

## Bereavement Risk Assessment Tool (BRAT) 日本語版の 実用化に向けたプレテストの実施

岩本喜久子、廣岡佳代、坂口幸弘

札幌医科大学寄付講座緩和医療学

### 1. 調査・研究の目的・方法

諸外国では、ビリーブメントを体験する遺族を対象としたビリーブメントサービスが提供されている。例えば、アメリカでは死後1年間は遺族に対し、メディケアによるサービスが保障されている。しかし、日本ではそのような体制は整っておらず、ホスピス緩和ケア病棟による手紙の送付や追悼会の開催など<sup>1)</sup>、各施設の裁量で遺族支援が行われている。一方で、遺族支援に対するニーズがあると認識しながらも、特に何も行えていない現状があることも報告されている<sup>2)</sup>。

松島ら<sup>3)</sup>は遺族を対象にした調査を通して、相談に対するニーズが高かったこと、死別後に身体的症状の発症により健康状態が悪くなった人が多かったことなどを報告している。そして、終末期の過ごし方が死別後の悲嘆の程度を関連付けられる人もいるということから、遺族ケアは療養中から始められることが望ましい、と述べている。しかしながら、現在の臨床の中で、早い時点からの遺族のアセスメントを行う事は容易なことではなく、現場スタッフの裁量にある程度任されていることが多いようである。

緩和ケアの歴史があるイギリスにおいても、基本的には看護師の経験値に基づく臨床的判断や、他職種で構成されるチーム内での情報共有によって、家族のニーズをアセスメントするというのがほとんどであると言われている。また、後に遺族となる家族の生活面、精神面などのアセスメントをすることが望まれる緩和ケアという環境で働く専門職であっても、中にはそうした心理、生活面の情報を得るための質問をすることに抵抗がある人がいて、得られる情報が限られてしまうこともあるという<sup>4)</sup>。Cutcliffeら<sup>5)</sup>はそのような対話を持つことや日々の臨床の中で家族のリスクを判断するには経験値が必要とされるため、特に自死などのリスクを判断する必要がある分野において、経験が少ない専門職でもわかりやすい、簡素化されたツールが必要であることを指摘している。このように確立されたアセスメントが存在しないことから、専門職は自分の経験値や臨床の判断能力に応じて、家族が抱える問題や長期的な心理社会的リスクをアセスメントすることが多いのが現状のようである。そのため、日本において、ビリーブメントリスクをアセスメントするツールを早急に開発し、臨床で

活用していくことが求められる。

前年度は、カナダ、ブリティッシュコロンビア州ビクトリアのビクトリアホスピスで開発された Bereavement Risk Assessment Tool (以下、BRAT) のマニュアル<sup>6)</sup> 及び、アセスメントツールを翻訳し、日本語版を作成した。その後、ホスピス・緩和ケア領域におけるエキスパート10名のからのレビューを受け、その意見に基づいて、マニュアルを修正した。2年目である今年度は、修正したマニュアルおよび、アセスメントツールを用いて、その実用性を確認することを目的にプレテストを実施した。

## II . BRAT の概要

BRAT は主に、緩和ケアを受けている患者の家族介護者を対象に、悲しみのリスク要因を死別前からアセスメントすることを目的としたツールである。BRAT は、36 項目のリスク要因と4項目のリスクを軽減する要因の計40項目から構成されている。リスク要因として、社会資源、過去の喪失体験、コーピングスタイル、精神疾患歴、認知・知的障がいの有無、トラウマや暴力の有無、故人との関係性、死に対する意識などがあり、臨床で簡便にアセスメントできるよう作成されている。各項目に点数が配分されており、その累計により、悲しみのリスクレベルが5段階（リスクレベル1：既知のリスクはない、リスクレベル2：最小リスク、リスクレベル3：低リスク、リスクレベル4：中リスク、リスクレベル5：高リスク）に分類され、各リスクレベルに応じたサービスが提供されるように構成されている<sup>7)</sup>。

