

情報に基づく意思決定

よりよい意思決定のために

私たちはふだんから大小様々な問題に直面しています。そのとき、今のやり方を変えたり、新たな対応を迫られたりします。みなさんはそのとき、どの方法を選ぶかをどのように決めているでしょうか。自分の決め方はいつも間違っていないという方もいるでしょうし、いつも失敗するので信頼できる人に相談して決めてもらっているという方もあるでしょう。

決め方、すなわち意思決定の方法には、よりよいものとそうでないものがあることが知られています。よりよい意思決定では、結果が納得いくものになりやすく後悔が少なくてすみますし、多少結果が悪くてもそれなりに必死に考えた自分に納得がいきます。テレビショッピングなどの衝動買い（あとで後悔する買い物）はなぜ起こるのでしょうか。「こんなに安いのに今買わないと誰かに買われてしまう」「自分でも簡単にできそう」「ちょっとだけリッチな気分になってみたい」などと、そのときの気分で決めるからです。そうでない決定は情報に基づいた決定です。私たちの健康や医療についても同じことがいえます。ここでは、情報をどのように使って意思決定するとよいかを考えてみます。

保健医療の不確かさ

健康や医療についての情報は、専門的な雑誌を見なくても、新聞・雑誌やインターネットで簡単に目にすることができます。例えば、つぎの研究トピックを見てみましょう。

ファスト・フードは肥満とインスリン抵抗性のリスクを高める、15年間の調査から[1]

米国では肥満が急速に深刻化している。これに並行するようにファスト・フードの消費量が急増しているが、肥満との関係には注意が向けられてこなかった。そこで米国などの研究者が、15年間のファスト・フード店利用頻度と体重およびインスリン抵抗性の変化の関係を調べた。詳細は Lancet 誌 1 月 1 日号に 報告された。

今回分析の対象になったのは、1984-2001 年に米国で実施された青年期冠動脈疾患リスク進展調査 (CARDIA) のデータだ。被験者として登録されていた白人と黒人の中から、1985-86 年に 18-31 歳で、食事の内容に関する評価を繰り返し受けていた 3031 人を選出した。

当初からずっとファスト・フード店の利用が少なかった人 (週 1 回未満、203 人) に比べ、15 年間頻繁に利用した人 (週 2 回以上、87 人) では、その間の体重増加の平均が 4.5kg 多く、インスリン抵抗性も約 2 倍になっていた。得られた結果は、ファスト・フードの消費が肥満と 2 型糖尿病の強力なリスク因子であることを示唆した。

ファストフードが肥満や糖尿病に影響する可能性を示すデータです。皆さんはこの記事をどう読むでしょうか。食べるのを控えようとか、アメリカの話だから日本ではわからないとか、日本人は 1 回に食べる量が少ないから関係ないとか、203 人と 87 人で何がわかるのかと思う人もいるかもしれません。

この研究の対象は、アメリカのいくつかの地域から選ばれた人々を対象としたもので、サンプル (標本) 調査

です。したがって、この結果を、それ以外の人々にあてはめて考える場合は、その値がどれほど一般的な数字としてとらえられるかの、日本の誰にもあてはまる**のかどうか**について考える必要があります。体重の増加を平均値であらわしてありますから、一般的にこの数値がもっとも起こりやすい代表的な値だということになります。サンプルであるため、そもそもアメリカ人全体で調査した場合や世界中で調査した場合（ありえませんが）の値から多少なりともずれる可能性があります。それが**誤差と呼ばれるものです**。したがって、研究でこのような数値を出しても、その値がどのくらいの誤差を含むのかを考えなくてはなりません。

さらにその体重の平均値というのは、研究の対象となった全員で求められた数値で、一人ひとりとは様々な状況なはずで、平均値で4.5kg多いといっても、「週1回未満」しか食べない人の平均よりも2kg重い人も7kg重い人もいたはずで、したがって、これらの結果を一人ひとりにそのままあてはめることもできません。

それでも、この研究結果を見て、ファストフードは太りやすい、何年も食べ続けると違いが出てくる可能性はあるだろうと判断する人は多いのではないのでしょうか。実際食べ続けるとどうなるかは別として、可能性として、すなわち確率として健康に悪影響を及ぼす確率は高いのではないかとの判断です。

