

宮内議長 それでは、定刻でございますので、ただいまから、規制改革民間開放推進会議の第5回「官製市場民間開放委員会」を開催いたします。

本日は当会議の重点検討事項の中でも、最重要課題というふうに位置づけられております、いわゆる混合診療、保険診療と保険外診療の併用、この解禁につきまして、厚生労働省の幹部の方々にお越しいただき、今日はマスコミの皆様方にも公開いたしまして、意見交換をさせていただくことにしております。

厚生労働省に方々におかれましては、御多忙のところ、お出でいただきまして、大変ありがとうございます。

今日、御出席いただいておりますのは、厚生労働省保険局、水田局長。

同局審議官、中島審議官。

同局の保険医療企画調査室長の堀江さんのお三方でございます。何分よろしく願い申し上げます。

また、御担当の村上規制改革大臣にも御出席をちょうだいしております。ありがとうございます。

それでは、まず、いわゆる混合診療に関する当会議の主張等のテーマにつきまして御担当いただいております、草刈総括主査から御説明をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

草刈総括主査 今、御紹介いただきました、草刈でございます。

今日は私どもの考え方をまとめたペーパーをそちらに用意いたしました。このテーマというか題は、いわゆる混合診療の解禁に関する厚生労働省に対する申し入れというか、申入書ということでございます。これについて御説明をして、また後刻、書面で回答をいただきたいというふうに考えております。

御存じのとおり、当会議は本年の8月3日に中間とりまとめというのを出しまして、その中で別紙、4ページ目をちょっとごらんいただきたいんですが、4ページ目のところにいわゆるその抜粋がございます。ここで、いわゆる混合診療についての全面解禁というのを提言しております。その後、9月10日に開催されました経済財政諮問会議において、総理から年内に解禁の方向で結論を出すようにという御指示がありました。そして、9月末に発足した新内閣の基本方針及び臨時国会における総理の所信表明演説にも同じ趣旨が盛り込まれていることは御存じのとおりでございます。

したがって、この上は、当会議としても年末にとりまとめる予定であります最終答申に全面解禁のための具体的に施策を盛り込むべく、精力的に調査、審議を進める所存でございます。言うまでもなく、厚労省としても総理の方針に沿うべく、全力投球で御準備をいただいているというふうに了解をしております。

これから趣旨に入りますが、そもそも医療というものは、患者と医師の自由な契約に基づいて提供されるものであると。その提供される医療の範囲と保険給付の対象とされるべき医療の範囲とは、これは別次元、独立の問題としてとらえるべきであるというのが、私

たちの考え方であります。

医療保険は社会保険制度でありまして、国民の支払う保険料を財源として給付範囲を決定するというごさいまして、限られた予算制約の中ですべての医療を保険給付の対象とすることは合理的ではないということではできない話であります。

また、どの範囲に医療を公的に負担するかということについては、その自体として独立して決めれば足りることであって、このことといわゆる混合診療の是非とは関係がありません。ですから、これを混同した議論は避けなければならない。にもかかわらず、保険対象である医療とそうでない医療のサービスの内容をことさらに強調した上で、双方の併用を禁止するというのは、患者の自由な選択、医師の裁量権に関する官の過剰な関与だというふうに考えざるを得ません。というのが私たちの考え方のごさいます。もうちょっと後で、議論の中で素朴に御説明してもよろしゅうございませう。

そして、いわゆる厚生労働省はこれまで、我々の中間とりまとめに対する意見として、現行の特定療養費制度の下で対応することを御主張されているわけですが、この制度のような官が全面的に管理しなければならないという従来が発想に基づいた、あるいはまた決定方法に非常に不透明な部分があると私どもは思っておりますが、行政による個別事前承認制度、これによる対応というのは、我々としては受け入れ難いということをおきまして。

当会議としては、適切な情報開示の下で、一連の診療行為において保険診療と保険外診療の併用を患者自らの自由な選択で確定的な意志に基づいて選択する場合には、それが可能となることが、いわゆる患者主体の患者本位の医療の実現には不可欠であるというふうに考えております。

そういった観点から、その混合診療の解禁について、中間とりまとめ等に基づいて、早急に構すべき措置として、改めて当会議の見解を以下のようにまとめましたので、貴省におかれましては、この趣旨に沿いまして、前向きな回答を10月末日までに御提示をいただきたいと存じます。

「記」というところに書いてあります。これは、混合診療というのは言葉がいろいろと出てまいりますので、カテゴリーを2つに分けておきました。

「カテゴリーA」というところですが、これはいわゆるそちらがお使いになっている言葉で言えば、高度先進医療などの混合診療の解禁ということなんです。

現在保険対象になっているものと、現在保険対象になっていない、高度先進医療を含む医療については、多様化する患者のニーズを具体的に把握し得るのは現場の医師、医療機関であります。そういうふうに考えますと、医療サービス提供の一層の高度化・迅速化を図るために、貴省が個別に承認する方法ではなくて、つまり現行の特定療養費制度の拡充とか、高度先進医療の承認手続の簡素化といったことではなくて、質の高いサービスを提供することができる。一定水準の医療機関において、十分な情報開示の原則の下で患者の選択と当該医療機関の医学的判断による混合診療を解禁すると。これがまず第1の我々の

主張でございます。

これについて、若干敷衍をしておきますと、実は去年の3月25日に当方の自由診療、すなわち保険外診療の取り扱いについての質問に対するそちらの4月1日のお答えがございます。そこにありますように、本来医療については医師の医学的判断に基づく裁量にゆだねられるべきものであるというふうに、そちらからの御返事にありますように、そういった観点に立ちますと、ここに述べたような一定の水準以上の医療機関なる前提すら必要ではなくて、十分な情報開示の上、あらゆる医療機関と、あるいはお医者さんと患者の契約にゆだねればよいという議論も成り立つかと思えます。

ただ、患者サイドの心理状態というか、患者サイドの立場に立ちますと、クラリファイされた医療機関による施行がより安全だということもよく理解できるので、その点も配慮して、政策的な意味であえて一定の云々ということ、ここでリマークをしたというふうに御理解をいただきたいと思えます。

なお、一定の医療機関という言葉ですが、もしかして誤解があるといけませんので申し上げますが、そちら側で例の97個の病院を含めた、特定承認医療機関というのがあります。我々がその程度の数をイメージしているのでは全然ありません。当方の考え方は、これとは大きく違って、極力広い範囲の、かつ多くの機関を想定していると。また、大病院に限定することは全くなくて、特定の優秀な技術、治療を持っている小規模な機関にも対象というふうに考えておるということを言葉で付け加えさせていただきます。これが1番です。

2番ですが、なお、広く患者医療機関からのニーズ、要望をくみ上げる。ここが一番我々のやるべきことだと思っておりますので、高度先進医療を含めて混合診療の対象として実施を要望する診療について、貴省においても要望対象を問わない形で、混合診療対象医療に関する国民への公募というものを、皆さんからの声を、やってほしいものを今年中に速やかに公募して、その結果をいわゆるオープンにすると。そして、来年以降も定期的にこういうことを年数回実施をすることによって、この意味が広がるということでもありますので、それもやってほしいというのが2番目でございます。

「カテゴリーB」というところ、これは5ページのところをごらんいただきます。今のところはもう十分おわかりだと思いますが、カテゴリーBというのは、この別添という5ページのところの、b、c、dというジャンルに入るものを意味しております。つまり診療じゃない行為及び既に技術が確立された診療行為の、いわゆる混合診療の即時解禁。これは即時解禁でございます。

診療行為に対するサービス、一連の診療行為の中で行う予防的措置、これはbとかcには書いてありますが、これについてはそもそも診療行為には当たらないわけですから、何ら保険診療等の併用が禁じられないことを確認して、直ちに全面解禁をします。

次に、2番目ですが、現行保険適用回数の問題です。例えば、ピロリ菌だとか何とか、そういう回数に制限のある措置の制限回数を超える部分、及び乳がん摘出時の乳房再建術

の同時手術など、要するに、患者の価値観により左右される診療行為、この2つについては、既に技術が確立されたものになっておりますので、保険外診療の内容、料金等に関する適切な情報に基づいて、患者の自発的な選択・合意があれば、患者と医師との自由な契約によって、保険診療との併用を全面的に実施できることにするというところでございます。

