

岡本の国会での質問

164-衆-予算委員会第二分科会-2号 平成18年03月01日

○田中主査 これにて寺田学君の質疑は終了いたしました。
次に、岡本充功君。

○岡本(充)分科員 きょうは、総務省所管の消防の問題についてと、それから地域の公立病院についての話、近いようで話は全然違うんですけれども、二つ、短い時間ではありますけれども、御議論させていただきたいと思えます。

まず、救急救命士の件ですけれども、制度施行から時間がたつ中で、かなりの救急救命士の方が資格を取られ、そして活動をされています。

そういった中で、端的にお伺いをしていきたい。救急救命士、大変に現場で頑張ってみえますが、この資格をお持ちの方が、まだまだ、先ほどの寺田委員の発言ではありませんけれども、地域間格差があって、これも偏在をしておるといふふうに私は認識を持っています。数としては確保された今、これからどのように地域の偏在を解消していくおつもりなのかを少しお伺いしたいと思います。

○板倉政府参考人 救急救命士の関係についてのお尋ねでございます。

消防機関において運用されております救急救命士は、年々増加をいたしまして、平成十七年四月一日現在で約一万五千人程度となっております。

消防庁といたしましては、かねてから、全国すべての救急隊に少なくとも一人の救急救命士を配置するよとすることで推進をまいっておりますけれども、御指摘がありましたとおり、なお地域的に非常に跛行性があるといましようか、バランスを欠いております、目標を十分に達成できていない地域があるということも事実でございます。

特に近年、その処置範囲が拡大されるということになりますので、救急救命士に期待されるころは大変大きなものがあるといふふうに認識をしておりますので、一日も早く目標が達成されますように、今後とも、各消防本部に対しまして、救急救命士の養成を積極的にを行うように求めてまいりたいと思っております。

○岡本(充)分科員 それは、これまでも恐らくやってこられたことなんですね。もう、ほぼこの十数年この取り組みをしてこられた結果として、これまでどおり救急救命士の育成促進を促すだけでは偏在は解消できないということが明らかじゃないか。

私、いただいた資料を拝見させていただくと、救急隊当たりの救急救命士の運用隊数を調べると、少ない都道府県、例えば鹿児島県は四二・六%の隊にしか救急救命士がいない。また、福島県は四三・四%ですか。ところが、先ほどの鹿児島県のお隣の宮崎県になると一〇〇%救急救命士がいる、こういう状況なんですね。大臣のお手元にも同じ資料があると思いますが、地域間格差という割には、例えば鹿児島と宮崎でこれだけの差があるというのは、なかなか合理的な理屈は、例えば都市部だからとか地方だからというような話だけではないように私には思える。

でありまして、この救急救命士の数の確保というのは、これまでどおりの、消防隊また消防本部に資格を取るよと促していくというだけでは不十分だといふふうに考えるわけなんですけれども、さらなる踏み込んだ御答弁をいただけませんか。

○板倉政府参考人 確かに、おっしゃいますように、県単位で見ましても、かなりばらつきが大きいというのも事実でございます。

私ども、これまでのところは、言ってみればゼロからの出発で、ずっと充実に努めて養成を図って

きたわけでございまして、それなりのそういう養成の実績も出てきた、こういうふうと考えているところでございますが、今後は、かなりおくられているといいましようか、そういう地域に対しては、よりそういう事実をお知らせすると同時に、積極的にやっていただきたいということを要請は強めてまいりたいというふうと考えております。

○岡本(充)分科員 私は、そういった中でも、インセンティブを設けるとか、何らかの、あめとむちではありませんけれども、やはりさらなる踏み込んだ対処をとらないと、これは人の命にかかわることで、後ほどお話をさせていただきますけれども、確かに、救急救命士の方が蘇生をされると、大臣、救命率がいいわけなんです。そういうときに、宮崎県の方は助かりました、鹿児島県の方は助かりませんでしたという話があるのは本当にまずいわけでありまして、これを解消することが極めて重要だというふうに思っております。

