令和５年度第２回　長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
（救急・災害医療ＷＧ）　議事録

１　日　時　令和５年６月12日（金）午後１時～

２　場　所　長野県庁　西庁舎１階　112会議室（Ｗｅｂ会議併用）

３　出席者
構成員：石井絹子構成員、今村浩構成員、岩下具美構成員、藤牧泉構成員、髙山浩史構成員、
田中昌彦構成員、藤澤裕子構成員、和田秀一構成員
事務局：久保田敏広健康福祉部医療政策課長、社本雅人健康福祉部医療政策課企画幹兼課長補佐、
赤羽和也健康福祉部医療政策課医療係長、鈴木三千穂上田保健福祉事務所長、
小林良清長野市保健所長、塚田昌大松本市保健所長

４　会議録（要旨）

（和田座長）
座長を務めてさせていただきます、長野赤十字病院の和田でございます。
それでは、早速会議に入りたいと思いますが、本日は救急・災害ワーキンググループで広い範囲かつ県民の命と健康というところからとても大切な領域だと思います。その医療計画の策定をロジックモデルという方式でやるということです。ロジックモデルは、アウトカムをはっきりさせて、それに対していろんな施策を考えていく方式なのだと思いますけれども、現実的には現行の計画なども参考にしながらいろんなことを考えていきたいと思います。それではよろしくお願いいたします。

（１）国の医療計画作成指針等の概要について

（和田座長）
最初に会議事項の（１）国の医療計画作成指針等の概要について説明をお願いします。

（久保田医療政策課長、資料１により説明）

（和田座長）
今、国の指針等についての説明がありましたけれども、ただいまの説明について御質問等ありましたらお願いいたします。
よろしいでしょうか。
御発言がないようなので、次の会議事項に入らせていただきたいと思います。

（２）疾病・事業ごとのロジックモデルについて

（和田座長）
会議事項（２）疾病・事業ごとのロジックモデルについて、これが本日のメインテーマです。
まず、事務局から説明を受けた後に構成員の皆様より、それぞれのお立場から計画が目指すべき姿、取り組むべき事項について御発言をお願いしたいと思います。まず、救急医療について事務局から説明をお願いいたします。

（赤羽医療係長、資料２－１、参考資料１－１により説明）

（和田座長）
ロジックモデルについては、皆さんなかなか慣れないというところもあると思いますが、先ほどお話にありましたようにロジックモデルと従来の計画とは対応してるところがありまして、従来この案については、現状と課題と、目指すべき方向と医療連携体制、それに対しての施策の展開、それから数値目標という形で出てるんですけども、目指すべき方向は分野アウトカムということです。
それから、施策の展開は中間アウトカムに当たっていまして、今日の目標は、この分野アウトカムと中間アウトカムをしっかり作り上げるということです。
それに加えて、個別施策等で御意見いただきたいと思います。個別施策をしっかりと検討するのは次回以降になっていますので、よろしくお願いいたします。
最初に分野アウトカムについて議論していきたいと思います。28 ページをご覧ください。ここで言う目指すべき姿（分野アウトカム）、これが「緊急度に応じた適切な救急医療を受け、命が救われて社会復帰できている」です。指標としては「心原性心肺機能停止傷病者、一般市民が目撃したうち、初期心電図波形がＶＦまたは無脈性ＶＴの１か月後社会復帰率」というものをおいていくというようなことであります。
皆さん御意見をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。全体としては、今日は 15 時までに救急と災害を終えたいと思っていまして、時間内で終えられるようにやりたいと思いますが、この点について御議論をお願いいたします。
まず、早速ですが今村構成員いかがでしょうか。

（今村構成員）
１つ疑問なんですけど、この案としては、分野アウトカムは救急でこの１つだけということでよろしいですか。

（赤羽医療係長）
分野アウトカムの部分についてはそのように考えてます。

（今村構成員）
そうですか。

（和田座長）
幾つかあるんじゃなくて、１つということなんですね。

（今村構成員）
指標もこの１つをもって知ろうとするということですね。

（赤羽医療係長）
指標につきましては、１つとも限らないと考えておりまして、これを評価するための指標として適切なものがあれば複数ぶら下がってくるということも考えられます。

（今村構成員）
分かりました。そういうことであれば、この分野アウトカムで１つ追加していただきたい文言があります。長野県は広いので、均てん化等といった、どこの地域においてもっていう意味合いの言葉をでき

たら入れていただきたいということがあります。
　それから指標として、心肺停止は確かに一番わかりやすいのですが、ちょっとそれだけでは寂しいところがあるんですね。１つは脳卒中、あとは心臓病、外傷ですね。指標はなかなか難しいのですが、脳卒中とかの場合は簡単にできやすいかもしれないですが、やはり寝たきりになるのを避け、健康寿命との差を短くするという意味合いも大事なので、その辺は入れていただいたほうがよいと思います。具体的に、すぐ思い浮かぶのは脳卒中と心臓病と外傷なんですけれども、それに対する指標が入るといいのかなと思いました。以上です。

（和田座長）
　今の御意見は、その目指す分野アウトカムのところに、均てん化の点から、広くどこでもっていうような文言を入れてほしいという意見です。
　ごもっともな意見だと思いますけど、御意見あるいは追加等はありませんでしょうか。それから指標についても、今この指標が１つ、こういう指標があるんですけれども、この指標というのはなかなか難しいなとは思うんですが、そこに今の御意見は心臓病、脳卒中、外傷等についての、そういったものも考えていただきたいということだと思います。
　ほかに御意見いかがでしょうか。髙山構成員いかがでしょうか。

（髙山構成員）
　信州大学の髙山です。分野アウトカムを１つということにすると、結構広い領域に関係する文言を入れたほうがいいのではないかと思います。「緊急度に応じた」ではなくて、「緊急度、重症度に応じた」に表現を変えた方がいいと思うのと、社会復帰できているに加えて、社会復帰できるような体制が整備されているというところまでいけると、この左側の個別施策のところでその体制整備であるとか、そういったことが関係してくるのではないかと思うので、文言はよろしいんですけれども、そのような幅の広げ方をしたほうがいいんではないかと思います。
　指標に関しては今村構成員の発言のとおりだと思うんですが、問題はウツタイン様式というのは、一般的に心肺停止の予後の場合につけられることが多くて、それならばこの社会復帰率とかも出しやすいんですけども、そのほかのものに関しては、一応、その指標はないわけではないんですけども、あまり全てを医療機関がつけているかというとそうではないので、データを集めにくいという問題があって、総論賛成なんですけども、具体的な方法としては私も思いつかないところです。以上です。

