

講演 1

「混合診療」の全面解禁は 国民に利益をもたらすか？



ノンフィクション作家・評論家
関岡 英之

演者紹介

石川 それでは「平成 25 年度 医療政策シンポジウム」講演の部を始めさせていただきますと思います。最初は評論家でノンフィクション作家の関岡英之先生からご講演をいただきます。関岡先生は慶應義塾大学法学部をご卒業後、東京銀行（現・三菱東京 UFJ 銀行）に入行され、約 12 年間勤務された後に退職。早稲田大学大学院修士課程を修了されてから執筆活動に入られました。世界に広がる新自由主義とわが国の国家主権の危機を鋭くえぐった 2004 年度の著書『拒否できない日本—アメリカの日本改造が進んでいる』がベストセラーになりました。

本日の演題は『「混合診療」の全面解禁は国民に利益をもたらすか？』です。先生、よろしく願いいたします。

関岡 ただ今、ご紹介いただきました関岡と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

保険外併用療養費制度が 規制改革会議の最優先案件に

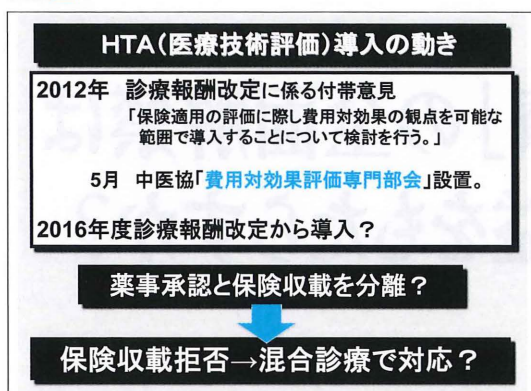
まず現状認識です。冒頭で横倉会長からお話がありました通り、昨年 7 月の内閣府の規制改革会議で、農地問題や介護・保育問題と並んで保険外併用療養費制度の改革が当面の最優先案件として位置付けられました（図表 1）。これはかつて混合診療と言われていたもので、ターミノロジーが変更されて保険外併用療養という呼称になったわけです。

現在も規制改革会議で検討が続けられてお

図表 1

2013年	
7月26日	第13回 規制改革会議 「当面の最優先案件について(案)」 「保険診療と保険外診療の併用療養制度」
11月28日	公開ディスカッション
12月20日	第23回 規制改革会議 「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』 改革の方向性について」→2014年6月に答申
2014年	
1月21日	第24回 規制改革会議 「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』 改革に向けた新たな仕組みの検討」

図表 2



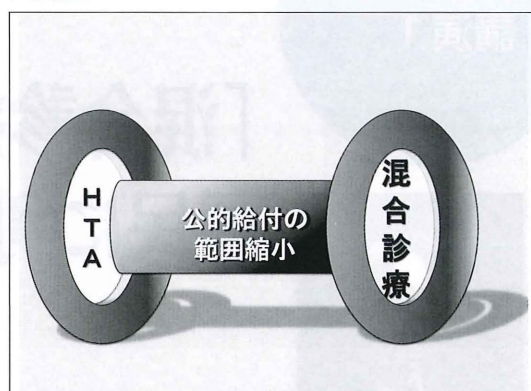
り、昨年の暮れには、この保険外併用療養の改革案を本年6月に答申するという方向性が打ち出されました。ですから、これは6月に閣議決定されるアベノミクスの第三の矢、成長戦略の一つの柱として位置付けられているわけです。

もう一つ、非常に気になる動きがあります。現在、中央社会保険医療協議会を中心に、HTA（ヘルステクノロジーアセスメント、医療技術評価）を導入する議論が今、同時並行的に起こっています（図表2）。このHTAというのは要するにアングロサクソンモデルです。アメリカでは基本的には民間保険が主体ですので、FDA（米国食品医薬品局）の公的な薬事承認と、保険収載はまったく別立てになっているわけです。

それから、ご存じの先生方も多いと思いますが、イギリスではNICE（英国国立医療技術評価機構）という組織が、新薬や新規の医療機器の費用対効果を検証し、保険収載するかどうかを政府にアドバイスする制度がございます。これに似たようなものを“日本版NICE”などとして推進している方もいます。

その背景には、ここ10年間に非常に高額な分子標的薬が次々に承認され、これらを保

図表 3



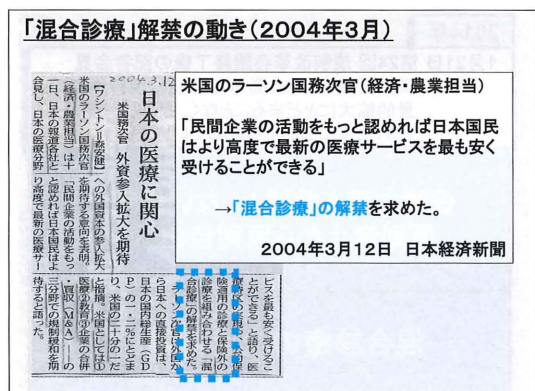
険収載していけば、いずれは日本の医療保険財政が行き詰まるという危機感があります。高額な分子標的薬や、高額医療技術が果たしてどれだけの効果を見込めるのか、その費用対効果を検証して、場合によっては薬事上は承認するけれども保険収載を拒否するといった議論も、一昨年から継続されています。これは非常に大きな日本の医療政策の転換になると思います。

