

規制改革会議 医療タスクフォース 議事録

1. 日時：平成19年11月15日（木）10:00～11:00
2. 場所：永田町合同庁舎2階 第2共用会議室
3. 議題：混合診療に関する患者等関係者からのヒアリング
4. 出席者：
 - ・清郷 伸人 様
 - ・がん患者支援プロジェクト 三浦 秀昭 様
 - ・がん患者団体支援機構 吉田 道雄 様

（規制改革会議）

草刈議長、松井主査、安念委員、福井委員、阿曾沼専門委員

5. 議事：

○松井主査 それでは、定刻となりましたので、規制改革会議重点事項推進委員会の公開ヒアリングをこれから開きたいと思います。

本日は、保険診療と保険外診療の併用にかかわる問題、いわゆる混合診療問題に関しまして、患者団体の皆様からお話をお伺いしたいと考えております。

つきましては、清郷伸人様、がん患者支援プロジェクトから三浦秀昭様、がん患者団体支援機構から吉田道雄様にお越しいただきましたので、本日はお忙しいところ、こういった時間を割いていただきまして、本当にありがとうございます。

会側の出席者は、私の左におります草刈議長、右におります安念委員、そちらにおります福井委員、それから阿曾沼専門委員、そして主査を務めております私、松井の5名でございます。

まず初めに、草刈議長からごあいさつをお願いしたいと思います。

○草刈議長 今日はお3方に来ていただきまして、大変お忙しい中、また、お疲れもおありになると思いますが、こういうヒアリングの場に出てきていただきまして、本当にありがとうございます。なかなか勇気も要ることかと思いますが、そういう中に出てきていただきまして、敬意を表するとともに、深く御礼を申し上げたい。ありがとうございます。

今日のテーマの混合診療の問題は、既に御存じかと思いますが、この会議の前身である規制改革・民間開放推進会議というもので、2004年に最重要課題ということで取り組んでまいりまして、私があるとき、ちょうど松井主査と同じ主査という立場で、福井先生、安念先生、阿曾沼先生、皆さん、全く同じようなメンバーで取り組んだのですが、結局、12月に規制改革担当大臣と厚生労働大臣の間で、いわゆる混合診療問題に関する基本的合意というのが締結されて、一応、一定の前進を見たということになっていたのですが、その後の経緯を見てみますと、必ずしも大いに前進したとは言えないような中身になっており

まして、私どもとしても、この問題については依然として極めて大きな問題意識を持っておったところでございます。

混合診療そのものが原則禁止という事実は変わりがなくて、抜本的な改革、あるいは進展ということにはなっていないという認識でございまして、依然として、この前の清郷さんの裁判のように、いろんな問題が生じているという認識をしております。

この前の清郷さんの裁判に関しても、多くの報道がなされていますけれども、これは改めて、この問題に向けた、いわゆる解決の機運というのが高まっているというふうに考えまして、本日、このような場を設けさせていただきました。この場におきまして、お3方の忌憚のない御意見を拝聴して、記者の皆さんとともに、真摯にお伺いしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○松井主査 それでは、早速でございしますが、先日の東京地裁判決の原告でございします清郷さんにお話を伺いたしたいと思います。申し訳ありませんけれども、時間が結構限られていますので、10分ぐらいでお話しいただければと思います。

○清郷様 清郷でございます。本日は、こういう機会を提供していただき、お招きいただき、ありがとうございます。

私は、もう報道されていますけれども、単なる小市民であり、同時に転移がんを抱えているがん患者ということでありまして、その立場から発言し、その立場から裁判を起し、そして今も全くその立場は変わっておりません。しかし、私は多くのがん患者の中のワン・オブ・ゼムです。私一人の問題ではないし、私の個人的なことがクローズアップされる必要は全くありません。この問題の本質が私が一番問いかけたいものですから、このような場で本質を論議していただき、正しい方向に進むということが私の一番の念願でございしますので、どうぞよろしく願いいたします。

私、レジュメというのをつくって、なかなかすぐ頭の中に入らないものですから、こういった1枚紙なんですけれども、1番の被害の問題は述べさせていただきましたが、今日は時間もありませんので、2番の「解禁されるべき根拠」という、この会議の一番大事なテーマですね、これについて主に述べたいと思います。

この前の裁判では、裁判長の明快な判決で、国の混合診療を禁止している制度について、明文規定はない、国の法解釈は間違っているという、隙のない、緻密な判決が出ました。これを私は大変感謝いたしますが、同時に、私は専門家ではありませんけれども、これを覆すのが一体どういう論拠でできるんだろうと、最高裁まで行っても、これが覆るんだったら、日本は法治国家ではないと思います。

しかし、医師会とか厚労省は、合理性がある、必要であると、混合診療禁止ですね、これをさまざまな理由を述べております。そして、残念なことに、今まで日本の国民はすべて、厚労省、医師会の言い分を疑わなかったといいますか、私に言わせると、舛添大臣初め、いまだマインドコントロールを受けていると、そうとしか思えません。それをこれから述べます。

まず、ここに申し上げましたけれども、金持ちだけがよい医療を受けるとか、医療の平等性が損なわれるという論拠ですけれども、実際は私が述べることは、ほとんど福井先生が前の論文で述べられておりまして、私はそれを非常に参考にさせていただきましたので、特に先生の論文と変わったことを言うわけではありませんけれども、一患者としての立場から申し上げますと、平等というのは、国民皆保険において、たった1つの保険外を受けるだけで全面的に保険受給権を剥奪されることこそ、まさに憲法に保障された平等権を損なっているのではないかと、それが一番の強い思いです。

そして、金持ちだけがという論拠ですけれども、日本の国というのは自由社会ですね。自分の努力で得た金で保険外治療を受けることが、なぜそのような反社会的なことだと言われなければならないのか。ほかの分野では、教育にしろ何にしろ、ある程度の不平等があります。格差とまでは言わないものの、あります。例えば、私立大学に行ける家庭と、公立大学にしか行けない家庭はあります。なぜ医療だけは共産主義国家のような思想で、絶対平等でなければならない、幾ら金を持っていても、みんなと同じ医療以外は受けてはならないということがまかり通るのか。差額ベッドなどは実際はそんなことに全然反している制度だと私は思いますけれども、とにかく患者としては、そういう理不尽な平等性という表向きの理由というのが全く理解できないし、憲法に違反しているとしたら私は思っておりません。

