

遺族ケア

大西 秀樹, 石田 真弓, 棚橋 伊織

死別は人生最大のストレスであり、遺族の心身にさまざまな影響が及ぶ。身体面では身体疾患の悪化、死亡率上昇、精神面では自殺率・うつ病罹患率上昇、社会面では対人関係の変化などが認められる。したがって、援助を必要とする遺族に対して適切な介入が必要である。遺族はさまざまな苦悩を抱えているので、評価は悲嘆の問題を扱うだけでは不十分であり、心理・精神、身体、社会面など多方面の評価が欠かせない。介入は後治療（postvention）という概念で示される。介入は一般の人が行うケアからメンタルケアの専門家による精神科治療までさまざまである。死別はうつ病発症における最大の危険因子だが、死別後のうつ病は見逃されることが多いので注意が必要である。援助は医療関係者のみでなく社会でも行われるので、社会の中でも遺族ケアの知識をつけることが欠かせない。十分な知識に基づかない援助は遺族を傷つける結果になる（unhelpful support）ので注意が必要である。

<索引用語：がん、遺族ケア、後治療>

はじめに

わが国における死因の第1位はがんであり、2014年は34万人が死亡している²⁶⁾。1人の死亡で周囲の5人が影響を受けるといわれ、合計すると150万人以上の人のがんによる死別で何らかの影響を受けている。

がん患者遺族は一般に比べQOLが低い、抑うつ的になりやすいなどの問題を抱えている^{54,62)}。そのためWHOは「患者が病にあるとき、死別後にも家族がうまく適応できるような支援システムを構築する」と家族ケアと遺族ケアの重要性および家族ケアから遺族ケアへの円滑な移行を強調している⁵⁹⁾。わが国でも、2012年6月に制定されたがん対策推進基本計画において「緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている」と明記され、遺族ケアの充実を図ることが求められている²⁷⁾。しかしな

がら、遺族は何に苦悩しているのか、またどのようなケアの体制を整えるべきかという実際面は知られていないのが現状である。

本稿では死別、遺族が直面している苦悩、ケアの実際および、その際の注意点について解説したい。

I. 死別に関する用語の定義

死別に関する用語はしばしば混同されているので、本稿では一般的に使用されている定義を用いる（表1）。

II. 死別の結果として生じる さまざまな問題（表2）

死別はほとんどの人が何らかの形で経験する現象であり、人生における最大のストレスである¹⁸⁾。そのため、遺族の心身にはさまざまな影響が及ぶ。死別後にさまざまな精神症状、身体症状の生じ

表1 死別に関する用語の定義

死別 (bereavement)	喪失の事実
悲嘆 (grief)	死に対する感情, 認知, および行動面の反応
喪 (mourning)	悲嘆の中で行動面の反応, 社会や文化の影響を受ける

(文献 62 より引用)

ることが学問的に明らかになったのは 1944 年に発表された Lindemann による研究がその始まりである³¹⁾。この研究は、ボストンのナイトクラブ「ココナツグローブ」で生じた火災による犠牲者の遺族などを調査し、悲嘆に関する症状およびさまざまな精神疾患、身体疾患の発症を明らかにしたものである。この研究がきっかけとなり、遺族に関するさまざまな調査研究が行われてきた。

1. 身体面の問題

配偶者を亡くした 54 歳以上の男性では対照群に比べ死別後 6 ヶ月以内の死亡率が約 40% 上昇するとの調査⁴¹⁾をきっかけとして死別と遺族死亡の調査が行われたが、死別早期における遺族死亡率は高い^{15,30,33,34)}。これらはメタ解析でも確認されている^{35,52)}。死亡率は男性や独居¹⁵⁾で高くなるとの報告がある。

死別と身体疾患の関係では、自らにとって重要な人を亡くした後 24 時間以内に心筋梗塞を発症する割合は 21.1 倍 [95% 信頼区間 (CI), 13.1~34.1]³⁶⁾、1 ヶ月以内では 2.20 倍 (95% CI, 1.52~3.15) になるとの報告がある³⁾。死別後 6 ヶ月で外傷性悲嘆を経験している遺族は 25 ヶ月に高血圧になっていることが多い⁴⁶⁾。

