

「第5回官製市場民間開放委員会」会議後記者会見録

平成 16 年 10 月 22 日（金）

17:10 ~ 17:45

永田町合同庁舎第 4 会議室

司会 お待たせいたしました。それでは、ただいまより第 5 回「官製市場民間開放委員会」の記者会見を始めます。

それでは、議長、よろしく願いいたします。

宮内議長 今日はお聞き及びのとおりでございますが、規制改革・民間開放推進会議の中の官製市場民間開放委員会という形で専門委員を交えまして、厚生労働省との公開ヒアリングを行いました。それに先立ちまして、私どもから厚生労働省に、お手元の資料にございますように、質問事項を提出しておりました。これを中心に議論をしたわけでございます。

議論の内容はお聞きのとおりでございますけれども、過去何年も議論してまいりました上に総理の御指示というものが出た段階で、私どもの考え方も十分お伝えした上で、新しい論点といいますか一段違った形のお答えを期待していたわけでございます。けれども、今日のところは全く従来の線上的お答えに終始した。というよりも、時期尚早、今後検討するということで、今日のヒアリングはある意味では迷惑であるというようなことだったのかもわかりません。論点といたしまして、厚生労働省は混合診療で求められている行為というのは、医療行為のほとんどの場合、特定療養費制度でカバーできるのだと、それを充実していくという方向でいいんだというようなことに終始しておられました。私どもは、基本的に特定療養費制度ではだめで、患者と医師との間の保険外診療というものに対する信頼関係、情報の提供というようなものから生まれてきたものを、混合診療としてどれだけ取り込むことができるかという議論を持ちたいと思ったわけでありまして。

残念ながら、そのような点につきましては議論が完全にかみ合わないということに終始いたしました。また、聞きようによりましては保険制度というものに、すべての医療行為を取り込んでいくのだというようなお考えも一部出ていたかと思えます。けれども、現在の財政状況、また、保険の特性ということから考えますと、そのようなことは不可能であると私どもは考えるわけでありまして。けれども、まだ、国民皆保険イコール完全な治療という古い方程式が頭の隅に残っておられるのではないかと思わせるような御返事も入っていたかと思えます。

そういう意味で、あとは質疑にお任せしますが、結論として申し上げますと、今日は何のために公開討論をしたのかという思いでございます。全く議論がかみ合わないままで、しかも、私どもは、解禁の方向で前向きに考えるという総理の指示の上で作業を進めようという、これまでで一番前向きのトップ指示が出ているという中で作業を進めよう

としているのに対しまして、厚生労働省は、従来の考え方から一步も出ていない、まだ検討中という、言うならばすれ違いの議論になりました。

最後に、場外でございますけれども、患者さんの御発言もございまして、私どもとしましては、いても立ってもおられない気持ちで今日の委員会を終わったというのが正直なところでございます。

感想だけありますけれども、私からは以上でございます。

司会 それでは、御質問のある方、お願いいたします。

記者 最後の方で、東邦大学の長谷川先生の御発言で厚労省の方に対して、医療の質を確保するのであれば医師免許の更新制などを手段として用いるべきではないかと。診療内容を固定するよりもそちらの方が優先されるべきではないかという御質問があったと思うのですが、これの前提となるのは必ずしも日本の医師の質が確保されていないという御認識もあるようにも聞こえました。

それを前提に伺うのですが、一定水準以上の医療機関に自由にやらせていいのではないかという場合は、一定水準以上というのをどのようなデータに基づき、どのようなプロセスでお決めになればいいとの青写真をお持ちなのか。それをお答えいただきたいのです。

宮内議長 どうぞ。

草刈総括主査 一定水準といういろいろな見方があると思います。

我々には我々の考え方がありますが、まず、今日はその辺について、厚生労働省からそういう考え方が少しでも出てきてほしいと実は思っていたわけです。それで、今、問いかけても97の何とか承認機関だけしか出てこない。

それに対して、我々の方はもっともっと広いワイドな形での一定水準を持っている医療機関をできるだけ広げていきたいということがありますが、それは厚労省の中で議論をしていただいて、そういうものについての議論をこれからやっていくというのが当然のプロセスだろうと思うのです。

さっきの議長の話ではありませんけれども、とにかく、議論をする準備もできていないという状況でありましたので、その点では非常に失望しています。

宮内議長 今の前段のところ、医師免許の問題につきましては、現在、当会議で直接取り扱おうとしている課題ではございませんが、やはり、この混合診療というものの解禁の具体的なやり方といたしましては、そういうことも一部考慮しながら、なおかつ国民が広く利用できるというような形のものが考えられないか。それにはやはり、混合診療を行うことのできる機関というものの歯止めということは一つの考え方としてあるだろうと思います。それについては、例えば厚生労働省が認定するというような形もあるかもしれないけれども、考え方としましてはそうでなく、きっちりした透明性の高い基準をつくりまして、その基準に合致するというような形の方がよいのではないかという意見もございました。

