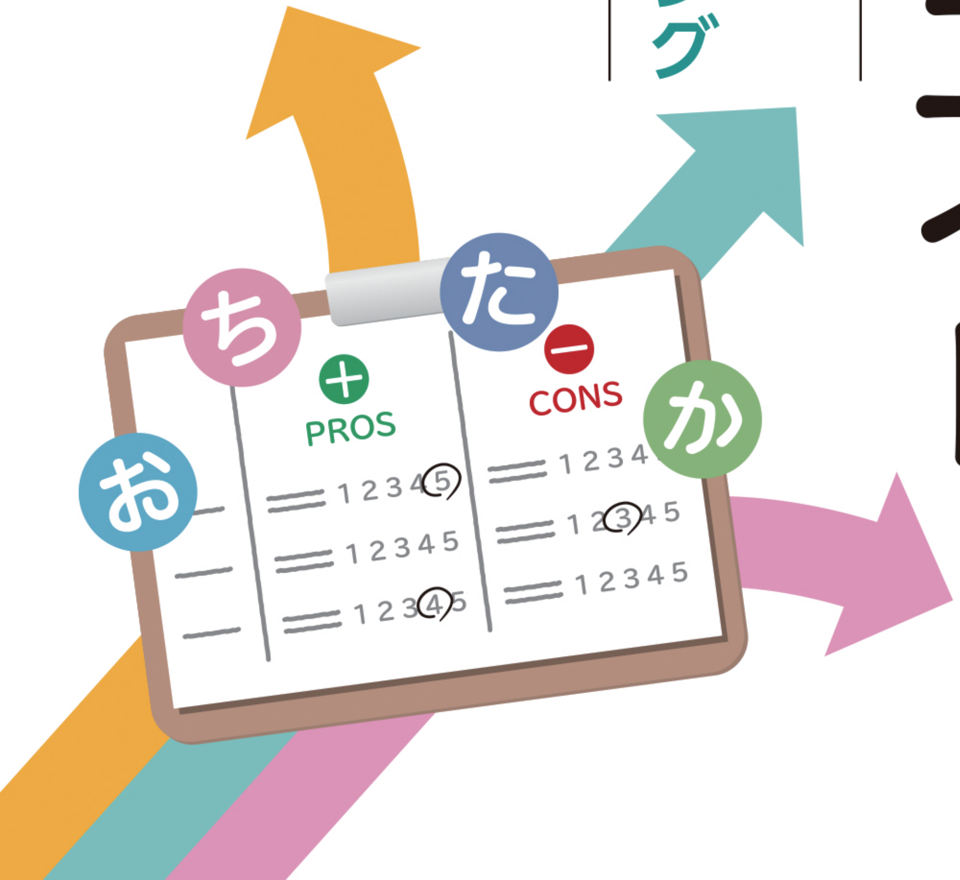
意思決定支援とディシジョンエイド

「お・ち・た・か」で実践するシェアードディシジョンメイキング

著 中山和弘
聖路加国際大学大学院看護学研究科
看護情報学分野 教授

SHARED
DECISION
MAKING



日本医事新報社

「お・ち・た・か」とは何か？

「お・ち・た・か」は，意思決定プロセスの４つの要素である「お：オプション（選択肢）」「ち：長所（利益）」「た：短所（リスク）」「か：価値観（何が重要か）」の頭文字で（**図2**），日本人にとって覚えやすく，かつ深い意味を持つ言葉です。医療場面に限らず，人生における進路選択や健康に関する様々な選択で活用できる汎用的な意思決定フレームワークでもあります。実際，「お・ち・た・か」は意思決定支援の理論，認知科学，行動経済学から共通点を抽出して開発されたものです。本節の後半で意思決定支援の理論的基盤を説明し，第２章では認知科学・行動経済学などの知見から解説します。この４文字が示す４つの要素（**図2**）が本人の胸（腹，腑）に落ちることで，納得のいく意思決定ができるようになります。

