

がん患者の意思決定支援プロセスに効果的に関与していた相談技術

川崎 優子

要 旨

【研究目的】

患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術を抽出し、がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデル（NSSDM）の改変を行うこと。

【研究方法】

がん診療連携拠点病院の相談支援センターで、看護師が対応した面談記録の中から、「患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術」の構成要素を抽出した。その後、NSSDMに含まれてない新たな看護療養相談技術を抽出しNSSDMの改変を行った。

【結果】

既存のNSSDMには含まれていない新たな看護療養相談技術として、身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターするという技術が抽出された。さらに、NSSDM内にある技術の下位項目として、これまでの療養生活をねぎらう、患者の療養生活に対する認識を認め肯定的な評価をかける、意思決定に猶予を与える、誤解している認識を解きほぐす、対処の緊急性や重要性を伝える、サポートの求め方を伝える、段階的な取り組みが必要であることを伝える、医学的な知識を理解して判断する方法を伝える、現実的な行動の意思を強める、見えてきた方向性を確認する、以上10の看護療養相談技術が抽出された。さらに、NSSDM内の5つの技術の用い方として、必要度の高い技術から順に循環させ、患者の状況や反応に応じて強弱をつけながら複数の技術を同時に用いる様相が明らかとなった。

【考察】

がん医療が多様化している中でSDMを実践するためには、看護師のみではなく、患者を取り巻く医療環境全体で取り組む必要があり、インフォームドチョイスに繋がるリスクコミュニケーションを意図的に行っていく必要がある。NSSDMの臨床適応するためには、看護師が患者の価値観や意思決定に関わる体験を振り返る機会を設定し、知識を実践へ活かすための訓練の場を設定する必要があるといえる。

キーワード：がん患者、共有型意思決定、相談技術

I. 諸 言

意思決定支援（decision aid：以下DAと表記する）の歴史を概観すると、前立腺がんのPSA検査や治療、出生前診断、大腸がん検診、遺伝子検査、乳がんの治療（予防的手術、ホルモン療法、化学療法）、HBV抗体検査、心虚血性疾患などの場面で提供されている。支援方法としては、選択肢やそのうち1つを選択した場合の可能性に関する情報提供、意思決定プロセスにおいて価値を明確化するためのガイダンスやコーチングなどの効果検証が行われている¹⁾。特に、検査や治療に関する選択肢が複数提示され、検査結果の解釈や治療効果の予測に不確かさが伴う場合に、DAが行われている。DAのメリットは、選択肢のバランスが図れること、より計画的に意思決定できること、ツールが使いやすくなること、エビデンスに基づいて意思決定が行えること、意思決定プロセスが改善されること、多様なメディアを用いたコミュニケーションが可能となることなどである。一方、デメリットとしては、意思決定がより複雑化すること、コストがかかること、支援が必要な対象者が増えること、一定の患者集団にしか適応とならないこと、意思決定に時間を要することなどである²⁾。

O'Connorは、患者が自身にとって必要で十分な情報を獲得し、最終的に納得のいく決断をするためのOttawa Personal Decision Guide（意思決定ガイド）を作成し、多くの実証研究を行っている³⁾。このガイドは、①意思決定を明確にする、②意思決定を探る、③自分の意思決定のニーズ（準備状態）を見極める、④ニーズを基に次のステップを計画する、の4段階で構成されている。Légaréらは、Ottawa Decision Support Framework（ODSF）を用いた時の医師側の変化について、①患者の価値がアセスメントできる、②患者が好む意思決定について尋ねることができる、③意思決定にまつわる葛藤を確認することができる、④患者の過度なプレッシャーやサポート状況についてアセスメントすることができる、⑤患者を意思決定に巻き込む度合いが増えることなどをあげている⁴⁾。その他、ODSFを基盤とした介入研究は多数行われ、その効果が実証されている。医師の場合、治療や検査の選択時に関わるため、一定のエビデンスを基に意思決定サポートを行っていくことになる。

しかし、看護師の場合、療養生活にまつわる課題を扱うことになるため、患者の価値観に基づいた援助を行うことが重要となる。そこで、著者は日本人の意思決定スタイルに応じた「がん患者の療養上の意思決定を支援する共有型看護相談モデル（Nursing Model for Supporting Shared Decision Making：以後、NSSDM）」を作成し⁵⁾、価値の不明確さを低下させるという効果の可能性を見出している⁶⁾。

