

「広域連携が困難な市町村における補完のあり方に関する研究会」

第3回議事概要

日 時：平成29年1月24日（火）13：00～15：10

場 所：総務省5階 選挙部会議室

出席者：辻座長、姥浦委員、太田委員、大屋委員、島崎委員、曾我委員、巽委員、
中本委員、速水委員、村上委員、山下(保)委員、山下(祐)委員、成田課長、
三木課長

幹 事：安田自治行政局長、宮地大臣官房審議官、篠原行政課長、
田中行政経営支援室長、松谷行政企画官

事務局：小川市町村課長、村上市町村課課長補佐

【議事次第】

1. 開会
2. 島崎委員発表
3. 高知県発表
4. 今後のスケジュール（案）について
5. 閉会

【島崎委員発表】

- 島崎謙治委員より、資料に基づき発表。
 - ・ 社会保障分野については、地方分権の流れや高齢化が進む中で、特に1990年代に福祉8法の改正に象徴されるように基礎的自治体への権限移譲が進展。今日の社会保障の事務・権限の配分は、年金は国、広域的な医療については都道府県、住民に身近な保健・介護・福祉は市町村という棲み分け。ただし、保健所政令市、福祉事務所の設置町村、児相特例市などの例外や政令指定都市、中核市の増加・新設等により、事務・権限の配分は非常に輻輳している。こうした権限移譲が、事務の性格や個々の大都市の行財政能力の相違、地域特性等の実態を精査した上で進められてきたかは疑問なしとは言えない。
 - ・ 第1次ベビーブーム後、出生率は急減したものの、それでも20年以上は2前後を維持していたが、1970年代半ばに2を割り込んで以降低下傾向にある。ある時点での結婚・出産の動向は長期に影響を及ぼす。2051年前後に100歳以上の者が70万人を越しピークとなるのは団塊の世代の影響。子どもの数が減るのは、合計特殊出生率が減少するからではなく、これまでの長期にわたる少子化の影響に

よって、「(母数となる)お父さん・お母さん」世代がやせ細ってしまっていることが主因。人口問題が怖いのは、気がついた時は手遅れでリカバリーショットを打ちにくいことにある。近未来の人口構造の変容は相当程度「所与」と受けとめざるをえない。

- ・ 国民皆保険・国民皆年金制度が実現した1961年の高齢化率は5.8%。それが2060年には39.9%となり人口構成が全く異なる。第1次オイルショックが生じた1973年まで社会保障制度は拡充したが、生産年齢人口の数が増えているだけではなくて比率自体も増加していた。今後、年少人口と生産年齢人口が大きく減る一方、高齢人口はしばらく増える。特に75歳以上人口は、団塊の世代が2025年には75歳以上の仲間入りをすることで急激に増える。お年寄りを生産年齢人口何人が支えているかという、2010年が2.8人で1人、2060年には1.3人で1人となる。
- ・ 人口減少が加速し今後50年の間に総人口は約3分の2まで減少する。2040年以降は、死亡者数と出生数の差引が100万人以上にのぼる。つまり、毎年、日本の人口は100万人以上失われていく。2040年には、社人研の推計によれば、47都道府県全て人口減少となる。2040年で最も高齢化率が低い沖縄も、2010年で最も高齢化率が高い秋田を追い抜いてしまう。世帯構造も変わり、一人暮らしの世帯が増えていく。
- ・ 社会保障の中でも年金に比べ高齢化の影響がダイレクトに及ぶ医療や介護の給付費の伸びが大きい。社会保障の持続可能性の焦点は年金よりも医療や介護に移行する。高齢化の影響で病床の7割は高齢者が占めている。労働力人口は減少する一方、医療福祉(介護含む)の就業者が増え、2030年には約6人に1人が医療介護福祉の就業者となる。財政制約に加えて人的資源の制約も強くなっていく。
- ・ 急変時の不安も大きな在宅医療の阻害要因であるが、疾患別の死に至るパターンは違う。死亡直前までQOLが保たれるがんと異なり臓器不全の場合、急性増悪を繰り返していく。このときに後方ベッドの確保など適切な対応ができるかどうかの問題になる。在宅医療や地域包括ケアは基本的に市町村事業であるが、都道府県の連携支援体制の確保も非常に重要。
- ・ 人口構造の変容は自治体行政に多大な影響を及ぼす。まず、総合性が重要になってくる。例えば一人親が抱えている問題は様々にまたがるため総合的な業務遂行が必要になる。次に、児童の虐待防止や感染症などでは専門性も大切。さらに効率性も重要。訪問医療・看護・介護はトランスポーターションコストが非常にかかる形態。周産期・小児医療の対象者は減少するが、それを必要とする人に対し効率的に

