

規制改革会議重点事項推進委員会 混合診療に関する患者等関係者からの  
ヒアリング 記者会見録

日時：平成 19 年 11 月 15 日（木）11:15～11:45

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、先ほどの公開ヒアリングに関しまして、これから記者会見を始めさせていただきます。

最初に、主査の松井委員から一言ございましたらお願いいたします。

○松井主査 先ほどのヒアリングを聞いていただいたと思うんですけども、この混合診療については、現会議に限らず、前身の規制改革・民間開放推進会議からのメインテーマです。実は、先ほど議論の中にもありましたけれども、平成 16 年、今から 3 年前に小泉総理が鶴の一声と言ったらいいんでしょうか、原則的には混合診療というのは解禁に向けて措置しろという表明がされ、それを受けて、当時の規制改革担当大臣と厚生労働大臣。村上さんと、どなたでしたか。

○草刈議長 村上誠一郎さんと尾辻秀久さんです。

○松井主査 このお二方が 12 月中旬に会って、基本合意をしたんです。そういった形で、総理の意向に沿って、そういった措置を早急にするべきということで、会議の方もある意味では実質解禁のようなトーンでいろんな措置について合意しました。

ところが、その後になって、措置はしたんですけども、簡単に言ってしまうと、ねじれてしまって、例えば高度先進医療については、より規制が強化されたような感じにもなったことは否めない。

そもそも論として、解禁に向けて措置して 3 年経ったんですけども、現実の数字として、例えば保険外併用については、3 年前の平成 16 年には医療技術で 77 あったんですけども、19 年 11 月、つい最近では 123。たかだか、この 3 年間で 40 ぐらいしか増えていないし、もっと言うと、この 2～3 年の間に届出が 87 件。これも随分厳選して届け出ていたと思うんですけども、87 件のうち、何と、ああだこうだといろいろ理由をこじつけて、その 4 分の 1 しか認められていない。

何が言いたいかというと、実質的には混合診療というのはすごく範囲が狭められているというのが実態です。そういった中で、多くの国民・患者がこの混合診療が解禁されていないために、本来受けられるべき医療を断念している。その中のお一人が今回勝訴した清郷さんであり、また、今日ヒアリングに来ていただいた患者さんたちなわけです。

判決文は、皆さんにお配りしましたけれども、憲法云々という前に、そもそも、さっき安念さんがお話ししていたとおり、混合診療を禁止するワーディングはどこにもないではないか、どうしてそういう解釈ができるのかという判決です。厚労省がいろいろな解釈、安全性等々を言っていますが、いずれにしろ、禁止を明確に規定した法律を新たにつくるべき、とまでは言っていないけれども、少なくとも現行の法案ではそういった解釈はできないというのが今回の判決です。

そこで問題になっているのは、この判決は先週水曜日に出たわけですけども、厚労省が高裁に控訴するかどうか。ここが非常に大きなポイントです。勿論、控訴しないとすると、これは全面解

禁ということになりますし、控訴すれば、また延々と議論が繰り返される。これは大いに時間がかかります。その間、禁止解釈に基づく措置に泣いている国民・患者は一体どうするのかという政治的な問題にもつながってくるということになりますので、舛添大臣が一体、この問題について政治的にどういうふうに判断するか。これが注目される。会議としては、是非、大臣に踏み込んでもらいたいという気持ちであります。

あとは何かありますか。

○草刈議長 特にこちらからはないです。

ただ、よく格差問題などが出てきますが、これは格差是正どころか、貧乏人と言うと失礼ですけども、いわゆる一般の、普通の人をいじめるための法的根拠もない措置であるということですから、格差是正ということだったら、こんなことで控訴などするのはおかしいではないかというのが我々の立場です。

○松井主査 そうですね。格差拡大につながるようなことをあえてやるのだったら、それを国民に表明した上でどうぞやってくださいということです。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、質問をお受けしますので、挙手の上、所属とお名前をおっしゃってからお願いします。

○朝日新聞（山川） 今後の議論はどういうふうに展開されて、どういった目途で考えていかれる御予定でしょうか。

○松井主査 規制改革会議としては年末に答申を出すんですけども、もし控訴されなかったら、当然、この問題は解決しますから、それで一件落着ということで、ほかの医師不足等々の問題について重点的にやるということになりますし、もし、これで控訴するという事になったら、引き続き最重要課題として、全面解禁に向けて交渉をするという形になると思います。

