

## 第5回奈良県・市町村長サミット

平成28年2月25日

【司会】 それでは、ただいまより平成27年度第5回奈良県・市町村長サミットを開催いたします。開会に当たりまして、荒井知事よりご挨拶申し上げます。

【荒井知事】 奈良県・市町村長サミット、頻繁にあるので申し訳ございませんが、年度末だからまとめに入っているのであるのかなと思いますけれども、新年度になると少し閑散になると思います。本日は地域医療構想のいよいよ大詰めでございますが、地域医療構想、ご案内のように大変大事な構想でございますので、これから地域包括ケアシステム、急性期、あるいは在宅医療などに向けて、あるいはまた医師、看護師確保に向けて県と市町村が本当にタッグを組まなければならない本命の本命でございます。今後ともよろしく願いいたします。そのほかの報告事項もございます。本日はよろしくお願いいたします。(拍手)

【司会】 ありがとうございます。

私は、本日司会を務めさせていただきます奈良県地域振興部市町村振興課、石井でございます。よろしくお願いいたします。

初めに、配付物の確認をお願いいたします。お手元には、第5回奈良県・市町村長サミット次第、出席者名簿、配付資料一覧表、そして配付資料といたしまして、一覧表に記載のとおり資料1から資料4を配付しております。また、冊子といたしまして、『「奈良モデル」ジャーナル』をこのたび創刊いたしましたので、配付させていただいております。もし配付漏れ等がございましたら、近くの係員のほうへお申し出いただきますようよろしくお願いいたします。

本日のサミットは、「奈良モデル」として推進しております「奈良県地域医療構想」をテーマに開催させていただく考えでございます。また、積極的な意見交換などを行っていただくため、アイランド形式での会議形態としております。皆様にご議論いただいた内容、情報などを共有させていただくため、各テーブルに知事、副知事、その他県職員が同席をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、お手元の次第に従いまして、渡辺医療政策部長より、奈良県地域医療構想についてご説明申し上げます。

【渡辺医療政策部長】 皆様、こんにちは。奈良県の医療政策部の渡辺でございます。本日は、私のほうから地域医療構想についてということで話題提供をさせていただくとともに、その後に医療と介護の連携のあり方ということで、各テーブルのほうで色々和您意見を頂戴したいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

早速ではございますが、お手元の資料1をご覧くださいと思います。市町村の皆様方、また県も国も2025年問題ということがメディア等でも取り上げられているところかと存じます。おさらいたしますと、団塊の世代の方々が75歳以上、後期高齢者になれるのが2025年問題と言われるところでございまして、高齢化がさらに進むという中で慢性的な病気を抱える方々が増える、一方でそれを支える現役世代の方々というのが減っているというのが我が国の現状でございますし、社会保障費の自然増というのはずっと続いています。そういった中でどのような医療提供体制、また介護の体制を整えることがいいのかというのがこの地域医療構想を策定する出発点となっております。

このスライドにありますように、そのためには効率的かつ質の高い医療提供体制をつくっていくべきではないか。それとともに、地域包括ケアシステムを構築していくべきではないかということが掲げられておりまして、そのための計画をつくって、かつ消費税財源をもとにします医療介護総合確保基金を使おうというのが背景となっております。

奈良県の地域医療構想ですけれども、お手元の資料にございますように、第1章から第7章で構成しております。今後の2025年を見据えた奈良県の医療、介護の提供体制はこういった目的で、こういった基本的な方向性で進めたいというメッセージを込めさせていただいておりますし、また、エビデンス、データをもとに地域の実情に応じた自主的な医療の機能分化や連携が進むためのデータというのも盛り込んでおります。一方で、今のところは課題を整理したり問題意識を皆様方と共有するというので整理をさせていただいているような章立てもございますが、ご覧いただいておりますような第7章の構成で進めようとしております。

次のスライドになりますが、第1章では奈良県の地域医療構想とはということで、背景について記載しております。この奈良県の人口推移のグラフは、これまでも目にされているかと思いますが、左から2つ目の棒グラフが2015年の奈良県の人口になります。約130万人ということかと思いますが、この棒グラフは右に行くに従ってどんどん高さが低くなっていくということで、奈良県においても人口減少の傾向は全国と同様です。

そして、折れ線グラフのほうをご覧いただきたいのですけれども、紫の折れ線グラフ、紫のほうが65歳以上の比率ということになります。2025年問題と言われます2025年の折れ線グラフ、紫のほうは32.6%というのが奈良県のデータとなっております、3人に1人は65歳以上です。また、その下の青の折れ線グラフですけれども、19.8%が、75歳以上の方々が5人に1人というのが人口の推計としてあらわれております。

そうした中で、この75歳の方でいきますと、今2015年で約18万人いらっしゃる方が25万人と推計されておまして、約1.5倍ということになるかと思えます。そのときに医療を提供できる医療従事者、介護従事者が1.5倍確保できるのか、また、ベッドも1.5倍ないと今までと同等の医療が受けられなくなるのではないかということがあるかと思えますが、実際にベッドを1.5倍、人を1.5倍というのは非現実的な話になるかと思えます。

次のスライドをご覧ください。そうした中で、奈良県の地域医療構想の目的としましては、これは国全体でも言われておりますが、病院完結型の根本的な治療から、病気と共存しながら生活の質を維持、向上することを目指しまして、地域全体で治し、支える地域完結型の医療への転換が求められています。ここの四角で囲っているところの一番下にございますように、この構想を実現するためには、医療機能の分化と連携を積極的に進めたいということ。また、在宅医療の充実を含みます地域包括ケアシステムの構築が一緒になって進まない、医療機能の分化、連携、そして地域包括ケアシステムが両輪となって進まない、この構想はうまくいかないのではないかと考えてございます。

次のスライドをお願いいたします。奈良県の地域医療構想を考えるに当たって、先ほど奈良県全体の人口推移をお示ししましたが、それがこの6つの棒グラフの左上のほうになります。そして、今まで奈良県では2次医療圏が5つございますけれども、その各医療圏ごとに奈良医療圏、東和医療圏、西和医療圏、中和医療圏、南和医療圏、その5つの医療圏ごとの人口の推移を示したものとなっております。この人口推移に関しましても、皆様、いろんなところで目にされているかもしれませんが、やはりデータで見ましても南和医療圏の高齢化の程度であったりとか人口減少のスピードは一目瞭然でございますし、東和の山間部もおそらく同じような傾向にあるのではないかと推測されます。

