

多職種による高齢がん患者の教育プログラムの評価

研究分担者 渡邊 眞理 湘南医療大学 保健医療学部看護学科 教授

研究要旨 高齢がん患者の意思決定支援に関するトリガービデオ教材を用いて、軽度認知症がん患者及び中等度から高度認知症がん患者の意思決定支援について多職種による研修会を開催した。参加者を対象にアンケート調査を実施し、教育プログラムを評価した。その結果、研修会参加者 132 名中、アンケート回答者数 117 名（89%）であった。意思決定支援に関する各種ガイドラインについての認知度は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が最も多かった。本研究班で作成したトリガービデオ教材による事例検討の満足度は、事例 A（軽度認知症患者の意思決定支援）、事例 B（中等度から高度認知症患者の意思の推定が必要な事例）共に『非常に良かった』『良かった』を合わせて約 90%が満足していた。本研修会の成果について『修得できた』『ある程度修得できた』を合わせて、多い順に『意思決定支援の手順について』、『認知機能障害を持つ人とのコミュニケーションスキルについて』、『高齢がん患者の意思決定をチームで支援することについて』、『意思決定能力の評価について』『本人が決められない場面の意思の推定について』の順であった。事例 A は高齢がん患者の意思決定支援に関する教育プログラムが効果的であったが、事例 B の意思の推定事例に関する研修方法については、事例検討の際のワークシートの工夫やファシリテーションについて課題が示唆された。

A. 研究目的

高齢者のがん罹患数は今後も増加が予測されており、（国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」）また 65 歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者の割合は 2025 年には 20%になると（厚労省「認知症の人の将来推計」）になると推計されている。今後も認知症を合併している高齢がん患者は増加が予測される。

高齢がん患者の治療の意思決定場面では、本人の意思決定能力が実際よりも低く評価されたり、家族を中心に病状や治療の選択肢の説明がされ、家族が中心に意思決定をする等の場面が散見される。高齢がん患者の意思決定支援には多くの課題が残されている。

今回、高齢がん患者の意思決定を支援する医療職（医師、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士等）を対象に、小川班で作成した軽度認知症がん患者の意思決定場面と中等度から高度認知症がん患者の意思決定支援場面

のトリガービデオ教材を用いて、高齢がん患者の意思決定支援プログラムに基づいた研修会を開催した。本研究の目的は、研究班で作成したトリガービデオ教材を用いて、患者・家族の意思決定能力に応じた適切な意思決定支援の実践に資する簡便で効果的な支援プログラムを評価することである。

B. 研究方法

研究期間 2022 年 4 月～2023 年 3 月

高齢がん患者の意思決定を支援する医療職（医師、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士等）を対象に 2023 年 2 月 23 日に以下の目的と内容で研修会を WEB で開催し、研修会終了時に参加者を対象にアンケート調査を実施した。

- 1) 高齢がん患者の意思決定を支援する医療者護の教育プログラムの目的

- (1) 認知症高齢がん患者の意思決定支援の基礎知識を理解する
 - (2) 高齢がん患者の意思決定支援のプロセスをトリガービデオの模擬患者(軽度認知症、中等度～高度認知症患者)の検討を通して理解する
 - (3) 実際の認知症高齢がん患者の意思決定支援に教育プログラム内容が生かせる
- 2) 高齢がん患者の意思決定を支援する教育プログラムの構成(2022年度)
- (1) 教育：講義(小川朝生先生)
 - テーマ「高齢がん患者の意思決定支援について」
 - 講義概要
 - ・ どうして意思決定支援が議論されるのか
 - ・ 意思決定支援のノーマライゼーション
 - ・ わが国での認知症領域における取組み
 - ・ 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
 - ・ 認知症の人の意思決定支援ガイドラインのその先
 - ・ 実際
 - (2) 模擬事例の検討
 - ① トリガービデオによる軽度認知症がん患者の模擬事例検討
 - ② トリガービデオによる中等度から高度認知症がん患者の意思の推定が必要な模擬事例検討
- ①②共に Web によるグループワーク zoom のブレイクアウトルーム機能を活用した。

事例概要 A

A さん、70 歳代後半、女性、胃がん、3 年前に脳梗塞のため 1 ケ月入院している。軽度認知症の疑いがある。夫と二人暮らし、近隣に娘家族がいる。胃がんの治療について外科的治療を勧められ娘を同伴して受診した場面。医師から治療の意向について問われると、本人が大事にしていること「リハビリに頑張っている」を、本人のペースで語るが、医療者が暗黙に期待していることと大きく異なるため、医療者がとまどう場面

