

研究報告

がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において 臨床現場で看護師が抱えている困難

山内 洋子¹⁾, 寺町 芳子²⁾, 植田 喜久子³⁾,
東 清己⁴⁾, 鈴木 志津枝¹⁾

¹⁾兵庫医科大学看護学部

²⁾元大分大学医学部看護学科

³⁾日本赤十字広島看護大学看護学部

⁴⁾元熊本大学大学院生命科学研究部

抄録 【目的】日々臨床で行われている患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにし、その上で看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための今後の課題を検討した。【方法】がん診療連携拠点病院2病院に勤務する看護師12名を4グループに分け、フォーカスグループインタビューを実施し、質的帰納的に分析した。データ収集期間は2015年10月～2016年3月であった。【倫理的配慮】大分大学医学部倫理審査委員会（承認番号979）と大分県立病院研究倫理委員会（受付番号28-4）の承認を得た。【結果】がん患者と家族の意思決定支援を行う上で看護師が抱えている困難は、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが進まない】の8カテゴリーであった。【考察】看護師は、がん患者の権利や意向が尊重されていない状況に疑問を感じたり悩んだりしているが、問題解決に向けてアプローチできない現状が見いだされた。がん医療における意思決定支援の質を向上させるためには、看護師自身が担う役割があることを認識し、実践を積み重ねて、患者や医師が看護師の役割を認知できることが重要であると考えられる。

キーワード：がん患者，合意形成，意思決定支援，看護師，困難

1. はじめに

がん医療は多様化・複雑化している。患者の権利の尊重としての社会的な要請や患者の医学的知識の要求の高まりなどにより、治療の選択においては、医師の説明の質や患者の理解と主体的な意思決定が医療者の課題となっている。がん治療法の進歩により、根治や延命によ

2022年3月28日受付

2022年11月22日受理

別刷請求先：山内洋子，〒650-8530 神戸市中央区港島1丁目3番6 兵庫医科大学看護学部

る生存率の向上が期待できるようになったことから病名や再発・転移といった悪い知らせは、概ね伝えられるようになってきている。しかし、長期化するがん闘病のプロセスの中で、患者と家族は多くの意思決定が求められる。意思決定の中でも終末期における意思決定は、治療法の変更や積極的治療の中止、療養場所の選択などの重要な決定をしなければならず、患者や家族にとり容易でないと述べられている¹⁾。

このような状況を踏まえ、看護師には患者の意思を尊重した患者と医療者の合意形成による意思決定を目指し、患者や家族が自発的な意思決定を行えるよう援助が求められている。吉武²⁾は、Informed Consent（以下IC）による意思決定と合意形成による意思決定との違いについて、患者の意向が明確であり、患者・家族・医療者という関係者の意見が一致しているときには、ICによる意思決定が有効であるとし、患者の意向が不明であるときや患者・家族・医療者という関係者の意見が一致していないときなどは合意形成による意思決定が必要であると述べている。

がん患者の意思決定支援における看護師の困難に関して、西尾ら³⁾が、がん患者の治療法の意思決定に対する看護師のかかわりについて調査した結果、40%の看護師は意思決定に関わることができるかと回答していたが、患者に関する情報を医師と共有するなどの医師との連携は不十分であることが明らかになった。太田⁴⁾はがん患者を対象に意思決定における看護師のかかわりを調査した結果、患者は看護師を自分の権利を擁護してくれる存在であるという認識が薄かったことから、患者の意思決定支援の役割を果たせてない可能性を示唆していた。

また、菊永ら⁵⁾は根治治療が困難になったがん患者への配慮がない告知の仕方や、病状が悪化したがん患者へ病名告知や予後告知をしないことで無益な治療が継続される状況に対して、看護師が医師に意見や考えを発言しても受け入れられなかった体験に困難感をもったことを報告していた。

さらに、加利川ら⁶⁾はギアチェンジ期や終末期の意思決定支援について、看護師が患者の援助に自信がなく、患者や家族とのかかわりに躊躇していたため、合意形成による療養場所の選択を支援できない現状を招いていたと指摘している。

これらの先行研究から、がん患者の意思決定支援における看護師の困難は、治療法の説明や積極的治療の中止、療養場所の移行、余命告知などの説明時に、看護師が医

師や患者・家族と話し合い、患者の権利擁護者としての役割を果たせるように関わっていないことや看護師の援助能力の不足などに関連していることが理解できる。

しかし、患者・家族と医療者（看護師）間の合意形成による意思決定支援を行っていく上での看護師の困難に関して、十分に明らかになっているとは言えない。そこで、本研究において、日々臨床で行われている患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにし、その上で看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆を検討した。

