

平成19年度第2回マスコミとの懇談会 「セカンド・オピニオン」について

理事 玉井 修



8月23日（木曜日）那覇市医師会館4階ホールに於いて第2回マスコミとの懇談会が開催されました。マスコミからの参加は8名、医師会からは12名と、最近のマスコミとの懇談会はかなり参加人数が多くなっています。この懇談会がしっかり意見交換の場として、マスコミと医師会側双方に充分浸透している事を感じさせられました。

今回は「セカンド・オピニオン」を取り上げ、国立病院機構沖縄病院の石川清司院長にまずレクチャーをして頂きました。実際のセカンド・オピニオンを受ける側からの現状のご報告と、セカンド・オピニオンの考え方に関して解説して頂きました。その後マスコミを交えて意見交換を行いました。まず問題となっているのは、セカンド・オピニオンを求める際に、今現在かかっている主治医にその事を言い出す時に

どうしても躊躇してしまう問題。これに関しては医師会全体がこのセカンド・オピニオンについての理解、徹底を会員に浸透させる事が大切で、患者側が常にセカンド・オピニオンを求めやすい環境作りも大切かも知れません。次に問題となったのは、主治医とのインフォームドコンセントの問題。インフォームドコンセントが不十分な状態での主治医を替えたいという趣旨でのセカンド・オピニオンは正確な医療情報の受け渡しがされず、最悪の場合は患者側は何も資料を持たずにセカンド・オピニオン外来に現れ、主治医への不満を爆発させるという非常に良くないパターンです。インフォームドコンセントを意識した外来対応が我々医師の側には求められています。今現在、沖縄県のセカンド・オピニオン外来は自由診療で、2,000円から15,000円までかなり金額的に大きな開きがあり

ます。これは提供するセカンド・オピニオンが欧米型の自己決定権を基礎とした厳密な解釈に基づくものがある一方、もっと広く解釈してよる相談的なものもあり、かなり内容的にも幅があるためであろうかと思われます。ドクターショッピングという言葉もありますが、より自分が受け入れやすい（軽症な）診断をしてくれる医師を捜して歩くという事のためにセカンド・オピニオンを利用しようという考えもあるかと思われます。しかし本来のセカンド・オピニオンとは今現在かかっている主治医との関係を維持しつつ、更に多くの意見を聞く機会を患者さん側に保証し、自己決定権を尊重しつつ、患者さんの意志に沿ったより良い医療を提供するための一つの方法でなくてはなりません。正しいセカンド・オピニオンとはいったい何なのか、それを考えたとき、破綻した人間関係の中に存在するのではなく、医療側と患者側の真の信頼関係を根幹としてセカンド・オピニオンが機能したときに最も効果的なものになるのだらうと思われます。石川先生のお話は実際のセカンド・オピニオンでの事例が多く出て参ります。そのケースごとに対応は様々で、法則もなく、マニュアル通りにはうまくいかない事が多いものと思われます。それはセカンド・オピニオンを必要とするのは非常にクリティカルな場合がほとんどであるという事と関連するでしょう。セカンド・オピニオンを求められた場合に、多くの選択肢を提示して「あとはあなた自身でお決め下さい」と自己決定に任せるべきなのでしょう。石川先生はもう少し踏み込んで、私はこの方法をお勧めしますという一言を添えられるとのお話でした。セカンド・オピニオンが機能するためにはどの様なあり方が良いでしょう。医師側が考える又は理想とするセカンド・オピニオンの形と、患者側が求めるセカンド・オピニオンの形とは微妙に違ってい

るのかも知れません。セカンド・オピニオンはいったい何のために存在し、誰のためにあるのか、この辺の発想からセカンド・オピニオンのあり方をもう一度考え直したいと思われます。一般開業医にとってセカンド・オピニオンは常に頭の何処かに置いておかななくてはいけないものだと思います。むしろ積極的に患者側に、もっと大きな病院に意見を聞きに行ってみては如何ですか？と促す事も必要な時があります。また、別の場合には、何処か他の病院で受けている治療に関しての不安を打ち明けられたりすることもあります。そんな時は黙って他の病院に行ったりして、検査、治療をゼロからやり直す等という最も避けなくてはならない事態へ発展しないように、セカンド・オピニオンを求めたいと主治医に勇気を持って言ってみたら良いとアドバイスするようにしています。様々なご意見はあろうかと思われますが、現場において、ケースバイケース、その人のパーソナリティも充分に考えながら悩みながら模索を繰り返しています。この記事は、大学の関係者、開業医、総合病院の勤務医など多くの方が読まれることだと思います。セカンド・オピニオンというものは現在の主治医、受け取る側、患者、場合によってはその仲介をしている開業医にとっても対応が難しく、患者の自己決定権に委ねられた正確な医療情報の提供を一つの理想としつつも、画一的な対応や解釈だけではその目的が充分達成できないのではないかとする、ややファジーな部分を一部含んだ形で提供されている現実があります。詳細は懇談会の記事を読まれてください。私たち医師一人一人のセカンド・オピニオンに対する考え方も違うと思われます。今回の懇談会が会員の皆さんがセカンド・オピニオンについて考えてみる一つのきっかけになれば良いと考えています。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	中本 史	NHK沖縄放送局記者	
2	久田 友也	QAB琉球朝日放送記者	
3	久高 裕美	沖縄テレビ報道部記者	
4	比嘉千賀子	タイムス住宅新聞編集部記者	
5	儀間多美子	沖縄タイムス社会学芸部記者	
6	仲宗根雅広	週刊レキオ社取締役	
7	村松 志門	週刊レキオ編集部長	
8	當銘 祥子	琉球新報社文化部記者	

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	石川 清司	国立病院機構沖縄病院長	国立病院機構沖縄病院
2	宮城 信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
3	喜久村徳清	那覇市医師会理事	三原内科クリニック
4	小渡 輝雄	南部地区医師会	南部徳洲会病院
5	椎名 行夫	南部地区医師会	しいな整形外科
6	中村 貢	宮古地区医師会会長	中村循環器科・内科
7	大城 清	沖縄県公務員医師会会長	県立南部医療センター・ こども医療センター
8	久場 睦夫	広報委員会委員	国立病院機構沖縄病院
9	村田 謙二	広報委員会委員	県立南部医療センター・ こども医療センター
10	下地 克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
11	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
12	玉井 修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック

開 会

○司会（玉井）

本日はお忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

それでは、まず初めに、沖縄県医師会を代表いたしまして、当会の宮城信雄会長よりご挨拶を述べさせていただきます。

宮城先生、よろしくお願ひします。

挨 拶

○宮城会長



皆さん、こんばんは。本日はお忙しい中、当懇談会にご出席をいただきまして、どうもありがとうございます。また、日ごろ私どもが

県民に対する健康教育活動の一環として行っております医療健康情報の提供等に関しまして、マスコミ各位の絶大なるご協力をいただいていることに対し、衷心より御礼を申し上げたいと思います。

