

# 葬儀に対する遺族の不満が、その後の医療・福祉への出費に影響を与える ～日本の全国遺族調査より～

「Becker, Carl B., Yozo Taniyama, Noriko Sasaki, Megumi Kondo-Arita, Shinya Yamada, and Kayoko Yamamoto. 2022. "Mourners' Dissatisfaction with Funerals May Influence Their Subsequent Medical/Welfare Expenses—A Nationwide Survey in Japan" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 1: 486. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010486>」

## の和訳

**要旨：**超高齢化が進む日本では、毎年多くの人々が死亡し、身近な人と死別した数百万人もの人々のメンタルヘルスが危険に晒されている。過去の研究で、列席した葬儀に満足することが、遺族の健康状態を守る、又は向上させる可能性があることが示唆されているが、パンデミックを背景とする制限により、従来のように葬儀の場に人が集ることが困難になっている。我々は、悲しみを抱えた遺族のメンタルヘルスや死別後の医療・医薬品・社会福祉サービスへの依存が、葬儀に影響されると考えた。特に葬儀に対する満足や不満が原因となる可能性が高い要素を明らかにするために、日本全国で匿名調査を実施した。計 1078 人の日本人遺族から回答が得られ、葬儀に不満を示した 106 人と、不満を示さなかった 972 人の回答を比較分析を行った。葬儀に対して特に高い満足度を示す傾向は、夫を亡くした高齢女性や、子どもを亡くした両親の集団に見られた。この 2 つの集団では、葬儀に満足しなかった集団と比較して、悲嘆を示す度合いが高かったが、葬儀後に医療・医薬品・社会福祉サービスに費やす額が低かった。逆に、葬儀業者や僧侶との意思疎通に特に大きな不満を示した遺族では、その後、医療・医薬品・社会福祉サービスに、より大きな金額を費やす傾向が見られた。我々は、葬儀業者と僧侶を対象とした意思疎通改善のための研修や教育が、遺族の葬儀への不満軽減に繋がり、急速に増え続ける日本の死別者の医療・医薬品・社会福祉サービスへの出費を低減させる可能性があるという結論付けた。

**キーワード：**悲嘆、死別、メンタルヘルス、公衆衛生費、予防戦略

## 1. 序論

2015 年から 2030 年までの間に、日本人口の 6 分の 1 が自然死すると予測されている[1]。死亡する高齢者の大半に 6 人を超える遺族がおり、典型的には 1 人の死亡が 6 人以上の遺族や親友に影響を及ぼす。このような事実から考えると、2030 年までに、日本人口のほぼ全員が、祖父母や父母、配偶者や近親者との死別を経験するということになる。海外の研究では、約 6% から 20% もの死別した近親者の不安や抑うつは大幅に悪化した、と示されている[2、3]。では、多く

の遺族を生み出す超高齢社会の日本では、遺族の健康状態や、医療・医薬品・社会福祉サービスの依存度に、死別はどのような影響をもたらすのだろうか、という疑問が生じるのである。

新型コロナウイルス感染拡大防止のために、ソーシャルディスタンスが求められるようになる以前は、近親者を亡くした大人の大半が、葬儀を共有していた。故人の臨終後、医療従事者以外で遺族が最初に顔を合わせるのが葬儀業者、という場合は多い。葬儀業者との個人的なやり取りや、葬儀業者が進行役を務める儀式が、間違いなく遺族の心理的感情や社会的連結に影響を与える。また死別に対して、遺族が認知的・情緒的に準備をしていた場合、悲嘆の推移が著しく良好になることがわかっている[4]。しかし、葬儀の認知的・情緒的価値に関する事例証拠は豊富に存在する一方、遺族の健康状態や、医療・医薬品・社会福祉サービスへの依存度に対する葬儀の役割と影響を証明する研究は十分に行われていない。

一般住民を対象とした葬儀の影響に関する調査が初めて行われたのは 1970 年代である[5]。Sanders は 1970 年代に、「Tampa Bereavement Project (タンパ市 死別プロジェクト)」を実施し、これをもとに「Grief Experience Inventory (GEI: 悲嘆経験尺度)」を開発した[6]。そして、今では有名になった「葬儀は遺族を結束させる接着剤になる」という言葉で自らのライフワークを完結させた[7]。Kraer は、近親者と死別した約 800 人の高齢者を訪問した結果、故人の葬儀を行わなかった遺族が悲嘆から立ち直るまでに精神的な問題を抱える割合(複雑性悲嘆: 34%)が、完全な葬儀を行った人のそれ(12%)よりも多いことを例証した[8]。Rando が述べているとおり[9]、「葬儀業者や、業者を批判する人が好む好まざるにかかわらず、また、葬儀業者が危機介入やメンタルヘルスに関する正式な研修を受けているか否かにかかわらず、葬儀業者は、自身が対応する遺族の悲嘆に直接的な影響を及ぼす」。Gamino は Sanders の悲嘆経験尺度を用いて、遺族が葬儀によって「心が癒された」と感じられた。特に葬儀の計画に積極的に関与した遺族では、悲嘆症状が統計学的有意に少なかったと報告した[10]。またアイルランドでは、葬儀業者が「故人や近親者の世話人、遺族の風評の保護者としての」役割を果たしている[11]。