II. 研究目的

患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術を抽出し、NSSDMの改変を行うこと。

III. 研究方法

1. 研究期間

2010年2月～2012年1月。

2. 研究協力者

がん療養相談場面において意思決定サポートを要するがん患者54名、および面談対応を行った看護師8名。

3. データ収集方法

患者には、性別、年齢、病名、治療期間、現在の治療、病状、症状の有無、面談時の同伴者の有無、面談後の「決める」ことに対する思いの変化などについて記録用紙への記入を依頼した。看護師には、1回あたりの面談時間、面談回数、面談内容、看護職経験月数、所属医療機関での経験年数、CNS経験年数、相談業務経験月数、相談対応件数、面談後の患者の具体的な内的変化（言動、表情、感情などを面談前後に比較して変化として感じ取れたところ）、意思決定支援としての具体的な関わりなどの情報について記録用紙への記入を依頼した。記録用紙は、記載した後研究者へ送付を依頼した。

4. 分析方法

患者および看護師の基礎データは単純集計を行った。面談後の患者の内的変化については、患者と看護師の記録を比較し、共通して患者の内的変化として読み取れた部分を抽出した。次に、その変化につながった介入に着目し、患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術（患者の思考が決める方向へと前進した時の介入内容）を抽出した。その後、NSSDMに含まれている看護療養相談技術と比較し、NSSDMの改変を行った。

5. 倫理的配慮

所属機関の倫理委員会および当該施設の倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅳ. 結 果

1. 対象者の概要

患者は54名であり、初発で外来通院治療中の乳がん患者が多かった。1回あたりの面談時間は、71.3±32.6分、面談回数は1.19回であった（表1参照）。本研究において、意思決定支援を行った看護師は8名であった。看護師の特性としては、CNS経験年数33.5±28.5ヵ月、相談業務経験月数43.5±21.3ヵ月、相談対応件数28.1±15.9件/月であった。療養相談に持ち込まれたがん患者の意思決定場面は、面談当初から明確に表現されるものではなく、療養生活上の課題への対処方法、治療へ取り組むための準備性を整えること、こころのマネジメントなどに関する相談をきっかけに、意思決定支援ニーズが浮上してくる現状であった。

2. がん患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術

看護師の面談記録の中から、患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術を抽出し、NSSDMにある技術と比較したところNSSDMには含まれていない新技術として1のカテゴリ（表2参照）、NSSDM内の技術に関連する要素として9カテゴリが抽出された（表3参照）。以下に各カテゴリの内容の中で特徴的な部分を詳述する。カテゴリは【 】、サブカテゴリは< >、で示した。

表1：対象者の概要

| 特性 | (N=54) |
|--------------|-----------|
| 男性 | 19 |
| 女性 | 35 |
| 年齢（歳） | 60.8±11.8 |
| 治療期間（月） | 27.1±40.6 |
| 治療前 | 8 |
| 治療中 | 30 |
| 治療後 | 16 |
| 初発 | 34 |
| 再発 | 2 |
| 転移 | 9 |
| 終末期 | 9 |
| 入院中 | 5 |
| 外来通院中 | 47 |
| 他施設通院中 | 2 |
| 同伴者あり | 24 |
| 同伴者なし | 30 |
| 1回あたりの面談（時間） | 71.3±32.6 |
| 面談回数（回） | 1.19 |
| 病名（複数回答） | |
| 乳がん | 18 |
| 肺がん | 7 |
| 胸腺がん | 1 |
| 舌がん | 1 |
| 食道がん | 1 |
| 甲状腺がん | 2 |
| 胃ガン | 5 |
| 胃GIST | 1 |
| 大腸がん | 2 |
| 直腸がん | 2 |
| 肝細胞がん | 1 |
| 膵臓がん | 3 |
| 胆管がん | 1 |
| 膀胱がん | 1 |
| 前立腺がん | 6 |
| 卵巣がん | 1 |
| 子宮頸がん | 2 |
| 子宮体がん | 3 |
| 原発不明がん | 1 |
| 症状（複数回答） | |
| 倦怠感 | 20 |
| しびれ感 | 10 |
| 不眠 | 10 |
| 脱毛 | 4 |
| 便秘 | 7 |
| 嘔気 | 4 |
| 食欲不振 | 7 |
| 口内炎 | 3 |
| 貧血 | 2 |
| 下痢 | 1 |
| その他 | 13 |
| 治療経験（複数回答） | |
| 手術療法 | 34 |
| 化学療法 | 27 |
| 放射線療法 | 18 |
| その他 | 6 |

1) NSSDMには含まれていない新技術

【身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターする】

このカテゴリに入る技術は、＜セルフケア能力の査定＞＜意思決定の阻害につながる身体状況のアセスメント＞の2つで構成されていた。＜セルフケア能力の査定＞では、がん療養相談に訪れた患者が面談開始時点では自らが抱えている問題を明確に認識していないために、患者のもっている潜在的な能力が表面化していないことがある。そのため、看護師は患者の理解力、問題解決能力などをはじめとしたセルフケア能力を査定していた。＜意思決定の阻害につながる身体状況のアセスメント＞では、患者が病期の進行、治療に伴う副作用、精神

