

政府は、2008年度の国家予算(案)を編成するにあたり、平成20年度の経済見通しにおいて、実質成長率を2007年度実績見込み1.3%を上回る2.0%とする楽観的見通しに立っています。

2007年度実績見込みでは、輸出が7.1%と高い伸びを示したものの、個人消費が当初見通し1.6%を下回る1.3%増にとどまった上に、改正建築基準法の施行で厳格となった建築確認の影響で住宅投資が12.7%減と大幅に落ち込み、設備投資の伸びも0.9%の伸びにとどまり、個人消費などの内需が停滞したことが、当初見通し2.0%の成長率が1.3%に落ち込んだ要因と考えられます。

政府は、2008年度においても、個人消費を1.3%増と見込み、07年度実績見込みと同率の低い伸びを見込んでおり、引き続き、輸出主導型の経済成長に力点を置いているようであります。

しかし、原油高とアメリカのサブプライム住宅ローン問題を背景とする金融資本市場の変動を主因とした世界経済の不安定性が強まっている中では、内需を軽視した成長戦略には展望がありません。「輸出主導型」の2.0%成長を達成できるという見通しは楽観的すぎると言わざるを得ません。

ここは、生活や環境重視の経済システムを構築し、内需主導型経済成長に転換しなければなりません。そのためには、01年度1月を底とする景気上昇の恩恵が労働者に還元されていない、家計部門にまで及んでいない状況を変えなければならないことを強く訴えて質問に入ります。

質問の第1点目は、2008年度地方財政計画についてであります。

2008年度地方財政計画は、地域格差の拡大、農山村の疲弊が参議院選挙における与党大敗の一因となったことから、衆議院選挙対策として地方再生対策費が新設され、7年ぶりにわずかながら拡大し、2007年度比で約2700億円増の83兆4000億円の地財計画となりました。しかし、地方再生対策費を除くと、地財計画は07年度比で、歳出総額は約1200億円、一般歳出は約3750億円縮小しており、地方財政計画の削減基調、地方財政スリム化路線は依然変わっていないと言えます。

7年ぶりわずかながら拡大したと言いながら、7年前の2001年度の89兆3000億円と比較すると約6兆円も削減されています。また、出口ベースの地方交付税も、2007年度比で2000億円増加し15兆円4100億円になりましたが、7年前の2001年度の20兆3000億円と比較すると約5兆円も削減されており、この間の「小さな政府論」イコール「地方財政計画の削減」イコール「地方交付税の削減」の構図からの脱却は図られておりません。

そこで、お聞きしますが、2008年度の地財計画の総額は今年度並みに確保されたものの、地域格差の是正と地方自治体の生活維持機能の回復を実現するような財源保障と財政調整の再生には程遠い内容と考えますが、知事のご所見をお伺いします。

次に、参議院選挙の争点の一つでもあった自治体間の財政力の格差の是正策についてであります。

地財計画上、どう盛り込むかという課題がありました。しかし、これについては、交付

税制度強化による格差是正策ではなく、東京都、愛知県などの地方法人事業税を国が勝手に取り上げ、それを地方にバラまく「水平的財政調整」の導入により是正を図るもので、地方自治無視の格差是正策と言わざるを得ません。

11月県議会の一般質問でも申し上げましたが、今回の自治体間で財政調整を行わせる水平的財政調整の導入に対して、地方自治体の対応を見ると、財源の分権を主張する声は小さくなり、格差是正を御旗とする目先の財源措置を求めている印象を拭いきれません。減収自治体は反対、増収自治体は賛成という単純な損得勘定に飛びつく限り、財政の分権はおろか、地方財政の格差拡大を自ら招くことになる恐れがあります。第二次地方分権改革の議論が本格的に始まる今日、地方六団体は、地方税の独立性堅持、国から地方への税源移譲、地方交付税制度の強化など地方分権と地方自治強化の立場での対応が求められています。

そこで、今回の財政力の格差是正策について、知事はどうお考えなのか、また、地方財政の分権の推進、抜本的な財政格差の是正システムの構築について、知事のご所見をお伺いします。

さらに、今日、地方六団体や全国知事会のまとまりが弱くなっている中で、「国から地方へ」という垂直的財政調整の議論を、もう一度活発化させるために、全国知事会の副会長である真鍋知事は、どうリーダーシップを発揮させようと考えているのか、併せてお伺いします。