配偶者を亡くした後 90 日以内は脳卒中 [2.40 (95% CI, 1.22~4.71)], 肺梗塞 [2.37 (95% CI, 1.18~4.75)] の危険性が上昇する³⁾。

2. 心理・精神面の問題

心理的な症状は感情面 (不安, 抑うつ, 孤独感など), 認知面 (亡くなった人への侵入的な思考, 否認), 行動面 (社会的引きこもり, 過活動) など

表2 死別が遺族に及ぼす影響

身体面	死亡率上昇 (特に男性) ^{15,30,33,34,41)} 心筋梗塞発症率上昇 ³⁾ 新たな身体疾患への罹患率上昇 (心疾患・高血圧) ⁴⁶⁾ 脳卒中, 肺梗塞発症率上昇 ³⁾
心理・精神面	抑うつ, 希死念慮増加 ⁵⁴⁾ 孤独感, 絶望感増加 ^{21,37)} 亡くなった患者が受けた治療に関する後悔増加 ²¹⁾ 治療および服薬コンプライアンスの低下 ⁵⁰⁾ 食行動の変化 ^{46,49,55)} アルコール, 睡眠薬使用の増加 ¹⁴⁾ 医療機関の受診率低下 ^{47,57)} 睡眠問題増加 ¹⁴⁾ うつ病有病率上昇 ^{2,8,9,32,60)} 自殺率上昇 ^{12,25,29)}
社会面	家族成員間の問題増加 ³⁷⁾ 社会生活に関する困難 (社会的引きこもり) ⁴⁰⁾ 親しい人との関係性の変化 ³⁷⁾

の広い範囲に及ぶ。これら症状は死別直後に最も顕著に表れる。

感情面では抑うつ, 希死念慮⁵⁴⁾, 絶望感, 孤独感^{21,37)}を抱いている割合が高い。

認知面では、最善を尽くしたにもかかわらず「自分たちのケアが悪かったのではないか」「もっとよい治療法の選択ができたはずなのに」と治療経過に関する後悔をしていることが多い²¹⁾。

行動面ではさまざまな変化が認められる。心疾患の既往を有する家族において死別前から心疾患のケアを受ける割合が減り⁵⁰⁾、死別後には高コレステロール血症治療薬, 血小板凝集抑制薬を服用する割合が減る⁵⁰⁾。

死別は食行動および栄養素摂取に負の影響を及ぼす^{46,49,55)}、アルコール, 睡眠薬使用量の増加など¹⁴⁾も認められる。しかし、医療機関を利用する機会が増えるとは限らない^{47,57)}。

精神面の問題として、多くの遺族が睡眠の問題を抱えている¹⁴⁾。また、うつ病有病率が上昇する^{2,8,9,32,60)}、米国での調査では死別後 1 ヶ月 24%、7 ヶ月 23%、13 ヶ月 16%、25 ヶ月 14%がうつ病

の基準を満たしている⁶⁰⁾。抑うつエピソードも一般と比較して多い(33.1% vs 12.5%, $p < 0.001$)⁵⁴⁾。遺族ケアの専門外来を受診する遺族では、初診時にうつ病と診断される割合が4割近い²⁰⁾。高齢者において死別はうつ病発症の最大のリスクファクターである¹¹⁾。

死別後1年以内は自殺の危険性が上昇する^{12,25,29)}。性別では高齢の男性に多く、死別直後に自殺率が15倍(95%CI, 10.2~23.6)に高まる¹²⁾。希死念慮も一般人口と比較して高い(31.4% vs 16.4%, $p < 0.001$)⁵⁴⁾。

死別に関連した苦悩には性差が認められ、女性の方が外傷性悲嘆、抑うつ、不安症状が高い。男性の遺族で死別後6ヵ月に不安スコア(Psychiatric Epidemiology Research Interview-Anxiety Scale: PERI-A)⁵³⁾の高い場合、25ヵ月目に希死念慮を訴える可能性が高い。女性遺族で死別後6ヵ月に外傷性スコア(modified version of the Grief Measurement Scale: GMS)²²⁾の高い場合、25ヵ月目にかん、心疾患など身体疾患に罹患する可能性が高い⁶⁾。

