
研究の概要

宮下 光令*

背景

ホスピス・緩和ケアにとって、診療の質を維持し、患者や家族の Quality of Life (QOL) を向上することは、重要な課題である。そのため、提供されるケアの質や、アウトカムの評価を継続的に行っていく必要がある。

ケアの評価は実際の受け手である患者による、直接評価が最も信頼できると考えられる。しかし、特に緩和ケアの場面では、全身状態の不良、意識障害、認知障害などのために、方法論的に困難である場合が多い。そのため欧米を中心に、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世界的に標準的な評価手法として実施されている^{1~6)}。

わが国では、1999年、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により、ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度を評価する初めての試みが行われた⁷⁾。2002年には厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業「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^{8~10)}、「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale ; CES) が作成された⁸⁾。さらに、2006年には緩和ケアの主要なアウトカムである「望ましい死の達成」という視点で患者の

終末期の QOL を遺族により評価する尺度 (Good Death Inventory ; GDI) が作成された^{11~13)}。また同時に、患者だけでなく、遺族の QOL や介護経験などの遺族アウトカムも注目されるようになり、遺族の介護経験を測定する尺度 Caregiving Consequence Inventory (CCI)¹⁴⁾ が開発された。このように、ホスピス・緩和ケアを、構造・プロセス・アウトカムの3側面から評価する取り組みが行われてきた。

これらの動きを受けて、2007~2008年には、日本のがん患者の緩和ケアの質を評価するための遺族調査「J-HOPE (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation) study (J-HOPE 研究)」が実施された¹⁵⁾。これは一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所等を対象に行われた大規模な全国調査であり、CES, GDI, CCI などの評価尺度を用い、多面的に終末期ケアの質の評価が行われ、続く3年後、2010~2011年には、同様に J-HOPE2 研究が実施された。J-HOPE 研究では15、J-HOPE2 研究では11の付帯研究が実施され、わが国の緩和ケアにおける臨床的・学術的課題の検討が行われた。わが国のこれら一連の取り組みは、世界でも高く評価されてきた¹⁶⁾。

今回で J-HOPE 研究は3回目となる。過去2回の J-HOPE 研究では、ホスピス・緩和ケアの質の経時的変化と改善すべき点を明らかにし、結

*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

果を各研究参加施設にフィードバック、または、国内外に研究結果を公表することによって、ホスピス・緩和ケアの質保証、改善へと貢献してきた^{17~23)}。本J-HOPE3研究では過去最多となる26の付帯研究課題が設定されており、ホスピス・緩和ケアについて、より詳細な探索が期待される。さらに本研究では、これまで用いられてきたCES, GDI, CCIなどによる評価のほかに、遺族自身の死別後のアウトカムとその関連要因に関する評価項目を拡充した。

死別後の遺族は、一般と比較しQOLは低く、抑うつや不眠の有病率^{24~26)}、飲酒などの不健康行動の頻度の上昇が報告されている²⁷⁾。死別による喪失感に対する反応は「悲嘆 (greif)」と呼ばれ、誰しも経験しうる正常な反応であり、頻度や強弱には個人差があるものの6カ月程度をピークに軽減するといわれている^{28, 29)}。しかし、悲嘆反応期間や程度が通常の範囲を超える場合があり、医療的な介入が必要な「複雑性悲嘆」に陥る場合がある。わが国で行われた調査では、一般市民における複雑性悲嘆の有病率は2.4%と報告されている³⁰⁾。2007年のJ-HOPE研究では、緩和ケアを受けた患者遺族の複雑性悲嘆の有病率は2.3%であった。遺族の複雑性悲嘆の関連因子は、先行研究から、多岐にわたり報告されているが^{31, 32)}、十分な探索は行われていない。本研究では、遺族によるがん患者の緩和ケアの質の評価に加え、遺族の死別アウトカムとして、複雑性悲嘆、抑うつ、不眠、飲酒の実態を明らかにし、その関連要因を探索し、2007年からの推移と今後のホスピス・緩和ケアおよび遺族ケアのあり方に対して、臨臨床的・学術的見地から検討をするための基礎資料を得ることを目的に追加した。

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遺族からみたケアの構造・プロセス・アウトカムの評価、施設間差、および、施設間差を生じ

る施設要因を明らかにする。

②緩和ケアを受けた患者の遺族のアウトカムとその関連要因を明らかにする。

③研究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。

④緩和ケアの質の評価以外に付帯研究を実施し、わが国の緩和ケアが直面している臨臨床的、学術的課題に対し科学的な調査を行う。

2) 付帯研究の目的

①療養場所 (死亡場所) の違いにより患者のQOL、遺族の抑うつ・悲嘆に差がみられるかを明らかにすること

②終末期がん患者におけるEnd-of-Life (EOL) discussionが行われた頻度・EOL discussionの内容を明らかにすること

③在宅、緩和ケア病棟、一般病棟で亡くなった終末期がん患者の遺族に対して、最期の療養場所を決定する際に重要視した要因を明らかにすること

④若年がん患者の緩和ケアの特徴を明らかにすること

⑤超高齢者の緩和ケアの特徴を明らかにすること

⑥遺族調査の未回答者の分析、遺族調査を行う時期の検討、遺族調査の遺族への心理的な影響について検討すること

⑦遺族からみたプリアリテティの高い研究課題を収集すること

⑧自宅死亡率の高い・低い地域での遺族からみた療養場所達成の地域差を明らかにすること

⑨遺族の宗教・死生観が遺族の健康に与える影響を探索すること

⑩療養場所の意思決定プロセスにおけるどのような体験が、家族の負担感に関連しているのかを明らかにすること

⑪終末期がん患者の家族の、緩和ケア病棟入院後に患者の死を前提として行いたいことの、内容、達成度、達成度に関連する患者・家族要因、医療者の関わりの内容・程度を明らかにすること

