

すけれども、先ほどの市長の定員管理のところでお答えいただきました。やはり精査してみたらそうだということ、それはそれで私はいいと思います。ただ、採用計画のときちょっと申し上げたんですが、10人やめるから3人ですよ。9人やめるから3人と言った方がいいのかな、3分の1は。9人やめるから3人ということでずっと単純にいくわけですが、先ほど申し上げたように、例えば保育士については、児童センターとか保育園含めて、これは民間委託していきますよという一つの方針がありますよね。そのほかにも民間委託できますよね。そういうところの人たちもやめられるわけです。退職者の中に入っているわけですよ。だから、そこを全部引くくめて3分の1というのはいかにも乱暴じゃないかと思うんです。やはりここまでずっと積み上げてきましたから、一般職でこれから政策的に人をふやさなければならない部署って必ず出てきます。

例えば福祉の問題なんていうと、必ずこれ、いろんな制度が出てきたり、仕事量がふえてきますよね。だから、そういうところでやはりどれぐらい必要なんだということと、民間委託するところ、これは補充しませんということできっと積み上げて、少し詳細に検討しながらこの人員計画というのをやはりやっていく必要があるんじゃないかというふうに私は思っているんです。3分の1で計算するとこうなりますというのはいかにも乱暴じゃないかというのはそこなので、ぜひその辺の考え方についてご見解をお願いしたいと思います。

○大沼 久議長 目黒栄樹市長。

○目黒栄樹市長 それはおっしゃるとおりでありまして、例えば技師の場合に、民間委託するんだというようなところは、それは補充の対象にはならんわけですね。それから、保育士の場合にも、いずれ社会福祉協議会から入っていただいて、退職者のかわりはですね。という意味で

すから、これもそれは補充しないというようなところを考えた上で、やはりおおむね3分の1ぐらいをめどにというふうに考えていきたいものだと思います。

○大沼 久議長 3番、大道寺信議員。

○3番 大道寺 信議員 いろいろ質疑させていただきました。私もやはり今いろいろ検討されている内容ちょっとお聞きしておりますが、これまでの実績あるわけですから、それにさらに前進をさせると、こういう計画であってほしいと思います。そういうことで今計画されているようでありますから、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

ただ、今回質問に入れませんでしたけれども、例えば民間委託、業務の委託、一部委託から全面委託からいろいろあると思うんですが、指定管理者制度を導入する条例をつくりました。これは恐らく来年の9月まででしょうか。そこまでに直営にするか、指定管理者制度を導入するかとなりますよね。一部はいいですけども、全部するとすると、指定管理者ですよ。だから、そこら辺のところもそういうものにあわせて、一部委託でいいのか、全面委託なのか、指定管理者なのか、その辺のところをやはりきっちり区分けしていかないと、直営ですよとなつたらずっと直営でなんていうことにならないと思いますけれども、そういうものをせっかく導入したということもありますし、ぜひそんなことももう一度精査というか、検討いただいて、ぜひよりよい計画を策定いただくようお願い申し上げまして、質問を終わりたいと思います。ありがとうございました。

## 高橋孝夫議員の質問

○大沼 久議長 次に、順位4番、議席番号11番、

高橋孝夫議員。

(11番高橋孝夫議員登壇)

○11番 高橋孝夫議員 私は、市民生活の向上を願いながら一般質問を行います。

通告しております2点について順次質問申し上げますので、丁寧で明快な答弁をいただきますようお願いをしておきたいと思ひます。

質問の第1は、公立置賜総合病院のあり方についてです。

平成11年11月から開業した公立置賜総合病院は、丸6年間を経過をしています。開院以降、当初計画との乖離など多くの課題を解決し得ないままにあります、この間多くの関係者の努力もあって、地域の高度医療機関としての役割を果たしてきつつあると感じています。今後とも地域住人が安心して診療を受けることができる医療機関としての役割を果たしてもらいたいと念願をするものです。

しかし、日本の医療をめぐる状況は大きく変わろうとしている現実もあります。その中で、公立置賜総合病院はどうなるのかなどについて、以下伺いをいたします。

第1点は、医療制度構造改革試案による病院経営への影響と対応策について伺います。

本年10月19日、厚生労働省は、医療制度構造改革厚生省試案を公表したことはご案内のとおりです。医療制度構造改革試案の概要を見ますと、厚生労働省はこの改革試案を医療制度の構造改革について医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずるとする骨太の方針2005に対応しつつ、平成15年3月の医療制度改革の基本方針を具体化することを目指し、国民的論議を進めるためのたたき台であると位置づけています。

そして、その内容についてはちょうど10月20日付の朝日新聞に掲載をしておりましたので、そちらの方がわかりやすいと思ひますので、紹介をしたいと思います。

試案は、現行制度のままだと56兆円に膨らむ2025年(平成37年)度の医療給付費を7兆円抑えて79兆円に圧縮する方針を明記した。

短期的な抑制策として、一つは、70から74歳の人の窓口負担を1割から2割、70歳以上で一定所得の人は2割を3割に引き上げる。二つは、長期入院者の食費、居住費の自己負担化、三つは、高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げなどを実施をする。

