原　著

共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの概念分析

小野聡子[1, 2]，伊東美佐江[3]

山口大学大学院医学系研究科　保健学専攻　博士後期課程[1]　宇部市南小串１丁目１－１（〒755-8505）
山口大学大学院医学系研究科　保健学専攻　基礎看護学講座[2]　宇部市南小串１丁目１－１（〒755-8505）
山口大学大学院医学系研究科　保健学専攻　母子看護学講座[3]　宇部市南小串１丁目１－１（〒755-8505）

Key words：共有意思決定支援，意思決定コーチング，看護師，概念分析

和文抄録

医療における意思決定において重要視されているShared Decision Making（SDM）では，支援方法の一つに意思決定コーチングがある．医師以外の医療専門職がその役割を担うことができるが，看護師が担うことによって肯定的なアウトカムの可能性も示されている．本研究では，共有意思決定における看護師の意思決定コーチングについて，Rodgersの手法を用いた概念分析によって明らかにした．

医中誌Web版，MEDLINE，CINAHL，PubMed，PsycInfoを用い，キーワードは「共有」AND「意思決定」AND「コーチング」，または「shared」AND「decision making」AND「coaching」として検索した．日本語では該当文献がなかった．英文文献で抽出した504件から，重複文献を除外し，タイトルと抄録の内容から絞り込んだ102件の論文内容を精読したうえで，18文献を対象論文とした．

分析の結果，【提供するための準備】【意思決定ニーズの評価】【意思決定に必要な患者のスキル育成】【患者の理解を促進するコミュニケーション】【患者の価値観や個別性の尊重】【専門職としての責務】【患者中心の協働的意思決定プロセス】【共有意思決定支援における補完的アプローチの活用】の８つの属性と４つの先行要件，４つの帰結を抽出した．

本概念について，「対面または通信技術を活用し，患者に合わせて十分な時間と環境を整えた患者中心の協働的意思決定プロセスの中で，専門職として患者の価値観や個別性を尊重したうえでコミュニケーションに配慮し，補完的アプローチも活用しながら，患者の意思決定ニーズを評価し，必要なスキルを育成する支援」と定義した．看護師がSDMの中で意思決定コーチングの役割を果たす意義は大きいが，わが国での実践に向けては，文化的特徴がSDMに及ぼす影響を踏まえ，概念をより洗練されたモデルとして発展させていくことが課題である．

令和７年10月27日受理

Ⅰ．はじめに

近年，患者中心の医療という考え方に基づき，医療における意思決定において，Shared Decision Making（以下，SDM）が重要視されている．SDMは，日本語で協働意思決定，共同意思決定，共有意思決定，患者参加型医療などと表現されているが確立された訳はない．本研究では，患者が意思決定するにあたって必要な情報や患者の価値観を医療者と患者が共有するという点を重視し，共有意思決定を用いる．その概念は，「患者と医療専門職が協力して治療方針に関する共同決定に至る協働プロセス」[1]，「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」[2]と定義されている．

SDMは，治療の選択や患者の選好の影響を受けやすい意思決定において好ましいアプローチとされ[1]，複数疾患を抱えており治療の選択肢が限られる場合

などにも適用される[3]．特に，どの選択肢が最も望ましい結果をもたらすのかが不確実な状況において意義があるとされる[4]．患者が決定に迷う背景には，選択肢に関する知識や情報の不足，または価値観の曖昧さなどが影響して葛藤やジレンマが生じている可能性があり[5]，そのような複雑な意思決定には，専門的な知識や技術を備えた医療者からの支援が欠かせない．

意思決定支援の理論的枠組みの一つであるオタワ意思決定支援枠組みでは，意思決定支援の方法として臨床カウンセリング，意思決定ツール，意思決定コーチングが示されている[6]．この意思決定コーチングは，患者が選択肢について熟考し，自らの価値観に基づいて意思決定するための自信とスキルを身につけることを目的とし，患者が主治医と意思決定について話し合うための準備に役立つ[7, 8]．そして，医師以外の医療専門職がその役割を担うことが可能である[7, 9]．特に，患者にとって身近な看護師が意思決定コーチングを行うことによって，患者の意思決定への参加や，インフォームドディシジョンを強化でき，コスト削減や肯定的なアウトカムにつながる可能性も示されている[10, 11]．

コーチングという語は，ビジネスや教育などにおいて幅広く使用される表現であり，対象者が自律的に学習し，問題解決や意思決定，目標達成に向けて能力を発揮できるよう支援する方法である．その特徴は，コーチが専門的知識を教授するのではなく，対象者の潜在能力を引き出すことに焦点を置く点にある[12]．一方で，医療での共有意思決定における意思決定コーチングは，治療選択や療養場所の選択等，文脈が医療的な意思決定に限定され，コーチ（医療者）にはコミュニケーション能力に加えて，専門的知識や倫理的判断力が求められる[13]．一般的なコーチングという概念の影響を受けることで，共有意思決定における意思決定コーチングに対する理解の曖昧さにつながることが懸念され，実際に看護師を含む医療者の知識不足が意思決定支援の障壁となることが指摘されている[14, 15]．

さらに，SDMにおける患者へのコーチングの重要性は多くの研究で論じられているものの，その介入には，意思決定支援の評価，価値観の明確化，情報提供やコミュニケーション支援など複数の構成要素が相互に関連する構造的な複雑さがある[16-18]．川崎[16]は，がん患者を対象にした共有型看護相談モデルの開発において，患者の価値観理解，情報共有，信頼関係の形成など，看護師が多面的に支援を行う必要性を示しており，意思決定支援の多層的構成を指摘している．また，Bomhof-Roordinkら[17]はSDMモデルの系統的レビューにおいて，価値観の明確化，選択肢の提示，熟慮などが共通する構成要素であると報告している．さらに，Wieringaら[18]は慢性疾患領域における意思決定補助ツールのレビューで，選択肢提示，利益と不利益の説明，価値観探索など複数の要素が相互に関連して支援介入を構成することを明らかにしている．これらの知見は，意思決定支援が単一の技法ではなく，多様な構成要素が連動する複合的な支援であることを示している．

