

第二十二回国会 衆議院 社会労働委員会公聴会議録第三号

昭和三十年七月二十一日(木曜日)

午前十時二十九分開議

出席委員

委員長 中村三之丞君

理事大石 武一君 理事中川 俊忠君

理事松岡 松平君 理事大橋 武夫君

理事山下 春江君 理事山花 秀雄君

理事吉川 榮光君

植村 武一君 白井 莊一君

小川 半次君 龜山 孝一君

菅野和太郎君 草野一郎平君

小島 徹三君 床次 徳二君

横井 太郎君 亘 四郎君

越智 茂君 加藤録五郎君

小林 郁君 中山 マサ君

野澤 清人君 八田 貞義君

岡本 隆一君 瀧井 義高君

中村 英男君 長谷川 保君

福田 昌子君 柳田 秀一君

横銭 重吉君 井堀 繁雄君

受田 新吉君 神田 大作君

堂森 芳夫君 中原 健次君

出席政府委員

(厚生技官) 曾田 長宗君

(厚生事務官) 高田 正巳君

(薬務局長) 高田 正巳君

出席公述人

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 会事務理事 鹿島 俊雄君

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 松澤風有司君

委員外の出席者

厚生事務官(医 務局医務課長) 熊崎 正夫君

厚生事務官(薬 務局薬務課長) 尾崎 重毅君

専門員 川井 章知君

専門員 引地亮太郎君

専門員 浜口金一郎君

本日の公聴会で意見を聴いた案件
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

○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 下さいますよう、お願いいたします。

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 と思われましますから、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、委員長のご許可を得なければなら ませんし、発言の内容につきましては、 意見を聞くこと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ります。

次に、公述人の皆様は御発言の際 は、傍聴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ところでありま 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して、最後 に本案に対する意見を申し上げます。

日本医師会におきましては、法律を もって処方せんを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 持つ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 ておるといふ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

ところで治療もする、さらに調剤、投 薬もするというような形態とは、その 発展の歴史がすでに違っております。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うようなことにつ きましては、絶対に賛成しがたいとい う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、欧米の実情であつて、さよ うに欧米の薬剤師さん、薬局は、自己 の仕事というものの限界を非常に正しく 守つておられる。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が、非常に良心的 な姿でやつ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 きましては、頭痛い、腹痛いといえ ば、これに調合するといふような形 で、その訴えに応じて薬を盛つてお る。これは聞くところによりますと、 国民医薬品集というものに盛られた処

方で薬を盛つておるのだそうでありま す。このようなことは全く欧米には ない。

現在、御承知の通り、たとえば頭痛 痛いといひましても、その頭の痛い原 因には幾つかあります。ただ単なる頭 痛薬でこれを経理しようといふような ことは、非常に危険きわまりない、か ようにわれわれは考へておるのであり 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 というところであるので、日本におきま しても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

の無診調剤といひますか、医薬品集に 盛られたその処方によつて、薬剤師さ んの判断によつて薬を調合するといふ 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、非常にどつさり現在できてお ります。こういうような薬を、正しい 処方に基づき、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ありまして、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ひ まして、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 なおったと考へまして、そのまま治療 を中止してしまふ。そういうようなこ とからしまして、伝染病が跡を断たな

いという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。ベニシリンを注射して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。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。日本において虫を下サントニンであります。その薬が非常に少な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、うちの子供がまたかな便をしたので、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た。従いまして、何か薬を飲ませなかったかと聞きまして、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て、私の想像をもつては、お母さん、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と、かように考えたわけでありました。

このようにして、現在日本における

薬局の経営の状況が、まさしく欧米の薬局の経営状況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つてくると思いますが、いづ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と、かように考えておるわけであり

ます。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、秘製調剤をして、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、まさしくこれはかげにきく薬、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方があるのだというように、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と。さらにまた、もしそのようなことがかりにであったとしたら、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いだろ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つ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はあり

なれば、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ところも、むしろ賛成せざるを得ないというように、ことと相なるのではないかと、この分業をいたしますれば、国民負担が軽減するということも、意見も、一部にはあるわけであり

ます。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ところで、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。日本医師会が計算をしてみますと、大体一、二%くらいは増が起つてくる、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、五、五、五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に、暴挙をあえてして、すなわち、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、しるし、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

ます。さらに、処方せんを医師が出すというようなことになりまして、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、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て、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ふのであります。おそらくは、この処方せんを十分に審査するためには、その処方発行した医師からも、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、かように思ふわけであり

ます。東京のごときは月に百万件もあります。その百万件の中から同一処方を出して照らし合せるなどというところが、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ふのであります。さらに、調剤権の問題であります。が、われわれも同様に、調剤の点にしましては、十分な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、そういふような状態から、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しては、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

ます。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したこの法案につきましては、日本医師会としては不満足であるというところを申し上げざるを得ないのであります。以上簡単にありますが、日本医師会の考え方を公述いたしました。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ところを、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、このような姿にしたいと思ふのであります。切にお願いいたします。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つてお

りまして、これに意見を申し述べようというところでございます。ただいま伺つておりますと、日本医師会のお考えを御発表になったのであります。私、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、十分参事院の先生方が御研究を下されまして、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、現在の法律となつ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ところで、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つて、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くされて
おる。従つて、今公述なされたこと
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
とは違つて、新しい医療に対しては、
真の治療は行へない。そうしなすれ
ば、いろいろな人命にも危険を及ぼすよ
うなことがあつて、このまま医師一人
が医のことも薬のことも両方持つてい
くということはできない。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追求されまし
て、その協力によつて、すべての成果
を最高度に發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
を、どうしても分けなければならぬと
いう考え方は、国においても変りがな
いと思つております。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、そのおのおのの責任を
もつ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ふことで、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
りやめるといふ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
いつて、薬学校規則を作り、薬剤師の
養成をされたわけですね。薬剤師は、こ
の国家の要請に従つて、分業によつて
国家に奉仕しようという熱意を持つて
、すでに五万の人をこの世に送つて
おるのであります。なほ毎年約三千
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。こういう点からいしまし
ても、国家がせつ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
しておると思ひますし、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、医師法並びに齒科医
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
て薬品を授与する必要がある場合があります
は、処方を書かなければならぬ、現在
の法律はそうなつております。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
せんなるだけ出すようにするから、薬劑
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つたこ
とと思ひます。漸次処方が出てくるか
ら見えましたが、それはいつの間にか
ら姿を消して、なお現在のようになら
ざるものであります。

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
しないといふ場合、これは医薬関係審
議会で十分審議をして、極力しぼつ
て、それ以外のものは処方せんを発行
するといふ建前になつておるのであり
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
てもらいたいといふ申し出があつた場
合には、もう処方せんの発行はしなくとも
いい、こういうことになつておりま
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
会といふものを無視して、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こ
れをすつかりしぼつて、それ以外は処
方せんを出すといふ建前になりました
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
はどうであつたか。それは、ただ医師
の主観によつて、診療上支障ある場合
はこの限りでないといふ言葉で、空文
化されておると言つても間違ひがない
のじゃないかと思つております。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

あつて処方せんの出せないというふうな
ケースは、はなはだまれであると思つ
ておりますので、このことについて
は、むしろ同意いたしたかねる次第であ
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
議会によつて、そのケースをおきめ
なるといふことに對しましては、この
法案の成立に先だち、医師会、薬剤師
協会、齒科医師会、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つて通過
をいたしました法律でありますから、
これに従おうといはしておる次第であ
ります。

処方せんの発行といふ問題につきま
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たとき
にも、お医者さんは、私に診療の結
果、処方せんをやるかとおっしゃること
は、ほとんどありません。むしろ、私
の家の薬局であり、調剤しておること
は御承知であるけれども、薬を上げま
すからそれをお上りなさい、大いこ
う言われる。しかも医師みずから調剤
しなければならぬその調剤が、だれ
によつてやられたのかかわらない、し
かも内容がいかなるものが入つておる
のか、私の方から伺つても、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つておりま
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
まかせ切つ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

くれといふことを言うはずはなかな
ないものである。

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つ
て、処方せんの発行もまたはばまれておる
といふことも事実であります。その処
方せん料を払ふことによつて、二日分
なり三日分なりの調剤をしてもらつて
持つて帰ることができ。そういう点
からいいますと、これまた処方せんが
発行されないといふような状態になつ
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
のがあり、薬学終局の目的は、調剤に
あるといつ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ゑに、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。すべて習つておるあら
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
中にいた薬剤師が、その本来の仕事に
つくことのできないといふ現在の状態
を改善していかなければならぬと思ひ
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
が、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つておる、
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
なつております。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、調剤というもの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、ただまぜ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やったのであります。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ないが、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ものであります。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。もし医師が処方を行なう場合には、誤まって、その内容のふさわしくない処方が行なわれたとしても、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のを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なければならぬ。もし誤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、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えます。

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ある薬剤師に対して、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ふことが、文に逆行するところの、はなはだ突止

千萬元案だといわざるを得ないと思ふのであります。

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ております。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、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

かつたならば、これはすみやかにお取りかえなさるべきものであり、もしこのまましう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思われるのであります。仕方がないのではないかと思ふのであります。

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示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た論旨につきましては、歯科医師会は大體同調であります。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。

まずこの医療分業の実施につきましても、われわれの歯科医療におきまします業権上の問題、いかにこれが影響をもたらすかということが、一つの問題であります。要するに診療行為は、われわれ医療担当者の大きな自由、またその主観によってなされなければならぬことが多いためです。法をもってこの種の業権を拘束せらるることにつきましては、大いに疑義があるものであります。この点につきましては、現在医療関係審議会等におきまして、相当論議が行われております。これにつきましても、まだ満足すべきわれわれの主張は取り上げられておらないような感じが強いのであります。この点につきましては、大いに検討の余地があるとい

うことをはつきり申し上げる次第であります。

次に、この法の実施によりまして、果して国民の福祉にこれが寄与するかどうかということが問題だらうと思うのであります。聞くところによりまして、この法の実施によりまして、国民総医療費は低減せられるというふうな御意見もあるようではありますが、日本歯科医師会といたしましては、必ずしもさうではないという考え方を持っております。

言いかえまして、医療費は増大をするのではないかと、このことをわれわれは考えております。

次に、この法実施と不可分の関係にありますが、御承知の通り、この新医療費体系実施方針につきましては、相当の疑義がございまして、前々国会におきましても、この新医療費体系の実施方針について、相当の御異議があられ、ここにこの法の実施が延期せられたというふうに承知いたしております。現在におきましても、この新医療費体系の実施方針につきましては、まだ完全なものが出ておりませんし、また現在政府特に厚生省が考えておられますような方策では、われわれは絶対に承服はできない。その一例を申し上げますと、要するにこの新医療費体系の考え方は、われわれの診療技術料を、いわゆる潜在技術料と申しますか、その面を物の体系から分離するというところに主眼があるようではあります。必ずしも現在の状態においては、これが完全にいき得ないと思っております。例を申しますと、特に薬品等の場合におきましては、この原価計算の根拠、またこの

実態等については、何ら強い批判が行われないのであります。その結果、この新医療費体系につきましては、診療技術の面にしわ寄せが来るということがはつきりいたしております。

歯科の面におきましては、先般厚生省医務局が行いました医療経費実態調査の例によりまして、明らかにわれわれ歯科の技術面についてはマイナスの線が出ておるのであります。このデータの発表に際しましては、厚生省は、この新医療費体系の実施によりまして、歯科医師の現在の収入あるいは業態の上においては、何ら変化はないということをお前提として発表いたしておりますが、必ずしもそうでない、数字の上に明らかにマイナスの線が出ております。かような現段階におきましては、十分の検討の余地があると私は、歯科医師会といたしましては主張するものであります。従いまして、この分業の実施というところにつきましては、なお十分な検討を加えなければならぬというところを、歯科医師会としては申し上げる次第であります。

次に、今回御提案になられましたこの改正案につきましては、拝見いたしますと、まず歯科医師法の第二十一条につきましても、われわれの要望しております業権上のいわゆる判定、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場合は、われわれの主観によつてこれが決定せられるということにつきましては、相当われわれの主張がここに盛り込まれておるといふことにつきましては、われわれはこれに同意の線を通すのであります。ただ薬事法の二十二条の点につきましては、薬局の普及の十分でない地域に対しては、

しては、現在、医業関係審議会においても相当活発な議論が行われ、先ほど申し上げる通り、いまだに結論が出ていないのであります。この薬局の普及の十分でない地区に對しまする取扱いがどうなるのであるかということにつきましては、重大な問題だらうと考えるのであります。これらは、國民の医療福祉の上に大きな影響を与える問題であります。この点につきましては、不満足なる意をわれわれは表わさざるを得ないのであります。と申しますことは、この法案に對しましては、非常に御苦心のあとも見受けられるのであります。齒科医師会といつては、これは、これに全面的に賛意を表することはできかねるということを申し上げる次第であります。

○中村委員長 以上で公述人の公述は終りました。

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 私は公述人のお三方に伺いたい第一の点は、これは特に医師会、齒科医師会のお方に伺いたいのでありまして、今日は、特に医師会方面においては、全国の医師大会も催されておるようございまして、その大会の目的としておられます点は、来年の四月に迫っております医療分業の実施に對する反対ということにあると承知をいたしておるのでございます。一体、日本医師会その他齒科医師会等お医者さん方のお考えをいたしましては、医療分業の原則というものは、これは現実いつ実行するといふようなことは別問題といたしまして、今後医療

制度の理想として、やはり原則的には認めるべきであるというお考えに立っておられるのでございませうか。それとも、医療分業は、いかなる場合においても、日本においては絶対に認むべきではない、こういうお考えに立っておられますか、この点を伺いたいと思ひます。

○水越公述人 大橋委員の御質問に對して、日本医師会の意見を御答弁申し上げます。日本医師会といたしましては、医療分業は、いかなる場合においても原則としては反対だ、こういうことに考え方が一致しておるわけでありまして、その理由といたしまして、先ほど私の公述の中にも一部あつたと私記憶しておるのでありますが、医療といふものは一貫して行なわれなければならないというこの考え方を持っております。たとえ手術、注射、診察、それから投薬といふような一貫した中に含まれておるべきものであつて、医師が、現在行われております法律におきまして、患者さんの要求によつては処方せんが出せる、この処方せんに基づいて薬剤師さんが薬を盛つてもよろしいといふことは、分業の原則というよりも、要するにそういうふうな患者の治療に對して、処方せんを与えても治療の責任が負えるというふうなケースについて処方せんは出すべきだ、かように考えておるわけでありまして。

○大橋(武)委員 これは私の質問が悪かつたかも知れませんが、さしあたり強制分業に對して反対をしておられることは、私もよく承知しております。しかしながら、將來の理想として、そういうふうないろいろな条件が完備してくれば、強制分業に移行するといふ

場合もあり得るとお考えになるのでしょうか。それとも、いかなる条件が整つたとしても、強制分業は医療制度の原則としてなすべきではない、こういうお考えでしょうか。

○水越公述人 先ほど申し上げましたように、現在の段階では、原則としてさうに考えておりますが、欧米の分業発達といふますか、分業に移行したその経過を私冒頭に申し上げました。これは自然発生的に、患者さんが処方せんをもらつて、そして薬剤師さんに行つて薬を調剤してもらつて、治療に對して医師に非常な強い信頼感を持つと同様に、薬剤師さんに對してやはり強い信頼の考え方をもちながら、そういう考え方のもとに逐次処方せんが發行せられる率が多くなつたという過程を踏んでおるわけでありまして。従いまして、日本におきまして、現在行われております法律におきまして、患者さんの求めによつて自由に処方せんの發行ができるわけでありまして、逐次患者さんが処方せんを薬をもらつても、決して自分の治療には事欠かないといふことの認定ができ得たときには、自然その姿になつていく、かように考えておるわけでありまして。従いまして、法律をもつて規制することとを強制分業と承知しておりますので、その点については反対である、かように考えております。

○大橋(武)委員 そうすると、医療分業は法律で強制すべきものでなく、自然発生的にでき上るべきものである、またさうしてでき上るところの医療分業といふものは、これは世の中の進歩に従つて當然に起るものだから、それ

を頭から否定するといふ考えではない、こゝ承りました。

それから、もう一つ伺いたい点は、今度の医療分業反対についての医師会の運動は、非常に熱心でありまして、たくさんの方、数日間自己の患者を放棄して東京へ出てこられて運動をするといふような、ちよつとその熱意は非常なものだらうと思つたのでございまして、こゝした運動の中には、私はやはり今日の制度のもとにおけるお医者さんとしての生活権と申しますか、おのずから現在の制度のもとにおいてお医者さんの仕事の内容がますます、従つてお医者さんの収入といふものが、現在のやり方のもとにきまつてきておる、この状態において、急激に医療分業が行われるといふことになりますれば、これは明らかにその収入の面に非常な變化を生ずるであらうといふことは想像するにたかたかたございまして、こゝしたお医者さん方として生活の基礎になるところの収入に非常な大きな影響を及ぼすという事態について、これに對して反対されるという立場からは、当然だろふと思つた。そういう意味において、今回の運動の中には、医者の生活の問題に觸れておる面があるのではないかと思ひますが、いかがでございますでしょうか。

○水越公述人 ただいまの御質問で、あるいははき違へた御答弁を申し上げるかも知れませんが、原則として、先ほど申し上げましたように反対であるといふこと、そこでこの大会が持たれておつて、その大会のためには、相当患者も迷惑をしておるのじゃないか

といふようなこと、そのよつて起る理由の中に、生活権の問題がありはしないかといふことと私了承いたしました。御答弁申し上げますが、先ほど申し上げましたように、法律をもつて規制する医療分業といふものは、原則としては反対であるといふことが、大会を持つ、あるいはまたこれに反対するおもなる理由であります。ただ御説のような経済的な面につきましても、やはり大橋先生のお話しになられたような点もありましますので、先ほど申し上げましたことにプラス大橋先生の御意見、かように御了解願ひたいと思ひます。

○大橋(武)委員 今日のような社会生活におきまして、いろいろな政治上的意見をきめるに當つても、経済的な影響といふことを考慮せずに意見が出てくるといふことは、考えられないのでございまして、この問題についても、生活問題といふものが結びついておると、私は想像しておつたのでございまして。特に薬剤師会にお伺ひしたい点は、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ふことについて、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、いかがでございませう。

○竹中公述人 ただいまの御質問に對しまして、私も、医師会の方々が生活上の問題をお考えになつておるのか、こゝ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つて、全部の医療のほとんど八割あるいは九割にならうかといふような状態でありまして、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、やる仕事が多くなつてくるわけ

あります。このわれわれ薬剤師の立場も、よく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

います。

○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でない、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、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割ぐらいになっておるわけ

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すか。

○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います。

○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出してきて

いるものもあるわけでありまして、こういうふうなことから、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割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ひます。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つてしますならば、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、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いいますが、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つたのではないか、かように解釈しているわけでありまして。

○大橋(武)委員 そうすると、医師会としても、要するに社会保険の普及によつて、売薬であるとか、あるいは国民処方

の薬が売れ行きが減るということとはあり得ることだとお考えになつて

いるわけだと存じます。

○水越公述人 ところで、医師会副会長にお伺いしたい点は、この問題を一つの生活問題として考えました場合においては、従来

の収入といふものは、これは診療による収入でございますが、この診療に

対しては診察料、処置料、あるいは処方せん料、調剤料といふような区別を

する慣行ができていない。従つて、こ

うした強制医療分業といふことを急激に実行される場合において、こういう法律の強制による変化に際してのお医

者の皆さんの側の受け入れ態勢といふものが、おそろくできていないといふことが言えると思ひます。従つて、そういう受け入れ態勢のないところへ強制医療分業といふようなものを無理押しにされるといふことが、特に生活を脅かす根本の原因になつて

いるのではないかと、いふふうに考へるの

でございますが、そういう考へ方はい

かかなものでございましょうか。

○水越公述人 ただいまの大橋委員の申される通り、日本医師会の考へでは、要するに原則として強制医療分業には反対であるといふことで、日本医師会も、その分業の準備態勢も全然し