11月県議会でも同様な内容の質問をさせていただきましたが、明確な答弁をいただけなかったことから、よろしくお願ひします。

質問の第2点目は、**地方交付税制度の充実**についてであります。

地域格差の是正と地方自治体の生活維持機能の確保を図るためには、財政調整機能と財源保障機能の強化が必要であり、地方交付税制度の充実が求められていることは言うまでもありません。

この間の地方交付税総額の大幅な削減の中身を調べてみますと、地方交付税総額が先に固められ、地方の各事業の行政需要を安易に変更していることが要因となっています。

詳しく言えば、毎年々、基準財政需要額の算出に利用される経費別の統一単価である単位費用が削減されることが、基準財政需要額の減少となり、普通交付税の減少につながる決定的な要因になっていると言えます。

地方自治体が、行政需要や行政組織の見直しを行うことを否定はしませんが、一定期間をかけて行うのが常道だと考えます。しかし、国が行う単位費用の見直しが、毎年々、行われることは、行政の安定性を損なうことにつながり、地方行政を混乱させる原因になっています。見直しを行うにしても、2～3年の据置き期間を置き、その据置き期間で、見直しの準備に入るといふ基準財政需要額の算定方法の安定性が求められるべきであります。そのことにより、地方交付税の予見性を高められると考えます。

単位費用の安易な削減に歯止めをかけない限り、交付税制度の見通しは明るくなることはないと考えます。

また、地方 6 団体が主張するような三位一体改革で削減された総額 5.1 兆円の交付税の復元といった金額ありきの議論だけではなく、都市や地方にとって確保すべき行政需要を検証し、環境や教育、福祉などの新たな政策経費を基準財政需要額として反映させるシステムの構築が必要だと考えますが、知事の地方交付税制度の充実策について、お伺いします。

質問の第 3 点目は、**救急医療体制**についてであります。

本県の人口 10 万人当たりの救急病院数は、平成 17 年 10 月 1 日現在、5.9 施設と、全国 1 位の水準になっておりますが、近年、救急医の過酷な労働条件、救急部門の不採算化の中、救急医療体制の崩壊が叫ばれている現状があります。

先般、日本医大の救急チームの分析によると、全国の救急医療機関の 3 割近くの救急車の受け入れ台数が 1 日あたり 1 台未満で、事実上機能していない「名ばかり救急」となっていることが発表されました。

また、昨年 3 月に発表された読売新聞社による緊急自治体アンケートによれば、全国の「救急告示医療施設」（救急病院）の総数が 06 年 3 月末を基準に過去 5 年間で「医師不足」などを理由に 1 割近く減っていることが、明らかにされました。

そのデータによれば、救急病院の減少率が高かった自治体の上位 5 位に香川県が入っており、減少率 18.2% と示されていました。

それ以降も救急告示（救急医療施設の指定）を撤回する病院が増えており、減少傾向には歯止めがかかっておらず、いざという時に患者の受け入れ病院がなかなか見つからないなど、救急体制の危機が深刻化している実態が浮き彫りになっています。

私も地域で県民の方にお聞きすると、突然の体の異変、緊急の事態が発生した場合に、かかりつけの医師に連絡しても、連絡が取れないとか、医師が不在とか、患者が混んでいて対応できない等と言ったことが通常であり、緊急については、救急体制が整備されている大病院志向にならざるを得ないと訴えられております。

そこで、まずお聞きしますが、県内には休日夜間の救急患者を受け入れる救急告示医療機関は、現在 73 施設が認定されておりますが、この 10 年間で、どの程度減少したのでしょうか。また、救急告示医療機関と言っても、その受入れ実績は様々であると思いますが、救急車による搬送実績は、どのような傾向がうかがえるのか、知事にお伺いします。

次に、入院等が必要な救急患者を受け入れる、いわゆる 2 次救急、当番日を決めて救急医療を行う病院群輪番制についてお尋ねします。

高松保健医療圏で見えますと、毎夜間、県立中央病院、高松赤十字病院をはじめ 6 病院が当番日を決め輪番制で、入院等が必要な救急患者を受け入れています。

体制としては、整備されているように見えますが、聞くところによると、この輪番制も県立中央病院や高松赤十字病院などの限られた病院に救急搬送が集中している実態があるのではないかとされており、実態はいかがでしょうか、知事にお伺いします。