大臣、ぜひちょっと前向きな御答弁をいただけませんか。

○竹中国務大臣 この数字、改めて私も拝見して、確かにばらつきがあるというのは事実なんだと思います。

同時に、全体の数が、小泉内閣ができた今から五年前に比べると、今一・五倍ぐらいになってきているんだと思うんですね。そういう意味では、急激にふやしてきて、そのふやしている中での跛行性だというふうに理解しております。

余り楽観的な見方を持つのもよくないのかもしれませんが、そういう意味では、さらに全体の数をふやす中で、今若干おくられているようなところについてもその手当てがなされていくということは、やはり数年の跛行性の中で実現をしていくのではないかというふうにも私は思っております。

その意味では、しっかりと実態を見きわめながら、必要な措置はとってまいりたいと思いますが、これまでの努力を緩めないように、私としてはしっかりと指導をしたいと思っております。

○岡本(充)分科員 そうしましたら、数年後、跛行性についてぜひまた長官にお尋ねをさせていただこうと思っております。

続いて、救急救命士の再教育の問題です。

資格を取られた後、講習をしていくわけですが、この講習についても、今進んでいる県と進んでいない県がある。また、近年それぞれ運用が開始になっております、例えば医学的手技の気管内挿管の話にしても、気管内挿管ができる人数にばらつきがあったり、また、運用実績についても大きなばらつきが同様にあるわけです。

これはまた、恐らく大臣の手元にもあるんだろうと思っておりますが、例えば新潟県は、気管内挿管をすることのできる人数が四十人、そして隊数で二十八隊あるのに、症例数は二例しか気管内挿管をしていない。その一方、例えば大阪府などは、百六十人の隊員で百十五隊、隊があるんですが、五百五十症例の気管内挿管をしているとか。

これは、ある意味、隊員に対して統一したプロトコールがない中で、それぞれ消防本部の方で決めてみえる話もあるというふうに伺っていますが、都道府県等で決めている話があると聞いておりますが、しかし、これでは、同じ症状の患者さんでも、新潟ではちょっとヘジテートするが大阪では挿管をする、こういう話になっては、これまた、同じ資格をお持ちの方がみえるのに救急救命率が変わってくるという話には私はなると思うんですね。先ほどの話と同じで、大阪では助かったけれども新潟では助からない、これまた、こういう話になると、私は極めてまずいというふうに思うわけです。

この点についてはどのような改善をとっていかれるのか、御答弁をいただきたい。

○板倉政府参考人 気管内挿管でございまして、平成十六年の七月から救急救命士による実施が可能となったわけでございまして、その実施率が非常に地域によって違うのではないかとことは事実でございまして。

救急救命士が気管挿管を初めとする医療行為を行うに当たりまして、事前の実習、活動に当た

りましての指示、事後的な検証というような一連の過程を、各地域の医療関係者を中心といたしましたメディカルコントロール体制、そういう体制のもとで行うというふうにされておりました、その具体的な手順でございますが、それは各地域のそういうメディカルコントロールの協議会にゆだねられている、そういう制度的な仕組みがございます。

したがって、このメディカルコントロール体制が整ったところからこういう実績が上がってきているというのも実態でございますので、この体制が一日も早く全地域において強化されればいいわけでございますけれども、平成十三年ごろから整備され始めまして、まだ日が浅いというようなこともございまして、各地域で特色のある、それぞれいろいろ工夫をされているというのが実態でございます。

今後、その内容が成熟化をいたしまして、ある程度一つの方向に収れんをしていくというような方向になりますように、消防庁といたしましても、全国レベルの救急医学会とか救急隊員のシンポジウム、そういう場を通じまして働きかけを強めていきたいというふうに思っています。

○岡本(充)分科員 そのように答弁されるんだらうと思ひまして、私、さらにちょっと、これをよく見ると、例えば今御指摘をさせていただいた新潟県は、十六年の十月にもう既に運用が開始されている。ところが、ずっと後に開始している例えば香川県、都市部はちょっと症例数も違うでしょうから単純に比較できない、例えば香川県なんかは、開始した時期が実は十七年の六月であり、なおかつ救急隊で挿管の資格を持っている人が新潟県よりも少ないにもかかわらず、実は症例数が多い。

