
研究の概要

宮下 光令*

背景

ホスピス・緩和ケアにおいて、ケアの質やアウトカムを評価することは、診療の質を維持し、患者や家族の quality of life (QOL) の向上に重要である。

ケアの評価はそれを実際に受けた患者によってなされるものが最も信頼できると考えられるが、不良な全身状態、意識障害、認知障害などのために、患者からの直接評価を得ることは方法論的に困難な場合が多い。そこで、家族や遺族からの報告によって、ホスピス・緩和ケアの質を評価する試みが欧米を中心に行われ、信頼性・妥当性のある評価尺度に基づいた調査が行われている¹⁻⁶⁾。

一方、わが国においては、1999年、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により、850名の遺族を対象として、ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度を評価するはじめての試みが行われ、満足度に関する尺度が作成された⁷⁾。しかしながら、この尺度では平均得点が100点満点中82点と非常に高く、天井効果が認められた。そこで、より適切な評価尺度を開発するために、2002年厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業の研究として、「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」により、ホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族に対する調査が実施され

た⁸⁻¹⁰⁾。全国のホスピス・緩和ケア病棟70施設の遺族、1,225名を対象とした3回にわたる調査により、高い構造的妥当性、併存的妥当性、内容的妥当性、内的一貫性、再現性を備えた3次構造で13因子28項目からなる「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale ; CES) が作成された。尺度に含まれたおもな下位尺度は、「説明・意思決定」「身体的ケア」「精神的ケア」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続」「介護負担軽減」であった⁸⁾。また、尺度の得点の低かった遺族に対するインタビュー調査を実施し、ケアの不満足要因について、「ケアの質」「ホスピス・緩和ケアに対する家族の認識」「ケアの質の格差」「ホスピス・緩和ケア病棟の資源」「経済的問題」「ホスピス・緩和ケアの理念」「利便性」の7つのテーマが抽出された¹¹⁾。

CESはケアの構造やプロセスの評価に焦点を当てたものであったが、2000年代から緩和ケアの緩和ケアのアウトカムとして望ましい死 (good death) とは何かという研究が世界各国で行われるようになり、わが国でも望ましい死が実現されているかという視点で患者の終末期のQOLを評価する尺度である Good Death Inventory (GDI) が開発された¹²⁾。また、同時に遺族のQOLや介護経験などの遺族のアウトカムが注目されるようになり、遺族の介護経験を測定する尺度である

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

Caregiving Consequence Inventory (CCI) などが開発された¹³⁾。2007～2008年にはCES, GDI, CCIなどを用いて多面的に日本のがん患者の終末期ケアの質を評価するための遺族調査であるJ-HOPE研究がホスピス・緩和ケア病棟、在宅ホスピス、がん診療連携拠点病院を対象に実施された。またJ-HOPE研究では15の付帯研究が実施され、わが国の緩和ケアが抱える臨床的・学術的な課題の検討が行われた¹⁴⁾。

本研究は、J-HOPE研究が行われて3年後に実施される全国的な遺族調査である。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団および協力団体である日本ホスピス緩和ケア協会では定期的に遺族調査を行い、その結果を臨床にフィードバックすることで質改善の資料を提供する試みをしている。本研究では結果を臨床にフィードバックするだけでなく、2007年の調査からの変化や新しく企画された付帯研究により、わが国の緩和ケアの臨床的・学術的な問題の解決を図ることも目的とする。

目 的

本研究は、主研究ならびに付帯研究により構成される。

1) 主研究の目的

①遺族から見たケアの構造・プロセス・アウトカムの評価を明らかにする。

②参加施設に結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の資料を提供する。

2) 付帯研究の目的

a. 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査

ホスピス・緩和ケア病棟にて家族と死別した遺族における不眠の実態について調査し、さらにその不眠と抑うつ状態の関連を明らかにする。

b. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解

家族に対する医療用麻薬の説明の現状と、患者が通院中および入院中に家族が医療用麻薬に関して体験していることを明らかにする。家族からどのような説明が求められているのか、また、その

