

遺族の不適応を予測するアセスメントツール作成に関する 予備的研究

大和田 攝子

神戸松蔭女子学院大学人間科学部

A Pilot Study of the Development of pre-death Bereavement Risk Assessment Measures

OWADA Setsuko

Faculty of Human Sciences, Kobe Shoin Women's University

Abstract

複雑性悲嘆など遺族の不適応を予測し、早期から支援や介入を行うことは、限られた資源を有効に活用する上で必要不可欠である。本研究の目的は、医療従事者が患者の死別前から家族の不適応を予測するための簡便かつ有効なアセスメントツールを開発することである。患者の死別前から前方視的に調査を実施し、医療従事者によるリスク評価と遺族自身による精神症状の評価との関連を検討した。その結果、看護師が「支援必要」と評価した遺族は精神症状の悪化が認められたことから、看護師の評価は基準関連妥当性（予測的妥当性）が確認された。特に、「配偶者の死」と「ソーシャルサポートの欠如」は、死別後の遺族の不適応を予測する重要な要因となる可能性が示唆された。

To effectively use human resources, it is essential to identify bereaved family members at high risk of psychological distress and support them in the early stages of grief. The purpose of this study is to develop a simple and effective assessment tool for healthcare workers to predict family maladjustment before bereavement of the patient. A prospective survey was conducted before patients' bereavement to examine the association between the risk assessment by healthcare workers and the bereaved family's response to the questionnaire (K6, ICG) concerning their psychological status. As a result, bereaved families that were evaluated as "requiring support (high risk)" by the nurse showed exacerbated psychological symptoms, demonstrating that the nurse's assessment had criterion-related validity (predictive validity). In particular, our findings suggest that spousal deaths and lack of social support may serve as crucial predictors of maladjustment of families after

bereavement. The limitations of the study and possible uses of the checklist are discussed.

キーワード：チェックリスト、看護師、緩和ケア、前方視的研究

Key Words: checklist, nurse, palliative care, prospective study

I. はじめに

がんはわが国における死因の第1位を占めており、年間約38万人ががんで死亡している(厚生労働省, 2022)。2006年に成立したがん対策基本法に基づき策定された「がん対策推進基本計画」では、緩和ケアが重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけられた(加藤, 2011)。緩和ケアとは、病に直面する患者とその家族のQOLを、痛みやその他の症状の緩和、心理社会的およびスピリチュアルなケアを通して向上させるアプローチで、患者とその家族、さらには患者が亡くなった後の遺族をも対象としている(大坂ら, 2019)。その中でも遺族ケアの必要性は広く認められており、わが国でも多くのホスピス・緩和ケア病棟において、さまざまな遺族ケアの取り組みが行われている(坂口ら, 2004)。しかし、遺族ケアの内容については標準化された方法はなく、手紙・カードの送付や追悼会(遺族会・家族会)の開催など、各施設の裁量に委ねられているのが現状である(坂口, 2012)。

松島(2006)は、遺族へのケアは死別後から始まるのではなく、死別前から予防的に関わることが重要であると述べている。また、Stroebe et al. (2007)は、遺族に対する心理的介入を予防的見地から3つの段階に分け、その効果について過去の研究を概観している。それによると、支援が必要かどうかにかかわらず、すべての遺族に対して予防的に行われる介入(一次介入)は効果が認められないが、不適応のリスクが高い遺族を対象とした介入(二次介入)については予防的効果が認められたとしている。大和田ら(2012)は、一施設において終末期から死別後まで切れ目なくケアを提供できるような遺族ケアプログラムを実践し、その概要を紹介している。しかし、遺族のニーズに合わせたさまざまなプログラムを提供するには限られた資源では限界がある。このことから、患者の死別前から家族の不適応を予測し、遺族のニーズやリスクに応じた支援や介入を早期に行うことが重要である。そして、そのためには不適応のリスクを予測するアセスメントツールが必要であり、限られた資源を有効に活用する上で不可欠であると考えられている(Sealey et al, 2015)。