※ YouTubeで「おちたか」で検索していただくと，ストレス対処を例にした一般向けの解説動画[14]もご覧いただけます。

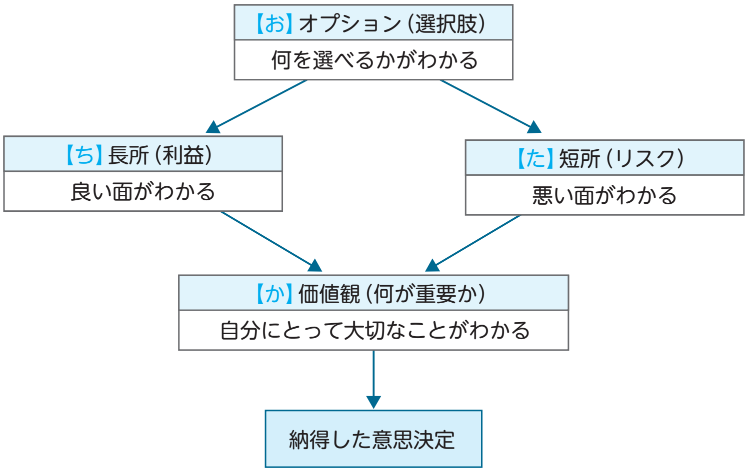


図2　「お・ち・た・か」の意思決定プロセス

【この図の見方】
「お」から始まり，「ち」と「た」を理解した上で，「か」で統合し，最終的に納得のいく意思決定に至る流れを示している。矢印は情報と理解の流れを表している。

日本で使える汎用ツール：おちたか意思決定ガイド

「お・ち・た・か」の４つの要素を一枚のシートで整理できるツールとして，「おちたか意思決定ガイド」があります。これは，世界で広く使われている「オタワ意思決定ガイド（Ottawa Personal Decision Guide）」を参考に，日本語での使いやすさを考慮して開発されたものです。**図3**は，このガイドの構成を示しています。選択肢を縦に並べ，

コラム

あなたの「お・ち・た・か」意思決定スキルを測ってみましょう

この章で解説する「お・ち・た・か」について，あなた自身が日常の意思決定でどの程度実践できているかを確認してみましょう。

あなたは大事なことを決めるときに，次のようなことをしていますか。それぞれ「いつもしている」から「まったくしていない」までで，最も当てはまるものを選択してください（各項目１つ）。

項目	対応	いつもしている	よくしている	ときどきしている	たまにしている	まったくしていない
選べる選択肢がすべて揃っているか確認する	お（オプション）	1	2	3	4	5
各選択肢の長所を知る	ち（長所）	1	2	3	4	5
各選択肢の短所を知る	た（短所）	1	2	3	4	5
各選択肢の長所と短所を比較して，自分にとって何が重要かはっきりさせる	か（価値観）	1	2	3	4	5

【採点方法】

回答は次のように反転して得点化し，合計します：

1→5点，2→4点，3→3点，4→2点，5→1点

合計得点：　　点（4〜20点）

得点が高いほど，「お・ち・た・か」意思決定スキルが高いことを示します。

【補足】

本項目は，意思決定の「選択肢→長所→短所→価値観（重要度）」というプロセスに対応する4項目として作成され，全国規模のWeb調査で内的整合性（Cronbach’s α＝0.93）が高く，確認的因子分析（CFA）でも1因子モデルの適合がおおむね良好で，対象者全体での平均点は13.2点でした[15)]。