以上、私の方のそちらへの申し入れという形で申し上げましたので、10月末日までに御回答をお願いしたいと思います。

私からは以上でございます。

宮内議長 ありがとうございます。それでは、厚生労働省側から当委員会の考え方に對しまして御説明をお願い申し上げたいと思います。大変恐れ入りますが、時間を10分ないしは15分程度でおまとめいただければ、大変スムーズにいくと思いますので、よろしくをお願いいたします。

水田厚生労働省保険局局长 先ほど御紹介いただきました、厚生労働省保険局長の水田でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

本日、いわゆる混合診療の問題でございますけれども、ただありていに申し上げまして、私ども年末に向けてまさに検討途上のことでございますので、本日参上するのも失礼かと思いましたが、あえて来るようにということだったものですから参りました。

申入書はただいま拝見させていただきましたけれども、大体あらかじめの質問をいただいておりますので、それに即しまして審議官の中島の方から説明させていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

中島審議官 中島でございます。私の方から、先般いただいております、厚生労働省への質問事項という紙に基づきましてお答えをさせていただきたいと思っております。

まず、この混合診療の解禁についての検討状況ということについての御質問でございますけれども、これは御承知のように、既に総理からの指示もございまして、また尾辻大臣からもこの問題についてもう少し進める方向で検討するようにということで私ども指示を受けております。

私どもといたしましては、これらの指示を受けまして、8月3日に貴会議の方からお示しをいただきました中間とりまとめの具体例等、具体的なニーズについてどのように考えるかというようなことについて検討してきているところでございますけれども、いわゆる混合診療というものを無条件で解禁するということにつきましては、やはり患者の不当な負担の増大を招くおそれがあるのではないかとということとかあるいは、有効性、安全性について、十分確保できないような場合があるのではないかとというような懸念がございまして、一定の適正なルールの設定が不可欠であるというふうに現状考えているところでございます。

今後、中医協の場等も活用しつつ、さまざまな立場の御意見を幅広く伺いまして、年内に結論を得べく取り組んでまいりたいと考えているわけでございます。

既にお示しいただきました中間とりまとめにつきまして、若干お伺いしたい点もござい

ますけれども、これは後ほどお伺いさせていただくことといたしまして、私どもとしまして、この検討に当たりまして、医療現場の声というものも大事であるというふうに当然認識しておるわけでございますので、内科・外科学会に現状で診療の場で実際に使用する必要があるわけですけれども、保険の関係で認められていないような行為、薬剤等、どんなものがあるのかということについて、学会の方からの御意見も伺うということもしているところでございます。

こういった御要望等も含まえて、建設的な議論を私どもとしてもしてまいりたいと考えているわけでございます。

それから、次の点でございますが、この問題について特定療養費の下で対応するというふうに考えているのかどうかということですが、正直申しまして、いわゆる混合診療ということで求められております内容につきましては、我々としてこの現行の特定療養費制度で相当程度対応できる、あるいはできているというふうにも考えているわけでございます。

一方、無条件に混合診療を解禁すべきというような主張につきましては、先ほども申し上げましたような弊害も考えられる、懸念される場所ですので、適正なルールの設定が是非とも必要であるというふうに考えているわけでございます。

いずれにしても、総理からの御指示も受けまして、大臣からももう少し進める方向で検討ということですので、どのようなニーズにどういった形で対応すべきか、更に検討している現状でございます。

次の点ですけれども、患者と医師との自由な契約に基づいて行われることに関して、医師の裁量権に対して現行の保険制度が過剰な関与ではないかという問題。それから、厚生労働省として承認するというのではなくて、医療機関の判断により実施できるようにすべきではないかというようなことにつきましては、これも先ほどと同じように、無制限に保険診療と保険外診療との併用を認めるということにつきましては、どうしても患者と医師との間での情報の格差、情報の非対照性というものがありますので、患者にとっての不利益が不当に増大する恐れが避けられないのではないかとということで、これまで特定療養費により対応してきているわけでございます。

また、患者自身は保険外診療を受けることに制限はありませんが、しかしながら、保険診療については、公的医療保険ということで、国民全体、これは保険料と税金ということでございますけれども、それによって賄われているという仕組みになっておる関係上、安全性、有効性という観点から、この保険診療で見える範囲というものが設定をされておるわけでございます。

この判断につきましては、民間の専門家の御意見も十分聞きながら、広く国民の理解が得られるものになっているというふうに私どもとして考えております。

また、医師の行為につきましては、医師法の下で専門的な立場から医療を行うことが認められているわけでございますけれども、保険診療につきましては、こういったものとは別

に公的な医療保険における公法上の契約ということから、健康保険法、あるいは療養担当規則というものが設けられておりまして、これに則って診療行うことが求められるということになっているわけでございます。

仮に患者の追加的な負担による保険診療と保険外診療の併用を無制限に認めた場合には、この医療を提供する側と、それからその費用を支払う側との公法上の契約に基づいて成り立っております保険について、その契約の当事者が認めていないような診療の一部に対しても保険から支払いがなされるというような可能性が考えられるということもございまして、安全性の十分確認できないような治療法が保険給付と併せて提供されると。また、その境界が不明確となるようなケースが生じるということから、公的な医療保険に対する国民の期待と信頼が損なわれるようなことにもなりはしないかということで、必ずしも適当ではないのではないかとこのように考えているところでございます。

それから、次の総論というところの最初の問題ですけれども、保険外診療、いわゆる自由診療を行うことについては、この提出資料に対する回答の医師法等の規制以外は特段の制限はないということによいかということについては、そのとおりということでございます。これら以外には特段の制限はないという理解でございます。

それから、その次の保険外診療と保険診療を併用する場合に、保険外診療単独の場合と異なって一定の制限が必要であるという根拠を示せということでございます。

この公的医療保険については保険給付を行うことによりまして、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与をすると、これは憲法ですけれども、そのための社会保障制度という位置づけでございます。その費用は国民の負担、これは税と保険料ということで賄われているということから、安全性のみならず、有効性、普及性等の観点も含めて、その範囲が設定されているということでございます。

更に我が国においては、国民皆保険という制度の下で、公的医療保険はだれもが疾病、または負傷の治療として必要かつ適切な医療を、現物給付として受けることができるということで、国民の信頼・支持を得ているというふうに我々は考えておるわけでございます。

仮に患者の追加的な負担による保険診療と保険外診療の併用を無制限に認めることとした場合には、医療を提供する側と、その費用を支払う側との公法上の契約に基づいて成り立っております医療保険について、その当事者が認めていない診療の一部に対しても保険が支給されることになる場合がある上に、安全性の確認できない治療法等が併せて提供されるといって、これは先ほどの繰り返しになりますけれども、公的保険に対する期待と信頼の点で問題が生じるのではないかと考えております。

その次の御質問でございます。保険診療の内容を決定する判断基準について、どのようなものかということですが、これは全般的な問題については、特段明示したものはございませんが、高度先進医療の保険導入に際しましての考え方ということで、資料としてもお付けしてございますが、その普及性、有効性、効率性、安全性、技術的成熟度という観点から、総合的にその妥当性を判断しているということでございます。中央社会保

険医療協議会にも諮問・答申を得た上で、これを決定しているということでございます。

それから、特定療養費制度の高度先進医療の内容について、どのような手続、どのような基準で決定しているのかということにつきましては、これもお手元の資料に提出させていただいておりますようなことでして、これは説明は省略をさせていただきます。

それから、各論の問題でございますが、まずは混合診療の禁止が、保険と保険外の診療行為の併用の禁止ということで、以下にあるような行為は診療ではないということで、併用は禁止されていないというふうに理解をしてよいかということで、健診、予防的措置等が挙げられているものでございます。

これらにつきましては、健診、予防的措置などがございますが、保険診療から全く独立な形で行われるというような行為でございますが、これが患者にも明確であって、かつ保険診療とは独立した別個のサービスだということで、十分説明を受けて患者が選択できるということが確保されている場合には、保険診療との併用には当たらないというふうに考えております。

一方で、療養環境の問題につきましては、直接的な医療サービスというわけではないんですけれども、健康保険法上の療養の給付の際に提供される環境につきましては、保険診療に密接に関係するものでございますために、標準以上の環境の提供については、特定療養費制度における選定療養ということで、個別に保険診療に付加するサービスとして認めているということでございます。

