

令和2年度 第3回 滋賀県高齢化対策審議会 概要

- 1 日 時：令和2年11月11日（水）午後2時から午後4時まで
- 2 場 所：滋賀県危機管理センター 会議室3、4
- 3 出席委員：梅本委員、岡戸委員、岡本委員、荻田委員、川村委員、喜田委員、口村委員、谷口委員、富岡委員、中村委員、西村陽子委員、花房委員、平野委員、廣原委員、藤井委員、松田委員
- 4 欠席委員：岩永委員、大塩委員、越智委員、西村優子委員
- 5 開 会：
 - (1) 川崎健康医療福祉部長あいさつ
 - (2) 会議成立報告
- 6 議事概要：レイカディア滋賀高齢者福祉プランの改定について
[資料1、2、3に基づき事務局が説明]

○（会長）：ありがとうございます。まず全体について、何かご意見あればお願いします。

○（委員）：第3節、第4節の「高齢化のピーク」という言葉は、データ上のピークという意味で使っていると思うのですが、やはり県内でも圏域によって高齢化に差異はありますし、一般の方に見ていただく際にその言葉で良いのだろうかという違和感を感じます。

○（会長）：他の委員の方からも、ピークという表現についてどのように感じておられるかご意見をいただきたいと思います。

○（委員）：言葉の使い方として、「バリアフリー」と「ユニバーサルデザイン」があります。「バリアフリー」という言葉よりも、誰でも使えるという意味で、「ユニバーサルデザイン」の方が望ましいという議論かと思います。この場合の「ピーク」についても同様で、ピークだからそうするのでなく、いつでも同様であると、ユニバーサルの考えればよいのではないのでしょうか。

○（委員）：確かに「高齢化のピーク」といってしまうと、そこが頂点で、その後は下がっていくのかという勘違いがあるかもしれません。2040年を過ぎると、高齢者人口としては減少してくるかもしれませんが、若い世代も減少します。どのような表現がいいのかは難しいのですが、ここで問題が終了してしまう印象があります。

- （会長）：そういう意見もまた検討いただくということで、他にもう少しご意見いただいでから事務局から発言いただければと思います。
- （委員）：全体の構成について、第5節に認知症の人や家族がありますが、これはここでいいのかという疑問があります。認知症の人や家族は、第1節の共生のまちづくりや、第2節の暮らしを支える体制づくりのところに、近接した内容だと思えます。敢えてここに書くのが良いのでしょうか。
- （会長）：これに関しては当初から議論がありましたが、確かに第3節のサービス提供体制のような、県がどうしていくのかという施策が見えにくい部分が間に挟まるのはいかなものかとも思えます。今のご意見は第5節をもっと前の節にという事かなと思います。
- （会長）：一点私から。第1節が社会づくりという表現になっていますが、社会づくりと地域づくりの差がはっきりしていないところもあるので、これを思い切って共生社会と呼ぶのはどうでしょう。大きなタイトルとして社会づくりは構わないと思うのですが、それ以外のところで社会づくりというと、何を言っているのかよくわからない面もあります。共生社会づくりというのも語呂があまりしっくりこないかもしれませんが、少し検討いただければ。
- （会長）：話を戻しますが、認知症の節建てについては前々からいろいろご意見があり、私も後ろに下げてもいいのではないかと申し上げ、前任の委員にもそれで構わないというお話をいただいていたのですが、新任の委員の方から何かご意見があれば。
- （委員）：節構成については、特に意見ありません。
- （委員）：全然ここでは出てこない話なのですが、8050問題や高齢者のひきこもりについて取り上げてほしいと思います。昨年、滋賀県の民生委員・児童委員は県の社会福祉協議会と、ひきこもりの状態におられる方の調査を行っています。
例えば、子供たちが不登校になり、その延長線上で、50歳になっても、あるいは60歳70歳になっても引きこもり、その面倒は両親が看ている、あるいは、その年金等で生計を立てているという現状があります。親が元気なうちはいいかもしれませんが、親が介護をしてもらわなければいけない状態になれば、そのときの50代60代70代は、どうしていくのか。その辺のところを、盛り込んでいただきたいと思えます。

○（会長）：社会が徐々に包括的支援へと向かっていますが、高齢側からどうアクションをとっていくのか、大変難しい課題でもあります。いくつかご意見いただいたので、ここで事務局からもご発言いただければ。

