

## 規制改革会議 重点事項推進委員会 会見録

日時：平成 19 年 11 月 27 日（火） 11:45～12:00

場所：永田町合同庁舎 2 階第 2 共用会議室

○事務局 お待たせいたしました。それでは、記者会見を開かせていただきます。

○松井主査 今、傍聴していただいたとおりで、3 年前の平成 16 年、当時の小泉首相が混合診療を実質解禁すべきだとおっしゃって、それを受けて厚生労働大臣と規制改革担当大臣がいわゆる基本的合意をして、解禁に向けていろいろ措置しようということで決まりました。

これを受けて昨年 10 月には、それまでの特定療養費制度を保険外併用療養費制度に代えて、例えば高度先進医療については、薬事法の枠内運用を課長通知によって義務付けるという、基本的合意にはなかった極めて強い制約を課して実質的に運用できないようにしてしまった。保険外併用療養費には評価療養と選定療養があります。評価療養というのは、将来、保険収載を考えて混合診療を認めるものを限定列举で決める。選定療養というのはアメニティーです。こういった制度変更を去年の 10 月に行って、厚労省はそれをもってちゃんとやっているのではないかという論法なんです。御存じのように地裁で、少なくとも法律的には全然根拠がないという判決があり、それも踏まえて、今日、公開討論を行ったわけです。

お聞きになってお分かりのとおり、彼らの主張は 3 年前の議論と全く同じです。もっと言うと、混合診療禁止の論理は破綻していると我々は思っています。今日の討論で改めて、混合診療問題については評価療養制度の改善というレベルの小幅な改革ではなく、実質解禁という根本的な改革をする方向で、規制改革会議として取り組みたいと決意しました。

そういうことで、皆さん、御質問をお受けします。よろしくお願いします。

○朝日新聞（山川） まさにおっしゃったように、2004 年にあれだけのことをやって、こういう形になっているわけです。それで、答申に盛り込むためには、当然、相手方の了解が必要になってくるわけで、ただ、今日の話聞いても、おっしゃっている 3 年前の状況とそんなに変わっていないという中で、これから 12 月末に向けて、一体、どういう武器を使って、どういう形で厚労省側と折り合っていくのか、進めていくのか。どういうことを考えていらっしゃいますか。

○松井主査 基本的には一切の妥協をせずに取り組んでいきます。つまらない形で折り合いをつけるつもりは毛頭ありません。徹底的に、これは解禁が原則だと主張していきます。

勿論、その場合、折り合いがつかないかも知れない。最終的には政治判断となるでしょう。先ほどの議論、お聞きになってお分かりになったと思いますけれども、官僚の受け答えは安全性だ何だと言っている、議論を単にはぐらかしているだけです。こんなことを延々とやっても、神学論争を繰り返すだけで、解決しません。最後は政治判断だと私は思っています。

○朝日新聞（山川） つまり、こういった形の議論を通じて世論を喚起するなり、表して、最終的に政治判断に持っていきたいということなんですか。

○松井主査 そうです。政治判断をする際の最大のベースは国民の判断というか、考えでしょうね。

混合診療の問題をきちんと理解した上で考えている国民は、残念ながら、まだ少ないと思います。例えば先ほど議論になった金持ち優遇論は、混合診療の解禁を議論する上で必ず反対派が主張して、今の格差問題とも絡めて、国民感情を煽りますけれども、先ほど福井委員が縷々述べたとおり、まさに逆です。実態は、混合診療禁止の方が弱者を痛め付けているということを、国民にきちんと問いかけ、正しい理解の下で世論が形成された上で政治判断をしてもらいたいと思っています。

○朝日新聞（山川） この件について、岸田大臣から今まで何か話とかは。

○松井主査 それも含めてやるということです。

○朝日新聞（出河） 3点ほどお尋ねします。

1点目は、規制改革会議としての全面解禁のゴールなんですけれども、3年前は臨床研修病院レベルの病院には、いちいち届出をさせないで自由にさせたらどうかという御提案が。