（和田座長）
　今の御意見は、ここの緊急度だけじゃなくて、重症度っていう言葉も入れるということです。加えて、さらに社会復帰だけではなくて、社会復帰できる体制というようなことを入れたらどうだろうという御意見です。
　これに関して御意見ありますでしょうか。

（小林長野市保健所長）
　長野市保健所の小林と申します。
　今の髙山先生のお話ですけども、言葉尻を捉えるようで申し訳ないんですけど、アウトカムというのはあくまで県民がどういう姿になっているかという、県民の実現すべき姿という定義づけになります。「体制ができている」というと体制を整備する側の話になるので、このアウトカムの表現としては社会復帰できているとか、元の生活に戻れたとか、そういうことに整理したほうがいいんじゃないかと思いました。

（和田座長）
　社会復帰できているということが求められるアウトカムであって、それをするための体制というのは施策だとか、そういったところでという御意見だと思います。
　確かに、そういう観点でいけばそういうことでしょうか。

（髙山構成員）
　整理としてはそれでよいです。社会復帰できているのであれば、そういう体制は整っているという逆な解釈もできるかと思います。

（和田座長）
　文言としてはそうですけども、その内容というものはそういう体制をしっかり作っていくということで施策に記載していくということになるんだと思います。
　ほかにいかがでしょうか。田中構成員はいかがでしょうか。

（田中構成員）
　田中です。お話を聞いていて、緊急度とか重症度に応じて適切な医療を受けられるというのは分かるのですが、すぐ分からないのは、例えば高齢者とかで寝たきりの人の社会復帰というのは、どんなふうに考えるのかとか、元の生活に戻れればいいんだとか、そういう人は最初から省いておいたほうがいいのかとか、その辺を悩んで聞いておりました。以上です。

（和田座長）
　なかなか難しい話ではあるんですけども、いかがですか。何かこの辺については。

（小林長野市保健所長）
　長野市保健所の小林です。
　そういう観点で言うと、社会復帰というよりは命が救われて元の生活に戻れるぐらいがどなたにも当てはまるのでいいんじゃないかと思います。

（和田座長）
　これも言葉のことなんですけれども、確かに社会復帰できないことも当然あるわけなんですけれども、そういった中でより良い社会的あるいは身体的な状況に至るようにやっていこうということなんだと思いますが、どうでしょうか。
　社会復帰ではなくて、今言ったようなもう少し分かりやすい、もう少しやさしい言葉にして言っていくということでいかがでしょうか。事務局どうですか。

（赤羽医療係長）
　社会復帰という言葉を今回使わせていただいていますけれども、確かにおっしゃるとおりで元の生活に戻っていくということと同じではないですが、そういった表現のほうが分かりやすい部分もあるかと思いますので、こういった表現でよろしければそのように直していくことを考えたいと思います。

（和田座長）
　石井構成員いかがでしょうか。

（石井構成員）
　やはり高齢者の場合は社会復帰というよりも、元の生活というほうが、一般的に受け入れやすいとい

うか、分かりやすいと聞いてて思いました。

（和田座長）
ほかにはよろしいですか。岩下構成員はいかがでしょうか。

（岩下構成員）
補足になります。どこにいても同じ医療をというのは非常にいいなと思いました。というのは、今まで医療圏の話を言ってきましたけれども、来年度から医師の働き方改革も始まり、これに因る制限が出てくることもありますので、分野アウトカムに入ることはありませんけれども、このテーマについて考えることは大事だと思いました。以上です。

（和田座長）
医療審議会でも二次医療圏は変えないということですが、疾患と、事業の分野別では、医療圏を超えた対応するということなので、計画にもぜひそういった内容がうまく表れるように考えていただければと思います。
御意見ほかにありますでしょうか。一応時間で進めたいと思いますので、取りあえずはこの分野アウトカムはこのぐらいにして、その次に続く中間アウトカムに進みたいと思います。
先ほど、事務局から示されている論点等がありましたけど、それ以外についても何か御意見を言っていただければと思います。私のほうでもう１回確認で読ませていただきますが、まず、流れとしては、病院前救護と、次は医療機関での重症度、緊急度に応じた医療の提供と、それからそういったものの後、救命後の医療という流れで３つに分かれていて、それに新興感染症が加わっていくという流れで、その中で病院前救護として「県民が適切な応急手当が行えている」というのがあり、そして２番目として、「患者が適切に、または速やかに搬送されている」という中間成果であります。あとは、重症度、緊急度に応じた医療の提供ということで、「重症度に応じて救急患者が適切な医療を受けられている」ということ、それから、後として「急性期を脱した患者が適切な場所で適切な医療を受けられている」ということ、それから、新興感染症としては、「新興感染症の発生、まん延時においても患者が必要な通常の救急医療を受けられる」ということを、事務局案として提示しているところでありますが、御意見いただきたいと思います。

（髙山構成員）
それぞれのフェーズに対応しているということかと思いますが、２番目の病院前救護に関する意見です。患者が適切に搬送されているという消防の病院前救護は、搬送ということが文言として書かれているのですが、実はそこの特定行為であるとか、あるいはドクターヘリ、ドクターカーであるとか、いわゆる搬送に特化したものではなくて、そこから応急処置、応急救護医療が始まるというのが１つのポイントだと思います。それを搬送という言葉では包含できないのではないかと思いますので、その辺の表現に工夫があったらいいなと思いました。以上です。

（和田座長）
今の御意見は、搬送というだけじゃなくて、そのときにも既に様々な処置が行われているという意味でしょうか。事務局いかがですか。

（赤羽医療係長）
おっしゃるとおりここのところが消防の搬送プラス、メディカルコントロールという観点で、搬送中の適切な処置みたいな部分というところも必要な観点かと思いますので、その辺りまた考えさせていただきたいと思います。

（和田座長）
ここは消防長会の藤牧構成員は御意見いかがでしょう。

（藤牧構成員）
年々搬送件数というのは非常に増えてきて、速やかな搬送というものをどういうふうに確保していくかというのも、私どものほうで既に課題と感じております。
そもそも消防の搬送というのは、その消防の責務であると感じておりますので、適切な応急手当が受けられる体制を整えていければと考えております。以上です。

