

「医薬品の供給」に関する医療保障の概念づけ

——“調剤薬”と“医薬品”の存在とその運用——

梶 原 麻佐路

I はじめに

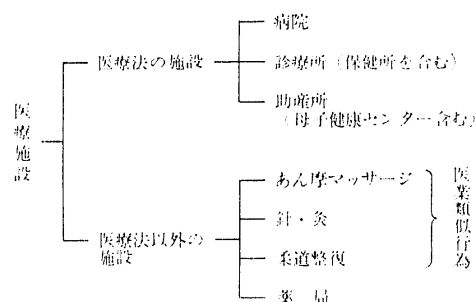
医療保障は広義な社会保障の体系下において、一般的には医療に関する経済部面の保障をさして受け止めることが多い。つまり、究極には健保制度等の領域のものをいい、医療保障制度と称されるものがそれにあたる。

しかし、厳密な意味での医療保障は、前述した医療供給に対する経済部面での保障要件とともに、医療を構成する技術部面の保障要件についても医療保障の概念で把握されている。ちなみに、医療の技術部面における保障とは医療供給の万全を保障することをいう。

そして、医療供給の保障は、技術部面の適正保障のことでそれは医療を供給するための——①資格者要件(免許制)、②施設要件(医療施設)、③行為要件(手術・施術療法、薬物療法、物理療法、精神療法など)——という3つの要件が法的規制に合致することにより、その円滑な供給が保障されることになる。

したがって、医療保障とは医療の需要と供給の両者に対する経済部面と技術部面を車の両輪とした保障の概念が具備される必要がある。

そこで、医療についてであるが近年における医療の概念は、包括医療の呼び方に代表されるように予防・治療・リハビリテーションから社会復帰までを枠組みとする解釈が一般化しつつあることも確かである。しかし、医療概念の中核的なものは、やはり昭和38年に医療制度調査会¹⁾が提示し



図I 現制度下における医療施設

た内容で受け止めるのが妥当であろう。それによれば——「医療とは、健康破たんからの回復を目的とした医学の実践面に要求される機能のこと」——と述べている。

このことからすれば、医療は制度的に認められた医療施設（図I参照）によって供給されるものであると受け止めてよいであろう。

もっとも、一概に医療といっても広義な医療概念・狭義な医療概念のあることも事実で、これらについては追って触れることにする。

本稿では、医療に縁の深い「医薬品の供給」と医療保障の問題を主体とするわけであるが、なかでも「医薬品」と「調剤薬」とを区別した医療サービスの現状を考究しながら、医療保障とのかかわりを論じたい。これを考えるにあたり、次に序説事例を掲げておく。

II 序説事例

これから掲げようとする事例のあらまきは、過去に日本医事法学会が催した第5回ならびに第9回・日本医事法学会大会における討論の中から抜

萃²⁾したものであることを初めに明らかにしておく。

内容趣旨を簡単に述べると、前段に示した討論の中では、医師による無診察治療にあたる投薬のこと、特段に調剤行為を必要としない薬剤を医師が投与することなどが論点となっている。

ついで、後段の討論では健保制度における保険請求と診断名との関係が論点になっている。

これらの討論を示したのは、医薬品の供給に関する概念とか薬剤の投与という医師および薬剤師の免許行為というものを考えながら、両資格者に対する医療保障面での対応の実態に触れ、現行法の下での解釈是正の必要性の所在をさぐるためである。

それでは、次に討論内容を掲げる――

<討 論>

E 医師 精神科のことですがアルコール中毒者がいて、本人は受診を拒否しているが家族（妻）から断酒剤の投与の相談を受け、本人には知らせずに朝の味噌汁の中に入れたり、お茶の中に入れたりして投与しているが、この私たちの行為は良いものであろうか悪いものであろうか。

M 弁護士 これの第一の問題は、診療契約の初めはどうなっているのですか。

E 医師 家族が一人で「お薬を下さい」といって相談にくるのです。

M 弁護士 本人を診察しないのですか。

E 医師 診察しないで薬をやる場合もあります。

M 弁護士 それじゃ、医師法違反ですね。

E 医師 明らかにそうだと思いますが、家族に生活できないから「断酒剤を下さい」と泣きつかれるのです。この薬は特に中毒するものでありませんし、少し顔が赤くなって動悸を打つぐらいですから投与するのです。

M 弁護士 その薬は毒には決してならないというのですね。

E 医師 ハイ、一流メーカーから発売されて、各病院でも使っている薬です。

M 弁護士 すると、それに対しては傷害罪とか、

そういう犯罪は成立しませんね。罪としては。

E 医師 この薬を飲んでいながら酒を飲みますと、盃2, 3杯で顔が真っ赤になるものですから、時には本人に知られ怒鳴られたりもします。

M 弁護士 この薬を家族に頼まれて投与すること自体に問題はないでしょうか。

E 医師 それで、ちょっとお聞きしようと思ひまして……。

M 弁護士 それは、私の法律家としての立場ではまずいと思いますね。私は弁護士として、診察しないで薬をあげることに反対しますね。

H 法医学者 いまのケースは診療行為になるのでしょうか、その薬は医師でなければ投与できない薬ですか。医師に友だちがビタミン剤をもらって飲んだ場合、そういうことまで診療行為というのかどうか。

N 民法学者 H先生が言われたのは医師法17条の医業における医療行為のことですね。この医師法上の医療行為ですと「医師が行なわなければ患者に危害を及ぼす恐れのある行為」というように言われています。したがって、H先生が言われたように一般の人が行っても危害をおよぼす恐れがなければ、医師法17条でいう医療行為にならないとも考えられますね。

酒乱を治すのが医療行為かどうかは、いろいろ問題があるでしょうけれども、そういった治療行為をもってなされる場合、一応その意味の医療行為と考えてよいと思います。

結論としましては、いろいろな理屈はつけられますけれども、どちらを向いても法的な処罰、賠償請求はされない場合が多いだろうと考えます。理論づけは略します。

――以上のような討論が医療契約とか自己決定権の尊重という問題の中で示されている。

次にもう1つは医療保障の経済部面に関する討論のあらましを抜粋して掲げよう。その内容は――

<討 論>

S 民事訴訟学者 健保の請求か何かをするとき

は、病名をつけないとだめなのか。

N医師 それは当然つけなければだめです。それでなかったら「何々の疑い」とかのところまでは記す必要がある。

K医師 N先生の話に誤解を招く点があるので追加させてもらいます。

レセプトと呼んでいる健保の請求明細書は、記入欄が一応は病名となっていますが、これは法的には正確な病名を書くことを要求されていないのです。なぜなら、これは健康保険法で定めたものであって、本来医師法その他関係法による診断書に類する書類ではないのです。