さて、今回はセカンド・オピニオンの正しい求め方についてということですが、国立病院機構沖縄病院の石川清司院長にお話をさせていただくことになっております。セカンド・オピニオンというのは、患者さんの病気に対する最善の治療法というのを、患者さんと主治医とで判断するために主治医以外の医師の意見を聞いてみるということです。主治医との良好な関係を保ちながら別の医師の意見を聞くということになります。患者さんとしては、このセカンド・オピニオンを求めるといことで主治医が嫌がると、あるいは機嫌を損ねるのではないかという不安があると思いますが、現在ではインフォームド・コンセント、いわゆる説明と同意という考え方が医療界では浸透しております。主治医としても他の医師の意見を聞くということは非常に有益なことであると考えております。

我々医師会としても、患者のためのよりよい医療の提供に向けて今後とも鋭意努力をしております。皆さま方におかれましては、何とぞ当懇談会の趣旨を十分にご理解をしていただき、県民の保健、医療、福祉の向上の発展にご尽力をくださいますようお願い

懇 談 会

申し上げ、甚だ簡単ではありますが、挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

○司会（玉井） 宮城会長、ありがとうございました。

それでは早速、セカンド・オピニオンについて、国立病院機構沖縄病院院長の石川清司先生にお話ししたいと思っています。

先生、よろしく願いいたします。

懇 談

講演：「セカンド・オピニオン～正しいセカンド・オピニオンの求め方について～」
国立病院機構沖縄病院院長 石川清司



国立病院機構沖縄病院の石川です。本日はセカンド・オピニオンの正しい求め方につきまして、一般論ではなく、できるだけ私どもの病院での経験をお話

したいと思っています。

私どもの病院は比較的個性のある病院です。大学病院をはじめ、総合病院に取り囲まれています。常時紹介率7割近くをキープしております。診療の特徴としまして「がん」と「難病」の診療を挙げることができます。肺癌を中心とします「がん」の診療は半年、1年といった短期決戦の病気です。かたや、ALS等の神経難病は5年、10年、長い方では20年の人工呼吸器の生活となります。私どもの病院では呼吸器疾患と神経難病で、毎日60台の人工呼吸器が稼働しております。320床規模の病院で60台の人工呼吸器です。両極端の厳しい病気ですが、いずれも生活の質、QOL、生き甲斐が患者さんにとっても、職員にとっても大きなテーマになります。

スライド1：外来に張り出されたセカンド・オピニオンのポスターです。特徴は、3,000円という格安の料金にあります。どうしてそのようになったかは、後ほどお話いたします。

セカンド・オピニオン外来

- ・ 診断や治療法についての医学的な問題を、主治医以外の意見を聞いてみたいという方のための相談窓口です。
- ・ 紹介状や検査資料があるとより有意義です。
- ・ 30～60分を基本にしてください。
- ・ 料金は3000円です。
- ・ TEL098-898-2121 (内線：医事218)予約制



担当医：石川清司
日本外科学会認定指導医
琉球大学医学部臨床教授
国立沖縄病院院長

スライド1

セカンド・オピニオン外来の費用

無料のよろず相談室から
専門家集団の1万5千円まで

県内各医療機関の費用調査

5千円	4施設
1万円	3施設
1万5千円	1施設

スライド2

スライド2：当院の地域連携室に依頼して県内のセカンド・オピニオン外来の料金を調べてもらいました。施設によっては、明確なセカンド・オピニオン外来ではなく、「よろず相談」として無料で相談室を開設している施設から、専門医をそろえて1万5千円で設定された料金まで様々でしたが、平均して5千円から1万円が相場かと思います。それでも、「病気の相談に行ったらお金をとられた」という患者さんの家族からの声が聞こえてきたことがありまして、セカンド・オピニオンが定着するまでにはまだまだ時間がかかるものと思われます。

スライド3：夫婦で筋ジスの患者さんでした。ある日、このような会話を耳にしました。「わたしは、自分の病気は治らない病気だということは重々承知している。だから、優秀などうか、名医にみて貰うことは全くない。私たちの悩みを聞いてくれる医者であればいい」との表現でした。

ある難病患者のつぶやき

「私は、自分自身の病気が治らないことを承知している。だから優秀な医者に診てもらふ必要はない。話を聴いてくれる医者に診て欲しい。」

スライド3

やはり、医療を提供する側としては、最新にして最良の医療を提供する姿勢は大切なことですが、「がん」「難病」等の厳しい病気であればあるほど、患者さんがつぶやいたこの心境というものを理解してあげないといけないのではないかと思います。

定 義

セカンド・オピニオンとは、個人が自分自身に関する、きわめて専門的な知識を必要とする内容の意志決定や選択をする際に、その分野の複数の専門家の意見を聞くこと、あるいはその意見自体を指す。

スライド4

スライド4：日本医師会のホームページから調べましたセカンド・オピニオンの定義ですが、この定義は欧米のセカンド・オピニオンの定義だと考えられます。「個人が・・・」という考え方は、私どもの日常の診療の現場ではほとんど存在しません。夫婦、兄弟、親子、親族、これらとの関わりの中での選択、意志決定が行われるのが現実です。

スライド5：セカンド・オピニオンの概念の発生した背景は、やはりアメリカ社会にあるとされています。この疾患の治療には、どれほどの費用がかかるのか。より安価なほうを選ぶ。こ

背景

民間の医療保険が発達した米国において、患者(被保険者)の治療にかかるコストを抑制するために考えだされた。

現在は、医学的知識の補助手段として活用される。

スライド5

のコスト抑制の考え方から派生してきたものとされており。

それが、時代とともにコストの問題を抜きにして、医学知識の補助手段として用いられるようになりました。

理念の実践

- ・ セカンド・オピニオンのシステムは、診療記録等の開示が基本をなす。
- ・ 自己の診療に誇りをもつ
- ・ 異なるコメントに謙虚に耳を傾ける

スライド6

スライド6：セカンド・オピニオンが、その理念どおりに実践されるためには診療録の開示が基本になります。診療録は医者のも、病院のものだとする古い考え方は捨てないといけません。やはり、患者さんと共有する姿勢で、正確な診療録の作成が必用となります。そして、他の医師の異なるコメントに対しても謙虚に耳を傾ける姿勢が必要となります。