## III . 調査・研究の内容・実施経過

### 1. 研究デザイン

横断調査

### 2. 方法・内容

#### 1) 調査内容

##### (1) 基本属性

患者の年齢、性別、診断部位、家族年齢、性別、職業、宗教の有無・程度

##### (2) CES-D

抑うつを測定するために CES-D<sup>8)</sup> (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) を用いた。CES-D の質問数は20項目であり、16のネガティブ項目と4つのポジティブ項目からなる。高得点であるほど抑うつの程度が強いと考えられる。

##### (3) ソーシャルサポート尺度

まず、ソーシャルサポートのサイズを測定するために、「困ったことがあるときに、本当に助けになってくれる人があなたの身の回りにはすぐに思いつだけで何人おられますか？」という項目を用いた。このほか、情緒的サポートの測定として社会的支援尺度を参考に4項目作成した。

##### (4) Rosenberg 自尊心尺度

自尊感情を測定するために、Mimuraら<sup>9)</sup> が作成した Rosenberg Self Esteem Scale, RSES の日本語版を用いた。10項目からなり、得点が高いほど自尊心が高いことを示す。

##### (5) 健康関連 QOL

健康関連 QOL を測定するために包括的健康関連 QOL 尺度 (HRQOL: Health Related Quality of Life) である SF-8<sup>10) 11)</sup> を用いた。SF-36 と同様に、健康の8領域

を測定することができる尺度であり、得点が高いほどQOLが高いと判定される。

#### (6) BRAT-J

前年度に作成したBRAT日本語版を使用する。

#### 2) 対象

緩和ケアサービスを受けており、終末期にあるがん患者の家族で、以下の条件を満たすもの。

- ・ 20歳以上である。
- ・ 十分な日本語の読み書き能力を有する。
- ・ 強い不安や抑うつ、混乱などの強い精神的苦痛がない。
- ・ 聴覚障害、認知障害がなく、質問内容を理解し答えることが可能で研究参加への許可、または、中止についての意思表示ができる。

#### 2. データ収集方法

研究協力の得られた関西地区2か所、北海道地区2か所の緩和ケア病棟、在宅支援診療所でプレテストを実施した。患者の家族介護者に質問紙に回答してもらい、各施設の医療者（医師、看護師、ソーシャルワーカー）がBRATアセスメントシートの該当項目に記入した。

#### 3. データ分析方法

量的データは、記述統計を算出し、BRATリスクレベルと各項目の関連を確認するために、カイ二乗検定を求めた。また、自由記述から得られた質的なデータは内容をグループ化して集計し、記述のありなしとリスクレベルの関連を確認した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、札幌医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究の目的、方法などを口頭と文書にて説明し、同意書を得た。

### Ⅳ. 調査・研究の成果

#### 1. 対象者の概要（表1）

研究協力者は25名であった。家族介護者の平均年齢は、59.1歳（SD=10.9）で、84%が女性であり、患者との続柄は配偶者13名（52%）、子ども10名（40%）であった。患者の平均年齢は73.3歳（SD=9.4）で、疾患は肺がん（32%）、胃がん（12%）、肝臓がん（4%）などであった。

#### 2. 介護者を取り巻くサポート環境

家族介護者の18名（72%）が、身の回りに安心できる人がいると回答し、それらの人たちは自分のつらい時に話を聞いてくれる（80%）と回答した。また、22名（88%）が、用事を足してくれる頼れる人が身近にいると回答した。

#### 3. 健康関連 QOL

対象者の平均身体的健康値は49.66、精神的健康値は44.93であった。

#### 4. 自尊心・うつ症状

CES-Dをうつ症状は、平均13.96（SD=8.97）で、カットオフ値（16点未満）が15名（60%）、カットオフ値以上（16点以上）が10名（40%）であった。