過去の研究を要約して、葬儀の機能を説明するために、我々は Hoy[12]の「家族及びコミュニティが悲嘆の初期過程を乗り切るのを助ける」という枠組みを借用し、以下の順で説明する。(1.1)「敬意をもって遺体と対面し、遺体に別れを告げる」、(1.2)「コミュニティの支援を集結する」、(1.3)「意義のある象徴・儀礼的行為」、(1.4)「文化的伝統とのつながり」、それに(1.5)「葬儀業者との意思疎通」を追加した。本稿では、関連文献を紹介した後、葬儀に対する遺族の不満を、遺族の医療や社会福祉サービスの利用に関連付けた全国調査について紹介する。

### 1.1 敬意をもって遺体と対面し、遺体に別れを告げる

夫又は妻と死別した 565 人を対象とした Gorer の有名な研究は、葬儀で遺体と対面した人が

心理適応の問題を呈する割合が、対面しなかった人の場合より低かったことを示した[13]。遺体と対面することの潜在的利点には、死を受容するようになること、別れの言葉が交わされることが、別れを宣言すること、故人が安らかに眠っている姿を記憶に残すことが含まれる[14]。遺体と対面した子どもの心理状態は、対面しなかった子どもと比較して有意に良好な経過を辿り、親の死から 25 カ月後の PTSD 発症率が有意に低かった[15]。一貫して、綿密なインタビューの結果、遺体との対面が、その後の年月における深い悲しみの緩和に貢献するものであった[16-18]。Worden が結論付けたとおり、故人が安らかに眠っている様子を目の当たりにすることは、悲嘆から健全に回復するための癒しの象徴となる[19]。

## 1.2 コミュニティの支援を集結する

葬儀は遺族に対するコミュニティの支援を促進する重要な社交の機会でもある[20]。遺族がその詳細を忘れてしまった後でさえ、葬儀は心温まる社会的支援をより容易に受け入れることを可能にする[21]。お互いの連携と継続性を提供するので、一人で行う儀式よりも集団で行う儀式がその後の遺族の転帰を好転させる[22]。多くの人にとって葬儀は「遺族と協力的な親族のネットワークで、包み隠すことなく痛みと悲しみを解き放つ」安全な場を提供する[23]。また葬儀は遺族の支援ニーズを周囲の知り合いに知らせるものでもある。葬儀がなければ、そうしたニーズは隠されたり見逃されたりしたまま放置される[24]。中国の研究でも、葬儀を起点とする親戚や友人の支援が、遺族の PTSD や抑うつを減少させる重要な役割を果たすと証明されている[25]。

## 1.3 象徴的儀式

悲劇や悲嘆に直面したとき、遺族が納得する儀式は、言葉では言い表せない感情を表現したり緩和したりする力を持つ[26]。儀式は生命の価値と連続性を肯定し、別れを告げるプロセスをより神聖な域に高める[27]。また、葬儀は終止符をもたらしたり役割認識を持ち始めたりする構造を提供する[28]。無宗教者の多いオランダの遺族にとっても、心理学的援助や精神科医の介入よりも葬儀の方が治癒的であることが証明されている[29]。残念ながら、三世代家庭の減少で、簡略化した家族葬や直葬が増えると同時に、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点からも集会在場が制限されるようになったため、状況は悪化している[30]。

神聖な儀式の中でも、特に音楽は、遺族が複雑な感情を受け入れたり発散させたりすることを可能にする場合がある[31]。一部の文化圏では、声を合わせて歌うことが治療効果を生み出すことが知られており[32]、日本では仏教の念仏が、遺族にとって有益で力強い作法となっている[33]。読経を聴いた日本人遺族群の唾液中ストレスマーカーの数値は、読経を聴いていない遺族の対照群よりも低いことが示された[34]。こうした先行研究の事例から、葬儀が遺族の精神安定に良い影響を及ぼすことは明らかである。

#### 1.4 文化的伝統・「続く絆」

葬儀やその後の法要といった通過儀礼は、共通の文化的伝統の下に遺族を集結させる。東アジア諸国では、家庭の祭壇に記念碑や位牌、遺影が祀られ、家族が毎日のように亡き祖先を思い出したり、心の中でその魂と対話をしたりしている[35]。日本では、僧侶が月参りで家庭を訪問し、読経をしたり故人の魂のために念じたりする。その「絆が続く」儀式によって、夫を亡くした妻が、愛する故人の存在を感じ、悲しみを解き放ち、克服することができる場合もある[36]。夫と死別した中国の女性も、写真の中の亡夫に話しかける習慣があるが、死別後4ヵ月時点の強い「続く絆」が、18ヵ月時点の良好な適応と相関していた[37]。韓国でも、祖先との「続く絆」が、遺族の心身状態にとって重要であることが示されている[38]。英国でも、遺族家庭の大半が英国教会の信者ではなくなってきたにもかかわらず、遺族の多くが愛する故人の存在と関係の継続を強く信じている[39]。

