

## 第2回奈良県・市町村長サミット

平成28年10月6日

【司会】 それでは、ただいまより平成28年度第2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、荒井知事よりご挨拶申し上げます。

【荒井知事】 それでは、自席からで申し訳ございませんが、本日も奈良県・市町村長サミットに多くの方々にお集まりいただきましてありがとうございます。

今日のテーマは、医療・介護、職員の定数や給与という大事なテーマでございます。いつも申し上げておりますけれども、今の差異は現職の首長の責任ではありません。今まで積み重なった行政、地域地域の行政の結果か、あるいは地域住民の努力の結果だと申し上げております。しかし、これからは我々の責任でございます。これからどちらに行くかは我々の責任でございます。特に医療、全国の知事会で地域医療の勉強会もしておりますが、様子を見ておりますと、地域包括ケアなり地域医療の構想の、急性期から回復期、在宅まで回るような仕組みで、各地域、四苦八苦してやっておられます。奈良県は決して望みがないわけではないといえますか、むしろトップをずっと走れる可能性があるように思いまして、こういうテーマを選んだわけでございます。奈良県のような、こういうタイプの勉強会をしている地域は他にありません。奈良県だけでございますので、地域医療構想、医療と介護、その総合性確保はこのような勉強会をしないとうまくいきません。医療と介護をうまく総合的に確保するという大きなテーマもございまして、このような場で全国のモデルになるような地域医療の現実が生まれることを本当に夢見ております。今日はそういうデータの勉強会でございますけれども、ぜひ今後、楽しみにして進めさせていただきたいと思っております。

本日は大変ありがとうございます。(拍手)

【司会】 ありがとうございます。

それでは、初めに配付物の確認をお願いいたします。お手元には、奈良県・市町村長サミット次第、それと出席者名簿、配付資料一覧表、配付資料といたしまして、一覧表に記載しております資料を配付しております。配付漏れ等ございませんでしょうか。もしございましたら、係員がお届けいたしますのでお申し出ください。

なお、本日のサミットにつきましては、積極的な意見交換等を行っていただくため、アイランド形式で進めさせていただきます。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、各テーブルに県職員が同席させていただいておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日のサミット終了は16時30分を予定しております。

それでは、お手元の次第に従いまして進行してまいりたいと思います。

まず、医療・介護費の地域差につきまして、医療政策部理事の林よりご説明申し上げます。

【林医療政策部理事】 医療政策部理事の林でございます。地域包括ケアの推進を担当しております。よろしくお願いいたします。

今日は医療・介護費の地域差についてお話をさせていただいた上で、今後の高齢化の一層の進展に対応するためには、こういった地域分析を踏まえながら医療や介護の提供体制をそれぞれの地域の実情に応じて考えてつくり上げていく必要が出てきますということ、先ほど知事が申しました、これからのことを、分析の内容に引き続きお話をさせていただきます、ご議論をいただければと思っております。よろしくお願いいたします。

では、さっそく医療費分析から見ていただきたいと思います。1ページをお願いいたします。医療費分析ですが、これは国民健康保険と後期高齢者医療制度の市町村1人当たりの医療費につきまして、人口の年齢構成の相違の部分を補正して、全国を1として指数で表したものでございます。表の一番左の端、計のところをご覧いただきたいのですが、指数的に最も高いのが三郷町で1.050、最も低いのが御杖村、0.748となっております。順位は高いほうが1番で、低い方が39番とついております。

診療種別ごとに見ていきますと、次が横の欄、入院でございますが、入院では最も高いのが高取町で1.131、最も低いのが御杖村で0.667。さらにその右側ですが、入院外と調剤につきまして見てまいりますと、最も高いのが三郷町で1.071、最も低いのが下北山村で0.802となっております。

その下に書いていますように、入院と入院外・調剤の相関関係、つまり、入院が少ないところは入院外・調剤の分が多いのかとか、逆に入院外・調剤が少ないところは入院の分が多いのかを見てみますと、次のページの右側の上のところにありますように、特に顕著な相関関係は見られませんでした。

このページは、先ほどの表を棒グラフにいたしまして、地域差指数の診療種別ごとの寄

与度を見たものでございます。ゼロを中心にしまして、プラスに振れているかマイナスに振れているか、それぞれ歯科、入院外・調剤、入院について見ていったものでございますが、これを見てみますと、地域差指数に影響を与えている部分では入院外・調剤、オレンジ色の部分、こういったところがどちらかといいますとマイナスへの寄与度が比較的大きいということが全体として見てとれるのではないかと考えております。

次のページは、年齢階級別に見ていったものでございます。同じく寄与度を見てまいりますと、色で言いますと黄色い色がついている部分、それから青、紫色がかかった青色、70歳から79歳、それから80歳から89歳という部分の方々の寄与度が比較的大きい。これが医療費の地域差指数に比較的大きな影響を与えているというところが見てとれるかと思えます。

次のページでは、このうち入院につきまして、入院の3要素ということで、1日当たりの医療費がどれぐらいかかっているかということ、それから1件当たりの日数、受診率という、この3つの項目で寄与度を見てまいりました。これはわりと顕著に傾向が出ているのですが、白い部分、1日当たり医療費が奈良県の各市町村の場合はどちらかといいますとプラスであり、地域差指数を押し上げているというところが出ておまして、1件当たりの日数や受診率はどちらかというとなマイナスとなり、地域差指数を押し下げる傾向が出ているということが見てとれると思えます。

次は介護費を見ていきたいと思えます。次のページは、こちらは指数ではなく、実際に1人当たりの介護費を年齢調整したもので比較をしております。全国計と奈良県計がありますが、奈良県の平均が26.2万円で、全国の27.4万円に比べて低くなっております。一番左側の計のところを見ていただきますと、一番高いのが大淀町で29.4万円、一番低い川上村は17.6万円と、先ほど医療の指数で見ていただいたところと比べますと、かなり格差が大きいというところが見てとれるかと思えます。

これをサービス区分別に見ていきますと、右隣の施設ですと、一番高いところが天川村の19.1万円、一番低いところが河合町の7.3万円、一番右端の在宅サービスで見ても、一番高いところで天理市の15.6万円と野迫川村の4.7万円で、いずれについても比較的大きな地域差があるというところが見てとれるところでございます。

次のページは、今見ていただきました表を、それぞれ左から施設系、真ん中が居住系、緑の部分の在宅系ということで棒グラフにしたものでございます。これを見ていただきますと、それぞれのところでどういう部分が大きくてどういうところが小さいかが一目瞭然