説明についての改善の必要性の有無と家族の安心感と関連する要因を明らかにする。

c. 終末期がん患者の鎮静（セデーション）に関する家族の説明・ケアについての検討

遺族の鎮静に関する説明やケアに関する実際と希望について調査する。また、鎮静に関する説明やケアに対しての満足度、精神的負担感、意思決定に関する負担感を明らかにする。

d. 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向

家族としての医療用麻薬についての体験、医療者から受けた説明を明らかにする。家族の医療用麻薬についての認識や意向を明らかにする。これらの関連を探索する。

e. 遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ（態度・行動）

遺族にとって助けになった（助けにならなかった）、周囲（家族・親戚・友人など）からの言葉かけと働きかけの現状を明らかにする。

f. 遺族から見たホスピス・緩和ケアにおける望ましいソーシャルワーク

緩和ケア病棟を利用した遺族の報告に基づき、ソーシャルワーカーへの相談の有無と時期、および相談援助に対する評価を明らかにする。

g. ご遺体のケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての家族の体験・評価

緩和ケア病棟の遺族のご遺体へのケアと一緒に行った家族の体験と評価を明らかにする。ご遺体へのケアと一緒に行わなかった理由と評価、病院で行うご遺体へのケアについての必要性の認識を明らかにする。

h. ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族間で交わされる思い・言葉について

緩和ケア病棟で患者と家族がどのような思いを言葉として伝えたのか、患者へ思いを伝える行為とそ遺族の現在の後悔の関連、家族から患者へ思いを伝える行為に影響する心理要因、患者-家族間の思いを伝える行為に対する医療者の対応の有無と必要性を明らかにする。

i. 終末期がん患者が認識する望ましい看護
遺族が終末期においてどのような看護を重要と認識していたのかを明らかにし、望ましい看護のあり方を検討する。

j. 緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状について

緩和ケア病棟入院時から死別後までの医療者から家族への説明/話し合いの実態について、その内容、スタイル、医療者の態度の3側面から具体的に明らかにする。

k. 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

在宅療養に移行した時期の適切さの遺族の評価、およびそれらの決定因子を明らかにする。在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さ、およびそれらを決定する要因を明らかにする。

方 法

1) 対象施設

a. 一般病院

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である一般病院（正会員89施設）のうち、本研究の参加に同意した24施設。

b. ホスピス・緩和ケア病棟

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である緩和ケア病棟（正会員195施設）のうち、本研究の参加に同意した103施設。

c. 在宅ケア施設

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である在宅でのホスピス・緩和ケアを提供する診療所（正会員37施設）のうち、本研究の参加に同意した15施設。

2) 調査対象

各施設にて2008年1月1日から2009年12月31日までに死亡したがん患者の遺族から選択基準を満たす1施設100名以内を連続に後向きに同定し対象とした。

3) 調査期間

2010年10月～2011年4月。

4) 調査方法

主たる調査方法は、自記式質問紙による郵送調査である。研究参加施設では、対象者リスト、施設背景票を作成し、事務局の支援のもとに各施設から調査票を遺族に送付した。調査の1カ月後に督促に同意した施設のみ未回答者に対して再調査を行った。付帯研究については、ホスピス・緩和ケア病棟は10種類の調査票のうち1種類を無作為に1遺族に送付した。在宅施設は在宅施設用調査票を用いた。調査票の返送先は調査事務局であった。調査終了後、各施設に施設の得点と全国値、および個人を同定できる情報を削除した自由記載の回答をフィードバックした。

5) 質問紙調査の内容

a. ケアプロセスに対する評価（Care Evaluation）
ケアに対する評価尺度（Care Evaluation Scale）の短縮版を用いた。

b. 患者のアウトカム評価（望ましい死の達成と全般満足度）
患者のアウトカムとして「望ましい死の達成」を評価するGood Death Inventoryを用いた。また、単項目7段階による全般満足度の評価を行った。

c. 付帯研究の質問項目

本報告書の各付帯研究の節を参照。

6) 倫理的配慮

本研究は質問紙によるアンケート調査であるので、明らかな遺族への不利益は生じないと考えられた。しかし、受けたケアを評価することに対する精神的葛藤や、つらい体験に関する心理的苦痛を生じることが予測されるので、事前にそれが予想される遺族は対象から除外し、調査は、各施設から独立した団体が行っていること、回答内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および調査に回答するかどうかは自由である

