

## 救急外来で死別した家族による緩和ケアの構造・プロセスの評価

木下里美<sup>1</sup>, 宮下光令<sup>2</sup>

<sup>1</sup>関東学院大学看護学部, <sup>2</sup>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

### Evaluation of the Structure and Process of Palliative Care by Families of Patients who Died in an Emergency Department

Satomi KINOSHITA<sup>1</sup> and Mitsunori MIYASHITA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Kanto Gakuin University

<sup>2</sup>Department of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine

Key words : emergency department, bereaved family, quality of end-of-life care, Care Evaluation Scale

Objective : This study aimed to clarify the quality of care in the emergency department by the evaluation of the structure and process of palliative care by families of patients who died in the emergency department.

Method : Cross-sectional anonymous questionnaire surveys were conducted in community-dwelling individuals aged 40-79 years who were randomly sampled from census tracts. A shortened version of the Care Evaluation Scale was used.

Results : Data from 121 bereaved family members of patients who died in the emergency department were analyzed using Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests. “The total cost was reasonable” was rated lower by primary caregivers compared with non-caregivers ( $p = 0.032$ ). Regarding patients whose deaths were unexpected, family members rated “the doctors sufficiently explained the expected outcome to the family” lower compared with families who had an idea of the worst outcome for the patients ( $p = 0.035$ ). Moreover, “admission (use) was possible when necessary without waiting” was rated low by families with daily attendance ( $p = 0.03$ ).

Conclusion : Bereaved family members who did not predict the death of the patient and those who had a deep relationship with the deceased patient had a low evaluation of the quality of end-of-life care of the emergency department.

#### 1. 緒言

救急外来での死は急激な場合も多く、死に直面した家族は死を受け入れることが困難で、身体的、心理的に危機状態に陥りやすい<sup>1)</sup>。また、悲嘆の複雑化など心理的問題の要因<sup>2)</sup>にもなる。そのような家族に対し、医療者の適切な対応や援助は重

要である。救急・クリティカル領域での患者の家族支援は、重症・救急患者家族のアセスメントツール Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care setting) CNS-FACE<sup>1,3)</sup>を使用した実践が報告されている<sup>4,5)</sup>。救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケアについては、看護師の認識と行動から、家族と信頼関係

をつくるケア、患者・家族の支援者としてのケア、救急外来の特殊性の中での家族に寄り添うケア、家族の死の受け止めを支援するケアの特徴が示されている<sup>6)</sup>。しかし、救急外来で死を迎える患者の家族支援の重要さは認識され、その支援への方向性は示されているものの、救急外来の初療室で亡くなる患者や家族に看護を実践する看護師は、「家族の衝撃的な反応に対応する困難感」「悲しみを表出させることの困難感」「患者・家族に対するケアへの戸惑い」「家族に対する申し訳なさ」と自信に対する無力感、不全感、後悔」の感情を抱いており<sup>7)</sup>、支援者は様々な困難を感じている<sup>7,8)</sup>。これらの困難に対する対応や、支援方法を検証するには、家族からの評価が重要である。しかし、救急外来で死別した患者の家族による評価は報告されていない。そこで今回、緩和ケアの構造・プロセス評価尺度（Care Evaluation Scale：CES）<sup>9)</sup>を使用し、救急外来で死別した患者の家族による医療とケアの評価と、その関連要因を明らかにすることで、救急外来での家族のニーズに即した支援方法を検討する上での基礎的資料を得ることを目的とした。

## 2. 研究方法

### 1) 対象と方法

層化2段階無作為抽出法にて、40～79歳の全国の一般市民から10,000名の対象をサンプリングした。具体的には国勢調査区500地点を無作為抽出し、市町村に住居基本台帳の閲覧を申請し、承認後、地点ごとに20例を系統抽出した。2009年と2010年にそれぞれ5,000名ずつ、郵送法にて自記式質問紙調査を実施した。回答者の中から、最近10年間に亡くなった家族がいる者で、その中で、救急外来で亡くなったと回答したものを、本研究の対象とした。

