

の権利意識の高揚、それと医療の透明性の要求、これが社会の要請として強くなって定着するようになったというわけです。でも、セカンドオピニオンを求めれば、外国では必ず費用がかかりますから、何でもかんでもセカンドオピニオンを求めるといえることではありません。

3. セカンドオピニオンとは

(スライド3) セカンドオピニオンとは、治療方針を決めるにあたって、主治医とは別の医師の意見を聞く仕組みであって、患者さんの自己決定のお手伝いをする、インフォームドコンセントを支える一助と考えられます。主体はあくまでも患者さんと、その主治医の信頼関係にもとづく共同作業ということで、これがまさに日本のセカンドオピニオンのあるべき姿だと思っております。ですから、例えば、治療が間違っているのではないかとか、訴訟してやろうかということでセカンドオ

セカンドオピニオンとは？

- 治療方針を決めるにあたって、主治医とは別の医師の意見を聞く仕組み
 - 患者さんの自己決定のお手伝いであり、インフォームドコンセントを支える一助と考えられる。
 - 主体はあくまでも患者さんとその主治医の信頼関係にもとづく共同作業。

スライド3

求められること（共通認識）

- 主治医は十分に説明したうえで、セカンドオピニオンにも積極的姿勢が必要
- 主治医は速やかに可能な限りの資料を提供する
- セカンドオピニオンにおいては治療行為（検査、投薬、処置）を行わない
- 原則として主治医に戻す

「東京都特定機能病院と都立病院の共通認識」

スライド4

ピニオンを求める。あの医者は信用できないからということで求めに来る。これはセカンドオピニオンには入らないというふうには考えます。日本はああいう米国の保険者の世界ではない。伝統的に和の精神を尊ぶ国民性からしても、こういうかたちでセカンドオピニオンを進めるべきではないと考えております。訴訟とかであればそれはセカンドオピニオンではなくて、違った手続きをしなければならぬし、医者が信用できなければ替わらなければならない。それはもうセカンドオピニオンの域を脱しているわけです。

(スライド4) それではそういった意味で病院間のお互いの共通認識として、どういったことがあげられているかというところ、東京都特定機能病院医療連携推進協議会で、昨年、2年くらいかけて審議した結論が公開されました。すなわち主治医は十分に説明したうえでセカンドオピニオンにも積極的な姿勢が必要である。主治医が病気をよく患者さんに説明する。そして説明を納得したそのうえでまだもう少し意見を聞きたいということであれば、積極的にそれを支援しようということなのです。その際、主治医は速やかに可能な限りの資料を提供する。それから3つ目として、セカンドオピニオンにおいては治療行為を行わないということでした。この最後のところは皆さんいろいろ、なぜだと疑問に思うかもしれませんが、基本はやはり担当医とセカンドオピニオン側に診療の意見差があるかどうかを知り、そういったことを担当医にも知らせる。すなわち主治医にも知ってもらい、患者さんとの間のコミュニケーションを良くする。そういう意味でこのセカンドオピニオンを考えています。そこでこういうかたちの共通認識ができたわけです。

4. がんセンターでの医療相談外来の取り組み

それでは、こんな共通認識のもとで、セカンドオピニオン外来をやっているのかどうかを見るために、今までがんセンターでやってきた、相談外来の経緯と内容についてお示しいたします（スライド5）。

がんセンターでは1989年以前、各科初診外来でセカンドオピニオンに対応していました。そのとき、1回の相談に30分以上かかる。長いときには1時間以上かかる。多忙な外来の中にそういう方が入ってきてしまうと、予約していた人がどんどん遅れてしまうという現実があり、相談はあと回しになってしまいました。ところが現場で、がんの患者さんと一緒に家族が来て、セカンドオピニオンを求めたいというようなときに、苦しそうにしている患者さんを目の前にして看

護師もドクターもこれは見ていると耐えられない。なんとかやってあげるのががんセンターの役目じゃないかというような気運がだんだん高まってきたのです。そして1989年後半、医療相談室を設けました。これががんセンターの役割の1つだと位置づけ、当時は家族からの相談に限りしました。それは告知がなされていない場合には、患者が同席すると相談が困難になってしまう。患者本人からの相談は通常の診療で対応するというのでやってきたわけです。

その相談内容ですけれども(スライド6)、このスライドはちょっと古いですが、最近の2002年4月から9月までの集計でもだいたい同じような内容です。大きく分けると、まず転院の希望があります。次に現在の治療が最良か否かの相談。この治療しかないのでしょうかとか、もっといい治療があるんじゃないのでしょうか。新聞でこの間ものすごくいい治療法が見つかったと出ていましたけれど、これは使えないですかとかそういう相談ですね。それから特にがんの告知がなされていないケースでの不信感、自分はいろいろ治療を受けているんだがどんどん悪くなってしまう。主治医は頑張れ、頑張れと言うのだが自分としてはだんだん悪くなっている。こうなると、やっぱり人間不信に陥りますね。そのために来られる相談です。

それからもう1つは、いろいろところで「も

国立がんセンター医療相談外来の経緯

- 1989年以前：各科初診外来で対応
 - ◆ 1回の相談に30分以上
 - ◆ 多忙な外来時間内の対応
 - ◆ 相談は後回しとなった
- 1989年以降：医療相談室の創設
 - ◆ がんセンターの役割の1つと位置づけ
 - ◆ 当初家族からの相談に限った
 - ・ 告知がなされていない場合に患者が同席すると相談が困難なため
 - ・ 患者本人からの相談は通常の診療で対応

スライド5

医療相談外来での相談内容 (1989 - 1999)

- 転院の希望
- 現在の治療が最良か否かの相談
 - ・ 特にがん告知がなされていないケースでの不信感
- 最後の宣告を受け、納得したい

スライド6

国立がんセンター医療相談外来の経緯

- 1999年：新棟移転後、担当医師を4名に増加
(現在5名毎日実施)
- 2001年：有料化

スライド7

う治療法がない」と言われ、最終的にがんセンターではどうだろうか、それを聞いて納得して、自分の残りの人生を送りたいというようなことでいらっしゃる。まとめるとこういう内容です。

先ほども話がありましたけれども、今は担当医師5名で毎日実施しております。2001年からは有料化をさせていただいております(スライド7)。

(スライド8) 医療相談の中身を見てみますと、治療法についてのセカンドオピニオンを求めている方が73%です。それから、転院・受け入れの希望、これが38%。これらの人たちも担当

医の先生にはいろいろ話は聞いているのだけれども、さらに何か良い治療法はないのかというようなことでいらっしゃる。担当医への不信とか不満というのは4%なのです。だから医療を担当

されている先生方がそんなに心配するものではない。問題は、こういうことを聞きに来なければならないような今の情報の出し方の問題だろうと思います。

次に相談者と家族との関係です(スライド9)。一番多いのは子どもさん、やっぱり親がそうなったら心配ですから、なんとか良い治療法はないかといろいろなところにあたってくれます。それはもう親としてはありがたいことです。次に多いのが配偶者で

相談内容 (1999-2000)

目的	件数	割合
治療法についてのセカンドオピニオン	362	73%
転院・受け入れの希望	187	38%
末期がん患者のケアの相談	177	36%
がん専門医からの詳細な説明を求めて	156	32%
代替治療法について	55	11%
精神的サポートを求めて	48	10%
がん医療情報を求めて	42	9%
高度先進医療による治療可能性について	27	6%
担当医への不信・不満	20	4%

利用者1002名中 495名からのアンケート調査結果。複数回答可

スライド8

相談者と家族との関係

(平成14年4月-9月データ)

続柄	件数	%
子ども	292	44.7
夫または妻	227	34.8
親	54	8.3
兄弟姉妹	44	6.7
本人	0	0
その他	3	0.5

→ がんセンターの医療相談では子ども、あるいは配偶者が相談に来るケースが多い

スライド9

診療情報提供書等の資料の有無

資料	件数	%
あり	309	62.4
なし	109	22.0
無回答	77	15.6
合計	495	100

→ 資料なしに相談に来るケースは全体の約1/5であり、このなかには主治医に依頼しなかったケースも含まれていることから、主治医が資料の提供を拒むケースは実際には稀と思われる