こういうようなことを見ると、私は、開始時期の問題だとか順次やっておりますという話ではなくて、恐らくは、現場でのきちっとしたプロトコルが統一されていない、それぞれ都道府県によって違う、今メディカルプロトコルと言われましたけれども、ここの部分がばらばらであっては、助かる命と助からない命に地域間で格差が出ることになるということを指摘しているわけですね。

ですから、例えば、国としてある程度の指針を示すだとか、こういう症例については積極的にやるべきなんだという話をするだとか、そういう何らかの指針を国として示してはどうかという趣旨で私は質問をしています。それについてはいかようにお考えでしょうか。

○板倉政府参考人 気管挿管を救急救命士に実施できるようにしようというようなことを決めるに当たって、いろいろな議論があったと思われまます。御承知のとおりかと思うんですけれども、恐らくそういう議論の中で、当面は、地域地域のそういうメディカルコントロールの体制の中でいろいろなことをやることによって、いい方法と申すまいか、それぞれのところで考えていただいて、それを全体として収れんしていった一つの方向になればいいなというようなことで始められたのではないかと申すように私は思っております。

そういう意味では、始まったばかりというにはちょっと時間がたっておりますけれども、まだそれほど時間もたっていないということで、もう少し時間をいただいて、この辺、私どもの方も、それぞれのところでどこがネックになってなかなか進んでいないのかというような分析もやはりやる必要があるかなとは思ひますけれども、基本的には、地域地域で、その協議会で議論を進めていただいてやっていただくというのが基本的な考え方でございますので、なかなか我が方が、ではこれでやれというようなぐあいに直ちにはいかないということを御理解いただきたいと思います。

○岡本(充)分科員 重ねて言っておきますと、これでやれと言っているわけじゃない、指針を示すということです。

大臣、ぜひ総務省の中でも見解を統一していただいて、これでやれと申す命令をするわけじゃない、こういうときにはやるべきだという指針があると、メディカルコントロールの協定を決める中でも一つ参考になるわけです。

こういうものをつくっていただかないと、まだ時間がたっていないと言うけれども、もう二年です。それで、今度、エピネフリンの静脈内投与も開始になるという。今度、これも同じようにばらつきが出る。そうすると、後ほどお話をさせていただきますが、救急救命率に地域間での格差が広が

る。こういうことに最終的につながっていくわけですから、ぜひ大臣、前向きに、一度省内で検討するという御発言はいただけませんか。

○竹中国務大臣 私は、委員のような医学の用語はよくわかりませんし、気管挿管というの、どういうレベルのものなのかというの、ちょっとにわかには判断できないわけでございます。我々としては、どのような権限があるのか、そういう点も配慮しなければいけないと思います。

そういう観点から、さっき長官が言いましたように、何かいきなりガイドラインをつくるというようなことにはちょっとなかなかならないのかなというふうに思うんですけれども、機会をとらえて注意喚起をするような機会があるかないかとか、そういうことも含めて、ちょっと私自身考えてみたいと思います。

○岡本(充)分科員 続いて、先ほどからお話している救命効果については、この制度導入以来、一カ月生存率というような形での、救急救命士が関与した症例と関与しなかった症例についての一カ月後の生存率という数字はいただいているんですが、社会復帰の割合というののどのようになっているのか、消防庁長官、数字をお持ちでしょうか。

○板倉政府参考人 ちょっと今、数字を持ち合わせておりません。

○岡本(充)分科員 私がいただいた数字は、一カ月後の生存率という数字でいただいています。ぜひここも大臣、一度、多分数字がないんだと思います。

一カ月後生存をしても、心臓と呼吸がとまっていて病院に来た、心拍再開した、そして一カ月後生きていた、しかし、その状況はさまざまでありまして、変な話、意識が戻らない人もいれば、もちろん、回復されてリハビリされている方もみえる。もっと言えば、退院して社会復帰できる人もいるかもしれない。