2. 用語の定義

家族：婚姻・血縁関係にかかわらず、互いに家族であると自覚し同居している人々。または、近隣に住み互いに情緒的、物理的にサポートし合っている人々。

合意形成：関係者間での話し合いを通じて、関係者の根底にある価値を顕在化させ、最善策を探し続けるプロセスをいう。

合意形成による意思決定支援：患者のがん治療の選択や積極的治療の中止、療養場所の選択などの意思決定において、患者の意向が不明である場合や患者・家族・医療者間の意見が一致していないときなどに、患者・家族・医療者間の話し合いを通じて、患者と家族が自分の生き方や望む生活への影響を考え、選択肢の中で最善策を決定するように支援することである。

悪い知らせ：がん患者や家族に重大な影響を与え、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせであり、がんの診断や再発・転移、病状悪化、積極的治療の中止、予後不良などの情報をいう。

困難：看護師が、がん患者や家族に対して支援を行うことが出来なかった、不十分であった、非常に難しいと感じたり、支援を実践するうえで不安や葛藤、自信のなさ、疑問などの感情が生じたり、悩んだり、苦労したりすることをいう。

3. 研究方法

本研究は、患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにすることを目的としており、次のステップとして本研究の成果を活用し、本研究と同一の看護師を対象として合意形成によ

る意思決定支援を促進するための教育プログラム（勉強会）を用いた介入研究につなげたいと考えている。そのため、次のような研究方法を用いた。

1) 研究参加者

A県のがん診療連携拠点病院2病院に勤務し、悪い知らせを伝えられたがん患者や家族に対して合意形成による意思決定支援を行った経験がある看護師で、合意形成による意思決定支援に関心があり、研究参加に同意が得られた看護師12名。

2病院の看護部からがん患者が多く入院している病棟を2病棟紹介していただき、紹介していただいた各病棟で研究計画の説明と研究参加者のリクルートの機会をもたせていただいた。

2) 面接方法

がん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援における困難の実態を明らかにするために、フォーカスグループインタビュー（以下、FGI）を用いた。FGIを用いた理由は、グループダイナミクスをうまく利用して、効率的な方法で単独インタビューでは得られない豊かな情報を入手することが可能⁷⁾と考えたからである。

研究参加者12名を施設別に3人ずつの4グループに分け、FGI法を用いて、これまでの合意形成による意思決定支援において、困難だった事例を想起してもらい、インタビューガイド（質問項目：病名告知や病状説明に関して、治療方法の決定に関して、患者や家族とのコミュニケーションに関して、医師の治療や病状説明に関して、自らの知識・技能に関すること）に沿って語ってもらった。インタビュー内容は、許可を得て録音した。インタビュー回数は各グループ1回で、インタビュー時間は各グループ1～1.5時間程度であった。

3) データ収集期間

2015年10月～2016年3月

4) 研究デザイン

本研究は、研究参加者のがん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援上の困難をありのまま捉えるため、質的帰納的研究デザインを用いた。

5) 分析方法

データ分析は、面接内容の逐語録を作成しデータとした。逐語録を熟読し、看護師ががん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援において、困難であると語られた内容を抽出した。次に意味内容を損なわないように内容を要約してコードを作成した。類似性を基にコードをまとめ、抽象化してサブカテゴリー、さらに抽象化してカテゴリーを作成した。

6) 真実性の確保

分析した結果を2名の研究参加者に示し、メンバーチェックを受け、厳密性を確保した。分析過程において、看護学を専門とする大学教員である研究者全員で何度も逐語録を読み返し再考を重ね、分析を行った。

7) 倫理的配慮

大分大学医学部倫理審査委員会（承認番号979）と大分県立病院研究倫理委員会（受付番号28-4）の承認を得て、研究参加候補者に倫理的配慮について口頭と文書で説明し、研究承諾書への署名をもって研究参加への同意を確認した。

4. 結果

1) 研究参加者の概要

研究参加者は、B病院看護師5名とC病院看護師7名の計12名で、男性2名と女性10名の内訳であった。年齢は、24～47歳で、平均年齢は35.2歳であった。3名の認定看護師（緩和ケア、がん化学療法看護、放射線療法看護）を含んでいた（表1）。

2) 分析結果

分析の結果、105のコードが得られ、18のサブカテゴリーにまとめられ、最終的に8カテゴリーに集約された。以下、カテゴリーごとに研究参加者の語りを示しながら説明する。本文中のカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、研究参加者の語りは「 」で示した。

看護師が患者と家族、医療者間の合意形成による意思決定支援を行う上で明らかになった困難は、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】

【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】

表1 研究参加者の概要

	性別	年齢	経験年数 (CN年数)	部署/CNの分野
1	女性	40代	24	がん相談室
2	女性	40代	21	外来(泌尿器科)
3	女性	30代	17(9)	外来(乳腺外科)/緩和ケア
4	女性	40代	18(7)	外来化学療法室/がん化学療法看護
5	女性	40代	25(3)	放射線治療室/がん放射線療法看護
6	女性	40代	16	病棟(腫瘍内科)
7	女性	20代	6	病棟(腫瘍内科)
8	男性	30代	8	病棟(消化器外科)
9	男性	20代	6	病棟(消化器外科)
10	女性	20代	2	病棟(消化器外科)
11	女性	20代	6	病棟(消化器外科)
12	女性	20代	2	病棟(消化器外科)

