

# 透析患者の自己決定プロセスと共同意思決定 (SDM)

—透析スタッフが知っておくべきこと—

小松康宏\*1,3 石田真理\*2,3

\*1 群馬大学大学院医学系研究科医療の質・安全学講座 \*2 東海大学医学部付属八王子病院腎内分泌代謝内科 \*3 腎臓病 SDM 推進協会

key words : 共同意思決定, SDM, 腎代替療法, ロジックモデル

## 要 旨

腎代替療法の選択は、患者や家族の生活に大きな影響を与える重大な決定である。患者にとって最善の選択を下すには、従来のインフォームド・コンセントを超えた共同意思決定 (SDM) のプロセスが望ましい。SDM は医学的情報、医療者の提案、患者の価値観・意向を患者と医療者が共有したうえで、共同で最善の決定を下すものである。本稿では、透析療法を中心に SDM の概念と手法について概説した。

## 1 はじめに

平成 30 年度の診療報酬改定では、透析導入時に学会等の作成した資料にもとづき腎代替療法の選択を適切に提示した場合に、導入時加算が設定された。時を同じくして、腎臓・透析専門スタッフの間で共同意思決定 (シェアド・ディシジョン・メイキング, shared decision making; SDM) に対する関心が高まっている。透析関連の学会では必ずと言ってよいほど SDM に関する講演や発表が見られ、どの会場も満席に近い状態である。SDM は腎臓・透析領域のみならず、がん、精神科などでも医療実践に欠かすことのできない中心的な概念・手法となっている。本稿では、SDM の概念や実践手法について、透析医療を例にとり解説する。

## 2 共同意思決定 (SDM) とは

SDM は、重要な医療上の決定を下すにあたっての手順であるとともに、今日求められる患者中心の医療

(patient-centered care)、患者参加型医療を実践するうえで欠かせない概念でもある。

「意思決定の共有 (sharing of decision making)」という用語は 1972 年に Veatch が初めて使ったといわれ<sup>1)</sup>、その後、1982 年米国大統領諮問委員会報告書の中で「共同意思決定 (shared decision making)」という用語が使われた<sup>2)</sup>。1997 年に Charles らが SDM の概念を整理した画期的な論文を発表し、その後、SDM の実践と研究が大きく発展した<sup>2)</sup>。SDM の定義はさまざまであるが、米国の National Quality Forum は次のように定義している<sup>3)</sup>。「医療者と患者が協働して、患者にとって最善の医療上の決定を下すに至るコミュニケーションのプロセスである。SDM は次の 3 つの要素を必要とする。(1) 合理的な選択肢 (何も治療しない選択も含む) とそれぞれの利点、リスクに関する明確で、正確で、バイアスのない医学的エビデンス、(2) エビデンスを個々の患者にあわせて伝える医療者の専門技能、(3) 患者の価値観、目的、意向、治療の負担も含めた懸念事項」。

医療上の決定を下す方法は、医師が患者にとって最善と思われるものを決定するパターンリズム (父権主義)、医師が患者に十分に医学情報を提示し、患者が最終決定を下すというインフォームド・コンセント、そして医療者と患者が協働して決定をください SDM に 3 分類することができる<sup>2)</sup>。これらは、情報の種類と提供される方向、最終決定者が異なっている。パターンリズムとインフォームド・コンセントでは、医師から患者に、エビデンスに基づく医学的な情報が提供さ

れるが、SDMでは、さらに患者から医療者に対して患者の価値観、意向、懸念事項などが伝えられる。血液透析と腹膜透析のどちらを選択するかに際して、それぞれの5年生存率や合併症について論じるだけではなく、患者はどのような生活を望んでいるのか、それを実現するにはどちらの治療法が優れているかという視点で検討することになる。

最終決定者に関しては、パターンリズムでは医師が決定し、インフォームド・コンセントでは患者が決定するが、SDMでは医療者と患者が協働で話し合ったうえで最終決定に至る。従来のインフォームド・コンセントでも、医療者は提案する治療法だけではなく、代替手段やそれぞれの利点、リスクを説明するし、患者に心配なこと、わからないことを質問しているはずである。SDMが、従来のインフォームド・コンセントと異なるのは、決定にあたって患者の主体的参加を促し、患者が気づいていない価値観、意向、懸念事項を引き出す点にもある。