それから、もう一点、既に安全性、有効性が確立された保険が適用されている診療であるけれども、回数に制限があるもの、この制限以上の回数についての実施が禁止をされていないということ。そして、その場合であっても、診療制限回数内での実施部分については保険給付の対象となるというふうに理解をしてよいかということですが、この回数制限については、有効性、安全性の点から、治療上必要十分な量を勘案いたしまして、一般的な回数を定めているというものでございますので、個別なケースで算定できる回数を超えて実施するということは、基本的に禁止は勿論されておらないわけでございます。

しかしながら、この超過分の費用については、患者から追加的な負担を求めることはできないという運用をしておるわけでございます。

御質問の点等につきましては、以上でございます。

宮内議長 ありがとうございます。それでは、これで私どもの考え方、現在の厚生労働省のお考えをお示しいただきましたので、意見交換に移りたいと思います。

草刈総括主査 御説明どうもありがとうございました。ちょっと考え方の、いわゆる我々が今、作業、あるいは議論を急ぎたいと思っているペースと大分違うなという感じがまず第一にいたします。

というのは、我々としては、12月の時点で、年内にこの問題をクラリファイしろ、あるいは解決しろという大臣の御指示もあるので、やはり我々としては早くやらないと年内と言ってもあと2か月ぐらいしかありませんので、こういうペースをもうちょっと早くして

いただかないと、年内にやれないなということもあって、我々としては全精力を費していくつもりでありますので、その点がもうちょっと早めていただかないと議論にならないという感じがしております。

そういう意味でも、今月中にこの申入書についてのお答えをいただきたいということを申し上げたのは、そういうことも含めてでございます。

内容について、皆さんいろいろ御質問あると思うんですが、のっけに私の方から質問というか、極めて素朴に申し上げて、入院をしましたと、例えば、がんならがんという病気になって入院をいたしました。そのときに、普通の保険が効く治療をずっと重ねましたと、しかしうまくいかない。けども、これなら外国で使われているから効くかもしれないと、お医者さんが言ってくださったと。それから、セカンドオピニオンはもう聞いたと。それで、その治療法を選んでやりましたと、それでうまくいくかどうか知りませんが、その費用は自分で払いますと。当然これは保険外ですから。それをやった途端に、それを継続的にやった場合に、全部保険が、例えば、3か月入院しましたと、その保険の適用範囲内の治療は全部自己負担になるということですね、簡単に言えば。そういう理解でいいですね。

堀江厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長 お答え申し上げますけれども、要するに、先ほど審議官からの話もございましたように、全くこれが別個に行われているものであれば別ですけれども、連続的に行われものであれば、それはおっしゃるとおり認められないと、混合診療に当たってしまうということかと思えます。

草刈総括主査 それは、だから、例えば、同じ先生が、同じ病院で、同じ病床でやったという前提で、途中で変わるというケースは非常に珍しいわけですから、もしそういうことをやって、根っこから保険が効かないよというのは、どうしてというのが普通庶民が考えたら、どうしてですかと。

私がそういう立場にあった場合に、私は保険料を払ってないんじゃないんですよ。ずっと長いこと保険料を払っているじゃないですか。ですから、保険が適用されるのは当然じゃないですかと、そんなことまで制限する権利が国にあるのかと、これが極めて素朴な疑問なんです。そんなことやられたんじゃ保険料払いたくないねということにもなるし、保険料払いたくないかどうかは別にして、その疑問が非常に大きくあるわけです。これが、やはり我々の問題意識の基本であるということは、ちょっと申し上げておきたいんです。

中島審議官 今の追加なんですけれども、その場合は、実際にどういう治療法を、どういうふうにするかによって、若干バリエーションというか違いが出てくるかと思えます。通常の治療法をどこかの段階で終了という格好で一度終わって、そこからまた新たな別の治療法を開始するというような扱いができるのであれば、それは前半の部分については保険で見ると、後半は自由診療という格好の組み合わせが可能なケースはあり得ると思えます。

草刈総括主査 けど、普通の場合、もしその先生が信頼できない方だったら、それは

変わるでしょうね。あるいは、病院を変えるなり、別の先生を付けてくれとやるかもしれない。だけど、先生が非常にリライアブルな先生であった場合は、やはりその先生に我々は命を預けるわけです。そのときに、その先生がこういうふうにやったらどうですかと。自分とはもかく、例えば、お子さんの場合に、若い命を救いたいと思ったら、その先生が信頼できれば当然のことですけれども、家を売ってでもその子を助けたいと思いますね。それで、例えば、助かったとしても、助からなくても、どちらのケースでも同じことですが、そのときに、あなた6か月入院していたお子さんの、保険が効きませんから10分の7払いなさいと、これは患者に対する大変な暴虐だというふうに理解せざるを得ない。それが連続しなければいいんだという理屈も、随分変な理屈で、要するに、患者の立場から皆さんは考えてもらわないと、それを国が整理する、あるいはそのルールをつくること自体が、大変な暴虐だと思っているんですけれどもね。

私ばかりしゃべっても悪いから、どうぞ。

堀江室長 今のお話でありますと、このテーマについて、大臣の指示も受けて今、検討中であるという前提ですけれども、これまでの少なくとも考え方として申し上げれば、いろいろな事情もある場合もあるというのはわかるんですけれども、すぐに入院をしましたと、その時点においてお医者さんから、これだったいいかもしれませんと、これだったらはいけるかもしれないというものを勧めただいて、そこについて技術の安全性などというものを確認できないようなものを勧められたときに、やはり患者さんに不当な、過大な負担を受けざるを得なくなってしまうような場合もあるということから、新しいものについて安全性なり、確認できたものだけ今、高度先進医療なりの格好で入れさせていただいているというのが現状だということを付け加えさせていただきます。

草刈総括主査 だけど、ここに書いてあるように、要するに、基本的にはお医者さんの裁量に任せるんだと、自由診療というのはそういうことですね。

だから、さっき中島さんもレポートされましたね。医師の裁量に任せる。それと同時に患者の責任でもあるわけですね、それを選択するのは。ですから、お医者さんから十分な情報開示をいただいて、それは今おっしゃったように危険なものかもしれない。危険でも100分の1でも可能性があったら、普通取りますよ。家を売ってでも、子どものためにそうしますよ。それは自分の責任ですから、それからセカンドオピニオン、サードオピニオンを聞いて、親が一生懸命そのところは自分の責任としてやるというのが、基本的には医師と患者の関係であって、それはどうしようがいいんですが、例えば、最後に亡くなりたりした場合に、それに追い討ちをかけるように保険の部分、しかも自分が毎月払っているわけでしょう。その保険の部分まで取り上げるというのは、一体どういうことなんですか。そんなこと許されるんですかね。人倫としても。

宮内議長 どうぞ。

原委員 申し訳ありません。ちょっと途中で退席をいたしますので、大変恐縮ですが、2点質問があるんですけれども、その前に今、草刈さんがおっしゃった、国民が持ってい

るストレートな疑問に応える形にしていきたいと。

今のいろんな動きを見ていると、懸念の方ばかりふくらんで、懸念の方ばかりの答えになっていて、ストレートな疑問のところの正確な答えになっていないという感じがしておりますので、お願いしたいと思います。

2点質問なんですけれども、今日の御回答の中で、各医療現場の声も聞きたいということで、学会へケースを出すように要望なされたということなんです、既に出さないというふうに言っている学会もあるということで、それをどうなさるのかということと。私どもの提案の方に、国民からも広く意見を聞いてほしいということで、国民への公募を本年中に速やかに行ってほしいという要望を出しているわけですけれども、是非この国民の声を聞くということを実現化していただきたい。正確な情報提供とともに実現していただきたいというのが1点です。

それから、2点目なんです、御回答を聞いている限り、国民のためを考えると不利益が大きいのではないかとということをおっしゃって、2ページ目の頭の方にも、診療の一部に対し保険から支払いがされることになる場合、これはおそれということになると思うんですけれども、場合がある上とか、それから安全性の確認できない治療法が、保険給付と併せて提供されるという、これもおそれということだと思っておりますが、こういう御懸念を出されているということなんです、これまでの医療の考え方からすると、やはり厚生労働省の方で認可をすとか、許可をすということになるかと思っておりますけれども、一方で情報開示を徹底することで、消費者と言うか患者と医療機関との契約というような概念もあると思って、情報開示のことについてほとんど触れられていない。この情報開示については、本人に対する情報開示もありますが、社会に対するというか、第三者に対する情報開示、透明性の確保ということになると思うんですけれども、これまでの医療行為とか、医療機関の在り方というのは、私は非常に情報開示とか透明性に欠けるといって、それが今回の場合も集約的に現れているかなと思っております、情報開示と患者自身、消費者自身の選択権という辺りについては、どのように整理をされているのかお聞きしたいと思います。

