

2020 年 1 月 31 日

2019 年度 聖路加国際大学大学院 看護学研究科

修士課程 課題研究

終末期がん患者・家族の意思決定を支援するための
医療者に対する教育プログラムに関する文献レビュー

**Educational Program for Healthcare Professionals
Who Support Cancer Patients and Their Families
in End-of-Life Decision-Making
: A Literature Review**

18MN003 岩澤 美保

目次

第 一 章 序論	2
I. 研究の背景	2
II. 研究目的	4
第 二 章 研究方法	5
I. 研究デザイン	5
II. 文献検索方法	5
III. 分析方法	8
第 三 章 結果	9
I. 文献検索のプロセス	9
II. 対象文献の概要と特徴	10
第 四 章 考察	23
I. 終末期がん患者の意思決定支援をするための医療者に対する教育プログラムに必要な要素	23
II. 看護への示唆	26
III. 今後の課題	27
IV. 研究の限界	27
第 五 章 結論	29
● 引用文献	30
● 資料	36
● 謝辞	38

第 1 章 序論

1. 研究の背景

がんは日本人の死因の 1 位である。死亡者は増え続けており、2018 年には約 37 万人となった(厚生労働省大臣官房統計情報部編,2018)。国はがん対策を重要課題として、2006 年にがん対策基本法を制定し取り組んできた。増加する終末期患者に対しては、2016 年の一部法改正により療養生活の質の維持向上のために必要な施策として診断時からの適切な緩和ケアの提供が追加され、2017 年からの第 3 期がん対策推進基本計画でも推進されている(厚生労働省, 2018)。

がん医療の進歩によって、終末期間近まで臨床試験を含めた積極的治療選択の可能性ができるなど治療の選択肢は大きく増えた。エビデンスに基づいた治療の標準化は進んでいるが、標準治療がなくなった段階における治療選択肢のエビデンスは十分ではなく、患者は利益と害のバランスおよび自分の価値観をもとに選択を行う。終末期がん患者にとっては、残された時間の過ごし方がその人の希望に沿っているかどうかは Quality of Life(QOL)に大きく影響するため、治療を含めた時間の過ごし方について自分らしい意思決定をすることが重要である。

しかし、終末期のがん患者には痛みをはじめとした身体的苦痛症状、抑うつなどの精神的な問題、せん妄など意識レベルの問題が生じることが多く、残された時間や自分の希望について考えることが困難な状態となりやすい。患者の意思決定を支える家族の困難も大きく、J-HOPE3 による一般病院で死亡したがん患者の遺族に対する調査では、患者の療養生活について選択や決断をすることについて困難感を感じていた家族は 3 割に上った(清水ら,2018)。終末期がん患者が残された時間を自分らしく過ごすために意思決定をすることは重要であるが難しく、家族も困難を抱えており、支援が必要とされている。

意思決定についてのこれまでの研究から、医療における意思決定は誰が決定するかによって、パターナリズム、インフォームドディシジョン、シェアードディシジョンの 3 種類の意思決定モデルがあると言われている(中山, 2012)。意思決定とは、「ある目標を達成するために、複数の選択可能な代替的手段の名から最適なものを選ぶこと」(スーパ

一大辞林)であるが、パターンリズムモデルは従来行われてきたような医療者が意思決定を主導する形である。インフォームドディシジョンモデルでは、医療者と一緒ではなく患者自身が主体的に意思決定を行う。シェアードディシジョンモデルは医療者と患者が一緒に意思決定を行う。シェアードディシジョンモデルによる意思決定支援を Shared Decision Making(以下 SDM とする)と言い、「当事者を巻き込みながら、当事者を含む関係者が相互に影響しあう動的な決定のプロセス」と定義される(辻,2007)。SDM は何をしたら最も良い臨床結果を期待できるかわからない不確実性の高い状況において大きな意義をもつとされており(中山 健., 2017)、現在推奨されることが多くなっている。SDM を行うためのツールとしては、意思決定支援ガイド(Decision Aid)、オタワ意思決定支援ガイドの国際基準(International Patients Decision Aids Standard:IPDAS)が作成され、カナダやアメリカを中心に研究されてきた(大坂,中山 和.,2018)。汎用性のあるオタワ意思決定支援ガイドをもとに各疾患における個別のガイドが多数作成されオンラインで公開されている(。患者用意思決定支援ガイドの使用は、患者の選択肢と結果についての知識および、結果が生じる可能性についてのより適切な認識が向上する効果があるとされる(Stacey et al., 2017)。

アドバンスケアプランニング(Advance Care Planning, 以下 ACP とする)も意思決定支援の1つの方法と考えられる。ACP は、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族などや医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」(厚生労働省, 2018)として、意思決定が困難となる前にあらかじめ決めておくためのものである。

いずれの方法でも意思決定支援は患者と医療者との話し合いによって行われるため、コミュニケーションが重要となる。ところが、終末期がん患者と関わる医療者が抱える多くの困難の中で、特に大きな困難が「患者・家族とのコミュニケーション」であることがわかってきた(森山,2018; 西澤,2010; 大方, 山根, & 関野, 2019)。がん終末期患者に関わる看護師は、負の感情や時間や説明の問題など状況的な困難からコミュニケーションに困難を感じ(宮崎ら,2018)、医師はバッドニュースを伝えることに対して困難がある(Buckman,1984; Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005)。

医療者の感じるこのようなコミュニケーションの困難に対してはコミュニケーションスキルトレーニングが行われてきた(Baile et al., 2000;新藤,2014;黒木,2017;岡本,2017;Fujimori,2014)。コミュニケーションスキルトレーニングのプログラムとして、医師向けの SHARE プロトコル(内富,藤森, 2007)や日本版看護師向け SPIKES プログラム(Fukui S, Ogawa K, Fukui N.,2010)、NURSE(關本, 2010; 国立がん研究センター東病院看護部編,日本がん看護学会監., 2015)なども開発されている。日本版看護師向け SPIKES、および NURSE に関しては、意思決定支援をすることを目的としたコミュニケーションスキルである。