ておりませんし、さらに各会員一人一人が、いわゆる収入の面で、分業になつたらどういふことで補つていこうといふような計画も、何も企画してお

らないことはお説の通りであります。

で、従いまして、現在においての分業

実施といふものは、ちよつと妥当を欠

くのではないか、かように考へている

のでございまして。

○中村委員長 松岡松平君。

○松岡(松)委員 竹中さんにお伺いし

たいのですが、先ほど大橋委員の質問

に対して、もし改正案の趣旨のように

なれば、薬剤師の売り上げの収入が四

五%も減つていくといふような趣旨の

御説明がありました。そこで伺ひし

たいのですが、現在の医薬業者の日本

全国的な数と、府県、都市、あるいは

部落的にも違つていふのが、平均はど

それから、ただいまのお話の、薬料
大学はこの法律ができる以前からでき
ておるじやないかと、こういうお話で
あります。それは、私聞き方が悪かつ
たかも知れませんが、薬劑師は、たし
か明治十五年でございますから、薬学
校規則というものができ、そして薬
劑師の教育を始められて、それが学制
改革によって、初めは国家試験だけで
やりましたが、それから専門学校あ
るいは大学を卒業するように変わっ
ただけであります。しかし、これら
のものは、初めから分業になるという
ことを承知の上で、それを目標に勉強
してきておる。

それから、今、松岡先生のお話の中
に、医師からも薬劑師からも、自由に
患者が調剤を得るようにして、だんだ
んと薬劑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
強固分業というのは、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、処方を書き
なければならぬ、これが強固だ、こう
いうのであります。国民のための強固
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きな、処方
をくれなどということは言えない。
さつき申し上げましたように、薬劑師
の私でも言えない。そこで、見たらか
まわず処方を書いて、それから後、こ
れをいかにするか。その医師のところ
でもらうか、薬局に持っていくか、
これがやっぱり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くという本
案に対しては反対だと、こう申し上げ
たわけでありました。

○松岡(松)委員 それでは角度を変え
てお尋ねいたしますが、水越さんと竹
中さんと鹿島さんのお三方にお伺いし
たい。これに違反した場合に、刑罰を
課することに現在の法律ではなってお
る。これは私、少しく苛酷ではないか
と思うのです。これは行政罰で足りる
ものである。それを罰則に違反したと
いう理由をもって刑事罰にする、ある
いは選挙違反あるいは窃盗、強盗、詐
欺、そういうものと同様にこれを刑事
罰として取り扱うということには、はな
はだししく苛酷に過ぎるではないか。弁
護士にしましても、また他の特殊な身
分ある職業にしましても、原則として
行政罰をもって課するのが原則じゃな
いかと思う。それを特にこの法律では
刑事罰を課せるということになってお
るのが苛酷だと私も考えるのです。
が、お三方においては、忌憚なくこれ
が御意見を承わっておきたい。

○水越公述人 ただいまの松岡議員の
御意見御質問、私たちは全く同様に考
えておるものであります。たとえば、
昨年の十二月に一年三ヵ月、もし延期
法が通らずして法律二百四十四号がそ
のまま実施されたとした場合を仮
定いたしますならば、十二月の三十一
日まででは当然行なっておった。またも
しそれを拒否した場合には、あるいは
非難的にもなりかねないような問題
が、一夜明けて翌日から、この行為

がすぐそのまま処罰の対象になるとい
うに至っては、とうていわれわれとし
ては納得できない、かような考え方を
持つておるわけでありました。

○竹中公述人 私はさように思わない
のであります。およそ法律を作ったな
らば、これは守つていかなければなら
ぬというのが原則だと思ひます。そう
して、これに対して、ただいまお話の
ありましたように、その日を限つて施
行になったときに、誤まつてやつたよ
うな場合に、果してこれらの人たちに
対しては、血も涙もないような裁定が
下されるときは考えてもおりません。し
かし、この施行期日までの間といふも
のは、相当の期間が置かれておるので
ありまして、わずかに四日とか五日と
いうようなものではないので、各自が
十分に承知をして誤まりないようにす
べきであります。日本の法律の建前
からいけば、それぞれの情状をおくみ
取りになつて、適当な処分をなさるの
は、われわれのよく知つておるところ
であります。しかも、行政罰と刑事
罰、どちらの罰にしても、罰は罰で同
じであると思う。ただ刑罰でもつて
やられるということが強く感じられ
て、行政罰の方が強いのであります
が、実際の問題として、そういうふう
なケースがありまして、今までほと
んど処罰を受けた事例はない。これを
お考えいただいたならば、やはりきま
るものはきちんとおさめておくべきだ
と思ふのであります。

○鹿島公述人 お答えいたします。齒
科医師会といひましては、こういう
ふうに患者対医師または歯科医師の関
係が微妙でありまして、その条文に規
定してあるすれすれの線というよう

ものは、解釈に非常に大幅の幅を持つ
ような事態もたまたま発生すると思ひ
ます。刑事罰をもって臨まれること
は、絶対反対であります。しかし、こ
の法の建前からいひまして、行政上の
責任を負うということについては、わ
れわれは当然だと思ひます。刑事罰に
つきましては、松岡議員の仰せの通り
であります。

○松岡(松)委員 竹中さんにお伺いし
たいのですが、医師法の三十三条に
よつて、つまり二十二条に違反します
と――調剤の違反をした場合には、当
然罰則が適用される。もう一つ十八条
を見ますと、こういうのがある。医師
でなければ、医師又はこれに紛らわし
い名称を用いてはならない。これなん
かは、当然刑事罰に該当する人であり
ますが、こういう種類のものと調剤に
違反した医師と同じく刑事罰に処する
ということとは、刑の処罰の均衡を失し
てはしないか。あくまで行政罰といふ
ものは、七条に示されておる免許の取
り消し、業務の停止、こういうことが
撤せられておるのであります。これが
はかなりきつものである。しかし
ながら、一定の職業に従事しておる
者は、そのルールを守るべきである。
そのルールを守らなかつた場合には、
その団体のルールによつて処罰を受け
る、いわゆる行政罰を受けるのは当然
じゃないか。それを刑事罰、すなわち一
般法域を侵害したような刑事上の犯人
と同様に取扱つて処罰するといふこ
とは、苛酷ではないかと私は思ふ。最
後にこの御意見を承わりたい。

○竹内公述人 ただいまのお説は、先
生のお説として承わるのであります
が、この刑罰の問題は、あながち医師

だけが処罰されるのではないと私は思
います。医師以外の者も、これを犯し
た場合に処罰されるのであります。か
ら、さうに医師の行政罰ということ
で調剤を行なつて、それでそれに間違
いがあつたり何かした場合にも、医師
の監督下にある看護婦や何かの間違ひ
は、その責任者である医師が処罰され
るのかといひますと、今までのところ
では、お医者さんは処罰されないで、
実際問題としては、それをやつた看護
婦が処罰されている事例が非常に多い
のであります。かような点もお考えを
いただきたいと思います。

○大石委員 それでは、竹中公述人
に、先ほ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。こ
れは、お尋ねしたいと思ひます。これは
あげ足を取るようですが、ちよつと許せ
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
といふことは絶対反対であるといふこ
とを仰せられました。徳川時代には、
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
かつたら、お許しをいただきたいと思
ひます。御提案になつた大石先生のお
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ひますが、この
分業という線に沿つて法案が審議せら
れ、去る二十六年の御決定によつて現
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りますのであります。分業の問題が進歩しないということは、先ほど申し上げましたが、処方箋が全然出ないということですが、この処方箋が少しでもよい出て、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箋の内容も公開しないところの処方せん発行義務の免除事項をお加えになるといふことは、私ども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 おれわれはあなたの信念を聞いていたのではない。お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。しかしおれわれは、必ずしもあなたの方におれわれの考えに同調せよということをお願いしておらない。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。おれわれはそれを尊重して、お互いに正々堂々と議論し合つ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、医師会の泥試合には、国民はあいそうをつかしてゐる。お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つ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。しかるにあなたの方は、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。徳川時代のようなどは申しておりません。速記録を調べればはつきりわかりますが、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らうと思ひます。いさぎよくそこであやまれればけっこうであります。もしあやまらなかつたらば……。

○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には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、決して間違ひではないと私は考えておる、さように御承知をお願いいたします。

○大石委員 あやまって取り消しになれば、それを許すにやぶさかではありません。許します。

それからもう一つお聞きしたいのであります。あなたは刑事罰と行政罰と言われましたが、この医師法、薬事法の改正案の中の、どこに行政罰がございましょうか、お聞きしたいと思ひます。

○竹中公述人 ただいまのお話で、行政罰ということでは、私の方から発言したのではないのであります。行政罰でいいじやないかというお話であります。それから、それに対しては、刑事罰を当然残すべきものであるということをおし上げたのであつて、行政罰のことを申して、私の方からは触れておりません。

○大石委員 これはちよいと質問の要点がおわかりにならないので、あなたには行政罰という言葉を使いましたが、おそらく薬事法、医師法並びにこの改正案には、行政罰というようなことは一つもないと思ひます。行政処分はあるのですけれども、行政罰はないはずですから、いかがでございましょうか。

○竹中公述人 大へん法律のしるうとでありますので、先生の御指摘によつて言葉の使い方が悪ければ、それは行政処分という言葉の意味でありますから、釈明をしておきます。

○中村委員長 滝井義高君。

○滝井委員 私は御三人の方に、これはきつめて重要な点でござい、ますので、それぞれ意見を述べていただきたいと思ひます。

それは、来年四月からいよいよ分業を実施することになっておりますが、行政技術的に見て、実施が可能かどうかということでございます。そういう抽象的な質問ではわかりにくいかと存じますので、一つ一つ申し上げますが、分業をやるとすれば、まず第一に医療費体系を作らなければなりません。これは当然のことです。昨年の例から見まして、医療費体系の審議は、昨年は五月から大体医療費体系の概念的なことから始まつて、結論が出たのが十二月の初めでござい、ます。現在政府は、九月に出すといつておられますが、九月になるのか十月になるのかわかりません。

今、医療局長がおいでになつたので、あとでまた聞きますが、おそらく新医療費体系は九月十月に出てきて、審議の結果、結論が出るのが十二月か一月の初めだと思ひます。そうしますと、今度はこれを健康保険の点数に翻訳しなければならぬ。点数に翻訳するた

めには、当然中央社会保険医療協議会にかけてこなければならぬ。ここでそれぞれ公益あるいは療養担当等の委員の意見の一致を見て、初めて結論が出てくると思ひます。これは厚生省が裁決で強行することができませんけれども、まああま民主的なやり方ですれば、その強行的なことは、医療に關してはなかなかできかねるということがあると思ひます。こういう点がある。

それから、現在医療関係審議会において、あの法律のために省令を作らなければならぬ。治療上支障がある場合、それから地域の省令を作らなければならぬ。これらの問題は、私の聞くとこでは、まだ結論が出ていないと聞いております。こういうことになつて、それらのものが全部最終的に結論が出て、今度はいよいよ大きな基

本的な変革でござい、ますから、医師、薬剤師等の具体的な社会保険診療の請求書の様式その他も、がらり変つてきます。従つて、全国の七万の医師あるいは一万七千の薬剤師の諸君に向つて、この請求の様式その他を普及徹底せしめなければならぬということになる。

こういう点から考えてみますと、行政技術的に見て、来年の四月からそのまゝ分業ができるかどうかという客観的な情勢は、私は不可能なりと考えなければならぬという結論が出そうに感じます。ですから、薬剤師協会、医師会あるいは歯科医師会の最高權威の皆さん方の見通しを、一つ率直に御表明を願ひたいと思ひます。

御意見に対して、御答弁申し上げますが、日本医師会におきましては、たゞいまの御趣旨と全く同様な考え方を持つておるのであります。医療費体系につきまして、厚生省が今せつかく精密調査を始めておりますが、この調査が一応できるのが八月だということをお言ひしておるようであり、ます。果して八月にできるかどうか。しかもこの精密調査を無理に八月に作り上げんがためには、時に相當の無理もしなければならぬのではないかと、いふような点からしまして、もし八月中に作り上げようと強行いたしましたならば、また再び昨年の轍を踏むのではないかと、かように考えておるわけであり、ます。

さらに昨年の医療費体系にありましては、処方せんを零としております。先ほど竹中公述人から、処方せんを有料にしておる国は、世界のどこにもないといふようなお話がありましたが、私はまた逆に、処方せんがゼロだといふ国は、ごくわずかの国以外にはない、かように承知しております。たとえば、米国のブルー・シールドのやつております保険におきましては、処方せんは五点を示しておる。五点というのは、御承知の通り日本の現状に直すならば、大体において千八百円になるわけであり、ます。そのような処方せん料といふものを認めておる状態であり、まして、こういうような面、さらでだに保険医療が赤字を積み重ねておるところへ、この処方せんをかりに、五ドルは譲歩しまして、あるいは四ドル、三ドルといふようなことになつたとしましても、これが六十億、七十億といふこの赤字の上に、さらに保険財政に影響

を及ぼすというような問題をも、今なおそのまま残しておるわけでありまして、こういうような点からしまして、さらにまた、御説のように点数に翻訳して、医療協議会を通さなければならぬこの保険の点であります、この点につきましても、全く同様な考え方でありまして、もしこれをあくまで強行して、政府が実施しようとするならば、おそらくは保険医療の面におきまして、相当トラブルが起るのではないかと、われわれはかたい見通しを持っておるのであります。

さらに、医療関係の省令を普及徹底せしめるというに至りましては、先ほど竹中公述人から、医療関係審議会におきまして、すでにある線が出ておるといふことを言われておりますが、しかし、私どもの考え方からすれば、決してある線が出ておるのではない、要するに、おのおのの主張が出ておるといふことであつて、これを、もし政府が一部の主張を聞かずに、政府単独の考え方で押し通そうとするならば、ここに相当のトラブルがあり、さらに一たび無理に作り上げたものの普及徹底に至っては、これこそ容易ならざる問題がある。

さらにまた、先ほど申し上げましたが、処方せんを薬局において調剤した、その調剤の請求書が、今度は基金に出てくるわけでありまして、東京都のごとく月間百万件にも及ぶ請求書の中から、選り出して照らし合せるというところが、一体今の基金のあの状態からできるかどうかというようなことから考へても、すべて各般にわたつて、簡単にこの強制分業ができることはわれわれは考へていないのであります。

す。そのような意味合いにおきまして、滝井委員の御質問を、かりに御意見と仮定いたしますれば、その御意見に全く賛成であります。

○竹中公述人 いただいた滝井先生からのお尋ねであります、私どもは厚生当局の誠意を信じて、厚生当局が鋭意努力して、しかも新医療費体系にしる、また明年実施の分業法案に対する周知方法等につきましても、いろいろと案を立てて万遺憾なきを期しておるといふ御言明を信じて、新医療費体系が再び国会においていろいろ御審議になれますと、すみやかにこれが成立をして実施に移されんことを希望もし、そういうふうになるであらうと期待をいたしている次第であります。

○鹿島公述人 私の方の歯科医師会の意見といたしましては、滝井委員の御質問には全く同感であります。特に先ほど申し上げました通り、現在社会保険の面にとりまして考えますと、この社会保険の方にきまして、相対に検討を加える時期に達しております。要するに、この社会保険経済におきまして赤字が現在出ている理由等につきましても、いわゆる社会保険医療の中に、長期療養の結核がここに包含されておるといふような、いろいろな矛盾した要素があるように感じしております。これらの問題を解決いたしまして、現在におきまして、また今回のような新医療費体系の実施によつて一そうの混乱が起り、社会保険医療体系のうちにおきまして、最も憂慮すべき状況になるのではないかと考へるのであります。特に歯科医師会は、先ほど申し上げました通り、この技術料の算定

が非常に重大でありまして、しかも医療内容は、この歯科技術、いわゆる補綴方面の条件を無視しますと成り立たない。この技術料の算定はもとに不確定であります。先般厚生省が行いました医療実態調査精密検査によるデータによりまして、明らかにわれわれの不満足な線が出ております。この調査方法を例に取つてみますと、現在われわれの保険医が二万三千五百程度、この対象に對しまして、わずかに百二例程度の実態をもつて、わずかに百二例程度に納得したい統計資料をもつて全体を律しようとしております。ところが厚生省は、統計技術の面からいって、これは精巧なデータが出ておると言つておられますが、われわれはさうには信じられません。また技術料の算定等につきましても、単に計時測定のなし、時間的にこの技術の面を測定して、これをもつて技術料を算定する。これはまことに医学的なわれわれの技術といふものを無視した考へであります。ちよつと例を取つてみますと、たとえば毎回これは引き合ひに出てくつみがが二十円の料金でくつを、五分間の操作であります、これを一分間単位にいたしますと四円、歯科の技術料におきましては、精密調査の結果一分間三円八十銭である。かようなことでは、とても納得できないうこと、よく引き合ひに出されいます。このことにつきまして、解釈は別といたしまして、ことほどさうにわれわれの技術料の算定が不確定であります。従いまして、これらの考へ方を基調といたします新医療費体系には絶対反対であります。また厚生省当

局は、新医療費体系と云つておりますが、これはまことに誤まりであります。これは単なる社会保険点数改正である。真の新医療費体系と申しますものは、われわれの自由診療内におきます正しいデータの集積、その要約したデータをもつて、まづそのさしをやり、これによつて社会保険に關します技術料の基礎を考へるべきであらうと私は考へるのであります。従いまして、真の新医療費体系と申しますものは、いわゆる自由診療、制限を加へられておりませんところの現在の診療内容のデータでなければならぬものと、私は考へるのであります。従つて、これらの脆弱な要素を持つておる新医療費体系には絶対反対であります。またかようなものをこの社会保険機構の中に持ち込むことは、混乱を来たす以外の何ものでもないものであります。この点を明らかにいたしておきます。

次に、この分業の施行に關しまして、特に先ほど繰り返しました通り、薬局の普及が十分でないというやうな地域に對して、現在医療関係審議会の第一分會において、数十回にわたつて審議が行われ、その間薬剤師協會、医師會、歯科医師會の意見は必ずしも一致していません。この一致しない理由は、一に、国民の福祉に對して、それぞれ専門の立場の意見が出されることになるからであります、これらの解決もつき得ない現状においては、まことにこのやり方について、われわれは矛盾を感じる以外の何ものもないのであります。絶括的に言ひまして滝井先生の御趣旨に賛成であります。

〔委員長退席、山下(春)委員長代理着席〕

○滝井委員 今それぞれ日本における世界の最高權威者の御意見を承りまして、七万の保険医というか、治療に當つておる医師の代表者の方が、行政技術的に不可能であるとおっしゃる。二万三千五百の歯科医を代表する方も、不可能であるとおっしゃつておる。薬剤師の方は、厚生省の誠意を期待しておるといふことで、まづ厚生省に一切の期待を持つておるやうであります。まづ全国十萬の療養担当者行政技術的に見て不可能だ、こういう結論になつておるやうであります。

で、これは行政担当者無視しては、ファッショでない限り強行できない。こういう結論が大体出てきたやうであります。

そこで、次にお尋ねいたしますのは、現在の日本の医療というものは、その中心が社会保険になつておる。すでに、さいせんから竹中先生も、国民健康保険の普及は、薬剤師自身がむしろ食えない状態が出てきたといふことを、端的に御表明になつておるわけであり、当然社会保険の医療の中に薬剤師も入る姿というものを作らなければならぬ。これが一つの医療分業のポイントにもなり得る問題である、こう考へる次第であります、その場合に、現在の日本の社会保険といふものは、御承知のように、来年度末には百億の赤字が出ようとしておる。政府は、その料率の引き上げをすでに六月から実施したが、まだ標準報酬の改訂というやうなものは、法案が国会を通つていないという状態で、百億の赤字解消の見込みというものは、全くこんとんたる

状態で、つかないという情勢である。しかも、こんとたる日本の社会保険の赤字の中に薬剤師さんを入れる、その社会保険のルートの中に入れてくるということが可能かどうかということであります。そうならば、非常に安い診療費の中で、薬剤師さんも満足し、医師も歯科医も満足するという形が出てこなければならぬ。そういうところへ入って医師、歯科医、薬剤師が満足していけるかどうかということなのであります。現在、私がそう申し上げますのは、日本の医療というものは、御承知のように、もう医師の収入の八割というものは社会保険によって占められておる。健康保険、国民健康保険、生活保護によって占められておる。しかも健康保険とか、生活保護の予算のワケというものは、国家予算の社会保障費というワケによって絞めつけられておるということなのであります。このワケをたまた破るということは、現在の日本の客観的な予算編成の情勢から不可能であるということ、この不可能の中で、あなた方三者は生活条件を下げても日本の医療向上のためにやる、こういう御決心があるのかどうか。結論的には、当然そうならざるを得ないのであります。そういう点も一回、簡単にけっこうであります。そういうことは責任が持てないというのか、持てるといえるのか、お答えを願います。