承認はされたけれども保険収載されない高額医療がどうなるかということ、おそらく混合診療、保険外併用療養という制度で賄っていくのではないかと私は懸念しています。つまり混合診療とHTAが車の両輪となって、公的給付の範囲縮小という方向を目指していくのではないかと考えております（図表3）。

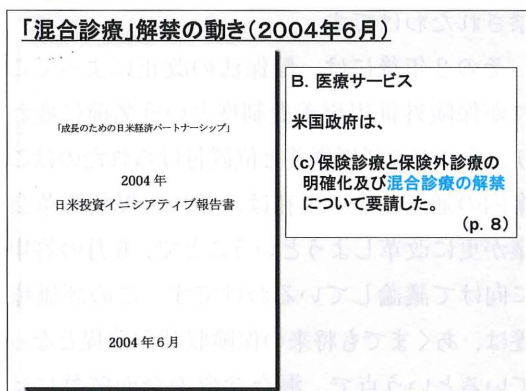
小泉政権下で実施された「混合診療」の部分解禁

混合診療は、すでに小泉政権時代に部分解禁されています。この政策決定のプロセスに、実はアメリカ政府が非常に深くかかわっていたということを、ちょっとおさらいしておきたいと思います。

図表 4



図表 5



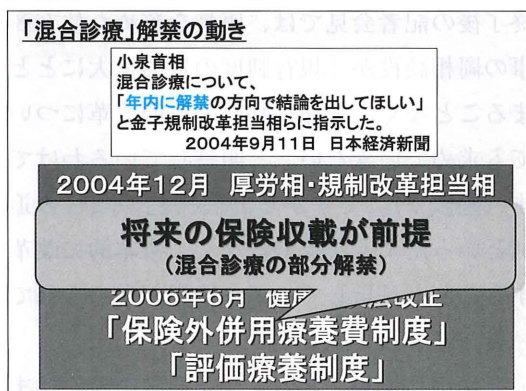
部分解禁されたのは2004年の暮れですけども、それに先立って、同年3月にアメリカの政府高官が日本政府に対して混合診療の解禁を求めたという日本経済新聞の報道がありました(図表4)。しかも、わが国の厚生労働省のカウンターパートであるアメリカ保健福祉省ではなく、外交をつかさどる国務省の次官が発言したという点を、私は非常に奇妙に思っこのニュースに注目していました。

そして、その3カ月後の2004年6月に「日米投資イニシアティブ報告書」という政府の公式文獻が公表されました(図表5)。日本側は経済産業省、アメリカ側は通商代表部が管轄している文書で、現在も経済産業省の公式ホームページからバックナンバーを閲覧することができます。

経済産業省が主管で「日米投資イニシアティブ報告書」というタイトルの文書ですから、どこをどう見ても医療分野に関係なさそうですが、この外交文獻の中で医療がサービス産業、要するにビジネスの一分野として位置付けられ、そうしたコンテキストでアメリカ政府が混合診療の解禁を正式に要請してきたわけです。

そして同年9月には、小泉首相が関係閣僚

図表 6



に対して「年内に結論を出せ」と指示したことが日本経済新聞で報道されました(図表6)。9月の時点で年内というと3カ月しかないわけですが、さすが小泉さんは非常に実行力に長けた政治家で、何とこれが実現してしまうのです。先生方のご案内の通り、厚労相の尾辻さんと規制改革担当相の村上さんによって「いわゆる混合診療問題に係る基本的合意」という文書が出され、既存の特定療養費制度を拡充する形で混合診療を認める方針決定がなされました。

つまり、3月のアメリカのラーソン国務次官の発言からわずか9カ月で、戦後、わが国が国策としてきた混合診療原則禁止という政

策が転換され、部分的とはいえ混合診療が解禁されたわけです。

その2年後には、健保法の改正によってこれが保険外併用療養費制度という名前に変わり、その中の評価療養と位置付けられたのはご案内の通りです。現在は、これを規制改革会議が更に改革しようということで、6月の答申に向けて議論しているわけです。この評価療養は、あくまでも将来の保険収載が前提となっているという点で、混合診療の全面解禁には至っていないと理解しています。

それに対して、今年1月の規制改革会議の終了後の記者会見では、座長を務めた住友商事の岡相談役が「現行制度の量的拡大にとどまることなく、是非、制度の質的改革についても求めている」と明言しているわけです（図表7）。ですから評価療養の項目の追加といったような形ではなく、抜本的に改革することを目指して、現在協議が進められていると理解しています。

それが具体的にどのような形になるかはまだ見えません。おそらく、保険収載を前提としないか、あるいは原則禁止から原則自由へとより踏み込んだ形の質的改革になるのではないか、つまり事実上、混合診療の全面解禁を目指すものではないかと受け止めているわけです。