#### 1.5 葬儀業者との意思疎通

近親者を失った直後、最初に遺族の悲嘆に対応するのは医療従事者と葬儀業者である。遺族が葬儀の準備をし、葬儀に列席する過程において、精神的に何とか折り合いをつけようとしているときに、優しく援助する葬儀業者は貴重な存在になる[40]。葬儀業者は、慰めの心と機知に富んだグリーンフカウンセラーとして、遺族が自らの気持ちを語れるように仕向け、悲しみとは普遍的なものであることを教え、葬儀後にはフォローアップの電話などで支えたり励ましたりすることで、遺族のために奉仕することができる[41]。

遺族にとって、身内の死は生きることの意義を究極的に脅かすものとなる。愛する故人の良き思い出について話し合ったり[28]、故人との関係を再解釈して、そうした経験の意義について述べたり[42]、葬儀前と葬儀中の感情を関連付けたり[43]するよう、葬儀業者は促すことで、遺族が傷ついた心の中に、生きることの意義を取り戻す手伝いができる。葬儀業者は、無力感に打ちのめされている遺族に、まだまだ選択と決定できる物事があると、再発見する余裕を与えることもできる[44]。遺族が有用な葬儀を行い、癒し効果を感じられるようになるためには、宿命にも負けず、新たに選択と決定できる意識が必須であると考えられる[45]。

概して葬儀に列席することで得た経験は、遺族の悲嘆の推移と心身的な健康に影響を及ぼす。そうした影響には、その後の医療・医薬品・社会福祉サービスへの依存が含まれる。しかし葬儀が遺族の心身的健康に及ぼす影響に関する決定的な国内研究はない。超高齢化が進み、医療や福祉にかかる費用のほとんどが公費でまかなわれている日本のような国では、こうした研究は特に重要である。本研究は、日本の葬儀と遺族の心身的健康の相関を解明するための試みである。

葬儀に対する満足や不満が、最近家族を亡くした遺族の心身的健康や医療・医薬品・社会福祉サービスの利用に影響を与えたかどうかを明らかにしたいと考えた。類似例としては、英国バー

ス大学が、ディグニティ葬儀社の助成金を受け、火葬の満足度に関する調査[46]があるが、回答者の殆どが「かなり満足」又は「非常に満足」していたので、健康状態の差異と葬儀の満足度との関連は見付けられなかった[47]。逆に、葬儀への不満が死別後1年以内の遺族の医療・医薬品・社会福祉サービスへの依存度増大につながる、という一次仮説を我々が立てた。その仮説を証明する過程で、葬儀のどの要素（遺体との対面、儀式、会食、僧侶や葬儀業者との意思疎通等）が葬儀への不満の最も大きな原因となっているのかも知りたいと考えた。また、葬儀への不満を示した人と示さなかった人の違いは何か、さらには葬儀への不満が最も多い傾向にあるのはどの集団（年齢、雇用状況、故人との続柄等）に属す遺族なのかについても明らかにしたいと考えた。

## 2. 材料及び方法

### 2.1 調査手順

文部科学省の科研助成金を受け、京都大学や東北大学の教授をはじめとする専門家の研究班を構成した。当研究班は2018年から2021年の間、幾度も京都大学に集まり、情報収集の目標や方法について議論した。多くの先行研究を検討し、特に上記の英国直葬に関する前例に注意を払った[46]。英国とは違って、日本の病院や医療機関が遺族をフォローして追跡する仕組みはないので、日本の遺族に連絡を取るためには、菩提寺や葬儀業者の業務を依頼する他なかった。

2018年、僧侶を介して250人の喪主に質問票のパイロット版を配布したところ、170人から完全な回答が得られた。回答者のコメントから、文言の改善や質問票の簡潔な縮小ができた。2019年には、全日本葬祭業協同組合連合会を介して、全葬連のサービスを前年に利用した家庭を対象に、5500通を超える質問票の改訂版を配布し、2020年に1087件の完全な回答が得られた。回答が記入された質問票は、未開封のまま専門のデータ解析機関に送付し、そこで匿名化したデータをIBM SPSS 23を用いて解析した。特に葬儀や儀式の観点から、これらの結果を以下に分析し、検討する。

