

産業保健に関するセカンド・ オピニオンの活用に関する研究

平成 18 年 3 月

独立行政法人労働者健康福祉機構
三重産業保健推進センター

研 究 班 員

研究代表者

産 業 保 健 相 談 員 小 西 泰 元

共同研究者

三重産業保健推進センター所長 和 田 文 明

産 業 保 健 相 談 員 坂 本 弘

産 業 保 健 相 談 員 滝 川 寛

産 業 保 健 相 談 員 尾 辻 典 子

住友電装(株)産業医 秋 山 俊 夫

三 重 産 業 医 会 長 木 下 勝 也

目 次

I. はじめに	1
II. 方 法	2
III. 事 例	2
IV. 考 察	10
V. ま と め	15
VI. 文 献	16

はじめに

従来、健康診断事後措置として、対象労働者に医療区分および就業区分が産業医により決定されていた。また昭和63年に労働安全衛生法の改正に伴い、健康診断に加えて健康測定が行われ、その結果に基づいて心身両面からの保健指導が提供されることとなった。

従来の健康診断においては疾病の早期発見を目的としていたので、その結果に基づく事後措置の基盤には、すでに成立している健康障害が存在した。そのため、障害による自覚症状や検査所見の異常が把握されていたので、決定された措置区分や保健指導に対して労働者の納得が得られやすかった。これに対して、健康測定においては、すでに健康障害が成立している状態ではなく、現行の生活や労働を継続した場合には、近い将来何らかの健康障害が発生するリスクが高いという予測に基づく判断により保健指導がなされる。従って、予測の裏付けとなる事象に対する危険性認識はうすく、当該労働者からの納得は必ずしも得られない。

さらに、平成14年には過重労働による健康障害防止のための総合対策が出された。これにより時間外労働に携わる者に対する健康チェックと共に、残業軽減措置が取られることとなった。この措置は事業主の安全配慮義務履行のあかしともみられることから、対象労働者に対する作業管理の一部として拘束力を持った措置となっている。

以上の如く、産業医の健康管理措置が、必ずしも労働者に歓迎されず、場合によっては労働者の意に反して規制されることも懸念される。このような事態に当たっては、労働者自身に規制されている労働条件措置が現在の自己健康状態に照らして妥当な内容であろうかという疑問が生じてくる。これに対して、第三者産業保健専門医の見解としてのセカンド・オピニオンを得ることが一つの解決方策になるのであろうと推測される。

しかし、現在の産業保健の実状から見ると、被管理労働者が管理方針の齟齬を問題とするなどの深刻な事態はそんなに多くない。だからといって等閑に付すべき問題ではない。産業の場で問題となる前の時期に、当該問題への理解と対応を検討しておこうとするのが本研究のねらいである。

なお、本研究は「産業医と外部医療資源との連携に関する研究」¹⁾に引き続き行うものである。

方 法

県内事業場においてセカンド・オピニオンを求める事例は、現在のところあまり多くない。またそれを利用しようとする健康障害内容は特異的な事例が予測される。さらに当該事例の労働条件などは各企業・職場による特殊事情もあることが多い。これらを考慮すると、疫学的数量的研究方法にはなじまない。したがって、質的研究法により事例検討をすることとした。

提供する事例の病名は、事例1は腎臓がん、事例2はてんかん、事例3は海外勤務中の膵臓がん、事例4は胃がん、事例5は突発性難聴、事例6は狭心症、事例7は心筋梗塞である。それぞれの事例の概要を以下に述べる。

事 例

〈事例1〉 M、男性、43歳、製造業、技術課長、大卒

身長172.6cm、体重59.3kg、BMI 19.9

家族歴：父 肺がん（1998年、3ヶ月前の健康診断で異常なしといわれていたが発見された時点ではすでに手遅れといわれ死亡）

既往歴：1981 虫垂炎にて手術

1984 尿路結石にて服薬治療

1999 定期健診時間診票に空腹時胃痛、めまい、ふらつきを記述。定期健診検査では異常なし、自覚症状があるのに異常なしの判定に疑問を訴える。

2000 定期健診時間診票に息切れ、めまい、ふらつき、脇がはれる、背部痛を記述。定期健診検査では異常なし。定期健診に対する不信がつのり、臨床主治医を受診。結果は異常なし。

2001 腰痛、急性胃腸炎、蜂刺されでそれぞれ臨床主治医を受診。定期健診問診票に愁訴記述。検査では異常なし。

現病歴：2002 定期健診問診票に、めまい、空腹時胃痛を記述。検査項目では異常なし。

「健康診断で何がわかるのか」と不満を訴える。

腹部不快の主訴で主治医受診。腸疾患で投薬。その後排尿痛・頻尿の主訴で受診。血尿（－）前立腺肥大の診断にて投薬。

人間ドック受診、腹部エコーにて右腎に3.5cmのう胞を発見。鑑別診断はなされていない。それについて結果通知のみで説明は受けず。

2003 定期健診時間診票に、めまい、易疲労感、排尿時異和感を記述。検査項目は異常なし。

定期健診記録表に書かれた“多訴”の記述に目をとめる。「問診票に一生懸命に書いているのに、こんな受け止め方をするのか」と激怒する。健管スタッフが弁明するも、「愁訴にどう対応？」とつめよる。