⑫臨終に立ち会いたい家族の希望と立ち会った

家族の頻度を明らかにすること

⑬終末期がん患者が受けているリハビリーションに関する遺族（家族）の体験を明らかにすること

⑭遺族ケアの1つとして行われる『死別後の入浴ケア』、『カードや手紙』、『追悼会』についての実態と評価を明らかにすること

⑮家族からみた心肺蘇生の意思決定時のコミュニケーションの改善の必要性、つらさを明らかにすること、および改善の必要性とつらさに関連する要因（特に医師の説明の仕方）を明らかにすること

⑯患者・家族の見捨てられ感の頻度を明らかにすること、医療者のどのような振る舞いが見捨てられ感を生じさせるかを探索すること

⑰ホスピス・緩和ケア病棟から自宅へ一時退院することについて、退院の頻度、家族の体験を明らかにし、評価するとともに要因を明らかにすること

⑱未成年の子どもをもつがん患者の遺族の体験とサポートニーズについて明らかにすること

⑲終末期がん患者の死亡前2週間における症状の発現頻度、程度を明らかにすること

⑳家族の体験した終末期がん患者の「故人やあの世を見た体験」の頻度・内容および家族の認識・望むケアを明らかにすること

㉑進行がん患者において、患者の食欲低下・体重減少がみられた時期の家族の体験と医療者へのニーズを明らかにすること

㉒終末期がん患者の家族の心に深く残る体験について検討すること

㉓終末期がん患者と家族の間で死についての話や死を前提とした行動をもっとしたらよかったという、遺族の後悔の頻度と後悔に影響する要因を明らかにすること

㉔治療不能ながん患者の家族が経験する意思決定における困難感について明らかにすること

㉕在宅がん患者の精神症状と対応の実態について明らかにすること

㉖家族からみた在宅がん患者のQOLに影響を

与える要因を明らかにすること

方法

1) 対象施設

2013年7月1日における日本ホスピス緩和ケア協会のすべての正会員施設に参加依頼を行い、応諾が得られた施設が参加した。参加応諾率の状況を表1に示す。

a. 一般病院

2013年7月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員施設である、一般病院・緩和ケアチーム（正会員49施設）のうち、本研究の参加に同意した20施設。

b. 緩和ケア病棟

2013年7月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設である、ホスピス・緩和ケア病棟（正会員296施設）のうち、本研究の参加に同意した133施設。

c. 在宅ケア施設（診療所等）

2013年7月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設である、在宅でのホスピス・緩和ケアを提供する診療所（正会員51施設）のうち、本研究の参加に同意した22施設。

《参加依頼時に返信があった主な不参加理由》

- ・マンパワーが足りず、参加したいが難しい
- ・自施設独自で遺族調査を実施している
- ・医師や師長、事務担当者などの異動により引き継ぎが難しい
- ・遺族に対する負担が大きすぎるように感じる
- ・協会が施設の優劣をつけているように感じて参加したくない

2) 調査対象

各施設にて2014年1月31日以前に死亡した患者のうち、選択基準を満たす1施設100名を連続に後向きに同定し、対象とした。ただし、2011年10月31日以前の死亡者は含めないこととした。期間内の適格基準を満たす死亡者数が100名以下の場合は、全例を対象とした。

表 1 施設応諾率

	合計	緩和ケア病棟	一般病院	在宅ケア施設
緩和ケア入院料届出受理施設数		321	—	—
協会正会員施設数*	396	296	49	51
J-HOPE3 研究応諾施設数	175 (44%)	133 (45%)	20 (41%)	22 (43%)

*協会正会員施設数等は施設リクルート時点（2013年7月1日現在）

3) 調査期間

2014年5月～2014年7月

4) 調査方法

調査方法は自記式質問紙による郵送調査である。

質問紙は共通項目と付帯の質問項目によって構成される。ホスピス・緩和ケア病棟の遺族に対しては、付帯研究10～23のうち、無作為に選んだ1つ、または2つの付帯研究の質問項目を使用した。一般病院の遺族に対しては付帯研究24の質問項目を使用した。診療所等の遺族に対しては、付帯研究25、26の質問項目を使用した。それぞれの必要症例数を満たすように対象を分割して調査票を配布した。

調査票は研究参加施設から郵送し、事務局（東北大学）で回収した。調査票郵送1カ月後に事務局は未回収者を同定した。督促の調査票は再度、研究参加施設から郵送した。

5) 調査内容

a. ケアの構造・プロセスの評価

ケアに対する評価尺度（Care Evaluation Scale : CES）の短縮版を用いた⁸⁾。

b. ケアのアウトカムの評価

終末期のQOL評価尺度（Good Death Inventory）の短縮版を用いた^{11～13)}。

c. 遺族の介護負担

遺族の介護経験を評価する Caregiving Consequence Inventory (CCI) のうち Burden のドメインの「時間」「経済」「身体」「精神」の4項目を用いた¹⁴⁾。

