

第1回奈良県・市町村長サミット

平成29年5月15日

【司会】 それでは、ただいまより平成29年度第1回奈良県・市町村長サミットを開会いたします。

本日はお忙しいところ、多くの市町村の皆様にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。本来ですと、まずここで知事より、ご挨拶を申し上げるところでございますが、前の公務からこちらに向け移動中ございまして、交通事情により到着が遅れている状況です。申し訳ございませんが、限られた時間でございますので、お配りしております次第に従いまして、進行させていただきたいと存じます。

それでは、まず初めに配布物の確認をお願いいたします。お手元に次第、出席者名簿、会場レイアウト、配布物一覧表、配布物一覧表に記載の資料一式を配布しております。もし配布漏れがございましたら、係の者にお申し出いただきますと、係のほうからお持ちいたします。

本日は35市町村から市町村長様、そして副市町村長様にご出席いただいております。まことにありがとうございます。本日のサミットにつきましては、昨年度、県において有識者による「奈良モデル」のあり方検討委員会を設け、これまでの「奈良モデル」の取組成果を検証し、そして今後一層、「奈良モデル」を進化（深化）させることを目指し、これからの取組等について委員の皆様にご検討していただきました。その検討結果を本日報告させていただくとともに、今後一層、県、市町村間の連携・協働を推進してまいりたい取組等につきまして、ご紹介いたします。

特に社会保障分野の取組につきましては、内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局・唐澤剛地方創生総括官をお招きして、「地方創生と地域包括ケア」と題しましてご講演いただきます。また、ご講演を踏まえまして、社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護分野一体の取組につきまして、後ほど各アイランドで意見交換、討議していただく予定でございます。

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存じます。

まず「奈良モデル」のあり方検討につきまして、地域振興部長、村田よりご説明申し上げます。

【村田地域振興部長】 失礼いたします。それでは、私のほうから先ほど司会の市町村振興

課長からお話がありましたけれども、昨年度、「奈良モデル」のこれまでの取組等について振り返るということで、「奈良モデル」のあり方検討委員会というものを設けまして、その結果は皆様、お手元のちょっと厚めの白い冊子でございますけれども、報告書ができておりますので、これに基づいて簡単にご説明をさせていただいた上で、本日の議論に入っていただければと思っております。

冊子のほう、おめくりをいただきまして、「はじめに」というページがありますけど、その次のページ以降、3ページにわたりますので、この報告書の概要を入れておりますので、こちらに基づきましてご説明をさせていただきたいと思っております。

この検討委員会の報告書としまして、「奈良モデル 人口減少・少子高齢社会に立ち向かう県と市町村との総力戦」と題しまして、さまざまなこれまでの取組を振り返るとともに、今後の「奈良モデル」はどうあったらいいかというご議論をいただいたところでございます。

まず、Iは「奈良モデル」とは何かということでございます。定義あるいは基本的な考え方等についてまとめさせていただいております。さらに、3つ目では、これまでの私どもの奈良県の取組、「奈良モデル」の取組が国の取組よりもさらに先駆的であったということを改めて振り返っております。さらに最後、一番下のところの矢印になりますけれども、この奈良県・市町村長サミットこそが「奈良モデル」の推進エンジンであったということも、今回まとめていただいているところでございます。

おめくりいただきまして次のページでございます。先ほどIのところでご説明申し上げましたのが総論でございましたけれども、IIのところでは「奈良モデル」の実践と題しまして、これまで実際に行われてきた「奈良モデル」の取組について、その成果をこの検討会の場で精査をいただいたというところでございます。取組例として幾つか書いてあるような事例について、これらの取組の結果、スケールメリットによる経費削減や行政サービスの向上、さらには職員的能力向上などの成果が上がっていると、大雑把にいきますと、こういったおまとめをいただいたというところでございます。

ここまではこれまでを振り返ったところでございますが、そのページの真ん中のところから次のページにかけましては、これからの「奈良モデル」はどうしていったらいいかということをおまとめをいただいております。

IIIの1、県の支援のあり方というところでは、これまで取組の成果を上げてきた県の支援について、類型化しております。その結果、2つ目の矢印でございますけれども、県が担ってきた役割としてはシンクタンク機能あるいは市町村の皆様との間の調整機能の発揮、こういった

ものが非常に効果的であったという結論をいただいております。

すなわち検討段階において県が支援することが大事だというような見解をいただいたところでございまして、今回、当初予算でもそうですけれども、この検討段階に私どもも重点化を図ってきている、こういう状況でございます。

続きまして、2でございます。2以降は、今度は具体的に今後県が一層積極的に役割を果たすべき取組は何かということをご検討、おまとめいただいたところでございます。

このページの一番下の(1)から(3)まで3つご提言をいただきました。1つ目、県域水道のファシリティマネジメントということで水道の広域化、県営水道と市町村水道を一体として捉えて、水道資源の最適化を目指すといった取組が非常に有力であろうということ。それから右のページに参りまして、今度はまちづくりの分野での連携が非常に重要だろうということ。さらに(3)が本日、これからの議題にもかかわるところでございますけれども、社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護分野の一体的な取組というのが非常に大事だろうということで、3つほど書いてありますけれども、さまざまな取組を進めていくことが重要であろうと、こういう検討委員会からのご指摘をいただいたところでございます。

今申し上げました社会保障分野のこの検討委員会でのおまとめを踏まえまして、本日は先ほど司会から申し上げましたとおり、内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局から唐澤地方創生総括官においでいただきましてご講演いただきますとともに、その後、「奈良モデル」としてどういう点を進めていくかということ、当方の岡野知事公室審議官からも詳細にご説明さしあげ、それを踏まえて皆様にご議論をいただければと考えているところでございます。

それから、その下でございます。ダイヤになっておりますけれども、今後、連携・協働を推進していく取組が幾つかございます。一つは原点に戻って、共同化の取組をこれまで以上にきちんと進めていこうということ、そして具体的な取組として3つ、①から③までございます。

1つ目は事務、行政サービスの共同アウトソースの推進、そして2つ目は専門人材を一緒になって確保していこうということ、3つ目、③はこの1つ目、2つ目、双方に対応するための取組も進めていこうということでございまして、これらの取組について具体的な進め方等につきましては、また後ほど取組状況報告のところから私からご説明をさせていただきたいと思っております。

今後、今も取り組んでいる3つの分野について、連携・協働を一層推進するとともに、改めて今回、共同化の推進というものをきちんと原点に立ち返って進めていこうと、こういう形でおまとめいただいたところでございます。先ほどから何度も申し上げて恐縮ですけれども、これを踏まえまして本日は社会保障分野についてのご議論をさせていただきたいと思っておりますので、

よろしくお願ひいたします。

私からの説明は以上でございます。

【司会】 どうもありがとうございました。先ほど知事が到着いたしましたので、ここで一言、知事のほうからご挨拶申し上げます。

【荒井知事】 遅く参りまして申し訳ございません。首長の皆様、補佐の皆様、大変お忙しいのに、サミットにご参加いただきましてありがとうございます。

北京での会議では、習近平さんが大きな構想を打ち上げられまして、その中でも何か似たようなことを言っておられるなど思いましたのは、連携しよう、学び合おうということ、それでウィンウィン（W i n - W i n）の関係になろうということです。ウィンウィンの関係というのをよく口にされておりました。それと、「創新」というのがはやり言葉のように中央でも地方でも盛んに言っておりました。日本では「創生」という感じかなと思います。英語でイノベーション（i n o v a t i o n）と言っておりましたが、新しい発想で国を興そうといったようなことだと思ひます。

中国の「一帯一路」というのは中国だけでなくヨーロッパも結ぶ、アフリカも結ぶという大きな構想ですけれども、我々はそんなに大きくはありませんが、発想は似たようなことをしているんだなという感じもでございます。

今日、唐澤総括官に来ていただいておりますけれども、今年、社会保障の正念場のように思ひますので、知恵を出し合って「奈良モデル」のいい仕組みを作れたらと本当に思ひます。今年1年、よろしくお願ひ申し上げます。

以上でございます。（拍手）

【司会】 どうもありがとうございました。

続きまして、内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局地方創生総括官・唐澤剛様よりご講演いただきます。唐澤総括官におかれましては、公務ご多忙中、市町村長サミットのため、奈良県までわざわざお越しいただきました。改めて御礼申し上げます。

唐澤総括官は、昭和55年に厚生省に入省され、厚生労働省、大臣官房審議官、政策統括官、保険局長等を歴任され、平成28年6月から現職についておられます。本日は「地方創生と地域包括ケア」についてご講演いただきます。

それでは唐澤総括官、どうぞよろしくお願ひいたします。

【唐澤内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局地方創生総括官】 皆様、こんにちは。

（拍手）ありがとうございます。地方創生総括官をしております唐澤と申します。余り耳慣れ

ない役職ですけれども、内閣官房と内閣府と一緒にありますので、そちらのほうの地方創生の事務方の責任者をしております。

今日は「地方創生と地域包括ケア」ということでお話させていただきたいと思っておりますけれども、前半は地方創生の現在の取組、それから後半は地域包括ケアについての取組ということをお話しさせていただきます。

私、昨年6月に、この地方創生の担当になりまして、その前は厚生労働省で保険局長をしていましたので、主に医療、介護の問題に携わってまいりました。特に国民健康保険の改正法を企画して成立させるという中には、都道府県で財政運営の責任主体になっていただくという内容になっているわけですけれども、知事会のほうのご理解もいただいて、特に荒井知事さんには知事会の中で中心的な働きをいただきまして、大変なご支援をいただきました。また、地域医療計画でも医療部会の委員をお願いしておりますので、そうした面で厚生労働省のときから大変お世話になっているわけでございます。

一松副知事は私が保険局長のときの厚生労働系の予算総括担当主査ということで、この国民健康保険の改正と一緒にやってまいりました。それから、村田地域振興部長は、私が保険局の審議官をしていましたときに、東日本大震災担当になって、震災の担当次長ということですとやっておりましたけれども、村田部長は中央省庁から初めて震災地域に送り出される第1号ということですね。南相馬市の副市長で行かれまして、大変お世話になっております。

今日は、まず地方創生のお話をさせていただきますが、これは私が作っている資料でございます。皆さん、ここに小さく「KARASAWA」と書いてありますのは国の資料ではありませんで、私の作った資料ですので、そういうふうに見てください。公式見解ではないということですね。

私、地方創生は3つに分けて考えておりまして、地方創生は幅の広い内容なのですが、一つは地域経済の振興です。これは働く場を作るということです。若い人が定着できるようにですね。魅力のある職場を作るということが1つ目ですね。だから、地域の農林水産業、観光、中小企業、地域の中核企業、こういうものの振興をしていこうというのが1つ目です。山本幸三地方創生担当大臣は、「地方創生は、所得を上げるんだ」と言っておりますので、地域経済の振興をしている。

しかし、では雇用の場だけつくれば人は定着するのかというと、そうでもない。人間の生活というのは多面的ですから、やはり地域生活の確保という問題が重要です。皆さん、若い夫婦が来て魅力ある職場がある。魅力のある職場というのはどういう職場かと言うと、4つあるん

ですね。やりがいがあるのは当然として、賃金の水準がちゃんとしているということ、それから働きやすさがあるということですね。つまり残業ばかりしているのでは家族と一緒に過ごせませんから。そして、最後は安定しているということで、これはなかなか大変なのですが、そういう職場で働いていても、若い夫婦がそういう職場があっても、例えば分娩できる施設、お産ができる病院がなければ、住めないわけですね。だから、医療も介護も福祉も、そして教育も、こういうものが大事なんです。地域生活が。

そして、3つ目は地域の文化の振興ということで、やはり自分の郷土を誇らしく思わなければ、その地に定着しないわけです。

こういう地域経済、生活、そして文化というものをごちゃ混ぜで進めていこうと。どれも大事だということでもあります。そういうことを考えていきたいと思います。

それから、下のほうに、これは地方創生でそもそも言っているんですけども、広域連携、官民連携、政策間連携、こういうことでやっていこうということですね。広域でできるだけ広い範囲内で県や市町村がお互いに協力してやっていこうということ、それから官民連携は役所だけじゃなくて、民間と力を合わせてやっていく。そして、政策間連携というのは国の省庁ごとじゃなくて、例えば農業と福祉、農福連携だとか、教育と産業だとか、そういうものを一緒に連携しながらやっていこうと。縦割りじゃなくて横の政策のフィールドを広げてやっていこうということをいつも申し上げているところなのです。

人口の話は余り詳しくしませんが、今の総人口、縦軸がありますけれども、1億2,700万人。これがだんだん減ってくるんですけども、2040年に1億1,000万人ですね。これはそのままいくと2100年くらいには5,000万人になってしまうということなのですが、それをそんなにならないようにできるだけ水平線になるように目指しているわけです。そして老年人口は増えますし、年少人口は減っていくということですね。