したがって、これは支払者側と診療者側の金銭の授受に関する書類だということがいえる。つまり、レセプトの意図するところは、一応病名とはなっているが本質的には病名ではなくとも「どのような症状を訴えた患者」に、「どのような治療をした」ということを求めているわけです。

だから、さきほどのN先生が言われた“〇〇〇の疑い”でもよいし、もっと端的には“徴候”だけでも受理されるし、支払い関係はスムーズに行われる。

具体的に申すと、頭痛とか腹痛とか発熱、それだけでよろしいということになっています。

——と述べている。これは医療供給に対する経済部面の保障、特に健保制度上における実態を示したものである。

Ⅲ 序説事例の問題点および考察

1. 調剤薬と医薬品規格

前述の討論から得られる問題はいくつかある。医師によってなされる投薬行為の妥当性・正当性の問題もその1つであろう。

「医薬品の供給」が法的任務としてつかさどることを明示した資格者は、薬剤師免許に唯一のものとなっている（薬剤師法1条）。

これに対し、医師には「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処方せんを交付しなければならない（ただし書・

省略）」（医師法22条）とし、また討論の中でも述べた無診察治療の禁止規定などがある。そして、医師法には医薬品の供給に関する業務・任務規定は見あたらない。この業務規定にないことと医師法22条の規定などから考え併すと、医師と医薬品とのかかわりは——①調剤薬の創製、②業務施用上における消費的供給（現場処置上の）——の2通りがあって、薬剤師法に規定されている医薬品の供給行為は医師の範囲に含まれないようにも受け取れる。

しかし、行政解釈によると医師法の法意について「調剤する必要のない薬剤の投与は医師法17条にいう医業の中に含まれ、医師が自ら行うことができる」のだと解釈されている。

そうすると、医師と薬剤（医薬品）のかかわりには3つの対応が存在することになる。つまり——（1）調剤薬の創製、（2）業務施用上の消費的供給、（3）調剤を必要としない医薬品の供給——という3通りの内容である。そのうちでも、（1）および（3）の要素は、医師法22条によるものと薬剤師法1条によるものを包括した医薬品とのかかわりを有することになる。

しかし、現状における医師による処方せんや薬剤の投与の実態は必ずしも上述の（1）と（3）が明確に区別されて扱われていないように思う。たとえば、軟膏チューブに封入された包装単位の医薬品の表示ラベルを剥がして投薬する行為は、さきの（1）調剤薬の創製だろうか、それとも（3）医薬品の供給だろうか。この解釈には曖昧なところがありすぎる。この問題の与える影響は非常に大きく結果として、もし「調剤薬」の創製に該当しないならば、処方せん料とか調剤技術料というような経済部面での保険給付の対象にならないことになってもよいはずである。

現に、行政解釈によると、このような軟膏チューブから表示ラベルを剥がして投薬するだけの行為は調剤ではなく、薬剤投与の一形態だと解釈しているようである。

この解釈は大いに結構なことだと思うし、そこに調剤薬でない“薬剤の投与”および“医薬品の供給”とのかかわりが生じてくる。図Ⅱは、これ

処方せん				(○当保険に○印をすること) 政 船 日 共 組 自 主 国 労 生 国 自 老 府 員 雇 済 合 官 本 鉄 災 保 費 人			
公費負担者番号				保 険 者 番 号			
公費負担医療の 受 給 者 番 号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号			
患 者	氏 名	山田太郎 (明・大昭和40年4月6日生)		保険医療機関 の 名 称 及 び 所 在 地			
	区 分	被 保 険 者	被 扶 養 者	電 話 番 号			
交付年月日 昭和 62 年 2 月 23 日				保 険 医 生 氏 名			
交付年月日 昭和 62 年 2 月 23 日				甲 乙 医 院 甲 乙 一 郎 (印)			
交付年月日 昭和 62 年 2 月 23 日				処方せんの 使 用 期 間			
交付年月日 昭和 62 年 2 月 23 日				1 交付の日を含めて4日以内に薬局に提出 2 昭和 年 月 日まで「すること。」			
処 方 (薬名・分量・用法・用量) ①メデマイシン 200mg 6cap/4x2T ②ナール 5ml ③テラマイシン 眼軟膏 3.5g							

(注) 一、医薬品は厚生大臣の定めた薬価基準によるもの以外に処方しないこと。
二、処方せん使用期間は、この使用開始から処方せん使用開始までの期間であって、投与回数・剤数は無関係に記入すること。

図Ⅱ 「医薬品」規格の調剤薬扱い

に関連する例示である。これは「処方せん」の交付扱いで措置された例なわけであるが、さきの行政解釈からすれば処方せん調剤の概念に該当しないのではなからうか。

というのは、図中の処方に記されている①・②・③の各薬剤は、そのいずれもが市場に流通している医薬品規格の形態のままで投薬されるもので、①メデマイシンはヒートシール包装のカプセル剤を数量分だけ交付し、②および③も商品化されている医薬品包装のままの容器やチューブ入りのものを交付する行為でしかない。

これなどは、医師の処方せんを設計プランにし治療上必要な薬剤を調剤して投与するという「調剤」に元来、具備されるべきはずの自家製造なり、自家調製加工の工程は何ら関与しておらず、端的にはAカプセルと、B点鼻薬と、C軟膏を併用すべくメニューすることをもって処方せん調剤の扱いになっており疑問が残る。

すなわち、調剤の概念には治療上必要な薬剤を

新規性に創製するものでなくてはならず、そのことを理詰めると市場に流通する医薬品規格の不在を補うものが調剤薬のはずであり、医薬品規格のもので用達し得るものは調剤の必要性が生じないものとするのが妥当なはずである。

そして、自家加工（製造・調製）の技術的工程が何ら介入し得ないものについては、後に述べる「医薬品の供給」「薬剤の投与」という制度上の解釈で位置づけることが好ましい。

と申すのは、図Ⅱのメニュー的な併用供給の実態は現に薬局で薬剤師が行う医薬品の供給に似かよっているし、たとえば、ありふれたかぜに感染し37℃以上の発熱・頭痛・鼻みず・扁桃痛のある者に対して医薬品規格の——「かぜ薬」と「口内殺菌トローチ剤」と「滋養強壮剤」——などというような商品（医薬品）を併用・組み合わせ・だき合わせ等の名目で一括供給する行為は日常茶飯にみられる光景である。

調剤技術というものが製剤技術の飛躍的な進歩

によって、いまでは製薬企業に汲み取られ医療現場では医薬品の供給のための調整行為だけで諸事がまかなえるものが大勢を占めるにおよんでいる実態に着目してみる必要がある。