そもそも、人間にはさまざまな人がいます。そのさまざまな人たちに起こることは**不確実なもの**です。そのため、こうすればこうなるということが100%保証されているものはなかなかありません。しかし、このような不確実なものについて予想したり説明したりしようとする、やはり**確率というとらえ方は避けては通れない**ということになります。

例えば、5年生存率というものがあります。がんと診断された人が、それから5年後に生きている比率をあらわしたものです。胃がんでは、早期のがんならほぼ100%、とても進行したがんなら10%前後です。早い段階で見つかれば生きる確率は100%で、遅く発見されれば十中八九は死亡すると予想されます。しかし、これも確率的な見方で、10人に1人は生きる人もいます。その値を高いと見るか低いと見るかは人によって少し違います。もちろんひとりの患者にとっては、現実には生死についてだけ考えるのであれば、生きるか死ぬかの2つしかないわけで、2つにひとつであることは確実なことです。

リスク社会

こうして、世の中は未来の出来事を確率で表現することが増えています。天気予報も降雨確率であらわされますし、スポーツの世界では、野球でのバッターの打率をはじめ、様々な得点率、成功率、決定率など、多くの確率が使われています。健康や医療においても、肥満する確率が高い、病気になる確率が高い、治る確率が高いという情報があふれています。

現代はリスク社会[2-3]ともいわれます。リスクの存在やその認識が高まったと言い換えることもできます。ではリスクとは何でしょうか。次の式であらわすことが多いです。

リスク＝損失の発生確率×損失の大きさ

例えば、原子力発電所は、事故が起これば損失の大きさは測り知れません。しかし、それでも受け入れているというのは発生確率が0に近いということで、リスクが小さいと評価しているからです。リスクとは少し違いますが、ジャンボ宝くじがよく売れるのは、その発生確率は0に近いものですが、当たれば大きい3億円ということ

からでしょう。その場合は、損失の大きさでなく、利益の大きさで、リスクではなく夢と呼んだほうがいいでしょう。

このリスクという確率的な見方がより生活の中に浸透してきたということです。リスクは経済でも環境でもよく用いられる言葉ですが、医療の世界にも導入されてきています。もともと薬学部などでは、「くすりは（反対から読むと）リスク」という言葉が入学式や最初の講義でよく聞かれるようです。医療行為というものは治療のためにリスクをおかすことであって、それだからこそ、それを行うものは専門職として制度化され特別な教育を受けているわけです。

患者や市民は、いままでそのような確率は知らされていなかったし、知ることもできませんでした。ところが一般消費者の知る権利への意識の高まりは、保健医療サービスの消費者（欧米では患者を消費者と呼ぶ場面が多くなっています）でも同じことです。治療やケアの方法として、どのような選択肢が考えられ、どれが治る確率が高いのかを知り、自分で意思決定できるという、自己決定が重視されるようになったといえるでしょう。

この背景には、もともとは誰もが不確実な現象を理解したい、未来を予測したいと思うことがあるでしょう。そして、それを表現できる技術として確率を扱う学問である統計学が発達し、それをすぐに広く伝達できる情報化の発展がそれを支えているでしょう。

医療では、EBM（Evidence-based Medicine）と呼ばれる根拠に基づいた医療という流れも同様の流れです。それまで医療者自身が、その方法を選ぶべきなのかの判断に、それまでの習慣や個人的な直感や経験を用いていました。しかし、それよりも研究データで明らかに効果が見られる確率の高いことが実証されているかどうかを材料にしようと考えようになっていきました。これはまた、医療という本来リスクをおかす行為において、その責任のすべてを医師個人に委ねるのは荷が重すぎるということもあるでしょう

情報を得た意思決定

その自分で意思決定をするために必要な情報を患者に与えることを、インフォームドコンセントといいます。これはよく「説明と同意」と訳されることが多いですが、説明されれば済むというものはないことから、その意味合いを考えて「十分説明を受けた上での同意」「納得診療」などと呼ぶことが提案されています。たしかに「説明したはずです」「説明しましたよね」では、理解までを問うていません。授業で教師がこの言葉を使って学生を責めても、説明しただけで理解させていなければ教師の責任です。「インフォームド」は「情報を得た」と考えれば、それを情報として活用できるまでに理解していなくてはならないのは当然でしょう。

また、インフォームドコンセントというのは、医療者が行うことで、医療者中心の見方だという意見もあります。患者を中心とした立場からは、**インフォームドディシジョン（情報を得た意思決定）**または**インフォームドチョイス（情報を得た選択）**呼ばれます。

