

日医総研ワーキングペーパー

診療補助行為に関する法的整理

No. 358

2016年2月29日

日本医師会総合政策研究機構

尾崎 孝良

診療補助行為に関する法的整理

日本医師会総合政策研究機構 尾崎 孝良

キーワード

- ◆診療補助行為 ◆保助看法 ◆医療関係職種
- ◆調剤行為 ◆医師法 17 条 ◆薬剤師法 19 条
- ◆米国 PA 制度 ◆「代替」ではなく「補完」という視座

ポイント

◆診療補助行為は、看護師・准看護師がすべての行為ができると認められ（保助看法 31 条、32 条）、また、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士の 9 職種においては、それぞれの専門領域で、診療補助行為ができる。

◆調剤行為は薬剤師法 19 条においてのみ規律される、という見解もあるが、特別刑法の見地からは必ずしも一般的な解釈ではなく、むしろ、「薬剤の調剤・投与は、治療の一方法であるが、調剤は医師とともに、資格のある薬剤師にも認められている」と解するのが通説的な理解である。なお、大審院（最高裁）判例も通説と同様の立論で、薬剤師が患者の容態を聞いて調剤・供与した行為を、調剤行為まで含めて医師法違反と判示している。すなわち、判例理論も通説と同様の立場を取っている。

◆現行薬剤師法 19 条の起源である、1955 年の「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律」は議員立法かつ衆議院で修正されたため、医師法 17 条との関係性は、必ずしも明確にされていない。同条を「医薬分業を規定したもの」と解釈する向きもあるが、立法経緯をみる限り、単純にそのようには断定できない（参考資料 2 参照）。

◆医師の不足する領域や医師の勤務環境の改善を図るため、米国の PA 制度を我が国にも導入しようとする向きもあるが、同制度は我が国の文化にはなじまないものと思われる。我が国の医療現場の実態からすると、「代替」ではなく「補完」が重要になる。その際には、まず、「既存資格の活用」という視点が重要である。

目次

第1章 総論.....	4
1. 診療補助行為とは.....	4
2. 医行為に関する法的枠組み.....	4
3. 医療関係職種の概観.....	11
4. 保助看法 31 条 1 項・32 条の各特別法.....	15
第2章 各論その1～調剤行為.....	33
1. 調剤の定義.....	33
2. 調剤行為の医事法体系における位置付け.....	33
3. 薬事法・薬剤師法の立法経緯.....	34
4. 平成 27 年 6 月 25 日付薬食総通知について.....	35
第3章 各論その2～PA と診療補助行為.....	38
1. PA 制度とは.....	38
2. 米国 PA 制度の歴史.....	38
3. PA 制度の概要.....	39
4. 制度を考える上での基本哲学 ～「代替」ではなく「補完」を～.....	42
5. 医療秘書等の活用.....	44
【参考資料 1】 診療補助行為に関する裁判例.....	47
【参考資料 2】 昭和 30 年薬事法等再改正に係る国会議事録.....	53

第1章 総論

1. 診療補助行為とは

一般に「診療補助行為」とは、保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」という）37条に定める、①診療機械の使用、②医薬品の授与、③医薬品についての指示、及び、④その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為の四行為¹をいう。

保助看法 37条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

2. 医行為に関する法的枠組み

（1）医業

医師法 17条は下記のように規定し、医師以外の者による医業を禁止している。

医師法 17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

ここで、「医業」とは、医行為を業として行うことをいい、医行為とは、医師の専門的知識又は技能をもってしなければ危険な行為と定義される。

具体的には、診断（誤診により手遅れとなる危険があるため）、注射を含む投薬（したがって、後述のとおり調剤も含まれる）、心電図検査等は医行為とされ、これを業として行えるのは、医師のみである（ただし、その一部は、診療補助行為として、主治医の具体的な指示の下、一定の資格を有する者が行える）。

これに対して、保健指導は（医療の一部ではあるが）医行為ではない、とされ、保健師の名を詐称しない限り、何人でも業として行ってよい。

（2）医業類似行為

医事法制上、上記「医行為」に類似した行為として、「医業類似行為」が規定

¹ なお、田村やよひ「私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法」日本看護出版協会 p54では、「(上記①～③の) 3行為は例示」としているが、立法技術上、「その他」の後に「の」がないので、例示ではなく、37条は4行為の列挙である（4つ目はバスケットクローズ）。単純な条文の読み間違いと思われる。

されており、具体的には、あん摩、マッサージ、指圧、はり、きゅう、柔道整復、療術等が含まれる。

この多くは、法規制に服しているが、昭和 35 年 1 月 27 日最高裁大法廷判決において、「憲法 22 条は、何人も、公共の福祉に反しない限り、職業選択の自由を有することを保障している。されば、あん摩師、はり師、きゅう師及び柔道整復師法一二条が何人も同法一条に掲げるものを除く外、医業類似行為を業としてはならないと規定し、同条に違反した者を同一四条が処罰するのは、これらの医業類似行為を業とすることが公共の福祉に反するものと認めたと故にほかならない。ところで、医業類似行為を業とすることが公共の福祉に反するのは、かかる業務行為が人の健康に害を及ぼす虞があるからである。それ故前記法律が医業類似行為を業とすることを禁止処罰するのも人の健康に害を及ぼす虞のある業務行為に限局する趣旨と解しなければならない」と判示され²、法が禁止しているのは、「人体に有害な医業類似行為」だけであって、有害でない医業類似行為は(たとえ全く無益であっても)憲法 22 条によって禁止できない、とされた。

(3) 診療補助行為

定義は上記 1. のとおりである。かかる行為を業として行う場合、看護師・准看護師等の資格を有し、かつ、主治医からの具体的な指示を受けることが要件となる(ただし、文献によっては、療養上の世話のうち、看護師の独自の判断で行えるものも含めて広義の診療補助行為としている場合がある。この用例では、必ずしも主治医の具体的な指示を要しない場合があることになる)。

裁判例では、「所論の行為は保助看法 37 条にいう医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為であること明らかであって、我が国が医療に関し免許制度を採用している以上、診療補助行為としてこれを業として行い得るのは所定の受験資格、欠格事由、試験科目等を定め、公的試験に合格し、看護師等の免許を授与された有免許者のみであるというべき」(同様の例として昭和 62 年 6 月 23 日宇都宮地裁判)等の言い回しが使われるのが通例である。

上記、「医業類似行為」の最高裁判例のアナロジーで、「人体に害のない診療補助行為(例えば、ME(超音波)検査)なら無資格者が行ってよいか」という論点がある。この点、裁判例は、「弁護人は、本件ME検査は無害であるから、保助看法五条等にいう診療の補助にあたらなくても主張しているので付言する

² ただし、この事案自体は、高裁に差し戻された後、鑑定の結果、HS式高周波器を使用して行った施術行為は「人の健康に害をおよぼすおそれがある」として有罪となっている。

と、ME検査そのものがX線照射のように人体に害を及ぼすものでないことは所論のとおりである。しかしながら、本件ME検査は患者の診療システムの一環として実施され、検査結果は実際に患者の診断・治療のための参考資料として利用されていたものであって、医師が自ら行うか、前叙の診療補助者としての資格を有する者が医師の指示を受けて行うのでなければ、患者の診断・治療に重大な結果を招来するおそれの存することは多言を要しないところであり、ME検査そのものが人体に無害であることは、本件ME検査を保助看法五条等の診療の補助として認定するうえで何ら障害となるものではない(昭和63年1月28日浦和地裁川越支部判決)としており、医業類似行為とは異なり、治療全体でみると「患者の診断・治療に重大な結果を招来するおそれが存する」ことから、無資格者には認められない診療補助行為としている。

それでは、医師は、治療に当たり、資格のない事務員等を使うことは全く許されないのであろうか。

この点、平成元年2月23日東京高裁判決(富士見産婦人科病院事件控訴審判決)は、「医師は、診療を行うに当たり、常に看護婦、准看護婦、看護師、准看護師、その他の法定の診療補助者しか使えないものと断ずることはできず、各種の医療用機器を使用できるのと同様、人を、その資格の有無にかかわらず、自己の助手として適法に使うことができる場合のあることは否定し難い。しかし、法が一定の有資格者に限って診療の補助を業とすることを許していることからすると(保助看法5条、6条、31条、32条、60条、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律20条の2、理学療法士及び作業療法士法15条、視能訓練士法17条等)、医師が無資格者を助手として使える診療の範囲は、おのずから狭く限定されざるをえず、いわば医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者に危害の及ぶことがなく、かつ、判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる程度にとどめられるべきものと解される」と判示しており、「医師の手足として判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる」等の厳格な要件の下、医師が無資格者を自己の助手として適法に使うことができるものとしている。

(4) 看護師・准看護師による診療補助行為業務

看護師・准看護師は、(5)でみる専門分野別のコメディカルスタッフとは異なり、一定の要件の下、業としてすべての診療の補助行為を行うことができる。

保助看法第5条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受

けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第 6 条 この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。

第 31 条 看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法 又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

2 保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第五条に規定する業を行うことができる。

第 32 条 准看護師でない者は、第六条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法 又は歯科医師法 の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

以下では、看護師等の業務を類型ごとに概説する。³

イ) 独自の判断で行い得るもの

傷病の診断、治療方針の決定、治療等は、医師が自らが行うべきであるが、療養上の世話については、看護師独自の判断で業とすることができるものがある。

また、看護師の判断に基づいて、その指示を受けて、准看護師もその業を行うことができる。

これらの業務を（法定の除外事由なく）看護師または准看護師以外の者が行った場合は、法 31 条 1 項又は 32 条違反となる。

ロ) 主治医の指示がなければ行い得ないもの（危険業務）

保助看法 37 条の規定により、看護師又は准看護師は、臨時応急の手当をする場合のほか、主治医からの指示がなければ、診療機器を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなすなど、医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

本稿では、この行為をもって「診療補助行為」と定義しているので、危険業務と診療補助行為は同義となる（別の用例もあるのは前述のとおり）。

³ 類型の分類は、金子光「保健婦助産婦看護婦法の解説」日本醫事新報社による。以下、逐条解説部分の解釈は同文献を参照した。

第 37 条（再掲）保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

これらの行為は、看護師・准看護師等でも行い得るのであるが、危害を生ずるおそれのあるものであるから、法は、主治医の指示なくして行うことを禁止している。

医師の指示なくして、看護師・准看護師が危険業務を行うと、法 44 条の 2 第 2 号によって、6 月以下の懲役又は 50 万円以下の罰金に処せられる（併科可能）。

第 44 条の 2 次の各号のいずれかに該当する者は、六月以下の懲役若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一 略

二 第三十五条から第三十七条まで及び第三十八条の規定に違反した者

危険業務は当然にして医行為だから、無資格者が業として行えば、觀念上、医師法違反にもなるが、保助看法は医師法 17 条の特別法を構成するので、罰則は医師法によらず保助看法 43 条 1 項 1 号が適用される。

第 43 条 1 項 次の各号のいずれかに該当する者は、二年以下の懲役若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一 第 29 条から第 32 条までの規定に違反した者

二 略

ところで、看護師・准看護師は、その職務上、傷病者に常に接するものであり、これらの者に突発的な溶体の変化が起こり、あるいは、重傷者を救護する場合に、医師を迎える時間がないときは、一定程度の医学的知識を有する者として、その害を最小限度に止めることがむしろ望ましいことであるので、臨時応急のなすことは認められている（法 37 条但書）。

ハ) 主治医の指示があつたとしてもなし得ない医業（医師のみが行える医業）

保助看法成立時から平成 10 年代前半まで、法解釈（厚生・厚労大臣の有権解釈）において、長らく「静脈注射がこの典型例」とされてきた。医療現場との

乖離の大きい法解釈であった。⁴

この問題が「法解釈（有権解釈）を実態に合わせて変更する」という形式で解決されたことは広く知られている。

看護師等による静脈注射の実施について

（平成 14 年 9 月 30 日）

（医政発第 0930002 号）

（各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知）

標記については、これまで、厚生省医務局長通知（昭和 26 年 9 月 15 日付け医収第 517 号）により、静脈注射は、医師又は歯科医師が自ら行うべき業務であって、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 5 条に規定する看護師の業務の範囲を超えるものであるとしてきたところであるが、今般、平成 14 年 9 月 6 日に取りまとめられた「新たな看護のあり方に関する検討会」中間まとめの趣旨を踏まえ、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴職におかれては、貴管下保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知方お願いしたい。

なお、これに伴い、厚生省医務局長通知（昭和 26 年 9 月 15 日付け医収第 517 号）及び同通知（昭和 26 年 11 月 5 日付け医収 616 号）は、廃止する。

記

1 医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師（以下「看護師等」という。）が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第 5 条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする。

2 ただし、薬剤の血管注入による身体への影響が大きいことに変わりはないため、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護師等が静脈注射を安全に実施できるよう、医療機関及び看護師等学校養成所に対して、次のような対応について周知方お願いしたい。

（1）医療機関においては、看護師等を対象にした研修を実施するとともに、

⁴ ただし、昭和 26 年 9 月 15 日医務局長通知により、「今直ちに全般的に法の解釈通りの実行を期待することは困難な事情もあるので、当局としては今後漸次改善するよう指導する方針である」旨の見解が示されていた。

静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また個々の看護師等の能力を踏まえた適切な業務分担を行うこと。

(2) 看護師等学校養成所においては、薬理作用、静脈注射に関する知識・技術、感染・安全対策などの教育を見直し、必要に応じて強化すること。

この事案が示すとおり、たとえ現在医師以外には禁止されている医行為であっても、関係者による十分な検討を経て一定の結論さえ得られれば、解釈変更は可能である。

現在でも看護師・准看護師がなし得ない医業として、業として放射線を人体に照射する行為がある。この行為は、医師及び診療放射線技師にのみ認められており、看護師・准看護師が行うことはできない（厚労省は、「放射線を人体に照射する行為はそもそも診療補助行為ではない」と解している⁵⁾）。

二) 特別法の規定によるもの

母体保護法第 15 条により、都道府県知事の指定を受けた厚生労働大臣の定める基準に従って都道府県知事の認定する講習を終了した看護師等（准看護師は含まれない）は、避妊用の器具を使用する受胎調節の実地指導を業として行うことができる。

母体保護法 15 条 女子に対して厚生労働大臣が指定する避妊用の器具を使用する受胎調節の実地指導は、医師のほかは、都道府県知事の指定を受けた者でなければ業として行つてはならない。ただし、子宮腔内に避妊用の器具を挿入する行為は、医師でなければ業として行つてはならない。

2 前項の都道府県知事の指定を受けることができる者は、厚生労働大臣の定める基準に従って都道府県知事の認定する講習を終了した助産師、保健師又は看護師とする。

3 <略>

当該「指定を受けた看護師」が、医師の指示なくして当該実地指導をした場合に保助看法 37 条違反になるかは法的論点である。一般的には、一般則である保助看法 37 条の禁止を、母体保護法 15 条で解除しているのであるから、医師の指示なくして、同条 1 項の医行為を行うことができる、と解されている。

⁵⁾ 厚生省健康政策局総務課「医療法・医師法解」医学通信社 p365

3. 医療関係職種の概観

厚労省によれば、医療関連職種は、①医師、②薬剤師、③保健師、④助産師、⑤看護師、⑥准看護師、⑦診療放射線技師、⑧理学療法士、⑨作業療法士、⑩臨床検査技師、⑪視能訓練士、⑫臨床工学技士、⑬義肢装具士、⑭救急救命士、⑮言語聴覚士、⑯歯科医師、⑰歯科衛生士、⑱歯科技工士の 18 職種⁶とされている。本稿では、このうち、歯科関係 3 職種（⑯～⑱）を除く 15 職種について考察する。

なお、各職種は、必ずしも診療補助行為のみを行っている訳ではないが、以下は、本稿の目的である診療補助行為に限定して論ずるものとする。

ちなみに、⑯歯科医師の行う医行為については、⑰歯科衛生士及び⑱歯科技工士が診療補助行為を担っている。さらに、歯科衛生士は、歯科医師の指導の下、歯牙及び口腔の疾患の予防処置もなしうると規定されている（看護師・准看護師には予防処置は認められていない）。

歯科衛生士法第二条 この法律において「歯科衛生士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師（歯科医業をなすことのできる医師を含む。以下同じ。）の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置として次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。

一 歯牙露出面及び正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物を機械的操作によつて除去すること。

二 歯牙及び口腔に対して薬物を塗布すること。

2 歯科衛生士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、歯科診療の補助をなすことを業とすることができる。

3 歯科衛生士は、前二項に規定する業務のほか、歯科衛生士の名称を用いて、歯科保健指導をなすことを業とすることができる。

以下、上記①～⑮の職種について、イ）業務独占、ロ）名称独占、ハ）守秘義務の根拠規定を整理する。

⁶ 平成 17 年度厚生労働省「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会（第三回）」資料 2 による。なお、その後、新規免許交付が廃された衛生検査技師を除いた。

イ) 医療関連職種の業務独占に係る根拠規定

職種	業務独占の根拠規定
①医師	医師法第 17 条
②薬剤師	薬剤師法第 17 条
③保健師	(業務独占ではない※1)
④助産師	保助看法 30 条
⑤看護師	保助看法 31 条
⑥准看護師	保助看法 32 条
⑦診療放射線技師	診療放射線技師法 24 条※2 24 条の 2※3
⑧理学療法士	理学療法士及び作業療法士法 15 条 1 項※3
⑨作業療法士	理学療法士及び作業療法士法 15 条 1 項※3
⑩臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律 20 条の 2※3
⑪視能訓練士	視能訓練士法 17 条 2 項※3
⑫臨床工学技士	臨床工学技士法 37 条※3
⑬義肢装具士	義肢装具士法 37 条※3
⑭救急救命士	救急救命士法 43 条※3
⑮言語聴覚士	言語聴覚士法 42 条※3

※1 保助看法 29 条は、「保健師でない者は、保健師又はこれに類似する名称を用いて、第二条に規定する業をしてはならない」とするのみであって、保健師又はこれに類似する名称を用いなければ、何人でも保健指導業務を行ってよい。

※2 放射線の照射は診療補助行為ではないと解されている。したがって、看護師・准看護師が当該業務を行うことは認められない。

※3 これら 9 職種 (⑧と⑨は同一法で規律されるため、法律としては 8 本) の業務は共通して、「〇〇士 (技師) は、保健師助産師看護師法第 31 条第 1 項及び第 32 条の規定にかかわらず、診療の補助として〇〇を行うことを業とすることができる」という雛型で規定される。すなわち、①これら業務は、保助看法 31 条・32 条で規定される診療補助行為の一部であり、②厳密な意味での業務独占ではない。

ロ) 名称独占に係る根拠規定

名称	名称独占
①医師	医師法第 18 条
②薬剤師	薬剤師法第 18 条
③保健師	保助看法 42 条の 3 第 1 項
④助産師	同第 2 項
⑤看護師	同第 3 項
⑥准看護師	同第 4 項
⑦診療放射線技師	診療放射線技師法 25 条
⑧理学療法士	理学療法士及び作業療法士法 17 条 1 項
⑨作業療法士	理学療法士及び作業療法士法 17 条 2 項
⑩臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律 20 条
⑪視能訓練士	視能訓練士法 20 条
⑫臨床工学技士	臨床工学技士法 41 条
⑬義肢装具士	義肢装具士法 41 条
⑭救急救命士	救急救命士法 48 条
⑮言語聴覚士	言語聴覚士法 45 条

ちなみに、法律制定以来 2006 年まで、助産師・看護師・准看護師は名称独占ではなかった。保健師は保健指導に関してのみ名称独占と解されていた。

ハ) 守秘義務に係る根拠規定

名称	守秘義務の根拠条文
①医師	刑法 134 条 1 項
②薬剤師	刑法 134 条 1 項
③保健師	保助看法 42 条の 2
④助産師	刑法 134 条 1 項
⑤看護師	保助看法 42 条の 2
⑥准看護師	同上
⑦診療放射線技師	診療放射線技師法 29 条
⑧理学療法士	理学療法士及び作業療法士法 16 条
⑨作業療法士	理学療法士及び作業療法士法 16 条
⑩臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律 19 条
⑪視能訓練士	視能訓練士法 19 条
⑫臨床工学技士	臨床工学技士法 40 条
⑬義肢装具士	義肢装具士法 40 条
⑭救急救命士	救急救命士法 47 条
⑮言語聴覚士	言語聴覚士法 44 条

【参考】

刑法 134 条 1 項 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

この条文では、歯科医師の明示がなく、また、特別法の歯科医師法にも守秘義務の規定はない。したがって、文理上、歯科医師には守秘義務がないことになってしまいが、134 条 1 項の医師として歯科医師も読み込む、という解釈が一般的である。⁷

⁷ その例として、平成 16 年度厚生労働省「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会（第 1 回）」資料 16

4. 保助看法 31 条 1 項・32 条の各特別法

(1) 診療放射線技師法

【職種】 診療放射線技師

【沿革】 戦前の 1937 年に「診療用エックス線装置取締規則」として制定され、戦後には 1951 年に「診療エックス線技師法」として制定された。その後、数度法律名の変遷があり、1983 年に現行の「診療放射線技師法」となった。

【目的・定義等】

(この法律の目的)

第一条 この法律は、診療放射線技師の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もつて医療及び公衆衛生の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「放射線」とは、次に掲げる電磁波又は粒子線をいう。

- 一 アルファ線及びベータ線
- 二 ガンマ線
- 三 百万電子ボルト以上のエネルギーを有する電子線
- 四 エックス線
- 五 その他政令で定める電磁波又は粒子線

2 この法律で「診療放射線技師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指示の下に、放射線を人体に対して照射（撮影を含み、照射機器又は放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む。）を人体内にそう入して行なうものを除く。以下同じ。）することを業とする者をいう。

【業務】

(禁止行為)

第二十四条 医師、歯科医師又は診療放射線技師でなければ、第二条第二項に規定する業をしてはならない。

(画像診断装置を用いた検査等の業務)

第二十四条の二 診療放射線技師は、第二条第二項に規定する業務のほか、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として、次に掲げる行為を行うことを業とすることができる。

- 一 磁気共鳴画像診断装置その他の画像による診断を行うための装置であつて政令で定めるものを用いた検査（医師又は歯科医師の指示の下に行うものに限る。）を行うこと。
- 二 第二条第二項に規定する業務又は前号に規定する検査に関連する行為として厚生労働省令で定めるもの（医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を行うこと。

24 条は、放射線を人体に対して照射する業務の業務独占を規定している。この業務は診療補助行為ではない、と解されており、したがって、看護師・准看護師が業として行うことはできない。

24 条の 2 は、原則として、診療補助行為が看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、診療放射線技師が診療の補助として①磁気共鳴画像診断装置を用いた検査、及び、②診療放射線技師の業務に関連する行為を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

【守秘義務】

（秘密を守る義務）

第二十九条 診療放射線技師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。診療放射線技師でなくなつた後においても、同様とする。

第三十五条 第二十九条の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、五十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

（名称の禁止）

第二十五条 診療放射線技師でなければ、診療放射線技師という名称又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。

【チーム医療】

（他の医療関係者との連携）

第二十七条 診療放射線技師は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

1993 年に、平成 5 年 4 月 28 日法律 29 号「診療放射線技師法の一部を改正す

る法律」で追加された条文。

1987年制定の臨床工学技士法(後述)において、同趣旨の条文が初めて現れ、後に各医療関連職種に係る法律に追加されたという経緯がある。

【懲戒】

(欠格事由)

第四条 次に掲げる者には、前条の規定による免許(第二十条第二号を除き、以下「免許」という。)を与えないことがある。

- 一 心身の障害により診療放射線技師の業務(第二十四条の二各号に掲げる業務を含む。同条及び第二十六条第二項を除き、以下同じ。)を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 二 診療放射線技師の業務に関して犯罪又は不正の行為があつた者

(免許の取消し及び業務の停止)

第九条 診療放射線技師が第四条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めてその業務の停止を命ずることができる。

2 都道府県知事は、診療放射線技師について前項の処分が行われる必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に具申しなければならない。

3 第一項の規定による取消処分を受けた者であつても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至つたときは、再免許を与えることができる。

(医師法を含め)医療関係職種における懲戒(免許取消し、業務停止)を定める場合、おおむね4条に欠格事由を列挙し、その数条あと(たとえば医師法の場合、7条。本法の場合上記のとおり9条)に、「4条各号のいずれかに該当する場合」を要件とする例が多い。

【参考】医師法の法律構造

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 二 麻薬、大麻又はあへんの中毒者
- 三 罰金以上の刑に処せられた者

四 前号に該当する者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正の行為のあつた者

第七条 医師が、第三条に該当するときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消す。

2 医師が第四条各号のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為のあつたときは、厚生労働大臣は、次に掲げる処分をすることができる。

一 戒告

二 三年以内の医業の停止

三 免許の取消し

3 前二項の規定による取消処分を受けた者（第四条第三号若しくは第四号に該当し、又は医師としての品位を損するような行為のあつた者として前項の規定による取消処分を受けた者にあつては、その処分の日から起算して五年を経過しない者を除く。）であつても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至つたときは、再免許を与えることができる。この場合においては、第六条第一項及び第二項の規定を準用する。

4 厚生労働大臣は、前三項に規定する処分をなすに当つては、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

<以下略>

(2) 理学療法士及び作業療法士法

【職種】 理学療法士・作業療法士

【沿革】 1965年制定

【目的・定義等】

(この法律の目的)

第一条 この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

3 この法律で「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。

4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。

理学療法とは病気、けが、高齢、障害などによって運動機能が低下した状態にある人々に対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いて行われる治療法をいう（公益社団法人日本理学療法士協会による定義）。

また、「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者、又はそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう。ここで「作業」とは、「日常生活の諸動作や仕事、遊びなど人間に関わるすべての諸活動をさし、治療や援助もしくは指導の手段となるもの」をいう（一般社団法人日本作業療法士協会「作業療法ガイドライン」5ページ）。

【業務】

(業務)

第十五条 1 項 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項 及び第三十二条 の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、理学療法士・作業療法士が診療の補助として理学療法又は作業療法を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。なお、理学療法士は、医師の具体的な指示を受けて、マッサージを行うことができる（同条 2 項。条文は略）。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第十六条 理学療法士又は作業療法士は、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た人の秘密を他に漏らしてはならない。理学療法士又は作業療法士でなくなつた後においても、同様とする。

第二十一条 第十六条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。
2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第十七条 理学療法士でない者は、理学療法士という名称又は機能療法士その他理学療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない。

2 作業療法士でない者は、作業療法士という名称又は職能療法士その他作業療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない。

※このほか、欠格事由につき 4 条で、懲戒が 7 条に規定されている。予め医道審議会に諮ることが要件となっている。

※チーム医療に関する規定はない。

(3) 臨床検査技師等に関する法律

【職種】 臨床検査技師

【沿革】 1970年制定。この法律の前身は、「衛生検査技師法」で、1970年に新たに「臨床検査技師」の資格が創設され、「臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律」という法律名となった。

2005年には、今後は、新たな衛生検査技師の免許は交付しないものとされ、法律の名称も「臨床検査技師等に関する法律」となった。

【目的・定義等】

(この法律の目的)

第一条 この法律は、臨床検査技師の資格等を定め、もつて医療及び公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「臨床検査技師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床検査技師の名称を用いて、医師又は歯科医師の指示の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査及び厚生労働省令で定める生理学的検査を行うことを業とする者をいう。

上記2条の「厚生労働省令で定める生理学的検査」とは、①心電図検査（体表誘導によるものに限る）、②心音図検査、③脳波検査（頭皮誘導によるものに限る。）、④筋電図検査（針電極による場合の穿刺を除く。）、⑤基礎代謝検査、⑥呼吸機能検査（マウスピース及びノーズクリップ以外の装着器具によるものを除く。）、⑦脈波検査、⑧熱画像検査、⑨眼振電図検査（冷水若しくは温水、電気又は圧迫による刺激を加えて行うものを除く。）、⑩重心動揺計検査、⑪超音波検査、⑫磁気共鳴画像検査、⑬眼底写真検査（散瞳薬を投与して行うものを除く。）、⑭毛細血管抵抗検査、⑮経皮的血液ガス分圧検査、⑯聴力検査（気導により行われる定性的な検査であって、周波数千ヘルツ及び聴力レベル30デシベルのもの、周波数4千ヘルツ及び聴力レベル25デシベルのもの、周波数4千ヘルツ及び聴力レベル30デシベルのもの、及び、周波数4千ヘルツ及び聴力レベル40デシベルのものを除いたものに限る）、⑰基準嗅覚検査及び静脈性嗅覚検査（静脈に注射する行為を除く）、⑱電気味覚検査及び濾紙ディスク法による味覚定量検査である。

聴力検査で適用除外となっている周波数及び聴力レベルは、職場や学校で集団で受ける選別聴力検査でも行われるもので、これは現実的には、従前から無資格者が行っている検査なので業務独占から除外する趣旨である。

【業務】

(保健師助産師看護師法 との関係)

第二十条の二第1項 臨床検査技師は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項 及び第三十二条 の規定にかかわらず、診療の補助として採血及び検体採取（医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）並びに第二条の厚生労働省令で定める生理学的検査を行うことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、臨床検査技師が診療の補助として採血及び検体採取並びに生理学的検査を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

このうち、「検体採取」については、医師等から具体的な指示を受ける必要がある。また、「生理学的検査」の範囲は前述のとおり。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第十九条 臨床検査技師は、正当な理由がなく、その業務上取り扱ったことについて知り得た秘密を他に漏らしてはならない。臨床検査技師でなくなった後においても、同様とする。

第二十三条 第十九条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用禁止)

第二十条 臨床検査技師でない者は、臨床検査技師という名称又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

2005年改正法の施行の際既に衛生検査技師の免許を受けている者等は、2005年改正附則3条により、新法第20条（名称独占）の規定にかかわらず、衛生検査技師の名称を用いて、旧法第2条第2項に基づき、衛生検査技師の業務をすることができる。

※このほか、欠格事由につき4条で、懲戒が8条に規定されている。

※チーム医療に関する規定はない。

(4) 視能訓練士法

【職種】 視能訓練士

【沿革】 1971 年制定

【目的・定義等】

(目的)

第一条 この法律は、視能訓練士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「視能訓練士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、視能訓練士の名称を用いて、医師の指示の下に、両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行なうことを業とする者をいう。

【業務】

(業務)

第十七条 視能訓練士は、第二条に規定する業務のほか、視能訓練士の名称を用いて、医師の指示の下に、眼科に係る検査（人体に影響を及ぼす程度が高い検査として厚生労働省令で定めるものを除く。次項において「眼科検査」という。）を行うことを業とすることができる。

2 視能訓練士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項 及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査並びに眼科検査を行うことを業とすることができる。

3 <略>

1 項は 1993 年に追加されたもので、人体に及ぼす程度が高くない眼科検査の業務ができる旨規定された。

また、診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、視能訓練士が診療の補助として両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査並びに眼科検査を行うことを業とすることができる旨、2 項で規定したものである。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第十九条 視能訓練士は、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た人の秘密を他に漏らしてはならない。視能訓練士でなくなつた後においても、同様とする。

第二十三条 第十九条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第二十条 視能訓練士でない者は、視能訓練士という名称又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