○松井主査 高度先進の方ですか。

○朝日新聞（出河） 高度先進とは限っていなかったと思いますが、そういう提案をされたと思いますが、今回、混合診療の全面解禁とおっしゃっているのも、大体、そのレベルのものと考えていいのでしょうか。

○松井主査 実質的な全面解禁です。正確には、解禁というより、禁止解釈および措置の白紙撤回です。

○朝日新聞（出河） もう一点ですが、さっき審査管理課長との議論がかみ合っていなかったような気がするんですけれども、全くの新薬の場合、コントロール群を置いて薬を評価するというのが治験のやり方ですけれども、患者さんは必ず実薬を使いたいわけなので、そうすると、偽薬を使って統計学的な有意性を証明しなければいけない、それが治験のやり方であるという説明が厚労省からあったんですけれども、混合診療を解禁すると、患者のニーズに従って臨床現場で薬を使っていくという中で、ああいう厚労省の説明に対して、規制改革会議としては混合診療をやっても科学的データは蓄積できるというのはどういう理由からなのか、御説明いただきたいんです。

○松井主査 阿曾沼さん、どうぞ。

○阿曾沼専門委員 これは当然、ある一定のルールにのっとる必要があると思いますけれども、混合診療による医療に関してはきちんとデータギャザリングをしていく仕組みを作ることは、当然やっていかなければいけないと思っています。

例えば治験のルールに則ってのランダムイズされたデータで比較試験をするとすると、恐らく大量のお金と期間がかかりますから、そういったものが例えば再生医療とか細胞医療などのすべての医療に適用できるかどうかというのは今後きちっと検証していかなければならないと思いますが、あくまでもルールにのっとって、後で分析可能な診療データギャザリングをしていく仕組みというのは当然必要になってきます。それがあって、初めて有用な臨床データとして蓄積されていくわけですから。

○朝日新聞（出河） 福井先生は、適用外診療のことを念頭に置かれておっしゃっていたと理解していいですか。

○福井委員 そうです。

今の御質問に補足しますと、要するに偽薬とそうでない群がいるというのはそのとおりなんですけれども、今は結局、モニターを募集したりして、結構、苦勞して治験者を探すわけです。混合診療の場合であれば、まさに治験に協力してくれる人を探す中で、少なくとも今よりはサンプルが増える。これは逆のベクトルはあり得ないということは間違いないと思います。

○朝日新聞（出河） 最後にもう一点だけお聞きします。

さっき、保険診療の中へどんどん入れていくと医療費がふくれ上がるのではないか。それに対してきちんとした説明がないのではないかという御指摘があったかと思うんですけども、これは混合診療に一定程度、公的な医療費の膨張を抑制するという効果を規制改革会議としては期待しているということなんでしょうか。

○松井主査 我々が厚労省に代わって医療費の膨張抑制策を考えるというのは筋違いだと思います。私は、医療費と公的負担というのは分けて考えなくてはいけないと思っています。

医療費全体というのは、高齢化と医療の高度化によって上がっていくのは一般的には当然の話だと思っています。だから、そういう意味では、公的負担と医療費全体の問題をイコールで結ぶ議論、特に日医はすべての医療を保険収載しろといった話をよくしますけれども、それができるのであれば理想的ですが現実的ではありません。日経の論文で述べましたけれども、技術が進むと多品種少量生産というのは当たり前なんです。

そういう意味からすると、ある特定の人たちに効くけれども、ほかの大多数の人たちには効かないとか、保険収載にどうしても馴染まないケースが出てきます。そういうケースについて、すべて保険で負担できればよいけれども、現実問題として、配給制度のような、個々のニーズを無視した形で本当に維持できるのか私は疑問に思っています。個人の多様なニーズを満たすために、柔軟性をもたせなくてはいけないのではないか。こういう中で、実は混合診療というものを位置づけたい。こういう議論なんです。