SDMの概念も進化している。患者の価値観、選択が明らかでない場合や、患者が医学的にみて明らかに不適切と考えられる選択を示す場合でも、医師は中立的に、患者の選択を尊重する立場でよいのだろうか。21世紀医療の中心概念に患者中心の医療 (patient-centered care)、患者家族参加型医療 (patient and family engagement) があるが、患者参加の第一歩は、医療上の決定に積極的にかかわることであり、SDMは患者参加型医療の根幹をなすものである。患者の主体的参加を促し、支援する観点からは、SDMを「医学的エビデンスを伝え、患者の意向を共有し、決定する」と狭くとらえるのではなく、患者が問題にしていること、本当に望んでいることを共に明らかにしていくことを重視し、対話を深め、医師が自らの推奨を示し、ときには患者の選択について再考を促すこともSDMに含めてよいだろう<sup>4,5)</sup>。

### 3 SDMが注目される背景と意義

インターネットの発達に伴い、患者や一般市民は容易に最新の医学情報にアクセスできるようになった。GRADE方式に沿って作成された診療ガイドラインも整備され、医師が治療方針を検討する際に活用されている。医師・患者関係も大きく変化し、「パターンリズム」は影を潜め、侵襲的な医療行為を実施する際に

は「インフォームド・コンセント」が当然となっている。しかし、治療法の決定が容易になり、患者にとって最善の選択肢が選ばれるようになったとは限らない。

例として末期腎不全の腎代替療法の選択があげられる。末期腎不全患者が腎代替療法を選択するかどうか、どの治療法を選択するかは、患者だけではなく家族の人生をも大きく左右するものである。人生観や生活スタイルは人それぞれであり、海外の状況からも一定の割合で腹膜透析や腎臓移植を選択する患者がいてもよいはずだが、わが国では97%が血液透析を選択している<sup>2)</sup>。腎代替療法に占める腎臓移植の比率は、北米やヨーロッパではほぼ4割以上であるのに対し、日本はわずか3%、腹膜透析も北米と北欧が約10%であるのに対し、日本では3%に過ぎない<sup>3)</sup>。腎臓移植や腹膜透析の医学的成績は世界のトップレベルにあり、保険制度上も腎臓移植や腹膜透析を選択するうえで障害はない。原因の一つには、腎代替療法の選択提示が、血液透析を前提とした「説明と同意」におわり、「医療者と患者・家族が十分な話し合いを重ねたうえで、患者にとって最善の治療法を選択し、さらにその決定の是非を再評価する」というSDMのプロセスを踏んでいないことも考えられる。

近年、国際的にSDMが重視されるようになったのは、倫理的な観点からだけではない。SDMによって患者の経験価値・満足度、患者の自己管理、QOL、治療成績が向上するだけでなく、治療選択・医療の質の地域格差が減少し、患者・医療者関係・信頼関係が強化され、医療者の職務満足度の向上にもつながることが報告されている<sup>6~8)</sup>。医療経済的にも不要な検査や処置、入院が減少することが報告されており、米国では、検査・手術の一部などでSDMのプロセスを踏んで治療法を決定した場合に診療報酬が有利になるような制度が検討されている。台湾では、SDMによる腎代替療法選択によって腎臓移植、腹膜透析の選択率がそれぞれ38.5%と112.9%増加したと報告されている<sup>9)</sup>。わが国でも、SDMは精神保健医療の質の向上と患者の治療への参加、医療への満足度を高めることや<sup>4)</sup>、在宅医療での看取り、療養に際して、家族の主体的な受け入れを促すことが報告されている<sup>10,11)</sup>。

### 4 慢性腎臓病・透析医療と共同意思決定

腎代替療法にあたってSDMを推進することは国内

外のガイドラインでも推奨されている。米国では腎臓医師協会 (Renal Physicians Association) が2000年に透析開始・中止に関するSDMガイドラインを作成し、2010年に改訂版がだされた<sup>12)</sup>。2014年には日本透析医学会が維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言を発表した<sup>13)</sup>。英文タイトルは“Proposal for the Shared Decision-Making Process Regarding Initiation and Continuation of Maintenance Hemodialysis”であり、「SDMの提言」である。冒頭で、「この提言の基本方針は、治療方針の決定は、医師単独ではなく医療チームとして行い、十分な情報提示の下で、患者が的確な自己決定が得られるように支援すること、患者が自己決定した治療方針は最大限尊重されることである。つまり、医療チームと患者とが共同して意思決定を行うというプロセスを重視した点にある。」とSDMのプロセスが重要であることを明言している。

