

規制改革会議
「公開ディスカッション」
議事録

1. 日時：平成25年11月28日（木）14:00～17:24

2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第220会議室

3. 出席者：

（委員）岡素之（議長）、安念潤司、浦野光人、大崎貞和、翁百合、金丸恭文、
佐久間総一郎、長谷川幸洋、林いづみ、松村敏弘、森下竜一

（専門委員）土屋了介、松山幸弘、川本明、圓尾雅則

（政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、福岡内閣府大臣政務官

（説明者）東京医科歯科大学大学院 川渕孝一 教授

医療法人鉄蕉会 亀田隆明 理事長

公益社団法人日本医師会 今村聡 副会長

金沢大学大学院 土屋弘行 教授

厚生労働省大臣官房審議官 神田裕二

厚生労働省保険局医療課企画官 佐々木健

再開発コーディネーター協会 宮原義昭 理事

日本マンション学会 小林秀樹 会長

法務省民事局大臣官房審議官 萩本修

国土交通省住宅局住宅局長 井上俊之

国土交通省住宅局市街地建築課長 杉藤崇

4. 議題：

（開会）

1. 保険診療と保険外診療の併用療養制度

2. 老朽化マンションの建替え等の促進

（閉会）

5. 議事概要：

○岡議長 皆さんこんにちは。ただいまから規制改革会議の公開ディスカッションを開会いたします。

まず、私のほうから公開ディスカッションを開催する趣旨を御説明したいと思います。規制改革会議は7月からいわゆる第2期がスタートしたわけですが、その中で私どものやるべきことの一つとして、公開ディスカッションを開催して、規制改革についての国民の皆様のご関心を高めたり、理解を深めたりしていただきまして、私ども規制改革会議の議論を応援していただき、そういう意味での世論をつくりあげていく。こういう趣旨でやっ

てみようということで、その第1回目を今日行うことになりました。

そのような趣旨でございますので、ここで結論を出すという場ではなく、本日皆様に議論していただいたことを、私どもがこれから進める規制改革の審議に大いに活用させていただきたいと考えております。

本日の2つのテーマは、ともに国民の皆様にとって大変関心のある、また関係の深いテーマということで取り上げさせていただいたということでございます。是非幅広い観点から忌憚のない御議論をいただきたいと思っております。

会議の進行は、議長の私と、公開ディスカッション担当委員の長谷川委員と2人で進めさせていただきます。意見交換の場は、長谷川さんに司会進行を務めていただく予定でございますので、あらかじめお含みおきいただきたいと思っております。

それでは、開会に当たりまして、稲田大臣より御挨拶をいただきます。お願いいたします。

○稲田大臣 本日は、規制改革会議で初めて公開でのディスカッションをさせていただきに当たり、本当にたくさんの皆様方、または関係者の皆様方にもお集まりをいただきましてありがとうございます。

規制改革会議は、ずっと私もできる限り参加をしてまいりました。そして、その中で規制改革会議は成長戦略の3本目の矢の一丁目一番地であるといわれて、そして委員の皆様方が本当に真剣にいろいろな角度から御議論をいただいているところです。

ややもすると、何となく規制改革会議というところは市場原理主義に毒された人々の、お金さえもうければいいという議論をやっているんだというようなレッテル貼りをされている面もあるかと思うのですが、決してそうではなくて、しかも特に安倍政権における規制改革というのは改革のための改革ではなくて、そして目的があって、それは単に経済再生というだけではなくて国民の生活の安定であったり、そしてまた幸福であったり、そういうものを目指すんだという目的があっての規制改革であるということを、常に委員の先生方からもおっしゃっていただいている非常に落ち着いた議論をしているところでもあります。そういうことを、私は是非この公開ディスカッションで国民の皆様方にも見ていただきたいと思っております。

その反面、やはり規制改革では、何でこんな規制が残っているんだろうとか、こんな不合理的なことを一体何のためにやっているんだと思うこともよくあります。私は規制改革だけではなくて行政改革もやっていますし、先週から公務員制度改革も審議入りをしたのですが、やはり明らかに行政の縦割りの弊害というものがあって、申しわけないけれども、ばかげた規制だとかばかげた事業、予算を排除した官僚が登用されるシステムにならないと、なかなか自ら規制を改革する、行政を改革していくということが難しいんじゃないか。そういう意味で、規制改革も行政改革も公務員制度改革も私は必要だということを思っています。

本当に厳しい道というか、3歩進んだと思ったら2歩下がるみたいな思いをしながらず

っと今まできたんですけれども、やはり国民の皆様方の理解がないと規制改革というのは進まないで、長谷川委員は最初からインターネットなどで公開をして国民の皆さん方の意見も聞きましょうとおっしゃっておられました。そういうことをすると、忌憚のない意見交換ができないという面もあるとか、いろいろな面はあるかと思いますが、私はこうして国民の皆様方にいろいろな議論の中身を知っていただいて、そして国民の皆さん方からいろいろな意見を聞いて後押しをしていただくということも必要なんじゃないかと思っています。

今日は2つのテーマ、いずれも本当に国民の皆様方にとって非常に興味のある分野だと思いますので、いつも自由闊達な議論をしていただいているんですけれども、今日も是非建設的な自由闊達な議論をよろしくお願いいたしたいと思います。

○岡議長 大臣、ありがとうございます。

それでは早速、本日の1つ目のテーマであります「保険診療と保険外診療の併用療養制度」、いわゆる混合診療についての議論を行います。

再生医療等の先進医療が進む中、患者の利益にかなう最先端の医療が利用できるように、保険診療と保険外診療の併用の在り方について考えることは、医療の質を高める上で重要な課題であります。一方、この問題をめぐってはさまざまな議論があることも事実でございます。

そこで、このテーマにつきまして、最初に厚生労働省から現行制度の概要等について説明をいただき、続きまして東京医科歯科大学の川淵教授、亀田総合病院の亀田理事長、日本医師会の今村副会長、金沢大学の土屋教授の順番に、それぞれ約8分程度で御説明いただいた後に意見交換を行いたいと思います。何分、時間の制約がありますので、大変恐縮でございますが、お1人8分程度ということで、残り1分のところで事務局がチーンと音を鳴らします。音が鳴りましたら1分間以内で収めていただくということで、ひとつ御協力いただきたいと思います。何とぞよろしくお願いいたします。

それでは、厚生労働省から説明をお願いいたします。

○厚生労働省神田審議官 厚生労働省担当審議官の神田と申します。

それでは、お手元でございます厚生労働省の提出資料に基づきまして、混合診療、保険外併用療養費についての趣旨、基本的考え方などについて御説明をさせていただきたいと思っております。

まず1ページ目でございますが、我が国は基本的に国民皆保険をとっておりまして、どなたもどこかの医療保険に所属するということと合わせて、国民皆保険の重要なポイントの一つは、必要な医療が一定の自己負担で皆、受けられるということだと考えております。したがって、必要な医療については基本的に保険診療で給付をするという考え方をとっております。

それからもう一つは、保険診療となるのは治療の有効性・安全性が確認された医療という基本的な考え方をとっております。下に書いてございますけれども、基本的には貴重な

保険料ですとか税金でもって給付をするわけでございますので、最低限の科学的評価に耐えるものであることが必要だと考えております。有効性がない、あるいは有害なもの、エビデンスがないようなものについて保険から給付をするというのは難しいと考えています。

それからもう一つは、患者さんにとって安全性を守るということでございますが、生命・健康にかかわることでございますので、情報の非対称性ということで、一般的には患者さんはお医者さんからこれがいいですよと進められればなかなか選択する判断が難しいということがございますので、そういう観点から有効性・安全性については一定のチェックをした上で導入するという考え方をとっております。

1枚おめくりいただきまして2ページ目でございますけれども、混合診療というのは保険診療と保険外診療を両方一緒にやりますと全額自己負担になるということでございます。これは療養担当規則という保険医が守らなければならないルールというものがあまして、そこで特殊な療法ですとか、あるいは薬事承認を受けていない薬を使ってはならないとなつてございます。したがって、そのルールに反してこれを一緒にやった場合については保険から給付をされないとなつてございます。

一方で、一部制度的に認められまして保険診療と保険外の診療を認めているケースがございます。4ページ目を御覧いただきますと、平成16年に行革大臣と厚労大臣の基本合意の中でこのような合意がされております。必要な医療は基本的に保険診療で確保するという国民皆保険の理念に基づいた上で、国民の安全性はきちんと担保するということと、国民の方々が保険外の診療も受けたいという選択肢の調整を図るということでできた制度でございます。

この制度によりまして、下でございますけれども、従前の特定療養費という制度を変えまして保険外併用療養費という仕組みを導入いたしております。治験のものですとか、薬事承認後保険収載前のもの、それから必ずしも高度でない先進的なものなどを評価療養ということで、将来保険導入を前提としまして有効性・安全性を確認して必要なものは保険導入していくという考え方に立っております。

それから、選定療養というのは基本的には患者さんの選択に委ねるべき部分ということで、1枚戻っていただきますと選定療養とございますが、差額ベッド代ですとか予約診療ですとか、そういったものがございます。

この新しい仕組みにして以来、5ページ目でございますけれども、医療機関数でいいますとその表のところに出ておりますが、実施医療機関が126であったのが1,039ということで相当程度医療機関も増えてございます。それからまた、評価をいたしまして積極的に保険導入するというところで、平成12年から16年が17技術であったものを63技術ということで、積極的に保険導入をしてきているところでございます。

本質でいいますと、大変恐縮ですが、16ページ、17ページをおめくりいただきたいと思っております。なぜ保険外の診療を受けると、保険診療で本来受けられるところが受けられなく

なるのかということをございます。上にいわゆる混合診療と書いてございますが、混合診療を認めるとどういうことになるのかということをございます。安全性・有効性は確認されませんので、データも出てまいらないという状況の中で、Aというのが保険診療部分、それからC、D、E、F、Gというのが保険外だというふうにしておりますが、この場合、混合診療を真正面から認めろということであれば、どの治療についても安全性・有効性のデータをチェックしないでそのままAの保険診療部分について保険から給付が出るというのが基本的には混合診療かと思えます。

下の17ページを御覧いただきますと、私どもが今、運用している評価療養の仕組みというのは開始前に最低限数例の実施例を出してください。最低限、重篤な事故が起こっていないということは確認させてください。それから、有効性が期待できるかどうか。査読された論文、最低限その科学的評価に耐えるような論文とかで有効性が期待できるという程度のことをお願いしているということで、入り口のハードルは非常に低くしてございます。したがって、それで申請をしていただいてこの評価療養という仕組みに入っていただくと、事故が起こっていないとか、エビデンスがあって期待できるものについては保険から根っここの部分を給付しますということをございます。

例えば、CとかDですが、海外で承認されていない抗がん剤で重篤な事象が発生しているというようなものについては最初から根っここの部分について保険から給付をすることはしない。Dはエビデンスがないもの、要は有害なものとかエビデンスがないものに税金や保険料からお金を払ってそれを推奨するようなことはしませんということをございます。

Eですが、有効性が期待できるものについては評価療養ということで基本診療部分について保険からお金を出して、ちゃんとデータを出していただいて必要があれば保険適用、有効性・安全性が確認できれば保険適用、そうでないものについては保険適用、評価療養から外していくというような仕組みにしております。

もう一つは、では保険診療と保険外診療と組み合わせるときに、何で保険診療の給付は受けられないのか。この前もございましたけれども、B、Fというものをちょっと見ていただきますと、抗がん剤の2つを併用しますということをございます。Bだけ見れば確かに有効かもしれませんが、併用した場合の有効性・安全性が確認されていないという状況で、併用したことによる有効性・安全性が確認されていない併用療法については、単独の療法について有効性・安全性が確認されていないことと同じだというふうに評価しております。したがって、これでいいですと、併用することによって有害な事象が発生しているようなもの、あるいは全くエビデンスがないものについては対象にしないという考え方でございます。それが期待できるものについては、対象にして評価をしていくということにいたしております。

それから、患者さんにできるだけ必要なものは使えるようにするというので、20ページ目、21ページ目、22ページ目を御覧いただきますと、海外で使用されていて日本で承認を受けていないとか適応外のものについては、患者団体ですとか、あるいは学会から積極

的に要望を出していただきまして、検討会議で必要性が高いものを抽出いたしまして、必要なものについては製薬企業に開発要請ですとか公募をいたしております。

22ページを御覧いただきますと、具体的な公募の状況でございます。1回目、374品目のうち185品目が必要性が高いとされましたが、これについては全て開発に着手されております。それから、2回目のものについては98、開発要請等をいたしましたところ、現時点で92については開発に着手されている。6件については現在公募中というような状況でございます。この8月からは随時受付をして、外国で使用されていて日本では適応外で未承認のものを積極的に取り入れるという考え方をとっております。

20ページを御覧いただきますと、今、申し上げたような流れでございますけれども、外国で使われていて未承認だが必要性が高いものについては申請をしていただいて、必要性が高いということであると開発要請とか公募をいたしまして、企業が治験をしてくれればもう治験の段階から保険の根っこの部分、保険部分については給付が出ます。

それから、新しい仕組みとして迅速評価制度というものを設けております。これは、右に矢印が出ておりますが、例えば抗がん剤について従前ですとこの保険外併用を適用するのに6か月、7か月かかっていたものを、がんセンターで評価をするということで迅速に半分くらいの期間で適用するというにいたしております。それで、必要性が高いとされれば、治験とかに入る前でもがん拠点病院ですとか臨床研究中核病院など、一定の病院ではすぐに臨床研究が始まって患者さんに利用していただける仕組みも導入する。これは既に11月に決定しておりますので、今月中に運用通知を出してこういった仕組みを導入してまいりたいと考えております。

以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。時間管理にも大変御協力いただいてありがとうございます。

続きまして、東京医科歯科大学の川淵教授、お願いいたします。

○東京医科歯科大学川淵教授 8分ということですので、17枚のパワーポイントをお話しします。

まず、2枚目であります。私が所属している東京医科歯科大学には歯学部もありますので歯科の話も若干したいと思いますが、歯科のいわゆる混合診療、すなわち今日のテーマである保険診療と保険外診療の併用については、判例が2例あります。混合診療は禁止といわれているんですけども、両判決ともそれを禁止した法令はないという解釈です。

この辺の話はまた後で少し議論になると思いますが、次のページにいただいて私は日医総研というところに4年間おりましたが、そこでまとめてこれで首になった報告書であります。後でまた今村先生が日医の立場でお話をされますけれども、いわゆる混合診療は騒がれている割には余り報告書がないんですね。ですから、法律の問題とか、運用上どうなっているかということについて興味がありまして少し調べました。

今、神田審議官から御案内がありましたように、わが国の健康保険は現物給付制度であ

りますので、Aにあるように私が腕がいいからといって割り増ししてはいけません。これは療養担当規則5条の違反になります。

ただ、割引をしてはいけないかとは書いていないんです。これは後でまた議論していただきたいと思います。最近グレーゾーン解消制度がはやっています、割引の是非はグレーかだと思います。

Bは合法的です。今までは選定療養費と高度先進部分の2種類からなる特定療養費でありましたけれども、今は保険外併用療養費という言葉を使っています。これは療養費給付という形でやっておりますので、一旦は療養費払いということになるんですね。ただ、現実には医療機関が代理請求しております。

Cがちょっと悩ましいところでありまして、これは保険点数にないものを一連の診療行為の中に1個でも入れますと全部自費になってしまう。これは余りにもひど過ぎるんじゃないかということで私は問題提起しましたけれども、これは禁止とされているというだけで、どこにも法令はなかったという話であります。

もう一つ、生活サービスというものがあまして、これは92年4月に老健局が第79号で告示を出しています。ここも微妙なところでもあります。

4ページ目をめくっていただきますと、路地裏の医療経済学ということで、医療現場でどんなことが起こっているのかを匿名で調べました。国立病院1、県立病院1、市立病院3、医療法人5と、お医者さんに20人にヒアリングしたら、結構いろいろな理由でいわゆる保険外負担を課していることがわかりました。やむを得ない事例も結構あり、その報告書の中を全部読み上げることはできませんけれども、算定を認められていない医療材料の実費請求が結構多かったとか、あるいは先ほど出ていますように治療の一環なのか、生活サービスなのか。これはなかなか区分が難しいという運用上の実態が浮かび出てきました。

そういうことを踏まえて、次の5ページ目であります。例えば審美歯科は保険が使えません。

しかし、そこにいわゆる保険診療の歯石の除去などを入れますと、これも自費になります。どうしてチャンポンはいけないのかという話があったり、次のページにあるように歯科医師の先生からも苦しい胸の内が伝えられています。歯科に関しては伝統的に差額徴収がありまして、材質のいいものなどは自費で入れてほしいとか、矯正歯科は自由診療なんですけれども、同時に虫歯が見つかったときに虫歯の治療をやると、一連の診療行為の中で一つでも自費を入れてしまうと保険が効かないのかという疑義もある。

こういうことになると、実態というか、運用上は大変やりにくいということがありますが、その次のページで先ほど御案内があったりとおおり、2004年の12月15日に両大臣が話合って、とりあえず4つの診療形態を認めますよということになりました。保険診療のみ、保険外併用療養費、自由診療のみ、それから歯科だけは、入れ歯、差し歯に関してはあるところまでは保険が効いて、あるところからは自費ですよという通知が1本出ています。

通知で何とか運用できるんだなと感心しましたが、もう一つはなお書きがあります。これは老人病院などで「お世話料」とか「施設管理料」を取っていたところがあって、これはだめですよと再確認したことです。ですから、多くの病院は老人病院では今は室料差額という形で徴収されているやに聞きます。

そういうことでいろいろあるんですけれども、ポイントはこの大臣折衝の後、ではどうなっているかです。先ほど神田審議官のほうから、8ページに先進療養にはAとBがありますが、私もそんなにルールはよくわかりませんが、行く行くは保険にするんだということです。しかし、その市場規模はどうでしょうか。平成24年6月30日現在で先進医療は100億円くらいですね。それで保険外部分が46億円です。

確かに混合診療をやると医療費はある程度増えるのですが、結局146億円。38兆円の医療費の中では微々たるもので、本当に大した金額じゃないなと思います。ですから、先ほどから随分進んでいるような話がありましたけれども、どうかなど。