表1 回収状況

	全体		緩和ケア病棟 103 施設		一般病院 24 施設		診療所 15 施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
対象者	14,369		10,642		2,607		1,120	
除外者	892		636		188		68	
適格者	13,477		10,006		2,419		1,052	
宛先不明による返送数	457		322		111		24	
有効送付数	13,020	100%	9,684	100%	2,308	100%	1,028	100%
回収数	8,480		6,351		1,406		723	
回収率 (%)								
回収数/送付数		65%		66%		61%		70%
回答応諾数	7,797		5,820		1,279		698	
回答応諾率 (%)								
回答応諾数/送付数		60%		60%		55%		68%
回答拒否数	683		531		127		25	

ことなどを明記した趣意書を同封し、対象者に対する説明を行い、返送をもって研究参加への同意を得たとみなした。本研究は、東北大学大学院医学系研究科および研究参加施設の倫理委員会の承認のもと実施した。ただし、倫理委員会がない施設に関しては、各施設長の承認をもって実施した。

結果の概要

1) 対象者数と回収率

全体では 13,020 人に送付され、7,794 人から回答を得た (60%)。緩和ケア病棟では 9,684 人に送付され、5,820 人から回答を得た (60%)。一般病院では 2,308 人に送付され、1,279 人から回答を得た (55%)。在宅ケア施設では 1,028 人に送付され 698 人から回答を得た (68%)。回収状況を表 1 に示す。

2) 対象者背景

対象者の背景について、患者背景を表 2、遺族背景を表 3 に示す。

3) 主研究の結果の概要

・ 全般満足度は一般病院では 84%、緩和ケア病棟では 94%、診療所では 97% と全体的に高い満足度を示し、緩和ケア病棟、診療所は特に

高かった。

・ ケアのプロセスの評価では緩和ケア病棟、診療所では多くの項目で「改善の必要性が全くない」「ほとんどない」が 70% 台後半の高い値であった。

・ ケアのアウトカムでは「医師や看護師を信頼できること」「人として大切にされること」といったドメインでは一般病院、緩和ケア病棟、診療所ともに「そう思う」という回答が 80～90% 前後と高かった。緩和ケア病棟では「からだやこころのつらさが和らげられていること」というドメインなどにおいても高い評価が得られた。

・ 一般病院のケアのプロセスの評価は緩和ケア病棟や診療所と比較してやや低かった。

・ 緩和ケア病棟では入院のスムーズさに改善の余地があった。

・ 診療所では設備面や家族への配慮などで改善の余地があった。

・ 2007 年に行われた J-HOPE 研究との比較した結果はほぼ同様であった。

4) 付帯研究の結果の概要

a. 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査

・ 遺族の 56～67% に不眠がみられ、そのうち

表2 患者背景

	全体		緩和ケア病棟		一般病院		診療所	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
患者性別								
男	4,464	57%	3,211	55%	831	65%	422	61%
女	3,315	43%	2,599	45%	442	35%	274	39%
患者年齢 (平均±標準偏差)	(72.2 ± 12.0)		(72.3 ± 12.0)		(71.2 ± 11.9)		(72.3 ± 12.0)	
20～49歳	334	4%	237	4%	63	5%	34	5%
50～59歳	749	10%	563	10%	122	10%	64	9%
60～69歳	1,823	23%	1,325	23%	337	26%	161	23%
70～79歳	2,547	33%	1,909	33%	414	33%	224	32%
80歳以上	2,324	30%	1,774	31%	337	26%	213	31%
原発部位								
肺	1,792	23%	1,375	24%	263	21%	154	22%
胃・食道	1,308	17%	946	16%	239	19%	123	18%
大腸	899	12%	665	11%	143	11%	91	13%
肝・胆・膵	1,527	20%	1,100	19%	276	22%	151	22%
乳腺	323	4%	257	4%	46	4%	20	3%
卵巣・子宮	374	5%	301	5%	51	4%	22	3%
その他	1,548	20%	1,160	20%	255	20%	133	19%
入院期間 (平均±標準偏差)	(43.9 ± 64.3)		(42.1 ± 58.0)		(37.6 ± 42.6)		(72.1 ± 120.0)	