また、限られた病院に救急搬送が集中する実態があるのであれば、その原因はどこにあるのか、そして今後どう対処しようとするのか、併せてお伺いします。

次に、救急医療情報システムについて、お尋ねします。

ご存知のとおり、救急医療情報システムは、救急車が急患を運ぶ病院の空きベッド状況、診療の可否などを把握するために、構築されたものであります。

しかし、先般、報道されたところによりますと、全国の53%の消防本部が同システムを利用していないことが伝えられました。

利用されていない理由として、「リアルタイムの情報ではなく、情報の信憑性が低い」「空きベッドや当直医などの情報の更新が遅れている」など指摘されています。

香川県内においても、9消防本部のうち、「全く利用していない」が1本部、「ほとんど利用していない」が3本部の計4本部、「主な照会手段として利用」は3本部、「補完的な照会手段として利用」2本部と報道されました。

この報道を聞く限り、香川県の救急医療情報システムは当初の目的どおり機能しているとは言い難いと思われませんが、現在の状況をどう認識されているのか、今後、どう再構築されようとお考えなのか、知事にお伺いします。

次に、県立中央病院の救急体制についてであります。

県立中央病院は、3次救急の救命救急センターを抱え、救急患者の最後の砦として頑張っています。H19年の実績で、年間3,960台の救急車を受け入れていると聞いております。その救急専従医が、次々と退職し、昨年4月からは救急科専門医も兼務で対応せざるを得なくなったようであります。

センターで一昨年3月、心肺停止患者の受け入れを拒否したことが問題になりました。その後、松本院長は、改善策として「センターの人員態勢を強化したい」とコメントされました。でも現実には逆行しているようであります。報道によれば、松本院長は「大学の医局に派遣を再三かけ合ったが、補充のメドはたっていない。大学頼みではおぼつかないと、今いる医師が救急専門医の資格をとることを検討している。若い救急医を病院自らが何とか育てていかないと、どうしようもない」とコメントされたようです。

実際、県立中央病院は、1次救急、2次救急、3次救急の患者を受け入れていると言えるでしょう。

現在の救急医療体制の現実を直視すると、民間病院との役割分担と言いながら、救急医療の不採算、救急医の過酷な勤務を考えると、公的病院がその大きな役割を果たさなければならぬ状況にあるのはやむを得ないと考えます。

先般2月4日の朝日新聞の調査によりますと、重篤な救急患者を受け入れる全国205カ所の救命救急センターのうち、少なくとも全体の14%にあたる28施設で、一部診療科の患者を受け入れられなくなったり、中核を担う救急科の専門医が不在になったりしていることが、報道されました。深刻な医師不足を背景に、退職後の補充ができない例が目立ち、地域医療の中心となっている「2次救急病院」の減少傾向が加速する中、「最後の砦」とされる救命救急センターさえも機能不全に陥りつつある現状が浮かび上がりました。

県立中央病院も、今は何とか2次救急、3次救急の役割を果たせていますが、今後、放置しておけば、機能できなく恐れがあります。

県立中央病院の救急医療体制にもっとお金をかけるべきだと考えます。

現在、一般会計から救命救急センターの運営に要する費用として、補助金が出されていますが、この補助金は、H17年度までは国庫補助金であったものが、H18年度以降、一般財源化され、県の裁量に委ねられています。しかし、この補助金の積算にあたっては、国の基準額を使い、その基準額の3分の2の補助額にしか過ぎません。さらに、その基準額は、実際の救命救急センターを運営するにあたっての不採算額よりも、大幅に少ない額になっています。

また、救命救急センターの運営に要する事業費の積算根拠も、過酷な勤務条件にもかかわらず、中央病院の医師の平均給与単価を使ったり、人員も評価項目にかかる最大の点数を取得するための最低ラインの人員を使用しており、勤務時間も当直時間を多くし、実際の勤務時間より少なく見積もる等、あまりにも不十分なものとなっているとかがええます。

まして、この積算基礎には、中央病院に患者が集中していると言われる1次救急、2次救急に要する経費については、十分考慮されておられません。

1次救急、2次救急、3次救急と、すべてを受け持つ中央病院の救急医療体制の重要性に対する認識が県の姿勢として希薄ではないかと危惧するものであります。

このような状況では、救急部門が、さらなる不採算経営になると同時に不十分な人員配置がされている状況では、今後の救急医をはじめとする救急スタッフの確保が困難になる恐れがあります。

