

がん等の身体疾患で死別した遺族に医療従事者が実施する 心理社会的介入研究

浅井真理子

日本医科大学医療心理学教室

Psychosocial Intervention Studies Conducted by Health Care Professionals for Bereaved Families
Who Have Lost Members to Cancer or Other Physical Illness

Mariko Asai

Department of Medical Psychology, Nippon Medical School

Abstract

This paper introduces the international studies used in compiling the Guidelines for Bereaved Family Care (edited and published by the Japan Psycho-Oncology Society (JPOS) and the Japanese Association of Supportive Care in Cancer (JASCC) in 2022) as evidence for non-pharmacological treatment of psychiatric distress among members of bereaved families. Of these, nine intervention studies conducted by health care professionals involved in patient care with the aim of bringing about improvements in their clinical activities are focused on, and an overview of the theories and methods employed is presented. Activities include bereavement care provided by family physicians and health care professionals involved in emergency care, measures taken to help caregivers co-participate in such areas of patient management as early palliative care and advance care planning (ACP), and support for effective communication among health care professionals, patients, and family members. In addition, a number of the studies involve intervention by caregivers in the home before the patients' death.

(日本医科大学医学会雑誌 2023; 19: 42-52)

Key words: cancer and other physical diseases, bereaved family, health care professionals, intervention studies

はじめに

わが国では、1981年以降死因の第1位はがんであり、その結果がんで家族を亡くし遺族となる方が毎年数多く発生している。国立研究開発法人国立がん研究センターが運営するがん情報サービスが公開しているがん統計によれば、2020年にがんで死亡した人は

378,385人(男性220,989人、女性157,396人)であり、日本人ががんで死亡する確率は男性26.7%(4人に1人)、女性17.9%(6人に1人)であった¹⁾。このように人数は多いものの、がん等の身体疾患による死別は事故や災害のような急な死別ではなく、患者の介護を通じて最期の時間を家族で共有できるとされ、遺族に対する介入の必要性が十分に認識されているとは言い難い状況であった。

Correspondence to Mariko Asai, Department of Medical Psychology, Nippon Medical School, 1-7-1 Kyonan-cho, Musashino-shi, Tokyo 180-0023, Japan

E-mail: mariko-asai@nms.ac.jp

Journal Website (<https://www.nms.ac.jp/sh/jmanms/>)

一方国外では、2022年には世界保健機関（World Health Organization：WHO）による国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）²および米国精神医学会（American Psychiatric Association：APA）による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版テキスト改訂版（DSM-5-TR）³で Prolonged Grief Disorder（PGD：遷延性悲嘆症）という新たな診断名が採用され、遺族の悲嘆が疾患単位として初めて位置づけられた。この診断基準で中核となるのは、分離苦痛と呼ばれる重要他者（故人）との別れに伴う心理的苦痛であり、持続的なとらわれや思慕、感情的な痛みである。死別6カ月後の診断が推奨されているが⁴、診断に必要な症状の持続期間はICD-11では6カ月、DSM5-TRでは12カ月と現時点では異なっている。また、悲嘆症状は大うつ病（Major Depressive Disorder）やPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）との併存も多く⁵、評価が困難であった。このように従来はいつ何を基準に悲嘆を評価したら良いのかといった指針が明確でなかったが、今後は精神医学的な診断基準に基づいた評価方法を用いることによって、患者に関わる医療従事者による遺族の悲嘆軽減（治療）を目指した介入研究が実施されることが期待されている。

このような国外動向も踏まえて、わが国では2022年7月に一般社団法人サイコオンコロジー学会と一般社団法人日本がんサポーターケア学会が編集した、「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に対する診療とケアについての遺族ケアガイドライン」が出版され、国内外の遺族研究のエビデンスが紹介された⁶。そこで本稿では、この遺族ケアガイドラインで第一著者らが担当した臨床疑問に答えるために採用した国外の心理社会的介入研究を紹介し、次にそれらの中から医療従事者が実施する研究を選択し、それらの実施方法について紹介する。

がん等の身体疾患で死別した遺族に対する 非薬物療法のエビデンス

非薬物療法のエビデンスとなる研究は、遺族ケアガイドラインの臨床疑問「がん等の身体疾患によって重要他者を失った（病因死）18歳以上の成人遺族が経験する、臨床的関与が必要な精神心理的苦痛に対して、非薬物療法を行うことは推奨されるか？」に対する論文検索を、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル（2016, 2017）に従って実施した。論文検索データベースはCochrane Central Register Controlled