諸外国ではいくつかのアセスメントツールが開発され、臨床現場で使用されている。例えば、カナダのビクトリアホスピスで開発されたBereavement Risk Assessment Tool (BRAT)は40項目で構成されており(Rose et al, 2011)、その日本語版についても検討が進められている(廣岡ら, 2016)。しかし、日本において信頼性および妥当性が確認されたアセスメントツールはほとんど見当たらない。本研究において、簡便かつ医療従事者にとって使用しやすいアセスメントツールが開発できれば、支援の必要性が高い遺族を早期に予測し、適切な支援や介入を行うことが可能になると考えられる。

そこで本研究では、医療従事者が患者の死別前から家族の不適応を予測するための簡便かつ有効なアセスメントツールを開発することを目的とする。本研究では独自にアセスメント

ツールを作成し、その実用性について探索的に検討する。

Ⅱ．方法

1. 本研究の枠組み

本研究は、A 病院緩和ケア病棟の看護師が患者の入院中に家族のリスク評価を行い、患者の死から 6 ヶ月が経過した時点で遺族が自身の精神症状を評価する前方視的研究である。以下に本研究の流れを示す（図 1）。

2. 看護師による患者家族のリスク評価

(1) 対象者および調査時期

X 年 10 月 1 日～X + 3 年 9 月 30 日までの 3 年間に、A 病院緩和ケア病棟で死亡した患者の家族（患者の主たる介護者）924 名であった。

(2) 調査内容

死別後の遺族の不適応を予測することを目的に、悲嘆予測チェックリストを独自に作成した。まず、文献をもとに項目を吟味し、緩和ケア病棟のスタッフと協議の上、最終的に 13 項目を選定した。具体的には、①患者との関係性に関するもの（5 項目：子どもの死・配偶者の死・愛着の強さ・依存度の強さ・両価性）、②家族自身の個人要因に関するもの（3 項目：未解決の喪失体験・精神科の既往歴・パーソナリティ）、③社会的要因に関するもの（3 項目：ソーシャルサポート・経済的問題・他の危機や喪失）、④看取りに関するもの（2 項目：入院中のケアに対する不全感や無力感・闘病中の医療サービスに対する不満）である。

(3) 手続き

緩和ケア病棟に勤務する約 20 名の看護師は、患者が入院中（闘病から死亡までの期間）にそれぞれ担当している患者の家族について、悲嘆予測チェックリストに基づきリスク評価を行った。また、これらのリスク評価を踏まえ、死別後における支援の必要性の有無について

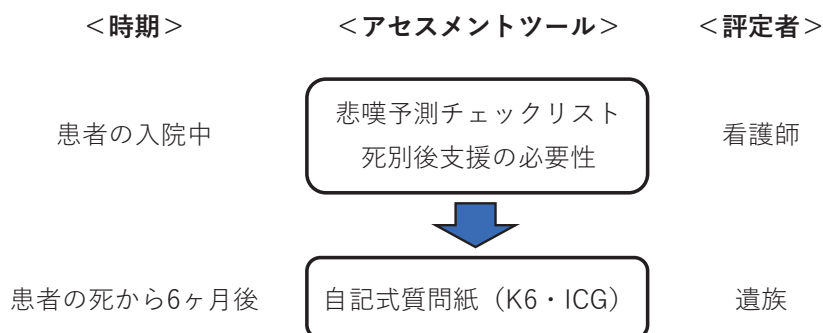


図 1 本研究の流れ

総合的に判断した。

3. 遺族による自記式質問紙調査

(1) 対象者および調査時期

X 年 10 月 1 日～X + 3 年 9 月 30 日までの 3 年間に、A 病院緩和ケア病棟で死亡した患者の家族（患者の主たる介護者）924 名であった。

(2) 調査内容

研究協力者の基本的属性（年齢、性別、家族人数、職業）、および患者の基本的属性（続柄、年齢、性別、死亡年月日、病名、在院日数）を尋ねた。また、精神症状の評価には、以下の 2 つの尺度を使用した。