サービスを提供する必要がある。これらは全ての都市に共通する話だが、特に規模能力の小さい市町村の場合より深刻な問題になってくる。

- ・ 高齢者の場合、完全には治らない複数の疾患を持つということが常態であり、超高齢社会においては「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」も極めて重要。産業・雇用・交通等も視野に入れることも必要。介護等の連携を欠く在宅医療は存在しないが、医療との連携を欠いた地域包括ケアも存在しえない。
- ・ 圏域の概念は極めて合目的な概念。行政エリアと一致しないし、多くの都道府県では二次医療圏が実態と乖離している。また、在宅医療は市町村単位では大きすぎるため、例えば中学校区単位で考える必要がある。
- ・ 都道府県と市町村の連携のためには、診療報酬だけでなく地域医療構想等の計画的な手法等との政策ミックスが必要。ただし、受け皿を欠いた病床機能の分化は実効性が乏しい。他方、バックアップ機能を欠いた地域包括ケア、在宅医療も存在しない。これらの接合が必要になるが、実態は都道府県と市町村がよく話し合っ下から積み上げていった計画というのはほとんど見られない。今般の国保制度では都道府県と市町村が共同保険者というような位置づけになるが、両者の責任の規律をしっかりとっておかないとうまくいかない。
- ・ 「住まい」が非常に重要になってくる。サービス付き高齢者向け住宅の整備が進められているが、立地の偏在や介護サービスとの適正な連携を欠くといった課題がある。サービス付き高齢者向け住宅の登録権限を都道府県から一般の市町村に移譲すべきではないか。
- ・ 医療機能が分散すると医療の機能は低下する。周産期医療などは集約化が重要。待てる医療（がんなど）では必ずしも即時性が求められるものではない一方、心筋梗塞や脳卒中の場合は30分以内に駆けつけられるかといった点が重要になる。そういった個別の医療の特性に応じて連携の仕組みを考えていくといったことも必要。
- ・ 過疎地では、公的医療機関が重要な役割を担っているが、医療機関相互のネットワークが不十分。県立中央病院等の基幹病院のへき地への医師派遣機能などのバックアップ機能を重視していくことが重要。地方交付税や医療確保基金等の配分においてももう少しこういったことを考えたかどうか、あるいはICTを活用してそれをサポートしていくようなことが必要なのではないか。
- ・ 水平補完か垂直補完かといった問題があるが、相対的に規模能力の大きな市は、規模能力の小さな市町村に対する支援・補完機能を果たすべきであり、政策的にもう少し後押ししても良いのではないか。市町村合併から取り残された町村（福祉事務所が必置ではない）の生活保護事務を隣接する市が行うことや、県の保健所が管轄していた市町村のうちの市が中核市になった場合、中核市の保健所が隣接する市

町村をカバーすることなど、もう少し弾力的なやり方を考えても良いのではないか。ただし、合併がうまくいかなかった経緯など、地域の実情等によって、水平補完が最適とはいえない場合もありえる。

- ・ 一般論でいえば、複合的なニーズを抱える者に対しては1つの市町村でサービスが完結することが望ましいが、対人サービスであっても専門性の高いものについては、都道府県が担わざるを得ない場合もある。例えば児童相談所については、厚労省は中核市や23区での設置を奨励する方向に舵を切っているが、専門的な人材確保の体制整備ができるのかは吟味すべきである。また、都道府県の圏域をまたがって患者が移動する場合の必要病床数の確保をどう調整していくかどうかという問題もある。新型コロナウイルスの発生や大規模災害等の緊急・有事の事態が起きた場合、保健所等に対応できるレベルの話ではなく別途の仕組みとして考えざるを得ない。また、複数の都道府県で事業を展開している社会福祉法人に関する監査権限については、都道府県の情報共有が不可欠。また、複数の事業を複数の自治体で展開している法人の場合、事業監査を含め監督権限が多数に分散しローカルルールが適用され困っているという話も聞く。