スライド11

告知の状況

(平成14年4月-9月データ)

患者本人が病名を	件数	%
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
合計	495	100

→ 家族が相談に来るがん患者のうち、70%は告知済みである

スライド10

医療相談の結果

アドバイス内容	件数	%
元病院での治療継続	210	32.2
ホスピス・緩和ケアの紹介	160	24.5
当院での受け入れ	119	18.0
他病院紹介	18	2.8
その他	71	10.9
合計	495	100

→ 家族が相談に来るがん患者のうち、70%は告知済みである

スライド12

す。それももう真剣に、本当になんとかならないかとワラをもつかむ気持ちでいろいろ情報を集めようとされます。

さて病名の告知の件ですが（スライド10）、「がんであることを知っているか」というと、70%くらいは知っている。知らないが20%くらいです。現在でも、調査してみますと、大体70%くらいの方は知っていて30%くらいの方がはっきりとは知らないというところでは。

医療機関からの情報提供ですけども（スライド11）、情報、資料を持ってこられた方が62%くらい、なしが22%、15%くらいは回答がなかった。つまり、ほとんどの方が担当医から情報を持っているということです。それは担当医への不信任感ではなくて、やはり患者さんが、先生はそう言うけれども、何かないのかと自分を納得させるためにいらっしゃるというのが本音だろうと思います。

スライド12は医療相談の結果です。元の病院で治療継続される方が約32%。それから話を聞いて、これからの人生をどう送るようにしたいのかなどのサジェスションを受け、ホスピス・緩

和ケアを紹介されたのが24.5%。当院に受け入れたのが18%。ほかの病院を紹介したのが約3%です。

先ほどから言っておりますが、相談医療におけるセカンドオピニオンのアドバイスの要点としては（スライド13）、がんセンターでは、まず主治医の説明を補足する、そして納得してもらおうということが大事。次に末期がんの特殊なケアの方法を指導する。これは今診てもらっている先生が、どんな終末期のケアがあるのかということに関して情報不足で知らない場合が多いということで、この指導をするという方向で進めています。

まとめてみますと（スライド14）、がん告知が積極的になされるようになり、患者・家族による医療相談の需要はますます高くなってきているという現象があります。相談内容としては治療に関するセカンドオピニオンが多く、初対面で30分程度の面談でも納得した治療の方向づけに役立つというのが、担当していたドクターの印象であります。

5. 今、なぜセカンドオピニオンか

今こういう状況なのですが、それでは、今、なぜセカンドオピニオンなのかその背景を見ていきましょう（スライド15）。

社会的背景として、まず一般国民の方の自己権利意識の高揚が挙げられます。自分の治療は自分で決めていくということです。非常に良いことです。そういう意識がどんどん高まってきた。これ

医療相談外来でのアドバイスの要点 (1989 - 1999)

- 主治医の説明を補足する
- 末期がんの特殊なケアの方法を指導する

スライド13

国立がんセンターにおける医療相談 — まとめ —

- がん告知が積極的にされるようになり、患者家族による医療相談の需要は、ますます高くなっている。
- 相談内容としては治療法に関するセカンドオピニオンが多く、初対面かつ30分程度の面談でも、納得した治療の方向づけに役立った。

スライド14

今、なぜセカンドオピニオンか

- 社会的背景
 - ◆ 一般国民の自己権利意識の高揚
インフォームド・コンセントの一般化、治療選択肢の増加、価値観の多様化
 - ◆ 医療の不透明性に対する不信任感
 - ◆ 医療過誤、医療事故に対する過剰な報道
- 国民の信頼できる情報の欠如
 - ◆ 混乱の助長
 - ◆ 医療情報の氾濫、病院ランキング

スライド15

をさらに高揚させたのが、インフォームドコンセントの一般化です。どこでもインフォームドコンセントをとって、こうこうこういう治療がありますと先ほど私がいちばん最初に説明したような話をします。その後、あなたはどの治療にしますかというふうに患者さんに選択を求めていきます。先ほどの聴神経腫瘍ですと、今までは手術という手段が先決でした。今はガンマナイフという治療法が入ってきた。手段としては、この腫瘍の場合、経過観察という（これは治療に入るかどうか分からないですが）、そうした手段もあります。さらに、ここには価値観の多様化と書いてありますが、今の自分にできたがんであれば、どういう治療をしたらどうなる、しなかったらどうなる。それであれば自分はしないほうを選ぼうと、そういう自分のこれからの人生設計に対しての価値観、それは人によって違います。こういう考え方がだんだんと一般の人たちの頭に浸透してきた。そして先ほど述べた診療に関する自己権利意識の高揚、これらが要因となってセカンドオピニオンの要求として表れてきたのだと思います。

さらに言うならば、医療の不透明性に対する不信心。これも大きな問題であります。いろいろな新聞報道で、どこで事故があった、どこで医療過誤があったというようなことが報道されています。そういうものに対して、それを正確に受け止め理解するための情報がない。判断する情報がない。そういうことが原因だろうと思います。このよう

な背景があって、セカンドオピニオンが強く要請される。すなわち国民の信頼できる情報が欠如しているということが基本的にはあるんだろうということです。例えば最近の病院のランキング報道ですね、安全ランキングそれから治療成果ランキングなど次々に報道されています。何を信じたらいいのか。

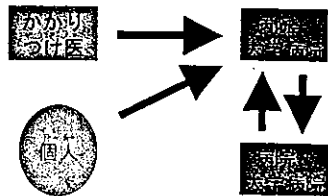
本当にこのランキングというのは精度が高く、公的に認められるような検証をしたうえで出ているのかなどほとんど分からない。しかもその記事を見て治療を決めざるをえないという現状です。こうなるとますます自分の頭の中が混乱してしまうということになります。

次のスライドで、現状での医療の問題点を見えます。

まず基本的に、不安の解消に対応できる医療制度が、今、整っていない（スライド16）。オピニオンの流れから言いますと、例えばかかりつけ医の先生にどこか紹介して欲しいと言って紹介してもらおう。かかりつけ医には風邪とか熱が出たとかいうときにはいつも行きますが、やはりがんとか大きい病気になったら、大学病院とか大きな病院に行かないといけないのではないかと。社会的にはそういう風潮がまん延している。そこでいろんな人に聞いて、あそこがいいんじゃないか、ここがいいのではないかと。ここで、決めるわけです。そうして受診した先生が説明してくれる。ところがどうも納得できないということで次の病院へ行

不安の解消に対応できない医療制度 かかりつけ医と病院の現状

オピニオンの流れ：不明確な役割分担



スライド16

医療サイドの問題

- 良好な医師患者関係、患者中心という視点の欠如
- コミュニケーションスキルの稚拙さ
- バターナリズム
- 多様な価値観への無理解と相手の気持ちに対する配慮（思いやり）の欠如
- 業績至上主義、画一的な評価
- 医療連携に関するアピール不足

スライド17

く。ここからいろんな情報が発生する。ところがかかりつけの先生のところには情報が行かない。現在の情報の流れはこういう状況にある。かかりつけ医・病院間の機能分担がきちっとされていないということが1つの問題ではないかと考えられます。

(スライド17) 医療サイドにおける問題としては良好な医師患者関係、患者中心という視点がまだ欠如している。これはもう随分言われていることで、医療関係者も患者中心にしなければならないという意識は随分強くなってきていますが、今までの流れとしてこういうことであります。さらにコミュニケーションスキルの稚拙さ。大学でも患者さんとの面接をどうするかはだれも教えてくれない。そうすると患者さんから言いたいことを聞き出せない。説明もチグハグになってしまうというようなことになります。これはパターナリズムと言われていますが、ドクターがこうしなさいと言った場合に今まではそのとおりに患者さんがやっていたらいい、患者さんもそう思っていた。だけど先ほどの権利意識の高揚もあって、やはり自分のことは自分で決めなければならないというようなことをさかんによそからも言われ、自分でもそうしなきゃという意識が強くなってきた。すなわち患者さんの持つ多様な価値観への無理解と医師の患者さんの気持ちに対する配慮の欠如が憂慮されます。

