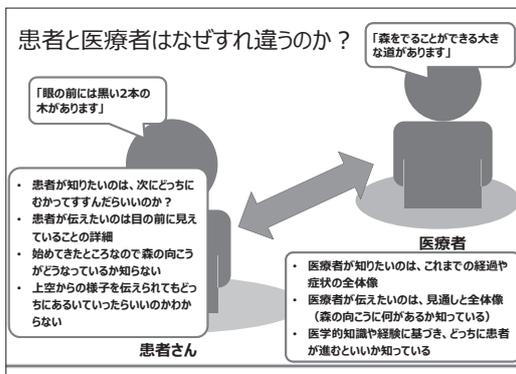
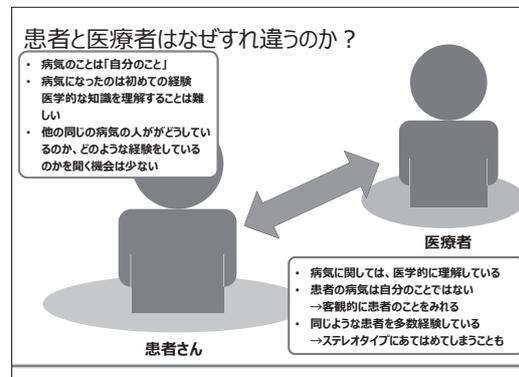


医療者の方は、今、どこにいるのかを知りたいということで、これまでの経過や症状の全体像を知りたいわけです。そして医療者が伝えたいのは、見通しと全体像です。森の向こうに何があるか知っています。そして医学的知識や経験に基づいて、どちらに患者が進んでいるのかを知っているので、「こちらの道を行けば急けど楽になる」というようなことが言えます。

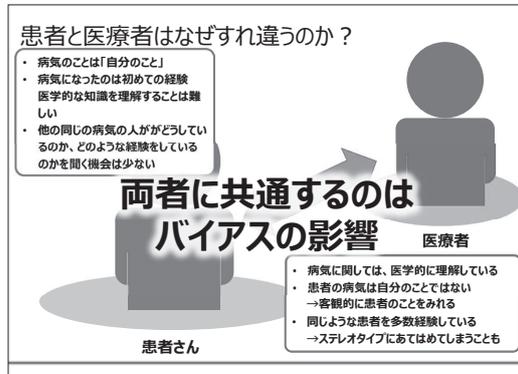
この様に、すれ違う体験がきっと起こっているのだろうということです。

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。

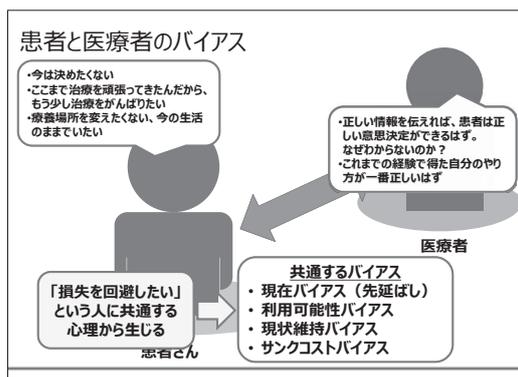


患者さんにとって、「病気のこと」は自分のことです。一方、医療者にとって患者の病気は自分のことではないということです。それが逆にメリットで、客観的に患者のことを見えています。自分のこととして見ると、どうしても利害関係から客観的にはなかなか見えません。本当は客観的に考えて判断した方が良いのに、自分の感情や主観的な影響が非常に強くなってきます。患者さんは初めての経験ですし、医学的な知識を理解することは元々難しいです。また、他の病気の人がどのような体験をしているのかを聞く機会がないので、自分だけが大変という思いになります。ここでケアサポートが重要となると思います。もう1つ、医療者でよくあるのが、同

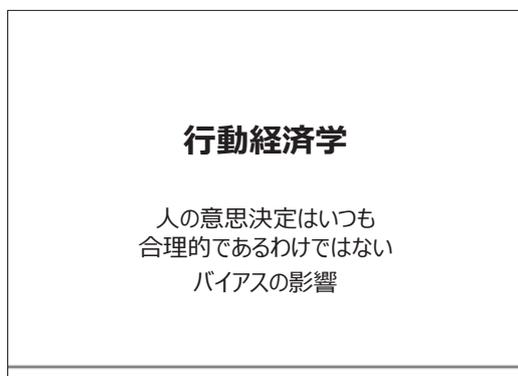
じような患者さんを多数見ているので効率よくアドバイスが出来るのですが、たまにステレオタイプに当てはめてしまい、患者さんの個々の話を聞けなくなることもあります。