○（事務局）：「高齢化のピークを見据えた」という表現について、ちょっとネガティブな表現かというご意見だったかと思いますので、また工夫させていただきたいと思います。

第5節の認知症の人や家族の節建てについて、事務局としては、認知症を第3節に持ってきて、社会づくり・体制づくりとまとめたほうがいいのではないかという話もあったのですが、前回の審議会の中では、認知症や家族の話については、一つの独立したテーマであるので、第5節でも違和感はないのではないかというお話でした。我々も悩みながら配置を考えておりますので、もう少しご意見をいただきたいなと思っています。

それから第1節「誰もがいきいきと活躍できる社会づくり」については、節内の（2）に共生のまちづくり、地域での共生社会づくりと書いてあります。節のタイトルは、現行の計画に「社会づくり」とあるのを引き継いでいるものですが、「共生社会づくり」にしても違和感はないのかなと思いますので、委員の皆さんからご提案がいただければ、ここについても検討したいなと思います。

それから8050問題、ひきこもりの問題ですが、前回の審議会でもヤングケアラーについての問題提起をいただいています。このような問題はケアマネジャーなどの介護従事者が発見することが多いということで、非常に関係が深い話だと思っております。ただ引きこもりの方は、おおむね50代から60代前半という年齢層ということもあり、高齢者福祉プランの中に入れていくのかというところは、悩ましいところです。本計画と並行して策定作業を進めている障害福祉プランにおきまして、ひきこもりの問題を取り上げているかと思っておりますので、そちらと役割分担をしながら検討させていただきたいと思っております。以上です。

○（会長）：ありがとうございます。第5節の認知症の節建てについては、具体的には第3節に上げたほうが良いというご意見でしょうか。

○（委員）：第3節というか、共生のまちづくりとのつながりという観点で、第1節の続きではないかと思います。

○（会長）：その場合、現在の第3節サービス提供体制の構築と、第4節介護職員を入れ替えるのはなかなか難しいでしょうか。仮に認知症が上に上がった場合、全体的なバランスとしてはそのほうがよいのではと思います。サービス計画としてこの計画が形成されて来たという経緯もありますので、一概には言えないかもしれませんが、また最後の段階で議論するということにして、先に進めたいと思います。

そうしますと、まず1節、2節、5節という「～づくり」の中身について議論したいと思います。

- （委員）：資料4の56ページの指標として、「身体拘束をしていない介護保険施設・事業所の割合」を100%に持っていくというところですが、いわゆる三原則として緊急やむを得ない場合の身体拘束は認められている面もあります。例えば、一定条件を除くと留保するなどしないと、100%という数字は難しいのです。施設にとってもプレッシャーになりますから、100%とするなら身体拘束を必要とするような利用者を断るという方向に進みかねないと思うのです。
- （委員）：ひきこもりの方がいらっしゃる高齢者世帯のことについて、私も考えることがありました。第1節で、心の健康、体の健康については結構記載があると思うのですが、経済的な面の支えも大切だと思います。暮らしの基礎体力が脆弱な高齢者、まさにひきこもりの方、8050の世帯に、経済問題は大きいと思います。高齢者世帯への経済的な支援というのはなかなか書きづらいと思いますが、居住空間があれば良いというだけのことではないのではないのでしょうか。
- （会長）：自治体レベルで、世帯への経済支援とかは行っているのでしょうか。
- （委員）：現状としましては、親と同居する50代の方が介護従事者の訪問先で倒れておられて、それを介護従事者が発見したという事例があります。この場合、親の年金で生活しておられたということで、生活困窮自立支援が欠かせないなと感じました。生活困窮との連携のもとに、就労支援にも取り組んでいます。
- （会長）：年金に依存する世帯の問題などを何かの形で、どこかにうまく入れていただくような工夫をしていただければと思います。一つの例としては、介護従事者が訪問の際に発見した場合、自治体などに連絡して支援につないでいくというようなところかと思います。
- （委員）：私事なのですが、マンションに一人暮らししているおばが最近、若干認知症のような症状が出ており、きょうだいである私の親にも、物が無くなったなどの電話がかかり、かつ、転倒することも多くなりました。私たちは専門職なので、何とか住み慣れた場所で生活していく方法はないかと考え、またずっと同じ場所に30年程住んでいるので、地域の方は支えてくださる。一方で、きょうだいである私の親は、なかなか面倒を見るのも大変なので、施設に入れられないかという発想になってしまっています。このような状況を考えていくと、家族の理解という部分、あるいは、認知症の方の場合ですと、家族の教育