○ 医療と介護を結びつけていくとき、都道府県と市町村の連携が大事だが、なかなかうまくいっていない要因は何か。

- 制度的な問題や意識の問題など要因はいろいろある。たとえば、医療は厚生労働省では医政局、介護や地域包括ケアは老健局に所管・権限が分かれ、その縦割りの構図が自治体行政にも反映され、医療は県行政、介護は市町村行政という考えが根深い。役割分担としてこの仕切りは間違いではないが、医療と介護の連携は不可欠である。医療介護総合確保推進法ができたが、実態としては意識のうえでまだそういった壁があるように思う。

○ 医療保険（ファイナンス）は市町村、医療計画（デリバリー）は都道府県、それだと医療計画の方が医療保険を考えないということもあり、国保広域化で一応合わせたと言っているわけだが、一方で介護保険は未だにデリバリーとファイナンスが分裂するのが原則となっている。そういったときに、どの仕組みがキーになって連携が進むのかについて、見通しのようなものはあるか。

- 今般の国保制度改革は、医療についてファイナンスとデリバリーの責任主体を結合させ、一体的に強力に進めていくことを目指すものであるが、一方で市町村レベルでの医療と介護の連携をいかに強化するかという問題がある。日本の場合は老人医療費無料化の影響もあって社会的入院が増えたため、医療と介護をいったん分離

せざるをえなかった。後期高齢者医療制度のあり方にも関わるが、75歳以上の高齢者が急増するなかで、将来的には、もう一度医療と介護の接合のあり方の議論が必要なのではないか。

- 二次医療圏が実態と乖離しているという点について、都道府県は直感的に決めているのかそれとも何か基準が出ているのか。また、医療でも二次医療圏をまんべんなく敷き詰められるものと、精神科のように特殊性があり1つの病院でやっていかざるを得ないようなものと、病気の種類によって違うと思うが、政策的にどのように整理するのか。

→ 二次医療圏は1985年に医療計画が作られたときに創設された概念。広域市町村圏や生活圈などを頼りに作られたが、実態としては保健所の管轄や地区医師会のエリア等も考慮された。また、高速道路ができれば患者の流れは変わってくるが、これを調整しようとするので病床規制に関係するので利害関係もあり、全てリセットするのは都道府県としては非常に大変。

疾病によっては二次医療圏より狭い圏域で考えるべきものもあれば、都道府県を超えた連携を考えるべきものもある。二次医療圏単位で全て完結するというよりも、疾病毎にどういった連携のあり方を考えていくかといったアプローチの方が現実的なのではないか。

- 基幹病院（県立中央病院）を独法化して切り出している。その時に県がバックアップ機能を持ち、いつでも動員できるリソースを持つておくことは現実的に可能か。

→ 基幹病院の機能は47都道府県で必ずしも同一ではない。また、県によっては他県の医学部の医局との調整が必要になる場合もある。全ての基幹病院がそうあるべきだということを言ったわけではない。基幹病院がへき地への医師派遣機能を担っている場合があり、また、医師の地域偏在が大きな問題となっているなかで、地域の特性によってはそうしたバックアップ機能を評価すべきではないかという趣旨で申し上げた。

- 分散型と集住型のどちらが高齢者にとってリスクが少ないと考えるか。集住を誘導することを考える必要があるか。

→ 分散すればコストがかかる。また、現実問題として、へき地ではサービスの質・量は都市部と異なることは事実であるが、それでもそこに住みたいと言っている人を強制移住することはできない。ただし、へき地では病院の近くに公営住宅等を設

けて集住を誘導するケースはある。そうした取組をモデル的に進めていくことが現実的ではないか。

○ 水平補完、垂直補完といった機能の調整はどこがどのようにやるべきと考えているか。都道府県が中心となって調整機能を果たし、その役割を強化しつつ、国が県同士の調整等を含めて全体のルールを作っていくべきという理解でよいか。

→ 事務や事業の中身によって違うかもしれないが、例えば都道府県をまたがった病床数の調整は都道府県間で行うのが基本となっている。調整がつかない場合には国が間に入って仲裁的な役割を果たすケースはあろうかと思うが、やはり都道府県が中心的な役割を果たすべきではないかと思われる。