実は、そういうことを議論できればと思っていたのですけれども、とてもではないが、

そんなところまで行かないというのが今日のところでございます。

鈴木さん、何か補足がありましたら。

鈴木議長代理 免許の問題というのも以前からたびたび議論した問題でして、これは重点分野の中では取り上げておりません。けれども、お医者さんだったら、何歳になってもおやりになれるという現在のシステムで、果たして任せられるのだろうかということは、別途に医療ワーキンググループの中で今年取り上げて検討しようと思っています。それが免許の更新という形になるのか、それとも何らかの検証の導入という形になるのか。いずれにしても、そういう点についての問題は別途考えております。

先程の私の考えでいくと、本来、無制限であってもよいのではないかと、基本的な考え方としてあるわけです。けれども、さっき厚生労働省が盛んに言っていた民間療法がどうのこうのというのは、常にある議論です。しかも、そういう医療プラクティスがない医療界かと言ったら、そうではないのが残念ながら現状であるということに鑑みて、やはり一定水準ということに対しては、今の段階では必要ではないかというので入れているわけです。これは医療関係者がいろいろ変化していく中で、バーというのがどんどん低くなって、そしてどんなお医者さんも信頼してお願いできると。こういうふうに持っていくのが医療の改革の一つの方法ではないかと思っております。

草刈総括主査 今の意見に私も全く同感です。やはり厚生労働省の我々に対する回答を先ほど申し上げましたけれども、自由診療というのは、基本的にお医者さんの裁量と患者の選択でやればよいと言っているのですね。

お医者さんの裁量という前提は、お医者さんの質が一定の水準を十分満たしているというのが前提になっているわけです。

もし、そういうことであれば、一定などというのは必要ないわけでありませぬけれども、患者さんから見て、そういう点など非常に不安な部分もあるので、政策的にどうしてもそういうことが必要なだろうということでもあります。

ちなみに、私は船会社にいるんですが、船長というのがいまして、あらゆる責任は全部船長にかかってくるわけです。船長が全部やりまして、例えば昨日みたいに台風が来たときに、船がどっちへ行くかとか、どういう安全性を保つかとか、そういうのは全部船長が決めるのです。

だから、お医者さんにそれだけの質が担保できていれば、お医者さんの裁量で全部やってもらえればいいのです。ただ、そのところの問題は若干あるというか、存在するので、患者さんから見ても大丈夫な船長さんに頼もうよ。ということが必要なだろうということとやっているわけです。

ちなみに、帆船の練習船がひどい目に遭いましたけれども、あの船長は、いわゆる海難審判所というところで裁かれるのです。そういう制度をつくるとか、そういうこともやったらいいわけで、医師の質の担保というのは、やはり厚生労働省としてやるべきではないかなと。それができたら、今、鈴木さんがおっしゃったように、何も一定の水準という条

件を付ける必要はないという考え方だと思っています。

記者 それに関連してなんですが、草刈主査が最初の御説明の中で、一定水準以上の医療機関について、小規模な医療機関でもいいと、小規模な医療機関までも対象と考えているとおっしゃいました。その場合、診療所などは、その中に含まれる可能性はあるのでしょうか。

草刈総括主査 それは、もし優秀な技術を持っている診療所であれば全然構わない。要するに、私があえて申し上げたのは、今まで、何かというと大学病院と国公立病院という頭しかない。それで、ほとんど私立病院とか小さなところは入っていない。でも、私立病院でも一生懸命やられている病院は幾らでもあるし、日経ビジネスなんか、どこかに出ていましたけれども、小さなところでも、例えば沖縄の何とかという病院では、こういうところに非常に評価が高い。そういうところで、もし混合診療を望むのであれば、是非手を挙げてもらって認めてあげればいいじゃないですか。そこで国公立だ、何だというのは全然関係ないわけで、患者さんが望むこと、すなわち病院が自由に自分の情報開示をやれば、勿論認めるべきではないかということをお願いしているわけです。

記者 総理の指示があって、結局、厚生労働省から今日こういう形の回答が出てきたわけですが、今後の会議の進め方として何か工夫が必要じゃないかなと思うのですが、その辺りはいかがですか。

