

## 第1部基調講演（国立がんセンター院長 野村 和弘 講師）

### 野村 和弘 講師経歴

1967年に東京大学医学部を卒業、1975年米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校脳神経外科脳腫瘍研究所に留学。1978年には国立がんセンター中央病院医長に就任、第2病棟部長、副院長を経て、2002年病院長に就任し現在に至る。現在は、日本サイトメトリー学会理事長、ヒューマンサイエンス振興財団理事、厚生科学審議会専門委員等をしており、また、東京都関連では特定機能病院医療連携推進協議会委員をされている。

本日は、「セカンドオピニオン その背景と推進」というタイトルで、セカンドオピニオンを必要とする背景、これにはどんなものがあるって、どんな方向で進めたらいいか、そこにはどんな課題があるのかということをお話させていただきます。がんセンターは、がんという特殊な疾病を専門とする病院ですから、ほかのいろいろな難治性疾患については行き届かない点があるかとも思いますが、お話を進めさせていただきます。

我々が何か決断をしようとするときには、情報を得たり、あるいはほかの人と相談したりするというのが当然です。例えば、自動車を買おうということになると、自動車のパンフレットを読んだり、いろんなものを集めて、どれがいいか、いろいろ調べます。それに乗っている人の意見を聞いて、「どうだ、調子は」というような話でいくわけです。これが医療になると、なかなかその情報が得られない。それで例えばインターネットで調べようとする、今では、たくさん利用できるようになってきましたけれども、まだまだ一般の人が理解するのに必要な医療の情報が少ないのではないかなと思うんです。それらの情報提供の基盤をどう構築していったらいいかということも、1つの課題であります。これらを含めてセカンドオピニオンに関する概要をここで話させていただこうと考えております。

スライドをお願いします。

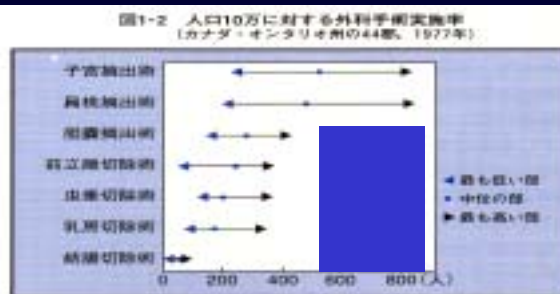
まず、このセカンドオピニオンが寄って来たる源流ですね、これがどこにあるかといいますと、既にご存じの方も多いと思う

### セカンドオピニオン その背景と推進



- 国立がんセンター中央病院
- 野村和弘

### 米国でのセカンドオピニオンの歴史



資料:日経文庫 2003 医療問題 池上直己

んですが、米国のセカンドオピニオン、これが最初なんです。

それで実は、これはカナダの例ですが、オンタリオ州には44の郡がありますが、それぞれいろいろな郡での手術の件数を比較したデータがこのスライドです。人口10万人に対して、どのぐらいの手術がされているかを見ると、例えばある郡は200例ですね、それから他の郡では800例と、これだけの差がある。アメリカやカナダは非常に手術の好きな国民ですし、ドクターも手術が好きですから、どんどん手術をしようという方向で進んでいるんですね。ドクターのもう一つの意図は、手術はドクターがその値段を決めることができるんです。そこで、手術をやればやるほど施設にはお金が入ってくる。そうすると、経営状態はよくなるというようなところがあるんです。そういったところで、こういうような状況が起こっている。1つの郡で200で、他の郡で800、10万人に対してですよ。これだけの差があるのは何か、意図的なものがあるのではないかというような感じがいたします。

次のスライドをお願いします。

それで今、お話ししました、自由料金の事もあります、人口一人当たりの手術件数とすると、日本の件数の3倍です。だから、非常に手術が好きな国民であるし、外科医もどんどん手術をするということなんです。

ところが、1970年代、ここには保険者とありますが、保険会社のことなんです。

保険会社の方が医療費抑制のため、こんなにどんどん手術されたのでは困る、それには適応基準があるはずだ。そこで一人のドクターだけではなくて、もう一人のドクターの意見を求めることが必要だということになった。2人のドクターが一致した意見を出せば保険で診てあげましょうというような条件を持ち込んできたわけです。そこから、セカンドオピニオンが開始されたということなんです。実は、これをやっても医療費はそんなに抑制されなかったらしいんですけども、こういう状況があった。その環境のもとに、今度は国民の皆さんがそういう情報をいろいろ得られるようになったことで、患者さんの権利が確立され、さらには、医療の透明性というものが要求されるようになってきたわけです。その結果、もう医療費とは関係なく、セカンドオピニオンというのは大事なことだという認識が確立してきたというわけです。

それでは我が国のセカンドオピニオンといいますか、がんセンターでの医療相談についてお話をさせていただきます。

次のスライドをお願いします。

がんセンターでは、既に15年から20年ぐらい前からこういう相談には、各科で応じていたわけです。ところが相談を受けると、30分も1時間も一人の患者さんに

## 米国でのセカンドオピニオンの歴史

手術料:自由料金:人口当たりの  
手術件数:日本の件数x3



1970年代 保険者が医療費抑制のため、手術の適応について他の医師の意見を求めることを患者に要求した。

1980年代以降 患者権利の確立、医療の透明性の要求が強くなり、定着するようになった。

かかる。今でも患者さん、予約時間内に診てもらえないというのでクレームが非常に多いんですが、ましてや、こういう相談を受けますとさらに遅くなる。その結果、予約の患者さんが1時間も2時間も待つようになってしまうというようなことが起こったわけです。そこで相談の患者さんは、予約の患者さんの後に回したという実状があります。そうしますと、気分が悪い患者さん