事例概要 B

B さん、80 歳代後半、進行胃がん、多発肝転移、腹膜播種のため入院中。中等度～高度の認知症、身の回りの世話(ADL)を含めて周囲の支援が必要。介護認定 要介護 1

妻(70 歳代後半、脊柱管狭窄症と変形性膝関節症があり、介護認定 要支援 2、ケアマネージャーが家事ヘルパー導入中)と二人暮らし。息子は数年前から単身で海外赴任中。

主治医は、B さんの病状について、積極的治療は困難と考え、症状緩和を中心とした治療を提案している。B さんは、入院後 度々「家に帰る」と言っていて、帰り支度をするのがあった。在宅療養の希望が強いと考えた病院スタッフは、医師、病棟看護師、訪問看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーと B さん夫妻と一緒に今後の療養の場を検討することにした。その場面で、B さんは「帰るって言ったら帰るんだ」と声を荒げていた。本人の意向と在宅療養は無理と話す妻の意向と対立する場面でどのようにすればよいのか医療者が困惑する場面。

(3) グループワーク結果の共有

(4) 講師よりフィードバック

意思決定支援の枠組みは「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(以下ガイドラインとする)と、研修班で作成した「高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き」を参考にした。グループワークでは、下記のプログラムの手順で検討した。

事例 A については、①人的・物的環境の整備、②意思決定支援のプロセス(意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援)に沿い、意思形成支援、意思実現支援を中心に具体的な支援内容について研修会独自のフォーマットと「意思決定支援の準備シート」(小川朝生)を用いて多職種によるグループで検討し、全体で共有した。

事例 B については、①事例 B と同様の場面に「参加者が所属する施設ではどのように対応しているか」を各グループ内で検討した。その後、中等度から高度の認知症高齢がん患者の意思をどのように推定して意思決定支援を行うのかに関して、症例検討シート

(Albert R. Jonsen 他)にて情報を整理した後、研修会独自のフォーマットを用いて多職種によるグループで検討し、全体で共有した。

3) 研修会後のアンケート調査項目

(1) 対象者の属性

・性別 ・職種 ・所属の種類 ・資格の有無

- ・経験年数
- ・意思決定支援に関する各種ガイドラインの理解
 - 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
 - 「認知症の人の日常生活・社会生活にける意思決定支援ガイドライン」
 - 「福祉サービスにかかる意思決定支援ガイドライン」
 - 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」
- ・高齢がん患者の意思決定について意識的に取り組んでいることの有無
- ・研修会全体の満足度と感想
- ・講義の満足度
- ・事例Aの検討の満足度・意見や感想
- ・事例Bの検討の満足度・意見や感想
- ・研修の時間についての意見や感想
- ・所属施設で高齢がん患者の意思決定支援に関する研修会の希望の有無
- ・研修会の成果（*修得できた～全く修得できなかったの4段階尺度）
- ・意思決定能力の評価（*同尺度）
- ・意思決定の支援の手段（*同尺度）
- ・本人が決められない場面の推定方法について（*同尺度）
- ・高齢がん患者の意思決定支援をチームで支援する方法について（*同尺度）
- ・研修会で検討した事柄を臨床でいかす上で困難に感じたこと
- ・研修会で得たことで、今後に生かせること
- ・研修会の感想等自由意見

4) 分析方法

研修会終了後の調査項目毎に記述統計を算出した。また自由記載に対し、質的に内容を分析した。質的データは、がん看護専門看護師の資格を有する研究者3名が分析および相互に内容を確認し、内容の妥当性の確保に努めた。

（倫理面への配慮）

本研究は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、調査の目的、方法、自由意思の尊重、途中辞退の保証、不利益からの保護、プライバシーの保護について、研修会前に口頭と書面で説明し、同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象者の背景