なお、さきに行政解釈の在りかとして「薬剤の投与は医師法17条にいう『医業』に含まれる」旨のことを示したが筆者は、それが全部が全部とも医業に属するものとは考えない。なぜなら、調剤を必要としない薬剤の投与の実態は医薬品の供給にあたる部面のものであり、もしそれが医業に含まれるものだとすれば薬剤師にも禁止行為となる。したがって、これは医師法17条に該当するものではないに、医師法1条の規定にみられる「医療」に含まれるものとする解釈の方が妥当である。

ちなみに、医療とは医業を包括しながら医業だけを意味するものでない。医療すなわち医療サービスには、すべての医療資格者の行為が網羅されているものと考えるべきで、薬剤師は医療範囲のうち医業に属さない範囲を枠組みとした医薬品の供給をつかさどることができるのである。このように解釈すれば筋がとおる。

2. 断酒剤の概要について

前に掲げた討論(事例)の中で薬剤として断酒剤が述べられている。しかし、提起したE医師は断酒剤とだけ言明するだけで薬剤名を明かさず質問に対して「その薬は毒には決してならない」と答弁し、またH氏(法医学者)が「その薬は医師でなければ投与できない薬ですか」という医師側からの質問に対してE医師が何ら答えていないことが討論そのものを曖昧にさせている。

そこで、初めに断酒剤を判明させる必要がある。断酒剤は薬学上では抗酒療法に用いる薬剤で「抗酒剤」または「酒量抑制剤」と称される。薬剤名を想定するための要件として討論の中から——①当研究大会の開催年次(1978年)からの推察、②発売元が一流メーカー、③多くの病院で使用されている、④盃で2, 3杯の酒を飲むと顔面紅潮——などを手がかりに当時の医薬品の認可品目を把握して、ほぼ推定できるのがシアナミド液(表1参照)である。

シアナミド液(以下「CYA薬」と略する)は、表1でもわかるように「劇薬」規格に該当する医薬品であり、また「要指示医薬品」と称して薬剤師に対しても自由裁量な供給が法的に制限されている薬剤である。

このような点から推定すれば、E医師の答弁「この薬は毒には決してならない」という解釈には問題があるように思われる。また、当医師自身がCYA薬のような薬剤についても毒性のない医薬品と受け止めているとしたらこれも問題であろう。なぜかと言えば、医師が関与する薬剤投与の現状は、それが調剤薬の投与か医薬品の投与かの如何を問わず表示ラベルを剥がし内容物が何かを極秘にして国民(患者)に投与することが通例となっており、そのような立場にある医師がCYA薬のようなものまで「……毒にはならない」と解釈して患者とかかかわるとすれば、やはり薬害とかかわりなど懸念される。これなどは医療の技術部面の適正保障ともかかわる問題ともなる。

なお、断酒剤には「CYA薬」のほかにも、ジスルフィラム系が他の企業から後年発売されている。この組成分はジスルフィラムである。しかし本品も、CYA薬とほぼ同様な「使用上の注意」を示され、また劇薬規格および要指示医薬品に指定されている。

したがって、断酒剤の薬理作用および副作用は似かよったものと考えてよいであろうことを参考までに付記しておく。

次に表1について筆者が傍線で示した部分(A～E)を中心に言及してみよう。

A 「飲酒試験の終了までの入院……」

表中では必ずしも入院を絶対条件としていない。しかし、CYA薬の服用が人体に対しどれほどの作用を有するかは医師や薬剤師でなくともうかがい知ることができよう。

ましてや、服薬者自身が知らないところで味噌汁やお茶の中に混ぜ服用させれば表中に示されている諸種の副作用が予見される。

医師法および薬剤師法は免許者に対して「業務をつかさどることにより公衆衛生の向上、増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するこ

表 1 断酒剤シアナミド液の概要

酒 量 抑 制 剤

(劇)(指)(要指) シアナミド液

【組 成】

シアナミド液：1 瓶 100ml 中シアナミド 1g を含有する無色澄明の内服用水剤である。

【効能又は効果】

慢性アルコール中毒及び過飲酒者に対する抗酒療法。

【用法及び用量】

断酒療法として用いる場合には、シアナミドとして通常 1 日 50～200 mg（1%溶液として 5～20 ml）を 1～2 回に分割経口投与する。

本剤を 1 週間投与した後に通常実施する飲酒試験の場合には、患者の平常の飲酒量の十分の一以下の酒量を飲ませる。飲酒試験の結果発現する症状の程度により、本剤の用量を調整し、維持量を定める。

【使用上の注意】

(1) 一般的注意

- 1) 本剤による治療に先立ち、本剤服用中に飲酒した場合の反応を説明して患者及びその家族等の了解を得ること。また、飲酒試験が終了するまでは、入院させることが望ましい。
- 2) 投与前に、アルコールの体内残留の有無を確認すること。
- 3) 本剤服用中は、医師の指示によらないアルコール摂取を禁ずること。
- 4) 飲酒試験時に急激なシアナミドーアルコール反応（顔面紅潮、血圧低下、胸部圧迫感、心悸亢進、呼吸困難、失神、頭痛、悪心・嘔吐、めまい、痙れん等）があらわれることがあるので、本剤の投与量、飲酒量等の個人差および飲酒速度を考慮し、慎重に飲酒試験を行うこと。なお、症状が激しい場合には、酸素吸入、昇圧剤、輸液の投与等適切な処置を行うこと。
- 5) 飲酒試験の際の飲酒は、本剤投与後 10 分～12 時間以内に行うが、この場合清酒 90 ml を 10～15 分以上かけて飲むような、比較的遅い速度で行うことが望ましい。

(2) 次の患者には投与しないこと

- 1) 重篤な心障害のある患者
- 2) 重篤な肝・腎障害のある患者
- 3) 重篤な呼吸器疾患のある患者

(3) 次の患者には慎重に投与すること

- 1) 肝障害のある患者
- 2) 腎障害のある患者
- 3) てんかん等の痙れん性疾患又はこれらの既往歴のある患者（痙れんを誘発することがある。）
- 4) 脳の器質障害のある患者
- 5) 糖尿病の患者
- 6) 甲状腺機能低下症の患者
- 7) 本剤に対して過敏症の既往歴のある患者

(4) 副作用

- 1) 精神・神経系 ときに頭痛、不眠等の症状があらわれることがある。
- 2) 過敏症 まれに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止すること。
- 3) 消化器 ときに悪心・嘔吐等の症状があらわれることがある。
- 4) その他 ときに倦怠感があらわれることがある。

(5) 妊婦への投与

本剤の妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。

(6) 相互作用

- 1) アルコールを含む医薬品（エリキシル剤、薬用酒等）との併用により、シアナミドーアルコール反応を起こすことがあるので併用を避けること。又、アルコールを含む食品（奈良漬等）の摂取や、アルコールを含む化粧品（アフターシェーブローション等）の使用により、シアナミドーアルコール反応を起こすおそれがあるので、注意させること。
- 2) 次の医薬品の作用を増強することがある。
フェニトイン、エトトイン