スライド7：怒り狂ったように、セカンドオピニオンを求めてくる患者があります。間違いなく、原因は説明不足です。不十分なインフォームド・コンセントによるものです。

現代社会の医療不信

インフォームド・コンセントの欠如が
根底にある。

スライド7

結果および考察

- ・前身の「総合相談コーナー」を引き継いだ
- ・緩和ケア病棟開設により相談件数が増加
- ・男性110件、女性64件(肺がんが中心)
- ・108件が精査、治療、経過観察となり
66件が情報提供のみとなった。

スライド10

国立病院機構沖縄病院の セカンド・オピニオン外来の現状

目 的

セカンド・オピニオンの必要性が強調され
保険診療上「診療情報提供料(Ⅱ)」
500点」が保証されている。
現状の解析から、問題点を明らかにする。

スライド8

スライド10：セカンド・オピニオン外来開設以前に、私どもには専門外来としての「総合相談コーナー」があり、数年の歴史がありました。それを引き継ぐような形で開設しましたので、当初毎月2ないし3件でしたが、昨年4月、緩和ケア病棟を開設した頃より、急速に相談件数が増えました。平均毎月9から10件程度です。男性が多いのは、肺がん中心とする癌患者の相談が多いためと考えられます。結果は、66件が情報提供元へもどっておりますが、約2倍の108件は引き続き当院で経過観察、または精査、治療となっております。

対象と方法

2005年4月1日～2007年7月31日までの期間に
当院セカンド・オピニオン外来を受診した延べ174
件について性差・疾患・診療内容・紹介もと等につ
いて検討した。

スライド9

セカンド・オピニオン(診療科別)

呼吸器内科、呼吸器外科	98件
緩和ケア	66件
神経内科	10件

スライド11

スライド8：当院のセカンドオピニオン外来の現状について検討してみました。

スライド9：2005年4月1日から今年の7月までに174件の相談件数でした。174名としなかったのは、やはり一人で相談にこられることは先ずありません。何名か揃ってのことです。ですから、何件という単位にしました。

スライド11：相談内容を診療科で分けてみますと、呼吸器内科・外科が98件、緩和医療が66件、神経内科10件となります。

スライド12：疾患別で見ますと、やはり肺がんが70件と最も多く、呼吸器疾患で約5割を占めます。口腔・舌・咽頭がんや婦人科領域、その

セカンド・オピニオン(疾患別)

- 肺癌.....70件
- 非悪性呼吸器疾患..... 9件
- 転移性肺腫瘍..... 3件
- 口腔、舌、咽頭癌..... 12件
- 結腸、直腸癌.....12件
- 脾臓癌..... 9件
- 肝癌4、胆管癌4、胃癌5、食道癌3、乳癌5
子宮癌4、卵巣癌4

スライド12

他の癌も多いのですが近くに大学病院があるため、緩和医療の相談が多くなってきております。

セカンド・オピニオン(紹介元別)

- 民間病院.....88件
- 県立、市立病院..... 39件
- 大学病院..... 32件
- 個人開業医..... 6件
- 紹介なし..... 10件

スライド14

治医との関係がうまくいっていないケースがほとんどです。

手術症例(全例呼吸器外科)

- 小型病変
- GGO病変
- 良性肺疾患
- 再手術

スライド13

スライド13：相談の結果9件が手術になっております。全例呼吸器外科領域の疾患ですが、内訳は、肺の1cm以下の小さな病変で診断の得られなかった症例をどう扱うべきか、それから淡いスリガラス様の陰影をどの程度経過をみたらいいのか、そして中学生、高校生の良性肺病変をどう扱うか、またその治療のタイミングをどうするかといった相談です。多少困る相談は、手術後の病理で断端陽性、つまり取り残しがありそうだ・・・どうにかして欲しいといったケースも再手術になっております。

スライド14：紹介元をみますと病床50床以上の民間の医療機関、あるいは総合病院から88件と最も多く、県立病院、市立病院から39件、大学から32件、開業された医院から6件、紹介状なしが10件です。紹介状なしのケースは、主

診療情報提供料(Ⅱ)

主治医がセカンド・オピニオンを求める患者またはその家族の申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係わる画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を提供した場合に算定できる。その希望があった旨を診療録に記載する。

スライド15

スライド15：診療情報提供料ⅠとⅡは明確に区別されます。セカンド・オピニオンについては、資料を提供するとともに、患者さんと家族が希望したことを診療録に記載しておくことが必要です。

診療情報提供

ガイドラインを基本にして情報提供

(私は、この方法をすすめます)と
最後に付け加える。

スライド16

スライド16：当院では主に、私が最初にセカン

ド・オピニオンを希望する旨の連絡を受けますが、癌に関しては私に対応し、内容によっては振り分けを行います。予約制ですので、何日か前にある程度の情報を得ておりますので、提供する資料の準備は前もってしておきます。

基本的には、疾患、検査ともに学会から示されたガイドラインを基本に据えております。

私の相談の特徴は、最後にならず、年齢、病状、体力からして、この方法を私はおすすめしたいと思えますと自分なりの意見を必ず伝える、付け加えることにしております。

患者の自己決定権

自己決定権は尊重されるべきであるが、日本人には、ウチナンチュにはふさわしいか？

スライド17

スライド17：その理由は、患者の「自己決定権」の問題は、終末期医療の問題を含めて、日本ではまだまだ成熟していないし、また必ずしも欧米のような自己決定権の概念は成立しないし、また日本の風土にふさわしくないのではないかと考えております。やはり、患者さんとその取り巻きとの関係で考えて決定していくのがより沖縄的だと思いますが、会場の皆様方いかがお考えでしょうか。

先般、日本緩和医療学会があり特別講演でアメリカで活躍されている先生の講演がありました。人工呼吸器を止めることは患者さんの意思表示が明確であれば、アメリカでは日常的に行われている。何も問題にはならない。それは、この「自己決定権」が最優先されるからだとのことでした。日本では、この半世紀の間全く世論はもとより、個々の考え方も変わっていないとの指摘がありました。私は、日本ではこの「自己決定権」の問題は、欧米のように割り切

ることはできないと考えております。

セカンド・オピニオンを求める

- 患者:主治医との良好な信頼関係を保つ目的を明確にし、聞きたいことをメモに。
- 医師:積極的にすすめる姿勢を示す。正確な診療情報の提供。

スライド18

スライド18：相談を求める側は、やはり目的を明確にしておくことと、聞きたいことを整理し、メモにしておくことが大切なことだと考えております。メモに従って話し合いますと、30分以内で説明が終わります。1時間以上になることもよくありますので、1日に2件以上は受けられないことにしております。

診療側も今後は、より積極的にセカンド・オピニオンをすすめる姿勢で臨み、正確な情報を提供する姿勢のほうが患者さん、そしてその家族との信頼関係が築かれるものと考えられます。