それから医療における業績至上主義、これもよ

患者サイドの問題

- 医療の不確実性への無理解による不安
- 自己決定権：権利と義務（責任）の認識不足
- コスト意識の不足（皆保険による無関心）
- 大病院志向、医療機関の役割分担と医療連携への理解不足
- いわゆるドクターショッピング

スライド18

くいわれていることですが、今まで大学だと教授になるためには研究論文の数が重要でした。実際に患者さんと接して、治療して、どれくらいの成果をあげたか、それが業績としてあまり認められない。こういう医学の世界での今までの矛盾がある。医療連携に関するアピール不足もあります。これは一般の人たちに、先ほど言ったかかりつけ医との機能分担が浸透していないこと。それを理解してもらうシステムが、まだできていないということであろうと思います。

(スライド18) 患者サイドの問題としては、すでにもういろいろ話しましたが、医療の不確実性への無理解による不安。手術をすれば危険を伴う。ところが今までのパターナリズムもそうですが、患者さんは手術をすれば絶対治るといふふうに信じていたわけです。ところが手術をして亡くなってしまった。これは医療過誤じゃないかというような短絡的な情報。これが氾濫しているんですね。何が医療過誤で、何がそうでないのか分からない。しかし実際、治療するうえでそういうことが起こってしまうということはあることなのです。治療、手術をしなければ100人のうちほとんどの方が亡くなってしまいます。そのバランスのうえに、ものごとを判断するということになっていない。これには情報不足ということもあります。コスト意識の欠如も1つの要因です。日本は皆保険ですので、あまりコスト面には関心がない。最近では支払額も増加しましたが、多額の費用を払わなくても診てもらえた。そのため自分が健康管理するのに、どのくらいの費用を使ったのかという意識が弱いということも医療への関心が低かった要因です。大病院志向の問題も先ほど申しあげたとおりです。さらに、いわゆるドクターショッピング。あるドクターに診てもらって、もう1人に診てもらって、さらにもう1人診てもらう。それでその中から決めようというような動き。こういったものはやはり是正していかなければならないだろうと考えております。

結果として、患者さんや一般の人たちにとっては、先ほどから言っているようにもう不安ばっか

りです。その結果、セカンドオピニオンの需要がますます増大してくる(スライド19)。問題はこういう医療環境、医療サイドの問題、患者さんサイドの問題、こういったものをどのように解決していくかということにあります。まず長期的な対策。でも悠長なことを言うてはいられませんので、今何をすべきかということについて話させていただきたいと思います。

6. 医療面接教育の必要性和課題

まず、もうすでに新聞でも取り上げられていますが、医学教育における医療面接教育を絶対取り入れないといけないということです(スライド20)。すでに大学教育でも取り入れて、積極的にやっているところもあります。しかしながら、そこで教育されたドクターが育って実際に診療にた

ずさわるまで、最低10年かかります。今からやっても成果が出るのは10年後です。もちろんその実態を見て、周りのドクターも感化され、良い方向には進みますけど、医療は、本当に長い期間をみていかないと達成できないということなのです。医療面接試験と書きましたが、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) の一部として実施する。要するに、模擬患者さんを置いて実際の診療を進める訓練をする。そこから患者さんの医療に重要な情報を得るスキルを教育しなきゃいかんということですね。模擬患者さんを相手に実習したり、小グループに分かれて体験学習をする、ロールプレイの実施です。つまり患者さんになったり、ドクターの役をしたりして病気の情報を取る訓練をする。その様子をまたビデオ撮影をして、あとでそれを見て、ここがいけないとか、こうじゃないとか評価しながら勉強をしていく。これは非常に役立つ有効な方法で、カナダではもう国家試験の一部となっているということです。

(スライド21) 面接教育の課題としては、これからその教育者を養成しなければならない。これが大きい課題です。従来の医学知識の伝達の方法からトレーニング的側面の重視への教育の改革です。覚える覚えるということではなくて、やはり患者さんを前にしてどういうふうにも患者さんの気持ちを察し、そして診療を進めていくのかというところを身に付けなければいけない。「覚えるから身に付ける」というふうに書きましたけれどそうい

結果として
セカンドオピニオンの需要増大



解決策
長期的対策
直近の対策

スライド19

医学教育における医療面接教育

- 医療面接試験
 - OSCE (Objective Structured Clinical Examination) の一部として実施
 - 模擬患者 (Simulated Patient: SP) を相手に実習、評価を行う
 - 小グループ制による体験学習、ロールプレイの様子をビデオ撮影して相互評価

カナダでは国家試験の一部となっている

スライド20

医療面接教育の課題

- 教育者の養成、確保
- 知識の伝達からトレーニング的側面の重視
 - 「覚える」から「身に付ける」へ
- 適切な評価方法の確立
- 反復教育

スライド21

うことです。それから、これら教育の成果を判定するための医療面接に関する適切な評価法の確立が必要です。評価あってこそ技術を高めることができるのです。教育の反復は、当然、身につくまでが必要です。

7. 不安の解消に対応できない医療事情

さて、各国の医療事情についてちょっと見てみますと、日本では先ほど話したように、医療ミスが何だとか、いろいろな報道がされています。国民は非常な不安と医療に対する不信感が強くなってきています。しかし、医療現場の実態は知りません。スライド22はちょっと古いデータですが、外国と日本を比較して、人口1,000人に対して病床がいくつあるかを示しています。日本は非常に多いことがわかります。今、国のほうでも整理して、この病床を急性期医療に使うのか、あるいは慢性期に利用するのか機能分担を進めています。アメリカでは1,000人に対して3.7床、イギリスでは4.2床ということであります。病床数が1,000人に対して多いから悪いというわけではありません。その病床の使い方、これを国状に合った効率的な使い方をすることが大事でしょう。日本の今のこの環境にアメリカのものをそのまま持ってきて、日本もこれでいいんだというわけにはいかないだろうと私は考えます。医師の数を見てください。日本は100床について12人、アメリカでは71人、イギリスでも40人ということであります。イギリス

はサッチャー政権の時代に医療費をなんとか抑制しようと、医療の効率化を強力に進めました。それを前面に出してきたものだから、今度は、患者さんにとって非常な不利益が生じてしまいました。今、ブレア政権になって医療の質、これこそ大切だということで経済と医療の質の両方を車の両輪として進める方向で改革を進めています。日本の皆保険制度はイギリスの状況に非常によく似ています。これらの前例を参考にして日本の長期の医療改革を考えてほしいと考えています。日本の平均在院日数は当時31日ですが今では24~25日になっています。一方アメリカでは7.5日と出ています。こういった状況を本当に導入しようとするのが日本の実情と合っているのか。お国柄（国民性）それから生活環境・家庭環境そういったものを考えて、本当に良い方向に進めなければいけないと考えます。少ないドクター、看護師、これなんかは欧米では5倍以上の数で行っています。日本では、この貧弱な環境の中で必死に医療者が努力をして良い治療をしようと頑張っている現状を、やはり一般の人にも知ってもらわなければなりません。

先ほど、かかりつけ医との関係を出しましたが、かかりつけ医がつまはじきに置かれるのではなくて、本来のあるべき姿としては、かかりつけ医のところにもまず相談に行くことです（スライド23）。かかりつけ医は、じいちゃん、ばあちゃん、孫のことまで、どうのこうのとみんな知っているわけです。そのつながりを大切にして病院を紹介する。紹介された病院から戻ってきてかかりつけ医に、「あの先生とは相性が合わない」というようなことがあるかもしれない。相性が悪くは治療はできないので、「じゃあこちらの医師を紹介しよう」というように、自分の身になってやってくれる。これがいちばん大事なのです。日本の医療のあるべき姿ではないかというふうに考えております。しかし、かかりつけ医のところに行ってもかか