（和田座長）
その搬送が始める時点での何か救急隊の取組みたいなことを髙山構成員はお考えということでよかったでしょうか。

（髙山構成員）
特定行為です。いわゆる搬送ということに加えて医療行為が実は始まっています。医者のメディカルコントロールの下に気道確保であるとか、あるいはアドレナリンであるとか、ブドウ糖の投与であるとか、いわゆる医療行為が始まっていると。
それ以外にも、ドクターヘリ、ドクターカーのように医療者が病院に入る前に出て展開しているということがございますので、いわゆる搬送という言葉だけでは、説明をつけきれないところがあるかという趣旨です。

（和田座長）
そういったところの指標も表せるような指標を入れながら、そういう観点が示されるような状況というのを作っていくということですよね。
ほかに御意見はいかがでしょうか。今村構成員はいかがでしょうか。

（今村構成員）
今村です。髙山構成員にまったく賛成でありまして、一番右端にある分野アウトカムを達成するために真ん中の中間アウトカムや施策があるわけで、患者さんが命が救われて社会復帰できるためのアウトカムということになりますので、そこに救急隊が貢献できるところというのは、早く搬送するだけではなく、現場できちんと必要な処置をして、搬送先の病院と連携して必要な情報を早く伝えるとか、あるいは、適切な病院に搬送するというところですので、早いというだけではなく、適切なメディカルコントロールや処置を行えているといった現場でのシステムを、ぜひここに書き込んでおく必要があると思いました。以上です。

（和田座長）
ありがとうございます。長野県医師会の田中構成員いかがでしょうか。

（田中構成員）
やはり、今、消防長会の藤牧構成員もおっしゃっていらっしゃいましたが、救急搬送のケースがかなり増えてきており、その部分がかなり不安になっているというふうに聞いたんですけど、見るとやはり軽症者の搬送が４割を占めていて、できるだけそういうところを減らすことが、救急隊による基幹病院への不安というものを減らしていくことにつながるのではないかと思います。
中間アウトカムについては、必要な人が速やかに搬送されているということがやはり大事かなと思い

ます。以上です。

（和田座長）
必要な人が速やかに搬送されているというようなことを表す指標も入れながらそういったところも記載していくというようなところだと思います。
今、主として病院前救護というくくりのところが意見が出ているところですが、この次の重症度、あるいは緊急度に応じた医療の提供ということで、重症度に応じて救急患者が適切な医療を受けられているという文言なんですけれども、この文言を含めてこの辺のことについての御意見を伺いたいと思いますがいかがでしょうか。岩下構成員お願いいたします。

（岩下構成員）
長野赤十字病院の岩下です。
５月 26 日の委員会で二次医療圏は現状のままになったと、最初にお話をいただきました。26 ページに初期・二次・三次救急医療機関の役割の明確化と相互連携とあります。26 日の委員会の資料にもありますが、二次医療圏を超えて搬送された疾病ごとに医療提供体制などを分析し、医療機関の連携体制を検討するということを、具体的にどのようにやっていくかが非常に大事だと思います。以上です。

（和田座長）
医療審議会でも出ましたように、二次医療圏の 10 医療圏でそういうことになっているわけなんですが、疾病あるいはその領域等では、そういったところも柔軟にこうやっていろんな診療が受けられる状況というのが必要だという意見だったと思います。
そういう中でそういったことが実現されているかどうかっていうことの指標などをというような考えでよろしいでしょうか。

（岩下構成員）
そうです。そういうのを作ってもらいたいと思います。

（和田座長）
事務局はいかがですか。

（赤羽医療係長）
二次医療圏につきましては、５月 26 日の審議会では全体としては変えていかないとなりましたが、またこれから疾病、事業ごとの連携体制、圏域の連携体制というところを、次回のワーキングの中では資料等も示しながら御議論していただきたいと思っております。御議論いただく中で、それを見ていく指標としてどんなものがいいのかというところも、次回いろいろと御提案いただければと思います。

（和田座長）
ほかに御意見などありませんでしょうか。どうぞ。

（髙山構成員）
この場所で説明、質問するのが適切かどうか分からないですけど、先ほどの 26 ページの重症度、緊急度に応じた医療の体制云々のところ、黒丸の１つ目のところ、高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ等の記載っていうのがあるんですが、これがちょっとどういうものをイメージしているのか、なかなか思い当たらないというか、イメージしづらくて、これを解説していただけると助かるんですけどもどんなことなんでしょうか。

（和田座長）
事務局お願いいたします。

（赤羽医療係長）
こちらにつきましては、今例えばどこかの都道府県でこういった取組をしているというようなことではないようなんですけれども、実際に高齢者救急が増加している中で、例えば、二次救急医療機関のうち、高齢者を特に受け入れるということで、医療計画上に位置づけることで、特に搬送の優先度をちょっと考えていくとか、そのようなところを国では意図してるんじゃないかと思うんですけれども、あまり指針にも詳しく載ってきていない部分になりまして、我々もイメージのわいていない部分はあるところでございます。

（和田座長）
この辺は構成員の意見を伺いたいというところですよね。この内容はここにもありますように、高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ等と書いてありますので、このような考えを長野県においてもやっていくのかどうかというところだと思います。
確かに高齢者の救急というのは増加をしていることは事実なので、こういったものとどのように今後対応していくかということの考え方の１つなんだろうとは思います。
この辺については様々な御意見があるかと思いますがいかがでしょうか。
今村構成員、何かありますでしょうか。

