

# 遺族の心理的サポートに関する手引き

## (一般医療者用)

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

がん患者の家族・遺族に対する効果的な精神心理的支援法の開発研究（19EA1013）班

本書は、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）を受けて、がん患者の家族・遺族に対する効果的な精神心理的支援法の開発研究（19EA1013）班によって作成されました。引用される際には、以下のように引用元の記載をお願いいたします。

竹内恵美・加藤雅志・浅井真理子・明智龍男（2021）遺族の心理的サポートに関する手引き（一般医療者用） <https://grief-care.info/>（〇年〇月〇日）

## 目次

1. 死別反応とは.....	3
遺族の苦痛や負担.....	3
身体面への影響.....	3
精神面への影響.....	3
生活面への影響.....	4
2. 一般的な悲嘆反応.....	4
悲嘆のプロセス.....	4
悲嘆の表現型.....	6
3. 専門家によるケアが望まれる悲嘆.....	6
複雑性悲嘆.....	6
うつと複雑性悲嘆のちがい.....	7
一般医療従事者による遺族ケアの必要性.....	7
医療者が遺族ケアに関わる利点.....	7
全ての遺族に専門的ケアが必要なのか.....	8
4. 家族や遺族との関わり方.....	9
一般的な関わり.....	9
死別前からの関わり.....	10
5. コミュニケーション.....	12
声掛け.....	12
基本姿勢.....	13
好ましい関わり／好ましくない関わり.....	13
6. リソース.....	14
7. 医療者自身が抱える悲嘆との関わり方.....	16
8. 引用文献.....	17

## はじめに

身体疾患を抱える患者のケアを行う医療従事者は、業務を行うなかで、あるいは私生活の中で、大切な人を失った悲しみを体験した経験があるかと思います。身体疾患を抱えて、病棟あるいは自宅で亡くなるという過程は同じだとしても、その死別という体験はさまざまであり、人それぞれどのようにとらえるかは異なります。多くのご遺族は、悲しみを抱えるものの、正常な反応の範囲で経過し、大切な人がいない生活に徐々に適応していきます。一方で、死別に対する反応が著しく、その悲しみや悲嘆が複雑化してしまう場合には精神保健の専門家による治療が必要となる場合があります。普段、医療施設や組織において業務を行うなかで、遺族と継続的に関わることは少ないかもしれませんが、しかし、遺族が医療従事者との面会を望んだ際や葬儀の参列など、遺族と関わるなにかしらの機会があった際には、遺族のつらさに耳を傾けていただければと思います。その際に、本書の情報が少しでも役立てば幸いです。

本書は、がん等の身体疾患により大切な人を失った遺族に対する心理社会的支援方法について説明しています。これを読むことにより、以下について学習できることを期待します。

- 最愛の人を亡くした遺族の精神的苦痛や悲嘆のプロセスについて理解する
- 遺族に対する支援の方法や関わり方について理解する
- 遺族とコミュニケーションをとる上での注意点を理解する

なお、本書の使い方について、いくつか注意点があります。一つ目に、本書は、科学的根拠に基づいて具体的な支援方法を書くように努めていますが、世界的にコンセンサスを得られた方法が書かれているわけではありません。二つ目に、一般の医療従事者が読みやすいように用語の表現が専門的用語の定義と若干異なる可能性があります。

## 1. 死別反応とは

### 遺族の苦痛や負担

配偶者の死とは、人生の中で最もストレスフルな出来事であることは、人種や文化を超えて世界で共通しますが(1)、悲嘆の過程は文化によって異なると言われています。仏教の文化が根付く日本においては、喪の作業（個人の死に適応していく過程）が習慣となっています。死別直後には通夜や葬儀があり、その後も故人を偲ぶ行事として四十九日の法要や1周忌、三回忌と続きます。他にも、盆やお彼岸といった社会的行事が毎年行われ、故人が私たちのなかで存在し続けることを確認し、私たちの悲嘆の悲しみを癒す機会になっています(2)。しかし、死別という人生における大きな出来事は、残された遺族に大きな負担をもたらし、それは身体面、心理面、社会面、経済面など、様々に影響をおよぼすことが報告されています。