○ 子育て層がもう少し産める環境を作っていくという点で考えると、高齢者医療にシフトしていくことによって子育て世代の出産や治療に振り向ける資源がどうしても失われてしまうが、こうした競合についてはどのように考えるか。

→ 周産期や小児医療は非常に大切であるが、医療安全を含め質の確保も考える必要がある。例えば周産期医師を分散して1人ずつ配置することは医療安全リスクが高く、ある程度集約化を考えざるを得ない。ただし、同時に連携・ネットワークの構築も大切である。実際、分娩医療機関はないが、ICTを活用し助産院が大学病院と連携し分娩の直前まで妊婦が地元で暮らせるよう工夫している地域もある。

○ 集約という表現は切り捨てがイメージされてしまう。切り捨てといった不安を解消しなければならないが、不安を解消するための政策がさらに不安をあおるといった悪循環を生じていると思う。集約化といった言葉でなくポジティブに表現することが広域連携にあたっては必要ではないか。

→ 実態をどうするかという議論がもちろん先にあるべきだが、ワーディングの問題を含め住民に丁寧に説明する必要があると思う。

○ 社会保障行政は平成の合併の前の早い時期から市町村への権限移譲を進めてきたが、その際に小規模市町村をどのくらい意識していたか、どうやって仕事してもらおうかということの問題意識があったかどうか。また、平成の合併後の今は、小規模市町村を厚生行政、社会保障行政の中でどう見ているか。

→ 市町村への権限移譲を進めたのは、急速に高齢化が進むなかで、その人の生活を支えるためには、権限がばらばらだとサービスの総合性・一体性が確保できないとの考えがあった。また、小規模市町村については、平成の合併の議論が本格化する

前のことだが、介護保険のサービスを適切に提供できるよう市町村合併にかなり期待していたように思われる。

- ユーザーの側の人々がどこに住みたいかと考えるときに、福祉サービスの水準や自治体の規模能力や財政的な持続可能性といった要素が考慮されるか、フィールドワークの中で感じる場所があるか速水先生に伺いたい。

→ 私の著書の「東京どこに住む」の中では、世界的に見て都市に人口が集中しているという原則を踏まえて、全世界的に同じことが起きている中で日本だけが政策の違いによって経済原理で動いているような人の流れを変えられるのか、無理なのではないかということに触れている。良い病院のところに人が越境してくるということは、むしろかつてより楽になって何かしらのきっかけになると思う。逆に自治体の側が意識しているケース、例えば子育て世代へ補助金を出すような政策は長期的な永住を目指しているかといった疑問がある。

- 障害福祉や保育所等については、結婚してどこに住もうかといったときに考慮事項の1つになっているように思う。なお、医療・介護については、東京では保険外負担（差額ベッド等）を含めると負担は小さくない。このため、負担額が少ない地方の病院や施設に入るといったケースもある。住み慣れた地域で暮らすことが実現できているかという課題は山積していると思う。

- 福祉の領域は分権の優等生で来た。まちづくりの分野でも分権をやっているが、福祉分野と違うのは、まちづくりでは一部事務組合を作ってまで分権はしない。都市計画決定はあくまで市町村単位でやる。これに対して福祉の領域では一部事務組合を作って市町村中心でやっていくという方向だった。この方向が正しかったのか。また、今後の方向性をどう考えるか。

→ 厚生労働省が権限移譲を進めてきたのは「分権の優等生」となろうとしたからではない。住民と直に向き合うことが必要な対人サービスをいかに適切に提供するかという差し迫った事情があった。そういう方向は正しかったとは思いますが、一方で権限を下ろす弊害もあり、総合性と専門性のバランスをいかにとるかなど、事務・事業の性格や地域の実態等について、もう少し丁寧に見ていかなければならないと思う。

- 公共バスのように距離によって料金が高くなるものと、上下水道のように条件不利地域であっても一定の料金と一定のサービスを保証するというものについて、町村の

場合は分散が大きいため、どこまで大都市で担うこととすべきかという問題がある。医療や福祉を考えた時に、この点をどう考えるべきなのか。

→ 基本的には介護や福祉については市町村が担うのが基本であり、それが難しい場合は水平補完が重視されて然るべきと考えるが、地域の特性等が異なるので個々の事務・事業の内容に即した丁寧な議論が必要だと思われる。制度的な整合性や美しさよりも実態を重視していったほうがよいのではないかと思う。