表7　IPDAS基準を満たすDAの意思決定領域別分布（OHRI A to Z inventory，$n = 262$）

意思決定領域	件数（%）	代表的なDAの例	備考
がん治療	42（16.0%）	早期乳がんの手術選択，前立腺がんの治療選択，肺がんの化学療法選択	治療法選択が中心，QOLと生存率のトレードオフを扱う
スクリーニング・検診	35（13.4%）	乳がん検診の開始年齢，PSA検診の是非，大腸がん検診方法の選択	過剰診断・偽陽性のリスクと早期発見の利益を比較
慢性疾患管理	32（12.2%）	糖尿病のHbA1c目標設定，降圧目標の個別化，脂質管理の強度	厳格管理 vs. 標準管理，個人の状況に応じた目標設定
循環器疾患	30（11.5%）	心房細動の抗凝固薬選択，心不全の治療強度，冠動脈疾患の侵襲的治療	出血リスクと塞栓予防のバランスが主要テーマ
整形外科・外科	23（8.8%）	膝関節置換術のタイミング，腰椎手術の適応，肩関節症の治療選択	保存療法 vs. 手術，手術時期の個別化
予防接種	21（8.0%）	HPVワクチン接種，帯状疱疹ワクチン，高齢者の肺炎球菌ワクチン	副反応への懸念と予防効果の理解促進
生活習慣・行動変容	20（7.6%）	禁煙方法の選択，減量プログラム，運動処方の個別化	行動変容の段階に応じた介入方法の選択
精神疾患	9（3.4%）	うつ病の薬物選択，不安障害の治療法，双極性障害の管理	薬物療法 vs. 心理療法，副作用と効果のバランス
その他	50（19.1%）	終末期医療，腎代替療法，生殖補助医療，小児の治療選択など	多様な領域，倫理的側面を含む意思決定

HPV：human papillomavirus（ヒトパピローマウイルス）

世界の普及と無料提供

　多くの国では，政府機関や公的機関を通じて人々がDAに無償または低負担でアクセスできる体制が整備されています。米国では，AHRQは意思決定支援ツールへのアクセスを確保するため，無料のリソースを提供し[11]，メディケア制度では一部サービスでSDM（DAの活用を含む）が要件となっており，Washington州では法制度として意思決定を支援しています[24]。NHS EnglandはSDMを国の医療政策として推進しています[25]。特に予防・健康管理のDAは，人々を広く対象とするため，無料アクセスが重要です。こうした取り組みの背景には，DA普及における実装上の理由があります。詳細は**第10章**（☞「**実装を成功に導く8つのプログラム理論**」270頁参照）で検討します。

　日本の現状を考えると，開発数の問題だけでなく，人々の意思決定を支援するインフラ整備の遅れを示しています。特に，海外では予防・健康管理領域のDAが一定数を占めるのに対し，日本では当該領域のDAは限られていることは，健康増進・疾病予防の観点からも課題です。海外の成功事例から学ぶべき点は，政府レベルでの制度化，組織的な開発体制，そして治療から予防まで包括的な普及戦略です。

日本での展開可能性

他方，日本ではDAの普及はまだ緒についたばかりですが，その必要性はきわめて高いと考えられます。日本の医療は世界トップレベルの技術と制度を誇る一方で，本人参加型の意思決定という点では改善の余地が大きいからです。さらに，超高齢社会を迎えた日本では，治療選択だけでなく，健康寿命延伸のための予防・健康管理における意思決定支援がますます重要になっています（**表8**）。特定健診・保健指導制度，がん検診体制など，既存の予防医療インフラにDAを組み込むことで，より効果的な健康増進が期待できます。

表8　日本でDAが急務な20の保健医療分野

治療選択（10分野）		予防・健康管理（10分野）	
分野	具体例	分野	具体例
がん治療	手術 vs. 化学療法 vs. 放射線療法	がん検診	受診の是非，頻度，方法
透析導入	血液透析vs. 腹膜透析	ワクチン接種	HPV，帯状疱疹，肺炎球菌
認知症治療	薬物療法の開始時期・強度	特定健診	オプション検査の選択
終末期医療	延命治療の選択	禁煙	方法の選択
在宅 vs. 施設医療	療養場所の選択	運動習慣	種類，強度，頻度
精神科治療	薬物療法の種類・強度	食事改善	減塩，糖質管理
外科手術術式	低侵襲 vs. 開腹手術	飲酒管理	節酒目標設定
慢性疾患治療管理	血圧・血糖管理目標値	メンタルヘルス	ストレスチェック後の対応
小児医療	小児への治療選択	人間ドック	検査項目の選択
生殖医療	不妊治療の方法選択	サプリメント	使用の判断

HPV：human papillomavirus（ヒトパピローマウイルス）

これらの意思決定領域では，医学的に複数の合理的選択肢が存在し，人々の価値観や生活状況によって最善の選択肢が変わります。まさに「お・ち・た・か」による意思決定支援が威力を発揮する領域です。

