

第百二十回国会 衆議院 社会労働委員会 議録 第九号

平成三年四月十二日(金曜日)

午前十時開議

出席委員

委員長 浜田卓二郎君

理事 栗屋 敏信君

理事 加藤 卓二君

理事 野呂 昭彦君

理事 永井 孝信君

岩村卯一郎君

岡田 克也君

古賀 誠君

鈴木 俊一君

野田 毅君

畑 英次郎君

三原 朝彦君

網岡 雄君

岩田 順介君

沖田 正人君

小松 定男君

外口 玉子君

大野由利子君

児玉 健次君

柳田 稔君

出席國務大臣

厚生 大臣 下条進一郎君

出席政府委員

厚生大臣官房総務審議官

厚生大臣官房審議官

厚生大臣官房審議官

厚生大臣官房老

人保健福祉部長

厚生省健康政策局長

厚生省援護局長

岸本 正裕君

委員外の出席者

外務省欧亜局ソ

ウイエト連邦課長

東郷 和彦君

大蔵省主計局主計官

渡辺 裕泰君

消防庁救急救助課長

飯田志農夫君

社会労働委員会調査室長

高峯 一世君

委員の異動

四月十二日

辞任

岩屋 毅君

坂井 隆憲君

石田 祝稔君

柳田 稔君

同日

補欠選任

岩村卯一郎君

塩谷 立君

草川 昭三君

菅原喜重郎君

本日の会議に付した案件

戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案(内閣提出第六九号)

救急救命士法案(内閣提出第七三三号)(参議院送付)

老人保健法等の一部を改正する法律案(内閣提出第二八号)

○浜田委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案及び内閣提出、参議院送付、救急救命士法案の両案を議題といたします。

これより、両案について質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。網岡雄君。

○網岡委員 提案のありました戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案の審議に関連いたしまして若干質問をいたしたいと思います。

本案の改正の内容につきましては、まだまだ改正の額が不十分だという気がいたしますけれども、私も社会党といたしましては、この法案を一応現時点では妥当なものとして賛成するということでありまして、この法案の審議に当たって若干問題になっております以下数点にわたります。

質問させていただきます。

近くソ連のゴルバチョフ大統領が訪日されるというごことに日程がなっております。

その訪日に当たります、シベリア抑留者の家族にとりましては懸念の事項ともなっております。

言われているわけでございますが、死亡者名簿を持参する、こういうふうには報道されているのでございまして、この死亡者名簿を訪日されるゴルバ

チョフ大統領が持参されるのかどうか、この問題について、今政府側で承知をされている事情について御答弁をいただきたいと思っております。

○東郷説明員 政府といたしましては、シベリア抑留に関する死亡者名簿の引き渡し、埋葬地の調査、墓参地拡大、こういう問題につきましては、人道の見地からぜひとも解決されねばならないという考えに立ちまして、これまで累次の日ソ間の大臣レベル、事務次官レベルの協議において一貫

してソ連側に提起してきたところでございます。

ソ連政府の方でも、このような私どもの働きかけに応じまして、特に昨年来、具体的には昨年八月に、日本側からこの問題を解決するために、解決の方向をなすために政府間で協定をつくらうではないかという提案をいたしましたことに対しまして、前向きな対応が寄せられております。

ゴルバチョフ大統領の来日の際には、シベリア抑留にかかわります死亡者名簿、埋葬地資料の引き渡し、遺骨の返還等の処理の枠組みを定めるところの日ソ間の協定をつくりたいということに鋭意作業してまいりまして、ほぼその態勢が整ってきたところでございます。

この協定の締結とあわせまして、ソ連側の方からは、シベリア抑留者名簿を作成して日本側の方に渡したいという意向が、正式な政府間の通報ということではございませんけれども、非公式な形で寄せられてきておりまして、ゴルバチョフ大統領来日の際には、いずれかの時点でこの名簿の引き渡しもあり得ると私も心得ているところでございます。

○網岡委員 それでは二つ、この際確認をする意味で御質問申し上げます。

一つは、ゴルバチョフ大統領が訪日されるごときに同時に名簿が提出されるのか、それ以外とすれば一体どういう経過をたどると予想されるのか、その辺。

それから二つ目は、民間団体であります全国抑留者補償協議会、会長齋藤六郎氏の団体があるわけでございますが、この団体に對しても、ソ連政府側は死亡者名簿の提出を民間同士の協議といいますが話し合ひの中で約束されたやに新聞でも報道されているわけでございます。

それで、その当面の窓口といえますが責任者とも言われるキリチエンコ氏が次のように言明されていると報道されて

いるわけですね。名簿は今モスクワで作成中

で

ある、どんな圧力があつても日本の政府のほかに全抑協にも出ず、今日までこの問題で努力してきた全抑協の功績は無視できない、こういうふうな言明されておりました、名簿の提出の場所は、一つは今申された協定に基づいて政府、もう一つは今までの問題処理について積極的な努力があつてきた民間団体の全抑協にも出す、こういうふうに向こう側の責任者が言っているわけでございませう。このことに対して、聞くところによりますと、民間団体の交渉は外して政府間でやっていただいたいというようなことをソ連側にも言われているやにうわさをされているわけでございませう、もし、名簿を提出するという主體的な側に立っているソ連が二つの方向、二つの側に出す、今言いましたようなところに出すということをした場合には、日本の政府としてはソ連に対してそれを妨害するといふか、民間団体への提出をとめるような行動をとることはないかどうか、この際確認をいたします。

○東郷説明員 まず第一の御質問でございませうけれども、ただいま申し上げましたようにゴルバチョフ大統領の来日の際に名簿を提出したいという意向を非公式に聞いております。したがって、先ほど申し上げましたように、そのようになることを期待しております。

それから、第二の御質問でございませうけれども、冒頭に申し上げましたように、私どもはこの問題は日本政府として責任を持って対処しなければいけない問題だとずっと考えてまいりまして、ソ連側に対しても日本政府としてこの名簿及びシベリアにおける死亡者に関連する諸問題について責任を持って対処できるような処理をしてほしいということをお願いしてまいりましたわけでございませう。今回ソ連側の方からも、ソ連政府として責任を持って日本政府に対して対応するという回答が寄せられているわけでございませう。したがって、そのような政府間における責任ある処理として問題が解決されるということをお願いしております。ソ連側内部においてソ連政

府及び民間との関係で、ソ連の民間との関係でどのように処理されるかについては、私ども情報を得ておりません。

○網岡委員 くだいようですが、ソ連側から日本の全抑協という民間団体に対して死亡者名簿が提出をされることになったと仮定した場合に、政府側としてはそれに対して干渉されないかどうか、するかしらないか、その辺を明確にもう一度。

○東郷説明員 この問題は、長い経緯を踏まえまして政府としてソ連政府との間で責任を持った処理をいたしたいということ念じてやっております。今まさに最後の段階に来ているところでございませう。

一義的には、政府間で解決されるようにソ連側とやっていきたいというふうな考えておりました、それ以上、万一それと違った場合にどういうことになるかということについては、その段階で考えさせていただきたいと思ひます。

○網岡委員 基本的には政府間の行政行為といひますか、それは当然あつていいわけですが、一番肝心なことは、これは民間団体相互の行為でございませうから、したがって、それを日本の政府がとやかく言う代物ではないと思ひます。が、その基本的な、何といひますか一つの考え方についてお答えください。

○東郷説明員 一般的な考え方として申し上げるのであれば、これは申し上げるまでもなく、先ほど申し上げましたように政府として責任を持って処理しなければいけない問題とは考えてまいりまして、同時に日本の民間の各般の方々の建設的な御協力、御努力というものは政府としても心から多としていところでございませう。

○網岡委員 次へ進みます。

それでは第二の問題に移りますが、最近の報道によりますと、死亡者の名簿の中に従来厚生省が公表されておみえになりました五万五千人を若干上回る、ソ連側からの話によりますと六万四千人とも言われておるわけでございませうが、その真偽はゴルバチョフさんが持つておみえになったとき

にはつきりするわけでございませうが、こういう一つの違いがあるわけでございませうけれども、その点について厚生省はどのような受けとめ方をされておみえになりますか。

○岸本政府委員 お答え申し上げます。

報道されております六万四千人の根拠につきましては、厚生省といたしましては承知をしていないわけでございませう。厚生省が把握しております数字、今先生からおっしゃいましたように五万五千人ということでございますが、これは抑留をされて帰つてこられた方々からいろいろと厚生省がお伺いをして情報を集めて、また一方、留守家族からのいろいろの調査依頼等の届け出もあつたわけでございませう、そういうものをもとにいたしまして推計をした数字であるわけでございませう。食い違いにつきましては今のところ何とも申し上げられませんが、もし名簿を受け取るようなことになれば照合をして究明してみたいと思っております。

○網岡委員 それでは次に移りますが、シベリアに抑留されていた民間人については今後死亡者名簿などが出てまいった場合に補償の措置が一体どうとられるか。これは民間人でありましても例えば軍属だった場合は法律上やられていますが、軍隊に頼まれてそして手伝いをしていった、それが何らかの形で一緒に抑留をされていったという経緯なども実際にはあると思ひます。しかし、日本の側から見ればそれは軍人軍属ではなくて一般の民間人という場合もあるわけでございませうが、しかし、御案内の極寒の中でああいう苦しい抑留をされたわけでございませうけれども、そういう人たちにに対して補償の措置というものは一体どういふことをされようとするか、政府の考え方を聞かせてください。

○岸本政府委員 シベリアに抑留中に死亡された軍人軍属以外の方々につきましては、援護法では第二条第三項第五号に掲げております特別未帰還者といひましてその遺族に遺族給与金等を支給している、援護法の適用をしているというところ

でございます。

○網岡委員 これは名簿が出てくれれば照合する過程の中で明らかになるわけでございませうが、ぜひひとつ補償の措置については前向きにされるように要望をしたと思ひます。

それから次に、第四点ですが、モンゴル関係の死亡者名簿が伝達されたというふうな聞きませうが、その内容は一体どんなものかお聞かせをいただけませうか。

○岸本政府委員 モンゴルでの日本人の抑留死亡者を十六カ所の墓地に埋葬されているということでございます。墓地ごとに大きな規模から小さな規模までいろいろございませうけれども、全体で千五百九十七名の死亡者につきましてその氏名と死亡年月日が記載されている名簿を受け取ったところでございませう。

○網岡委員 それでは、このモンゴルの場合には千五百九十七名の死亡者名簿が提出をされたわけでございませうが、そのモンゴルとそれからゴルバチョフ大統領が持つておみえになると言われる死亡者名簿について、その遺族にはどのような措置がとられていくのでございませうか。

○岸本政府委員 まず名簿を受け取りまして行ななければいけないのは翻訳作業でございまして、翻訳を行いました上で当方で保管をいたしております資料と照合いたしまして死亡者本人を特定をするという作業があるわけでございませう。この特定ができたケースにつきましては、都道府県を通じてその記録内容を漏れなく御遺族にお伝えをするというふうな考えております。

なお、モンゴルの死亡者名簿につきましては、既に今翻訳を終了した段階でございませう。

○網岡委員 次の質問ですが、特にシベリア抑留者の問題でございませうけれども、提出をされたとき言われたように翻訳をし特定をするという作業が出てまいりました場合に、従来の先ほど御答弁をいただいた五万五千人と言われる方々以外に新たに死亡者名簿として出てきたというふうな事態が出ました場合には、この人たちに対するあ

るいはその家族に対する補償の措置はどうとられるのか、明らかにしていただきたいと思ひます。
○岸本政府委員 シベリア抑留中に死亡した方々につきましては、既に恩給法とか援護法等によりまして従来から遺族年金等の支給をしているところでございます。これらの制度は十分周知をされておられるというふうに考えておられます。御指摘の名簿によりまして新たに相当数の対象者が判明するということは考えていないわけでございます。ただ、仮に御指摘のようなものが確認をされましてその遺族からの申請がございすれば、他の死亡者の場合と同様の措置をとるというふうにご考慮しております。

○網岡委員 次に、今回の大統領訪日をきっかけといたしまして、名簿が提出されたと同時に、いわゆる墓地が従来二十六カ所ということになっていくわけですが、それはやはり新たに出てくる可能性も十分あるわけでございます。遺骨収集の問題なども起きてくると思ひます。そういう新たな問題については、これはもう当然のことですけれども政府が人道的な立場に立つて積極的にやらなければいかぬと思ひます。でございますが、その措置について政府としては一体どういってお考えをお持ちになっているのか明らかにしていただきたい。

○岸本政府委員 先生御承知のように、シベリア抑留中の死亡者の遺骨収集とか墓参につきましては御遺族の要望も強いものがございます。私ども従来からソ連政府に対して遺骨収集や墓参の実現について強く要請しているところでございます。ただ、現在のところ通報のあったのは二十六墓地にすぎません。これらの墓地に対しては政府としての墓参を行つておられるところでございます。今回のゴルパチョフ大統領訪日時に本問題についての合意が得られれば、その合意に基づいて関係御遺族の方々の心情を踏まえつつ取り組んでまいりたいと思ひます。

○網岡委員 それでは大臣、今まで四つばかりお聞きしたわけですが、それぞれ関係の援護局長から

ら御答弁をいただいたわけですが、この際、新たに出てくる問題も含めてシベリア抑留問題について厚生省として取り組んでいかれるに当たって、ひとつ厚生大臣の所信と決意というものをお聞かせいただきたいと思ひます。

○下条國務大臣 ただいま委員からの御質問に対しては関係局長から御答弁申し上げましたように、本件は、本当に問題を突き詰めてまいれば、御本人のみならずその御遺族も本当にお気の毒なことでございまして、心の痛む問題でございまして。したがって、シベリア抑留中の死亡者の問題につきましては人道上的立場から早期に問題を解決すべきである、このように考えておられる次第でございます。

今回、シベリア抑留中の死亡者の名簿の引き渡し及び遺骨収集、墓参等につきまして問題が、さらに名簿が新たに出るということでも事態が一步前進することを期待しておるわけでございますが、現在までは日ソ両国間において大きな進捗がなされておりました。我が方としては人道上的見地から御遺族の心情を思い、早期に解決すべき問題と認識しておるわけでございます。これまで外交経路を通じて本問題の解決に向けてソ連政府にしばしば申し入れを行つてきたところでございますが、先ほど来お話に出ておりますように、今回のゴルパチョフ大統領の訪日を機にこの問題の解決に向けて大きな前進あることを期待しておるところでございまして、関係御遺族の心情を十分踏まえて真剣に取り組んでまいりたい、このように考えております。

○網岡委員 それでは次の質問に移りますが、シベリア裁判というものが行われておるわけですが、内容は、抑留中における不当強制労働に対する労働の対価を要求するという形で、日ソ共同宣言でソ連側に補償権についてはこれは放棄をされている関係もあつて、結局ジュネーブ協定の趣旨にもなるわけでございますけれども、日本政府に対して強制労働の対価に伴う補償を行へ