○水越公述人 ただいまの御質問に対してお答え申し上げます。お説のように、現在ですら百億の赤字であります。先ほど私が申し上げましたように、もし新医療費体系が実施されるならば、厚生省の実態調査からも二、三％の——いろいろと表現は違うようであります。ときに〇八％というようなことを言っておられるようでありますが、とにかく二、三％の保険のワケ内における医療費の増加があります。これを日本医師会が計算したときには一、二％前後の増加があるというふうなこの新医療費体系、しかもこの新医療費体系がどういふことをしておるかという、先ほど申し上げましたように、アメリカでブルー・シールドという保険制度の中においてすら、一応五ドル程度を見積りしております。処方せん料を無料にしてすら、そのような状態が起つてくるというふうなこと、そういうことから、とうていあの新医療費体系は、われわれ七万の医師としては承服できないというふうなことは、機会あるごとに申し上げて参つたところであります。そこで、このような保険のワケにはめられた窮迫の中におきまして、一体薬剤師の皆さんもこの中に入り込んで生活をなさるのかどうか、現在の生活を切り下げてこの中に入り込むかどうかということにつきましても、薬剤師協会の皆さんの御意見はどうであるかわかりませんが、とにかくにもかくにも、先ほど鹿島公述人から申し上げられたように、医師の平均所得を、技術料を月間一万七千円前後に一応集約して、そうして一分間を四円三十六銭——薬剤師においては三円幾らでありましたが、とにかく医師におきましては一分間四円三十六銭というようなことで、要するに技術の切り売りをして最低のものをさして、しかもなおこれを切り下げてまでやっていけるかというところにつきましても、これは絶対にやっていけない、もう今の状態がい

わゆるボーダー・ラインであるということでも御了承願いたいと思ひます。○竹中公述人 ただいまの御質問であります。社会保険の一環として社会保険を国が育成し、これを育てて参りますからには、これによって生ずるところの赤字、それらに對しまして特別な考慮が払われなければならぬということ、申すまでもないのであります。しかししてこの目的のためと存じますが、厚生当局ではこの問題を検討するために、特に七人委員会というふうなものも設けられ、また社会保険制度審議会にも、全般的な社会医療の特別委員会を御設置になって、これは是正をお考えになっておられるようであります。およそそれわれ薬剤師も、日本の国民であり、同じ憲法のもとに健康で文化的な生活を送る権利を持つておるわけであります。今ここに百億の赤字がある、その現実の前に、それを打開するところの方途なくして、ただこへ一緒に入つてきて、そうして薬剤師は犠牲になるか——言葉はちよつと違ふようではありますが、そういうふうな意見であるかと思ひます。しかし一面現在の薬剤師は、もはや最後の関頭に立つておるといってもいいような押し詰まれた状態に來ておることでも事実であります。従つて、何とかして社会保険の中に入り、そうして社会保険のワケ内におけるところの薬剤師の当然なる奉仕をいたしていきたい、かように考えておられるわけであります。

○鹿島公述人 お答えいたします。私は先ほど少し触れましたが、現在の状態におきまして社会保険医療の特に歯科の面に關しましては、全くの制限診療を行いつつある、これ以上この診療内容が低下をいたしますと、これはゆゆしい問題であります。従いまし、われわれは先般来より、点数の改正であるとか、あるいはこの基調をなす一点単価の問題につきましても、相当強い不満と主張を持っておりますが、これらについても、社会保険の現状から考えまして、現在われわれは触れておりません。また一定の時期においてのみ、これは論議が可能であるという見解を持し、制限診療にも甘んじておる現状であります。従いまして、このような現状において、新医療費体系が実施せられるということについては、はなはだ危惧の念を持つのであります。従いまして、根本的に社会保険機構の検討を行い、その例証をいたしましては、先ほど申し上げました通り、結核の分離、これを結核予防法等によりまする国庫負担によるとか、あるいはそのほかいろいろの方策が並行的に立つた上において、この新医療費体系が考えられなければならない。そうでない限りにおきましては、社会保険経済の上におきましても、はなはだ危険な状態が来ることをはつきり申し上げます。

○滝井委員 医師も、現在の状態のもとはボーダー・ラインに來ておる。薬剤師さんも、現状のままで最後の関頭である、歯科医師さんの方も、今のようなままでは医療に責任を持つていけない、こういうことです。一人はボーダー・ラインに立ち、一人は責任を持ってない状態の中で、さらに薬剤師さんを割り込ませるということとは、もはや現状のもとにおいては不可能であるということが、大体結論的にわかりました。従つて、薬剤師さんが社会保険機構の中に入つて、薬剤師さんとしての身分を確立させるためには、根本的な日本の社会保険制度並びにその社会保険制度の中核をなす社会保険の改革が必要である、こういう結論に達してきたようであります。そこで、厚生省医務局長に簡単に尋ねますが、あなたの方で九月に出される医療費体系というものは、昨年年末の方が出してこられた現状の所得の分析、第二には総医療費に変化を与えない、第三番目に個々の医療機関の所得に変化を与えない、第四番目に分業に必要な限度にするという四本の柱を立てて医療費体系を立ててきたが、この構想は変りないか、明白に御答弁を願ひたい。

○曾田政府委員 新医療費体系の検討につきましては、具体的に結論というものはまだできておりません。基本的な考え方としては、おおむねたゞいま申された線を基本といたしてあります。

○滝井委員 これで厚生省の医療費体系の考え方は、昨年と同じであるということが大體わかりましたので、それでけっこうです。

次にお願いしたいのでございますが、これは竹中さんに、参考のためにぜひお聞かせを願ひたいのでございます。薬科大学の目的が、究極的には完全な調剤を目的としておる、こゝ言われたわけですが、私の考え方は——その目的はそれでけっこうだと思ひますが、もし来年度から医薬分業の実施の態勢に入つたとしたらとすると、私は薬剤師の状態は変わつてくると考えます。これは、野澤委員などもそういう見解でございますが、将来そういう形

で医薬分業が行われてきましますならば、販売薬剤師と調剤薬剤師の二つに分れてくるといふ見方を私は持つております。たとえば、私なんかの体験から通じて、われわれがわれわれの住んでおる市で薬を買つておる薬局というものは、一軒か二軒しかない。これは統制薬品時代からの慣習でそうなつております。また現実にはわれわれが処方せんを出す場合も、われわれが現実には薬品を買つておるうちに出しておる。こういう慣行があるということから考へて参りますと、将来は販売薬剤師と調剤薬剤師の二つの形になるだらうといふことが考へられる、そうしますと、薬科大学の目的が、調剤を目的としておるといふ、究極の目的はそこだといふことになる、販売を主たる業とする薬剤師が分業の結果出てくるということとは、一つの大きな薬科大学の存在に対する矛盾が現実に出てくるということだ。これは私も、そういう矛盾が出てくると実は考へておるのでございすが、あなたはそのいう矛盾を考へないから。将来の分業の後における薬剤師のあり方というものを、どう考へになるのか、これをあわせて簡単に御答弁願います。

○竹中公述人 たいだいま御質問のありましたように、分業になつてきた後の各薬剤師の企業形態が、その資本あるいは環境等によつて、いろいろ変化してくると思つておるのであります。従つて、必然的に特に調剤を専門に主としてやる場所の薬剤師、またそれと同時に販売の面を受け持つていくところの薬剤師、こういうふうな分野ができてくることは事実だと思ふ。しかしながら、この販売をいたしますとこ

ろの薬剤師も、その本来の目的が、今の薬科大学は薬剤師を養成することをもつて大体的な目的としております。薬剤師とは、元來は医師の処方せんによつて調剤する者をいうので、以前の身分法はなつておつたのであります。そしてこの薬学究極の目的が調剤であり、この調剤に用いるところのあらゆる薬品及び資材を扱うところの薬剤師が、これの十分なる知識を持つことも必要なのであります。従つて、その従事するところの面は、あるいは病院薬剤師なるものもありましようし、純然たる調剤薬局として立つておるものもありましようし、また販売を主としたところの薬剤師もできることと思ひますが、これによつて薬科大学の教科課程の中に、あるいは採択するところの選択科目等の中で、これらの問題が片づけられていくというふうに、私も考へておるわけでありまう。

○滝井委員 少し答弁がばやけておるようであります。私は一応現状を基礎にして論議をしておつたのですが、将来そういう工合に薬科大学の修得する科目に開局薬剤師、販売薬剤師、それから勤務薬剤師というようなものに分科をして、その分科の課程で教える学科が違つてくる、こういう御論議ならば、これはもう論議はありません。

次にお尋ねしたいのは、来年から行われる法律においては、治療上支障ある場合、診療上支障ある場合、こういうふうな場合に、厚生省の幹事案というものが出ておるわけです。あの幹事案なるものを讀んでみますと、たとえば第一の治療上支障ある場合の幹

事案の第一は、神経症(他の疾患に神

経症状を伴う場合を含む)こうなつておるのですが、そうしますと、これは神経症を伴つておるといふことをだれがきめるかという、医師がきめるのだと思ふ。客観的に見て、症状を見て医師が主観的にきめるということですね。そうしますと、こういうものは、幾ら何十個省令できめても、意義がないといふことなんです。これは骨折り損のくたびれもうけです。それならば治療上支障のある場合、こう一項にした方が簡単であつて、これでは私は愚の骨頂だと言つては言い過ぎかも知れませんが、意義がない。これは見た医師が、この患者は神経症を伴つていましたと言へば、それまでになつてしまつて、裁判へ持つていくこととこへ持つていくこととだめなんです。それならばお互いの人格を信頼して、医薬双方が手を取つて、日本の医療体系を整備するという形ならば、お互いの人格を信頼する形をまず作らなければならぬ。それが、こういう形で法律で縛つていく形を作ることとは、医薬双方の将来のためにもよくないことではないかと実は考へるのです。これは私の個人的な見解でそう申しておるわけですが、今度出てきておる法案は、そういう意味から、治療上支障ある場合は処方せんをやらなくてもいい、こうなつておるわけでありまう。その方が、合理性がいへば合理的だ、こういう考へも浮んでくるわけですが、この点、竹中さんの見解はどうでしょう

○竹中公述人 まず先ほどの私の答弁が、私が申し上げたのは、薬科大学の教科課程の中には、当然選択科目があるわけでございます。そこで、卒業後のおの進むところの道によつて、学生がその選択科目によつておのづから分れていくであらうということをお願いしたわけでありまう。

それから今の幹事案のお話でありまうが、これは全く同感であります。ただそういうふうな神経症という病言葉でもつて、これを伴うところの病気をみな含むということになります。これを断定するのはお医者さんでございまして、お医者さんの主観的な立場で、いふゆる処方せん義務発行の問題を空文化されるようなことは非常に残念だ、こう私は思つて――また事実

そういふふうな場合もいろいろありましようが、この点はできるだけ小さくしほつて、そして現在の法律の建前から省令に規定すべきである、ただ、省令に規定する範囲において、現在の今お読み上げた干渉事案は、私も承服いたしかねるものであるといふことを申し上げたい。

○滝井委員 わかりました。この幹事案は承服はできないということございまして、ますます医薬関係審議会はまともにくいいというところにもなるようでございます。

それで次に、これは三者にお伺いたしたいきわめて大事な問題ですが、現在医療費体系、社会保険の問題が、非常に論議をされております。で、同時に私は、日本の製薬業に対する論議が足りないと思ふのです。これは医師も薬剤師も歯科医師、獣医師の方々も、もっと日本の製薬業に目を向けな

現在の日本の医療制度を改革しようとするならば、医療費体系とか分業とか言う前に、製薬業にメスを入れるべきだと私は思うのです。そして安い材料を薬剤師さんがもらい、処方せんで安くやる、医師が安い注射液や薬を使つて患者に安い薬をやるといふことによつて、私は七百や千億の金は現在の日本の医療費の中から浮いてくると思つてゐる。そこで、先般草葉厚生大臣は当委員会、物と技術を分離する、ものは原価主義だ、従つて医者と薬剤師に原価主義で物をやるならば、われわれは必ず製薬業にもいける。物といふものの、原料といふものは、原価主義で製薬技術をつくるだけのものにやっています。私とは、言明されたのです。私は、医薬分業で医薬双方が争う前に、まずわれわれのみ統制の中に入つて、自由経済に放任せられておる製薬業にメスを入れるべきだと思つてございまして、一つ三者の率直な意見を述べてもらいたいと思つて。

○水越公述人 ただいまの御質問であります。日本医師会としては、従前より実はそのような意見を持っております。厚生省に對しても、こういう点を指摘しておるわけですから。さらに先日、例の七人委員会におきまして、やはりお説の点を主張して参つたわけでありまして。日本医師会では、厚生省がもし具体的に現在統制のワタの中にあるこの保険の中に、自由主義経済の野放しの姿で製薬されておるといふ事実をあくまで放置しておくならば、日本医師会みずから、何らかの具体的な方策を講ずる以外に方法がないのではないかと、こういうようなことに相なつておりまして、これが研

究のためにも、いろいろと今努力をしておる、こういう状態でありまして。
○竹中公述人 ただいま御指摘になりました薬品の原価と申しますか、薬品の価格を適正化するといふことをすべきでないか。これは非常にけつこくなことと、当然しなければならぬことだと思つております。ただ、この問題は、御承知のように、現在の状態では、自由企業にまかせられておる。そしてそれらの企業が、一応厚生当局の指導を受けておるとは言いながら、なおその存立のために、お互いにあるいは広告をし、あるいははなはだ大きなスペースをふさいで一般の人たちに宣伝をするといふようなこともなつてきておるわけでありまして、これらの適正化をはかつて、薬品が本来の性質から、正当な価格でもつて供給されるようにしなければならぬ、こういう点から、日本薬剤師協会には、製薬委員会というものを作りまして、これらの点を研究いたしておる次第であります。

○鹿島公述人 これは滝井委員の質問、同感でありまして、われわれは、先ほど来この点についても述べております。通し、とにかくこの薬品あるいは資材の検討があまり行われなくして、点数構成の一部に加えられる。その結果は、医療技術の面にしわ寄せが来ておるのが現状であります。従つて、現在社会保険の単価等の点を考えてみましても、単価を構成する主要な要素は、単に物の変動になつておる。これでは、いわゆる医療技術というものの線は、全然伸びようがないのであります。ここにわれわれは重大な欠陥があると思ふ。特に私は、最近聞

いたのでございしますが、ベニシリンの十萬単位のもの、原価——これを私がここで発表すると差しつかえませんが、この内容を聞きまして、驚嘆をいたしましたのであります。われわれの想像を絶する低額のものであるといふことを申し上げたい。われわれは、この新医療費体系あるいは社会保険の機構を考えます場合におきましては、この面についても、特に国会におかれまして、われわれの医療技術というものの面に關して、あくまでも正しい御認識をいただきたいといふことを申し上げる次第であります。

○滝井委員 最後にお尋ねしますが、厚生省の医療費体系の基本構想は、変らないといふことですか。従つて、物と技術を分離する思想というものは、変らないと見ております。医療費体系が実施をせられますと、あなたの方の技術料といふものは、これはある程度の評価を受けますが、使つるものは原価主義になります。薬剤師さんもお医者さん

も、みなこれは、注射薬にしても薬にしても、原価主義です。そうしますと、あなたの方は、製薬を原価主義でやらなくても——今の意見でも、研究されるのか、いろいろ言われましたが、私は製薬も当然原価主義に行かなければならぬと思つてゐます。これはあなたの方三者とも、原価主義で行くべきだ、こうお考えと思つてございしますが、行くべきだとお考えになつておるかどうか、それについて、イエスかノーかだけでけつこうです。医療団体として、製薬も原価主義で行くべきである、製薬の技術料プラス原価、これが製薬業の姿でなくちゃならぬ、これを

一つはつきり御言明を願いたいと思ひます。

○水越公述人 ただいまの御意見の通り、やはり日本医師会におきましては、薬品をいわゆる原価計算で作つてもらわねば困る、かように考えております。

○竹中公述人 ただいま御指摘の通り、原価主義でいくという原則は、当然であると思ひます。ただこれに對して、今の自由企業である業態が、あるいは営業費その他のものを加えるでありますが、これらがリーゾナブルなものでなければならぬ。これがいわゆる原価主義に加わつていくことになるわけですから、さやう御承知をいただきたいと思います。

○鹿島公述人 原価主義の方向に絶対賛成であります。特に社会保険の経済面に關しましては、その点を強調したいと存じております。

○滝井委員 これで終わりました。三者とも原価主義でございまして、今後はこれを基礎にしてわれわれは厚生省に要求いたします。ありがとうございます。

○山下(春)委員長代理 野澤清人君。○野澤委員 まず第一に、水越公述人にお尋ねをいたしたいのですが、簡単な問題を簡単に質問いたしますから、率直にお答えを願ひたいと思ひます。

水越さんのお述べになりました冒頭に、医薬分業に對する基本的態度という御解説がありました。その最初に、法律をもつて処方せん発行を義務づけることには反対であるといふことがございしましたが、今回の改正案に對して、日本医師会としては反対の態度を

とつておられるのか、賛成なのか、この点お伺ひいたします。

○水越公述人 この点につきましては、先ほども申し上げましたように、要するに日本医師会の考え方、原則として、処方せんを法律で発行を規制することは、反対である、従つて今回の本法律案につきましては不満足な考え方を持っております、こういうことを申し上げた次第であります。

○野澤委員 不満足だといふこと、不満足であるが賛成するといふことは、かなりデリケートな關係があると思ふのです。それで、大石案と称せられる改正案全体に對しては、不満足ではあるが賛成であるといふ御見解かどうか。

○水越公述人 不満足であるといふことは、やはり不満足であります。従ひまして、もしでき得ますならば、野澤さん初め優秀な議員の方々の御理解をいただいて、日本医師会の従来主張しておりますような線への御修正をぜひお願いしたい、かやうに考えております。

○野澤委員 日本医師会の従来主張しておる線といふものの御解説をお願いいたしますと思ひます。

○水越公述人 日本医師会が従来主張しておりました点は、先ほど申し上げましたように、法律をもつて処方せんの発行を規制することに反対であるといふことであります。

○野澤委員 論議がちょっとはずれてゐるようですが、現行法の医師法二十二条を見ますと、これは二十三年の法律であります、これは二百一号には、やはり処方せんの発行といふことが法律で定められてゐるのです。こういうふう

にきめられているという本則については、これは何ら変りはないと思うのです。それを反対と言われることは、ずつとこの分業法が結定される前から、医師会としては反対されておったのか、この点お伺いしたいと思ひます。

○水越公述人 だいたい野澤委員からの御発言では、二十三年にできた、現在実施しておりますその法律では、今回提案された法律と同じではないかという御意見がありました。現在実施しております二十三年に作り出したあの法律は、要するに薬剤の交付を必要があったらするというような、ずばり投薬というところへいつているわけでありまして、ところが今回の法律におきましては、御承知の通り薬剤の交付を必要と認めるときは処方せんを与えなければならぬというようなことで、基本的に違つてゐる、かように考へてゐるわけでありまして。

○野澤委員 これは法律解釈の問題でありますから、見解の相違といへばそれまでですけれども、法律の条文は、処方せんの交付義務というもので、法律の二十二条にきめられてゐます。そして「医師は、患者から薬剤の交付に代えて処方せんの求があつた場合には、これを交付しなければならぬ。但し、その診療上特に支障があるときは、この限りでない」というのが現行法であります。そして、これも三十三条の罰則が五千円以下の罰金ということできめられてゐる。これは明らかに処方せんの交付義務という、義務づけられたことが法律によつて定められている。そうすると、今度の法文といふのは、医師は患者に薬を出す必要が

ある場合には処方せんを出さなければならぬ、ただし治療上支障がある場合には出さなくてもよい、これはほとんど内容は変らないと思ふ。しかも法文の中に、処方せんの交付義務として義務づけられてゐる。この義務づけられたものと、今度の法律二百四十四号とは、法文で義務づけられたことについては何ら変りはないと思ふのであります。しかし、これ以上議論すべき問題ではありせんから、一応御検討を願つておきます。

第二点は、あなたの公述の中で、いろいろと欧米の例が引かれて、医師の処方せんがなければ欧米では薬をやらぬとか、指図がなければやらない、きわめて欧米では良心的な姿であるというような御解説をされ、さらに薬局における調剤等の問題に論及して参つたのであります。その陳述の中で、日本の薬局の経営が欧米と異なるという点を特に指摘された。異なるというのとは、どういふ点で異なるのか、あります。形の上で異なるのか、内容、形態等において異なるのか、作業において異なるのか、この点をばつきりとお示しを願ひたいと思ひます。

