

令和4年度 第2回上小医療圏地域医療構想調整会議議事録

日時：令和5年2月27日（月）

午後6時～7時45分

場所：長野県上田合同庁舎 南棟2階会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

○地域医療構想に関する将来意向調査の結果等について

- ・[資料1] 地域医療構想に関する将来意向調査の結果等について
医療政策課 浅川主任が資料に基づき説明

(橋本座長)

上小圏域の医療機関の意向について、取りまとめ結果を説明いただきました。医療機関の皆さんには、これをもとに対応方針を検討し、次回以降の会議にて説明いただくこととなります。事務局からの説明について何か質問、ご意見はございますか。鈴木所長どうぞ。

(鈴木所長)

今県庁の方から説明をいただいたところですが、この会議に先立ちまして構成員の方からご指摘をいただいた事項がございます。資料1の2ページ目、将来意向調査の概況で様式1の自院の現状のところ、許可病床数ということで病院機能報告に書かれている病床数を今年の7月時点と、2025年、2030年について伺っております。

今机の上にお配りした長野県地域医療構想別冊の20ページの(3)病床の機能区分で地域医療構想において病床機能について語る時、この病床の区分については医療資源投入量によって3000点以上を高度急性期に、1日当たり600点から3000点を急性期に、175点から600点を回復期とする区分がございます。

病床機能と地域医療構想の2つの中では区分が混在している状況にあります。このため機能報告で急性期となっているところも医療資源投入量においては回復期で、実際には600点以上っていない部分が多々あるのではないかと思います。

資料1の11ページの今の病床数のところでは、急性期が多くて回復期病床が当初の目標に達成していないようなグラフになっておりますが、実際のところは急性期が少なく回復期がこの数字よりも多くなっているのが実情で、元々の地域医療構想で目標としている数字に近づいているのではないかと考えております。いかがでしょうか。

(橋本座長)

ただ今の鈴木所長のお話についてどうでしょうか。藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

保健所長から言われまして、2022年7月の当院の急性期病床に入院している方の医療資源投入量を調べましたら、機能報告では急性期と届け出ているうちの少なくとも10パーセントから20パーセントはそういうことになっています。

今の当院の平均在院日数の12日ぐらいでもそういう状況になっているので、多分地域医療構想の区分で棒グラフを作るとなれば、回復期のところが増えるのは間違いないと思います。

(橋本座長)

はい、他にどなたか。勝山先生どうぞ。

(勝山構成員)

はい、最初に訂正をお願いします。3ページの丸子中央病院の「この環境で地域の人口を守るために」のところ、「人口」を「人々」に直していただきたいと思います。

過去に申し上げましたが、地域医療構想の話の中で公立私立それぞれの病院がよりよい医療環境を作るように、地域の人々を守るように努力をしていますが、その中で行政がどういう役割をするつもりなのかさっぱり見えません。多分、医療計画の中に書き込まれることかと思いますが。

具体的な例を挙げますと、再三申し上げてきたことですが、長野県型の総合医を作ろうという計画を作って、これが中止になったという話も聞かないのに誰も話をしなくなりました。

それから、長野県から奨学金を出している医学部の学生の人事権を現在百何十人か持っているはずですが。この会議で医師の偏在、医療人の偏在が大変な問題であると再三話をしてきましたが、県では長野県自体が行っている医療支援をどう活用していくのか、地域医療構想の中で県は長野県の役割を果たしていただかなければならないのですが、そういうところがさっぱり見えません。

上田市もこれだけ医療機関が大変だと言っているのに、上田市自体が一体どういうことを考えているのか昔から全く姿も形も見えません。その辺について触れていただきたいと思います。

今行っている8次医療計画でお示しいただけることなのかもしれませんが、今は一方的に各病院の考えを示せという話になっています。それでしたら長野県も覚悟のほどを示していただきたい。

(橋本座長)

はい、今の勝山先生のご意見についてどうでしょう。

(浅川主任)

はい。前回の調整会議でも医師偏在の部分が一番の課題だということでご指摘いただきました。県庁の担当課の医師・看護人材確保対策課とも連携しながら、第8次計画でその部分の具体的な施策を検討して行きたいと考えております。