情報とは何か

それでは**情報**とは何でしょうか。さまざまな定義がありますが、おもに3つの意味で使われています。データと情報と知識です。本来の情報の意味以外に、データや知識も情報と呼ばれることがあるということです。ここでは、3つをきちんと区別してみましょう。

3つのなかで最もシンプルなものとはデータです。データとは、記号のことで、言葉や文字などがそうです。そして、それが書かれていたとしても、それについての評価、例えばそれが良いのか悪いのかなどの価値は含まないものです。ファストフードを食べて体重が4.5kg増えたというのはデータですが、それが持つ価値あるいは意味を評価できなければデータの羅列に過ぎません。データだけがあって、それをもとに何かの判断ができなければ、情報ではなくてただのデータにすぎないということです。

それに対して、情報とは、“ある特定の目的”のためにデータの価値を評価して、意思決定に使うことができるものです。つまり、情報は「データ」+「価値」であるということです。例えば、4.5kgの体重増加は肥満による健康影響が予想されると評価して、ファストフードは食べないという意思決定に使えば情報です。

また、知識というのは、あることについての幅広い情報を蓄積していて、それを特定の状況だけでなく、“将来のさまざまな目的”に応じて使い分けて評価して、意思決定に使うことができるものです。新たな情報を取り入れてはまた新たな知識を形作ることができます。肥満とその原因に関する幅広い情報があれば、健康のためにどのような肥満対策をすればよいのかの知識となるということです。新たな肥満に関する研究の情報が入れれば、また肥満に関する新たな知識が作られていきます。専門家は知識を身に付けていますが、そうでない人は、情報がどんどんと与えられても、それを整理して知識にしていかなければ、よりよい意思決定はできないことがわかります。

不確実な保健医療では確率がデータとなる

こう考えると、情報を得て意思決定をしたいと思っても、保健医療の研究結果に関する情報は、そのまますぐに患者や市民の情報となりえるのでしょうか。医療の専門家でないと理解不能なののでしょうか。決してそうではないと思います。

例えば、次のようなデータがあります。

表 10万人当たりの肺がんによる死亡数

年齢	非喫煙者	現喫煙者（1日平均喫煙本数）	
		10-20	21-39
55-64	40	250	400
65-74	80	500	720

55-64歳で非喫煙者が肺がんで死亡した人が10万人あたりで40人、1日に21本以上吸う人では400人です。1日に21本以上吸う人は10倍肺がんで死にやすいということです。逆にいえばたくさんタバコを吸わなければ10分の1の確率になるということです。これは65-74歳でも同様です。この結果は多くの人が理解できるものではないでしょうか。

しかし、タバコを吸わなくても肺がんになる人はいるし、吸っていてもならない人がいるのも確かです。あくまで確率で、一人ひとりの結果はなるかならないかのどちらか、2つに1つでしかありません。人によっては、10倍程度なら自分は吸っていても大丈夫だ、吸っていてもならない人もたくさんいるのだし、と確信するためのデータとして使う人もいるかもしれません。また、肺がんで死亡することに特に問題を感じない場合、このデー

タは情報にはなりません。

そこで、大切なのは、**コミュニケーション**です。「医療はコミュニケーション」だともいわれます。すでに述べたように保健医療は不確実なものなので、情報が必要ですが、その情報がどのように伝わるかが肝心です。そうすると、医療の提供者も消費者も情報がどのように使われるのかについて理解していないと、コミュニケーションが成り立たないことがわかります。

情報における確率と価値

リスクのことについてはすでに触れましたが、人間が何かを目的として行動する場合の動機づけには、基本的に次の2つで決定しているという考え方があります。

結果が起こると予想される「確率」×結果への「価値」

例えば、肥満が気になってダイエットをしようと思ったときに、テレビゲームを使った製品を買ってみようかどうかと考えます。それを使って本当に減量できるのかの期待、すなわち予想される確率と、結果として減量に成功することの価値が問題となるということです。とてもダイエットしたくても、やはり運動では絶対に難しいだろうと思えば買わないでしょう。