しかし、Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, & Lawrie(2013)によるシステマティックレビューからは、コミュニケーションスキルトレーニングによる医療者の行動に対する効果は「患者に共感を示す」「事実だけの提示をしない」の2つのみが結果として得られている。このレビューはがん領域に限定はしていないが、コミュニケーションスキルトレーニングの医療者に対する効果は限定的である可能性が示唆される。トレーナー経験者による、コミュニケーションはスキルだけの問題ではないとの指摘も見られる(岩堀 & 近藤, 2008)。

終末期がん患者に対する意思決定支援は、1人1人大きく異なる患者の状況に合わせた個別性の高い介入が必要な援助である。一律な援助をした場合には、患者にとって有害となる危険も考えられる。終末期がん患者の表面に現れている苦痛により、患者の意思決定支援のニーズが潜在的なものとなっている可能性もある。意思決定支援をするためには、まず潜在的な意思決定のニーズを察知する感性が必要である(川崎, 2017)。

以上から、終末期患者に対する意思決定支援を適切に行うためには、コミュニケーションスキルトレーニングのみで十分とは言えず、医療提供者に対する準備教育が必要と言えるが、日本においては、患者の意思決定プロセスを支援する介入研究全体の不足が指摘されており(八尋,2010;小池,2014)、どのような教育が求められるのかは明らかでない。

II. 研究目的

本研究の目的は、終末期がん患者・家族の意思決定を支援する医療者に対する教育プログラムの概念枠組み、内容、評価を検討することである。

第 2 章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、終末期がん患者・家族の意思決定を支援するために開発された医療者に対する教育プログラムに焦点を当てた文献レビューである。

II. 文献検索方法

1. 使用したデータベース

英文献は PubMed および CINAHL Plus With full text(以下 CINAHL と記す)、和文献は 医中誌 Web(以下、医中誌と記す)をデータベースとして使用し検索を行った。

2. 文献検索のプロセス

1) 検索語の選定

検索語について表 1 に示す。

表1 文献検索に用いた用語とキーワード一覧

語群	キーワード	Key Word
がん	がん 腫瘍	Neoplasms (MH) cancer oncology carcinoma
意思決定	意思決定 自己決定(患者の権利擁護/個人の自律性)	decision making
教育	教育 研修 トレーニング プログラム OJT	education training program
医療者	保健医療従事者 医師 / 腫瘍医 / 緩和ケア医 看護師	Health Personnel (MH) physician/doctor/ oncologist nurse

各用語におけるキーワード間は or、用語間は and でつなげ、作成した検索式は以下の通りである。

(1) 医中誌で用いた検索式

((腫瘍/TH or がん/AL) or (腫瘍/TH or 癌/AL))and((意思決定/TH or 意思決定/AL) or (患者の権利擁護/TH or 自己決定/AL) or (個人の自律性/TH or 自己決定/AL))and((研修/AL) or (トレーニング/AL) or (プログラム/AL) or (OJT/AL) or (教育/TH) or (教育/TA))and((保健医療従事者/TH) or (医師/TA) or (看護師/TA) or (腫瘍医/TA) or (緩和ケア医/TA))

(2) PubMed および CINAHL で用いた検索式

PubMed では、以下の検索式を使用した。

((education)or(education*[Title/Abstract])or(training[Title/Abstract])or(program*[Title/Abstract]))and(((((oncologist*[Title/Abstract])or(physician*[Title/Abstract])or(doctor*[Title/Abstract]) or(nurse*[Title/Abstract])or("Health Personnel/education"[Mesh]))andcancer[sb])))and((decision making[Title])or(decision-making[Title])or(decision making[MeSH Major Topic]))

CINAHL については、PubMed の検索結果に対象とする文献が適切に含まれていることを確認した上で、同じ用語を用いて PubMed に準じ検索を行った。

2) 対象文献の選定

研究目的に沿った選定条件として、以下の項目をすべて満たすものとした。

- (1) 対象のがん患者が成人であること
- (2) 疾患の病期として、終末期を含むこと
- (3) 患者・介護者への意思決定支援を目的としていること
- (4) 何らかの教育的介入を医療者に対して行っていること
- (5) 介入の効果を検証し、論文中に記載されていること
- (6) 本文が日本国内で入手可能であること

対象文献は 2009 年から 2019 年に限定した。Feasibility の検証を目的とした論文およびプロトコル論文については、その研究の効果を検証した論文をハンドサーチし、該当文献がある場合には合わせて対象文献とし組み入れを行なった。ハンドサーチで該当文献が検索不可能だったものは除外とした。

また、患者のみに教育的介入を行い、医師に対する間接的な教育効果を検証したものが1件あったが、直接医療者に対する介入を行っていないと考え除外した。

III. 分析方法

1. データの抽出

選定した対象文献から、アブストラクト・テーブルを作成し、以下の項目に沿ってデータを抽出した。

- 1) タイトル
- 2) 著者
- 3) 発行年
- 4) 国
- 5) 目的
- 6) 研究方法：研究デザインおよび手順
- 7) 対象：研究参加者および教育対象者、サンプルサイズ
- 8) 教育プログラムの内容：記載がある場合には所要時間を含む
- 9) プライマリアウトカムの評価指標
- 10) プライマリアウトカムの結果

なお、プライマリアウトカムの設定が明記されていない研究については、論文内容を精読し、記載されているもののうち主要な評価指標および結果について記載した。

第 3 章 結果

Ⅰ. 文献検索のプロセス

検索結果のフローチャートを図 1 に示す。

検索の結果、PubMed より 689 件、CINAHL より 553 件、合わせて英文献 1242 件および、医中誌より和文献 201 件が得られた。このうち英文献の重複 209 件を除外し、英文献・和文献合わせて 1234 件のタイトル・アブストラクトレビューを行い、選定条件を満たさない 1133 件を除外した。100 件について本文を確認したところ、選定条件全てを満たすものは英文献 9 件および和文献 3 件、合わせて 12 件であった。