さんが家族と一緒に相談に来られて、後回しになってしまう。それを見ていた医療サイドの看護師さんとかドクターとかから、余りにもかわいそうじゃないかというような意見がでて、「医療相談室をつくろう。そこで特別枠で診てあげたらいいじゃないか。」ということで創設したのが1989年です。がんセンターの役割の1つだと考えてやろうじゃないか、ということで始まりました。しかし、この時は、家族の相談に限りました。というのは、患者さんは実際に診療を受けることができますから、各科で診てもらおうようにしたわけです。家族の相談だけに限ったというのは、当時は患者さんが同席すると、告知のない人がいる、そうすると家族も気まずい思いをするし、本当の話ができないというようなことで、こういった相談の条件を最初につくったわけです。

次のスライドをお願いします。


そのときの来られた家族の相談の中身を見てみますと、転院の希望、どうしても今の所ではちょっと不安だから、こちらで診てくれないかというようなこと。それから今の治療が、最良かどうかがどうもわからないんだということ。特にがんと知らされていない患者さんは、いろいろな治療をされているんだけど、何かどんどん悪く

なってしまう、どうなっているんだろう、おかしいというような不信感が出てくる。そういったことに関する相談ですね。それから最後の宣告を受けて納得したいという人もいますが、最後にもっといい治療を何かがんセンターならやってくれるんじゃないかという、最後の望みをかけていらっしゃるというような相談です。相談の中身は、この3つに大きく分けられたということでした。

次に相談の要点ですが、第1の病院の主治医の先生の説明を十分補ってあげる。そうすると患者さんも家族も納得されて、ああ、そうなのかということでお帰りになる。もう一つは、がんですから末期の特殊なケアですね、これをどうしたらいいのかを説

### 国立がんセンターでの 医療相談外来の経緯

- 1989年 **各科外来にての対応**  
相談に30分以上を要する、多忙な外来患者への対応、相談は後回しになった、患者を伴った家族への同情
- 
- 1989年 **医療相談室の創設**  
がんセンターの役割の1つと考えた、家族だけの相談に限った、患者が同席すると、告知の無い場合に相談が難しいこと、




### 医療相談外来の経緯

**相談の中身**

- 1) 転院の希望、
- 2) 現在の治療が最良かの不安・告知がされてないことによる不信感、
- 3) 最後の宣告を受け納得したい、

**相談の要点**

- 1) 主治医の説明不足を補う
- 2) 末期のケアの相談



1999年 新棟移転後、担当医師を増加(4人)  
2001年 有料化した

明してあげる、というようなことが多く行われました。

新棟というのが1999年にできまして、そのときに担当医師を増加し、これまでは2人でやっていたんですが、4人にしました。2001年から有料化させていただいたということでもあります。

スライドをお願いします。

3年ぐらい前になりますが、この相談外来を利用した人たちの統計をドクターがとってくれました。ちょっと古いんですが、最初のころのものをお見せしたいと思います。

次のスライドをお願いします。

まず、相談にいらっしゃった方の目的でございますが、治療法についてのセカンドオピニオンを求めているらっしゃったという方が、495件の中の362人。だから、

73%ぐらいの方がこういったことでいらっしゃっているというわけです。この黄色い方(後ろの数値)は、実は去年、4月から9月まで6カ月間、653人がいらっしゃっているんですが、その方々の数値です。73%ぐらいの方がこういうことでいらっしゃったんですが、最近はずっと下がって

64%ぐらいになっています。その中味は、他院での検査と今後の治療法あるいは治療方針、それから今の治療の妥当性、別の治療の選択、その可能性などです。また、がんの専門医の意見を聞いて納得して治療を受けたいということでもいらっしゃった。次に多いのは、末期がんに対する納得いく治療、ベストな治療、痛みをどういうふうにとったらいいのかというようなことです。そういったことに関して177件ございました。全体が約500ですから、30%ぐらいの方がそういったことで訪れた。

それから当院の検査、治療、それから受け入れの可能性、こういったことの説明を求めているらっしゃった方というのが187名。30数%の方がいらっしゃっている。現在は、この目的でいらっしゃる人の数は28%に減ってきています。

それから、精神的なサポートを求めてということでもいらっしゃった方が1割ぐらいでした。

次のスライド。

そのほか、担当医への不信、長引く治療、不十分な説明に対する不安、こういったことでいらっしゃる方はほんのわずかでありました。500名中20名ですから、

## がん医療相談外来受診者調査

- 方法: 1999年1月-2000年7月までの相談外来を利用した1002人の内、同一相談医が担当した495名へのアンケート調査をまとめた

第6回日本緩和医療学会総会(H13/6/8-9)  
報告者 安達 勇

## 相談の目的(複数回答あり)

目的	件数	件数
1. 治療法についてのセカンドオピニオンを求めて	362	416*(64%)
- 他院での検査/診断結果にもとづく今後の治療法、治療方針について		
- 現(入院、通院先)治療の妥当性、別治療法の選択と可能性について		
- がん専門医のオピニオンを求めて		
2. 末期がん患者に対する納得いく治療、ベストな治療	177	*
3. 当院での検査/入院(転院)/治療、受け入れ可能性	187	185(28%)
4. がん医療情報を求めて	42	*
- 病院の選定、転院についてのアドバイス		
- 当院での治療状況、情報の入手		
5. 精神的サポートを求めて	48	
- 患者本人への告知と精神的不安に対する対処		
- 終末期に向かう患者の看病についてのアドバイス		

相談総数495例、黄色数値:平成14年4月 9月まで6ヶ月間653例中での数値

4%ぐらい。

その他、高度先端医療への期待と治療の可能性について、これを求めているらしい方。

相談で多いのは、がん専門医からの詳細な説明を求めたいということ。病状や病態、回復・寛解率、予後、これからどのぐらい元気でいられるのかという相談、再発の可能性、再発の予防、そういったことの知識