堀江室長 今、原委員の方から2点についてお尋ねがあったと思います。1点目の医療に携わってお見えになる先生方ですとか、あるいは国民の御意見なりをきちっと把握するようというところでございまして、これは先ほど来申し上げております、厚生労働省の方の検討の中でも、来週以降中医協がまた会議を開けるような方向に今、向けて準備をしておりますので、そういう中でもいろんな御意見というのはちょうだいすることになるんだと思いますし、今、行っております作業というのは、診療の現場で何かお困りになっているようなことはないかということを保険関係の学会の方にお問い合わせはさせていただいているものでございまして、そうしたものも参考にしたいと考えております。

それから、情報開示と患者の選択、正直申し上げまして、ここの混合診療とばちっと直接に一緒にならない部分もあるわけでございますけれども、これまでも、例えば、医療機

関の広告の開示のできる分野をぐっと増やしていったりとか、それは平成14年の見直しで相当に広がったものだと思っておりますし、今はインターネットなりでの情報開示というものは、基本的には認められているところでございまして、内容の制限なく認められているところで、かえってそこについて患者さんを惑わせないようにするために、何らかの学会なりでのルールとかが必要かとか、そういうことが議論の対象にはなっておりますけれども、そうしたことも含めてやっていくことになるんだと思います。

そうしたことをすべて含めまして、私どもと直接の担当ではございませんけれども、社会保障審議会の中に医療部会というのがございまして、そちらの方で医療提供体制全体の見直しというのを今、進めているところでございまして、9月ぐらいから議論が始まっております、つい先週、先々週ぐらいにおきまして、情報開示であるとか、患者本位の医療とか、そういったことをテーマに審議を行っておりますので、そういう中で、今、原委員がおっしゃられたような論点というのは、十分にこれからも重視されていかなければいけないものだと考えております。

宮内議長 どうぞ。

鈴木議長代理 お話承っておりますと、この問題、数年にわたって繰り返し議論をしてきたわけですが、お話の中で変わっているのはほとんどありません。1つあるのは小泉総理の指示を受けた、大臣からも低めにとという指示を受けたと、その話以外は変わっていないですね。本当のことを言うと、先回の公開討論で御省の前次官が、個人的には混合診療というのを認めるのに対して理解ができるという発言をなさったのは、非常に変わっておりますけれども。今日の説明は、何も変わっていないと言わざるを得ないわけです。

そこで、さっきいろいろな点を研究してやっていくとか、無条件にはできないとか、いろいろ言っておられますけれども、議論もこれまで何度もしてきた話であり、今回も総理の指示があつての話ですから、この特定療養費制度の拡充というものでいくという従来の主張だけに留まるつもりなのか、それとも私どもが主張している、いわゆる混合診療、つまり一定水準以上の医療機関、この一定水準が幾らだということを、今日ここで話を決めようと言っているわけではないんですね。一定水準以上の医療機関に対しては、その医療機関の技術を尊重し、あるいは患者の意向を尊重して、これを認めていくという考え方というのは、基本的にあるのかないのか、それぐらいのことはここで表明していただかないと、何のために局長がお見えになり、かついろいろな方もお見えになり、また大臣まで出席していただいて議論をしているのか、わけがわからないのです。

だから、繰り返しの話はやめにして、基本的に一体どこまで認めるのか。一定水準ということは、これから詰めましょう。詰めるけれども、認めるかどうかをこれから検討するとおっしゃるのだったら、私は何を言うのか、過去何年間も議論し尽くしている問題ではないかと思って、この返事だけはどうしても今日していただきたいと思っておりますから、これは局長からお願いします。

水田局長 まさに冒頭申し上げましたように、今日公開討論に出るようにとわれまし

たけれども、私どもとしては、これはまだ時期として早いと。タイミングとしては早いと申し上げてきたわけでありまして、それを申し上げて、それでもいいから来いということだったものですから来たわけでありませう。

ですから、それについては、まさに検討途上であると。したがって、この公開討論は余り時間を費すのは無駄じゃないかということで申し上げたんですけれども、開くべしということだったので来たという経緯でございますので、そこはよく御理解、大臣、大変恐縮でございますけれども、そういう経緯で今日があるものですから。

村上大臣 私は別に。

鈴木議長代理 そういうのは一体回答になるのでしょうか。

福井専門委員 よろしいですか。

宮内議長 どうぞ。

福井専門委員 何点かお伺いします。1点は、先ほどの草刈総括の御質問に関連ですが、例えば、がん治療なんかでも保険診療の治療法に加えて、まだ勿論保険にはなっていないけれども、諸外国で効果があるとされているものを併用したいということはあるわけです。こういう場合には、併用して同時期にやると混合診療だとして、保険診療に該当する部分の治療費も全額本人が出さなければいけないということになりますか。

堀江室長 具体事例もちょっとあれですけども、今お聞きした範囲でいくと、基本はそのとおりだと思います。混合診療になると思います。

福井専門委員 そういう場合に、例えば、保険だけを維持するよりもひょっとしたら本人にしてみれば当然わらにもすがるといってやってみたい治療はあるけれども、そうするとまさに弱者にむち打つ形で根っこから全部取るということになります。さっき草刈総括が申し上げたとおり、本当にそれが人倫に合致する行為なんではなかろうかということについて、先ほどの総括の質問に対するお答えをいただいてないと思いますので、お聞きしたいのが1つ。

もう一つ、関連するので併せてお願いしますが、例えば、先ほどの御回答の3ページに、回数制限がある治療があって、回数を超えると根っこから混合診療として保険が出ないというような御回答があるんですけども、回数制限があるものについても、人によって効き方が違うということがあると思います。例えば、3回では効かないけれども、それは非常に体質的な問題で、もう一回やれば効くかもしれないという人が、自分の負担で4回目は出すから、もう一回試してみたいといったときに、当然医療ですから個人差があることは前提だと思いますが、4回目を試みたら1回目から3回目までを全部取るというのも、人倫に照らしてどうかという、同じような問題点を感じるんですが、いかがでございませうか。

水田局長 1点目は、先ほど草刈主査からの問題提起ございましたけれども、基本的に、ちょっとテクニカルは除いて、本当にセカンドオピニオンを得ても、がんの治療に効果があるというものであれば、それはむしろ保険収載というものを目指すというのが制度では

ないかと思うんです。解決の方策としてはですね。

それを、例えば、混合診療を認めるという形で、それこそお金を捻出できる人は使えるけれども、そうでない人は使えないという格好で問題を放置するのではなくて、王道はやはり有効なものであれば、それは保険収載をするということが、すべき行動ではないかと思えます。

それから、もう一つ併せて、今のがんの治療薬の場合、セカンドオピニオンを得ても使われるようなものであれば、何となくわかるような気もするんですけども、もっとわからない民間医療があるわけです。その民間医療に使われるからと言って、初診料、再診療とか、いろんなものが保険診療に付いていくと、これは保険料財源がそういう形で患者と医師が合意すれば、民間療法の必ずしも認められたものについてもお金が出ていくと、使われてしまうと、これはやはり保険料拠出者にとって、あるいは保険契約の両当事者にとってみたら、これはたまらないと、もっとほかのことに使うべきであるというものがあるときに、そういうものはいかがお考えなんでしょうか。

したがって、いい例と、いろんな例があるわけです。1つの例を出されましたけれども、そういう必ずしも、皆さん御納得いただけると思うんですけども、そういう例まで取り込むことになってしまうような御提案というのは、私どもいかがかと思っております。これが第一です。

もう一つは、どうぞ。

中島審議官 回数オーバーの件については、現行保険の扱い上は、決められた回数以上の分について患者さんからいただけないということなんです。ですから、それは。

福井専門委員 それはどういう意味かと言いますと、要するに、4回目を自分の負担でもやりたいけれども、やったら医療機関はお金を取れない、となればやらないことになるじゃないですか。自前で出すからやりたいという人にどうして3回目までの分を全額取るということが許されるんでしょうかという、極めて素朴な疑問です。

中島審議官 そこは、現場の判断としては、4回目を病院の負担でやるとか、いろいろな形で解決がされると思えますし。

福井専門委員 それはむしろ不自然で異常なことではないでしょうか。御本人が、私の体質では3回では効かないから、もう一回やりたいというときに、病院が自腹でやれというのは余りにも異常だと思えます。