中長期的には、40歳以上の全国民が健康診断を受けられるようにして生活習慣病を予防するほか、都道府県ごとに定める医療費適正化計画で抑制する。適正化計画は、2008(平成20)年度から5カ年計画とし、糖尿病患者の減少率や入院日数の短縮、検診受診率、在宅で亡くなる人の割合などについて地域ごとの目標を立てる。目標達成できなかった自治体には新しく設ける高齢者医療制度への都道府県負担をふやすなどの罰則的措置を科す。公的保険から医療機関に支払われる診療報酬についても、地域限定で医療費を抑制するための誘導策を特例的に認めることを盛り込んだ。

一方、経済財政諮問会議が試算をした2025年度の医療給付費42兆円とこのたびの試案との7兆円の隔たりを埋めるための追加的な抑制策として、一つは、75歳以上の窓口負担も原則2割、一定所得以上は3割にすること、二つは、外来1回当たり1,000円以下を医療保険の対象から外す保険免責制度を導入する。三つは、診療報酬10%を削減する。四つは、食住費の自己負担化をすべての入院患者に拡大するなどの選択肢を示し、今後の議論にゆだねた。

高齢者医療制度については、2008年度をめどに創設することを明言し、対象は75歳以上で、財源の5割は公費で、市町村が運営主体となる。高齢者の保険料は年金などからの天引きとし、施行5年後に見直すこととした。

中小企業会社員らの政府管掌健康保険は、こ

れまでの全国一律の運営を都道府県単位に分割、労使と都道府県などの代表からなる公の法人で保険料率などを地域ごとに決められるようにする一方、市町村単位の国民健康保険や中小健康保険組合については再編統合を促す方向を打ち出したということでもあります。

そして、これらの試案の骨子の実施時限での内容とすれば、平成18年の10月めどで実施するものとして、先ほど申し上げた70歳以上で一定所得以上の人の窓口負担3割、長期入院患者の食費、居住費の自己負担化、高額療養費の自己負担限度額引き上げ、地域型健康保険組合の創設となり、平成19年4月めどで実施するものとしては、傷病手当金、埋葬料などの現金給付の見直し、保険料算定のもととなる標準報酬月額の見直し、平成20年4月めどで実施するものとして、新しい高齢者医療制度創設、これは市町村がやるものです。そして、65歳から74歳の窓口負担を2割にする。この場合、一定所得以上は3割にする。医療費適正化計画を策定をする。5カ年計画。これは県段階ということになります。そして、平成20年10月めどで実施するものとしては、政府管掌健康保険を都道府県単位で運営、公の法人化をするということにしているわけです。

この試案が公表されて以降、11月28日には政府与党の医療制度改革大綱案がまとまって、30日には自民党と公明党が合意をし、12月1日に正式に政府与党の医療制度改革大綱が決定をされたことはご案内のとおりです。そして、これらは今後国会で審議をされることになるわけです。

そこでまず市長に伺います。

申し上げましたような医療制度の改革が提唱され、そして現実に展開をされようとしているわけですが、これに対して市長はどういった見解をお持ちなのか、まずお聞かせをいただきたいと思います。

11月20日の朝日新聞では、47都道府県対象のアンケート調査結果を掲載をしています。それによりますと、医療費適正化計画については無回答の3都県を除く44道府県が反対、政府管掌健康保険の運営を国から都道府県に移す案には賛成が1県、反対が13県。75歳以上を対象に市町村が運営する高齢者医療制度創設については、賛成が5府県、反対22道府県。罰則的措置の導入では43道府県が反対。地方が独自に診療報酬を設定できる仕組みについては24道県が不必要と答え、試案で、厚生省の試案です。この試案で医療費は抑制できるかという問いに対しては、期待できるが8県のみで、36都道府県が判断を避けたとしています。

また、12月2日の朝日新聞社説では、政府与党の医療制度改革大綱について、一つは、負担増が高齢者に集中をしていること、二つは、75歳以上の後期高齢者を対象につくる新しい医療制度については、寄せ集めの広域連合が医療機関と渡り合ったり、病気の予防に真剣に取り組んだりできるとは思えないこと、三つには、国と地方が協力し医療費の伸びを抑える計画をつくることについて、目標を掲げるだけで本当に厚生労働省の計算どおりにいくのか心もとないとして、三つの心配にきちんと答えてもらいたいと触れています。これらの経過も含めて、市長の見解をいただきたいと思います。

次に、健康課長に伺います。

申し上げました医療制度構造改革試案では、診療報酬体系のあり方の見直しなどということで、患者本位の医療をさらに推進するため、診療報酬と医療政策上の要請との関係を明らかにするとともに、診療報酬決定プロセスを透明化することとし、具体的には、一つは、診療報酬体系のあり方の見直し、二つは、薬剤に係る給付の見直し、三つは、保険診療と保険外診療との併用のあり方の見直し、いわゆる混合診療への対応、そして、四つは、中央社会保険医療協

議会の見直しが必要とされています。このことによる公立置賜総合病院への経営への影響はどうか、現時点でのとらえ方についてお聞かせをいただきたいと思います。

昨日の朝日新聞では、政府は12月6日の臨時閣議で平成18年度予算編成の基本方針を決めたとして、その中で財務省は、高齢化で見込まれる社会保険関係費の自然増を5,000億円圧縮し、3,000億円程度にとどめたい考え。医師の治療行為の法定価格である診療報酬の本体の引き下げ幅は、デフレの影響も加味して最大5.3%程度とし、薬価も引き下げたい方針。小泉首相は、診療報酬引き下げについて、引き下げの方向で検討し措置するとの談話を発表したと掲載しています。このような動きも含めて、どう見ているのかについてお聞かせをいただきたいと思います。