を得たいということらしい人が156名、30数%、かなり多い率であります。

以上が相談の目的に関する内容です。これらは複数解答ですから、ダブっていますので、全部足すと100%をずっと超えてしまいます。

次のスライド。

患者さんが病名を知っているのか知らないのかということ、調べさせてもらいますと、知っている方が351名、70%ぐらい。これは去年のデータでも70%ぐらいですから、70%の方は病名を知っているということです。あと、日常生活がどのぐらいできるかということもがんの治療には非常に大事なことでありますが、一人で歩けるとい方が79%、普通に食事がとれるという方が50%、かなりの方は普通の生活をされているということです。

次のスライド。

相談者の患者さんとの続柄でございますが、当然のことながら、子供さん、これが半分ぐらい、それからご夫婦、これが35%ぐらいで、大体訪れる方の80%ぐらいが、その子供さんやご夫婦の方でした。

### 相談の目的 (複数回答あり)

目的	件数	件数
6. 担当医への不信、長引く治療と不十分な説明に対する不安と不信について	20	*
7. 代替治療について	55	*
8. 高度先端医療への期待と治療可能性について -患者本人への告知と精神的不安に対する対処 -陽子線、遺伝子療法等 -骨髄・造血幹細胞移植 -終末期に向かう患者の習病についてのアドバイス	27	*
9. がん専門医からの詳細な説明を求めて -病状、病態について(個別、一般) -回復・寛解率、予後の見通し、再発の可能性、再発予防 -治療のメリット、リスク	156	*

### 患者の現在の状況 (患者の回答)

病状	件数	%
病名:	知っている	351 70.9
	知らない	100 20.2
	わからない	33 6.7
	無回答	11 2.2
歩行	一人で歩ける	394 79.6
	歩けない	79 16.0
	無回答	22 4.4
食事	普通に食べられる	236 47.7
	少し食べられる	164 33.1
	食べられない	58 11.7
	無回答	37 7.5

平成14年4月 9月のデータ

### 相談者の患者との続柄

続柄	件数	%	件数	%
親(義父母を含む)	40	8.1	54	8.3
子供(嫁、娘婿を含む)	218	44.0	292	44.7
兄弟姉妹(義兄弟姉妹を含む)	36	7.3	44*	6.7
夫婦	166	33.5	227	34.8
親戚	8	1.6	*	*
第三者(知人、上司等)	6	1.2	3	0.5
本人	21	4.2	0	0
(合計)	495		653	

黄色数値:平成14年4月 9月まで6ヶ月間の数値

次のスライド。

紹介状、診療情報提供書等の持参の有無でございますが、持参ありとした方が60%、なしとした方が22%、無回答が15%、6割から7割の方は診療情報の提供書を持ってこられているということであり、今度、都の特定機能病院でこのセカンドオピニオンの提供を始めるときは、原則として第一の病院から、紹介状、それから資料を持ってきていただくということになっております。資料なくして話をするというのは非常に難しい。正確な話ができないのです。大まかなことしか言えないので、相談にいらっしゃっても余り意味がない。得るものが少ないということになってしまいます。そういった意味では、これからお話があると思うんですが、特定機能病院でのセカンドオピニオンには、やはり情報提供としての資料が欲しいということになります。

次のスライド。

相談の結果でございますが、希望があれば当院で受け入れも可だという場合、これは各科の外来に行かれたり、担当医に紹介したりするというような形です。39%の方がそうされています。昨年の半年間ではその率は18%ぐらいに減少しています。そのかわりに、ホスピスとか緩和ケア、こういった施設、その紹介、そこではどういうふうにしていくのかというようなお話、そういった相談がかなり多くなって、今までは10%ぐらいだったのが25%ぐらいになってきています。多分、患者さん、家族の方が、がんの医療、その限界というものをだんだんと知ってもらえるようになった。その結果、これからどうしたら有意義な人生を送れるかということに、相談が移ってきているのだろうと考えます。それから、現病院の治療継続。これは45%ですけども、昨年では32%。むしろ最近はこちらの方がふえてきているという傾向があります。

次のスライド。

さて、結論でございますが、当院で担当していたドクターの結論ですが、相談で来院された患者さん本人のがん告知率は

### 紹介状、診療情報提供書等の持参の有無

資料	件数	%
あり	309	62.4
なし	109	22.0
無回答	77	15.6
(合計)	495	

### 相談の結果

アドバイス	件数	%	件数	%
1. 希望あれば当院で受け入れ可であると伝える、或いは外来紹介、担当科医師に直接紹介等	194	39.2	119	18.0
2. 現病院での治療継続、或いは特に転院の意向、病院紹介に関する記録はなし	226	45.7	210	32.2
3. 他病院紹介	21	4.2	18	2.8
4. ホスピス・緩和ケア病棟との紹介と勧め	54	10.9	160	24.5
5. その他(複数選択提示など)	-	-	71	10.9
(合計)	495		653	

病院に関するアドバイスのみをまとめた。  
黄色:平成14年4月 9月まで6ヶ月間の数値

### 結 論

- 1) 相談で来院したケースの本人への告知率は70%
- 2) 30分の相談時間は相談者に満足を与えられた。
- 3) コミュニケーションスキルを用いて相談を受けることによって患者さん、家族の納得が得られ、継続的ケア面で極めて大切であることが示唆された。

70%ぐらいです。去年のデータでもそのようなものですが、これ以上は余り進んでいないような感じがいたします。

それから、30分の相談時間は十分相談者に満足を与えられたということでありませう。一つは、コミュニケーションスキル、これを用いて相談を受ける。これによって、患者さん、家族の納得が得られ、継続的なケア面で、極めて大切な相談であると位置づけられると考えたと結論を出しております。

コミュニケーションスキルについては、これからお話をさせていただこうかと思っております。

次のスライド。

さて、本論に入りますが、医療におけるセカンドオピニオン、これは何のためにあるのか。当然、患者さんの、あるいはご家族の不安の解消のため、これは当然ですね。さらに自分の受けている医療が最善なのかどうかということ、これを確かめたい。それから医師に対する不信感、こういったもの