【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSC (Best Supportive Care) の状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】の8カテゴリーであった(表2)。

(1) 【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】

このカテゴリーは、家族の意向により悪い知らせを患者より先に家族に伝えられ、家族の意思で患者に伝えるかどうかが決められることで、患者の主体的な意思決定が阻害されている現状に、看護師として倫理的ジレンマ

表2 がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難

カテゴリー	サブカテゴリー
家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される	悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる
	患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる
	患者ががんや治療と向き合うことを避けている
患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない	患者や家族が聞いたことに応えてくれないと困ってしまう
	終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い
	終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する
患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む	医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる
	患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む
終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む	終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む
	BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む
BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい	医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる
	治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい
	医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない
患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない	看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい
	看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない
	患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている
看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない	部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援への理解や取り組みに差があり継続性が途切れる
スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない	変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のためのスキルが十分に身につけていない

を感じていることを意味しており、《悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる》、《患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる》に関して、研究参加者は「患者の再発や転移、病状が厳しい、予後が悪いという情報は家族に先に伝えられることが多い。(中略) 家族の方が先に聞いて、本人に伝えるべきか私たちが考えてから伝えたいとか、本人のタイミングをこちらが見計らうからといわれ…、そうこうしているうちに病状がどんどん進んでいく…」と語っていた。

《患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる》に関して、研究参加者らは「よく見かけてジレンマを感じるのは、病状が悪くなってきて、治療を変えるとか、緩和ケアに移行するとかになった時に、本人が受け止められないから伝えなくて欲しいといわれることが多い。家族の意向で患者に病状が悪くなっていることや予後が伝えられなくて、本当にいいのかな。(中略) 患者本人が選択できないことが結構多いから」とか「家族にだけ先に病状などを伝えることで、家族から患者とどう向き合ったらいいのかとか、悪い知らせだから今後そういうことに触れていいのかわからないという悩みの相談がある」と語っていた。

(2) 【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】

このカテゴリーは、看護師が患者や家族への対応の難しさやコミュニケーション不足により心情や意向を把握できず、どのように合意形成による意思決定支援をすればいいのかわからないと感じていることを意味しており、《患者ががんや治療と向き合うことを避けている》《患者や家族が聞いたことに応じてくれないと困ってしまう》《終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い》《終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する》の4サブカテゴリーから構成されていた。

《患者ががんや治療と向き合うことを避けている》に関して、研究参加者は「患者は『自分はがんじゃない』というところから抜け出せない。そのため治療について考えることを避けている」と語り、《患者や家族が聞いたことに応じてくれないと困ってしまう》に関して、「患者に病状の受け止めや心情を聞いても、思っていることを言ってくれない時や家族に意向や希望を聞いても出てこない時にどう対応したらよいか困る」と語っていた。

また《終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い》に関して、研究参加者は「終末期になった時に患者や家族の受け止めや意向が掴めていないことが多い。(中略) 治療の選択肢がなくなっている病状を家族が知らず置き去りにになっていることが割とある」と語り、《終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する》に関して、「終末期患者に対して気持ちや意向を聞くことで相手を傷つけるのではないかと思ひ、どう声を掛けたらよいか分からない」とか「辛い状況の患者を励まさないといけないと思ったり、患者の質問に対応できなかったらと思うと話が聞けない」と語っていた。

(3) 【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】

このカテゴリーは、看護師は患者の治療への同意の仕方や患者の反応から、患者が医師の説明に同意はしているが、説明を十分に理解し家族と治療によるデメリットを話し合い、納得した選択をしていないのではないかと感じ、治療が進んでいくことにこれで良いのか悩んでいることを意味しており、《医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる》《患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる》に関して、研究参加者らは「同意書を書いている、治療目的で入院してきても医師からの説明を十分に理解していない患者や家族もいる。(中略) 患者も家族も治療するということだけ考えて、治療したらどういう状況になるかを考えていない」とか「医師からの説明に対して治療をしませんという患者はほほいなが、治療が始まってから本当は治療を受けたくなかったといわれる方がいる」と語り、《患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む》に関して、「期間が短い中で患者は治療に同意をしているが、当科の医師は治療に関して期待を持たせるような説明をしていることがあるから、治療法のデメリットを十分に理解して選んだのだろうか」と悩むことがある」と語っていた。

(4) 【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】

このカテゴリーは、Best Supportive Care (以下、

BSC) の状況であると判断できる終末期患者が、家族や医療者と治療の有害事象や生活への影響について十分に話し合わない状況で、治療を勧められるままに治療を選択していることや治療が続けられていることに疑問を感じ、患者にとっての良い選択とは何かを悩んでいることを意味しており、《終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む》《BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む》に関して、研究参加者らは「終末期患者であっても、医師からできる治療があると聞けばそれにかきたい気持ちが生じる」とか「治療の継続が厳しい状況になってくると、大体もう止めたいといわれる方(患者)が多いのですが、医師はもうちょっと治療の限界まで化学療法をしてもらいたいということが多いのかな、患者は見捨てられたくないから、医師の勧めることには結構イエスということが多い」と語っていた。

《BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む》に関して、研究参加者は「BSCの状況にある患者が医師や家族の意向に沿って治療を選択したことは、患者にとって自分らしく生きたいという意向に逆らう形になってしまうかもしれない治療なのに、その選択で本当に良かったのかと悩んでしまう」と語っていた。

(5) 【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】

このカテゴリーは、BSCの状況にある患者の治療選択に関して、患者・家族、医療者間で意向のずれがあり、合意形成による意思決定支援の難しさを意味しており、《医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる》《治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる》に関して、研究参加者らは「医師にBSCの状況の患者のきつさが伝わっているのかわからない」とか「終末期になってきているのに、ギリギリの本当にもうこれ以上したら命を落とすのではないかと思うぐらいまで結構攻めていく感じがあって、具合が悪くなってようやく患者に治療中断の説明をするようなことがある。その時点では、(看護師は)患者が最期の時間をどのように過ごしたいのかを話し合ったりすることが

できなくなっている」と語っていた。

《治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい》に関して、研究参加者らは「治療を望まない患者の意思を伝えても治療を望む家族にそれ以上意見が言えない」とか「治療を優先する医師に患者が希望している緩和ケアの提案をしても通らない。やっぱり医師の考えが主になっているから、なかなか看護師が入り込む余地がない。どう話し合っていくかという点で難しさを感じる」と語っていた。

(6) 【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】

このカテゴリーは、患者—医師間、看護師—医師間でのコミュニケーションが十分に図られていないため、看護師が医師と協働して患者の意向を尊重した意思決定支援をすることに困難を感じていることを意味しており、《医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない》《看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい》《看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない》《患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている》の4サブカテゴリーから構成されていた。

《医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない》に関して、研究参加者らは「患者の治療に関する意思決定に関して、医師から何か期待されていると思ったことがない」とか「看護師に病状説明すると言わないで、医師は患者と1対1で進めていってしまった。聞いても看護師の話にも応じてくれない」と語り、《看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい》に関して、「患者の治療の意思決定に看護師が関わることを望まない医師もいる。シャットアウトして自分の方針でという医師には、看護師は患者のことで話し合いたいことがあっても言えない」と語っていた。

《看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない》に関して、研究参加者らは、「患者の苦痛や意向を伝えても、医師の考え(画像とか検査データに基づく判断)が優先されて受け入れてもらえない」とか「在宅に戻りたいという終末期患者の希望があり、今の時期を逃したら戻れなくなるじゃないかと思ひ、患者が緩和ケアを望んでいることを医師に伝えても、治療を優先する医師の場合、なかなかそこは通らない」と

語っていた。

《患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている》に関して、研究参加者は、「患者がずっと痛いと言っていたのに、『そんなことはないはずだけどなー』と患者の訴えを真剣に聞いていない。後に、医師から骨転移しているから治療をしましょうと言われても、患者の医師への信頼する気持ちは低下している。患者は『医師はあー言ったけど、何か…、まあこれ以上悪くなったら困るから治療をするけど』みたいな感じで治療を受ける決断をしている。気持ちの上では納得できていない。調整が必要と思うけど、うーん、本当の合意の上での治療になっていないと思う」と語っていた。

(7) 【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】

このカテゴリーは、医療チームの一員である看護師が意思決定支援の役割を認識し、看護者間で合意形成による意思決定支援を継続することの難しさを意味しており、《部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援の理解や取り組みに差があり継続性が途切れる》の1サブカテゴリーから構成されていた。

《部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援の理解や取り組みに差があり継続性が途切れる》に関して、研究参加者は「再発・転移した患者ががん相談時にやっと話してくれた思いを病棟の看護師に『主治医と相談して、患者の意向に沿った支援、サポートをお願いします』と伝えていても、個々の看護師の認識や部署の受け取り方に差があるため、記録にも記載してもらえていなかったり、医師と話し合っておらず患者への対応も後手後手になってしまっていることがある」と語っていた。

(8) 【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】

このカテゴリーは、意思決定支援に関する考え方や理論に関する研修を受けたが、合意形成による意思決定支援を行っていくためのコミュニケーション力や調整のためのスキルが身につけていないので、患者の変化する身体状況や意向に合わせて合意形成による意思決定支援ができていないと感じていることを意味しており、《変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のためのスキルが十分に身につけていない》の1サブカ