次、お願いいたします。お手元の資料がございませんので、壇上のほうをご覧いただきたいと思えます。今、私が説明しましたように、医療のあり方というのがこれまでの病院完結型の医療から地域で支える地域完結型の医療にしていかなければならないということで

すけれども、この絵でご覧いただくと少しわかりやすいかもしれないと思って、急遽差しかえたものでございます。左側が平成2年の日本の人口のピラミッドになっておりまして、青で色分けされています15歳から65歳の幅の人口が一番多かったと。そのときには直すこと、救うことを徹底的に、救命や延命など、しっかりとした医療を提供することに主眼が置かれていたかと思えます。それが右側になりますと、これは2050年、平成62年になりますけれども、右のようなびつな形の人口構成に変わってくるという推測がございまして。そのときには、75歳以上の人口層、65歳から75歳の層を支えていかなければならないということになります。そうしたときにどういった医療が必要かといいますと、癒やすことであつたりとか、支えること、そして病を抱えて生きること、また、看取ることということが大事になってくると考えておりまして、こういった人口構成が変わってくる、今ちょうど過渡期にあるといいたいまいしょうか、どんどん2050年の推計のような形になっていくときに我々の考え方も変えていかなければならないのではないかとということでございます。

では、資料のほうにお戻りください。こうした中で、奈良県の地域医療構想の目標としては3つ挙げたいと思えます。高齢化社会に対応した医療提供体制の構築、また医療と介護、生活支援の融合が必要ではないか。そして、国民健康保険が広域化されますけれども、それを見据えて医療費の適正化という観点も一体的に進めていく必要があると。そうしたことを第1章のほうで述べさせていただきました。

スライド、次をお願いいたします。第2章からは、今お話しした理念に基づきまして、どういった基本的な方向で進めるかということをし少し具体化していっております。今お話ししておりますように、医療需要の質と量に適合した効率的でかつ質の高い医療提供体制が必要だということで、医療機能の分化といいますと、高度急性期や急性期、そして回復期、リハビリ、療養、在宅まで、そういった流れに応じた一貫した医療提供体制が必要だと考えますので、患者さんの状態に合った医療をバランスよく提供したいということと、そのためには医療機関間の拠点化や、医療機関同士、医療、介護の連携体制、そういったことが必要になるかと思えます。また、もう1つの大きな柱、両輪で進める必要があります地域包括ケアシステムの構築の中では、在宅医療をしっかりと提供できる体制が必要かと考えておりますので、そういった視点も第2章の中では触れていきたいと考えております。

次に、医療機能の分化と連携、また在宅医療の充実は言うまでもなく、県民の皆様方に

こうした取り組みをより広く知ってもらふ必要があると思います。また、奈良県では健康長寿日本一を掲げて各種施策に取り組んでいるところでございます。病気にならないのが一番ということは皆が思うところでございますので、予防医療の必要性や健康増進の取り組みに関しましても県として皆様方と一体となって進めていく必要があろうかと思ひます。

そして、このように医療、介護の現場が変わってくる中で、医療従事者、介護従事者の働き方改革の必要性もあろうかと思ひます。現役世代がどんどん減ってくる中で、医療や介護の需要は大きくなってきます。若い方々にこの分野に参入していただく必要があるかと思ひますし、今現にこの分野で活躍してくださっている方々に働きがいを感じてもらったり、いきいきと働き続けてもらう職場とはどういったものかというのを研究していく必要があろうかと思ひます。

次のスライドをお願いいたします。第3章になります。第3章は、多少専門的な部分が出てこようかと思ひます。医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制を構築するに当たって、現在どのような医療需要があるのか、また、将来どのような医療需要が必要とされているのかというのがこのスライドになります。2013年の各医療機関から出されますレセプトデータをもとに出しておりますけれども、奈良県では1日9,508人の患者さんが発生していると言われております。それが2025年には1万1,102人ということになります。1,600人、約17%患者さんが増えるというのが基礎的なデータとしてございます。

次に、そういった発生する患者さんを医療機関で受けとめるわけですが、どれぐらいのベッドがあると今お話ししたような需要を受けとめることができるかということで、一定の過程を置いて出されたデータでございますが、2013年、一番左です。先ほど9,508人が奈良県で1日に出ている患者さんですとお話ししましたが、そういった方々を受けとめるのに1万1,184床あれば何とか受けとめることができるのではないかと推計されております。そして17%、1,600人、2025年には増えるということで、ベッドの数も1万3,063床ぐらい必要なのではないかとということが一定の過程を置いて推計値、目標値でございます。

ただ、この棒グラフの一番右をご覧いただきたいのですが、1万3,697床と書いてございます。1万3,697床というのは、2014年7月に各医療機関から、おたくの病院はどれだけのベッドをお持ちですか、その中ではどんな医療を提供されていますかというのを各医療機関から提供していただいたデータを合計したものでございます。1万

3,697床のベッドで奈良県の色々な患者を診ているわけですが、このベッドがより効率的に、各医療機関の役割がすみ分けされることで1万3,063床、約600床ぐらいは減らせるのではないかとというのがこのデータでございます。また、医療機能においても、今は急性期の治療を頑張っているという医療機関が多いわけですが、2025年に必要とされる医療機能からいきますと、急性期よりも回復期のほうが、この一番右の棒グラフと右から2番目を比べますと、今急性期を頑張っている医療機関にも多少回復期のほうにも目を向けていただくということが必要になろうかと思えます。

次は、お手元の資料がございませんので、檀上のほうをご覧いただきたいと思えます。各医療機関のほうにそれぞれの医療機関の立ち位置をわかっているためには、県のほうでも色々なデータを準備しているところでございます。これはある病院の病床機能報告から得たデータでございますけれども、どれぐらい病院が急性期と言われる医療を頑張っているかというのを、各病院ごとにこのような指標化を進めようと考えております。そうした中で、例えば医療従事者がどれぐらいいるか、またCTやMRIなどの機器がどれぐらいあるか、救急患者さんはどれぐらい受け入れていらっしゃるか、ICUなどの整備はなされているかなど、そういったものをポイントにしたものを奈良県全体の中で見比べながら、自分の施設では今後どういった戦略で医療提供をやっているかということを考えてもらう基礎資料としてこういったポイント表というのも活用していきたいと考えております。