実際に，日本でもDAの開発が進んでいます。**表9**は，日本で開発されたDA（提供元のウェブサイト上では「意思決定ガイド」と表記）の一覧です。がん治療，女性の健康，高齢者ケア，精神科医療など，多様な領域で22件のDAが開発されています（開発中を含む）。前述のHoffmannらの調査[22]で日本が7件であったのは調査時点の件数であり，その後も開発が進んでいます。しかし，海外と比較すると，日本のDA開発はまだ始まったばかりです。

表9　日本で開発されたディシジョンエイド一覧

No.	トピック	ガイド名称
1	乳がん手術方法	自分らしく決めるガイド　乳がん手術方法
2	ホルモン補充療法（HRT）	HRT（ホルモン補充療法）受ける？　受けない？　40代からの私の生き方を考える
3	出生前検査	出生前検査について相談に行く前に，考えておきたいこと整理しておきたいこと
4	早期肺癌治療	早期肺癌と告知されたら手に取ってみて下さい
5	高齢者の栄養チューブ（胃ろう）	ご本人に代わって意思決定を行う方のための小冊子 ── 高齢者が栄養チューブをつけて長期的に使うこと──
6	産痛緩和方法	あなたらしい産痛を和らげる方法を求めて ～これから出産を迎えられる方が自然分娩，無痛分娩を納得して決めるために～
7	治験参加	治験参加を検討されている患者さんのための意思決定ガイド
8	成人期ADHD	大人の注意欠如・多動症 ── 自分にあった対処法・治療法を医療者と相談しながらみつけるための手引き
9	退院先選択	退院先を考えるガイドブック
10	精神科長期入院患者の退院	一緒に決めよう！　ガイドブック
11	乳房再建	自分らしい乳房再建を決めるガイド
12	DT治療（長期在宅補助人工心臓）	DT治療を考えている患者さん ご家族・付添者の方の方へ
13	遺伝性乳がん卵巣がん症候群	遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された方が，乳房と卵巣の管理方法を意思決定するためのガイド
14	関節リウマチと家族計画	関節リウマチのあなたの家族計画の意思決定ガイド
15	食物アレルギー	いっしょに考えよう食物アレルギーの治療 ── 治療法を検討されている皆さまへ──
16	クローン病の生物学的製剤治療	納得して“決める”ガイド　クローン病患者さんが生物学的治療を納得して決めるために
17	手術を受ける方のACP	あなたが受けたい医療を考え，誰に伝えるかを考えるためのサポートガイド
18	集中治療室でのACP	回復が難しくなった場合に，どのような治療を受けたいかを考えるためのガイド
19	乳がんと妊よう性	乳がんと診断された方へ　妊よう性のことを納得して決めるために
20	うつ病治療	Decision Aid for Depression Treatment　うつ病の治療法を一緒に選ぶための手引き
21	関節リウマチの生物学的製剤治療	関節リウマチの生物学的製剤治療を検討するための意思決定ガイド
22	閉塞性睡眠時無呼吸症候群	治療法を一緒に選ぶための手引き ── 閉塞性睡眠時無呼吸症候群

〔患者さんとご家族のための意思決定ガイド（https://decisionaid.jp/）2026年現在より〕

表12　2024年コクランレビューで実証された効果（詳細版）

評価項目	効果の大きさ	確実性	「お・ち・た・か」との関連	臨床的・政策的意義
意思決定の質				
知識の向上	大きな効果	高	「お」「ち」「た」の理解向上	情報に基づく意思決定の実現
正確なリスク認識	大きな効果（1.94倍高い正確性）	高	「た」（リスク）の適切な理解	過度な恐怖や楽観的偏見の是正
価値観に合致した選択	大きな効果（1.75倍高い一致率）	中	「か」（価値観）に基づく選択実現	患者中心医療の実現
情報十分感の向上	大きな効果	高	「お・ち・た」の統合的理解	意思決定への自信と準備性向上
意思決定への参加	中程度の効果（医師主導28％減少）	高	「お・ち・た・か」による主体的参加	本人の能動的参加促進
意思決定の後悔	差なし（良好）	高	「お・ち・た・か」による納得感	長期的な治療満足度確保
意思決定時の葛藤軽減	大きな効果	高	「お・ち・た」で情報不足感，「か」で価値観不明確感を解消	意思決定プロセスの質向上
医療システムへの影響				
診察時間	診察中使用：1.5分延長 診察前準備：短縮傾向だが不確実	—	「お・ち・た・か」を医師と本人で確認するための時間	短時間の延長で大きな効果
医療費	費用対効果良好	—	過剰・過少な治療・検査の減少	医療費の適正化に貢献