d. 抑うつの評価

抑うつのスクリーニング尺度として PHQ-9 を用いた³³⁾。

e. 複雑性悲嘆

複雑性悲嘆のスクリーニング尺度として Brief Greif Questionnaire (BGQ) を用いた³⁴⁾。

f. 死別後の睡眠の状況

睡眠障害国際分類の不眠症の一般的基準に基づき「入眠困難」「中途覚醒」「早朝覚醒」「熟眠障害」の4項目に関して、週3回以上症状の有無とその程度を尋ねた。

g. 死別後の飲酒行動

厚生労働省による国民健康・栄養調査の飲酒に関する項目を参考に、飲酒量とその変化について尋ねた。

h. 遺族からみて良かったこと、改善が必要な点など

自由記載で、死亡前後に受けた医療に対する遺族からみた良かったこと、改善が必要なことなどについて、要望・意見を得た。

i. 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

本研究は調査票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。遺族が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たため、調査は、(1) 調査票は各施設から直接送付していること、(2) 調査は各施設から独立して事務局で行うこと、(3) 調査への参加は自由意志に基づくこと、(4) 調査に参加しない場合にも診療上の不利益はないこと、

表2 回収状況

	全体		一般病院 20施設		緩和ケア病棟 133施設		在宅 22施設	
	n	%	n	%	n	%	n	%
対象者	15,632		1,960		12,231		1,643	
除外者	1,921	12%	442	23%	1,435	12%	165	10%
適格者	13,711	88%	1,518	77%	10,715	88%	1,478	90%
宛先不明による返送数	122		32		81		14	
有効送付数	13,584		1,486		10,634		1,464	
回収数	10,157		994		8,043		1,120	
回収率 (%)		75%		67%		76%		77%
回収数 / 有効送付数								
回答拒否数 [*]	1,031		180		749		102	
有効回答数	9,126		814		7,294		1,018	
有効回答率 (%)		67%		55%		69%		70%
有効回答数 / 送付数								

* 「回答しません」という欄に○をつけたアンケートの返送があった数

表3 除外理由

除外理由（複数回答）	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. 遺族（キーパーソン）の同定不可能	574	27%	200	44%	318	22%	56	35%
2. 治療関連死・ICU死亡	9	0%	8	2%	1	0%	0	0%
3. 入院期間3日以内	781	37%	106	23%	642	43%	33	20%
4. 遺族が認知症・精神障害・視覚障害	141	7%	22	5%	98	7%	21	13%
5. 精神的に著しく不安定と判断される	229	11%	48	11%	158	11%	23	14%
6. 医療者の総合的判断	108	5%	41	9%	57	4%	10	6%
7. その他	249	12%	27	6%	203	14%	19	12%
計	2,091		452		1,477		162	

(5) 調査結果は個人が特定される形では公表しないことを明示した趣意書を同封し、対象者に対する十分な説明を行い、返送をもって研究参加の同意を得たとみなした。

調査は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た。その後、研究参加施設でも倫理委員会へ提出し、承認を得た。研究参加施設に倫理委員会の設置がない場合には、委任状をもって、東北大学で一括して審査した。なお、データは個人情報保護および各施設の得点が研究参加施設に明らかにされることはないように研究事務局で厳密に管理した。

結果の概要

1) 対象者数と回収率

全体では13,584名に送付され、9,126名から回答を得た（67%）。緩和ケア病棟では10,634名に送付され、7,294名から回答を得た（69%）。一般病院では1,486名に送付され、814名から回答を得た（55%）。在宅ケア施設では1,464名に送付され、1,018名から回答を得た（70%）。回収状況を表2に示す。また、除外者の除外理由について表3に示す。

表 4 対象者背景

患者背景	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
性別									
男	4,936	56%	474	61%	3,880	56%	582	58%	0.0004
女	3,833	44%	303	39%	3,109	44%	421	42%	
年齢 (平均±SD)	(73.5±11.6)		(70.6±11.6)		(73.9±11.5)				0.0001
40歳未満	68	1%	8	1%	50	1%	10	1%	0.0001
40～49歳	228	3%	30	5%	167	2%	31	3%	
50～59歳	667	8%	79	10%	520	7%	68	7%	
60～69歳	1,955	22%	227	29%	1,500	21%	228	23%	
70～79歳	2,764	32%	239	31%	2,230	32%	295	29%	
80歳以上	3,076	35%	193	25%	2,512	36%	371	37%	
原発部位									
肺	2,043	23%	157	20%	1,677	24%	209	21%	
胃・食道	1,256	14%	109	14%	994	14%	153	15%	
大腸	1,066	12%	97	12%	841	12%	128	13%	
肝・胆・膵	1,658	19%	144	19%	1,297	19%	218	21%	
乳腺	425	5%	59	8%	317	4%	49	5%	
泌尿器	627	7%	48	6%	501	7%	78	8%	
頭頸部	353	4%	35	5%	287	4%	31	3%	
卵巣・子宮	417	5%	40	5%	326	5%	41	4%	
白血病	62	1%	16	2%	39	1%	7	1%	
悪性リンパ腫	128	1%	16	2%	94	1%	18	2%	
骨髄腫	50	1%	10	1%	31	0%	9	1%	
軟部組織	66	1%	6	1%	54	1%	6	1%	
脳腫瘍	95	1%	3	0%	80	1%	12	1%	
その他	513	6%	37	5%	436	6%	40	4%	
入院/利用期間 (平均±SD)	(42.5±68.4)		(31.8±42.7)		(39.0±50.4)		(75.0±143.2)		0.0001
1週間未満	1,216	14%	136	18%	954	14%	126	12%	0.0001
1週間以上2週間未満	1,590	18%	157	20%	1,301	19%	132	14%	
2週間以上1カ月未満	2,122	24%	191	25%	1,726	25%	205	20%	
1カ月以上2カ月未満	2,200	25%	206	26%	1,758	25%	236	24%	
2カ月以上3カ月未満	775	9%	49	6%	632	9%	94	9%	
3カ月以上	868	10%	38	5%	619	8%	211	21%	
療養中の年間世帯収入 (遺族の回答による)									
100万円未満	951	12%	69	9%	797	12%	85	9%	
100万円以上200万円未満	1,629	20%	148	20%	1,329	20%	152	16%	
200万円以上400万円未満	3,183	39%	269	37%	2,514	39%	400	43%	
400万円以上600万円未満	1,148	14%	120	17%	880	14%	148	16%	
600万円以上800万円未満	632	8%	70	10%	490	8%	72	8%	
800万円以上	582	7%	51	7%	453	7%	78	8%	

