

研究資料

産科医療に従事する多職種チームメンバーを対象とした シェアード・デシジョンメイキング教育プログラムの 開発プロセスと受容性の検討

Development process and acceptability of an educational program on shared decision making for interprofessional team members in obstetric care

大坂 和可子¹⁾, 青木 裕見²⁾, 納富 理絵³⁾, 遠藤 亜貴子⁴⁾, 中野 美穂⁵⁾, 有森 直子⁶⁾
Wakako Osaka¹⁾, Yumi Aoki²⁾, Rie Notomi³⁾, Akiko Endo⁴⁾, Miho Nakano⁵⁾, Naoko Arimori⁶⁾

- 1) 慶應義塾大学看護医療学部
- 2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
- 3) 秋田大学医学部附属病院
- 4) 前) 東京医療保健大学千葉看護学部
- 5) 新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程
- 6) 新潟大学医学部保健学科

- 1) Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University
- 2) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University
- 3) Akita University Hospital
- 4) Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University
- 5) Graduate School of Health Science, Nigata University
- 6) School of Health Science Faculty of Medicine, Nigata University

Abstract

OBJECTIVE: This study aimed to describe the process of developing an educational program to promote shared decision making among interprofessional team members working in obstetric care in Japan and to examine the acceptability of the program. **METHODS:** We designed the program drawing on understanding the current situation use of shared decision making in obstetric care in Japan, and comparing and examining two existing educational programs on this issue. The program consisted of individual learning (online on-demand) and group sessions (role-play and discussion, online live streaming) for members of interprofessional obstetric care teams working together in the same hospital. The program was offered to team members from two hospitals. We conducted an online post-program survey to assess acceptability. **RESULTS:** Thirteen participants said that the program was easy to understand and highly satisfactory, but three participants answered that the overall length of the program was not just right. **CONCLUSIONS:** The program could be disseminated to interprofessional obstetric care team members from different institutions in Japan. However, needs to be shorter and the method improved to make the program easier and comfortable for participants.

要旨

目的：本研究の目的は、産科医療に携わる多職種チームメンバーを対象としたシェアード・デシジョンメイキング（Shared Decision Making：以下SDM）教育プログラムの開発プロセスを記述すること、およびその一貫として本プログラムの適用を試み、受容性を検討し改善点を明らかにすることである。方法：本プログラムは、日本の産科医療におけるSDMの現状把握と既存の2つのSDM教育プログラムを比較検討した上で設計し、講義動画視聴と課題に取り組む個人学習（オンラインオンデマンド型）と、職場で共に働く多職種チームメンバーが合同で受講する集合学習（ロールプレイとディスカッション、オンラインライブ配信型）で構成した。2施設の産科医療に従事する多職種チームメンバーを対象に適用し、集合学習終了後に受容性や満足度を尋ねるアンケートを実施した。結果：13名がアンケートに回答し、本プログラムは概ねわかりやすく満足度が高いことが示されたが、3名は、所要時間が適切ではないと回答した。結論：本プログラムは、日本において様々な施設の産科医療に携わる多職種チームに普及できる可能性があるが、学習時間の短縮化を図り、さらに参加しやすい方法へ改善する必要がある。

キーワード: シェアード・ディシジョンメイキング、多職種チームメンバー、産科医療、教育プログラム

Keywords: shared decision making, interprofessional team members, obstetric care, educational program

1. 序文

患者中心の医療・ケアの質を向上させる重要な要素として、患者と医療者が一緒に今後の方針を決めるシェアード・ディシジョンメイキング (Shared decision making; 以下 SDM) への関心が高まっている。SDM は医療における意思決定の手法であり「1. 少なくとも患者と医師の二人が参加し、2. 両者が情報を共有し、3. 患者にとってより好ましい治療方法についての合意形成を行うステップを共に歩み、4. 実行する治療法に関する同意に達する」と定義されている (Charles et al., 1997)。SDM のプロセスは、1. 患者の健康問題を定義する、2. 選択肢を提示する、3. 選択肢の利点・欠点 (利益/リスク/費用) を検討する、4. 患者の価値観や意向を明確にする、5. 患者の能力や自己効力感を検討する、6. 医師の知識や推奨を提示する、7. 患者の理解を確認する、8. 決定する (決まらない場合は延期する)、9. フォローアップする、の必須要素から成る (Makoul & Clayman, 2006)。特に、患者の希望や意向により最善の選択が異なる場合の意思決定支援方法として広く認識されている (Stiggelbout et al., 2012)。

産科領域では、妊娠中の女性とそのパートナーは、順調な妊娠経過では、分娩場所、産痛緩和の方法、授乳方法など、様々な意思決定をしながら出産に至る。また、昨今では医療技術の進歩に伴い、不妊治療、出生前診断、妊娠 23 週前後の出生児の蘇生、がんを合併した妊娠の継続など、限られた期間内に、命に関わる、家族を含む合意形成が必要となる難しい意思決定に直面するケースもある (辻, 2022)。このような妊娠・出産の過程で生じる難しい意思決定では、当事者である女性とそのパートナー、女性やパートナーの親、医療者など、決定に関わる人々の価値観が一致しない場合があり、加えて胎児の人権に関わる倫理的な問題もはらむため、意思決定のプロセスは非常に複雑なものとなる。決定内容によって、医師だけでなく、看護師、助産師といった産科医療に関わる職種の役割が重要となる。また、職種間の連携や診療科を超えた連携が必要な場合もあり、多職種チームによる SDM が求められる場合もある。

SDM における多職種モデル (Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) Model) は、2 人またはそれ以上の医療専門職者が患者との決定に参加することを指す。多職種が連携しながら関わる場合もあれば、多職種がそれぞれ個別に関わる場合もある (Légaré et al., 2008; Légaré & Stacey, 2010)。そのため、医療専門職は、SDM の原則について共通認識をもち、SDM を促進するためのコミュニケーションスキル、協働する他の専門家の価値および役割の尊重、SDM の実践スキルが必要となる (Col et al., 2011)。多職種による SDM を機能させる前提として、一人一人が SDM の知識やその重要性を共通認識として持つことが重要である。