医局制度のもと、地域枠の医師の方々を配置していくことの難しさについては承知しております

が、我々としてもその壁をどう取り払って医師偏在を解消して行くかというところは、明確な答えが出ていないのが実情です。

ただ、解決策については悩み続けなければいけないと思っており、現場の課題解決に向けて、調整会議の場などでご意見をいただければと考えております。回答にはなっていませんが、方向性としては第8次計画の中で頭を悩ませていきたいと考えておりますので、ご助言をいただければ幸いです。

(橋本座長)

はい、勝山先生よろしいでしょうか。

(勝山構成員)

当然そういうお答えが来るかと思えます。もう一つは何年か前に厚生労働省が医師の配置について、行政がもう少し関与するために医師の調整会議みたいなものを作りなさいと言って一応作りました。しかし、それも自然消滅みたいになっていて、長野県では継続されていないと思えます。

そういうのをきっちりやるのが信州大学に対するプレッシャーにもなるので、よく歴史を調べてもらい会議が消滅していなかったら再度立ち上げて信州大学からしかるべく考えを聞くとかやっていたらと思います。

(橋本座長)

はい、藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

勝山先生のおっしゃるとおりで、今特に働き盛りの若い医師を派遣してもらおうよう、具体的には信州大学の医学部の各教授のところにはほぼ2か月に1回ぐらいお願いして何とかしてもらっているのが現実です。やはり医学部の教授たちに県内に医師偏在問題があることを県の方から言ってもらわないと。我々が言っても自分のところのことを言っているだけなので、県内にどのくらいの偏在がありどのくらい困っているかということ、是非県の方からも言っていたらと思います。希望します。

(浅川主任)

本県の担当課からは、症例の分布と言いますか、圏域ではこれくらいの症例があるので医師が必要だというデータを効果的に出せれば、医師の配置が進められるのではと聞いています。

今後、この地域の医師確保が最大の課題ということで議論を進めていくとすれば、データの出し方についてご意見をいただいて、上田医療圏ではこれだけの症例が確保できるのでこれだけの医師を送ってほしいなど、そういった話し合いもできるのではないかなと思います。どうでしょうか。

(橋本座長)

はい、三澤先生どうぞ。

(三澤構成員)

各病院が総合デパートを狙っています。例えば、心臓外科はうちもあるし隣の病院もあります。効率が悪くて症例が少なくて大赤字です。みんな一人ずつしか先生を配置していないから危ないことができない。無理はしないようにしようとしてレベルはどんどん下がってしまいます。

他の県は、背骨の手術はA病院、関節はB病院と分けているので、研修医たちもその病院に行って自分の専門をやりたいと言う。これが一つ重要だと思います。各病院が総合デパートばかり目指していたらだめです。

もう一つは、先ほど勝山先生が言われましたけれど、総合専門医、総合診療科の先生でないと。内科の先生で循環器しか診ません、消化器官しか診ませんではなくて、何でも診るけど得意なのはこれだとか、診られない場合は他のところに送りますというような体制を組んで行けば、働き方改革で変わりましたが医師の数ももっと少なくて済むということはあると思います。

実際に教育する施設がどのくらいあるかということだと思います。総合診療科を長野県のどこでやってくれるかと言えば、諏訪中央病院とか佐久総合病院とか二つぐらいしかありません。ですから、県が何人派遣して研修をさせているかとなると、私のような自治医大の卒業生は全然行っていません。行かなければいけない人が。総合診療科をやっている人がいないんです。

僻地に行った人はその病院で楽しそうに働いています。総合診療の人が僻地でやっているのは全然辛そうではありません。うちみたいな僻地に来てくれて生き生き働いている。いやいやと何年間大規模病院で働かせて医師不足の病院に出すよりは、県はそういう所で生き生き働けるような体制を作った方がいいと思います。学生の時からこういう医療もあると教えて。

専門もちろん必要です。総合医も必要です。それをみんなで話していかなければいけないと思います。

(橋本座長)

はい、藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

先程の症例について、二次医療圏である程度完結しようと思っていらっしゃるならば、私がこの二次医療圏に来てから見ていると、私が来るまでは患者さんは佐久と長野に行っていました。それで県がよしとするならばそれでおしまいです。症例がないので医者が来ないで終わってしまいます。