で見ていただけるかと思えます。

こちらを指数化したものが次のページのグラフでございます。指数化して寄与度を見ていきますと、介護の場合は結構はっきりと出ていますが、緑色が下向きに大きく出ているかと思えます。在宅サービスの寄与度がマイナスに働いています。それに比しまして、青色が上側に出ているかと思えますが、施設サービスの寄与度が介護費をプラスに引き上げているところが、この表からも見てとれるかと思えます。

本日、時間の都合もございましたので、ご紹介したのは一部ということになるわけですが、次のページでございますように、これ以外の要素につきましても分析を進めていって、これを基にしてサービス提供者側への働きかけ等も含めまして、地域差への対応策も検討していく必要があるかと思えます。また、こういった地域差を踏まえながら、地域における医療・介護の提供体制のこれからのあるべき姿を迫及していく必要があることを皆様方にもご理解いただきながら、地域の医療と介護を見渡した議論や取り組みを進めていただきたいと考えているところです。特に一番下のほうにありますように、これからの超高齢社会に対応する地域での医療・介護連携の必要性、それから地域包括ケアシステムの構築に向けて市町村の果たすべき役割等について、続けてお話をさせていただきたいと思えます。

ここからは、ここに書いていますように、医療と介護の連携の必要性、高齢化の進展、病床機能の分化と在宅医療の需要増、地域包括ケアシステムということ、資料等を通じて少しお話をさせていただきたいと思えます。

次のページでは、まず、我が国の高齢化の状況をお示ししています。これは今までもご覧になられているかと思えます。我が国の高齢化はこれからまだまだ進みます。2025年、赤で丸をしているところを見ていただきますと、65歳以上の高齢者人口は3,657万人と予測されておりまして、3人に1人が65歳以上となります。同じく下を見ていただきますと、75歳のところは2,000万人を超えてまいります。さらに、②のところにありますように、認知症高齢者が500万人に近づいてきます。さらに、高齢者夫婦世帯、単独世帯が増えてくるということがございます。

次のページは、75歳以上の高齢者の中でも後期高齢者の方々の人口推移を見たグラフでございます。左側のところで2025年、赤で枠を囲った一番右端ですけれども、ここで2,000万人を超えてきます。そこから先は、見ていただきましたように、横ばいでございます。ところが、これを右側のグラフを見ていただきたいのですが、高齢者は横ばい

なのですが、40歳以上の人口を見てまいりますと、途端に右肩下がりで下がってくるということがございます。全体として右肩下がりに下がってきて、結果として高齢化がどんどん進んでいくということがございます。

これを見やすい次のページのグラフでご説明をしたいと思います。今回は全国と奈良県の高齢化率と人口の動向を見たものでございます。この棒グラフでは下から75歳以上の方が赤です。ダイダイ色が65歳から74歳の方、上の水色が64歳未満の方ということになっております。これを見ていただきますと、右が奈良県ですが、全国でも奈良県でも同じように、2015年あたりから高齢者の数はほとんど変わらない横ばい状態ですが、水色の64歳未満の方がどんどん減ってくるということがございます。2040年の高齢化率を見ますと、全国が36.1%、奈良県が38.1%、75歳以上につきましてもそれぞれ20.7%と22.5%ということで、奈良県は高齢化の進展が早いという特徴がございます。

そしてもう1点、ここは大事なところかと思うのですが、これまで高齢者が増加することによって高齢化が進展したわけですが、高齢者の数自体は変わりません。人口が減ることによって高齢化が進むという、また違った局面を迎えてくるということがございます。そこでは、支え手の方々が減ってくるという大きな問題があるかと思えます。

さらにもう1点なんです。右側の全国の高齢者のグラフの2015年のところを見ていただきたいんですが、ダイダイ色と赤色を比べますと、ダイダイ色が1,749人、赤色が1,646人となっています。65歳、前期高齢者の方のほうがこの時期はまだ多いのですが、そこから先は75歳以上の方、一番下の赤色の部分が、いわゆる前期高齢者より後期高齢者のほうが数が増え、ずっと固定されていくということがございます。奈良県も全国も同じような状況になると思われれます。

1ページ飛ばしていただきまして、14ページですが、今申しました後期高齢者、75歳以上の方が増えてくる、75歳以上になるとどう違うのかということを見ていきたいと思えます。75歳以上の方々が増えますと、まず要介護認定、認定率がこのように上がります。見ていただきますと、要介護の方、前期ですと3%が、大体23%というふうにどんと上がってまいります。

次のページで医療費を見てまいりますと、このグラフで一目瞭然のように、やはり75歳を超えますとこのように大きく増えてくることとなります。高齢になりますと、身体機能の衰えとともに高血圧、糖尿病、リウマチ、痛風など、お一人で複数の慢性疾患を抱え

ながら生活することになります。こうなりますと、病気を治すというよりは、病気と一緒に共存しながらいかに生活していくかということが大事になってまいります。そういった生活を支える医療と介護がこれから必要になってこようかと思えます。

もう1点、じゃ、こういった高齢者の方々がどこで、例えばケアを受けたいかとか、最期を迎えたいかというところなんですけれども、次のページですが、ここは県の調査で見ましても、一般高齢者、要介護認定の高齢者の方も、大体6割ぐらいの方が最期は自宅で迎えたいとおっしゃっています。ところが、現実にはどうなっているかが次のページのグラフでございます。一番左が1951年ですので、ちょうど戦後すぐぐらいなのですが、8割の方が自宅で亡くなっておられて、病院で亡くなる方は1割にも満たなかったのが、2010年で大体8割の方が病院で亡くなられて、自宅で亡くなる方は1割余りとなっております。

こういったことを背景にしまして、次のページですが、今後の超高齢社会に対応するため、平成26年度に医療介護総合確保法が成立いたしました。そこで、今後目指す医療・介護提供体制はこういった図のようになります。左側の入院医療では、高度急性期医療から急性期、回復期を経て在宅復帰、早期に在宅復帰をして、在宅医療や介護などのサービスを受けながら、そこで生活を継続しながら最期を迎えていくというのがこれからの姿となります。

本県でもこういった医療・介護の提供体制を目指すために、昨年度に地域医療構想を策定いたしました。ここでは、病院の医療から地域完結型へ、病気と共存しながら生活を維持していく、そして、地域全体で治し・支える地域完結型への医療への転換が必要になってくるというところを目指しています。19ページの一番下に書いています2つのぽつ、そこで目指すところは、病床などの医療機能の分化・連携の推進と、在宅医療の充実を含む地域包括ケアシステムの構築という、大きな2本を柱として推進していくとしたところでございます。

地域医療構想をつくりまして、どういう中身になっているか、少しだけご紹介をさせていただきますと、次のページですが、まず1つ、病院、病床がどうなるかということです。このグラフの真ん中が、2025年にこれだけ必要になるであろうという推計を出しております。ところが、下にも書いていますように、右側が2015年の現行でございます。現行からの数を2025年で下回ることが出てまいりました。しかも、現在は急性期が多くて、回復期が少し足りないということで、急性期から回復期への転換が望まれる