それで、日本の人口というのは2大ブロック、塊があります。まず一つは団塊の世代ですね。昭和22年、23年、24年ですが、これは3年間だけでなく5年間くらいのところに1,000万人以上の人がいるんですよ。1年間に200万人以上ですね。今でも日本の人口の塊としては最大の人たちですね。その次に大きいのは団塊ジュニアですね。昭和46年から49年くらい。ここも5年くらいで970万人いる。だから、団塊の世代と団塊ジュニアはほとんど同じくらいいるんですよ。それで、どのくらい離れているかということ25年間。25年間離れているということは、団塊の世代は25歳のときには子どもがいたということです。しかも、1,000万と970万人だから、これはほぼ子ども2人いたということです。

ところが、団塊ジュニアになると、だんだん減ってきて、子どもの数は1.4人になっているわけですね。こういうことで人口は減っていると。

昔は、女性は20歳ぐらいで短大を出て、例えば銀行に3年ぐらい勤めて、結婚退職して25歳のときにはもう子どもがいるケースが多かった。今、もうそんな時代ではありませんからね。ということで、人口状態が非常に変わっているわけですね。

それから、私の地方創生の一番の問題はこれです。ちょっと次のスライドから先に見ると、これは地方創生、いろいろなことが書いてあります。26年から始めて29年度、もう4年目に入っておりますけれども、いよいよ最初のタイトルにあります、総合戦略の策定だけじゃなくて、実践をしなきゃいけないという時代になっているわけですね。どうするかという問題ですね。

そこでいろいろな考え方がありますが、例えばこの一番下のほうの辺りを見てもらうと、若者の仕事をつくるだとか、あるいは第一子の出産前後の継続就業率、目標55%。もう53%まで行っている。だから、子どもを産んでも半分ぐらいは働いているわけですよ。働き続けているわけです。育休はとりますよ。

それから、男性の育休取得率は13%目標のところ、2.65%と低いんですけどね。私は15年くらい前に厚生労働省で保育課長をやっておりましたが、そのときの男性の育児休業取得率は何%か知っていますか。0.3%ですよ。それで当時、大臣に、男性の育休取得率は0.3%ですと言うと、0.3%ということはないだろう。3%の間違いだろうって。いや、0.3%です。私は自信があるんです。ある大学の先生にお聞きしました。男性の育休取得率は銀行の金利と同じだと。ということで、0.3%しかなかったんですが、それが一応3%になりましたから10倍ぐらいにはなった。1年はとらないですけど、2週間とか1カ月とかとるようになった。

こういうところはいいのですが、問題はこれです。一極集中が止まらないどころか加速をしているという問題ですね。これを何とかしないとしょうがないねと。

東京圏に転入超過しています。東京圏ですから1都3県ですよ。東京、埼玉、神奈川、千葉ですね。この1都3県にどのくらい転入超過になっているかというのが、この2016年、11万70,000人、その前の年は11万9,000人、ほぼ12万人という人数になっているわけです。地方創生で私たちの目標は何かというと、これをゼロにすることなんです。東京圏にこれ以上、転入しないようにするという目標ですが、12万人で増えちゃっているわけですよ。

そして、どういう人たちが東京に集まってくるのかというと、これは簡単です。皆さん、これを見てください。この青いところは19歳までなのですが、これは大学進学するときですよね。そして、緑と黄色。黄色といたって29歳までですから、これは就職のときなんですね。だから、大学進学のために、これを見てもらうと3万人くらいですよ。その就職のとき、20から29までの間で8万5,000人くらいですので、大学進学と就職のときにたくさん集まって来ているんです。

この人たちの話をちゃんと聞くと、半分くらいの方は、俺はどうしても東京に行くんだと、世界を目指すという人もいます。それはそれでいいんです。それは日本の国のためにも必要だから。それから、グローバルなためにも必要です。

でも、残りの半分くらいの方は、たまたま受かった大学が東京でした。東京にいっぱい大学がありますからね。そこに地方からどんどん集まる。だから、たまたま受かった大学が東京だったり、就職したらその企業が東京だったということなんですよ。

でも、東京の企業っていったって、皆さん、東京に勤務しているわけじゃないですよ。だって、全国に支社があるんですよ。

だから、こういう現状がある。地方のいい企業を知っていたら、あるいは大学があり、魅力ある学部があれば地方でも良かったんですという人が半分くらいいるので、そういうところにちゃんと働きかけをしなきゃいけないということですね。

そして、2016年の総合戦略の改定なんですけど、これが重要です。新機軸は、前からの取組ももちろんするんですけども、ローカルアベノミクスの一層の推進ということで、地域における仕事の創出です。これはさっき言った農林水産業、観光、中核企業ですけども、そのほかに遊休資産の活用をしていこうということを新機軸として打ち出しております。空き店舗、遊休農地、古民家の活用ですね。それから、先ほどの東京一極集中の是正ということで地方大学の振興ですね。地方創生、インターンシップの推進、こういうことをやっていこうということを言っております。それから、ライフスタイルの見つめ直しということで、郷土の誇りを持てるようにしようというような取組をしていると。

そこでどんな新しいことをするのかということなんですけど、この空き店舗はちょっと今、経産省、それから中小企業庁などと議論をしまして、その中間的な取りまとめをしたいと思っておりますが、一つは商店街の真ん中に空き店舗が並んでいると。シャッター街でね。結構ありますよね。活用するときに、なかなかうまく活用できないというような事例もあります。商店街の真ん中のお店というのは、一番いい場所にもともとありましたので、なかなか地元でも

有力な方が多いんですね。大変有力な方が多いので、経済的には余り困ってないということがあって、商店街の活用が進まないというようなことがあります。こういうものをちょっと進めたいということで、これはどのくらいできるかどうか分かりませんが、インセンティブだけじゃなくてディスインセンティブについてもちょっと検討させていただこうと。

どうということかという、これはまだ決まってないから注意して聞いてください。今は商業用、事業用の不動産でも、ご自宅ですよ。住居と一緒にいると固定資産税が6分の1になります。だから、もうこれは本当に住んでいけば別にしょうがないんだけど、実際には住んでなくて全部シャッターになっている。しかも商店街の再生にご協力いただけないのなら、この固定資産税の特例を考え直すべきじゃないかと。もちろん、急に止めるとかそんなことはありませんが、これについてはいろいろ活用について考えてもらうような枠組みを検討しましょうということを言っております。これはまだ結論は出ておりませんが、方向はそういうことを目指して検討しているんですね。税制上の問題が大変大きな問題です。

それから、遊休農地は今、農村地域工業等導入促進法の改正法案という法案が国会に出ておりまして、これは昭和40年代にできたんですが、何のための法律かという、農村に工場を誘致するという法律です。これはそれなりに成果を上げてきましたが、今、農村に工場はめったにできません。工場は、海外に行っちゃっているんだから。だから、工場じゃなくて、今の時代はここにあるけど、例えばサテライトオフィスですね。サービス業でもいいんですよ。サテライトオフィスだとかICTだとかバイオマスだとか、あるいはここに日本版CCR Cというふうに書いてありますけれども、移住促進のための施設とかそういうものについても、この農地転用の特例といいますか、柔軟な取り扱いというものをしていこうということを言っているわけです。これは今、法案審議中です。

それから、古民家については古民家活用のタスクフォースが内閣の中にできていますので、それで推進をしております。私どものほうもこの前の地方創生拠点整備交付金で、今回は古民家を改築したいというようなご提案もありまして、かなり採択をさせていただきました。

さらに、この第4次産業革命等の地域の未来につながる地域経済の牽引事業への投資促進と書いてありますが、これは一言で言うと、地域の中核的な企業ですね。中核的企業というのは、1社だけ儲かっているところじゃ駄目なんです。周りに地元の中小的事業所みたいなところに仕事を出してくれているところ、波及の大きいところ、そういうところについて支援をしよう。もちろん、株式会社にいきなり補助金を出すといったって、そんなことはできませんから、例えばその中核的な企業と、あるいは下請や個人事業主など、例えば一緒の民間の研

究拠点を作りたいと。市町村も一緒になって作りたいというようなときには、この推進交付金で応援していこうというようなことを考えているわけでありまして。いずれにしても、そういうような取組を進めてまいります。

これはどういうことになっているかという、ここに名前を書いてなくて恐縮なのですが、地域未来投資促進法という法案が今、衆議院を通過しておりますので、この国会で成立すると思っておりますけれども、経産省でそういう法律が出ているということでございます。

次は地図なので飛ばします。

次は空き店舗の活用の例ですね。左側は長野県の佐久市の岩村田ですね。それから、右側は、結構有名ですけども、宮崎県の日南市の油津商店街ということで、シャッター街だったのですが、主に最初にこのサテライトオフィスを誘致して成功したんですね。ここは市長さんが、まだ30代だと思いますが、宮崎県庁の職員だったんですけど、市長になってこの油津商店街の再生に取り組んでおられます。クルーズ船も来たりして港もあったりして、すごく活気のある商店街になっているんですね。これは同じやり方をすれば成功するのかという問題はあるけど、ここは何したかという、とにかくこの商店街を再生させてくれる人を探すということで、この再生マネジャーを公募したんですよ。それで、給料は1,000万円ですから結構高い給料で募集をして、20店舗以上入居させよということで、これ、成功したんです。お祭などもして、すごく活気が出てきてますね。

サテライトオフィスは今、ITの企業などは別に東京になくていいですよ。むしろ、地方のほうがゆっくりとソフトを考えられて良いと言われております。地方にサテライトで作っている企業は結構あります。

これは詳しくは申し上げませんが、地域商社、スポーツのまちづくりと、こういうような事業も、どこでも成功するわけじゃないけれど、こういうようなものにも取り組みたいと思います。

地域商社はなぜつくるかという、せっかくいいブランドを作っている、いいものはいっぱいあるんだけど、普通のビジネスだと途中でたくさんマージンを取られちゃうから、たくさん取られないようにする。地元がたくさん落ちるようにしたいということですね。

そして、DMOですね。観光振興ですけど、DMOは今、DMO候補というのがいろいろできております。このDMO、英語の略ですけど、観光振興を本格的にやろうということですね。ただ、一つの町でDMOを作ると、町の観光協会と同じなんですよ。DMOといたって別に何も変わらなくなっちゃうので、できるだけ広域でやってもらいたいと思いますね。特に動

線を意識したDMOをやりたいと。これはこれからです。

大学の振興については、この左側にある通り、昨年の11月に全国知事会からの申入れをいただきました。地方大学の振興をちゃんとしろということと、その若者の定着、育成、確保、そして東京一極集中の是正と立法措置というご提案をいただいているわけですね。

それで、例えば下の山口大学の国際総合科学部は国立大学ですが、これは何をしているかという、この国際総合科学部は定員100人くらいだったはずですが、2年生のときには全員留学しなきゃいけないということになっていますね。そういう大学もあるんですね。秋田の国際教養大学もそうです。秋田の国際教養大学はすごく難しくなっちゃって、偏差値が東大に次いで2位くらいになっていると私も聞いたことがあるけれども、そこまででなくても、この山口大学の国際総合科学部は2年生のときには、ほぼ全員が留学するということになっているんですね。アメリカとかヨーロッパだけじゃない。中国、そして韓国、東南アジアと、そういうところに行っているんですよ。だから、そういうことをやれば、それなりにいい人は来る。

だから、昔のままの学部だけでやっていると、なかなか来ない。東京に勝ちにくいんです。地方の大学でも地域協働学部だとか地方創生学科だとか、そういうことに取り組んでいただいているところもあります。

ただ、これは本格的に検討しないとできませんので、今のこの地方大学の振興については検討会を作りまして、先週、ほぼ答申が中間報告ですけどまとまっております。

ここに載っておりませんが、概要だけお話させていただきます。まず、地方の大学については特色のある学部を作ってくれと。今までと同じようなことをやっても、学生さんは来ないですからね。そして、地域に必要な人材を育てるということをやってくれと。これをやるのは大学だけじゃ無理なんで、大学と自治体、主に都道府県ですね。そして、産業界ですね。

ドイツにフラウンホーファーという取組があって、これはドイツ国内に100以上あるんですが、地元でどういような人材が欲しいか。例えば、工学系の人材が欲しいとか、あるいはマネジメントの人材が欲しいとか、いろいろな人があるわけですよ。それを三者で話をして、費用も3分の1ずつ出して学科を運営すると。そういう取組を相談しているわけですね。

日本でも、やっぱり地元の自治体と大学と産業界でどういような人材が欲しいかということをよく話をしてもらって、一緒に取り組むということが重要だと思います。いい学部、工夫した学科を作れば若い人は来ますよね。