Trials（CENTRAL）、Cochrane Database of Systematic Reviews（CDSR）、MEDLINE（PubMed）、American Psychological Association（APA）PsycInfo、医学中央雑誌（医中誌 Web）を用いて行い、臨床疑問に合わせた検索式から抽出された1990年1月1日から2020年5月31日までに掲載された論文を対象とした。研究デザインは無作為化比較試験とし、対象に関しては身体疾患による病因死が70%以上、18歳以上が80%以上を選択基準とした（詳細は遺族ケアガイドライン参照⁶）。

文献検索とスクリーニングによって、最終的に25件が抽出され、これらを採用文献とし、エビデンス評価を行った。対象者をがん患者の遺族としたものが11件、後天性免疫不全症候群（AIDS）患者の遺族としたものが2件、認知症患者の遺族としたものが1件、複数の病因死の患者の遺族としたものが11件であった。介入時期については、死別前の介入から死別後数年以内であり、介入内容は様々であった。採用論文の概要を一覧表にまとめて示す（表1）。

がん等の身体疾患で死別した遺族に医療従事者が 実施する心理社会的介入研究

ガイドライン採用論文25のうち⁷⁻³¹、今後のわが国のがん医療に応用可能な研究として、対象が後天性免疫不全症候群（AIDS）患者と認知症患者の遺族である3件^{14,16,17}および過去20年間以前（2002年以前）の3件^{22,25,28}の計6件を除外し、19件を選択した。さらに第一著者が全論文を参照し、患者の診療に関わる医療従事者が実施する介入研究として9件^{10,11,13,15,19-21,27,30}を同定し本稿で紹介する。これらは、臨床活動の改善を目標に実施されていた。残りの10件^{7-9,12,18,23,24,26,29,31}は、精神保健専門家（精神科医、看護師、心理職等）が実施する遺族ケアプログラムであり、これらは臨床活動に追加する形で実施されていた³²。以下に発表年が新しいものから順に紹介する。なお対象や評価に関してはガイドラインに掲載された表1をご参照いただきたい。また介入効果に関しては、精神心理的苦痛である抑うつ、悲嘆、不安、QOL（Quality of Life）の4つのアウトカムに対する効果量としてガイドラインに掲載されたSMD（standard mean difference）値とその95%信頼区間CI（Confidence Interval）を記載した⁶。尚、SMD値はマイナスが介入群が有効、プラスは対照群が有効であり、値の絶対値の大きさは0.2未満で認められず、0.2以上0.5未満で小さい、0.5以上0.8未満で中程度、0.8以上で大きいと判定した³³。

表1 がん等の身体疾患で死別した遺族に対する非薬物療法のエビデンス

著者(国) 年	対象			介入				評価(尺度, 介入効果)**		
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL		
Bryant (オーストラリア) 2014	クリニックを受診した遺族, 80名	病死(74%)	悲嘆に焦点を当てた認知行動療法+曝露療法(対照群は、認知行動療法のみ実施)	・対面 ・グループ+個人 ・死別後	BDI-II: CBT + 曝露群が低い	ICG: CBT + 曝露群が低い		WHOQOL-BREF: 心理・社会: CBT+曝露群が高い		
Buck (アメリカ) 2020	CGまたはPTSDの診断基準を満たしていたホスピスの介護者, 54名	ホスピスで死亡	ART	・対面 ・個人 ・死別後	CES-D: 介入群の前後差が大きい	ICG: 介入群の前後差が大きい				
Chow (香港) 2019	配偶者を亡くした遺族60歳以上 ICG>22, 215名	慢性疾患など(94%)が病死	Dual Process Model を適用した死別グループ (DPBGI) [対照群は喪失志向モデルの死別グループ (LOBGI)]	・対面 ・グループ ・死別後	HADS-D: DPBGI群が低い	ICG: DPBGI群が低い	HADS-A: DPBGI群が低い			
Dionne-Odom (アメリカ) 2016	家族介護者, 44名	がん	The ENABLE CG Caregiver intervention (生前からの遠隔医療介入, 遺族への電話)	・電話 ・個人 ・生前・死後	CES-D: 早期群が低い	PG-13 (自己評価): 早期群が低い				
Duberstein (アメリカ) 2019	平均予後予測9~12カ月のステージ4の非血液がんまたはステージ3がん患者, 204名	がん	VOICE 介入: 患者と家族へのコーチング介入, がん治療に関する小冊子の提供とそれに関する疑問への対応, その対応を行うオンラインコーストへのトレーニング (DVD や模擬授業)	・対面 ・患者と家族 ・生前	PHQ-9: 介入群が低い	PG-13: 介入群が低い	GAD (7カ月後): 介入群が低い	SF-12: 介入群が高い		
Fegg (ドイツ) 2013	緩和ケア患者の介護者, 160名	がん等	実存的行動療法 (EBT): マインドfulness, セルフケア, 個人の価値など	・対面 ・グループ ・生前	BSID: 介入群が低い		BSLA: 介入群が低い	SWLS, WHOQOL-BREF, QOL-NRS: 介入群が高い		
Garcia (スペイン) 2013	死別後3カ月以内の未亡人, 遺族44名	自殺とAIDS以外	トレーニングを受けた家庭医による介入 (PBC)	・対面 ・個人 ・死別後		TRIGおよびGEI: 介入群が低い		SF36: 身体機能等は介入群が高い		
Goodkin (アメリカ) 1999	死別したHIV-1陽性および陰性の男性, 166名	AIDS	死別支援グループ介入	・対面 ・グループ ・死別後	HRSD: 群間差なし	TIG: 介入群が低い	HARS: 群間差なし			