ところでございます。

それに比べまして次のページですが、先ほどの図にもありましたように、これからはやはり在宅医療が増えてまいります。将来、2025年には、ここに書いてありますように、大体現在の1.5倍の必要量というふうに、大きく増加することが見込まれるところでございます。

次のページですが、今後の医療・介護提供体制を考える上で大きな柱と申しました地域包括ケアシステムについてです。高齢化の進展とか地域の社会資源には地域差がございます。本日は地域差の話をしているわけですが、地域包括ケアシステムについては、地域の実情に応じて医療・介護の関係者とか住民の方々と一緒に、市町村が作り上げていただくものだと言われているところでございます。

地域包括ケアの1つのイメージとして、次のページにありますような、地域が病院の役割を果たすというイメージがございます。我が家が病室で、お医者さんとかあるいは訪問看護師さんが来てくれるというような形になります。このためには何が必要かといいますと、地域での在宅医療と介護が連携して包括的に提供される体制がその地域でできていることが肝要になってまいります。

そこで、在宅医療・介護連携の推進がこれからの大きなテーマになってまいります。これにつきましては、平成26年の介護保険法の改正によりまして、介護保険制度の地域支援事業の中に位置づけられました。市町村が主体となって、地元医師会や関係機関と連携しながら取り組んでいただくというふうなスキームになっております。

26ページの絵がこのスキームの絵ということで、ちょうど地域支援事業のところの包括的支援事業の中に位置づけられたところでございます。

在宅医療・介護の連携の推進ということで、繰り返しになりますが、一番上の四角のところにありますように、具体的には介護保険法の地域支援事業の中にこれを位置づけ、市町村が主体になって地区医師会等と連携しつつ取り組んでいただくというスキームになりました。これによりまして、市町村では政策として我がまちの医療をどうするかということ、医師会さんとかいろんな機関と連携をしながら、新たに取り組んでいただく必要が出てまいりました。しかしながら、医療・介護連携といっても何から取り組んでいいかというところがございますので、次のページの参考に書いてありますが、事業の(ア)から(ク)まで、こういったことに順次取り組んでいていただきたいというふうな形で進められているところがございます。それを具体的にお話させていただきたいと思っております。

例えば、(ア)ですと地域の医療・介護資源の把握ということで、地域の医療機関とか介護事業所の住所や連絡先などのリストやマップをつくる、あるいは、(イ)ですと在宅医療・介護連携の課題の抽出ということで、関係者が集まった会議等をして、現状把握と課題の抽出、対応策の検討をしていただく、(ウ)ですと切れ目のない医療・介護の提供体制の構築、推進をいろんな形でしていただく。次のページの(エ)ですと医療・介護関係者の情報共有ということで、情報共有ツールの作成でありますとか導入に向けての支援、それから、(オ)でありますと在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、運営、それから、(カ)ですと多種職の方々の研修会、それから、次のページの(キ)ですと地域の住民の方々にやはり在宅医療とか介護はどういうものかということを理解していただくような取り組み、それから関係市町村の連携といったことが取り組みの内容として具体的に示されているところでございます。

県では、在宅医療・介護連携が進むよう、いろいろ支援をさせていただいています。次のページですが大きく分けて、今2つぐらいやらせていただいております、広域的な支援。保健所と連携して広域的な支援、ここで書いていますような、西和でありますとか南和圏域での支援をさせていただいたり、医療と介護の連携に向けた退院調整ルールづくりなどに取り組んでいるところでございます。

次のページからは、時間もあまりありませんので、1つだけ、宇陀市さんで(ア)から(ク)までの取り組みのうちで、特に在宅医療・介護連携拠点の取り組みを奈良県でいち早く取り組まれましたので、ご紹介をさせていただいております。

最後は、先ほど少し言いました、退院調整ルールという取り組みを県がいろいろ音頭をとってやらせていただいているものでございます。地域包括ケアの場合、病院から在宅への移行がスムーズに行われるということが、その後の在宅生活を支える上で大きなポイントとなるということから、県としてはこういった退院調整がうまくスムーズに行くようなルールづくりを、県内全域で進むように取り組んでいきたいと考えているところでございます。医療・介護連携とか地域包括ケアの取り組みについては、まだまだ始まったばかりというところがあるかと思いますが、県としましても、今後とも市町村の皆様と一緒に取り組んでまいりたいと考えておりますので、どうかよろしく願いいたしまして、私からの説明を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

【司会】 どうもありがとうございました。

それでは、今の説明を踏まえまして、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みな



ど、医療・介護の問題につきまして、各市町村の現状また課題をもとに話し合っていたいただければと考えております。各テーブルで今から30分程度意見交換をしていただきたいと思います。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いただきまして、後ほど発表していただきたいと思いますと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。それではお願いいたします。

(意見交換)

【司会】 意見交換も盛り上がっている最中ではございますが、予定しておりました30分を若干経過しておりますので、ご発表に移らせていただきたいと思います。

それでは、1番のテーブルの皆様からご発表をお願いできますでしょうか。よろしくお願いいたします。

【東川御所市長】 御所市長の東川でございます。

1番テーブルは、宇陀市、御杖村、明日香村、曾爾村、そして高取町、そこに総務部長と松谷副知事が入って、いろいろ議論させていただきました。

愚痴みたいなことばかり言っていたのですけれども、まず、予防が医療費の抑制につながるというエビデンスは存在しないという、非常にショッキングな話から始まりまして、御所市でも一生懸命予防をやろうと思っているのですが、それは都市伝説だと言われてまして、それならどうしたらいいのだろうということを話しておりました。

いろいろ取りとめのない議論をしていく中で、医療費の抑制といいますか健康になっていただくというのは、大きな目でまちづくり、あるいは福祉といった観点をしっかりと考える必要があるのではないかという話が出ました。このテーブルの中では、例えばそれを小学校区単位で、まちづくり協議会みたいなものをつくっていろいろやっておられる自治体もございますし、それより身近な大字などの単位で住民さんが参加しやすい取組を行うことが必要だという議論もありました。

それと、医療費が高いというのは、高齢化などの問題もありますけれども、御所市もそうですし宇陀市さんもそうですけれども、病院があるとか、医療のインフラ整備が整っているところは医療費が高いとかいう、整備の問題で医療費が高くなっているという話もありました。あるいは、医療費が高くなっているけれども、医療の高度化と延命治療の問題、そこまで考えるべきじゃないかと倫理の話まで話が発展いたしました。