排尿時異和感、頻尿、腰背部痛の主訴で臨床主治医を受診。その際人間ドックのエコー所見を報告。主治医は専門医を紹介。専門医受診にてエコー・CTにて右腎実質内にう胞を再確認。腎盂造影にて腎盂腎杯の変形発見。腎動脈造影の施行については不明。血尿（－）、右腎のう胞の診断。腎摘を勧奨される。

「のう胞について軽くあしらわれている」「手術をいかにも簡単に考えている」と立腹する。資料を病院から借り、別の専門医にセカンド・オピニオンを求めに行く。

右腎腫瘍を確認、腎摘を勧奨される。最初の専門医の病院で手術を受けることにする。11/26 右腎摘除術施行。リンパ節郭清については不明。副腎は温存。周辺臓器への転移は肉眼的には（－）。組織学的には腺癌。

術前の説明では癌の可能性について説明されておらず、専門医（手術執刀医）に強い不満を持つ。12/5 退院。転移を念頭に6ヶ月毎の経過観察のための受診を指示される。（5年生存率についての情報提供の有無については不明）「6ヶ月の間隔をおいてのチェックで転移の発見が遅れるのでは」と強い不安を抱く。

12/26復職。

「退院後間もないため体がえらい」と健管へ残業禁止の措置を希望し、診断書を持参。

“右腎腫瘍”（診断書記載病名）

残業禁止措置書発行。

2004 1/27 健管の健康相談に来室。“定期健診とドック健診との範囲の違い”

“健診についての妻への説明内容の確認”について質問。健診項目及び所見結果を説明。“実父の肺がん及び自分の腎がんの見落とし”について健診への不信を訴える。定期健診事後措置として説明を繰り返すも納得されず。

「健康状態に過敏になっている。このような自分を何とか変えようと思っている。」ということで、産業保健専門医への相談を勧奨し、それが了承される。健管からも産業保健専門医に対しセカンド・オピニオンを求める。

2/13 産業保健専門医による初回面接開始

「経過観察のためのCT撮影間隔が6ヶ月では長すぎる」。「自覚症状を一生懸命に言っているのに、健管は真剣に取り上げてくれない」等の不満を訴える。そ

れに対し、訴えが具体的でないこと及び健康管理記録だけでは訴えを十分理解できないことを伝え、経過の説明を本人に求める。

本人の経過説明及び気持ちについて問題点を指摘。

- 1) X線被爆のデメリットと早期発見のメリットのバランスをどうとるか
- 2) もし、転移巣が生じたとして、それが成長してX線陰影として視認可能な大きさとなるまでどのくらいの期間と予測するか
- 3) 転移可能性は肺が最頻であるが、他臓器の可能性もあり、どのような対処がベターであるか。
- 4) 上記3条件をふまえ、私見として自覚症状の把握が最重要と考える旨を話す。

本人もすべて了解し、面談続行を受諾。健管へは産業保健専門医から面談続行を説明。

3 / 8 産業保健専門医第2回面接

(本人笑顔で入室) 右そ径部の突っ張り感、左右睾丸の大きさが不均等、睡眠不全、食欲低下等の自覚症状を訴える。抑うつ傾向(一)。

各種の自覚症状について自分で抱え込まずに臨床専門医に投げかけを助言。

転移についてだけでなく、腎摘出による全身影響として血圧上昇が予測されることを説明。本人も了解し、血圧測定。128/82、手術以前の記録で116/70、104/68、118/82であり現在はさほど問題ないことを説明し、本人も了解する。健管には定期的血圧測定を指示する。

健康管理について本人(自覚症状モニタリング)と保健医療者(CT、診療、血圧等)との協働作業であることを説明し、本人も協力的である。

4 / 12 産業保健専門医第3回面接

本人から病院受診の結果の報告…そ径部突っ張り感は転移ではない、睾丸の大きさの左右差は正常範囲であることの説明を受け了解。

血圧120/82、自覚症状(腸がゴロゴロいってガスが出ること)について消化器科受診を勧奨。本人受診承諾。

健管には臨床医紹介を助言。

5 / 12 産業保健専門医第4回面接

消化器科受診報告…回盲部狭窄傾向あり。組織検査にて悪性所見無し。

CTについて、病院内の消化器科と泌尿器科の連携の悪さについて不満を訴える。それについて、医療の高度化専門化に伴い、全人的医療の体制が薄れてきていることを説明し、それを補うためセルフケアと健康管理部門が協力して、適切

な専門技術を利用していくことが重要と説明する。

回盲部狭窄については若い頃の虫垂炎手術の癒痕萎縮の可能性もあることを説明し、納得される。血圧について所属職場が時間外労働の多い職場であり、自身だけでなく、職場管理上の役割についても話し合う。