多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムは、慢性リンパ性白血病治療 (Rocque et al., 2018)、救急医療 (Keshmiri et al., 2020)、在宅領域 (Dogba et al., 2020) の分野で開発されている。産科医療領域でも多職種を対象とした SDM 教育の必要性が指摘されているものの (Downe et al., 2010; Watkins et al., 2017)、教育プログラムの開発や実践に関する報告は見当たらない (Howard & Clark, 2017; Watkins et al., 2017; Molenaar et al., 2018)。そこで本研究は、産科医療における多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの開発プロセスを記述することと、その一貫として多職種チームメンバーへの適用を試み、受容性を検討し改善点を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」の設計

「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」(以下本プログラム) は、(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握、(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較を実施し、(3) 本プログラムの設計を行った。我が国でも、SDM を協働意思決定、あるいは共有意思決定と和訳し、その考え方が普及してきているが、欧米の SDM の定義 (Charles et al., 1997; Makoul & Clayman, 2006) に含まれる選択肢や選択肢の利点・欠点の情報共有が含まれず、患者の意思、生き方の共有といった意味合いで用いられる場合もある。そのため、本研究では、和訳せず SDM という用語と定義をそのまま使用し、教育プログラムを設計することとした。

(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握

本プログラムを設計する上で、日本の産科医療における SDM の現状を把握する必要性があると考えた。有森ら (2022) による多職種を対象とした SDM の現状に関するインタビュー結果を踏まえ、産科医療の実践経験のある研究者らの意見も踏まえ課題を検討した。

(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較

本プログラムの設計にあたり、既存の 2 つの SDM 教育プログラムを参考にすることとした。1 つは、日本で看護管理者向けに行われた意思決定支援教育プログラムである。このプログラムは、有森が 2013 年～2015 年に医療機関

一施設の看護部から依頼を受けて実施したプログラムである。もう 1 つは、オタワ大学 (カナダ) で開発された多職種対象の SDM 教育プログラムである。このプログラムは、SDM に関連する研究を世界的にリードする研究者らが開発したもので、The Ottawa Decision Support Tutorial (ODST) (O'Connor et al., 2021) と、Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) Skill-Building Workshop (Stacey & Légaré) から成る。オンラインの ODST 受講後、IP-SDM Skill-Building Workshop の受講が可能である。著者らは、2019 年 2~3 月にオンラインチュートリアルを受講し、指導者の 1 人である Laura Boland 氏 (招聘時所属: Ottawa Hospital Research Institute) を日本に招聘し、IP-SDM Skill-Building Workshop を受講し、具体的な内容を把握した。これら 2 つの既存のプログラムを比較しながら、(1) 日本の産科医療の SDM の現状把握と照らし合わせて検討した。

(3) 本プログラムの設計

上記 (1)、(2) を踏まえ、本プログラム学習目標、学習内容、方法、教材作成等について研究者間で検討し、本プログラムを設計した。

2) 産科医療領域の多職種チームメンバーへの本プログラムの適用と受容性の検討

日本の産科医療に関わる多職種チームメンバーにとって、どの程度受容性があるかを明らかにし、改善点を検討するため、本プログラムの適用を試みた。

(1) 対象者

研究協力を了承が得られた関東甲信越圏の 2 施設の産科医療に携わる多職種チームメンバー (医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員、クラーク等) を対象とした。

(2) 実施方法

便宜的サンプリングにて、候補施設を 4 施設選択し、看護部長に研究協力を依頼した。3 施設より研究協力の了承を得られたが、うち 1 施設は研究開始前に辞退した。了承が得られた 2 施設において、施設毎に、窓口となる施設担当者を立て、施設担当者より研究対象候補者に対し、研究協力の依頼を文書で行い、説明書、同意書・同意撤回書、返信用封筒を配布した。研究参加同意取得後、対象者に、プログラム受講に必要な情報 (受講方法、受講に必要な個人学習の講義動画のアクセス情報、集合学習の参加に必要なオンラインミーティングアクセス情報、受講時の留意点など) をメールにて送付した。受講情報を得た対象者は、3~4 週間の間に個人学習を受講し、施設毎に日程調整の上、同じチームの対象者が集まる集合学習に参加し、実施直後にオンラインの無記名自記式質問紙調査に回答した (図 1)。

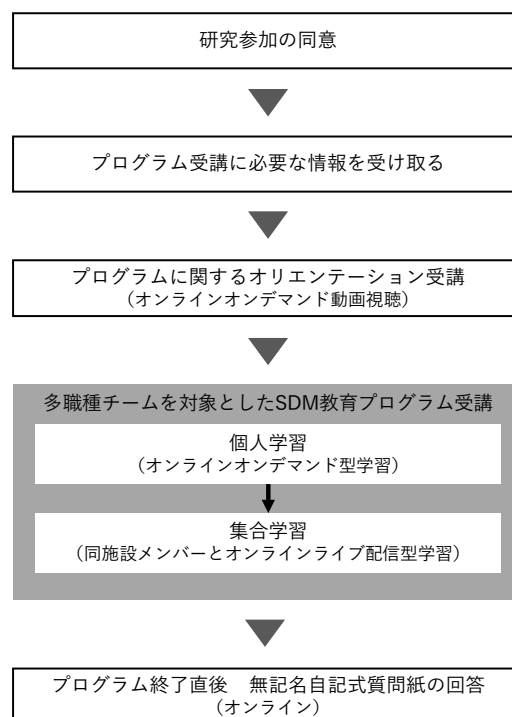


図 1. 対象者の研究参加の流れ

(3) 調査内容

調査内容は、本プログラムの受容性、満足度とした。受容性 (Acceptability) とは、そのプログラムを提供する人や受ける人にとって、どの程度、プログラムが適切か、魅力的であると判断されるか、について検討するものである (Bowen et al., 2009)。Boland ら (2019) は、ODST 受容性評価において、全体的な印象、わかりやすさ、情報の包括性、ナビゲーションのしやすさ、自分の役に立つかどうか、チュートリアルを他の人に勧めたいかなどを尋ねる項目 (多肢選択式質問) と、改善のための提案 (自由形式質問) を組み合わせ使用していた。Boland らの項目を参考に、研究者間で本プログラムの受容性の把握に必要な項目と回答の選択肢について検討を行い、「教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった」、「教育プログラム全体の長さ (時間) は適切だった」など 11 項目について、「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の 5 段階で回答を得ることとした。また、本プログラムの満足度は、「このプログラムに満足している」、「このプログラムは実践に役立つ」の 2 項目とし、「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の 5 段階で回答を得た。属性は、年齢、勤務年数、所属施設での勤務年数、職種、SDM 教育プログラム受講経験の有無を尋ねた。また、本プログラムへの意見について自由記載欄を設けた。