その中で、一番大きいのは10ページを見ていただきたいんですけれども、粒子線治療なんです。私は今、粒子線治療を保険適用すべきかどうかという費用対効果分析の研究をやっていますが、粒子線治療で陽子線も入れて45億円ですから100億円のうちの半分くらいが粒子線治療で、これが保険適用になりますとますますシュリンクするかなと思います。

もう一つの選定療養も、先ほど神田審議官から説明がありましたが、実は10種類ありますが、歯科の金合金をやる人はもういないらしいんですね。だから、厚労省の統計の中にもないんですね。私は、時代とともに選定療養もどんどん入れ変えていったらどうかと思います。

12ページは日医総研時代に提言した5策です。特に今日はC案とE案を力説したいんですけれども、実は現物給付制度を導入しており、我が国と非常によく似ている制度を有するドイツなども公的保険のほかに部分医療保険ということで、私的保険でカバレッジを効かせていたりしています。これは日本医師会の報告書の一節ですが、フランスなどでも余り混合診療は問題ないということがあります。日本は騒いでいる割に本家本元はそうでもないようです。

最後に、13ページ目をちょっと見ていただきたいと思います。先ほどから生活サービスはファジーだと言いましたけれども、実は厚労省も通知を出しています。実は、ここに斜線を引いているところが肝でありまして、2005年の5月25日の中医協の基本問題小委員会の資料ですね。そのときには、こういう下線を引いたサービスも候補として挙がっていたのです。特に軽度の肥満患者に対する減量トレーニングなどは当局に先見性があったと思います。

なぜかという、その次のページをめくっていただくと、これは筑波大の先生が薬局をうまく活用して、早期発見、早期治療をやれば糖尿病も何とか打ち手があるんじゃないかということで今、大々的な試みをやっておられます。実は糖尿病患者の4人に3人が未治療なんです。もちろんドクターにかかればいいんですけれども、最近忙しい方も多くて薬

局を活用して何かできないかということで、針を指先で血液を採る方法を提案されています。そういう方法でやると、未病や予防につながるんじゃないか。

この辺の話はその次の15ページ、16ページで今、厚労省の佐々木企画官などにも御相談にのってもらっています。是非こういう産業界の英知を使って、余り労力をかけないで予防ができないかということで17ページの5つのポイントを列挙しました。特に力説したいのは3番目の「一連の診療行為」の定義です。何ををもって「一連の診療行為」と言うのか。先ほども矯正と虫歯の話をしましたけれども、その辺の定義をもう一回きちんとしてあげたら現場は混乱しなくていいんじゃないかと思います。以上であります。

○岡議長 ありがとうございます。

続きまして亀田総合病院の亀田理事長お願いいたします。

○亀田総合病院亀田理事長 この混合診療のお話というのは私も大分、前からいろいろお話をしてまいりまして、もうほとんど神学論争の感じになっているわけですが、ちょっと私のスライド、資料1-4の最初は、基本的には厚生労働省の私も親しくさせていただいている方からお借りをしているもので、御許可をいただいて出しております。

戦後、日本の平均寿命は何年延びたか。2番目は、全てのがんがiPSですとか、完全に克服されたとしたら統計学的にいつ平均寿命というのは日本人はあとどのくらい延びるんだろう。どう思われますか。実は、この結果は3年です。これが現実です。

下のものは私のほうでつくったのですが、「日本の平均寿命の推移」を御覧になっていただくと戦前、1940年代はほぼ50歳です。それが現在83歳まできている。人類100万年の歴史で、恐らく30年寿命が延びてはいません。たかだか60~70年の間で30年以上延びた。これはエビデンスとしてあります。

それで、1961年というところで国民皆保険が日本は始まっています。これが果たした日本の制度というのは、次を開けてみますと、現在世界で健康長寿、長寿も健康寿命も世界一であります。つまり、エビデンスとして今まで日本の制度というものが実を上げてきた。これは事実であります。

その一番大きな理由がその下にありますが、乳児死亡率が大きく低下した。我々の時代だと10人に1人は亡くなっていた6歳以下の死亡が、1,000人に3人というようなことになってきた。これは、ほとんど今後は統計学的に影響しません。

その次を見てください。なぜこんなに日本人が長く生きられるかということ、実は生きるための最高に大きな予防は確かに肥満というものが一番大きなリスクファクターになりますが、アメリカが30%、日本は3%、10分の1です。メタボ検診を今さらやっても、恐らくほとんど影響はないでしょう。

その下、「我々が達成したもの~~天寿を全うできる社会~~」をつくっていく。先ほどの話でおわかりいただけるように、ほぼ今までの間に日本人は天寿を全うできる社会を築いてきた。立派な制度だったということは間違いありません。それで、最も我々医療者にとっても国民にとってもハッピーなことは、全ての医療、どんな新しい医療から何まで

全て保険でできる。お金も払わなくていい。ただでできる。医療者も思ったようにやれる。全ての財源を無視すれば、これは誰にとっても最高にいい制度になることは間違いありません。

次のページを開けていただいて、人口ピラミッドを見るとどうなるのか。これからまだまだ実態は65歳以上の人口というのは増え続けます。それで、この65歳以上年齢の占める割合は2050年あたりがピークになるわけですね。この間、制度が果たしてもつのかということがあります。

先ほどから何を申し上げているかというと、「国民皆保険」制度というのは非常にいい制度で、これを何としてでも守っていかなくてはいけないというのがベースです。これは、恐らくおられる方全員が反対のないところだと思います。

次のページを見てください。「医療財源の観点から」ということで、これは残念ながら本当の話です。国民健康保険に加入している方は約4,000万人、社会保険、つまり雇用保険に加入されている方はその倍です。それで、平成7年は1世帯あたり231万円だったのが、平成22年は145万円です。

その結果どういうことになっているか、次の11ページを見ますと、国民健康保険の収納状況が88%、つまり12%の人は保険料が払えないという状況が現実起きています。

次のページを見てください。払いたくなくて払わない悪いというか、ずるい人もいるでしょうが、これを見てもみますと平成21年度1世帯当たり158万だったときの負担率が現在10%になっています。これは、ほとんど負担率としては限界です。

それで、その次からは、何回か前に私のところの副院長の小松先生がこの規制会議で話されたと思います。この辺は彼の意見とそう違わないので、ある程度割愛させていただきたいと思います。

それでは、どういうふうにしたらいいのだろう。財源論は、本当に無視はできない。15ページを見てください。これは小松先生の資料ですが、混合診療を認めない。新しい高額医療も皆保険で実施する。新しい高額医療は取り入れないとか、なかなか無理なことが書いてありますが、現実的にはある程度の混合診療といいますか、併用療法を認めていかざるを得ない。

ただ、これに関しては先ほど来、厚労省からの御説明があるように2通りの考え方があります。原則禁止にするか。ポジティブリストにするか、ネガティブリストにするかという話です。基本的には、解禁をしてだめなものを禁止するというのが規制行政です。それから、原則は禁止をしておいて、これはいいですよというのは許認可行政だと思います。それで、基本的に今、行われているのは許認可行政です。これがいいか、悪いかというのはまた後のディスカッションで是非していただきたいと思います。

ただし、結果的にはかなり自由度が高まってきている。先ほど厚労省の神田審議官が話されたとおり、かなり現場でも広がってきているという実感はあります。ただし、まだまだやりにくい。当日に、例えばドックのときに何か病気が見つかったら、その日のうちに

その薬が欲しいと忙しい人たちは言われます。それを保険診療にすると混合診療だということになるのでまた来てください。忙しい人に何度も来させることに意味があるかというようなことは現実には起こっています。

その次、16ページを見ますと支払い側によるこういうやり方があるんじゃないか。ただし、現在もう一つ大きな問題は支払い側で、前回もたしか神田審議官のお話の中に、名寄せができないから事実上規制ができないといったお話があったと思いますが、これは事実です。これは、私は確信を持って思っているのですが、将来的には間違いなく情報は患者様と医療機関の共有物にすべきで、同一カルテにすべきだと思います。もちろん、基本的にその許認可権は個人、あるいは診療機関にあるわけですが、もっともっと名寄せがきちんとできて、今おっしゃっている行政がスムーズにできるはずだと思います。

それで、この診療範囲を拡大して行って、併用療法を拡大して行って本当に全部保険診療を前提にする必要があるか。これも議論だと思います。例えば、明らかにその薬は有用ではあるけれども、費用対効果を考えたときに経済合理性があるのか。1か月の寿命の延長効果はあるが、そのために何千万もかかる。それを希望される方もいるかもしれないけれども、これを保険診療を前提にする必要があるのか。あるいは、これに関しては自由に御自分で考えてくださいというような方法もあると思います。

だから、ちょっと前回のを見て思ったんですけれども、da Vinci、たった1つ前立腺が保険採用されたというだけで、あっという間に数施設からこれだけの施設になっている。果たしてそれに経済合理性があるのかという話が出ていましたが、これを見てわかるとおり、多くは公立、国立病院、あるいは大学病院で、診療報酬で実際問題として経済合理性があるかどうかということは余り問題にならない。これは別会計で買われている。一応表向きは保険が通ったから税金からこれを買うということで、国立大学はこのように横並びで、だっと入れるというようなことが起きていることは事実です。

済みません。最後になりましたが、次の20ページでもう一つ、これを広げていくことによって産業育成ということがあります。それで、医療産業が現実問題として3兆円、医薬品と医療機器で3兆円の輸入超過になっているということはエビデンスとしてあります。これについては、今後早急に改善していかなければいけない。

最後です。済みません。医療安全の観点から混合診療は認められないといいましたが、医療安全の観点からは混合診療かどうかという問題ではなく、医療安全が確認されないものは厚労省がもっと規制すべきです。規制が甘いと思っています。

次のページをもう一回めくっていただいて、これは実は私は新聞の折り込みチラシを見てびっくりして持ってきました。折り込みチラシにこういうものが出ています。我々医師から見て、これがこういうコストでやられるのはどうなんだろうか。自由診療は野放しでいいのか。自由診療か、混合診療かが安全かどうかの基準とは到底考えられないと思っています。これは絶対に規制をしなくてはいけないものではないかと思っています。以上です。
○岡議長 ありがとうございます。

続きまして日本医師会の今村副会長、お願いいたします。

○日本医師会今村副会長 今村でございます。まず、10月に引き続きましてお話の機会を頂戴しましたこと、本当に感謝申し上げたいと思います。

日本医師会ということですがけれども、本日は個人の立場も若干加えさせていただいて、大学在籍時は麻酔科の専門医ということで、現在世界の標準となっている吸入麻酔薬を日本で最初に世界に先駆けて臨床導入する研究にかかわった研究者の立場、そしてまた現在は地域医療で患者さんに医療、保健、福祉を提供しているというサービス事業者としての立場ということも踏まえてお話を申し上げたいと思います。

先ほど亀田先生から、混合診療の問題は神学論争ということでございますけれども、2001年、小泉総理大臣の当時、総合規制改革会議の中でこの混合診療の全面解禁のことが議論された。その中で、患者さんが新しい医療にどのようにアクセスできるのか。医療の効果、安全性をどのように保つのか。そして、医療を受けられる国民の公平性をどう保つのか。あるいは、新薬、機器、医療技術の開発の問題、そして医療保険財政の影響等、これら全ていろいろな議論の中で検討された結果、現在の保険外併用療養というものができ上がっている。つまり、現在あるものはそういった議論の上に成り立っている制度だという大前提にまず立つべきだと考えております。

したがって、前回この会議に参加させていただいたとき、私も初めての経験でしたのでいろいろなやりとりの中で、そもそも論みたいなお話にちょっと先祖返りしているような議論も若干あったように思いますので、今ある制度の何が問題なのか。どうすればもっと、よりよい制度になるのかという議論でいけばいいと思っております。

私の資料の1ページは、現在こういった混合診療は一定のルールのもとで認められているということが前提になっている。

2ページは、先ほど神田審議官からもお話があった評価療養、選定療養です。実際に先ほど川渕先生からもお話いただいたように、もうないものもあるじゃないか。これがそのまま載っているのはいかなものか。そのとおりで、これは見直す必要はあると思うんですが、評価療養というのは大変よくできている制度で、ちゃんと安全性が入口の時点で確認されている。そして、どこでも適当に医療機関が実施できるのではなくて、きちんと実施できる医療機関が選ばれているということに大変意味があると思いますし、日本で今、問題になる、例えば先進医療、新しい機器であるとか、患者さんから見たときに是非使いたいけれども、まだ保険で認められていないような薬をどうするんだという問題は、おおむねここに解決の手段はあるんだと思います。

こういう抽象論として、患者さんが困っている。薬が使えない。では、どういう薬が使えないんですかと聞くと、それははっきりしたことが出てこないというケースがままあります。したがって、必要なものはきちんと議論をした上で導入していけばいい。

3ページを御覧いただきますと、先ほどこのデータもございましたけれども、先進医療の保険導入件数というのは昔の古い特定療養費制度に比べれば着実に増えている。ただし、

これは十分でないという議論も先ほどありましたので、数の問題はあるとしても制度としては増えつつある。

4 ページは、新薬の申請から承認までの期間についても前から問題にされておりますが、昨今、非常に短縮してきて、2012年現在ほぼアメリカ並みに短縮してきているという事実もございます。

5 ページ以降は、間違ったメッセージにとられるといけません、決して否定的に書いてあるわけではないんですが、こういう論点については既に過去の議論でも出ていることです。私は、今回はこの議論をさせていただく前にちょっと調べてみましたら、財務省の財務総合政策研究所、フィナンシャルレビューの中で、「混合診療及び保険外併用療養費制度が医療制度に与える影響に関する研究」というものが出ています。

こういうものを見ますと、私がここに書いてある論点というのは全部書かれていることなんです。だから、根拠がないことではなくて書かれていることです。つまり、保険外併用療養を広げていくことは国民にとって大事なこともかもしれないけれども、医療に対する安全性・有効性の確保というのは条件です。

それから、6 ページにございますようにやはり患者負担、どうしても保険外の診療は自由に価格設定できるというリスクはあります。したがって、これは民間保険の活用という話も当然出てきますが、そもそも国民健康保険という全員加入である保険にすら保険料を払えない人たちがいる中での民間保険の活用ということが、多くの国民にとってどういう影響があるかということも考えていかなければなりません。

また、7 ページにありますように、私ども臨床家として高血圧の薬、あるいは高脂血症の薬を使っているわけですが、保険に収載されることによって確実に価格というのは下がっていく。国民から見ると、安い費用で提供できる。つまり、保険に入ることのメリットも価格の面では非常にあります。

また、8 ページにありますように、どうしても新しい治療や医薬品は公的医療保険に組み入れるインセンティブが働きにくくなるということもございます。

9 ページにございますように、信頼性のない医療と公的な保険を一緒にすると、公的保険そのものの信頼性も失われるという心配もあります。私どもは、こういった制度の運用をきちんとしていただく中での拡大ということについての賛成をさせていただいております。

11 ページです。「医療保険のあり方に対する国民の考え方」ということで、今日国民の皆さんがこれを見ておられる。先ほどの議論を伺っても、日本の制度というのははっきり言って難し過ぎますね。言葉を聞いていても、この議論を国民の方が本当に理解できるとは私はとても思えません。そういう中で、国民の方たちは素直に所得の高い、低いにかかわらず受けられる医療の中身は同じであるほうがいいと言っている方が77%、このデータではあります。

実は、この保険外併用療養についても2011年に国民に対する調査というものがしっかり

と行われていて、完全な混合診療の解禁が望ましいという方が19%、従来どおり規制をしていくというのが20%、60%弱の方たちは今ある保険外併用療養制度を徐々にきちんと質を担保しながら拡大していくことが望ましいという回答をされているというデータがあります。つまり、国民の方たちも今のこの保険外併用療養の制度のきちんとした運用というものを望まれているのだと私は思っています。

12ページにございますように、保険外併用療法の中にある先進医療につきましては保険収載を前提にしている。これは財源の問題もいろいろあると思いますけれども、国民にとって本当に必要な安全性の高い医療というものはやはり保険に収載していくのが望ましい。現状、川渕先生がおっしゃったように、大きな財源の影響にはなっていません。これが将来的に医療の高度化が進むにつれて本当に保険財政に大きな影響を及ぼすという話になれば、またそこはいろいろ議論があろうかと思いますが、現状の先進医療のレベルであれば、本当に必要なものは保険収載していてもまだまだ保険全体に対する影響というものは少ないと考えております。

私のほうからは、以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

続きまして、金沢大学の土屋先生お願いいたします。

○金沢大学土屋教授 金沢大学整形外科の土屋でございます。評価療養として、混合診療を併用している先進医療Bの問題点を提示させていただきます。

その先進医療Bは、コーヒーの主成分であるカフェインというものをを用いた特殊な化学療法なんですけれども、「悪性骨軟部腫瘍に対するカフェイン併用化学療法」という治療であります。

2ページ目を御覧になってください。「先進医療B」というのはそもそも何ぞやということですが、要は適応外使用を伴う医療技術ということで、このカフェインを例に挙げますと、もともと強心利尿薬として使われている、承認されているお薬なんですけれども、それが抗がん剤の効果を増強するというのを発見しまして、それを治療に応用することにしました。別の使い方ということで認められて、この治療が始まりました。

ただ、この先進医療Bは現在薬事承認を得ることを目的とするということになっておりまして、最終的には薬とか医療機器はメーカーが薬事承認を得て製品として売り出さないといけないということになります。

そこで3ページ目ですが、「カフェイン併用化学療法の歩み」です。平成15年に高度先進医療の認可を受けまして治療が始まっております。平成18年に健康保険法が一部改正になりました。適応外技術を保険医療との併用を行うためには「臨床的な使用確認試験」を実施してくださいと言われてました。

そして、4ページ目です。平成19年から21年の3年間にわたりまして助成金をいただきまして、臨床使用確認試験を金沢大学他7施設で組みまして治療を行いました。そこで有効性は確認できましたけれども、そのデータをまとめて総括報告書というものを提出しま