しかし，このような多要素的な支援を看護師が実践する際の複雑さや困難さに関する報告は少なく，意思決定コーチングの概念的理解も十分に整理されていない．看護師が臨床で意思決定コーチングを実践するためには，その概念的特徴と構成要素を明確化することが求められる．

そこで本研究では，共有意思決定における看護師の意思決定コーチングについて，概念分析を行い，定義することとした．概念の属性を明らかにすることで，看護師が臨床で意思決定コーチングする際の指標となり，看護師の意思決定コーチングスキル向上に対する教育的示唆が得られると考える．

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，共有意思決定における看護師の意思決定コーチングについて，Rodgers[19]の概念分析の手法を用いて明確化し，その属性・先行要件・帰結を整理したうえで，概念の定義を構築し，臨床実践および看護教育への示唆を得ることである．

Ⅲ．研究方法

1．データ収集方法

データベースには，医中誌Web版，MEDLINE，CINAHL，PubMed，PsycInfoを使用した．検索式は，国内文献では「共有」AND「意思決定」AND「コーチング」，海外文献では「shared」AND「decision making」AND「coaching」とし英語に限

定して検索したところ，国内文献は０件であった．海外文献は，MEDLINEとCINAHLで161件，PubMedで289件，PsycInfoで54件の合計504件を抽出し，重複論文174件を除外した．論文タイトルと抄録の内容から絞り込んだ102件の内容を精読し，18文献を分析対象とした．出版年は，2023年12月までとした．

本研究では，共有意思決定における看護師の意思決定コーチングという概念に焦点をあてている．海外文献においては，decision coachingの関連概念としてhealth coachingが存在するが，この概念は，健康状態の改善や慢性疾患の管理を目指した概念[20-22]であり，患者の意思決定という点では類似するものの，複数の検査や治療選択肢の中からの選択を支援するという共有意思決定の文脈での意思決定コーチングとは異なる．そのため，本研究ではdecision coachingに関して記述している文献を分析対象とした．

２．分析方法

Rodgers[19]の概念分析の手法を用いた．Rodgersの概念分析は，概念を時間や状況によって変化するものとして捉え，文献に基づいて先行要件・属性・帰結を抽出することで，概念の意味の広がりと発展的理解を得ることを目的としている．本研究で分析する共有意思決定における看護師の意思決定コーチングは，対象者や医療状況などの文脈により意味が変化し得る動的な概念であるため，この手法が最も適していると判断した．

文献ごとにコーディングシートを作成し，共有意思決定における意思決定コーチングの概念を構成する属性，先行要件，帰結に関する記述を抽出した．抽出内容をコード化し，類似性に基づきカテゴリ化した．

３．倫理的配慮

本研究は，文献を対象とした概念分析である．分析の際は，著者の意図を損なわないように努め，引用に際しては，出典を明示し著作権を遵守して記述した．また，翻訳を要する文献については，原文に忠実にその意味を解釈した．

Ⅳ．結　果

分析により明らかとなった看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの属性を表１，先行要件を表２，帰結を表３に示す．そして，その概念図を図１に示す．以下，カテゴリを【　】，サブカテゴリを〈　〉で示し，それぞれについて述べる．

１．属性

看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの属性として８つのカテゴリが抽出された．

１）【提供するための準備】

【提供するための準備】は２つのサブカテゴリから構成された．

意思決定コーチングは患者や家族に対して〈対面あるいは通信技術を用いる〉形で提供される．また，その実施に要する時間は患者の関与の度合いに応じて幅がある[23]ように〈患者に合わせて十分な時間をかける〉必要がある．

２）【意思決定ニーズの評価】

【意思決定ニーズの評価】は５つのサブカテゴリから構成された．

看護師は患者を意思決定へと向かわせるために，患者の【意思決定ニーズの評価】をしなければならない．それは，〈意思決定の葛藤を評価する〉，〈患者の知識を評価する〉，〈選択肢の実行を阻む因子をスクリーニングする〉，〈患者の価値観を明確にする〉，〈意思決定における患者の望ましい役割を明確にする〉ことによってなされる．

３）【意思決定に必要な患者のスキル育成】

【意思決定に必要な患者のスキル育成】は３つのサブカテゴリから構成された．

患者が選択肢から選び，実行するために，看護師は患者が様々なスキルを身につけられるよう支援する必要がある．そのために看護師は〈患者に選択肢について熟考させる〉必要があり，患者が臨床医と相談しながら決定について話し合うための準備をする[24]．また，患者が他者に自身の意向を伝えられる[25]ように〈患者のコミュニケーションスキルを高める〉．その他に〈患者が支援を受けられるスキルを高める〉ことも必要となる．

４）【患者の理解を促進するコミュニケーション】

【患者の理解を促進するコミュニケーション】は４つのサブカテゴリから構成された．

看護師が意思決定コーチングを提供する際には〈わかりやすい言葉を用いる〉．それは，患者がエビデンスに基づく情報を理解しやすいことを意識するためである[26]．その他に，患者の理解を促すために〈患者からの質問を引き出す〉[23]ことや〈患者を理解するためのリフレクションや積極的傾聴〉を実践する[27]．意思決定コーチングの各ステップにおけるキーフレーズを示した〈プロンプトカードの活用〉が有用な場合[28]もある．

５）【患者の価値観や個別性の尊重】

【患者の価値観や個別性の尊重】は２つのサブカテゴリから構成された．

看護師主導の意思決定コーチングの間でも，患者の意向を考慮した治療選択について話し合われる[28]ように〈患者の意向を考慮した話し合い〉がなされ，患者が選択肢を明らかにし，それに対する懸念を認