一方で、先ほど医療が高度化すれば医療費は一般に膨らむと申し上げましたが、例えば質の医療を目指して包括払いを進めれば、必ずしも医療費が高くなるとは一概に言えなくなります。少なくとも、質の医療を追求することは方向性として正しいと私は確信していますが、混合診療解禁も方向性として同じベクトルだと解釈していただければいいと思っています。

○草刈議長 それから、付け加えますが、さっきほどこちらから質問したように、それでは、そういうものをいろいろ保険収載していくとどれくらいお金がかかるのかを予測していますかというのは、そのポイントですが、私どもが調べたところによると、今まで収載されたことによって起こっているコストというのは極めてネグリジブルです。それを確認したくて今日はああいう質問をしましたが、それによって医療費が、あるいは保険の適用になるコストがふくらむということではないと私どもは理解しているのが1点。

しかも、あれだけのゆっくりしたテンポで、六十幾つかの中でそういう申請があったものを、平成17年に例の課長通知が出たこともあって、3分の1しかアクセプトしていないわけです。だから、その程度しかやっていないんです。

○松井主査 4分の1です。平成17年6月から平成19年10月までの届出数87に対して22しか

承認されていないんです。

○草刈議長 あのテンポでやっているわけですから、要するにそんなに医療費がふくらむということとは考えられない。

ただ、私はどんどん保険に収載したらいいと思うんですが、それと、医療費の削減合理化という問題は全然別の問題として大きな問題としてあって、室長さんが物すごい努力をしていますと言っているけれども、こちらに言わせれば冗談ではない、レセプトのオンライン化ですらできていないではないか、何をやっているんだ。それで12月中に早く出せと言っているのに、まだ出てこないとか、それから、カルテのオンライン化というのが1つある。

それから、包括払い方式、さきほど松井主査が言われたような方法についてはもっと進めなければいけない。それによって、今度はジェネリックという、いわゆる後発医薬品がどんどん使われればコストも安くなるという、そちらの方の問題は別途、真剣に考えるファクターは幾らでもあります。ですから、これをもって、コストを圧迫するという論拠はほとんどないと私は理解しています。

○福井委員 更に補足申し上げれば、医療費の総額自体は余り本質的な問題ではないと思います。医療費については、主査からも繰り返し申し上げているように、医療の質、健康に対するニーズの高まりというのはあるわけでありまして、それ自体やはり、だんだん豊かになればなるほど健康水準を高めようという国民ニーズは高まるわけでありまして、それに応じた医療費の増大というのは当然あるわけです。

医療費そのものではなくて、混合診療の論点で特に重要なのは、混合診療が前提とする国民皆保険の健康保険財政の逼迫なり破綻をもたらさないということが重要なわけです。保険そのものは対数の法則でリスクの分散の仕組みとして成り立っているわけですから、みんながみんなに保険給付をしていたら、保険財政自体が破綻する。結局は、みんながまともな医療を受けられなくなるということになるわけでありまして、そこを調整するのが、この混合診療でもあるわけです。少数の人にしか効かないとか、副作用が極めて多いけれども、その患者には間違いなく副作用が少なく効くというような薬や治療法があったときに、それは保険でなくて、その人のまさに追加的負担で賄われるべきものなんです。それが混合診療の本質的な部分でありまして、財政についての言わば安全装置として絶対必要なものだというのも一つの大きな論拠だと思います。

○松井主査 今日、厚労省の主張によってはっきりしたのは、彼らが「必要かつ適切な」と言う場合の必要性とは普及性だということです。我々は必要性と普及性は全く違う概念だと思いますけれども、彼らは普及性をメルクマールにして、すべて医療を考えている、というとんでもない発想を持っているということです。

○福井委員 それは少数の患者の人権はどこかに行ってしまう、という議論につながるわけです。仮に5%、10%しか普及していなくても、その人たちには物すごく効いているというのであれば、8割とか9割の普及率になるまで、彼らをそのまま使わせないで放置してよいということには、患者の人権から見ても絶対ならないというのが我々の立場です。