次は、インターンシップです。今年から始めようとしておりますけれども、インターンシップは何しようとしているかといいますと、さっき言ったように、東京の大学に進学した人間の

半分は、あるいは就職した人の半分は、私は地元でもよかったんですという人なんです。ただ、どういう企業があるか知りませんという人がほとんどなんです。それから、地元の企業もどこにアプローチしたら若い人がいるのか分からない。そうですね。昔は高校に行ったら住所をくれたのに、今は個人情報だからくれません。だから、何らかのアプローチの方法をとらなきゃいけないんで、それがこのポータルサイトということで、今年から本格的に始まりましたけど、43道府県で375の大学が加入をさせていただいております。若者と地方の企業でマッチングをするということです。

それから、奨学金は給付型奨学金が少しできていますけれども、これは奨学金返還のときに、都道府県に基金を作って返済の一部助成をするというようなことをしております。大体、上限100万円ぐらいというのが多いですかね。借入れ金額ね。だから、100万円は返還を肩代わりしてやるという仕組みです。地元就職したらですよ。そういうような仕組みです。

働き方改革は地域働き方包括支援センター。働き方改革も重要ですからね。全国47都道府県を調べると、どこの県に残業が多いかというのは出てくるんですよ。やっぱり残業の多い県と多くない県があるんですよ。県民気質なのかもしれませんけど。でも、働き方も大事なので、こういう働き方支援センターを作っております。

地方創生カレッジは日本生産性本部にお願いする市町村職員向けのEラーニングです。この地方創生カレッジは、私どものまち・ひと・しごと創生本部、内閣官房のホームページから入っていただくとアクセスができますので、見ていただきたいと思います。例えば、観光とか地域商社とか生涯活躍のまちとか、いろいろなものを簡単に学習ができます。

プロフェッショナル人材について少しお話しさせていただきます。これは何をしているかという、地方の企業で専門的な人材が欲しいというお話があります。例えば、工学に詳しい人とか営業の責任者とか、そういう人が欲しいと。例えば、せっかくいい商品を作ったんだけど販売力がない、営業をちゃんとやれる人がいない、そういうところがあるんですよ。そういう人を地元の企業が欲しいという話があって、大都市にいる人の中でこちらのこういう企業で働いてもいいと、地方で働いてもいいという希望のある人をつなげるという役目です。これ、プロフェッショナル人材の戦略拠点、県にお願いしておりますが、その下に、ここにマネージャーというのが書いてありますが、この目利きの人が重要なんですね。大体どんな人にお願いしているかという、地方銀行の副頭取だったような人、そういう人にお願いしてやっております。これは実は成果が結構出ております。始まったのは一昨年の10月ですので、1年半くらいですが、相談件数が1万2,000件、月に700件以上あるということです。そして、

成約した人、つまり地方に人材が行った人、932人。1万2,000件の相談で900件の成約ですので1割弱ですね。打率、結構高いですよ。

それから、いろいろなことが書いてありますが、一番重要なのは年代ですね。私たちがこれをはじめたときは、大体年配の人を想定していたんですね。50歳代とか60歳代前半とかそういう人を想定していたんだけど、意外に違うんですよ。20代の人が11%、30代の人が25%、もうこれで3分の1なんです。40代を入れると、大体7割ぐらいの人が40代まで。だから若い人で、これプロ人材で間に県も入って目利きのマネージャーも入っていますから、クレジット付いているんですね。信用できる話でしょう。だから、ちゃんと人が間に入ってうまく上手につないでくれば、人は来るとのことなんです。これをちゃんとした形で進めていくということが私は重要だと思いますので、このプロフェッショナル人材もさらに強力で推進をしていきたいと思っています。

次はリーサスというプログラム。これは今日、省略します。

そして、シティマネージャーですが、市町村に派遣しております。国の公務員が大体この右下に29年度派遣者というがありますけど、40名から50名くらい、それから民間の人、10名くらい、大学の人、2名くらいということで、これ大体2年行っていますので、あわせて120名くらいの人材を派遣しております。シティマネージャー、ぜひご活用いただきたいと思っています。

生涯活躍のまちもあまり詳しくは止めます。これは特に高齢層を中心として地方に住んでもらおうということをやっているんですけども、別に年齢関係なく地方に住んでもらえばいいじゃないかということで、移住施策と一緒にやっていきたいと思っているんですね。これはシェア金沢という金沢にある取組事例なのですが、いいのは高齢の人だけの施設を作っているじゃなくて、若い人の住むものもあるし、障害のある人の施設があったり農場があったりしているんですよ。このコンセプトはごちゃまぜなんです。

だけど、人間の住むところというのは、もともと年代は皆ごちゃまぜにいますよ。それぞれの地域でね。もともと自然にあるところで、高齢の人だけ固まって住んでいる場所なんてないわけじゃないですか。みんな高齢になっちゃったというのはあるけど、わざわざみんな固まって住んでいるということはない。もともとごちゃまぜで、ごちゃまぜのほうが活力があるんですよ。そのほうが楽しいです。絶対そうなんです。

だから、これはごちゃまぜに、このCCRCも進めていきたいというふうに思っております。

例えば、サービス付き高齢者住宅というのがありますね。これはいろいろタイプがあるけど、

例えば一定の年をとった人が住んで、月の利用料10万円くらい、保証金はいろいろなタイプによって違う。こういうのがあるけど、高齢者だけ集めただけでは、おもしろくないと思う。

だから、どんなのができているかというところだと6階まで高齢者の住宅だけど、7階、8階は若者が住んでいる。その若者に救急訓練をさせるんですよ。心肺蘇生訓練だとか人工呼吸だとかAEDの電気ショックの使い方をちゃんと研修する若者が住んでいると。そうしたら、家賃が1割安くなるというところもあるといわれています。私も見てないですが。

私は7階、8階は看護学生にしたらいいと思います。2割引か何かしてね。皆さん、地元でそういうのを考えてください。

愛知県の藤田保健衛生大学という医学部の大学がありますが、ここのすぐそばに豊明団地というのがあり。藤田保健衛生大学って名古屋市と豊明市にまたがってあるんですが、この藤田保健衛生大学は福祉系の学部はないんですよ。医学系ですよ。医者と看護師と理学療法士とかそういう人たちを養成しているのですが、この藤田保健衛生大学の副学長の方が大学に地域包括ケア中核センターを作っちゃった。そして、豊明団地には大学の学生、教職員が住んでいる。これはURの団地ですが、URに言って内装を少し新しくしてもらって、30戸くらい住んでいるはずですよ。すごい人気ありますよ。看護学生ですから団地の人も安心じゃないですか。団地の中は高齢化率50%以上だからね。すごく歓迎されているし、若者も団地のお祭とか町内会にもいつも出席しているんですね。

これからのまちも、そういうごちゃまぜの町を作ったほうがいいし、楽しいと思います。安心ですしね。ちょっと脱線しましたがけれども、CCRCのお話をさせていただきました。

小さな拠点。これは非常に高齢化した地域ですね。中核的な拠点を作っていこうという話でございませう。

交付金の話だけ少しします。私のところは拠点整備交付金、これは去年の補正予算で1次、2次とやりましたが、こちらはハードです。財源が建設国債だったので、ほぼハードなんです。こちらは補正がないと毎年あるものではない。補正があったらまた要求したいと思います。

それから、毎年、私どものほうでご相談を受けていますのは、この地方創生推進交付金、ソフト中心の事業です。これは1,000億円。大事なことだけ一つ言っておきますね。先駆タイプと横展開タイプがあるんです。

先駆タイプというのは、本当に先導性のあるような事業です。これは採択されれば5年間ぐらい支援をしましょうということになっているわけですね。ただし、こちらの先駆性タイプは全部外部有識者の審査が付きます。事務局審査だけではありません。

横展開タイプというのは規模も先駆タイプよりはちょっと小型なんだけど、こちらは5年じゃなくて3年です。少し短いけれども、外部有識者の審査がない。緩いということではないですよ。

だけど、こういう違いがあるので、皆さん、よく考えて出してもらえればと思います。

それから、この交付金については正式に提出してしまうと、もう資料は直せませんので、早めに相談してください。構想の段階でもいいです。来年、こういうことをやりたいという話でもいいですね。これは本当にぜひこういうものに取り組みたいというお考えのところは、やっぱり3回も4回も相談していただいているんですよ。別に私のところに来なくてもいいです。1回は来ていただいて話を聞いて、2回、3回は担当者と電話とかメールでしていただければいいので、早めにご相談をお願いしたいと思います。

ということで、地方拠点強化税制の話も飛ばしまして、すみませんけれど、地域包括ケアの話にうつらせていただきます。

こちらは先ほどの高齢化の凶なのですが、本当に大変なのは2040年頃と言われているわけですね。75歳以上の人たちがどのくらい増えるかということなのですが、赤いところは2倍以上になると。

皆さん、これ赤いところを見てください。例えば、相模原、八王子、所沢、埼玉、松戸、船橋、千葉。これは何かというと、今、待機児童で大変だと言っているところなんですよ。

でも、あと10数年すると、あっと言う間に高齢者人口の爆発になるんです。すぐですよ。

だから、これをどうするかということが大問題なわけですね。これは、東京周辺に限りません。名古屋、愛知、福岡あたりもそうです。

それで、これは亡くなる場所の推移ということなのですが、この青い線は病院で亡くなった人の割合、ちょっと減ってますよね。78%ぐらいになっているんです。それで、この赤いのは自宅なんですけど、でも、もともとはみんな自宅だったんですから、こういうふうにごと昭和40年代の半ばぐらいにクロスをして、病院で亡くなる人が増えてきているわけです。

そこで、ここは皆さん、小さいグラフは亡くなる人の人数です。今は127万人なんですけど、2040年には168万人になると言われているんですよ。40万人増えるわけです。

大変たくさんの方が亡くなる社会になるんですよ。これは長寿の結果ですから、別に体が弱くなるわけじゃないですね。40万人増えて8割病院で亡くなるということになったらどういうことになるかということですよ。40万人増えたうちの8割だと32万人、病院で亡くなる人が増えるということでしょう。

そうすると、日本で30万人というと、人数が多過ぎてぴんときないんだけど、日本で人口1%の県というのはいっぱいあります。100万人ちょっとくらいの県ね。日本の人口、1億2,000万ですから。私は昔、山形県庁に行っておりましたけれども、山形県ではそのときは大体120万人だったんです。私が財政課に予算要求しに行くと、国でこういう新しい施策をやるから、うちの県も予算を付けてくれと。そうすると財政から、うちは日本の人口の1%だから国の予算の1%しかつけない、大体いつもこう言うんです。そこを頑張るんだけど、実はそういう県はいっぱいあります。

そうすると皆さん、30万人亡くなる人が増えたら、例えば高齢化していればうちはいいところはあるかもしれないけどね。1%の県だったら幾ら増えるのか。30万人病院で亡くなる人が増えたら。3,000人でしょう。3,000人というのは、300床の病院が10個必要になる。10年間でそんなことができるのかと。できないんですよ。大体医者も看護師もいないから。

だから、この高齢化の現実には地域包括ケアしか選べないんですよ。病院を増やして病院で受け入れるってできない。皆さん、これを基本に据えないと駄目なんです。

それから、看護師をいっぱい集めていけばいいという話もありますが、看護師は1年間に何人養成するか知っていますか。5万7,000人ですよ。准看護師は1万7,000人いるから、両方足したら7万4,000人も養成しているんですね。女子高校生は今、55万人なんですよ。男子も入れると110万人。55万人で7万4,000人というのは大体13%だから、これは最大の高校生の進学領域ですよ。女子高校生55万人が、これからどんどん減っていくんですよ。2050年くらいには女子高校生は40万人になります。医師も看護師もたくさん養成し続けられないわけですね。もちろん、働き続けて仕事を途中で辞めるという人にまた復帰してもらおうということは大事だけど、我々は地域包括ケアしか選べないんですね。病院もたくさん作ったり、医者も看護師もたくさん集めてくるなんてことはもうできないですよ。だから、頭を切り替えないと駄目ということですね。

それから、日本の医療システム、国民皆保険とフリーアクセスと民間病院が主ということを書いてありますけれども、日本の医療保険は非常に重要なんですね。この皆保険を守っていく。国民皆保険というのは、ここに書いてありますけど、誰でも入れる医療保険があるということですよ。また、いつでも、誰でもお医者さんにかかれるということなんですけど、誰でもというのは、例えば大きな会社に勤めていて給料が高くて健康な人、こんな人はどこの保険でも入れるんですね。問題は、この反対の人が入れないと駄目なのね。小さな会社に勤めていて、

