

ったら、詳細にいるかどうかは知りませんが、ある程度の明細をくださるのは当たり前のことだと思います。そういう明細書をくださいというふうにお願いをしたら、「もう診てやらん。来んでもええ」と言われる世界があり、「領収書をください」と言ったら「領収書代を持ってこい」という現実がありますから、そういったことも含めて、自主的な努力で何とかという世界でいつまでこういう状態を続けるのかという、実態が随所にあるだろうと。こういうことも含めて、情報公開あるいは広告規制の問題が関わってきていると、根っこは一緒だと、そんな気がしてなりません。ちょっと言葉が過ぎたところがありましたら、お許しをいただきたいと思います。

○高久部会長

それでは、最初の患者保護ということと、ポジティブリスト方式、客観的な検証可能な事項ということで、この2つについて事務局からよろしく説明をお願いします。

○医政局総務課長

まず患者保護の観点からということですが、医療法の広告制限の考え方は、医療を提供する側と受ける側の情報量、知識が随分違うということもあって、特に提供する側があまり根拠がないような治療方法であるとか、あまり明解には検証できないような治療実績などを誇った場合に、患者さんは治るならということで引き付けられて、必要のない治療を受けてしまうとか、危害を受けることがあってはいけないということで、患者保護という観点から、広告できることは限定的に広げていこうという形を取っております。

例えば危ないことをやってはいけないとか、嘘はいけないというネガティブリストのやり方もありますが、それでは日進月歩出てくるいろいろな治療方法、新しい情報に全部つぶしていくことができないということで、いまポジティブリスト方式を維持したいと考えております。経済財政諮問会議とか、総合規制改革会議のほうからのネガティブリスト化の提言についても、事務当局としてはポジティブリストのほうが患者保護の観点からは望ましいけれども、あまり限定的になるのはよくないので、開示の方向で臨みながらいきたいという説明をしているところです。

次の客観的で検証可能なというのは、この言葉があることによって新しい広告を開示するときの障害になっているというお考えも伺います。確かにそういう面がないかといえ、それもあるのかもしれませんが、一方で、例えば治療方法について、まだ医学会で治療効果が固まっていないものを吹聴してしまうようなケースがあったり、診療実績等でも成功例が100%だといくら本人が言っても、患者を選別するかもしれないし、実際には失敗例が隠されているかもしれない。そういう客観あるいは検証できないものがあって、広告なりいろいろな事故で、あとで国民の不信を買ってはいけないということで、やはりある程度は客観性あるいは検証できる情報でないといけないのではないかという考え方でやっております。確かに両面がありますが、これをルールなしにしますと、いわば何でもありになってしまう。

一方で、それによって何か事件が起きても、診療機関が潰れればいいという、トータルな考え方もあるかもしれませんが、医療の世界では一旦事故が起きるということは、大変大きな問題になるわけです。一般の消費物資、消費サービスの考え方とはちょっと違うの

で、重いルールを課しているのではないかと考えております。

○高久部会長

ただいまのご返事でよろしいですか。

○高木委員

納得したわけではありません。

○高久部会長

それから、先ほどの鑑定のことについては何かご意見ありますか。

○医政局総務課長

鑑定の関係は、これは司法の問題でありまして、私どもも詳しく司法当局から相談を受けているわけではありませんが、私どもが知り得る範囲では、確かに最高裁の中でそういう制度についての検討が長年行われて、特に鑑定人を得るとか専門家を得るときに、関係者の中の問題があってなかなか容易に人が得られない、あるいは得られた人が原告からの信用が得難いという問題があって、訴訟の迅速化、信頼性について随分ご苦労されて、集中的に大阪とか東京に人や情報を集積して、迅速化させるような努力をしておられているということは聞いております。現状は相当苦労した結果のご判断だというふうに承知しております。

○高久部会長

もう1つ、レセプトのことですが、どなたかありますか。

○保険局医療課課長補佐

内容のわかる領収書の発行ということだと思いますが、これについては平成12年の診療報酬改定の際に、体制が整ったところから内容のわかる領収書を発行していただくように、私どもからも通知を出しておりますし、関係団体のほうからもそのような通知を出しているところです。今後、平成14年度の診療報酬改定に向けて中医協のほうでもご議論があると思いますので、そこでの議論を踏まえて今後の対応については検討してまいりたいと考えております。