不安の解消に対応できない医療事情

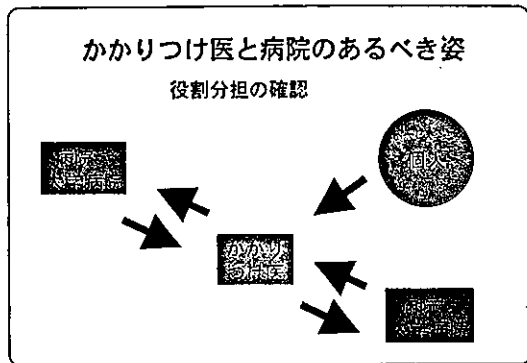
国名	人口1,000人当たりの病床数	病床100床当たりの医師数	病床100床当たりの看護職員数	平均在院日数	外来受診率(1996)
日本	13.1	12.6	43.6	31.8	16.0
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0	6.5
フランス	8.6	36.2	69.7	10.8	6.6
イギリス	4.2	40.7	120.0	9.8	6.1
アメリカ	3.7	71.6	221.0	7.5	6.8

医療提供体制の各国比較（1998）

スライド22

りつけ医が信頼できる説明をしてくれなかったら、これは何の意味もない。やはり、かかりつけ医のところに情報をたくさん送って、勉強してもらう。地域医療を自分が担っているんだという自覚を持って勉強していただくことも大切だと思います。一般の人にも情報はどんどん送ったらいと思います。この情報は一般の人じゃ分からないだろう

と制限する必要はないと思います。それを見るのは、個人の自由なんです。分からなければ勉強すればいい。ですから世の中に情報を出すということが大切なのです。そこで、分からなければかかりつけ医の先生のところに行って、こういう情報があるけれどどうですかと尋ねる。こういうかたちで進めていただければ、いちばんいいんじゃないかと考えております。



スライド23

8. 正確な情報の提供

(スライド24) 正確な情報の提供についてですが、標準的治療の確立は非常に大切であります。かかりつけ医の先生にもどの先生を紹介すべきか分からない理由の1つは、標準的治療法が確立されていない、治療がドクターによって違うというところにあります。例えば、乳がんならこういう時期のものだったら、この治療が標準ですということがしっかりと、かかりつけ医の先生にも分かる。患者さんもインターネットなり何なりで調べれば分かる。今のドクターが薦めている治療はこれだと、これで治療してもらえばいいんだと確信できればいいわけです。その結果、不安感はなくなくなる。この確信できるということが非常に大切だということです。そのなかでは医師の個人プレイの廃止。「私だったらこうしてあげます。私は上手だから直せます。例えば、この薬を使うとあなたの病気は80%良くなります」。そこにどんなEBMといえますか、しっかりしたデータがあるのかが問題です。そのデータは例えば今まで30人の人を治療しましたが、ほとんどの人が良くなったというだけのデータで話しているかもしれない。それでは医療は成り立たないということです。最新の効果的医療の臨床研究と普及は今、国でも力を入れています。臨床研究事業として実施しています。第3次がん克服総合戦略と呼ばれていますが、この事業で、今、40から50くらいの新しい標準的治療を、すなわち効く治療を確立しようとして進めております。その成果が上がったときに、今度はどのように普及させるのかも課題で、今、その方策も国のほうで考えているところです。

正確な情報の提供

- 標準的治療法の確立
 - 学会等が中心になり標準治療の提示と病院での徹底
 - 個人プレイの廃止
- 最新の効果的医療の臨床研究と普及
 - 国の臨床研究事業の推進と成果の普及
- 診療の質：適正評価とその公表
 - 国民の病院選択、かかりつけ医の病院推薦に利用

スライド24

セカンドオピニオンにおける説明内容

2階建ての説明内容

個別の専門事項

— 個別の面談が必要
専門病院・大学病院

標準的治療法の確立

— 不特定多数を対象とした啓蒙が有効であり、標準的治療法の確立が重要
かかりつけ医

スライド25

このスライドの最後に「診療の質：適正評価とその公表」と書いてありますが、国民の病院選択という意味で本当に手術件数が多い方がいいのか。もっと違う指標があるのではないのか。5生率（治療5年後の生存割合のこと）は本当に出してそれが評価に値するのか。そういったものを知り確認をして、そのうえで公表する。それをもって担当医、かかりつけ医も紹介病院の判断ができるし、一般の人も判断ができるという方向でいかなければならないと思います。

（スライド25）そうしますと、セカンドオピニオンにおける説明の内容としては将来的には2階建てであり、一般的な標準的治療、これについてはかかりつけ医で話をさせていただいて、納得してもらえればそれでいいし、ほかの情報があれば患者さんが自分で見て、納得するというようなこともあるだろうと思うのです。それからさらに個別的な事項で専門病院、大学病院でないと話ができないということであれば、そこで初めてセカンドオピニオンが出てくるということになります。

9. 理想的なセカンドオピニオン

理想的なセカンドオピニオンとしては主治医と患者の間で良好な医師患者関係が築かれていることがまず第1で、第三者の意見を聞くことにより、より強固な信頼関係が築かれ、納得して治療が受けられるということになります（スライド26）。これがセカンドオピニオンの理想であるということをもう1回強調させていただきます。

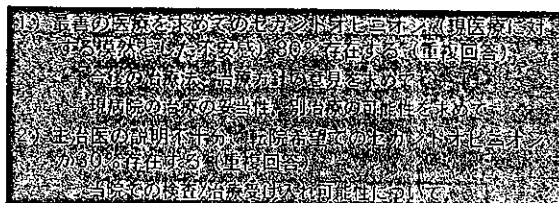
それでは、直近の問題としてどうしたらいいか（スライド27）。まず先ほどがんセンターの医療相談の資料を見せましたが、最善の医療を求めてのセカンドオピニオン、現医療に対する漠然とした不安感、これが80%。今後の治療法、診療方針の意見を求めて来るわけです。現病院の治療の妥当性、別治療の可能性、こういうものを求めて皆

理想的なセカンドオピニオン

- すでに主治医と患者の間で良好な医師患者関係が築かれている。
- 第三者の意見を聞くことにより、より強固な信頼関係が築かれ、納得して治療を受けることができる。

スライド26

それでは現状での取り組み



スライド27

さん来ているわけで、決して担当している先生に不信感を持っているわけではないんです。主治医の説明が不十分、転院希望がセカンドオピニオンの30%ということはありません。これを補わなければいけないというわけです。それには、やはり患者主体の診療を医療者側が常に頭に置いて、そして実施していく。そのためのセカンドオピニオンだということを念頭においてセカンドオピニオンを進めなければいけないと思います。

患者さんが医療を受けて満足する条件というのは何があるかという、前田先生がお書きになっているのを見ますと、医師に対する満足度というのが全体を1とすると大体0.7。それから職員や待ち時間なども含めた待合室等に関する満足度0.057。自覚症状や精神的な悩みの軽減に関する満足度0.2なんです（スライド28）。この調査を見

てみますと、やはりドクターがいかに分かりやすく説明してあげるかということ、これが非常に重要であることを示しています。

もう1つ同じ資料ですが、良い医師のイメージとしては、話がしやすい雰囲気がある、病気や治療について十分な説明してくれる、患者の症状をよく聞いてくれる、これが非常に高い%なのです(スライド29)。この辺のところをよく認識をして、外来診療にあたるということではないかなと思います。今すぐやることといえば、もうすでにいろいろなところでいわれておりますが、患者中心の医療を行うということが、最大限実施され