（今村構成員）
高齢者の救急搬送は増えていますので、いろいろ考えなきゃいけないと思います。おそらく国の指針でイメージしているのは、たとえば東京の八王子医療圏で、高齢者を主に受け入れる医療機関を決めて、高齢者の呈する症状がいろいろあっても、一部の患者に対しては、119 番通報ではなく、救急車以外で患者を搬送して、その医療機関に運ぶというようなモデルがあって、そういうことを想定してるんじゃないかと思います。
都市部だとこれは大事で、理由は様々にありますけど、人生の終末期に近い患者さんは、血圧などバイタルサインだけで判定すると全てが救命救急センター搬送になってしまいますから、大都市の救命センターが本当に大変だということがあるんですね。
長野県でも、都市部で病院が沢山あるとこであれば、やはりもう最初から二次病院に、場合によっては例えばＡＣＰがちゃんとできてる人は血圧が下がっていても、二次病院へ搬送ということは考えていいかもしれません。
ただ一方で、長野県の病院の数は少ないですから、場合によっては、最初はバイタルサインで判定して、それで三次へ搬送して、その代わり一日二日で転院すればその方がいいといった事例があるんじゃないかと思いますので、これは考えどころだと思います。国の指針のように医療機関を重症度、高齢者別で分けて搬送するというのは、病院がたくさんある東京とか、そういった場所を想定しているということかと思います。
長野県でもそういうことやって悪くはないかと思いますけれども、例えば、地域の本当に小さな病院へ、終末期の高齢者だからといって、救急車が夜中に来たりして対応できるかっていうと、なかなか苦しいところもあって長野県でこれが本当に機能するのかはよく考えたほうがいいように思います。
八王子の例はいろいろ出てるので参考にされるといいかなと思いました。以上です。

（和田座長）
高齢者救急が増えていることは事実だし、被搬送者はみんな高齢者みたいなところがありますので、

そういうことに対応するとき、どのようにしたらいいかというお話だと思うので、また次回までに案内をいただいて意見をいただく形にしたいと思います。
　ほかに御意見ありませんでしょうか。藤澤構成員いかがでしょうか。

（藤澤構成員）
　この３番のところですが、重症度に応じて救急患者が適切な医療を受けられるってことで、ここには緊急度とかいう言葉は要らないんですか。
　ここに出ているように、重症度と緊急度というのは、常にセットであるんだと思いますが、こういうところには緊急度は要らないのかなと思って聞いていたのですが、これはいかがでしょうか。

（和田座長）
　最初の分野アウトカムのほうには、緊急度あるいは重症度という言葉がペアで出てて、こちらのほうには重症度っていう言葉が単独だったので、両方入れたらどうだろうというふうなのだと思いますが、いかがでしょうか。それでもよろしいですよね。
　事務局いかがですか。

（赤羽医療係長）
　先ほど、分野アウトカムのところでも御議論いただきましたとおり、この重症度と緊急度というところ、基本的には並べていったほうがよいというような御意見等をいただいていたのかと思いますので、この中間アウトカムの部分についてもそのように修正をしたらどうかと考えています。

（和田座長）
　よろしいですか、この辺は。石井構成員いかがでしょうか。

（石井構成員）
　現時点では特にありません。

（和田座長）
　それでは、以上で大体中間成果のところを終えたということにしたいと思います。

（小林長野市保健所長）
　長野市保健所の小林ですけども、中間アウトカムと個別施策っていうのが、それぞれを結びつけられていますけども、今までの先生方のお話をお聞きすると、この２番の患者が適切に病院前処置とか、搬送とかされてるという話については、左側のその病院前救護だけじゃなくて、医療体制がある程度整っているかどうか、役割分担含めて、その下の重症度・緊急度を応じた医療の提供というところにも密接に関係しているので、一対一みたいにしたい気持ちは分かるんですけど、特にこの中間アウトカムの２番については、左側の２つに関連付けて整理すると、実現可能性がより高まるのではないかと思うので、そういう一対一にならないこともあるっていう形で組立てを考えていかれるといいんじゃないかなと思います。

（和田座長）
　よろしいでしょうか。これは必ず一対一っていう意味じゃないですよね。
　ただ、最初の分野アウトカムのほうには、重症度・緊急度っていう名前をつけたので、こちらの中間成果のところも同じよう付けたほうが良いという意見だったと思います。

（小林長野市保健所長）
　そちらは、私もそのようなイメージかなとお話を聞かせていただきましたし、一番左の個別施策の部分についても、必ずしもその１つの施策が１つの中間アウトカムにしか効かないっていうわけではなくて、複数の中間アウトカムに効いてくるような個別施策も当然あろうかと思いますので、まずロジックモデル上で表現できるのかというところはあるんですけれども、そういったことは常に念頭に置きながら考えていかなければならないと思います。

（和田座長）
　この項目では、最初に病院前、それから病院の中といいますか、重症度・緊急度に応じて医療から救命後の医療ということで、救命後医療のことについてあまり話がなかったのですけど、このことについてはよろしいでしょうか。
　あるいは、新興感染症についても項目として挙がっていますが、何かこの２つについて御意見はありませんでしょうか。
　岩下構成員、どうぞ。

（岩下構成員）
　事務局に質問です。新興感染症の今後に当たって、救急医療にとって大事と思うのですが、この医療計画策定のワーキンググループに、「新興感染症等の拡大時における医療」がありますが、それと当ワーキングとの役割分担はどのような関係になっておりますでしょうか。
　ある程度分かりやすくしないと、ダブルスタンダードになるといけないと思いますので、事務局から教えていただければと思います。

（和田座長）
　事務局、お願いいたします。

（赤羽医療係長）
　あまり明確な分けと言えるかどうかなんですけれども、新興感染症の検討のほうでは、新興感染症そのものに対する対応ということで、どうやって抑え込むとか、新興感染症にかかった方にどういうふうに医療を提供していくかという部分が中心になってくるかと思っていまして、新興感染症が発生したことによって通常の救急の部分に大きく影響が、今回及んだ部分もあります。そこのところをどう考えていくのかというところが、こちらの救急・災害のワーキングの方で検討していく内容になるのかと考えています。

（和田座長）
　岩下構成員、何か御意見ありますでしょうか。

（岩下構成員）
　おそらくその線引きが難しいと感じました。
　救急医療の面で大事だとは思います。要はその整合性が合うようにどこかの場で調整が必要と思います。以上です。

（和田座長）
　このぐらいで中間成果までは終了としたいと思います。あと個別施策というのもあり、いろんな御意見をお持ちだと思います。今回は詳細な検討までは行いませんが、御意見をここで言っていただくと施策のほうに反映しやすくなると思いますので、ぜひ御意見をいただきたいと思います。よろしくお願い

します。
全体を通して、いかがでしょうか。
例えば、さっきの新興感染症なんかは救急の問題だとそういう新興感染症の患者さんと救急診療というのが一緒になったときに、それぞれのところがとても大変だったりしてきたということもあると思いますので、そういったときの役割分担みたいなのも要るのかと、私は個人的には思ったときもありますが、そんなようなことも考えていっていただければと思います。
ほかに御意見どうでしょうか。