宮内議長 今、終わったところで、これからいろいろと考えていかなければいけないと思いますが、11月の一月が非常に重要だと思います。我々の会議の持つ権能と言いますが、これをすべて使って少しでも前向きに動くように、これから考えさせていただきたいと思っています。

記者 今日、月内に回答をとということで2つカテゴリー分けして、それぞれに前向きな回答をとという形で質問状を出されているわけですが、今日聞いている限りでは、少なくとも月内に余り前向きな回答が返ってくるという期待が持てないような印象を受けたんですが、回答次第では、例えば諮問会議なり、別の閣僚の本部なりで取り上げていく、あるいは要請するというようなお考えがあるかどうかということ。

それと、月内にという回答、これはちょっと手続というか事務的なのですけれども、月内に戻ってきた回答というのは何らかの形で公表というか、そういう形になるのでしょうか。

宮内議長 まず、今日お渡ししたわけですから、今日のお話では検討中というような、これから検討するといいますか、そういうことでまだ回答の来ない間に、余り次の対策というのも変でございます。けれども、回答が来ました限り、これを外部秘にする必要は私はないと思っています。特に何か問題がない限り、外部にお出しするということはやるべきことだと思います。

それから、次にどうするかということは、やはり回答を見てから考えないといけません。今日と同じようにゼロ回答であるという前提で考えるのは、余りにも今日の意味がないと

思います。

草刈総括主査 最後に、全く我々も予期しなかったのですが、本当に患者さんが悲痛な声を出されて混合診療の必要性を訴えられた。ああいう状況を見て、我々の紙に対しておざなりな回答を出すようなことがあると、やはり鼎の軽重を問われると思うし、どちらかというと、皆さんにそういうのを十分監視してもらいたいですね。私は全然予想しなかったのですけれども、やはりああいうことを、よくみんなで相談してちゃんとやってくださいというんだったらいいけれども、本当にこんなことをやられたら私は死んでしまいますよと言っているわけでしょう。そういうことに対して無反応な厚生労働省であったら、これは皆さんの筆の力で、追及しなければいけないのではないですかね。我々の方も今日のあのお話を聞いて、非常に責任を感じました。

記者 別の点で大変恐縮なのですが、今回、乳房再建術を混合診療に認めるべき項目の中に入れられた経緯とお考えをちょっと伺いたいですけれども。

草刈総括主査 乳房再建術は、以前からがんの手術と継続してやるということについて、それを混合診療として認めてくれという要望が非常に強くあったということが1つ。

他方、技術的に即やった方がいいのか、それともちょっと時間をおいてやった方がいいのかという問題は、どうも医学的には場合によっては違いはあるようです。

ただし、そういうオプションを持てるということについて、非常に強い要望があって、御存じかもしれませんが、読売新聞の本田さんという記者がずっと連載をされていて、そこで混合診療ができなかったために、これだけの非常に大きな苦痛を味わいましたということでもあるし、女性の方の皆さんに聞いてみると、やはりそのところは是非やってくださいというか、認めてもらいたいという声が非常に強いです。

それで、今日は残念ながら向こうから何も言ってこなかったし、こっちも言おうと思って女性の委員の方に頼んだら、時間切れでできなかったのですが、これは我々としても当然、こんなことも認めないなんて言わせないぞというつもりでいます。

記者 いろいろな御意見があると思うのですけれども、中には混合診療で認めてしまったら、逆に乳房再建術が保険として認められるという選択肢から遠のいてしまうのではないかという意見もあるんですけれども、それについてはどうですか。

草刈総括主査 それは、そういうお話が必ずしもないわけでもないし、乳房再建に限らず、混合診療としてどんどん認められてしまうと、保険診療にならなくなってしまうのではないかという危惧を持っておられる方もおられます。けれども、我々のとらえ方は、いわゆる混合診療として認めるということが、まず第一であって、保険収載の話と混同してしまうと、さっきの水田さんのような詭弁が出てくるのです。ですから、これはきちんと分けないといけないと思っていまして、勿論、保険収載をどうやって増やしていくか、あるいは、保険といたって限界がありますから、内容を整理することも必要でしょう。

だから、その議論と、今の混合診療の議論を一緒にしてしまうと、とても危険なので、その部分はあえて我々としては議論しないと、今日のこの紙にも書いておりますが、その

つもりでいるので、危惧はわかりますけれども、そういう御理解をしていただきたいと思います。

記者 今のことに関連して、8月3日に同じことをお尋ねしたのですが、そのときに宮内議長の方から、これは一般論だと思いますけれども、混合診療に入るものはいずれも保険診療として認めていくべきであるというような御見解があったかと思うのですが、その場合に、いろいろな医療機関で自由に行われている自由診療の部分の有効性とか、データの蓄積、そういうものはどこかが取っていかないと、保険診療に入れていくための根拠がなくなってしまうと思うのですが、それは混合診療に入れただけでもOKということではなくて、保険診療に速やかに入れるべきものは入れるという方向で、こちらの会議でも監視していくということなんですか、もし実現した場合にです。