そうではなくて、二次医療圏の中で患者がどこで発生しているかを見ないとだめだと思います。上田の方が佐久や長野でいいとおっしゃるのならば、ここには病院がいないということで結論づけることになってしまう。そういう計算だけするならば。

(浅川主任)

完結のあり方をどうするかというところは、地域の実情によって考えるべきものだと思います。佐久と上小は昔から回復期は上小で預かり、急性期の部分は佐久にお願いするという連携の考え方

があると承知しております。地域の実情で、ある程度の流出というところは許容すべきものではないかと思えます。

一方で、患者側からは、この医療圏内の身近な所で入院を済ませたいとか、そういった声があると思えます。今、我々は県民医療意識調査をやっていますが、調査の中で声が出てくるのであれば、調整会議の場でも完結すべき医療とは何かというところを、我々も皆さんと一緒に考えていくべきことだと思えます。

我々が独自にこの医療圏はこれでいい、という考え方は決してできなくて、調整会議の皆様のご意見、あるいは医療計画を策定する中で有識者の皆さんのご意見などを踏まえて、県として検討していくべきものだと考えています。

(橋本座長)

よろしいでしょうか。鳥羽先生どうぞ。

(鳥羽構成員)

一言、付け加えをお願いしたいと思います。救急医療を医師会の中で考えますと、医師不足の中に医師の高齢化を入れていただきたい。上田市医師会としていろいろ救急面をお手伝いしたいと会長を含めて考えていますが、今、上田市医師会の医師の平均年齢は63.4歳です。60歳以上が半分以上で60パーセントに近い状況です。

例が悪くて申し訳ございませんが、普通の業種で言ったら定年退職の方が支えている部分もあります。救急医療を考えるとやはり自分の過去を見ても40代。夜当直で起こされるとなると頭数だけではなくて若い力もとてもいります。是非とも医師数だけでなく若い力をどのように取るかということも計画の中につけていただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

(橋本座長)

勝山先生どうぞ。

(勝山構成員)

病床数の話になります。上田医療センターが今後、ベッドが一杯だからもう少し稼働病床数を増やしたいという話ですが、先程平均在院日数が12日だということなので、私は方向性としては平均在院日数を11日、10日に減らして、現在の病床の効率を上げると。それは同時に、我々の病院が上田医療センターから退院される方をしっかり受け入れるということを要求されるわけで、この地域としてはそういう方向で考えていくべきだと思います。

上田医療センターの病床数をいたずらに増やすのは、地域の方々にとって幸せな状況ではありません。上田医療センターが後方病院としてやっていくのなら、我々はそれを受け止めるべきです。

それについて言うと、我々の病院で上田医療センターからの患者を十分受け止められないのは、それなりの医師がいなくて、非常に難しい患者さんが来た時に受け止められないという悲しい状況もあります。つまり、医療資源が足りないという話になってきます。

ただ、この地区として努力していく方向は、上田医療センターが平均在院日数を短縮して、我々

もそれに対応して患者を受け止めてやっていく。そういう方向を目指すべきだと思います。

(藤森構成員)

もちろん、その方向を目指しますが、調査は2025年なので、それまでに2次救急を100パーセント受入可能にするために急性期病床を増やす必要があります。うちの平均在院日数は9日だと思いますから、皆様が後方病院として患者を受け入れられることができれば、平均在院日数を短縮することができます。

今回の調査では2030年のところは書きませんでした。状況が異なれば、看護師は毎年回転しているので、ベッド数を100減らせと言われれば減らせます。皆さんと回復期について、うちからの連携をうまくしようとしたのですが、少なくとも2年やっても全然うまくいきませんでした。これを2025年に向けて一度仕切り直してから必要病床数を考えたいという順番です。

(橋本座長)

よろしいでしょうか。安藤先生どうぞ。

(安藤構成員)

2点あります。1点目はうちの大学の人事とは関係なく、ずっと民間でドクターを集めていますが、三澤先生がおっしゃるようにエキスパートでなくてもいろんなことを診るといこと、それから医師として働くことの生きがいややりがいが、この地域で医師として働くことにつながります。

同じ給料で東京の方が楽しいという人も、自然の中でという人もいますでしょう。その辺については僕らがどうにかできることではありません。うちは急性期でも回復期でもないとか、幅広く診ることを生きがいとしているドクターを集めてやらなければいけないという立場でやっています。

