葬儀が遺族の悲嘆を緩和し、遺族に社会的支援を与える働きをする可能性があるが、「葬儀貧困」(Walter, 2017) や新型コロナウイルス感染拡大の影響で、伝統的な形式の葬儀に親類や友人が集まるのが困難になっている。こうした事象は欧米のみならず、保守的な印象の強いアジアの国々にも影響を与えている。本稿で紹介する日本人を対象とした調査は、新型コロナウイルス感染拡大前に完了したものではあるが、死別後の悲嘆が遺族に及ぼす影響と、それに対して葬儀が持つ影響力について知見を提供するものとなっている。

コロナ禍の直前に、葬儀が及ぼす影響に関する重要な研究結果が 2 件発表された。Boelen ら (2019) と Mitima-Verloop ら (2019) の共同研究では、1,307 人のオランダ人の遺族を対象にアンケート調査が実施され、最近家族を亡くした 476 人から有効な回答が得られ、251 人の遺族を 3 年間追跡した貴重な調査結果もできた。イギリスで行われた研究は本 *OMEGA* 誌上で Birrell ら (2020) が発表したものである。当初 263 人から有効な回答が得られ、回答者に対する 1 年後の追加調査では 233 人から有効な回答が得られた。こうした葬儀や追悼の影響に関する統計学的研究の出現は画期的な出来事である。特に興味深いのは、葬儀がオランダ人やイギリス人遺族の悲嘆に及ぼす影響は些細である、という暫定的な結論が出されたことであった。こうした発表が相次ぐ中、昔から儀式や絆の継続が重要と考えられてきた日本でも、研究チームが同様の研究を進めてきた。本稿は、日本で実施中の研究の、完了したパイロット調査の結果について報告するものである。この調査では、死別や葬儀に関する体験に加え、その後の健康状態や疾患について尋ねる多くの質問に対し、最近家族を亡くした 165 人の遺族から包括的な回答が得られた。

死別の影響に関する過去の研究レビュー

大切な人を亡くした経験者にとっては「死別が衰弱をもたらす」ことは周知の事実である。多く引用される Genevro と Miller (2010) によるレビュー論文では、死別がもたらす感情面と経済面でのコストについて、「主観的な報告が無数にあるにも関わらず、エビデンスに基づく研究はほとんどない」と結論付けている。だが、政府や健康保険団体は、感情面の苦痛を緩和するという目的だけでは費用の支給を行わず、死別による感情面での衰弱が社会にどのような影響を及ぼすのかを示す証拠を求める。遺族に関与する職業の人々も、どのような遺族に対して何を実践すれば最も役立つのかを示す、より有用な証拠を必要としている。

悲嘆そのものが医学的疾患の一種なのかどうかに関する議論は、APA (米国精神医学会) の DSM-5 (精神疾患の診断・統計マニュアル 第 5 版) の除外条項から悲嘆が削除される以前から行われており、本稿でこの議論を繰り返す必要はない。最新の DSM-5 の見解では、慢性的複雑死別障害は、研究すべき障害であるとしており、ICD-11 (疾病と関連保健問題の欧州国際統計分類 第 11 版) においても遷延性悲嘆症が「障害」とみなされている。悲嘆を (米国でよく見られるように) 公然と表現するのが情緒的に健全なのか、それとも (サモアや日本のように) 悲嘆の表現を抑制する傾向も効果的で、文化的に健全な選択肢なのかに関する議論もある (Albon, 1971; Murata et al., 2013)。人前で感情を自由に表現することの是非は文化によって異なるものの、多くの日本の学者は、悲嘆の経過を改善するには (公然と、または内密に) 何らかの形で悲嘆を共有することが重要である、という米国的な考え方に同調する傾向

にある。しかし、見ず知らずの専門職にグリーフケアを委ねることに関しては、日本人は米国人ほど快く感じないことも共通する認識である (Seto, 2016, Seto & Maeda, 2019)。

健康に対する影響

20年前、Prigersonら(2000)をはじめとする先駆的な研究者は、非遺族の集団と比較して、遺族の集団は医療機関や介護施設の利用が有意に多いことを明らかにした。それ以前にも、Prigersonら(1997)は、複雑性悲嘆を呈している集団は、悲嘆のない集団と比較して、高血圧や心臓発作、癌等の発症率が有意に高いことを明らかにした。また、故人をケアする業務に携わっていた人に関する調査で、ヘルスケアスタッフの10%が、患者との死別に際して激しい感情的・身体的反応を経験したという報告がある(例: Redinbaugh et al., 2003)。同様に、新生児のケアを担当する看護師の10%が、死産で子供を亡くした母親をケアする精神的負担から、産科の仕事をすべて辞めようと思ったことを示す文献もある(Gold, 2008)。

死別が遺族の健康と医療依存に悪影響を及ぼす過程には、過食や拒食、過度な飲酒や不眠、定期的な運動や社会生活の休止といった生活習慣の悪化が存在する(Monk et al., 2008; Worden, 2003)。その一方で、Stroebeら(2007)が懸念しているとおりに、実際には多くの遺族が医療機関に助けを求めないため、医療機関の利用者に関する数字は、その必要性を過小評価したものとなっている。1年以内に死別を経験した日本人が健康状態を悪化させる確率は、そうでない人よりも25~30%高く、また、10~20%が、死別から1年後以降も抗うつ剤に依存し続けている(Tateno et al., 2011)。こうした状況が特に懸念されるのは、災害による予期せぬ突然の死別後(Seto & Maeda, 2019)や、新型コロナウイルス感染症による場合である。

適切な葬儀がもたらす効果

長きにわたり、葬送儀礼の執行者や葬祭ディレクターは悲嘆を軽減するための努力をしてきた。Dokaは35年以上前に、葬儀後のフォローに健康面での効果があることを示唆(Doka, 1984)しており、その後Rando(1993)が、葬祭ディレクターとの交流が遺族の悲嘆に大きな影響を及ぼすことを観察した。BosleyとCook(1993)は、葬送儀式で表現される記憶や信仰、社会的支援の統合や継続性が、死別悲嘆の転帰を改善することを示した。