(7) その他

- 1) 注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないように注意すること。
- 2) 本剤の長期投与後 ground glass 細胞発生等の肝障害が報告されている。

【取扱い上の注意】

- 【注 意】
1. 劇薬、指定医薬品
 2. 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること。
 3. 長時間加熱したり、煮沸してはならない。

【包 装】

100 ml（計量カップ付）

と」(各法1条)を社会的使命として求められていることを慎重に受け止める必要がある。

B アルコール摂取の禁止

医師の指示によらないアルコール摂取を禁じている。これなど本人が服薬中すら知らなければ「……盃2, 3杯の酒を飲んで顔が真っ赤になって本人に知られ怒鳴られる……」という状態は当然起こり得ることであり、これなどは単なる顔面紅潮だけにとどまらず、急激なシアナミドアルコール反応の可能性すら勘案され健康および生命への危害すら憂慮される。

C 禁忌・慎重投与・副作用の概念

医薬品の認可制度は『薬事法』の規制するところで、表1にもみられるように「組成」・「効能又は効果」・「用法及び用量」・「使用上の注意」などが認可判定の審査要件になっている。

したがって、「使用上の注意」ひとつにしても行政処分に基づく医薬品規格の要件をなすものであることを認めた上での対応が必要である。

なお、CYA薬は認可制度上は医療用医薬品³⁾に該当するが、その医療用医薬品とはおおむね表

表2 医療用医薬品

1. 次のいずれかに該当する場合は、原則として医療用医薬品として取扱うものとする。
 - (1) 麻薬、覚せい剤、要指示医薬品、毒薬、劇薬
ただし、毒薬、劇薬のうち、人体に直接使用しないもの、殺菌剤等を除く。
 - (2) 剤型、使用方法、使用目的からみて、医師、歯科医師のみが使用することが適当な医薬品
注射剤、パレット剤、経管投与剤、X線造影剤、放射性医薬品、全身麻酔剤等
 - (3) 薬理作用からみて、医師、歯科医師が自ら使用し、または医師、歯科医師の指導監督下で使用されることが適当な医薬品
 - (4) 医師、歯科医師が自ら使用し、または医師、歯科医師の指導監督下で使用しなければ医療上障害を招く恐れのある疾患を適応症にもつ医薬品
 - ① 法的医療措置が講ぜられている疾患を適応症にもつ医薬品
例 伝染病予防法(法定伝染病、届出伝染病)、結核予防法(結核)、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律(白血病)
精神衛生法(精神病)、らい予防法(らい)
 - ② 緑内障、心臓性喘息等のごとき医師、歯科医師が使用しなければ医療上障害を招く疾患を適応症にもつ医薬品
2. 製剤原料は、医療用医薬品の原料として用いられないものを除き、医療用医薬品として取扱うものとする。

2の要件を具備したものをいう。医療用医薬品に対し一般用医薬品というものがある。この両者は同じ医薬品規格のものでありながら認可基準的要素が区別され、端的には医療用医薬品が概して薬理作用や毒性の強いものになっている。もっとも、なかにはビタミン剤のように医療用・一般用の両者に認可されている作用緩和な医薬品のあることも事実である。

D 相互作用の発現性

本人が服薬中である旨の自覚をもっている場合と、本件のように本人に極秘で服薬が行われている場合とでは、相互作用・相乗作用を生じる機会として後者の方に計り知れないものがあることは論じるまでもないことである。

それにエタノール(アルコール)類を含むものは、必ずしも酒類だけとは限らないし薬用酒のような医薬品規格のものとか、奈良漬や甘酒など食品類にも含まれており、本人に服薬中の旨を知らせないのは自殺行為を強要されているようなところがありそこらの配慮が必要である。

E 自動車運転等の危険性

これも前述Dに関連する問題になるが、「注意力・集中力・反射運動能力等の低下」の可能性が示されている。服薬中の自動車運転や危険を伴う機械操作への従事を禁じる注意が「使用上の注意」欄に明示されているのに、本人に服薬の自覚がなくては自戒の余地は与えられないし、家族の者が服薬者の生活の全部を監視できることもあるまい。

ところで、この「使用上の注意」は、最近の医薬品認可制度がほぼ一律に審査要件に加えているが、これは大衆薬においても例外ではない。たとえば、大衆薬に認可されているもののうち、かぜ薬に関する使用上の注意をみると——「服用後は自動車等の運転をしないで下さい」——という一項が表示されている。これはかぜ薬の中に催眠作用を促すマレイン酸クロルフェニラミン等が配合されていることに基づく表示で、これなどは民衆に服薬上の自覚を喚起させ薬理作用の可能性を示唆したものといえる。

しかし、大衆薬(かぜ薬)とCYA薬に同じよ

処方せん				(○当保険に○印をすること)	
				政 船 日 共 組 自 士 国 労 生 国 自 老 府 員 雇 済 合 官 木 鉄 災 保 保 費 人	
公費負担者番号				保 険 者 番 号	
				0 0 0 0	
公費負担医療の 受 給 者 番 号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	
				か る 31	
患 者	氏 名	東西花子 (明・大・昭22年9月18日生)		保険医療機関 の 名 称 及 び 所 在 地	
	区 分	被 保 険 者	被 扶 養 者	電 話 番 号	
				丙丁病院 大阪市大阪4-8 電話番号 丙丁一郎 (印)	
交付年月日		昭和 62 年 4 月 17 日		処方せんの 使用期間	
				1 交付の日を含めて4日以内に薬局に提出 2 昭和 年 月 日まで	
処 方 (薬名・分量・用法・用量)					
黄連解毒湯エキス顆粒 5g 分2 7日分					

(注) 一、処方せんは厚生大臣の定めたる基準によるもの以外は処方しないこと。
二、この使用期間は処方せん使用開始までの期間であつて授分日数、剤数とは無関係
一、処方せん使用期間が四日をこえる場合はその理由を余白(備考欄)に記入すること。

※筆者・注——当該漢方エキス顆粒は、2.5gが1包(分包)単位の医薬品形態

図 III 医薬品(漢方薬)の調剤薬化

うに自動車運転の自粛が促されているにもかかわらず、両者を同一概念で受け止めるのはやはり早計である。まず両者の薬理作用上の強弱を考慮に入れる必要があり、特に CYA 薬の場合には医療用医薬品であること、あるいは医師の指示がないと服薬できない医薬品(要指示医薬品)であること、劇薬規格のものであること等から勘案すれば、大衆薬との作用格差の在りかは推量できる。