中島審議官 ただ、それを無制限に、それこそ認めていきますと、結局歯止めがなくなると。

福井専門委員 歯止めはあるじゃないですか。3回までしか保険では払えない。それ以上は個人差もあるし、個人のニーズもあるからそこで決めようという、極めてリーズナブルな話が歯止めの問題になるのか、全く理解に苦しみます。それから、もう一点、重要なことなのでお聞きしますが、局長から先ほど、民間療法をやったら、民間療法の分まで保険から出てしまうというお話がありました。いかがでしょうか。

その関連がよくわからないんですが、民間療法がいいかどうかという、その価値判断はさておくとしたしましょう。しかし、保険診療でまず治療のパッケージがあるわけですね。ある方が、保険診療で初診料も、それから技術費も薬も含めて保険で賄われているときに、それに付加的に、民間の、例えば、高度なアメリカでは確立している医療を付け加えたときに、それに伴って純粋に増加する分について御本人に出していただくということであれば、何ら保険財政を圧迫しませんし、ほかの人の負担を侵害することにもならないと思うんですが、それがいかなる意味で、ほかの方の財政に悪影響を与えるということになるのか、全く理解できないのですが。

中島審議官 先ほどのお答えと一部重なるところもあるのでお答えいたしますが、確かに決められた回数以上は、患者さんの負担になるから、一定の歯止めではないかと言われますけれども、実際にあと、例えば、10回検査が必要ですよと言われたときに、患者さんが5回でいいですとか、もういいですという判断ができるかということ、それはやはり医師と患者で、片方は病気で悩んでいるという状態では、その判断は求められないと思います。

福井専門委員 それは、先ほど原委員も申し上げたように、情報をいかに患者と医師側で共有するかという、一種の情報の非対称の端的な問題ですね。混合診療の論点とは別ではないでしょうか。

中島審議官 いえいえ、情報だけ提供すれば、その場で判断できるかということ、やはり現状では我々はその判断を患者に持ってくるのは酷ではないかと。それができないんじゃないかというふうに考えて、それは保険としてはここまでというものを決めて、それ以上は負担を求めないという方に制度としてはなっているわけです。

福井専門委員 その御趣旨は、医師という高度な専門資格は、混合診療を解禁したら途端に患者の意向を無視して、余分な、不必要な治療を自由診療として押し付けるものだという事につながるように思うんですが、そういう意味でございましょうか。

中島審議官 必ずしもそういう意味ではありません。それはいろいろな医師がいて、いろいろな判断をする場合があると思います。

福井専門委員 良心的な医師が本当に必要かもしれない患者のニーズもあるとして付加的な部分を行うことを禁じる合理性はありますでしょうか。

中島審議官 付加的な部分を禁じるのではなくて、医師としての判断で付加的な部分が必要であれば、それは医師がするんだと思うんです。ですけれども、その負担を患者に求めないでくださいというのが、現状の仕組みだということなんです。ですから……

福井専門委員 それは実質的に禁止と同じことだと思います。

中島審議官 いや、そんなことはありません。例えば、手術でも、同じ胃がんなり盲腸の手術でも、30分で終わるのもあれば、2時間かかるのもあるわけです。それは現場の判断でやっているわけです。

福井専門委員 でも、それは医師の負担でやらなければならないという御趣旨ですね。先ほどの3回を超えるものも。それは、要するに、現代のまさに当事者の契約で行われる

行為について、江戸時代同様の赤ひげ先生を求めているということと同じではないでしょうか。果たしてそれで本当に必要な治療がみんなに行き渡って、国民の医療に関する満足度が高まりますでしょうか。

中島審議官　ですから、そこで本当に現場がお困りであれば、我々聞きまして、保険の回数を増やすとか、点数を上げるとかということに反映をさせていって、保険で見られるようにしようという努力を。

福井専門委員　冒頭草刈総括が申し上げたと思いますが、保険診療をどこまで認めるべきかということは、これは保険財政に関する国民の政策判断の問題だと思います。それと、本来自らが払っている保険に相当する治療分の受益まで、ほかのオプションをくっ付けたら奪ってしまうべきかどうかという混合診療の是非の問題とは、全く関係がないということとは既に申し上げたはずですが。その点についてはどのようにお考えでしょうか。

中島審議官　ですから、その問題は付加的な負担を求めるということが、一方では、保険に対する信頼を失うという可能性もあるということを考えているということです。

草刈総括主査　ちょっといいですか。今の局長の発言を私は重大に受け止めますが、というのは、保険収載がもうできているものについて議論しているわけではなくて、さっから申し上げているように、いわゆる混合診療、つまり併用の議論と。保険収載の議論とごちゃごちゃにしてしまったら、この議論は成り立たない。

もう一つ、私が大変問題だと思うのは、保険収載ができるまで待ってはいればいいじゃないですかと。その間に死んでしまいますよ。要するに、今までずっと使っていて、十分に検証ができているものについては保険収載されているでしょうね。だから、それをいろいろやってみたと。だけれどもどうしてもうまくいかない。例えば、アメリカでこういうものが効いたと、そういうのをつい最近私の友達で見ましたけれども、そういうものがあります。だから、それをやってくださいと言って、それで混合診療ができないから、保険収載になるまで待ってはいればいいじゃないかと。その話は私は非常に不謹慎だと思います。

水田局長　基本的にはやはり国民皆保険の下で、みんなに効果を裨益させると、いいものであれば、それはそれが当然だということで、それが王道であり、かつ選定療養で、例えば新薬についての治験というものを認めておりますし、それから医薬品として適用の問題の拡大でありますとか、現場に本当にそういうニーズがあれば、それは既に答えてきているわけです。

私が言っているのは、今、草刈主査が言われたような、そういう事例を突破口にして、結局付いてくるものが必ずしも民間療法的なもので、大多数の人がおかしいと思うようなもの、そういうものについても保険財源が一部に、ベッドであったり、初診料であったり、再診料としてそういうものが使われるというのはおかしいんじゃないでしょうかということをお願いしているわけです。

草刈総括主査　それは、さっき議論していましたから省略しますが、要するに、官が保険収載までの時間も無視して、とにかくおれたちが決めてやるから、それまで待ってい

ばいいじゃないかと。その間は、もしそういうことを庶民が勝手にやるんなら、その分は保険料を毎月払っているにもかかわらず、その分は取り上げるよと言っているわけです。だから、そういうことがあなた方にやる権利があるのかと聞いているのが1つ。

もう一つついでに言いますが、さっきのお話ですけれども、皆さん現場の話を聞くとおっしゃいました。中医協の話と学会の話と。はっきり言って、こんなもの現場の話に聞いたことにならないですよ。中医協の話を聞いたってしょうがない。あの人たちは、要するにお金を幾らにするかとか、そういう議論をするところであって、要するに現場の医者ではない。学会にしても業界誌みたいなのにいろいろ書いてあったけれども、要するに学会と医師会とどうつながっているのか知りませんよ。だけれども、とにかく学会の人たちの意見を聞く前にやるべきことは、やはり患者の意見を聞くことじゃないんですか。

私どもは、今、独自でそういうことをやっていますから、そのうちそういうことについて、きちんと皆さんに提示しますけれども、それは現場の意見を聞いていることに私はならないと思います。

ちょっと長谷川先生、意見があったら言ってください。

長谷川専門委員 いろんな論点が多岐にわたりますが、混合診療の問題というのは、公的保険ですべての医療を時間的に、遅延なく、将来にわたって給付できるか否かです。もしできるというのであれば、混合診療はそもそも議論の対象になりません。

すべての医療がそもそも、例えば価値観等に照らして必要かどうかというのは、また別途議論しないといけないので、カテゴリーAとBに分けさせていただきました

すべて公的保険でまかなうことがだめだとした場合に、何らかの形での公的給付と自己負担の併用が必要になります。そのときに、併用の対象となる医療は官が特定療養費で決めるべきか、あるいは医療機関と患者が相談して決めるべきかが論点となります。医療をそもそもどのように考えるかで、多分考え方は変わってくると思うんです。医療は、古くから医者对患者さんの契約に基づいて行われており、そこに高々数十年の歴史を有する公的保険が導入された。公的保険をベースに医療全部を考えるのはおかしい、あるいは実質的に公的保険が医療で重要な役割を果たしているので公的保険をベースにもの考えるべきかにより、お互いの意見は異なると思います。

