

【足立区地域包括ケアシステム推進会議】会議概要

会 議 名	平成30年度 第1回 足立区地域包括ケアシステム推進会議		
事 務 局	福祉部地域包括ケア推進課、地域包括ケア計画担当課		
開催年月日	平成30年5月23日(水)		
開催時間	午後2時00分～午後3時20分		
開催場所	足立区役所 8階 特別会議室		
出席委員	諏訪 徹 委員	酒井 雅男 委員	山中 崇 委員
	太田 重久 委員	久松 正美 委員	花田 豊實 委員
	小川 勉 委員	鵜沢 隆 委員	浅野 麻由美 委員
	倉澤 知子 委員	伊藤 俊浩 委員	田島 多美子 委員
	風祭 富夫 委員	大竹 吉男 委員	中島 毅 委員
	村上 光夫 委員	茂出木 直美 委員	大高 秀明 委員
	結城 宣博 委員	秋生 修一郎 委員	中村 明慶 委員
	今井 伸幸 委員	服部 仁 委員	須藤 純二 委員
欠席委員	太田 貞司 委員	永田 久美子 委員	茂木 繁 委員
	鈴木 優 委員	松井 敏史 委員	足立 義夫 委員
会議次第	別紙のとおり		
資 料	資料1：平成30年度第1回 足立区地域包括ケアシステム推進会議次第 資料2：足立区地域包括ケアシステム推進会議委員名簿 資料3：配布資料一覧 資料4：基本指針（ビジョン）策定に向けた意見の聴取 資料5：足立区の高齢化等の傾向 資料6：（仮称）足立区地域包括ケアシステム基本指針（ビジョン）構成【案】 資料7：（仮称）足立区地域包括ケアシステム基本指針（ビジョン）正副会長【案】		

	資料 8 : 意見集 資料 9 : (仮称) 足立区地域包括ケアシステム基本指針 (ビジョン) 【案】 へのご意見
そ の 他	

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 皆様、こんにちは。定刻でございますので、ただいまから足立区地域包括ケアシステム推進会議を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、またお足元が悪い中ご出席くださりまして、まことにありがとうございます。

本日の司会は地域包括ケア推進課の澤田が担当させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

初めに、傍聴者の皆様をお願いでございます。会場内でのビデオカメラ、カメラ、携帯電話等のご使用はお控えいただくようお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、新たに委員となられる方をご紹介いたします。委員のお名前をお読み上げいたしますので、こちらの会場の後ろのほうにお出向きいただきまして、区長代理中村福祉部長より、委嘱状の受領をお願いいたします。

それでは所属とお名前を読み上げさせていただきます。足立区介護サービス事業者連絡協議会、倉澤知子様。

○中村福祉部長 委嘱状、倉澤知子様。足立区地域包括ケアシステム推進会議委員を委嘱いたします。任期、平成30年5月23日から平成30年9月29日まで。平成30年5月23日、足立区長、近藤やよい。

よろしく申し上げます。

○倉澤委員 お願いいたします。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 それでは、倉澤様、済みません。簡単に自己紹介をお願いいたします。

○倉澤委員 足立区介護事業者連絡協議会の通所部会の倉澤と申します。よろしくようお願いいたします。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長

倉澤委員、ありがとうございました。

続きまして、人事異動により、新たに委員となる委員をご紹介いたします。名前を読み上げますので、その場でご起立ください。足立区地域のちから推進部長、秋生修一郎です。

○秋生地域のちから推進部長 秋生です。よろしく申し上げます。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 足立区福祉部長、中村明慶でございます。

○中村福祉部長 中村です。どうぞよろしくお願いいたします。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 続きまして、足立区社会福祉協議会事務局長、大高秀明様。

○大高委員 大高です。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 ありがとうございます。新委員の皆様、本日よりどうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、皆様にお知らせがございます。これまで、当会議にご出席いただきおりました、足立区医師会の須藤秀明委員が5月3日にご逝去されました。これまでのご公務に感謝いたしますとともに、心よりご冥福をお祈りいたします。

それでは、議事に入る前に本日の資料の確認をさせていただきます。今回、事前に資料をお送りすることができませんで、まことに申しわけございませんでした。それでは、本日、配付させていただいた資料につきまして、確認させていただきます。

まず、資料の1でございます。本日の次第でございます。続きまして、資料2、当会議の委員名簿でございます。続きまして、資料3「配布資料の一覧」でございます。続きまして、資料4でございます。

「基本指針（ビジョン）策定に向けた意見

の聴取」というパワーポイントの資料になります。続きまして、資料5でございます。「足立区の高齢化等の傾向」でございます。次に資料6「(仮称)足立区地域包括ケアシステム基本指針(ビジョン)構成【案】」。A4の1枚の資料になります。続きまして資料7、これは「(仮称)足立区地域包括ケアシステム基本指針(ビジョン)正副会長【案】」でございます。次に資料8「意見集」でございます。続きまして、資料9「(仮称)足立区地域包括ケアシステム基本指針(ビジョン)【案】へのご意見」ということで、ご意見を頂戴するA4判の用紙になります。これに加えて、各委員の皆様には返信用の封筒をご用意させていただいております。資料は以上でございますが、不足等ございましたら、事務局にお申し付けいただければと思います。よろしいでしょうか。また、会議の進行中、何か不足がございましたら、お申し出いただけるようお願いいたします。

では、この会議は足立区地域包括ケアシステム推進会議条例第7条によりまして、委員の過半数の出席により成立いたします。現在、過半数に達しておりますので、この会議は成立いたしますことをご報告申し上げます。皆様から多くのご意見やご質問をいただくため、迅速な会議進行にご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、この会議の会議録は公開することとなっておりますので、記録の関係上、ご発言の前には、お名前をお願いいたします。また、マイクのスイッチは緑色のランプの点灯、及びまたマイクの先端が赤く光っている状態でお話いただけます。なお、一度に使用できる台数に限りがございますので、お話しの際はスイッチを適宜切

っていただくようお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、諏訪会長から開会のご挨拶をお願いいたします。