いこの裁判が行われておるわけでございますが、それに重要なかわりを持つてくると言われている労働証明書の発行について御質問申し上げます。これは全国抑留者補償協議会、俗に全抑協と言われておりますが、そこソ連側のソ日相互理解協議会のキリチエニコフ氏などと民間団体ですと話し合いが行われてまいりまして、この労働証明書の発行については一応窓口の団体といたしまして日ソの民間団体で旗上げをする、こういうことになりまして、名称も国際相互理解協議会、こういう名称でございまして、日本側からは日本赤十字、日弁連、全抑協などが日本側の民間団体として入る。そしてソ連側といたしましては全ソ法

律家協会それからソ連科学アカデミー、ソ連赤十字などの団体でソ連側はつくる。その相互の間で国際相互理解協議会というものをつくつて、そこが労働証明書の発行の窓口になる。こういうことが作業を進めておられるように聞かれています。進められておるわけでございますが、こういう民間側の動きが実際に今あるわけでございますけれども、これに対して日本の、はっきり言つて厚生省がこの民間団体が自発的にやつていくこの行為について何らかの妨害あるいはこれに対する干渉をやるようなことはないと思ひますけれども、その点について厚生省は一体どういう態度をとるか、この際明らかにしていただきたい。

○岸本政府委員 厚生省が所管をいたしております援護法は、戦争によりまして、戦争公務によって死亡された方、また戦争公務によって傷害を受けた方、こういう方々を対象にして援護措置を講じておるわけでございます。シベリアの抑留経験者で強制労働をさせられて日本にお帰りになつてきておる、そういう方々に対しましては、労働の対価、こういう問題につきましては、当方といたしまして、厚生省といたしましては所管外の問題であるというふうにご考慮しております。したが

ておりません、立場にはございません。
○網岡委員 むしろ妨害をするだけでなくて、私は、この際厚生省側の態度も一遍これから言うことについてお聞きしたいと思ひます。これはこれからあつてはいけないうことでございしますが、やはりこれは国際的に見れば全世界の注視的だと思ひます。抑留をされておる場合の労働証明書の発行というものは、それを強制した国が労働証明書を発行するということはジュネーブ条約の規定からいってもこれは当然のことでございます。東南アジア地方における日本軍の抑留者に対してはアメリカやイギリスは証明書を発行したという事実も現にありまして、その場合は厚生省はその証明書に基づいて労働賃金を払われておるということになっておるようでございます。この窓口として考えられている日ソの相互理解協議会というものが労働証明書として発行しようとしておられますものは、ソ連の政府である内務省が抑留者の氏名、本籍地、労働の期間それから未払いの賃金額というものもきちっと明記して労働証明書を発行する、こういうことについても民間同士で話し合いが進められて、大体国際的にいけば労働証明書というものはそういうものだということになっておるわけでございますが、そういう民間団体で労働証明書の発行について一定の方向に進みつつあるわけでございますが、これを妨害するとか介入するということにとまらず、今後の問題として、戦争に対する被害、戦争に対する問題を究明していく立場から、政府としても、この労働証明書の発行についての民間機関の業務について一日も早く設立をされるような日本政府側の協力というものをやられるべきだと思ひます。その辺はどうかでございませ

○岸本政府委員 ただいま私が御説明を申し上げましたように、厚生省の所管の外にある問題であるということでございます。また、国際条約等の解釈等の絡む問題でございまして、私から責任あ

る答弁を申し上げられる立場にないということしか申し上げられないわけでございます。よろしく御理解いただきたいと思ひます。

○納岡委員 これは後でまた別の機会を設けてやりたいと思ひますが、少なくとも介入はしないということをお断りなされたわけですね。なさっておりましたね。そのことだけはしかと答弁として受けとめておられますから、今後そういう事実がないように私は監視をしてみたいから、厚生省としてもきちっと守っていただきたいということをお願いしておきます。

最後にございますが、この法案に関連をいたしまして一点だけ質問をいたします。

空襲によって傷ついたり死亡したりしている日本の民間の人たちがたくさんあるわけでございます。今団体では、そういうことを援護していく団体として全国戦災被害者連絡会という、杉山千佐子さんが会長で二十年近くずっと運動を続けているわけでございます。今までの政府側の答弁などを聞いてみますと、一つは戦場でない、二つ目には国との雇用関係がなかったということで、国としては何ら補償するということは考えていない、こういうことで終始をしてくれているわけでございます。例えば西ドイツは、軍事上の任務に従事した者はもちろん、準軍事上の任務に従事した者、これは軍属というような種類のものだと思いますが、三番目では、直接の戦争影響による傷害を受けた者、これは具体的に言えば空襲とかいったものによって傷ついたり、死亡した人ということになると思ひますが、そういうところまで一般の民間被災者に援護の範囲を広げているわけでございます。

しかも西ドイツの場合には、傷害の度合い、内容、そのことで補償を決めていく、軍人であるとか民間人であるというような差別的ない、傷害の程度によって補償していく、援護をしていく、こういうことになっているわけでございます。それが、こういう形で西ドイツもやられている。

だけじゃなしに、フランスもイギリスもやっている。こういう状況でございますが、ぜひひとつ、これは従来のそういう考え方はなくて、諸外国でも現にやっているわけでございますから、第二次世界大戦が開戦をいたしましたことしはちょうど五十年と言われておられるわけでございますが、半世紀たった今日、戦争を再び起こさない、こういう誓いを立てる意味におきまして、従来の軍人軍属というのだけではなくて、一般の民間被害者に対してもドイツやイギリスやフランスと同じように国がそういう援護の手を差し伸べる法律をつくって援護する、こういうような考え方を政府としてはお持ちにならないのかどうか、その点についてお尋ねをしたいと思います。最後に、厚生大臣として、この問題について今まで何の援護もなしにずっと放置されている民間の戦争の被害者、こういう人たちに對する救済というものについて、厚生大臣としての考え方を聞かせたい。

○下条国務大臣 戦争の災害を受けた方、これはもう場所いかんを問わずまことにお気の毒だと思ひます。さきの大戦は我が国にとつて未曾有の事態であつて、すべての国民が、程度の差こそあれ、何らかの犠牲を余儀なくされたところであります。このような戦争損害につきましては政府が責任を持ってそのすべてを補償することは到底不可能なことでございまして、基本的には国民一人一人がそれぞれの立場で受けとめていただくかなければならない、このような考え方でございまして、厚生省といたしましては、戦傷病者戦没者遺族に対する援護、遺骨収集等の戦没者の慰霊事業、あるいは中国残留孤児等を初めとする引揚者業、あるいは中国残留孤児等を初めとする引揚者業、あるいは中国残留孤児等を初めとする引揚者業の援護を担当しております。御指摘の一般被災者に対しては、今後とも社会保障の充実強化を図つていく中でその福祉の向上に努めて処理をしてまいりたい、このように考えております。

○納岡委員 もう時間がたつておりますので簡潔にしておきますが、今の御答弁は今までずっと続いている答弁なんです。ですから、これは大臣、

一般社会保障の範囲内ということとは、戦争をやつてきた国の責任としては余りにもなさ過ぎますよ。世界でどこもやつてないなら問題は別でございますが、現にドイツやイギリスやフランスはもうやつておられるわけでございますから、これは戦争放棄をうたった日本の憲法からいまして、外国でやつておられるものを一つの模範としながら、諸外国の例をとりながら、将来日本として、戦争放棄をした国としてふさわしい法律をぜひひとつ制定してもらえように私は要望いたします。

○浜田委員長 外口玉子君。府からは、救急医療体制については受け入れ側の医療機関の体制はおおむね整つてきているが、搬送途上の医療の充実が大きな課題であるとの説明がなされております。私は、長く病院や保健所において直接に患者の苦痛に向き合つてきた者として、その苦痛を取り除きたい、そういう願いながらあらん限りの知恵を振り絞つて対処しようとする医療現場の重みというものを強く感じさせられておられるのでございます。したがつて、本法案につきましても、この医療の現場性を重んじる立場から幾つかの問題点を明らかにし、質問させていただきます。

命を救わなければならないというその瞬間に居合わせ、一刻を争う時間との闘いの中で判断し、具体的な行為を選び取つていく医療者の資質とその責任についてまず考えざるを得ません。病院であれば医師、看護婦を中心とするチームが総力を挙げてかかわり、一定の技術水準が保障される中で手を尽くして救命に当たることが出来ます。それでお互いに持っている観察力、判断力を出し合いながらそれぞれの権限の發揮と責任のとり方を訓練し、経験を積み重ねやすいシステムが病院ではつられております。しかし、本法案の救急救命士は、病院とは異なつた場において予想外の事態の中へ、時には想像を絶するような事故現場に文字どおり飛び込んでいかなるを得ない状況に置かれ

るわけですね。そこでは、その人々の善意と熱意と裏腹に、せつなく技術が生かされにくい場面が多く起るでしようし、そうした中で人の命を救うというせつなさを背負つた役割を担わされていくことに対して大変に危惧の念を抱かざるを得ません。また、翻つてそのような状況下で働く人たちのサービスを受ける側の立場からいたしまして、この法案によって救急救命士の献身的な働きが生かされるような仕組みが充実されなければ安心して託することができないはずでございます。

以上、多少長目に立場性を話させていただきましたが、それは、このような皆様方の命にかかわるような大事な法案の討議時間が余りにも少な過ぎると思ひます。本法案を檢討する基本的な視点を明らかにしておくことで、大変に限られた時間の中で質問を有効にさせていただきます。願つたからにはほかありません。よろしくお願ひいたします。

では、質問をさせていただきます。まず第一に確認したい点といたしまして、本法案が意図する救急救命処置とはどの範囲をもつて言うのかについてお伺ひいたします。つまり、本法案で言う救急救命処置の具体的な内容と実施範囲について明らかにしていただきたいと思ひます。

○長谷川(慧)政府委員 お答えいたします。救急救命処置につきましては、重度の傷病者に対して医療機関に搬送されるまでの間に行われる処置でございます。重度の傷病者の症状の著しい悪化を防止し、または生命の危険を回避させるために緊急に必要なものとして行われるものでございます。具体的には、心肺機能停止状態にある患者さんに対して医師の指示のもとにラリングアル・マスク等により呼吸の確保、除細動、静脈路の確保のための輸液といった処置を行うものでございます。これ以外に、通常救急隊員が行つておられるような処置、手当て等につきましては当然行われることになるわけでございます。

○外口委員 ただいまは行う技術についての限定

を説明されたと思いますが、このような処置を行う対象はどのような状態にある人を想定していらっしゃるのでしょうか。救急救命士の機能が発動される状況のイメージを少し明らかにしていただきたいと思えます。

○長谷川(慧)政府委員 たいだいま申し上げましたように、気道の確保、除細動、輸液といったような高度の処置につきましては心肺機能の停止状態の患者さんが対象になると考えております。こういういわゆる心肺機能停止状態の患者さんは、頭部の外傷だとか脳卒中、心臓疾患等が原因でこのような心肺機能の停止状態になるといふぐあいに思われます。ですので、そういう状態の患者さんに対して、人に応じ医師の指示のもとにいわゆる三点セットを行うという考え方をいたしております。

○外口委員 そのような状況下にある患者さんに救急救命処置が実施された場合、その結果に対する責任の所在は大変に重大な問題と考えますので、その責任の所在について明らかにしていただきたいと思えます。

まず、救急救命処置の実施者の責任はどのようなものか。お願いいたします。

○長谷川(慧)政府委員 申し上げましたように、救急救命士は医師の指示のもとで救急救命処置を行うことというぐあいにされております。でございますから、先生お尋ねございましたように、救急救命士は必ず医師との連絡をとりまして医師の指示を受けて、その医師の指示を受ける場合には当然患者さんの状態等につきまして的確に医師に連絡し、医師がその連絡を受けて指示をした上で行うという形になるかと思えます。

一般的には、仮に事故が起きた場合の責任主体の問題でございますけれども、それは患者さんの傷病の程度なり、医師の指示の内容、あるいは救急救命士の行っておる処置の内容、事故の状況等によってさまざま異なってくるというぐあいに思われます。しかし、医師が患者の状況を踏まえまして救急救命士に対して行った指示の

内容に明らかな過失がある場合には医師の責任が問われる、それから救急救命士が医師の指示に反して処置を行って医療事故を起こした場合等、明らかに救急救命士に過失があると認められる場合におきましては救急救命士の責任が問われるというぐあいに考えるわけでございまして、基本的に医師の責任、ケースによって救急救命士の責任というぐあいに個々の状況に応じて、画然と分けるわけにはいきませんけれども、それぞれケース、ケースによりまして、状況によりましてそれぞれの責任があるというぐあいに考えているところでございます。

○外口委員 たいだいま大変重要な点をお聞かせいただきましたが、特に私が懸念を強めておりますことは、一刻一秒を争う現場での観察が誤つたり、あるいは報告が十分でなかったり、指示による行為が誤つて不幸にして医療過誤が生ずる場合のことを大変に危惧するものでございます。

たいだいま御説明の中の二点、一点が医師の指示のもとにということで医師の責任、これは次に質問させていただきますが、もう一点述べられました救急救命士による処置の責任が当然問われることですが、現場で働く人への負担が極めて強くなっていくような方向ということは大変な問題ではないかと思えます。したがって、医師の指示のもとにという現場に居合わせない、現場より離れたところにいる医師の指示というものの実効性について明らかにしていただきたいというふうに思えます。一分一秒を争う救急現場において救急隊員が困らないような、戸惑わないような指示を得るといふことはどのように可能なのでしょうか。また、そのための確かな指示システムをどのように確立していくお考えなんでしょうか、お伺いしたいと思います。

○長谷川(慧)政府委員 救急救命士が医師と同乗している場合でございますれば、その医師からその現場に呼びまして必要な指示を受けることにならざるわけでございますが、医師が現場にいない場合におきましては的確な指示を出せる体制を整備し

ておくことは非常に大切であるというぐあいに考えております。このために、まず救急救命士が救急現場におきまして患者の状態を的確に把握いたしまして、これを医師に伝達し、それから、医師から指示を受けた指示内容を十分に理解できるような救急救命士の養成課程におきまして十分な教育訓練あるいは実施を行うことが必要であるというぐあいに考えております。

それからまた、指示を行う医師につきましても、各種の研修等を通じまして、救急救命士からの情報を聞いた上での確かな判断が行える救急専門医の養成確保に努めてまいりたいというぐあいに考えております。

さらに、消防庁とも協力しながら、救命救急センター等の医療機関の医師が専用自動車電話等の通信機器を利用いたしまして必要な指示を行うシステムの整備が必要であるというぐあいに考えております。

このようなことから、平成三年度予算におきましては、医師の判断を直接救急現場に届けるためのホットラインシステムの充実等を図るための事業を実施いたしますとともに、救急現場における医療情報をより正確に医師に伝送するための方策を検討するために心電図情報の伝送のための救急医療情報伝送システムのモデル事業、それから救急・災害医療総合科学研究の推進等を行うことといたしております。これらの措置によりまして救急救命士に対して的確な指示が行えるというぐあいにまいりたいと考えております。

○外口委員 的確な処置という場合は小刻みな観察による確かめ、そして知識に裏づけられた判断力、さらに高度の技術に支えられた処置といった一連の行為によって初めて可能になるわけですが、全く見えないで、手を触れない人の指示によってそれが可能なんでしょうか。その点についてお伺いします。