表1 がん等の身体疾患で死別した遺族に対する非薬物療法のエビデンス (続き)

著者(国) 年	対象		介入		評価(尺度, 介入効果)**		
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安
Guldin (デンマーク) 2013	死別した患者の近親者, 402名	がん	GP/患者双方へのハンフレッ ト送付	・送付 ・個人 ・死別後	BDI-II: 介入 群が低い	ICG-R: 介入 群が高い	不安
Haley (アメリカ) 2008	認知症患者の介護者, 254 名	認知症	カウンセリングとサポートグ ループ	・対面 ・個人と家族 ・生前	GDS: 介入群 が低い		
Hansen (アメリカ) 2006	愛する人と死別したHIV 陽性者, 267名	AIDS	グループコーピング介入(半 構造化認知行動療法+サポー トグループ)	・対面 ・グループ ・死別後		GRI: 介入 群が低い	FAHI: 介入 群が高い
Holm (スウェーデン) 2020	在宅緩和ケアにかかる家 族介護者, 117名	がん等	心理教育と家族介護者のニー ズに合わせた支援	・対面 ・個人	HADS-D: 群 間差なし	TRIG-II: 介 入群が低い	HADS-A: 群 間差なし
Hudson (オーストラリア) 2015	在宅緩和ケアを受けてい たがん患者の遺族, 300 名	がん	生前の家族介入(標準的な緩和 ケア+介入マニユアルに 沿った心理教育など) 介入形 態によって3群に分類	・生前 ・対面と電話 ・個人	GHQ12 (合 計): 訪問と 電話1回ずつ の群が低い		
Jabre (フランス) 2014	救急医療機関で死別した 遺族, 570名	限定せず	心肺蘇生に立ち会う選択を与 える	・対面 ・個人 ・生前	HADS-D: 介 入群が低い	ICG: 介入 群が低い	HADS-A: 介 入群が低い
Kentish-Barnes (フランス) 2017	ICUで亡くなった患者の 遺族, 242名	病院で死亡	お悔やみの手紙	・手紙 ・個人 ・死別(2週間)後	HADS-D: 介 入群が高い	ICG: 介入 群が高い	
Lieberman&Yaom (アメリカ) 1992	配偶者を亡くした遺族, 105名	がん	喪失初期の簡易グループ心理 療法	・対面 ・グループ ・死別後	Hopkins Symptom Checklist-D: 介入群の前後 差が小さい	独自の チェックリ スト (Guilt, Anger, Grief): 群間 差なし	Hopkins Symptom Checklist-A: 介入群の前後 差が小さい
Litz (アメリカ) 2014	がんセンターで3, 4カ月 前に亡くなった患者の遺 族 (PGD有), 87名	がん	セラピストによるオンライン セッション (HEAL)	・Web サイト, E-mail, 電話 ・個人 ・死別後	BDI-II: 介入 群が低い	PG-13: 介入 群が低い	BAI: 介入群 が低い

表1 がん等の身体疾患で死別した遺族に対する非薬物療法のエビデンス (続き)