【チーム医療】

(他の医療関係者との連携)

第十八条の二 視能訓練士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

1993年に、平成5年4月28日法律第30号「視能訓練士法の一部を改正する法律」において、その業務に眼科検査を加えた際に追加された。

【懲戒】

(欠格事由)

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

一 罰金以上の刑に処せられた者

二 前号に該当する者を除くほか、視能訓練士の業務（第十七条第一項に規定する業務を含む。第十八条の二及び第十九条において同じ。）に関し犯罪又は不正の行為があつた者

三 心身の障害により視能訓練士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

四 麻薬、大麻又はあへんの中毒者

(免許の取消し等)

第八条 1項 視能訓練士が第四条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて視能訓練士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(5) 臨床工学技士法

【職種】 臨床工学技士

【沿革】 1987年制定（昭和62年6月2日法律第60号）。これは、1983年に栃木県で透析技術者が保助看法で摘発され、刑事裁判となったことを契機に立法化運動が進み、第108通常国会で可決成立したもの。

【目的・定義等】

（目的）

第一条 この法律は、臨床工学技士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

（定義）

第二条 この法律で「生命維持管理装置」とは、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置をいう。

2 この法律で「臨床工学技士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床工学技士の名称を用いて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作（生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であつて政令で定めるものを含む。以下同じ。）及び保守点検を行うことを業とする者をいう。

本法制定まで「生命維持管理装置」という術語はなく、臨床工学技士の業務で扱う複数の装置を一言で表した「造語」とされている。

【業務】

（業務）

第三十七条 臨床工学技士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として生命維持管理装置の操作を行うことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、臨床工学技士が診療の補助として生命維持管理装置の操作を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第四十条 臨床工学技士は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。臨床工学技士でなくなつた後においても、同様とする。

第四十七条 第四十条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。
2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第四十一条 臨床工学技士でない者は、臨床工学技士又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

【チーム医療】

(他の医療関係者との連携)

第三十九条 臨床工学技士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

臨床工学技士法は、比較的新しい法律であり、「チーム医療のための医療関係者との連携努力義務」等の新しい概念が法律に盛り込まれている。医療関係職種でこの種の規定が盛り込まれたのは本法が初めてである。

【懲戒】

(欠格事由)

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 罰金以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、臨床工学技士の業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者
- 三 心身の障害により臨床工学技士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 四 麻薬、大麻又はあへんの中毒者

(免許の取消し等)

第八条 1 項 臨床工学技士が第四条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて臨床工学技士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(6) 義肢装具士法

【職種】 義肢装具士

【沿革】 1987年制定（第108通常国会、昭和62年6月2日法律第61号）

【目的・定義等】

（目的）

第一条 この法律は、義肢装具士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

（定義）

第二条 この法律で「義肢」とは、上肢又は下肢の全部又は一部に欠損のある者に装着して、その欠損を補てんし、又はその欠損により失われた機能を代替するための器具器械をいう。

2 この法律で「装具」とは、上肢若しくは下肢の全部若しくは一部又は体幹の機能に障害のある者に装着して、当該機能を回復させ、若しくはその低下を抑制し、又は当該機能を補完するための器具器械をいう。

3 この法律で「義肢装具士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、義肢装具士の名称を用いて、医師の指示の下に、義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の製作及び身体への適合（以下「義肢装具の製作適合等」という。）を行うことを業とする者をいう。

【業務】

（業務）

第三十七条1項 義肢装具士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合を行うことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、義肢装具士が診療の補助として義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第四十条 義肢装具士は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。義肢装具士でなくなつた後においても、同様とする。

第四十七条 第四十条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。
2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第四十一条 義肢装具士でない者は、義肢装具士又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

【チーム医療】

(他の医療関係者との連携)

第三十九条 義肢装具士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

臨床工学技士法 39 条と同趣旨である。なお、本法は、臨床工学技士法案と同じく第 108 通常国会に提出され、同時期に成立している。

【懲戒】

(欠格事由)

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 罰金以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、義肢装具士の業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者
- 三 心身の障害により義肢装具士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 四 麻薬、大麻又はあへんの中毒者

第八条 1 項 義肢装具士が第四条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて義肢装具士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(7) 救急救命士法

【職種】 救急救命士

【沿革】 1991年制定。

【目的・定義等】

(目的)

第一条 この法律は、救急救命士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もって医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「救急救命処置」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者（以下この項及び第四十四条第二項において「重度傷病者」という。）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

2 この法律で「救急救命士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。

【業務】

(業務)

第四十三条 1項 救急救命士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項 及び第三十二条 の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命処置を行うことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、救急救命士が診療の補助として救急救命処置を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第四十七条 救急救命士は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。救急救命士でなくなった後においても、同様とする。

第五十四条 第四十七条の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、五十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第四十八条 救急救命士でない者は、救急救命士又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

【チーム医療】

(他の医療関係者との連携)

第四十五条 救急救命士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

【懲戒】

(欠格事由)

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 一 罰金以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、救急救命士の業務に関し犯罪又は不正の行為があった者
- 三 心身の障害により救急救命士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 四 麻薬、大麻又はあへんの中毒者

(免許の取消し等)

第九条 1 項 救急救命士が第四条各号のいずれかに該当するに至ったときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて救急救命士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(8) 言語聴覚士法

【職種】 言語聴覚士

【沿革】 1997 年制定

【目的・定義等】

(目的)

第一条 この法律は、言語聴覚士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もって医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

【業務】

(業務)

第四十二条 1 項 言語聴覚士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号）第三十一条第一項 及び第三十二条 の規定にかかわらず、診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚥下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる。

診療補助行為は、原則として、看護師・准看護師の独占業務であるため、その例外措置として、言語聴覚士が診療の補助として医師又は歯科医師の指示の下に、嚥下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる旨規定した条文である。

厚生労働省令で定める行為とは、

①機器を用いる聴力検査（気導により行われる定性的な検査であって、周波数千ヘルツ及び聴力レベル 30 デシベルのもの、周波数 4 千ヘルツ及び聴力レベル 25 デシベルのもの、周波数 4 千ヘルツ及び聴力レベル 30 デシベルのもの、及び、周波数 4 千ヘルツ及び聴力レベル 40 デシベルのものを除いたものに限る。この部分の除外事由は、臨床検査技師等に関する法律と同趣旨）②聴性脳幹反応検査、③音声機能に係る検査及び訓練（他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る。）、④言語機能に係る検査及び訓練（他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用する

ものに限る。)、⑤耳型の採型、⑥補聴器装用訓練である。

これら行為を業として行う場合、医師等の指示が必要である。

【守秘義務】

(秘密を守る義務)

第四十四条 言語聴覚士は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。言語聴覚士でなくなった後においても、同様とする。

第五十条 第四十四条の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、五十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

【名称独占】

(名称の使用制限)

第四十五条 言語聴覚士でない者は、言語聴覚士又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

【チーム医療】

(連携等)

第四十三条 言語聴覚士は、その業務を行うに当たっては、医師、歯科医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

2 言語聴覚士は、その業務を行うに当たって、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者に主治の医師又は歯科医師があるときは、その指導を受けなければならない。

3 言語聴覚士は、その業務を行うに当たっては、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者の福祉に関する業務を行う者その他の関係者との連携を保たなければならない。

チーム医療の規定がある他の職種と比較すると、かなり詳細に規定されていることがわかる。また、2項及び3項は努力義務規定ではなく、義務規定になっていることに注意を要する。

※このほか、欠格事由が4条で、懲戒が9条に規定されている。

第2章 各論その1～調剤行為

1. 調剤の定義

大正6年3月19日大審院判決において、「調剤とは一定の処方に従ひて一種以上の薬品を配合し若くは一種の薬品を使用し特定の分量に従ひ特定の用法に適合する如く特定人の特定の疾病に対する薬剤を調製することを謂ふ」とされ、現在までほとんどの文献がこの定義を参照している。

2. 調剤行為の医事法体系における位置付け

(1) 医師法（刑法の特別法部分）の逐条解説である平野龍一「注解特別刑法（医事薬事編）」の39ページによると、「薬剤の調剤・投与は、治療の一方法であるが、調剤は医師とともに、資格のある薬剤師にも認められている」との記載がある。したがって、通説・検察警察実務においては、「医師による調剤は（広義の）医業である⁸」と解されていることがわかる。

(2) また、判例においても、大審院（現在の最高裁）大正6年2月10日は、「患者の病名若しくは容態を聞き、もってその病状を判断し、これに適応する薬品を調合供与するは、医の行為にほかならずして、継続の意思にいでたるものなるときは、これをもって医業をなしたるものと認むべきこと論をまたず」として、医師法違反を認めた（病状の判断行為のみならず、薬品を調合供与行為までトータルで「医業」と解していることに注意）。

これと同趣旨の判例が、昭和2年、昭和6年にいずれも大審院判決として出しており、判例理論としては確立しているものといえる。

すなわち、薬剤師法により薬剤師に許される行為は「医師の処方に忠実に従って調剤すること」のみであり、「患者の病名若しくは容態を聞き、もってその病状を判断して調剤・供与」することは、全体を包括して、医師法17条の医業である、というのが判例理論であり、上記の通説の立場と一致している。

(3) 行政府における有権解釈も同様で、厚労省も前掲「医療法・医師法解」において、

「医業（医行為）とは

①診断

②投薬（注射を含む）

③生理学的検査（心電図検査、超音波検査等）

が含まれる」

としている。投薬が含まれる以上、当然の前提として、医師による調剤が含ま

⁸ したがって、主体が医師である場合の調剤行為は、「医師法17条で規律される」と同義。

れることと解される。

(4) もっとも、「医師は医業として調剤行為が可能」と解しても、「自分（医師）の治療対象でない、一般不特定多数の者に販売する目的で調剤できる」ということにはならない。これは常識的であろう。

薬剤師法 19 条但書は、このことを注意的に規定したもの（自分自身の診断結果に即した調剤のみ可能、の意義）と解するのが合理的である。

(5) そして、前述のとおり、保健師助産師看護師法 37 条の規定により、看護師・准看護師は、「医師の指示がある場合」に限り、広汎な診療補助行為が可能である。

この点、厚労省の有権解釈では、「看護師は（他のコメディカルスタッフと異なり）すべての診療の補助行為ができる」⁹とするものの、診療補助行為の例示の記述はない。他方、文献によっては、「診療補助行為に該当するものは、看護行為、調剤行為、検査行為等」¹⁰であるとするものもある（逆に「診療補助行為に調剤は含まれない」とする文献は見当たらなかった）。

3. 薬事法・薬剤師法の立法経緯

薬事関係者においては広く「薬剤師法 19 条は医薬分業を宣言したもの」と解されている。しかしながら、以下のとおり立法経緯を仔細にみると、単純には、そうともいえないことがわかる。

薬事法の立法過程についてみると、まず、1948 年に旧・薬事法が制定されたが、占領時¹¹の 1951 年に「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部改正（昭和 26 年法）」法案が成立した。この法案は明確に医薬分業を規定したもので名実ともに「医薬分業法案」といえるものである。しかしながら、GHQ の指導の下に作られたこの法案は、医療界からの抵抗もあり、未施行のまま 4 年経過することになる。

そして、1955 年に、「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案」が成立（議員立法）。この条文が現行の薬剤師法にそのまま引き継がれている。

当時の議事録をみると、提案者である大石武一氏（国会議員・医師）は、「昭和 26 年法に賛成をした一人だが、あの時分は、日本はまだ被占領国であり、サ

⁹ 前掲医療法・医師法解 p365

¹⁰ 下田寛己・中澤厚志「医療と法」ヘルス・システム研究所 p113

¹¹ 日本が独立したのは、いわゆるサンフランシスコ平和条約(昭和 27 年条約第 5 号)が発効した 1952 年 4 月 28 日。

ムスというアメリカ人の考えで立法されたもので、アメリカの医薬分業を前提とした考え方。これは、行き過ぎである（として改正案を国会に提出した）」という趣旨の答弁をしている（正確には、64 ページ下線部参照）。

また、公聴会において、薬剤師協会（当時、1962年に「薬剤師会」に改称）の副会長である竹中稲美氏が、「この改正案には承服しかねる」旨発言している。

かような経緯から、実務及び学説からは、「来日したアメリカ薬剤師協会使節団が昭和24年9月に医薬分業実施勧告を行ったことを契機として、昭和26年に改正がなされ、その後修正が加えられた」ものの¹²「例外規定が多いため、従前とほとんど変わらないのが実情である」¹³と評されている。

逆に、厚生省（当時）の通達（1955年8月8日医務局長・薬務局長連名）には、新法においても26年法と根本趣旨は変わらない旨の見解を示している（もともと、冒頭にわざわざ「議員提案により成立したもの」と記述する等、医薬分業に熱心だったアメリカ政府（占領当時のGHQ）への配慮が伺える通達内容になっている。）。

その後、1960年には、旧・薬事法は、実体法である薬事法（現行法）と身分法である薬剤師法に分離されたが、1955年改正部分はそのまます現行法まで引き継いでいる。

なお、薬事法に関しては、2014年11月25日、「薬事法等の一部を改正する法律」の施行により、法律名が「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に改められている。

4. 平成27年6月25日付薬食総通知について

（1）朝日新聞報道

朝日新聞が、2015年5月11日付け1面に「朝日新聞は無資格調剤の様子が録音された音声記録を入手」と報じ、同35面に詳細な録音記録と関係者の証言が掲載された。

その録音記録によると、大手調剤薬局チェーンにおいて、薬剤師でない事務員が調剤している様子が克明に録音されており、事務員が「違法では？」と質問すると、薬剤師は「（違法調剤をしないと）現場は、やっていけない」と答えている。

また、取材に応じた別の薬剤師は「関東において十数店の薬局で働いた経験があるが、その半分ほどの店で事務員が無資格調剤をしていた」と証言した。

（2）通知

¹² 伊藤栄樹「注釈特別刑法（立花書房）」第8巻73ページ

¹³ 野田寛「医事法上巻」140ページ。なお上記伊藤も結論部分は、当該部分を引用。

この事件等を受けて、厚生労働省医薬食品局総務課長は、下記のとおり、平成 27 年 6 月 25 日付け薬食総発 0625 第 1 号「薬剤師以外の者による調剤行為事案の発生について」において、「少なくともこうした軟膏剤、水剤、散剤等の医薬品を薬剤師以外の者が直接計量、混合する行為は、たとえ薬剤師による途中の確認行為があったとしても同条への違反に該当する」という通知を発出した。

薬剤師以外の者による調剤行為事案の発生について

日頃より薬事行政に対して御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。薬局における調剤業務については、薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 19 条により、薬剤師でない者が、販売又は授与の目的で調剤してはならないとされています。

今般、薬局において、薬剤師以外の者が軟膏剤の混合を行っていた事案が明らかとなりましたが、当該事案を含め、少なくともこうした軟膏剤、水剤、散剤等の医薬品を薬剤師以外の者が直接計量、混合する行為は、たとえ薬剤師による途中の確認行為があったとしても同条への違反に該当するとともに、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 8 条（管理者の義務）、第 9 条（薬局開設者の遵守事項）等への違反につながる行為であり、薬局に対する国民からの信頼を大きく損ねるという点でも大変遺憾です。

貴職におかれては、調剤業務に関する規制の趣旨に鑑み、薬剤師以外の者による当該行為の再発防止に向けて、貴管下の薬局に対する適切な指導をお願いします。

なお、本通知は、個別事案の発生に伴い、当該行為についての薬事法規上の解釈を示したものであることを申し添えます。

（3）医療機関における調剤行為

上記通達は、あくまで薬局における調剤を射程としたものであって、医療機関の業務に影響することはないが、これまで述べてきた法理によって、「診療補助行為としての調剤」は以下のとおり整理される。

- ①医師本人による調剤は、医師法 17 条で規定される「医業」に含まれる。
- ②もっとも、自分が診察する患者以外の一般不特定多数に投薬するための調剤は明らかに医業の範囲を超えるので認められない。薬剤師法 19 条但書はこのことを注意的に規定したものと解される。
- ③看護師・准看護師は、保健師助産師看護師法 37 条の規定により、医師の指示の下、診療補助行為としての調剤が可能である。
- ④なお、資格のない事務員等における診療補助行為は、5 ページで述べたとおり、「医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者に危害の及ぶことがなく、かつ、判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる程度」（富士見産婦人科病院事件控訴審判決）の範囲でのみ許される。

第3章 各論その2～PAと診療補助行為

1. PA制度とは

PAとは、Physician Assistantの略で、米国等において、「医師資格を持たずに医療行為を行う者」のことをいう。むしろ、「医師資格を持たない」といっても全くの無資格ではなく、専門機関で教育を受けた後、一定の資格試験に合格した者である。

したがって、「医療現場において医業を実施する免許を与えられた職種」、「医師に准じて、医師の監督の下に広範囲における医療業務を分担できる職種」などと定義される。

なお、AAPA（米国PA協会。後述）は、PAを「医師や他の医療関係職種とヘルスケア・チームを組んで医業を行う」¹⁴者と定義する。

我が国では、特に外科領域における医師不足対策、労働環境改善の一手段として、PA制度に注目する動きがある。

2. 米国PA制度の歴史

米国におけるPAの始まりは1965年といわれているが、実際は1942年まで遡ることができる、とされる。¹⁵

すなわち、デューク大学のユージーン・ステッド博士は、第二次世界大戦時に医師を短期間で育成した経験を持ち、その経験を活かして1960年代にPA制度を創設した、というのである。¹⁶

1960年代半ばには、ベトナム戦争で活躍した多数の衛生兵が帰国。彼らの戦場での医療経験を国内で有効に活用できないか、が課題となっていた。他方でアメリカでは慢性的な「医療アクセスの悪さ」が社会問題となっており、これらがあいまって、主としてプライマリケアを担うPAが誕生した。¹⁷

1970年代に入ると、病院で働く専門医がPAを助手として採用する動きが出てきた。業務の一部をPAに移管することにより効率性が上がり、医師労働力の不足解消に効果を上げた。¹⁸

この時期（1970年代）に、米国医師会（American Medical Association；AMA）に認知され、「医師以外の者による医療」についての理解が社会的にも広まった。

¹⁴ <https://www.aapa.org/what-is-a-pa/>

¹⁵ 玲子ノール「フィジシャンアシスタント（PA）の歴史、役割とその活用」日外会誌 110(3)p167

¹⁶ 大野真理子「医師以外の医療従事者がCCCでは診察」DRUG Magazine 2008年6月号

¹⁷ 遠藤玲奈、高木安雄、池上直己「米国におけるPhysician Assistantの役割と日本における外科の分業化」病院 68巻9号 p722

¹⁸ 遠藤・高木・池上前掲

また、1973年には国家試験が開始され、1974年にはPA学会（American Academy of Physician Assistants；AAPA）が設立された。¹⁹

1980年代に入ると、PAが外科手術の第一助手に入るようになり、また、この時期に保険給付も整い、HMO（米国健康維持機構。Health maintenance organization）を中心に医師の代わりにPAを雇用する医療施設が増えて需要が一気に拡大した。²⁰

1968年にPA教育が始まってから現在に至るまで、PAは、主に、プライマリケア領域で活動していた（現在でも、PAの約1/3は、プライマリケア領域で活動）が、2003年の米国研修医制度の改正で、大学病院において、患者管理体制の維持のため、PAの雇用を検討し始めた。その後、PAの外科領域での雇用が増え、2008年のPA就労実態調査によると、約1/4のPAが外科領域で活動している²¹（なお、2013年のAAPAのAnnual Survey Reportによると、外科領域は27.0%）。

3. PA制度の概要

（1）教育

米国PAの資格は2年で取得できる。ただし、教育機関への入学には学士号取得が条件となる。例外的に、3年教育で高校卒業資格のみで入学できる機関もある。

典型的なプログラム例は下記のとおりである。

1年目カリキュラム

- ・基礎医学(解剖学、生理学、病理学、生化学、分子生物学、臨床科学、医学入門、薬学)
- ・行動科学(医学倫理、社会科学など)
- ・臨床医学

2年目カリキュラム

(主に臨床現場ローテーションを45～48週間)

家庭医学科、小児科学科、産婦人科学科、救急医学科、一般外科(入院患者ケ

¹⁹ 玲子ノール前掲

²⁰ 遠藤・高木・池上前掲

²¹ ローゼンケッター由紀「外科領域におけるコメディカルとの役割分担」日外会誌111(4)p231

ア)、内科(入院患者ケア)、精神科
+選択科目(内科系、外科系専門領域から2領域)²²

(2) 卒後教育

PAプログラム終了後国家資格を取得すれば、PAとして直ちに医療機関で働くことができる。

卒後教育としては、多くの場合、就職した後に臨床現場において有給で研修(卒業後研修)を受けることになる。

なお、希望する者は(MDと同様に)臨床現場でのレジデンシーを受けることも可能である(逆にいえば、PAはMDと異なり、インターンやレジデンシーの義務はない)。

以下、外科系PAのレジデンシープログラム例(12か月)を示す。²³

5ヶ月	講義(メディカルスクール) 講義及びシミュレーター、ラボ(病院)
7ヶ月	外科系診療科ローテーション(病院) 病院実習(手術の第一助手、病棟管理、夜間・休日当直、入退院管理)

(3) 従事する業務内容

PAの8割(ただし、マルチアンサー)は外来診療に従事している。その他、4割が病棟における入院患者の治療管理と夜間休日のオンコールに従事、2割が手術における第一助手である。²⁴

g

(4) 外科PAの業務

さらに外科に特化してみると、AASPA(The American Association of Surgical Physician Assistants)によれば、外科PAの業務として、以下の義務と責任があるとされている。²⁵

①一般的な義務と責任 (General Duties & Responsibilities)

包括的で問題指向型の記録と診察の実施
疾病・負傷の診断と治療

²² 遠藤玲奈「外科領域におけるチーム医療に基づいた Physician Assistant の検討」慶応大学平成20年度修士論文 p21 表 4-3 を引用。なお、オリジナルは、ジョージワシントン大学 PA プログラム。

²³ 遠藤前掲 p25 表 4-5 を引用

²⁴ 遠藤前掲 p35

²⁵ <https://www.aaspa.com/page.asp?tid=97&>

放射線等各種検査の指示と解釈
患者教育及び相談
簡単な外科手技の実施
手術での第一助手
オンコールの支援
緊急患者の管理
患者に対して適切な医師その他の保健医療サービスの紹介
医薬品等に関する研究
ほとんどの州における薬剤の処方

②病院における義務と責任 (Hospital Duties & Responsibilities)

第一助手を務めること
外科的処置の支援
毎日の回診
病状の記録
入院記録及び健康診断
放射線検査その他の適切な検査の指示
病状の評価及び明確化
入院患者の治療計画の策定及び実施
退院後の計画の指導及び退院サマリーの口述

③診療所における義務と責任 (Office Duties & Responsibilities)

初診の患者の記録作成及び診断
必要に応じ外科医の診察を受けるよう指示
治療計画作成の補助
適切な放射線検査の指示
手術後の患者の評価、及び定期的フォローアップ訪問
同日中の患者受診の要請に対応すること
診療所における処置の実施
患者からの電話への対応
処方箋管理
放射線検査その他の検査結果の評価
患者の健康維持の評価、スクリーニング、相談及び地域資源利用の促進
臨床研究の企画及び実施
データベース管理
質の保証の実施

以上のとおり、PAは、かなり広範囲の医業（日本法でいえば、あきらかに医師法17条の規定する医行為。診療補助行為の範囲に収まっていない）に従事している。

（5）PAに対する評価

米国のPAの水準は、「日本の医療現場における研修医や中級医とほぼ同じ」とされる。²⁶

それはまた、我が国において経験の浅い研修医の診察により合併症等を引き起こす例が少なくないことと同様に、PAは合併症を引き起こすリスクが高いことにつながる。

現実に、コロンビア大学胸部外科の高山氏によると「当科でも、PAが深く関与した合併症を経験している。例えば

- ・大状在グラフトの損傷
- ・グラフト側枝処理不足による術後出血再開胸
- ・ICUでの再挿管の判断遅れ
- ・コンパートメント症候群の見落とし
- ・胸腔ドレーンの誤挿入
- ・心タンポナーデの判断遅れ

などだ」と指摘している。

このほか、米国PAはシフト制で働くため複雑な病状の患者管理はできないこと、米国においてはPAは医師ほどの強い責任感（「自分の患者」という意識）は期待できないこと、患者の第一連絡先がPAとなってしまう患者と医師との距離が遠くなること等の問題が指摘されている。

他方で、人件費を抑えることができること、医師がルーチン業務から解放されること、患者は医療提供者にアクセスしやすくなること（米国の場合。我が国では地域に根付いた診療所群があるのだからこのメリットは生じないであろう）がPA制度導入によるメリットとされる。

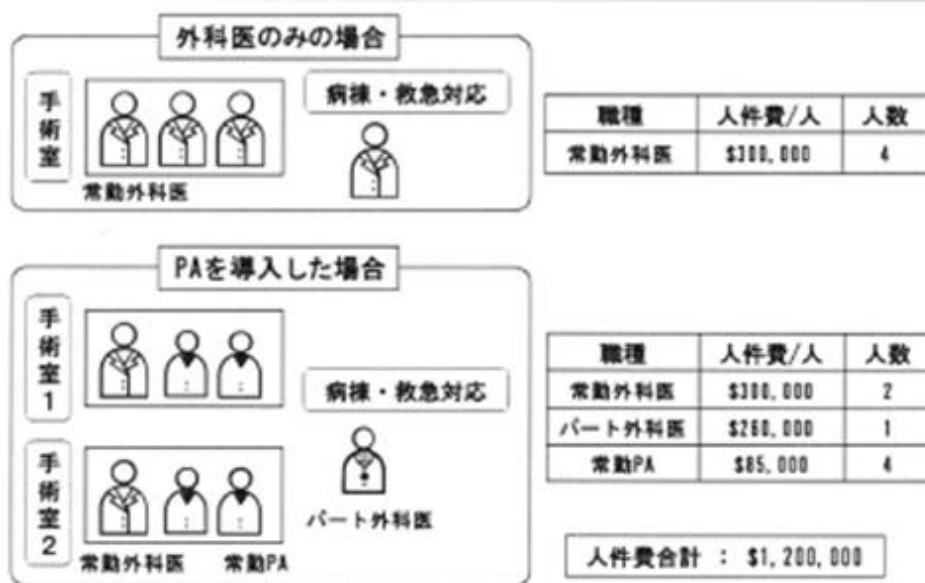
4. 制度を考える上での基本哲学 ～「代替」ではなく「補完」を～

（1）米国PA制度を支える基本的な考え方は「代替」であるといえよう。

すなわち、金融工学でたとえるならば、リスクフリーボンド（国債等）とジャンクボンド（ベンチャー企業の社債等）を組み合わせ、各人の資産に応じた最適なポートフォリオを市場メカニズムを通じて形成していく、というのが

²⁶ 高山博夫（コロンビア大学胸部外科）、「フィジシャンアシスタントって何」、日経メディカル 2008年12月号 p34

米国の基本的な発想である。医療サービスにもこの考えを応用し、正規医療の「対」になるサービスとして、PAが存在しているものと考えられる。



(遠藤前掲 p44 図 4-8 「地域民間病院における PA 活用の事例」 から引用)

(2) これに対して、国民皆保険制度を採用し、如何に貧しくても等しく医療サービスが受けられる我が国において「代替」という考え方はなじまない。

「代替」ではなく、それぞれの医療関係職種が高いモチベーションとプライドを維持しながら、足りない部分を補い合う「補完」こそが我が国の医療制度及びそれを支える文化に適応する。すなわち、診療補助行為の総合職たる看護師・准看護師及び多様な専門性をもつ診療補助者の活用が基本となるべきである。

医師の労働環境の改善や人員が不足する医療提供分野に対応するのであれば、まずは、「補完」をキーワードに検討する視座が重要である。

本件を検討する際には、みだりに新規医療資格を創設することではなく、既存の診療補助行為に関する資格制度の活用をまず考えるべきであろう（同趣旨のことが国会でも決議されており、第 186 回国会参議院厚生労働委員会附帯決議で「医師又は歯科医師の指示の下に診療の補助として医行為を行える新たな職種の創設等については、関係職種の理解を得つつ検討を行うよう努めること」とされている。）。

5. 医療秘書等の活用

外科領域の現場の声を聞くと、「手術室に入る医師の数が不足しているので、直接それを補う、という発想はあまりに短絡に過ぎる」という批判がある。

現実には、日本医科大学において、手術に特化したいという希望を持つ医師が少なくなく、彼らの事務的な負担を医療クラークでカバーすることによって軽減し、可能な限り手術に特化する体制が執れたという事例がある。

経営学的に言えば、「事務作業に負われ手待ち状態にあったドクターに対して、医療クラークという資源を投入して負担を軽減させ、手術室の回転効率を上げ、もって生産性を向上させた」ということになる。まさに「医業現場での工夫によるカイゼン」の優れた事例である。

さらに、医療クラークにオペ室のスケジュール管理をしてもらう等の工夫により、医師の手間が大幅に減った。今後、医療クラークの増員を検討しているとのことであった。

医療クラークは正式な資格ではないが、日本医師会では、専門的な医療事務の知識と最新の情報処理技能を備えるとともに、医療機関の今日的な使命を自覚し、それにふさわしい対応ができる医療クラークの一種として、1981年から「日本医師会認定医療秘書」を養成している。

養成は、日本医師会で認めた養成機関で行われている。かつては県医師会が直接養成を行う通信制があったが、現在では、県医師会が外部教育機関に養成を委託している全日制のみとなっている。

1983年4月からは、その認定試験が実施されている。2014年4月に日本医師会認定医療秘書要綱が改定され、新要綱では、以下の試験科目で出題されることとなっている。

(1) 医療・保健・福祉基礎教科

健康とは・疾病とは、患者論と医の倫理（患者論）、患者論と医の倫理（医の倫理）、からだの構造と機能、臨床検査と薬の知識（臨床検査）、臨床検査と薬の知識（薬の知識）、医療にかかわる用語、コミュニケーション論

(2) 医療秘書専門教科

医療秘書概論、医療秘書実務、医療情報処理学、医療関係法規概論、医療保険事務

日本医師会認定医療秘書の認定を受けるには、上記試験に合格していることに加えて、日本医師会規定の秘書技能科目を3科目取得していることを条件と

している。2015年11月までの認定者数は9,395名である。

なお、医療秘書の業務範囲に関して頻繁に聞かれるのは、「医療秘書にカルテの作成ないし入力補助作業をさせて良いか」という点であるが、一般に「医師の手足として作業をさせ、最終的に医師が内容を確認して押印等するのであれば問題はない」と解されている。

(補論) Nurse Practitioner 制度について

Nurse Practitioner(NP)制度は、しばしば PA 制度と並列に論じられることが多いが (PA と NP を両者合わせて、Mid-Level Provider ともいわれる)、NA 制度を導入すべきか否かについては、2014 年の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の立案過程において、日本版 NP 制度の類は創設せず、保助看護を一部改正し、「特定行為に係る看護師の研修制度」を創設することで決着済みである (したがって、法的課題の検討余地もない)。なお、日本医師会としては、同研修制度に積極的に協力する方針である。