○長谷川(慧)政府委員 心肺機能停止状態の患者さんというケースにつきましては、救命救急セン

ターにおきましていろんなケースをごらんになつていらっしゃるわけでございますから、そういう患者さんはどういうような状況にある患者さんであるか、その場合にどういような情報伝達が救急救命士から伝えられるようになるのかということとをきちっと整理いたしまして、そこら辺を救急救命士にきちっと教え、そういう情報を救命救急センターのお医者さんが受け取りまして、それによってこの処置、この処置というよう指示を行うということになるわけでございますので、そういう面ですという症例といえますか、患者さんいろいろな見えていらっしゃる救命救急センターのお医者さんの指示をいただきながら救急救命士に教育をし、それを救命救急センターの方に伝えてもらうという仕組みをやることによりまして、先生のような御指摘の御心配はないものというぐあいに考えておるところでございます。

○外口委員 私、大変心配なのでちよつと今の答弁には納得できないのですが、その救急専門医はどこでどのように指示を出すことになるのでしょうか。どのような配置を考えておいでなのでしょうか。

○長谷川(慧)政府委員 お医者さんの例で、どこにおるかというお尋ねでございますが、さしあたりといいますか当面は、いわゆる救命救急センターとホットラインでつながりまして、そこにおける先生の指示を受けてやるという形になるかと思えます。ただ、地域におきましては、いわゆる消防本部にいらっしゃる先生がおられれば、その先生からの情報もいただけることもあり得ますし、あるいはその地域救急におきまして協議会等を通じて、そういう場合に常時そういう患者さんが出た場合におきまして伝達の受けとめ場所をきちっと整備いたしておきまして、そちらの方に連絡をとっていただいて、かなり熟練された、救急救命になれた先生からの指示を受けるといふ形のものにしてまいりたいというぐあいに考えております。

○外口委員 最初に私が現場性ということを確認

いたした点でございます。一刻一秒を争うときに救急救命士が医師に連絡をとった場合、いなかった場合とあるいはとれなかつた場合の責任というのとは一体どこにあるのかというようなことも含めまして、また、そのような救急専門医の数というものがかなり今おっしゃっているような体制を含むといたしますと必要とされますが、そのような専門医の確保も含めてどのようにお考えなっておられるのかお伺いしたいと思います。

○長谷川(慧)政府委員 救急救命を担うお医者さんの教育訓練の問題でございますが、そういう救急医学講座といいますが、大学等におきまして設けていただいて養成訓練をしていただきたというところにつきましては、かねてから文部省に要請いたしておりますし、また、あわせて厚生省におきましても救急医療施設に勤めております先生方に対しまして、救急医療に対しまして一般研修あるいはそれぞれの専門分野におきまして専門研修、それから平成三年度予算からは実務研修というようにいろいろな形でその救急医療に直接タッチする先生方につきましては、教育、養成をやつてまいりたいというぐあいに考えているところでございます。

○外口委員 ただいま養成に御努力なされるという御答弁でしたが、今その確保できるまでの間はどのように対処されるおつもりなのでございませうか。
○長谷川(慧)政府委員 現実の問題として、平成三年度予算案におきましては、救急現場医療確保事業というのを実施してまいりたいというように考えております。それは、全国の救命救急センターにおきまして、いわゆるドクターカー方式といいますが、あいに考えております。そういうことで、救急医療に携わる先生方につきましても実際的にいろいろな形で体験を勉強していただくというように考えておりますので、将来この法案が認められまして救急救命士が誕生いたした

ますれば、そういう形での利用といえますか活用が図られるものというぐあいに期待いたしておるところでございます。

○外口委員 時間がないのでその先に進ませていただきますが、この救急救命処置は、本法案の四十三条で診療補助と規定されておりますね。そうすると、これは当然に健康保険の適用となるのでしょうか、そのことについて。

○長谷川(慧)政府委員 法案が認められましてこの救急救命士の養成が行われますと、当面といえますが、主として消防庁においてそういう救急救命士を養成され、その方が活用されることになろうかと思っております。そうなりますと、いわゆる消防庁が行います救急業務の中において行われるのがまず先に実際に世の中に動き出すだろうというぐあいに思っております。それ以外に医療機関におきまして救急救命士の方を雇われまして、医療機関の中におきまして医師の指示のもとに救急救命士が動き出すというような形になりました場合におきましては、その場合におきまして診療報酬の問題につきましては、当然その診療報酬の中において具体的な事態を考えながら検討してまいるといふことになろうかと思っております。

○外口委員 そういたしますと、当分は自己負担あるいは地方自治体の負担というふうな受けとめてよろしゅうございませうか。

○長谷川(慧)政府委員 申し上げましたように、消防救急隊員の方が現実に行われる回数が余計になるだろうというぐあいに思っております。また、医師が消防機関に所属している場合におきまして、その指示等が行われまして救急業務が行われるような場合におきましては、その費用負担につきましましては、消防機関の方で負担していただければいいというぐあいに考えるわけでございます。ただし、保険医療機関に所属する医師の指示によりまして救急業務が行われた場合の医師の指示にかかわるものについてはどうなのかという点につきましては、具体的な行為の内容なりあるいは救急業務の行われる態様等に応じてこれを保険

診療の中で評価していくかどうかにつきましては、今後十分検討していかなければならない問題であるというぐあいに思っております。

○外口委員 では、ぜひ検討していただきたいと思っております。それに関連しまして次の質問をさせていただきます。

本法案の救急救命活動の地方公共団体における責任についてぜひお伺いしたいと思います。つまり行政責任、公的な責任ですが、救急救命士の養成、配置等救急救命士がうまく機能していくシステムあるいはそのための財政保障も含めてどのような計画をお持ちなのかについてお伺いします。

○飯田説明員 この救急救命士法案が通りました場合、消防で行っております救急業務、現在救急隊員がその業務についているわけでございますが、救急隊員のうちの、三人編成で隊を組んでおられるわけでございますが、少なくとも三人のうち一人以上はこの救命士の資格を取りまして、救命率の向上に必要な高度な応急処置ができるような体制をつくりたいと考えております。そのためには法律にもありますような教育訓練をしなければなりません。そういうことで、現在都道府県が共同して教育訓練の機関をつくる準備が進められております。また、幾つかの県なり政令市で独自に教育訓練を行うことを検討しております。そういうことで、なるべく早期に救急救命士の資格を取得して、救急現場、搬送途上における応急処置の充実を図っていくべく、緊急の課題だと思っておりますので、そういう姿勢で臨んでいるところでございます。

○外口委員 そうしますと、本法案における救急救命士による処置の質の確保について、ただいま行政については御説明ありましたが、その実質的な質の確保を確保し続けるということについては、どのような体制あるいは計画をお持ちでございますでしょうか。
○長谷川(慧)政府委員 救急救命士の資格を取得した後の質の確保に関するお尋ねでございますが、

が、資格を取得いたしました救急救命士が、医療技術水準の向上に対応いたしましたしてより適正な救急救命処置を提供していくためには、資格の取得後もいろいろな機会を通じて研さんに努めることが必要であるというぐあいに考えております。今後、救急救命士の所属する機関の協力を得ながら、その方法についてはいろいろ検討してまいりたいというぐあいに考えております。

○外口委員 自治省に伺います。ただいまの件ですが、現実には実効あるような質の確保ということができるのでしょうか。

○飯田説明員 救急隊員が救命士の資格を取りまして救急業務を行うわけでございますが、しっかりと救急救命士としての活動ができますように、教育訓練体制もしっかりしたものをつくり上げまして、救急救命士の試験を受験し、合格して行うということでございます。

また、日ごろ高度な救命処置を行うということになりますと、医療機関との連携、協力を絶えずとっておく必要がございます。そういう日常の医療機関との連携の中で質の向上も図られるべきだと思っております。また、取得した後、医療技術や医療資器材の進歩にも的確に対応しつつ、常に知識、技能の維持向上を図っていくことが必要だと考えておりますので、こういう見地から、消防庁として、今後救急医療関係者などの協力を得ながら、また欧米先進国の例も参考としながら、救急隊員であります救急救命士の知識、技能の効果的な維持向上策について検討してまいりたい、このように考えております。

○外口委員 救急救命士の養成は、地方公共団体によつては財源負担などで大変地域間格差が生じる可能性があると思えますが、それはどのように対処するお考えなのでしょうか。

○飯田説明員 現在市町村が行う救急業務、先ほどお答えしましたように三人編成で救急隊を編成しております。市町村の規模によつて救急隊の数に基いて基準が設けられております。この基準に則した救急業務の実施が可能となるように、基本

的に地方交付税により必要な財源措置がなされてきているわけでございます。

消防庁としては、将来的に救急隊に常時救急救命士の資格を有する救急隊員を一名以上配置するということを目標としてこの救急救命士の養成、配置を行っていくと考えてございますが、財政力の弱い小規模な市町村を含めまして、全国の消防本部で救急救命士の養成、配置が円滑に進むように所要の財源措置の充実に今後とも努力してまいりたい、このように考えております。

○外口委員 救急救命士の養成に関して、その確保対策というのは、これまでなかなか医療関係のマンパワーの確保対策というのは実行されてこない面がありまして、大変懸念するところでございます。そのような救急救命士の確保対策あるいは養成機関の確保はどのようにされているのでしょうか。

○飯田説明員 救急救命士が行います処置は、今までの救急隊員が行っているものに比べますとかなり高度なものになりますので、それを行うには高度な教育訓練が必要になる、こう考えております。

現在、消防の救急隊員について申し上げますと、その教育訓練というのは都道府県の消防学校で行うということになっております。都道府県の事務とされているわけでございますが、そういう高度な教育訓練でございますので、一般的に申し上げますと、各都道府県ごとの消防学校で行うことには無理がございます。そういうことで、各都道府県が共同してお金を出し合います教育訓練機関を設立して高度な教育訓練を行うことを考えているわけでございます。

また、そのほかにも幾つかのお力のある地方公共団体では独自に養成機関をつくるということにもなっております。医療教育でございますので大量に早期にというわけにいきませんが、早急に目標とする常時一名体制ができるように教育訓練に鋭意取り組んでまいりたいと考えております。

○外口委員 都道府県の事務として消防学校など

が既にある。しかし、今度財源をつくって行うというようにすることも何ってありますが、その必要性というものはどのようにお考えなのでしょうか。

○飯田説明員 救急救命士の資格取得のため必要となる教育訓練は、その内容が高度かつ専門的であることなどから、各都道府県の消防学校では必ずしも十分な対応が図られない面もあることから、都道府県の共同出資による新たな教育訓練機関の設置について検討しているわけでございませぬ。幾つかの地方公共団体では独自に教育訓練を行うことを検討しているわけでございませぬが、なかなか普通の県では講師なり実習病院の確保という点で限界があります。そういうことから、共同設立でしっかりした教育訓練機関をつくる準備を進めているわけでございませぬ。

○外口委員 ただいま幾つかの点を質問してまいりましたのは、質の確保への行政責任ということで大変懸念するからでありまして、民間への委託とかそういうようなことが決してなく、公的な責任において行うということと受けとめてよろしくございませぬでしょうか。

○長谷川(蔵)政府委員 現実の形といたしましては、いわゆる救急業務、救急がありました場合にはおきましては消防本部、消防の方にお願ひしまして救急患者の搬送等を行っているわけでございませぬから、そういう面で、当面と申しますか現実問題としては、いわゆる救急隊員によりまして、そういう救急救命士の資格を取っていただいて、さらに搬送途上の医療の充実に努めてまいりたいというぐあいに考えております。

ただ、将来いわゆる消防、公的な救急隊員の搬送するもの以外に、民間等におきましてもそのようなおこなうような機関が出てまいりました場合におきましては、それ以外のところでまたいろいろな教育訓練等も行う必要もあるかと思っております。そういう面での救急救命士の養成というものにつきましましては、さしあたりといえますが当面お考えいただくわけでございませぬけれども、それ

以外にも医療機関におきましてそういう救急救命士を雇いたいというケースもございませぬでしょうし、あるいは海上とか陸上等におきましますいろいろなときに救命活動を行うところもございませぬので、そういう人を確保しておきたいという考え方もございませぬから、そういう面ではやはり救急隊員以外のところでもそういう救急救命士の養成を必要とするところもございませぬから、そういう面での消防の方でお考えになっております教育訓練、それ以外にさらに民間等におきましてもそういう医療技術者の養成を行うところも出てまいってくるかと思っております。

○外口委員 今の点につきましては、大変私懸念しているところでございませぬので、今後まずは自治体の責任、そういう公的な責任において十分な養成、そして再教育等の研修制度の充実などをぜひとも図っていただきたいと要望して、その点についてはこれからの課題としていただきたいというふうにお願ひ申し上げたいと思っております。

時間がございませぬので、最後に、数日前も大変新聞報道された問題で一つだけお考えをお尋ねしたいのですが、けさの朝日新聞に、心臓病、重い副作用 大塚製薬に厚生省調査指示 四人の死亡確認」という記事が載っておりますが、この点について、厚生省としてのお考え、また御見解をぜひともお伺いさせていただきたいと思っております。

〔石破委員長代理退席、委員長着席〕

○市川(和)政府委員 お答え申し上げます。本日報道等がなされております心臓病の薬は、昨年の九月に発売されたものでございませぬが、今までの慢性心不全の薬と作用機序がかなり異なりまして、心臓の心拍数といましようか、そういうものをふやすことなく心臓の収縮力を強めるといふ全く新しい機序による薬剤でございまして、非常に注目されている薬剤でございませぬ。

現在、この薬剤を含めまして新薬が認可されますと、その後市販される中で副作用の発生状況等をすべて調査していくという仕組みがとられてお

りまして、この薬剤につきましても実際にお医者さんや医療の場へ供給された後に副作用調査が継続的に行われてきたわけでございませぬ。その結果、本年の二月までの副作用報告によりまして、白血球減少を来した症例が四十三例報告されたというところで、そのうちの四例の方は二次的に感染症等を起こして死亡されたというような事例もございませぬ。

本剤の副作用に関しまして、私どもの方では中央薬事審議会の副作用調査等の御意見を伺いましたところ、慢性心不全の薬剤については、ほかの慢性心不全の薬が無効な事例においてはやはり本剤の必要性というものは治療上高いという御指摘がございました。同時に報告されております血液の副作用は、頻回な血液検査等を通じて医師の厳重な監視下に置けば早期発見それから防止が可能である、このような見解でございまして、厚生省といたしましては、このような御意見を踏まえて、厳重な安全対策を講ずるといふことで、この種の注意を緊急安全情報としてお医者さんへ、使用されている臨床家に配付申し上げるといふ指示をいたしましたわけでございませぬ。

○外口委員 時間がございませぬので、今後ぜひとも原因の究明に全力を尽くしていただきたいというふうに要望して終わりたいと思っております。

最後に、大臣の御決意を次の点についてお伺いしたいのですが、私、この法案の質疑を行って、またさらさらその思いを強くいたしている点の一つでございます。それは、医療における機能の分化のあり方、職種の分化のあり方というものについて大変気になっておられることがかねてよりあります。それは、このように医療が著しく高度化してくる中で大変多様化するコメディカルスタッフというものがあつて、その一員として救急救命士の機能もこのたび明らかになつてきたわけですが、そのようなコメディカルスタッフの権限、すなわち責任が大きく権限は認められない、そのような「医師の指示の下に」という一札が入ることによって現場で実際に患者と最初に出会う