手元の資料のほうにお戻りください。医療機関のほうにどういった機能を担いますかということに関しては、積極的に私たちも意見交換をしていきたいと考えております。一方で在宅医療の必要性、地域包括ケアの話に戻りますけれども、在宅医療の必要性というのでも大きな問題となっております。奈良県では、2013年に1日に1万1,859人の在宅医療の必要量があるとされておりまして、2025年には6,200人も増えまして、1万8,120名、約53%増加すると言われております。

次のスライドをお願いいたします。このあたり、飛ばせるところは飛ばしたいと思えますので、次のスライドをお願いいたします。奈良県におきましては、医療に関しては5つの医療圏の中で、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、また救急医療や周産期、小児といった地域の方々にとって安心できる医療を提供できるような体制をつくってきたところでございます。地域医療構想も基本的にはこの5つの医療圏をもとに考えていきたいと考えておりますし、この右の地図のほうで北部と中南部と2つに分けておりますように、高度医

療というのはある程度南北で2分するような形で提供することも考えていいのではないかと思います。

次のスライドをお願いいたします。またその次もお願いします。各疾病ごとにどういった医療が提供できているのかということ、今ご覧いただいているがんを例にデータを出しておりますけれども、奈良県のがん診療の実態についてデータを準備しております。こういった形で、このスライドや、その次のスライドもご覧いただきたいのですけれども、こういった形で医療の機能分化、連携、立ち位置の再確認ということは、こういったデータをもとに臨床の先生方とお話を進めていきたいと考えております。

次のスライドをお願いいたします。第4章というところで、地域包括ケアと在宅医療の充実ということで、繰り返しになりますけれども、これからは複数の疾病を抱える方が日常生活を営まれるということで、地域全体で支える医療、介護の受け皿づくりが必要だということでございます。

次に、こちらの地図が奈良県の各市町村におきまして、同一市町村内で在宅医療の事業者から在宅医療を受療されている割合が左の地図になります。また、右の地図ですけれども、県外の在宅医療の事業者から在宅医療を受療している割合ということになりまして、基礎的なデータとしては、これは国民健康保険並びに後期高齢者のレセプトデータから作成したものでございますが、左の地図でいきますと、赤や黄色のところは、その地域の中に在宅医療を提供できる資源が少ないということになりますし、右の地図でいきましたも、赤や黄色のところは県外からのサービスを受けていらっしゃる方が多いということになります。

次のスライドをお願いいたします。在宅医療、地域包括ケアの充実の中では、例えば入院した後に家に帰ったらどういうことに気をつけましょうなど、かかりつけの先生に入院中の様子や、検査成績、治療の経過を十分理解していただく必要があります。そういった連携をまず行うということで、退院支援というのがないと安心して家に帰れません。また、家に帰った後も日常の療養支援を医療、それから介護、どういったサービスで支援してもらおうのか、賄ってもらおうのか、サポートしてもらおうのかということも大事な視点でございますし、中には急変されて、もう1回病院などに戻る方がいらっしゃる時に、病院との連携ができているか、病院のほうで受け取ってもらえるかという視点も大事です。また、最初のほうで申し上げましたけれども、望む場所でどういった看取りのあり方が必要かということも在宅医療、地域包括ケアシステムの中では大事な視点かと思っております。

次のスライドをお願いいたします。この次もお願いいたします。第4章の中で、地域包括ケアシステムや在宅医療の充実ということテーマにどういった取り組みを進めればよいかということ20ページ以降の資料で書かせていただいております。市町村の皆様、地区医師会の活動など、そういったところが連携が密にあって、横断的かつ継続的な取り組みがなされているところは、かなり地域包括ケアシステムや在宅医療を安心して受けられる体制があると言われております。また、そこに従事する医師の確保、それも1人でなくて、複数の医師による組織的なチームの在宅医療という体制が必要ですし、そのためにはICTを用いたような情報の共有化というのも求められているところでございます。一方で、医師の育成、確保というのなかなか大きな課題でもありますし、そういった中では看護職員、看護師たちに在宅療養の中で中心的に頑張っていただこうと奈良県でも考えております。特定行為、一つ一つ医師にお伺いを立てずに、一定の診療の手順書というので、ある程度看護師にも医行為ができる、特定行為の看護師というのを奈良県立医科大学のほうで養成が始まってございます。

次のスライドをお願いいたします。そうした訪問看護、看護師さんたちに在宅の中で活躍いただきたいわけですが、今ある訪問看護の事業所というのは小規模かつ個人的になさっているところが多くて、24時間365日の対応が難しいというふうにも伺っております。ですので、基幹的な訪問看護ステーションを拠点化することによって人材育成を行ったり、より幅広いサービス、手厚いサービスにつなげていきたいと考えております。

次のスライドをお願いいたします。繰り返しになりますけれども、在宅医療、介護の連携の中では、地区の医師会、市町村の皆様方との協力が必須だと言われております。また、在宅生活を支えるのが自宅以外にも看護、小規模多機能型の居宅介護、また、国のほうでも議論されておりますが、療養病床の新たな施設類型と、そういった議論も注視しながら在宅医療、介護の充実に努めていきたいと考えております。

次のスライドをお願いいたします。

今お話ししてまいりましたように、24時間対応の訪問診療や介護、看護に対応できる住まいというのが、自宅がよいのか、それとも施設がよいのか、また、例えば県営住宅というか、空き家対策の中でそうしたまちづくりをできないか、色々な知恵を色々な役職の方々と議論していく必要があるかと考えております。

次のスライドをお願いいたします。奈良県では、こうした地域医療構想を策定するに当



たりまして、1月に地域医療構想の策定会議ということで、全国でもご活躍の有識者の方々と意見交換をしまいいりました。また、1月末から2月上旬にかけて、5つの構想区域において地域の実情に応じた意見交換をさせていただいてまいりました。

次のスライドをお願いいたします。

まず、有識者の会議、全国にご活躍の有識者の方々の会に出た意見を、全部は時間の関係で難しいのですけれども、ご紹介しますと、こちらでも地区医師会と市町村が中心的な役割を果たすという意見が多数ございました。全国的な取り組みの中でも、地区医師会、市町村の役割というのが大きいと言われております。また、24時間安心して対応してもらえるような訪問介護、看護、そして非病院である住まいというのが課題だということも伺ってまいりました。