○松井主査 ほかにいかがですか。何なりとどうぞ。

これは、国民的な議論として大いに盛り上げてもらいたい。国民一人ひとりにとって極めて重大

な問題です。今日は原告の方がいらっしやっていますけれども、将来、国民誰でも同じ立場になる可能性を秘めていますからね。

○福井委員 ちょっと補足です。今日、私、3年前と比べると新たに明らかになったことが2点あると認識しています。

大きな第1は、厚労省の御主張にあるように、保険診療の効果が減殺されるとか、かえって有害だということについて、ニーズを踏まえた実態が実は全然調べられていなかったことが驚きでした。これは3年前の議論では判明していなかったことです。

もう一つは、タイムラグの間に切迫したニーズを持って、場合によると命を失いかけている人が試したい医薬品が、保険収載が簡単にできるわけでもなく、厚労省の何とか研究会による認定がそれほど簡単にできるわけでもなく、実際に私どもの耳には非常に多く切実したニーズで、だけれども、何としても保険外診療は併用できないんだ、という声が入っているにもかかわらず、その実態についても、残念ながら余りよく御存じない。ましてや、数値的に、実証的に調べられたという、切迫したニーズについての把握もない。この2点目も驚くべき事実であって、これも3年前にはわからなかったことがわかったと思っています。

○松井主査 どうぞ。

○阿曾沼専門委員 今までの価値観の中で、例えば新たな医療技術をすべて踏まえたような薬事行政をすとか混合診療の問題を考えるということはもう限界が来ているんだろうと思います。これからの医療というのは、当然オーダーメイド医療とか個別化ということが非常に重要になってきますし、例えば厚生労働省が言うように普及度というものを重視するなどの考え方も合わなくなってくるのではないのでしょうか。薬事所得の問題に関しても、今後、新たな医療技術として出てくる、再生医療などでは自己細胞を自分自身に適用するわけですから、通常の医薬品のように不特定多数に適用するのは本質的に変わってきます。これについては、まだ日本では治験制度の枠組みの中で確立していないですね。ですから、今の薬事取得における治験制度の中で議論して、薬事承認できていないから混合診療になるからだめだといったときに、今後の医療技術の発展を阻害して、制度としてずどこかで崩壊すると思います。今、この混合診療問題というのは、今後の医療技術発展を考えた上で一つの大きなトリガーになっているとも思います。あと、皆さん、2006年5月12日の先進医療専門家会議の議事録をじっくり読んでいただいて、先進医療専門家会議は本当に専門的かつ科学的な議論を具体的かつ十分に時間を取って本当にしているのかというところをやはり検証していかないといけないですね、専門家の委員の先生たちだって物すごく不満がたまっています。これが一つひとつの議事録に如実に表れているんです。ですから、一線のドクターは、この行政の閉塞感に対しては非常に大きな怒りを感じていると思います。

○松井主査 まさに不作為というべきです。

どうぞ。

○社会保険旬報(大塚) 厚生労働省の方から、安全性・有効性が確認されていない医療に対して、初・再診料などで保険料や税などによって値引きされるということに問題があるというような局長からの発言があったと思うんですけども、保険者など保険料等を出している立場の人たちは混合

診療に対してどのように考えているかとか、ごらんになっているかという点についてはいかがでしょうか。

○松井主査 何かありますか。

○草刈議長 保険者といっても、結局、いわゆる健保組合に限って言えば、基本的な運営は、企業が半分出して、サラリーマンが半分出してやっているわけでしょう。ですから、半分は勿論、患者というか、病気の可能性を持っている人たちの組織ですね。だから、そういう声を出している患者たちをサポートするのは当然だろうと思いますし、保険者の意見を聞いたかという意味ですか。

○社会保険旬報（大塚） いえ、安全性・有効性が確認されていない医療に対して、初診料・再診料という形で、完全に自由診療ではなくて、そこには保険料とか税金が入っているという。