次に、大事な問題としてよく言われるのが、混合診療を解禁すると医療の安全性が損なわれるということです。しかし、私は、今の方がよほど危険だと思っています。保険だけで国が認める医療は、ある程度それは安全でしょう。しかし、御存じのように、薬害とか医療過誤とかの問題は全部保険医療です。厚労省が認めた薬です。それであれだけ頻発するわけです。一体どこが安全なのかと思います。しかし、建前は保険医療で安全性が担保できるということになっています。

自由診療というもの、民間療法とか、そういったものは安全性については全く野放しなわけです。被害も出ていますけれども、医療の安全性ということを使うなら、本当はそちらの方までやらなければ、国民のことを考えたとは言えない。国民にとって、保険医療でよくならない場合、保険外、自由診療に走ったり、考慮に入れるのは当然のことです。それが、そんな危険な野放しの世界であることが一体、今の行政で安全性を十分担保していると言えるのかどうか、それを非常に問いたいと思います。

それから、よく言われる国民皆保険制度が混合診療解禁によって崩壊させられるという、これも詭弁と思うしかありません。私は幾ら考えても、保険医療機関で保険医が保険医療と保険外医療をやりますよ、そして保険外医療に関しては自費ですよ、あなたが100%持ってくださいよ、その代わりに、保険医療については今までどおり3割効きますよということのどこが皆保険制度を毀損、崩壊させることになるのか。よくよく吟味してください。

そうすると、それは、私は先ほど申し上げましたけれども、それらのものを一つの口実にした、国民全員に対するマインドコントロールで、混合診療は危険だよ、混合診療は平

等ではないよ、金持ちだけがいい治療を受けられるんだという、この論理を展開してきた。そして、申し訳ないけれども、私からすると、皆さん、マインドコントロールがなかなか抜けられない。私も勿論、抜けられませんでしたけれども、自分が被害者の身になると、ある程度見えてくるものがあるんです。

混合診療というものは、通常の保険診療で済む患者さんにとって全く縁のないもの、必要のないものです。しかし、本当に難病、重病になると、ここに書きましたように、日本の保険医療は世界の標準治療とか標準枠とは一致しませんから、そのタイムラグとか、いろいろな問題を考えたら、禁止していることによる被害というのははかり知れないんです。

そして、何よりも申し上げたいのは、さまざまな問題はあります。医療の安全性、平等性、しかし、それをきちっと整備するのはほかの方法で、国民の重大な保険受給権という基本的な権利を奪ってまでやる方法は間違っている。ほかの方法を考えてやってほしい。これが一番の基本です。お時間ですか。はい、わかりました。

以上です。

○松井主査 また後で、いろんな質疑応答がありますので、その際に足りなかった部分はどうぞおっしゃってください。

○清郷様 はい、わかりました。

○松井主査 それでは、続きまして、がん患者支援プロジェクトの三浦様からお話いただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○三浦様 三浦秀昭と申します。私のプロフィールといいますか、どういう患者で、どういうふうに治療してきたのかということから、今の問題について、ちょっと話したいと思っています。

私は2003年の4月20日に肺がんということで告知をされまして、その時点では3-B、手術ができないということです。そのときは47歳でございまして、仕事もしていたんですけども、何も症状というのはなかったんです。社内検査でわかったんですけども、その告知を受けて治療が始まります。放射線治療並びに抗がん剤治療を行いまして、これは本当に保険適用内、シスプラチンとビノレルビンを3クールやりまして、放射線治療も、肺原発非小細胞がんだったものですから、その原発と中核リンパ節に70グレーをかけまして、一応、コントロールできました。並びに検査ということで、縦隔鏡と胸腔鏡という検査をやりまして、8か月ぐらいずっと入院してございまして、落ち込んでいたときもありました。

その治療を行いまして、会社復帰するわけですけども、翌年にまた中核リンパ節の再発をしまして、放射線治療で治させていただきました。またコントロールして戻るわけですけども、運が悪いくことに、翌年、脳転移をしまして、そのときに放射線治療でSRTという16分割のものでコントロールしました。このときには脳神経外科の先生も加わっていただいて、本当にコントロールができたと思います。

私は再発を繰り返しまして、その中で、いろいろな情報といいますか、自分でどうい

治療法がいいのかということをやはり調べるんです。主治医とも、それから、脳神経外科並びに放射線の先生とも、いろいろ話しながら、いろんな治療法を見つけていくということが私もやったことです。

その中で、余り症例がなかったものを私は選んだわけです。脳転移の後、私の体の中にはがん細胞があるというふうに思っておりましたので、抗がん剤治療を行うんです。これは本当は、病院側としては経過観察だったのかもしれないんです。でも、私は、がん難民になりたくないという思いもありまして、ある程度、セカンドライン、サードラインという部分を自分なりに考えて、先生と話しながらやってまいりました。

そのときに使ったのがT S 1とシスプラチンという組み合わせで、これは製薬会社に問い合わせをしまして、相当マニュアルも仕入れて、いろんな比較検討も自分でさせていただきました。主治医との話し合いで抗がん剤を行いました。

その中で、薬をやっている間に、どうしても休薬中、休みの期間があるんですが、白血球が下がるという部分が私は一番問題だなというふうに思っていて、そのときに自己免疫力の活性をしたものを入れたんです。これが今回、保険適用外ということになるわけですけれども、病院を代えて、主治医のいる先生の方も納得をいただいて、話し合いをしながらやったんです。これは私は自分の権利として、選べる権利ということでやらせていただきました。それから、熱も出たり、無菌室にも入ったりもしました。それを繰り返しましたがけれども、2年間、何も治療なく、今の状態でおります。コントロールできております。

そういう病歴の中で、この混合診療の話ですけれども、やはり自分が選ぶというもの、それは単にどれでもいいというわけではなくて、当然ながら先生との話し合いで決めていくものだと思うんです。奏効率並びにその副作用、それから、自分に合っているか合っていないかというものを比較検討しながら、自分の決断として、自分の意思としてやることだと思っています。

そのときに、それが保険適用外なのか内なのかということだと思うんです。保険適用外といっても、当然ながら先生との話し合いでいくわけで、これがいいのか悪いのかという判断をするということが一番の原則だと思います。混合診療をすることによって、今まで保険が効いている部分がすべて効かなくなるとなりますと、今回、私の行った部分についても、T S 1とシスプラチンの中でも、3クールやりましたけれども、大体30万ぐらいで収まっていますけれども、それが保険適用外となりますと、やはり100万とかというふうになるわけです。そこに自分が選んでいくというものを阻害する要素があるというのは非常におかしいというふうに思っています。