が非常に大事だということを痛切に感じています。

- （会長）：間接的に言ってみれば、今のご意見は、5節を1節と2節の間に置いた方がいいのではないかと感じました。

- （委員）：委員おっしゃる通りで、専門職が患者さん本人の為にとっても、ご家族にご理解いただくのがなかなか難しいです。共生社会づくりとか地域づくりとか出てくる中で、困ったらどこかへ連れていくのではなく、その人と一緒に生きるということがあれば良いのではないのでしょうか。ご家族は、これ以上どうしたらいいのかといわれるぐらい本当に苦労されているのですが、早く対処していればそこまでならなかったという例もあります。本当にその人にとってそこに住み続けるのがいいのかという問題もありますが、困ったら施設に行くというのはちょっと違うかなと思います。教育や啓蒙など今までもしてきているのですが、もうちょっと踏み込んでいく必要があるのではないかと思います。

- （会長）：本文 92 ページの一番上、「認知症になっても自分らしく」とありますが、そこに家族も含めて記載いただくということで、ちょっと柔らかいスタンスであることも否めないですが、県としても考えを皆さんに共有していきたいというメッセージとしていただくということでよいのではないのでしょうか。

- （委員）：先ほどの委員の事例ですけれど、親御さんは子ども夫婦に迷惑をかけたくないという思いもあると思います。私も親が認知症で転倒を繰り返したときに、ショートステイでお世話になったことがありましたが、自分自身が専門職でありながら、そんなに早く施設を使っていいのかという葛藤がありました。とはいえ、24 時間体制で介護に追われるなかで、本当に施設は有り難かったし、すごく救われた感がありました。住み慣れた地域の中で、何とか在宅でとも言いますが、ご自身の人生もあるので、無理ばかりしないでくださいね、というのも、実感としてあります。
先ほど 8050 問題が出ましたが、人生 100 年だったら、100 歳の親に 75 歳の子供という例も出てくるわけで、老々介護というか、介護介護の中で、今までになかったことが起きるけれど、この計画の冒頭の SDGs でも謳われている「誰一人取り残さない社会をつくる」という取組の中で、私はどこにあってもすべていいのではないかなというような感じを持ちます。

- （会長）：ありがとうございます。1 節の後にもし認知症の 5 節が来れば、個人・家族・支える体制というものが、前半の三つの節でしっかり整理出来るという形になるのではないのでしょうか。

○（委員）：先程申し上げた件につきましては、本人のことを考えると、まだ施設に入らずに、もっと地域で暮らせるだろうというのが私たちの思いでした。そう言いながらも、どこかないかということで、この計画の71ページにも掲載されている住宅型有料老人ホームに試し入居できるとケアマネさんからお話があって、見学させていただきました。

そこで受けた説明が、「ここは住宅型ですので、全く自分の家と考えて下さい」というもので、ああそうですねと、そこまでは良かったのですが、「家なので1時間半毎に、巡回はしますが、ここで怪我されても、転倒して骨折されても、家なので、責任は取りません」と、そうおっしゃられて、非常にショックを受けました。特別養護老人ホームでは、そこで起こったことに関しては、全責任を負わなければなりません。一方でこの住宅型というは、ある意味責任から逃がれるのにすごく便利な言葉だなと、今回感じました。

また、ご利用されておられる方達の食事の風景を拝見したのですが、まさに特養の利用者、あるいはほぼ近い方がそこで食事をしておられて、特養の利用者数が減っている分は、こちらへ流れているのだろうと感じました。住宅型だけでなく、サービス付き高齢向け住宅も含めてなのですが、もう少し施設としての責任を持っていただきたいです。今後、県としても監査なり体制そのものについて、お考えいただきたいなと思いました。

○（会長）：そうしますと、71ページの施策の方向と取組の中で、2つ目のところに、事業所への研修と書いてありますけれども、質の向上を目指す研修とか、何か方向性を示すような形にしていれば。

適正な施設運営の確保という点は、なかなか市町村の介入しにくい部分だと思います。私もある自治体に頼まれて調査したことがありますが、平均以上の介護サービスを使っているのがほぼ90%と高い率で、入居者の囲い込みをしている状況で、別な意味で大きな課題かと思います。