3. 「医薬品の供給」と調剤概念

さきに、「調剤」の概念に触れ調剤薬は調剤技術を行って市場に流通していない新規性の治療薬を加工調製することであり、真の調剤は処方せんを介した加工業の概念が付加されたものでなくてはならず、調剤の概念から外れるものは、そのすべてが「医薬品の供給」という医療サービスとして解釈する必要があることを述べた。

このことからすれば、調剤の必要は——①特定の患者の、②特定の疾患に、③特定の用法で、

④市場の医薬品で用達できない新規性の治療薬の調製——の要件を満たすものでなくてはならない。

法制上には、厳密な「調剤」の定義はない。そのためにも引き合いに出される調剤の法解釈に大正6年の大審院判決⁴⁾がある。これによると——「『調剤』とは、一定の処方に従って一種以上の薬品を配合し、若しくは一種の薬品を使用し特定の分量に従い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いう」——と述べた判例である。

この解釈は、さきに掲げたことにも符合し加工業の概念、あるいは新規性の要件がなければならぬことを示唆しているように思う。一種類の薬品を用いた調剤概念についても“特定の分量”“特定の用法”の要件の趣旨は、市場流通の医薬品の規格表示とは別な創意の下に適用するための調剤ということになろう。たとえば、クレオソートは止瀉薬(急性胃腸カタル等)として内服用丸剤が医薬品規格として市場にあるが、これを肛門坐薬

第2項の規定をもって国に委ねられている社会的使命のうち、その医療に関する技術部面を業として請け負う機能のはずである。

それにもかかわらず、医師による調剤を必要としない薬剤の投与（供給）だけが医療健保の対象に扱われ、薬剤師による医薬品の供給が医療健保上で何らの処遇も付与されていないのは、薬剤師の職能にとっても、薬剤師から医薬品の供給を受ける国民にとっても不条理な対応としか言いようがなく、これなどは明らかに是正されるべきものと思うのであるがいかがなものであろうか。

確かに、現下の行政解釈によれば薬剤師が行う医薬品の供給は、買う人（需要者）側に自己診断が認められているのであって薬剤師に診断が認められているわけではないという。つまり、俗にもち出されるのが“薬剤師には疾病を診断し、適切な薬剤を選択する業務はできない”ということである。これは言い換えると、診断し薬剤を選択する行為は医業に該当するものと行政上は解釈されているようである。確かにそのような画一的な解釈にも一理あろう。

しかし、一步すすめて法解釈上の医業の定義がそのすべてを網羅するものでない点に考察を波及させると曖昧さに気づく。医師法は、公共の福祉の観点から憲法が保障する職業選択の自由を侵害してまで医師以外の者に「医業」を禁じているのであるが、その真相をまず考えてみる必要がある。

職業選択の自由という憲法規定を侵して、医師のみに医業を解除するのは医師が行わないと“あぶない”からであり、それが医師法17条の禁じるところとなっている。したがって、医師法の「医業」概念は、医師が行わなければ人の健康に危害をおよぼす恐れがあって、公衆衛生上あるいは公共の福祉の観点で好ましくないからにほかならないことになる。その意味では、ただ画一的に診断や薬剤選択がイコール医業と決めつけるには早計なところがあると思う。

国民の自己治療・自主選択に対して薬剤師が行う医療介助などは、薬剤師法という「薬剤師の任務」に附随するものとして解釈される必要がある。ちなみに、薬剤師は医薬品の供給をつかさどるこ

表 3 病院・診療所と他医療施設の用語比較例

病院・診療所の場合	それ以外の医療施設
入院・病室	収容・収容室（助産所）
手術	施術（針灸院など）
薬剤	医薬品（薬局）
投与（投薬）	供給（薬局）
理学療法	柔道整復（整骨院）
診断	針灸的診断（判断・鑑別） 助産婦的診断（ “ ） 薬剤師的診断（ “ ）

とによって国民の健康を確保すべき使命が付与されており、その点は尊重されるべきである。

ただ、問題があるとすれば、薬剤師が行う適切な医薬品を選定する場合に行う国民（患者）の状況収集——症状・現象など——を「診断」と解釈するのが妥当か否かの問題である。たとえば、表3である。これは病院・診療所とそれ以外の医療施設との間における法制上の用語の使い分けであるが、このような用語の使い分けで物事が取り仕切られ制度上の機能を円滑にしているものも多い。

このような点から勘案すると、薬剤師が医薬品の供給をつかさどる上で、その適正を期するのは当然な義務のはずだし、そのために国民（患者）から諸種の情報を入手し薬剤師による国民のための適正判断を介して適正な医薬品を供給する行為は何ら公共の福祉に反するものではないし、むしろ国民の健康の確保に貢献する何ものでもない。これなどは薬剤師に委ねられている業務に附随する任務と解釈するのが妥当なはずである。

表3に掲げた用語の使い分けには妙味があり、また医師領域の「診断」という用語に対して病院・診療所以外の医療施設が供給する諸業務行為にも針灸師・助産婦・柔道整復師など資格業務を目途に置いた診断・診察が前提となって適正な治療行為が施されているわけであり、これらに対してもそのすべてに「診断ダメダメ」論をもち込んで正しい免許業務などあり得るはずがないのである。

すなわち、彼らの行為は業務遂行上の適正判断と見なすべきであり、医師による診断とは異質な

ものと受け止めるべきである。したがって、薬剤師の場合にも医薬品の供給のための適正確保を念じた判断・判別・鑑別は資格者に当然な権能として解釈する必要がある。

大正期の大審院判決⁸⁾には、患者の症状・容態を聞き薬品を調合して与えるのは医業にあたるとか、症状・容態を聞くのは診察行為の間診の要素を有するなどということが示されていることも事実である。しかし、これは無処方調剤事件として扱われたものであって、現行法上にそのままあてがうには問題がある。

ちなみに、さきの大審院判決が下された大正初期は『薬律』⁹⁾が社会規範をなしていた時期であり、この薬律によれば——「薬剤師とは、薬局を開設し医師の処方箋により薬剤を調剤する者をいう。薬剤師は薬品の製造及び販売を為すことを得る」——と規定されていた（法1条）。

この法制からもわかるように当時は、薬剤師の業務を調剤に一義的な位置づけになっていた。そして、その他に薬品の製造や薬種商が業とする薬品の販売を行い得る法制が敷かれていたものといえる。この薬律と現行法とは大きな差異のあることは、さきに述べた現行『薬剤師法』の規定から吟味してみれば一目瞭然なはずである。

それにもかかわらず、現行の行政解釈には「薬剤師の業務は調剤であり、疾病の診断を行い適切な薬剤を選択するのは“まさに医業”である」というのがあるようだが、これなどは旧法『薬律』における解釈でしかないように思う。