ガイドラインで納得できるか？

最近の症例

- 1、巨大な肝がん
- 2、低肺機能者の肺がん
- 3、大腸ポリペクトミーの浸透度判定
- 4、若い娘の進行子宮体がんを嘆く母親
- 5、胆石の手術をすすめられ怒る若者

スライド19

スライド19：最近の事例を紹介いたします。

①宛名のない紹介状を携えて、外来でとまどっている夫婦がいました。どうしたのですかと声をかけると、10cmもある巨大な肝臓癌の治療についての相談でした。CTをみますと大きな肝臓で、困った事に切除した際に残すべき肝臓の左の区域が小さい。私は、出身の岡山大学の肝移

植グループに紹介しました。うまくいきました。

②肺線維症、低肺機能に合併した肺癌で常時酸素を携帯しております。前医でもう治療の方法がないと宣告された方でした。退路を断つべきか、なんらかの方法を見つけてあげるべきか悩むところでしたが、私は、ガイドラインにはない「気管支動脈内抗癌剤注入療法」を提案しました。

③大腸のポリープ癌です。壁進達度に関して、病理の先生も悩む症例でした。病理の先生が悩んでいますので、当然臨床の内視鏡医も困惑していました。私は、知り合いの国立がんセンターの大腸・肛門グループに判断を依頼しました。

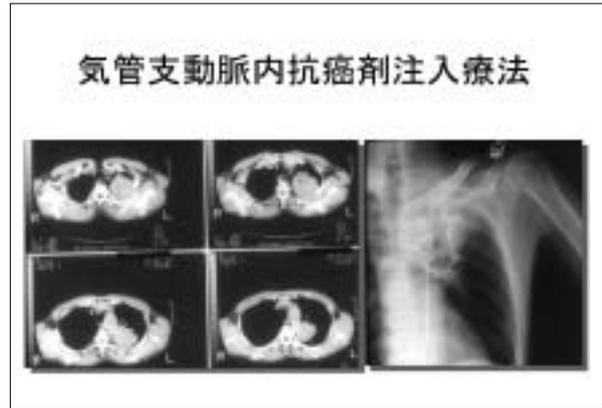
④げっそりと憔悴しきった50代の主婦でした。30歳になったばかりの娘が子宮体癌で肺転移、肝転移とのことでした。できることなら代わってあげたいほどだとの訴えでした。私はこのケースは、現役の婦人科の先生よりも年輩のまさに話を聞いてくださる先生がいいのではないかと考えて紹介しました。

⑤左側腹部の痛みを訴えて、ある市内の総合病院を受診した若い男性でした。主治医の顔を見たことがない。研修医の先生が入れ替わり立ち替わり検査、結果、胆石の手術をしましょうとの説明に激怒。診療録開示を求め、資料を携えて当院へセカンド・オピニオンを求めてきました。やはり説明、インフォームド・コンセントの欠如でした。研修医を預かっている病院は注意が必要です。

お示しましたように、セカンド・オピニオンが私のもとで完結するのではなくて、ある程度仲介役の役割の部分もありますので3,000円です。

スライド20：ガイドラインを基本にして情報を提供しますが、人はガイドラオンに示された生存率等の数値でもって必ずしも納得することはないものと考えております。

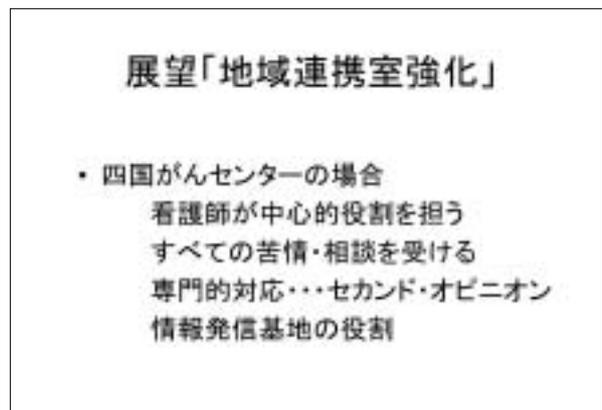
この症例は、左肺上葉の扁平上皮癌が大動脈壁へ浸潤しているのではないかと紹介されてきた症例です。家族へは、主治医から後半年の命ですと告げられていました。気管支動脈内に計



スライド20

6回抗癌剤を注入しました。手術せずに、約15年経過しておりますが、再発無く健在です。

ガイドラインで推奨されなくても、症例によっては医者のおさじ加減はあるものと考え、極力患者さんとその家族に希望をつなぐ形でセカンド・オピニオンには対応しております。



スライド21

スライド21：国立病院機構内では、四国がんセンターの地域連携室が最も充実していると言われており模範とされます。この連携室の特徴は看護師中心の連携室です。もろもろの苦情や相談一切は、先ず連携室へ持ち込まれます。看護師さんが、専門分野の医師から情報を得て患者さんと家族に看護師が直接対応します。

セカンド・オピニオンの範疇だと判断した際にはセッティングが行われます。加えて、がんセンターですので、癌の情報が主ですが情報発信の任務も連携室にあり、看護師が中心的存在だということでした。参考にすべきと考えております。

医療をとりまく状況が、めまぐるしく変化し

ていきます。医学の進歩もスピードを増します。セカンド・オピニオンはさらに求められるものと考えられます。しかし、患者の自己決定権が、欧米のような割り切り方にはならないし、日本の文化になじむか、定着するかはむづかしい問題ですので、当面、セカンドオピニオンも、「ユイマールの精神」でいきたいと考えているのが私のスタンスです。

ご批判をいただきましたら幸いに思います。ありがとうございました。

総括：セカンド・オピニオンの一般的定義と理想的な形式については教科書的に記載されています。しかし、状況は患者の自己決定権が最優先される社会ではありません。そこで、患者とその家族のための日本におけるセカンド・オピニオン、沖縄におけるセカンド・オピニオンはどうあるべきかを模索することは一つの重要なテーマになります。

なんでも相談できる「かかりつけ医」をもち、病診・病病連携を緊密なものにすることにより、患者の視点からみたセカンド・オピニオンが築かれ、定着していくものと考えます。

意見交換

○司会（玉井） 石川先生、どうもありがとうございました。

セカンド・オピニオンの紹介状を書いてくださいと言われた先生はいらっしゃいますか。

私はいつも思うんですけど、そういうことを聞かれると、医者はずっとしないですかね、どうですかね、椎名先生。

○椎名（医師会）



私はむっとはしませんね。どうぞ、これは遠慮しないで聞いてくださいって患者さんには言っています。確かに紹介状を書いたこともあります。開業医の場合ですけれども、その紹介料だと250点なの

