高知女子大学看護学会誌　VOL.38, NO.1, pp2～13　2012

総　　説

Shared Decision Makingの概念分析：小児看護へのShared Decision Makingの活用

A Concept Analysis of Shared Decision Making：Practical Use of Shared Decision Making in Child Health Nursing

有　田　直　子（Naoko Arita）*

要　　約

本研究では、Shared Decision Making（ＳＤＭ）の概念を分析し、小児看護の実践や研究に活用する上で、有用な概念かどうかを検討することを目的とした。

Walker＆Avant（2008）の概念分析の手法を参考に分析を行った。分析の結果、ＳＤＭとは、「意思決定に参加した二人以上の者が、意思決定のプロセスを共有することであり、さらにプロセスを共有しともに進むなかで生じる、参加者間の相互作用の関係性である」と定義を導き出すことができた。

また小児看護において、ＳＤＭが実践や研究に活用する上で有用な概念かどうかの検討を行った。その結果、子どもが親と医療者とともにＳＤＭに取り組むうえで考慮する点を導き出した。ＳＤＭは子どもにふさわしいアプローチで取り入れられることができれば、子どもにとって利益が大きいものになり、研究や実践に活用できる有用な概念となる。

Abstract

The purpose of the present study is to analyze the concept of Shared Decision Making (SDM) in order to consider whether SDM could be an effective concept for research and practice of child health nursing. The analysis was conducted following the method of concept analysis of Walker & Avant(2008), resulting in a definition of the concept：SDM is sharing the process of decision making between more than two persons participating in decision making and relatedness of interactions between participants which is formed in gradually progressing cooperative process. Based on this definition, consideration was made whether SDM is effectively applicable to practice and research in child health nursing. As a result, points to notice were deduced when a child participates in SDM empowered by their parents and nurses and doctors. It is concluded that SDM could be a useful and profitable concept for practice and research for child health nursing if introduced with an adequate approach for children.

キーワード：Shared Decision Making、概念分析、小児看護

Ⅰ．は　じ　め　に

小児看護において、子どもが意思決定に参加することは重要であり、欧米や英国で使用されている概念である「Shared Decision Making（以下ＳＤＭ）」のアプローチが取り上げられることも多い。子どもの意思決定への参加は、子どもと親と医療者の３者の相互作用を通して行われ、意思決定のプロセスは共有される。しかし、小児看護においては、成人と同様のＳＤＭの概念を適応することは難しく、子どもにＳＤＭの概念を適応する上では検討が必要である。

病気を持つ子どもが、自分の病気や生活に関わる意思決定を親や医療者とともにどのように行っているのか、意思決定にどのように参加することが最善であるのか、子どもの意思決定への参加を支える実践可能な介入は何かなどの検討が必要である。子どもの意思決定への参加に

*高知県立大学大学院　健康生活科学研究科

ついては、子どもと親と医療者の３者の複雑な相互作用を捉えた上で、ケアを考えていくことが必要となる。

そこで本研究では、ＳＤＭの概念を分析し、小児看護の実践や研究に活用する上で、有用な概念かどうかを検討することを目的とした。

Ⅱ．研　究　方　法

１．データ収集方法

医療において、ＳＤＭの概念がどのように使用されているのかを検討するため、海外の文献については、「shared decision making」のキーワードを用いて、CINAHL・MEDLINEで検索し、国内の文献については、「共有」「意思決定」のキーワードを用いて、「医学中央雑誌」Ver.４で検索した。さらに、関連がある文献の引用文献から、ＳＤＭに関する文献を抽出し、最終的には、海外文献44件、国内文献11件に絞り込み、概念分析の対象とした。

また、小児看護においてＳＤＭを実践や研究に活用する上での有用性を検討するため、小児におけるＳＤＭについての論文を集め、文献検討を行った。

２．データ分析方法

Walker&Avant（2008）の概念分析の手法を参考に分析を行った。概念の整理、分析を行うために、データシートを作成し記入した。データシートには、著者名、論文タイトル、掲載誌、発行年、研究目的、研究方法、概念定義の有無と概念定義の内容、概念の構成要素を記入した。概念の定義を行っていない文献については、概念に関連した記述を読み取り、記入した。対象とした全ての文献のデータをもとに分析を行い、ＳＤＭの概念を定義づける属性、概念の発生に先立って生じる出来事や例である先行要件、概念が発生した結果として生じる出来事や成果である帰結を導き出し統合した（Walker&Avant,2008）。

また、小児におけるＳＤＭについての論文から、小児看護においてＳＤＭを実践や研究に活用する上での有用性を検討した。その結果、子どもが親と医療者とともにＳＤＭに取り組む上で考慮する視点を導き出すことができ、その内容を記述した。

Ⅲ．結　　果

１．ＳＤＭの定義に関する記述

ＳＤＭの概念定義については、ＳＤＭの定義には曖昧さがあり研究者間で一致していないことが指摘されていた（Alexanderら，2010；Nora，2007；Charlesら1997，1999，2003）。現在では、ＳＤＭはいくつかの異なった見解から、定義や枠組みが提案されている。

ＳＤＭの最初の概念定義については、1982年に報告（President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research）され、相互の尊重とパートナーシップを基盤としたプロセスであると述べられていた（Brissら，2004；Simonら，2006）。ＳＤＭの定義は、Charlesら（1997）が提案した４つの特徴（少なくとも二人の決定への参加があること、両者が情報を共有すること、両者が望ましい治療についてのコンセンサスを形成するために行動を起こすこと、実行すべき治療について合意に達すること）がよく知られており、ＳＤＭの原則として位置づけられ、研究論文に最も多く引用されている（Noraら，2007；Charlesら，1997，1999）。Charlesらは（1999）その後、パターナリズムモデル、情報選択モデル、ＳＤＭモデルを比較検討し、治療の意思決定のダイナミックな考え方を提案した。その中でＳＤＭとは、患者と医師とが役割を分担することではなく、ともに仕事を行うことであり、両者が決定へ貢献していくことであると述べられていた。

