

第2回栃木県医療審議会保健医療計画部会議事録

- 1 開催日時 令和5（2023）年10月12日（木）午後3時00分開会～5時30分閉会
- 2 開催場所 県庁東館4階講堂
- 3 出席者 委員10名（WEB出席4名）
参考人11名（WEB出席4名）

（1）委員

稲野 秀孝、田村 明彦、大野 克夫（WEB）、梅野 和邦（WEB）、宮崎 務、麻生好正（WEB）、川合 謙介（WEB）、朝野 春美（WEB）、神谷 幸伸

（2）参考人

尾澤 巖（がん）（WEB）、竹川 英宏（脳卒中）、苅尾 七臣（心筋梗塞等の心血管疾患）、高田 良久（糖尿病）、朝日 公彦（精神疾患）（WEB）、長島 徹（救急医療）（WEB）、草野 英二（災害医療）、白石 悟（周産期医療）（WEB）、浅井 秀実（小児医療及び新興感染症発生・まん延時における医療）、関口 忠司（へき地医療）、依田 祐輔（在宅医療）

（3）事務局（書記）

岩佐 景一郎、高橋 一貴、林 恭子、谷田部 貴、廣瀬 友紀、田野邊 一徳、上野 治久、早川 貴裕、郡山 洋孝、野中 延寿

4 会議内容

（野中書記）

本日はお忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。ただ今から、「第2回栃木県医療審議会保健医療計画部会」を開催させていただきます。私は、本日の司会進行を担当いたします医療政策課の野中でございます。どうぞよろしく願いいたします。

はじめに、開会にあたりまして、保健福祉部長の岩佐から御挨拶を申し上げます。

（岩佐書記）

保健福祉部長の岩佐でございます。栃木県の保健医療計画部会の開催にあたりまして一言御挨拶を申し上げます。本日は、お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。また、皆様には平素より本県保健医療行政の推進に関しまして御理解と御協力を賜りまして、感謝申し上げます。この会場ですが、昨年度までは新型コロナウイルス対策本部があり、この中で執務を行って参りました。再びこういう形で会議が開催できるようになってきたことも、平常化に向けて進んでいることかと思っております。この会議ですが、令和5年5月8日に第1回を開催しまして、その後保健福祉部を挙げて計画の記載内容の検討を進めてきたところです。本日、各分野の専門的な

協議会・審議会等の代表者にも御出席いただいております。この計画は幅広い分野に跨がっているというところもありまして、各協議会・審議会等でご議論をいただいた後、それらを本部会でまとめていくということになります。今回は、まとめたものを計画の素案として、皆様にお示ししたいと考えております。5事業6事業及び在宅医療の分野につきまして、参考人の皆様にもお越しをいただきながら今回議論をさせていただきたいと考えております。皆様方には是非とも活発な御意見をいただき、より有意義な計画とできればと思っておりますので、御期待申し上げまして私の御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしく願いいたします。

(野中書記)

本日御出席いただいております皆様につきましては、お手元の出席者名簿を御覧いただければと思います。新しく委員になられた方をご紹介したいと思います。名簿順番で申し上げます。栃木県歯科医師会の大野委員でございます。続いて、栃木県議会の神谷委員でございます。また、本日は参考人として5疾病6事業及び在宅医療分野の記載内容をご検討いただいた協議会・審議会等の代表の皆様にも参加いただいております。

また、医療審議会保健医療計画部会は、11名の委員で構成されておりますが、本日の出席者数は10名ということで過半数に足しておりますので、会議が有効に成立していることをご報告申し上げます。以後の進行につきましては、稲野会長にお願いしたいと思います。

(稲野委員)

お忙しい中ご来場いただきまして、またWEBで参加いただきましてありがとうございます。本日は、非常に内容が濃い会議ですので、若干予定時間を超えて審議する可能性があります。どうぞよろしく願いいたします。

それではまず、議事録署名につきまして、麻生委員と川合委員にお願いします。どうぞよろしく願いいたします。それでは円滑な進行に努めたいと思いますので、よろしく願いいたします。それでは議事に入ります。議題(1)：「栃木県保健医療計画（8期計画）の素案」について審議を行います。事務局から説明をお願いします。

(沼尾書記)

それでは議題(1)：「栃木県保健医療計画（8期計画）の素案」について御説明いたします。資料1を御覧ください。

【資料1のP1～14により説明を実施】

(稲野委員)

続きまして、第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について、各分野の代表者の皆様に御説明をお願いしたいと思います。

（尾澤参考人）【資料1：P18～20（がん）】

がんについて御説明いたします。P18をお開きください。①がん患者数及び死亡の状況について、令和3年の新規入院患者数・延べ外来患者数ともに増加傾向にありますけれど、75歳未満年齢調整死亡率については減少傾向にあります。続いて②生活習慣等の状況についてですが、がん検診受診率はいずれの検診率も7期計画の目標値には達しておらず、全国値を下回っている検診もあることから、より一層のがん検診の受診の促進を図る必要があります。次に、③医療の状況です。右の図を見てください。二次医療圏ごとのがん医療の専門医療機関としてがん診療連携拠点病院8施設が整備されています。また、拠点病院以外にも専門診療を担う医療機関として、栃木県がん治療中核病院11施設や機能別医療機関22施設を認定しております。さらに、がんゲノム医療連携病院は、栃木県立がんセンター、済生会宇都宮病院、自治医科大学附属病院、獨協医科大学病院の4施設あります。小児がん連携病院は、自治医科大学附属病院及び獨協医科大学病院の2施設が整備されています。今後は、拠点病院を中心に各医療機関と連携し、がん診療体制の均てん化及び集約化を推進し、持続可能ながん医療の提供体制の整備を図っていくことが必要だと考えています。均てん化と集約化に関しては希少がん、難治がんなどの疾患別や、病院の持つ医療資源の効率的活用も含めた治療法別に、それぞれの病院がどのような対応ができるかを協議していき、県内で効率的ながん医療を提供できるよう考えていく必要があります。肝癌の一次予防でもある肝炎対策ですが、肝炎対策協議会等とも密に連携し、ウイルス性肝炎だけではなく、近年増加傾向にあるアルコール性肝炎や非アルコール性脂肪肝炎などに対する対策も他の生活習慣病の対策と同時に必要になってくるものと考えます。