あるいは失業していて、所得が少なくて病気がちの人、こういう人が入れる保険がないと駄目なんです。それはほとんど国民皆保険で引き受けていただいているわけですから、これは市町村さんに大変ご苦労いただいているわけです。特に今、国保改革もしていますので、この財政を安定させるということで、後で出てきますけど、平成30年から都道府県の財政運営ということを始めますから、これは非常に大きな区切りになるわけですね。

こういう条件の悪い人が入れる保険がないといけないんですが、アメリカではそういう保険がありません。オバマケアが始まりましたけれども、今、トランプさんが見直しをしていますので、またどうなっちゃうのか分かりませんが、アメリカは3億人の人口のうち、5,000万人が保険に入っていないと言われておりました。保険に入っていないとどうなるのか。

例えば、具合が悪くなったとき、お医者さんに行けません。だから、我慢しなきゃいけないから、我慢するという事は救急車で運ばれることなんですよ。救急は断りませんからね。生死にかかわりますからね。

でも、救急車で運ばれたら大変ですよ。知り合いが中小企業の社長さん、その人がアメリカ旅行中に病気になっちゃって、アメリカの病院に行ったら、すぐ入院しろと言われてたんですよ。アメリカの病院でどうでしたと聞いたら、唐澤君、アメリカの病院はすごかったよと、まず最初はお医者さんが出てきて、世界中にどこに行っても私が主治医だから、あんたは安心しなさいと言ったと。次に看護部長さんが出てきて、私たちは最高のホスピタリティ、看護を提供しますよと言って出てきた。3番目に事務長さんが出てきて、おまえはどこのクレジットカードを持っているかと聞いたらしいんだけど、本当はこれが聞きたかったらしいですよ。最初に聞くと格好悪いから、最後になつたらしいですけど、皆さん、アメリカでクレジットカードを持ってなかったら入院できませんよ。

それから、盲腸の手術をすれば100万円以上、医療費がかかります。日本は30万ぐらいで済んだはずですけどね。

それから、1世帯の1年間の健康保険の保険料がアメリカでは幾らかかるのかというと、100万円かかります。日本では、国民皆保険の最大の世帯保険料だって100万円なんか知らない。アメリカ、普通の世帯で100万円ですね。どうやって払っているのかということなのですが、アメリカは100万円のうち、75万円は会社が払ってます。だから、本人が払うのは25万円。だから払える。

会社が保険出すのは義務じゃないから、ない会社も多いわけですね。小さい会社はない。そういう人は保険に入れなくなっちゃうわけですね。だから、それを入れるようにしようという

のが、オバマケアだったんですね。

だけど、例えば保険に入っていない人の医療費はどうなるのか。救急で運ばれてきたら診るしかないですよ。請求しても払ってもらえないから、結局、それは後でみんなの医療費に薄く載せて請求をするんです。単価を上げてくれという交渉をするわけですよ。

だから、アメリカは日本の2倍も医療費がかかっている。日本の医療費は40兆円ですけど、アメリカは200兆円以上。人口規模でならずと日本の規模でアメリカの医療費を言うと80兆円です。倍かかっているんですね。だから、ある銀行のレポートには何て書いてあるかというと、アメリカの車には1台当たり医療費が15万円入っているんですよ。日本の車には5万円なんですね。10万円も違うんです。皆さん、日本の車が売れるのは国民皆保険のおかげなんですと誰も言ってこないんだけど、実は医療費だけでそんなに違うんですよ。だから、大問題です。

ということで、この国民皆保険を維持しているのは大事なことです。だから、一体改革がありまして、ここで少しだけ触れますと、1%分の2兆8,000億円を充実に使いましょうということなのですが、10%になるのが先になりましたので、ちょっとまだ途中の段階です。2019年10月になっていますね。

実は、ここに基礎年金国庫負担割合の2分の1の恒久化というのが書いてありますけど、3兆2,000億円。これはすごいお金を使っています。なぜかというと、基礎年金というのは、1年間に80万円なんですね。だから、100万人受給者が出ると、80万円掛ける100万人は8,000億円なんです。計算が簡単なんです。半分が国庫負担だから4,000億円は国庫負担なんです。普通の年はそれでいいんです。

でも、何が変わったか単純化していうと、この3年ぐらい前に団塊の世代がみんな65歳になったから、年金財政には大変なインパクトを与えているんですね。100万人でなく200万人、倍になっちゃった。倍になったということは、200万人に80万円掛けると、1兆6,000億円かかっているんですよ。国庫負担8,000億円だから、倍という言い過ぎなんです。倍くらいになったということなんです。

でも、なぜ毎年の予算で騒ぎにならないのかというと、ここで消費税の増収分を先充てしているからです。これがなかったら団塊世代に年金が払えないかもしれないぐらいの問題なんですね。

そのほかに子ども・子育て支援の充実とか医療介護の充実をしていきましょうということになってまして、その中に医療制度の改革というのがあるんです。これは病床、病院の機能分化

と連携ですね。あと、医療保険制度の介護保険の改革と医療保険の改革、これは国保改革ですけども、この3つ一緒にやろうということになるんです。そこら辺、表みたいなものなのでちょっと飛ばしますね。

皆さん、病床の機能分化と連携と介護保険、地域包括ケアというのがあるんですが、これから地域包括ケアの話をしていきますけど、病床の、病床というのは急性期病院、リハビリテーション病院、慢性期病院って、こういうふうに分担をしていきたいと思いますということなんです。今、みんな急性期ですみたいな話になっちゃっているんですが、それぞれ急性期を名乗る以上は重い患者を受け入れなきゃいけないわけですけどね。重い患者を受けるといったって、看護師の確保がなかなか難しいということで、この分化をしていこうということになっているわけです。

この病床の機能分化と地域包括ケアは実はものすごく関係があります。一体なんですね。

皆さん、7対1とかいうのは看護配置です。例えば、これは少し前で33万床あるけれども、もう40万床ぐらいあります。それが10対1からいろいろな配置になって、この上のほうばかり厚くなっているんで、この形はワイングラス型と呼ばれております。それを急性期とか慢性期とかそれぞれ分化をしていこうと、分担を見直そうということをやっております。

いずれにしても、これちょっと見直しをしないといけないですね。次は国民健康保険です。私は長野県の堀金村というところの生まれなんです。皆さん、堀金村って知らないと思いますけれども長野県は80も市町村があるから、小さいところはどうしても国保財政が安定しないところが出る。

そうすると、小さいところは破綻してしまうと、国民皆保険って維持できないんですよ。国民皆保険の問題は、このネットからこぼさないということなんです。こぼれてしまうと、拾えなくなる。なぜ拾えなくなるかという、こぼれた人はみんな条件の悪い人だから、拾った人の財政状況が悪くなるから出しちゃいけないんです。絶対にこぼれないようにするということが大事なんです。そのために、この国民健康保険の財政を都道府県単位にすると。

そして、あわせてリスク構造調整ということなのですが、年齢補正後の医療費と所得に応じた公平な保険料を実現しようということをやっているわけです。これはドイツでリスク構造調整をやっているんですが、リスク構造調整をそのままやるということについては、保険者がいろいろあるので結構反対が多いんですね。だから、そこまではできない。30年からの改正が大変重要になってくる。

地域包括ケアですが、皆さん、地域包括ケアは何かというと、ここにいろいろなことが書いてありますが、これはキーワードです。後で見てください。

これは私が作っている図なんですけど、地域包括ケアの縦軸と横軸と言っております。地域包括ケアって介護の話でしょうと、急性期医療は関係ないでしょうと思っておられる方も多いようですが、それは違います。急性期医療は、地域包括ケアの重要な一部なんですよ。

皆さん、大体家において具合が悪くなると救急車で運ばれていくんですよ。最初、急性期病院に行くでしょう。急性期病院は今、急性期病院とって2週間しか入院してませんからね。しかし、その2週間でもちゃんとリハビリをやらないと、リハビリも念頭に置かないと退院したらすぐ歩けなくなってしまいます。

それから、急性期病院の人たちみんなというわけじゃないけど、急性期病院の人たちの中には退院した患者さんのその後のことを余り考えないところもあります。なぜ考えないのかと。手術は成功したから治ったと思っているのよ。そこは治ったけど、今の患者さんというのはみんな85歳とか90歳の間ぐらいの人が多いわけだから、そういう人はほかにも悪いところがいっぱいあるんですよ。それがまた悪くなってまた入院してくるかもしれない。退院した患者さんの後のことを考えないといけない。それから、急性期病院の人も、例えばこの人が家に帰ったら奥さんと一緒に週2日、デイサービスに行っ暮らしているというようなことを知らないと駄目なんです。そうでなければ、うちに帰ったときのアドバイスができないんです。

どういうことを言うかという、いや、この人は家では暮らせないから無理でしょう、うちの病院にいられないからほかの病院に行ってくださいという話にしかないんですけど、そんなことはない、急性期病院の環境を前提にしてアドバイスするからそういうことになるんですよ。家で暮らす方法があるんです。糖尿病だって別にインシュリン注射を正確な容量でなくてもいいんだから、糖尿病の錠剤でいいんですよ。だから、そういうことを考えてもらおうと。急性期病院から後ろにちゃんとつながるということが大事なんです。そういうことを考えてもらおうと。急性期病院から後ろにちゃんとつながるということが大事なんです。実は急性期病院の人たちに余り考えない人が多いと。

なぜかという忙しいから。どんどん救急の患者さんが来るし、世田谷区立の特別養護老人ホームに石飛幸三先生という方がいるんです。講談社から『「平穩死」のすすめ』という本を出している有名な人です。石飛先生に私は聞きました。石飛先生が現役のときは循環器の外科医ですね。石飛先生は今はこの芦花ホームで入所者の9割の人を看取っているけど、これ、急性期から連れて帰るときは急性期の若い先生、反対しますからね。石飛先生、やめてくださいよと、この患者さん、連れて帰ったら死んじゃうじゃないですか。いやいや、大丈夫だ、僕が責任を持つからといって連れて帰ってくるんだけど、ご家族も石飛先生にみてもらいたいとい

うんですが、石飛先生は若いときに、患者さんが退院したらどう思ってたんですかと聞きましたら、石飛先生は、唐澤君、僕は現役のときはそんなこと、一度も考えたことがないと言われました。全く忙しいから、次の手術の患者さんから来ているから。だけど、それじゃ、駄目なんです。

皆さん、ある県立病院はその副院長をやっている看護部長さん、看護師長さんですが、この人なんかすごいですよ。救急やっている救命センターの看護師を慢性期の療養病院に研修に出しているんですね。普通反対だから。療養病院のほうから急性期病院に研修に来るんだけど、反対に出しているんですね。予後のことを知ることが大事なんですね。

だから、それを知らないと、この急性期から回復期に行って、またうちに戻ってくるという縦軸の地域包括ケアはできない。これは医療と介護の連携です。

ただし、地域包括ケアは医療と介護だけじゃできません。これは横軸。生活支援とまちづくり、地方創生なんですよ。地方創生って皆さん、一緒です。

これ、どういうことか言うと、自助、互助とか健康づくりとか、まちづくりとか公共交通機関と書いてありますけど、まちづくり、コンパクトシティを作るということも大事なんですけど、できないのは見守り、買い物、通院の付き添い、ごみの分別、預金の管理、預金の管理と言ったって大げさなのじゃなくて、ATMからお金を下ろしてくるというやつ、それから役場の手続ですね。

こういうことをできないと、医療と介護の連携ができてでも暮らせません。役場の職員におばあさんの見守りに毎日、派遣するわけにはいかないじゃないですか。これは近所の人しかできないですよ。顔を知っている人しかできないんだからね。この横軸の地域包括ケアをどう作るかということが重要なんです。これは地方創生のまちづくりと一緒にです。

問題は、これは人のつながりがないとできないから、地方はまだ人のつながりの基盤があるけど、大都市をどうするかが大問題なんです。大都市でどうやって通院の付き添いするのかと。こういうことは制度でできっこないから。これを作っていくことが地方創生と地域包括ケアの重なる部分なんです。

次は飛ばします。次も残念ながら飛ばします。

縦軸の地域包括ケアというのは、地域包括ケアって何だか言葉がよく分からないじゃないですか。これは私は一言で言うと、地域における総合的なチーム医療介護だと思っております。簡単そうでしょう。人のつながりがある地域で総合的なもの、各診療科別みたいな話でなくて、総合的なもので医療介護の職種がチームになっている、それができればいいんですよ。

だけど、そんな簡単にできないですよ。なぜかという、病院の中では同じ病院だから同じところに勤めているんだけど、これは地域がみんな別々のところに勤めているんだから、違う会社の人じゃないですか。

