

2019年2月28日(木) 17:30 - 19:00 開催  
北里大学病院 集団指導室 (1号館 1F)

## 第5回治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

治療と仕事の両立支援における  
心理学的意思決定支援の方法

大阪大学大学院人間科学研究科  
経営企画オフィス&医学系研究科  
准教授 平井 啓



## 目次

---

# 第 5 回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

2019 年 2 月 28 日（木） 17:30 - 19:00  
北里大学病院 集団指導室（1 号館 1F）

治療と仕事の両立支援における心理学的意思決定支援の方法	02
大阪大学大学院人間科学研究科経営企画オフィス & 医学系研究科	
准教授	平井 啓

# 治療と仕事の両立支援における 心理学的意思決定支援の方法

大阪大学大学院人間科学研究科  
経営企画オフィス&医学系研究科

准教授 平井 啓

## 治療と仕事の両立支援における 心理学的意思決定支援の方法

平井 啓

大阪大学大学院人間科学研究科  
市立岸和田市民病院緩和ケアチーム  
2019.2.28.

平井 皆さま、こんばんは。大阪大学の平井です。本日はお招きいただき、ありがとうございます。今日のタイトルは「治療と仕事の両立支援における心理学的意思決定支援の方法」ですが、両立支援に限らず、心理学的意思決定支援について研究や実践等を踏まえてお話できればと思っております。

Kei HIRAI, Ph.D. (Human Sciences)

専門分野: 健康・医療心理学、行動医学、サイコオノロジー

主な関心: 意思決定 (Decision-making) と行動変容 (Behavioral change)

主な仕事:

- がん患者のための問題解決療法プログラムの開発
  - Hirai et al. (2012) *Problem-Solving Therapy for Psychological Distress in Japanese Early-stage Breast Cancer Patients.*
- ソーシャルマーケティング・アプローチを応用したがん検診の受診率向上のためのテラード介入の開発
  - Ishikawa, Hirai et al. (2012) *Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial.*
  - Hirai et al. (2016) *Tailored message interventions versus typical messages for increasing participation in colorectal cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial.*
- 看護師のストレスマネジメントに関する研究
  - 平井 啓, 平井麻紀, 前野正子, 保坂隆, 山田高美穂: 看護師に対する構造化された心理学的サポートグループによる介入プログラムの開発に関する予備的研究. 心身医学 45 (5): 360-366, 2005.

自己紹介ですが、専門分野は健康・医療心理学という分野です。今、一番メインになっている仕事は、公認心理士の養成で、大阪大学の公認心理士養成プログラムのマネジメントのようなことをやっております。医療機関、付属病院等に実習生を送り、たまに様子を見に行っています。関連病院を含めてそのようなことをやりつつ、研究をしています。

元々は緩和ケアという領域で仕事をしてきたのですが、その中で主な専門が意思決定と行動変容という2つのキーワードになっていきました。結果的に、今は心理

学に限らず、例えば臓器移植というような色々な領域で行動変容と意思決定に関する調査等に携わらせていただいています。

今日は、意思決定と行動変容のためのプログラムの初期のものを紹介します。2007年くらいから、がん患者のための問題解決療法プログラムの開発をサイコロジーのクラスの明智班という研究班で実施しました。認知行動療法の一つなのですが、心理療法だけでなく、より広い枠で使えるのではないかと考えますので、今日はそのエッセンスと、どう意思決定支援に活かすかというお話をしたいと思います。

もう1つが行動変容の研究です。時期は大体同じなのですが、がん検診の受診率向上という研究をやっていました。その時にソーシャルマーケティング・アプローチというマーケティング技術を使って受診率を上げることをやっていました。行動経済学のアプローチにも繋がり、乳がん検診と大腸がん検診の地域関与についてやったところ受診率が上がりました。その辺りが意思決定と行動変容への介入ということです。あとは、以前から看護師のストレスマネジメントに関する研究をやっております。心身医学に論文を書いた事があるのですが実務としてやっておりますので、その辺もお話したいと思います。

行動変容ですが、大阪大学では教育と研究をやっている、実践は岸和田市民病院という大阪の病院で、非常勤で心理士をやっています。2週間に1回の勤務で、元々は緩和ケアチームの専門看護師の方に声を掛けられて行くようになりました。終末期の患者さんの緩和ケアチームの回診について行き、そこで出てくる少しややこしい事例の相談にのったり、カンファレンスに参加したりしておりました。コンサルテーションだけを行うという心理士は、多分珍しいと思います。直接関与は一切やらずに、コンサルだけをやる中で結構鍛えられました。そういう能力ができてきたのが、ここ5~6年です。事例検討で出てくる相談事例には、共通した同じ様なテーマが続いていまして、怒っている患者さんや家族への対応の仕方というのが一番多かったです。そこで、勉強会を開いて解説をしようということで、院内の勉強会をすることになりました。その方のリクエストで、スタッフの

メンタル、ストレスマネジメントなどをやってくれと言われ、3年前に一度やったところ、勉強会に出られた方から「うちのスタッフの様子がおかしいので見て欲しい」「相談にのって欲しい」とオーダーが入りました。それを少しずつ受けていましたら、数が膨れ上がりまして、2016年1月から専門窓口を開設することになりました。事務の方で予約ができる職員カウンセリングになっています。一応、全職員に対応しますが、ほぼ90%が看護師とコメディカルへの対応となっています。このあたりから緩和ケアチームからの怒りの相談等がなくなりました。コンサルテーション業務はほぼ無くなり、今は80~90%くらい、スタッフのメンタルの相談をやっております。

去年3月から認知症ケアチームが出来て、人数的に手薄だったので、手伝いに行っています。緩和ケアでは精神科医もいて充実していたのですが、認知症ケアチームは人が不足していたので、たまたま仲良くなった師長さんが担当だったこともあり、「応援に行きます」と言いました。空いている時間は認知症ケアチームの応援に行き、アセスメントのお手伝いをしたり、コンサルテーションをやったりしています。

元々はプライマリーの看護師と主治医から緩和ケアチームに依頼が来て、ほとんど精神科医が対応するのですが、その中で少しややこしいものが私のところにきて、コンサルティングをします。一番多かったのが、怒っている患者さんや家族への対応で、予告告知など、今日のお話である意思決定支援に関する相談が一番多かったです。「どのように説明したら良いでしょうか」、「どのように関わっていったら良いでしょうか」という相談です。心理学的な相談では、頻回ナースコールの患者さんのことが結構多く、認知症ケアチームになっても結構多いです。やはり不安が強くて、ナースコールを押すとナースが来るので、ナースコール押し行動が強化されます。行動理論で解釈しているのですが、その学習をいかに解いていくかという介入になります。「ナースコールではなく、定期的に訪問するようにしましょう」、「通る時は必ずその人に声を掛けましょう」と言い、「押す」ということと離していきます。そのようなことをコンサルテーションでやりました。最近もそのようなことがありまして、結構あることだと思います。

両立支援に一番近いのは職員とメンタルヘルスです。お決まりのうつ状態やバーンアウトは、業務負荷が増大した時、特に新人さんや異動・昇進というタイミングでの不応というものが多く、その時に相談に来ます。

始めた1~2年目は、このまま仕事をしていると危ないという方は、たまたま近所に診療所を開設された精神科医が緩和ケアチームに非常勤として来られていたので、その診療所に送ることにしました。ホットラインのようなものもあるので送りやすかったです。「ちゃん

と信用して、できれば休んでください」と言いました。それでもキリがなくなり、ある時から始めたのが面談です。「新人と全員面談します」と看護局長に言いました。自分の首を絞めると思ったのですが、多分出来るだろうと思ひまして、20人くらいの入職者がいるので、とりあえず1人15分の枠で1回当たり4~5人の枠を作りました。7~8月に行く時に、1人ずつ話を聞きます。事前に簡単なアンケートと管理者のコメントをもらって、本人の面談を15分して、業務不応アセスメントをします。本人にもフィードバックし、簡単なメンタルヘルスリテラシー教育をして、「貴方の弱点はこの辺から気をつけましょう」といったことを言います。同時に、主に病棟の師長である管理者に、30分の時間をとって「貴方の病棟の〇〇さんと〇〇さんの様子はこうです」と話をします。これをワンセットにして、7月から9月にかけてやっております。

また、この人達を教える実地指導者研修で、教え方を教えないといけな思考えました。見ていると、教える側の要因も結構大きいだろうという感じがして、今は教える側をどう変容するかが一番のテーマになりつつあります。