57%が不眠による日常生活への支障を感じていた。

- ・ 不眠が死別と感じている遺族は22%であった。
- ・ 死別前後で回顧的な調査を行ったところ、死別前後数週間で不眠の頻度は急速に増加し、死別後6カ月以降から減少していく傾向がみられた。
- ・ 抑うつがある遺族では死別後6カ月まで不眠は増加傾向にあった。

b. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解

- ・ どのような説明が遺族からみて安心できる説明であるかを尋ねた結果では、「家族が質問しやすい雰囲気であった」が81%と最も多かった。この項目は、説明を受けたことの安心感とも最も関連した。
- ・ 遺族からみた説明の改善については、「初めて使用する時には、患者だけでなく家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」と9割が回答した。この項目は全体的な説明の改善の必要性とも関連した。

c. 終末期がん患者の鎮静（セデーション）に関する

家族の説明・ケアについての検討

- ・ 鎮静を行うと患者との会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に対する不満足感が高かった。
- ・ 患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないかを聞く場合には、家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減する可能性があることが示唆された。

d. 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向

- ・ 医療用麻薬の使用の意向には、薬に対する価値観、医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何が不都合なことがあったらやめることができる」「慣れが生じたり、あと

表3 遺族背景

	全体		緩和ケア病棟		一般病院		診療所	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
性別								
男	2,393	32%	1,843	33%	394	32%	156	23%
女	5,182	68%	3,809	67%	840	68%	533	77%
年齢（平均±標準偏差）	(61.2 ± 12.3)		(61.1 ± 12.3)		(61.2 ± 12.5)		(61.9 ± 11.7)	
20～49歳	1,330	18%	997	18%	231	19%	102	15%
50～59歳	1,872	25%	1,422	25%	283	23%	167	24%
60～69歳	2,335	31%	1,732	31%	381	31%	222	32%
70～79歳	1,580	21%	1,137	20%	271	22%	172	25%
80歳以上	459	6%	362	6%	70	6%	27	4%
患者入院中のあなたの健康状態								
よかった	1,993	26%	1,478	26%	308	25%	207	30%
まあまあだった	4,059	54%	3,038	54%	634	51%	387	56%
よくなかった	1,248	17%	919	16%	250	20%	79	12%
非常によくなかった	243	3%	188	3%	41	3%	14	2%
患者との続柄								
配偶者	3,715	49%	2,628	46%	681	55%	406	59%
患者の子供	2,634	35%	2,041	36%	391	31%	202	29%
婿・嫁	471	6%	341	6%	75	6%	55	8%
患者の親	179	2%	138	2%	32	3%	9	1%
兄弟姉妹	399	5%	341	6%	42	3%	16	2%
その他	211	3%	185	3%	22	2%	4	1%
付き添い頻度								
毎日	5,352	70%	3,849	68%	865	70%	638	92%
4～6日	1,026	14%	846	15%	148	12%	32	5%
1～3日	875	12%	710	13%	147	12%	18	3%
付き添っていないかった	343	5%	256	5%	80	6%	7	1%
介護交代できる人の有無								
いた	5,486	72%	4,124	73%	862	70%	500	73%
いなかった	2,084	28%	1,523	27%	372	30%	189	27%
医療費								
10万円未満	1,682	23%	1,214	22%	258	22%	210	33%
10～20万円	2,132	29%	1,565	29%	375	32%	192	30%
20～40万円	2,001	28%	1,525	28%	336	28%	140	22%
40～60万円	883	12%	683	13%	135	11%	65	10%
60万円以上	551	8%	433	8%	83	7%	35	5%

で効かなくなったりするようなことはない」という体験、痛みどめの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生

じて効かなくなってくる、副作用と関連があるという認識、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛がないこと」

「医師と話し合って治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」が関連していた。

e. 遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ（態度・行動）

- ・遺族から最も評価された関わりは、「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」であった。
- ・遺族からもっとも評価されなかった関わりは、「なぜ早く気がつかなかったのか尋ねられた」であったが、約60%の遺族がこうした関わりを受けていることが明らかになった。

f. 遺族から見たホスピス・緩和ケアにおける望ましいソーシャルワーク

- ・63%の遺族がソーシャルワーカーに相談したことがあり、そのうち63%は入院相談の時期であった。
- ・相談したことがある遺族の評価は全般的には高く、個別援助の評価が特に高かった項目は入院相談に関することであった。また、看取り前後の援助については相談していないと回答した割合が高かった。

g. ご遺体のケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての家族の体験・評価

- ・家族が看護師と一緒にご遺体へのケアを行うことは「良い思い出」として体験されており、満足が高く、後悔は少なかった。
- ・家族の満足感に影響するご遺体へのケアは故人の容姿の穏やかさと尊厳が保たれること、および家族の意向が聞き入れられることであった。

h. ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族間で交わされる思い・言葉について

- ・具体的に言葉で伝える割合が最も高かった思いは患者・家族ともに「感謝」の気持ちであったが、全体としては思いを具体的に言語化した割合は3割程度であった。
- ・多くの遺族が言葉にしなくても気持ちは伝え合っていたと回答した。
- ・遺族の後悔が最も少なかったのは、「言葉にすることで患者に気持ちは伝わった」と思う遺