続いて、P19,20のロジックモデルについて説明します。ロジックモデルの右端にあります分野アウトカムについては「がんによる死亡率の減少」、「がん患者の療養生活の質の維持向上」「がんになっても安心して暮らすことができる社会の構築」の3本を柱として項目立てしています。重点箇所を赤字の太枠で囲んでおります。「がんによる死亡率の減少」に関しては、「がん検診の受診率向上」「がん患者の療養生活の質の維持向上」に対しては拠点病院と地域の医療機関の役割分担や連携強化への取組支援、地域の実情に応じたがん医療の集約化を個別施策として実施していきます。以上でございます。

（稲野委員）

ありがとうございました。続きまして、脳卒中分野について竹川様よろしくお願ひします。

（竹川参考人）【資料1：P21～23（脳卒中）】

栃木県脳卒中中心血管対策協議会の脳卒中分野を代表させていただいております竹川英宏です。よろしくお願いいたします。現在の栃木県脳卒中・心血管疾患対策協議会において、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環病に係る対策に関する基本法」に基づき、第2期の栃木県循環器病対策推進計画を策定しているところでございます。この推進計画では循環器の0（ゼロ）次予防、予防から医療、その後の社会環境や生活面を含めた全般的な内容について記載しております。保健医療計画には栃木県循環器病対策推進計画第2期のものと整合性を取り、主に医療部分を抜粋して掲載する予定となっております。現在の脳卒中分野の課題といたしましては、日本全国と同じように年齢調整死亡率は減少しているものの、依然全国値には届いていない状況です。また、生命予後に大きく関係する発症早期の受診が少ない状況です。例えばt-PA治療のように発症3時間以内の受診はわずか40%と低い状況です。また、急性期医療機関の偏在が非常に問題となっております。さらに後遺症や再発の可能性、重症化に対して急性期医療の継続したリハビリテーション及び基礎疾患、全身管理といった医療体制の構築が必要となります。

お手元の資料のP22, 23が脳卒中分野のロジックモデルとなっております。脳卒中分野の今後の取組について御説明いたします。脳卒中分野のアウトカムは「年齢調整死亡率の減少」「脳卒中を発症した患者がその後も自分らしい生活社会で生活できる」の2つとなっております。この分野アウトカムを達成するためにまず中間のアウトカムとして、「脳卒中の発症及び再発予防ができる」ということ、また「患者が早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着することができる」ということ、加えて、「患者が来院された後、速やかに初期診療、そして初期治療専門の治療が受けられる」こと、「患者が入院されてから在宅へ復帰するまでの継続したリハビリテーションが受けられる」こと、「日常生活への復帰、生活機能の維持向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる・継続できる」これら5つとしております。この5つの中間アウトカムを達成するための7つの施策を展開していきます。特に専門的医療提供体制の構築について、検討の場を持ちたいと考えております。脳卒中及び心臓病、栃木県の県民病と言ってもおかしくない状況でございますので、しっかりとこの対策に基づいて、県民のために尽くせればと考えております。よろしくお願いいたします。

（稲野委員）

はい、ありがとうございました。続きまして、心血管疾患分野について苅尾様よろしくお願いいたします。

（苅尾参考人）【資料1：P24～27（心筋梗塞等の心血管疾患）】

はい、栃木県脳卒中中心血管対策協議会の心筋梗塞等の心血管疾患分野代表の苅尾です。脳卒中と同様に栃木県循環器病対策推進計画から医療の分野を抜き出しまして保健医療計画の素案に反映しております。脳卒中と同様ではありますが、心血管疾患の分野におきま

しては、栃木県の課題としましてはやはり年齢調整死亡率で、虚血性心疾患と大動脈解離・大動脈瘤の頻度が多い、ということが挙げられ全国と比較して、特に大動脈瘤並びに解離は年々増加傾向となります。これは全国的な傾向でもありますが、栃木県も同様です。急性期医療機関の大きな課題ですが、やはり地域によって偏在があることが大きな課題になっています。特に24時間365日対応できる病院というのが限られている状況です。専門医療機関に到達できるような医療体制、特に大動脈解離に関しては地域において、また県を跨いで行う広域の体制を整備していく必要があるというふうに思います。もう一つは人口の高齢化に伴い患者が増えてくる疾患、最も危惧されるのは心不全となります。あらゆる疾患は心不全に至るといえるところですが、全ての患者及び住民が心不全に至る可能性もゼロではありません。重症化及び再入院の予防のために、多職種、医療・介護・福祉全般の地域の病院との連携体制の構築、また地域の病院との連携が求められているということになります。

次のページのP26、27のロジックモデルを御覧ください。これは脳卒中と同じになりますけれども、循環器疾患ということで、心血管疾患と脳卒中は同じ分野アウトカムにしております。一つは、「年齢調整の死亡率の減少」これは分野アウトカムということになるわけですが、また、上記のみならず、この自分らしい生活ができる、これもQOLの向上に対応したということになります。ロジックモデルというのが出てきましたのは、最終的な目標を決めてそれにつながる前段階の指標を決め、さらに何をすべきかということを行い、それぞれの指標をきちんと達していくことにより、どの程度達成できてきているかどうか、定量的にみようとということであるいわゆる実装医学ということになり、医療から社会へより早い段階からこれを見ていく必要があるということでもあります。分野アウトカムを達成するために、中間アウトカムが前段階にあります。この5つに関しては先ほど竹川先生にお話しいただいた中間アウトカムと全く同じです。その上で7つ施策があるわけですが、具体的に何をやるかということになります。特に県としてどの問題に取り組んでいかなければならないかということ、専門医療体制の構築、特にその急性期医療について、広域でヘリコプター等も使いながら、医療機関の配置の地域差をどのように埋めていくか、また、連携を取っていくかという点が一番重要なポイントとなります。

また、一次予防に関しては、どの循環器疾患もリスク因子は共通するものです。高血圧、糖尿病、脂質代謝異常、そして喫煙などこういったものを減少させていく必要があります。特に全国的に考えても本県の特徴として、夏場に比べて冬場の循環器の疾患の増加率が高いというのが本県の特徴です。北海道と東北が寒いですが、それらの地域よりも冬場では、循環器疾患が全国で一番増えることから、近々で解決すべき課題と考えます。これは生活習慣のみならず、生活環境を整えるということが重要であり、高血圧等は生活環境病と表現されることもあります。これらに対応するためには、幼少期からの教育が重要であるとともに、予防に最も効果的なのは家庭における血圧測定の習慣並びに血圧の水準を低く保つということです。こうした予防の観点も、中間アウトカムに設定し、下げてい