米国では、Gaminoら(2000)が、葬儀の計画に積極的に参加した遺族や、葬儀が「心地よい」と感じた遺族では悲嘆症状の発現が有意に少ないことを示した。その後、その研究結果の信憑性を高める、さらなる研究が発表されている(Hayslip, 2007)。悲嘆症状の軽減における葬儀の価値は、NortonとGino(2014)、LongとLynch(2013)、Deatherage(2014)等によっても示されている。また、Aounら(2015)は、悲嘆を発現するリスクが最も高いのは、故人の世話を長期間行った男性遺族と、子供や年下の配偶者を亡くした遺族であることを明らかにした。葬祭ディレクターの関与がこうしたハイリスク群に対するサポートとなると言われているが、その根拠はまだ明確になっていない。死別直後の葬祭ディレクターとの関わりがその後も長期的に意義を発揮するのか、あるいは葬儀後も長期にわたり葬祭ディレクターが積極的にサポートを提供した場合に効果があるのかは判っていない。いずれにしても、死別から生じるコストの低減につながる葬送儀礼の効果について、定量的に評価した文献は皆無に等しい状況である。

経済生産性と医療依存への影響

近年、非常に優れた研究がオーストラリアとスコットランドで実施された。Comans ら (2013) は、一般的には 1 人の死亡で 6 人の家族や友人が悲嘆に苛まれ、そこから生じるコストは最低でも推定 14,000 オーストラリアドルとなることを示唆した。また Kinchin と Doran (2017) は、同じくオーストラリアで、2014 年だけで 900 人の自殺と、2,300 人の活動不能と 11,242 人の短期的な自傷行為を原因として、推定で 67 億 3,000 万オーストラリアドルの経済損失がもたらされたと述べた。この数字を日本に置き換えた場合、年間 2,000 億ドル超の損失が生じるという計算になる。一方、Melanie Fox ら (2014) は、遺族の生産性が著しく低下することを示し、中で、死別から 1 ヶ月後の時点では、遺族の機能が 30% まで低下し、6 ヶ月後の時点でも 60% までしか回復しないことを示した。また、スコットランドでは、2015 年、55,000 件の配偶者との死別のみを原因とする入院費の増加が推定で約 2,000 万ポンドであり、死別後の不調のために遺族が家庭医を受診することに伴う医療費の増加は、控えめに見積もって 200 万ポンドであることが明らかになっている。経済的損失を示すエビデンスが徐々に蓄積されつつあるが、事前にリスクの高い人を特定し、死別を乗り越えるまで保護・手助けをする最善の方法を見つけ出すには、さらなる研究が必要となる。

日本における死別

日本政府は、人口の高齢化を視野に、現在生存している日本人の 6 人に 1 人が 2030 年までに死亡すると予測している(2015)。1 人が死亡すると、社会では少なくとも 6 人が影響を受けると想定され、死亡する高齢者の大半に 6 人を超える子孫がいることを考えると、2030 年までに、高齢の親族や友人との死別を経験しない日本人はほとんど皆無になる。遺族全体のほんの一〜二割であっても、医療・福祉サービスに依存する人が増えれば、既に厳しい状況にある日本の財政はさらに圧迫され、破綻する恐れがある。そのため、深刻な悲嘆が健康に及ぼす悪影響を減らす方法を見つけることは急務である。日本の葬儀には、悲嘆の共有を開始・促進する機能があり、それがなければ抑うつ症状が 5 年以上続く場合がある (Miyabayashi, 2005)。しかし、多世代世帯の崩壊、都会生活における匿名性、さらには儀式を行わないことを好む現代主義・脱構築主義の傾向により、益々多くの日本人が伝統的な葬儀を避け、近親者のみが参列する密葬や直葬を行うようになっている (Kotani, 2019; Yamada, 2007)。この傾向は欧米と類似しているため、葬儀の簡略化が進み、高齢化社会を迎えようとしている他国の先を行く日本は、ある意味でテストケースとなる。

全米の調査では、死後の世界を信じるのが、教会に出向くといった他の宗教的指標より、遺族が呈する症状の重症度を低下させることが示唆されている (Flannelly et al., 2006)。日本人は毎週礼拝に参列するといった習慣を持たず、死後の世界があると固く信じている人はほとんどいない一方で、実質的にはすべての人が、大切な人の葬儀を僧侶に託している。また、死後の世界を強く信じることや、仏壇を通して故人と対話をすることが、死別に伴う悲嘆や抑うつを緩和すると言われているが、そうした有効な「続く絆」の効果を明確に証明する研究はほとんどない (Fong & Chow, 2017 を参照)。米国人同様、現代の日本人も宗教離れが急速に進みつつあり、一世代前には当たり前だった祖先との絆の継続を語る上で不可欠だった仏壇や僧侶による月命日の法要が、今ではほとんどの家庭から姿を消している。

1996 年から 2015 年にかけて、かつての日本では自宅で行われていた通夜や葬儀の大半が葬儀会館や

セレモニーホールで行われるようになった一方で、皮肉にも、参列者の平均人数は180人から46人へと激減した (Tamaki, 2018)。しかし、この平均人数は、おそらく10人前後の近親者だけで実施する「閉ざされた家族葬」と、依然として大人数を招いて執り行う伝統的な葬儀の二極化の結果が誤って表現された数字となっている可能性がある。逸話的報告では、仏教の伝統的な法要には健康への好影響がある (Taniyama & Becker, 2014) こと、旧友やかつてのクラスメイトを葬儀に招くことで、悲嘆に暮れる遺族をサポートするシステムが再活性する可能性もある (Norton & Gino, 2014; Long & Lynch, 2013)。