ＳＤＭの概念は、患者と医師との理想的で倫理的なコミュニケーションモデルであり、患者と医師がオープンに情報交換を行い、信念を探求し、明確な終結に到達することを目的としている（Charlesら，1997，1999；Elwynら，2000；Towleら1999）。ＳＤＭは患者と医師の関係性に注目しており、両者の意思決定における責任の共有の程度は、パターナリズムと患者主体の情報選択の中立に位置づけられるものとしても述

べられていた（Charlesら，1997，1999；Elwynら，1999；Makoulら，2006）。

また、ＳＤＭの概念をコンピテンシーやコミュニケーションの方略から捉えている研究者もいた。Elwynら（2000a）は、Towle＆Godolphin（1999）の枠組みを参考に、ＳＤＭの枠組みを提案し、医師が患者の嗜好（preference）を引き出す必要性に焦点を当てていた。Towle＆Godolphin（1999）やElwynら（2000）が提案した枠組みは、後のＳＤＭの研究の枠組みとして使用されていた（Simonら，2006：Marjoieら，2008）。

近年のＳＤＭの研究では、ＳＤＭの概念分析やシステマティックレビューを行い、ＳＤＭの概念定義や概念の統合なども試みられていた。Makoul＆Clayman（2006）が、既存の文献からＳＤＭの概念定義のシステマティックレビューを行い、ＳＤＭの本質的な要素（問題の明確化、選択の提示、利益やリスクの検討、患者の価値観や嗜好など）、理想的な要素（偏りがない情報、エビデンスの提示、相互の一致など）、一般的な性質（少なくとも二人の参加者を含む、協議／交渉、情報交換、相互の尊重など）を明らかにしていた。Makoul＆Clayman（2006年）は、ＳＤＭの概念を統合することで、ＳＤＭの本質的な実践的要素からなるモデルを提供した。またNora（2007）は、医療におけるＳＤＭの多数の文献から、ＳＤＭに関する研究が行われた結果、研究者が明確にＳＤＭの定義を行っているのか、ＳＤＭを文献の中で一貫して述べているのかどうかなどを分析し、医療現場への適応について検討していた。

さらには辻（2007）が、ＳＤＭの概念分析を行い、女性のリプロダクティブ・ヘルスを対象とする助産実践への適応について検討していた。辻（2007）は分析結果をもとにＳＤＭを、「当事者を巻き込みながら、当事者を含む関係者が相互に影響しあう動的な決定のプロセス」と定義した。またStaceyら（2010）は理論分析手順を用いて分析し、ＳＤＭのプロセス、ＳＤＭに含まれる人々、ＳＤＭのプロセスを促進する要因、ＳＤＭのアウトカムを抽出していた。

２．ＳＤＭの構成要素（属性、先行要件、帰結）（図１）

１）ＳＤＭの属性

ＳＤＭの属性として、意思決定のプロセスと相互作用を抽出した。

（１）意思決定のプロセス

ＳＤＭの意思決定のプロセスとは、意思決定に参加した二人以上のものが、情報交換、情報共有し、問題の明確化や協議を行い、患者にとってふさわしい選択肢を明確にして、決定の合意にともに向かっていく過程である。意思決定に参加している両者が合意した決定は、実行され、アウトカムについても両者は共有していく。意思決定のプロセスとして、①二人以上の参加者、②情報移行／情報交換、③情報共有、④問題の明確化、⑤協議、⑥ふさわしい選択肢の明確化、⑦決定への合意と実行、⑧アウトカムの共有／フォローアップの取り決めが抽出された。ＳＤＭとは、意思決定に参加する二人以上のものが、②～⑧を共有し、参加者がともにこれらの段階を共有して進んでいくプロセスである。

ＳＤＭにおいて、意思決定のプロセスに参加するものは少なくとも二人以上の参加者が存在し、ＳＤＭとは「意思決定のプロセスを共有すること」が強調されており、これらは多くの研究者で一致している点であった（Charlesら，1997．1999；Elwynら2000；辻，2007;Staceyら，2010）。意思決定に参加するものは、多くの場合は患者と医療者の２者関係であるが、家族を含むことが場合によっては重要となり、３者関係の連携のもと意思決定が行われる（Charlesら，1999）。３者以上のＳＤＭの検討を行っている文献は、まだ少なかった。

またＳＤＭにおいては、医療者と患者は役割を分担するのではなく、役割を共有していき、それぞれの価値観を共有することの重要性が述べられていた（Towleら，1999；Charlesら1999；Godolphinら，2001）。ふさわしい選択肢を明確化していくＳＤＭのプロセスにおいて医療者は、決定に関わる患者の価値観を尊重し、患者の嗜好（preference）を引き出していくことが重要となる。

以上より、ＳＤＭは意思決定のプロセスを含む概念であり、そのプロセスは参加者がともに

取り組んでいく内容から構成されていることが明らかになった。

（２）相互作用

ＳＤＭの意思決定のプロセスにおける相互作用とは、参加者の意思決定に参画しているという意識のもと、コミュニケーションを通して生じている相互に作用しあう関係性である。生じている相互作用には、①尊敬／信頼、②協調／共感、③エンパワメント、④努力が抽出された。