こうということです。若年層向けの動画の作成等も行っており、循環器疾患予防の啓発、さらに、竹川先生とも連携しながら、小中高校生向けにも動画等も作成を行っているところです。これらの取組を通じて、発症から重症化予防、さらには在宅医療に繋がるまでシームレスにケアしていくということが非常に重要かと考えております。策定に向け、精一杯頑張りますので、よろしくお願いいたします。以上です。

(稲野委員)

ありがとうございました。続きまして、糖尿病分野について高田様お願いします。

(高田参考人)【資料1：P28～29(糖尿病)】

栃木県糖尿病・慢性腎臓病(CKD)対策協議会の高田でございます。糖尿分野について御説明させていただきます。P28, 29を御覧ください。まず現状と課題について御説明いたします。医療機関や健診で糖尿病と言われたことがあるものの、現在治療を受けている者の割合は70%であり、年々増加しています。現状、残りの30%は治療を受けていないという状況であり、これらの方々のうち、治療を受ける方々をいかに増やしていくかという点に課題があります。また、二つ目として、糖尿病の慢性合併症である腎症が進行すると、透析が必要となりますが、透析患者は年々増加しており、透析患者のうち糖尿病性腎症による透析導入患者の割合が45.3%であり、最も多くなっており、増加傾向にあります。

「糖尿病患者の増加抑制」と「糖尿病重症化予防」の2つの分野アウトカムを設定しております。一つ目の「糖尿病患者の増加抑制」を達成するために、「糖尿病予備群」の減少を中間アウトカムとし、二つ目の「糖尿病重症化予防」を達成するために、「糖尿病治療の継続/中断の減少」、「標準的な糖尿病治療」の二つを中間アウトカムとしております。この中間アウトカムを達成するために11の施策を展開します。特に糖尿病は治療を継続し、日常生活に大きな支障をきたす合併症や重症化を防ぐことが重要であることから、治療が必要な糖尿病患者が確実に必要な受診や保健指導を受けることができるよう体制を整備する必要があります。また、身近なかかりつけ医で、病状が安定するよう、継続的かつ適切な治療や指導が受けられる生活習慣指導等を行うこと、またそれらを行う医療従事者の確保育成に取り組むことを施策としています。この保健指導の担い手については、専門医や療養指導士等があります。専門医は糖尿病学会から提供されるデータとなりますが、糖尿病看護認定看護師が11名、日本糖尿病療養指導士が211名となっています。栃木県は療養指導士の養成を獨協医科大学病院の麻生教授が肝煎りで実施しており、重症化予防プログラムを推進するにあたって療養指導士に活躍していただいております。同プログラム推進にあたっては、療養指導の担い手不足が問題になっておりましたが、療養指導士が多く養成されることにより、担い手不足の問題も解決されつつあるということが言えるかと思えます。しかしながら、これらの療養指導を継続するにあたっては、医療従事者や患者も同様ですが、雇用者側の理解も非常に重要になってくると考えておりま

す。人手不足等々業界に応じていろんな問題はあると思いますが、せっかくその患者が療養指導を受けようと思ったとしても、受診のための休みが取れないというようなことでは問題となりますので、重症化予防推進協議会にも経営者の方にも参加していただきまして、会社としても従業員の健康維持等に対して取り組んでいただけるようにしていただければと思います。説明は以上です。

(稲野委員)

ありがとうございました。続きまして、精神疾患分野について、朝日様お願いします。

(朝日参考人)【資料1：P30～33 (精神疾患)】

地方精神保健福祉審議会の朝日です。精神疾患分野について御説明します。まずはP30ですが、精神疾患分野の現状と課題となります。まず「本県における精神疾患患者及び医療従事者の状況」ということで、令和3年6月末現在の県内医療機関における入院患者数は3,921人となっています。平成28年と比べますと、減少傾向にあります。下段左側のグラフを見ていただくと、年齢階級別の入院患者の構成割合が出ていますが、高齢者の入院患者数が多く増えており、65歳以上の患者の割合が5割以上を占めています。次に、右側のグラフですが、在院期間別入院患者の構成割合の推移となります。1年以上5年未満の患者割合が増加傾向にある一方、10年以上の患者の割合は減少傾向にあります。また、医療従事者数についてですが、令和4年度の県内の精神科病院に勤務する医師数は人口10万人あたり9.1人で全国値の8.2人より多くなっています。精神保健福祉士数は人口10万人あたり7.3人で全国値と同水準となっています。次のP31に移りますが、多様な精神疾患ごとの状況ということで、多様な疾患ごとの入院患者数及び外来患者数は概ね増加傾向にあります。次のその他の精神科救急については、令和2年度における本県の精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数は472件、人口10万に当たり24.4件となっています。次に、自殺対策という項目がありますが、本県の自殺者数は平成21年の360人をピークに減少傾向にあって、令和2年には349人になっています。ただ、新型コロナウイルス感染症の拡大などの要因により令和4年には367人まで増加しています。本県の自殺死亡率は18.6であり全国値の17.4を上回っており、平成17年以降、全国値よりも高い水準で推移しています。

次にP32, 33のロジックモデルについて御説明いたします。「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」、「多様な精神疾患などに対応した適切な医療サービス(予防・治療)を受けられる」、「自殺死亡率が低下している」の三つを分野アウトカムとしております。これら分野アウトカムの達成に向けて、中間アウトカム施策をそれぞれ設定しています。施策については、重要なところを上からお話しますが、共通項目として「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の施策を挙げています。二つ目の重要な点として、「児童・思春期精神疾患及び発達障害」に対

する「専門の医療従事者及び専用の病棟・保護室を有する医療機関」の確保を挙げています。次のP33ですが、No.11の「摂食障害の専門的医療体制の整備」を挙げています。これらの施策により、分野アウトカムを達成できるよう、進めていければと考えております。以上です。

(稲野委員)