症状などにより意思決定が困難な状況になっていないか、看護師は常にモニタリングしていた。この技術は、療養相談の全プロセスにおいて看護師が用いる重要な技術であった。

2) NSSDMの技術に関連する要素

①【これまでの療養生活をねぎらう】

このカテゴリに入る技術は、＜これまで病気と対峙してきた姿勢をねぎらう＞の1つで構成されていた。これは、がんと対峙しながら治療に取り組んできた様相が見える患者に対して、看護師はこれまでの経過について傾聴し、がんと向き合う姿勢に対してねぎらい、肯定的評価をフィードバックしていた。

表2：患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術（新技術）

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|----------------------------|-------------------------|
| 身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターする | セルフケア能力の査定 |
| | 意思決定の阻害につながる身体状況のアセスメント |

表3：患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術（NSSDMの関連要素）

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|----------------------------|----------------------------------|
| これまでの療養生活をねぎらう | これまで病気と対峙してきた姿勢をねぎらう |
| 患者の療養生活に対する認識を認め肯定的な評価をかえす | 受容的なアプローチをする |
| | 患者が決めた方向性を認める |
| | 患者の方略を認める |
| | 肯定的な評価をかえす |
| 意思決定に猶予を与える | 考えるための時間的猶予があることを提示する |
| | 選択肢をもとに家族と相談する時間をつくる |
| | 複数の選択肢について段階的に検討していく方法を伝える |
| 誤解している認識を解きほぐす | 誤って認識している部分を明らかにする |
| | 正確な情報を追加して伝える |
| 対処の緊急性や重要性を伝える | 症状コントロールの重要性について説明する |
| サポートの求め方を伝える | サポートしたい意向を伝える |
| | 自分で抱え込まず相談することの大切さを伝える |
| | セルフモニタリングの必要性和受診の目安を伝える |
| | 医療者の活用方法を伝える |
| | 患者の能力に応じて今後のフォローアップの必要性を伝える |
| 段階的な取り組みが必要であることを伝える | 生活の中へ新たな療養法を段階的に取り入れていくステップを提示する |
| 医学的な知識を理解して判断する方法を伝える | セカンドオピニオンの活用方法を提示する |
| | 主治医への確認事項について共に整理する |
| 意思決定の方向性を強める | 患者のニーズに沿った具体的な行動を提示する |
| | 継続していく意思を強化する |
| | 患者にとって治療継続するために必要なことを確認する |
| | 方向性の定まりを確認する |
| | 今後の生活上の留意点について再確認する |

②【患者の療養生活に対する認識を認め肯定的な評価を かえす】

このカテゴリに入る技術は、＜受容的なアプローチをする＞＜患者が決めた方向性を認める＞＜患者の方略を認める＞＜肯定的な評価をかえす＞の4つで構成されていた。＜受容的なアプローチをする＞および＜患者の方略を認める＞は、がん患者が抱えている問題を整理していくプロセスの中で、これまでの療養生活の中で患者自身が行ってきた方略を認め、患者の努力をねぎらいながら、受容的なアプローチをしていた。＜患者が決めた方向性を認める＞は、患者の選択基準（価値観）を確認しながら、自己決定の方向性を支持していた。＜肯定的な評価をかえす＞は、患者自身で対処できている部分を認めながらポジティブフィードバックを行っていた。

③【意思決定に猶予を与える】

このカテゴリに入る技術は、＜考えるための時間的猶予があることを提示する＞＜選択肢をもとに家族と相談する時間をつくる＞＜複数の選択肢について段階的に検討していく方法を伝える＞の3つで構成されていた。＜考えるための時間的猶予があることを提示する＞および＜選択肢をもとに家族と相談する時間をつくる＞は、患者の相談内容が焦点化されてきた時点で、看護師は選択肢をもとに家族と相談する場を調整し、最終的な意思決定をするまでに時間的猶予があることを示していた。＜複数の選択肢について段階的に検討していく方法を伝える＞は、各選択肢を理解して方向性を決定することができるよう、患者の理解度に合わせて検討する機会を段階的に設定していた。

④【誤解している認識を解きほぐす】

このカテゴリに入る技術は、＜誤って認識している部分を明らかにする＞＜正確な情報を追加して伝える＞の2つで構成されていた。これは、病気、治療、療養方法などについて誤った認識をしている部分が表面化したとき、看護師はその部分を指摘するのではなく、正確な情報を提示しながら患者が自ら誤解している部分に気づくのを待っていた。