表1 背景

背 景		n	%
患者の年齢 (平均 ±SD)		73.3±9.4	
患者性別	男	16	64.0
	女	9	36.0
がんの種類	肺	8	32.0
	胃	3	12.0
	肝臓	1	4.0
	大腸	1	4.0
	すい臓	2	8.0
	乳	1	4.0
	卵巣	1	4.0
	その他	7	32.0
	年齢 (平均 ±SD)		59.1±10.9
性別	男	4	16.0
	女	21	84.0
続柄	配偶者	13	52.0
	患者の子ども	10	40.0
	嫁、婿	2	8.0
宗教	なし	11	44.0
	仏教	8	32.0
	キリスト教	1	4.0
	その他	5	20.0
身の回りに安心できる人	いる	18	72.0
	いない	6	24.0
辛いとき話を聞いてくれる人	いる	20	80.0
	いない	5	20.0
用事を足してくれる、頼れる人	いる	22	88.0
	いない	3	12.0
Rosenberg 自尊心 平均		25±4.5	
CES-D	カットオフ未満	15	60.0
	カットオフ以上	10	40.0
SF8			
身体的健康		49.7±8.7	
精神的健康		44.9±9.8	

表2 BRAT リスクレベル (n=25)

BRAT リスクレベル	n	%
リスクレベル1	0	0
リスクレベル2	6	24.0
リスクレベル3	8	32.0
リスクレベル4	10	40.0
リスクレベル5	1	4.0

## 5. BRAT リスクレベル

### 1) 研究協力者のリスクレベル (表2)

リスクレベル評価では、リスクレベル1 (既知のリスクはない) は0名であり、リスクレベル2 (最小リスク) が7名 (28%)、リスクレベル3 (低リスク) が8名 (32%)、リスクレベル4 (中リスク) が9名 (36%)、リスクレベル5 (高リスク) が1名 (4%) であった。

### 2) BRAT リスクレベルと、HRQOL、CES-D、BRAT 項目との関連

患者との死別後に評価する6項目を除いた、「患者または故人の親／保護者」、「重度の精神疾患」「重度の認知・知的障がい」「薬物乱用／依存」「希死念慮」「自殺企図」「信仰／スピリチュアルな苦悩がある」「死別以外の喪失体験」「過去の未解決な死別」「子どもの頃の親の死や喪失」「文化や言葉の問題」「患者との関係性の問題」「患者が35歳以下」の13項目に該当する家族介護者はいなかった。また、子どもに関連する4項目に該当する家族もいなかった。

リスクレベルを低い群 (2、3) と高い群 (4、5) の2群に分類し、患者、家族介護者の続柄、性別、宗教、CES-D、SF8 との関係を確認した結果、有意な関連性はみられなかった。また、リスクレベル両群とBRAT 項目との関係を確認した結果、「ス

トレス反応が強く、怒り、自責の念、不安などの感情が強い状態にある」(p = 0.001)、「ソーシャルサポートの欠如」(p=0.04)、「特定の医療者に対する怒りがある」(p = 0.02) がリスクレベルの高さと有意に関連していた。(表3)

## 6. BRAT リスクレベルと自由記述との関連

### 1) 医療者に求めること

44%の家族が「特にない」と回答していた。一方で、医療者に求めることとして、礼儀、言葉遣いなどの接遇、身体症状を伝えること、苦痛緩和などが挙げられた。BRAT のリスクレベルと医療者に求めることに関する記述の有無を検討した結果、有意な関連性がみられた (p=0.001)。

### 2) 心の支えとなっているもの

介護者として誰かのために生きること (19%)、家族友人の存在 (19%)、必要な時に頼れる人や場所の存在 (19%) などが挙げられた。BRAT のリスクレベルと心の支えに関する記述の有無を検討した結果、関連性はみられなかった。

## V. 考察

本研究の結果、リスクレベル評価では、リスクレベル1 (既知のリスクはない) は該当者がなく、リスクレベル2 (最小リスク) が7名、リスクレベル3 (低リスク) が8名、リスクレベル4 (中リスク) が9名、リスクレベル5 (高リスク) が1名であった。BRAT を用いた先行研究は報告されておらず、家族・遺族がどの程度のリスクレベルにあるかといったことの把握は難しい。そのため、BRAT を使用している諸外国