（今村構成員）
事務局では十分考えてらっしゃるかもしれませんけれども、病院前救護のところで、さっきどなたかの構成員がおっしゃいましたけれども、必要な人が適切に搬送されるけど、必要でない人が救急車に乗らないっていうことのためにも、＃７１１９電話相談を入れるっていうようなことが１つの施策として重要だと思います。
それから、病院前救護だけでなく医療全部の様々な箇所にかかわりますが、県メディカルコントロール協議会が役割を果たせると思いますので、県メディカルコントロール協議会の体制強化ということを、これはアウトプットというよりは施策を進める手段ということになろうかと思いますけれども、どこかに入れていただくといいかなと思いました。
あとは役割分担について、重症度、緊急度に応じた医療の提供というところで、適切な医療を受けるためにはやはり病院の役割分担が必要になるかと思います。本県は広いですから、より迅速かつ適切な情報共有のためにも病院間ネットワークの構築をしたいと、そういったことが施策になりますので、それも記載していっていいかなと思いました。以上です。

（和田座長）
＃７１１９、もう現行の計画にも書いてある部分でもあります。
それからメディカルコントロール協議会のことについても、現行の計画でも触れられていますが、今度の第８次保健医療計画にも記載していただきたいという内容だと思います。
それから今言ったように役割分担ということで、画像のネットワークとかそういったＩＴ化を今後もしっかりやっていって、ネットワークづくりをしていこうというお話だと思います。
ほかにいかがでしょうか。

（田中構成員）
救命後の医療というところで、コロナのときの相互支援みたいな形で、各病院間の連携、そういったことがよりきちっとデータ化されてもいいかなと思います。以上です。

（和田座長）
髙山構成員、どうぞ。

（髙山構成員）
先ほどの今村構成員がおっしゃっていた話は、その地域の病院の中の組織化みたいな話だったのではないかと私は聞いていたのですが、松本の医療圏では、コロナのとき各医療機関がどのような役割分担をするのかという話し合いをして、それで、例えば大学病院はコロナで重症の患者と、もともと重症だけどコロナにたまたまかかっている患者を受けるというような役割分担をしたことがあって、それなりの混乱を防ぐ効果があったものと思っています。
長野県全体でもおそらくそういう全体を組織化するような話し合いの場が持たれたりということが、新興感染症が起こったときに、通常の救急医療体制を生き残らせるために重要なのではないのかという

ことを今村構成員がおっしゃっていたと思って聞いておりました。

（今村構成員）
そういうことです。それだけじゃないですが主にそうですね。

（和田座長）
ごもっともな意見だと思いますので、それを施策のほうに反映させていくような計画にしていっていただきたいということだと思います。
ほかにはどうでしょうか。
これで、救急については終わりになってしまいますので、ここで御意見があればぜひおっしゃっていただきたいと思います。

（岩下構成員）
その他のところで言おうと思ったのですけれども、資料 33 ページの一番下の受入れの照会回数及び現場滞在時間の状況についてという欄があります。これは過去の計画等の流れの中で継続して出ている資料だと思いますが、長野県には多くの病院がありませんので、照会する病院は少ないです。医療機関側も地域の医療事情をいろいろ感じながら、収容依頼の連絡にできるだけ応需しています。全国平均と比べていますが、それを上回ることはないと思います。この項目は要るのかなと思っています。目標や目安を作るとすれば、長野県の過去のデータと比べて増えてるとかパーセンテージが上がってる場合には、検討しないといけないと思いますが、全国のデータとの比較は現状ではあまり意味がないと思います。

（和田座長）
そういうのを反映していただければと思います。

（小林長野市保健所長）
長野市保健所小林です。今の岩下構成員のお話で、確かに４回以上、30 分以上という件数は非常に少ないかと思います。前回もこの会議でお話ししたかと思いますけど、不応需率という指標を出しながら、長野県やまた地域における搬送の円滑さを評価していく必要があるんじゃないかと思います。不応需率で出すと、おそらく、長野県の中でも地域によって、結構違うんじゃないかなと思うのですけど、私が前の佐久にいたときには、10 数％とか 20％というような不応需率もありましたので、ぜひそういったデータを出していかれるとより良いじゃないかと思います。
あと、施策の中でこれはまた精神医療のグループとのすみ分けというか役割分担になるんですけども、以前から精神救急というか精神科の症状がある人の身体救急をどうするかっていうところで、基本的には精神領域のほうに記載が少しあるんですけども、実際には保健所の現場で考えますと精神科の先生方のほうで、そういったところをどうするかっていうのは実際には体制を作るの難しいので、ぜひこの救急の側から、精神科の症状がある人の救急をどうするかっていうところをもう少し具体的に検討していただいたり、この施策に盛り込んでいただくと、より実効性が上がるのではないかと思いますし、緊急度、重症度に応じた医療の提供という、その中に、そういう特定の分野の場合にはどういうふうに対応するかっていうのは、絶対に必要だと思いますので、ぜひ、そこに精神科領域との連携というのをどうするかというのも、今回入れていただくとありがたいと思います。

（和田座長）
ほかに御意見はありませんでしょうか。それでは、時間もありますので救急医療のロジックモデルの検討をこれで終了としたいと思います。

今までお話がありましたような内容を基にいろいろ修正等をいただいて次回のワーキンググループに出していただきたいと思います。
続いて災害医療の検討に参りますので事務局から説明をお願いいたします。

（赤羽医療係長、資料２－２及び参考資料１－２により説明）

（和田座長）
先ほどと同じように分野アウトカム、中間アウトカム、それから個別施策としてのアウトプットというような順番で検討していきたいと思います。
災害医療につきましては、分け方として、平時における体制というのと、それから災害急性期、これは今お話がありましたように、48 時間を想定した期間であります。亜急性期と書いてありますが、これは急性期を脱した後に対応するというような内容で、このように３つに分けて、分野別アウトカム、中間アウトカムといったものを考えていくということで、まず分野アウトカムについて検討していきたいと思います。事務局から、「災害発生時に救われるべき命が救われる」ということで、災害のロジックモデルではこの指標とするものがなかなかないということで、今回ここには指標設定されていないのですが、何かそういう指標を設定することができるかどうかということも含めて御意見をいただきたいと思います。
いかがでしょうか。髙山構成員。

