



SDMと診療ガイドラインの 融合を考える

京都大学大学院 健康情報学分野 博士後期課程

藤本 修平, PT, MHSc

1

本日も話している内容

- 患者と医療者の合意形成方法の歴史
- Shared decision making (SDM) の概略
 - SDMのステップとSDMに必要な患者の情報
 - SDMへの誤解と実際
- 診療ガイドラインの概略
 - 現状と課題
- 診療ガイドライン・SDMの融合を考える

2

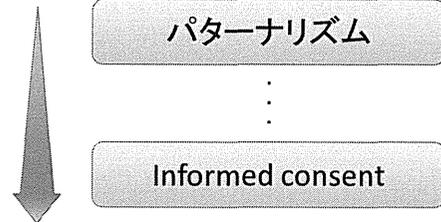
患者と医療者の意思決定

- 父権主義 (パターナリズム)
 - 医療者が善いと思った治療法をクライアントに提示し、クライアントに自律決定の機会はない
 - 倫理の4原則「善行」に重きを置いている
- Informed consent
 - 説明と同意
 - 1997年の医療法改正で、医療者の努力義務となっている

3

患者の治療決定への参加

患者の参加



4

SDM (共有意思決定) ※暫定訳

治療オプション、利益と害、患者の価値観、希望、状況を踏まえ、臨床家と患者と一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセス (Hoffmann et al, JAMA, 2014)

SDMの必須4要素

- 少なくとも医療者と患者が関与する
- 両者が情報を共有する
- 両者が希望の治療について、合意を形成するステップをふむ
- 実施する治療についての合意に達する

(Charles et al, Soc Sci Med, 1997)

5

SDMの有効性: システマティックレビューの紹介

がん患者のQOLを向上させる弱いエビデンス

(Kashaf et al, Med Decis Making, 2015)

リテラシーの低い人に対して、参加の程度、自己効力感などを改善する (Durand et al, Plos ONE, 2014)

患者アウトカムを改善するという
システマティックレビューはまだ少ない

※診療プロセス、患者の知識・意識などを改善するという報告は多い

6

SDM (共有意思決定※暫定訳)

治療オプション、利益と害、患者の価値観、希望、状況を踏まえ、臨床家と患者と一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセス (Hoffmann et al, JAMA, 2014)

SDMの必須4要素

- 少なくとも医療者と患者が関与する
- 両者が情報を共有する
- 両者が希望の治療について、合意を形成するステップをふむ
- 実施する治療についての合意に達する

(Charles et al, Soc Sci Med, 1997)

7

SDMの9steps

- (1) disclosure to the patient that a decision needs to be made
- (2) formulation of equality of partners
- (3) presentation of treatment options
- (4) informing on the options, benefits and risks
- (5) investigation of understanding and expectations
- (6) identification of both parties' preferences
- (7) Negotiation
- (8) shared decision
- (9) arrangement of follow-up

医療者から提供する情報
患者から聞き出す情報

(Simon et al, Patient Edu Counsel, 2006)

8

Patients' understanding

SDMでは、ヘルスリテラシーが低い人が、治療の判断を医師に任せる「おまかせ医療」を希望する割合が高い

(Yin et al, Acad Pediatr, 2012)



理解の程度を確認しながら進める必要がある

例) Teach back (復唱法): 医療者の説明内容を、クライアントの言葉で説明してもらう

(Tamariz et al, J Gen Intern Med, 2013)

9

Patients' Expectations

多くの患者は、治療による利益を大きく見積もり、治療による害を小さく見積もる

(Hoffmann et al, JAMA Intern Med, 2015)



患者の期待の程度や内容を把握することで、その都度対応することができるかもしれない

10

Patient value/preference

SDMの定義で最も使われた概念は、patient preference

(Makoul & Clayman, Patient Edu Counsel, 2006)

Table 1
Concepts used in definitions of SDM*

67.1%	Patient values/preferences
59.9%	Options
46.0%	Partnership
37.3%	Patient participation
36.6%	Patient education
35.4%	Risks/benefits (pros/cons)
31.7%	Deliberation/negotiation
30.4%	Doctor knowledge/recommendations
29.2%	Mutual agreement
26.7%	Process/angles
23.6%	Middle ground
23.0%	Information exchange
18.0%	Make or explicitly defer decision
16.8%	Present evidence
13.0%	Define/explain problem
13.0%	Define roles (desire for involvement)
11.8%	Unbiased information
11.8%	Check/clarify understanding
11.2%	Flexibility/individualized approach
10.6%	Mutual respect

Table 1 SDM behaviour as described by Makoul & Clayman (2006)

Essential elements	Define/explain problem
	Present options
	Discuss pros/cons
	Patient values/preferences
	Discuss patient ability/self-efficacy
	[Share] knowledge/[make] recommendations
	Check/clarify understanding
	Make or explicitly defer decision
	Arrange follow-up
	Unbiased information
	Define roles (desire for involvement)
Ideal elements	Present evidence
	Mutual agreement

* Categories mentioned in at least 10% of articles with conceptual definitions are listed.

11

Patient preferenceの定義

様々な情報を吟味して表出される希望

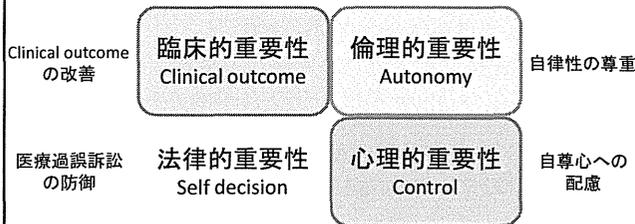
認知された希望

(Bower et al, Soc Sci Med, 2005)
(National Library of Medicine)
(Weijden et al, Implement Sci, 2010)

12

Patient preference

- 臨床倫理学におけるPatient preference
(Jonsen et al, *Clinical Ethics* 7th ed, 2010)



13

SDMへの誤解

すべての患者が主治医と意思決定の過程を共有したいと考えているわけではない

- A. 70~90%以上の患者がSDMを希望している
(Davey et al. *Health Expect.* 2002, Coulter & Jenkinson. *Eur J Public Health.* 2005)

自分は、すでに実践している

- A. 実践できている医療者は非常に少ない
(Couet et al. *Health Expect.* 2013; Dierckx et al., *Phys Ther.* 2013)

14

SDMの9steps

- (1) disclosure to the patient that a decision needs to be made
- (2) formulation of equality of partners
- (3) presentation of treatment options
- (4) informing on the options, benefits and risks
- (5) investigation of understanding and expectations
- (6) identification of both parties' preferences
- (7) Negotiation
- (8) shared decision
- (9) arrangement of follow-up

医療者から提供する情報
患者から聞き出す情報

(Simon et al, *Patient Edu Counsel*, 2006)

15

医療者の持つ情報を共有しているか？

SDMの先行研究(ランダム化比較試験37件)のなかで、医療者が持つ情報として、どのようなものを共有しているか？

疾患	治療計画内容の情報	治療・検査の利益と不利益	病気の症状、重症度などの情報	治療・検査情報	合併症のリスク	科学的根拠に基づいた情報
全体	4	26	16	15	6	5
精神疾患	3	3	3	0	0	1
癌	0	3	4	4	3	1
呼吸器疾患	0	5	2	0	0	1
循環器疾患						0
糖尿病						0
難病						0
慢性疾患	0	5	2	1	0	2
歯科	1	1	0	3	0	0
在宅看護	0	1	0	0	0	0