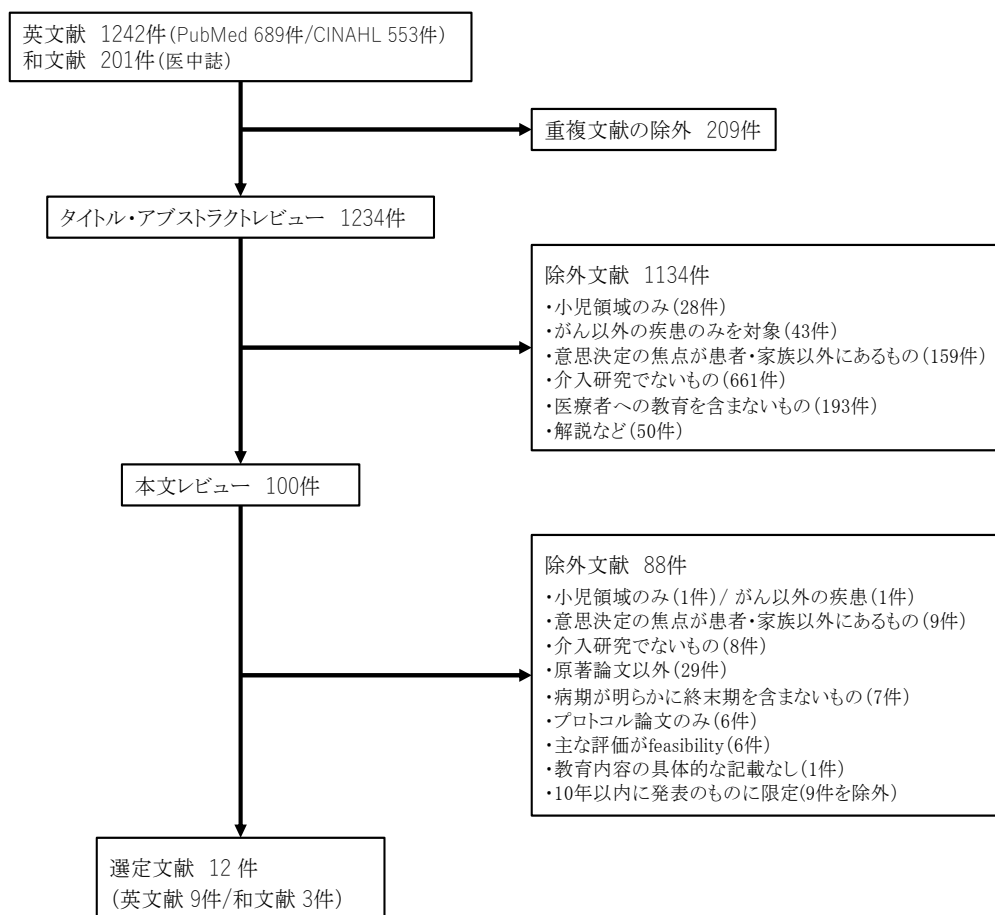


図 1. 文献選定のフローチャート

II. 対象文献の概要と特徴

1. 対象文献の概要

分析対象として選定した英文献 9、和文献 3 の概要を出版年降順に表 2 に示す。以下、文中で各文献を示す際は、表 2、表 3 の文献番号を[] で示す。

英文献の研究のデザインは、ランダム化比較試験(RCT)が 6 件[文献 1,3,4,6,8,9]、ミックスメソッドが 1 件[文献 7]、前後比較研究が[文献 2,5]であった。和文献は全て前後比較研究であった[文献 10,11,12]。

プログラムには、〈目的〉〈教育対象者〉〈概念枠組み〉〈内容〉〈評価および効果〉について特徴が見られた。以下、項目に沿って内容を示す。

表2 英文献リスト

文献番号	タイトル	著者	発表年	国
1	Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial.	Berger-Hoger B, Liethmann K, Muhlhauser I, Haastert B, Steckelberg A.	2019	ドイツ
2	Building an Infrastructure and Standard Methodology for Actively Engaging Patients in Advance Care Planning.	Stepan, Karen; Bashoura, Lara; George, Marina; Griffith, Wendy; Meyer, Margaret; et al.	2019	アメリカ
3	Effect of a Skills Training for Oncologists and a Patient Communication Aid on Shared Decision Making About Palliative Systemic Treatment: A Randomized Clinical Trial.	Henselmans I, van Laarhoven HWM, van Maarschalkerweerd P, de Haes HCJM, Dijkgraaf MGW, et al.	2019	オランダ
4	Training for Medical Oncologists on Shared Decision - Making About Palliative Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial.	Henselmans, Inge; van Laarhoven, Hanneke W.M.; de Haes, Hanneke C.J.M.; Tokat, Meltem; et al.	2018	オランダ
5	Improving shared decision-making in chronic lymphocytic leukemia through multidisciplinary education.	Rocque GB, Williams CP, Halilova KI, Borate U, Jackson BE, et al.	2018	アメリカ
6	Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial.	Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, Fiscella K, Hoerger M, et al.	2017	アメリカ
7	A consultation training program for physicians for communication about complementary medicine with breast cancer patients: a prospective, multi-center, cluster-randomized, mixed-method pilot study	Susanne Blödt, Nadine Mittring, Lena Schützler, Felix Fischer, Christine Holmberg, et al.	2016	ドイツ
8	Can consultation skills training change doctors' behaviour to increase involvement of patients in making decisions about standard treatment and clinical trials: a randomized controlled trial.	Butow, P; Brown, R; Aldridge, J; Juraskova, I; Zoller, P; et al.	2014	オーストラリア、ニュージーランド、スイス、ドイツ、オースト
9	Skills training to support patients considering place of end-of-life care: a randomized control trial.	Murray MA, Stacey D, Wilson KG, O'Connor AM.	2010	カナダ

表3 和文献リスト

文献NO	タイトル	著者	発表年
10	コミュニケーションスキルNURSE"のトレーニングの実施と評価"	黒木 由里子(日本赤十字社医療センター), 萩原 夏紀, 腰原 麻衣子, 鈴木 史代, 富澤 絵美, 鏡 朋子, 安藤 由香里	2018
11	がん患者及び家族の意思決定支援の取り組み コミュニケーション技術の活用による 看護師の意識の変化	渡慶次 里美(沖縄県立中部病院), 朝日 詩麻, 宮里 美智子, 城間 君枝, 喜屋武 裕子, 傳道 聡子, 川本 博美, 屋良 尚美	2018
12	大学病院における退院支援研修の取り組み と効果	坂井 志麻(東京女子医科大学 看護学部), 大堀 洋子, 田中 優子, 佐藤 由紀子, 渡辺 亜美, 藤井 淳子	2015