住民の匿名性が高い大都市では、家族の崩壊によって社会的絆が著しく弱体化しつつあるが、通夜や葬儀、法要等が親族の集まりや、友人、同僚、かつてのクラスメイトのネットワークを独特の方法で促進し (Yamada & Suzuki, 2014)、多くの遺族が最も辛い悲嘆の時期を乗り越えるのに役立っている (Sakaguchi, 2012; Seto & Maeda, 2019)。通夜や葬儀、法要等は、人前で悲しみを表現できる希少で貴重な場であり、遺族がより広いコミュニティに向かって喪失感を公然と口にし、故人の遺産に関する社会的評価を求め、遠慮なく自身の感情を表現できる唯一の時間となる (Tamagawa, 2018)。また、葬儀の場で僧侶の読経を聴くだけで、日本人遺族の悲嘆が軽減されることが、最近の実証実験の結果として示唆されている (Taniyama et al., 2019)。しかし、全国民を母集団として、こうした主張を証明する試みは行われて来なかった。

そこで我々は、(1) 悲嘆がもたらす精神・身体症状、(2) 葬儀の簡略化や葬儀に対する不満、(3) 貧困や収入の減少が、生産性の低下と医療・社会福祉サービスの利用増加と相関するという仮説を立てた。

今回の (パイロット) 研究

方法

上記の仮説を検証するため、文部科学省から大型科学研究費を受け、日本における死別悲嘆の経過に関する調査を行った。調査の開始にあたり、日本人研究者で構成されるチームとの協議の下、日本向けのパイロット版質問票を作成した。だが、患者の死後も遺族と連絡を取り続ける病院のある欧州とは異なり、日本の病院はそうしたフォローを行わないため、調査に参加する遺族の募集は、事実上すべての日本の葬儀を執り行い、その後も遺族と連絡を取り続けている仏教寺院の僧侶のネットワークを通して行うことになった。2018年秋、僧侶を介して2~8カ月以内に家族を亡くした遺族に240部のパイロット版質問票を配布したところ、同意した165人の遺族 (回答率70%近く) から完全な回答が得られた。

質問票

最初の質問は、回答者の年齢、性別、社会経済的地位、故人との続柄について尋ねる標準的な人口統計学的項目であった。次に、誰が葬儀の選択や支払いを行ったかを尋ね、続いて日本の葬儀の典型的な手順1つ1つについて4つの選択肢 (「やって非常に満足した」「やらないよりはやってよかった」「やらなければよかった」「やらなかった」) を用いて評価してもらった。

死別に対する精神的反応の測定には Prigerson らが作成した PG-13 尺度の日本語版 (2008年) を利用し、回答には、数値が高いほど精神的悲嘆度が高いとみなすリックカート尺度の(1)「全くない」から(5)「常に」までの5段階評価を採用した。さらに、ファイザー社の日本語版 PHQ-9 から重複しない不眠、食欲、アルコール依存、集中力といった、悲嘆に対する身体的反応の5つの項目を追加した。

続く質問群は、2018年にカナダ、オンタリオ州のロンドン市で、「臨終と死別に関する国際作業グループ」の費用対効率委員会が作成したものである。悲嘆が死別後の生活に及ぼす影響を測定するために、死別によって前月、活動や生産性が何時間失われたかを尋ねた後、どの程度妨げられたかについて主観的な質問をした。次に以下の行動をした回数とそのために費やした金額を尋ねた。(1) 医療機関の受診、(2) 薬剤の使用、(3) 精神療法やカウンセラーによるサポート、(4) 金融や法律相談、(5) 在宅療養の支援、(6) 遺族支援グループ、(7) 電話やオンラインサポート、(8) 友人や親類によるサポート、そして(9) 上記に関する支出が大きな経済的負担だと感じたかどうかを尋ねた。

翌年に実施する本格的な調査の再設計に向けて、パイロット版質問票の構成と長さに関する自由回答形式の質問も行った。パイロット版質問票には全部で107の質問があったが、すべての質問に回答した人が自由回答欄に記入したコメントによると、これは多すぎたようだ。

回答を匿名化し、作表を行い、不完全な回答を除外した後、SPSS 23 (IBM社の統計解析ソフト)を用いて165件の有効かつ完全な回答を分析した。個々の変数の分析に加え、心身の健康状態、葬儀への不満、およびさまざまな変数の第4四分位群(上位4分の1の群)のスコアを集計して相関を求め、Excelピボットテーブルのデータ変更技術を使用し、四分位群間の相関を試みた(Bee & Bee, 2005を参照)。

参加者

人口統計の背景: 日本人を対象とする本パイロット調査のサンプルは、20代から80歳以上の165人の回答者で構成され、平均年齢は62歳(中央値は64歳)で、80%を超える回答者が50歳から79歳の間であった。また、99人(60%)が女性で66人(40%)が男性だった。質問に回答した時点で、119人(72%)が既婚、24人(15%)が配偶者と死別、8人(5%)が別居又は離婚、13人(8%)が未婚であった。回答者を含む世帯人数は1人(1人暮らしの回答者は23人、14%)から5人以上(4人、2%)で平均は2.73人であった。3分の1以上(61人、37%)が配偶者のみと同居し、一人暮らしを除くその他の回答者(81人、49%)は子供や親、他の親族と同居していた。回答者のうち、死別の結果一人暮らしになった遺族は非常に少なかった。これは、死別悲嘆の経過において、社会的・心理的サポートが得られる良い兆しである。

回答者の学歴については、中卒者が16人(10%)、高卒者が72人(44%)、短期大学または専門学校の卒業生が36人(21%)、大学の学位取得者が37人(22%)と、大学院の学位取得者がわずか3人(2%)であった。これは、日本のこの年齢層の一般的な学歴をほぼ反映している。