混合診療は患者にとって 本当にメリットがあるか

次に、混合診療をどのように認識しているか、エンドユーザーの立場からお話したいと思います。

図表8は、ある卵巣がんの患者が、術後の化学療法を受けたときに実際に支払った医

図表7

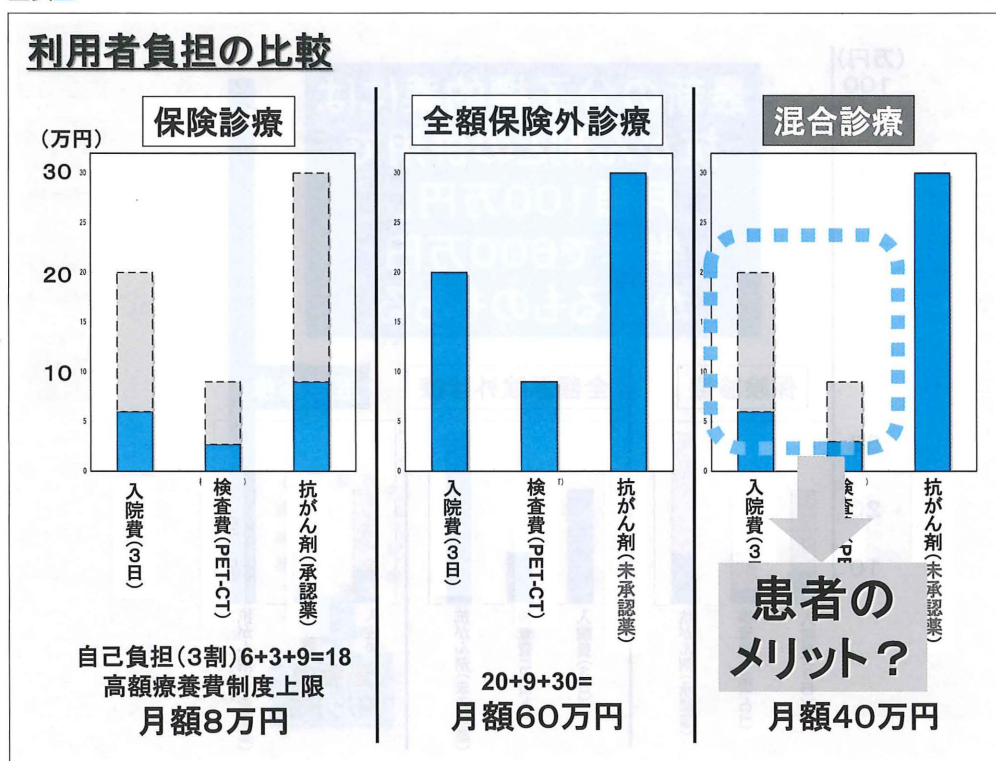
2014年
1月21日 第24回 規制改革会議終了後の記者会見 岡素之議長(住友商事相談役)「現行制度の 量的拡大にとどまることなく、是非、制度の 質的改革についても求めている」
保険収載を前提としない併用？ 原則禁止から原則自由へ？
混合診療の全面解禁？

療費をモデルとしたものです。左は標準治療のケースで、タキソールとカルボプラチンの2剤併用療法の抗がん剤点滴を受けるために、2泊3日の短期入院をしたときの医療費です。入院費は差額ベッド代も含めて20万円ぐらいかかっていますが、これは3割負担ということで自己負担分は6万円です。それからPET-CTの画像診断の3割負担が3万円、抗がん剤の3割負担が9万円で、トータル18万円です。

わが国の公的医療保険制度の大変素晴らしい点は、高額療養費制度により所得に応じた上限が決まっていることです。高額所得者の場合はおよそ月額15万円ですが、一般所得者の場合は月額8万円で済みます。3割負担でトータル18万円ですが、実際に払うのは8万円がいい。残り10万円は保険から給付されます。これは大きな恩恵だと思います。このように高額医療にかかった場合、実際には3割以下の負担で済むというのが、現在のわが国の公的医療保険制度の非常に素晴らしいところだと思います。

問題は、抗がん剤治療で薬剤耐性が生じた場合にどうするかです。そうすると患者は、まだ日本で承認されていない海外の最先端の

図表 8



薬はないのか、それを個人輸入して使うことができないのかと考えます。実際、そうした未承認薬を扱う自由診療のクリニックも数多く存在するわけですから、その門をたたく形になります。

