

ただいまから、県政一般事務にかかわる諸課題について質問をいたします。

まず、昨日追加提案されました補正予算について、お伺いします。

議会冒頭の事業予算が、基金への積立を除き 8 千 6 百万円であったのに比べて、議会日程が 4 日間しか残されていない中で、50 億円の県単独予算も含む総額 83 億円もの追加予算はあまりにも膨大なものです。

その中身は、国の補正予算に関係ないものが数多く含まれており、緊急的なものを除き、議会の冒頭に提案されるべきであり、どさくさに紛れて提案することは、議会軽視と考えます。今後、議会開催中の追加予算提案について、どう対応しようと考えていくのか、知事にお伺いします。

二点目は、50 億円もの県単独事業ですが、耐震化事業の前倒し等、理解できるものもありますが、すべての事業が緊急性を伴うものなのか、経済対策として、先に総額の議論があり、設定されたのではないか、事業を精査しているのか、どうしても前倒ししてしなければならない事業なのか、疑問が残るところであります。

一方、平成 24 年度当初予算を前倒して切れ目のない執行ということであれば、一定理解もできます。そこで、財政規律の観点から、今回の追加補正予算が平成 24 年度当初予算と総額も含めて、一体的な予算編成と捉えてよろしいか、知事にお伺いします。

三点目は、豊島産業廃棄物処理の延長、新中央病院の追加対策、土地開発公社解散など新たな県の財政負担がある中、来年度の地方交付税の見通しも不透明であるにもかかわらず、9 月議会で 26 億円積立てた以上に、安易に 33 億円ものの県債管理基金を取り崩し、きわめてテクニク論で、その場しのぎの財政運営に思えます。

そこで、財政難で職員の賃金カットを継続しなければならない中、今議会冒頭に示された財政運営計画との関係を、どう考えているのか、知事にお伺いします。

質問の第 2 点目は、公契約のあり方についてであります。

今日の公契約における熾烈な価格競争は、過剰なコスト引下げを招き、その影響は、労働者の賃金等、労働コストの縮減という結果をもたらしています。

そこで、まず指定管理者制度についてお伺いします。

県は、6 月議会で香東川公園に指定管理者制度を導入する条例改正を行いました。

結果は、3 団体の応募があったにもかかわらず、選定なしであります。

応募団体には、県施設の指定管理者の実績を持つ団体をはじめ、いずれの団体も社会的に実績のある団体であります。

申請額が 3 団体とも県の予定していた金額よりも高かったようではありますが、指定管理者制度は、サービス内容も含めての総合評価のはずです。

団体関係者にお聴きしますと、「県は、財政難で、本来しなければならない管理が十分できていないにもかかわらず、指定管理者には、直営よりも安い金額で、十分な維持管理を求めるのは、理屈が成り立たない。そもそも、きちんとした制度設計はできていたのか」と疑問を投げかけられています。

また、「指定管理者を受けると、きちんとしなければ、自らの業界の社会的信用に関わる。責任を持ってするためには、それなりの予算は必要である。」という意見をいただきました。

指定管理者制度は、自治体行革の「打出の小槌」でもなければ、「下請機関」でもありません。

また、今回その他の選定案件を見ると、債務負担行為の5年間の支出計画額が、毎年度同額であり、そこで働く労働者の昇給や賃上げは全く考慮されているとは思えません。

利用料を徴収しないような公の施設で、指定管理者を導入すれば、買い叩きになるのは当たり前で、低賃金労働者や官製ワーキングプアを生み出し、雇い止めの不安を煽っていく方向に作用するだけです。

総務省も、指定管理者制度の問題点を指摘しており、導入にあたっての留意事項を、平成22年12月28日付で各都道府県に通知を出しました。

通知の留意事項の第2に「指定管理者の選定は、単なる価格競争による入札とは異なるものであること」と指摘されています。

今回のケース、県民の利用促進が図られ、適正な管理を目的に指定管理者制度を導入するのであれば、直営で行った金額より多少増えても、制度の主旨から問題ないと考えます。

本来、利用料を徴収しない公の施設には、指定管理者制度を導入する制度的メリットはありません。

いわゆる指定管理者制度ありき論ではなく、今後、総務省通知を踏まえ、公の施設の管理運営のあり方について、どのように考え、どのように対応していくのか、知事にお伺いします。