比較的、共有されている？

16

患者が持つ情報を共有しているか？

SDMの先行研究(ランダム化比較試験37件)のなかで、患者が持つ情報として、どのようなものを共有しているか？

内容	件
患者の希望	10
患者の理解	10
患者の価値観	5
患者の不安	5
患者の満足度	2
患者が感じる治療目標の達成度	1
治療効果への期待度	1

Preference、理解、期待はあまり共有されていない？

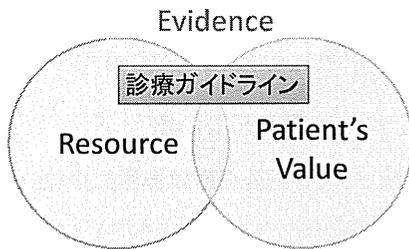
17

SDMのまとめ

- SDMを実践するために方法論の提示も必要
 - SDMの9ステップ
 - エビデンスの提示(適用)はもちろん
 - ※「適用」はふさわしくない...
 - 患者の理解、期待、希望、価値観も大事
- 先行研究を参考にしようと考えた時に
 - SDMの介入研究では、
 - 医療者から患者への情報提供に関する記載は比較的多い(提示する時のツール)
 - 患者からの情報提供(理解、期待、希望)は...

18

EBMと診療ガイドライン



(Muir Gray, Evidence-Based Healthcare, 2001)

診療ガイドライン

診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考慮し、最善の患者アウトカムを目指した推奨を提示することで、患者と医療者の意思決定を支援する文書。

(Minds, 診療ガイドライン作成の手引き, 2014)

1. 臨床プロセスが改善(55/59論文)
2. 臨床アウトカム(9/11論文)

(Grimshaw et al, Lancet, 1993)

20

診療ガイドラインの質評価

AGREE: 6領域、24項目で質を評価
Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation



21

診療ガイドラインの質評価

- 領域2: 利害関係者の関与
 - No5: 対象集団(患者、一般など)の価値観や希望が探し求められたか
- 領域5: 適用可能性
 - No19: どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している

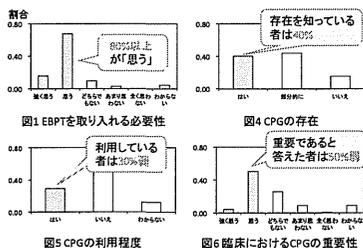
診療ガイドラインでは ↓

患者の価値観や希望、適用の方法が含まれていることが望ましい

22

診療ガイドラインの意識調査

理学療法士の臨床家では



オーストラリア、アメリカ、カナダでは約95%のPTが診療ガイドライン意識している (Salbach et al., 2011など)

Q. 見ている診療ガイドラインはなんですか?
A. PubMed

23

診療ガイドラインの意識調査

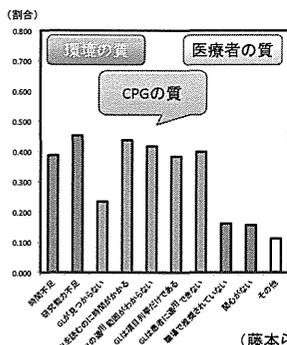
医師では

- 小児科医、耳鼻咽喉科医では全体の約40%が診療ガイドラインを参考に必要性を感じていない (伊藤ら, 小児耳鼻咽喉科, 2008)
- 動脈硬化症疾患診療ガイドラインに対して意識している医師は約87% (松永&朔, Prog Med, 2005)

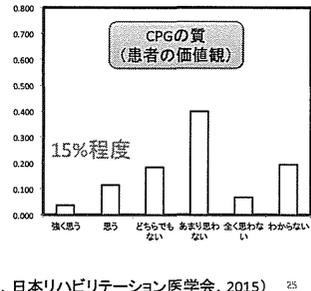
24

なぜ使われないか？

診療ガイドラインの阻害要因



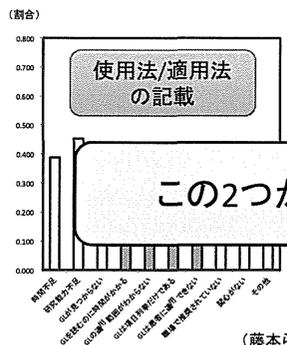
診療ガイドラインと患者の価値観を統合できる



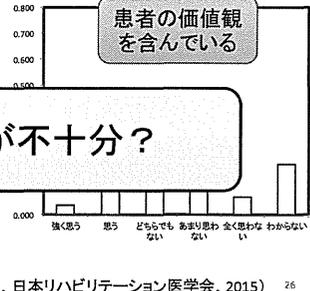
(藤本ら、日本リハビリテーション医学会、2015) 25

診療ガイドラインの質に注目

診療ガイドラインの阻害要因



診療ガイドラインと患者の価値観を統合できる



(藤本ら、日本リハビリテーション医学会、2015) 26

患者の価値観、適用方法などの情報を入れるとなお良い？

AGREE II の点数(平均値、SD)

疾患、治療	scope & purpose	利害関係者の関与	rigor of development	clarity of presentation	適用可能性	editorial independence
緩和ケア治療	41.56(22.79)	47.69(22.08)	23.69(23.28)	73.19(17.73)	22.29(16.55)	29.25(29.53)
伝統医療	60.0(7.62)	56.1(7.57)	42.70(9.81)	62.50(6.92)	20.3(3.24)	44.58(17.24)
若年性閉経リウマチ	72.67(13.80)	66.87(9.81)	64.67(7.77)	87.00(9.84)	14.20(6.57)	43.44(7.02)
フィッシャーシーラント	65.87(38.37)	46.33(40.50)	47.67(45.00)	56.33(37.17)	38.87(44.46)	25(28.00)
皮膚疾患	64.2(19.00)	47(17.81)	47.24(21.93)	67.12(15.63)	45.78(14.33)	52.28(16.48)
重症筋無力症	60.93(16.62)	40.93(20.04)	37.22(30.46)	64.26(16.36)	28.19(20.56)	27.78(28.28)
関節リウマチの薬剤管理	69(58-81)	33(25-50)	25(11-47)	67(56-83)	6(2-25)	38(4-63)
小児頭痛	74.2(12.8)	63.5(16.1)	61.7(19.8)	75.3(12.1)	46.7(15.4)	59.3(11.8)
アメリカ整形外科学会が刊行している診療ガイドライン	94(4.16)	83(3.71)	94(1.13)	92(3.74)	48(8.17)	78(2.48)
慢性的痛症	73.7(13.8)	53.1(12.9)	46.9(27.7)	76.7(15.9)	35.1(12.3)	41.9(40.8)
尋常性痤瘡	72.18(37.35)	46.23(25.64)	58.05(25.91)	93.46(11.41)	22.93(31.31)	63.76(49.83)
母乳の採集	51.5(10.3)	59.5(23.2)	79.3(9.6)	66.0(11.6)	42.5(19.9)	51.0(28.0)
臨床生化学	63(20)	63(28)	39(23)	61(25)	3(19)	52(22)
視覚聴覚	59.7(9.3)	41.9(20.7)	44.4(17.3)	54.5(30.5)	12.5(11.1)	52.6(41)