### 2.2 調査結果及び理論

調査は回答者の年齢・学歴・収入をはじめ、故人との続柄、死因及び死亡場所、宗教観等について質問した。遺族の悲嘆の程度の評価には、広く利用されているPrigersonの「PGD-13尺度」の日本語翻訳版[48]を利用した（利用許可に感謝している）。なかには、例えば「近親者を失ったことに関連して、先月、激しい情緒的苦痛や悲しみを感じることは、又は悲嘆を発作的に経験することがどのくらい頻繁にありましたか？」というような質問が含まれる。回答はリッカート尺度の(1)「全くなかった」から(5)「常に・打ちのめされるほど」までの5段階で構成され、数値が高いほど心理的悲嘆度が高いとみなされる。PGD-13尺度は内的整合性の高い指標であることが証明されており（クロンバックの $\alpha$ 係数：0.82~0.93）[49]、日本ではその翻訳版（クロンバックの $\alpha$ 係数：0.92）が広

く利用されている[50、51]。

悲嘆の身体症状の把握には、ファイザー社の Patient Health Questionnaire 日本語翻訳版 (PHQ-9J) [52]を利用した。「眠れない、或いは眠り過ぎる」や「食欲がない、或いは食べ過ぎる」といった9つの評価項目で構成される。回答は(1)「全くない」から(4)「ほぼ毎日」までの4段階で構成され、数値が高いほど身体症状が大きいとみなされる。PHQ-9J も内的整合性が証明されており(クロンバックの $\alpha$ 係数:0.93) [53]、RMSEA・CFI分析の詳細も確認されている[54、55]。PGD-13及びPHQ-9Jのどちらも、これまで日本で広く採用され、利用されてきた。

経済的負担が遺族の悲嘆に影響していると指摘する研究者がいる[56]ので、我々も収入だけでなく、葬儀費用と、回答者自身が葬儀後に医療・医薬品・社会福祉サービスに費やした費用の負担について質問し、経済的負担を感じる度合いと雇用状況や所得水準を比較した。パイロット調査では遺族の医薬品の使用が特に目立ったため、改訂版の質問票では鎮痛薬(身体的痛みのための医薬品)と向精神薬(精神安定剤、抗うつ薬など、精神症状のための医薬品)の2項目に分類した。そして、前月(死別後1年以内)に上記サービスの費用金額と利用頻度、並びに死別前と比較して利用頻度が増えたか減ったかについても質問した。

葬儀に対する遺族の満足・不満度の把握には、典型的な日本の葬儀の流れに従って項目立てをした。つまり質問は、遺体安置所での葬儀業者との対話及び遺体を清める手順に関する項目から始まり、祭壇の準備、僧侶の入場、伝統的な葬儀後の会食、火葬後の拾骨等に関する項目の順に進んでいく(表1)。Hoyの分類にあてはめると、質問1及び3はHoyの(1.1)「敬意をもって遺体と対面し、遺体に別れを告げる」に該当し、質問9は(1.2)「コミュニティの支援を集結する」とつながり、質問4、5、6、7は(1.3)「意義のある象徴・儀礼的行為」及び(1.4)「文化的伝統とのつながり」に関連し、質問2及び8は(1.5)「葬儀業者や僧侶との意思疎通」に関連する。回答者はこれらについて「がっかりした」「やや不満」「期待どおり」「期待以上」の4段階で評価し、数値が高いほど満足度が高いものとみなされた。そして、1つでも不満を示した回答者を「不満」群、不満をまったく示さなかった回答者を「満足」群に分類した。

表1. 葬儀要素の評価(儀式の手順ごとの評価。機能別評価ではない)

葬儀要素の評価(不使用の要素は除外) (満足度平均値の群間差)	平均	不満 (106)	満足 (972)	<i>p</i>
1. 臨終時の儀礼(末期の水、清拭、等)(0.79)	3.25	2.54	3.33	0.001***
2. 葬儀社との相談・話し合い(0.95)	3.35	2.49	3.44	0.001***
3. 納棺の儀や副葬品を棺に入れる儀式(0.71)	3.37	2.73	3.44	0.001***
4. 祭壇の飾り方・供花・供物(0.67)	3.43	2.83	3.50	0.001***

5. 宗教者による儀式 (0.73)	3.25	2.60	3.33	0.001***
6. 葬儀の会食 (0.76)	3.22	2.53	3.29	0.001***
7. 火葬の立会い(拾骨等を含む) (0.68)	3.26	2.65	3.33	0.001***
8. 僧侶との相談や、法事・記念会・霊祭・月忌参りなど`の行事 (0.65)	3.16	2.57	3.22	0.001***
9. 参列者数 (0.43)	3.29	2.90	3.33	0.001***

*p* 値は不満群と満足群の平均値の有意差を示す。\*\*\**p*≤0.001

パイロット調査のスクリーニングを繰り返し行ったが、葬儀に中程度から高度の満足を示した遺族の間では、有意な差異又は傾向が見られなかった。これはバース大学と Dignity による調査で、満足度が中程度だった葬儀列席者と高かった列席者との間に有意差が見出されなかった結果 [47] と類似している。他方、パイロットサンプルは、軽度から高度の不满を持つ少数群と、中程度から高度に満足している多数群との間で、保守的に計算しても有意差を示した。葬儀の満足によって遺族の健康状態が良くなるとは考え難いが、葬儀に不满を持った後悔や怒りは、不眠やあらゆる心因性疼痛に及び、その結果として医師や病院にかかることは考えられる。従って、不满に関する仮説を検証するために、葬儀の要素の 1 つ以上に少しでも不满を認めた回答者を少数派の「不満」群 (*n*=106) に割り付けて、葬儀の全要素に中程度から高度の満足を示した多数派の「満足」群 (*n*=972) と比較した。