（髙山構成員）
２つ、災害時に命が救われるということを目指すのは当然難しいことだと思いますが、最近はＤＭＡＴなどでも健康被害を最小限にするということが付け加えられています。例えば、直接災害によってお亡くなりになるわけではないんですけども、車中泊を行うことによって深部静脈血栓症を来したりとかそういう二次的な健康被害というのはたくさん起こりますし、今の災害医療ではそういったことまで目を配って対応するというのがよいと思いますので、一言そういった面も加えていただければよろしいかと思います。
指標に関しては設定しなくていいのであれば、しないほうがよいかと思います。設定は難しいと思います。
私の意見は以上です。

（和田座長）
今の御意見はこの分野アウトカムの内容に、健康被害を最小限にするといった内容を加えていただきたいということだと思います。
ごもっともかと思いますが、御意見いかがでしょうか。事務局はいかがですか。

（赤羽医療係長）
今いただいた御意見も踏まえて、もう少し広い形での分野アウトカムというところを考えていきたいと思います。

（和田座長）
構成員の方々はいかがでしょうか。災害医療の分野アウトカムですので、とても大きな内容ですから、アウトカムとしてはこれでよろしいでしょうか。特に御意見がなかったら、先ほどの髙山構成員の意見は反映するということでそのようにさせていただきたいと思います。

（小林長野市保健所長）
長野市保健所の小林です。令和元年 19 号台風の直接の経験者ということでもあるんですけども、指標については、私は災害関連死という数字にはやはり着目すべきじゃないかなと思います。ただ、災害関連死自体は非常に定義というか、個々に認定して決めているので、それが災害医療にどこまで関与、関係してるかは非常に難しいですし、申請主義ですので申請しなければ認定されないとか、いつまでの災害関連死を追跡したらいいかということで、長野市では今でも、新規に申請があれば認定をするような状況もあるので、難しいのはもちろん承知しております。ただ、やはり非常に重要な指標ですので、それをゼロにするという意味で指標としておきながら、実際に起きた災害について注目する必要はあるのではないかと思います。

（和田座長）
これは災害関連死数ということでいいですか。それともゼロとするということになると、ゼロにするってことはありかなしかみたいな形になりますが、数ということでしょうか。

（小林長野市保健所長）
指標としては災害関連死の数ということで、目標としてはそれをゼロにするのか、減らすのか、減らすというのは比べられませんのでゼロでいいと思います。

（和田座長）
指標として災害関連死数を置くという意見ですが、いかがでしょう。

（髙山構成員）
大変ごもっともな話なんですけど、先ほど御説明にあったように災害が起こらなかったらどうなるのかというような話も出てきます。例えば、災害関連死が次の災害で少なかったときは、これは対応がうまくいったからかもしれませんし、災害の規模が小さかったのかもしれません。そういったことから、災害関連死に関する数字は解釈が難しいと思います。もちろん着目して記載をすることは大切だと思いますが、指標としていいのだろうかというのはどう思われますか。

（小林長野市保健所長）
長野市保健所の小林です。髙山構成員がおっしゃる問題点も十分あるかと思いますし、同じ災害は２つとないと思いますので、比較自体は難しいですけども、どんな規模の災害であれ、どんな種類の災害であってもやはり目標としては、これをゼロにするということがあるので、それを指標化した上で現状を見て、仮にこういう災害で関連死がこうあったというときに、やっぱり、それをみんなで解釈しながら、どこか災害医療にもう少し改善の余地があるのか、また全然違う話なのかということを考えることが重要になるので、指標化しておくことで、いざ起きたときにそれをちゃんと検証するという意味で、活用できるかと思います。
そもそも災害が起きなければ、災害医療自体は全く要らないというと極端ですけども、検証が難しいので、あくまでも起きた場合の指標ということで割り切って活用すればよいかと思います。

（和田座長）
災害関連死数というのは大事な指標であって、これはこの分野アウトカムの指標とするかどうかっていうところが問題だと思うんですので、その辺を検討していただいて決めていくという形だと思います。
この分野アウトカムというのは大きなものですから、これも指標というのは確かに難しいというのがよく分かると思いますので、検討していただきたいと思います。
分野アウトカムについてはこのような内容で、指標をそのようにするかどうかは、もう一回よく検討

させていただきたいということで、中間成果、中間アウトカムの検討を行いたいと思いますが、「平時においても、災害発生時に備えた連携体制が整備できている」という内容、それから災害急性期、48 時間を想定した災害急性期ですが、「災害急性期に必要な医療が確保される体制が整備できている」。それから亜急性期、すなわち災害の急性期を出した後ですけどもこれについては「災害急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制が整備できてる」という内容ですが、御意見いかがでしょうか。

（髙山構成員）
１番のところの平時についてですが、これは災害発生時に備えた連携体制というように、いわゆる備えた体制ではなくて連携体制というふうに連携を入れているその意図はどのようなものでしょうか。体制とすると、広く様々なことが包含されると思います。

（和田座長）
事務局、お願いします。

（赤羽医療係長）
連携体制ということで単なる体制ではなく連携という言葉を前に置かせていただいているのですが、それぞれの機関で災害時に備えた体制ということを整備していくのは当然重要な部分ではあり、その上でさらにいろいろな機関と連携して、常日頃考えていくことは、やはり１つ上の段階として大事というような考えもあり、今回、連携体制が整備できているという文言にしてみているところです。

（和田座長）
現行も同じような内容で、目指すべき方向の中に平時における連携体制というような内容になっているように思います。これはよろしいですか。

（髙山構成員）
連携体制を整備することはとても大切であるのですが、この連携体制が整備できているという１項目だけになると、それ以外の、例えば、個別の施設におけるＢＣＰであるとか、そういったことがこれに包含できなくならないだろうかというのが、気になるところです。
表現として、連携も強調しながら、もう少し広いものが包含できるような表現にするのがよろしいのではないかなと思いました。

（和田座長）
平時においても災害のときに備えた体制というようなことにしたらどうかということだと思います。何か御意見ありますでしょうか。

（岩下構成員）
今の連携という話に関連してです。医療圏という単位があって、そこに各々災害拠点病院があって、災害の急性期には、災害拠点病院が中心になってリーダーシップをとって本部を立ち上げて活動します。５月 26 日の会議で、医療圏は現状のままで個別に隣接医療圏と調整することになりました。平時の救急医療でこの調整をやるわけですけども、災害時のときには、もっともっと急を要する状況になります。
そういう意味で、連携という言葉の意味はすごく重い言葉なのかなと思います。医療圏を作っていただいてますが、実際の発災時に機能できてない事態になるのは非常に問題だと思います。連携をどういうところまで、どれぐらいのものまでを求めているのか、求めなければいけないのかをしっかり個別施策でも記載していくことが大切だと思います。
議論の流れとして、ここから先の連携をどのぐらいのレベルまで求めるのかに関しては個別施策のと