○朝日新聞（山川） 控訴をした場合、第2次答申でも何らかの踏み込んだ形で入れていくということになるんですか。

○松井主査 そうです。最重要課題ですからね。

○事務局 ほかにございませんでしょうか。

どうぞ。

○週刊社会保障（内田）今回は患者さんだけだったんですが、医師の方たちに意見を聞くというような場は設けないんでしょうか。

○福井委員 病院側は、もう聞いています。

○松井主査 かなり関係者等のヒアリングは重ねています。

○福井委員 医師の方からも、何名かお話は聞いています。

○週刊社会保障（内田） 医師の方も解禁の方に賛成ということでしょうか。

○福井委員 その方が多かったです。

○松井主査 国民・患者、それから、医師も含めて、これだけ解禁の声が大きくて、日医を中心とした反対論者は一部いますけれども、正直言うと、非常に不思議な感じですが。こういった国民の命に関わる問題であって、延々と議論を重ねて、ものすごく労力を割いているわけですが、既に論点

ははっきりしているんです。今回、新たな論点をつくるつもりもないし、ここは前身の会議でも言っているし、この判決でも言っているし、論点ははっきりしているんです。

金持ち優遇というのと、安全性が担保できないという2点を論拠にして、反対だと厚労省は言っている。でも、安全性については、保険か保険外かという問題ではなくて、医療全般について言うことであって、ちょっと違う問題だろう、分けて考えるべきだろうということですし、もう一つの金持ち優遇は、何で、これが金持ち優遇なんだ。現実に苦しんでいる人たちは金持ちか。そうではないでしょう。実際にその治療を受けたくて、その部分は自腹を切るからと、切実な想いで患者が訴えても、保険外診療を併せて受けるのなら、保険診療分についても全部保険給付を打ち切ると言われたら、それは経済的に耐えられないから、やむなく保険外診療はあきらめるかという話ですから、むしろ逆に、経済的に追い詰められている人たちを、言ってみれば弱者をいじめる措置だろう。

何で、それが金持ち優遇なんだとずっと言っているんですけれども、どうも、金持ち優遇と念仏みたいに唱えて、それが、さっき清郷さんが言ったように、みんなマインドコントロールにかかっているのではないんですかということだと私は思っています。

○事務局 どうぞ。

○共同通信（山賀） 草刈議長にお伺いしたいんですけれども、先ほど控訴するのはおかしいというのが我々の立場だというお話だったんですけれども、そういった控訴をしないでくれという話を福田総理なり舩添大臣なり、政府側にお伝えするとか、そういうつもりはおありでしょうか。

○草刈議長 そういう場があったらしますけれども、ただ、我々が直接、そういうふうに言うというのは必ずしも適切かどうかということです。

厚労省との公開討論的なものも、まだやっております。ですから、そういうことを経て、やはり非常に問題があるという判断をした場合には、当然、そういう行動も取ることは当然留保するということです。

○共同通信（山賀） 要するに、今後、厚労省とまた協議するということですか。

○草刈議長 さっき松井主査が、控訴しなければそれでおしまいだと言われましたからね。

○共同通信（山賀） 控訴した場合のその後の話ですね。

○草刈議長 それはそうです。そのときは、別に控訴したからそれで全面的に終わりというわけではないですね。

○共同通信（山賀） 控訴を取り下げるということもありますからね。

○草刈議長 途中でそういうこともあるし、あるいは我々も、議論していて、最高裁の判決をできるだけ早く出してくれというようなアクションを取るというようなことも可能なわけです。

だけれども、その前に厚労省と話をした後で必要なことは大臣なり総理には話をするということは十分あり得ると思います。

○共同通信（山賀） 控訴期限までは特にアクションを取るつもりはなくて、控訴するかどうかの判断を見た上でまた働きかけを強めるということですね。

○草刈議長 そうです。

○共同通信（山賀） わかりました。

○事務局 どうぞ。

○NHK（徳丸） 先ほどのヒアリングの件で追加でお聞きしますけれども、病院関係者と患者さんと、併せて、ほかに聞いた人というのはいらっしゃるのか。あと、大体、何人ぐらいヒアリングを重ねてきたのか。