○辻本委員

1997年6月に通達が出されましたが、それ以後、非常に不信感の強い患者さんが最初に行動を起こしたのですが、入手したレセプトの中身を解説する手伝いをしてくれという相談が、一時増えました。つまり、手に入れても自分が知りたいと思う情報がそこになかったという現実と、およそ素人では解析できない内容であると。そういったことを通過した現在は、ほとんど患者の側がレセプトを手に入れようという行動をしなくなっている。そんなことが相談を通して見えてまいります。ですから、やはり情報を提供するならば、情報の中身が問題になってくると、その裏付けということで、情報の中味を解説する

ようなサービスのシステムを十分に吟味する必要があるということ、レセプト1つから教えられました。

○松山委員

いまのレセプト情報のこととも関係してきますが、情報提供ということを経験するとき、情報の種類を3つ想定する必要があると思います。その第1番目は、既に医療機関の中にある情報だが出していない情報。これがレセプト情報ではないかと思います。2番目は、情報の元はあるけれども、その医療機関で公開できる情報の形にしていけない、しかし、低コスト、短時間で情報公開することが可能な情報。3番目は、情報を作成するために相当なインフラ整備、コストがかかる情報です。この3つをある程度分けて、ポジティブリスト化、もしくはネガティブリスト化の検討を行う必要があると思います。これまでの議論では、患者が欲しいと思われる情報が網羅、列挙されていますが、ある程度タイムスケジュールを考えて、今できること、近い将来やらねばならないこと、少し時間とコストがかかるけれども是非情報公開しようと思うことを分けて議論する必要があるのではないのでしょうか。

それから、患者が医療機関を選択するときの情報として第三者機関も重要ですが、私は患者にとっていちばん頼りにしたいのは地元の医師の方々ではないかと思います。なぜなら、その地域のお医者さんの診療行為とかレベルなどをいちばん知っているのは、地域の医師自身だからです。したがって、本来であれば地域の医師グループが良識と使命感に基づいて、患者が求める情報を提供するような仕組みが必要なのではないかと思います。そのためには地域医療圏でのチーム医療体制をつくらないといけないと考えますが、これまではそれができていないということだと思います。

ちなみに、11月に私がプレゼンテーションとせて頂いたアメリカのネットワークの場合、平均で1,500名から2,000名の医師グループがあって、お医者さんたちが相互牽制しながら医療の質の向上に努めているわけです。わが国でもそのような仕組みができれば、患者サイドも地元の医師会に対する信頼度を高めて、病院を選択するようになるのではないかと思います。

○高久部会長

どうもありがとうございました。ほかにどなたか、ご意見おありでしょうか。

○福島委員

いまいろいろ委員の方からご質問があったり、事務局からのご回答があったりしておりますので、内容はわかっておりますが、これから論議する、どの程度まで情報を公開していくかという話の中で、必ずいつも出てくる問題が、受け取る側が誤解する心配があるので、開示を制限しておこうという理由にされているようです。最近の大きな流れの中で、情報の開示と同時に、一方ではそれを信用して行動する患者の自己責任の問題が当然ついて回るわけです。したがって、受け取る側にあまり知識がないからなど、出す側が心配するというのではなくて、当然情報を受けて行動する側の責任もますます重くなるということ、これを前提に、出す側が情報の内容なり種類を制限するのではなくて、ここでの論議の観

点は、受ける側が何がほしいのかというところが最優先されるべき課題ではないかと、考えています。

○高久部会長

どうもありがとうございました。櫻井委員、どうぞ。

○櫻井委員

今日はどちらかというと、医療を受ける側の方からたくさん意見が出されまして、いろいろ貴重な意見をいただいたことについては、我々提供する側の立場としても真摯に受け止めるべきと思っています。ただ、いくつか私どもの考えていることと少しずれがあるかなという点があります。それから前提として言っておくと、例えば日本医師会を中心に、各病院団体等も含めて、情報の開示やカルテの開示については、それを進めるということでは現在やっているということは実際の事実ですので、一応それは前提としてお話ししておきたいと思います。