で、2,500円ですかね。セカンド・オピニオンですと500点ということですよ。だから、全然抵抗なく書きます。

○司会（玉井） 他にありませんか？

○大城（医師会）



自分の泌尿科の紹介には、必ず、「どうぞセカンド・オピニオンがほしいと思われる方は言ってください」と、最初に案内してます。

それで、もし必要なときはそういう手続きをとっていますけども、やっぱりこちら側からいつでも求めてもいいよという姿勢を、普段から示すことが肝要だろうとは思っています。

○照屋（医師会）



てるや整形外科の照屋と申します。整形外科の領域に限らないのですが、最も重要な事は、『病診連携』だと思います。特に、最近、本島南部方面はいい病

診連携ができつつあります。病診連携がうまくいくと、手術希望の患者さんを紹介し、手術が終わったらまた戻してもらえます。また、紹介した患者さんでなくても、逆紹介という形で送ってもらえるという、流れの良い病診連携ができつつあります。ただ、『インフォームド・コンセント』もそうですけども、患者さんとドクターのリレーションシップ（関係）が悪くなると、少し複雑な話になります。今後も、さらに病診連携を進めていくことが患者さんのためにもなるということだと思います。また、『自己決定権』ということも石川先生は話されておりましたが、多くの患者さんは、“先生がわかるさ！”と、自己決定権を放棄するわけではないのですが、どちらかという先生にお任せで、“どうか助けてください！”というスタンスで

外来にいらっしゃいます。私達一般開業医とすれば、そこで適切に次の施設を紹介したり、いい意味での交通整理をしないとイケません。こういう事が診療所の本当の役目だと思っております。

○司会(玉井) マスコミ側から何か、どうでしょうか。久田さん、何かありませんか。

○久田(琉球朝日放送)



QABから参りました久田と申します。

自分の祖母はよく病院に行きます。幾つか病気を抱えていまして、ちょっと大変な面があるんですけども、突然、

病院には行きたくないというようなことを何度か漏らしたことはありますね。まずそういうときは、おそらく主治医の方との関係があまり良くなかったのかなと思うんです。そういうときに身内に言うよりも先に主治医のほうに、すんなり言い出せば、有効な医療にベストな選択ができると思います。人間関係をつくることのほうが、そういう話し合える環境をつくるのが大事じゃないのかなと思いますね。

○司会(玉井) インフォームド・コンセントという言葉が出てまいりましたけれども、何かありますか。仲宗根さん、何かありますか。

○仲宗根(週刊レキオ社)



週刊レキオの仲宗根です。

3つ、ちょっと質問させていただきますんですけど、セカンド・オピニオンのほうからですね。これはまだ保険

適用ではないですよ。病院によって全部違いますよね。そして1万5,000円を取るところもあれば、1,000円とか2,000円ぐらいのものを取るところもありますし、そのへんのもがまず、どうなっているのかということと、あと、先ほどインフォームド・コンセントの欠如というの

がありましたけれども、これは多分、大きな病院というか、中規模クラスのお医者さんになればなるほど難しいと思うんですね。というのは、よくお医者さんから話を聞くのは、忙しいと、1人にだけ構ってられないと、どんどん処理しないとイケないということが、まずあります。

あと2つは、これは日本の医療の根幹にかかわる問題なんですけれども、まず保険制度を日本は導入しているということ。いわゆる現物給付ですよ。この2点が、お医者さんにおそらく僕は浸透してないと思うわけです。アメリカのように自由診療で、この患者さんからお金をもらうという気持ちがあれば、もっと丁寧な説明というのは出てくると思うんですよ。例えばこれまで病院で勤務したお医者さんが開業すると、態度が違うわけですよ。失礼ですけども。やっぱりちゃんと説明してくれるし、だいぶ変わると思います。だからインフォームド・コンセントの欠如はこのへんもあると思います。

もう1つは、例えば、インフォームド・コンセントの場合に、沖縄の場合ですと、もちろん、診療によって琉大病院のやり方と中部病院のやり方は、両方違うと思います。例えば1つの診療科目、ほとんどの病院に行っているのが琉大病院からの派遣なんですよ。そこの医局から派遣されているお医者さんというのは、おそらくほとんど同じ結論を出してくると思うんです。ですから、セカンド・オピニオンの選び方にしても、一番いい方法は、例えば先生の経歴を見られれば一番いいんですけど、全然大学が違うとか、そういうものも考える必要があるんじゃないかと思うのですが、そのへんは先生いかがですかね。

○司会(玉井) まず石川先生、いろいろ1万5,000円から、5,000円から、さまざま値段設定がこんなに幅があるのはなぜなのでしょう。

○石川(医師会) 沖縄の場合、特にそうですが、患者さん本人はみえないわけですよ。ほとんど家族の方がそろって、うちの親父はこういう状態だけど、どうしましょうかということですので、通常の保険診療にはならない。病院

の設定した額でいかざるを得ないところがあると思います。提供する側、送るほうはやはり500点できちっと設定がありますが、受ける側はそれができないものですから、患者さん本人が目の前にいないものですから、こういう結果になると思いますね。

○司会（玉井） 現物給付をやっている今の現状では、インフォームド・コンセントに対しての認識が上がらないんじゃないかということなんですけれども、そのへんは何かご意見がある方はいらっしゃいませんか。先生方、どうですか。

○久場（医師会）



私は、公立病院に勤めているんですけど、私たち自身が病診連携をもっとうまく根気よく啓発してうまくやるのが大事かもしれませんね。私たちが認識

しないといけないと感じております。

○司会（玉井） 琉大系列と、琉大系列ではない病院との意見というものが、乖離していたり、または同じような系列同士でセカンド・オピニオンを回し合っているようなこともないのではないのでしょうかということなんですけども、石川先生。

○石川（医師会） 私は岡山大学の医局にいましたので、大学の治療方針というのは随分変わるなという感じがしました。確かに沖縄に戻ってからもそうですね。それでも最近はいろんな病気で標準的な治療を、お勧めの治療はこれですというガイドラインが医者に対して、それから患者さんに対しても示されていますので、それほど大きな差はなくなってきたのではないかと思います。

○司会（玉井） それと、私もよく聞かれるんですけど、セカンド・オピニオンの求め方を主治医に相談しに来るんです。

だから、例えば自分のよく知っているドクターに、主治医の先生に、どこに行き行って聞けばい

いでしょうか、セカンド・オピニオンの前のオピニオンでしょうかね。そういうのを気軽に話ができるドクターがあると、セカンド・オピニオンも求めやすいかもしれません。

ほかに何かご意見ないでしょうか。

○喜久村（医師会）



那覇市医師会の喜久村といいます。15年ぐらい前からこういうマスコミ懇談会をやっているんですね。久しぶりに来てすごく活発に話されていて、いいこ

とだと思います。あの頃は本当に懇親会だけだったんですけど、真摯に意見の交換をされていて、久しぶりに緊張していますけど、石川先生のお話から、すごく言葉の定義があちこち行っているという印象ですね。私はセカンド・オピニオンというと、本当は今求められているのは西洋型の、自己決定型のセカンド・オピニオンだと思っています。