○諏訪会長 それでは皆様方、今年度第1回目の会議ということでございますので、よろしくお祈りいたします。ちょうどそこにありますように、これまで11月と2月に2回、ワークショップという形で、珍しくテーブルをくっつけて活発にご議論をいただけてきました。その段階では、このビジョンというのはどういう形になるのか、我々にもあまり想像がついていなかったのですが、今日初めて、そのビジョンのアンコに当たる部分ですね。中身の具体的な取り組みに当たる部分を正副会長で、4月、5月と2回集まりまして、案の整理をさせていただきました。まだ十分なものではありませんけれども、ワークショップでいただいた、さまざまなご意見を、なるべく酌めるようにということで努力をして、事務局にも作業をしていただいたという形でございますので、今日はぜひ、少し離れてしまっても、いつもの雰囲気に戻りましたが、忌憚ないご意見を活発にいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 諏訪会長、ありがとうございます。本来であれば、各副会長からもご挨拶を頂戴するところでございますが、時間が限られておりますので、割愛させていただき、会議に入らせていただきます。

では、議事進行を諏訪会長、よろしくお願いいたします。

○諏訪会長 それでは早速会議に入ります。

まず、次第の1、「ワークショップ実施

結果について」、事務局からご説明をお願いします。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 福祉部地域包括ケア計画担当課長の伊東でございます。よろしくお願いいたします。私からはまず、昨年の11月と本年2月に委員の皆さんで行っていただきましたワークショップでの議論、総括について説明いたします。その後で、区のほうで、高齢者に関する分析をした事項がございますので、その点についてもご説明いたします。

まず、ワークショップについてです。資料の4をご覧ください。パワーポイントで画面にも投じてございます。

地域包括ケアシステムのビジョンを策定するに当たり、委員の皆様や所属団体からのご意見やお考えを賜るために、1ページ目にあります日程でワークショップを行っていただきました。1回目は昨年の11月、2回目は今年の2月でございます。

2ページ目をお開き願います。昨年の11月、1回目のワークショップでは、主に2025年の理想の高齢者の区民像について、ご討議をいただきました。当日は、日ごろ委員の皆様が、高齢者の方々と接している中でお感じになっている理想について、自由に発言をいただきました。

理想像の主な意見は2ページに記載させていただきましたが、この際に改めてわかったことは、一口に理想像、将来像と言っても、一義的な言葉で表現するということは難しく、その時点での自立度によって、理想とする将来像は異なる。つまり、ライフステージの変化に合わせて、理想とする将来像も変化するというところでございます。よって、区民の将来像、理想像を語る際は、ライフステージ別に語っていく必要があるということになるかと思えます。画

面、投映のほうを見ていただくと、ここでは、自立期、要支援・要介護期、終末期でそれぞれ理想像の意見を出していただきました。

2回目のワークショップでは、ワークショップ開催前、事前に理想とする将来像を実現するために各団体様において取り組もうとしていること、取り組んだほうがよいだろうと考えていることをご提案いただきまして、実際にワークショップの場では、その提案についての意見交換、また提案の意見以外にも取り組みとして考えられること、必要なことというのを話し合っていたいただきました。当日はさまざまなご意見を出していただき、意見の概要につきましては、3ページから6ページに記載がございます。

ワークショップの当日はここに記載されているもの以外にも多くのご意見をいただいております。そちらは資料8の意見集にまとめさせていただいております。後ほどお目通しいただきたいと思えます。

いただいた多様な意見を整理していく中で、一口に理想像を実現していくための取り組みといっても、その多くは人、人材に関すること。また、場所の創出等に関すること、そして、情報の提供や共有に関することという視点に整理、大別できるものが多いということがわかってまいりました。

11月と2月に行っていただきましたワークショップを通じて得られた視点を整理いたしますと、7ページのようになります。理想とする将来像はライフステージ別に異なる。将来像の実現に向けた取り組みは、「人」「場」「情報」の視点で整理できるものが多い。大きくはこの2点が、今回皆様方にご議論いただいたワークショップを通じて得られた一番大きな視点だと考

えております。このことが、この後、説明差し上げますが、高齢者の分析の結果にも通じるものがございます。

資料8の意見集にあるさまざまな意見につきましては、ビジョン構築の際にはもちろんのことなわけですが、今後、実際の我々のほうで行っている事務事業の構築ですとか、事業のあり方を検討する際に、ぜひ活用させていただきたいと考えております。いただいた意見は区にとっても、これから地域包括ケアシステムをつくり上げていく皆様方にとっても貴重な財産になるかと思えます。決して無駄にすることのないように生かしていくとともに、この意見集については、ビジョン構築の過程における貴重な資料として、何らかの形でお示しをしていきたいと考えてございます。

次に資料5をご覧ください。足立区の高齢化等の傾向を数字でお示したものでございます。地域包括ケアシステムのビジョン（基本指針）の中でも、こうした区の高齢化の現状を示すような数字を紹介するパートも入れ込んでいきたいと考えております。

皆さんご承知のとおり、足立区においても高齢化は進んでおまして、昨年8月中には前期高齢者と後期高齢者の比率が逆転をいたしました。資料5の表1にありますとおり、75歳以上の高齢化率は2060年ごろまでに右肩上がりです。また、その下の表2にありますとおり、足立区では単身の高齢者も増えているという点も1つの特徴となっております。一方で、国の研究ではあるのですが、社会とのつながりがある高齢者は認知症の発症リスクが低いということや、友人や近隣のサポートがある高齢者は要介護リスクが軽減するというような調査結果がございま

す。足立区においても高齢者を対象とした調査を活用して分析した結果、地域活動や社会活動に参加したり、趣味を持ち活動的な高齢者の方々は、そうではない高齢者の方々と比べて生きがいや健康度の認識ですとか、幸福感が高いという傾向があることがわかってまいりました。

2ページをご覧ください。こちらは一人暮らしの方で比較したグラフでございますが、右と左、一人暮らしの中でも社会活動、地域活動、趣味などのグループに参加をしているという方々と、そうではないグループとの比較をしたものなわけですが、ご覧いただいているとおりに、生きがいの面ではやはりそういったところにご参加をいただいている方々のほうが、生きがいを持っている方が多いですとか、健康度、こちらはご自身での認識にはなるわけですが、健康度の認識についても、自分が幸せかどうかというところを数値であらわせる結果についても、やはり社会参加等をしている方々のほうがよい結果が出ていると、有意な差が出ております。