でも、違う会社の人を一つの会社のようにしてチームを作らないといけないんですよ。これができるれば地域包括ケアができたと同じ。でも、簡単にできないですよ。

これは顔の見える関係というのが重要なんですけれども、顔の見える関係は東近江市、滋賀県に三方よし研究会というのがありまして、三方よし研究会というものをイメージして作ったものです。これは別に市役所がやっているわけじゃないんですね。自発的な医療介護関係者の研究会です。もともとは脳卒中の連携パスの研究会で、もう100回を超えております。10年近くなってまして、月1回回り持ちでやっているんですね。6時半から8時半くらいまで。

なぜこの研究会が続いているのか。皆さん、東近江市って人口15万くらいですけど、100回のこの研究会には毎回100人以上の人が集まるのね。そんな研究会ないもん。これは役所がやっていたらできない。自発的な人たちの集まりなんですね。私も2回ぐらい行きましたけど、その要素を私が考えたものなのですが、継続的なこういう会議が続いているんですけど、定期的な楽しい研究会と円形テーブルで議論する。これは今日と同じですね。講義型は皆、参加した感じがしないから駄目なんですよ。自由な意見の発表と交換、それからこちらの左側のほうにあります、時々飲み会ね。飲み会、大事です。そして、地域市民との交流イベントで、最後に大事なのはリーダーシップと懐の深さということで、威張らないお医者さんというふうに私は言っております。

これ、誤解のないように言っておきますけど、お医者さんが威張っているという意味じゃありませんからね。懐の深いお医者さんでお願いしたいということですね。これはどういうことかという、例えばケアマネジャーの人がいて、いやいや、ケアマネジャーはやっぱり医療のことは弱いから少し医療のことも勉強して、たまには主治医の先生に意見くらい言わないといけないねとか言われるんだけど、これは言えません。そんなこと、無理に決まっている。

だから、これはお医者さんのほうから、そうだ、君、今回は意見を言ってみてと、こういうふうに勧めてくれる人が必要だということですね。威張らないというのはそういう意味です。

それから、あと1つだけスライド、行きますが、人手不足時代の医療介護サービスについて一言だけ申し上げたいと思います。

まず、日本は明確な人手不足時代になったということを認識する必要があるんですね。その一番の要因は団塊の世代が完全に退職したからなんです。さっき言ったように、200万人以

上の人がいたんですから、5年間で1,000万もいた人たちが退職すれば人手不足になりますよ。そのときに、この地域包括ケアと医療介護サービス、地方創生というのは、特にこの面でも関係が深いんですけど、我々はサービス業の付加価値と生産性を向上させるということが必要なんです。

地方ではサービス業の割合が高いし、地方のサービス業ってほとんど医療介護ですよ。皆さん、この5年間の国政調査のデータを見ますとね。国政調査で日本で増えた雇用と、全国で分けると東京圏と東京圏以外に分かれているでしょう。東京圏以外で増えた雇用というのはほぼ100%、医療介護ですよ。もう700万人ですからね。あっと言う間に400万人から700万人になっている。

東京圏ではどうか。東京圏には、いろいろな商売があるでしょう。ICTもあるし。東京圏でも増えた雇用の50%は医療介護なんです。これが時代の現実なんです。

だから、ここで働く人たちの賃金を上げないといけないんです。生産性を上げないといけないんです。そうでないと人は来ない。この人たちの処遇をちゃんとしなきゃいけないんです。

ということで、私は最後に、この3点だけ触れさせていただきます。1つは、医療介護スタッフの総合力の評価ということなんです。これは診療報酬、介護報酬もそうなのですが、とにかく人間をたくさん張り付けたら報酬を上げるということは考え直す必要があるんです。サービスの内容で見ていく。

例えば、看護師さんを50人配置しなきゃいけないということになったら、10人は違う職種でもいいじゃないですか。理学療法士とか作業療法士とか栄養士でもいいじゃないですか。

だから、そういうふうにもいろいろな職種を活用していくということが大事なんです。看護師さんばかりたくさん付けろということで厚生労働省もやってきた。だけど、看護師さんがこれから減るから。いろいろな職種を評価、活用して、それで報酬標準を下げなければいいんですよ。

これ医療、介護だけじゃなくて、ほかの分野でもそういうことを考えていく必要があると思います。

2つ目は、資本装備の充実ですから、ロボット、機器、ICT、こういうものを使う。ロボットといっても、何かすごいでっかい高価なものでなくてもいいんです。特に医療用の支援機器ですね。こういうようなものを活用していただきたいと思います。ベッドから車椅子に移るとき、あるいは浴槽に移るときとか、こういうものを入れたら人の配置を少し少なくしてもいい

いじゃないですか。でも、報酬を下げなきゃいいんだから。そうしないと日本の国は成り立たないんですよ。賃金上がるようにしなきゃいけないですね。

それから、3つ目は複数資格所有者の評価ということです。人数が減るんだから、一人一人の能力を上げていかなくてはいけないんですよ。だから、いろいろな資格を複数持つ人については賃金も上げるし、人員配置上もそれを評価すればいいんですよ。例えば、2つ資格がある人を1.2人に数えたっていいじゃないですか。その1人をですよ。

というようなこともいろいろ考えていくべきじゃないかと。ここの医療介護サービスの生産性と賃金を上げないと、やっぱり地方創生はできないんですよ。これは大変重要です。

最後、ここに一つだけ申し上げますが、医師事務作業補助者という、医療クラークのような人たちの役割はすごく大事です。それから、医療ソーシャルワーカーですね。医療ソーシャルワーカーは地域連携室にいるから皆さん、ご存じかもしれませんが、医師事務作業補助者だけちょっと言います。

医師事務作業補助者は医療クラークと呼ばれている人たちですが、病院で医師が鉛筆で記入するような仕事を代行しているんですよ。女性が多いんですけど、彼女たちがいることでごく病院の仕事の効率が上がっております。彼女たちに払っている賃金以上に上がっていると思います。生産性の向上はね。

そして、単純に代行するような業務ですが、実はこの医師事務作業補助者の医療クラークの皆さんは、診療録の管理士ですね。カルテ管理士という資格をあわせて持っている人が多くて、ICTの能力が非常に高い人が多い、専門家が多いということで、こういうような人たちを評価していったらどうかと思います。

ちょっと時間が押してしまいましたけれども、私の話はこれで終わらせていただきます。

最後に皆さん、さっき言ったように、私たちは地方創生をしていかなきゃいけないし、そして地域包括ケアも作っていかなきゃいけないんですよ。重なっています。それは医療と介護と医療保険というものを一体にして安心できる地域を作っていく。きちんと仕事ができて安心できる地域を作っていくということで、今日、こちらの荒井知事のリーダーシップで「奈良モデル」の検討委員会ということの報告書をまとめられておりますので、ぜひ全国に先鞭を付けて、このモデルを普及していただきたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

【司会】 唐澤総括官、貴重なご意見をどうもありがとうございました。

それでは、せっかくの機会でございますので、質問がございましたら挙手をお願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

よろしゅうございますでしょうか。この後、アイランドでご討議いただくときに、ご参加いただき、またコメントも頂戴したいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。再度、大きな拍手、よろしくお願いいたします。（拍手）

それでは、続きまして社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護分野一体の取組について、岡野知事公室審議官よりご説明申し上げます。

【岡野知事公室審議官】 岡野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

ただいま唐澤先生のほうから分かりやすく説明いただきましたが、私のほうからは社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護分野の一体の取組についてご説明申し上げます。

お配りしております資料1-2で説明を進めさせていただきます。まず、めくっていただきまして1ページでございます。ただいまの説明にもありましたように来年度からは国民健康保険の県単位化がスタートいたします。これがやはり社会保障の「奈良モデル」を進める上での大きな契機となるわけでございます。ご案内のように、県では県単位化がスタートいたしますと、保険者として参画をするということに加えて、医療提供体制にかかわる責任者と財政運営の責任者を兼ねるというふうなことになります。

また、市町村におかれましては引き続き保険料率の決定、賦課・徴収という業務も担っていただきまして、分権的な制度がスタートをするということになります。

2ページに記載しておりますが、この国民健康保険制度は従来から構造的な課題を有しているというご指摘がございました。ここに数点整理しております。低所得者の加入が多い。年齢構成が高く医療費水準が高い、所得に占める保険料負担が重いということがありますし、また今般の人口減少によりまして小規模保険者が増加、また地域差が大きくなっている、さらにまたこれが拡大しているという状況でございます。国民健康保険の制度を今後も持続させていくためには、この解消が不可欠ということはご案内のとおりでございます。

3ページに参りますが、構造的な課題解決に向けてということでございます。制度改正に合わせて、国に対しまして公費助成の拡大もお願いしております。それに合わせて保険者となります我々につきましても、まずは地域の実情に則した制度設計。これは数々進めてもらっておりますけれども、これを確実に作っていくということ、あわせて受益である地域の医療の提供水準、それと県民の負担といった双方のバランスをとっていくことが必要不可欠です。

このためにはということで、矢印の下にあります社会保障分野の「奈良モデル」というふう

に書かせてもらっておりますけれども、県と市町村がより密接に連携をします。そして、地域

の医療関係者など、行政主体以外の方との連携といったものを図っていくことが必要であると考えております。

4 ページには社会保障の「奈良モデル」の考え方を整理してございます。まず、視点として1 つ目は国民健康保険の対象にとどまらず、県民医療全体を対象にするということでございます。病院だけではなく、在宅医療や介護サービスも一体的に対象にしていかなければならないということ、2 つ目には県民、患者、利用者、それぞれの視点に立つということでございます。過不足のない医療介護サービスの体制、それから負担の公平性を目指していかなければならないということになります。

3 つ目といたしましては、客観的なデータによるエビデンスベースの展開ということで、この後も出てまいります、県によるデータの分析や公表といったものが非常に重要になってくると考えております。

以上、考え方を述べましたので、では、具体的にどんなことを取り組むのかということですが、今、県で進めております3 点について、説明させていただきます。

5 ページのほうでございます。まずは奈良県の地域医療構想の推進でございます。今、唐澤先生のご紹介の中にも、病床の話がございました。高度急性期から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保しようというふうなことで、27年にこの構想を策定いたしまして、現在、この取組を進めております。

その内容について少し触れてみますと、6 ページでございますが、これからの奈良の医療ということでございます。必要なのはということで、これは拠点病院になるんですけども、断らない病院、それと面倒見のいい病院。面倒見のいい病院というのは、すなわち介護分野や市町村の方々と綿密に連携をとっている病院ということになるのかなと思っております。

続きまして7 ページでございます。先ほど触れていただきました病床機能ということで整理をしております。左側ですね。高度急性期、急性期、急性の中でも重い方、軽い方があります。回復期、慢性期といった機能も病院に持ってもらおうということが必要で、またそれはニーズに合ったバランスのとれたものにする必要があるということでございます。

では、奈良県のほうで今、これがどのようにになっているのかというのが8 ページでございます。8 ページの真ん中のところでございますが、2025年に必要な病床をシミュレートしております。全体数で1万3,063床というふうなことで、高度急性期から急性期、回復期、慢性期となっております。それが今現在、どのような状況かというのが右側になっております。2015年のところを見ますと、病床数は若干1,000床ほど上回っておりますが、それぞれ

の機能を見ると、やはり急性期が多く、回復期が少ないということでバランスがとれておりません。ここらあたりを調整していく必要があるというふうなことであります。

また、病院だけではなくて、9ページにございますが、病院を出た後、当然地域において安心して暮らせる地域包括ケアの仕組み、在宅医療の充実というものも取り組まなければならないということです。10ページにはこれまでの取組の一部を紹介しておりますが、各医療機関との意見調整等を進めてきておりますし、今後、これらの取組を一層強化していくところでございます。

2点目でございます。11ページをごらんください。医療費適正化の取組でございます。いろいろ高齢化が進んできて、医療費が上がるというような問題がありますが、県民負担がいたずらに増大しないように医療費の適正化の取組を進める必要があると考えております。この取組検討の進め方というふうに書かせてもらっておりますけれども、やはりまずは医療費、介護費の地域差分析を行いまして、どこにどういう問題があるのかと課題を洗い出し、具体的取組を探っていくということが必要かと考えております。県のほうでは、ただいまこのデータの分析作業をしておりまして、次回の市町村長サミットにおいて、その調査分析結果をご紹介申し上げたいと考えております。

ちなみに、参考に示させてもらっておりますが、国における医療費適正化の効果の試算ということで、日本全国の数字ですけれども、大きな数字になっておるところです。

12ページ以降に一例をとということで、ちょっとイメージを分かりやすくということで、このような資料を載せさせていただきました。

12ページは一人当たりの医療費で、市町村別の比較を行っております。ここで見たところ、最も少ないところと多いところで1.33倍の開きがあるということです。

めくっていただきますと、13ページには最近、よく話題にされますジェネリック医薬品の使用数量の割合で、これなどは1.6倍の差が出ていると。

3番、介護の世界にいきますと、14ページ、一人当たり介護費ということで、ここは全国平均、奈良県となって、そこから市町村別のデータになりますけど、1.7倍という差になっております。