そのうち、多くが解禁賛成者だというふうにおっしゃったんですけれども、今日のお三方も、今の規制というのは患者にとってむしろ不利益だというようなトーンでお話しされていたんですけれども、そういう人の割合はどれぐらいいらっしゃったんですか。

○松井主査 集計はしていません。感覚的には大多数が解禁賛成だと思っています。少なくとも患者・国民側はね。開業医は当然、反対派が多いでしょう。勤務医は賛成派が多いという感じです。当会議として、勿論、この件についてヒアリング等々をやっていますけれども、実は、この問題は突然出てきたわけではなくて、数年来、ずっとやってきていまして、その積み重ねでここに至っているわけです。

○福井委員 膨大な量だと思います。特に前身の会議のときには、これ自体が前身の会議の最大のミッションの一つでしたから、勿論、医師会ともやっていますし、解禁賛成、解禁反対、それぞれかなりの蓄積がありまして、その意見分布なりを踏まえて、本会議でもかなりの程度、フォローしてきている。相当な分量でやっています。

○NHK（徳丸） 少なくとも、過半数は取り払ってほしいという人ですか。

○福井委員 だれを取るかによるんです。医師会の構成員の方とかが入ると、ほとんどが反対。ただ、総じて言えば、大病院とか、あるいは勤務医の方とか、大学病院の方とかは、我々の知る限り、反対だという人はほとんど聞いたことがない。

○草刈議長 少し前の話になりますけれども、病院の意見を代表する者として、東大、京大、大阪大学の三病院の院長さんから我々規制改革会議に対して、これを是非解禁してくださいという、いわゆる要望書みたいなものがあります。データもありますから、もしよかったら、それは差し上げますが、そういう意味で、ヒアリングは相当程度終わっていると思います。

ただ、1つだけ申し上げておきますけれども、私どもは裁判官ではありませんから、どちらの立場に立つかという、やはり消費者あるいはユーザーの立場に立って、その人たちの利益をサポートするという立場でやっていることだけは申し上げておきます。

○事務局 どうぞ。

○読売新聞（木下） ちょっと出たり入ったりしていたもので、もしかしたら質問が出たかもしれないんですけれども、今回、清郷さんはリンパ球療法という具体的な治療法を認めてほしいということだったんですが、今、会議の方が把握している限りで、実際にこういう治療法、この薬を使いたいんだけど使えないというような、何か具体的なものを御存じでしたら、是非、教えていただきたいんです。

2004年のときはジェムザールとか、具体的には是非使いたいという薬があつて切実な部分はあつたと思うんですけれども、現時点で直接的にはこういう人たちが困っているというものがもしあれば是非教えていただきたいと思うんです。よろしくお願いします。

○松井主査 本日は退席してしまいましたが、専門知識については専門委員が十二分に把握しています。

○福井委員 リスト化しています。

○松井主査 ただ、言えることは、そんな1つや2つ、3つではなくて、いろんな症例があります。だからこそ、混合診療解禁だという大きな声があるわけで、これが少数の症例だったら、そんなに大問題にはなりません。

薬もそうですし、技術もそうですし、例えば薬品について言うと、さっき、ドラッグラグという問題をどなたかが提起しましたがけれども、世界で売上げ88位までのドラッグのうち、日本では、たしか、その三分の一、28が未承認です。こんな国は他の先進医療国家にはありません。アメリカは全て承認済みですし、イギリスは1つ、ドイツは2つ。28、3分の1も未承認などという国は他の先進諸国にはない。この28というのは、そこら中の諸外国でも当たり前のように、それも物すごく大量に使われている。それが日本では未承認なんです。

○読売新聞（木下） それは抗がん剤ですか。

○松井主査 抗がん剤だけではないです。あらゆる薬です。世界で売上げが88位の中でもこれだけあるというわけです。世界中でごく一般に使われている薬です。だから、そういったことを一つ取っても、多分、保険外診療の対象というのは山ほどあるというふうに理解していただいた方がいいと思います。