2) 対象者背景

対象者の背景について表 4, 5 に示す。

表5 遺族背景

遺族背景	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
性別									
男	2,940	29%	280	28%	2,401	30%	259	23%	0.0001
女	5,883	58%	512	52%	4,635	58%	736	66%	
遺族年齢 (平均±SD)	(61.6±12.2)		(62.5±12.0)		(61.5±12.2)		(62.2±12.0)		0.03
40歳未満	367	4%	28	4%	302	4%	37	4%	0.0001
40～49歳	1,106	13%	87	11%	907	13%	112	11%	
50～59歳	2,211	25%	181	23%	1,778	25%	252	25%	
60～69歳	2,670	30%	257	32%	2,104	30%	309	31%	
70～79歳	1,894	21%	191	24%	1,494	21%	209	21%	
80歳以上	592	7%	52	7%	466	7%	74	7%	
続柄									
配偶者	4,107	40%	468	47%	3,113	39%	526	47%	0.0001
子	3,233	32%	219	22%	2,671	33%	343	31%	
婿・嫁	540	5%	39	4%	431	5%	70	6%	
親	194	2%	22	2%	148	2%	24	2%	
兄弟姉妹	530	5%	38	4%	476	6%	16	1%	
その他	263	3%	13	1%	234	3%	16	1%	
死別後経過期間(平均±SD/日)	(287.3±447.1)		(342.8±166.4)		(257.2±101.5)		(449.0±1,275.2)		0.0001
6カ月未満	2,235	23%	149	16%	1,929	25%	157	14%	0.0001
6カ月以上7カ月未満	1,150	12%	89	9%	962	12%	99	9%	
7カ月以上8カ月未満	1,068	11%	78	8%	927	12%	63	6%	
8カ月以上9カ月未満	975	10%	75	8%	833	11%	67	6%	
9カ月以上10カ月未満	961	10%	65	7%	832	11%	64	6%	
10カ月以上11カ月未満	738	8%	63	7%	615	8%	60	5%	
11カ月以上1年未満	646	7%	63	7%	517	7%	66	6%	
1年以上1年6カ月未満	1,479	15%	241	25%	999	13%	239	21%	
1年6カ月以上2年未満	323	3%	100	11%	82	1%	141	13%	
2年以上	194	2%	27	3%	10	0%	157	14%	
最終卒業学校									
小・中学校	1,036	10%	107	11%	817	10%	112	10%	0
高校・旧制中学	3,949	39%	402	40%	3,122	39%	425	38%	
短大・専門学校	1,910	19%	145	15%	1,520	19%	245	22%	
大学	1,737	17%	121	12%	1,420	18%	196	18%	
大学院	113	1%	5	1%	98	1%	10	1%	
その他	53	1%	6	1%	42	1%	5	0%	
患者が入院中のからだの健康状態									
良かった	1,895	19%	137	14%	1,501	19%	257	23%	0.0001
まあまあだった	4,828	48%	441	44%	3,853	48%	534	48%	
良くなかった	1,713	17%	169	17%	1,391	17%	153	14%	
非常に良くなかった	417	4%	48	5%	324	4%	45	4%	
患者が入院中のこころの健康状態									
良かった	904	9%	53	5%	715	9%	136	12%	0.0001
まあまあだった	4,004	39%	284	29%	3,255	40%	465	42%	
良くなかった	3,124	31%	339	34%	2,476	31%	309	28%	
非常に良くなかった	785	8%	119	12%	595	7%	71	6%	