また、15ページのほうは、この介護の前提になる介護の認定率。この地域差を見ると、これが1.9倍と。

また、16ページには特定検診の受診率の地域差をあらしており、これなどは最高のところと低いところで3倍の差があります。このほか、いろいろデータの分析をただいま行っている

ところでございます。

最後になります、17ページでございます。国民健康保険の県単位化の話です。冒頭にも触れましたように、これにつきましては制度設計のために、これまで数度にわたりまして協議、調整をさせていただいておりますけれども、ここに主なスケジュールを記載しておりますが、今後も来年4月の制度開始に向けて、協議調整を進めさせていただきたいと思っておりますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

簡単でございますが、私からの紹介は以上でございます。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、これから各テーブルごとに意見交換のほうをお願いしたいと存じます。時間のほう、大体20分程度でお願いしたいと考えております。唐澤総括官のご講演、また岡野審議官の説明等を踏まえまして、これから各テーブルで社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護分野一体取組について、意見交換、ご討議をお願いいたします。唐澤総括官につきましても、ご自席のほうで議論に加わっていただきますように、どうぞお願い申し上げます。

(意見交換)

【司会】 短い時間で大変恐縮でございますが、討議時間のほうを終えていただきまして、各テーブルからの意見交換の内容の発表のほうに移らせていただきたいと存じます。

1番テーブルの方から順にご発表のほうをお願いしたいと存じますが。

【松井桜井市長】 皆さん、こんにちは。桜井市長の松井でございます。

1番テーブルは生駒市、大淀町、三郷町、王寺町、そして斑鳩町と桜井市のテーブルでございますが、今日は唐澤先生のほうから地方創生についての国の取組、お話をいただきましたが、その中から今回は医療介護改革にかかわっての地域包括ケアシステムの充実についてが大事なのではないのかなということで、私たちのテーブルではお話をさせていただきました。先ほど先生のお話の中で、2025年に団塊の世代の方が皆、75歳になられる。すると、やはり医療費が格段に増えてくる。そのような中で地域での効率的な質の高い医療をどのようにして提供していくかというのが急性期から慢性期、あるいは地域に病院型の医療から地域完結型ということにつながっていくのではないのかと思っております。

そんな中で市町村がやらなければならないこと、国がやらなければならないこと、また県がミッドフィルダーとしてやってもらわなければならないことがある中で、やはり一番大事なのは病院から退院して来られた方が在宅介護に、あるいは在宅医療にいかにもスムーズに移行していくか、顔の見える形になっていくかということが非常に大事であると思っております。

その中で南和地域では南奈良総合医療センターによって救急のほうは非常に充実をしていると。しかしながら、まだ地域包括ケアシステムのほうは、これからであるということもお話をいただきました。そして、生駒市のほうも民間の力は非常に活発であって、介護予防に今、力を入れていただいていると、そのようなことを聞かせていただきました。

そんな中で、今、桜井市を含む東和医療圏のほうでは、ちょうど中和保健所が中心になって、中和保健所とともに6カ所の病院と各地域の担当者、そして介護の事務所などが一緒になって、いかに患者さんをはかりつけ医に、あるいは患者さんを在宅介護につなげていくかというふうなことで、進めているところであります。このように入院連携マニュアルというものも作成していただきました。そのような中で、いかにこれから地域包括ケアシステムを充実させていくか、その中で市町村が頑張ること、そして県に応援してもらわなければならないこと、それらのことをしっかり踏まえながらこれからも取り組んでまいりたいなど、そのように思っております。

そんな中で、やはり一番大事なのは地域ケア会議ではないかなというふうに思います。住み慣れた地域で高齢者の皆さんが安心して生活できるまちづくりを目指して、医療、介護などの専門職が集まって話し合う場は地域包括の中のケア会議であると思います。顔の見える井戸端会議としてしっかりと取り組んでいきたい。そのような中で、いきいき百歳体操とか認知カフェとか地域見守りネットワークとかいろいろな介護予防にもつなげていきたいなど、そのように考えているところであります。

まだまだ地域包括ケアの充実には、2025年を目指してということで時間があると思います。これからも県を中心として各市町村、がっちりスクラムを組んで進めてまいりたいと、そのように思っております。

以上でございます。（拍手）

【司会】 松井市長、どうもありがとうございました。

続きまして、2番テーブルの代表の方、よろしく願いいたします。

【角谷野迫川村長】 野迫川の角谷です。どうぞよろしく願いします。

2番テーブルでは今後の地域包括ケアをどうしていくかということについて主に話し合いました。それには先ほど講師の先生からお話のあった循環型のサービスの提供が主流ではないかというお話も出ました。このテーブルには大和高田市さんがおいでです。以前から地域包括ケア病棟を既に取り入れており、現在80%以上の稼働率も実現しているということで、やはり健康な方を増やすことが大事であると思います。それには特定検診等の受診率を上げることで

す。受診した方に賞品が当たるとか、そういうような補助金をいただいているということもありました。

健康寿命について知事からもお話があって、長野県がなぜ健康寿命が高いのかという一因として保健師の数が多という話で、私ども吉野郡では保健師の確保が困難であるということで、県が採用していただいて、自治医大の先生を診療所に派遣してくれているようなシステムが確立すれば、費用面は当然市町村が負担するんですけども、そういう人材の確保についても「奈良モデル」の一環として県が協力していただけたら、地元はものすごく助かるのではないかと思います。

南奈良総合医療センターは、病床の稼働率も90%を超えておりますし、救急を断らない病院ということで、この5月の連休のときもドクターヘリも可動しておりましたし、ひっきりなしに救急車も入っておりました。やはりちゃんとした受け入れをしてくれる病院がある、そういうことが住民の皆さんが安心していただける大きなものだと思っております。首長の皆さんは今後のお年寄りをどうしていくか、自分たちもそのような状況になっている中で、2人で支えるより健康な方を作って4人で支えたほうが支えやすいという大きな、強い思いを持ってこれからのサービスの提供、体制づくりをしていきたいと、そのような話でありました。

以上です。（拍手）

【司会】 角谷村長様、どうもありがとうございました。

続きまして、3番テーブルの代表の方、よろしく願いいたします。

【北岡吉野町長】 失礼いたします。吉野町の北岡でございます。この3番テーブルは、御杖村、山添村、天川村、黒滝村、それと吉野町でございまして、それに村井副知事と村田地域振興部長に入らせていただいております。

この町村は軒並み少子高齢化がどんどん進んでおまして、施設的にもそれほど持っていないというところでございます。山間部という共通点でもございます。

ただ、話の中で勝手に村度いたしまして、今後の国民健康保険の県単位化に向けての意見を出せばいいのじゃないかなということを話しておまして、それぞれの保険料の違い等の話をしておりました。

その中で、山添村さんが医療費が少ないとか特定検診の率が高いとか、ずっと山添村さんを見習ってということ、この何年か言われ続けてきたので、副村長にそうですかと聞いたら、最近そうでもないのだという話をされておまして、診療所の先生が頑張っておられたのが、10年ほど前に変わられて、変わられると体制も変わってくると。その遺産というか、効果も

だんだん薄れてくるのかなという話もされておりました。

そんな中で今後、健康保険等、あるいは介護保険もできるだけ早く一本化の方向で考えていただくのが一番ありがたいかなという話でございました。

具体的な話といたしましては、顔の見える関係ということで、地域包括ケアをどう進めていくか、逆に言うと、我々も本当に村中、町中、顔の見える関係だけでございますので、知らない人と会わないような町や村でございますから、逆に言うと、しっかり関係を作ったのケアはやりやすいのではないかという話をしておりました。

短こうございますが、以上で報告させていただきます。ありがとうございました。（拍手）

【司会】 北岡町長様、どうもありがとうございました。

続きまして、4番テーブルの代表の方、よろしくお願いいたします。

【西本安堵町長】 安堵町の西本でございます。このテーブルは生駒郡からは安堵町だけ、磯城郡は三宅町、川西町、そして県の総務部長と子ども女性局長、それと天理市ということです。

その中でまず出ましたのは、地方創生というタイトル、このことについては経済の活性化であったり、観光であったり、雇用であったりということで、どちらかということ、建設的なことが中心になってきたように思うと。

しかし、なぜ今日、地方創生と地域包括ケアがセットになっているのかということをよくよく考えたら、住みやすい町を作ることが結局、地方創生という大きな柱の一つになるということが改めて確認できたなど、そこからのスタートでございます。

それで、ここで今、話し合いをしましたのは、例えば川西町、三宅町、田原本町、そして広陵町でお聞きしたら、国保中央病院を核とした地域包括ケアをいかに進めていくかということを入り口ではあるけれど、その部分に着手しているというお話を聞きました。

私ども、西和地域におきましても、実は明後日、西和医療センターを核とした地域包括ケアの今後の進め方ということ、西和医療センター、あるいは2つの保健所、そして我々自治体の長とで正式にそういう会合をもつというところまで来ております。これはまだ入り口かなという思いですけど、このことはしっかり進めていかないといけないと。

その中で、大きな地域からスタートするのがいいのか、例えば北葛城郡あるいは生駒郡、あるいは市単位ということにするほうがいいのかということも、またいろいろと論議されてくるのではないだろうかと、そんなことでどうもテーマが大きな話になっておりますので、ちょっとつかみ所のない話になったかと思えます。

その中で一つ、笑い話みたいなものなのですけれども、時々飲み会という言葉があったと思います。これは大事やなど。時々、地域の人たちが飲み会をすることで、いろいろな地域の細かい情報がそのときに出てくると、これを我々がつかめると、あるいは地域の人たちがつかめるということも、何でもないようだけど、本当に大事なことだなど、そんな確認もしたところでございます。

一つ抜けましたが、天理市さんにおいてはメディカルセンターを中心に、この地域包括ケアを進めていこうとされているところでございます。

そんなことで感じたことは、どこの自治体もこのことの重要性は認識して何とかしなくてはいけないということで、着手しかかったというのが特に我々のテーブルでの現状でございます。そのことを報告させていただいて、終わらせていただきます。（拍手）

【司会】 西本町長様、ありがとうございました。

続きまして、5番テーブルの代表の方、よろしくお願いいたします。

【小山手十津川村副村長】 十津川村副村長の小山手と申します。こちら、5番テーブルについては五條市さん、川上村、上北山、下北山、そして十津川村と南部東部振興監、あと観光局長、こういったメンバーで討議のほうをさせていただきました。

冒頭、確認させていただいた点については、唐澤先生のお話にございました亡くなる場所の推移、社会の現実、結果として私ども地域包括ケアしか選べないというお話がございました。

ただ、残念ながら、これはこちらのメンバーのところにおいては、将来の話ではなくて、今、現実になっている状況であります。そういうところからスタートして討議をさせていただきました。

主にお話としては2点でございます。

一つはそういった中、高齢者のところに対して見守りという点でございますね。こちらのほうについては、例えば上北山村については監視カメラの活用をされておいでとか、あと川上村については「かわかみらいふ」という社団法人を形成して、こちらのほうが買い物支援だとかそういった見回りを継続的に行っている。また、手前味噌でございますが、十津川村については、「高森のいえ」ということで、C R C のもっとミニチュア版のような緩やかな見守りというものができるといえるような住居、そういったエリアを作っているという事例がございます。

ただ1点、こちらの高齢者についてはいろいろな形で支援しているのですが、残念ながら、例えば十津川村で、この3月、4月に孤独死が2件出ています。60歳と62歳の方なんです

ね。ですので、高齢者については非常に手厚いですが、ちょっと穴のようなところがございます。そういった点に対して、例えばセンサーを使って冷蔵庫を開けたりするときに、開ければ生存を確認できるとかいろいろな形でのマンパワーを使わずに、ITを活用した分についての対応というものを検討したらどうかというようなお話がございました。

2点目でございますが、いろいろな形で医療にかかわる関係者の方々、こちらの評価をされたいというお話がございましたが、これは私どものエリアもそうなのですが、良い人に来てもらおうと思うと、どうしても寒村というか、山奥のほうは競争力がないものですから、それを補おうとすると、ある程度、そういった報酬でもって対応しないといけない。こちらが今、かなり硬直的な形でなかなか対応できていない部分がございますので、こちらについては県のほうにぜひお願いして、いろいろな形のご対応をしていただけたらなと思っています。

あとは蛇足ではございますが、先ほどございました飲み会の活用は確かに有効だと、皆が口にしてはいるのですが、残念ながら川上村の皆様を初め、私ども公共交通機関がございませんものですから、なかなか飲み会自体が開けないと、これは非常に切実な問題意識だということも共有させていただきました。