族であった。

- ・思いを伝える行為に影響する心理的要因として、「伝えることへの不安や抵抗」「タイミングを逃した」「言葉にしなくても思いは通じる」が明らかになった。
- ・遺族の14～20%が思いを伝える行為に対する医療者の対応がニーズと一致しなかったと回答した。

i. 終末期がん患者が認識する望ましい看護

- ・遺族が重要と認識する人数が最も多かったものは「いつも患者様が清潔を保つよう援助する」であり、次いで「ご家族の質問に誠実に答える」「からだの苦痛をやわらげるために努める」「ケアや処置を行う際には、患者様になるべく苦痛がないようにする」「ご家族に、その時々患者様の状態や治療について説明する」であった。
- ・重要と認識する人数が最も少なかったものは、「宗教的なことについての配慮がある」であり、次いで「ご家族が涙を流したり、感情をあらわす時にそばに寄り添っている」「患者様がお亡くなりになったことがもたらすご家族への影響（悲しみや役割の変化など）について説明する」「ご家族の家庭内での役割や仕事を気づかう」「ご家族が抱える経済的な問題について相談にのる」であった。

j. 緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状について

- ・医療者から家族への説明/話し合いの内容に関して「治療やケアの計画」「家族のケアへの参加」「家族自身に対するケア」「死別後のケア」の5ドメイン、医療者から家族への説明/話し合いのスタイルに関して「説明/話し合い時の環境設定」「説明/話し合いのタイミング」「双方向的な話し合い」「医療者の前向きな姿勢」の4ドメイン、緩和ケア病棟での医療者の態度に関して「説明/話し合いの仕方」「家族への態度」「説明/話し合いへの集中」の3ドメインが抽出され、それぞれについての現状が明らかになった。
- ・緩和ケア病棟におけるコミュニケーションに

対する遺族による全般的な評価は高かったが、死別後のケアを含む家族自身に対するケアや説明/話し合いのタイミング、医療者の前向きな姿勢に関して改善の必要性が明らかになった。

k. 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

- ・ 往診を担当する医師に最初に受診した時期について、40%が「もっと早く・もう少し早く相談すればよかった」と回答した。
- ・ 在宅療養の移行に関するコミュニケーションについて、60%が「改善の必要性がかなりある、非常にある」と回答した。
- ・ 往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価に関連したものは「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院の医師にみてほしかった」であった。
- ・ 在宅療養に移行に関するコミュニケーションの改善の必要性に関連していた医師の説明の仕方や内容は、「患者や家族のこころの準備にあわせて説明した」「在宅医療について自信をもってすすめた」「ねぎらってくれた」「在宅医療にきりかえることを治療の失敗・医学の敗北と感じているように思えた」「してあげられることは何もありません・もう何もできませんと言われた」であった。

文 献

- 1) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002 ; 24 (1) : 17-31.
- 2) Kristjanson LJ. Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale : measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med* 1993 ; 36 (5) : 693-701.
- 3) McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984 ; 22(5) : 476-493.
- 4) Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Measuring quality of palliative care: psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Qual Life Res* 2003 ; 12 (2) : 167-176.
- 5) Teno JM, Casey VA, Welch LC, et al. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (3) : 738-751.
- 6) Hickman SE, Tilden VP, Tolle SW. Family reports of dying patients' distress : the adaptation of a research tool to assess global symptom distress in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (1) : 565-574.
- 7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002 ; 16 (3) : 185-193.
- 8) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 (6) : 492-501.
- 9) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004 ; 45 (2) : 107-113.
- 10) Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 (1) : 44-52.
- 11) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 ; 19 (4) : 319-327.
- 12) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good Death Inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 (5) : 486-498.
- 13) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al. Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2009. 18 (6) : 657-666.
- 14) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al. The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study) : Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 2008 ; 25 (3) : 223-232.