表3 BRAT アセスメント項目とリスクレベルの関連 (n=25)

BRAT 項目	該当	BRAT リスクレベル (n)		%	p
		リスクレベル2,3	リスクレベル 4,5		
配偶者	なし	4	7	44	0.09
	あり	10	4	56	
主介護者	なし	0	1	4	0.44
	あり	14	10	96	
今後の変化への対処不安	なし	11	8	76	0.55
	あり	3	3	24	
強いストレス反応	なし	14	4	72	0.001
	あり	0	7	28	
サポートの拒否	なし	12	11	92	0.30
	あり	2	0	8	
共存する役割	なし	12	7	76	0.21
	あり	2	4	24	
金銭面、生活面等での問題	なし	11	10	84	0.40
	あり	3	1	16	
患者や個人以外の病気	なし	13	11	96	0.56
	あり	1	0	4	
他の大切な人の死	なし	14	10	96	0.44
	あり	0	1	4	
3年以内に2人以上が死亡	なし	13	11	96	0.56
	あり	1	0	4	
ソーシャルサポートの欠如	なし	12	5	68	0.04
	あり	2	6	32	
家族の仲が悪い	なし	14	10	96	0.44
	あり	0	1	4	
死に対する心の準備ができていない	なし	11	7	72	0.35
	あり	3	4	28	
特定の医療者に対する怒り	なし	14	8	88	0.07
	あり	0	3	12	
ホスピス緩和ケアに対する怒り	なし	14	10	96	0.440
	あり	0	0	4	
信仰や信念	なし	3	10	84	0.08
	あり	3	0	16	
強いソーシャルサポート	なし	8	6	56	0.61
	あり	6	5	44	
楽観主義	なし	8	8	64	0.35
	あり	6	3	36	
スピリチュアル／宗教的な信念	なし	12	11	92	0.30
	あり	2	0	8	

とのリスクレベルの分布比較は難しい。Parksらによって作成された、Bereavement Risk Index (以下 BRI) を用いた 50 名の遺族を対象とした調査<sup>12)</sup>では、28 名が低リスク、19 名が中リスク、3 名が高リスクであったことが報告されている。BRI と BRAT のアセスメント項目、リスクレベルは異なるが、ほぼ類似した分布であると推察される。

リスクレベルと患者、家族介護者の続柄、性別、宗教、CES-D、SF8 には関連がみられなかった。BRAT のアセスメント項目は、家族・遺族の患者・故人との関係やコーピングなどを中心に構成されており、身体的、精神的な側面のアセスメント項目が含まれていない。さらに、本研究の実施においては、研究協力者の対象者の選定基準として、「精神疾患、認知症がいなどのあるもの」を除外したため、すでに抑うつ状態にある、あるいは、強い不安にある家族は含まれていない。これらにより、今回の調査では、リスクレベルと健康関連 QOL 及び、CES-D とは関連性がみられなかったと考えられる。また、坂口ら<sup>13)</sup>のリスク評価の先行研究において、看護師による遺族のリスク評価と CES-D と有意な相関関係を示す項目が認められなかったこと、家族の認識と評価者である看護師の認識の不一致の可能性が示唆されており、本調査でも同様に家族の認識と評価者である医療者の認識の不一致があった可能性も考えられる。

本調査において、リスクレベルと BRAT 項目との相関を確認した結果、「ストレス反応が強く、怒り、自責の念、不安などの感情が強い状態にある」、「特定の医療者に対する怒りがある」の 2 つのアセスメント