次のスライドをお願いいたします。各構想区域で出た意見を簡単に紹介して、最後のまとめに入りたいと思います。奈良医療圏の中で出た意見としましては、地域の基幹病院、開業医、医師会と連携していきたいということ、また、患者さん、家族に理解してもらうことが必要ではないかという意見が出されております。東和医療圏におきましても、県民に理解をしてもらうことが大事だというお話が出ておりました。また、宇陀市立病院、済生会中和病院、在宅医療の後方支援を行っていただける病院の役割、また、かかりつけの先生方との連携の必要性というのも具体的な病院名を挙げて議論していただきました。

次のスライドをお願いします。西和医療圏におきましては、西和医療センターが今、西和メディケア・フォーラムという西和7町の取り組みを引っ張っていただいておりますが、そこが今後も中心となって地域包括ケアシステムの構築にご尽力いただきたいという意見が出ております。

中和医療圏におきましても、こちらは大学病院もございますけれども、患者さんがどうしても大学病院に行きたいというニーズもございまして、そういった中で患者さんの理解、協力も必要なのではないかということが述べられておりました。

次のスライドをお願いいたします。

南和の保健医療圏におきましては、この4月から南奈良総合医療センターが開院いたしますけれども、そちらの南奈良総合医療センターと僻地の診療所の連携や、南奈良医療センター自身も在宅医療の必要性、南奈良医療センターに在宅支援部を置けるのかもしれないなど、新しい病院に対する期待とともに連携の話がございましたし、大淀町のほうから地域包括ケアシステムの取り組みがある程度進みつつあるよという話題提供もございました。

た。

次のスライドをお願いいたします。参照として幾つか地域医療構想で触れている話題の中では、構想区域の会議でも出ておりましたけれども、県民の皆さん、患者の皆さんに対して適切な受療行動を行えるような普及啓発が必要であったり、人生の最終段階における医療をどうあるべきかということに関しての啓発であったり、こうした社会保障の事情を若者にもしっかりと教育することが必要なのではないかとということも述べております。

その次のスライドをお願いいたします。途中で触れましたけれども、予防医療や健康増進の取り組みということにも地域医療構想の中でも触れさせていただいておりますし、医療従事者の育成、確保、働き方改革ということも述べております。今年度で地域医療構想、一旦策定したいと考えておりますが、策定後、来年度も各構想調整会議を開催する中で、各地域の取り組みがどれぐらい進んでいるのか、また、どういった課題が残されているのかなどを県としても市町村の皆様方と一緒に、この地域医療構想、地域包括ケアシステムの取り組みを進めていこうと考えております。

次、お願いいたします。その次もお願いします。本日まで出席の首長様方は、ご案内のとおりですけれども、在宅医療・介護連携推進事業というのがございます。介護保険法の中で地域支援事業として位置づけられておまして、市区町村が主体となって郡市医師会等が連携して取り組むものとなっております。平成30年4月には全ての市区町村で実施することとなっております、ここに書いていますような、今私のほうで地域医療構想の中で挙げているテーマと重複しますけれども、地域の医療介護サービスの把握や、課題を抽出してどういった対策をとるのかなど、在宅医療・介護連携推進事業の中でも取り組んでいただくことになろうかと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

私からのプレゼンテーションは以上となります。ご清聴ありがとうございました。

【司会】 それでは、ただいまの報告を踏まえまして、医療と介護の連携につきまして、各テーブルで25分程度意見交換をしていただきたいと思います。後ほど、今回も話し合われた内容につきまして、各テーブルでどなたかが代表して発表していただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

(意見交換)

【司会】 失礼いたします。活発に議論いただいているところではございますが、会の進行の都合上、この辺で意見交換を終了させていただきたいと存じます。各テーブルでの意見交換を踏まえまして、ご発言をいただきたいと思います。

申し訳ございませんが、1番テーブルから順にお願いしたいと思います。よろしくお願  
いいたします。

【上田大和郡山市長】 それでは、1番テーブル、郡山の上田です。このテーブルは桜  
井市、宇陀市、五條市ということで、活発に色々な意見交換をさせていただきました。

1つは、一般的にどうしても病気になれば高度な医療機関にかかりたくなるのが人間の  
常ですけれども、最近は大規模な病院では紹介状がなければ受け付けませんというところ  
も随分増えていて、患者側の意識の変革ということも大事なことはないかなというの  
があります。

もう1つは、開業医が実際にはそこにお住まいになっていないということも昔と違う要  
素ではないかなということです。

また、そのこととも関連をしますけれども、高齢者のかかりつけ医には大変総合的な力  
というのか、そういうものが求められる。複合的、精神的なものも含めて、そういう医療  
技術が求められるわけであります。

もう1つ、これは少し大きな話になりましたが、結局、戦後教育の影響があるのと違う  
かと思います。それはどういうことかということ、どんな高度な医療でも受けることが当  
り前であって、それにどれだけの金がかかっているかということが、実は全然私たちはわ  
かっていない。そういう意味で、社会保障の仕組みに対する教育というのでしょうか、こ  
れが改めて必要なのではないか。特に終末期の患者への高度医療、あるいは有名なのは透  
析でありますけれども、莫大なお金がかかっているわけです。それがある種当たり前とい  
うことになっていて、改めてこういう仕組みの中で社会保障が行われているということ  
をもっと広く、大人も含めて教育をする必要があるのではないかなという意見が出ました。

そのことと関連をいたしまして、多世代で住んでいた時代と違いますので、人の死を見  
ていないということで、結局は生き方、死に方、あるいは何のために生きているのかみた  
いなところにも関係するのではないか。一方、医者サイドから見れば、診療報酬のいわ  
ば出来高払いですので、どうしても回数を減らそうという方向には行かないという点。最  
後に、そういう議論の上で予防が大切という結論になりました。予防をすること、ある  
いは健診を受けていただくことが、結局は全体の医療費を抑えていくことにつながるの  
ではないかなということに落ちつきました。

以上でございます。

【司会】 上田市長、ありがとうございました。

それでは、引き続きまして2番テーブル、よろしくお願いいたします。

【森下樞原市長】 第2テーブルです。知事の席でありますので、ほとんど知事の話だけで終わってしまいましたが、我々、大和高田市、御所市、香芝市、明日香村、樞原市で全くばらばらです。地域が全く違う、そして、医療体系、介護体系も全く違うところが集まって話をするので、それぞれ地域によって、この地域包括ケアシステムについても全く違うなということを実感いたしました。