○水越公述人 冒頭に申し上げた通り、欧米におきましては分業をしてゐる。そこで日本においても分業をせよということであるが、欧米において分業されてゐる実態が、現在の日本における医師と薬局に対する形とはだいぶ違ふ。その実情は、先ほど申し上げましたように、医師が処方せんを書いた場合に、医師の処方せんを持って行った場合に、初めて薬局では薬を売る、あるいはまた注射器一本、注射針一本

についても、証明書がなければ売らない。こういうような状態で分業が実施されてゐるにもかかわらず、現在の日本におきましては、私が大体知つてゐる範囲では、これから述べような状況であります。たとえば、かぜを引いたと思つて薬局へ行けば、いわゆる風ぐすりと呼ばれるものを調剤して与えておる。これを私は非常に不当なものだといふことでだんだん検討してみまして、たところ、これがまたいろいろと議論の種になるかもしれないが、抜け穴といふようなものがあるように感じます。それは薬剤師さんが、製薬業者という免状のもとに、一応日本医薬品集という、いわゆる処方例に基いて調剤をなさるのだといふことであります。しかしこれは、頭が痛いという場合には、頭が痛いというのは病気でなく症状であります。たとえば、かぜでも頭が痛い、神経痛でも頭が痛い、あるいはまたチフスでも頭が痛ければ、脳膜炎でも頭が痛い。その他頭痛を伴う疾患は山ほどあるにもかかわらず、ただ頭が痛いからという患者の訴えに基いて、いわゆる国民処方名のもとに調剤投与しておられる。この実態といふものは、およそ欧米とは違ふといふことを申し上げたわけでありまして。

○野澤委員 非常に明快な解説で安心しました。そこで、あなたにお伺いしますが、これは日本の薬局の経営といふものの、欧米と異なるという端的な表現の仕方ではない、日本の医薬と薬局の経営が欧米と異なるという解説ならば、私も納得がいくのであります。なぜかといふのに、そういう薬局の形態に放

任されておらなければならぬという素因が必ずあるはずで、そうしますと、あなたの御説明の中にも、調剤の監督に対する道義的なものを、きわめて簡単に述べられておるようでありまして、日本のお医者さんの薬室では、女中や看護婦や奥さんが調剤してゐるのです。薬をこね合せてゐる。これは何人も、社会通念として認めてゐる。これを抗弁してみたいところが、医薬関係審議会の席上でも討議がされたように、現在の五万からの薬剤師が約二万に、現在の五万からの薬剤師が約二万に、現在を以ておる。そして現在の開業医の処方せんを全部一時に出されたならば、消化し切れるか、し切れなからいふ調査をした。しかも一日調査をして、昨年の七月二十七日か八日だと思ひましたが、浦和市一市の医師会が、その一日の処方せんの数と薬局の数と距離を勘案して、一薬局では四十八時間も働かなければ調剤ができないうことを医師会では発表してゐる。

「山下(春)委員長代理退席、委員長着席」
こういうふうな情勢でいながら、あれだけの患者を診察しながら、医師みずから調剤する行為といふことはあり得ない。結局はあなた方自身が、女中や奥さんに便宜上調剤させておるという証拠は歴然としておるのです。こういうことを考へてみると、欧米の薬局と違つて、日本の薬局はその経営が異なるというところは、一応うなずけますが、同時に日本の医薬といふものも、その実態においては、欧米とは異なるに異なり、結論が生まれると思ふのであります。この点いかがでございますか。

○水越公述人 だいた議論がむずかしくなりましたが、この点につきましては、昨年の十一月の幾日ごろでありましたか、参議院におきまして、野澤委員と同席のもとに、やはり当時の高野委員から御質問を受けた点であります。そのときに私から御答弁申し上げたことは、要するに調剤といふものは、医師の監督のもとに調剤をしておる。しかも、そのときに高野さんからは、それから医師みずからしてゐないのかと言われたから、医師みずからしてゐると私は認定しておると、かように申し上げたわけでありまして、ただいまの御意見で、相当時間長く調剤にかかるといふようなことでありまして、要するに、びんから乳鉢にあけるといふことが、私の解釈では調剤である。あと乳鉢の中でこねまわして、それからこれを三つなり六つなりに分けて、紙に包み薬袋に入れる、名前を書いて渡す、こういうようなことは他の補助者でもできる、かような御答弁を申し上げておきました。当時の考え方と今の考え方は、一向に違つておらぬといふことで御了承願ひたいと思ひます。

○野澤委員 そのこまかいインキの操作はどうであつても、日本の薬局が欧米の薬局と異なるという極論をされるならば、医薬の実態も異なるといふことを首肯せざるを得ないのではなからうかといふことを申し上げて、議論しても始まりませんから、次に移ります。

そこであなたの説明の冒頭には、欧米では、医師の処方せんにより、あるいは指図がなければ、薬局では薬品を売

らないのだ、きわめて良心的な姿であるということを陳述されて、その中間に、欧米では自己の仕事の限界を守っておるのだということを宣言されておるのです。そうしますと、この日本の現在の薬局のあり方と調剤の監督に対するたゞいまの道義的な問題、これを二つ合せてみますと、大きな矛盾がある。そこであなたの言われる自己の仕事の限界を守っておるということと、適切に日本の医薬の上に適用したならば、どういふ姿になるか、ここにもあなたの発言には理論的に大きな矛盾があるのではないか、こういうことを私はまず第一に指摘いたしまして、ところで、これらの考え方を基礎にして、あなた自身が医薬の担当者であり、医師会の幹部でありますから、医薬分業は、社会制度としてよい制度であるのか、悪い制度であるのか、また将来これに入るべきであるか、入らないでもよろしいのか、この基本的な態度をお伺いしたい。

○水越公述人 この点につきましては、先ほど御答弁申し上げたように、医薬分業を法律で定める、すなわち処方せんを法律で規制するということは、われわれとしては承服できない。それは先ほど申し上げましたように、欧米において逐次医師が処方せんを発行し、さらに薬剤師さんが薬を盛るといふやり方になっていったので、日本におきましては、社会的環境と申しますか、要するに薬局のあり方、さらにまた医師のあり方というものが、欧米と同じような姿になったならば、やはり同じような形態をいずればとるであらう、かような考え方からしまして、法律をもってこの処方せん発行を

規制するということには反対である、かようなことを申したのであります。○野澤委員 結論として医師分業は好ましい制度であるか好ましくない制度であるか、はっきりお答え願いたい。○水越公述人 ただいま申し上げましたように、自然発生的な姿で医薬分業が行われるならば、好ましい制度であると思います。

○野澤委員 ところで調剤権に関して、医師の方は相当の大学教育を受け、練習を積んでいる。こういうことを前提として、医療形態について、現在の姿こそ患者を幸福にし、最もよい案であるということをお述べになつております。現在の姿こそというものは、現行法のままで思ふのであります。が、この点に対して、あなた自身の考え方は、現行法というもののの中には、分業形態の推進過程があるかないかというところをお調べの上で、こういう言葉をお使いになつたかどうか、この点をお尋ねいたしておきます。

○水越公述人 この点につきましては、私の主観になりますが、要するに、医師が薬剤を患者に与えなければならぬときには薬剤を与えてよろしい。ただし、患者さんが処方せんをほしいと言つた場合には、これは与えなければいかぬぞということであつて、分業推進をするという思想が入つていゝとは、解釈してないのではありません。

○野澤委員 私は、再三委員会でも、医師会の独断あるいは専横だといふようなことを指摘しておつたのですが、お気づきがないようでありますので申し上げますけれども、昭和二十三年七月三十日、法律第二百五号で定められました医療法の十八条をお調べ願いた

いと思うのであります。この医療法十八条には「病院又は医師が常時三人以上勤務する診療所にあつては、開設者は、専属の薬剤師を置かなければならない」となつております。これでは、国家が法律によって規制し、しかも医師が三人以上勤務する診療所において、法的に専属の薬剤師を置く、医師は診察し、薬剤師は調剤をするといふいわゆる分業の原則を、こうした医療法の中にも当てはめてあります。しかも、その罰則を見ますと七十四条に五千円以下の罰金ということまで課せられて、法的に規制されている。こういう事実をもつても、あなた方が、分業というものについて全く反対である、また現在の姿が最も望ましい形態であると言ふことには、大きな矛盾があると思は感ずるのであります。この点については、お帰りになつて十分現行法をお調べをお願いしたい。

次に、御質問申し上げますことは、大橋委員の質問のときに――大橋委員は、これはおそらく軽率にこういう断定をされたのだと思ひますが、医薬分業というものは、生活権の闘争であると断定して、これを前提のもとに、あなたに質問をしたようであります。それで、医師会の立場でプラス・アルファだということを言うておりますから、この点について、御見解を明らかにしていただきたいのですが、現在の医薬から調剤行為をやめたら、どれだけの医師の収入減になるか。ばく然とでけつこうでありますから、あなたの見解を明らかにしてもらいたい。

○水越公述人 先ほどの大橋委員の御質問に対して私の御答弁は、プラス・アルファということであつて、要するに、理の本質から考えますならば、法律をもって処方せんの発行を規制すべきでないといふこの考え方と、さらにプラス経済的の面もある、こういうことを私は御答弁申し上げましたので、もし誤まつておりましたら、またいづれ速記をもつてお調べ願ひたいと思ひます。

○野澤委員 お尋ねしたことは、大橋委員は、生活権の闘争であるといふことを前提としてあなたに質問した。あなたに質問したところが、プラス経済問題も含んでいるのだ、こういうこととあります。しかし、現在の分業闘争といふものは、経済闘争でないと思ふ。いわゆる身分闘争であり、技術闘争だといふ私の見解です。そこで、もし経済闘争といふことを容認されるあなたの方の立場から見ましたならば、現在の医薬から調剤行為をやめたら、どれだけの医師の収入が減るかということをお尋ねしているわけでありまして、

○水越公述人 この面につきましては、責任もありまして、いづれ詳細に調べた上で、書面をもつて御答弁申し上げます。

○野澤委員 きわめて賢明な逃げ口上をもちつたのであります。それでは一応あなたに解説いたしておきます。新医療費体系はまだ出ておりませんが、論議的になりませんが、少くとも昨年の新医療費体系の実態から考えてみましても、現在の医療費をふやさないといふことが根本で、技術と物を分離しようといふのが、いわゆる新医療費体系を樹立する根本理念であります。従つて薬局の方では、調剤手数料をどれくらいもらえるかといふのが、大きな問題になっていましたが、その当時薬

剤師の方では、たとい一日分が七円であらうと八円であらうとかまわないう考へ方で、相当の犠牲を払つても、薬剤師の身分法の第一条に、薬剤師とは、医師の処方せんによつて調剤する者をいう、といふこの定義がほしいために、現在戦っているわけでありまして、かかるに、いかに医師の業権を剝奪するような含みをもつて御回答されたといふことに、私は不満がありますけれども、むしろ新医療費体系を、医師の取り分に対しては、十分医師の方に尊重いたしまして、薬価の原価とて、従つて、一日薬剤師が薬局において三十枚の処方せんを扱つたといつたとしても、一月にわずかに一万円前後の金額であります。従つて、これによつて薬局の経済が救われるといふようなことはあり得ない。むしろ薬局としては、相当の犠牲を払つても、正しい医療のあり方に持つていきたい、こ

ういふ考え方、この新医療費体系にも全面的に賛成を表している。しかし、これが準備不足といふことで、一年三ヵ月延ばされたのでありますから、おそらく今後出てきますこの新医療費体系の内容検討といふものは、相当真剣に政府の方でもやられると思ひます。またその金額の多寡によらず、筋を通すといふ面から、どうしてもこういうような問題については、真剣に考えていかなければならない。従つて、大橋委員の言われた前提条件としての医薬分業は生活権の闘争であつて、医師も薬剤師もこの生活の問題が中心だといふ前提のもとに論議されたことといふのは、一応これは御破算にして考えてみなければならぬ。

いか。これについて医学博士である鹿島さんの御見解を一つお聞きしておきます。

○鹿島公述人 非常にむずかしい御質問であります。私の見解を申し上げます。

すと、結局、現在医業また歯科医業の
限界については、明らかに成り上りてお
ります。人体の構成組織上、明確に線を
引くことは不可能であることは御承知
の通りであります。しかし、とにかく
口腔内におきまして外科手術は、一般医
師もこれを行います。その歯科医学
的な方面は明瞭に分離ができません。要
するに、一例として口腔内におきま
す血液は、人体と分離した場所から出
てくるものではございません、当然一般
の医療にも相通するものであります。

しかし、専門の分野はおのほのほき
りしております。現在歯科医師とい
たしまして、将来一般医業にまで診療
を拡大しようという意思はございません
。また、歯科医学の内容は、非常に複
雑多岐、さらに多くの未知の世界もま
た蔵しております。この方の研究で一
ぱいであろう、現在そう考えておりま
す。

それから、先ほどお話に出ました
薬剤の調剤能力の問題であります。こ
れは私は率直に申し上げまして、歯
科医師であるわれわれが、薬剤師各位
と同等の薬剤調剤能力を持つてゐるこ
とは決して申し上げません。これは専門
家でありまして薬剤師各位の能力は、当
然認めなければならぬ。ただ、この薬
事法二十二条の制定の理由は、歯科医
師法二十一条に、患者から薬剤の交付
にかえて処方せんを求めがあらう場合
、これを交付しなければならぬと
規定してあります。これとの関連を
当然生じますので、第二十二條にかよ
うな起案をせられたものと、私は提案
の趣旨を解しております。そういう意
味で御了承いただきます。

もう一つ、歯科医師の医学博士の点

は、これは参考に申し上げておきま
す。現在歯科大学には大学院が設置し
てございせんが、近き将来において
大学院設置が実現いたします。そうす
ると学位の点については、歯科医学博
士の線も生まれて参ります。この間わ
れわれの学位請求に關します点は、現
在の学位授与の組織上、医科大学に学
位請求をする形になっております。将
来医学博士と歯科医学博士の線は分離
するということを、申し上げられる次
第であります。

○野澤委員 今の鹿島さんのお話で、
あなたは日本医師会と違ひまして、水
越さんの言われたいわゆる自分の仕事
の限界を守るといふ紳士的な態度だ
と、私は承知したのであります。これ
は程度の差だと思ひますけれども、や
がて水越さんの方もそうなられるだろ
うと思つております。そうした面にお
いて、今後とも医、歯、薬が協力し
て日本の医療制度に關しても御協力下
さいませうお願い申し上げます、私の
質問を終わります。

○中村委員長 神田大作君。

○神田(大)委員 だいぶ時間もたちま
すので、私は簡単に御質問申し上げた
と思ひます。私はしつとでありま
すから、専門的なことはわかりませ
んが、患者といたしましての率直な意思
に基いて、お尋ね申し上げます。

まず、医療分業というようなこ
と、もし行われたというような場合に
おいて、一患者に対する治療という
ものは薬剤師側にあるものか、あ
るいは薬剤師側にあるものか、患者と
して一刻も早く病気をなおしたいとい
うような一つの考え。一患者が
責任を持つのか、薬剤師側が責任を持

つか、そういう点に對しまして、非
常に不安を持つております。水越さん並
びに竹中さんの御意見を承りたいと思
ひます。

○水越公述人 神田委員の御質問の御
趣旨は、われわれといたしまして、非
常に心配をしておる点であります。
診療の責任というものは、私たち医師
は、あけてわれわれに責任があると考
えております。従ひましてこの投票に
つきまして、患者さんが、医師から
もらわなくてもよい、自分の信頼する
薬屋さんがあるから、そこで処方して
もらうから、処方せんをくれと言つた
場合に、それは特別な事情のない限
り、治療上支障のない限りは処方せん
を差し上げることにしてあります。こ
れで、自分の責任者としての立場
から、自分のところから薬をあげて、
そして監督、監視しながら治療をし
たい、かような考え方を持っておるの
であります。

そこで、かりに処方せんを出した場
合に、たとへば二日間なり三日間なり
患者さんを見るのができない。その
結果、はたで見えておられたら、どう
いうことをお考えになるか知りませ
んが、その間の医師の心配というもの
は、並み大抵のものではないと思つ
てあります。たとえば、患者さんが
熱があつたけれども、一患者の患者さ
んは今ごろどうなつておるか、薬屋さ
んから薬をもらつていかれたらだけ
れども、ともかくその後二日も三日も
来なければ、その間ずっと心配し抜
いておる。従つて、あくまでも治療の責
任は医者にある、かように強く考へて
おります。

○竹中公述人 ただいまの診療の責任
といふことは、これは、その中で薬品
に關する限り、薬剤師のところへ調剤
をいたしますからには、この責任は薬
劑師にあるのであります。診療全般の
責任は、当然お医者さんが持つべきで
あらうと思ひます。先ほどもちよつと
申し上げたのでありますが、薬品に對
しては、薬剤師は、自分の作つたもの
でない、よそから仕入れた薬品に
つきまして、自分の責任を持たなければ
なりません。従つて不良薬品その他に
つきましての責めは、全部薬剤師が
持つておる。かようにして、現在の医
療制度の上から、お医者さんがみづか
ら御自分自身で御調剤になれば、その
分までお医者さんはお持ちになつてお
るわけですが、これは処方せんを發行
されまして薬局へ参りますれば、この
調剤という点についての全責任は薬剤
師が負う、こういうわけでありませ
ん。

○神田(大)委員 今のお話によりま
す、診療の責任はお医者さん側、それ
から薬剤に關しては薬剤師側にあると
いうことになりまして、何か患者とい
たしましては、二つに責任が分擔され
ておるやうに感じられるのであります
が、そのやうな医師側と薬剤師側の二
つの責任というものに対する患者側の
不安は、やはり日本の長い慣習からい
たしまして、抜け切れないと思つてお
ります。こういう問題に對しまし
て、医師側の権威者である水越さん並
びに竹中さんにおかれましては、外国
等においては、この医療分業が実施さ
れておりますけれども、これは一体ど
うのやうな環境の中で分業が実施され

おるのか、その点について、参考まで
にお聞かせ願ひたいと思ひます。

○水越公述人 ただいまの御質問は、
外国においてはどのような形で分業が
行われているかといふことの御質問だ
と思ひますが、私、先ほど来再三回に
わたつて、外国の実情を述べ申し上げ
たわけでありませう。そこで私は、
はなはだ申し上げにくいことを申し上
げるやうであります。外国におきま
しては、一般患者さんが一たび処方せ
んをもらひまして、盛られた薬に對し
て絶対に疑義を抱くやうなことがな
い、事ほどさうに薬剤師さんが高く
信頼をされておるやうなことで、決
て不安がないといふところまでいつて
おる、それに国民性のしからしむるこ
ころでもありませうし、といふやう
なことからしまして、日本の現状にお
きましては——実は先日私のところ
へ、私の郷里から知つてゐる者が来
ましたときに、もしわが一分業になつて
薬がお医者さんからもらへなかつた
ら、これは大へんだといふことを言
つておるわけでありませう。さらに昭和二
十六年にも、これは私覚えております
が、北海道大学の教授をしておりまし
た中谷宇吉郎博士が、やはりあくまで
も薬は医者からもらふべきだといふ供
述をしておると思ひます。そのやうな
ことから、私たちのところへ来まして
も、人によりましては、どんなことが
あつてもあなたの薬でなければ飲まぬ
ぞといふやうなことを言うておる。
この現状の中から、何を好きこのん
で——現状ですら、ほしいといふば
処方せんを治療上支障のない限り出
しておるといふこの実情の中から、法律を
もつて処方せんの發行を規制する、そ

の規制する理由が、われわれに十分理解納得できない、かように考えておるわけでありませう。

○竹中公述人 たいま、二つの責任を持たれて不安だ、こういうふうなお話でございませう。大体医薬分業の根本理念は、非常に医薬が進歩して、その作用が峻烈なものが多くなってきた。昔の漢方薬のような緩和なものから見ますと、非常に作用が強い。かようなものを、もし誤って用いるようなことがあれば、人命に被害を及ぼす。さ