⑤【対処の緊急性や重要性を伝える】

このカテゴリに入る技術は、＜症状コントロールの重要性について説明する＞の1つで構成されていた。これは、在宅療養中の患者に対して治療に伴う有害事象が出現することを想定し、症状を予測するための情報、医療者へ相談すべき事項や緊急対応が必要な事項等に関する判断基準などについて説明し、症状コントロールにおいて早期対応が必要であることを伝えていた。

⑥【サポートの求め方を伝える】

このカテゴリに入る技術は、＜サポートしたい意向を伝える＞＜自分で抱え込まず相談することの大切さを伝える＞＜セルフモニタリングの必要性と受診の目安を伝える＞＜医療者の活用方法を伝える＞＜患者の能力に応じて今後のフォローアップの必要性を伝える＞の5つで構成されていた。＜サポートしたい意向を伝える＞および＜自分で抱え込まず相談することの大切さを伝える＞は、在宅療養中に起こりやすい心身の反応をあらかじめ提示し、出現した場合には直ちに医療者へ相談することにより、症状緩和のための支援が受けられることを伝えていた。＜セルフモニタリングの必要性と受診の目安を伝える＞および＜医療者の活用方法を伝える＞は、治療を継続するためには身体症状の変化をセルフモニタリングし、早期の段階で受診することが重症化予防に繋がることを伝え、モニタリング内容をどのように医療者へ伝えたらよいか具体的に説明していた。＜患者の能力に応じて今後のフォローアップの必要性を伝える＞は、セルフケア能力が低下し、医療環境の調整や他部門との連携に時間を要してしまい意思決定プロセスが進まない患者に対して、継続支援の必要性を説明しながら支援の求め方を具体的に提示していた。

⑦【段階的な取り組みが必要であることを伝える】

このカテゴリに入る技術は、＜生活の中へ新たな療養方法を段階的に取り入れていくステップを提示する＞の1つで構成されていた。これは、がん治療に伴う症状が出現し身体機能の変化に戸惑う患者に対して、患者が新たな生活を再構築できるよう療養上の方略を段階的に提示していた。具体的には、手術に備え体調を整えること、術後の生活における留意点、術後のフォローアップ内

容、こころの状態を安定させることなどについて段階的に取り組んでいくことなどを提示していた。また、ひとつひとつ取り組んでいく中で、先に進まない場合には再び医療者へ相談できることを提示していた。

⑧【医学的な知識を理解して判断する方法を伝える】

このカテゴリに入る技術は、＜セカンドオピニオンの活用方法を提示する＞＜主治医への確認事項について共に整理する＞の2つで構成されていた。これは、患者が治療選択において治療内容と有害事象の関連が理解できず悩んでいる場合、患者の認識を確認しながら、関連する医学情報を提供していた。さらに、患者がこの情報をもとに治療選択ができるよう、判断能力を確かめながら主治医への確認事項を整理し、患者のニーズに応じてセカンドオピニオンの活用方法について提示していた。

⑨【意思決定の方向性を強める】

このカテゴリに入る技術は、＜患者のニーズに沿った具体的な行動を提示する＞＜継続していく意思を強化す

る＞＜患者にとって治療継続するために必要なことを確認する＞＜方向性の定まりを確認する＞＜今後の生活上の留意点について再確認する＞の5つで構成されていた。これは、患者が今後の生活の方向性について見出すことができるよう、患者のニーズに沿った具体的な行動を提示しながら、それを継続していく意思を強化するための働きかけを行っていた。具体的には、患者が受け入れられそうな治療との向き合い方を伝えたり、一つの方法を選択した場合の生活のイメージ化を促すことにより、患者が生活を再構築していくプロセスを支援していた。＜方向性の定まりを確認する＞は、がん治療の影響により今までの生活が継続できないのではないかと悲観的になっている患者に対して、患者が生活リズムを取り戻して前向きに治療に取り組むことができるようサポートし、今後の方向性が定まることを確認していた。＜今後の生活上の留意点について再確認する＞は、方向性が定まってきた時点で、患者の認識や心理的反応を確認しながら、今後の生活上の留意点について再確認していた。

