



9月県議会は9月27日から10月13日までの17日間開催されました。9月補正予算は、市町村除染対策費、被災12市町村における新規創業や営農再開を支援する経費、野生鳥獣被害対策に要する経費など4,118億円を計上しました。以下は委員会で発言した内容です。

1 現在も原子力災害が進行中

避難指示解除(富岡・浪江)に向けて準備が進められている。安全・安心が確保された帰還であれば歓迎したい。しかし、双葉郡は5年半が経過しても「原子力緊急事態宣言」は解除されていない。原子力緊急事態宣言は「原子力災害が終息し、応急対策を実施する必要がなくなった場合」解除することができるかと法で定められている。

いまだに「原子力緊急事態宣言」が解除されないことは、原子力災害が現在も進行中ということになる。

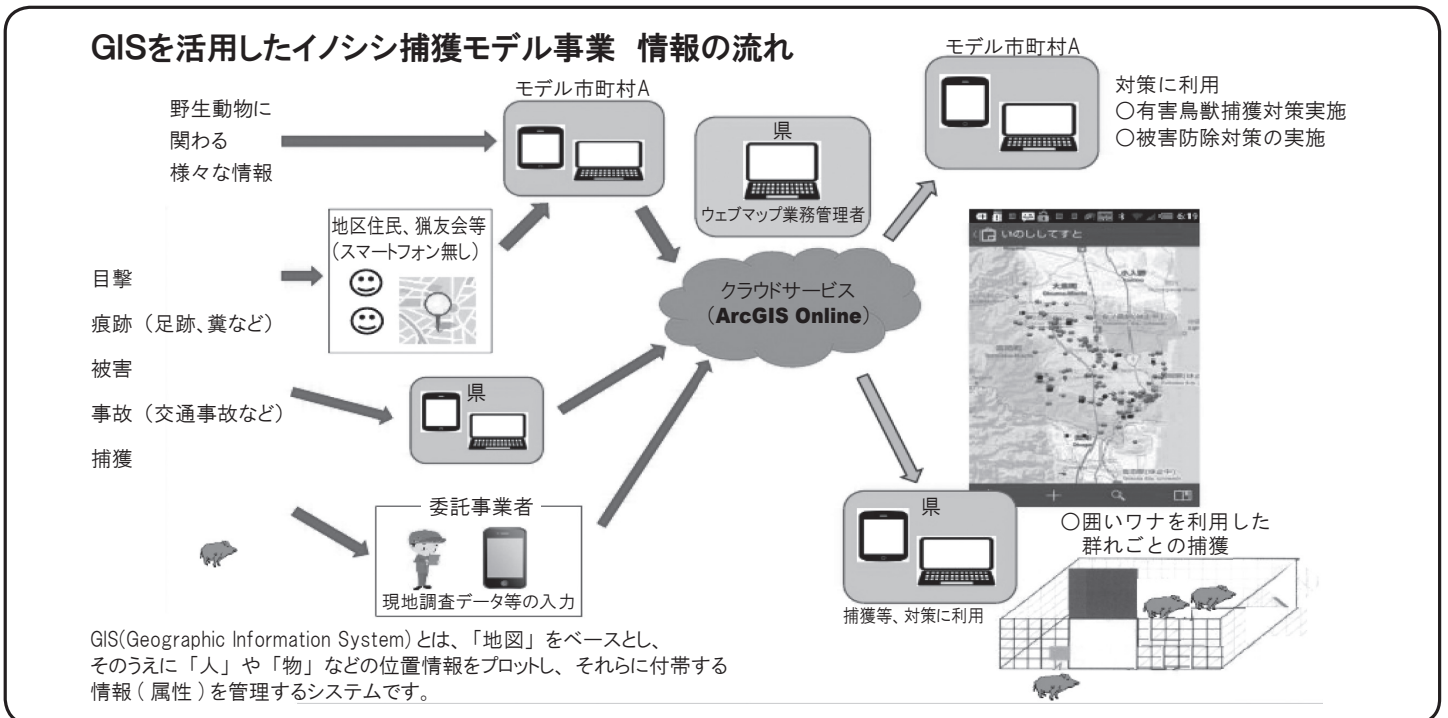
避難指示解除のための「宣言」の継続

国は「原子力緊急事態宣言」を解除しないで「避難指示解除(住民帰還)」を進めている。「宣言」を解除しない理由は、ICRP(国際放射線防護委員会)の緊急時の基準「空間の年間積算線量20ミリシーベルト以下」を根拠に避難指示解除を進めることにある。この線量は「放射線管理区域」の4倍にもあたり、平常時の20倍である。「宣言」を解除すれば「20ミリシーベルト以下」という緊急時の基準による避難指示解除の根拠を失うことになる。

被災地は4年後のオリンピックの名のもとに復興加速と賠償打ち切りなど同時進行している。

3 イノシシを一網打尽?