### 2.3 解析

データ準備及び予備解析は SPSS を用いて行った (京都のナレッジデータサービス社)。データは正規性、外れ値、欠損回答項目に関するスクリーニングを行い、カテゴリ変数は数値及びパーセンテージに要約した。ウェルチの *t* 検定に基づく一連の 2 変量相関分析により、「不満のある」群と「不満のない」群を比較した。ウェルチの *t* 検定を効果量 0.5、有意水準 ≤0.05、検出力 0.9 で実施するために、各項目に最低限必要なサンプルサイズを 86 名と予測した。今回の調査には 1000 件を超える回答があったため、各項目で、比較するのに十分な回答数となることを見込まれた。本調査は探索的研究であるため、すべての差異が明確になるよう、有意水準は 0.05 に設定することを選択した。補正によって、興味深い傾向が見逃されてはならないと考えたので現段階では、ボンフェローニ補正や多変量比較解析を行わず、現在のありのままの形でデータを提示する。

## 3. 結果

まず、葬儀への満足・不满 (表 1) の平均値だけで言うと、満足度のが最も低かったのは、僧侶

との交流に関する項目であったが、これは、「満足」群のうち「期待以上」とした回答者が少なかったことによる徒であり、全体的に僧侶に対して不満を示した回答者が多いというわけではない。

最も差異がついた項目、すなわち不満群での評価が最も低く、満足群で「期待以上」と評価した回答者が多かった項目は「葬儀社との相談・話し合い」であった。つまり、葬儀業者との意思疎通が、不満群では最も強い否定的反応を引き起こし、満足群では最も高い評価を得たということになる。満足群と不満群でのこの大きな差異は、葬儀業者が遺族に強い印象を与えるとともに、葬儀に対する遺族の満足度に最大の影響を与えていることを示している。

2番目に（満足群及び不満群の）批判の多い項目が「葬儀の会食」であったことが興味深い。どの程度がメニューや仕出しに起因するもので、どの程度が家族や親族、友人との関わりに起因するものなのか、数字的解答だけでは断言できない。一方、最も不満が少なかった項目は「参列者数」である。おそらく、遺族が自ら参列者を選択し、その順序を葬儀業者に伝えるなど、遺族自身の関与度が最も高い項目だからであろう。ただし、このデータだけでは、参列者が多ければその後の社会的支援も多くなるという定説を証明できなかった。祭壇の飾り方・供花・供物の儀式についても「不満」群においてさえ比較的高い満足度が示された。葬儀のこうした各要素は遺族の満足や不満に大きく影響するが、いずれの要素も単独だけでは葬儀後の遺族のメンタルヘルスに関連していないことが、遺族の医療や社会福祉の利用度から見てとれた。

年齢や家族構成、学歴、収入、続柄など、社会経済的要素の詳細に関するデータは膨大になる一方、応用性が非常に低いため、本稿ではすべての記載をせず、葬儀に対する満足と不満の統計的有意差がt検定で認められた項目のみを紹介する（表2）。

70歳以上の遺族では、故人の葬儀に満足を示す割合が有意に高かったが、70歳未満の遺族では満足群と不満群の間に有意差はなかった。仏壇などで故人を追悼・追憶する行為を習慣化している人は、そうでない人と比較して、葬儀に満足を示す傾向がやや多く見られたが、本人がいう信仰心の程度や、死後の世界を信じるか否かは、満足度との有意な相関を示さなかった。遺族の年齢にかかわらず、不満を示した遺族が最も多かったのは祖父母の葬儀の場合であった一方、満足を示した遺族が最も多かったのは配偶者や子どもの葬儀の場合であった。おそらく、親しい故人ほどに葬儀が重要に思われるのである。故人の臨終の場所が集中治療室（ICU）であった遺族は、それ以外の場所で家族を亡くした遺族よりも、不満を示す傾向が強かった。

表2. 葬儀への満足・不満に関連する社会経済変数

回答者 (n)	計 (1078)	不満 (106)	満足 (972)	p
回答者の年齢				
70代	12.2%	3.8%	13.1%	0.01**
80代又は90代	3.5%	0.0%	3.9%	0.07
故人に対する宗教行為の習慣あり	53.4%	43.4%	54.5%	0.04*
遺族から見た故人の続柄				



