

司会 お待たせいたしました。それでは、ただいまより第10回「官製市場民間開放委員会」の記者会見を開催いたします。

それでは、委員長、よろしくお願いいたします。

宮内委員長 ただいま、お聞き及びのとおりでございます。今日は私どもの最重要項目の1つでございます。混合診療の解禁ということにつきまして、関係者とのヒアリングということで、これは初めてこういう席でのことでございますが、患者の皆様方に来ていただくということで、ごらんのとおりお三方におでましまして、またお手紙をいただいたという中から、日本のただいまの保険診療制度の限界、あるいは混合診療が解禁されていないことによる弊害ということを、体験に基づきましてお話をいただいたと。

また、その体験の中で、最も重要なことの1つは、やはり緊急性という時間の問題と、それからもう一つは経済性と言いますか、お一人ひとりが家庭の一員として経済的な問題、時間と経済という2つの面から患者の皆様方が大きな負担をただいま現在強いられているという現状をお聞かせいただいたということでございまして、お一人ひとりの病状等につきまして内容は違いますけれども、日本の保険制度の持っている、現在の制度の持っている欠陥ということが、今日のヒアリングで浮き彫りにされたのではないかとということで、この問題の重さということを改めまして、本当に深く感じたというのが実態でございます。

今日のヒアリング、患者代表と言いますのは、我々国民の代表でございまして、医療ということを考えますと、私ども全員が医療現場のユーザーという立場になるわけございまして、これは遅かれ早かれそういう立場になるということを考えますと、国民の側から見た医療制度ということを考えるのに、こういう現在苦しんでおられる患者の皆様のお話を聞くということは避けて通れない。是非、何が何でも聞かせていただいて、我々の答申に何とか反映させなければならぬ課題だったわけございまして、大変参考にさせていただけるお話が聞けたというのが、私の感想でございました。

今日のお一人は、この間のヒアリングのときに、突然発言された方に来ていただきまして、そういう意味では前回の混合診療に対するヒアリングということがきっかけとなって、こういう会を持てたということは、私どもの会議にとりましても、非常にプラスになるヒアリングではなかったかと思えます。

草刈さん、何か御感想がございましたら、どうぞ。

草刈総括主査 今、宮内委員長が言われたとおりで、特に付け加えることはありませんけれども、我々が何のためのこの会議をやっているかということで、勿論、最終的には医療費が今、30兆というのをもっと大きくできるとか、そういう面はあるんですが、それは結果でございまして、やはり我々の原点は患者さんの声だと思うんです。我々の原点、問題意識の原点、行動力の原点、これはもう患者さんの声ということは、さっき佐藤さん言っていましたけれども、明日はあなたたち我が身になるよとおっしゃった、まさに国民の声というのが、我々の行動力、原点であろうというふうに思います。

ただ、混合診療が仮にそういう形で認められたとしても、それだけではとてもこの遅れ

た医療を改革していくことはできないということもおっしゃってしまして、またそのとおりではありますけれども、やはり当面の緊急性のある課題としての混合診療というものを、何とかして解禁していくということが非常に大事な、国民的なテーマであると。それで、これについては、法律的にも非常に疑義があるという論調もございますし、やはり今年何とかして政治の面でも皆さんそのようにおっしゃっていただいていると思いますので、今日のお話を更に我々のエネルギーにして、これからあと1か月ちょっとしかありませんが、その間に我々としても全盛力を費やして頑張っていきたいという思いをますます強くしたというところでございます。

宮内委員長 あとは御質問にお答えするという形にいたします。

司会 御質問のある方どうぞ。

記者 ちょっとお尋ねしますけれども、先ほど佐藤さんの方から、抗がん剤の科学療法ができる専門医が非常に少ないという御指摘がありました。こちらの会議の中間まとめで、一定水準以上の医療機関に包括的に混合診療を認めたいと。そのことについて、どのようなデータに基づいてお決めになるお考えか、この間お尋ねしたんですが、それについて明確な御回答がなかったと思っているんですけれども、国際的に、標準的に認められた抗がん剤を例示されていたので、抗がん剤の科学療法が大きなテーマになるとは思いますけれども、専門医が非常に限られている中で、一定水準以上の医療機関というのを、どのように選んだらいいのかということ、改めてお尋ねしたいんですが。