以上でございます。ありがとうございます。（拍手）

【司会】 小山手副村長様、どうもありがとうございます。

続きまして、6番テーブルの代表の方、よろしく願いいたします。

【今中上牧町長】 6番テーブルの上牧町の今中でございます。このテーブルは、河合町長、権原市長、それと御所副市長、それから宇陀副市長、あと県の職員の方々でございます。

私のテーブルでは、唐澤先生の資料の中の42ページを中心に話をさせていただきました。先生のお話でやっぱり縦軸、横軸がしっかり絡み合った、そういうシステムをしっかり構築する必要があるというお話でございました。

まず、その縦軸の部分でございますが、医師の協力がどれだけ得られるのか、これがこの縦軸では一番重要ではないのかと。特に私たちの地域、河合町の岡井町長もおられるわけですが、我々、西和医療センターを拠点としてという話をしているわけですが、医師会が北葛城郡と生駒郡、それぞれ違うわけですが、温度差が相当あります。現実に医師会が積極的に動いていないというのが実情でございますが、なかなかケアシステムも前へ進まないというのが現状でございます。こういうことでは、しっかりとしたものできないわけですが、まず医師会がしっかりと動く、十分理解をしていただいて、これからの会合に積極的に取り組んでいただくように、我々全員、また県も含めて積極的にお願いをし

ていく必要があるのだろうと考えているところでございます。

そしてもう一つ、もしそれがうまくいかないということであれば、地域包括ケア専門のプロの医師団をしっかりと養成するというのも一つの考え方ではないかというふうに考えております。そういう意見もございました。

それと、横軸の問題でございますが、この横軸の中でボランティアがいろいろな活動をするわけでございますが、介護される側、この人の立場を考えると、この左側に6つ書いてある全てがなかなかうまくいかないのではないかなど。当然、一人の方、それといろいろな形で動けないような人の中で、例えば預金の管理でございますとか、こういうことをやるのはなかなか難しいだろうなど、そんな簡単に全てができるということでもないのではないかという意見も出ております。

いずれにしても縦軸横軸をしっかりとやることが地域包括ケアシステムを構築することになるわけでございますので、地方創生の考え方からいきますと、こういうものを合わせてしっかりとやることがその町の魅力、安全安心につながっていくわけでございますので、我々としては地域包括ケアシステムをしっかりと立ち上げていく、医師の協力も得ながら。また医師のかわりに例えば看護師が行かれるということも一つの方法でございますが、診てもらう立場の側から考えますと、お医者さんが行かれて、だんだんよくなってきましたよ、もうちょっと頑張らましようねと、こういう声をかけてもらうだけで、患者が一遍によくなる、こういうこともあるわけでございますので、やっぱり医師の立場は、非常に大事でございますので、こういうことをしっかりと考え合わせながら包括ケアシステムを立ち上げていくと、これが地方創生、町の活性化、人口増にもつながっていく、こういうように考えておりますので、我々としてはそういうことを考えながら、県と力を合わせて、医師会の力も借りながら、しっかりとケアシステムを構築し進めていく、地方創生にもつなげていくと、そういう考え方で頑張るやろうという最後のまとめでございます。

ありがとうございました。（拍手）

【司会】 今中町長様、どうもありがとうございました。

最後に7番テーブルの代表の方、よろしく願いいたします。

【吉田香芝市長】 香芝市の吉田でございます。このテーブルについては、奈良市、葛城市、広陵町、明日香村でございます。

まずは冒頭の唐澤総括官のお話、大変ありがとうございました。本当に興味深く聞かせていただきました。特に、2040年以降、死亡数が相当増えると。今の状況で末期を迎えると病

床数が決定的に足りないと。そのために在宅、地域の連携が非常に必要だということが頭では分かっているのですけれども、現実味を考えるといろいろ課題があるという話になりまして、時間も少なかったので医療介護といったお話になりました。特に地域の連携というのが今、できにくくなってきているというのが現実でございます。

例えば、自治会の加入率が低下したり、老人クラブの加入率、もっと言えばPTAであったり子供会であったり、もともと高かったところがだんだん歯止めがきかないと、何とか地域をまとめていこうというふうに行行政も頑張っているのですけれども、それがなかなかスムーズにできていないという状況です。ある町では、地域に一人の担当者、職員担当を付けてやっという。または、自治会の方々に地域拠点を作ってやろうとしているのですけれども、地域も自治会のほうの高齢化も進み、活力としてなかなか動ききれないというのもあるようです。特に新興の人たちと旧村があるところでは、旧村は比較的横の連携はとれているのですけれども、新興の方々はなかなか入って来ない、または旧の方も高齢化が進んで自治会も負担金も含めてなかなか払えない、体もなかなか動かないという背景があるということで、今後、地域の連携ということが在宅で何とかしていかないといけない中で、課題になっていくということが1点上げられました。

もう一つは、皆さんのところでも出ていましたように、医師会との連携ということです。このテーブルでは、比較的医師会との協力体制というのは理解を得ながら進んでいるということでございますけれども、もう少し時間がかかると思います。

例えば、ジェネリックの扱いについても数値化については、まだばらつきがあったり、それから大規模病院と個人医院との連携というのは、頭では分かっているけれどもなかなか進みません。

奈良市さんのほうでは、実際、医師の方を職員として直接雇用されて、その間の連携をしっかり進めるようにということもされているようでございますけれども、ここについても進めていくのは、なかなか時間がかかるということでした。

それから、三つ目は今後広域化の検討を進めていくわけですが、これはどこでも感じていらっしゃるのだと思いますが、広域化する以上は、一つは経費的にも効率化を図る、負担を減らすようにしていけないか、そして煩雑な事務レベルについても協力し合って軽減していくということに力を入れていくようにしたいというような意見が出てございました。

それから、最後にこの全体の地域包括ケアのシステムを進めていかなければいけないというのは十分分かっているのですけれども、今、申し上げたとおり、各地域、自治体で考えろといっても、なかなかそう簡単にアイデアも出てこないという意見が多くございまして、モデル

地区を作って、そしてみんなで力を合わせて一つの成功例を何か作れないかと、それを横展開として全体的に課題解決をしやすくするようなことはできないかというような意見も出てございました。いずれにしても喫緊の課題でございますので、全力で取り組んでいきたいと、こんな意見が出てございました。

以上でございます。ありがとうございました。（拍手）

【司会】 吉田香芝市長様、どうもありがとうございました。活発なご意見を頂戴いたしまして、まことにありがとうございます。

それでは、各テーブルからの発表を受けまして、唐澤総括官からコメントをいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

【唐澤内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局地方創生総括官】 皆さん、どうもありがとうございました。大変感銘を受けました。まず、この市町村長サミットで、大体知事さんがずっといるというのと、このように高打率で首長さんご自身がずっと出てきていただくことなんて、全国で他にこんなふうに行われている県はないと思いますので、大変ありがたいことだと思っております。

今日は地域包括ケアでいろいろお話、各テーブルごとのお話をお伺いしても、県内の地域でいろいろ実情が多少違う、条件も違うので大変だと思いますが、ぜひいろいろな取組を参考にしながら、そのまま導入しても多分うまくいかないの、自分のところで一捻りをしていただいて、取り組んでいただいたらどうかと思っております。

どうもありがとうございました。（拍手）

【司会】 ありがとうございます。

それでは知事のほうから、総括的なコメントをお願いできますでしょうか。

【荒井知事】 ありがとうございます。唐澤総括官、いろいろヒントになる情報をいただきまして、ありがとうございました。

一つのご示唆は、地域包括ケアというのはよく分からない言葉でしょうと。何となくみんな地域包括ケアを言っているから、それをしなくてはいけないというところまで来ているのですが、具体的にどうすればいいのかということがもう一つ、しっかり分からないというのが正直なまだ段階でございましたが、町々で違いがあっていいんだと、個性があっていいんだということで、腑に落ちるところがございました。個性のあるそれぞれの地域のそれこそ、地域包括ケアシステムを作ればいいのかというのが腑に落ちた点でございます。

もう一つは、先ほど上牧の今中町長がおっしゃいました42ページ目、43ページ目が腑に

落ちる表になっているように思います。縦横、大事なのですが、もう一つ、その中で、実情に合った地域医療介護ビジョンをつくるという言葉がございました。右下のほうの段落でありますけれども、今まで地域医療ビジョンをつくるということで国の法律も決まって、地域医療構想をつくるということで県は働いてきたんですけれども、介護も入れたビジョンになりますと、地域医療介護構想まで発展する可能性があるのですが、これは介護については市町村長さんの権限が多いので、県でそこまで構想化できるのかという躊躇があったのですけれども、この地域医療介護ビジョンをつくるという観点からは、今日のご議論を聞いていますと、まず県は「見える化」する役目がビジョンの中で出てくるかなと思います。

地域ごとに個性があっというんだよとおっしゃった。しかし、各地域はどうしているか、余り見えないというのが実情なので、県の役割として各地域の実情を「見える化」するというのを、ビジョンの中で資料として作るのも一つあるのかなと。

その中では、お話に出ました地区医師会の関係あるいは在宅医療に携わる医師が結構おられるところとそうでないところとありますけれども、そのような関係、訪問看護ステーションの活躍の度合い、そこからこちらでも出ました保健師さんの活躍の度合い、あるいは保健師さんは行政官でございますので、看護師さんのように診療報酬で自立的に訪問看護していただくのと違って、保健師さんは行政の中で位置づけるとなると、個性ある地域医療介護構想の県全体の「見える化」が図られれば、その保健師さんの役割も県全体の中で位置づけて、県が市町村と合同で採用してそれを維持すると。その保健師さんがどこかの村所属で一生働くのがちょっとと思われる場合は、例を挙げて恐縮ですが、野迫川村で3年いて、飽きたらまた生駒市でも行ってもらうとか、ずっと野迫川村のほうがいいとなればまた帰ってもらうとか、そういう広域化も視野に入れた保健師さんの活用というのも、これ、ご相談の上ですけれども、こんなことをやっている地域、県はないと思うのですけれども、保健師さんは包括ケアの、あるいは健康づくりの大きな役割を持っておられるかもしれませんので、ちょっとチャレンジした検討をしていきたいというように思います。

そこからもし時間あれば、唐澤総括官の地方創生の話も大変示唆に富む話でございました。この医療介護とも関係するのですが、ちょっと中国で見聞したことと関係するところがありますので、忘れる前にご紹介をさせていただけたらと思いますが、よろしいでしょうか。

北京に行く前に成都という町に行きました。成都の最後の夜に町の中で賑わいの場所があるよと案内されたのですが、実はその地域一帯は古い空き家だったそうですが、レンガ造りや石造りで、全部見事な観光地になさっているわけでございます。レストランもあるし、劇場もあ

るし、土産物屋もあるし、夜行っても煌々と電気がついているといったような町。聞いてみると、今、中国ではどの町でもそのような町ができているということでございますので、インバウンド観光にもつながる。夜、町の人がぞろぞろ歩ける町を、市、行政が作って、また民間の人が商売するといったようなことをされており、この唐澤さんの資料に出ています、空き家対策を地域ぐるみでしているという印象でございますが、そのような例があってダイナミックだなと感じました。

そこからもう一つは、Eコマースといいますか、中国で今、一番はやっていて目を見張るのがレンタル自転車のスマホ課金だそうです。レンタルされる自転車にスマホを当ててガチャットすると、30分10円とかで課金されると。レンタル自転車は駅に置きなさいとか日本は置き場所は大体決まっているんですけど、中国の例ではどこに置いてもいいと、乗って帰って家の前に置いておいてもいいようです。最後に乗り捨てたときは、乗り捨てのスマホを押すとそれで課金が終わると。これが大はやりだそうだったのでびっくりいたしました。

それで、北京と一緒に行っておられました、経産省の松村副大臣にこのようなことは経産省も賛成ですかとお聞きしましたら、補助金もあるので地域でこういうことに手を挙げてくれるところは応援したいなど、奈良県でもやってくれませんか、そのような話がすぐにつながりました。そこで、乗り捨て自転車にスマホ課金するというのはそんなに公共の負担があるだろうか聞いたら、中国のケースはないんだそうです。なぜかという自転車に広告を出させて、民間の会社がスマホ課金の自転車運営会社を作っているというような仕組みなので、その仕組みを作る地区があればできるんだと。自転車でスーパーから乗って帰って、家の前に置いておいて放っておいたら何日か経てば会社が乗り捨てた自転車を時々回収に来るといったような仕組みなんだそうです。とても進んだ話がたくさんあるんだなと思いました。