第2点目は、入院患者の看護体制について伺います。

ここ1カ月ぐらいの間に公立置賜総合病院に入院している患者で、急に病院内で亡くなるという事例が私の周辺で起こりました。その一つは、67歳の男性が入院中に、朝6時30分の看護師による見回りでは何事もなかったのが、約1時間後には死亡していることがわかり、その後家族に連絡し、死因を調べるために解剖させてほしいという病院からの要請に応じて解剖を行ったという事例です。

そして、二つは、87歳の男性が、これも入院をしていて、朝の見回りでは異状が認められなかったが、午前9時前には既に死亡しており、その後家族に連絡をとり、これも解剖させてほしい旨の要請をしたが断られたという事例です。

いずれの事例も、容態が悪いとか、急変する可能性があるなどは何ら家族に知らされておらず、家族は急な病院からの死亡したという連絡に驚いたし、信じられなかった。何で急にということを行っています。家族にとっては全くの

想定外の出来事であり、何が何だかわからないままに、以後の葬儀の準備などをすることになってしまったわけですし、訪れた弔問の人にも、病状と入院までの経過を説明するだけで、何の原因でという点については半信半疑のままに話をするしかできないという状態であったということでありました。入院しており、お任せしていたにもかかわらず、容態が急変したという連絡もなしに、いきなり亡くなったという連絡を受け、死に目に遭えなかったことは残念ということでありました。

その後、病院に対してこれらの家族がどうこうするということや、何らかの措置を求めるといことにはなっていません。私は、相次いで起きたこの二つの事例をお聞きをして不思議に思ったところです。なぜ事前にそういった兆候があったことを把握できなかったのか、なぜ朝の時点では異状なかったものが、数時間後に死亡してしまったのか。なぜだれも気づいてもらえず、急に死ななければならぬのか。どうしてだれも容態の急変に気づくことができなかったのかなど、不思議に感ずることは多いのです。

もちろん病理学的に検証されなければ判明しないことも多いわけで、私は、今回そのことをお聞きするつもりはありません。しかし、家族からすれば、なぜ早く気づいてもらえなかったのかという思いは消すことができないし、病院に入院していても、だれにもみとられないで死んでいくこと、このことは理解できないとする、あるいは納得できないとする感じ方があると思います。そして、私は、こういったことが病院に対する不信感となるのではないかという心配をしている一人です。

その意味で、以下、健康課長に伺います。

一つは、今申し上げたこういったケースが公立置賜総合病院ではどの程度発生をしているのか、その頻度はどうなっているのかについてお聞かせをいただきたいと思います。二つは、こ

ういったケースが起きている状況を病院ではどうとらえているのか。三つは、このようなケースを引き起こさないための手段として考えられるものはどういうことか。そのためにはどういった検討が加えられているか。さらに、どのように改善されているか。四つは、現状の看護体制、特に人員配置数に根本的な課題があるのではないかと私は感じますが、それらはどうなのか。五つは、病院全体の課題として位置づけ、再発しないための検討と改善を図ることが求められると感じますが、どうなされようとしているのかについて、恐れ入りますけれど、現状での病院の考えている内容をお聞かせいただきたいと思います。

第3点目は、非紹介患者初診加算料の取り扱いについて伺います。

12月1日号の「広報ながい」に、公立置賜総合病院からのお知らせが掲載をされました。内容は、「公立置賜総合病院では、紹介状のない初診の患者さんからは非紹介患者初診加算料として780円消費税込みを負担いただいておりますが、平成18年1月1日からこれを1,570円消費税込みに改訂します。自費での負担となりますので、初診で来院の際は紹介状を持参くださいますようお願いいたします。なお、時間外や休日などに救命救急センターを受診した場合も同様の取り扱いとなります」というものであります。

病院に問い合わせたところでは、一つは、公立置賜総合病院では、非紹介患者初診加算料を徴収することになったのは平成14年4月1日からで、当初は420円であったこと、二つは、それが平成16年1月1日からは780円となったこと。三つは、それを来年の1月1日からは、一つは、加算料の額をこれまでより790円増額し1,570円とすること。二つは、新たに救命救急センターで受診した場合にも適応されることになったということでありました。

本年10月に置賜広域病院組合議会に示された

資料によりますと、その理由として、一つは、保険適用、全額自己負担の違いはあるものの、初診時における加算料の性格、考え方として、紹介、非紹介の別を問わず同額とすべきものと考えること。二つ目は、県内における400床以上の病院のほとんどが紹介患者加算措置4をベースにしていること。三つ目は、開業医の紹介を受けずに直接来院した方が負担額が少ないという逆転現象が生じていること。四つは、非紹介患者初診加算料の適正化引き上げは、軽症患者の開業医への受診促進、適切な患者誘導に結びつき、結果として本院の本来の担当分野である高度専門医療の提供や患者の待ち時間の解消など住民サービスの向上につながることでされています。