2. プログラムの目的

使用されていた教育プログラムは、SDM の増加を目的としたものが 5 件、コミュニケーションの改善を目的としたものが 5 件、記録の改善を目的としたものが 1 件、退院支援の改善を目的としたものが 1 件であった。

SDM の増加を目的としたプログラムでは、乳がん患者の治療選択における患者と医療者双方の SDM 行動の拡大[文献 1]、緩和治療選択における SDM の向上[文献 3, 4]、慢性リンパ性白血病の知識と SDM 行動の拡大[文献 5]、医療者の意思決定支援の質の改善[文献 9]を目指していた。

コミュニケーションの改善を目的としたプログラムでは、患者中心コミュニケーションの促進[文献 6]、乳がん患者との補完治療に関するコミュニケーションを行うこと[文献 7]、インフォームド・コンセントについて協働的・倫理的コミュニケーションを行う[文献 8]、コミュニケーションスキル向上により意思決定を支援する[文献 10]、再発・告知場面におけるコミュニケーションスキル向上により効果的な意思決定支援ができる[文献.11]ことを目指していた。

記録の改善を目的としたプログラム[文献 2]が目指したのは、電子カルテ上の ACP 会話記録率の向上であった。

退院支援の改善を目的としたプログラム[文献 12]は、退院支援のスキル向上を目指していた。

3. プログラムの教育対象者

プログラムの教育対象者は、(1)医療者のみ (2)医療者と患者 があった。そのうち、看護師を含むプログラムは(1)で 1 件、(2)で 2 件の計 3 件であった。

(1) 医療者のみを教育対象とするプログラム

医療者教育のみを行うプログラムは英文献 5 件、和文献 3 件であった。プログラムは、医師のみ 3 件[文献 4,7,8]、看護師のみ 3 件[文献 10,11,12]の単独職種に教育を行うものがある一方、多職種に対して教育を行うプログラムもあった。多職種を対象としたプ

プログラムには、医師・看護師・大学教員・ソーシャルワークカウンセラー[文献 2]、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、ケースマネージャー[文献 9]が含まれていた。和文献 3 件[文献 10,11,12]は全て看護師のみを教育対象としていた。

(2) 医療者と患者を教育対象とするプログラム

患者を含めた教育プログラムでは、医師と患者の組み合わせ[文献 3,6]、医師・看護師と患者の組み合わせ[文献 1]、医師・看護師・一般人ナビゲーターと患者の組み合わせ[文献 5]であった。

(3) 医療者の教育的背景

医師を含むプログラムは 7 件[文献 1,2,3,4,5,7,8]あったが、そのうち 4 件[文献 3,4,6,8]の医師は腫瘍専門医であった。腫瘍専門医としての教育を受けている医師を含む教育プログラムも見られた[文献 3]。

看護師を含む英文献 4 件[文献 1,2,5,9]、和文献 3 件[文献 10,11,12]の計 7 件のプログラムのうち、専門的な臨床経験あるいは教育を受けた看護師を対象として教育が行われていたものは全て英文献であった。教育背景としては、がん患者に緩和ケアを提供している看護師[文献 9]、乳房ケア看護師およびがん看護師[文献 1]、高度実践看護師[文献 5]が選ばれていた。

4. プログラムの概念枠組み

プログラムに用いられていた概念枠組みは、SDM 理論[文献 1,3,4,5,8,9]、コミュニケーションに関するもの[文献 6,7,8,10,11]、ACP[文献 2]、退院支援[文献 12]であった。理論を基盤としているものと理論ではない枠組みを使用したものがあった。健康行動理論である行動変容理論[文献 3]、計画行動理論[文献 1,9]、また、成人学習の原則[文献 8]、ブレンド型学習法[文献 7]など、6 件では教育方法に関わる概念枠組みが併用されていた。

複数存在する SDM 理論のうち、明らかな提示があったものは、Stiggelbout(2015)らによる 4 段階 SDM モデル[文献 3,4]、France Légaré ら(2010)による多職種 SDM モデル

[文献 1]であった。オタワ意思決定支援ガイドをベースとしたプログラムもあった[文献 9]。SDM の 2 つの理論、およびオタワ意思決定支援ガイドはいずれも、主要要素は共通していたが、段階やゴールの設定、医療者のとるべき役割などの詳細は異なっていた。

コミュニケーションに関する理論では、Street(2009)による患者中心コミュニケーションのエコロジカル・モデル[文献 6]が使用されていた。その他に、医師の Brown RF, Butow P, Butt DG, Moore A & Tattersall MH. (2004)が開発したインフォームド Consent 時の困難に対するコミュニケーション方法[文献 8]、Schofield P, Diggins J, Chaleson C, Marigliani R & Jefford M.(2010)による補完治療コミュニケーションガイドライン[文献 7]がプログラムの枠組みとなっていた。このコミュニケーションガイドラインは、補完治療についてのコミュニケーションのシステマティックレビューを行い、有効性が確認された方法を統合して作成されたものであった。和文献の[文献 10,11]では、コミュニケーションスキル NURSE を枠組みとしてプログラムが構成されていた。退院支援スキル向上のための教育プログラムには、特定の概念枠組みの使用は明らかではなかった[文献 12]。

5. プログラムの内容

以下、複数の職種に対して異なる内容の教育を行っているプログラムがあるため、文献番号の記載には重複がある。

1) プログラムの構成

(1) 教育の回数と期間

医療者に対する教育は、1 回[文献 10]、2 回[文献 6,8,9]、3 回[文献 3,4]、4 回[文献 1]と、多くのプログラムで複数回行われていた。さらに、それぞれの教育の間隔を開けながら一定期間をかけて行なったものがほとんどであった[文献 1,3,4,6,8,9]。