ようなことのないためには、医師は診断をして、その治療の方法を患者に示し、そしてこれに用いるところの薬品については、なるだけ別個の専門家を当たらせなければならぬというものが、分業理論の発端であります。医師が診断をし処方せんを発行されたときに、その処方せんによつて薬剤師があやまちなきりつばな調剤をする。ただいま水越さんのお話の中には、いかにも日本の薬剤師が非常に信頼に値せぬかのごときお言葉がありました。が、これは信頼に値せぬような状況に置かれておる。これを改善しなければならぬといふことも、為政者の先生方によくお考えをいただきたい。とにかくこれに對しまして、あるいは調剤が不確実じゃないかと、今神田先生のおっしゃったような心配を除くためには、ちゃんと薬事法でもって、してならないようなことについては、規則があり、これを守らない場合には相当な処罰も与えられるようになっておる。従つて、現在無資格の人が調剤をしてゐる医家の薬室に比べたら、その調剤をするところがわり、資格のあるりつばな教養のある人間に調剤を

やらせる方が心配だという理論は、成り立たないのであります。さような点から、われわれはこの問題をぜひ推進していくように御心配をお願いいたしたい、こういうふうに思ふわけでありませう。

それから外国における分業の状態ですが、これは御承知のように、ドイツの方で約六百年以前から分業制度がとられてきた、これはいわゆる強制分業で出されたわけでありませう。その後、各地でこの制度を取り上げておりませう。しかし、英国とか米国とかは、御承知のようにその法律の建前がドイツの建前とはちと違ふやうであります。当然やつておる習慣その他で、差しかえのないものを法律で規制するといふようなことはないのであります。しかし日本の状態は、先ほど私が申し上げたのであります、八十年になんなんとする間分業問題は固是できまつておりながら、一つもこれが推進されない。その推進されないのはなぜか、これは処方が出ないからである。その出ないものを出すにはどうしたらいいか、まずそこまで改めなければならぬといふので、今の法律第二百四十四号ができたわけでありませう。さような点でよろしうございませう。

○神田(大)委員 水越先生が言われましたように、今の薬剤師側がどうも信頼に値しないと思はれるような節があるといふようなことは、竹中先生もあつた程度お認めでございませうか。

○竹中公述人 これは医師であらうと薬剤師であらうと、やはり多くの人でありますから、その中には、あるいは幾分人の指弾を受けるような人もない

とは言い切れませう。しかし、今われわれのあずかつております薬剤師協会の会員としては、十分それらのことを戒心し、人の指弾を受けるようなことのないように、薬剤師の道義の高揚の問題を取り扱つております。そうして、たまたま一、二好ましくないような行動をするような場合に、調査をいたしますと、薬剤師の中にも皆無とは言えないのであります、大体これが第三者が管理人を置いて経営をしておる業態に非常に多い。そういうふうな点からも、これらの方々の一その戒心をお願いしておるわけでありませう。業態がそういうふうな信頼することができないといふようなことを認めるのかといふふうなお話でございませう、少くとも、現在分業が実施されようとして、各地方ごとに薬学講習会を開き、おのおのが勉強し合つて、より信頼を受けるよい薬剤師にならうといふ熱意から見て、さような人はほとんどないと思はし申し上げることができるといふと思ひます。

○神田(大)委員 それでは、現在のよ

うな薬局の分布状態や、いろいろな客観的情勢から見まして、医薬分業が実施された場合に、医師の発行する処方せん通りに薬局では調剤ができる可能性があるかどうか、お尋ねします。

○竹中公述人 それは先ほど申し上げたのであります、今の状態では、ほとんど一年に二枚とか三枚くらいしか処方箋が来ない薬局が多いのであります。そういうところで薬品の口をあけても、あとは処方箋が来ないために変換してしまふといふような場合も多いので、十分薬のそろわないところもあります。

けれども、この分業が実施されるといふことになりませうと、これらの使われるところの薬品の分量その他についても、業界といたしましても相当調査をいたしております。またこれらのものの在庫調査等の結果から見ても、現在悪いといふか、故意に特にむずかしいといひますか、ほとんど手に入らないような薬品でも処方せられない限りは、一向差しかえがないと思ひます。またさうな特殊の薬に對しましては、これは処方せられるお医者さん等から、特にその医師の調剤を求めることのできるような法律になつておりますし、それから薬局の分布状態についての問題は、ただいま医薬関係審議会の

方で審議をしておるわけでありませう。もちろん実施をいたしまして非常に不便なところが、これから除外されることは当然でありますから、実際問題としては、この分業法案が施行せられましても、混乱を来たすようなことはないと確信をいたしております。

○神田(大)委員 処方せんが発行され

て調剤する場合において、処方せんの通りの薬がないといふような場合に、ないからほかの薬局に回すのも得意がなくなるといふようなことで、無理をして処方せんを違つたような調剤をするおそれを、われわれしるうとは考へるのでありますけれども、それに対して、現在の薬事法においては、罰則がないのでございませうが、そういう危険はどうでございませうか、どうお考えになりますか。

○竹中公述人 それは薬事法の中に、もし処方の内容を変えろといふような場合には、処方医の許可を得ないで変

えることはできないわけでありませう。さようなことの起きないように、われわれとして十分指導もいたしておりますし、現在の場合、今具体的に御話のありました、一つないために、お客がほかに行つてしまひはしないかといふような場合も、なるほど考へられるかもしれない。しかし、少くとも薬剤師が自分たちの長年の主張である天職の調剤を汚さないためには、いかなる方法をとつても、あるいは自分のところできなければ、知り合ひのほかの薬局からその薬品を得るなり、またその事情をお話ししてお待ちを願うなり、また処方医にお話ししてその処方にするされた薬品の欠損に對して、かわるべきところの御指示を願うなりして、完全なる調剤を遂行することができるといふと思ひます。

○神田(大)委員 質問がもとへ返りま

すが、先ほどの責任の問題でございませう。日本は長い間、お医者さんのところに行つて診察を受けて、お医者さんから薬をもらふといふような慣習があります。この長い慣習を、ここでもつて法律ではつきりと分業にいたしまして、今のような医師並びに薬剤師側の激しい抗争の間に立つて分業が実施された場合に、果してスムーズに処方せんを発行し、それによつて処方せん通りの調剤が行われ、患者がそのために少しでも治療の便宜がはかられ、そうして安く、しかも早くおるといふような状態になれるかどうかといふこと

に對しまして、私たち長い間の慣習の中に浸つておる患者といひますが、て、疑問を持つものでございませうが、こういう疑問に對しまして、確固たる

信念に基いて、分業によつて患者側に迷惑をかけないでやうにけるという御自信があるかどうか、お二人にお尋ね申し上げます。

○水越公述人 お答え申し上げます。ただいま神田委員の御質問の点は二点あったと思います。まず、神田さんのおっしゃる不安ということ、この点につきましては私先ほども申し上げましたように、今にわかに法律でどういふことをきめましても、一般大衆におきましては、一たび医師のところを訪れる場合に、薬剤をもらうということをもあわせて診断の中に含めて、今日まで医師の治療を受けてきたわけでありまして、そういう中から、突然として薬を抜き出して薬剤師さんのところに持っていくと言いましても、患者さんそのものが、なかなか納得しかねるのではないかと思います。従つて、そういう意味からも、不安ということが起りましようし、さらにまた法律で分業を規制したときに、スムーズに協力態勢をとつて医療に当れるかどうかという点であります。これは医者もやはり感情の動物でありますので、自分たちが反対した、反対し抜いた法案が通つたときに、この法案にきん然として服従して協力するということとは、なかなかあり得ないのではないかと、さうな意味からも、相当な混乱が起りましようし、さらにこれが患者さんに及ぼす影響も相当な影響がありはせぬか、かような気持がするのであります。

さらに、私先ほど冒頭に申し上げるべきでありましたが、実はちよつと言ひ落しましたので、その点追加させて

いただきましたと思います。これは外国の例であります。スイスにチューリッヒという町があります。この市は再三、再四医師会がチューリッヒの市会に對して、分業をさせてくれというこの陳情及び請願がなされておるのではありませんが、それがそのつど実は市会から拒否をされておる。現在でもお医者がいやがつておるにもかかわらず、無理やりにやはり分業をさせられないという実情もありません。

さらにまた、これも冒頭に申し上げるべきでありましたが、日本におきまして、明治初年から医薬分業はきまつておつたというやうなことがありまして、その内容について、ちよつと申し上げておく必要があると考えたので、簡単に申し上げますが、明治四年で先輩である長与先生がドイツへ参りまして、当時、御承知の通り、日本の国情といふものは、いわゆる未開国であつて、陸軍といわず、官庁機構といわず、全部ドイツのものを翻訳して日本に持ち帰つた。従つて長与先生も、ドイツの医療法をそのまま翻訳して、日本でも本来はかくあるべきだということとを、ただ単に翻訳した、こういう実情であります。八十年前からこの分業がきまつておつたということでは、決してないということをお願いいたします。

○竹中公述人 ただいまのお話の中で、医師のところから調剤をしてもらつて、という長い習慣になつておるの、急に変わるというやうなことになつて、うまく行かないのではないかと、御心配のやうであります。そのために、二百四十四号においては、患者並びに

看護をしておる者から、特にその医師に調剤を求めることのできる道がついておる。従つてさうなことに對しては、その患者が、もし御心配でその医師からもう方が御安心だと思ひになれば、その医師からおもらひになればいいのであります。一つも違つたことはないのではありません。

また分業に對して、ただいまの水越先生のお話では、反對をしておつたものが実施されるやうな場合には、感情上云々というやうな話がありましたが、りつぱなお医者さんたちは、まさかさうなことはないだらうと思ひます。しかし、一つの機構が変わりますと、きには、いかにいい機構でも、必ず幾らかの混乱があるものであると思ひます。しかし、これはそのワクを乗り越えなければ、いつまでも改善ということとは行われない。これらの点から申しまして、厚生当局も、新医療制度の周知月間を設け、一般にこれらの周知徹底を期せうとしておるのでありますから、この線に沿つてわれわれもまた一般の大衆の人たちに喜んでもらえるやうな制度の確立のために働き、そして完全な調剤をするということについて、は、もちろんそのことによつて、薬剤師の本来の仕事を外からさげすまれるやうな結果になるやうなことは、断然するものでない、かやうに申し上げることができると思ひます。

○神田(大)委員 ほかのことはいざ知らず、人命を預かるお医者さんであり、薬剤師さんであり、また人命に関する問題であります。ほとんどの皆さんの今の答弁を聞きますと、多少混乱があるというのを聞いております。やはり多少混乱もあるということ

は、ほかのことならいざ知らず、人命に関する問題に關しての混乱が多少でもあつたとすれば、これは重大問題だと私は思ふのです。そういう意味合からいたしまして、やはりこれは長い間の日本の慣習といふものは、無視するわけにはいかぬと思ふのでございす。そういう点にかんがみまして、これはよほど考慮を要するのではなからうか、こつちやうに私は考えるのでございす。いま一度お二人の簡単な御答弁をお願いいたしまして、私の質問を終わります。

○水越公述人 ただいまの神田委員のお説、まことにごもつともでありまして、ほんとうにトラブルも何もない今のこの医療制度の中へ、あえて泉の中へ石を投げ込むやうなことは、していただきたくない、こつちやうな考え方、一つ御了解、御協力のほどをお願い申し上げます。

○竹中公述人 私が、あるいは幾分の混乱が起るかもしれない。というふうな申し上げたことが、非常に強くお響きになつたように思ひます。しかし、私は、混乱が起ると思つておらないのであります。何となれば、ただいま申し上げましたやうに、二百四十四号は、いかなる場合にもそう困らないやうな法律になつておる。言いかえれば、われわれの立場から言へば、これはことによつては、ほとんど骨抜きき法律だとさへ、われわれの内部では批評しておる。さうなまぬるい法律を実施するに當つて、そんなに強い混乱が起きやうなどということは、想像もできないことだと思つておる。しかし、いづれにせよ、今御指摘がありましたやうに、事は人命にかかわるとこ

ろの問題であります。われわれはおのれをむなしゅうして、りつぱに国民の福祉のために奉仕申し上げる覚悟でありますので、さう御了承をお願い申し上げます。

○中村委員長 八田貞義君。○八田委員 医薬分業問題につきまして、各質問者からいろいろの問題が質疑討論されましたが、大体質問も尽きたやうであります。私は質問を整理する意味におきまして、ただ一、二点だけ御質問いたしたいと思ふのであります。

まず第一に、竹中公述人は秘密診療といふことを言つておられますが、一体これはどういふことを言うのか。また秘密診療が廃止されれば、国民医療が向上するといふやうな点も触れておられるやうであります。一休どのやうにして秘密診療が国民の医療の向上をはばんでおるか、さういふことについて、具体的に御答弁願ひたいのであります。

さらに水越公述人から、一休秘密診療といふのはあるのかどうか、さういふことについて、御二人から御答弁をお願いいたしたいと思ひます。

○水越公述人 私たち七万のものは、秘密診療といふことはないと確信しておるということ、御了解願ひたいと思ひます。

○竹中公述人 現在の医療制度で秘密診療といふものはない、こつちやうに御話になりましたが、私どもは、秘密診療といふものはあると思ふのであります。たとえば、この医師法の第二十二條のただし書きにおいても、特に診療上支障のある場合といふやうな場合に、これはその内容を秘密にする必

要があるのだ、こう御主張になっておられるのであります。この問題に対して、先ほど滝井先生から御指摘がありました。たとえば神経症というようなことについて、この神経症を伴った病状すべてを指摘していくというふうなことになる。いかならば、これはその内容をなすたけ患者には知らせないでいこう、その知らせないところの口実を一つでもよい作ろうとして、実際問題としての医業関係審議会の審議は進んでいるといつてもいいほど、われわれとは対立した意見をお持ちになつておる。現在の医療制度の關係が、かつては不治の病氣だと言われておつた結核なども、今や、すみやかにこの病氣を発見して、一刻も早く治療をしてなすていかねければならぬといふふうになつて参りました。しばしば指摘されますところのガンや悪性肉腫の問題にいたしましても、これはもう不治の病である——なるほど相当に病が進んでしまつては、症状はなおしにくいかもしれないけれども、初期においてこれを発見して治療するならば、これはなおし得る可能性が相当にあるわけでありまして、しかして、これらに対して患者にその症状を十分に納得させ、すみやかに治療の方法を講じさせるならば、不幸の転帰を少くするところの原因だと思つております。そのことも一つございしますが、大抵医師が診療をなさつて、そして患者に薬品を調剤して渡す。その調剤の内容について、現在の日本の法律は、別段そのびんに内容を書けという法律はございしません。従つて、患者はその内容が何であるか知らずして飲んでおるわけでありまして、およそ人命にかかわる重大なる問題を——自分の髪形の姿を少しでもよくしようとするのでせよ、人一倍よい金を使うのは人間の本能であります。しかるに、自分の生命を預け、その生命に対して治療させる、その治療内容というものを、果して現在の医療制度はしっかりと公明に患者に知らせるおそれがあるのか。私はこれは公開治療と申しますか、そういう形とまでは言い切れないのではないかと。これをもっとはっきりとした立場に持ち来るといふことが、医療内容の向上に寄与するゆゑである、かように私どもは考へて、あえてこの与えられるところの処方内容を公開するということが、ただその点だけというのではなく、實際ほんとうに患者の意思を尊重して、患者が好むところの診療体制を自分で選ぶために、まず処方を与えるという組織がとらるべきであるといふことを主張しておるわけでありまして、

○八田委員 今の竹中公述人のお話によりまして、処方せんの内容がわかれば国民の医療が向上するといふことについて、はなはだ一方に偏したお考えの見解が述べられました。これは必ずしも診断ができない場合も、処方せんを交付する場合がある、調剤する場合がある。その場合に、一々診断がつかないのに、この薬剤はこの病氣にきくかきかつかないことを、だれが判定するのであるか。この点に問題があると申すのであります。医学の知識を学んだ人が処方内容を公開してもらつた場合には、ある程度まで判断はできまいやうが、しるうとの患者が処方せんの内容を公開してもらつて、果してこれが判断できまいやうか。その点について、私は水越、竹中公述人に、さ

らにお尋ねしたいのであります。さらにまた、あなたのお考えの中には、処方せんの内容を知らせてもらえれば、いわゆる乱診乱療が防げるのだ、あるいは自衛監督といふものがあるのだ、こういうお考えがあるに違いないのであります。今、水越公述人から聞けば、秘密診療というふうなことはなないといふことです。これは結局あなた方の勝手にお作りになつた言葉であつて、しかもその内容を聞くと、はなはだへんばな考えによつて集約されております。その点について、もう一度秘密診療といふものはこういうものであるといふことを、はっきりと申していただきたいのであります。

○竹中公述人 ただいまのお話につきまして、薬の点についてお話をいたしましたのは、私はその立場である薬剤師の観点から申し上げたのであります。しかし、その処方内容によつて、それがどういふ病氣だとか何とかといふことを、われわれは言おうといふのではないのであります。ただ現在の医療のありさまは、特に先ほど申しましたように、分業といふものの理念は、人命の尊重といふことから出発しておる。一人の医師が診断をして、一人の医師がこれに対して投薬をしており、また場合に、万が一あやまちがあつて不幸な転帰を來したときに、だれがこれを発見することができのてしようか。結局その医師が、自分の誤まりによつて不幸な転帰を來したという自覚で、その患者の死亡診断書を書かれるか、あるいはお気づきにならないでそのまま死亡診断書をお書きになるか、いづれにしろ、初めから終りまで一貫して第三者のタッチしないところの医療形態が、現在の医療形態だと思ふのであります。その中で、今最も分業の叫ばれておるファクターでありまして、その薬品の面だけでも、これをばつくりしなければならぬ。これが薬剤師によつて調剤され、そのために死亡したならば、その責任は薬剤師にありまして、これを批判するところの第三者が発言しやすい状態に置かれるわけでありまして、私どもは、現在のままで行われている状態の診療を、言葉は悪いかもしれせんが、秘密診療であるといふふうに見ておるのであります。

○八田委員 今の竹中公述人のお話を聞くと、だんだんはつきりしくなるのであります。今竹中公述人は、処方薬がばつくりしておるならば、もしも投薬によつて死んだ場合には判然とするとおっしゃつたのであります。現在、医師は、処方せんで控えておらぬのであります。その点、論旨をはつきりしていただきたいと思います。

○竹中公述人 処方せんをお控えになることは、現在の医療法によつて、カルテ等にお書きになつておることだらうと思ひますが、これは外部の人の目に触れる機会はないかと私は思ふのであります。

○八田委員 その程度の秘密診療ならば、私もこれ以上お尋ねしてあなたを困らせる必要はないのであります。これ以上質問いたしません。ただ竹中公述人のお話を聞きますと、医療に對して薬剤師が干渉を加えるやうなふうに聞き取れるのです。医師に対しては、それがそれならば、薬剤師を監督するが、それならば、薬剤師を監督するのは一体だれですか。

○竹中公述人 薬剤師が医師を監督するといふやうな言葉は、私は使つた覚えがございせん。ただ私どもは、処方せんの表に現れた間違いがあつた場合には、これを正すところの義務があります。それによつて危険を防止するといふことを申し上げたのであつて、医師を監督し、あるいはこちらからとやかく言うやうな筋合いは全然ないのであります。

○八田委員 そうしますと、話が變になつて参りましたが、医師に絶対に調剤能力がないといふやうな観点に立つておられるのでございせんか。

○竹中公述人 医師に絶対に調剤能力がないかといふお話ですが、すでに国家が法律で、本来は薬剤師がやるべきものであるけれども、薬剤師からいへない場合には、やむを得ないから、その次に藥物の知識のある医師や歯科医師から調剤をしてもらつてもいいやうに、自己の処方せんによつて調剤のできる道が認められております。従つて、現在の形における医師の調剤能力は、私どもは認めております。しかし、医師の調剤能力と申しますか、先ほど申し上げましたように、藥學の終局的な目的は調剤を完全にするといふことである、この理念のもとにわれわれは教育されておるわけでありまして、それらの学科課程と医科大學における学科課程の内部をよく御比較になるなら、おわかりになると思ふのであります。皆さんが御勉強なさつておる藥理學とか藥物學とか処方學とかいふ範圍の藥品に關するところの學問と、われ

われのやつておるものとの間には、非常な差があるわけでありませう。従つて国家も、この薬学をやった者に対しては、それだけの責任を負わせておるわけでありませう。その責任を負つておる者の調剤と、その薬品に対する責任をお持ちになつていないところの医師の方々の調剤との間には、おのづから開きがあることはやむを得ないことだと思ひます。