### 身体面への影響

死別後の遺族は、死亡率や病気の罹患率が上昇する可能性があると言われています。遺族の死亡率は年齢にかかわらず死別から6か月までの間で特に高いと言われています(3)。その死亡の原因は、自殺や事故、病気など様々に考えられますが、そのなかでも病気の罹患リスクが高まることが報告されています。遺族では高血圧やがんなどの罹患率が高く、遺族でない人達に比べて、1.4倍も新しく病気が見つかったり、病気が悪化したりする恐れがあります(4)。他にも、疼痛やめまい、消化不良、不眠など様々な身体症状を抱えている場合があります(3)。

### 精神面への影響

うつ病の有病率は、遺族全般では10-20%、がん患者の遺族においては35%であると報告されています(5)(6)。また、死別後一年以上が経過した遺族であっても19%が深刻なうつ症状を抱えていることが日本の調査で示されています(7)。うつ病以外にも、心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder: PTSD）や不安障害、自殺企図、不眠、アルコール量の増加の危険性があります(8)。

## 生活面への影響

亡くなった患者が一家の稼ぎ手であった場合、死別により遺族の収入は大幅に減少してしまうことがあります(9)。他にも、遺産や相続の問題、親戚間のトラブルなど様々な経済的な問題を抱える場合があります。経済的な問題以外にも、生活環境や家族関係、家庭内の役割などにおいて様々な変化が死別前後で生じます。

## 2. 一般的な悲嘆反応

悲嘆とは、愛着を持った人との死別による激しい情緒的および身体的反応を伴う個人の体験であり、深い悲しみや故人への思慕が特徴とされます。悲嘆は遺族にとって強い苦痛が伴う体験であるとされますが、多くの人が経験する人生の出来事であり、正常な反応としてとらえられます。

## 悲嘆のプロセス

悲嘆の過程は、日々変化する感情や身体症状、行動や考えなどが織り合わさって押し寄せます。悲嘆は各段階で重複する部分があり、段階を順番に上っていくというよりも、それぞれの段階を波のように行ったり来たりするとされています。決して、「正しい」悲嘆のプロセスがあるわけではなく、人それぞれ異なるプロセスを辿ります。以下は、1983年にBrownが説明した代表的なプロセスの一つです(10)。

---

### ショック期（直後から数日、数週）

大切な人を亡くしてすぐは、ショックと混乱で、その状況を覚えていないことや、自分でも理解できないような行動をとっていることがあるかもしれません。そして、感情は麻痺したような感覚になり、まるで「自分と世界の間に見えない幕が張られている」ように感じ、世界から孤立したように感じるかもしれません。このショックの段階は、死が突然で予測できなかった場合にとっても顕著とされます。

---

## 故人への思いにとらわれる時期（数週から数か月）

亡くなってから数週間経過していくと、感情が麻痺した状態から喪失による辛い悲しみへと移り変わっていきます。不眠や食欲不振、疲労感などの症状を抱えます。この段階での大きな特徴としては、故人との思い出への没頭であり、自制ができないほど執着してしまい、涙を流します。様々な過去のつながりを思い出し、後悔や罪悪感、怒りを感じます。その怒りは故人や自身に対するものだけでなく、病気を治すことができなかった医療者へ向けられることもあります。

他にも、亡くなった人の夢を見ることや、一時的な幻覚が生じることがあります。例えば、故人の声を突然聞くことや、街中でその姿を見たりすることもあります。

この時期に、社会と距離を置き内向的になる遺族は多くいます。しばらく経つと軽減していきますが、故人が亡くなった日や誕生日、結婚記念日など故人との思い出がある特別な日は、故人との情緒的なつながりが強まります。このような「記念日反応」は、その日が毎年来る度に生じ、比較的正常な悲嘆の場合にも起こるとされています。