27

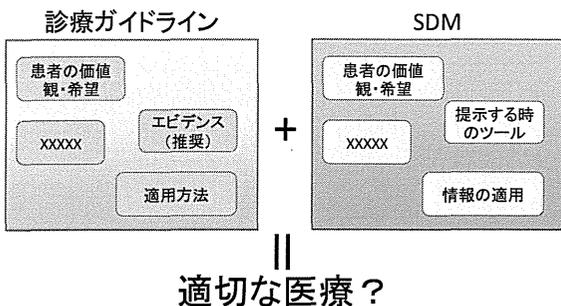
診療ガイドラインとSDMのまとめ

- 診療ガイドラインを手元に置いて診療の支援に
 - 診療プロセス、アウトカムに有効そうである
- 診療ガイドラインの質が注目され始めてる
 - 患者の価値観、適用方法などに関する記載で
 - もっと医療者の意思決定を支援できそうだ
- SDMの実践
 - SDMの9ステップ
 - エビデンスの提示(適用)
 - 患者の理解、期待、希望、価値観

28

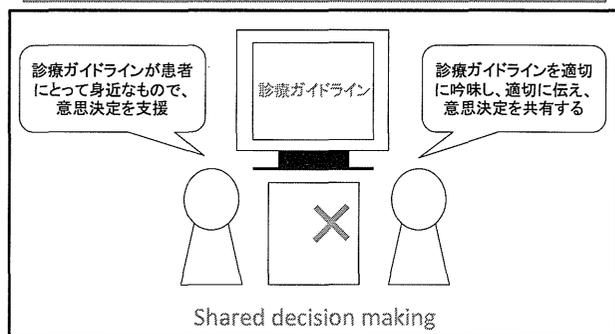
SDMと診療ガイドラインの相互作用

補い合い、どちらかの質が上がれば相互に作用



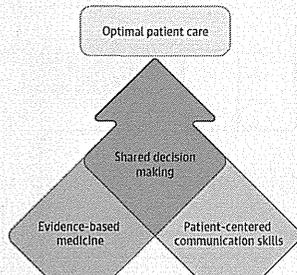
29

医療者に必要なスキルに...



30

SDMが無ければ、EBMは圧政 (tyranny) になる



Without shared decision making, EBM can turn into evidence tyranny.

ご清聴ありがとうございました (mann et al., JAMA, 2014)

様々な医療の現場におけるSDMの試み 脳卒中リハビリテーションの立場から

京都大学大学院社会健康医学系専攻
河北リハビリテーション病院
作業療法士 今 法子

本日の内容

- ◆脳卒中リハビリテーションの現状
- ◆Shared Decision Making (SDM) と Informed Consent (IC) との違い
- ◆臨床場面におけるSDM
- ◆SDMの効果を見るためには
- ◆今後の展望

脳卒中



身体機能や言語機能などに様々な影響
(Snaphaan L, Stroke, 2007)



脳卒中ガイドライン2015

1-6 回復期リハビリテーション

移動、セルフケア、嚥下、コミュニケーション、認知などの複数領域に障害が残存した例では、急性期リハビリテーションに引き続き、より専門的かつ集中的に行う回復期リハビリテーションを実施することが勧められる (グレードB)。

脳卒中患者に対する回復期リハビリテーションの重要性

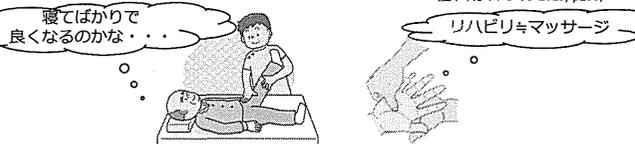
さまざまな障害や問題に対して、薬物療法、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、手術療法等の適応を判断しながらリハビリテーションを行うことが勧められる (グレードB)。

脳卒中リハビリテーション

2-1 運動障害・ADLに対するリハビリテーション

脳卒中ガイドラインにおいて、有効な治療法は示されていないものの手技が主流

有意な治療効果の差は認めなかった (レベル2)
(脳卒中ガイドライン2015, p286)



SDMのような意思決定の必要性

リハビリテーション分野のSDM

"shared decision making"[ti] AND stroke 11件

研究デザイン：ランダム化比較試験
対象：二型糖尿病患者 154人
介入：SDM program*を受けた
比較：SDM programを受けなかった
アウトカム：リスクの理解 など (Buhse, BMJ Open, 2015)

- *SDM program
- (1) 心臓発作予防に関するdecision aid
 - (2) 糖尿病に対する患者教育
 - (3) プロバイダートレーニング



SDMには効果があるかもしれない

SDMは効果があるかもしれない

現在臨床現場で行われているICは
どのような違いがあるだろう？

7

ICとの違いは？

治療者と患者の同意形成手段

IC

患者への“説明と同意”
臨床現場で広く使用
(Whitney, Ann Intern Med, 2004)

SDM

治療決定の合意に至る
プロセスを重視
(Charles, Soc Sci Med, 1997)

両者において使い分けがされているか？

ICの記述 ⇔ SDMの4要素 (Key characteristics of SDM)



- 1) 少なくとも医師と患者が参加する
- 2) 医師と患者が情報を共有する
- 3) 医師と患者が希望の治療について同意を形成するステップをふむ
- 4) 医師と患者が実施する治療についての合意に達する

(Charles, Soc Sci Med, 1997)

レビューからわかったこと

著者	発行年	4つの要素			
		1	2	3	4
Andrykowski MA	1995	○	○	×	×
Anne Fenety	2009	○	○	○	○
Dlugokinski M	2001	○	○	×	×
Everett CR	2005	○	含まれる項目、		
Migden M	2008	○	含まれない項目		
Russell RJ	1991	○	と多様		
Sato Yoko	2001	○	×	×	×
今井かおり	2001	○	×	×	×
宮崎久美	2002	○	○	×	○

ICとSDMが混同して用いられている可能性

8

ICとSDMは混同して
用いられているかもしれない

臨床現場ではSDMがされているのか？

10

患者と療法士のSDM

わかっていること

- 患者と療法士のコミュニケーション不足
- 治療に対する認識の相違
- 治療を決めるにあたり不十分な情報

(Maitra KK, Am J Occup Ther. 2006; Dierckx K, Phys Ther. 2013)

わかっていないこと

- 患者や療法士がリハビリテーションの決定プロセスをどのように認識しているか (なぜこのような認識の相違が生じるか)
- どのような情報が不十分であるか

11

脳卒中患者と作業療法士に聴取

半構造化面接を用いた質的研究

患者

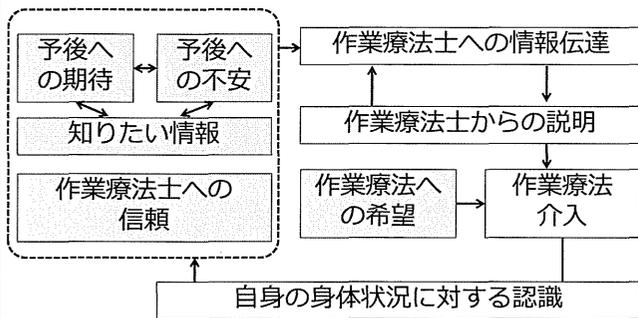
作業療法の時間は、どのようなことを行っていますか
作業療法の内容は、どのように決めていますか
作業療法の内容について担当の作業療法士と話しますか