○八田委員 今の御答弁の中で、処方公開されるならば、薬剤の危険を事前に防止できるというふうなお話がありましたので、医者に調剤能力がないかということをお伺したのであります。これに対して、あなたは、医科大学と薬科大卒との修得科目の差異まで触れておられますが、調剤の問題は、学問上においては医学、薬学という議論は成り立つておるまいでしょうか、実際におきましては、医学も薬学も互いに交差して、決して分離しているものではない。しかも調剤というものは、医学と薬学との間にちょうど介在しておるようなものでありまして、このような関係に成り立つておるのでありますから、薬学の知識のない人間が処方を書けますか。しかも、われわれは医師ではありませんけれども、私は十一年間医学研究機関におつたのであります。私は医師の免許状を持つておりますけれども、実際には開業していません。私は医学、薬学をちょうど半分々ぐらいやつておるのでありますから、私は正しい観点からこれを見ることのできるというふうにおつたのであります。今あなたのおつたやつたように、医者に薬剤に対する知識が

ないから、処方が公開されるならば、薬剤師の方から十分注意を与えて、そういう危険を防止し得るのだということ、私は、私はまだ受け取りがたいのであります。これに対して、水越公述人はどのような考えを持たれておるか、御見解をお伺いしたいのであります。

○水越公述人 われわれ医師は、先ほど申し上げたように、調剤能力はおろか、調剤権もあるということまで、われわれは主張しておるのであります。従ひまして、ただいまの竹中公述人からの話で、医師が調剤をするということは、非常に危険性が伴ふもののごとき表現があつたのであります。が、私たちが長い間医師会の役員をして参りましたが、実際において医師の調剤によつて起されたいわゆる弊害と申しますか、過失によるいろいろな事件というものは、薬剤師さんが起されたその種の事件よりも少いものだ、かように考えております。従ひまして、とにかくこの調剤能力、調剤権の問題につきましては、あくまでも同等の能力があり、同等の身分、権利がある、かように考えておるわけでありませう。

○八田委員 その問題については、水越公述人の御答弁を承りました。時間、時間を急ぐために次の問題に移ります。

処方せんが発行されて、薬剤師がこれを調剤するのであります。その調剤された薬品が、果して正しく調剤されておるかどうかが、この点について、竹中公述人は、証明する方法をお知りならば、教えていただきたいのであります。こういう質問をしますのは、医師側が、自分の発行した処方せんが正しく調剤されているかどうか、そういうことに対して非常な心配を持つておるわけでありませう。この点につきましては、調剤には、どのような方法があるか、一つ御答弁をお願いいたします。

○竹中公述人 ただいまの、調剤したものが処方通りであるかどうかを調べる方法はどうか。この問題については、たしかこの前の厚生委員会のお話で、大阪方面で医師会がやりになつた報告が出ております。処方を出したものが、ほとんど断られ、あるいはその通りに調剤がされておらないという、いわゆる大阪報告なるものが医師会から出されました。その分析方法なるものに対しては、ここに薬事課長がおられますが、厚生当局から調べられておる結果を御報告になつておられますが、事実におきける御検査をなされば、はつきりするものであります。ただその方法を誤つた結果、違つた判定を發表されるがごときことは、非常に迷惑千万なことでありませう。しかし処方通りの調剤ができておらないとするならば、それに対するところの処方方法もございませうし、またこれに対する調査をいたしますのは、それそれりつぱな機関も相当ございませうから、それらによつてお調べいただいたらわかると思ひます。

○八田委員 今、質問からちよつとそれた答弁があつたのであります。医師会で調べた大阪での成績というのがありますが、これは多分定性反応によるところの薬品の成分を調べただけであると思ひます。私の申しておるのは定量的問題、たとえば医師がサントニン

を〇・五処方したとする、それに対して薬剤師が〇・二調剤した場合に、それを調べるような方法があるかどうかということ、私は伺つておるのであります。

○竹中公述人 ただいま御例示になりましたサントニンの含量等については、調査する方法があります。○八田委員 今方法があるとおつしやいましたが、私の知る範囲内では、方法には非常な困難を伴つておるのであります。あなたは簡単にそのような方法があると言われましたけれども、私はここで学界的議論をむしろ返して、あなたにサントニンの定量法に対するうんちくを傾けていただくだけの時間があります。省略しますが、一般に調剤について、これを正しく定量することはできないという今日の見解であります。というのは、広く普遍化しておるところの処方せんによる調剤を一々監視し、それを検定するというようなことはできないのであります。その点から考えまして、今あなたのおつたことは、私にとってははなはだ納得のいかないことであります。が、この問題についてはこれ以上触れることはやめませう。

もう一つ、先ほど水越公述人は、国民処方によつて薬局はある程度の収益をあげておるのだ、こういうふうな話がありました。これにつきましては、その前に竹中公述人から、福島県とか仙台の例を引かれまして、国民健康保険が非常に普及しておるので、最近四五%くらい薬局の収入が減つた、こういうふうなことになつたのであります。その減つた理由は、やはり水越公述人の指摘されたごとく、国民処方によるところの収入の低下でありますか。

またあなたは、福島県は非常に国民健康保険の普及率が高いといったようなお考えがあつたようでありませうけれども、一体どのくらいのパーセントであるかについては、あなたも資料をもつてよく吟味されての上のお話と思ひます。一体国民健康保険の普及によつて四五%減つたという根拠、その点をはつきりとお伺いしたいと思ひます。

○竹中公述人 ただいま国民健康保険集の問題が取り上げられて、この売上げが減つておるのだらうというふうなお話であります。しかし、これらのことにつきましては、各地の国民健康保険実施に対するところの影響調査に現れてきたところによりますと、一つ一つをどういふふうなものでいうことを指摘はして参りませう。ただ家庭薬品とかあるいは注射薬とか、そういうふうな分野での一応の数字であります。大体において四五%減少をしておる、福島におきましては、たまたま福島のことが出ましたが、これは福島市の報告である。それによつて、福島市におけるところの薬局の売り上げは大体四五%減つておる、これに対して何とかしなければならぬ、こういうことを申してきております。国民健康保険が実施をされまして、今までの顧客が、結局国民健康保険の被保険者あるいはその家族として診療を受ける資格ができたわけでありまして、これらの人たちが保険料を払つております関係から、なるだけその機関を利用するのは当然だ、そういうふうな結果、今まで薬局に行つて買つておつたところの薬品が、それだ

け減つてきたということになるわけでありす。

○八田委員 その点は、どうもまだはつきりお知りになっておらぬようでありすから、これ以上つぐのは遠慮いたします。よく資料をごらん下さいまして、後ほどまたいつかの機会によく私の納得いくようにお教えを願いたいのであります。

もう一つ伺いたいのであります。国民医薬品集は、厚生省薬品として今日取り上げられておるわけでありす。が、薬局においては調剤をすることになっておるわけです。薬局というのは、薬劑師が調剤をする場所であるといふふうになっております。ところが、この国民医薬品集というのは、薬品はこれ製造ということになっておる。そうしますと、今の薬局において、よく国民処方によつてやつたのだという無診投薬の弁解がなされておるのではありませんか、すべての薬局は、登録すれば国民医薬品の製造がそのまゝ認可されるものであります。またさらに、別に薬品製造業としての登録を受けなければならぬのかどうか。それを受けなければ、しろうとでもつて、これは薬品製造業と薬局と兼業しているのだということ、一般民衆にはつきりわかつておるようになっておるかどうか、その点をお知らせ願ひたい。

○竹中公述人 ただいまお尋ねの国民医薬品集を製造いたしますのは、これは製薬業の登録をしなければならぬのであります。そして、この製薬業の登録に關しましては、他の大きな製薬業に対しては、いわゆる基準がございます。けれども、国民医薬品集

に収載されておるものうち——国民医薬品集は、御承知のように先般改正になりました、今までの第二部というのははなくなりまして、あの範囲のものは、その薬局で製造することができ、これを厚生当局が認定いたしました。これを登録を許しております。そこで各薬局においては、薬局の登録票とともに、製薬業の登録票を掲示しておるのではありませんか。従つて、この薬局はどちらに登録しておるかどうかということは、氣をつけてござらん下されば、たいていの薬局は店頭に掲示しておりますから、わかるはずであります。

○八田委員 そういたしますと、厚生省医薬品の中に入られた国民医薬品は、薬局において、かつて第二部に取られ扱われた国民処方でございます。これは当然製造し得るのだということでございます。薬品製造としての登録を受けているわけですから……。そうしますと、調剤とか調製が、国民医薬品集の中のかつての第二部の国民処方については、現在でも自由にやり得るのだということになります。そうしますと、改正法二百四十四号におけるところの二十四条の第一項、医者の処方箋なしには薬劑師といふものは、販売、授与の目的で調剤してはならぬといふことになって参りますが、そうしますと、かつての国民処方によつて、薬局は薬品製造業も兼業できるのであるから、勝手に調剤しておる。ところが二十四条には、医師の処方箋によらなければ調剤してはならぬ、こう書いてあります。そうすると、医師の処方と、あなた方が無診投薬と言ひのがれできるところの調剤と、二つでき

るということになるように考えられませんが、いかがでございますか。

○竹中公述人 ただいま御質問の医薬品の製造と調剤は、違ふのであります。医薬品の製造は、製造の登録をあらかじめ受ける。今の医薬品集第二部にあつたようなものは、いつでもできるというのではないのであります。あらかじめ登録を受けて、それだけのものを製造することができわけです。その製造するものは、あるいは予備的に作つておきましようが、場合によつては品切れすることがあるかもしれませぬ。さうな場合に、時間のかかることもないのではありませんか、作つて渡すといふようなこともあるいはあるかもしれません。けれども、これはどこまでも製造であつて、調剤ではないのであります。従つて、医師の処方せんによらないところの調剤とは言ひがたい。

○八田委員 それではつきりいたしましたのであります。ところが、現在の薬局におきましては、調剤ということをやつておるのです。たとえば、患者が頭痛といふてきた場合には、頭の痛い薬をすぐに処方してやるといふことを實際やつておる。そこに私は、あなた方に対して重ねて質問するやうな疑問を、また持つやうな氣持になつておるのではありませんか。現在、患者が来れば、すぐに国民処方という名のものと無診投薬がやられておる。製造とは違つた状態において調剤が行われておる。その点について、私は薬劑師に対して非常な不審を持つておるものであります。さらにまた、薬局におきましては、今日抗生物質といふものについて、第四十四条の第七号に対する違反

行為が公然として行われておるのであります。この点につきましても、私は今日の薬局のあり方につきましても、非常な不審を持つておるものであります。例をあげればたくさんあります。たとえば仙台において、薬劑師がペニシリンを買ひに来た人に対して、ペニシリンを打つてやつた。ところが、その患者は死んでしまつた。これは明らかに無診注射であります。これに對しましては、昨日の薬務局長の見解では、医師法の第十七条に觸れることはもちろん、薬事法の四十四条七号に觸れるところでもあります。このやうなことが始終盛んに使われておるといふことは——今日のペニシリン・アレルギの問題、あるいは耐性の問題、あるいはまた交代菌現象の問題にいたしましても、薬局においてこのやうな薬事法四十四条の違反が日常茶飯事のごとく行われておるということが、今日の国民医療上に重大な支障を來たしておるのであります。この点につきましても、私は薬劑師の自肅自戒を求めるものであります。

特に、さらにもう一つわかりやすい例として申し上げますと、山下春江代議士が、かつての総選挙におきまして、オーレオマイシン・トロロチを飲んでおれば声がかわらないといふことで、オーレオマイシン・トロロチを飲んでおられた。そのオーレオマイシン・トロロチが切れてしまつた。それで薬局に行きまして、オーレオマイシン・トロロチをくれと言つたところ、その薬局では、オーレオマイシンならば、トロロチもカプセルも同じだといふことで、カプセルを与えられた。そうすると、山下代議士はそれを

そのまま信じられまして、オーレオマイシン・カプセルを十八日の長きにわたつて飲まれたのであります。そうして、私とある日会食した際、非常に腹が張つて困る、ガスが一ぱい詰まつて、これはどうしたものであらうか、きょうはオーレオマイシン・カプセルが切れたので飲まなかつたせいかしらと言われたのであります。これは全く逆であります。山下代議士のごとき厚生問題について明るい方であるのであります。この点につきましても、ほんとうに薬劑師の方は、無診投薬といふことは、非常に国民医療上に重大な支障を及ぼすものであるといふことについて、十分にお考え願ひたいのであります。

なお、いろいろな点について質問いたしたのであります。時間が参りましたので、これで終ります。

○中村委員長 公述人の皆さんには、お暑のところをありがとうございまして。

そのまゝま信じられまして、オーレオマイシン・カプセルを十八日の長きにわたつて飲まれたのであります。そうして、私とある日会食した際、非常に腹が張つて困る、ガスが一ぱい詰まつて、これはどうしたものであらうか、きょうはオーレオマイシン・カプセルが切れたので飲まなかつたせいかしらと言われたのであります。これは全く逆であります。山下代議士のごとき厚生問題について明るい方であるのであります。この点につきましても、ほんとうに薬劑師の方は、無診投薬といふことは、非常に国民医療上に重大な支障を及ぼすものであるといふことについて、十分にお考え願ひたいのであります。

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。

午後二時二十分休憩

午後三時三十分開議

き、公述人の皆さん方に御足労をわづ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いますから、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、意見を聞く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ります。

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で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上げます。

○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っております。

たしております。しかし、獣医師は、医師及び歯科医師等と違ひまして、若干の特殊性がございますので、その特殊性につきまして、ここに申し上げて、さらに認識を深めていただきたいい、こういうふうな存する次第でございます。

まず第一番に、獣医師の診療の対象になりますところの家畜は、分布の状況が、人口と相当の違ひがございます。たとえて申しますと、北海道のごとき比較的人口の希薄なところにおきましては、逆に獣医師の数が非常に多いでございます。そのようなわけで、人口の希薄なところにおきまします家畜は、一応診療を受けて処方せんをいただきます。その処方せんを持ちまして薬剤師のところへ参ります。また薬剤師が非常に遠隔の土地におきまうことになりましますと、農家としては耐えられないことになってくるわけでございます。

第二番目には、家畜の診療は、人の診療と違ひます。この点につきまして一、二申し上げましますと、家畜に投薬をいたします場合には、これはすでに皆様も御存じの通り、ある場合においては、非常に危険が伴いますと同時に、薬を飲ませること自体が、しろうとでは非常に困難な問題でございます。また一面、看護婦のような制度がございます。勢いこれを獣医師にゆだねて投薬をいたさなければなりません。これは、単に注射ばかりではございません、内服をさせます場合におきましても、やはり同様に機械その他をもつて投薬をいたさなければ、多くのロスが生じまして、そのために損失がございいたします。このような関係からいた

しまして、処方せんを持ちまして再び薬剤師のところへ調剤をしてもらい、その上に獣医師のところへ参りまして投薬を受けるという繁雑性は、相当困難な問題があることは推察の通りでございます。

第三番目には、獣医師の場合におきましては、総合病院のような形のものがございます。御存じの通り、最近家畜共済におきまして診療所がございませうけれども、その規模も、現在小まうございませうから、そこに薬剤師を常置いたしまして調剤を受けることができないのでございませう。そういう関係で、以上申し上げました二点と、これを實際に行います場合には、どうしても遠隔地の薬剤師の調剤を受けなければ相なりませうので、われわれ獣医師といたしましては、以上の観点からいたしまして、今申し上げましたようないろいろな事情を十分御推察の上、御審議あらんことをお願いする次第でございます。

○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っております。

これは従来各所で連合会は申し上げておりますので、御承知のことと思っておりますが、原則的には医薬分業に賛成でございます。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から立って、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つ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、こういうふうに考えておられるわけでございませう。

それから被保険者に不便になるといふようなことは、これはもともと被保険者に不便をかけるということは、これは被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ふ措置がとられるかということが問題であると思っておりますが、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、費用の点でございますが、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とは御承知の通りでありますので、このままの状態では医薬分業をやるといふことについては、私ども費用がふえるという点については、危険の念を持ってあります。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つておいでのでありまして、そういうものがはつきりとして見通しがついた上でやるのが好まし

い、こういうふうな考えておるのであります。

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つて、国民は非常に不安と焦燥にかられるのであります。従つて、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つて、解決をしていただきたいと思つております。

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月月延びたのであります。その間に行政当局としては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、せつぱ詰まつてこつた問題を起させるということ、私は、私は行政当局に向つ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お願いしておりますので、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つて實際にやつて見た上で、その結果によつて論議をして、やるかやらないかというのをきめるべきでなかつたか、死児のよわいを数えるに似ておられますけれども、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、半年なりを限つてある地区にそういうことをやってみるということも、おそくないと思つてお

○松沢公述人 私は全国国民健康保険
団体中央会総務部長の松沢風有司であ
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談その他で伺

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。ただ医業分業問題の方向といしましては、今後

以上、大体私どもの関係のことを申し上げまして公述を終ります。

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

○野澤委員 宮尾公述人に二、三お尋ねいたしたのであります。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つたのでございます。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

れでは実施地域をどこにきめるかというところ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、一応被保険者の不便という点を指摘してみる

と、たとえば、医節の隣に住居があつてその医者にかつた者が、処方せんをもらつて、千メートルの距離まで薬をもらいに行くことは、確かに不便であらうと思います。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す。従つて、便不便のものをさしをどこに当てるかということによつて、結論が一応立つのではないかと思うのであります。こういうふうには、便不便ということを第一義に指摘された趣旨もよくわか

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からしまして、多年の分業に対する考

洋服に変えるためには、ちゃ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変化といふもの、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、法律によつて、こうしたおののおの分離された学問の基調に立ちまして、

には医療分業には習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、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、多少のふな

と申し上げましたのは、社会保険制度が推進され、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り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ぬところに追いつめられておられると思います。そういう意味から、医療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、医療分業を實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、不便の問題に關しましては、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つておれば、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いますが、それを全国一律に現状のままでやるという事は無理があると思ふのでありますが、今論議されてる十万人以上の都市であるとか、被保険者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——可能ということば、もしもやるならばそういうところでやつて、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ふので、それを契機にして、あらためてはつきりした案にしたいと思ふのでありまして、かねがね私も、三年間の猶予期間の間に、なぜモデル地区を作つてやらなかつたかというような議論もしているのではありませんが、とにかく、いろいろなことを申ししても、そういうことをやつてみなければ私にはわかりません。そして、ことに医療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問題は、もっともっと大

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ぬ義務があると思ふのであります。そういう意味で、毎年こういう問題が繰り返されていく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あります。

○野澤委員 御高説を拝聴してありますがござります。つきましては、分業の原則論と一緒に経済の問題をお話しになりまして、特に被保険者の医療費というものが增高されたものでは困るのだ、こういうお話であります。この分業の結果というものは、確かに医師会の話の聞けば医療費が增高する。しかも一〇％も一二％も上るといふような昨年の例証もありません。また薬剤師協会の方から見ますと、絶対に増額しない、ある程度までは減額されるのだ、こういうお話をし、政府の方では、あるいは二、三％上るかもしれないというふうな証言をいたしてあります。結果において、これの見通しをつけますと、今あなたの言われた通り、要はやつてみなければわからないというものが、ほんとうの考え方じゃないのか。どなたも最後のには善意に解釈して、そういう結論が生まれるのじゃないかと思ふのであります。そこで、一般に言われておりますことは、現在の保険診療で、保険医の監査等をした結果を見てみますと、たとえば七百件の保険医の取り消しをされた内容を見れば、架空請求が三三％あつたとか、あるいはまたつけ増し請求が三一％あつたとか、こういう資料が政府から出されていく。その内容を聞いてみますと、詳しいデータはないが、大体薬品が主だということ、こういう結論が出て

きますと、あなたの方の組合でも、あるいは国保等でも、よく雑誌にいろいろな会報が載つておられて、分析をされていくのであります。そのように、現在の医療組織といふものは、医療制度の欠陥といふものが、幾多指摘すれば微細な問題があらましようが、そういう問題が出ています。また一方薬剤師会等の意見を聞いてみますと、たとえば昭和三十年度が処方されて調剤される口数が約十五億劑だと仮定すると、薬剤師会の主張によれば、もし完全な医療分業が行われれば、この調剤数といふものが約半数以下に下るといふ主張をしている。それを半数ではあまりに多過ぎるというので、たとえば三分の二くらいまで減るじゃないかという論議をしてみますと、これが実施地域等を勘案して、たとえば分業実施地域が総人口の二分の一あるいは被保険者の二分の一だ、こういうことから仮定しますと、その地域でもつて少くとも節約されますものが二億五千劑。こういうことで、十五億劑のうち二億五千劑が節約になるといふような計算を考えてみますと、約二割といふものが減少してくる。そうしますれば、結果的には、個々のケースにおいて厚生省のいうように二％か三％は増高すると言つていまして、実際の投薬数が二割を割るということになれば、総医療費は必ず下つていかなければならない。そういう論拠からいえますと、少くとも今後のこの分業問題といふものは、社会保険の経済と密接な関係が浮んでくる。しかもまた、宮尾公述人のおっしゃられた通り、新医療費体系の内容が、保険経済の医療費といふものを左