ＳＤＭとは、意思決定に参加しているものの相互関係を重視し、人間関係にも注目している概念であることが、多くの文献で検討されていた。ＳＤＭの意思決定のプロセスにおいて患者は、積極的に決定にかかわる存在であり、決定に参加している患者や医療者は互いに影響を及ぼしあい、参加者の間には相互作用が生じている（Charlesら，1997，1999；Elwynら，2000；Towleら1999；辻，2007）ことを確認した。また、意思決定に参加しているものは相互の承認を通して、決定に対する責任を分かち合っていることも述べられていた（Charlesら，1997）。

ＳＤＭにおいて、意思決定に参加しているものは、相互的、相補的な関係性があることが確認できた。参加者は意思決定のプロセスに寄与しており、互いに努力し合う関係性（Entwistle，2006）、協調、共感のある関係性（橋本，2000；新保，2003）であり、信頼関係や互いに尊重する関係性を築いていること（Makoul，2006）等が明らかになった。また意思決定のプロセスに参加していくためには、患者自身の意欲や努力も必要としており（Charlesら，1997；Entwistle，2006）、医療者は患者をエンパワメントする関係性にある（Elwynら，1999；Murrayら，2006）ことも確認できた。さらには、意思決定に参加している患者は、医師が考えていない選択肢を明らかにすることができる存在であり、医師はヘルスケアの立場では「エキスパート」であるが、患者は「自分たちの病気におけるエキスパート」になることも述べられていた（Steven，2001）。意思決定に参加している参加者は、意思決定のプロセスを共有することにより生じる相互作用のもと、ＳＤＭに取り組んでおり、相互作用が生じていない場合は、意思決定のプロセスをともに進むことはできないと考えられた。

以上より、ＳＤＭは相互作用を含む概念であることが確認できた。意思決定に参加するものはともに決定のプロセスを進み、参加者間には、意思決定のプロセスを共有することによって生じる相互作用の関係性があることが導き出された。

２）ＳＤＭの先行要件

ＳＤＭの先行要件として、①ＳＤＭを引き起こす臨床的な状況（妥当な選択肢の存在、治療や検査などの不確かな状況など）、②ＳＤＭを引き起こしている社会状況（パターナリズムへの反応、パラダイムシフトなど）、③患者や家族の生活やアイデンティティに影響を及ぼす状況、④ＳＤＭの参加への動機づけ、⑤医療者の患者と意思決定を実施することへのコミットメントが導き出された。

①　ＳＤＭを引き起こす臨床的な状況

治療や検査など、どちらが正しいか間違いかというような明確な答えがなく、不確かな場合、いくつかの妥当な選択肢が存在する場合等においては、患者と医療者が協議を行い、患者にとって最善な決定を考えていくことが特に重要となる（Charlesら，1997；Charlesら，1999）。そのため、これらの臨床的な状況は、ＳＤＭが起こるための先行要件として導き出された。

このような臨床状況がＳＤＭとつながるためには、治療やケアの選択肢の利益とリスクを検討する医療者のコンピテンシーの課題があることも指摘されていた（Edwardら，2005；Elwynら，2004；Godolphinら，2001；Towle＆Godolphinら，1999；Weston，2001）。医療者のコンピテンシーとしてElwynら（2000a）はequipoiseの概念を検討していた。equipoiseとは、治療選択を行う際、明確な選択肢はないが、医療者は選択肢の可能で妥当な範囲を設け、論理的に次に起こりうることや選択肢を明確に患者に示すという医療者のスキルである。これによって患者は決定に参加する機会を認識できる（Elwynら，2000a）。患者のおかれている状況が、ＳＤＭに適していないのにもかかわらず、機械的にアプローチを行ってしまう危険性も指摘されており（Elwynら，1999）、ＳＤＭを活用することが適した臨

床状況であるのかどうかを医療者は見極めていくことが重要である。

② ＳＤＭを引き起こしている社会状況

ＳＤＭへの関心は消費者権利運動に起源がある。医療においては長年の間、「医師が最良を知っている」というコンサルテーションスタイルがあったなか、ＳＤＭは典型的なパターナリズムアプローチにとってかわる「パラダイムシフト」として捉えられていた。ＳＤＭは1990年代半ばからさまざまな領域（社会学、心理学、経済学、医学、倫理学）において、研究数が増えていった（Noraら，2007；Charlesら，1997，1999）。ＳＤＭの意思決定モデルが推奨されるような社会的な状況に変化したことは、ＳＤＭを引き起こす重要な先行要件の一つであることが導き出された。

③ 患者や家族の生活やアイデンティティに影響を及ぼす状況

急性期ケアから慢性期ケアへのダイナミックな移行が、ＳＤＭへの関心を高めたとも言われていた。慢性疾患は、患者や家族の生活やアイデンティティに永続的に影響を及ぼし、患者や家族は、医療者とともに長期的な関係を築いていくことになる。そのため、両者は密接に関わり合うようになり、難しい状況の中でも、時間をかけて最善の治療の選択を行っていくようになると考えられる。このような状況下において、患者と医療者がともに病気を管理する役割を持っていれば「最高の仕事ができる」状況になると考えられていた（Charlesら1997）。したがって、患者や家族の生活、両者のアイデンティティに及ぼす影響が、患者と医療者がともに意思決定を行う状況、ＳＤＭに結びつく状況を引き起こしており、ＳＤＭの先行要件となっていることが確認できた。