あとは、管理者のコンサルティングも多いです。新人に限らず、不調者が出た時にどう管理していくのが良いかということです。特に、軽い発達障害傾向のものがあると、それが不応の要因になることが多いので、そういった方々の対応の仕方を発達心理学的なことも含めてコンサルテーションしています。そうしていると実際に不調になった方が紹介されてきます。症状が重いと精神科を受診してもらうのですが、初期に送っていただければカウンセリングと仕事の仕方のコーチングで何とかできるので、今はそちらに徐々にウェイトを置いています。そのためにも、全員に最初に会っておく仕組みにしておくと、いざ何かあった時に来やすくなります。それを実現したいと思い、面談を始めました。2~3年目になって機能してきて、早めに送っていただけるようになりましたし、全員面談の前にも不調者がいれば私のところに来てもらうことになりました。

やはりそれでも休職になる方はいます。復職される方の支援や、残念ながら退職支援というのも結構やっています。「ちょうど3月末で辞めるのだけど、この先のキャリアも心配だから」と、円満退職をした後も看護師として頑張りたいので、次の職を迎えられるように支援をやっています。

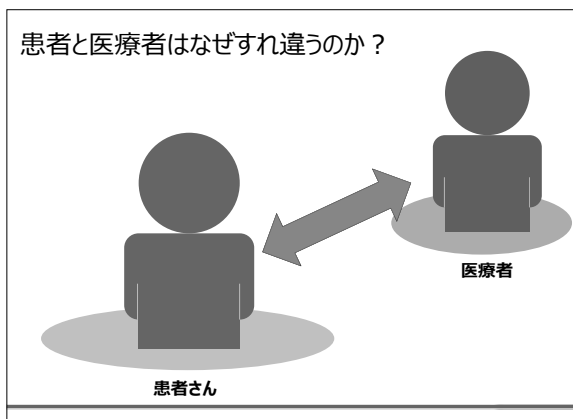
また、ストレスの話を知っていると、結果的に子育て相談となることもあります。私は経験がないので適任ではないのですが、私の同僚が詳しいので、そんな専門家に私がコンサルテーションを受けつつ、子育て相談にも応じております。やはり負担が非常に増えて、仕事が忙しくなって、キャバを超えるということが多いです。

あとは、管理職になった時に、不適應になる人がいて、そのマッチングの問題です。現場で自分が動く能力が高い方が、リーダーシップをとるところで躓くことがあるのです。そういう方にもコーチングで関わっています。

このような仕事をしていて、実際に1つの組織に関わっていると色々なことが起こり、事件・事故等も起こります。重い病気にかかられている方の両立支援の相談にのると、真剣な目になられる方もいます。そういう時はキャリアの考え方や、どのように仕事を続けていくかなどのご相談にのったりしています。

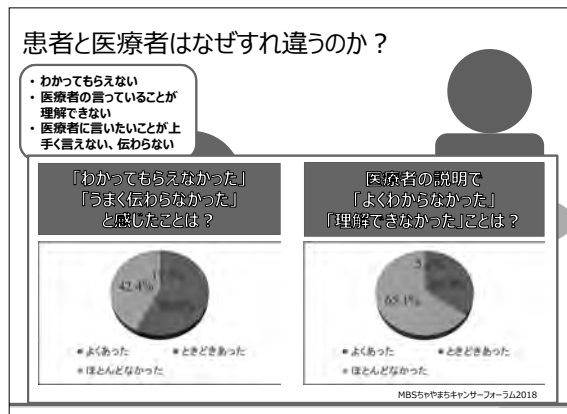


今日、お話ししたいのは意思決定支援です。行動経済学の意思決定支援なのですが、最近「医療現場の行動経済学」という本を7月に出しました。一時期、Amazonランキングでジャンルを超えて19位になっていました、気づいたら私達が想定していた売上を超えてしまい、びっくりしました。この本は、色々な分野で、がんに限らず、心疾患や高齢者や医療従事者等を含めて、様々な先生方に書いていただきました。「すれ違う医者と患者」が共通のテーマで、なぜ患者と医者はすれ違うのかという観点から、意思決定や行動について考えていこうと思って準備してきました。

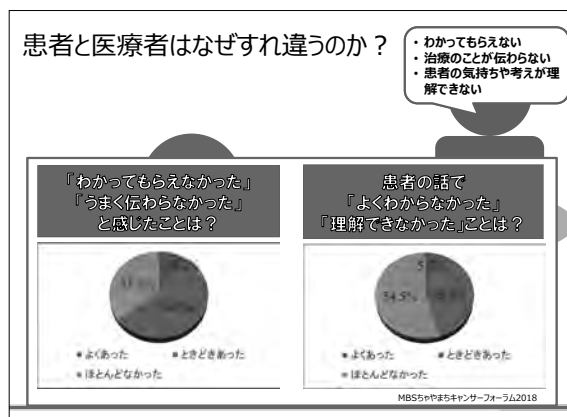


「なぜ患者と医療者はすれ違うのか」ですが、患者さんに聞くとよく言われるのが「分かってもらいたいが、主治医に分かってもらえない」ということです。これを言われる方が最も多いです。あとは、「言いたいことが

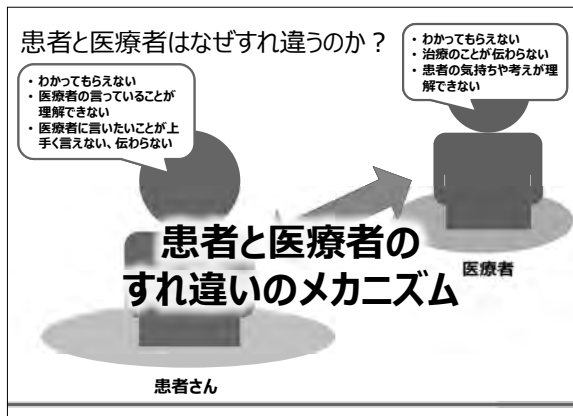
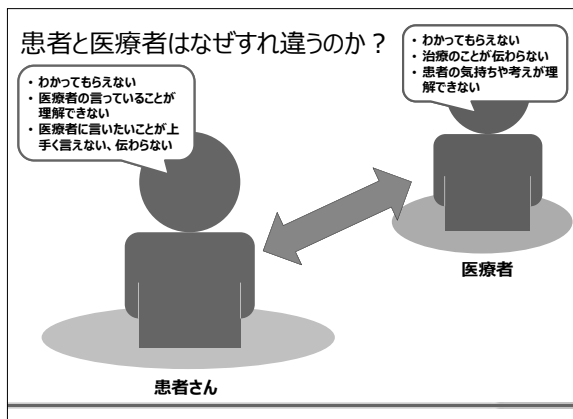
上手く伝わらない」ということです。この辺の話が長くなって、なかなか重要なことが決められないということになります。



あるテレビ局のイベントのために、aya 世代の患者達とやっている活動の中でアンケートを取りました。やはり患者の経験者の中に「分かてもらえない」と感じた方が非常に多いです。あと、「医療者の説明でよくわからなかった」というのが35%ぐらいでした。



このアンケートを医療者の方にも同じ構造で聞いてみると、医療者の方も「分かてもらえない」、「治療のことが伝わらない」、「患者の気持ちや考えが理解できない」と思っていました。この頻度も非常に高く、60%以上の医療者がこのような経験をされているということです。また、「患者の話でよくわからなかった」、「理解できなかった」ということも非常に多いです。お互いにすれ違うことは、日々あるのだらうと思います。



お互いに分かってもらえていない中で、医療が実は進んでいっているということです。では、なぜ分かってもらえていないという現象が起こるのかを考えてみました。

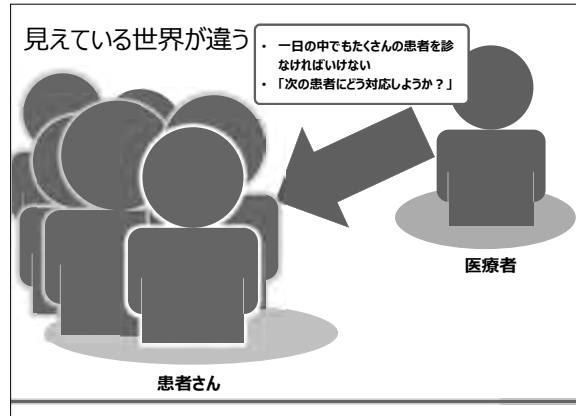
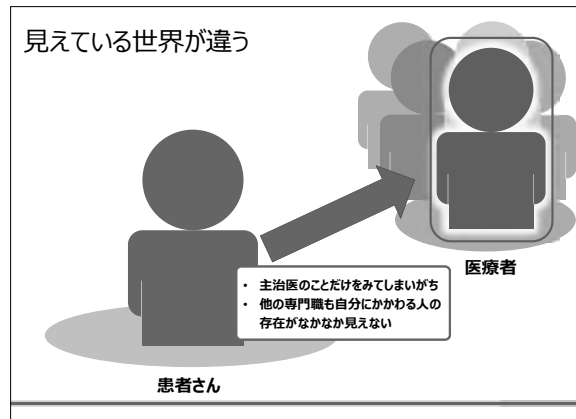