最終的には、退院して社会復帰ができるような割合がどのぐらいになったのかというようなことで、諸外国はその成績を競っているわけでありまして、我が国は一カ月後の生存数だけで評価をするということではやはり不十分じゃないか。ここは、社会復帰率についても一度ぜひ統計をとっていただけないかというふうに思っているわけですが、それについては、大臣、いかがでしょうか。

○竹中国務大臣 大変申しわけありません。質問通告もこの問題はいただいていることもあって、それがどのような意味があるのか、どのような手続が要るのかということをおつとにわかには判断できません。しかし、きょう御質問いただいたということをお踏まえて、対応させていただきます。

○岡本(充)分科員 ぜひ、一度また検討いただきたいと思っております。

時間の関係で次の話題に移らせていただきたいと思っておりますが、地域の公立病院のあり方です。

本年、医療制度改革が話題となっておりますけれども、この医療制度改革の中でも、地域の公立病院、特に離島や山間僻地等についてはその必要性について共通の認識があると思っておりますが、大都市近郊もしくは大都市圏の中にある地域の公立病院のあり方について、私がいろいろな方からお話を伺う、政府内の方々からお話を伺うと、そのあり方、存在意義について温度差があるように認識をしております。

総務省としては、地域の公立病院、私の指摘しているのは大都市近郊もしくは大都市圏内にある公立、市民病院、県立病院等は採算がなかなか黒字まではいかない、とんとんか、若干赤字か、中には大幅赤字というところもあるかもしれない、こういう病院について、今後どういうふうにあるべきとお考えか、お聞かせいただきたいと思っております。

○竹中国務大臣 自治体立の病院の医療でございます。

委員は特に都市近郊をイメージしておられるということでございますけれども、そうした病院の医

療というのは、まず、都道府県内の医療機関の中心として特に高度な医療を行うとか、救命救急医療等を担う病院としての役割があるんだと思います。さらには、地域の一般病院では満たし得ないような地域医療の水準の向上に資する病院ということでもあろうと思います。さらには、成人病センター、がんセンター等、疾病の予防、検診など保健行政的な機能を担う病院ということもあろうと思います。そうした観点で、地域住民の医療を確保するためには重要な役割を担ってきましたし、今も担っているというふうに思います。

また、都市近郊で民間によります医療提供体制が整っている地域においても、周産期医療や小児医療、そして救急医療等、多くの不採算部門は自治体病院として公的な医療機関が担っているというのが現実でございます。そうしたことを踏まえて、一般会計からの繰り出し金として地方財政計画に計上して、我々も財政措置を行っているところでございます。

総務省のスタンスはというお尋ねでございますと、総務省としましては、今後とも、自治体病院の効率的な経営について適切な助言を行いながら、必要な支援はしてまいりたいと思っております。

○岡本(充)分科員 きょうは分科会ですので、その中でも私の選挙区の病院について少し総務省の方から御評価をいただけるというふうに伺っておりまして、大臣の方からうちの選挙区の病院についてそれぞれ、多分お手元に資料が行っていると思います、それについての御評価をいただきたいと思っております。

○竹中国務大臣 非常に詳細な経営について精査できる立場にはございませんけれども、稲沢市民病院を初めとする御指摘の四病院につきましては、平成十五年度決算で、患者の早期回復等に努めまして、その結果として平均在院日数が全国平均に比べて短いという一つの点があると思います。こうした点は、経営努力の一つの成果としてやはり認められるところであろうかと私は思います。

一方で、津島市民病院など三病院においては、純損失が生じているというような報告でございます。地域における医療提供体制の実情を踏まえて、いま一度自治体病院としての役割等を点検して、今後とも、職員数や給与費の見直しを図るなど、一層の経営努力が必要な点もあろうかというふうに思っております。

○岡本(充)分科員 まさに今大臣言われたような赤字の自治体病院、こういう病院をどういうふう存続していくか、どういうふうあり方を考えていくか。もちろん、地域の住民の皆さんの民意が重要であるのは間違いのないわけでありましてけれども、その中でも、民間の医療法人に託すべきなのか、それとも今大臣言われた不採算部門を含めてやはり公立が担っていかなければいけないのか、こういう部分については、ぜひ閣内でもお考えを一つにさせていただきたいなど。