人の判断に重きが置かれぬような仕組みというものになっていくことを大変恐れております。また、そういうシステムの中では質の高いコメディカルスタッフを確保するということは大変難しくなっていくのではないかと懸念しております。そうした意味では、今後チーム医療というものを発展させる中で、この点に関しては実際に携わる人を守る、実際に携わる人がより生き生きと活動できる、そして力を、知識と技術を十分に発揮していくことができる、そのような医療体制のあり方、充実強化を図っていただきたいと思っておりますが、その点につきましてぜひとも厚生大臣の御決意を伺いたいと思っております。

また、加えて、今回このような形で救急救命士の資格取得について法案が出されましたが、本来は救急医療体制が医療機関においてもっと整備充実される方向が目指されるべきだと考えますが、そういう点も含めて、大臣の責任ある御決意、御見解をお伺いしたいと思っております。

○下条国務大臣 先ほど来、専門家でいらっしゃる外口先生の適切ないろいろな御意見を拝聴いたしておりました。この新しい救急救命士の制度は、最初に政府委員から御説明申し上げましたように、搬送途上における事故を少しでも少なくしたい、こういうところにねらいを置きまして整備の充実を図ろうということでも御審議を願っております。また、医療のいろいろな関係での処置が極めて高度のものを要求される場合も出てまいりますので、そういう問題につきましては、既に御説明の中に政府委員から申し上げましたように、十分事前の研修を済まして、その担当の救急救命士がみずからの責任において十分に目的を達成できるように経験と研修の上で当たるようにいたしておるわけでございます。

ただ、先ほど来お話がございましたように、医療は技術がさらに進んでいくテンポも速うございまして、いろいろと高度化の問題もございまして、これは関係機関全員のコーディネーションの

上において初めて目的を達成することができるとは厚生省といたしまして関係各位の御協力を賜りながら組織、制度の充実を図るよう努力してまいりたい、このように考えておる次第でございます。

○外口委員 どうもありがとうございます。

○浜田委員長 草川昭三君。

○草川委員 救急救命士の質問をさせていただきます。

私はこれまで、我が国の救急医療の充実を望む立場から、救急蘇生法の一般市民への普及それから大学医学部における救急医学講座の開設、それからこの問題を繰り返し国会で取り上げてまいりました。最近、我が国が欧米に比べましていわゆるDOA、来院時心臓停止、このDOAなどに代表されます重篤患者の救命率が非常に低い、また社会復帰率が著しく低いのは、今問題になっておりますいわゆるプレホスピタルケア、病院前看護または医療の不在がその最大の原因だ、こういうことを言われておるわけでありまして、事実、重篤患者を医療機関へ搬送する救急隊員に認められている応急処置というのは心臓マッサージや止血などに限られておるわけでありまして、プレホスピタルケアというのは不在だと言えます。しかし、欧米の高い社会復帰率は必ずしもプレホスピタルケアの完備だけに支えられているのではないというのが私の意見でありまして、まず第一に患者、これは交通事故であろうとその他の病状でもそうですが、直前にいる人の救急蘇生法が非常に向こうは発達している、これが大事だというのが私の主張なんです。そしてプレホスピタルケア、それから受け入れ体制の救命救急医療、この一連の流れの中で初めて社会復帰というのが高まる、ここを忘れて単なる手法だけに陥るべきではないというのが私の意見でありまして、その立場から三質問させていただきますと思うのです。

本法案の説明の中に、救急医療体制について受け入れ側の医療機関の体制はおおむね整っている、病院または診療所に搬送されるまでの間の傷病者に対する救急処置について不十分だ、その確保が重要な課題だ、こういうことを言っております。この救急救命士の制度が導入された場合に、いわゆるDOAなどに代表される重篤患者の救命率あるいは社会復帰率は、本案成立によりこれが実行に移る立場からどの程度向上するのか、厚生省にお伺いしたいと思います。

○長谷川(慧)政府委員 お答えいたします。

搬送途上の医療を充実させるためには、医師が直接現場へ赴きまして医師の指示のもとに高度の応急処置を行うことが一番望ましいというふうに思っております。さはさりながら、なかなかそうもいかないケースもあるわけでございます。救急救命士制度をつくりまして医師の指示のもとに高度の応急処置を行わせるというのを考えているわけでございますが、そういう救急救命士制度の創設によりましていわゆる救命率あるいは退院率がどのように向上するかというお尋ねでございますけれども、なかなかその数字を的確に申し上げるのは非常に難しいと思っております。御案内のとおり、我が国におきましてはいわゆる来院時心臓停止状態の患者さんの退院率が三プロトとか六プロトというぐあいと言われておりますし、アメリカ等におきましては一プロトというようなかなりのばらつきがございます。先生お話しございましたように、アメリカにおきます国民の応急処置の普及の問題、あるいは搬送途上のそういう手当ての問題あるいは医療機関の受け入れの状況等によりましてさまざまにその率は変わるわけでございますが、私どもといたしましては、この救急救命士制度の創設によりまして、現在いろいろの統計で見られております三ないし六%の間の数字がかなり期待できるものというぐあいに考えているところでございます。

○草川委員 今三なり六、こういうようなお話もあつたわけですが、いかにすぐれたプレホスピタルケアが実現をしたとしても、医療機関に到達した時点で患者の心臓が停止をしていたのでは救命率というのは向上しない、まあ当たり前の話ですけれども。アメリカのテネシー大学の救急部に搬送された一つの例が、これは一九八八年の例ですけれども、病院到着時心臓停止状態の患者二百四十人の退院率はわずか一・六%にすぎなかったという報告があります。その救急救命士に医療行為を認めても、それだけでは必ずしも救命率は上がらないということをお前に問題を考えていかないと、ここだけに集中してはいかぬということをお伺いしたいと思っております。

○長谷川(慧)政府委員 先生の御指摘のとおりであるというぐあいに思っております。救急救命士あるいは医師がそういう患者さんのそばへ行きました時点で患者さんのお心臓がとまっておりますけれども、そういう患者さんのお心臓がとまっておりますので、そういう患者さんが発生いたした場合には、そういう患者さんが発生いたした場合には、できるだけ早くその周辺においてそういう心臓停止状態にならないような処置をいたしますか、いわゆる蘇生法といふことにつきまして、国民にも少し周知徹底を私どもも図ってまいりまして、第一次の手当てがさらに行われるような体制をつくっていくことは非常に大事である、先生御指摘のとおりであるというぐあいに思っております。

○草川委員 そこで消防庁にお伺いをしたいわけですが、私は昨年の予算委員会の分科会でもこの救急隊の問題を取り上げておるわけでありまして、ドリンカー博士の生存曲線という、これは有名な

先生であります。この先生の説によりますと、呼吸停止から四分後には心臓が停止をする、その一分後には非可逆的脳障害に陥り、ほぼ絶望状態に陥る、こういうことを言っておみえになるわけです。一方、呼吸停止から一分以内に救急蘇生法を行えば九七％が蘇生する、二分以内であれば九〇％、三分以内では七五％が蘇生すると言っておみえになるわけです。東京消防庁では、救急隊が通報から現場到着までに要する管内の平均時間は五分弱だということを言っていますね。これは統計にも出しておみえになります。すなわち、このプレホスピタルケアの充実のみでは重篤患者の救命率の向上は図れないというのが私の意見なんです。その救急隊が現場に到着するまでの間に患者の直近にいる人による救急蘇生を行うために一般市民に対する救急蘇生法の普及をやれというのを昨年の四月の二十七日に私は提言しておるわけです。答弁は、政府の方は前向きにひとつ検討したいという答弁をしておりますが、消防庁としてどのような対応をしておみえになるのか、お伺いをします。

○飯田説明員 御指摘のように、救命率の向上のために住民に対する応急手当の普及啓発の一層の充実を図っていくことが必要であると認識しております。現在全国平均で、消防の方に電話なりなんなりで救急通報があったから現場到着まで五・七分かかっております。したがって、その間に住民による応急手当が行われれば御指摘のように非常に効果が上がると思っております。消防機関では現在、関係機関の協力を得ながら、救急の日及び救急医療週間などを中心に、心臓マッサージ、人工呼吸や止血等の応急手当の普及啓発を行っているところでございますが、消防庁として、またこの平成三年度から応急手当の普及啓発広報車及び普及啓発資器材等に対する在庫補助制度を創設しまして、一層の充実を図ってまいりたいと考えております。また、現在設立準備中の救急振興財団においても地方公共団体がいろいろの活動に対して積極的な

支援をしていく予定である、このように聞いておる次第でございます。

○草川委員 教育というのは一回教えたら済むというのではないと思うのです。ですから、二年なり三年たつて再訓練をするということが非常に重要になってくるわけですが、そういう意味では今の消防庁の予算の中を見ても対策というのは、三年ごと更新するわけですから、そういうところでも教えたらどうだろう。あるいは労働省のいわゆる労災法上の各種免許がありますね、クレーン免許とか何とか、そういう免許取得時にも救急蘇生をやたらどうだろうということも言っておるわけです。あるいはまた地域の活動、あるいはこれは文部省にお願いをし、中学生だけではなくて高校の場合でも、あらゆる教育の場で定着させるような、教育にその輪を広げていただきたい。これは消防庁だけの問題ではなくて、厚生省の問題でもあり文部省の問題でもあり労働省の労災という面でも問題があると思うのですが、そういう視点に立ってぜひ基本的なことをやっていただきたいということを特に要望しておきたいと思うわけでありまして。

それからもう一つ、今度は受け入れ側のことについてもちよと申し上げたいのですが、法案の説明の中にも受け入れ側の医療機関の体制はおおむねいいということを言っておりますが、現在各救急医療施設における医療というものは評価できるのかどうか。あるいは第三次救急医療施設のセンターでは入院治療を必要とする重傷及び重篤患者を取り扱うことを目的としておりますけれども、その目的どおりの医療がきちと行われているかどうか、これは厚生省にお伺いしたいと思っております。

○長谷川(憲)政府委員 救急医療体制につきましては、先生も御案内のとおり昭和五十二年度からその整備を計画的に進めてまいりまして、現在初期、二次、三次という形で救急医療体制の整備を行っているところでございます。量的にはおおむ

ね整ってきているというぐあいに思うわけでございます。しかしながら、その中身といたしまして、いわゆる多発外傷なり広範囲熱傷等の高度専門的な救急医療を要します重度の傷病者に対する経費につきましても必ずしも十分でないという面もあるわけでございます。現在救急医療体制検討会におきましてこれからの高度医療を要します救急患者の医療体制のあり方につきましましていろいろ御検討をいただいております。

それからもう一点、現在の救命救急センターにつきましては、お話しございましたように第三次救急医療機関ということで、二十四時間体制で心筋梗塞なり頭部外傷等に対します高度の診療機能を提供できるようにその整備を進めてまいっております。ところでございます。しかしながら、御指摘ございましたように一部の救命救急センターにおきましては専任の医師等の確保が十分なされていない、あるいは実際に受け入れてある患者さんの中には軽傷の事例もあるということも事実でございます。厚生省といたしましては、この救命救急センターをより有効に機能させていくために、初期なりあるいは二次救急医療機関との連携をさらに一層図るよう指導してまいりたいというぐあいに考えているところでございます。さらに、救急医療情報センターの機能の充実なり国民に対する啓発等によりまして、救急患者が円滑に受け入れられるような体制の整備をさらに進めてまいりたいというぐあいに考えております。

○草川委員 御存じのとおり、昭和五十八年の行政管理庁の指摘では、第三次のセンターの場合七〇％以上が入院治療を必要としない軽傷患者だったというような指摘もあるわけなので、ぜひ内容の充実を図っていただきたいと思うのですが、この際一言申し上げると、実は救命救急センターというのは大赤字ですね。大体一センター当たり年間一億以上の赤字を出しております。特に今医師の専門制ということにもなっております。ですから、多方面にわたる対応を立てなければいかぬというわけで非常に苦しい運営をしております。

で、財政的にも見直す対策が必要だ、私はこういうようなことを思っておりますので、強く要望しておきたいと思っております。

同時に、これも私ずっと以前から提言をしておるわけですが、救急医療を専門とする救急医の育成というのが非常に不足をしております。一体この救急医の育成というのはどういう状況になっておるのか。ようやく平成三年度の予算で東大にこの救急講座の予算がついた程度です。国立大学ではたしか二カ所しかないはずですよ。こういう段階で、一方では医師の専門化、細分化が進んでおる中で救急に対応するところの医師が非常に少ないということなんです。どのような指導をされるのか、お伺いをしたいと思います。

○長谷川(憲)政府委員 救急専門医の確保に関するお尋ねでございますが、救急医療対策の充実の観点から極めて重要であるというぐあいに考えております。御指摘のとおり、まだ非常に数が不足であるという状況も事実でございます。そういう面でも、従来から救急医療施設に勤務するお医者さんに対しては救急医療一般についての研修あるいは脳神経外科、麻酔科、小児科領域の専門研修を実施いたしますとともに、医師の救急業務実地研修というのを実施してまいっております。でございます。平成三年度予算案におきましては、医師の救急業務実地研修につきましましては研修人員なり研修期間の拡大を図り、その内容の充実を図ってまいりたいというぐあいに思っております。それからまた、各医科大学におきまして救急医学に関します教育を充実するように文部省に要請してまいることとしております。これらによりまして、今後とも救急専門医の養成に努めてまいりたいというぐあいに考えております。

○草川委員 今の答弁ではなかなか専門医の養成、拡大はできない、私はこう思うので、これは本腰を入れて文部省にも働きかけをしていただきたいと思っております。

これは消防庁にお伺いをしますが、この法案には厚生大臣が指定した救急救命士養成所という文

言があるわけですが、この養成所における教員にはだれが二体当たるのか。教師というものはあるのか。今の答弁を引き継いでお答えを願いたいと思うのです。また、救急医療に携わる医療関係者が非常に不足をしておられるわけですが、先ほどの答弁を聞いておられますと、全国に教員を張りつけるような答弁をなされておったやに聞いておりますが、これは本当にできるかどうか、お伺いをしたい、こう思います。

○飯田説明員 救急救命士の受験資格を取得するための教育訓練は、その内容が高度かつ専門的であることから、救急医療に精通した医師の資格を有する教官などの確保が必要であります。現在設立準備中の財団におきまして、今後厚生省、関係医学会等の協力を得ながらその確保に努めていくという考えであると聞いております。消防庁としてもできる限りの支援をしてみたいと考えておるわけでございます。

○草川委員 全国の都道府県からお金を集めて二十億円の金を基金にしてセンターをつくる、こういうお話ですが、実は現在東京消防庁は東京のある大学の附属の救急センターに救命士を派遣してありますね。その数は三人でしょう。しかも、その三人の東京消防庁の職員が二年間その大学で訓練をしてようやく一人前になるわけですよ。消防職員というのは全国で十三万人、講習受講者というのは七万五千人でしょう。七万五千人に対して現在やっているのも二年間かかる。しかも三人しかない。そういう方が今回の救急救命士というふうになっていくと思うのですが、それぐらい成熟しないと実際は難しい非常に高度な役職だと思っております、今回のこの法案による受験資格を受け