回数不明な 6 件[文献 2,5,7,11,12]のうち 3 件 [文献 2,7,12] についても、内容から一定の期間をかけて教育を行ったことが伺われた。

一方、患者に対する教育は、1～5回と様々であった[文献 1,3,5,6]。回数を患者の必要性に応じて調整した 1 件[文献 6]では、1 回の教育の後にフォローアップを 1～3 回行なっていた。

(2) 教育の方法

教育の方法としては、講義と実践の組み合わせで行ったプログラムが最も多く 9 件[文献 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11]あり、講義とディスカッションを組み合わせたもの [文献 1,5,12]もあった。

講義の形式は対面での講義[文献 3,4,5,6,8,10,11]と e ラーニングによる講義[文献 5,7,9]、講義と e ラーニングを併用したもの[文献 5,9]があり、講義の一部にオンライン対話形式を使用したもの[文献 5]もあった。対面での講義は、対話型であることを強調していた。少人数での集団講義を行なったのは 3 件[文献 3,4,8]で、人数は 1 人～6 人[文献 8]、3 人～6 人[文献 3,4]であった。

実践の方法は、模擬的なロールプレイ演習のみのもの[文献 1,9,10,11]、演習と実際の臨床実践を組み合わせたもの[文献 3,4,6,8]があった。演習前後のビデオによる模範的行動の視聴[文献 3,4,6,7, 8,9]や、実践後のフィードバック[文献 3,4,6,8,9,10]、事例検討[文献 11]やグループワーク[文献 12]も行われていた。また、後日フォローアップとしてディスカッションの機会が作られたり[文献 7,8]、復習を行なったり[文献 9]していた。フォローアップは個別に対面形式で行われるもの[文献 3,4,6,8,9]と電話[文献 9]があった。実際の臨床での実践のみを行なったものは 1 件もなかった。

(3) ツール

プログラムの多くは、教育を受けた知識のうち実践の時の補助として使用可能な情報を記載したツールを使用した[文献 1,3,4,6,7]。

その他には、患者用のツールについて医療者に情報提供をしたもの[文献 6]、復習用の演習時の教育ビデオ[文献 6]、電子記録テンプレート[文献 2]もあった。電子記録のテンプレートは部署の特性に合わせてフィードバックをもとに作成されていた。

2) 教育の内容

多職種を教育対象とした4件のプログラムのうち、職種により内容が異なるものは1件[文献1]のみで、他は複数の職種に共通の教育内容となっていた[文献2,9,5]。

教育の内容には、意思決定支援に関する内容のみ教育を行ったものが8件[文献2,3,4,6,9,10,11,12]、疾患に関する内容と意思決定支援に関する内容を組み合わせたものが4件[文献1,5,7,8]であった。

① 意思決定支援に関する教育の内容

知識としての教育内容は、〈SDM の概念、原則〉[文献1,8,5]、〈SDM の段階ごとの意思決定支援〉〈リスクについて〉[文献1]、〈ACP とは何か〉[文献2]などの基礎的な知識や、その中でも終末期や緩和ケアの意思決定に焦点を当てたもの[文献3,4,9]、エビデンスのある〈コミュニケーション行動〉〈患者への情報提供〉[文献1,6]、〈電子記録内 ACP の記録の場所・方法〉〈ACP 記録の構成〉[文献2]などプログラム中で使用予定の具体的な方法、患者介入による〈患者費用〉[文献2]であった。事例を通した教育も行われた[文献5,9,11,12]。

教育を行なったスキルは、〈コミュニケーションスキル〉6件[文献3,4,5,6,8,10,11]、〈コーチングスキル〉2件[文献1,6]、決定支援のスキル2件[文献7,9]、〈コンサルテーションスキル〉1件[文献8]であった。プログラム内で使用する具体的スキルについて、実践を通した教育が行われていた。

② 疾患・治療に関する内容

疾患・治療に関する内容は、プログラムで扱う疾患・治療に焦点を当てた内容が多く、〈乳がんの治療選択肢とそのエビデンス〉[文献1]、〈乳がん患者のための主な補完治療〉〈補完治療の文献レビュー〉〈ドイツでのがん補完代替治療の概要〉〈補完代替治療を日常実践に適用するためにできること〉〈データベースの使用法〉〈治療のエビデンス〉[文献7]、事例を通した〈慢性リンパ性白血病の新しい予期予測マーカーと治療選択肢〉[文献5]が教育に組み込まれていた。看護師に対しては〈エビデンスに基づく医療の基礎〉[文献1]のように基礎的な内容の教育も行われていた。

また、一般人のナビゲーターに対しては、患者と同一内容の疾患と治療選択肢についての知識に加えて、さらに疾患に関する知識が教育されていた[文献 5]。

以上のように、疾患・治療については教育を受ける対象によって異なる内容で教育が行われるものがあった。

6. 評価および効果

1) 評価方法

プライマリ・アウトカムに既存の評価尺度を使用していたものは英文献で 6 件[文献 1,3,4,5,8,9]あり、これらは全て SDM の実践を評価する尺度であった。和文献では 1 件のみが既存の評価尺度を使用し[文献 12]、その他 5 件[文献 2,6,7,10,11]は独自の尺度による評価を行っていた。和文献 2 件[文献 11,12]の評価は医療者の自記式質問紙や参加者からの意見の聴取により行っていた。

(1) 既存の評価尺度

プライマリ・アウトカムに既存の評価尺度を使用した英文献 6 件では、医療者と模擬患者あるいは実際の患者とのやりとりの録画あるいは録音から、観察者が意思決定支援に関する行動を客観的に他者評価していたものがほとんどであった。他者評価は、医療者の SDM 行動[文献 3,4,8]、医療者と患者の双方の SDM 行動[文献 1]、意思決定支援の質[文献 9]について行われた。様々な尺度が用いられており、一連の研究である文献 3,4 を除き、同じ尺度を使用した文献はなかった。

自己評価は、The Patient Activation Measure(PAM)短縮版(2005)による患者の活動性[文献 5]、Discharge Planning for Ward Nurses(DPWN)による看護師の退院支援の実施状況[文献 12]について行われていた。PAM 短縮版は、各項目の設問に対する患者の回答を点数化する尺度(Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M.,2005)で、文献 5 では電話を使用し患者から回答を得て評価した。DPWN は自記式質問紙による評価尺度である(Sakai, S., Yamamoto-Mitani, N., Takai, Y., Fukahori, H., & Ogata, Y., 2015)。