これは別のいい方をすれば、そのことへの期待値といえるものです。年末には2000億円も売り上げるジャンボ宝くじで考えてみましょう。1枚のくじを買って1等が当選する期待値を計算できます。1等が当選する確率は1000万分の1です。これに2億円をかけると20円になります。では6等ではどうなるかということ、最後の1ケタの番号なので、当選確率は10分の1で、当選金300円で、期待値は30円です。1等と6等で見ると、6等のほうが10円だけ期待が大きいということになります。もし、1等しかない宝くじと6等しかない宝くじが売り出されたらどちらを買うか考えてみてください。期待値は6等だけのほうが10円高く損失のリスクは小さいのですが、リスクの高い1等だけの方を買う人が多いのではないのでしょうか。これは、同じお金でもそれに対する満足度が違うからです。億万長者になることで満足を得たいのに、6等ではそれは実現しないからです。

これらは期待価値理論、期待効用理論などと呼ばれるもので、「期待」というのは、その人が予想する「確率」のことで主観的なものです。それと「価値」（または効用）で、これは基本的に良いこと、満足できることです。しかし、この考えかたがすべてだとすると、結果が起こる「確率」を意識しないと行動を決定することもままならないことになります。実際の生活では、「確率」について詳しく考えなくても人は行動しています（確率をよく考えて宝くじを買う人は少ないでしょう）。なぜなのでしょう。

習慣と意思決定に基づいた行動

健康教育学では、この「確率」と「価値」を知らせることで、人が健康のために望ましい行動をしてもらおうと多くの研究が行われてきました。「タバコを吸っていると、こんな高い確率で怖い肺がんになって死んでしまいますよ」などと教えるわけです。しかし、これはあまり成功しない方法であることがわかってきました。すでに「習慣」になっているからです。習慣を変えるのは難しいことです。

では、習慣とは何でしょうか。それは「意思決定を必要としない行動」です。何かのきっかけさえあれば自動的にそれが行われます。食事が終われば無意識のうちに煙草を一服といった調子です。これは、言い換えれば情報が用いられない行動です。

したがって、情報を得た意思決定による行動は多くは、習慣に問題があると発見したときや、習慣では解決で

きない新たな問題、危機的状況、ストレスなどが生じたときでしょう。現在の習慣が不適切だとわかったときはその変更を考えなくてはなりません、習慣なので自分だけでは気がつきにくいものです。そのために常日頃新しい情報がないか気を付けてみていることも大事ですし、誰かにそれはよくないと指摘してもらうことが重要です。まったく環境の異なる人と話をしたり、学校や職場での新人に指摘してもらうことも必要でしょう。

それではそのときに情報を用いた意思決定はどのように行われるとよいのでしょうか。よりよい意思決定とはどのようなのでしょうか。私たちが直面する意思決定の場面では、何かの問題が生じたときに、その解決方法いくつかの選択肢の中から、選択の基準をもとに1つ（またはいくつかの）を選ぶことが多いと思います。

現在のような情報化された社会では、情報を適切に集めれば、より多くの選択肢がえられて、そこからかなり自由に選択できるようになっています。これまで、多くの方は、進学、就職、結婚、出産、子育てなどという問題に直面してきたと思います。そこで、より多くの選択肢を考えたでしょうか。自由に選べたでしょうか。それに満足したでしょうか。結果はどうだったでしょうか。よりよい意思決定には、その質と満足度が重要となるでしょう。

よりよい意思決定とは

1) 意思決定が必要な問題を明確にする

よりよい意思決定とは何でしょうか。まず、問題を明確にすることからはじめます。問題がなければそれを解決すべき行動も必要ないので、その対処の必要性があるかどうかの判断が必要です。意思決定は問題を解決するための行動です。みなさんがいま直面している問題は何でしょうか。学校や仕事のことでしょうか、あるいはパートナーのことでしょうか。何か問題なのか考えてみてください。

例をあげてみましょう。朝起きたら、かぜをひいて熱が出ていたとします。ただし、それだけでは問題はまだ明確ではありません。これからどうなりそうか、何かしなくても大丈夫そうかなど、これまでの経験から考えてみるでしょう。そしてもし、学校や仕事を休んだ方が良ければ、休んだらどうなるかも考えなくてはなりません。

このように、問題が明確になってきたら、それは自分だけで決めることなのか、周囲の人にも影響することなのか確認が必要です。もし病院に行くとなると、学校で試験だったり、職場で大事な会議だったらどうでしょう。