①不安・抑うつ傾向

Kessler et al. (2002) が作成した K6 の日本語版（古川ら, 2003）を使用した。6 項目で構成されており、各項目について「全くない : 0 点」から「いつも : 4 点」までの 5 件法で評定を求めた。川上ら（2006）に従い、合計得点が 13 点以上をハイリスク者とした。

②複雑性悲嘆

Prigerson et al. (1995) が作成した Inventory of Complicated Grief（以下、ICG とする）の日本語版（中島ら, 2009）を使用した。19 項目で構成されており、各項目について「まったくない : 0 点」から「いつもある : 4 点」までの 5 件法で評定を求めた。中島ら（2009）に従い、合計得点が 26 点以上をハイリスク者とした。

(3) 手続き

患者の死から 6 ヶ月が経過した時点で、遺族 924 名に自記式質問紙を郵送し、回答を求めた。

4. 分析方法

本研究では、看護師による患者家族のリスク評価と遺族自身による精神症状の評価の両方とも揃っている 226 名のデータを分析の対象とした。分析においては、その都度欠損値のあるデータを除外したため、分析によって有効回答数は変動する。なお、統計解析には IBM SPSS Statistics 24.0 を使用した。

5. 倫理的配慮

研究協力者には、研究の趣旨、および研究への協力は任意でありいつでも撤回できること、研究協力によって不調をきたした場合は相談機関を紹介できること等を書面にて説明し、調査票の返送をもって調査への同意とすることを明記した。

なお、本研究の実施にあたっては、A 病院に設置されている倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ．結果

1. 対象者および患者の背景

家族（患者の主たる介護者）226名の性別は男性が56名（24.8%）、女性が170名（75.2%）で、平均年齢は62.7歳（SD=12.3）であった。また、対象者を含めた家族の人数は平均2.2名（SD=1.3）であった。

患者の平均年齢は72.8歳（SD=12.2）であり、続柄では配偶者を亡くした者が107名（47.3%）と最も多かった。緩和ケア病棟における在院日数は平均28.0日（SD=31.6）であった（表1）。

2. 看護師による支援の必要性の評価

死別後の支援の必要性について、看護師が「支援不要」と評価した者は137名（60.6%）、「支援必要」と評価した者は32名（14.2%）、無回答は57名（25.2%）であった。

3. 支援の必要性の有無と基本的属性および精神症状との関連

支援の必要性の有無と基本的属性との関連を検討するためt検定を行った。その結果、対象者の年齢および患者の年齢において有意差が認められ、「支援必要」群の方が対象者および患者の年齢がいずれも低かった（表2）。

また、支援の必要性の有無と精神症状（K6、ICG）との関連を検討したところ、K6得点は「支援必要」群が7.78点であり、「支援不要」群の5.62点よりも有意に得点が高かった（ $p<.05$ ）。一方、ICG得点は「支援必要」群が22.89点であり、「支援不要」群の16.36点よりも有意に

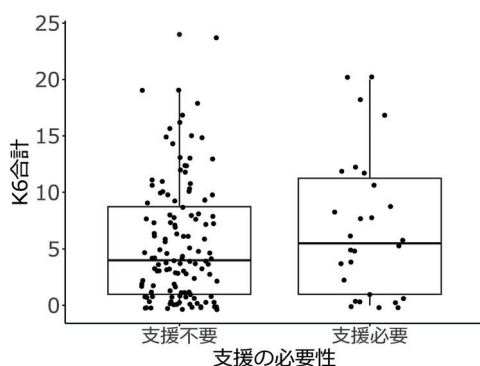
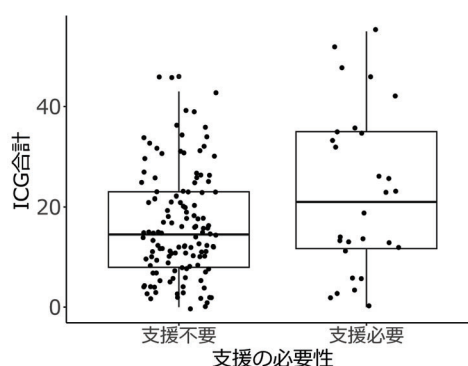
表1 対象者の基本的属性および背景（n=226）