④ ＳＤＭの参加への動機づけ

ＳＤＭが起こる前、人々がどのように自分の健康に関する情報を取り込んでいるのかを検討している研究も行われていた（Peterら，2004）。この研究では臨床現場でＳＤＭが起こる前には、動機づけとなる患者の情報の取り込みがあり、その後保健健康従事者のＳＤＭへの介入が、どのように患者に関係するのかが示されていた。患者にとって動機づけとなる情報の取り込みがあると、患者は意思決定に参加する機会を認識し、ＳＤＭが引き起こされていると言えた。また、医療者からの動機づけによっても、患者の意思決定への参加の姿勢は変わることも示されていた（Charlesら，1997，1999）

⑤ 医療者の患者と意思決定を実施することへのコミットメント

ＳＤＭは医療者が患者とつながること、患者の決定に参加する権利を認めることなどがあげられており（Entwistleら，2006）、医療者の患者と意思決定を実施することへのコミットメントが、ＳＤＭの先行要件となると言えた。

以上、ＳＤＭの５つの先行要件について説明した。患者や家族の要因により決定に関する嗜好も異なり（Simonら，2006）、ＳＤＭは患者や家族の経験や、病気の厳しさ、病気の状態、時間的な経緯などによっても影響を受ける。また、患者の意思決定への意欲は患者個人によって異なるものであり、医療者から情報は得たいが、最終的な決定は医療者に任せたいと考える患者もいる。意思決定において患者自身もアンビバレンツな状況があることを感じており（Elwynら1999）、その状況を医療者が理解することも重要である。

３）ＳＤＭの帰結

ＳＤＭの帰結として、①患者のコントロール感覚・自律の感覚の向上、②アドヒアランスの向上、③患者の回復力の向上、④患者にふさわしい決定の実行、⑤患者への良いエビデンスの提供、⑥患者のＱＯＬに直接関連する利益の提供、⑦医師と患者の間の情報や力の不均衡の調和、⑧参加者の満足感の向上、⑨両者の決定の対立（合意に達しない）が導き出された。

ＳＤＭのアウトカムとして、患者の満足度を高めたことを報告している研究では、患者の治療へのアドヒアランスを改善することや、健康状態の回復をすることも示されていた（Elwynら，2001；Sabaら，2006）。ＳＤＭのアウトカムを検討した研究において、多くは患者にとって肯定的な結果であったが、最近のＳＤＭの研

究においては、患者と医師と合意に達せず対立が起こる場合と比較した検討も行なわれていた（Simonら，2008）。

またＳＤＭによるアプローチは、患者が得る情報を増やし、患者自身がコントロール感覚を得ていくことや、患者と医師との間の情報や力の不均衡を少なくしていくことも述べられていた（Edwardら，2005）。ＳＤＭは意思決定に積極的に患者を巻き込むアプローチであるため、専門性と経験を有する専門家と、専門家とは反対の立場にいる患者との不均衡を修正できるものであり、両者の間のパワーの不均衡の調和につながると捉えられていた。（Elwynら，1999）。

しかし、患者の多くは心理的、身体的に非常に傷つきやすい状況にあり、医療者と患者の関係性は、生来、患者は治療を医師に頼るという不均衡な力関係があることも捉えられていた（Gwynら，1999）。このような状況の中、本当に平等な関係が築けるのかどうかという疑問も指摘されており（Makoulら，2006）、今後検討していかなければ課題である。

３．関連概念

関連概念として、「自己決定」「意思決定」と「患者中心ケア」について述べる。

心理学領域においてDeci（1980）が、「自己決定（self-determination）」を定義した。Deci（1980）は、「自己決定は意志を活用する過程である。これは、自己の限界と制約を重要視し、自分に働いている諸力を認識し、選択能力を活用し、各種能力の支持を得て、自己の要求を満たすことを意味している」と定義した。

また「意思決定」については、Noone（2002）が、ヘルスケアの意思決定について概念分析を行っていた。Noone（2002）は意思決定とは、「主要となる選択肢からの選択、ふさわしい解決法の選択」と定義し、この定義には「一番良いあるいはもっとも理想的な解決がただ一つという制限はしない」という内容も含まれていた。

「自己決定」「意思決定」ともに、個人が主体となりどのように決定をしているのかに焦点が当たっているのに対し、ＳＤＭは、意思決定に参加しているものの相互作用の関係性に焦点を当てていた。