エキスパートで若い人を育てていくことも必要だと思いますが、受け皿になるという部分では、そういう部分を診てくれるドクターをどれだけ増やせるかということが必要だと思います。

質問ですが、上田の看護学校のあり方検討委員会に入らせてもらっていますが、地域から看護学校がなくなるとなったときに、それは医師会の問題ではなくて地域の問題だと思います。この調整会議でお話しされたことを県としては地元の自治体にどのようにフィードバックするか、方向性を展開していこうというアクションプランをお持ちなのでしょうか。

(橋本座長)

どうでしょうか。

(浅川主任)

調整会議の議論について、自治体など関係する方々にどうアクションをして行くのかというご質問と承りました。県として具体的なアクションプランというものは現時点ではありませんが、個別具体的なご意見が出ているところを関係する方々に繋げるというような個別具体的な形での対応はしています。

ご指摘いただきましたので、県としても調整会議で議論したことを関係している方々にどう共有

して進めていくのか、考えていきたいと思います。

(橋本座長)

三澤先生どうぞ。

(三澤構成員)

うちの病院は、初めは3病棟とも急性期でしたが2病棟は回復期に変えました。コロナの患者さんは結構上田市内から来ていましたが、上田医療センターで急性期が落ち着いた時に依田窪病院と言うと、そんな田舎まで何で行くのかと言う人がいます。市の方で上田医療センターが急性期を診るから、落ち着いたら申し訳ないけど依田窪病院まで行ってリハビリしてください、ということをしていただければ。

実際依田窪病院は稼働率が低くもっと患者を取りたいんですが、患者さん自身がコロナは仕方ないけれど他の病気はというのが多いのです。上田市の方で患者さんに、急性期は上田医療センターで診てもらって落ち着いたら周りの病院の方でというふうにお願いします。場合によっては、長和町まで行っていただく場合もありますよと言っていただければ。うちはいくらでも対応して行きたいと思いますのでよろしくお願いします。

(橋本座長)

はい、ありがとうございます。他にご発言もあろうかと思いますが、時間の関係もございますので次の議題に入らせていただきます。

報告事項(1)の外来医療体制について、県から説明をお願いいたします。

4 報告事項

(1) 外来医療体制について(外来機能報告スケジュール遅延、外来医療計画の進捗状況の共有)

・[資料2] 外来医療体制について

医療政策課 江上主事が資料に基づき説明

(橋本座長)

外来医療体制について、事務局から説明いただきました。主な点としては、外来機能報告に関してスケジュールに遅れが出ており、紹介受診重点医療機関についての議論は、次回の調整会議で行われる見込みであること。関連事項として、国の検討会などで「かかりつけ医に関する議論」が進んでいる状況について説明いただきました。

ただいまの説明について、御質問、御意見等がありましたらお願いします。安藤先生どうぞ。

(安藤構成員)

新規に器械を入れた医療機関や開業した医療機関の医療のリソースをどうするかという話だと思えますが、既存の医療機関のリソースの評価はどうするのですか。

(江上主事)

それについては、他の医療圏でもご指摘を受けています。今年の医療計画の見直しの中で併せてこの計画の見直しを行う予定です。その中で既存の医療機関の機能、設備をどう把握するか、どう共同利用を促進するかなど議論していく予定ですので、現在としては決まったことはありません。

(橋本座長)

はい、遠藤先生どうぞ。

(遠藤構成員)

直接地域医療構想とは関係ないかもしれませんが、「かかりつけ医」は昔から言われていた言葉で、我々医師にとっては関心の高い言葉です。定義は分かりますが、県の方が国からヒアリングを受ける中で、今後の方向性を聞かせていただきたい。

(江上主事)

国が示している方向性は、機能として身近な医療やリハビリなど様々な議論がある中で、かかりつけ医機能とは医師個人が担うのではなくて、医療機関や各地域が役割分担をして担っていくべきだと。個人で全てをまかなえなくても地域として機能が発揮されるようにしていこうと。そういう方向性だと思います。

(橋本座長)

遠藤先生いかがでしょうか。

(遠藤構成員)

地域とは2次医療圏をイメージしているのですか。

(江上主事)