この点については、一人暮らしの方以外においても同様の結果が出ております。したがって、皆様方にご議論いただきましたワークショップで得られた、今後地域包括ケアシステムで取り組んでいく取り組みとして、「人」「場所」「情報」で整理ができるという視点と、地域活動や趣味などによる人とのつながりやそうした場を持って活動していると、健康度や幸福度が高いという点においては、相通ずるものがあるのではないかと考えております。今後も高齢者の多様な趣向に沿った居場所ですとか、人とのつながりを支援していくことは至って重要であると考えております。

そういったものを構築していく際なので

すけれども、今、既存のものでたくさん用意しているものがございます。そういったものでも、まだ十分に活用できていないものもございますので、そうした点を利用してもらえらるるようさらに磨き上げていくことや、新規に生み出していく場合も、地域の中の元気な高齢者が支え手になってもらえるような取り組みをしていく必要があるのではないかと考えております。

簡単ではありますが、ご議論いただきましたワークショップ、そして区で行ってきた高齢者についての分析の説明については以上になります。

○諏訪会長 これまでどういう作業をしてきたかということですが、今のご説明について何かご質問等ございますか。よろしいでしょうか。

この後に具体的な中身について説明させていただくということになりますので、その際、聞きたいことがあればと思います。

では、次第の2の正副会長における検討結果について、それから資料4と6、7について、事務局から説明をお願いします。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 引き続き、地域包括ケア計画担当課長からご説明を差し上げます。先ほど来、ご覧いただいております資料4の8ページをお開き願います。先ほどご説明を差し上げた、取り組んでいただいたワークショップなどの結果を踏まえ、この地域包括ケアシステム推進会議の正副会長におかれまして、足立区の地域包括ケアビジョンについてのご検討をいただきました。

内容を検討する前提として、まず2025年における将来像と取り組みと視点はワークショップでのご意見等を踏まえまして、ライフステージ別にお示しをすることといたします。次にそこに記載をす

る取り組みの視点については、「人」「場所」「情報」の視点が相互に絡みあってつくり上げるものが多いので、それぞれ別個の視点で考えるのではなくて、「人」「場所」「情報」の視点を一体的に捉えて考えていくこととさせていただきたいと思ます。そして、国が示している地域包括ケアの5つの要素の整理でございます。10ページをお開き願います。地域包括ケアシステムは5つの要素、「予防」、「生活支援」、「医療」、「介護」、「住まい」の5つの要素が個別ばらばらに存在するのではなく、重なり合うことが重要であることから、この中でもより結びつきの強いと思われる予防と生活支援、医療と介護、そして住まい、この3つの柱に分けて取り組みを整理していこうということで、正副会長に整理をしていただきました。今後、さまざまな事業を検討していく際には、この3つの柱に沿って検討を進めていきたいと考えてございます。

こうした視点を踏まえて、正副会長会において、今回資料7になります地域包括ケアシステムビジョンの素案の一部についてお示しをさせていただいているような状況でございます。

順番は前後いたしますが、資料6をご覧ください。資料6は地域包括ケアシステムのビジョンを作成する際の構成案でございます。まだこの内容で決定ということではないのですが、概ねこのような構成で進めていきたいと考えております。

正副会長にご検討いただいた資料7は、足立区の地域包括ケアシステムが目指す姿の中に記載をしていくパートということになります。

ページの構成やレイアウトにつきましては、まだこれから変わっていく予定でござ

いますが、今回については、まずビジョンの中に掲載する内容の素案として、資料7についてご意見をこの後いただきたくと考えております。

事務局からは以上です。

○諏訪会長 それでは、引き続きになりますけれども、今日のメインの中身になります資料7について、これは正副会長で2回集まって議論したものですので、正副会長を代表して私のほうから、どういう形でまとめてきたかということの説明させていただきます。先ほどの資料6でいうと、第3章あたりに該当するものがこの資料7です。地域包括ケアシステムが目指す姿、ライフステージに対する取り組みというものをどうまとめるかということで、これまで2回、議論させていただきました。

先ほどから説明していますように、これまでのワークショップのご意見というものがまず素材であったということですね。それについては、先ほど意見集という形で資料8、本当はもっと大きな資料だったのですけれども、字も小さくなって、読みづらくなっていますが、なるべく収斂して共通なものを、まとめるということを事務局に作業をお願いしてきました。それと同時に、区の関係各課にもこういう取り組みをしたらいいのではないかというご意見なんかもいただいたということで、これが1つの貴重な素材ということで、検討の素材にさせていただいております。

それらをもう少しわかりやくビジョンとして、どういうふうにまとめるかということで作業したのが資料7ということになります。資料7のところは先ほどもございました、そこにもございます、まずライフステージというか、介護のステージですね。介護の高齢期のステージということであ

と、自立期というものがある。それから、要支援・軽度期というものがあり、中重度の終末期というものがあるということで、その3つのステージでくくっていきましょう。それから、そこにもあります介護予防、生活支援、医療、介護、住まいというこの5つの要素が別々に議論されたのでは、地域包括ケアシステムはばらばらになってしまうので、これをなるべく結びつけるような形で議論していきましょうということも、そういう方針を決めて作業をしたという形になります。

では、具体的にどういう中身かということなのですが、資料7の1ページのところをご覧ください。1ページのところは、自立期において目指したい姿ということでございます。この①番のところですね。じゃあ、自立期で目指したい姿というのは、一言で言ったら何なのだろうということで書いているのが①でございます。ここでは、地域で楽しく活躍ができ、これからは備えるという形で、一言であらわしました。

これは一体、誰の目線から語っているのだということなのですが、これは区民目線。一番最初のワークショップで、こういう姿であつたらいいよねというのを皆さん出し合って、それを区民のいろいろな皆さんが代表されている団体でご意見をいただいて、そういうことを出したということですので、この1番については区民の視点で、こうあつたらいいよねということを一言でしてみました。正副会長の中では、もちろん予防するとか社会参加するとか、そういう話もあつたのですが、それが強制になってはいけないよねと。楽しく活躍ができる、と同時に、やっぱり元気なうちに備えをしていかなければいけないので、これか