さらには、ＳＤＭに関連して取り上げられる概念として、「患者中心ケア」があげられた。

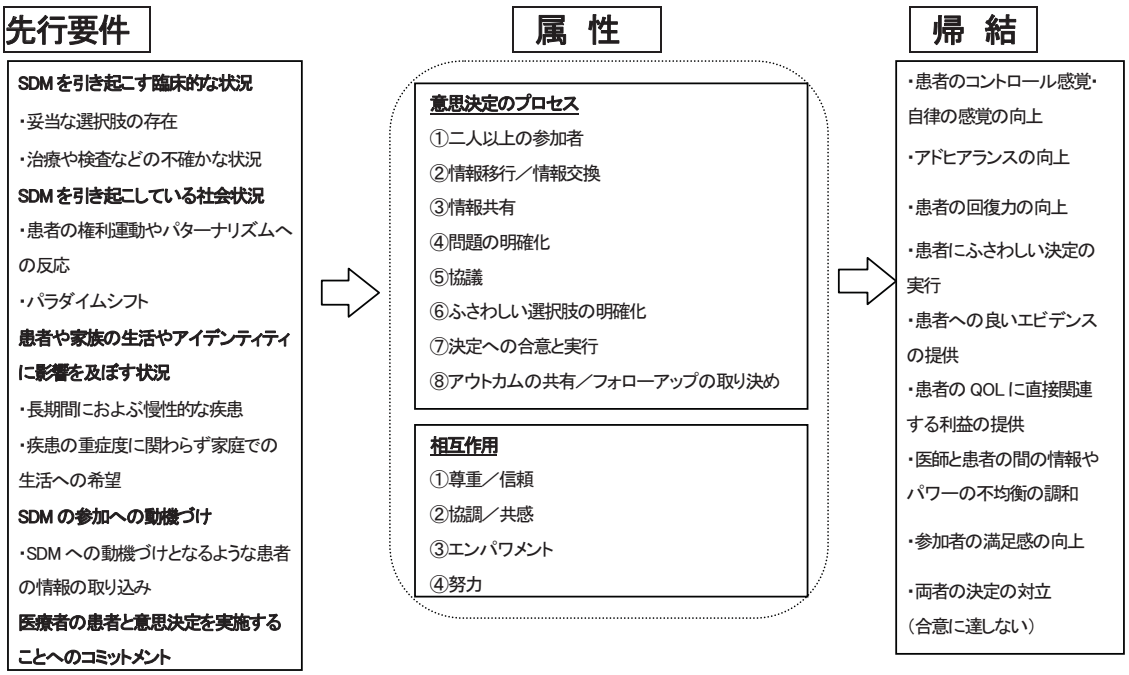

図１　ＳＤＭの概念図

ＳＤＭは患者中心ケアに明確に基づいているものであり、広義では一致している（Elwynら，1999）。ＳＤＭは問題の本質を解決するために、詳細なプロセスが示されていることや、妥当な選択の範囲が示されていた（Wensinら，2002）。一方、患者中心ケアとは、患者の選択、文化、社会的文脈、特別なニーズを尊重することによって、個々の患者を中心にして敬意を払い（Berwick，2002）、ケアをその人に応じてカスタマイズすることを目的としていた（Arleneら，2007）。ＳＤＭが具体的な患者を尊重する決定のプロセスを述べているのに対して、患者中心ケアはケアを包括的に捉えて述べているものであった。

Ⅳ．考　　察

１．ＳＤＭの概念

概念分析を行った結果、ＳＤＭとは、「意思決定に参加した二人以上のものが、意思決定のプロセスを共有することであり、さらにプロセスを共有しともに進むなかで生じる、参加者間の相互作用の関係性である」と定義づけた。

意思決定のプロセスは、二人以上の参加者、情報移行／情報交換、情報共有、問題の明確化、協議、ふさわしい選択肢の明確化、決定への合意と実行、アウトカムの共有／フォローアップの取り決めの８つの要素から構成されている。意思決定に参加する二人以上のものが、上記の情報移行／情報交換から決定の合意と実行、アウトカムの共有までの段階を共有してともに進んでいくプロセスである。また、ＳＤＭの意思決定のプロセスを共有していく中で、コミュニケーションを通して、相互作用が生じている関係性であり、その生じている相互作用とは、尊敬／信頼、協調／共感、エンパワメント、努力の４つの要素から構成されている。

これらのＳＤＭの意思決定のプロセス及び相互作用は、治療や検査などが不確かであり妥当な選択肢があるような臨床的状況や、パラダイムシフトなどの社会的状況、慢性疾患など長期間にわたって患者や家族の生活やアイデンティティに影響を及ぼす状況、ＳＤＭへの参加の動機づけ、医療者の患者と意思決定を実施することへのコミットメント等によって引き起こされる。さらにＳＤＭの帰結としては、患者のコントロール感覚・自律の感覚の向上やアドヒアランスの向上、患者の回復力の向上や参加者の満足感の向上等、多くは参加者に利益をもたらす肯定的な帰結であるが、参加者間の決定の対立のように合意には達しない結果となる場合もある。

ＳＤＭは多くの要因を含む複雑な文脈であり、研究者間で定義が一致していない概念である。そのため、より実践で実施可能な概念となるよう研究が積み重ねられ、ＳＤＭを測定する質問紙や観察項目なども開発されていた。既存の研究では、定義した治療のＳＤＭの枠組みと、医師によって実際に捉えた治療のＳＤＭとの間の一致度の評価（Charlesら，2004）や、ＳＤＭの定義の臨床への適応の検証（Murrayら，2006）も行われていた。ＳＤＭは、患者にとって望ましい決定を導くための有用なアプローチであるが、ＳＤＭを正確に測定することや生じている相互作用を捉えていくことには難しさもあり（Marjorieら,2008）、今後も検証を重ねていくことが必要な概念であると考えられた。

ＳＤＭの概念は、参加者間における意思決定のプロセスの共有や、参加者間の相互作用の関係性を重視しており、患者と医療者（家族や他職種が含まれることもある）がともに決定を行うことで、患者にとって最善の結果をもたらすと考えられている。ＳＤＭの概念における課題を捉えた上で、臨床現場や患者へのアプローチ、研究に取り入れていくことが重要となる。小児看護においてもＳＤＭの概念における課題を捉えた上で、子ども、家族、医療者の３者の複雑な関係性を考慮し、ＳＤＭを実践していくことが必要となる。次の項では小児看護においてＳＤＭを実践や研究に活用する上で、有用な概念かどうかの検討を行っていく。