遺族背景	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
患者が亡くなる前1週間に付き添った日数									
毎日	6,043	60%	558	56%	4,599	57%	886	79%	0.0001
4~6日	1,233	12%	110	11%	1,074	13%	49	4%	
1~3日	1,199	12%	87	9%	1,075	13%	37	3%	
付き添っていなかった	380	4%	40	4%	322	4%	18	2%	
患者入院中に付き添い等かわってくれる人									
いた	6,435	63%	577	58%	5,156	64%	702	63%	0.85
いなかった	2,362	23%	213	21%	1,879	23%	270	24%	
心配事や困り事に耳を傾けてくれるか									
全然聞いてくれない	72	1%	3	0%	55	1%	14	1%	0.001
あまり聞いてくれない	420	4%	34	3%	345	4%	41	4%	
まあまあ聞いてくれる	2,587	25%	247	25%	2,098	26%	242	22%	
よく聞いてくれる	3,796	37%	322	32%	3,049	38%	425	38%	
とてもよく聞いてくれる	1,927	19%	184	19%	1,483	18%	260	23%	
いたわりや思いやりの程度									
全然示してくれない	83	1%	5	1%	64	1%	14	1%	0
あまり示してくれない	412	4%	36	4%	333	4%	43	4%	
まあまあ示してくれる	2,534	25%	221	22%	2,072	26%	241	22%	
よく示してくれる	3,512	35%	312	31%	2,816	35%	384	34%	
とてもよく示してくれる	2,279	22%	220	22%	1,755	22%	304	27%	
信仰している宗教									
特になし	3,033	30%	274	28%	2,422	30%	337	30%	0.09
仏教	4,980	49%	455	46%	3,974	49%	551	49%	
キリスト教	211	2%	7	1%	178	2%	26	2%	
神道	249	2%	17	2%	202	3%	30	3%	
その他	273	3%	30	3%	204	3%	39	3%	
お参り、お勤め、礼拝の頻度									
定期的にする	2,099	21%	193	19%	1,645	20%	261	23%	0.03
ときどきする	3,893	38%	362	36%	3,104	39%	427	38%	
ほとんどしない	2,004	20%	172	17%	1,636	20%	196	18%	
全くしない	803	8%	64	6%	638	8%	101	9%	
死後、肉体が死んでも魂は残ると思うか									
そう思う	2,916	29%	279	28%	2,258	28%	379	34%	0.0004
ややそう思う	3,063	30%	268	27%	2,471	31%	324	29%	
あまりそう思わない	1,855	18%	143	14%	1,529	19%	183	16%	
そう思わない	860	8%	90	9%	677	8%	93	8%	
患者が亡くなることに対しての心の準備									
全くできていなかった	296	3%	58	6%	203	3%	35	3%	0.0001
あまりできていなかった	1,042	10%	142	14%	775	10%	125	11%	
ある程度できていた	5,213	51%	461	46%	4,189	52%	563	50%	
できていた	2,313	23%	132	13%	1,905	24%	276	25%	

遺族背景	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
患者が亡くなる前の1カ月の医療費									
10万円未満	2,425	24%	210	21%	1,831	23%	384	34%	0.0001
10万円以上20万円未満	2,869	28%	265	27%	2,302	29%	302	27%	
20万円以上40万円未満	2,065	20%	193	19%	1,685	21%	187	17%	
40万円以上60万円未満	702	7%	54	5%	588	7%	60	5%	
60万円以上	490	5%	46	5%	401	5%	43	4%	

3) 主研究の結果の概要

ケアの構造・プロセスの評価尺度である CES, 望ましい死の達成度を評価する尺度である GDI, 受けたケアに対する全般的満足度によって, 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価を実施した。

ケアの構造・プロセスについては, 全体的に評価が高かった。一般病院では家族への配慮や設備, 在宅ケア施設においては利用のしやすさについて, やや改善の余地があることが明らかになった。

受けられたケアに対する全般的満足度の評価については, ほとんどの遺族は満足 of いくものであったと評価していることが示された。

望ましい死の達成度については「苦痛の緩和」に関する項目において, 一般病院で課題が認められた。また, 在宅ケア施設における「望んだ場所で過ごせた」の割合が高かった。

BGQ のカットオフ値に基づいて, 複雑性悲嘆の閾値以上とされた遺族は全体で 14%, PHQ-9 のカットオフ値に基づいて, 中等度以上の抑うつとされた遺族は全体で 17% であった。また, 複雑性悲嘆を有する遺族の 59%, 中等度以上の抑うつの症状を有する遺族の 45% が両方を混合して有していた。

ホスピス・緩和ケアの質に関する傾向は過去 J-HOPE, J-HOPE2 とほぼ一致する結果であり, 若干の課題は残しつつも, 遺族からみた, わが国のホスピス・緩和ケアの質は高く維持されていることが明らかになった。

4) 付帯研究の結果の概要

a. 療養場所が QOL と遺族の健康に及ぼす影響に関する研究

傾向スコア法による調整を行い, 死亡場所による抑うつや悲嘆を比較した。結果はがん拠点病院が最も悪く, 在宅が最も良かった。傾向スコア法による調整の妥当性が示された。

b. 終末期の話し合い (EOL discussion) の実態と終末期の患者 QOL・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究

81% で医療者と EOL discussion の場がもたれ, おもに discussion を行った相手は「がんを診ていた主治医」が過半数であった。

EOL discussion の開始は入院中の状況が多かったが, それは患者死亡の 1 カ月以上前であることが多かった。

EOL discussion をもった場合, 遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なかった。また, EOL discussion をもった場合, 遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かった。

c. 療養場所を決定する時に重要視した要因と希望する療養場所と実際の療養場所の一致に関する研究

死亡場所が自宅であった人は「自分らしく過ごせる」ことを優先した人が 61% と多かった。また, 緩和ケア病棟では「苦痛を緩和する専門的な治療を受けられる」ことを優先した人が 42% と多かった。

最期に希望した療養場所と死亡場所が一致した群と一致しなかった群では, 一致した群で GDI

スコアの平均点が高く（一般病院 49.6 vs.35.9, 緩和ケア病棟 51.2 vs.37.6, 自宅 51.9 vs.34.7), 患者の QOL が高かった. 一致しなかった群で, 遺族の抑うつ・悲嘆が強くなる傾向がみられた.

d. 若年がん患者の終末期ケアと QOL に関する研究

若年がん患者では中年・高齢がん患者に比べ, 医療者の家族への配慮は有意に高かったが, 費用・利用しやすさ・医療者間の連携は有意に低かった.