(4) 分析方法

受容性と満足度に関する項目の回答は、記述統計を算出した。自由記載は、本プログラムについての反応を抽出し、内容の類似性に沿って分類した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、新潟大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した (承認番号 2020-047)。新潟大学倫理審査委員会の承認を得た後、研究協力施設毎に倫理審査委員会の承認を得て実施した (施設 A: 承認番号 21-A017, 施設 B: 承認番号 92)。研究参加にあたり、研究目的、方法、研究参加の任意性、同意撤回が可能であること、それによる不利益がないこと、について文書を用いて説明した。説明時に同意書と返信用封筒を渡し、研究参加に同意する場合、同意書に署名し研究者宛てに直接返送してもらった。研究参加同意取得後、本プログラム参加方法やオンデマンド動画視聴のアクセス URL、集合学習のオンラインミーティングアクセス情報を通知するため、対象者本人より所属先、氏名、メールアドレスを入手した。対象者には、調査への回答は任意であることを説明し、無記名でデータを収集した。また、本プログラムの対象者情報管理と、無記名自記式質問紙調査の回答の収集と管理は、別の者が担当した。

3. 結果

1) 「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」の設計

(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握

インタビュー結果 (有森ら, 2022) から、日本の産科医療において、すでに SDM が実施されていることが明らかになった。また、妊婦と医師のみ、あるいは妊婦と助産師のみで SDM を実施する場合と、医療者の勧めと産婦の希望がかみ合わない場合や合併疾患がある場合などに、IP-SDM を実施していた。さらに、医師、看護師、助産師だけでなく、補助業務を担う医療補助者もチームの一員として医療者が妊婦や家族の支援に集中できるようタスクシフトに関わっていること、看護管理者も、スタッフの心理的負担の軽減を図るためのカンファレンスの機会を設けるなど、組織として「意思決定支援を支えるシステム」があることが明らかになった。

日本の産科医療の SDM の現状把握を踏まえ、研究者間で検討した結果、施設の産科医療チームごとに SDM の実施の程度や課題が異なる可能性があり、SDM の知識を中心とした教育よりも、それぞれのチームで SDM がどの程度実施できているか、どのような課題があるかを認識し共有することが、SDM を促進するきっかけにつながると議論した。そのため、同じ職場で働くチームメンバーと一緒に教育プログラムを受講し、ディスカッションする方法が効果的ではないかと検討した。一方、産科医療現場は非常に忙しく、夜間勤務や当直のある医療者の参加への配慮、コロナ禍の感染予防の観点も踏まえた学習方法を検討することとした。

(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較

看護管理者向け意思決定支援教育プログラム (開発者 有森ら, 日本) と、多職種対象の SDM 教育プログラム (開発者 O'Connor, Stacey ら, カナダ) の特徴について、対象、学習内容、学習方法、所要時間、参加形式の項目から整理し比較しながら、(1) の状況把握を踏まえ、本プログラムの設計について検討した。検討内容は表 1 の通りである。

表 1
既存の SDM 教育プログラムの比較、日本の産科医療における SDM の現状を踏まえた本プログラムの設計への検討内容

(1) 既存のプログラムの比較				(2) 日本の産科医療における SDM の現状を踏まえた 本プログラムの設計への検討内容	
①看護管理者向け教育プログラム（日本）		②多職種対象の SDM 教育プログラム（カナダ） (ODST と IP-SDM Skill-Building Workshop)			
対象	看護管理者	医療者 (医師、看護師、薬剤師、理学療法士など、職種を問わない)		・チームで SDM を促進するため、新人からベテランまで SDM の共通認識を持つ必要がある。 ・医療者の SDM の時間捻出にあたり医療補助者等も関与している。医療補助者等も対象者に含む必要がある。 ・看護管理者は、組織全体に対し SDM 促進のための働きかけを行っているので、対象者にも含む必要がある。	
学習内容	意思決定支援とは（意思決定が必要となる状況、意思決定とは何か、よりよい意思決定とは、健康を決める「ちから」） 意思決定を困難にする状況 など	意思決定支援の概念や SDM の適用 患者の意思決定支援ニーズのアセスメント デザインジョニエイトの使用 方法 意思決定支援の介入の評価方法 意思決定プロセスに患者を参加させるアプローチを検討するスキル など		・産科医療の SDM、IP-SDM の特徴について学習内容を加える。新人の医療者や、医療者ではない医療補助者等も対象に含む場合は、わかりやすく基本的な内容にする必要がある。 ・すでにチームで SDM を実施している場合もあり、チームによって課題が異なる。知識中心の教育プログラムではなく、自身およびチーム内の SDM について振り返る機会を設ける。また、チームの SDM の促進につながるよう、SDM の促進要因や阻害要因をチームで共有する機会を設ける。そのため、集合学習を施設のチーム単位で行うのがよい。	
学習方法	対面の講義、ロールプレイ、グループワーク	ODST (個人でオンラインのテキストを読む、クイズに回答する) IP-SDM Skill-Building Workshop (ODST の最終テストで 75%以上正解の場合参加できる。講義、ロールプレイ、グループワークを含む) ロールプレイ場面 クライアント役が実際に悩んでいる選択 医療者のインフルエンザワクチン接種の選択 など		・②多職種対象の SDM 教育プログラムの学習方法のように、個人学習を取り入れることで、集合学習を効率よく進めることができる。 ・個人学習を行うなら、夜勤や当直のある医療者でも学習しやすいオンラインオンデマンド型の講義動画がよい。講義動画を新たに教材として作成する必要がある（講義動画の長さは 1 つあたり 15 分程度までを目安にする）。 ・コロナ禍の感染予防の観点を踏まえて学習方法を検討する必要がある。 ・ロールプレイは自身の SDM の実践を振り返る機会にもなるため、集合学習に含める。ただし、産科でよく遭遇する身近な事例を作成しロールプレイを実施する方がよい。 ・集合学習をチームで一緒に行い、SDM の現状や課題を共有するグループワークを含める。	
所要時間	連続した 2 日間	オンラインチュートリアル：1～2 時間 (分割受講可) 対面ワークショップ：3.5 時間		・忙しい対象者の負担を軽減するため、学習内容の焦点化を図り、所要時間を短くする。 ・事前の個人学習は 1～2 時間以内で分割受講可能とし、集合学習は 2 時間以内を目指して設計する。	
参加形式	同じ医療機関グループの様々な病院、様々な部署より参加	個人またはチームで参加		・施設のチーム単位での参加とする。	