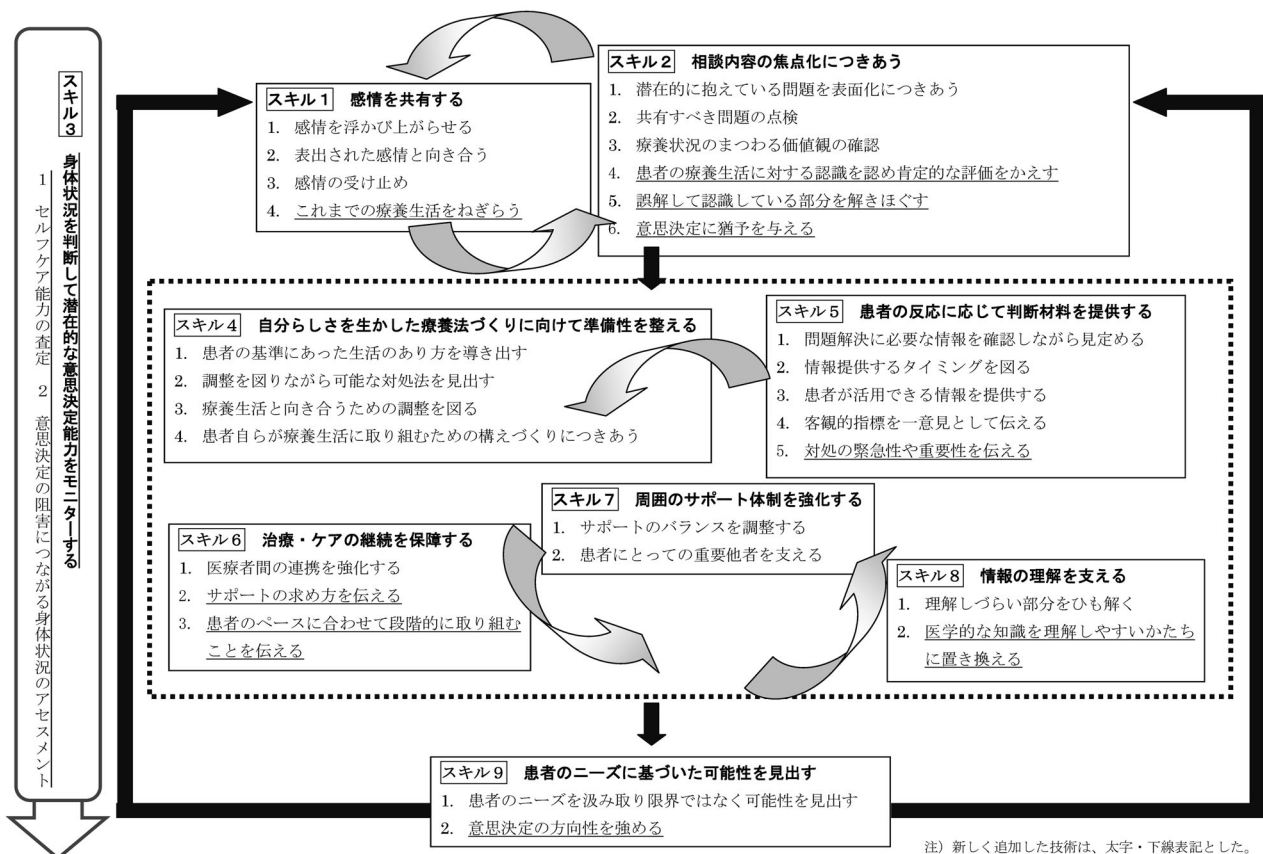


図1：【改訂版】がん患者の意思決定場面における看護療養相談技術

3. がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデル（NSSDM）の改変

患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術を抽出し、その中でNSSDMにすでに含まれている技術を除外したところ、表2、表3に示す相談技術がNSSDMへ追加する技術をして導き出された。表2に示した【身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターする】は新たな技術であり全プロセスにわたり看護師が用いる重要な技術であるため、図1の左側へ全プロセスにわたるよう追加した。表3に示した9の技術はNSSDM内の技術に関連する要素であるため、既存技術の下位項目として追加した（図1の下線参照）。

さらに、NSSDMの中に記載されている看護療養相談技術を用いる時の順序性を確認したところ、図1の[]内に記載されている5つの相談技術は患者の状況に応じて循環させながら用いられていた。従って、順序配列（リニア型）ではなく循環サイクル配列（サイクル型）を示すかたちへ修正し図1の[]内に記載した。すなわち、5つの技術は、相談内容に応じて必要度の高い技術から提供し、順次その他の技術を循環させて用いるということである。これには、看護師に必要度の高い技術を

見分ける能力が求められる。さらに、各技術を循環サイクル的に用いる方法は一定ではなく、患者の状況や反応に応じて強弱をつけ、複数の技術を同時に用いていることが明かになったため、その様相を図2に示した。例えば、がん治療中の患者から相談を受けた場合には、まず治療・ケアの継続を保障する技術を提供し（図2左参照）、その技術を用いながらさらに情報の理解を支える技術を提供すること（図2中央参照）である。そして、患者の情報理解が感じられた時点で看護師は患者の反応に応じて判断材料を提供する技術を追加して用いる（図2右参照）ような状況であった。このような結果を踏まえて、療養相談技術の使用方法をNSSDMに追加し、改訂版を作成した（図3参照）。