すと、いろいろな評価を経ずに厚生労働省のほうから取下げ申請を要求されておりまして、治療の継続が困難になりつつあるという状況であります。

そこで、5ページ目以降は実際どんな治療が行われているのかを紹介したいと思います。骨のがんの代表で、骨肉腫というものがあります。50万人に1人くらいです。日本では年間に200人くらいの方に発生しております。胃がんとか肺がんに比べますと非常に少ない数ですね。そして、小学生、中学生、高校生、大学生と若い方に多くて、非常に悲惨な病気であるとかつては思われておりました。

そこで、25年くらい前では骨肉腫が見つかった瞬間に手足を切り落として切断して治療していたのですが、皆さん肺に転移して10人に1人助かるかどうかという病気でした。

7ページ目を御覧ください。そこで、抗がん剤の治療がこの病気に導入されまして、手足を温存する手術が8～9割の方に可能になって、治る人も5割～7割くらいの程度で出てきたというのが現状です。

そして、8ページ目ですが、抗がん剤の治療が導入されて治療成績が上がったんですけれども、抗がん剤の有効率は約40%ほどです。この病気に現在使用できる抗がん剤はわずか4剤しかありません。そして、非常にまれながんですので、新規の抗がん剤の開発が進まない。治療成績は、ここ20年停滞したままというのが現実です。そこで我々はいち早くこれらの抗がん剤の効果を増強する薬剤ということでカフェインというものに注目して新しい化学療法を開発し、この悪性骨軟部腫瘍の治療を進歩させてまいりました。

9ページを御覧ください。カフェインというのは、皆さん御存じのように眠気を覚ます。心臓の働きを助ける。尿を出やすくするという働きがメインですけれども、がんの細胞においてDNAという細胞の主成分に対して、そのDNAの修復を阻害する作用がある。それを利用して抗がん剤の作用を高めるということがわかりまして、これは米国では卵巣がんを予防したり皮膚がんを予防するという報告もありますけれども、米国では膀胱がんとか悪性黒色腫、神経膠芽腫というようながんで同じような化学療法が行われておりました。

そして10ページ目ですが、何で効くのかということを知っていただいたほうがいいかなと思ひまして入れておきました。抗がん剤を与えると、がんの細胞のDNAに傷がつかます。ただし、がんの細胞はずる賢いですからその壊れたDNAを修復してまた生き返るわけです。カフェインが入っていると、そのがん細胞は壊れたDNAというものを修復できずにどんどん死んでいくという現象が起こります。だから、化学療法の効果が高まるということになります。

11ページ目です。これは我々が現在使っている治療のプロトコールなのですが、どうでもいいんですけれども、現実的にはカフェインの量にしますとコーヒー20～30杯分を1日投与します。それを3日間投与する。ただし、1回に使用されるカフェインの製剤の金額は3,000円～4,000円と非常に安価です。安い治療で効果を上げているということになります。

そして、有効率は従来の40%から90%以上に向上しました。生存率も50～70%が普通な

んですけれども、これを使った場合には90%以上に向上しております。

12ページ目を御覧ください。化学療法の効果がない場合は、腫瘍の部分をがばっと大きく取らないといけないということで切断したり、広範腫瘍切除というものをするんですけれども、非常に機能の損失が大きくなるわけです。化学療法が効いた場合には縮小手術といいまして、いろいろな正常組織が残るので、患者さんは元どおりに走れるようにまで今はなっております。抗がん剤がよく効かなければ最先端の手術はできません。生存率はもとより、手術を進歩させるためには絶対に有効な化学療法が必要ということです。そこで、この先進医療Bで認定承認されておりますカフェイン併用化学療法は生存率を向上させ、手術を進化させてまいりました。

13ページですけれども、このカフェイン併用化学療法というのを手に入れたものですから、日本初の新しい手術がたくさん開発されました。これは複雑なので名前だけいいですけども、骨移動術と液体窒素処理自家骨移植と挙げていますが、これは2つとも高度先進医療に承認されております。そして、これらの治療が非常に社会的に効果を上げているということで、2008年には文部科学大臣表彰科学技術賞というものを受賞させていただいております。

14ページを御覧ください。「多施設共同研究の結果」ですが、悪性骨腫瘍35例、悪性軟部腫瘍26例の登録がありまして、有効率は骨腫瘍で77%（通常は40%）、軟部腫瘍で73%（通常は20%未満）でした。通常よりははるかに高い数値です。

15ページ目ですが、これが有効率と生存率で、これは金沢大学のデータと欧米の比較なんですけれども、圧倒的に金沢大学のデータはいいんです。有効率9割、5年生存率、10年生存率91%ということで、諸外国に比べても非常によいデータが出ています。

そこで、16ページ目以降に問題点を挙げております。この良好な成績を報告しましたけれども、厚労省からは先進医療は早急に打ち切り、今後は製薬メーカーと相談して薬事申請を行うようにとの通達がありました。

これに対して製薬会社は、カフェイン注射薬は安価であり、また古い薬で特許もないことから、投資資金の回収には試算で100年以上を必要とする。採算がとれないため、薬事申請は不可能という判断です。

現行の先進医療の制度では、患者に対して大きな恩恵をもたらす有効な薬剤も、特許もなく商業ベースに乗らないものは日本初の独創的治療であっても最終的に消え去る運命にあります。カフェインの注射薬は日本にしか今、流通していないんですけれども、さらに研究を重ねて世界に広める必要があると私は考えております。理論的には、あらゆるがんにも有効です。

17ページ、「現状の問題点（つづき）」ですが、医学的に必要かつ有用な薬剤なのに使用できないという矛盾に陥り、病者が最も有効だという治療を享受できなくなる。目の前に有効な治療があるのにできないわけです。

薬事承認の獲得が困難と思われる薬剤は引き続き「先進医療」として、あるいは別の枠

組みで薬剤の適応外使用を認める混合診療が許可されてもいいのではないかと思います。このままこの治療が消滅しますと、1,000人の骨肉腫患者さんがいれば、カフェインで助かるはずの300人～400人の生命がみすみす失われることとなります。手術の成功率も低下する。

この責任の所在はどこか。これを消滅させた人ですけれども、これは世界が注目する日の丸印の治療であると思っております。世界からもたくさんの留学生が勉強に来ていたということなんです。

最後のスライドですが、これがまとめみたいなものです。厚労省の医政局研究開発振興課の意見ですけれども、先進医療は評価療養と位置付けられているため、これまでのような混合診療を行うためのツールではないと言われました。あくまでも薬事承認を得ることが前提でなければ継続申請も不可能と、薬事承認をとれない場合があるということをご想定しているのかどうかということが知りたいわけです。

「我々の要望」としては、「医療上の有効性・安全性を備えたカフェイン併用化学療法」を保険外併用療法で使い続ける仕組みを何とかしてつくっていただければ大変いいと思っております。先進医療として存続するか、先進医療から混合診療への移行を許可するか。そのような仕組みを要望したいと思います。以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、これから意見交換に入りたいと思っておりますが、ここからの進行は長谷川委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○長谷川委員 それでは、まず健康医療ワーキング・グループ座長の翁さんのほうから問題提起を行いたいということなので御発言をお願いいたします。

○翁委員 資料の1-7を使いまして、若干問題提起をさせていただきたいと思っております。公開ディスカッションでございますので、国民の目線で少しどんな疑問があるのかということをご簡単に整理しています。

患者にとっては、なぜ同じ日、同じ診療所で保険診療と保険外の治療を受けると、全額保険の部分まで自己負担しなくてはいけないのかという素朴な疑問がまずあるところでございます。先ほどのda Vinciダビンチの例も前立腺がんだけで、それ以外の部分については全額自己負担になってしまうという問題がある。

それから、2番目の疑問ですが、これは例えば違う日ならばなぜ全額自己負担にならないのか。違う診療所でもそうですが、今は保険収載されるようになりましたけれども、例えば以前は乳がんになったときに一旦、手術をした後にまた改めて乳房再建術をするというようなことで負担が大きかった。

それから、実際に本当に日をずらせば、ずらしてきてくださいというふうに書いてあるようなケースもあるんですけれども、いや、そうではないんだということで、日をずらしても本来は自己負担なんですよというお話をこの間、厚生労働省の方に伺いました。そのところの運用は、本当はどうなっているのかというところがちょっとわからないという

ことです。

それから、次は出産時の帝王切開とか、また大腸の中で内視鏡でポリープが見つかったときというのは、以前は同時には切除できないと言われて、もう一回改めて来てくださいということがあったんですが、最近では同日になってとても助かるようになった。これは、どういう基準でOKになっているのかとか、出産のときというのは混合診療が認められている例ということであると思います。そういった線引きというのはどういうところにあるのかというのは、国民の目から見るとちょっとわかりにくいのではないかという点で少し整理をしております。

それから、お医者さんにとっての疑問ということですが、これは何人かこの規制改革会議にも来ていただいた医師の方もおっしゃっておられましたけれども、適応症のない疾患に対して明らかに有効と思われるような診療をやってしまうと混合診療とされてしまうという問題がありますということでした。

また、次のところでございますが、ここは医師の方と少し見解が違うと感じたところでございますが、日にち、病院を変えれば混合診療ができるというふうにお医者さんは思っておられるけれども、実際はだめだとおっしゃっておられて、これは現実にはそう指導されたことはないが、運用のルールは一体どうなっているのか。制度の運用の実態としてどう解釈すればいいのか、ややわかりにくいというところでございます。

ただ、患者から見て、現在この制度全体を見てどうかといいますと、例えば情報の非対称性がございまして、医師が勝手に保険以外で患者から余分に料金を徴収することに一定の歯止めがかかっているように感じます。また、治療の選択に患者として思い悩まないでも済む。また、行われた診療内容は保険診療などで開示されていますし、あれこれと怪しげで余計な自由診療を勧められないというような意味で安心だという点もあるかと思えます。

結局、今の混合診療禁止というのは、お医者さんが勝手にしないように保険でコントロールして余分に患者から料金を徴収することを防いでいるような、そんな規制にも見えるという感じもいたします。

次のページは「よく指摘される現行制度のメリットとこれに対する疑問」ということで、今日これは川渕先生や亀田先生もおっしゃっていましたが、本当にこれから高価な医療品、医薬機器が次々と開発される中、これをどんどん保険収載していったら保険財政が長期的に維持できるのかというような問題を感じます。もちろん、私どもは国民皆保険の維持ということを大前提に議論していますが、これを維持するために現行制度というものをどう考えていけばいいのかという点があるのではないかと。

それから所得の問題でございますけれども、これはもっと多くの方々が先進医療を使えるようにする必要があるのではないかとという視点で議論する必要があるのではないかと思います。

また、医療の安全性の点でございますが、これは今日も御指摘ございましたけれども、

現在は保険と併用しない限り保険外診療というのは全く規制がなくて、自由診療というのは全然自由になっていると、こういった問題はないのか。そもそも、治療上の安全性への配慮というのは医師の基本的な業務上の義務であるはずで、これを保険制度でコントロールするという事はどうなのかということについても疑問がございます。

10ページでございますが、以上のようなことをまとめますと、今の全体の制度としては、医師本来が持つべき裁量というのが保険のルールによって決められてしまっている。こういうことをどう考えるべきなのか。

それから、本来、患者の価値観が多様化していますし、また患者自身の治療選択権というのがある中で、これが制約されているのではないかと。

それから、今までのいろいろな運用の実態を見ますと、患者の負担も大きいのではないかと。

それから、海外で一般的になっているような新しい治療への取組が遅れるのではないかと。これに伴って、先ほど医療産業ということもありましたけれども、例えば腹腔鏡とか、ロボット手術とか、そういった医療産業ですね、こういった発展にも影響するのではないかと。

また、安全性のための規制といいながら、自由診療そのものには全く規制がないということについてもやや問題があるのではないかとというように整理をしております。

メリット・デメリットということで11ページに整理をしておりますけれども、現行制度の混合診療禁止で保険外併用療養制度を拡大していくというやり方でございますけれども、安心感もありますし、保険診療での信頼獲得ということもありますが、ただ、やはり適応外医療について自己選択権の制約があったり、それから診療をわざわざ分けるということをしなければいけないということで患者の負担が拡大している。それから、自由診療については、何らの規制がなくて信頼性がない。

一方、医師から見ても、医師が本来持つべき医療の裁量権の制約があるのではないかと。それから、わざわざ場所を変えて治療しなければいけないということ自体も問題であるというふうに厚生労働省はおっしゃったように、そこをもうちょっとクリアに議論したいと思っておりますが、それを分けることによって、かえってリスクの面で問題があるのではないかとというような整理をさせていただいています。

12ページは、そのための大きな方向感でございますが、今の患者にとって安心して治療を受けられる環境、安全・安心な環境を守りながら、もう少し患者の価値の多様性に対する配慮とか、患者の治療選択権を考慮できるような制度、または医師が真に必要と考えた場合にはその裁量を認められるような制度、こういった方向で制度改革ができないかなという方向で少し議論ができたかと思っております。以上でございます。

○長谷川委員 ありがとうございます。

稲田大臣が公務の都合でここで退室されますので、大臣から一言。

○稲田大臣 1問だけ厚労省に聞きたいと思っております。

前回のこの混合診療、保険外併用の問題について規制改革会議で次のような質問をしま

した。すなわち、一応有効性が期待できる場合は評価療養を実施して混合診療を認める、そして、将来は保険適用するか、奈落の底の自由診療になってしまっただけで全部保険外になるかということだが、2つに1つという選択肢はどうしてですか。保険適用にならなくても、そのまま自由診療、混合診療を認めるという形で、一旦は評価療養を実施したんだから一応は安全で有効性は認められる、そんな石を砕いて飲ませるような変な話ではないということをやったんだしたら、やったらどうですかと質問をしたときに、厚生労働省は、混合診療を認めなくて困っている例はあるんですかということを言われたんですね。

今日、土屋先生の話聞いて私もすごく衝撃を受けたんですが、私も高校時代、後輩が骨肉腫で足を切断して結局は亡くなったんですけども、今の話だとカフェイン療養というものを併用すれば、自由診療のその療養分は1日4,000円ぐらいの金額で、あとは保険適用になる。しかし、これが評価療養から保険適用にならなくて自由診療が認められなくなれば全部が自費になって、その有効な治療が受けられないという実例があるんですね。しかも、それは厚労省から取下げを求められて、闇から闇へ葬られるところだったという話を今、聞いたんです。

実は、数か月前にたまたま土屋先生から講演を頼まれて、それで知り合う機会があってこういう問題があるということを知ってここで紹介することができたんです。もし、闇から闇になっていたら紹介することすらできなかった事例なんです。

こうやって混合診療が認められないことによって困っている例が実際にあるじゃないですか。それについてのお答えだけ、お聞きしたいと思います。

○厚生労働省神田審議官 基本は、データをちゃんと出していただいて、有効なものについては保険診療に取り入れるというのが基本だと思っております。

それで、余り個別の議論についての議論はどうかとは思いますが、このカフェイン併用化学療法について取下げろということは、私どものほうからは先進医療Bということでやっていただいているかどうかという話をしているということでございます。

先ほど、金沢大学と他の治療成績との比較とかという資料がございますけれども、実はそのプロトコルとして75例やっていて、データをいただいているのが61例ということで、他の脱落した事例などについて報告がまだそろっていないということがございまして、そのデータがそろっていくことによって有効率などについても影響があり得るということで、まずデータを出していただいて、有効性がそれによってどうかということをお判断したいということでございます。

一般の抗がん剤と比べて、先生の資料では成績が高いということでしたけれども、カフェインを併用することによって非常に高くなるかどうかということについて出していたデータでさらに精査をする必要があるということで、私どもとしては先進医療のBを引き続きやって、必要性があつて非常に有効だということであれば、むしろ保険診療に取り入れていく必要があると思っております。

それで、仮に企業が治験を出さないというのならば研究助成ですとか、そういうことも

含めて検討していく必要があると私どもは考えております。

○稲田大臣 下げを求めたという事実関係について、私も今、聞いただけなのでどちらが正しいかわかりません。

私が聞いているのは、一旦、評価療養を実施して、一応は有効性があるんじゃないか、怪しい診療じゃないというふうになったのであれば、保険適用までいかなかったとしてもずっと併用して、保険適用の分と自由診療の分と混合でずっと認めていっていいじゃないですか。なぜ、そこが保険適用にならなければ全部自由診療というところに戻してしまうんですかという質問です。そういう選択肢を認めていいじゃないですか。こういう事例であれば認めていいんじゃないでしょうかということです。

○厚生労働省神田審議官 現状でいいますと、申し訳ないですが、先ほど言った全部データがそろってなくて、先生は今、有効だとおっしゃっておられますけれども、カフェインを併用することによって有効性が非常に高まっているかどうかということについて、評価が現時点で定まっていないというのが現状だというふうに私どもは認識しております。

したがって、データをちゃんとそろえていただいて、科学的な議論もちゃんとした上で、必要があるものであれば、保険外併用療養で有効性を確認されたということであれば、むしろ保険収載していけばいいのではないかと考えており、ずっととめ置いてもいいんじゃないかということですが、これは前回もちょっと御説明させていただきましたけれども、根本論については費用対効果の専門部会というのを設けて、諸外国でも費用対効果が低いものをどう扱うかという研究をしております。

私どもも、それを検討して試行的に導入するということは検討いたしております。そこで、非常に費用対効果が低いものについては保険収載をしない、保険償還しないという選択肢もあると思います。そういう整理をすれば、もしかしたら費用対効果が高くないということであれば、そういう選択肢ができるようになるかもしれません。

そこは、実際の医薬品ですとか医療材料を使って実際にデータも集めて評価をしてみて、26年度にも企業からそのデータをいただいて科学的な議論をして、そういうことが日本でもできるかどうか検討していきたいと、そこはそのように考えております。

○稲田大臣 私が言いたいのは、何も保険適用しなさいということを行っているのではなくて、データが少ないとか、費用対効果がどうかという検討が要するというのであれば、保険適用しなかったとしてもそれを混合診療として認めていってあげていいじゃないですか。

なぜ、そこで自由診療に全部戻せということになるんですかという質問です。そういう選択肢があってもいいでしょうと。

○厚生労働省神田審議官 有効性がある必要であれば、特定の方だけが受けられるということではなくて、形式的に保険に加入しているかどうかということではなくて、必要な治療であれば一定の自己負担でちゃんとその医療にアクセスできるというのは国民皆保険の本質的に非常に重要な部分だと考えております。