一言でいうと、見えている景色が違うということです。

患者さんから見えている景色と、医療者から見えている景色が違うということです。患者さんは、森の中にいて、これからどこに行こうかと思っています。医療を受けることを、森を抜けていくことに例えたのですが、患者さんから見るとスライドのような景色が見えています。目の前に黒い木が2本あり、ウサギがいて、鹿がいるという景色が見えています。



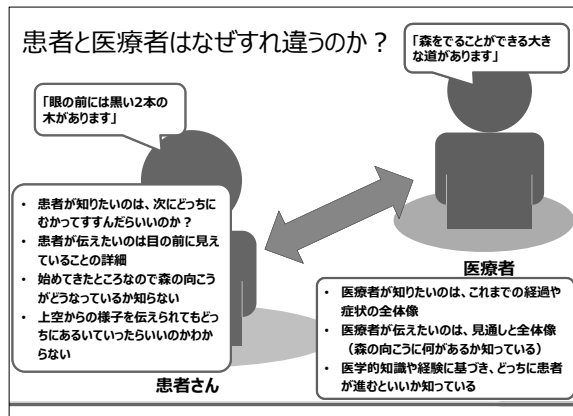
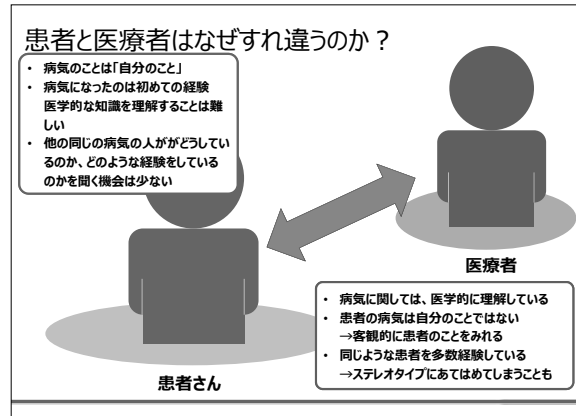
医療者からはどのように見えているかというと、スライドのような感じです。ドローンで上から見ているような、森の全体像を見て、道があって、これを行くとどっちに出るかを知っています。先程の患者さんに対して、医療者は「このまま真っ直ぐ行くと、道に当たるので、後はそこを行けば出られますよ」という説明の仕方をする。でも患者さんは診察で、目の前に見えることを「2本の木があって」と一生懸命に主治医の先生に伝えようとするのですが、主治医の先生は「森を出ることができる大きな道があります」と言うのです。患者さんから見ている景色からは、「本当にこれで良いのだろうか」と感じます。こういうコミュニケーションが日々行われているので、分かり合えるようになるのはこのままだと難しいと思います。特に患者さんが知りたいのは、「次にどちらに向かって進んだら良いのか」ということです。医療者は、ここを行けば出ると分かっているので、複数の道を言うのですが、患者さんからすると目の前を今どちらに行ったら良いのかを知りたい気持ちになると思います。だから目の前に今、見えていることだけを一生懸命に伝えようとする人が多いです。初めて来たところなので、森の中がどうなっているかを知らないというのが、やはり患者体験で1番に感じることなのです。医療者は、逆に色々な患者さんが森を通るところを見ているので、どこに行けばどうなるかをよく知っています。それでそういう話になりますが、上空からの様子を伝えられても、患者さんはどちらに行ったら良いのか分からないということです。



医療者の方は、今、どこにいるのかを知りたいということで、これまでの経過や症状の全体像を知りたいわけです。そして医療者が伝えたいのは、見通しと全体像です。森の向こうに何があるか知っています。そして医学的知識や経験に基づいて、どちらに患者が進んでいるのかを知っているので、「こちらの道を行けば急だけど楽になる」というようなことが言えます。

この様に、すれ違う体験がきっと起こっているのだらうということです。

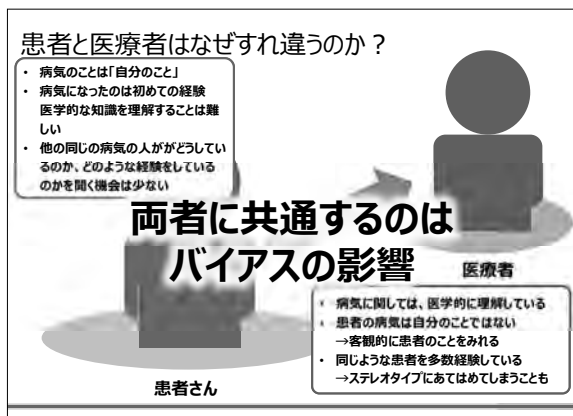
特に医療者はそれぞれ自分の専門性のある森については誰よりも詳しいです。ところが、森が違うと分からないという方もいるので、医療者同士で情報交換しておかないと、別の森の話をお患者さんから聞いても「さあ」ということになります。



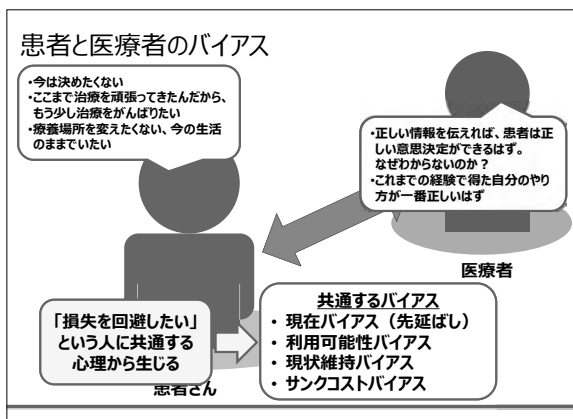
患者さんにとって、「病気のこと」は自分のことです。一方、医療者にとって患者の病気は自分のことではないということです。それが逆にメリットで、客観的に患者のことを見えています。自分のこととして見ると、どうしても利害関係から客観的にはなかなか見えません。本当は客観的に考えて判断した方が良いのに、自分の感情や主観的な影響が非常に強くなってきます。患者さんは初めての経験ですし、医学的な知識を理解することは元々難しいです。また、他の病気の人がどのような体験をしているのかを聞く機会がないので、自分だけが大変という思いになります。ここでケアサポートが重要となると思います。もう1つ、医療者でよくあるのが、同



じような患者さんを多数見ているので効率よくアドバイスが出来るのですが、たまにステレオタイプに当てはめてしまい、患者さんの個々の話を聞けなくなることもあります。



さらにこの両者に共通するのは、それぞれにバイアスの影響があることです。



ここで行動経済学が出てきます。現在バイアス、利用可能性バイアス、現状維持バイアス、サンクコストバイアスという代表的なバイアスが出てきます。根本には、我々医療者も関係なく「損失を回避したい」という人に共通する心理があります。

## 行動経済学

人の意思決定はいつも  
合理的であるわけではない  
バイアスの影響

ここで出てくるのが、今日のキーワードである行動経

済学という新しい考え方です。前提条件は、人の意思決定はいつも合理的であるわけではないということで、色々なバイアスが影響してきます。先程も患者と医療者それぞれのバイアスの手前のところを見てきました。まずはクイズを2つ出しますので、考えてみてください。

### どちらを選びますか（1）

① コインを投げて表が出たら2万円もらい、裏が出たら何ももらわない

② 確実に1万円もらう

まずは1問目ですが、2つ選択肢があり、どちらかを選んでいただきたいと思います。1つ目は、コインを投げて表が出たら2万円をもらい、裏が出たら何ももらわないという選択肢、2つ目は確実に1万円をもらう選択肢です。

### どちらを選びますか（2）

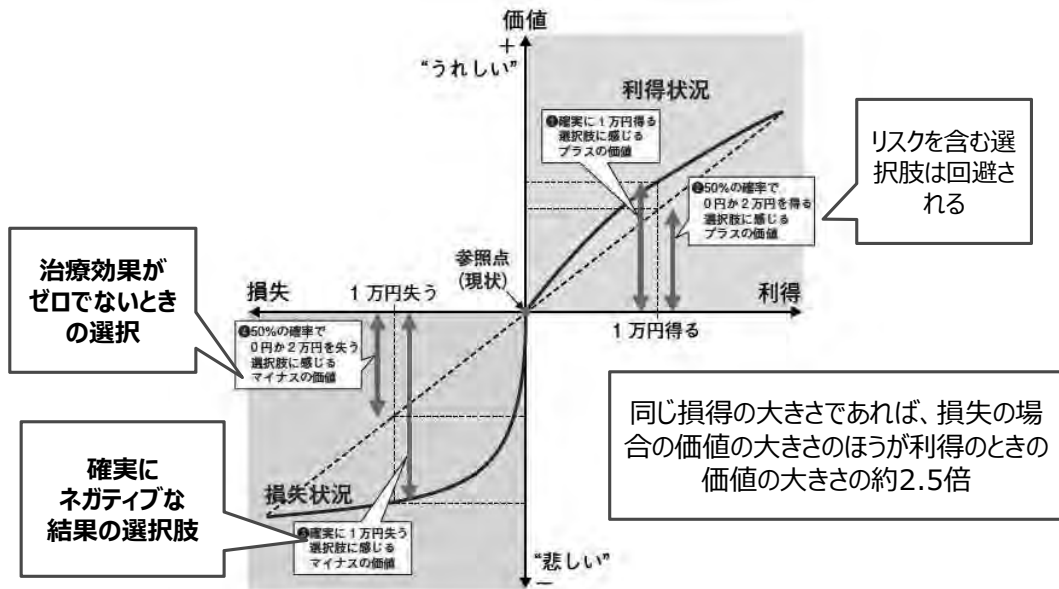
① コインを投げて表が出たら2万円支払い、裏が出たら何も支払わない

② 確実に1万円支払う

2問目は、1つ目がコインを投げて表が出たら2万円を支払い、裏が出たら何も支払わないという選択肢、2つ目は確実に1万円を支払う選択肢です。

1問目は利益があるという状況の選択肢で、2問目は損をするという局面です。多くの人において選択が変わるという現象が起こります。実は期待値は一緒です。経済的な価値としては一緒ということになるのですが、そこに不確実性のもとと確実性のもとで選択が違うということです。

