

令和8年度第2回
相模原地域地域医療構想調整会議

令和8年8月31日（月）
ウェルネスさがみはらA館3階集団指導室
ウェブとの併用（ハイブリッド形式）

開 会

(事務局)

それでは、ただいまから令和8年度第2回相模原地域地域医療構想調整会議を開催いたします。私は本日の進行を務めます、神奈川県医療企画課の窪田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、会議の開催方法等について確認させていただきます。本日はウェブ会議ですが、一部委員は事務局会場から参加するハイブリッド形式での会議です。ウェブ会議進行の注意事項は、会議前にも事務局からアナウンスさせていただきましたが、事前に会議資料とともに送付した「ウェブ会議の運営のためのお願い」と題した資料をご確認ください。後ほど議事録は公開させていただきますので、本会議は録音させていただいております。ご容赦いただきますようお願いいたします。

また、新たに委員になられた方がいらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。神奈川県医師会副会長の石井委員です。本日の出席者は事前にお送りした名簿のとおりですが、健康保険組合連合会神奈川県連合会の坂本委員からは、事前に欠席のご連絡を頂いております。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とし、開催予定を周知いたしました。傍聴については事前受付とさせていただきます、ウェブ視聴が7名いらっしゃいます。ウェブで視聴される皆様にはお願いがございますが、本会議の写真撮影、ビデオ撮影、録音・録画をすることはできませんので、ご承知願います。本日の結果につきましては、議事録で発言者の氏名を記載した上で公開させていただきます。

本日の資料は事前にメールにて送付させていただきましたが、お手元に届いておりますでしょうか。お手元に届いていない委員がいらっしゃるようでしたら、大変申し訳ございません。本日は資料を画面共有いたしますので、そちらをご確認ください。資料を改めて送付させていただきます。なお、資料6-2、資料6-3については、本日の議論の参考とするため、市内の医療機関からのヒアリング内容等を記載しておりますが、一部、個別医療機関の識別が可能な情報等も含まれているため、本日は委員限りの配付の取扱いとさせていただきます。そのため、資料6-2、資料6-3について画面共有は行いませんので、委員の皆様は事前送付した資料をお手元でご覧ください。

それでは、以後の議事の進行は細田会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(細田会長)

皆様、こんばんは。細田でございます。早速ですが、本日の議事について皆様にお知らせがございます。相模原地域地域医療構想調整会議設置要綱第5条第2項において、「会

長は、必要があると認めたときは委員以外の者の出席を求めることができる」と定められております。そこで、本日の議事事項の（１）新たな地域医療構想の策定について、横浜
市立大学講師の清水様にご出席いただき、ご説明いただく予定でございます。ご承知おき
いただきたいと思います。

それでは、早速これより議事に入りたいと思います。本日の議事進行ですが、（１）新
たな地域医療構想の策定の後、（６）新たな地域医療構想の検討に向けた市内病院のヒア
リングの結果を行い、以後、次第の順番どおり行いたいと思っております。ご承知おき
いただきたいと思います。

議 事

（１）新たな地域医療構想の策定

（６）新たな地域医療構想の検討に向けた市内病院ヒアリング結果

（細田会長）

では、議題（１）（６）については互いに地域医療構想に関連する内容ですので、事務
局及び清水先生から一括で説明の後、各議事についてそれぞれの議論を行う形式で進行さ
せていただきたいと思います。ご承知おきください。会議の冒頭で説明しましたように、
資料６－２、資料６－３については画面共有を行いませんので、委員の皆様はお手元の資
料をご覧くださいと思います。それでは、議事（１）新たな地域医療構想の策定につ
いて、事務局よりご説明いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

（事務局）

（説明省略）

（細田会長）

ありがとうございました。説明が非常に細かなところまでございますが、ご苦労さまで
した。ただいま県、清水様からデータの分析を含めて、最後に相模原市からもございまし
た。これらの地域データの分析結果を踏まえまして、地域の課題の整理に向けて、疑問や
お気づきの点がございましたらご意見を賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。なる
ほど、相模原市はそんなものかなという数字が見えてきているような気がしますが、何と
なく肌感覚では大体合っていますね。ご発言はいかがでしょうか。小松委員、どうぞ。