作業療法士

どのような作業療法を行っていますか
作業療法の内容はどのように決めましたか
作業療法の内容について患者とどのような話をしますか

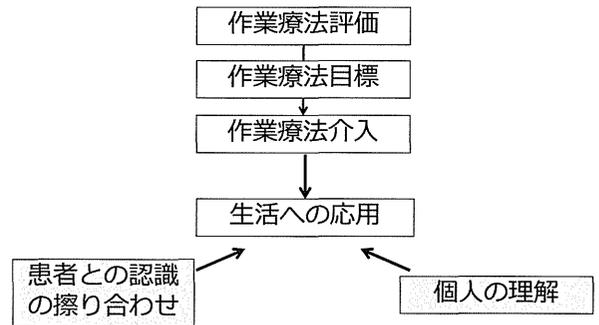
12

患者の認識する作業療法プロセス



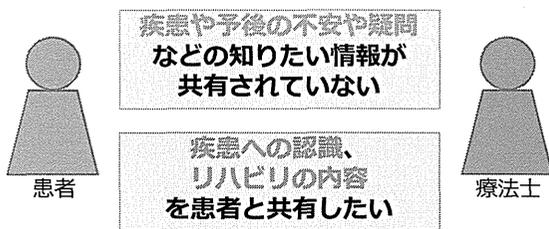
13

作業療法士の認識する作業療法プロセス



14

患者と療法士の情報共有



患者の知りたい情報と療法士の提供する情報が一致していない可能性

15

リハビリテーションの現場でもSDMが十分に行われていないかもしれない

SDMをしている・していないはどのように評価するのだろうか？

16

SDM評価指標

24種類

これらはSDMプロセスの何を評価している？

9つのステップ*を用いて分析



17

9つのステップ

1. 意思決定の必要性を認識すること
2. 意思決定の過程において対等なパートナーであると認識すること
3. すべての選択肢を同等のものとして記述すること
4. 選択肢の良い点・悪い点の情報交換
5. 理解と期待の吟味
6. 好みを特定すること
7. 選択肢と合意にむけて話し合うこと
8. 意思決定を共有する（責任の共有）
9. 共有した意思決定のアウトカムについて評価する時期を調整すること

(山口ら, 精神リハ誌, 2013)

米国Department of Health and Human Servicesの説明をもとに著者らが作成

SDM指標の評価結果-1

No	指標	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Control Preference Scale				○	○	○	○	○	
2	OPTION scale	○		○	○	○	○	○		
3	ISDM					○	○	○	○	
4	SDM scale	○			○				○	○
5	CAHPS communication scale			○	○					
6	SDM-Questionnaire-9	○	○	○	○	○	○	○	○	
7	ACEPP Tool			○	○	○				
8	PICS			○	○	○				○
9	CollaboRATE score									
10	D-Option scores	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11	Decisional Conflict Scale			○	○	○	○			
12	Decision Self-Efficacy scale				○	○			○	
13	Health Care Climate Questionnaire	○	○		○	○	○	○	○	
14	SURE scale				○					

19

SDM指標の評価結果-2

No	指標	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	MAPPIN'SDM				○	○	○	○	○	○
16	SDM Questionnaire Doc	○		○	○	○	○	○	○	
17	Satisfaction with Decision scale							○		
18	SDM-Questionnaire	○	○	○	○	○	○	○	○	○
19	LATCon Scale	○	○		○	○	○	○	○	○
20	Decisional Regret Scale									
21	COMRADE questionnaire				○	○	○	○	○	
22	Cologne Patient Questionnaire	○	○							
23	DSAT					○		○	○	○
24	Autonomy Preference Index	○				○			○	

9つのステップのうち、
同じものを評価しているものは見当たらない

20

効果を見るためには、評価が必要
評価指標によって試しているものが違う

どのプロセスが含まれている評価指標を
選択すれば良いかわからない

リハビリ分野において
SDMに必要なプロセスを調べよう

21

SDM Questionnaire for Reha

作成中

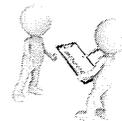
(with 藤本&尾川)

臨床家による
Focus group
interview

リハビリ分野で
SDMに必要な
要素抽出

仮質問紙の
作成プレ
アンケート

信頼性・
妥当性の
検討



22

地域医療の現場から -高齢者リハビリテーションを中心に-

星城大学リハビリテーション学部
作業療法学専攻 講師
大浦 智子
OTR, MPH

「Shared decision making (SDM) の今、これから
: 診療ガイドラインの新たな可能性を考える」
◎ 京都大学 慈恵川 オフィス
2016.2.24

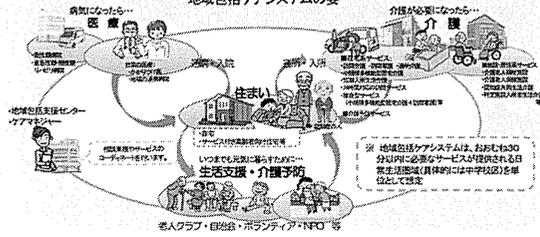
Key words

- 高齢者医療・リハビリテーション
- 根拠に基づく実践 (Evidence-based Practice)
- 患者中心のケア: Patient-centered care
- 共有決定 (Shared Decision Making (SDM))

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

地域包括ケアシステムの姿



厚生労働省ホームページ:
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/

地域包括ケアシステムの捉え方

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したものです。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者の「プライバシー」と「尊厳」が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たすものと考えられます。

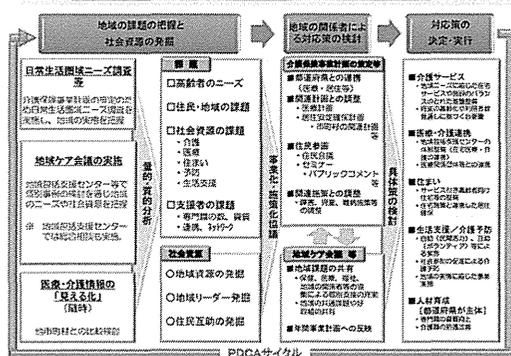


出典:平成25年2月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

厚生労働省ホームページ:
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



厚生労働省ホームページ:
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/

高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会 報告書(2015年3月)

V 今後更に議論すべき課題等

1. 通所・訪問リハビリテーション機能の再検討
2. 地域のリハビリテーション活動の普及と地域資源の発掘
3. 医療と介護の連携
4. 多職種連携・協働
5. 市町村の役割
6. リハビリテーションに関する人材の資質向上
7. 認知症のリハビリテーション
8. 国民へのリハビリテーションの啓発普及
9. その他

厚生労働省ホームページ:
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>

臨床実践でのSDM

- SDMは、患者と専門職とのパートナーシップとしての臨床的決断に相当する
 - 治療目標とプランの理解を分かち合えるように焦点を当てたコミュニケーション
- SDMの究極的な目標
 - 患者の自律を尊重し、患者の望みと一致する意思決定
- 患者を含む意思決定プロセスに含まれるもの
 - 健康問題の認識と明確化
 - 可能な解決策の同定
 - 可能な解決策の評価
 - 選択した解決策の実現
 - 解決策の評価

