



Web連載

**注目！** がん看護における  
**最新エビデンス**



**田中雄太**  
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 博士課程



**宮下光令** 教授  
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

### 第47回

## 入院中の緩和ケア患者に対する家族会議は、 家族のアウトカムを改善するか？： クラスター無作為化試験

Peter Hudson, Afaf Girgis, Kristina Thomas, Jennifer Philip, David C Currow, Geoffrey Mitchell, Deborah Parker, Danny Liew, Caroline Brand, Brian Le, Juli Moran. : Do family meetings for hospitalised palliative care patients improve outcomes and reduce health care costs? A cluster randomised trial. Palliat Med. 2021 Jan ; 35 ( 1 ) : 188-199. DOI : 10. 1177/0269216320967282

本稿で取り上げる家族会議（family meetingまたはfamily conference）とは、治療・ケア目標の明確化、予後の話し合い、心理社会的サポート、退院計画、ケアプランの作成などを目的に行われる話し合いのことです。日本で通常行われているような病状説明とは異なり、患者や家族のニーズに合わせて目的が設定されます。

医療従事者と家族介護者がオープンに話し合うことは、緩和ケアを提供する上で必要不可欠であり、家族の心理的なサポートに有効であると考えられています。しかし、ガイドラインなどの基準に沿って介入されていないことが多く、そのコミュニケーションの質にばらつきがあることが課題になっています。

本稿で紹介するのは、緩和ケアを受ける患者とその家族を対象に、ガイドラインに沿った家族会議を実施した結果、家族の心理的苦痛が軽減したという、3施設のクラスター無作為化試験です。

本研究は、2015年2月～2017年10月の期間にオーストラリアの3つの病院に入院した、がんや心不全などの難治性疾患を持つ成人患者とその家族介護者297組を対象に行われました。対照群153人は緩和ケアチームから通常のケアを受け、介入群144人は通常のケアに加えて家族会議に1回参加しました。

家族会議は、筆者たちが公表したガイドライン<sup>1)</sup>に沿った方法で実施されました。その概要を表1に示します。

**表1 家族会議の実践ガイドライン**

1. 家族会議の準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に、家族会議の目的を説明する。</li> <li>・患者に、治療・ケア計画の話し合いに参加する家族介護者を確認するように依頼する（診療記録に明記する）。</li> <li>・会議で話し合いたい問題または質問があるかどうかを尋ねる。患者本人が参加したくない場合は、主要な家族との会議を実施する許可を得る。</li> <li>・医療チーム内から調整役を選出する（参加者、人数、日時、場所を決める）。</li> </ul>
2. 家族会議の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者は自己紹介をする。参加してくれた人に感謝を伝える。</li> <li>・家族会議の目的を示し、理解を促す。</li> <li>・会議時間は最大60分間とする。</li> <li>・問題や質問があるかを尋ね、この会議で対処することを明確にする（適宜、優先順位をつける）。</li> <li>・必要時は、他のリソースを紹介し、今後のフォローアップの予定を立てる。</li> <li>・会議の結果をまとめ、質問がないかを尋ねる。</li> </ul>
3. 文書化とフォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誰が出席したか、どのような決定がされたか、フォローアップの予定はあるかなどを文書化し、医療チーム内で共有する。</li> <li>・会議記録のコピーを患者・家族に提供し、診療記録に残す。</li> </ul>

Hudson P, Quinn K, O' Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care : Multidisciplinary clinical practice guidelines. BMC Palliat Care. 2008 Aug 19 ; 7 : 12.

家族会議の進行役となるファシリテーターは、緩和ケアの臨床経験が豊富な看護師、医師、ソーシャルワーカー、心理士でした。

主要評価項目である、General Health Questionnaire (GHQ)は、家族介護者の心理的苦痛を測定する尺度であり、12項目(0～36点)で構成されています。また、副次的評価項目として、家族の身体的・精神的QOL (SF-12)、家族のQOL (CQOLC)、家族が介護することに対してどの程度準備ができていないか(心構え)を測定する尺度(PCS)、家族のニーズがどの程度満たされているかを測定する尺度(FIN)を用いて評価しました。

データは、介入前、介入2週間後、患者の死亡から2カ月後の3つの時点で収集されました。通常ケア群(対照群)と介入群における、介入前と介入2週間後、患者の死亡から2カ月後時点の主要・副次的評価項目の平均値の変化を比較した結果を表2に示します。