先生のお話はそういうことではなくて、それ以前の病診連携とか、医者紹介状とか、そういうことの話もこんがらがっていて、話が錯綜しているんですね。大学系とかそうじゃないとか。やっぱり、そういうところはちょっと整理されたいと思うんですけど、大学のセカンド・オピニオンのやり方はもうちょっとしっかりしていますね。本人が来ないといけないとか、お金は1万5,000円をもらいますけど、やっぱり紹介状ももらうんです。その承諾書がなければ、診ない。そういう紛争の種、訴訟とか、主治医を替えてくれとか、そういうことは診ませんと、まさに、はっきりホームページに書いてあるんです。

除外規定というのがあって、ちょっとたまたま、こういうことがあるというのでホームページから持ってきましたけれども、医療の費用とか、給付、そういうことには相談に応じません。それから、主治医への不満、医療過誤訴訟、そういうことは扱いません。主治医の了解

がなければ診ません。あと、資料を持ってこない、カルテ、レントゲンとか検査データとか、そういう主治医から許可を得た資料、そういうことがなければ診ません。予約しないと診ません。転医を希望する方は診ません。そういうことまでしっかり書いていて、その実現までのルートも書いてあるんですね。まず申し込みをして、いついつやりましょうということで、しっかり書いて、そういうことで実現することがセカンド・オピニオンだと思うんです。

先生はそういうのは沖縄になじまないという話でしたけど、それは先生の立場からの、ウチナーンチュの話であって、やっぱり一般的にはしっかりしたところを目指していると思うのです。中協の話がありましたけど、日本全国でそういうことが問題になっているんです。自己決定権ができないとか、そういうことがちょっと出たんですけど、若い人はそうじゃないと思うんです。

最近、事故、いろいろ訴訟とか、そういうのが医療関係者、私たち第一線にいる人たちはすごく心配しています。医師会関係者でもいろんな勉強会をして、事故を防ぐためにはどうするか、ヒヤリハットとかですね。いろんな努力をしてくれているのです。そうはいっても、それでもやっぱり相談に行きたいと思う患者さんがいて、そういう人たちはほかの先生の意見を聞きに行く。そういうことで、できたんですね。市立病院でもセカンド・オピニオンを受け人は限定しているんです。どういう方を診ますか。紛争対象は診ません。

先生が言われているのは、それで随分症例もありますし、それは安いし、いろんな方が相談に来ておられていいことだと思うんですけど、今、話題になっているセカンド・オピニオンという言葉を使わないほうが混乱しないんじゃないかと思う。

先生、最後のほうで国立病院機構のモデルとかで言われた、看護師さんがやっているというのは、それはセカンド・オピニオンの前の段階でしょ？

そういうことだと思う。そうでないと話がこ

んがらがってくると思うんですね。ですから、先ほど幾つか意見が出ましたけど、区別して話をしていったほうがスムーズにいくと思うんです。

○司会(玉井) セカンド・オピニオンというのは、理想的な形というのはもちろんあると思うんですけども、それを受け入れる医療施設もさまざま試行錯誤しているところがあると思うんですね。さまざまな意見があって僕は構わないと思います。実際にセカンド・オピニオンという形で動いている施設も、さまざまな対応をしているということで、僕は解釈していいと思うんですね。

ただし、インフォームド・コンセントが十分ではなくて、そして、今の主治医に対して若干の疑問があったり、今の治療方針に対して若干の疑義があったときに、やはりセカンド・オピニオンという言葉が、今、日本は出てくるんですよ。これに対して、今の施設以外にどこにも行けないとか、意見を求めるところがないということでは、セカンド・オピニオンというものが、今からどうやって発達していくのかというところで、実際的でないと思うんです。

○喜久村(医師会) そう言われるなら、マスコミの関係者を対象にしていますから、新聞記事に書かれたら、誤解されないように。今、言われたのは一般的に言われているセカンド・オピニオンじゃないんです。今の話はですね。オピニオンなんです、セカンドじゃないんです。サードになるかもしれない。そういう区別を今、提案しているんです。医者同士のオピニオンのやりとり、そういうことは従来から、先ほどの先生方の意見では10年前からしているという話ですし、そういうことはもちろんやっています。それが医局間同士とか、大学の関係者同士とか、そういうことで問題視されたこともあるけど、意見のやりとり、紹介はすでにやっています。

○司会(玉井) やはり今、セカンド・オピニオンというものが日本ではなかなか根差さない。そういうものがあるということさえ十分浸

透していかない。もっともっと門戸を広げないと、そして、セカンド・オピニオンというものが有り得るんだというところから、少し広げていかないと浸透していかないと思います。

○喜久村（医師会） ですから私は、従来の紹介のことではなくて、日医とかあちこちでは言われて、一般的な新聞記事になるセカンド・オピニオンというものの定義をあいまいにしたら、話が全然進まない、そういう区別をしっかりすることを今、提案しているんです。

○石川（医師会） ご指摘ありがとうございます。現状は患者さんと家族、それから医療提供者側と双方ともにセカンド・オピニオンに対する概念が、成熟したものがないと思いますね。というのは、紹介状の裏が読めるんですね。ドクターは在院日数短縮のために送ってることがかなり読めることがあります。ちょっと手がかかって、末期でやることがないからということもあります。ですから、本来のセカンド・オピニオンという概念が成熟したものになるためには、患者さん、家族、それから医療提供者側にとってもまだまだ先の事じゃないかと思えます。よろず相談的になってしまっています。

○司会（玉井） 儀間さん、何か。

○儀間（沖縄タイムス）



沖縄タイムスの儀間です。

今、先生方の議論をぜひ聞きたかった話で、大きな概念としては、玉井先生がおっしゃったように、「1人の先生

だけの言うことしか聞けないの」、ではないというのを、我々は発していかないとまずいけない。その先に、いわゆる言葉としてのセカンド・オピニオンと定義に基づいた成熟した形というのがあるんでしょうが、今かかっているお医者さんには言えないようなこととか、聞けないようなことを、ほかのところに行っても聞いていいんだなというものを、まずはわかってもらうという部分なのかなと、今、思いました。

言葉の定義のことを喜久村先生がおっしゃっていましたが、書く側としてはそれをわかった上で、ちゃんと伝えていかないといけないのかなというのもすごく感じました。

今、石川先生がおっしゃったように、お聞きしたかったのは、セカンド・オピニオン外来を始めて、率直に何を思ったかというか、こんなに多いのかとか、何が問題でそこに来ているのかとか、実際、外来を始めてみて、石川先生が感じられたことというんでしょうか、それはウチナンチュのあり方であったり、我々の報道をどうしていったらいいのかというのにもかかってくるのかなと思って、それをお聞きできればと思っています。