それと、例えば健康づくりの講演会をやるというときに、出てきていただく方たちは、同じ方が何回も来てくれているわけですね。健康などに意識の低い方は、もうずっと低い。

申し訳ないですけども、なかなかそういった場へ出て来られなくて、医療にもなかなかかからなくて、最後に非常に高い医療費を払っていただくということもございます。

また、御所市では、減塩運動をこれから一生懸命やろうと思っております。御所市の場合、データで見ましたらやはり高血圧とか糖尿病とか、明らかに生活習慣病が多い。その中で、いろいろやっていかなくてはいけないのですが、1つテーマを決めて減塩運動をやろうと。これも、何グラムまで減らしましょうという話も大事なのですが、ムーブメントというか雰囲気というか、まちの中でそういう雰囲気づくり、あるいは流行といいますか、そういうことをじわじわと浸透させることによって、将来的には医療費の抑制にもつながるし、健康にもつながるのではないかと考えております。

それと、認知症の話も出ました。認知症がこれから急激に増えてくる中で、薬もできてきたようですが、急激な予防はそれこそないわけですから、今から認知症が増える上でのまちの整備といいますか、心構えということもこれからやっていくべきではないかなという話をしていたしました。

全くまとまりはございませんけれども、そのような話をこのテーブルではさせていただきます。

以上でございます。

【司会】 東川市長、ありがとうございました。

続きまして、2番テーブルの皆様、どうぞよろしく願いいたします。

【竹村川西町長】 川西町の竹村でございます。

こちらのテーブルは、桜井市、西和の三郷町、王寺町、磯城郡3町および知事、地域振興部長というメンバーがそろったテーブルでございます。

先ほど御所市長からも話がありましたが、こちらでもやはり医療費の高い地域は病院が多い地域ではないかという話も出ております。その中で、医療費をいかに抑制していくのかという話を中心にしてきましたが、予防医療をしっかりとやっていこうと。先ほど、予防医療はあまり効かないという話を聞いた中で発表するのも非常に心苦しいのですが、こういっただころを中心にしてやっていこうということでございます。

1つに、検診を増やしていこうと。がん検診などでコール・リコールという形で検診を増やす仕組みを整えたり、また、セット検診という形で取り組んでいく中で検診を増やしたりしていく取組です。また、子どもへの切れ目ない支援が必要ではないか。あと、もう1つに、食育支援、減塩教室なども含めてですけれども、子育ての段階から、子どもか

ら高齢者まで含めた食育支援が必要ではないかと。こういった形で予防医療に力を入れることで、医療費を抑制していく必要があるのではないかとという話でした。

その中で、担い手としては、やはり地域の各市町村の保健師さんが非常に重要な役割を担っているという話が出ております。ただ、保健師さんにいかに頑張ってもらうか、保健師さんのモチベーションを上げていくにはどうしていけばいいのか、というところが非常に課題になっているのではないかとという話でございました。

一方、保健師さんの役割が非常に重要であるのは認識しているのですが、市町村では募集をかけてもなかなか集まっただけにという課題もございます。その中で、知事からもご提案があったのですが、広域での保健師連合をつくるというのも1つの手ではないかということでございました。広域で保健師さんの連合をつくって、保健師さんそれぞれの知識の向上に努めていただく、各市町村の保健師さんの知識量もばらばらでございますので、水準を上げていただくために広域連合をつくる、また、各行政区域を越えて訪問できるような体制をつくるということで有効ではないかという話が出ました。

あと、いろいろ話があったのですが、例えば今後、病院中心の医療から地域中心の医療になっていく、この流れを進めていくためには、地域で頑張って医療費や介護費を削減した分を使えるよう、応援していただけるような仕組みを、国や県に考えていただきたいという要望も1つございました。

最後に、地域医療体制をつくっていくうえで、地域の医師会の協力が必要なのですが、協力していただくのはなかなか困難であるというお話もございました。そのなかで、桜井市で取り組まれている小児夜間救急医療や、田原本町で取り組まれている訪問医療の仕組みについてご紹介がございました。

こちらのテーブルでは以上でございます。

【司会】 竹村町長、どうもありがとうございます。

続きまして、3番テーブルの皆様、どうぞよろしく願いいたします。

【並河天理市長】 3番テーブルでございます。天理の並河より発表させていただきましたすけれども、私どものテーブルは、大和郡山市、生駒市、広陵町、山添村に、浪越副知事と、そして林医療政策部長とご一緒に協議をさせていただきました。

このテーブルの中でも、中核的病院の有無であったり、あるいはお医者さんの数、また医師会の地域でのあり方というところはさまざまであるというお話はしたのですけれども、共通したテーマとして主にお話したのは、病院と、地域医療と、そして介護、ここをど

う一連の流れとしてしっかり位置づけていくか、また、そこに行政がどのようなかわりをしていくかということでございます。病院から退院をするときに、急に地域に帰るとなっても、きちんとそこで支えられるような介護体制がとれているのか、あるいは、日常から病院のところにケアマネージャーさんなどがしっかり入っていけるような体制になっているのかどうか、また、これは天理市で今やらせていただいている件ですけれども、そういった病院と介護関係の皆さん、かかりつけ医の皆さんで情報をしっかり共有していこうという取り組みの話もしたところでございます。

そして、地域の医療というところについても、在宅のお医者さんの役割も大きいだろうということなのですが、今の段階では個々のお医者さんで頑張っていたいただいている方がいる場合は、非常にこれは進むわけですけれども、なかなか個人的な要素による部分があります。ですから、それを制度的にどのように考えていくか。ただ、かかりつけ医さん、副かかりつけ医さんがあったとしても、地域全体を病院と見立ててみると、道路が廊下となるわけですが、廊下は必ずしも廊下と言えるだろうか。廊下が長い場合も体の具合によってあるわけでございまして、ここをしっかりと協議をしていかないといけないという話でございました。

そして、各市町村ごとに、医療と介護をつなぐものとしては協議会形式であったり、地域ケア会議であったり、いろいろな取り組みがあるのですが、やはりその中で采配を振るえるような人材育成、また、行政でも医療の部分でしっかり話していけるような人がいないといけないということでございまして、采配を振る人材ということでしたら、やはり医師会の皆さんに対してしっかりと認識を話していくことが大事だということになりました。そのためにも、何か共同作業を行政もやらせていただくことが大事だろうと。医師会の皆さんにお願いしますというだけではなくて、場づくりであったり、何らかの作業をやらせていただくことによって、そしてそれを進めていくに当たっては、行政側でも保健師さんであるとか、医療のこともわかっているような人を育てていかなければならないということでございます。

また一方、山間の部分で、山添村様の取り組みもいろいろお話を伺いました。集落ごとに保健師さんあるいは看護師さんがしっかり入っていただいて、健診の受診率も非常に高いというご紹介もございました。今後、社協がそれぞれの地域でどのようにやっていくか、また、看護師さんだけですと医療行為ができない場合もございまして、そういった場合の医療行為をきちんとできる体制をとっていくことも大事だろうというお話でございました。