宮内委員長 これは恐らく何かある線があって、そこから上がだめで下がいいというような問題かどうか、それは疑問がございます。恐らく、どの辺りで線を引くべきかということで、また次の議論としてなされることなのだと思いますが、私どもとしましては、例えば、一定水準というのは、日本でナンバーワンとナンバーツーとナンバースリーと3つぐらいしかないんだとか、そういうような数は全然想定しておりませんで、もっと国民が広く混合診療というものが解禁された場合の成果を受けられるようなレベルと。なおかつある程度のレベルを持っているところを模索しないといけないと思います。

例の特定療養費制度等で考えられている3けた近くの療養設備ということだけでなく、例えば、その何倍かとか、ないしは4けたにならないかとか、そういうところから模索したいと思います。

記者 今の関連なんですけれども、そうすると、仮に先ほど佐藤さんがおっしゃった抗がん剤の専門医が400人だとして、その抗がん剤の専門医がいなくても、いわゆる混合診療なるものを抗がん剤について認めるべきだというようなお話に。

草刈総括主査 ちょっと誤解されるといけませんから申し上げますが、佐藤さんのおっしゃっているのは、アメリカでの9,000人というのに比べて、日本は約二〇分の一しかいませんと。これは、日本の医療、特にがん治療に対する遅れを象徴的に表わしていると言っているわけです。それでは、アメリカの9,000人が多いのか、少ないのかという話もありますし、それでアメリカは全部が全部フルによくなっているのかどうかという

問題はあるわけですが、400人しかいないから、だから、極論すればその人たちがいるところしか薬を扱ってはいけない。そういうことをやっている、全然医学は進歩しませんから、当然その人たちはもっと、専門医とおっしゃっているわけで、その人たちが情報をいろんな病院に提供してやったっていいわけですから、そういう400人しかいない、その病院にしか混合診療を認めないんだという理解を私どもは全くしてない。

それから、これは薬の話であって、混合診療には療法の話がもう一つあります。だから、そんなことを言うとなんかあれなんですけれども、日本には療法、外科医、放射線、薬、この4つがチームとして治療する体制になってないわけです。アメリカはほとんどそうなっているとか、アメリカの場合は保険制度がちょっと違うけれども、そういうふうにアメリカはこうだから日本は矮小化しなければいけないという議論をする気はないのと。

もう一つ、一定水準以上という、一定の大きさ以上というふうに理解されるかもしれないけれども、それは全く違いまして、小さな病院でも自分で非常にユニークな技術を持っているとか、あるいは、薬品に対する知識を持っているところがたくさんありますから、こういう人たちを大幅に許容していく、あるいはそういう人たちにもやっていただくところも視野に入れてやっていこうということです。

ただ、これは理解していただきたいんですけれども、私たちは厚労省から何も返事をもらってないんです。こっちの申し入れに対して、早くしろと言っているんだけど、何も言ってこない。そのときに、こっちから変なことを言うと、すぐ食いつかれていいところ取りされるから、だから私たちは余り言わないんです。わかっていただけると思いますが、それでも。

記者 今の確認ですが、抗がん剤の専門医がいないところでも認めたいと。

草刈総括主査 それは、ところによって、それはむちゃくちゃなところにということではなくて、それが一定の水準がキープできるという理解ができればやるということで、必ずしも400がどうのこうのという話ではないということです。