3. 社会面の問題

多くの人々が死別後に社会活動に参加することを望まず、引きこもる傾向にある⁴⁰⁾。遺族の3人に1人が悲嘆を和らげるためにアルコールを使用し、悲嘆の強さとアルコールの消費量には関連が認められた。また悲嘆の強さと抗不安薬・睡眠薬の使用量にも関連が認められる¹⁴⁾。親しい友人との関係性の変化も認められる³⁷⁾。

Ⅲ. 評 価

上記のように遺族が抱える問題は本人および周囲にかかわる幅広い領域に及ぶため、包括的評価が必要になる。

1. 心理・精神面の評価

死別反応とうつ病の混同が問題である。うつ病を合併していると、遺族はうつ病と死別という2つの苦悩を抱え、苦しむことになる¹⁹⁾。しかしな

がら、うつ病を発症しても周囲の人からは「亡くなったのだから落ち込むのは当然」と心理的に解釈され、うつ病が見過ごされることは多い^{20,62)}。我々の遺族外来における調査によると最も多い主訴は「話を聴いてほしい」であるが、この中でかなりの数がうつ病に罹患しており、遺族もうつ病に罹患していることを自覚していないことが多かった^{20,21)}。精神科医療の従事者も死別後に生じたうつ病に対する治療の知識が乏しく、介入すべきなのか迷うことがしばしば認められる⁶²⁾。しかしながら、医療従事者には死別後に認められる悲しみ、気分の落ち込み、不眠、および食欲不振などの症状が死別による反応なのかうつ病の症状の一部か鑑別が求められる。その理由としてうつ病が未治療の遺族では死亡率の上昇が示されており⁵⁶⁾、かつ死亡原因の多くは事故か自殺であることが判明しているためである¹⁶⁾。両者の症状は一部オーバーラップすることもあるが、うつ病患者はさまざまな精神・身体症状を呈することで死別反応と鑑別が可能である⁴⁴⁾。

また、遺族の多くは長期にわたり自らの苦悩を訴えないので、苦悩が考慮されずにいることもある⁴⁵⁾。精神科外来における調査によると、死別を経験している遺族は約半数に上る⁴⁵⁾ので、外来での診察では死別経験の有無を患者から聞き、必要に応じて遺族ケアを提供すべきである。かつ、死別経験者はうつ病の罹患率が高いことを念頭におき慎重に診療する必要がある¹⁹⁾。

うつ病の基準を満たさない状況(subsyndromal depression)の状態にある遺族も長い期間、精神症状に苦しみ、健康面での問題をかかえ、自分自身の作業能力に満足していないことがわかっているので注意が必要である⁶¹⁾。

2. 身体面の評価

食生活の乱れ、抗不安薬や睡眠薬の使用の増加、過剰なアルコール摂取など日常生活に悪影響を及ぼす行動の有無についても確認が必要である。

治療中の疾患の悪化、新たな病気への罹患、通院継続の有無などの評価が必要である。

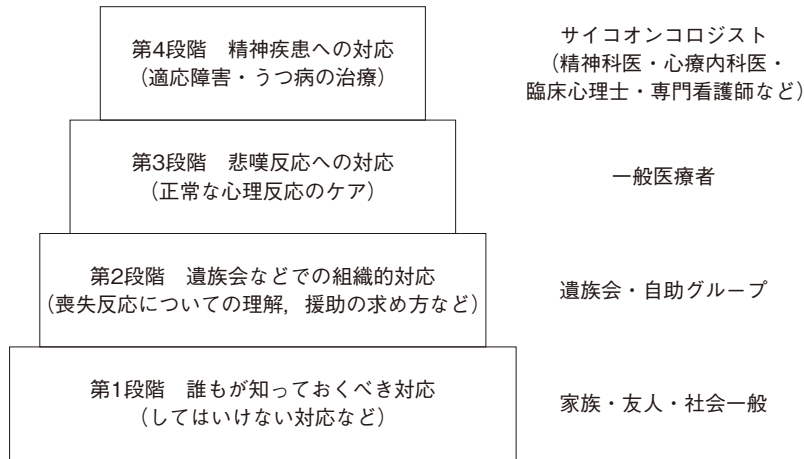


図1 段階別の遺族ケア (文献39より引用)

