

# 産科施設における多職種による共有意思決定支援の 実際：質的研究

著者	有森 直子, 堀内 成子, 稲葉 一人, 後藤 千恵, 大賀 有佳子
雑誌名	聖路加看護学会誌
巻	25
号	2
ページ	3-9
発行年	2022-01-31
URL	<a href="http://doi.org/10.34414/00016545">http://doi.org/10.34414/00016545</a>



— 原 著 —

# 産科施設における多職種による共有意思決定支援の実際

## ——質的研究——

有森 直子<sup>1)</sup>, 堀内 成子<sup>2)</sup>, 稲葉 一人<sup>3)</sup>,  
後藤 千恵<sup>1)</sup>, 大賀有佳子<sup>1)</sup>

### 抄 録

**目的：**国内の産科施設における共有意思決定（以下、SDM）および多職種がかかわる共有意思決定（以下、IP-SDM）の実際を明らかにする。

**方法：**研究対象は先行研究である質問紙調査時に本研究にも承諾が得られた2施設の産科医療職とし遠隔会議システムにより約1時間のインタビューを実施した。インタビュー項目は、当該施設におけるSDMの現状、IP-SDMの現状、SDM実装の阻害・促進要因とした。インタビューから逐語録さらに事例ごとに要約を作成し質的分析を行った。新潟大学、他2施設の研究等倫理審査委員会の承認を得たのち実施した。

**結果：**対象者は産科医師2人、助産師3人、精神科・産婦人科にかかわる看護師1人、医療補助者1人の計7人であった。産科医療におけるSDMの実際：3つの質問項目に沿った対象者ごとの要約から、以下の12の特徴が見いだされた。1) SDMの実際：産科における意思決定の特徴とSDM、①妊婦の安全と胎児の安全といった立場の違いがあること、②医療者の判断よりも産婦にとっての悔いのない意思決定が望まれること、③人としての価値観と職業人としての価値観の違いを区別する姿勢が重要となること、④だれの代弁者になるのかという課題があること、⑤医療者の説明の仕方が産婦の意思決定に影響すること、2) IP-SDMの実際：IP-SDMが必要となる状況とその支援、①医療者の勧めと産婦の希望がかみ合わない場合の調整、②合併疾患がある妊婦にチームで対応し個人を守る支援、③医療者の意思決定支援の時間を確保する医療補助者の役割、3) SDMの促進、阻害要因：意思決定支援を支えているシステム、①スタッフの心理的負担を軽減するための臨時のカンファレンスの開催、②意思決定支援の知識を共有するための学習会の開催、③気軽に相談できる人間関係、④意思決定支援が必要な人を見つけるためのスクリーニング。

**結論：**妊産婦と胎児の双方の意思決定を支えるSDMの課題と対応、IP-SDMが必要となる状況と対応、およびSDM実装を支えるシステムの実際が明らかとなった。

**キーワード：**意思決定支援、産科医療、多職種共有意思決定、葛藤、質的研究

## I. はじめに

今日、母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査(non-invasive prenatal genetic testing; NIPT)、無痛分娩といった新たな選択をはじめ、産科の医療管理・治療法は多様化し妊産婦は妊娠・出産のさまざまな場面で困難な選択を迫られ(村上ら, 2020)、情報提供を含む意思決定の支援のニーズはますます高まっている。情報提供としてのディシジョンエイドは、複数の治療の選択肢がある前立腺がん(Wolf et al., 2010)や更年期(Schapira

et al., 2007)、乳がん術式選択(Whelan et al., 2004)で活用がみられる。国内では、ディシジョンガイドや決定に関する葛藤尺度が翻訳され(Arimori, 2006)、出生前検査や乳がんの治療選択にディシジョンガイドやエイドを用いた介入研究もある(御手洗ら, 2017; Osaka et al., 2017)。さらに無痛分娩の選択に関するディシジョンエイドを用いた介入研究により、意思決定の葛藤の低下、選択に迷う妊婦の減少、知識の向上の結果も国内で報告されている(Shishido et al., 2020)。