右する重大な要件になつてくるのは当然であります。この新医療費体系が実際に社会の上に適用された場合に、直接影響をこうむるのは、いわゆる自由診療でなしに、保険診療が大部分であります。従つて、こうした面からあなたの言われた医療費の増高に対する被保険者の立場といふものを考えてみますと、一つの法律改正に対する見通しが生まれるのではないかと。つまり、今度の大石案として改正案が今国会に突如現れたのでありますけれども、この改正案といふものは、今出されました、あなたのお話がこの見通しをつける際に、先ほどお話がありましたように、新医療費体系といふものの重要なポイントだとするならば、この結論を出すには、少くとも新医療費体系が完全に政府でまとまつた時期が一番適切なのではないかと。あるいは医療関係審議会、地域の問題とかあるいはまた除外例の問題等を審議している、少くとも八月か九月半ばまでには結論が出る予定になつておる。そこで、九月一ぱいには作業が終了して、国会へ新医療費体系が提出される、こういう段取りになつておるのであります。が、この改正案といふものに結論を与えることに急であつて、今国会でこれをまとめたところが、万一新医療費体系が出れば、そこでまた相当のもんぢやうが起きる。従つて、あなたの心配されるように、医療分業をめぐる、毎年々々どうした事態は好ましくないと。先ほどの御証言であります。が、もしその論法をもつてするならば、今度の改正案の結論は、十月を期して、一切のものを一緒にこれをまとめ上げるということ、時期的にきわめて

適切でないかと私は思うのであります。そこで宮尾さんにお尋ねいたしましたことは、もし改正する場所があり、話し合いをする場所があるとするならば、改正の合理的な時期はいつが一番適當であるか、この点について率直にお答えが願ひたいと思ひます。

○宮尾公述人 私たいたいまのお話で、今度の改正案については、もっと先に考えるべきものがあるんじゃないかという考え方を持っております。その費用の問題にいたしまして、これはたとえば医療分業ができて医療費が增高したというふうな問題よりも、先ごろの赤字問題で医療費が增高して参りました問題の方が、保険経済に取つては大きいんじゃないかと。そういうふうなこともありますので、私も、ここでしっかりとした再建築なり、あるいは将来の社会保障まで見通したりつづな医療費、医療組織といふものが組み立てられるならば、そのときに一緒に考へてよいんじゃないかというふうに考へておりますので、今の改正案は、私どもはむしろ迷惑だ、そういうふうにかわかりませんが……。

○野澤委員 大体社会保険の中核をなす宮尾公述人から、今度の改正案は時期的に迷惑であるという御結論のようになつたのであります。さらに、先ほど、分業を実施するならば、暫定措置としてモデル地区の選定をしたらどうかという御意見がございました。この点については、各方面とも端的にモデル地区の選定ということ、問題はあります。そこで、このモデル地区の選定という言葉にしますと、だ

れもの概念的なものは、小地域にモデル地区を設けるということが基本のようには考えられがちであります。そこで、私は宮尾さんの広範な常識に基づきましてお尋ねを申し上げるわけでありますが、このモデル地区として適切な都市というものはどういふところか、あるいはある人は大都市と云い、ある人は人口十人以上という事を言われております。そこで、私も民間に於ては、医療関係審議会でもモデル地区といふ事か、実施地域の選定についての討論を幾日も重ねました。その当時結論として生まれ出したことは、この実施地域として一番適切なものは、従来の町の組織である。人口が一万か二万であつて、しかも医者が十軒か薬局が五軒というような地域は、面積も狭いし、また医師と薬局とのバランスが非常によく調和してある。こういう地区ならばモデル地区として選定しても非常にうまくいくのではないかと。従つて、医者が少い、薬剤師も少いといふことでありますから、使用します薬品の重点的な選定等につきましても、あるいはまた調剤にいたした薬品を患者のうちまで届けるにいたしましても、地域的にも話し合ひから見ても、環境一切から見ても、町が一番適当でないかといふような意見をお互いに交換したこともあります。こういう事例から見ても、たとえば東京都内の一区を、文京区なら文京区をモデル地区に指定したといふと、そこには故意または作爲によつたお互いの泥試合が生まれると思ふのであります。ただ医者の立場から見れば、薬剤師みだたことかといふので、むずかしい薬品の処方を出すとか、あるいは薬局

にないような薬品をねらい打ちするとか、小区域だと、どうしてもそういう問題が起きます。こういうことを考へてみますと、モデル地区の選定というものは、相当広範であつて、しかも国民も被保険者もあまり迷惑を感じない、また医者が薬剤師も納得のいく地区といふことで、一応割り切らなければならぬと思ふのであります。こうした考へ方を基調にしてあなたにお尋ねいたすのであります。あなたのお考へておりますモデル地区といふのは、ごく少部分、ごく小範囲のモデル地区であるのであります。人口が新市制施行地の薬局の十分発達した地域だけを特例を設けて、そうしたところをモデル地域とされるというお考へであるのか、この点、率直な御意見を承りたいと思ふ存じます。

○宮尾公述人 私どもが考へておりますのは、モデル地区としてもしも選定してやつていくならば、これはいろいろな場合の地区があつてもいいと思ふ。農村であるとか、あるいは町であるとか、いろいろ無理なようなこともやつていいと思ふ。作爲云々というやうな問題が起るとは思ひますが、それはみな協力してその結果を集計すれば、私はモデル地区としての実験の結果は出てくると思ふのであります。無理のない地域に実施地区をしぼつていこうという考へ方ならば、これは今御質問がありましたように、無理のないところだけにしぼつていくという考へ方、これは実施地区をしぼつていくやり方だと思ふのであります。その点はどつちがいいかといふことは、私ども公正な判断によつてやってみるの

がいいじやないかといふような気がいたすのであります。

○野澤委員 ありがとうございます。次に、国民健康保険の松沢公述人にお尋ねしたいのでありますが、午前中もいろいろ論議がありまして、国民健康保険が全国的に逐次拡張されていくという機運に達してあります。その関係で、昨年あたり健康保険を実施した都市を見ますと、その地区の薬局の経済に相当の影響があるといふようなことを公述人が申し出てあります。それは被保険者がふえてくるために、簡単な今まで店頭売薬で済んでおつたような患者が、半額出しさえすれば、やけにしましめて、あるいはすり傷にしましても、メンソレータムにかわるに医師に行つて治療してもらへる。こういうことで、医療制度、さらに国民の保健衛生から見ると、早期診断、早期手当といふことが実施されるのですから、国家としてはまことに望ましい状況だと思ふのであります。さらに今度は国民健康保険に確立された関係上、今までの法的に確立された関係上、今までの実施されない都市等も、あるいは農村等も、相当のスピードで今後拡張されると思ふのであります。これが全地域拡張されるということになります。かなり軽度な患者が、いわゆるこの国保を利用するようになると思ふのであります。現在の情勢から判断いたしますと、普及の度合、利用度等から考へて、逐年いろいろな統計も生まれてまいりましょうが、新しく実施された地域が、何年くらいで平均化された普及度に向いておりますか。そういう点について、今度の分業問題と

にらみ合せて、このスピードの度合いによつては、かなりの変化が国民生活の上に来るのではないと思ひますので、この点、もしおわかりでしたならば、お教え願ひたいと思ひます。

○松沢公述人 ただいまの御質問で、どのくらいのスピードで平均化されるということとは、どういふことであります。うか。

○野澤委員 要するに、新しく町に国保を施行した、それで加入者や診療の程度というものが、逐年累増してくることはわかりますが、急激にふえる時期といふものが、二年とか三年とか、期間があると思ふ。それ以後は平均化してくる、こういう意味でございませう。

○松沢公述人 従来の経過から見ますと、国民健康保険が事業を開始いたしました、急激に受診率がふえるのであります。これは受診率にふえるのであります。非常な大きないわゆる受診率の増加を来すと思ふのであります。これは今お話しになりましたように、医療費負担に耐えられないという関係から医療を受けられなかった人が、非常に受けやすくなりましたために、せきを切つたように医療を受ける結果でございまして、これはいずれの国保が事業を開始した当時にも、見られる現象でございまして、この現象は、大体二年ないし二年半くらいになりますと、上り詰めたものも一応安定する。過去二、三年くらい前の状況から現在を推察いたしますと、受診率が一〇〇から一二〇程度でございまして、現在二、三年過ぎますと、大体一五〇近くになつておきます。一五〇近くが大体最上ではないか。今後これが平行線をたどつて

いくか、あるいは多少下向きになるのではないかといふようなことが考へられておりまして、大体二年ないし三年が一応の標準と見るべきであるといふふうに考へられます。

○野澤委員 大体の見当がつきました。そうしますと、今度国民健康保険の二割国庫補助といふようなものがきめられて、今まで未実施地域であつたところが、逐次国保を拡大していくといふ様相がますます強くなる。しかも受診率が二九年や二九年半は急激に上昇するといふ状況から判断しますと、今後の保険財政にも、相当各組合とも影響が強いと思ふ。そういう際に、現在のままの医療制度でいきますと、かなり経済的に困難な面があり、二割で果して耐え得るかどうかわかりませんから、従つてその間には、いろいろとこれに対する対策等も生まれてくると思ふのであります。そうした最中に、あるいは制限診療をするとか、あるいは軽易な診療はこれを保険給付から除くといふようなことも、一部では考へられておるようでもあります。今度のこの分業法といふものは、昭和二十六年に、医師、歯科医師、薬剤師との話し合ひの結果、不満ながらこうした法律が生まれてきておる。この法律を来年の四月一日から実施しようといふときに、突然これを廃案にする。またもとの二十三年の法律よりも、もつと逆行するやうな思想のもとに今度の法律といふものが立案されておる。こういう状態では、先ほども宮尾さんからお話がありましたように、保険財政に対するところの施策といふものは、大きいものから小さいものまで、あらゆる角度からやらなければならぬとい

きに、国保のように国民全般を対象とした保険の育成等から考えると、経済的な根拠からしても、どうしても分業形態をとる。分業形態をとるということは、技術を侮辱するという意味ではなく、技術を科学的に算定する根拠が生まれると思うのであります。物の対価と技術の対価とを合理的に組み合せていくという制度でありまして、しかも、この間政府におきまして、あるいは薬剤師会等におきましても、無理やりに点数を上げるとか、あるいは調剤手数料をよこせというような闘争ではないのであります。つまり、正しい医療の姿に医師や薬剤師を配置すると同時に、いつでもこの関係が科学的に再検討のできるような行き方にしたがひ、これが分業の本旨であります。こうした新しい制度に、しかも漸進的にこれらの制度に移行する法律であります第二百四十四号の法律でさえも、これをものととに帰してしまおうというような改正案が出たのであります。こうした面につきまして、実際保険の中心にある健保の中央会といたしまして、あなた自身のお考えとしては、この医薬分業というものは、社会保険を育成する上において、大きな基本的な条件になり得るとお考えになるかどうか。あるいはまた、むしろ時代錯誤であるから、こんな制度は社会保険には要らないとお考えになりますか。現実にお答えでも、将来を見通したお答えでもけっこうでありますから、お答えを願いたいと存じます。

○松沢公述人 先ほど申し上げましたように、医薬分業ということは、考え方としては、一応納得できるし、その方が合理的であるというところは、是認できるのであります。先ほど地区の問題のお話でございましたが、そのほかに、これ以上の医療費の負担が増すということになりすまれば、この問題については、経済的な関係から賛同がでないというところが一般の空気でありまして、こういうふうに申しまして、この制度が果していいか悪いかという結論は、どうしても出ないでございまして、将来の国保を育成するために、この制度を採用するのになかというところまで追い詰められないのであります。結局あいまいもこととした御返事になりますけれども、事実多くの保険者は、どっちにしても、さかからず、あいまいもことというような態度が、事実の姿であらうと思ひます。

なほ、先ほどお話の中に、現在の診療費の請求におきましては、いろいろ水増し請求もある、振替請求もある、架空請求もあるが、この医薬分業によりまして、そういうものが非常に節減できる、だから総体において上らないというふうなお話に承わつたのであります。それはその通りでありますけれども、また別に、医者が患者に対して治療するという場合に、かりに一点単価が十一円五十銭で安いと申ししましても、やはり医学的の良心から、できるだけ最善の治療をしてやろうというのが医者の考え方でありまして、しかもその人の経済的収入をあわせて考へて、あまり高価な、上等な薬を使えない場合もございまして、そういう場合には、その改善なるものを使うというふうにならうかと思ひます。もし分業になりますと、そういう点は、もちろん本人の負担というものを考へますけれども、自分が直接その料金を全部支払うのでなければ、比較的いいものを使うということにもなるうかとも思ひます。そうすると、結局診療費が上るという面、それからいろいろの水増し請求、架空請求、振替請求というふうなものとのプラス・マイナスがどうなるかというところは、わからないのであります。

○野澤委員 松沢君のあいまいもことという言葉の意味は、今御説明になったように、いろいろな要素から判定がしにくい、いろいろな要素から判定がしにくい、というところだと思ひます。そこで、あなた個人の立場でも、あるいは団体の代表としてのお考えでも、かつこのものが、その経済的な観点において、被保険者の利益になるかならぬかというところが、あいまいもこととしておるので、宮尾さんの言われたように、一応やってみなければわからないという考へ方なのか、あるいはやる必要がないというお考えなのか、端的にお答えを願ひたいと思ひます。

○松沢公述人 今の御質問は、いいか悪いか、結局やってみなければわからぬというのが現状であらうかと思ひます。

○野澤委員 もう一言お尋ねいたしますが、それでは、そういう経済的な根拠から、医薬分業に対する熱意と申し申すか、愛着と申すか、理解と申すか、あらゆる角度から検討されておるようでありませうけれども、今度の改正案というものが、とつてもないこのいう時期に提案されて、しかも保険経済の基礎となるべき新医療費体系は十月でなければできない、あるいはまたた医薬関係審議会が実施地域等をきめる結論が八月か九月でなければ出ぬ、このういうときに突然こうした改正案が出たのであります。この改正案の結論を出すのには、そうした新医療費体系や、あるいはまたた医薬関係審議会の結論が出てから一緒に討議した方がよろしいか、それともまた、提案者の主張されるように、今日だいまこれを採決して決定した方がよろしいかと思ひます。つまり、保険担当者としての立場から、一つ率直にお答えを願ひたいと思ひます。

○松沢公述人 今の御質問に對しまして、いろいろ考へますと、やはり新医療費体系その他のあらゆる準備が整ひましてから、それを勘案しながら、周囲左右の状態を見ながら御決定になる方がよいのではないかと考へるのであります。

○野澤委員 なお野澤公述人にお尋ねしようと思つたのですが、事情を聞いてみますと、全く特殊事情でありますので、分業にからんで悪い判定のをするよりも、現実に即した獣医師としての立場があると思ひますので、せっかくな御公述を願ひましたが、私の質問は以上をもって終ることといたします。

○中村委員長 岡本隆一君。

○岡本委員 まず宮尾公述人にお伺ひいたしたいと思ひます。この医薬分業の問題は、いろいろな観点から見られ、と思ひます。先ほど仰せのように、患者にどちらが十分な治療を施すことができるか、そういうふうな観点、あるいはまた経済的な面において、どちらがよいのか、あるいはまた医師は調剤能力を持っておるといふことは、すべて各方面で認められておるところであるが、その持つておるところの調剤能力に従つて出てくることの調剤の極利というものを制限し、剝奪すること、これが正しいかどうかというふうないろいろな観点から問題になつておるわけでございます。思ひますことは、私が本日お伺ひいたしたいと思ひますことは、この医薬分業問題は、保険経済と非常に密接な関係がある。従つて、医薬分業が保険経済に及ぼす影響というものを、私たちが十分によく検討して、その上に立つて、医薬分業をやるのがよいか悪いかということの判定を下さなければならぬ、こう思ふわけでございます。

そこで、先ほどあなたが仰せになりました言葉の中に、今、このたびのうな医薬分業の改正案が出てきたということは迷惑に思ふ、従来のままで進んでいってらつた方がよかったように思ふというふうなお言葉があつたように思ふのであります。そのことは、あなたは医薬分業が来年の四月一日から実施された方がいいというふうにお考へになつていらつたのかどうかというところを、まず最初にお伺ひいたしたいと思ひます。

○宮尾公述人 私は今のお話にありました保険経済に医薬分業が非常に影響のあることだといふことについては、同感でございます。またそれがゆゑに、被保険者に負担を増すようなことがあつては、これは反対である、こういう考へ方を持つておりますが、現状の医療組織あるいは保険医療に關しまし、の支払い方式の問題、あるいは点数単価の問題、そういうふうな幾多の保険経済に及ぼす影響は、もっとウ

エートの多いものがたくさんあるのとありまして、そういう問題をこのところでも突破していかなければならぬ時期にみな追いつめられていと思うのでありますから、そういうものと同時にこの医療分業の実施案というものが考えられますならば、少くとも万全の用意はできなくても、小部分のごく限られた部分については、実施してもいいのじゃないかというふうに考えております。

○岡本委員 今度の法案がそのまゝ四月一日から実施されるといいますと、小部分に行われるところの実験的な医療分業、試験的分業というふうな範囲をはるかに逸脱しておるのであります。しかも医師が診療したしました場合には、その半数以上、七割、八割という範囲で処方せんを発行しなければならぬ、こういうふうな法案になつておるのであります。従いまし、大都会ではほとんど分業が行われるというのが現行法の状態でございます。そういうことになつて参りますと、私は保険経済に甚大な影響を及ぼして、私に思ふのでございます。私に思ふように思ふのでございまして、そういうふうな観点に立つて、あなたはこの医療分業というものが、現行のままで来年四月一日にすべり込んで、それでもって保険経済にさほどの影響がない、こういうふうにお考えになるのでありませうか。

○宮尾公述人 私には現在の医療組織あるいは支払い方式、点数単価のようない、あるいは費用の増加が起るのだというところを非常に憂えております。ですから、来年の四月からもしも実行されるならば、まずそういう解決をしてい

かなければならない問題が一緒にあると思うのであります。幸いにして政府がそういう努力をされておりますので、それもあわせて解決しながらやうていくならば、少数の地域においては可能じゃないか、こう考えております。

○岡本委員 仰せのような形でありまして、新医療費体系というものは、国民医療費あるいは保険経済の中におけるところの医療費というものは、同じワタの中にとめておく、その中において医療分業が行われるのであれば、それはそれでよろうというふうな考えの模様であるわけです。そういうふうなことになるように、保険経済には一定のワタがある。そのワタの中で、新しく薬剤師の一群に、調剤手数料というものを取り分として持つていられる。従いまし、医師は今、診断あるいは治療、それに加えるに調剤手数料というもので生活をして、従つて、調剤手数料という持ち分を取り去られますと、ただでさえ低い単価でつづけている医師というものが、非常に大きな収入減になつてくるということとを御理解願ふと思つて参ります。そこで、問題になつて参ります。現在の民間医療機関の姿でありまして、健康保険の被保険者の大衆が、非常にたくさん手近にあるということ、あるいはまた働きながらその医療機関が利用できる、夜間利用できるといふような形でもって、民間医療機関を非常によく利用しておるのです。その民間医療機関は、健康保険の単価が低く据え置かれておる。そのために来る収入減のために、だんだんその設備が荒廃しておるのです。日進月歩の医学につ

ていけない。のみならず、十年、十数年前にようやく備へたレントゲン、あるいは顕微鏡というものが、時代おくれのものがそのままであるのみか、それがすでにたがたになつてきておる。それでは、新たにいいものをかうといふような力を持たない。日本の医療機関の実態が、このようになってきておる。医療機関が質的に非常に低下するといふことは、自分の生命を預ける被保険者大衆に取つては、非常に大きな不幸なんです。従つて、医療機関を現代の進んだ科学とマッチして、それにスライドして進歩させていかなければならぬ、そういう観点に立つていきま