注：エビデンスの確実性はGRADEシステムによる評価（高・中・低で表示）。
効果サイズは複数の大規模研究を統合したメタアナリシス結果。「倍」「減少」の値はリスク比（RR）に基づく。各評価項目の詳細な測定方法については**第7章**（☞「**評価と継続的改善：DAの効果を測定し高める**」185頁）を参照。
医療費については，個別の研究で測定されているが，メタアナリシスは実施されていない。

（文献13より作成）

使用した人では1.94倍高い確率で正確な認識を示し，過度な楽観や悲観を避けることができました。

価値観に合致した選択においては，DAを使用した人では1.75倍高い確率で自分の価値観に沿った選択を行うことができ，これは「か」（価値観明確化）の効果を示しています。また，意思決定時の葛藤については，情報不足や価値観の不明確さによる迷いが軽減されることが示されました。

これらの効果は，単独で現れるのではなく，「お・ち・た・か」の4つの要素が統合的に機能することで実現されています。診察時間への影響は，診察中にDAを使用した場合でも約1.5分の延長にとどまり，診察前に準備として使用した場合は平均では短くなる方向でしたが，短くなるとも長くなるとも言い切れないことが示されています。第2章では，これらの科学的根拠に基づき，実際の医療現場でDAを用いたSDMを効果的に実践するための具体的な方法について詳しく解説します。

課題6：情報の理解可能性を保証するシステムの不足

日本のヘルスリテラシーの国際比較

Nakayamaら（2015）は，HLS-EU-Q47（European Health Literacy Survey Questionnaire 47項目版：健康に関する情報の入手・理解・評価・活用の難易度を測定する国際標準の質問票）を用いて，日本のヘルスリテラシーを測定しました[55)]。その結果，欧州8カ国やアジア6カ国・地域と比べても低く，日本人の85.4%がヘルスリテラシー「不足」レベルに分類されました。

さらに，47項目すべてにおいて，日本のほうが「難しい」（「やや難しい」＋「とても難しい」）と回答する割合が高いことが示されました。たとえば，ヘルスリテラシー水準が高いオランダとの比較では[56)]，以下の通りです。

- 「医師から言われたことを理解するのは」日本 44.0% vs. オランダ 8.9%
- 「薬についている説明書を理解するのは」日本 40.8% vs. オランダ 13.1%

これらのデータは，医師からの説明理解，薬剤情報理解のいずれにおいても，日本ではオランダと比較して理解に困難を伴う状況にあることを示しています。これは「情報が届かない」「届いても理解されない」という二重の構造的課題が，医療機関内外を問わず広範に存在することを示唆しています。

情報提供システムの構造的課題

日本では，情報そのものは提供されているものの，それが本人にとって理解可能かどうかを検証する仕組みが制度として確保されているでしょうか。医療用医薬品では「薬剤情報提供文書（薬情）」の交付が義務化されており，OTC医薬品では添付文書が付されていますが，患者向けに平易に書かれた「くすりのしおり®」は任意提供にとどまっています。そのため，実際に患者の手に届きにくい状況にあります。これに対し欧州では，たとえばEU指令により患者向けリーフレット（医薬品に同封される患者向け情報文書）の理解可能性を対象患者グループとのユーザーテストで確認することが法的に義務づけられているように[57)]，情報が実際に理解されることを保証する仕組みが制度化されています。

