

第2回奈良県・市町村長サミット

平成29年8月4日

【司会】 ただいまより平成29年度第2回奈良県・市町村長サミットを開会させていただきます。

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】 お盆の前になりましたけれども、奈良県・市町村長サミットの勉強会でございます。今日のテーマもそうでございますけれども、重要なテーマが随分重なってきておりますので、ぜひこの1年、2年、解決策を見つけて決定をすることができたらというふうに思っております。それには集まって議論して知恵を出していく必要のあるテーマが結構多いものがございますので、情報をうまく加工して提供しながら勉強を続けさせていただきたいと思えます。本日もよろしくお願いたします。（拍手）

【司会】 ありがとうございます。

初めに、配布物の確認をお願いいたします。お手元には第2回奈良県・市町村長サミットの次第、出席者名簿、会場レイアウト図、配布物一覧表、そして資料1から4を配布しております。配布漏れがございましたら係員がお届けいたしますので、お申し出願いたします。

本日は34市町村から市町村長様そして副市町村長様にご出席していただいております。ありがとうございます。本日のサミットの流れでございますが、まず県より社会保障分野の「奈良モデル」といたしまして、医療・介護分野の一体の取組についてご説明いたします。その後、各市町村における課題、また医療費・介護費適正化に向けた具体の取組、方向性についてご議論いただく予定でございます。サミットの終了時間は16時を予定しております。

それでは、お手元の資料に従いまして進行してまいります。

まず資料1、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きまして、知事公室、岡野審議官よりご説明申し上げます。

【岡野知事公室審議官】 ご紹介いただきました岡野でございます。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、お手元に配布しております資料、「社会保障の『奈良モデル』医療・介護の一体的取組に向けて」という資料で説明をさせていただきます。本資料、大変分厚くなっております恐縮でございますけれども、中に載せております内容は、医療費・介護費の奈良県の状況、

それから地域包括ケアの状況について取りまとめております。本日の議論の材料になればという思いで調製させていただきました。

それでは、進めさせていただきますが、まずこのような医療・介護の一体的取組について、この場で取り上げさせていただく背景でございます。「社会保障制度改革の取組の推進」ということで、これは全国、国・地方を通じて現在進んでおるわけでございますけれども、今年度は奈良県におきましては保健医療計画、高齢者福祉計画及び介護保険事業支援計画、また医療費適正化計画などの重要な計画を策定する年になりますし、また来年度以降はそれに沿って進んでいくという非常に重要な年になっております。

また、身近なところでございますけれども、いろいろ議論をさせてもらっております国民健康保険の県単位化が来年度からスタートしていくということになります。国民健康保険につきましては、かねてより低所得者が多いとか、高齢者が多く医療費が高いとかいうことで、構造的な課題があるという指摘がございます。この制度を今後も長く持続させていくためには、医療提供という受益の部分と保険料という負担の部分、その両面からの取組が必要となっているところでございます。

こういった取組を進めるためには県と市町村がより密接に連携し、行政以外の、例えば医療関係者も加えました協働を進めていくと、こういった「奈良モデル」の展開が必要です。

4ページは「奈良モデル」の考え方というスライドでございますけれども、まず一つ目に、対象といたしましては国民健康保険にとどまらず、県民の医療の全体を対象としようということとです。二つ目といたしましては、県民・患者・利用者の視点に立つ、三つ目といたしましては、やはりデータによるエビデンスベースの展開をしていこうということになります。資料には記載しておりませんが、医療の分野は県が主体になって取り組んでおります。介護の分野は市町村が主体になって取り組んでおりますが、互いに関係が非常に深いということで、互いの分野について理解を深め、連携していくことが非常に重要だということも今回の機会を設けさせていただいた大きな点でございます。

それでは、本日の説明でございますけれども、医療費の適正化の取組、介護費も含めてですが、これから進めさせていただきます。

6ページは国のほうのペーパーになっております。国のほうの医療費の適正化についても、やはり地域地域で発生している地域差を分析して進めていくことが重要だという指摘でございます。この表にもありますように、例えば入院治療でいきますと高知県と静岡県で大きな差が生じているということでございます。

また、次のペーパーでございますが、別の国のペーパーでございます。真ん中右側に医療費適正化にとって重要な取組ということで、後発医薬品の普及について80%を目指しましょうということでありましたし、特定健診・保健指導の実施率を上げていきましょう、糖尿病の重症化予防、重複・多剤投与の防止といった点が重要点として挙げられているところであります。

次のスライドは医療費適正化計画の説明でございますが、これは省略させていただきます、早速医療費のほうから進めさせていただきます。

10ページは我が国の医療費全体の推移でございます。もう皆さんにお目にかけているケースが非常に多いと思いますけれども、右肩上がりということで、この30年で2.7倍になっております。左のほうに人口の図が載っておりますけれども、高齢化がどんどん進んでいるということで、2025年に向けてまだ増えている。その後も増え続けて、その後は高止まりをするということで、今後も医療費が伸びるという傾向でございます。

これは少し観点を変えました図でございます。これは全国の図でございますが、入院受療率と病床数の相関をあらわしております。すなわち、病床が多いと入院受療率が増えていく。これは強い相関関係でございます。病床が多いと医療費が高くなるという相関が見られておりません。

次の表でございます。これは入院受療率と健康寿命の関係でございます、見ていただいたら分かりますように、この関係は全く相関がありません。すなわち、入院したからといって健康寿命が伸びるということではなくて、その前からの取組が必要ということが見てとれる表になっております。

さて、それでは全国的にみて奈良県の医療費がどのようになっているか、というグラフでございます。棒グラフがあって、その上に折れ線グラフがありますけれども、折れ線グラフが一人当たりの医療費ということになります。赤の点々で囲っているのが奈良県で、全国平均より少し低い水準でございますが、これを見ていただいで分かりますように、医療費は西高東低の傾向でございます。これは先ほどの病床などに関係して、このようになっているのかなと推察しております。

次が奈良県の医療費でございます。上のほうのグラフ、平成20年度から27年度までの状況をあらわしております。億円単位ですので、平成20年度の2,196億円から27年度には3,000億円弱ということで、やはりこれも右肩上がりになっています。特に、この棒グラフの上のオレンジ色が後期高齢者のところでございまして、そここのところが増えています。これは後期高齢者の人口の増と一人当たりの医療費が高いということで、このようなことが起

こっております。

下のほうに、これは奈良県のデータでございますけれども、やはり年齢が上がるほど、医療費が高くなるという状況が見てとれます。

次が、市町村別の一人当たりの医療費でございます。市町村によって1.37倍の差がございます。右のほうが大きくなっておりますけれども、緑色は県南部の町村ということになります。これはそのまま、年齢調整も何も行ってないグラフが、このようなグラフになっています。

高齢者になるほど医療費が高くなるということで、年齢調整を加えて一人当たりを比べたのが次のページのグラフでございます。相変わらず地域差が1.33倍なのですが、先ほどの状況とは違いまして緑色の市町村が左のほうへシフトしていつている状況です。赤は県東部の市町村ですが、左の低いほうに位置している状況が見てとれます。

どうしてこういう状況になるかというのが下のグラフでございます、入院と外来のそれぞれ一人当たりの医療費です。ずっと75歳、80歳ぐらい前までは一人当たり同じような水位でくるのですが、そこから先、平野部に比べて県南部、また東部が一人当たりの医療費が下がっていると、このような傾向が出ております。この辺のところは地域差でございますので、状況の原因等を把握した上でいろいろな対策の手がかりになるのかな、ということが見てとれるグラフでございます。

次が医療費の入院、外来、歯科の別に分析しておりますけれども、この説明は、飛ばさせていただいて、その次をごらんください。

これは先ほど医療費の状況がございましたが、奈良県の中でどのような疾病が多いのかということで、トップ10をあらわした表になっております。1位が高血圧性疾患、2位が糖尿病、3位が骨折ということで、1位、2位が大きくぐっと出ていると。しかも、この棒グラフで赤色になっているのが生活習慣の影響が大きいものというところでございます。

このような傾向がありますので、この疾病ごとに実は市町村の状況というのを今回見てみました。それが次でございます、これは高血圧性疾患でも市町村ごとで一人当たり医療費が3.8倍という格差が出ております。人口の少ない町村部では住民一人の影響が大きく、特殊事情で数値が跳ね上がることがありますので、毎年同じ傾向とは限りませんが、経年的に並べますとある程度の傾向が見てとれるのかなと思っております。県ではこのような要因分析をもう少し詳しく調べてみて、経年的なものもお示ししていけたらいいなと思っておりますし、その際には医療ですので、診療行為の地域差というものもあるかと思っております。こういっ