早急に、救急患者の最後の砦としての県立中央病院の救急体制を維持するために、もっと救急医療に対する補助を増やすべきと考えますが、いかがでしょうか。知事にお伺いします。

以上、救急医療体制の現状認識についての質問をしましたが、これらの情報は県民が新聞報道で知るのではなく、きちんと県が主体となって情報提供すべき内容と考えます。救急医療体制の整備に責任を持つのは、都道府県の役割であります。

地域医療計画と言う机上の論理だけでなく、県がもっとしっかり情報収集をし、現場を見て、どこの医療機関に集中しているのかなど、そういうことも含めて計画を立てる必要があると考えます。県においても、県全体の所管は医務国保課、県立病院は病院局に分かれています。この議論が一体的なものとして行われることが必要です。県、市町、医師会、公的病院、消防署がもっと突っ込んだ議論を展開し、問題点を洗い出し、救急医療体制の現状を県民に知らせ、どう整備していくかが重要であると考えます。本県の救急医療体制の現状について、県民にどのように情報提供していくのか、また、今後の救急医療体制の整備について、どう取り組まれていくのか、知事のご所見をお伺いします。

質問の第4点目は、**県都高松市のまちづくり**についてであります。

知事は、中央病院の移転先をJT跡地と決め、今議会に土地の購入等の予算案を提案されています。この間検討してきた4候補地とも一長一短あり、今回の決定は高松市民病院の移転問題や第3次救命救急センターのある香大医学部附属病院との位置関係など、総合的に判断して、消去法でJT跡地を選定されたと考えております。

しかし、JT跡地については、交通アクセスや高潮対策など克服しなければならない課題

があることは言うまでもありません。

先の文教厚生委員会では、開設までに、路線バスの路線変更や増便を図る考えを示されました。当面の対策としては、やむを得ないと考えますが、中央病院の移転を、高松市の都市内交通の整備に生かす視点をもっと持つべきではないかと考えます。

先般、大西高松市長が、次世代路面電車(LRT)の導入を検討することを発表しました。

私も、路面電車は町にほのぼのとした落ち着きをもたらすもので、どれだけの投資が必要なのか定かではありませんが、これからの高齢化社会、環境に配慮した都市づくり、コンパクトなまちづくりには、ふさわしい公共交通機関ではないかと考えているところです。

そこで、この構想に中央病院の移転地も含めた議論を展開できないか、瓦町駅、丸亀町商店街・三越の東側、さらに移転する中央病院、競輪場、県立武道館、県立体育館、産業会館、自治会館、会議ができる施設が集積する福岡町一体と結び、さらに高松港ウォーターフロントのトレンドスポットである北浜アリーを結び、そして JR 高松駅とそれぞれの拠点を結ぶ路線。できれば、西側も可能であれば、JR 高松駅から瓦町駅につなぐ循環線ができれば、夢のある事業ではないかと考えるわけです。これは、高松市における広域拠点形成を図る上でも重要であると考えます。

私も、すでに LRT を導入している富山市を視察する機会があり、LRT にも乗車させていただきました。非常に乗り心地もよく、多くの市民の皆さんが利用していました。途中には、競輪場もあり、終着駅の岩瀬浜駅は、廻船問屋や造り酒屋などの古い建物が保存され立ち並んでいて、まち歩き散策ができるところであり、レジャー客や観光客も呼び込める路線になっていました。また、沿線沿いに住宅街もあり、通勤・通学客も利用していることがうかがえました。

LRT を導入する場合には、やはり定期的に通勤・通学・ビジネスに利用する乗客を確保した上で、買い物客や施設利用客、観光客が利用できる路線にしなければ意味がありません。そのためには、その沿線沿いをどういう街づくりしていくかという視点が重要であると考えます。

そこで、まず、JT 跡地に中央病院を移転するに当たり、そのアクセスをどう確保するのか、知事にお伺いします。また、今、私が申し上げました、病院の移転を契機とした公共交通機関の整備をはじめとする高松市のまちづくり構想は、広域拠点形成に資するものと思いますが、知事は、どのようにお考えになるのか、御所見をお伺いしまして、私の質問を終わります。