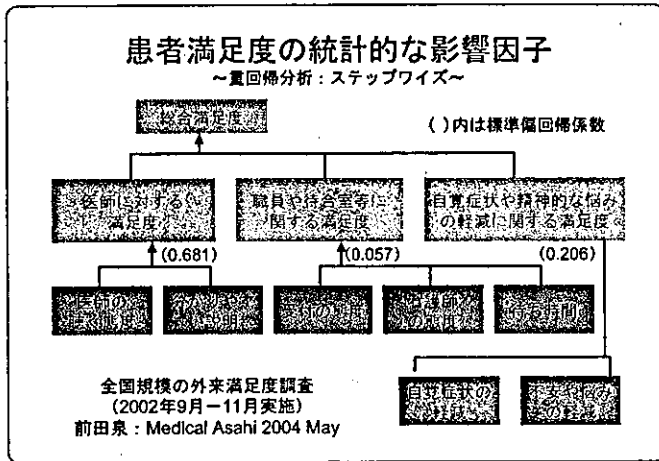
なければならないということです。

10. セカンドオピニオンの効用と落とし穴

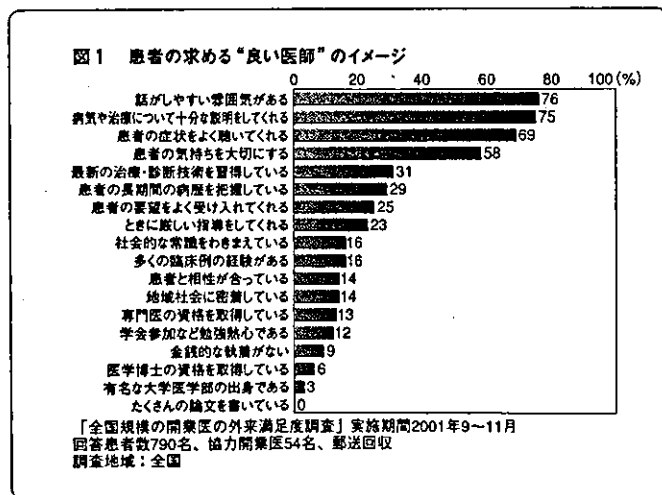
セカンドオピニオンの効用を見てみます(スライド30)。病気や治療法に関する理解が深まり、患者さんにとっては信頼し納得して治療を受けられる。新たな視点、価値観、治療の目標設定を得ることができる。自分が主役であるということを実感できるということです。こういうセカンドオピニオンを進めることによって、患者さんが自分が主役であるという認識を強めていただく。自分が主役である、自分に権利があるということは、

逆に義務が生じるということです。それを知っていただかなければなりません。そういった点では、非常にこのセカンドオピニオンが役に立つだろうと考えております。

主治医サイドとしてはネガティブに考えないということ、すべてポジティブに考えていくということが、いちばん大事だろうと思います(スライド31)。より強固な信頼関係の構築ができる、地域や分野を越えた専門家との交流ができる。さらには自分の医療の見落としの予防、自らの知識の再確認、各専門分野の最新情報に触れることができるというような効用を考えております。セカンドオピニオンを求めますかということを患者さんに自分から聞いてあげることも大事であろうと思います。先ほど聴神経腫瘍の話をしましたけれども、例えば、がんセンターでは今ガンナイフはないのです。治療法を全部説明をして、そしてこれがいいんじゃないかというようなことを言いますけれども、やはり、ガンナイフをやっているところに行って聞いてみますか、という話をしてあげることを心がけています。



スライド28



スライド29

セカンドオピニオンの効用

患者サイド

- 病気や治療法に関する理解が深まる
- 信頼し納得して治療を受けられる
- 新たな視点、価値観、治療の目標設定を得ることができる
- 自分が主役であることを実感できる

スライド30

セカンドオピニオンの効用

目標を定める病院サイド

- 医師患者関係の重要性への再認識
- 患者が不安や不満を抱く状況への理解（他山の石、反面教師的）
- 知識の再確認
- 分かりやすい説明のトレーニング
- 最終的には、自らの受け持ち患者に還元される

スライド32

セカンドオピニオンの効用

主治医サイド

- より強固な信頼関係の構築
- 地域や分野を越えた専門家との交流
- 見落としの予防
- 自らの知識の再確認（専門医として）
- 各専門分野の最新情報に触れることができる

スライド31

セカンドオピニオンの経済的裏づけ

病院側

- 資料の複製、紹介状の作成には多大な時間と労力が必要である
- セカンドオピニオンを支援することにより、「患者を取られる」危険性がある

患者側

- 経験を積んだベテラン医師が十分な時間をかけて対応する必要がある
- 診療報酬は請求できない

双方の赤字に支えられているのが現状である！

スライド33

さてセカンドオピニオンの効用についてそれぞれの立場で考えてみます。まず、病院サイドの効用として何があるかという（スライド32）、財政的にも診療面でもメリットはあんまり大きくはないんです、むしろ負担です。しかしながら、医師患者関係の重要性の再認識をすることができるメリットがあげられます。患者が不安や不満を抱く状況への理解。他山の石として、あるいは反面教師としてその情報が使えます。それから知識の再認識。分かりやすい説明のトレーニング。最終的には自らの受け持ちの患者に、そういった病院の良い点が還元されてくるということです。

先ほど話しましたが、日本の医療状況は経済的には非常に悪い状況にあります。それでもWHOで最高と認められている。その裏にある、医療サイド側のみが一方的に努力しているという面はもう改善しなければならぬでしょう。直近の問題として、セカンドオピニオンに経済的裏づけがな

いということがあります（スライド33）。先ほど病院サイドではメリットがないと言いましたが、経験を積んだベテラン医師が十分に時間をかけてやる、しかし診療報酬は請求できないということでは、これを推進するにもやはりネックになってしまいます。主治医サイドとしては資料の複製、紹介状の作成などに非常に時間がかかる。その時間で患者さんを診ていれば5人くらい診られるということがあります。またセカンドオピニオンを支援することにより患者を取られる危険性があるという危惧もあります。実際ががんセンターに来た患者さんを見ると、そんなに心配する必要はないのですが、とにかく双方の赤字に支えられているこの現状を打破していかねばならないということは、もう一度強調してもいいだろうと思います。

時間がなくなってきましたが、セカンドオピニオンの落とし穴、これも考えておかなければなら

ないと思います (スライド34)。セカンドオピニオンを求めて相談に行ったけれども、その先生が必ずしも最高の先生ではないということがままあります。特にいろいろな治療法がある場合に、その先生が今まで手がけてきた治療法を強調することは当然あるわけで、患者さんがどう判断したらいいか非常に難しい問題が出てきます。

さらに、セカンドオピニオンの場合には、診療が進んだ段階では、主治医のほうが患者の身体について、心を含めて深く理解しています。すなわち初対面で、かつ短時間で情報を把握してもらい適切なアドバイスを受けることは困難であるということです。こういう落とし穴があるということも認識をして、セカンドオピニオンを受けに行くということが必要だと思います。

さらに言うならば、セカンドオピニオンを商売にする、そういうところが出てきそうな雰囲気も

あります (スライド35)。患者さんはワラをもつかむという気持ちです。だから今健康食品が出まわっています。それと同じようにセカンドオピニオンの普及をビジネスチャンスととらえ、患者さんの弱みにつけ込もうとする業者の存在をどうするか。やはり非営利を原則とした社会制度の整備を考えていかなければならないだろうと思います。それから、セカンドオピニオンを推奨する立場の人々の多くが健常者なわけです。あるいは自ら考えて選択する強い患者である。声の大きい人が推進をしている。ところがそれに加われない肉体的・精神的・経済的にさまざまな不自由さをかかえて、自ら選択しその結果を引き受ける能力にゆとりがなくなっている患者の存在もあります。やはり弱者の存在、そういう主張ができない人たちの意見も入れて進めていかなければならないだろうと考えています。弱者が取り残されるようなセカンドオピニオンの意識というのは、やはり問題があるだろうと思います。

セカンドオピニオンの落とし穴

- 必ずしも受け手が最高の医療者とは限らない
 - ◇ セカンドオピニオンリストなどの情報整備が必要
- 診療が進んだ段階では、担当者のほうが患者の身体、心を含め深い理解を得ている
- 初対面で、かつ短時間で情報を把握し、適切なアドバイスをすることは困難である
 - ◇ 事前 (面談前) の情報提供についても考慮すべき
- 医療者が、自分の慣れている治療法を強調する場合同じが生じるが、これを判断することは困難

スライド34

セカンドオピニオンへの警告

- セカンドオピニオンの普及をビジネスチャンスととらえ、患者さんの弱みにつけ込もうとする業者の存在
 - ◇ 非営利を原則とした、社会制度の整備が必要
- セカンドオピニオンを推奨する立場の人々の多くが健常人、あるいは自ら考えて選択する「強い患者」である
 - ◇ 肉体的、精神的、経済的にさまざまな不自由さをかかえ、自ら選択しその結果を引き受ける能力にゆとりがなくなっている患者の存在にも配慮する必要がある