たものをお示しさせていただきたいと思っております。

次は同様に糖尿病ですとか骨折、このあたりの格差というものをしています。骨折などはやはり高齢化すると増えるのではないかという予想が立つのですが、これは年齢と相関が全然見られなかったので、今後ますます分析をしなければいけないということでございます。

それから、21ページが県の4位、5位です。その他の悪性新生物ということではがんの医療費、そして腎不全となっています。

腎不全は格差がかなり広がっておりまして、これはすなわち一人当たりの医療費の格差が非常に大きい病気になっているというものです。

22ページは腎不全の説明をしております。医療費とレセプトの件数を見ております。1件当たりの医療費はどうなっているのかと見た場合に、この赤で記しております腎不全が非常に大きくなっている傾向が見てとれます。これは腎不全が進みますと、人工透析に行くということになりまして、人工透析は一人当たり平均567万円というように医療費が非常にかかるということでございます。

人工透析に行く原因の一つとして、糖尿病の重症化が挙げられますので、国の対策においてもこの重症化予防が必要ということが位置づけられました。糖尿病の重症化予防に対する取組を若干説明させていただきますと、県では糖尿病の専門医を県立医科大学で養成しております。また、症状に応じて専門医につなぐ体制、ネットワークを構築しておりますし、かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準というのも策定させていただきました。

24ページは市町村による取組でございます。特定健診の結果等によりまして、糖尿病が疑われる人に受診勧奨するというのは27年度、県の交付金を使っていただきまして、13市町村でやっていただきました。また、奈良市や王寺町では保健師さん等が継続的に生活指導をやるという取組を進めていただいております。

こういった取組をもっと広げていただくということで、県では糖尿病性腎症の重症化予防プログラムを今年度策定いたしました。既に市町村の担当者さんへの説明を始めていると聞いております。

続きましては、生活習慣病の予防の取組でございます。これはよく耳にいたしますけれども、特定健康診査の実施率でございます。これはやっているところ、やっていないところ、3倍の差が出ているところでございます。これは実は全国の取組より奈良県は低くなっております。取り組みようによってはわりと早く成果が出てくる取組でございますので、この辺のところは少し強化をしていただければと思っております。

また、26ページは特定保健指導の実施率です。先ほどの健診実施率よりさらに格差が開いている状況でございます。全国よりも立ち遅れているというのが本県でございますので、その辺もよろしくお願いたしたいところでございます。

次が特定健診の中でいろいろ症状があらわれてきます。こういったところにも各市町村別で格差が生まれている状況を幾つか例を紹介いたします。

27ページはメタボリック症候群の該当者についてでございます。

次が、メタボの予備群という方です。

次が喫煙率です。病気との起因性が強いと言われておりますけれども、多いところと少ないところで2倍以上の差があるというのが喫煙率でも見てとれます。

次がBMIリスクですね。これは身長と体重から出てくる数値でございますが、これについては、大体平均なのですけれども、突出しているところもあるというところですね。

次が中性脂肪でございます。

駆け足で申し訳ございませんが、次がコレステロールでございます。

これらにつきましては保健指導を進める上で手がかりになるということで、引き続き県では「見える化」を進めてまいりますので、よろしくお願いたします。

次、保健指導についてです。保健指導の主役を担っているのは保健師さんということになるわけでございますけれども、保健師さんが県内の市町村でどのくらい配置されているかというグラフでございます。上に出ている濃い青の部分が保健師さんの状況でございます。人口の多いところは多くなっているのですが、右に行きますと、やはり一人、二人という配置のところがあります。

保健師さんの仕事は法定の決められた業務があって、プラス地域の実情に応じた業務ということで、なかなか一人、二人では法定業務に追われて手が回らないという状況だと聞いております。こういうところについては、業務の共同化が一つの手がかりになるのではないかとということで指摘をさせてもらっております。

34ページは、保健師さんの活動、主な業務を整理し直しているペーパーでございます。法定業務は、母子健康手帳の交付や健診など様々なものがございます。それと、先ほどいろいろな健診の結果など見てまいりましたけれども、そういった地域の課題に応じた保健事業の企画・実行ということになります。

どうも2番目の部分が手薄になっているという傾向がありますので、その充実強化に向けてということで下に書かせてもらいました。

保健師さんの適正配置を図る必要があるということでございますけれども、すぐに人数を増やそうと思ってもなかなか進まない場合もございますので、そういった場合は業務共同化が解決策の一つになるのではないかと指摘でございます。それから、来年度から国保の県単位化に合わせまして国保事務の支援センターというものを設けますけれども、そこに県の保健師を配置する予定でございます。その保健師によって、各市町村の保健事業の支援を行なっていく予定でございますので、活用していただきたいということでございます。

二つ目ですが、現状の保健師さんの配置について、いろいろ聞き取ってみますと、特定健診とか保健指導は国保の担当課で所管している、がん検診は保健センターでやっているということで業務の分断があると。しかも、保健センターが庁舎の外にあるというような場合もありまして、なかなか連携がしづらいというところもあるようでございます。

それから、少し規模の大きい自治体になりますと、医療・介護・福祉などに保健師さんが分散配置されて、わりと縦割りの意識になっているということを聞いておりますので、こういったことも改善に向けての視点かなという指摘をさせていただいております。

一方で奈良県にも、保健師さんが非常に活躍していただいている市町村もございます。ここに一例を載せさせてもらっております。抜けているところがあるかもしれません。失礼いたします。平群町、桜井市、葛城市、御所市それぞれ例を載せさせてもらっています。こういったところでは、特定健診の受診率も順調にアップしていると聞いております。

次からは薬の話に移りたいと思います。薬は外来医療費の3分の1を占めるということで、ボリューム的にもかなり大きくなっております。

この薬に対する議論というのは大きく分けて二つでございます。

まずは後発医薬品、いわゆるジェネリック薬の利用の拡大を図ろうというものです。国では目標を80%の利用というふうに挙げておりますが、奈良県のほうでは56.4%にとどまっています。成分と効能が同じでも、後発か新発かの違いで値段が倍以上違うという状況もありますので、こここのところは取り組むべき重要な視点となっております。

もう一点が複数の種類の薬をもらっている多剤投与の問題です。患者さんが複数の医療機関に行かれるたびに薬をもらわれているという状況で、後期高齢者のレセプトで調べましたが、約7割の患者さんが5剤以上の薬をもらっています。なかには25剤以上の薬をもらっている人が1,356人いるということでございます。薬をたくさん飲めば飲み合わせによって健康面への影響も懸念されているところでございますので、こういったところも取組の必要などところでございます。

また、38ページのグラフでございますが、複数の医療機関に行っておられ、全く同一の成分の薬をもらっているという方も4%前後いるというデータでございます。

このようなことに鑑みまして、対策でございますが、後発医薬品の使用の促進につきましては、まずは情報とか知識といったものをPRしていく取組を39ページの上半分にかけております。

また下半分の取組でございますが、各保険者から、後発医薬品利用との医療費の差額を通知しているということです。

今まで国保では市町村ごとにやってもらっておりましたけれども、来年度からは、(仮称)国保事務支援センターで一括的にやってはどうかということを、検討しているところでございます。

また、次は多剤投与の取組です。世の中でよくポリファーマシー対策と言っておりますが、今までいろいろ説明してきましたけれども、これはレセプトデータ等を用いて分析しております。レセプトデータ等を用いますと、一人の方が複数の薬をもらっている状況等が把握できるわけでございますので、複数の薬をもらっている方に、複数の薬をもらっていますよ、薬局に行ったら相談されたらどうですかという個人への通知を、今年度は生駒市内で実施しようという取組でございます。

このような取組を進めようと思うのですが、41ページは実例です。例えば、大和郡山市でもこういう取組を行なって効果が見えてきたという実例を紹介しております。

左側の例でいきますと、95歳の女性でございますが、5カ所の病院と診療所に行かれています。薬代が8万3,000円とかなり多くなっております。複数行かれており、薬をいっぱいもらいますが全然飲めないで家に置いてあるという残薬がございます。残薬があるのに病院に行ったら新たにもらうという繰り返しになりまして、そこを薬局に相談され、今まである残薬を見ますと、新しくもらうものを2万3,757円削減できたと。また、薬の重複で2,451円削減できたというような事例があるということでございます。これは非常に分かりやすい例かなと思っております。

42ページは国保県単位化にあわせた事務処理統一化の説明でございます。これは国保の協議をさせていただいている場で説明しておりますので、本日は省略をさせていただきます。