そのほか、医療費の削減という文脈では、各論でございますけれども、薬の飲み残しの削減、こちらの部分に話が及びました。大量の薬の飲み残しがございますので、これを医師会と薬剤師会にしっかり問題を共有していく中で、患者さんにも意識を持ってもらって、削減に努めていくということが、今後の医療費削減にとって重要だという議論をいたしました。

まとまりがなかったかもしれませんが、以上でございます。

【司会】 並河市長、ありがとうございました。

続きまして、4番テーブルの皆様、どうぞよろしくお願いたします。

【高野黒滝村副村長】 黒滝村、高野でございます。

4番テーブルは、五條市、下市町、十津川村、天川村のテーブルでございます。

この地域はとにかく広いエリアでございまして、地域包括ケアを進めるにはかなり問題が多いなというところから始まりました。うちのテーブルの市町村のよく似た原因としては、施設入所者が多いということでございます。これはなぜかという話で、若い者は大体外へ出ていくと。どうしても高齢者のひとり暮らし、あるいは老夫婦二人暮らし、そういったことで、何かあればすぐに、不安を抱えている上で、施設に入ってしまうということが原因になっているのではないかという話がありました。それと、住所地特例というものも介護費の上昇にかなり影響しているのではないかという話でございました。

それらを踏まえて、うちの地域としてはどういうふうに取り組んでいったらいいのかということでございます。1つは、保健師さん等によります、今まで以上にきめ細かい聞き取り、それをもってデイサービスに誘導したり、1日何もしゃべらないというお年寄り、そういう方を家から引っ張り出すような方策、ポイント制とかそういったことが考えられるのではないかという話が出ておりました。

それと、もう1つが、昔は子どもが親をみていたのですが、今現在の日本の実情を考えましたら、いじめやひきこもり、ニート、これは教育問題になるかと思うのですが、あるいは非正規労働とかワーキングプア、これは今、政府で働き方改革ということでやっておりますが、そういったことも影響して、今は逆に親、老夫婦が子どもをみるウエイトが高くなってきていると。ただ、どうしても高齢者になれば年金収入ですとか収入が少なくなってくるので、自分たちが病気になってもなかなか病院にかかれない。初期の段階でかかれば医療費等安くつくものが、重症化してから病院へ行ったりするというところで、どうしても医療費が高くなってくるケースもあるのではないかと。

そういったことで、福祉・医療問題は当然ですが、教育あるいは労働問題も含めまして総合的に対策を考えていかないと、なかなか解決が難しいのではないかという結論で終わっております。

以上でございます。

【司会】 高野副村長、どうもありがとうございました。

続きまして、5番テーブルの皆様、どうぞよろしく願いいたします。

【岡下大淀町長】 5番テーブル、大淀町の岡下です。

私のテーブルでは、野迫川村、川上村、東吉野村、上北山村、下北山村、それから、くらし創造部長の中部長と、医療政策部理事で、新しくできました南奈良総合医療センターの企業長をしておられます上山理事とで話をさせていただきました。まず、先ほど来お話が出ております、設備、施設の問題ですね。病院なり介護施設のあるところの医療費や介護費が上がるのは、これは仕方のないことであろうと思います。

ただ、予防が医療費の抑制につながらないというのは、私は決してそうではないと思っております。これはやはりやる気があるかないかだけのことで、しっかりとやらなければならないと、私はそう思っておりますし、現に今、大淀町は介護に非常に力を入れております。これというのも、介護に関する費用が、実は6年前に奈良県一になりました。それに関して、これではだめだということで、当時の担当者が一生懸命になって、いろいろな活動をやってまいりました。今やっておりますのは、広陵町さんが以前から取り組んでおられる、奈良県では一番先進的な考え方だと思っておりますが、その取り組みに倣って、またそれに新しいものを加えて、畿央大学の高取准教授をお呼びして、介護予防に取り組んでまいりました。

まず、地域で介護予防をやっていただく介護予防リーダーを育成しようということで、住民に呼びかけました。20人来ていただければ良いと思っていたところ、40人近い応募がありまして、皆さん本当にまじめに考えていただいて、何回にもわたって活動を行いました。大淀町のゆるキャラ「よどりちゃん」の音頭、「よどり音頭」に振りつけをした介護予防の体操を覚えていただき、機会あるごとに実演しいたげて、少しでも元気になっていただくということをやりました。

そういった介護予防リーダーを30人以上育成してきたわけですがけれども、その人たちが参加した動機としたら、まず自分の介護予防のためにということでも来られました。ところが、何回も講座を重ねるにしたがって、やはり地域の人たちにもこれをしていただく

うという気で、今頑張っておられます。もう1年経ちまして、今度はまた第2次の募集に入っております。

また、皆さん方、どこでも今やっておられると思いますけれども、サロン活動もあります。それにちょっとまた加えて、「やすらぎカフェ」という認知症の方とその家族、そして地域の人たちが集うカフェ事業を行っています。あるいはお年寄りが亡くなるのは誤嚥性の肺炎がかなり高い確率でありますけれども、誤嚥にならない誤嚥予防体操いうものも一生懸命、今やっております。それと、認知症のケアパス。これは御所市の施設の協力もいただきまして、認知症というものをまず住民の皆さん方に理解していただくと。そういう面でも、全住民に配るようなケアパスもつくっております。

そして、やはりやる気になってやらなければならないということは、つまりは人材だと思います。そういう面でも保健師の確保は非常に大事になってきます。このグループでは、皆さんそういう声が上がりました。なかなか保健師さんがいないんだと。それはどこの町でも私の町でも一緒だと思いますが、そういう面の確保も大事であろうとなっております。

あと、いろいろ話は出ましたけれども、私どものやっている取組の紹介を少しさせていただきます。今後とも続けてやってまいりたいと思いますので、またご指導お願いいたします。ありがとうございました。

【司会】 岡下町長、どうもありがとうございました。

続きまして、最後に6番テーブルの皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

【吉田香芝市長】 香芝市の吉田でございます。

このテーブルは、河合町、安堵町、斑鳩町、上牧町、そして大和高田市と香芝市の6市町で議論をいたしました。

冒頭に出てきましたのは、亡くなる最終の場所、死に場所といいますが、ここが昭和の初期には8割が自宅、現在は病院がほとんどというところでございます、実際思い起こせば、私の父方の祖父母はもういなかったのですが、母方の祖父母は両方とも実は自宅で亡くなっておりまして、私の両親ももう亡くなったのですけれど、2人とも病院でございました。しかし、今アンケートをとると、6割近くがやっぱり自宅で、「畳の上で死にたい」という言葉がよくありましたけれど、自分の親はそうではないのに自分はそう思っているという、ちょっと理不尽な意見が出ているのだなというところも、正直、思いました。