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。



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、考えてみて下さい。

**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）**

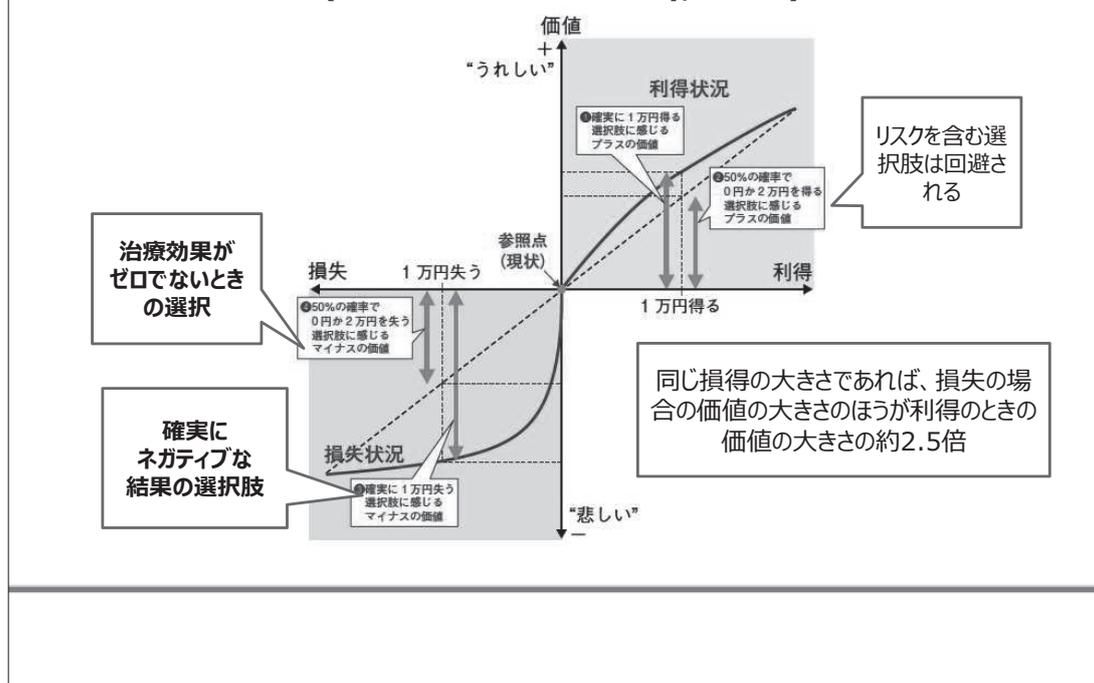
① コインを投げて表が出たら2万円支払い、裏が出たら何も支払わない

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のと確実性のものとで選択が違うということです。

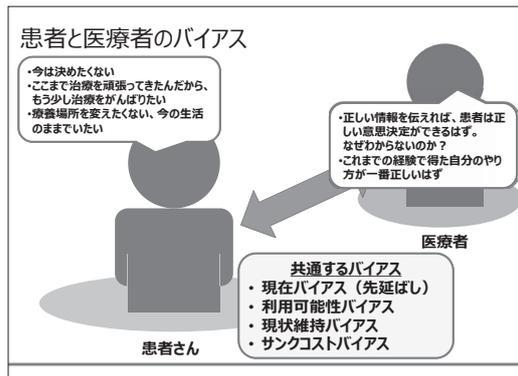
# 行動経済学：プロスペクト理論 (Kahneman & Tversky, 1979)



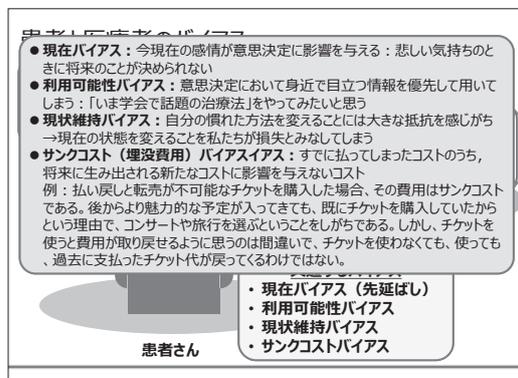
なぜこれが生じるかを説明したのが、行動経済学の中で1番コアな理論の「プロスペクト理論」です。Kahneman & Tversky という人が1979年に発表した論文に基づいていて、その後彼らはノーベル経済学賞を受賞しました。元々、Kahneman という人は認知心理学という分野の研究をしていて、認知症等の注意機能の実験研究をしていた人です。注意には、脳梁が上手く配分できるかどうかという、処理注意司令回路のことを元々やっていました。そこから価値には心理的な影響があるということで、経済学に持って行って認められるところまで来たということです。伝統的な経済学というのは、「人の判断は合理的であり、条件が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」ということになります。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1万円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ほうが、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するのは非常に辛いことなので、意思決定に大きく影響与えます。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う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。

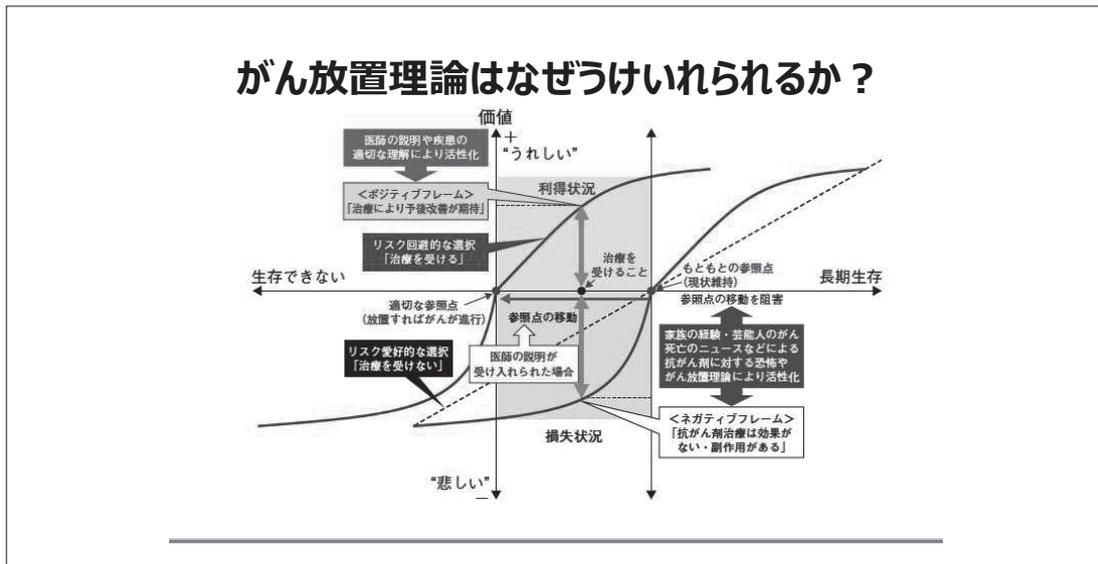
また、利用可能性バイアスは、特に患者さんに多いのは、新聞広告等でがんに効くという代替療法の広告を見ると、それが自分にも当てはまるのではないかと考えてしまうことです。医療者側は、学会で話題の治療法のエビデンスが出てくると、ついそれをやってみようと思うことです。客観的に考えたら不確実性もあるのですが、それを割り引いて考えるのが利用可能性バイアスです。我々が一番注意しなければいけないところです。

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の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なので、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ないかと思います。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、参照点が全ての人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、それまで健康で暮らしていた人が、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になります。そのように参照点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、かつ進行がなか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。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回のお話では難しいので、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、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ダメです。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になります。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

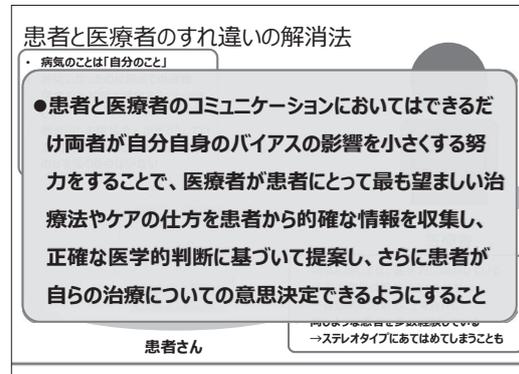
生でも最初に当たったら軒並みこの傾向があり、この話をすると患者さんからは「酷いことを言われた」というバイアスが入りやすいのは仕方がないのではないかと考えています。ですので、そういう立場の先生には理解をしていただいて、役割分担になりますが、悪役を買わなければならないということを前提としていただければと思います。でも必要な役割なので、誰かがしないといけないことを先生方は負っているということです。また、周囲もサポートしていくことをチーム医療で実現することが重要だと思います。参照点を移動させるというのが、何よりも重要で難しいということです。

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。通常の病気では、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ません。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。