そして、今回から運用が始まろうとしている救命救急センターでの時間外、休日での受診も適用させることについては、一つは、軽度な患者などにより休日、夜間診療所化していることから、今の救命救急センターの話です。救急車による搬送など特別な場合を除き徴収する方向であわせて検討を進める。二つは、患者の理解を得る必要があることから、周知などの期間をとりながら、実施時期を検討するとされています。

担当者からこれもお聞きをしたところでは、加算料の額の増額については、厚生労働省の指針によるもので、県内の県立病院や米沢市立病院などとのバランスをとったものであり、救命救急センターについては、入院しなければならないというものは該当しない。そして、軽度の症状については該当させる。その判断基準としては、担当医の診察の判断によるということでありました。

私は、この非紹介患者加算料については、既に実施をされていること、そして、高度専門医療を標榜する置賜総合病院の位置づけを考えればやむを得ないものと考えますが、また、疑問

も感じます。

そこで、率直にお伺いいたします。

一つは、加算料の額がなぜこれまでの2倍以上となる1,570円となるのかという点です。資料では、確かに県立の4病院や山形市立済生館、そして米沢市立病院は1,580円となっているようですし、それらとのバランスを考慮したということなのかもしれません。しかし、だからといって、いきなり倍額以上に設定をすることになれば大変な問題だと思います。倍以上とする判断について、市長からお聞かせをいただきたいと思っています。

二つは、なぜ救命救急センターでの診療にも適用させるのかという点についてです。ご案内のように、時間外や休日などでは市内の開業医は診療を行っておりません。唯一休日診療所では診療を行っているわけですが、それとて平日の時間外、休日の時間外は診療を行っているわけではありません。加えて、時間外や休日に体の具合が悪くなったとしても、公立置賜総合病院救命救急センターで診療を受けようとなるには、まず市販の薬を服用してもどうしても症状がおさまらず、どうにも我慢できず、せっぱ詰まってからやむを得ず救命救急センターへ出かけて受診をするというふうになると私は感じます。それも夜間や休日に救急車を呼んでいくということにははばかれて、できるだけ家族などに車で送ってもらうというのが一般的な市民の姿だと感じます。東京都などのように救急車をタクシーがわりに使うなどという風潮はこの地域にはないと私は考えますし、その方が加算料がかからないということになれば、逆に負担の公平感は損なわれるのではないのでしょうか。近くのかかりつけ医がやっていないから救命救急センターに行って診療を受けようというのが実態であり、その際、紹介状などはないのが当たり前の状態だと思います。にもかかわらず加算料を求めるという今回の改正は、あまりに乱

暴で、実態に沿わない措置と考えますがどうでしょうか。市長の見解を伺います。

同時に、加算料を課すか課さないかの判断はあくまで当日の担当医の診察の結果によるということとされていますが、余りにもあいまいであり、ある程度の基準を示すことがそこには求められているのではないかと私は感じます。

この間、具合が悪くて救命救急センターに行き診療を受けた際、ぜひ入院させてほしいというお願いをしたにもかかわらず、家に帰ってもいいという担当医の指示に従ったものの、翌日には亡くなったという事例を少なからず聞いています。あるいは、専門ではないから後日改めて診療を受けるように指導されるケースは極めて多いと感じます。大人の場合はともかく、幼児や子供の場合は深刻であり、待たなしです。それでも加算料ということになるとするならば、矛盾が生じはしないかと考えます。

さらに、子供が以前に救命救急センターで診療を受け、その後公立置賜総合病院の小児科にかかった場合は、後日また夜間や休日に具合が悪くなり、また救命救急センターで診療を受けざるを得ない場合は、やはり加算料はかかるということになるのでしょうか。もっと整理をして、住民の納得を得るための説明も必要なのではないかと感じます。現に「広報ながい」を見たという2人の市民からは、同様の疑問が寄せられています。それらに答えるためにも、ぜひ納得できる答弁をいただきたいと思っています。休日診療所への移行を促すのであれば、もっと丁寧な説明が必要です。実施時期を含め、再検討を求めたいと思いますが、考え方を伺いたいと思います。

質問の第2は、浄化槽事業の充実についてです。大変恐縮ですが、私の住んでいるところを出されたことを中心に、この件については質問させていただきたいと思っています。

今年度からこの事業がスタートをし、9月定

例会でも大道寺議員が質問されておりましたが、9月時点で36件の申請があり、うち35件について発注されているということでありました。初年度のスタートとしては、しかも半年の数値としてはまあまあの数値ではないかと感じたところ です。

そこで、以下、お伺いいたします。

第1点目は、宅地狭隘などの場合の取り扱いについてです。

ご存じのように、私の住んでいる場所は旧市営住宅でありまして、宅地の面積が35坪から、大きいところでも50坪に満たないという状況です。その狭隘な宅地に新築をしたり、増改築をしたりということで、余っている宅地というか、浄化槽を設置できる土地というとはほとんどないというのが実態です。同時に、公共下水道事業の該当にはならない地域ということから、勢い浄化槽事業に頼らざるを得ないというところでもあります。説明会でも一様に宅地が狭く浄化槽を設置するスペースが確保できないということがまず最大の悩みとして出されたところです。こういった場合の考え方について、その後どういった検討がなされているのか、建設課長にお伺いをしたいと思います。

私は、浄化槽事業の趣旨からは若干離れるかもしれませんが、この際、近くまで来ている公共下水道事業の1区画に編入するということもあわせて視野に入れた検討が必要ではないかと考えますが、建設課長の見解を伺います。