なぜかという、厚生労働省に伺うと、医療法人への移行もやむなし、もしくは、周りに取ってかわれるような医療法人がいれば、そこは取ってかわってもらってもいいんじゃないかという話をする部門があります。私は、地域の病院の中で、残念ながら採算性の合わない部門を請け負っていたかなきゃいけないところがあるというふうに思っておりますので、そういう意味では、今後とも、大臣、しっかりその主張を閣内においても続けていっていただきたいというふうに思うんですが、それについて御決意を一言。

○竹中国務大臣 総務大臣としましては、医療そのものについて担当させていただいて、そのための何らかの権限を与えられているわけではございません。これは、厚生労働省において、厚生労働大臣においてしっかりと御検討いただくわけですが、我々は同時に、地域の自治体の安定的な運営、結果としての地域の経済社会の発展と安定について責任を負っている立場でございますので、そうした観点から、私はやはり今の制度をしっかりと活用させていただきたいし、したいというふうな思いがございますので、そういう観点から総務省としての責任を果たしていきたいと思っております。

○岡本(充)分科員 続いて、先ほど話題には出ませんでしたでしたが、病院における設備投資のあり方について、病院の整備事業についての議論をちょっとさせていただきたいと思います。

病院が新しく建物を建てる、また医療機器をそろえる場合、多くの場合、もちろん基金をつくっている自治体もあるかもしれませんが、基金を取り崩してという話はあるかもしれませんが、起債に頼って自治体病院の整備を図るということが往々にしてあると思います。こういったときに、この起債の償還の期限というのは、建物の場合は三十年ですか、医療機器の場合は五年ですか、そういうふうに法で定められているということになっております。そういった中で、その一方で、例えば税法上の減価償却という観点で考えると、この年数と一致しない医療機器などもあると思うんですね。

ここは局長で結構でございますので、私、質問通告していると思いますが、例えば血管連続撮影システム、透析装置、超音波診断装置、ICU機器等は、それぞれ減価償却は税法上何年になっているのでしょうか。

○瀧野政府参考人 それぞれの医療機器につきまして、個別に今ちょっと手元にございませぬけれども、器具なり備品につきましては五年から六、七年の間のもものが多くなってございまして、それに対応いたしまして、地方債につきましても、五年程度の医療機器につきましても償還期限を設定しているという状況であります。

○岡本(充)分科員 実際には、例えば高額な医療機器を買う場合に、しかも設置型のもの、多分、今局長が御答弁されたのは、私も調べてきてくれと通告しているはずなので、それを調べてきていただいていないのは大変残念ですけれども、私は、今言われているのはいわゆる器具であって、設置型の、例えば血管造影システムだとかそれから放射線の治療装置だとか、こういった高額になるものについては、税法上のいわゆる減価償却と償還、今回の起債の問題、五年で償還しなければいけないということのタイムラグがあるのではないかというふうに思ったから、質問させていただいているわけです。

五年で償還をしなければならないとなると、自治体病院はなかなか高額な医療機器に手を出しづらくなる。今、医療機器はさまざま進歩して、高額なものが出る中で、もう少し弾力的な運用をしていただくということは、今、法律上なかなか難しいという話にはなるんですけれども、政府部内で検討していくという話はなかなか難しいのでしょうか。

○瀧野政府参考人 起債の償還期限につきましては、それぞれ、財政融資資金でございますと財務省の理財局の方で所管しておりまして、実は我々も、御指摘のようなことを踏まえながら、耐用年数にできるだけ近づけるように毎年要求はして、折衝はしております。

しかし、財政融資資金の中のいろいろなバランスの問題等もございまして、なかなか実現しないという状況にございますけれども、我々としては、地方団体の方からもそういう耐用年数に応じたような償還期間の設定という要望は受けておりますので、できるだけ今後とも努力していきたいというふうに考えております。

○岡本(充)分科員 大臣も、私は医学の専門家ですけれども、大臣は恐らくこういう分野の専門家なんではないかというふうに私は考えているわけでありまして、ぜひ一度お考えをいただきたいと思うんです。