詳細な制度は出ていませんが、協議の場としては地域医療構想調整会議が想定されると思います。

(遠藤構成員)

病気がない状態だとかかりつけ医がいなくても、高齢になると病気が出てきます。とにかくかかりつけ医を増やそうということですか。今後皆で議論していくことではあると思いますが。

(江上主事)

普段かかりつけ医を持たない方が急に病気やけがをした時に、どこに行けばいいのか分かるように情報提供制度を見直す動きがあります。

今回かかりつけ医について国の説明では、個人に着目したものはあまりなく、地域の面という言

い方がされています。今後かかりつけ医機能を考えていくときには、個人の先生の頑張りというよりは連携して地域で診て行きましょうという方向性になると考えています。

(橋本座長)

はい、大澤先生どうぞ。

(大澤構成員)

鹿教湯病院の大澤です。かかりつけ医に関する議論は非常にわかりづらい。かかりつけ医というのは、医師ですか、かかりつけの医療機関ですか。

(江上主事)

定義された用語ではありませんが、かりつけ医という言い方であれば医師個人、かかりつけ医機能という言い方であれば医療機関や地域となると思います。

(大澤構成員)

イメージとすると、月曜から金曜まで外来をしている開業医の先生がかかりつけ医というのはわかります。しかし、病院は日によって担当の先生が出ていない日があります。かかりつけ医の医が、個人なのか医療機関なのか分からないのが一つ。

もう一つは、鹿教湯病院から丸子中央病院までの間には医療機関がありませんので周辺の人が鹿教湯病院に来ますが、そこでかかりつけ医と言われてもどうなのかということがあります。

(橋本座長)

はい、勝山先生どうぞ。

(勝山構成員)

かかりつけ医は、ヨーロッパの総合医などのトレーニングをきっちり受けて、クリニックを持っている人達になるべきだと思いますが、日本の場合は開業医の先生がたくさんおられて、特定の専門領域だけを診る先生もいれば、ファミリー向けに診ている先生もいます。そういう方々を排除しないように定義を作るので、分かりにくくなるのは当然で誰にも分かりません。

病院はどうかというと、丸子中央病院の医師には、うちはかかりつけ病院だと日常的に言っています。自分の専門領域に関わらずおかしいと思ったら診てくださいと繰り返し言っています。日本の地域の病院はそういう役割を果たしていると思います。

今後かかりつけ医機能について立派な定義がされるかどうか分かりませんが、立派な定義がされると排除される人が多くなるので、立派な定義は出てこないと思います。

資料15ページの「かかりつけ医に関する国の機能の状況」のところで、行為の主体が何か分かりません。特に気になるのは3つ目の「かかりつけ医機能報告制度の創設について」のところです。「地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表」と書いてありますが、検討

と公表では行為の主体が違うような気がします。行為の主体は国、県、我々のどれになりますか。また、これを検討・公表するとなるとかなりの責任も発生します。長野県の行政はその覚悟を持ってやられているのですか。

(江上主事)

「具体的方策を検討・公表する」の部分ですが、正直申し上げますと国の資料をそのまま使っています。国から県への詳細な説明はまだなく、国は制度の内容についてもまだ詰めていく段階ですので、追って説明させていただければと思います。

(勝山構成員)

行政マンとしては難しいと思いますが、こういうポリシーを作っていくときは少なくとも長野県では行為の主体を書くべきだと思います。私が担当していた医療計画のときは、行政マンの方にはいぶん反発されましたが、「長野県は」とかなり入れてもらいました。

何とかを目指すとか書いてあっても、行為の主体が書いてないと誰が目指すのか分かりません。つまり、これで済んでしまうと何も決まらないことになります。行為の主体をきちんと書くと誰かやらなければならないとなるので、是非入れるように頑張ってください。

(橋本座長)

はい、ありがとうございます。他にご発言もあろうかと思いますが、時間の関係もごございますので次の議題に入らせていただきます。

(2) 地域医療介護総合確保基金の要望状況について

- ・[資料3] 令和5年度地域医療介護総合確保基金事業（医療分）事業 要望状況
医療政策課 江上主事が資料に基づき説明

(橋本座長)