祖父母	16.4%	28.3%	15.1%	0.001***
父親	27.1%	33.0%	26.4%	0.18
配偶者又は子ども	16.6%	7.5%	17.6%	0.01**
<b>臨終の場所</b>				
ICU	12.6%	19.8%	11.8%	0.03*
<b>雇用状況 (%)</b>				
フルタイム雇用	50.6%	64.2%	49.1%	0.001***
無職	20.9%	10.4%	22.0%	0.01**
年収 400 万円未満	28.8%	35.8%	28.0%	0.11
<b>葬儀費用の主な支払者</b>				
故人の子ども	37.0%	48.1%	35.8%	0.02*
故人の配偶者と子どもが共同で	5.8%	0.9%	6.4%	0.04*

各項目の名称は太字で記し、顕著な差異を示したサブグループは細字で記している。p 値は不満群と満足群の平均値の有意差を示す。\*= $p \leq 0.05$  \*\*= $p \leq 0.01$  \*\*\*= $p \leq 0.001$

葬儀への満足度と総所得水準との間には、低所得層（年収 400 万円未満）の遺族がわずかに不満を示す傾向が見られたことを除き、統計的に有意な相関は見られなかった。しかし、葬儀費用の主な支払者が故人の子どもであった場合、不満度は、葬儀費用を配偶者や親が支払った場合より有意に高かった。

ファイザー社の Patient Health Q-9 Scale（表 3）を用いた評価では、すべての遺族に睡眠障害がいくぶん顕著に見られたが、特に葬儀に不満を示した遺族の間では、睡眠障害の程度が有意に高かった。また、生きることへの興味喪失、抑うつ／絶望、無気力、常にそわそわしている（行動障害）といった症状は、全体的には多くなかったが、葬儀に不満を示した遺族の間ではこの傾向を示す値が有意に近いレベルとなっていた。自傷又は自殺願望は回答者全体で非常に少なかったことに安堵したが、この項目でも、葬儀に不満を示した群での高い値が目立った。ただし、少人数のため、統計学的有意差は認められなかった。葬儀への不満が身体的苦痛に及ぼす影響は、葬儀後の心理や精神の不調に及ぼす影響ほどは大きくないようである。

表 3. 公衆衛生尺度に基づく不満群と満足群の差異

ファイザー社の PHQ-9 評価	計 (1078)	不満 (106)	満足 (972)	p
すべての事柄に興味を失った	1.42	1.53	1.40	0.10
抑うつ・絶望	1.44	1.55	1.42	0.08
睡眠障害	1.56	1.73	1.54	0.05*
無気力又はそわそわする	1.21	1.30	1.20	0.08
自傷・自殺願望	1.10	1.18	1.10	0.14

数値が大きいほど公衆衛生上の問題を有する率が高い。p 値は不満群と満足群の公衆衛生スコアの差異を示す。\*= $p \leq 0.05$

遺族回答者 1078 人のうち、約 3 分の 1 が、医療・医薬品・社会福祉サービスを利用していると

回答した。そのうち3分の1（全体の11%）が、故人との死別後、そうしたサービスへの出費が大幅に増加したと回答した（表4）。

表4. 葬儀への不満群と満足群の出費の比較

前月に以下の項目に費やした金額	サービス利用者 全体の平均支出額 [全体に占める 利用者の割合]	不満群の平均 支出額 [n=106]	満足群の平均 支出額 [n=913]
医療機関／病院の診察予約	7410.3[19%]	17,570.6[16%]	6486.6[20%]
鎮痛薬の使用（頭痛、腹痛、腰痛、痙攣等）	2154.3[12%]	2546.7[15%]	2101.8[12%]
向精神薬の使用（精神安定剤、抗うつ薬、睡眠薬等）	1016.3[4%]	2500.0[4%]	864.1[4%]
精神／心理カウンセリング（対面で）の利用	843.8[1.5%]	1000.0[1%]	833.3[1.6%]
経済、法律、福祉に関するアドバイザーの利用	32,254.2[13%]	104,707.7[13%]	25,064.1[14%]

支出額の単位は日本円。[括弧内の数字はサービスを利用した人の割合。統計的には有意差はなかった。]

利用者の割合に統計学的有意差はなかったが、平均支出額には注目すべき差異が認められた。

医療・医薬品・社会福祉サービスを利用した人数の割合では、葬儀への満足群と不満群との間に統計学的有意差は認められなかった。つまり、それらを利用する遺族の人数と利用頻度（1ヵ月の利用回数）は、葬儀への満足度と直結していない。しかし、葬儀の不満群に属す遺族は、満足群と比べて、医療機関や病院の1回の受診で3倍近く、経済や法律、福祉アドバイザーへの1回の相談で4倍の金額を支払っている。つまり、受診や相談の回数が増えることはなかったが、1回の受診や相談にかかる費用が膨れ上がったことを意味している。葬儀に不満を持った遺族が、より詳細な心身の検査、より多くの精神安定剤や睡眠薬、より長期にわたる経済面や福祉面での助言を必要としていたことを示唆している。最後に、葬儀に払った費用が大きな負担だったと感じた遺族は、適度な負担だったと感じた遺族より、医療・医薬品・社会福祉サービスを利用する頻度が増加する傾向を示した（表5）。