この制度設計の違いが，日本における医療情報理解の困難さの背景にあると考えられます。この状況は，「情報の量」の問題ではなく，「情報の理解可能性を保証するシステム」の構造的な課題として理解する必要があります。

薬局における意思決定支援の国際動向

欧州諸国では，薬局を単なる「薬剤を交付する場所」ではなく，「意思決定を支援する場」として位置づける政策が進展しています。

3 意思決定における葛藤やジレンマ

人々が健康に関する選択で経験する葛藤（decisional conflict）は，単なる「迷い」ではありません。それは複雑な心理的状態です。

意思決定葛藤の構造（図6）[18] と意思決定葛藤尺度（DCS）による測定

意思決定の葛藤

情報不足による葛藤
- 選択肢不明
- 利益不明
- リスク不明
- 【お・ち・た】で解決

価値観不明確による葛藤
- 優先順位不明
- 相反する価値観
- 将来像不明
- 【か】で明確化

社会的圧力による葛藤
- 家族の期待
- 医師の推奨
- 社会的規範
- 経済的制約
- 適切な支援で対処可能

図6　意思決定葛藤の構造（O'Connorの意思決定葛藤尺度に基づく）

（文献18より作成）

意思決定の葛藤は複数の要因から生じることをO'Connor[18] の研究が示しています。「お・ち・た・か」はこれらに対応する枠組みです。

O'Connorが開発した意思決定葛藤尺度（decisional conflict scale：DCS）は，16項目で葛藤の程度を測定します[18]（☞**第7章「意思決定の葛藤を測る2つのツール：DCSとSUREテスト」189頁**で詳述）（**表3**）。

表3　決定葛藤の5つの下位尺度と「お・ち・た・か」の対応

下位尺度	内容	質問例（著者による仮訳）	「お・ち・た・か」での対応
不確実性	決定の困難さ	「どれを選ぶべきかわからない」	全要素で支援
情報不足感	知識の欠如	「選択肢について十分知らない」	「お・ち・た」で解決
価値観不明確感	優先順位の曖昧さ	「何が重要かはっきりしない」	「か」で明確化
支援不足感	サポートの欠如	「相談相手がいない」	DAとコーチングで支援
効果的意思決定感	決定への確信	「良い選択ができた」	統合的効果

2 「どのように決めたか」を測る

意思決定の葛藤を測る２つのツール：DCSとSUREテスト

利用者がDAを使って意思決定に取り組む過程の質を評価します。

1995年にO'Connorが開発した16項目の質問紙で，どの選択肢を選ぶべきかについての決めきれなさ（意思決定の葛藤）と，その背景にある情報不足や価値観の不明確さ，支援の不足などを総合的に評価します[4)]。日本語版は2013年に開発され，信頼性と妥当性が確認されています[5)]。

DCS日本語版を含む各国語版はOttawa Hospital Research Instituteのウェブサイト（https://decisionaid.ohri.ca/）からダウンロード可能です。

DCSの16項目・5段階評価は高齢者やリテラシーが低い人には負担となる場合があります。このため，より簡便な低リテラシー版（10項目・3段階）やSUREテスト（4項目・2段階）[6)]が開発されています。日本語版SUREテストは大坂らにより開発され，信頼性と妥当性が確認されています[7)]。

また，これらの各バージョンも上記ウェブサイトからダウンロード可能です。

DCS

DCSは5つの下位尺度で構成されています。

- **十分な情報（3項目）**：選択肢や利益・害について十分な情報を得ているか
- **価値観の明確化（3項目）**：自分にとって何が重要かが明確か
- **十分なサポート（3項目）**：周囲から適切な支援を受けているか
- **意思決定の確信（3項目）**：どの選択肢が最良か確信があるか
- **質の高い意思決定（4項目）**：良い決定ができたと感じているか

これらはIPDASが提唱する「意思決定プロセスの質」の構成概念（情報を得ていると感じる，価値観が明確である）に対応しており[4)]，DA評価で最も広く使用されている指標です。

6 配慮が必要な対話場面：典型パターンと対応

基本的な「お・ち・た・か」の対話がうまく進まない場合や，対話の構造自体が複雑になる場合があります。本節では，臨床現場でよく遭遇すると考えられる状況とその対応を解説します。