スライド35

11. がんセンターにおける啓蒙活動

以上で、私のセカンドオピニオンに対する話を終わりますが、がんセンターにおける啓蒙活動について少し触れさせていただきます (スライド36)。

まず、がんセンターではWebに情報公開をしています。皆さんも見てくださいと分かりますが、各科領域のがんの標準的診断と治療の情報あるい

がんセンターにおける啓蒙活動

- Webによる情報公開
 - ◇ 各科領域のがんの標準的診断と治療の情報
 - ◇ NCI PDQ file 直接アクセス可能
- 外来スペース、ベッドサイドの情報端末の設置
- 情報コーナー「つきじ」の設置
- 各領域の患者会活動の支援
- 医師、患者向け講演活動の推進

スライド36

はNCI, これはアメリカのPDQです
ね, これに直接アクセスできるよう
なっています。ただみんな英語です
ので, 日本語でないことがちょっと不
都合なところでは。

それから最近, 外来のスペースに情
報コーナーを設けました。そこでは
ベッドサイドの情報端末, 入院された
場合に, この情報端末をすべての患者
さんが操作をしていろいろな情報を
得ることができる。その実現に向け
て, 今, 進めております。

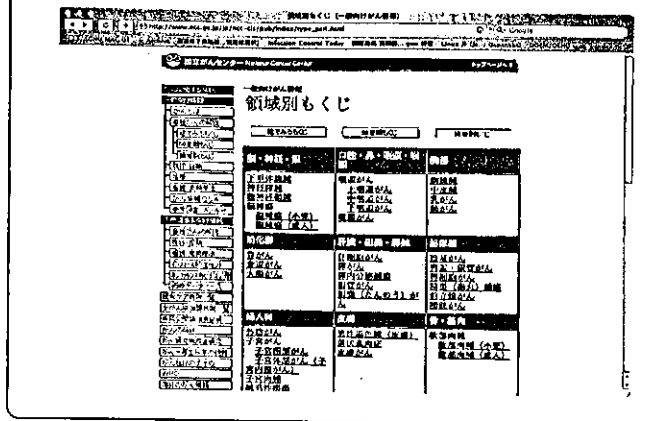
各領域の患者会の活動も支援して
おります。医師, 患者向けの講演活動
を推進しているということです。

ちょっと絵を見てみます。ホーム
ページを開いていただくと, こうい
うのが出てきます (スライド37)。領域
別の目次があり, いろいろな病気につ
いてどういう治療がされているか, 今
どういう方向で治療が進められてい
るのかをクリックすることにより見
ることができます。市民公開講座が
毎年2回行われますが, それらがこの
ホームページから見ることもできま
す (スライド38)。

スライド39はがん情報コーナーの
写真ですが, 総合案内というところが
ありまして, そこに設置してあります。
患者さんあるいは家族の方が来て, こ
のホームページを開いて, いろいろ情報を得てい
くことができるというわけです。

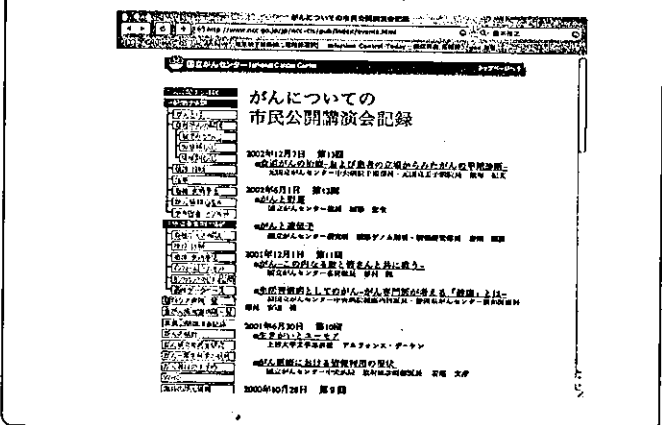
スライド40・41はがん情報プラザ「つきじ」と
呼ばれる小図書館です。小さいながらこういう情
報コーナーを設けて, 家族の方はもちろん患者
さんが情報を引き出せるようになりました。まだ本
は少ないのですがこれから充実させていこうとい
うことです。それから, がんに関するいろいろな
パンフレットをそろえて, 皆さんの利用に便利
ようにしております。

国立がんセンターがん情報サービス (NCC-CIS)



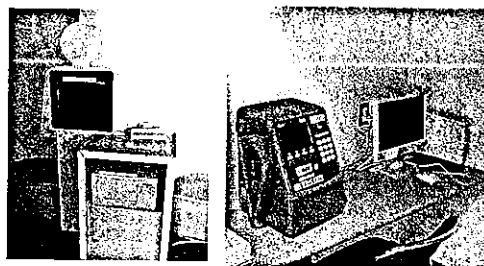
スライド37

国立がんセンターがん情報サービス (NCC-CIS)



スライド38

国立がんセンターがん情報サービス (NCC-CIS)



スライド39

がんセンターには医療連携室というのがあります。そこには患者家族相談室があります。ここでは医療のソーシャルワーカーが専属であたっています。スライド42は2003年度の相談内容を表したのですが、3,749件の相談がありまして、その中で継続医療についての相談の調整これが62%。がんセンターで治療が終わって次の治療をどうするかというようなこと等々です。それが6割以上。そのほかには社会保障等の情報提供。介護とかいろいろな面についての心理的援助。受療援助、これは家族としてどんなふうにサポートしていったらいいかといったことです。それから治療に対する苦情。最後に、連携室にもセカンドオピニオンとして、どういうところに、これからの医療を求めたらいいかというような話をソーシャルワーカーにして来られる場合がやはり3%く

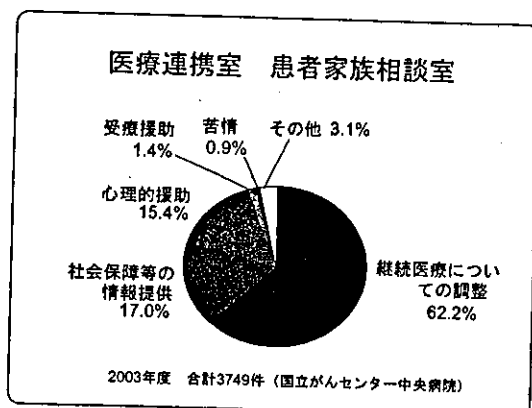
らいているということでもあります。

まとめますと(スライド43)、より良いセカンドオピニオンのために患者さんサイドでは、かかりつけ医を利用し、医学の限界を知る。社会的・家庭内・人生観など自分を中心に考えて人生設計を立てる、そして治療を選んでいくということが大切でしょう。医療サイドとしては標準的治療法の確立とその周知。これはドクターそのものではなくて、学会などに要請すべきことです。さらに、説明と同意を行うスキルを身につける。このことは自分で訓練して、自分でやらなければならないということでもあります。行政サイドへは医学教育の再検討であり、医療の現状についての普及と啓蒙。これをさらに力強くやっていかなければならないというふうに考えております。



がん情報プラザ「つきじ」

スライド40



スライド42



がん情報プラザ「つきじ」

スライド41

まとめ (より良いセカンドオピニオンのために)

- 患者サイド
 - かかりつけ医を利用し、医学の限界を知る
 - 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
 - 標準的治療法の確立と周知
 - 説明と同意を行うスキルを身につける
- 行政サイド
 - 医学教育の再検討
 - 医療の現状についての普及と啓蒙

スライド43

国立がんセンター中央病院における終末期医療の現状

Current state of end-of-life care for the patients with malignant glioma
in National Cancer Center Hospital

国立がんセンター中央病院脳神経外科、医療連携室*

宮北 康二、渋井 壮一郎、成田 善孝、
田部井 勇助、野村 和弘、横川 めぐみ*、大松 重宏*

国立がんセンター中央病院における終末期医療の現状

Current state of end-of-life care for the patients with malignant glioma
in National Cancer Center Hospital