仕事については、66人(40%)が常勤雇用、69人(42%)が無職または退職、8%がパート、10%が特定不能であった。死別の前年の年収については、大半(88人、53%)が典型的な日本の世帯年収である200万円から500万円の範囲内であり、200万円未満が24人(15%)、500万円から1,000万円が36人(22%)、1,000万円超が13人(8%)であった。回答者の大部分(104人、64%)は、死別前と死別後で、収入に大きな変化がなかったが、死別後に収入が増加した回答者はわずか3人(2%)であったのに対し、40人(25%)で経済状態がわずかに悪化し、15人(9%)では激減した。回答者の大部分(130人、79%)が、何らかの仏教儀式または祈りを定期的に行っていると回答し、28人(17%)が「時々」行っていると述べたが、本調査の回答者は故人の葬儀を執り行った僧侶を通して募集した人の集団であることを考えると、さほど驚くべき数ではない。

故人：故人の大半は死亡時の年齢が 80 歳以上（105 人、64%）であり、60 歳から 79 歳までが 49 人（30%）だった。また男性が 74 人（45%）で女性が 90 人（55%）であった。回答者から見た続柄は、親が 100 人（61%）、配偶者が 31 人（19%）、兄弟姉妹が 11 人（7%）であった。また 14 人（8%）は回答者の祖父母、叔母、叔父、いとこ、義理の家族などであった。回答者の息子という例も 7 件（4%）あったが、友人の例がなかったのは、家族だけの葬儀が主流の社会では想定内のことだった。回答者のほとんどが故人と親密な関係にあったと思っており（156 人、96%）、それほど近い関係ではなかったと考えている回答者はわずか 6 人（4%）だった。

死因については、51 人（31%）が癌、42 人（26%）が「老衰」または原因不明、21 人（13%）が心臓発作または心不全、8 人（5%）が脳卒中、同じく 8 人（5%）が肺炎、および 2 人（1%）が事故であった。その他、または複数の原因疾患を挙げた回答者は 24 人（15%）いた。高齢での死亡が多いことから、全く予期しない突然の死亡例はほとんど無かった。臨終の場所については、病院が 100 人（61%）で、そのうち 15 人（9%）が集中治療室、自宅が 35 人（21%）、高齢者施設が 27 人（17%）、その他が 3 人（2%）であった。死亡時期については、多くが過去 6 ヶ月以内であったが、41 人（25%）は過去 6～12 ヶ月の間であった。

葬儀：故人自身が生前に手配をした葬儀は 11 件（7%）のみであった。残りの 93%のうち、多くの葬儀は故人の子供（123 人、75%）による選択で営まれ、39 件（24%）は故人の配偶者、18 件（11%）は配偶者と子供以外の家族により選択された。また少なくとも 36 件（22%）が、配偶者を亡くした親が子供に相談し、親子が共同で葬儀費用を負担した。言い換えると、配偶者を亡くした親の大半が子供と相談するのに、子供が葬儀の手配に関して親に相談する例は少なかった。

故人が生前に手配をした 11 件を含む 51 件（31%）の葬儀では、葬儀費用を主に故人本人が支払い、78 件（47%）では故人の子供、50 件（30%）では故人の配偶者、12 件（7%）ではその他の親族が支払った。これには 2 人以上で支払いをした 36 件（22%）のケースが含まれるため、全額を 1 人で支払った配偶者はほとんどおらず、大半が子供または親類の援助を受けたと考えられる。興味深いのは、子供やその他の親族では、単独で費用を負担する確率よりも、自身が意思決定に影響を与える確率の方が高かったことだ。親族 6 人と子供 45 人（合わせて 31%）が、故人が支払った（前払いを含む）葬儀を選択している。また、葬儀費用の支払いを負担と感じなかった遺族は 72 人（48%）、やや負担と感じた遺族は 70 人（43%）だったが、19 人（12%）は葬儀のための出費が大きな負担だったと回答した。

半数をわずかに上回る回答者（88 人、53%）が、近親者だけに制限しない通夜と、本格的な葬送儀式を伴う伝統的な葬儀を営んだが、71 人（43%）は近親者だけの小規模な葬儀を選択した。通夜を行わない、簡略化した葬儀を選択したのはわずか 3 人（2%）で、通夜も葬儀も行わない直葬を選択した遺族も同じく 3 人（2%）であった。仏教式の葬儀を選択した遺族は 153 人（93%）で、キリスト教式の葬儀を選択した遺族はおらず、12 人（7%）のみが「無宗教」または「その他」の形式を選択した。葬儀が簡素化される傾向にあるとメディアは伝えているが、我々の調査に参加した仏教信者の回答者は、依然として簡略化のない本格的な通夜および葬送儀式を選択していた。

調査票では、葬儀の各段階や手順の満足度を詳しく尋ねた。具体的には葬儀社との相談、末期水、清拭、エンゼルメイクなどの臨終儀礼、遺体の湯灌と死装束の着衣、遺体の納棺、副葬品、祭壇、遺影、

供花、僧侶の儀式や読経、喪主の挨拶、葬儀の会食、納骨を含む火葬の立ち会い、物品（思い出の品、写真、哀悼の手紙）の展示、法事など、僧侶との葬儀後の交流に関する項目を設けた。

回答者の大半がこれらの項目について「やって非常に満足した」または「やらないよりはやってよかった」と評価した。一方、「やらなかった」人が最も多い項目は、66人（40%）が、物品（思い出の品、写真、哀悼の手紙）の展示であった。「やらなかった」項目の次に多かったのは喪主の挨拶（24人、15%）、臨終儀礼・遺体の湯灌と死装束の着衣（15人、9%）、会食（13人、8%）、供花（10人、6%）、葬儀後の法事（12人、7%）である。しかし、「無宗教」または「その他」の葬儀を選択した12人（7%）を差し引くと、ほぼすべての仏教式葬儀で上記の項目のすべてが実行されており、例外の可能性のあるのは喪主の挨拶のみであることがわかる。喪主の挨拶と物品展示を実際に行った回答者のうち、どちらも3人（2%）が「やらなければよかった」と感じていた。自由回答形式のコメントを入念に読み深めることで、さらなる洞察が得られる可能性がある。