テゴリーから構成されていた。

《変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援を行うためのスキルが十分に身につけていない》に関して、研究参加者は「患者との面談で、今はこの情報をあげないといけない、患者からこの情報を得ないといけないという判断が即座にできるかなって、後になって、あれを聞いておけばよかったということがあるので。次の対応をどうしようかな、何かちょっと迷いがあるって、自分が足りていないなーと感じることがある」とか「看護師には『治療が辛い』とか『止めたい』といってくるのに、医師や家族には気持を話せない患者がいる。このような時に、どのタイミングでどのように医師や家族に話していけばいいか難しいと思う」と語っていた。

5. 考察

本研究において、がん診療連携拠点病院に勤務する看護師が悪い知らせを伝えられたがん患者や家族に対して行った合意形成による意思決定支援においてどのような困難を抱えているかを明らかにした結果、8つのカテゴリーが明らかになった。カテゴリーが意味する困難の内容を考察し、教育への示唆と今後の課題について述べる。

1) 【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】に関して

【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】ことは、がん患者が家族や医療者との話し合いにより最善策を検討できておらず、がん患者の自律尊重の原則に抵触する倫理的問題が生じていることを認知し、看護師は患者の権利擁護者として、また患者の権利の代弁者としての役割が果たせていない現実に直面し、合意形成による意思決定支援の難しさを感じたものと理解できる。

先行研究においても、悪い知らせが患者よりも家族に先に伝えられ、治療の決定が患者の意思よりも家族の意向が重視される状況や、家族を対象とした研究で余命に関する患者への説明は家族の希望に沿うという意見が半数近くもあった⁸⁾ことが報告されている。医療者は、家族の意向が重視されることで、患者の主体的な意思決定が阻害されることを理解しているにも関わらず、なぜ家族の意向を重視するのであろうか。

家族は厳しい状況にあるがん患者の生きる希望を失わせたくないという思いやりの気持ちから、患者が持つて

いる『困難を乗り越える力』を過小評価し患者を保護的に抱え込み、患者にとって良かれと思って家族の意向を優先させていると考えられる。一方、医療者は家族から「患者の生きる希望を失わせるわけにはいかない」といわれることや、家族の一体感の強い日本文化の中では、患者の意思のみを優先して家族を無視することはできないため⁹⁾、患者への病状や治療方針の説明が家族の意向を重視したものになっていると推察できる。

さらに、家族に先に悪い知らせを伝えることで患者・家族間の意思疎通に問題が生じることが明らかになったが、余命告知の判断を委ねられる家族は大変な思いをするであろうということが推察できる。合意形成による家族への意思決定支援の必要性は大きいと考える。

2) 【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】に関して

がん治療の進歩により、がんとともに生きる期間が延長され、診断期から終末期に至るまでがん患者は様々な意思決定を迫られるようになってきた。しかし、多様な価値観やがんに関する医療情報があふれる中で、がん患者や家族が意思決定していくことは容易ではない¹⁰⁾。

看護師はがん患者の身近な存在として患者の病の軌跡に添いながら病期に応じた意思決定支援を継続的に行う役割を持っている。しかし、がん患者の中には、『(患者が)がんや治療と向き合うことを避けている』患者や悪化している現実に向き合うことを避けている患者、最期まで抗がん治療に懸命に取り組み希望を求めようとする患者にとって、今後に備えて治療の中止や終末期の療養に関して話し合い合意形成していくことなど、想定外のことかもしれない。看護師にとって心情や意向を理解することが難しい患者であるといえる。さらに、がん患者が家族の心情を察知し、迷惑をかけたくないという思いが強い場合、患者に苦悩や気がかり、希望など真意を語ってもらうことは難しい。看護師はこのような患者に苦手意識をもっており、業務の忙しさや対応の難しさを理由に意図的に近づき話し合うことを避けていると推察できる。その結果、【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】という困難に直面したものと考えられる。

3) 【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】と【終末期患者が家族や医療者との合意形成がないまま治療することが良い選択だったのか悩む】に関して

【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことを悩む】ことや【終末期患者が家族や医療者との合意形成がないまま治療することが良い選択だったのか悩む】ことは、患者の治療法の意味決定や終末期における治療継続の意思決定に関することであり、医師から患者や家族に治療法が説明され治療の決定がされていると推察できる。しかし、看護師は患者の合意形成によるものではなく説明と同意という意思決定のプロセスに疑問を持ち、これでいいのかと悩んでいる。患者は「がん」という病気ゆえに、治療を早く決めなければと焦り、自分自身の最善を患者自身の人生や価値観を踏まえて考えるのではなく、医学的情報だけで決めてしまっている可能性は高いと考えられる。看護師は、その疑問を患者や医療者間で話し合い意思決定支援に活かしたいと考えていたが、医師優位の風潮は根強く医師との連携不足から話し合えないことに困難を感じたものと考えられた。

日本のがん医療に関する実態調査によれば、32%の患者が診断時に疑問や懸念事項について医師へ伝えることが難しかったこと、セカンドオピニオンについて知っていた患者が2割程度であったこと¹¹⁾が明らかになっている。本研究において看護師が悩んでいたように、患者の中には、診断時に疑問や懸念事項を曖昧なまま、医師からの治療法の説明に同意し、治療を受けていることも考えられる。終末期患者に対する抗がん治療については明確な指針がなく、治療の限界を受け入れて適切な時期に終了すべきであるという考え方があがるが、最期まで抗がん治療に希望を求めようとする患者も少なくない¹²⁾。