た救命士というのは、今の程度のお話で、全国にやらない、東京のどこかでセンターをつくるということですが、果たして対応できるかどうか。教育機関をつくるにしても、少なくとも教える人がいないじゃないか。我々が承知している大学なりセンターを申し上げてもいいのですが、その実態を調べる限りでは、少なくとも全国七万五千人の人数を対象にするには気の遠くなるような話で、一体見通しは何人ぐらい予定をされておられるのか、お答えを願いたい、こう思います。

○飯田説明員 御指摘のように、現在救急隊員になる講習を受けているのは七万何千人おられるわけでございますが、現実には救急隊員として活動しているのは四万七、八千人でございます。三人編成でございますので、自治省としてはそのうち一人以上この救急救命士の資格を取得する。そうなりますと、一万五千人程度の救急隊員がこの新しい資格を取得するということが必要になってくるわけでございます。

そのため、現在設立準備中の財団、これは法案が成立いたしますれば平成三年度から既存の施設等を活用した教育訓練に着手する予定でございます。また、教育訓練施設につきましては当面二カ所を建設する予定でございます。このほかに、一部の地方公共団体では独自に教育訓練を実施しようとしておられるところもあるわけでございます。今後、これらの教育訓練の状況や民間の養成施設等の状況等も十分見きわめながら、必要があれば財団による教育訓練施設の増設についても検討をしていくこととしております。

消防庁としては、財団、地方公共団体の教育訓練体制の整備に対して積極的な指導なり支援をしてまいる予定でございます。

○草川委員 その点はちょっと質問しなければいけません。かぬ点があるのですが、時間があれでございますから最後に回します。

問題は、この仕事の内容でありますけれども、俗に言う救命士、アメリカ的に言うならばパラメディックということになるわけですが、アメリカ

の医学雑誌の紹介をしますと、七百七十九例あるというのですね、この医学雑誌の報告の一つの例でございます。成功したのは七百一例、特に気管内挿管のことだけに絞っておられるわけですね。成功したのは七百一例で、失敗したのが一〇%、一割。これは挿管できなかったというのです。

症例別に見ますと、外傷患者の挿管失敗率は三・二%と非常に高いのです。七百一の成功例の中身を見ると、一度目で挿管できたのが四百五十一例、二回ないし三回でようやく成功したのが二百四十六例、残り四例の最高は六回の挿管、こういうことだということです。しかも挿管した中の四十二例は挿管までの時間が長過ぎるといった弊害が出ており、食道挿管の事例も十一ある。いわゆるこの法案の作成に当たって当然このアメリカのパラメディックは参考にされてきたと思うのですが、この気管内挿管なり、後でいわれる三点セットということをおっしゃるわけですが、今の教育訓練の状況などからいって本当にやれるのかどうか。これが私も非常に心配だと思っております。事実ドクターなんか聞いてみると、よほど専門的な医師でないとはなかなかできませんよ。事実、気管支や食道を破ったような例もある、あるいは違うところに誤って挿入することもある、あるいは熱した技術というのには非常に必要になってくるということをおっしゃるわけですが、その点は、これは消防庁になるのか厚生省になるのか知りませんが、自信ありますか。

○長谷川(慧)政府委員 気道の確保につきまして、先生お話がございましたように気管内挿管あるいは他の手法等もいろいろあるわけでございます。気管内挿管につきましては、先生からお話がございましたようにいろいろ危険、問題点もございまして、なお専門家にあります検討をお願いいたしますので、なお専門家にあります検討をお願いいたします。

現在考えております気道確保につきましては、ラリゲアル・マスクによりまして気道確保あるいは食道閉鎖式エアウェイによりまして気道確保を考えているところでございます。そういう面では、

の気道確保の方式あるいは輸液それから除細動という行為につきましては、二十時間の授業の時間の中におきまして講義なり実習等も十分やっていたら、医師の指示のもとに適切に行われるというぐあいに私も考えているところでございます。

○草川委員 このアメリカの例ですが、「アナルズ・オブ・エマージェンシー・メディスン」という医学雑誌によれば、救急隊が現場に到着して現場を出発するまでにアメリカで大体六・六三分だということです。先ほど消防庁の言ったのと大体同じ程度の速さだと思っております。それはそれでいいのですが、いわゆる向こうのパラメディックが静脈ラインにいろいろ処置をする。それで出発すると平均して十九・六分になるといいます。その十九・六分の処置をして運ぶのがいいのか。東京とか大阪のような場合だったら、今五分弱というならば医療機関に早く運んだ方がいいのではないだろうかという意見があるわけですね。その点はどういう議論をなされてきたのか、これは厚生省にお伺いしたいと思っております。

○長谷川(慧)政府委員 救急の現場から医療機関に搬送されるまでの時間が平均十五分というぐあいに消防庁の方で言われておるところでございます。その十五分の間に何らの手当てをせずに心肺停止になりました場合には非常に大変なことになるといって、先ほど先生のお話があったときに第一的な応急処置をやったときに、さらにそれが、いわゆる心肺停止状態がとまるあるいは呼吸がとまるというおそれがある場合におきましては、気道の確保なり除細動あるいは輸液の確保ということはどうしても必要であろうというぐあいに思っております。

基本的には、先生お話がございましたように、できるだけ早く医療機関に搬送するのが本筋である、その方がベターであると思っておりますけれども、その間の搬送の間に心肺停止の状態になりそうな場合におきましては、その時点で何らかの

処置が必要であろうと考えているわけでございます。そういう面でも、この新しい資格制度によりまして、その間の非常に重篤の状態におきます処置を行わせたいというぐあいに考えているところでございます。

○草川委員 もう時間がないので、その点の処置はどちらにしても例えばドクターの指示を受けるわけでしょう。ですから、東京の場合だと東京消防庁と日本医科大学の救急部とは非常にうまくいっている。我々は承知しておるわけです。だから患者が出たときに、消防隊員が例えば日医大の何々先生といえ、顔を合わせていますから、わかつた、それはそうしなさい、こうしなさいという処置、それよりはすぐ搬送をやりなさいといった場合があると思う。コミュニケーションが非常にうまくいっている。

ところが、これを他の都市を想定した場合に、他の都市で果たして消防隊員がセンターの何々先生と本当にうまくコミュニケーションがいつているかどうか。特に医科大学というのはドクターがかわりますから、もたもたして、もたもたという言葉は非常に悪いのですが、時間がかかった場合に、また今回の三点セットの処置をしておるとかえって問題が出るんじゃないか。例えば輸液なんかはもし車内でやるとしても、ばい菌が入ったとするならば、治ったとしても後遺症が残る。こういう心配もあるわけですから、よほどその点はしっかりとやらなければならないと思います。

時間が来ましたので最後に一言になりますが、それはそれとして、実は国家試験ですが、消防庁は現在講習をまずさせますね。それから、実務経験五年または二十時間をし、それから六カ月の課程で財団法人による教育を六カ月受けて今回の国家試験を受ける、こういうことになりませんか。ただ一方、厚生省の方は、高卒を出て二年課程のそれぞれの養成機関とか医療関係養成所を卒業するとか厚生大臣の指定科目の取得をした人はまた別のラインでこの救命士の国家試験を受ける、そして厚生大臣の免許を受けることになる。厚生省が

イドで救命士を受けた人が、私は救急車に乗りた、地方自治体の救急救命士になりたいと言つて地方自治体に就職できるかどうか、採用できるかどうか。これは地方自治体してみれば、定員で救急隊員を雇つておるわけですから、救急隊員でなくて消防隊員として採用しておるわけですか、まず途中採用というのは考えられぬでしょう、今足りないから募集するということがあるかも知れませんが、そうすると厚生省サイドで国家試験を受けた人はどこへ行くのかというわけです。せつかく厚生大臣の救急救命士の資格を取つたけれども、少なくとも私は自治省の地方自治体の採用する職員にはなかなかなる道はない。どこかそういう適当な、工場の救命士になるのか、どこかに受け入れがあるのかもわかりませんが、私はこういうものをつくる時には一本でまじつとしてもらいたいわけですよ。だから自治省と厚生省という二つのラインでこのようなことを決めるのではなくて、一本のラインで救命士というようものを教育するならば教育をする、受け入れるなら受け入れる、それで消防庁の方も厚生省のラインで育つた人間を採用するならば採用する。二つやるということは必ず後々の将来私は問題が出てくると思うのです。その点についての答弁をぜひ厚生省とそれから大臣にしたいので、私の質問を終わりたい、こう思います。

○長谷川(慧)政府委員 救急救命士の国家試験を受ける受験資格を与える道筋の問題でございますが、基本的には高卒二年以上というぐあいに考えているところでございます。ただし、現実その救急隊員におきましては、一定の救急業務に關しませ教育訓練を受けておられます、さらにかなり実務経験というものもあるわけでございますので、そういうような方々に対しましては同じように二年以上の教育訓練を必要とするのか、一定の訓練あるいは実務経験のある方に関しましては六カ月以上という短期間の教育によりまして二年間勉強した方と同じような勉強をしていただきますれば、同じような形での国家試験の受験資格を与え

るといふような形で法律を組み立てているところでございます。なお、先生お話しございましたように、消防庁におきましては、早急に救急救命士を養成する必要があり、早急には、財団等の構想をお持ちでいろいろ計画されているわけでございますし、お話しございましたように、一五五名余の救急救命士の養成といひますか確保を図りたいということも考えていらっしゃるわけでございますから、その中におきましては、なかなかそこまで到達するのは容易でもないわけでございますので、いわゆる民間におきまして二年課程を経て卒業されて試験資格を持たれた方につきましては、当然私にいただけるものというぐあいに考えておるところでございます。

○下条国務大臣 救急の場合における救急救命士がいかに大事であるか、また、その医療の研修が非常に高度のものであるか、その御指摘は、お説のとおりでございます。これは、非常に危険な状態の患者あるいは傷患者が一刻も早く救済の処置を講ずるといふ見地からでございますので、先ほどの御意見の中にもありましたように、早くそれぞれの救急の病院に運ぶのが一番望ましいわけでありませうけれども、そのために途中の搬送上の事故を未然に、あるいはできるだけ少なくしようというねらいからこの制度のあることは御承知のとおりでございます。したがって、今回新しい制度としてスタートするわけでございますので、御指摘のような点を十分踏まえて研修あるいはまた養成、あるいは経験を積ませる上におきまして十分に配慮してまいりたい、このように考えておる次第でございます。

○草川委員 終わります。

○浜田委員 児玉健次君。

○児玉委員 救急救命士法案、この法案でねらいが、医師が救急用自動車等に同乗して必要な処置を行う方式、ドクターカー、それを推進していく。もう一つは、搬送途上で医師の指示のもとに

救急救命処置を行うことを業務とする新しい医療資格、これは常に医師と救急救命士がつながる必要がある。そこで何いたいのですが、ドクターカーの重要性、救命率の向上にドクターカーがどのような役割を果たしているのか、その点、まずお答えいただきたい。

○長谷川(慧)政府委員 お答えいたします。搬送途上におきまして必要な医療は医師が直接関与して行うことがより望ましく、その意味で救急用自動車に医師が同乗いたしますドクターカーの必要性が高いというぐあいに思っております。このために、平成三年度予算におきましては、自治省と連携のもとにドクターカー制度の充実を図るための救急現場医療確保事業というのを実施することといたしておるところでございます。今後はこのドクターカーの普及とあわせまして、御審議いただきます新たな国家資格であります救急救命士の創設と相まちまして、搬送途上におきます医療の充実が図られるようにしてまいりたいというぐあいに考えております。

○児玉委員 そのドクターカーが厚生省や自治省が期待されるテンポでは普及していかないと思うのです。その普及が図られていない隘路は何ですか。

○長谷川(慧)政府委員 ドクターカーにつきましては、現在百四方所の救命救急センターのうち三十五カ所まで整備されている状況にとまっております。これは、救急医療にかかわります医師の確保が非常に難しいということ、救命救急センターの医師、看護婦が救急現場に出動しやすくなるための消防機関との連携等地域におきます体制が必ずしも十分でないことなどの理由によるものというぐあいに考えておるところでございます。このような意味で、さらに自治省、消防庁との連携のもとに、先ほど申し上げましたようにドクターカー制度の普及を図ってまいりたいというぐあいに考えております。

○児玉委員 その点の努力を抜本的に強めていた

だきたいと強く要望します。

さて、今の法案の二つ目の柱ですが、これは、救急救命士が必要とする場合いつでも医師とつながるといことが重要な条件になっておりますね。皆さんはそれをホットラインとおっしゃっている。携帯電話を携行させるということもお考えのようです。

消防庁に伺いたいんですが、東京都では、消防庁の本部に二十四時間体制で医師が常駐されているそうです。非常に好ましい体制だと思う。これは東京都だけなのか。もし東京都だけだとすると、この体制を全国で急速に広げる必要があると思っておりますが、その点で消防庁の考えを聞きたい。

○飯田説明員 消防による救急業務を円滑に推進していくためには、医療機関との連携が十分に確保される必要があると認識しております。特に救急救命士の資格を取得した救急隊員が行う高度な救急救命処置につきましては、二十四時間体制で医師との連絡が確保され、迅速かつ具体的な指示を得られるようにすることが不可欠でございます。この場合、東京消防庁のように消防の指令機関に医師が常駐する方法もありますが、一般的には消防機関に医師を二十四時間体制で確保することは困難な状況でございます。まずは医療機関側において二十四時間体制で救急隊からの連絡があった場合に適切な指示を出せるような体制を整備していただくことが必要である、このように考えておるわけでございます。

○児玉委員 さてそこで、消防庁からボールが厚生省に投げられたわけですが、消防庁として東京のような体制をとるのは困難だ、厚生省の方でということですね。厚生省としては、もちろんこれは全国百四カ所ある救命救急センターがまず第一候補として挙げられると思うのです。それではこの救命救急センターは、この法律が成立し、この業務が施行されていくことになると、ホットラインで出先の救急車とつながって必要な指示を与えるという新たな重要な業務が救命救急センターに

事実上つけ加わることにならないでしょうか。

○長谷川(慧)政府委員 救急救命士に必要な指示を行う医師の確保といえますのは、この救命救命士が行う上で極めて重要であるわけでございます。指示を行う医師といたしましては救命救急センターに所属する医師等が考えられておるわけでございます。現実問題といたしまして、救命救急センターの医師が必ずしもドクターカーに乗って救急業務をやっているわけじゃございませんので、そういう面で、平成三年度におきまして新たな救急現場医療確保事業というのを実施いたしまして、全国百四カ所の救命救急センターにおいて実際に消防機関と連絡をとりながら救急業務をやっていたかどうかというところで始めたいと思っております。そういう面でも、今年度の予算におきましてそういうことをやっていたかきまして、これから救急救命士との間のホットラインあるいは携帯電話というような形におきまして連絡をとり合うような形によって適切な指示が行えるようにいたしてまいりたいと考えているところでございます。