また、いつまでに決めなくてはならないのか、その決定がどのくらい大事なことなのかなども考える必要があります。早く決めないと問題がさらに悪化するのかわかるか、決めた方法によっては大きな問題が生じるのかわかるかなどです。会社を休むとなると、早く言わないと、仕事を代わってくれる人の手配もできなくなり、そうなれば大変なことになるかもしれません。

2) 可能性のあるすべての選択肢のリストづくり

そこでまず、可能性のある選択肢についてすべてあげてみます。意思決定とは、2つ以上の選択肢のなかから1つ以上の選択肢を選ぶことといえます。選択肢がなくては始まりません。しかし、時間がない場合は、そんな余裕はありません。経験と勘で乗り切るか、誰かに判断をゆだねるしかありません。それでうまくいけばいいのですが、もし、うかつな判断をして問題になってしまったら大変です。

とにかく最初は何れを選ぶかは考えずに、すべての選択肢をあげてみます。ここで可能性がないのではと決めてしまって選択肢を落としてしまっただけではいけません。実際にあげてみましょう。

- ・しばらく様子を見てから決める
- ・ネットで調べてみる
- ・家族や友人に電話する
- ・近くの内科の医院に行く
- ・遠くの大きな総合病院に行く

- ・コンビニに行って栄養ドリンクを買って飲む
- ・市販の風邪薬を飲む
- ・首にネギを巻く
- ・チキンヌードルスープを食べる（アメリカの習慣）

これで、不足していないかを確認するのにも、とにかく情報を集めるしかありません。

3) 選択肢を評価するためのメリットとデメリットの決定

できたリストにある選択肢を評価するために、それぞれの長所と欠点、あるいはメリットとデメリットをあげていきます。デメリットはリスクとも考えられます。評価基準を決めると行ってもよいでしょう。病院は好きではないので、なるべく病院には行きたくないかもしれません。しかし、病院に行けば、インフルエンザの検査をするなど医学的に正確な診断が得られて、症状の緩和のためなどの処方箋がもらえます。そのかわりまた、つらい状況でイスに座って長い間待たされてつらかったり、学校や仕事を休むか遅刻することになります。首にネギを巻くのは、その効果や具体的な方法がよくわからないし、においが気になります。すぐに市販の風邪薬や解熱剤を飲むことである程度症状を緩和することができれば、学校や仕事に行けるかもしれません。しかし、風邪であれば結局は症状の緩和しかできないので、休養と栄養を十分とることを優先すれば、そのまま暖かいスープなど飲んで寝ているという方法は、結局のところ早い回復につながるかもしれません。こうして、つぎのようにいくつかの基準があげられるでしょう。

- ・病院に行きたくない
- ・医学的に正確な診断が受けられる
- ・待たされる苦痛がない
- ・症状の緩和
- ・学校や仕事での行事や役割
- ・回復の早さ

そして、それぞれの選択肢がこれらの基準をどれだけ満たしているかを考えます。なにも満たしていない選択肢があれば、それはその時点で削除でしょう。

これは、就職先選びであれば、自分の興味、能力、職種、仕事内容、業績、給料、従業員数、勤務地などです。パートナー選びなら、収入、容姿、社会的地位、優しさ、同じ価値観などでしょうか。

4) 選択肢を選んだ結果を想像する

つぎは、実際に選択肢を選んだ時の結果を想像して、それが思った通りの結果になりそうかどうか考えます。例えば、やはり医者に見てもらおうと思って、近所の内科の医院に行ったらどうなるか考えます。普段患者さんが出入りしているのを見たこともないし、腕が確かな医者かどうか疑わしいかもしれません。けどあまり待たなくてもいいかもしれません。薬ぐらいいは処方してもらえらるでしょうが、問題は正しい診断が受けられるかです。大事な病気を見逃されても困ります。では、大きな総合病院に行けばいいのでしょうか、長く待たされるかもしれません。待つのはつらいし、その間に誰かに別の風邪をうつされてしまうかもしれません。

この選択肢を選んだ時の結果に対する主観的な価値や望ましさのことを、意思決定についての研究では、効用と呼びます。上であげた「医学的に正確な診断が受けられる」などのメリットのことは効用と呼べるということです。そして、ここでは、実際に病院に行くとして、そこにも選択肢があるわけで、どこに行くかで効用が実現するかどうかを考えなくてはなりません。すなわち、期待通りの結果が起こる確率です。その確率を考えたものを期待効用といいます。これはすでに述べた、期待価値と同じもので、価値と確率の掛け算で表わされるものです。