44ページは、医療費の適正化に向けた課題ということで今まで説明してきましたけれども、その課題の整理をしているページでございます。医療費は、今まで見てまいりましたように、各種の地域差が生じておりますので、こういった要因を分析し取組を進めていく必要があると

というのが1点目でございます。2点目はやはり人工透析が非常に高額になっていたという視点から、糖尿病の重症化予防が必要だという指摘でございます。3点目は生活習慣病予防です。特定健診の受診率の格差は3倍ほどありましたし、保健指導の差はもっとありました。こういったことはすぐできる対策だと思っております。4点目、保健師さんの活動はやはり重要でございます。人数という部分で、なかなか課題がありますけれども、そういった場合には共同化というのが一つの糸口だということをご指摘させていただきます。5点目でございます。薬の対策ではジェネリック（後発医薬品）の使用拡大、多剤投与の対策が重要だと考えております。一番最後でございますけれども、これらの取組については費用対効果を踏まえつつ、地域の実情によって対応していただきたいという課題を整理いたしました。

続きまして、介護費の説明にまいりたいと思います。46ページのグラフは奈良県の介護費の総額の推移ですが、これも右肩上がりになっております。かなり上がってきておりまして、介護の保険料も每期每期上がってきている状況です。一番下のところに具体的本県の一番高いところと低いところのデータをあらわしておりますけれども、倍以上の差がございます。都道府県単位でも沖縄県と埼玉県といったところで、このような格差が生じている状況でございます。

47ページは、一人当たり介護費の全国状況です。その中の奈良県はどうかというグラフでございます。介護費も医療費と同じように全国平均の少し下という状況でございます。一番右端の大阪府が全国一高いということになります。下の表が一人当たり介護費を引き上げたり引き下げたりしているサービス別の要因をあらわしている表です。上の表と都道府県の並びが違っておりますので見にくいのですが、奈良県が真ん中右ほどにあります。その左隣二つ目が大阪府でございます。大阪府などを見ると、この緑色がぐっと上に引き上げている。いわゆる在宅でのサービスが引き上げているということが見てとれます。

次が県内の市町村ごとの介護費の分析です。これは年齢調整をした後でございますけれども、大きいところ、小さいところで1.7倍の差ができております。下がその引き上げ引き下げの要因分析ですが、本県では大阪府と違いまして濃い青、つまり施設が引き上げているというような分析になっています。

次が要介護認定率の状況でございます。我々、介護の認定率は介護費に大きく関連しているということで注目しております。この認定率につきましては、県内の市町村で2倍近くの差ができております。今後、こういった辺りはさらに詳しく分析することが必要かと思っております。

今、介護の認定率の相関の話をしていただきましたけれども、50ページは、介護費と要介護認定率の相関です。全国でも奈良県でも相関があるということが見てとれます。要介護認定率が伸びれば介護費も伸びると、この辺の相関があるということです。

ちょっと要介護認定率にスポットを当てて説明しますと、市町村の状況というのが54ページにございます。10歳刻みの年齢で、それぞれ市町村ごとに認定率がどうなっているのかという表でございます。市町村のところで、赤く囲んでおりますのが全国平均よりも上回っているところなんです。三つの段階とも上回っている市町村がございますので、こういったところの要因分析も必要かなと思っております。格差ができていているという状況ですね。

認定率の話の続きですが、55ページのグラフは、高齢化と認定率の関係をあらわしております。右上にありますように、一般的には高齢化が進んでいくと認定率も上がるという相関があるわけですが、この大きいほうのグラフを見ていただきますと、水平に引いてある赤い横線の上側が全国より高齢化が進んでいるところです。それから、縦に緑の線がありますけれども、ここから右側が認定率が上がっているということです。これを見たときに、点々で赤く括っております大分県ですとか徳島県が高齢化に反して、認定率が下がっている顕著なところがございます、やはりこういったところは先進的な取組をやっているのではないかと、大いに参考にすべきではないかということで注目している点でございます。

同じことを県内の市町村でもやっております。大分や徳島ほど大きくはないのですが、やはりこのように赤で囲まれる市町村が出てきております。一部の市町村に聞いたところ、介護の認定には更新というタイミングがございます、更新申請に来られたときに今まで介護サービスを利用されていない方に対して介護サービスについて丁寧に説明されていると聞いております。そういったことでもこのような違いが出てくるのかなというところでございます。

先ほど大分県を取り上げましたけれども、57ページは大分県の取組でございます。

大分県ではどんなことをやっているのか、非常に興味深かったのですが、まず最初に言われましたのは地域ケア会議の充実ということでございます。これは5年ぐらい充実させてやって効果が徐々に出てきているということでございますが、地域ケア会議に理学療法士とか作業療法士、このようなりハ専門職の人に入ってきたとき、ケアプランを作るときに、相談とか助言を行なう。また、ケアプランに基づく介護予防、生活支援のサービスに対しての評価とか検証を行なって、必要に応じてケアプランの見直しの提言をしたり、こういうふうにはケアプランのPDCAを回しまして、質を上げていることが功を奏しているようでございます。

58ページは大分県の取組、平成24年度から強化してきておるところでございますけれど

も、先ほど申しましたように、5年ほどでこのような効果が出てきているというところがございます。

奈良県の市町村でも先進的な取組をやっておられますので紹介いたします。

生駒市におかれましては、高齢者の状況に応じまして集中介入期、移行期、生活期と分けて体操などの教室の場を設けておられます。3カ月ぐらいの期間でステップアップしながら実施しておられます。また、教室の卒業生が担い手となって活躍するというのがポイントだということがございます。

また、下には高齢者の通いの場の創出ということで、平成27年度から3つのモデル市町村で始めた取組でございますけれども、平成29年度は21市町村に拡大予定でございます。これは県内の状況でございます。

続きまして、これは全国の状況でございますが、介護予防等、介護の状況になる前からの取組も大切だというエビデンスでございます。ボランティアグループへの参加の割合が高いほど認知症のリスクが低くなるというような報告です。

また、次のページは趣味やスポーツ関係等のグループへの参加の割合が高いほど、鬱や転倒のリスクが低くなるというような報告もでございます。

それと62ページですが、要介護認定率と各種指標の相関について8つのデータの分析作業を県で行いました。

1番と2番は前期高齢者、後期高齢者で分けておりますけれども、単身世帯割合と要介護認定率の関係でございます。奈良県では相関が出ていませんが、全国では緩やかな相関があるというものも出ています。これは分母が多いから相関が出ているのかと思われれます。

それから、就業率と要介護認定率ですね。これも同じように全国では緩やかな相関があるということです。

4番目です。所得段階3以下の割合と要介護認定率です。所得段階3以下というのは世帯全員が住民税非課税になるようでございますけれども、このところは相関が出ております。

5番は健康寿命と要介護認定率。これは緩やかな負の相関ということになっています。

平均余命と要介護認定率は相関が出ていません。

あと、奈良県のデータですけれども、BMI25以上の割合と要介護認定率は女性では緩やかな相関があります。

また、一番最後、喫煙率と要介護認定率は相関がないというような、この辺のデータも出ております。

介護給付の適正化に向けての課題ということで整理させてもらっております。今、説明してまいりましたように、介護費につきましても各種の地域差が生じています。この要因を分析することで取組のヒントになるというのが、まず1点目でございます。2点目が何といたしましてやはり先進的な事例ですね。先ほどの大分県の例、また県内の市町村での先進的な事例がございますけれども、それを取り入れていくのが解決に向けての一つの手法だということでございます。

続きまして、地域包括ケアの話題に移ります。この65ページの表は、前回の市町村長サミットでゲストスピーカーの唐澤さんが示された表でございます。在宅から急性期、回復期、慢性期、介護と、このように全部つながっているという指摘でございますが、左上に赤字で示しておりますように、医療と介護というのは自動的にとはつながらないので、つなげる仕組みが必要というご指摘もございました。

66ページは退院調整ルールを説明している資料でございます。入院している高齢者の方が安心して退院し、住み慣れた地域で暮らしていただく仕組みをつくるためには、入院時から退院した後の場がどのようになるのかということをお打ち合わせを進める、このような退院調整ルールの策定が必要だという資料でございます。

67ページは平均的なものを試算したデータでございます。退院調整ルールが整わずに退院が遅れた場合、患者さんの医療費はどうなるのかということをお試算してみました。上のほうが入院が1日延びた場合の経費、下のほうが在宅で介護サービス等を受けた場合の経費ということで、これは一般的な例ということでご理解いただきたいと思いますが、2万4,160円の差が出ております。