それから、もし保険適用外の薬であっても、それを自己責任で行うことによって症例ができてくると思います。そういう意味では、検討されて承認になるドラッグラグの問題もありますけれども、どんどん承認されていくとは思いますが、現在も、私たち末期の患者としてみれば、そういうものを使いたいという要望並びに使わなくては生きていけない

場合もあるというふうに私は思っています。それを認めないということになりますと、はっきり言って、がん難民になってしまうということになるのかなという、その部分が私が言いたいところでございます。

あと、もう一点ですけれども、これをやることによって、いろいろなことがうわさされていまして、保険の枠が1つであって、本当に保険適用の部分がどんどん遅れていくのではないかとかいうことがありますけれども、ここまで新しい治療なり、新しい技術、薬ができてきて、それを承認するに当たって、治験もそうですけれども、症例がたくさんあることによって推進していくということが、がん患者にとって一番有利なことであろうというふうに私は思っております。

言いたいことはいっぱいありますけれども、とりあえず、そういうところで、よろしくお願いします。

○松井主査 どうもありがとうございました。

最後に、がん患者団体支援機構の吉田さんからお願いいたします。

○吉田様 このような発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。

私、がん患者団体支援機構の代表ということになっておりますけれども、がん患者団体支援機構は約60団体が入っております、混合診療の解禁の問題について、いろいろな意見が出ておりますけれども、患者団体の目的、あるいは治療の病歴のことなど、色々なことにおいて、まだがん患者団体支援機構として統一した意見を発表するという段階になっておりませんので、一応、吉田としての発言をさせていただきたいと思っております。

私は、約2年半前に前立腺がんという診断を受けました。自分の治療法を選ぶということに、いろいろ悩みもありましたけれども、千葉の重粒子線治療を選びました。重粒子線治療をする場所が千葉にしかなくて、当時、半年以上待たされておりました。半年、何もしないで待つということは患者にとっては非常に辛いことです。それで、診断を受けた病院でホルモン治療をやりながら重粒子線治療の機会を待っていました。

患者が求める医療がスムーズに与えられない、選択できない、患者の意思に基づいて、患者が自分が望む治療を選ぶということにおいて、その様な治療を受けられる場所がどこにでもあるはずだということを私は考えるわけです。そうすると、そういうことにおいてはやはり混合診療の解禁というものは、安全性の確保だとか、ドラッグラグだとか、お金の問題とか、いろいろな問題はあるにしても、やはり積極的に保険診療と保険外診療の併用ができるということは、混合診療の禁止によって有用な治療が受診できない現在の状態が改善されていくのだろう。そういう状況が広がるのが患者にとって非常に望ましいのではないかというふうに私は思うわけでございます。

もう治療法がないとよく言われます。そういう言葉は「今の治療の現場では言わないよ」と言っていますけれども、現実には私どもの患者会の相談室にも、治療法がないと言われたが、何とかならないかということの相談がたくさん来ております。患者にとっては何かの治療法を探すということは当然の権利ですし、自分が生きていく上においては、そういう

ことは当然の帰結であると私は思っています。

がん患者は、がんと告知されてから、治療の中で、死というものを常に意識しているということです。患者というのは死にたくないし、長生きしたい。そのところをどの様に対処していくのが良いのか。そのときに、過去 20 年間の数字を見ても、がんに罹患された方、あるいは死亡率がこの 20 年、ほとんど変化していないという現状を見ると、何か新しい治療法、先進的な医療を求めるといことが可能ならば、患者にとっては当然の望みであるというふうに私は思っています。

保険で提供される医療を否定しているわけではないし、十分それは患者さんのために役に立っているのですけれども、標準治療といわれる保険で提供される医療だけでは、この死亡率が減らない現状とか、そういうことは改善されているのかというと、非常に問題があるのではないだろうか。そこには先端的、先進的な医療というものが当然必要になってくるであろう。患者視点に立った医療提供の促進という意味からも、そういう場所が必要だろうと思うし、中心的には先進医療といわれるようなものが患者が望む医療に一番近い医療なんでしょう、治療選択の機会の創出ということは混合診療解禁によって、全国のいろいろな治療機関が新しい治療をやれるということ、患者にとって非常に望ましい、非常にいいことだと思っております。

また、そういうことで、ドラッグラグの問題、新薬の問題、あるいは先進医療の問題でも、治験とか、新しいデータの蓄積をしていかなければならないときに、全国どこでもそういう新しい医療がやれるということは、新しい医療の認知というものが促進されるだろうし、いろんなデータの蓄積もあって、患者さんにとっては治療を選択するには非常に望ましい状況になるのではないのでしょうか。あるいはそういう治療を得られる機会があるということは、治療費が高い、混合診療をやることによって、治療費の問題がたくさんあります。そういうことも解決する道がそこにあるのではないかとこのことを考えるわけです。

その様な先進医療が研究医療として研究の現場で行われている限りにおいては、その選択肢は患者にはないわけです。そういう医療が普及医療というようなものになるのには、やはり混合診療の解禁、そういう機会が与えられることによって、患者の意思による選択が十分に行われるようになるのではないかとこのことだと思っております。当然、新しい医療の倫理性とか安全性とか、いろんな問題が出てくると思っております。これはこの議論とはまた別にしていく大事な問題と思っておりますけれども、そういうことは私は常に考えております。

たまたま今回、清郷さんが裁判を起こされて、一審、いい判決をいただきました。こういうことを言っているのか、言っているのかと言っても言っていますけれども、実は、もう随分前ですけれども、厚労省のある高官の方とこの話をお話したときに、法律の一義的な、解釈権は我々にあるんだ、それに異議があるんなら裁判をきなさいということをお話されたわけです。当時、私はそれをする勇気がなかった。それ以上の行動に出なかったわけです。私はやはり、こういう結果が出れば、裁判は二審、三審ありますけれど

も、自分たちがそういう考えをお持ちであるんならば、私はこの辺で矛を納めてやっていただきたいなということでございます。

○松井主査 ありがとうございます。

あと30分ぐらい時間がありますので、これから意見交換に入らせていただきたいと思えます。我々、こちらに並んでいる委員だけではなくて、今日はマスコミの方たちが随分いらっやっています。それだけ国民的に混合診療というのはものすごい関心が高まってきているということだと思えます。先ほど議長からお話しさせていただきましたけれども、今から3年前、小泉元首相の混合診療解禁に向けた指示とそれに沿った合意に基づいて、厚労省がやると言っているながら、3年経って、多くの人たちはもう混合診療の問題は解決したのではないかと考えておられるかもしれませんけれども、実は、実態は、今、お三方がおっしゃったように、厚労省はいろいろ理屈を捏ねて、ほとんどというか、大して進んでいません。