医療の選択に直面する当事者とその家族の意思決定のあり方について、「共有(協働)意思決定」(shared decision making; SDM)が注目されている(中山, 2018)。SDMは「保健医療の決定に患者と一人以上の保健医療者が参加するプロセス」と定義され(Towle et al., 1999;

受付日：2021年5月27日/受理日：2021年12月17日

1) 新潟大学大学院保健学研究科

2) 聖路加国際大学

3) 中京大学法務総合教育研究機構

Légaré et al., 2014), 構成概念の研究や尺度開発にも至っている (Kriston et al., 2010 ; Goto et al., 2020). また, SDM の成果は QOL, 病気のコントロール感, 症状の緩和を向上させ, 疲労, うつ, 病気の懸念を低下させたという報告がある (Kiesler et al., 2006). 2020年には, オタワ意思決定支援の枠組みが刷新され, 意思決定支援のリソースやサポートの充実が追記された (Hoefel et al., 2020). イギリスにおいては「医療のことを最もよく知っているのは医師」であり, 「患者はそれを黙認する」という構図が SDM の障害になっている (Begley et al., 2019) という報告がみられている.

産婦人科領域では, Poprzeczny ら (2020) の促進する decision aids のシステマティックレビューおよびメタ分析が行われ, ささまざまな臨床シナリオ (月経異常, 避妊方法, 妊娠中絶, 出生前検査, 不妊治療, 骨盤位, 帝王切開分娩後の経膈分娩, 子宮脱など) が SDM の実践として報告されている. ランダム化比較試験 (randomized controlled trial ; RCT) による成果では, 意思決定葛藤の低下, 知識の向上が認められるが, 不安や満足度には差が認められない. 組織として多職種がかかわる SDM (interprofessional-SDM ; IP-SDM) の実装の要因として患者の知識, 患者の意見を尊重する専門家の姿勢, 時間の確保, 信頼関係, 情報の提供が挙げられ, 特に専門家は SDM 支援への動機づけに努力をすべきであると指摘している (Alsulamy et al., 2020).

本研究では, 国内の産科施設における SDM および IP-SDM の実際を, 産科医療専門職からのインタビューを通して明らかにすることを目的とする.

## II. 用語の定義

SDM : Légaré ら (2014) の定義に基づき, 本研究においても「保健医療の決定に患者と一人以上の保健医療者が参加するプロセス」と定義する. また, SDM 概念の国際化の動きも勘案し, SDM あるいはカタカナ表記で用いる. ただし, 現時点で SDM が十分に浸透していないことから, 研究対象者への説明では日本語訳の共有意思決定を用いた.

産科医療職 : 本研究の対象となる産科医療施設で勤務する産婦人科医師, 看護職, 医療補助者とする.

多職種連携 SDM (interprofessional-SDM ; IP-SDM) : 本研究では, 研究対象者以外の産科内での医師, 看護職, コメディカルスタッフとの連携, および産科以外の診療科 (腫瘍内科, 精神科等) との連携した意思決定とする.

## III. 研究方法

### 1. 研究対象

本研究に先行して行われた産科医療施設を対象にした質問紙による SDM 実態調査時に, インタビューにも承

諾が得られた大都市にある 2 産科施設の産科医療職を対象とした.

### 2. データ収集方法

遠隔会議システムを用いて 1 人あたり 1 時間程度のインタビューを個別に 1 回行った. インタビュー項目は, 当該施設における SDM の現状, IP-SDM の現状, 臨床での SDM 実装を阻害あるいは, 促進する要因とした. 対象者に SDM の定義を説明し, 研究者が必要時内容の確認を行う以外は, 研究対象者の語りの流れを尊重した. インタビューの最後に, 研究者のまとめを研究対象者に伝え全体的なインタビュー内容の確認も行った.