○福井委員 前会議のときに、東大病院、京大病院、大阪大学病院の三院長連名で、医学上有効だけれども、今の保険制度で制限されている高次医療というのはかなり膨大なリストをいただいています。例えば生体部分肝移植に関するさまざまなバリエーションですとか、あるいは消化器内科、小児診療、血液など、それぞれ、かなり専門的な治療法が並んでいますけれども、かなりあるということについて医学関係者からも情報提供を受けており、そういうものだとも認識しています。

○読売新聞（木下） それは、2004年の三病院長の申入れ以外でもということですね。

○福井委員 それ以外でもということです。

○草刈議長 いわゆる、薬と医療技術は日々進歩しているわけですから、外国ではどんどん、そういう新しいものが出てくるんです。ですから、2004年のときと今とは全然、対象になるものの数がたくさん増えている。

この前のときは、さっきおっしゃったのは、オキサリプラチンという薬を佐藤さんという人が、要するに特定療養費制度の中に入っていない、これを入れてくださいという、具体的にはそういう話でした。すごくけしからぬのは、それはさっさと、2〜3か月後に入れたんです。ほかのところは全く進んでいない。こういう治験は早くやるとか、いろんな調子のいいことを、合意ではこんな立派な文章を書いているのですが、それが現実に実行されていなくて、むしろ後退するような動きをどんどんして、さっき、そちらに『朝日新聞』の記事がありますが、それでも後退するような方向性にどんどん持っていつているというのが現実で、混合診療の範囲を広げるというのが全然広がっていないということが事実としてあるんです。

○松井主査 『朝日新聞』に出ているものは事実なので、高度先進医療で認められた薬事法以外の

部分について、高度先進医療では認められたにもかかわらず、それが先進医療ということで包括されると、急に薬事法の範囲内という制約が加わってしまった。これも厚労省の勝手な解釈の1つです。こういうことをやっているのはけしからぬというのが我々のスタンスです。

でも、この高度先進の議論は、これはこれで大事なんですけども、もっと根源にある、混合診療を禁止する根拠は何かということで判決が出た訳ですから、我々のスタンスとしては、そもそも論として、官がこういった規制をする根拠がないではないか、本来は患者と医師との間でいろいろ話し合っただけで決めていくという患者の選択権も侵害しているという点で、官がここまで介入するのはおかしいではないかということです。そういう意味で、今回の判決は極めて意味のある判決で、これを受けて、一体、厚労省はどういうふう動くのか、論破できるのか。これに注目したいと思います。

○事務局 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○毎日新聞（佐藤） 先ほどの意見聴取の中で、解禁の仕方でのネガティブリストという話が出たんですけども、この辺をもうちょっと詳しく説明していただきたいんです。

○福井委員 清郷さんの真意は、先ほど既に御説明されていたと思うんですけども、今はやっていい治療が並んでいるわけです。混合診療の対象で、こういうものならやってもいいということで並んでいまして、それが極めて限定的で、話題になればすぐにすっとうるけれども、余り世の中で話題にならないと、できるだけ抑制するというふうに行われているわけです。

清郷さんのおっしゃったのは、むしろこんな悪い治療はどうしてもやらない方がいいではないかというようなものをリスト化してはどうかという御提案ですが、先ほども別室で確認しましたけれども、あのネガティブリストは、混合だろうが保険だろうが、あってはならない治療、ないし効果のない治療についてきちんと明文化するという趣旨であって、混合診療の場合だけいけない治療を取り出すというのは必ずしも合理性がない。御本人からもこういう補足の説明がありました。すなわち、保険診療と自由診療の間にあるものについて、もう一回、事前審査をやって特定するということには限りなく無理がある。そういう意味で、今のポジティブリスト方式は患者の皆さんにとっては望ましいものではない。

せめてやるのなら、ネガティブリストだけでも、それは別に民間療法だろうが、自由診療だろうが、意味のない、あるいは有害な治療をやってよいわけではない、というものが重要です。自由診療の患者はほうっておいていいわけではない。それは保険だろうが、自由診療だろうが、混合診療だろうが、およそ医療行為としてやってはいけないことを禁止事項として決めればいいのではないというのが清郷さんの趣旨で、我々もそれはそのとおりだと思います。

○事務局 どうぞ。

○NHK（徳丸） 要するに、全部が全部、認められたものについて安全性が確保されていないと決め付けるのが許せないということですね。

○福井委員 要するにポジティブリストで決めると、医療技術は日進月歩ですから、世界中のどこかで偉大な発明とか、あるいは革新的な医療技術が生まれているわけです。それをいちいち審査を