ありがとうございます。それでは続きまして救急医療分野について、長島様、よろしく申し上げます

(長島参考人)【資料1：P34～36(救急医療)】

はい、栃木県医師会の長島でございます。今まで病院前救護体制検討部会は2回の会議を持ちまして、その時にまとまった救急医療分野の計画案について御説明します。P34を御覧ください。まず、救急医療分野における現状と課題でございます。栃木県の救急搬送人員数は高齢化の進行等により増加傾向にあり、救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間も伸びております。また、コロナ禍においては多数の救急搬送困難事案が発生するなど、救急医療体制に大きな課題を残しました。このため、救急医療分野においては初期・二次・三救急の機能分化を引き続き促進するほか、様々な症状・病態の救急患者を県内で受け入れられる体制を構築する必要があります。また、「新興感染症の発生・まん延時」においても、重症患者への対応を含め、救急医療を提供できる体制を構築する必要があります。P36をお願いします。これらを踏まえ、救急医療分野においては、救命した傷病者が社会復帰できるという分野アウトカムを設定し、この目標の達成に向けて、各種施策を展開していきます。特に救急医療と新興感染症対応の両立という観点では、新型コロナウイルスにおいて、救急医療提供体制に精通した専門家の知見等を踏まえながら県が入院調整機能を担うことにより、円滑な患者の受入れを推進しました。こうした取組についても記載することを検討しております。その他、「救急医療電話相談(#7111)」や「とちぎ子ども救急電話相談(#8000)」といったことの周知や啓発を図っていく予定です。また、高齢者施設等に入所している高齢者等に対するACP、これは家族を含めてですが、各部署横断的に検討を進めていきたいと考えております。救急医療分野についての説明は以上でございます

(稲野委員)

はい、ありがとうございます。続きまして災害分野について草野様よろしく申し上げます。

(草野参考人)【資料1：P37～38(災害医療)】

栃木県医師会の草野でございます。それでは災害医療体制分野の計画案について説明さ

させていただきます。P37を御覧ください。まず、現状と課題ですが、現在県内に災害拠点病院は13病院あります。これら全ての病院が災害時のBCP（業務継続計画）を策定しております。災害時に拠点となる病院のBCP策定は進んでいる一方、災害時に拠点となる病院以外の病院におけるBCP策定率は全体の1/4程度であり、必ずしも進んでいないという状況です。したがって、災害拠点病院及びそれ以外の病院を含めた全ての病院が、災害時においても診療機能を維持するための取組を一層進めていく必要があると考えます。加えて、災害時における県全体や保健所における連携強化に向けた訓練などについても、今後強化していく必要があると考えます。P38を御覧ください。これらの現状を踏まえ、災害医療分野においては「災害時においても必要な医療を受けることができる」という分野アウトカムを設定し、この目標の実現に向けて、「災害時においても全ての医療機関が役割に応じた医療が提供できる」「被災した地域への適時・適切な医療支援が実施できる」体制構築などの取組を実施していきます。私の印象としては、災害拠点病院以外の病院で、BCPの策定や災害予防訓練などがあまり実施できていないという理由は、一つは日常業務が忙しいということ、二つ目として病院としてのインセンティブがちょっと少ない、というこの2点と感じております。また、その具体的にどのように訓練をすれば良いのか、というようなノウハウがあまり定着していないために、このような状況になっていると感じております。この点に関しまして、災害時の被災するリスクが高い病院を行政がピックアップして優先的に支援する必要があるのではないかと感じております。災害医療分野についての説明は以上です。

（稲野委員）

はい、ありがとうございました。続きまして、周産期医療分野について、白石様よろしく申し上げます。

（白石参考人）【資料1：P41～43（周産期医療）】

栃木県医師会の白石でございます。P41～43を御覧ください。皆様も御存知のように分娩数は約100万件から約80万件、さらに、今年は80万件を切ってしまいました。韓国の分娩数も減少しておりますが、そこに習うような形で日本でも減少傾向となっております。P41を見るとお分かりのように、分娩場所は病院が約4割、診療所が約6割、一部が助産所という構成になっております。また、死亡率については、世界の中でも日本は周産期死亡率、新生児死亡率は低水準で誇れるような状況にあります。また、妊娠、出産、子育てまで切れ目のない支援を実施している状況にあります。課題としては、今後さらに少子高齢化、晩婚化が進み、分娩数が大きく減少している一方、ハイリスク分娩や高齢者の分娩などが多くなっております。また、所謂「見える化（2024年4月を目途に始まる医療機関ごとの出産費用を公表する制度）」の問題もあります。先んじて、今年4月から「出産育児一時金」が42万円から50万円に増額されております。今後の「見える化」を見越

して、分娩の値段を引き上げるような病院もあるように聞いておりますが、変に動かないように、来年1年間各病院がどのような対応をしていくのかという点を考慮した上で、恐らく2026年度を目処に、厚労省の話では「分娩費用の保険適用」いわゆる保険化ということになっていくものと思っております。そうなりますと、先ほどのハイリスク分娩の増加や周産期医療の集約化・重点化がより一層進むような気がしております。結果として、診療所の先生方が分娩を行わなくなり、大病院に集中するようなことをある程度想定はしていますが、このようなことが早期に発生するのではないか、ということが予想されますので、早期に取り組んでいただければと考えております。また、診療科偏在、特に外科、産婦人科、脳外科などなどは一般に少ないと言われておりますが、栃木県内も全国同様で、さらに産婦人科については全国でも医師少数県であり、さらに県内においても地域間の格差がある状況です。P42を見ていただきますと、周産期医療における医療圏は5つに分かれており、二次保健医療圏における宇都宮医療圏と県西医療圏を合わせるような形で医療圏を構成しておりますが、県南医療圏に自治医科大学附属病院及び獨協医科大学病院二つの総合周産期センターがあります。また、地域周産期センターについては、両毛医療圏に足利赤十字病院と佐野厚生総合病院、県東医療圏に芳賀赤十字病院、宇都宮医療圏に済生会宇都宮病院、県北医療圏に国際医療福祉大学病院、那須赤十字病院と位置しており、県内ではばらけた形となっております。恐らく、集約化・重点化を進めますと、病院が地域に集まってくるようなことがあるかと思っておりますので、母子周産期のみならず、小児科の先生方、新生児を扱えるような先生方の配分も十分に鑑みながら検討していただければと思っております。8期計画と言わず、早めに検討していただければと思っております。とても心配しております。どうぞよろしくお願いいたします。周産期医療についての説明は以上です。