（小松委員）

神奈川県医師会の小松です。今日は相模原市の人間として行政に話題にしたいのが、最
後の最後、有料老人ホームのところですよ。この10年でサ高住も含めて倍に増えてきた
ということで、「住まいに加え、重度化・医療・看取りを支える場へ」と書いているんで
すけれども、勝手にそうなってしまっただけですよ。住宅型有料老人ホームは自立して

いる人が入るところだから、そこを法の抜け穴というか、ビジネス路線でそういうことをやっちゃっている人たちがいるということ自体が大問題ですよ。介護が必要な人たちも当然いるので、せめて介護型に入るべきであって、住宅型が看取りを支えているというのはあり得ない話ですよ。要するに、民泊がツーリズムを支えていると言っているのと同じことだと思うので、やはりこの表現はどうなのかなと。市として言ってほしくないなというのがありますし、特に相模原は有料老人ホームやサ高住がそれなりにあって、逆に市もデータを持っていると思いますけれども、それもあって療養型のベッドは空いているわけですよ。療養型のベッドであれば適切に看取りや重度化医療に対応できるわけですから、このあたりについては国以上に市が厳しくあってほしいなと思います。市の委員の方に教えていただければと思います。

(細田会長)

ご意見ございますか。

(土屋委員)

土屋からよろしいでしょうか。

(細田会長)

土屋委員、どうぞ。

(土屋委員)

いろいろデータを見せてもらって、会長からも肌感覚で大体そんなものかなというお話がありましたけれども、急性期が充足しているとは到底思えなくて、どうしても診療報酬上の点数から割り算すると急性期のカテゴリーが多いのかもしれないけれども、決して地域の急性期がそれで賄い切れているとは到底思えません。何かちょっと指標の捉え方が、例えば慢性的でもある程度医療資源が投入されるものがほかの地域より多いのではないかなと思ってまして、地域の急性期の捉え方はこれでいいのかというところが常にあります。肌感覚として他の地域と同等とは到底思えないところがあります。以上です。

(細田会長)

ほかにいかがでしょうか。先ほど、北里があつてあと2病院、相模原病院と協同病院がほとんど受けているというのが出てきておりますが、最初に地域で受ける病院の数がもうちょっとあったほうがうまくいくのかなという気はします。あと、そのほかの左下に固まっていた病院が少し右のほうにシフトするような何か呼び水というか、そういう施策を持つことも必要なかなと思います。ほかにいかがでしょうか。小松委員。

(小松委員)

先ほど僕が言った意見について、米山部長か椎橋部長に、市としてはどう考えているのかご意見というかコメントを頂きたいんですけども。

(細田会長)

市としていかがでしょうか。

(米山委員)

有料老人ホームにつきましてはおっしゃるとおり、今までは届出制でしたが、先ほどの説明の中でもありましたが法改正がございまして、今後は登録制になります。今まで市では行政指導などはなかなかできない部分があったのですけれども、今後はその辺が厳しくなり、市としても行政処分とかいろいろと今後はやっていけるという部分がございます。今後は、法が公布はされましたけれども、施行がいつというのはまだ決まっていない状況ではありますので、施行されれば市もしっかりと人員体制を整備して、指導や監督をして、必要に応じて有料老人ホームともいろいろと協力や連携を図りながら、もっと進めていけたらと考えているところでございます。以上です。

(小松委員)

米山部長、よろしくお願いします。というのは、いわゆる指導ということに関して、医療機関に関しては保健所で毎年やっていますけれども、介護施設に関しては今、福祉基盤課とかですかね。要するに、行政で全部やるのは、介護系の担当部署の人たちだけでやるのは相当大変だと思いますので、特に医療面に関しては地域医療課とか保健所と協力しながらしっかり見ていただければいいのかなと思います。よろしくお願いします。

(細田会長)

大事なことです。よろしくお願いします。椎橋さんから。

(椎橋委員)

医療政策の椎橋と申します。よろしくお願いいたします。今、委員からご意見がございましたけれども、高齢者救急の増加という現状は病院ヒアリングの中でも伺っておりまして、施設等から患者さんの情報をすぐに得られず医療の現場において非常に困っているということも伺っております。相模原市全体の仕組みとして、医療と介護の現場で共有できるような様式の検討を進めていただいていますので、そういった仕組みづくりを医療政策としてもしっかりやっていきたいと思っております。