国立がんセンター中央病院脳神経外科、医療連携室*

宮北 康二、渋谷 壮一郎、成田 善孝、
田部井 勇助、野村 和弘、横川 めぐみ*、大松 重宏*

【はじめに】

がん患者に対する終末期医療の必要性が強く論じられている。限られた医療資源を利用し、経済的負担の軽減を図り、かつ患者自身の生活の質を保つ医療、すなわちがん患者に対して最良の医療を提供することが求められている。この点において悪性脳腫瘍患者の終末期医療についても例外ではない。しかし悪性脳腫瘍患者の終末期医療には、脳の疾患という特殊性から来る他臓器がんとは異なる点もある。特に考慮すべきはその病状の進行とともにADLの低下と意識障害が悪化することである。これに伴い患者は、自己意思決定の欠如さらには生活の全面的な周囲への依存が生じ、一般に考えられる自宅での終末期(在宅療養)を迎えられずに、早い時期からのその看護、介護が医療機関へ委ねられてしまうのが現実である。

そこで脳腫瘍患者の終末期医療を考えるにあたり本稿では、当院における医療相談(セカンド・オピニオン)を紹介し終末期医療との関連について述べる。また医療連携室の活動状況を通じ、その重要性和問題点を述べ終末期医療との関わりについて言及する。最後に当院脳神経外科における悪性脳腫瘍患者の診療状況を紹介し、今後の課題としての問題提起を行う。

【対象・方法】

まず医療相談(セカンド・オピニオン)について、当院での形態を紹介する。また過去の相談記録をもとに平成12年1月から平成15年12月の4年間における、病院全体と脳神経外科における相談件数の推移をみた。さらにこの期間における脳神経外科疾患の相談に限り、相談患者の居住地、相談内容、疾患名を調べた。

次に、医療連携室の活動状況を知るために平成13年1月から平成15年12月までの3年間における医療連携室への相談件数の年次推移と平成15年1月からの

一年間における全診療科と脳神経外科からの相談件数を調べた。

最後に当院脳神経外科における悪性神経膠腫に対する終末期医療を考えるにあたり、昭和55年(1980年)以降に入院となった悪性神経膠腫患者202人のうち、追跡調査可能であった139人を対象として、患者背景としてその居住地と死亡場所を調査した。

なお本報告ではその居住地の分類を便宜的に以下の通り行った。すなわち、①東京都内在住者、②二時間前後で来院可能と考えられる都隣接県として千葉県、埼玉県、神奈川県の内住者、③前記以外の遠方の他道府県の在住者とした。

【結果】

当院における医療相談(セカンド・オピニオン)は、その必要性とがん専門病院としての責務により、1962年の開院時から各診療科において行われていたが、1989年に正式に医療相談が開設された。その取扱要領によると、「医療相談とは、各種のがん医療における標準的かつ最先端の診断・治療について、当院の経験あるがん専門医が応じる(セカンド・オピニオン等)システムである」と記載している。この外来は患者当事者が何らかの理由で来院できないときに限り、診療の形態をとらずに医療内容に関する相談を受けるものである。従って患者自身が直接来院している際にはこれを利用せずに通常の外来診療となるために、厳密には全てのセカンド・オピニオンを目的とした相談が含まれているわけではない。相談は病院診療日には毎日行っており、担当は原則として先述のがん専門医(多くは各部長)が行っている。相談内容に関しては、患者自身の病状の説明からこれまでの治療内容の理解、現在の標準的治療、選択できる治療法、さらには研究的治療の有無を含めて内容は多岐に亘る。このため必要に応じて診療担当科の医師がそれを引き継ぐ場合もあるが、原則として脳神経外科では最初の時点からその相談をわれわ

れが行っている。

平成12年1月から平成15年12月までの医療相談外来(セカンド・オピニオン)における病院全診療科での相談件数と脳神経外科での相談件数の推移をFig.1に示す。平成12年の脳神経外科および全診療科での相談件数は、それぞれ17件、818件であったものが、平成15年にはそれぞれ37件、1130件といずれも確実に増加傾向にあり、病院全診療科での件数を一日あたりでみると最近では5人から10人、脳神経外科に限ると一月あたり3人前後であった。次に脳神経外科疾患の相談患者110人を対象として、その相談患者の居住地、相談内容、疾患名について調べた。居住地による分類では、東京都内37人(34%)、都隣接県41人(37%)、遠方の他道府県32人(29%)であり、いずれの地域もほぼ三分の一ずつの割合であった(Fig.2)。また相談内容に関しては、大きく分類するとセカンド・オピニオンによる相談が79人(72%)、当院での治療を希望するものが31人(28%)であった。さらにその詳細としては前述の通り罹患疾患に関する内容が中心であり、病名の確認、病状の相談、治療方法の確認などがあげられ、中には少ないながらも医療不信に対する相談というものもあった。相談患者の疾患名は当然のことながら神経膠腫がもっとも多く57人(53%)であり、以下転移性脳腫瘍11人(10%)、悪性リンパ腫9人(8%)、髄芽腫6人(5%)と代表的悪性脳腫瘍がみられ、同時に疾患数の多さに伴い髄膜腫の相談数も9人(8%)と少なくなかった。

当院にて開設されている医療連携室は、1998年9月から正式な活動を始め、現在は非常勤の職員も含め6人で担当をしている。当院の病床数は600床であるが、担っている仕事は入院患者からの相談に限らず、外来受診者からのものも含まれるためにこれもまた多岐に亘る内容となっている。年別の延べ相談件数の推移をFig.3に示す。平成13年の881件から、平成15年には1202件と35%以上の増加がみられている。平成15年度の月あたりの延べ相談回数をFig.4に示す。月あたりの相談回数はほぼ300件前後であり、右肩上がりの傾向であることに変わりはない。

最後に当院脳神経外科にて診察を行い、終末期医療の対象の一つである悪性神経膠腫患者についての調査結果を述べる。昭和55年(1980年)以降に入院となった悪性神経膠腫患者202人のうち追跡調査が可能であった139人を対象としている。この139人を居住地別に分類すると、東京都内61人(44%)、都隣接県52人(37%)、他府県26人(19%)であった(Fig.5)。死亡場所による分類では、当院での死亡が95人(68%)、他院での死亡が44人(32%)であった。さらに居住地別にこの死亡場所の分類をみると、都内および近隣県在住の113人では、当院での死亡が79人(70%)、他院での死亡が34人(30%)であり、他府県在住の26人では、

当院での死亡が16人(65%)、他院での死亡が10人(35%)であった(Fig.6)。全体での死亡場所別の5年ごとの推移をみると、1981年から1985年までは当院での死亡の割合は87%であったものが年々減少し、最近の2001年から2004年では63%となっていた(Fig.7)。

【考察】

近年のインターネットを中心とした情報量の増加に伴い、疾病に関して患者の得られる情報量は多大かつ複雑となり、これを一般の方が正しく理解し取舍選択することはもはや困難となっている。しかしその関心が疾患、生命という最も大切なことに関する内容であるために、より正確で信頼できる情報を求めることは当然の行為である。このような状況に即して最近では、医療相談(セカンド・オピニオン)を設置する病院が増えてきている。当院では形態の変化はあったが開院当初から医療相談を通じて医療情報の整理と提供を行ってきた。Fig.1に示す通り、その相談件数は確実に増加を示しており、今後もその要求に応じて相談件数も年々僅かずつであっても増加していくものと思われる。現在当院で行っている相談形態は先述の通りであるが、多くの場合相談内容は複雑かつ深刻であり、他の診療科同様に脳神経外科においても相談時間は1時間前後を要することが少なくない。相談者の居住地別での分類をみると、相談者は東京近郊に限らず来院していることが分かる。これは当院の担うがん専門病院という性格上の問題が最も影響していると思われる。相談内容に関しては基本的には疾患に関連した内容であるが、疾患のほとんどは悪性であり、既に各病院で最善のことが行われてきているのが実際のところである。またその説明も十分になされてはいるものの、何か残すべきことが残っていないかと最後の状況で訪れていることが多く、まさに終末期医療における最終地点と言うべきところである。それだけにわれわれも専門的な内容を詳細に伝えるだけでなく、出来るだけ患者、家族のおかれた状況を理解し、分かりやすく丁寧に対応することも肝要なことの一つであろう。