○（委員）：充実した形でプランを記載いただいています。例えば40ページ、新しく記載いただいたところに「フレイル」という言葉があり、特に注釈がありませんが、これは市民権を得ている言葉なのでしょうか。

○（会長）：注釈がついているものもあるのですが、権利擁護関係とか、全般的に用語の解説を付けていただく方向で。出来れば下の注釈の方が解り易いので、その方向でお願いします。

○（委員）：先程から引きこもりとか認知症とか話題に出っていますが、これらの問題に対処するにはやはり、人と繋がりを持つことが大切です。人との繋がりや通いの場があるとかいう意味では、皆さんも老人クラブに入ってくださいと申し上げたい。老人クラブに入っ

たら、引きこもりなどの問題も解消すると思います。私の老人クラブの会員で、過去に3回倒れた方がおられますが、クラブ活動中だったこともあり、すぐに対応したため大事に至らず、その後何年も生きておられた方がいます。今はコロナ禍で中々活動が出来ないというジレンマはあるのですが、老人クラブはそういう意味でも人の繋がりに貢献しています。

○（委員）：17 ページの滋賀県の介護職員の状況というところ、○の三つ目に「このほか看護職員は4,192人」と記されていますが、この出典を教えてくださいと思います。昨年、厚生労働省と滋賀県が看護職員の需給集計を出しており、その数値はもっと少ないものと記憶していましたが、4,000人を超えていると聞くと、ちょっとびっくりしております。

○（事務局）：17 ページの下に出典として記させていただきますが、平成30年の介護サービス施設・事業所調査で、介護事業所に勤めている看護職員の集計になります。

○（会長）：ちょっとまた後で調整させていただきます。

○（委員）：54 ページになるのですが、（3）高齢者の権利擁護の推進体制の構築です。①の高齢者虐待防止のなかに「養介護施設従事者等による虐待対応研修会などを実施」とありますが、虐待対応研修というのは普通に使われている言葉なのかどうかと、疑問に思いました。

それから次に、87 ページ、⑦感染症に備えた職員の育成・確保で、感染管理認定看護師等による研修会を記載していますが、感染管理の認定看護師というのは、8か月から10か月の養成期間が必要であり、県内には40名ほどしかいません。そういう方が今後3年間、出前研修をやっていく計画かと思うのですが、私は、できたら折角こういった機会に、介護施設等で、感染対策をしっかりと進められるリーダー育成をしていただけたらと思っています。これだけ国際化が進んでいる中、看護師は新型コロナウイルスだけではなく、今後、新興感染症にも対応していかななくてはいけないという状況も想定されますので、感染に対するリーダー育成も必要かと思っています。

○（会長）：今のようなリーダー育成についても、是非検討していただければと思います。

○（委員）：45 ページ、共生のまちづくりの中の、安全・安心な滋賀の実現というところのエ 防災・減災の推進なのですが、基本的にここでは、災害が起きて避難所に避難した時にどうあるべきか、避難のしかたについて、あるいはサポートについて書かれていると思います。一方で、災害の内容にもよりますが、避難した先には感染症や収容数、備蓄の間

題などがあることから、最近は密を避けた自宅避難や自宅での防災備蓄という考え方が多くなっています。このような自宅避難という考え方について検討できる要素があれば、入れていただけるといいかなと思います。