ころで検討しているということでよろしいでしょうか。

（和田座長）
　岩下構成員の発言は、今の災害時の指揮命令系統のようなことを念頭にお話されていると思いますが、先ほど個別施策の説明でもありましたように、関係機関の役割の確認とか、役割に応じた医療機関間の連携の更なる推進という言葉が問題となっているので、これが必要だという意見だと思います。そういうことでよろしいですか。

（岩下構成員）
　そういうことでいいです。

（和田座長）
　これはよろしいですか。そのような意見を反映させていただきたいということだと思うんですが、何かこれについて御意見ありますでしょうか。
　ほかにはいかがですか。災害の枠組みで、平時、急性期、亜急性期という中で先ほどの中間アウトカムについて、この３つを挙げています。これについて全体で御意見を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

（藤澤構成員）
　先ほどお話しがありました中間アウトカムの１番に記載されている連携ということはもちろん大事だとしてもその前段として、やはり個別の施設にＢＣＰを含めた対策をとるのが大事とおっしゃられたこと、そのとおりだと思いまして、各施設でそれを基に体制整備等行うことが平時に大事なことと感じました。

（和田座長）
　ほかに御意見はないでしょうか。
　藤牧構成員はいかがでしょうか。

（藤牧構成員）
　今ほどお聞きしております中間アウトカムについて、平時、災害急性期、それからその脱した後というようなこの３つ区分け、それぞれの指標というようなことなんですが、皆さんの意見は確かにおっしゃるとおりでございまして、特に、それに意見ということはございません。

（和田座長）
　ほかによろしいですか。

（小林長野市保健所長）
　31 ページのモデルで、一番下が亜急性期となっていて、亜急性期の定義がちょっとここには書いてないのですが、おそらく、急性期の 48 時間を過ぎて、一般的には１週間程度で、ここからは維持期とか回復期となっていくと思いますが、ここに亜急性期って書いているということは、１週間程度までは、災害医療のくくりにするけども、それ以降はもうこの災害医療の範疇から外れますといったことが、見てとれると思われますが、確かに現行の医療計画とか、あと県が作っている災害医療指針でも１週間程度までの記載になっていると思いますが、過去の経験からすれば、１週間では済まないことが多いです。ただ、それは災害医療をずっとやるという意味ではなくて、だんだん地域の医療資源とか、特に保健所を中心とする保健医療福祉調整活動の部分とかもありますので、決して災害医療だけでずっと長期間と

いうことではないですけども、亜急性期というふうに区切らずに急性期以降とか、そういった形にした上でそういう通常の医療とかにバトンタッチしていくというところをうまく個別施策なんかで書いていくといいのではないかと思いました。以上です。

（和田座長）
亜急性期という言葉は、災害医療にはあまりマッチしないような気がしてて、私も最初聞いたときにそう思ったので、先ほど事務局から説明がありましたように急性期を脱した後もというような意味合いで、この言葉を一応表の上では亜急性期というふうにしたというように捉えたんですけど、それでよろしいですか。

（赤羽医療係長）
今回そういった意味合いで亜急性期と表現させていただいているんですけれども、今のお話のようにこちらに少し違和感があるんだとか、もうちょっと広く、今回の医療計画の中で見ていったほうがよいということであれば、ここのところの文言を「災害急性期を脱した後」と、上とは少し言葉の感じが違ってしまうんですけれども、そういった表記に変えていくことはできるかと思います。

（和田座長）
ほかに御意見はありませんでしょうか。
今村構成員お願いします。

（今村構成員）
中間成果毎に個別施策を考えるところですけど、１番の平時と２番の災害急性期との違いがはっきり分からなくて、実際事務方も作るときに迷われるんじゃないかと思うんですけどいかがでしょうか。目指す姿の案として「災害発生時に救われるべき命が救われる」、これはいいんですけど、例えば災害マニュアルを整備するとか、災害拠点病院の物品を整備するというのが、これは平時の施策とするのか、あるいは災害急性期にこういったことをできるようにするということで災害急性期の施策とするのか、分け方はどういうふうにするかと思ったんですけど、どのように考えてらっしゃるでしょうか。

（赤羽医療係長）
今村構成員のおっしゃるとおり、こちらのところの分け方については事務局でも個別施策を少しずつ考え始めている中で、なかなか難しいと思っているところでございまして、今の時点で明確にこのようにというような説明はできないんですけれども、またこれから考えていく中で、第３回のときにはこの個別施策全て入れ込んだものを御提示させていただきたいと思っておりますので、その中でまた改めて御意見いただければと思います。

（和田座長）
ほかにいかがでしょうか。

（小林長野市保健所長）
長野市保健所の小林です。今の今村構成員の御提案に関連して、先ほどの救急医療のほうのロジックモデル 28 ページを見ますと、搬送されるとか、医療が受けられるとかありますので、中間アウトカムの基本的な主語が県民になっているかと思います。そうするとこの 31 ページの災害医療２番も、災害急性期に必要な医療が受けられているとか、受けられるっていうふうにして、その下の３番のところも急性期を脱した後も住民の健康が、後も健康が確保される支援を受けられるとか、あるいは健康が確保される医療を受けられているとか、そういう表現にすれば実際に事が起きたときの県民の姿として、より明

確になるのではないかと思いました。以上です。

（和田座長）
　アウトプットに関する議論に入ろうと思いますので、分野アウトカムとこの中間アウトカムについては、ほかに御意見がなければこのような形にしたいと思いますが、よろしいでしょうか。
　中間アウトカムまでは終了したとして、個別施策を含めて何か御意見があれば言っていただければと思いますのでよろしくお願いいたします。石井構成員。

（石井構成員）
　社会的弱者と言われているような自分で移動できない方である高齢者や乳幼児や医療的ケアを必要としている方への支援体制というのは、ここでは重要になってくると思うので、個別施策のほうに挙げていただきたいと思っていますし、災害時でも保健医療と、あと福祉・介護との連携については、切っても切り離せなくなってきてるということですので、そこの連携に関係したりするんですけど、そこもキーワードとしても入れてほしいと思います。以上です。