---

## 回復期（数か月から数年）

遺族は喜びが伴う過去の追想ができるようになり、生活のなかの活動に対して興味を取り戻していきます。以前の役割を再開したり、新しい関係の形成や役割を獲得したりしていきます。悲しみや空虚感、故人を慕うことは依然としてありますが、その頻度や強さは和らいでいくとされます。

## 悲嘆の表現型

悲嘆の心理反応には感情、認知、行動、スピリチュアルなど様々な側面が含まれるとされています。

感情	思考（認知）	行動	スピリチュアル
感情の麻痺	孤独感	涙を流す	生きる意味
死の否認	後悔	人と会うのを避ける	故人の声が聞こえたり姿が見えたりする幻覚
悲しみ	亡くなった事実の否認		
怒り			

## 3. 専門家によるケアが望まれる悲嘆

以下のような場合には、精神科医、心療内科医や心理士などの精神保健の専門家によるケアが必要になります。

- ① 悲嘆が長期化あるいは慢性化する場合
- ② 正常な悲嘆が複雑化するような複雑性悲嘆がある場合
- ③ うつ症状や自殺願望が強まっている場合
- ④ 過度あるいは不適切な飲酒行動がみられる場合

## 複雑性悲嘆

複雑性悲嘆は、精神疾患の診断マニュアルによって、「持続性複雑死別障害(11)」「遷延性悲嘆症(12)」と呼ばれ方があります。どちらの診断においても、共通する特徴は、故人への持続的な思慕やあこがれ、故人へのとらわれが挙げられます。その有病率も診断マニュアルによって異なり、6-18%と報告されています。悲嘆の程度を測定する代表的な尺度には、複雑性悲嘆質問票(Inventory of Complicated Grief; ICG) (13)(14, 15)、簡易版悲嘆尺度(Brief Grief Questionnaire) (16) (17)、Prolonged Grief Disorder-13(PG-13) (18, 19)があります。

## うつと複雑性悲嘆のちがい

遺族はうつ病を発病する可能性が少なくありません。死別から1年以上経過した場合においても、うつ病で苦しむご遺族もいます。先行研究のなかには、悲嘆の治療を求める遺族のうち、55%がうつ病を併発しているという報告もあります(20, 21)。以下に、Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders (5th edition: DSM5) におけるうつ病と持続性複雑死別障害の臨床像の相違点を説明します。ただし、うつ病と複雑性悲嘆の両方が併存し、はっきりと区別できない場合もあります。

### DSM5 によるうつ病と持続性複雑死別障害の状態像の相違点

類似点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 強い悲しみ、喪失の反芻、不眠、食欲不振、体重減少等</li><li>・ 喪失の苦痛の表現方法や個人の生活史や文化的規範等に基づいて診断する</li></ul>
異なる点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 悲嘆の苦痛は波があり、故人を思い出させるものが苦痛のきっかけとなることが多い</li><li>・ うつはより持続的であり、特定の考え事や関心事に結びつかない</li><li>・ 悲嘆は故人の思い出への没頭であり肯定的な情動やユーモアが伴うこともある。これに対し、うつでは自己批判的・悲観的反復想起が特徴</li></ul>

## 一般医療従事者による遺族ケアの必要性

### 医療者が遺族ケアに関わる利点

がんなどの身体疾患による死は、自死や事故による死亡とは異なり、ある程度死期を予期できる特徴があります。そのため、医療者は生前から患者や家族に支援を行うことができ、死別直前直後の辛い時期や孤独になった死別数か月後まで継続的に関わることができます。最愛の人の死と一緒に見届けた医療者は、すでに家族との信頼関係を築けているので、死別後の支援も行いやすい可能性があります。また、うつ症状や飲酒行動の問題があるけれど、自ら支援を求めない遺族を支援につなぐことができるのも、関係性を築いた医療者ができることです。このよ