(2) 独自の評価尺度

独自の評価を行っていた文献は5件あり、評価する対象も様々であった。プライマリ・アウトカムとして独自の評価尺度を用いた2件では、電子カルテ上におけるACP会話記録率[文献2]、コミュニケーションスキル(Engaging, Responding, Informing, Framing)の使用[文献6]が評価の対象であった。

プライマリ・アウトカムが設定されなかった3件[文献7,10,11]では、医療者の主観による自己評価[文献7,10,11]、患者による評価や患者の知識[文献7]について独自の自記式質問紙を作成し回答を得ていた。うち1件は質問紙を教育前の現状把握に使用し、教育後は参加者からの意見聴取により評価した[文献11]。グラウンデッドセオリーを使用した質的分析を行なったものもあった[文献7]。

2) 教育の効果

効果の有無を検証した9件の文献のうち、7件で有意な教育効果を認めた[文献1,2,4,5,6,9]。以下にその内容を示す。

(1) 意思決定支援への効果

プライマリ・アウトカムとして検証した6件の文献で教育プログラムによる医療者の意思決定支援への有効性が認められ、その内容は、SDM行動の向上[文献1,3,4,8]、意思決定支援の質の向上[文献9]、ACP会話記録率の上昇[文献2]であった。

医療者のSDM行動を測定した3件[文献3,4,8]全て、および医療者と患者双方のSDM行動を測定した1件[文献1]は、観察者が客観的に測定したSDM行動が有意に増加した。医師に対する同一の教育を行なった[文献3,4]では、[文献4]は模擬患者との、[文献3]は実際の患者とのコンサルテーションにおいて、医師のSDM行動が有意に増加した。この2つの文献はさらに独自開発尺度4SDMを使用しSDMの4段階それぞれにおける医師のSDM行動の評価も行ない、4段階全てでSDM行動の増加を確認した。[文献8]では限定的な効果が認められ、2地域の医師に対して同一プログラムによる教育を行ったところ、一方の地域の医師のSDM行動のみが増加した($p=0.03$)。この文献ではコミュニケーションスキルトレーニングによるSDMへの効果を検証していた。

医療者と患者双方の SDM 行動の増加を確認した[文献 1]は、医師と患者、および看護師と患者の会話の全てを観察した。この文献は、セカンダリ・アウトカムとして MAPPIN-Q も測定した。MAPPIN-Q は自記式質問紙により患者、看護師、医師がそれぞれの立場から主観的な SDM 評価をするための MAPPIN'SDM に含まれる尺度(Kasper, J., Hoffmann, F., Heesen, C., Köpke, S., & Geiger, F., 2012)であるが、すべての立場で得点が上昇し、患者と医師、看護師の間の SDM の判断の一致率も高いという結果であった。

看護師の意思決定支援行動の質が向上したことを認めた 1 件[文献 9]では、教育後の DSAT-10 スコア変化の平均が対照群と比較し有意に上昇した($p<0.0001$)と同時に、特にベースラインで低い点数だった人ほど教育後に点数が上昇していた。SDM と限定はしていないものの、DSAT-10 は SDM を支援するオタワ意思決定支援ガイドをもとにして開発された尺度であり、評価の視点は SDM 行動を評価した他の文献と類似している(Stacey, D., Taljaard, M., Drake, E. R., & O'Connor, A. M., 2008)。

[文献 2]では、新規来院患者のうち、進行がんか転移がんの患者における受診 3 回目までの ACP 会話記録率が 20%から 54%に有意な上昇が認められた。

(2) 知識への効果

医療者、患者ともに教育による知識の向上が確認されたが、検証していた文献は 3 件のみであった。

医療者の知識についての検証を行った 1 件[文献 9]では、セカンダリ・アウトカムとして測定した知識テスト得点が教育後に有意に上昇した($p=0.018$)。また、参加者は全体として患者の意思決定に関わろうとする意欲が高かったが、教育群はより高い意欲を持っていた。

患者の知識について検証した 2 件[文献 1,5]ともが、教育による知識の向上を認めた。2 件は教育を受けた医療者が患者教育を行うプログラムであった。使用したテストは独自開発の自記式質問紙であり、内容は治療選択肢のリスク[文献 1]、疾患[文献 5]について

の知識を問うものであった。文献 1 では、対照群のリスクの知識は少なく、情報に基づいた選択ができたと言える人は 1 人もいなかったと評価されていた。

(3) コミュニケーションへの効果

コミュニケーションについて検証していた 2 件[文献 6,8]では、教育によりコミュニケーションスキルの使用が増加する効果が確認された。

4 つのコミュニケーションスキル(Engaging, Responding, Informing, Framing)についてのスキルトレーニングを行なった[文献 6]は、プライマリ・アウトカムとしてスキル使用増加を認めた。この文献では、セカンダリ・アウトカムとして患者と医師の関係性についても測定したが、対照群との有意差は認められていない。インフォームド・コンセントについて協働的・倫理的コミュニケーションを行うことを目的としたプログラム[文献 8]では、2 地域の医師に対して同一プログラムによる教育を行い、一方の地域の医師の SDM 行動のみが増加し ($p=0.03$)、その内容は協働的コミュニケーションの増加のみであった。[文献 4]はセカンダリ・アウトカムとして独自開発の 4SDM 尺度を使用し、医療者のコミュニケーションスキルの有意な改善を確認した。医療者および患者のコミュニケーションについての満足感への効果は見られなかった[文献 3,4]。

教育によって、患者とのコンサルテーション時間は平均的に長くなることが認められた。対照群の平均時間が 12.61 分から 10.29 分に減少したのに対し、教育群では 10.93 分から 13.47 分に増加($p=0.004$) [文献 9]、対照群 29.4 ± 13.4 分に対し教育群 46.5 ± 26.3 分[文献 7]と有意に延長を認めた。