6 / 7 産業保健専門医第5回面接

5月に退院6ヶ月のフォロー診察受診。胸部CT上、肺転移陰影（－）。

残業禁止措置について、「部下が残って仕事をしていると帰りづらい」と発言。それに対し、部下の過重労働管理についての課長としての責任を説明。

本人が「部長と相談してみたのですが…」と勤務スタイルについて職場全体で問題を共有し、話し合いを始めたことを報告。産業保健専門医から健管へ、工場全体の長時間残業対策と整合させて、当該職場へアプローチすることを助言。

〈事例2〉 O、男性 31歳、製造業、現場従事者、高卒

身長159.8cm、体重68.4kg、BMI 26.8

家族構成：両親、弟2人

家族歴：特記すべきもの無し

現病歴：2004年3月中旬 車の運転中に意識消失をきたし、自損事故を起こした。夜勤からの帰宅途中であったが、会社には報告せず。

その2日前、寮で昼食のカップラーメンを作っている時間待ちの時、テレビのスイッチを入れたところまでは覚えているが、その後しばらく記憶が飛んでおり（食べたかどうかの記憶はないが、廊下にある流しにラーメンが片付けられていた）、不思議なことがあると感じたというエピソードがあった。

その後数ヶ月は何事もなく経過。

2004年7月29日 朝7時頃、夜勤交替の申し送り中けいれん発作とともに意識喪失をきたし、救急車で某総合病院搬送。搬送中に意識回復。脳波・画像検査等の精査の結果、けいれん発作は陳旧性脳梗塞（周産期外傷疑い）の診断。

抗けいれん剤、抗血小板剤の投与を受け、自宅療養にて経過観察を受ける。2ヶ月の自宅療養後、臨床主治医からの医療情報提供書の指示を参考に、高所作業、乗り物作業、危険作業、交替勤務をさけて復職。

復職2日目、給油作業を見学中に意識喪失、けいれん発作を来す。抗けいれん剤の服用もきちんと続けており、けいれん発作直後の薬剤血中濃度も保たれていた。

今回アンギオ検査で中大脳動脈水平部に閉塞が認められた。側副血行路は良好であり血行再建の適応はないと判断され、また抗けいれん剤によるコントロールで経過観

察が適当であると診断された。その後発作は全くみられていない。現在定期的に面談を行う。

復職後10ヶ月経過、発作は全くみられていない。本人から「現在の事務所内での仕事は精神的にストレスがたまり、メンタルヘルスの変調につながる」との訴えあり。仕事上の制限を軽減し、現場復帰を強く希望している。しかし、現場作業中に発作が起これば即大事故につながりかねない状態にあり、安全配慮義務との兼ね合いからも、製造現場での作業従事については産業医としては許可できないと本人に話し、この措置に納得するように説得した。

その際、臨床専門医、産業保健専門医へのセカンド・オピニオンの話をしたところ、是非、産業医から専門家の意見を一度聞いてほしいとの申し出があり、部外の産業保健専門医に相談した。産業保健専門医から次のような助言を得た。

すなわち、けいれん発作の病理について；出産に伴う脳実質の外傷性のものか、もう一つは血行性のものか（右中脳水平部の脳梗塞）のどちらによるものかを考えておく必要がある。前駆症状が存在するか、循環器系の機能はどうか、また事務作業のストレスというのは何にストレスを感じているのか、メンタルヘルスの変調とはどんな内容か、作業環境を反映している自覚症状はあるか（頭痛、肩こりなど）、自覚症状と体重変動との関連などについてチェックが必要である。

産業医としては、けいれん発作の病理は、周産期障害による中大脳動脈の閉塞と考えている。事務作業については、パソコン作業の教育を受けておらず不得意であり、単純作業はよいが考えてする仕事はストレスを感じている。健診結果において、拡張期血圧が発症以降上昇傾向が見られること、体重が増加傾向であることから現場作業復帰において第2の閉塞を起こすリスクが増していると考えられる。そのリスクを減らすためにチェック項目を作り、本人に守らせながら月に1回程度保健指導をして経過を見ることにした。

〈事例3〉 F、男性 60歳、製造業、管理職

現病歴：2001年9月海外工場の責任者として勤務中、体調が悪くなり、日本に一時帰国。某総合病院にて精密検査を受け、膵がんと診断される。仕事復帰を強く希望したため、癌の告知を受け入院治療となる。本人より産業医に対し、現在の病状と治療について不安があるので膵がん専門医のセカンド・オピニオンを受けたいとの申し出があり、2001年10月1日産業医が臨床専門医を紹介し受診させる。

現在入院中の病院よりCTその他の資料を提供された。専門医の診断は、膵尾部癌（周囲浸潤；脾門、胃後、左腎前面）、肝転移（S 6－8 単発、約3 cm）（持参の

CTより)、触診にて左季肋下に手拳大の硬い腫瘤、右季肋下に肝縁 3 cm触知。また 2 ヶ月前より腹水貯留を認め、利尿剤を服用しており、さらに肛門指診でDouglas転移を触知。以上より、治療については抗がん剤療法、対症療法となるであろうとのことであった。本人は今回受診した専門医の病院での治療を希望し、10月 5 日転院。入院後腹水に対しCDDPの腹腔内投与、腹腔動脈～総肝動脈へのカテーテル留置による 5-Fu、CDDPの動注施行するも病状抑制できず、その後緩和治療中心に行われ11月21日に死亡。