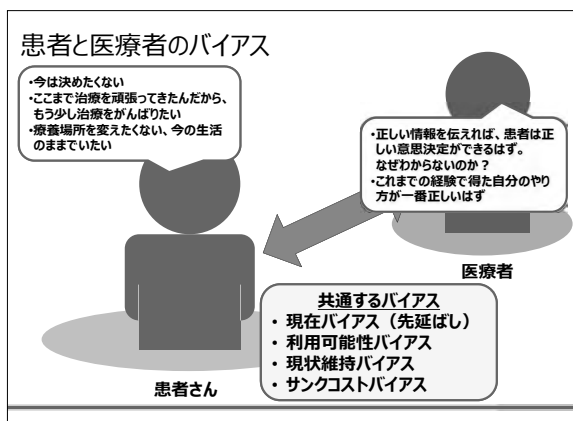
# 行動経済学：プロスペクト理論 (Kahneman & Tversky, 1979)



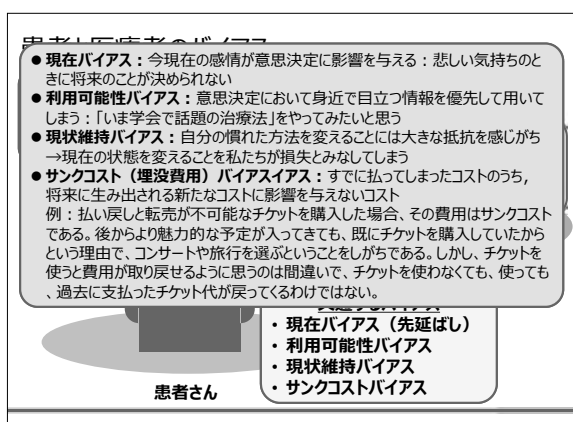
なぜこれが生じるかを説明したのが、行動経済学の中で1番コアな理論の「プロスペクト理論」です。Kahneman & Tversky という人が1979年に発表した論文に基づいていて、その後彼らはノーベル経済学賞を受賞しました。元々、Kahneman という人は認知心理学という分野の研究をしていて、認知症等の注意機能の実験研究をしていた人です。注意には、脳梁が上手く配分できるかどうかという、処理注意司令回路のことを元々やっていました。そこから価値には心理的な影響があるということで、経済学に持って行って認められるところまで来たということです。伝統的な経済学というのは、「人の判断は合理的であり、条件が同じであれば必ず人は同じ判断をする」という前提で、数式を組んで経済現象を説明します。それを「合理的ではなく、人はその時の感情や様々なことに影響され、バイアスの影響を受ける」というのを前提条件に組み込んで経済的な活動を予測しようとしたのが、この「プロスペクト理論」です。

先程お答えいただいたクイズでは、利得と損失が横軸で、縦が心理的な価値で、プラスが「嬉しい」、マイナスが「悲しい」ということとなります。1万円を確実に得る時の人の判断というのは赤い曲線上の判断になると言われています。0円か2万円の時の不確実な選択肢と比べると、確実に1万得る時の心理的な嬉しさの方が広くなっています。一方、損をする時は逆になります。確実に損をする時の方が、悲しさの値がより大きくなります。かつ、この線が期待以上になっていて、得より損の方が、より敏感に失うことに対して反応します。同じ大きさであれば、損失の場合の価値の大きさの方が利得の時の大きさの2.5倍と言われているので、人は損失に対して非常に敏感であることがこの理論で言われています。確実に失うことを我々が避けたいと思うことを損失回避と言います。

がんの終末期や緩和ケアで、色々な代替療法や高額な免疫療法の宣伝文句には、効果のあった事例がいくつかエピソードとして載せられています。つまり、治療効果が0ではないということが含まれます。プラスかもしれないということで、損得の点線上の判断に人を誘導することになります。一方で抗がん剤治療をしていた人は、中止は損失を確定させる作業になるので、赤い線上の判断になります。やはりこの差は大きくなります。逆にそれが自然なのです。多分、自分が当事者になってもきっとそう思うだろうと思います。治療の確率が5%あれば、違う判断をするだろうと思います。損失を認めるというのは、それだけ心理的に元々難しいのです。それを頑張ってコミュニケーションをとるところに意思決定支援の一番の難しさがあると考えています。



先程の損失回避という現象ですが、損失を回避したいというのが欺瞞となって色々な文脈で出てくるのが、これらのバイアスになります。



まず、現在バイアスというバイアスがあります。現在の感情が意思決定に働きます。先程の治療中断の状況も1つの現代バイアスです。損失を確定させるというのは非常に辛いことなので、意思決定に大きく影響を与えます。うつ病の人もうつ状態が強い時に意思決定が悲観的になります。仕事をしてきた人がうつになると、うつ状態が酷い時は仕事を辞めてしまいたいと考えます。もし仕事を辞めるとい意思決定をしてしまった後にうつ状態が改善すると、「なぜ仕事を辞めたのだろう」と後悔される人が結構多いです。うつ病の治療の場合は、うつ状態が強い場合は大きな意思決定をさせないようにする、意思決定を先延ばしにするという支援が意思決定支援の重要なポイントになります。まさに現在バイアスを考慮してコミュニケーションをとりましょうということです。

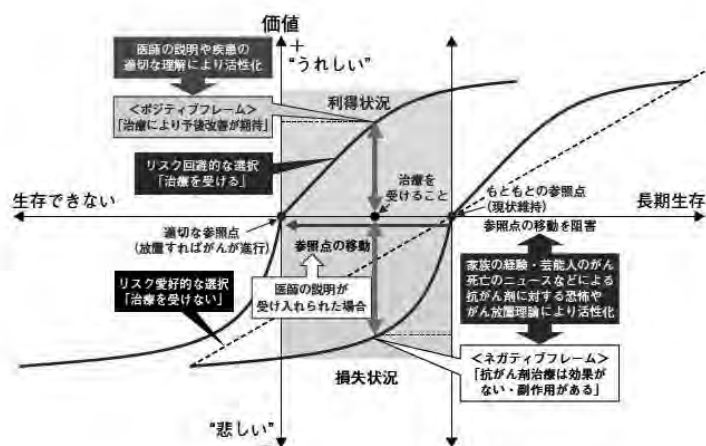
また、利用可能性バイアスは、特に患者さんに多いのは、新聞広告等でがんに効くという代替療法の広告を見ると、それが自分にも当てはまるのではないかと考えてしまうことです。医療者側は、学会で話題の治療法のエビデンスが出てくると、ついそれをやってみたいと思うことです。客観的に考えたら不確実性もあるのですが、それを割り引いて考えるのが利用可能性バイアスです。我々が一番注意しなければいけないところです。

現状維持バイアスは、現在バイアスと非常に似ているのですが、現状を維持したいと思うことです。特にがんなどの重い病気が分かった時に、それまでの普通の生活を変えたくない、だから治療を受けたくないと考える人がいると思います。それも現状維持バイアスの1つの現れと解釈することができます。自分達の何かを変えることに抵抗を感じがちで、変えることを損失だと捉えてしまいます。

サンクコストバイアスは少し説明が難しいのですが、既に払ってしまったコストのうち、将来に生み出される新たなコストに影響を与えないコストです。これは例を挙げないと分かりにくいかと思います。払い戻しと転売が不可能なチケットを購入した場合、その費用はサンクコストと言います。もう既に払ってしまったもので、取り返せません。後から魅力的な予定が入ってきたとしても、そのチケットを購入していたからという理由で、コンサートや旅行に行くことを選びがちです。コンサートに行くために新たに交通費を払わなければならないという新たなコストが乗るのですが、それを払ってでも行きます。行かずに、それを損として確定させて、新たな選択をした方がその人の心理的な価値には合理的なのですが、チケット1枚にすでにお金を払ったことが、本当は行きたくなくなったのに行くという行動を後押しします。これが起こるのが、サンクコストバイアスになります。チケットを使うことで取り戻せるように感じるのですが、使っても使わなくても一緒なので、払ってしまったのならその時点で自分としては損として計上しておく方が良いということになります。