研修会参加者 132名、内アンケート回答者数 117名（89%）であった。

性別	実数	%
男性	13	11
女性	104	89
合計	117	100

認定資格の有無	実数	%
あり	75	64
なし	42	36
合計	117	100

職種	実数	%
医師	8	7
看護師	82	70
社会福祉士	20	17
その他	7	6
合計	117	100

*その他は公認心理士、介護支援専門員等。

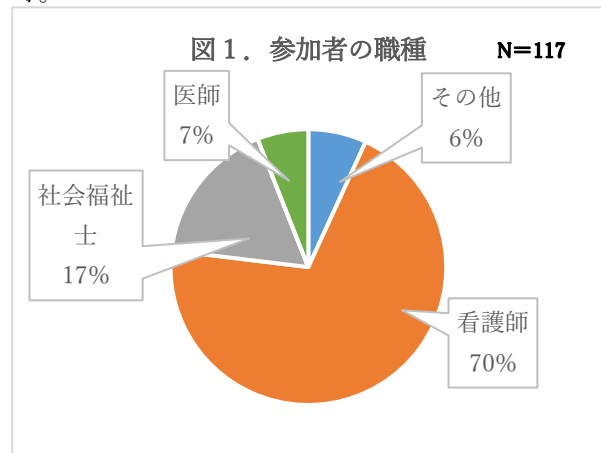
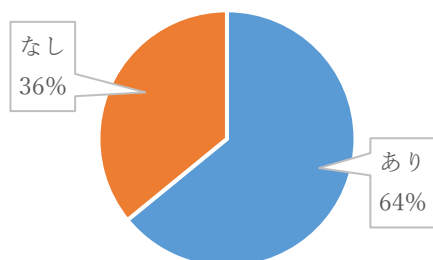


図2. 参加者の認定資格の有無 N=117

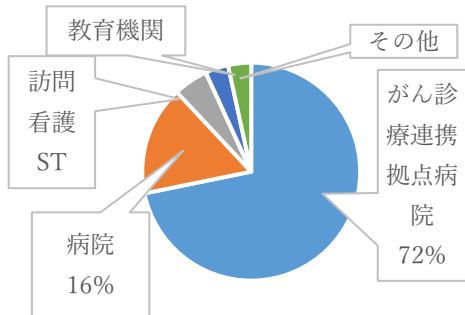


参加者の認定資格の有無（複数回答）

看護師は、82名中39名（47.5%）が専門看護師の資格を有しており、内28名ががん看護専門看護師、6名が老人看護専門看護師の資格を有していた。認定看護師は24名（29.2%）であった。医師は8名中、日本緩和医療学会専門医2名、日本認知症学会専門医1名、日本臨床倫理学会倫理認定士（上級）1名であった。社会福祉士は、20名中、認定医療ソーシャルワーカー2名、救急医療認定ソーシャルワーカー1名、認定精神保健福祉士1名、認定精神保健福祉士1名であった。認定がん相談員の資格を有する参加者は全体117名中7名であった。

参加者の主な活動の場	実数	%
がん診療連携拠点病院	84	72
がん診療連携拠点病院以外の病院	19	16
訪問看護ステーション	6	5
高齢者福祉施設	0	0
教育機関	4	3
その他	4	3
合計	117	100

図3. 参加者の主な活動の場 N=117

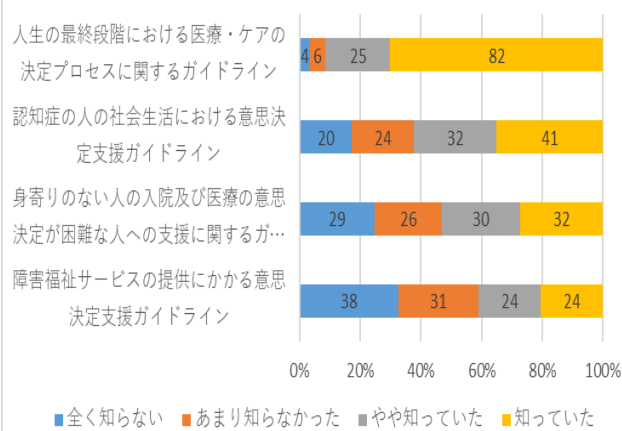


臨床経験年数	実数	%
1年未満	0	0
1～3年	3	3
4～5年	1	1
6～10年	11	9
11年以上	102	87
合計	117	100

参加者の90%が初回の参加であった。

『意思決定支援に関する各種ガイドラインについて知っているか』については、図4のように「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を『知っていた』82名（70%）が最も多く、次いで「認知症の人の社会生活における意思決定支援ガイドライン」が41名（35%）、最も低かったのは「障害福祉サービスの提供にかかる意思決定支援ガイドライン」が24名（20.5%）であった。