さらに、救命救急センター以外にも実際にそういういろいろな業務をやっている病院等もあるわけでございますので、それぞれの地域におきまして救命救命士あるいは消防署あるいは救命救急センターを初めといたしまして医師等の間におきまして相互に連携をとり合う、いろいろな協議機関において話し合いをする、あるいは例えば勉強会を設けるといような形で、そういう面でのふだんの連携プレーも十分行えるような形のものをつくっていきますれば、御心配でございますような医師との連携体制が不十分でないような形のものをつくっていただけるのじゃないかと考えているところでございます。

○児玉委員 消防庁には、やはり東京都のような体制をつくるという点でこの後努力をしていただきたいのです。それで、今の厚生省の答えですが、救命救急セ

ンターの医師が常にドクターカーに乗れと言っているわけじゃありませんし、そこだけが全部やることも考えていないし、しかし中心的役割を果たすということはそうでしょうから、そこに電話が来る、それに必要な適切な対応をする、これは新しい業務になる、この点を一つ言っておきます。私は北海道におりますが、沖繩、鹿児島、長崎、北海道等、島嶼や僻地など広域な地域でこの業務を進めていく。たまたま総務庁の北海道管区行政監督局が「救急患者の長距離搬送体制に関する実態調査結果の概要」というのを去年の四月に発表しております。それとの関係でまず消防庁に伺いたのですが、消防庁では余り遠くない時期に各県十五分以内でヘリコプターで到着できる体制ということを展開されているようですが、この法律が動き出すことを契機に長距離搬送体制をどのように整備されようとしているか。それから次に厚生省に対しては、スーパージョイントセンターとか広域救急センターとかさまざまな呼び方がありますが、これについて、言ってみれば広域的な救急の拠点となるべき医療機関をどのように整えようかとされているか、以上伺います。

○飯田説明員 救急の搬送にヘリコプターを導入して活用することは、特に山間僻地、離島など救急患者の搬送の場合には、病院収容までの時間を飛躍的に短縮して救命率を高める上で大変有効であると考えております。消防審議会の答申では、二十一世紀の初頭には各都道府県に少なくとも一機以上ヘリコプターを整備、活用すべきであるとされているわけでございます。

消防庁としては、かねてから、地方公共団体ににおけるヘリコプターの導入整備を推進するため、国庫補助による財政援助措置を講じているところでございます。今後とも消防防災ヘリコプターの計画的導入について積極的な支援措置を講じますとともに、ヘリコプターの広域的な有効活用や整備運用のあり方についても必要な助言指導を行ってまいりたいと考えております。

○長谷川(慧)政府委員 ヘリコプター等の機動力

を利用いたします。広域救急医療体制の整備が重要であるというぐあいに考えております。厚生省におきましては、救急医療体制検討会という場におきまして、二十一世紀に向けての救急医療体制のあり方についての検討をお願いいたしておるわけでございます。その中で、広域救急医療体制の拠点となります救急医療施設の整備についても御検討をお願いいたしているところでございます。この検討結果を踏まえまして、広域救急医療体制の充実に努めてまいりたいというように考えております。

○児玉委員 北海道では、全道の救命救急センターの役割を持つている札幌医科大学の附属病院の屋上に北海道防災救急ヘリコプターが直接患者を搬入できる体制になっております。自治体の救急ヘリコプターの導入に対して国の援助措置はどうなっているのか、伺います。

○長谷川(慧)政府委員 厚生省におきましては、五十四年度からヘリコプターの購入に要します経費につきまして補助対象といたしておるところでございます。それからまた、ヘリコプター等によりまして救急患者の搬送に際して添乗する医師等を確保することを目的といたしまして、ヘリコプター等添乗医師等確保事業というものにつきましても補助を行っているところでございます。

○児玉委員 一機について一億円だと聞いておるのですが、実績はどうですか。

○長谷川(慧)政府委員 補助基準額につきましては一億三千万円でございますが、現在までの補助申請はないという状況でございます。

○児玉委員 金額はそれで十分だとは全然思いませんが、せつかくそういった方法が準備されているのになぜ補助の実績が進まないのか。さっきの防災救急ヘリコプターという幾らか副次的な任務になるとこの補助の対象から外れるのですか。

○長谷川(慧)政府委員 厚生省といたしましては、救急医療の確保のためにヘリコプターを導入したいという場合には補助対象にいたしておるわけでございますから、御指摘のように防災用とい

う形でございますれば、私も補助対象にするこ
とは非常にいろいろ難しい問題があるかと思
います。

○児玉委員 大臣、先ほど関係省庁の横の連絡を
とりながらこの分野の仕事を大いに前進させたい
という趣旨のことをお話しでしたが、自治体とし
ては救急ヘリコプターだけの業務だとなかなか運
転士、整備士その他の維持が困難だ、それでも
防災ということがついたりするのですけれども、
その面について政府としての今後の前進的な検討
をお願いしたいと思います、どうでしょう。

○下条国務大臣 私たちの方では、救急救命士の
関係で今御議論をお願いしております、この救
急の体制の中でさらに広範囲の、しかも迅速の処
置としてヘリコプターの必要性いかんという御議
論だと思いますが、もちろんヘリコプターが使え
ることが最も望ましい場合が多々あると思いま
す。時間を短縮する場合、あるいはけがの方
あるいは御病気がおられる場所が自動車でな
かなか到着しにくい場所、そういうことでありま
す、この関係でのヘリコプターの必要性とい
うことであれば、これはやはり救急救命士体制とあ
わせて将来の課題として今後考えていくものだ、こ
のように考えております。

○児玉委員 時間のようですから、今の点は御努
力をお願いしたいと思います。

最後に、救命救急センターですが、北海道では
七カ所の整備を目標にして現在四カ所が既に重要
な任務を果たしています。国立を除く三カ所の収
支状況、一九八八年ですが、旭川赤十字について
いえば赤字が一億三千万円、市立の釧路総合病院
は赤字が二億七千万円、市立函館病院は赤字一億五
千万円、これではせつ々しい仕事をやっているの
だけれども補助の、所によっては大体二倍の赤字
を出していますね。補助基準を引き上げるべきで
はないかと思うのが一つです。

もう一つは、救命救急センターの職員の配置基
準は、昭和五十二年にセンターが発足して以来そ
のままになって改善がされていない。これも、医

学の高度化、そしてこの業務の社会的な重要性に
かんがみて、職員の配置基準について前進的な見
直しをすべきだと思っております。その二点につ
いて伺います。

○長谷川(慧)政府委員 救命救急センターに対
します国庫補助の問題につきましては、補助制度を
設けていくところでございますが、毎年人件費等
のアップに伴います単価の引き上げ等を行って
補助基準額についての引き上げ等を行っている
ところでございます。

御指摘のように、職員配置基準等については当
初に設定したままになっておるわけでございま
すし、救命救急センターにかかわりますいろいろな
要望等の問題もあるわけでございまして、少し
実情を調査いたしました上で、また検討、勉強し
てみたいというぐあいに考えております。

○児玉委員 前進的な努力をお願いして、質問を
終わります。

○浜田委員長 以上で両案に対する質疑は終局い
たしました。

○浜田委員長 まず、内閣提出、戦傷病者戦没者
遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給
付金支給法の一部を改正する法律案について議事
を進めます。

本案に対し、野呂昭彦君から修正案が提出され
ております。
提出者から趣旨の説明を求めます。野呂昭彦
君。

戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の
妻に対する特別給付金支給法の一部を改正す
る法律案に対する修正案
〔本号末尾に掲載〕

○野呂委員 ただいま議題となりました戦傷病者

戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する
特別給付金支給法の一部を改正する法律案に対す
る修正案につきまして、自由民主党を代表いたし
ましてその趣旨を御説明申し上げます。
修正の要旨は、原案において「平成三年四月一
日」となっている施行期日を「公布の日」に改
め、平成三年四月一日から適用することでありま
す。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。
○浜田委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

○浜田委員長 これより本案及びこれに対する修
正案を一括して討論に付するのでありますが、そ
の申し出がありませんので、直ちに採決に入りま
す。野呂昭彦君提出の修正案について採決い
たします。

〔賛成者起立〕
○浜田委員長 起立総員。よって、野呂昭彦君提
出の修正案は可決いたしました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除
いて、原案について採決いたします。
これに賛成の諸君の起立を求めます。
〔賛成者起立〕
○浜田委員長 起立総員。よって、本案は修正議
決すべきものと決しました。

○浜田委員長 この際、本案に対し、野呂昭彦君
外五名から、自由民主党、日本社会党・護憲共
同、公明党・国民会議、日本共産党、民社党及び
進歩民主連合の六派共同提案に係る附帯決議を付
すべしとの動議が提出されております。
提出者より趣旨の説明を求めます。遠藤和良
君。

○遠藤(和)委員 私は、自由民主党、日本社会
党・護憲共同、公明党・国民会議、日本共産党、
民社党及び進歩民主連合を代表いたしまして、本
動議について御説明申し上げます。
案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病
者等の妻に対する特別給付金支給法の一
部を改正する法律案に対する附帯決議
〔案〕
政府は、次の事項につき、格段の努力を払う
べきである。
一 国民の生活水準の向上等に見合って、今後
とも援護の水準を引き上げ、公平な援護措置
が行われるように努めること。
二 海外旧戦域における遺骨収集については、
相手国の協力を得て早期収集に一層の努力を
払うとともに、慰霊巡洋等についてはさらに
積極的に推進すること。
三 中国残留日本人孤児、中国残留日本婦人等
に関する情報収集について、引き続き中国政
府の積極的な協力が得られるように配慮す
ること。さらに、訪日調査により肉親が判明し
なかつた孤児に関する調査に最大限の努力を
払うこと。また、サハリン残留邦人の一時帰
国の一層の促進を図ること。
四 帰国孤児の定着先における自立促進を図る
ため、日本語教育、就職対策、住宅対策等の
諸施策の総合的な実施に万全を期すこと。
以上であります。
何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。
○浜田委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。
採決いたします。
野呂昭彦君外五名提出の動議に賛成の諸君の起
立を求めます。
〔賛成者起立〕
○浜田委員長 起立総員。よって、本動議のと
おり本案に附帯決議を付することに決しました。
この際、厚生大臣から発言を求められておりま

すので、これを許します。下条厚生大臣。
○下条国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その御趣旨を十分尊重して努力いたす所存でございます。

○浜田委員長 次に、内閣提出、参議院送付、救急救命士法案について議事を進めます。
これより討論に入るのでありますが、その申し出がありませんので、直ちに採決に入ります。
本案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕
○浜田委員長 起立総員。よって、本案は原案のとおり可決すべきものと決しました。

○浜田委員長 この際、本案に対し、野呂昭彦君外五名から、自由民主党、日本社会党・護憲共同、公明党・国民会議、日本共産党、民社党及び進歩民主連合の六派共同提案に係る附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。
提出者より趣旨の説明を求めます。水井孝信君。

○永井委員 私は、自由民主党、日本社会党・護憲共同、公明党・国民会議、日本共産党、民社党及び進歩民主連合を代表いたしましたして、本動議について御説明申し上げます。
案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

救急救命士法案に対する附帯決議(案)
政府は、次の事項につき、適切な措置を講ずべきである。

一 救急専門医療に携わる医療関係者の養成に積極的に努めるとともに、医師が救急用自動車等に同乗して必要な処置を行う方式(ドクターカー方式)等を推進し、救急医療体制の一層の充実を図ること。

二 救急救命処置が適切に行われるよう、救急救命士と医師その他の医療関係者との十分な

連携の確保を図るとともに、救急医療体制の地域間格差の解消に努めること。

三 救急救命士の適切な人材の確保と資質の向上に努め、処遇の向上を図ること。

四 近年の医療の著しい高度化にかんがみ、定期的研修制度の創設を図るなど制度の充実強化に努めること。

以上であります。
何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。

○浜田委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。採決いたします。

野呂昭彦君外五名提出の動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○浜田委員長 起立総員。よって、本動議のとおり本案に附帯決議を付することに決しました。

この際、厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。下条厚生大臣。
○下条国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その御趣旨を十分尊重して、努力いたす所存でございます。

○浜田委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました両案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○浜田委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○浜田委員長 午後零時四十五分より再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時二十二分休憩

午後零時四十六分開議

○浜田委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。内閣提出、老人保健法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

これより質疑に入ります。
質疑の申し出がありますので、これを許します。石破茂君。

○石破委員 それでは、老人保健法等の一部を改正する法律案につきまして若干の質問をさせていただきます。皆様方御案内のとおり、我が国は平均寿命八十歳を超える世界で一番の長寿国ということに相なりました。これは戦後我が国政治の最も輝かしい成果の一つであろうというふうに認識をいたしております。政治が悪かったから寿命が延びたなどということはないわけでありまして、やはりそれは私どもの政治が間違っていないかということを示します一つの証左ではなからうかということには認識をいたしております。

しかし、量より質という言葉が正しいのかどうかわかりませんが、長生きして本当によかったねと言えりような長寿社会でなくてはこれは余り意味がないのではないかと。こんなことであれば早く死にたいなというお年寄りがふえるようなことでは、単に寿命が延びたからといっていい社会が来たということにはならないでほしい。よく言われておりますように、二十一世紀には四人に一人が六十五歳以上になりますよというふうな指摘をされて、若い世代の負担がふえる、これをどうするかというふうなことが当面の問題になっておるはずであります。

さて、大臣は所信表明の中で、赤ちゃんからお年寄りまでみんなを幸せにできる社会を築くんだというふうにお述べであります。それを正しく確実に担保いたしますためには、今後の社会保障の

あり方というのはどのようにお考えなのか、大臣の御所見をまず承りたいと存じます。

○下条国務大臣 委員のただいまの最初のお話の中にもありましたように、日本は非常に速いテンポで高齢化の社会に突入したわけでございます。また、国民一人一人の努力、あるいはまた、それを取り巻く環境の整備、さらには、その整備を進めるに当たっては政治の力も大いにあったと思えますけれども、諸条件が整いまして長寿社会というものが実現してきたわけでございます。

問題は、そのような長寿の社会が、お年寄りがやはり長生きをしてよかったです、しかも健康である、しかも健康だけでなく年金制度の裏づけがあつて生活の安定もある、そのような条件が整っていくことが必要でありますし、また同時に、若い、後を支えていく方々はそれ相応の費用の負担にとどめられるような均衡ある諸制度の建設をしていかなければならないということも忘れ

ることができない重要なポイントだと思います。また、最近非常に問題になっておりますのは、出生率が非常に低くなつてきた。公式に発表されております出生率は、平成元年の数字でございますが、御承知のようにこれが一・五七ということになっておりますし、さらに、その後のいろいろなソースから出ております数字は、公式のものでございませぬけれども、その一・五七をさらに下回る傾向にあるということになりますと、将来の人口構成の最も望ましい姿から見ますと、この赤ちゃんが少ないということは非常に大きな問題を発生させる原因になる、このように考えるわけでございます。

したがしまして、私が所信で申し上げましたのは、やはりお年寄りから赤ちゃんまでの皆さんが、どこに住んでもその幸せを実感できる社会づくりをしようということが私の政治の信念でございますし、また同時に、厚生省としての保健、福祉、年金、医療、その他万般にわたります厚生行政もそういうような見地で今あらゆる施策を進めておる、こういうことだと私は信じております。