(Hoffman T, et al. Evidence-Based Practice Across the Health Professions, 2nd Edition, 2013)

さまざまな状況でのSDMの適切性

- 半構造化面接を用いた質的研究
 - 患者(12人)
 - 一般開業医(12人)
 - 保健行政と研究の専門家(13人)
- SDM
 - 重症疾患および慢性疾患の中で最も重要
 - 複数の治療選択肢がある場合に必要
 - 特に、どのオプションが最適かが明らかではない場合
 - 予防や終末期の意思決定
 - 情報を得た患者によってなされるべきもの
- パターナリスティックな決定
 - 緊急時
 - 患者が意思決定への参加を望んでいない時

(Muller-Engelmann M, et al. Patient Edu Couns. 2011)

当事者の思い・認識

訪問リハビリテーション利用者における生活目標と利用開始のきっかけの違い

15

領域	二次テーマ (コード合計数, %)	一次テーマ	コード		
リハの期待や効果に気づくきっかけ	良くなることへの期待 (16コード, 37.5%)	良くなることへの期待	5		
		回復への期待	4		
		立ち・座り・移動への期待	3		
		元の生活への期待	1		
		体の自由の維持への期待	1		
	他者からの勧め (5コード, 12.5%)	他者からの勧め	5		
		退院後のリハの継続 (3コード, 7.5%)	3		
		同居者の効果を実感	1		
		リハ効果の実感による動機づけ (3コード, 7.5%)	3		
		視サービスへの満足	1		
自身の状態認識に気づくきっかけ	身体の不調と制限 (8コード, 20.0%)	身体の不調や障害	7		
		自発運動の制限	1		
		移動の困難	1		
		外出への制限 (3コード, 7.5%)	3		
		外出へのバリア	1		
	自分のため (3コード, 7.5%)	自立生活のための必要性	1		
		自分の体のため	1		
		身体を動かす必要性	1		
		表3. 生活目標 (n=25, 全28コード)			
		領域	二次テーマ (コード合計数, %)	一次テーマ	コード
生活に支える前向きな目標	自分らしい活動 (8コード, 28.6%)	料理	2		
		主婦業	1		
		ボランティア参加	1		
		他者との交流	1		
		デパートめぐり	1		
	自立的な生活 (3コード, 10.7%)	軌道活動	1		
		自分のことは自分でしたい	1		
		家族に迷惑をかけたくない	1		
		人に頼らずにできる	1		
		今の生活維持	1		
生活の維持とよりよい生活への希望 (7コード, 10.7%)	大切な毎日	1			
	楽しい日々の生活への希望	1			
	歩行や移動能力の改善 (7コード, 25.0%)	歩行や移動能力の改善	6		
		移動の自由	1		
		移動も外出 (4コード, 14.3%)	一人で外出	3	
			外出	1	
			リハ継続効果への信念 (1コード, 3.6%)	リハ継続効果への信念	1
	発症前の身体能力の回復と完治 (1コード, 3.6%)			発症前の身体能力の回復と完治	1
				痛みのない生活への希望 (1コード, 3.6%)	痛みのない生活への希望
		痛みのない生活への希望			1

(木清智子・他. 作業療法 2014)

当事者と提供者

訪問リハビリテーションの内容は、両者で共有されているだろうか？

17

	Pairs		Users		Providers	
	N	%	N	%	N	%
Muscle and physical strength	34	91.2%	31	91.2%	25	73.5%
Stretching and exercise of range of motion	33	90.9%	30	90.9%	28	84.8%
Indoor movement	33	81.8%	27	81.8%	20	60.6%
Massage	32	71.9%	23	71.9%	17	53.1%
Paralysis improvement exercise	31	71.0%	22	71.0%	10	32.3% *
Self-training and advice	31	64.5%	20	64.5%	23	74.2%
How to move	32	59.4%	19	59.4%	13	40.6%
Housing repair and devices	31	48.4%	15	48.4%	10	32.3%
Outdoor movement	32	46.9%	15	46.9%	12	37.5%
Floor sitting and standing	32	37.5%	12	37.5%	5	15.6% *
Climbing stairs and entrance	34	32.4%	11	32.4%	9	26.5%
Self-care activities	31	32.3%	10	32.3%	3	9.7% *
Consultation for anxiety and worries	31	32.3%	10	32.3%	12	38.7%
Breathing	33	33.3%	11	33.3%	4	12.1%
Speaking, reading, and writing	33	21.2%	7	21.2%	5	15.2%
Housework and leisure activities	30	20.0%	6	20.0%	8	26.7%
Choking and swallowing	32	9.4%	3	9.4%	0	0.0%
Working	29	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

McNemar's test was used with statistical significance set at P < 0.05. *p < 0.05.

当事者が認識している訪問リハビリテーション内容は、提供者が提供しているものと異なる (Ohura T, et al. JPT5, 2015)

	Pairs		Users		Providers	
	N	%	N	%	N	%
Family relationships	32	96.9%	31	96.9%	32	100.0%
Risk of falling	32	96.9%	31	96.9%	27	84.4%
Symptoms and sequelae	30	29	96.7%	25	83.3%	
Pain and suffering	30	29	96.7%	27	90.0%	
Choking and swallowing	29	28	96.6%	29	100.0%	
Friendship	32	30	93.8%	32	100.0%	
Work and hobbies	30	28	93.3%	30	100.0%	
Decline of physical strength and fatigue	31	28	90.3%	28	90.3%	
Decreased frequency going out	31	27	87.1%	26	83.9%	
Muscle weakness	30	26	86.7%	28	93.3%	
Forgetfulness	30	26	86.7%	26	86.7%	
Anxiety about the future	30	26	86.7%	25	83.3%	
Self-care activities	32	27	84.4%	31	96.9%	
Housework	31	26	83.9%	30	96.8%	
Use of public transportation	30	25	83.3%	29	96.7%	
Climbing stairs	31	25	80.6%	28	90.3%	
Walking and moving	30	24	80.0%	28	93.3%	

McNemar's test was used with statistical significance set at P < 0.05. There were no significant differences.

当事者が認識している訪問リハビリテーションの効果は、提供者の認識と違いがない
(Ohura T, et al. JPTS, 2015)

家族と提供者
訪問リハビリテーションの内容は、
両方で共有されているだろうか？

	Analyzing pairs		User families		Providers	
	N	%	N	%	N	%
Stretching and exercise of range of motion	47	91.5	43	39	83	
Muscle and physical strength	44	37	84.1	32	72.7	
Paralysis improvement exercise	40	30	75	7	17.5 *	
Massage	43	26	60.5	10	23.3 *	
How to move	47	35	74.5	30	63.8	
Floor sitting and standing	47	12	25.5	6	12.8	
Self-care activities	46	12	26.1	4	8.7 *	
Indoor movement	49	34	69.4	30	61.2	
Outdoor movement	48	20	41.7	18	37.5	
Climbing stairs and entranceway	46	16	34.8	13	28.3	
Breathing	42	12	28.6	8	19	
Choking and swallowing	43	5	11.6	3	7	
Speaking, reading, and writing	44	11	25	8	18.2	
Self-training and advice	45	32	71.1	28	62.2	
Housing repair and devices	46	18	39.1	12	26.1	
Consultation for anxiety and worries	46	23	50	16	34.8	
Housework and leisure activities	45	5	11.1	5	11.1	
Working	49	1	2	0	0	

An "analyzing pair" consisted of a user family response and a provider response. Incomplete pairs were excluded from the "analyzing pairs" in each item.