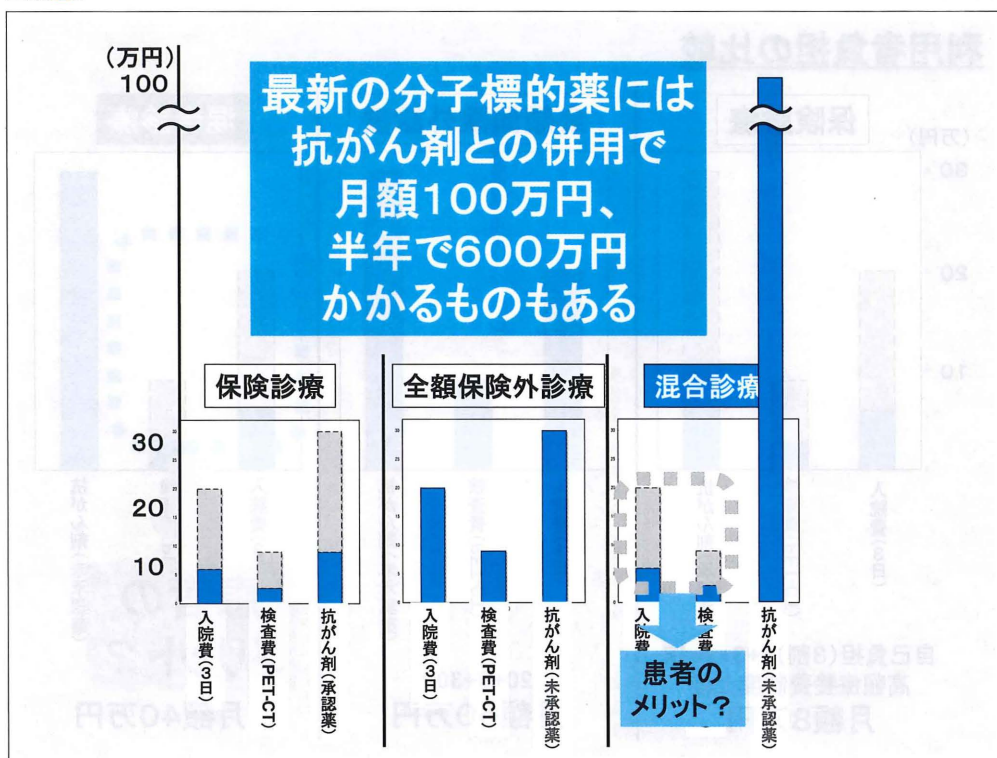
その場合の医療費がどうなるかというと、図表8の中央のグラフのように、すべて保険が利かなくなります。未承認薬の抗がん剤はもちろん全額自己負担ですし、それまで保険が適用されていた入院費や検査費も保険が適用されなくなるので、月額の自己負担がいきなり60万円になってしまうわけです。

仮に混合診療が全面解禁されたらどうなるかというと、全国津々浦々の病院や診療所で図表8の右のような利用が可能になります。未承認薬は全額自己負担ですが、入院費と検査費については保険が適用されます。単一の

施設で単一の患者に対し、保険診療と保険外診療を併用する混合診療が解禁されれば、このケースでは患者の負担が約20万円減ることになり、それが患者にとってのメリットであると喧伝されるわけです。

それを聞いただけで「素晴らしいじゃないか。混合診療を解禁すべきだ」と短絡される一般の方が大変多いので困るわけですが、忘れてはいけないのは高額な未承認薬の自己負担分です。この部分だけでまだ月額30万円検査費・入院費を含めると40万円という負担が残るわけです。混合診療の是非を論じるときに、この自由受診の部分の相場というものが一般国民にはほとんど知られていません。そして解禁推進派は、あえてそのことに触れないで、検査費や入院費といった部分に保険が適用され患者の負担が軽減されるとい

図表 9



うところだけがクローズアップされて、この混合診療を解禁すべきだという議論がしばしば横行しているのですね。私はこれを非常に由々しき問題だと思います。

図表8の例はあくまでも概念的なモデルですから、承認薬と未承認薬がまったく同じ価格に設定されていますが、これは現実にはあり得ません。最近、続々と承認されている分子標的薬は、既存の抗がん剤と併用されることが多く、中には月額100万円になることもあります。もちろん化学療法が1クールで終わることはありませんから、最低でも6クール継続すれば600万円、年間では1000万円を超えるという話になっていくわけです(図表9)。

一方、保険診療の対象となる検査費や入院費の部分ですが、最近の抗がん剤治療はほと

んど外来で行われていますので、入院費はそもそも発生しないことが多いわけです。そうすると画像診断の部分だけですが、これも毎月やるわけではなく、どんなに頻度が高くて3カ月に1回程度ですから、混合診療解禁による患者のメリットというのは実は微々たるものなのです。現実には患者が直面するのは、保険が適用されない未承認治療薬の自己負担分なのです。

全面解禁で恩恵を受けられるのは ごく一部の富裕層だけ?

今、統計上では、日本人の2人に1人ががんになり、3人に1人はがんで亡くなると言われています。2人に1人ということは、夫婦のうちのいずれか片方が生涯のうちにがん

図表 10

「混合診療」の何が問題か？

分子標的薬ベバシズマブ

	大腸癌	乳癌	卵巣癌
保険	適用	適用	適用外
費用	月8万円	月8万	「混合診療」なら 月100万円(自由診療) + 保険診療

一日も早く保険収載を！

になって、片方が闘病生活を支える立場になるということです。これはすべての国民にとって他人事ではない問題だろうと思います。わが家も例外ではなく、実は、ここに挙げた月額100万円、6クールで600万円という例は、私の配偶者が進行卵巣がんになったときに、私自身が埼玉県のあるクリニックで告げられた治療費の見積もりなのです。

この卵巣がんに関して、今、注目されているベバシズマブという分子標的薬があります(図表10)。アバスチンのことですが、これは大腸がんや乳がんなどではすでに保険適用されています。高額療養費が適用されますので、月額8万円の自己負担で普通に診療が行われているわけです。ところが卵巣がんに関しては、かつては保険が承認されていませんでしたので、ベバシズマブを併用した自由診療で、月額100万円と言われたわけです。がん種の違いによって経済負担が大きく違って来るわけです。

仮に混合診療が全面解禁されたとしても、こういった診療にアクセスできる患者は富裕層に限られるのではないかと思います。私は貧困層ではありませんが、残念ながら評論家としての収入ではこれだけの経済負担ができ