○石川（医師会） きちっと何が聞きたいのか、目的意識を持って箇条書きにして来られる方は、ほんの1割程度ですね。悩みをそのままぶつけてくる患者さんのほうが、9割というのが今の現状だと思います。疲れますね。ですから、一日2件以上は絶対に受けないようにしています。もっと気楽に、こういうことが可能だよ、第三者の意見が聞けるんだということを、そういう雰囲気づくりができればと思っています。

○宮城（医師会） 先ほどからお話があるように、主治医に不満があるから、よろず相談的に相談に行くというのは、これは本来の意味でのセカンド・オピニオンではないと思うんです。

しかし、今、沖縄の中でやられているのは、主治医にも何も言わずに病院に行ってしまう、そこの病院から紹介状をよこしてくれということです。主治医も患者も両方了解した上で、主治医としては一番いい治療法を提供したいわけですが、その患者さんに対して。第三者の意見を聞きたいということだったら、これは主治医としても喜んで、本当の一番いい先生を紹介するんです。その道の一番いい先生の意見を聞いたら、患者さんは納得すると思います。意見が違ったときにどうするかというのは、また相談して決めるということになると思うんですが、なかなかそういう意味での本来のやりとりというのが、今の沖縄には非常に少ないと思

ます。先ほど言った国療の問題でも9割ぐらいは悩み相談というようなことですよ。

ですから、医者の方にもやっぱり説明と同意ということはきちっと説明できてない、あるいは信頼を受けてないという状況があるので、それで主治医に黙ってよその病院へ行ってしまう。その病院から紹介状を求められるというのが、だいたいまだまだあるということでは、現場の中では、医療者も、そういう意味では反省が必要だとは思っています。

○司会（玉井） 実際には黙って別の先生のところに行ってしまうというケースのほうがずっと多いんですよ。そこでゼロからまた検査が始まるということもあるわけなんです。それはお金も無駄だし、その人にとっての時間の無駄ですよ。本来ならば、今までやった検査とか、これまでの情報というのをしっかり伝えて、そこで医療というのが継続されて、またはいろんな人の考え方を合わせて考えられれば、その方のためには一番いいと思うんですよ。

○久場（医師会） やっぱり気軽に説明して、それにまた答えると、そういう土壌といえますか、そういったことが理想というか、一番だと思えます。実際、現場では確かに仕事に追われ、一般的には忙しいわけです。どこの職場も忙しいかもしれませんが、しかし、そういう医療の場でゆとり、そういったことがもっと欲しいと、いつも思っているんですけどね。

○司会（玉井） セカンド・オピニオンというのは、実際にはかなり厳しい状況の方がセカンド・オピニオンを求めるわけですよ。例えばちょっとした風邪とか何とかでセカンド・オピニオンを求めるわけではないですね。かなり状況的にはシビアな判断とか、主治医とのいろんなやりとりというのがあるわけなんです。

何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

○仲宗根（週刊レキオ社） インフォームド・コンセントですけども、私がある病院の内科で先生と話をしているときに、隣の診察室から聞こえるわけです。こちらは確か、年寄りの

夫婦がこのお医者さんと話をしている、やりとりが、大きい声なものですから、聞きたくないけど、聞こえるというような感じで聞こえるわけです。そうすると、おじいちゃん、おばあちゃんだったんですけど、「自分はほかの先生にも診てもらいたいです、紹介状を出していただけますか」と言うと、その先生が「いや、あなたのは、私の言うことで間違いはないんだと、そんなに言うんだったら紹介状を書いてもいいけど、結果は同じですよ、なんでそんなことをやるんですか」と、本当に叱るような感じ、本当にドクター・ハラスメントですよ、これは。

患者さんがいかにビクビクしているか。こう言ったときは怒られるんじゃないとか、今言ったみたいなのもそうですよ。

ですから、そのへんのものをもっと先生方がもっと広報していただいて、同じお医者さん同士で、もっとやってくださいと、こう聞かれたら、優しく対応してくださいというのはあります。

もう1つは、セカンド・オピニオンの、実際、石川先生のところを持ってこられて、診断で来ますよね、こういう診断で来ましたと言ったときの初期診断の的中率という言葉は悪いですが、何パーセントぐらいですかね。私は何か本で読んだときは、大体セカンド・オピニオンに患者さんが持っていても、大体90%以上の確率で最初の診断どおりというのを読んだ記憶があるんですけども。

○司会（玉井） 中村先生。

○中村（医師会）



今の話は非常にシンボリックな話だと思うんですけど、朝青龍の病名が3回違いました。

最初の診断が当たっているか、当たっていないかという意味は、重症の診断をいつているのか、病名診断をいつているのかを言わないと、そもそもこの議論、質問は成立しないわけです。ただ、どうも少し話が膨らんだり縮んだり、喜久村先生のご指摘ど

おりだと思うんですが、私は医者を変えるということは一向に構わない。ただ、今までの経歴を持っていかないと損しますよというのが第一なんです。それは朝青龍の報道を見ていたら、わかるわけです。病気が変わっていく、進んでいくわけですから。だから黙って行くのが一番本人のためにも、社会のためにもならない。それはしてほしいですね。

別に私の患者さんが、私からほかの先生に移ることは、私に泥を塗るわけでも何でもありません。そもそも最初にどのようにして医者を選んでいるのか。必死に医者を選んでいるのかと思いますね。自己決定の一番最初がいい加減だから、セカンド・オピニオンというところもいい加減になってくるわけです。

正直言って、全部病名も重症度とかも全部情報提供したほうが医者は楽なんです。あなたの腎臓はあと5年しかもたないだろうとか、だけど、それは言えないわけです。日本の、沖縄の人たちの思考パターンとしては言えない。患者さんはどうするかというと、少しきつく状況を悪く説明すると、いや、そんなはずはないと、もっと甘く言ってくれる先生に替わりたいと、これはありますよね。それはセカンド・オピニオンとやっぱり言わないと思うんです。

○喜久村（医師会） 今の仲宗根さんのご意見ですけど、やっぱりマスコミ関係者の発言だなという感じがします。それが一般化され報道されると非常に大きな影響を持つんです。

まさにドクハラというような言い方で、それは実際にあったかもしれませんが、例えばもうちょっと考えてみると、患者さんがお年寄りですと耳が聞こえなくて、そしてドクターは大きな声を出さなければならなかったんじゃないかとか、そういうことはあり得るわけでしょう。ドクハラかどうかというのは、県医師会とか那覇市医師会でも相談窓口がありますから、言ってくれば、それを調査して、悪かったら指導しますよ。医師会の相談窓口はそういう体制までできている。だからそういうことを活用していただきたい。マスコミのみなさんの一言一言は