それで、必要なのにその部分が負担できる人しかアクセスできないという仕組みにする

よりは、私どもは、必要があるのであれば皆さんが受けられるようにする。有効性がないのであれば、評価療養から削除していく。

現状の先ほど先生の技術についてはまだ評価は定まっていないので、私どもは別に外せというふうに申し上げているのではなくて、評価療養を継続してもう少しデータを集めていただいて、よければむしろ保険診療に入れていってはどうかと考えているということです。

○長谷川委員 私はこの話を初めて聞いたので、全容がはっきり言ってわからないんですけども、今の厚労省の御説明を聞いていて土屋先生、一言お願いします。

○金沢大学土屋教授 ありがとうございます。保険収載を認めるとおっしゃっていたんですけども、厚生労働省にはその権限はあるんですか。あくまでもこれは薬ですから、薬事承認を取らないといけないと思うので、メーカーがちゃんとPMDAというところに行って申請しないとだめだと思うんですが、メーカーはそれ以前にノーと言っているわけですね。薬とか医療機器というのはあくまでも薬事承認というのを取らないと皆さんが使えるようになりませんので、そこが閉ざされた場合にはもう行き場所がなくなるんですね。

私の治療は、入り口のところで有効性と安全性があるからこれを認めてもらって先進医療は始まっているんですけども、それを同等か、しのぐデータが出ているので、効いていないとは絶対思わないという状況です。

先進医療をこのまま継続させると誰か困る人がいるのか。とまることで困る人が山ほどいるのに、そのほうがおかしいですよ。そういうことです。

○長谷川委員 厚労省にお尋ねしますけれども、先生のこの治療は有効性があるということで研究が始まっているという御発言が今ありましたが、その点についてはいかがですか。

○厚生労働省神田審議官 先ほどから申し上げているのは、評価療養というのは入り口の段階で有効性が確認できているというものまでではなくて、基本的にはその有効性が期待できるという段階でいいということになっていますので、数例やってこれは期待できるということをちゃんと学会とかで発表して評価に耐えているということであれば、それですぐにお認めしているわけです。

それで、先ほど先生がおっしゃっていたものについてやめろというふうには申し上げていなくて、評価療養はむしろ続けてくださいというふうに申し上げています。

○金沢大学土屋教授 それは違います。早急に取下げ申請を出せというふうに要請されているんですけども、取下げ申請を出した瞬間にできなくなるというふうな説明を私は受けております。これは、何回も足を運んでおりますけれども。

○長谷川委員 大崎さん、どうぞ。

○大崎委員 是非厚労省に伺いたいんですが、この評価療養について一定の期間内に効果が検証できなければやめるとかというような制度はあるんですか。

○厚生労働省神田審議官 基本的には定期的に1年に1回報告を出していただくということにしておりますし、プロトコールということで何例、症例を集めて有効性・安全性を評

価するかという計画を出していただきますので、その予定していた症例が積み重なったところで、先ほどもありました総括報告という形で出していただいて、先進医療会議というところで専門家の方に議論をしていただくというのが基本でございます。

その上で有効だというふうになれば当然保険収載いたしますし、有効性が確認できないということであれば削除いたしますし、引き続きデータを集める必要があるというふうになれば継続して評価療養にとどめるというふうになっております。

○長谷川委員 佐久間さん。

○佐久間委員 ありがとうございます。今の問題は個別の問題なので1点だけ、今のお話を聞いていますと、骨肉腫になって大変なお金持ちはこのカフェイン何とかというのを使えて助かります。ですから、お金持ちが助かるということでもいいんだと、こういう結論に聞こえるんですが、それでよろしいでしょうか。逆に、ここにおられる大体の方はそこまでお金がないので諦める。これでいいんだというふうに聞こえますが、それでよろしいでしょうか。

○長谷川委員 厚労省、お願いします。

○厚生労働省神田審議官 私はそのようなことは全く申し上げておりませんので、むしろその必要があるのであれば皆さんが利用できるように保険収載していったほうがいいんじゃないですかというのが私どもの基本的スタンスなんです。だから、お金持ちだけが利用できればいいというふうなことは申し上げていないです。

○佐久間委員 それは一般論で時間がある人はそうですが、では今、例えば私がそういう立場になったときに、それはお金がないので受けられないということでもいいと、こういうふうに理解してよろしいでしょうか。

例えば、30年間、真面目に働いて、保険料をずっと払って健康で、でも初めて重い病気になったのが例えばこういう病気だった。そのときに、大変立派な病院の信頼できるお医者さん、例えば身内がお世話になった。そこでそういうふうなことがあると紹介されてやりたいと思います。ただ、それは組合せだ。つまり、保険と保険外医療の組合せですね。

それで、ではそれをやりたいと言ったら、いや、それは全額お支払いいただきます。そうじゃないとだめですよ。すごくびっくりします。私は30年間保険料を納めて初めて病気になってお願いをしたら全額払え、つまり今まで納めた保険料は何の意味もなかったというケースになります。

そこで、せめて先生、保険診療の効くところだけは保険にしてくださいと言うと、いや、それもだめなんです。これは組合せですからもうだめです。これが今のルールだということで、少なくとも今のルールではそうだからそれでいいんだと言うことになっている。

それで、もう一方の人はお金があるので全然問題ありません。では、全部私がお支払いしますと言って、その人はその組合せが全部できる。それが現状でいいと、こういう理解でよろしいでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 全くそのような考え方はとっておりません。私どもの資料の16

ページ、17ページを見ていただきたいんですが、先ほど先生が言われたような療法であって、要は事故が起こってなくて有効性が期待できるということであれば、根っこの部分については保険を認めるという考え方を幅広くとっていますので、できるだけ何か個別の技術があればどんどん言っていて、むしろ入ってきてくださいというふうに申し上げております。

したがって、長く保険料をかけてこられて全部払わなくてもいいように、その有効性が期待できるものについては、できるだけこの仕組みの中に私どもも入れますし、先ほど諸外国の抗がん剤とか、そういうお話についても積極的にこの中に入ってきて、少なくとも基本診療部分については有効性が期待できるものについてはお支払いできるようにしようという姿勢でやっておりますので、基本はそのように考えているということは御理解いただきたいと思うんです。

○佐久間委員 その基本は理解しています。

ただ、その待つ時間がない場合、これは確率の問題ですけれども、やはりそのときはそういう医療を受けられない人がいるということは事実だと思うんですが、その辺はいかがでしょうか。そのときに瞬時に手続が進んで、それが収載されるということはないと思います。

○厚生労働省神田審議官 それは、瞬時というのは現実的には難しいと思います。したがって、先ほども申し上げたようにそういうことがあれば、例えば抗がん剤であれば必要性が高いと言われた瞬間にがん拠点病院ですとか、臨床研究中核病院などで臨床研究がすぐに始められて患者さんに使えるようにしましょうという努力は私どもも一生懸命やっております。

ただ、その評価が確立していない段階で、わからないまま、その部分について費用をお支払いするという点については、そこはそのような仕組みはとっていないということでございます。

○長谷川委員 では、松村さんから手が挙がっておりますのでお願いします。

○松村委員 私はこの土屋先生からいただいた資料を読んでいるだけで、これ以上の情報は持っていません。この資料を素直に読めば、こう見えるという点を確認したい。薬事申請できないと事業者から回答が出た。薬事申請をするためには一定の固定費用がかかる。一方でそもそもこの薬は安いものだし、患者数も少ないから、その申請に要する固定費用を回収できるような市場が期待できないので薬事申請できないと言われた。これは社会的な意味で、あるいは患者にとっても費用対効果が低いという類のものではない。単に薬事申請する企業にとって収益性が低いと言うだけのこと。

先程から「費用対効果が低い」というカテゴリーの話を繰り返されていますが、患者にとってのあるいは社会的にみた費用対効果ですね。今回の事例は4,000万もかけて延命効果がほとんどないとか、そういう意味での費用対効果が低いのではなく、市場規模が小さいから、これ自身は患者にとっては低いコストで大きな利益はあるのだけれども、市場規模

が小さいから薬事申請できないという状況になっているのが問題なのです。

しかし、薬事申請がなければ保険には入れられないですね。出口は保険に入れるという原則はいいとしても、ここでそれに固執し別のカテゴリーを設けなければ、出口は保険収載か、やめるかの2つしかないと言われたら、このケースではやめるという選択肢しかない。だから困っているという話をしているのに、保険に入れるのが原則ですと繰り返すばかりでは解決になりません。その原則論はわかりましたが、この例は、それでは対応できない例が出てきたと私は理解しています。保険収載を前提としないが社会的な必要性のある例がちゃんと出てきたわけです。例があったら出してくれと繰り返し言っていたのではなかったでしょうか。これはその例ではないのですか。

それから、費用対効果に関しては、あくまでも市場の規模とコストの関係を言っているだけであって、国民経済上どうだとかと、そういうことではないということなのに、先ほどからの答えは費用対効果が低いケースは検討していると、全然あさっての方向の回答しかされていないように思える。

それは、私がこの文章を読む国語能力がないのか、厚労省の方が不誠実でわざと外して回答しているのか、どちらかはわかりませんが、この資料は全ての人が見られるし、今までの審議官の回答も公開の場で多くの人が聞いているわけですから、私が言っていることは変だと思うのか、審議官の回答が変だと思うのか、聞いている人が判断すればよい。しかしいずれにせよ私は全く回答になっていないと思います。こういう類型の事例についてはどうやって対応すればいいのかに関して、はぐらかさないで明確な御回答をお願いします。

○東京医科歯科大学川淵教授 御提案ですけれども、国民も聞いていますから、神田さん、御自身の資料の6ページを説明されたらいいのでは。先進医療AとBの区別は普通の人にはわかりませんので、こういう仕組みになっているということをまず説明された上でディスカッションしたらどうでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 6ページの仕組みは、昔は2つの会議体で審査をしておりましたけれども、迅速に評価をするということで先進医療会議という1つの会議体で審査をするようにいたしております。

先進医療Aというのは、基本的には未承認とか、適応外の医薬品とか医療機器を伴わないものについては、技術的な妥当性ですとか社会的妥当性というものを審査するというところで保険適用するかどうかというのを決めていきますけれども、先進医療Bというのは未承認とか適応外の医薬品、医療機器の使用を伴うということになってございますので、技術審査部会というところでその技術的な妥当性ですとか試験実施計画、プロトコルを出していただいて、その技術的な妥当性などについて評価をした上で、それを先進医療会議で評価をするというような、大きく2つのルートがございます。

それで、先ほどの御質問ですけれども、これは言った、言わないの議論をしてもしょうがないと思いますが、私どもは先ほどから取下げろというふうに申し上げているのではな

くて、あくまでも先進医療Bを継続されてはどうかと申し上げております。

それから、もし市場性が小さい、あるいは商業ベースに乗らないというものであれば、先ほどから申し上げているのは、例えばそれが非常に有効であれば研究費を活用することもございますし、医薬品の評価として市場性加算と、マーケットが非常に小さいものについては加算をして優遇するとか、そういうこともしておりますので、そういうことによって必要な有効性が非常に高いものであれば、それは保険診療に取り込んでいくというのが基本的な考え方でございます。

○長谷川委員 森下先生、お願いします。

○森下委員 今、2つの問題を御一緒にお話されていると思うんです。もともとこの話というのは、今、土屋さんからお話があったように薬事承認を取った上での保険償還の話がされているにもかかわらず、すぐに医療技術が保険に入るという説明は実は間違っていますよね。薬事承認を取らなければ入れないわけです。ただ、その薬事承認が取れないという話をされているわけです。

研究費に関していうと、これも当たるか、当たらないか、公募ですから、当たらなかったらまた来年出してくださいというので10年、20年くるわけですね。結局のところ、今の評価療養の制度というのは最終的に薬事承認を目指して保険償還を取る仕組みになっている。これは、私はいいと思います。

いいと思うんですけれども、その範疇に入らない、いわゆる新しい技術なんだけれども、使っているものが古い。どこまでいっても市場が小さい。もともとの薬価が安い。これを開発する会社がない。これは、どんなにやっても当然そういうことがあるんだと思います。ある一定の頻度でこういうものが出てくるということは、避けられません。これをなくすることは絶対にできない。

だから、そういうものをどうやって助けるかという中で保険外療養制度、選定医療以外の別の制度を出す。あるいは、混合診療全体を原則解禁して、そうしたものは医師の裁量権の中で任せる。こういう議論だと思うんです。

それは、幾ら全部保険診療を入れろといっても、やはり経済原則が合わないものはそれはしょうがないです。ですから、制度としての矛盾のところをやはり捉えないと、これは幾らお話をされても前にいかない話であって、たとえ今回土屋先生が入ったとしても、また来年誰か別の人が出る。再来年別の人が出る。もう永遠に続きますよ。

医療が進歩するというのは当たり前話ですから、ですからそこまで対応して制度設計をしてほしいというのが皆さんの多分お願いだと思うんです。

○長谷川委員 今の森下先生の御指摘はいかがですか。

○厚生労働省神田審議官 基本的な考え方は先ほどから申し上げていることでありますけれども、全くその新しい範疇で薬事承認にいかないまま、ずっと評価療養というか、併用療養にとめ置く形態についてはかなり議論をする必要があるんだろうと思います。

基本的には、先ほど申し上げたいろいろなことによって有効性が高いならばできるだけ

取り入れるというのがこれまでの基本ですので、それをずっととめ置いて、その部分について患者負担で併用していくようなものを認めていくかどうかというのはかなり根本論から議論する必要があると思っております。

○長谷川委員 まさに森下先生は、その根本論から議論したほうが良いということを先ほど御指摘になったと思うんですけども。

○森下委員 今の制度だと、要するに無理だということを言われたわけですね。これは正直、今村先生にお聞きしたいのですが、日本医師会は別にこういうのが患者さんのためにあるということを反対される話ではないですよ。

○日本医師会今村副会長 ですから、私は申し上げたように、今ある基本の保険外併用療養をまずベースにしてください。それで何か困ることがあれば、それはきちんと議論をしてそういうものを取り入れる。

それで、こういう問題は多分あると思うんですけども、それがすごくメジャーな、そもそも混合診療を全面的に解禁するかどうかという話とは全く違う話で、やはり本当に困っている方が今こういうことであるというのであればそれを議論して、そういうものをどうやって救うかという新しい制度がもし必要なんだったら考えればいいだけだと思うんですね。

だから、これをもって逆に全ての議論がぐるぐる堂々めぐりになるのは私は余りよくないと思っていますので、困ったケースがあればきちんとどうするかを考えていただければいいと思っています。

それから、私が先生に伺いたいのは、これを私も医師として見ると物すごく確かに効いているという感じはします。ただし、厚労省があるいろいろなデータを出してくださいといったときに、それが先生のほうとして出せないということが何かあるのかどうか。さっき、何か出していないとおっしゃったので。

○金沢大学土屋教授 もう出しています。

○日本医師会今村副会長 わかりました。それと、例えば査読が非常に厳しいような世界的なペーパーにきちんとアクセプトされて。

○金沢大学土屋教授 載っています。

○日本医師会今村副会長 そうであれば、それは相当きちんとしたものだと、ここにはそういうものがないのでちょっとわからなかったので伺いました。

○長谷川委員 林先生。

○林委員 今、今村先生がこの「議論がぐるぐる堂々巡りになる」とおっしゃったんですが、私が思うに全然そういうことではなくて、まさに核心の議論を大臣が質問されて、そこから今そんなドグマチクな話ではなく、実際に政策論としてどうするかということを議論しているのがここです。

最高裁判決がありますけれども、あれは単に現行の法律、法解釈を言っただけであって、むしろ5人のうちの裁判長を含む4人までの方が個々に意見を述べられているという極め

て異例な事件でして、そこではむしろこの問題が、国民の開かれた場で多くの利害関係者の参加のもとに掘り下げた議論がなされることが望ましい問題であるところを、これまで国会審議の場でもそういう議論がされずにきたということが、この最高裁判官の意見の中でも指摘されているわけですから、まさにこの政策論を私たちはしなければいけない。その政策論で今、一番クリティカルになるのは、今のその併用療法の在り方が将来の保険収載を前提にしているということなんですね。

これまでも、平成18年に特定療養費制度から今の併用療法制度に変わる以前の、特定療養費制度のときには、平成16年の中医協の報告書にありますけれども、そのころは将来的にも保険導入しないものであるからこそ、患者の選択に委ねることとしているものも含まれていたわけです。ですから、もうちょっとこうしたニーズも考えて、将来の保険収載を前提にしないものも入れていくというような柔軟な法制度を考えていくということがあってもよろしいんじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 保険導入を前提としないものは選定療養という形で、私どもの資料の3ページにありますような差額ベッドとか、予約診療とか、時間外診療ですとか、もともと保険導入を前提としないものとしてはそういうものは考え方としてございましたので、それを保険導入を前提として評価をしますというものと、そうでないものを選定療養という形で分けたというのが18年の保険外併用療養費制度でございます。

○長谷川委員 では、大崎さんお願いします。

○大崎委員 私は多分、今の選定療養という制度は、いわゆる医療行為の質というものは性質の違うものだけをまとめたカテゴリーとしてつくられているという感じがするんですね。ですから、例えば今、土屋先生が問題にされているようなものを選定療養に入れるというのはちょっと無理ですね。あり得ない話なわけです。

ですから、誤解していただきたいたくないのは、私個人の意見かもしれませんが、規制改革会議のメンバーの多くは単純に混合診療といわれているものをごちゃごちゃで全部、何でもかんでも認めろとか、そういうようなことを教条的に言っている人間はいないと思うんですね。

これはやはり規制の改革であって、保険と保険外を併用する範囲というのはある程度節度がないといけないという前提は維持した上で、やはり今の制度を絶対視するのはやめたほうがいいんじゃないかという議論をしていると思うんです。

それで、これを見ると、先進的ということがいわば大前提になってしまっているんで、それと違うカテゴリーを検討していただくとか、そういうことが必要なんじゃないか。それは、場合によっては薬事申請が出ないから、結果的に保険収載されないというようなものも可能性として認めるようにしたほうがいいんじゃないかと思うんですけれども、そこはいかがでしょうか。林先生と、同じ趣旨の質問だと思います。