第2点目は、高齢者世帯への資金融資制度について伺います。

それぞれの地域で高齢化率が上がっていることは言うまでもありません。そして、その状況は何世代も同居しながら高齢化になっていくというのではなく、高齢者が2人もしくは単独で生活しているというケースがふえています。そういった世帯では、実際この浄化槽事業でトイレを改修したいという切実な願いを持ちなが

らも、実際はトイレだけではなく、台所、そしてふろという、いわば改修するには一番お金がかかるところの改修ということで、しかもその金額は生なかのものでは済まないということになっています。かといって、まとまったお金をすぐに都合することができるほど蓄えがあるわけでもなく、また、子供に援助を求めるといってもなかなかうまくいかないというのが実情であります。実際に水洗便所改造資金あっせん制度などがありますが、それでは追いつかないのが現状であります。そして、残念なことに、金融機関では高齢者に資金を融資をするということはよほどの担保価値か、あるいはそれなりの所得がある場合を除いて皆無というのが実態です。資金の調達ができないということが高齢者世帯の場合に浄化槽事業に踏み切れない大きな理由になってくると考えるものです。

私は、いろいろ課題は多いと思いますが、まず行政が保証することで金融機関との間で融資を実現する方策はないのか、そして、二つは、それが無理ならば、高齢者向けの資金融資制度を行政で発足できないかと考えます。市単独ではなかなか無理があるとは思いますが、例えば介護のための生活基盤整備や生活環境整備ということも含め検討する時期に来ていると考えます。個人の資力がなければ実施できないということでは、浄化槽事業は早晚頭打ちになるのではないかと心配をします。市長の見解をお聞かせをいただきたいと思います。

第3点目は、単独浄化槽からの転換促進策について伺います。

9月定例会の建設課長の答弁では、「単独浄化槽の設置基数が2,000戸ほどあり、これの切りかえは一番お金がかからない部分ですから、啓蒙して切りかえていただくよう促進を図っていきたい」とされています。同感であります。このことは、さきにいただきました第2次長井市環境基本計画でも、「単独浄化槽から合併処

理浄化槽への転換を促進していきます。そして、平成25年度の生活排水処理率を80%以上にします」と触れられており、早急に対応していかなければならない課題と考えます。現状ではどのような具体策を検討されているかについて建設課長からお聞かせをいただきたいと思います。これもお金がかかることであり、大変なことと感じますが、ぜひその必要性について説明を繰り返し、その家の状況も一緒に考えるということを粘り強く展開していただきたいと思いますがいかがでしょうか。考え方をお聞かせいただきたいと思います。

以上で壇上からの質問を終わります。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

○大沼 久議長 目黒栄樹市長。

○目黒栄樹市長 高橋議員のご質問にお答えします。

と言っても、これはこれからやはり決まるというような問題が多いし、国でこれからやろうとしているわけです。小泉内閣がまずいろんな改革の中で社会保障制度改革をやるというので、この骨太の方針とか、そういうのを踏まえた上でこれからやろうという話でありまして、私は総理大臣でも国会議員でもないわけですから、私の見解を述べるというのは必ずしも正確ではないと思いますが、市長としての、あるいは病院の副管理者としてということでは、12月1日に決定された大綱、これは本格的な少子高齢化社会に突入すると、国と地方の財政赤字が、さっき佐々木議員も言われたように長期で750兆円、短期を入れれば1,000兆円というふうになると。その中で医療費がこのままふえていいのかと。保険は維持できるのかという深刻なやはり危機感があるわけですね。それをどうするかという一つの方策として、大変でしょうけれども、高齢者の方はやはり全くないという人でも、高齢者が財政的に弱いという統計上はそうじゃないですよ、やはり。高齢

者の方は、今頂上かもしれませんけれども、年金もあり、資産もありと。子供にもかからなくなりというようなところもあるから、やはり段階的ではあるけれども、高齢者の皆さんにも負担をしていただくということでこの見直しをするというふうになっているわけであります。

置賜広域病院組合としては、今後の動向を注意して、病院等に関連のある分については、しっかりとこれから対応していかなければいけないというふうに思っているところであります。

その次のあれは、これは健康課長ですね。看護体制については。

非紹介患者についてですね。これは、非紹介患者初診加算料というのは、紹介率の割合によって基準が定められると。したがって、昨年の2月から紹介率が30%以上になりましたので、紹介患者加算額のランクが上がって、開業医の先生から紹介状を持参して来院される患者さんより直接受診される患者さんの方が自己負担が少ないという減少になってきたと。これは、この逆転はおかしいと。これはやはり紹介患者を、第一医療はやはり民間の皆さんでやっていただくということでもありますから、しかも県内では山大の附属病院が1,625円、県立病院関係で1,580円、山形市の私立済生館でも1,585円、米沢市立でも1,575円ということですから、適正な価格として1,570円ですか、という判断であります。

それから、救急車も今まで全然それゼロだったんですね。確かにタクシーがわりとかなんとかとは、そうは、そうなっているとは言いませんけれども、実際は物すごく込むんですが、重症な患者というのは少ないのですよ、やはり。したがって、やはりその部分の皆さんにも、そういうようなゼロということではなくて、負担をしていただくのが正しいのではないかと。かかりつけであれば、電話すれば、それはやはりかかりつけのお医者さんにまず診ていただける