の解消、このためにいらっしゃる。その他、自分は勉強している暇がない、病気について見ている暇がない。だから、ほかの人の意見を聞いて、それで決めちゃおうという方もいらっしゃいます。あるいは、一般の相見積みたいな感じで、あそこあそこをとって、そして自分で決めようかという、そういう方もいらっしゃいます。こういうようなことがセカンドオピニオンの目的となっている状況と思います。


次のスライド。

さて、セカンドオピニオン要請の背景でございますが、まず国民の最大の関心事、これが自分の健康と家族の健康。健康にものすごく重点が置かれている。それに伴うように、異常なほどの健康食品ブームが、今、あるわけです。それは何とかして元気に長生きをしようということのあらわれだと思えます。このように非常に国民の関心

度が高いのに、ここでは都民と書きましたけれども、都民も国民も同じですが、医療に対する正確な情報が欠如しているということが問題ということです。それからもう一つは、先ほどお話ししました、医師のコミュニケーションスキルの欠如。どんなに立派な技量を持って、どんな知識を持ってやっても患者さんと話をして、患者さんが「あっ、この人なら自分の命を任せられるな」という気持ちを抱いてくれるか、くれないかというのは大きな問題です。ですから、本当にできる医師でも、それがな

### 医療における セカンドオピニオンとは


- 不安の解消
- 自分の受けている医療が最善か
- 医師に対する不信感の解消
- 知識が無いから他の人の意見が聞きたい
- 相見積的思考



### 要請の背景

- 国民の最大関心事：  
自分の健康と家族の健康  
異常なほどの健康食品ブーム
- 都民への医療に対する正確な情報の欠如
- 医師のコミュニケーションスキルの欠如

→ 信頼関係が成立しない



いとやっぱり患者さんの方は不信感に陥ってしまうというような状況がある。これを何とか改善しなければいかんということでもあります。

次のスライド。

患者さんサイド、要するに社会的な要請として、自分は最高の医療、何をおいても自分は一番いい医療を受けたいという願望があります。それは当然のことです。私もそう思います。しかし、そのためにセカンドオピニオンを過剰に必要とする今の医療環境が出てきているということも確かだと思います。現在の医療不信もそれをか

もし出しております。その他、社会的にそういう環境をつくり出しているものとして、平等な医療の普及、日本は皆保険でありますから、どこへ行っても、だれでも同じ費用で受けられるということで、そのために諸外国と比較するとコストが低い。例えば自動車を買うのに300万円とかを出す。その場合にはいっぱい勉強して、知識を得て、細かい話まで聞いて、これにしようとするんですが、保険で健康を維持しようとするときに、そこまで考えなかった。そういう環境の下では、情報が十分行き渡らないで済んでしまっていたということなのです。

次は「医療技術の長足の進歩」と書いてありますが、その下に「まだら情報の提供」とあります。医療がどんどん進歩しています。そうすると新聞、その他のメディアで、いろいろな新しい情報が入ります。今度、これができて、こういうがんは治りそうとか、あるいは、これでもう全部、こういうがんは治ってしまうんじゃないかというような情報がマスコミで報道されます。しかしながら、その情報が本当に臨床にすぐに使われているのかといいますと、そうではないんです。まだ研究段階、あるいは研究から臨床に移る動物の実験の段階とか、そういった段階にあることが多いわけですね。ところが、一般の人はそれを見て、ひょっとして私がそこに行ったら治るかも知れないというような感覚を持つわけですね。そういう先端の情報はいっぱい報道される、けれども、標準の医療というのは何なのかというものが無い。情報の提供が十分でないということでもあります。

もう一つはこれはちょっと困ったことですが、自分の期待に合った治療をしていただけないと、この先生はだめだ。自分の期待に合ったことを言ってくれる先生を求めて、いろいろなところを移り歩く。これはドクターハンティングといいますが、そういうような状況が、また医療不信の上から出てきているということもあります。こういった状況は、これから皆で改善していかなければならないと考えます。

次のスライド。

さて、ドクターサイド、医療サイドに必要なものは何かというと、まず、先ほど出

**自分には最高の医療を！**

セカンドオピニオンを  
過剰に必要とする医療環境

平等の医療の普及  
コスト意識の不足 →

医療技術の長足の進歩  
まだら情報の提供 →

自分の期待に合わない医療に不承知 →



ました、患者さん中心の医療への脱却を  
図らなければならない。これはもうそういう  
時代であるということを認識してもらわ  
なければいけない。昔は、例えば赤ひげ医師、  
これは理想のお医者さんというふうに考え  
ていられたかも知れませんが、あのころは  
すべて自分で医療ができたんですね。と  
ころが今は分業で、専門、専門があっ  
て、その専門のことはよく知っているけれども、

ほかのところはよくわからんというよ  
うな状況があるわけです。しかしなが  
ら、特別な専門化が必要な医療の分野  
というのは、そんなに多くはないん  
です。多くは、どこのお医者さんでも  
技術を持っていればできるような医  
療、というようなものなんです  
ね。ところが、標準的医療、これがし  
っかりと確立され、知らされていない。  
どこのお医者さんへ行っても、こう  
いう治療があなたの治療法です。  
ほかのお医者さんへ行っても同じこと  
です。こうなれば皆さんも、いろいろ  
なところへ行って聞く必要もなくな  
ります。この標準的治療、医療の確  
立、これは今、医療に関するいろん  
な学会があります、そこで検討して  
いるのですが、まだまだ十分に世の中  
に行き渡らない。これが行き渡れば、  
もう80%以上はどこのお医者さんへ  
行っても同じ治療が受けられると  
いうことだろうと思います。

