

長浜市病院事業改革プラン評価委員会（平成 29 年度 第 1 回）会議録

開催日時 平成 29 年 8 月 3 日(木) 14:00～16:30
開催場所 市立長浜病院 2 階 講堂
出席委員 大谷委員長、橋本副委員長、三浦委員、布施委員、小林委員、今田委員、
藤居委員
オブザーバー 織田健康福祉部次長
事務局 野田病院事業管理者
(市立長浜病院) 神田院長、小川事務局長、松田看護局長、福永理事、
藤田副センター長、田中理事、嶋課長、佐野参事、
松宮担当課長、伊吹定副参事、久保田副参事、伊吹友副参事、
川村主幹、松山主幹
(長浜市立湖北病院) 田中院長、東野副院長、西川事務局長兼管理課長、前田課長、
中川課長、山根副参事、杉森主幹、槇田主幹、柴田主査

1. 開会

2. 野田病院事業管理者あいさつ

3. 議事

(1) 平成 29 年度評価委員会の運営について

① 委員長の選出

委員の互選により、大谷委員を委員長に選出

大谷委員長あいさつ

② 副委員長指名

大谷委員長により橋本委員を副委員長に指名

(2) 平成 28 年度の決算と改革プランとの比較について

【市立長浜病院】 ～長浜病院事務局から説明～

委 員 病棟改修はいつ頃まで続くか。

事 務 局 1 年半から 2 年です。

委 員 経常損益マイナス 9 億 8 千 900 万円となっている。減価償却の 2 億というのは元々プランにも入っているので、最初から想定されていたことか。

事 務 局 現在は計画が延期されていますが、電子カルテの更新が平成 28 年度にあるという想定でした。

委 員 減価償却は最初から想定されており、本当の要因は収益が減っているということ。それを分析する必要がある。患者数が減っているが。

事務局 患者数の多い消化器内科の医師が少なく患者が取れないということが、一番大きな要因です。それに付随して、消化器外科も対応が難しくなっています。今、一般的に大きな診療科の人員が足りていません。また、小児科も足りないということで非常に苦労したところでもあります。

委員 これは改善の方向に向かっているのか。平成 29 年度からの新しいプランに織り込み済みか。

事務局 根本的には医師をどこからか探してくるしか大きな改善にはならないと思います。

委員 新しいプランでは医師はいることになっているのか。

事務局 探してはおりますが、現実問題としてまだ見つかってはいません。

委員 もしいることになっているのなら、早めに探さないと 4 年間のプランがくるってしまう。早急にやらないと駄目だと思う。

事務局 ずっと探していますが見つからないという状況はご理解いただきたいと思います。

委員 努力しているのはわかっているが必要は必要。
療養病棟の経常収支比率が悪く 65.36%となっている。これでは療養病棟をやめた方がいいのではないかと思うほどだ。収入、経費を見ると全然賄えていないがいかがか。

事務局 これはやはり医師の問題です。

委員 そうかもしれないがこの病棟は必要なのか。1 億円のマイナスなので全体から見ると 10 億分の 1 億だが。

事務局 需要はあると思っております。当院の体制が整えば、現在長浜から湖東に流れている患者はこちらに引き留められるかと思っております。現在、慢性期をみてもらう医師がいないため、探しております。

委員 給与費が 1 億 7 千 7 百万円で、医業収益が 1 億 7 千 6 百万円。給与費も賄えていない状況で、これから必要な医師を入れるということはまた給与費が増えてくる。その分売上も増えるが、この状態で採算が合わないのではまずいのではないか。

事務局 採算を合わすには今の入院患者を倍くらいにし、9 割くらいの稼働が必要だと考えています。

委員 今は手が余っているということか。

事務局 看護師に関しては、あと 10 人程度患者を増やせる体制になっていると思います。

委員 それで収入と支出どんな関係になるか。

事務局 それでもまだ赤字は続くと思います。さらに 5 人くらい増やさないといけない感じです。在籍している医師の中で対応を増やしてもらう予定をしています。運営に関しては相談中なのですが、赤字に関しては改善する方向になると思っています。

委員 少し厳しめに言うが、これはだいぶひどい。療養病棟はいつまで運用可能か。平成 29 年度までだったか。

事務局 医療型は少し延長になります。我々にとっては不本意な私たちのシステムとなっています。療養病棟はかつて必要だということで、湖北にはないということもあり持ちましたが、実際は大きい病院で療養病棟を持っているところはとても少ないです。その中で