SDM: Shared decision making, IP-SDM: Interprofessional shared decision making, ODST: Ottawa Decision Support Framework

(3) 本プログラムの設計

(1)、(2) を踏まえ、研究者間の討議により本プログラムを設計した。概要は表 2 の通りである。

本プログラムの対象者は、産科医療に携わる多職種チームメンバー（医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員等）とした。インタビュー結果（有森ら, 2022）と検討を踏まえ、補助業務を担う医療補助者、看護管理者を対象者に含めた。管理者は、計画的行動理論（Theory of planned behavior）（Godin et al., 2008）の観点からみても、医療者の SDM の行動意図に最も影響する主観的行動規範（その人にとって重要な人がその行動に賛成するか否か）（Thompson-Leduc et al., 2014）にあたり、組織の中で SDM を推進する上で重要な役割を担うため、対象者に含むのは妥当と考えた。妊婦とその家族に関わるチームメンバー一人一人が、SDM について共通認識を持ち、組織で取り組むことへの認識を高めるため、対象者の経験年数は問わないこととした。

既存のプログラムはいずれも、専門分野を問わない内容であった。汎用性の高さがメリットとして挙げられるが、産科医療における SDM、IP-SDM の説明が不足していたため、それらの説明を加えた。また、日本の産科医療における SDM の現状把握（有森ら, 2022）からは、SDM の実践が行われており、日々の診療やケアにおいて重視されていることが明らかになった。7名の医師、看護師、医療補助者のインタビュー結果から日本の産科医療全体の状況への一般化は困難であるが、常に多職種による SDM が必要なわけではなく、対象者と医師、あるいは看護師の SDM で十分な場合もあると考え、SDM と IP-SDM の違い、どんな場合に IP-SDM が必要となるかを示し説明を加えることとした。また、様々な葛藤を抱えながらも医療者が SDM に取り組んでいること、迷いながら対象者と向き合う医療者もあり、SDM の振り返りがしやすくかつ学習後の実践に結びつきやすくするため、日頃出会う対象者の状況に近い事例を作成しロールプレイを行うこととした。さらに、日頃から協働する同じ施設内のチームメンバーによる考えや価値観の共有が SDM の促進につながると考え、個人参加ではなく、施設のチーム単位での参加とした。

所要時間は、検討の結果、できるだけ短くする必要があると考えた。施設ごとにチームと一緒に学習するための日程調整をしやすくするため、オンラインオンデマンド型の個人学習を行い基本的な知識を得た上で、オンラインライブ配信型の集合学習を行うこととした。

意思決定支援における概念的枠組みは、Ottawa Decision Support framework (ODSF) を採用した（図 2）。ODSF は、行動科学や心理学における意思決定に関する理論をもとに開発した意思決定支援の概念的枠組みで、意思決定のニーズ、意思決定支援、そして意思決定のアウトカムの 3 つで構成される（Hoefel et al., 2020）。

本プログラムの主な学習内容、学習方法、所要時間は表 3 の通りである。個人学習（Step 1）は、教材として講義動画を作成し、受講者が好きな時にアクセスし、繰り返し学習できるように、オンラインオンデマンド型で実施した。作成した講義動画は、①「SDM と SDM を促進するツール」、②「多職種による SDM の特徴」、③「産科領域における SDM の特徴」であり、1 つあたりの視聴時間が 15 分以内に収まるようにした。個人学習（Step 2）は、日本語版のオタワ個人意思決定ガイド（有森ら, 2015）を使用した個人課題とした。個人課題について説明する講義動画として「オタワ個人意思決定ガイドの概要と使い方」を作成した。

集合学習（Step 3, 4）は、施設単位で、オンラインライブ配信型で実施することとした。Step 3 は、SDM の理解を深めるため、オタワ個人意思決定ガイドを使用したロールプレイを実施した。ロールプレイに使用する事例は、出生前検査を受けるかどうか意思決定に悩む 39 歳の妊婦（初産）とその家族を取り上げることとし、産科医療および遺伝看護を専門とする研究者が中心となり新たに作成した。Step 4 は、所属施設の SDM の現状や課題に関するディスカッションを促進するため、ホワイトボードミーティング®を採用した。ホワイトボードミーティング®は、ホワイトボードを使用して、参加者の意見やアイディアを集める会議の進め方である（ちょん, 2016）。職種を問わず、ビジネス分野、医療分野など多分野で用いられており、研修を受けたファシリテーターが発言を促す投げかけを行い、発言をホワイトボードに整理して記載し、参加者の意見やアイディアを引き出す方法である。多職種チームメンバーがディスカッションする上でこの手法が適していると考え採用した。