しかし、選択が必要な病気もあります。  
そういう場合には、治療を可能とす  
る最新情報、あるいはこの病気はこ  
の先生がいいというリスト、こうい  
うのを公開し、しかも、ホームドク  
ターにも十分それらを理解していただ  
いて、患者さん、一般の人がホーム  
ドクターのところへ行くと、そうい  
う情報をみんなが得られて、よく説  
明してもらえる。そして、どこへ行  
ったらいよいよというところまで相  
談に乗ってくれるということになれ  
ば、良い信頼関係が生まれるわけ  
です。

次に医師教育カリキュラムの改善、  
こう書きましたが先ほどのコミュニケ  
ーションスキル、今までの教育はこ  
れが欠けていたんですね。そのため  
に、有能なドクターでも不信感を持  
たれてしまうということがありま  
す。今、大学は一生懸命この教育に  
も取り組んでいますけれども、既に  
卒業されたお医者さんは、まだそ  
こら辺が欠けている場合があるとい  
うことです。

行政的な面から見ると、財政的サポ  
ート、これが必要です。ゆとりある  
診療を可能とする医療行政の策定。  
これは非常に難しいことです。いろ  
いろ、保険行政に関して討論をさ  
れておりますけれども、どこまで  
改善していけるのかというところ  
であります。例えばアメリカなんか  
ですと、1日、10人、15人ぐら  
いを診れば経営が成り立ってしまう  
。ところが、日本では、3分診療と  
悪口を叩かれるぐらいのことをや  
らないと病院が潰れてしまう。そ  
ういう状況にあるわけです。そう  
いった点は、やっぱ

**患者中心の医療への脱却**

- 1 標準的医療の確立と普及**  
一般向けおよびホームドクター向けの  
治療選択を可能とする最新情報、専門医リストの公開
- 2 医師教育カリキュラムの改善**  
説明と同意、接遇などの基本教育
- 3 財政的サポート**  
ゆとりある診療を可能とする医療行政の策定

り患者さんの話をじっくり聞けるという環境、それをどうつくるかがこれからの問題です。

次のスライド。

さて、医師養成がん教育カリキュラムと書いてあります。がんセンターには、レジデントという医師がいます。この人たちは一般の医療はすべて終了して、さらにがんのエキスパートになろうと思って来ている方達です。その方達に、こういうカリキュラムを組んでいます。総論

と、基礎知識、こういったものをいろいろ指導します。続いて手術、放射線治療、抗がん剤治療、実地にこういったことを研修し、会得してもらうのです。その中の、1つの大きな柱として、がん患者及びその家族の面接と診察、こういうがあります。まだ、これは計画しているところなんですけれども、これを目標に指導しているわけです。その中には医療面接の基本、がん患者さんの診察というものが入っています。要するにコミュニケーションです。

次のスライド。

それで、医療面接の基本についてはちょっとだけ説明します。1つ、こういう目標があります。常に患者さんの身になって考え、振る舞うことができるという項目が入っております。さらに患者さんの話に耳を傾け、理解しようとする云々と、9つぐらい書いてあります。これを

マスターしなければいかんということになっております。常に患者さんの身になって考え、振る舞うことができると、頭に入れます。頭に入れただけじゃ何もなんないですね、実際に行動が伴わなきゃ。実際の行動をどういうふうにして指導していくか。

次のスライド。

基本習得要件です。要するにこういうことができるようになるまで、訓練するんですね。常に患者さんの身になって振る舞うことができるということを頭に入れても、それではその習得要件としてこういうことができているかというのをチェックしていくわけです。初対面のときにあいさつができる。自分の紹介ができ

## 医師養成がん教育カリキュラム

- 総論
- がんの基礎知識  
細胞生物学、分子生物学、細胞遺伝学、免疫学、、、の会得
- **I がん患者(およびその家族)の面接と診察**
  - 1) 医療面接の基本
  - 2) がん患者の診察
- II 手術療法
- III 放射線治療
- IV 抗がん化学療法
- V がん治療における集学的治療
- VI 造血幹細胞移植
- VII 救急処置、VIII 緩和医療、IX 臨床試験、X 医療経済

## 医学教育の推進

- 医療面接の基本(到達目標)
- 1) 常に患者の身になって考え、振舞うことができる
- 2) 患者の話に耳を傾け、理解しようと勤めることができる
- 3) 患者の心身の負担を考慮しながら対話をする事ができる
- 4) 対話により医療に必要な情報を得ることができる
- 5) 患者に応じた適切な病状説明ができる
- 6) 質問に対して、わかり易い言葉で優しく答えることができる
- 7) 患者と心を通わせ、慰めと希望を与えることができる
- 8) 医療に関連した患者の経済的・社会的・家族的負担に配慮できる
- 9) がん診療医のあり方を模索し、優れた医師から学ぶことができる

## 医療面接の基本

- 1) 常に患者の身になって考え、振舞うことができる

### 基本習得要件

- ア) 初対面での挨拶ができる
- イ) 自分の紹介ができる
- ウ) 患者の不安を初対面で洞察でき、気持ちを和らげる言葉をかけられる  
(診察室に入った時から、既に診察は始まっている。)



る。それから患者さんの不安を初対面で洞察でき、気持ちを和らげる言葉がかけられるというような基本的な問題。患者さんが診察室に入ってきたときに、既に診察が始まっているということなんですね、実は。患者さんの顔色、動き、そういったのを見て、ああ、この患者さん、この方は精神的に参っているなどが、そういったものを推察する。歩き方を見て、ちょっと変だということになれば、どこに負担がかかっているのかなということまで診察が始まっている。診察室に入ってから既に診察は始まっているということを教え込むことを、今、実行しております。

次のスライド。

さて、医療環境改善が達成できるまでにはどうしたらいいかということであり  
ます。

次のスライド。

それにはセカンドオピニオンの長所、先ほどから話をしていますが、もう一度見直してみます。迷いのあるときは治療法の選択に役立つから、ぜひセカンドオピニオンを受けるべきである。そして、受けたセカンドオピニオンのドクターが同一意見であれば、第一の先生に対して信頼感を増すことができるということ。