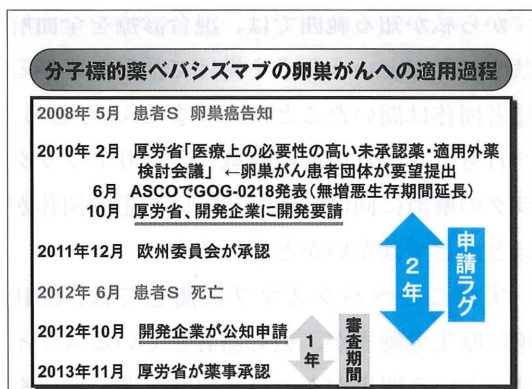
ず、治療を断念せざるを得ませんでした。ですから私が知る範囲では、混合診療を全面解禁すべきだという要求を掲げて活動している患者団体は聞いたことがありません。むしろ、一日も早くこれを保険収載、つまりドラッグラグの解消に向けて活動している患者団体がほとんどではないかと思います。

実はこのベバシズマブに関しては、2010年に厚生労働省が、私も加盟しているスマイリーという卵巣がんの患者団体などの要望を受けて「医療上の必要性の高い未承認薬・適用外薬検討会議」を立ち上げていただきました(図表11)。同じ年の6月には、ASCO(米国臨床腫瘍学会)のGOG-0218という日本も参加した国際臨床試験で、ベバシズマブをタキソール、カルボプラチンと併用したところPFS(無増悪生存期間)が有意に改善したという発表がなされ、わが国の卵巣がんの患者やその家族の間でも非常に注目されたわけです。

このとき厚労省の対応は素晴らしく、非常に迅速に、開発企業に対して開発要請をしてくださったわけです。しかし、残念ながら開発企業が公知申請するのに2年かかってしまいました。

現状、ドラッグラグの問題では、PMDA(医薬品医療機器総合機構)による審査の遅れといったものはほとんど解消されています。PMDAはまだFDAの10分の1ぐらいの規模だそうですが、行革の中で予算、人員ともに拡充され、日夜の献身的な作業を通じて審査期間は非常に短縮化されています。ところが、申請に至るまでの、いわゆる「申請ラグ」といったものが今まさに問題になっているわけで、この間に患者が死亡してしまうということが、まだ解決されていないわけです。

図表 11

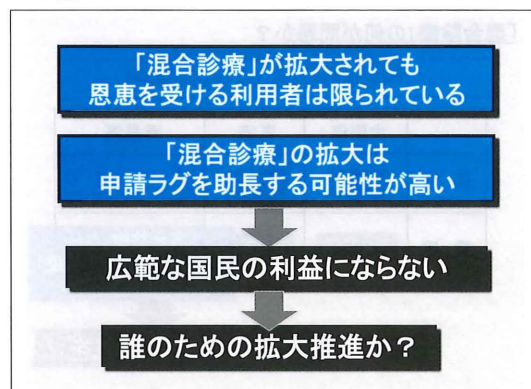


この申請ラグがドラッグラグに残った大きな課題となっています。なぜこうしたことが生じるのかというと、やはり製薬会社の商業的な理由によるところが大きいのでしょう。通常では患者数が少ないと、治験のサンプルがなかなか集まらないという事情が大きいわけですが、今回のケースは公知申請で、治験が免除されています。にもかかわらず、申請するまでに2年のラグが生じるというのは、やはり私は商業上の理由ではないかと感じているわけです。

今までのところを中間的にまとめたものが図表 12 です。混合診療がたとえ全面解禁あるいは拡大されたとしても、その恩恵を受けられる国民は、国民の中のごく一部の富裕層に限られてしまうばかりか、むしろ、今申し上げたような申請ラグを助長してしまう可能性が非常に高いです。私はがん患者の遺族として、実体験からもそのように認識しております。

そうしますと、いったい何のためにこの混合診療の拡大ないしは全面解禁が、かつてはアメリカ政府からの要望という形で、そして今は内閣府の規制改革会議を中心に日本で推進されているのか。その背景について、次に

図表 12



考察してみたいと思います。

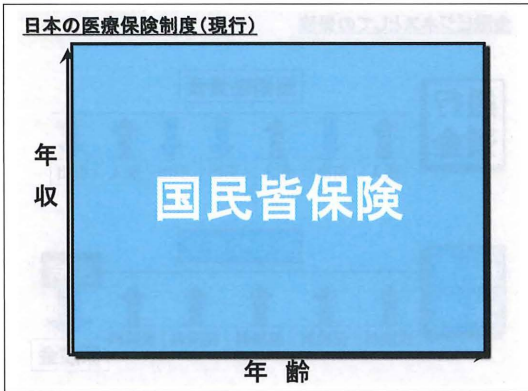
「混合診療」解禁で生まれる新たなビジネスチャンス

まず、わが国の医療保険制度の現状がどうなっているかというのが図表 13 です。縦軸に年収、横軸に年齢がとってありますが、これはほとんど意味がありません。給付に関しては一律ですから、若かりうが年寄りだろうが、金持ちだろうが貧乏人だろうが、受けられる給付はまったく同じです。