お話を聞いていて感じることは、情報がほしいという話で、いまご発言の方々のお話を聞いていると、日本中の国民に、医療機関に対する不満や不信が満ちあふれているような感じに聞こえてしまうのですが、これはもしお許しをいただければ、次回の時に出ささせていただきたい資料ですが、平成 10 年 3 月に健康保険組合連合会が患者の意識調査を発表しています。その発表の内容は 9 割以上の患者さんは、かかっている医師や看護婦を信頼し「非常に親切だ」と答えています。9 割以上はそのように答えています。約 10 % 足らずの方がそうでないということも一応事実です。

それから同じときに、全国の老人保健連合会がやはり同じような調査をやっています。これは患者調査ではないのですが、お年寄りは 100 % とは言いませんが、多くの方が患者さんですので、患者調査に近いのですが、そこで説明等について聞くと、90 何パーセントの人が「お医者さんから説明を受けてよくわかっている」ということを答えています。つまり我々の意識としては、実際にいま医者にかかっている患者さんたちは、少なくとも 9 割ぐらいの人はある程度満足をし、医者を信頼し、看護婦を信頼し、十分説明を聞いて納得をしていると考えているわけです。その資料は、よろしければ私どもが出してもいいのですが、これは健保連と全老連のものでありますから、厚労省が探してくればあるはずなので、資料として皆さんに出していただければありがたいと思います。

つまり私の言いたいことは、たしかに 1 割ぐらいの方にいろいろ不満があることは事実です。数から言うと、1 日に大体 700 万から 800 万人が外来に通っています。150 万人ぐらいの人が入院しています。約 900 万人の人が 1 日に医療機関にかかっていますから、たしかにその 10 % という 90 万人ぐらいの人に何かの問題がありますから、辻本委員の所には相当数とおっしゃいますが、まあ、1 日 1,000 件か 1 万件か知りませんが、何しろ 900 万人がかかっている患者さんからの苦情ですから、それは受付ける範囲では数は多いと思いますが、分母がわかりませんから、何パーセントの人から苦情がくるということがないと、たしかに数が多いことは認めざるを得ない。だからその 10 % の人に対してどうするかという話は我々も真摯に受け止めたいということで申し上げたわけです。

ただ、逆 90 % の人の部分を侵さないように、いろいろなことを考えていかないといけ

ないということが、先ほどの患者保護の問題点と一致することと、まさに先ほど辻本委員がおっしゃった、ほしいと言ってるからあげればいいのかという問題は、非常に鋭いことをおっしゃったので、まさにそうだと思うのです。子供がおもちゃをほしがるから買ってあげるのがいいのだ、という意見にはならないはずです。その部分が絶対あることを真剣に検討しなければいけないと思っています。

それから、患者が医者を選ぶために情報がほしいということに関しては、この部会の前身とも思われる医療審議会ではいろいろ申し上げてきたので、あまり時間をかけてはいけませんから簡単に言うと、まず国民の皆様にはかかりつけ医を選んでほしいということを我々は言っています。何でも相談できるかかりつけ医を選ぶ。これは専門性とかその医者がどうだ、どこの大学を出て、何がどうだとか、そういう話ではないのです。人間関係の問題です。私はわかりやすく、親友を選ぶのと同じだと、「俺の医者」、「私の医者」、という親友である医者を選んでほしいと言っています。親友を選ぶ方法はいろいろあるわけで、一般社会で親友というのは幼なじみの親友もいれば、同級生の親友もいるし、たまたま飲み屋で会って「ヨォッ」と意気投合した親友もいるでしょう。いろいろな親友がいて結構だと思うのです。それは職場の近くの医者であったり、家の近くの医者であったり、大きな病院の先生で、たまたま自分の病気についていろいろよくやってくれる先生でもいいと思うのです。そのかかりつけ医がいれば、専門性のある医者についてはその先生に相談すれば済むことなのです。