厚労省のお話を伺っていて、私自身は、2つコメントさせていただきたいと思います。1つは医療の質をどうやって規定するかです。本会議では別の提案としまして、医師の免許の更新等を含めて、高い資質の医療従事者を確保する必要を提言しています。医師の裁量権、利用者保護にはまず質の高い医療従事者の確保が必要ですが、これについて技術的に難しいという御意見を厚労省の方からいただいております。

片や、医療機関が提供する医療内容については、厳格な混合診療禁止という規制をやっておられる。どっちがよろしいか。

私どもの考え方は、免許の更新であるとか、資格の再認定などの方がよろしいと思うので、その辺り厚労省としてはどちらのバランスを重視しておられるのかについて、コメン

トをいただければありがたいと思います。これが1点目です。

2点目は、安全性についてです。絶対的な安全性という概念は、医療の現場ではあり得ない話なので、これはあくまで相対的な概念です。実際にある状況で有効な選択肢、治療が2つか、3つしかない場合はしばしばあります。それぞれで利益とリスクを考量して、ある治療法を選ばざるを得ないというのが実際の現場です。これまで安全性という言葉は何度かおっしゃったんですが、実際には完全な安全性なんていうのは絵に描いた餅だということはコメントとして申し上げたいと思います。

1点目について、何かコメントいただければありがたいと思います。

堀江室長 医師免許の部分まで、私ども答える権能がないんですけども、恐らく、今の医療保険制度で申し上げますと、病気した人が保険証を持って病院なり診療所に行くときに、今の高額療養費制度で行けば、せいぜい月に7万円余りというような形になっている。それぐらいで受けられるものだろうと思っていったときに、その場でいろいろとこういうものもあってというお勧めを受けて、情報が余りない中、先ほど主査がおっしゃられたように、家財を売ってでもその医療についていかなければいけないのかどうかというような選択を迫られるというものに対する躊躇というものがあるというのが、今の仕組みなんだろうと思っております。

先ほど来、局長からも申し上げますように、これから検討を進めていく話ではございますけれども、これまでの考え方で申し上げますれば、やはり自由診療と保険診療の併用という部分は、ルールというものがこれまでの特定療養費制度でございますし、そのまま行くかどうかというのは、またこれからの議論だと思っておりますけれども、安全性なり患者の負担なりということを考え合わせた上でのルールの設定というのは不可欠ではないかというふうに考えております。

草刈総括主査 どうぞ。

矢崎委員 私、鈴木主査の質問と同じですけれども、スピードの問題でちょっと疑問に思うところがあります。また質問したいのですけれども、今、世界は健康の危機に瀕していると思ってもいいんですね。

例えば、エイズの問題にしても、マラリアの問題にしても、結核の問題にしても、エイズが4,000万人、マラリアの後遺症を含めて20億人、結核が200万人いるような、世界的に健康の問題は大きな課題になっている。

ここで、またバイオテクノロジーだとか、麻薬の分野で、今、非常に大きな健康問題になっているときに、例えば、これを見まして、特定療養費制度の下で承認手続の簡素化が行われて、77技術のうちに20技術まで認められたというのがあるのですけれども、これはものすごくスピードが早いとお考えになっているのか、非常に遅いと思われているのかについてお尋ねしたい。これだけ特定療養費制度があるから、これをやっていいじゃないかと言っていますけれども、私は世界は、経済もそうですけれども、医学の世界もスピードが非常に大事で、先ほど鈴木主査が言ったように、もう何年間やっていて、答えが同じ

だという点には疑問を感じます。

例えば、特定治療費制度の下でやるときに、これは 77 技術のうち 20 技術できているというのは、非常に早いと見られているのか、その辺はどうなんですか。

鈴木議長代理 ちょっとそれに追加させていただきます。

去年の重点項目の中でもその議論がされて、おたくの返事が特定療養費でやるからというので、そして病院群というものと、医療技術群というものに分けて、私どもの理解は、今までは特別に認められたところにぼんぼんと穴が空いているだけだけれども、病院群と医療技術群の全部に穴が空くというのが、私どもの理解だったのです。

ところが、開けてびっくり、77 の中にわずか 20。これでさっきから言っている特定療養費制度でもってカバーしますなんて、そんなことが言える話ですかということも併せてお考えを聞きたいです。

堀江室長 正確に申し上げますと、高度先進医療が、今、77 技術、124 機関あるわけでございます。そういうものについて、これまですべての技術と、すべての医療機関について個別に何々大学が何々技術について高度先進医療をやることを認めますというやり方をしてきたわけですがそれでも、それではスピードが遅かろうと。こういうこともあって、77 技術のうちの、それはすべて高度先進医療に入っているわけですよ、そのうちのあるものについては、一つひとつその病院がやっていいかどうかということの個別審査をしなくても、届出さえすれば、承認してよろしいのではないかとということで始まった仕組みでございます。77 のうち 20 まで来ております。

そういう状況でございます。ここまで高度先進医療の専門家の先生方の会議の中で、そういう審議をして決めてきていただいているということでございます。

鈴木議長代理 だから、あきれ果てた少なさだということも申し上げているのですよ。少なくとも我々に言って、ここで解決しようとして理解したものというものは、あたかも病院群と医療技術群というもののすべて、仮に完全にすべてではなくてもほとんどを埋めるがごとき話があったはず。それなのに 20 だというのは、それで進めたと言えますかということも聞いているのです。それでは、更に今後進める気はあるのかということも聞きたい。

草刈総括主査 ちょっと追加しますが、去年 6 月 27 日の閣議決定の線に沿って、そういう簡素化をやるということと、それから高度先進医療への新技術の導入、迅速化を図ることによって、対象技術の範囲の拡大を促進すると。こういうのを閣議決定しているわけでしょう。

それに対して、あなた方がやっていることは一体何だったんだと。こういうものをしていて、特定療養費制度の中でやれなんて言われたって、それは患者さんとしての立場としてはとてもじゃないけれども付いていけませんと。そういう部分がものすごくあるわけです。だから、考え方を教えてくださいというのが、我々の言っていることだということも理解して下さい。でなければこれは非常に大きなフォルトだと思います。

宮内議長 先に御発言をどうぞ。

中島審議官 今のお話は、やや混線している部分もありまして、1つは77分の20では少な過ぎるのではないかということに関しては、これはまさにそういった技術を、それこそ現場のそういった技術の専門の方も含めて御議論いただいて、こういったものならば、事後的に報告をしてもらうということでもいいのではないかと技術を選んだということでもいいのではないかとということで、それ以外のものについては、やはり極めて特殊なものであるので、そこまで現状やるべきではないのではないかと判断に基づいているということが1つです。

鈴木議長代理 あなた方の回答は、いつもそういうことを言うに決まっている。

中島審議官 いや、我々が言っているわけではなくて、まさに専門家の御意見を伺ってということなんです。

鈴木議長代理 しかもこちらに並んでいる124というのは、特定療養費ということで、かなり医療技術を認められているのだから、相当高度なものでしょう。

それをそういうことを言って、学者が選んだから、専門の先生が選んだからということをおっしゃるだけでは、本当の患者の気持ちには添えないですよ。ケアフルに考え過ぎたら、何もできる話はない。だからといってむちゃを言っているわけではない。ごく限られた範囲でしょう、そのシステムというのは。その程度のことをやってあって、それをしっかりやっていますと言われても、我々は信用できないということをおっしゃるので。

学者が言ったからだ、私は知りませんでしたなんて、審議官ともあろう者が言うのはやめてくださいよ。

中島審議官 私は知りませんではなくて、それなりにそれぞれ理由があるということをおっしゃっているわけです。やはり、どこでもできるものと、特定の状況、あるいは特定の人材等がないとできないというようなものを専門家の目を見て、そういう判断をされたというのが1つ。それから、保険導入するに当たっては、更にその中でどのぐらい技術が普及し得るかとか、普及しているかというような実績とか、何例ぐらいやられたのかというようなものとか、そういったものを勘案して決めるわけですので、その中で保険導入がいつされたという数だけをもって、行政の方でスピードをコントロールしているんじゃないか、遅いということにはならないのではないかとこのように思います。

堀江室長 今の簡素化の話とちょっとずれますけれども、今、77技術というふうに申し上げておりますけれども、今、専門家の会議の方も着々と審議いただいております、次にもし審議会を開く機会を早々にできればと思っておりますけれども、そういう機会には、十数個のもの、新しい技術を77に加えて、高度先進医療として認めていく。そういうことで選択肢がまた広がっていくようにしようというふうに考えております。