らに備えるという2段階の2つの要素があるなという形で、こういう一言でまとめてみたものということになります。

それをもう少し、今の一言のフレーズを詳しく説明したものがこの②番。1ページの②番、「将来は…」というところになっていまして、中身が、自分自身の身体と将来に関心を持ち、地域・趣味活動等を通じた「つながり」を持ちながら、「若い」に備えていきます。そのときバランスのとれた食生活をこころがけ、適切な運動云々かんぬん。それから、かかりつけ医や薬局など相談できる先があるとかそういうことがあると。それから「つながり」の機会や場所は友人宅、老人クラブ、就労などいろいろあるのだということ。ボランティア活動やみずから介護の担い手として参加することができるし、地域で何らかの役割を担う、活躍ができるということが生きがいにつながる。それと同時に将来に備えて、成年後見人などの各種制度や支援サービスについての情報を得ることができ、1人1人の判断を支えるしくみが整っています。

こういうことを目指すのだと。これも区民の方の視点で、区民の方に伝わりやすいような形で、こういうふうな状態を目指せるといいよねという形で書かせていただいています。これが基本的に目指す方向、その他具体の考え方というような形で文字にしていっただけです。キーワードは皆さんのワークショップでいただいたようなものをなるべく生かすような形で事務局には作業していただいております。

次のページの③となっているところで、これは具体的な取り組みということで、具体的に誰が何を取り組むのということで書いたものが、こちらの表になっています。

このときに、地域包括ケアシステムというのは、厚労省は、自助、互助、それから共助、公助というような言い方をしているのですが、「これ、わかりにくいよね」という話しをしました。結局、自助の範囲ってどこまでなのかとか、共助って言葉がわかりにくいとか、そういうこともあるし、何よりもこのビジョンの性格は、オール足立で取り組もうというか、皆さん、ぜひ一緒に取り組んでほしいと、協働していきましょうというメッセージを明確に出すことが必要なので、その宛先を、自助とか共助とか互助とか言わないで、もう少しはっきりしたほうがいいのではないかとということで、この2ページの③の上にありますように、1つの区分としては、区民や地域の方々の取り組みということで、地域というと町会・自治会・老人クラブを初め、地域団体の方々という形で、お1人お1人の区民とそれから地域の団体の方々を中心になるような取り組みというのが1つ。

それから、右側へ行っていただいて、事業者や専門機関、これは医療・介護の職能の方々や介護事業者団体の方々、それから不動産関係の団体の方々等々の取り組みというもの。どちらかというと専門機関が中心になっている。それから行政としての取り組み。これも最初のところが、自助・共助みたいなものであるわけですが、この事業者団体・専門機関というのは、共助みたいなことも支えるし、専門的なサービスもする。行政は行政としての取り組みというものがあるということで、その宛先をなるべくはっきりして、こういうことに取り組んでほしいし、一緒に取り組みましょうというような形の区分の整理をしよう。そういう方針を話し合いました。

この要支援期のところになりますと、先

ほど言ったように、できるだけ生き生きとした社会参加ができるということと同時に、備えをしていくということですので、この2ページのところです。左側のところで、区民や地域の方々に向けては、一番上のところに社会参加を進めるということで、孤立しないように、自分の趣味や好きなことを通じて他者とつながる活動をする。主に取り組む主体としては区民・地域ですよということなのですが、やっぱり一緒に取り組むものが一杯あるよねと。いうことで、厳密に言うと、3つで分けるというものなかなか難しく、例えば、行政は何もしないのかといたら、やっぱり、こういうときに行政は、多様な住民・区民の方々の主張に答えられるように、居場所づくりや活動の場を設置、提供していくということをやるといって、それを括弧で入れているという形です。

ですので、主体は区民・地域となっていますが、括弧で行政も。予防や生活支援の取り組みということになるので、そこに丸という感じで今、まとめていまして、この1個1個の中身は、必ずしも正副の中でもまだ全部見切れてはいないというか、こういう方針でまとめようということまで5月の会議は終わっていますので、今日、いろいろな形でご意見をいただければと思います。

構成の考え方、今のような感じになっているということです。

1枚おめくりいただきまして、3ページ、4ページということで、要支援・軽度期の取り組みについてご説明いたします。

要支援・軽度期について、まず1番のことですね。目指したい姿ということで、いろいろ議論いたしまして、好きなこと、自分らしいこと、続けられるということと始

められるということです。始められるってどういう意味かということ、少しこの時期になると、今まで自分でできていたことができなくなって、多くの方が諦めてしまう。でも、それは諦めないで、今までやれていたことを続けるということもあるし、それができなくなっても、実は新しく取り組めることっていっぱいあるのだよということで、時期としては再チャレンジみたいなことも言っていました、もう一度生き生きと活動するために、もう1回諦めないで、次のステップを踏み出すこともできるのだよ、そういう気持ちを込めて「始められる」ということもつけ加えています。

その具体的なイメージをもう少し言葉にしたのが、2番のところ。「若い」を少しずつ感じ始めながらも、外出等の今までできていた楽しみは変わらずに続けられる。それから、変化が生じて適切な医療管理を受け、無理のない程度に体を動かす機会が日常生活の中にある。住民主体の活動や地域密着型のサービス等によって、在宅生活を続ける環境が整備されて、必要なときに専門機関につながる。このあたり、特に認知症の方々は早期発見をすとか、早目に必要な支援につながると極めて大事なことで、そういうことも入れておくということになっています。

住まいの問題については、状況に応じて住宅改修や住みかえが行われるとか、認知症になっても地域には理解して対応してくれるとか。成年後見人の専門職の支援を得られる等々、そういうことが得られますよ。主治医、ケアマネジャー、いろいろなサービスの方が連携して下さって、在宅の生活が維持できますよ。こういう姿を目指すのだということを取り上げさせていただいています。

1枚、半ページめくっていただくと、区民や地域の取り組み、専門機関の取り組み、行政の取り組みという形で列挙させていただきます。区民の方の取り組みとしては、左側の一番上に、自宅や身近な施設等で気軽に取り組める活動が続ける。外出機会を失わずに、自分の好きなこと、行ってきたことをできる限り続ける。そのための手段として、やっぱり移動の手段の確保というのがすごく大事なので、これは行政や事業者団体、地域がサポートする、そういう考え方で書いております。