宮内議長 少し誤解があるかもわかりませんが、やはり保険診療に入れるか入れないかというのは、保険財政との絡みもありますし、それから保険という枠の中に入る症例かどうかという判断は、例えば日本で1人しかいないという患者は恐らくそういう形にはならないだろうと思います。これはどちらかというときにまさに厚生労働省のご担当のところが数理も含めまして、新たに取り込むものは何が一番適切かということを考えるべきだと思います。

ですから、混合診療になったものを全部取り込んでいくのだということではないと思います。だけど、混合診療になってその症例の治療が多く行われるというものは、自然の勢いとして保険診療に含まれていく方向にあるということになるのだろうと。流れはそうだろうと知っているということです。

記者 ただ、現実問題として、これまでがんの治療薬で、保険外が非常に多いのは、例えば、ある胃がんに認可されても、肺がんに効果があるとしても、肺がんで承認されなければ保険外になりますね。ところが、実際問題として日本の医療の現状の中では、それを一種のいろんなテクニクとかそういうことで使われているわけです。使われてしまうと、今度は製薬会社の方からすれば、それは売れるわけですから、新たに承認申請して承認を取ろうという動きにはならないわけです。

ですから、その辺の歯止めをしっかりとしないと、やはりいわゆる保険収載されていくという方向には行かないにではないでしょうか。

鈴木議長代理 要するに、胃がん用に認可されている薬を、お医者さんが肺がん用として使って、保険診療として治療するという話ですね。

記者 例えば、日本で、既にあるがんに承認されているものは存在するわけですね。それを今までの日本のがん治療の中では、例えば、ついこの間承認された膀胱がんのMバックという4つ使う薬があるのですが、これはそれぞれのがんで承認されているのですが、膀胱がんには認められてなかったのです。だから、保険に引っかけた場合は、厚生労働省はその保険分を返せという、わけのわからないことをやってきたのですが、これはもう20年前から効果があるようなものなんです。だけど、これは製薬会社からすれば売れるか

ら、新たに膀胱がんで申請をしなくなるわけです。

鈴木議長代理　　そういう、2枚の請求書だとか、入院時期を分けてやっておくというのは、混合診療につきまとう問題なのですね。2回入院したようにカルテを分けておくというのは、よくある例ですよ。混合診療という制度があるために、保険料が支払われない。そういう例が今までであるというのは承知しています、けれども、今のような場合には、ある意味では、今後、診療というものが実態的に崩れているというのか、市場のニーズ、患者のニーズがあるから崩れているがゆえに、胃がんとして認められている薬を、肺がんに使って、それでまかり通っていくという問題ですね。

製薬会社はそれでいけるということで申請しないという問題に対しては、そういう問題をなくしていくためにも、混合診療をはっきり認めれば、肺がん向けの薬として、認可申請するという態度になるのではないのでしょうか。

記者　　ですから、良い薬を早く混合診療で使えるようにするのは、私も良いと思うんですが、その歯止めとして何か承認に持っていくような、良い薬なのだから保険収載に持っていくようなことをセットでやらないと、ずっと製薬会社が申請してこないという危険性を生むのではないのでしょうかという質問です。

草刈総括主査　　その点は素人で良くわからないのですが、製薬会社の問題もあるけれども、お医者さんが保険として申請する、あるいは、他の方が申請するということもあるわけで、製薬会社が申請したものしか取り上げないということではないわけですね。

記者　　ただ、現実問題は、医師主導の知見というのは、今、ほとんどできてない状況です。

草刈総括主査　　でも、やっているところあるじゃないですか。

記者　　ただ、現実問題は、やはり製薬会社が申請するというのが9割以上ですか。

草刈総括主査　　そうなる、その問題は別の形で取り上げないといけない。それは御意見として伺って、私たちの方でその対策を考えなければいけない。治験というのを共同でやっている病院はたくさんありますね。自分での治験の結果を極秘で申請するというのもやっている、現に聞いています。いずれにしても、今のポイントは、混合診療というフレーズからの話ではないので、ではどうやってその辺の盲点を修正していくのかということについては、我々の中でも考えてみたいと思うますが、申し訳ないが、今の段階ではちょっとお答えのしようもない。