### 2) 調査内容

遺族による緩和ケアの構造・プロセス評価尺度 Care Evaluation Scale（以下CES）<sup>9)</sup>の短縮版10項目を使用した。CESは、遺族が回答する緩和ケアの評価尺度であり、入院中に受けた医療について、医師が「つらい症状に速やかに対応している

か、看護師が知識や技術に熟練しているか、設備や費用は適切であったかといった、患者や家族にとって望ましいと考えられるケアが提供されているかを評価する内容で、28項目から構成される。28項目の信頼性（クロンバック  $\alpha=0.98$ ）・妥当性は検証されており<sup>9)</sup>、短縮版を使用した報告もされている<sup>10,11)</sup>。CESは、ホスピス、緩和ケア病棟で使用されている尺度であるが、死別場所の教示文は変更可能となっており、救急外来で死別した患者の家族による評価尺度がないこと、質問内容が救急外来での家族のニーズ<sup>1,3)</sup>と同様の項目もあることから使用可能と考えた。回答は、改善すべきところが「大いにある」「かなりある」「少しある」「ほとんどない」「全くない」の6段階で求めた。

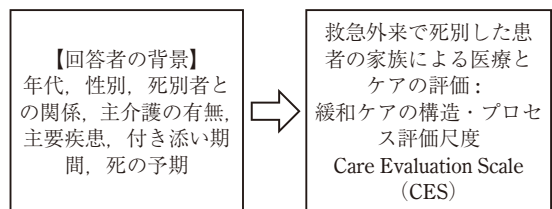
対象者の背景として、年代、性別、回答者と亡くなられた方との関係、亡くなられた方を主に介護・看護していたか、亡くなられた方の病気、死別前1週間の付き添い期間、死を予期していたかについて、質問した。

### 3) 分析方法

「改善すべきところが大いにある1点」～「改善すべきところが全くない6点」とし、満足度が高いほど点数が高くなるように配点し、記述統計を行なった。分析対象者の背景との関連は、Mann-Whitney U検定、Kruskal-Wallisの検定を行い有意水準は.05とした。統計ソフトはSPSSVer25（IBM）を使用した。

### 4) 本研究の仮説モデル

対象者の背景が、救急外来で死別した患者の家族による医療とケアの評価に影響すると仮定した。



### 5) 用語の定義

本研究では、救急外来で死別した患者の家族に

よる救急外来での「医療とケアの評価」を、緩和ケアの構造・プロセス評価尺度 Care Evaluation Scale (CES) を使用して得た評価を指すものとする。

### 6) 倫理的配慮

無記名のアンケート調査で、個人が特定されないことを明記し、参加は自由意思とした。1回目の調査は東京大学の研究倫理審査委員会の承認後に、2回目の調査は東北大学の研究倫理審査委員会の承認後に実施した。

## 3. 結 果

### 1) 回答者の背景

回収数 4,011 名 (40%) で、最近 10 年以内に死別した家族がいる回答者は 2,321 名であった。2,321 名中、一般病院で死別した家族がいる回答者は 1,591 名であった。そのうち救急外来で、死別した家族がいる回答者 121 名を分析対象とした。

回答者の背景は、表 1 に示す通り、年代は 50 歳代が最も多く 42.1%、男性が 31.4%、主に介護していた方は 38.8% であった。亡くなられた方は、回答者の実親が最も多く 55.4%、亡くなられた方の病気は、その他を除くと、心疾患が 22.3% で最も多かった。死別前の付き添い期間は、付き添っていないが最も多く 48.8%、突然で死を予期していなかったが 61.2% であった。

### 2) CES の回答結果

CES で改善すべきところが「まったくない」「ほとんどない」(満足度が高い) の回答比率が多かったのは、「必要な時に待たずに入院(利用)できた」51.3%、「看護師は必要な知識や技術に熟練していた」49.6%、「患者さまの希望がかなえられるようにスタッフは努力していた」49.6% の順であったが、満足度の回答は高くても半数程度であった。一方、回答比率が少なかったのは、「病室は使い勝手がよく、快適だった」38.1%、「ご家族が健康を維持できるような配慮があった」41.3% であった。また、無回答者が各項目 6.6~15.7% いた。