多分、この3年間、相当悔しい想いで、保険外診療を受けられずに亡くなった方も大勢いらっやるでしょう。それは主に経済的な理由だと思えます。受けたくても、経済的な理由でなかなか受けられない。混合診療を認めてくれないからというケースが無数にある、こういう実態を、今回の判決がもう一回クローズアップさせたと、こういうことだと認識しております。そういう意味で、マスコミの方たちからもいろんな御意見があると思えます。できうる限りお受けしますので、意見交換をさせていただきたいと思えます。

それでは、福井さん。

○福井委員 それぞれの皆様方、本当に大変な思いをされてここに至っているのだと思えますが、今回の判決の方向で確定するという個人的には願っています。

安全性についての批判がございまして。混合診療をもし正面切って認めると、例えば、まじないによる治療だとか、あるいは非常に危険な治療がはびこるのではないかとということが厚労省などから大変強く示されております。ちょっと考えますと、混合診療を行うということはこういうことです。保険診療を行っている医師が、その責任の下に、保険診療に加えて、例えば、米国の最先端治療などを付加的に行うことで、より相乗的によい効果が得られるのではないかとかなり責任を持って、真摯に判断したときに行われるのが通常ではないかと思われるわけです。

そういう場合、果たして医師が、患者の方も切実な事情があつてそういうことを御相談されるわけでしょうから、そういう状況において本当にまじないに近いような、危ない、あるいは効き目のないような治療を付加的に行うという可能性が医療現場でありそうかどうか、そういう観点から御意見をお伺いしたいのですけれども、それぞれの皆さんから、もしよろしければお願いします。

○清郷様 全くあり得ないです。考えられません。十分、エビデンスとか、安全性とか、有効性を、いろんな文献で勉強されて、最後の最後の選択としてどうですかと提案されます。お医者さんはね。それは世界的には認められたり、あるいは標準となっているものも

多いんです。ですから、逆に今よりも医療の安全性が高まる方向なんですね。間違いなく。私は一患者としてそう思います。主治医の先生と相談してやる。

今みたいにサプリメントで命を落としたり、民間療法、代替療法に行ってしまったたり、わけのわからない自由診療だとか、そっちの方がよっぽど危険です。それを野放しにするということは、厚労省とか医師会は、それでもうける連中を容認していると思えません。本当に国民の安全性を考えるんなら、それは絶対に、福井先生がおっしゃったように、今、私も望んでいる、保険医療機関で、保険医の指導の下で受ける保険外治療ですね。全然不安もなければ、何もありませんでしたよ。経済的な問題は確かにありますけれども、それはそれぞれの患者さんが自分の範囲内で選べばいいことであって、全くそういう懸念はありません。

○福井委員 ありがとうございます。三浦さんはいかがでしょう。

○三浦様 私も同じ意見です。ただ、患者に対して、実は私も相談業務をやっています、例えば、がんセンターについても、いろんな病院についても、医者に隠れてサプリメントをやっているとかいうのはあります。ただ、今回の混合診療のこの問題については、当然ながら医師免許を持った先生との話し合いで進めるわけですので、そこでの保険が効くもの、効かないものということをお互い納得づくでやるわけですから、まじないとか、水とか何とかという部分についてはあり得ないというふうに思います。

○福井委員 例えば、何か外国でやっているようだという理由で、まじないまではいかず、医療技術だけでも、十分な副作用を調査せずに進める、というようなことは起こり得るということがございませんでしょうか。

○三浦様 それも私はないと思います。というのは、ここまでインターネットが普及しまして、自分の命ですので、それだけ調べますし、自分でも調べますし、正しいかどうかの判断というのは個人一人だけではなくて、複数の人間と相談をしながら進めると思います。私は英語も得意ではないですけれども、文献についてはアメリカもドイツも見ますし、世界ではどうなんだろうかということを入り込んで、先生との話し合いを進めるというふうなことだと思います。

○福井委員 三浦さんの団体でもそういう情報は御相談業務なりを通じて提供されておられるということですか。

○三浦様 私の行った、並びに私がやったことしか言えないんですけれども、私は医師ではございませんので、これがいいとか悪いとかということとは言えませんが、その部分で相談があるケースもあります。

○福井委員 ありがとうございます。

吉田さん、いかがでございますか。

○吉田様 私も大体、意見としては同じなんです。ただ、そういう危惧がまるっきりないのかということは全く否定し切れない。そういう可能性はあるであろうと思います。ただ、それは現在でもあるわけですし、医師の裁量権というような、わかったような、わからな

いようなところで行われているものもあるわけですが、その議論は混合診療の解禁という議論と別な次元の議論だと私は思うんです。ですから、そこをちゃんと押さえて進めていけば、私は問題ないだろうと思います。そういうことにおいて、いい結果が出ないものは当然、刑事責任・社会責任というような責任がついてくるわけですから、そういうことの議論を同じ場所でするのではなくて、区別してやるべきだということだと思います。

○福井委員 ありがとうございます。

○清郷様 私が全く懸念を感じなかった理由は、先生が自分で調べた情報を全部話してくれるんです。ですから、危険なものもあります。確率です。もしかすると体にダメージがある、こういうダメージがあるという、メリットだけではない、リスクの情報も全部正直に、先生が知っている情報をくれるということが大事なんです。ですから、患者とすれば、選べるんです。私はそれは過激だからやめますとか、それが一番。

○福井委員 リスクと効果を示すというのは、保険治療における選択肢についても同じことが言えるわけですね。

○清郷様 医療ということに関しては全く同じです。

○福井委員 そういう意味では、まさに皆さん共通におっしゃったように、安全性の問題は、保険治療であっても、付加的な治療であったとしても、等しく医師に対して要求されていることであって、混合診療であるがゆえに固有に何か危険性が高まるということはありませんか、おおむねそういう御見解と理解してよろしゅうございますか。

○清郷様 そのとおりです。

○福井委員 ありがとうございます。

○松井主査 清郷さんにちょっとお伺いしたいんですけれども、このレジュメの3行目ぐらいに「2005年10月週刊誌記事によりLAK治療中止」と、ある意味では、こういったことがきっかけになって提訴しようというふうにお考えになったと聞いているんですけれども、具体的に、この週刊誌、別に週刊誌名はおっしゃっていただかなくてもいいんですけれども、一体どういうことが書かれていて、また、提訴とどういう関係があるのか、その辺のいきさつについてお伺いできますでしょうか。