次にまた地域包括ケア病棟ができ、本当に分けようのないことになっています。医療政策上いろいろな問題があったのですがその変遷をもろにかぶってきたと思います。これは言い訳にしかすぎませんが、それぞれの病棟をつくってきました。かつてと比べると在院日数は半減しています。国の方針としてはどんどん減らしていますが、かつて30日入院していた頃の病院のベッド数ですので、確かにベッド数としてはちょっと過剰な状態です。これに関しては今どうするのか検討しています。この時期に地域医療構想の問題が出てきました。湖北の慢性期病床は26%をみていますが、残りは地域外に出しています。これを今後どうするのか考えています。住民の方からはかなり苦情があり、なぜ我々は向こうまで行かないといけないのかとおっしゃる方が多くおられます。その需要を考えながら、どう動いたらいいのか、ベッド数の適正化を検討しています。今、はっきりしたかたちが整っていないので、一つの方向が見えるまで改善には数年程度かかると思います。どの科の医師も不足し、急性期も非常に厳しい中で運営していますので、慢性期も一緒に持っていくというのは非常にづらい状況です。少しずつ工夫して増やせないだろうかという検討をしています。いろいろな領域での雇用の問題があり、非常に人不足で難しくなってきました。一度整理してしまうと次やはり必要だといった時にはできなくなります。人件費比率も見かけは下がっていますが、実際に収益など考えると固定費は高いと思っています。

委員長　　ちょっと療養病棟に問題があると感じる。

委員長　　収支について、高い目標のプランを作っているが、これはどういう根拠で作られたのか。それに対して実際はそれがうまくいかなかった。収入のプランがかなり高く設定してあるので、たとえば医師の確保がまだ十分じゃなかったのもそこまで達しなかったなどを聞きたい。

事務局　　平成28年度の数値につきまして、やはり見込みが高かったというところがありますが、とくに収入に開きがあるのは、病床利用率の見込みを72パーセントとしていたところが63.9パーセントとなったところです。先ほどから出ております医師不足や、消費増税なども影響しております。3パーセントの消費増税に対して、診療報酬の上乗せが十分でなかったという報道も全国的にありましたが、そういった消費増税に対する部分の影響で収入が伸びなかったというところはひとつの原因かと思っております。

委員長　　10億円の損失が出ている。循環器内科が10億円強で、消化器内科が1億円いかないという売り上げで、ここに10億円程度の差がある。外科が5億2千万円。一般の病院から見ると、いびつな収入になっているのではないかと思う。おそらく消化器内科だと、普通であれば循環器と同じくらいの売り上げがあってもよいのではないかと思う。それと外科の減収をみると、やはり消化器が落ちた分だけ差が出てきているのではないかと思う。

事務局　　おっしゃるとおりで、外科は消化器内科が増えれば増えます。消化器とは関係しない領域もありますので外科は頑張っていると思います。ですが、消化器の領域はどの病院でも一番患者さんが多い領域で、そこで医師の引き上げがあつてなかなか補充がきかな

い状態です。いろいろ話をされていて、少し進んだこともあったものですから、そのあたりを将来の見込みとしていますが、もちろんフルに見込んでいるわけではありません。昨年度末からリウマチセンターの医師が4人増えて稼働しました。そこが少しカバーしてもらえるのかなと期待しています。課題としては消化器内科で、どの病院でも消化器内科無しで済ませることはできませんので、今いろいろなかたちで手を尽くしているところです。他の各科の医師一人当たりの収益はかなり高いと思います。

委 員 長浜市民さんはどこへ行くのか。

事 務 局 そこはお叱りを受けていろいろと頑張っているところです。ここ1、2年は辛いところかと思います。

【長浜市立湖北病院】 ～湖北病院事務局から説明～

委 員 常勤の内科医が増えてきたが、平成27年度に比べて入院患者、外来患者がちょっと減ってきている。中河内、杉野、金居原診療所の患者も1年前より減っているということは旧伊香郡の地区全体の人口が減っているということで、中河内などは前年以上患者を確保するというのは難しいというのが現状。人口減というのはかなり大きい問題ではないかと思うが。