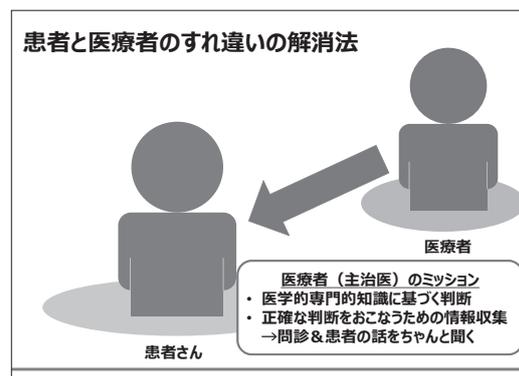
参照点を移動させるには、事実に基づいた情報提供をしなければならず、これはしばしば患者さんにとって聞くのが辛い情報になるので、その心理的な反応も起きやすくなります。医療者側も悪い知らせを伝えることに対して非常に負担の高い作業になりますので、先延ばししたいという現在バイアスが働きやすくなります。参照点を動かすのは、粘り強く時間をかけていかなければなりません。患者さんが受け入れられない場合は、何に引っかかっているかを明らかにすることが良いので、難病治療の現場で戦っている勝俣先生と直接ディスカッションをしました。先生はこの通りだと仰っていました。では、どうしているかということ、何か引っかかっているもの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とお聞きしました。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。

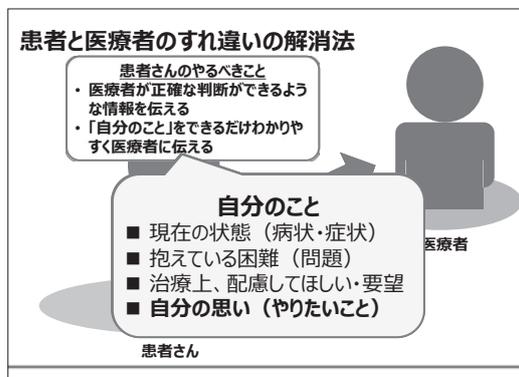


まとめますと、患者と医療者のコミュニケーションにおいては、出来るだけ両者が自分自身のバイアスの影響を小さくする努力をすることが必要です。最終的には、医療者が患者にとって最も望ましい治療法やケアの仕方を、患者からの確かな情報を収集して、正確な医学的判断に基づいて提案し、さらに患者さん自らの治療について意思決定できるようにすることです。周りくどい言い方になるのですが、最終的には患者さんが決めますが、医療者がある前段階で参照点を動かすことも含めて医学的・客観的な情報を伝えることです。医療者は、患者さんにとって辛いかもしれないという前提でも、まずきちんと伝える努力をして、それに続いて患者さんが意思決定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

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。



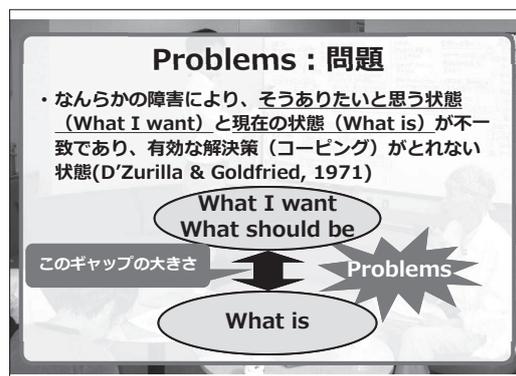
一方、患者さんがやるべきことがあります。今月初めに阪大のがんサロンで患者さんを受け入れて話をしました。医療者が正確な判断が出来るような情報を伝えることは、患者側のやるべき行動であるということで、「自分のことをできるだけ分かりやすく伝えるために、きちんと準備をしておいたほうがいいですよ」と話しました。最初のスライドのように、いきなり分かって欲しいと思って座っていても、伝えたいことが伝わらないので、少しでも分かってもらう努力をきちんとしておいた方がよいということです。自分のこと、現在の状態、抱えている困難、治療上で配慮して欲しい要望などがACPの話になります。自分の思いや、やりたいこと、治療に限ら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

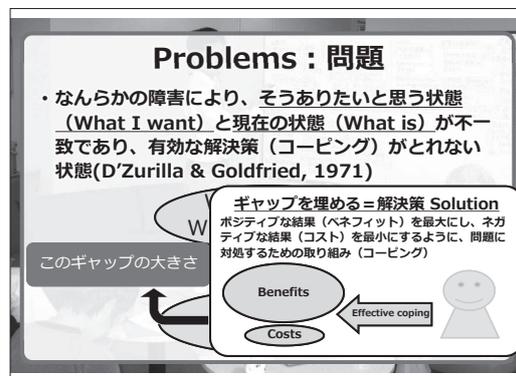
#### ■ がん患者に対する問題解決療法

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、そこの先生方と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弱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。何らかの障害があつて、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。

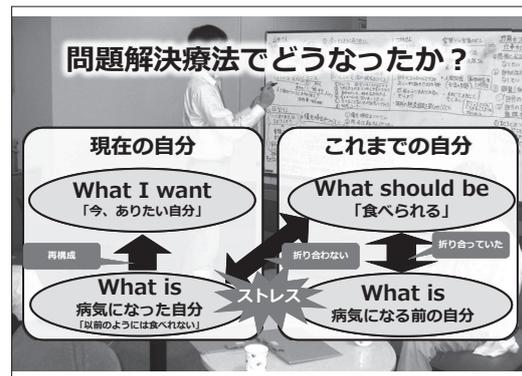


ギャップを埋めるのが解決策なので、方向が正しく設定されないと、実は正しい解決策は導かれません。これをきちんと定義することが問題解決療法で一番重要なこ

とになります。

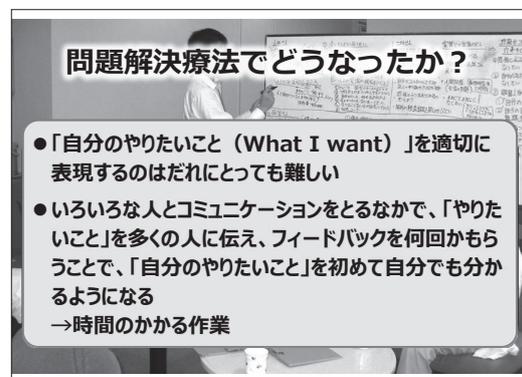
ある患者さんは、最初食べられないという問題を何とかしたいということで、「食べられるようになりたい」という目標を立てられました。どんな方法があるか、ブレインストーミングで他の方も一緒になって色々な解決策のオプションを考えました。自分では出てこないようなものも含めて考えるという工夫がされています。例えば、「デパートの地下の試食コーナーに行ってつまんでみる」というのは、ご本人が自力で考えるはずもなく、他の方の知恵です。これを皆で楽しんでディスカッションの中で、何か出来ることを見つけて解決に向かうことをやっています。「食べられるようになりたい」という目標を最初に立てられましたが、グループで話したから食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こっ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。具体的にないと、「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告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。