○石破委員 さて、それでは具体的に、平成元年の十二月に策定をされました「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、実際に今大臣がおっしゃいましたことを具現化する手段としてそういう戦略が組み立てられ、今実行に移されておるところであります。要するに、お年寄りのお話を聞いてみますと、単に寂しく長生きだけでも仕方がない、家族に見られて、家族と一緒に、家族の介護を受けながら長生きをしたい、そういうようなお気持ち強いように私は思うのであります。その具現化として十か年戦略というのが行われているわけでありまして、家で介護をする、老人にとつては幸せなのかもしれないが、介護をする家族にしてみれば、もちろん親は大切だし何でもできることはしてあげたいが、負担というものもかなりなものになるねというお気持ち強かろうと思えます。そういうことを踏まえた上で、十か年戦略なるものの具体的な像について、また、これから先の推進の方向について承れば幸いです。

○熊代政府委員 お答えいたします。

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」は、先生御指摘のように二十一世紀の本格的な高齢化社会に向けまして、高齢者の保健福祉の分野におきまして今世紀中に実現を図るべき十年間の目標を掲げまして、在宅福祉サービス、施設福祉サービス等の基盤を総合的かつ緊急に整備していただくというものでございますが、まず第一に、在宅の柱でありますホームヘルパーにつきまして十万人確保する等、具体的な整備目標を定めまして、市町村における在宅福祉対策の緊急整備を図ることが第一点でございます。第二点は、予防から治療、リハビリテーション、介護まで一貫した体制を整備する。寝たきり老人ゼロ作戦を展開すること。第三点は、在宅福祉や高齢者の生きがい事業を支援するため、七百億円の長寿社会福祉基金を設置すること。第四点でございますが、特別養護老人ホームを目標年度には二十四万床にする。老人保健施設は二十八万床にする等、施設の緊急整備を図るこ

と。第五点といたしまして、明るい長寿社会づくりに推進機構を全都道府県に設置することなどによりまして、高齢者の生きがい対策を推進すること等の事業を実施することといたしております。

平成二年度より事業の推進に努めてまいりついでところでございますが、事業の第二年度目当たりです平成三年度におきましては、国費ベースで平成二年度に比べまして約五百億円の千四百億円といたしております。中身といたしまして、ホームヘルパーの増員、デイサービス、ショートステイの拡充等在宅福祉サービスの充実や、特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設整備等を進めることといたしております。今後とも目標達成に向けまして事業の推進に努めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○石破委員 総論的なことを幾つかお尋ねをいたしておきたいと思えます。

大臣のお話の中にもございましたが、一体日本型福祉とは何ぞやということでございます。高負担高福祉がいいのか、低負担低福祉なのか。最もよろしいのは低負担高福祉には決まっていますが、大事なものはただではないんで、よく北欧なりそういうところは高負担高福祉と言われておるが、それでは社会の活力が損なわれていくが悪い。よって我が国というのは、高負担高福祉によって社会の活力が損なわれるのではなくて、日本独自の、何負担何福祉ということではなくて、日本型福祉というものをこれから模索していかんやならぬのではないかとこのように言われてはおるのです。言われてはおるのだが、さて、日本型福祉とは一体どのようなものなのかということの具体像がなかなか見えてこない、私もそこを承りたいと思っております。

つまり、国民の負担が余り高くないように配慮をすべきであるというのはそうなんです。外国とのデータを比較するとどういふふうになるか。八六年の数字を見ますと、国民負担率であります、アメリカが三五・五、西ドイツが五二・

八、イギリスが五三・九、フランスが六一・五、スウェーデンが七三・三、こういう数字が出てきて、じゃ、それに比して日本はどうなのか、こういう議論がなされるかと思えます。ただ、単に外国との数字を比べてもそれは余り意味のない話で、要するにどれだけの負担をしてどれだけの福祉が行われるのか、逆に言えばどれだけの福祉をするためにはどれだけの負担が必要なのか、日本の場合にはどうなんですかという話をしているかねばならぬだろう。つまり、社会保障の中身がどうであって、それに比べていかなる負担をするかというお話を国民全体でコンセンサスを得ておかなければならないかというふうに思っております。

第二臨調ですとか新行革審ですとか、ああいうところでは何が言われているかといえますと、ピーク時であっても国民の負担率は四〇％台後半におさめるといふふうに行われているわけでありまして、しかし、このまま行けば二十一世紀には間違いなく五〇％を超えるだろうというふうな予想されておるわけですね。ですから、日本型福祉といふのは本当にどういふものを目指し、どういふ形で国民に理解を得ようとしておられるか、そのことについてお尋ねいたします。

○下条国務大臣 これは大変難しいお話だと思えますけれども、基本的には日本は憲法第二十五条によつて国民がひとしく権利を持って生活ができる、こういう基本的な条件が示されているわけでございます。ですので、どんな場所においてもどんな形があつても、その状態、状態に応じてそれぞれの方々が生活ができる、また、健康な生活が保障される、こういうことがベースで私は考えていかなければならないと思えます。

そういうことから、先ほど来お話が出ておりますように、お年を召した方も健康やかに生活をされ、また、長寿を全うされるということが条件を整えることがもちろん必要でございます。つまり、そのお年寄りの中には、御病気がかあるいは

その他介護を必要とされる方がいる場合には、これは健康な人たちの負担の中で、あるいは過去における蓄積の中で、その方々が介護を十分受けられるような条件を整える。あるいはまた若い方々については、やはりこれから後を継いでいくわけでありまして、健康やかに生み育てる条件を整えていくということも必要でありましようし、あるいはまた、お体の御不自由な方に対しては、これは健康な人たちが同じ世代に生きる者としての応分の御協力を申し上げて、温かい手を差し伸べていくような条件を整えなければならぬというようございまして、全般にわたって、くどいようたつての行き届いた施策がしみ通るような形で社会づくりということがねらいであると思えます。それを実現するためには、もちろんそれぞれの負担をしていただくことに相ならぬと思えますが、その負担につきましましては、今おっしゃったように国民負担率という形で評価されることの一つのめどにはなっております。

そこで、先ほどお話がありました、二十一世紀に向かつてだんだん負担率がふえるではないかというお見通しでございますけれども、二十一世紀初頭はいろいろな調査によりますと四〇％の中ころというふうな数字もあるやに聞いております。今現在は日本は三九％を若干切っております。うに記憶いたしておりますが、できる限り、上がつても四〇％の中ころ、四五％前後のあたりにおさめられれば国民の負担もそれほど苦痛にならないのじゃないかと思えます。やはり可処分所得が多いほど経済も活性化し、また、それがめぐりめぐって社会福祉のいろんな手だてもできることと相なるわけでありまして、私たちとしてはどの負担率の中でこのような総合的な福祉政策を行っていききたい、このように考えておるわけでございます。

○石破委員 これはある意味においては二律背反みたいな話に下手をするとなつてしまふんじゃないかという気はするのです。つまり、社会保障は

充実をさせねばならないし、経済の活力も維持をさせねばならない。非常に難しいことだと思っております。日本型福祉というものを実現するため、ぜひともこれから先もお力を尽くしていただきたいと思うところでございます。

さて次に、消費税につきまして若干のお尋ねをいたしたいと存じます。
つまり、消費税を導入いたしますときの、私も大変評判が悪かった消費税、国民の皆様方から失われ、選挙においては同志の多くを失い、大変に困難をきわめて実現をした、犠牲を払って実現をした消費税でありました。消費税を導入するときにも国民の皆様方に申し上げたのは、これから先は高齢化社会がやってまいりますよ、ついでには負担はふえますよ、そのために広く薄く、国民みんなで分担をしていく、高齢化社会はみんなで支えるのであるから、だれに負担が偏ることもない消費税を導入させてくださいというところでお願いをいたしたはずであります。

最近、消費税というのは定着をしたように思います。定着をしたのは、なれちゃったということがほとんどなのであります。もう実際はそんなにややくしょくないね、負担も高くないね、国民の間に定着したねということではあります。しかし、定着したから消費税はこれでいいんだというものではないでしょう。最初私も選挙のときに申し上げたように、国民の皆様方に訴えかけたように、これから先は高齢化社会が来る、そのための消費税なんだということをもう一度認識をする必要があろうというふうに思っております。消費税を導入したんだから福祉は確かに向上したねという形を国民の皆様方に示すことが政治をする者の一つの責任なのかなという気はいたしております。

○渡辺説明員 お答えをさせていただきます。消費税は、先生御指摘のとおり、高齢化社会への対応、負担の公平の確保、個別間接税制度の問題の解消、こういった観点から創設されたものでございますが、それを社会保障のための目的税化するかどうかということにつきましては、先生御承知のとおり種々の御議論がございました結果、現在では目的税ということにはなっておりません。そこで、消費税の使途ということではなくて、消費税を含めた税収を社会保障分野でどう生かしていくのかということでお答えをさせていただきます。

社会保険関係費を大きく分類いたしますと、御承知のとおり、年金等の所得保障の分野、それから医療保障の分野、それに福祉、生活衛生等の公共福祉サービスの分野がございます。所得保障あるいは医療保障の分野におきましては、健康の自己責任、さらには負担と給付の公平といった観点から、保険料を中心とした社会保険システムで運営してきておりますし、今後も受益と負担の対応関係が明確なこの方式を基本としていくべきものというふうに考えております。したがって、消費税を含む税収は、福祉等の公共福祉サービスの分野に重点を置いて充当していくのが基本ではないかとこのように考えております。

このような考え方から、政府といたしましては、この消費税が高齢化社会の進展等に備える趣旨で導入されたことも踏まえまして、先ほどお話の出でございました「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を策定いたしました。各年度の予算編成においてその着実な推進を図ることを初めといたしまして、高齢化に対応した公共福祉サービスの充実を努めてきていただいております。

○石破委員 確かにこれは目的税ではないわけであり、その用途が牽連性を持つということには相ならないのであります。また、消費税をそのまま目的税にすることがいいかどうかというのはいろいろな議論のある話でありまして、つまり、税収の伸びるものと医療費の伸びるものがパラレルではないわけですから、消費税をそのまま目的税にすることが福祉の増進に資するかと言え、決して一概にそう言えるものでもなからうというふうには思っております。

○石破委員 消費税を導入するときに、とにかくにもあれだけ大議論があった。定着をしたからといってこれをもう忘れてもいいというものではない。目的税ではないわけであり、国民の皆様方に本当に広く薄く負担をいたしたかからは、目に見えて福祉がよくなったということはいふに思いますが、ぜひともこの点は今後お願いをいたしたいと思います。

○石破委員 消費税を導入するときに、とにかくにもあれだけ大議論があった。定着をしたからといってこれをもう忘れてもいいというものではない。目的税ではないわけであり、国民の皆様方に本当に広く薄く負担をいたしたかからは、目に見えて福祉がよくなったということはいふに思いますが、ぜひともこの点は今後お願いをいたしたいと思います。

地だつてそんな山奥なんて売れやせぬのです。そうなるべくると、やはり地域間のバランスとして、なぜ田舎の高齢者の多いところは負担が多くて、都会の若い人が多いところは健康保険に入っておって病気になる人も少なく負担が少ないのかというふうな、地域間のバランスを失しておるというふうなことがあるような気がしておるのでありますが、このことにつきましてもはいかがでございますでしょうか。

○岡光政府委員 確かに老人医療費の実態を見ますと、地域差が相当ございます。そういった地域差の問題と、もう一つは老人医療費についての地域間の負担のアンバランスの問題と、この二つの問題があるかと思ひます。

先生がおっしゃいましたのは恐らく地域間の負担のアンバランスの問題だと思ひます。典型的におっしゃいましたように、都市部ではまさに若い人が多くて、そして農村部というのでしょいか、地方では高齢化も高いし、それから国保の加入率も高いということで、そちらの方の老人医療費が保険グループとしてはかかつておる。その辺の問題の調整として、まさに今の老人保健制度では一〇〇%按分ということで、それぞれの保険グループでひとしくお年寄りを抱えるという、支え合ふんだという、そういう仕組みにしたわけでございます。そして、そういう仕組みにした結果がそのよくな地域間の負担のアンバランスを調整する役割を果たしているんじゃないだろうか、そのように認識をしております。

○下条国務大臣 ちょっと補足をさせていただきます。ちよつと補足をさせていただきます。ちよつと手元にあります老人の人口比をちよつと見てみましたら、鳥取は六十五歳以上の人口が平成元年の統計で一五・五%でございます。これは全国の平均が一・六%ありますから、高齢化は余計進んでいるということでございますが、ちよつと手前みそになつて恐縮でありますけれども、私の長野県の方も同じく一五・五%、ほぼ同じでございます。そして、医療費は長野県は全国で一番低いというこ

とになつておりますので、これは必ずしもパラレルに結びつかない。例えば北海道は非常に多いということでございます。それぞれ理由は理由がみんな違ふと思ひますので、画一的な議論はなかなかできにくい。しかし、高いところの問題についても、低いところの問題につきましても、今後の課題として研究してみたいと思つております。

○石破委員 それでは、別の立場に立つて考えてみますと、今部長からお話がありましたように、老人保健制度というのは、健保の負担によつて国保の負担を軽減し、地域間格差の是正なり、公平の実現に努めておるのだ、そういう役割も確かに持つておるのだらうと思ひます。ところが、一方で健康保険組合に言わせると、何で我々はこんなに負担をしなければいけぬのだという話になるのでしょうか。何のための健康保険組合なんだというお話が出てきようかと思ひます。

拠出金額を見てみますと、現在、各健保というのは保険料の二七%ないし二八%、これを老人医療費に振り当てておるといふことになるのでしよう。これは多分十年後には五〇%ぐらいにはせぬか、そういう予想もあるのではないかと思ひます。この辺はどうなんでしょう。そういうことがだんだんふえていきますと、実際、若い人たちは、何もお年寄りを養うのが嫌だと言つておるわけじゃない。そうではないんだけれども、自分たちはこれだけ納めるのにもかかわらず、自分たちが老人になつたときはだれも面倒を見てくれぬじゃないか、これでは余りひどいではないか。それじゃ、自分たちの出したものは自分たちで使ひましようというふうな、これはあながち責めることはできないと思ひます。これはあながち責めることとはできないと思ひます。そういうふうな健康保険組合側からの反発というのもまた予想されるとは思ひます。そのことにつきましてもはいかがでございますでしょうか。

○岡光政府委員 おっしゃいますように、それぞれの保険グループで見た場合には、健康保険組合の場合には若い人たちが構成をされておりますので、そこへ一〇〇%按分率というところで、全国平均

均的な部分を持つてくだささい、こうなりますと、実際に抱えているのは、百人被保険者がいますと三人ぐらしか高齢者はいないわけでございます。平均ですと七人余り持つてくだささい、今の時点ではそうなつておられます。プラス四持つてもらう格好になります。それが現役世代に、拠出金をしなければなりませんのですから、保険料負担としてかぶさつておる。それが自分たちの医療費であれば保険料で払うのは納得できるけれども、人様のお年寄りに拠出をするのではどうもそのところが理解できないというのが根底にあるというふうな理解をしております。