事 務 局 印象として、そういう感じは持っているのですが、調査をするなど、具体的な数字が出ているわけではないと思います。高齢化と人口減少で高齢者だけ残して次の世代の方が外に出られるというようなことが起こっています。それはやはり病院としてはかなり大きな比率を占めていると思います。看護師はここ2年くらい採用が順調になってきて、まだちょっと経験年数が少ないという面はありますが、人数的には少し確保できていると思います。潜在的に当院で受け入れられる患者がどれくらいあるのかというあたりはわからない部分がありますが、努力をしていけば少し入院患者を見込めるかなと感覚的には考えています。収入が減った原因は、稼働率も減っており単価もあまり伸びてはいないという全体的な問題ですが、それを少しずつ改善するように考えているところです。

委 員 在宅などにおられる人の家族も、なかなか介護できないほど疲弊しているということもあるかと思う。昔のように大家族で住んでいて世話ができるというような環境は少ないと思うので、そうではない方を受け入れる余裕があるのではないかと思うが。

事 務 局 そうですね、経営だけを考えてということではないのですが、そういう需要も実際増えてきていまして、積極的にこちらからアプローチして、介護する人を見据えたレスパイトなども受け入れていこうとしているところです。

事 務 局 病院や施設を利用される年齢層の8割くらいは65歳以上の方です。湖北地方の人口は確かに減少していきますが、統計上は今まで病院や施設を利用している年齢層の人口は、この先10年くらい減りません。ただ、読めないのはそういう方が今おっしゃったように1人になられたり、2人とも老老介護でどうしようもなくなった時に、その方がそこにおられるのか、子どもさんのおられる街に出ていくのか、街に出て行って施設に

入られるのかということがあります。本来はこの地域でみてあげればいいのですが、私の患者でも結局は「息子の居るところに行かないといけなくなりました」という方がおられます。この人口というのは、まだ国もあまり読んでいないと思います。そこがプランと少しずれてきているのではないかと考えております。

委員 確かに日々診察していますと、歳とともにだんだん病気の数が増えてきて、病気になって、入院になる人が多いと感じる。実人数ではなく相対的に潜在的な患者が多くなっている。それと子どもが都会に出ていて、都会にいる子どもが親を2人とも連れて行くというケースも結構ある。

事務局 そのあたりが読めないところです。人口動態としてまだ十分読み込めていないと思います。これからビッグデータなどいろいろなかたちで出てくると思います。

委員 公衆衛生の専門なのでいろいろ聞きながら考えていたが、全体の人数は確かに減ってきているかもしれないが、高齢者の人口だけ見ると減ってきていないという話があって、医療にかかるのも高齢者なので、病院にかかるニーズはあまり変わっていないという可能性はあるなと思って聞いていた。一方で、湖北病院の診療所が3つあり、外来の実績が減ってきているという話では、これは人口が減っているためなのかわからないなと感じた。また、国の方も今、在宅医療を推進するという流れがあったり、終末期に在宅で看取るという方向で進めていると思う。そうすると外来でみる方が多くなって、一方入院の方が減ってくる傾向が出てくるのかなという気もした。そういう流れも将来のプランを考えるとときに考慮しないといけなのかなと感じた。

(3) 平成28年度の取り組み状況について

【市立長浜病院】 ～長浜病院事務局から説明～

委員 平成27年度に新規項目としてあげられていたカルテへの記載もれ助言の項目の記載がないのは、評価しないということか。

事務局 印刷の都合で項目が抜けております。こちらも継続しております。医師のアシスタントが医師に対して、診療録の記載漏れなどについての指摘をさせていただくという項目でA評価となっております。こちらにつきましては収入を確保するために必要なことで、これからもアシスタントや、医師事務作業補助者の協力をいただきながら取り組んでいきたい項目として考えております。

委員 先ほどからの話では、医師の確保が非常に大きな問題であるということがわかった。あまり本質的な問題ではないが、マッチングが3人で採用は0だったということは、国家試験に落ちたということか。

