

2002年（H14）国会議事録より

○武見敬三君 財務委員会等のみならず、大臣、とにかく内閣で徹底的に御奮闘いただいて、そして厚生労働省という国民の健康を守る大切なお役所としての立場でたばこ課税実現のために是非御努力をお願いしたいと思います。

さて、今度は医師にとっての自由と責任という観点からお伺いをしたいと思います。

よくプロフェッショナルフリーダムというようなことが言われますが、言うなれば医師というのは、それは最大限の裁量性を確保し、患者に対して最も適切な治療を行うということが求められ、そのための医師の裁量性というものは最大限尊重されるべきだ。しかも、そのような裁量性という自由を享受し得る医師というのは、同時に患者に対してその責任を極めて重く持つ、かつまた同時に高度な倫理観をきちんと保持をしてその努力をすべきことというふうに自由と責任というのは私は表裏一体だと思う。その医師の裁量性という観点から議論をしたときに、いろいろな問題が出てきます。

これは昭和五十五年九月三日付け保険局長通知、「保険診療における医薬品の取扱いについて」というところで、**いわゆる適応外処方に関して医師の裁量性を尊重**することが確認をされております。

その保険局長通知、読みますと、

保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品を薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。

二つ目、

診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことのないようにすること。

ということがこの通知の中できちんと書き込まれている。

適応外処方についての医師の裁量性を認めた局長通知であるというふうに私は理解をしているわけですが、この保険局長通知というのは今日も有効だと私は考えるわけですが、この点についての確認をさせていただきたいと思います。

○政府参考人（真野章君） 先生御指摘の通知は社会保険診療報酬支払基金の理事長あてに保険局長から提出したものでありますが、今、先生御指摘ありましたように、**保険診療におきます医薬品の取扱いにつきまして、効能効果等により機械的に判断するのではなく、患者の疾患や病態等を勘案し、医学的な見地から個々の症例に応じて適切に判断が行われるべきもの**というふうに考えております。

○武見敬三君 この点について、今御指摘の医師の裁量性についての配慮というものがどこまで、じゃ、きちんと実際に現場で確保されているのか。これ見ますと、いわゆる医師における、この支払基金の審査で了解されながら、今度は保険者が不適切として認めずに、その結果として医師の裁量性が不当に縮小されているという状況が現実にあるというふうに私は伺っているわけがあります。

この適応外処方¹の審査手続の現場の状況というものは、実際に徐々に徐々にその裁量性が縮小しているという、そういう実態ではないかと思えます。これは明らかに、この方針と矛盾するということは明らかでありますので、その実態をきちんと調査すべきではないかと思えますし、それが明確であればそれをしっかりと改善せしむる、そういう指導が必要だと思えますが、いかがですか。

○政府参考人（真野章君） 支払基金におきます診療報酬の審査につきましては、保険者からの再審査又は診療機関からの、医療機関からの再審査も認められておりまして、支払基金におきまして原審査が行われた後、保険者又は医療機関が再度の審査の申出を行うことができることになっております。

再審査の状況でございますが、平成十三年度の審査支払機関における審査状況ということによりまして、支払基金全体で医療機関からの約六億件の請求に対しまして、保険者又は医療機関からの申出に基づいて再審査を行いましたものが約千七百万件弱、二・八%でございました。そのうち保険者又は医療機関の申出を認めたというものが三百七十万件弱、〇・六%ということで、そういう状況になっておりまして、今後とも支払基金の実態、この再審査も支払基金の努力、審査委員会側の努力等によりまして最近ではかなり減少をしてきていると、そういう言わばルールを明確化をして、そして再審査をできるだけ減らす方向の努力を双方で行っているというふうに聞いておりますが、今後とも、その支払基金又は国保連合会の話もございまして、そういう審査支払機関に対しまして指導をしたいというふうに思っております。

○武見敬三君 これは正に適応外処方についての具体的な課題なんですよ。これはもう再審査という形にされてしまう中にこの適応外処方の部分がかかり入っているはずですよ。その処理の仕方の中で、本来この保険局長通知の中で確認されているような医師の裁量性というもの²が損なわれているという実態がある。これは極めて遺憾なことであって、それによって患者に対するより適切な処方というものが現実にはやりにくくなっているという実情があるとすれば医療の質を低下させます。これは決してあってはならないことだと思えます。

そして、最後の質問ですけれども、今度は特定療養費についてお聞きしたい。

昭和五十九年にこの特定療養費制度というのは導入をされているわけでありましてけれども、これは正に昭和五十九年、健保本人の割負担導入した年です。それまでは初診時一部負担のみだった。五百円か八百円ぐらいだったですかね。それがパッケージでこういう形で特定療養費制度というものが創設された。その中で選択療養という考え方が組み込まれている。これはあくまでも患者の立場にとって選択できるケースの中でこのような特定療養費というものが導入し得るという考え方であったはずだ。

ところが、今回の診療報酬の改定で百八十日以上³の入院に特定療養費を入れてしまいました。これは選定療養という考え方とは相入れないところにいよいよ踏み込んだ。これは基本的に従来の特定療養費制度というものを逸脱したやり方で、このような方式が百八十日以上³の入院に課せられたというのは、これは歯止めが利かなくなる。選定療養という考え方をきちんともう一回確認をし、このような患者が選択できないようなケースの特定療養費の導入というものは避けるべきだ。この点についての御所見を伺って、私の質問を終わります。

○国務大臣（坂口力君） 今御発言いただきました選定療養という考え方といいますか言葉は割に耳新しい言葉でございますが、普通は特定療養費化というふうに言っておりました。

それで、今、先生が御指摘になりました内容につきましては、十分に私も今理解できたところでござ

いますが、確かにこの保険適用をせずに医師がその裁量としてやります場合というのは、それは裁量権というのはかなり広くこれはあるんだろうというふうに思いますし、当然だとそこは思うんですが、診療報酬という一つの枠の中で考えますときには、おのずからそれがルール化されていって、限定されてくると。そこを、その限定されてくると医師の裁量権とのそのはざまをどう決めるかという話だと思うわけでございます。ややもいたしますと硬直的になりがちでございます、その制度というものは。

したがいまして、同じ薬でありまして非常に使い方が、様々使い方というものはあるだろうというふうに思っております、それぞれやはりいろいろと今までの医療の経験の中から、この薬は本来ならば高血圧の薬だけれども、しかしそれ以外の疾病の場合にでもここをこう使えばこれは非常に大きな効果を出すということだってそれはあり得るわけございまして、その辺のところの裁量を、しかし高血圧と書かずにほかのものに使用すると、それなぜこんなの、高血圧の薬を使ったのというので削られるということが起こってくる。

その辺のところの裁量をどこまで認めるかという話だというふうに思いますが、そこはある程度しかし、そこは説明を書いていただかないといけないと思って、面倒くさい話ですけども、診療報酬の場合には、そこはしかし、そういう理由をお書きをいただきましたときにはちゃんとそこは認めるというふうにしておくのが私は適切ではないかと、こういうふうに思っております。