○ 仮に集住したとしても将来的にはほとんどのところで人口減る。医療・福祉分野において、今より人口が半減したとしても、単独で提供すべきサービス、又は一部事務組合で横の連携ですべきサービス、それなら県が権限担うべきというサービスといった具合に一義的に仕分けすることができるのか。又は多様性があるのか、現段階でのイメージをお聞かせいただきたい。

→ 人口構造の変容のインパクトは非常に大きく、かつ、地域に及ぼす影響も一様ではない。そうしたなかで、単独で本当にサービスを提供できるのか、都道府県がどのような事務をどのようにカバーしていくのかが問題となるが、47都道府県一律に整理あるいは仕分けできるのかはよく考える必要がある。たとえば、地域医療構想は地域の実情等を踏まえた最適解を見出す仕組みであるが、それは一般解の応用ではなく、ほとんどが特殊解でしかあり得ないのではないか。

【高知県発表】

- 高知県成田課長、三木課長より、資料に基づき発表。
 - ・ 高知県はあまり合併が進まず、小さい規模の団体が残っている。平成2年の国調で都道府県単位で全国で初めて自然減になった。高齢化率が50%を超える市町村も出てきている。5年間で2割近い人口減少が進んでいる地域もある。
 - ・ 高知県内の市町村の職員数は、平成12年をピークに右肩下がり。合併団体、非合併団体でほぼ差はなく、小規模な団体でも大きな職員数の減がある。高知県では34団体のうち19団体が1万人未満となっている。組織体制をみると、自治体の規模が小さくなるほど、体制が薄くなるというところが見て取れる。
 - ・ 保健師は規模が小さい団体でも一定確保はできているが、土木系の職員は小さな団体では専門職の採用を行っていない。さらに技術系職員は高知市ですら応募が少なく必要な採用ができていない状況にある。
 - ・ ごみ処理、し尿や消防その他の分野においていろいろな市町村にまたがる形で広域行政が実施されている。中芸広域連合は5つの町村が、保健福祉業務を共同で行う広域連合として平成10年から設置されている。最近は、例えばごみ、し尿、火

葬場などの大きな施設の整備が必要なものは、施設の老朽化に伴い構成団体の負担金で施設更新ができていない場合に、他団体との統合や事務の委託を検討するが、地域住民の理解を得る必要があるという難しい面もある。

- ・ 小規模団体の実情としてマンパワーが減ってきており、加えて人口減少により行政サービスの効率が低下してきている。非効率化によって採算がとれない部分というのは民間の力も縮小している。さらに高齢化と人口の点在化により地域の皆さんの自助・共助の力も低下をして行政への依存が増えてきているという実態がある。他方、市町村の役割は相対的に増加するとともに、人口減少による経済の縮小、そしてそれがまた人口減少を招くという負のスパイラルを打破していかなければならないという大きな課題もある。実感としては、小規模市町村の事務処理は、以前に比べて困難度が高まっているのではないか。
- ・ 一方で、高知県庁のマンパワーも低下しており、財政が脆弱で地方交付税・国庫補助に依存をせざるを得ない状況もある。県においても、限られた行政資源を効率的・効果的に投入する必要があり、垂直補完ということで何でも県で補完できるかというところも余裕もない。県、市町村ともに厳しい状況の中で、しっかりと成果を上げていけるよう県政と市町村政の連携・協調と官民協働を県政運営の基本方針の一つに据えている。小規模市町村の事務処理の困難度が高まっていることへの対応策としては、水平補完と垂直補完、それぞれの市町村の体制強化、民間・住民の力の結集が考えられるが、それぞれに課題があり、組み合わせによって対応していくことが必要と考えている。
- ・ 安田町への出向経験からすると、一般事務職は38人程度であり、総務課で財政はもちろん、防災、税、企画的な業務もかけ持ちでやっており、非常に大変だなという実感を持った。特に赴任時は、建設事業で予算規模が大きくなるとともに、まち・ひと・しごとの計画づくり、子育て支援計画、町の総合振興計画の後期の計画、行革大綱を策定する年であったため、職員が非常に多忙な中で何とか事務処理をこなしている状況だった。ポイントとなる課のところに核となる職員がいてそうした者を中心に何とかやっていたという印象。職員構成は、比較的若く、40代以下の職員が約8割、30代以下の職員が約5割。
- ・ 事務処理の熟度としては一定のやるべきところはできているが、今後ますますいろいろな行政需要が出てくる中で、果たしてどこまで質を高めながら対応できるのかは課題がある。役場での後継者の育成の視点からみると、核となる職員がいることは、これまで役場の中できちんとOJTができてきたことだと思う。人事異動は、非常に少ない人数であり、適材適所に回していくことが難しい。同一職場に10年いる職員もいたり、人事が硬直化している面も感じた。