3. 社会・経済面の評価

生活環境の変化, 家族・親族関係の変化, ソーシャルサポートの状況, 金銭 (遺産) 問題などを評価する。

IV. 介 入

1. 介入の概念と意義

遺族への介入は postvention (後治療) という概念で表わされる。これは「つらい出来事の後になされる適切な援助」を意味し、遺族の後遺症をできるだけ少なくすることで、援助のない状態よりも生産的で、苦悩を少なくし、長く生きられることを目的としている⁵¹⁾。介入は苦悩の軽減に有用である¹³⁾。

2. 介入対象と援助者

1) 介入対象

正常悲嘆の場合は自然回復も多く²⁾、すべての人に遺族ケアが必要なわけではないが、ケアを求める人には有効であることが多い⁴²⁾。

介入を受ける遺族 (専門家のみならず、コミュニティケアも含む) は 10~30% 程度であり、配偶者を失う、若年、うつ病の罹患、苦痛症状の目撃、低い自尊心、対処能力が低い遺族の利用が多い^{4,7)}。病院で専門的なケアを受ける遺族には、近い親族

を失った、うつ病の罹患、女性が多い²¹⁾。

2) 援助者とそのレベル

援助の中心は親族や友人が多く、専門職のケアを受けるのは親族・友人の援助が機能しない、遺族が親族や友人に迷惑をかけたくないと考える場合が多い¹⁾。

介入レベルは、第1~4段階に分けて考えることができる (図1)。第1段階は誰もが知っておくべき遺族への対応である。第2段階は遺族会・自助グループなど希望者が参加するもので、悲嘆反応およびピアサポートの理解が必要である。第3段階は遺族の悲嘆に対する対応である。看取りに関与した医療従事者が遺族の悲嘆反応への対応および精神疾患の鑑別などを行う。第4段階は死別が原因の精神疾患に対する専門的な介入である。精神科医、心療内科医、臨床心理士、専門看護師などによる精神疾患の診断、鑑別、治療、自殺予防といった専門的な知識と技能が要求される。

病院のスタッフによる遺族ケアは生前の関係が密なほど有効である。電話でお悔みの言葉を述べる、手紙 (sympathy card) を書く、葬儀の出席、自宅訪問、記念式典など、遺族と関係性を保つことがよい影響を与える²⁴⁾。

3. 介入の実際

1) 遺族外来

遺族は死別に伴って心理・精神面のみならず、身体、社会面などでも苦悩することが明らかとなっていることより、埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンターでは2007年の開院と同時にがん患者遺族のために「遺族外来」を設置している。

スタッフは精神腫瘍医1名と臨床心理士1名、治療としては精神療法および心理療法、必要に応じて薬物療法も行っている。年に4回の割合で集団精神療法も行っている。

受診者は平均年齢中央値が51歳、性別としては8割が女性で、配偶者を失った遺族が半数を占める。当センター以外で治療を受けなくなった遺族が多い。受診理由としては「つらいので話を聴いてほしい」が6割を占めるが、精神科診断としてはうつ病が約4割と最も多かった²⁰⁾。したがって、がんで死別を経験した遺族が来院した場合、うつ病を念頭において診断を進めてゆくことが必要である。

次に遺族外来受診者の心理的苦悩に関する調査では、治療に関する後悔が最も多かった。しかし、この苦悩の中には「モルヒネを投与したので亡くなった」「鎮静を選択したので早く亡くなってしまった」など間違った知識による後悔も含まれていることが明らかとなった²¹⁾。したがって、遺族が間違った認識で後悔していることが判明した場合には修正することが必要である。

2) 介入にあたっての注意点

(1) 介入することで遺族を傷つけないか？

遺族に介入する際、“介入して逆に傷つけないか？”という心配が生じるが、多くの遺族はスタッフからの介入を好意的にとらえていることが多い⁵⁾。

(2) 介入時期

継続的な援助が効果的なため⁵⁸⁾、継続的な介入を計画するべきである。

(3) 援助のポイント

遺族と接する際は落ち着いた態度で接し、遺族

の話を冷静に受けとめることが好ましい²⁸⁾。正常悲嘆の場合、医学的治療が必要とのエビデンスはなく、多くは自然に回復へ向かい、故人のいない生活へ再適応してゆく^{2,10)}。したがって、正常悲嘆で苦しんでいる遺族に対しては、現時点で心を痛めていることは自然な感情であると伝える⁶²⁾。