尚、本プログラムの設計や適用は、産科医療の意思決定支援に関する研究や実務経験がある者、他領域において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者が実施した。集合学習（Step 3, 4）は、産科医療に関わる看護師または助産師で、過去に意思決定に関する教育や研修を受けた経験があり、かつ大学院在籍あるいは修士または博士課程を修了した者が、集合学習実施前にホワイトボードミーティング®認定講師の研修を受講し担当した。

表 2

産科医療における多職種チームを対象とした SDM 教育プログラムの概要

項目	内容
対象	産科医療に携わる多職種チームメンバー（医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員等） 経験年数やチーム内で担う役割を問わない（新人から管理者まで含む）。
学習のねらい	・ SDM の基本的な知識と、チームで SDM を実装するための活動に関する知識を理解し、チーム内で共通認識が図られる。 ・ 所属組織の SDM、IP-SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）をチーム内で出し合い、SDM 実装に向けた活動を開始する足掛かりとする。
学習目標	個人学習 ・ SDM とは何かを説明できる ・ チームで SDM を実装するための活動を説明できる ・ 多職種による SDM とは何かを説明できる ・ 産科医療において、どのような場面で SDM が求められるか説明できる ・ オタワ個人意思決定ガイドを用いた SDM の実践方法を説明できる 集合学習 ・ オタワ個人意思決定ガイドを用いた SDM の実践方法を体験できる ・ 所属する施設の SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）について個々に気づくことができる。
意思決定支援の理論	Ottawa Decision Support Framework（図 2）
プログラムで用いる用語の定義	SDM「医療者と患者・家族がエビデンスに加えて、治療の選択肢やその利益と害のエビデンスに加えて、患者の価値観や希望・状況を共有し、医療者と患者・家族が一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセス」（Charles et al., 1997 に基づき、産科領域の SDM に多職種がかかわる場合もあるため、医師ではなく医療者とした。） IP-SDM を「2 人またはそれ以上の医療専門職者が患者との決定を行うこと。この場合、患者と多職種が同時に一緒に関わる場合や、別々のタイミングで多職種が関わる場合がある」（Légaré et al., 2008; Légaré & Stacey, 2010）
学習内容	* 詳細は表 3 参照
学習方法	個人学習（オンラインオンデマンド型）：対象者がそれぞれ受講する。 集合学習（オンラインライブ配信型）：同施設のメンバーと一緒に受講する。
学習教材	オンラインオンデマンド型で視聴する 3 つの講義動画 個人課題およびロールプレイに使用するオタワ個人意思決定ガイド ロールプレイ事例（出生前検査の意思決定に悩む妊娠 7 週、39 歳の妊婦（初産））
プログラム所要時間	個人学習（オンラインオンデマンド型）：計 1 時間 14 分 集合学習（オンラインライブ配信型）：計 1 時間 55 分（休憩含む） * 詳細は表 3 参照
参加形式	施設のチーム単位で参加
本プログラム設計と適用者	産科医療において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者、他領域において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者
本プログラム集合学習提供者（ファシリテーター）	産科医療に関わる看護師または助産師で、過去に意思決定に関する教育や研修を受けたことがある者、かつ大学院在籍あるいは修士または博士課程を修了した者（集合学習実施前にホワイトボードミーティング®認定講師の研修を受講）

SDM: Shared decision making, IP-SDM: Interprofessional shared decision making

表 3

産科医療における多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの学習内容、学習方法、所要時間

Step	学習内容	学習方法	所要時間
Step 1	講義動画①「SDM と SDM を促進するツール」 講義動画②「多職種による SDM の特徴」 講義動画③「産科領域における SDM の特徴」	個人学習 (オンラインオンデマンド型) 講義動画の視聴 (分割受講可)	約 36 分
Step 2	説明動画「オタワ個人意思決定ガイドの概要と使い方」 個人課題	個人学習 (オンラインオンデマンド型) 説明動画視聴後、個人課題の実施	約 38 分
Step 3	産科医療における SDM の実際	集合学習：ロールプレイ (オンラインライブ配信型) (医療者役、クライアント役、観察者役の 実施)	約 45 分
Step 4	所属施設の SDM の現状 (実施できている点) と今後取り 組むべき課題	集合学習：グループディスカッション (オンラインライブ配信型) (ホワイトボードミーティング®)	約 60 分