国民が1人1人を考えた場合、特に専門分野の医療にかかる機会は非常にパーセントは低いはずなのです。高久先生は血液の大専門家ですが、高久先生の所に血液の病気です、とかかる可能性はほとんどないわけです。でも、熱が出たときに「この熱は風邪ではない。白血病かもしれないから高久先生の所に行きなさい」ということを判断するのがかかりつけ医の役目で、それを一般の人が、熱が出たからもしかしたら白血病かもしれないから高久先生の所に行って、いや、実はこれは感染症だ、いや、がんだった、いや、膠原病だったという混乱が起きてしまうわけですから、それはかかりつけ医に頼めばいいことです。ですから、専門性についての知識がいらぬとは言いません。ご自分の病気がわかってから勉強されるのは、いまインターネットで我々医師よりも詳しい勉強をされている方がたくさんいらっしゃいます。それは診断がついたときの話ですから、選ぶときの話がかかりつけ医に相談されれば、もし熱の出る患者が来て、どうもいろいろな症状からこれは白血病かもしれないと思ったら高久先生を紹介します。それがかかりつけ医の役目だと思っています。そういうことで、患者さんが医者を選ぶときの問題はそのように考えます。それからあとの受けている医療とか、その内容の情報を知りたいということはおもったもつから、それはカルテ開示も含めて進めたいということで我々も取り組んでいます。

それから領収明細書の件は、おもったものようなところもあるのですが、でも例えばレストランに行ってカレーライスを食べたときに、カレーライスの肉がいくらで、カレーがいくらで、福神漬がいくらで、ご飯はいくらでということをおもったもつを要求する人はいないと思います。カレーライスが1,300円ならちょっと高いなとか、800円、まあまあ、これなら、この肉の大きさからいけば安いなということをおもったもつを判断しているのが実情だと思うのです。

これはどちらかというと、いま支払い側が要求している包括医療であったらそうなります。現在お年寄りとお小児科で入れられている外来総合診療科は、これは医療という行為で

外来に来たらいくらと決まっているわけですから、中身は問うていません。カレーライスの料金だけ言えばいいわけです。それと同じことになっていると思うのです。医療というものは、いろいろなものが合算されて、カレーライスにたとえるのは少しまずいでしょうが、医療という患者さんに提供した総体の領収書があればいいので、野中さんが全体がいくらだかわからないとおっしゃいましたが、でもこれは簡単な計算です。国保でしたら3割負担ですから、その3分の10が全体のコストです。社保本人でしたら、いま原則には2割ですから、2分の10倍、つまり5倍すれば全体のコストです。それは計算できます。それを自分が何割負担だかも知らないということになれば、それはむしろもう少し市町村で住民教育をして、まさに国保の料金を払わない人が十何パーセントもいるという状態をまず直すことから始めないと、医療問題は解決しないなと考えています。まだ、たくさん申し上げたいことはあるのですが、あまり1人でしゃべると申し訳ないので、一応気がついた点だけ申し上げました。

○高梨委員

かかりつけ医に相談をすれば情報が提供されるということで、適切な医療機関なり医師が紹介できるというご主張ですが、すべてのかかりつけ医がそういう状況になっていけば、大変私ども国民の立場からすればありがたいのですが、先ほど私からご説明申し上げました私どもが情報として求めているのは、ストラクチャー情報、プロセス情報、アウトカム情報という3つに一応分類を試みましたが、その中に書かれているようなことが、かかりつけ医の所にお伺いしたときに、ある特定の医療機関の状況が、そのかかりつけ医から教えていただける状態になっているかどうかということ、それは現状では私はそこまではなかなか難しいだろうし、そこまでかかりつけ医さんをお願いするのではなくて、それぞれの医療機関が開示をしていけば済むわけです。私どもからすれば、こういった所に書かれているような病院の体制だとか看護体制にしる、あるいは教育研修の中身にしる、事故対策がどのようになっているとか、院内感染件数は過去5年間どうなっているかなどというデータが、当該医療機関から提供できる形になっていることを求めているということです。

それからもう1つは、詳細領収書の関係で申し上げれば、私どもが求めているのは、カレーライスの料金云々のことではないのです。診療報酬そのものが、ひとつひとつの医療行為について決まっているわけです。カレーライスの料金という形で決まっているとすれば、それは包括医療のことなのでしょうが、我々が通常求めているのは、再診料がどうなっているか、手術代がどうなっているか、検査代がどうなっているか、そういうことがきちんと領収書の中に書かれているということを求めているのであって、カレーライス云々の話は、私は違う観点からのご主張だと思います。もちろん、いまでも大病院に行けば、全体の再診料と画像診断料と技術料と云々、何点ずつと書いてあって、最後の所に自己負担はいくらですよというのが書いてあるのですが、まずそこまでぐらいはお示しいただきたいということを書いているわけです。