(稲野委員)

ありがとうございました。続きまして、小児医療分野について浅井様お願いします。

(浅井参考人)【資料1：P44～47（小児救急を含む小児医療）】

栃木県小児医療協議会会長の浅井でございます。小児医療分野の計画案について御説明いたします。まず、小児医療分野における現状と課題です。新生児や乳幼児死亡率は医療技術の進歩等の理由から低下傾向が続いており、低い水準にあります。近年は横ばい傾向にあります。また、小児救急患者の動向を見てみると、小児救急患者数は減少傾向にあるものの、小児救急へのアクセスを示す小児救急搬送症例のうち、受入困難事例の割合は近年悪化傾向となっており、小児救急医療体制の確保や小児救急電話相談など、相談支援体制の確保等が求められているところです。P46を御覧ください。小児二次救急医療圏域図ですが、小児分野においては地域における医療資源を考慮し、6つの小児二次医療圏（宇都宮・日光、那須・塩谷・南那須、両毛、鹿沼・栃木、芳賀、小山）を設定してござい

す。日光医療圏の患者は宇都宮に多く行く傾向にあり、鹿沼医療圏の患者は、栃木医療圏に行く傾向にあります。そこで、医療圏のうち、日光と宇都宮、鹿沼と栃木を合わせまして、小児に関する医療圏を設定するという事を考えております。これらの現状を踏まえ、小児医療分においては、「常時、症状に応じた適切な小児医療を受けることができる」という分野アウトカムを設定し、その実現に向けて各種施策を展開していきます。症状に応じた適切な小児医療というのは、いわゆる夜間のコンビニ受診をするのではないということの意味します。併せて、小児医療関係施策の展開にあたっては、医療提供体制の確保はもとより、小児医療を利用した県民等の満足度の向上に資する施策を展開していく必要があることから、「小児医療に対する満足度」という観点をロジックモデルに記載することを検討しているところです。また小児医療分野においては、平行して策定を進めている医師確保計画（産科・小児科における医師確保計画）の内容とも整合性を図る必要があります。小児科の医師偏在指標や相対的医師少数区域における医師確保にある指標についても記載する方向で検討しております。小児医療については以上でございます。

（稲野委員）

はい、ありがとうございます。それではページがちょっと戻りますが、へき地医療分野について、関口様よろしく申し上げます。

（関口参考人）【資料1：P39～40（へき地医療）】

はい、栃木県へき地医療支援会議の関口でございます。よろしく申し上げます。へき地医療については、P39に現状と課題を記載しております。実態としては、地域住民の高齢化、へき地歯科を含む診療所・病院などの医療供給体制の維持、それから医療機関へのアクセス、地域包括ケアシステムの構築など多様な課題が存在しております。これらの課題は地域ごとに内容が異なりまして、同時に必要な支援も異なっているという状況であります。そのため、県全体で一律に取り組むべき政策を決めることが難しいことから、県全体としては個別の数値目標を設けず、地域ごとの課題・ニーズを把握し、それから支援策の検討・実施をすることに取り組むべき施策としました。

P40にございますロジックモデルですが、目指すべき姿である分野アウトカムは「へき地医療の確保」とし、中間アウトカムは「へき地医療に必要な支援の実施」としています。へき地においては、人口の減少やバス路線の廃止などの社会的要因の変化により、大きく状況が変わります。市町村が運営する診療所に自治医大の義務年間内の医師が派遣されておりますが、そこで求められる医療もかつての24時間365日という体制からやはり少し変わりつつありまして、慢性疾患の管理とそれから救急医療体制の構築というようなこともうまく整理して住民の理解も得ていかなければいけないだろうと思います。また、派遣された医師、それから開設している市町の担当部署あるいは派遣元である栃木県に私も加わりまして、年に2回ほど現場に行っております。市町が把握している住民のニーズ

や現場の医師が直面している課題など、これらを吸収しながらどのような解決策があるかを検討しているところです。へき地医療についての説明は以上です。

(稲野委員)

ありがとうございました。続きまして、新興感染症発生・まん延時における医療分野について、浅井様よろしく申し上げます。

(浅井参考人)【資料1：P48～49（新興感染症発生・まん延時における医療）】

栃木県感染症対策連携協議会会長の浅井でございます。8期計画から新たに追加となる「新興感染症発生・まん延時における医療」分野について御説明いたします。まずP48の現状と課題についてです。今般の新型コロナウイルス感染症については、県内で令和2年2月に1例目が確認されて以降、本年の5月8日に感染症法の位置付けが5類感染症に見直されるまでの間、感染者数の累計は約43万人となりました。約3年の間、多くの医療機関に新型コロナウイルス対応を担っていただいたところですが、振り返ってみますと受入病床等の確保や病床逼迫時の入院調整、一般救急との両立、高齢者施設等に対する医療支援、外来体制の確保などの課題がありました。

次のページになります。このような新型コロナウイルス対応における課題を踏まえて、新興感染症発生・まん延時においては、分野アウトカムにあるとおり、「全ての県民が新興感染症に対応する医療を受けることができる」ことを目指し各種施策に取り組んでいくこととします。これらを目指すために中間アウトカムとしては、「平時から新興感染症発生時における医療提供体制を確保」と位置付け、具体的に施策を展開していくこととしました。具体的には現在感染症対策連携協議会において議論している感染症予防計画に沿って、県と医療機関等との間で、病床、発熱外来、高齢者施設等の入所者を含む自宅療養者等への医療の確保に関する協定、いわゆる医療措置協定の締結を平時から進めていくことで、感染症の流行初期から速やかに機能する医療提供体制の構築を図ることとしております。各施策の指標は、感染症予防計画において定めるとこととされた数値目標を採用しています。新型コロナウイルスへの対応を念頭に、地域における感染症医療及び通常医療の確保を図るため、協定締結を通じ、次の感染症危機に備えた医療提供体制の構築ができるよう検討を進めていきたいと考えております。説明は以上です。

(稲野委員)