○厚生労働省神田審議官 基本的には先ほど申し上げたような考え方ですけれども、選定療養の中でも、例えば制限回数を超える医療行為というのがあって。

○長谷川委員 それはちょっと問題が違うと思うけれども。

○厚生労働省神田審議官 ただ、先ほど申し上げた費用対効果という議論の中でも、最終的には費用対効果の観点から見て、必ずしも従前のものと比べて非常にコストがかかるけれども、効果は低いというようなものが出てきたときの扱いというのは、本質論としてはここであったような議論というのは私どももあるというふうに考えております。

したがって、それについても試行して検討していくとなっておりますので、その場合に、それでは保険償還をやめてしまって、その費用対効果が低いものについては選択をさせるけれども、その部分については保険から出さないというような範疇をつくるというのは、選択肢としては当然あり得る議論だと思います。

したがって、今日ございましたような御指摘と、片方でやっている費用対効果の議論等もございますので、その扱いも含めて、全体としてそれではすぐに保険収載しないものをどのように評価するかという根本論について議論していく必要はあると考えております。それは本質的な議論がやはりありますので、先生が先ほどおっしゃった、商業性がなくてメーカーが治験をやってくれないというものも保険収載のルートに乗っていないということもあるでしょうし、先ほど申し上げた費用対効果がお金はすごくかかるけれども、効果はそれほどない。だけど、有効性があることはあるというようなものは、ではどう扱いますか。それを保険収載しますかという根本論がありまして、本質的には同じ議論を持っていると思いますので、そういう中で合わせて議論して検討するということはあり得ると思います。

○長谷川委員 佐久間さん。

○佐久間委員 ありがとうございます。このカフェインの問題について余り長く時間をとるのも何かと思ったんですが、先ほどちょっとお答えいただけなかったもので、今度は土屋先生にお伺いします。

まず、大変なお金持ちのAさんがいて、この抗がん剤とカフェインを組み合わせると非常に効果がある。足を切らなくていいという話を聞いて先生のところに行って、とにかく全額お支払いします。やってくださいというと、これはできる。イエスということでしょうかというのが1点。

2点目は、それで非常に効果があって成功したという話を聞いてもう一人、Bの方が先生のところに行って非常にこれは効果があるという話を聞いたので同じ抗がん剤、カフェインをやってください。ただし、私はお金がありませんから抗がん剤は保険で、カフェインは自己負担します。それでとにかくやってください。イエス、ノー、どちらですかと言われたら、これはノーだと、こういう理解でよろしいでしょうか。

○金沢大学土屋教授 それで正しいと思います。

ただし、私どもの大学病院は保険診療しかできませんので、別の病院で自由診療のできる病院へ連れて行って全額自費でやる。ただ、これは1か月600万、700万の治療費がかかりますので、普通の人はず受けられないですね。抗がん剤は高いですし、手術も高いで

すし。

○佐久間委員 ただ、そうですが、足の切断を考えれば支払われる人はいると思いますから、そういう方はよそに行って全額自己負担でやる。それで、普通の人にはそれができない。諦めるということですね。

○金沢大学土屋教授 はい。

○佐久間委員 わかりました。

○長谷川委員 では、金丸さんどうぞ。

○金丸委員 今のことと関連をいたしまして、かつ翁委員のペーパーの8ページで、結局「金持ちだけが医療を受けられることにならないよう、不平等を防いでいる」ということについて疑問といたしますか、申し上げたいんですけれども、お金持ちの定義として厚労省様は、例えば年収でいうと幾らぐらいの人をお金持ちだと思っていらっしゃるのでしょうか。

今、日本では1,000万以上の年収の人が3.8%ぐらいだと言われています。ですから、残り96.2%ぐらいの普通といたしますか、そういう方々に例えば今の骨肉腫が発生する確率を同じように掛けた場合、件数でいうと圧倒的にいわゆる普通の方々に発生するわけですね。ですから、皆保険という制度を守りたいのか。患者の選択権を守りたいのか。それはどちらに優先順位があるかということ、皆さんの話はどちらかということ皆保険の制度を守りたいというほうがプライオリティーが高く聞こえるんです。それが1つ、大いなる疑問です。

あとは、今でもそうですけれども、さっきの例でいうと今、月間600万ぐらいかかるとおっしゃったので。

○金沢大学土屋教授 最大でそれくらいです。

○金丸委員 最高600万ぐらいかかるとなると、そのダメージはどちらが受けるかということ、お金を持っている人ではなくて、たくさんの件数が発生するであろう96.2%の側にダメージが起きることに対してのケアというんでしょうか、そこに対する配慮はどうなんですか。それは何とも思われませんか。それよりも、皆保険というのは守らねばならない。

さっき川渕先生がマーケットの話をしたんですけれども、38兆円かかっている医療費のうち幾らぐらい外枠でというか、混合診療の金額が出れば、皆さんは皆保険が破壊された、維持できないとお考えになるんでしょうか。2つお答えいただけますでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 国民皆保険という制度を守る、守らないという抽象論ではなくて、私どもが申し上げたいのは、国民皆保険というのは、必要な医療というのは一定の負担、普通であれば3割負担とか、高齢者の方であれば1割で受けられる。それが国民皆保険の本質なので、その仕組みは守りたいということは申し上げております。

そこは、制度を守りたいのか、患者を守りたいのかとか、そういう議論ではなくて、広く国民の方々が必要なときには一定の負担で必要な医療が受けられる。それこそが皆保険の本質だと思っておりますので、二者択一の議論ではないと考えております。

それから、そういう意味でいうと、先ほど言ったような有効性が高いのであれば、国民

皆保険の本質としてはむしろ多くの方々が低率の負担で受けられるようにして差し上げるのが本来的な国民皆保険の姿としては望ましいと思っております。

ただ、一つ一つ取り上げていけば、有効性が高いものからエビデンスのないもの、有害なもの、たくさんございますので、この先生の療法だけを出してどうだと言われれば、それはおっしゃるとおりでございますけれども、例えば先ほど再生医療も広く行われるようになるということですが、再生医療をやって脂肪幹細胞などを静脈に注射して障害が残って訴訟になっているとか、あるいはネットなどにたくさん何でも効きますと出ているものもあるわけです。

私どもが申し上げたいのは、必要なものについてはできるだけあなたにも受けていただくようにするという意味では、データをちゃんと取って必要なものを取り入れていくことが必要ではないでしょうかということをお願いしているということでございます。このケースを取り上げると、それは確かにそういうことで。

○長谷川委員 ちょっと大臣の時間がありませんので、大臣お願いします。

○稲田大臣 私は個別ということではなくて、前回、評価療養になったけれども保険適用されない。それは、全部自由診療になってしまう。そうじゃなくて、保険適用されなくても、費用対効果に問題があるとしても、またすごく患者数が少ないとしても、そうやって一旦は評価療養になるということは別に石を砕いて飲ませているわけでも変なことをやっているわけでもないんですから、そういう場合には保険適用を、混合診療を認める場合もあるんじゃないでしょうかという質問に対して審議官は、混合診療が認められなくて困った事例というのは果たしてあるんでしょうかとおっしゃったので、たまたま土屋先生に来ていただいて、こういう例はそういう例に当たるんじゃないですかという質問をしているんです。

ですから、「原則は、いいものだったら保険適用すべきだ。それが皆保険制度の趣旨だ」というのは当たり前のことですよ。そんなことは規制改革の人間は誰でもわかっているし、変な治療をどんどんやらせて自由診療、混合診療を認めていけると、そんなことを言っているわけではなくて、評価療養を認めて保険適用されない場合、ずっとそのまま混合診療を認めていく場合、今、土屋先生の場合はまさにそうじゃないですか、そういうときは認めていい場合があるじゃないですか。そういう選択肢を認めるということはどうなんですかという質問なんです。それに真正面に答えてもらいたい。

○厚生労働省神田審議官 先ほど申し上げたように、それそのものは根本的に費用対効果の問題でも同じ問題がございますので、そこはそういうものも含めて広く検討する必要があると考えております。

○長谷川委員 森下先生。

○森下委員 この問題の本質は、本来認められている医療である保険で認められている部分を、患者さんが新しい治療を受けたいということでそれを求めたときに、本来受ける保険の治療を放棄させられるというところなんです。

これは認められている医療であり、厚労省も保険で払っているのに、なぜプラスアルファの治療をしたら全てを放棄しなければいけないのか。皆保険をするのであれば、そこを放棄する議論につながらないと思うんです。

逆に言うと、自分の選択で新しい医療をしたい。ある程度、効果もある。試してみたい。そういう思いがある方が、なぜ本来受けられるべき保険を放棄しなければいけないのか。それが理解できないんです。それで、その試験的な医療の部分は自分が払うでいいと思います。でも、それは全部を放棄しなければいけない理由につながらないと思うんです。

むしろ、評価療養の制度を維持したいというのであれば、評価療養の問題点というのは安全性と有効性の線引きをどこにするかなんです。いわゆる治験に入った場合、フェーズ1であれば正常な方に治療をするわけです。そこでは、効果も安全性も何もわからないわけです。それが、実際に評価療養に入っているわけでしょう。

例えば、大学の倫理委員会でやる場合も、全く安全性がわからない。有効性もこれからです。そういう臨床研究を私もやっているわけです。では、それをなぜ評価療養の中に入れてはいけないのかというお話だと思います。安全と有効性を全て厚労省が判断しなければいけないのか。それとも、大学の倫理委員会などに移してもいいのか。その議論をされるべきだと思います。

ですから、線引きのポイントが違うということと、先ほどお話があったような、患者さんがお金を払ってきて本来受けるべき権利があるものを、なぜそこを捨てなければいけないのか。さすがに皆さん、患者さんはそこが理解できないというか、納得できないと思うんですよ。ですから、そのところを考えないとこの問題は解決しないと私は思います。
○長谷川委員 どうぞ。

○岡議長 前回（11月19日）の規制改革会議でも、結局この議論に戻ったんですね。

このことに対して、国民、あるいは我々が納得できる説明をいただければ、そういうことなのかとなるのですけれども、今、森下委員が言われたことと同じですが、保険が効く治療と保険の効かない治療を受けたときに、保険の効かない治療を自己負担するのは当然である。しかし、保険の効く治療も同時に自己負担になってしまうのはなぜなのか、という極めて単純な質問なのです。

この間、ある委員からの「それは国民皆保険を守るために、そういうことをされると困るからペナライズされるのですか」という発言に対して、審議官より「いや、ペナライズなどということはないですよ」と否定されましたけれども、その疑問がいまだに解けずに、書いたもので回答いただくことになっているのですが、そのところを明確にさせていただいたらよろしいのかなと思います。

○厚生労働省神田審議官 本質論は、私どもの資料の17ページの一番下に出ていますけれども、私どもは基礎部分に保険診療とそうでないものを組み合わせるときも、それについて安全性として数例やって事故がない。あるいは、組み合わせることによって効果が期待できるというものについてはこの評価療養に入ってきていただいて、保険診療にお金を

すようにできるだけしていきたいと思っております。

ただ、併用することによる有効性・安全性というものは、併用療法というか、組み合わせること自体の安全性・有効性を確認しなければ、抗がん剤を重ねて使用して本当に有効なのか、あるいは作用機序が同じで効き過ぎてかえって有害なのか。

抗がん剤の、例えばBとGみたいなことで、Bはもともと保険があるんだから、Gを使っても全部出せよとおっしゃるけれども、この実際の例でいうと、例えばBとFは有害だということがあったとすると、それはちゃんと有効性・安全性を評価して重ねて使うことの有効性・安全性を評価したところに税金や保険料を使っていくべきではないか。

ブラックボックスで、それはもう別のところでやっているからわかりません。しかし、実態は使っていますといったときに、そのときの有効性・安全性をどうやって担保するんでしょうかというのが私は本質だと思っております。

○岡議長 先日もそれを御説明いただいたのですが、患者が2つの療法をやった場合、それで効果が出るケースと、効果がない、逆に害になるケースがあると。効果がある場合は併用療養として認め、保険収載の方向に持っていく。それが国の方針だということもよくわかります。ただ、患者がわからないからとにかく2つやってみたいというのを禁止しているというんだったら別だけれども、やるのは自由だが、やったら、保険が効く方も含めて、その全てが自己負担だということになると、ちょっとつながらないわけです。だから、そこを教えてほしいわけです。どうしてなのですか。

○厚生労働省神田審議官 そこは自由ではないんですね。療養担当規則ということで、さっきから医師の裁量という議論がありますけれども、自由診療でされるお医者さんは自由裁量です。

しかし、保険診療で保険医になられるときには、保険医は守るべき規則、療養担当規則というものがあって、そこは基本的には有効性・安全性が確認された療法とか、薬事承認された薬を使いなさいというのは保険のルールとしてあるわけです。

したがって、先ほど言った意味でいうと、2つ組み合わせるということですがけれども、もともと保険で認められていないものやってはいけないというのがまず原則としてございます。これを解禁しているのは保険外併用療法の中の評価療養です。それで、その入り口は有効性が期待できるということまで言っていただければ組み合わせさせて使っていただいて、ただ、データはちゃんとください。

私どもの絵でいうと、ブラックボックスのまま、有害かもしれないのにずっと税金や保険料で医療費を払い続けるということは、私どもはやはりこれはなかなか難しい。それは、御本人はそう思われるかもしれませんが、有害であった場合、それはどうなんでしょう。それは、御本人にとっては害がありこそすれ、プラスにならないのではないのでしょうか。

○岡議長 それもこの前議論しましたね。そうしたら、それを自己負担にするというやり方ではなくて、患者のためにならない、国民のためにならない治療はもう認めないという

ことをもっと前面に出すべきだと思うんです。ところが、やった場合は全額自己負担だという話は本質論からちょっとずれてしまうのかなど。

○長谷川委員 厚労省からの答弁の前に、亀田さんどうぞ。

○亀田総合病院亀田理事長 先ほど、私は最後にちょっと時間がなくて申し上げられなかったのですが、今の話が自由診療ならば勝手にいい。裁量権は全てある。これは全くの間違いだと思うんです。

要するに、お金の問題じゃなくて、やはり我々医師もそうですし、厚労省もそうだと思うんですけれども、まずは国民の健康を守るのが第一であって、自由診療ならば何をやってもいいなどということはありません。つまり、混合診療だろうと、自由診療だろうと、保険診療だろうと、やっていけないものはやっちゃいけないんです。これは規制すべきなんです。

そこを全く自由診療だからということで、先ほどの私の最後の方を見てください。こんなことを自由診療だから勝手に認める。全然、何もしない。それで、先ほどの土屋先生のようなことに、本当にこのちょっとしたところですよ。たった4,000円です。これはその制度を守るためにかどうかはわかりませんが、今お話を聞いていても何でもそれをお金でというのは間違いで、本質的なところでやはり国民の健康がということが先にこない、この議論は永遠に神学論争から脱しないと思います。聞いていてそう思いました。

○厚生労働省神田審議官 自由診療ならば何をやってもいいなどということはあるわけがなく、保険診療契約を結べばお医者さんはちゃんと診療をするという義務は当然契約上負うわけです。安全配慮義務も当然あると思います。

私が申し上げたのは、保険診療に入ってきたときには一定のルールがありますよということなんです。

それからもう一つ、では自由診療を取り締まればいいのかという議論を単純に本当にできますでしょうか。今、医療行為そのものを禁止する法律というのはないです。実は、今回再生医療新法というものが成立いたしました。このときも、怪しげな再生医療は禁止して許可制にしたらどうかという議論がございました。

しかし、これは学問の自由とか研究の自由とバッティングする。もっと謙抑的にやるべきだ。したがって、禁止して許可をするというやり方はとるなという議論です。これは、憲法論もきちんとした上でやっております。

したがって、それは届け出をしてください。許可制じゃないんです。やってもいいんですと出させていただいて、ただ、審査はさせていただいて、iPS細胞とか、初めて使うようなケースについては生命、健康に重大な障害がある可能性があります。そういう場合には、計画の変更命令は出せます。それは、あくまでも90日間その審査のための時間をくださいということであって、医療行為を禁止するとか、自由診療だから禁止するということはないんです。

それで、害を与えればもうこれは傷害罪ですから、むしろそういうことで医療行為とい

うのはそれによって違法性がなくなっているんだと思いますけれども、法律的に医療行為をそういうふうに全部取り締まるというのが国民の皆様の間でコンセンサスが得られるのであればそういうことかもしれませんけれども、必ずしもそうではないのではないかと。

今、この医療行為をこういう形で届け出制にしているのも、ヒトクローン胚の作成だとか再生医療くらいであって、医療行為を直接禁止している法律というのではないと思います。○亀田総合病院亀田理事長 禁止をすとか取り締まるのは、我々は取り締まられる側ですからそんなことを希望するわけありませんが、いろいろ議論が今までにも出てきたようですが、例えば情報の非対称性とか、そういうことを考えていくと、やはり自由診療であろうと保険診療であろうと、きちんとした情報は提供すべきだし、届け出て冷静に、これは保険診療か自由診療かという問題ではなくて、できるだけ正しい情報を国民に流す必要が私はあると思います。

その前提に立つと、安全でない、安全性が確保できないから混合診療はいかんというのは、ちょっと矛盾があるんじゃないかという気はするんです。

○厚生労働省神田審議官 情報は広く出すべきだということはおっしゃるとおりであって、再生医療を今回自由診療分も含めて全部届け出をしていただいて、年に定期的な報告をいただいて、それをホームページで全部公開しましょう。それから、保険収載されたもの、評価療養に入ったもの、今どういう状態にあるかということも全て情報公開しましょうというようなことはやっていこうということになっております。

したがって、先生がおっしゃられるように、情報提供して行って正しい選択に慣れていくというのは、それはそのとおりだと思います。しかし、保険診療の部分に関していうと、税金や保険料でもって有害、あるいは全くエビデンスのないものについて支払いをしていくかどうかという部分に関していうと、自由診療と保険診療について一定の違いは当然あるだろうと思うんです。御自分の負担でインフォームドコンセントで受けられるということと、公的な資金で給付をするということについては、やはり一定の違いはあるんだろうと思います。