大和高田市であれば、高田市民病院が中心になって、市長であるリーダーが色々言いながら、大和高田市はいい形を一つ一つはめ込んでいっている、そういう表現の仕方をされていきました。

また、御所市も、御所の済生会病院が中心になってくると思いますが、そこを中心に今、色々なことで地域包括ケアシステムを立ち上げようということ言われていました。

私、樞原市は隣の桜井市、あるいは宇陀市等々が非常に優れたやり方で地域包括ケアをされているのを横目で見ながらですけれども、何とかならないかなということで、今、荒療治をさせていただいているところでございます。開業医さんの数も120、130件ありますし、また大きな病院、もちろん県立医科大学もあります。そろっているわけですが、なかなかうまく地域包括に向けて進まない状態が続いていますので、今荒療治に取りかかっております。また成功しましたら、そのときは発表させていただきたいと思っております。

そういう状態で、それぞれの地域がそれぞれの役割、そしてそれぞれのやり方でこれからも進めていっていただきたい。とにかく地域包括ケアシステムをしっかりとやらないとだめだということだけは一致した意見でございました。

以上です。

【司会】 森下市長、ありがとうございました。

【森下樞原市長】 すいません、1つ忘れていました。

今それぞれ取り組んでいること、あるいはこれからやろうとしていることを、これは知事のご意見ですが、1つペーパーで、このようなジャーナルをつくって、それぞれの地域で出していこうやないかということをご提案いただいていたました。つけ加えておきます。

【司会】 ありがとうございました。

それでは、3番テーブル、よろしくお願いいたします。

【更谷十津川村長】 3番テーブル、十津川村でございます。

このテーブルは、2番テーブルのところのチームとは違いまして、いわゆる過疎、高齢、

少子という同じ悩みを持ったテーブルでございます。高取町、そして黒滝村、天川村、下北山村、十津川村というように、過疎高齢少子地であると。お医者さんも少ない、あるいは過疎化で高齢化してきてひとり暮らしが多い。そのような中でお年寄りたちは、自分の村で自分のうちで死にたいと皆思っています。現状はそういうことですが、十津川村でいうと1,800世帯、そのうちの300世帯がひとり暮らしです。だんだん高齢化してくると、介護度も上がって、十津川村の中にも、36床ですが、特養がございます。そこが今満床です。そこに入所するために待機者が70人ほどいます。ここに入れない人たちは、村外の子供か、あるいは外の施設にお世話になっています。その人たちが80名外へ出ていっております。しかし、その介護給付費、十津川村で6億円ほどありますが、外へ払っているのが1億7,000万円、このような状況です。

実は、松谷副知事から十津川村の取り組みを話せということですから、私のところの話を見せてもらいますが、そのような中で、台風に遇ったと。十津川村は7つの区があって、その中に55の大字があると。55の大字に小字を入れると、十津川村だけで200ほどの集落がある。そこに3,600人が住んでおりますが、このような状況で、今実はこれほどあるとお医者さんも出張診療もやっておりますが、手が届かない、あるいは広いからお医者さんへ行くだけでも1時間ほどかかる。そのような中で、1つは55の大字、7つの区の中に7つの中間施設といいますか、安心な場所をつくらうと。それを今、7つの区のうち2カ所を安心拠点という形で、そこに集約しようとしております。この中でまだ自分で動ける人たち、介護度2ぐらいまでの人たち、けれども1人では心もとないなという人をそこへ集めていこうではないかと。そこで介護保険にはね返らないような仕組み、いわゆる助け合う、支え合うという、これを皆でやってくれと。どうしてもしんどくなったときには皆で食事を食べさせたり、あるいは管理者が床へ来て面倒を見てあげるぐらいのことをしようではないかという構想でやっております。あとは、ここへ皆を集めてくるわけですから、お医者さんや医療、介護、福祉を外づけで、例えば7つの区があるから1週間に1日はそこへお医者さんが行くと。そうすると安心するのではないか。このようなことを考える。

いわゆる地域包括ケアを7つの区にすることによって安心して住めるのではないのかなと、そんな構想をしておりますが、実際は天川村は日本一の介護保険料が高い。2番目が黒滝村です。十津川村が3番目、6,750円です。サービスをするといくらでも保険料が上がるわけですから、色々なサービスをしてもらってもそれを受けられなくなってしまいます。だから

こそ、もう1度自分たちで働ける、あるいは生活できるときは皆でやりなさいと。要は、働いて年金プラスアルファは自分たちで稼ごうと、親不孝をしたほうが元気になるのではないか、そんな構想を7つの区に広げていくことによって、村の中で生活できるし、健康寿命も延びるのではないか、そのようなことをしながら限界集落を守っていこうというのがこの過疎の村の発想であります。そんなことで何とか生き延びようとしております。

以上です。

【司会】 更谷村長、ありがとうございました。

それでは、引き続きまして4番テーブル、よろしく願いいたします。

【森田原本町長】 4番テーブルは田原本町の森章浩でございます。どうかよろしくお願ひしたいと思います。

私どものテーブルは、磯城郡3町と天理市と、そして山添村という形で、市部と村部という形で、混合したそれぞれの強みと弱みのわかるテーブルでございました。

その中で各行政の今の医療の取り組みなど問題点を把握した中で、1つ、医療体制を整えていくことは確かに大事だけれども、まず予防のところに力を入れていこうというところで、山添村さんのモデル事業というものを聞かせていただきました。その中で早期発見、早期治療が健康寿命を延ばす、そして夏に住民の健康診断をほぼ強制的にされておられ、50%以上の方が受けておられるということに驚きを受けました。その中で少しでも治療の必要な方、サポートが必要な方は、村の保健師と相談をして、夜でも個別相談にお伺いするという事。そして、健康寿命を延ばすためには、ゲートボールであったりスポーツを推進しておられる保健推進員という方もおられ、その結果、国保の保険料も安いという結果を導いておられるということに、これからも私どももお手本として参考にさせていただきたいと思ひます。

そして、その中で、公民館であったり自治会の建物をサロンとして使えるように村費を投入し、スロープをつけたり、そして、畳の部屋をつくったりということで、健康教育をそこに用いられているということでございましたので、これは医療費を抑制する予防というところでは、ほんとうに活用できる内容であるなと思ひました。