近所の医院の「医学的に正確な診断が受けられる」の効用は、期待ができないとすると、期待効用は低くなっ

てしまいます。大きな総合病院の期待効用は高いでしょう。しかし、「待たされる苦痛がない」の期待効用では近所の医院です。こうなると、2つの期待効用を合わせた期待効用の大きさを判断するしかありません。意思決定の研究では、人々は最も大きな期待効用の選択肢を選ぶといわれています。

5) 意思決定における心理的な影響に注意してじっくりと選ぶ

期待効用理論からは、望ましいものが確実に起こると思われるものが選ばれやすいことがわかりますが、その時の情報提供のされ方で選ばれる結果が違うことが知られています。たとえば、フレーミング効果とって、同じ情報でも数字による表わし方の違いで心理的な印象が違って、別のものを選んでしまうことがあります。

病気になって手術をするかどうかの意思決定のときに、医師が、手術による生存率は99%という場合と、死亡率は1%という場合では、結果が違ってくる可能性があるということです。前者の方が手術を受けようと思いがやういと感じませんか。

上であげた喫煙と肺がんの関係を示した研究でも、いろいろな説明の仕方が可能で、それによって心理的な印象は違ってきます。10万人(55-64歳)で、非喫煙者は40人、喫煙者(10-20本)は250人が肺がんになっています。250人を100%とすると、40人はその16%に当たるので、タバコを吸わなければ肺がんになる割合を84%減らすことができるといえます。また、10万人中の250人は0.25%で、40人は0.04%ですから、タバコを吸わなければ0.21%肺がんを減らすことができるともいえます。84%減らすというほうが、明らかにインパクトがあります。同じデータでも数字の出し方で、まるで違ってきます(ちなみに前者を相対危険度、後者を絶対危険度といいます)。専門家でさえもこれに注意しないと判断を誤ることになります。

これらは、その数字も持つ意味を理解し、じっくりと考えるための時間が必要であることを物語っています。情報を収集することはもちろん、選択肢の価値やその実際の起こりやすさなどは、情報を理解し、活用する力が求められます。これは情報リテラシー、とくに健康に関していえばヘルスリテラシーと呼ばれます。医療者でさえもこれらを的確に身につけているかは疑問です。なぜなら、そのような意思決定に特化した専門知識が教育プログラムには含まれていないからです。

すでに教えられているものには、健康と病気の因果関係を明らかにする疫学や、確率や誤差を扱う統計学になりますが、医療者では、これらを苦手としているという得話は聞きますが、得意としているという話はなかなか聞くことはありません。そして、フレーミング効果など心理社会的な側面を含んだ意思決定の学問としては、経済学や認知心理学が中心で、そのほか幅広い領域が関わっています。しかし、保健医療ではいまだ十分な研究がなされていないまま、意思決定の支援が行われているのが現状ではないでしょうか。そのため、欧米では健康をめぐる意思決定やその支援、自分で決められるようになるヘルスリテラシーの研究が急速に増加している状況で、日本でもこれからの研究が期待されるものです。

6) 意思決定の支援を得る

よりよい意思決定のためには、どうしても専門的な知識を求められることもあります。それは一朝一夕に身に付くものではありません。そのため、意思決定の支援をする専門家がいてもおかしくありません。医療者は本来その役割を担うべきものと思いますし、意思決定の難しい遺伝に関する分野などで実際に活動している人たちもいます[4]。しかし、通常の業務ではまだその専門的な役割が十分確立しているとは言い難いのが現状です。それでも、最近では医療コーディネーター、医療決断サポーターなどといった意思決定支援をする人たちが登場してきています[5-7]。それぞれはまだ小規模で、おもに看護職を中心として養成講座を独自に立ち上げて資格認定などを行っているものです。

欧米についてみると、よく知られているものに、オタワ個人意思決定ガイドというものがあります[4][8]。自分で選択肢のメリットデメリットを整理するための意思決定の支援ツールとして開発されたものです。これは、意思決定のプロセスを支援するだけで、選択肢の選び方までを教えてくれるものではありません。それでも、選

択肢を一つ一つしっかりと確認ができることができます。そのプロセスこそが大切だということで、考えなければならぬことがたくさんあって整理がつかない場合にはいろいろな気づきが促されます。