著者 (国) 年	対象			介入				評価 (尺度, 介入効果) **		
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL		
MacKinnon (カナダ) 2015	通常の悲嘆の遺族 (CG 除 外), 26 名	大学病院で 死亡	意味に基づいたグループカウ ンセリング (MBGC)	・対面 ・グループ ・死別後	CES-D: 介 入群が低い	RGEI および HGRC: 介 入群が低い	STAI: 介 入群が低い			
McCorkle (アメリカ) 1998	肺がん患者の配偶者, 46 組の夫婦	がん	看護師による OHC (oncology home care), 対照群として, SHC (standard home care) と OC (office care) の 2 群	・対面 ・患者と配偶者 ・生前	BSI-D: OHC 群が最も低い		BSI-A: OHC 群が最も低い			
Nam (韓国) 2016	死別支援センターでリク ールトされた配偶者や友 人を亡くした人, 42 名	自然死 (76%)	心理社会的支援 + CG に関す る心理教育	・対面 ・個人, 集団 ・死後	CES-D: 介 入群が低い	ICG: 介 入群が低い				
Overbeek (オランダ) 2019	虚弱な老年患者, 39 名	限定せず	アドバンス・ケア・プランニ ング (ACP)	・対面 ・個人 ・生前	HADS-D: 群 間差なし		HADS-A: 群 間差なし			
Ringdal (ノルウェー) 2001	終末期のがん患者の家族, 434 名	がん	包括的緩和ケア	・対面 ・個人 ・生前・死後		TRIG: 群間 差なし				
Sandler (アメリカ) 2016	死別した配偶者と子供, 131 名	病死 (72%)	家族死別プログラム (FBP)	・対面 ・グループ (親と子 供) ・死別後	BDI: 介 入群が低い (6 年後)	TRIG: 介 入群が低い (6 年後)				
von Heymann- Horan (デンマーク) 2018	大学病院の腫瘍科に通院 中の患者と家族, 258 名	がん	患者・家族のニーズベースの心 理的介入と在宅専門緩和ケア の促進 (Domus intervention)	・対面 ・患者と配偶者 ・生前から死別後	SCL-92 (う つ下の尺度): 介入群が低い		SCL-92 (不安 の下の尺度): 介入群が低い			
Wenn (アメリカ) 2019	遷延性悲嘆症状を呈する 遺族, 22 名	事故死以外 (83%)	グループメタ認知悲嘆療法 (MCGT)	・対面 ・グループ ・死別後	DASS-D: 介 入群が低い	PG-13: 介 入群が低い	DASS-A: 介 入群が低い	Q-LES-Q-18: 介入群が高い		

* 身体疾患による病因死が 70% 以上である文献のみを採用。割合が不明確の場合はレビューの協議のもとで判断した。

** 注意 1: 測定時期は介入後最も早い時期, 注意 2: 抑うつ, 悲嘆, 不安は低いほど, QOL は高いほど健康, 注意 3: 解析方法は群間比較, 分散分析 (群 × 時間の交互作用など), 効果量など研究により異なる。

表1 がん等の身体疾患で死別した遺族に対する非薬物療法のエビデンス (続き)

[尺度用語]

BAI : Beck Anxiety Inventory, BDI (-II) : Beck Depression Inventory (-II), BSI (-A, -D) : Brief Symptom Inventory (-Anxiety, -Depression), CES-D (CESD) : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DASS21 : The Depression Anxiety Stress Scales-21, DASS (-A, -D) : Depression Anxiety Stress Scale (-Anxiety, -Depression), FAHI : Functional Assessment of HIV Infection, GAD : Generalized Anxiety Disorder, (R) GEI : (Revised) Grief Experience Inventory, GDS : Geriatric Depression Scale, GHQ12 (28) : General Health Questionnaire 12 (28), GRI : Grief Reaction Index, HADS (-A, -D) : Hospital Anxiety and Depression Scale (-Anxiety, -Depression), HARS : Hamilton Anxiety Raing Scale, HGRC : Hogan Grief Reaction Checklist, HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression, ICG (-R) : Inventory of Complicated Grief (-Revised), IES-R : Impact of Event Scale-Revised, NRS : Numerical Rating Scale, MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview, PG-13 : Prolonged Grief-13, PHQ-9 : Patient Health Questionnaire, Q-LES-Q-18 : Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18, SCL-90-R : The Symptom Check List-90-R, SCL-92 : Symptom Checklist-92, SF-12 (36) : International Quality of Life Assessment Short Form-12 (36), SIGH-AD : The Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety and Depression rating scale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, SWLS : Satisfaction with Life Scale, TIG : Texas Inventory of Grief, TRIG : Texas Revised Inventory of Grief

[プログラム名 : 介入方法]

ART (Accelerated Resolution Therapy) : トラウマ・遷延性悲嘆の治療として、目を左右に動かしながら出てきたストーリーに集中し、イメージの曝露などを行い、心理的苦痛の軽減や除去を図る介入。

DPBG (Dual Process model Bereavement Group Intervention) : Stroebe らの「二重過程モデル」の喪失志向の対処、回復志向の対処、揺らぎの3要素を扱うグループ介入。対象者は LOBGI (Loss-Oriented bereavement group intervention) で喪失志向の対処のみ。

The ENABLE (Educate, Nurture, Advice, Before Life-Ends) CG intervention : 緩和ケア早期からのガイドブックを利用した看護師による情報提供・電話サポート・問題解決療法など。

The VOICE (Values and Options in Cancer Care) intervention : 腫瘍医によるコーチングと電話による医療者とのコミュニケーションを促進する生前からの介入。