診断イコール医業とする法解釈には諸種の判例^{10, 11, 12)}から考えても疑義を禁じ得ないし、また表3の例をもち出すまでもなく病院における「入院・病室」は、助産所では「収容・収容室」という語句をもって医療法では規定が設けられている。

医師の業行為のうち「手術・手術室」の規定に対して、針灸師による針灸治療ことに針術には手技・手術の概念がありながら針灸師法¹³⁾の規定によれば「施術・施術室」の用語に置き換えられて法制が講じられているのであるが、このような諸点から勘案すれば「診断」という用語が紛らわしく医師以外の医療資格者になじまないと受け止め

られるとしたら法制上の用語概念の立場から臨機応変な対処をすることが希求されるべきではなかろうか。

だいたい、医薬品の供給にしても、針灸治療や助産婦行為にしてもこれらは人体に対する一種の侵襲行為であり、また侵襲作用を目途に置いた資格者業務のはずである。それらを供給するにあたり、人のからだの容態や症状を綿密に把握しなければ、いくら資格者といえども魔法使いではあるまいし、適正・適切な判断などあり得ないし、治療への円滑な介助などできるはずがないと考える。

言い換えると、医師以外の医療資格者には免許ごとに業務が付与されていて、資格者ごとの判断（鑑別・確認）を基に業務行為は施用されることになる。このような判断行為にまでも医業に属する診断行為だと解釈されるようだと彼らによる医療サービスは社会的に存在し得ないものになる。

したがって、「診断」とは資格者（医師以外の）による供給行為にまで抑圧する解釈をするべきではないはずである。なぜなら、現行の薬剤師法が法案として国会に提出された際の政府側委員による補足説明でも、これらを肯定する説明がされている。それは時の厚生省局長氏が——「医薬品の供給というのは、企業の主体としていわゆる経済的な面でたずさわるという意味ではなくして、医薬品を国民に供給するについて技術的な部面で関係するという意味において、製造あるいは販売という言葉を避け、薬剤師の任務の規定については現在の医師法一条にある医師の任務を参考にして規定した」——と述べている¹⁴⁾。これなどは、現行法の法意の趣旨を言い表しているものと考えられる。

したがって、現行法に忠誠であるならば医薬品を国民に供給する場合は、国民の健康の確保のための技術部面における介助の要請だと解釈することに異論はないはずである。それは何度もうのように、治療上における医療資格者としての専門知識の運用であり、適正な医薬品の選定供給でもある。

過去の解釈によれば、確かに容態を聞いた、問うたから診断行為の「問診」にあたるという受け止め方もあった。しかし、このような解釈は素人

の行った行為には時に適用してもよからうが、これまで述べてきたような医療資格者にまでも一律に禁じるのは好ましくない。最近の解釈¹⁵⁾や判例¹⁶⁾は、医業に属する医行為の概念の要件に「医師が行なうのでなければ保健衛生上危害を生じる恐れのある行為」を具備することを求めているのである。薬剤師が医薬品の供給をつかさどる場合の至上命令ともいえるべき業務上の使命が、国民の健康の確保であり、また公衆衛生の向上および増進であることは医師に委ねられている法的任務（医師法1条）と同類なものになっていることから考えても、薬剤師の専門知識による判断行為や適正な医薬品の選定供給という要素は、当然に薬剤師の業務に附随する行為と見なすべきものと思う。この点に着目すると、現在の薬局における医薬品の供給体制は明らかにおかしい。その実態が薬種商販売業（小売商店）と何ら変わらないことである。

薬剤師法の趣旨が薬局の上位概念であるべきで、薬局は同種薬効の医薬品（商品）をマスコミが広告するままに品揃えする顧客商行為であってはならない。それは、薬剤師の専門知識によって行われる薬効揃えの発想が基本になって医療サービスに向けた技術介助であるべきはずで、ここから間違っていると思う。

2. 免許と業務附随の概念

前項では医薬品を供給する場合にそれを適正に政行するためになされる専門知識による判断行為が、医師の診断権の延長線上にむらがる要素を含んでいても、それらは免許者業務に附随する行為概念の必要性を指摘したわけであるが、つぎに医療資格者の免許業務に附随する問題について掘り下げて考えてみよう。

ここで例示として『柔道整復師法』の規制下で業務が供給されている柔道整復師による施術に関する行為に附随する法制解釈を考えてみる。同法は禁止規定に——「柔道整復師は、外科手術を行ない、又は薬品を投与し、若しくはその指示をする等の行為をしてはならない。」——と条文をもって定めている（法16条）。

つまり、柔道整復師は医薬品の投与や指示ができないのである。ところが実態はそのようになっていない。その根拠となるものが「患部を医薬品を用いて湿布する行為は、その医薬品使用について危険性がなく且つ柔道整復師の業務に当然伴なう程度の行為であれば許される」という行政通達¹⁷⁾の存在である。

これなどは資格法規をもって禁じられている医薬品の使用（投与）が行政解釈をもって拡張解釈された事例といえる。

ところが、薬剤師による適正な医薬品を供給するための選定行為なり判断行為に至っては法規をもつての禁止規定が実在しないにもかかわらず行政解釈によって縮小解釈がもち込まれている。だいたい、薬剤師が適切な医薬品を選定する行為は、素人への専門知識の介助であって公共の福祉に寄与する何ものでもなく、それは人の健康に危害をおよぼす恐れのあるものと解釈するにはおよばない。これなどは国民の自己選択に対する薬剤師に委ねられた業務に附随する位置づけこそ妥当であろう。

ついでに、もうひとつの免許業務に附随する範囲概念について触れておこう。それは、さきの柔道整復師の医薬品による湿布行為に類推した問題で、端的に言えば薬剤師が腰痛や肩痛に湿布行為を行うとか、切り傷にリパノールなど殺菌消毒薬を塗布しガーゼをあてがう処置を施すなどの行為は、免許業務に附随するものとして解釈してもよいのではないかという設問である。これを提起するにおよんだそもそもの理由は2点ほどある。

理由の第1は、柔道整復師のような医薬品の専門家でもない資格者に対してさえ、行政解釈をして理論上は薬品の投与に該当するはずの薬品による湿布行為を容認している実態を考え併すと、戦後の医療制度の改革で厳格な免許制度の採用なども相まって、薬剤師の法的任務（法1条）は、旧法『薬律』時代の製造・販売という物的流通概念に固定的解釈は好ましくないと考えられることである。

現行法の任務規定から解釈すれば、薬剤師に認められている法範囲に該当する医薬品の供給であ

れば、薬剤師の免許行為として自由裁量の解釈がされてもよいはずである。もっとも、要指示医薬品のように薬剤師に自由裁量が認められない医薬品の供給の存在するのは事実であり、これが対象にならないのは当然である。