それから、専門機関の取り組みとしては、下のところですね。上から3番目ぐらいのところ、認知症の早期発見や早期対応の取り組みや、リハビリテーションによる機能回復の充実というような、またもう一度戻すというか、落ちていかなようにするというようなことをこの辺に入れ、住環境の整備ということもこのあたりに入れさせていただきます。そういうような形で、要支援それから軽度の期については、取組内容をまとめたところになっています。

そして最後のところですね。1枚めくっていただきまして、中重度・終末期の取り組みのところでございます。こちらについては、一言で何をめくつかという1番のところでございますが、「住み慣れた足立で、望む暮らしを…」ということで、ちょっと最後までとかなかなか言いにくいとか、それもありましたし、必ずしも自宅で亡くなるとか、そういうことばかりでもない、これはどんな場所でも望む暮らし、これまでの関係の中で暮らしていけることができればという形で示しております。

そして、その具体的な中身は、このステ

ージになるとどうしても医療、介護事業者からの支援を受けるということが非常に濃密になってくるわけですが、その中でも地域の方との交流を継続するし、不安や孤独のない日々を送ることができるということを基本的には目指していこうと。それから、重症化や合併症の予防ということであるとか、尊厳を持って最後まで迎えることができるか。それから住まいの問題については、どうしても自宅ではない場所で、施設で暮らすことがあると思いますが、そういう場合も地域と切り離されることはないというような状態を目指すのだと。それから介護者支援のことについてもこのところで触れております。そういう状態を目指そうということでございます。

具体の取り組みということで、1枚おめくりいただきまして、3番のところには、各主体の取り組みということで、区民や地域の方についての望む暮らしを自分で決定していくことが大事になるので、その意思表示の支援のあたりは最初のところで挙げておりますし、3番目には、やはり介護経験であるとか、看取りの経験であるとか、そういうのは住民の方々が住民の知恵として共有していくということも大事なので、そういう看取りの経験を踏まえた、それを共有する機会をつくっていくような機会を区民の方が主体になりながら、専門機関や行政も一緒に取り組むというような形でやっていくことを書いております。

専門機関のところについては、一番下のところに、例えばQuality of Deathですね。それをどういうふうに迎えるかということ相談できる、区民の選択を支援できるようなことを、取り組みを専門機関の連携によって進めていく。それから、行政の取り組みとしては緊急時の

対応から施設の整備等々ですね、そういうことが6ページの左側に書かれている、そういう形になっています。

この項目の1個1個はまだ我々も精査し切れておりませんし、いろいろな観点なんかもあると思いますし、不備もあると思いますので、ぜひ忌憚なくいろいろな角度から。それから、そもそもこういう示し方はどうかというあたりに、いろいろご意見があると思いますので、さまざまなご意見いただければと思います。もし副会長から補足等があれば、お願いします。

○酒井副会長 副会長の酒井です。取り組みもさまざまにわたっているのですが、これは正副会長会で出てきたレベルのもので、それは全てであったりするわけではないです。やはりもっとあるなと。今、私が見てもありますから、この点についてもご意見をいっぱいいただければ、豊富なご意見を活発にいただければありがたいなと思っています。

○諏訪会長 事務局のほうから何か補足ありましたら、お願いします。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 地域包括ケア計画担当課長でございます。今、会長からもご説明いただきましたが、具体的な取り組みについては、ワークショップで出た意見をできる限り踏まえてまとめさせていただきました。正副会長にも掲載すべき視点をいただきながら、掲載していくものをまとめたつもりでおります。しかしながら、今、酒井副会長からもご意見いただきましたとおり、まだまだ抜け落ちている要素もあろうかと思えます。しかし、全ての意見、ワークショップで出たものを全てここに掲載するというのも逆に難しいということもありまして、当面、目安というか、考え方の根底として2025年までの

ビジョンということになりますので、その時点までで、優先的に取り組んだほうがよいだろうというところを意識して表に落としたものでございます。また、要支援・軽度期、中重度・終末期の部分においては、行政の支援的な取り組みというところの記載はまだまだ必要かと考えておりますので、こういった記載の内容については引き続き私どものほうでも加えていきたいと思っております。

以上でございます。

○諏訪会長 それでは、ぜひ、いろいろなご意見をいただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○太田委員 とりあえずどうやって話を進めいいかわからないので、思いついたことを。

下のほうは医療のほうなので、今、医療の現状でいうと、我々の地区とほかの地区と違う特徴というのは、そういった居住系のホームですとか、そういったような施設が比較的ほかのところより多いはずなので、ですから、中心部とかそういったところに比べて、同じ地区内で比較的、関係として住んでいくことは可能だとは思いますが。ただ、今、そういってもどんどん増えてきたところと、それをバックアップする医療なり、あるいは介護のほうの支援が追いついていない状況なので、新しくできたそういった施設、誰が医療のほうを診るのか、介護するのか。そのレベルもかなりさまざまだと思います。逆にそういったところは在宅をやっている、あとほかの地区の業者さんが入った場合に、その足立区にあっても、その地区に根ざしてないような形でそこだけ独立してしまうという可能性があると思えます。

あとは、緩和ケアなので、

今、地域医療構想のほうで、地区の中で、
どういった医療支援が必要なのか、それを
どういった病院で担っていくかという議論
が都のほうでも進めているのですけれど
も、この地区には、緩和ケア病棟はないの
ですよね。ですから、そこら辺をどうい
うふうに考えているか。これは医療の問題か
もしれませんが。そういったものは今後、
議論を進めていく形になると思います。

以上です。

○諏訪会長 今、例えば6ページの最後
に、緩和ケアのことがちょっとだけ書いて
いますね。今のところこういう書き方より
ももうちょっと何か一歩踏み込んだもの
みたいなほうが……。

○村上委員 老人クラブの村上といいま
す。緩和ケアのことにしても、やはり
今、情報がないのですよね。どこで緩和
ケアをやってくれるお医者さんがいると
か、そういった情報がないものだから、
現実問題として、自分たちの将来を考
えたときに、自宅で最期を迎えるとき
に、家族なんか負担をかけないという
面では、緩和ケア、すごく大切になっ
てくると思うのです。ですから、そう
いった情報がもっとはっきりわかるよ
うな方法をやっていたらいいかなと思
っています。