表１　共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの属性

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
提供するための準備	対面あるいは通信技術を用いる	対面または電話で個別に提供する	Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[23]; Rahn et al, 2021[25]
		個人やグループに対面または通信技術を用いて提供する	Stacey et al, 2020[6]; Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]
	患者に合わせて十分な時間をかける	患者の参加度に合わせて時間をかける	Stacey et al, 2012[8];Chhatriwalla et al, 2019[23]; Kregel et al, 2023[26]
		静かな部屋と十分な時間が不可欠である	Berger-Höger et al, 2017[28]
意思決定ニーズの評価	意思決定の葛藤を評価する	患者の意思決定の葛藤をスクリーニングする	Stacey et al, 2008[7]
		患者の意思決定の葛藤を評価する	Stacey et al, 2012[8]
	患者の知識を評価する	選択肢に関する患者の知識を探る	Liska et al, 2016[27]
		意思決定に関する患者の知識を評価する	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]
	選択肢の実行を阻む因子をスクリーニングする	意思決定の実行に影響を及ぼす因子をスクリーニングする	Stacey et al, 2008[7]
		選択肢の実行に関連する患者のニーズをスクリーニングする	Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[23]
	患者の価値観を明確にする	患者の価値観を明確にする	Stacey et al, 2008[7]; Zhao et al, 2022[30]
		選択肢の特徴とアウトカムに関する患者の価値観を明らかにする	Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[24]; Rahn et al, 2021[25]; Liska et al, 2016[27]
		選択肢に関連する価値観とリスクに対する考えを明確にする	Rahn et al, 2021[25]; Stacey et al, 2013[29]
	意思決定における患者の望ましい役割を明確にする	意思決定における患者の望ましい役割を明確にする	Rahn et al, 2021[25]
意思決定に必要な患者のスキル育成	患者に選択肢について熟考させる	患者が選択肢について考えるスキルを身につけさせる	Stacey et al, 2017[24]; Liska et al, 2016[27]
		患者に選択肢について熟考させる	Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[29]
		患者が情報を処理し，選択肢について熟考する	Zhao et al, 2022[30]
		患者が選択肢について理解し，意思決定に反映できるようにする	Kregel et al, 2023[26]
	患者のコミュニケーションスキルを高める	患者のコミュニケーションスキルを高める	Stacey et al, 2008[7]; Rahn et al, 2021[25]; Stacey et al, 2013[29]
		患者が自分の意向を医師に伝えることを促す	Chhatriwalla et al, 2019[23]
		患者の価値観や意向を他者に伝えるように促す	Rahn et al, 2021[25]
	患者が支援を受けられるスキルを高める	患者が支援を受けられるスキルを高める	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]; Rahn et al, 2021[25]; Stacey et al, 2013[29]
患者の理解を促進するコミュニケーション	わかりやすい言葉を用いる	わかりやすい言葉で患者が理解できるようにする	Rahn et al, 2021[25]; Kregel et al, 2023[26]
	患者からの質問を引き出す	患者から質問を引き出して理解を促す	Chhatriwalla et al, 2019[23]
	患者を理解するためのリフレクションや積極的傾聴	患者のことを理解するためにリフレクションや積極的傾聴を行う	Liska et al, 2016[27]
	プロンプトカードの活用	意思決定コーチングのためにプロンプトカードを用いる	Berger-Höger et al, 2022[10]; Berger-Höger et al, 2017[28]
患者の価値観や個別性の尊重	患者の意向を考慮した話し合い	患者の意向を考慮して治療選択について話し合う	Berger-Höger et al, 2017[28]
		患者が治療に対する意向に気づけるよう感情を理解しながら支援する	Scheibler et al, 2024[34]
		意思決定のタイミング，知識やサポートの必要性を考え個別に治療選択について話し合う	Rahn et al, 2018[33]
	個別化されたアプローチで患者のニーズを支援する	患者のニーズに応じて個別化されたアプローチをする	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2013[29]; Zhao et al, 2022[30]
		患者の意思決定ニーズに対応する	Rahn et al, 2021[25]; Liska et al, 2016[27]
		患者と家族の背景，価値観，信念をもとに調整した知識と情報を提供する	Kregel et al, 2023[26]
専門職としての責務	エビデンスに基づいた情報提供	選択肢，利点や害に関する情報を提供する	Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[23]; Rahn et al, 2021[25]; Stacey et al, 2013[29]
		エビデンスに基づいた情報を提供する	Stacey et al, 2008[7]; Kregel et al, 2023[26]
	支持的で中立した立場での関わり	患者に支持的ではあるが，意思決定には中立である	Stacey et al, 2008[7]
	責任ある継続的関与	意思決定コーチングにコミットする	Zhao et al, 2022[30]
患者中心の協働的意思決定プロセス	患者の理解を確認しながら進める	患者の理解を確認しながら進める	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[24]; Rahn et al, 2021[25]; Liska et al, 2016[27]; Stacey et al, 2013[29]
	患者の関与を促す	患者の関与を促す	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2013[29]
	患者と目標を共有する	患者と医師とともに，意思決定に関与する共通目標をもつ	Zhao et al, 2022[30]
		意思決定コーチングの中で目標と行動を共有する	Lenzen et al, 2018[31]
		医師との面談に備えて懸念事項を医師に伝える役割を果たす	Gainer et al, 2017[11]
	意思決定プロセスをともに進める	意思決定プロセスを通して患者を導く	Stacey et al, 2008[7]; Rahn et al, 2021[25]
		共有意思決定プロセスを促進する	Stacey et al, 2015[9]; Rahn et al, 2021[25]
共有意思決定支援における補完的アプローチの活用	意思決定ツールを活用する	ディシジョンエイドと組み合わせて提供する	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[24]; Zhao et al, 2022[30]
		意思決定ガイドと組み合わせて，選択肢を考える	Liska et al, 2016[27]
		意思決定ツールを使用できる	Stacey et al, 2020[6]; Kregel et al, 2023[26]
	意思決定支援としてのカウンセリングを補完する	意思決定支援としてのカウンセリングを補完する	Stacey et al, 2020[6]

識するような場合には〈個別化されたアプローチで患者のニーズを支援する〉[29].

6）【専門職としての責務】

【専門職としての責務】は3つのサブカテゴリから構成された.

看護師は，患者のニーズに基づいて臨床的に妥当な選択肢を明らかにする[7]など〈エビデンスに基づいた情報提供〉を行うが，それは〈支持的で中立した立場での関わり〉であり〈責任ある継続的関与〉がなされている.

7）【患者中心の協働的意思決定プロセス】

【患者中心の協働的意思決定プロセス】は4つのサブカテゴリから構成された.

看護師は，患者に情報を提供するだけでなく〈患者の理解を確認しながら進める〉．また，患者が質の高い意思決定を行えるように意思決定への〈患者の関与を促す〉[7]ことが必要である．その中で看護師は〈患者と目標を共有する〉[30, 31]．その目標の達成に向けて，医師との面談に備えて患者の懸念事項を医師に伝える役割を果たす[11]．このように，意思

表2　共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの先行要件

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
患者の不確実さを伴う治療選択への直面	医療における意思決定を迫られている	患者は医療における意思決定を迫られている	Rahn et al, 2021[25]
	不確実な治療選択に直面している	患者は不確実な治療の決定に直面している	Stacey et al, 2015[9]; Berger-Höger et al, 2017[28]; Rahn et al, 2018[32]
		患者は不確実性のある選択への葛藤がある	Liska et al, 2016[27]
	複数の治療選択に対する迷い	患者は利益と不利益が異なる治療への選好があるから好みに応じて選択する必要がある	Chhatriwalla et al, 2019[23]; Kregel et al, 2023[26]
		患者は複数の治療選択に迷っている	Stacey et al, 2015[9]; Finderup et al, 2020[22]
		患者は副作用があるが推奨される治療を受けるべきか選択する必要がある	Liska et al, 2016[27]
意思決定の障壁となる患者の要因	脆弱な立場にある	貧困，少数民族，低学歴/低いリテラシー，地理的に医療サービスが不十分な状態にある	Stacey et al, 2017[24]
	知識が十分にない	患者の知識は様々で，不十分な場合がある	Berger-Höger et al, 2017[28]
	選択に社会的プレッシャーを感じている	患者は治療を受けることに対する社会的プレッシャーがある	Berger-Höger et al, 2017[28]
患者からの信頼の獲得	患者からの信頼の獲得	患者は看護師の能力を信頼している	Berger-Höger et al, 2017[28]
		患者との信頼関係の構築	Zhao et al, 2022[30]
提供に必要な知識とスキル獲得への準備	意思決定葛藤を抱えている患者を認識できる	意思決定葛藤を抱えている患者を認識できる	Stacey et al, 2008[7]
	意思決定コーチングの訓練を受ける	意思決定コーチングの訓練を受ける	Liska et al, 2016[21]; Stacey et al, 2013[30]; Finderup et al, 2020[22]; Rahn et al, 2018[32]; Scheibler et al, 2024[34]
		意思決定コーチングを提供するための知識とスキルを身につける	Zhao et al, 2022[30]
		意思決定コーチングは複雑なスキルであり，幅広いトレーニングが必要	Lenzen et al, 2018[31]
	コーチングガイドやトレーニングカリキュラムの開発	共有意思決定のステップに沿ったワークブックとコーチングガイドを作成する	Rahn et al, 2018[33]
		意思決定コーチのためのトレーニングカリキュラムを開発する	Chhatriwalla et al, 2019[23]

表3　共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの帰結

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
意思決定に必要な患者のスキル向上	患者がより知識を得たと感じる	患者が治療選択に関する十分な情報を得る	Rahn et al, 2021[25]; Berger-Höger et al, 2017[28]; Rahn et al, 2018[32]
		患者の知識が向上する	Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]; Chhatriwalla et al, 2019[23]; Stacey et al, 2017[24]; Rahn et al, 2021[25]; Stacey et al, 2013[30]; Zhao et al, 2022[30]
	患者が自分の価値観に気づく	患者が自分が最も大切にしていることに気づく	Liska et al, 2016[27]
		患者が治療に対して自分の意向を示す	Chhatriwalla et al, 2019[23]
		患者が自分の価値観と一致した選択肢を選ぶ	Stacey et al, 2012[8]; Rahn et al, 2021[25]
	患者の自律に対する認識が高まる	患者の自律した行動への支援に対する認知度が高まる	Chhatriwalla et al, 2019[23]
		患者が医師の診察に向けて準備ができる	Rahn et al, 2018[32]
		患者と医師のコミュニケーションが改善する	Zhao et al, 2022[30]
患者の意思決定に対する心理的適応	患者の意思決定に対する葛藤が減少する	患者の意思決定に対する葛藤が減少する	Kregel et al, 2023[26]; Liska et al, 2016[27]; Zhao et al, 2022[30]
	患者の自己効力感が高まる	意思決定に対する患者の自己効力感が高まる	Stacey et al, 2013[29]; Zhao et al, 2022[30]
		患者は力を与えられ，自信が持てる	Liska et al, 2016[27]
	患者の意思決定ニーズが満たされる	患者の意思決定ニーズが満たされる	Zhao et al, 2022[30]
	患者が意思決定プロセスに満足する	患者が提供された知識とサービスに満足する	Kregel et al, 2023[26]
		患者の意思決定プロセスへの満足度が高まる	Stacey et al, 2008[7]; Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]; Stacey et al, 2017[24]
	患者の意思決定後の後悔が少ない	患者の意思決定後の後悔が少ない	Stacey et al, 2013[29]
患者中心の意思決定プロセスの促進	意思決定コーチングを提供する人への信頼感が向上する	患者からの信頼感が向上する	Kregel et al, 2023[26]
	患者の意思決定への関与が高まる	患者が意思決定への関与をより認識する	Stacey et al, 2012[8]; Stacey et al, 2015[9]
		患者の意思決定への関与が高まる	Chhatriwalla et al, 2019[23]; Stacey et al, 2017[24]; Rahn et al, 2021[25]; Berger-Höger et al, 2017[28]
	意思決定の進捗が促進する	意思決定の進捗が促進する	Rahn et al, 2021[25]; Zhao et al, 2022[30]
医療システムと経済的効果	意思決定コーチング後の医師との相談時間が短縮する	意思決定コーチング後の医師との相談時間が短縮する	Berger-Höger et al, 2017[28]
	費用対効果が高まる	費用対効果が高まる	Stacey et al, 2008[7]
	平均医療費が減少する	平均医療費が減少する	Rahn et al, 2021[25]

決定プロセスを通して患者を導きながら〈意思決定プロセスをともに進める〉[7, 25].

８）【共有意思決定支援における補完的アプローチの活用】

【共有意思決定支援における補完的アプローチの活用】は２つのサブカテゴリから構成された.

意思決定コーチングは，ディシジョンエイドなどのリソースを組み合わせて提供される[7－9, 24, 30]ように〈意思決定ツールを活用する〉ことや〈意思決定支援としてのカウンセリングを補完する〉[6]場合もある.

２．先行要件

看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの先行要件として４つのカテゴリが抽出された.

１）【患者の不確実さを伴う治療選択への直面】

【不確実さを伴う治療選択への直面】は，３つのサブカテゴリから構成された.

意思決定コーチングで対象となる患者は〈医療における意思決定を迫られている〉[25]．また，その選択のリスクの定量化が困難な治療に対する選択[28]や最善の行動方針に個人的に不確実な感覚を経験する[9]といった〈不確実な治療選択に直面している〉状態である．その他に血液透析と腹膜透析といった〈複数の治療選択に対する迷い〉を抱えていたりする[32].

２）【意思決定の障壁となる患者の要因】

【意思決定の障壁となる患者の要因】は３つのサブカテゴリから構成された.

共有意思決定には健康に対するリテラシーが影響する．貧困，少数民族，低学歴，医療サービスが不十分な地理的条件といった〈脆弱な立場にある〉と，それらは意思決定の障壁となる[24]．また，意思決定コーチングを受ける前の疾患に関する患者の知識は様々であり[28]，〈知識が十分にない〉ことも意思決定に影響する．その他，「推奨された治療を受けなければ死を免れない」という思いに導かれ，治療を受けるという〈選択に社会的プレッシャーを感じている〉[28]といった，意思決定の障壁となる要因が存在する.

３）【患者からの信頼の獲得】

【患者からの信頼の獲得】は１つのサブカテゴリから構成された.

意思決定コーチングに効果が見られた介入では，患者らが事前にコーチングを行う看護師に対してその能力を信頼していた[28]．また，意思決定コーチングの提供者と患者の間に信頼関係があれば，患者は

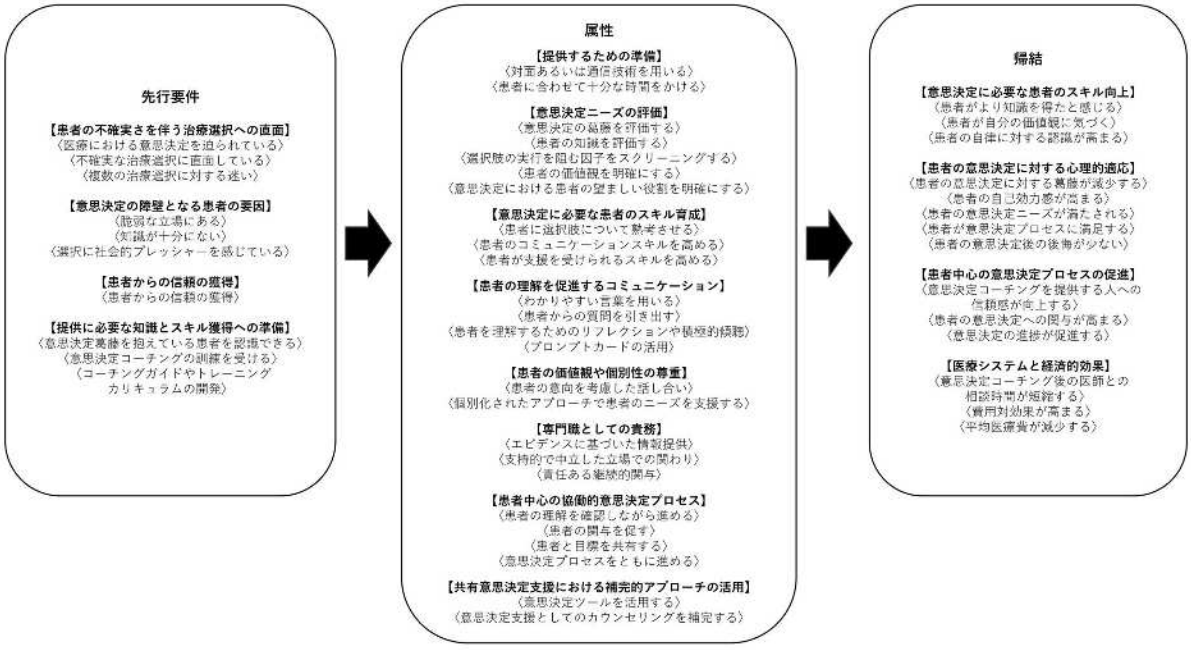

図１　共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの概念図

意思決定コーチングの提供者に打ち明け，その結果意思決定が進展する[30]ように，患者と意思決定コーチングを提供する看護師との関係構築が前提として必要となる．

4）【提供に必要な知識とスキル獲得への準備】

【提供に必要な知識とスキル獲得への準備】は，3つのサブカテゴリから構成された．

看護師は〈意思決定葛藤を抱えている患者を認識できる〉と意思決定プロセスにおいて患者を導くことが可能となる．その準備として，事前に〈意思決定コーチングの訓練を受ける〉[27, 29, 32-34]ことで，必要な知識とスキルを身につける[8]．また，場合によっては共有意思決定支援のステップに応じた〈コーチングガイドやトレーニングカリキュラムの開発〉[23, 33]が必要となる．

3．帰結

看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの帰結として，4つのカテゴリが抽出された．

1）【意思決定に必要な患者のスキル向上】

【意思決定に必要な患者のスキル向上】は，3つのサブカテゴリから構成された．

意思決定コーチングの介入後は，疾患や選択肢に関する十分な情報を得て[25, 28, 33]〈患者がより知識を得たと感じる〉．また，〈患者が自分の価値観に気づく〉ことで，より自分の価値観と一致した選択肢を選ぶようになる[25, 28]．さらに，患者自身が医師の診察に向けて準備を行う[33]など〈患者の自律に対する認識が高まる〉ことで，意思決定に必要な患者のスキルが向上する．

2）【患者の意思決定に対する心理的適応】

【患者の意思決定に対する心理的適応】は，5つのサブカテゴリから構成された．

意思決定コーチングの介入後には〈患者の意思決定に対する葛藤が減少する〉，〈患者の自己効力感が高まる〉ことで，〈患者の意思決定ニーズが満たされる〉などの心理的変化がみられる．その結果，患者満足度を高め，意思決定の質を向上させるなど〈患者が意思決定プロセスに満足する〉．また，〈患者の意思決定後の後悔が少ない〉といった肯定的な心理的適応が生じる．

3）【患者中心の意思決定プロセスの促進】

【患者中心の意思決定プロセスの促進】は，3つのサブカテゴリから構成された．

患者の〈意思決定コーチングを提供する人への信頼感が向上する〉[26]こと，〈患者の意思決定への関与が高まる〉ことで，〈意思決定の進捗が促進する〉．これらの看護師の意思決定コーチングのプロセスを通して，患者は医師との面談に備え，意思決定について主体的に話し合う準備が整う．

4）【医療システムと経済的効果】

【医療システムと経済的効果】は，3つのサブカテゴリから構成された．

意思決定コーチングの介入では，患者への効果以外に【医療システムと経済的効果】を生む．それは，〈意思決定コーチング後の医師との相談時間が短縮する〉，〈費用対効果が高まる〉，〈平均医療費が減少する〉など，医療システム全体への肯定的な影響を及ぼす．

V．考　察

1．看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの特性

分析により明らかとなった看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの概念の中心となる属性をもとに，本概念の特性について考察する．

意思決定コーチングにおいては，まずは【提供するための準備】を整える必要がある．それは，患者が自身の病気の経過，提案された治療の選択肢と利益，不利益について理解するまで教育されるプロセスにおいて十分な時間が確保できないことが障壁となる[11]ように，意思決定コーチングにおいても〈患者に合わせて十分な時間をかける〉ことが求められるからである．意思決定コーチングが提供されるSDMとは，「患者と医療専門職が協力して治療方針に関する共同決定に至る協働プロセス」[1]であり，患者と医療者は情報や選択肢を選ぶ理由を共有するパートナーとなる[5]．その中でも意思決定コーチングは患者の自律性やエンパワーメントを高めるために重要[8]だと言われており，看護師は【患者の理解を促進するコミュニケーション】を駆使しながら【意思決定に必要な患者のスキル育成】を意識して支援する必要がある．特にコミュニケーションに関しては，医師と自分の考えを共有する機会がほとんどないという考えの患者が存在する[35]中で，〈患者

からの質問を引き出す〉といった配慮が欠かせない．さらに，医療者から個人として認識されていないといったケアの継続性の欠如がSDMの障壁となると信じる患者がいる[36]ように，【患者中心の協働的意思決定プロセス】を促進するためには，【患者の価値観や個別性の尊重】が重要となる．また，意思決定コーチングを提供する看護師は，意思決定上の葛藤を抱えている患者を認識し，意思決定プロセスを通して患者を導く形で関与する[7]．そのためには，患者の【意思決定ニーズの評価】をしたうえで【意思決定に必要な患者のスキル向上】を目指すが，そのような関わりは【専門職としての責務】のもとに遂行される．【患者中心の協働的意思決定プロセス】の中では，意思決定ツールの使用やカウンセリングが提供されることもあり，意思決定コーチングが【共有意思決定支援における補完的アプローチの活用】となる場合がある．しかし，意思決定ツールがSDMプロセスにおいて有効であっても，それに参加するための機会や個人的な能力を自覚する最初の重要な段階には対応できていない[36]という報告もあり，患者と対峙する意思決定コーチングの重要性が示唆される．

以上のことから，看護師の共有意思決定における意思決定コーチングについて，「対面または通信技術を活用し，患者に合わせて十分な時間と環境を整えた患者中心の協働的意思決定プロセスの中で，専門職として患者の価値観や個別性を尊重したうえでコミュニケーションに配慮し，補完的アプローチも活用しながら，患者の意思決定ニーズを評価し，必要なスキルを育成する支援」と定義した．

2．看護実践への示唆

本研究では先行要件として，【患者の不確実さを伴う治療選択への直面】と【意思決定の障壁となる患者の要因】という患者の状況が示された．さらに，【患者からの信頼の獲得】と【提供に必要な知識とスキル獲得への準備】という看護師に求められる要件を満たすことで，意思決定コーチングが可能となると考えられる．これらの先行要件には，意思決定支援を必要とする患者の脆弱性が含まれていた．この脆弱性には，情報不足や知識の欠如，家族・医療者からの社会的圧力，および身体的・心理的要因による選択の制限などの存在があった．これらは患者の自律的意思決定を妨げる要因であり，看護師による情報提供や心理的支援を含めた意思決定コーチングの必要性を示している．また，【意思決定に必要な患者のスキル向上】，【患者の意思決定に対する心理的適応】，【患者中心の意思決定プロセスの促進】が帰結として抽出されたことより，看護師はこれらのゴールを意識しつつ【患者中心の協働的意思決定プロセス】を通して支援する必要がある．

日本への適用にあたっては，日本の医療文化や看護実践の文脈を考慮することが重要である．日本では，患者本人が意思決定能力を有していても，治療方針の決定に家族が強く関与する傾向がある．そのため，看護師は患者本人の価値観や意向を尊重しつつ，家族の意見を調整する役割を担う必要がある．また，国内の実践場面として，がんの治療選択[37]，心臓外科手術[38]，終末期医療の方針決定[39-41]など，不確実性の高い意思決定が求められる事例は多く，看護師の求められる役割やスキルも多岐にわたる．こうした状況で意思決定コーチングを導入することは，患者の自己効力感を高め，家族の意向と患者の価値観の調整に寄与すると考えられる．

さらに，日本の医療制度では診療時間が限られ，医師主導で意思決定が進められる傾向がある．この点において，看護師が事前に患者の疑問や懸念を整理し，家族との調整を支援することは，限られた診療時間を有効活用し，効率的で質の高い意思決定を実現するために意義が大きい．加えて，国内の看護師教育や研修に意思決定コーチングのスキルを組み込むことは，SDM実践の促進につながると考えられる．

また，心臓外科手術の選択を迫られた患者と医療者（医師，看護師，作業療法士，理学療法士）を対象としたSDMに関する調査において，患者と医療者の両群から，看護師が意思決定コーチングの役割を担うことに最適である[11]と示されている．このように，看護師が意思決定コーチングの役割を果たす意義は大きく，それは，【医療システムと経済的効果】につながる可能性も示唆された．

3．研究の限界と課題

今回，共有意思決定における看護師の意思決定コーチングの概念分析で対象とした論文は国内文献にはなく，英文文献のみであり，医療制度や意思決定

に対する価値観はわが国とは異なる可能性がある．わが国では，患者が自ら意思決定を行う能力を有していても，医療における意思決定の場面では家族が重要な役割を果たすことが多い[42]．このような文化的特徴は，欧米を中心とした海外研究とは異なる側面を持つ．さらに，日本社会には忖度，自粛，空気，同調圧力，世間などの心理・文化・社会的傾向が存在し，これらが臨床現場におけるSDMの実践に影響を及ぼす可能性が指摘されている[43]．したがって，意思決定コーチングの介入を実施する際には，こうした文化的背景や家族の関与を前提とした配慮が求められる．

一方で，本研究で英文文献から抽出された【属性】【先行要件】【帰結】は，患者の不確実さへの直面，知識不足，信頼関係の重要性など，文化を超えて共有される普遍的課題を扱っており，看護師が共有意思決定において行う意思決定コーチングの実践に十分応用可能であると考えられる．今後は，日本における臨床現場での実態調査や，文化的背景を反映した実証研究を重ねることで，本概念の日本での妥当性を検証し，より洗練されたモデルとして発展させていく必要がある．

また，意思決定コーチングの対象となる疾患や治療選択は多岐にわたるため，各疾患や治療の特異性を考慮することも重要である．今後は，疾患特性や患者背景を踏まえた実践研究を蓄積することで，より具体的かつ有効な意思決定コーチングモデルの開発につながることが期待される．

Ⅵ．結　論

本研究では，Rodgersの概念分析の手法を用いて，看護師の共有意思決定における意思決定コーチングの概念分析を行った結果，８つの属性，４つの先行要件，４つの帰結が抽出された．

看護師の共有意思決定における意思決定コーチングについて，「対面または通信技術を活用し，患者に合わせて十分な時間と環境を整えた患者中心の協働的意思決定プロセスの中で，専門職として患者の価値観や個別性を尊重したうえでコミュニケーションに配慮し，補完的アプローチも活用しながら，患者の意思決定ニーズを評価し，必要なスキルを育成する支援」と定義した．この概念の明確化は，看護師がSDMの実践の中で意思決定支援を行う際の理論的基盤となり，今後の看護教育および臨床実践への示唆を提供するものである．

謝　　辞

本研究はJPSS科研費17K12105および23K09784の助成を受けて実施した．

本論文は，山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程の論文の一部である．

利益相反開示

本研究において開示すべき利益相反はない．

引 用 文 献

1）National Institute for Health and Care Excellence. About shared decision making. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/what-nice-does/our-guidance/about-nice-guidelines/about-shared-decision-making（参照2025-08-26）

2）辻　恵子. 意思決定プロセスの共有－概念分析. 日本助産学会誌　2007；21（2）：12-22.

3）Van de Pol MHJ, Fluit CRMG, Lagro J, Slaats YHP, et al. Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision－making in frail older patients. *Patient Education and Counseling* 2016；99：1069-1077.

4）中山健夫．SDM入門・総論．中山健夫，藤本修平編，実践　シェアード・ディシジョンメイキング　今，求められる医療コミュニケーション，改題改訂第２版．日本医事新報社．東京 2024；1-23.

5）中山和弘．意思決定支援とは何か．保健の科学 2020；62（5）：292-297.

6）Stacey D, Légaré F, Boland L, Lewis KB, et al. 20th Anniversary Ottawa Decision Support Framework：Part 3 Overview of Systematic Reviews and Updated Framework. *Medical Decision Making* 2020；40（3）：379-398.

7）Stacey D, Murray MA, Légaré F, Dunn S, et al. Decision Coaching to Support Shared Decision Making：A Framework, Evidence, and Implications for Nursing Practice, Education, and Policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008；5（1）：25-35.
8）Stacey D, Kryworuchko J, Bennett C, Murray MA, et al. Decision Coaching to Prepare Patients for Making Health Decisions：A Systematic Review of Decision Coaching in Trials of Patient Decision Aids. *Medical Decision Making* 2012；32（3）：E22-32.
9）Stacey D, Légaré F. Engaging patients using an interprofessional approach to shared decision making. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2015；25（4）：455-469.
10）Berger-Höger B, Vitinius F, Fischer H, Beifus K. Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers – adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses：a qualitative study. *BMC Nursing* 2022；21：1-12.
11）Gainer RA, Curran J, Buth KJ, David JG, et al. Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery：A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Medical Decision Making* 2017；37（5）：600-610.
12）O'Connor J, Lages A著，杉井要一郎訳．コーチングのすべて　その成り立ち・流派・理論から実践の指針まで．英治出版，東京　2012；16-26.
13）Truglio-Londrigan M, Slyer JT. Shared Decision-Making for Nursing Practice：An Integrative Review. *The Open Nursing Journal* 2018；12：1-14.
14）Stacey D, Pomey MP, O'Connor AM, Graham ID. Adoption and sutainability of decision support for patients facing health decisions：an implementation case study in nursing. *Implementation Science* 2006；1：1-10.
15）Mathijissen EGE, van den Bemt BJF, Wielsma S, van den Hoogen FHJ, et al. Exploring healthcare professionals' knowledge, attitudes and experiences of shared decision making in rheumatology. *RMD Open* 2020；6：e001121. doi：10.1136/rmdopen-2019-001121.
16）川崎優子．がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発．日本看護科学会誌　2015；35（3）：277-285.
17）Bomhof-Roordink, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models：a systematic review. *BMJ Open* 2019；9：e031763. doi：10.1136/bmjopen-2019-031763.
18）Wieringa TH, Rodriguez-Gutierrz R, Spencer-Bonilla G, de Wit M, et al. Decision aids that facilitate elements of shared decision making in chronic illnesses：a systematic review. *Systematic Reviews* 2019；8（1）：121. doi：10.1186/s13643-019-1034-4.
19）Rodgers BL. Concept Analysis：An Evolutionary View. Rodgers B, Knafl KA eds. Concept development in nursing：Foundations, techniques, and applications, 2nd ed. Saunders. *Philadelphia* 2000；77-102.
20）Olsen JM. Health Coaching：A Concept Analysis. *Nursing Forum* 2014；49（1）：18-29.
21）Dwinger S, Dirmaier J, Herbarth L, König H, et al. Telephone-based health coaching for chronically ill patients：study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013；14：337. doi：10.1186/1745-6215-14-337.
22）Barr JA, Tsai LP. Health coaching provided by registered nurses described：a systematic review and narrative synthesis. *BMC Nursing* 2021；20：doi：10.1186/s12912-021-00594-3.
23）Chhatriwalla AK, Decker C, Gialde E, Catley D, et al. Developing and Testing a Personalized, Evidence-based, Shared Decision-Making Tool for Stent Selection in PCI Using a Pre-Post Study Design. *Circ Cardiovascular quality and outcomes* 2019；12（2）：1-19.
24）Stacey D, Hill S, McCaffery K, Boland L, et al. Shared Decision Making Interventions：Theoretical and Empirical Evidence with