ただし、看護師が患者に意思決定のコーチングを行なった 2 文献のうち 1 件では、医師のコンサルテーション時間が短縮された[文献 1]。教育により意思決定をするまでの全体の期間は長くなり、当日医師のコンサルテーションを受けた対照群と比べ介入群では研究参加から医師のコンサルテーションまでの期間が 10 日程度かかった。

(4) 医療者の精神面への効果

医療者の精神的負担軽減の効果は確認できなかった。教育による満足度、情報提供の自信、ストレスとバーンアウト[文献 8]、意思決定への患者の関与についての満足[文献 4]、QOL[文献 6] について、対照群との有意差は認められていなかった。

第 4 章 考察

1. 終末期がん患者の意思決定支援をする医療者に対する教育プログラムの内容の検討

本研究は、終末期がん患者・家族に対する意思決定支援を行うための医療者に対する教育を目的として開発されたプログラムの内容から、プログラムの概念枠組み、内容、評価を検討することを目的としている。本結果について、なぜこのような内容のプログラムが作成されたのかという点から考察する。

1. 概念枠組み

対象文献において最も多く用いられていた概念枠組みは SDM 理論であり、SDM による意思決定支援行動の増加[文献 1,3,4,8]や意思決定支援の質の向上[文献 9]の効果が得られ、SDM プロセスのどの段階においても医療者による SDM 行動の増加が報告された[文献 3,4]。一方、コミュニケーションに関する概念枠組みのみを基盤とした 2 件のプログラム[文献 6,7]では、コミュニケーションスキル使用は有意に増加し[文献 6]、コンサルテーションの要素の使用は増加した[文献 7]が、それ以上の効果は明らかではなく、患者・家族への意思決定を支援する医療者の行動を変化させる効果については不明であった。医療者の意思決定支援の行動変化を目的としたプログラムの場合には、概念枠組みにはコミュニケーションに関する理論のみを基盤とするのではなく SDM 理論を基盤とすることにより、医療者の行動変化を目的としたプログラム作成ができる可能性がある。

SDM は、「何をしたら最も良い臨床結果を期待できるのかわからない不確実性の高い状況において大きな意義」（中山 健., 2017）をもつ意思決定支援である。がん患者の意思決定の中心となるのは、治療に関する選択と考えられる。がん患者の治療の選択肢は医療の進歩によって大きく増えたが、終末期の患者には有効性の明らかな治療はない。患者・家族は自分の価値観に基づいて治療や療養の場所などの選択をしなければならない、非常に不確実な状況に置かれている。このような状況には「患者と医療者がお互いに持っている情報を共有し、選択肢を選ぶ理由までを共有する」（中山 和., 2012）SDM が適し

ていると言える。このこともプログラムがSDMを基盤として開発された理由と考えらえる。

また、本結果においてSDM行動が様々な尺度を使用して測定されていたように、SDMは尺度開発が進んでいる理論である。既存尺度による効果の測定ができる点もSDM理論をベースとしてプログラムが開発された理由の1つと推察される。

2. プログラムの内容

プログラムの構成は、間隔をあけて複数回、一定期間をかけ、内容に知識と実践を組み込み、知識とスキル両方の教育を行なうこと、プログラムの期間中に臨床実践を行ない、そのフィードバックの機会をもつなどの特徴が見られた。これらの特徴から、プログラムは実践を重視し、臨床での意思決定支援の定着を図る意図をもって開発されたものと理解することができる。

このような手厚い構成上の工夫が共通していた背景には、医療者がSDMを臨床適用することへの障壁が大きいという問題(Joseph-Williams et al., 2017)への対処が考慮されていたと考えられる。学習方法に関する理論が併用されている文献も多く、教育方法の工夫を重視していることが窺えた。知識だけでなく、モデリング学習および実践によるスキル構築の両方を行ない、複数回の教育やフォローアップとして困難への対処を検討する機会を持つなどの工夫を行ない、実際の臨床で学習内容を活用しながら定着を図ることを意図したものと考えられる。

また、今回の文献においては多くの専門教育を受けた医療者が教育対象となっていた。プログラム内の講義内容に〈エビデンスに基づく医療の基礎〉が含まれた教育を受けた看護師は専門教育を受けていなかった[文献1]ことなど、特に疾患・治療についての教育に含める知識内容に教育背景を考慮していると考えられた。

3. 評価指標

教育による効果は、ほとんどの英文献では他者評価が行われていた。意思決定支援は医療者、患者、観察者の3者の立場から評価が行われているが、徐々に評価者の立場の違いにより評価が異なることがわかってきた(Shay, L. A., & Lafata, J. E., 2015)。尺度開発が進み、まず医療者の行動について他者評価するようになり、医療者と患者の両方の立場から評価する方法で開発されるようになってきた(Scholl, 2011)。今回使用されていた尺度の中で最も新しい MAPPIN'SDM(Kasper, J., et al., 2012)も両方の立場を評価できるものである[文献 1]。

様々な既存の SDM 評価尺度が用いられており、SDM 評価尺度の多様性が窺われた。Scholl(2011)は、尺度開発が進み多くの尺度がある反面、SDM を適切に評価できる簡便な尺度は明らかとなっていないことを指摘し、測定する対象が「決定に先行するもの」「決定プロセス」「決定の結果」の3つのどこに該当するかという視点で SDM 評価尺度を分類している。今回プライマリ・アウトカムに用いられていた既存の SDM 評価尺度は医療者の SDM 行動を評価しており、決定プロセスを測定する尺度が選ばれていた。分析対象となった教育プログラムは医療者の行動が変化することを目的としていたため、プライマリ・アウトカムの評価には決定プロセスを測定する尺度が選択されていたものと理解できる。医療者向けの教育プログラムにおいて効果を検証する場合には、数多くある尺度の中から決定プロセスを評価するものを選択することが適切と考えられる。

和文献では他者の視点を用いた客観的な意思決定支援行動の評価は行われていなかった[文献 10,11,12]。医中誌で検索すると一般的に使用可能な意思決定支援を評価する尺度開発を行なった文献は見当たらず、決定プロセスの他者評価が和文献では行われない一因として、日本で使用可能な評価尺度の不足が考えられる。尺度開発の経緯が示すように、自分の行動が客観的に SDM となっているのか、相手にどのように受け止められるかという SDM にとって重要な点について、主観的視点だけで適切な評価を行なうことは困難である。教育を行なう場合、効果を評価することはプログラムの効果を向上させていくために必要であるだけでなく、教育を受ける側にとっては行動への動機付けとすることも期待できる。日本の文化の中で意思決定のプロセスを評価する測定用具の開発が課題と思われる。