県は7月から檜葉町において地理情報システム(GIS)を活用した新たなモデル事業を実施しました。9月からは群れごと捕獲するための囲いワナによる捕獲に取り組んでいます。下図がそのイメージ図です。9月の補正予算で2,000万円を計上しました。



2 除染で出た高濃度汚染土を公共事業に再利用

国は、中間貯蔵施設建設の遅れや膨大な除染汚染土の発生、最終処分の受入先の目処が立たないことなどから高濃度汚染土を全国の公共事業で再利用することを決めた。

県内から出る除染汚染土は2,200万立方メートルで、東京ドームの17~18個分といわれている。この量を減らすため、公共事業の「盛り土」(道路や防潮堤に限定)などで再利用する。

基準値を80倍も緩和

再利用できる汚染土は、原子炉等規制法では1kgあたり100ベクレル以下と規定されている。国は、従来の基準からは80倍も緩め8,000ベクレル以下を再利用できることを決めた。

放射能物質でなくなるまで170年…

汚染土の再利用後に放射性物質として扱う必要がなくなる濃度に減衰するまで、170年かかると環境省の非公開会合で試算されている。その間の管理をどうしていくのかは不明である。

再利用の受入れは最終処分場ということ

国が再利用を決めても高濃度の汚染土を受入れる自治体がないと考へなければならない。「交付金というニンジン」も用意されていると考へなければならない。受入先がない場合は、福島県の被災地の復興にということも懸念される。委員会で質問しましたが、生活環境部長からは「国の議論を見守る」という答えがかえってきた。

行き場がなければ福島県に押し付けられる可能性も…。どっちに転んでも福島県は最終処分場化する恐れがある。

4 地域医療構想とは

福島県地域医療構想（素案）が9月にまとまった。団塊の世代が75歳以上になる2025年の医療需要を推計し、そのときに必要な医療機能を考え、あるべき姿を示すとなっている。

素案は各圏域の現状と課題を分析している。

以下、その特徴をまとめた。

医療資源の偏在が顕著

本県が抱える地域医療の現状について、以下のような課題がある。

①「医療資源の偏在」

周産期医療の分娩取扱施設数は平成18年と比較して76施設から38施設に半減している。

②医師不足

個々の二次医療圏では解決できない問題になっており、県全体の限られた医療資源を有効に活かし、支え合う必要がある。

③救急医療

高齢者の増加に伴う、出動の増加、患者の搬送先選定に苦慮する事例の増加が予想される。

いわき圏の医療提供体制の現状と課題

(1) 医師不足と医師の高齢化

いわき圏の医療施設は県平均を上回っている。しかし医療従事者は人口10万に当たりの病院医師数は86.3人と県平均116.9人に対して約74%と大幅に少ない。新たな医師の供給が少ないために、病院・診療所とも高齢化が進んでいる現状がある。

病院の一般病床2,310床の半数近くを、共立病院（709）と労災病院（406）の2病院で占めている。

(2) 医師と看護師、その他の医療従事者が不足

病院医師数が少ないこと、准看護師に比べ正看護師が少ないことなどにより、急性期や回復期を担う病床の設置基準が維持できず、他地域に比べ療養病床数が多くなっている。

効率の良い、質の高い医療提供体制の構築には、療養病棟・回復期リハビリテーション病棟・地域ケア包括ケア病棟など体制整備を検討していくとともに、施設設備の整備、医師や看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士などの不足している人材の確保が急務である。

(3) 「肺」、「脳」、「心臓」ともに医師不足

深刻化する医師不足。肺がんの専門医不足。脳卒中は脳こうそくの死亡率が高い。神経内科医、脳神経外科医ともに県平均よりも少ない。心疾患は急性心筋梗塞患者の標準化死亡比が男女とも県内で最も高く、全国の2倍。循環器内科医、心臓血管外科医ともに県内平均よりも少ない。

(4) II型糖尿病は全国最大

生活習慣病「脂質異常症」、「高血圧」、「糖尿病」の患者が多いことと「急性心筋梗塞」や「脳梗塞」の標準化死亡比の高さの関連が疑われる。特にII型糖尿病に関してはいわき圏が二次医療単位で全国最大となっている。人口透析患者の多さとも関係していると考えられる。

(5) 病院医師数は全国平均の約半分

いわき区域は病床あたりの病院医師数が全国平均の約半分と少ない一方で、診療所医師数が比較的多い。糖尿病に関しても、病院において専門の医師が少ない一方で、糖尿病を標榜する診療所が比較的多い。かかりつけ医と病院の専門医の切れ目のない連携体制を構築することが課題になる。

(6) 救急搬送待ち時間は県内平均を大きく上回る

救急搬送は、重症者以上傷病者について「現場滞在時間30分以上の割合」と「受入照会4回以上の割合」が県平均を大きく上回っている。広大な面積と救急医療機関の偏在、患者受け入れ先である救急医療機関の医師数の少なさなどが複合的に影響していることが考えられる。脳血管障害や急性心筋梗塞の標準化死亡比が高いこととの関連も疑われる。

(7) 小児・周産期医療も医師不足

小児傷病者について「受入照会4回以上の割合」は県平均を大きく上回っており、乳幼児・小児の救急医療体制に関する機能が低いことを示している。小児救急医療機関の医師数を増やす必要がある。

地域医療構想で地域医療は守れるか

本市の医療提供体制は、病床あたりの医師・看護師数が少なく、救急医療機関も医師不足にある。また在宅医療も医師数不足と地域偏在になっている。在宅介護が十分でない上に介護施設も十分ではない。など「地域医療が危機的な状況」にある。したがって医師・看護師などの過重労働が常態化していることが容易に想像される。地域医療は経済性・効率性で解決できる問題ではなく、抜本的な対応が求められている。

安心して暮らしていける地域医療の確保を

地域医療構想は「病床数の削減」と「地域包括ケアシステム」(在宅医療)がセットになっている。誰もが「住み慣れた地域で人生の最後まで医療・介護・生活支援が提供される」ことを望んでいる。病床数削減を目的としている「地域医療構想」は医療費削減のために「地域包括ケアシステム」を推進するという見方もできる。「地域医療構想」が老老看護・介護、自己責任論を強要する仕組みであってはならない。介護離職者ゼロという政府方針に逆行することになる。

皆保険制度を維持し「いつでも、どこでも、誰でも同じ治療が受けられる」地域医療の確保が求められている。