○福井委員 今、議長が申し上げたように、健康保険組合なりの立場の方から、混合診療が解禁されたら保険の効果が落ちるとか、保険の有効性が損なわれるとか、安全性が損なわれるというような議論は、少なくとも私は寡聞にして聞いたことはございませんし、そういう声が起こるとは想像もしていません。むしろ、それは患者の利益をも守るものだし、健康保険の趣旨を増進するものだと私たちは考えます。

なぜならば、先ほども繰り返し議論になっていましたけれども、勿論例外はありますけれども、現場の圧倒的多数の誠実な医師が、まさに患者の命や健康を救うために最善を尽くして適切な治療を行うと仮定するのが自然でありまして、彼らが不適切な民間療法や、あるいは効き目のないような治療にやたらと走るというような想定で保険の意味がなくなるというような議論には、到底私もは賛成することはできないということです。

○阿曾沼専門委員 今の議論は、例えば初診料・再診料を取ることはけしからぬという話ですね。だけれども、保険指定であり、保険医療機関としての病院に対して患者が医師に、いろいろな自分の治療法を考えて、いろんな選択肢を提示してもらって、ドクターと議論をするための初診料・再診料というのは当たり前には払われるべきです。

今までの議論は、基本的に保険収載された医療がすべて正しい医療で、保険収載されていないものが悪の医療だという論理なんです。聞いていてそう思いませんか。そんなことがあり得ますか。保険収載されるかされないかというのは、違った局面で、例えば行政の事務手続き上のタイムラグや治験のための経済的困難性があるって収載時期が遅くなっているものや、そもそも今の薬事制度にはまらない医療技術であるなどの側面があるわけです。

○松井主査 因みに、世界で売上げ上位 88 銘柄の薬のうち、日本では 28 銘柄、実に 3 分の 1 ぐらいが保険で認められていないんです。世界中で使われていて、例えばアメリカでは全ての銘柄が、イギリスでは 1 銘柄を残して全ての銘柄が市場に出ています。でも、3 分の 1、28 銘柄も市場に出ないなどというケースは、先進医療国ではどこにもないんです。この 28 銘柄について使用したら、日本の場合は、他の医療行為を含めて保険が支給されなくなるんです。これ異常だと思いませんか。その薬も保険で払えと言っているのではないんです。その薬は自腹を切るから、それ以外のものは保険を適用してくださいと言っているに過ぎないんです。この主張が混合診療を認めるという議論ですからね。当たり前の議論を延々とこれまでやってきたんです。それでも、まだ結論

が出ない。患者・国民の大多数は、この実態を知ったら怒ると思いますよ。

○阿曾沼専門委員 例えば今年の6月、7月にシカゴでASCOというがん治療の学会が開かれて、世界から発表が行われています。そこにおける抗がん剤のコンビネーションのほとんどすべてが日本では実用できないんです。そういった治療を積極的にやりたいと思う。患者だって、どんどん自分の情報の非対称性をなくすためにいろいろな世界の情報を集めてドクターと相談している。そういう人たちが治療できないということがどんどん拡大している。医療現場は本当にそうです。特にがんの医療現場というのは非常にそういうことで、医療者が困っています。

○朝日新聞（出河） 今の松井さんのお話は、日本が国際共同治験にも入れないとか、治験の基盤整備が遅れているという問題も理由になっていると思うんですけども、さっき、混合診療の中でデータを分析できる仕組みを考えたいとおっしゃいましたけれども、もうちょっと具体的に知見とか臨床研究の在り方について提言をされる御予定はありますか。