〈事例 4〉 M、従業員家族（妻からの依頼）、55歳

現病歴：2004年 1 月 8 日臨床主治医の紹介で、胃ポリープのポリペクトミー目的にて臨床専門医を受診。超音波内視鏡及び生検結果より胃カルチノイドと診断。2 月 9 日入院し、まずEMR（内視鏡的粘膜切除術）を施行。その際の病理検査において深部への浸潤が疑われた。また術後経過観察中の内視鏡検査において切除部よりカルチノイド細胞を認め、同時に他部位に小さなポリープを数ヶ認め、生検結果よりカルチノイド細胞が確認された。以上の結果より臨床専門医が本人に胃全摘術を勧める。

本人が手術について決心がつかず、セカンド・オピニオンを希望し、本人の会社の産業医（同時に専門医）に家族が相談。主治医より提供された資料から産業医も全摘術が適応と判断し、本人に説明し、納得された。主治医から提供された資料により、急速な進展が疑われ、悪性度が心配され、多臓器への転移、今後の再発について懸念されるが、現在のところ術後の経過は良好である。

〈事例 5〉 Y、男性、 52歳、製造業、間接部門、主任

現病歴：2004年 4 月 4 日タイ駐在中、肝炎で入院中の友人を見舞いに行く。その病院で赴任前に肝炎の予防接種を受けてから 4 年が経過しているため検査を受ける。B型肝炎の免疫が低下しているとのことでワクチンの追加接種を受ける。同日PM 6：00頃レストランで食事中突然左耳が聞こえづらくなり、同時にワーンとした感じの耳鳴りが出現。ワクチンの副作用を疑い再受診。ワクチンによる可能性は低いと言われ翌日耳鼻科又は脳神経科の受診を指示された。

2004年 4 月 5 日 AM 2：00頃、嘔気出現し覚醒。トイレに行こうと起きあがるも激しいめまいのため立ち上がれず。這ってトイレまで行き嘔吐。AM 7：00頃病院受診。診察の結果突発性難聴と診断され、即入院となる。入院後、副腎皮質ステロイド、ビタミンB₁₂、血管拡張剤、脳代謝改善剤の点滴及び内服薬の投与を受ける。めまい、嘔気は改善するも聴力は改善せず。他病院へ受診し、治療等について相談に行くも新

たな治療は得られなかった。

4月20日退院。退院後、ビタミンB₁₂、ベータヒスチンの内服、4月23日～5月19日まで針治療計9回（耳周辺数カ所に通電40分）、高圧酸素療法計18回（1回90分）を施行7月16日に治療終了。以後6ヶ月後の検査を指示される。

2004年10月29日日本帰国。帰国時の健康診断にて今後の経過観察等について専門医への受診を希望したため、産業医が耳鼻咽喉科専門医を紹介（タイ入院中に主治医からその専門医に電話相談しているとのこと）。

11月10日専門医受診。診察の結果タイの病院では適切な治療がなされており、左耳の聴力は改善みられないが、めまいは消失しており、耳鳴も軽度であるため現在の状態で特に治療の適応はなく今後は経過観察のみでよいということであった。

職場は騒音職場ではないためそのまま経過観察していくこととなった。

〈事例6〉 K、男性 59歳 技術系専門管理職

身長 173cm、体重 78kg、BMI 26

既往症：小児喘息

家族歴：糖尿病（父親）

現病歴：毎年実施している定期健康診断では、肥満、脂肪肝、耐糖能軽度異常が指摘されていた。高脂血症はなく、喫煙（－）。飲酒はつきあい程度で晩酌等はしていない。血圧は、正常高値血圧から、軽症高血圧の範囲の変動。睡眠時間は4時間から5時間、食生活は、塩分、油濃いものを好む。食事時間は不規則であった。産業医からは、減量、睡眠時間について是正することを指示されているが改善されず。職務内容はメンタルストレスを伴う。業務繁多の4月、5月、10月には、月80時間の長時間残業が続く事もあった。

2000年2月夜9時過ぎ、帰宅途中突然、前胸部の不快感を訴え、某総合病院に救急車で搬送される。発作性頻脈の診断で治療を受ける。約半日で正常化し、その後問題なく約半年が経過した。

同年7月夜歩行中に突然前胸部に軽度の痛みを伴う圧迫感を5分間くらいの間に2、3回感じた。

某院を受診。心電図検査を受けたが特に問題なかった。

翌日昼に同様の胸部違和感を覚え、某医療センターを受診。負荷心電図で狭心症を疑う所見が認められた。翌日心血管造影をうけ、狭心症と診断された。主治医、産業医、産業保健担当者からの指導により、半年で約8kgの減量。BMIは24となる。

脂肪肝はなくなり、耐糖能異常も改善された。睡眠時間は産業医の指示通り6時間

取るように努力した。7月以降、冠拡張剤、 β -ブロッカー、抗血小板凝固剤等の内服治療を続けた。自覚症状は特になく経過した。しかし、その後の定期健康診断等の検査で体重増加が徐々にみられ、脂肪肝が認められるようになり、空腹時血糖が120mg/dlを超え、保健指導を再度受けるように指示された。