### 3. 分析方法

インタビューの録音データから逐語録を作成し, 分析対象とした. 研究対象者の質問項目に対する語りの流れに沿って, 事例ごとに要約を作成した. 質的研究の信頼性・妥当性をより確実にするためインタビューに参加した複数の研究者での確認 (member checking), 要約と逐語録との比較によるトライアングレーション (triangulation), 先行研究など不確かなデータ (disconfirming evidence) との比較を実施した (John et al., 2011).

### 4. 倫理的配慮

本研究は, 新潟大学における人を対象とする研究等倫理委員会の承認 (承認番号 : 2020-0471), 聖路加国際大学倫理審査委員会 (整理番号 : 19-R159), 京都第一赤十字病院倫理委員会 (受付番号 : 984) の承認を得たのち実施した.

### 5. 結果

対象者の概要 : 合計で 7 人から研究の承諾を得られた. 構成は, 産科医師 2 人 (管理職, 中間管理職), 助産師 3 人 (病棟管理職 2 人, 外来管理職 1 人), 精神科・産婦人科の両方にかかわる看護職 1 人, 医療補助者 1 人であった.

産科医療における SDM の実際 : 3 つの質問項目に沿った対象者ごとの要約から, 以下の 12 の特徴が見いだされた. 1) SDM の実際 : 産科における意思決定の特徴と SDM (5 つ), 2) IP-SDM の実際 : IP-SDM が必要となる状況とその支援 (3 つ), 3) SDM の促進, 阻害要因 : 意思決定を支えているシステム (4 つ) である (表 1). 以下, 12 の特徴は【 】で示し, それが導かれた事例等の説明のあとに, 「 」で対象の要約を, また, 研究者が補足した部分は ( ) で示す.

1) SDM の実際 : 産科における意思決定の特徴と SDM  
①【妊婦の安全と胎児の安全といった立場の違いがあること】

産科の意思決定の事例として, 出生前検査, 緊急でない帝王切開実施の判断, がん併発妊娠継続の判断, 胎児

表1 産科医療におけるSDMの実際

3つの観点	1) 産科における意思決定の特徴とSDM	2) IP-SDMが必要となる状況とその支援	3) 意思決定支援を支えているシステム
12の特徴	①妊婦の安全と胎児の安全といった立場の違いがあること ②医療者の判断よりも産婦にとっての悔いのない意思決定が望まれること ③人としての価値観と職業人としての価値観の違いを区別する姿勢が重要となること ④だれの代弁者になるのかという課題があること ⑤医療者の説明の仕方が産婦の意思決定に影響すること	①医療者の勧めと産婦の希望がみ合わない場合の調整 ②合併疾患がある妊婦にチームで対応し個人を守る支援 ③医療者の意思決定支援の時間を確保する医療補助者の役割	①スタッフの心理的負担を軽減するための臨時的カンファレンスの開催 ②意思決定支援の知識を共有するための学習会の開催 ③気軽に相談できる人間関係 ④意思決定支援が必要な人を見つけるためのスクリーニング

異常における中絶の判断、不妊治療等が挙げられ、妊婦と胎児の立場の違いについて語られた。

「産科領域での判断が難しいのは、「妊婦」とまだみぬ「胎児」の命をもつばら妊婦の判断を重視して決定していく面があること、パートナーは「妊婦の安全」≧「胎児の安全」になることが多いが、「妊婦の意思」≧「妊婦の安全」になることもある。また人工妊娠中絶には期限があることから、限られた時間を逆算して支援することになる。産科領域では、意思決定支援が難しい特有の条件(出産は、うまくいって当たり前という前提を産婦と家族がもっている)も考える必要がある」産科医師(産科管理職)の要約。