２．小児看護においてＳＤＭを実践や研究に活用する上での有用性の検討

１）小児医療や小児看護におけるＳＤＭの取り入れ

小児医療においてＳＤＭは、子どもの健康に関するケアや社会的ケアサービスで擁護されており（Youngら，2006）、Department of Health

2004においても、子どもと親が子どものケアに関する意思決定に、積極的に参加することが推奨されている。以下に小児医療や小児看護の実践や研究にＳＤＭがどのように取り入れられているのかを検討した。

①　子どもと家族と専門職者の３者でのＳＤＭ

Arleneら（2007）らは、子どものＳＤＭを文献から広く捉え、喘息の子どものＳＤＭを検討していた。子どもと親と医療者とのＳＤＭとは、原則として３者を含むものであるとし、ＳＤＭとは、パターナリズムとオートノミーの２つの両極の連続線上の中間に位置するものとして表していた（Arleneら，2007）。子どもとのＳＤＭは、自己信頼感を高め、セルフマネジメントのスキルを促進すると述べていた。

また、Youngら（2006）は、ＳＤＭアプローチの視点から、地域で生活する脳性麻痺の子ども11名とその親12名、理学療法士10人の３者の関係性に焦点を当て、質的研究を行っていた。この中で子どもたちは、専門職者が理学療法の時間調整等の交渉に容易に応じてくれ、体調にも留意してくれていると捉えていた。また、親や理学療法士らは、子どもの意見や望みを反映し、できる限り子どもが気にいるような調整を行っていこうと試みていた（Youngら，2006）。実践にＳＤＭアプローチが取り入れられることは、子どもが意見を言える環境を、親と医療者がとともに整えていくことにつながり、子どもの意見を確実に反映できる結果になると考えられた。

②　子どもの家族と医療者の２者でのＳＤＭ

小児科の外来診療における決定の多くは、明確な利益となるエビデンスが不足する不確かさのなかで行われており、ＳＤＭが小児ケアの重要な側面となっていることが示されていた（Arleneら，2007；Baucher，2001；Merensteinら，2005）。例えば中耳炎の治療については、アメリカ小児科学会のガイドラインではさまざまな治療の選択肢が提案されており、治療の第一選択として抗生剤を使用することは、各国の医師により見解の違いがある。家族にこのような複雑な情報が提供されているのかどうかは、重要な課題となっており、治療の選択にＳＤＭのアプローチを取り入れることにより、親の満足度を高くしていた結果を示していた（Merensteinら，2005）。また戈木（2001）は、小児がんの子どもの両親と医師との面談の場面から、両者の間で起こる迷いの共有について報告した。医師の迷いは、「医師たちは期待できる効果とその治療によるリスク・副作用という２つの軸によって選択を考えていたが、両方が大きいか、逆に両方が小さいものしか選べない場合」に生じており、両親にその迷いを伝えることで、迷いの共有の作業が始まっていた。小児医療、小児看護においては、家族と医療者とで引き起こされる決定の共有についての検討も重要な課題である。

③　病気を持つ青年のＳＤＭの研究の枠組み

Crickardra（2010）らは、病気を持つ青年の症状コントロールを成功させるためには、青年が決定に参加することが不可欠であることを示し、青年期のＳＤＭの研究のための枠組みを開発していた。開発された枠組みでは、青年のＳＤＭに参加するための促進要因が重要視されており、意思決定を共有して決定に至ったことを青年と確認しあうことや、今まで辿ってきた軌跡を青年に明確に示していくことなどを促進要因としてあげていた。また、青年や親の治療への捉えは意思決定のプロセスに影響を及ぼし、治療への懸念が両者の決定の対立につながっていることも示していた。子どもと親と医療者が対話を行い、自律した管理を試みている青年の経験に耳を傾け問題を明らかにしていき、その問題を共有することが重要となると考えられた。ＳＤＭを研究に活用することは有用であると考えた。

２）子どもが親と医療者とともにＳＤＭに取り組む上で考慮する点

ＳＤＭが起きているということを、子ども自身が必ずしも捉えられるわけではない（Youngら，2006）が、子どもの特殊さや特徴を検討することで、ＳＤＭが小児看護にも適応できる状況となると考えられる。Dixonら（1999）らは、子どもや家族とＳＤＭを試行する際に考慮する要因として、①年齢や力量の違いによる子どもの能力、②親子関係の土台を崩したくないという親の考え方、③健康管理を決定するための子

表１　子どもが親と医療者とともにＳＤＭに取り組む上で考慮する視点

①	子どもの意思決定への参加は子どもの権利の尊重に基づくものである
②	子どもの意思決定への参加は、家族と医療者とともに行う３者以上の相互作用となる
③	子どもの年齢や力量の違いによる子どもの能力を考慮する
④	健康管理を決定するための子どもへの動機づけを行う
⑤	子どもに応じた適切な意思決定への参加の範囲や参加における役割を考慮する
⑥	子どもと親の決定に関する望みは異なることがあるため両者それぞれの望みを明らかにする
⑦	意思決定に子どもが参加することへの親の態度や信念を明らかにする
⑧	家族は親子関係の土台を崩したくないという考えを中心においていることに関心を向ける
⑨	家族の子どものための同意は子どもの最善の利益を考えて行われるものである

どもへの動機づけ、④ヘルスケアの決定に子どもを含むことへの親の態度や信念の４つをあげていた。これらの要因をもとに、子どものＳＤＭについて検討している文献（Arleneら，2007；Baucher，2001；Corlettら，2006；Crickardら，2010；Foremanら，1999；Gabeら，2004；Harrisonら，1997；Jenneferら，2008；Merensteinら，2005；Rylance，1996；Schmidtら，2003；Youngら，2006）を分析した結果、「子どもが親と医療者とともにＳＤＭに取り組む上で考慮する視点」として、９点を整理することができた。Dixonら（1999）の要因に加え、ＳＤＭにおける子どもの権利の視点、子どもと親と医療者の３者の相互作用で意思決定が行われる視点、子どもに応じた意思決定の範囲を考慮する視点、子どもと親のそれぞれの意思決定に関する望みを考慮する視点などを追加した。