EBT (Existential behavioral therapy) : セルフケアの確立と人生の意味を見出すことに焦点を当てたグループ行動療法。

PBC (Primary Bereavement Care) : 標準的な死別の介入方法が書かれたマニュアルを用い、関係性や心理教育的な支援に重点を置いた対面式の介入。

HEAL (Healthy Experiences After Loss) : インターネットを利用したセラピストによる認知行動療法を用いた複雑性悲嘆の予防的介入。

MBGC (Meaning-Based Grief Counseling) : 死別後の人生がより首尾一貫した目的のあるものになるよう促すグループカウンセリング。

FBP (Family Bereavement Program) : 死別後の親、子ども、青年の各集団に対して、グループと個人セッションを組み合わせた介入方法。

Domus intervention : 患者のケアの焦点を病院から自宅や地域社会に移す臨床プログラム。

MCGT (Metacognitive Grief Therapy) : 反芻など無益な思考プロセスに焦点を当て修正を行う長期のCGをかかえる人のためのグループ療法。

遺族ケアガイドライン 2022年版 一般社団法人サイココロロジ学会, 一般社団法人日本がんサポーターブケア学会 (編集) : 金原出版から転載語句を受け掲載

1. アメリカの VOICE (Duberstein et al, 2019)¹¹

VOICE (Values and Options in Cancer Care) は、腫瘍医と患者・介護者の間のコミュニケーションの改善を目指し両者を対象とした支援プログラムであり、米国の Prigerson, H.G.らのグループによる研究である。対照群に割り付けられた腫瘍医およびその患者と介護者は、通常のケアを受けた。一方、介入群に割り付けられた患者と介護者は、腫瘍医を受診する前に最大1時間のコーチングを受けた。コーチ(訓練を受けた正看護師またはソーシャルワーカー)は、患者と介護者それぞれに、質問促進リストを応用した小冊子(My Cancer Care)を渡し、最大3つの質問や懸念を特定し、明確化を求め、自分のケアに関する話し合いに参加する意思を表明できるように指導した。患者と介護者は、その後の腫瘍医の診察に合わせて、3回のフォローアップのコーチングコールに参加した。一方、介入群の腫瘍医は、進行がんの状況におけるコミュニケーションのベストプラクティスについて研究チームが作成した15分間の教育用DVDの視聴、模擬患者との診療面接のロールプレイとその録音への模擬患者からのフィードバックを受けた。腫瘍医のトレーニングは、患者や介護者に提供されるコーチングを補完するように設計された。患者の感情、懸念、質問に答えること、予後や治療の選択肢について知らせること、バランスのとれた方法で情報を構成すること(例:最善の場合と最悪の場合のシナリオを提供すること)などを訓練された。この研究の介入効果は、悲嘆(SMD: -0.20, 95%CI: 0.60, 0.20)に対しては小さな効果が認められたものの、抑うつ(SMD: -0.09, 95%CI: -0.49, -0.30)、不安(SMD: -0.11, 95%CI: -0.50, 0.29)、QOL(SMD: 0.09, 95%CI: -0.30, 0.49)に対しては認められなかった⁶。

2. オランダの ACP (Overbeek et al, 2019)²⁷

ACP(Advance Care Planning: 事前ケア計画)は、「個人が将来の医療とケアに関する目標と希望を決め、家族や医療提供者とその目標や希望について話し合い、適切であればその希望を記録し見直すことができる」コミュニケーションプロセスである。介入群は、ケアホーム入居者と地域在住でありフレイル(虚弱)と認定された75歳以上の高齢者とその親族を対象に、ACPファシリテーター訓練、教育資料、およびツールに基づくACPの促進を目指したプログラムが

提供された。このプログラムには3つの中核的な要素があった。(1)情報提供、(2)スクリプト化されたインタビューカードに基づき訓練を受けた看護師による2回のACP会話(3)AD(advance directive: 事前指示書)を記入するか代理意思決定者を指名できるようにした。この研究の介入効果は、抑うつ(SMD: -0.30, 95%CI: -0.93, -0.34)に対しては小さな効果が認められたもの、不安(SMD: -0.16, 95%CI: -0.79, 0.47)に対しては認められなかった⁶。

3. デンマークの DOMUS (von Heymann-Horan et al, 2018)³⁰

DOMUS(The Danish Palliative Care Trial)は、専門的緩和ケア(Specialized Palliative Care: SPC)の促進を目指し、難治性がん患者を対象としたダイアド・ニーズベースの包括的なRCTで、Johansen, C.らのグループによる研究である。SPCの焦点は、がん患者とその家族へのケアを改善することであり、その中にはケアの場所、ひいては死の場所を自ら選択する機会も含まれている。そこでDOMUSでは、難治性がん患者のがん治療から在宅でのSPC継続への移行過程を早めることで、より多くの患者が希望するケアや死に至ることができるかどうかを調べることを目的とした。またこのDOMUSでのSPCは、マニュアル化され心理職によって実施された心理的介入によって強化されているが、ここでは実存的心理療法に基づき、患者と介護者の苦痛を軽減する目的でニーズに応じたセッションを提供した。

