

6 月定例議会一般質問 原稿

-2007.7.5-

[こちらで「長野県議会 本会議録画中継」をご覧ください](#)

長野市選出 県民クラブ・公明所属の太田昌孝であります。

新人としてはトップバッターということで、大変な栄誉であるとともに緊張もしております。車の両輪にもたとえられる県議会の一翼を担うものとして、県と一定の距離を保ちながら、県政に対する提言、チェックに努めてまいります。なかなか整いませんが、意とすることをお汲み取りいただき、明確な答弁をいただきますようお願いいたします。

それでは、順次質問させていただきます。

さて、前県政下における脱ダム宣言以降、完全に停止しておりました浅川の治水対策は、この20日に発表されました河川整備計画案及び今議会で審議されます補正予算により、概略設計、模型実験、湛水地斜面の安定解析などが計上されるなど、いよいよ具体的に動き始めることとなりました。

私は、浅川に関しましては平成7年7月梅雨前線豪雨災害による、古里地籍住民に対する避難勧告発令時に長野市の防災担当者として被災者支援に努め、幸い堤防決壊にはいたらなかったものの、避難住民の不安を肌で感じて参りました。こうした経験からも、理念が先行し、ダムによらない治水対策はついに示されないまま、具体的対策が先送りされ、本来最優先されるべき、住民の安全が後回しとされたことに対し、深い憤りを感じて参りました。

その意味からも、今回の計画につきましても、住民の安全の確保を最優先とし、そのうえで効果など詳細につきましても明快な答弁を求めるものであります。

この度の浅川治水の方針に対する検証を行うため、試験湛水を始めた直後に大規模な地すべりが発生した三重県大滝ダム及び県民クラブ公明として既設の穴空きダムである島根県益田川ダムを会派視察してまいりました。まず大滝ダムでございますが、奈良県ダム地質調査委員会等により、調査ボーリング156本を行うなどの地滑り調査を行い、その結果25m付近ですべり面があり対策工事が実施されたものの、平成15年に試験湛水を行ったところ、白屋地区で亀裂が発生し、「大滝ダム白屋地区亀裂現象対策検討委員会」での検討により「ダム湛水が原因の地すべり」と特定されたもので、当初の「深い地すべりはない」との判断であったものが、深さ約70m地点で滑ってしまったというものです。その後、「大滝ダム貯水池斜面再評価検討委員会」により貯水池斜面の再評価が行われ、新しい技術である「レーザー航空測量」による地すべり地形判読や「高品質サンプリング」による地すべり土塊の状況把握などが行われ、結果として更に2箇所の対策が必要と判断されました。その後、同委員会により、地すべり対策の最適工法の選定がなされ、十分な安全対策を施したダムとして現在鋭意対策工事が進められております。

浅川におきましても、一ノ瀬地区右岸をはじめ、地すべりが想定される地帯がありますので、こうした先進事例なども参考にしつつ、万全な対策工事をされるよう望むものでありますが、問題はその地すべり発生の可能性の事前の把握であります。そこで土木部長に伺います。浅川でも「浅川ダム地すべり等技術検討委員会」を設けて検討を行い、地すべりの問題がないとの意見を得ているところではございますが、ダムサイト周辺及び貯水池内に大滝ダムのような大規模地すべりの可能性はないのでしょうか。また、浅川ダムにおいても、大滝ダムで実施した新しい技術である「レーザープロファイラ技術」を用いた地滑り地形判読と、「高品質サンプリング」による地すべり土塊の状況把握の必要性があると考えますがいかがでしょうか。

次に、土石流の発生についても懸念されるところであります。上流で土石流が発生した場合、これにより常用洪水吐きが閉塞する心配はないのでしょうか。また、常用洪水吐きが1.1m×1.1mと益田川の3.4m×4.45mに比べて格段に小さいため、流木による閉塞も懸念されます。

流木による閉塞対策について明確な答弁をお願いいたします。

また、益田川の常用洪水吐きは3.4m×4.55mが2本で対応しております。これに比して、浅川は1.1m×1.1mが1本と、どうしても閉塞の懸念が払拭できないわけですが、常用洪水吐が万が一閉塞した場合の対策についてもお聞かせください。

次に河川整備計画の手続きについて伺います。

本年5月に長野県弁護士会から浅川の河川整備計画の手続きに瑕疵があるという趣旨の意見書が提出されました。このような主張に対し、県としての見解を伺います。

次に、危機管理体制について伺います。

防災担当大臣であられた知事のもと、県の防災対策の推進には敬意を表するものであります。私も防災士として、防災・危機管理はライフワークとしておりますので、その意味からも、これからも提言もしてまいりたいと考えております。

さて、防災、危機管理における県の対応について、実践としていかがか、と思う点も含め何点か、知事の御所見を伺います。

1として、災害時要援護者に対する対応についてであります。阪神・淡路大震災では、消防や自衛隊などによって救助された人はほんの一部で、実際には、多くが近隣住民の助け合いにより救助されました。ましてや、災害発生後の72時間以内といわれる緊急救援時期には、やはり近隣住民による助け合いが、人命救助の大きな要となると考えられています。

しかし、現代においては地域の近隣関係は疎遠になっています。特に障害者の場合は、障害者に対する社会的な理解不足や、プライバシーの問題から、障害者であることを公開することは、まだまだ難しい状況にあります。そのため、地域社会においては、災害弱者の存在は分かっていますが、住んでいる場所や生活状況、そして必要な支援については、ほとんど理解されておらず、地域