そんなところから始まったわけですが、特に医療と介護、これをどういうふうに体制づくりをしていくかということに議論が集中いたしました。在宅で死にたいとの希望

は60%でありながら、実際は10%から十数%しかないというこのギャップが、医療、在宅医療の問題点だろうというところです。医療体制の供給がしっかりしていれば、そこに医者がいれば、患者は自然とそこに集まってくる、ついてくるのではないかというお話がありました。特に、受け入れ体制ができているところには基本的には人が集まるということで、受け入れ体制をどうするかが現状なのですが、なかなか各市町からのお話は厳しいものがありました。

でも、一方で病院は一定の期間で退院をしていただかなくてはならないというジレンマがあって、私の知っているところで言いますと、1年間ぐらいで亡くなった方がいるのですが、1か月入院して、また違う病名で入院して、これを十数回繰り返して末期を迎えられたということが、現実的にありました。これが現状だろうという気がいたします。

一方で、では、どうやって在宅の医療・介護をやっていくかということなのですが、まずはやはり医師の確保だと思います。在宅医療をしてくれる医師の確保が最重要だということです。昔は往診が各家庭であったという意見が出ていましたが、現実的には、開業医の方々が休日のあいた時間に回っていらっしゃる。もっと言えば、開業医がやっていらっしゃるのは自分の患者なので、それ以外の方々の事情にはなかなか対応できていないというのが現状だろうという話でした。

そして、違う側面から出た話ですけれど、今、県として5つのブロック、医療エリアに分けて、そういった医療体制の構築をしようとしているわけですが、ここで言うと北葛城郡地域、それから生駒郡地域があるんですけども、その地域地域の医師とのつながりだとかがありますから、5ブロックというよりも、もう少しコンパクトにしたところから始めていくのもいいのではないだろうかという意見も出ておりました。現実的に、この6市町の中で病院を持っていらっしゃるのと、開業医が医者が1人と、そして歯科医が2人しかいないということもあって、少ないところはやはり広域的な動きが非常に必要であり、それを求めているということもおっしゃっておりました。

いずれにしましても、全体的にネガティブというか厳しい意見が出たのですが、やはりこれはそれぞれそういった現実と直面して、問題点を幾つかそこで感じていらっしゃるからこそ、いろいろ意見が出たのだろうと思っています。

いずれにしても、医師会と福祉、そして自治体、これがしっかり、連携と言えれば簡単なのですが、手探り状態で進めていくことだろうと。一方でプライバシーという問題もあって、現実的には非常に厳しいところです。そんな中で大きな目標に向かってはいくのです



が、それぞれのところで少しずつ問題を解決していく、大きな駒をはめていって解決するというよりも、小さなパズルを少しずつあてはめて、そして大きな面にして解決していくという方法が現実的ではないだろうかといった意見が出ました。

以上でございます。

【司会】 吉田市長、どうもありがとうございました。

それでは、最後に知事から、今まで各テーブルの意見を踏まえまして、総括をお願いしたいと思います。

【荒井知事】 いろいろご意見ありがとうございました。今日のご意見、ご議論を拝見いたしますと、地域包括ケアとか地域医療構想、進み始めての渦中でありまして、全国の中でこんなに活発な議論をされている県はないように思います。他の県の事情も多少耳に入る立場になりましたけれども、ないと思います。奈良県は良い医療構想、また地域包括ケアシステムをつくれる、努力をすればつくれるんじゃないかなという感じがいたします。

その中で、首長、とりわけ市町村長様の役割は絶大であります。県はただ情報提供して、やることを見ているだけの様な感じはするのですが、このように資料を提供するのも大事ですが、もう1つは、県のやろうとしていることを言いますと、やることが見えたら県は全力で応援したいと。やることを今、見つける作業をしている様な感じでございますので、地域地域で事情が違うので、奈良県内のこの地域はこういうやり方でやるよ、この地域はこういうやり方でやるよというやり方の知恵を今出そうか、知恵比べをしている様な感じがいたします。やることが見えたら、これは全国に先駆けての知恵になる可能性がありますので、奈良県は全力で応援したいと思います。首長の関心がこのように高まることは、もう本当に嬉しい限りでございます。

今日の資料でわかったことを反復いたしますと、1つは、医療費のことが資料の最初に出てまいりましたので、なぜ医療費の高いところがあるのかと。このテーブルは三郷町長がおられますが、いつも高いんですね。やはり一言で言うと、病院が多いからだということのようでございます。医療サービスが多いと医療費が高いということは真実のように思います。医療費が高い中で、外来の調剤が高い、それが低いと安くなるという傾向がありますので、薬をたくさん出しておられるのかなということが想像できます。これは、患者さんはやっぱり薬好きでありますので、心配だから心配を緩和するのに薬をもらって、抱えておられる。そして、終末期になると、たくさんの薬袋が置きっ放しになっていると

というのが実情でございます。

その中で、対策の知恵の1つが後発医薬品の提供ということだと思いますが、これも御所市長のおっしゃいました減塩運動のように何か運動化して、後発医療を使おうよという運動をされている地域はわりと進んでおります。呉市などでありますけれども、これも奈良県の運動の1つにするというのもあるかと思えます。もうかる医療、薬を投入したいという医院も多いようですけれど、それに対抗するということが我々の1つの役目かなと感じました。

もう1つは、介護費が高いところと低いところ、これは、介護施設が多いところはやはり介護費は高い傾向があるように思います。介護施設がどうしてある地域に多くあってその他の地域はないのか、これはまた分析の必要なところであろうかと思えます。介護施設はある程度必要なわけでございますが、介護施設だけしか居場所がないということではなく、住まいをはじめ地域の中に高齢者の居場所をつくっていくのは、実は我々の役目のように思います。

それと、わかってきたことのもう1つは、予防医療と医療費ということでございましたが、医療費と健康度は関係ないという感じがいたします。医療費をたくさん使っているところが健康寿命が高いかという決してそうではないというのは、病院の多いところが医療費が高いというのと裏腹でありますけれど、健康度は別の指標で達成せねばなりません。例えば、健康度が高いのは、長野県では野菜をたくさん食べているからということはあると思いますので、野菜をたくさん食べたら血管の強化になるということが治験でわかってきております。そのようなわかってきたことをどううまく利用するのかという中で、1つは、予防医療、健康増進は、医療費と関係はないにしても、健康増進していますと病気に苦しむことなく元気に長生きし天寿をまっとうする高齢者が増え、介護費も減る効果があるかと思われまます。健康予防は介護費の減につながるのかなということと、お金のことだけでなく、高齢者は施設に入っていると幸せなのかということを考えていきたい。うちはたくさんさんの施設があってたくさん高齢者が入っているんだというようなことは、自慢にはならないように思うわけでありまます。施設に入らないで、まちの中で高齢者が元気で遊んでいるぞというまちが望ましいのではないかと思います。我々、地域行政はそちらを志向して、施設も必要だが、生活を、幸せな生活をつくるまちづくりの観点も必要かなと思えます。