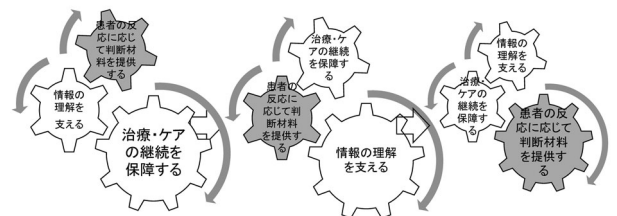


図2：患者の状況に応じて複数の技術を用いる様相

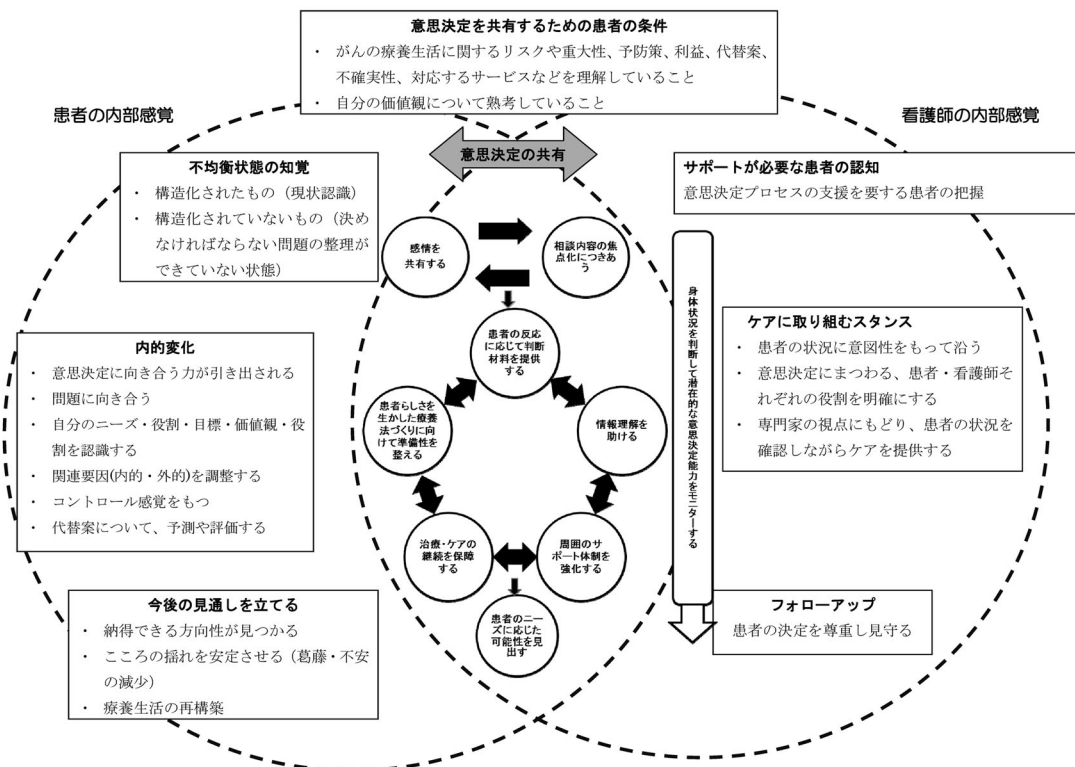


図3：【改訂版】がん患者の療養上の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデル

V. 考 察

1. Shared decision making (SDM) を基盤とした共有型看護相談モデル

NSSDMは、看護師が患者の意思決定を共有しながら療養生活の方向性を見出すための意思決定支援ツールであり、SDMの概念を基盤としている。SDMは、患者を取り巻く医療環境全体で取り組む必要があり、Interprofessional-Shared decision making (IP-SDM)では、SDMに影響を与えるヘルスケアシステムとして、環境（社会、政府、健康局、専門職団体、ヘルスケア関連団体）、専門職間のチームメンバー（医師、看護師、栄養士、理学療法士、薬剤師、作業療法士、図書士、事務）などがあげられている⁷⁾。また、臨床においてSDMを実践するためには、規程、組織、チーム、導入方法などを整え戦略的に実行する必要があることも指摘されている⁸⁾。しかし、がん医療においてSDMは十分には定着しておらず、本研究においても、医療環境の調整や他部門との連携に時間を要し、意思決定プロセスが進まない事例がみられた。さらに、大腸がんスクリーニングにおけるSDM実施状況に関する調査結果では、500名の患者のうち70%がSDMを望んでいたが、SDMのプロセスを経ていた患者は47%である⁹⁾という現状報告がされている。