して、ゆっくりと後追的に、いずれは保険になりますとか、中間段階では高度先進医療ですというような、言わば裁量の時間稼ぎみたいなことが行われる余地をなくせ、というのが混合診療の大きな意味合いです。

○草刈議長 混合診療というか、保険収載されていないアイテムでやってほしい。これはさっきもおっしゃっていましたが、これは自分で勝手にやるのではなくて、お医者さんと相談しながらやるわけですけれども、そのアイテムの大半はドイツを中心とするヨーロッパ、アメリカというところで認知されたものです。

だから、日本の安全性の方が正しいのか、向こうの安全性の方が正しいのか、それは議論になると思いますが、いずれにしても、全く安全性の確保がされていないようなものまで何でもかんでもやればいいというものでは決してなくて、そういう意味では、今、テーマになっている混合診療のアイテムというのは、そういう外国で認知されたものだということで、お医者さんもそういう勉強をされている方はそういうのを知っていますから、その辺はそれなりの十分な信頼性はあるという認識でいいのではないかと思います。

○松井主査 少なくとも、患者さんは、自分の命に関わる話なので、一番真剣です。それを聞いているお医者さんだって、まともな医者だったら、それは何とかしてやろうと思う。でも、それと全く無関係というか、第三者でしかない国が、これはやってもいい、いけないとあれこれ指図している。それはないだろうという話で、もし安全性を言うのだったら、それは医師法など全体の問題であって、保険診療に限ってという議論ではないはずです。

○福井委員 補足しますと、これも医師会や厚労省によくある議論で、本当に必要な治療だったら保険収載を急げばいいというものがあります。この意見にはくみしません。なぜならば、さっき言ったように、保険収載のためには審査なり一定の時間がかかる。その時間の間に亡くなっていく方もいるかもしれない。だから、基本的に、まだ保険収載の意味での安全性が確認されていない間の、言わば現場の裁量でできる治療は本来絶対必要です。そこを混合診療が埋めているわけです。

更に言えば、原理的に、その患者にとって必要な治療と、保険の対象にすべき治療は一致しないのです。また、一致させるべきでもないと考えています。なぜならば、保険は言わば不特定多数の人で病気のリスクを分散しようという仕組みですから、例えば、ごく少数の人には劇的に効くけれども、大多数のその病気の人には効かない治療法はあり得るわけです。そういうものは保険に入れて、みんなに無駄な、ほとんど効かない薬や治療法を試させることを奨励させるべきである、ということにはならない。

ごく少数の人には非常に副作用なく効くけれども、大多数にはものすごく劇的な副作用があるという場合、少数の人にだけ使ってもらうのはいいけれども、大多数の人には使わせるべきではないから、保険に入れるべきではない。

だから、厚労省が言うように、効くのなら保険に入れるべきだというのは不適切な論理で、本来、その人に必要かどうかと、保険対象にすべきかどうかとは、別の次元の原理原則で決めなければいけない。逆に言えば、ひよっとしたら弊害があるかもしれないけれども、一定の場合には有効だというようなものは、まさに混合診療の領域に置いておいて、個別の主治医と患者との関係で慎重に

使う。しかし、それを保険に入れて、みんなに障害を誘発するようなことはすべきではない。そういう領域をむしろ残すべきです。

だから、必要なら保険収載せよという議論は全く破綻していると思っています。

○事務局 どうぞ。

○毎日新聞（佐藤） あと、今後の段取りなのですが、例えば先ほどおっしゃられた厚労省の公開討論はまだやっていないという話でしたけれども、改めて医師会とか厚労省からこういう形で意見を聴取する場というのはあるんですか。

○松井主査 まだスケジュールは決まっていませんけれども、当然、あるでしょうね。当会議としての最大の関心事は、控訴するかしないかであって、その結果次第ということです。

○事務局 よろしいですか。

それでは、今日はどうもありがとうございました。

○草刈議長 どうも御苦勞様でした。

○松井主査 とにかく、舛添大臣が国民のこういった意見を聞いた上でどういう判断をするかというのは非常に注目している。これだけは強調したいと思います。