遺族の多くは治療に関する後悔を抱え、誤った知識・誤解に基づいて後悔していることもあるが、これらは修正可能である²¹⁾。

援助を求めてきた遺族の場合、うつ病に罹患している場合が多いので鑑別が必要である²⁰⁾。

(4) 薬物療法

抑うつを呈した遺族に対する治療に関し Jacobs らは10名の遺族に対し三環系抗うつ薬によるオープンラベル試験を行い、7名で有効であったと報告した²³⁾。Pasternak らは13名の遺族に対してノルトリプチリンによるオープンラベル試験を行い、抑うつのほか、悲嘆にも効果があったことを示した⁴³⁾。さらに、Reynolds らは死別後6～12ヵ月の遺族を対象に、ノルトリプチリンの有用性をRCTにて精神療法群と比較したところ、ノルトリプチリンが有意に有効であった⁴⁸⁾。Oakley らは死別後に抑うつを呈した高齢者に対する薬物療法はADLの改善に有効であると報告した³⁸⁾。Hensley らは死別後にうつ病を発症した30名の遺族に対しエシタロプラムのオープンラベル試験を実施し、複雑性悲嘆を有するか否かにかかわらず抑うつが有意に改善したことを報告した¹⁷⁾。しかし、死別を伴ったうつ病の薬物療法に関する研究は数本しかなく、死別を伴わないうつ病に関する研究に比較すると極端に少ないのが現状である。現時点では、死別を伴わないうつ病の治療に関する知見も交えながら薬物療法を行うことが求められる。治療成功の鍵は、死別を伴わないうつ病の治療と同様に薬物療法を進めることである⁶²⁾。

(5) 役に立たない援助

遺族は周囲から「見た目より元気」「新しい人生に進まないとだめ」などと言われ嫌な思いをしている。しかし、発言した側には悪意がなく、逆に遺族を何とか援助しようとしている。これは介入

が時に逆効果になることを示しており、「役に立たない援助(unhelpful support)」と呼ばれている²⁸⁾。

具体例として「こうすべきだ」との指示、「あなたががんばらないとだめ」と回復を鼓舞する、無礼な態度、「あなたの気持ちはわかります」と感情を理解したような表現は逆効果になることが多い。

逆に、遺族が安心できたと思える援助には、穏やかな態度でいる、関心をもって受けとめる、傍にいたるなどがある²⁸⁾。

V. 死別後の再適応に向けて

遺族ケアの目標は死別の悲しみを抱えながらも、再び社会生活に適応することと考えている。再適応までの時期は個人差が大きいため、ケアする側もあせらずに取り組むことが必要である⁶²⁾。

おわりに

がん患者家族・遺族が抱える精神的な問題とその対処について述べた。この領域は臨床・研究の歴史が浅いので、今後も知見の集積が行われるだろう。常に新しい知識を取り込んで実践してゆくことが大切である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Benkel, I., Wijk, H., Molander, U. : Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliat Med*, 23 (2) ; 141-149, 2009
- 2) Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., et al. : Resilience to loss and chronic grief : a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*, 83 (5) ; 1150-1164, 2002
- 3) Carey, I. M., Shah, S. M., DeWilde, S., et al. : Increased risk of acute cardiovascular events after partner bereavement : a matched cohort study. *JAMA Intern Med*, 174 (4) ; 598-605, 2014
- 4) Caserta, M. S., Lund, D. A. : Bereaved older adults who seek early professional help. *Death Stud*, 16 (1) ; 17-30, 1992
- 5) Chau, N. G., Zimmermann, C., Ma, C., et al. : Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. *Arch Intern Med*, 169 (10) ; 963-971, 2009
- 6) Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., et al. : Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med*, 29 (2) ; 367-380, 1999
- 7) Cherlin, E. J., Barry, C. L., Prigerson, H. G., et al. : Bereavement services for family caregivers : how often used, why, and why not. *J Palliat Med*, 10 (1) ; 148-158, 2007
- 8) Clayton, P., Desmarais, L., Winokur, G. : A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry*, 125 (2) ; 168-178, 1968
- 9) Clayton, P. J., Halikes, J. A., Maurice, W. L. : The bereavement of the widowed. *Dis Nerv Syst*, 32 (9) ; 597-604, 1971
- 10) Clayton, P. J., Halikas, J. A., Maurice, W. L. : The depression of widowhood. *Br J Psychiatry*, 120 (554) ; 71-77, 1972
- 11) Cole, M. G., Dendukuri, N. : Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 160(6) ; 1147-1156, 2003
- 12) Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., et al. : Loss of partner and suicide risks among oldest old : a population-based register study. *Age Ageing*, 33 (4) ; 378-383, 2004
- 13) Forte, A. L., Hill, M., Pazder, R., et al. : Bereavement care interventions : a systematic review. *BMC Palliat Care*, 3 (1) ; 3, 2004
- 14) Grimby, A., Johansson, A. K. : Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows. *Am J Hosp Palliat Care*, 26 (1) ; 8-12, 2009
- 15) Helsing, K. J., Szklo, M., Comstock, G. W. : Factors associated with mortality after widowhood. *Am J Public Health*, 71 (8) ; 802-809, 1981
- 16) Helsing, K. J., Comstock, G. W., Szklo, M. : Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol*, 116 (3) ; 524-532, 1982
- 17) Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H., et al. : Escitalopram : an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord*, 113 (1-2) ; 142-149, 2009