表5. 葬儀の経済的負担と医療・医薬品・社会福祉サービス利用増加との関係

葬儀の経済的負担	合計 (1078)	利用の増加 あり (122)	利用の増加 なし(956)	p
まったく負担に感じなかった	37.2%	29.5%	38.2%	0.08
少し負担に感じた	47.1%	50.8%	46.7%	0.44
大きな負担だった	10.2%	15.6%	9.5%	0.05*
非常に厳しい負担だった	2.0%	3.3%	1.9%	0.44

p値は利用者のスコアが増加した群と増加しなかった群との間の有意差を示す。\* $p \leq 0.05$

#### 4. 考察

本調査結果は、過去の研究結果と一致して[57]、故人と非常に親しい関係にあった遺族は、全面的に葬儀を肯定的に評価する傾向があり、大抵の場合、高齢の遺族は若い遺族よりも、伝統的な葬儀の価値を認める傾向にあることを示すものとなった[58]。O'Rourke[59]の見解と同様に、本調査では、宗教的慣習が葬儀への高い満足度と相関しているが、悲嘆の軽減には相関していない、ということが明らかになった。このことは、高齢の遺族や未亡人は、悲しみの感情は深い一方で、葬儀に対する不満は少ないことと類似している。なお、調査の結果から、葬儀を行うことになると予め分かって話し合えた場合、突然親や祖父母の葬儀に関する決断を責められる場合より、不満が少ないことが確認された[60]。

葬儀の各要素への高い満足が、精神衛生、悲嘆の様相、医療・医薬品・社会福祉サービスの利用頻度と直結している結果は導き出されなかったが、葬儀社との交流が最も大きな印象を残している事が証明された。むしろ不満を持つ事とサービス費用の関係が証明されたのである。不満群は満足群よりも睡眠障害があるという人が多く、抑うつ、無気力、生きることへの興味喪失の傾向も強かった。興味深いのは、睡眠障害や抑うつ症状を持つ遺族は、高齢者よりも故人の子どもや孫に多いことである。不満群の遺族が、こうした症状を理由に、医師や病院、薬局、福祉又は財政アドバイザーを利用する頻度自体は変わらなかったものの、不満群がこうしたサービスを受けるために費やした金額には、葬儀に満足していた遺族と比べて、症状による影響が大きかったものと考えられる。

葬儀への不満を生み出す最も重要な要因は、葬儀を主導する僧侶や葬儀業者の言葉や態度、遺族との意思疎通であった。これらが上手くいかない場合、遺族の心に不快で残念な記憶を残し、睡眠状態や、生きることへの意欲にまで悪影響を与える様である。英国同様、日本の葬儀の圧倒的多数が家族を亡くした葬儀列席者の期待に適う、又は期待以上のものである。葬儀社に死別という深い体験を語り合い、強く信頼する遺族の傾向を伺える。逆にその遺族の期待を裏切り・妨げ、気分を害する葬儀が時々生じ、そうした葬儀が何ヵ月もの間も継続する新たな心身的問題を起こさせる一因となっている。なお、先行研究の指摘[34]に反して、葬儀に満足・不満のいずれの遺族も、僧侶との交流を、葬儀全体の中で特に満足度が低かった要素の一つと評価された。僧侶や葬儀業者の潜在的影響力が大きいだけに、彼らの更なる死別悲嘆教育プログラムを開発する価値を示唆するものである。遺族の心理的理解と支援が、葬儀の不満を減らし、遺族の健康を護り、結果的には国の医療及び福祉費用の削減に役立つものと考えられる。

本研究によると、遺族の約4～20%（医療機関・病院の診察予約：16～20%、鎮痛薬：12～14%、向精神薬：4%、福祉相談の予約：13～14%）が医療・医薬品・社会福祉サービスに依存している。その調査結果は、外国の調査結果と一致して、支援の継続が必要と想定される範囲内の数字である[2]。葬儀への満足や不満が、医療・医薬品・社会福祉サービスに頼る頻度や人数に大きく影響しないものの、頼る度ごとのコストを上昇させている。葬儀に不満を持った遺族が、毎回の

受診、医薬品の購入、経済や福祉サービスの利用に費やす金額が、葬儀に満足した遺族よりもはるかに大きい、という結果は特に興味深い。また、医療や身体的な問題、経済や福祉に関する問題を抱えるだろうと思われがちな孤独な高齢者や未亡人は、統計学的に不満を示す割合が低かった。夫を亡くした妻や子どもを亡くした親の悲嘆は比較的に大きかったが、同時に葬儀には大きな満足を示した。対照的に、葬儀に不満を示し、医療機関の受診や医薬品、経済や法律・福祉サービスの利用に多くの額を費やしていたのは故人の子どもと孫であった。そうした遺族は主に40代～60代で、信仰心が薄く、葬儀費用の主な支払者である場合が多かった。通常、彼らの親や祖父母の世代よりも健康であるはずの彼らが、医療・医薬品・社会福祉サービスにより多くの額を費やしているという事実は、健康なイメージが必ずしも適切でないことを示唆している。