図4. 意思決定支援に関するガイドラインの認知 N=117



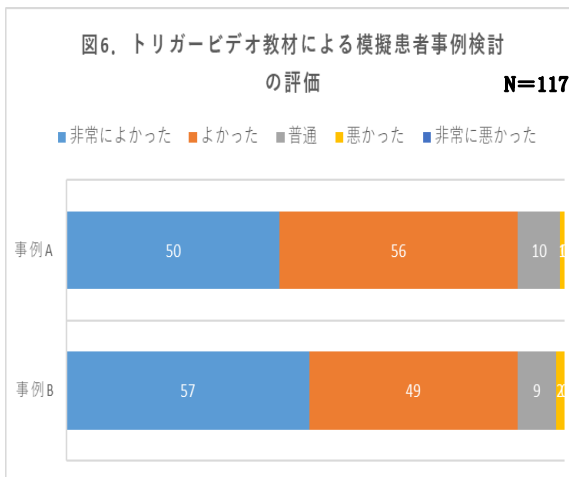
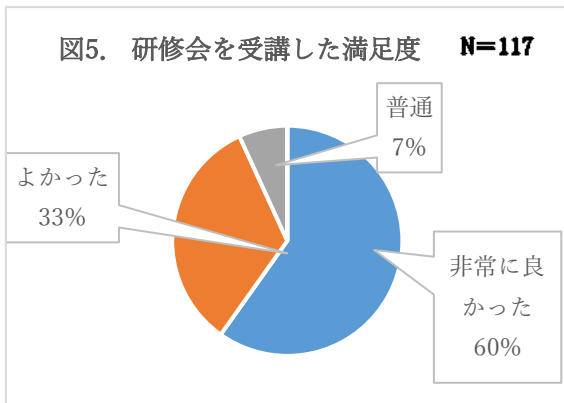
2. 高齢がん患者の意思決定支援に関する回答

高齢がん患者の意思決定支援について意識的に取り組んでいることはあるか	実数	%
ある	95	81
ない	22	19
合計	117	100

高齢がん患者の意思決定支援研修の参加回数	実数	%
初めて受講した	90	77
2回目の受講	21	18
3回目以上受講	6	5
合計	117	100

高齢がん患者の意思決定支援に意識的に取り組んでいるかどうかについては、95名(81%)が『ある』と回答していた。

本研修会の満足度は図5.のように『非常に良かった』70名(60%)、『良かった』39名(33%)で、約93%の参加者が満足していた。講義内容については、『非常に良かった』『良かった』を合わせて、110名(94%)であった。



トリガービデオ教材による模擬患者事例検討の満足度は事例A(軽度認知症患者の意思決定支援)が『非常に良かった』50名(43%)、『良かった』56名(48%)で合わせて91%が満足していた。事例B(中等度から高度認知症

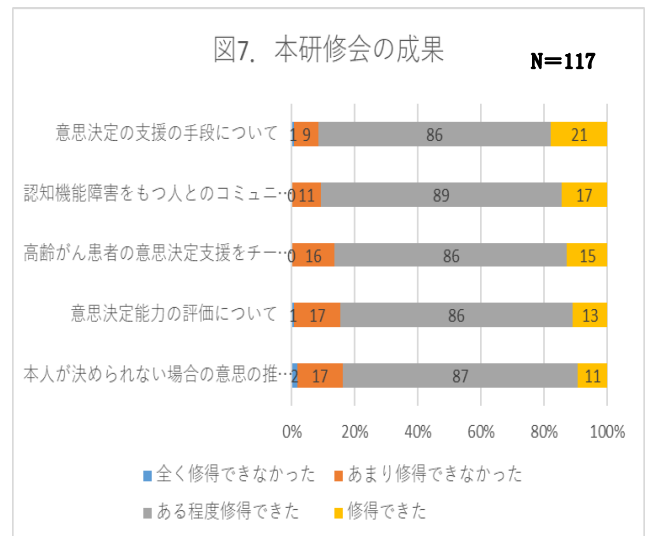
患者の意思の推定が必要な事例)は『非常に良かった』が57名(49%)、『良かった』が49名(42%)

で合わせて91%が満足していた。事例Bの方が若干「非常に良かった」の割合が高かった。一方で少人数であるが、『悪かった』と回答した参加者は事例Aが1名、事例Bが2名であった。