McNemar's test (binomial distribution) was used with statistical significance set at P < 0.05. * p < 0.05.

家族が認識している訪問リハビリテーション内容は、提供者が提供しているものと異なる
(Ohura T, et al. JPTS, 2015)

	Analyzing pairs		User families		Providers	
	N	%	N	%	N	%
Symptoms and sequelae	48	45	93.8	33	68.8 *	
Pain and suffering	47	44	93.6	36	76.6 *	
Risk of falling	50	47	94	43	86	
Decline of physical strength and fatigue	50	41	82	39	78	
Muscle weakness	49	42	85.7	39	79.6	
Decreased frequency of going out	45	37	82.2	42	93.3	
Choking and swallowing	48	45	93.8	45	93.8	
Forgetfulness	49	46	93.9	44	89.8	
Walking and moving	49	42	85.7	38	77.6	
Climbing stairs	47	38	80.9	41	87.2	
Use of public transportation	43	36	83.7	43	100	
Self-care activities	49	43	87.8	44	89.8	
Housework	37	30	81.1	36	97.3	
Work and hobbies	43	38	88.4	43	100	
Family relationships	48	48	100	48	100	
Friendship	44	42	95.5	44	100	
Anxiety about the future	48	45	93.8	44	91.7	

An "analyzing pair" consisted of a user family response and a provider response. Incomplete pairs were excluded from the "analyzing pairs" in each item.

McNemar's test (binomial distribution) was used with statistical significance set at P < 0.05. * p < 0.05.

家族が認識している訪問リハビリテーションの効果は、提供者の認識と異なる
(Ohura T, et al. JPTS, 2015)

介護支援専門員と訪問介護員
訪問リハビリテーションに何を期待しているのだろうか？

表2 期待していた訪問リハビリテーションの効果(介護支援専門員における割合の多い順)

	介護支援専門員		訪問介護員	
	N	%	N	%
身体機能の回復	77	80.2%	85	59.0%
動きやすさ(寝る・起きる・座る・立つなど)の改善	73	76.0%	88	61.1%
現状維持	65	67.7%	90	62.5%
屋内の移動や移動能力の改善	62	64.6%	65	45.1%
身のまわり動作(トイレ・食事・入浴・更衣など)の改善	58	60.4%	75	52.1%
住宅改修や福祉用具(手すりや車いす、杖など)の情報提供・助言	45	46.9%	38	26.4%
ご利用者様や家族様による自己訓練の習得	45	46.9%	20	13.9%
屋外の歩行や移動能力の改善	42	43.8%	30	20.8%
体力・筋力の増強	37	38.5%	63	43.8%
階段の上がり下りや玄関の出入りのしやすさの改善	31	32.3%	12	8.3%
ご家族の介護負担軽減	28	29.2%	37	25.7%
介護者(ヘルパー等含む)の介助量軽減	18	18.8%	27	18.9%
精神・認知機能の回復	18	18.8%	17	11.9%
心配事や不安の軽減	13	13.5%	23	16.0%
閉じこもり予防	11	11.5%	22	15.3%
興味関心の向上や余暇活動の拡大	11	11.5%	11	7.6%
家事や仕事への復帰	10	10.4%	6	4.2%
畳(床)の上での立ち・座りの改善	10	10.4%	17	11.8%
呼吸のしやすさの改善	8	8.3%	10	6.9%
読み・書き・話しにくさの改善	6	6.3%	6	4.2%
安全な飲み込みやむせの改善	6	6.3%	16	11.1%
その他	0	0.0%	4	2.8%
なし	0	0.0%	1	0.7%

介護支援専門員: N=96
訪問介護員: N=144
(大浦智子・他. 作業療法 2013)

みえてきた課題

- 当事者の「こんなふうに暮らしたい」と、「リハビリテーション」がつながりにくい
- 当事者や家族が認識している訪問リハビリテーション内容は、提供内容と異なる
- 家族が感じている「効果」は、提供者と異なる
- 介護支援専門員や訪問介護員が期待する訪問リハビリテーションの効果は、心身機能の改善・維持や基本動作に焦点があてられがちである

25

このような「お悩み」はありますか？

「あなたらしい生活」を応援します！

訪問リハビリテーションは、心身機能の維持や回復に向けた訓練だけでなく、身のまわりの動作や家事、通院など様々なことに取り組むことです。あなたの「できる」といふ「ありたい」という気持ちをもとに、お身体の状況に合わせた個別のアドバイスを提供します。

毎日の生活は、食事、移動、トイレや入浴などの身のまわりの動作だけではありません。家事や掃除、外出など、これまでの生活の中で当たり前であったことは個人によって異なります。個人を尊重し、「あなたらしい生活」を築くことが出来るよう、支援します。

病気になったため「できることを続ける」ことで、「あなたらしい生活」を歩み、介護される方の負担も少なくなります。ご本人の心身の状態に応じて、持っている力が発揮できるような生活環境を整えます。

病状や思い通りに暮らしたい、でも「希望しないから」だよね...

訪問リハビリテーションを利用して...

病状が手戻りがある、自分でできることを、もう一度確認してみたい。

訪問リハビリテーションを利用して...

介護が必要になった時の対応がわからない、トイレや食事の介助が大変、どうすれば本人に強っているかを確認できるのかわからないか？

訪問リハビリテーションを利用して...

病状がわからないからベッドに寝て食べている

大浦智子(報告書)、在宅医療助成 勇美記念財団 : http://www.zaitaikuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_2012090505219.pdf

地域における高齢者リハビリテーション

1. 通所・訪問リハビリテーション機能の再検討
2. 地域のリハビリテーション活動の普及と地域資源の発掘
3. 医療と介護の連携
4. 多職種連携・協働
5. 市町村の役割
6. リハビリテーションに関する人材の資質向上
7. 認知症のリハビリテーション
8. 国民へのリハビリテーションの啓発普及
9. その他

『高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書』 V 今後更に議論すべき課題等
厚生労働省ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/000081900.pdf>

SDMを促進するために・・・

- 患者の(と家族)の経験や期待を理解する
- パートナーシップを築く
- 不確実性についてのバランスの取れた議論を含め、エビデンスについて話し合う
- 現在の推奨
- 理解と合意の確認

(Hoffman T, et al. Evidence-Based Practice Across the Health Professions, 2nd Edition, 2013)