○松井主査 アウトカム情報の促進というのも、当然、今回の医療TFの一つの重要テーマなんです。

○朝日新聞（出河） それは12月に出来るんですか。

○松井主査 出します。

○東京新聞（日比野） お医者さんにもいろんなレベルがあると思うんですが、今の日本の医師の平均的な考え方としては、多分、混合診療を全面解禁にせよということまでは行っていないと思うんです。その一つの例として挙げれば、医師会が前と同じ主張で、医師会を日本の医療者の代表とすべきかどうかは別として、一応、大きな組織ですから、それは反対している。これについては、どういうふうにお考えですか。みんな現場がわかっていない、あほな医者ばかりだということですか。

○松井主査 世の中はいろんな意見がありますからね。

○東京新聞（日比野） 一応、今、組織として反対していますね。これについてはどういうふうにお考えですか。

○松井主査 困ったものだと思います。

でも、医師会がすべてではないし、医師の唯一代表でないということは当たり前の話ですね。いろんな意見がありますね。

○東京新聞（日比野） 勿論、それはわかっていますけれども、一応、理事会決定でそういうものを出してくるし、かといって、それでは病院会だとか何かが混合診療に対して全面解禁を求めるといって意見書を出しているわけでもないわけですね。今のところ、日本の医療関係の団体で態度をはっきりさせているのは、曲がりなりにも、いいか悪いかは別として、医師会だけだと思うんです。

○福井委員 先日の患者団体あるいは清郷さんを直接ヒアリングにお呼びしたときの議論は聞かれていますか。

○東京新聞（日比野） いえ、その話は聞いていません。

○福井委員 そのときにも、会議途中でその点が話題になりましたし、直後の同じような記者会見の場でも似たような議論があったので、念のため御紹介申し上げます。

これは我々ではなくて、清郷さんやそのときに見えた患者団体の方々の、なぜ医師会が反対するのかという解釈は、医師会の構成員の中にはそういう最先端の治療とかを必ずしも勉強してなくて、中には怠惰な方もいる。怠惰な方にとってみれば、一部のよく勉強している医師が混合診療で患者を獲得するということが面白くないからではないかという推測を何人もの方が述べられていました。

その推測が正しいかどうかは判断できませんけれども、動機づけの問題としては、混合診療を進めたいというような方は、實際上、大学病院の方とか大病院の勤務医の方について調べてみれば、私どもが主張していることを支持される方が圧倒的多数です。医師会の構成員の方は、圧倒的多数が開業医の方です。その開業医の方々の利害と、勤務医や大学附属病院の方々の利害とは違うかもしれないということについては、推測として成り立ち得ると思いますし、いみじくも患者団体の方が異口同音に言っておられたことには重い意味があると思っています。

○松井主査 重要なのは、やはり国民側、つまり患者の方の解禁を求める声は極めて多いということです。

○東京新聞（日比野） 勿論わかるんですけども、私はどちらがいいか悪いかではなくて、ただ、そうだったら、今度、例えば病院関係の方から反対の意見が出てきてもいいわけですね。それが出てこないというのはどういうことか。

○福井委員 既に発表されていると思います。

○草刈議長 出てこないというよりも、まだ私どもは話していませんが、3年前のときに東大と京大と阪大の三病院長から、混合診療について解禁を求めるというのが私どものところと厚生労働省に届いております。ですから、それが大幅に、180度違わない限り、先端的な病院は明らかに混合診療の解禁を求めていると私は理解していますが、しかし、まだ時間がありますから、その辺のヒアリングはやはり、今回またやる必要はあるとは思っています。

○東京新聞（日比野） 例えば国立がんセンターの中でも、医師の中で解禁せよというのとだめだというので2つに割れてくるんです。先ほどおっしゃられた乳がんの件で、やはり解禁した方がいいという方は確かに何人かお見えになるんです。それで、反対の立場の方もまたお見えになる。だから、ああいう最先端の医療をやっている中でも意見が必ずしも一致しているわけでもないんです。

○松井主査 いろんな意見があるのは承知です。その中で我々は解禁してくれと言っている側です。我々以外にも解禁すべしという国民・患者がたくさんいるわけです。我々以外に組織建てて意見が言えないから、消費者側の立場に立って意見しているんです。