- （会長）：ありがとうございます。また指標について事務局からご報告いただかないといけないので、審議時間を残しますが、ほかには。
- （委員）：本文 84 ページ第 4 節の介護人材のところですが、介護職員等の確保として、一つ目に外国人介護人材の受入促進が記載されています。今、県としてはそのことに力を入れてらっしゃるかも知れませんが、やはり福祉教育も含めて地元で介護人材を育ていくことのほうが大事だと思います。
- （会長）：その点については、特に強調したい視点の 1 項目目も、「外国人材も含めた」という文章で始まるので、確かに見た時に違和感がありました。外国人材について積極的に推進したいという意向とは思いますが、特に強調したい視点の 1 番最初に外国人材を持ってくるとどうしてもそれに一辺倒になってしまうので、ちょっと工夫が必要かと思えます。
- （委員）：つづいて本文 85 ページの介護職員等の育成の部分ですが、先般も申し上げた、滋賀の福祉人について触れていただきありがとうございます。滋賀の福祉人とは、平成 30 年、2018 年に県と大津市とそして、県社協が滋賀の福祉人の育成に関する協定を締結し、全国に先駆けて、介護人材の質の向上確保、体系的にプログラムを組み実践していくということでございます。キャリアの段階の一つのプログラムを滋賀の福祉人といっているわけではなく、続くイ、ウ、エの部分に出てくる具体的な研修なども含めて滋賀の福祉人と呼んでおります。
- （委員）：先ほども申しましたが、8050 問題あるいはひきこもりという言葉が第 1 節か第 2 節あたりに記載していただきたいなと思います。ひきこもりの方は、障害を持ってひきこもっている方もおられますけれども、普通一般の方が社会に馴染めずに仕事もなく、ひきこもり状態になることも当然あります。私としては、1 節か 2 節のあたりにそういう言葉を明記していただきたいと思います。
- （会長）：二度いただいておりますので、ご検討をお願いします。
- （委員）：86 ページになるのですが、介護職員等の定着の部分について、一番下に「管理者研修や事業所指導の機会を通じて、事業者自らが職員を育成していく意識の向上を図

ります」と書いていただいています。全般的に介護人材が少なくなっているということと、定着そのものが難しいという、共通の課題はあると思うのですが、ただ、特定の施設からの離職が非常に多いのです。その管理者にいくら研修したところで、事業者自らが職員を育成していく力は、たぶんそこには無いのではないかと思います。ここをどうしていくのかというのは大きな課題でして、介護離職者からは「前の職場は研修も何もなく、来た瞬間から採用され、採用された瞬間から入って下さいというような流れで、先輩の姿を見て悩みながら仕事をしましたが、一月ぐらいで辞めました」という話を聞いています。事業者指導をもっと強くした方がいいのかなとも思います。

- （会長）：第三者評価により対応するとか、あるいは施設協議会には、そのような施設を指導する力はないのでしょうか。
- （委員）：協議会としては是正するように何度も言っています。職員の育成と定着という問題については、県と協力しながら色々やっていますけれども、定着するの、あるいはその施設に就職してくれるの、最終的な責任は、事業者そのものにあると思っています。事業者そのものの評判がいいかどうか、そこがちゃんと定着できるようなシステムを持っているかどうか、人間関係づくりもちゃんと出来ているかどうか、それがすべてだと思っています。
- （事務局）：今ご指摘いただいた点は、定着というよりどちらかというと労働環境の改善に近いような話で、研修制度が整っているのか、キャリア段階に応じた賃金制度が出来ているのかなどに関わってくる問題かなと思います。労働環境の改善のところで、例えば、環境整備をしている事業者の登録制度などもありますので、その登録制度の中で、今も含まれていますが、職員に対する研修体系がどうなっているのかの見える化を行おうと思っております。会長のおっしゃった第三者評価の方法もあるのですが、中々対処は難しいかなと思っていますので、86 ページのイの、労働環境の改善のところで追記出来ることがあれば、記載していきたいと思っております。
- （会長）：少し背景みたいなものも含めていただければ。
- （委員）：私の親が認知症で、自分では動けない状態だったのですが、車いすから落ちて亡くなりました。自分で動けない人が落ちる訳もなく、ヘルパーが落としたのだと思うのですが、そういう事例もありますので、研修はしっかりしてもらおうようにお願いします。
- （委員）：40 ページの、④健康なひとづくり、アの「高齢者が集まる通いの場等においてセルフチェックを実施」するということなのですが、恐らく通いの場に来られている方とい

うのは元気な方なので、もう少しチェックする対象を広げないと、洗い出しできないのではないかと思います。厚生労働省は75歳以上の方がフレイルチェックしていくべきといますので、セルフチェックシートの簡易なものを使用し、健診と組み合わせて行うようなものがあるのかなと、個人的には思います。

それから51ページから52ページにかけて、訪問看護師の育成など書いていただいているのですが、大学では県や看護協会にご協力いただいて、新卒訪問看護師の育成というところに力を入れております。またそれに加えて、今後地域貢献する人材を育成するという観点から、県外の看護師の養成なども大事かと思っておりますので、そこを記載していただけたら嬉しいです。また人材の育成だけではなくて、訪問看護ステーションは増えているというお話ですけれど、小規模のステーションは経営悪化など安定性の問題もありますので、ステーション自体をどう支えていくかを考えていかないと、と思いました。