②【医療者の判断よりも産婦にとっての悔いのない意思決定が望まれること】

第2子が21トリソミーと診断された後、夫婦が「中絶」を決断し、(児とは)会わないと決めた事例からの特徴が語られた。

「産婦のなかにはすでに決めてきている方がいて、別の選択肢に引き戻ることがない場合には、医療者としての「いい意思決定」より、産婦にとっての「悔いのない意思決定」であるように支援している。たとえば、本事例では流産の後に、再度「面会」の選択肢を示したが「心変わりがなかった」ことは、その方にとっては悔いのない意思決定であったと思う」助産師(病棟管理職)の要約。

③【人としての価値観と職業人としての価値観の違いを区別する姿勢が重要となること】

多胎の妊婦が夫から家庭内暴力(domestic violence; DV)を受けているという事例から、助産師の意思決定支援の姿勢について語られた。

「人としての価値観と職業人としての価値観に気づくことが大事で、自分のもつ価値観を相対化させる能力と、患者にも価値観があり「人はそれぞれ大事なものは異なる」「決めかねることは当然だ」と思える力が大切である。つまり、選択肢の影響は医学的な側面だけではなく、生活全般にわたる(上記の事例では、将来的に双子

はだれと生活していくのか、生活費はどうするのか)場合もある。それゆえ(決定の)時期が決まっているものではない事例は、患者が話せる時間をとることで自らの考えに気づいていくし、決めかねている内容やその理由が明確になる。その意味で、患者は孤立して決めているのではなく、支援者との関係性のなか、あるいは家族との関係性のなかで決めているといえる。情報提供だけでなく、心理的サポートも必要である」助産師(外来管理職)の要約。

④【だれの代弁者になるのかという課題があること】

多胎の妊婦が夫からDVを受けているという事例では、生まれてくる子どもの安全についてもふれて代弁者について語られた。

「看護師としてだれの代弁者となっているかを意識することも必要である。がんでは目の前の患者にとって「できる限りの医療を医療者として提供したい」となるが、周産期では、まだみぬ児や兄弟等の代弁者に医療者になることがあり(妊婦だけのための)「できる限り」とならないこともある。また子どもの虐待が疑われる場合の養育に関する意思決定は、児童相談所の職員もかかわってきて子どもの安全が最優先された。しかし産婦への意思決定の支援はされていなかった。意思決定支援は看護者の価値観を押しつけずに、相手の価値観を尊重する看護の基礎である」助産師(外来管理職)の要約。

⑤【医療者の説明の仕方が産婦の意思決定に影響すること】

出生前検査の結果が陽性で、ひとりだけで産む選択をした事例から医療者の説明について語られた。

「帝王切開か、経膈分娩かの判断について、evidenceがあいまいな場合、医師の価値観による説明の仕方が産婦の意思決定に大きな影響を及ぼす。「自分の態度が患者の意思決定の質に影響を及ぼすこと」の自覚があることが重要。自病院では、医師により違いがあることを許容した診療体制となっている(たとえば、双胎の帝王切開の適応は担当医により異なることをスタッフが理解している)。特に周産期では、家庭でも継続的なケアが不可欠

であり、夫婦で意見の相違がないかを確認する。また、実際に21トリソミーの子どもを育てている母親や小児科医との面談の機会をもつなど「立場の異なる人」の意見をきく」産科医師（産科中間管理職）の要約。

## 2) IP-SDM の実際：IP-SDM が必要となる状況とその支援

### ①【医療者の勧めと産婦の希望がかみ合わない場合の調整】

切迫早産に関して医師や助産師の医療者は入院を勧めたいが、妊婦自身は入院を渋る状況や、腫瘍内科や精神科など診療科をまたがる患者に対応する際、両方の科にかかわった意思決定支援の事例について語られた。

「切迫早産の入院において、入院を渋る妊婦がいると助産師は無事出産してほしいという思いがあるので緊急性が伝わらないもどかしさを感じるが、医師の説明後、妊婦に説明内容をかみ砕いて再度説明するようにしている。そういう場合、妊婦がなぜそのような選択をしたのかを医師と話す」助産師（病棟管理職）の要約。