そして、地域包括ケアシステムの医療体制のところでございますが、これは各行政ともこれから本当に取り組んでいかなければいけない部分であり、医療だけではなくて介護事業者を交えた横の意見交換が必要であると。その中でお医者さんは本当に地域の医療のことを思って必死になっておられるからこそ、行政もそこを手助けできるような形で何かでき

ないかということで、それぞれが持っておられる知恵をいいところを取り合っとうまく持っていきたいなという結論に至りました。

そして、田原本町のことでございますが、訪問医療が医師会の流れでかなり積極的にされておられましたので、先月、奈良県のお薬師さんということで、天井先生という方が訪問医療で表彰されました。それも町として大々的に広報に載せ、訪問医療の大切さというものを町としても町民に示していきたいという姿勢で頑張ったいと思います。

以上で発表を終わらせていただきます。ありがとうございます。

【司会】 森町長、ありがとうございました。

それでは、5番テーブル、よろしく願いいたします。

【栗山川上村長】 川上村です。5番テーブルは、曾爾村、御杖村、上北山村と東吉野村と私のところがあります。2025年を迎えるまでもなく、ここのテーブルは大変深刻な状況にあります。私の村をはじめ全ての村がそうであります。ということで、何もかも大事でありますけども、特にいわゆる予防という問題でここではお話をすることになりました。

ただ、最も大事な予防と言いながら、肝心の保健師であったり、あるいは看護師であったり、不足しているということが現実の問題として非常に問題であります。本村の場合にも今改めて、保健師3人いたのが2人になりまして、急遽1人を募集していますが、おそらく私どものような町村はそのような実態であるのかなと。そして、さらにはホームヘルパーにしても高齢化が進んでいて、いわゆる助けていただくとか、そういう業務に従事していただきたい方々が少なくなってきたおし、そして高齢化を迎えているということで、本当に深刻かなという話がございました。

その中で、先般の地域フォーラムでも私が少しお話をさせていただいたのは、予防という中で、なかなか家から出られないお年寄りが非常に多い。というのは、足が痛い、腰が痛い、そして娘も息子もないから人に世話をかけると。こういう方が引きこもって、そしてさらに悪い状態になっていくということを防ぐために、地域コミュニティとして助けをもらうことが当たり前だと、人に世話をかけるのが当たり前だと、そういうことを当たり前の社会にしないと、ずっと悪い状況が続いていくのではないのかなと。昔は、ある意味人に世話をかけないことがいいことであったかもわかりませんが、本村のようなところでは人に世話をかける、若い人に見てもらおうと、そのことが当たり前ということ定着させていくことが、せめてもの医療、介護、保険などを考えていく中では大事なのかなと。

改めてそういうコミュニティづくりをしていくことが健康につながって、そしてまた、それがひいては高齢者が多くても元気な村になっていくというふうにつながるのではないかなと思うし、そうつながっていけば非常にいいのではないのかなと思いました。

以上です。

【司会】 栗山村長、ありがとうございました。

それでは、続きまして6番テーブル、よろしく願いいたします。

【平井王寺町長】 王寺町の平井でございます。6番テーブルでございますけども、生駒郡4町、北葛城郡3町、王寺周辺7町、広域圏を構成している7町でございます。先ほどから現状の報告もあったと思いますが、我々7町も西和医療センターが中核病院であることはもちろんご案内のとおりで、西和メディケアフォーラムなど、動きはあります。しかし、現実はまだバラバラだというのが多分皆さん方の実感であり、共通の認識だったと思います。西和医療センターはありますが、医師会は北葛城郡医師会と生駒郡医師会、また保健所も郡山保健所あるいは中和保健所という形で、それぞれはっきり言ってなかなか集約できているとは思っておりません。

私も別の構想調整会議に参加させていただいて、何とかそれぞれの構成員の皆さん方が腹を割って話し合える場をまずはつくってほしいということを実は申し上げさせていただいています。メディケア参加のそれぞれの方が会議をしていただいています。ここは医療センターの先生方、首長、あるいは医師会の代表の皆さんが、まずは腹藏なく話をさせていただく場、これがまず必要ではないかと、私自身そう思っております。在宅医療を推進するためには、当然情報を共有し繋ぐためのパスというか、そういったいろんなツールでもってやりとりできる関係が多分必要だろうと思っております。そうなると、各それぞれの構成の皆さん方が、他職種もおられますけども、単に顔を知っている関係だけではなく、これはどこかに書いてありましたが、腹の中がわかるような、そのような信頼関係がないと、なかなかこのシステムがつかれないのではないかと思いますので、ぜひ西和医療センターにはイニシアチブを発揮していただいて、まずそういう場をつくっていただきたいと、これがまず全体の概ねまとまった意見だったと思います。

また、西和医療センター、中核病院です。病児保育もお願いしています。小児の休日・夜間の体制もお願いしています。小児科医がおられたら我々負担します。そういう仕組みをぜひイニシアチブを発揮して、医療体制の整備を図っていただきたいということが多分総意だと思いますので、報告させていただきます。



ありがとうございました。

【司会】 平井町長、ありがとうございました。

それでは、知事より総括をいただいてよろしいでしょうか。

【荒井知事】 ありがとうございます。地域医療構想に基づく議論でございますが、間もなく医療構想ができますが、医療政策部長が言いましたように、これから一応つくっても、まだつくり上げていかなければいけないと思います。本日はそのために色々情報を共有化して、意識を共通化する大事な会議であったように思います。

まず、地域医療構想とは何かということで、ここでも質問が出ましたが、地域医療構想は2つの要素がございます。医療機能の分化と地域包括ケアシステムの構築、この2つがあります。医療機能の分化の中心課題は、急性期を確実にするということだと単純に思いたいと思います。地域包括ケアシステムの構築をどうするかということが我々区市町村の課題でございますが、実際に働く方は多様でございます。働く人から見ると、システムといたときは場所のイメージが湧きませんので、人のネットワークというイメージでございます。医師、看護師、保健師、介護師などが主たる役目を担うことが期待されておりますが、そのほか薬剤師とか歯科医師も役割が発生いたします。このような人たちが地区で十分やってくれているかどうかで地域包括ケアシステムがよくできたところかどうかが決まってくるような気がいたします。