ありがとうございました。それでは最後に在宅医療について依田様よろしく申し上げます。

(依田参考人)【資料1：P50～53（在宅医療）】

はい、栃木県在宅医療推進協議会会長の依田と申します。在宅医療分野について説明い

たします。P50 を御覧ください。まず、現状と課題です。在宅医療のニーズにつきましては一つ目として、2040 年をピークに高齢者人口の割合が増加します。それに加え、医療的ケア児も増加するというふうに見込んでおります。二つ目として、在宅医療の提供体制について、訪問診療を実施する診療所や病院、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等はいずれも増加傾向にあり、一定程度を充足していると考えております。しかしながら、先ほどもへき地医療の方で報告がありましたが、地区によって足りないという地域も存在しております。現状、宇都宮市がかなり充足をしており、医療機関数、訪問看護ステーション数は供給過多にある状況ですが、一部の地域においては全然足りないというような状況になっております。県全体で数を見ると、充足率は達成しておりますが、地域ごとに考えていくと、格差が見られておりますので、それに対しての対応が今後必要となると認識しております。三つ目は、在宅医療施策につきましては、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの機能別に検討しているところです。P51 を御覧ください。

「急変時の対応」に関しては、訪問診療を行う診療所において、緊急時の入院先の確保について、有床診療所は自院で病床を持っておりますので、66.7%が確保している一方、無床診療所は32.2%に留まっております。先ほどもありましたが、医療的ケア児がいつの日かは小児科の領域を離れていわゆる一般内科の方に移行します。その際に主治医も替わりますが、小児科医から内科医に替わるまたは小児科医がそのまま継続するケースもあるかとは思いますが、急変時に内科が診るのか、小児科が診るのかというような問題もあり、入院先が円滑に決まらないというような状況もあります。

P53 を御覧ください。ロジックモデルですが、在宅医療分野においては、分野アウトカムとして「在宅医療を希望する人が、住み慣れた地域で暮らし続けることができる」としてしております。その達成に向けて、中間アウトカム及び施策として在宅医療の4つの機能別に整理をしているところであります。主な施策としましては「在宅医療を実施する医療機関等への設備整備の支援」により、今後増加が見込まれます在宅ニーズに対応できる医療機関等を確保するほか、診療所や病院のグループ診療体制、後方支援体制の強化、緊急時の入院先の確保、と定めております。以上が在宅医療における報告になります。

(稲野委員)

はい、どうもありがとうございました。

ただいま、5 疾病・6 事業及び在宅医療ということで全ての領域において説明をいただきました。これから質疑応答に入りたいと思います。委員・参考人の皆様から何か御意見・御質問がございましたら、是非お願いいたします。それから P17 を見ていただきたいのですが、お伺いした事項が書いております。各分野について追加的に協議を行う必要があると思われる点はあるか、また二つ目、分野間の連携や横断的な取組について、検討が必要と考えられる事項があるか、これらも含めまして自由に御意見を伺えたらと思います。いかがでしょうか。

(稲野委員)

はい、それでは高田様お願いします。

(高田参考人)

新興感染症の分野について、下都賀郡市医師会の経験を踏まえながらちょっとお話しさせていただければと思います。国の全世代型社会保障構築会議というのがありまして、ここでもかかりつけ医の議論をやっております。最終報告からは外れたんですが、第8回の会議ぐらまでは、我が国の医療提供体制が脆弱なために新型コロナウイルスに十分に対応できなかった、といった意見が出てきます。その対策として、「平時の医療提供体制を拡充していれば、非常時も大丈夫なんだ」という議論になるのですが、これが違うということをお県では確認しておきたいと思っております。やはり、平時の医療と非常時の医療は異なると思う。本県においては、地域外来・検査センターという検査を中心に実施する施設や臨時医療施設を立ち上げて、その非常時の医療体制を構築したという経緯があります。これは県と医師会等々で協議して実施したものです。平時に考えるのは非常時にどのような医療対策を構築するか、ということをお協議しておくことであり、平時にかかりつけ医に感染者用の入り口を作る等の対策をするということではないかと思っております。その辺りの議論をお県としてはしておいた方がよいのではないかと、という気がしましたので、発言させていただきました。

(稲野委員)

はい、どうもありがとうございます。今回のコロナに関しては、やはり主にかかりつけ医が十分に働かなかったという、政府からの意見もありました。この問題は医療提供体制全体の問題ですから、この意見に対しては、栃木県医師会としても反対しているところがあります。それらの経験等も踏まえ、今回この保健医療計画（8期計画）の素案が出ています。ロジックモデルにも出ておりますが、是非、この点も十分に認識をして計画策定を進めていただきたいと思っております。他には何か御意見ありますでしょうか。

(依田参考人)

在宅医療担当の依田です。先ほども報告させていただきましたが、へき地医療と在宅医療の部分は双方向で検討しても良いか、先ほどのへき地医療の報告を聞きながら思ったところです。全てではなくても良いかと思うが、少し情報共有をしていながら補える場所があるかどうかを確認し、今後の施策に生かせればと考えております。これも事務方、もし調整できるのであれば、お願いしたいと思っております。以上です。

(早川書記)

医療政策課の早川と申します。ご意見ありがとうございます。へき地の会議につきましては当方の在宅医療等の担当も参加して共有を進めております。どのような点でへき地における在宅医療を展開できるか、あるいは在宅医療そのものなのか、介護と連携してどうやっていくかなども含めて、十分協議したいと思っております。いただいた御意見も本計画の中では、意識して作成を進めたいと思います。

(稲野委員)

ありがとうございます。はいありがとうございます。他にいかがでしょうか。苅尾先生願います。

(苅尾参考人)

やはり、このような場で各分野間の連携を取ることは非常に大事かと思えます。糖尿病は一つの事業の中に取り上げられておりますが、高血圧、糖尿病、高脂血症があり、その先に循環器疾患（脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患）となる訳ですが、これらの疾患は全て繋がっています。現時点では疾患を持っている人がいるということになりますが、その状況は10年前から原因が始まっているものです。そしてまたそれが10年後に別の疾患に続いていくということになりますと、やはり時系列で物事を考えるべきだろうという風に思えます。その上で、最初の起点は、小児期からの予防が重要だと考えています。例えば脳卒中や心筋梗塞の一番大きなリスク因子は、約半分は健診等により認識できていないということ、そのまた約半分認識していても、治療中であってもコントロールができていないということ、つまり、悪いと分かっているにもかかわらず実践できていない、ということにあるかと思えます。これを、現時点だけで対策するのではなく、時系列で前の時点から取組を行い、予防していくという点が最も有効なことかと思っております。したがって、連携を取るとともに、より早い段階で関係者が一致団結して、早い段階からの県民の教育と、どのように暮らすか、どのように環境を整えるか、ということを経営者ぐるみで予防していくという新たな視点が求められるんじゃないかなと思います。保健医療計画のみならず、国土交通省なども、どのように生活環境を整えるか、ということも指摘しておりますので、やはり県単位で、住民を対象とした取組と、より早い段階から子供から成人、おじいちゃんおばあちゃんまで対象とすることが重要なことかと思っております。多職種間の連携という観点で考えると、栄養士も加わっていただき、取組を推進できたらと考えております。それぞれがロジックモデルを立てますが、集約して考えていくと、集約型のロジックモデル、そういう大錠が必要ではないか、と考える次第です。