○ 安田町の職員の多くが40代以下という職員構成になったのはなぜか。早期退職したのか、不補充の時期があったのか。高知県全体として市町村合併が進展しなかった理由は何か。スケールメリットが生じにくいという何か地勢的な事情からなのかなど理由をお聞かせいただきたい。

→ 安田町の職員は平成13年をピークに行革を続けて最少51人まで減ったが、中には早期退職があったのでそこが大きな原因。高知県内には、職員の平均年齢の若い団体が幾つかあるが、集中改革プランの前の段階から財政的な要因もあってかなり職員数を絞った。その中で高年齢層は率先して辞めたという市町村もある。市町村合併が進まなかったのは、県の姿勢として市町村同士の自主的な協議に任せており、県はそれを支援したことが一つの要因になろうかと思う。

○ 現業職員の方がいないことで具体的に何が本当に困っているのか。困っているなりに今までやってこれた部分とできなかった部分があると思われる。そういう問題を解く場合に、今までのオプション以外に何か制度的に使えるというものがあれば教えていただきたい。その際に民間や住民の方を意識したソリューションとして、例えば民間の企業への現業の発注等も考える必要があると思うが、ご示唆をいただきたい。

→ 小規模な団体では、専門職を雇ってその分野を専門的に担当させる体制までは取れないというのが実態。実情としては、一般事務職の中で長年業務に携わった職員が、経験の中である一定のことができている。ただ、構造計算、設計、施工管理等は、専門的な知識が必要となる部分も多いので、建設業界と高知県内の市町村が参加している公益財団法人高知県建設技術公社があり、設計や施工管理について市町村からの委託を受けている。

○ 高知県の場合、人口減少の先進地であるはずなのに答えがないというのはどのような状況なのか。今回の地方創生で人口ビジョンを作ったのは、下がり切ってしまうと崩壊するので留まる場所を見つけるようにというメッセージだったと思うが、高知県の場合はどのようになっているのか。留まる場所が見つければ、それに向けてどういう解にしていくのかということになる。

→ それぞれの対応策に課題があるというのは、小規模団体における事務処理を考えたときには、どれか一つの方法のみでの対応は難しい面があり、局面ごとに地域ごとに選択をしていかなければならないという趣旨。高知県の市町村は深刻な人口減少、経済の縮み、高齢化が進んでおり、人的・財政的な余裕のないことも相まって、県や市町村が単独でそれぞれの課題に対応することでは限界がある。そこで県と市

町村が施策のベクトルを合わせて、連携・協調して課題解決に取り組んでいる。高知県独自の地域支援企画員という制度があり、現在、64名を各地域に県の職員の立場で配置している。市町村と連携をしながら、住民の皆さん、地域の民間の皆さんとともにスクラムを組みながら、地域活性化の芽を育み、また、地域の実情をくみ上げて、県の施策に反映をしていくことに取り組んでいる。人口ビジョンでは、何もしなければ2060年に39万人ぐらいになる人口を、56万、7万の水準に持っていきたいということで、地域地域にある産業の芽を興して地産外商・拡大再生産につなぐことで、地域ごとに若者が誇りと志を持って働ける高知県の実現に向けて、県と市町村が一緒に取り組んでいる。