		n (%)	Mean (SD)	Range
性別	男性	56 (24.8)		
	女性	170 (75.2)		
年齢			62.7 (12.3)	28-88
家族人数			2.2 (1.3)	1-6
故人の性別	男性	112 (49.6)		
	女性	114 (50.4)		
故人の年齢			72.8 (12.2)	31-95
続柄	親	84 (37.2)		
	配偶者	107 (47.3)		
	きょうだい	22 (9.7)		
	子ども	8 (3.5)		
	その他親族	5 (2.3)		
在院日数			28.0 (31.6)	1-289

表2 支援の必要性の有無と基本的属性および精神症状との関連

	支援不要	支援必要	t 値
年齢	63.71 (11.69)	57.55 (14.31)	2.53 *
家族人数	2.07 (1.21)	2.26 (1.39)	-0.75
患者の年齢	74.28 (11.45)	67.22 (14.54)	2.98 **
在院日数	27.94 (28.71)	36.28 (50.14)	-1.26
K6	5.62 (5.09)	7.78 (6.54)	-2.03 *
ICG	16.36 (10.55)	22.89 (16.25)	-2.67 **

**p<.01 *p<.05

図2 支援の必要性の有無による
K6 得点の分布図3 支援の必要性の有無による
ICG 得点の分布

得点が高かった ($p<.01$)。ちなみに、「支援不要」群と「支援必要」群の K6 得点および ICG 得点の分布を把握するため図示したところ、いずれもかなりのばらつきが認められた (図2、図3)。

4. 悲嘆予測チェックリストの各項目と支援の必要性との関連

支援の必要性の有無と悲嘆予測チェックリストの各項目との関連を検討するため、 χ^2 検定を行った (表3)。その結果、「愛着の強さ」 ($p<.001$)、「依存度の強さ」 ($p<.001$)、「未解決の喪失」 ($p<.05$)、「自責感・自己非難の強さ」 ($p<.001$)、「他の危機や喪失」 ($p<.01$)、「入院中のケアに対する不全感・無力感」 ($p<.01$) の6項目が支援の必要性の有無と有意な関連が認められた。

5. 悲嘆予測チェックリストの各項目と精神症状との関連

悲嘆予測チェックリストの各項目と精神症状 (K6、ICG) との関連を検討するため、 χ^2 検定を行った (表4)。その結果、「配偶者の死」 ($p<.01$)、「未解決の喪失」 ($p<.05$)、「精神科の

表3 悲嘆予測チェックリストの各項目と支援の必要性の有無との関連

		支援不要	支援必要	χ^2
看取る患者が子ども	あてはまらない	133	30	0.84
	あてはまる	4	2	
看取る患者が配偶者	あてはまらない	72	15	0.34
	あてはまる	65	17	
看取る患者との愛着の強さ	あてはまらない	54	3	27.49 ***
	どちらともいえない	69	14	
	あてはまる	14	15	
看取る患者への依存度の強さ	あてはまらない	101	8	31.80 ***
	どちらともいえない	32	17	
	あてはまる	4	7	
看取る患者への両価的な感情	あてはまらない	117	24	2.08
	どちらともいえない	18	7	
	あてはまる	2	1	
未解決の喪失	あてはまらない	131	26	8.85 *
	どちらともいえない	5	4	
	あてはまる	1	2	
精神科の既往歴	あてはまらない	131	29	1.61
	どちらともいえない	3	2	
	あてはまる	3	1	
自責感・自己非難の強さ	あてはまらない	111	18	21.04 ***
	どちらともいえない	26	10	
	あてはまる	0	4	
ソーシャルサポートの欠如	あてはまらない	120	24	4.27
	どちらともいえない	15	6	
	あてはまる	2	2	
経済的問題	あてはまらない	125	25	4.94
	どちらともいえない	9	6	
	あてはまる	3	1	
他の人生における危機や重複する喪失	あてはまらない	131	25	14.80 **
	どちらともいえない	5	3	
	あてはまる	1	4	
入院中のケアに対する不安全感・無力感	あてはまらない	132	26	11.85 **
	どちらともいえない	4	6	
	あてはまる	1	0	
闘病中の医療サービスに対する不満	あてはまらない	131	31	0.10
	どちらともいえない	6	1	
	あてはまる	0	0	