○清郷様 私は先ほど、私のケースはワン・オブ・ゼムと申し上げました。ですから、私は自分の場合というのは述べるべきではないと思っていますので、公知の事実は皆さんで調べていただければいいと思います。私は判決後の記者会見である程度、自分のことを申し上げましたので、それでワン・オブ・ゼムのうちの私のことをお話ししたつもりですから、それ以上のことはどの場でも余り申し上げる気はありません。済みません。

○松井主査 わかりました。すみません。失礼しました。

この記事で私が理解するのは、清郷さんの症例とか、そういう意味ではなくて、一般に混合診療が禁止されているがゆえに、大部分は誠意あるお医者さんだと思いますけれども、患者のためを思って、例えばレセプトを分離するとか、ないしは経理を分離するとか、患者のためにそういったさまざまなことをやっているのに対して、その行為そのものを違

法ではないかと、こういうことを書いた記事だと思えますけれども、逆に考えると、そこまでしないと本当の患者さんのための医療ができないということも言えるのではないかと思います。この現実をむしろ直視し、焦点を当てるべきだろうと思うんです。

ただ、これは清郷さん以外に、私もいろんな人たちから、実は受けたくても受けられないから、お医者さんが一生懸命、いろんなことを工夫してやってくれているのが実態で、こういったことをせざるを得ない日本という国は一体何だろうね、というようなことを聞きます。その辺の話先ほどちょっとされたんですが、そういったことについて、何か御感想というか、そういうことはございますでしょうか。

○三浦様 全くそのとおりだと思うんです。実際に病院を分けたり、時間を分けたり、先生を分けたり、カルテを分けたり、今、電子カルテになっているところについてはなかなか難しい部分もありますけれども、時期をずらしたり、患者が治るがためにはどうしたらいいのかということをやはり考えるわけです。先生も患者もあきらめないということからスタートしていますので、未承認薬についてもそういう取扱いになっているという実態はあると思います。

もう一つは、いろいろな治験を利用したり、いろんな形をしていくわけですが、今回、そのことが認められないということになりますと、逆におっしゃるとおり、すべてが、そういうものが違法になるということだと思うんです。考え方も逆だと思うんです。それをするから保険料が上がるとか上がらないとかということではなくて、患者の命の重さが一番大切だという理解の下に、医師と患者がそういう合意の下に治療を行っている。その中で混合診療が、実質、分けた治療ですとか、出てきているのかなと思います。

がんというのは、単発だけで治るといえるのはなかなか難しいものだと私は思っています。いろいろな治療の相互利用した形ですと、がんというのは克服できないものではないか。その中で、今の混合診療の問題が全部出てくるということかなというふうに思っています。

○松井主査 どうぞ。

○吉田様 そういうグレーゾーンというような中で今、行われているものが、混合診療解禁ということで、ちゃんとした形で行われるということだと思うんです。そういうことでは、この解禁ということは非常に重要な問題だと思います。グレーゾーンの中で、お医者さんが苦勞しながら、患者さんのために何かをしてくれるということは、患者にとっては非常にうれしいことなんですけれども、何か後ろめたさがあったり、各都道府県の保健所などの指導もいろいろ違うわけです。ですから、ある県では許されていることが、こっこの県では許されないとか、いろいろなことがあるわけです。そこにやはりいろんな問題点が出てくる。やはりがん治療というのは、今、三浦さんも言ったように、集学的な治療でないとなかなか治らない現在を考える時に、新しい医療には積極的に挑戦していかなければならない。医療の世界というのは、常に先進医療というものがあって、それが経験を積むことにおいて保険医療とか標準治療に入っていくわけですから、そういう機会が広がる

ということは、私は非常にありがたい、患者にとってうれしいことだというふうに思っています。

○松井主査 今回の地裁の判決をお読みになったと思いますけれども、裁判長が特に主張しているのは、診療行為はそれぞれ個別に判断すべきことで、厚労省が言っているような、ある症例について、診療行為を不可分一体の行為であるから、これはまとめて解釈しているというのが混合診療禁止の最大の根拠だというのは疑問だということですね。その辺について、いかがでしょうか。不可分一体の行為だという、厚労省側の最大の論点としている部分について、実態はどうなんでしょうか。

○吉田様 不可分一体の行為という表現の仕方もないとは言えないと思います。ただ、医療の治療というものは、さっき申しましたが、いろいろな治療の積み重ね、風邪だから風邪薬を出しておけということではない、いろいろな治療の積み重ね、そういうものの中で行われるわけですし、その治療もやはりいろいろなものがあるわけですし、そういうものを不可分とするのか、別々の、こういう治療も必要、こういう治療もということであれば、別にそこは不可分一体と見るべきでないとは私は思っております。

○福井委員 ちょっと補足しますと、厚労省の言い方は、保険診療でやるA診療行為がある、保険外診療であるB診療行為がある、これを混合してやると、AプラスBではなくて、AでもBでもない、全く別のCになる。Cというのは、まさにA、Bが不可分一体ででき上がった新たな生成物であるから、そのCに対しては、もともとAに払うと約束していたはずだから、Aが含まれているとは考えられないので、Cになど給付はしない、という理屈です。そこが不可分一体性の判決のポイントなんですけれども、そういう実感が治療を受けられる患者さんの側で本当にあるんでしょうか。今、こういう趣旨でもあるんです。

○清郷様 治療する側は、保険医療とか、それは保険外とか、特に意識ないですよ。要するに、病気を治すための一連の作業。ですから、その時点でのとらえ方はまさに厚労省とそれほど変わらないです。問題は、判決にあるように、それならなぜ保険が効く部分が毀損されるのかと、ここの1点なんです。その論理は、4回の弁論で向こうが出した準備書面でよくわかったんですけれども、簡単に言うてしまうとこういうことです。

保険外をやってしまうと、その悪影響が保険治療に及ぶから、全体の医療は保険が適用できない、当然だろうと、これが単純な理屈です。私は反論しました。準備書面に書きましたけれども、だれがそんなことを考えたの、医者がエビデンスを持ってちゃんと証明して、しかも1例2例ではなくて、相当多数の例があつて、これはしようがない、混合診療を認めたら保険が毀損されるという明白なものがあるのか、あるなら出しなさいということです。