(稲野委員)

はいどうもありがとうございます。その辺も是非御検討ください。他には御意見いでしょうか。朝野委員願います。

(朝野委員)

栃木県看護協会の朝野です。今の苧尾先生のお話にも関連することなんですけど、この保健医療計画というと、どうしても現状に対してどうしていくかということを考えていかなければいけないのですが、最も大切だなと思うのはやはり子供達というか、先ほど小児からってという話が出ておりましたけれども、子供の時から教育の現場でも結構健康に関することや生物のことなど、かなり詳しく授業にも入っておりますが、やはり自分の健康をどう育んでいくかという点については、子供の時代から考える機会が必要だと思っております。その場合、教育委員会なども関係してきます。本日の午前中も、看護協会においても別件で協議していた時に、「それに関しては教育委員会なのでこの保健医療計画とはー」という話が出ましたが、基本的なところはやはり県民の健康を守る一つの方法としては、学校の教育現場にどう絡んでいくかということで、稲野会長も仰っていましたが、学校教育の場でどのように関わっていくかということは、今の私たち医療職が出向くのみならず、学校の先生たちにアプローチし、それを子供たちに伝達するということが必要かと思っております。保健医療計画に直接的には連結しないと思っておりますが、ベースの考え方としてはやはり必要だと思いたしましたので、発言させていただきました。

(稲野委員)

はい、ありがとうございます。それでは他に御意見ありますか。はい、川合先生お願いします。

(川合委員)

はい、御指名ありがとうございます。心血管疾患分野及び救急医療の領域ということになりますが、自治医科大学附属病院で調べても、大動脈瘤及び大動脈解離が救急分野で対応できている割合が十分でないという問題がありまして、県外の医療機関にかなりの症例数をお願いしている部分があると思っております。実際、どの程度そのような件数が発生しているのか、県として把握しておく必要があると思っておりますし、それに対する改善というか対応というのはやはり結構大事な課題なんじゃないかなというふうに考えます。今の段階で出すのは少し遅いかもしれませんが、御指摘をさせていただこうかと思っております。苧尾先生からも補足がありましたら、お願いします。

(苧尾参考人)

そうですね。救急の受け入れ、手術が必要っていう形になりますと、外科との取組となります。獨協医科大学病院、自治医科大学附属病院、済生会宇都宮、足利赤十字病院それぞれの外科など、患者の受け入れができないという場合も、やはり生じてくるというのが大動脈解離の問題点というふうに考えられます。そこに、埼玉や群馬などの県外の医療機

関とどのように連携して進めていくかという点が今後の課題であり、循環器学会としても、外科の動きとしても、今後、獨協医科大学病院の豊田先生とも話をしておりますが、その実態を把握して、今後、活動を御報告させていただければと思います。施策にも生かしていける方向で考えたいかなというふうに思います。循環器学会でもこの大動脈の解離だけが減っていないことから、できるだけ早く手術に持っていくということがやはり最終近々の課題になると思いますので、今後、当県だけではなくて、他県でも非常に全国的にも大事になってくると思います。特にその大動脈解離は冬場の増大というのが明確に出てきておりますから、恐らく、全国的にまだ大動脈の解離だけに特化した数字、この県の大動脈解離の件数の増加というのは、季節変動等は見えておりませんが、大動脈解離というのは、気温の影響、環境の影響も非常に強く受ける疾患であるというふうに考えておまして、予防及び早期の発見、この段階に及んでは手術に速やかに実施できる体制の整備が近々の課題かと考えます。以上です。

(稲野委員)

他には御意見・御質問ございませんでしょうか。ちょっと予定よりも時間が20分ほど早く進行していますが、ここで10分間の休憩を取らせていただきます。16:30からの会議を再開いたしますので、よろしくお願ひします。

【10分間の休憩】

それでは、時間になりましたのでまた会議を再開いたします。

(沼尾書記)

それでは議題(1)：「栃木県保健医療計画（8期計画）の素案」の「第5章以外の内容」についてご説明いたします。資料1を御覧ください。

【資料1のP54～65により説明を実施】

(稲野委員)

ありがとうございました。それではただ今の説明について御意見・御質問があればよろしくお願ひします。

よろしいでしょうか。長島参考人お願ひします。

(長島参考人)

ありがとうございます。後期高齢者数の大幅な増加、また、来年度から医師の働き方改革が始まる等の説明がありました。第4章は「良質で効率的な医療の確保」ということで

すが、この中で病床機能報告の病床数の変動の話が出ておりましたが、医療資源は限られておりますので、実は高齢者のACP（アドバンスケアプランニング）についての文言が出ていなかったの、出席の方々の御意見をいただきたいのですが、心臓血管疾患分野でも心不全のACPの話が出ておりました。それから、私が報告した救急医療分野でも、ACPがしっかりと実施されていれば、緊急搬送しない症例もあるということですので、今回のこの会の目的は横断的な取組ということですから、ACPについても文言を入れるなり、項目を設けていただくなりできないものか、というのが一つ目です。それから二つ目は人材についてです。P64に記載がありますが、この医師それから看護職員、この養成に力を入れていくということでした。現在も医師・看護職員は人材派遣業者を通じて確保をせざるを得ないような状況となっております、是非、この看護職員の新規養成の中で、修学資金の貸与については、過去に一時減額され、そのままの額となっておりますので、是非再考いただきまして、修学資金の貸与、特に准看護師は非常に養成数が減ってきておまして、今年度は上都賀・鹿沼の准看護師養成所が閉校になります。是非そのようなところにも目を当てていただきたいと思います。以上です。