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

表 4 悲嘆予測チェックリストの各項目と精神症状との関連

		K6		χ^2	ICG		χ^2
		低リ スク	高リ スク		低リ スク	高リ スク	
看取る患者が子ども	あてはまらない	184	28	0.007	145	56	0.002
	あてはまる	6	1		5	2	
看取る患者が配偶者	あてはまらない	108	9	6.74 **	97	19	17.26 ***
	あてはまる	82	20		53	39	
看取る患者との愛着の強さ	あてはまらない	65	6	2.37	59	12	9.52 **
	どちらともいえない	93	16		73	31	
看取る患者への依存度の強さ	あてはまる	32	7	3.72	18	15	13.89 **
	あてはまらない	126	17		107	31	
看取る患者への両価的な感情	どちらともいえない	55	8	3.58	41	20	1.89
	あてはまる	9	4		2	7	
未解決の喪失	あてはまらない	161	21	7.17 *	128	46	2.92
	どちらともいえない	25	6		19	9	
精神科の既往歴	あてはまる	4	2	10.81 **	3	3	4.96
	あてはまらない	172	27		134	54	
自責感・自己非難の強さ	どちらともいえない	16	0	7.35 *	14	2	1.99
	あてはまる	2	3		2	2	
ソーシャルサポートの欠如	あてはまらない	146	21	6.72 *	118	41	6.07 *
	どちらともいえない	41	5		30	15	
経済的問題	あてはまる	3	3	4.48	2	2	0.53
	あてはまらない	165	21		132	43	
他の人生における危機や重複する喪失	どちらともいえない	23	6	2.17	16	13	4.14
	あてはまる	2	2		2	2	
入院中のケアに対する不安全感・無力感	あてはまらない	172	23	3.32	134	52	12.41 **
	どちらともいえない	15	4		13	4	
闘病中の医療サービスに対する不満	あてはまる	3	2	0.66	3	2	11.65 **
	あてはまらない	173	27		134	55	
	どちらともいえない	10	0		10	0	
	あてはまる	7	2		6	3	
	あてはまらない	178	25		145	48	
	どちらともいえない	10	4		4	9	
	あてはまる	2	0		1	1	
	あてはまらない	183	27		148	51	
	どちらともいえない	7	2		2	7	
	あてはまる	0	0		0	0	

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

既往歴」($p<.01$)、「自責感・自己非難の強さ」($p<.05$)、「ソーシャルサポートの欠如」($p<.05$)の5項目がK6ハイリスク群と有意な関連が認められた。また、「配偶者の死」($p<.001$)、「愛着の強さ」($p<.01$)、「依存度の強さ」($p<.01$)、「ソーシャルサポートの欠如」($p<.05$)、「入院中のケアに対する不安全感・無力感」($p<.01$)、「闘病中の医療サービスに対する不満」($p<.01$)の6項目がICGハイリスク群と有意な関連が認められた。