それでも選べない時があります。十分に情報がそろっていたとしても、最終候補2つがトータルとしてほとんど対等な場合などがそうです。そんなときは選択肢を得点化して、最適な選択肢を選ぶための様々な計算方法が考えられています。代表的なものにはAHP（analytic hierarchy process、階層化意思決定法）というものが古くから知られています[9]。各選択肢について、自分の価値基準で重み付けをして得点化していくものです。そして、高い得点のほうの選択肢を選べば、自分が最も望んでいる結果になると考えられるものです。パソコンで計算できる無料のソフトもいくつかあって、たとえば「決めちゃおう君」というおもしろい名前のものがあります[10]。

7) 意思決定における葛藤やジレンマを解決する

どうしても葛藤やジレンマに悩む場合はなかなか意思決定が難しくなります[8]。もともと保健医療は必ずリスクを伴うので、それ自体は変えられないかもしれません。しかし、何か解決可能な原因がある場合は、それらがなぜ起こるのかについて知っておく必要があります。

何よりも大事なことは、情報や知識が不足していないかということです。たとえば実家の親に電話したら「首にネギを巻く」を強く勧めてきた場合は、選択肢として「首にネギを巻く」ことは本当に効果がないのかについて確認する必要があります。その不足によって、ある選択肢に過大または過小な期待をかけていないかということもあります。たとえば、インフルエンザの予防接種さえすればかからないとかです。

また、自分の価値観がはっきりしない場合も、メリット、デメリットがはっきりしません。これまで経験のあることならまだしも、初めての経験の場合は、いくら自問自答しても難しい場合もあります。人に相談することや、ほかの人はどうしているのかを知る必要があるでしょう。自分の家族や友人、周囲の人や同じ経験者がどのような意見を持っているが参考になります。また、自分が周囲から何を期待されているのかを知ること、その期待がどのようなプレッシャーになっているかの確認も必要です。また、自分の価値はある程度ははっきりしていても、それを聞いてくれたり認めてくれる人がいないと自分だけでは自信が持てず不安なものです。難しい意思決定ほどサポートは重要です。

したがって、意思決定の専門的な支援ができるような知識や研究の普及が期待されています。自分自身や身の回りの人にそのような人がそれらを身につけていたら迷うことも少なくなるかもしれません。とくに健康と病気に関する意思決定には保健医療関係者の支援がほしいところです。

[1] 日経ヘルスオンライン <http://nh.nikkeibp.co.jp/article/nharchives/90142/>より一部抜粋

[2] ウルリヒ ベック：危険社会—新しい近代への道。法政大学出版局，1998.

[3] 橋本俊詔編：リスク社会を生きる。岩波書店，2004.

[4] 聖路加看護大学看護ネット：意思決定支援 自分で決めた生き方を実践するために <http://www.kango-net.jp/decisionaid/>

[5] 日本医療コーディネーター協会 <http://www.jpcca.net/>

[6] 楽患ナース～医療コーディネーター紹介 <http://www.rnurse.jp/>

[7] 医療決断サポーター養成講座 <http://www.med.kyushu-u.ac.jp/network/>

[8] O'Connor AM, Jacobsen MJ. Decisional Conflict: Supporting people experiencing uncertainty about options affection their health [PDF monograph on the Internet]. Ottawa: Ottawa Health Decision Centre; 2007. https://decisionaid.ohri.ca/ODST/pdfs/DC_Reading.pdf

[9] @IT 情報マネジメント用語事典：AHP (analytic hierarchy process) 階層化意思決定法 / 階層分析法
<http://www.atmarket.co.jp/aig/04biz/ahp.html>

[10] 意思決定支援システム 決めちゃおう君 <http://www.vector.co.jp/soft/win95/business/se313470.html>

参考文献

竹村 和久：意思決定とその支援. 市川 伸一, 他：認知心理学〈4〉思考. 東京大学出版会, 1996.

印南 一路：すぐれた意思決定—判断と選択の心理学. 中央公論新社, 2002.

堀田 敬介：意思決定科学（講義資料）<http://www.bunkyo.ac.jp/~hotta/courses/2007/dmt2007.htm>

松井啓之：意思決定論（講義資料）<http://www.econ.kyoto-u.ac.jp/~hmatsui/lecture/DM-2008/dm-2008.html>