この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMDおよび95%CIは算出できなかった⁶。

4. フランスのお悔やみの手紙 (Kentish-Barnes, N. et al, 2017)²¹

Intensive care unit (ICU)で死亡した患者の家族に、患者を担当した医師と看護師がお悔やみを送るという介入であり、Azoulay, E.らのグループによる研究である。患者を担当した医師と看護師が死別3日以内の弔電、15日以内の手書きの手紙をマニュアルに従って送付した。手紙の内容は、「死亡の認識と故人の名前」「故人の印象」「家族の認識」「援助の申し出」「お悔やみの言葉」の5つであった。死亡1カ月後と6カ月後に研究者が電話で家族の精神症状(抑うつ、不安、トラウマ、悲嘆)を評価した。この研究は、臨

床医が主導する介入を、患者の死後も実施した最初の多施設ランダム化臨床試験であったが、予測に反して、家族の精神症状は、介入により有意差はないものの悪化した。著者らは、このネガティブな結果に関して、送付時期が早く家族の否認という防衛を弱め苦痛を強めた可能性や、手紙以上の支援を求めた可能性、手紙の内容の質の均一化が不十分であったこと、遺族ケアの専門家が関与していないこともあり臨床医の思いが遺族の役に立たなかった可能性などを挙げている。この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMDおよび95%CIは算出できなかった⁶。

5. アメリカの ENABLE III (Dionne-Odom, J.N. et al, 2016)¹⁰

ENABLE(Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends)は、外来でのPC(Palliative care:緩和ケア)のコンサルテーションと遠隔医療(テレヘルス)によるフォローアップモデルを用いて、進行がん患者に対する標準的な腫瘍科治療と同時にPCを開始する最適なタイミングを評価した研究である。またENABLE IIIでは、介護者には研修を受けた看護師コーチ(患者の看護師コーチとは別人)が割り当てられ、看護師コーチングセッションをサポートする資料が含まれた研究者開発のガイドブックであるCharting Your Course Caregiver(CYC-CG)が郵送された。介護者は、CYC-CGを用いた週1回で計3回の電話によるコーチングセッションに参加した。セッション1では「介護者であること」、「緩和ケアの目標」、「問題解決型対処」について、セッション2では「介護者のセルフケア」を中心に、「健康的な食事と運動」、「瞑想」、「スピリチュアリティ」、「患者の症状管理におけるパートナーとしての役割」について、セッション3では「コミュニケーション」、「意思決定支援ツールを含む意思決定」、および「事前ケア計画」を取り上げた。その後は月1回のフォローアップとして、新たに発生した問題への電話による支援が患者が死亡するまで継続された。この研究の介入効果は、抑うつ(SMD: -0.26, 95%CI: -0.86, 0.34)と悲嘆(SMD: -0.35, 95%CI: -0.95, 0.25)に対しては小さな効果が認められた⁶。

6. オーストラリアの心理教育 (Hudson, P. et al, 2015)¹⁹

在宅緩和ケアを受けている進行がん患者の家族介護者を対象に、ガイドブックを用いた心理教育介入を実施した。オーストラリアの4つの施設において、2種類の介入方法を比較した。1つ目は1回の訪問と3回の電話連絡、2つ目は2回の訪問と2回の電話連絡であり、4週間にわたって家族介護者支援看護師(Family Caregiver Support Nurse:FCSN)によって実施された。FCSNは事前に研究チームから研修を受け、一貫した支援を行うために介入マニュアルを使用した。介入内容は、(a)介入に参加するための介護者の準備、(b)介護者のニーズの評価とケアプランの作成、(c)ニーズの再評価とケアプランの評価、(d)家族介護者が親族の死に対する準備と死別の準備をするための支援であった。パイロット研究で開発・試験されたガイドブックを使用し、心理的幸福の促進に強く焦点を当て、介護者の役割の準備と管理に焦点を当てたものであった。この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMDおよび95%CIは算出できなかった⁶。