と、よほどのことがない限りね。ということがありますから、こういったバランスをとるためにこの非紹介患者初診料というのを取り扱いを考えていこうと。

ただ、これも今度の議会でこれから議論されることですから、議会の皆さんともだと思いますね。じゃないよな。もうやっちゃったのかな。しないよね。

（「決まらないことは市報に載せないだろう」の声あり）

**○目黒栄樹市長** はい、わかりました。というように私も勘違いをしておったようですが、こうなってきたと。来年の1月1日から1,570円になるということであります。

それから、2番目の浄化槽についてであります。浄化槽事業において水洗に改造する場合、改造資金として、市内の金融機関にご協力をお願いして資金のあっせんを行っている、これまで。下水道事業や農業集落排水事業においても同様のあっせんを行っておりますから、一定の条件が整えば、高齢者の方でも融資を受けることができるようにということであります。

なお、もう一つ、これは建設課長にお聞きのようにありますが、単独浄化槽からの促進転換について、ちょうど12月の6日、きのう、おとといですね。小泉総理から「潤いのある緑豊かな美しい長井再生計画」を認定していただきました。これは、省庁が違う場合、国交省と環境省なんかが違う場合、内閣でまとめるということでありまして、特定環境保全型と、これはまあ国交省だと。合併浄化槽は厚生省だということを、これは一緒にしてやはりやらなければならないということで、これは地域再生計画で認定を受けたわけですが、こういった事業には積極的に応募をして、それはまず4割、あとの1割は地方交付税で、これはまあ余りあてになるかどうかは別にして、しかし、4割は必ずなわけですから、それはやはりそういったこと

を積極的に活用して、そのほかにも地域再生だけでなく、都市再生であるとか、今までのフットパスのあれなんかもありますから、そういった面で補助金があるものについては、十分に財政と相談ですが、積極的に手を挙げて、特に水と緑と花、水、きれいな水のためには合併浄化槽の促進を図らなければいけないと。単独浄化槽の方の切りかえについても啓蒙を図りたいというふうに思っているところであります。

以下は健康課長や建設課長から申し上げます。

**○大沼 久議長** 船山祐子健康課長。

**○船山祐子健康課長** 議員のご質問にお答えいたします。

診療報酬体系のあり方の見直しによる公立置賜総合病院への経営の影響についてでございますが、議員おっしゃるとおり診療報酬の引き下げによりまして収入減が見込まれると思われま。また、高齢者の窓口負担につきましても、高くなることによりまして支払いできない人が出て来るという可能性もあり、不安には感じております。

ただ、まだ患者の受療行動がどう変わるかということは現時点では予測することは困難です。し、診療報酬制度の具体的な改正内容がまだ決定されておりません。しかし、今後とも情報の把握に努めまして、適切な対応をまいりたいというふうなことを思います。

あと、病院組合といたしましては、経営収支の改善のために収益の確保を図るとともに、薬品費や診療材料費の節減及び委託業務の見直しなどを通じまして経費の節減に今も取り組んでおります。さらに経営の一層の効率化に努めていく方針ということは会議等で伺っております。

続きまして、入院患者への看護体制についてですけれども、公立置賜総合病院で急に亡くなった、状態が悪くして亡くなったというふうなことですけれども、これにつきましては、やはり事実、私はわからないですけれども、解剖な

さった方について、どのような状況だったのかということをお伺いしました。そうしたらば、家族に対しては病院側では説明はしたということで、看護師も状態が悪いということがありまして1時間ごとに見回りをしながら状態観察をしてきたということもお聞きしております。公立置賜総合病院に入院する患者さんにつきましては、急変を伴う方も多いということですので、家族にとりましては大変つらい思いをなされたかと思いますけれども、看護職の立場といたしましては、インフォームドコンセントはしたというふうなことを聞いております。ですので、事情をご理解いただきたいなということを病院の方から伺っております。

それで、ご質問の件ですけれども、どのようなそういうふうな程度で発生しているのか、頻度はどうなっているのか。病院ではどう対応しているのかというようなご質問ですけれども、どのようにしたら再発しないかという手段というのは聞いておりません。実際にどのような頻度で発生しているのかということも把握しておりませんのでお答えすることはできません。あと、ただ、職員は状態観察に努めて、最善の努力をしているということはいろんな会議等でも伺っております。

公立置賜総合病院の看護体制なんですけれども、国の看護基準にのっとりまして、入院患者が2.5人に対して1人の看護職員を配置しているというふうな適切な人員体制で業務をとっているようです。なお、高度急性期医療を担っている病院ですので、将来的には看護体制の強化と患者サービスの向上のために2対1の看護職員の配置を検討しているということを聞いております。患者と医療スタッフはやはり信頼関係が大事ですので、今後とも心通う信頼と安心のある病院を理念とした運営にしていくのが大切だということを思っております。

以上です。

○大沼 久議長 浅野敏明建設課長。

○浅野敏明建設課長 それでは、高橋議員のご質問にお答えいたします。

私の方には、まず1点は、浄化槽事業の宅地狭隘の進め方でございます。

11月末現在における浄化槽の申請につきましては50件となっております。今のところ浄化槽本体の設置場所について問題になったところはないので、今のところ円滑に進められております。