結果

165人の回答者に関する100を超える変数をすべて提示するには膨大すぎるので、立てた仮説を検証する重要な相関についてのみ、以下に紹介する。

心身の悲嘆反応と健康

心身の健康に関しては、15人（9%）の回答者に複数の症状が集中していた。

悲嘆の身体的影響は以下の形で現れることがわかった。

人付き合いと日常活動の減少	15人（9%）
著しい睡眠障害	15人（9%）
集中力の欠如	8人（5%）
摂食障害／消化器系の不具合	7人（4%）
飲酒または薬物使用の増加	7人（4%）
運動障害または言語障害	6人（4%）

悲嘆の精神症状は以下の形で（毎日または絶えず）現れることが特に多いとわかった。

故人を慕い思い焦がれる	51人（31%）
激しい心の痛み、悲哀、急に悲しみがこみ上げる	38人（23%）
喪失感で、愕然としたりショックを受けたり呆然としたりする	12人（7%）
前向きに生きたり新しい友人を作ったりするのが難しい	10人（6%）
感情が麻痺する	9人（5%）
人生が満たされない、空虚だ、無意味だと感じる	9人（5%）

上記のうち、思慕と悲しみ（上位2項目）を除く4つの症状は、身体的な症状があると答えた15人（9%）に集中していた。調査の時点で思慕や悲しみ（上位2項目）があると回答した遺族の中で、上記の15人以外の遺族（14～20%）が同じ感情を半年から1年後にも持ち続けた場合、身体的症状の合併が増える可能性が考えられる。こうしたハイリスク集団に関するさらなる分析が必要である。

仮説1：悲嘆が生産性や医療・福祉費用に及ぼす影響

仕事の生産性に関しては、有職者の79人（全体の49%）のうち、71人（有職者の90%）がその前の月に、仕事の生産性に軽度から重度の低下があったと回答した。また、54人（有職者の68%）が前の月に、平均18.6時間、健康上の理由で仕事を休んだと報告しており、重複を含む55人（有職者の70%）が前月、平均19.4時間、健康以外の理由で仕事を休んだと述べている（表1参照）。さらに、無職を含む125人（全回答者の76%）が、悲嘆が健康状態や仕事以外の活動に軽度の影響を及ぼしたと報告した。

表1：死別悲嘆と生産性・医療費との関係（PrigersonのPG13日本語版を改変したものを採用）

死別悲嘆の項目	生産性の 低下 n 71	p	医療費 n 90	p	薬剤費 n 70	p
1. 故人に会いたいと思いがれる、慕い求める気持ちを感じる	.295*	.013				
2. 悲しみがこみ上げ、とても辛く、寂しく感じられる	.356**	.002			.296*	.013
3. 故人の気配を感じたり声を聴いたり姿を見たりする	.430**	.001				
4. 故人を思い出させるようなものを敢えて避けようとしている	.265**	.027				
5. 亡くなられたことでショックを受け、愕然・呆然としたりしている	.475**	.001	0.201	.057	.516**	.001
6. 自分の役割が分からなくなり、心や体の一部が消えたような感覚	.612**	.001	.439**	.000	.849**	.001
7. その人を失ってしまったことを受け入れられない	.591**	.001	.345**	.001	.542**	.001
8. 他の人を信頼することが難しく感じる	.614**	.001			.677**	.001
9. 故人が死んだことに対して苦痛や怒りを感じる	.543**	.001	.345**	.001	.628**	.001
10. 新しい人間関係を作り、新しい興味を持つことは難しく感じる	.509**	.001	.212**	.045		
11. 感情が麻痺している感じがする	.655**	.001	.266**	.011		
12. 故人なしの生活には、人生を空虚・無意味・無気力とを感じる	.498**	.001	.284	.007	.555**	.001

注：*p<0.05 **p<0.01

上記の悲嘆因子が、死別後の医療や社会福祉サービスの利用に最も大きな影響を及ぼすと仮定された。死別悲嘆の詳細な退行分析項目は表1に示した。医療や薬剤の利用が増えた人と減った人はほぼ同数（15人と19人、9%と12%）だったが、回答者の67%は変化がなかったと述べた。増加した人が減少した人より有意に多かったのは法律・金融サービスの利用（46人、この質問に回答した人の46%）、家族との交流（44人、回答者の30%）、他の遺族との相談（30人、回答者の20%）であった。悲嘆の軽減と充足感をもたらした最大の要因が、家族との交流（効果があったと回答：96人、推奨すると回答：79人）であり、それが遺族グループ（効果があったと回答：57人、推奨すると回答：45人）や法律・金融

サービス（効果があったと回答：57人、推奨すると回答：46人）を上回ったことは興味深い。

表1は、悲嘆が、生産性の低下と、医療費や薬剤費と相関していることを示している。生産性の低下を報告した71人の大半が、PG-13尺度項目の多くについて、自身に当てはまると回答した。死別後の医療費について報告した90人と、薬剤費について報告した70人には、「自分の一部が死んでいるような気がする」、「喪失を受け入れるのが難しい」、「喪失に対して辛く腹立たしい思いがある」という項目との強い相関が見られた。相関だけでは、因果関係は決定できないが、医療費を起因として上記の感情が生じたとは考え難いので、上記の感情を起因として医療費が生じたと考える方が妥当であろう。こうした相関は、死別悲嘆が医療費や薬剤費を押し上げていることを示唆している。

悲嘆による影響が精神面に現れた人と身体面に現れた人との間には有意な相関が認められ ($p < .001$)、悲嘆の精神的影響で第4四分位群に属す回答者は、悲嘆の身体的影響でも第4四分位群に属す傾向が見られた ($p < .001$)。悲嘆の身体・精神症状と医療サービスの利用増加との相関については表2で詳しく示す。