うに、医療従事者は遺族に対して死別前の予防から死別後のフォローアップまでケアを提供できます。

#### 全ての遺族に専門的ケアが必要なのか

医療施設で普段患者のケアを行うことで忙しい医療者にとって、全ての遺族の精神的苦痛に対して入念で専門的なケアを提供することは難しいかもしれません。また、メンタルヘルスの専門的なケアは、すべての遺族ではなく悲嘆やうつの程度が高い人には有効であるという報告もあります。多くの遺族は自らの力で最愛の人を亡くした悲嘆や悲しみを乗り越える力を持っており、専門的ケアが必要ではない方もいらっしゃいます。

イギリス(22)やオーストラリア(23)のガイドラインでは、遺族の状況に合わせた段階的支援が提案されています。まず、全遺族を対象としたセルフケア、すなわち普遍的サポートとして、最愛の人を亡くした遺族全てに対してパンフレット等により、悲嘆のプロセスや支援場所等の情報を提供することです。次に、リスクの高い一部の遺族に対する選択的サポートでは、遺族のニーズや精神状態に合わせてより形式的なケアを提供します。そして更に、専門的なケアが必要な遺族には、精神保健や心理の専門的サポートを提供します。このように段階的に支援することで、遺族ケアの必要性に応じて適切な支援を提供できます。

普遍的サポート	パンフレット等による悲嘆プロセスや支援場所等に関する情報提供
選択的サポート	より形式的なケアの機会提供。提供者は専門家であるとは限らない。
専門的サポート	精神保健や心理的支援、専門緩和ケア、遺族ケアなど

## 4. 家族や遺族との関わり方

### 一般的な関わり

#### 傾聴すること

遺族にとっては、大切な人との思い出についてただ話すことが、その人の死を受け入れる過程の一つになり、重要だと考えられます。遺族の悲しみや悲嘆など今のつらさに思いやりをもって傾聴することがとても大切です。しかし、遺族に対して無理に悲嘆を表出させる必要はありません。遺族が聞いてほしいと思っている内容をじっくり聞きましょう。また、遺族のことを心配していることを伝え、必要なときはまた相談にのれることを伝えるか、あるいは代替りの相談場所を紹介するとよいかもしれません。

#### 誤解の解消

患者が受けた治療や亡くなった時の状況について誤解している場合があります。そのときは、相手の心境に配慮しながら、正しい情報を提供するとよいかもしれません。

#### 悲嘆についての説明

「悲嘆で苦しんでいるのはおかしいのではないか」「他の人は問題なさそうなのに私だけ心が弱いのではないか」と悩んでいる遺族も少なくありません。大切な人を失った悲しみや悲嘆は当然であっておかしいことではないことや、多くの遺族が同じように苦しんでいることを伝えると、遺族も安心されるかもしれません。

また、「正しい悲嘆のプロセス」というものはなく個人差があること、残念ながらすぐにこの苦しみから抜け出す方法がないこと、この悲しみを相談できる場所があることを伝えることで、遺族が悲嘆との付き合い方について少し理解できるかもしれません。

## 主な説明内容

- 大切な人を失った悲しみや悲嘆は当然であっておかしいことではないこと
- 悲しみを自分自身で抱えるのにはそれぞれに必要な時間があるので、残念ながらすぐにこの苦しみから抜け出す方法はないこと
- 無理に感情表出を我慢することや、逆に無理に感情を表出させなくてよいこと
- 支援の場所があること
- 悲しみによる苦痛が生活に大きく悪影響を及ぼす場合には、支援を求めること

---

## 精神疾患が疑われる遺族への継続的支援の導入あるいは専門家紹介

複雑性悲嘆、うつ病、希死念慮や自殺企図のリスクがありそうな遺族に対しては、継続的に支援を行う、あるいは精神保健の専門家を紹介しましょう。電話や手紙あるいは対面で、今の生活状況や悩んでいることについて定期的に伺い、必要に応じて情報提供を行ってもよいかもしれません。遺族に対するケアに特化した施設、あるいはがんなどの身体疾患の患者やその家族の支援を提供する施設であれば、遺族も相談しやすいかもしれません。そのような専門施設があるか事前に確認しておくといよいでしょう。また、うつ病の場合は抗うつ薬で症状を軽減することも必要です。抗うつ薬では悲しみといった心理的問題自体は解消されませんが、問題に感じる程度や問題による生活への支障が小さくなる場合があります。