さらに自分の病気の将来を認識し、人生設計ができること。自分の病気は治るのが治らないのか。治るとすればどのぐらいで治るのかということですね。これから先、どういうふうに自分は生活をして、自分でよかったとする人生を送る、そのための情報を得ることは大きなメリットだと思います。

次のスライド。

ところが、短所もあります。それではセカンドオピニオンを受けて、そのセカンドオピニオンを与えてくれる人が本当に最高の先生なのか、これはわかりません。こういう治療もある。患者さんはそれを聞いて、ではどれをとればいいのか、ますます迷ってしまうというような状況が出てきます。

## 医療環境改善までの暫定処置 としての セカンドオピニオン



## セカンドオピニオンの 長所

- 1 迷いのある時には、治療法の選択に役立つ。
- 2 同一意見であれば信頼感を増すことができる。
- 3 自分の病気の将来を確認し、人生設計ができる。

## セカンドオピニオンの短所

- 1 必ずしも受け手が最高の医療者とは限らない。
- 2 診療が進んだ段階では、担当者の方が病気を含めて、自分の身体、心を含めた理解を持っている。
- 3 セカンドオピニオンを受け持つ医療者は、初対面で、全ての情報を掴むのは難しい面もある。
- 4 医療者が、自分の慣れている治療法を強調する場合が生ずる。これを判断することは困難。

診療が進んだ段階では、第一の担当者の方が病気を含め、自分の体、心情に関する理解を持っている。例えば最初のドクターのところへ行かれても、1回じゃ診断はなかなかできないですね。2回、3回と、診察を受けるうちに、ドクターサイドとして、患者さんの気持ち、あるいは家族と一緒にいらしゃれば家族関係、そうしたものが、分かってくるわけです。その間、いろいろな話をさせてもらっているという理解度に差があります。ところが、セカンドオピニオンを受け持つ医者、医療者は、初対面で、今までの、ずっとほかで長い間収集された情報をそこで見なければいけません。そこには見落としが出てくる可能性はあります。そういった欠点があるということは考えておかなければいけないだろうと思います。

もう一つは、治療法、先ほど言った標準的治療が確定していない場合には、その医師の方、医療担当の方が自分の得意なところを強調することがあります。そうすると前の先生は一般的にすべてのことを話して、これがいいですよと話してくれたんだけど、自分の治療の得意なところを強調されると、それがあたかも一番いいような感じになってしまう。それを判断するのがまた患者さんだということになり、患者さん自身がジレンマに陥るような状況が出てきてしまうことであります。

次のスライド。

現状においてセカンドオピニオンのあるべき姿として、患者さん側では、まずセカンドオピニオンというのは医師と患者との信頼関係をはぐくむためにあるんだというふうな考えで受けてほしい。不信感を持ってセカンドオピニオンを求めるのは、むしろ邪道です。不信感を持っていたならば、これは病院を変え、医者を変える。これは患者さんの基本的権利です。ですから、それを忘れないで、おずおずとしないでやっていった方がいいだろうと思います。

それから自分の病気をさらに深く理解し、よりよい医療を受けたいという心、自分の病気について、インターネットなり何なりで学習をして、どういう医療がいいのかというのを自分なりに理解しながら受けていくこと。そうするとドクターにも質問が的確にでき、ドクターから的確な解答が返ってくると思います。

次のスライド。

医療サイドから言えば、やはり医者と患者さんとの信頼関係をはぐくむものであること、これはもう両方とも徹底しなければ

### セカンドオピニオンのあるべき姿 受診者側

- 医師と患者との信頼関係を育むものである。
- 従って、不信感を持ってセカンドオピニオンを求めるのは邪道。  
この場合は、病院を変える方がよい。
- 自分の病気をさらに深く理解し、より良い医療を受けたいという心が大切



### セカンドオピニオンのあるべき姿 医療者側

- 医師と患者との信頼関係を育むものである。
- 自分の考えを確かめる絶好のチャンス。
- 自分より良い知恵を持っているかもしれない。
- その結果、文殊の知恵を出した治療ができる  
(複数の目が新しい事実を見つけるかもしれない)。



いけない。それから自分の考えを確かめる絶好のチャンスと考えることです。患者さんが、どこかで、セカンドオピニオンを受けたいんですけどと言ったら、その先生からどういう意見を持って帰ってくれるかということは、それを確かめる絶好のチャンスと考える。自分よりよい知恵を持っているかもしれません。その時は自分がワンランク上に成長していくことができます。そういう考えでやっていかなければいかんだろうと考えます。文殊の知恵、複数の目によって新しい診断・治療が見つかるかもしれない。こういう考え方でやはりセカンドオピニオンを受け入れる必要があると思います。

次のスライド。

いろいろセカンドオピニオンについてお話ししましたけれども、セカンドオピニオンの成立する条件としては、当然ですが、第一の医師が第二の医師に対して情報を提供する基本姿勢があること、かつ診療録が整備されていること、これは基本的条件です。こういう条件を満たし、さらに、先ほどあったように、医師側の

### セカンドオピニオンの成立する条件

- 1 第1医師が、第2医師に対して情報を提供する基本姿勢がある。かつ、診療録が整備されていること。
- 2 標準的治療の基準が確立されて、共有されていること。
- 3 セカンドオピニオンを実施する施設、医師に対する 経済的保障があること。