7. フランスの PRESENCE (Jabre, P. et al, 2014)²⁰

PRESENCEは、自宅で心肺停止になった成人患者の家族を対象に心肺蘇生術(cardiopulmonary resuscitation:CPR)への立ち会いを実施する、フランス国内の15の病院前救急隊を対象とした前向きクラスター無作為化対照試験である。介入群ではCPRに立ち会うことを希望した家族には、CPRの技術的な情報を提供する支援救急スタッフが付き添った。親族にCPRの現場を紹介し、必要に応じて死亡の告知を行うためのコミュニケーションガイドが用意された。また効率的な蘇生活動を維持するために、家族は基本的なガイドラインを理解し、それに同意する必要がある。支援者は常に家族に寄り添い、情報を提供し、介入方法を説明し、医療専門用語を解釈し、治療に対する患者の反応と期待される結果について話し合った。一方の対照群の家族に対しては、日常的な診療同様にCPR中に立ち会うという選択肢は与えられなかった。この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMDおよび95%CIは算出できなかった⁶。

8. デンマークの一般開業医による死別管理プログラム (Guldin, M. B. et al, 2013)¹⁵

デンマークの医療制度では、GP (General Practitioner: 一般開業医) が遺族と接する医療現場の専門家として機能しており、GP は専門家への紹介のゲートキーパーとして機能している。そこでこの研究ではGP が遺族のCG (Complicated Grief: 複雑性悲嘆) を早期に発見し、また治療計画を最適化することによって、遺族の健康アウトカムが改善するかを検討した。介入群には、GP とがん患者の両方に対して情報パンフレットが郵送された。患者にはCG の症状、適応的対処の二重プロセスモデル、CG 発症のリスク因子に関する最新の情報が記載されたパンフレットが送付され、さらにうつ病やCG の徴候が見られたり、死別反応について心配になったりしたら、GP に連絡するよう勧められた。一方、GP にはCG の評価方法に関する情報と、患者を支援する方法に関する簡単な提案 (例えば患者が経験している悲しみの反応について尋ね、その反応を適応的対処の二重プロセスモデルに関連付けること)、担当患者のCG リスク評価の結果が送付された。この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMD および95%CI は算出できなかった⁶。

9. スペインの家庭医によるPBC (García, J.A. et al, 2013)¹³

スペインでは、65歳以上の女性の約半数は配偶者を亡くした遺族であり、彼女らは死別3年以内に平均で年に10回FPを利用している。そこでこの研究ではFP (Family Physician: 家庭医) のための標準化されたマニュアルに基づく死別への介入法として著者らが開発したPBC (Primary Bereavement Care) の効果を検討した。遺族ではなくFPを無作為化して実施した。PBCでは、まずFPを対象に3回(1回7時間)のPBC研修が行われ、その後研修を受けたFPは遺族を対象に6回(1回45分)のPBCセッションを実施する。PBCの理論的枠組みは、ParkesやWordenらの死別理論とプライマリーケアモデルであり、関係性、感情、心理教育的サポートに重点を置いた対面式の個別介入である。PBCでは探索的技法として家族背景や死別過程の情報収集など、一般的技法として関係性、積極的傾聴、正常化(遺族の感情や行動が異常ではないことを伝える)など、特異的技法と

して記念日反応の予測、死別の語り直し、筆記、アルバム作成、遺族チャットルームの利用などが用いられた。この研究の介入効果は、論文に統計量の記載が不十分であったためSMD および95%CI は算出できなかった⁶。

おわりに

医療従事者が実施する心理社会的介入研究としては、かかりつけ医や^{13,15}、救急医療に関わる医療従事者^{20,21}が実施する遺族ケアが見られた。かかりつけ医の役割はわが国とは異なることが多いが、医療機関を遺族が受診した際に担当した医療従事者がどのような診療を提供できるかは重要な点であり、遺族の悲嘆に関する医療従事者への教育や研修も今後の課題と考えられる。

また近年では、早期からの緩和ケア利用^{10,30}やACP (事前ケア計画) の促進²⁷といった患者の治療への共同参加を介護者ができるように支援するもの、あるいは医療従事者、患者、家族の間でのコミュニケーションを支援するものが見られた^{11,30}。これらの研究は、まず医療従事者への研修を実施し、研修を受けた医療従事者が患者や家族を支援するという2段階戦略であり、わが国でもこのような研究体制を構築することが今後の課題と考えられる。

さらに介入の実施場所が在宅であった研究も見られ^{10,19,27,30}、これらの研究では患者の生前から在宅で実施されていた。患者が死亡したのちの遺族のケアはどこでだれが実施するのか、という点は今後の課題であろう。その際に、医療従事者は医療機関内で待つだけでなく、患者や家族の住む場所までアウトリーチしていくことも必要である。そしてその際に、近年使用され始めている遠隔診療やオンラインカウンセリングの役割も期待される。

謝辞: 本稿で紹介したがん等の身体疾患で死別した遺族に対する非薬物療法のエビデンス一覧の作成にあたりましては、以下の先生方にご協力をいただきました。改めまして御礼申し上げます。以下敬称は略させていただきます。竹内恵美 (国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部)、加藤雅志 (国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援部)、久保田陽介 (名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野)、瀬藤乃理子 (福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座)