68ページは、先ほど触れました退院調整ルールの策定状況でございます。本県では、東和医療圏で一番先進的に取り組んでいただきました。その後、取組が進んできておりまして、今年度、また来年度の予定も入れますと、このように県内各地で色が付いてきております。白地になっているところがわずかになってきているという状況でございます。右側のところでどういう状況か赤字で書いていますように、東和医療圏では確実に退院調整率が上がっている状況を示しております。

また、69ページは退院調整ルール以外の先進事例ということで紹介させてもらっております。宇陀市では包括ケアの関係者を広く入れまして全体構想をつくられました。その際には市民の意識調査もやって、構想の中には5年間の具体的な数値目標を入れられたというところでございます。

また下のほうでございますが、医療と介護を密接に連携したあんしんセンターの運営を行なっておられるという例でございます。

右側のほうが三郷町の例でございますけれども、三郷町では認知症の初期集中支援チームを県内で一番先に立ち上げていただいたところでございます。家族なりサービス受給者の方が、認知症の疑いがあるが、どこに相談していいのかわからなかったり、認知症を疑われるものの初期の対応が遅れて重症化するケースが多かったりということから、こういう初期集中支援チームというのはニーズが高くなっています。現在、県内で17カ所の立ち上げになっておるわけでございますけれども、今後はやはり支援チームの機能の強化が課題というふうになっております。

70ページは受け皿のほうでございます。地域包括ケア、地域に出してもやっぱり24時間お願いできる場所というのが非常に心強いということになります。24時間の支援をしていただける場所ということで、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、定期巡回、小規模多機能型居宅介護事業所等々がございますけれども、現在の設置状況は市町村別にこのようになっております。やはり市町村で格差が大きいということがあります。

このようなところから地域包括ケアにつきましては、単に市町村単位というのではなくて、最適な地域の設定というのが必要かなと見てとれるところがございます。

71ページは在宅医療の状況でございます。各地域によって65歳以上の人がどれだけ在宅医療を受診しているかということでございますが、地域差があらわれている表でございます。

72ページは訪問看護ステーションの調査でございます。奈良県の地図がありまして、赤い点が訪問看護ステーションということでございます。県内で密になっているところ、粗になっているところがこれを見るとよく分かるかと思えます。

今回、いろいろ調査をいたしまして右のほうにその調査結果をまとめております。右の上でございますが、訪問看護ステーションの方がサービスに向かう時間です。青で濃いところが15分以内、その上の水色のところが15分から30分ということで、地域によって差もありますけれども、おおむね30分以内のところでは活動しております。

また、真ん中のグラフでございますけれども、本県の訪問看護ステーションは職員さんが5人未満のところは70%程度ある。それから、実際にいろいろお声をお聞きしますと、ニーズが多いものですから、ステーションを大規模化したいという声はかなりあります。

しかし、なかなか看護師さんが見つからず確保できないというような声は下の表でございます。人材の確保ができないという声が非常に大きいというところがございます、そういった

ところは県としても大きな政策課題かなと捉えております。

73ページはアンケート調査の中で市町村もしくは地域包括支援センターと連携してよかったこと、また望むことについて意見をいただいているものでございます。どちらも困難事例に対する介入が挙がっております。訪問看護ステーションでお宅に向かいましたも、真ん中の青いところに書いていますように、老々介護とか独居の高齢者がいたり、ごみ屋敷になっていたり、アルコール依存症の人がいたり、精神疾患の人がいたりということで、なかなか在宅のサービスが順調にできないといったときには、市町村の方と連携することによって成果が上がっていくということで、非常に強い声があったということをご紹介させていただきます。

最後に地域包括ケアの構築に向けた課題ということでまとめております。

地域包括ケアについては、地域の実情に応じたシステムの構築が必要になってまいります。標準型というものがなかなかないのかなということでございます。具体的には地域にいろいろな資源がありますので、その資源がどのように機能しているか、そういったものの需要と供給の実態把握を行なう、その上で地域ケア会議をどのように充実していくのか、地域包括支援センターの機能をどのように強化していくのかということを考える。そして、それぞれの地域、先ほど申しましたように、最適な範囲の設定した上で体制整備について考えていく必要がございます。

長々と説明してまいりましたが、最後の課題の整理のところでございます。76ページでございます。取組の方向性ということで整理させてもらっております。

上のほうが医療費・介護費の話です。何度も申し上げておりましたように、地域差について要因解析を進めて、そこから取組の糸口を探っていく必要があると。真ん中のところ、地域包括ケアでございますけれども、地域に合ったサービスというのを探っていく必要があります。

3番目、冒頭申しましたように、介護分野は主に市町村が主体、医療分野は主に県が主体になりますが、両者の関係性は強いことから、互いの分野について理解を深め連携する必要があるということでございます。

それから、進め方でございます。上のほうに「現状の把握・分析・見える化」と書いておりますけれども、今後も引き続きこのような機会では情報の「見える化」を進めたいと思っております。県内の市町村の方々と情報を共有し、施策の企画立案を行い、施策の実行となるわけでございますけれども、実行の段階においては市町村ごとの実施、複数の市町村の共同実施、県下の一律実施とさまざまなやり方があるのかなと思っています。また、評価、見直しによりまして、その質を上げていくことも必要ということを記載しております。

最後になりますけれども、今年度進めております県の関係計画ということで再び記載させてもらいました。また、一番下にあります関連の取組ということで、全国知事会に荒井知事が中心となりまして地域医療研究会を設けております。そういった場で医療・介護の一体的取組について、全国の都道府県との意見交換、それから先進事例の情報交換を行なって本県の取組を充実させる、また皆さんに情報提供を行いたいと思っておりますし、また関係分野の専門家の方からご意見をいただく有識者会議を設けて奈良県の取組に反映させると、このような取組も県では行なってまいりたいと思っております。

私の説明は以上でございます。長くなりまして申し訳ございません。（拍手）

【司会】 ありがとうございます。

今、岡野審議官より社会保障分野の「奈良モデル」としての医療・介護の一体的取組についてご説明申し上げました。今の説明を踏まえまして、これから各テーブルで各市町村が抱える課題、また課題解決のための医療・介護分野の一体的な取組を推進するための具体的取組につきまして、今から30分程度意見交換していただきますようお願い申し上げます。後ほど話し合われた内容につきまして、各テーブルを代表してどなたかに発表していただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

また、報道機関の皆様につきましては、意見交換中のカメラの移動はお控えいただきますように、自席でご取材いただきますようによろしくお願い申し上げます。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

（意見交換）

【司会】 意見交換の最中とは存じますが、各テーブルで意見交換されました内容をこれからご発表していただきたいと思っております。

1番テーブルの皆様の方からよろしくお願いいたします。マイクを通して、お願い申し上げます。

【上田大和郡山市長】 1番テーブル、大和郡山市の上田でございます。ここは奈良市、王寺町、安堵町、平群町、それから三郷町で議論をしました。

1点目です。西和7町でこの西和医療センターを中心に地域包括ケアをやろうということで立ち上げておられるようですけれども、一つは医師会の温度差ということと、もう一つは県の保健所のエリアが郡山保健所と中和保健所ということで二つになるんですね。そういう保健所のエリアとのずれというもの一つは一つの課題ではないかというご意見でした。

それから、西和7町それぞれの町で通う病院も電車の経路によってさまざまですし、その辺

のことからエリアとしては広いのかなと、そんなご意見がありました。

それから、次に薬のことで話題になったのですが、ジェネリックなどが非常に効果があらわれやすいので、取り組みやすい事業の一つではないかということ。もう一つは、高血圧の原因というのは薬ではないのかと。降圧剤、血圧が上がったときに、確かにお医者さんは簡単に降圧剤をくれるケースが多いようですけれども、食事療法をとるのか、降圧剤を飲むのか、それが医療費の分かれ目ではないかと、そんな意見がありました。

昔と違って、今の病院、クリニックのお医者さんは、仕事する場と住居が離れているケースが多いということも、地域医療にとってはマイナスになっているのではないかと考えています。

これも予防になるでしょうけれども、外へ出て集まること、あるいは気楽に集まれる場づくりということが非常に大事ではないかと。三郷町がデマンド交通、乗り合いタクシーを実施しておられますが、行き先はほぼ全て病院であるということで、そういう経験を踏まえて集まれる場づくり、その中にラジオ体操など、本市でもやっておりますけれども、気楽に集まれる場づくり、健康づくりとコミュニティづくりという両面があると思いますけれども、そんなことが必要ではないかという意見がありました。