地域医療でSDMを促進するために・・・

- 病院は「治療」の場/ 在宅は「生活」の場
- 生活の場で、治療の選択肢は、多数存在
- 目指す着地点も、人・家族・地域・文化によって異なる

どこに向かうか、一緒に決める
どうやって向かうか、一緒に決める

提供者は、患者のことをよく知り、活用できる資源を共有し、相手に理解できる形で専門的見地から情報を提示する

→特に在宅では、「治る」だけでなく、「病気や障害と」うまくつきあっていくことも多く、医療提供者も「ひとりの人間」として一緒に歩む色合いが濃い

26

ご清聴、ありがとうございました。

30

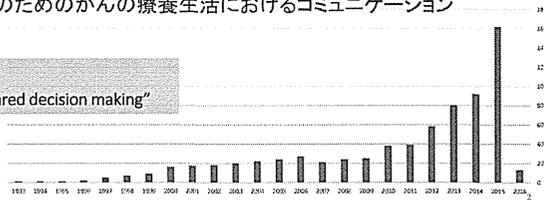
様々な医療の場におけるSDMの取り組み がんケアの立場から

東京医科大学医学部看護学科 看護情報学
瀬戸山陽子
setoyama@tokyo-med.ac.jp

本日の内容

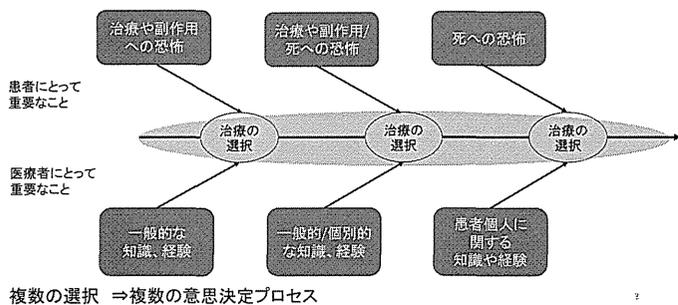
1. がん治療・ケアにおける意思決定の特徴
2. プロセスを共有するためのツール: Decision Aids
3. 意思決定のための情報整備”エビデンスとナラティブ”
4. SDMのためのがんの療養生活におけるコミュニケーション

Pubmed:
"Cancer" "Shared decision making"



がんにおける意思決定の特徴

Zafar (2009)を一部改稿



意思決定のプロセスを共有するためのツール:

Decision Aids (OHRI: Ottawa Hospital Research Institute)

- どのような意思決定をする必要があるかを明らかにし、
 - 選択肢や予想される結果に関する情報を提供し、
 - 個人の好みや価値を明らかにすることを通じて、
- ⇒ 当事者が意思決定を行う(参加する)ことを促進するもの
補完的なもので、医療専門職者の相談などの代わりになるものではない

- OHRIが疾患別にDecision aidsを収集し、データベース化

OHRI: Decision aids "Cancer"

データベースの項目

- 骨髄移植
- 乳がんと卵巣がん
- 乳がん
- 乳房再建
- 若年女性がん患者の親向けDA (妊産性や閉経後の選択肢)
- 子宮頸がん
- 子宮頸がんスクリーニング
- **大腸がんスクリーニング**
- ヒトパピローマウイルス感染症
- 肺がん
- 男性の乳がん
- 乳房切除術
- 卵巣がん
- 放射線治療
- 皮膚がん
- 精巣がん

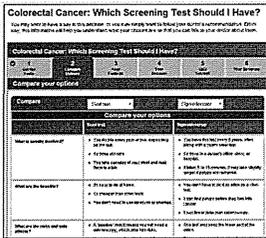
- 健康状態
- DAのタイプ(スクリーニングか治療か)
- 選択肢
- 対象
- 開発者
- 開発した場所
- 開発年
- フォーマット(ウェブか、PDFか)
- 言語
- 入手方法

OHRI: A to Z Inventory of Decision Aids: <https://decisionaid.ohri.ca/AZinvent.php>

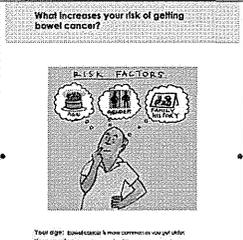
例: 大腸がんのDecision aids (OHRI)

「どのスクリーニング検査を受け
るべきか？」 Healthwise

(便鮮血検査、S状結腸鏡検査、結腸内視鏡検査)



「大腸がんのスクリーニング検査
を受けるべきか？」 University of
Sydney



日本における意思決定支援ツール

【医中誌Web】

- ・「意思決定支援」「がん」・・・365件
- ・「意思決定支援ツール」・・・13件
- ・「意思決定支援ツール」「がん」・・・3件

- ・実際現場では、多様なものが使われている。
- ・例えば“術式選択のためのパンフレット”なども。
- ・「意思決定支援ツール/Decision aids」という言葉では、統一されていない。
- ⇒多施設での取り組みを共有・評価できる仕組み作り？

7

DAの普及のために：

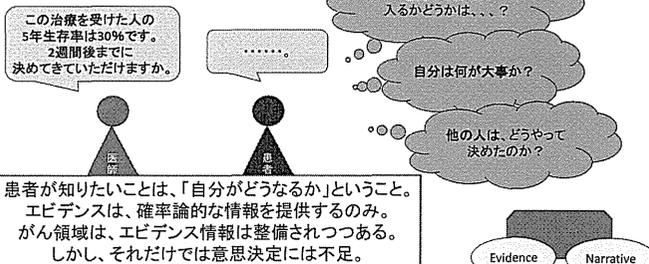
(ISDM: International Shared Decision Making 2015にて)

- ・ Decision aids普及のためのワークショップ
- ・ 10種類程度の紙冊子のDecision aidsを渡され、5-6人のグループに分かれて、それぞれの使いやすさ、使いにくさ、どう評価するか、より患者参加を促すにはどうしたらよいかなどについてディスカッション、シェア。
- ・ ワークショップで挙げた“DA利用を妨げるもの”
 - ・ 医療者の知識不足や意識の不足、DAに不慣れである
 - ・ 医療者のヘルスリテラシー不足
 - ・ 時間的な制限や(上司などの好みなど)政治的な圧力
 - ・ 患者側の理解不足やヘルスリテラシー、信念や好み



8

意思決定のための情報整備： “エビデンスとナラティブ”



9

意思決定のためのナラティブ

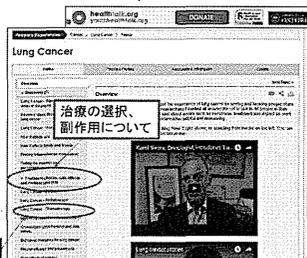
- ・ 公開されているDecision aidsの84%に何らかの「体験談」(Khangua, 2008)
- ・ ただし「Personal storyがあるDAのほうが効果的な意思決定ができるか」という問いは、未だ議論の余地あり(Bekker, 2013)
- ・ 他方で、他者のNarrativeは、意思決定をする必要があることを理解し、選択肢を理解することの助けとなる(Bruce et al. 2005; Entwistle et al. 2011).
- ・ 2000年(Web2.0)以降、インターネット上はナラティブの宝庫。
- ・ ただし玉石混交。偏った情報や商業目的・悪意ある情報があるのも事実。
- ⇒質の高い、使いやすいNarrative情報の整備の必要性
- ⇒情報を使う側のHealth literacy向上の必要性

10

ナラティブの情報源：DIPEX (ディペックス): Database of Individual Patient Experiences

- ・ 当事者の体験談(語り)の動画をテーマごとにデータベース化して、ネット上に公開 (現在はHealthtalkに改名)
- ・ イギリスOxford大学に拠点を置くHealth Experiences Research Group (HERG)が開発した質的研究の方法に準拠
- ・ 2015年現在、疾患の種類は85種類。各40-50名程度のインタビュー映像がネットで視聴可能
- ・ 取り組みは世界的に拡大