次に、公共工事設計労務単価についてであります。

農林水産省及び国土交通省では、公共工事等に従事した建設労働者等に対する賃金の支払い実態を、昭和45年より毎年定期的に51職種について調査をしています。

その中で、本県の大工さんの労務単価は、平成11年度が23,300円であったのが、その後、徐々に縮小し、平成23年度では15,100円となり、ここ10年程度で35%の減少、65%までの水準に低下しています。この積算単価が、民間工事まで波及しているのが現状です。

大工さんの場合、天気が悪ければ、平日でも仕事ができず、ボーナスもありません。月20日間として計算すると、月収302,000円、年収3,624,000円であります。

実に400万円を切るような収入で、「自分の息子に大工になれとは、よう言わん。でも、後継者ができないと困る」と強く訴える建設労働者の声は、切実なものがあります。

その他の多くの職種も同じように、低下しています。

このような状況では、幾ら今回の追加補正のように公共事業を発注しても景気はよくなりません。

そこで働く労働者の賃金を上げ、購買意欲を喚起し、それが内需を拡大し、景気を回復させます。

平成12年11月に「公共工事の入札及び契約の適正化の促進に関する法律」が制定された時「建設労働者の賃金、労働条件の確保が適切に行われるよう努めること」という附帯決議がなされていますが、この決議が活かされず、建設労務単価が10年間もの間、負のス

パイラルが続いており3割以上も下落しているという事実について、知事は、どう受け止められますか、お伺いします。

また、この状況に歯止めをかけるのは、公契約条例（法）を制定することが、第1歩と考えます。これまで、県は、公契約条例について、「我が国においては賃金等の労働条件は、最低賃金法や労働基準法などで定める内容を遵守した上で、基本的に個々の労使当事者間で取り決められるものである。・・・なお、慎重に考えていく必要がある。」との答弁を繰り返されているだけであります。本当に検討されているのか疑問であります。

最低賃金法からの関係で言うと、公契約条例を作れば、ダブルスタンダードになるということに危惧されています。しかし、公契約条例は、守るべき基準を定めるのではなく、契約の際の一条件に過ぎないということです。

地方自治法第234条の規定による契約は、私法上の契約です。公権力の行使に当たらず、契約の自由の原則が適用されます。相手方に、契約をする・しないの自由が存在します。

契約条件が、気に入らなければ、契約しなければいいのです。県が取引きする際に、相手側に求めるもので、合意を媒介として、自発的に契約上の義務を負うだけであります。

県の契約条項に、平成22年4月に「暴力団等による不当要求行為の排除」、平成23年7月に「県の取引きの業者の役員などが利用、供与、交際など暴力団との関係を持っていることによる契約解除権」を規定したことも、相手方に求めた条項です。

確かに、限られた財源を有効に使って住民サービスを向上させる、そのための行財政改革が求められているのは否定しません。

しかし、三位一体の改革以降、国が進める行政改革は無駄を削って新しい政策要求に応えるためとしながらも、財政再建の側面が強くなり過ぎ、行政運営が本来備えていくべき人に対する思いやり、温かみ、優しさというものを疎かにし過ぎています。無駄を省くことは必要ですが、強く求めるあまり無機質な人間味のないものになってはならないと私は強く思います。

ある程度経費がかかっても、住民の必要とするサービスの質を落とさないよう工夫すること、安定的な地域の経済活動、地域住民の雇用の安定を求めることが、行政運営の一番のポイントではないかと感じます。議員各位も感じられていると思います。

そこで、これまで何度も我が会派が質問しておりますが、改めて、公契約条例の制定について、知事は、どうお考えなのか、お伺いします。

質問の第3点目は、県立中央病院の救急医療体制の確保についてであります。

県立中央病院は、三次救急を担う救命救急センターを擁し、まさしく「県民医療の最後の砦」として24時間365日、休みなく頑張っています。

平成22年の救急患者数は、12,179人で、夜間、休日を中心に、一日平均34人もの救急患者を受け入れています。救急車の受入台数も、平成22年は、3,800台となっており、各消防局からの信頼も厚いと聞いています。

救命救急センターが、フル稼働し、よく頑張っていることに敬意を払うとともに、我々は、県民の命を守るため、現場の負担軽減を図るためにも、救急患者を受け入れられる十分なスタッフ、特に医師の確保を図っていかなければいけません。