若年患者は, 身体的苦痛・人への迷惑・家族や友人との時間・自律・環境・人生の達成など多くのドメインで QOL が有意に低かった.

e. 超高齢がん患者の特徴に関する研究

超高齢がん患者において, 「痛み」や「苦痛」が少なく過ごせた, おだやかな気持ちで過ごせたと約 75% が回答し, 相対的に評価が高かった. 医療者との関係性や人としての尊厳の保持については約 70~80% の割合で評価されていた. また, 家族や友人と過ごす時間や人生への達成感についても, 超高齢がん患者で相対的に評価が高かった. 「身の回りのことがたいていできた」と思うと回答した割合は 18.4% と低かった.

f. 遺族調査の研究方法に関する研究

①遺族調査の回収状況とそれに関連する要因などについて検討した. 遺族調査に未返送だった割合は 25% で, 患者の年齢が若い, 患者が女性, 死亡後経過期間が短い場合に未返送が多かった.

②回答拒否として返送があった対象の理由では「患者様が亡くなった当時のことを思い出すのがつらい」が 53% と多く, 患者の年齢が若い, 入院期間が長い場合に多かった.

③有効回答率は督促前 54%, 督促後 9.7% であり, 督促後の回答が多かったのは患者の年齢が若い, 付き添いの頻度が低いケースであった. 督促後の回収例では緩和ケアの構造・プロセスの評価指標である CES, ケアのアウトカム指標である GDI が有意に低く, 複雑性悲嘆の評価指標である BGQ, 抑うつの評価指標である PHQ-9 は督促前後で有意な差はなかった.

g. 遺族からみた研究優先度に関する研究

「緩和ケア全体に関する医療・福祉についてもっと研究・調査が必要であると感じられた内容」について 2,838 名の自由記述の内容を分析し 1,658 のコードが抽出され, 類似性をもとに 120 のサブカテゴリーにまとめた.

サブカテゴリーはさらに, 8つのカテゴリー《緩和ケアサービスの体制整備》《疼痛の緩和》《コミュニケーション》《疼痛以外の症状の緩和》《ケアや介護の工夫》《緩和ケアの普及啓発》《がん医療》《医療者の知識・技能・態度》にまとめられた.

h. 緩和ケア病棟死亡率の高い・低い地域での遺族からみた療養場所に関する達成の地域差に関する研究

緩和ケア病棟死亡率が高い都道府県, 緩和ケア病棟死亡率が低い都道府県, その他の都道府県で, 遺族からみた望ましい療養場所の達成には差を認めなかった. GDI コア 10 項目の平均点には緩和ケア病棟死亡率の高い地域と低い地域の間に有意差を認めたが, 差の程度は小さかった.

i. 日本人遺族における宗教性と悲嘆, 抑うつとの関連

20~40 歳代の比較的若い世代において, 特定の宗教をもたず, 宗教活動をしない人の割合が, 上の世代に比べて相対的に大きいことが示された.

死後観に関しては, 各年代を通じて 7 割前後の遺族が肉体は死んでも魂は残ると考えており, 特定の宗教をもたない遺族においても約 6 割がそのような考えをもっていた.

悲嘆や抑うつとの関連については, BGQ および PHQ-9 による評定の結果, お参りやお勤め・礼拝を「定期的にする」と回答した遺族や, 死んでも魂は残るとの思いが強い遺族において, 複雑性悲嘆や大うつ病性障害が疑われる人の割合が高いことが示された.

j. 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究

家族は意思決定プロセスにおける負担感とし

て、心理的重圧や苦痛を37%が感じていた。

意思決定プロセスにおいて、治療内容の説明や今後の見通しは80%以上が伝えられていたが、家族の心配事や気持ちを聞く、価値観を共有する関わりがなかったと3割が回答した。これらは家族の負担感に有意に関係していた。緩和ケア病棟への入院を決めた時期や入院のきっかけも負担感の要因であった。

k. 終末期がん患者の家族が患者の死を前提として行いたいことに関する研究

患者の死を前提として家族が行いたいことのおもな内容は、できるだけそばにいて過ごす、感謝の思いを伝える、思いや本音を聞く、患者の身の回りの世話に参加する、であり、行いたいことを全体的に達成できた家族は50%弱であった。

l. 家族の臨終に間に合うことの意義や負担に関する研究

90%以上の家族が患者の臨終時に立ち会いの希望があり、さらに半分以上の家族が絶対立ち会いたいと考えていた。

多くの家族が患者の臨終時に立ち会いの希望をしているにもかかわらず、実際に立ち会えなかった場合においても、その後の家族の抑うつや複雑性悲嘆との有意な相関はなく、「患者が大切な人に伝えたいことを伝える」が、調整要因による調整後において有意に同定された。

m. 終末期がん患者へのリハビリテーションに関する家族の体験に関する研究

リハビリに関する遺族の体験項目「患者さんと共通の話題をもつことができた」「患者さんとともに取り組めるものができた」「患者さんと話をするのが負担でなくなった」3項目に対して「そう思う」あるいは「非常にそう思う」と回答した遺族の割合はそれぞれ45%、41%、30%であった。

ホスピス・緩和ケア病棟におけるリハビリの実施率は2割に満たず、低率であった。

n. ホスピス・緩和ケア病棟の遺族ケアに関する研究

『死別後の入浴ケア』の経験者は0.9%で、85.7%は参加への満足を「とてもそう思う」「そ

う思う」と示した。

『カードや手紙』については56.7%が受け取り、「家族の悲しみを癒す心遣いや気にかけてくれること」、『追悼会』には6.9%が参加し、看護師や他の遺族と会話できたことを「よかったこと」と示した。