地域医療構想を推進していくための要望状況について説明いただきました。ただいまの説明について、御質問、御意見等がありましたらお願いします。

それでは御意見等がないようですので、次の議題に入らせていただきます。

(3) 第8次長野県保健医療計画について

- ・[資料4] 第8次長野県保健医療計画の策定について
医療政策課 浅川主任が資料に基づき説明

(橋本座長)

今年1年をかけて、この先6年間の医療行政に関する計画を策定するとの説明でした。前回の計画策定時と同様、この調整会議の場でも2回協議を行うとのこと。ただいまの説明について、御質問、御意見等がありましたらお願いします。

それでは御意見等がないようですので、次の議題に入らせていただきます。

(4) 保健福祉事務所（保健所）独自事項

- ・[資料5] 上田市立産婦人科病院の分娩取扱中止と閉院について
上田市立産婦人科病院が資料に基づき説明

(橋本座長)

上田市立産婦人科病院の分娩取扱中止と閉院について説明いただきました。

ただいまの説明について、御質問、御意見等がありましたらお願いします。安藤先生どうぞ。

(安藤構成員)

平成24年当時、旧上田市産院が閉じるときに上田市ではかなり大きな市民運動が起きたと思います。今回の詳細は分かりませんが、市民の関心が薄れているのか、お産の数が少ないので必要性がないのか。

これはこの地域だけの問題ではありませんが、一部の地域では人口の増加や子育て環境がよくなり子供を育ててみようと思う地域もあると聞いています。しかし、悪循環の中でいつの間にか枯れていくということもあるようです。今回はお産のことですが、他のことでも知らない間に関心がなくなり気づいたらできなくなっていたということも起こっていると思います。

これは、医療機関の特別な努力でどうにかなることではないので、地域として行政がどうするかという方向性を決めて、それに対してこのようにするという話ならあると思いますが、個別の医療機関が頑張っているという話をただしていても全然見えません。

そうではなくて、医師確保を具体的にどのようにするのか、せめて地域の自治体にフィードバックしながらどのようにするのか、この会議から提言していただきたいと思います。

(橋本座長)

行政の方からどなたか発言はありますか。

(浅川主任)

はい、大変重要なご意見だと思います。医師確保の部分で他の圏域でも話になりますが、自治体がどのように街づくりをしていくかという視点が必要不可欠だというご指摘を医療関係者の皆さんから多くいただいております。

ですので、今後医師確保を医療界で済ませるのではなくて、行政が地域づくりの観点で今後どこまで連携ができるのかということが重要だと考えておりますので、その意識を持って今後施策等を考えていきたいと思っています。

(橋本座長)

他によろしいでしょうか。それではそろそろ審議を終了して次の議題に入らせていただきたいと思います。

(5) その他

(橋本座長)

次に、「その他」として、何かございますか。はい、丸山先生どうぞ。

(丸山構成員)

今日は公的病院、医師会、有床診療所の先生もおられます。今いろいろと報告がありましたが、先程から出ている医師を含めた医療資源がないということについて、県がどうしたいのか分からないことが一つ。

それから、公的病院と私立病院の間の垣根が高い。例えば、医師の派遣は県から民間病院には確か出ていません。仮に木曽病院が私立だったら誰も派遣しないのかという話になると思います。今後、上小地域も含めてどの地域でも公的病院が再編されてくると、公私の違いは大きくなります。

また、開業医の先生への支援は何もしないのですか。地域にとっては大事なかかりつけ医の先生かもしれません。今後こういったことを含めて関わっていかないと、この会議は集まって傷をなめあって、愚痴をこぼして、ガス抜きをしているような感じを受けますので、長野県方式のようなものを出していただきたいと思います。

(橋本座長)

他によろしいでしょうか。事務局から何かございますか。

(三井副所長)

来年度の会議の進め方について、再度、説明させていただきます。来年度は現時点では3回、会議の開催を予定していますが、各病院には、いずれかの会で、対応方針について説明いただくこととなります。これは全病院が対象です。

3回のうち、どの会議で説明いただくかについては、改めて個別に相談させていただきたいと思いますので、ご承知おき下さい。

また、次回の会議でございますが、来年度の8月から9月の開催を予定しております。

具体的な開催時期が決まりましたら、事務局から日程調整をお願いしますので、よろしくお願いいたします。

4 閉 会

(橋本座長)

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがとうございました。