Shared decision making の現状と今後の課題

医薬産業政策研究所　主任研究員　神地　沙織
主任研究員　富樫満里子
主任研究員　内海　拓郎

要約

●治療選択肢の多様化に伴い、患者の価値観や生活状況を踏まえて治療方針を決める重要性が高まっている。本稿では、患者と医療者が治療に関する情報や意向を共有し、共に意思決定するShared decision making（以下、SDM）について、国内外の制度や普及状況を比較し、日本における課題を検討した。

●米国･英国と比較すると、日本では、SDMの推進への国家的な基本方針、そのための制度、そして医療者への教育、実装を支援する体制が十分に整備されていないことがわかった。また、意思決定支援ツール（Decision Aids：以下、DA）の開発や提供が個別の組織に分散し、対象領域が限定されていた。治療方針の決定に関与したいという国民の意向は高い一方、SDMの認知や実践環境には課題が残ることが判明した。

● SDM の普及には、国家的に推進する方針の制定に加え、DA の作成基準や提供体制の整備、医療者教育、国民への啓発が必要である。行政、学会団体、製薬企業が連携し、中立的で分かりやすい情報提供の形式を構築して SDM を普及することで、患者の意向を治療方針に反映する患者参加型医療の実現につながると考えられた。

1．はじめに

近年、医療の高度化に伴って治療選択肢が多様化し、患者が複数の選択肢から治療方針を検討する場面が増えている。選択肢によっては期待される効果やリスク、治療に伴う負担が異なることもあり、医学的な観点だけで一つの方針を決めることは難しい。患者の生活状況や価値観、治療に対する希望を踏まえて判断することが、これまで以上に重要となっている。健康医療情報の利活用に関する国民意識調査における医療への向き合い方を確認する項目では、「自分で治療方法を最終的に選びたい」「医師の意見をよく考慮したうえで、自分が最終的に治療方法を選びたい」「医師と自分とで話し合いながら、どの治療が最もよいかを一緒に決めたい」と回答した割合は計85.9％に上り[1)]、治療の意思決定に自ら参加したいというニーズの高さが示された。

国際的にも、患者を医療の受け手とするのではなく、医療に主体的に参加する存在として位置付ける動きがみられる。2016年に世界保健機関（WHO）が提唱した“Integrated people-centred care”では、人々のニーズや選好を尊重するとともに、人々が自らの健康や保健医療に積極的に関与することの重要性が示されている[2)]。また、2018年の第３回閣僚級世界患者安全サミットで発

1）健康医療情報利活用に関する社会的受容の条件－国民・医師への意識調査から－（ポジションペーパーNo.12：2026年３月発行）
2）World Health Organization「Integrated people-centred care」　https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care（最終アクセス2026年９月28日）

表された「患者安全に関する東京宣言」では、安全で質の高い医療の提供に加え、政策の策定、組織運営、意思決定、健康に関する教育、自己のケアといった医療サービスのあらゆる側面に、患者及びその家族が参加することの重要性が示された[3]。こうした考え方は、特に医療研究分野で発展しており、患者・市民参画（Patient and Public Involvement：以下、PPI）と呼ばれる。日本医療研究開発機構（AMED）ではPPIを「医学研究・臨床試験プロセスの一環として、研究者が患者・市民の知見を参考にすること」と定義しており、医療研究分野の研究成果を早急に実用化し、患者及びその家族に届けることを目指した取り組みを促進している[4]。製薬産業においては、日本製薬工業協会が産業ビジョン2035において「患者視点に立ったCo-creation（共創）の考え方の下、『患者・市民参加型創薬』の実現を目指す」ことを掲げている[5]。

一方で、個々の診療現場において、患者が治療情報と自身の価値観や意向を結び付け、医療者とともに治療方針の決定に参画するための環境は十分に整っているとはいえない。日本では、1997年医療法改正で「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と定められたことにより[6]、医療者から患者に治療方針を説明し、その同意を得るInformed consent（以下、IC）が定着している。しかし、ICは医療者から患者への一方向の情報伝達であり、治療選択肢が複雑化するなかでは、患者が意思決定の過程に参加し、自身の価値観や意向を治療方針に反映できる仕組みが求められた。その患者と医療者間における双方向コミュニケーションの具体的なプロセスの一つとしてShared decision making（以下、SDM）がある。SDMの考え方は国際的に広がりつつあるものの、その位置付けや普及を支える制度、医療現場での実践状況は国によって異なる。

日本においてSDMを普及させるためには、海外での実態や政策を研究したうえで、日本での実践の阻害要因や必要な支援環境を明らかにすることが重要であると考える。本稿ではSDMの国内外における現状を整理・比較し、日本で実践するための課題について考察する。

2．Shared decision makingについて

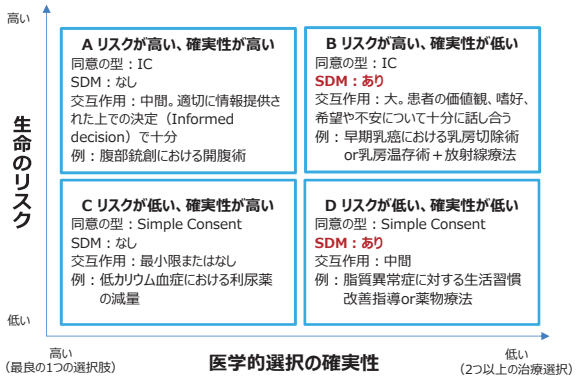
SDMとは、医療者と患者及びその家族が治療選択肢のエビデンスやリスク・ベネフィット、生活への影響等の情報に加え、患者の価値観や希望・状況を共有し、医療者と患者及びその家族が一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセス[7]である。従来のICでは、主として医療者から患者に治療方針を説明し、その同意を得ることに重点が置かれてきた。それに対してSDMは、患者もどのような治療選択肢があるかを理解し、自身の価値観や意向を意思決定に反映する点に特徴がある[8]。

SDMの実践が特に推奨されるのは図1に示すように医学的選択の確実性が低い領域である。具体的には、①複数の治療・検査・管理選択肢がある、②どれか一つの治療法が医学的に唯一の最善とは言えない、③得られるベネフィットとリスクのバランスが人によって異なる、④生活の質（QOL）や価値観の影響が大きいような疾患領域である。主にがん領域（乳がん、前立腺がん、肺がん等）、慢性疾患（糖尿病、高血圧、慢性腎臓病

3）第3回閣僚級世界患者安全サミット「患者安全に関する東京宣言」 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906495.pdf（最終アクセス2026年9月28日）
4）国立研究開発法人　日本医療研究開発機構「研究への患者・市民参画（PPI）」 https://www.amed.go.jp/ppi/index.html（最終アクセス2026年9月28日）
5）製薬協　産業ビジョン2035　https://www.jpma.or.jp/about/vision/backnumber/industry_vision2035/index.html（最終アクセス2026年9月28日）
6）医療法　第1条の4第2項
7）Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. Ann Intern Med. 140：54-59. 2004.
8）浅野 拓．患者中心の医療：Shared Decision Makingがもたらす循環器ケアの変革．心臓．56：8-15. 2024.

等)、メンタルヘルス（うつ、不安障害、ADHD等)、終末期医療等が該当する。

図１　医学的選択の確実性と生命のリスクによる意思決定方法の概念図



出所：文献７を基に医薬産業政策研究所で作成

(1)　プロセス

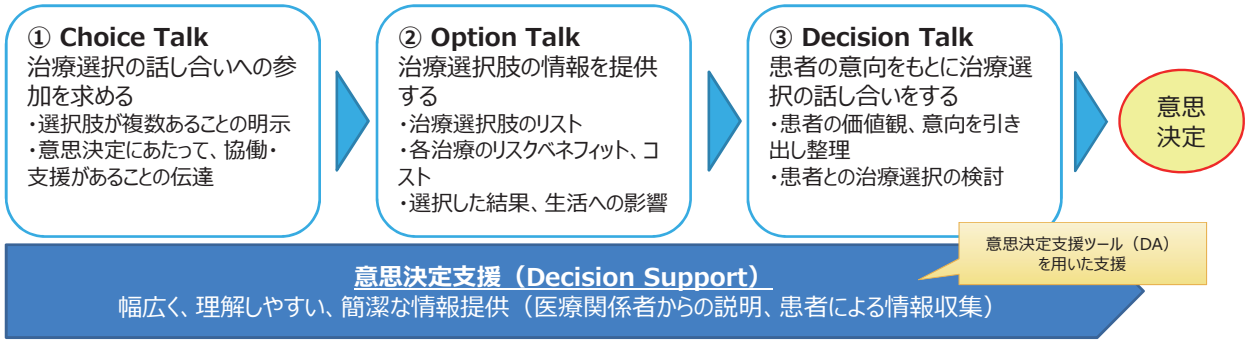
SDM の代表的なプロセスモデルとしてはThree-Talk モデルがあり（図２）[9]、①治療選択肢が複数あることを示して、治療選択の話し合いへの参加を求める、②治療選択肢のリスク・ベネフィットの具体的な情報を提供する、③患者の価値観･意向を整理し、治療選択の話し合いをする、という流れで進行する。また、意思決定までの対話を補助するためのツールとして、Decision Aids（以下、DA）がしばしば活用される。

(2)　Decision Aids

DAとは、利用可能な選択肢とその長所、短所、選択した結果としてどのようなことを経験するかの情報を示し、患者の価値観の整理を支援して意思決定の質を向上させるためのツールであり、その質を評価する国際基準（International Patient Decision Aids Standards：以下、IPDAS）が存在する[10]。IPDAS は日本語版も公開されており[11]、DA と見なされるために必須となる項目を資格基準、DA として偏りのない情報が掲載されているかを認定基準、DA の質が高いかを質基準として点数化するものである。IPDASの詳細は補足１で示すが、資格基準では治療選択肢の一覧と各選択肢の長所・短所、選択肢の結果としてどのようなことが起きるかの掲載や、認定基準では特徴の細部を同等に示すことが要求され、質基準では省略しても問題ないものの、掲載することで質を強化できる項目を提示している。

Cochrane[注]が2024年に公開した DA 使用に関するシステマティックレビュー[12] において、DA はより知識や情報を得られ、自分の価値観を明確にでき、リスクを正確に認知し、価値観にあった選

図２　SDM のプロセス（Three-Talk モデルより）



出所：文献９を基に医薬産業政策研究所で作成

9）Elwyn G, et al. Shared decision making：a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 27：1361-1367. 2012.
10）IPDAS Collaboration.　https://decisionaid.ohri.ca/IPDAS/index.html（最終アクセス2026年９月28日）
11）IPDASi（version 4.0）日本語版　https://www.healthliteracy.jp/pdf/Japanese%20version%20of%20IPDASi%20(v4.0)%20.pdf（最終アクセス2026年９月28日）
注　医学研究を体系的に評価し、信頼できる医療エビデンスを提供する国際機関
12）Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 1：CD001431. 2024.

択ができるといった患者の意思決定にポジティブな影響をもたらし、健康アウトカムや満足度への悪影響は見られなかったことが述べられている。DA は医療の質の向上に寄与する可能性がある一方で、各選択肢の臨床成績といった多岐にわたる情報を医療者個人で作成することは困難と考えられる。また、それぞれの臨床成績を具体的に記載する必要があるため、日本では製薬企業による作成は医薬品広告規制[13] に抵触する可能性がある。

(3) 医療環境への影響

SDM 実践または DA 利用による医療環境への影響は種々報告されており、それぞれの内容を表１に整理した。医療費に関しては複数の報告で削減傾向が示され、Brown TT らは、患者と医療者間の質の高いコミュニケーションによって患者の価値観に沿った治療選択ができ、医療の過剰利用が減少したことを要因として挙げている[14]。また、Scalia P らは、DA 利用によって患者が侵襲的または高コストな治療を回避したことで手術・入院費を削減した可能性を述べている[15]。Schmidt T らは、適切な予防によるその後のケアや救急受診・入院等の減少がある一方で、予防による短期的なコスト増加もあり、SDMは医療の適正化に寄与し得るが、医療費の削減は保証されないとしている[16]。

そのほか、診療時間はわずかな延長または影響なし、医療利用（入院や救急受診、再診、フォロー

表１　SDM 実践または DA 利用による医療環境への影響

著者	対象国	項目	概要
Brown TT, 2023	米国	医療費	SDM の質が３％上昇することで、**年間の医療費を10% 削減** 薬剤費・入院医療資源の利用・身体的・精神的健康への影響はなし
Scalia P, 2020	米国・英国・オランダ他４か国	医療費	DA利用によって、12研究で**医療費の削減**、10研究でコスト削減なし、逆に増加あり
Schmidt T, 2022	米国	医療費	SDM・DA 利用によって５研究で**削減**、６研究で**有意な影響なし**
		医療利用	19研究では**変化なし**、14研究では**減少**、３研究では**増加**
Stacey D, 2024	米国・カナダ・英国他16か国	医療利用	医療資源全体への**影響はほぼなし**、救急滞在時間は１研究で短縮
		診療時間	DA による事前準備によって**有意な影響なし**、診察中の使用は**わずかに延長**
Søndergaard SR, 2021	デンマーク	診療時間	SDM によって侵襲的肺がん診断、乳がんアジュバント療法の意思決定に**有意な延長はみられなかった**
Schoenthaler A, 2018	米国	アドヒアランス	治療方針を共有して決定する患者で**向上**

出所：文献12、14-18を基に医薬産業政策研究所で作成

13）厚生労働省　医薬品等の広告規制について　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/koukokukisei/index.html（最終アクセス2026年９月28日）
14）Brown TT, et al. Shared decision-making & racial or ethnic concordance reduces health expenditures. NIHCM. 2023. https://nihcm.org/publications/shared-decision-making-and-racial-or-ethnic-concordance-reduces-health-expenditures（最終アクセス2026年９月28日）
15）Scalia P, et al. Does the use of patient decision aids lead to cost savings? A systematic review. BMJ Open. 10：e036834. 2020.
16）Schmidt T, et al. Impact of Shared Decision-Making and Patient Decision Aids on Health Care Cost and Utilization in the US：A Systematic Review. J Clin Pathways. 8：33-43. 2022.

アップ等）の変化はなく、服薬アドヒアランスでは飲み忘れや脱落が減少する傾向であった[12、17、18]。総じて、いずれもわずかな変動であり断定はできないが、SDMの普及は長期的な継続によって医療の質の向上と適正化につながる可能性が示されている。

３．国内外におけるSDMの制度・浸透状況の比較

SDMの普及状況について、米国と英国を比較対象として調査した。この２か国を対象とした理由は、米国では医療用医薬品の消費者向け広告が認められており、患者が製薬企業を含む多様な主体から疾患･治療情報を得る環境が形成されており、英国は公的医療制度のなかでSDMが体系的に推進されていることが知られているためである。両国との比較により、日本における患者への情報提供とSDMの制度的な推進のあり方を多面的に検討できると考えた。本項では2026年８月３日時点における米国・英国・日本の状況を解説する。

⑴　米国

米国では、2010年に成立したAffordable Care Act（ACA、通称オバマケア）のSection 3506において、連邦法としてSDMの推進が明記された[19]。さらに米国医療研究・質庁（AHRQ）が教育普及や研究支援を担っており、医療者向けトレーニングプログラム「SHARE Approach」の提供や、評価指標の開発支援を行っている[20]。また米国予防医療専門委員会（USPSTF）では、がん検診や予防投与などの推奨グレードを公開しているが、グレードに応じてSDMに必要な情報を盛り込み、検診等を受けない選択肢も含め、患者がより具体的に検討できるように発信している[21]。保険給付の面では、Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS）は肺がん検診やCT検査、心臓治療など一部の医療行為について、SDMの実践を要件としている[22]。

一方で、DAは行政が一元的に整備するのではな　く、Mayo Clinic[23]、Allina Health[24]、Kaiser Permanente[25] などの医療機関や保険･医療サービスを提供する組織が主体となって開発している点が特徴である。これらのツールは各機関のウェブサイト等を通じて公開されており、各ウェブサイトに掲載されていたDA数はMayo ClinicとAllina Healthが各15件、Kaiser Permanenteは80件と英国・日本と比べて最も多かった。展開領域は、呼吸器、循環器、糖尿病、乳がん、大腸がん、肺がん、腎・泌尿器科、整形外科、精神疾患、耳鼻科、出生前診断など多岐にわたり、多様な主体による開発が進む一方で、ツールの形式や評価方法は必ずしも統一されておらず、米国では医療機関･医療システム主導型でDAが発展してきたことがうかがえる。

実践状況については、2024年健康情報全国動向

17）Søndergaard SR, et al. The impact of shared decision making on time consumption and clinical decisions. A prospective cohort study. Patient Educ Couns. 104：1560-1567. 2021.
18）Schoenthaler A, et al. Medication Adherence Improvement Similar for Shared Decision-Making Preference or Longer Patient-Provider Relationship. J Am Board Fam Med. 31：752-760. 2018.
19）Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law. 111-148. 2010.
20）Agency for Healthcare Research and Quality「Shared Decision Making」 https://www.ahrq.gov/sdm/index.html（最終アクセス2026年９月28日）
21）US Preventive Services Task Force. Collaboration and Shared Decision-Making Between Patients and Clinicians in Preventive Health Care Decisions and US Preventive Services Task Force Recommendations. JAMA. 327：1171-1176. 2022.
22）Pope TM. Medicare Mandates for Shared Decision Making with Patient Decision Aids：Linking Payment to Preference. Annals of Health Law and Life Sciences. 35：143-188. 2025.
23）Mayo Clinic Knowledge and Evaluation Research（KER）Unit. https://carethatfits.org/tools/（最終アクセス2026年８月３日）
24）Allina Health「Shared decision making decision aids」 https://www.allinahealth.org/health-conditions-and-treatments/health-library/patient-education/shared-decision-making-decision-aids（最終アクセス2026年８月３日）
25）Kaiser Permanente「Making decisions about your health」 https://wa-provider.kaiserpermanente.org/resources/tools.html（最終アクセス2026年８月３日）

調査[26]によると、18歳以上の成人のうち医療に関する意思決定において「本人が希望する程度まで十分に関与できた」と回答した割合は51.3%であった。なお、国家目標としてこの割合を62.7%まで高めると設定しており、患者の意思決定への参加をより促進することが政策課題となっている。

⑵ 英国

英国では、国立医療技術評価機構（NICE）とNHS England（英国の公的医療サービスNHSの運営・政策推進を担う機関）がSDM推進の中核的な役割を担っている。NICEは「Shared Decision Making Guideline」を策定し、あらゆる医療現場においてSDMが実践されるための指針として組織・医療提供体制への定着を図っている。SDMの推奨事項や実践方法、意思決定支援ツールの活用方針を示しているほか、ケーススタディ集や患者向けの学習資料や質問ガイドなども提供している[27]。

NHS Englandは長期計画の一つである「Personalised Care」の重要施策としてSDMを位置付け、「Universal Personalised Care」の中核要素として普及を進めている。実装支援のための評価指標、意思決定支援ツール、e-learning教材や動画教材も整備されている[28]。

また英国では、NICEおよびNHS Englandという公的機関がDAの作成・集約・提供までを担っている。DAのフォーマットはNICEとNHS Englandで異なるもののそれぞれで統一されており、各々ウェブサイトに一覧で公開されているだけでなく、互いの一覧へのリンクが掲載されており、簡便にアクセスできる環境が整備されている。対象領域も感染症、糖尿病、循環器疾患、精神疾患、がんなど幅広く、医療提供の標準的な仕組みの中に組み込まれている。米国のような個別機関主導ではなく、公的機関主導で質の確保と普及を図っていることが英国の大きな特徴といえる。

NHS全国患者調査[29]では、患者が意思決定に十分関与できたと回答した割合は一般診療で62%、がん医療で70%、出産ケアで75%、救急・緊急医療で58%と報告されており、領域による差はあるものの概ね６～７割でSDMが実践されている。

⑶ 日本

日本では、2017年度に厚生労働省によって「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」が改訂されている[30]。本ガイドラインにSDMの文言はなく、ICとして記載されているものの、患者本人の意思を尊重し、医療チーム・患者及びその家族による対話を継続的に行うアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の概念が盛り込まれた。2018年度にはACPを「人生会議」という愛称に変更し、国民に向けて普及・啓発用資材の作成やポータルサイト公開が行われている[31]。また、2024年度診療報酬改定の入院基本料等の見直しにおいて、本ガイドラインの内容を踏まえた意思決定支援に関する指針の作成が要件となった[32]。

そのほかには、厚生労働科学研究（厚労科研）濱島班によって、2022年度に「がん検診における‘Shared Decision Making’推進のためのホームページ」が公開され、SDMの定義や進め方等の解

26）Office of Disease Prevention and Health Promotion. Increase the proportion of adults whose health care providers involved them in decisions as much as they wanted (HC/HIT-03), Healthy People 2030. https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/health-communication/increase-proportion-adults-whose-health-care-providers-involved-them-decisions-much-they-wanted-hchit-03（最終アクセス2026年８月26日）
27）National Institute for Health and Care Excellence「About shared decision making」 https://www.nice.org.uk/what-nice-does/our-guidance/about-nice-guidelines/about-shared-decision-making（最終アクセス2026年８月３日）
28）NHS England「Personalised care」 https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/（最終アクセス2026年８月３日）
29）Nuffield Trust. Patient experience：do patients feel involved in decisions about their care? https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/do-patients-feel-involved-in-decisions-about-their-care（最終アクセス2026年８月３日）
30）厚生労働省　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（平成30年３月改訂）
31）厚生労働省　「人生会議」してみませんか　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html（最終アクセス2026年９月28日）
32）厚生労働省　令和６年度診療報酬改定の概要

説、がん検診 DA の開発、SDM 運用マニュアルの公開がされている[33]。

日本では、国としての考え方や目標は提示されておらず、DA を一元的に集約・提供する仕組みを構築する段階に至っていない。作成主体は大学、医療機関、研究班、学会などに分散している[34,35]。また、DA およびIPDASを紹介するウェブサイトは存在するものの、掲載数や対象領域は限定的であり、主ながん検診や腎臓病関連のほか、一部の慢性疾患領域にとどまっている。このため、英国のように標準化されたツールを全国的に利用する状態ではなく、個別の研究や医療機関が単発的に作成している現状である。

実践状況については米国・英国のような患者調査はないが、2016年に報告された東京都内10区２市にある全内科標榜診療所を対象とした治療方法の決め方に関する郵送調査（調査票配布数1,989票、うち分析対象534票）[36] では、医師が複数の治療方法を説明したうえで最良の治療方法を提案し、同意を得る（IC 派）が40.6％、最良の治療方法を説明して同意を得る（Paternalism 寄り）が38.0％と大半を占め、複数の治療方法を説明したうえで患者と相談して決める（SDM派）は14.6％にとどまった。

以上を踏まえ、米国・英国・日本の SDM 実践状況を表２に整理した。

４．まとめ・考察

本稿では、日本における SDM の普及について米国・英国と比較して整理した。その結果、日本では大きく４つの課題があると考える。

① SDM を医療全般で推進する国家的な方針・制度が整備されていない

② SDM実践のための医療者教育、医療機関への実装支援が不足している

③ SDM 実践に対する医療現場の目標設定や診療報酬等の評価軸が整備されていない

④ DA の開発、更新、集約を担う基盤がない

米国では連邦法で SDM 実践を促進することが明記され、英国では SDM を標準的診療のひとつとしてガイドラインで定めている一方で、日本では医療法において IC が努力義務とされるにとどまっており、SDMの普及に対する意識は低いものと推察される。さらに、DA作成は学会や研究者、医療機関個々の努力に委ねられているが、情報収集や更新を継続することは難しいことから、米国・英国と比較して実装数・展開領域ともに少なく、また製薬企業が提供する患者向けの個々の医療情報では治療選択肢を対比させることは困難であり、SDMを実践するための環境が十分に整備されていないと考えられた。

SDM 実装の最大の障壁は時間であることが知られている[37]。特に、医療者側がSDMを重要なプロセスであると認識していても、患者やその家族に対して治療の選択肢を提示してそれぞれのメリット・デメリットへの理解を促進したうえで、患者自身の価値観の把握とそれを治療方針に反映するためには、診療時間の制約が大きいことが推察される。その解決の一つとして DA の使用が挙げられ、患者に意思決定のために必要な情報を短時間で的確に提供することで、限られた診療時間を患者とのコミュニケーションに充てることができる[12]。日本において DA を作成・普及していくためには、主体機関を設定し、最新の治療選択肢を提示、各特徴を公平に比較できる作成基準の整備や、開発した DA へ簡便にアクセスできる環境整

33）がん検診における ‘Shared Decision Making’ 推進のためのホームページ　https://sdm-gankenshin.com/（最終アクセス2026年９月28日）
34）患者さんとご家族のための意思決定ガイド 「意思決定ガイド」 https://decisionaid.jp/da/（最終アクセス2026年８月３日）
35）腎臓病 SDM 推進協会　冊子「腎臓病 あなたに合った治療法を選ぶために」 https://www.ckdsdm.jp/document/booklet/images/sdm.pdf（最終アクセス2026年９月28日）
36）久我咲子ら．Shared decision making を実践する医師の特徴－都内10区２市の診療所内科医に対する郵送調査－．日本プライマリ・ケア連合学会誌．39：209-213. 2016.
37）Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared Decision Making and the Importance of Time. JAMA. 322：25-26. 2019.

表２　米国・英国・日本における SDM 実践状況の比較

	米国	英国	日本
制度・推進主体	① ACA Section 3506 ・患者、介護者、医療者が共同して意思決定をすることの促進を明記 ※資金割り当てはなく、実装は不完全	① NICE ・SDM 実装の推奨事項、必要性の根拠と実装時の影響、DA 活用などの実践的指針を規定 ・「NICE Guideline; Shared decision making」を策定 ・SDM実践のためのDA、学習パッケージの提供 ・一般・患者向けに質問の仕方、疾患・治療薬・症状解説を公開	①厚生労働省 ・「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」の改訂 ※意思決定の尊重と継続的な対話を明記（SDM の文言はない） ・「意思決定支援に関する指針の作成」を入院料等の要件化 ・国民向け人生会議（ACP）の啓発
	② AHRQ ・SDM の実装支援、教育普及を担当 ・医療者向けにトレーニングプログラムを提供 ・SDM 研究の助成や評価指標開発の支援	② NHS England ・NHS長期計画 “Personalised care” の中核要素として明記 ・SDM 要点ガイド、実装支援システム（評価指標、DA 等）、e-learning、学習動画等のトレーニング資材の公開	②厚労科研 ・「がん検診におけるSDM運用マニュアル」の策定 ・がん検診 SDM の啓発と DA の作成
	③ USPSTF ・検診・予防接種情報に SDM に必要な情報（リスクベネフィットのバランス）を掲載		
	④ CMS ・特定の疾患／手技の SDM を Medicare の保険給付要件 ※肺がん検診、CT スキャン、心臓デバイス治療など		
DA	医療機関・医療システムごとに独自に作成・公開	NICE・NHS が作成・集約して提供	研究班、大学、学会等が個別に作成・公開 ※意思決定ガイドウェブサイトに一部集約
	Mayo Clinic（医療機関） 【件数】15件 【領域】検査、糖尿病、呼吸器疾患、甲状腺、骨粗鬆症、耳鼻科、整形外科、精神疾患、脳外科、循環器疾患 【構成】①自身の状態から算出した現時点のリスク、②選択肢の提示、③それぞれのリスク変化、用法用量、治療期間、副作用、コスト、追加治療の可能性	NICE 【件数】26件 【領域】感染症、呼吸器疾患、骨粗鬆症、大腸がん、糖尿病、精神疾患、循環器疾患、婦人科、脳外科、消化器疾患、認知症、乳がん、腎・泌尿器科 【構成】①状況・疾患の解説、②決定すべき課題の提示、③選択肢の提示、④それぞれの利益・不利益・生活への影響・リスク、⑤患者価値観の整理促進、⑥質問、理解度等のチェックリスト	がん検診 SDM（研究班） 【件数】3件 【領域】検査 【構成】選択肢の比較、それぞれの特徴（利点、欠点、方法、受けなかった場合）、選択肢の流れと確率
	Allina Health（医療サービス） 【件数】15件 【領域】耳鼻科、出生前診断、肺がん、大腸がん、腎・泌尿器科、婦人科、循環器疾患、乳がん、疼痛 【構成】①疾患・症状の解説、②決定すべき課題の提示、③選択肢の提示、④それぞれの利益、不利益、用法用量、治療期間、コスト、追加治療の可能性、⑤価値観の整理、現時点での治療選択の希望、⑥質問事項の記載、確認すべきリスト	NHS England 【件数】22件 【領域】疼痛、糖尿病、腎・泌尿器科、婦人科、耳鼻科、精神疾患、眼科、消化器疾患、循環器疾患、整形外科 【構成】①状況・疾患の説明、②決定すべき課題の提示、③選択肢の提示、④それぞれの利益・不利益・負担・リスク、⑤患者価値観の整理、⑥質問リスト・診察時メモ、⑦参考情報、出典	腎臓病 SDM 推進協会（学会等） 【件数】１件 【領域】腎・泌尿器科 【構成】①状況・疾患の解説、②選択肢の提示と概要、③追加治療の種類、④よくある質問
	Kaiser Permanente（保険システム） 【件数】80件 【領域】眼科、禁煙、耳鼻科、認知症、大腸がん、脳外科、肺がん、皮膚がん、卵巣がん、疼痛、糖尿病、アレルギー、ACP、呼吸器疾患、骨粗鬆症、出生前診断、消化器疾患、肥満、前立腺がん、腎・泌尿器科、乳がん、ワクチン、循環器疾患、婦人科、整形外科 【構成】①比較する選択肢の解説、②選択肢の比較（治療行為、利益、副作用）、治療を受けた患者の声、③価値観・考えの整理、④現時点での治療選択の希望		意思決定ガイドウェブサイト掲載 【件数】19件 【領域】アレルギー、自己免疫疾患、治験、出生前診断、肺がん、呼吸器疾患、精神疾患、婦人科、乳がん、ACP 【構成】特定の形式はなし （例）① SDM・疾患の解説、②治療選択肢の提示、③それぞれの特徴、利益、不利益
実践状況	18歳以上の成人51.3%で医療に関する意思決定に「十分に関与できた」と回答	一般診療で62%、がん医療で70%、出産ケアで75%、救急・緊急医療で58%が意思決定に十分関与できたと回答	国民・患者に対する実践状況の報告なし ※医師の実践割合として、IC 派：40.6%、Paternalism寄り：38.0%、SDM派：14.6%、Paternalism 派：6.4%

出所：文献19-36を基に医薬産業政策研究所で作成

備が重要となるだろう。

また、今後は生成 AI が患者の医療情報収集や意思決定支援に活用される可能性がある。実際に、OpenAIは2026年７月にChatGPTヘルスケアを米国ユーザー向けに公開し、患者は自身のヘルスケア情報を連携して、個人の状況に応じた健康情報の理解や受診準備、健康管理に関する支援を提供するようになった[38]。本システムは医師の協力のもと回答シナリオや評価基準を設定して正確性や安全性の測定・向上に取り組んでいるが、ハルシネーションの可能性も同時に提示している。NHS は NHS App 内に AI トリアージシステムを実装し、患者の症状に応じて救急または医療機関の受診、薬局利用、セルフケア等の適切な受療行動を提案できる環境を整備しており、2028年４月までに全アプリ利用者が利用できるようにすることを目標としている[39]。本システムのアルゴリズムは公表されていないが、先行実証試験において診療所への予約電話待機者を29％減少させることができたと報告している。日本においても、患者の意思決定時に生成 AI が活用される可能性を視野に入れ、質の高い DA を整備し、その内容や情報源を生成 AI が参照・提示できる環境を構築することが重要である。これにより、生成 AI による不正確な情報の生成やハルシネーションの抑制につながることが期待される。

日本国民に対する意識調査では「治療の意思決定に参加したい」という意向が８割を超えている[1]一方で、SDMという概念自体が知られていないことが報告されている[40]。一部の患者会での会員に対するSDMに関する講演会等の開催[41]や、医療機関[42]や製薬企業[43]が SDM に関して一般的な解説を公開等、部分的な活動は確認されているが、個々の団体による啓発では限界があるものと考える。SDMの概念や実践の必要性を浸透させることに加え、アクセスできる DA の周知、入手した情報を活用するヘルスリテラシーの向上も進めていく必要がある。

製薬業界における患者向けの情報提供の在り方は、難病治験ウェブ[44]の公開や厚労科研 渡邊班による１剤のみが承認されている疾患の啓発活動調査[45]等により、変革の兆しが見えつつある。その一方、SDMの推進においては、患者が治療選択肢の有効性や安全性などの具体的な情報にアクセスできることが重要であるが、製薬企業による情報提供は医薬品広告規制[13]との関係が大きな課題となる。製薬業界が SDM の推進に貢献するためには、販売促進活動との線引きの明確化や、公平性・中立性を担保した情報提供の基準や仕組みを整備することが必要となるだろう。

５．おわりに

SDM によって患者一人ひとりが納得感を持って治療選択を行うことは、患者参加型医療の実現につながる。特に、適切な DA の開発・普及は、限られた診療時間における医療者と患者のコミュニケーションを支援し、SDMの浸透と医療の質の向上に寄与すると考えられる。さらに、患者の意向を反映した治療選択によって、医療資源の適正利用につながる可能性もある。そのためには、国

38）OpenAI「ChatGPTヘルスケアの提供開始」 https://openai.com/ja-JP/index/health-in-chatgpt/（最終アクセス2026年９月10日）
39）NHS England「NHS accelerates artificial intelligence rollout to cut waiting times and improve care for millions」 https://www.england.nhs.uk/2026/07/nhs-accelerates-artificial-intelligence-rollout-to-cut-waiting-times-and-improve-care-for-millions/（最終アクセス2026年９月10日）
40）メルクバイオファーマ株式会社「SDM（協働意思決定）に関する意識と実態調査」調査結果概要書 https://www.merckgroup.com/jp-ja/press/mbj/2025/Summary-Report-of-SDM-Survey-Results.pdf（最終アクセス2026年8月26日）
41）NPO 法人キャンサーネットジャパン【第18回】血液がん知っとかナイト「多発性骨髄腫と SDM」 https://www.cancernet.jp/night202508（最終アクセス2026年9月28日）
42）国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター「医療や介護の方針を一緒に決める「共有意思決定」とは？」 https://www.ncgg.go.jp/ri/labo/24.html（最終アクセス2026年８月26日）
43）小野薬品工業株式会社「ONO MEDICAL NAVI」 https://p.ono-oncology.jp/support/sdm（最終アクセス2026年８月26日）
44）難病治験ウェブ https://nanbyo-chiken.nibn.go.jp/（最終アクセス2026年９月28日）
45）厚生労働科学研究成果データベース 医薬品及び医療機器の広告規制に係る現状調査と合理化に関する研究 https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/183895（最終アクセス2026年９月28日）

家としてSDMを推進する方針の策定や評価軸の設定、医療者への教育支援、質の高いDAの整備、SDMを実践することに対する医療現場の理解が不可欠であると考える。

製薬企業は治療薬に関する詳細な情報を有しており、適切で正確な医薬品情報を発信する責任を担っている。今後、患者が必要とする医療情報を提供できる方法を模索し、治療に関する意思決定を支援していくことが期待される。

補足1　IPDASの基準と項目

基　準	項　目
資格基準 ・DAとみなされるために必要とされる項目 ・はい または いいえで評価 ・全て「はい」である	・決定を必要とする健康状態や健康問題（治療、手術または検査）について記述している ・考慮すべき決定について明確に記述している ・決定のために利用可能な選択肢を記述している ・それぞれの選択肢のポジティブな特徴（利益、長所）を記述している ・それぞれの選択肢のネガティブな特徴（害、副作用、短所）を記述している ・選択肢の結果として経験することがどのようなものか記述している（例:身体的、心理的、社会的）
認定基準 ・満たさない場合、有害な偏りが生じる危険性が高いと判断される項目 ・1－4点[注1)]で採点 ・各項目で3点以上	・選択肢のポジティブ／ネガティブな特徴を細部まで同等に示している （例：同じフォント・順序・統計情報） ・採用したエビデンスの出典が示されている ・作成または出版年月日が示されている ・更新の方針についての情報を提供している ・事象や結果が起こる確率についての不確実性のレベルの情報を提供している （例：範囲を示す、「私たちの最良の推定では」といった言い回し） ・開発に使われた資金の提供元についての情報を提供している ・検査が何を測定するためのものなのかについて記述している[注2)] ・もし検査で病気や問題が見つかった場合、通常取られるステップについて記述している[注2)] ・もし病気や問題が見つからなかった場合の次のステップについて記述している[注2)] ・スクリーニング検査をしなければ、決して問題にならなかったような状態や病気を見つけることにより起こる結果（リードタイムバイアス）についての情報を含んでいる[注2)]
質基準 ・質を強化する項目 ・省略しても有害な偏りが生じる危険性が低い ・1－4点[注1)]で採点	・もし（それが適切な場合で）何もしなかった場合の、健康状態や健康問題の自然経過について記述している ・利用可能な選択肢のポジティブな特徴とネガティブな特徴を比較できるようになっている ・選択肢に関連して起こりうる結果（決定から起こりやすい結果）についての情報を提供している ・結果の起こる確率があてはまる定義された患者集団（基準集団）を明記している ・結果の起こる確率として事象の発生率を明記している ・各選択肢間の起こる確率について同じ期間を使って比較できるようにしている（実現可能な場合） ・各選択肢間の結果の起こる確率について同じ分母を使って比較できるようにしている（実現可能な場合） ・確率の表示方法を2つ以上提供している（例、言葉、数字、図表） ・患者に選択肢のポジティブな特徴とネガティブな特徴のうち、患者自身にとって、（暗示的または明示的に）どれが最も重要か考えるよう求めている ・意思決定にいたるまでの段階的な手順を示している ・医療者と選択肢について話し合うときに使うワークシートや質問リストなどのツールを含んでいる ・開発過程にクライアントや患者のニーズアセスメントを含んでいる ・開発過程に保健医療の専門家のニーズアセスメントを含んでいる ・開発過程に意思決定支援介入の開発に関わっていないクライアント／患者によるレビューを含んでいる ・開発過程に意思決定支援介入の開発に関わっていない専門家によるレビューを含んでいる ・意思決定に直面している患者を対象としたフィールドテストが行われたものである ・意思決定に直面している患者に助言をする医療者を対象としたフィールドテストが行われたものである ・研究のエビデンスがどのようにして選択されたかまたは統合されたかについて記述している ・用いた研究のエビデンスの質について記述している ・著者／開発者の学位や資格についての情報を含んでいる ・読みやすさのレベルについて報告している（利用可能な1つ以上の尺度を使用している） ・情報を得た上での患者の好みと、選ばれる選択肢がより一致するというエビデンスがある ・患者が選択肢の特徴についての知識を向上させることの助けになるというエビデンスがある ・検査結果の真陽性／真陰性／偽陽性／偽陰性の可能性についての情報を含んでいる[注2)] ・その検査を利用する場合と利用しない場合の両方において、病気が見つかる可能性について記述している[注2)]

注1）全くあてはまらない～非常にあてはまる
注2）検査時の決定に関する追加基準
出所：文献11を基に医薬産業政策研究所で作成