あとは、後期高齢者医療広域連合と県とが双方で予算を出し合っていて、共同事業をやっていますけれども、これは半分宣伝ですけれども、その中で出てきたのが口腔内の健康、口の中の健康が体全体の健康へものすごく大きな影響を与えているということです。誤嚥性ナラン体操というのが誕生して、今、奈良テレビさんでも放映をしてもらっているようですけれども、出前の体操教室などもありますので、私も関係している一人としてぜひこういう出前教室もご利用いただければと思います。

最後にもう一点だけ。これは郡山の市内にある民間の施設が非常に熱心でして、それは何に取り組んでいるかということ、要介護度は改善できますよという運動です。

例えば、要介護度5から4に改善できますよと。そのためには何が必要かと言ったら、例えばトイレに手すりを付けるとか、さまざまな工夫をしておられて、これに合わせて本人の意欲が重要です。この二つが合わさると要介護度は改善できるという運動を進めておられます。

実は施設には大きな矛盾がありまして、要介護度が5から4になると国からの補助金が減ると。だから、よくなったら施設に対する補助金が減るという大きな矛盾がありますよということで、このことはその施設と一緒に去年、国へ伝えた経緯もありますけど、民間の施設にさまざまなノウハウが今あるということで、そういうノウハウもしっかりと連携をしながらともに

進むという視点が私どもには必要ではないかなと、そんなことを思いました。

以上でございます。（拍手）

【司会】 上田市長、どうもありがとうございました。

続きまして2番テーブルの皆様、どうぞよろしく願いいたします。

【森川明日香村長】 ご当地ということで明日香村の森川でございます。当テーブルは生駒市、葛城市、五條市という市域と曾爾村、上北山村、明日香村で村、町がおりません。市と村というところで議論させていただきました。

今日、まずデータをたくさんご説明いただきました。これは使えるものがいっぱいあります。県しかつけれないデータというのがあって、全国の比較であったり市町村間の比較であったり、こういうものは非常に使わせていただきやすいなと感じております。小紫市長がおっしゃっていたのが心に残っていて、「一生懸命努力して数値改善したと思っていたが、ど真ん中ぐらい。ものすごく改善したんだけど、やっぱりもう一頑張りせなあかん」と。こういうことは満足して終わってしまうので、データを客観的に見る努力が要るんだろうなと思いました。これが一つです。疾患別のデータの話であったり、いろんなデータのお話が話題にあがりました。

二つ目としては、保健師の存在が今日、かなり浮き彫りになったし、事例としてあったんだろうと。小紫市長の言葉ばかり借りたらあかんのかなとも思いますが、生駒市にはスーパー保健師がおられるそうです。皆さん、見に行きましょう。そのスーパー保健師がいろいろな保健活動に取り組んでいただいたということがあって、先ほどからたくさん具体の先進事例が出ていましたよね。五條市がおもしろいことをおっしゃったのは、「うちは保健師は結構人数いるんだけど、問題は意識や」と。やっぱり意識、気持ちをどうやって持っていただくのかということが非常に大切だなと感じます。

ただ、小規模な村、3村の立場からいいますと、いろいろな施策をいろいろな人が、保健師、看護師、医師、理学療法士、何々士と言われてもなかなかできないものがあるので、総合的に何かやれるような仕組みというのを考えていけないといけないというようなことが村、あるいは村側に立っていただいているんだと思いますが、地域振興部長からもありました。こういう視点というのがきっと要るんだろうと。看護のことも介護のことも一緒になって議論できる、逆に言うといろいろなことのできる人、あるいは我々もそういう考え方で取り組まないと、とてもじゃないけれどいろいろな分野のいろいろな施策を、何十人もかけてできませんから、何人かのできるスキームというものが要るんだろうなという議論もございました。

三つ目は葛城市長から出てきた話ですけれども、本当に介護保険が今後のことを思うと非常

に不安だということです。介護保険に関して、ゆうあいステーションというのがもともとあって、それを復活するという作業に取り組もうとしていると。これはほかの事例でも出てきたのですが、民間の方、もともと介護をされる側になった方、あるいは介護が必要な入口に入った方々がまた元気になって介護する側に回っていただいたり、もともと介護を今までしてきた方々が今後も取り続けていただくというのは非常に大切だと。ただし、非常に高齢化してくる。そこをちゃんと循環していくような仕組みは、聞いていて確かに必要だなと思いました。

特に市長さんたちの話のほうが専門的ですから、五條市は今、5,950円、私ども明日香村は5,000円でございます。ちょっと安いほうですが、これが将来、8,000円に上がっていきだろうと、本当にそれはお金をいただけるのかというのは真面目に考えなくてはいけないことだと思いました。

今、申し上げたような幾つかのことがありましたが、知事がまとめていっぱい話をされたので、これは後で知事がおっしゃると思いますが、我々の小規模なところ、あるいは本当に深く踏み込んでいただくところと一緒に議論していただくというのが、我々にとっては非常に勉強になると感じたところでございます。

ご清聴、どうもありがとうございました。（拍手）

【司会】 森川村長、どうもありがとうございました。

続きまして3番テーブルの皆様、どうぞよろしく申し上げます。

【岡下大淀町長】 3番テーブルは吉野郡の3町3村でございます。よく似た町と小さい村が基本でございます。

たくさんの資料、ありがとうございました。今回の社会保障の「奈良モデル」、医療・介護の一体的取組に向けて、何が目的なのか、何を目指しておるのかといいますと、私はこれは皆さんの意見は一致したわけですが、知事がいつもおっしゃっておられます健康寿命日本一を目指しているということで、健康余命も含めて健康寿命を日本一にしたいがための内容だと思います。

また、それと同時に医療費の取組、これだけどんどん医療費が膨れていく中で何とかそれを抑えようとするという目的だろうと思います。それに向けての今日の資料を見させていただきますと、各町村別にいろいろなことがデータ比較されておりますけれども、できたら事項別に、自分のところではあるかもしれないですけども、その町村で出していただけたらありがたいというのがありました。

それから経年的に見ていくのも大事です。といいますのは、このグループの中には天川、黒

滝、大淀、そして下市というところは分母が小さくすぐ変動があるので、経年的に見ていくのも大事ではなかろうかと。小さい人数の町村ではそういうふうを考えております。

おかげさまで私たち、五條市を含めて吉野郡の3町8村の中でやっておりますのが南奈良総合医療センターの企業体なんですけれども、医療費の削減のほうから見ますと、この病院ができたおかげで皆さん、集中して行って外来も入院も頑張ってくださいしておりますので、複数の医療機関にかかれるというのがかなり減ったのではなかろうか。これは私の私心です。そのためにもこの多剤投与というのは減っています。病院、あるいは施設ができると医療費・介護費が上がるという傾向があるんですけれども、この病院ができたことによって医療費がぐっと上がるということが見られないというのは非常にありがたいという考えがあります。

それと、十津川村は大水害によって大変な目に遭いましたけれども、その中で今、高森のいえというコンパクトシティの考え方によって、こういうふうなことができると全ての面がうまくいくんじゃないかという話も出ました。

それから、1番テーブルで郡山市長がおっしゃいました口腔ケア、私は専門家ですけれども、南奈良総合医療センターには口腔外科がございます。この口腔外科はなぜできたかといいますと、これは県立医科大学の桐田教授が言われまして、しっかり口腔ケアをすることによって悪性腫瘍なんかのオペの前後できっちりやっておくと、入院患者の入院日数が1日、2日と減るというエビデンスが出ているということもありまして、付け加えさせていただきます。

もう一つ、病は気からと申します。ですから、気分をよくするというのは町における文化を豊かにする、それが私は健康寿命を伸ばす一つではなかろうかと。そのためにも今年の国民文化祭は非常に意義のあることだと思っておりますので、能楽を中心によろしく願いいたします。

以上でございます。ありがとうございます。（拍手）

【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4番テーブルの皆様、どうぞよろしく願いいたします。

【中野宇陀副市長】 4番でございます。宇陀市の副市長の中野といいます。野迫川村、東吉野村、下北山村、川上村を代表して発表させていただきたいと思っております。

まず1点目は山間部では人口が非常に少ないということで分母が小さいので、一人の重症患者が出るだけで医療費として影響が非常に大きいと。そういった意味で経年で見ると必要があるのではないかというご意見がございました。それと早めに診察といいますか、治療に行けば早期発見で重症化予防につながるんですけれども、山間のほうではなかなかいかないと。結果的

に重症になってからいくということで医療費がかさんでいるということと、夜間休日に病院に行かれる方が結構多いということで、医療費の負担が増えているということでございます。

それと、要介護認定率が高いのは、できるだけ早めに認定を受けて住宅改修などを行なうということが野迫川村の村長のご意見でございますけど、その結果、野迫川村では骨折も少ないという効果も出ているということでございます。また、早めに田舎のほうでは認定を受けておくということが、いざというときに使えるということで、そういう結果として認定率が高くなっているということでございます。