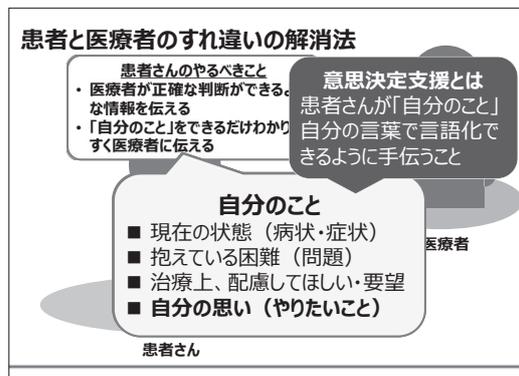
これを先程の理論の話しますと、病気や手術をする前は食べられるはずで、実際食べられているのでギャップは存在しないのですが、大きな治療をすることによって突然食べられない自分というのが出現します。この「食べられるはずだ」という認知も1つの現状維持バイアスかと思います。ギャップが生じてくると、多くの患者さんは「病気になる前の自分に戻りたい」と言われます。色々な努力をされて、民間療法等もそのような謳い文句になっていて、そちらに行ってしまうのですが、現実として大きな病気による治療の場合は、病気になった自分を前提に現在ありたい自分というのを考えることができれば、ギャップが解消していくことになります。

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で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、「自分は何が出来るのだろう」、「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ぬわけです。そうすると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も反応を聞く
- 「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と、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」と言うと、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っ取り早いです。「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」と言うと、「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せます。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も、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のが重要です。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います。

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ならぬので、「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えます。

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。

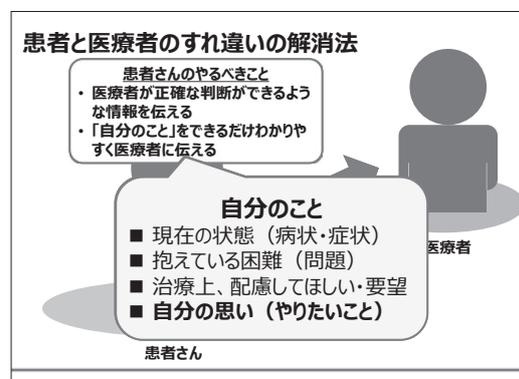
かなり細かくワークシートを記入してもらいました。2日かかったそうです。一言で言うと「山に登りたくて、登りました」と言うだけなのですが、「登って楽しかったので勢いで台湾に行く予約をしました」、「第九のコンサートの予約もしました」みたいなことが書いてあって、「書いて良かった」と言われました。このように使われる方もおります。高齢でしたがインテリジェンスな方だったので、とてもフィットしたと思えます。

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自分を主語にした行動をリスト化する。</li> <li>✓ 「できる」「できない」の判断はおいでなく</li> </ul>
現在の状態（病状・症状など）	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 記録→データ化しておくとか客観的に把握できる</li> </ul>	
結果：やってみてどうでしたか？		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自分自身についての記録をとっておく</li> </ul>		困難だったこと・悪い影響



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

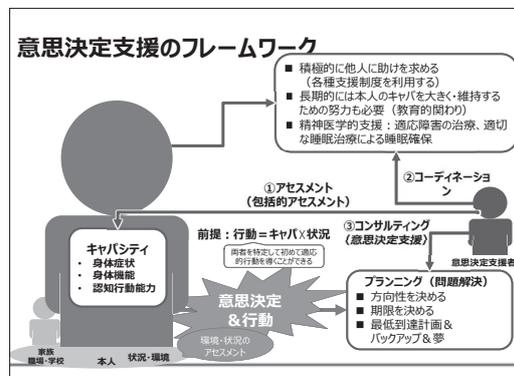
話します。やはり客観的なものがあって、それと自分がどうしたいかという非常に主観的なものを分けて伝えるようにすると、自分の目指す方向性がより伝わりやすくなります。あとは、解決策をあのようリストにするのが重要です。出来るか出来ないかの判断は置いておいて、とにかくできそうなことを並べて、一旦書いてみるのが一番重要です。

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なにを明確にする > 自分がどうなりた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を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、だ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> ✓ データ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> よかったこと・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。そして、自分はこうなりたと思っている人で、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、それがあつと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、是非行ってみようと思うと言え、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。どういたが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修班で、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。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つて、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つています。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くなる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 : syurushien@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/)