「妊娠初期に子宮頸がんが診断され、中絶の後に子宮の全摘出術が提案された経産婦の事例。手術はせずに別の治療法（民間療法）を選択した。この事例では、産科の方針と経産婦の方針は一致せず、経産婦が産科の受診を継続しない危険性も想定されたため産科と精神科で対応を検討した。家族は、経産婦に手術をしてほしいという希望もあった。経産婦が納得して手術をすることを決めていけるように、調整を図った。その際に配慮したことは、1. 手術を受けないという選択に至る経産婦の「経過の物語」を理解する、2. 受診機会を逃さぬように調整する、3. 中立的に動く、の3点であった」診療科をまたがる患者に対応する看護師の要約。

### ②【合併疾患がある妊婦にチームで対応し個人を守る支援】

診療科をまたがる患者への対応の事例から、医療チームのあり方について語られた。

「がんを併発した妊娠では、医師から妊婦に「客観的合理性のある最善の選択肢」の情報を提供し、かつ推奨を行う。9割の妊婦がこれを受け入れる（ワンストップで終了）が、1割程度で違う反応がある。この場合は多職種が複数人で対応し「臨床倫理委員会」「患者相談室」「認定看護師」「リエゾンナース」など、さまざまなリソースを使って再度検討する。その検討後に看護師同席のもとで、妊婦やパートナーに説明し再考を促すが、妊婦の意思が固い（医師の推奨とは異なる選択）場合は、妊婦の意思に沿うようにし、フォローアップとしてリエゾンナースにつなぐ。ワンストップの場合は、ガイドラインに沿った資料（ディシジョンエイド）が充実していることで対応が可能である。やはりSDMは、がん併発妊娠などのケースで必要となる」産科医師（産科管理職）の要約。

### ③【医療者の意思決定支援の時間を確保する医療補助者の役割】

医療補助者は、チーム医療のなかでの意思決定に関する役割について語られた。

「意思決定支援にかかわる医師は、決めつけるような話し方はせずに、患者を尊重し「最終的に決めるのはあなたです」と必ず伝え、医療の説明と人生にかかわる意思決定を切り分けて説明している。看護師もじっくり時間をかけて話をしている。自分たちの仕事はチーム医療の一環であり、忙しいところから「タスク（を）シフト」していることが役割だと教育されている。よりよい医療とは、医師と患者が信頼関係を築いて、最終的に患者が自分の意思に沿った医療を受けられる体制であると思っている。そのため、医療事務として医師が十分に患者に関わる時間をつくれるようにすることが重要であると思う」医療補助者の要約。

## 3) SDM の促進、阻害要因：意思決定支援を支えているシステム

以下の4つの特徴が挙げられた。

### ①【スタッフの心理的負担を軽減するための臨時のカンファレンスの開催】

「倫理的な事柄の判断は、スタッフ1人に抱えさせず、多くの人のかわりりと相談体制を充実させ、スタッフの心理的負担を軽減させている。話し合いは、産科内、あるいは新生児科、循環器、乳がん部門と定期的にもたれているし、臨時でもスタッフは都合をつけて集まる。これは、時間も人もかなり使うことになるため、今後はシステムをきちんとつくることで人数を少なく対応できる可能性はある」産科医師（産科管理職）の要約。

### ②【意思決定支援の知識を共有するための学習会の開催】

「組織特性として、看護職向けの意思決定支援の研修会がある」助産師（病棟管理職）の要約。

### ③【気軽に相談できる人間関係】

「自分は日ごろの会話のなかで、患者と異なる価値観をもっている医師やスタッフもいるということを知っている。そのため、患者の決定をあまり快く思わず受け入れ切れていない感じが医療者側にあると感じる。患者に対しても、自分の価値観で「誘導」するのではなく、客観的な情報の提示から始めることが大事であり、このような話題をスタッフ間で話し合えるようにしている」助産師（病棟管理職）の要約。