- 18) Holmes, T. H., Rahe, R. H. : The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11 (2) ; 213-218, 1967
- 19) Ishida, M., Onishi, H., Wada, M., et al. : Bereavement dream? Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. *Palliat Support Care*, 8 (1), 95-98, 2010
- 20) Ishida, M., Onishi, H., Wada, M., et al. : Psychiatric disorders in patients who lost family members to cancer and asked for medical help : descriptive analysis of outpatient services for bereaved families at Japanese cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 41 (3) ; 380-385, 2011
- 21) Ishida, M., Onishi, H., Wada, M., et al. : Psychological distresses of the bereaved seeking medical counseling at cancer center. *Jpn J Clin Oncol*, 42 (6) ; 506-512, 2012
- 22) Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A. M., et al. : The measurement of grief : bereaved versus non-bereaved. *Hosp J*, 2 (4) ; 21-36, 1986
- 23) Jacobs, S. C., Nelson, J. C., Zisook, S. : Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *Psychiatr Clin North Am*, 10 (3) ; 501-510, 1987
- 24) Kacel, E., Gao, X., Prigerson, H. G. : Understanding bereavement : what every oncology practitioner should know. *J Support Oncol*, 9 (5) ; 172-180, 2011
- 25) Kaprio, J., Koskenvuo, M., Rita, H. : Mortality after bereavement : a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*, 77 (3) ; 283-287, 1987
- 26) 厚生労働省：人口動態調査。
- 27) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。平成24年6月
- 28) Lehman, D. R., Elland, J. H., Wortman, C. B. : Social support for the bereaved : Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4) ; 438-446, 1986
- 29) Li, G. : The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly : an historical cohort study. *Soc Sci Med*, 40 (6) ; 825-828, 1995
- 30) Lichtenstein, P., Gatz, M., Berg, S. : A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med*, 28 (3) ; 635-643, 1998
- 31) Lindemann, E. : Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 151(6 Suppl) ; 155-160, 1944
- 32) Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., et al. : An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297 (7) ; 716-723, 2007
- 33) Manor, O., Eisenbach, Z. : Mortality after spousal loss : are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med*, 56 (2) ; 405-413, 2003
- 34) Mellstrom, D., Nilsson, A., Oden, A., et al. : Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med*, 10 (2) ; 33-41, 1982
- 35) Moon, J. R., Kondo, N., Glymour, M. M., et al. : Widowhood and mortality : a meta-analysis. *PLoS One*, 6 (8) ; e23465, 2011
- 36) Mostofsky, E., Maclure, M., Sherwood, J. B., et al. : Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life : the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study. *Circulation*, 125 (3) ; 491-496, 2012
- 37) Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, R., et al. : Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss : an integrative review. *Int J Nurs Stud*, 50 (8) ; 1108-1121, 2013
- 38) Oakley, F., Khin, N. A., Parks, R., et al. : Improvement in activities of daily living in elderly following treatment for post-bereavement depression. *Acta Psychiatr Scand*, 105 (3) ; 231-234, 2002
- 39) 大西秀樹, 石田真弓：家族と遺族のケア。心身医学, 54 (1) ; 45-52, 2014
- 40) Parkes, C., Weiss, R. : Recovery from bereavement. Basic Books, New York, 1983
- 41) Parkes, C. M., Benjamin, B., Fitzgerald, R. G. : Broken heart : a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J*, 1 (5646) ; 740-743, 1969
- 42) Parkes, C. M. : Editorial comments. *Bereavement Care*, 17 ; 18, 1998
- 43) Pasternak, R. E., Reynolds, C. F., 3rd, Schlernitzauer, M., et al. : Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 52 (7) ; 307-310, 1991
- 44) Pies, R. W. : Depression and the pitfalls of causality : implications for DSM-V. *J Affect Disord*, 116 (1-2) ; 1-3, 2009
- 45) Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., et al. : Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv*, 52 (8) ; 1069-1074, 2001