条件として3つ、4つ上げましたが、そういうような気持ちで患者さんを送り出すということが大切です。標準的治療については先ほどからずっと言っていますが、基準が確立され、共有されていると、もう8割以上のもは、どこの病院でも標榜科であれば、同じ治療がされるはずなんです。あとの2割ないし1割が、これはどうしても専門的な知識と技量、それがないとできないということでもありますので、そういう標準的治療、これが確立されて、一般の人にもすべて情報が流れている。自分が病院に行って、こういうふうな治療になりますよと言われたときに、インターネットを引いて見てみれば、これが基本なんだと確認できる。では同じだと、では大丈夫だというふうに自信が持てますね。そうすると、医療サイドとの信頼感も強くなっていくということでもあります。セカンドオピニオンを実施する施設、医師に対する経済的な保障については、先ほど話しましたような状況で、セカンドオピニオンの相談を受ける医師は、ベテランの医師です。相当のやはり経験と知識を持ったドクターが受けております。このドクターが、30分、1時間を費やしている話をするわけですから、それに相応する経済的な支援がないと病院としてはサービス、サービスで終わってしまうというところがあります。

次のスライド。

送り出す側の医療機関でも、紹介状を書けばいいじゃないかというようなことになるかと思うんですが、それでも忙しい医療の中で、紹介状と検査資料、このコピーを作成して出すというのは、大変な時間、それから労力を要します。こういったものも考えておかなければいけません。受ける医療機関についても、今

言ったようなことであります。両方が満たされれば、医療機関側でも積極的にセカンドオピニオンを推進してくれるだろうと思います。患者さんも、何か気後れをしたりおずおずと話をしないで、もう一回他の医師の意見を確かめたいけれどもというだけで、どうぞ行ってみてくださいということになるだろうと思っております。

次のスライド。

さて、将来、信頼の医療環境が整った場合のセカンドオピニオン、今までもそういう面についていくつか触れましたが、まず治癒する疾患は、標準的治療で、もうこの治療しかない、これをやってみんな治癒するんだということであれば、セカンドオピニオンは要りません。だから、標準的治療、があっても選択肢が複数ある場合、これに

ついてはそれぞれの選択肢のメリット、デメリットの話をして、さらに、どちらを選択するかという場合にわからんところがあるのであればセカンドオピニオンが必要な状況が出てきます。

あとは医療の限界ですね。必ずすべて治るというものではないですから、治らないものも出てくる。合併症も出るし、後遺症も出る。こういったことをやはり理解していただいていないと、いろいろな不信感が出てきてしまうということでもあります。

次のスライド。

それから、次は難治性の疾患、がんなどです。さっきは治るがんですが。難治性のがん、これはもう先ほど話したように最高の医療を受けたいという願望はだれでもあります。しかし、難治性のがんでも、標準的治療がある場合、これは医療側の説明不足により発生するセカンドオピニオン、

## 経済的裏付け

### ・業務量と経費

#### 送り出す医療機関

紹介状と検査資料のコピーの作成  
(忙しい医療の中で捻出するサービス)

#### 受ける医療機関

患者一人に30分から1時間必要

一日 数人しか対応できない

ベテラン医師の person 費からすると大きな赤字

## 信頼の医療環境とセカンドオピニオン

### 医療の標準化と情報の国民への提供

#### 治癒する疾患

##### 標準的治療(選択肢が単一)

セカンドオピニオンは一般的に必要なない

##### 標準的医療(選択肢が複数)

セカンドオピニオンは時に必要(IC不足)

##### 医療の限界(合併症、後遺症)の理解不足



## 信頼の医療環境とセカンドオピニオン

### 難治性の疾患

#### 最高の良い医療を受けたいという願望

##### 標準的治療有りの場合

医療者の説明不足(基本的教育の欠陥)

医療の限界についての理解不足

(情報不足、他人任せの姿勢)

##### 標準的医療が未決定

セカンドオピニオンが必要な事が多い

複数専門施設、医療者の考を聞き自己決定が必要

##### 医療の限界(治癒率、合併症、後遺症)の理解不足



この解消には基本的教育の欠陥を補うということが必要であります。医療の限界、難治性、すなわちどうしても治せない場合があるということ。これらについて、情報不足を改善し、医療を受ける側も他人任せ、医者に任せておくからいいよという形でなくて、自分から進んで自分の病気について理解していくということが必要です。それから標準的医療が未決定である時には、先ほど話したとおりです。

その次をお願いします。

以上がセカンドオピニオンに関する私の見解でございますが、まず、医療相談に関連した相談では、ほかに自己の要因に起因する問題、生活環境、それから仕事環境、人生観の違い、支払い能力、医療環境、こういったものへのいろんな希望などがあるだろうと思います。こういうものは行政側で対応する必要があるだろうと考えております。

待遇に関する問題、こういったものは、施設サイド、これにあるいは行政的指導を加えてやる必要があるかもしれません。

次のスライドをお願いします。

まとめますと、患者さんサイドでは、ホームドクターを利用する、ホームドクターを十分利用して、そして、さらに医学の限界を知っておく必要があるということです。それにはやはりホームドクターにも情報が十分いき、そして、紹介すべきドクターのリストもそこに行き渡るようでないといけません。そういう状況のもとに患者さんはホームドクターをもっと利用して、自分の治療法について十分理解するということが必要であると思います。

それから診療を受けるときに、自分の社会的、家庭内における状況、あるいは自分の人生観、それを中心にして、どういうふうこれから自分は生きていきたいということも合わせて、診療を受けて行くということは大事なことです。それについてドクターに質問することもいいでしょうし、そうすることにより自分の病気の予後なり、いろんな問題が浮き彫りにされて理解が進んでいくだろうと思います。