鈴木議長代理 悪いとは言わないけれども、そういうことを言わないと、増えないというのがおたくのならいであり、性能ですね。

草刈総括主査 誤解のないように言っておきますけれども、私どもは特定療養費制度について、もはや信頼できないから、それは捨ててくださいと言っているんですよ、いいですね、そこを間違えないでくださいよ。全然違う考え方でやってくださいと。そうじゃないと何の発展性もないからそう言っているわけで、総理の御指示も、大臣の御指示も、私どもの理解は、要するにそういうものの中でごちゃごちゃとさっきの岩崎さんが言ったように、極めてスロースピードでやるというようなことを続けるのはもうやめなさいというふうな御趣旨だと理解していますから、そこを間違えないでいただきたい。

阿曾沼専門委員 今、草刈主査が言ったことを1つ確認したいと思って質問を求めたんですけれども、幾つか気になる御回答がございまして、例えば、混合診療でやると保険収載ができなくなるようなニュアンスに取れるような御発言が局長からあったというふうに私は理解しています。特定療養費制度だとそうなんだけれども、混合診療になると保険収載が遅れるんだというニュアンスのようなことがございましたので、そこは私自身が非常に疑問に思いましたので、そこはそうでないということをはっきりと、混合診療であろうと、特定療養費制度であろうと、保険収載のスピードというものについては、全然関係ないことなので、そこはもう一度確認のための御発言を求めたいと思います。

もう一つ気になることは、例えば特定療養費制度が、今、もう制度疲労しているという草刈主査の議論がありましたけれども、先ほどの中島審議官の回答の中で、一連の診療としないで、一回診療をやめたことにして、ほかの診療にすれば、それは混合診療にならないでできるんだというような、いわゆる診療報酬体系の中で準用とか解釈によっていろんなパターンができてしまう。順列組み合わせのように、何万通りも解釈ができてしまうというような制度そのものが、実は医療の現場の混乱を生んでいるんじゃないかと思います。

これからの医療というのは、EBM、エビデンスをはっきりさせましょうとか、説明と同意をきちんとしましょう。納得の医療をしましょうとか、患者さんが医療に参加してよりよい医療をしていきましょう。それからオーダーメイド医療といった非常に患者本位の医療をこれから推進していこうというときに、納得がしにくい、もしくは解釈もわからない、混合診療となることやならないことが、いつ、どういう形で、特定療養費制度以外に、これが通達なのか、いわゆる通知なのかで知らされて、解釈上できるようになる。そういったことで何が脱法で、何が合法なのかわからないような非常にわかりにくい制度というものが、今、医療の現場にいろんな大きな混乱を招いているんじゃないかと思います。

そういった意味からも、この特定療養費制度というのが少し制度疲労していて、もう一度原点に戻って、医療が患者と医師との契約ということで成り立ち、それから自由診療の原則と保険が効くか効かないかという問題について全く別ものなんだという、もう一回原点に戻って議論していこうという話ですから、その辺を踏まえて今後御議論を深めていただきたいと思いますというふうに思います。少し気になったんですが、混合診療だと保険収載ができないようなニュアンスは・・・。

水田局長 いや、そこはまさにおっしゃるとおりで、有用なものであれば、それはどう  
いうステータスであれ、新薬としての承認を求め、また保険収載していくということでご  
ざいます。

鈴木議長代理 もう一つ言いたいだけけれども、さっき保険で払うのが王道だと、それ  
は王道に決まっていますよ。しかし、保険のお金というのは、少なくなる若い人から取る  
のだから限界があるわけですね。だからそれはなかなかできない。できないから国民はみ  
な海外に行って医療を受けるという、この現実に対してわずかばかり増やしたものを例に  
挙げて、やっています、やっていますとおっしゃられるけれども、それでもつのですかと  
いうのが1つ。

それから民間的なものはどうこうだということをおっしゃったけれども、これはまさし  
くそういうことを心配しなければいけないのは、競争のない世界の中に安穩としてきた医  
療業界のものがもたらした弊害だと思います。

そうであればこそ、スタートラインにおいて、一定以上の水準という条件を課している。  
しっかりした病院にすべての診療所がなったら、すべての医療機関であってよいわけです。  
そこを我々は目的としている。それで厚労省も安心し、国民も安心するというものになる  
のが一番よい話なのだけれども。

だから、そういう意味でスタートをかけてくださいよ。それがさっきから草刈主査が何  
度も言っておられるけれども、あなた方が絶対にわからないのは、上からお墨付きを付け  
たものは安全だが、下からの声と開発による新しい良い医療ができるという点について、  
どうして理解力を払わないのかという問題に対して、もう少し実世間というものに目を開  
いてもらいたいと思います。

水田局長 一言、もう繰り返しは避けたいと思いますけれども、医療保険はそもそも公  
法上の契約で、それはやはり診療担当者とお金を払う人、この人たちがお金の使い方につ  
いてのルールを決めて、実施しているわけでありますから、通常の医師と患者の関係とい  
うことに加えまして、公法上の関係があるということを示したわけです。

したがって、そういう保険契約の両当事者が話し合う場である中医協というところで、  
安全性、有効性を確認していくと。こういうプロセスを申し上げているわけでありまして、  
なぜそこは理解していただけないのか、よくわかりません。

宮内議長 どうぞ。

福井専門委員 ちょっとお聞きしますが、2000年に日本医師会総合政策研究機構が混合  
診療に関するレポートを出しておられまして、その中で実態として混合診療は日常的に行  
われているという詳細な記述があります。

それから、具体的に点数表に規定のないサービスやものの実費徴収例があるということ  
で、これも数十にわたって具体的なものがございます。要するに、このレポートで言っ  
ていることは、運用上は現場で混合診療に近い脱法行為はいっぱい行われているんだから、  
厚労省が禁止の建前を貫いていることには矛盾がある。こういうことを言っているんです

が、この実態については事実だという御認識でしょうか。

堀江室長 最後は、個々の診療の内容によって決まるものだと思っていますので、それがまさに自由診療と保険診療が混在しているものであれば、混合診療でございますし、それから、そうではなくて、別途のものであれば。

福井専門委員 ここには、厚労省がおっしゃる定義によれば禁止されているはずの混合診療が、現場では広く行われていると書いてあるんです。

これが事実だというふうにお考えであれば、こういうものをなくすように具体的な指導を徹底されるなりなさっておられるのか。

それとも、これがむしろ現実のニーズに合っているというのであれば、正面切って認める方向にするのか、どっちかしかないと思うんですが、どちらの道をお考えでしょうか。

堀江室長 どちらの道ということでもございませませんが、もし混在していることであれば、現実の保険の請求の際に、これは混合診療ですということで支払い、償還ができなくなるということになります。

福井専門委員 そういう形で実際には実費を別途自由診療相当分として取っている例があるということで金額まで入れてあるんです。

だから、これが虚偽のレポートでないという御認識であれば、おっしゃる建前からすれば何らかの指導をされないとつじつまが合わないのではないのでしょうかという極めて単純な御質問です。

鈴木議長代理 その前提として、そのレポートの内容についての真実性についてはどう評価されているのですか。

中島審議官 2000年のレポートについては詳細は知りませんが、もしそういった事実が社会保険事務所なりに伝えられるようなことがあれば、当然指導の対象になりますし、その事実がかなりなものであれば、しかるべき処分の対象にもなり得るものだと思います。

福井専門委員 ということは、ここで紹介されているようなものは違法であって、断固取り締まらなければならぬものだと、現時点でもなおお考えだということですね。

中島審議官 そこに記載されているものというのが、詳細に今わかりませんが、申し上げられませんが、

福井専門委員 後ほどで結構ですが、ごらんいただいて、詳細に検討された上で御見解を教えてくださいませんか。

もう一点ございます。先ほど来、繰り返し議論になっている点ですが、必要なら保険診療にすべきだという考え方は、命題としても誤りだと思います。

なぜならば、保険診療の対象とするかどうかは、一般国民が、言わばみんなで背負ってあげるということに関して合意ができるかどうかということであり、それがもともと保険というものの本質的な在り方です。これは強制保険だろうが、民間保険だろうが、公的保険だろうが、すべて保険は、保険財政を使って、みんなでリスクを分担することが適当と