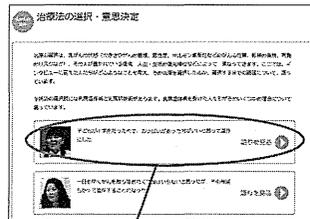
“DIPEX-International”は13か国



Healthtalk: <http://www.healthtalk.org/>

11

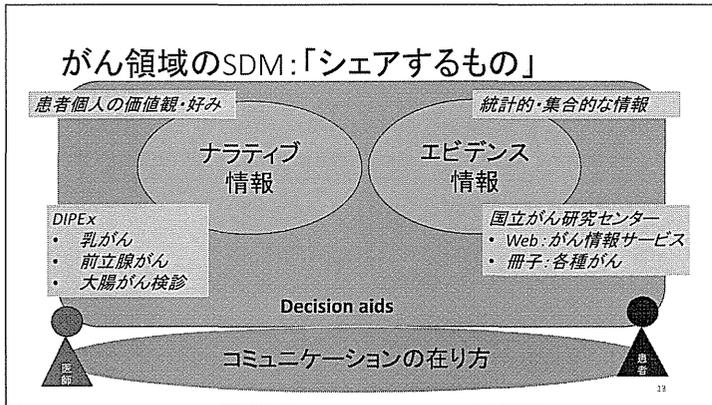
日本での「患者の語りデータベース」DIPEX



- ・ 2007年にNPO法人「健康と病いの語りデータベース ディペックス・ジャパン」設立
- ・ イギリスHERGの方法論に基づき、乳がん体験者49名、前立腺がん体験者49名、認知症の本人7名と介護者35名、大腸がん検診体験者35名の体験談を公開

「子どもが小学生だったので、おっばいがあった方がいいと思って温存にした」

12



【がんの療養生活におけるコミュニケーション】 情報を共有し、意思決定を行う際の 阻害要因と促進要因

Kissane (2011)を改編

- ・ 患者側の阻害要因と促進要因
- ・ 医療従事者およびシステム側の阻害要因と促進要因

がんの療養生活におけるコミュニケーション

情報を共有し、意思決定を行う際の 【患者側の阻害要因】

- ・ がん以外の基礎疾患がある(心疾患、糖尿病など)
- ・ 疾患または治療について誤解をしている
- ・ 提供された情報を理解していない
- ・ 決断力がない
- ・ 医療従事者からの説明を聞くには不安感が強すぎる
- ・ 自ら意思決定することを希望していない
- ・ 十分な情報を得ずに意思決定しようとしている
- ・ 診察というより、確実な治療を受けることを期待している
- ・ 過剰な情報を持って来院している
- ・ 様々な専門家から矛盾する提案を受けている
- ・ 有益でないと思われる治療法を希望している/有益だと思われる治療法を拒否している 他

がんの療養生活におけるコミュニケーション

情報を共有し、意思決定を行う際の 【医療従事者およびシステムの阻害要因】

- ・ 最初の診察時に治療に関する十分な情報がない
- ・ 患者と過ごす時間が十分でない
- ・ 患者にあった治療スケジュールを立てることの難しさを経験している

がんの療養生活におけるコミュニケーション

情報を共有し、意思決定を行う際の 【患者側の促進要因】

- ・ 医師への信頼感
- ・ 診察時に同席している人がいる
- ・ 治療選択において患者が自分で意思決定することを希望している
- ・ 自分で意思決定するという気持ちの準備ができています
- ・ 病気や治療について十分理解している

がんの療養生活におけるコミュニケーション

情報を共有し、意思決定を行う際の 【医療従事者およびシステムの促進要因】

- ・ 医療従事者が患者の好みや価値観に合わせて話す姿勢がある
- ・ 患者が自分には何が重要であるかを明確にするためのサポートを行う
- ・ 診察前、診察後に患者に必要な情報を提供する人がいる
- ・ 診察前に質問を促す表などを提供することで、患者が意思決定においてより大きな役割を担えるように準備している
- ・ 意思決定について説明している媒体を、患者に提供する(患者の役割について明記する)
- ・ IC場面に、患者と医師以外に看護師など第三者を同席させる
- ・ 可能な治療の選択肢について、書面による情報提供をする
- ・ 緩和ケアチーム、在宅医などと協働することができる
- ・ 治療における意思決定について電話でのフォローアップをする

References

- Bekker, H. L., et al (2013). Do personal stories make patient decision aids more effective? A critical review of theory and evidence. *BMC Med Inform Decis Mak*, 13 Suppl 2, S9.
- Bruce, B., K. et al (2005). The Impact of a Moderated E-mail Discussion Group on Use of Complementary and Alternative Therapies in Subjects with Recurrent Back Pain. *Patient Educ and Couns* 58:305–11.
- Entwistle, V.A., et al (2011) How Information about Other People's Personal Experiences Can Help with Healthcare Decision Making: A Qualitative Study. *Patient Educ and Couns* 85(3):291–8.
- Khangura, S. et al (2008). Personal stories in publicly available patient decision aids. *Patient Educ Couns*, 73(3), 456-464.
- Kissane, D. (2009). Chapter 29 Clinician perspectives on shared decision-making *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (pp. 345-347). New York: Oxford University Press.
- Zafar, S. Y. et al (2009). Decision making and quality of life in the treatment of cancer: a review. *Support Care Cancer*, 17(2), 117-127

19

ご略歴（司会・演者）

※敬称略、五十音順

大浦 智子（おおうら ともこ）

星城大学リハビリテーション学部 講師

【略歴】

1997年 国立療養所近畿中央病院（現・独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター）
附属リハビリテーション学院作業療法学科（22期）卒業

2002年 放送大学教養学部生活と福祉専攻卒業

2007年 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻（健康情報学分野）専門職学位課程修了

2015年 同 博士後期課程研究指導認定退学

医療法人健康会京都南病院、医療法人清仁会老人保健施設若山荘、金井病院、訪問看護ステーションひだまりにて作業療法士として勤務（1997-2004年）ののち、滋賀医療技術専門学校（2004-2008年）、星城大学リハビリテーション学部（2010-現在、2011年-同大学院健康支援学研究科・兼任）にて作業療法および健康支援教育に従事。第53回近畿産業衛生学会 若手奨励賞〈研究〉（2013年11月、京都）、第6回日本訪問リハビリテーション協会学術大会 奨励賞（2015年5月、大阪）受賞。2014年度より、日本公衆衛生学会公衆衛生危機管理モニタリング・レポート委員会（「高齢者のQOLと介護予防，高齢者の医療と福祉」グループ）、日本訪問リハビリテーション協会認定審査委員。現在、リハビリテーションにおける情報共有や質の向上にむけた研究を進行中。

今 法子（こん のりこ）

河北リハビリテーション病院 作業療法士

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 専門職学位課程

【略歴】

平成24年 北海道大学卒（作業療法士免許取得）

平成24～26年 東京湾岸リハビリテーション病院

平成26年～ 京都大学大学院医学研究科 専門職学位課程（在学中）

平成27年～ 河北リハビリテーション病院

研究テーマ

- ・脳卒中リハビリテーションにおける Shared decision making のあり方

所属学会

- ・日本作業療法士協会、日本行動医学会