以上の結果から、「配偶者の死」と「ソーシャルサポートの欠如」はK6およびICGに共通する関連要因である可能性が示された。

Ⅳ．考察

本研究の目的は、医療従事者が患者の死別前から家族の不適応を予測するための簡便かつ有効なアセスメントツールを作成し、その実用性について探索的に検討することであった。緩和ケア病棟に勤務する看護師が患者の入院中に家族（患者の主たる介護者）のリスク評価を行い、さらに患者の死から6ヶ月後に遺族が自身の精神症状を評価するための質問紙調査に回答するという前方視的研究を実施した。本研究において、看護師が「支援必要」と評価した遺族は32名(14.2%)、「支援不要」と評価した遺族は137名(60.6%)であり、工藤ら(2018)の結果と比較すると「支援必要」と評価された遺族の割合は少なかった。その一方で、無回答が57名(25.2%)もいたことから、死別後支援の必要性について判断に迷う看護師が一定数含まれていたと推察される。その理由として、工藤ら(2018)の研究では死別後支援が必要な家族介護者を終末期利用者が亡くなった後に訪問看護師が評価しているのに対し、本研究では死別後支援が必要な家族を患者が亡くなる前に看護師が評価しているため、実際に支援が必要かどうかを予測することが難しかったのではないかと考えられる。

看護師による支援必要性の評価と遺族自身による精神症状(K6、ICG)の評価との関連を検討した結果、看護師が「支援必要」と評価した遺族は、「支援不要」と評価した遺族に比べて患者の死から6ヶ月後の時点において精神症状の悪化が認められた。すなわち、看護師による評価は外的基準であるK6やICGと有意に関連していたことから、基準関連妥当性(予測的妥当性)が確認されたとと言えるだろう。その一方で、看護師の評価にはかなりの個人差が認められた。すなわち、看護師が「支援不要」と評価した遺族の中には精神症状の得点が高く不適応のリスクが高い者が含まれており、また逆に、看護師が「支援必要」と評価した遺族の中には精神症状の得点が低く不適応のリスクが低い者が含まれていることも明らかになった。

そこで、死別後の支援の必要性を看護師が予測する際に手がかりとしていた要因を検討した結果、悲嘆予測チェックリスト13項目のうち「愛着の強さ」、「依存度の強さ」、「未解決の喪失」、「自責感・自己非難の強さ」、「他の危機や喪失」、「入院中のケアに対する不安全感・無力感」の6項目が支援の必要性の有無と有意な関連を示した。加えて、患者や家族の年齢が若い場合も、看護師は「支援必要」と判断していたことが分かった。工藤ら(2018)は、死別後支援が必要な家族介護者を訪問看護師が予測する要因として、「治療中の疾患あり」「医療への不満あり」「経済的負担あり」「後期高齢夫婦世帯」「同居家族は介護を任せがち」「頼

れる別居家族・親戚がいない」「周囲の助けを遠慮する傾向がある」の7項目を抽出している。先述したように、工藤ら(2018)の研究では、死別後支援が必要な家族介護者を終末期利用者が亡くなった後に評価している点、また家族介護者の平均年齢が70.5歳、利用者の平均年齢が83.9歳であり老々介護が約半数を占めている点など、本研究とはいくつかの点で異なっている。そのため一概に比較することはできないが、本研究で見出された6項目および患者や家族の年齢は、緩和ケア病棟の看護師が家族の不適応を予測する際に手がかりとしていることが示された。

さらに、悲嘆予測チェックリストの各項目と精神症状(K6、ICG)との関連を検討した結果、「配偶者の死」、「未解決の喪失」、「精神科の既往歴」、「自責感・自己非難の強さ」、「ソーシャルサポートの欠如」の5項目がK6ハイリスク群と有意な関連を示した。同様に、「配偶者の死」、「愛着の強さ」、「依存度の強さ」、「ソーシャルサポートの欠如」、「入院中のケアに対する不安全感・無力感」、「闘病中の医療サービスに対する不満」の6項目がICGハイリスク群と有意に関連していた。とりわけ、「配偶者の死」と「ソーシャルサポートの欠如」はK6およびICGに共通する関連要因であり、死別後の遺族の不適応を予測する重要な要因となる可能性が示唆された。このように、悲嘆予測チェックリストの一部の項目は外的基準であるK6やICGと有意に関連していたことから、基準関連妥当性(予測的妥当性)が部分的に確認されたとと言える。