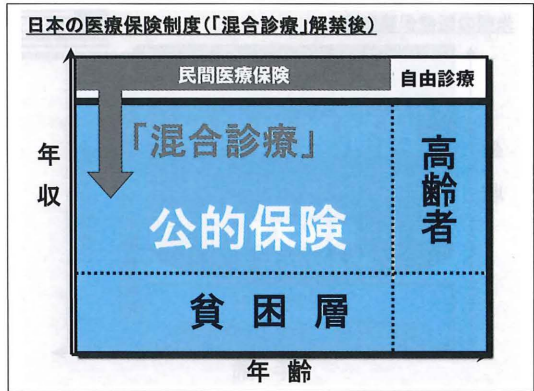
それが、もし混合診療が全面解禁され、全国津々浦々の病院や診療所で展開されるようになると、図表 14 のような姿になるわけです。この青の部分の公的保険と、保険でカバーされない白い部分、つまり保険外診療を併用することが混合診療です。

先ほども言いましたように、保険外診療には非常に高額なものが多く、アクセスできるのは国民の中で年収が高い層に限られます。しかし富裕層といえども、例えば重粒子線治療が300万円かかるという話を聞けば、それをカバーする保険があれば、あらかじめ入っておきたいと普通は考えます。そこにこ

図表 13



図表 14



の高額な保険外診療を担保する民間医療保険のビジネスチャンスが生じるわけです。

ですから、もし混合診療が全面解禁されれば、日本の医療保険制度が図表 14 のように 2 階建てになるわけです。たとえばふさわしいかどうかは分かりませんが、飛行機の座席で言えば、現在の日本の医療保険制度はすべてがエコノミークラスです。ホリエモンさんのような大富豪が何億円も持ってきて「自分はファーストクラスに座りたい」と言っても、「国内にはその席はございません。どうしても座りたければ MD アンダーソンに行ってください」ということになるわけです。それが混合診療が全面解禁になると、日本国内にもファーストクラスが設置され、それを担保する民間医療保険というビジネスチャンスが新たに生まれる形になるかと思います。

おそらくアメリカ政府、というよりも、その背後に控えている保険業界がもっとも望んでいるのがこの形だろうと私は考えております。ですから、TPP をめぐる議論の中で「もし日本が参加したら公的医療保険制度が廃止される」といった極論をおっしゃる方が時々いますが、あり得ないと私は思います。仮に日本の医療に市場原理を導入したとしても、

公的医療保険制度そのものが廃止されることは絶対にありません。なぜかということ、アメリカの保険業界にとっても、この図式のほうがはるかにメリットが大きいからです。つまり、高齢者と貧困層に関しては、そもそも自分たちの顧客として想定していないのです。

アメリカにおける公的保険というのはこの図表 15 の青の部分です。連邦政府が運営している高齢者向けのメディケアと、州政府が運営しているメディケイド、この 2 つしかありません。国民のほとんどがこのグレーの部分の、民間保険会社が販売している医療保険を購入するしかないわけです。

そしてオバマケアというのは、この青のメディケア・メディケイド部分を拡充するのではなくて、このグレーの民間医療保険の部分を拡充することによって無保険者を救出しようという、非常に欺瞞に満ちた、日本の国民皆保険制度とは似ても似つかないものだったわけです。それでも 2200 万人の無保険者は取り残されてしまうとされています。

米国の民間保険会社は必ずしもすべてが株式会社組織ではないのですが、営利追求組織ですから全国民の面倒を見る義務はありません。自分たちにとって非常においしいマー

図表 15



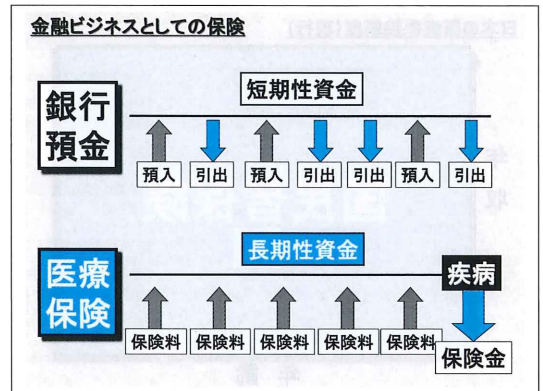
ケット、つまり年齢が比較的若くて年収が高い層だけを取り込みたいと考えるのは当然で、高齢者と貧困層に関してはむしろ入ってきてほしくないわけです。

アメリカの医療保険会社は 長期性資金の集金マシン

医療保険を金融ビジネスとして見た場合、どういう特性があるのでしょうか。

先生方も銀行と保険会社はそれぞれお付き合いがあると思いますが、銀行の預金は好きなときに出し入れできます。定期預金でも、いざとなったら解約すればいいわけです。ところが、先生方は生命保険、医療保険、がん保険に加入されているか分かりませんが、保険のマネーフローでは、基本的に月々保険料を強制徴収されます。例えば、お嬢さんが海外に留学されるとか息子さんが結婚されるというときに、これを下ろして使いたいと思っても下ろせるものではないわけです。がん保険だったらがんの診断書を持っていかない限り、保険金は返ってきません。つまり、月々積み立てられている保険料は、重篤な病気にならない限り保険金として返ってこないわけ