○豊田委員

情報の開示が議論される目的というのは、患者さんが自分が病気になったとき、いま具

合が悪い、どこの病院にかかったらいいだろう、どの先生に診てもらったらいいだろうかと、そのときにより適切な判断ができるような情報がほしいと私は単純にそう考えます。それに医療機関あるいは社会が制度としてどのように応えていくかということが、私は議論の目的ではないかと思うのです。したがって、それは何でも教えれば、例えばいま高梨委員が言われた財務内容まで全部一覧表にして貼っておけば、それで済むという話ではないです。やはり自分がいま胃潰瘍になりました。どこで診てもらったらいいだろうか。内科といっても、先生方には血液の専門もあれば、消化器の専門もあればいろいろあるわけですから、少なくともそういった、この先生はこういうものが得意なのだということは、やはり患者としては是非知りたい。ですから、そういう形にどう応えていくかということがここで議論されるべきです。

そういう立場からいくと逆にもう1つ大事なことは、何でも並べればいいということではなくて、そのいろいろな患者さんに与えた情報がもしミスリードした場合どうなるか。それから中には誇大あるいはイメージ広告もあるわけです。そういう意味では、私は前からポジティブリスト方式に賛成してきたわけですが、その理由は、そういういい加減なことを広告する人は罰せられるのだからいいのではないかと、それから選んだ人の自由なのだから、その人が勝手にその広告を見て行ったのだから、自己責任でいいのではないかと、これは言葉としては非常に簡単ですが、私はこれはカメラを買ったり、テープレコーダーを買ったりするのは違うと思うのです。間違っただけで、その結果、大変具合の悪い状態になりました、これは取り返しがつきませんね。カメラなら交換がききますが、その辺は詳しく言うこともないですね。物とは違うのです。ですから、私はその与える情報というものは、特にこういう所で議論されるときには、責任のある形は整えるべきであって、自己責任だとか、いい加減な広告をする人は罰せられるからという議論は非常に危険だと思います。そういう意味で、私はポジティブリストですが、限りなく拡大していくということがやはり基本ではないかと思うのです。

それでやはり一般の方々と、医療の専門家との間にはかなり情報というか、内容についてはギャップがあるわけです。ですから、まず第一義的には先ほど櫻井委員が言われたとおり、かかりつけ医を持っている患者さんはあまり間違わないと思います。

それからもうひとつ、今日森山委員から提案された考え方は、私も前から考えていたが、やはりそうは言ってもかかりつけ医を必ずしも持っていない人がいる。その場合に、どこかに行って情報を聞ける所はないだろうかということは非常に大事だと思うのです。ですから、そういった情報を集め、それから情報を解説してくれて、またいろいろこういう情報があるけれどもこれはどうだろうかかと相談できる、そういった機能を持っているものが地域にあれば、私は全部並べて開示するなどという必要はなくて、より実際的で害のない形で、国民にとっていい形で情報公開という目的が達せられるのではないかと思います。

○野中委員

いま櫻井先生からいろいろ出されたのですが、かかりつけ医を持っておられる住民は幸せです。かかりつけ医すら選べないような地域が数多くあるということ、医師会の先生方にもっと理解をしていただかないと大変だということが1つです。もう1つは、9割が

良くて1割だけだからいいではないかという論理を認めるわけにはいきません。たとえ1人の命であっても大切なことには変わりはありません。ですから、私たちはやはりたとえ1人でもそういう犠牲を出さないための、被害者を出さないための配慮をここで論議してもらわなければならないというのを、我々は納得するわけにはいかないということが1点です。