だから、最終的には世論がそれをどういうふうにするかです。勿論、100%賛成だとか、100%反対だなどと、そんなことはありません。それを斟酌して政治判断するのが民主主義ではないですか。こういうことです。

○阿曾沼専門委員 今、そこが非常に問題なんですけれども、それでは、保険診療で認められている医療を組み合わせる中では100%医療安全や効果を合意の上でやっていますか。例えばあなたが前立腺がんになったときに、手術しますか。放射線治療しますか。ホルモン剤を使いますか。どの抗がん剤を使いますか。これは保険医療機関で保険収載された保険の治療であっても、医師の

治療技術の選択は違います。ですから、それは混合診療だから意見が分かれるという問題ではありません。これは医療が本質的に持っている問題です。

○東京新聞（日比野） 私が言っているのは、皆さん方がどう考えているかを聞きたかったんです。

○阿曾沼専門委員 医療は全体主義、全員合意では現実にはできていませんからね。

○草刈議長 基本的な問題ですから、1つだけ申し上げておきますけれども、要するに、この医療問題だけではなくて、私たちが一番考えなければいけないのは、医師がどう思うか、あるいは医師会がどう思うか、病院がどう思うかではなくて、国民が、つまり医療で言えば患者さんたちの立場に立って、どういうものがベストの選択であるかということなんです。

例えば農業の問題もそうですし、教育の問題もそうです。つまり、役所がどう思うとか、学校がどう思うとか、あるいは農協がどう思うか、それも大事というか、そういう意見もいろいろあるでしょう。しかし、やはり基本的には、やる気のある農業者とか、あるいはいい教育を受けたい国民の人たちとかそういうものに視点を当てて、その立場で物事を考えていますから、今回については患者さんの立場というのが一番重要なので、医師会が何を言おうが、あるいは病院が何をおっしゃろうが、それは勿論、意見としては私どもの中で謙虚に聞きますが、あくまでも立場は国民の立場に立ってやる。これははっきりしていますので、それだけ理解してください。

○阿曾沼専門委員 国民一人ひとりには価値観も違いますね。多様性がありますね。その多様性があるという世の中を前提としての公平性ということを考えていかなければなりません、やはり個人の選択の権利というものを認めて、個人が責任を持ってやっていこうという医療技術やサービスに対しては、フリーアクセスを担保するというのが医療における公平性だと思います。

○松井主査 一貫した規制改革会議のスタンスです。

○朝日新聞（出河） 今、三病院長の要望書のことに触れられたので確認したいんですが、当時の東大の病院長、前病院長ですけれども、当時の宮内議長に提出されて、その後、厚生労働省の先進医療専門家会議の中に入っていますけれども、その後のインタビュー等で、全面的な解禁というのはやはり弊害がある。厚生労働省が新たにつくったスキームの中で一つひとつ検証しながらやっていくのがいいのではないかという立場を示されていると思うんですが、そういう方々に、この3年間の成果なり評価なりを改めてお聞きになるお考えはありますか。

○松井主査 あります。

○朝日新聞（出河） いつやるんですか。

○松井主査 先日、東京地裁判決が出たことを契機に、混合診療問題を最大のテーマとして掲げました。そういう意味では、2週間前にもヒアリングをやりましたし、これからもやります。

ただ、そうはいつでも、年末答申までは時間が限られています。今日、厚労省との折衝を行いました。これで解決できるなどと楽観視はしていません。いずれ国民的な大議論になると思いますが、その過程で、いろんな人たちの意見を聞くことも可能な限りやっていこうということです。

○草刈議長 それから、彼はそのとき、病院長でした。病院長の立場で物事を言っていました。それから、今度は厚生労働省の審議機関のようなどころに入りました。そこで言う話がどうであろうと、立場としては全然違うんです。厚労省の味方でやっているわけですから、病院長、つまり現場