「大いにある 1 点」~「全くない 6 点」で、

表 1. 回答者の背景 n=121

		n	%
年齢	40-49 歳	28	23.1
	50-59 歳	51	42.1
	60-69 歳	37	30.6
	70-79 歳	2	1.7
	性別	男	38
	女	81	66.9
主に介護をしていた		47	38.8
亡くなられた方	配偶者	9	7.4
	実親	67	55.4
	義理親	23	19.0
	子ども	1	.8
	兄弟姉妹	6	5.0
	その他	13	10.7
亡くなられた方の主要疾患	がん	13	10.7
	脳血管疾患	20	16.5
	心疾患	27	22.3
	その他	60	49.6
	死別前 1 週間の付き添い期間	毎日	22
4-5		9	7.4
1-3		30	24.8
付き添っていない		59	48.8
死の予期	予期していた	47	38.8
	突然で予期していなかった	74	61.2

Mann-Whitney U 検定, Kruskal-Wallis の検定を行った結果、「看護師は必要な知識や技術に熟練していた」は年齢で統計学的に有意( $P=0.046$ )で、50 歳代が最も評価が低かった。「支払った費用は妥当だった」は主介護者のほうが非介護者よりも評価が低く ( $p=0.032$ )、「医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明した」は死を予期していないかった家族は予期していた家族よりも評価が低く ( $p=0.035$ )、「必要な時に待たずに入院(利用)できた」は、付き添い期間 ( $p=0.03$ ) で統計学的に有意で、毎日付き添っていたが最も評価が低かった。

## 4. 考 察

救急外来での死別した家族の医療とケアの評価から得た主要な所見は以下の通りである。

表 2. 家族による緩和ケアの構造・プロセス評価 Care Evaluation Scale の平均と割合 n=121

	平均	SD	改善すべきところが大いにある (不満足)		かなりある		ある		少しある		ほとんどない		改善すべきところが多くない (満足)		無回答	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
必要な時に待たずに入院 (利用) できた	4.3	1.5	8	6.6	8	6.6	13	10.7	12	9.9	40	33.1	22	18.2	18	14.9
看護師は必要な知識や技術に熟練していた	4.2	1.3	6	5.0	7	5.8	15	12.4	18	14.9	48	39.7	12	9.9	15	12.4
患者さまの希望がかなえられるようにスタッフは努力していた	4.2	1.4	7	5.8	8	6.6	14	11.6	18	14.9	48	39.7	12	9.9	14	11.6
支払った費用は妥当だった	4.1	1.4	4	3.3	12	9.9	17	14.0	18	14.9	38	31.4	13	10.7	19	15.7
医師や看護師などスタッフどうしの連携はよかった	4.1	1.4	7	5.8	8	6.6	18	14.9	15	12.4	42	34.7	14	11.6	17	14.0
医師は患者さまのつらい症状に速やかに対処していた	4.0	1.3	12	9.9	8	6.6	19	15.7	17	14.0	40	33.1	14	11.6	11	9.1
病室は使い勝手がよく、快適だった	4.0	1.3	5	4.1	6	5.0	24	19.8	22	18.2	36	29.8	10	8.3	18	14.9
ご家族が健康を維持できるような配慮があった	4.0	1.4	8	6.6	11	9.1	18	14.9	18	14.9	39	32.2	11	9.1	16	13.2
医師は、患者さまに、将来の見通しについて十分説明した	3.9	1.5	8	6.6	15	12.4	21	17.4	11	9.1	44	36.4	11	9.1	11	9.1
医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明した	3.9	1.5	8	6.6	18	14.9	17	14.0	14	11.6	44	36.4	12	9.9	8	6.6

SD: Standard Deviation  
平均値が高い順に配置

1) 改善すべきところが「ほとんどない」「まったくなく」の回答者が多い項目でも、約 50% であり、いずれの項目も半数またはそれ以上のものが、改善すべきところがあると回答していた。