SDM: Shared decision making

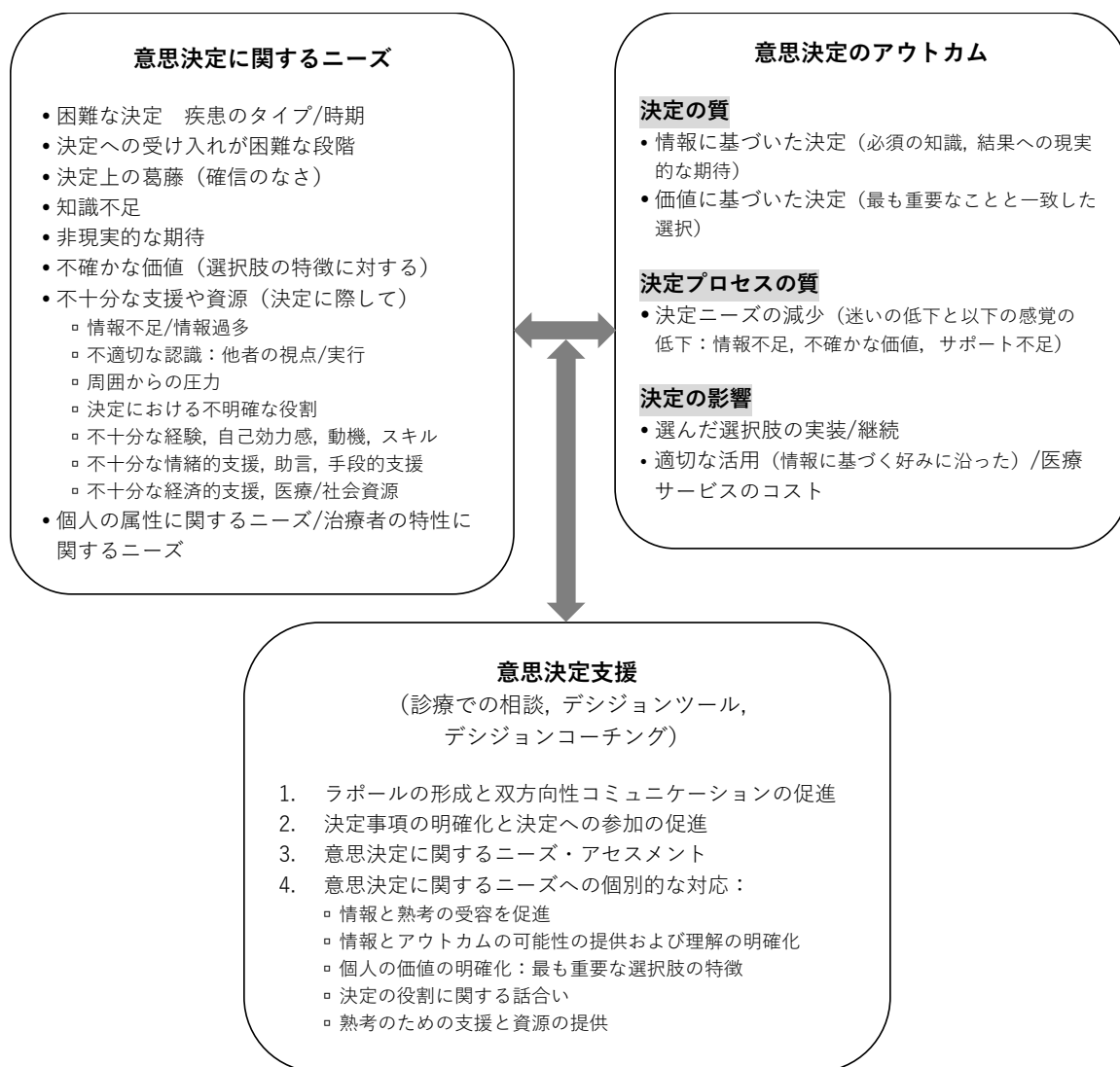


図 2. Ottawa Decision Support Framework (Hoefel et al., 2020 を一部改変して著者らが翻訳)

2) 産科医療領域の多職種チームメンバーへの本プログラム適用と受容性の検討

(1) 対象者の属性

2 施設から合わせて 13 名（施設 A: 5 名、施設 B: 8 名）が研究協力に同意し、本プログラムを受講した。施設 A は 2021 年 10 月、施設 B は 2021 年 12 月に集合学習を実施した。対象者の平均年齢は、37.9 歳（27 歳～54 歳）、平均勤務年数は 14.1 年、所属施設での平均勤務年数は 9.7 年であった。対象者の職種は、助産師 7 名（53.8%）、医師 2 名（15.4%）、医療ソーシャルワーカー 2 名（15.4%）であり、これまでに意思決定に関連する研修や講義を受けたことがある者が 7 名（53.8%）であった（表 4）。

表 4

対象者の属性		N = 13	
項目	n	(%)	
年齢, 平均	37.9		
職種			
助産師	7	(53.8)	
医師	2	(15.4)	
医療ソーシャルワーカー	2	(15.4)	
薬剤師	1	(7.7)	
看護助手	1	(7.7)	
勤務年数, 平均	14.1		
所属施設での勤務年数, 平均	9.7		
意思決定支援に関する研修受講経験あり	7	(53.8)	

(2) 本プログラムの受容性

「教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった」に対し、すべての対象者が「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した。一方、「教育プログラム全体の長さ（時間）は適切だった」に対し、「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した者が 10 名（76.9%）、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が 3 名（23.1%）であり、他項目と比べて、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が多かった。その他の質問項目に対する回答は表 5 の通りである。

表 5

本プログラムの受容性					N=13
質問項目	とても そう思う n (%)	そう思う n (%)	どちらで もない n (%)	そう 思わない n (%)	全くそう 思わない n (%)
教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった	1 (7.7)	12 (92.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラム全体の長さ（時間）は適切だった	3 (23.1)	7 (53.8)	1 (7.7)	2 (15.4)	0 (0.0)
教育プログラムは、知りたい情報が包括的に含まれていた	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、難しい決定をする女性の支援に役立つ	10 (76.9)	3 (23.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、難しい決定をする女性の支援の意欲を高める上で役立つ	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、他の同僚を指導する上で役立つ	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、他の医療者にも受講を勧めたい	8 (61.5)	5 (38.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションは組織の SDM 導入や定着に役立つと思う	4 (30.8)	9 (69.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションにより自分の施設の問題意識の共有が図れた	6 (46.2)	7 (53.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションにより自分の施設で SDM 導入の意識が高まった	6 (46.2)	6 (46.2)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

(3) 本プログラムの満足度

「このプログラムに満足している」「このプログラムは実践に役立つ」に対し、すべての対象者が「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した（表 6）。

表 6

本プログラムの満足度

質問項目	N = 13				
	とても そう思う n (%)	そう思う n (%)	どちらで もない n (%)	そう 思わない n (%)	全くそう 思わない n (%)
このプログラムに満足している	9 (69.2)	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
このプログラムは実践に役立つ	9 (69.2)	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(4) 本プログラムに関する意見や感想

対象者 13 名中 8 名が自由記載に回答した。共通する内容に分類した結果、本プログラムの意義として、「臨床で活かしたい」、「振り返りの機会になった」、「ロールプレイで（妊婦役を経験し）自身の決定に満足を得やすいことを実感した」、「実践的な方法が学べた」などがあつた。また、同じチームで働く多職種メンバーと一緒に学ぶ集合学習の有用性について、「多職種の考えを再認識できた」、「改めてクライアントの迷いに対し共に考える事は医療に携わる全職員の役割なのだと感じた」、「クライアントの意思に寄り添うケアが全職員に浸透するよう取り組んでいきたい」、「職種別の研修が多い中、多職種の意見や見解も学ぶことができ大変貴重な経験」、「チーム医療の意識を強くすることができた」といった意見が出された。本プログラムの修正点や課題についても尋ねたが、記述はなかった。