以上の結果から、看護師による支援の必要性の評価および悲嘆予測チェックリストの項目が、死別後の遺族の不適応を予測しうることが示された。本研究で作成された悲嘆予測チェックリストを用いて、患者が亡くなる前から不適応のリスクの高い遺族を早期に予測することができれば、個々の遺族のニーズやリスクに応じた支援を提供することが可能となるだろう。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。まず第一に、本研究では患者の死から6ヶ月後の時点における遺族の不適応を予測できるかどうかを検討したが、より長期的な不適応を予測できるかどうかについては検討できていない点である。第二に、本研究では患者の担当看護師が家族のアセスメントを行ったが、看護師の評価にはかなりの個人差が認められた点である。評価者の経験年数や職種によってアセスメントの結果が異なる可能性があるため、複数の評価者間における一致度を検討することも必要であろう。さらに、患者の入院日数が短い場合、評価者にとって家族のアセスメントを行うだけの情報が不足していると考えられるため、悲嘆予測チェックリストの項目内容を精査し、より使用しやすいツールとなるよう修正を行う必要がある。

今後は、本研究で作成したアセスメントツールの実用化に向けて、さらに検討を重ねるとともに、支援の必要性の高い遺族に対してどのような支援や介入が有効であるかを検討することが求められる。

付記

本研究の実施にご協力をいただきましたA病院緩和ケア病棟のスタッフの皆様、ご遺族の皆様へ心より感謝申し上げます。なお、本論文は the 31st International Congress of Psychology

(2016 年 7 月 28 日、横浜) での発表内容の一部を再分析し、加筆修正したものである。

文献

- 古川壽亮・大野裕・宇田英典・中根允文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書
- 廣岡佳代・坂口幸弘・岩本喜久子 (2016). Bereavement Risk Assessment Tool 日本語版の作成: 家族を対象とした予備的検討 *Palliative Care Research*, 11 (3), 225-233.
- 加藤雅志 (2011). がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか—成果と残された課題— ホスピス緩和ケア白書 2011 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- 川上憲人・古川壽亮 (2006). 全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究 分担研究書
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32 (6), 959-976.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課 (2022). 令和 4 年 人口動態統計の概況 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/15_all.pdf (2023 年 11 月 5 日引用)
- 工藤朋子・古瀬みどり (2018). 死別後支援が必要な家族介護者を訪問看護師が予測する要因の抽出 *Palliative Care Research*, 13 (3), 287-294.
- 松島たつ子 (2006). ホスピスにおける遺族ケア 家族看護, 4 (2), 85-90.
- 中島聡美・伊藤正哉・石丸徑一郎・白井明美・伊藤大輔・小西聖子・金吉晴 (2009). 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究 明治安田こころの健康財団研究助成論文集, 45, 119-126.
- 大坂巖・渡邊清高・志真泰夫・倉持雅代・谷田憲俊 (2019). わが国における WHO 緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連 18 団体による共同作成— *Palliative Care Research*, 14 (2), 61-66.
- 大和田攝子・加山寿也・城下安代・大和田康二 (2012). 緩和ケア病棟における遺族ケアプログラムの実践 心的トラウマ研究, 8, 57-64.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1-2), 65-79.

- Rose, C., Wainwright, W., Downing, M., & Lesperance, M. (2011). Inter-rater reliability of the bereavement risk assessment tool. *Palliative and Supportive Care*, 9, 153-164.
- 坂口幸弘・恒藤暁・柏木哲夫・高山圭子・田村恵子・池永昌之 (2004). わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状 心身医学, 44(9), 697-703.
- 坂口幸弘 (2012). わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題—2002年度全国調査との比較— 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 ホスピス・緩和ケアに関する調査研究報告 1-8.
- Sealey, M., Breen, L. J., O'Connor, M., & Aoun, S. M. (2015). A scoping review of bereavement risk assessment measures: Implications for palliative care. *Palliative Medicine*, 29(7), 577-589.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973.

(受付日 : 2023. 11. 10)