私たちの町は小さな町ですけれども、私は住民にできるだけかかりつけ医で、いざというときに相談のできる場づくりはみんなで努力しましょうと、もう12、13年前からそういう話をしてきました。しかし、健康な人はかかりつけ医の必要性がないわけなのです。ところが、こういう問題が発生するわけなのです。私たちの町でも、突発的にいわば脳しんとうを起こしたり、または心臓発作で急に亡くなる人がある。前日までものすごく健康な人です。ところが、この人がとっさに亡くなってかかりつけ医がなかったら、今度は警察医にお願いせざるを得ない。警察医が来て、診察をして認めないかぎり、この人のお葬式も何にもできないというのが現実なのです。こういう地域が多数あるということも、私は医師会の先生方に十分理解いただかないと、とっさになって大変な大騒ぎをするような地域がある。昨日まで元気であった人が今朝亡くなった。そうしたら医者連れて行ってもこれは認められない。もう亡くなった以上は医者としてはできないから、警察へ届け出られる。そうしたら警察医が出てきて、それをきちんと診断をして、時によったら司法解剖までしないかぎり認めないという問題点もあるわけなのです。そうしたら健康である人すらがかかりつけ医が必要なのかということになると、かかりつけ医は健康であるがゆえにないわけなのです。ですから、我々もこういうとっさに起きるいろいろな問題に苦しんでいることも現実なのです。私はこういう中で、たとえ1人であってもそういう問題がある場合にどう対応するのか。こういうことも踏まえて、私は事情を知っていただかないと、大都市で恵まれた医療機関が多くある所はよろしいですが、そういうお医者さんばかりでない、無医村の地域もあるわけですので、この辺を私は十分知ってほしいと思います。

それから櫻井先生はカレーライスとたとえられました。人間の診療をカレーライスとたとえられることについては、私はやはり不満がありますということをお願いしたい。というのは、カレーライスでも500円から1,500円も2,000円もの格差のあるカレーライスは大変多いわけです。そうしたら先生は、医療もカレーライスと同じようにこれだけの格差がありますよ、ということをおっしゃっていることになるのかという逆論を出さざるを得ない問題があります。日本国中で共通した単価があるものなら知りませんが、格差がある問題というのは、やはりきちんと私たちはカルテで明らかにしてもらい、領収書に一定の明細を出してもらいたい。先生は国保なら3割でわかっているではないかとおっしゃいますが、入院をしたり何かした場合は自己負担分がありますから、必ずしも3割では済みません。それが4割になったり2割になったり、いろいろな差があるわけです。ですから、必ずしも診療報酬に出される金額で、負担が3割とか2割とかに限定されていない一面がありますから、我々としてはカルテ等をきちんと出して、金額的なものも明確にすることが大切だということをお願いしていますので、この辺だけはご理解いただきたいと思っています。

○櫻井委員

野中委員に誤解があるので簡単に。1つは、いま患者さんが医者を選ぶという意味で、選択という意味ですから、選択する余地のある所の話は私にしたつもりなのです。野中委員のおっしゃった、たしかに選択の余地のない医師の少ない所の問題は、大問題だと思うので、それはおっしゃるとおりです。これはどうやって情報公開をしても、医者がいないのですから選択しようがないですね。その問題は別問題で、たしかにおっしゃるとおりですから、私もきちんとしたいと思います。でも、ここでの議論には少し馴染まないと思います。

それから、私は10人のうちの1人を無視していいと言ったのではないので、誤解をしないでほしいのです。1人の不満なり不信のために、ほかの9人を害さないことが必要だという意味で申し上げたのであって、1人を無視していいということを申し上げたつもりはない。最初に、いろいろご意見は真摯に受け止めたいと言ったことは、そういう不満があることにどうやって対処すればいいかだけでも、そのためにいま全体にうまくいっている9割の状況を壊したくないということをお願いしたということです。つまり、どちらかといえば多数決の世の中ですから、9割の人を中心に考えるよりしようがないかなということ、もし言って良ければ申し上げたということをご理解いただきたい。その少数派を無視していいなどは全く言っていませんから、あまり長くなるといけませんので、誤解の部分だけとりあえず。

○高久部会長

奈良委員が先ほどから手を挙げておられますのでどうぞ。それから、広告規制緩和の対象となる情報の類型、その前に、その年度内に措置すべき事項と、中長期的に逐時実施していくものに分けて考えるのか。そういうことについても、できればご意見をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○奈良委員

まず乗り物の関係で少し遅れまして、前半聞き漏らしたところがありますから、少しとんちんかんな発言になるかもしれません。16万の都市で急性病院が1つしかなくて、救急指定病院と称するものも7つ、8つありますが、大体私どもの病院が中心になってやっているという所です。病診連携を軸にしてやっていて、先ほどのかかりつけ医をどうしたらいいかということは、私は医師会に聞くのがいちばんいいと思うのです。「こういうことなのですが、どの先生にかかったらいいか」ということをお聞きになると、「どの先生は何が専門ですよ」と医師会はちゃんと答えてくれると思います。