- 46) Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., et al. : Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 154 (5) ; 616-623, 1997
- 47) Prigerson, H. G., Silverman, G. K., Jacobs, S. C., et al. : Traumatic grief, disability, and the underutilization of Health services : A preliminary examination. *Primary Psychiatry*, 8 (5) ; 61-66, 2001
- 48) Reynolds, C. F., 3rd, Miller, M. D., Pasternak, R. E., et al. : Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life : a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 156 (2) ; 202-208, 1999
- 49) Rosenbloom, C. A., Whittington, F. J. : The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *J Gerontol*, 48 (4) ; S223-229, 1993
- 50) Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., et al. : Impact of partner bereavement on quality of cardiovascular disease management. *Circulation*, 128 (25) ; 2745-2753, 2013
- 51) Shneidman, E. : Postvention and survivor-victim. *Deaths of Man*. Jason Aronson, New York, p.33-41, 1983
- 52) Shor, E., Roelfs, D. J., Curreli, M., et al. : Widowhood and mortality : a meta-analysis and meta-regression. *Demography*, 49 (2) ; 575-606, 2012
- 53) Shrout, P. E., Yager, T. J. : Reliability and validity of screening scales : effect of reducing scale length. *J Clin Epidemiol*, 42 (1) ; 69-78, 1989
- 54) Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., et al. : Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer. *Psychooncology*, 21 (11) ; 1158-1166, 2012
- 55) Stahl, S. T., Schulz, R. : Changes in routine health behaviors following late-life bereavement : a systematic review. *J Behav Med*, 37 (4) ; 736-755, 2014
- 56) Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. : Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370 (9603) ; 1960-1973, 2007
- 57) Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D., et al. : Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol*, 39 (3) ; 309-314, 1984
- 58) Vachon, M. L., Lyall, W. A., Rogers, J., et al. : A controlled study of self-help intervention for widows. *Am J Psychiatry*, 137 (11) ; 1380-1384, 1980
- 59) World Health Organization : WHO Definition of Palliative Care. 2011
- 60) Zisook, S., Shuchter, S. R. : Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*, 148 (10) ; 1346-1352, 1991
- 61) Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., et al. : The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl) ; 29-36, 1994
- 62) Zisook, S., Shear, K. : Grief and bereavement : what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8 (2) ; 67-74, 2009
-

Bereavement Care in Cancer

Hideki ONISHI, Mayumi ISHIDA, Iori TANAHASHI

Department of Psycho-oncology, Saitama Medical University International Medical Center

Bereavement may become the most severe stressor in the lives of bereaved families, and it has a variety of influences on their psychological and physical aspects. Physical effects include worsening of physical conditions and an increase in the mortality, and psychological ones include increases in the suicide rate and morbidity of depression. Bereavement also has a social influence, such as causing changes in relationships. Therefore, it is necessary to provide bereaved families requiring support with appropriate intervention.

Since bereaved families experience various types of distress, assessment of grief-related problems alone is inadequate. It is essential to assess the psychological, physical, social, and other aspects of bereaved families.

Intervention can be expressed using the concept of postvention. There are various types of intervention : from care provided by non-specialists to psychiatric treatment provided by mental care specialists. Although bereavement is the strongest risk factor for depression, depressive symptoms following bereavement are often overlooked. Therefore, it is necessary to pay attention to such depression.

Support is provided by not only health care professionals but also the general public in society, and it is essential to obtain knowledge of bereavement care in society. It should be noted that support not based on established knowledge may have an adverse effect on bereaved families (unhelpful support).

< Authors' abstract >

< **Keywords** : cancer, bereavement care, postvention >