中小企業における

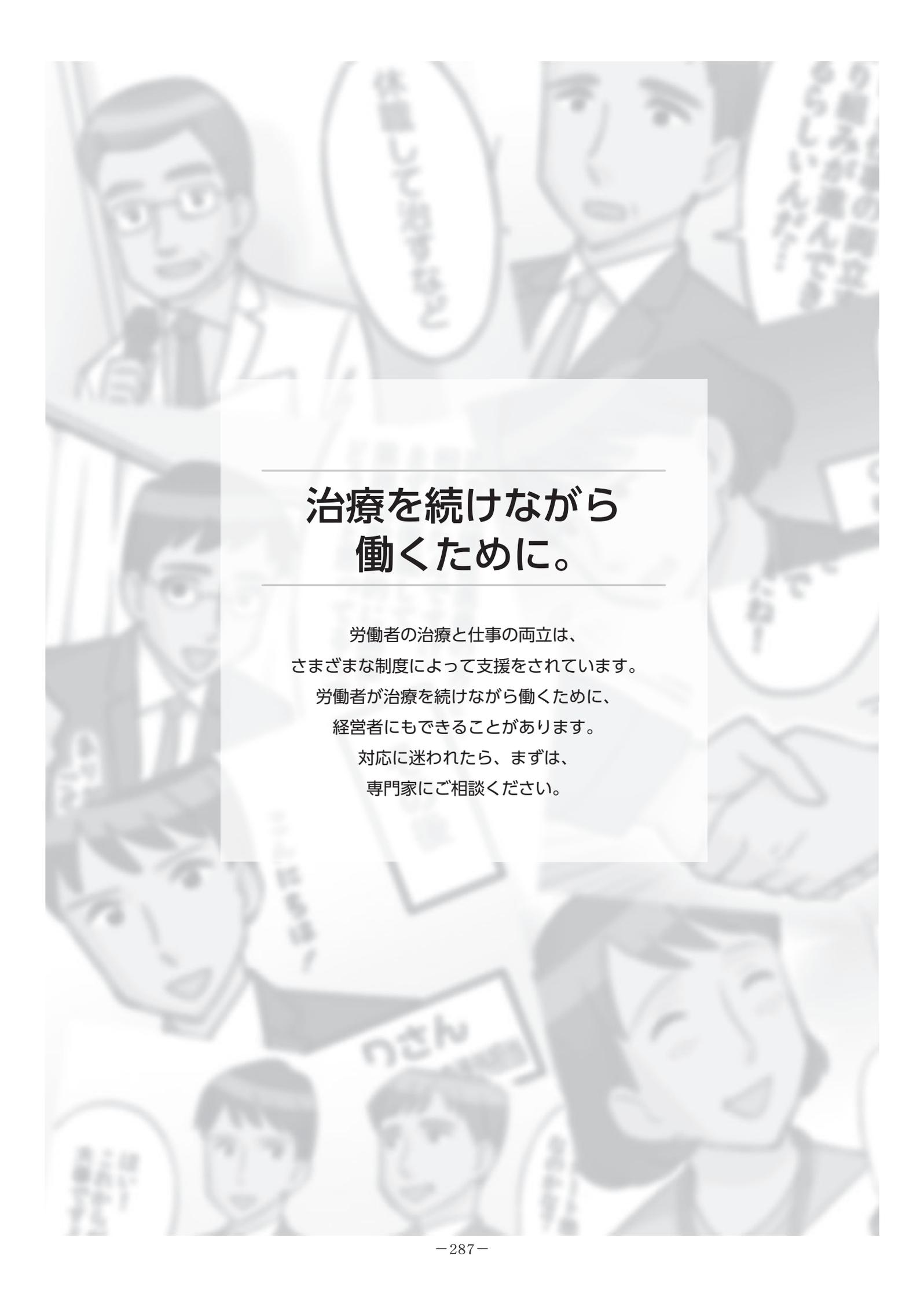
治療と仕事の

# 両立支援のススメ

Vol.2 ～労働衛生機関の活用～



本書の作成は、平成30年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者:堤明純)の助成によって行われた。



## 治療を続けながら 働くために。

労働者の治療と仕事の両立は、  
さまざまな制度によって支援をされています。

労働者が治療を続けながら働くために、  
経営者にもできることがあります。

対応に迷われたら、まずは、  
専門家にご相談ください。







……

……はい

ただいまー!

整行ってきまーす!