それから別の話でございますが、保健師の役割は非常に重要でございますので、保健師を募集してもなかなか来ていただけないので、県も含めた共同化の採用に期待をしているということでございます。

それと、村の場合でございますが、診療所や医師と保健師の結びつきが非常に強いと、後々、保健指導がしやすいということで、医師と保健師の役割が非常に強いということでございます。

もう一点、保健師やコミュニティナースなどが役場の中ではなくて、どんどん外へ出ていくことがこれからは極めて重要であるというご意見もございました。

それと最後でございますが、介護予防や住民サロンなど、参加する人は基本的に元気な人です。家に閉じこもる人をできるだけ外に引っ張り出すような、参加していただくような仕組み、仕掛けが大事ではないかという意見がございました。

以上でございます。（拍手）

【司会】 中野副市長、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。

【森下樞原市長】 5番テーブルでございます。樞原市の森下でございます。うちは香芝市、広陵町、御所市、大和高田市、高取町でございます。広陵町、香芝市は高齢化率が低いところでございます。それに比べると高田は30%にいてない。御所、高取はいておりますので、そういう地域差があるテーブルでございます。

その中で血圧が高い、あるいは糖尿病がある、これが一番疾患にはつながってきて、将来、透析が必要になってしまうということで、この病気をやっつけたらいいのではないかなど、そういう話が出てまいりました。病気と付き合っていくためには、いろいろ考え方はあろうかと思えますけど、やはりお薬をちゃんと飲んで、そして食事もしっかりと考えてというのが普通でございますが、薬に対してちょっと違和感を持っておられる方々もたくさんおられると思いますので、その点、高取町長から、あるいは御所市長からお話があったのですが、漢方薬をもつ

と使おうじゃないかと。漢方薬は副作用が非常に少ないといいますし、そしてそれによってもっと自分たちの体を助けてあげようじゃないかと。植村町長は「大和当帰とか芍薬も血圧とか糖尿病に効くのではないか」ということをぼそっとおっしゃっておられましたので、こういうお薬を奈良県としては、せっかく農業試験場が新しくなりましたので、そこで漢方薬についていろいろ研究をしてもらって、奈良県版、「奈良モデル」としての薬をどんどんつくっていたらいいのではないかなど。そして、我々市町村はそれを売っていこうと。それで、血圧が下がってくれば、血管の老化が抑えられ、数字としては上がってくるように思います。

そんな方向をこのテーブルではぐちゃぐちゃ言いながら皆さんのご意見を伺いましたので、どうかその辺、また知事からの総括をお願いしたいなと思います。

それと、奈良県は健康寿命が非常に伸びているという話も出ました。男子は特に3位になったそうでございます。長野県の1位を目指してきたんですけども3位になってしまった。これの原因はちょっと分からないんですけども、この調子でいきますと1位になるのも間近じゃないかなど。そのときに、健康寿命が伸びたらいいんですけども、高齢者になってから高齢者のモチベーションをどのように上げていけばいいのか、90歳になってもモチベーションさえしっかり高まっていれば、健康であればそれは幸せなんですけれども、やっぱり医療にかかりきりになったり、寝たきりでいろいろな人でお世話になったりして、また本人のモチベーションがないのにもかかわらず、そこで生命が絶えない状態というのが今の状態としてはちょっと辛いものでありますので、その辺もいろいろなお話の中には出ておりました。

それから、奈良県はやっぱり幸せな国柄でありまして、病院の数も診療所の数もそんなに多過ぎず少な過ぎずという地域でございます。また、医療の質もそんなに高くはないけれども、低くはないという地域であります。

ただ、先ほどもお話に出てきましたように、いろいろな業界同士の結びつきが内向的なもので、なかなかうまく結びつきづらいという国柄がございます。医療、福祉、薬、看護師さんの業界のつながりをこれからはしっかりとやっていかなければいけないというのが、我々テーブルの最後の答えでございました。

以上です。（拍手）

【司会】 森下市長、どうもありがとうございました。

最後に6番テーブルの皆様、よろしく願いいたします。

【森田三宅町長】 6番テーブル、三宅町長の森田でございます。

こちらのテーブルでは上牧町と河合町、川西町、そして斑鳩町でさまざまなお話をさせてい

いただきました。6番テーブルということで発表しようと思っていたことが前のほうで次々と出てきまして、何を発表したらいいのかなと思うのですが、やはりそこは各テーブル、この問題で共通の課題というのをしっかりと認識、共有しているのかなというふうに感じました。

その中でも6番テーブルでは、さまざまな危機感を持って取組を各市町村でしているんですけども、その取組に対して関心がない、出てこないという人たちに対するアプローチというのが非常に大切ではないかと。そこに出てこない人の情報を把握し、早期に重度になる前に対応することで医療費や介護費というのを抑えていけるのではないかとというご意見がありました。

共通して言えることは、早期に、軽度のときにしっかりと見つけて対応していく、そして支え合いながら対応していくということが大切ではないかということで、ご意見が出ていました。

簡単ですが、以上で報告を終わります。（拍手）

【司会】 森田町長、どうもありがとうございました。

最後に知事から総括をよろしく願いいたします。

【荒井知事】 いろいろありがとうございました。今の時点でちょっと気づいたことをまとめて申し上げます。

我々の取組の背景といたしましては、高齢化と人口減少が同時進行していることがございます。これにどう対応するかという社会保障の面での対応であることは間違いございません。

その中で医療については急性期、高度急性期などを中心に県が大きな責任を担っておりますので努力してまいりましたが、今、医療の前すなわち予防と、医療の後すなわち回復、リハビリあるいは在宅ケアといったようなものが大事になってきていると思います。

それらについて今の時点で何をすべきかということは明確には書いてございませんが、2ページ目で平成29年度、今年度にいろいろなことをしなくてはいけないと書いてございます。保健医療計画という提供計画は国でガイドラインをつくってということが進んでおりますが、ガイドラインが出てからつくるのでは遅いのではないかと感じがあります。あるいは、高齢者福祉計画及び介護保険事業支援計画、それと医療費適正化計画、ちょっと書いてございますが、国保の県単位化、診療報酬、介護の報酬の同時改定、大事な点でもありますが、療養病床は駄目だよというのも、全て30年度からスタートいたしますので、県の三つの義務計画においては包摂的な計画として作成できたらと改めて思います。統合的に関連した計画としてつくり上げることができたらと思っております。

そのときに、義務ではございませんが、先ほど申し上げた医療の前後になりますと、医療と

介護の一体性を持った計画にするにはということで、県だけの計画ではなく、市町村計画がアタッチされるような計画になれば、包摂的、包括的な計画になるのかなと思います。そのような計画の方向で進めてもいいならば、県で素案的なパターン化をして、市町村計画をそれぞればらばらでもいいのですが、市町村のやりたいことを中心に当てはめるよと。県全体としてはそれを積み上げというよりは、全体の目標、行動をはっきりさせるといったような、「奈良モデル」的な計画としてつくることができたらどうかと多少考えておりましたが、今日、いろいろお話を聞いて、もしそういう方向で何か考えろということでありましたら、計画の素案をつくって秋にでも皆さんにお諮りして、全体としてまとまった計画と、県と市町村が一体となつてつくった計画、保健医療計画ということであっても、市町村の部分は今までは多少書き殴ったというか、おざなりに書いたものが通例でございますので、それは市町村ごとの計画をアタッチしてもらおうといったような計画にしてもいいのかなというアイデアもございまして、とにかく何かつくってみるとおっしゃっていただければ、そのように努力して秋口にでもそのような考え方、素案を提示することができたらと思います。

そのような計画というのはどういうものであるのか、イメージがまだ湧かないと思いますので、計画の内容は大淀町長が言われました健康ということが一番の成果目標でございますが、念仏のように唱えていたら達成できるものではございませんので、成果の目標のほかに、健康ですから基本的に県民の方が実行しないといけない計画になるのですが、我々がそういう計画を強制するわけにいきませんので、そういう健康行動を促す行政の行動計画、行動目標が要るのが常でございます。コード・オブ・コンダクトと言われる県の行動と市町村の行動の目標をそれぞれ書いていくと。

これは市町村の行動目標はもちろん強制ではございませんで、県はこのようにしますよという行動目標を計画の中に入れていくわけでございますが、市町村の行動計画、行動目標もアタッチしてもらおうということも可能かというふうに思ったりいたします。