先ほどの話で、不採算部門というのは何で不採算部門になるか。例えば、最初の投資が多額に必要であるという話もあるだろうし、それから、それぞれの医療行為に対しての単価が安いという話もあるかもしれない。いろいろ要因はあるかもしれないけれども、一つの要因であるこの減価償却の問題がクリアできると、かなりの自治体病院は経営がある意味楽になってくる。

そうすると、先ほどのお話にありましたけれども、自治体に存続する病院としての評価が、地域住民の皆様方から見ても変わってくることも予想される。例えば、赤字の病院よりも、黒字になった、

減価償却費が減ったことで黒字になったという話になれば、もちろん、そのほかの要因にも切り込まなきゃいけない部分があります。職員の給与の問題もある、それから職員数の問題も、多いところもあるやに聞いておるし、それから医療の材料費の問題もある、それから医薬品の購入価格の問題もある。それぞれ、ちょっと高目であったり、公共事業であるから建物の整備費が全体が高いとか、こういう問題もあるのは承知をしております。

まず手をつけられそうな部分についてまずは取り組んでいくという意味で、この御検討をぜひ再度お願いしていきたいと思うんですけども、大臣からのお言葉をいただきたいと思います。

○竹中国務大臣 これは経済の問題でありますので、ちょっと今教えていただいた数字の範囲で考えを申し上げますと、これは、耐用年数と償還の期間で今御判断しておりますが、実は、償還の期間が長くなれば、財政資金といえどもやはり市場からの影響を受けますから、金利負担も大きくなるわけです。それが本当にいいかどうかという判断を私はしなければいけないんだと思います。

もう一つは、償却の議論をする場合は、一体インフレなのかデフレなのかというのが決定的に重要であろうかと思えます。設備は固定設備でありますので、取得原価で償却をしていく。そのときに、いわゆる医療費に当たる単価が上がっていけば、インフレで、デフレじゃなければその分回収はできるわけありますので、そういう状況を踏まえて、要はやはり実態判断なのだと思います。

実態としてこれは大変不都合であるということであるならば、これまでもそうでありましたが、財政当局とも相談をしながらいろいろな対応をとってきているわけありますし、そこは、実態判断を間違いなく、声を聞きながらしっかりやっていくという中で、解決されていくべき問題であろうかと思えます。

○岡本(充)分科員 最後にもう一点。今度は、耐震化の予算措置について最後に少しお伺いをしたいと思います。

自治体病院の中では、耐震化の施設整備を早急に求められている病院があります。こういった病院に対して、この耐震化に限って特段の政府の措置、政府の御配慮というものはいただけないものかということ、私はよく自治体の関係者の方から伺うわけなんです。新たな建てかえまですると数十億というお金を要する。その一方で、喫緊の課題として、例えば私の地元などは、東海地震、南海地震の危機が叫ばれ、なおかつ、川の河口流域で、地盤的にも大変に不安がある。

そういった中で、耐震工事だけはまず早急にやりたい、こういう要請があるわけなんですけれども、この耐震工事などは、国としても少し、新たな制度として自治体に対しての耐震工事促進を促していくというお考えはないのか、また、あるのであれば、どういう検討を今後されていくかについてお話をいただきたいと思えます。

○瀧野政府参考人 自治体病院の耐震化でございますけれども、被災地の医療確保、支援を行います災害拠点病院がございますけれども、これに対します免震装置など耐震化に必要な施設につきましては、その建設改良に要する経費につきまして病院債を認めまして、全体を一般会計から繰り出すという措置をとっておるところでございます。

こういった災害拠点病院以外の病院につきましては、一般の起債で対応していただく、こういうことになってございまして、今後、そういったものにつきまして、全体の地方財政の状況等を踏まえながら検討する必要があるかというふうに考えますけれども、現在のところは、まず、この災害拠点病院の対応というのもまだ十分できておらない状況にございますので、こういったものに対応していきたいというふうに考えております。

○岡本(充)分科員 ぜひ一般病院についても、また地域の実施の事情についても御判断いただいての整備をお願いしたいと思います。

以上で終わります。