すときに、医療機関に今よりもひどい収入減を来たすというふうなことは、被保険者大衆に大きな不幸をもたらすものである。私はこのように考える。そういう観点から立つていきたいと思います。今、今の保険経済というものは、一群の薬剤師に調剤手数料を手渡すだけのゆとりがとてもないように私は思ふのであります。あなたが、あなたはこのようにお考えになりますか。御意見を伺わせていただきますか。

○宮尾公述人 私は今の日本の国民経済の上から見、あるいは国民所得の上から見て、保険経済に限定してみても、保険経済上の医療費の占める割合が、少いとは思つておらないのであります。従つて、医療に従事されるお医者様の分け前が少く、医療機関が荒廃しておると思つておりません。ただ、その医療組織なり、あるいは一点単価のきめ方なり、あるいは支払い方式のやり方なり、そういうものに不合理な点がある。しかも、そこへ医療分業になつて、薬剤師も生活を保

障していかねばならないといふうなことになる。ましては、今の保険経済の総ワタをふやすといふことは、今の国民経済から見てもなかな無理だと思ふ。ただ、その総ワタの分け方が、医者と薬剤師のみならず、医療担当者の中でいろいろいろいろな問題が起るの、結局医療担当者間の分配問題の不公正といふことも、非常に多いと思ふのであります。だから、そういうことのために、もしも新医療費体系が役立つならば、新医療費体系の精神を取り、また支払い方式が悪いならば、支払い方式も改め、しかも、なおこれに加ふるに、医療分業の形にして技術料と薬剤料を分けていく。しかも、技術料は技術に依つて取れるようにしていく。今のようない律平等な技術料のやり方は、私は不賛成であります。で、そういういろいろ合理的な医療の改善がなされて、そうしてから上でなければ、この費用の点については、私は無理だと思ひます。

○岡本委員 医療機関全体としてごらんになる場合、それから公的医療機関と民間医療機関というものを分けてごらんになつて、あなたに一度よく研究していただきたいと思ひます。公的医療機関にありましては、税の負担もございませぬし、あるいはまたその他いろいろ公けの補助というものもあるために、だんだん進歩して参つております。しかしながら、民間医療機関といふものは、後退もしくは停止といふふうな形でもって、ことに国民健康保険が広く行われているところの、全く保険財政に頼らなければならぬ、いふやうな山村の医療機関といふものは、非常に困窮した内容を持つておる。これ

はあなたの方、ことに松沢さんにも一度よく御調査願ひまして、そして医療機関の設備の低下といふこととか、また進歩しないといふことは、これは被保険者大衆に取つて非常に大きな不幸をもたらすものだといふ観点から、よくお考え願ひまして、その上に立つて単価の問題をお考え願ひたい。しかしながら、その問題は今日の本旨からはずれておりますので、その程度にいたしておきます。

先ほど松沢公述人も御発言になりましたけれども、広く医療分業が行われることになりまして、保険経済に非常に大きな影響を及ぼして、思うところになります。それは、処方が開されるということになりまして、今度は新薬の流行といふことが出て参ります。製薬会社は、売らんかな主義でもってどんどん新しい薬を作り、しかも新聞にページ大の広告を、じゃばらんの間に煙のうに消え去りまして、けれども、一時は金く今のマンボ・ブームのような勢いでもって「わかもと」ブームがありました。しかしながら、それは根も葉もないのであります。結核の治療薬にいたしましても、かつてはそういうものが幾つか出て参りました。ことに慢性になり、治療したい病気になるもの、病者の迷いといふものがあるものでありますから、そういうふうな宣伝に迷わされる。従つて、どんな、どんな薬を流行でもって、今度は患者の方で、何か新聞に非常に有効なように宣伝され、ラジオでもって毎日、これはよくききますといふふうに言われると、やはりその薬を求める。

そうしますと、結局自由競争の今のよ
うな世の中にありましては、勢い患者
の求めに応じて、医者の方も、それが
全うするな流行ブームであるとい
うことを心のなかでは考えながらも、や
はり処方箋に書き添えるを得ない。そう
して、患者に精神的な満足を与えざるを
得ない。こういう立場に医者が追い込
まれるものでありますから、従ってど
んどん、どんどんそれを利用して、新
薬ブームが出てくると思うのです。ま
たそういうものは、高くなければ値打
ちがないのです。そう考えるのです。

だから、そういうことで、非常に高価
な内服薬の流行となつて薬剤師側から
出て参りまして、結局それは保険経済
に甚大な影響が出てくる、こういうこ
とを私は憂へてゐるのです。そういうこ
とは想像だからというふうに、ある
いはあなたは考えになるかも知れま
せんが、しかしながら、これは必至的
な傾向であると思つておられます。
で、そういう点について、あなたはど
ういうふうにお考えになるか、一つ御
意見を承わらせていただきたい。

○宮尾公述人 私は私的医療機関の荒
廃については、それほど荒廃してゐる
とは思わないし、また私的機関の収入
が非常に少いというふうにも思つてお
りませんが、しかし、公的医療機関と
私的医療機関の關係については、私的
医療機関はやはり保護育成して、その能
率のいい経済的な運営というものを、
十分に助長していくべきだと考えてお
るのであります。そういう意味におい
て、全体の医療組織を考へていく場合
には、やはりそういう立場で十分考慮
されるべきだと思つてゐます。
それから後段の、いろいろあるお話

しでございましたが、そういう問題に
ついては、われわれの方にも、申し上げ
たいいろいろなところがあるのでも、そ
ういふことをここで申し上げても、む
だだと思ひますので、ただそういうよ
うな非常な問題が出て参りますから、
結局もつと医療分業するにいたしまし
ても、それと同時に、あるいはそれよ
り前に解決していかねばならぬな
問題が山積してゐるので、それと同
時に解決していかねば、この医療
の問題は解決しないと、こういうふう
に考えます。

○岡本委員 医療分業の前に、あなたの
お考えに従ひますと、新医療費体系と
いうものの樹立ということ、それ以外
に大きな保険経済への政府の責任のあ
るところの援助というものが前提条件
にならなければならぬ、こういうふう
にお考えになつていらつしやるとい
うのですか、そういうふうな解釈して
よろしうございませうか。

○宮尾公述人 大体はお話の通りに考
えております。それには、やはり強力
な行政的な措置が必要だと思つており
ます。

めには、第一に医療内容が低下しては
相ならぬと思つてゐます。これは
第一の条件であります。また次には、
医療費が高くなつてはならぬ、これも
一つの大切な条件であらうと思つて
あります。また現在の医師の収入が、
現在よりも著しく低下するということ
は、これは現在の医師の経済的な事情
から申しまして、避けなければなら
ぬことであると思はれるのであり
ます。以上のような三つの条件がぜ
ひとも備わらなければ、分業をいたし、
そうして強制分業をやつていくとい
うことは、きつめて無謀な企てである
と考えるのであります。従つて、医療
費が高くなり、あるいは安くなる、こ
ういふことは、あなた方が責任を持
ておられますところの健康保険組合、
あるいは国民健康保険組合というもの
にとつては、きつめて重大なる問題で
あると考えるのであります。従つて、
現在あなた方が責任を持っておられ
ますところの連合会においては、どのよ
うな財政状態にあるか。現在政府管掌
の健康保険が非常に赤字に悩んでお
ることは、御了承の通りであります。

○中村委員長 堂森芳夫君。
○堂森委員 宮尾公述人、松沢公述人
にお尋ねいたしますが、先刻の御公述
を聞いておりますと、国民健康保険
あるいは健康保険連合会の方では、医療
分業になつたら保険経済がどうなるか
というところは、まだわからない、こ
ういふような御発言があつたと思つて
あります。私はあなたの方の御発言の
ごとく、医療分業というものに、原則
的には反対したものでございませ
んが、なぜ反対するかと申しますと、ま
ず医療分業あるいは医療分業を行つた

○宮尾公述人 前段にお述べになりま
したことに答えたいのですが、私ど
もは、医療分業になつて、費用が多く
なるか、被保険者の負担が多くなる
か、わからないと申し上げたものではあ
りませんで、現在の医療の組織のまま
で、たとえば新医療費体系のような考
え方が取り入れられずに、あるいは支
払い方式というふうなものが今のまま
で、この上に医療分業というものをす

ぐやるといふことになれば、必ず費用
がかさむと思つておりますので、そ
ういふことで被保険者に負担をかける
という点で反対せざるを得ない。その点
は、はっきりしております。

○松沢公述人 国民健康保険の経済的
事情を申し上げますと、終戦後、経済
難のために、この制度が崩壊するの
ではないかと思はれたような生死の岐路
を彷徨いたしました。二十三年に市
町村公営となりまして、ややつち
直し、その後二十六、七年まで、赤
字の組合が続出したので、かなり
経営に困難を來したものであります
が、二十八年から助成交付金が交付さ
れましたために、大体国民健康保険の
財政は裏づけができました。これに
よつて比較的順調な歩みを進めてお
るのであります。助成交付金が交付さ
れまして、これに国会の御要望もあ
り、厚生省の強い指示もありまして、
国民健康保険の給付の内容というものは
レベール・ダウンである、もつとこれ
の内容を向上しなければいけないとい
う強い指導があつたものであります

○宮尾公述人 前段にお述べになりま
したことに答えたいのですが、私ど
もは、医療分業になつて、費用が多く
なるか、被保険者の負担が多くなる
か、わからないと申し上げたものではあ
りませんで、現在の医療の組織のまま
で、たとえば新医療費体系のような考
え方が取り入れられずに、あるいは支
払い方式というふうなものが今のまま
で、この上に医療分業というものをす

うようなことを、被保険者と話し合
ひの上で実行して参つております。そ
のために、甲の組合と乙の組合とを比
べますと、保険経済の差は非常に大き
なつて参つております。これは経済界
も同じでありますし、そういう自主
的な制度でやつております限りは、甲
乙が出てくるのは当然だと思つてあり
ます。そういう自主的な手段を講じて
おりますので、非常に無理な予算では
ありませんけれども、どうにかこうにか
本年度の予算を組んで認可になつた
というふうな次第でありますけれども、
医療費の増高といふことについては、
関心を持っておりますので、この点は、
こういう情勢がな半年続くといたし
ますならば、各健康保険組合は、非
常に苦しい立場に追い込まれるのは
ないかといふふうな思つております。

○松沢公述人 国民健康保険の経済的
事情を申し上げますと、終戦後、経済
難のために、この制度が崩壊するの
ではないかと思はれたような生死の岐路
を彷徨いたしました。二十三年に市
町村公営となりまして、ややつち
直し、その後二十六、七年まで、赤
字の組合が続出したので、かなり
経営に困難を來したものであります
が、二十八年から助成交付金が交付さ
れましたために、大体国民健康保険の
財政は裏づけができました。これに
よつて比較的順調な歩みを進めてお
るのであります。助成交付金が交付さ
れまして、これに国会の御要望もあ
り、厚生省の強い指示もありまして、
国民健康保険の給付の内容というものは
レベール・ダウンである、もつとこれ
の内容を向上しなければいけないとい
う強い指導があつたものであります

○松沢公述人 国民健康保険の経済的
事情を申し上げますと、終戦後、経済
難のために、この制度が崩壊するの
ではないかと思はれたような生死の岐路
を彷徨いたしました。二十三年に市
町村公営となりまして、ややつち
直し、その後二十六、七年まで、赤
字の組合が続出したので、かなり
経営に困難を來したものであります
が、二十八年から助成交付金が交付さ
れましたために、大体国民健康保険の
財政は裏づけができました。これに
よつて比較的順調な歩みを進めてお
るのであります。助成交付金が交付さ
れまして、これに国会の御要望もあ
り、厚生省の強い指示もありまして、
国民健康保険の給付の内容というものは
レベール・ダウンである、もつとこれ
の内容を向上しなければいけないとい
う強い指導があつたものであります

から、この助成交付金を大体医療給付の拡充につき込んでおります。たとえば、診療日数の制限を撤廃するとか、葬祭料や出産手当金の一件五百円くらいの給付のものを千円以上にするとか、これこれの薬は制限治療にするとか、本人負担をある程度まで緩和するとか、入院食費も、本人負担のものを全廃もしくは一部少額を本人負担にするとか、こういう意味で、相当給付の向上がはかられております。なお助成交付金を交付されたために、それだけの収入がよけいに国保財源に入るわけでありまして、これをそういう面に使って、従来一般会計から繰り入れられておるところの繰入金を減らすことも相ならぬ、こういうような嚴重な指示があったわけでありまして、それで結局助成交付金が入りまして、出る方も相当出ておりますので、事業内容としては向上いたしましたけれども、財政的には余裕のあるところまで、現状におきましては、大した赤字もなくとんとんで二十九年度の年度決算を済ませたというのが、大体の形勢でございます。

○堂森委員 宮尾参考人にお尋ねいたしますが、政府管掌保険は非常な赤字であるが、しかし組合管掌の健康保険も、同様に非常な危険な状態にある、こういうふうな御証言があったのであります。また医療費が非常に高まってきた、これはどういうところに原因があるのか。その点お調べになっておると思いますが、御説明を願いたいと思っております。

○宮尾公述人 医療費がこの一兩年の

うちに非常な増高を来したということにつきまして、いろいろ原因があげられていっているわけであります。私は医療の内容が進歩していけば、上ることは当然であるとは思っておりまして、かほどに急激に上ることは、いかんか、考えてもノーマルな状態ではないかと思っておりますので、医療分業をいたすについても、そういう社会保障制度を推進する施策を国家がお考えになり、まず場合にも、やはりそういうものと一緒にお考えをいただきたいと思っております。その増高しました大きな原因は、やはり結核に対する費用が非常に大きくなっているというのと、だるうと思っております。これは政府管掌よりも組合管掌の健康保険組合の方が、結核に対する費用は多いのであります。まして、組合によって多少は違いますが、大体四〇から五〇%に達しております。しかも傷病手当金というふうなものを入れますと、半分以上は結核の費用でありまして、こうなりますと、もう健康保険は、むしろ結核保険に姿を変えてしまったといつても過言ではないような状態になっておるのであります。そういうことが一つ、それからだんだんに健康保険の信頼度と申しますか、国民あるいは被保険者からの信頼度が落ちて参りますと、それに伴ういろいろな弊害も一緒に出て参ります。また医療担当者の方から、私的医療機関等において、それによって生活を立てていかなければならないような時世になって参りますと、健康保険関係の上には、また悪い面もそこに一緒に参り参り参ります。それが過剰診療であるとか、あるいは不正受診であるとかいような姿

になって出てくるのであります。そういうものが一体どのくらいあるかというところは、いろいろに議論されておりますが、私どもの推定では、やはり一割から二割というものがあろうというふうな、大ざっぱな考えではあります。持っておるのであります。そのほか医療組織の問題が、先ほどからたびたび申し上げるように、支払の方式の問題であるとか、単価のきめ方であるとか、あるいは今度問題になります医療分業による点の数、単価のきめ方であるとかいようなことが、やはり大きく響いて参りますので、そういう点から考えますと、私どもは三十年来これほどまでに国民の信頼を勝ち得てきた健康保険は、しかしこういういろいろな欠点を内包しながら成長して参りましたので、この際に、たびたび申し上げるようですが、大きな壁にぶつかっておりますので、医療分業よりも、なおさらもっと早くその問題を解決していただければ、そこでおのずから医療費の公正なる分配もできる、あるいは医療分業というふうなものも、うまくいくのじゃないかと思っております。くどく申し上げるようですが、今のようなままでは、このまま医療分業が行われたとするならば、私どもは被保険者に負担が増し、保険経済に影響するところが多いのではないかと、いうふうに思っています。

○堂森委員 厚生省が昨年来唱えておられますところの新医療費体系であります。これは私も昨年来各地方の、プライベートな病院ではなしに、たとえば、私の選挙区の福井県の日赤病院であるとか、あるいはその他各地のパブリックな病院についても、いろいろ調

査してもらったのであります。そうして新医療費体系によって病院の経済がどうなるか、こういうこともいろいろ調査してもらったのであります。そうしますと、ほとんどの病院は、非常な収入減に相なって参るのであります。これらの病院は、何ら利潤を追求するという目的で設けられておる病院ではないと思います。しかし、表面はそうでありませんが、実際には、日赤といえども独立採算制でありますから、従ってほんとうの意味のパブリックな病院とはいえない点もあつたが、ともかく個人的な、利潤を求めた病院組織でないことは事実であります。このような病院では、新医療費体系のもとに病院の収入というものを計算しますと、非常な収入減がくる、こういうことは争われぬ事実でございます。もともと、病院が赤字になつても、患者の治療内容がよくなり、あるいは保険経済が赤字にならなければ、それでよい。この組合はいい、こういうふうな考えには、もちろんならないとは思いますが、医療制度は根本的に解決されないと、思うのであります。従つて、今日日本の医療制度の大きな問題は、製薬事業にも大きな原因があると思つて、私は数年間に、医療分業を行うのかどうか、こういうことについて本会議で質問をいたしましたことがあります。当時、日本の製薬会社が年々支払つておる広告費というものを、計算をいたしましたことがあります。そうすると、莫大な費用を製薬事業に使つておられます。いわば、患者は薬を飲むというよりは、広告料を払つておるような状態であるのが日本の製薬事業であります。これら

の製薬事業というものは、非常に大きな宣伝費、全く手放しの自由企業であります。一方医師の側あるいは健康保険その他を見ますと、これは完全にある種のコントロールを政府から受ける、こういうことがいえると思つて、あります。医療制度を取り上げますならば、医師の治療あるいは手術その他の診療と製薬というものは、車の両輪のごとき関係にあると思つて、一つのコントロールを受けておる、しかるに製薬事業は手放しの、全くしるうと、だましのような広告をどんどんやつて、自由企業の姿そのままに放任されておる、こういうことにも、私は日本の医療制度にとつて大きな悲劇があると思つておられます。従つて、私はさつき宮尾さんに質問申し上げましたときに、実は保険経済において占めるところの薬というか、あるいはそういうふうなものを、あなたの方で経営しておられる病院も、全国的には相当あると思つて、そういう方面の会計の内容も実は承りたかつたのであります。そういう御発言はなかつたと思つて、とにかく、日本の医療制度について大きな問題は、やはり製薬事業である、こういうことも私は言えると思つておられます。こういうような点について、健康保険というものの中心に立つておられますあなた方は、どのようにお考えになっておるか、御答弁を願いたいと思つておられます。

○宮尾公述人 私は公立病院に独立採算制をとらせて、外来患者を数千人持たなければいけないような状態に置いておくということは、不合理だと考えます。前にも申し上げましたよ

うに、そういう公的医療機関と私的医療機関とが、一つの組織になりまして医療網というものができていくので、もっと公的医療機関は私的医療機関を助け、私的医療機関は公的医療機関に依存していかなければいけないのじゃないかと、そう思っておりますので、公立病院の独立採算制は、もちろん絶対に何とか考えなければならぬと思います。

それから製薬の問題については、大体お尋ねの通りに私も思っております。先生は医療制度の悲劇だと思わされたのですが、私どもは製薬をそのままにしておいて、医薬分業で薬剤師と医者が争うというのは、これは喜劇だと思えます。

○堂森委員 いろいろお尋ねしたいのでありますが、時間もございませぬし、公述人の方々にもお気の毒と存じますので、私は質問を終わりたいと思いますが、ともかく現在政府が考えておるような、新医療費体系というようなもので医薬分業をやっていく、これならば、なるほど保険経済にさしたる変化なしに医薬分業が行われると思えますが、そのようなことを行うならば、これはまた大きないろいろな問題が生じて参るのでありまして、そのような事柄だけで足りるとするような、きわめて無責任な態度をとって参りますならば、ひいては患者にとって大きな不幸になると思うのであります。と申しますのは、やはり医師も生活していかなければならぬ、また医療内容についても、いろいろな問題が生じてくる、こういうことでありまして、現在のような姿で、あるいは新医療費体系のようなもので医薬分業をやっていく

う、こうするならば、私は大きな社会問題を今後起して参る、こういうふうと考えておるのでありますが、もう申しません。ただ健康保険組合連合会あるいは国民健康保険団体中央会の重要な地位におつきになっておる宮尾さん、あるいは松沢さんあたりが、もっと、医薬分業になったら一体どうなるのか、こういうことについて、一つ大いに御関心をお持ちになって、やってみなければわからぬというのでなしに、大いに日本の医療界の進歩、ひいては日本の社会保障の発展のために御協力下さいますようお願い申し上げます。私の質問を終わります。

○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す。明二十二日、午前十時より理事会、午前十時三十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。

午後七時十三分散会