看護師はがん医療の現状を理解した上で、医療者の価値観を押し付けるのではなく、様々な病期にあるがん患者が自分の人生や価値観を基準にして、家族や医療者と話し合い合意形成により治療法の選択や積極的治療の中止の意思決定をしていけるように支援していく必要がある。

4) 【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】と【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】に関して

患者・家族と医療者間の合意を得る基本はコミュニケーションであるが、コミュニケーションに十分な時間が取れなければ、看護師は【患者・家族と医療者間のコ

コミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない(い)くなり、看護師の意思決定支援者や権利擁護者としての役割が果たせなくなる。このように、がん医療に携わる医療者に時間的余裕がないことや働きかけるタイミングが曖昧なことが医療者間のコミュニケーションを困難にしていると考えられる。さらに、看護師は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーション」や「医師から治療期に患者の治療や病状に関する説明が不十分」、「転移や予後など『悪い知らせ』を伝えられた後の患者(家族)への対応」、「患者(家族)から不安や心配を表出された場合の対応」、「患者と家族のコミュニケーションが上手く行っていない場合の対応」などに困難感をもっていることが明らかになっている¹⁵⁾。これらのコミュニケーションにおける困難感、合意形成による意思決定支援の困難感に繋がっていくといえる。

また、BSCの状況にあるがん患者は病状の進行に伴って積極的治療の限界を自分自身の身体をもって自覚するため、積極的治療の中止の時期を判断したり察知したりすることが可能である。しかし、家族は大切な一員を喪失するかもしれないという現実を受け入れることが難しく、少しでも長く治療を続けて患者に生きて欲しいという思いを抱いていると思われ、BSC状況の患者と家族の間で認識の差が生じやすいことが指摘されている¹⁴⁾。このような状況で患者・家族と医療者が相談し共有していくことは非常に難しく、看護師は【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】と感じると思われる。

看護師と医師が互いにコミュニケーションを取り、連携を図っていくことは、方針や目標を共有することを意味している。しかしながら、医師と看護師のチーム医療に対する意識の違いや専門性の違いからくる目標や価値観の不一致は、医師と看護師の協働に支障をきたしていると指摘されている¹⁵⁾。看護師は、医師に対し意識を変える働きかけをすることも必要ではあるが、医師自身も治療の中止や継続について不確かさや迷いを感じていることがある。中川ら¹⁶⁾は、看護師と医師の協働関係を形成するためには、看護師には専門性に基づく臨床判断能力や家族も含めた患者理解、明瞭で説得力のあるコミュニケーション能力が、一方医師には、ケアや看護の専門性に対する理解を深めること、ケアや治療についての情報や意見・方針などを意図も含め積極的に表明するなどの努力が必要と考えたと述べている。

5) 【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】と【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】に関して

がん患者の合意形成による意思決定支援は、看護師一人で継続的に実践できるわけではない。看護師が意思決定支援の必要ながん患者や家族に対して、継続的な支援が必要な場合には、外来や病棟間で話し合いの基に連携し、援助を継続していくことになる。しかしながら、看護師間で意思決定支援の必要性や緊急性などの認識にずれがあった場合には、意思決定支援の継続性が途切れてしまうことになる。

本研究において、看護師は意思決定支援の必要ながん患者に対して、情報を共有しても継続的に支援ができないことに不信感を出していたが、終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難に関する文献検討¹⁷⁾の中で、看護師間の関わりにおいて、意思決定支援だけではないが、看護師間でケアに対する方針や認識の違いがある場合、同僚看護師に対して不満や不信、葛藤といったストレスを感じ、患者のケア記録の簡素化で看護師間の情報共有ができず、困難を誘発すると述べている。また、看護師の経験年数により、十分な知識や技術がないことへの自信のなさや自己嫌悪といったストレスを表出し、経験を積んだ看護師は患者の苦悩に対する関わりを通して死生観や看護観の曖昧さに葛藤していることを明らかにしており¹⁷⁾、継続的な意思決定支援を行っていくためには、継続的に話し合っていくシステムの構築や合意形成による意思決定支援の考え方の普及、看護師の役割認識、コミュニケーション能力の強化を検討していく必要があると考える。

6) 看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆

本研究で明らかになったがん患者と家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難のカテゴリーの内容を吟味し、看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆を検討した。

(1) 組織的な教育・支援体制の整備

看護師には患者の意思を尊重した患者と家族、医療者の合意形成による意思決定支援が求められているが、臨床現場では、患者の意向が不明である場合や患者と家族、医療者の意見が一致していない場合であっても、『話し