計画全体の体系的な話でございますが、その中で具体的なアイデアが今日たくさん出ました。その中で忘れないうちに申し上げるものでございます。順不同でございますが、地域別の生活習慣の改善というのは、地域差があるということでございますので、地域ごとの目標をどうするかと。地域の生活習慣改善というのは、どうもおいしいものを食べて、運動して、機嫌よく楽しいことをしていれば健康になるような気はするんですけども、そのようなことだけ言っても駄目でございますので、どのような具体的な指標で見えるような計画、生活習慣改善の目標になるのかというのが計画的になるポイントであるようにも思います。

その中で順不同でございますが、長野県と比較すると保健師の活用、活動の差が大きかったわけでございますので、保健師が十分いるところといないところ、また保健師が活躍されているところとそうでないところといろいろありますので、保健師の活用というのは、県の保健師も市町村の保健師もおられますが、保健師にどれだけ頑張ってもらおうのかというの大きなポイントのように思います。

もう一つは、ジェネリックの活用と多剤投与の防止というのは大事なことでございます。それと関連もいたしますが、高齢者の入院というのが大きなポイントであるように今日の資料では出ておりました。ちょっと卑近な言い方をいたしますと、稼ごうとする医師とか病院をどれだけ抑制するかといったことにもなるかと思えます。どのようなやり方でチェックするのかと。医師が、この薬要るよと言われると、どうしても患者は、いや要らないよと断れないので、多剤投与になる傾向があり、患者が持って捨てるだけでございますので、それをどのように適正化するかという課題もあろうかと思えます。

先ほど申しましたことと重複いたしますが、急性期医療はそこそこになってきましたが、地域包括ケアは小さな地域で達成可能だし、またそれしかできないと思えます。そういたしますと、地域包括ケアは市町村内でできるもの、あるいは近隣に広がってやってもいいようなもの、あるいはどちらでもいいようなものというように、地域包括ケアの内容がそれぞれ出てまいります。

例えば、地域の在宅医療支援センターとか訪問看護ステーションのようなものは、県域全体のそういう訪問看護ステーションというのはちょっと考えにくのですが、市町村ごとにつくる必要もないので、複数の市町村にサービスするといった地域包括ケアの拠点をどのように意識するかというようなことが一つあるように思います。

また、地域包括ケアのプレーヤー、先ほどの保健指導がとても大事だと思いますが、保健師のほかに理学療法士とか作業療法士、それと訪問看護師あるいは薬剤師、歯科医師、それに大事なのは一般民間の健康指導を駆り立てるというのも知恵があって、総じて保健指導の地域版というのは大事かなと思えました。

それとケアを達成するには、今日は余り出ませんでした、ICTの活用も有効かと思えます。退院調整の後、健康カードを発行しまして、あるいは健康の情報や薬歴、治療歴がスマホなどに入っておりますと、入院したり病院に行ったりしてもすぐに薬歴、治療歴が分かって、余り言わなくても済むような、ICTを導入するというのがこれからの課題であらうかと思えます。

次、もう一つ出ておりました24時間支援体制についてです。「#7119」は、奈良県で比較的早期に導入していますが、やはりケアに入っても医療に戻られる人は必ずおられますので、24時間の支援で必ず救急で病院に来なさいよというだけではなく、在宅の中でアドバイスを受けて一晩寝ていなさいとか、手当てしなさいといったような「#7119」的なものと、在宅医療の支援センターあるいは訪問看護から随時行かれると、医者は数が少なくても医者が訪問されるかわりに、医者代替の人がいる地域はとても安心でございます。また重症化を予防できるということがございますので、24時間支援体制というのも大事かと思えます。

それと、まちづくりと地域包括ケアを結び付けるというのも今日は正面切った議論にはなっておりませんが、金沢市で地域包括ケアのまちづくりが進んでいる例として聞いております。総じて言えば、いろいろな機能を集約化して、民間の事業がそこに進出してくるということです。訪問看護ステーションだとか医療モールとかスーパーとか老人のカルチャーセンターとか、そういうものが集約して展開しているというイメージでございますが、奈良県では県立病院跡地の平松町にそのような地域包括ケアの集約した町をつくろうかと思っております。他の県内各地でも、県営住宅跡地だとか市営住宅跡地だとか小学校跡地、金沢も小学校か中学校の跡地でそのようなことをされたと聞いておりますので、そのような候補があろうかと思えます。

そこからそのような地域包括ケアの中で、都市部の包括ケアのまちづくりと田舎では違うと思いますが、田舎の健康まちづくりにゴルフ場を利用できないかなとも思っております。健康ウォーキング、散歩道があれば健康になるわけでございますが、ゴルフ場をクラブ持って歩くという風習になってもいいのかなと。空いているゴルフ場の時間帯に田舎のおばさんたちがどンドン闊歩するといったようなことも可能かなと思えます。

受益は今の支援センターあるいは医療などもそうですが、スピルオーバーで近隣にサービスが展開するのが常でございますので、施設型の老健施設などは市町村ごとにつくるということで、どうもたくさんできているところとそうでないところの波があるようでございますので、これからどのようにならしていくかといったような課題もあるように思います。

具体的なアイディアはまだまだいろいろあると思いますが、先ほど申し上げましたような医療提供の適正化、あるいは医療費の適正化などの中で、県計画をできるだけ包括的に、包摂的につくって市町村がアタッチしてもらおうといったようなことで、市町村の目標もそれぞれ自由に決めてもらおうといったような計画の体系、もしそれでもいいとおっしゃっていただければ、そのような素案づくりの努力をして秋にでも議論に供したいというふうに改めて思います。いろいろご意見賜りましてありがとうございます。参考にさせていただきます。（拍手）

【司会】 ありがとうございます。

続きまして、県からの情報提供をさせていただきます。資料2、「奈良インバウンド観光戦略20年ビジョン」の策定について、観光プロモーション課の山中課長よりご説明申し上げます。

【山中観光プロモーション課長】 それでは、「奈良インバウンド観光戦略20年ビジョン」の策定につきまして、説明をさせていただきます。お手元の資料2をごらんくださいませ。

まず資料の7ページをお開き願います。こちらは昨年3月に取りまとめられました「明日の日本を支える観光ビジョン」でございます。そこでは観光は真に日本の成長戦略と地方創生の柱であるとの認識のもと、日本が世界に誇る自然、文化、気候、食という観光振興に必要な四つの条件をフルに活用することにより、目標値といたしまして訪日外国人旅行者数を2020年には4,000万人、2030年には6,000万人、また訪日外国人旅行消費額を2020年には8兆円、2030年には15兆円にするという新たな目標の達成を目指すこととされたものでございます。

これを数字で確認させていただきたいと思っております。4ページをお開き願います。

こちらは、この「明日の日本を支える観光ビジョン」に基づく取組によりまして、2016年に日本を訪れた外国人旅行者の数値をあらわしております。棒グラフでございますけれども、史上初めて2,000万人を超え、2,404万人となりました。折れ線グラフでございますけれども、奈良県でも過去最高でありました2015年を大幅に上回りをまして、対前年比約1.6倍の165万4,000人で行われました。2017年と申しますと、上半期の状況ではございますけれども、昨年比の20%増で推移してございます。このようにインバウンドの勢いはまだ衰えを知らないという状況でございます。

一方で5ページをお開き願います。こちらは国別の旅行者の率でございます。左側が全国、右側が奈良県でございます。

全国平均を見ますと中国が大体26.5%となっておりますが、爆買いでも有名な中国人の割合は、奈良県は42.0%と4割以上を占めておるところでございます。

6ページをお願いいたします。こちらは外国人の入込客数と延べ宿泊数を分析したものでございますけれども、奈良県での外国人の平均宿泊数は全国平均2.89泊、地方圏1.49泊に對しまして、我が県は0.19と、つまり5人に1人しか泊まっていないという数字でございます。

④の外国人観光客一人当たり観光消費額でも同じ傾向を示しております。奈良県の外国人観

光客一人当たりの観光消費額は1.5万円ですが、全国平均17.6万円、地方圏6.1万円と比較して少ないという状況でございます。

そこで1ページのほうに戻っていただけますでしょうか。「奈良インバウンド観光戦略20年ビジョン」の策定でございますけれども、目標に記載してございますが、リニア中央新幹線奈良市附近駅の設置が確実と言われておりますが、20年後の2037年でございます。今から10年後の2027年にはリニア中央新幹線の名古屋・大阪間の工事が開始され、遅くともその4年前の2023年、今から6年後には奈良市附近駅の位置とルート確定のための環境影響評価が開始されるという状況でございます。リニアが開業して、にぎやかになるところをインバウンドの誘致、おもてなし競争に負けないためにも、20年後の奈良県の着地としてのもてなしをどうするかといったことを、今から考える必要がございます。