しかし、裁判長はそこまではいけなくて、ああいう判決になって、Cなどというものはない、要するにAとBということになったわけです。私はその不可分一体という言い分は、医療としては、患者は求めるし、当然なんです。常識なんです。しかし、それを保険と保険でないという問題に行ってしまうと、Cだから保険は使えないという論理は全く破綻し

ている。

○福井委員 まさに判決は、清郷さんの言い分をそのまま認められたということですね。

○清郷様 私の言い分なんでしょうか、とにかく厚労省の言い分は間違った解釈であるということです。私の言い分ということではないと思います。

○福井委員 AとBが足し合わさって、AとBの単純な総和よりももっと治療効果が高くなるのが医療の現場の通常であろうから、それはAの効果を毀損していることにはならなくて、保険の効果もあるんだと考えて、だから保険に対応する給付分の保険給付はあってしかるべきである。こういう理屈でございませうか。

○清郷様 私も法律のことはわかりませんが、そこまでの積極的なことではないと私は思っています。要するに、悪影響というものが本当にあるなら、法をそのように読み取ることが可能、それはちょっと違いますね、悪影響があるかないかの問題とは、エビデンスとはちょっと違う、純粹に判決は法解釈のものですね。

○福井委員 Cの中に、保険給付をもともと予定していたA行為の給付分が含まれていないとは言えないと判決は言ったわけです。そこはまさに今、御主張のとおりということになりませんか。

○清郷様 素人なもので、ちょっとなかなか、まだ判決も読んで。

○三浦様 私は、当然ながら医療者と話をしているわけです。AとBがどういう反発を起こして、どういう悪影響があるということがあれば、それはやらないですね。

○福井委員 効果が減殺される治療をわざわざ選ぶわけがないということですね。

○三浦様 それはあり得ないです。患者もそれだけ勉強して、逆にそういうものをリクエストするわけです。なので、私としては、それが反発し合って新しいCのものができるという部分の理論はないと思っています。

○松井主査 どうぞ。

○草刈議長 混合診療全面解禁という話をすると、必ず出てくるのが金持ち優遇論ですね。ところが、清郷さんは、大変失礼な言い方ですけども、もの凄なお金持ちというわけではないですし、それから、2004年に同じようにヒアリングをさせていただいて、1年後に亡くなってしまいました佐藤さんという「癌と共に生きる会」の会長さんがおられて、この方も決してお金持ちではなくて、要するに、混合診療を認めないために、女房に唯一残してあげられる家売って、しょうがないから今、やっています、こんなことを許しているのは全く憲法違反ではないかというような言い方をされていました。

私は、お金持ちの人は黙っていても自由診療と、保険料なんてどうでもいいから、ちゃんと払うよと言って払えるわけです。けれども、そうではなくて、要するに普通の方、一般の方は、自分が営々として貯蓄してきたものを剥奪されて、なおかつ、全部払わされて、その上に自由診療での高いお金を加算されるということになるわけですから、せめて自分の貯蓄してきた、さっきおっしゃった財産権を、あるいは平等権というものを確保するのが日本の国のやるべきことではないのというところが論点だと私は思っているんです。だ

から、金持ちどうのこうのという話を聞くと、まことに腹が立ちます。

だから、もっと患者団体の方も、佐藤さんもそうだったし、本当に涙が出るほどいろいろ話をしましたが、そういう方々がもっと大きな声を上げて、この判決を機会にやっていたら、もっともっといろんな意味で大きな声になるのではないかと。つまり、金持ち優遇論などという愚劣な論拠はつぶせると私は思っていますが、その辺のところ、三浦さんとか、皆さん、何かお考えがありますか。

○三浦様 私も佐藤均さんの思いがあって、引き継いでというふうに思っています。当然ながら、承認されていない薬という部分があのかのときの論点で、それを早く認めるべきだということ、大腸がんの薬だと思えますけれども、当然それは常時やってもらうのが当たり前だと思うんです。ただ、新しい薬も、新しい治療法もどんどん出てくるわけです。その認可が追いついていないというのが私は現状だと思います。

ただ、がん難民となりまして、治療法がない、もうこれしかないんだというふうになったときは、すべてが保険対象外になるということになると、もう手も出せないという状態になるわけです。複数のものをやるわけですから、その1つだけを入れることによってどれだけの効果があるかというのは、がん難民としては、それを試したくなるというのが当たり前のことだと思うんです。ですので、今の理論と同じで、優遇することになるのかどうかわかりませんが、当たり前のことだと思っています。混合診療でもって、そのチョイスをしたものが1つ外れたとしても、対象になるものは保険でやらないと、今後、進んでいかない。それだからこそ保険の認証が遅れるとかというのは、全然次元の違う話だというふうに私は思っています。

○松井主査 吉田さん、いかがでしょうか。

○吉田様 そのとおりだと思います。金持ち優遇とよく言われますけれども、患者団体として、そこをどう表現する、どう発言していくかというのは非常に難しい。いろんな方々がいらっしゃるわけで、そこにコンセンサスを求めるというのはなかなか難しいところもあるんだと思うんです。特にお金というもので、患者は弱者という感覚を持っている方が。

○福井委員 患者の立場の方でも、混合診療を禁止しておく方が金持ち優遇でなくて庶民の味方になると思われるような方はいらっしゃるんですか。

○吉田様 すべての方と話をしているわけではないですから、いますということは断言できませんけれども、近い意見を持っている方はいないとは言えないですね。

○福井委員 そうですか。それはどういう場合にそういうことが起こり得るんですか。要するに、混合診療禁止が庶民なり、必ずしも所得が高くない人を助けているんだ、ないしは金持ち優遇になっていないんだというロジック自体が、私などはいまだに全く理解できないでいるんですが、どういう場合にそういうことが起こり得るんですか。

○三浦様 ロジックといいますか、それをすることによって、保険で認められる薬の認可が遅れるというふうな副産物的なロジックだと私は思っています。

○福井委員 とりあえず使えているんだから、保険診療に入れろという圧迫というか、圧力が減殺するのではないかという、そういう発想ですか。

○三浦様 ドラッグラグがどんどん逆に自由診療することによってみたいなことになってしまうと本末転倒ですよということなわけです。

○福井委員 それは、審査をちゃんと、粛々と、保険収載に適するかどうかという観点から迅速に行えれば足りる話ですね。

○三浦様 そうです。それをしていくのは当然のことなわけです。でも、そこまで待てるかどうかという話が、がん患者として、もう時間がないところだという話なわけです。

○草刈議長 さっき三浦さんが言われたことは大変重要だと思います。そういう治療をします。すると、実際にちゃんと治りましたとか、あるいは非常にストップがかかったという、いわゆる実績ができます。それが言ってみれば治験に代わる証明になって、どんどん保険の方に収載してもいいではないかという動きになっても当然だと私は思いますが、そういう意味合いでは非常に大事なポイントだと私は思ったんです。