事務局 もう一つの理由として卒業できなかった方がおられます。

委員 滋賀医大は合格率をあげるために鋭意対策をとっているところで、県内で働く医師の養成は大切な使命だと思っている。しっかり派遣しないといけなのと思った。

事務局 期待しております。

委 員 地域医療支援病院にはなりそうか。
 事 務 局 紹介率は49%くらいなので、なんとかいけるように努力しております。
 委 員 逆紹介率は上がっている。
 事 務 局 ご紹介いただきますようお願いいたします。
 委 員 うちの方は、少なくとも紹介した患者はみんな帰ってこられるし、問題はないと思う。すぐにできるのではないか。
 事 務 局 紹介なしで新規に来られるとやはり紹介率が下がってきますので、できるだけ開業医さんを通してきていただきたいと思います。
 事 務 局 この件に関しましては、市の広報などでもしっかりと伝えてもらうなど連携を図っております。
 委 員 市としても連携をとってまいります。
 委 員 紹介無しの患者は5,000円にするのか。
 事 務 局 選定療養費ですが、500床以上の病院については消費税を入れ5,400円と国で決まっていますが、当院は496床としましたので、地域支援医療病院をとったから合わせてすぐに選定療養費が5,400円になるということにはならない状態でございます。今のところは2,160円が変わりはございません。これに関しましては上げるべきだという御意見もございますので、そのあたりについては湖北医師会の先生方とも検討しながら進めていこうと思います。
 委 員 地域包括ケア病棟は上手くいっているか。
 事 務 局 地域包括ケア病棟に関しては急性期から主治医がそのまま移行できていますので特に医師が足りないなどの問題は起きていません。ただ、地域包括ケア病棟と療養病棟に振り分けるところで、急性期病棟の方が診療報酬が高い場合もありますし、地域包括ケア病棟に移ってもらった方が診療報酬が高くなるということもありますので、タイミングをいつにするのかなど委員会を立ち上げこれから検討していこうと思っております。

【長浜市立湖北病院】 ～湖北病院事務局から説明～

委 員 地域包括ケア病棟の稼働率が51.5%だが、これは収益率が低いためか。それとも療養病棟などに患者が移るためにこちらが相対的に少なくなっているということか。
 事 務 局 波があるということもありますが、急性期の病棟から地域包括ケア病棟へ移るというタイミングや療養病棟との配分を調整することでもう少し地域包括ケア病棟へ入る患者を増やせるのではないかと考えています。担当者と今検討しているところです。あと小手術入院の患者や整形外科の骨折、先ほど話にも出ていました在宅におられる方のレスパイトなど地域包括ケア病棟に入れられる対象の患者をいくつか考えているところで、少し改善できるのではないかと考えています。
 委 員 この病棟の診療報酬は療養病棟よりも低いのか。
 事 務 局 高いです。

委 員 どちらもまるめか。

事 務 局 まるめです。ただ、手術やCTなどの検査が算定できるかどうかなど、項目によって、全体はまるめでありながら別で請求できる部分もあるので、そのあたりも細かく点検していく必要があります。細かいところまでやりきれてないという可能性はあると思います。

委 員 電子カルテの導入ができたということだが、その後問題は出ていないか。うまく動いているか。

事 務 局 導入時はかなり手間もかかり患者の数がこなせないということで、かなり診療の制限も行っていました。いろいろな検査を登録するのも少し手間がかかるので、ちょっと抑制がかかった感じはしていました。そのあたりをクリアして先生方にも積極的に検査を指示していただくなど話しております。

委 員 勉強会などされているのか。

事 務 局 そうですね、慣れている先生や、他の病院から来られた先生などいろいろな方面から意見を聞いて改善できるようにやっていきたいと考えております。

委 員 慣れの問題だと思いますが。

事 務 局 それもありますが、年配の職員などやはりなかなか操作が難しいというところは若干あります。

委 員 電子カルテは長浜病院と一緒のシステムか。

事 務 局 操作が少し違うところがあると思います。

委 員 透析の患者が増加して達成度Aとなっている。これは病院の収益を考えるとそうなると思うが、公衆衛生の立場や国でも、今、透析療法はとても重要な課題となっている。例えば市の国保のデーターヘルス計画などで透析導入をいかに予防するかというようなことを一生懸命やっていると思う。市全体としては透析の人が増えないように医療費の適正化・抑制で一生懸命頑張っている。そのあたりがジレンマだと思う。透析に関しては、本当に必要な人は必ず受けられる体制になっているかどうか、例えば医師不足などで受け入れられないとか、そういったことは無いと考えてよいか。十分対策は整っていて、増えても対応はできるか。