2005年10月30日夜10時半過ぎ、パソコン作業中に軽度の左前胸部の違和感を訴え、某病院を受診。心電図では異常所見は認められなかった。64列Multi-slice CTによる検査の結果、3枝病変と不安定プラークが指摘された。そのため早期に心血管造影を受け、必要であればPCI/CABG（冠動脈インターベンション術／冠動脈バイパス術）等の治療を受けることになった。臨床面は主治医から説明を受けた。産業保健上の問題についてセカンド・オピニオンの希望があり、産業医が、部外産業保健専門医を紹介した。

セカンド・オピニオンにおいては現行勤務の労働負荷の評価が中心となるため、勤務状況の聞き取りに相当の時間が割かれた。作業内容のストレス度で問題となることは少ないが、睡眠時間が短い事が最大の問題であると指摘される。その改善のためのセルフケアとして眠らなくても早い時刻から寝床に入る習慣形成が強く求められた。

〈事例7〉 T 56歳、管理職

身長：170cm，体重：下記の通り。

既往歴：1988 高尿酸血症、腎結石、痛風発作、その後治療なし

現病歴：2000年7月健診時体重66.8kg

2001年1月より中国に工場建設が開始されたため、2月より毎月2週間位の中国出張が続いていた。7月健診時体重 69.0kg

以前より右膝蓋骨の障害があったが、同年10月初めより痛みがありギプスを装着して中国出張中、左足の痛風発作があった。11月8日帰国。11月12日、夜中に胸部の圧迫感が出現。11月13日某総合病院受診。内科で検査の予約。整形外科で左足痛風発作の治療を受け軽快。11月19日心臓カテーテル検査で狭窄認めず。薬物刺激で12日と同様の胸痛発作を感じた。同病院よりの指示で、近くの内科診療所より、亜硝酸剤、Ca拮抗剤、冠拡張テープを投与された。11月27日に30日からの中国に出張予定を、本人より初めて産業医が相談を受け、上記の経過を聴取。11月28日産業医が某総合病院の心臓カテーテル検査医と投薬中の主治医に連絡し、検査医より異型狭心症の診断名と、主治医より上記投薬内容を聴く。海外出張に関しては、本人が強く希望をしているためか、禁止はされてない。産業医が別の病院の循環器専門医に相談し、異型狭心症ならば一年間は最も注意が必要との意見を聴取。11月29日産業医が本人及び上司

に上記の意見を伝える。上司と本人二人で相談。本人は中国での仕事に強く意欲を持ち勤務を希望し、11月30日中国出張。出張中は異状なし。12月13日帰国し、自宅で就寝中に胸痛で目が覚める。12月14日より禁煙し、ニトロール内服、ニトロ・テープ使用で頭痛、喉のつまった感じが続いている。12月21日産業医が会社に意見書を提出。

“心臓カテーテル検査では異型狭心症の診断である。別の循環器専門医の意見では異型狭心症は一年間は心筋梗塞の危険性が高い、一年間は新工場の仕事は危険と考える。”
本人にも説得をする。

中国勤務は中止となる。

2002年5月14日勤務異動。仕事は楽になる。主治医は別の開業医に交代となる。ゴルフ、畑仕事などをしていたが、6月頃より胸苦しい発作が数分間あるため主治医の紹介で検査を受け、心筋梗塞の診断で入院。ステント治療を受ける。7月19日健診時体重69.5kg

2003年7月22日健診時体重63.3kg

2005年2月14日朝、4分間程胸痛あり。体重は70kg。6月21日本人が体調はよい
ため、産業医に中国での駐在勤務について打診。7月7日産業医が主治医に現在の症状および海外勤務の可否について意見を求め相談。海外勤務可能の返事をもらった。
9月20日中国駐在勤務となる。

考 察

セカンド・オピニオン利用は、医療分野に特有な事象ではなく、他の分野における社会的行為としてもなされている。例えばある商品の購入に当たって、担当者が自分の意見のみに基づいて購入を決定するのではなく、分野を同じくする部外者の意見を求めて、それを参考にするなどである。しかし医療分野では専門技術性が高く、かつ閉鎖性が強かったことから近年に至るまでセカンド・オピニオンの利用は広く行われなかった。

医療におけるセカンド・オピニオンの利用は1980年頃より米国において高騰する医療費抑制政策を背景に普及し始めた。医師の診察を受けている患者が、医療上重要な意志決定、例えば手術を受けるとか、薬物治療を選択する場合などに、それまでの診療経過、検査結果などの資料を基に、他の医師の意見・所見を求めるというものである。

セカンド・オピニオンの概念は、吉田によると、制度として発展してきた欧米においては、患者団体などが主体で広めてきた我が国のそれとは大きく異なるとしている²⁾。現在診療を受けている医師の診断・治療内容に対して、その医師から公開された医療情報を基にした他の医師の判

断・意見を「セカンド・オピニオン」という。我が国では、まだセカンド・オピニオンに対する理解度が希薄で、主治医に対する不信感に基づく他医受診と混同されていることが多い。患者が主治医に対して不信感を持った結果、自己判断で紹介状などなく、他医を受診したり、知人を介して内々に主治医以外の医師に相談を行うというのが多くの現状である。