ご質問の狭隘宅地の位置についてですが、個々の状況によって変わりますから、具体的には後ほど個々にご相談を申し上げたいと思いますが、基本的な部分でちょっと申し上げたいと思います。

設置スペースは、都市計画区域で申しますと、建ぺい率が70%というふうになっておりますから、ほとんど宅地においては3割の空きスペースがあるというふうに認識しております。現実的には駐車スペースや物置に使用しているところもあると思いますので、設置する場合は一たん移設して設置することになるかと思います。また、どうしても後でいろいろな建物とか建った場合もあるかと思います。そうした場合は、車庫の下に設置するとか、また、場合によっては放流先、放流先は水路ですから、その法定外公共物の余剰地または市道の残地などを利用して設置する場合も考えられますので、個々にご相談を申し上げたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それから、公共下水道事業の切りかえ等にしても考えられないかというようなことでありますが、現在生活排水処理事業、先ほど市長からお話ありましたが、公共下水道事業、あともう一つは、農業集落排水事業、この二つは集合処理事業と申します。それと、環境省所管の浄化槽事業、この三つで建設費と維持管理を含めたコストを計算をして、低い事業を選択するこ

とになっていますから、例えば置賜野川を横断することを考えますと、非常に難しい判断になるかと思います。

2番目の高齢者世帯への資金融資制度でございます。水洗便所などの改造資金融資あっせんにつきましては、公共下水道事業、農業集落排水事業と同様の制度を設けております。融資をあっせんするには、納税証明書、要するに納税している市民であれば、市内の銀行に対して融資をあっせんしておりますので、浄化槽事業についても同様に扱っております。融資についての審査は銀行側でございますので、その審査基準については承知しておりませんが、一定の条件が整えば、高齢者の方においても融資を受けた事例があります。事前に融資を希望する銀行等でご相談いただきたいというふうに思います。今のところ融資あっせん制度以外の浄化槽設置に限った資金融資制度等については、ほかの事業との均衡がとれないこともありまして、今のところは考えておりませんが、他の市町村でどういった扱いになっているかもこれからちょっと調査をしてみたいというふうに思います。

それから、3番目でございますが、単独処理浄化槽からの転換促進策でございます。これも先ほど市長から答弁ありましたが、地域再生計画として平成17年度から21年度までの5カ年間で汚水処理人口、普及率を86.3%にする目標を掲げており、来年度平成18年度は100基を設置する計画で進めております。汚水処理人口普及率には、公共下水道事業、また農業集落排水事業、集合処理事業であります。これに合併処理浄化槽事業の普及率を合算したものでございます。これには単独処理事業は含んでおりませんので、単独処理浄化槽からの切りかえは目標を達成する上で必要不可欠なものというふうに思っております。

促進策としましては、一段落したこの冬期間に、市報への掲載、それから説明会の開催、さ

らに単独処理浄化槽世帯向けのパンフレットなどを作成しまして、各戸に配布して切りかえの促進を図っていきたいと考えております。

以上です。

○大沼 久議長 11番、高橋孝夫議員。

○11番 高橋孝夫議員 それぞれ答弁いただきましてありがとうございました。

まず、この非紹介患者初診加算料の取り扱いですけれども、今回780円から1,570円になったというところの判断は、これは大体了とします。しかし、私どうも納得できないのは、やはり救命救急センターに行ったときにそれが課せられるということです。担当者のお話では、救急車で行った場合はこれは除きますよというわけですよ。入院しなければならないような場合、即入院、これも加算しないと。だけど、あとは、あとの判断は当日の担当医の診察の結果だというわけです。これは、私は、ある程度こういう場合はこうということがなければ、とてもあいまいになってしまいはしないかということで、基準などが必要なのではないかというふうに申し上げているんです。

それと、これまでは適用してこなかったわけですね、この部分については。ここはやはりもう少し私は説明期間といいますか、そういうのが必要だと思うんです。実際自分の子供や孫に例えば夜とか休日とかむずがられて、泣かれてというふうになれば、それは市長がおっしゃるように、行ってみれば大したことないかもしれない。だけど、ほかにどこに連れていったいいかわからないという状態があるわけです。それはだからそこに行くしかないのです。それに対して加算料をお願いしますというふうなことになるのかということだって、もう少し検討されていいのではないかと私は思います。そういうところでもう一度ここは見解をいただきたいと思います。

それから、看護体制についてですが、私は、

申し上げた二つの事例について、それぞれの家族にどうこうしてくれというふうに言っているのではなくて、こういう例えば基準看護というふうになっているわけですよ。家族は付き添いをお願いされる場合もあります。だけど、大概の場合はもういいと、帰ってくれと、引き取ってくれというふうに言われているんですね。お任せしているんです。しかも、この二つのケースの場合は、事前に容態が変わるかもしれないなんていうことも言われていないんです。危ないかもしれないなんていうことも言われていない。

まず一人は、手術をしましょうというふうに、それも足の手術ですよ。そのため入院をしていたんだから、全くそういう命にかかわるなんて考えていなかった。しかも、だけどそれが6時半に行って何ともなかったのに、7時過ぎにはもう死んでいたのを見つけたというわけだ、看護師が。そういう状態を見て、家族の立場に立ったら、とてもいたたまれないというのは私当然のことだと思うんです。そういう悲しいことを繰り返さないための措置というのは、何となく隠ぺいしないで、もう病院の内部なら内部でいいから、もうこういうのは繰り返さないようにしようという、そういう検討と改善に向けた努力というのは私は必要だと思うんです。そこはぜひ具体的に言っていただきたいですから、こういうことをこれからしていくということでぜひ私は意見表明というか、見解をいただきたいと思います。