表2 介入前と介入2週間後、患者死亡2カ月後における主要・副次的評価項目の変化

	通常ケア群 平均値 [標準偏差]	介入群 平均値 [標準偏差]	p値	効果量 * d
介入前と介入2週間後の平均スコアの差				
GHQ (心理的苦痛)	+0.60 [4.32]	-1.18 [4.90]	0.005	-0.39
SF-12 (身体的 QOL)	-0.15 [0.75]	+0.02 [0.72]	0.13	0.23
SF-12 (精神的 QOL)	-0.04 [0.76]	-0.11 [0.71]	0.52	-0.10
CQOLC (がん介護者の QOL)	+2.61 [11.27]	-0.69 [12.69]	0.07	-0.28
PCS (介護に対する心構え)	-0.64 [5.07]	+2.84 [5.18]	<0.001	0.68
FIN (家族のニーズ)	+1.30 [9.38]	+3.94 [9.92]	0.07	0.27
介入前と患者死亡2カ月後の平均スコアの差				
GHQ (心理的苦痛)	-0.66 [6.01]	-2.41 [5.68]	0.08	-0.30
SF-12 (身体的 QOL)	-0.04 [0.83]	+0.25 [0.86]	0.06	0.34
SF-12 (精神的 QOL)	+0.04 [0.84]	+0.09 [0.71]	0.73	0.06

GHQ : General Health Questionnaire

SF12-v2 : The Short form health survey version 2

CQOLC : The Caregiver Quality of Life Index-Cancer

PCS : The Preparedness for Caregiving Scale

FIN : Family Inventory of Needs

\*効果量 Effect size (Cohen' sd) は、論文中のデータを基に筆者が算出した。効果量はd値の絶対値を見て解釈する。一般に、0.2以上で小さな効果、0.5以上で中程度の効果、0.8以上で大きな効果と言われる。

GHQスコアは、通常ケア群+0.60 [標準偏差4.32] , 介入群-1.18 [標準偏差4.90] で、統計学的に有意な差がありました (p=0.005)。この結果から、通常ケア群では家族介護者の心理的苦痛が悪化したことが示唆され、介入群では苦痛が減少したことが示唆されました。介護に対する心構え (PCS) は、通常ケア群-0.64 [標準偏差5.07] , 介入群+2.84 [標準偏差5.18] で、統計学的に有意な差がありました (p<0.001)。この結果から、家族会議によって、家族介護者の介護に対する役割の意識が向上したことが示唆されました。

患者の年齢や病院の違い、患者と同居しているかどうかによって調整した後も、介入前と介入後2週間時点のGHQとPCSの変化は統計的に有意であり、家族会議の介入は家族の心理的苦痛の減少と介護に対する心構えの向上に関連していることが明らかになりました。また、介入前と患者の死亡から2カ月後のGHQスコアの変化を比較した結果は、統計的に有意ではないものの、介入群の方が家族の心理的苦痛は減少する傾向がありました (通常ケア群-0.66 [標準偏差6.01] , 介入群-2.41 [標準偏差5.68] )。今回、家族会議に患者本人が出席したのは57%であり、医療者の出席率は、医師95%、ソーシャルワーカー86%、看護師72%、作業療法士34%、理学療法士24%でした。

本研究の結果は、ガイドラインに沿った家族会議の実践が、家族介護者の心理社会的苦痛のレベルを低下させ、介護の役割に対する心構えを向上させることを示しました。ガイドラインに示されている家族会議の介入内容は、すでに自施設で実践しているものや、これから導入可能なものも多いのではないのでしょうか。

入院後できるだけ早く家族会議を行うことを検討し、リソースが許せば緩和ケアチームに紹介することは、「早期からの緩和ケア」の概念に沿ったものと言えます。本研究で使用したガイドラインを参考に、家族会議の実践内容やその方法を見

直し、スタッフ間で共有することで、家族介護者のケアにつながるかもしれません。

#### 引用・参考文献

- 1) Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care : Multidisciplinary clinical practice guidelines. BMC Palliat Care. 2008 Aug 19 ; 7 : 12.

---

たなかゆうた：秋田大学医学部保健学科卒業後、東北大学病院に入職。脳神経外科・神経内科病棟、救命救急センターで看護師として勤務。クリティカルケア領域の緩和ケアに関心を持ち、2019年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に進学。2021年看護学修士課程を修了し、2021年より博士後期課程に進学。

みやしたみつり：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業、臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月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教授。専門は緩和ケアの質の評価。

この商品の内容に関するお問い合わせは[仙台事務所](#)  
お急ぎの場合は、TEL (022) 261-7660におかけください。  
※土・日・祝は対応しておりません。

ご注文に関する内容・変更・追加などのお問い合わせは、  
お客様センターフリーダイヤル0120-057671に  
おかけください。

※本サービスは事情により予告なく終了することがございます。  
あらかじめご了承ください。

ページトップに戻る



Copyright© nissoken. All Rights Reserved.

お客様センターフリーダイヤル 0120-057671