Conflict of Interest: 開示すべき利益相反はなし。

文 献

1. 国立研究開発法人国立がん研究センター：最新がん統計． https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html Accessed July 5, 2022.
2. World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). <https://icd.who.int/en> Accessed August 2, 2022.
3. Association AP: In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. 2022; American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
4. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al.: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6: e1000121.
5. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al.: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 395-399.
6. 一般社団法人サイコオンコロジー学会，一般社団法人日本がんサポーターズケア学会編：遺族ケアガイドライン 2022 年版（がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 3）. 2022.
7. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al.: Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1332-1339.
8. Buck HG, Cairns P, Emechebe N, et al.: Accelerated Resolution Therapy: Randomized Controlled Trial of a Complicated Grief Intervention. *Am J Hosp Palliat Care* 2020; 37: 791-799.
9. Chow AYM, Caserta M, Lund D, et al.: Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults. *Gerontologist* 2019; 59: 983-994.
10. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al.: Family Caregiver Depressive Symptom and Grief Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52: 378-385.
11. Duberstein PR, Maciejewski PK, Epstein RM, et al.: Effects of the Values and Options in Cancer Care Communication Intervention on Personal Caregiver Experiences of Cancer Care and Bereavement Outcomes. *J Palliat Med* 2019; 22: 1394-1400.
12. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, et al.: Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2013; 22: 2079-2086.
13. García JA, Landa V, Grandes G, et al.: Effectiveness of "primary bereavement care" for widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians. *Death Stud* 2013; 37: 287-310.
14. Goodkin K, Blaney NT, Feaster DJ, et al.: A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and -seronegative homosexual men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 52-59.
15. Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, et al.: Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Fam Pract* 2013; 30: 134-141.
16. Haley WE, Bergman EJ, Roth DL, et al.: Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *Gerontologist* 2008; 48: 732-740.
17. Hansen NB, Tarakeshwar N, Ghebremichael M, et al.: Longitudinal effects of coping on outcome in a randomized controlled trial of a group intervention for HIV-positive adults with AIDS-related bereavement. *Death Stud* 2006; 30: 609-636.
18. Holm M, Årestedt K, Öhlen J, et al.: Variations in grief, anxiety, depression, and health among family caregivers before and after the death of a close person in the context of palliative home care. *Death Stud* 2020; 44: 531-539.
19. Hudson P, Trauer T, Kelly B, et al.: Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2015; 24: 19-24.
20. Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, et al.: Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med* 2014; 40: 981-987.
21. Kentish-Barnes N, Chevret S, Champigneulle B, et al.: Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Med* 2017; 43: 473-484.
22. Lieberman MA, Yalom I: Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: a controlled study. *Int J Group Psychother* 1992; 42: 117-132.
23. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, et al.: A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther* 2014; 61: 23-34.
24. MacKinnon CJ, Smith NG, Henry M, et al.: Reconstructing Meaning with Others in Loss: A Feasibility Pilot Randomized Controlled Trial of a Bereavement Group. *Death Stud* 2015; 39: 411-421.
25. McCorkle R, Robinson L, Nuamah I, et al.: The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nurs Res* 1998; 47: 2-10.
26. Nam IS: Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study. *Psychol Med* 2016; 46: 189-195.
27. Overbeek A, Korfage IJ, Hammes BJ, et al.: Experiences with and outcomes of Advance Care Planning in bereaved relatives of frail older patients: a mixed methods study. *Age Ageing* 2019; 48: 299-306.
28. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, et al.: The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliat Med* 2001; 15: 91-105.
29. Sandler I, Tein JY, Cham H, et al.: Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: Grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy. *Dev Psychopathol* 2016; 28: 801-818.
30. von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, et al.: Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2018; 119: 1307-1315.
31. Wenn JA, O'Connor M, Kane RT, et al.: A pilot

randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open* 2019; 9: e021409.

32. 浅井真理子, 竹内恵美: 遺族の精神心理的苦痛に対する非薬物療法のエビデンス—精神保健専門家が実施する遺族ケアプログラム. *精神医学* 2022; 64: 1645–1654.
33. Cohen J: In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.). 1988; Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

(受付: 2022年8月8日)

(受理: 2022年9月5日)

日本医科大学医学会雑誌は、本論文に対して、クリエイティブ・コモンズ表示 4.0 国際 (CC BY NC ND) ライセンス (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) を採用した。ライセンス採用後も、すべての論文の著作権については、日本医科大学医学会が保持するものとする。ライセンスが付与された論文については、非営利目的の場合、元の論文のクレジットを表示することを条件に、すべての者が、ダウンロード、二次使用、複製、再印刷、頒布を行うことができる。