理由の2点目は、1953年の西ドイツの薬剤師職務法¹⁸⁾を思い出す点である。これによると——「治療を実施することは薬剤師の職務に反する。ただし緊急の危険の場合においては医師の救助が得られるまでの間において、薬剤師は第一段階として救助行為を行う権利があり、またできるかぎり救助行為を行う義務を有するものとする。また薬剤師は、生命に危険を与えるような負傷、中毒、あるいは特に急を要する非常の場合に医師の救助がない場合において、薬剤師が適当と考えた薬剤を投与した場合には、医師の到着あり次第、当該医師に対し直ちにその旨を正確に伝達しなければならない」——と規定が設けられている。

この薬剤師職務法には、わが国における柔道整復師の業務規定や助産婦の業務規定にみられる「ただし書」規定を想像させるところがある。まず柔道整復師法は——「医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術してはならない。ただし、応急手当をする場合は、この限りでない」——と定めている（法17条）。また助産婦法¹⁹⁾は——「妊婦・新生児等に異常があると認めたときは、医師の診療を請わしめることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。但し、臨時応急の手当ては、この限りでない。」——という規定を設けている（法38条）。

薬剤師にも、これら西ドイツの薬剤師職務法やわが国の柔道整復師および助産婦に特例事項的に認めるような方法での医薬品の供給とのかかわりが委ねられてもよいと思う。つまり、応急処置時の工面とか要指示医薬品の供給に関する医師の「同意」概念に基づいた特例的な扱いである。

ちなみに、要指示医薬品には本稿の断酒剤にかぎらず、抗生物質やホルモン剤（内服用）はもとより胃腸薬や消炎鎮痛剤あるいは催眠薬など数多くの医薬品が指定されているが、医師の自主的な服用すべき旨の患者などへの「指示」行為は全

く作動しておらず、これを定めている法文自体が死文化した状態にあるというのが実情である。

その意味で、柔道整復師が脱臼または骨折の患部に施術する場合に「医師の同意」を要件として規定しておりながら、応急手当ての場合はこのかぎりでないとして規定しているものに準じた対応がもち込まれてもよい。つまり、無医村や僻地・離島あるいは医師が居合わせない場所で薬剤師が医薬品規格の薬剤を供給し応急処置を行うとか、医師の同意・指示（書面など）によらず要指示医薬品の供給を行う特例が認められる法制を敷くことは、それが最高の医療を求めるには程遠いにしても薬剤師による医療サービスは最小限ながらも素人が行ったり、何ら加療しないよりも適正妥当なことは一目瞭然なはずであり、医療保障の概念からも薬剤師による技術部面での医療保障、そしてそれに見合った経済部面の医療保障として取り扱われるべきではなかろうか。これなどは確かに先端技術による最高の医療ではない。しかし最高の医療を受ける環境にない者、国民（患者）の自主決定権の欲するところにより、ありふれた傷病に薬剤師による医薬品を医療サービスとして需要するものも実際に存在するわけであるから、ここらに対する医療保障の底辺策定も必要なはずである。

このようなことを勘案してみると、薬剤師の行う医薬品の供給についても業務に附随する概念像の拡張解釈はもちろんのこと医療資格者としての専門性が厳正に受け止められるべきものとするのである。

以上は、医薬品の供給にかかわる診断行為の問題、および免許に附随業務の問題に多くを費やしたが、これは今日の行政解釈の不合理是正を希求してのことにはかならない。つまり、行政通達によれば、いまだに旧法『薬律』時代の法解釈を固執しようとしているのは問題であるし、解釈是正の必要がある。

と申すのは、前にも触れた「疾病の診断をし適切な薬剤を選択するのは、まさに医業であり薬剤師はできない。したがって、薬剤師による薬剤の投与が健保適用されないのは当然である。」という現行解釈をしている点から考えて、法解釈上の

「医業」および「診断」概念の是正が絶対要件だと考えたからにはほかならない。

3. 薬剤師業務に医療保障（健保扱い）

薬剤師による「調剤」業務はともかく、医薬品の供給業務は、法的な概念に照らし考えるならば——医療資格者による医療サービス——の何ものでもないと解釈すべきであり、薬剤師のためにも国民患者のためにもそれ相応の制度的取り扱いが求められるべきである。

すなわち、薬剤師による医薬品の供給は、医師が調剤する必要のない薬剤を投与する供給行為と同等な医療保障の枠組みの中で対処すべきものといえる。つまり、『健康保険法』が保険給付の対象として規定している「療養の給付」、さもなくば「療養費の支給」のいずれかに基づく“薬剤又は治療材料の支給”に該当する何ものでもないと考えるのである。

現行法上、医業類似行為の法制概念に位置づけられている整骨院（柔道整復師）および針灸院（針灸師）の供給業務が、条件つきとはいえ健康保険法による「療養費」の支給制度²⁰⁾が適用されているのに、薬剤師による医療サービスの一環をなす医薬品の供給が何らの健保扱いの対象にならないのは重大な疑問であるし矛盾である。

前に掲げた「序説事例」の項で、保険請求（レセプト）と診断名に関する討論のあらましを示したが、健保制度が保険請求の際に診断名の厳格さを求めず、「〇〇〇の疑い」や「どのような症状の患者に、どのような治療をした」とか「徴候（頭痛とか）」だけで健保扱いは円滑に行われていることを考え併すと、医師免許に“権限”が与えられ薬剤師の薬剤投与に“権限”がないかのような錯覚すら受ける。

医師免許もそうであるが薬剤師免許にしても、本来は職業選択の自由という観点から何人も自由に行い得る性質の業務を、人命・健康に対する危害防止および公衆衛生の保持といった立場から法律によって一定の行為を一般的に禁止した上で、行政機関が特定の要件を満たした者に解除する概念で実在するのが医師免許であり、また薬剤師免

許というわけである。すなわち、このような免許は権限としてあるのではなく、公の権力によって業務を行うことが承認されたものにすぎないのである。

したがって、医師には医業医療を業務として行うことが許可され、また薬剤師には医業に該当しない医療サービスの中の「医薬品の供給」等が許可されたものとして解釈する必要がある、このような免許制度によって許可された業務行為は何らの区別をされることなく、健保扱いの対象に組み込まれるべきはずである。

たとえば、『健康保険法』であるが、療養の給付規定によれば、次のことが定められている。すなわち——

療養の給付（法43条）

被保険者の疾病又は負傷に関しては左に掲げる療養の給付を為す。

1. 診 察
2. 薬剤又は治療材料の支給
3. 処置、手術その他の治療
4. 病院又は診療所への収容
5. 看 護
6. 移 送

——という規定である。

これを見てもわかるように、医師を管理者に置く病院・診療所では1～6までの全部が保険給付の対象になり得る業務概念が、医師法および医療法によって認められているのである。他面、薬剤師の行う「医薬品の供給」は、前述の2の対象に含まれるべき業務概念ということになるのである。