このような現状を踏まえ、がん医療においてSDMを実践するためには、治療に伴う心身への影響についてリスクコミュニケーションを図り、選択肢に関する情報を十分に提供し、患者がインフォームドチョイスできるように配慮する必要がある。骨粗鬆症患者のケアにおけるSDMを用いたリスクコミュニケーションの成果としては、認知、行動、感情の改善がみられること¹⁰⁾、前立腺がんのPSAスクリーニングにおいて、インフォームドチョイスを前提として情報提供すると、患者のアウトカムの改善が図れること¹¹⁾が明らかになっている。このことから、NSSDMの中にある「患者の反応に応じて看護師が判断材料を提供する」技術は、がん患者のケアにおけるSDMを用いたリスクコミュニケーションとして重要な関わりといえる。がん医療が多様化する中でSDMを実践するためには、情報提供時にインフォームドチョイスに繋がるリスクコミュニケーションを意図的

に行っていく必要がある。

2. NSSDMを臨床適用するための課題

患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術として、身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターするという技術が新たに抽出された。これは、がんの治療や病期の進行に伴い患者の身体状況が変化する様相をアセスメントし、意思決定にまつわるセルフケア能力や判断能力をモニタリングするという技術である。看護師は、この技術により患者の意思決定能力を査定し、支援内容を方向づけていくこととなる。例えば、意思決定能力が低下していると判断した場合には、決定を一時的に保留にして能力の回復を待つ、もしくは患者の意思決定権を家族へ委譲するための準備を整えるなどの支援内容に切り替えていくことである。また、本研究においては、相談内容に応じて看護療養相談技術を柔軟に適用する必要性があることについて、事例を通した示唆が得られた。これは、NSSDM内の5つの技術の用い方として、リニア型ではなくサイクル型で用い、必要度の高い技術から順に循環させ、患者の状況や反応に応じて強弱をつけながら複数の技術を同時に用いるという点である。

このような技術を包含したNSSDMを臨床適用するための要件としては、がん療養相談の実践経験、看護師が意思決定支援に関われる時間と場の確保、NSSDMの背景にある概念枠組みを理解するためのトレーニングが必要となる。ムーアは、専門職は高度に専門分化した職業であると述べ、専門職が分化していくための主要な基礎として、第1に専門家が意のままにできると宣言できる実体的な知識領域が存在すること、第2に専門家が習得を必要とする知識の生産や適用の技術が存在することの2つがある¹²⁾と述べている。また、ブルーナーは人間が世界についての知識を組織し運用するには、2つの方法がある。1つは物理的なものにかかわる論理—科学的な思考であり、もう一つは人間とその状態にかかわる物語的な思考である¹³⁾と述べている。つまり、専門職が知識を習得し実践へ活かせるようになるためには、自らの体験を物語的な思考で構造化し、状況に応じて適用する能力が必要となるということである。そのためには、専門職が自らの体験を振り返る機会をもつことが必要で

ある。ショーンは、行為の中の省察（リフレクション）を中心概念とした、反省的实践家と呼ばれる新しい専門的職業の実践的思考のスタイルを描き出している。その中で、現実社会の問題解に結合したケースメソッドを取り入れた実践的な教育の必要性を述べている¹⁴⁾。このように、看護実践能力を身につけるための学習には、実体験を教材として省察することが効果的な方法といえる。このことから、NSSDMの臨床適用においては、患者の価値観を引き出す特訓を果たす看護師が自らの価値観に向き合い、患者の意思決定支援に関わる体験を振り返りながら、知識を実践へ活かすための準備性を高めていくことができるよう、トレーニングの機会を設定することが必要といえる。

VI. 結 論

患者の意思決定プロセスに効果的に関与していた相談技術として、身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターするという技術が抽出された。さらに、NSSDM内の5つの技術の用い方として、必要度の高い技術から

順に循環させ、患者の状況や反応に応じて強弱をつけながら複数の技術を同時に用いる様相が明らかとなった。

SDMを基盤としたNSSDMを臨床適用するためには、情報提供時にインフォームドチョイスに繋がるリスクコミュニケーションを意図的に行うこと、看護師が自らの価値観や意思決定支援の経験を振り返る機会を設定し、知識を実践へ活かすための訓練の場を設定することが必要である。

VII. 謝 辞

研究にご協力いただきました協力者の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究において専門的な立場からご指導いただきました、兵庫県立大学内布敦子教授、片田範子教授、神戸市看護大学鈴木志津枝教授、福山市立大学藤原顕教授に深く感謝申し上げます。本研究は、平成21～23年度科学研究費補助金（基盤研究C）課題番号21792233を充て実施した。なお、本論文は兵庫県立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆・修正したものである。