（和田座長）
　ほかにいかがでしょうか。岩下構成員お願いします。

（岩下構成員）
　個別施策について、山梨県の例の１つ目で、災害拠点病院を支える災害支援病院の設置は、非常にいいなと思います。医療圏で見たときに、長野、松本はイメージでき、災害拠点を支える支援病院はこんな病院が該当するのかなと思います。しかしながら、厳しい医療圏もあると思います。
　災害支援病院を設置する、構築させることは非常にいいと思いますが、小さな医療圏では、つらいテーマになると思います。これは感想です。
　あと３つ目ですが、この医療コンテナは既に諏訪赤十字病院では、写真に出ている車はあります。これを活用したい意図なんでしょうか。

（和田座長）
　事務局お願いします。

（赤羽医療係長）
　事務局でございます。
　諏訪赤十字病院に、ｄＥＲＵのコンテナが一つあるということは我々も承知しておりますが、そういったものに加えて、県や他の医療機関でもこういった医療コンテナというものを導入したり、活用を検討していくということが必要かどうかというところが、国の指針踏まえて考える必要があるところなのかと思います。

（岩下構成員）
　必要かどうかは必要なんだと思いますけど、維持費も含めてかなりの費用が必要だと思います。また検討が必要かと思います。

（和田座長）
　個別政策には、ここに書かれたような意見、提案が３つほど出てるんですけど、先ほどの災害時に多く発生する中等症患者を積極的に受け入れるなど、災害拠点病院に協力する医療機関というものについての御意見があれば、ぜひお話をしていただきたいと思いますがいかがでしょうか。

今の岩下構成員の話では、医療圏の中ではこういったところを指定するのも難しいところもあるだろうというような意見でした。髙山構成員何かありますか。

（髙山構成員）
松本の医療圏の話だと、前々から医師会が中心になって医療圏の病院を赤、黄色、緑に色分けして、赤が相澤病院と信大附属病院なんですけども、それ以外の黄色の病院は、黄色の患者を引き受けるということが事前の役割分担的なことで決められておりまして、それは山梨県で言われていたことと似たイメージかと思っています。
できるのであれば、そういう自覚を普段から促して、いざ災害のときは段取りどおりやりましょうという話にしておいたほうがスムーズにいくと思いますけど、ただ岩下構成員のおっしゃるように、それがどこの医療圏も同じようにできるかっていうのはまた別の問題で、別の課題もあると思います。

（和田座長）
今村構成員お願いします。

（今村構成員）
山梨県のような、災害拠点病院を支える災害支援病院ということですけど、これ実は長野県でもできてるはずです。
今、髙山構成員は松本医療圏の話をされましたけど、これは長野県全部でできてるはずでありまして、それは県医師会で策定してるはずです。長野県内の 10 の医療圏において、または東信、南信、北信、中信というくくりかと思うんですけど、赤、黄色、緑タグ対応病院ということで、赤の災害拠点病院を黄色、緑タグ病院が支援するという機能分担になっているはずです。県医師会の災害医療指針は、確かもう何年か前にできていたと思いますので、それはもしかしたら県医師会の計画と整合性をとる必要があるんじゃないかと。
確認いただけますか。もうこれは決まってて、長野県全体できているんじゃないかと思います。

（和田座長）
分かりました。またそれ確認して、また田中構成員、県医師会のほうでもまた整合性を確認いただければと思います。
もしできているのであれば、それをしっかり位置づけてやっていくことが必要だと思います。

（今村構成員）
県医師会と県庁が連携している必要があって、それを実際災害が起きると一方ではそのつもりでやってるけど、一方ではそうじゃないというと、やはり災害のときは大きな問題になりますので、ぜひ何か意思の共有、確認をしていただきたいと思います。
そういう点では、もし県の災害指針というマニュアルに入ってないのであれば、早急に載せる必要があると思いますので、御確認をお願いします。

（和田座長）
どうぞお願いいたします。田中構成員。

（田中構成員）
その辺は私ほとんど把握してないものですので、確認させていただき早速県のほうとも調整したいと思います。

（和田座長）
了解いたしました。

（田中構成員）
いわゆる急性期以降というところだと、医師会でＪＭＡＴ活動の担当をさせていただいております。ＤＭＡＴがいなくなったあとの医療をどのように提供していくかというところで、ＪＭＡＴも協力していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

（和田座長）
ほかに御意見ありますでしょうか。髙山構成員。

（髙山構成員）
このロジックモデルの作り方が、平時、急性期、もしくは急性期以降という時間のフェーズで作っていると思いますが、実は県内での災害のときに、県民に対して災害医療等を提供するというのと、ほかの県に医療応援をするというのがまた別で、これだとほかの県への医療応援というのはうまく入らない可能性があるのですが、今のＪＭＡＴの話もそうなんですけど、今回どのように考えていくべきでしょうか。
もうこれは県民のためという範疇から外れるからいいというのも１つの考えだと思います。

（赤羽医療係長）
事務局でございます。今お話をいただきました他県への医療提供、応援という観点からいたしますと、現行の計画では平時の区分の中に入ってきているような形になりまして、この区分についてもどうするかを事務局でも考えたんですけれども、現行の計画から大きく変えていくことはあまり考えにくいかということで、次期の計画においても他県への応援については、一旦この平時の区分の中に書き込ませていただくというようなやり方になるかと考えています。

（和田座長）
他県への応援ということで、県を超えた取組ということについては一応平時と。これについては、一応理解できるところだと思います。ほかにはいかがでしょうか。
それでは、以上で災害医療についてのロジックモデルの検討は終了とさせていただきたいと思います。
今いろんな意見が出ましたのでこれをうまくまとめていただいて、ぜひ計画に盛り込んでいくように事務局でもお願いいたします。
以上で、救急及び災害についてのワーキンググループの第２回を終了したいと思います。ありがとうございました。

（社本企画幹兼課長補佐）
和田座長、議事の進行をありがとうございました。
以上をもちまして、救急・災害医療ワーキンググループ会議を閉会いたします。
なお、第３回のワーキンググループ会議につきましては、８月の中旬から９月上旬の間に開催を予定しています。今後、スケジュールの調整のほうをさせていただきますので、よろしくお願いいたします。お疲れ様でした。ありがとうございました。

［閉会］