図表 16



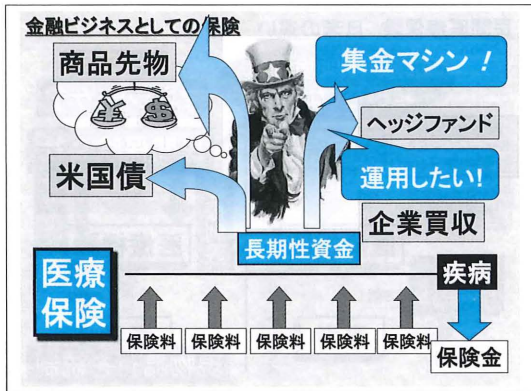
です。これが銀行預金と保険との大きな違いです。

私はかつて金融業界に奉職していたわけですが、銀行の預金は短期で転がる短期性資金であり、一方、保険会社に貯まっている資金は、20年、30年引き出されることが少ない長期性資金と位置付けられておりました（図表 16）。

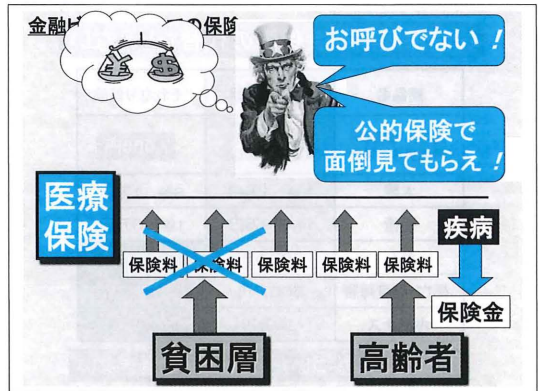
アメリカの金融資本が保険会社をどのように見ているかというのが図表 17 です。保険会社は長期性資金の集金マシンであり、その運営権を握ることによってさまざまなマネーゲームの原資として活用したいというのが最大のモチベーションになるわけです。

このような金融ビジネスのビジネスモデルから見ますと、高齢者は疾病リスクが高いわけですから、保険会社からすると逆に持ち出しになってしまいます。また、貧困層はそもそも月々の保険料を負担する能力がないわけですから、これは民間保険会社の顧客ではない、むしろ公的医療保険で面倒を見るべきであるというのがアメリカ人の考え方なのです（図表 18）。

図表 17



図表 18

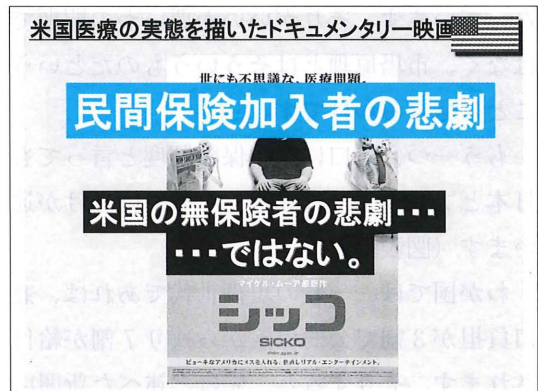


日米で大きく異なる 民間医療保険の位置付け

では次に、民間保険を公的医療保険の代替にすることはできないのかという問題です。ご覧になった先生方も多いと思いますが、マイケル・ムーアというアメリカのドキュメンタリー映画監督に「シッコ SiCKO」という作品があります（図表 19）。これはアメリカの 4800 万人の無保険者の悲劇を描いた映画だとよく誤解されるのですが、そうではありません。冒頭に無保険者が 2 人ほど紹介されますが、マイケル・ムーアがナレーションで「彼らはこの映画の主人公ではない。この映画はアメリカの民間保険に加入している人たちの悲劇を描いたものだ」と言っているわけです。なぜ保険に加入しているにもかかわらず悲劇に見舞われるのかという、民間保険の何が問題かというテーマを扱った作品です。

わが国にもすでにアメリカから医療保険やがん保険が上陸しており、新聞を開くとさまざまな広告が出ています。その広告を集約して、モデルケースを作ってみたのが図表 20 です。例えば、毎月 1 万 4000 円の保険料を

図表 19



払える方に関してはご覧のような給付があります。しかし、この 1 万 4000 円の負担が厳しいという方には 7000 円の半額コースもあります。その代わりに、がんになってもお金は一切出ませんし、ボーナスなんてもってのほかです。と、だいたいこのような商品設計になっていることが多いわけです。

先ほど言いましたように、年齢や年収に関係なく給付は一律であるというのが公的保険、社会保障制度です。しかし、民間医療保険会社が提供している医療保険はそうではありません。保険料をたくさん負担できる顧客に対しては手厚い給付、それなりの負担しかできない人にはそれなりの給付という形で、

図表 20

民間保険は社会保障の代替たりえない		
商品名	“よくばり保険”	“それなり保険”
月払い保険料 (50歳男性の場合)	14,000円	7,000円
入院	日額 1万円	日額 1万円
手術	1回 10万円	1回 10万円
がん	300万円	
死亡・高度障害	500万円	
ボーナス	10万円	
市場原理に基づいた金融商品に過ぎない		