2) 主介護者や毎日付き添っていた家族の評価が低く、死を予期していなかった家族は評価が低かった。

救急・クリティカルケア領域での患者の家族のニーズでは、集中治療室に入室する患者の家族のニーズを、支援 (support)、安楽 (Comfort)、情報 (Information)、寄り添い (Proximity)、保証 (Assurance) に分類し 45 項目で示した Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) がある<sup>12)</sup>。救急外来と集中治療室の場は、目的や患者の重症度が異なるものの、生命の危機状態にある患者の家族と捉えた場合、家族のニーズは、共通する内容も多いと考える。CCFNI での「支援」は、家族自身のケアに関すること、「情報」は患者の情報を知ることに関すること、「安楽」は病院の環境に関することの内容であるが、今回の関連した調査項目、医師から患者や家族に対する説明については、いずれも、改善すべきところがないの回答は、50% 以下であり、評価が高いとは言えない現状が明らかになった。更に、「ご家族が健康を維持できるような配慮があった」と「病室は使い勝手がよく、快適だった」は、満足度が低いこと伺えた。救命できずに死を迎えたことで、看護師自身も、「患者を助けることができなかった」ことで、無力感を感じる事が報告されており<sup>7)</sup>、今回の家族の評価でも、救命できなかったこと自体が評価に影響していた可能性もある。また、救急外来での死の特徴から、死を予期していなかった家族は、十分に説明を受ける時間が取れなかったことも考えられ、医師の説明に関する評価が低かったことも推察された。救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆のケアで、看護師は、「医師と家族との調整的役割をとる」「合間を見計らい家族に適宜情報を提供する」などの、情報提供の努力はしている<sup>6)</sup>。しかし、限られた時間の中での実施には限界があり、多職種との協力や、死別後のケア方法も検討をしていくことが必要であ