### ④【意思決定支援が必要な人を見つけるためのスクリーニング】

「外来では妊婦の状況を把握するためのアセスメントツールを使っている。特にチェックがなければ5～10分程度の面談だが、複雑な家族関係や社会背景にある妊婦には、同僚助産師と相談して30分程度の面談をしている」助産師（病棟管理職）の要約。

## IV. 考 察

### 1. 産科に特徴的な意思決定と医療者の葛藤

本研究において、産科医療者から語られた意思決定の状況では妊婦と胎児という二者の立場があり、双方にとってのメリットにならない事態もあることから、意思決定にかかわる医療者の葛藤とその対応について語られていた。Uenoら（2020）は、望まない妊娠に直面した日本人女性に関するSDMの医療者インタビューから、SDMは1）女性の表現を引き出して信頼関係を創る、2）女性の真のニーズについて話し合う、3）女性が表出した意図と目標を探索し最善の選択につながるようにする、という3段階を経て進み、一貫して女性の声を尊重するプロセスがあると報告している。しかし、本研究では、医療者は、妊産婦と胎児の【だれの代弁者になるのかという課題があること】を認識していた。具体的にはDVの事例にみられたように、医療者は、生まれてくる子どもの安全を優先した代弁者となる場合に、妊産婦の代弁者となりえないことに対するジレンマもあり、医療者のもつ課題として語られていた。

また、がん併発妊娠におけるSDMについて、時間的制約のあるなかでの妊婦の治療のみではなく、胎児の安全という双方の立場の違い、すなわち胎児にとってのメリット・デメリットも考慮しながら支援する必要性を医療者は認識していた。Tuckerら（2019）は、22～25週の早産児の妊娠中に63%の親がSDMを希望しており、SDMが児の障害や死の可能性を知り、子どもにとっての最善の利益、子どもの苦しみについて深く考える機会となったと報告しており、本研究の結果を支持するものであった。

さらに、【人としての価値観と職業人としての価値観の違いを区別する姿勢が重要となること】の一例として、中期中絶後の児との対面など医療者が妊婦の価値観に同意できない状況下での支援を挙げた。妊婦の決定に至る経過を「固い価値観をもっていると思われる人に対し、合理的、納得できるまでよく話をきく」という柔軟な対応について、外来管理職の助産師は語り、助産師としての長い実践経験からその姿勢は培われたと述べていた。Daemersら（2017）は、助産師の臨床的意思決定を形成する要因として、「妊婦を中心にしたケア、意思決定、多職種協働への姿勢」などの、それまで培ってきた助産師としての経験や勘が影響することを指摘しており、本研究の結果を支持するものであった。

### 2. IP-SDMが必要となる状況とその対応と支えるシステム

IP-SDMとして今回は、産科内での医師、看護職、コメディカルとの連携や産科以外の診療科（腫瘍内科、精神科等）との連携の実際については、その状況や具体的な支援体制が語られた。【医療者の勤めと産婦の希望が

かみ合わない場合の調整】では、産婦が特定の医療者との合意形成ができない状況であるため、それ以外の診療科や他職種（診療科をまたがる看護職）の要請がなされていた。意思決定支援をチームで行う場合の役割分担ではなく、医療の方針における不一致の状況下でのIP-SDMとしての新たな知見といえる。産科管理職の医師からは、医療方針の不一致の状況に対して【合併疾患がある妊婦にチームで対応し個人を守る支援】【スタッフの心理的負担を軽減するための臨時のカンファレンスの開催】をしている内容が語られ、SDMの実装に影響する組織のリーダーシップの姿勢がうかがえた。