よく折角旅行に来たのだからと言って買い物たくさんすることがありますが、これもサンクコストバイアスです。買わなくても良いお土産を買うとか、余計なものも買ってしまおうというのもサンクコストバイアスです。昔、大学生の頃にパチンコ好きの友人にパチンコに連れて行かれて、2万円が10分くらいで消えていったのですが、その2万円を出した時に「あと3000円使えば当たるのではないかな」と思うのです。でも2万円を使ったからといって、その後の格率に影響があるわけではないのに、ついそれを期待してしまうのがサンクコストバイアスです。医療で多いのが「折角ここまで治療を頑張ってきたのだから、もう少し」と言って、医学的なエビデンスでは明らかにこれ以上の動きはないのだけれど、治療を引っ張ってしまうという大きなバイアスです。患者さんもそう思いますし、医療者側もそういったバイアスで、もう少しやれば効果が出るのではないかと判断になってしまうことも起こり得るのではと思います。やはりなかなか自分で気づくのは難しいですね。普段、意識せずにやると、こういったことは起こって当然だと思います。

## がん放置理論はなぜ受け入れられるか？



今のプロスペクト理論の中で、価値の基準点のことを参照点と言います。先程のクイズでは、0円が基準点となって、0円よりも1万円が利得となりますし、0円よりも1万円失うと損失となります。この図式は、参照点が生きていた人全員に共通であれば同じ曲線になるのですが、実は人によって価値の基準点が変わります。例えば1万円を既に持っている人からすると、1万円を得ることはそれほど得ではないので、「ギャンブルをしてみよう」という選択をすることもあります。1万円を既に失っている人からすると、「何とか1万円を得なければいけない」という選択をすることになります。ですので、この1万円という価値は人によってかなり変わってきます。

現状維持バイアスについてです。例えばこれまで健康に暮らしていた人が検診で乳がんがステージ4ぐらいで見つかったら、抗がん剤治療をしなければならぬと主治医から言われた状況があります。そうしますと、それまで健康に暮らしていた人が、いきなり心身性の高い治療を受けなければいけないという状況になった時に、通常は現状維持の参照点からすると治療を受けることは損を意味します。日常生活を変えなければならぬ、今までの生活が失われると捉えられるので、下向きの曲線上での判断になります。通常は、主治医の説明時に病状の説明や告知をされることで参照点が移動させられて、「自分は死ぬかもしれない」という参照点を持つこととなります。そのように参照点が移動した人にとっては、治療を受けることで改善が期待できるという認識を持ってもらえます。

ここで「抗がん剤治療を受けます」という意思決定が初めて可能になります。なので、最初のところの説明、かつ進行がんだった場合の説明というのは、かなり参照点を下げる作業をしなければなりません。その説明は主治医にとって難しく、患者さんにとっても受け入れるのが非常に難しいところです。参照点、つまり我々の価値そのものを動かされるというのは、当然、心理的な強い反応を持ちますので、告知によって辛くなってしまうのは、参照点の移動を伴うことが最大のポイントになるということです。なかなか1回の話では難しいので、チーム医療で多少サポートしながら行っています。参照点がずれるような、少しでも現実的な話を、これから先どうするかを考えていきます。今、行っているACP（アドバンス・ケア・プランニング）も基本的にこの参照点をもって初めて出来ます。「治療を受けない」という人には、この話は損でしかないので、受け入れるのは非常に難しいということになります。理論的には、どうしてもこの辛い作業を絶対にしないとできません。実はこの現状の参照点を上手く使っているのが、某先生のがん放置治療です。「そのままが良いですよ」というのをとにかく話してくれます。「治療を受けない」という人達にとっては凄く聞きたい情報です。スライド右側の話になりますので、凄く受けが良いということになります。

また、参照点の移動を阻害するのが、芸能人のがんのニュース等を聞いて恐怖心が出てしまうことです。話を聞けないようになる、否認するという心理反応が起こりやすくなります。あくまでも私の解釈です。本能理論を使うと、なぜあれほど受け入れられるのかが説明できると思います。「治療を受けない」という人に対する強化になりますので、非常に良いです。現状維持の参照点の人にとっては、非常に欲しい話をしてくれるということになります。一方、主治医は逆の話をするので、非常に自分にとって損をもたらす人と認識されることとなります。特にがん治療の場合では、最初の診断を告げる人は軒並み恨まれるというか、患者さんから否定的に評価されるのは仕方ないのかなと思います。

その次に、変わった先生はスライド左側からの話ができるので、凄くありがたがられます。これはもう役割やポジションの問題であって、その人のコミュニケーションスキルや人格といった問題ではないのではないかと思います。どの先

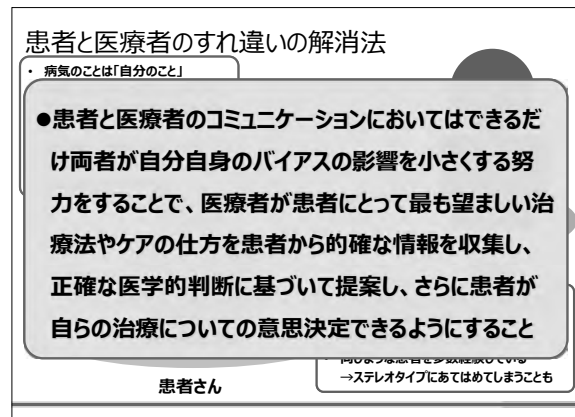
生でも最初に当たったら軒並みこの傾向があり、この話をすると患者さんからは「酷いことを言われた」というバイアスが入りやすいのは仕方がないのではないかと考えています。ですので、そういう立場の先生には理解をしていただいて、役割分担になりますが、悪役を買わなければならないということを前提としていただければと思います。でも必要な役割なので、誰かがしないといけないことを先生方は負っているということです。また、周囲もサポートしていくことをチーム医療で実現することが重要だと思います。参照点を移動させるというのが、何よりも重要で難しいということです。

ほとんどの患者さんが今の生活を維持したいという参照点を持っています。通常の場合では、病気を治療すれば元の生活に戻れるという期待で病院に来られます。ところが、長くかかる心疾患や糖尿病等に関しては、必ずしもそれを実現するのが難しいので、参照点をネガティブな損をしたという方向に動かさないといけないのです。現状維持の価値観を強く持っている人は、治療を多大な損失をもたらすものとして捉えているということです。

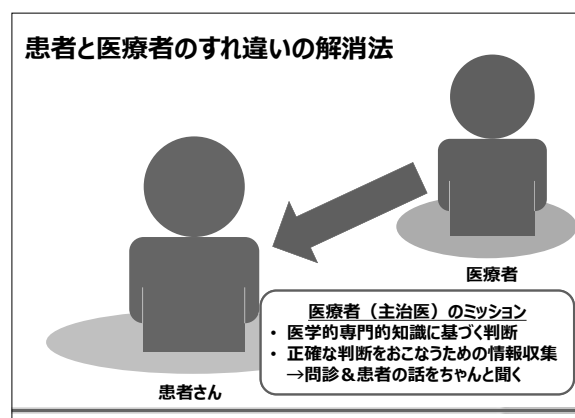
参照点を移動させるには、事実に基づいた情報提供をしなければならず、これはしばしば患者さんにとって聞くのが辛い情報になるので、その心理的な反応も起きやすくなります。医療者側も悪い知らせを伝えることに対して非常に負担の高い作業になりますので、先延ばししたいという現在バイアスが働きやすくなります。参照点を動かすのは、粘り強く時間をかけていかなければなりません。患者さんが受け入れられない場合は、何に引っかかっているかを明らかにすることが良いので、難病治療の現場で戦っている勝俣先生と直接ディスカッションをしました。先生はこの通りだと仰っていました。では、どうしているかという、何か引っかかっているものが患者さんにあるので、それが何なのかというのを、まず診察の時に話をするのだそうです。例えば、家族を同じ病気で亡くされた経験があるとか、怖い思いをしたとか、エピソードがあるので、その話をきちんと取り扱ってあげると、その後の話がしやすくなるお聞きしました。ですので、先程の話も理にかなっているのかなと思います。そして、参照点が移動してから、初めて治療法の提案というポジティブな利得情報の話をしなければいけなくなります。ここがこのまま話をしても議論がどんどんすれ違っていくところだと思います。やはり誰かが参照点を移動させた上でやらなければならないということです。