【参考資料 1】診療補助行為に関する裁判例

1. 保助看法違反事件

(1) 昭和 41 年 12 月 27 日仙台高裁

「一介の助産婦にすぎないもので、もとよりその業務に属しない子宮内の施術に習熟しているとは認められない者が、妊娠を中絶する目的をもつて、相手方が苦痛を訴えるにもかかわらず、叙上のごとき施術を行なうことが、その妊娠が誤診によるものであるといなどを問わず、全然無害であるとは経験則上考えられず、されば鑑定人 M も、昭和三八年三月三〇日付鑑定書において、「術者が習練において欠けるか又は注意において欠けるところがあつて、小型の綿棒で子宮腔内にヨードチンキを塗布すると、これらの欠陥の程度によつて、ときに子宮壁に穿孔を来させる可能性がある」との見解を示しているのであつて、被告人の行つた前記施術が衛生上危害を生ずる虞れのある行為であることは明らかである。

従つて、被告人の右施術は、助産婦として適法になしうる臨時応急の手当ないしその業務に当然附随する行為とは認めがたく、医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞れのある行為に該当し、したがつて、保健婦助産婦看護婦法（第三七条）違反の罪を構成するものといわなければならない」

(2) 昭和 62 年 1 月 28 日東京高裁（宇都宮病院事件）

「被告人は、宇都宮病院の人的及び物的な規模を拡大して入院患者の可及的増加をはかる一方、資格のある看護職員を採用する努力を十分にしないばかりか、経費を節減するため、無資格者による各種検査、診療補助行為を多用する方針を立てて実行し、これを積極的に推進してきたものであつて、本件無免許で放射線を人体に対して照射することを業とした行為、及び、無免許で診療の補助をすることを業とした行為は、同病院の業務遂行上不可欠な作業として、被告人の経営方針自体に発し、これに深く根ざすものであつたことを考慮すると、右各犯行は、極めて計画的、組織的、かつ、長期間にわたる大規模なものであり、不備な人的治療態勢のもとでいたずらに多数の患者を受け入れて収入の増大をはかつたもので、この種医療事犯としては犯情が甚だ芳しくなく、実質的違法性の程度も高いといわなければならない、ひいては、本件は精神医療、医療一般、さらに医師に対する社会の信頼をゆるがせたものというべき」

「すなわち、(1) 被告人が共謀のうえ無資格者をしてエックス線、心電図、脳波の各検査及び注射、点滴、膀胱洗浄をさせた点については、現実に右の者ら

の行為により患者が具体的な害を蒙つたことの証明は存しないものの、これらはその方法態様のいかんによつては患者の健康に害を与えるおそれのある行為（本件入院患者たる無資格者 M による脳波検査については、同人が被告人から一日六名宛検査するよう指示されるなど多数の検査の実施を求められていたこともあつて、被検者の頭皮や検査用の針の消毒を省略するなど非衛生的な態様で行われたことも認められる。）であつて、その罪質・態様は決して軽いものとはいえないこと、（2）精神科の病院においては、他科の病院に比して一般に資格を有する看護職員の確保が困難であり、また、精神科の診療費は比較的low額であることが認められるけれども、本件における無資格の検査ないし診療補助行為は、単にこれらの事情のみに起因するものでなく、被告人は、前示のとおり被告人及びその家族らの役員報酬等を相当高額のものとする一方、ことさら経費節減のため、あえて資格者数を法定必要数に近づける努力をしなかつたものと認めざるをえないこと、（3）前示のような被告人の経営方針に基づき同病院が他の病院で引受けに難色を示すようなアルコール中毒患者、薬物中毒患者を含め、多くの患者を収容し、その治療に当たつたこと自体は、とくに精神医療の多くの部分が民間の病院に委ねられているのが現状である我が国において、相応の社会的貢献をしたことになるとはいはうもの、＜1＞同病院が前示の程度に入院患者を受け入れなければ他にこれを受け入れるべき施設が存しないというまでの緊急の状況が存したとは認められないこと、＜2＞多数の入院患者を受け入れる以上相応の治療態勢を整えるべきことは当然であるところ、同病院における人的な治療看護態勢は法律の予定するところに照らして甚だ不備なものであつたこと、＜3＞被告人が右の経営方針を採つた動機、目的は、前示のとおり、主として病院収入の増大に向けられたものであつたことなどを考慮すると、右のように他病院で引受けに難色を示す患者を含め多数の患者を収容して治療に当たつたという事情は、無資格の検査ないし診療補助行為の犯情としては必ずしも被告人に有利なものとはばかりは評価することができないこと、（4）いわゆる作業療法については、原判決が適切に指摘するとおり、これがあくまで医療の一環として行われる以上、治療目的を確立し、治療経過、成績等を常に観察記録する必要があるというべきであり、漠然と当該患者に労働能力があるからといつて院内の作業に従事させること、とくに患者を使役することになることは避けるべきであるといわざるをえないところ、前示のような同病院における作業療法とされるものの実態は、右に挙げた要請に沿うものであつたとは認められず、ことに作業療法の一環と称し、もとより資格のない一部の患者をして多数の他の患者に対する重要且つ健康を害する恐れのある検査行為を累行させたことは、医療の倫理にも反し、医師たるものとして強い非難を免れない」

(3) 昭和 63 年 1 月 28 日浦和地裁川越支部 (富士見産婦人科病院事件・第一審)

「弁護人は、本件ME検査は無害であるから、保助看法五条等という診療の補助にあたらぬとも主張しているのだから、ME検査そのものがX線照射のように人体に害を及ぼすものでないことは所論のとおりである。しかしながら、本件ME検査は患者の診療システムの一環として実施され、検査結果は実際に患者の診断・治療のための参考資料として利用されていたものであって、医師が自ら行うか、前叙の診療補助者としての資格を有する者が医師の指示を受けて行うのでなければ、患者の診断・治療に重大な結果を招来するおそれの存することは多言を要しないところであり、ME検査そのものが人体に無害であることは、本件ME検査を保助看法五条等の診療の補助として認定するうえで何ら障害となるものではない」

(4) 昭和 63 年 6 月 30 日東京高裁
※臨床工学技士法制定の契機になった判例である。

「このような針の刺入・抜去行為は保助看法三七条にいう医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為であること明らかであって、我が国が医療に関し免許制度を採用している以上、診療補助行為としてこれを業として行いうるのは所定の受験資格、欠格事由、試験科目等を定め、公的試験に合格し、看護婦(士)等の免許を授与された有免許者のみであるというべきである。もとより、透析治療においてその中枢をなすのは人工腎臓による血液の透析であり、針の刺入・抜去行為よりも透析装置の保守点検及び操作の誤りの方がより危険性を孕むものであることは所論のとおりであるにしても、それは透析治療の実施に際しての危険性の比較に過ぎず、針の刺入・抜去行為の危険性がないことの証左となるものではないし、これが単に付随的な僅かな行為といえないことも先に説示のとおりであって、言葉の問題は別として、無資格の透析士に当然許される内容のものではない。そもそも、透析治療が比較的新しい医療分野で、人工腎臓の使用については器械操作の占める割合が大きいことなどから、現状において透析装置の保守点検及び操作はその専門的知識と技術を有する透析士がこれに当たる方がより安全であり社会的にも定着していること、その操作等と針の刺入・抜去行為とはその関連宜しきを得なければならないことは所論のとおりであるにしても、そのことの故に針の刺入・抜去行為まで透析士がやらねばならない必然性はなく、当然に許容されることになるものではない。すなわち透析治療における透析士の関与はあくまで ME 機器である透析装置の

保守点検及び操作についての専門的技術と知識の故にその範囲内でのみ社会的相当性を主張しうる余地があるのであって、担当職務の危険性の大小や透析治療の占める度合、関連性によって主張しうるのではないのであり、まして医学的・看護学的判断を必然的に伴い前示のような危険性ある針の刺入・抜去行為が、本来格別の立法措置や理由もなくこの面ではいわば素人の無資格者に当然許される道理はなく、本件保助看法違反行為にそのような特別な事情を検討すべしき余地のないこと原判決の指摘のとおりである。

以上説示のとおりであるから、透析治療における本件針の刺入・抜去行為が保助看法に違反すること明らかである。」

(5) 平成元年 2 月 23 日東京高裁 (富士見産婦人科病院事件・控訴審)

「医師は、診療を行うに当たり、常に看護婦、准看護婦、看護師、准看護師、その他の法定の診療補助者しか使えないものと断ずることはできず、各種の医療用機器を使用できるのと同様、人を、その資格の有無にかかわらず、自己の助手として適法に使うことができる場合のあることは否定し難い。しかし、法が一定の有資格者に限って診療の補助を業とすることを許していることからすると(保助看法五条、六条、三一条、三二条、六〇条、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律二〇条の二、理学療法士及び作業療法士法一五条、視能訓練士法一七条等)、医師が無資格者を助手として使える診療の範囲は、おのずから狭く限定されざるをえず、いわば医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者に危害の及ぶことがなく、かつ、判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる程度にとどめられるべきものと解される。

そして、被告人の関与した本件各診療補助行為は、のちに述べるとおり、いずれも右の医師の助手として行うことができる範囲を明らかに超えるものであったから、これを適法視する余地はない」

(6) 平成 20 年 5 月 30 日東京高裁 平成 20 年 (う) 4 1 1 号

「健康診断は、医師が疾患の予防や早期発見等のために診断するものであるから、生理学的検査方法による測定を行う心電図検査は、健康診断のために行われる場合であっても、保健師助産師看護師法 5 条の定める「診療の補助」に当たることは明らかであり、弁護人の主張は、採用することができない」

「保健師助産師看護師法は、看護師又は准看護師でない者は、診療の補助を行うことを業としてはならないと定めるとともに(同法 5 条, 6 条, 31 条 1 項,

32条)、看護師又は准看護師であっても、主治の医師の指示がなければ、診療機械を使用し、医薬品を投与し、医薬品について指示をし、その他医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならないと定めているのであるから(同法37条本文)、たとえ衛生上危害を生ずるおそれのない診療の補助行為であっても、看護師又は准看護師でない者がこれを業として行うことを禁止するのが同法の趣旨であると解される。また、臨床検査技師等に関する法律は、臨床検査技師が、保健師助産師看護師法31条1項及び32条の規定にかかわらず、厚生労働省令で定める生理学的検査を行うことを業とすることができると定め(臨床検査技師等に関する法律2条、20条の2第1項)、臨床検査技師等に関する法律施行規則は、心電図検査(体表誘導によるものに限る。)が上記生理学的検査に当たることを定めている。したがって、医師、看護師、准看護師又は臨床検査技師でない者が体表誘導による心電図検査を業として行うことは、法律上、禁止されているといわなければならない」

2. 刑事・業務上過失致死事案においてチーム医療について言及された事案

昭和47年9月18日千葉地裁判決 (千葉大採血ミス事件)

「近代医療が医師相互、あるいは医師と看護婦その他いわゆるパラメディカルスタッフによるチーム医療の方向に進歩し、医療従事者間の分業を前提とする協同体制が不可避となりつつあること、そのような体制では各自は他の協同者との相互信頼のもとに原則として自己の分担する任務に専念すれば足りる場合が多いことは弁護人の指摘をまつまでもない。しかし、医行為の実施に関する限り、医師が主体となつて行なうべきものであり、医師以外の関与者はその監督指示のもとにある」

3. 民事・損害賠償請求判決の「理由」部分に見る診療補助行為

平成18年7月14日 大阪地裁

「原告らの指摘する甲B第10号証の確認事項は、「分娩進行の状況把握及び正常範囲からの逸脱の有無を判断すること」が保健師助産師看護師法3条所定の助産に当たるとするものであるが、准看護師が分娩監視装置の装着された妊婦を医師の指示の下に監視ないし観察することを禁ずる趣旨であるとは認められない。」

4. 通達改正前においても看護師による静脈注射を容認した裁判例

昭和 43 年 9 月 30 日神戸地裁姫路支部

※ 看護師（婦）の静脈注射で患者がショック死した事案。無罪。

「13、右条文の解釈上、静脈注射については「薬剤の血管注入による身体に及ぼす影響の甚大であること及び衛生的に困難であること等の理由により、医師自ら行うべきものである」との見解が従来採用されており、厚生省医務局長名において、また兵庫県においては兵庫県衛生部長名においてその旨の通達指導等が昭和二六年頃以来なされていたこと

14、従つて静脈注射を看護婦が行うことは前記法規に抵触することとされてはいるけれども、本件当時においては一般にこれが徹底せず、医師数の不足等の理由により大部分の病院等においては、医師の指示により看護婦が静脈注射を行つていたのが実情であつて、今後漸次法の解釈どおりの実行に近づくべく改善する方針が採られていたこと」

「I 看護婦が H に対し行つた静脈注射の方法も前認定のとおり何らの手落ちも認められず、本件 H の薬物ショック死は被告人（引用注：医師）自身が静脈注射を行つていようと I 看護婦が行つていようと結局は避けられなかつたことが明らかに認められる本件では、被告人が I 看護婦に静脈注射をさせた点をとらえて被告人に監督義務を怠つた過失があるとするこも、もちろんできない」

「以上の次第で、本件公訴事実指摘の過失の点は被告人について総て認めることができないから、結局本件は犯罪の証明がないことに帰着し、刑事訴訟法三三六条に則り主文において無罪の言渡をなすべきものである」

【参考資料 2】昭和 30 年薬事法等再改正に係る国会議事録

昭和 26 年薬事法改正案（いわゆる医薬分業法。可決成立したものの未施行のまま修正された）で、薬事法 22 条（現行薬剤師法 19 条に相当）は以下のように規定された。

第 22 条 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。但し、医師若しくは歯科医師が左に掲げる場合において、自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

一 患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合。

二 省令の定めるところにより診療上必要があるとされる場合。

三 省令の定めるところにより薬局の普及が十分でないとされる地域で診療を行う場合

2 「厚生大臣は、前項第二号及第三号に規定する省令を制定し、又は改正しようとするときは、医薬関係審議会の意見をきかなければならない。

以下、主としてこの条文を巡る国会の審議状況について、衆議院及び参議院の議事録を引用する。

議員立法として衆議院に出された原案では、薬事法 22 条本文（但書ではない）に「薬剤師、医師、歯科医師及び獣医師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない」と規定されており、これが国会での争点のひとつとなった。結果として、当該本文及び但書は、衆議院において修正され、薬剤師のみ本文に残し、医師、歯科医師及び獣医師の規定は但書に戻すこととなった（このほか、「医師法」の 22 条の、原案では、「診療上特に支障がある場合」と抽象的に定めていた処方箋交付義務を免れる要件を具体化した修正等もなされた）。

このうち、薬事法 22 条本文及び但書の衆議院での修正は立法技術的なものであり、①実質的にみて法的効果は原案とほぼ同じであること、②当該原案について、衆議院や公聴会では、薬剤師側から「医薬分業に逆行するもの」と激しく論難されたこと、③衆議院での修正後の参議院でも、参議院議員で日本薬剤師協会（当時）会長の高野一夫氏が質疑において衆議院修正案を厳しく批判した上で、反対討論を行っていること（115 ページ）、④高野議員は、衆議院において、形式的に全会一致で修正案に賛成となったのは、「追いつめられてそうな

ったのを、本心からさように賛成したものだど軽々に誤認をなさらぬようにお願いしたい」(102 ページ) と薬剤師の立場からは必ずしも修正案で納得したものでないと述べていること等を総合すると、昭和 30 年再改正当時は、「医薬分業に逆行した法改正がなされた」と受け止められていたようである。

なお、日本薬剤師連盟の「医薬分業が辿ってきた道～その 6～ 最終章」²⁷によれば、当時の政治状況を以下のように総括している。

昭和二十八年、日本薬剤師協会は医薬分業法の円滑な実施を期して、同年の第三回参議院議員選挙において、当時の日本薬剤師協会会長高野一夫を擁立、高野会長は当選を果たした。

<中略>

昭和三十年七月、第二十二回国会。再び、「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案」が議員立法により提出された。

改正の内容は、医師の処方せん発行を義務付けた医師法第二十二条の規定に、八カ条からなる「但し書き」を追加規定するものであった。それは、「強制医薬分業法」を、医師が自分の主観によって院外処方せんを出すかどうか判断することを認めた「任意医薬分業法」に一八〇度転換するものであった。

今に残る、医師法第二十二條但し書き八カ条。この但し書き八カ条によって、“強制医薬分業法”は、“任意医薬分業法”となり、昭和三十年七月二十九日²⁸、可決され、昭和三十一年四月に施行された。

しかし、法施行後も、依然として医薬分業が動き出す気配はなかった。薬剤師の“政治力の敗北”という重い十字架を背負い、日本薬剤師連盟、日本薬剤師会の苦闘はさらに続くこととなる。

²⁷ http://www.yakuren.jp/yomoyama/yhl_200901.htm

²⁸ 正確には、7月29日は、参議院の社会労働委員会で可決された日で、参議院本会議での可決成立は、翌30日である。

衆議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 16 日（土曜日） 午前 10 時 58 分開議

○中村委員長 次に日程を追加しまして、三浦一雄君外 49 名提出の、医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題となし審査に入ります。

まず提出者より趣旨の説明を聴取することといたします。松岡松平君。

○松岡（松）委員 ただいま上程されました医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案について、提案の趣旨並びに法案の内容について御説明を申し上げます。

医薬分業につきましては、昭和二十六年総司令部の示唆に基き、政府より改正法・案が提案され、国会においても慎重審議の結果、現在あるがごとき改正法の制度を見たのであります。その後、昨年に至ってこれが施行を一年三カ月延期することになりましたが、明年四月一日からは、これを実施しなければならぬことになっております。

しかるに、この医薬分業の実施の可否に関して、いまだ論議が絶えず、あるいは予定通り実施せよとか、あるいは現行制度を改めればならぬとか、あるいは再び実施を延期せよとかの論が入り乱れておるのであります。しかし、この問題は、国民生活に重大な関係のある医療制度の根本に変更を生ずる事柄であり、かつ関係者諸君の完全な理解と協力とがなければ、実行は困難な事柄でありますから、これを事前に調整するということの大切なことは申すまでもないと考えますので、本案を提出した次第であります。

内容の第一は、医師、歯科医師の処方せん交付に関する点であります。改正法においては、治療上医師、歯科医師が直接投薬をする必要のある場合を省令できめて、この場合に限り処方せんを交付しないでよいことになっておりますが、今回は患者またはその看護者が、特にその医師、歯科医師から薬をもらいたいと申し出た場合には、処方せんを交付しなくてもよいこととし、また治療上直接投薬の必要のある場合を省令で規定することを要しないことにしようという趣旨であります。

第二点は、医師、歯科医師の処方せん交付に関する規定に違反した場合の制裁として定められておる刑事罰を廃しようということであります。

第三点は、薬事法において、調剤の権能を薬剤師だけに限っておりますが、これを医師、歯科医師にも認めようということであります。

何とぞ御審議の上、すみやかに御賛成下さいますことを、提案者として特にお願いする次第でございます。

○中村委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

○中村委員長 この際、公聴会開会承認要求の件についてお諮りいたします。ただいま当委員会に付託になりました医師法、医科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案の一部を改正する法律案につきましては、その重要性にかんがみ、昨日の理事会におきまして、来たる七月二十一日公聴会を開会いたしたい旨の御要望がありましたが、公聴会を開会するにつきましては、衆議院規則第七十八条によりまして、あらかじめ議長の承認を得てお

かなければなりません。よって公聴会開会の承認要求をいたすこととし、文書の作成等手続に関しましては、すべて委員長に御一任願うことに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議ないと認め、そのように決めます。

○中村委員長 次に質疑に入ります。発言の通告がありますので順次これを許可いたします。野澤清人²⁹君。

○野澤委員 ただいま提案理由の説明がありました医師法、歯科医師法及びに薬事法の一部改正に関する点でありますけれども、ただいまの提案理由の説明では、重要な点があはつきりいたしませんので、本日は、とりあえず提案者の代表の方に、この点について二、三御質問を申し上げたいと存じます。

この医薬分業という考え方が、そもそもわが国において取り上げられた歴史や経過等も、すでに提案者の方ではよくおわかりだと思っておりますが、今度の改正案を提出されました動機というものは、わが国の医療制度の上において、医薬分業を実際に実施する意図でこうした改正案を出されたのか、あるいはまた医薬分業というものは、その理由にありますように、事前に調整する必要があるということから判断すれば、分業を是認しておるように感じられるし、改正案の内容を見ますと、否認しておるようにも感じられますが、この点、どちらからでもけっこうであります、はっきりした御答弁を願いたいと存じます。

○加藤（鏝）委員 医薬分業の根本的思想に至りましては、これは医薬分業がよろしかろうと存じますが、実情に即していかなければならぬ。すなわち、これが調整の意味でございます。

○野澤委員 質問とだいぶ離れておるようです。医薬分業を否認されておるのか、是認されておるのかという質問でありまして、実際問題をお尋ねするのはこれからでありますから、一つその改正案を出された基本的な考え方をお尋ねしておるのであります。

○加藤（鏝）委員 医薬分業は、世の中が進歩するに従いまして、だんだん分業になって参りますから、医薬分業も、いつかは分業にすべきものであると思っております。

○野澤委員 二度質問してもポイントに触れないようですから、大石委員の方にお尋ねいたします。今度の改正案を出された骨子は、分業を否認されるのか、是認されるのかという問題であります。

○大石委員 今度の法案を提出いたしました趣旨は、医薬分業を前提として、これを是認して出しました。ただ、これを今までのような形において来年四月から実施しますことは、今までの国民の考え方、慣習からいたしまして、多少医療制度に混乱を起すと考えておりますので、これを多少緩和しまして、一応医薬分業を前提といたしておりますが、その混乱を緩和するための修正をしたいという考えでございます。

²⁹ 野沢清人（のざわきよんど）衆議院議員 1955年2月27日～ 第27回衆議院議員総選挙 栃木1区 自由党。昭和5年東京薬学専門学校卒。

※空行の部分は中略の意。以下同じ

○野澤委員 大分回りくどいところから質問していくので、お困りだと思いますが、そこで、第一点の処方せんの義務発行という条文を一応生かしておいて、しかも加藤先生の間われるように、強制医薬分業の延長であるという考えのもとにこの条文を改正しよう。そこで改正する骨子というものが、二つの場合を拾ってみましても、医者の主観だけで、認定だけで処方せんを交付しなくてもいい場合というものを特に特筆大書しております。それから、この改正案の前の改正で、いわゆる来年の四月一日から実施します法律というのは、いかなる場合でも処方せんは発行しなければならぬ、ただし、診療上支障があるという場合には、別に定めるこの審議会において個々のケースについて省令をもって示す、こういう法律になっておる。その場合には処方せんは発行しなくてよろしいという特例を設けようという精神で臨み、いわゆる分業法案と言われておるものがきめられておる。ところが、今度の法律を見ますと、全く広範囲にこれを採用いたしておりまして、ただ医者認定によって、診療上支障のあるものは全部処方せんを出さなくてよいのだ、このままでいくと、従来よりも、むしろ逆行するような法律の行き方でありまして、どんな場合でも、医者認定だけで、この患者も診療上支障がある、この患者も診療上支障があるということになると、処方せんは一つも出ない。原則論だけは立てておいて、空文にひとしいものができてしまう憂いがあるのじゃないか。さらにまた、患者またはその看護人から特に要求があった場合には、処方せんを発行しなくてよろしいという考え方でありまして、これは全面的に処方せん発行を拒否するような考え方と思うのですが、こうした考え方を立案者が持たれた根本的な理由は、どういうところにあるのか、この点お伺いいたします。

○加藤（鏖）委員 いろいろ御説明すれば、長くなりますが、今なお、医薬分業は時期尚早であると思います。治療の全責任というものは、医者が負うべきものでありますがゆえに、処方せんを発行しなくてもいいという場合を、医者自身の認定によって定めることが、私は適当であると思います。もしこれを一々省令に規定しておきますと、これは省令のどれに該当して、あなたは出さんでもよろしい、出しませんというようなことは、心理上、治療上いろいろ障害のありますことであるがゆえに、治療の全責任を持っている医者としては、初めに自己の責任において、これは交付せぬ方がいいと思いますれば、自己の認定によって交付せぬということが当然のことであると思う。また医者は、そのくらいの責任をとらなければ、重大なる生命を預かることはできないのでありまして、国家は医師にそれだけの重大使命を与えておることであると私は信じ、この立場より、こうすることが、事実においても、現状においても、一番適当であると信じておる次第でございます。

○野澤委員 そこで、医者の立場というものを、もう一度振り返ってみなければならないのですが、今の患者の心理状態を考えてということは、国民の立場からの議論ではないと思うのであります。単に医者の操作上の立場からの御見解であるように感じられるのですが、その点はいかがでありますか。

○加藤（鏢）委員 医薬分業について、まことに奇態なる現象は、だれがこの医薬分業を熱望しておるか、だれが反対しておるかということです。本来からいえば、患者自身が一番の当事者であり、一番の利害関係者でありますがゆえに、これが医薬分業にすべし、すべからずという議論をするのが当然でございます。別に統計を取ったわけではないので、正確には申し上げられませんが、果して百人のうち一人か二人——何人かわかりませんが、だれが医薬分業にせよという声を起すのでございましょう。すなわち、国民か患者が一番の利害関係者であるのでありまして、今の医薬分業論というものは、端的に申せば、薬剤師の諸君は自己の権利を伸張させんとし、医師は自分の立場において現状の権利を擁護せんとする争いにほかならぬと思うのでありまして、国民の大多数からは、医薬分業の声というものは、私は起きておらないと思うのであります。われわれの常識といたしまして、医薬分業は医者と薬剤師のけんかであるというように、私は了承いたしておるのであります。

衆議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 18 日（月曜日） 午前 11 時 3 分開議

○中村委員長 これより会議を開きます。

まず三浦一雄君外 49 名提出の医師法・歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題となし質疑を続行いたします。野澤清人君。

○野澤委員 前回に引き続きまして質疑を続行いたします。前に処方せんの義務発行の除外例についてお尋ねいたしましたのでありますが、さらにこの点についてお尋ねを申し上げたいのであります。

処方せんを発行することを、医者の立場からきらうということではありますが、これを抽象的でなしに、実際に即した考え方から御説明を願いたいと思います。

○加藤（鏢）委員 これは先般御答弁申し上げたように、いろいろな病状によりまして、知らせることがいかぬということ、これが一番おもなる点であります。また具体的にというお話であれば、医師の調剤を受ける者に処方せんを書くということは、むだな骨を折らせるということからであります。御承知のごとく、処方せんには向うの名前を書いたり、生年月日を書いたり、薬の名を一々書き、分量も書き、使用期限が幾日か、そして医者の住所氏名、いろいろな手続をしなければなりません。これは、そこで薬をもらうという者には、明らかに煩瑣な手続であると思うのであります。

○野澤委員 幸い薬務局長と医務局長と見えておられますので、この際一応政府の立場に立たれておるお二人にお尋ね申し上げますが、分業法案の変形が、ここにこうして改正案として提出されましたけれども、医師法の改正案のこのただし書きの条項を、そのまま国会が受け入れるという段階になった場合には、分業の精神は生きていくか、死ぬかという問題であります。率直にこの点をお伺いしたいと思います。

○曾田政府委員 私どもとしましては今日いわゆる昭和二十六年の法律が明年の四月一日から施行されるものというふうに考えておるわけでありませう。その精神から参りますれば、今回御提出になりました新しい改正案でございますが、これはすでに皆さんも十分御承知とは存じますが、全く同じものであるというふうには考えられないのであります。すなわち、従来の二十六年の法律によりますれば、本人、患者または看護に当る者が薬剤の調剤を医師に求めようと、薬局に求めようと、一応処方せんは患者または看護に当る者に交付されなければならないということになっておるのでありますが、今回の改正案によりますれば、薬剤の交付を希望するということを医師に申し出た者には、処方せんを渡す必要がないという、この点が一つ重大な相違であるというふうに考えておるのであります。私どもは、二十六年の法律の建前に立ちます限りは、これは少からぬ大きな変更であるというふうに考えておるわけでありませう。

○野澤委員 少なからざる大きな変更であるといいますが、医薬分業に対して、いい方に少からず変更になっておるのですか、逆行するような悪い方に変更になっておるとお考えですか。

○曾田政府委員 私ども再々申し上げますように、二十六年の法律の立場に立つ限り、一応処方せんは患者に渡しませう、そして患者がその上で医師から調剤を求めようと、薬局から求めようと、これは全く自由に選択できるという建前が、今までとってきた方針でございます。それから参りますれば、今度の方針は幾分くずれてくるということになって参ります。

○野澤委員 薬務局長にちょっとお尋ねしますが、今医務局長の方では、幾分、ちょっと悪い方になるというような意味のことを言われて、相当の変革であると前に説明しておいて、ちょっと濁しておりますけれども、こういう態度が、今日まで医薬制度を誤まらした政府の優柔不断なる態度だと思ふのです。そんなことでなしに、もう少しはっきりした見解を示してもらいたいと思ふのです。これは非常に重大な問題だと思ふのです。しろうとの、いわゆる第三者の議員諸君から考えますと、うらはらになっているから、何でもなように考えられますが、分業そのものの建前からいくと、大きな逆行であると私は考えておりますので、この点に対して薬務局長はどういう御見解を持っているか、あいまいなお返事じゃいけません、はっきりした御見解をお伺いたしたいと思ふのです。

○高田（正）政府委員 ごく率直にお答えいたします。二十六年の法律が今回のような改正をいたされたと仮定いたしますと、処方せんの出方は非常に少くなる、これは自明の理だと思ふのです。それからなお、国民の自由という立場からでございますが、私ども、二十六年の法律がとっております処方せんを手にしてから、いずれで調剤してもらうかということを選択をいたすことが、今回の、処方せんをいただく前に薬剤の交付を希望するかどうか、それによって処方せんをやるかやらないかということがきまるという制度よりは、国民にとってはより自由だと考えております。

○野澤委員 大体今度の改正案というものは、医師法のただし書きにおいて、すでに分業

法をむしろ破滅に導くような悪質な改正案だというように私も考えておったのでありますが、政府の方方からも、法律二百四十四号からは逆行するというような御証言がありました。これは一つ提案者の方において、十分に御勘考を願いたいと思うのであります。