そこで県と有志市町村が共同でこの「奈良インバウンド観光戦略20年ビジョン」の策定に取りかかり、連携・協働してこのビジョンの実現推進を図ってまいりたいと考えたものでございます。

今後の進め方でございますけれども、既に7月末に県庁内の関係部局によります部局横断的な検討体制を構築いたしました。この体制でビジョンの素案の策定に向けた検討を行ないまして、この秋を目途に市町村長サミットにおきまして素案の紹介・提示の上、有志市町村との協議・検討体制を構築していきたいと考えてございます。県と市町村共同の「奈良インバウンド観光戦略20年ビジョン」の策定は来年度中を目途にしております。さらに、ビジョンの実現推進方策の検討を行ないまして、その後に連携・協働による実現推進体制を構築してまいりたいと考えてございます。

素案の内容でございますけれども、こちらは2ページ、3ページに記載してございます。主要な検討項目の素案といたしましては11項目を考えてございます。

まず1点目でございますが、宿泊施設の質と量の充実でございます。具体的には世界最高水準のJWマリオットホテルなど、上質な宿泊施設の整備や旧奈良監獄のように文化財建造物等の宿泊施設の活用や複合施設における宿泊施設の併設などに取り組むなど、多様なニーズに応えられるよう検討を進める必要があると考えてございます。

2点目でございますけれども、奈良の食の魅力向上でございます。具体的にはN A F I Cによります担い手の養成を始めまして、奈良の優れた食材の一層の品質向上やブランド化によります奈良のおいしい食の創造と発信などの検討が必要であると考えてございます。

3点目といたしましては、総合的な交通体系の整備がございます。具体的には主要幹線のア

クセス体系の実現や域内2次交通体系の構築を検討する必要があると考えてございます。

4点目といたしましては、歴史・文化・自然を活かしました奈良の魅力の向上がでございます。具体的には、奈良の仏像海外展示や（仮称）奈良県国際芸術家村を始めといたしまして、歴史文化資源の活用や整備、また奈良公園を世界に誇れる公園としてブランド化するための検討が必要であると考えてございます。

5点目といたしましては、国際交流の推進がでございます。具体的には豊富な歴史文化資源を有する奈良ならではの文化財保護分野等での国際協力の推進や、大規模コンベンションを含めましたMICEの誘致競争力の強化の検討が必要でございます。

続きまして3ページ目でございますけれども、6点目といたしましてはアメニティ・ホスピタリティの向上がでございます。沿道やまちなかの景観改善でありますとか宿泊施設のクリーンアップ化、接客力の向上など、具体的に検討することが必要でございます。

7点目でございますけれども、滞在円滑化のための受入環境整備がでございます。具体的にはWi-Fiなどの通信環境整備や、多言語によります案内表示の充実を検討することが必要と考えております。

8点目でございますが、買い物の魅力向上がでございます。具体的には地域の特色を生かしました魅力ある商品の開発やにぎわいの創出など、買い物環境の充実を図るための検討が必要と考えてございます。

9点目といたしましては、対外アピール・プロモーションの高度化がでございます。具体的には奥深い奈良の魅力を生かしました特色ある商品造成や政府等の関係機関との積極的連携の検討が必要であると考えてございます。

10点目といたしましては、観光基盤の整備がでございます。具体的には観光に関するデータの収集分析や統計や調査の推進、観光事業者の人材育成、人材確保の検討が必要であると考えてございます。

11点目、最後になりますけれども、このビジョンを実現するため、連携・協働によるビジョン実現の推進方策の検討がでございます。

以上が今考えております主要検討項目でございますが、先ほども申し上げましたとおり、この秋を目途に庁内検討体制によりまして、より内容を進化させまして改めて皆様方のところで紹介、ご提示をさせていただきたいと考えております。その節は何とぞよろしくお願い申し上げます。ご清聴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。

続きまして、「奈良モデル」の取組状況につきましてご報告させていただきます。資料3、市町村納税コールセンター事業につきまして地域振興部の村田部長よりご説明申し上げます。

【村田地域振興部長】 それでは、資料、A3の横長になりますけれども、「市町村税納税コールセンター事業について」をごらんいただきたいと思います。

前回のサミットで、こちらにつきましては既に事業概要ですとか効果について説明したところですが、改めて現状をご説明差し上げたいと思います。

まず1の事業実施の目的というところをごらんください。県全体の徴収率を経年変化でごらんいただけるかと思いますが、平成28年度、これはまだ全国の数字は出ておりませんが、本件の徴収率は95.4%と順調に皆様の徴収努力によって上がってきているということが言えようかと思いますが。

ただ一方で点線ですとプロットを順番に見ていただくと、全国平均に比べると恐らく平成28年度決算ベースでもまだちょっと低いらしく、こういう状況だと思っております。

可能な限り現年度分の徴収をしっかり進めることによって全国平均との差を埋め、さらには全国平均を上回るような状況を作り出したいと考えているところでございます。

このコールセンターの本年度の実施体制について2のところでお示しをしておりますけれども、ごらんの7団体さんにご参加をいただきまして、またオブザーバー参加もいただきまして今、民間の事業者運営業務を委託するという形で進めさせていただいているところでございます。

今日のご希望は、また後ほども申し上げますけれども、来年度につきまして、この7団体さんからさらに参加団体を増やして実施していきたいというふうにご希望のところでございます。その効果等について改めてご説明させていただきたいと思っております。

3のところは昨年度の実績についてお示しをしております左下で、前回のサミットは3月末までの実績でございましたけれども、今回出納整理期間まで含めて5月末までのデータがそこに載っている形でございます。昨年度8カ月間の実績を記載させていただいております。利用しました滞納の税額がトータルで3億円余り、それに対しまして納付につながったのが3,000万円余りということでございますし、一番右にありますけれども、徴収率の押し上げ効果が0.1%という感じかなというふうに見ているところでございます。

こういうデータに加えて右のほうに行ってくださいまして、このコールセンター利用により期待される効果として徴収率の向上のみならず、例えば①にありますように、これが一番大事だと思っておりますけれども、税務職員が本来、徴税吏員としてしかできない滞納整理事務に

専念していくという専門化・集中化ができるというのが大きな効果だと思います。

①から⑤まで前回のサミットでも申し上げましたが、再度ご説明させていただきたいと思えますし、特に③夜間とか休日に滞納者へお電話を差し上げるということが可能になったのが非常に大きいように思います。右側に着信率のデータがございますけれども、午前10時、15時というのに比べて、19時、この時間帯は非常に高くなっているということで、非常に接触しやすいという状況がございます。こういうのもアウトソーシングによる効果かなと思っております。

また、最後⑥のところにありますけれども、この合同の発注によりまして非常に経費削減ができるところでございます。

例えば、赤色で書いてありますけれども、今年度の各団体さんの負担金というのは、それぞれ100万円から147万円となっておりますけれども、仮にこれは単独で発注している事例が近隣にあるところをごらんいただきますと結構大きな額になってきます。さらに、団体さんが増えれば増えるほど効果が大きくなっていくというふうに思っております。その規模のメリットを追求して、さらに効率的に、効果的に徴収事務ができるように、ぜひ皆様のご参加をお願いしたいと思います。

最後に、30年度に向けたスケジュールというのがございますけれども、まさに今現在、来年度の参加に向けての最終確認の意向調査を各団体さん宛てに行わせていただいております。今月の23日、回答期限ということにさせていただいておりますので、ぜひ市町村長の皆様方におかれましては、積極的にご検討いただきまして、先ほど申し上げましたけど、規模が大きくなればなるほどそのメリットが出やすくなる事業の典型でございますので、ご検討をお願いしたいと思います。

私から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。

最後になりますが、資料4、県と市町村の連携・協働によるまちづくりの進行状況につきまして、紹介させていただきます。

この表につきましては、奈良県とまちづくり包括協定を締結しております21市町村、49地区の進捗状況を取りまとめたものでございます。前回のサミットから進捗しておりますのは、奈良市、五條市、明日香村、そして田原本町との取組でございます。ぜひ今後のまちづくりを進める上での参考にしていただきたいと思います。と存じます。

これを持ちまして本日の報告等は終了でございます。長時間にわたりどうもお疲れさまでご

ございました。

次回のサミットにつきましては10月上旬の予定で進めております。詳細が決まりましたら、改めて通知申し上げますので、ぜひ参加のほうをよろしくお願い申し上げます。

これをもちまして、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。どうもありがとうございました。（拍手）

―― 了 ――