文献検討を行った結果、ＳＤＭが子どもにふさわしいアプローチで取り入れられれば、子どもにとって利益が大きいものになり、ＳＤＭは実践や研究に有用な概念であると考えられた。

Ⅴ．お　わ　り　に

概念分析をした結果、ＳＤＭとは、「意思決定に参加した二人以上のものが、意思決定のプロセスを共有することであり、さらにプロセスを共有しともに進むなかで生じる、参加者間の相互作用の関係性である」と定義を導き出すことができた。ＳＤＭは小児看護においても推奨されているアプローチであるが、子どもの特殊性や特徴を考慮した上で、ＳＤＭの概念を活用することが重要であり、ＳＤＭが子どもにふさわしいアプローチで取り入れられることができれば、子どもにとって利益が大きいものになる。ＳＤＭは小児看護の研究や実践にも有用な概念であることが確認できたため、今後の実践や研究に活用をし、検討を行っていきたい。

謝　辞

ご指導いただきました高知県立大学看護学部中野綾美教授に感謝申し上げます。

文　献

Alexander G.F., et al.(2010). Sared Decision-Making in Pediatrics:A National Perspective Pediatrics, 126(2), pp.306-314.

Arlene,M. B., et al.(2007). Shared Decision Making in School Age Children with Asthma. Pediatr Nurs., 33(2), 111-116.

Baucher H.(2001). Shared decision making in Pediatrics. Arch Dis Child., 84, 246.

Beider,S.M., Dickey, S.B.(2001). Children's Competence to Partisipate in Health care Decision. JONA'S Health Law, Ethics,and Regulation, 3(3), 80-87, 2001

Berwick, D.(2002). A User's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Affairs (Millwood), 21, 80-90.

Briss,P., et al.(2004). Promoting Informed Decision About Cancer Screening in Communities and Healthcare Systems. Am J Med, 26(1), 67-80.

Charles,C., et al.(1997). Shared Decision-

Making in the Medical Encounter:What does in mean? Soc. Sci. Med., 44(5), 681-692.
Charles C., et al.(1999). Decision-Making in the Physician-patient encounter:revisiting the shared treatment decision-making model. Soc. Sci.Med., 49, 651-661.
Charles C., Whelan T., Gafni A.et al.(2003). Shared treatment decision making:what does it mean physician. Journal of Clinical Oncology, 21(5), 932-936.
Charles C., et al.(2004). Self-reported use of shared decision making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. Healh Expections, 7, 338-348.
Corlett J., et al.(2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. Journal of Clinical Nursing, 15, 1308-1316.
Coulter A.(1999)／訳：阿部恭子（2005). Shared decision-making:a summary and future issues. 意思決定の共有～概要と将来の問題～. 臨床看護, 10(6), 546-550.
Coulter A.,(1997). Partnerships with patients:the pros and cons of shared clinical decision-making. Journal Health Serv Res Policy, 2(2), 112-121.
Crickard E.L., et al.(2010). Developing a Framework to Support Shared Decision Making for Youth Mental Health Medication Treatment. Community Mental Health Journal, 46, 474-481.
Deci,E.L.(1980)／石田梅雄（1985). 自己決定の心理学. 東京：誠信書房
Department of Health（2004). National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service. The Stationery Office, London
Dixon-Woods, M., Young, B., et al.(1999). Partnerships with children. BMJ, 319, 778-780.
Edward,A., et al.(2005). Shared decision making and risk communication in practice British Journal of General Practice, 55, 6-13.
Elwyn,G., et al.(1999). Shared decision-making in primary care:the neglected second half of the consultation. British Journal of General Practice, 49, 477-482.
Elwyn,G., et al.(2000a). Shared decision making and the concept of equipoise:the competence of involving patients in health care choice. British Journal of General Practice, 50, 892-897.
Elwyn,G., et al.(2000b). Shared decision making and non-directiveness in genetic counseling. J Med Genet, 37, 135-138.
Elwyn,G., et al.(2001). Measuring the involvement of patient in shared decision-making:a systematic review of instrument. Patient Education, Counseling, 43, 5-22.
Elwyn,G., et al.(2004). Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice.Family Practice, 21(4), 337-346.
Emanuel,J.E., Emanuel, L.L.(1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 267(16), 2221-2226.
Entwistle,VA.(2006). Patient involvement in treatment decision-making:The case for a broader conceptual framework. Patient Education and Counseling, 63, 268-278.
Foreman D.M.(1999). The family rule:a framework for obtaining ethical consent for medical interventions from children. Journal of Medical Ethics, 25, 491-496.
France, L.,Stephane, R.,Karine, G.,et al.(2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a syastematic review of health professionals' perceptions. Patient Education and Counseling, 73,, 526-535.
Gabe,J., Olumide, G.,Bury, M.et al.(2004). It taked three to tango':a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. Social Science＆Medicine, 59, 1071-