葬儀への不満は、個人が医療・医薬品・社会福祉サービスに費やす金額の増加に大いに関連している様である。各個人にかかる医療・医薬品・社会福祉サービス費の70～80%を日本政府（＝納税者！）が負担している。葬儀に不満を示した回答者が満足を示した回答者より、1人あたり1ヶ月間11,000円多く費やした様で、日本政府（納税者）は、1人あたり月々26,000～44,000円多く費やしたという計算になる。不満群は全体の1割と見積もれば、年間14万人×26,000～44,000円×12ヶ月（他の調査でも病的悲嘆は一年では治まらないことから）＝毎年440億円～740億円に上る負担がかかるものと考えられる。（遺族の前年の支出が翌年に続かないものと仮定してもこの金額になる）。

## 5. 限界

確かに、葬儀に対する不満が医療費や福祉費を増加させる、という結論を絶対的な因果関係で完璧に証明できるものでもない。なぜなら葬儀に対する遺族の不満と、医療や福祉への出費が増加する傾向には、根底に他の共通する因子が存在する可能性はある。遺族が以前から有している不調、悲しみ、精神不安などが、葬儀業者との意思疎通に満足できない原因となり、触発されたり悪化したりした可能性も否めない。

なお、満足群と不満群との間で有意差が最も小さかった項目は、葬儀への参列者数であったが、この調査には、新型コロナウイルス感染拡大による制限以降の葬儀に関するデータが含まれていない。よって、コロナ関連の制限が葬儀への不満に与える影響に関する議論には到らない。

本稿はあくまで、これまでに収集した豊富なデータについて紹介するものである。今回の調査の多くの変数は、複数変数に対する統計補正の入った、より厳密な構造方程式モデリングを必要としている。本調査で見られた相関の根底にある論理を明らかにするために、自由記述欄や欄外のコメントを分析し、さらなるフォローアップ解析が必要である。

## 6. 結論

愛する人の葬儀は深い記憶を残すものであり、長い年月にわたって遺された人の身体的健康や精神的衛生に影響を及ぼすことがある。過去の研究で、葬儀が悲嘆の推移を穏やかにしたり改善したりする可能性が示唆されているが、パンデミックの影響で集会在り制限されるようになり、遺族にとって葬儀の価値が益々脅かされている。最低限出来るのは、遺族のメンタルヘルスや福祉に悪影響を及ぼす可能性のある、葬儀への不満を軽減することであろう。日本の遺族に関する全国調査で目指したのは、葬儀への満足や不満の理由を明らかにし、それらが医療や福祉への依存に関連しているかどうかを検討することであった。

葬儀への満足度が最も高かったのは高齢者である。一方で、配偶者や我が子を亡くした高齢者の深い悲しみが、葬儀に満足することだけでは緩和されなかったことが明らかだが、そうした高齢者のその後の医療や福祉への出費が以前よりも増えたという顕著な傾向は見られなかった。つまり悲嘆を抱えても、それだけで医療・福祉依存には到らないのである。逆に葬儀への不満が最も多く見られたのは、祖父母を亡くした遺族、故人をICUで亡くした遺族、葬儀費用の負担を突然担うこととなった遺族である。そうした遺族が医療・医薬品・社会福祉サービスに訪れた頻度は、葬儀に満足した遺族と同様であったが、1回の訪問での支払額は、葬儀に満足した遺族の3~4倍に上る傾向が見られた。日本では医療や福祉にかかる費用の大部分を政府（国民）が負担しているため、葬儀への遺族の不満は、国家的な懸念の種となる。新型コロナウイルス感染拡大前に、葬儀の中で最も満足度の高かった項目は葬儀への参列者数であった。おそらく、遺族自身が、参列者に関する相談に積極的に関与したことによるものと思われる。しかし感染拡大防止の観点から、葬儀の場が大勢が集まることが制限されるようになって以来、このことが、遺族の心理に予期せぬ影響を及ぼす新たな不満の原因となっている可能性がある。今回の調査は感染拡大以前の葬儀に関するものであるため、不満は葬儀業者や僧侶との意思疎通に集中する傾向が見られた。

家族を亡くした後、遺族が最初に顔を合わせる人は葬儀業者や僧侶である場合が多い。遺族にとって葬儀業者や僧侶の影響は特に大きいものとなる。本研究班の研究者は、日本で始まったばかりの仏教チャプレン研修プログラムや、全日本葬祭業協同組合連合会と協力して、僧侶や葬儀業者のサービスを必要とする家族を亡くして間もない人に対応するための専門能力を強化し、より高いレベルで維持することに努めている。より充実した研修によって葬儀業者や僧侶の心理的・社会的スキルが向上し、遺族に不満の記憶が残ることを回避できるようになれば、遺族の医療・医薬品・社会福祉サービスへの出費が減少することが期待したいものである。