事 務 局 透析に関しては両病院非常に充実していて、おそらく滋賀県では長浜病院だけだと思うのですが、腎臓内科専門の医師が透析にあたっています。非常に充実した状態です。湖北病院も非常に力を入れています。

委 員 供給が充実しているところこそたくさん供給しているというようなところもあって、地域によっては、するところがないともうしょうがないみたいなのところもあるかなとは思う。ということでやはりジレンマに陥る。

事 務 局 病院として品格ある医療はさせてもらっていると思います。それが非常に厳しい決算状況につながっているという部分もあると思います。2割くらいはあると思っています。

委 員 医療というのは仕事をなくす方向が医療というようなところがあり、そのあたりが一般の企業とは違うので非常に難しいところでもある。

- 委員 療養病床もまるめということで、例えばがん患者で麻薬をぼんぼん使われていたりするような人は対象になるのか。
- 事務局 療養病棟では点数が低いのであまり医療資源の投入はできないといいますか、投入すると赤字になってしまいますから、鎮痛剤モルヒネ中で療養病棟で最後までみる患者は多いです。そこで治療はやらないです。化学療法なども。
- 委員 うちの患者でこの地域内の方ですが、がんの末期で彦根や近江八幡の病院の緩和ケア病棟まで行かれたということもあるので、こういう病床は難しいのかなという気はしている。
- 事務局 緩和ケア病棟はございませんので、緩和ケアチームが対応するようなかたちです。体制としてはちょっと違うかと思います。
- 委員 在宅で麻薬を使っている人でも、結局長くなったりして、もうみきれないということになったとき、療養病床というのはどうなのかと思っているが。
- 事務局 ぜひ利用したいと思いますが、先ほど言いましたように病院の中で誰がみるのかという問題があり、そのあたりの対策をいろいろ考えているところです。
- 委員 医療側としては、長浜病院も含め訪問看護などすごくよく頑張っていると感じているので、比較的いろいろな場合も対応できるのではないかと思っている。がんの患者で終末期だと割と短いのでその間は頑張りましょうという家族であると最後までみられることも多いが、やはり2、3か月続くような場合は、施設に行かれることもある。先ほど難病がでてきたが、難病はとにかく寝たきりになってからが長いので、最後までみるという人は非常にパーセンテージが低い。がんの方がずっと高いですね。そのような感じの中でちょっとキャッチボールができるようなシステムなんかができるようになるとよいと思う。
- 事務局 それをみてもらえる医師がいないのです。ここに全部集約してしまう状況です。それが今の人員、今の医療資源でなんとかできないかなということで、考えてもらっています。数字上ではがんの患者も増えますが、国も緩和ケア病棟をこれからどんどん作りなさいという方向ではないです。チームとして在宅と連携してやりなさいということです。がんの拠点病院でも、緩和ケアチームは必要ですが、緩和ケア病棟を持っていない病院はあります。
- 委員 病院の収益を考えた時には患者数を増やすというのが一番大きな影響だという話だったと思う。皆さんと進めている在宅医療という方向では、医療費の適正化という面や、医師不足を含め医療資源が豊富ではないという中で、病院というよりは地域の医師会の先生を中心に進め、必要なところは病院に助けていただいているかたちになるかと思う。そういう方向に向かっていると患者数はむしろ減っていく。高齢者の方はしばらく減らないということだったが、どちらかというとなぜか増えないというような感じで、自然増が見込めないという風に思っている。今の在宅中心の医療では、病院は必要なところだけ利用してもらうように進めているが、むしろもっと病院を活用しましょうというようなかたちに進めた方がよいのか。

事務局 データが出ておりまして、病院に入院されるのも介護病棟やあるいは介護施設などに入られる費用はほとんど変わらないです。在宅というのは安くつくと思われていますが、実際は一番高くなります。病院などの施設費費用は確かに在宅が一番安いのですが、それをみる人の機会費用というのを考えたときには、病院や施設に入る倍近い費用がかかることがわかっています。でもなぜ在宅を押し進めるのかということですが、今、在宅ではなく入院、介護施設に入ることを進めるとハードまで作らないといけなくなり、10年後、15年後にどんどん老人人口が減っていくときに、そのハードやそこに勤めた人達がどうなるのかということを考えると、これはもう本当に悲惨な状態になります。そこまで予測されてこういう対策がなされていると思っています。ですから、今、ハードがある部分はやはり病院も含めて施設を利用された方が安くつくし、面倒をみておられる方のいわゆる介護離職などを考えれば労働人口が減ってきているわけですから、そういう人たちが社会に出て預ける。プロがみるというのは効率もいいと思っています。実は在宅が一番高くなります。それで長浜市病院事業としても非常に悩んでいます。このベッドは、空くベッドを減らすのか、無くしてしまうのか。満床であちこち行っておられる方を呼び戻すのか。そのあたりを病院だけでなく市がそこまで考えてほしいと思います。