次に当院での医療連携室について考える。当院のホームページを引用するとその役割は以下の通り記載している。①「医療連携室」について。がん専門病院である当院と地域医療機関とが連携し、患者さんをサポートしていくために、地域医療機関の情報をデータベース化し、それらの情報を必要に応じて提供しています。また開業医の先生方からの患者紹介等の対応や、当院の機能や治療に関する広報なども行っています。②「患者・家族相談室」について。患者さんがより安心して療養されるために、障害となる看護および生活上の諸問題や心配事の相談を、看

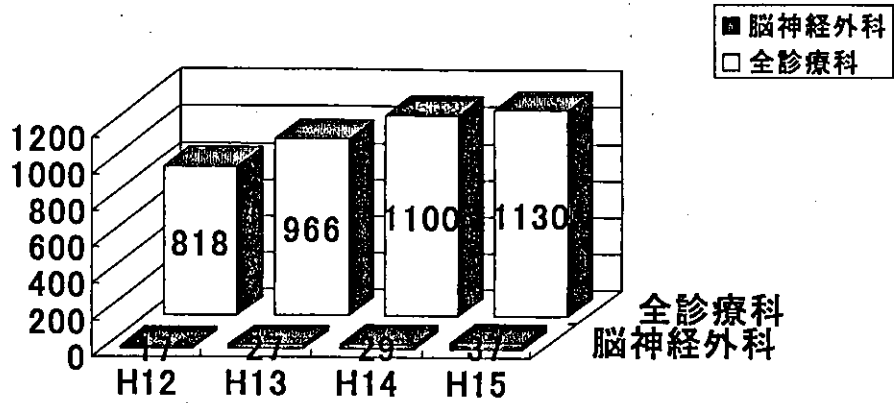


Figure 1. 医療相談外来数年次推移

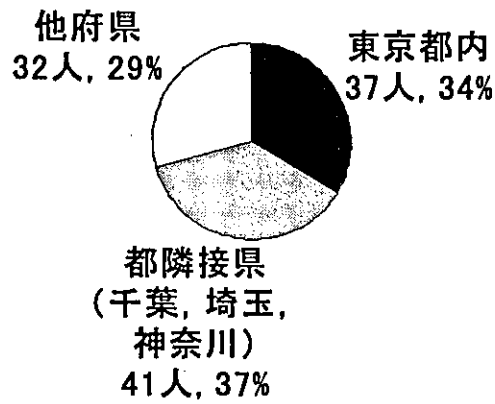


Figure 2. 医療相談外来患者居住地

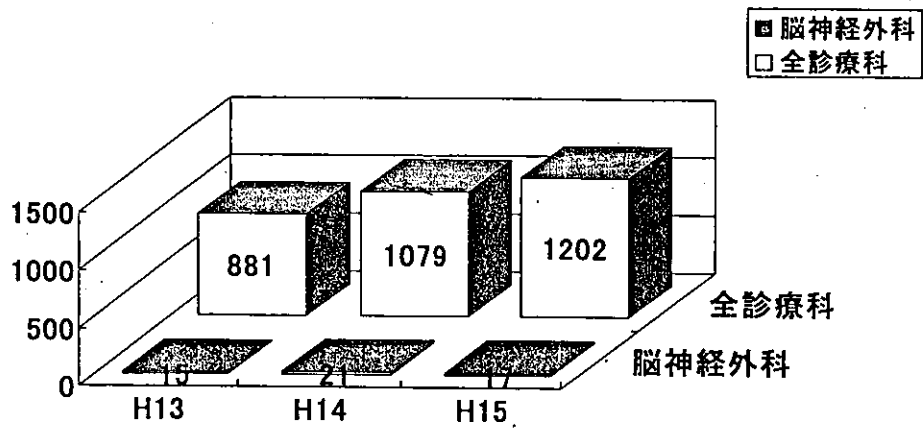


Figure 3. 医療連携室相談件数年次推移

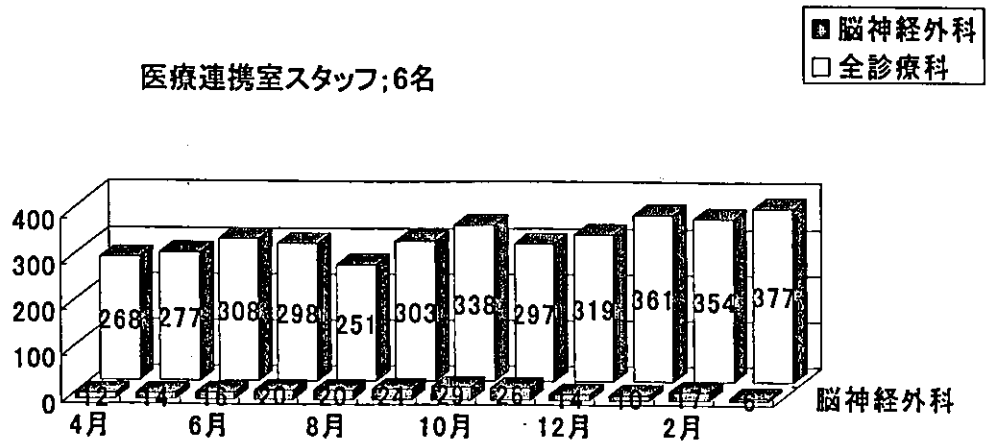


Figure 4. 平成15年度医療連携室相談回数

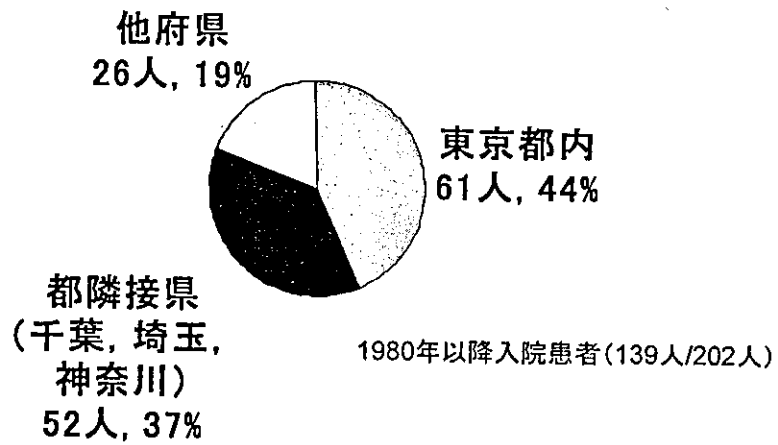


Figure 5. 悪性神経膠腫患者居住地

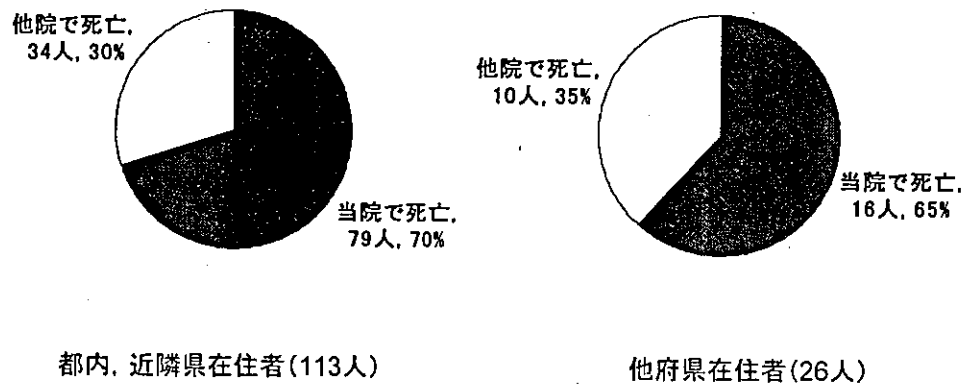


Figure 6. 悪性神経膠腫患者死亡場所