○太田委員 緩和ケアの言葉の定義って
いうか、一体何について話をしているの
かという整理が必要だと思うのですけ
ど、通常のがんの末期の緩和ケアとい
う話になると、そういった緩和ケア
病棟という基準を取っているところ
があると。ただ、それはそれで基準
を取っているところは、うちの地
域にはないということになります。た
だ、いわゆる一般の緩和ケアという
常識からして、個々の医者がそれ
に対応できない

ということではないので、それぞれの
医者で緩和ケアの経験があったり、
在宅でもそういったことができるとい
う医者はこの地区にもたくさんいま
す。ですから、それをどうい
うふうにつないでいくかという話
ですね。今、がんの拠点病院、中
国地方のほうにあるのですね。そ
ういったところと、我々の地区に
いる、そういった緩和ケアが
できる、採用できる、在宅でも
緩和ケアに対応できるような医
者と、その間がまだちょっと
情報共有できてないのですね。
ですから、地方に行って、がん
の治療をして、戻ってくるとき
にどこに帰せばいいのか、
ちょっとまだわかってないこと
がある。それが今、医師会の
ほうでもそういったような
情報をまとめて、連携をと
るような形を考えているところ
です。

○村上委員 私の緩和ケアの問題が
1つね。やはり苦しめないよ
うな状態にするというのが基本
だと思っているのですよ。痛
いよ、痛いよなんて言っている
のでは、家族の者が診られ
ないですから。そういった
ものに理解を示しているお
医者さんがどの程度いらっ
しゃるのか。それと、か
かりつけであっても、今、
専門的なお医者さんが多
過ぎて、全体を見渡せるお
医者さんが少ないです。そ
うなるときに、誰を頼
たらいいのか。ですから、
そういった情報の一元化
をまず求めたいのです。こ
こに電話すれば全部や
っていただけるよ。そ
ういったシステムを
まずやっていただ
きたいなと思っています。

○太田委員 区の方で、7月1日
からそういった相談窓口を一
応始めるという準備が今、
進んでいます。情報に関
しては、医療情報は医師
会のほうでまとめると。
介護の情報は別に区で
まとめてもらって、それ
をうまく連携させる
ことを始めようとい
うこ

とで、医者の方からも今、人を出して区のほうもチームをつかって、その準備を今、始めているところなので、一応そういった取り組みは行われているということです。

○村上委員 それと、緩和ケア、ちょっと別なのですけれども、最期を自宅で迎えるときに、往診してくれる先生、その先生にしても最期になると、どうしても施設に送ってしまうと考えている先生が多過ぎると思うのです。やはり最期まで自宅で診るときに、看取りの先生がきちんとついてくれるような方法に養成してほしいなと思うのです。現状であれば、絶えず最後は病院に送って、最期を迎えるというのが現状であろうと思うのでね。その辺を改善していただければと思います。

○諏訪会長 例えば今、言ったような点をビジョンに入れていくとすると、多分、ビジョンの具体の、今日、初めて見ているので、ここをこう変えてくれとはなかなか言いづらいかもしれないですけれども、例えば、5ページ目の将来はみたいなところに、少しそういう情報が住民の方が手に入れられるケアとか、そういうサポートが受けられるであるとか、そういう言葉として落としていくということになりそうですかね。事務局、どうですか。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 貴重な意見、ありがとうございます。ワークショップのまとめでも出てきましたが、やはり取り組みの要素の大きいものの1つ、情報というのがある。要点だと思っています。今いただいた、緩和ケアのほうに限ってのところで記載をするかどうかは、要検討かとは思いますが、終末期を迎えるに当たって必要な情報、緩和ケアができる先生とかも含めて、そういった情報を容易にとれ

るような状況をつくり上げていくというところは、終末期の理想像の1つかと思いますので、そういった支援は盛り込んでいく必要はあるのかなと思います。

1点ですね、在宅での緩和ケアの状況ができる医師の先生を増やしていくというところについては、現実的には行政が先頭立ってやっていくことが難しく、医師会の先生方を中心にご議論いただく部分になりますので、仮に緩和ケアのところ、今、6ページのところでは、行政の取り組みというところだけ載っているのですけれども、例えばそういったところの対応ができる医師をふやしていくような取り組みというところを、例えば専門機関、医療機関の役目として、取り組みとして記載することはもしかしたら必要なのかなとも思います。

○諏訪会長 ありがとうございます。そのほか、いろいろなご意見をいただければと思います。

○村上委員 もう1点、済みません。6ページの左側の延命処置をしないしてほしい。ただ単に書いておいたのではだめだというのをちょっと聞いたことがあるのですよ。具体的に胃ろうをしないとか、自分の場合ですと、点滴も要らないと書いてあるのですが、そういう具体的なものを書かないと、お医者さんとしたら、延命処置をどこまでしていいかわからないということがあるのですが、やはり具体的に全部書いとかなければいけないものなのでしょうか、これ。

○酒井副会長 私、これ見て、資料7、6ページで区民についての取り組みにエンディングノートってあるんですね。財産についてどういうふうに処分したいとか、それについては遺言書という形でその方の意志が尊重されていくのだと思うんですね。エ

ンディングノートの中にどこまでのものを取り込んでいくのかというお話でもあるのかなと。自分はどのような医療を希望しているのかという点について、全部書かなくてはいけないのだよということで、専門機関の取り組みのところに、医師だけではなくて、「看取りが可能な介護人材」と、介護の人材も当然取り組みの主体で書いておくといいです。

ですから、これは当然、実際に看取りをされる側になってみたときに、全部カバーし切れていないと思うのです、エンディングノートにも。そうなってくると適切な看取りができる人材というものが、医療、介護あらゆる分野で必要になってくるのかと思いますので、やはりこれ、全部書かないと、尊厳のある対応をしていただけないというのは予算次第でしょうから、今後はやはり検討して、研修していかなくてはいけない部分なのかなと。ちょっと抽象的なのですけど。

○村上委員 というのは、ちらっと新聞で見たのですけれども、そういった具体的なものがないとお医者さんとしたら、具体的に延命処置をどこまでやっていいのかわからないということがある。具体的に書いていること以外は、やる必要があると解釈されるということが言われますので。