さらに【意思決定支援の知識を共有するための学習会の開催】や【気軽に相談できる人間関係】といった組織文化、【意思決定支援が必要な人を見つけるためのスクリーニング】が看護の管理職から語られていた。また、医療補助者が医療者のSDMの目指すところを深く理解し【医療者の意思決定支援の時間を確保する医療補助者の役割】を語った点も本研究における特記すべき知見といえる。Schollら（2018）によるSDMの臨床での実装に影響を与えている研究のスコopingレビューによれば、組織のリーダーシップ、組織文化、組織にとっての優先順位、チームワーク、ワークフロー（業務の流れ）のそれぞれが影響しているとの指摘があり、本研究における結果を支持するものであった。

## V. 結 論

産科施設における多職種による共有意思決定について、1）産科における意思決定の特徴とSDM、2）IP-SDMが必要となる状況とその支援、3）意思決定支援を支えているシステムの3つの観点から、妊産婦と胎児の双方への意思決定を支える医療スタッフには葛藤があり、組織としてその負担軽減に向けたサポート体制がとられているという特徴が明らかとなった。

### 謝辞

研究に参加してくださいました医療者のみなさまに心より感謝いたします。なお、本研究はJSPS科研費17H04427の補助を得て行った研究の一部である。

### 引用文献

- Alsulamy N, Lee A, Thokala P, et al.(2020) : What Influences the Implementation of Shared Decision Making : An Umbrella Review. *Patient Education and Counseling*, 103 (12) : 2400-2407.
- Arimori N (2006) : Randomized controlled trial of decision aids for women considering prenatal testing ; The effect of the Ottawa Personal Decision Guide on decisional conflict. *Japan Journal of Nursing Science*, 3 (2) : 119-130.
- Begley K, Daly D, Panda S, et al.(2019) : Shared decision-

- making in maternity care ; Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25 (6) : 1113-1120.
- Daemers DOA, van Limbeek EBM, Wijnen HAA, et al. (2017) : Factors influencing the clinical decision-making of midwives : a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1) : Article number : 345.
- Goto Y, Miura H, Son D, et al.(2020) : Psychometric Evaluation of the Japanese 9-Item Shared Decision-Making Questionnaire and Its Association with Decision Conflict and Patient Factors in Japanese Primary Care. *JMA Journal*, 3 (3) : 208-215.
- Hoefel L, O'Connor AM, Lewis KB, et al.(2020) : 20th Anniversary Update of the Ottawa Decision Support Framework Part 1 ; A Systematic Review of the Decisional Needs of People Making Health or Social Decisions. *Medical Decision Making*, 40 (5) : 555-581.
- John WC, Vicki LPC (2011) : *Designing and conducting Mixed Methods Research* ( 2nd ed.). 210-213, SAGE Publishing, Thousand Oaks, California.
- Kiesler DJ, Auerbach SM(2006) : Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior ; Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61 (3) : 319-341.
- Kriston L, Scholl I, Hölzel L, et al.(2010) : The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80 (1) : 94-99.
- Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al.(2014) : Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (5) : CD006732.
- 御手洗幸子, 有森直子 (2017) : 出生前検査を実施していない施設の妊婦を対象にした Decision-Guide の作成と評価. *母性衛生*, 57 (4) : 643-651.
- 村上京子, 大下真美, 佐世正勝, 他 (2020) : 年妊婦の妊娠・出生前検査の情報選択に関する研究. *日本遺伝カウンセリング学会誌*, 41 (3) : 97-105.
- 中山健夫 (2018) : エビデンスに基づくリスク・ベネフィットのコミュニケーション ; SDM<共有意思決定に向けて>. *薬学雑誌*, 138 (3) : 331-334.
- Osaka W, Nakayama K (2017) : Effect of a decision aid with patient narratives in reducing decisional conflict in choice for surgery among early-stage breast cancer patients ; A three-arm randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100 (3) : 550-562.
- Poprzeczny AJ, Stocking K, Showell M, et al.(2020) : Patient Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology ; A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 135 (2) : 444-451.
- Schapira MM, Gilligan MA, McAuliffe T, et al.(2007) : Decision-making at menopause ; A randomized controlled trial of a computer-based hormone therapy decision-aid. *Patient Education and Counseling*, 67 (1-2) : 100-107.
- Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, et al.(2018) : Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them ; A scoping review. *Implementation Science*, 13 (1) : Article number : 40, doi : 10.1186/s13012-018-0731-z.
- Shishido E, Osaka W, Henna A, et al.(2020) : Effect of a decision aid on the choice of pregnant women whether to have epidural anesthesia or not during labor. *PLoS One*, 15 (11) : e0242351.
- Towle A, Godolphin W, Greenhalgh T, et al.(1999) : Framework for teaching and learning informed shared decision making Commentary ; Competencies for informed shared decision making Commentary ; Proposals based on too many assumptions. *BMJ*, 319 (7212) : 766-771.
- Tucker EB, Savage TA, Kimura RE, et al.(2019) : Prospective parents'perspectives on antenatal decision making for the anticipated birth of a periviable infant. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32 (5) : 820-825.
- Ueno Y, Kako M, Ohira M, et al.(2020) : Shared decision-making for women facing an unplanned pregnancy ; A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22 (4) : 1186-1196.
- Whelan T, Levine M, Willan A, et al.(2004) . Effect of a Decision Aid on Knowledge and Treatment Decision Making for Breast Cancer Surgery. *JAMA*, 292 (4) : 435-441.
- Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB, et al.(2010) : American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer ; update 2010. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 60 (2) : 70-98.