SDMの対象は腎代替療法の選択決定に限らない。慢性腎臓病や透析医療では、検査や治療法選択に悩み、SDMが重要となる状況は多い。保存期慢性腎臓病患者では、食事療法、運動療法や各種薬物療法について、末期腎不全では腎代替療法の選択を決定した後に、透析アクセスの部位、種類についての決定がある。維持透析患者の日々の診療でも、薬物療法の選択、心血管病のスクリーニング、治療法選択、がんのスクリーニング検査、多発性のう胞腎患者では脳動脈瘤のスクリーニング検査をするかどうか、動脈瘤が認められた場合の治療法をどうするかもSDMの対象である。さらに進行したがんや心不全患者で、透析療法自体が負担となった場合に、人生の最後をどのようにすごすか、アドバンス・ケア・プランニングにおいてもSDMが重

要となる。

## 5 SDMに基づく腎代替療法選択決定支援 —説明から質問へ

### 5-1 SDMの実践

SDMを実践するにあたっては、特別な決まりや作法があるわけではないが、MakoulとClaymanらが提唱したSDMの基本要素を念頭に話し合いをすすめるのがよいだろう<sup>14)</sup>。彼らはSDMに関するシステムティック・レビューを行い、SDMの基本要素として表に示した9項目をあげている(表1)。米国のAHRQ(医療研究質局)はSDM実践のためのSHAREアプローチを提唱し、英国のThe Health FoundationはMAGICプログラムを提唱している<sup>5), 15)</sup>。両者を比較したものを表2に示すが、医学的情報をいきなり説明するのではなく、重要な医学的な決定を下す問題があること、決定を下すには患者や家族の関わりが重要であることを共有することから始める。透析療法が必要であることを伝えられた時点で、驚き、混乱し、その後の説明がほとんど頭にはいらない患者も多い。患者の気持ちに十分に配慮をし、患者が不安や疑問を安心して伝えられるような雰囲気づくり、信頼関係の構築

表1 Makoul & ClaymanによるSDMの9基本要素<sup>14)</sup>

1. 問題を定義・説明する
2. 選択肢を提示
3. 利点・欠点・費用を話し合う
4. 患者の価値・意向
5. 患者の能力・自己効力に関する話し合い
6. 医師の知識と推奨
7. 理解を確認
8. 治療決定ないし延期
9. フォローアップ予約

表2 SHAREとMAGIC

SHARE	MAGIC
患者参加を求める Seek your patient's participation	患者が治療選択の話し合いに参加することを求める Choice talk
患者が治療選択を考え、比較することを支援する Help your patient explore and compare treatment options	治療選択肢を話し合う Option talk
患者の価値観、意向を評価する Assess your patient's value and preferences	
患者とともに決定を下す Reach a decision with your patient	患者の希望・意向と選択肢決定を話し合う Decision talk
患者の決定を評価する Evaluate your patient's decision	

に時間をかけたい。その後で、腎代替療法の選択肢に関する医学的情報を伝え、患者の価値観、意向を引き出し、最終的な決定を下す。

次に、英国のMAGICにならない、問題の提示と患者参加を促す話し合い(チョイス・トーク)、治療選択肢の説明(オプション・トーク)、最終決定を下すか保留する(ディシジョン・トーク)のそれぞれの段階での注意事項を概説する。

## 5-2 チョイス・トーク (Choice talk) : 決定が

### 必要なことを共有する

診断や決定すべき問題が明らかになった時点で、患者の価値観・意向が決定に重要なことを確認する話し合いである。患者に、複数の治療選択肢があり、患者の生活に与える影響が異なること、選択にあたっては患者が何を大切にしているかを明らかにすることが重要であることを伝え、話し合いに患者を巻き込むプロセスである。自分で決められないので医師に決めてほしいという患者も多いが、一方的に患者に決定をゆだねるのではなく、いっしょに考えていくのであることを理解してもらう。