○（会長）：2番目の点は、養成機関との連携というところが入っていたらよろしいでしょうか。養成は大きな課題ですので、養成機関との連携など、またご相談していただければと思います。

○（委員）：ケアマネジャーの事で申し上げますと、86ページの資質の向上のところ、介護現場はICTの文言が入っているのですが、ケアマネジャーもICTやリモートを使っていけないといけない、苦手意識を払拭していかないといけないと思うので、是非ケアマネジャーについても入れてもらえたらと思います。

また56ページの指標の「入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率」なのですが、退院時の連携率がどんどん上がっていく指標となっています。退院の場合は、病院や施設のほうもかなり意識してもらわないと、ケアマネジャーだけが頑張っても達成は難しいところなので、ちょっとここはいきなり高くなっているなという印象を受けました。

○（会長）：55ページ一番上の、高齢者権利擁護センターの記載がありますが、これは新たに設置するという意味でしょうか。

○（事務局）：すでにあるものです。

○（会長）：今後は高齢に限らず、総合的な権利擁護センターが求められる時代であるようにも思うので、将来的に機能を広げるようなニュアンスのほうが良いのではないかと思います。また他府県では、市町村に対して権利擁護理解の推進のためのアドバイザーの派遣など行っているところもあるので、もし経費があるのであれば記載いただければと思います。

○（会長）：時間も押していますので、指標についての議論に移りたいと思います。指標は資料5に別途まとまっていますので、皆さんで見えていただければと思います。

○（事務局）：指標につきまして、資料5について後程説明すると申ししておりましたが、すでにいくつかご意見いただいておりますので、いただいたものについてお答えいたします。

最初にありました、資料5の4ページ目の一番上の⑤、身体拘束をしていない介護保険施設・事業所の割合というところで、目標値を100%としていることについてです。委員からは、身体拘束についてはやむを得ない時は行えることになっており、100%にはなり得ないのに、なぜ目標を100%とするのかというご質問をいただいております。このご質問は、昨年度の高齢化対策審議会でもいただいております。我々も、緊急やむを得ない場合の身体拘束の場合を外した指標を作るべきかを、内部で検討いたしました。そのなかで、やむを得ない場合以外に身体拘束をするということは、やはり虐待ではないかと、そう考えると、緊急やむを得ない場合の身体拘束を外した目標値を設定して、それに満たないという、虐待が起きているということではないかとの考えに至りました。このプランはみんなでどういった社会をつくっていきたいか、どういった高齢者福祉施策をつくっていくかという、理想形を目指したものでもありますので、あるべき目標は100%ではないかと考えまして、最終的に100%とさせていただいた次第です。

○（事務局）：同じく資料5の3ページ目、第2節の一番下④入院時における病院と介護支援専門員との情報連携率をあげておりますが、こちらは保健医療計画の指標と合わせたものとしております。基本的な考え方としましては、基準値である令和元年度から、ここでは参考値となっておりますが、2025年の時点で、入院時・退院時双方で100%とすることを目標としており、割り戻してこのような数字になっております。今年は新型コロナウイルス感染症の関係で調査ができませんでしたが、毎年入院時と退院時、ケアマネさんと病院で調査をさせていただいておりますので、その傾向を見ながら、中間的な評価等を含めて考えていきたいと思っています。

○（会長）：時間ですので、最後に構成について議論になったところについて事務局からのお考え等いただけたらと思います。

○（事務局）：構成のところでございますが、認知症の人や家族が自分らしく暮らす地域づくりというところ、確かに本人がされることと地域をつくること、両方含まれているので、ほかに異論がないようでしたら、第1節の後に持ってくるという事にさせていただきます。

す。

○(会長):また指標や言葉の使い方など、お気づきの点があれば事務局にご連絡ください。

○(事務局):今日は長時間にわたり、様々なご意見を賜りましてありがとうございました。後程でも構いませんので、後から考えてみてやはりこの文言はこうだったのではないかなど、またお電話等でもご意見いただければ、検討して参りたいと思います。今後12月になりましたら、議会へ報告の上、パブリックコメント、それから、年明け、ご意見を反映した案を提示したいと思います。本日は長時間ありがとうございました。