それから、ヒアリングにつきましては、急性期の病院を中心にやらせていただきましたので、今後は療養型の慢性期の病院につきましても、現場の状況をお伺いしていきたいと思っているところでございます。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。手が挙がっていますが、水上委員でしょうか。よろしくお願いします。どうぞ。

(水上委員)

相模原市医師会在宅医療担当理事の水上でございます。まず、会議に遅延しましたことをここでおわび申し上げます。実際、遅れた原因はまさにこのテーマで、実は今日、施設に入居されている患者様で、術後の末期がんの再発ターミナルの方だったんですけれども、夕食前に意識があったのに食事中に意識を失って亡くなったということで、家族がいきな

り救急搬送を希望されて、心肺停止の状態では救急車を呼ばざるを得なくなったんですね。これが6時過ぎの話でした。救急隊が到着して40分以上心マをしていたんですけれども、搬送先が今日の二次救急は受けられない、近隣の病院は受けられない、北里さんも二次から受けてくれということで結局、搬送困難になって私の電話に回ってきまして、ご家族様を説得して先生が看取ってくれるならということで、往診するまで救急隊が1時間近く心マをしているような状況でした。在宅医療をやっていると、本当にそういった、臨床上は心臓マッサージとか人工呼吸が有効でない時期であったとしても、家族の希望があつてそういう状況にならざるを得ないことがある。ただ、ここで私が会議を優先して現場を離れると、救急隊が何時間も心マをすることになるので30分遅れたんですけれども、実際に今日の事例でそういうことがありました。

清水先生には前回、別件でほかの地域も含めていろいろとご講義賜りましてありがとうございました。また、原さんも相模原のお話をありがとうございました。相模原地域のまとめというページで、先ほどの病院協会の土屋会長からもお話がありましたけれども、確かに高齢者救急を含めて救急の受入れが、送る側の我々開業医からすると結構大変だなという思いはあります。一方で、データから言える特徴のまとめを見ますと、他地域のときもそうでしたけれども、今後、医療従事者自体が減ってくる。となると、救急の病床やそういう医療機関が必要。でも、中に人がいないという状況が今後は絶対に予想されるので、今見えてくるデータからだ、現状は救急医療をできる医療機関が望ましいですけれども、相模原地域の内訳からいくと、不要である救急搬送はないとは思いますが、現状ではやはり85歳以上の高齢者救急や施設からの救急搬送ですね。本来は病院に入院した時点で看取りになってしまった可能性が高いような、そういった救急搬送を減らす努力が必要なのかなと考えています。そういったところで、県医師会で私も講演させていただきましたけれども、必ずしも施設で看取りができない状況というのも多々あります。今般、特別養護老人ホームでさえ救急搬送している事例が多数出てきていまして、私としましては、病院に入院したことがきっかけで自宅に帰れず施設に入居される方は大変多いと思います。

そうした中で、病院協会さんと我々医師会の在宅医療を担う者で、今後のACPとか退院のときに、今後も繰り返すような誤嚥性肺炎や慢性心不全、それからがんの末期の場合、そういった状況で施設に入ったら最期までこちらで過ごされるのがいいというような医療従事者としてのACP、人生会議を、できれば退院前カンファレンスを通してしっかりそういう情報共有や意思決定を共通認識で持って動きたいというのが私個人の感想です。ですので、私が意見したいのは、病院協会の先生方と単純な病診連携、今までも顔の見える病診連携というのはもちろん大事ではありますが、今後の高齢者救急や在宅看取り、そして施設からの救急搬送を減らすためにも、今、地域包括ケア推進課で、私も委員で入って入退院支援の手引をつくっている途中ですけれども、その中で、急性期の先生方が本来の急性期の医療を提供できるために、我々在宅医療のほうも退院を急がせるだけではな

く、退院した後にまたすぐ搬送し直さなければいけない状況で帰るのではなく、我々もそういうことを患者さんやご家族様に説明できるような、入院中から参画できるような、そういった状況を病院協会さんをつくっていただければなと考えました。これは意見ですが、もし何か病院協会の先生方からいいご意見がありましたらと思います。私からは以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。ACPですね。今日のアンケートの中にも、私はお聞きしていて、高齢者救急で送られるときにACPがどのくらい浸透しているか、そういうデータが、今回はどちらかというと病院関係の受けるほうのアンケートだったんですけども、今後は送る側の施設のアンケートにはぜひACPをどのくらいやっているのか、どのくらいきちんとしたACPがつけられて、それをくっつけて転送できているのかということが、これを解決する一つの鍵になるのかなと。あとは在宅訪問診療ですと、主治医の先生が訪問するたびにそういう話をするんですけども、施設に入っているとそういうことは多分、なかなかできないのではないかなと。入院・入所したときに最初に話をするけれども、それがいつの間にか薄まってしまっているという現状があるのではないかと推測するところでは。今後はそういったアンケートでそういうことが明確になっていくことを期待したいと思います。ほかにいかがでしょうか。いろいろご意見はいっぱいあると思うんですが、大丈夫でしょうか。なければ先に行かせていただきましょうか。もしご意見があれば後でも伺いたいと思います。

(2) 2025プランの変更に関する取りまとめ結果

(細田会長)

それでは、議題(2) 2025プランの変更に関する取りまとめ結果についてということで、事務局からご説明いただきたいと思います。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。2025プランの変更に関する取りまとめの結果について説明がございました。これに関してご意見・ご質問等ございますでしょうか。表が細かいので、なかなか見るのが大変だと思います。それぞれ病院からAタイプということで、全部そのままですね。変更はあまりないと。それでは、ご意見がないようですので、今後開催する会議でお気づきの点があれば、ご意見を頂きたいと思います。それでは、次に進めたいと思います。

- (3) 病床数適正化緊急支援事業の申請に伴う協議
- (4) 基準病床数の見直し
- (5) 令和8年度病床整備事前協議

(細田会長)

次は(3) (4) (5)ですね。病床数適正化緊急支援事業の申請に伴う協議、基準病床数の見直し、令和8年度病床整備事前協議、この3つについてまとめて各議事についてそれぞれ議論してまいりたいと思います。それでは、資料の3-1と3-2を使いまして、病床数適正化緊急支援事業の申請に伴う協議ということで、事務局からお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。ということで、(3) (4) (5)を続けてご説明いただきました。病床の削減分と、それから病床の見直し分、一括して議論したほうがよろしいかと思います。結論から言うと、一番最後にまとめていただいたところではないかと思いますが、これに関してご意見等ございましたらお願いしたいと思います。どうぞ。

(土屋委員)

2040年に向けての自院のポジショニング戦略の機能分化を今日ご説明いただきました。判断基準マトリックスの4機能プラスアルファですよ。その4機能プラスアルファと、今までやっていた公募条件の病床機能、高度急性期、回復期、慢性期、これは合致しないので、これをどうやって捉えていくか。回復期機能はもう専門機能で包括期ではないような機能になっているんですけれども、その辺をはっきりしないと今後混乱すると思いますので、これについてどなたか。

(細田会長)

区切りの仕方が少し変わったんですね。

(土屋委員)

そうしないとまた回復期の応募が増えてきてしまうと思うんですけれども、何かちょっとおかしい気がします。

(事務局)

事務局から少しご説明させていただきます。まず、病床機能のほうですね。今、高度急性期、急性期、それから今度、包括期になりますけれども回復期、慢性期といった病床機能というものがございまして、それともう一つ、先ほど清水先生のところでもありましたけれども、医療機関機能は病床ごとの機能ではなく、病院としてどのような機能を選ぶかということで、その病院の機能ですね。報告も、従来の病床機能報告と、それから医療機関機能報告が、今年度から加わります。それで、こちらの病床整備事前協議の中では病床

機能報告のほうの機能ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期。回復期が今度、包括期になるんですけれども、そのような事情でございます。ちょっと分かりづらくて恐縮です。

(細田会長)

説明するページがありましたよね。全部に線が引いてあるんですよ。全部に線が引いてあるので、私もどう理解していいのか分からなかったんですけれども。

(土屋委員)

病棟を取るか病床を取るかによって、考え方一つでどっちにでも行けるような。

(事務局)

病床機能報告のほうは従来どおり病棟ごとという考え方で、そこは従来どおりですが、今度始まる医療機関機能報告という、病院ごとの報告が新たに加わってくることになります。以上です。

(土屋委員)

その病院によって都合のいいほうを選べてしまうので、すごくあやふやな線だと思えますけれども、分かりました。これはちょっと難しいですね。審査も難しい。

(細田会長)

そのうちに整理がついてくるのかなと思うんですけれども、急に名前が変わったというか違う名前が出てきたので、その定義というかそういうものをもうちょっと勉強していきたいと思います。ほかにいかがでしょうか。小松委員、どうぞ。

(小松委員)

今、土屋先生がおっしゃった、仮に今後、病床を募集するときにどのカテゴリーのどの病棟がということになると思うんですよ。だから、回復期が足りないと言ったら、回りハ、地域包括ケア、地域包括医療病棟あたりという、今まではそのようにしていましたが、今後は本当に回復期リハを募集するのかという、その議論のときにどうなるのかというのと、そのときに、違いをより分けるデータというものが出てくるのかどうかですよね。回りハが足りているか足りていないかというところだと思います。

私が発言したかったのは、病床削減、病床適正化緊急支援事業について、これはもちろん各医療機関さんのご自身の経営判断ですので、いい悪いということは特にないと思いますが、見ていただくと、相模原の特徴としては、療養型病院が病床削減をしているんですよね。これが神奈川県地域医療構想の中でかなり特徴的というか、資料3-2で見ると、3つぐらいの病院さんがそれなりに、病棟単位でベッドを返していって、ほかの地域の療養型でこんなに返しているところはないので、何が言えるかということ、地域医療構想が進んでいった。それから、さっきの住宅型有料老人ホームに重症の人がいっぱい入ってしまった。それから、横浜・川崎で慢性期を増やした。そういったのが重なって、相模原の療養型ががらがらになってしまったということが一つ示されていると思います。あ

ともう一つは、県としては時間の関係もあって、全部国のほうに上げてくださったということですが、やはり北里大学病院さんが80床減らすということに関しては、地域からするとインパクトがあることなんですね。なので、これについて今日この場でというよりは、今後は医療関係者に対して、正式に決まったときにはどうなっていくのかというようなことをお話しする場をぜひ設けていただければと思います。私からは以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。今回、削減というのが最初の議題に出てきましたけれども、これに関しては経営的な要素がものすごく強いのかなという印象です。あと、地域に関しては、結局、不足分というのが4床、介護・医療分の移行のカウントをその中に入れてということですが、病床の利用がほぼできているということで、総合的に考えてということでございます。ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

(安達委員)

今日初めてというか、この会議に出ていて、本来重症の方が、いないはずの施設に重症者が多いというデータが初めて出てきました。皆さんが思ったとおりだなという感じでおられると思います。北里大学が病床を減らしたり、また、相模原協同も検討しているという話を聞くと、うちも病床稼働率は70%台で何とか経営をやっていますけれども、当院も病床を減らしていった場合、災害発生時のいざという時にどうなるのかという一抹の不安があります。現在下方連携は、患者さんの家族にムンテラしないで療養型や慢性期の病院が受けてくれるというシステムをつくっているんですね。今回の地域構想では、上方連携を急性期の拠点がやるならば、データも取らなくていいよと。取る必要もないと国は言っています。しかし、ここの地域は、相模原病院としては、施設や在宅にいる方がなるべく軽症のうちに当院に入院させて短期間入れて帰せるような上方連携のお手伝い（特に休日や、夜間のサポート）もやらざるを得ないという、神奈川県の中で唯一特殊な地域だと思っているんです。だから、地域医療構想の枠組みの中で両方担うかもしれないと言っているけれども、実は国は担う必要なんかないと本音では思っているんだけれども、一応、小さな文字で両方ともやってもいいという病院が相模原病院だと僕は思っている。地域医療構想の病床数がどうのとかということよりも、今回のやったデータを生かして、明らかになったボトルネックを市・医師会・病院協会が協力して対策を講ずる必要があると思います。

(細田会長)

ほかにご意見等ございますか。それでは、今日ここで議論をきちんと進めないといけないのは病床数の見直しに関してで、見直しは行わないということではよろしいでしょうか。異論はないでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

では、そういうことで話を進めたいと思います。

その次が、相模原地域においては県の提案どおり、病床数適正化緊急支援事業による病床削減の影響や、新たな地域医療構想の策定・検討を踏まえた状況等を鑑みまして、基準病床数を見直さないことにしたいと思いますが、皆さんご異論はございませんでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

では、県・市のお考えのとおりとしたいと思います。

続いて、病床の事前協議も同じですね。よろしいでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

それでは、今日議論して結論を出さなくてはならないのは以上になるかと思いますが、よろしいでしょうか。追加や漏れとかはないですか。

(事務局)

今、議事の(3)～(5)については了解いただいたということでよろしいでしょうか。

(細田会長)

はい。それでよろしくお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。

その他

(細田会長)

あとはその他に参りたいと思いますが、その他、何かご発言等ございますでしょうか。委員の先生方、あったらどうぞ。事務局からはいかがでしょうか。

(事務局)

今、石井委員が手を挙げています。

(細田会長)

石井委員、どうぞ。

(石井委員)

もうお時間が過ぎている中、大変申し訳ございません。神奈川県医師会の石井でございます。先週の木曜日に当会が主催しました地域医療構想推進会議の研修会にご参加いただきました先生方、ありがとうございました。今日お話しいただきました清水先生、また、小松先生からのお話、それから質疑応答、非常に実りのある、学びのある会だったと思います。それで、くしくも同日の日経新聞の経済教室というページに、2040年地域医療構想

という記事がその日と翌日に出ています。読まれた方もいらっしゃると思うんですけども、要するに、学習院大学の経済学者が、今までの地域医療構想というのは失敗に終わっていると。その原因は結局、調整の手段を専ら関係者同士の協議に委ねた、特に医療関係者、行政、有識者で構成される調整会議であるというようなことを述べております。結論としてこの方が言っているのは、国が各種データを用いて原案をつくらなければいけない、病床権取引市場を創設するなど非常に無茶なことというか今までの方法を全否定するようなことをおっしゃっているのです、ぜひ一読していただきたいと思っております。地域のことは、地元の住民、現場、先生方、行政の方が一番分かっていることです。また、これから外来、介護、在宅等が入ってきますので、特に市町村行政の方にはこれまで以上の尽力をお願いしたいと思っております。以上でございます。

(細田会長)

ありがとうございました。事務局から何かございますか。

(事務局)

事務局でございます。1点、本日資料配付としております参考資料について、概要を簡単に説明させていただきます。お配りしている参考資料につきましては、従来から各地域での議論に活用している病床機能報告の取りまとめ結果の令和7年度版でございます。病床機能報告の単純集計のほか、参考資料1-1の13ページ以降には、病床機能を定量的基準によって補正したデータも記載しております。今後の地域での協議の際に用いるデータとして参考に添付しているものでございますので、ご承知おきいただければと思います。事務局からの説明は以上でございます。

(細田会長)

よろしいでしょうか。今日は清水先生の膨大で詳細なデータを頂きました。この間の研修会で伺ったことよりも相模原に特化したお話を頂きまして、ありがとうございました。また、その他のデータもかなり細かいところまで突っ込んだ詳細なデータで、後々よく見ていくといろいろな問題が出てくるのかなと思います。それから、病院のヒアリング結果、これも非常に大事なデータかと思っておりますので、後でよく読んで、ここから相模原の問題点といったものをあぶり出して対応していきたいと考えております。今日の資料を病院協会も医師会も共有しながら、地域の医療・介護の連携に資するようにしたいと考えております。今日は長時間にわたりありがとうございました。私の司会はこれで終わります、事務局にマイクを渡したいと思っております。ありがとうございました。

閉 会

(事務局)

細田会長、ありがとうございました。また、本日はお忙しい中、お集まりいただき、活

発にご議論いただきまして誠にありがとうございました。本日の議論を踏まえて今後の取組を進めてまいります。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。