身体的な不具合（摂食障害、睡眠障害、集中力の欠如）を多く報告した回答者が、健康上の理由で仕事を休んだことに関しても第4四分位群に入っているのは ($p = .049$) 驚くべきことではない。より重要なのは、そうした人が、身体的な問題がない人よりも仕事 ($p = .008$) と仕事以外 ($p = .004$) のいずれにおいても多くの時間を損失している点であろう。なお、悲嘆による精神的な不具合を抱えている人にも同じ傾向が見られたことはさらに興味深い。精神的な不具合を抱えている人は、健康上の理由で仕事を休むことが最も多かった ($p = .029$) が、より重要なのは、そうした人が仕事 ($p = .016$) と仕事以外 ($p = .005$) のいずれにおいても多くの時間を損失しているという点である。精神面に関する項目では「感情が麻痺しているように感じる」または「人を信頼するのが難しい」と感じた人に、生産的な時間を失う傾向が最も強く見られた ($p < .001$)。上記の結果から、死別の精神的・身体的影響が、仕事とその他の活動における集中力に影響を及ぼしていることは明らかである。

表2：悲嘆による身体・精神症状のために増加した医療・社会福祉サービスの利用

	オッズ比	p
悲嘆による身体症状は以下の事象と相関していた。		
死別以来、病院を利用することが増えた	2.555	.001
死別以来、薬局を利用することが増えた	14.450	.001
死別以来、カウンセリングを利用することが増えた	5.012	.001
悲嘆による精神症状は以下の事象と相関していた。		
死別以来、病院を利用することが増えた	2.327	.003
死別以来、薬局を利用することが増えた	15.329	.001
死別以来、カウンセリングを利用することが増えた	6.474	.001

悲嘆による身体症状と、医療費 ($p = .002$)、薬剤費 ($p = .031$)、カウンセリング費用 ($p = .005$) と直接相関していた。同様に、精神症状にも、医療費 ($p = .005$)、薬剤費 ($p = .041$)、カウンセリング費用 ($p = .006$) との直接の相関があった。精神的な要因のうち、特に「自分の一部が死んでいるような気がする」「喪失に対して辛く腹立たしい思いがある」「喪失を受け入れるのが難しい」という項目は、医療

費と薬剤費の増加との間に強い相関 ($p < .001$) を示した。

回答者が死別前から医療に依存していたのではないかという疑問について、回答者に、死別前と死別後の医療や社会福祉サービスの利用状況について訊ねた。身体症状は全般的に、死別後の医療費の増加 ($p < .001$)、処方される薬剤数の増加 ($p < .001$)、カウンセリング回数の増加 ($p < .001$) と相関しており、精神症状も、医療費の増加 ($p = .003$)、処方される薬剤数の増加 ($p < .001$)、カウンセリング回数の増加 ($p = .001$) と強く相関していた。こうした相関は、死別後の出費が、過去からの傾向の継続ではなく、新たに生じた医療依存の傾向によるものであることを証明している。この傾向を引き起こした原因として最も考えられるのは、死別悲嘆による影響である (表2を参照)。生産性の低下と、心身の不具合や医療費の増加について明らかにしたこの研究結果は、本稿において先に紹介し、レビューした過去の研究結果と一致し、それらの信憑性を高めるものにもなっている。

仮説2：葬儀への不満が医療・社会福祉費用に及ぼす影響

家族葬や直葬ではない、本格的な葬儀を営むことが、全体的な満足度と有意に相関していた。逆に、葬儀への不満が、後日、健康上の理由で仕事を休む時間の長さと同様に相関していた。葬儀への不満は悲嘆の精神症状と有意に相関していた ($p = .038$)。「葬儀による支えが得られなかった」と最も強く感じた群に属す回答者は、健康上の理由で最も長い時間仕事を休んだ回答者の群にも属す傾向 ($p = .038$) があり、仕事以外の事柄に関しても、最も強い悪影響や障害を受けた群に属す傾向が見られた ($p = .046$)。

表3. 葬儀の種類および葬儀への不満と、医療サービスの利用・費用との相関

	オッズ比	p
略式の葬儀または無葬儀は、以下の項目の第4四分位群と相関していた。		
医療機関を利用するために生じた時間の損失	7.000	.042
薬剤費	23.000	.007
カウンセリングを受けるために生じた時間の損失	20.500	.014
カウンセリング費用	19.500	.016
葬儀への不満は、以下の項目の第4四分位群と相関していた。		
医療費	12.718	.020
薬剤費	85.929	.010
精神療法またはカウンセリングの費用	23.403	.083
略式の葬儀または無葬儀	0.237	.001
葬儀への不満は、以下の項目と相関していた。		
死別後の、医療機関受診回数の増加	6.364	.021
死別後の、薬局の利用回数の増加	5.437	.049
死別後の、カウンセリング利用回数の増加	12.200	.023
悲嘆による身体症状の増加	4.412	.041

表3では、簡略化した葬儀と医療費との相関や、葬儀への不満と医療費・医療依存との相関についてさらなる詳細を示す。経済面では、葬儀で受けたサポートに非常に満足した人と比べて、葬儀が役に立たないと答えた人は、2万円を超える額を医院や病院に ($p = .020$)、1万円を超える額を薬剤に ($p = .010$)、

同じく 1 万円を超える額をカウンセリングや精神療法に($p=.083$)費やした人の群に属す割合がはるかに高かった。つまり、葬儀への不満は、死別後の数か月間に必要となる医療費やカウンセリング費用を押し上げる原因とは、最終的に結論付けられないまでも、それを予測させる因子ではある。