社会においてもこの問題に対して、効果的な対策が打てないという実情にあります。

こうした困難な状況を改善するためには、地方自治体や関係機関に任せるのではなく、災害弱者を取り巻く様々な地域の諸団体と手を結び、支援の網の目を広げていくことが大切であると考えます。県としての取り組みをお聞かせください。

2として、帰宅困難者に対する対応について、県民への周知を含め、県としての取り組みをお聞かせください。

3として、災害発生時においてボランティアの存在は大変に重要です。そしてこのボランティアに有効に活躍してもらうためにはボランティアコーディネーターの存在が欠かせません。ボランティアコーディネーターの育成状況をお聞かせください。更に緊急時にボランティアがいち早く活動を開始するためにも、十分な耐震性を有した既存施設を活動拠点として指定しておくことも有効と考えますが、いかがでしょうか？御所見を伺います。

4として、大規模地震などの災害時には全ての職員の参集は困難と考えます。阪神大震災発災時の兵庫県職員の参集状況は、発災後約8時間の午後2時の段階で、おおむね2割程度であったそうです。こうした状況下において、県としてどのような体制で災害対応にあたるものか、お聞かせください。

次に住宅の耐震診断、耐震改修の推進について伺います。

阪神大震災におきましては亡くなった方6400人あまりの内90%が発災後15分で亡くなっている。つまり倒壊した家屋や家具の下敷きになって亡くなっているという報告がありました。地震が起きないと思われていた能登で今年3月、震度6の地震が発生しましたが、能登では耐震補強を施していたおかげで助かった事例が報告され、改めて建物の耐震対策が必要であることを思い知

らされました。

特に長野県におきましては、いつ地震が発生してもおかしくない東海地震に係る地震防災対策強化地域25市町村を抱え、さらに今後30年の発生確率14%の糸魚川ー静岡構造線に由来するマグニチュード8規模の地震が想定されるなか、住宅の耐震診断、耐震改修の推進は待ったなしの状況であると考えます。

平成18年1月に施行された改正耐震改修促進法に基づき、長野県におきましても本年1月に耐震改修促進計画を策定されました。

現状と、目標達成に向けた方策につき、住宅部長に伺います。

1として、住宅の耐震化の目標を達成するために必要な耐震診断の推進状況についてお聞かせください。併せて、現在の昭和56年以前の木造住宅が対象となっておりますが、マンションなども事業の対象としている自治体もありますが、対象拡大するお考えはないでしょうか。ご所見を伺います。

2として、平成27年までに耐震化率90%を目標として掲げ、そのために40300戸の改修が必要とされておりますが、この目標達成のための具体的方策につき伺います。現状は個人所有の住宅について耐震改修はなかなか進んでいないというのが実態であるとうかがっておりますが、目標達成のためには、たとえば国において平成20年までに一定の改修をした人に対して固定資産税が1/2になるなどの「耐震改修促進税制」を創設しておりますが、こうした住民の改修意欲を高める制度設計が必要と考えますがいかがでしょうか。

長野県の産科・小児科医療問題について伺います。

全国的に産科・小児科などの医師不足が深刻な問題となっております。

県内の町会議員より次のようなご意見をいただきました。

地元病院の院長に医師不足についてお考えをいただこうと思って、訪問しました。

院長先生いわく、医師給与の実態は、病院勤務医で月額70～80万円、開業医は月平均250万

円の報酬との事。開業医は定時になれば診療はしない。急患や重篤患者、時間外や休日・深夜はすべて病院まかせ。確かに院長先生始め医師全員が24時間・365日オンコール体制で拘束され、肉体的にも精神的にもハードです。ましてや私の住んでいる過疎化地域のこうした実態を話せば、医師など誰も来てくれません。現実、総合病院を標榜していながら、複数科の医師が不在で、深刻な問題となっております。脳疾患の急患が発生しても山を越えた隣接市(救急車で40分)まで搬送しなければなりません。山間僻地では助かる命が助からないのが現状です。院長先生は、「診療報酬をもっと上げるべきだ。医師や看護師の待遇を良くしないと、もっと深刻になる。」と言い切りました。また、「給与よりも医師としての使命感だけが支えだ。」との言葉には頭が下がる思いでした。

というものです。

本県の医師不足にとって、現場からの率直な意見であると思います。

さて、産科・小児科医療体制の確保のため、平成18年度から長野県産科・小児科医療対策検討委員会により検討され、3月28日に産科・小児科の集約化、重点化の方針を盛り込んだ「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」が提出されました。これを受け地域医療協議会でも、産科・小児科の集約化、重点化はやむをえないとされております。そこで、衛生部長に伺います。こうした提言を踏まえ、県として今後どのように集約化をはかっていかれるのかお聞かせください。

また、現在「第五次長野県保健医療計画」の策定にむけ策定委員会が開催されておりますが、これら医療機関の集約化・重点化はどのように計画に取り入れられるのでしょうか。

現在、産科・小児科医の絶対数が不足している状況にあって、短期的な対応としての集約化・重点化はやむをえないものと思いますが、冒頭紹介いたしましたとおり、集約される地域の住民にとっては大変大きな変革となるわけで、今後地域住民にどのように理解を得ていくものか、お考えを

お聞かせください。医師不足の状況は、全体的に不足している県内においても更に地域差があり、佐久・上小・飯伊では医師一人が扱う出生数、おおむね100人が適当とされているものに対し、150人を超えておりますし、医師の絶対数が不足している木曾、上伊那、大北地区などは集約化以前に早急な対策が必要と考えるがいかがでしょうか。