研修時間(13時から16時30分)については、109名(93%)の参加者が『良かった』と回答していた。

高齢がん患者の意思決定支援について、自施設でも研修会を開催したいか	人数	%
開催したい	42	36
今後、開催を検討したい	62	53
どちらでもない	13	11
開催する必要はない	0	0
合計	117	100

高齢がん患者の意思決定支援に関する研修会を自施設でも開催したいかどうかについては、『開催したい』が42名(36%)、『今後、開催を検討したい』が62名(53%)で計104名(89%)の参加者が高齢がん患者の意思決定支援に関する研修会を開催する可能性があった。



本研修会の成果について図7.に示した。『修得できた』『ある程度修得できた』を合わせて、多い順に『意思決定支援の手順について』107

名 (91.4%)、『認知機能障害を持つ人とのコミュニケーションスキルについて』106名 (90.5%)、『高齢がん患者の意思決定をチームで支援することについて』101名 (86.3%)、『意思決定能力の評価について』99名 (84.6%)、『本人が決められない場面の意思の推定について』98名 (83.7%)の順であった。

以下、自由記載内容を別表で示す。

別表1. 高齢がん患者の意思決定支援について意識的に取り組んでいること

1	患者・家族の病状の理解
2	意思・意思決定能力の確認
3	支援上の配慮・工夫
4	意思形成支援
5	意思表明支援
6	情報共有
7	多職種連携
8	ACP活動
9	研修会参加・ガイドライン使用・作成等
10	取り組む時期を意識している
11	在宅支援

別表2. 事例Aの検討の感想や意見

良かった点
意見交換の体験がよかった
意思決定支援のプロセスがわかりやすい／活用できる
考えやすい事例だった
認知症がある高齢者の意思決定支援を学べた
日ごろの介入を意識した
映像の教材のよさがあった
ファシリテーターのリードがよかった
難しかった点・改善してほしい点
ワークシートや検討のプロセスに戸惑った
WEB上でワークの記録を共有する難しさがあった
要望
検討する時間がもっとほしい
ビデオ教材の活用方法の工夫がほしい
配布資料の共有のタイミングと方法に検討の余地がある
その他
釈然としない思いが残った
教材についての意見
事実をとらえる大切さを学んだ

別表3. 事例Bの検討の感想や意見

良かった点
他職種、他の参加者の意見が参考になった
臨床でよく出会う事例で検討しやすかった
認知症のある高齢者の意思決定支援について学びがあった
詳細な検討ができたと思う
四分割表を用いたことで学びにつながった
普段の関わりを振り返る機会になった
新しい事例で新たな発見があった
情報収集の大切さを含めて検討できた
ファシリテーターの進行に助けられた
ビデオ教材がよかった
改善してほしい点・要望
ワークシートが活用しにくかった
グループワークの進行に難しさがあった
ファシリテーターにもっと進行をサポートしてほしい
ビデオ教材の活用方法の工夫がほしい
検討する時間がもっとほしい
教材にもっと検討の余地があると思う
その他
自身の経験に基づく事例の支援への意見
本研修で退院支援の実際を知った

別表4. 研修会で検討した事柄を、臨床で生かす上で困難に感じたこと

1	患者と医療者/職種による意思決定支援についての知識や認識の違いがある
2	認知症の患者は意思決定できないという医療者の思い込み
3	医療者間に意思決定支援についての知識不足がある
4	組織との連携や体制づくりが困難
5	医師が優先される組織風土
6	高齢者の意思決定支援にそもそも疑問を抱いていない、重要視していない
7	家族を優先する職場風土
8	意思決定支援に必要な時間が不足
9	医療制度による時間的制約
10	多職種の連携体制に課題がある
11	人材の不足
12	意思決定支援に関する学習の積み重ねが必要

別表5. 研修会で得たことで、今後を生かせること

1	多職種で情報共有を図り、連携を深める
2	院内教育や勉強会・研修の実施
3	意思決定のガイドラインの活用
4	患者の真意を確認すること
5	意思決定支援のプロセス 意思形成支援、表明支援の実施
6	認知症患者への支援
7	倫理4分割表の活用
8	その他

D. 考察

高齢がん患者の意思決定支援の教育プログラムの参加者のニーズと教育プログラムの課題の2点について考察する。

教育プログラムの参加者のニーズ

研修会参加者の72%は、がん診療連携拠点病院で活動していた。また職種別の参加者で最も多かった看護師の認定資格は、89名中39名(47.5%)が専門看護師の資格を有し、その内28名(71.8%)が、がん看護専門看護師、6名(15.3%)が老人看護専門看護師であった。専門看護師は、6つの役割を持ち、その役割りの1つに「倫理調整」があり、日頃から患者の意思決定支援に対する問題意識や研修会へのニーズが伺えた。