遺族ケアとPHQ-9、BGQについての関係の検証では、『追悼会』参加群のPHQ-9 ($p=0.03$)が有意に高かった。

o. 心肺蘇生に関する望ましい意思決定のあり方に関する研究

緩和ケア病棟の遺族の約3割は、心肺蘇生に関する説明・相談の仕方について改善が必要であると回答した。

心肺蘇生に関する説明・相談の改善のためには、家族が、「自分の決断が正しいかどうかの確認がもてない」「命に関することを自分が決めるような負担感」「奇跡が起きて元気になるかもしれないという思い」「大切な人の命を終わりにしてしまう自責感」「自分からは言い出せない気持ち」をもっているということを念頭におき、「プライバシーが保たれた場所で行う」「何回かに分けて、時間をかけて行う」「質問できる雰囲気をつくる」「心の準備に合わせて説明する」「気持ちや心配を尋ねる」「CPRの具体的な成功率を説明する」ことが有効であることが示唆された。

緩和ケア病棟の遺族の約7割は、心肺蘇生に関する説明・相談がなかったと回答した。つらさの軽減のためには、前述した家族の気持ちに十分配慮すること、入院にあたってDNRへの同意を必要条件としないこと、が有効である可能性がある。

p. 遺族・患者の見捨てられ感に関する研究

緩和ケア病棟を初めて紹介された時に、遺族の31.4%、患者の19.1%は見捨てられ感を感じ、緩和ケア病棟入院時には、遺族の14.2%、患者の10.0%が見捨てられ感を感じた。

患者が若く(71.3歳 vs. 76.3歳)、遺族が高齢(63.5歳 vs. 60.0歳)で配偶者の方が、見捨てられ感を感じる頻度が高かった。緩和ケアチームの

診療があること (80.3% vs. 74.9%), 緩和ケア病棟入院の決断に遺族が関わった群の方が, 遺族の見捨てられ感には少なかった (71.4% vs. 74.9%)。

医療者の振る舞いについては, 以下の項目について見捨てられ感を感じた群と感じなかった群で差が大きかった: 前医は外来や回診頻度が減少した, 前医は治療以外も相談に乗った, 前医は人間として対応した, 前医はできる限り治療したと保証した, 前医は緩和ケア病棟の治療や医師を知っていた, 前医は緩和ケア病棟入院まで相談に乗り気にかけて, 前医はやれることはないと言った, 緩和ケア病棟入院中に以前の医師や看護師が覚えていた。

見捨てられ感に関する体験について, 先々の希望がなくなった, どうしていいか分からなくなった, の項目が多く (見捨てられ感のある群でおおの 82.2%, 65.4%), その時はつらかったが覚悟ができた, の項目も 74.1%と高かった。遺族の悲嘆や抑うつに関して, 見捨てられ感には有意に関係していた。

q. ホスピス・緩和ケア病棟から自宅へ一時退院することについての患者・家族の体験と評価に関する研究

72.2%の遺族が自宅へ退院したことに對して, 患者から「帰ってきてよかった」と聞いており, その中で 90%の患者が退院前に「家に帰りたい」というはっきりとした希望があった。再入院までの期間は数日から 1 カ月以上までさまざまだったが, 期間によらず患者満足度は高かった。

r. 未成年の子どもをもつがん患者の遺族の体験とサポートニーズに関する調査

未成年の子どもがいた 53 名の遺族のうち, 半数の遺族は, 「子どもに心配をかけたくなかった」「子どもがどんな気持ちでいるのかを知りたいと思った」と回答していた。

患者の入院中に心の健康状態の良くない遺族や周囲に耳を傾けてくれる人がいないと考えている遺族ほど, 子どものことを相談できる相手がほしいと考える傾向にあった。

s. 遺族がつらいと感じる身体症状

つらさの程度の平均値の高い症状として, 食欲不振, 体重減少, 痛み, 倦怠感であった。これらの症状は頻度としても高かった。また, やわらげてほしい症状については, 痛みが最も多く, 次に食欲不振や倦怠感であった。

t. 終末期がん患者にみられる「故人やあの世を見た体験」に関する研究

遺族の約 20%が, 患者に「故人やあの世を見た体験」があったと回答した。見えていたもの内容は, 亡くなった両親が最も多かった。

体験に対する家族の認識はさまざまであり, 約 40%の家族は『自然な現象』と認識していたが, 約 30%は薬や病気による『幻覚』ととらえていた。

患者の体験に対して医療者に希望するケアとして, 70%以上の家族が「患者が苦しんでいたら安定剤などで苦しまないようにする」「非科学的と決めつけず, 現実を受け入れて一緒に考える」ことが必要であると答えた。

u. 終末期がん患者の遺族の栄養サポートに対するニーズ, 食に関する苦悩と体験に関する研究

本研究において, 緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者の遺族の栄養サポートに対するニーズと食に関する苦悩と体験の上位 5 項目は「カロリーや栄養は考えず, 患者さまの望む食事を準備した」「どのようなものなら食べられるかいろいろと試した」「毎日どのような食事を準備すればいいのか悩んだ」「食事をとらないと, よけいに病気が進んでしまうと思った」「患者さまが食べられずがっかりしている姿をみてつらかった」だった。