○酒井副会長 それはありますね。現実論でいったときに、当然、周りには親族の方がいらっしゃったりする。そのときに延命処置を選択できるのに選択しなかったという責任は生じるという問題があるのですね。どうしてもこれは医師会、医師だけの問題にしたときには、当然それは消極的になっていくと思います。ですから、これは業界を超えて、職業を超えて、死のあり方というものを検討していかないと、結論は

出ないのだと思うのですね。難しい。

○村上委員 エンディングノートに一切の延命処置は要らないよと書いてあっても、解釈の仕方でもって難しいと言われたことがあるのです。ですから、具体的に書かなくてはだめですよと言われたのですよ。

○酒井副会長 なぜかという、エンディングノートに一度書いたものが、本当に最終意志なのかという問題もあるのです。現実にはその方が苦しんだときに、エンディングノートにそう書いていたからといって、苦しいから解放してほしいという意見だけではなくて、早くこの生命を終える方向の処置をとってほしいという意志とは限らないのですね。そういう意味で、エンディングノートというものについても本当に最終意志なのかという点での検討が入るので。その点でまだまだ悩ましい課題もある部分かと思えます。

○村上委員 私にしる、そういった問題で聞かれたときに、すごく迷っていると思うのです。ですから、兄弟が大勢いればいるほど、余計はつきりしておかないと、兄弟の中で1人でも反対した場合なんかは、延命処置をしなくてはならないというところまで追い込まれるというのです。その辺があるものですから、具体的にはどの程度まで書くのかな、それだけ心配だったのです。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 補足でよろしいでしょうか。今のところ、延命も含めてなのですが、エンディングノート、区でご用意しているものもございますし、市販されているものもたくさんあります。恐らくそこに詳細に書いたとしても、それだけで、例えば、医療の場面でお医者さんが判断することは難しいものだと思います、現実的には。

そのポイントは、詳細に書くことも大事なのですが、実は終末期に近づいてから慌てて考えるということではなくて、その点は2ページをお開きいただきたいのですが、左下に自立期のテーマとして備えというところを、先ほど会長からご説明いただきました。自立期から終末期のことを少し見越して備えをしていくということが必要なのではないかなというところが、正副会長会のところでも意見として出ましたし、ワークショップ等々の意見の中でも実は出ています。終末期のところで望む医療、治療についても比較的元気なうちから、できれば家族で何度も話し合いを重ねていただくということが、恐らく一番大事なのだらうと思います。

エンディングノートに書かれていることの裏づけとして、家族も本人はこういう意図だった、意思だったというところが、家族からも医療現場においてはお医者さんに伝えられるように備えていくところのほうにむしろ大事なのではないかなと思っていますので、自立期のところの区民・地域の取り組みのところにもそういった旨の記載があるというような状況です。

○村上委員 高齢者の場合ですと、明日どうなるかわからないわけですよ、はっきり言わせて。認知症になって考えが、判断ができなくなってしまうかもわからない。ですから元気なうちに一言でいいから書いておきなさいよと、その程度で今、指導しているのですよね。ですから、今、課長が言われたように、しょっちゅう話し合っていると、そんなに頻繁に話し合うものではないのですよね。自分の思ったときに、家族にそういうことを言うだけであって、しょっちゅう話はできません。それで、このエンディングノートもいろいろな書き方があり

ますよね。財産から全部含めた書き方も。でも、財産は財産、法律に従って分与するからいいのですけど、この生命に関しての確かな最終のあれがはっきりわかれば、自分としたらいいのかなと。それだけです。○諏訪会長 そうですね、その相談のこととかも書いて、そういうのもみんなで作っていくということがきっと課題になるわけですね。

そのほかいかがでしょうか。

○伊藤委員 ゆうあいの郷扇の伊藤です。資料7になるのですが、認知症についてですけれども、自立期については、地域で暮らせるという内容の表記がありまして、次の要支援・軽度期ですかね。そちらについては、早期発見という文言があるのですが、その次の中重度・終末期になると認知症という表記がちょっと見当たらないようですので、できましたら、中重度についても認知症対応っていうのは大事ではないかなと思いますので、何かしら地域包括ケアについても中重度対応は文言を入れていただけるといいのではないかなと感じました。

以上です。

○諏訪会長 例えばどんな視点のことを入れれば良いのでしょうか。

○伊藤委員 例えば、私ども施設側の意見でいうと、中重度になってもしっかりと社会的な受け皿があるというような内容が入っていると、在宅で認知症の介護で、本当に苦勞されている方がたくさんいるけれども、施設もあるという安心感、そういった動きがあってもいいのかなと感じました。

以上です。

○諏訪会長 ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。

ちょっと私、読んでいて、専門機関のところなのですけども、社協ってどこに入るのだろうと思って見ていたり、包括は行政に行くのか、専門機関に行くのかとか、ちょっとその辺のところがあるんですけど、社協の立場で何かありますか。

○結城委員 社会福祉協議会地域支え合い推進員の結城でございます。ありがとうございます。社協のほうは比較的多岐にわたっているところもあるわけですけども、情報の収集ですとか施設など、というところのフォロー、つながりも結構多いなというところでもありますので、この3つの分野でいくと、恐らく左側のほうの予防とか生活支援のほうが少し強目なのかなと感じているところでございます。

以上です。

○諏訪会長 書くところとしては、専門機関のところに社協はというような書き方になるのでしょうかね。こちらでも検討してみますが。

○結城委員 そうですね、この主体のところですか。

○諏訪会長 地域ともかなり連動はしているのですね。主体に分けて書くというのは難しいなと。みんなが連携しながらになるので。

○結城委員 社協として取り組んでいくことは、地域と一緒になのですが、主体ということであれば、専門機関や行政になるかもしれません。（元の内容ではまずいのではないかと思いきかえています。伊東課長にも確認してから結城課長に確認がいいと思います。）

○諏訪会長 ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 事務局から済みません。取り組みのところについ

てはご意見をいただきたいのですけれども、正副会長からお示しいただいた、各ライフステージの①と②のところ。一言で表したというこの表現と、文書で表した②のところ、この部分で、ここが少し気になる表現ですとか、こういった要素の盛り込みが必要ではないかというところのご意見をいただくと大変ありがたいと思っているのですが、いかがでしょうか。