## 死別前からの関わり

自殺や事故で突然亡くなる場合とは異なり、がんなどで闘病期間を経て亡くなる場合には、亡くなる前から家族へ予防的な関わりができるかもしれません。

---

## 死を受け入れるための心の準備(24)

死別前から大切な人が亡くなる心の準備ができていると、死別後の複雑性悲嘆は軽減されることは言われています。そのため、終末期にかかわる医療従事者は、迫りくる死を家族が受容し、別れを告げられるよう励ませるとよいかもしれません。しかし、それは決して患者の存命を諦めさせることではなく、「可能な限り最大の希望を持ち、最悪に備えて計画する」という姿勢を医療従事者は持ち続ける必要があります。例えば、患者と家族間の問題の解消を支援したり、患者に会う抵抗を和らげたり、遅すぎる前に感謝の気持ちや励ましの言葉を伝えるよう促したり、家族の後悔が残らないよう支援したり、医療従事者ができる支援は様々にあるかもしれません。

死の受け入れ準備のほかにも、大切な人が亡くなった出来事に関する状況の理解も、死別後の複雑性悲嘆に関連があると言われています。場合によっては、治療や病状についての家族の理解を確かめることも、医療従事者が行える支援の一つです。

### 死を迎える準備支援

- 患者と家族の思い出を振り返る（旅行した場所、家族のエピソードなど）
- 死が近づいていることを伝え、家族の理解や心の準備を確認する
- 死が差し迫るサインや葬式の調整等の実用的な情報を提供する
- 死を迎える場所や知らせたい人等について意思決定を促す

---

## 悲嘆が複雑化する可能性のある家族の評価(9,22,25,26)

これまでの先行研究の結果、死別後遺族がうつや複雑性悲嘆等の精神疾患を患うリスク要因が明らかになっています。以下の要因に多く当てはまる家族や遺族には注意が必要であり、継続的に関わり、アセスメントや支援を行い、必要に応じて精神保健の専門家を紹介するとよいかもしれません。また、ソーシャルサポートが乏しい場合には、ピアサポートや遺族会等が役に立つかもしれません。

## リスクの高い遺族の特徴

死別前の要因	死別関連要因	死別後の要因
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 女性</li> <li>● 過去に死別を経験していること</li> <li>● 故人との依存関係</li> <li>● 精神疾患の既往</li> <li>● 死の受入準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人との関係性 (配偶者, 母親, 介護者)</li> <li>● 死因 (暴力, 自殺, 急死, 医療事故)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 経済的困難</li> <li>● サポート資源の乏しさ</li> <li>● 亡くなった出来事の状況理解</li> <li>● アルコールや薬物使用</li> <li>● ソーシャルサポートの低さ</li> </ul>

## 5. コミュニケーション

### 声掛け

上述したように、大切な人との思い出についてただ話すことが遺族にとって気持ちの整理になる場合があります。唐突に今の気持ちのことについて聞くのは抵抗があるようでしたら、以下の例を参考にするとよいかもしれません。また、闘病中の思い出話をきっかけにするのもよいかもしれません。

声掛けの例：

亡くなって直後(8)
<p>「〇〇さんが亡くなって本当に残念です」</p> <p>「〇〇さんを亡くされたつらさは計り知れません」</p>
亡くなってからある程度時間が経過してから
<p>「大切なご家族を亡くされて大変つらいと思いますが、今の生活に支障をきたしていませんか」</p> <p>「以前と比べて元気がなさそうな様子ですが、問題なく過ごせていますか」</p> <p>「何か悩んでいることはないですか。何かお手伝いできますか」</p> <p>「〇〇さんの病気や治療のことで何か聞きたいことはないですか」</p>

## 基本姿勢

人それぞれ悲嘆の表し方や関わり方は違うことを理解し、その人の対処方法を尊重するといいかもかもしれません。過度な助言や介入は、逆に遺族に負担になってしまうかもしれませんので、遺族が無理のない範囲で少しずつできるように支援するのがよいでしょう。