このような他医受診・相談の形態と、医療制度として発展してきた患者、主治医、意見を求められた医師の三者がそれぞれの情報を共有し合い相互理解の下に行われるセカンド・オピニオンの利用とは性格を異にするものであるが、最近では徐々に本来の意味でのセカンド・オピニオンの利用が機能するようになりつつあり、その研究も進んできている。

米国では医師の資格経歴が全て公にされており、患者側も良く医師の力量の範囲や経歴の意味するところが理解できているが、我が国では、未だに臨床力量とはあまり相関しない卒業大学名や、医学博士号が公に重視されており、担当医がどの分野を得意とするか、どの様な専門医資格を持っているか等に関して結果的に無知な患者が多い。このため医師が自分の専門とは全く無関係な分野に関して意見を求められ、断れない場合も少なくない。

これに対して、吉田らは「セカンド・オピニオンを求められた際の心得」について述べている²⁾。この中で重要なものを取り上げると、患者がセカンド・オピニオンを希望する理由と、求める内容を明確にした上で、有償契約を結ぶことが望ましいとしている。

一方我が国での現状を考えると次のような三好³⁾の見解は頭にとどめておくべきであろう。すなわち、「事例を取り巻く人々のセカンド・オピニオンを巡る心の動きの理解について」の中で、次のように述べている。

『悪魔の辞典』の「相談する……既に取りとうと自分で決心した行動に対して、改めて他人の賛意を得ようとする」を引用して、これは人間の「迷う心理」を非常に良く表しており、そして「相談」という言葉の持つ微妙なずるさをも突いている。そうすると健康相談というのはまさにずるい行為と言うことになる。専門分野でしかるべき専門家の判断を仰いでアドバイスを受けてさえ、「判断」確定の時に、相談者自身の心の奥底に隠れてある「望み」が判断の邪魔をして、自分にとって都合勝手の良い安楽な方向へ流れる意見を選んでしまいがちになるという落とし穴があるとしている。

米国ではインフォームドコンセントが行き渡り、セカンド・オピニオンは患者のごく当たり前の権利と見なされているが、我が国では、別の意見を聴いてみたいという患者の意志を聞かされて、初めて患者が納得行く説明をしましょう、と言うようなところに医師の焦りすら感じる構図を見るのはひねくれた見方であろうかと述べている。

また、吉田、三上⁴⁾らが、「一般に、経済的な負担が伴わないところでは責任が伴わない場合も少なくなく、行政的支援が行われないところでは制度として定着しない傾向が高いのが我が国の社会構造の特徴」と述べるセカンド・オピニオンの法的責任と制度化についての問題点の裏側

には、責任の伴わないセカンド・オピニオンがセカンド・オピニオンの正しい定着の妨げに一役買っている面も考えられる。そして、セカンド・オピニオンを得ることが重要なのではなく、セカンド・オピニオンを取った後の選択に、セカンド・オピニオンの意味があると三好は述べている。

産業保健の領域では、従業員が患者となった場合、患者従業員・臨床主治医・産業医の３者関係が形成される。この３者関係となった場合のセカンド・オピニオンに関してはほとんど研究がなされていない。産業保健の場では、患者従業員は臨床主治医を選択する時のような産業医に対する選択の自由はない。さらに産業医は健康管理措置として企業内権限を行使して、患者従業員をある程度その措置に拘束する。

また産業医は事業主の安全配慮義務遂行のため、事業主に専門的意見を述べると言った場面を考慮する必要がある。このように産業保健の場では健康管理措置が労働者を支配・拘束することが起こる。従って産業保健の場におけるセカンド・オピニオンに関する研究は現実的・実務的な課題となる。

産業医は自分のところの従業員が、例えば、自分自身若しくは家族の問題について、フィルム等を持ってセカンド・オピニオンを求めてきたとき、先の吉田が「セカンド・オピニオンを求められた際の心得」²⁾で、1.セカンド・オピニオンを希望する理由と求める内容を明確にし、有償契約を結び、責任の所在を明らかにする、2.一般的知識、自分自身の主観的意見、前医の医療行為に対する専門的評価の３つを明確に区別し、依頼者に明示した上で論じる、3.依頼者の判断を特定の方へ誘導しないように気をつけ、最終的な判断は患者自身が決定する、4.依頼者の心理的社会的問題が前面に出ている場合には、精神科医や心理カウンセラー等の専門家を紹介する等、これら４つを産業医が意見を求められたとき留意すべき事項とし挙げているが、これらは実際可能であろうか。

西島⁵⁾によると、セカンド・オピニオンを構成している事項は以下の４項目としている。すなわち、①個人が自分自身に関して、②きわめて専門的知識を必要とする内容を、③意思決定や選択をする際、④複数の専門家の意見を聞く、である。