○太田委員 もともと地域包括ケアの場合は高齢者だけではないという国の話がありますがここではどうなのでしょう。

○諏訪会長 そうですね、高齢分野ということで、今、国は地域共生社会ということで、それを言ったら今までは地域包括は幅広いのだと言っていたのですが、やっぱり地域包括は高齢分野だと言い始めたりもして、そういうような形で。検討のところでも高齢分野の議論中心にずっとワークショップをしてきたということになっています。とりあえずは高齢分野のところでもいいかなと。

自立期、今、事務局からありましたように、目指す方向の1番、2番のあたりですね。ご意見あれば、ぜひいただければと思います。別にいいんじゃないと、それでも言っていたらと。そういうことでも結構です。

○村上委員 非常に範囲が広くて難しいのですよね。判断するのに。でも、自立という点では、老人クラブの一番のモットーなのですよね。絶えず最後まで自分の力でもって生活すると。自立という点ではそれが最高だと思っています。その事業というものを考えながらやっているのですけれども、こうやって文書にされてしまうと、一体どうなのかなと考えてしまうのですよ。非常に難しいかなと思います。

○諏訪会長 ありがとうございます。

○茂出木委員 民生委員の茂出木です。私たち要支援とか軽度期ぐらいのちょっと心配だなという方のところに訪問する機会が結構あるのですが、資料7の4ページのところに必要な支援につなげるということで、地域で声かけ、見守り、支援を行う関係づくりでつながりをもつというのを、これは心配な方と私たちとのつながりということを書いてあるかと思うのですけれども、逆にこれだけではなくて、例えば地域包括さんが訪問したり、また私たちが訪問したり、介護関係のヘルパーさんとか、それぞれいろいろな方が対応されているのですが、そのつながりってなかなか持ちにくいのですね。私、訪問したときに、ちょっと状況を伺いたいと言ったら、個人情報になりますのでということで、それで話が終わってしまったときもあるのですね。そういうことが何度かありました。ヘルパーさんにもどんな状況で、どんなご病気でお体の具合なのでしょうね、みたいなお話をして、ちょっとそれはみたいな形でもって、そこでお話が終わってしまう。この支援を行う者同士が、関係づくりがやはり必要な気がして、例えばこういうところに包括さんが行って、ちょっと大変だからあんしんネットワークなんかでは、そういうお話でもってこういう方がいらっしゃるのでということで話題になって取り上げることはあるのですが、その辺ちょっと関係性が薄いような気がしまして、私たちが包括さんやヘルパーさん関係者のほうの、こちらのほうの関係づくりが必要な支援につなげるところに何かもう1つ欲しいような気がいたします。

○諏訪会長 重要なお指摘だと思いますね。住民の方、地域の方や専門機関との連

携の仕方についての場をつくるとかルールをつくる、そんなようなことを勉強は必要かなと思いました。ありがとうございます。

いかがでしょうか。

今日初めて見ていただいているということもあるので、個別の内容いろいろ見始めると、きっといろいろどうかなということがあるかもしれないのですが、今後の進め方について、少し事務局から説明いただけますでしょうか。事務局としては資料9のところにあるような、これを一度持ち帰っていただいてご意見いただくということを考えているので、ちょっとご説明いただけますか。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 事務局です。次第にも書かせていただきました、今後の予定に絡むことでございます。今回の推進会議は8月28日を予定しています。そして、その次の推進会議が11月16日を予定しています。11月16日はこの地域包括ケアシステム推進会議から足立区に地域包括ケアシステムビジョンについての答申をいただくというような予定になります。ですので、今回の8月においては、あらあら地域包括ケアシステムのビジョンの形をお示しするような形でもっていきたいと思っています。それに当たって本日、皆様にご覧いただいた資料7の内容について、本来であれば事前にお送りし、ご意見、考えを持って、こちらにお越しいただくというところの趣旨ではございましたが、資料が間に合いませんでした。ですので、この資料7を皆様の団体までお持ち帰りいただきまして、団体内でもう一度ご検討いただいて、必要な要素等を記載したほうがよいだろうというような点がございましたら、こちらの資料9に記載をいただき

まして、私ども事務局にご意見をお送りいただきたくと考えております。

こちらの資料9については、来月6月22日を一旦の締め切りとさせていただきまして、それまでにご理解を賜われればと思っております。いただいたご意見を踏まえまして、資料7を整えた上で、8月に再度お示しをしたいと思っております。その際はレイアウトも含めて検討するので、見せ方については少し変わるかもしれませんが、いただいたご意見を十分に尊重して踏まえながら進めていきたいと思っております。

以上でございます。

○諏訪会長 ありがとうございます。そういう形でご意見をいただければと思うわけですが、この場で少し何かあれば最後言っていただいて。いかがでしょう。

もし特段なければ、今日は。

○服部建築室長 画面を見ますと3つにまとめたのはよくわかりました。特に住まいに関する意見、情報交換というのは少ないように私は感じております。つきましては何か全体会議というよりは、分科会あるいは専門部会的に1度か2度、少し深掘りしていただくとありがたいなと思います。皆さんのご意見をいただくとありがたいなと思います。

○諏訪会長 そのあたりどうでしょうか。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 ビジョンの内容については、各部会で検討ということではなく、この本体、推進会議で検討するということになっておりました。

○諏訪会長 部会というのがもともとあったわけですが、ほとんど同じメンバーでやっているという状況です。ちょっと必要に応じて、単に紙を渡したから出してというだけではなく、少しヒアリングみた

いなこともしていただくとか。

○伊東地域包括ケア計画担当課長 住まいについて話し合う場というのは何らかの形で必要だと思いますので、そのやり方については、ご相談させてください。よろしくお願ひします。

○諏訪会長 進め方についても何かご提案ございましたら、お願ひします。

では、よろしいでしょうか。よろしければ本日はご議論いただきましてありがとうございます。もっと早目にこの案は見て、ご覧をいただいてからできればよかったなということで少し反省しております。

では、最後に事務局のほうから連絡事項について、よろしくお願ひします。

○澤田地域包括ケア推進課事業調整係長 長時間にわたりまして、貴重なご意見いただきありがとうございます。次回の会議につきましては8月28日火曜日、午後2時より同会場、こちらの会場で開催を予定してございます。開催通知等、ご案内は別途、ご案内申し上げます。

以上で、本日の推進会議は終了となります。