での発言と、そこでの発言というのが食い違っているからおかしいというのは、そんなことを言われたらね。

○朝日新聞（出河） 会議の場での発言ではなくて、3年前の合意を踏まえてでき上がった仕組みについてどう考えているのかということメディアとして聞かせていただいて、ああいう一定の枠組みをつくってやったことについて評価されていたので、要するに、今、そちらの方々が、3年前、三病院長も出しているではないか。それで全面解禁を求めたものが出たとおっしゃったので、それでは、そういう要望書を出した方々が、この新たな枠組みの運用についてどう評価されているのかということをお尋ねするお考えはありますかと聞いただけです。先進医療専門家会議でどういう意見を言っているとか、そういうことは私は申し上げていません。

○草刈議長 その当時、院長さんだったかもしれませんが、今は現場を離れているわけですね。ですから、私どもがヒアリングすべきなのは、やはり現在の現場にいる院長さんなり何なりということだと理解しています。

○松井主査 あの三病院の要望書を受けて、1か月ぐらい前に現場の医師にヒアリングしています。医療課長が薬事法の範囲内での運用を義務付ける通知を出した結果、先進医療が非常に運用の難しい制度となりましたが、それに高度先端的な医療技術である高度先進医療を吸収させたということで、これに対して、我々は反対の批判的な立場です。これについて、一体どういうことだという問題意識の下に、現場の医師に事情聴取したということです。

1か月前ですね。

○阿曾沼専門委員 そうです。1か月前でした。

○松井主査 これは1人ではなくて、複数の人たちにそういう話は聞いています。これからも聞くつもりです。

○日本医事新報（山崎） 今後、混合診療の原則解禁を求めていかれるということですが、完全に解禁となると、やはり弊害もあるんだという話にどうしてもなってしまうと思うんです。原則解禁を求める限りは、その後のまさに事後チェックの部分をどれだけしっかりやるかという提案がセットでないと、やはり国民の賛同は得られないと思うんですが、その提案については現段階ではどういうふう考えられているのでしょうか。

○福井委員 それは厚労省の問題ではないですか。今日も論点になりましたけれども、医師法を遵守し、効果のある治療を詐欺的でなく行うというのは当然の医師のモラルであり、法的責務です。もし、混合診療で危ない治療が頻発するというのだったら、それは厚労省自身が身をただしていただかないとまずいことです。ところが、きちんとやっていると今日の意見書にも書いてあるわけです。そうであれば、解禁して何の問題がありますかということです。

解禁、解禁とおっしゃるけれども、今回の判決が確定すれば、混合診療について一切の制約をかけることができないという法運用が確定するのです。解禁というのは禁を解くことですが、もともと禁じられていなかったことになる。立法府の意思はもともと禁じていなかったということが、仮に最高裁で確定するようなことになれば、まさにその法解釈で確定するわけです。

○松井主査 もし、そうなったとして、それでも厚労省として混合診療の禁止をしたいのであれば

ば、新たな立法措置を取る必要があるということになります。日本医師会も、禁止のための立法措置をとるべきだと言っています。

○阿曾沼専門委員 あと、もう一つは、すべてのものにルールがあるんです。ルールと罰則があって、初めて世の中というのはバランスが取れるんです。全面的にルールもなくて、罰則もなくて、全部好きなようにやれなどということは、世の中は通らないんです。解禁であって自由にやるということは、必ずルールと罰則がある。やはり、そういう議論をしなくてはなりませんね。

○松井主査 先ほどの質問で、どなたかがおっしゃっていましたが、現在、我々は解禁しろというスタンスなんです。ところが、仮に司法で、今、福井委員が申し上げたような、法律で禁止されていないという判断があったら、今度は逆に、禁止するという立法措置を国民の合意の下に取らなければ、禁止はできないということになるんです。

○福井委員 そのときは、禁止する合理性を論証していただくべき責任は厚労省に生じることになるはずですよ。

○事務局 時間がかかり押してしまいましたので、この辺でよろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○事務局 ありがとうございました。