## 好ましい関わり／好ましくない関わり

遺族の気持ちに共感することは重要です。ただし、「そのつらい気持ちよくわかります」と安易に理解したように伝えることは、かえって遺族を傷つけてしまいます。「〇〇さんを失ったことは本当につらいことと思います」「〇〇さんを亡くした悲しみは計り知れません」と、遺族の悲しみを完全には理解できないことは意識して共感するのがよいでしょう。(8)  
(27)

---

### 好ましい関わり

患者や家族との思い出エピソードを語ることで、つらさを共感することや時には楽しかったことを一緒に思い出すことができるかもしれません。また、闘病中は家族ができることを十分に行ったことを労うことで、遺族の後悔を和らげることができるかもしれません。

---

### 好ましくない関わり

安易な共感や励ましは遺族を傷つけてしまう可能性があります。また、おせっかいなアドバイスや「あなたなら乗り越えられるわ」という発言は、それができない自分を逆に責めてしまう可能性があります。他にも、「大往生でしたね」など、「自分自身の評価」を含めた言葉を口にしないように心がけるとよいでしょう。遺族の認識とのずれが大きい場合、怒りなどの感情を誘発することもあります。このように、好ましくない関わり方が人それぞれにある

ため難しく感じられますが、何かアドバイスしようと意識するよりも、遺族の話をじっくり聞くことが支援になるかもしれません。

好ましい関わり	好ましくない関わり
<p>これまでの闘病生活をねぎらう</p> <p>家族を心配していたことを伝える</p> <p>患者さんとの思い出話を聞く</p> <p>療養中のことで今でも気になることを尋ねる</p>	<p>「つらい気持ちわかりますよ」というように安易に共感しない</p> <p>「あなたらしくない」というように対応できない自分を責める態度</p> <p>「時間が解決しますよ」といった励まし</p> <p>「旅行でも行ったらどうか」というおせっかいなアドバイス</p> <p>「もっと大変だった患者さんはたくさんいますよ」といった他の患者の話</p>

## 6. リソース

### 遺族ケアガイドライン

一般社団法人日本サイコオンコロジー学会および一般社団法人日本がんサポーターズケア学会によって作成された遺族ケアガイドラインでは、がん等の身体疾患によって重要他者を失った遺族が経験する精神心理的苦痛の診療とケアについて説明されています。

<https://grief-care.info/>

### 死亡後に必要な手続きチェックリスト

愛知県の自殺対策情報センターが死亡後に必要な手続きについてチェックリストを公開しています。以下の URL よりご確認ください。

<https://www.pref.aichi.jp/shogai/kokoro/sien/advice.html>

## 相談窓口

各市区町村にて、以下のような相談に対して窓口が設置されていますので、各役所のホームページを確認して連絡先を入手してみてください。

- ・ こころの相談
- ・ 経済的困窮など生活援助に関する相談
- ・ 相続や借金、債務など法律に関する相談
- ・ ハローワークなどの就労相談
- ・ 子育てに関する相談

## 心のケアに関するパンフレット

大切な人を亡くされた悲しみとの付き合い方について書かれたパンフレットを国立がん研究センター東病院が開発しています。

大切な人を亡くされた方へ ～相談窓口のご案内～

[https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho\\_oncology/kashiwa/010/010/goizoku\\_madoguchi.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/010/010/goizoku_madoguchi.pdf)

## 心理療法（個人）

がん患者の遺族を専門とした外来があります。

埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科

<https://www.international.saitama-med.ac.jp/detail1/d1-15/>

国立がん研究センター中央病院 家族ケア外来

[https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/consultation/consultation/tokushu\\_gairai/010/family\\_support.html](https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/consultation/consultation/tokushu_gairai/010/family_support.html)