70%以上の遺族が医療者による栄養サポートを必要とし, 40%以上が患者の食欲不振と体重減少の理由についての十分な説明を望んでいた。

遺族のうつと“配偶者”“患者が入院中の精神状態”“死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い”“正しい情報が十分でなかったという思い”が有意に関連した。

v. 心に深く残る体験

76%の遺族が発症から看取りまでの一連の医療

やケアの中で家族が「心に深く残る体験」があったと回答した。

この体験の有無は「患者年齢」の低いことや、家族が「患者の入院中のこころの状態」を分かっていること、施設で受けた「いたわりや思いやりの態度」との関連性が示唆された。

最も良い体験は、「ホスピスへの転院」(43.6%)、「症状緩和」(33.4%)、「臨終の状況」(30.4%)、「患者との対話」(65.4%)が挙げられ、最も良くない体験も「患者との対話」(23.7%)であった。

w. 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔

患者と死について話した遺族は49%だったのに対し、死を前提とした行動をした遺族は82%と多かった。また、より話せばよかったと後悔している遺族が37%だったのに対し、より行動すればよかったと後悔している遺族は50%だった。

x. がん患者の家族が経験する意思決定における困難に関する研究

「患者に真実を告げるかどうか」「他者へ患者の病気について伝えるかどうか」「抗がん治療の中止・継続」に関する意思決定において、多くの遺族が困難を感じていた。

意思決定の際の医療者の対応については、少しでも「改善が必要」と回答した遺族は39%であった。一方、意思決定の際に、「医師からの支援や家族への気遣いがあった」「疑問を医師に尋ねる機会があった」と回答した遺族は80%以上であった。

意思決定における家族の全体的な困難感、患者や医師と家族の意見や希望の相違と関連があることが示唆された。意思決定の際の医療者の対応や医師の支援や配慮と意思決定における家族の困難感の関連は示唆されなかった。

y. 在宅がん患者の精神症状と対応の実態に関する研究

在宅がん患者の不眠は65%、せん妄症状は20~30%、希死念慮は27%であった。

介護者で週1日以上不眠があったという回答は60%、週1日以上抑うつがあったという回答は

35%であった。

介護者の精神症状は、配偶者であること、患者の精神症状があること、介護者の健康状態が悪いことが有意な関連要因であった。

患者の精神症状に対し、精神科医・心療内科に相談していた割合は11%、相談しなかったと回答した割合は11%であった。

介護者の気持ちの支えになったことの質問に、往診の医師や看護師、他の家族の助けという回答が多かったが、親戚やケアマネジャーの助け、ほかに患者本人のがんばりや患者とのコミュニケーションという回答もあった。

z. 在宅がん患者のQOLに影響を与える要因を明らかにする研究

在宅がん患者のQOLに影響を与える要因として「病院医師と患者のコミュニケーションが良かった」「入院中に自宅での看取りが可能であると説明された」「在宅医は心理社会面にも配慮してくれた」「在宅医と看取りの場について相談できた」「心配なことを訪問看護師に気兼ねなく相談できた」「訪問看護師は心理社会面にも配慮してくれた」「心配なことをケアマネジャーに気兼ねなく相談できた」「在宅ケアスタッフのケアの方針が一致していた」の8項目が、GDIスコアと有意に弱い正の相関をもつことが明らかになった。

文 献

- 1) 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.
- 2) McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984 ; 22 (5) : 476-493.
- 3) 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.
- 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) 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.
 - 6) 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.
 - 7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliative Medicine* 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) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 (2) : 140-147.
 - 12) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007 ; 18 (6) : 1090-1097.
 - 13) 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.
 - 14) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Hirai et al. Caregiving Consequences Inventory : a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2009 ; 18 (6) : 657-666.
 - 15) 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 Care* 2008 ; 25 (3) : 223-232.
 - 16) Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, et al. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 37 (6) : 1019-1026.
 - 17) Akazawa T, Akechi T, Morita T, et al. Self-perceived burden in terminally ill cancer patients : a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 2010 ; 40 (2) : 224-234.
 - 18) Ando M, Kawamura R, Morita T, et al. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients : the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* 2010 ; 19 (7) : 750-755.
 - 19) Okamoto T, Ando M, Morita T, et al. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care* 2010 ; 27 (1) : 50-54.
 - 20) Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, et al. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study) : views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Care* 2009 ; 26 (2) : 98-104.
 - 21) Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients : family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010 ; 28 (1) : 142-148.
 - 22) Shinjo T, Morita T, Miyashita M, et al. Care for the bodies of deceased cancer inpatients in Japanese palliative care units. *J Palliat Med* 2010 ; 13 (1) : 27-31.
 - 23) Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al. Late referrals to palliative care units in Japan : nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 (2) : 191-196.
 - 24) Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults : a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007 ; 257 (8) :

-
- 444-452.
- 25) Lannen PK, Wolfe J, Prigerson HG, et al. Unresolved grief in a national sample of bereaved parents : impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *J Clin Oncol* 2008 ; 26 (36) : 5870-5876.
- 26) Asai M, Akizuki N, Fujimori M, et al. Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 2013 ; 22 (5) : 995-1001.
- 27) Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007 ; 370 (9603) : 1960-1973.
- 28) 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 (8) : e1000121.
- 29) Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011 ; 28 (2) : 103-117.
- 30) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 2010 ; 127 (1-3) : 352-358.
- 31) Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008 ; 300 (14) : 1665-1673.
- 32) Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al. Place of death : correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 2010 ; 28 (29) : 4457-4464.
- 33) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 (9) : 606-613.
- 34) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief : reliability and discriminant validity. *PLoS One* 2012 ; 7 (2) : e31209.