4. 考察

本研究では、日本の産科医療における SDM の現状把握、既存の SDM 教育プログラムの比較を踏まえ、「多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」を設計し、産科医療において難しい意思決定に直面した女性とその家族を支援する多職種チームメンバーへの適用を試み、受容性を検討した。本プログラムは、対象者にとって、わかりやすく、受け入れられる教育プログラムであり、満足度が高いことが示された。便宜的サンプリングにより、SDM や IP-SDM への関心が高い施設が研究協力に応じている可能性があるが、意思決定支援の理論に基づく教育内容であり、ロールプレイを行い、自施設の SDM の現状や課題を明確にするホワイトボードミーティング®を設けたことが高い満足度に影響していると考えられる。今回は、行動計画理論 (Theory Planned Behavior) に基づき、チームリーダーの役割を担う医師や看護管理者を対象に加えた。また、看護助手や医療ソーシャルワーカーも対象とし、同じチームで働くメンバーと一緒に集合学習を行った。自由記載には、「多職種の考えを再認識できた」や、「改めてクライアントの迷いに対し共に考える事は医療に携わる全職員の役割なのだと感じた」といった記述があり、本プログラムの目標として挙げた「所属する施設の SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）について個々に気づくことができる」が達成され、現状と課題の共有の重要性に気づく機会となったと考える。一方、「このプログラム全体の長さ（時間）は適切だった」に対する回答は、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が他の項目と比べて多かった。本プログラムは、個人学習は対象者の都合のよい時間に少しずつ学習できるようにしたが、集合学習は休憩を含む約 120 分だったため、学習時間が長いと感じた対象者がいた可能性がある。既存の SDM 教育プログラムは、1 時間の自己学習 (e-learning) (Lawani et al., 2021) や、計 10 時間におよぶ複数回のセッションやコンサルテーション (Henselmans et al., 2018) 等、多様である。今後も所要時間について検討する必要がある。

終了直後の無記名自記式質問紙調査の自由記載に、本プログラムの課題に関する意見が得られなかった。本プログラムにおいて、集合学習に参加した研究メンバーやファシリテーターなど提供者側の視点からも評価を追加で実施する必要がある。ODST の実行可能性評価では、自由記載から抽出した改善点として「チュートリアル簡潔化、読みやすさの向上」、ビデオ教材など「マルチメディアと、ケーススタディを増やすこと」、「見やすさの改善」、「対象特性に合わせた内容」、「学習完了までの具体的な時間の提示」、「要約の提供」が挙げられていた (Boland et al., 2019)。本プログラムにおいても、わかりやすさや見やすさの改善に加え、ビデオ教材などマルチメディアの導入、ロールプレイにおいて場面が異なる事例の追加などを検討することも必要である。また、これまでの SDM 教育プログラムの課題として、教育の理論的枠組みの脆弱さやあいまいさが指摘されている (Légaré et al., 2014)。ここから、本プログラムも、今回の適用結果を踏まえ、インストラクショナルデザインの観点からもう一度見直し修正する必要がある。

インストラクショナルデザインで用いられる The Kirkpatrick Model は、レベル 1 : Reaction (反応) の評価、レベル 2 : Learning (学習) : 筆記試験やレポートによる受講者の学習到達度 (理解度) の評価、レベル 3 : Behavior (行動) : 受講者へのインタビューや他者評価による行動変容の評価、レベル 4 : Results (業績) : 研修受講による受講者や職場の業績向上度合いの 4 段階の評価がある (ガニエら, 2007)。今回尋ねた受容性と満足度は、レベル 1 : Reaction (反応) に該当する。Boland らは、Cronbach α 係数 0.85 から 0.95 の既存の SDM に関連した介入満足度の尺度を採用し、

内容妥当性のパイロットテスト実施の上で ODSST の受容性評価を行っていることから (Boland et al., 2019)、本研究においても、今後は、Boland らのようなプロセスを踏み、信頼性と妥当性を確認した上で、受容性や満足度を評価する必要がある。

いくつかの限界があるが、本研究は、患者中心の医療の重要な要素である SDM について、個人学習実施後、日頃から協働する多職種チームメンバーと一緒に学ぶ教育プログラムを設計し、実際に適用し、プログラムの受容性を検討する我が国で初めての研究である。本プログラムは、対象者から、わかりやすく、受け入れやすく、実践に有用性があると意見が出されたことから、本研究で明らかになった課題を踏まえ、さらによりよいプログラムに改善する必要がある。先行研究では、在宅領域 (Dogba et al., 2020) など専門領域を限定した多職種向け SDM 教育プログラムと、専門領域を限定しない多職種向け SDM 教育プログラム (Boland et al., 2019; Kienlin et al., 2020) がある。我が国も、産科医療のみならず、がん、慢性疾患など、他の専門分野で、難しい選択に直面する患者と家族への SDM の充実が求められている。今後は、様々な領域で多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの開発への発展についても検討する必要がある。

5. 結語

本研究は、「多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」を設計し、産科医療において、難しい意思決定に直面した女性とその家族を支援する 2 施設の多職種チームメンバー計 13 名に適用し、受容性を検討した。本プログラムは、対象者にとってわかりやすく、受け入れられる教育プログラムであり、満足度が高いことから、様々な施設の産科医療に携わる多職種チームに普及できる可能性が示唆された。一方で、普及に向けて、学習時間の短縮化や、さらに参加しやすい方法へ改善する必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました皆様と、研究の過程でアドバイスをいただきましたオタワ大学の Dawn Stacey 教授に深く感謝申し上げます。