1079.
Godolphin,W., et al.(2001). Challenges in family practice related to informed and shared decision-making:a survey of preceptors of medical student JAMC, 165(4), 434.
Greenhalgh,T.(2005). Commentary:Competencies for informed shared decision making BMJ 39(18), 770.
Gwyn,R., Elwyn,G.(1999). When is a shared decision not(quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. Soc. Sci. Med., 49, 437-447
Hallstrom,I., Elander,G.(2005). Decision Making in pediatric care:An overview with reference to nursing care. Nursing Ethics 12(3), 223-238.
Harrison,C., et al.(1997). Bioethics for clinicians:9. Involving children in medical decisions CAN MED ASSOC, 156(6), 825-828.
橋本英樹(2000). 患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて. 日本保健医療行動科学学会年報, 15, 180-198.
稲吉光子(1997). 患者の自立と看護におけるインフォームド・コンセント 患者の共同行為促進のための指針. 医療, 4(1), 85-89.
Jackson,C. BA.,Cheater,F.M., Reid,I.(2008). A systematic review of decision support needs of parent making child health decisions. Health Expectations, 11, 232-251.
Jennufer,M., et al.(2008). Views of treatment decision making from adolescents with chronic illnesses and their parent:a pilot study. Health Expections, 11, 343-354, 2008
Kaplan,R.M., Frosch,D.L.(1999). Shared decision making in clinical medicine:past research and future direction. American Journal of Preventive Medicine, 17(4), 285-293.
木村一優(2007). 子どもたちとの共同作業としての同意. 児童精神医学とその近接領域, 48(5), 565-566.
Longo,MF., et al.(2002). Involving patients in primary care consultations:assessing preferences using discrete choice experiments. British Journal of General Practice, 56, 35-42.
Makoul,G., Clayman,M L.(2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Education and Counseling 60, 301-312.
Marjorie,C.W., et al.(2008). Measuring shared decision making in the consultation: A comparison of the OPTION and Informed Decision Making Instruments Patient Education and counseling, 70, 79-86.
Masty,J., Fisher,C.(2008). A Goodness-of-Fit Approach to Informed Consent for Pediatric Intervention Research.Ethics& Behavior, 18(2-3), 139-160.
Merenstein,D., et al.(2005). An Assesment of Shared-Decision Model in Parents of Children With Acute Otitis Media. PEDIATRICS 116(6), 1267-1275.
Murray,E., Charles,C., Gafni,A.(2006). Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. Patient Education and Counseling, 62, 205-211.
Noone,J.(2002). Concept Analysis of Decision Making. Nursing Forum, 37(3), 21-32.
Nora,M., et al.(2007). Shared Decision Making in the Medical Encounter:Are We All Taking about the Same Thing? MEDICAL DECISION MAKINNG/SEPT-OCT, 539-546.
Rylance G.(1996). Making decision with children. BMJ, 312, 794.
Saba,GW., et al.(2006). Shared Decision making and the Experience of Partnership in Primary Care. ANNALS OF FAMILY MEDICINE, 4(1), 54-62.
戈木グレイグヒル滋子(2001). 迷いの共有(Sharing the deliberation)：治療決定のための医師と両親の共同作業. 日本保健医療行動科学学会年報, 16, 152-168.

酒井未知(2006). インフォームド・コンセントにおける情報の共有. 臨床看護, 2(7), 1070-1073.
Schauer,C., Anita,E., Vecchio,P.(2007). Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(1), 54-61.
Schmidt,S., et al.(2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents a conceptual framework and its implications for participation. Child:Care Health&Development, 29(1), 63-75.
清水哲郎(2005). 医療現場における意思決定のプロセス－生死にかかわる方針選択をめぐって 思想, 976, 4-22.
新保卓郎(2003). ＳＤＭにおける諸問題. JIM, 13(7), 638-641.
Simon,D., et al.(2006) Development and first validation of the shared decision-making questionnaire(SDM-Q). Patient Education, Counseling, 63, 319-327.
Simon,N.W.(2008). Beyond Shared Decision Making:An Expanded Typology of Medical Decisions. MEDICAL DECISION MAKING, SEF-OCT, 699-705
會田知子, 北山玲子(2001). 共同意思決定のための積極的交渉モデルを用いた患者との情報共有看護, 53(14) .
Stacey,D., et al.(2010). Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making:A theory analysis,. Patient Education and Counseling 80, 164-172.
Steven,K.(2001). Shared decision-making. British Journal of General Practice, January, 61-62.
Towle,A., Godolphin,W.,(1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ, 319(18), 766-769.
辻恵子(2007). 意思決定プロセスの共有(Shared decision making) －概念分析. 日本助産学会誌, 21(2), 12-22.
Walker,L.O., Avant,K.C.(2005)／中木高夫, 川﨑修一訳(2008). Strategies for theory Construction in Nursing. 東京：医学書院
Wensing,M.(2000). Patient' Views on Healthcare. Dis Manage Health Outcome, 7(3), 117-125.
Wensing,M., et al.(2002). Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making:an observational study BMC Medical Informatics and Decision Making, 2(2), 1-7.
Weston,W.W.(2001). Informed and shared decision-making:the crux of patient-centerd care. CAMAJ, 165(4), 438-439.
White,M.K., et al.(2003). Beyond Informed Consent:The Shared Decision Making Process JCOM, 10(6), 323-328
Workman,S., et al., Prendgest,TJ., et al (2003). Shared Decision Making About Withdrawing Treatment. JAMA, 289(8), 981.
横山葉子(2008). Shared Decision Making 成立の促進要因－小児アトピー性皮膚炎患児の親の事例から－. 保健医療社会学論集, 19(1), 38-49.
Young,B., Moffett,J.K., Jackson,D., et al. (2006). Decision-making in community-based paediatiric physiotherapy:a qualitative study of children, parents and practitioners. Health and Social Care in the Community, 14(2), 116-124.