それで……

子どもたちも  
まだ小学生と  
中学生ですし

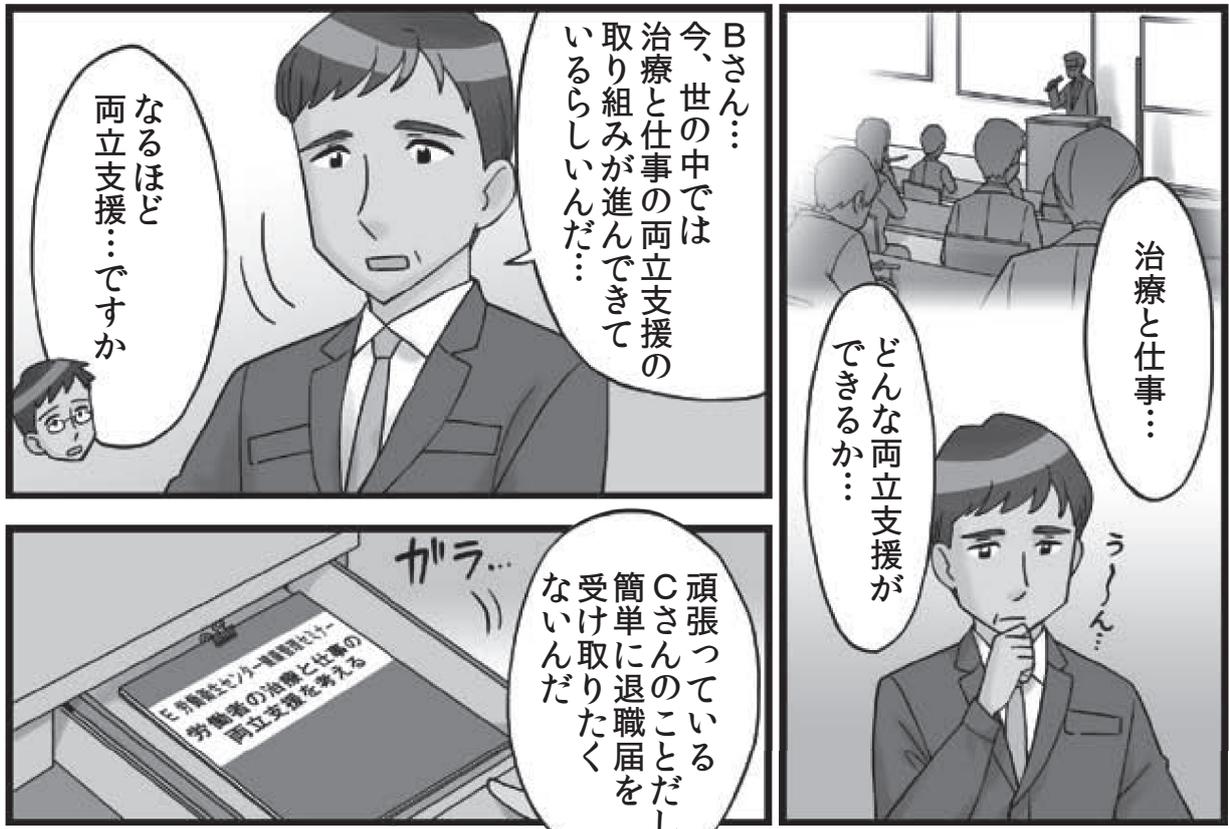
ホルモン療法で  
きちんと  
治療したいと  
思っています



Cさんに  
そんなことが……

そうか……

退職届



なるほど  
両立支援……ですか

Bさん……  
今、世の中では  
治療と仕事の両立支援の  
取り組みが進んできて  
いるらしいんだ……

治療と仕事……

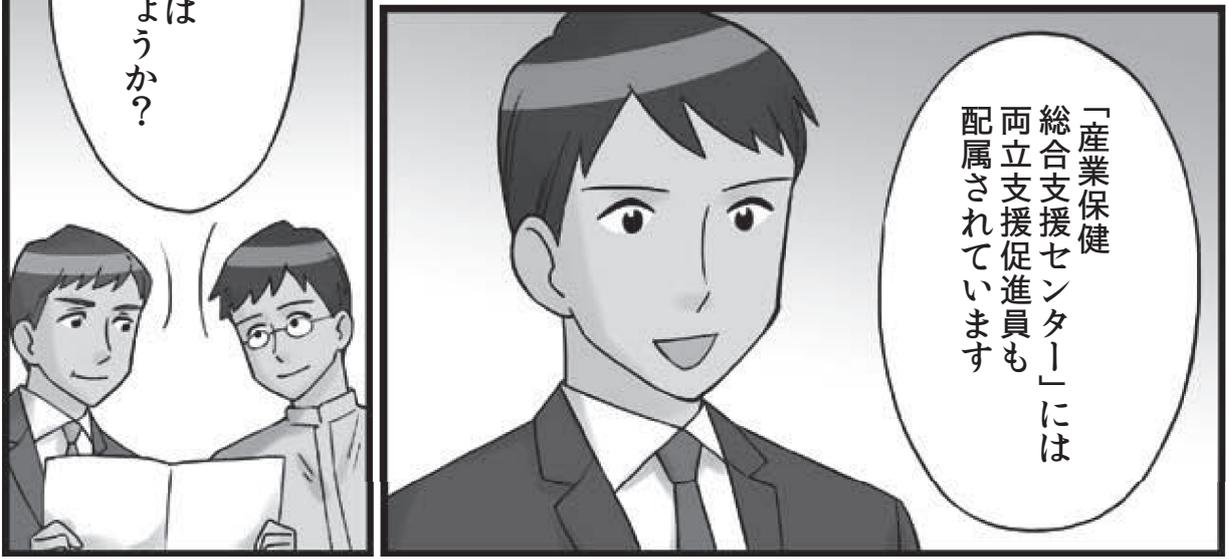
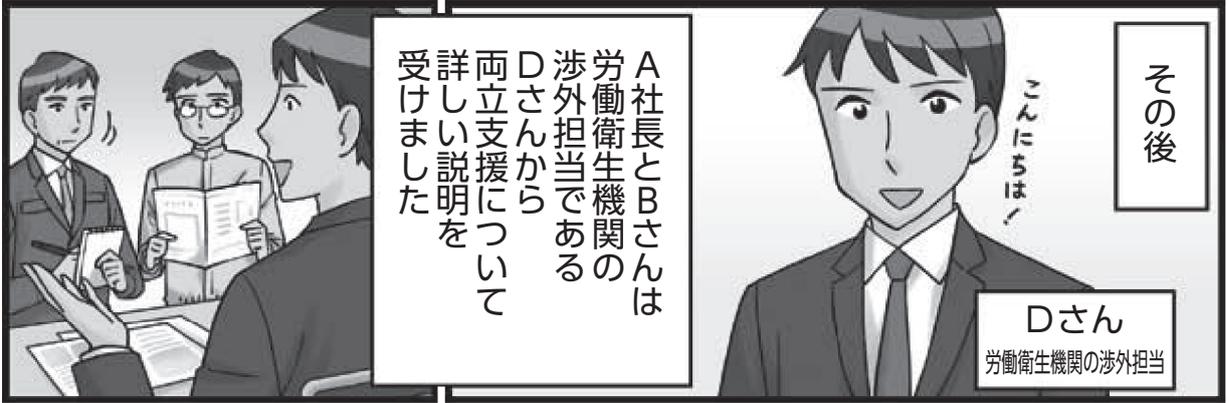
どんな両立支援が  
できるか……

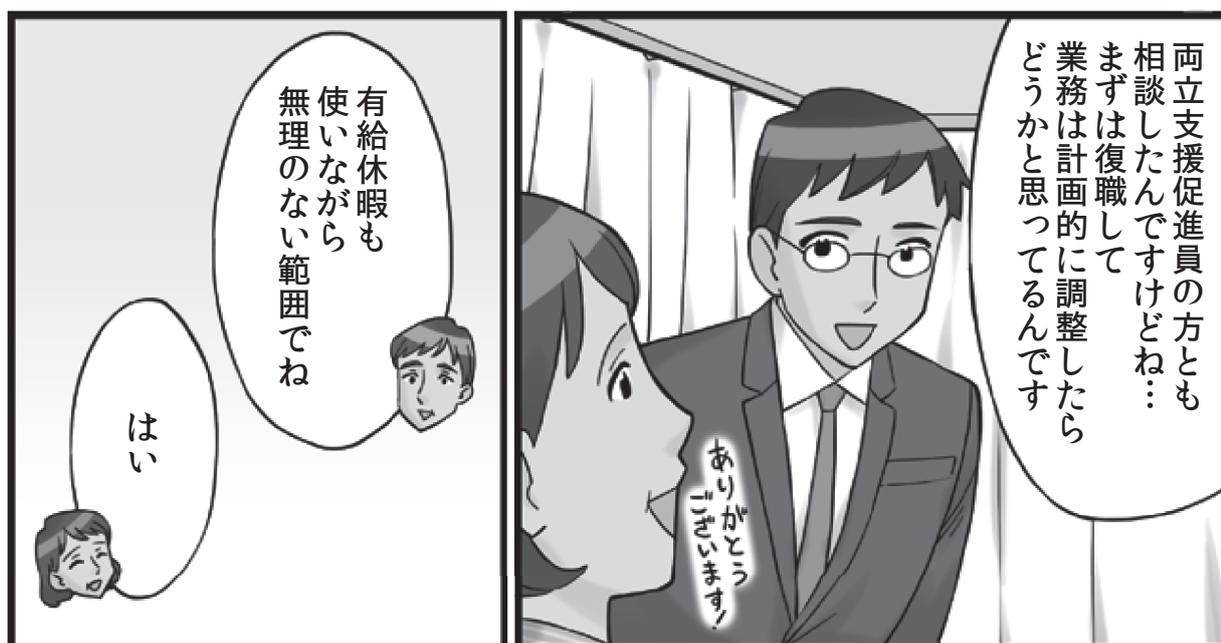
うーん……

頑張っている  
Cさんのことだし  
簡単に退職届を  
受け取りたく  
ないんだ

カラ……

両立支援を考える  
労働者の治療と仕事の





そして復職の日

無事退院して  
復職したCさんを  
工場スタッフ総出で  
迎えました



おかえりなさい!

ありがとうございます  
ございます!

皆さんも  
本当にありが  
とう

おかえり  
Cさん!



Cさん  
無事退院できて  
よかったですね

その後

本当に...

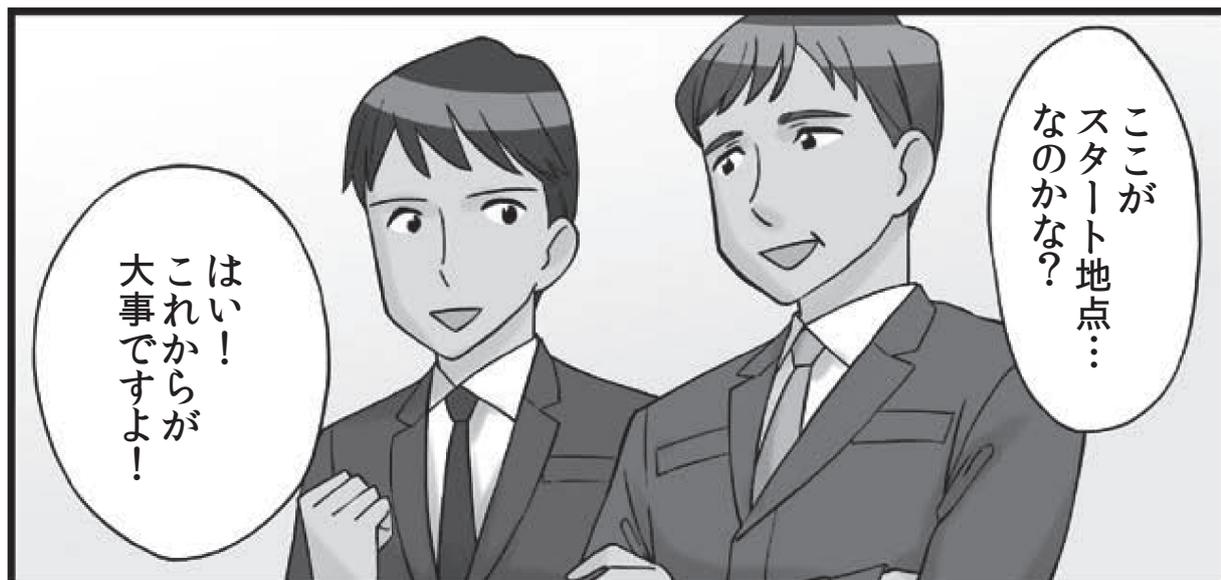


Dさんありがとうございます  
ございました!