Implications for Health Literacy. *Studies in Health Technology and Informatics* 2017；240：263-283.

25) Rahn AC, Jull Janet, Boland L, Finderup J, et al. Guidance and/or Decision Coaching with Patient Decision Aids：Scoping Reviews to Inform the International Patient Decision Aid Standards（IPDAS）. *Medical Decision Making* 2021；41（7）：938-953.

26) Kregel M, Evans N, Wooten B, Campbell C, et al. A Shared Decision-Making Process Utilizing a Decision Coach in Pediatric Epilepsy Surgery. *Pediatric Neurology* 2023；143：13-18.

27) Liska CM, Stacey Dawn. Decision Support for a Woman Considering Continuing Extended Endocrine Therapy for Breast Cancer：A Case Study. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2016；26（4）：297-303.

28) Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Steckelberg A. Implementation of shared decision-making in oncology：development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. *BMC medical informatics and decision making* 2017；17（1）：160-173.

29) Stacey D, Kryworuchko J, Belkora J, Davison BJ, et al. Coaching and guidance with patient decision aids：A review of theoretical and empirical evidence. *BMC medical informatics and decision making* 2013；13（Suppl 2）：S11-S21.

30) Zhao J, Jull J, Finderup J, Smith M, et al. Understanding how and under what circumstances decision coaching works for people making healthcare decisions：a realist review. *BMC medical informatics and decision making* 2022；22（1）：265-284.

31) Lenzen SA, Daniëls R, van Bokhoven MA, van der Weijden T, et al. What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International journal of Nursing Studies* 2018；80：1-11.

32) Finderup J, Lomborg K, Jensen JD, Stacey D. Choice of dialysis modality：patients' experiences and quality of decision after shared decision-making. *BMC Nephrology* 2020；21（1）：330-341.

33) Rahn AC, Köpke S, Backhus I, Kasper J, et al. Nurse-led immunotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis（DECIMS）- Feasibility testing, pilot randomised controlled trial and mixed methods process evaluation. *International journal of Nursing Studies* 2018；78：26-36.

34) Scheibler F, Geiger F, Wehkamp K, Danner M, et al. Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany：a pre-post trial. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024；29（2）：87-95.

35) Bhavnani V, Fisher B. Patient factors in the implementation of decision aids in general practice：a qualitative study. *Health Expectations* 2010；13（1）：45-54.

36) Joseph-Williamsa N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients：A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014；94：291-309.

37) 西尾亜理砂，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　2013；27（2）：27-36.

38) 稲垣美紀，藤原尚子，竹下裕子，石澤美穂子，他．心臓外科手術を受ける患者の意思決定に影響する要因．日本クリティカルケア看護学会誌 2017；13（3）：1-10.

39) 梶山倫子，吉岡さおり．終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因．*Palliative Care Research* 2018；13（1）：99-108.

40) 江口　瞳，秋元典子．緩和ケア病棟入院中で余命３週間程度と予測されている終末期がん患者の１日の過ごし方に対する意思決定の内容．日

本がん看護学会誌 2013；27（1）：4-12.
41）田村南海子，習田明裕．がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造：構造モデルの開発に向けて．日本看護研究学会雑誌 2024；47（4）：849-861.
42）Ito M, Tanida N, Turale S. Perceptions of Japanese patients and their family about medical treatment decisions. *Nursing & Health Sciences* 2010；12：314-321.
43）Asai A, Okita T, Bito S. Discussions on Present Japanese Psychocultural-Social Tendencies as Obstacles to Clinical Shared Decision-Making in Japan. *Asian Bioethics Review* 2022；14：133-150.

Concept Analysis of Nurses' Decision Coaching in Shared Decision Making

Satoko ONO[1, 2] and Misae ITO[3]

1）Doctoral Course, Faculty of Health Science, Fundamental Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 2）Faculty of Health Science, Fundamental Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 3）Faculty of Health Science, Maternal and Pediatric Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

The study aimed to analyze the concept of "decision coaching by nurses within shared decision making." Searches were conducted using the Ichushi-Web, MEDLINE, CINAHL, PubMed, and PsycInfo. Keywords used were "shared" AND "decision making" AND "coaching" or 'shared' AND "decision making" AND "coaching". No Japanese-language literature was found. We extracted 504 English-language literatures and excluded duplicates. After carefully reading, we analyzed 18 papers using Rodgers' concept analysis approach.

Eight attributes were identified："preparation for providing", "assessment of decision-making needs", "developing patient skills for decision-making", "communication to promote patient understanding", "respect for patient values and individuality", "professional responsibilities", "patient-centered shared decision-making process", "utilization of complementary approaches in shared decision support". Four antecedents and four consequents ware also extracted.

This concept was defined as "support for patients to assess their decision-making needs and develop the necessary skills through a patient-centered, collaborative decision-making process. The process is conducted face-to-face or via communication technologies, ensuring sufficient time and an appropriate environment tailored to each patient, while emphasizing respectful communication that values patients' individuality and utilizes complementary approaches." The role of nurses as decision coaches in SDM is significant, but to implement decision coaching in Japan, cultural influences on SDM must be considered.