## 5-3 オプション・トーク (Option talk) : 複数の

### 選択肢を検討する

オプション・トークは選択肢を説明し、患者の理解度を評価し、決定を支援するものである。選択肢に関して医師が熱心に説明しても、患者が十分に理解できないことも多い。手術の説明に関する調査では、説明を聞き、同意文書に署名した後でも、18~45%の患者は主なりスクを覚えておらず、44%は手術自体をよく理解せず、60~69%は自分が署名した文書を読んでいないという<sup>16)</sup>。腎臓専門外来を通院中の患者の3分の1が、自分が腎臓病であることを理解していないとの報告もある<sup>16)</sup>。米国のRusselらは、患者教育資料を直接患者に手渡しても、約9割の患者は渡されたことを忘れていたと述べている<sup>17)</sup>。

口頭での説明だけでなく、視覚的にもわかりやすい、患者が繰り返し参照できるような教育資料、患者意思決定ガイド(Patient Decision Aid)も有用である。海外では多くのツールが開発されており、オタワ病院のサイトからは各種の意思決定ガイドを検索、入手することができる<sup>17)</sup>。決定支援ガイドの質を保証するため

の国際基準IPDAS(international patients decision aids standard)や国際学会もある。

話し合いや会話をすすめるツール(Conversation aids)を活用するのも有用である。わが国では、2017年に腎代替療法選択にあたってSDMに関する理解を深め、患者診療を支援するための母体として「腎臓病SDM推進協会」が設立され、筆者が代表幹事を務めている。ホームページから「腎臓病あなたに合った治療法を選ぶために」という冊子がダウンロードできるので、患者・家族と医療スタッフが話し合いを進める際に活用していただきたい<sup>18)</sup>。

各選択肢について説明する際、患者の理解度を適宜確認していくことも欠かせない。「わからないことがあったらいつでも質問してください」というだけでは不十分である。遠慮して聞かなかつたり、そもそも何がわからないかもわからないこともある。重要な説明を患者が理解しているかどうかを確認する方法として、Teach back(ティーチバック)がある<sup>15)</sup>。患者の言葉で説明した内容を述べてもらうことである。この際、テストのように聞くのではなく、「自分の説明がうまく伝わったかどうかを確認したいのですが」などの工夫をする。「私は時にすべてをうまく説明できないことがあります。私の説明が明確であったか確かめるために、治療の選択肢についてのあなたの理解を述べてもらえますか?」などと聞くのもよいだろう<sup>18)</sup>。慣れてしまえば、1分もかからず、ティーチバックを含めた面談と、含まない面談の総時間は変わらないという<sup>19)</sup>。

## 5-4 ディシジョン・トーク (Decision talk) : エビデンスと患者の意向をあわせて決定を下す

ディシジョン・トークは、患者の意向を明らかにし、決定を下す話し合いである。複数の選択肢の中から患者の価値観、意向、懸念事項を反映させたいうでの最善の決定を探るが、決定を下すことができない場合に、保留として後日に再度話し合うこととしてもよい。

「患者の価値観、懸念事項を医療者に伝える」といっても、そもそも患者が、自分にとって大切なことといった価値観自体に気付いていないことも多い。

「十分な説明」は必要条件であっても、十分条件を満たさない。患者が大切にしたいことや、生活にどのような変化が生じるか、などに関する話し合いが不十

分であれば、患者にとってベストの選択につながるとは限らない。週3回の通院血液透析ではなく、自宅で就寝中に自動で実施する腹膜透析のほうが仕事に支障がでないと考える会社員や、決まったスケジュールに追われるのではなく、ゆっくり自分のペースで透析をしたいと希望する人、通院が負担となっている高齢者もいるだろう。

また、患者の中には、「面倒な患者」と思われぬように、医師に質問したり、医師の提案に異議を唱えることをちゅうちょすることもある<sup>20)</sup>。一方、医師も患者の真意を誤解し、よかれと思って選択したことが、患者にとって最良ではないこともある<sup>21)</sup>。