中央病院のホームページを見ますと、救命救急センターの医師は、副院長をはじめ4名に過ぎず、そのうち救急科専門医は1名であります。また、その救急科専門医についても、救命救急センター専従ではなく、診療科の外来も担当しています。

国の救命救急センター整備基準によれば、救命救急センターには、24時間診療体制を確保するため、救命救急センターの責任者は、三次救急医療の専門的知識と技能を有し、高度な救急医療に精通した専任の医師を配置することとされています。

現在の救命救急センターの医療体制は、中央病院の医師全体で支えていると聞いていますが、心筋梗塞や脳卒中、重度の外傷・熱傷などの重症及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるためには、国の設置基準にもあるように、救命救急センターに専任・専従の医師を配置することが必要です。

また、特定の医師に過重な負担を強いらぬためにも、救急科専門医の複数確保も必要であります。

医師確保の難しさは承知していますが、県下救急医療の最後の砦として、救命救急センターへの専任・専従医師の配置と救急科専門医の複数配置は最優先であり、待ったなしの急務であります。処遇面も含めた、思い切った医師確保への取り組みが必要だと思いますが、病院事業管理者にお伺いします。

次に、中央病院の救急医療体制の充実のための財政措置についてお伺いします。

現在、県立中央病院の救急救命センターには、一般会計から、センターの運営に要する経費として補助金が出されています。この補助金は、平成17年度まで国庫補助金であったものが、平成18年度に一般財源化され、当時の国の基準をそのまま引き続き、県が補助しているもので、県としての裁量は存在しないものであります。

一方、一般会計負担金として、総務省の繰出基準に基づき「救急医療の確保に要する経費」として、一般会計からの繰出しが行われております。

繰出基準によりますと、救命救急センター（3次救急）については、収益と経費の収支差を補てんすることとされているようですが、総務省の繰出基準は考え方を示すだけです。どこまでを経費の対象範囲とするかなど、具体的な算定は、県の裁量であります。

私は、中央病院の救急医療体制の充実、県全体の救急医療体制の確保につながるものと考えております。現状は、医療スタッフの献身的な姿勢に支えられておりますが、県全体の救急医療体制の確保を考えた、救命救急センターの専任・専従医師の確保、また、救命医の育成などの政策的視点をしっかりもたなければならないと考えています。そのためには、それを支える十分な県の財政措置が必要であります。

現状の県の支援は、補助金と負担金をもって収支差を補てんしているだけであります。収支差の補てんだけでは、政策医療は担っていきません。

中央病院の救急部門は、県が政策医療と明確に位置づけ、単なる不採算部門として赤字を補てんするだけでなく、医師確保・育成の対策については、全額一般会計で負担するなど、中央病院の救急医療の充実を図るための一般会計負担金の考え方を見直すべきと考えますが、知事にお伺いします。

質問の最後は、県立病院事業会計についてであります。

「 公立病院の『累積欠損金』は100億円で破綻寸前」、よくこのような記事が新聞に掲載されます。

2009年の全ての自治体病院の「累積欠損金」は、2兆1,571億円に達するそうです。

累積欠損金が、200億円を超える都道府県は、北海道(670億円)、福島県(242億円)、栃木県(202億円)、千葉県(279億円)、新潟県(265億円)、愛知県(380億円)、兵庫県(830億円)、広島県(290億円)、愛媛県(231億円)、宮崎県(270億円)、沖縄県(232億円)の11団体。そして、100億円を超える都道府県は、13団体と数多く存在します。本県も、100億円を超え、2010年度末の累積欠損額は122億円余であります。

県議会においても、これまで累積欠損金の多さを批判する議員も多く、マスコミも過去に「県立病院の累積欠損金100億円！このままでは大変なことに」と病院事業会計に警笛をならす新聞記事もありました。

しかし、果たして自治体病院は、「2兆円の借金を抱えて破綻状態」なのでしょうか。

県立病院の累積欠損金が、122億円と聞くと、多くの県民は、破綻寸前と思われるでしょうが、本当に借金なのでしょうか。

私は、これは間違いだと考えています。これは数字上のトリックで極めて県民に不安を与えているとしか思えません。

具体的に説明しますと、地方公営企業法の費用の中には、現金支出を伴わない減価償却費という費用項目があります。建物や器械備品の資産は、耐用年数に応じて毎年償却していきます。いわゆる毎年資産の価値が下がった分を費用としているものです。