なお、医療への出費が増えた人には、火葬場で分骨などの儀式に不満を持っていた傾向が見られる($p=.07$)。また奇妙なことに、遺体の湯灌と死装束の着衣を行わなかったり好まなかったりした人と、死別後の数か月間、薬剤への出費が増えた人との間には強い相関が見られた($p=.007$)。これはトラウマを意味するのだろうか。さらに、略式の葬儀や直葬で済ませた人との比較では、本格的な葬儀を避けることが、葬儀後に健康上の理由で仕事以外の時間を多く損失することと相関している($p=.031$)ことが判明した。葬儀を行わなかった人や簡略化した人は、医療機関の受診($p=.042$)やカウンセリング($p=.016$)のために損失した時間において第 4 四分位群に属し、薬剤($p=.007$)やカウンセリング($p=.014$)に費やした金額においても第 4 四分位群に属す傾向が見られた。

これらの相関には因果関係があるのか、それとも単なる偶然なのかという疑問が生じる。死別以前から心身に不具合があった人が、直葬や家族葬を偶然に選択した群に重なった可能性は否めない。そこで、回答者に、死別後の医療機関等の利用状況を死別前の利用状況と比較するよう依頼した。その結果、直葬や家族葬には、死別後の医療費の増加($p=.021$)、処方される薬剤数の増加($p=.049$)、カウンセリング回数の増加($p=.023$)との間に強い相関があることが明らかになった。こうした現象については、さらなる統計分析が必要だが、葬儀の簡略がその後の死別悲嘆の経過に予期せぬ悪影響を及ぼす可能性を示唆している。

先行研究では、満足のいく葬儀を実施することが、宗教儀礼や社会的支援を通して、遺族の悲嘆を緩和することが示唆されているが、その一方で、Boelen (2019)や Birrell (2020)による研究では、そうした相関は示されなかった。我々の研究では、葬儀を肯定的に受け止めることが健康状態の改善や生産性の向上につながることは示せなかったが、葬儀を否定的に受け止めることや、葬儀の簡略が、その後の生産性の低下、および医療・社会福祉サービスへの出費の増加と相関していることが明らかになった。つまり、葬儀に対する満足は遺族の健康を護る十分条件とは言えないが、必須条件とは言えよう。

仮説 3 : 貧困や収入減少が医療・社会福祉費用に及ぼす影響

死別前からの低所得(年収 200 万円未満)が継続している人や、死別後に突然収入が減少した人のいずれかと、葬儀費用または医療費を負担に感じると報告した人との間に相関があるのではないかと考えたが、そこにはいかなる統計学的相関も見出すことはできなかった。言い換えると、今回の調査の回答者では、遺族が葬儀費用や医療費の支払いを「負担と感ずること」と、貧困または収入減少との間に測定可能な関連性がなかった。しかし、所得が最も低い群(200 万円未満)に属す回答者には、死別後に、健康上の理由で仕事を休まざるを得ない時間が増えたり($p=.017$)社会的な活動が減少したりする($p=.001$)傾向が見られた(表 4 を参照)。

低所得者や突然収入が減少した人に、医療受診回数の増加は見られなかったが、表 4 で示すとおり、薬局の利用回数($p < .001$)、カウンセリングや心理支援サービスを受けた回数($p=.038$)、さらに興味深いことに法律・金融相談の回数($p=.025$)には、死別前と比較して有意な増加が見られた。また、死別後に薬局に行くこと($p=.004$)、カウンセリングを受けること($p=.009$)、法律や金融相談をすること

($p = .059$) のために損失した (金銭ではない) 時間において、第 4 四分位群に属す回答者は、死別後の経済的負担を最も大きく感じる群に属す傾向を示した。ただし、葬儀の経済的負担については同じ傾向を示さなかったのは興味深い。

表 4. 低所得および収入減少と、医療サービスの利用・費用との相関

	オッズ比	p
低所得 (年収 200 万円未満) は以下の事項と相関していた。		
健康上の理由で仕事を休んだ時間	3.392	.017
健康上の理由で仕事以外の物事ができなかった時間	4.096	.001
死別後、カウンセリングを利用することが増えた	6.000	.038
収入減少は以下の事項と相関していた。		
死別後、薬局を利用することが増えた	10.316	.001
死別後、法律・金融相談をすることが増えた	2.649	.025
死別後、カウンセリングを利用することが増えた	6.250	.038

金銭的に余裕がない遺族は葬儀費用に大きな不満を持つ恐れがある。低収入や減収を埋め合わせるために、もっと働こうとするかもしれない。あるいは経済的理由から医療機関の利用を増やそうとは思わないかもしれないと想像する向きがあるかもしれない、等々と連想できそうだが、今回の調査対象者では、そうした事実は実証されなかった。しかし、低所得者や収入が減少した人は、葬儀費用をそれほど負担に感じない一方で、金銭に余裕がある人よりも仕事を休むことが多く、より多くの時間をカウンセリング等に費やす傾向が明らかになった。これは、葬儀貧困に関する過去の理解 (Stephen et al., 2015; Walter, 2017 を参照) と一致し、それを前進させるものとなっている。

考察

日本では事実上すべての葬儀を仏教僧侶が執り行っているとは言え、質問票の配布を仏教僧侶に依頼したことにより、限界が生じている。つまり僧侶との距離が近い人で構成される調査のサンプルは、僧侶との接触があまりない人より、幾分信仰心が強い人の集団となっていたであろう。また、葬儀に対する回答者の満足度が比較的高く、健康状態も比較的良好であったため、葬儀に満足することが悲嘆の悪影響を緩和するという仮説を統計学的に証明することができなかった。回答者の大部分が葬儀を実施していたため、意図的に葬儀を実施しなかった人や簡略化した人の悲嘆と十分な統計学的検出力がなかった。しかし、葬儀への満足度が最も低い (家族葬や直葬) 群に属す少数の回答者が、後で悲嘆に伴う症状を呈したり、出費を増やしたりする確率が最も高いことは実際に証明することができた。より大規模な全国調査では、無宗教の遺族からもより多くの参加者が得られるよう、寺院ではなく葬儀業者を通して回答者を募っている。