緩和ケアの移行の時の話がなかなか入らないのも同じ構造になっています。緩和ケアというのは、死をある程度受け入れると言いますか、リスクがあることを前提にすると、緩和ケアは状況を改善するものとして認知されます。しかし、損失状況にある人に緩和ケアの話をして、損失として受け取られるので、緩和ケアの話を聞

かされると話が入らないということが起こります。多くの人が治療を続けるという現状維持バイアスの参照点で考えるので、緩和ケアの話は入りません。いくら医療者がある人に利益があると思っていても、患者さんから見ると損失として捉えられてしまいがちになります。

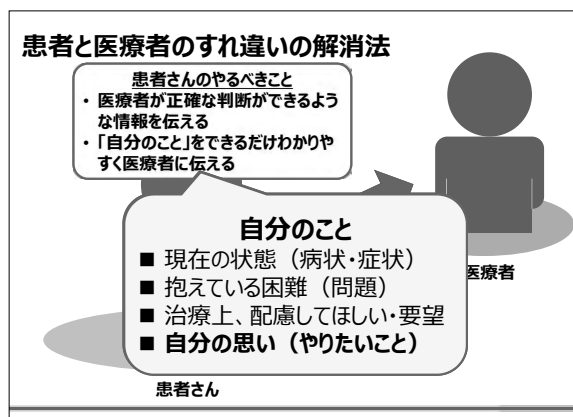


まとめますと、患者と医療者のコミュニケーションにおいては、出来るだけ両者が自分自身のバイアスの影響を小さくする努力をすることが必要です。最終的には、医療者が患者にとって最も望ましい治療法やケアの仕方を、患者からの的確な情報を収集して、正確な医学的判断に基づいて提案し、さらに患者さん自らの治療について意思決定できるようにすることです。周りくどい言い方になるのですが、最終的には患者さんが決めますが、医療者がその前段階で参照点を動かすことも含めて医学的・客観的な情報を伝えることです。医療者は、患者さんにとって辛いかもしれないという前提でも、まずきちんと伝える努力をして、それに続いて患者さんが意思決定をできるようにするのが、意思決定支援のゴールになるだろうと思います。



医療者のミッションは、医学的・専門的知識に基づく判断をすることです。森の上から見た状況で専門性に基づく判断をするということです。それを行うために的確な情報収集を行います。そのために患者さんの話をきちんと聞くというコミュニケーションをとりましようとい

うことで、コミュニケーショントレーニングをやっています。あくまでも情報收拾の手段であり、医療者の1番のミッションは、「判断をして患者さんに伝える」、「決められるように伝える」ということです。



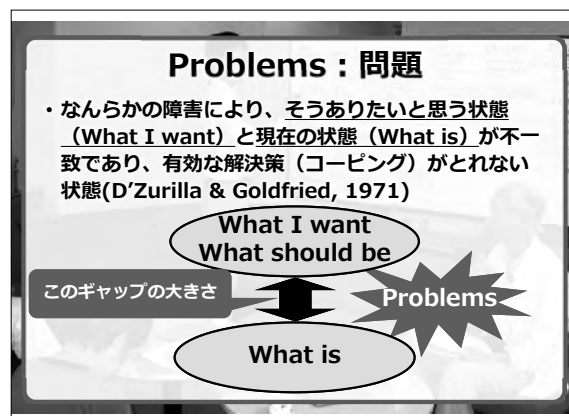
一方、患者さんがやるべきことがあります。今月初めに阪大のがんサロンで患者さんを受け入れて話をしました。医療者が正確な判断が出来るような情報を伝えることは、患者側のやるべき行動であるということで、「自分のことをできるだけわかりやすく伝えるために、きちんと準備をしておいたほうがいいですよ」と話しました。最初のスライドのように、いきなり分かって欲しいと思って座っていても、伝えたいことが伝わらないので、少しでも分かってもらう努力をきちんとしておいた方が良いということです。自分のこと、現在の状態、抱えている困難、治療上で配慮して欲しい要望などがACPの話になります。自分の思いや、やりたいこと、治療に限らず大切にしていることなどを出来るだけ医療者に伝えられるように準備をしておきましょうという話をしました。

逆に、意思決定支援やACPは、医療者に自分のことを伝えられるようにアシストするということになります。今、両立支援というのはまさにこれを明確にしています。どういう仕事を続けていきたいかに合わせる感じで、主治医は意見書を書いていくことになります。両立支援コーディネーターは、これを引き出せるように、仕事や会社のことを含めた情報と、医療側で配慮すべきことを明確にして意見書にするという作業になっていると思います。本質的には非常にシンプルなことなのだと思います。ただ、これを引き出すというのが非常に難しいということです。

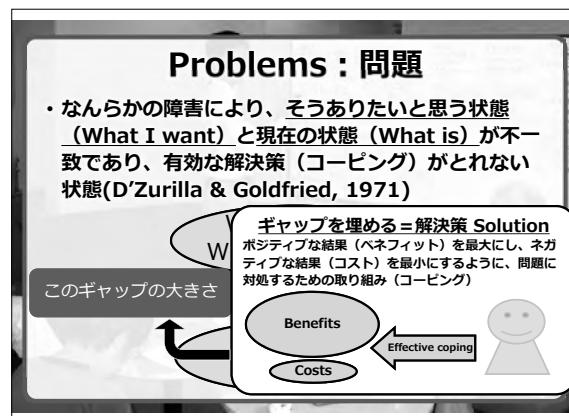
### ■ がん患者に対する問題解決療法

最初にご紹介した活動ですが、がん患者さんに対する問題解決療法プログラムというのをやりましたのでその時の話をさせていただきます。このプログラムでは、患者さん達にそれぞれの自分の問題解決について整理してもらいました。大阪大学の豊中キャンパスの隣にある市立豊中病院で、その先生方と2008年くらいから一緒

に患者さんのグループ療法、問題解決療法を入れさせてもらいまして、半年に1回、2クールで5週間のプログラムを作ってやっていました。問題解決なので、患者さんそれぞれが自分の解決したい問題を持って集まって、それぞれが自分の問題をどう解決していくか、整理しながら進めました。この時に来られた患者さんは、食道がんの術後の患者さんです。ホワイトボードで患者さんの問題と解決方法を整理しました。この人は術後に胃がなくなってしまったので食べられないという問題を何とかしたいということでした。



問題解決療法で理論的に一番大切なのは、非常に哲学的な話になりますが、問題と我々が言っているものの定義です。何らかの障害があって、そうありたいと思う状態と現在の状態が不一致であり、有効な解決策がとれない状態のことを問題と言っています。先程の患者さんは、自分は食べたいのに食べられないという現状があります。そこにギャップがあるので、この方の問題となっています。問題が大きいと我々はストレスとして感じるようになります。世の中に起こっている社会的な問題も、全部ありたいと思う状態があり、あるべきものと現在がそうでないという不一致があり、必ずこの形で分析が出来るということになります。

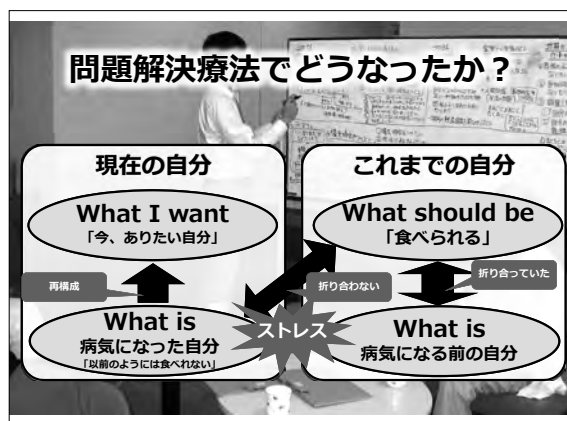


ギャップを埋めるのが解決策なので、方向が正しく設定されないと、実は正しい解決策は導かれません。これをきちんと定義することが問題解決療法で一番重要なこ

とになります。

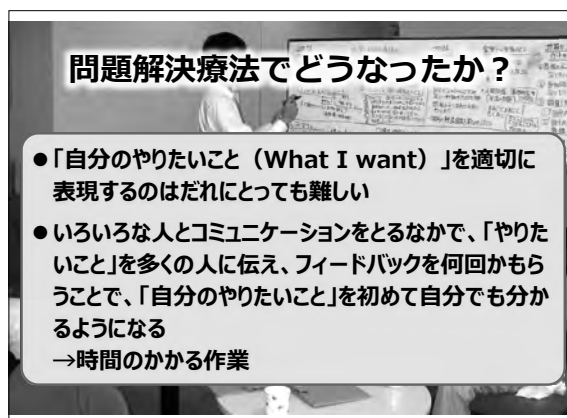
ある患者さんは、最初食べられないという問題を何とかしたいということで、「食べられるようになりたい」という目標を立てられました。どんな方法があるか、ブレインストーミングで他の方も一緒になって色々な解決策のオプションを考えました。自分では出てこないようなものも含めて考えるという工夫がされています。例えば、「デパートの地下の試食コーナーに行って摘まんでみる」というのは、ご本人が自力で考えるはずもなく、他の方の知恵です。これを皆で楽しんでディスカッションする中で、何か出来ることを見つけて解決に向かうことをやっています。「食べられるようになりたい」という目標を最初に立てられましたが、グループで話したから食べられるようになったかという、そうではありません。特に身体的な機能の喪失によって起きている問題ですので、そういう解決はなかなか難しいです。まずはゴールを現実的なものに設定して、「食べられそうなものを探す」というゴールに取り組んでもらいました。そうすると具体的な解決策が出てきます。具体的でないと、「朝、起きたらそうなっていたら良いのに」という話になってしまいます。実際の行動として出来るものに落としていくのが、この問題解決療法の最も重要な点です。