○ 過去の県の地方課勤務経験では、ある種の地方課魂というか、地方課史観みたいなものがあった、市町村の行政内容を県がしっかりと見ていないといけないという思いがあり、しかしながら、県は指導はするけれども市町村の手助けはせず、ひとり立ちするまで指導し続けるといった文化があった。今回の高知県や前回の奈良県のお話を聞くと、県・市で同じものを分担し合ったりして共にやっというところとする考えで、ある意味、コペルニクス的な転換があったような気がする。高知県や奈良県では、昔から手を携えてやってきたのか、それとも、何らか時代の変化があって県・市の関係に転換点があったのか。

→ 南海トラフ地震対策や地方創生の推進、人口減少対策など全県に共通する重要課題が顕著になっている。こうした課題に県では前方展開型で地域支援企画員や地震対策推進地域本部などを地域に配置し、市町村と連携・強調した取組みを行っている。市町村振興課も同じ姿勢で仕事をしており、以前に比べると変化があったのではないかと受けとめている。

→ 昔の地方課の時とはドラスティックに関係が変わった。昔は、県が市町村よりも圧倒的に立場が上だったが、地方分権の流れの中で、全て市町村とは対等な関係になった。ただし、同じ対等な関係であっても、より分かっている方がアドバイスをするということはあるべきということで、一定の指導力を取り戻そうという考え方を持っていてやっている。

○ 対等・協力といった場合、県と市が対等に向き合っていることには、緊張関係がある。県から言われなくても市町村は自分でやるということが前提にある。高知県の場合は、むしろ一緒にやっというところが成り立たないために、あまりに県に頼っているところもあるのではないかと。市町村にとって県の協力なしには生きていけないとなればある意味リスクがある話。知事の理解があるうちは良いが、県がとにかく優先とな

り、今まで市町村に対して負担をしてきたものを全て引き上げるといった場合に、リスクが非常にあるのではないか。むしろそうすると、制度的に県を巻き込むようなことにした方が良いのか、そこまではちょっとやり過ぎなのか、お伺いしたい。

→ 高知県の場合、県も市町村も小規模で、課題解決には県政と市町村政との連携・協調が重要という背景がある。そうした中で県は地域支援企画員などを配置しているし、また、例えば総合戦略を全国の中でいち早くつくり、市町村にお示しをして市町村もベクトルを合わそうという関係にある。それが全国的に同じような形でできるのかどうかはわからない。

○ 地域支援企画員の仕事として、最終的に政策に組み込んで着地点を見つけることが県の仕事だと思うが、到達地点に向かうためにどのようなプロセスを考えているのか。

→ 各ブロックの地域支援企画員のトップには、職位の高い職員を配置し、地域の実情を県の施策につないでいる。また、地域において課題解決をサポートしていく役割を担っている。

○ 地域支援企画員は、例えば県会議員、市町村の議員とか、市町村長、住民や関係団体等との関係になるとどういう立場になってくるのか。

→ 地域支援企画員の制度は浸透しており、市町村と連携し、地域の様々な立場の皆さんとつながり、協議をしている。

○ 地域支援企画員が地域のニーズを捕捉した後、具体的な方法論としてどのように対応策というところまで昇華させていくのか。

→ 一つには、地域のニーズや実情を県の施策に反映させていくこと。また、地域支援企画員には、地域の活動を地産外商や拡大・再生産に向けて支援するための補助金配分に一定の権限が与えられている。

○ 福祉や医療で出てきている課題について、地域支援企画員の仕組みがどのように解決に結びつくのか。

→ 例えば、防災面でも南海トラフの地震を想定して、地域防災駐在職員を20名地域に配置している。保健・福祉・介護分野では、福祉保健所が中心になって、前線での市町村政との連携・協調や地域の活動のサポートを担っている。

○ 安田町の財政を圧迫している要因は何か。

→ 実質公債費比率が20に近い時期もあり、その後、行革努力を続けて財政を健全化してきた。基金もある程度積んで大型事業にも取り組めるようになった。今後懸念されるのは、収入が交付税頼みで実財源に乏しい中で将来負担が増えること。

○ 県に対する要望で一番強かったのは何か。

→ 毎年特別交付税について特殊事情等の理解を求めてきたところ。

決算でみると目的別で民生費、性質別で扶助費が増えている。また、最近は、物件費が非常に増えている、具体的にはマイナンバー等のシステムの費用。財政措置していただいているが、田舎ほど単価が非常に高くて困っているという声は聞く。