合意に基づく合意形成』ではなく、従来の『説明と同意』というやり方や、一部の情報を共有しないまま意思決定が進められている現状が浮き彫りになった。この現状を踏まえて、組織的な教育・支援体制の整備を検討する。

本研究で明らかになった看護師の困難のうち、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】に関して、研究参加者らはがん患者の権利や意向が尊重されていない状況に疑問を感じたり悩んだりしているが、問題解決に向けてアプローチできない現状が見出された。また、【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】

【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】に関して、研究参加者らは患者や家族、医師、看護ケアチーム間のコミュニケーションに困難や自信のなさ、合意形成の難しさに悩んでいるが、問題解決を先送りにしたり仕方がないとあきらめたりすることが理解できた。看護師が合意形成による意思決定支援や患者の権利擁護の役割を發揮していくためには、看護師自身が役割を認識し実践と評価を積み重ねて、患者や家族、医師やその他の医療者が看護師の役割を認知できるようにしていく必要があるだろう。

そのためには、実際に看護師が合意形成による意思決定支援に関して困難を感じた状況や体験の内容を専門看護師や認定看護師、緩和ケアチーム、あるいは精神科リエゾンチームと積極的に連携し、困難事例に対してこれらの専門家のコンサルテーションを活用したり、身近な存在として悩みを共有したり助言が得られるような¹³⁾組織的な支援体制づくりが必要と考える。さらに、合意形成による意思決定支援に役立つ知識やコミュニケーション技法を習得するための教育体制を整備することや、医療者のための意思決定支援ツールの開発、医師やその他の医療従事者を含めた協働のあり方とその中での看護師の機能と役割を確立するなど、組織的な体制の整備が必要と考える¹⁸⁾。

(2) 教育方法の検討

事例検討や患者の感情表出を促すNURSE技法¹⁹⁾の

ロールプレイによる習得も検討されており、知識伝達を中心とした教育方法ではなく、効果的に事例検討やロールプレイを用いて合意形成による意思決定支援アプローチを学ぶ教育方法が、看護実践に役立つと考えられる。本研究結果から、研修会では理論を用いて検討することができていても、実際の臨床現場では【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】ことが明らかになっており、理論に照らし合わせてアプローチの方法を検討することや話し合うことは難しいことが明らかになっている。実践の場面で活用できる教育方法の構築が急務であると考ええる。

しかしながら、こうした教育が推進される一方で、本研究において【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】状況が明らかになったように、依然として看護師個人、またはチーム全体として意思決定支援に対する役割意識の脆弱さ、知識に基づいた実践に至っていないことから、意思決定支援を十分に実践する看護師が育っていない現状があると推測できる。

がん医療における意思決定支援の質を向上させるためには、看護師自身が担う役割があることを認識し、実践を積み重ねて、看護師の役割を患者と医師に認知させることが重要であると考えられる。さらに、患者の価値観を理解するためのコミュニケーション能力の向上、日頃の実践において活用可能な理論的ツールやシステムづくりが必要である。患者を取り巻く周囲の状況や病状に応じた治療選択と患者の価値観などをもとに、文脈的視点をもった情報収集や今後の見通しを予測した意図的な関わりを実施することが重要であると考えられる。

6. 研究の課題と今後の課題

本研究は、調査対象施設がA県の2施設のみであるため一般化するためには限界がある。今後、より多様な施設での調査が必要になると考える。また、がん患者と家族の意思決定支援における困難について自由に語られたデータから、病期や年齢にとらわれない臨床現場での困難が明らかになったが、今後は、意思決定支援に関する知識やアプローチ方法を実践で活かすことができる教育方法の開発に関する研究が求められる。

7. 結論

がん患者と家族，医療者間の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難として，【家族の意向が重視され患者の主體的な意思決定が阻害される】【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主體的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】が明らかになった。

がん患者と家族，医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難は，がん患者の権利や意向が尊重されていない状況に対して看護師が意思決定支援者や権利擁護者として患者と家族，医療者間の話し合いにより最善策を検討できていないこと，患者や家族の心情や意向がわからない状況，BSCの状況での治療選択などに関して合意形成によるものではなく説明と同意という意思決定のプロセスに疑問を感じていても，患者や家族，そして医師との話し合いを調整することができないため，合意形成に至っていないこと，看護師としてコミュニケーション力や調整力が不足しているため変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援ができていないことにより生じていることが考えられた。

これらの困難に対して看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるように，組織的な教育・支援体制の整備や効果的な教育方法を開発し，実施・評価していくことが必要である。