これからは入院患者2人に対して1人とさっきお話ありましたけれども、その数値も公表することは、来年の4月から違うことになりますね。2人に1人というのと、患者2人に看護師が1人いるというふうに考えがちだけれども、それはただ総体の前の表示であって、これから実数をちゃんと表示しなさいと。例えば夜間であれば、これぐらいしかいないんですよと。10

人に対して1人ですよという表示をしなさいというようになってくるんです。そういうことも含めて、私は、本当に実際どうなんだかということが問われているんだと思います。そのことを、そういう動きもありますから、ここはぜひ病院の方にこういうことだということを伝えていただいて、対応をお願いをしたいと思います。

浄化槽については後日またお話をさせていただきます。

○大沼 久議長 目黒栄樹市長。

○目黒栄樹市長 その非紹介患者料については、確かに子供がむずがったりする場合にも連れて行く、それを受け入れないというんじゃないありませんよ。そういうのが非常に多いと。それで重症でもなかったというような場合には、やはりいただきたいという話であります。それは、救急車で行かれたとか、本当に重病の場合の方からは取らないということです。それは取らないんですが、今までどおりやはりそういうふうな感じの結果としてもそうですが、やはりそういうふうになっちゃっているもんですから、本当に重症の患者の方が行かれても、なかなかその機能が目的のようにいかないという、そういう反省があるから、今のようなものが出てきたんだろうと思います。

○大沼 久議長 船山祐子健康課長。

○船山祐子健康課長 病院の方の主幹課長会議等ございますので、そちらの方で意見等を述べさせていただきますして、改善に向けて意見を述べます。

以上です。

○大沼 久議長 11番、高橋孝夫議員。

○11番 高橋孝夫議員 ぜひそういうことでお願いをしたいと思います。

平成11年11月に開業するときに、旧長井市立総合病院の飯野院長がこういうふうにおっしゃいましたね。これからはちょっとしたことで救急車で行けと。救命救急センターに救急車で

行けと。決して自分で車を運転してなど行くなよというふうに言われたんです。それが一番早く診てもらえる方法だと。しかし、それがこういう加算料も含めて、こういうことになるうとは私は思いませんでした。

私は、もう少し時間をかける必要があるのではないかというふうに考えますし、何かの機会でもた質問させていただきたいと思います。

終わります。

○大沼 久議長 ここで暫時休憩いたします。

再開は3時20分といたします。

午後3時00分 休憩

午後3時20分 再開

○大沼 久議長 休憩前に復し、会議を再開いたします。

なお、渋谷佐輔議員から早退させてほしい旨の申し出がありましたので、ご報告いたします。

### 藤原民夫議員の質問

○大沼 久議長 それでは、順位5番、議席番号16番、藤原民夫議員。

(16番藤原民夫議員登壇)

○16番 藤原民夫議員 ラストバッターを賜りまして、最後までよろしくお願いいたします。

私は、通告しております2点について、市長並びに福祉事務所に質問をするものであります。

初めに、改定介護保険法についてであります。

ことし10月から介護施設の居住費と食費が保険給付から外れ、原則として利用者の全額自己負担、いわゆるホテルコスト負担ということとなったわけであります。

国会で介護保険法が自民党、公明党、民主党の賛成多数で成立したのは6月下旬であります。そのわずか3カ月後の実施で、現場では不安と困惑が隠せなかったということであります。改正された介護保険法は、国民の負担をふやして政府の財政支出を減らしていく、いわゆる小泉内閣の小さな政府計画の一つであります。

対象となるのは、生活の場である特別養護老人ホーム、また、リハビリ中心の介護老人保健施設、また、医療ケアを受ける介護療養型医療施設のこの3施設であります。また、短期で入所するショートステイにも適用されます。さらに、デイサービス、デイケアなど通所サービスの食費も全額自己負担となるのであります。

実際の負担額は施設が決めるわけですが、厚生労働省が示している所得に応じたモデルケースが基準となるわけであります。厚生労働省のモデルでは、住民税課税世帯で特別養護老人ホーム相部屋の場合、食費がこれまでの月2万6,000円から4万2,000円に、居住費が負担ゼロから月1万円に上がるのであります。通常の1割負担と合わせた合計負担額は月2万5,000円の引き上げとなるのであります。年間にすると30万円もの負担増となるのであります。これまで居住費の負担がゼロだった従来型の個室は、新たな居住費、食費の負担と1割負担を合わせると、月4万8,000円もの大幅な負担増となるのであります。

政府は、施設サービスと在宅サービスとの費用の不均衡を是正するなどと言ってこのたびの負担増を正当化したのでありますが、しかし、在宅にも、施設にも負担増を強いているのが実態でありまして、導入の理由は全くのごまかしというほかはないのであります。

全国の市町村の自治体の中には、不均衡の是正というならば、在宅サービスこそ充実すべきではないかということで、在宅のデイサービス利用者への負担増を求めず、介護保険の対象外