○長谷川委員 そろそろ時間も迫ってきているんですけども、私も司会者の立場で一言、質問させていただきたいのですが、今日土屋先生が挙げられた例は、現在の保険外併用制度のもとでも薬事申請の問題をめぐって大きなネックがあって、それによって結果として患者は非常に高額な医療の選択肢しか残されないという事態が起きているように見えます。

これは、やはり制度の中の一つの落とし穴なのかもしれないし、そうでないかもしれませんが、私には一つの落とし穴のような気がするんです。そうだとすると、先ほど森下先生が御指摘になりましたけれども、これは制度の根本的な見直しにつながるような問題ではないのでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 この問題に関していうと、先ほどから申し上げている、先進医療Bで続けられることを我々のほうはお勧めをしておりますので、言った、言わないの議

論はあれですけれども、本質的に保険収載できない商業性がないものをどうしますかということについては根本論があるというのは、先ほどから申し上げているとおり、有効性が低いものも含めてどのような扱いにするのかという根本論があることは私どもも認識しておりますので、その部分については費用対効果が薄いものも含めてどのような扱いがあるのかというのは検討課題だと思っております。

○長谷川委員 そうすると、この土屋先生のペーパーの最後のほうに、先進医療は早急に打ち切りというふうに求められていると書かれていますけれども、それは違うんですか。

○厚生労働省神田審議官 違います。

○金沢大学土屋教授 結局、何が問題かといいますと、今の現行の先進医療Bという制度の中に想定されていない部分があるわけですね。薬事承認を目指す。これはすばらしいことで当然だと思いますけれども、そこに行き着けない先進医療があります。それを今後どうするんですかという枠組みができていないと、同じようなことが次々と今、起こるかと思えます。

薬事承認というのは、我々医師主導ではできないんですね。必ず、メーカーがいなくてできないので。

○長谷川委員 わかりました。では、そこで厚労省に確認しますけれども、ということは土屋先生が今、行っている研究は続けることができると理解してよろしいんですか。

○厚生労働省神田審議官 メールが今、手元にありますけれども、もしこの後、先進医療を実施する場合には以下のロジックを進める方法があるのではないかと思いますということで具体的に提案させていただいておりますので、やりとりの最中で拒否している、打ち切りだとおっしゃっておられるのは違うじゃないですか。

○金沢大学土屋教授 まだ打ち切りではないんですけれども、あくまでも薬事申請が前提ですという言葉が必ずあります。

○厚生労働省神田審議官 打ち切りとは言っていないので、評価療養というのはそういう仕組みだという説明はしておりますけれども、以下のロジックを進める方法があるのではという提案をさせていただいているのに、一方的に打ち切られたと先ほどおっしゃられたので。

○金沢大学土屋教授 取下げ申請を要求されていると言っているだけです。早急に取下げ申請を出してくださいと書いてあります。

○厚生労働省佐々木企画官 恐縮でございます。細かい部分はありますので、事実を申し上げますと、総括報告書というのをこの先進医療をやった場合にはある程度、実績がたまってきたら出していただくということになっていまして、それが出てくると一旦整理をして先進医療会議にかけて評価する。さっきお話ししたとおり、そういうプロセスがございます。

その中で、実は例えばさっきたくさんあると申されましたけれども、そういう学会論文であるとか、そういうものでいわゆる査読を受けた論文を出してくださいとお願いもして

おりますし、続ける場合にはこういうやり方がありますよというのをやっておりましたので、そういう意味では今回打ち切りというようなお話になっているのは担当者としてはすごく残念でございます。

○長谷川委員 林先生。

○林委員 打ち切りと言ったか、言わないかというのは正直どうでもいいですよ。そんなことを議論するためにこの公開討論をやっているわけではなくて、もっと制度の政策を考えましょうということのはずです。

そこからいきますと、評価療養は保険に収載することを前提としなければならないという現在のお取扱いの理由は何なのでしょう。

○厚生労働省神田審議官 同じことの繰り返しだと思いますが、有効性があるものは保険に取り入れていくというのが基本なので、そのようにすることを基本としております。

ただ、先ほどから繰り返し申し上げておりますが、商業性のないもので薬事承認にいかないものをどうするかということと、費用対効果の低いものなどについては本質論がありますので、そこは検討課題だというふうに認識しておりますということを繰り返し申し上げます。

○林委員 そうしますと、確認したいのですが、今のカテゴリー以外の、選択させるようなカテゴリーを御検討いただけるということによろしいでしょうか。

○厚生労働省神田審議官 それは、その制度の立案の仕方としてどのようなやり方があるのか。先ほど言った、根本論の費用対効果が低いものの扱いを償還の可否、だめなのか、あるいは価格を低くしてアクセスは認めるというふうにするのか、いろいろ議論がされております。

したがって、そういうことを整理することによって、これは本質的な議論にやはり結びつくものですから、同じような課題の中で整理をしていく課題だというふうには認識いたしております。

○林委員 是非、前向きに検討していただきたいと思います。

○長谷川委員 翁さん、どうぞ。

○翁委員 私どももいろいろヒアリングなどをさせていただいて、やはり患者一人一人の治療の選択権とか、いろいろな治療が出てきて価値観も多様化していますので、そういったことを、より考慮できるような制度に、それから私はお医者さんではないのでわかりませんが、医師の現場での安全性・有効性というのも絶対的なものではなく、相対的に患者さんを目の前にしていろいろ直面するというのもおありだと思うんです。

ですから、そういった場合の裁量というか、そういうものももちろん真に必要な場合ですけれども、そういった場合の裁量というのも、保険のルールだけでこういった安全性・有効性というのを縛るというだけでなく、よりそういった観点も配慮した制度改革をお願いできればと思っております。恐らく、そういうことに直面されているお医者さんも多いのではないかと思います。

○長谷川委員 時間が迫ってきておりますが、他にいかがですか。

佐久間さん、どうぞ。

○佐久間委員 厚労省の方がつくられた17ページについてです。先ほどからちょっとカフェインの議論に集中したのですけれども、基本的には先ほど林先生がおっしゃったように、規制改革というのは憲法のもとで法律を変えるという議論ですから、当然制度論ですね。

そうすると、この17ページでAとEの組合せで評価療養を実施で、保険適用せず、これはこれでいいのですが、その結果、ではそれ（E）について保険適用をしないのはいいんですけれども、保険適用部分（A）については保険適用するという道があるんじゃないかということやをずっと申し上げているということです。

それは、当然、今のルールにないということやをずっとお話されていましたが、今のルールがどうかということやを我々は知ろうとしているのではなくて、そうではない道も検討すべきじゃないのか。それは先ほど言いましたように、なぜ自分がずっと保険料を納めてきていて、AとEという組合せになった途端、その保険の部分、保険診療の部分（A）まで一気に使えなくなるのかというところの疑問があるからです。以上です。

○岡議長 どうもありがとうございました。

時間を若干オーバーいたしましたけれども、活発な意見交換をさせていただきました。

このテーマは、私どもの今期の最優先案件3つのうちの1つでございます。引き続き検討をさせていただきたいと思っております。今日の厚労省からの説明、それから先生方の御説明、これも十分我々の検討に活かしていきたいと思っております。また意見交換をさせていただくこともあろうかと思っておりますけれども、よろしく願いいたします。

本当に今日はありがとうございました。

○長谷川委員 それでは、2番目のテーマは20分に再開とさせていただきます。よろしく願います。

（休憩）

○岡議長 それでは、時間になりましたので、後半の議論に入りたいと思っております。

今日2つ目のテーマ「老朽化マンションの建替え等の促進」について議論を行いたいと思っております。

老朽化マンションが増加している中で、住民の間で意見が対立することも多い建替え等の問題につきまして、幅広く議論をすることは大変重要であります。

最初に法務省及び国土交通省から現行制度の概要等について御説明していただき、続けて、再開発コーディネーター協会の宮原理事、日本マンション学会の小林会長の順に、それぞれ約7分程度御説明をいただいた後に、意見交換をしたいと思っております。

大変恐縮でございますが、時間の制約もありますので、残り1分のところでベルがチンとなりますので、その後1分で収めるように御協力をいただければと思っております。

それでは、早速、法務省及び国土交通省から説明をお願いします。

最初に法務省の萩本審議官、続けて、国交省の井上局長からよろしくお願ひいたします。

○法務省萩本審議官 法務省でございます。

老朽化マンションの建替え等の促進のための方策につきましては、6月の閣議決定を受けまして、現在、国土交通省と法務省において鋭意検討中でございます。その検討状況につきましては、この後、国土交通省のほうから説明をいただきますが、その前提となりまず区分所有法の規定を簡単に御紹介したいと思います。

本日の資料でいきますと、資料2-1の2枚目の裏になります。これは以前、3月のヒアリングの際に法務省から提出した資料ですが、区分所有法は区分所有建物の建替えと改修について、特別のルールを定めております。このうち建替えについての特別のルールは、建物を取り壊した上で、その敷地に新たな建物を建築するというを区分所有者及び議決権のそれぞれ5分の4以上の多数決によって決議することができるというものでございます。

区分所有法には、区分所有建物の建替えと改修以外については特別のルールがありませんので、例えば建物の売却などにつきましては、民法の原則に従い、全員の同意で行う必要があるということになります。

○国土交通省井上局長 引き続きまして、国土交通省住宅局でございますが、御説明をさせていただきます。

資料2-2の紙を御覧ください。1ページ開けていただきまして、新たな老朽化マンションの再生促進策ということで、あとは参考資料が幾つかついてございます。

まず、申し上げたいのですけれども、国交省としては、建て替えるのか、あるいは改修で長持ちをさせるのかということについては、これはどちらもしっかり支援をしていくべきだと思っております。しかしながら、いずれにしても寿命というものがあるわけでございますので、最終的には建替えないしは権利の解消ということが要るのかなと思っております。

現状でございますけれども、左上を御覧ください。マンションストックの総数が590万戸。右のほうを御覧いただきますと、最近ペースが落ちておりますが、一時期は毎年20万戸くらいの勢いで建ててございました。そのうち旧耐震基準、これは昭和56年6月1日から着工のものについて新しい基準が適用されておりますので、その前に着工されたものということでございます。これが大体およそでございますが、106万戸でございます。

2ページを見ていただきますと、これは今時点からで青いところが40年超過。緑のところが30年超過。黄色が50年超過でございます。この2013年時点の青と緑のほとんどの部分、これが昭和56年以前のものでございますが、大体106万戸でございます。

人間の年齢と同じでございますので、築年数は毎年1年ずつ増えていきます。20年後には右の端の棒グラフを見ますとおり、129万戸という戸数が築50年超となるわけでございますので、間違いなくこうなっていくわけでございますので、しかるべく制度を用意しておか

なければいけないということでございます。

それに対して建替えの実績が3ページにもございますが、件数で183件、もとの戸数で1万4,000戸ということで、御覧いただきますように何年もかけてやっとこれだけの件数でございます。もう少し社会全体として、この建替えが進むような体制整備をいろいろな面から進めていく必要があるだろうということでございます。

その上でとりわけ優先するのが、この箱の中にごございますように、構造耐力が不足しているマンション。これは昭和56年以前のもの全てではございません。耐震診断をすれば耐力のあるものの中にはございますけれども、多くは危険な可能性があるということで、これの建替えを図っていくというのが喫緊の課題であろうと思っています。

このマンション再生に必要な措置でございますが、よく区分所有法の決議要件のことが言われるのでありますが、事業を進める立場ということで考えますと、採算性を確保するためには容積率をできるだけ稼ぎたい、上乘せしていきたいという事業ニーズがございますし、支援措置ということで予算あるいはマンション建替え円滑化法による建替えの場合には税制措置がいろいろな形についてございまして、こういった予算、税による支援、それから決議要件も当然議題としては挙がってくるということでございますし、さらには技術的な相談ないしはADRのような紛争処理の体制も必要になってくるのではないかと考えております。

容積率等の資料は4ページ以下にごございますけれども、御参照いただければいいと思いますが、5ページを見ていただきたいと思っております。現在、区分所有法の建替え決議は5分の4以上の特別多数決議ということでございまして、一番上の緑の横に長い帯がその部分に当たってございます。この決議をしないと全員同意でやることはあり得るのですが、一般的には事業が動かない。

その先は実は2種類ございまして、建替え組合という組合をつくって、その中で権利変換計画という従前事後の権利を全部まとめたものを知事等の認可を得て、ある日、突然権利が置き換わるというような仕組みを経て、建替え事業を行うもの。これが左のほうでございます。

それに対しまして、右のほうは区分所有法の建替え決議はやりますので、反対者の方は出ていただくか、ないしは賛成に転じていただくこととなりますが、その上で一人一人とディベロッパーなりが売って、また買い戻してもらおうというような契約を個別にすることによって建替えるケースもまだ一部行われておりまして、これはそれぞれの事業地区あるいは住民の皆さんの状況によって選択されているというのが現状でございます。

1ページに戻っていただきたいと思っております。それでは、今、区分所有法との関係はどうなっているかということでございますが、左が一般のマンション、右が構造耐力不足のマンションでございます。決議要件は先ほど法務省から説明のあったとおりでございますが、実はさきの国会で耐震改修促進法を改正いたしまして、改修事業については従来4分の3の決議から過半数の決議に緩和をしたところでございます。

その下のほうの建替え、ないしは全員同意が必要な部分というのは、構造耐力不足であっても今は特例が全くないという状況でございますが、この部分につきまして赤字で書いてございますように、新制度を今、検討しているということでございます。

具体的には多数の賛成によって、これは決議要件はまだ検討中でございますけれども、売却決議をする。一括して土地、建物とも売るということでございます。売するための組合をつくりまして、ディベロッパーに売って、立地特性にもよりますが、多くの場合はマンションが再建をされて、それによって危険な居住が解消される。そして、マンションに再度入りたい方は買戻しの契約をしていただいで入っていただく。1回の住替えのほうが気楽だという方はよその住宅に住み替えていただくということで、従来の権利変換方式よりは、事業的にはかなり身軽に柔軟にやれるのではないかと考えております。

あと、容積規制の緩和も同じく検討しているところでございます。できるだけ早く、できれば来年に提出できるように法務省と今、作業を進めているところでございます。

○岡議長 ありがとうございます。

続きまして、再開発コーディネーター協会の宮原様からお願いしたいと思います。

○再開発コーディネーター協会宮原理事 お手元に私のレジュメが3枚ほどついてございますので、それをベースにしながら、お話をさせていただきます。

私は再開発コーディネーター協会の理事ということで、少しお話をさせていただきますと、再開発事業、どちらかというと権利調整等々を多くやっている、そういう専門集団の協会でございます。この協会の中にマンション建替えアドバイザーという研修、あるいはそういう資格もつくりながら、円滑化法ができたときから、そういうことに対する支援をしてきている団体でございます。

そういう中で、本日レジュメの部分でございますけれども、大きく申し上げますと、再開発よりもマンションの建替えのほうがかえって難度が高いくらいの業務があるということの一つ申し上げさせてもらいます。

マンション建替えがなぜ進まないのかということについては、もう皆様は御承知のことだと思いますけれども、合意形成の問題あるいは建替え費用の負担の問題、そして、まさに老朽化マンションの場合には、居住者が高齢化しているという問題も大変多いと思います。

また、マンション建替えでは仮移転という問題が出ますので、その問題もそうそう簡単ではないという話でございます。建替え事業費がどのように調達できていけるか。いわゆるディベロッパーがそうそう簡単に入ってこられないマンション建替えも多々あります。そういうことで申し上げますと、事業費の調達もなかなか難しいという状況があるのではないかと考えています。

そういう中でもう一つは、既に御承知の既存不適格マンション。かなり古いマンションについて申し上げますと、建替えて、もともとの面積が確保できない。すなわち、お金を持っていても自分たちの居住できる面積が物理的に確保できないという問題も多く抱えてい

るところがございます。

そういう中で老朽化したマンションの居住者を見ますと、年齢とか、あるいは中古で買われて住み始めた時期の違い、そういうことがある中で、資産としては同一ですけれども、生活については大きくばらつきがある。そういうところが我々再開発をやっている立場で言うと、大変難度の高いところに行き着いているのではないかという気がしています。その結果として、資金調達、資金負担能力とか高齢度、歳の問題での建替えへの期待度はかなりばらつきがある。そういう状態があるかと思っています。

これは一般論として、マンションだけでなく再開発事業でも言えるのですが、建替え等の事業化について本人自身は実は賛成ですが、その方向が明確になるまでは、言ってみれば多数意見ということが明確になるまではサイレントマジョリティーということで意思表示をしないことが大変多くあります。そういう意味でも一つの道筋をつくっていくことを建替え促進の手續においては考慮すべき事項ではないかという気がしているところがございます。そんなことをベースに少し促進方策のことを申し上げます。

促進方策については、大きく現在のマンションを簡単な分け方をしますと、老朽化によって既に建物の安全性が損なわれている。あるいは老朽化によって当初のマンションが持っていた機能が損なわれ、あるいは現在の機能に対して劣っていて、生活が大変不便になっている。もう一つは、周辺環境等の変化によって当該マンションの経済的価値が変わっているものがあると思いますが、今の大きな課題はこの1つ目の安全の問題。そして、場合によっては2つ目の問題ということになるかと思っています。

そういう中で老朽化、高齢化ということは、スピード感が建替えにおいては大変重要だという話が1つです。2つ目として、建替え費用の軽減が結果的には個人の負担軽減につながるというようなことかと思っています。今日は、先ほど国土交通省さんのほうからありました解消問題とは別に、多数決要件の緩和も一つ触れさせていただきたいと思っています。

まず、多数決要件の緩和でございますが、これはいろいろなところから提言されているように、現在の5分の4を3分の2とできないだろうかということをご書かせてもらっています。我々は建替えにおいても再開発においても、こういうような数字があったとしても実務的には、大半のマンションで言いましても再開発事業におきましても5分の4をはるかに超える方々の合意を持って前に進めていることは事実です。これが実務でございます。

ただ、そういう中で、先ほど申し上げました1つの流れ。それぞれの方々が意見をちゃんと言えらる状況をつくるということで、サイレントマジョリティーの方々の存在を考えたときに、その方向をつくる意味では3分の2と5分の4では随分違うということがあるかと思っています。

その点で仮にそういうようなことが緩和されたとしても、我々実務の側で申し上げれば、今までどおり5分の4をはるかに超える合意をとりながら、恐らく5分の4というよりも

10分の9という言い方。ひよっとすると人数によっては、もっと違う状況の中での合意で進めていくのが実態だと思っています。

団地建替えにおけます多数決要件の中でも、これについてもいろいろなところで言われておりますが、各棟問題。5分の4を3分の2ということについては今のような理由で、やはりこれも3分の2という要件緩和があると動きやすいかと思いますが、各棟要件の問題があるかと思っています。

その大規模団地等々の中でも、一般的には南側に面して小規模なテラスハウスがあったりする場合があります。その方々のところでは1棟の所有者が10人以下ということがございますと、その中の多数決、3分の2要件によって、その他の団地の全体の建替えができない。極端なことを言うと、3人で持っている物件あるいは2人で持っている物件の1人が反対すれば、それが建替えできないという実態がございます。これを何とかしていかないと前に進まないのかなという部分があるわけがございます。

その中で申し上げれば、例えばのお話ですが、建替え決議要件を3分の2にしたときに、各棟要件を外すには全体としては4分の3とか、そのようなもう一段階くらい要件を厳しくする中で考えられることがないだろうかという感じもしています。

そういう中で、そうは言いながらも、現実的には大規模団地の場合には、建物によって随分環境が違いますので、残す建物、建替える建物が実務的には出てくるかと思っています。その点では一部建替えという問題を考えますと、現在の法律の問題等々でまだまだ解決すべき問題が大変あるかと思っていますので、どちらかと言うと、それらの部分を少し整理しながら、一部建替えについて少し突っ込んだ議論が今後できていければいいのかなというのが最終的な私の感想でございます。

一番の問題は区分所有権の解消と土地の一括売却でございます。これにつきましては、今、国土交通省さんからありますように5分の4以上、いわゆる多数決での解消が望まれるかと思っています。これは私としては2つの意味で意味があるかと思っています。

1つは、スピードを上げていく。2つ目としては、建替えの費用を抑えていくことができるということがあるかと思っています。スピードを上げていくということについて申し上げますと、基本的には区分所有の解消ですから転出ということになりますので、従前の資産の調整と従後の調整で言ったときに、いわゆる配置等々の権利変換という調整が要らなくなります。大変明確な中での判断とともに、前に進むことがしやすいかと思っています。

そういう中でもう一つ言えることは、転出でございますから、移転という問題が1回で済むと同時に、仮住居という問題がなくなります。今の建替えにおいては全てが大変無駄なお金になるかもわからないのが、仮住居、仮店舗といった一時的なコストでございます。それをなくしていけることは大変大きいかと思っています。

建替えということによって、2ページ目に入っておりますが、資金負担については建替えの場合に、あるいは居住者が場所を移る場合に一定費用が必要になりますが、マンションを一括売却することによって、その数字が明確になるということが1つ。老朽化マンシ

ョンは市場性が比較的ありません。ところが一括売却によって市場性を持つことによって、その建替え資金についても明確に自分たちが取得できる。そして、次の生活について計画ができるということがあるかと思っています。

これは高齢者の方々にとっては、どちらかという自分たちの新しい生活を早く確定できるという意味においても、促進策としては重要な部分だと思っています。つくっていくものの部分でございますけれども、マンションそのものの建替えの敷地だけでいいかといいますと、周辺をどのようにうまくつくって、良好なものをつくるかということもあります。これについては、マンションの一括建替えをベースとしたディベロッパー提案の場合に、そのディベロッパーが周辺土地を持ったりしている場合には、その提案としてしやすくなるということも明確になるかと思っています。

そういう中で、私のほうの提案の中では、今、一番有効なのは、命という問題も持っています耐震問題を考えますと、やはり解消決議をこの中の領域としては一番に置いていただく部分が必要かと思っていますところでございます。

最後でございますが、付随事項ということで、容積率の緩和と税制の特例措置の話をしていただきますが、容積率の緩和は当然、周辺環境との配慮も重要でございますが、特に現状の中で必要なのは、既存不適格マンションだと思います。後天的容積制度、用途地域が変わっていく中で容積率が引き下げられています。ただ、その物件は現在建っていますから、周辺環境とはある意味では調和しているということを考えますと、少なくとも既存不適格マンションに対して現状の床面積を確保できるような措置ができないだろうかということもお願いしたいところでございます。

税制の特例でございますけれども、マンション建替えについては圧倒的に東京が多いかと思えます。東京の現在の地価を考えますと、現在の居住用財産の特例措置だけでは間に合わないということもあります。又、老朽化マンションのかなりの部分は賃貸がございしますので、事業資産をそのようにするにも、やはり何らかの特例措置が必要かということのを要望としてお願いしたいと思っています。

以上でございます。

○岡議長 ありがとうございます。

続きまして、日本マンション学会の小林会長、お願いいたします。

○日本マンション学会小林会長 それでは、お配りした資料2-4の表紙をまず御覧ください。マンション学会は学術団体ですから多様な立場の会員がおり、意見も実は多様です。その中で、これからお話をすることは、会員を代表する代議員がいらっしゃるのですが、その方との意見交換を踏まえて、最終的には私の判断で多数意見をまとめたものです。

まず1ページ目を御覧ください。基本的な考えを御紹介します。マンション建替えの決議要件を無条件で緩和することには強く反対します。理由は、所有権は保護することが原則だからです。例えば中古マンションを購入されて、しばらくして建替え決議があつて、所有権を多数決で売却しろと言われたらどうでしょうか。決議要件を緩和するというのは、

このようなケースが増えることを意味しています。それはやはりマンション及び所有権の信頼を低下させることです。

現行制度では建替えは5分の4以上ですけれども、これは適切だと考えております。ただし、建替えの公共性が明確な場合は例外的に緩和が認められていると考えております。実は現行法でも市街地再開発事業と呼ばれて、自治体が公共性を認めて認可した場合は3分の2で建替えができます。では、耐震性に劣る場合はどうかということですが、これは実は耐震改修という改修の方法もあるので、これだけでは5分の4以下の緩和は難しい。あるいは慎重に取り扱うべきだと考えております。

次のページに、現行法ではさまざまな数値が定められていますけれども、これは全体として適切であると判断しておりますが、その理由を説明します。マンションの購入者は相当期間において購入時の状態を維持することを期待して、非常に高い金額を払って購入されていると理解できます。したがって、現状維持するための決議は通常の維持管理ですから、これは過半数の普通決議になっています。

ところが現状を変更するためには、この場合は反対者の所有権を制約しますので、特別多数決が求められています。公共の福祉の観点、この場合は先ほど御説明した3分の2以上が定められています。これに対して区分所有者同士の権利を調整する場合。これは反対者により配慮する必要があることから4分の3以上となっております。建替えというのはさらに大きな変更ですから、5分の4以上となっているわけです。

皆さん、どうでしょうか。この数値のバランスは大変適切だと考えております。不動産の所有権は社会の基本をなすものです。これを安易に緩和するというのは、やはり慎重であってほしいと考えております。

次のページを御覧ください。そもそもマンション建替えが進まない理由ですけれども、これは皆さんから何回も御紹介がありましたが、実は決議要件ではなくて区分所有者の経済的負担が主な理由です。成功例は建物を大きくして、それらを売ることによって負担額を減らしているものがほとんどです。したがって、経済的負担の低減には、次の2つの条件が必要です。

1つは、容積率の余裕があって、増し床や建物が大きくできる。もう一つは、高地価で住宅価格が高い場合です。実はこの2つの条件がそろうものは、既に建替えがほぼ終了しつつあります。今後検討するものは、区分所有者の負担が非常に大きいか、あるいは無償で取得できる面積が非常に小さくなるかのどちらかです。こういう場合はほとんど多数の合意をとることは難しいのが実態です。

マンション建替えの支援は引き続きお願いしたいのですが、今後は建替えが困難であるということを前提とした、それを踏まえた施策が実は大変重要です。1つがマンションの解消制度。もう一つは老朽マンションの再生の重視ということです。順番に御説明します。

区分所有関係の解消についてですが、先ほど国土交通省からもありましたけれども、今後の人口減少社会ではマンション建替えはさらに難しくなります。それを踏まえて、危険

老朽マンションへの対策として多数決による解消は必要だと考えております。

ただし、どのような場合に多数決を認めるかという客観的要件については、実はマンション学会の中でも議論が白熱しておりまして、結論が出ておりません。御存じの方もいらっしゃるかと思いますが、被災マンションの解消制度については、マンション学会から提案させていただき、法改正の一助になりましたけれども、老朽マンションについては、それとは別の研究課題が実はたくさんあります。その結果、現段階では明確な方針を申し上げることができないというのが実情です。

ただし、耐震性が劣り、危険が明確な場合は、被災マンションと同じように扱うことができますので、この解消制度の早急な創設には全面的に賛成します。この場合は5分の4以上を想定し、さらに耐震性の劣ることが明確であるということを保証する。例えば第三者の証明のようなものが大切だと思っております。

次が、老朽マンションの再生についてです。マンション建替えに関する法律や補助制度は整備された反面、老朽マンションの再生については未整備で、今後重視すべきことです。この場合は1件当たりの金額は小さいのですが、多数の取組がありますので、経済効果は結構大きいものになると考えています。例を御紹介します。

1番目が敷地と規約共用部分の処分を多数決で実現するというものです。処分はどうかということかという、空き住戸を管理組合が購入して福祉事業者に貸すとか、あるいは敷地をコンビニに貸すとか、そういうことです。これは多数決にできると大変効果がある。

2番目は、専有部分の変更を伴うような大規模な改修とか増築ですね。これが現在は全員同意なのですが、これも多数決できることが望ましい。最近、要望として多いのが、例えば団地の空き地に高齢者住宅をつくりたいということです。ところがこれは現在、全員同意が必要なので、なかなか実現できません。これができるだけでも結構な経済効果があるのではないかと考えております。

共用部分及び管理規約の変更についての規制緩和が必要だと考えています。理由が下書いてありますけれども、ある団地型マンションで集会室を建て替えて、福祉施設を導入しようとしたところ、賛成70%をとったのですが、4分の3に至っていません。実は古いマンションほど相続とか遠隔地居住とか入院しているとかで、実は反応がない方が一定数存在します。現行法では、これが反対票になってしまうので、4分の3は実は極めてハードルが高いのです。

参考までに、台湾では3分の2以上の参加で総会が成立し、その中での4分の3以上です。例えばそういう法改正。これは簡単にできると思いますので、是非お願いしたいと考えております。

次のページに全体の図を紹介しました。高経年マンションについては、建替えるだけではなく、再生して長持ちさせる。解消するという3つの選択があります。このうち解消と処分あるいは増築については、実は法整備が全く整備されていない段階です。建替えに注目するだけではなくて、このようなことを全体にバランスよく対処していくことが、実は

経済対策にもなるし、さらにマンション住民にも喜ばれるということです。

次のページを御覧ください。最後に2点だけ緩和の要請が出ているテーマについて補足させていただきます。

1つは、団地型マンションの建替えや解消についてです。これについては現行制度を維持することが望ましいという立場ですが、その理由はそこに書かれていますので、御覧ください。この場で特に強調させていただきたいことは、団地の建替え・解消というのは市街地再開発事業と同等の仕組みが必要だということです。大規模な団地は、敷地を変更したり、建替え・解消あるいは大規模改修を組み合わせたり、実は非常に複雑な作業が必要です。これは区分所有法を改正して対応できるという問題ではないんです。ですから、是非再開発事業の団地タイプを創設していただいて、行政が関与あるいは補助しつつ実現するという取り組みにだけ取り組んでいただければと考えております。

最後に、容積率についてお話しします。容積率の緩和は、都市計画の観点から地域全体を見まして行くべきもので、マンション建替えのみを理由とした敷地単位での緩和には慎重であるべきだと考えております。理由は4つです。

1つは、近隣の反対への配慮です。反対の恐れがない立地に限定するなどの配慮をお願いしたいと思います。

2番目は、隣地間の不平等です。建替えマンションの隣に新築マンションが仮にあったとすると、両方で容積率が違うというのは変ですね。これは配慮していただきたいということが2番。

3番目は、道路等の公共施設の許容量とのバランスで決まっておりますので、もし緩和をする場合は受益者に対して公共施設の負担あるいはその費用の負担を求めるのが筋です。総合設計制度が国交省の資料にありましたけれども、そのような考えでできております。

最後、容積率は実は住環境や都市景観への総合的配慮としてできておまして、建物高さとか日照、採光を全体として間接的ですが、維持する仕組みになっています。これについては複合日影という問題があって、1つの建物の日影は小さいんですけども、順次建物が建つと全く日が当たらないところできてしまいます。この問題は今の法律では解決できません。これを解決するのは地域において容積率を一定程度抑えるか、あるいは建物の高さの制限をかけるか、どちらかです。

いずれにしても、マンションの建替えにおいて近隣の反対運動を受けると、近隣住民だけではなくて、マンション住民も不幸になります。これを避けるために、是非慎重に考えていただければと思います。

以上です。どうも御清聴ありがとうございました。また、このような機会を設けていただいて、ありがとうございます。

○岡議長 ありがとうございます。

それでは、これから意見交換に入りたいと思います。この後は長谷川委員に進行をお願いいたします。

○長谷川委員 それでは、御意見なり御質問があれば。
では、大崎委員。

○大崎委員 ありがとうございます。私は6月までこの問題を議論したワーキング・グループをやっていたものですので、4点ほど国交省と、最後の点は小林先生にお伺いしたいです。

国交省にお伺いをしたいのは、私はこういう見直しがこういう形で進んでいるというのは今日初めて伺って、大変感激したというか、非常に物事が進んでいるなど思ったのですが、それで内容について確認したいのですが、まず構造耐力不足のマンション全体についての新制度ということですので、ここの構造耐力の不足は、基本的には旧耐震基準に基づいて建設されたもの全部が該当するということなのかどうかを教えていただきたいのと、多数の賛成により売却決議と書いてあるのですが、これはどのくらいの多数なのかというのを教えていただきたい。過半数だとかなり過激な感じがするのですが、そこはどのようなのかを教えていただきたい。これが第1点です。

第2点は、これは先ほど小林先生から慎重にという御発言があったのですが、その団地の場合の建替えの要件の各棟ごとの数字ですね。これはディベロッパーの方などからは、別に耐震とかいうことと関係なく、円滑な建替えの障害になっているというような御指摘もあるのですが、この点については国交省としてはどうお考えなのかというのを教えていただきたい。

3番目に、小林先生のお話で無反応者を母数から除いたらどうか。これは私は非常にいい考え方ではないかと思ひまして、例えば何らかの公告手続等をとった上で、もちろん所定の日数を置いて、それでも何ら反応がない場合は賛成とみなすとするか、あるいは先ほどのそもそも数字を数えるところから外すか。いずれにしても、これは現行の5分の4という制度を前提としても、かなり物事を円滑に進める、いいものになるのではないかという気がするので、この辺についてのお考えを、これは法務省もできれば御回答をいただければと思います。

最後に4つ目ですが、小林先生から容積率については慎重にというお話がありまして、私もそれはわからないこともないのですが、他方で小林先生御自身がまさにおっしゃったとおり、今、建替えが進まない理由としては、経済的負担という問題が大きい。決議要件以上にそれが大きい。これは多くの関係者の方から同じ御指摘をいただいているのですが、そのときに経済的負担を軽くする1つの方法は、やはり容積率を緩めることだという御指摘もあるのですが、この点についてはどうお考えかというのを伺いたいです。

以上、4点でございます。

○国土交通省井上局長 では、まずは私のほうからお答えを申し上げます。

構造耐力不足のマンションは旧耐震基準全てかということですが、これは通常、耐震診断をやりまして、設計図がなければちょっと手間がかかるのですが、今の基準に照らして耐震性があるかどうかという判断をして、これが足りないと判断されたもの。Is値

という指標で大体0.6以上あるかないかということで今は決めていますけれども、そういうことになると思います。

先ほどの小林先生の指摘にもあったように何らかの客観性が要ることになりますので、公共団体の認定のような仕組みが要るのではないかなど。これは通常やっている業務ですので、実務的には可能だと思います。

多数はまだ法制的に検討中でございますけれども、東日本大震災を踏まえた被災マンション法が5分の4という数字になっています。これは参考にはなるのだと思っています。各棟ごとの要件で、確かにクリティカルにこの要件が原因になって事業が止まっているものがあると承知してしまっていて、事業推進という立場で私どもが、こうなればいいなということを実情に言うとしたら、これなどは緩められないものかと思うのですが、団地の要件も極めて複雑でして、例えば今日の中にもあったかも知れませんが、マンション再生ということで団地を全部建て替えないで、作り替えたときも全部区分所有が引っかかってきます。

こういうものを含めて全部絵解きをしようとするとは非常に大変なので、これは時間をいただけだと実務的には解決の策の持ち出しようがないような分野なのかなど。非常にそういう意味では複雑だということは私どもとしても理解をしておいて、できるだけ早く絵解きはしたいとは思いますが、簡単ではないということをお願いさせていただきます。

3番目は法務省さんから。

○法務省萩本審議官 御質問をいただきました、無反応者について、多数決の母数から除いてカウントできないかという話は、実は、何度か話題に出ました被災マンション法の改正を先の通常国会でした際にも論点になり、議論をいたしました。といいますのも、お分かりのとおり、震災であれば、それだけ行方不明者も多いわけですから、その行方不明者が母数に入ってしまうと、当然決議の成立が難しくなります。そこで何とかならないかということをお考えののですが、もともとこれは先ほど小林さんから御紹介がありまして、所有権について所有権者の同意をとるという原則から出発しております。

便宜上、区分所有者の集会による決議という形式をとって、多数決を確認しやすいように、あるいは多数の賛成をとりやすいようにということで集会の決議という形をとっていますが、本来は一人一人同意をとっていかねばいけないものです。ですので、連絡がとれないから母数から除いてしまおうという乱暴なことをしてしまいますと、これは財産権の侵害ということで憲法問題になりかねない、こういうことで断念したという経緯がございます。

今回の被災時に限らない一般のマンションにつきましても、その決議をとる際に、決議という形式をとっているだけですから、母数から株主総会のように権利行使をしない人は無視ということをするのは、極めて難しいのではないかと考えています。