それをどのように達成するのか、終末期は必ず来まますので、終末期のあり方が課題だとおっしゃっているテーブルもでございます。そのとおりだと思いますが、在宅で幸せに亡く

なるということはどのようなやり方が想定されるのかということでございまして、医者はこのような時期になると死をとめられません。幸せな死に方を導くといったような、特定看護師だとかスーパー保健師といったような方が在宅に来られて、お医者さんが来ても治療をするのではなく、死に方、生き方を医者が指導するといったようなことになろうかと思えます。そういう訪問医療・看護・介護という勢力をどうつくるのかという課題があるように思います。

それは、訪問医療をしてくれる先生が少ないということがありますが、田原本の天井先生は、訪問医療も一生懸命されましたら、田原本町の他のお医者さんも感化されて、訪問医療の最も充実した町になってきています。他のまちはそういうお医者さんがいない、もしくは少ないからでありますので、お医者さんの気持ちが変わればそのようなことが可能であろうと思えます。これは我々で変えろと言ってもなかなか変わらないわけでございますけれども、どのように仕向けていくかは努力をすればできるところもあろうかと思えます。

そのような中で、訪問医療、在宅、地域での医療の展開の中で、今まで急性期が足りないというので急性期の医療充実、医療資源の投入ということが進んでおりました。中小病院もPETを置いたり、いろいろな高度の医療施設を置いたりして患者を集めてきました。高度医療に、あるいは急性期医療に診療報酬が厚くなってきた傾向がありますけれども、これからどうなるかわかりません。そちらよりも訪問診療のほうが厚くなるかもしれないし、もうかるところに向かう傾向がございまして、医療資源がどのようになるかわかりません。しかし、公立私立を含めた中小病院が、急性期よりももう少し地域の療養期、回復期あるいは訪問看護ステーション、訪問医療ステーションのような役割を果たしてもらえるかどうか、これが大きなことになろうかと思えます。公私ともに100床から200床までの、中小あるいはもっと規模の小さい病院の今後のあり方が、地域包括ケアの中で大きな課題のように思います。

最初に申し上げましたように、このような研究を進めているいろいろなアイデアを実行できる仕組みもありますので、要はアイデアを確立するというのと、それを実現するスキームをどのようにするかということが課題であろうかと思えます。早くしないと診療報酬の改定がもうすぐにやってくるので、それまでにつくれたらと。それと、地域の医療は地域で守るというのが大前提でございまして、地域の医療・介護の充実はこれからは誰のせいにもできないと。今までのパフォーマンスは前任者のせいにできたけれど、これからは

我々のパフォーマンスのせいだということになるように思います。私も責任を感じて、単に見守る立場のように思いますけれど、それ以上の役割が果たせるように心がけて、やれるときは全力で県も参画させていただきたいと思っております。ありがとうございます。

(拍手)

【司会】 どうもありがとうございました。

皆様、本日は活発な意見交換をしていただきまして、どうもありがとうございました。

次に、県からの報告に移らせていただきたいと思います。

まず、県内市町村の職員給与等の状況についてご報告申し上げます。

お手元にごございます資料に基づいてご説明させていただきます。県市町村振興課では、毎年5月に、各種の調査結果に基づきまして、県内市町村の職員数、またラスパイレス指数等の状況につきまして報道発表しております。そちらは、右肩の資料2-2の資料でございます。こちら、毎年報道発表しております。それに加えて、本日さらに平均給与また総人件費等の新たな分析対象を加えて、全国の類似団体などと比較することによりまして現状を分析いたしました資料2-1と、A3の横の資料をお配りしております。各市町村の皆様の行財政運営の参考にしていただけたらと考えております。

まず、資料2-1についてご説明申し上げます。

1ページめくっていただきまして、上段がラスパイレス指数の状況でございます。県平均のラスパイレス指数は、過去5年間、市それと町村とも全国平均を下回っているという状況でございます。一方、下段でございますが、平均給与月額につきましては、県内市平均、町村平均とも全国平均を上回っているという状況でございます。

続きまして、ページめくっていただきまして2ページでございます。県内市町村の平均給与月額と、こちらは一般行政職についてでございますが、左の表が平均給与月額、右の表が平均年齢の市町村別一覧でございます。縦の赤の線でございますが、県内市町村の平均値を示したものでございます。県内市町村平均を上回る団体は10団体でございます。うち、4団体が県内市町村の平均年齢を下回っているという状況でございます。

続きまして、ページ変わりをしまして横の3ページにまいります。こちら、同じく全技能労務職の市町村別の一覧でございます。表の構成につきましては前ページと同様でございます。県平均を上回る団体は4団体でございます。うち、平均年齢を下回っている団体は3団体ということでございます。

続きまして、4ページでございます。ラスパイレス指数の健康診断表でございます。県

内市町村のラスパイレス指数の状況を4象限、横軸を全国平均、縦軸を前年からの増減に分類して図表化させていただいております。右側が全国平均未満の団体、左側が全国平均以上の団体、上が前年対比で低下した団体、下側が前年対比で上昇した団体ということでございます。県内の市町村の特徴といたしましては、ラスパイレス指数が全国平均より低く、また、対前年で上昇している団体が多いということが挙げられると思います。この図表でいきますと、右下の団体の状況に当たります。

続きまして、5ページでございますが、平均給与月額（一般行政職）の健康診断表でございます。県内市町村の平均給与月額の状況を、類似団体ベースで同じく4象限、横軸を全国平均、縦軸を前年からの増減に分類して図表化したものでございます。右側が全国平均未満の団体、左側が全国平均以上の団体でございます。上側が対前年で低下した団体、下側が対前年で上昇した団体ということになっております。県内市町村の特徴といたしましては、平均給与月額が全国平均より高く、対前年で上昇している団体が多いということが挙げられます。図表の左下の団体でございます。

続きまして、6ページでございます。こちら、県内市町村の平均給与月額と経常収支比率の相関関係につきまして、同じく4象限、横軸に経常収支比率、縦軸に平均給与月額を用いまして分類した図表ということでございます。特徴といたしましては、経常収支比率、平均給与月額ともに県内市町村平均よりも低い団体が最も多く、右上のところになりますが、ブルーのゾーンでございますが、ここが23団体。一方で、左下になりますが、どちらとも高い団体が5団体という状況になっております。