○三浦様 私もそう思っているんです。将来のがんになられる方、国民の2人に1人ががんになる時代で、もう他人事ではないわけです。その中で、いろいろな治療法が試されて、肺がんといってもいろんな種類があって、人によっても全部違うわけです。細かいことを言いますとね。それが実績としてつくられてきて、新たな、次の方が保険の適用になってという部分の症例を持つということはすごく必要なことだと思っています。

○福井委員 症例が増えるわけですね。

○三浦様 勿論、増えるからこそいいわけです。

○福井委員 それに関連して、例えば、反論の一つに、国民皆保険を破綻させるとか、保険制度が危機に瀕するという批判があるんですね。ですが、今、まさにおっしゃったように、混合診療ができないということは、保険診療の枠内でしか腕を磨けないことを意味するわけです。

そうすると、医師にとってみれば、論文で読むだけで、実際にその患者に対して適用して効くかどうかということの確信が得られないままになっているわけですから、事実上、患者にむちゃくちゃな負担を求めなければ、保険外治療の効果の確認等について、保険医ができる可能性は余りないわけです。

そうすると、複合したら非常に延命効果が高まったとか、治癒効果が高まったということ自体のデータも実例も得られない。だから日本の医療は十分に発達しにくい、という批判もあるわけです。

こういう議論について、患者さんの皆さんから見て、主治医の先生なりが、患者御自身の立場の方に、その方に応じた付加的な治療をやる機会を与えてあげれば、もっと腕が上がるのと思われるか、余りそれは意味がないと思われるか、その辺りについてはいかがでしょうか。

○吉田様 それはやはり、そういう機会が与えられる方がいい結果が出てくるのだと思

ます。今、時代が変わってくると、新しい医療の枠組み創出というものはやはり考えていかなければなりません。それはどういう方法かということは今の私には提言できませんけれども、新しい治療が出てきて、患者さんの望む新しい医療を提供するには、もう少し新しい医療の枠組みを、保険とか、そういうことではなくて、つくっていかなくてはいけない、それはどういうものかということは私はまだ、必要だろうというところまでしか考えておりませんが、そういう気はします。

○福井委員 そうしますと、医師の側でも、チャレンジングな治療を試みてみたいという機運は、がん患者団体の皆さんが接しておられるお医者さんなどからは感じられると考えてよろしいですか。

○三浦委員 はい。

○福井委員 医師の側自身が混合診療などはまっぴらごめんだというような雰囲気を感じられるようなことはございませんか。

○三浦様 それはいいですね。

○福井委員 むしろ試したいという方が多いわけですか。

○三浦様 逆に私たちもそういうふうな話もしますので、医師側もやはりその勉強をしますし、勉強と言ったら失礼ですけども、チャレンジするという部分は意欲としてあるでしょうし、そういうふうにしていかないと医療は進まないですね。

○清郷様 混合診療禁止によって、だれがメリットを受けているか、それを考えたら、患者でもなければ、勉強熱心な、まじめな勤務医でもないですね。私の知る限りでは、日本医師会の中にいる、ごめんなさいね、口が悪くて、怠惰で、腕が悪くても、そこそこ今のままもうけたいという、平均年収2,500万ですか、それを確保する人たちだけが、開業医だけが受けるメリットの制度としか思えません。私、幾ら考えても。

○松井主査 開業医の一部ね。一部か、かなりの部分か、よく分かりませんがね。

○清郷様 私、勤務医の先生とそんなにコミュニケーションないですけども、いろんなところから聞いたら、実は解禁というのは大歓迎だ、やりたい、腕も磨きたいし、患者さんのためになると、それは大きな声では言えないんだということです。

○福井委員 腕を磨きたくない方の利益にはなっているかもしれないということですか。

○三浦様 はい。

○松井主査 だから、厚労省の反論は、例えば、金持ち優遇だ、といったことについてはあまり触れていないんです。土壺にはまる懸念でもあるんでしょうかね。それを声高に叫んでいるのは医師会ですね。

○清郷様 本当にそうです、本音は。金持ち優遇というのは表向きの口実で、本音はそこだと私は思っています。

○松井主査 阿曾沼さん、何か。

○阿曾沼専門委員 私も2002年からこの規制改革の議論に加わりましたが、今日のような明確かつ論理的な建設的な議論が行われたということは初めてで、本当に大変感謝をいた

します。多くのことが明確になりましたし、はっきりしたなというふうに思います。皆さんの議論も、それぞれがすべて納得いくし、当たり前のことを当たり前におっしゃっているということを感じるところです。

先ほど草刈議長もおっしゃったように、混合診療というものを禁止することによって、医療の透明性がますます損なわれていく。いろいろな新しい治療技術というものが広く国民に明らかになっていかない。日本は残念ながら今、個々の医療技術が安全か安全でないか、もしくはいいか悪いかを判断するエビデンスそのものが実はないんです。それは、国もきちっとエビデンスを生成するためのデータベースも管理していませんし、それによってエビデンス、いわゆる根拠のある判断ができていないということがあるとすれば、そしてなおかつそれを活用する基盤もできていないということであれば、皆さんがおっしゃったように、混合診療をきちっとやることによって医療の透明性と症例報告や臨床研究が増えていって、透明性が増えていくということが非常に重要だということだと思いました。

それから、医療側というのは、実は多くの医師が真摯に医療に取り組んで、患者のために汗をかいているというのが実態であります。ただ、一方でがん医療専門外の病院の医療者自身が進化するがんの治療というものの実態をほとんど知らないという現実もあるのではないかと思います。皆さんが医療を受ける立場としてそういう現実についてはどうお考えかということをちょっとお伺いしたい。

あと、清郷さんのお話の中で、より合理的なネガティブリストによる規制をすべきだという御意見がありました。これも非常に重要な御意見だと思うんです。治療法というものが非常に多種多様になって、しかも集学的な治療になってきています。例えば、前立腺であれば、泌尿器の先生にかかったときと、それ以外の先生にかかったときで、もしかすると治療の選択が違ってくる。そういった、非常にあいまいな中でまたネガティブリストをつくるということについての不安というのものもあるのではないかと考えます。それについて何か具体的な御提言がもしあれば、ちょっとお聞きしたいと思っています。