### 心理療法（グループ）

ENERGY と呼ばれる、悲嘆を抱える方のためのグループセラピーが都内で開催されています。

<http://plaza.umin.ac.jp/~jcgt/pages06/index.html>

### ピアサポート

自死遺族を主に対象にした「わかちあいの会」が全国で開催されています。参加条件を満たすかについて団体に確認してから紹介しましょう。

遺族の集い（東京都福祉保健局）

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/iryo/tokyokaigi/madoguti/tudoi.html>

## 7. 医療者自身が抱える悲嘆との関わり方

大切な人を亡くした悲しみは家族だけではなく、闘病生活を支えてきた医療者にとっても悲しいことです。デスカンファレンスを開き、患者の死別前後の状況やそれぞれの思いを共有することで、医療者の後悔や罪悪感、悲しみを軽減できるかもしれません。他にも、個人でできる対処法として、リラクゼーションや瞑想などで気持ちの安定を図るのもよいかもしれません。ただ場合によっては自分自身の家族との死別体験を思い出して、共感疲労や燃えつきにつながることもあります。セルフメンテナンスで軽減しにくい場合は、精神保健の専門家に相談するという援助要請も職務継続に必要な能力です。

## 8. 引用文献

1. 夏目誠. 勤労者のストレス評価法 (第 2 報): ストレスドック受検者の 1 年間における体験ストレス点数の合計点とストレス状態や精神障害との関連から. 産業衛生学雑誌. 2000;42(4):107-18.
2. 高木慶子. グリーフケア入門: 悲嘆のさなかにある人を支える: 勁草書房; 2012.
3. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health consequences of bereavement: A review. The Lancet Infectious Diseases. 2007;370(9603):1960-73.
4. Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, Peterson J. Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. Journal of Gerontology. 1984;39(3):309-14.
5. Oechsle K, Ullrich A, Marx G, Benze G, Wowretzko F, Zhang Y, et al. Prevalence and predictors of distress, anxiety, depression, and quality of life in bereaved family caregivers of patients with advanced cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2020;37(3):201-13.
6. Kim H, Goldsmith JV, Sengupta S, Mahmood A, Powell MP, Bhatt J, et al. Mobile health application and e-health literacy: opportunities and concerns for cancer patients and caregivers. Journal of Cancer Education. 2019;34(1):3-8.
7. 国立がん研究センター. 人生の最終段階の療養生活の状況や受けた医療に関する全国調査結果を公表 2020 [Available from: [https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr\\_release/2020/1031/index.html](https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2020/1031/index.html)].
8. Prigerson HG, Jacobs SC. Caring for bereaved patients: all the doctors just suddenly go. JAMA. 2001;286(11):1369-76.
9. 鈴木志津枝. がん患者の家族をめぐる問題 遺族ケア. 緩和医療学. 2002;4(3):241-5.
10. Brown JT, Stoudemire GA. Normal and pathological grief. Jama. 1983;250(3):378-82.
11. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) 2013 [Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>].
12. Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.) 2019 [Available from: <https://icd.who.int/>].
13. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry research. 1995;59(1-2):65-79.
14. 中島聡美, 伊藤正哉, 石丸径一郎. 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究--罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に. 研究助成論文集. 2009(45):119-26.

15. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995;59(1-2):65-79.
16. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services.* 2006;57(9):1291-7.
17. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS one.* 2012;7(2):e31209.
18. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.* 2009;6(8):e1000121.
19. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine.* 2009;6(8):e1000121.
20. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry.* 2007;48(5):395-9.
21. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry.* 2007;48(5):395-9.
22. Guldin M-B, Murphy I, Keegan O, Monroe DB, Antonia M, Reverte L, et al. Bereavement care provision in Europe: A survey by the EAPC bereavement care taskforce. *European Journal of Palliative Care.* 2015;22:185-9.
23. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative and Supportive Care.* 2018;16(4):375-87.
24. Noaghiul S, Prigerson H. 悲嘆.
25. Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues.* 1988;44(3):97-111.
26. Simon NM. Treating complicated grief. *Jama.* 2013;310(4):416-23.
27. 浅井真理子. がん医療における遺族のメンタルヘルス (特集 がん医療における家族ケア). *腫瘍内科.* 2011;8(1):45-50.