この現金支出を伴わない減価償却累計額が、平成22年度末で193億円あるわけですので、122億円の借金が残っているわけではありません。

現在、病院事業会計の持つ現金預金は約29億円で、運転資金も含めて安定的な経営にはもう少し現金預金の増加に努力しなければならないと考えますが、外部から見て、県の病院事業会計が122億円の累積欠損金を解消するために、約29億円に加えて100億を超える現金預金を新たに得る必要があるかという疑問であります。

累積欠損額という数字上のトリックを解消させるために、不足が深刻な医師や看護師にもっと働け、働けと追い立てることが必要なのでしょうか。見せかけの赤字を解消することよりも医師や看護師の待遇を改善することが優先課題と考えます。

自治体病院は、現在、会計制度上の問題で2兆円という巨額の累積欠損金が発生する環境に放置されています。必要以上に経営状況を悪く見せる「逆粉飾」というべき状況により、「自治体病院は大赤字」というイメージが醸成されているともいえます。

自治体病院によっては、巨額の累積欠損金の存在が問題の一つとされ、最終的に病院が民間医療法人に譲渡されてしまったケースもあります。

地方自治体にとって、お金のかかる、やっかいものの自治体病院を廃止したり、民間委託するには、「赤字」は巨額である方がよく、それを隠して、膨れ上がる構造となっている累積欠損金が、自治体病院を批判したい人たちの格好の材料になっているのです。

確かに、自治体病院の経営には課題があり、自己変革が必要であります。自治体病院

に対して不可能なレベルの収支改善の要求をしながら「改革」を迫るのでは、かえって間違った「改革」が行われる危険性が存在します。

自治体病院の経営に必要なことは、累積欠損金を解消することではなく、安定的な経営を行うために、適切な現金を持ち続けることです。

そして、このことは、国民・県民にはほとんど知らされていません。多くの地方議員やマスコミも累積欠損金の意味を勉強せずに、批判しています。理屈のない、思い込みに基づく批判は、自治体病院に働く職員のモチベーションを下げ、地域医療の崩壊をさらに加速させることとなります。

そのためには、複式簿記で、県民には分かりづらい県立病院の経営状況について、県民に分かりやすく情報提供するべきと考えますが、病院事業管理者のお考えをお聞きします。

さて、自治体病院の経営悪化が問題となる中、今年度、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」、いわゆる「第1次一括法」により、地方公営企業法の一部が改正され、来年4月1日から施行されます。

この一部改正は、大きく3つの改正が行われており、

法定積立金（減債積立金、利益積立金）の積立義務を廃止。

条例の定めるところにより、又は議会の議決を経て、利益及び資本剰余金を処分できることとする。

経営判断により、資本金の額を減少させることができることとする。
とされています。

現在、地方公営企業法施行令第24条の3第2項但書では、累積欠損金について、任意積立金を補てんしてもなお欠損金に残額があるときは、「議会の議決を経て、資本剰余金をもって埋めることができる」とされていますが、全額はできません。

民間企業の場合には、一定の手続きを経て自己資本金を取り崩し、累積欠損金を解消する「減資」と呼ばれる方法があります。企業再生やM&Aなどの際に多く行われているものですが、現行の地方公営企業法の場合、自己資本金を取り崩し、累積欠損金を解消する減資は、認められていなかったのですが、「第1次一括法」により、議会の議決があれば減資できるようになり、欠損金を資本の取崩しで穴埋めできるようになったわけでありました。

また、同時に、これまで利益が生じた場合に、欠損金を埋めて、残り20分の1以上を積立てるといった公営企業特有の義務付けも廃止されました。

今回の改正は、「地方公営企業会計制度研究会報告書」（平成21年12月）の提言を踏まえるとともに、「地方分権改革推進計画」（平成21年12月閣議決定）に基づき、地方公営企業の経営の自由度を高める等の観点から、公営企業における「資本制度」が見直されたものであります。

そこで、今回の「第1次一括法」による地方公営企業法の見直しについて、病院事業会計で減資が行えるとなれば、見せかけの累積欠損金の解消につながり、病院事業の経営に好影響を及ぼすと考えられますが、減資についてどのように対応していくのか、病院事業管理者のお考えをお伺いし、私の一般質問を終わります。