○清郷様 まず、最初のことで、少なくとも私のずっとお世話になっている病院の主治医なりドクターたちは、勉強熱心であり、そして前向きであり、情報もすべて話してくれまじ、一度も情報が非対称であることを疑ったことはありません。私の病院は特別な病院ではありませんから、ほかにも何人かの先生を知っていますけれども、日夜、患者の病気を救うことを考えている人ばかりです。そうとしか申し上げられません。

それから、ネガティブリストは、私が机上で考えたことでして、もう一つは、河北総合病院の理事長の河北先生が日経新聞で同じような意見を申し上げ、少なくとも、これも官が関与する余地がありますので、ネガティブリストといいながら、今と全く裏返しみたいになる、そういうことは考えられるんですけれども、余りにも世の患者さんたち初め、いろんな方たちが、さっき福井先生がおっしゃったように、全面解禁すると余りにも危険なものが入ると、実際に全然違う、私、さっきからマインドコントロールされていると生意気なことを言っていますけれども、その論理がまかり通っているんですね。ですから、そ

う言うてしまうんです。100%解禁前の50%ぐらいに、1段階、ワンステップつくってという意味でのネガティブリストのつもりです。

○福井委員　むしろ、さっきも出ていましたけれども、単なるまじないなどを医師がやってはいけないとか、明らかに有害なネガティブリストは自由診療だろうが保険診療だろうが共通でつくっていただくべきであって、混合かどうかの固有のリストにしなくても、用が足りるのではないですか。

○清郷様　今のポジティブリストにこれとこれというのではなくて、医師はリスクも含めて十分患者に情報を提供して、話し合った上でという、そういうものでもいいと思います。

○阿曾沼専門委員　ありがとうございます。非常にそこは重要で、混合診療を解禁するのだけれども、新たな規制がどんどんまた生まれてくるという危険性があるんですね、そういうところははっきり押さえておかないといけないなということになりますね。

○清郷様　そういう意味ですので、官の規制は、これもネガティブリストがなくてできるなら、それが一番いいと思っています。

○福井委員　清郷さんの裁判が仮に確定すれば、混合診療に関するリストも規制も一切なくなるんですね。

○松井主査　今の福井さんの話なんですけれども、お三方に質問させていただきます。今回、東京地裁の判決が出て、厚労省としては、これを高裁に控訴するという報道がなされています。まだ実際には控訴していないようですが、もし、控訴しなければ、これで決着するわけです。決着するということは、混合診療は解禁だということで確定するわけです。最終的に控訴の判断をされる舛添大臣に対し、国民の一人として、原告として、又、患者の立場で、言いたいことをお三方に述べていただきたいなと思います。

○福井委員　控訴する、しないについての御意見なりを、忌憚なくいただきましたら。

○松井主査　舛添大臣も、大いに一般の人たちの意見を聞いた上で判断したいと言っているんですから、これは重要な意見だと思いますので、お一方ずつ。

○三浦様　当然ながら私たちの患者としての気持ちというものもどんどん聞いていただきたいんです。この場もそうですけれども、こういう訴えを聞いた中で判断をしていただきたいというふうに思います。当然ながら、患者として、今回これを認める認めないという部分から言うならば、混合診療を認めてくれという方が絶対多数だというふうに私は思っています。なので、ヒアリングをしてくれということをお願いしたいですね。

○福井委員　控訴についてはいかがですか。してほしいか、してほしくないかという点は。

○三浦様　おかしな話ですけれども、してほしくないのは当たり前だと思います。これで結審だと、私は東京地裁の形でいいと思います。

○松井主査　どうぞ。

○清郷様　官僚の無謬神話にこだわった面子によって控訴などをするのは邪道である。判決内容にどうしても混合診療を徹底的に禁止したければ、法整備をしてください。私に言わせると恐らく憲法にいっぱい触れることになってしまいますけれども、そういう法律を

確立してくださいと申し上げるしかありません。

○松井主査 混合診療を禁止したいんだったら、新たに禁止を明確に規定した法律をつくれ、こういうことですね。

○清郷様 そうです。それをつくり上げて法律を確立してください。それができなければ、無謬神話も、たまには間違えるということで、潔く混合診療全面解禁という道を選んでほしいということです。

○福井委員 それは控訴しないという選択ですね。

○清郷様 勿論です。控訴は邪道です。

○松井主査 どうぞ。

○吉田様 医療を裁判が決めるのがいいか悪いかということは別問題として、今、行政の場でそういう法律を官僚が一義的、自分たちの解釈で決めていくということ、自分に都合のいい解釈で物事を進めていくというようなことが、例えば、患者利益に反するようなことがよく行われるということは、避けてもらわなければいけないと思います。そういうことにおいては、さっきも言ったように、法律で訴えればいいではないかというなら、一審で負けたんですから、二審に行って負けるかはわからないにしても、今までの厚労省、今までの歴史を見てきたらどうですかということをお願いしたいですね。

○安念委員 ちょっとよろしいですか。この判決は、裁判所が医療の中身を決めたのではありません。裁判所が法律の読み方を言っただけです。「素直に読めば、混合診療はだめなんてどこにも書いていない」と言っただけの話です。勿論おわかりだと思います。

○松井主査 それを明確に言って、控訴するんだったら、改めてもう一回、そうではないという理由を述べてください。ただし、冒頭に申し上げましたけれども、この混合診療が解禁されていないがために、何十万、何百万という患者さんたちが、言ってみれば、ものすごい悔しい思いをしていたという、この現実を政治はどういうふうに見るか、こういうことだと私は解釈していますので、すべては舛添大臣がどういうふうに判断するか、ここにかかっているということだと思います。

自分の意見を言ってしまっただけなんですけれども、そういうことだと思います。後で記者会見をやりましても、今日のお三方の御意見について、お三方の時間がもし許すようであれば、最初に言ったんですけれども、せっかく来ていただいているので、記者の皆さんから何か御質問あったら、時間は限られていますけれども、お受けしますので、何なりと。こういうことだけは聞きたいということはいかがでしょうか。

では、今日はお忙しいところを御無理言って来ていただきまして、本当に貴重なヒアリングができたと思います。改めて感謝の意を述べたいと思います。今日は本当にどうもありがとうございました。