理想的には、統計学的なモデル化を行い、悲嘆が心身にもたらす症状が医療・社会福祉サービスの利用に影響を与え、その影響度が葬儀への不満や貧困によって変わる因果経路を追跡したいところであるが、本調査のサンプルサイズが小さかったため、そうした測定を行うには検出力が不十分であった。

なお、回答者の意見から、100 項目の質問は多すぎるということが判明した。そこで、回答者からの

自由回答形式のコメントに基づき、全国調査用にはより短く、回答しやすい形式の質問票を作成した。全国調査の結果は、今後数年の間に発表する予定である。（註：2022年に多く投稿されている。）

ここで紹介したデータは、日本で新型コロナウイルス感染症の流行が始まる前に収集したものであるため、ソーシャルディスタンスのために取り止めとなった葬儀に関するデータではない。しかし、葬儀が公衆衛生上、重要な役割を果たしていることは示唆しており、社会的にも精神的にも満足いく葬儀がもたらす潜在的な緩衝効果が失われたときに、それに代わって何が機能するのかを今後見ていく必要がある。以下の結論で述べる内容は、新型コロナウイルスのパンデミックが原因で葬儀が徹底的に簡略化されたことにも関連している。パンデミックは、医療従事者だけでなく、家族を亡くした人にも難問を投げかけた。新型コロナウイルスは、予期せぬ突然死と経済の低迷による収入減少をもたらす、という事実だけでも死別を受け入れることを困難にさせるものだが、これらに加え、大勢の人が集まる本格的な葬儀を営むことができないという問題も発生する。満足に葬儀ができないことは単に感情の問題なのではない。葬儀で人と集えなくなることは、遺族の心身の健康に影響を与えることが、本研究で見えてきた。我々の研究データは、葬儀の簡略化や葬儀への不満と、その後の遺族の健康状態との間に相関があることを示唆しており、適切な葬儀の機会が奪われる遺族が増える中、葬儀を充実させ、遺族の心身の健康に対するさらなる配慮とケアが必要になることを窺わせるものとなっている。

結論：本研究の要点

少なくとも日本において、本調査の結果は以下の仮説を裏付ける十分な推定的証拠を提示している。

(1) 死別後の悲嘆が大きいと、身体的な不具合が増えるだけでなく、生産性が低下し、仕事やその他の活動ができない時間が増え、医療・社会福祉サービスへの依存度が高まる。(2) 葬儀の簡略化は、仕事やその他の活動ができない時間と、薬剤やカウンセリングの出費と相関し、葬儀への不満は医療・薬剤やカウンセリングのための出費と相関する。(3) 低所得の回答者は健康上の理由で仕事や仕事以外の時間を損失することが多い一方で、死別後に収入が減少した回答者は薬剤への依存度を大幅に高まる。平均的な経済状況の遺族よりも経済的に厳しい群に属す遺族は、死別後に（日本では珍しく）カウンセリングに依存する傾向が強かった。また、葬儀の経済的負担が大きいと回答したのは経済面で最下層の群に属す遺族ではなく、簡略化した葬儀に満足しなかった遺族であった。そうした遺族が葬儀以降に健康上の問題をより多く抱え、より多くの時間を損失していることが予想外の洞察であった。この事実は、収入が減少した遺族に満足いく葬儀体験や参列者の社会的支援を提供することによって、その後の生産性の低下や公共サービスへの依存を抑えることができ、公費の支出を削減できる可能性を証明している。本研究で示唆された多くの事項はまだ実証されていないため、今後の研究により大きなデータセットを求めているところである。

謝辞

著者らは、遷延性悲嘆障害評価尺度の日本語版を本研究に組入れることを許可して下さった同評価尺度の開発者である Holly Prigerson 教授のご厚意に対し、ここに感謝の意を表する。

利益相反に関する宣言

著者らは、本稿の研究や出版に関して利益相反がないことを宣言する。

倫理に関する承認

本研究は、京都大学こころユニット倫理審査委員会によって承認された（#30-P-14）。

資金

本研究は文部科学省研究助成金 A#18H04075 による援助を受けている。

ORCID Carl B Becker  : <https://orcid.org/0000-0002-4519-8837>

著者略歴

Carl B. Becker は、京都大学 政策のための科学ユニットの特任教授で、30年にわたり日本の医療倫理や環境倫理、終末期ケア、死生観に関する研究と指導を行ってきた。現在、死別が生産性と医療・福祉費用に及ぼす影響について調査する日本の国家プロジェクトリーダーを務めている。

谷山洋三は、東北大学大学院 宗教学研究室で、臨床死生学（スピリチュアルケア、宗教的ケア、グリーフケア）の研究を行っている教授で、仏教僧でもある。ホスピスのチャプレンとして勤務した経験を有し、2011年3月の東日本大震災以来、日本の仏教チャプレンの指導と育成に携わっている。

近藤（有田）恵 は、大阪医科薬科大学 中山国際医学医療交流センターの准教授兼副センター長であり、生と死の心理学、特にスウェーデンやドイツ、日本における子供の緩和ケアと終末期ケアに焦点を当て、研究を行っている。2012年に日本質的心理学会 優秀フィールド賞を受賞し、2015年には臨床発達心理士の資格を取得した。

山田慎也 は、国立歴史民俗博物館 研究部 民族研究系の教授であり、現代日本で本質的に変容しつつある葬送儀礼や埋葬方式、モニュメント、エンバーミング等に関する研究で日本の第一人者である。オックスフォード大学内 日産日本問題研究所の客員研究員を務めた経験を有している。

山本佳代子 は、奈良県の天理医療大学 医療学部の准教授で、グリーフケアやスピリチュアルケアに関する教育を専門としている。チャプレンの資格を有し、特に非宗教的社会における無宗教のチャプレンやケアギバーの役割と話術の研究に関心を抱いている。