途中1カ月間に色々なことがあったのですが、最終的にこの患者さんがどうなったかと言いますと、「食べられないことは大した問題ではないと思えるようになった」とおっしゃいました。最初は食べられないことに凄くこだわっておられました。でも、このプログラムと同時並行でサロンのようなところで江口さんのセミナーを受けてこられて、その時質問したら「まだ6カ月だからですよ」と言われたそうです。また、隣の方は再発して予後告知をされて落ち込んでいた患者さんだったのですが、その患者さんから「あなたまだ6カ月でしょ」と言われたそうです。自分より大きな問題に悩んでいる人がいることを知って、自分の問題と相対化されて、小さいものと思えるようになったということも1つあるとのこと。また、奥さんが病気で、その介護をしなければならぬというのがプライオリティとして高いことや、若い人と話をするのが好きな方だったので、馴染みのカフェに行って店員さんと話をするなどして、食べられないという問題も確かに問題なのですが、それだけではないことも自分の問題課題として取り組んでいかなければならないと思えるようになったということです。



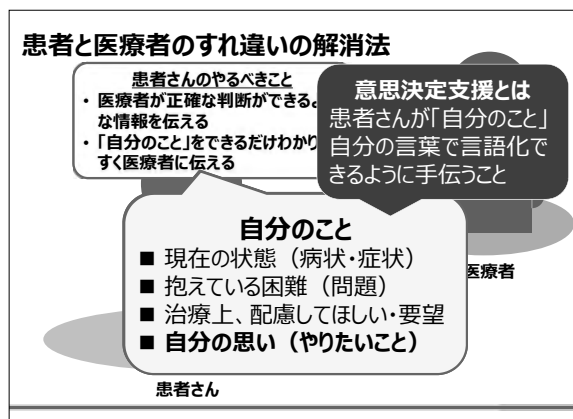
これを先程の理論の話しますと、病気や手術をする前は食べられるはずで、実際食べられているのでギャップは存在しないのですが、大きな治療をすることによって突然食べられない自分というのが出現します。この「食べられるはずだ」という認知も1つの現状維持バイアスかと思います。ギャップが生じてくると、多くの患者さんは「病気になる前の自分に戻りたい」と言われます。色々な努力をされて、民間療法等もそのような謳い文句になっていて、そちらに行ってしまうのですが、現実として大きな病気による治療の場合は、病気になった自分を前提に現在ありたい自分というのを考えることができれば、ギャップが解消していくことになります。

この方は1カ月間、グループに来て刺激が加わったことによって、今ありたい自分について見つめて、奥さんのことを手助けしたり、色々な人と会話したりすることがありたい自分として見つかったということです。これは、参照点が移動したとも言えると思います。これを基準にして、自分にとって利益になるものが考えられるようになったということだと思います。一番重要なのは、自分がどうありたいか、どうしたいかということ自分を明確に持つという作業です。意思決定支援の一番のポイントは、この「What I want」を患者さんが自分で納得できる形に、自分がそうしたいのだと見つけられるお手伝いをすることです。それが本質だろうと思います。



自分がやりたいことを普段から喋るようにトレーニングがされていないので、ほとんどの患者さんが上手く言え

ません。いきなり「どうしたいですか」と言われても答えられない人がほとんどです。今日も学生さんの進路相談を行って「実習はどうしたいですか」とダイレクトに聞くのですが、だいたい「これもしてみたい」と言わないので、どうなりたいか、どう働きたいかと詰めていきます。学生さんなのでそれが許されています。それをいきなり患者さんに質問すると戸惑われる方が多いと思うので、誰でも難しいということです。色々な人とコミュニケーションをとる中で、やりたいことを多くの人に伝えて、フィードバックを何回ももらうことで、「自分のやりたいこと」が初めて分かります。先程の患者さんもそういう期間を5週間、強制的に作ってやってもらって、色々な人に質問をぶつけて、フィードバックをもらう中で、段々と明確に、現実的になって、「自分は何か出来るのだろう」、「どうしたいのだろう」と結果として考えられるようになったということです。意思決定支援のコアはここです。就労両立支援もおそらく一緒です。病気の治療をしながら仕事をするというのは、以前のように病気が無い中で仕事をするのとは明らかに違います。仕事の仕方を工夫しなければならないわけです。そうなる以前思っていたキャリアとは違うゴール設定をして考えなければならないのですが、そのままやっていると無理が生じて、ストレス負荷がかかって、メンタルヘルスのきっかけとなってしまいます。研究班でもストレスマネジメントのインタビューをしているのですが、実際、患者さんの体験を聞くと、そうおっしゃる方が結構おられます。



自分のこと、特に自分のやりたいことを明確にするという作業が必要です。意思決定支援は、患者さんが自分のことを自分の言葉で言語化できるように手伝うことです。シンプルに定義すると、こういうことだろうと思います。色々な職種の立場から共通の方向性も見ながら、特に患者さんが課題だと思っているところの専門家が同じ方向を見ながらやっていくことだと思っています。

### 患者と医療者のすれ違いの解消法

- 「自分のやりたいこと（What I want）」を明確にする作業
  - 「やりたいこと」を紙に書き出す
  - 「やりたいこと」が浮かばないときは「やりたくないこと」「嫌なこと」を書き出す（リスト化）
  - 書き出したものを自分で眺める
  - できればそれを見ながら人に話をしてみて反応を聞く
  - 「やりたいこと」「やりたくないこと」リストを修正する

患者会でお伝えしたのですが、自分のやりたいことを明確にする作業は、1番良いのは紙に書き出すことです。先の問題解決療法でも、ホワイトボードに従いながら書いて、それを眺めることが、自分のやりたいことに向きあう最も確実な手段になります。いくら考えていても、頭の中でやっている、客観化されません。色々な現在バイアスが入ってきますので、一旦書き出すことです。日本人は、自分のやりたいことを説明するというトレーニングを受けていないので、この作業が結構苦手です。多分アメリカだともう少しできると思います。「I want～」というのを子どもの時から言われています。「あなたは どうしたい？」と親からもよく言われているので、比較的その質問をすると直ぐ言える文化だと思います。しかし、日本の文化はそうではないので、なかなか言える人が少ないです。逆にそういう時に「やりたくないこと、嫌なことを言って下さい」と言う、これは結構言いやすいということです。意思決定支援の中では、そちらを聞くのが実は手取り早いです。「やりたいことは何ですか？」と聞かれても「そう言われてもなあ」という反応になるのですが、そういう時に「では絶対に嫌なことを言ってみて下さい」と言う、「こうだけはなりたくない」、「これは嫌だ」というのが高齢の方でも言いやすいということです。幾つか聞いていくと、その裏側にその人が「そっちの方向だったら、まあいいか」と思えることが見えてきます。それを言葉にして説明すると、その人のやりたいことに比較的近いものが簡単に出来ます。それを見てもらって、確かにそうだなというところまで行けばOKです。そして、「色々な人に話しをしてみて、反応を聞いてみて下さい」と言うこと、「その結果、また修正しても良いですよ」と言うことです。修正をすることも保証していますし、その作業の説明をすることで、今の作業もこの作業だと分かることになると思います。特に修正できるようにするということが重要です。日本人は一度決めたことに一生拘束されると思ってしまうので、この補足をかなり言っておいた方が良いかと思えます。

今、運転免許証の裏にある臓器移植の意思表示をする



人がどうしたら増えるかという研究をやっていて、東京の免許試験場でアンケートを配っています。RCTのアンケートをしているのですが、その状況を見に行ってきました。免許証って更新しますよね。だから今は臓器提供すると記載しておいても、更新したら付け直さなければいけないので、「これは5年間有効ですよ」と言うと少しハードルが下がるということです。書いてしまったらもう自分は臓器移植してしまうのだと多くの人が思うので、書かないでおこうという損失確定みたいに受け取られる方が多く、記入が進まないということがあります。期限を決めるというのは重要です。意思決定支援では「ずっとこれが有効なのではない、今の段階の意思でいいので書いてみて下さい」とインストラクションすることが重要だと思います。