私は神経内科という所で、脳卒中が専門でいまでも外来をやっています。外来をやっていると、こういうことが起きるのです。町の方で結構教養のある方なのですが診てくれとやって来る。ただの風邪引きらしいと。「地元がいい先生がたくさんいらっしゃるのだから、そういう先生に診てもらってからいらっしやい。私は神経内科で脳卒中が専門ですよ」と申し上げますと、「この症状はひょっとすると脳卒中の始まりかもしれないと思って。私は素人であなはプロでしょ。なぜそういうことを言うのだ」と叱られることがよくあります。

それからもう1つ、私は神経内科でも脳卒中が専門なのですが、その中でも非常に多岐に

分かれていて、変性疾患と言って、いまの狂牛病の問題とか、ALSという大変な病気がありますが、そういうものを専門にしている神経内科の医者もいるのです。そちらのほうには私は大変暗いのです。ですから、例えば「あなた、ここに来て、私が神経内科だということをご存じかもしれないけど、専門に回しますよ」ということを病院ではやるわけなのです。ところが困ったことに、一般の方の大部分は、院長さんだから名医だろうと。名医ではありませんが、専門外のとんでもない、たまに婦人科の人が来て、診てくれと言うから、「私は婦人科は全くわかりません」と言うと、「院長というのはわかるだろう」と、これは極端な話ですがそういう方も実はいらっしゃるのです。

それから広告規制の問題もありまして、いま非常に困ったことがあります。例えばがんの患者さんなどに、いろいろ適切な治療をしようと思って専門に回そうとすると、いま新聞で大広告をしているある種のキノコのことで、「こういうキノコがあるけれどもどうだ」と。これはABMと申して、きちんと検証したものではないからちょっと危ないと思うのですが、そういういろいろなキノコがあるのです。そういう広告で、どうもそれをしばらく使ってみるからなどという話もある。それから最近あまり騒がれなくなりましたが、何とかワクチンというのもありましたね。それも「是非そういうものを使いたい」と。これは結局医学会では検証されていなかった。ABMは全くなかったのですが、そういう方が何とか手術をするのは嫌だから、このキノコをしばらく飲んでみたいと。聞いてみると、1カ月分が5万円とか6万円するのです。そういうものはやはり本当に命が大事な患者さんには、私たちもある程度広告規制をしていかないと申し訳ないのではないかと。

それからイメージ広告というのがあります。こういうことを経済産業省で言っては悪いと思うのですが、私はたばこ絶対反対論者なのです。たばこの広告は、はっきり言ってイメージ広告だと思います。たばこが害だというイメージが全くなくて、ゾウのお尻か何かに鳥か何かが止まったり、チョウチョが飛んだりすると、パシッとライターをしまってしまう。あれは大変爽やかな感じですが、大体広告というのは、「俺は村中でいちばん名医だと言われている男」ということを広告したいのですが、それが危ないから医療機能評価機構で客観的な審査をするわけです。医療機能評価の結果は、インターネットでどんどん引っ張られるようになってきていますから、そういうものを是非ご活用いただきたい。

それから私は、病院というのはやはり入院患者に特化すべきものだと思って一生懸命やっているのですが、それでもたくさん患者さんが来てしまうのです。困るのです。困るので、何とか「あなたは風邪ひきだから」「あなたは昨日の宴会で少し食べすぎて腹下ししたのしょう」ということを申し上げると、「俺は専門家ではないのだから、悪い病気だと思って来たのに何が悪いのだ」と叱られてしまうことがある。一般の方の医学知識というのは、そういうことを言うと言し訳ないのですが、まだまだ進歩していないところもあります。

私は外国人のドクターによく「日本人は血液型で性格がわかるなんて、本気に考えているのか」と言われて、つい困ってしまうことがあるのです。でも、お医者さんの中でも血液型で性格的に相性があると思込んでいる人もいらっしゃるし、おそらくそちらにいらっしゃる方も「血液型が俺は何型だから、性格はどうだ」とおっしゃられていると思うのですが、そういうことを言っているのは日本だけなのです。私どもの病院は、おかげさまで大変信頼を得ていますし、医療機能評価も通りましたが、医療機能評価が通って、ちゃ