また参加者の77%が初回参加者であったが、2、3回目の参加者も23%の割合で参加していた。「高齢がん患者の意思決定支援に意識的に取り組んでいるか」については、95名(81%)が『はい』と答えていたことから、参加者は高齢がん患者の意思決定支援の問題意識が高いことが伺えた。

一方で、「研修会で検討した事柄を、臨床で生かすうえで困難に感じたこと」の自由記載では、『患者と医療者／職種による意思決定支援についての知識や認識の違いがある』『認知症の患者は意思決定できないという医療者の思い込み』『医療者間に意思決定支援についての知識不足がある』『高齢者の意思決定支援についてそもそも疑問を抱いていない、重要視していない』『多職種の連携体制に課題がある』『医療制度による時間的制約』『意思決定支援に関する学習の積み重ねが必要』等といった意見が記述され、がん患者に限らず、現状の臨床現場での認知症高齢患者の意思決定支援に対する問題点と、本研修プログラムの必要性が示唆された。

教育プログラムの課題

今回の研修会では高齢がん患者の意思決定支援に関するトリガービデオ教材を用いた軽度認知症がん患者の意思決定支援、及び中等度から高度認知症がん患者の意思の推定が必要な患者の意思決定支援について多職種による研修を実施した。

前者は過去に複数回研修として取り組んでいたが、意思の推定事例は初めて取り組んだ。本研修会の成果について、『修得できた』『ある程度修得できた』を合わせて、多い順に『意

思決定支援の手順について』『認知機能障害を持つ人とのコミュニケーションスキルについて』『高齢がん患者の意思決定をチームで支援することについて』『意思決定能力の評価について』『本人が決められない場面の意思の推定について』の順で『修得できた』と回答していたが、最も%が低かった『本人が決められない場面の意思の推定について』は、83.7%ではあったものの臨床現場での困難性や、限られた時間内での研修会の課題も示唆された。中でも事例B(意思の推定事例)についての感想や意見では良かった点も多く記載されていたものの、改善点として、『ワークシートが活用しにくかった』『グループワークの進行に難しさがあった』『ファシリテーターにもっと進行をサポートして欲しかった』『検討する時間がもっと欲しい』等の意見の記述があった。事例Bは臨床現場で多く直面する場面であり、答えがない課題でもある。今後も中等度から高度認知症がん患者の意思の推定が必要な教育プログラムの充実、具体的にはワークシート及びファシリテーターマニュアルの改善が示唆された。

「研修会で得たこと、今後に生かせること」についての記述では、『多職種で情報共有を図り、連携を深める』『院内教育や勉強会・研修の実施』『意思決定支援ガイドラインの活用』『意思決定支援のプロセスの実施』『認知症患者への支援』等と記述されていた。また「高齢がん患者の意思決定支援に関する研修会を自施設でも開催したいか」について参加者の89%が『開催したい』『今後、開催を検討したい』と回答していたことから、今後、高齢がん患者の意思決定支援の教育プログラムをより充実させ、全国のがん診療連携拠点病院等で研修会の開催を実施する支援が必要である。

E. 結論

軽度認知症がん患者及び中等度から高度認知症がん患者の意思決定支援について多職種による研修会を開催し、アンケート調査を用いて評価を実施した。本研修会の成果について『修得できた』『ある程度修得できた』を合わせて、多い順に『意思決定支援の手順について』、『認知機能障害を持つ人とのコミュニケーションスキルについて』、『高齢がん患者の意思決定をチームで支援することについて』、『意思決定能力の評価について』『本人が決められない場面の意思の推定について』の順で

あった。トリガービデオ教材による事例検討の満足度は事例 A（軽度認知症患者の意思決定支援）も事例 B（中等度から高度認知症患者の意思の推定事例）も『非常に良かった』『良かった』を合わせて約 90%が満足していた。事例 A は高齢がん患者の意思決定支援に関する教育プログラムが効果的に活用できたが、事例 B の意思の推定に関する研修方法については、事例検討の際の時間配分やワークシートの工夫やファシリテーションについて課題が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

1. 第 38 回日本がん看護学会学術集会にて発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。