宮内委員長 長谷川さん、どうぞ。

長谷川専門委員 補足説明をさせていただきます。専門委員の長谷川です。

どんな技術をどういう医療機関でやっていただくかというのは、条件を一概に定める物ではなく技術によって基準は異なるということを、十分御認識いただきたいと思います。だから、この治療に関しては、こういう要件だろう、あるいは別の治療に関しては、もっと緩い要件かもしれない。だから、これは一概に一定の基準でもって判断するというのは、ほとんど意味がありません。

例えば、当会議で特定承認保険医療機関の基準がどうも科学的に乏しいのではないかと考える理由も同様です。ベッド数、医者が5人いるか否か、公的医療機関あるいはそれに準ずる医療機関である、などはその技術に対する質の保障は何もしていない。

ですから、やはり技術によってどんな体制が必要かというのは個別に判断せざるを得ないだろうということは言えると思います。

オンコロジスト（がん専門医）が日本で少ないというのは、これは事実です。やはり社会のニーズがあれば、育成するような形を取らないといけない。今、400人と少ないのは間違いありませんけれども、それはある程度ステップ・バイ・ステップで養成するような、キャリアを育むようなシステムをつくらないといけないと思います。

ある技術を例えば認める、例えばケモセラピー（化学療法）について認めるとしても、恐らくキーワードは徹底した情報開示です。ここの病院にいるケモセラピーをやるオンコロジストは、こういったキャリアで何例の症例を持っている、これだけの成績を出している、などについて、やはりきちんと情報開示する。例えばこの都道府県であれば、ここここならそれができるところだという情報を整備します。そうすると、少なくとも患者が専門医がどこにいるか訪ね回ってみじめな思いをすることはないわけで、やはりこういう体制があるのかというのは、情報整備して、徹底した情報公開によって、それを明らかにしないといけないということだと思います。

では、どの基準がいいのかと。これには恐らく専門学会とか、専門家の関与が必要です。例えばイレッサという抗がん剤で治療をやるためには、これだけの経験がないとだめだという要件は当然必要になります。ただ、薬だけがあればいいという話じゃないのです。薬というのは、必ず使う人間がいます。その両方を考え要件を定めることができるというのは、専門家しかいないので、当会議が個別の基準がどうのこうのというのは、多分場違いの話であって、それはむしろ専門家が関与する、あるいは情報が徹底して公開されるような仕組みを当会議としては主張していくべき話だと思います。現在の段階で、余り技術的な話というのは実が少ないんじゃないかなというふうに思います。

記者 今のようなお話は、中間とりまとめから伺えなかったものですから、つまりこういうことですか、特定承認医療機関というのは、あいまいな基準で行われているということですが、こちらで高度先進医療をやる、包括的に混合診療を認める医療機関というのは、例えば抗がん剤なら抗がん剤について、これは厚生省かどうかわかりませんが、ある学会がその情報に基づいて認めたようなところについて、そこについてある薬剤について認めると、そういうことなんですか。

長谷川専門委員 専門家の考えをできるだけ尊重していくということは間違いありません。

記者 だから、一定水準以上というのは、あいまいなものではなくて、分野分野において、ある程度の専門家の合意ができるところについて、抗がん剤ならこうだと、あるいはほかの治療ならこうだということを分けて考えていくということになるんですね。

宮内委員長 まだ議論はそこまで行っておりませんで、御承知のとおり、平成11年度から混合診療を解禁しろということで、今日に至るまでノーアンサーというのが現状でございますので、まず混合診療を原則的に禁止していたのを外すということ、何とか突破口を開きたい。外し方については、また次の段階での議論なんです。それで、その中で専門家が今後関与していただく必要があるというのは、勿論言うまでもないわけでありませ

れども、外し方も、勿論、特定療養費制度的な流れの外し方ではないということもはっきりしたいと思いますし、また、それ以外が外れたとしても、日本で例えば1か所とか、3か所しかだめなんだというような形であれば、これは全く国民の側から言うと意味が小さいという意味で、できるだけ大きな幅を取りたいという、そのところの攻防戦ですから、ちょっとその御質問のところまで取られますと、なかなか答えに窮するんですけども。