産業医活動の中でセカンド・オピニオンを機能させると仮定してみると、次の二つの場合が想定される。すなわち、第１の場合：労働者が自分の健康管理措置（たとえば残業禁止）に関して、担当産業医以外の産業保健専門家に、その妥当性や参考意見を求める。第２の場合：産業医は身近な医療資源であるから、労働者が事業場外医療機関で受けている診療に関して、産業医にその妥当性や参考意見を求める場合である。

以上を前提に本報告の各事例を見ると次のように理解できる。

事例１：自分自身の病状に対する疑問、特に手術適応について主治医以外の専門医の意見を求め、西島によるセカンド・オピニオンの定義の①－④の項目全てを満たしている。しかし、その

疑問はあくまで臨床場面に限られている。自分が受けている健康管理措置に関しては第2の産業保健専門医に自らの問題を質問したものではない。それは第2の産業保健専門医に意見を尋ねるというルートを知らなかったためと推測される。第2の産業保健専門医に意見を求めたのは当該健康管理を担当する産業医及び産業保健スタッフである。したがって健管からの相談勧奨を了承されているものの厳密な意味で前記の第1の場合には該当しない。

事例2：労働者本人が担当産業医以外の専門家に健康管理措置の意見を求めるというのではなく、産業医が専門家の意見を求め、それを本人に話すというケースで、厳密な意味で西島によるセカンド・オピニオンの定義、4項目中の①の労働者個人がという要素が満たされていない事例となっている。このように労働者は産業医以外の産業保健専門医について顔見知りもなく、健康管理措置に対し別の産業保健専門医に意見を求めるという考えに至らないケースが多いと考えられる。したがって、労働者に対しセカンド・オピニオンの意義等について周知していかない限り、労働者が自分の健康管理問題を直接外部専門家に意見を求めるケースは少ないであろう。

事例3、5：いずれも産業医を身近な医療資源として使い、紹介の労を執らせているケースである。健康管理措置に対する積極的な寄与は低い。現代の医療においては高度化専門化が進み、すべての分野において産業医が参考意見に答えていくことは困難である。このように別の専門医への紹介役として機能していく場面が今後も多くでてくるであろう。

事例4：身近な医療資源として産業医の意見が求められた事例である。労働者自身ではなくその妻からの相談である。労働者自身に代わって家族が依頼する場合もあり、産業医としてこのケースのように関わっていくことが多いと思われる。

事例6：本事例では産業医が第2の産業保健専門医を紹介する仲介の労をとっている。従って、他の事例にも見られるように、労働者が自分の健康管理措置について外部の専門家の意見を求めようとする場合に仲介役として産業医の存在は意味があることを示している。第1の場合の健康管理措置（メンタルストレス、業務負荷）について現在の状態の妥当性、特に職務内容から見たときにメンタルストレスとの関係、日常の生活態度、今後の治療方針等を別の産業保健専門医に求めており、西島のセカンド・オピニオンの定義4項目①－④の全てを満たしている。しかしこの事例においても、産業医から産業保健専門医を紹介されており、厳密な意味での第1の場合に該当しない。この事例において、メンタルストレス、過重労働については産業保健専門医からは大きな問題はない。しかし睡眠時間が短時間であることが大きな問題と考えられるとコメントされている。またそれと同時に体重管理の続行も重要と思われる。これらは保健指導の領域での対処である。

事例7：本人はこの会社の従業員として労働者性があるか無いか？もし労働者性があるとする事業主は誰なのか？このレポートでは本人の生命危険に対する医学的判断が中心となっている。しかし、事業主はこの本人を赴任させることについて安全配慮義務をどのように具現化するかが

問題となり、産業医はそれに対してどのように寄与すべきかが中心課題となるはずである。この問題を抜きにすると「医学を知っている友人が本人にアドバイスする」という状況になってしまう。産業医の寄与を検討するためには、海外赴任における身分、赴任後の勤務内容（業務の質、量、業務時間などの業務負荷の程度）また赴任期間、赴任中の日本帰国についての頻度、赴任先の医療事情、家族帯同であるかなどの事項は検査所見や病状に加えて重要な要素である。この事例は生物学的な生・死の問題以外に、本人の生き方（残された生の僅かな期間をどのように生きるか）の問題がかかっている。事業主の安全配慮義務に対する産業医の判断が寄与するところとは別に、本人の生き方決定に対する寄与を考えてみなければならない。本人の生き方達成にどのように援助するかが問われることになると、生物学的延命を前提にした措置のみならず、来るべき苦痛への対処を念頭に置いたベターな方法や、最後の本人が望む死に様を可能にしやすい条件整備なども選択肢の中に含めて臨まねばなるまい。

以上のような重い課題を避けてセカンド・オピニオンを述べるとすると「ご参考までに」という姿勢になる。

健康管理措置は労働者にとって好むと好まざるとにかかわらずある程度拘束力を持つものである。そのため労働者は健康上の理由で自分に主観的不都合な措置が行われた場合、それに対し今後セカンド・オピニオンを求める機会が増えてくる可能性が高いと思われる。

各事例について、健康管理上セカンド・オピニオン（第2医の意見）が生かされるとするなら、産業医はどのような対応が求められるのであろうか。

まず西島による定義の第2の場合を考えてみると、特に今新たに生じたことではないが、日頃から専門外の知識に対してもアンテナを高くし、基礎知識を持っておくと共に、よりよい情報ネットワークの形成に努めることが重要と考えられる。また、事例3及び5のケースのように専門医への紹介者としての機能を求められることも多いと思われる。