謝 辞

本研究の実施にあたり，ご協力いただきました研究参加者の皆様および研究施設の皆様に，深く感謝申し上げます。

本研究は，科学研究費基盤C（研究課題番号15K11626）より実施した研究成果の一部をまとめたものである。

引用文献

- 1) 柳原清子：がん患者家族の意思決定プロセス構成要素の研究－ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて－，ルーテル学院研究紀要，42，77-96，2008.
- 2) 吉武久美子：医療倫理と合意形成－治療・ケアの現場での意思決定，東信堂，151-155，2007.
- 3) 西尾重理砂，藤井徹也：がん患者の治療法の意思決定に対する看護師のかかわりの程度と看護の実践状況，日本がん看護学会誌，27（2），27-36，2013.
- 4) 太田浩子：告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究，新見公立短期大学紀要，27，101-110，2006.
- 5) 菊永淳，宮坂道夫：がん告知における看護師の困難感－根治治療が困難になったがんの患者をめぐる3つのナラティブ－，医学哲学 医学倫理，35，35-43，2017.
- 6) 加利川真理，小河育恵：ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ，ヒューマンケア研究学会誌，4（2），7-16，2013.
- 7) Polit D.F., Beck C.T.: Nursing Research Principles and Methods 7th Edition, 2004, 近藤潤子監訳，看護研究 原理と方法 第2版，353-355，医学書院，2010.
- 8) 岡義雄，西寫準一，伊豆蔵正明：情報開示としての余命告知－患者へのアンケート調査より，緩和医療学，5（2），175-181，2003.
- 9) 東原正明，近藤まゆみ：看護 QOL books 緩和ケア，69，医学書院，2000.
- 10) 田代真理，藤田佐和：がん患者への看護師のアドバンスケアプランニング，日本がん看護学会誌，33，45-53，2019.
- 11) Kamiya I., Okuyama A., Katayama, K., et al: Cancer patient experience : A pilot survey in Japan, J Clinical Oncology, 32, 260, 2014.
- 12) 田中宏，江口由紀，松本明子他：終末期抗がん治療の現状と緩和ケア病棟の意義，Pallat Care Res., 11（4），248-253，2016.
- 13) 越野栞，青山真帆，庄子由美他：大学病院の看護師のがん看護に関する困難感：2010年から2016年にかけての変化，Pallat Care Res., 14（4），259-267，

2019.

- 14) 府川晃子, 森下利子, 藤田佐和他: 進行がん患者の
ギアチェンジを支える援助における阻害要因, 高知
女子大学看護学会誌, 35 (1), 16-26, 2010.
- 15) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴他: チーム医療を
実践している看護師が感じる連携・協働の困難, 甲
南女子大学研究紀要, 7, 23-33, 2013.
- 16) 中川典子, 林千冬: 看護師-医師関係における会話
の特徴と協働関係形成の条件, 日本看護管理学会誌,
12 (1), 37-48, 2008.
- 17) 宇宿文子, 前田ひとみ: 終末期がん看護ケアに対す
る一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献
検討, 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108,
2010.
- 18) 西尾亜理砂, 國府浩子: がん患者の意思決定に関
する研究の動向と今後の課題-国内文献を対象と
して-, 熊本大学医学部保健学科紀要, 17, 85-96,
2021.
- 19) 日本がん看護学会監修: 患者の感情表出を促す NURSE
を用いたコミュニケーションスキル, 3-4, 医学
書院, 2015.

Difficulties nurses face in clinical practice in supporting consensus decision-making by cancer patients and their families.

Yoko Yamauchi ¹⁾, Yoshiko Teramachi ²⁾, Kikuko Ueda ³⁾, Kiyomi Higashi ⁴⁾, and Shizue Suzuki ¹⁾

¹⁾ Hyogo Medical University School of Nursing

²⁾ Former Oita University Faculty of Medicine School of Nursing

³⁾ Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

⁴⁾ Former School of Health Sciences Kumamoto University

Abstract The purpose of this study was to clarify the difficulties nurses face in consensus decision support between patients/families and health care providers, and to examine the implications for education to enable nurses to actively engage in consensus decision support.

Focus group interviews were conducted with 12 nurses working at two cancer treatment base hospitals. Respondents were divided into four groups and analyzed qualitatively and inductively.

The difficulties nurses face in providing decision support to cancer patients and their families were classified into eight categories: [Family intentions are emphasized and patient's independent decision-making is hindered], [Unable to grasp the feelings and intentions of the patient and family and unable to step forward to support decision-making through consensus building], [Distressed that treatment proceeds without knowing whether the patient has made an independent decision], [Wonder if it was a good choice for a terminally ill patient to be treated without consensus by family and healthcare providers], [Difficulty in obtaining agreement between healthcare providers and patients/families on treatment choices in BSC situations], [Communication between patients/family members and medical staff is not sufficient, and decision-making support through consensus building cannot be established], [As a nursing care team, we cannot continuously support decision-making through consensus building], and [Lack of skills makes it impossible to follow the process of decision support through consensus building in accordance with the changing patient's situation].

We found that nurses are concerned about situations in which the rights and intentions of cancer patients are not respected, but they are unable to approach patients to solve the problem. To improve the quality of decision-making support in cancer care, it is important for nurses to recognize that they themselves have a role to play, to accumulate practice, and to make patients and physicians aware of the role of nurses.

Key words : cancer patients, consensus decision-making, decision support, nurses, difficulties