引用・参考文献

- 1) Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Systematic Review. 8(3). 2014, 8.
- 2) Graham, I. D., Logan, J., O'Connor, A., Weeks, K. E., Aaron, S., Cranney, A., A qualitative study of physicians' perceptions of three decision aids. Patient Education and Counseling, 50(3), 2003, 279-83.
- 3) Ottawa Hospital Research Institute (2015). Ottawa Personal Decision Guide. 2017. 1.27, update 3 : 15 pm EST (online), available from <<http://decisionaid.ohri.ca/docs/das/opdg.pdf>>
- 4) Légaré, F., O'Connor, A. C., Graham, I., Saucier, D., Côté, L., Cauchon, M., & Paré, L.. Supporting patients facing difficult health care decisions : use of the Ottawa Decision Support Framework. Canadian Family Physician, 52, 2006, 476-477.
- 5) Kawasaki Y., Consultation techniques using shared decision making for patients with cancer and their families, Clin. J. Oncol. Nurs., 18(6), 2014, 701-706.
- 6) 川崎優子. がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発, 日本看護科学学会誌35, 2015, 277-285
- 7) Leighl, N. B., Shepherd, H. L., Butow, P. N., Clarke, S. J., McJannett, M., Beale, P. J., Supporting treatment decision making in advanced cancer : a randomized trial of a decision aid for patients with advanced colorectal cancer considering chemotherapy. Journal of Clinical Oncology. 29(15), 2011, 2077-84.

- 8) Fleuren M, Wiefferink K, & Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations : literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*. 16(2), 2004, 107-23.
- 9) Wunderlich, T., Cooper, G., Divine, G., Flocke, S., Oja-Tebbe, N., Stange, K., & Lafata, J. E. Inconsistencies in patient perceptions and observer ratings of shared decision making : the case of colorectal cancer screening. *Patient Education and Counseling*. 80(3), 2010, 358-63.
- 10) Lewiecki, E. M.. Risk communication and shared decision making in the care of patients with osteoporosis *Journal of Clinical Densitometry*. 13(4), 2010, 335-45.
- 11) Venderbos, L. D., & Roobol, M. J.. PSA-based prostate cancer screening : the role of active surveillance and informed and shared decision making. *Asian Journal of Andrology*. 13(2), 2011, 219-24.
- 12) Moore, W. *The professions : roles and rules*, New York, NY : Russell Sage Foundation, 1970.
- 13) Bruner, J. *The culture of education*. Harvard University Press. 1996, p149.
- 14) ドナルド・ショーン／佐藤学, 秋田喜代美. 専門家の知恵－反省的实践家は行為しながら考える. 東京：ゆるみ出版, 2001.

Effectively Consultation Techniques in the Decision Support Process of Cancer Patients

KAWASAKI Yuko

Abstract

[Purpose] To extract consultation techniques that were effectively applied in patient decision-making processes, and to modify the Nursing Model for Supporting Shared Decision Making (NSSDM) that supports the decision-making processes of cancer patients.

[Methods] From the records of interviews conducted by nurses at the counseling and support centers of cancer-designated hospitals, we extracted components of the “consultation techniques that had been effectively applied in patient decision-making processes.” We then extracted new nursing care consultation techniques that were not included in the NSSDM, and modified the model accordingly.

[Results] As a new nursing care consultation technique not included in the existing NSSDM, we extracted monitoring a patient’s latent decision-making capabilities by assessing his or her physical conditions. Moreover, as the lower-order technique items included in the NSSDM, the following ten nursing care consultation techniques were extracted : appreciate a patient’s efforts in having undergone past treatment and care ; acknowledge a patient’s recognition of his or her past treatment and care, and evaluate it positively ; allow a grace period for decision making ; clarify a patient’s misunderstood perceptions ; convey the urgency and importance of taking action ; convey how to ask for support ; convey that step-by-step actions are needed ; convey the method of understanding medical knowledge and assessing it ; strengthen the will to carry out realistic actions and behaviors ; and confirm the directions that have become apparent. As the method of using NSSDM’s five technologies, moreover, it was elucidated that nurses were circulating techniques in order, starting with those with a high degree of need, and using multiple techniques simultaneously while making some stronger than others, depending on the patients’ conditions and reactions.

[Discussion] With cancer treatment becoming increasingly diverse, in order to practice Shared Decision Making (SDM), it has become necessary not only for nurses but also for the entire healthcare environment surrounding the patients to tackle this issue. It is necessary to intentionally carry out risk communication leading to informed choices. To apply NSSDM to clinical situations, nurses must set up opportunities to review their own experiences related to patients’ personal values and decision-making processes, as well as to create training forums wherein knowledge can be used in practice.

Key words : cancer nursing ; shared decision making ; consultation techniques