阿曾沼専門委員 我々が一番危惧しているのは、例えば一定水準で技術論をしたところで本当に結論が出るんですかと。今までいろんな意味での医療というのは、エビデンスがなくて結論が出ない部分があったわけですから、一定水準というものがあいまいな議論の中で、新たな規制とか、新たな大きなハードルをつくるということに非常に危惧するんです。

そういう意味で、今、草刈総括、宮内議長がおっしゃったように、今、我々がそれを個別に、具体的に議論すべき時期ではない。もう少し時間がかかると思います。

記者 ただ、一定水準という表現は、そちらの会議がお使いになられて、しかも患者さんの声を聞くということで、患者さんの方から、別に混合診療だけが医療の質の向上につながるというわけではなくて、専門家が少ないという御指摘もあったので、基本的な方針で結構なんですけれども、どのように選ばれるおつもりかと伺っているんです。

宮内委員長 恐らく、選ぶのは我々ではなく、話し合いの結果、厚労省が案を出してくるというようなプロセスなんだろうと思います。

それで、専門家が少ないというのは、まさに日本の保険制度の結果であって、我々は混合診療解禁によりまして経済的負担を少なくすると、不平等をなくすと同時に、日本の医療をもっと世界の先端に近づかせるといふものにしていくということでございますから、そういう中で、やはり患者の選択肢ということも増やしていかないといけない。その選択肢を増やすということは、やはり情報開示ということから始まるわけありますから、学会で承認されたものを、果たして一定水準と言えるかどうかです。新しいものというのは、恐らく学会で未承認なんだろうと思いますから、そういうものもどのように含められるかどうかということを含めまして、混合診療の解禁というのは、かなり大きな医療界全体にインパクトのあるものでないという意味がないというふうに思っております。

その結果、競争あるいは先端への患者の希望というようなものがふくらんでくることによって、日本の専門医も増えていくと。そのプロセスなくして増えないと思うんです。

草刈総括主査 それから、誤解のないように申し上げますが、佐藤さんの言っておられるのは、400人しかいない、だからとにかく混合診療だけをやってもだめですよと、こう言っているのとはちょっと違って、それから本田さんも言っておられましたけれども、混合診療が認められたというか、要するに解禁された、それだけで事が済んだなんてことはとんでもない間違いですと。その後にはやることは、たくさんありますと。例えば保険の収載の方法でも、例えば中医協が腐ったような組織がやっているとか、そういう問題も含めて、全部解体しろというふうに我々は言っているわけですが、要するに、そういうところ、

あるいは、いわゆる医療体制そのものをもっとちゃんとやっていく、あるいは専門家を増やしていくということも次に混合診療の後にフォローしなければいけないんだけど、とりあえず緊急的な話題として、あるいは緊急的なテーマとして、今の時点でできるだけ早く一番やってもらいたいのは混合診療の解禁ですと、こういうふうに言われているわけですから、そこのところを余り同時にわっと言ってしまうと、ちょっと議論が混乱してしまうんだと思います。

司会 ほかに御質問はございますか。

記者 ちょっと確認なんですけど、先日の厚生労働省に対する再度の質問状に対するお答えはまだないということによろしいのかという点と、もう一点は、今日、諮問会議で規制改革の御報告があるかと思うんですが、その中ではどのような報告をされるおつもりでいらっしゃるか、その2点をお願いします。

宮内委員長 返事はまだいただいていないということです。そのことも含めまして、今日、たまたま経済財政諮問会議にお呼びをいただいておりますので、後ほど出まして、今日は混合診療について我々の考え方を申し上げるということで、本件については全く動いていないということを御報告せざるを得ないということでございます。今日の患者の皆様方のお話も踏まえて、少し強い意見を申し上げざるを得ないというふうに思っております。

司会 それでは、以上で会見を終了いたします。