非常に大きな影響を持つんですよ。

○司会（玉井） ドクターハラスメントについては、県民との懇談会が7月31日にありまして、この中で県民との会話がありました。この中で思ったのは、我々はそんなつもりで言っていないということはあるんですが、しかし、そうは伝わっていない。逆に誤解されていたり、十分な意図が伝わってなかったり、それが悪い意味でとらえられているということは確かにあるかもしれません。実際に率直なご意見も伺いました。これももちろん、県医師会報の中に掲載していきます。（平成19年度第1回医療に関する県民との懇談 会報10月号掲載）

やはりマスコミの皆さんの発言の力というのは非常に大きいです。ですから、それについては僕らもぜひいろいろお力をお借りして、お互いに県民の福利のために協調してやっていきたいというスタンスは持っています。これについては全然ぶれておりませんので、ぜひそのへんについてはお互いに理解して、やっていければと思っています。

ただ、最初にエントランスですよ。ひとつだけ言えるのは、信頼できるドクターというのを持っていたら、そういうのがひとつの突破口になるんじゃないかなと思っています。やはり大事なのは人間と人間とのかかわり合いですので、この人に相談してじっくりと聞いて、しっかりと納得した上で判断していきたいという人をつかんでいただければ私は思っておりますけれども。

○久場（医師会） 実際、入り口で選んでいますかと言われても、それは無理ですよ。ですから、大事なことは、僕らは言われたことを謙虚に反省して、そのへんもご理解いただいて、お互い、すぐその場でなじるんじゃなくて、僕は素直にお聞きして、そういった場で僕らもやっているということをお示ししたいと、そういうことは大事だと思いますね。おっしゃったように、まずは気軽に話せるドクターを選んだほうがいいかもしれませんね。

○喜久村（医師会） 今の話は個別にはお互

いがわかって、集団になるとなかなか意志の疎通がいかなかった、齟齬があった、そういうことだとも思うので、こちらもやっぱり努力しないといけない面があります。各社も上の方になかなか言いにくいことがあるかもしれませんが、医師会のそういう改革が進んでいるということは伝えてほしい。

かなり深刻なことに対処されていますよ、医者の中には。この前のマスコミ懇談会で自殺の話題が出て、私も県医師会報で見ましたが、非常に深刻な話が出たでしょ？ そういうことも抱えているんですよ、医者は。

そういうぎりぎりのところで医師をしていて、それでもまだ、尊厳死とか臓器移植とか、そういうことも問題になっていますし、沖縄でもやっていますでしょ。そういうときに、セカンド・オピニオンということがあり得るし、今日は固有名詞としてのセカンド・オピニオン、そういうところを話されるかなとも思ったんですけど、でも、今の話もまた、それぞれの紹介についてそれなりに必要だったかもしれませんし、有意義だったと思います。

○照屋（医師会） キーワードは『かかりつけ医』という言葉だと思います。やはり、より良い『かかりつけ医』を持ってもらうことが重要です。『かかりつけ医』というキーワードをぜひ、マスコミの方々にはびびりし書いてほしいと思っています。

○司会（玉井） もう時間になってまいりましたので、宮城信雄会長に、この難しい懇談会を締めさせていただきたいと思いますが、どうぞお願いします。

○宮城（医師会） ありがとうございます。照屋先生が言ったように、やはりかかりつけ医を持っているのが大事だと思います。どんなことでも相談できる。かかりつけ医もかつては、専門の先生なんですね。あるひとつについては専門の先生。ただ、開業したらいろんなことをやっています。あらゆる疾患について対応してきたというのが開業している先生です。その中で、些細なことでも相談できる、ましてや重要

なことも相談できる、そのときに信頼関係ができていたら、本当に自分にとってどういう治療が必要かということ、もう1人の先生を紹介してほしいと言ったら、これは喜んで、その道の専門の先生を紹介します。黙って病院を移るということになると、どこにどういう先生がいるかわからないんですけれども、かかりつけ医はどこに、どういう専門の先生がいるというのは知っていますから、その人にとって一番いい先生を紹介します。紹介をして、意見を聞いていただく、治療方針を決めてもらうということになると思うんです。ですから、それをぜひ理解をしていただきたいと思います。

それから、大学が一緒だから、紹介したから、同じ意見になるんじゃないかということがあったんですけど、先ほど言ったように、かかりつけ医がいたら、そのかかりつけ医が自分の信頼できる一番の専門家に紹介しますので、そういう意味では同じ意見ということにはならないと思います。もう少し気軽に相談できる、これは我々も相談できるような雰囲気なり、そういうシステムなり、医師がそういう感覚を持って、日常の診療に取り組むという努力はやってはいきたいと思いますが、先ほど言ったような例外はどこの世界にもあります。そういうことがないように、医師会というのは広報活動を通したり、それから医師会の講演会を通したり、研修会を通したりして、いい医療がこの沖縄で定着するようという努力をしておりますので、ぜひマスコミの方々もその現場をきっちり知った上で評価をしていただきたいと思います。

それと、私はいつも言うんですが、マスコミの役割というのは非常に大きいんですよ。マスコミの書き方によって、この医療が変わってくるということで、そういう意味では、マスコミの方もぜひ自覚をしていただきたいと思います。今、日本の中で医療崩壊とかいろいろあるんですが、その医療崩壊の片棒を担いでいるのがマスコミなんですね。

例えば、ある不幸な出来事が起こったとき

に、これを医療過誤とか、あるいは医療ミスという形で大々的に報道していってしまう。しかし、結果的にはそうではなかったということがわかったとしても、なかなか訂正はしない。例えば奈良の産婦人科の問題でも、その記事を書いた人が、新聞社から表彰されているんですね。表彰されたけれども、あれはいろんな問題を含んでいるということで、じゃ、奈良でどうということが起こったかといったら、産婦人科は全部引き上げていっている。その地域ではお産はできなくなっているということなんです。

ですから、自分たちが書く記事が、その地域の医療にどういう影響を与えるかということは自覚をして、責任を持った記事をぜひ書いていただきたいと思います。このセカンド・オピニオンについても、我々医療側も反省することはきちっと反省した上で努力はしているということです。ぜひよろしく願いいたします。

○司会（玉井） ありがとうございます。
 皆さん、大変お疲れさまでございました。

原稿募集！

「若手コーナー」(1,500字程度)の原稿を随時、募集いたします。開業顛末記、今後の進路を決める先生方へのアドバイス等についてご寄稿下さい。