II. 看護への示唆

対象文献におけるプログラムの教育対象者には、腫瘍専門医や高度実践看護師、緩和ケア看護師などの専門的教育背景を持つ医療者が多く含まれていた。しかし多くのがん患者が一般病院で亡くなっている現状から、実際にはスタッフの大多数を占める一般の看護師が意思決定支援の実践を求められている。これまでの結果・および考察から、一般病棟において終末期がん患者をケアする看護師を対象とした場合の教育プログラムを検討する際には、概念枠組み、プログラムの内容、評価について以下の点を重視する必要があると考える。

1. 概念枠組み

終末期がん患者・家族が意思決定をする状況には SDM が適していると考えられたこと、および概念枠組みに SDM を用いることにより医療者の意思決定支援行動を向上させる効果が期待できることから、一般の看護師を対象とした教育プログラムの場合にも SDM を基盤とすることが適切と思われる。SDM プロセスの第 1 段階は「決定すべき問題があることを明らかにすること」である。臨床において、ある一人の患者に対してこの第一段階の行動ができるということは、「いまこの患者が決定すべき問題はないか」「他の選択肢はないか」という視点があること、つまり意向確認の必要性を認識するために必要な視点があることを意味する。必要性を認識できれば、他の医療者と連携し意向の確認に進むことが可能となる。したがって、特に第 1 段階を中心に教育を行うことにより患者の意向確認の必要性を認識できる医療者の育成につながると考える。

特に全人的苦痛をもつことの多い終末期がん患者は、意思決定のニーズが潜在化している可能性が十分にあり、医療者が意向確認の必要性を検討しながら関わることが重要であり、教育の意義は大きい。どの程度意思決定に関与したいのかという、患者本人の意向を汲むことも含めた教育が必要である。

2. プログラムの内容

意思決定支援の教育プログラムに見られた構成と内容の工夫は、実践の定着を図るために行われていたと考えられたことから、一般の看護師の臨床教育プログラムとしても必

要な要素と言える。複数回の教育を行う構成とし、内容に知識とスキル、実践のフィードバックを組み込み、特に講義内容は教育背景に合わせ、一般的な意思決定支援の知識に加え、対象疾患・治療の知識についても比重を大きくする必要がある。

3. 評価

対象を看護師とした場合でも、プログラムの目的が「患者・家族への意思決定を支援するための行動が変化すること」であることは変わらない。主となる評価は、あくまでもその目的に沿い、医療者の行動変化自体を対象に行なう必要がある。プログラムの評価を次の改善につなげるためには、適切な評価を行なうことが重要となるため、自己評価だけでは適切に評価ができない可能性を意識しておく必要がある。また、SDM 行動を他者が測定・評価することは、教育を受ける医療者への動機付けとなることも期待できる。「決定に先行するもの」(Scholl, 2011)として意思決定支援に関する看護師の意識の変化を継続的に評価することも有用と考えられる。

III. 今後の課題

プログラムの効果は SDM プロセスを評価する尺度により測定することが必要であるが、日本で使用可能な評価尺度は不足している。文化の違いが大きく影響するため、既存尺度を使用するためには日本における信頼性・妥当性の検証は必須である。評価尺度の開発が課題と考えられる。

IV. 研究の限界

本研究は、がん患者・家族に対して意思決定を支援する医療者への教育プログラムについて対象文献における構成内容に見られた特徴から、教育プログラムに必要と考えられる点についての一考察であり、既存の医療者教育の枠組みと対比させた考察は行なっていない。また、意思決定支援についての医療者教育に必要とされる要素については先行研究から明らかとなっていないため、本研究では対象とした 12 文献において特徴が見られたことから、概念枠組み、プログラムの内容、評価に着目して分析を行なっている。したがって、本研究が教育プログラムに必要とされる要素の全てを客観的視点から検討したと言うことはできない。

今後、より効果的な意思決定支援のための教育プログラムの開発のためには、一般的な医療者教育プログラムの枠組みからの検討、意思決定支援のための医療者教育に特に必要とされる要素を明らかとするための研究が必要と思われる。

第 5 章 結論

本研究では、終末期がん患者・家族の意思決定を支援する医療者に対する教育プログラムに関する文献レビューを行ない、プログラムの概念枠組み、内容、評価を検討した。結果および考察より、以下の 5 点が示唆された。

1. 概念枠組みとして SDM 理論を用いることにより、コミュニケーションに関する枠組みのみを基盤とした場合よりも医療者の意思決定支援行動の変化を目的としたプログラムにできる可能性がある。
2. プログラム構成として、間隔をあけて複数回、一定期間をかけ、内容に知識と実践を組み込み、知識とスキル両方の教育を行なうこと、プログラムの期間中に臨床実践を行ない、そのフィードバックの機会をもつなどの特徴があったことから、プログラムは実践を重視し、臨床での意思決定支援の定着を図る意図をもって開発されたものと理解できた。
3. 対象文献ではあえて手順の煩雑な他者評価を行なっていたことから、医療者の行動変化を評価する場合には自己評価では適切な評価が難しい可能性がある。
4. 臨床で一般の看護師を対象として意思決定支援の教育を行なう場合には、SDM 理論を概念枠組みとし、特に第 1 段階の「決定すべき問題があることを明らかにする」ことを中心に、一般的な意思決定支援と疾患・治療の知識の両方を組み込むこと、自己評価だけでは適切な意思決定支援行動の評価となっていない可能性に注意することにより、看護師が患者・家族の意向確認をする必要性を認識するための教育となることが期待できる。
5. プログラムの効果は SDM プロセスを評価する尺度により測定することが必要であるが、日本で使用可能な評価尺度は不足している。文化の違いが大きく影響するため、既存尺度を使用するためには日本における信頼性・妥当性の検証は必須である。評価尺度の開発が課題である。