研究資金

本研究は、JSPS 科研費 17H04427 の助成を受けて実施したものです。

利益相反自己申告

本論文に関して開示すべき利益相反はありません。

引用文献

- 有森 直子, 堀内 成子, 稲葉 一人, 後藤 千恵, 大賀 有佳子. (2022). 産科施設における多職種による共有意思決定支援の実践: 質的研究. 聖路加看護学会誌, 25(2), 3-9.
- Boland, L., Légaré, F., Carley, M., Graham, I., O'Connor, A. M., Lawson, M. L., & Stacey, D. (2019). Evaluation of a shared decision making educational program: The Ottawa Decision Support Tutorial. *Patient Education and Counseling*, 102, 324-331.
- Bowen, J. D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango?). *Social Science of Medicine*. 44(6), 681-292.
- ちゃん せいこ. (2016). ホワイトボード・ミーティング® 検定試験公式テスト Basic 3 級. 株式会社ひとまち.
- Col, N., Bozzuto, L., Kirkegaard, P., Loon, M. K., Majeed, H., Ng, C. J., & Pacheco-Huergo, V. (2011). Interprofessional education about shared decision making for patients in primary care settings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(6), 409-415. doi:10.3109/13561820.2011.619071
- Dogba, M. J., Menear, I.M., Brière N, Freitas N.A., Emond, J., Stacey, D. & Légaré, F. (2020). Enhancing interprofessionalism in shared decision-making training within homecare settings: a short report. *Journal of Interprofessional Care*, 34, 143-146. doi:10.1080/13561820.2019.1623764
- Downe, S., Finlayson, K., & Fleming, A. (2010). Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 250-254.
- Hoefel, L., O' Connor, A. M., Lewis, K. B., Boland, L., Sikora, L., Hu, J., & Stacey, D. (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. doi:10.1177/0272989X20936209

- Howard, H., & Clark, K. (2017). Interprofessional-shared decision making for pregnant women with opioid use: Results from a provider training. *Current Women's Health Reviews*, 13 (2), 121-129. doi:10.2174/1573404813666170511115024
- ロバート・M. ガニエ, キャサリン・C. ゴラス, ジョン・M. ケラー, ウォルター・W. ウェイジャー著, 鈴木 克明, 岩崎 信訳 (2007). *インストラクショナルデザインの原理*. 京都, 北大路書房.
- Keshmiri, F., Rezai, M., Tavakoli, N. (2020). The effect of interprofessional education on healthcare providers' intentions to engage in interprofessional shared decision-making: Perspectives from the theory of planned behavior. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), 1153-1161. doi:10.1111/jep.13379
- Kienlin, S., Nytrøen, K., Stacey, D., & Kasper, J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 610-621. doi:org/10.1111/jep.13380
- Lawani, A.M., Turgeon, Y., Côté, L., Légaré, F., Witteman, H.O., Morin, M., ... Giguere, A. (2021). User-centered and theory-based design of a professional training program on shared decision-making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-method study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(59), 1-25. doi:10.1186/s12911-021-01396-y
- Légaré, F., Stacey, D., Graham, I.D., Elwyn, G., Pluye, P., Gagnon, M.P., ... Desroches, S. (2008). Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 8(2). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-2>
- Légaré, F., & Stacey, D. IP-SDM MODEL. (2010). <https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/IP-SDM-Model.pdf> (最終アクセス日: 2023 年 5 月 21 日)
- Légaré, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi M.J., Kryworuchko, J., Graham, I.D., ... Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(9). doi:10.1002/14651858.CD006732.pub3
- Makoul, G., & Clayman, M.L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60, 301-312.
- Molenaar, J., Korstjens, I., Hendrix, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2018). Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice: A qualitative study. *Birth*, 45(3), 245-254. doi:10.1111/birt.12379
- O' Connor, A.M., Stacey, D., & Jacobsen, M.J. Ottawa Decision Support Tutorial (ODST): Improving Practitioners' Decision Support Skills. Ottawa Hospital Research Institute: Patient Decision Aids, Web. <https://decisionaid.ohri.ca/training.html> (最終アクセス日: 2021 年 3 月 1 日)
- O' Connor, A.M., Stacey, D., & Jacobsen, M.J. (2015). オタワ個人意思決定ガイド (個人用) 日本語版. 有森 直子, 大坂和可子, 青木 裕見 (翻訳). https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG_Japanese.pdf (最終アクセス日: 2023 年 6 月 11 日)
- Patient Decision aids web. <https://decisionaid.ohri.ca/index.html> (最終アクセス日: 2023 年 5 月 21 日)
- Rocque, G.B., Williams, C.P., Halikova, K.I., Borate, U., Jackson, B.E., VanLaar, E.S., ... Safford, M.M. (2018). Improving shared decision-making in chronic lymphocytic leukemia through multidisciplinary education. *Translational Behavioral Medicine*, 8(2), 175-182. doi:10.1093/tbm/ibx034.
- Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., ... Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the Centre of healthcare. *BMJ*, 344, e863. doi:10.1136/bmj.e863
- Thompson-Leduc, P., Clayman, M.L., Turcotte, S., & Légaré, F. (2015). Shared decision-making behaviours in health professionals: systematic review of studies based on the theory planned behavior. *Health Expectation*, 18(5), 754-774. doi:10.1111/hex.12176
- 辻 恵子. (2022). 第 5 章 リプロダクティブ・ヘルスにおける倫理, 第 2 節 女性の選択と意思決定プロセスにおける支援. 有森 直子 (編著), 母性看護学 I 概論 女性・家族に寄り添い健康を支えるウィメンズヘルスケアの追求 (pp. 114-123). 東京, 医歯薬出版株式会社.
- Watkins, V., Nagle, C., Kent, B., & Hutchinson, A.M. (2017). Labouring Together: collaborative alliances in maternity care in Victoria, Australia-protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open*, 7(3), e014262. doi:10.1136/bmjopen-2016-014262

*責任著者 Corresponding author : 大坂 和可子 (e-mail: osakawa@sfc.keio.ac.jp)

投稿日: 2022 年 10 月 17 日 受理日: 2023 年 7 月 12 日