医療サイドでは、先ほど話した標準的治療、これの確立と周知、それから説明と同意を行うスキルを身につけること。

行政サイドでは、医学教育の再検討、医療の現状について、講演会などで都民に周

### 医療相談に関連した相談

#### 自己の要因に起因する問題(患者側)

生活環境、仕事環境、人生観の違い  
支払能力、医療環境への希望

→ 行政の対応

#### 待遇に関する問題(医療側への不満)

医療者、施設への不満

→ 施設、行政的指導

### まとめ (セカンドオピニオンの価値を高めるために)

#### 患者サイド

- 1 ホームドクターを利用し医学の限界を知る。
- 2 社会的、家庭内、人生観など自分を中心に考える。

#### 医療サイド

- 1 標準的治療法を確立と周知。
- 2 説明と同意を行うスキルを身につける。

#### 行政サイド

- 1 医学教育の再検討。
- 2 医療の現状について講演会などで都民に周知する。

知すること、これが大事であるということ  
であります。

次のスライドをお願いします。

以上、駆け足で、今のセカンドオピニオンについて、がんセンターを中心にお話させていただきました。その中に私の見解を少し加えさせていただきましたが、このスライド作成にあたり、ここに示した資料を参考にさせていただきました。

以上で終わりにいたします。どうもご清聴をありがとうございました。

#### 協力者および参考にした資料

東京都健康局 東京発医療改革

セカンドオピニオンの普及に関する資料

相談窓口の充実に関する資料

国立がんセンターニュース

山崎 晋(国立がんセンター、現栃木がんセ)

第6回緩和医療学会発表資料

安達 勇(国立がんセンター、現静岡がんセ)

雑誌 脳神経外科, 31:2003

池上直己 慶応大医療政策管理学

新潮新書 元気が出る患者学 柳田 邦男

日本経済新聞社 医療問題 池上 直己

東洋経済新聞社 理想の医療を語れますか 今井 澄

協力 児玉哲郎(国立がんセンター)

## 質疑応答

質問者 A 野村先生にお会いできるよい機会ですので、1つ、質問させていただきます。

実は末期がんで家族を失った者なのですが、今の医療の現状で、自分でも努力すると末期がんの患者さんにすばらしい抗がん剤がつかれるということがわかったんですね。それでもう末期がんのホスピスに行くと、ホスピスではほとんど重症になると食事を与えない、水を与えない、そして、痛みどめだけだという治療になっていますので、僕はもっとたくさんの末期がんの患者さんが治る、治療できる薬をがんセンターでも推奨していただいて、ホスピスでも治るようにひとつご協力願いたいと思うんです。

野村講師 よくわかりました。

がんセンターでも、本当に、日夜、努力しているわけですが、末期がんの患者さんを治すということまでに至っていないというのは残念なことであります。次に、政府も本腰を入れて、これから第三次のがん克服戦略事業、これを立ち上げます。そこでは、がんで亡くなる方の死亡数、これを激減をうたって、それからもう一つは、がんにかかる率、これを激減させようということで、最大の努力をしようということで進んでおります。ちょっと時間をいただいて、その成果を見ていただければと思います。

質問者 B

資料に、まだら情報というのが出ておりましたけれども、進行の遅い病気にかかったときに、患者が将来、その病気に対応する戦略があると思うんですが、その病気の治療の近未来の治療動向が、その情報ルートを得るために、例えば相談窓口に行く前に、がんセンターの中でその研究をされている先生のところにお出しになっているその資料とか何かを、その患者自身が事前に勉強するために、中に図書室のようなものを設けて、そこで勉強した上で先生に面会して、いろいろお聞きするというような、何かそういう方法がとれないかなとちょっと感じたんですけれども、がんセ



ンターの中では、何かそういうことに対する考え方というのがおありかどうか、ちょっと教えていただけたらと。素人の質問で申しわけございません。

野村講師 これは非常に大事なことで、今、私、情報、情報と言いましたけれども、そういう情報をどういうふうにして皆さんに提供するのかということでございます。1つは、がんセンターのホームページ、これの中に一般向けの情報がたくさん入っています。そこで見ていただくというのと、それからもう一つ、患者さんの図書館、こういったものの構想はないのかということなのですが、私も、今、いろいろ考えているんです。今はすぐにできないものですから、コーナーをつくって、そこである程度の本が見られるようにはしているのですが、本来はしっかりとした図書館をつくって、皆さんに提供し、そこには専任の人がいて、いろいろアドバイスしてくれるというような状況になれば一番理想的かなと思うんですが、いろいろな制約がございまして、精いっぱい努力させていただきませうけれども、そういう状況であります。

質問者C ただいまセカンドオピニオンを詳しく分析していただきありがとうございます、よくわかりました。今、ちょっとお尋ねしたいのは、例えば高齢者でも、がんなんかを含めた生活習慣病の場合、非常にその人はそれなりのいろんな人生経験、食習慣を含めてそこへ来ているわけです。それは千差万別なんです。ですから、先ほどおっしゃった、標準的、平均医療を底辺まで徹底させるというほかに、やはりその人に対してはデータの分析、治療法、薬の選択をなるべくいいように、しかもその人が納得する方向で与えるというのが1つのターゲットというふうに思うんです。ところが、やはり、かかりつけの、いわゆる近所のお医者さんでも、あなたがこれが心配なら、あそこの大学病院へ行ってください、この病気が心配ならここへ行ってごらんさいという紹介状にとどまりまして、そうすると、結局大病院がそういう個人個人の生活習慣に立ち入った、面倒を含めて、医療行為を含めてやらないといけないと思うんですけれども、その方向への動きはどんなものなのでしょうか。それが気になりましたので。

野村講師 実は来年の2月1日からがんセンターの方に、国立がんセンター予防検診研究センターというのが開所されます。そこにおいては、生活習慣病、これを予防するにはどうしたらいいか、徹底的に追求して、そしてそれをまた情報としてまた皆さんに還元しようというふうに考えております。その中には、検診させていただく方から遺伝子情報もとらせていただいて、そして、どういうふうな遺伝子の方はこういう生活をしているとがんになりやすいとか、どういうがんになりやすいと、そういうところまでしっかりと見て、そして、その情報を皆さんに提供しようということで、国を上げて努力させてもらおうと思っております。どうもありがとうございました。

## < 第1部終了 >