項目は、リスクレベルの高さと有意に関連していた。さらに、BRAT のリスクレベルと医療者に求めることに関する記述の有無を検討した結果、有意な関連があり、BRAT のリスクレベルが高い人ほど、医療者へ求めることを記載していた。この結果から、医療者やホスピス緩和ケアへの不満や怒りがリスクレベルに強く関連することがうかがえる。怒りそのものは、喪失への正常な反応である<sup>14)</sup>。医療者への怒りと遺族のグリーフに関する報告はほとんどないが、坂口ら<sup>15)</sup>の遺族の心残りに関する調査では、「医者がかもっと早期に病気を発見してくれなかったこと」、「痛みや他の症状を十分に取ってあげられなかったこと」、「病院の対応が悪かったこと」において遺族は心残りを感じていたことが報告されている。このようながん診断時からの医療者との関わりは、遺族の心残りが悲しみのリスクに影響することが予測されるため、ホスピス緩和ケアに関わる医療者の患者・家族に対する十分な支援や対応が必要である。

遺族の悲しみのリスクアセスメントは、資源が限られたなかで必要な資源を配分するために重要な遺族支援の一つである。今回得られた結果をもとに、BRAT がより使用しやすいツールとなるよう修正を行い、リスクレベルに付随したサービスを検討していく必要がある。

## Ⅵ. 今後の課題

本研究では対象数が 25 名と少なく、その実用性を検討するには限界がある。そのため、継続的調査を行い、データを積み重ねる必要がある。また、今回の調査対象は

死別前の家族であるため、今後は死別後の遺族を対象に追跡調査を行い、リスクレベルを検討する必要がある。さらに、BRAT使用者である医療者へのインタビューを行い、BRATの利用のしやすさ、項目表現などについて確認していく必要がある。

## Ⅶ. 謝辞

本研究にご協力いただきました対象施設の医療者、家族介護者の皆さまに感謝申し上げます。

## Ⅷ. 調査・研究の成果等の公表予定

国内学会、学術誌にて発表予定をしている。

## 文 献

- 1) 坂口幸弘 全国調査にみるホスピス / 緩和ケア病棟の遺族ケアの現状と課題 緩和ケア 2005 312-316
- 2) 坂口幸弘 悲嘆学入門 2010 昭和堂 京都
- 3) 松島たつこ, 赤林朗, 西立野研二. (2001). ホスピス緩和ケアにおける遺族ケア～遺族ケアについての意識調査と今後の展望～. 心身医学. 41(6), 430-437.
- 4) Agnew, A., Manktelow, R., Taylor, B.J., & Jones, L. (2009). Bereavement needs assessment in specialist palliative care: a review of the literature. *Palliative Medicine*. 0(00)1-14. doi:10.1177/0269216309107013
- 5) Cutcliffe, J.R., & Barker, P. (2004). The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 393-400.
- 6) Bereavement Risk Assessment Tool: BRAT Manual. (2008). Victoria hospice Society, Canada.
- 7) Rose, C., Wainwright, W., Downing, M., & Leperance, M. (2011). Inter-rater reliability of the Bereavement Risk Assessment Tool. *Palliative and Supportive Care*, 9:153-164.
- 8) 島悟、鹿野達男、北村俊則他：新しい抑うつ性自己評価尺度について、精神医学、27(6)、717-723、1985.
- 9) Mimura C, Griffith P. A Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and equivalence assessment, *J Psychosomatic Research*, 62, 589-94, 2007.
- 10) <http://www.i-hope.jp/activities/qol/list/sf-8.html>
- 11) 福原俊一、鈴鴨よしみ. (2005) 健康関連 QOL 尺度 -SF8 と SF36. 医学のあゆみ, 213(2), 133-136.
- 12) Kristjanson LJ, Cousins K, Smith J, et al. Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): a community hospice care protocol. *Int J Palliat Nurs*. 11(12): 610-8, 2005.
- 13) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子他, 遺族のリスク評価法の開発 死別後の不適応を予測する因子の探索, 死の臨床, 28(1), 87-93, 2005.
- 14) Parkes C. Bereavement: Studies in grief in adult life. 2nd ed. Madison, CT: International Universities Press; 1987.
- 15) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子他, ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討, 死の臨床, 31(1), 74-81, 2008.