どのような治療法を選択したとしても、最終目的は「決定を下す」ことではなく、患者にとって最良の選択となることである。そのため、「フォローアップ」を行い、治療選択が患者にとって満足できるものかどうかを評価し、ときに治療法の変更を検討することも必要となる。

## 6 施設内で SDM を普及させるために

SDM は腎臓・透析医療以外にも、がん、精神科、緩和ケアなど幅広い領域で注目されているが、今日の多忙な診療現場で実践することは容易ではない。米国の AHRQ ならびに National Quality Forum は、病院幹部を動かし、組織に SDM の文化を根付かせるための方法を示しているのでここで簡単に紹介したい (表 3)<sup>†1), 12)</sup>。

最も重要なことは病院幹部の支援を得ることで、院長や看護部長をはじめとした幹部が SDM の意義を理解し、実践を支援し、組織全体に SDM の文化を構築することである。病院や部門の活動方針文書などに SDM を重視することを明記してもらう。SDM という言葉を使わなくとも、「当院は診療上の決定にあたって、医学的エビデンスと患者さんの気持ち、価値観を尊重します」などの表現でも十分である。どんなに意義あるプロジェクトであっても、既存業務の流れやルールの変更は必ず抵抗にあうことを理解し、目的、意義、実現可能性を関係者に理解してもらうこと、長期的な展望を示し、夢を共有することが重要である。あらゆる機会を利用し、すべての利害関係者 (stakeholder) を巻き込むことも欠かせない。SDM の普及が長期的には患者、医療者、病院、社会にとって有益であ

表 3 組織内に SDM を普及させる方法

1. リーダーシップ (管理部門) の支援を得る
2. 実行チームをつくる
3. 自施設にあったアプローチ法を選択する
4. 全スタッフに研修を行う
5. 小規模で開始、順次拡大
6. SDM 実践の空間・場所を確保
7. エビデンスに基づいた教材と決定支援ツールの蔵書をつくる
8. 日々の業務の流れに SDM プロセスを組み込む
9. SDM 実践状況を評価する

ることを共有してもらうためには、長期展望をわかりやすく示したロジック・モデルを作成することが有用である。ロジックモデルとは、プログラムの基になっている理論と前提を明らかにする一枚の図であり、活動がどのように長期的アウトカムをもたらすかを、プログラム理論に基づいて示すもので、米国の公衆衛生や行政領域で活用され、近年はわが国の官公庁でも使われるようになってきた<sup>†9)</sup>。プログラム・ロジックモデルの詳細は、ケロッグ財団や米国 CDC、日本財団などがわかりやすい解説書を公表しているので参考にしてほしい<sup>†9)~†11)</sup>。図 1 に病院内の SDM 普及活動が患者 QOL、治療成績、医療費の適正化につながることを示したロジックモデルの例を示す。

病院幹部の支援が得られたら、現場の実行部隊となるチームを組織するが、1, 2 名の賛同者がいれば道は開けるものである。チームメンバーを募ったら、責任範囲と役割分担を割り当て、実践計画を立案する。限定した課題 (腎代替療法の選択説明など) を選定し、小規模に始めて、成功体験を広げていくのがコツであり、PDCA サイクルですすめていく。腎代替療法の選択説明を組織的に行う場合、対象となる患者の基準、意思決定支援ツールなどの教材や資料の選定、担当者に対する研修計画、これらの活動がうまくいっているかどうかを判定する評価方法と評価時期も前もって考えておく。

関係する全職員に対し、SDM の概念や話し合いの進め方に関する研修を企画するときには、腎臓病 SDM 推進協会が行っている研修セミナーのやり方も参考になるだろう。筆者が代表幹事を務める「腎臓病 SDM 推進協会」では、2018 年、2019 年の 2 年間にわたって、10 回にわたる研修セミナーを開催し、約 1,000 名の医師、看護師、臨床工学技士が参加した<sup>†8)</sup>。多職種からなる参加者が 6~10 名で 1 グループを構成し、参加