次に定義の第1の場合を考えてみると、労働者は自分の健康管理措置に関する記録、写真等の検査結果を健康管理室から提供を受け、これを第2医に対し検討資料として提供する必要がでてくる。労働者にとっては健康管理に主体的に参加し、意思決定を行うために有益な参考資料を入手する行為となる。一方、産業医側から見れば、自分自身が判断した健康管理措置について第三者である他の医師（第2の産業保健専門医）によって評価されるという緊張感を伴う行為と見ることができる。この背景には医療の密室性や医師の独断性があり、これが健康管理へも延長してきている風土を反省し、打開の方策を考えてみるべきであろう。

そのためには、産業医は普段から、セカンド・オピニオンを念頭に置き、健康管理記録には検査結果の数値のみならず、その検査結果数値から何を判断し、予後をどのように想定して健康管理措置を決定したか等、第三者の閲読に堪えうる保健学的思考過程を含んだ健康管理措置を作成する等、健康情報の共有化に積極的に対応する姿勢が今後強く求められてくると考えられる。ま

た、医療の評価において、従来の身体所見や検査値の改善等医学的尺度ばかりでなく、医療への信頼や安心あるいは満足度という患者側の視点に立った評価を加えて初めて評価されるというパラダイムシフトがわが国にも起こってきており、面談においてそういう視点からの労働者への対応がより求められるであろう。⁶⁾

一方、事例2にもあったように、現在産業保健の場で労働者が健康管理についてセカンド・オピニオンを求めることのできる産業保健専門医が実際上ほとんど周知されていない状況にある。第2医の機能をどこに求めることができるかを考えた場合、①産業保健推進センターの相談員（相談事業）がセカンド・オピニオンの機能を果たす、②地域産業保健センターがその機能を果たすという方法が考えられる。しかし、現在のところ、産業保健推進センターは産業医や産業保健スタッフの相談機関として機能しており、直接労働者が相談するということは少ない状態である。また、地域産業保健センターについても認知度が低いこともあり十分な機能を果たすためにはPRまたスキルの向上も求められると思われる。今後産業保健の場においても、重要な意義を持つ医療制度としてのセカンド・オピニオンの確立が望まれる。

まとめ

産業保健の場にいる産業医がセカンド・オピニオンと認識している7事例を検討した。

産業保健におけるセカンド・オピニオンについては前述のように2つの場合が想定される。すなわち、1：労働者が自分の健康管理措置に関して、担当産業医以外の専門家に、その妥当性や参考意見を求める。2：産業医は身近な医療資源であるから、労働者が事業場外医療機関で受けている診療に関して、産業医にその妥当性や参考意見を求める場合である。まず第2の場合では現在のように医療が高度化専門化された状況では全ての要求に答えていくことは困難な状況であるため、紹介役としての機能を果たすことも必要である。またその場合は内容は臨床的なものであるため、意思決定はあくまで本人にあり、その決定については納得いく形でなされと考えられる。一方、第1の場合のように健康管理措置についてのセカンド・オピニオンの場合、現在のところ、産業保健専門医によるセカンド・オピニオンについての知識の無い労働者がほとんどであり、そのPRや体制作りが今後の課題である。しかし、仮にセカンド・オピニオンがなされたとしても、健康管理措置に対する決定権は本人には無く、あくまで産業医が判断し事業主に助言勧告することとなるため、その決定に本人が必ずしも納得できない状況がおこる可能性が考えられる。本人の納得が得られる状態での決定が行われるための方策を構築していくことが重要であり今後ますます求められていくであろう。

今後機会が増えてくるとと思われる産業保健の場におけるセカンド・オピニオンに対して、それを想定して産業医は普段から健康管理記録を作成し、また信頼・安心の得られるような対応を行

うため自分自身の研鑽に励むと共に医療制度としてのセカンド・オピニオンの確立が産業保健の場においても強く求められる。

文 献

- 1) 西条英郎他：産業医と外部医療資源との連携に関する研究、三重産業保健推進センター調査研究報告、2002
- 2) 吉田 聡：医療制度におけるセカンド・オピニオン、現在のエスプリ、No. 416、31－43、至文堂、2002／3
- 3) 三好裕美子：セカンド・オピニオンを求める心理、現在のエスプリ、No. 416、152－162、至文堂、2002／3
- 4) 吉田 聡、三上八郎：「セカンド・オピニオン」、治療、Vol. 83、2001、2月増刊号
- 5) 西島 英利：セカンド・オピニオン、知っておくべき新しい診療理念、日医雑誌、Vol. 133、No. 3、2005 付録
- 6) 木村利人、開原成允：ヘルスリサーチを語る、Health Research News、Vol. 35、1－8、2003

独立行政法人労働者健康福祉機構
三重産業保健推進センター

〒514-0003

三重県津市桜橋2丁目191番4
三重県医師会ビル5階

TEL 059-213-0711 FAX 059-213-0712