救急外来で死別した家族による緩和ケアの構造・プロセスの評価

表 3. 背景別の家族による緩和ケアの構造・プロセス評価 Care Evaluation Scale の平均値  $n=121$

	医師は、患者さまに、将来についての見通しについて十分説明した		医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明した		医師は患者さまのつらい症状に速やかに対処していた		看護職は必要な知識や技術に熟練していた		患者さまの希望がかなえられるようにスタッフは努力していた		病室は使い勝手がよく、快適だった		支払った費用は妥当だった		必要な時に待たずに入院(利用)できた		医師や看護師などスタッフの連携はよかった		ご家族が健康を維持できるような配慮があった	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
年齢	4.0	1.6	4.0	1.6	4.3	1.7	4.6	1.5*	4.5	1.4	4.1	1.5	4.3	1.3	4.4	1.6	4.4	1.4	4.1	1.6
50-59	3.8	1.4	3.8	1.5	3.7	1.5	3.9	1.3	4.0	1.4	3.8	1.3	4.0	1.5	4.1	1.5	3.9	1.5	4.0	1.3
60-69	4.0	1.5	3.9	1.4	4.0	1.4	4.3	1.2	4.1	1.3	4.3	1.0	4.0	1.2	4.4	1.5	4.2	1.4	4.0	1.4
70-79	4.0	1.6	4.0	1.7	4.0	1.7	4.3	1.5	4.4	1.6	4.2	1.1	4.3	1.4	4.6	1.4	4.2	1.5	4.1	1.4
性別	3.9	1.6	4.0	1.7	4.0	1.7	4.3	1.5	4.4	1.6	4.2	1.1	4.3	1.4	4.6	1.4	4.2	1.5	4.1	1.4
男性	3.9	1.4	3.9	1.4	3.9	1.4	4.2	1.2	4.1	1.3	4.0	1.3	4.0	1.4	4.1	1.6	4.1	1.4	3.9	1.4
女性	3.7	1.6	3.7	1.5	3.8	1.8	4.1	1.4	4.0	1.4	3.8	1.4	3.7	1.6*	4.2	1.6	4.0	1.6	3.9	1.4
主介護者	4.0	1.4	4.1	1.5	4.0	1.4	4.3	1.3	4.4	1.3	4.2	1.2	4.4	1.1	4.3	1.5	4.3	1.3	4.1	1.4
いいえ	4.0	1.9	4.0	1.9	3.9	2.0	4.5	1.4	3.9	1.5	4.3	1.4	3.1	1.6	4.1	1.8	4.6	1.5	3.1	1.8
配偶者	3.8	1.5	3.7	1.5	3.9	1.6	4.0	1.4	4.1	1.5	3.9	1.5	4.0	1.4	4.2	1.6	3.9	1.6	3.9	1.5
実の親	4.2	1.5	4.0	1.4	4.0	1.4	4.4	1.1	4.2	1.3	4.2	1.0	4.4	1.1	4.3	1.5	4.2	1.2	4.1	1.1
義理の親	3.0	1.5	4.2	1.6	3.7	1.5	4.3	1.2	4.3	1.4	4.0	1.0	3.8	1.5	4.3	1.5	4.7	1.4	4.0	1.3
子供	4.2	1.2	4.3	1.4	4.5	1.4	4.8	1.2	4.7	1.3	4.3	1.0	4.9	0.9	4.8	0.8	4.5	1.2	4.1	1.8
兄弟姉妹	4.4	1.0	4.6	0.7	4.6	1.0	4.5	0.9	4.5	0.9	4.1	1.0	3.6	1.2	4.2	1.5	4.2	1.1	4.0	1.0
その他	3.7	1.6	3.6	1.5	3.9	1.5	4.4	1.4	4.4	1.5	3.9	1.2	4.1	1.2	4.3	1.7	4.4	1.4	4.0	1.5
がん	3.6	1.5	3.8	1.6	3.8	1.7	4.1	1.6	4.0	1.6	4.0	1.3	4.1	1.5	4.2	1.8	3.9	1.6	3.8	1.5
脳卒中	4.0	1.6	3.9	1.6	3.9	1.6	4.2	1.3	4.1	1.4	4.1	1.4	4.3	1.4	4.4	1.4	4.2	1.4	4.0	1.5
心疾患	3.5	1.5	3.6	1.5	3.6	1.4	4.0	1.1	4.0	1.1	3.8	1.1	3.6	1.4	3.6	1.6*	4.0	1.3	3.9	1.3
その他	3.8	1.2	3.8	1.3	4.3	1.5	4.6	1.7	4.4	1.5	3.8	1.6	4.2	1.6	5.1	0.8	4.1	1.6	4.4	1.0
毎日	4.0	1.6	3.8	1.6	3.8	1.7	3.9	1.5	3.9	1.6	3.9	1.5	4.0	1.5	4.0	1.7	3.7	1.6	3.8	1.5
1-3	4.1	1.5	4.1	1.5	4.1	1.5	4.5	1.2	4.4	1.3	4.3	1.2	4.4	1.2	4.6	1.3	4.4	1.3	4.0	1.6
付き添っていない	4.2	1.1*	4.3	1.2	4.3	1.3	4.4	1.1	4.5	1.1	4.0	1.2	3.9	1.4	4.3	1.4	4.1	1.2	4.1	1.2
予期していた	3.7	1.6	3.7	1.6	3.8	1.6	4.2	1.4	4.0	1.5	4.1	1.4	4.2	1.4	4.3	1.6	4.1	1.5	3.9	1.6
予期していなかった																				

SD : Standard Deviation  
Mann-Whitney U検定, Kuruskal-Wallis検定 \* $p<0.05$   
「改善すべきところが大いにある1点」「かなりある2点」「ある3点」「少しある4点」「ほとんどない5点」「改善すべきところが全くない6点」

ろう。また、集中治療室や救命救急センターで死別した患者の家族へのインタビュー調査で、医療者が故人を大切に扱ってくれたという思いの語りが報告されており<sup>13)</sup>、救急外来での医療者の患者の対応や医療における信頼が、家族の評価につながると言え、医療者と患者、家族との信頼関係の大切である。主介護者や毎日付き添っていた家族の評価が低く、患者との関係性が深い家族ほど評価が低くなること言えた。患者との関係性が深かった家族の場合、死別後の悲嘆にも影響し、悲嘆の複雑化など心理的問題が生じる可能性も考えられる。救命救急センターで突然死を体験した遺族に、死後49日から約5~8か月後までに行った面接調査の結果では、「突然の引き裂かれ」「断ち切れない親密さ」「向き合えない現実」の3つの位相が報告されている<sup>14)</sup>。これらは、周囲の人々の支援が影響してことから、死別後でも患者に行われていた医療や状況を伝えることが必要な援助と言われており<sup>14)</sup>、死別後のグリーフケアは重要な課題と言える。