委員 医師会の中でも多くの意見があり、どのようなスタンスでやっていくのかということはあるが、とにかく一番大事なことは患者が家で死にたいのなら、その人に在宅はやらないから病院や施設に行きなさいというのはよくないということ。望まれた在宅での医療に対してその受け皿は何かしなければいけない。けれども、これが看取りの中心的なものであるという考え方は一切なかったと思っている。実際、自分が在宅でみている患者も、「病院に行きたい」「しんどい」と言ったら、できる限り病院に行けるようにと思っている。もうこれは危ないと思う患者が、「もう最後までここでいいわ、お願いします」と言ったら、お付き合いしますという風なかたちの在宅医療だと思っている。先ほどの話のように、我々団塊が死ぬまではおそらく多死社会は続いていくわけで、もうあと15、6年のことだと思う。だからやはりみなさんがここでどういう風に全うするのかということをチョイスできる、選択肢が様々あるような地域にしていっていただきたいと思う。在宅に関してはやはり開業医がやらざるを得ないと思う。長浜保健所管内の在宅での死亡率は20%を超えている。滋賀県の中で他のところとは断トツに違う。それは療養病床があまり無いとうようなことが一番大きな理由になるかもしれない。大都会では孤独死が15、6%と多く、そういう人たちに対する問題ももちろんあると思うけれど、そういう人はちゃんと施設などにいってやってもらわないといけないと思う。何が何でも在宅というような考え方ではなく、いろいろな選択肢をちゃんと揃える。そういう風な地域であって欲しいと思う。

委員 今、長浜市の方で第7期のゴールドプランを作っている最中で、施設の特別養護老人ホームをどうするかということがある。実際に特別養護老人ホームの待ちは多く60人から100人くらいの待ちがある。ただ入ろうとされているのは多床室型で、安く入れる

ところを待たれている。ユニット型というお金がかかる方には待たれていない。もっと言うとサ高住とか、グループホームとか、そういうところに入ろうというのはもっとお金がかかるので、あまり行きたくない。お金をかけずにいかに施設に入ってうまく老後を迎えるかというニーズが非常に多いと思っている。そういった中で、今後、特別養護老人ホームを長浜市でどうするかという問題は、今ほど出ていた療養型をどうしていくか、既に施設があるにも関わらずその部分を使わずに行くのかというような部分を含めて、病院や市がどうしていくかが非常に重要なポイントであると思っている。そのあたりはまた一度是非とも早い段階でということで・・・今回でてきた介護医療院ですが、昔介護療養型があったにも関わらず、それは一旦やめて介護医療院にまた置き換えて介護医療院はどうですかという制度が今問われていますので、そのあたりもどうしていくのか重要な部分になるかと思う。

委員 話題がそれるかもしれないが、特別養護老人ホームで亡くなる人の割合というのは物凄く少ない。最後まで、ターミナルまでという建前と現実がずいぶん乖離していて、ターミナルは病院に入るということが現実的には多い。だから特別養護老人ホームを有効に活用するということは医療がもっと入らないといけない。そこがきちっとしないと、数を間違えると思う。

事務局 日本はもう少ししっかり医療技術評価をやらないといけない。特別養護老人ホームなどで終末期を迎えられた方までをまた急性期病院に引っ張り出して治療する。それが本当にいいのか。そういうところの評価までしていかないといけないと思います。一番大事なのは、先生がおっしゃられたように QOL をどうするのかという問題です。価値と値段とは違って、極端に言えば、みかん 1 個 1,000 円でも欲しい人は欲しいわけで、値段と価値とは全然違います。価値を見出す人からしたらいくらかかってもいいわけです。ただ言えることは日本の国の動きとしてはお金を出したくないのが主体ですから、そこを間違わないようにしないといけないなという事で発言させていただきました。

4. 今後の日程について

～事務局からの説明～

16:30 閉会