問題解決療法キャンパス Ver3.0		
問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？		
現在の状態（病状・症状など）		
結果：やってみてどうでしたか？		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

細かいことが人間の意思決定行動に影響するので、研究として取り出して使えるようにと考えています。問題解決療法のワークショップの時に使っているワークシートです。そのまま意思決定支援に使えるので、これを埋めることをやっています。

71歳の高齢のがん患者さんに書いてもらったものがあります。この患者さんには、ありがたいものと現状がずれているという説明をしました。この方は山登りのツアーに申し込むのを、趣味としてやりたいとのことで、それをちゃんとグループで取り扱って、実際に行ってきましたという話をされていました。

かなり細かくワークシートを記入してもらいました。2日かかったそうです。一言で言うと「山に登りたくて、登りました」と言うだけなのですが、「登って楽しかったので勢いで台湾に行く予約をしました」、「第九のコンサートの予約もしました」みたいなことが書いてあって、「書いて良かった」と言われました。このように使われる方もあります。高齢でしたがインテリジェンスな方だったので、とてもフィットしたと思います。

問題解決療法キャンパス Ver3.0		
問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？	「現在の状態」をふまえて「どうなりたいか」を考えたものを目標とする	
現在の状態（病状・症状など）		
結果：やってみてどうでしたか？		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

特に現在の状態をふまえて、どうなりたいかを目標とするのが一番難しいです。やはり支援をしないと、自分で書くのはかなり難しいのだと思います。我々がアシストしなければならないということです。

もう1人の方は、ずっと便秘の問題に悩んでいたとおっしゃって、便意を起こすという発想に変えていくと解決策が見えるようになりましたとおっしゃっていました。目標を「便秘をなくす、便意を増やす」と定義し直したという非常に小さい話なのですが、シートにそれを記入してもらうことで凄く具体化しました。さらに、便意の記録表を作って、実際にあったことをパソコンで入力して、記録を作っていました。

問題解決療法キャンパス Ver3.0		
問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？	✓ 「現在の状態」をふまえて「どうなりたいか」を考えたものを目標とする	✓ 自分を主語にした行動をリスト化する。 ✓ 「できる」「できない」の判断はおいておく
現在の状態（病状・症状など）	✓ 記録→データ化しておくとか客観的に把握できる	
結果：やってみてどうでしたか？		
✓ 自分自身についての記録をとっておく		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

### 患者と医療者のすれ違いの解消法

- 患者さんのやるべきこと**
- ・ 医療者が正確な判断ができるような情報を伝える
  - ・ 「自分のこと」をできるだけわかりやすく医療者に伝える

#### 自分のこと

- 現在の状態（病状・症状）
- 抱えている困難（問題）
- 治療上、配慮してほしい・要望
- 自分の思い（やりたいこと）

患者さん

医療者

患者さんにも今の図をお伝えして、データ化したり、記録をしたりして、それを先生に見せるとより伝わると

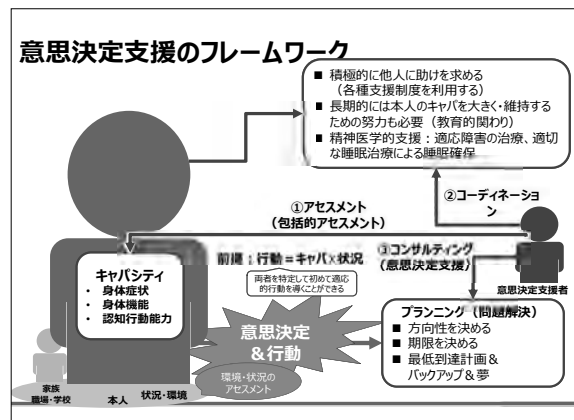
話します。やはり客観的なものがあった、それと自分がどうしたいかという非常に主観的なものを分けて伝えるようにすると、自分の目指す方向性がより伝わりやすくなります。あとは、解決策をあのようリストにするのが重要です。出来るか出来ないかの判断は置いておいて、とにかくできそうなことを並べて、一旦書いてみるのが一番重要です。

診察場面での問題解決		
<b>問題：抱えている課題</b> ✓ 治療上の困難・課題 ✓ 生活上の困難・課題	<b>目標</b> ✓ 主治医に伝えたいことは何かを明確にする ➢ 自分がどうなりたいと思っている人であり、それを実現するためには、どんな困難や課題を抱えていて、それを解決するためにどのような支援してほしいと考えているか？を明確にする。 ➢ 日々考えておく	<b>行動目標・解決策</b> ✓ 自分を主語にして、主治医に何を伝えるかをリスト化する ➢ 「現在の状態」をできればデータや記録に基づいて客観的に記載する ✓ 原稿を書いて、たれかに添削してもらってより効果的 ➔ 相談支援センターの利用
<b>どうなりたい？どうすべき？</b> ✓ 生活上の大きな目標（仕事や家族のこと）があれば書いておく		
<b>現在の状態（病状・症状など）</b> ✓ テキスト化できるものはデータ化しておく ✓ 記録をとる（日記）		
<b>結果：やってみてどうでしたか？</b> 良かったこと・良い影響 困難だったこと・悪い影響		

これは診察場面での問題解決です。一番は、主治医に伝えたいことは何かを事前に明確にしておきましょうということです。そして、自分はこうなりたいと思っている人で、それを実現するためには、どんな困難や課題を抱えていて、解決するためにはどのような支援をしてほしいと考えているかを明確にしておきます。例えば、ずっと仕事をされていて引退された方が大きな病気をされた時に、海外旅行をずっとしてみたいと思っていて、それをなんとか実現したいと思っている方が、こういう症状があって、それがあるとなかなか海外旅行に行けないが、症状の一部分がもし改善されるのであれば、是非行ってみたいと思うと言えると、医療者としても分かりやすいです。「では、こういうところをケアして、こういう治療をしてみましょう」といった提案ができます。このように説明してもらえると伝わります。日々考えておいて、できれば原稿を書いて誰かに添削してもらってより効果的です。この情報が揃ったものがあると、医療者や主治医に伝わりやすいと思います。

問題解決療法の研究は、最初は乳がんの乳腺外科の患者さんで臨床試験をやっていて、それに送ってくれる先生が途中から味を占められてどんどん送ってくれるようになりました。その主治医の先生に聞くと、うちで問題解決療法のカウンセリングをやった患者さんは、治療の意思決定がしやすくなったということでした。特に自分の家族がどうこうとか、あまり細かいことを診察では言わなくなり、治療の話をストレートに言って決めることができるようになりましたとおっしゃっていただきました。主治医の先生も途中からそれが分かったので、どんどん送っていただくということになりました。結局は、治療に関係ない部分をこちらで扱うということかもしれ

ません。どうしたいかが明確になって、医学的な話に集中できたのだと思います。やはり、代わりに誰かが考えるのではなく、自分で考えてもらって、それを添削することが意思決定支援の本質なのだろうと思います。



今、両立支援のストレスマネジメントを研究班で、意思決定支援をする人がスキルとして何か見つけられるようなプログラムが出来ればということを考えています。問題解決の部分、プランを立てるお手伝いをどうするかというコンサルティングです。実は経営コンサルティングと一緒にです。クライアントである会社の社長が経営に対して意思決定に困っている時に、意思決定支援をするのが経営コンサルタントの仕事です。その時に過去の売り上げ等が数値であって、それに対して社長さんがどういう会社にしたいのか、どういビジネスをしたいのかを言語化し、ギャップを構造化して、ギャップを埋める解決策を提案するのが経営コンサルタントの仕事なのです。意思決定支援と経営コンサルタントは一緒に、病院の相談支援でもその技術と同じことをやります。患者さんがクライアントで、その人が決められるように問題を整理し、解決策と一緒に考えて、自分がどうしたいかを明確にする作業だと思います。その時に体の症状や、身体機能、あるいは心理的な認知を、その人を踏まえて専門家がアセスメントをして、それに基づいて決めやすいような作業になります。あとは、ソーシャルワークを中心に行うコーディネーションです。外的な支援に繋いでいくという、この3つが専門家としての意思決定支援者のコアです。職種に関係なく、このポジションになった人がやります。それぞれ専門性の部分は違ってくるのですが、機能としてはこの3つは極めて共通しているのではないかと思います。

このあとは余談になりますので、ここで終わりにさせていただきます。



**第5回 治療と仕事との両立支援セミナー**

発行

2019年3月

北里大学医学部公衆衛生学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1

TEL : 042-778-9352 FAX : 042-778-9257

E-mail : syuroushien@gmail.com



**北里大学 医学部 公衆衛生学**

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

TEL: 042-778-9352 E-MAIL: [publichealth@med.kitasato-u.ac.jp](mailto:publichealth@med.kitasato-u.ac.jp)

[www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/](http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/)