何しろ  
前例がないので  
本当に助かり  
ましたよ

やっと  
ここまで  
来ましたね!





## 両立支援プラン

事業者は、労働者が治療をしながら就業の継続が可能であると判断した場合、業務によって疾病が増悪することがないように就業上の措置等を決定し、実施する必要がありますが、その際必要に応じて、具体的な措置や配慮の内容及びスケジュール等についてまとめた計画のことであります。

## 労働衛生機関・健診機関

企業の健康診断や作業環境測定、産業医活動などのサービスを提供し、主に大企業と比較して十分な資源が社内に無い、中小企業の産業保健活動全般の支援を行っています。小規模企業では社会保険労務士と並んで企業外労働衛生機関・健診機関が、従業員の健康についての相談相手になっているとの報告もあります。

2017年度に研究班が、労働衛生機関・健診機関に行った調査では、事業場担当者からの両立支援に関する相談に対して、13.6%の労働衛生機関がすでに対応しており、45.5%が今後取り組みたいと回答していました。また、労働衛生機関・健診機関が、両立支援に取り組む際に支援を得たい外部機関のトップは産業保健総合支援センターでした(18.2%)。

## 乳がん

乳がんは、乳房にある乳腺にできる悪性腫瘍です。乳がんの多くは乳汁を運ぶ乳管の上皮細胞にできる乳管がんです。そのほかに母乳を作る小葉にできる小葉がんなどがあります。

## ホルモン療法

乳がんのホルモン療法(抗ホルモン療法)とは、女性ホルモンのエストロゲンを栄養として大きくなるがん細胞(ホルモン感受性乳がん)に対して行う治療法です。エストロゲンを抑えることにより、がん細胞を縮小させたり、再発を予防したりします。仕事に影響する副作用としては、ホットフラッシュという症状があります。ホットフラッシュとは、突然、かっと思ったり、汗をかいたり、胸から顔面にかけて赤くなったりします。動悸や不安、睡眠障害が生じることもあります。また、頭痛、気分が落ち込む、イライラする、やる気が起きない、眠れないなどの症状が現れることがあります。詳しくは、こちらのホームページをご参照ください。  
<http://jbcs.gr.jp/guidline/p2016/>

# 漫画に登場する主な用語集

## 治療と仕事の両立支援について

御社のことをよく知っている、ノウハウのある大切な社員が病気になった時、会社が適切な支援を提供することで、退職をせずに、治療を続けながら仕事を継続することができる時代になっています。治療を続けながら仕事を継続できるように、会社が社員を支援することを、「両立支援」と言います。その時に、まず、参考にする資料として、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が厚生労働省から公表されています。

中小企業では、社内に十分な人的な資源がないために、両立支援のノウハウがなく、対応に戸惑われるかもしれません。ただ、案外身近に、そのようなときの相談先があるかもしれません。まずは、身近な機関に相談をされてみてください。



## 産業保健総合支援センター

全国47都道府県に設置されていて、職場の健康管理への啓発を行っています。治療と仕事の両立支援については、個別訪問支援、事業者啓発セミナー、個別調整支援、窓口での相談対応を行っています。

### ●個別訪問支援とは

これから両立支援に取り組む企業等の依頼を受けて、両立支援促進員（社会保険労務士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の専門家）が事業場を訪問し、治療と職業生活の両立支援に関する制度導入の支援や管理監督者、社員等を対象とした意識啓発を図る教育を実施します。

### ●個別調整支援とは

両立支援促進員が、事業場に出向いて個別の患者（社員）に係る健康管理について、事業者と患者（社員）の間の仕事と治療の両立に関する調整支援を行い、両立支援プラン・職場復帰支援プランの作成を助言、支援します。この支援は、患者（社員）又は患者（社員）から主治医の意見書が提出された企業担当者や産業保健スタッフ等からの申出により実施します。支援の実施に当たっては、ご本人の同意が必要になります。

<https://www.johas.go.jp/Default.aspx?TabId=578>

## 両立支援促進員

両立支援に取り組む事業場の支援を行うために、各産業保健総合支援センターに配置されています。看護師、保健師、社会保険労務士、キャリアコンサルタントなど、色々な専門性を持っています。

研究班HP:

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/result.html>

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口 尚(北里大学医学部公衆衛生学)、森口次郎(分担研究者)、鳩原由子(研究協力者)

発行：2019年2月

デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

中小企業における

## 治療と仕事の

# 両立支援のススメ

Vol.3 ～社会保険労務士の活用～



本書の作成は、平成30年度厚生労働省労働政策研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者:堤明純)の助成によって行われた。

研究班HP:

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/result.html>

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口 尚(北里大学医学部公衆衛生学)

森本英樹(研究協力者)、平松利麻(研究協力者)、柴田善幸(研究協力者)

発行：2019年3月

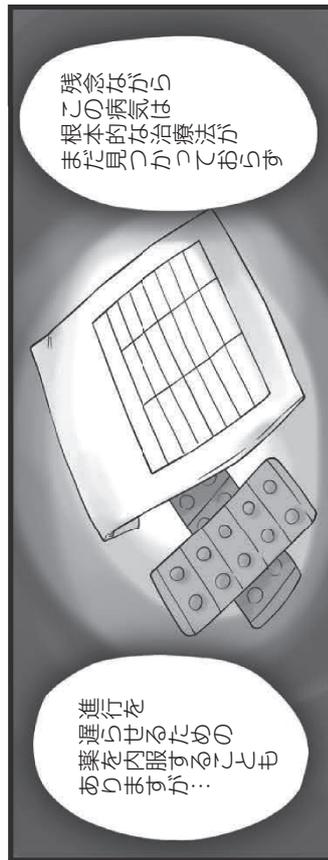
デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社



## 治療を続けながら 働くために。

労働者の治療と仕事の両立は、  
さまざまな制度によって支援をされています。  
労働者が治療を続けながら働くために、  
経営者にもできることがあります。  
対応に迷われたら、まずは、  
専門家にご相談ください。





※1…暗いところで物が見えづらくなること ※2…視野が狭くなること





あ、あのつ...  
眼科は昨日...  
で...