記者　　混合診療が容認されるべき実態例が挙げられていますが、これは大体件数ベースとか金額ベースで、どれぐらいカラフな試算はございますでしょうか。

宮内議長　　計算しておりません。

記者　　あるいは、これを掲げて、例えば、混合診療が行われた場合に、どれぐらいの自己負担ベースの医療が行われていくかというような見通しは。

宮内議長　　混合診療というのは、言うならば、患者の自由な部分を保険と組み合わせて行うというわけですから、言うならば市場ですね。だから、患者がどれだけ望むかという

ことはわかりません。

鈴木議長代理 これは全く私の私見であるにすぎませんが、いろいろ皆さん方と議論するときには申し上げたことがあるのは、日本の医療費は今、約 30 兆円ですね。GDP の 7.5 % ですね。それに対して、アメリカは十数%で、ヨーロッパでも 10% ぐらいで、ですから、ヨーロッパ並みだと考えると 40 兆になるわけですね。アメリカはちょっと多過ぎると思います。非常にラフな類推をしますと、要するに、ヨーロッパ並みの医療水準が認められれば、医療ニーズが 40 兆円になってもおかしくないではないかと。それを抑えられているのは、公的保険という枠の中で、保険以外の療法をやったら、それは全部だめだよと。混合診療の禁止というのは、何も保険料を払わないというだけではなく、医療界の中では、混合診療は、それをやる者はそもそも医者としてけしからぬことだという、そういうふうに今、取られています。だからそういう医療をやるようになっていけば、それはヨーロッパ並みになるとしたら、医療費は 40 兆円になってもおかしくない。10 兆円、そうすると雇用がどれぐらい増えるかといったら、20 万人は増えるでしょうね。ということは、ラフな推定として言っても、決してオーバーではないと思っています。

記者 お尋ねしたのは、多分そういう感覚があるのではないかと思ったからです。それが 10 億円、このリストに出ているのは 1 兆にもいかないのかなと思うのですけれども、そういう意味では。

鈴木議長代理 そこまでは試算しておりません。我々は、とにかくそういう典型的な要望のあるものについて、それを混合診療として希望があるのだし、だからそれは認めなさいということを行っているのです。

草刈総括主査 カテゴリー B というものでしょう。我々の認識は、そのようなものは、混合診療以前の話だろうと、乳房の再建もそうですけれども、そういうジャンルで、カテゴリー A というところにどれだけ需要があるのかと、これについては今からの問題で、ちょっと見当も付かないですね。そういう計算をするのは、私たちの仕事ではないと認識しています。

鈴木議長代理 やってやれないことではないけれども、まずみんなが必要だと言っているものに穴を開けてやれるようにするというのが先決であります。それに対してこれくらいというものの需要予測というのは、やってやれないことはないと思います。ただ、今のところは用意してないということです。

宮内議長 我々の認識は、日本の医療というのは、国民皆保険という意味では、非常に広く国民がアクセスできるというものですばらしい制度であると同時に、財政的にこれ以上立ち行かない、そして国民の思いというのは医療というよりも健康サービスという意味で、もっとお金を払ってもいいよという思いがあると思うのです。ですから、いままでの制度の良いところを残し、さらに良くしていくには何が問題かという中の 1 つが混合診療という 1 つの突破口だろうと。医師の質ということもありますし、病床ということもありますし、介護の問題もありますし、またターミナルケアに随分お金が行ってしまって、子

どもの方にはいかないとか、いろいろな配分の問題もあります。より良い日本の医療制度にしていくために、今、壁になっているものが幾つかあると。それを全部変えていかないといけないと思うのです。

その中の非常に重要な1つが、私は混合診療だろうとがながえています。これによって今、鈴木さんのおっしゃったように、今の7.5%のGDP比が先進国の中では余りにも低いと、これはやはり医療イコール健康保険と、全部面倒を見るのだという思想がいまだに残っていると、これが今度は逆に国民の生活にとってマイナスになっているんだろうという認識です。この大きな問題を我々の規制改革という立場でできるのは、何と何だということに取り組んでいると。そういう全体像の中でやっているのだということだけ御理解いただければと思います。

記者 保険を30兆円より大きくするということについては、議論はされないと。

宮内議長 これは我々の仕事ではございません。そう思います。しかし、介護保険で35兆円になったのですか。いずれにしましても、財政的に實際上これは議論としてどうなんでしょう。中身の問題の方がひょっとしたら問題かもわからない。

司会 それでは、そろそろお時間もきましたので、以上で会見を終了いたします。どうもありがとうございました。