続きまして、7ページでございます。県内市町村の総人件費及び平均給与の推移でございます。過去5年間の推移を見てみますと、総人件費それと平均給与ともに減少する傾向にございます。町村の総人件費について見ると上昇傾向にあり、職員数がほぼ横ばいで推移していることが影響しているものと考えております。

続きまして、8ページでございます。県内市町村の歳出総額に占める総人件費等の割合でございます。歳出総額に占める総人件費の割合が県内市町村平均以上の団体は22団体でございます。これらの団体につきましては、経常収支に占める経常的人件費割合も県内平均以上であり、人件費の負担割合が大きいという状況にございます。

続きまして、9ページでございます。こちら、県内市町村の総職員に占める5級以上の職員の割合をグラフ化したものでございます。管理職的な役割を担う行政職、給料表で言いますと、国準抛で言いますと課長補佐級に当たります5級の職の方が、割合で見ますと

県平均を上回るのが9団体という状況でございます。5級の割合が高い団体につきましては、わたりを現在運用しているか、または過去に運用していた団体で、わたりが職員構成に影響を与えているということが考えられます。

続きまして、10ページでございます。こちら、県内市町村の定員、職員数の状況でございます。県内市町村の総職員数は19年連続で減少しております。平成8年と比較いたしますと、職員数は約4分の3ということになっております。各市町村の皆様が削減の努力を続けてこられたことが、このグラフからわかるかと思えます。部門別職員数、下の表でございますが、こちらを見ますと、類似団体比較で388人超過しております。グラフを見てみますと、民生、衛生、教育、この3部門で超過が多いという状況が見てとれます。

続きまして、11ページでございます。こちら、職員数の健康診断表でございます。県内市町村の職員数の状況を類似団体ベースで4象限、横軸に全国平均、縦軸を前年からの増減に分類し、図表化したものでございます。右側が全国平均未満の団体、左側が全国平均以上の団体、上側が対前年で減少した団体、下側が対前年で増加した団体ということでございます。県内市町村の特徴といたしましては、職員数が全国平均以上で、かつ対前年で職員数が減少している団体が多いということが挙げられるかと思えます。図表で見ますと、左上の黄色のゾーンの団体が多いという状況でございます。

続きまして、12ページでございます。県内市町村の総職員数及び平均年齢の推移でございます。市と村の総職員数は減少傾向にございます。町の職員数はほぼ一定で、下げどまりの傾向が見てとれます。

続きまして、13ページでございます。こちらは、県内市町村の総職員の類似団体比較でございます。棒グラフの青が総職員数、赤が類似団体の平均職員数をあらわしております。職員の超過状況につきまして見比べていきますと、市町村で見ていくと、市町村ごとではばらつきがあるという状況でございます。市町村の合計、県の合計で見ますと、総職員数の超過数は全部で388人で、対前年で63人増加しているという状況にございます。

続きまして、A3横の資料でございますが、こちらは県内各市町村の定員・給与の分析ということで、市町村ごとに作成させていただいております。こちら、県勢順につづらせていただいております。全体を見ていただきまして、左半分は定員関係の状況分析を、右半分は各市町村の基礎データ、それと、下に給与関係を分析させていただきまして、表示させていただいております。それとあわせまして、各項目ごとに分析したコメントを記載させていただいております。こちらのコメントにつきましては、事前に各市町村ごとに各

市町村の担当様に内容チェック、見ていただいて、記載させていただいております。

以上、県内市町村の給与、職員数等の状況につきまして、簡単でございますが報告させていただきます。今後、各市町村の行財政運営の参考としていただければ幸いです。

続きまして、A4横の資料でございます、資料3についてご説明させていただきます。

地方創生拠点整備交付金についてというものでございます。3枚物の資料でございますが、1枚おめくりいただきまして、地方創生拠点整備交付金につきましては、今年度の国の第二次補正予算案に盛り込まれて、ただいま審議中でございます。地方創生に係るハード事業への支援を望む地方の声に応じて措置していただいているものでございます。予算額は900億円、事業費ベースで1,800億円、補助率は2分の1ということになっております。

概要につきましては、めくっていただきまして、3枚目をごらんいただきながら説明させていただきます。対象事業につきましては、地方版総合戦略に位置づけられた施設整備等でございます。ソフト事業との関連が求められております。交付目安額につきましては、1市町村当たり、国費で6,000万円程度、事業費ベースで1.2億円程度とされております。交付金の裏につきましては、補正予算債を充当することも可能でございます。今後のスケジュールでございますが、11月の下旬に地域再生計画等の提出が求められる予定でございます。これまでの地方創生に係る交付金はソフト事業への助成が中心でございましたが、今回はいわゆるハード事業が対象となっております。今までにない有利な交付金でございます。大いに活用していただきたいと思っております。また、この交付金が使えないかなということでお持ちの案件等ございましたら、ぜひ市町村振興課の担当までご連絡いただいて、ご相談いただけたらなと思っております。なお、このことにつきましては、9月16日に担当者向けの説明会をさせていただいております。ほんとお気軽にお問合せいただけたらなと思っておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

次に、資料4でございますが、1枚物のこういったA3縦の資料でございます。

県と市町村の連携協定によるまちづくりの表をお配りしております。県と市町村の連携協定によるまちづくりにつきましては、協定を段階的に結びながら、市町村と県が一体的にまちづくりを進めていく「奈良モデル」の取り組みの1つということでございます。

この表は、前回5月に開催いたしましたサミットから進捗のあった部分を赤色で表示させていただきます。左下に記載しております川西町、王寺町、御杖村と、今回新た

に包括協定を結ばせていただいております。

中央部分の青いゾーンでございますが、こちらの部分につきましては、体制表とある表示の地区につきましては、市町村と県、関係団体等による推進体制が整っております。右側の紫のゾーンでございますが、こちらにつきましては個別協定を締結し、具体的な事業が進んでいる状況をあらわしております。この表につきましては、地域デザイン推進課のホームページでも公表しております、進捗があり次第、更新しているという状況でございます。

最後になりますが、A4、1枚物のペーパーをお配りしております。統計分析相談窓口のご案内ということでございます。市町村職員向けの専門家が相談にお答えする窓口を設けておりますので、統計分析で何かお悩み、お困りのことがございましたら、ぜひご活用していただけたらと考えております。

以上、報告案件等、させていただきます。

本日は長時間にわたりサミットに参加していただきまして、どうもありがとうございました。以上で説明を終わります。

次回のサミットにつきましては、詳細が決まり次第ご連絡申し上げますので、ぜひご参加よろしくお願ひします。

これをもちまして平成28年度第2回奈良県・市町村長サミットを終了させていただきます。長時間ありがとうございました。

— 了 —