今回の結果は、全国的遺族調査で、平均値がいずれの項目も4.5前後であった<sup>14)</sup>のに比較しても低かった。救急外来は、本来の目的が救命の場であることから、他部署に比較し、環境や状況も異なることから、評価が低くなったことも推察される。時間や環境の制約がある中で、家族への説明後の理解度の把握や、環境整備、家族への配慮をどのように意識的に行っていくかが課題であろう。

## 5. 本研究の限界

一般市民への自記式質問紙調査であり、死亡時の詳細な状況との関連は分析できなかった。また、救急外来に特化した評価指標ではなく、調査項目として不足していた内容があった可能性もある。無回答者が、各項目10%前後あり、救急外来での死別の評価として回答しにくかったことが要因とも考えられる。今回報告した内容は、調査時期が2009年~2010年であり、過去10年の経験を問うていることから、現状と評価が変化している可能性がある。しかし、救急外来での死別後の遺

族調査は倫理的な配慮から実施が困難であることが予測され、今後は、救急外来や各施設の状況に応じた個々の調査により実態を把握していくこと課題であろう。

## 6. 結 論

救急外来での死別した家族への調査結果から、約半数の家族は、改善すべきところがあると回答していた。また、死別者と関係が深かった家族や死を予期していなかった家族は評価が低かった。説明後の理解の確認や死別後のサポート体制の整備が課題である。

## 謝 辞

本調査の実施に当たり、ご協力いただきました回答者の皆さまおよび、自治体の皆さまに感謝いたします。

本研究は、厚生労働省科学研究費補助金（平成19年）の助成を受けて実施した調査結果の一部である。

第18回日本緩和医療学会学術大会で発表した。

## 文 献

- 1) 山勢義江, 山勢博彰, 立野淳子: 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル, 山口医学, **62**(2), 91-98, 2013
- 2) Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., Van Heeringen, K.: Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death, *Resuscitation*, **61**, 341-348, 2004
- 3) 山勢博彰: 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発 ニードとコーピングの推移の特徴から, 日本看護研究学会雑誌, **29**(2), 95-102, 2006
- 4) 田川奈津代: クリティカルケア領域における家族看護 CNS-FACE による家族のニードとコーピングの実態と介入の有効性, 北見赤十字病院誌, **5**(1), 10-13, 2017
- 5) 松本由夏, 梶谷みゆき, 本藤由香理, 他: 危機状況にある患者の家族看護カンファレンスに CNS-FACE を導入した効果, 日本医学看護学教育学会誌,

救急外来で死別した家族による緩和ケアの構造・プロセスの評価

- 21, 18-23, 2012
- 6) 岡林志穂, 森下利子: 救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆のケア, 日本救急看護学会雑誌, **20**(1), 1-9, 2018
  - 7) 原田竜三, 山勢博彰, 千明政好, 濱本淳子: 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情, 東京医療保健大学紀要, **9**(1), 9-16, 2014
  - 8) 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木智絵, 出口雅貴, 蓬田淳竹安: 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感, 日本救急看護学会雑誌, **13**(2), 1-9, 2011
  - 9) Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Maeyama, E., Tsuneto, S., Shima, Y.: Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective, *J. Pain Symptom. Manage.*, **27**(6), 492-501, 2004
  - 10) 宮下光令: ケアプロセス評価, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に検する研究」運営委員会編, 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE), 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 東京, 2010, 14-17
  - 11) 清水恵, 青山真帆, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫, 宮下光令: 遺族による終末期がん患者への緩和ケアの質の評価のための全国調査 the Japan Hospice and Palliative Care Evaluation 2 study (J-HOPE2 study), *Palliative Care Research*, **11**(4), 254-264, 2016
  - 12) Leske, J.S.: Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, *HEART LUNG*, **20**, 236-244, 1991
  - 13) 加藤茜, 田戸朝美, 山勢博彰: クリティカルケア領域における家族の死の意味づけ, 日本救急看護学会雑誌, **17**(2), 56-66, 2015
  - 14) 原田竜三: 家族成員の突然死を体験した遺族の悲嘆 “突然の引き裂かれ” “断ち切れない親密さ”から“向き合えない現実”までのプロセス, 日本赤十字看護学会誌, **6**(1), 52-61