地域包括ケアシステムがこれからどうなるのか、あるいは、まず今どうなっているのかということでございますが、奈良県だけをとりましても、県から見ると地域の進捗に差があると思います。今の差は何かといいますと、地域のリーダーの熱意の差、これは首長さんということではなしに、地域のリーダーが地区の医師会のある医師や保健師など、そういうリーダーがおられると、とても地域が進んでいるように思います。市町村長もその地域包括ケアのリーダーの中心の1人でももちろんあるかと思えます。もう1つは、どのようにすればいいのか決まっているものがあるのかということ、全くないわけでございまして、地域でやり方はまちまちということでございます。

そのような地域包括ケアですが、地域包括ケアシステムというのはそもそも何かということでございます。あるいは、どのように指向すればいいのか、方向を向ければいいのかということでございます。まず、現実の病気になって自宅で過ごすまでの流れを見てみますと、病院で治療して、また同じ病院なり、自宅なり近くの病院で療養する。自宅療養か病院療養という手があって、その後、多分自宅に帰られる。自宅に帰れと言われるから、

心配だけど自宅に帰る。しかし病気になって、また病院に通うなど、少しもたなくなつて介護老人保健施設（以下「老健」という。）や特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）に行くことになります。

そのコースが中心になりますと、今課題が発生しております。病院が非効率であると。急性期と療養を分けない病院が多いので、先ほど医療機能の分化というのは、端的に言うとは急性期と療養をはっきり分けようよという流れでございます。急性期は急性期を中心にやるよと。これは医師の中身が違ってくるわけで、病院の効率性に日本中がひいひい言っていると、医師が不足しているという声が聞こえて、病院の効率性の課題が今の流れで発生している。

もう1つは、自宅にすぐ中途半端に帰ってくるので、家族の負担が大変だということです。家で面倒を見る人がいればいいですが、面倒を見ないと困ってしまふということがあつて、家族の負担が大変だと、これは全国同じです。

3つ目は、どこか預けるところがあればいいのではないかとということで、老健、特養をつくっても施設が不足している。また老健、特養ばかりで、行く場所が、自宅が外れたら老健、特養が十分あればいいかということもありませんし、そういうのがいいかどうかわからない。新しい流れは、自宅の生活を中心にしようよというのが大きな流れ。これは地域包括ケアの極めて中心概念であります。自宅の生活を中心に、できれば施設に入らないで、自宅を中心に生活して90歳まで生きる老人は幸せです。ここにいる市長の中には嫁さんに親の世話をさせて、家で機嫌よく亡くなられた例もありますが、嫁さんの世話でそのような親孝行をされたということが実情でございます。それを家族に負担をかけないで、地域でそのようなことができるか。自宅の生活を中心にしようよというのが大きな流れです。この流れが一番大きな流れでございます。自宅の生活中心だから、病院に頼って、療養病院でずっといるわけにいかない。病院で亡くなってくればというわけにはいかない、施設、特養にすぐ入るといふわけにいかないからというのが大きなことでございます。

そのときにどのようなことをすればいいかということでございますが、先ほどのAパターンで機能が分化できない病院を機能分化しよう。急性期は急性期、療養は療養で分けようよというのと、もう1つはリハビリを強化しようという流れがあります。もう1つは、在宅に帰ってもらうときに地域のケアをつけて帰ってもらうと。施設に行かなければいけない人は施設に行くけれども、施設をセカンドオプションにしよう。自宅をファーストオプションにしようというのが今の地域包括ケアシステムの基本的な流れであろうかと

思います。

そのようにしますと、自宅の生活を中心にするサービスは何かと考えますと、年をとると急変いたしますので、急変期の入院をスムーズにするようにしようということが1つでございます。そこから、何かあったらいらっしゃいというだけではだめだから、訪問医療をしよう、訪問して診察をしよう。もう1つは、訪問して健康維持、ケアをしよう。介護をするだけではなしに、血圧を測りに行ったり、ケアを常時しなければいけない体になっていますから、自宅の生活中心だけでも、人に来てもらう、あるいは場合によってはICTでケアができるというような、身の回りの見守りをなるべくシステム的にしようという流れになってきます。それは自宅中心だから、施設に向かうのを抑制しよう。施設がないというのを嘆かないで、施設に行かなくても済むようにしようというのがこの地域包括ケアシステムの大きな流れでございます。

しかし、本当に弱ってきたら施設の看取りというのは必ず要りますので、施設の看取りか在宅の看取りかという、在宅の看取りも終末期の看護が十分であれば、在宅の看取りほど気持ちのいいものはないわけでございますので、在宅看取りまでも充実しよう。そこまで行くと、地域包括ケアシステムが十分になってくるというイメージを申し上げている。それを我々構築しようではありませんかというのが本日のキックオフ会議でございます。

そのような地域包括ケアシステム、健康志向、自宅中心の健康ライフを最後までできるだけしようという地域をどうつくるのかというポイントで感じますところは、そういうものをつくるんだと、地域包括ケアシステムをつくるんだという我々首長の意識が極めて大事かと思えます。どのようにつくるかは、勉強しながらつくる。そのときに、多くのテーブルで意見が出ましたが、病気にならないように、また病気になってもすぐ回復するように、健康増進、予防というのが基本的なケアの基本だと思います。

もう1つは、出ておりました意見で、コミュニティでなるべく支え合うということ。では、どうするのかということになります。1つ出ているのは声かけ。地域で声かけをいたしますと、健康とか病気予防とか、運動にちょっと出ていらっしゃいと、とじこもりの老人をできるだけ少なくすることだけでもすごく医療費が少なくなってきました。健康保険料が少なくなってきました。声かけをしている地域の医療費は少なくなってくるし、介護保険料も少なくなってきました。だから、病気予防するのは、実は防災とか防犯につながる、声かけだとなつなるといことは実証されておりますので、このことを申し上げ

たいと思います。

では、県は何をするのかということですが、できれば県は、進んだ地域は、地域包括ケアシステムのモデルみたいなものはつくれたらつくっていききたいなと思っております。県立系の病院が地域包括ケアシステムにどれだけ役に立つのか、今色々なことで仕掛けておりますが、公立病院を持っておられる市もありますが、病院だけで地域包括ケアはできませんが、病院が主導的な役割を担って、病院が地域メディケアジャーナルとか、地域包括ケアジャーナルを出して、地域の健康志向を高めて、こんなときはこうなさいよという包括ケアをジャーナルで指導するといったことも考えられるわけですが、そのような県立系の病院でモデルを県はつくりたいということと、県は進んでいたモデルを皆さんに紹介して、こういうやり方もあるんですよということを紹介していきたいと思います。

最後になりますが、今の段階では地域で熱心な人がいるととてもよくなりますが、その人がいなくなるとまたレベルが落ちますので、誰もいないところは大変悲惨だということが現実でございます。そのような人をリーダーというのか、地域包括ケアの熱心な人、先ほど地区の医師でも保健師でも看護師でも病院の組織でもいいですが、我々は行政だからこのようなものが大事だよと、誰もやってないのか、誰かやらないとだめだぞというレベルの意識からスタートしてやっていると必ずよくなってきます。我々、生活密着ですので、奈良県の地域包括ケアシステムのレベルはものすごく上がってくるというふうに、こんな議論をしていると必ず上がってくるというふうに確信をしております。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

【司会】 活発なご議論をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、最後に次第の3でございます。県と市町村が協力して取り組んでいく事業等に関する情報提供をさせていただきます。

まず最初に、(仮称) 聖徳太子プロジェクトにつきまして、竹田文化資源活用課長よりご説明申し上げます。

【竹田文化資源活用課長】 それでは、資料2ページをお開きいただきたいと思います。私の方からは、新たな歴史文化資源の活用のための取り組みの1つとして、(仮称) 聖徳太子プロジェクトについてご説明をさせていただきます。

来年度からでございますけれども、聖徳太子没後1400年を迎えます平成33年、オリンピックの翌年の2021年に向けまして、地域振興、観光振興を目的に、県内の聖徳太子のゆかりの市町村、また府県等々と連携しまして、様々なイベントによる情報発信を

したいと考えております。

記載のとおり、来年度でございますけれども、まず県及び県内のゆかりの市町村と一緒に構成されました行政主体の（仮称）聖徳太子プロジェクト推進協議会を設立したいと考えております。あわせて、聖徳太子に造詣の深い学識経験者や、ゆかりの市町村の皆様方によるキックオフのシンポジウム、また連続講座などを実施したいと考えております。なお、もう既に市町村、また団体等の皆様方、お取り組みいただいております聖徳太子関連イベントとも連携をしながらプロジェクトを展開したいと考えております。これらの予算としまして、本議会で約1,100万余りを計上しているところでございます。

なお、その他といたしまして、現在、「聖徳太子1400年の祈り」キャンペーンという形で、読売新聞社が数年前から法隆寺と一緒にしてお取り組みをされておりますので、こういった事業とも連携したいと考えております。

なお、この聖徳太子プロジェクトでございますけれども、こちらに記載のとおり、既存の「記紀・万葉」県民活動補助金、また、来年度から市町村や社寺等々を対象にいたしまして、新たに創設予定の文化資源の活用補助金、約3,000万円予定していますが、特に歴史の現地説明、また案内板、看板等の整備や、それらにまつわる映像の制作なども対象に考えておまして、そういったものも活用いただきながら関連事業を支援したいと考えております。

本日、こちらのほうでご説明をさせていただきましたので、明日、各市町村の文化観光部局の方に私どもの方から、この協議会のご参加のご案内をさせていただきたいと思っております。内容をまずご覧いただきまして、特に地域振興、観光振興の観点から、聖徳太子のゆかりの市町村の皆様方については積極的なご参加をお願いしたいと思います。

以上で説明を終わらせていただきます。ありがとうございます。

【司会】 続きまして、子ども医療費助成事業の対象拡大案につきまして、八木保険指導課長より説明申し上げます。

【八木保険指導課長】 資料3をお願いいたします。子ども医療費の助成事業につきましては、県の補助対象といたしまして、現在は通院分を義務教育就学前まで、入院分を中学校卒業までとしております。このたび、本年8月診療分から、通院分につきましても補助対象を中学校卒業までに拡大する方向で、その所要額を来年度の当初予算案に上程いたしました。

補助対象を拡大するに当たりましては、県といたしましては、県民サービスの公平性を

図るという観点から、全ての市町村で県の補助対象と同等またはこれを上回るように足並みをそろえていただくということが重要な要素になると従来から考えてきたところでございます。この考え方に基きまして、最近では平成26年度でございますが、入院について補助対象を義務教育就学前までから中学校卒業までに拡大いたしました。その後、昨年12月でございますが、助成事業の対象拡大につきまして、市長会、町村会を中心にご協議されました結果、全ての市町村で通院についても中学校卒業まで拡大することで意見の一致が図られたところでございます。

県といたしましては、このような経過を踏まえまして、子供の健康保持、あるいは子育て支援の観点から補助対象の拡大が必要と判断いたしまして、拡大分、半年分でございませうけれども、2億6,300万円を上乗せいたしました9億4,600万円を予算案に盛り込んだところでございます。

以上でございます。

【司会】 続きまして、県と市町村とのまちづくりに関する連携協定につきまして、出井地域デザイン推進課長補佐より説明申し上げます。

【出井地域デザイン推進課長補佐】 A3の資料4をご覧ください。本件につきましては、6月の奈良県・市町村長サミットでハード事業について、県からの支援内容を報告させていただきました。このたびは特にソフト事業に関する県からの支援内容を整理しましたので、ご説明いたします。

ページの右側の四角囲みのところをご覧ください。補助対象としましては、「イベント」や「地域における移動の確保等」に資する取り組みとしております。原則としまして、連携推進区域内で行われるものかつ基本構想または基本計画において事業が明確に位置づけられており、まちづくり拠点施設と一体となって効果を発揮する事業といたしております。

対象事業の具体例を括弧の中に書いております。対象事業としましては、イベントのほか、バス運行やレンタサイクル等地域における移動の確保に必要な事業、ハード事業の事業化のための検討・計画・調査費を挙げております。また、対象外としまして、パンフレットやマップ作成を挙げております。補助率は、市町村負担額の2分の1。補助上限額は、「イベント」、「地域における移動確保等」、それぞれで1地区当たり2,000万円。対象期間は事業ごとに3年以内、ただし3年を超える場合は別途協議を行うことといたしております。

2月22日に大淀町と締結しまして、現在13市町村との間で包括協定を締結させてい

ただいております。今後とも一層進めていこうと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

ありがとうございました。

【司会】 ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の議題は全て終了となります。

平成27年度のサミットにつきましては、今回の第5回をもって最終でございます。また来年度も充実をさせながらサミットのほうを引き続き開催したいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

本日は大変ありがとうございました。

—— 了 ——