（稲野委員）

はい、ありがとうございます。内容としては、ACPの普及・啓発、そして人材の育成という話でした。事務局から回答をお願いします。

（早川書記）

ご質問ありがとうございます。医療政策課の早川でございます。ACPあるいは人生の最終段階における話し合い、ということになりますが、確かに分野横断的と言いながら、分野ごとにしか記載がないとありますので、どのように入れられるかは検討したいと思います。計画の中の重要なポイントとして取り組めるように、検討したいと思います。ありがとうございます。

（谷田部書記）

医療政策課の谷田部でございます。後半の人材の確保の部分ですね、特に看護職員のところで御意見を頂戴しております。これまで修学資金の制度も検討も重ねながらできるところで取り組んできているところでございますけれども、今後どういった形でより利用していただくことで看護職員の人材の確保につなげていくことがよりできるかなというふうに思っていますので、そういったところも含めて検討は続けていきたいと思っております。今回の意見も踏まえながら、これから検討していきますので、よろしくをお願いします。

（稲野委員）

どうもありがとうございます。他には御意見・御質問ありませんでしょうか。朝野委員お

願います。

(朝野委員)

はい、ありがとうございます。栃木県看護協会朝野です。先ほど長島先生から人材新規養成のところで発言いただきました。ありがとうございます。私の方からは同じ部分の看護職員の箇所、4つ目のポツのところに「専門性の高い看護師の養成」という記載がありますが、この点に是非「活用」の文字も入れていただきたいと思います。養成のための支援は県も色々と考えて実施していただいておりますが、養成された人をいかに活用していくか、今回の新型コロナウイルスへの対応においても、感染管理認定看護師や薬剤師の皆様にご活躍いただいたのですが、養成だけではなくてその人達をいかに活用していくかという観点も、是非とも入れていただきたいと思います。どの施設でも特定行為の研修を受けたり、認定看護師の学校に行ったりすることができる訳ではないので、そのような養成が難しいところには、専門性の高い看護師を活用して質の向上や、住民の方々が安心して生活できるような支援をしていくことが必要だと思っておりますので、是非ともお願いしたいと思います。以上です。ありがとうございました。

(早川書記)

医療政策課の早川です。関係機関あるいは当事者の方々の話し合いも必要かと思っておりますので、連携の中で活用ということも意識できるような記載ぶりにしたいと思います。ありがとうございます。

(稲野委員)

他にはいかがでしょうか特に御意見・御質問ございませんでしょうか。それでは無いようですので、次の議題に移ります。議題(2)：「栃木県外来医療計画（8期計画前期）の骨子案」について事務局より説明をお願いします。

(沼尾書記)

それでは議題(2)：「栃木県外来医療計画（8期計画前期）の骨子案」について御説明いたします。

【資料2により説明を実施】

(稲野委員)

はい、ありがとうございました。それでは委員の皆様方から何か御意見・御質問はありますか。高田先生お願いします。

(高田参考人)

夜間休日等の地域の初期救急医療の提供体制ということについてお話しさせていただきたいのですが、現在下都賀郡市医師会それから小山地区医師会、佐野市医師会もそうかと思いますが、センター化して対応しております地域以外の地域については、当番医という形で夜間休日の医療提供を行っております。行政側からこうしてほしいという要望を出せるのかは難しいかと思うが、現場でもセンター化したいが現状を変えるきっかけが掴めないという地域がある。その地域の住民の皆さん方の利便性や医療計画を考える上でどちらの方がより県民のためになるか、という観点から検討いただいて、ある程度の指針みたいなものを県から出していただけると、きっかけの掴めない地域も掴めるようになるのではないか、と思う次第です。以上です。

(稲野委員)

はい、ありがとうございます。地域ごとの一次救急ですが、ある程度の規模を確保できる地域はセンター化しているところですが、小さい地域は当番で提供している状況ですので、その辺の事情も踏まえて地域で受け止めていただければ、それはそれでいいとは思いますが、患者が流出していることもあるかと思しますので、御検討ください。

(早川書記)

ご意見ありがとうございます。県としてその地域にこれがいいというのは難しいかもしれませんが、地域の医療の維持、継続の問題はありますので、地域医療構想調整会議等において、市町も含めての問題だと思っていますので、そこで色々な意見を出していただいて、その中で地域ごとのあるべき姿を決めて行ければと思います。今後も我々もそのデータを収集し、地域の状況を検討できればと思いますので、協力できる形を探りながら進めていきたいと思っています。ありがとうございます。

(稲野委員)

はい、ありがとうございます。他にはありますか。はい、長島先生どうぞ。

(長島参考人)

新規開業についての確認です。新規業開業希望者には情報提供をする、法令がある一方でP6の対応案を見ますと地域医療構想調整会議でその外来機能を不足するものを担う合意をしていただくということなのですが、これがなかった場合には新規開業を認めないということでもよろしいでしょうか。

(早川書記)

ご質問ありがとうございます。これは前回外来医療計画策定時も話題になりましたが、合意しないから認めないと制限するものではありません。国のガイドラインで合意しない

場合には調整会議にかけて説明を求める、となっておりますが、「開業できる・できない」という話ではなく、その点は別問題だと考えています。あくまでもその地域において協力いただきたいということについて、合意を得たものがあれば、新規開業の先生方やあるいは現在開業されていて協力いただいていない医療機関に対しても情報提供していき、場合によっては協力をお願いするそういう仕組みが新たにできますということです、開業制限ということには繋がりませんので、そこは御了解いただきたいと思います。ありがとうございます。

(稲野委員)

今の話は外来医師多数区域のことで、特に宇都宮ということになりますが、宇都宮においても一応お願いはするけれども、それをしないから開設できないということではないという理解ですね。これはおそらく制限した場合、独占禁止法等に引っかかる問題かと思えます。

(稲野委員)

他にはいかがでしょうか。よろしいですか。それでは特にないようですので、これを持ちまして本日の会議は終了いたします。御審議いただきましてありがとうございました。それでは事務局にお返しします。

(野中書記)

委員及び各協議会の代表の皆様、開催にあたり御協力いただきましてありがとうございました。これを持ちまして医療審議会保健医療計画部会の方を終了させていただきます。大変お疲れ様でした。ありがとうございました。