○野澤委員 歴史的なことは論外だということではありますが、お調べになる煩瑣を防ぐために、大石さんに一応私の方の調査事項だけを申し上げます。太政官布告が出たのが明治六年の六月一日であります。これで初めて医者というものの始まりがありまして、明治八年の五月十四日に医制がしかれたわけであります。その医制の第二十一条には、「医師タル者ハ自ラ薬ヲ鬻クコトヲ禁ス」これが第一項であります。第二項には「医師ハ処方書ヲ病家ニ附与シ相当ノ診察料ヲ受クベシ」これが医制の第二十一条であります。明治八年であります。それから明治二十二年の三月十五日に法律第十号をもつて、薬品常業拉薬品取扱規則というものが公布されております。その第一条に「薬剤師トハ薬局ヲ開設シ医師ノ処方ニ拠リ薬剤ヲ調合スル者ヲ云フ」、二項に「薬剤師ハ薬品ノ製造及販売ヲ為スコトヲ得」、そしてその取扱規則の法律第十号の附則第四十三条に、「医師ハ自ラ診療スル患者ノ処方ニ限り第二十六条第二十七条第二十九条ニ従ヒ自宅ニ於テ薬剤ヲ調合シ販売授与スルコトヲ得」「医師ハ第三十四条ニ従ヒ医師タルノ証明書ヲ以テ薬剤師薬種商製薬者ヨリ毒薬劇薬ヲ買取ルコトヲ得」としてあります。さらに大正十四年四月十三日、法律第十四号によりまして薬剤師法が制定された。その第一条に「薬剤師トハ医師、歯科医師又ハ獣医ノ処方筆ニ依リ調剤ヲ為ス者ヲ謂フ」と規定してあります。第二項には「薬剤師ハ薬品ノ製造及販売ヲ為スコトヲ得」、その第五条に「薬剤師ニ非サレハ販売又ハ授与ノ目的ヲ以テ調剤ヲ為スコトヲ得ス」、とれが原則論であります。「薬剤師販売又ハ授与ノ目的ヲ以テ調剤ヲ為ス場合ニ於テハ薬局ニ於テ之ヲ行フヘシ」、ただし、この薬剤師法の附則にも第三項として「医師、歯科医師又ハ獣医ハ其ノ診療ニ用フヘキ薬品ニ限り命令ノ定ムル所ニ依リ第五条第一項ノ規定ニ拘ラス調剤ヲ為スコトヲ得」と規定してあります。それから昭和十七年の十月三十日厚生省令第四十八号で、国民医療法施行規則の第三十二条に「医師又ハ歯科医師ハ患者ヨリ薬剤ノ交付ニ代ヘ処方筆ノ需アル場合ニ於テ其ノ診療上支障ナキトキハ之ヲ交付スルコトヲ要ス」、こう規定されております。また明治三十九年の九月内務省令第二十七号、医師法施行規則というものが公布されておりました、昭和八年の十月に改正されておりますが、第九条の二には「医師ハ患者ヨリ薬剤ノ交付ニ代ヘ処方筆ノ交付ノ需アル場合ニ於テ其ノ診療上支障ナキトキハ之ヲ交付スルコトヲ要ス」としてあります。また昭和十八年三月十二日・法律第四十八号で公布されました薬事法の第二条に「薬剤師ハ調剤、医薬品ノ供給其ノ他薬事衛生ヲ掌リ、国民体力ノ向上ニ寄与スルヲ以テ一本分トス」、第十五条「薬剤師ニ非サレハ販売又ハ授与ノ目的ヲ以テ調剤ヲ為スコトヲ得ス」、この薬事法の附則の四十七条に「医師、歯科医師又ハ獣医師ハ其ノ診療ニ用フヘキ医薬品ニ限り命令ノ定ムル所ニ依リ第十五条ノ規定ニ拘ラス調剤ヲ為スコトヲ得」、こういうふうに規定をしております。

この歴史的な経過から判断いたしましても、調剤行為というものは、初めから薬剤師のいわゆる本則的な行為でありまして、これがいまだかつて医師あるいは歯科医師と同列に待遇されたことはないのであります。こうした立法の精神あるいは経過から判断いたしまして、今回のあなた方の提案された改正案というものは、全く医薬制度に対する革命的、あるいは暴力的な行為であると解釈されるのでありますが、との点に関して、どうしても同列でなければ調剤権がなすというお考えでありますか、それとも法律二百四十四号の第二項の規定によって、みずから診察したものには調剤できるということが、調剤権を認定したとお考えになりますか、この点をお伺いいたします。

○加藤（鏢）委員　ごく概括的に、私からお答えいたしたいと思えます。太政官布告のその昔のいろいろなお話が、ございましたが、一応歴史的に見れば、さようにも思えますけれども、私は太政官布告当時——明治八年とか、ただいま仰せになりましたが、これはただ外国の制度をそのまま申しただけのことでございまして、これは長与専齊氏が当時少しくじったというようなことを言ったことも私は見ておるのであります。ただ模倣制度をやっただけであります。その後、先般も申しましたように、だんだん文化も進み、複雑になりますれば、これはだんだん分れてくるのが本質でありますけれども、国民のいろいろな慣習、いろいろな情勢によりまして、それが自然に発達すべきものは発達いたしますが、法律だけをもって、むやみに理論だけでこうしろということには、世の中のことは参らないと私は思います。たとえば、せびろも、だれも法律でもって着よと命じたものはございませぬが、これが便利でありますれば、はかまから、羽織から自然にこうなるのでありまして、ただいまのような法律が、たとい外国の制度でどうでありましようとも、それがわが国の実情に適し、国民の福利すべての点に適しましたならば、そう行くのでございます。原則論は別として、過去七十年とか何十年間かれこれしてまだ結論が出ぬというのは、これは実情に即せざるものでありまして、私どもは、理論は理論として尊重しますけれども、政治家は実情を見なければならぬと思うのであります。しかして今回の改正案といたしましても、原則としてはこう行かなければならない、こう申しておりますがゆえに、理論としては少しもそこには矛盾しておらないと、こう思う次第であります。

午後 0 時 18 分休憩

午後 2 時 43 分開議

○中村委員長　休憩前に引き続きまして会議を再開いたします。

○中村委員長　三浦一雄君外 49 名提出の医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題となし、質疑を続行いたします。

○中村委員長　野澤清人君。

○野澤委員　午前に引き続きまして質問を継続いたします。

薬事法の第二十二條の改正案を見ますと、従来、薬剤師が原則的に調剤権を負わされて

おったのでありますが、今回の改正案によりますと、医師、歯科医師さらに獣医師も同列に調剤権を付与しよう、こういう構想のもとに提案されたようであります。先刻提案者にお尋ねいたしましたところが、確たる御返答がないのであります。再度特に大石君にお尋ねいたしますけれども——決して加藤先生を忌避するわけではありませんが、従来の日本の立法の慣習というものが七、八十年も競っておるにもかかわらず、どういふわけでこれをあえて新たな構想につかれたが、その理論的な根拠、あるいはまた理由がありましたならば、詳細に御説明願いたいと思います。

○大石委員 御承知の通り、調剤は、医者が患者を診察して、医者が作った処方せんについて行われるものでございます。その調剤の基礎となるべき処方の作成は、これは医者だけに認められておりまして、薬剤師には認められておりません。従いまして、処方を作る能力は、その患者のあらゆる生理作用なり病理作用なり、さらに薬剤の性能について、十分な専門的な知識なくしてはできないものでございます。体この調剤権を特定の者——今までは薬剤師でございましたが、特定の者に限って認めようというこの法の精神は、専門的な知識のない人の手による調剤の誤りから生ずる危険を防止しようということにあると思うのでございます。従いまして、医者の処方作成能力が認められ、調剤に関する専門的な知識のあることが証明されておりますから、その医者の調剤能力を否定するということは、調剤権に関する規定の建前からいって、おかしいと思うのでございます。ことに実際におきましても、新しい医師法二十二条の除外例から申しまして、当然医者は調剤をするということがございますので、これに調剤権を認める。ただ薬剤師の職業というものがありますから、その職能を侵さないように、お互いの職分を守るようにという意味で、その調剤の権限をごく縮小して、医者が診察をした、そして自分の発行した処方せんだけに限るということに限定したわけでございます。これがこの精神でございます。

○野澤委員 ぼつぼつ迷論が出始めました。この処方せんの作成能力というものが医師にあることは間違いないですね。そこで、調剤能力というものが医者にあるという根拠をお示し願いたいと思います。

○加藤（鏝）委員 私からも一口言うことをお許し願いたいとうございます。医者は病人をなおす全責任を持つておるのでございますがゆえに、それは手術あるいは注射、いろいろなことがございますが、当然薬を調剤するということも治療の一つでございまして、これは持つべきが本来でございましてゆえに、ここに明記いたしましたのであります。事例を申しますと、助産婦というものは子を産ます一つの免許を持っております。医者は助産婦の免許を持っておりませんが、医者が助産婦をして悪いということはないのであります。私は法律のことは知りませんが、司法書士が訴状や何かを書いて悪いことはなかろうと思う。弁護士みずから筆をとってもよいし、これにまかせておいてもよいのでありまして、その助産婦の問題であります、看護婦の問題であります、医者が看護をしてはならぬということはないのでありまして、この意味において、治療の全責任を持つておる医者

が調剤権を持つのは当然なことでありまして、これについて、かれこれ議論がありますので、ここに今度もう一つうたった、念を押したというにすぎぬのであります。

○野澤委員 言葉じりを取って気の毒ですが、医師にも、薬剤師よりは多少劣ると思うが調剤能力があると思いますと言うのですが、劣ると思っているのですか。

〔「それは謙遜か」と呼ぶ者あり〕

○大石委員 お答えいたします。それは多少謙遜が入った言葉でございます。

○野澤委員 もう少しまじめな態度で返事してもらいたいのです、やじの言葉そのまま返事されたのでは回答になりません。

そこで、この調剤能力という問題について、私はこの処方せんを作成する行為と調剤行為とは、全然別な行為だと思っております。処方せんを作成する能力があるから調剤能力があると逆的に結論することは早計だと思います。ただ長い間の習慣で、一応自己の診察した者に対して調剤を認めてきたという経過的な事実ではありますが、この能力を同一視するという根拠が、私にはわからないのであります。そこで、大石君にお尋ねしていますことは、医者には調剤能力があることについての、能力を認定するかしないかという点については、すでに法律二百四十四号でも、自己の診療した患者にみずから調剤する場合はということで、一応改正法でも医師の調剤能力というものは認めておるはずで、それを、さらに薬剤師と同格にするというところに、何らか根拠があるのではないかというお話をしましたところが、あなたの御回答では、幾分劣るかもしれないが調剤能力があるのだ—幾分劣るということは、法文の中に書いた場合に、同列でよろしいという議論は成り立たないと思います。もう少し端的に、医師も歯科医師も薬剤師も同格の調剤能力があるというその根拠を、提案者として御説明願いたいと思うのです。

○大石委員 多少、劣るかもしれないけれどもと言ったのは、気持ばかりでなくて、多少劣ったにしましても、十分に間違いない調剤能力があるというところが前提でございます。それで、実際に調剤するのでございますから、調剤する以上は、当然その権能というものを認めた方が、調剤してもらう患者にとって安心だろうと思うのでございます。そういう意味で調剤権を認めたのでございますけれども、ただ薬剤師という職業もあり、医師とは別でありますから、両立するように、ことさらに医者の権限を制限して、そうして権能は認めるけれども、その医者の調剤に関する権限というものはここに制限して、あとの大部分の方は薬剤師の方にまかせようという趣旨でございます。これははっきり分業の建前をとっておる考えでございます。それから、歯科医師、獣医師についても同一の調剤権を認めたとおっしゃいますが、その通りでございます。ただ歯科医師は、歯科の方が中心でございます。それに関する調剤権でございます。獣医師は、人間以外の獣についての調剤権でございますから、これは当然医師と同等の意味において認めてよろしかろうと思います。

○野澤委員 どうも論拠が薄弱ではっきりつかめないのですが、それでは明治初年以降発達してきました医学、薬学における学問の分野というものに対して、大石先生はどういう

お考えをお持ちになっておりますか。

○大石委員 私は薬学というものを、医学の一部と考えております。医学というものは、基礎医学、臨床医学、その他薬理学あるいは薬物学といえますか、そういうものを一切含めたものが医学でございまして、そういうものを十分にマスターしなければ医者になれないと思うのでございます。

○野澤委員 大体はつきりしてきましたので、加藤先生でも大石先生でもけっこうですが、今度の薬事法の改正案の第二十五条の二に「医師又は歯科医師は、医師法第二十二条各号の場合又は歯科医師法第二十一条各号の場合において自己の処方せんにより自ら調剤するときのほかは、販売又は授与の目的で調剤してはならない。」と規定してあります。「自己の処方せんにより自ら調剤するときのほかは」ということではありますが、「自ら調剤する」という事柄は、医者みずから分量をはかるという意味でございまして、との点をはつきりしておきたいと思えます。

○大石委員 お答えいたします。医者自から分量をはかるか、医者が十分な指導監督をしてやらせるか、どちらでもよろしいと思えます。

○野澤委員 今度はさらにその調剤行為というものに対して、医師、歯科医師また薬剤師というものを同列に扱わざるを得ないというこの論拠というものは、全く分業理論を逸脱した行為でありまして、分業の本筋というものは、医師は診察をして薬剤師が調剤するのが分業の根本理念であります。この根本理念を法文の上でこういうふうに変更して、それでもまだ分業の精神を踏襲していくのだという説明は当らないと思えますが、大石君自身が新しい感覚で、これでも分業であるというお考えでありますか、お尋ねいたします。

○大石委員 お答えいたします。との法案は、医薬分業ということを前提といたしております。ただし、長い間の日本の医療上における習慣なり考え方がございまして、これを一挙に改革するということは、私は日本の国民の考え方、習慣の上からいたしまして、相当の混乱と不便を来すと思うのであります。従いまして、将来理想的な医薬分業を目標といたしておりますけれども、そこに向かって一歩ずつ国民の理解と努力とによって近づけていかなければならぬと考えております。その段階が、私は現在の私たちの改正案であると考えておるのであります。私たちは、将来医薬分業になればけっこうだと思えます。医薬分業があつて一番得をするのは、医者と薬剤師であります。おそらくほんとうの話は、患者は困ると思えます。私は今から四、五年前にアメリカへ参りました。アメリカでもニューヨークとかシカゴとかボストン、サンフランシスコとかいう町しか見て参りませんでしたけれども、どこへ参りましても、これは強制的ではない、医者と薬剤師の合意の上の完全分業でございまして、実に不便でございました。たとえば、私はとても疲れて夜騒騒しくて眠れない、簡単なカルモチンくらいほしいと思って薬剤師のところへ参りました。絶対に売りません。医者の処方せんがなければ売らぬわけでございます。そこで、どうすれ

ばいいか、医者のところに行く。医者のところへ行くには、前もって何日の何時に来いというアポイントを受けなければ見てくれない。行けば必ず十ドルの診察料と相当の処方せん料を取られます。日本なら、現在薬剤師のところへ行って、カルモチン一箱百円なら百円で簡単に買えるものが、わざわざ十ドルの診察料を払う。何にもない、医者はただ話を聞くだけで、それならばといってカルモチンを処方せんに書いてくれるだけであります。そして薬局へ行けば、びんに入ったカルモチンをもらうだけであります。それで十ドルの診察料と処方せん料を払わなければならぬというわけで、国民にとっては、実に愚かな非常な負担だと思えます。ただ、アメリカの国民は金持であり、豊かであるから、このような負担に耐えられるだけであります。そして、向こうで調べてみますと、医者と薬剤師と結託して——日本は医者と薬剤師がけんかしておるけれども、アメリカは反対で結託しております。そしてある薬剤師のところに医者の処方せんが何枚か来ると、その何割かがリポートとして医者のところに戻っていく。そして薬剤師はいわゆるドラッグ・ストアであり、これは町角の一番便利なところにあります。アメリカは、いなかから来れば、ドラッグ・ストアに行って、どの医者がよいかということを知り、その紹介によって医者のところに行くのでありますが、その紹介に対して何割かのリポートがいくのであります。これがアメリカの現在の医薬分業の実情でありまして、実に不便でございます。私は身をもって体験いたしまして、これでは実際、将来は医薬分業はけっこうだと思えますが、これを直ちに実施したのでは、国民が一番困ると思えます、確かに医療費が高つくのであります。そういうわけでありまして、これは漸進的に、将来文化が発達すれば、分業になるのは当然でありますから、分業に向っていくのはけっこうであります。漸進的に向っていくかなければならぬという考えのもとに、来年の四月から実行されるのは少し急激過ぎはしないか。あの時分は、昭和二十六年であります。私も国会議員をし、あのときは厚生委員をやっております、あの昭和二十六年の法律の制定に賛成をした一人でございますが、あの時分は、要するに日本はまだ被占領国でありまして、サムスという人の考えが相当支配しておった。これはアメリカ人でありまして、アメリカの医薬分業を前提とした考え方であります。従いまして、行き過ぎであると思えますので、その罪滅ぼしのためにも、この際多少修正いたしまして国会議員としての職責にこたえたい。こういうわけでこの修正案を出したので、決して医薬分業をやめさせるとかなんとかいうのではない、それは理想としておりますけれども、そこに行くのには多少段階がございますので、低い段階から上っていかねばならぬと考えておるだけであります。

調剤の問題に関しましても、調剤する能力は医者にもあると認めておるけれども、その能力を発揮するのはわずかな部分の、自分の診察した自分の発行した処方せんの患者に限定しまして、分業の精神をはっきりと示しておると考えるわけであります。

○野澤委員 薬事法の二十二条の問題について、政府の方の見解をお聞きしたいのでありますが、分業の理念を一貫して遂行するために、たとえ暫定的でも医薬分業を将来理想的

な形態としてやらなければならぬということを、加藤先生も大石君も言っています。そこでこの二十二条の「薬剤師、医師、歯科医師及び獣医師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。」こういう条文を作るということは、医薬分業の完全廃棄の法文であるように感じられるのですが、この点、医務局長の御見解をお尋ねいたします。

○曾田政府委員 医務局長よりは、薬務局長からお答え申し上げた方がいいと思います。

○高田（正）政府委員³⁰ 医薬分業というものは、先ほど来、諸先生方からお話がございますように、診断、治療、処置というものは医師に、調剤は薬剤師にという原則が、医薬分業であるわけでございます。従いまして、調剤につきまして薬剤師が原則であるということは、先ほど来野澤委員から御紹介がございましたように、明治初年以来、わが国の法律制度がとって参りました則原でございます。沿革的に見ますれば、さようなことでございますし、それからさらに、おれもお話の中に出ておりましたが、薬剤師という制度を国が認めまして、そうしてこれに大学を設け、さらに国家試験を課してこの薬剤師制度を作っておるとい建前からいたしましても、調剤は薬剤師が原則であるべきだと私は考えております。さような意味合いからいたしまして、医薬分業に対する方向といたしましては、ただいま御審議になっております改正案は、いわば非常なる後退であると私は考える次第でございます。

○野澤委員 ただいま政府の言明によりますと、医薬分業の法律二百四十四号からは相当の後退であるという政府の見解が明らかになったわけでありましてけれども、大石君自身、医師の調剤能力というものがはっきりあるのだという認定は、どういうところから出発されて、それから薬剤師と同格であるということが、どういうところから出発されているのか、この点、もう一度はっきりしてもらいたい。何べん聞いても、これがはっきりしないのです。

○大石委員 私は、薬剤師と医師は同格であるとは申しておりません。ただ調剤することができるということを認めておるだけの話でございまして、薬剤師と同じように調剤することができる。しかもその場合は、ごく限られた、一小部分の、自分の診察をした、自分の発行した処方せんだけに限るといのでございまして、決して同等とは考えておりません。ただ現実の問題は、今薬務局長が後退と申されましたが、いわゆる医薬分業という考え方からすれば、確かに後退でありましょう。しかし私どもは、理屈よりも、医薬分業の考え方の人と、そうでない考えの人がありますから、それを別にして、現実の患者の診療面から申しますと、ある程度この部分の後退はあっても、それは私は決して医療の全体の後退ではないと考える次第でございます。

○加藤（鏝）委員 ただいま後退だとか前進だとかいうことがありましたが、原則としては、文化が進みますれば分業になるのは当然でありまして、一步一步それに進んで参ります。ただ後退と思われることは、占領治下におきまして躍進し過ぎたのであります。自然よりも躍進し過ぎましたがゆえに、これをもとに戻しまして正常な形にしたい、こういう

³⁰ 厚生省（当時）薬務局長

のでありまして、決して後退ではないのであります。これが前進主義であるのでありまして、私どもは一つの理想を持ちながら、現実には地を踏みしめて一歩々々進まなければならぬと思っております。ことに、政府の局長の答弁を、政府全体の御答弁だと思いに なりまして、非常に意を強くしたような御発言でございますが、先刻申し上げた通り、政府は来年四月一日より実施させるという改正案に基いていく考えでございますがゆえに、政府といたしましては、さような答弁をいたすのは、これは事務官として当然なこと でございます、これで鬼の首を取ったように御確信になるのは、いささかいかがかと存ずる次第でございます。

○野澤委員 法律第二百四十四号を見ますと、薬事法第二十二条には「薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。但し、医師若しくは歯科医師が左に掲げる場合において、自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。一、患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合。二、省令の定めるところにより診療上必要があるとされる場合。三、省令の定めるところにより薬局の普及が十分でないとされる地域で診療を行う場合」2「厚生大臣は、前項第二号及第三号に規定する省令を制定し、又は改正しようとするときは、医薬関係審議会の意見をきかなければならない。」こういうふうになっております。しかもこの間には「自己の処方せんにより自ら調剤するとき」ということで、従来附則で認められたものを、本則のただし書きに置いてははっきりと認めているわけでありまして。これがいわゆる限定された医師の調剤能力とわれわれは心得ておるわけでありまして。こういうふうにお医者さんの方から見れば調剤権を、長年の習慣によってやってきたにもかかわらず、薬剤師に取られるということを言いますが、今まで習慣としてお医者さんが調剤したのは、いわゆるただし書きの調剤であります。その既得権というものを生かしてこの二百四十四号が成立したのでありますから、その成立しておりますものを、さらに本則にこれを薬剤師と並立させるということは、何か含みがあるのじゃないか。しかも限定された調剤であると称しておしながら、本則にこれを認めさせなければならぬ。これも、何十年かの歴史的な事実を裏書きするならばよろしいのでありますが、それをさらに飛躍して後退するような、こうした含みを持った法律改正を意図されたところには、何か含みがなければならぬと思うのであります。この点をお尋ねしておるわけでありまして。

○大石委員 新しい二百四十四号でございますか、これには明らかに薬事法の中に入っておるのでございますから、その裏返しをすれば、この法案になると思うのです。それで、裏返しをしたわけですが、深い含みはございません。なぜ裏返したかという、実際に調剤するのですし、医者は調剤能力があるということを前提としておるから、患者は安心して薬をもらっておるのです。あの医者は調剤能力はないけれども、患者だから仕方がなく薬をやるのだという印象を与えるよりは、むしろ、どうせ薬をやるのだから、初めから調剤

能力があると明記した方が国民は安心ができるし、一番現実に即するだろうと思ってやったわけであります。それ以外に他意はございません。

○野澤委員 医師法の二十二条のただし書きで、患者または看護人より要求された場合の調剤の請求、これと薬事法の左に掲げる場合ということの調剤要求の条文とも、ほとんど同であると昨日お答えになりました。それから今二十二条の解釈について、何もこの本文に入れたからといって、大した違いはないじゃないかというあなたのお考え、こういうあいまいな考え方で、少なくとも立法府が法律を扱っていくということは、不見識だと思う。少なくとも医師、歯科医師を同列に扱ったということは、かくかくの理由でこういうふうに行われたという論理が尽されるならば、それでよろしいのでございますけれども、あなたの説明では、どっちへ向いても大した違いはないから、置いても差しつかえないではないかというような御議論のようですが、分業理念というのは、医師が診察をし薬剤師が調剤するということが原則であります。その原則をぶち破るような国民や薬剤師を刺激するようなこうした文章をことさら出さなければならないというのには、それ相当の理由がなければならないのではないか。もし理由がないならば、これはむしろ撤回される方が賢明な策ではないかと思うのです。この点について、くどいようですが、納得のいくまで御説明を願いたいと思います。

○大石委員 医師、薬剤師は、それぞれ職業でございます。自分の生計を立てるためには、それは当然自分の存在を主張しなければならないものでございましょうけれども、その両者が存在する一番大きな意味は、国民を健康にする、人類を病気から救って仕合せにする、健康にするということにあると私は思っております。この国民を仕合せにする、国民を健康にするということが一番の問題点だと思うのであります。そのために、薬剤師の制度がある、医者制度があるからこうしなければならないのだという考え方よりも、私は少しルーズかもしれませんが、国民を中心として、薬剤師も医師もこうやった方がよかろうというのが、私の気持ちであります。そういう点から申しまして、このように置いた方が、患者を安心させるのに一番いい方法ではないか。実質的には、医者は薬剤師の権限を侵しておりません。ただ、いわゆる理想と申しますか何と申しますか、完全な医薬分業という形からいえば、確かにこれはおっしゃる通り、あまりよくない法律かもしれませんが、こう明記した方が、私は患者に対して安心を与えるゆえんだと考えまして、あえてこのような事項を入れたのであります。

○野澤委員 悪くばかり言っていないで、たまにはほめなければならぬと思うのですが、今の大石君の卒直簡明なる御答弁は、ほめたいと思います。これは完全な分業を目標にするにはきわめて悪い法律案だということを、あなた自身が説明された。私が先ほどから、政治的な含みがあるのではないかとということ再々申し上げておるのは、天下に名だたる加藤先生、大石先生がこれだけのものを提案する以上は、どっかで医師や薬剤師の議員諸君が手を握る場面もなければならぬのではないかと。こういう含みで一応並べておいて、

あとで薬剤師の顔を立ててやろうというくらいの気持でこの案を出されたのではないか、こういうことでくどく聞いておるのですが、語るに落ちるという言葉の通り、あなた自身が、不必要なものであると思っておられるというところまで確証を得たので、安心いたしました。おそらくこの委員会としても、良識ある議員諸君の討論の結果は、こうした行き過ぎの法律は作るべきでないという結論に誘導されるべきじゃないかと思うのであります。提案者自身もこうした見通しをつけているようでありますので、この点深く論議する必要は、私今後ないのじゃないかと思われるわけでございます。

衆議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 20 日（水曜日） 午前 10 時 53 分開議

○中村委員長 これより会議を開きます。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題とし、審査を進めます。

○中村委員長 まず本案につきましての公聴会の公述人選定の件についてお諮りいたします。

本公聴会の公述人につきましては、先刻の理事会において協議いたしましたのでございますが、来たる二十一日、午前十時より日本医師会副会長水越玄郷君、日本薬剤師協会副会長竹中稲美君、日本歯科医師会専務理事鹿島俊雄君、午後二時より日本獣医師会副会長荒井研君、健康保険組合連合会会長宮尾武男君、全国国民健康保険団体中央会総務部長松沢風有司君、以上六名の諸君を公述人と選定するに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議なしと認め、そのように決めます。

なお、公述人の方々より変更の申し出がありました場合には、選定その他すべて委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議なしと認め、そのように決めます。

○中村委員長 次に本案についての質疑を継続いたします。大橋武夫君。

○大橋（武）委員 これは医師法二十二条の改正案の点と、差し迫った現在の段階における重要性とは、だいぶ事の重要性に差異があるとわれわれは理解して、提案者の御趣旨を曲解することにはならないでしょうか。

○加藤（鏝）委員 今申した通りでございますが、これは国会の議員の方々によりまして、軽重あるいは緩急ということは、御議論があることでございますが、私どもは、むしろこれを明確にいたしたいと思うのでございます。

○大橋（武）委員 そうすると、お前たちがどう思うかは別として、提案者としてはどち

らも平等の値打ちを持って出したのだ、こういう御説明ですか。

○大石委員 お答えいたします。実は私たちが来年四月からの医薬分業の法律を修正したいと思いますのは、第一番に国民に便宜なように、国民に楽な一番いい治療を受けさせるということを念願としております。その次に考えられますことは、医師会と薬剤師会との調整をはかりたい、こういう二つの考えであります。これを考えてみますと、私たちは来年の分業法案というものは、大体において非常に薬剤師側に片寄っておる法案であると思っております。その根本は医薬分業というものを前提としておりますから、そう思います。ことに第二十二条には「医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認める場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。」という大前提がありまして、医薬分業ということ強くうたったわけでございますが、ただこの改正案では、その中に多少除外例を設けまして、そのところをなめらかにしたいと思っております。

もう一つ医師会というものは、全面的に分業の廃棄を叫んでおりますが、私は当今の時代においては、全面的な廃棄は不可能だと思います。従いまして、分業方面に今申した調整をはかるという意味からして、片方ではあくまでも分業というものを建前とする、片方ではやはり調整をはかる、医師の調剤能力、調剤権と申しますか、調剤を認めるということが、多少、卑俗な言葉でいえば医師会の顔を立てた、ここで二つの間で調整がとれていると思うのでございます、そういう意味で私はこの条項はどうしても必要であると考えております。

○大橋（武）委員 もしそうであるといいたしましたならば、医者が全く薬剤師と同じ調剤権を持つということならば、これは御趣旨のような説明で通ると思うのでございます。しかし、この規定を拝見いたしますと、依然として医師、歯科医師が調剤し得る場合は、自己の処方せんによってみずから調剤する場合に限っておる。そういたしますと、法律的には、調剤できる範囲というものは、現行制度と何ら変りがないと言わざるを得ない。従ってこの規定というものは、法的には実質上何ら改正されてはいないわけです。ただ書き方を、原則をあとで書いて例外を先に書くというような書き方にして一これはしろうとの目をごまかすやり方とは言えるかもしれませんが、法律的には何ら従来と内容では違いがない、こう私どもは理解しておるけれども、それともやはり内容的に従来と違ったことをこれでねらっておられるのですか。

○大石委員 お答えいたします。調剤をする、患者に薬を授与するという点から申しますと、現行のものと今度の改正案とでは、実質的にいえば、おっしゃる通りそう変りはないと思います。ただ問題は、実際適用されない三年以下の懲役というものは、意味のないむだな刑罰は取ったがよろしいという意味が含まれてありますので、その点もお考えを願いたいと思う次第であります。

○野澤委員 非常に局限された例をもって示されるものですから、話のつじつまが合わぬ

のだと思うのです。それで、大石君自身によく考えてもらいたいことは、二十二条の調剤に対する本則というものは、全くこれは分業形態を否認して、しかも医薬を兼業できるという医師に対する基本的な兼業の法文であります。従って、この法文が存続する以上は、二十五条の二でどんなに取り締りましても、十人の開業医が結託して、一軒の家に薬局を設けたと同じように、十人の中の一人の医者が、他の医者から持ってくる処方も、販売または授与の目的で調剤することができることになるのです。結局、そういうことをやっても何ら差しつかえないということでもありますから、むしろ薬剤師に調剤権を奪われたのではなく、薬剤師の調剤権というものを根底から否認して、医師みずからが他人の処方でもできることを、ここで原則的にうたった、こういう解釈が成立すると思うのでありますが、この法的な解釈を、どうあなた方でお持ちになっておりますか。

○大石委員 お答えいたします。あとの段では、おっしゃることがちょっとわかりませんでしたので、あとでまたお答え申し上げますが、初めの方は、私は第二十二条のこの条項ができて、医薬分業の精神に反しないと思っております。調剤できるものはできるとはっきり認めて何ら差しつかえないと思う。ただ医薬分業の精神を生かすために、できるけれども、薬剤師の職分を侵してはならないから、職分を侵さないように、医師はよけいな調剤をしてはならないということに、分業の精神を生かしておると思うのであります。

あとのことは、十人が結託してお互いに処方せんのたらい回しのようなことをするという話であります。これはちょっと私ども考えられないことでもありますから、答弁ができない次第であります。

○野澤委員 根本の理念からして相反しておるのですから、これは幾ら議論しても始まりませんが、大体こういう規定を出すこと自体が横暴だと思うのです。限定された調剤能力ということ、歴史的に附則でもって認めてこられたものが、今度は本則に入って、ひさしを貸しておもやを取られるところではないのです、全く家の中から追い出されてしまって、医師にいわゆる調剤権というものが全般的に国家的に容認されるという結果になるのでありますから、これは医薬兼業の基本を条文に表わした、また医薬分業の絶対否認であるということがはっきりするわけであります。しかも、こういうことをしても何ら罰則も適用されない。先ほどの大橋委員の質問に対しまして、多少の罰則は仕方がないじゃないかということは、少くとも罰則を適用するということは、限定されたもののうち外において罰則の適用なら理屈が合うのであります。ところが、こうして原則的に医師、歯科医師あるいは獣医師というものが、薬剤師と同格に本則においてきめられた以上は、どんな場所であっても、この二十五条の二にたとえ違反したとしても、おそらく裁判所に行きましてもこれは係争にならない。要するに、訴えをした者が負けるという基本的な条文になるのではないかと、このように心配しておるわけであります。従って、この条文については、提案者といたしましても、あらゆる角度から再考を願ひまして——薬剤師の本業というものが調剤ばかりでないからいいじゃないか、こういう御議論であります。これは医薬分

業を一貫して行おうということの基本線とは、全くかけ離れておる。従って、最初にお二人にお尋ねいたしまして、今度の改正案が分業を暫定的にでも実施する目的で立案した事柄とは、根底から全く相反するものと断定してさしつかえないと思うのであります。こういう事柄を、私はいわゆる社会悪だと思うのです。しかも国会において、すでに三年前にこうした改正法というものが、しかも医師、歯科医師あるいは薬剤師会というような各種の代表者によって話し合いが進められ、ここまで分業の——いわゆる分業法と言うておりますが、私再三申し上げます通りに完全分業ではない。全くこれは任意分業の変形でありまして、決して法律によって強制されるほど強力な分業でないとは私は考えております。こういう法律が今日せつかくでき上ったにもかかわらず、さらにこれを逆行させ、しかもまた薬剤師の本業を根底からくつがえすような法律の立案というものは、時代錯誤もはなはだしいと思うのであります。それを提案者といたしましては得得然として、要するに調剤権があるのだから明文化していいじゃないか。しかも一昨日の私の質問に対して、大石君は、調剤能力、調剤行為に対しては、多少薬剤師と医師とでは違うところがあるのだ、こういうことを言われております。違うことを認めていながら、同じにしようという論拠はないと思います。こうした点について良識ある医師の身分でおられるお二人の方々でありますから、提案する以上は、それ相当の理由がなければならぬ。ところが、理論的な根拠もなしに、ただ、従来慣習で調剤ができたのだから同格に扱っていいじゃないかということは、全く暴力ざたであり、策謀である、私はかように考えますが、この点に関してもう一度大石君なり、加藤先生なりの御見解を拝聴したいと思います。

○加藤（鏖）委員 われわれは説明答弁が下手でございましたけれども、とにかく野澤君の御質疑には、しばしば答えたことございまして、繰り返すようございしますが、私どもは先般も申し上げた通りに、文化が進み科学が進歩すれば、分業になるのが当然であると思うのであります。しかし、これは実情に即していかなければならぬということ、しばしば申したのであります。それで二百四十四号が、先般三年か四年前に法律になった。これは、私どもの見るところによりますれば、少し進み過ぎたものであると思います。あなたは常に、策謀であるとかいろいろな言葉をお使いになる。その形容詞は一切抜きますが、とにかくあの当時の事情として、圧力が加わった占領治下の法律でありまして、前進すべきものが一歩も二歩も大足に歩きましたために、これをわれわれは現在の国情に沿うように引き直そうとするのであります。時代逆行ということ仰せになる形容詞は御自由であります、私どもはこれが前進の制度であり、われわれは終始国民全体の幸福、健康、保健ということの上に立って、実情に即して国民が便利で安心ができ、どちらが安価に上るかという国民の見地に立ってやっておるのでありまして、私が医者であり、あなたは薬剤師であるという立場ではないでございましょうが、私が医者である立場から言うのではありません、たまたま医学に少しぐらいの知識がございしますがゆえに、しろうとのお方よりはよくわかるであろう——わかっておらぬかもしれません、そう自負いたしておりますがゆえに、これをやるのであります。

○野澤委員 私自身は、こうした無謀な法案がなぜ生まれなければならなかったかということについて御質問いたしましたのでありまして、それと同格に扱った事柄について、提案者としては、それが一番合理的な現状に即した正しい行き方だということは、見解の相違でやむを得ませんが、お二方にお尋ねしたいのは、もしも二百四十四号という法律が実際に施行された場合、直接影響を受けるのはだれかということでありまして、それから医療担当者である医師への影響が多いことも、社会通念として当然だと思いますけれども、それ以外にあらゆる面を考えてみて、直接国民に影響する点は、どういうところにあるかということの御見解をお聞きしたいと思います。

○大石委員 お答えいたします。私は来年四月からの法律が実施されれば、一番困るのはやはり国民であると思います。たとえば、一々省令できめられて一例をあげますれば、手術後、湯を訴えた場合にも、一々処方せんを持って薬剤師のところまで行かなければならぬということは、やはりこれは相当不便だろうと思います。このような事例がたくさん中で出て参ると思います。それから医者も困ると思います。医者も不便であると思います。これは私は何も一医者の業権を擁護するということのじゃなくて、ほんとうの医療というのは、すべての国民の医療を担当する者が、ほんとうに情熱を傾けて、愛情を持ってこれを行うのでなかったならば、ほんとうに国民に対する正しい医療というものは行われないうのであります。もし医者が不満であり、不便であって、ほんとうに医療に情熱を傾けることができなかつたならば、医者の存在はありません。それ以外にもっと大きなものは、国民の医療に対する低下でございます。この意味から申しまして、私はどうしても日本のすべての医者が喜んでこれに協力し得るような方針でなければ、やはりこれは片手落ちの法案だと思います。

それから、念のため申し上げておきますが、昭和二十六年にこの来年度から実施の法律ができましたときに、私は国会議員をし、厚生委員をいたしておりまして、その法案の作成に参加いたしております。その場合に、これは決して医師、薬剤師みな当時納得したのでございませぬ。非常な不満があり、私どもは極力その不当をなじりまして、アメリカの総司令部に出て行きました。当時、日本の法律を制定する場合には、われわれに主権はなく、アメリカの総司令部の許可を得なければならぬ、いわゆるオーケーをもらわなければ、絶対に国会に提出することはできませんでした。私たちは、何回も総司令部、ことにサムス準将のもとに足を運びましてその不当をなじり、この法律の制定に極力反対いたしましたが、どうしてもいれられず、一蹴されまして、心ならずもこのような法案が作られたのでございまして、決して私どもが当時納得してできたもの、日本の実情に適した法律だと思って制定したものでございませぬから、念のために申し上げます。

○中村委員長 それでは午前中はこの程度にとどめまして、午後二時半まで休憩いたします。

午後 0 時 23 分休憩

午後 3 時 37 分開議

○中村委員長 休憩前に引き続きまして再開いたします。

○野澤委員 この医薬分業というのが、先日来新しい改正案によって、全く根本からくつがえされるというような論証を私の方で申し上げ、また提案者の代表者としては、いや、分業の精神は捨てておらぬ、漸進的に分業を実施するのだ、こういうようなお話でありますけれども、たとえば、この社会保険経済の一点を見ましても、こういうふうには架空請求やつけ増し請求があるということは、この表によっても事実としてわれわれは首肯せざるを得ない。ところが、こうした要因を作るのは何かというと、現在の医療制度の欠陥に私はあると思うのであります。従って、現在の保険の赤字対策、その他の根本対策等がやかましく論じられておる今日であります。少くとも、こうした面から見ましても、医薬分業という制度を、一日も早く実際制度の上にこれを実施して、こうした架空な要因をなくすということが、国民の立場としても、あるいは立法府の立場としても正しい行き方だと思います。これらにつきまして、保険局長の方では、大体薬物が主体でないかということをお聞きすると、なおさらわれわれはそういう感を深くいたすのであります。これらに対して、提案者であります御両君の方で、こうした事故は保険の事故であるから全然別だ、自分たちの分業案とは関係がないのだというお考えか、あるいはまた、一応分業形態にすると、こうした要因が救われるとお考えでありますか、この点お尋ねいたします。

○大石委員 お答えいたします。これは制度の欠陥というよりも、要するに私は、国民の教養の程度の現われだと思えます。従いまして、急に多少制度の形を変えましたからといって、根本的にこのような問題が解決されるとは考えておりません。

○野澤委員 関連質問で八田君から非常に御質問が出たのですが、こういうことに私は医薬分業の必要さがあるのだと思うのです。医師の不正事実を野澤君が一生懸命になってついておるといいますが、私は一生懸命ついておるわけではない、ただ保険医療の上において不正事実があるという証拠が出たから、こういうことを直すのにはどうしたらよいか、こういうことをさせないようにするにはどうしたらよいかということ、私はまじめに検討しておるのです。ただいま抗生物質等を薬局で売ることがけしからぬ、こういうおとがめのようにありますけれども、今大石君が言われたように、薬剤も医師が処方を出して指示するならば、おそらく日本の医薬制度というものは健全な発達をするのじゃないかと思うのです。ところが、すべてのものは野放しであります。注射薬の宣伝にいたしましても、アメリカ流でいくなれば、医学雑誌あるいは薬局の雑誌だけにしか宣伝が載らない。日本の注射薬は、それが医者を使う注射薬であっても、一般の日刊紙に載せなければ売れない。こういう欠陥というものは、やはり野放し診療、野放し医薬制度というものが大きな欠陥をなしておるのだと思う。八田君が心配されるように、薬局で対症投薬することが、

あたかも罪悪のごとく言われますけれども、この根本をなしておるものは何かという、今度の改正案にも出たように、医者は診察や治療をする以外に、薬屋をやりたいという考えを捨てないからであります。これを捨ててもらって、ほんとうに健全な発展をしていくことこそが、国民の利益になることでもありますので、そのために多年医薬分業ということを主張もされ、また去る昭和二十六年に、不完全ではありますが、分業形態をとって、技術の分野をお互いに尊重していこうという、こうした案が出たのだと私は思うのであります。従って、そうした欠陥について御指摘になる熱意があるならば、昭和二十六年の二百四十四号の法律を、実際制度の上にこれを適用せしめて、そして何カ月でもこれをやってみさえすれば、逐次そうした面が解決されていくと思うのであります。一面において、薬局で当然調剤を行うべきその調剤権さえ剥奪をする、しかも調剤を行う行為については、法律の上に、専門家でない医者と、それから専門の勉強をしてきた薬剤師と同列に置いております。また処方せんも、医師の主観だけによって発行しなくていいのだ、こういう暴論を吐いておきながら、一面において薬局の問題について触れるということは、むしろそこに大きな欠陥があるのじゃないか、社会的なこうした欠陥については是正していくことが、いわゆる分業の理念であります。たびたび申し上げておりますが、それだけの熱意を、どうか国民のために、その法律全体として、実際制度の上にこれを打ち立てるように御努力願いたいと思うのであります。

なお、大石君からは、自分たちも逐次分業をやりたい、完全なものにしたいという御熱意については、さすがは大石君だと敬意を表しますが、ただ今度の法律が、昭和二十六年の法律よりも逆行しているということをたびたび申し上げ、また八田君が関連質問だといって、質問されたチャンスというものも、時間かせぎにはけっこうであります。私はそういう意味で申し上げたのではない。要するに内部的なこういう架空請求とか、つけ増し請求とかいうものを起さないようにするにはどうするか、それには一応分業形態をとられる方がよろしいような感じがするので、私はお尋ねを申し上げた。それがとんでもないところへ飛び火をしてしまったわけでありませう。

そこで、総括的に大石さんにお尋ねするのですが、現在のような野放しの薬屋の状況、あるいは医者の状況というものを、現況のままで置いておいてはいかぬ、何らか漸進的にもよろしいから、これを完全なものにするためには、分業形態をとった方が早道であるとあなたはお考えでありますかどうか、この点をお伺いいたします。

○大石委員 お説の通り、分業形態をとっていけば、この野放し状態を多少でもいい方に向けていくということには同感でございます。私どもも全く野澤さんとそれは同感でございますので、ごらんの通りわれわれの法案は、分業を前提としたものになっているわけでございます。ただ、昭和二十六年に制定されましたあの二百四十四号は、当時私もおりまして、いかにこの法案が日本の現状に即さないものかということを盛んに主張して反対したのであります。おっしゃる通り、全くの野放し状態でございますので、これを急激に一ぺんに統制下に置くということは、非常な混乱を生ずるわけでございます。従いまして、

漸進的に行こう、急激に行かないで、時間をかけて段階的に分業の方に持っていかうと念願いたしましたして、一生懸命に総司令部にかけ合っただのでございますが、断固として彼らのオーケーがもらえず、あのような法律ができたのでございまして、私は野澤さんの御意思に沿うべく、この野放し状態を少しでも早く漸進的に混乱を起さないでいい方に持っていきたいと考えまして、あの急激な二百四十四号の法律を現在のものに改正した方がよかろうと考えておるわけでございます。

衆議院社会労働委員会公聴会

昭和 30 年 7 月 21 日（木曜日） 午前 10 時 29 分開議

○中村委員長 これより医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案についての社会労働委員会公聴会を開会いたします。

この際、公述人の皆様に一言ごあいさつ申し上げます。本日は御多用中にもかかわらず、当公聴会に公述人として御出席下さいましたことにつき、委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

本案は重要法案でございますので、審査に万全を期すべきであるとの委員会の意思によりまして、本日公聴会を開き、公述人の皆様方に御足労をわずらわした次第であります。公述人におかれましては、問題につきまして、あらゆる角度から忌憚のない御意見を御発表下さいませよう、お願いをいたします。

ただ、時間の都合上、公述の時間はお一人十五分程度といたしますが、公述のあとに、委員諸君から質疑があると思われるから、その際も忌憚なくお答えを願いたいと存じます。

なお念のため申し上げますが、衆議院規則の定めるところによりまして、公述人の方々が発言なさいます際は、委員長の許可を得なければなりませんし、発言の内容につきましては、意見を聞こうとする問題の範囲を越えてはならないことになっております。また委員は、公述人の方々に質疑をすることができますが、公述人の方々は、委員に質疑することはできません。以上お含みを願っておきます。

次に、公述人の皆様は御発言の際は、壁頭に職業または所属団体名並びに御氏名をお述べ願いたいと存じます。なお発言の順位は、勝手ながら委員長においてきめさせていただきます。

それでは水越公述人に御発言を願います。

○水越公述人 日本医師会副会長の水越玄郷であります。ただいま委員長から、今回提案されました法律案についての意見を述べろということですので、まず日本医師会の基本的な考えにつきまして申し上げます、最後に本案に対する意見を申し上げたいと思います。

日本医師会におきましては、法律をもって処方せんの発行を義務づけることは、絶対反対であるというような基本的な態度を打ち出しておるのであります。その理由といたしま

しては、現在欧米におきまして分業が行われておるのは、一つの医療の簡素化の形態をとりながら、逐次自然発展的に分業の形に持ち込まれたのでありまして、あたかも弁護士さんが簡単な事務所を持って仕事をしておられるというような姿で、欧米においては医業がなされておるといような形態でありますので、従いまして、日本が現在、医師のところまで治療もする、さらに調剤、投薬もするといような形態とは、その発展の歴史がすでに違っておる。しかも法律で処方せんを発行せしめ、さらに調剤を禁じようといようなことにつきましては、絶対に賛成しがたいといような考えであります。

現在欧米におきましては、私が申し上げるまでもありませんが、薬局におきましては、医師の処方せんあるいは証明書がなければ、一般大衆は薬を手に入れることができない。あるいはまた注射器一個、あるいは注射針一本ですら購入ができない、入手ができないというのが、欧米の実情であって、さように欧米の薬剤師さん、薬局は、自己の仕事といもの限界を非常に正しく、守っておられる。こういうような点からいたしまして、分業そのものに忠実であると申しますか、非常に良心的な姿でやっておられるわけであります。これに反しまして、現在わが国におきましては、御承知の通り薬局におきまして、頭が痛い、腹が痛いといえ、これに調合するといような形で、その訴えに応じて薬を盛っておる。これは聞くところによりますと、国民医薬品集といものに盛られた処方箋で薬を盛っておるのだそうではありますが、このようなことは全く欧米にはない。

現在、御承知の通り、たとえば頭が痛いといいまして、その頭の痛い原因には幾つかあります。ただ単なる頭痛薬でこれを処理しようといようなことは、非常に危険きわまりない、かようにわれわれは考えておるのであります。従いまして、欧米では、この分業として医師が処方せんを出しているということであるので、日本におきましてこの処方せん発行を義務づけようとするならば、これと並行して薬局の無診調剤といいますか、医薬品集に盛られたその処方箋によって、薬剤師さんの判断によって薬を調合するということを当然禁止しなければ、これは片手落ちの姿ではないか、かように考えるわけであります。

はなはだ申し上げにくいことを申し上げるようではありますが、たとえば赤痢、疫痢その他急性伝染病に対する特効薬が、非常にどっさり現在できております。こういうような薬を、正しい処方に基き、さらに十分なる医師の監督のもとに治療を続ければ、徹底的に治療ができるわけではありますが、現在の状況では、このような抗生物質を薬屋さんで売る、患者さんがこれを買って、熱が下るなり下痢がとまるなりすれば、それを患者さんは、すでになおったと考えまして、そのまま治療を中止してしまう。そういうようなことからしまして、伝染病が跡を断たないといような事柄も現在あるわけであります。

さらにまた、過日も新聞紙上ににぎわした問題であります、ペニシリンを注射してそのために死んだ人もあるようであります。またこれも申し上げにくいことではありますが、私が現実に体験した問題であります。昭和二十二年の末でありましたか、日本において虫を下すサントニンであります、その薬が非常に少かった時代がありました。その当時、私のところにあるお母さんがお子さんを連れて参りまして、うちの子供がまっかな便をし

たので、赤痢ではないかと思うから見てくれというようなことでありました。私、その便を拝見しますと、血液ではないわけでありまして、従いまして、何か薬を飲ませなかったかと聞きましたところが、実はこういう虫下しを飲ませたというようなことを言っておりました。私の想像をもってしますならば、おそらくサントニンにあらずしてフェノールフタリンかを飲まれたのではないか、かように考えたわけでありまして。

このようにして、現在日本における薬局の経営の状態が、まさしく欧米の薬局の経営状態と同様であるとするならば、またここにいろいろと議論が起ってくるとは思いますが、いずれにしても現状におきましては、とうてい医薬分業することが患者さんに非常に迷惑をかけるというようなことになる、かように考えておるわけでありまして。

さらに一部の方々からは、処方せんを発行させなければ医者が秘密治療をしておる、秘密調剤をしておる、自分のところでお手盛りかげんで、どのような薬を盛って与えておるかわからぬというようなことを言われる。しかるがゆえに、処方せんを出して、その処方によって、まさしくこれはかぜにきく薬、あるいはまたこういうようなものにきく薬だということを薬剤師さんが見て、初めてそこに処方の公開があるのだというようなことを一部の方から言われておりますが、しかしながら、これによって医師の処方せんを一部の方々に一応明らかにすることはできましたとしても、しからばその処方せんが薬局に回りまして薬剤師さんが調剤をするときに、一体その調剤をだれが監督し、あるいはまただれがこれを処方せんの通り処方したということを証明してくれる人がありましようか。このようなことからしまして、処方せんの公開そのものが、実はあまり意味がないのではないか。さらにまた、もしそのようなことがかりにあったとしたならば、医師の診療に対する責任というものはとうてい果すことができない。かような観点から、日本医師会があえてこの処方せん発行に反対をしておるゆえんであります。

さらにまた、一部の方々からは、もし分業を実現しなかったならば、薬科大学を廃止したらいだらうというような意見も出たやに伺っております。しかしながら、私たちが薬剤師さんを見ておる目は、そのような姿で薬剤師さんを見ておるのではないのであります。薬科大学におきまして、専門的な薬学の研究、さらにまたその製造、あるいはまたその貯蔵法、あるいは調剤、いろいろな角度においての勉強をなさっておると思うのであります。単に調剤のためにということでありますならば、それはむしろその方々の言われておりますように、薬科大学の廃止ということも、むしろ賛成せざるを得ないというようなことに相なるのではないかと思うのであります。

さらに、この分業をいたしますれば、国民負担が軽減するというような意見も、一部にはあるわけでありまして。しかしながら、この分業した場合に、国民負担の増減はどういうことになるかということで、昨年厚生省が新医療費体系を発表されましたが、この新医療費体系の計算は、厚生省におきましても二、三%の増加を認めておられる。日本医師会で計算をしてみますと、大体一二%くらいの増が起ってくる、こういう計算になっておるのであります。しかも、この新医療費体系には、処方せんというものは無料にする。現在健

康保険においてすら、五点を認めておるこの処方せん料を、いきなり一刀両断式に、とにかくこれを無料にするというような暴挙をあえてしてすら、とにかくそのような医療費の増加がある。こういうようなことからしましても、国民の負担する医療費というものは、必ず増加するであろうとかたく信じておるわけでありませう。

さらに、処方せんを医師が出すというようなことになると、現在の社会保険医療というものは、国家の総医療の八〇%を占めておるわけでありませうが、その際薬剤師さんが調剤したその請求書を基金に出されたとしませうも、これをどういう方法をもって審査するか、実にこれは大へんなものだと思うのでありませう。おそらくは、この処方を十分に審査するためには、その処方を出した医師からも、請求書にその処方を書かせなくてはならぬのじゃないか、かように思うわけでありませう。東京のごときは月に百万件もありませう。その百万件の中から同一処方を抜き出して照らし合わせるなどということが、一体できるかできないかということも、この際考えてみなければならぬと思うのでありませう。

さらに、調剤権の問題でありませうが、われわれも同様に、調剤の点に関しましては、十分なる教育と修練とを大学教育において積んでおるわけでありませう。そういうような状態から、ことさらに調剤権を薬剤師さんのみに認めるということにつきませうも、日本医師会としては絶対に承服できない。かように考えておるわけでありませう。

以上、簡単に日本医師会の考え方を申し上げましたが、今回提出に相なりませうこの法案につきませうも、日本医師会としては不満足であるということをお願いするを得ないのでありませう。

以上簡単でありませうが、日本医師会の考え方を公述いたしまして、委員各位が、日本医師会が考えておりますことは、現在行われております医療形態、すなわちいつでも医師が必要に応じて薬の調剤投与ができるというこの姿こそ、最も日本の国情に適し、最も患者を幸福にし、さらにまた最も医療費が安く上るという観点から、最もいい案であるということをかたく信じておるということを考えておりますので、でき得ますならば、このような姿にしていただきますよう、切にお願いいたしまして、日本医師会を代表いたしまして公述いたします。

○中村委員長 竹中公述人。

○竹中公述人 私は日本薬剤師協会副会長の竹中でございます。このたび医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案、すなわち本日問題になっておりますところの法律案が国会に提出せられまして、これに意見を申し述べよということでございます。

ただいま伺っておりますと、日本医師会のお考えを御発表になったのでありませうが、私はあえてここで医薬分業の問題を再び繰り返そうとは思わない。何となれば、この問題は、すでに去る二十六年の第十国会におきまして、十分参衆両院の先生方が御研究を下さいまして、その結果、現在のわが国の文化の程度では、この辺までは分業を推進しなければならぬという結論に到達して、昭和二十三年の医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正

せられて、現在の法律となっておる次第であることは、もう私が申し上げなくてもよく御存じであります。そして、この問題が去る十九回の国会で、医薬関係審議会設置法が通り、二十回の国会において御審議になりましたが、この施行期日が、なお準備不十分であるということで、明年の四月一日まで延期されたことも、皆様方のよく御存じの通りであります。

そこで、この法律が現在いかなる状態にあるかと申しますれば、すでに皆様方の御協賛によって、今年度成立をいたしました予算において、一千三百余万円の予算が通過し、厚生当局は、これを明年度から実施をするように鋭意研究を進め、この秋までには、その成案を皆さんにお目にかけることができるのだ、こういうふうに言っておるのであります。

そこで、さような経過をたどって参りました中に、分業問題というものは、いろいろな観点から論じ尽されておる。従って、今公述なされましたことについて、一々われわれの反対の立場を申し上げるには及ばぬと思うのであります。ただ、ここで忘れてならぬと思うことは、わが国の医薬分業というものは、一体だれが作り出したのかということであります。昔の漢方医時代とは違って、新しい医術に対しては、りっぱな独立した薬学の協力なくては真の治療は行えない。そうしなければ、いろいろ人命にも危険を及ぼすようなことがあって、このまま医師一人が医のことも薬のことも両方持っていくということではできない。私が申し上げるまでもなく、各企業がだんだんと発達をしていけば、各種の分野に分れる。おのおのその分業化された各分野は、深くその専門分野を探求されまして、その協力によって、すべての成果を最高度に発揮しておることは御承知の通りであります。医学も薬学も、どんどん進んでおることは皆様がよく御承知の通りであります。しからば、現在薬学というものと医学というものを、どうしても分けなければならぬという考え方は、国においても変わりがないと思うのであります。明治初年に先覚の医師諸君から、どうしてもこれは医薬を分けて、そのおのおの責任をもって民衆のために奉仕させるようにしなければならぬということで、分業制度ができました。できまして、それから後八十年、いろいろ法律制度が変ることはありましたけれども、いまだかつて国家としては、分業の制度を取りやめるといことは一回も言われたことはない。そこで、国は、まず第一に薬剤師が足らぬから分業ができぬといって、薬学校規則を作り、薬剤師の養成をされたわけです。薬剤師は、この国家の要請に従って、分業によって国家に奉仕しようという熱意を持って、すでに五万の人をこの世に送っておるのでありますが、なお毎年約三千人の新しい薬剤師が生まれつつある。現在八万五千の医師に対して約五万の薬剤師がある。しかも、この薬剤師が本来の仕事をするところがありませんために、ほかの仕事につく。あるいは薬局を開設いたしましても、一カ月にわずか二枚あるいは三枚程度の処方せんを扱うことしかできないという現状であります。こういう点からいきましても、国家がせっかく養成した薬剤師を活用されなければならぬ時代に到達しておると思えますし、また本日御提示になりましたこの案によりますれば、まず第一に、医師法並びに歯科医師法においては、医師の処方せんの強制発行と申しますか、医師が患者を見て薬品を投与する必要がありま

す場合は、処方を書かなければならぬ、現在の法律はそうなっております。これは処方せん発行の問題が、もちろん医薬分業の前提条件でございますから、何とかして処方せんを発行することに協力をしていただきたい、かように考えまして、去る大正の末期に健康保険が立法化されましたときにも、当時の当局者は、この社会保険においては、医師会の方々によくお願いをして、処方をなるたけ出すようにするから、薬剤師協会もこれに協力するように、また昭和十三年の国民健康保険のときにも、そういうふうにして、また医師会の幹部の諸君にもお骨折りがあったことと思います。漸次処方が出てくるかに見えましたが、それはいつの間にやら姿を消して、なお現在のようなありさまなのであります。

そこで、この第一の処方せんの問題であります、先ほど申しましたように、現行法では、この処方せんを発行しないでよい場合、これは医薬関係審議会で十分審議をして、極力しぼって、それ以外のものは処方せんを発行するという建前になっておるのであります。しかるに、本案を見ますと、本案では、患者から医師に薬の調剤をしてもらいたいという申し出があった場合には、もう処方の発行はしなくてもいい、こういうことになっております。しかもそのためには、その場合等を勘案するために必要な医薬関係審議会というものを見捨て、なお第二号で、診療上特に支障がある場合は処方せんを発行しないでもよろしい。その診療上特に支障がある場合、そういう場合も、先ほどの医薬関係審議会ですっきりしぼって、それ以外は処方せんを出すという建前になりましたのは、先ほど私が申し上げましたように、処方せんの発行が分業の前提条件であります。ところが、今までの状態はどうであったか。それは、ただ医師の主観によって、診療上支障ある場合はこの限りでないという言葉で、空文化されておると言っても間違いがないのじゃないかと思うのであります。なお、われわれといたしましては、現在多くの病院等の医療状態を拝見いたしまして、かような特に診療上支障があって処方を出せないというようなケースは、はなはだまれであると思っておりますので、このことについては、むしろ同意いたしかねる次第であります。しかしながら、これはすでに決定した現行法、すなわち医薬関係審議会によって、そのケースをおきめになるということに対しましては、この法案の成立に先だち、医師会、薬剤師協会、歯科医師会、それぞれの代表が国会において証言をし、そうして衆参両院がほとんど満場一致でもって通過をいたしました法律でありますから、これに従おうといたしておる次第であります。

処方せんの発行という問題につきましては、これはお医者さんの立場におられる方には、あまり感じられないかもしれませんが、実は私は、先ほど申し上げた通り薬剤師ですが、私が医師をたずねまして診療を受けましたときにも、お医者さんは、私に診療の結果、処方を出さうかとおっしゃることは、ほとんどありません。むしろ、私の家が薬局であり、調剤しておることは御承知であるけれども、薬を上げますからそれをお上がりなさい、大ていこう言われる。しかも医師みずから調剤しなければならないその調剤が、だれによってやられたのかわからない、しかも内容がいかなるものが入っておるのか、私の方から伺っても、あまりはつきりおっしゃらない。それをなお追及するだけの力を私は持っており

ません。私でさえそうでありますから、多くの弱い、自分の病で自分の肉体をまかせ切っておるお医者さんに対して、そのごきげんを損じてまで処方してくれということ言うはずはなかなかないのである。

しかも、今までのお話にもありましたように、世界中どこにもないような処方せん料という制度が日本にはございます。この処方せん料の制度によって、処方の発行もまたはばまれておるといことも事実であります。その処方せん料を払うことによって、二日分なり三日分なりの調剤をしてもらって持って帰ることができる。そういう点からいきますと、これまた処方せんが発行されないというような状態になっておるのであります。かようにして、長い間調剤をするために薬学というものがあり、薬学終局の目的は、調剤にあるとわけてわれわれは教育されておるのであります。薬科大学におけるところの研究がそれが薬科大学と名前もついておりますがゆえに、ほかのものを目標にして勉強しておるのではないのであります。すべて習っておるあらゆる薬学は、あげて完全なる調剤をするために教育されておるのであります。かような観点から申しましても、この調剤のために長い間勉強して世の中に出た薬剤師が、その本来の仕事につくことのできないという現在の状態を改善していかなければならぬと思いますときに、かような時代逆行の条文は承服いたしかねる次第であります。

次に、薬事法についてであります。先ほど水越公述人の話にも、医師は十分なる薬学の素養を持っておる、修練をいたしておるから、調剤をする能力がある、こういうふうにお話しになっております。去る十八日の夜の放送討論会を聞きますと、大阪の何とか言われる医師会の理事さんがおっしゃるのに、調剤ということは非常に簡単なものだ、女中でも看護婦でも、だれがやっても、ただませさえすればよいので、簡単だ、こういうような発言をなさっておったのであります。まことに驚き入った次第であります。幸いにして何か事故も起きないような平凡な調剤なら、それが簡単な混和で済んだかもしれませんが、現在の薬学は、非常に進歩しております。同じ調剤をいたすのにも、一つの薬品をいかに有効なる方法によって調製せられるか、またいかなるものがいかなる化学変化を起して危険を起すようなことがあるか、これらについても、そう簡単ではないのであります。

しかも薬剤師は、先ほど御指摘もありましたが、薬品の調製、保存、鑑定、すべて薬についての責任を持ち、そして調剤をし、これを交付するところの責任があるのであります。従ってその薬剤師のもとに保管されておりますところの薬品に対しましては、その薬剤師は、全責任を負わなければならぬ。もし医師が処方を発行されました場合に、誤まって、その内容のふさわしくない処方がありましたといたしましても、薬剤師はこれを医師に照会をし訂正をして、そして調剤するのが本務であります。薬事法におきましては、この医師の処方せんの誤り等を発見した場合に、それを修正する、それについては医師の許可を受けてやらなければならないということをやちゃんと規定しております。そしてまた、事実そういうふうにしなればならぬ。もし誤まった処方によって調剤をし、不幸なる転帰を来たしたような場合に、その責任はだれが取るか。これは処方をしたところの医師に

あらずして、薬剤師が処罰せられておることは、大審院の判例等によってお調べ下されば、よくおわかりのことと思います。

かように、薬そのものに対する長年の教育を受け、しかもそれに対して十分な責任を持ち、これに対する責めを果さなければならぬ立場に置かれている薬剤師に対して、現在におけるところの医師は、薬品に対しては何らの責任もお持ちになっていない。この医師が、同じ薬事法の本則の中に調剤権を確立するというのがごときことは、文化に逆行するところの、はなはだ笑止千万な案だといわざるを得ないと私は思うのであります。

なおこの場合におきましても、医薬関係審議会は、いろいろなケースを検討いたします。これらのごく狭められた範囲において薬品が正しく調剤され、交付されるということは、医療内容の向上と国民の健康保持のために緊急なことであるといわなければなりません。

なお、医師法、歯科医師法並びに薬事法に規定せられておりますところの規則違反に対する罰則、これを本案においては、全面的にお削りになっております。いやしくも法治国の国民が、その国の秩序を保つためには、その法律を守らなければなりません。もしこの法律を守らぬ人がある場合には、この社会公共のために好ましくない人たちには、残念ながら相当なる刑罰の課せられることは当然であります。もし、初めからこの刑罰の条項を削除して、そしてこの法案を通そうというふうなお考えを持たれることに他意がなかったならば、これはすみやかにお取りかえなさるべきものであり、もしこのまましいてお通しになろうとするならば、初めより順法精神がなくして法を乱るような考えがあると言われても仕方がないのではないかと思うのであります。

以上、私は、今回の案は全面的に承服いたしかねる案であるということを申し上げる次第であります。

○中村委員長 次に鹿島公述人。

○鹿島公述人 私は日本歯科医師会専務理事の鹿島でございます。委員長の御依頼によりまして、歯科医師会としての見解を申し上げたいと存じます。ただいままで日本医師会の主張せられました論旨につきましては、歯科医師会は大体同調であります。この際、日本歯科医師会といたしましての考え方を簡単に申し述べることにいたします。

○中村委員長 以上で公述人の公述は終わりました。

次に、委員より質疑の通告がございますので順次許します。現在六名通告がございますので、どうぞそのおつもりで御質問を願います。大橋武夫君。

○大橋（武）委員 今日のような社会生活におきまして、いろいろな政治上の意見をきめるに当たっても、経済的な影響ということを考慮せず意見が出てくるということは、考えられないのでございまして、この問題についても、生活問題というものが結びついておると、私は想像しておったのでございます。特に薬剤師会にお伺いいたしたい点は、この問

題の背後には、やはりお医者さん方の生活問題があるのだということについて、薬剤師の方々は、むろん十分な御認識をお持ちのことと存じますが、いかがでございましょう。

○竹中公述人 ただいまの御質問に対しまして、私ども、医師会の方々が生活上の問題をお考えになっておるということを承知いたしております。しかし、また一面われわれ薬剤師も、御承知のように社会保険がどんどんと広がって、全部の医療のほとんど八割あるいは九割になろうかというような状態ではありますが、そういう際に、本来の分業制度で奉仕をする立場の薬剤師は、やる仕事がなくなってくるわけでありまして。このわれわれ薬剤師の立場も、よくお考えをいただきたいということをつけ加えてお願い申し上げる次第であります。

○大橋（武）委員 その薬剤師の仕事が、社会保険制度の普及によってだんだんに減りつつあるという事情を、少しく詳しくお聞かせいただきたいと思っております。

○竹中公述人 ただいま御質問のありました社会保険が広がっていく、これは、近年国民健康保険等に対する補助金の増額、あるいは先般これの国庫負担の御決定があったようではありますが、さようなことで、各地に国民健康保険組合が結成されつつあります。そして、国民健康保険組合が活動を開始いたしますと、今までの薬局を訪れておった顧客は、その組合員となり、その保険料を負担しております関係から、ごく軽微なうちに医療を受ける。非常に好ましい状態ではあります。そのために本来の姿にない、薬剤師の店の売り上げは、たとえば福島、仙台等におきましては一そのほかの都市につきましても、薬剤師協会として調べておりますが、大体その売り上げの減少率は四五%ぐらいになっておるわけがあります。

○大橋（武）委員 医師会の側としては、今薬剤師会からお述べになりましたような事実につきまして、どういうお考えをお持ちでございましょうか。

○水越公述人 ただいまの社会保険が発達したから薬品の売れ行きが少なくなったということについては、ちょっと理解いたしかねまするので、あらためて薬剤師協会の代表の方から、いま一回お聞かせを願いたいと思っております。

○竹中公述人 重ねて申し上げますが、国民健康保険の組合が各地に結成をされ、なおこれに対しては、厚生当局も相当推進をして、全面的に結成するように勧めておられるようであります。そこで、実はわれわれ薬剤師協会の方に、各地から健康保険組合、あるいは国民健康保険組合等の結成によって、業態が非常に困難になったために、店をやめるという届けをしてきているものもあつたのであります。こういうふうなことによって、薬剤師協会が各地の実態を調査いたしましたのであります。その実態調査をいたしました結果は、以前に比較して大体四五%売り上げが減っているというデータが出てきたわけでありまして。

○水越公述人 ただいまの御意見に対して、日本医師会としての解釈をちょっと申し上げてみたいと思っております。各地に、いわゆる社会保険、ことに地方において国民健康保険の結成がふえた、そのために薬剤師さんの収入が減ったということは、われわれの解釈をもってしますならば、国民健康保険なりその他の社会保険ができたがゆえに、医師に診療を受

ける率が多くなってきた、そういう意味におきまして、私が公述において申し上げましたように、いわゆる無診投薬と申しますか、国民処方という名目のもとに調剤販売しておられたその率が減ったのではないかと、かように解釈しているわけでありまして。

○竹中公述人 今、松岡先生のお話の中に、医師からも薬剤師からも、自由に患者が調剤を得るようにして、だんだんと薬剤師の扱うように進めるのがいいじゃないか、こういうお話であります。ごもっともであります。現行法はそういうふうになっておるのであります。ただ要するに、医師会のいわゆる強制分業というのは、医師が患者を見て、薬品を調合して、患者に渡さなければならぬというときに、処方を渡さなければならぬ、これが強制だ、こういうのであります。国民のための強制ではないのであります。国民のためからいきますならば、国民は自分のかかっているお医者さんの顔色を見ながら、そのお医者さんの好まない、処方してくれなどということは言えない。さっき申し上げましたように、薬剤師の私でも言えない。そこで、見たらかまわず処方してくれて、それから後、これをいかにするか。そこの医師のところでもらうか、薬局に持っていくか、これがりっぱな任意分業であります。その任意分業の形態が現行法でありますから、私はこれをやめて、そうして、昔の法律ならばいざしらず、それ以上さかのぼった、それこそ徳川時代あたりの法律に持っていこうという本案に対しては反対だと、こう申し上げたわけでありまして。

○大石委員 それでは、竹中公述人に、前任どの公述につきまして、一つ聞き捨てならない点がございますから、お尋ねしたいと思っております。これはあげ足を取るようで、あまりおとなげないようではありますが、ちょっと許せない発言がございますので、その真意をお尋ねいたします。先ほど、われわれは来年四月から実行される正しい分業の法案を、徳川時代のものに返すということは絶対反対であるということを仰せられましたが、徳川時代には、どのような医師法、薬事法がありましたか、お尋ねいたします。

○竹中公述人 徳川時代のような古めかしいという、これは私としての一つの形容詞で、その形容詞の使い方が悪かったら、お許しをいただきたいと思っております。御提案になった大石先生のお考えと私の考えが対照的になるのは、やむを得ないことと思っておりますが、この分業という線に沿って法案が審議せられ、去る二十六年の御決定によって現行法ができておる。その現行法の精神というものにつきましては、先ほど申し上げた通りであります。すなわち、患者がほんとうに自由な立場で一步分業に進めるような態勢を、とりあえずここまではとらなければならぬという結論が現われておると私どもは思っておるのであります。分業の問題が進歩しないということは、先ほども申し上げましたが、処方が全然出ないということです。この処方が少しでもよけい出て、薬剤師もそれになれて、りっぱな分業制度が行えるようにしなければならぬというときに、それと逆行して処方の内容も公開しないところの処方せん発行義務の免除条項をお加えになるということは、私どもは非常に文化に逆行したものだと考えております。

○大石委員 われわれはあなたの信念を聞いているのではない。われわれはこの法案を出す場合には、ほんとうの信念と情熱を持ってこの案を作り、提案したのであります。しかしわれわれは、必ずしもあなた方にわれわれの考えに同調せよということを強要しておらない。お互いの立場もあり、お互いの主張もあり、お互いの考え方もある。われわれはそれを尊重して、お互いに正堂々と議論し合ってこれをきめたいと念願しておる次第であります。ことに昨年のあの薬剤師会、医師へ会の泥試合には、国民はあいそうをつかしておる。われわれはこれを何とかしてやめさせて、正しいフェア・プレーをもってこの問題を解決して、国民からこのような忌まわしい考えを取り除こうとして一生懸命努力しておるのであります。しかるにあなた方は、逆行であると言う。逆行であるとお考えになるのは一向かまいません、徳川時代とは何でありますか。徳川時代のようなとは申しております。速記録を調べればはっきりわかりますが、徳川時代の法律に逆行することは反対である、これはあなたの失言であろうと思います。いさぎよくそこであやまればけっこうであります、もしあやまらなかったならば……。

○竹中公述人 ただいま私は、徳川時代のような古めかしい制度に返ることば反対だという意味に申し上げたのですが、言葉が足りなければ、その点は取り消します。しかしながら、その意図するところは、その内容応は、結局徳川時代の秘密治療であります。その秘密治療に逆行するのでありますから、これを徳川時代の制度に逆行すると申し上げても、決して間違いではないと私は考えておる、さように御承知を願いたい。

○野澤委員 竹中公述人にお伺いしたいのですが、あなたの公述中に、現行法現行法ということが何べんも言われましたが、あなたの言われた現行法というのは、法律二百四十四号のことをさしたのではないかと思うのでありますが、この点、第一にお伺いいたします。

○竹中公述人 ただいま御指摘の通り、法律第二百四十四号をさして現行法と言ったのであります。

○野澤委員 竹中公述人にお尋ねいたしますが、日本薬剤師協会の立場として、改正法の二百四十四号の薬事法二十二条の一号、患者がその医師から調剤してもらいたいと希望した場合、これは調剤のいわゆる例外であります。この一項と、今度の改正案の医師法二十二条の一号であります。患者がその医師から薬を調剤してもらいたいと希望した場合は、処方せんを出さなくてもよい、この二つの関連性に関して、どちらが国民の利益になり、民主的な選択方法であるか、その見解を明らかにしてもらいたい。

○竹中公述人 ただいま御指摘になりました法律第二百四十四号の薬事法の第二十二条ただし書きによりまして、患者がその医師から調剤を求めることができる、そういうふうな場合は、すでに処方書の発行を受けて、その処方書の発行を受けた後に、自由意思でその医師からもらいたい、こういうことであります。今度の、本日御諮問になっております法案の医師法の第一号、すなわちこの条項は、処方せんの義務発行を免除するところの条項で、患者並びにその看護に当っておる者が、その医者から調剤をしてもらいたいと言った場合

には、処方せんを出さなくてもいい、こういうことであります。処方の内容というものは、患者に知らさなくてもいいわけでありまして。そこで、この両案についての比較をいたしてみますならば、先ほど私ちょっと触れたのでありましたが、患者がその自分の病気をまかせておる医師の感情を害してまで、ほかに行って薬をもらうのだから処方を作ってくれということは、言い得ないものと思うのであります。そういう関係から、これは必然的にここで見てもらった患者は、その医師のもとから、処方せんを発行しないで薬品をもらうというふうな形になっていきますが、これはほんとうの患者の自由意思を伸ばすゆえんではない。従って、ただいまの二百四十四号のただし書きにおけるところの、特に患者並びに現に看護に当たっておる者からその医師に調剤を求める場合とは、大きな差があると思うのであります。

○中村委員長 公述人の皆さんには、お暑いところをありがとうございました。

午前中の部分はこの程度にとどめ、午後三時まで休憩いたします。

午後 2 時 20 分休憩

午後 3 時 27 分開議

○中村委員長 休憩前に引き続きまして会議を再開いたします。

この際、公述人の皆さんに一言ごあいさつ申し上げます。本日は御多用中にもかかわらず、当公聴会に公述人として御出席下さいまして、委員一同を代表してお礼を申し上げます。

本案は、重要法案でございますので、審査に万全を期すべしとの委員会の意思によりまして、本日公聴会を開き、公述人の皆さん方に御足労をわずらわした次第であります。公述人におかれましては、本問題につきまして、あらゆる角度から、忌憚なき御意見をお述べ願いたいと存じます。ただ、時間の都合上、公述の時間はお一人十五分といたしますが、公述のあとに委員諸君から質疑があると思っておりますから、これまた忌憚なきお答えを願いたいと存じます。

なお、念のため申し上げますが、衆議院規則の定めるところによりまして、公述人の方々が発言なさいます際は、委員長の許可を得なければなりませんし、発言の内容につきましては、意見を聞こうとする問題の範囲を越えてはならないことになっております。また委員は、公述人の方々に質疑をすることはできますが、公述人の方々は、委員に質疑することはできません。以上お含みを願っておきます。

次に、公述人の皆さんが御発言の際は、劈頭に職業または所属団体名並びに御氏名をお述べ願いたいと存じます。なお、発言の順位は、勝手ながら委員長においてきめさせていただきます。

それでは荒井公述人をお願い申します。

○荒井公述人 日本獣医師会副会長の荒井と申します。獣医師の立場におきまして、今回

の問題につきまして、私どもが考えておりますことを二、三申し上げたいと思います。

○中村委員長 次に宮尾公述人。

○宮尾公述人 私は健康保険組合連合会の会長をしております宮尾武男でございます。私が申し上げたいことは、簡単なことでございますが、まず医薬分業に関する連合会といたしましての基本的な態度について、一言申し上げたいと思うのであります。

これは従来各所で連合会は申し上げておりますので、御承知のことと思いますが、原則的には医薬分業に賛成だ、しかし、被保険者に不便になったり、またそれがために医療費が膨脹するようでは不賛成である、こういう基本的な考え方に立って、今までものを見て参ったのであります。原則論として賛成だということは、社会保障制度の発展推進の上に、分業という課題が取り入れられていくことは、現今医療制度が非常に行き詰まっております、何とかしてここでこの壁を突き破っていかなければならないというような事態に当面しておりますので、それには、そういう問題も含めて考えていき、また解決していくべきだ、こういうように考えておるわけでございます。

それから被保険者に不便になるというようなことは、これはもともと被保険者に不便をかけるということは、これは保険者の立場として非常に困る問題でありますので、その点についてどういう措置がとられるかということが、問題であると思うのであります。この点については、大体いろいろな立法上の措置あるいは例外等ができて、私ども百パーセント不便であるとはもう考えておりません。

次に、費用の点であります。費用の点は、健康保険がだんだんに発展して参りまして、被保険者からはようやく信頼を取り戻し、医療担当者からは関心を払われ得るようになったのであります。それに伴って、また欠点もだんだんに露呈して参りまして、非常に医療費の高騰に年々悩まされておることは御承知の通りでありますので、このままの状態で医薬分業をやるということについては、私ども費用がふえるということについて危惧の念を持っております。従って、ただいま健康保険の赤字処理等につきまして、再建計画等をお立てになっておいでのようではあります。そういうものがはっきりと見通しがついた上でやることが好ましい、こういうふうにご考慮願っております。

それで、今回の法律案であります。私どもの立場から申しますと、非常にむずかしい問題で、それを国会でおきめになりましたのを、またここで非常にむし返してくるということ、あるいは毎年々々そういう問題が医師と薬剤師との間に起って、国民は非常に不安と焦燥にかられるのでありまして、従って、被保険者の治療上に非常に迷惑をかける、そういうような観点からいたしますと、私どもは早くこの問題に終止符を打って、解決をしていただきたいと思うのであります。

また、この医薬分業の問題につきましては、三年間の猶予があつて、しかもまた昨年一年三ヶ月延びたのであります。その間に行政当局として何らかの手を打つべきであつたのではないかと。それもやらないで、せっぱ詰まってこういう問題を起させるということは、

私は行政当局に向って非常に不満にたえないのであります。もともと私どもは、原則論で申しましたような立場から、社会保障制度の推進、医療保障制度の発展ということを念願しておりますので、もしもこれがいいものであれば、モデル地区のようなものを作って実際にやって見た上で、その結果によって論議をして、やるかやらないかということをきめるべきでなかったか、死児のよわいを数えるに似ておりますけれども、そう信じておるのであります。それで私どもは、今でもまだそういう措置をとられることがおそくない、一年なり、半年なりを限ってある地区にそういうことをやってみるといことも、おそくないと思うのであります。また、もう一歩進んで、こく限られた地域にだけ、あるいは年限を限ってやるとか、あるいはその地域だけに限ってやるとか、そういう方法によって実際にやってみて、それから悪いところは改めてもよいと考えておるのであります。そういうふうに私どもは考えております。

御質問がありましたらまた……。

○中村委員長 松澤公述人。

○松澤公述人 私は全国国民健康保険団体中央会総務部長の松澤風有司であります。

医薬分業につきましては、われわれの間にきわめて関心を持って、従来からこの成り行きをながめているのであります。と申しますことは、このいかんによりましては、ようやく立ち直りました国民健康保険経済に、きわめて大きな影響を及ぼすからであります。この問題に対するわれわれの話し合いといたしましては、医師会の側からいろいろ話を承わりますと、分業せざる方が有利であるというふうに納得いたしますし、薬剤師側の方からのお話なり、あるいは書面なり雑誌その他で伺いますと、分業した方がきわめて有利であるというふうにも受け取れるのであります。結局今のところ、いいか悪いかわからないというのが、ほんとうのところでありまして、ともかくもやってみてよいか悪いかという結論が出るのではないかというふうに、半ばあきらめておるような状態であります。

さりとて、自分自身が統計調査をして、この是非を判断するだけの資料も持っておりませんし、またそれだけの能力もないのであります。ただ医薬分業問題の方向といたしましては、今後進むべき方向と一応是認をするのでありますが、一つの問題は、これを実施する方法いかんによりましては、保険者あるいは被保険者にきわめて不便を及ぼすのではないかという危惧の念、いま一つはこれを実施したために、現在より以上の医療費の増高を来たすのではないかというような心配がございまして、この方向は是認いたしますけれども、医療費の負担がこれ以上増高いたします場合には、分業に対しまして賛成をすることができないというような現状でございまして。

以上、大体私どもの関係のことか申し上げまして、公述を終わります。

○中村委員長 以上で公述人の公述は終わったのでございますが、本会議において記名投票があるそうでございますから、暫時休憩いたします。

午後 3 時 44 分休憩

午後 5 時 44 分開議

○中村委員長 休憩前に引き続きまして会議を再開いたします。

公述に対する質疑に入ります。野澤清人君。

○野澤委員 宮尾公述人に二、三お尋ねいたしたいのであります。健康保険の立場から、いろいろと現在の分業の問題、あるいは保険医療の問題等について、多分の御経験がおありになるのであります。先ほどの陳述の中で、基本的な態度について御説明があり、原則的に医薬分業には賛成であるという意思表示があったのでございます。その原則的に医薬分業に賛成であるという根底には、被保険者の便不便の問題を第一に指摘されております。そこで、法律二百四十四号という、いわゆる改正法であります。改正法は、この便不便を調和するために、分業実施地域というものをきめるようになっております。この実施地域は、少なくとも省令の定めるところにより、薬局の普及が十分でないところでは、従来通りお医者さんが診察もすれば調剤もするというようにしようという考えから、こういうふうに法律二百四十四号というものは、何でもかでも被保険者や、あるいは国民が不便を感じないことを押し切ろうという法律ではないのであります。こういう建前からいきますと、それでは実施地域をどこにきめるかということに問題点があるわけで、本質的な医薬分業に賛成不賛成ということは、結果的な問題でないかと思うのであります。しかしながら、一応被保険者の便不便という点を指摘してみると、それでは保険医の所在地と薬局の距離が、五百メートル離れておるとかあるいは千メートル離れておるというところに、便不便の問題も起きてくると思います。そういうふうに、便不便ということのものさしを、あらゆる角度から善意に基いて当てていきますと、たとえば、医師の隣に住居があってその医者にかかった者が、処方せんをもらって、千メートルの距離まで薬をもらいに行くことは、確かに不便であろうと思います。しかしながら、法律二百四十四号の規定というものは、患者の求めに応じまして、その医者からも薬剤がもらえるわけでありまして、従って、便不便のものさしをどこに当てるかということによって、結論が一応立つのではないかと思うのであります。こういうふうに、便不便ということの第一義に指摘された趣旨もよくわかるのであります。多少の不慣れのために、そうした不便さはあると思うのでありまして、これに関して、観念的な物の考え方では、どうして私は新しい制度は実施されないのじゃないかと思う。特に宮尾さんのように、社会保険の中核に立ち、しかもまた新しい医療制度のまっただ中に立っておられる方でありまして、こうした面については、かなりの御理解と御決心とがあると思うのであります。ところが、原則的に分業に賛成であるとおっしゃられる第一の障害として、今度は便不便の問題を指摘された。ここに問題点があると思うのです。私はこの法律二百四十四号は、決して完全分業ではない。要するに、医薬の協調によって医療の合理化ができるのだという考え方からしまして、多年の分業に対する考え方は整理して参ったのであります。その間、便不便の問題に関しましては、これは国民の生活革命という言葉で表現いたしております。つまり明治初年あるいは幕末の当時における日本の国民の和服の姿を御連想願えればけっこうであります。この生活様式

を洋服に変えるためには、ちょんまげをつけながら洋服を着た時代も、洋服を着ながらわらじをはいた時代もありました。そのまっただ中であって、ハイカラ紳士といわれたあの明治初年の生活の座化というもの、生活環境の変化というものを考えてみますと、かなりその間には不便もあり、いろいろな議論も集中されたと思うのであります。しかしながら医薬制度の上において、今後医薬分業という理念を貫くために、法律によって、こうしたおのおの分離された学問の基調に立ちまして、医師と薬剤師の業権というものを画然とする。そのために、お互いの生活様式の上に、医者に診察してもらいながら、今度は処方せんをもらって、薬局まで薬をもらいに行く。これを不便と称するよりも——洋服と和服とをお互いにチャンポンに使いながらも、現在の家庭生活をして何ら不便を感じない、不満もない、ここに生活革命だとまで極論を申し上げる理由があるのであります。従って、あなたのようなこうした社会保険の中核に立っておられる方でありますから、少なくとも原則的には医薬分業には賛成であるという第一の論拠に対しては、多少御意見にそぐわない点があるのではないかと、こういう感じがいたしますので、合理的に医療制度を改革するため、また新しい制度に突進するためには、多少の不慣れや不便さは当然あると思っておりますけれども、これをもって分業不養成という理由にはならないと思うのであります。この点についての御見解を承わりたいと思っております。

○宮尾公述人 ただいま縷々お話ししてございましたが、私が原則的に賛成だと申し上げましたのは、社会保障制度が推進され、あるいはより高度なものになっていくためには、現在行われている医療組織とか医療制度とかいうようなものが壁にぶつかっておりまして——医薬分業だけではないと思うのであります、そういうような問題を解決する一つのものであると信じているのでありまして、たとえば新医療費体系に盛られていない技術と薬剤をはっきりさせるような考え方、あるいは保険医の問題であるとか、いろいろな問題を、ここでどうしてもわれわれはその組織を打ち破って、新しい発展段階に進んでいかなければならないところに追い詰められていると思っております。そういう意味から、医薬分業に原則的に賛成だと申し上げたのでありまして、便、不便を申し上げたのは、医薬分業を実際に当てはめていくという面においてどうかという点で、便、不便の問題と費用の問題を申し上げたのでありまして、便、不便の問題に関しましては、先ほども申し上げたのですが、大体被保険者の希望によって処方せんなり薬剤なりをもらえるような制度になっておれば、大体支障がないのではないかと。地域的にいろいろな問題があると思っておりますが、それを全国一律に現状のままでやるということは無理があると思うのであります。今論議されている十万以上の都市であるとか、被保険者一五百メートルとか千メートルというような距離、そういう問題をもう少し離れて、もっと限定された地区に、もしもやったならば、あるいは可能・・・、可能ということは、もしもやるならばそういうところでやって、そして一年なり何年かの間におきまして、いろいろな問題が出て参ると思っておりますので、それを契機にして、あらためてはっきりした姿にしてもいいと思うのでありまして、かねがね私どもは、三年間の猶予期間の間に、なぜモデル地区を作ってやらなかったかというような議論

もしているのですが、とにかく、いろいろなことを申しまして、そういうことをやってみなければ私はわからないと思います。そして、ことに医薬分業問題だけではないのでありまして、医療組織の問題等をどうするかというような問題は、もっともっと大きな問題であります。それと同時に私は解決していかなければならない義務があると思うのであります。そういう意味で、毎年こういう問題が繰り返されているということについては、私は非常にたよりない感じをいたしております。

○中村委員長 公述人の方々には、お暑いところをどうもありがとうございました。

明 22 日、午前 10 時より理事会、午前 10 時 30 分より委員会を開会することとし、本日はこれにて散会いたします。

午後 7 時 13 分散会

衆議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 22 日（金曜日）

午前 10 時 42 分開議

○中村委員長 これより会議を開きます。

まず医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題となし、質疑を続行いたします。大橋武夫君。

○大橋（武）委員 私どもは、先週以来医薬分業についての議員提出法案について審議を重ねて参ったのでございますが、厚生大臣におかれましては、この問題は、御所管事項に非常に重大な関係のある問題でありますから、さだめしこれについては、いろいろな御感想もおありのことと存ずるのでございます。そこで、今日は特に大臣の御出席をわずらわしまして、この法案に関連して御質問を申し上げたいと存ずるのでございますが、まず第一に、今日問題になっております医薬分業についての基本的な考え方は、どういうお考えでありますでしょうか、これについての大臣のお考えを承わりたいと存じます。

○川崎国务大臣 私に医薬分業の基本的な考えを申せということではありますが、これは個人の場合と厚生大臣としての立場は全然違いますので、あらかじめお断わりを申し上げておきます。

私は医薬分業の非常に強硬なる促進論者でありまして、従って今日出ております修正案に対しましては、個人としては賛成することは絶対にできないのであります。しかし、厚生大臣としての立場は、就任の当初に党との約束がありまして、医薬関係法案につきましては党の決定に従うということをお断り申し上げておきますので、国会での審議ということをしてすべて尊重いたしまして、善処をするつもりでございます。私の今日の立場を申せとおっしゃるならば、去年の二十国会でしたかの十二月三日に決定された院議を尊重いたしまして、厚生大臣としての職責を尽しておるわけでございます。

○大橋（武）委員 そういたしますと、大臣のお考えは、改正法律については、できるだ

け予定通り実施したい、こういう考えで政府としての機構の運営にお当りになっておられるわけですね。

○川崎国務大臣 さようでございます。

○大橋（武）委員 そうすると、この改正法律の実施の再延期であるとか、あるいは改正法律の修正というようなことについては、政府としては積極的にはお考えはない、こう承わってよろしゅうございましょうか。

○川崎国務大臣 さようでございます。

○大橋（武）委員 そこで現在政府の進めておりますところの実施準備ということと並行いたしまして、今日医薬関係者の間に、この実施をめぐる紛争が起っておることは、これは大臣もすでに十分御承知のことと存ずるのでございます。そこで、この紛争の根源というものは、一体どういう点にあると大臣はにらんでおられるでございましょうか。

○川崎国務大臣 いろいろ内容についての御議論はあると思えますけれども、医薬問題に対する紛争は、今始まったことではありませんで、七十年間の抗争史ということを世間では申しておりますけれども、それに伴って占領治下において、サムス准将なる者が医薬分業に対しての強力な推進をなし、かつ今日昭和二十六年に成立をいたしました、いわゆる改正案なるものより一そう強い、強制的な医薬分業というものを行なった際におきましては、占領治下における強圧というようなことが加わって、国内における医師関係の方々の非常な反対と相待って、中和してできたのが現在猶予されておる医薬分業法という歴史的な背景がありますから、それを正しい日本の客観情勢にマッチさせていきたいということが、今度の関係修正案なるものが提出をされたことであろうと伺っております。それに対して、薬剤師側と申しますか、今日実施をしようとしておる案を墨守しようという者との抗争だというふうに拝見はいたしておりますが、しかし、いろいろ錯雑した事情もありまして、どこに論争の主点があるかということになりますと、そのときに応じて、だんだん変わってくるようでありまして、現に私、新聞紙上でしか拝見しないのでありますが、大橋修正案なるものが出ておるようであります。そうなりますと、また考え方もだいぶ変わってきております。従って、必ずしもどこに論争点があるかというよりも、相当露骨に申せば、医薬関係者の非常に歴史的な闘争史を背景にしての感情的な部分も、かなり加わっておるのではないかというふうにさえ、客観的には見られるのであります。しかし、これは私が医薬分業の推進論者の立場としてでなしに、厚生大臣としての客観的な立場からながめまして、そういうふうに国民には印象づけられておるのではないかというふうに私は思っております。

○中村委員長 それでは午前中はこの程度にとどめまして、午後2時まで休憩いたします。

午後0時5分休憩

午後 2 時 19 分開議

○中村委員長 休憩前に引続きまして会議を再開いたします。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を続行いたします。

○野澤委員 連日いろいろな角度から質問をしてきまして、今日は政府当局に決定的な見解を拝聴したいと思うのであります。提案者及び各方面からの御返事をちょうだいしておりますが、特に局長はいろいろとあいまいな答弁をされておるようですけれども、今日は一つの確に御答弁を願いたいと思います。

そこで、今度のこの改正法案というものが提出されまして、どう考えてみても、医薬分業というものの理念が、すっかりはずれておるような気がするのであります。これは解説を必要といたしません。医師法の第二十二條の条文と一項、二項とを考えただけでも、すでに医薬分業の理念からは遠ざかっておるような感じがするのですが、この点に対する医務局長の考え方を端的にお示しを願いたいと思います。

○曾田政府委員 医師法に関する改正部分についてお尋ねでございますが、私ども、この案を拝見いたしまして、このただし書きの二号に「処方せんを交付することが患者の治療上特に支障があると認める場合」ということになっておりまして「省令の定めるところにより」という字句が抜けておるのでありますか、私どもとしましては、全然ワクなしに医師の主観だけにまかすことはいかがかという考え方は持っております。

それからもう一つは、これはあるいは表現だけのことになるかもしれませんが「患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合」ということになっておりますが、これは実際に患者が医師のところへ参りましたときに、薬が要りますかというような言葉で問われました場合に、薬は要りますというような返答があった場合、これはそのお医者様からもらうという意味で、要りますと言ったのか、あるいは薬はほしいですが、処方せんをちょうだいして薬屋さんからもらうという意味であるか、かようなことが必ずしも明確でないというような点、これは字句の問題かもしれません。

それから第三条の罰則の関係といたしましては、先ほど受田委員から御質問がございましたように、何らかの形でこの処罰規定というものが必要でないかと考えておる次第であります。

○野澤委員 別段局長をいじめるために申し上げているのではないのだから、はっきり答えてもらえばそれでいいのです。それで、私がお尋ねしているのは、この医師法の精神は、国民の利益のため、あるいは患者の利益のために作ったのだと提案者は言っている。われわれは、むしろ医師側の利益をここで生むために作ったような一方的な考え方がないかという見解をもって毎日質疑しておった。そこで局長にお尋ねしたことは、この法文が実際

に医薬分業を遂行する上においては、死文になるのじゃないかというお話をしたら、それは後退するという説明をされた。これを総合してみますと、医薬分業という文字はあっても、理念も実体も失われていく現実の姿なんです。こういうことを、あなた自身が率直に認められるかどうか。これは相当も幾分も必要ないのです。ただ率直にあなたが、分業はもう骨抜きになってしまったのだという結論さえ言えば、それでけっこうです。

○曾田政府委員 骨抜きという表現に当りますかどうか、再々同じことを申すようでありますけれども、私どもが期待しておっただけの効果が上らなくなるというふうにおそれております。

○野澤委員 結論的な御質問を申し上げますが、今回の改正案は、ほとんど効果のないものである、しかも政府は、好ましい制度であるから分業を実施したいというので、現在大いに努力しておる。こういう経過から見ますと、今日ただいまこの法律をこういうふうに改正することに対して、政府は反対だという結論になると思うのですが、いかがでございますか。

○曾田政府委員 私どもとしましては、好ましくないものであると考えております。

○野澤委員 そういう器用な日本語を使わないで、工合悪いなら悪いと、そこをはっきり言うてもらえませんか。いつもあなたはぼけておるのです。私はあまり日本語をよく知らぬから、はっきりと一つ、実際にやるのは不適當である、あるいは適當であるというふうに、イエスかノーか、はっきりしてもらいたい。

○曾田政府委員 私どもとしましては、非常な不安を持っております。

○中村委員長 それではほかに御質問ございませんか。

なければ、本案につきましての質疑は一応終了したものと認めるに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議なしと認め、そのように決めます。

明 23 日午前 10 時より理事会、10 時半より委員会を開くことといたしまして、本日はこれにて散会いたします。

午後 5 時 26 分散会

衆議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 23 日（土曜日）

午後 5 時 22 分開議

○中村委員長 これより会議を開きます。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題となし、審査を進めます。

本案についての質疑は、前会をもって一応終了いたしておりますが、この際大橋武夫君より発言を求められておりますので、これを許します。大橋武夫君。

○大橋（武）委員 本案の審議に当りましては、厚生大臣を初めといたしまして、政府委員の非常な御協力を得まして、ほぼ質疑終了の段階に至りましたことにつきましては、感謝をいたす次第でございます。この際私は、本案に関連いたしまして、今後の医薬行政につきまして、特に厚生大臣に一点だけ御質問を申し上げたいと存じます。

医薬分業の実施というものは、社会の進歩に伴う当然の施策でありまして、医薬制度改善の最も重要な目標であると存じます。しかし、わが国におきましては、この制度を完全に実現するには、今後、医療をめぐる従来のある慣行を改め、特に診療報酬と調剤報酬との区分を明らかにすることが、最も肝要であると存じますのでございます。従って、政府におかれましては、十分この点に留意せられまして、関係方面の指導啓発に努力せられんことを希望する次第でございます。このことは、医薬分業の自然的な発達に貢献し、かつ医薬界の将来に裨益するところ大なるものがあると確信する次第でございます。よって政府は、新医療費体系をすみやかに整備する等、医薬分業の自然的な発達を促し、これを実現するにつきまして、今後一そうの御努力あらんことを切望する次第でございます。

この機会に、これらの点につきましての厚生大臣の御方針の一端を伺いたいと存じます。

○川崎国務大臣 ただいまの御質問の趣旨には、全く同感であります。政府といたしましても、従来までも努力はいたして参りましたが、今後は、新医療費体系の整備を初め、医薬分業の実施に対し、準備態勢を一段と固めたいと存する次第でございます。

○中村委員長 ほかに御発言はございませんか。

なければ、本案についての質疑は終了いたしましたものと認めます。

ただいま委員長の手元に、各派共同提出にかかる本案に対する修正案が提出されております。

ちょっと速記をとめて下さい。

〔速記中止〕

○中村委員長 速記を始めて下さい。

この際提出者より趣旨説明を求めます。大橋武夫君。

○大橋（武）委員 私は各派を代表いたしまして、ただいま議題となっております医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案に対する修正案を提出いたしたいと存じます。

まず修正案の案文を朗読いたします。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

本則を次のように改める。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律（昭和二十六年法律第二百四十

四号)の一部を次のように改正する。

第一条医師法(昭和二十三年法律第二百一号)第二十二條の改正に関する部分を次のように改める。

第二十二條を次のように改める。

第二十二條醫師は、患者に対し治療上薬劑を調劑して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合には、この限りでない。

一 暗示的効果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合

二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合

三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬劑を投与する場合

四 診断又は治療方法の決定していない場合

五 治療上必要な応急の措置として薬劑を投与する場合

六 安静を要する患者以外に薬劑の交付を受け取ることができる者がいない場合

七 覚せい劑を投与する場合

八 薬劑師が乗り組んでいない船舶内において、薬劑を投与する場合

第一条医師法第三十三條の改正規定を削る。

第二条歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)第二十一條の改正に関する部分を次のように改める。

第二十一條を次のように改める。

第二十一條歯科醫師は、患者に対し治療上薬劑を調劑して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合には、この限りでない。

一 暗示的効果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合

二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合

三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬劑を投与する場合

四 診断又は治療方法の決定していない場合

五 治療上必要な応急の措置として薬劑を投与する場合

六 安静を要する患者以外に薬劑の交付を受け取ることができる者がいない場合

七 薬劑師が乗り組んでいない船舶内において、薬劑を投与する場合

第二条歯科医師法第三十一條の改正規定を削る。

第三条薬事法（昭和二十三年法律第九十七号）第二十二条の改正規定中第一項第二号及び第三号を次のように改め、第二項を削る。

二 医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第二十二条各号の場合又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第二十一条各号の場合

第三条中薬事法第五十六条第一項の改正規定を次のように改める。

第五十六条第一項中「第二十二条、」を「第二十二条の規定に違反した者（医師、歯科医師及び獣医師を除く。）又は」に、「又は第四十四条」を「若しくは第四十四条」に改める。

第五十七条の次に次の一条を加える。

第五十七条の二 医師、歯科医師又は獣医師が第二十二条の規定に違反したときは、一万円以下の罰金に処する。

附則第一項の項番号及び附則第二項を削る。

以下簡単に本修正案の趣旨を申し上げたいと存じます。

本法案の原案の趣旨は、私どももよくこれを了解したものでございますが、その意味を一そう明確にすることを適当と認めましたので、患者の医師に対する薬剤を受けたいという申し出とあります点を、患者から処方せんを交付することは不要であるという旨を申し出た場合ということに改めることが適当であると存じたのであります。

また原案におきます治療上支障ある場合ということ、さらに詳細に規定いたしますために、さきに述べたような趣旨で、各号の場合を定めたものでございます。

それからお、覚醒剤を医者が与える場合及び薬剤師の乗り組んでいない船舶内において投与する場合は、これまた処方せん交付の義務を免除する必要があると認められましたので、この点は新しく追加いたしました次第でございます。

第二点は、医師法の罰則の点でございますが、処方せん交付義務の違反に対する罰則は、原案におきましてはこれを除くことになっておりますが、この点は現行規定通り存置することを適当と認めた次第でございます。

第二に、歯科医師法に関する部分につきましても、医師法と同じような取扱いをすることが適当と存じたので、歯科医師法に関する部分についても、これを修正いたしたいと存ずるのでございます。

第三に、薬事法に関する部分の修正でございますが、薬事法につきましては、昭和二十六年法律第二百四十四号の規定を大体踏襲することが適当と認められた次第であります。しかしながら、医師が調剤をいたしました場合、その罰則を一般人と同じように三年以下の懲役または三万円以下の罰金というような重い規定を置きます必要はないと存じますので、この点につきましては、特に薬事法に違反した医師、歯科医師、獣医師の調剤についての罰則を一万円以下に改めるという考えでございます。

なお、医師法第二十二条の治療上支障がある場合ということを詳細に規定いたしました関係上、薬事法におきます調剤の場合においても、医者が治療上必要と認めてみずから

調剤する場合を詳細に規定することを適当と認めた次第でございます。

以上は各派共同修正案の大要でございますが、ただいまお手元に条文も配付せられましたので、何とぞ御審議をいただきたいと存じます。

○中村委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

ただいまの趣旨説明に対する御発言はありませんか。

なければ、次に本案並びに修正案について討論に入るのでありますが、通告もありませんので、これを省略し、直ちに採決に入るに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議なしと認め、そのように決めます。

これより採決いたします。まず本案に対する修正案について採決いたします。本修正案に賛成の諸君の御起立を願います。

〔総員起立〕

○中村委員長 起立総員。よって本修正案は可決せられました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除く原案について採決いたします。賛成の諸君の御起立を願います。

〔総員起立〕

○中村委員長 起立総員。よって本部分は原案の通り可決され、本案は修正議決すべきものと決しました。

なお、本案に関する委員会の報告書の作成等に関しましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○中村委員長 御異議なしと認め、そのように決めます。

午後 5 時 39 分散会

※この翌週、昭和 30 年 7 月 25 日（月曜日）、衆議院本会議で可決。

参議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 26 日（火曜日）

午前 10 時 29 分開会

○委員長（小林英三君） 次は、医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案につきまして、修正を含めて提出者大石武一君に提案理由の説明をお願いいたします。

○衆議院議員（大石武一君） ただいま上程されました医師法歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案について、提案の趣旨並びに法案の内容について御説明申し上げます。

医薬分業につきましては昭和二十六年総司令部の示唆に基き政府より改正法案が提案され国会においても慎重審議の結果、現在あるがごとき改正法の制定を見たのであります。その後昨年に至ってこれが施行を一年三カ月延期することになりましたが、明年四月一日からはこれを実行しなければならぬことになっております。

しかるにこの医薬分業実施の可否に関してもいまだに論議が絶えず、あるいは予定通り実施せよとかあるいは現行制度は改めなければならぬとかあるいは再び実施を延期せよとかの論が入り乱れております。しかしこの問題は国民生活に重大の関係のある医療制度の根本に変更を生ずる事柄でありかつ関係者諸君の完全な理解と協力とがなければ実行は困難な事柄でありますから、これを事前に調整するという事の大切なことは申すまでもないことと考えますので、本案を提出した次第であります。

内容の第一は、医師、歯科医師の処方せん交付に関する点であります。改正法においては治療上医師、歯科医師が直接投薬をする必要のある場合を省令できめて此の場合に限り処方せんを交付しないことになっておりますが、今回は処方せんを交付しなくてもよい場合を患者またはその看護者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合のほか、項目を列挙して限定しようということであります。

第二は、医師、歯科医師の調剤に関する規定に違反した場合の制裁として定められておる刑事罰を一万円以下の罰金にいたそうということであります。

何とぞ御審議の上すみやかに御賛成下さいますことを提案者を代表いたしまして特にお願い申し上げます。

○委員長（小林英三君） 暫時休憩をいたします。

午後四時十二分休憩

〔休憩後開会に至らなかった〕

参議院社会労働委員会

昭和 30 年 7 月 29 日（金曜日）

午後 3 時 41 分開会

○委員長（小林英三君） ただいまから休憩前に引き続きまして、委員会を開きます。

医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案を議題といたします。これから御質疑を願うわけでありますが、本日は提案者といたしまして衆議院議員の大橋武夫君、大石武一君、加藤鏖五郎君がおいでになっております。政府からは川崎厚生大臣、曾田医務局長、高田薬務局長、高田医務局次長が見えております。それでは質疑をお願いいたします。

○高野一夫君 私は提案者代表の大石さんにまず伺っておきたいと思うのでありますが、あなたは去年は衆議院に遺憾ながら議席をお持ちにならなかったのでありますけれども、昨年休会中から引き続いて臨時国会にかけまして、この医薬分業の実施の問題が、衆参両方の委員会で慎重に審議されたわけであります。そのときに実施を目前に控えながら一年三カ月の延長が決定された。その延長が決定されるときにいかなることが両方の委員会において討論において、あるいは質疑において最も強く希望されたかということをお承知でありますか。ちょっとあなたはいろいろな医師である議員の方々とともにいろいろ御相談なさって、今回の改正案を衆議院にお出しになったのであります。ところでお出しになったについては、少くともつい最近の問題であるところの、昨年医薬分業が実施を延期をされたというあのいきさつは十分御調査になっておると私は考える。そこでそのときに衆参両方の委員が何を要望したか、どういうわけで一年三カ月延長したか、どうして一年三カ月延長せざるを得ないか、そのときに一年三カ月延長を認めるということについては、こうこうこういうことを希望するとか、希望せぬとかいろいろなことがあったであろうと考える。それを御調査済みでありますかどうか、あなたに伺いたい。

○衆議院議員（大石武一君） お答えいたします。私は去年は議席を持っておりませんでしたので、衆議院、参議院におけるいろいろな論議につきましては、詳しく見聞いたしておりませんし、その詳しいことは存じておりません。ただおそらく一年三カ月延期になりましたのは、まだ実施をするには準備が不十分であるという皆様のお考えで延期になったものと、こう考えております。

○高野一夫君 しかれば現行法でも「患者から、薬剤の交付に代えて」、ただし書きがあるけれども、処方せんを患者が求めた場合には、医者はこれを拒むことはできないという規定は現在でもあります。患者が処方せんをほしいと言う場合、その場合は交付しなければならぬという規定は現在もございます。今度の改正は患者が処方せんは要らないということをお申し出た場合、必要がないということをお申し出た場合に処方せんはやらなくてもいいということで現行法とは書き方が逆になっております。逆になっておりますが、あなたの今の御説明ではわからぬのでありますが、患者が処方せんを私は要りませんということをお

申し出る場合があるであろうが、医者から薬をもらう場合そのときは処方せんは要らないのだ、こういうようなことになるのだらうと思いますが、この点についてももう少し明確な解釈を一つ伺いたい。これは大橋さんからこの点についてのもう少し法律的の解釈を伺っておきたいと思います。あとで私は具体的の場合について御質問申し上げます。

○衆議院議員（大橋武夫君）　ただいま御質問になりました「患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合」というのはこれは全く読んで字のごとき場合でありまして、患者あるいは看護者から積極的に処方せんの受領に及ばないということを医師に対して申し出をしたという法律的にはただそれだけの意味でございます。そのほかに別に含みはございません。

○高野一夫君　しからばこういう場合いかになりましようか、これは大石さんの解釈と大橋さんの解釈、お二人から伺いたい。医者のところに来た患者がありまして、医師が誘導尋問式にあなた処方せんは要りませんかと聞いた場合によろございますと患者が言った場合、これはどうなりますか。

○衆議院議員（大橋武夫君）　医者に処方せんの交付の義務がありますからして、従って処方せんを交付しようかどうかということ相手を尋ねることは、これは差しつかえありません。その場合に要らないと言え、それはまさにこの場合に該当するわけでありまして。

○高野一夫君　私はそれをおそれるわけでありまして。患者は、私なんかも病気になったときは全くお医者さんに絶対服従でございますが、医師に対して要望があっても患者は弱い立場にありまして、いろいろな注文をつけにくい。たとえばこの注射の方がいいからしてもらいたいと思っても、行きつけの医師がこの注射がいいと言え、なかなかこの注射をしてもらいたいということは言いにくい。そこで医者が誘導して、誘導という言葉が悪ければ取り消してもいいですが、処方せん要りますかと言え、患者はよろございますと言うにきまっております。そうすると医師のところへ患者が行って、そうして処方せんは要りますか、よろございます、薬はどこでもらいますか、私のところで差し上げましようか、どうしましようかと言われれば、先生何とかしてもらいたいと言いやすい弱い立場にある、ほとんどすべての患者がそうであらうと思えます。ことに薬の場合は別としまして処方せんの場合はなおさら処方せんはどうしますかと言われた場合によろございますと言うのがほとんど、おそらく百人のうち九十何人はそういう返事をするであらう。そうするとここに一号から八号までのただし書きがありますけれども、これに該当するやいなやは別問題といたしまして、この「ただし、」のところでほとんど処方せんの義務はのがれてしまう、こう私は考えるのでありますが、こういう点についてはどうなりますか。私どもはこの点について医師を信頼できるかどうかということになります、あなた方はどういうふうにお考えになるか。

○衆議院議員（加藤鏑五郎君）　高野さんその点非常に御心配のようではありますが、今の実際の状態から申しますれば、さような心配さるような謙遜な方はございません、自分の意思をだいぶん御発表になります。ことにこの文句につきましては、先般衆議院におきま

しては薬剤師側のお方の熱心なる御主張によって出たことをございまするがゆえに、さようなことは心配ないという御意見のほどであろうと、こう推察いたすのでありまして、私どもはこれを初め提案いたしましたときには、この文句は原案になかったのでありますが、薬剤師業の方の御熱意によりましてこれを入れたようなわけであります。それはとにかくといたしまして、さように御心配にならなくとも十分患者の方は意思を表示されることだろうと思ひます。

○高野一夫君 加藤さんをお願い申し上げておきたいのでありますが、薬剤師出身の衆議院の社会労働委員が一人いることはありますが、しかしこれがいかなることを言つてその申し出でをしたかしのれぬが、大石原案のようなものが出るよりは、少くともできるだけその幅を狭めて、圧縮して、しばつて条正案を作つてもらいたいということは、これは私が行つてもさうだろうと思ひます。それは、追いつめられてさうなつたのを、本心からさように賛成したものだと軽々に誤認をなさらぬようにお願い申し上げます。これは余談であります、今あなたがお触れになつたから申し上げる。そこで、私に心配する必要がないと先輩がおっしゃるのはさういうふうになるものならまことに仕合せであるけれども、今日の開業医の実態から考へて、私はさように簡単に信託することはできない。現在でも処方せん求めがあつたら交付しなければならぬという規定があるけれども、これについても患者はほとんど知らない。これを患者に教へようとしなない。さういふことによつて、全く医療に関しては無知識である患者を相手にとつて、医師が要りますか、要らないかと言へば、自分の命を託した医師から言われれば、これはようござんすと言ふのが、患者として、少くとも現在の日本の社会における患者の実情であり人情であらうと思ひます。それゆえに、すでに現在あちこちで、開業している医師諸君がこれで全部ひっかけられるのじゃないかと言つておる人もあるのでありまして、これは個人々々の意見だから御随意であつて、あなた方がそれをお認めになる必要もないであらうけれども、とにかく私はこの中ですべて誘導質問をされてひっかけられる、さういふふうに考へられるのであります。これは現在の開業医の制度実態から考へて、私の心配は決して杞憂ではないと考へる。これをさういふふうにしてあなた方は、もしもこのまま参議院を通過することになるならば、あなた方が、高野お前は心配する必要はないとおっしゃるような事態に日本全体の何万の開業医がなつてくるように、いかにリードして下さるか。あるいは厚生省に対して、何かこれについて十分の措置を講じさせるお心組みなり、お考へなり、希望なりをお持ちであるか、それを一つ伺ひたい。

○衆議院議員（加藤鏑五郎君） 私の信ずるところによりますれば、相当問題になつておることと思ひまするがゆえに、全国の大多数の医者ほとんど全部、取り除きはございまするが、この法律のあることを知りましたがゆえに、むやみに処方せんを出さないとか、あるいはこの法の精神を無視する様なことはないであらうと、さう深く信じております。

○高野一夫君 よくあなた方がガンだとか結核だとかいふお話を御出しになるのでありま

すが、ガンであるということをお患者に知らせるといって、どうも療養上よくない、そういうときは処方せんを出さん方がいいというお話を伺うのでありますが、ガンの場合においては処方せんを出さん方がいいとお考えになるか。そしてその場合があるとするならば、これは一号に該当するのであるか、二号に該当するのであるか、あるいはそのほか三、四、五、六、いずれに該当するのであるか、どれに該当するとお考えになりますか。

○衆議院議員（大石武一君） お答えいたします。

それは大体において、このただし書きの第二号がおもてでございますけれども、ときによっては、第一号なりあるいは第五号なり多少のそういうことにも関係があるかと考えております。

○高野一夫君 そういうことになりますと、この一号も二号も非常に解釈が重宝で、幾らでも拡大解釈ができることになりますので、たとえば先ほど大石さんが、どこか痛い、胃が痛いときに、麻薬なら麻薬、あるいは麻薬の鎮痛剤を与えるということはいかぬから、何かほかのものを与える。こういうふうな場合は、ほかに、胃が痛いとか何とかいうのじゃなくても、それに類した場合は幾らでも私はあると思うのです。そういうような場合に、一々これが一号に該当したり二号に該当したりするのでは、大ていこの中に入ってしまうはしませんか。単なる医師の考え方によってこれはきめられるのでしょうか

○衆議院議員（大石武一君） お答えいたします。それは先ほど申し上げましたように、たとえば腹痛を起す原因は、二十種も三十種もございます。たとえば急性虫垂炎の場合であるとか、急性胃カタルの場合とか、胃潰瘍とかいろいろございます。われわれは医者でございますので、たとえば腹痛を訴える患者の場合には、必ずまず腹痛の原因がどこにあるかということをお第一に調べます。腹痛はいろいろおそろしい病気がございます。急性虫垂炎、胃潰瘍、大腸赤痢であるとか、いろいろおそろしい病気がたくさんございますから、その病気が何ものであるかということをお、根本的にまっ先に調べます。そしてそのような原因がわかれば、それに対処して、それ相当の麻薬なり何なりをお薬をお与えまして正しい処置をいたしております。ただどれにも該当しない場合には、これはヒステリー的な病状でございますが、これは一々麻薬をお与えるということは正しいことではございません。従って、麻薬でない、たとえば重曹であるとか、乳糖であるとかをお与えたり、あるいは適当に麻薬の量をふやさないように、習慣性にならないように、そのような処方せんをお与えない方がいいと思っております。また腹痛を訴える場合には、どの場合でも麻薬をやるという場合にはございませんので、その点を御了解願いたいと思っております。

○高野一夫君 次の第四号、これについて大石さんないし加藤さんにお伺いしたいのでありますが、「診断又は治療方法の決定していない場合」こういう場合はどういふのですか。こういう場合には処方せんをお出さなくてもいいという御見解をお伺いたい。

○衆議院議員（大石武一君） お答えいたします。これは医者のお言葉で申し上げますと、一回目には初診だけです。患者をお見て診断がすっかり的中して診療方法がきまるというこ

とはあまり多くございません。実際的には何回も診察したり、いろいろな経過を見ているうちに、初めて診断が次に的確な治療方法がきまるのでございます。たとえば診断は一回目の初診でついたといたしましても、その後の治療方法なり何なりは一回だけでなく、何回も患者をみているうちに治療の方法がきまるわけでございます。そうしてそう長いことを言うのじゃありませんが、初めて患者をみまして熱のある患者がおります。その場合に何から熱がきたのか。三十九度から四十度の熱がある、その場合にその熱が肺からきたのか、結核からきたのか、腸チフスからきたのかというような診断がつきません場合には、的確な処方せんを書いて治療する薬を与えることができないのでございます。診断がつかないうちは治療方法がきまりませんから、どのような処方せんを与えていいかわかりません。しかしながらその症状に応じまして何らかの処置をしなければなりません。いろいろな薬を与えることがしょっちゅうございます。かような場合には処方せんを与えるわけにはいきません。一日二回か三回も症状が変わるかもしれません。その場合に処方せんを与えることは不可能であるし、またその処方せんは患者の納得のいく処方せんは出せない。診断は確定しないから、対症的なものでありますから……。従いましてこのような場合にはやはりどうしても処方せんを出さない方が治療上正しいと考えております。

○高野一夫君 私はここに一つの大きな疑問を持つのでありますが、患者を診断して病名がきまらぬ、とにかく何か悪い病気をしているのだが、その病気のよってきたところがきまらぬというのに、薬を与えることがあるのですか。これがどうしてもわからぬ。

○衆議院議員（加藤鏑五郎君） 病気がきまらぬ場合に実際問題といたしまして、あなたの病気はまだ診断を明確にすることはできませんで、それで最初から知らぬ顔をして家においでになって下さいと言うことは、医者としてはできぬことでございます。その間に何かもうしばらく症状のはっきりするまでお帰りになってよかろうというので、一種の薬を与えていくというのが、これは当然の道行きのことございまして、それが医者患者に一つの安心感を与える道でございます。

○高野一夫君 私は病気がきまらぬのに薬を与えるということが、最も適当な臨床医術であるということは、これはどうしてもあなたのお話を伺っても納得できません。大学病院などにおいては薬を出しますか。診察がきまらない、どうも君は熱があるが、何の熱かわからないからあしたまた来たまえ、よく見て上げようと患者にはっきり言うことが、なぜ悪いのでしょうか。その熱が結核からくるのか、腸チフスからくるのか、肋膜炎からくるのかかわからないから、もっと慎重にみてみよう。これが良識ある医者のやり方じゃないかと思うのであるが、それをごまかしておってとりあえずこの薬をのませておけば安心がいくというようなやり方については、私はどうも昔の野蛮的な時代ならいざしらず、今日相当文化の発達した日本において、いまだに病気がきまらないのに薬を与える必要があるというあなたの方の考え方はどうしてもわからない。

○衆議院議員（加藤鏑五郎君） 実例を申します。たとえば熱が出て食欲がふるわない上に少し下痢して腹が痛い場合、それはどういう原因か不明な場合があるのでありまして、

その場合にチフスの疑いがある。それでチフスの疑いがあるかもしれぬとこう申します場合に、その疑いが明確になるまでお前は家に帰って寝ておれということは、これは理論としてはできるかもしれませんが、決してこれはやぼの沙汰ではないのでありまして、消化器をその間に健全にしておく、あるいは頭が痛ければ緩和するということは医師として当然なことでありまして、しばらく経過を見ましようと言ったときに、経過をみる間は何もしないで、水を飲んでおれというような不親切なことは言えまいと思えますし、また患者もあなたのようなお方ならとにかくだが、大がいの方は何かその間に一つ頭が痛むし、食慾もふるわないから、相当の対症療法を講ずるということは、医者の方は良識として当然のことであると考えております。

○高野一夫君 大石さんは加藤さんに比較して何十年かあとで大学をお出になった方であろうと思いますが、あなたにしてもなおかつ今の加藤さんのような答弁をなさいますか。

○衆議院議員（大石武一君） 加藤さんのお答えは私は、非常に正しいりっぱなお答えだと思っております。なおそれに追加いたしまして、たとえばこういう場合がございまして、急病患者をかつぎ込んできた。何の病気かわからないけれども非常に心臓が弱っていて呼吸が苦しい。強心剤を与えなければならぬ場合がございまして、そういうような場合には薬を与えることが必要でございまして、たとえば非常に吐いて吐いて猛烈に吐く患者がございまして、このような場合に、その吐くのが何の原因からなのかかわからない場合にも、その吐き気をとめることが第一の治療でございまして、このような場合にも注射をしたり、薬剤を投与するということが必要だと思っております。これはほんの実例であります。

○高野一夫君 その場合に、吐き気の薬ですよ、胃の消化剤ですよということを患者に知らせることがどうして悪いのでしょうか。これまでのあなたのお答えではよくわからない。非常に吐いている、とりあえず吐き気をとめましようと言って吐き気の薬をあげます、こういうことになるわけなんだけれども、それが一つの対症療法になるかもしれませんが、私は診断のきまらない別に薬を与える必要はないという意味で質問をしているのでありますが、今のあなたの引例の場合の、吐き気をとめる必要があるというなら、薬をあげる必要があるかもしれませんが、その場合に原則として処方せんを渡してこれは吐き気を止める薬が入っております、病名はわからないけれども、とりあえず胃は健全にしておかなければならないから、消化剤を入れてありますということを、どうして言っただけいけないのですか。そこがどうもわからない。

○衆議院議員（大石武一君） その通りでございまして、たとえば薬を投与する場合に、危険がございまして場合には、医者が監督して十分その経過を見て薬を与えることが必要で、処方せんを与えることが害となるということよりも、処方せんを与えて患者の手を離さるといことが危険なのでございまして、そういう意味も入っておるわけでありまして。

○高野一夫君 昭和二十六年の第十国会のときに、この現在の改正法が参議院を通過して衆議院にかかったときに、当時あなたはたしか厚生委員であられたように思っております。ちょうど昭和二十六年の六月二日に、福田昌子さんが、当時の医務局長であった東龍太郎

博士、これは御承知の通り医学出身者、この人にこの場合の質問をされている。これは御記憶であろうと思うのでありますが、このときに同じ医学出身者である当時の医務局長の東龍太郎氏はこういうことを言うておられる。私は医者でございますが、臨床の医者ではないので、専門が薬理学でありますので、従って考えがきわめて学問的であります。診断のつかない場合は、何も薬を出す必要はないというのが私の考えでございます。こういうふうに言うておられる。さらにこれに対していろいろ福田さんが質問しておられますが、引き続いて東さんは、私はそういうふうな自分の専門の立場から、あまり患者に対して薬をやらんで、いろいろ影響を与えるような、そういうやり方というものを信用しない。そういうことをやるべきでないという考えを持っている。こういうことで、従って診断のつかない場合に薬をやる必要はない。やるべきではない。こういう考え方を、あなた方と同じ医学をやられた当時の医務局長の東龍太郎さんが言うておられる。これは速記録に残っておる。これについては、そうすると同じ医学出身者でありながら、あなた方の考え方と医務局長としての東龍太郎さんの考え方とは全く対照的である。これは東さんの考え方が非常に誤った考え方であるということに、あなた方とすればなるわけではありますが、どうい御見解か、大石さんに……。

○衆議院議員（大石武一君） その通りでございます。私は、東さんが、実際の臨床医者としては、その考え方は間違っておると断言してはばかりません。その今お読みになりました中に言うておる通りに、私は実際臨床家でないからわからないという前置きして書いてある通りであります。

○高野一夫君 大橋さんに伺いますが、あなたはこの病気がきまらない場合、診断のつかない場合に、薬をやるということ、そういうことが、現在日本においてはほとんどすべてが行われておる。これについてはどういうふうにお考えになりますか。それはやむを得ないことだとお考えになりますか。よって来た病気の本体がわからぬのに、むやみやたらに薬をやる必要はないじゃないかという、この当時の東医務局長の考え方をおとりになりますか。どちらが正しいとお考えになりますか。

○衆議院議員（大橋武夫君） 本修正案を提案するに当りましては、ただいまのように、医学者の間で診断または治療の方法の決定していない場合に、薬を与えるべきであるという考え方と、与えるべきでないという考え方と対立しておることは承知いたしておりますが、私は国会の立法者の立場といたしまして、そうした医学上の専門的な問題について、黒白を決定するということは考えておりませんでした。従ってこの問題はそうした問題をどちらに決定するかということは全く無関係に、かりにそうした場合において薬を与えるという医者があったとしたならば、やはりその場合に処方せん交付義務を免除することが至当である、こう考えてこの案を作った次第であります。

○高野一夫君 かりに診断が決定しない場合、治療方法が決定しない場合、薬を投与する必要がないでもないということに一応いたしました場合に、なぜ患者に処方せんを渡していかんのでしょうか。それが暗示的效果とか何とか、前の方に引っかかるならば、そこへ

しぼられるならば別として、すべての場合に、診断または治療の決定しない場合に薬を投与する場合、その場合は暗示的效果を期待しようとするまいとにかかわらず、あらゆる場合を想定して、この場合は処方せんをやらない、これはどういうわけであるか。それまでして患者に処方せんをやっちゃいかん理由があるのか。

○衆議院議員（大橋武夫君） 今日の実際の医師の業務の実情から見まして、こうした場合においては処方せんを交付する義務を免除することが適当であると、かように考える次第でございます。

○高野一夫君 そこでただいま私は一応こまかくまだ伺いたいのでありますが、またほかの委員からもこれについて質問がありましようから、そのあとでいたしますが、ただいま伺っただけで、一号から八号までの間に、七号八号は客観的情勢ではっきりきまった場合、一号から六号までは全く診療に当る医師の一人考えで、勝手におそらくこのいずれかに該当せしめる、こういうことになる。そうすると、ある場合においては診断がきまらない、治療方法がきまらない、ある場合におきましては病状が短時間ごとに変化をする場合、ある場合には応急の処置である、ある場合には安静を要するのに別に看護人もいない、ある場合には病気の予後について不安になり、ある場合には暗示的效果を期待する、こういうようなことを考えた場合は、私は臨床医家でないからわからぬけれども、われわれしろうとがたとえば患者の立場から考えた場合に、どうも医者にかかる大ていの場合が一号から六号までの中に入ってしまいそうな感じがする。しかし先ほどのお考えでは、きわめて限局された解釈であるという話を伺って一部分は心を安んじておる次第であります。普通の医師がこれを見てこれに従って医術の開業に従事する場合に、おそらく主観的に判断すれば、ほとんど一号から六号のどれかに私は入ってしまうのじゃないか、こういうふうを考えるのであります。私は医者でないからわからぬですけれども、どうもわれわれしろうとから考えて、患者であった場合を考えますれば、どれかに該当する場合はほとんどである。

○衆議院議員（大石武一君） お答えいたします。これを項目にしますと一号から八号まで、だいぶあるようでございますが、これは実際直接扱います患者自体はごく一部分でございます。決して多い部分ではございません。また一部分でもあるし、四でございますが、四としましてもこれは患者をみるうちの、そのうちの患者、このような患者は、患者のうちのごく初めの段階だけでございますし、全体から見ましてわれわれが診療する場合は、これはごく一部分のものだけでございます。

○委員長（小林英三君） ちょっとお待ち下さい。皆さんに申し上げますが、ただいま本会議におきまして防衛三法案が討論中でありまして、今調べさせますというと、大体五時十七分に終りそうであります。時間が間に合わないといけませんから、この辺で一たん休憩いたしまして、採決が済みましてから再開いたしたいと思っておりますので、五時半まで休憩をいたします。

午後 4 時 55 分休憩

午後 5 時 44 分開会

○委員長（小林英三君） これより休憩前に引き続きまして委員会を開きます。

○高野一夫君 ほかの委員にもうしばらく質問の時間をお許し願いたいと思いますが、先ほど私は一から六号までの中に、ほとんどの患者の診療に行った場合にはどれかに該当してしまう。従ってただし書きもそうであるけれども、一号から六号まででほとんど全部処方せんを出さなくてもいいような仕組みになってしまうということを非常に心配してお尋ねしたわけでありませう。

そこでさらに私は第四号に戻りまして伺いたいのでありますけれども、この四号の「診断又は治療方法の決定していない場合」は処方せんを出さなくてもいいということになりますれば、これは診断または治療方法が決定しないで、しかもなおかつそれをしぼって特別に治療上支障がある場合、あるいは暗示的效果を期待するような場合、そういうような場合には処方せんを出さなくてもいいというのならばまだわかる。まだわかりませんが、このままの文章で、診断または治療方法の決定しない間はどんな方法であろうとを問わず、処方せんを出してよかろうと悪かろうとを問わず、すべてこの中に入ってしまう、これについてどうお考えになりますか。これが一点と、もう一つ、先ほど大石さんはたとえば胃が痛い、胃ガンであるか胃かいようであるか何かわからぬが胃が痛むからとりあえず痛みをとめる投薬をする、あるいはまあそれに類似したようないろいろな例をおあげになりましたが、そういうような場合は、すでに胃が痛いのだということがきまるわけです。それがもっとなお掘り下げて、それが胃ガンであるか胃かいようであるか何であるかはわからぬけれども、とにかく胃が痛い、あるいは吐きけを催す、吐きけを催したのは中毒によるかあるいはほかの症状によるかわからぬけれども、とにかく吐きけの一つの症状がある。この吐きけの症状があつて、これに対して投薬する必要がある。これをとめなければならぬ。一方においては胃が痛い。その原因はわからぬけれども、胃が痛いという症状がある。これに投薬をして対症投薬、対症療法をする。これは考え方によっては、すでに胃が痛い、吐きけがあるということは、これは一つの診断じゃないか。一部診断、根本的にはわからなくても、末端的には診断がついたということにはなりませんか、ほんとうに胃かいようであるか、胃ガンであるかはわからなくても。

○衆議院議員（大橋武夫君） 修正案をこしらえました当時の気持から申し上げたいと存じますが、実は本修正案ができます前の原案におきましては、医師の処方せん義務を免除いたします場合を二つの場合に限っておったわけでありませう。その場合に、一つの場合は、患者または看護者からその医師に薬剤を交付してもらいたいという希望の申し出があつた場合、第二は「処方せんを交付することが患者の治療上特に支障があると認める場合」、こういうことになっておったわけでごさいます。しかしてこの修正案におきましては、この原案の第一にありました患者がその医師から薬剤の交付を受けることを希望する場合とい

うのは、これは処方せんの交付についてのことであるから、厳格に言えば、その処方せんの交付を必要としない旨を申し出たという場合に書き改めることがより適当であろうという判断のもとに修正せられまして、これは修正案のただし書きの前段に規定をいたしたわけでございます。それから「処方せんを交付することが患者の治療上特に支障があると認める場合」というのは、修正者の気持といたしましては、この原案で実質的には差しつかえないのであるけれども、しかし原案の字句というものが「処方せんを交付することが患者の治療上特に支障があると認める場合」というので、非常にばく然たる表現を用いておる。従って厳格に解すべき「治療上支障のある場合」が広く解釈されるおそれがあるから、これを厳格に制限したい、こういう趣旨をもちまして、この場合はさらにこまかく分けまして一号から六号までにくくったようなわけなのでございます。従いましてこの一号から六号までは、すべて「処方せんな交付することが患者の治療上特に支障があると認める場合」の一例と申すよりも、その場合は一号から六号までの場合である、こういうふうに限定いたしました意味でございます。従って一号から六号までの字句には、あるいは厳密に申しますと、ただいま四号について御指摘になりましたごとく、治療上支障があるということが明確に掲げてないものもありますが、しかし修正者のつもりといたしましては、この「治療上支障がある」ということが大前提となっておりますのであって、そうしてしかもその場合のうちで一号ないし六号に該当するものだけが処方せんの交付義務を免除されるのである、こういうふうに修正したつもりであります。

○高野一夫君 私は厚生大臣にちょっと見解を最後に伺いたいのですが、厚生大臣を呼んで来ていただきたいのです。

○相馬助治君 議事進行。厚生大臣を要求したようですが、その間暑いのにこうしてわれわれはほとんど待っておるわけにもいかないのですから、委員長よろしくやっていただきたい。というのは理事会において、本問題の重要性にかんがみて、専門的な方から質問をやるということがきめられておるから、私たちは聞きたいことが山ほどありますが、専門的な方に敬意を払って、関連質問等を発することが問題の進行策にはならぬと思って、先ほどからがまんしているのだということをつけ加えて、議事進行上の発言をしたい。

○高野一夫君 ちょっと速記をとめて。

○委員長（小林英三君） 速記をとめて。

〔速記中止〕

○委員長（小林英三君） 速記をつけて。

どうですか、今高野君から、厚生大臣が来るまで待ちたいと言っておりますが、その間ほかの諸君から他の質問をなさいませんか。

○相馬助治君 速記をとめて下さい

○委員長（小林英三君） 速記をとめて

〔速記中止〕

○委員長（小林英三君） 速記をつけて。

○相馬助治君 ただいま議題になっておりますのは、その内容とするところが衆議院の修正案でありまして、これは予備付託になっておりました同名の法律の内容とは全く違う、全くという言葉はおかしいが、違うものなんです。そこで私どもとしては突然と言っていいほどにこの案を見せられたわけで、どうしてもこの修正案がどういう経路をとって成立したか、そのことを明らかにしておきたいと思うのです。特にここには全会一致をもって共同修正するために非常な骨折りをなされたやに聞き及んでおります大橋衆議院議員もいらっしゃるので、率直にこの共同修正案ができました間の事情を、そこに漏らされた少数意見等をも十分参考になるものはつけ加えて一つお聞かせ願いたいと思います。

○衆議院議員（大橋武夫君） ただいま相馬委員から御質問のありましたこの修正案のできました経緯について御説明を申し上げたいと思います。

○相馬助治君 私の質問は、修正に至る政治的過程をお尋ねしたので、懇切丁寧な御答弁によってその間の事情はよく判明いたしました。で、これに連関してあと一点だけ、私は厚生大臣に伺っておきたいと思うのです。

二の医薬分業の実施に当って、省令事項の審議もいまだ円滑に進捗しなかったこともあり、また分業可否の抗争というものが長い間繰り返されて参りまして、医薬分業に賛成反対の態度はしばらくおくとして、これは心ある国民を非常に悲しませていたと思うのであります。で、問題はこの修正案を会期の最後のこの忙しいときに、私どもが真剣に取り組んでおりますときに当って、特に私が思いをいたしますことは、この修正案がここで成立することを厚生大臣は期待しているかどうかということ、それを聞く意味は、この重大な法律案であるからして、むしろこの際一步を進めて、新医療費体系の成立等の時期をも勘案し、あるいは業界の意思等をも聞いて慎重審議をすべきことの方が、医薬分業論争に終止符を打つために利益であるとするか、政治的にこの修正案が成立してしまった方がこの問題に終止符を打つべく利益であるとするか、こういうことを内容として、私は厚生大臣に御見解を承わっておきます。

○国務大臣（川崎秀二君） 本案が出ます前には、先般の国会におきまして御決議になりました一年間延長、すなわち昭和三十一年四月一日より医薬分業を実施をする建前をもって、厚生省の準備を急いでおったわけでありましたが、本案が出ます前には、この秋に新医療費体系を整備し、しかして両院の御意思であります昭和三十一年四月一日から実施をするということについて、私は賛成をいたしておったのでありますが、その後衆議院におきまして、四党の共同修正案というようなきわめて円満なる解決の建前で、この案が修正の修正という形で参議院に回付されたのでありますから、医薬分業の建前を貫徹する法律としては、理想的なものということではできませんけれども、医薬分業への方向を促進する性格を有するものと考えられますから、この法律が制定せられることによって、医薬双方の関係者の医薬分業実施への円満な態勢が整えられまするならば、この法案が成立するこ

とを心から望んでいる次第であります。

○委員長（小林英三君） いずれこの食事の休憩もいたさなくちゃならぬと思いますが、この辺で三十分ばかり休憩をいたしまして、開会いたします前に、理事委員長打合会をいたしまして、今夜の委員会の質疑運営等につきまして相談をいたしたいと思いますが、この辺で休憩いたしたいと思います。御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（小林英三君） それでは八時十分まで休憩をいたします。なお八時に委員長理事打合会をいたします。

暫時休憩いたします。

午後 7 時 38 分休憩

午後 9 時 5 分開会

○委員長（小林英三君） 休憩前に引き続きまして委員会を開きます。

その前にちょっと御報告を申し上げたいと思いますが、先ほど来別室におきまして、本委員会の本日の運営につきまして、委員長理事打合会を開いておったのでありますが、委員長理事打合会におきましては議がまとまりませんでした。そこで今後の本委員会の運営につきましては、この委員会の決定に基いてやらなければならないことになりましたから、これをあらかじめ御報告を申し上げます。

○相馬助治君 議事進行。ただいま委員長報告によりますと、委員長理事打合会においては今晚の議事をどういうふうに通ぶかについて合意に達しなかったということでございまして、まことに委員としては遺憾です。しかし今晚のこのあとは一々この委員会に諮ってなさるということですが、けさほどの委員長理事打合会において打ち合された質問の順位、すなわち専門的な人を先にしてそれから各委員を順々に発言を許す、しかもこの質疑中に委員長は速記には載っておりませんが、質問予定者の氏名をそのお持ちの紙に記録されたように記憶しておりますが、それらの現実には生きていて、しかもそれらの決めたことは生きていて、そのあとのことが不調に終わったと了解しますが、私の了解は間違っておりますか。

○委員長（小林英三君） お答えいたします。けさほどの委員長理事打合会におきましては、できるだけきょうじゅうにこの医薬分業の問題につきましてきまりをつけたいものだという打ち合せをいたしております。途中で多少本会議の様態等によりまして時間のズレがあったのでありますが、先ほど相馬君のおっしゃいました委員長が速記録のないときに、懇談中に参考に皆さんから承りました質疑者のお名前は、これは私の考え方といたしましては、けさほど委員長理事打合会においてきめておりますように、適當の機会に休憩をしてさらにその後の運営につきまして、委員長理事打合会において諮ることになっておりましたから、その際に、それらの質疑者等の時間、あるいは場合によりましたら順序、そ

これらのものについてもきめたいと思っておったのでありますが、これは参考に聞いておいたのであります。ところが、ただいまの委員長理事打合会におきましては議がまとまりませんでした。従いまして、これらの問題すべてをあげまして、今後本委員会の決定に基きましてきめていきたいと思えます。

○高良とみ君 議事進行。私は中立的な立場で伺っておるのでありますが、本案については、衆議院は四党一致した提案であったように承わっております。従って各党において一緑風会は別として、それぞれ党議で御審議になったものと考えてるのであります。私どもまあ両方のお話を伺うと、薬剤関係の方でも御不満が多々あると思う。医師関係にもまた同じく御不満があるように伺っております。であります、諸賢の御尽力によりまして、ようやくここまで歩み寄りましたものでありますから、なお今後新医療体系その他もって時間もとることでありましょうから、一応これで不満なところもありましょうが、お互いが譲り合ひましてさらに今後実施までの期間に、もしよりよくするために期間がありましたならばそれをやる。ことに国民本位に立って、医師側も、薬剤師側も、国民のためにいつまでもこういう問題で争っていただくことは、私ども国民として望ましくないものだというように思うのでありまして、どうかできるならば、できるだけ御採決願って、賛成は賛成、反対は反対、一つそういうふうにご御運営いただきたいということを、委員長にとくに権限においてお願いいたしたいと思うのであります。

○藤田進君 先刻理事の皆さんお集まりいただいて御苦勞せられたのでありますが、ただいま委員長の報告では、必ずしも一致点を見出すに至らなかった。いわばお互いの申し合せが不成立に終わったということなんですが、非常に残念なことだと思います。しからばといって強引に問答無用で、いずれにきまるとしても、採決ということについても、これはまた問題があろうと思えます。理事会できまらなければここで懇談の形でもいいですが、どういう主張の対立でかようになったのか、私ども参考までにお聞かせいただきたいと思うのです。私どもの理事がどういう主張をしたであらうくらいのことは予想いたしますが、果してどういう対立点であるのかという点については私ども不承知でありますから、委員長におかれて要約したその間の事情を一つ御説明いただきたいと思えます。結論だけは今伺いましたが。

○委員長（小林英三君） 藤田君にお答えいたしますけれども、数人の委員長理事打合会によりましてこれはまとまらないのでございますから、本委員会におきまして運営の問題について今後皆さんが御相談願ひしても、おそらく委員長といたしましてはまとまらないと考えます。ただせつかくの藤田君の御質問でありますから、簡単に委員長理事打合会におきまする懇談の簡単な内容だけ御説明申し上げて、そして質疑に移りたいと思えます。

大体申し上げますというと、ある党派におきましては、この問題はいろいろの経過もあるが、とにかくまだ相当時間もあるのだから、どっちにきまるにいたしましても——たとえば継続審議あるいはこれを可決するか、否決するか、どちらにいたしましても、今晚中

にきめてもらいたい、こういう議論が一つありました。それからもう一つの議論は、今夜はある時間、たとえば十時なら十時ごろまで質疑をしておいて、あす討論採決をすることにしたらどうか、こういう御意見もございました。これもごもつともな御意見であります。そういたしますと、また別な御意見の方は、あすは最終日だ、夜の十二時までであるといたしましても、最終日だから各委員会からいろいろと法案も回ってくる。それからきょうここで上げられますれば、あすの公報に載るのであります。ところがあす上げますということと緊急上程になる。最終日のときに緊急上程がうまくいくかいかぬかということも考えられますし、またいろいろな問題もたくさんあり得るものと考えなければならない、最終日でありますから。そこでせつかく時間があるのだから、きょうここでイエスカノーかきめてもらいたい、こういうのであります。大体二つに分かれましてまとまらなかったということだけ御報告申し上げます。

ただいまから質疑を行います。

○湯山勇君 私は小さい問題を先に一つだけお尋ねします。それは二十二条の例示の第六号です。これは文章が、余っておる言葉と足りない言葉があるので、このままやらしただでは大へんだと思うのですが、それについてどうお考えですか。

○衆議院議員（大橋武夫君） お説の通りこの第六号の文章は非常にふできでございまして、あるいは正確な文字通りに一字々々しぼって解釈をするということになりますと、非常に解釈に困難されるということもあるかと思いますが、その意味をはっきり申し上げますと、安静を要する患者以外に薬剤を受け取るものがない場合、こういう意味のつもりで書いたのでございます。

○湯山勇君 意味はよく先ほどの御説明でわかっておるのです。その意味と文章が合わないからお尋ねしたわけで、これは将来あるいは早急に御修正の御意思はありますか。

○衆議院議員（大橋武夫君） これは機会がありましたならば、字句の整理の形で明確な文章に書き改める方が適當であると考えます。

○湯山勇君 これは施行が来年の四月一日ですから、それまでにやはりきちっと整えた方がいいと思うのですが、そういうことはお約束できますか。

○衆議院議員（大橋武夫君） 提案者といたしましては、この文章の解釈がどうしてもむづかしいということでもございましたならば、できるだけ——もしこの法案がこのまま立法されるといたしましたならば、できるだけ早い機会に、必要な字句整理のための修正を提案をいたしたいと存じます。（「議事進行議事進行」「緊急質問」と呼ぶ者あり）

○委員長（小林英三君） 速記をとめて。

午後 10 時 4 分速記中止

午後 10 時 28 分速記開始

○委員長（小林英三君） 速記を始めて。

質疑を続けて下さい。

○田村文吉君 動議を提出いたします。この辺で質議を打ち切って直ちに討論、採決に入られんことの動議を提出いたします。

〔賛成〕と呼ぶ者あり

○委員長（小林英三君） ただいま田村君から質疑を打ち切って討論、採決に入るべしという動議が出まして、賛成がございましたので、この動議は成立いたしました。（「委員長、委員長」と呼ぶ者あり）

田村君の動議を議題といたします。田村君の動議に賛成の諸君の挙手を願います。（「反対」と呼ぶ者あり）

〔賛成者挙手〕

○委員長（小林英三君） 多数と認めます。よって田村君の動議は可決せられました。

これより（「議事進行」、「発言を許しなさい」と呼ぶ者あり）討論に入るわけですが——ちょっと湯山君、議事進行ですか。

○湯山勇君 私は事ここに至ってですけれども、先にこの答弁いかんによってはもう一つだけ質問すると申したことを委員長は聞いておられましたか。

○委員長（小林英三君） 委員長は聞きません。田村君の動議の方が先でした。

○湯山勇君 私は動議の前に、私の質問の前に、そういうことをお願いしておったのです。

○委員長（小林英三君） 今動議が取り上げられたから ちょっと速記をとめて。

〔速記中止〕

○委員長（小林英三君） 速記を始めて。

ただいま榊原委員からいたしまして、賛成者——加藤武徳君の賛成によりまして動議が出ております。「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律案の討論は、討論者各会派一人とし、その発言時間は五分間以内に制限することの動議を提出いたします。」、こういうのが出ておりますからして、この動議に対しまして採決をいたします。（「提案者に対する質問」「動議に対する質問」と呼ぶ者あり）

速記をとめて。

〔速記中止〕

○委員長（小林英三君） 速記を始めて。

それでは榊原君の動議に賛成の諸君の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長（小林英三君） 多数と認めます。

速記をとめて。

〔速記中止〕

○委員長（小林英三君） 速記を始めて。

それではこれより討論に入ります。御意見のおありの方は賛否を明らかにしてお述べを

願います。

○高野一夫³¹君 私は、衆議院から回付されました本法案に対して反対の討論をいたしたいと思えます。

この修正案並びにそのもとである大石案を検討いたしますれば、これは医薬分業の——いわゆる任意分業の名をかりて、その実は医薬分業を実際的には行わしめないようにきわめて巧妙なる字句をもって逃げ道を作ったことは、特に医師法の修正案であると考えます。そこでわれわれは、とにかくこの修正案につきましては、衆議院から回付されました修正案につきましては、わが参議院においては十分の時間をかけて疑義をただし、法的解釈を定めて、そうして今後政府がこの医薬分業の運営に支障を来たさないようにしたいと考えておったのでございます。そこで私はこういうふうな急いで、たった一日のうちのわずかな時間を限って質疑をやり、その質疑も強引に打ち切れなければならないというような参議院のこの審議を、まことに遺憾にたえない次第と考えます。これはできるならば休会中次の国会まで継続審査に付して、そうして十分議を練るべきであろうと考えておったのでございますけれども、私はあえて継続審査の動議も提出いたさなかったのは、私は皆様の大多数の意思をくんで、いかにかして円満に議事を進めていただきたい、こう考えて継続審査の動議を提出しなかったわけでございます。ところで、この法案につきましてわれわれがただしましたところによるというと、提案者の説明にいたしましても、あるいはこれが国会を通過した後この法律の運営の衝に当る厚生省事務当局の答弁にいたしましても、とうていわれわれが納得することのできない、理解しがたい点を多分にまだ残しているのでございます。このままでこの法案が参議院を通過し、すなわち国民に対して順法をしいることになりました場合に、果して円滑に正しいあるべき姿に導くことができるかどうかという点については、私は多分に疑問を持ちます。しかもこの法案の作成者が衆参両院にまたがる専門家の医師である議員諸君が中心になられて作成された案であるのでございますが、この国会に対して全国の医師会が強い働きかけをして、医薬分業の全面廃棄の運動をし、そうしてそのあげくがかような案に落ちついて国会に提出され、審議を進められたということ自体を、私はまた国会の立場からきわめて遺憾千万に存じます。しかもこの医薬分業は、先ほど大臣からもお話がございました通りに、昭和二十六年に第二百四十四号が制定されて、しかも準備最中に昨年延期をして、そうしてまた今年突如として改正をする。いかにも法律をもてあそんで、一部の一方の反対意見をその意見に従って実施されない法律が軽々に国会において改廃される、かようなことは国会のあり方にはなほだしい不満を感じるのであります。かようなことで一体国民は国会の制定した法律に何の權威を感じるであろうか。国民は国会が法律を作って公布いたしましたならば、いかにかしてその法律を守ろうと努めるわけであります。その準備、心がまえをするわけである。ところがその準備をし、心がまえを進めておる間に、実施されない前に再び三たび改

³¹ 高野一夫（たかのかずお）1953年4月24日～ 第3回参議院議員通常選挙・全国区 自由党。日本薬剤師協会（当時）会長。

正をされる、かようなことで国会が作った法律に国民が信頼をおくことができるでありますでしょうか。またわれわれ国会議員として、かようなことを国会議員がやって、そうして国民に国会を信頼しろ、国会議員を信頼しろ、こう言ったところで、果して国会の権威、国会議員としての見識を維持することができるであろうか。このことは医薬分業是非の問題よりも、この法律の軽々たる改廃、国会のあり方、これについて私は非常な不満を感じ、そうして私自身非常な疑問を持つ次第であります。こういうことがひんびんとして行われるようなことがございますれば、これは今後日本は円満たる適正なる法治国としての、国家としての体面を保つことはおそらく不可能ではあるまいか。国民が法律を守らないために国民を責める権利はおそらく国会議員としてはないと私は考える。この法律については、ことに昭和二十六年第十国会における法律は当時の自由党、当時の改進黨も党議をもってきめた。それが実施をされない前に、社会情勢の変化が何かしらぬけれども軽々に——私も自由党の党員であるけれども、私の所属の自由党においても、そのほかの政党においても、これが実施されない前に軽々に延期をされ、改正される案が、有志議員であろうけれども、起るといふこの事態についても、私は政党のあり方についてきわめておもしろからざる考えを持つのでございます。この法案の審議に当りまして、われわれは先ほど来の大臣がおっしゃるように、新医療費体系がいわゆる国民の経済的負担、これがいかになるかということが最も大事な問題であります。しかも、これは政府においてはしとして調査を進め検討を加えられつつある。これが二、三カ月後には出ようとしている。これと関連をいたしまして、この医薬分業の実施の問題を吟味することこそが適正なる国会における審議の状況であると考えている。その準備が進められている過程におきまして、こういう改正案が出たということを非常にまたわれわれは不満に思うのであります。

この法律は部分的には同意を表する点もございますが、また強く反対しなければならぬ点もございます。だから私はかように軽々に二百四十四号が延期され、改正されるのに対して非常に不満を持ちますので、この衆議院から回付されました三法律の改正案に対しては、私は反対をいたすものであります。

○竹中勝男君 　ただいま衆議院回付の改正案に対しては、すでに衆議院においてこれを修正しております関係上、日本社会党左派は、これに賛成するものであります。

しかしながらぜひともこの場合明らかにしておきたいことは、われわれは、これは国民の医療の将来に画期的な影響を与える重要な医薬分業に関する法律案であるがゆえに、十分審議を尽した上でこれを決定したいと考えたのであります。種々の事情のもとに、十分われわれは審議を尽すことのできなかつたことをきわめて残念に思っております。従ってこの決定をするに当りまして私どもの会派といたしましては、特に行政当局に対してこの医薬分業の精神あるいは目的あるいはその使命につきまして、国民の啓蒙に十分の力を尽していただきたいと願います。特にこの第二十二条に対しては、きわめて私どもは疑義を持っておりますからして、この趣旨に対する懇切丁寧な解説を国民に徹底さすと同時に、医師側に向っても十分具体的に解明して誤まりのないことを期していただきたいと思うの

であります。

医者の前における患者は、治療をする者と治療を受ける者、強い者、健康な者と弱い者との関係におかれておるのであるからして、この患者またはその看護に当る者が処方せん
の交付を必要としない旨を申し出た場合というがごとき、きわめて微妙な間に処するもの
に対しては、弱い立場に立っておる者を十分守るような、そうして医薬分業の目的を誤ま
らないような行政的な指導というものを国民医療に当るところの医師の側に対しても、治
療を受けるところの国民の側に対しても十分徹底さしていただきたいと希望するもので
あります。すなわち医薬分業のこの法案がねらっておるところの分業、すなわち医師は治療
に当り、薬剤師は薬剤の調剤や薬剤を出すことに十分注意をもって対するよう、特に医
師は処方せんを出すということを原則として、この国民医療における合理的な医療の基礎
が確立するようにしていただかなければなりません。現在の医療制度の不備から来るとこ
ろの国民健康のこのような破壊を迅速に回復するために、この法律が十分社会的な機能を
果せるように行政当局の特に努力を希望するものであります。

最後に、新医療費体系の確立とともに、今日の医療制度におけるところの根本的欠陥で
あるところの医療点数の引き上げの問題、あるいは薬価の合理的な価格に対する考慮……。
○委員長（小林英三君） 竹中君、時間でございます。

○竹中勝男君 はい。あるいは社会保険における国家の負担分の画期的な増大、こういう
関連的な、国民医療に本質的な関係を持つところの料率に対する積極的な施策が厚生省当
局によって行われることを希望せざるを得ないのであります。どこまでもこの医薬分業と
い、精神、目的を持ったところのこの法律の施行に当って、これが国民医療の画期的な前
進に寄与するものとするように当局、医療者、薬剤師が特別の努力をもってこの国民医療
に当られることを希望して、この法案に賛成するものであります。

○委員長（小林英三君） これにて討論は終結したるものと認めます。

それではこれより医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正す
る法律案につきまして採決をいたします。本案を原案の通り可決することに賛成の諸君の
挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長（小林英三君） 多数と認めます。よって本案は多数をもちまして原案の通り可
決すべきものと決定いたしました。

なお、本会議におきまする口頭報告の内容、議長に提出する報告書の作成その他の手続
につきましては、委員長に御一任を願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（小林英三君） 御異議ないものと認めます。

なお報告書には多数意見者の署名を付することになっておりますから、本案を可とせ

られる諸君は、順次御署名を願います。

○委員長（小林英三君） 本日はこれにて散会いたします。

午後 11 時 46 分散会

※この翌日、昭和 30 年 7 月 30 日（土曜日）、参議院本会議にて可決成立。

この法案で改正された薬事法 22 条は、そのまま、現在の薬剤師法 19 条に引き継がれている。

【薬剤師法】

第 19 条 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

- 一 患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合
- 二 医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第 22 条 各号の場合又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第 21 条 各号の場合

【上記 2 号で引用している医師法 22 条（同時に改正された）】

第二十二條 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合には、この限りでない。

- 一 暗示的効果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合
- 二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合
- 三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合
- 四 診断又は治療方法の決定していない場合
- 五 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合
- 六 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合
- 七 覚せい剤を投与する場合
- 八 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において薬剤を投与する場合