ますます格差が拡大するような商品設計になっています。それがいいか悪いかの問題ではなく、市場原理とはそういうものだという事に尽きるわけです。

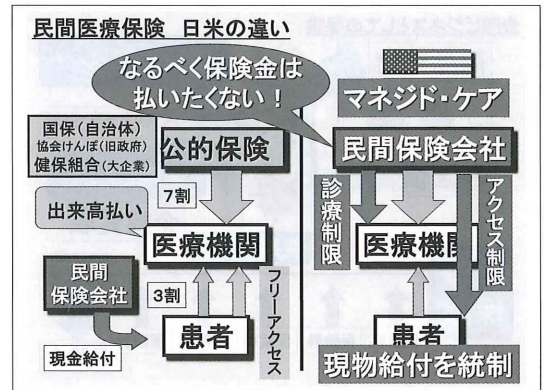
もう一つ、一口に医療保険制度と言っても日本とアメリカでは大きくその位置付けが違います（図表 21）。

わが国では、一般の現役世代であれば、窓口負担が3割で公的保険から残り7割が給付されます。そうすると、先ほど述べた新聞広告を出したりテレビCMを流したりしているような医療保険やがん保険はいったいどのような役割を果たしているのかというと、実は現金給付という形で補完的な役割を果たしているにすぎないわけです。

ですから私はこれを廃止すべきだとは言いませんけれども、あってもなくても同じ、要するに銀行預金として入れておいて、がんになったらそれを下ろしに行けば済む話です。民間医療保険の存在を否定はしませんが、補完的な役割を果たしているにすぎないわけです。

ところがアメリカでは、65歳以上の高齢者と貧困層以外は入りたくても公的医療保険制度がないわけですから、民間保険を購入す

図表 21



るしかありません。医療費の一部を窓口で患者が負担して、残りを保険会社が給付するという構造そのものは日本と同じなのですが、日本の公的保険を運営しているのは公的機関です。健保組合の場合は企業になるわけですが基本的には公的な存在です。一方、アメリカの保険会社は、基本的には利潤追求組織です。保険会社は金融機関であり長期性資金を20年、30年運用することが本業だと考えている人たちですから、できるだけ保険金を給付したくないというモチベーションを持っているわけです。

そこでどういう行動に出るか。わが国では100%自由放任のフリーアクセスが患者に保障されています。アメリカの場合には、保険会社が患者に対してアクセス制限をかけてきます。一方で医療従事者に関して見ると、わが国では基本的には出来高払いが認められています。一部の大学病院等ではDPC（包括医療費支払い制度）や定額払い制度も徐々に導入されつつありますが、基本的には先生方の裁量権が尊重されています。しかし、アメリカでは、保険会社が医師の診療行為そのものにも制限をかけてきます。マネジド・ケアと称されていますが、現物給付そのものをコ

ントロールするという、わが国では国や自治体などの行政機関すら持っていない強大な権限を、民間保険会社が持つに至ってしまっているということです。

混合診療、自由診療に対する リテラシー不足がもたらすもの

このようなアメリカ型の医療保険制度が日本に進出してくることは、果たして本当に国民の利益になるのでしょうか。これは患者だけではなく、医療従事者の双方にとっても、私は決してプラスになる話ではないと思うのです。

こういうことを医療従事者の側が主張しても、マスコミがすぐに「既得権益を守ろうとしているのではないか」などと論点を歪めてバッシングしようとしします。日本のマスコミはそういう非常に不思議な傾向を持っているので、患者の側にとっても決してメリットにはならないことを啓蒙していくのは非常に重要なことではないかと思います。

ほとんどの国民はこうしたことをご存じないと思います。なぜかという、実際に自由診療にかかる機会がまだまだ限られているからです。がん患者といってもすべての患者が自由診療や混合診療について認識しているわけではありません。標準治療で根治した患者は、それらの問題に直面しないまま社会復帰してしまいます。したがってこういった問題に気付かずに終わってしまうわけです。

ところが再発、転移した進行がんの患者は、

やがて抗がん剤の薬剤耐性が発生して、病院からは「もう治療方法がございません。ホスピスに行かれたらどうですか」と告げられます。しかし、そう言われた当日も、患者は電車に乗って外来に来ているわけですから、おいそれとホスピスを予約しようという気にはなれません。そこからいわゆる保険外診療、自由診療を求めて日本中をさまようがん難民になってしまうわけです。

恥ずかしながら、かつては私自身がそういった行動をとっておりました。1回30万円の免疫細胞療法もやりましたし、がんワクチンの臨床試験にも参加しましたが、残念ながら家族を救うことはできませんでした。これは誰が悪いという問題ではなく、やはり、患者としては標準治療がないと言われると、治らないかもしれない、効かないかもしれないことは百も承知で、そういった自由診療の門をたたくわけです。ですから、自由診療の存在意義を私は否定しません。

ただ、混合診療が全面解禁され、全国の病院や診療所でそうした診療が急速に普及すれば、患者のリテラシーが追いつかないまま、中には心のない業者にひっかかってしまうケースも起きてくると思います。相手は必ずしも医療従事者に限らず、あやしげなサプリメントを製造販売している業者もあります。そうしたことも含め、有効性や安全性が確認されていない自由診療に患者が迷い込むようなことになってはいけないという思いから、本日はプレゼンテーションをさせていただきました。ご清聴、誠にありがとうございました。