ただ、被災マンション法のときもそうだったのですが、問題意識はありましたので何か

しなければならないということで、そのときに講じた手当では、集会を開く際にそもそも通知をしなければいけないのですが、その通知すら届けられないということについては、連絡がとれた人だけで多数の賛成が得られそうなのに、連絡がとれないから集会すら開けないから結局決議ができない、これは何とか解消しなければいけないということで、その通知については特例を設けて、マンションが建っていた場所にしかるべき掲示をすれば、その何日か後には通知が届いたとみなそうと、そのくらいまでは許容できるだろうと、こういった議論をした経緯があります。

長くなりましたが、結論においてはなかなか厳しいということをお理解いただきたいと思っております。

○日本マンション学会小林会長 御質問にお答えする前に、今の法務省のお答えに少し私も補足をしたいのですが、解消や建替えについては今の御説明のとおりで、所有権の根本にかかわりますので、よくわかります。ただ、共用部分の変更とか規約変更については、ある程度認められる余地があるのではないかと考えておりますので、もし可能であれば御検討をいただきたいと思っております。

容積率の緩和についてですけれども、先ほど御説明をした4つの条件を挙げましたが、この4つの条件を全て満たすような、近隣に余り影響がないような場合には、ある程度は認められる可能性があると思っております。

ただ、一般には、なかなかこの4つの条件を満たすのは難しいことが多いので、その場合は建替えのみで容積率緩和をするのはうまい方法ではない。例えば都市再生特区のようなものをつくって、地域全体で考えるなら、まだわかります。

もう一つは、もし容積率緩和ができなくて建替えができなかったら、それは最終的には解消という方法で対処していくのが将来的に一番望ましい形だと考えております。

○長谷川委員 それでは、佐久間さん。

○佐久間委員 ありがとうございます。難しい問題だなという感じがいたしますが、まずは確認のための質問です。

この国交省さんの老朽化マンションの建替え等の対策。資料で言うと1枚目の平成25年6月14日閣議決定に基づく検討の結果として、これは老朽化マンションということですがけれども、その結果、一般的な老朽化マンションについては今回は何も変えないと。ただし、構造耐力不足のマンションについて、ここに赤で書いてあるような見直しの方向で検討するというので、一方、先ほどお話しいただいた宮原さん、小林さんについて言えば、それは必ずしもそれに限ったことではない、一般的な老朽化マンション。全てについての決議要件等をこういうふうに変えることがいいのではないかと。こういう提案だったと理解をしています。

もしそれだとすれば、国交省さんには、なぜ今回はこの構造耐力不足マンションだけに限ったのか。閣議決定は必ずしもそこに限っているわけではなくて、老朽化マンションと読めるので、そこについてお伺いしたいということでございます。

○国土交通省井上局長 まず、おっしゃるように、老朽化マンションの中の少なくとも旧耐震の可能性がある建物は30年以上前ですから、ある程度、老朽化マンションの中の耐震性の足りないものに今回は限った検討だということでございます。

宮原先生の御発言のように、広くやるのが事業の推進上、一定の効果があるということが重々承知をしているわけでございますけれども、何かから手をつけようかと。このマンションの建替えの仕組みというのは、マンション建替え円滑化法あるいは類似の再開発法などを見ていただくとわかりますように非常に複雑でございます。今回はそれに比べれば比較的軽易ですが、やはりこの決議要件等、縦、横、斜めを考えていくときに、広げれば広げるほど、逆に詰めなければならない話が増えてまいります。

私どもとしては、先般、耐震改修促進法も改正をしたと。そして、改修という手段については多数決、2分の1超でできるようにしたという流れもあって、まずは耐震のものをどうしてもやらなければいけないのではないかと。こういうふうに限らせていただいたという、そこは政策判断として、そういう方向をとったと御理解をいただきたいと思っております。

○佐久間委員 優先順位が物事にあるというのはよくわかるのですが、そうしますと、これを構造体力不足マンションを例えば5分の4とすると、今度は一般マンションを見直すときに5分の4では難しいということになって、それをさらに減らしていくと、今回はまたこちらの構造体力のほうは5分の4から下がっていくと、こういう関係になってしまうのですが、その辺についてどうお考えなのかという点。

宮原さんと小林さんについて、これは必ずしも今あるマンションだけではなくて、これから建つマンションについても、これが適用される。こういう御提案だと。そのときにここで言うておられる数値というのは、つまり強行法規というか、もうここで例えば5分の4が3分の2になったら、3分の2以上しかあり得ない。こういう意味で言われているのかという点。もしくは今あるマンションの定款等についても5分の4から3分の2になれば、自動的に3分の2になるんだと。こういう御提案なのかどうか。この点について確認をお願いします。

○国土交通省井上局長 決議要件の部分は、まず5分の4にするかどうかはまだ検討中でございます。決めたら決めたとで反射作用でいろいろなことが出てくることは重々承知はしているのですが、とにかくどこを優先にして、どういう一歩を進めるかということをお私どもとしては、まず追わせていただきたいと思っております。もちろん、これからまたいろいろな形での老朽化が時間が経つとともに増えてくると思っておりますので、それはそれで住宅政策として、きっちりとそのときに、近い将来かもわかりませんが、受け止めてまいりたいと思っております。

○再開発コーディネーター協会宮原理事 これから建つマンションというイメージでは、まだ持っていないことは事実でございます。まさに老朽化マンションという形の中でどうしていくか。これから建つものについては、まさに作る方々がどう選択するかということも含めて、これから議論が要るのだろうと思っております。

先ほどの強行法規的な議論でございますけれども、先ほど申し上げましたように、マンション建替えは事業法であります再開発事業においても、我々はその数字の中だけで動いているわけではありまして、実態としては先ほど申し上げたとおり、大半の方々の合意を持って動いている。それだけ財産のことは大きいと思っています。そういう意味では、1つの流れをつくるという意味での話として、私は挙げさせていただいているというところでございます。現実的に3分の2で強行性を持って、かえって、これはなかなか実務をやりますと、そこではかえって止まってしまうというのが実態だと思っています。

○長谷川委員 では、浦野さん。

○浦野委員 感想めいたことになるんですけども、今日お三方の発表を聞かせていただいて、やはり区分所有権の関係の解消といいますか、この部分については皆様方、方向としては一致されているわけですね。国土交通省さんのほうから言われたとおり、20年後、30年後と考えていくと、この問題は今やはり皆さんで御議論をしていかないとだめだということになっていて、そういう意味では小林先生のマンション学会の中で検討されていることは非常に説得力がありますね。

こういった困難な部分を今からみんなでどうしても知恵出しをしていかなければいけないわけですから、今日を起点に是非学会もディベロッパーの方々も官も含めて、どうしてもこのことは合意が得られるように、是非そういう場をまずつくっていただきたいというのが私どもの願いだと思います。

○長谷川委員 では、佐久間さん。

○佐久間委員 済みません。私の質問の仕方が悪かったのだと思います。宮原さんにお伺いしたかったのは、結局2つあるのですけれども、5分の4以上から3分の2以上へ緩和を行うということ。これがもし認められた場合には、今あるマンションについては、そのマンションの組合の決議要件と関係なく、自動的に5分の4から3分の2になるという、みなし的なものの導入をここで言うておられるのかどうかという点が1点。

もう一つは、強行法規と言ったのは、例えば3分の2以上ということが決まった場合には、新しいマンションについて、これは何が何でも3分の2以上にしなければいけないという法律を狙っているのか。何もない場合は3分の2とかで決まるんですけども、新たなマンションについてはなかなか難しいと思うのですけれども、定款を2分の1でいいと。新たな入居者が全員それで決めて、2分の1という定款をつくるのが許されるのか。

つまり、このマンションは過半数で建替えもできるし、極端な話、売却もできる、非常にそういうフレキシブルなマンションだということのを売りにするということまで考えておられるのか。この2点です。

○再開発コーディネーター協会宮原理事 わかりました。まず2番目の話でございますけれども、どちらかというと私どもは、これは一般的な状況ですが、仮に3分の2となったときに、建物の管理組合の規約の中でできるのは、多分緩和ではなくて、きつくする議論だと思っています。ですから、3分の2に対して2分の1ではなくて、4分の3をそのマ

ンションが決める。これはあり得ることではないかというのが我々実務側でやっている、実はマンションの再開発などはまさに状況で進めているところでございます。

5分の4と3分の2、これが先ほどのように緩和されますと、5分の4という数字を全部3分の2に置き換えて、例えば解消決議とか今のお話ということかと思いますが、その解消決議の問題については民法の全員同意という問題を含んで、今の議論をされているという立場で言えば、もともとの部分が違ってきています。そうすると確かに3分の2に緩和されたときにどうするんだという議論はあるかと思いますが。

ただ、それがイコールすぐに3分の2という議論ではないというのも実態ではないかと思っておりますので、その辺はまだ我々としても議論をしているという部分ではないと御理解をいただければと思います。

○長谷川委員 では、大崎さん。

○大崎委員 ちょっと話を混ぜ返すようで申しわけないのですが、私はマンションの解消制度について、何らかのそういうことが必要になってくる状況があるというのは頭ではわかるのですが、建替えなどに比べても区分所有自体を解消するというのはかなり大きな変化であって、それこそ所有権の絶対という考え方から言えば、これは全員同意以外の要件でできるというのが若干の飛躍のような気がするのですが、構造耐力不足については、これは安全性が脅かされているということが明白なので、したがって、それは特例を講じてもいいと思いますが。

今、検討されている構造耐力不足に関する特例が解消にも適用されるということは別にいいと思うのですが、単に老朽化しているというので解消する。それをしかも多数決でやるというのは、なかなか飛躍が相当大きいような気がするのですが、その点については法務省はどうお考えかを教えていただければと思います。

○法務省萩本審議官 大崎委員の御指摘のとおりだと思っております。耐震性に問題がある場合には、それを解消する公益性がかなりあるということで、公益性と私的財産権の保護との調和の中で、どこまでその全員の同意が本来必要なところを緩和できるか。こういう議論の中で緩和が何とか可能なのではないか、憲法違反と言われないでできるのではないかということで、今、鋭意検討中で調整しているところです。

ただ、それを耐震性に問題があるものを越えて、マンション一般、区分所有の建物一般となった場合には、より大きな公益性という全員同意を緩和する必要性というところが大きく揺らぐというか、なくなるわけですから、その場合に解消という制度を多数決で仕組めるかどうかは、さらに慎重な検討が必要ということになると思います。それゆえに今回はターゲットを耐震性のあるものに絞りながら、両省で検討を進めているということでございます。

○長谷川委員 では、林先生。

○林委員 ありがとうございます。国交省にお教えいただきたいのですが、資料2-2の1ページのところで、旧耐震基準に基づく建設されたものは現在約106万戸とありまして、

先ほど大崎委員からの御質問で、これが耐震診断をすると構造体力不足に当たるものと大体該当するというようなお答えだったかと思うのですが、その表の右側の構造体力不足のマンションがこの106万戸だとしますと、そのうち平成25年改正で耐震改修促進法により改修、過半数の賛成でできるとなった改修で済むものと、改修では済まなくて、その下の今回見直し案でいかなければいけないものの割合はどのくらいのものでしょうか。

○国土交通省井上局長　ざっくりした数字で、きちんとした調査結果があるわけではございませんが、106万戸に対して耐力不足の診断が出そうだというのは、おおむね6割くらいと想定しています。だから、60万戸強ということになるのだと思います。

それを改修するのか、この権利解消で建替えに持っていかかというの、最終的には住民の判断、所有者の方々の判断だということになるのだと思います。お金をどれだけかけて、どういう効果が得られるかという関係はマンションそれぞれによって違いますので、従来は私どものほうも改修でいくのか、建替えでいくのかというマニュアルみたいなものをつくって、お考えになる際はこういうことを参考にしておやりになったらいいのではないですかというのをつくりましたので、こういう制度ができれば、耐震化ということをめぐる、建替えなのか改修なのかの条件を明示して、ガイダンスをするようなものはしっかりつくってまいりたいと思っています。

○林委員　関連なのですが、やはり住民にとっては一生に一度あるかないかの財産の買い物なので、これが本当に危険であれば、建替えに賛成することになるし、改修で足りるのであれば、そちらでいきたいということになるのかと思うので、結局のところは事実として、どの程度危険なのかというのが判断の重要なファクターだと思うので、今回、老朽化マンションの再生を促進するに当たっては、そういう判断材料のインフラ整備はとても大事ではないかと思っております。

それにつきましては、他のインフラとして、今は決議要件のお話などがあつたのですが、1ページの中段にあります、老朽化マンション再生に必要な措置として決議要件以外に容積率とか予算、税制、技術的な相談、紛争処理が挙げられているのですが、これらの部分について、今回の見直し案ではどういったことを御検討されているのでしょうか。

○国土交通省井上局長　まず、支援措置、予算、税制につきましては、従来マンション建替え円滑化法に基づく建替えについて、補助なり税制の特例がとられておりました。今回は法的には多少違う道筋で、結果的には建替えになるものが多いと思いますが、結果的に建替えられたマンションについては、イコールフットイングの措置がとられるように、これは予算要求と税制要望を出しているところでございます。

相談体制は従来も再開発コーディネーター協会のほうで、宮原さんのところで相談業務をやっていただいておりますけれども、紛争処理も含めてもう少し充実をしていかなければいけないのかなと思っているところでございます。

容積率につきましては、一番下に赤で書いてございますが、老朽化マンションの建替えにつきましては、容積規制を緩和をしたい。緩和をしたいというのは無際限にやるわけで

はなくて、4ページを御覧いただきたいのですが、先ほど小林先生からも紹介がありましたが、現在、総合設計制度がございます。

簡単に言うと、公開空地をとるといような周辺への貢献とか、中には自治体の運用によって環境貢献みたいなものが入っているところもありますが、そういうものとバスターにして容積率を上積みするという仕組みがございます。ここに書いてございますように、あくまでも市街地の環境の整備改善に資すると行政庁が認めた場合ということで、これは裁量範囲のある許可制度ですので、その部分は無際限なことではないということがございますが、今回この老朽化マンションの建替えは居住者の方々の安全に資するのと、周りから見ても、これは倒壊してきたら大変なことになりますので、周辺にもある程度寄与するということと言えらると思いますので、この総合設計のロジックに沿った、こういう考え方の中での拡充をしたいなと思っています。

結果的には、従来の総合設計よりももう少し上積みがされる。これも何倍にもなるということではもちろんございませんが、そういうことを今、考えてございます。

○長谷川委員 時間が迫ってきているのですけれども、佐久間さん。

○佐久間委員 質問ばかりで申しわけないのですけれども、宮原さんと小林さんで、先ほど確認させていただいたように老朽化マンションということで、特に構造体力不足かどうかということの差はつけないというお考えのようですが、例えば一括売却の場合は5分の4以上と言っておられる。ですから、逆に言えば、構造体力不足については3分の2以上にするのだとかいうことで差をつける必要は特にはない。こういうお考えだと理解をしてよろしいでしょうか。

○再開発コーディネーター協会宮原理事 現状はそう思っています。

○日本マンション学会小林会長 基本的には耐震改修の方法もあるので、耐震性が劣るだけで建替えの要件を緩和するというのは難しい。やはり、建替えと改修と比較する手続きがないと、ちょっと緩和は難しいと考えています。

○長谷川委員 川本さん、どうぞ。

○川本専門委員 専門委員の川本です。

小林先生の資料で6ページに課題を整理していただいている、すごくわかりやすかったですけれども、宮原さんのお話も含めて非常にいろいろなケースがあって複雑だと。ということは、やはりいろいろなオプションを用意してあげることが、現場を助けることになると思うのです。そうすると今回の国交省の御提案というのは、この一番右側の「(区分所有権を)解消する」という場合について手当てをするというのが中心だとお聞きしたのですが、その他の場合についても小林先生の御提案がいろいろございました。

これについて、問題の深刻さからいって早急に解決をする必要があるということからすれば、今回の御検討の中にも解消以外の方策についても加えられるお考えがあるかということと、多分、改正法で取り上げる課題は絞っているので難しいというお答えになると思いますが、もしそうであれば何が本当にネックなのかをお聞きしたい。それはマンパワー

の問題でしょうか。非常に複雑な法律の内容であるので、論点を詰める法律的な作業に時間がかかる。法制局がなかなか時間がとれないとか、そういう問題なのか。

それとも、何か関係者との調整、どうしてもこれは説得しなければいけないグループがあって、その合意形成に時間がかかるということなのか。「検討課題を絞っていく」というのも確かにわかるのですが、建て替えの問題は非常に大変深刻な問題のように思うので、何が一番のネックになっているのか、ボトルネックなのかということをお聞かせいただきたいと思います。

○国土交通省井上局長 今回の措置に関しては、これは恐らくあれもこれもとやっていったら、時間が2倍、3倍とかかることになると思いますので、来年はおろか再来年に間に合うかどうかという議論になり得るのかなと思っています。

小林先生の御提案はまことに多岐で、私どものほうにもよく、建替えはいいんだけど、改修ももっと要件緩和をしてほしいという話があるのですが、団地などになると最もわかりやすいのですが、一部は建て替えて、一部は改修ということ、例えばUR団地などは所有者が1人ですからやっているのですが、これを決議要件に落としていくと、多分論理を組み立てていくと、もう何通りも道筋があって、簡単にはいかないのかなと。ちょっと考えただけでも、そういう気がいたします。逃げるわけでもないし、将来的に当然ニーズがあれば、やる必要はあるとは思いますが、時間的には相当用意してかからないと無理なのかなという感じがいたします。

○長谷川委員 それでは、時間がもう過ぎておりますので、岡さん、よろしいですか。

○岡議長 ありがとうございます。

このテーマは、本当に関心の高いテーマでありますけれども、なかなか解決が難しい面が多々あるということが今日改めてわかりました。規制改革会議にとって、このテーマは重点的フォローアップ項目の1項目でございますので、これからもしっかりとフォローをしていきたいと思っております。今日いただいたいろいろな御意見をこれからのフォローアップの中に活かしていきたいと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。どうも今日はありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の公開ディスカッションを終了したいと思います。