その点、免許行為として薬剤師法が許容しながら健康保険法が対象にしないのは疑問である。違憲性の可能性はあるまいか。

その結果が現在の実態である。つまり、医師の下に走って腰が痛い、肩が痛いと訴えるだけで調剤する必要のない市場流通の医薬品規格のパップ剤（湿布薬）等が供給され、何割負担かの保険給付の対象になるのに、医薬品の供給をつかさどることのできる薬剤師免許者から供給を受けると何ら健保扱いにならないのである。これなどは是正

のための検討が必要であろう。

医薬品を供給する医療資格者は、実質上は薬剤師と医師であるのに薬剤師による供給サービスが健保扱いの評価がないのはおかしい。また医師が、調剤を必要としない薬剤交付を処方せん扱いで健保上も扱っているのはおかしい。図Ⅲの中で欄外に示されている注意書き（二）には「医薬品は厚生大臣の定めた薬価基準によるもの以外は処方しないこと」の一項が掲げられている。このことから考えると、図Ⅲの様式は「処方」を必要とする場合だけを対象にして取り扱うべきものとする。

その点では、調剤を必要としない医師の薬剤交付および薬剤師による医薬品の供給を一括して、処方せん調剤とは別枠の健保適用の創設が望まれてよいのではなかろうか。

そうしないと、さきに掲げた図Ⅱ・Ⅲのような矛盾は改善されない。別枠の健保適用が創設実現すれば、これには処方せん料や調剤技術料の費目による保険給付は削除されようし適正な薬剤を選定するための医薬品調達料のような簡便な費用で順当できることになる。

現状における取り扱いには、薬剤師の業務が医療サービスとして見なされていない半面で、医師の業務は実態が単なる薬剤の投与であっても処方せん扱いになっており、この不条理の是正は当然である。

V む す び

医薬品を供給する医療資格者は、実質的には薬剤師と医師であるのに、薬剤師による供給サービスに健保扱いの評価がないのは明らかにおかしい。

薬剤師が行う「医薬品の供給」は、医師が行う薬剤の投与と同じように医療サービスの一環に該当することになりはならず、技術部面だけに限らず経済部面についても医療保障の対象とされるべきである。

これを阻んでいる要因は2つある。その1つは、薬剤師の業務が旧法規『薬律』の概念で解釈されたままで今日に至っていること。現行『薬剤師法』に基づいた解釈に是正すべきである。

もう1つの原因は、薬剤師の業務場所（薬局）の施設法規であるべきはずの『薬事法』が、こともあろうに「薬局」を定義するにあたり薬剤師法の任務規定の法意を尊重せず販売業の概念で規定していること。すなわち——「この法律で『薬局』とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行なう場所をいい、その開設者が医薬品の販売業をあわせて行なう場合には、その販売業に必要な場所を含む。」——と規定している点である。薬剤師の資格法規でない薬事法が、薬事法に独自の「販売業」と混同している点は改めるべきである。むしろ、医療サービスをつかさどる薬剤師の業務場所は『医療法』を施設規範とするのが妥当と思う。

医薬品の供給と調剤薬の投与の関係、あるいは医師と薬剤師に関する業務の問題は憲法25条の規定を上位概念に解釈すべきであり、それへの参画者と見なすべきである。すなわち、医療サービスの概念の下での国民（患者）と医薬品のかかわりは、国民に対して病院・診療所・薬局を自己選択・自己決定権の猶予性が保障されるべきはずである。

慢性疾患には生命を危険にさらす重篤なものから気管支喘息や慢性鼻炎など軽微な固定的症状のものまで多種多様である。特にありふれた体質的慢性病のようなものは、医師による診断名が決まった後は医療サービスを受けるにあたり自己決定権に委ねる面が猶予されてもよいと思う。それが合法的な医療施設を介してのものであれば、需要者（患者）にとっても供給者（資格者）にとっても当然な権利のはずである。

わが国の制度が認知している医療施設で資格者によって供給される医療サービスは、WHO（世界保健機関）の提唱が発端になったプライマリ・ヘルス・ケアの枠組みの中で機能を担わすべきであろう。すなわち、医療資格者イコール医療介助者ということが前提に法解釈をする必要がある。

文献および注釈

- 1) 医療制度調査会とは——厚生大臣の諮問機関（川西実三・会長）で昭和38年3月23日に厚生大臣に

- 「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」を行っている。
- 2) 日本医事法学会編『医事法学叢書』, 日本評論社 (1986)。
- 3) 医療用医薬品は, 薬価基準収載の対応になり得る医薬品。
- 4) 大審院判決, 大正6年3月19日判決 (刑録, 11巻・90頁)。
- 5) 厚生大臣の諮問機関「医療保障に関する最終答申」(昭和34年3月)。
- 6) 江見康一編『明日の医療・4』, 314頁, 中央法規出版 (1984)。
- 7) 五島貞次『社会保障の原理』, 300頁, 文化書房博文社 (1982)。
- 8) 大審院判決, 4) に同じ。
- 9) 薬律——正しくは『薬品営業並薬品取扱規則』と称し, 明治22年に制定されて以来, 大正を経て昭和18年の戦時下の『薬事法』制定までの長期の規範となった。
- 10) 下級裁, 昭和37年2月23日判決。
- 11) 大審院, 昭和8年7月8日判決 (刑集, 12巻・1190頁)。
- 12) 最高裁, 昭和30年5月24日判決 (刑集, 9巻・7号・1093頁)。
- 13) 針灸師法——正しくは『あん摩マッサージ指圧師, はり師, きゅう師等に関する法律』(昭和22年制定)。
- 14) 第34国会・参議院社会労働委員会会議録, 第28～第33号。
- 15) 磯崎辰五郎ら『法律学全集16 (医事衛生法)』, 132頁, 有斐閣。
- 16) 最高裁判決, 12) に同じ。
- 17) 行政通達——昭和24年6月8日付・医収662号。
- 18) Berufsordnung für Apotheker v. 5. 7. 1953.
- 19) 助産婦法——正しくは『保健婦助産婦看護婦法』と称する。
- 20) 柔道整復師の施術に係る費用は, 既に保険扱いになっているといわれる。これは, 本来, 療養費として現金で支給されるべきものであるが, 県知事と社団法人柔道整復師会長との間に締結された協定があり一般の保険医療機関に受診する場合と同様の形で施術を受けることができることになっている。
- (かじはら・まさみち
日本医事法学会員・薬剤師)