# Situations around Interprofessional Shared Decision-Making in Obstetrics Facility

## —A Qualitative Study—

Naoko Arimori<sup>1)</sup>, Shigeko Horiuchi<sup>2)</sup>, Kazuto Inaba<sup>3)</sup>,  
Chie Goto<sup>1)</sup>, Yukako Oga<sup>1)</sup>

1) Graduate School of Health Sciences, Niigata University

2) St Luke's International University

3) Law Institution, Chukyo University

**Objective** : This study was designed to identify the situations around shared decision-making (SDM) and inter-professional shared decision-making (IP-SDM) at obstetrics facilities in Japan.

**Method** : This study included healthcare providers in obstetrics at two facilities who had indicated in the previous questionnaire survey their consent to be surveyed in this study. Interviewees were asked about the current situation around SDM at their facility and factors that hinder/drive SDM. Interview transcripts and notes taken by researchers during the interviews were analyzed, a summary was created for each case and a qualitative analysis was conducted. It was conducted after obtaining the approval of the Research Ethics Committee at Niigata University and two other facilities.

**Findings** : Seven healthcare providers were interviewed : two obstetricians, three midwives, one nurse in psychiatry/obstetrics and gynecology, and one medical office assistant. In three IP-SDM-related categories, the following 12 features were identified : 1) Characteristics of decision-making and SDM in obstetrics ①Difference in positions related to mothers' safety and fetuses' safety ; ②No-regrets decisions over good decisions ; ③Differentiating value as an individual and value as a professional ; ④Issue of who to represent ; ⑤How the way healthcare providers give explanations affects mothers' decisions ; 2) Situations where decision support is required and what support is provided ①Adjustments made when mothers' wish is inconsistent with healthcare providers' recommendation ; ②Support provided by a team to protect individuals ; ③Role of assistants who undertake healthcare providers' tasks 3) Systems that aid decision support ①Meetings held besides regular ones ; ②Seminars to learn about decision support ; ③Interpersonal relationships that make healthcare providers feel free to ask questions ; and ④Screening for identifying people who need decision support.

**Conclusion** : Findings from the study revealed the challenges and responses of SDM that support both pregnant and fetal decision-making, the situations and responses that require IP-SDM, and the actual systems that support SDM implementation.

**Key words** : decision support, obstetrics, interprofessional shared decision-making, conflict, qualitative study