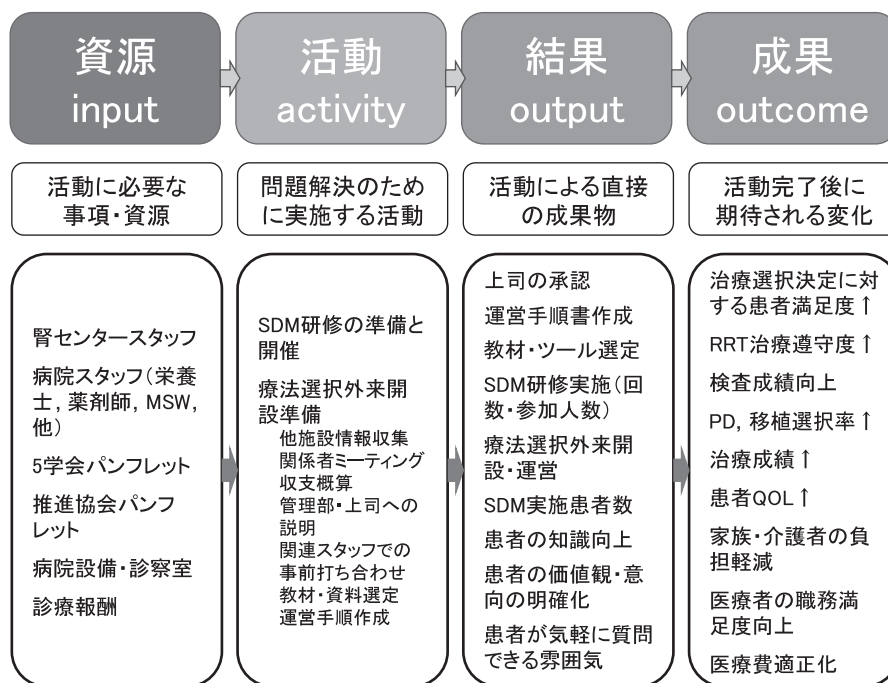


図1 SDMによる腎代替療法選択支援プログラムのロジックモデル  
SDM : shared decision making 共同意思決定  
PD : peritoneal dialysis 腹膜透析  
RRT : renal replacement therapy 腎代替療法

者が患者役, 家族役, 医師役, 看護師役となって腎代替療法の話し合いをロール・プレイするものである。腎代替療法の説明にあたっては, 腎臓学会, 透析医学会など5学会が作成した「腎不全 治療選択とその実際」の冊子を用いてエビデンスに基づく医学的情報を提供する。腎臓病SDM推進協会では「腎臓病あなたに合った治療法を選ぶために」という, 患者・家族が生活スタイル, 意向, 不安などを書き込む冊子を作っており, この冊子の項目に沿って話し合いをすすめると, 患者や家族も気軽に思っていることを伝えられる。

## 7 結語

腎不全の治療法選択は患者・家族のその後の生活・人生を大きく左右するものであり, 血液透析, 腹膜透析, 腎臓移植が適切に選択されるには治療法選択のプロセスが要となる。古典的な「説明と同意」ではなく, チームアプローチによるSDM(共同意思決定)のプロセスがいっそう重要となるだろう。

## 利益相反

以下の企業から講演料を受けている。  
Baxter Limited, 中外製薬株式会社, 協和キリン株

式会社。

## 文 献

- 1) Veatch RM : Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? Hasting Cent. Rep 1972; 2 : 5-7.
- 2) Charles C, Gafni A, Whelan T : Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model. Social Sci & Med 1999; 49 : 651-661.
- 3) National Quality Forum : National Quality Partners Playbook. Shared Decision Making in Healthcare. 2018.
- 4) Entwistle VA, Cribb A, Watt IS. Shared decision-making : enhancing the clinical relevance. J R Soc Med 2012; 105 : 416-421.
- 5) Entwistle VA, Watt IS. Broad versus narrow shared decision making : Patients' involvement in real world contexts. In Elwyn G, Edwards A, Thompson R ed. Shared Decision Making in Health Care 3rd ed. pp.7-12, Oxford Univ Press 2016.
- 6) Hughes TM, Merath K, Chen Q, et al. : Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. Am J Surg 2018; 216(1) : 7-12.
- 7) Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. : Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev 2010; (5) : CD006732.
- 8) Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. : Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014; (1) : CD001431.