そのEコマースの延長で、向こうのスーパーなどで課金すると、スーパーのレジへ持って行って支払うということがなくなって来つつあるんだそうです。その品物の前でバチャットとスマホを押すと、それが課金されるのでそのまま持って帰るといったような商売に向かっていると。ガチャットと課金をするとスマホの持ち主が分かりますので、ビッグデータでどういう人が、どういうものをどういうふうに買っているかというのがデータ処理ができるので、ものを売るのにEコマースのビッグデータが使えるようで、向こうはそういう面では随分進んでいるのだなという印象でございます。日本でも経産省がそういうことを真似たことができれば、補助金を出すと言っていましたので、また松村副大臣のところを訪ねていこうかなと思っております。

もう一つは農協の方が来られていまして、中国の農業はICT化が進んでいて、例えば種ま

きをするときには肥料も調合して一緒にまくと、そのまいた土が窒素が多過ぎるのか、少ないのか、リンが多いのかというのをセンサーで読みとるようにしている農場があるんだそうです。

そういったしますと、そういう土の栄養素の具合を見て、この田畑でとれる野菜とか穀物などの農産物のとれ具合が予測できるので、これを流通のほうに流して、その準備をするといったような繰り返しをするんだそうです。中国の農業のICTはとても進んでいるんだなど、日本でも人材不足なのでそのようなことも考えなくてはいけないといった例が幾つかございました。

今日の唐澤さんの資料でも、日本の地方創生の予算がたくさんいろいろなケースで付いている。これは地方の工夫と国の予算とをうまくマッチングして、我々地方行政の首長及び職員の方の知恵を実現にむけて結び付けるということができたら、小さなことでも積み重ねて大きな成果が地域ごとで出のかなという印象を受けました。時間を拝借いたしまして恐縮でございました。ありがとうございました。（拍手）

【司会】 どうもありがとうございました。

続きまして、県からの取組状況報告に移らせていただきます。共同アウトソースの取組につきまして、村田地域振興部長よりご説明申し上げます。

【村田地域振興部長】 失礼いたします。何度も申し訳ございません。先ほど申し上げましたとおり、「奈良モデル」のあり方検討会報告書の中にあります共同化の部分について、現在の進捗状況、それから皆様へのお誘いも含めて、時間が迫っておりますので簡単にご説明をさせていただきますと思います。

一つは資料の2-1になりますけれども、市町村納税コールセンターの取組についてご説明をさせていただきますと存じます。

早速、お聞きいただきまして2ページ目をお願いしたいと思います。各市町村税の各市町村における税の徴収率の状況でございます。全国順位等、また後ほどごらんいただきたいと思います。

それから、3ページ目をごらんいただきたいと思います。それぞれの市町村税の未収金額の状況、これはトータルで表しておりますけれども、全体的に徴収率が向上してきているのと皆様のご努力で、未収の金額は年々減少傾向にございます。一番上のグラフをごらんいただきますと、現年課税分でもまだトータルで未収額が27年度決算で17億円ぐらいあるということでございます。こういうことから、特に現年分の徴収を進めるためにも、まだまだ努力が要るだろうということで、続いて4ページ、ごらんいただきたいと思います。奈良県の市町村納税コールセンターの取組というのをここで紹介させていただきますと思います。

昨年の10月からごらんの7団体さんでモデル事業として運営を開始させていただいているところでございます。現年課税について滞納者に対しまして早期の段階から電話で納税を促すわけですが、これはコールセンターに委託するような形で、県と市町村でコールセンターを共同運営し、民間にこの運営を委託すると、こういう取組をしているところでございます。モデル事業としてやらせていただいた上で、今年度につきましては、それぞれの団体さんから少しですが、負担金をいただいて、さらに引き続き行うということにしているところでございます。

5ページ目に昨年、実際に6カ月間ほど運用をさせていただいたのですが、その実績についてお示ししておりますので、ごく簡単にご説明したいと思います。対象税目はごらんの4税でございますけれども、7つの団体さん合計で利用の件数、一番左のところ、コールセンター利用件数、9,350件でございますけれども、このうち納付につながったのが1,025件ということでございます。納付率が10%を超えているという状況です。それから、利用金額で見ましても、滞納税額が2億6,200万余りのところから納付につながったのが2,700万余りということで、徴収率の一番右になりますけれども、対前年比較として0.1%上回るという効果を示したところでございます。

0.1%で多いか、少ないかというところはあるかと思っておりますけれども、6ページをごらんいただければと思います。実際に業務委託料をいただいた以上の滞納税額を収納しているというのが一つございますし、また、職員の方が一生懸命納税の作業をされる、コールセンターに委託前の作業される場合よりも、一定、人件費を抑えられているという試算も私どものほうでしております。あるいは、嘱託職員だった場合、正規職員だった場合、それぞれ分けて今回の業務委託料との差を示させていただいておるところでございますし、それ以外にも右側になりますけれども、コールセンターを利用することによりまして、多分人件費として削減できる数、584人/日ということで試算を示させていただきますけれども、こういう形での人件費なりの削減が可能になりますし、これだけでなく、その枠囲みのところにもありますけれども、民間の業者に委託をすることで、もともとおられた市町村の職員の方は、滞納繰越案件の処理に専念することも可能になるというメリットも出てくるかと思っております。

私ども、こういった分析をした上で、7ページには今回結果として少し効果をまとめさせていただいたところでございます。

1つ目には、徴税吏員しかできないような専門性を必要とする事務で職員の皆様が集中、専念できるのではないかと、それから2つ目は人件費等、経費の削減につながるという

こと、3つ目には夜間帯や休日にも電話を差し上げることができるようになってくるということで、委託業者を使うことのメリットがあるだろうということ、それから4つ目は似たような話になりますけれども、事務量の軽減が出てくる。最後になりますけれども、納税者にとって電話がかかってくる。これは団体さんによって違いますけれども、滞納すれば電話がかかってくるという納税者の認識形成ができるということを通じて、納期内納付が進むことが考えられるのではないかと考えております。

こういったことから、8ページに今年度のスケジュールを示させていただいておりますけれども、去る先週、5月10日には既に取組状況の説明を市町村の行財政等の担当課長会議でさせていただきました。この際には、徴収の担当課長さんにもおいでいただいて、今のような状況をより詳しくご説明させていただいたところでございます。来月初旬にはコールセンター事業へ今年度参加する意向のある団体さんはありますでしょうかという調査を第1回、させていただきます。それを踏まえて税務主管課長会議をさせていただき、8月には今度2回目の意向確認をした上で9月以降、参加団体を確定し、県と市町村で実行委員会を開催しまして、今年度の取組を進めていきたいと思っております。

なお、先ほど申し上げましたとおり、皆さんと一緒にやっていくことによって、いろいろな効果があると思えますし、何といたっても企画部門とまちづくりですとか、アイデアが要るところに職員の力を回すということにもつながるかと思えますので、ぜひ皆様のご利用をお願いしたいと思っております。

それから2点目でございます。今度は資料2-2に行っていたきたいと思います。自治体クラウドの推進についてでございます。

早速、こちらもおめくりをいただきまして2枚目でございます。自治体クラウドの概要についてお示しをさせていただいております。ここにもありますように、幾つか一般的に言われるメリットがございまして、例えばコストの削減、最近サイバー攻撃等ありますけれども、セキュリティレベルの向上、あるいは業務標準化といったものが効果として言われているところでございます。

それからおめくりをいただきまして3枚目でございます。国も特に電算コスト削減の手段として自治体クラウドへの移行というものを強く推奨をしているというところでございます。閣議決定もされているという状況でございます。特にその中では目標が掲げられていまして、29年度中にクラウド導入の市町村を1,700団体分の1,000を目標にしておったり、その運用コストの圧縮を図っていくというようなことも閣議決定上、うたっているという状況でござ

ざいます。

では、次、またおめくりいただきまして4枚目でございます。県内の市町村の状況をお示ししておりますけれども、本県の場合は近隣の他府県と比べても実は既にクラウド化というのは進んでいるという状況ではございます。こういった取組によって効果は一定上がっていると思っております。

今後は、さらにメリットとしてもう一つある、業務の標準化の達成というのは、最初に申し上げました「奈良モデル」の報告書のほうでもきちんと書いてありますけれども、業務標準化の達成を目指していきたいと考えております。クラウド、クラウドというように申し上げておりますけれども、実際に単独クラウドから連携した形での自治体クラウドを行うことで業務の標準化の達成をどんどん目指していきたいというふうに考えております。そういう意味では、既に多くの団体さんでは単独クラウド導入済みではあるけれども、こちらにつきましても共同化を進めたいというご提案をさせていただきたいと思っております。

具体的には最後のページになりますけれども、5枚目をごらんいただきたいと思えます。県のほうで既に単独クラウドを導入されている市町村であっても、あるいはまだ入っていませんよというところにあっても、次期のシステム更改を見据えて早めに今から準備をいただき、いわゆる共同の自治体クラウドの導入に向けた取組を強めていきたいというふうに思っております。ぜひ皆様には次期のシステム更改時期に合わせて、クラウド化を推進することをご検討いただければと思っております。県としましても今年度、勉強会をこれから開催させていただきまして、きちんと皆様のほうにメリットの再認識をいただくと。これによりまして、機運醸成を図ってまいりたいと思っております。特に情報システムに関して専従の職員さんがいないような小規模団体の皆様には重点的に対応させていただきたいというふうに思っております。そういう形で共同化というものをぜひ進めていきたいと思っております。こちらのほうも、特に今申し上げました専従の職員さんがいないところなどは、ひょっとするとコスト面ですごく高くなっている可能性もありますし、共同化することで先ほど申し上げた2段階目として業務の標準化ということで、自治体クラウドのみならず通常の事務事業、こういったものの効率化も図られることが考えられますので、ぜひ積極的なご参加をお願いしたいと思います。

早足で申し訳なかったのですが、私からの説明は以上であります。ありがとうございました。（拍手）

【司会】 どうもありがとうございました。

続きまして、その他の情報提供といたしまして、まず資料3、中和幹線沿道の屋外広告景観

向上に関する取組について景観・自然環境課長、伊賀よりご説明申し上げます。

【伊賀景観・自然環境課長】 景観・自然環境課の伊賀でございます。私から中和幹線沿道の屋外広告景観向上に関する取組について情報提供いたします。

本取組の推進経過といたしましては、平成27年度に県と沿道の5市町による協議会を立ち上げて、平成28年度には中和幹線における屋外広告物の望ましい姿を示した中和幹線屋外広告物ガイドラインを策定しました。ガイドラインでは、沿道の土地利用状況により4区分のエリア設定を行い、二上山や三輪山の眺望保全に重きを置いて看板の大きさなどを数値で示しております。

概要といたしましては、二上山、三輪山、記紀万葉の歴史を有する山々を正面に眺望できる区間を二上山・三輪山眺望エリアとし、屋上広告物の設置禁止などの基準を設定し、また住宅市街地エリアでは沿道で住宅が建ち並び、屋外広告物自体が少ないため、この良好な町並み景観を維持するための基準を設定しており、高さなど要素によっては二上山・三輪山眺望エリアより厳しい数値もございます。

田園・山なみエリアでは野立看板を制限するため、看板の面積制限などの基準を設定し、沿道市街地エリアでは商業施設やサービス施設、住宅等が混在した賑わいのあるエリアで、高さや面積はこれまでと変わりませんが、色彩の制限など設定しております。

なお、本日、このサミット終了後に県と関係の5市町により中和幹線沿道の屋外広告景観向上に関する協定を締結していただく予定となっております。本協定では、市町による屋外広告物条例施行規則の改正、既存の不適合屋外広告物の撤去、改修、違反屋外広告物に対する是正指導の強化の三つの取組を掲げております。条例施行規則の改正に当たっては、引き続き県としましても技術的な支援を行い、平成30年度を目途にできるだけ早期の公布施行を目指したいと思っております。

簡単ではございますが、これで報告を終わります。

【司会】 どうもありがとうございました。

最後に、私のほうからお配りをしております資料4を用いまして、県と市町村の連携・協働によるまちづくりの進捗状況についてご説明申し上げます。

この表につきましては、奈良県とまちづくり協定を締結した20市町村47地区の進捗状況を取りまとめたものでございます。昨年5月からの1年間の進捗につきまして赤字で表示しております。今後まちづくりを推進する上で、ぜひ参考にさせていただきたいと考えております。

4月20日には桜井市大神神社参道周辺地区において、初めて基本計画が策定されました。

今月中に田原本駅周辺地区について、田原本町と包括協定を締結する予定でございます。ぜひ参考にしていただければというふうに思っております。

若干時間が過ぎてしまいましたが、これをもちまして本日の議題は終了となります。長らくどうもありがとうございました。

次回の奈良県・市町村長サミットにつきましては、また詳細が決まり次第、ご連絡申し上げますので、ご参加のほう、よろしくお願いいたします。

―― 了 ――