車の運転についても  
言われて...この先と  
どう仕事したら  
いいか不安で...

...そうか



実は俺も...山田が  
見えつらそうに  
していること  
気になってんだ

言いにくい  
ことなのに  
話してくれて  
ありがとうな...

いえ...

はい



なるほど...  
そうなんです  
ね

こちらで少し考えて  
みたいと思うので  
時間をいただいても  
良いですか？

よろしく  
願います

た...  
ふん...  
な...  
木村さんと山田さんに  
その言ったものの  
正直...  
三谷さんは困惑して  
いました

小島精密機器株式会社  
総務  
三谷絵津子 (43)



病気のことも  
良くわからないし  
それがどの程度仕事に  
影響するのか...  
またこれから先このように  
なるのかもわからない...

大きな会社であれば  
産業医がいるらしいが  
ここは32名ほどの  
会社で産業医とも  
契約をしていない...

三谷さん  
木村さん

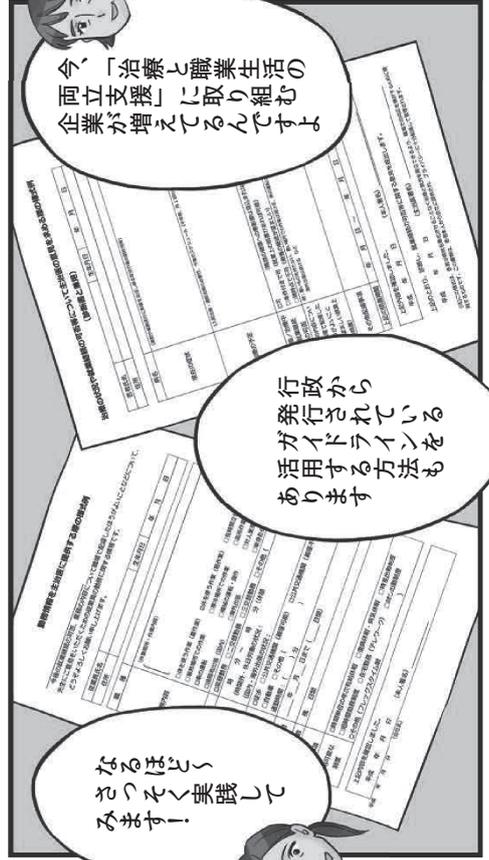


そこで顧問契約を結んでいる  
社会保険労務士の四宮さんに  
相談することにしました

社会保険労務士  
四宮文恵 (46)

...それでは  
病気のことも  
もう少し詳しく  
知るために  
主治医の先生に  
問い合わせ  
てみませんか？

え...  
そのための  
様式がありますので



今、治療と職業生活の  
両立支援に取り組む  
企業が増えてるんですよ

行政から  
発行されている  
ガイドラインを  
活用する方法も  
あります

なるほど...  
さっそく実践して  
みます！



# 漫画に登場する主な用語集

## 治療と仕事の両立支援について

御社のことをよく知っている、ノウハウのある大切な社員が病気になる時、会社が適切な支援を提供することで、退職をせずに、治療を続けながら仕事を継続することができる時代になっています。治療を続けながら仕事を継続できるように、会社が社員を支援することを、「両立支援」と言います。その時に、まず、参考にする資料として、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が厚生労働省から公表されています。

中小企業では、社内に十分な人的な資源がないために、両立支援のノウハウがなく、対応に戸惑われるかもしれません。ただ、業外身近に、そのようなときの相談先があるかもしれません。まずは、身近な機関に相談をされてみてください。ガイドラインにはその情報も載っています。



## 社会保険労務士

企業の成長には、お金、モノ、人材が必要ですが、社会保険労務士はその中でも人材に関する専門家であり、「労働及び社会保険に関する法令の円滑な実施に寄与するとともに、事業の健全な発達と労働者等の福祉の向上に資すること」を目的として、業務を行っています。社会保険労務士は、企業における採用から退職までの「労働・社会保険に関する諸問題」や「年金の相談」に応じるなど、業務の内容は広範囲にわたります。人を大切にすることをくりの専門家と言えるかもしれません。

治療と仕事の両立支援は医学的な評価・理解、適正な労務管理、社会保障制度の活用がいずれも重要です。社会保険労務士はそれぞれの職場を理解した上で、就業規則を含めた「働きやすい職場づくり」への提案や、場合によっては障害年金、助成金などの利用についての有用な情報を提供し、企業での取組みをサポートしてくれます。特に、社内の資源に限りのある中小企業にとって頼れる存在です。また、実際に社会保険労務士に相談することで状況が改善したと会社が感じた割合は72.3%という調査もあります。

従業員が病気に罹患しても退職することなく、治療をしながら仕事を続けられるよう社会保険労務士など労務管理の専門家を活用しながら、これらを解決してみたいかかたがどうするか。

東京都福祉保健局 「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書 2014年  
[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo\\_hoken/gan\\_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.html)

## 網膜色素変性症

網膜色素変性症は65歳以下の失明原因の1位で、患者数は3-4万人で、指定難病となっています。35歳前後で診断されることが多く、緩徐に進行し、視覚障害、羞明(まぶし)で見えにくい、夜盲、色覚異常などの症状があります。かなり進行するまで本人が症状を自覚しにくい。治療法は未だ確立されておらず、最終的には高度な視覚障害をきたすことが多いが、進行の速さやパターンには個人差が大きいと言われています。眼科領域の難病患者の治療と仕事の両立支援については、こちらの情報が参考になります。

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/docs/science6.pdf>

## 主治医と意見交換をする際の留意事項

治療と仕事の両立支援を行う上で、主治医から、本人の治療の状況や今後の見通しについて情報を得ることはとても重要です。その際の様式例は、事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインに記載されていますので参考になるでしょう。主治医と効率的に意見交換をするためには、会社が懸念していることを具体的に質問することがポイントになります。産業医や保健師などの医療職が社内にいる場合には、そのような方に相談したり、そのような方がいない小規模な事業場では、社会保険労務士に相談することも一つです。

労働者の健康情報については、そのほとんどが個人情報保護に関する法律で定められる「要配慮個人情報」に該当する機微な情報です。そのため、情報のやり取りについては、本人の同意が不可欠であることには留意しましょう。また、面接をするときには、プライバシーが確保された場所で行うようにしましょう。

参考情報「労働者の心身の状態に関する情報の適正な取扱いのために事業者が講ずべき措置に関する指針」<https://www.mhlw.go.jp/content/000350672.pdf>

## 参考となるホームページ

- 厚生労働省 治療と仕事の両立支援ナビ  
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>
- これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会  
<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/>