- 9) Lee CT, Chen CY, Yu TM, et al. : Shared Decision Making Increases Living Kidney Transplantation and Peritoneal Dialysis. *Transplantation Proceedings* 2019; 51 : 1321e1324.
- 10) 大原宏夫, 佐藤睦子 : 在宅医療での看取り, 療養に際しての Shared Decision Making の有用性の検討. *癌と化学療法者* 2014; 41(1) : 39-41.
- 11) 久我咲子, 可知悠子, 井上真智子, 他 : Shared decision making を実践する医師の特徴. *日本プライマリケア連学会誌* 2016; 39(4) : 209-213.
- 12) Renal Physicians Association (RPA) : Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, Maryland, 2010.
- 13) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ : 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *透析会誌* 2014; 47(5) : 269-285.
- 14) Makoul G, Clayman ML : An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006; 60(3) : 301-312.
- 15) Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. : Implementing shared decision making in the NHS : lessons from the MAGIC programme. *BMJ* 2017; 357 : j1744.
- 16) Nunes JAW. Education of patients with chronic kidney disease at the interface of primary care providers and nephrologists. *Adv Chronic Kidney Dis* 2013; 20 : 370-378.
- 17) Russell JS, Boulware L : End-stage renal disease treatment options education : What matters most to patients and families. *Seminars in Dialysis* 2018; 31 : 122-128.
- 18) アンソニー・バック, ロバート・アーノルド, ジェームス・タルスキー他, 植村健司 (訳) : 米国緩和ケア医に学ぶ医療コミュニケーションの極意. 中外医学社 2018.
- 19) Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. : Closing the loop : physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003; 163(1) : 83-9022.
- 20) Frosch DL, May SG, Rendle K, et al. : Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff (Milwood)* 2012; 31 : 1030-1038.
- 21) Berger Z : Navigating the unknown : shared decision-making in the face of uncertainty. *J Gen Intern Med* 2015; 30 : 675-678.

## 参考 URL

- ‡1) [https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making\\_health\\_care\\_decisions.pdf](https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf) (2019/9/27)
- ‡2) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」<https://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2019/9/27)
- ‡3) UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM「2018 Annual Data Report」<https://www.usrds.org/adr.aspx> (2019/9/27)
- ‡4) 宮本有紀, 辻脇邦彦, 樋口和央「看護師等による向精神薬に対する効果的な情報提供・支援法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究分担研究報告書 2011 : 87-101」[https://www.ncnp.go.jp/tmc/pdf/22\\_report09.pdf](https://www.ncnp.go.jp/tmc/pdf/22_report09.pdf) (2019/9/27)
- ‡5) AHRQ「The SHARE Approach: a model for shared decision making」[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/share-approach\\_factsheet.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/share-approach_factsheet.pdf) (2019/9/27)
- ‡6) National Quality Forum「Implementing a National Voluntary Consensus Standard for Informed Consent : A User's Guide for Healthcare Professionals」[http://www.qualityforum.org/Publications/2005/09/Implementing\\_a\\_National\\_Voluntary\\_Consensus\\_Standard\\_for\\_Informed\\_Consent\\_A\\_User\\_s\\_Guide\\_for\\_Healthcare\\_Professionals.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2005/09/Implementing_a_National_Voluntary_Consensus_Standard_for_Informed_Consent_A_User_s_Guide_for_Healthcare_Professionals.aspx) (2019/9/27)
- ‡7) The Ottawa Hospital「Patient Decision Aids. A to Z Inventory of Decision Aids」<https://decisionaid.ohri.ca/AZinvent.php> (2019/9/27)
- ‡8) 日本腎臓病 SDM 推進協会. <http://www.ckdsdm.jp/> (2019/9/27)
- ‡9) W.K. Kellogg Foundation「Logic Model Development Guide. 2004」<https://www.bttop.org/sites/default/files/public/W.K.%20Kellogg%20LogicModel.pdf> (2019/9/27)
- ‡10) Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention「Evaluation Guide. Developing and Using a Logic Model」[https://www.cdc.gov/dhdsp/docs/logic\\_model.pdf](https://www.cdc.gov/dhdsp/docs/logic_model.pdf) (2019/9/27)
- ‡11) 日本財団「ロジックモデル作成ガイド」[https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2019/01/gra\\_pro\\_soc\\_01.pdf](https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2019/01/gra_pro_soc_01.pdf) (2019/9/27)