思うかどうかということによって決まるわけです。

保険は保険で自ら払った分に対応した明確な医療行為がある。それと、ここで論点になっている混合診療のように、負担に対する受益として明確なものがあって、それに加えて別途、保険のみんなで背負う対象にはならないけれども、別の行為を併せて治療として受けたいという切迫した患者のニーズがあるときに、おまえはそういうことを受けたら危ないからやめておけとか、全然関係のない保険財政を持ち出してそれとは独立であるにもかかわらず、そっちに悪影響があるというような議論は、到底成り立たないと思うわけです。

そこについての明確な論拠が先ほど来、一連の議論の中でも全く示されておられないということを変奇に思います。

併せて申し上げれば、保険の対象にするかどうかというのは、さっきいみじくもおっしゃったように、症例を集めて実験をして、この薬が似たような症状の患者の何%に効くんだらうとか、治癒例の内容はどうか、あるいは副作用で重大な障害が生じたかどうかなどということ、統計的に処理して決めているわけです。

統計的に処理しているということの意味は、冒頭私も申し上げましたが、人によって医療がどのような効果をもたらすか、個人差があり、体質差がある、あるいは遺伝的な要因もあるわけですから、ある人には危ないけれども、ある人には危なくない。あるいはある人にはよく効くけれども、多くの人には余り効かないというようなことがあり得るわけです。それらすべてを保険数理の中で完全に詳細に解決することは、もともと客観的に不可能なことです。

にもかかわらず、保険に入れればいいということで、その人によっては切実なニーズがあるし、効くかもしれないという治療を、それを使ったら全部おまえの払った保険料は無意味に帰するぞというような、言わば恫喝的な規制をしてまで禁ずる必然性が一体どこにあるのかということをお聞きできればと思います。

堀江室長 このテーマについて、きちんとこれから検討を深めていくというのは、また別途ございますけれども、これまでの話で申し上げれば、特定療養費制度が昭和59年にできるときから、国民の安全性だとか、過度な負担にならないようにということは国会からの指示のある話でございますので、そういうことから行くと、先ほど申し上げましたように、保険証とお財布を持って出かけたときの負担の範囲というのは、おのずからこのぐらいというのが見当が付いていけるものというのが原則で、そうじゃないようなものというのは、これこれだというふうに明確にされておくことが必要なのではないかとというのが、これまで申し上げてきたことの基本なんだと思います。

福井専門委員 そうであれば、そういうことをされることによって、保険財政はますます逼迫するようになるということがわかりいただけませんか。すべての、だれが必要とする医療をすべて保険財政の対象にするというようなことが物理的に本当に可能だとお考えでございましょうかというのが、ここでの論点です。

堀江室長 いかなる病気についても基本的に対応ができるようになるというのが、今の

皆保険制度の内容だというふうに思っております。

草刈総括主査 それから、今の特定療養費制度の話ですけれども、できたのは1984年ですか、それも保険指定を取り消されたお医者さんが、裁判に混合診療やったからそうだったと、それは違法であると訴えて、それで静岡地裁で取消の判決が出たと。慌てて特定療養費制度をつくったという経緯があるわけで、もうそれから20年も経っているわけですね。

20年のというのは、さっきの矢崎さんの話じゃないけれども、この世の中のスピードとしてはものすごく変わっているわけですから、もう考え方を変えたってちっとも構わないじゃないということになるのでは、これは答えなくてもいいですけれども、ただどそういうことは何も特定療養費制度が憲法みたいに決まっているわけでも何でもないというのが私どもの理解であります。

宮内議長 まだいろいろ御意見があろうかと思えますけれども、ちょうだいしてありました時間になってまいりました。

最後に何かコメントはありますか。今日の締めくくり当たりまして、付け加えることがございましたら、厚生労働省の方から何かコメントをいただければと思えますが。

水田局長 特にございませぬ。私どもとして、これから検討作業を進めていくと。

傍聴者 済みませぬ、私、がん患者なんですけれども、この場での発言は認められませんか。今、余命3か月というふうに言われているんですけれども、今日の話の聞いている中で、私は混合医療を1つでも望みがあるのであれば、何か治療をしたいと考えています。けれど、それが全額負担になるのであれば、治療ができません。そうなれば、今、保険の治療をしていますけれども、それ以上の治療については、もう私はホスピスに行くしかないと思っているんです。

あと、いろんな話が出ましたけれども、私の命は3か月です。そう考えたときに、年度末でも私は間に合わないんです。そういう患者さんが、多分日本には5万人、10万人いると思うんですよ。

私は9月になって初めてがんと言われたんですね。それまでは全くがんと無縁の生活をしていました。身内にがんがいたわけでもないですし、全く関係のない生活をしていたんですけれども、自分が初めてがんという宣告を受けたときに、自分でできることをやらなければ、患者も民間医療に全部あれるほど、全員がだまされる人ばかりではないと思うんです。

だから、そのために有効である治療が受けられないということは、ものすごく自分にとっては損だと思えますし、全部のがん患者さんにとっても損だと思えます。やはり、混合の治療を受けたからって、今まで普通の治療薬を受けたときにできていた、保険で適用されていた、それこそ私だって20年近く保険を全部払っています。

けれど、そこでもうだめだよと。ほかの認証されていない治療を受けたらだめだよと。でもそれはアメリカとかで認可されているというか、有効性はうたわれているわけですね。本来であれば、それが全部認可であれば保険で全部いくわけなんですけれども、それがや

はり認可とか、副作用とかのいろんな部分でできないものだと思うんですね。そこまでどうのこうのではないんですけども。

とにかく部分的な混合医療というのを認めてほしいというのと、あともう時間がないという、この2つ、やはりもうちょっとよく、他人事ではなくて、もう日本人の3分の1ががんで死ぬと言われている世の中の中で、やはりもうちょっと真剣に議論してほしいなということ、今日すごく感じました。

私は、こういう場に出るのが初めてなので、済みません、こんなところで発言してしまって申し訳ないんですけども、一応それだけお伝えしたいと思ひまして、済みません、ありがとうございました。

宮内議長 時間がまいりましたので、当会議といたしまして、今日のお話を踏まえまして、更に年末の答申に向けて検討を進めてまいりたいと思ひますが、最後に議長という特権で申し上げさせていただきますと、私も長い間規制改革をやってまいりましたけれども、本テーマにつきまして、厚生労働省はどうして反対なさるのかということにつきまして、いまだに個人的には納得できないということをお願いさせていただきます。

それと同時に、今日、こうしてお話しさせていただきましたのは、9月10日の経済財政諮問会議におきまして、総理が混合診療について必要性を求める声が強いと、年内に解禁の方向で結論を出していただきたいとおっしゃった、その諮問会議に私が出しました資料では、いわゆる混合診療とは適切な情報に基づき、患者自らが選択する場合は全面解禁すべきだと。こういう意見に対して、総理が年内に解禁の方向で結論を出してほしいと、こういう総理指示があったということをお願いさせていただきます。

また、10月12日の国会におきまして、総理は、官が強く関与してきた分野の改革を推進したいと。その例示といたしまして、混合診療の解禁などということをお願いさせていただきます。

そういうトップの指示にもかかわらず、今日お越しいただきました局長を始め、ここへ出てくるのが時期尚早であったと、これから検討するんだというお考えは、これはどうなっているんだろうと。政府といたしまして、トップの方針が出たことに対して、担当の省庁は早過ぎたということは、私どもとしましては誠に不思議な感じがいたします。だらだらと進めるということは、結局、結論を先延ばしし、また来年同じ議論をするのかということになりますと、ただいまの患者さんのお話のようなことを考えますと、胸が詰まる思いでございます。

そういう意味で、是非、医師会とか、そういうことでなく、患者の立場、国民全部が患者予備軍でございますから、患者の立場で医療行政をお考えいただくということを是非お願い申し上げたいと思ひます。

本日は、本当に御多忙のところ、長時間ちょうだいいたしましたことを心から感謝いたしますけれども、是非我々の考え方の一端でもおくみ取りいただきまして、早期に前向きに総理指示にお取り組みいただきたいと、このように申し上げて終わらせていただきたい

と思います。

大変失礼いたしました。

草刈総括主査 済みません、終わりの宣言があったんですが、今、全く予期せぬ患者さんの発言がありました。

一言申し上げておきますが、我々が言っているのと全く同じような御趣旨。ただし、もっともっと大変に切迫した状況で、今言われているわけですね。

それで、官である前に、いわゆる何とか省である前に、人間として今の声を十分に聞いてから答えてください。お願いします。

宮内議長 それでは、本日の会議は以上をもちまして終わらせていただきます。ありがとうございました。