決定スタイルの課題

意思決定スタイルは多様です。すべての人が積極的な参加を望むわけではありません。

「お任せします」と言われたら

日本の臨床場面では，患者から「先生にお任せします」と言われることがあります。これは文化的背景だけでなく，不安・判断の負担感（責任の重さ）・医療者への信頼など，複数の要因が関係している場合があります。**図15**に「お任せします」と言われた場合の対話例を示します。

患　者：よくわからないので先生にお任せします。
医療者：似た状況の方では，この治療を選ばれることが多く，生活しやすかったケースが多いです。ただ，毎日病院に通う必要があるのですが，それは続けられそうですか？
患　者：毎日通うのは厳しいかも……。
医療者：では，別の選択肢も見てみましょうか？

対応のポイント：
- 患者の「お任せ」意向を否定せず，まずは経験事例を共有
- 患者の生活実態（通院可否など）を小さな質問で確認
- 「私が決めます」ではなく「どう思われますか？」で判断を委ねる

図15　お任せ志向の患者への対応

表1　実装を成功に導く8つのプログラム理論（一覧）

領域	理論名	核心（要約）
介入特性	【理論1】シンプルさ	必要な要素を保ちながら，患者が理解しやすく使いやすい設計が求められる
	【理論2】タイミング	がんの告知直後など，患者が心理的危機にある状況ではDAは機能しにくい。
組織的要因	【理論3】組織のコミットメント	「組織的な優先順位」「リーダーの関与」「資源」の3つが不可欠である。
医療者の能力	【理論4】知識とスキル	SDMの「目的」を知り，実践する「技術」を学ぶ必要がある。
患者の参加	【理論5】明確な働きかけ	患者の意思決定への参加を促すためには，医療者からの積極的な働きかけが不可欠である。
実装プロセス	【理論6】協働的開発	現場の医療者や患者が開発に参加したDAのほうが使われる。
	【理論7】システム化	個人の努力に頼るのではなく，業務フローに組み込む仕組みで解決する。
	【理論8】測定とフィードバック	実践状況を客観的に評価し，現場にフィードバックすることで改善が続く。

SDM：shared decision making（シェアードディシジョンメイキング）

図2は，8つの理論の相互関係，どのような構造的関係にあるかを示しています。建物に例えると，理論3が土台となり，その上に介入特性（理論1，2），医療者の能力（理論4），患者の参加（理論5）という柱が立ち，最上部に実装プロセス（理論6，7，8）が位置する構造になっています。

つまり，理論3（組織のコミットメント）を基盤として，他の理論が機能する構造に

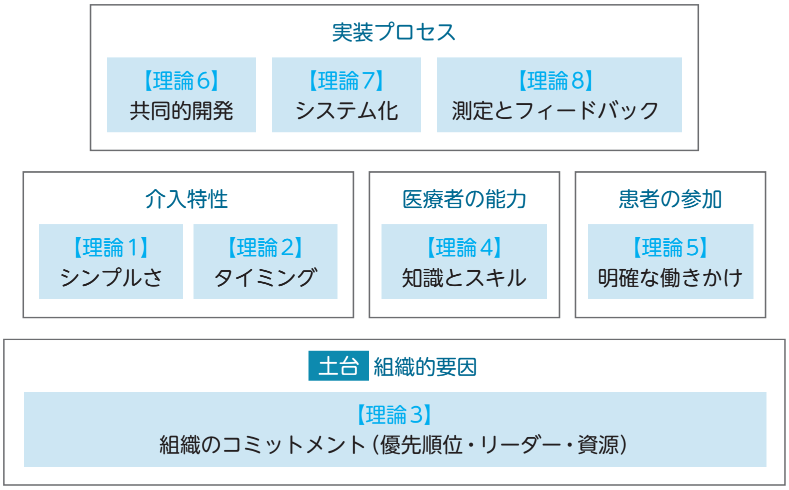


図2　8つのプログラム理論の構造

※理論3（組織のコミットメント）が基盤となり，他のすべての理論を支える