この点につきましては、そういった面も否定できない面がございますので、できるだけ現役の勤労者の負担を緩和しなければいけないではないかというところで特別保健福祉事業というものを講じてまして、平成三年度では一十億のその特別事業をぜひとも実現させていただきたいと思つておりますが、そういったことを講じながら、できるだけ現役世代の御理解を得た上でこの老人保健制度の運営を図つていきたい。また、今回の改正案ではそういった観点から若い人の理解を得ながら、若い人とお年寄りの負担のバランスということは何しろ内容として盛り込んでいきたいということを考えている次第でございます。

○石破委員 それでは、続けてお尋ねをいたします。今回の法改正によりまして、具体的に一人一人のレベルにおおして見た場合に、どれぐらいの負担減というものが考えられておるわけでありませうか。

○岡光政府委員 ただいま申し上げました制度改正、それから特別保健福祉事業、合わせまして満年度ベースで総額約二千六百億円の拠出金負担の軽減になります。これを一人当たりで計算いたしますと、健康保険組合とか共済、いわゆる勤労者の場合でございますが、被保険者一人当たり年額で約六百円、それから国民健康保険の場合には、これは世帯当たりで保険料負担されておるま

すが、一世帯当たり年間約三千四百円の負担効果が見込まれております。

○石破委員 それでは、次に公費の負担につきましてお尋ねをいたしたいと存じます。今回、介護に着手した公費負担割合の引き上げということが行われている。具体的には老人保健施設ですね。この療養費が現在の三割から五割に上がる、看護婦、介護職員が多数配置された老人病院の入院医療費、これも三割から五割に上がるというふうな提案をなされておるわけでありませうか。これは今後どのように推移をされるのでありませうか。

○岡光政府委員 どの程度になるだらうかというのは、医療費がどう伸びるかとか、実際に今度の御提案申し上げておられます公費負担割合を引き上げる対象施設がどう展開していくか、それによつてどうもはっきりとした数字として申し上げられないのはでございますが、先ほど御議論ありましたような「高齢者保健福祉推進十か年戦略」に基づいて、まず今回対象にしております老人保健施設につきましても、現在約三万床でございますが、約十年後には二十八万床にしたいということ、約十倍に伸びるわけでございます。

それから、もう一つのタイプのものとしたしまして、介護体制が整つた老人病院の入院医療費を公費負担の拡大対象にしてありますが、こういった介護体制の整つた老人病院につきましても、その承認促進を鋭意図つておると思ひます。例えば介護力強化病院ということで平成二年四月に老人診療報酬を改定いたしましたので、その制度をつくつたのですが、現時点でも百を超える老人病院がその対象になつておる。相当の勢いでその普及が図られておりますが、そういったことが例証でございます。そういう対象がどんどん整備されることによつて、結果として公費の額が膨らんでいくものだというふうな理解をしております。

○石破委員 うまい話というのはどこにもないわけ、打ち出の小づちというのは世の中にないわ

けで、公費がふえればそれでいいじゃないか、公費の負担をもっとふやせ、確かに耳ざわりのいい議論ではあるのです。しかし、公費というのは何ですかという、それは国民の負担なのであり、それが公費を納めておられますかという、これは圧倒的に現役世代が多いわけで、公費をふやせばそれでいい、私はそういうものではないかろうと思っておるのです。お上という全然別の世界があつて、そこがお金をじゃぶじゃぶ持つてきてくれるというのだったらそういう概念も成り立つのでしようが、ただ公費をふやせばそれでいいというわけにはならぬだろうというふうには私は思っているのです。

しかし、先ほど消費税のときにも申し上げましたけれども、きちんと理念のあるものであれば公費というのは割合はふえていくべきものではないか。無定見にふやしていくということではなく、理念があれば公費の負担というのはいくらでもいいのではないかと、そういうふうな考え方です。つまり、どこまでを保険料で賄って、どこまでを公費で見るべきかという基本理念の確立というのは、今絶対に必要なことだということに思っておるのです。それがなければ、国家財政に余裕があれば公費がふえますし、国家財政に余裕がなければ保険料の割合がふえますよ、保険料の引き上げを行いますよ、非常に悪い言い方で言えば、場当たり的なものになってしまうのではないかと気がしておるわけでありまして、今回、公費の割合がふえるというふうには言いたくない、それは実は三〇%が三・一・二になるだけではないかという御批判もあるわけですね。くどいようでありまして、私は単に公費だけふやせばそれでいいとは思っていない。公費をいたずらにふやすことというのはチェックがきかなくなることであり、責任の分担が不明確になることですから、いたずらに公費をふやせばいいとは思わないのだけれども、理念のある、原則の確立された公費の負担割合の増加というよりはやはり必要なことではないかというふうに思っておるわけ

あります。したがって、三〇が三・一・二ではだめなのだ、もっとふやさなければいかぬ、そういうような限界もあるかと思ひますが、そういうことについてはいかがでありませうか。

○岡光政府委員 御指摘のとおり、公費というの税金でございまして、その相当部分は現役世代が負担をしておりますから、おっしゃいますように、公費を導入する場合にも意義、目的を十分吟味をして、今の日本の全体の制度の中でやはり整合性のある、意味のあるものじゃないといけないというふうに考えております。

今回の制度改正で私も考えておりますのは、これからのお年寄りのことを考えますと、体の機能が年をとるとともに非常に低下をしていって、日常生活を送るに当たってどうしても他からの支援、援助が必要だということになる人が多くなると想定されているわけでございます。したがって、そういういわゆる生活介護というのが、他から生活を支援するという部分が物すごく重要になってくるというふうに認識をしております。公費を考へる場合にも、そういう部分がかんたん進んでいくように、理念的にもそういうものに対して応援をしていくようにという仕組みを仕組むことがふさわしいのではないだろうかというふうに考えているわけでございます。中身的には福祉の要素に似通っているわけでございます、今の日本の補助金の体系の中で福祉の経費は五割補助というのが多いわけでございます、そういうものとパラメータを考へまして、この介護的な部分については五割の公費割合に持っていきたい、そのようなことを考へたわけでございます。

先生、三・一・二というふうにおっしゃいましたが、これは平成三年度で満年度ベースで計算した結果として、今七百五十億円というふうな私ども計算をしておるわけでございます、六兆円の総医療費で七百五十億円を割つたらそれが一・二五%になるというところでございまして、先ほど

御答弁申し上げましたが、この対象の施設はどんなにこれからふえていくわけでございますから、三・一・二がほとんどふえていくというふうな私どもは見えておるわけでございます。

○石破委員 社会保険において保険料と税金がどのような役割を果たしているのかという理念をやはり明らかにしておく必要があるのではないかと思います。確かに部長のおっしゃるように、三・一・二ではなくて、今はそうかもしれないが、ほとんどほとんど公費の割合が上がっていくということはある意味では望ましいことだと思っております。しかし、保険料は何をし、税金は何をするのか。税金というのは、本来は所得再分配の意味合いを持つておるはず、垂直的公平を実現するという意味合いを持つておるはずであります、これはもう御答弁は結構なのでありますけれども、非常にお金持ちもお金のない人も、公費の出す割合は一緒よということは何となく理解をにくいことだと思つておるのです。下にすれば、下という言い方はいけませんけれども、生活保護があるからいいではないかという話なのかもしれないけれども、生活保護は受けていなくても、そのやや上のレベルでは本当に負担がでできない、負担をするのが非常に苦しいというレベルが存在することも事実なのであります。また、本当に大金持ちで、自分のお金で何でもできるといふ人もいろいろいる、いろいろなお年寄りがいる、そういうことを考へてみた場合に、保険料の持つべき役割と税金の果たすべき役割、それはきちんと理念をはつきりしておくことが必要なのではないかなというふうに私は思つておりますので、よろしくお願ひをいたしたいと思ひます。

一部負担金の改定でございます。外来が一月八百円が一千円に、入院が一日四百円から八百円とすることが提案をされているわけでございます。このことにつきまして、なぜこういうような数字になりますのか、基本的な御認識を承りたいと存じます。

○岡光政府委員 先生よく御承知のとおり、老人保健につきましては定額の一部負担制であるわけでございます。現在は、外来の場合に一月で八百円、それから入院の場合には一日当たりで四百円という定額制になっておるわけでございます。そして、この一部負担を除く経費につきまして、三割を公費負担し、七割を拠出金の対象にしておるわけでございます。したがって、一部負担をどの程度とするのか、それから現役世代に拠出金をどの程度に担ってもらうのか、それから公費でどの程度出すのか、その三つの経費の関係になっているわけでございます。

一部負担につきまして私も今回改正をお願いしたいと考えておりますのは、前回の改正が昭和六十一年でございまして、四年以上据え置かれておる、そして六兆円の総額に對しまして、一部負担金の総額が約三%にとどまっておりますわけでございます。先ほど申し上げましたが、老人医療費の増大に伴いまして、拠出金を拠出しておる現役世代の負担感が高まっているわけでございます。そういった現役世代とお年寄りの負担の均衡であるとか、あるいはお年寄りの中でも在宅で療養しておる、あるいは他の施設に入つていらっしゃる場合の負担であるとか、そういったことと負担の均衡を考へまして、必要な受診が抑制せられない範囲で一部負担の改定をお願いしたい、こういうことを考へている次第でございます。

○石破委員 さて、そういうことが行われるわけですが、老人の立場に立つた場合にはどうなんだろうというところであります。

今回の制度改正によって、確かに現役世代と老人との負担のバランスというところは明確にされるわけですね。ただ、それと同時に、負担のバランスというのがある程度導入される、スライド制というものが導入される。これまでは法律できちんと幾らよということが決まっておつたわけでありまして、これから先スライドが導入される、自動的に変動していくことになりまして、政府

込まれるわけでありませうけれども、これは今後どのような役割を果たすのでありませうか。そしてまた、それがどの地域にも普及をして、この地域の人でも公平に受けられるということが必要ではないかというふうに思いますが、そのことに対しての施策はいかなるものでありませうか。

○岡光政府委員 まさに在宅で、自分のうちで、あるいは住みなれた地域で生活を続けたい、そして生活の質の確保を図りたいということは、個人からも要望がありますし、施策としても進めなければいけないと考えております。そういう意味で、在宅対策の整備を進めておるところでございますが、今回御提案をしております老人訪問看護制度も、そういった在宅の要介護老人が在宅での生活が送れるように、そして、より高い生活の質が確保できるようにということをごねらつておるところでございます。

これからどういうふうな展開をしていくかということでございますが、私も、大体訪問看護ステーションの数は全国で約五万カ所程度になるんじゃないだろうか、そのようなことを念頭に置きまして、地域の需要を考えながら全国的にそういったサービスが均てんして展開されるように整備を図っていきたくて考えております。

○石破委員 そのための人材の確保なのであります。今、看護婦さんが足りない、足りないと言われている。それは、夜勤があるからとでもできないわとか、子供を持ったらとでも勤められせんわ、だけれども、もし勤務が楽な体制であれば働きたいと思っておる潜在的な看護婦の免許を持った人たちもいると思うのです。そういう人たちも含めて、どのようにその人材の確保をしていくのか、お見通しについて。

きるといふふうに考えておりますので、特に潜在をしておる看護婦さんを対象にその発掘をして、そのマンパワーを整えたいというふうに考えております。

○石破委員 それでは、今回の改正のもう一つの点でございます。初老期痴呆の状態にある者の老人保健施設の利用ということが今回可能になるわけでございます。この場合に、その概要、それからその対象者数はどれぐらいいるのかということについて、お尋ねをいたしたい。そしてまた、もう一つは、初老期痴呆というのはなまじ、なまじと言つてはいけませんけれども元気がないだけに、そのケアというのは非常に大変なものがあるだろうというふうに思っておりますが、そういう人が入つてこられて老人保健施設というのは本当に対応できるのかということにつきましてはいかがでありますか。

○岡光政府委員 六十五歳未満の初老期痴呆患者は、現在約一万三千人いるのではないかとこのように推計をしております。その人たちが今度対象に拡大したいと思っております老人保健施設へ入る、その対象予想数でございますが、約千人程度ではないだろうかというふうに考えております。したがって、この程度の定員部分であれば十分老人保健施設で受け入れ可能だということに考えております。

○石破委員 それでは、時間が参りましたので、最後に締めくくりをさせていただきます。私、こういう福祉というのが政争の具に使われては絶対にかかぬと思っておりますし、まして、いろいろな考え方によつて、例えば前の老健法の改正が選挙でつぶれてしまつたようなことを二度と繰り返してはいかぬだろうというふうに思っております。たとえ選挙に不利であっても、自分の党にとつて不利であっても、二十一世紀、高齢化が進展します社会保障の確立のためには正しい選択というのをしていかなばならぬだろう。政治に携わる者にしては行政に携わる者にして

も、なぜこれを行わねばならないのかという理由を明確にして、国民にわかりやすく説明をし、説得をすることがどうしても必要なことなんでしょうというふうに思っております。政治に求められる役割というのは、私もよくは存じませぬけれども、これは決して機嫌取りではないんだらう、国民が欲しておるものを口当たりよく約束をして耳ざわりのいい言葉で申し述べることではない。国民の皆様方がもう手を挙げて賛成はしていただけないけれども、賛成はしていただけないけれども、し説得をするのが、私は、政治をする者の仕事ではないか、それをしなければ、今はよくても、政治家はよくても、本当に困るのはだれなのかということになるであらうというふうに思っております。そして、それを明確にすることが長寿社会を支えていく唯一の道だと思つております。

年金にしても保険にしても、大変に制度自体複雑でわかりにくい点があるかと思つて。みんなが、自分だけが負担はしたくない、公費の負担がふえれば、年寄りの面倒まで見るのは嫌だというふうな、その場その場のことばかり言つても仕方がないので、全体的にどうなるのかという百年のタイムで物事を説明し、あなたの場合にはどうなるのですよというふうな話をしたいかねばならぬだろう。そういうためにもっとPRもしていただきたいし、老人の方、現役の方、そういう方におわかりをいただけるようなPR活動というものが今後必要になつてくるんじゃないかというふうに思っております。

○下条国務大臣 長寿社会に備えて今回の老人保健法の改正をお願いしているわけでございますが、この問題に対してのただいまの委員のお考え、全く同感でございます。私たちは、長い中長期の見通しの中で、長寿の社会を支えていくということで、お年寄りの方々の医療の問題あるいはまた介護の問題の充実等を

一方で考えながらも、また、安定した長期の制度を維持していくという観点から、若い方々の御負担もほどほどにしていかなきゃならないということの権衡を考えながら、制度を確かなものにしていくというふうな見地で、今回の改正をお願いしているわけでございます。先生からのいろいろな御所見、非常に重要なポイントを含んでおりますので、今後とも施策の中でできる限り生かしてまいりたい、このように考えておる次第でございます。

○石破委員 ありがとうございます。終わります。○浜田委員長 次回は、来る十六日火曜日午前九時五十分理事會、午前十時委員會を開會することとし、本日は、これにて散會いたします。午後一時四十三分散會

戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案に対する修正案
戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。
附則第一条の見出しを「施行期日等」に改め、同条中「平成三年四月一日」を「公布の日」に、「同年十月一日」を「平成三年十月一日」に改め、同条に次の一項を加える。
2 第一条の規定による改正後の戦傷病者戦没者遺族等援護法の規定は、平成三年四月一日から適用する。

平成三年四月二十日印刷
平成三年四月二十一日発行
衆議院事務局
印刷者 大蔵省印刷局
D