

経済学者が見た日本の医療—中央医療審議会委員での経験から

京都大学名誉教授 伊東光晴

私がいろいろな電気やそのほか関係しましたものは医療を含めて、ことごとく、従来の経済学の理論では説けないもの、それを新しい理論を造りながら、現実をどう分析するかというところに関心があったのです。医療について申しますと、これに関係するようになりましたのは、たまたま昭和40年代の半ばに、自動車強制賠償保険が大きな赤字になりまして、その再建のための委員として送り込まれたことであります。自動車強制賠償保険は、ご存じのように、健康保険と違ひまして、自動車災害、その治療は自由診療であります。この状況の下で三千億の赤字を示した。調べてみますと、同じと思われるような治療でありながら、あまりにも治療費が自由診療の場合には、格差がありすぎるのであります。そのうち、通常健康保険の請求の十倍以上請求しているの、最高は二十倍でありましたけれども、それを選び出しまして、それぞれ病院がどうしてこのような十倍から二十倍の請求をしているかという調査をいたしました。そして、自動車強制賠償保険のあるべき姿、それを考える、ということなのでありますが、自由診療制の下におきましては、治療費はものすごい格差になる。しかもそれは、それぞれの治療の質とは無関係に、そのこのような請求が行われるということを私は経験で知りました。当時、医師会の代表は武見太郎氏でありまして、武見さんは、「一部医療機関の行動によって、皆さん方に迷惑をかけている」というように非常にジェントルマン的なお話から始まりましたけれども、結果はな

かなか改善することはできませんでした。しかし、この自賠責、中立側委員の努力によりまして、今日は、著しく改善いたしました。この間、委員としては例外的に13年半、委員を手がけまして、そして、赤字を3年で解消し、以後、その死亡を大きく保障を上げるということをやりましたのが、第一の経験であります。

この医療機関を知るという経験を基にいたしまして、昭和52年ぐらいから、虎ノ門の沖中研究所、そこに加わりまして、なぜ日本の医療費は年々上昇するのか。その問題を中心に研究を進めたのです。それは、報告書になって現れておりますけれども、こうした報告書が5冊ほど出ております。この研究は、ある意味で今日の先進国の医療問題の本質を突いていると思います。私とししばさんが中心になりまして、これはお医者さんであります。いま虎ノ門の副院長でありますけれども。中心になってやりましたところの研究は次のようなことをやったのです。高度成長前、昭和34年の時点。それから調査時点。昭和53年までの時点をとります。4つの時点に分け、それぞれの時点において、同一病症において、最適な診断、最適な治療をしたならばどうなるであろうか、いうことをモデル的に考えたのであります。虎ノ門のスタッフの協力を得ました。私個人としましては、それを千葉大学に持ち帰りまして、学長が招集してくださいました各科の教授たち、それで検討してもらったのであります。そして、34年時点、これは日本の医療がまだ古い医療の状態でありまして、

日本の医療が大きく変わるの、昭和40年頃であります。こっから非常に重装備になってくるわけでありまして、それぞれの時点で最適な診断、最適な治療、どのようなものかということをはっきりと明らかにしまして、それを調査時点の健康保険の点数によって表現することによって、物価上昇の影響を除去するというをやったのであります。そうすると、主要な病症事例について、非常にはっきりしていることは、この年度毎によって、診断方法の違い、治療方法の違いによりまして著しく医療費上昇曲線が描かれたことでもあります。このことは、日本の医療費上昇の背後にあるものが、少なくとも医学の進歩、医療技術の進歩にあるということが明確であるということをはっきりと明らかにいたしました。医療費上昇が、それが別の要因であり、たとえば、それは過大なる請求その他であるとするならば、問題は簡単であります。しかし、こうすることのできない医学の進歩、医療費の上昇が、医療技術の進歩がその背後にあるとすると、これに対処することは非常に難しいことになるのであります。そして、この医療費上昇曲線をさらに解析いたしますと、第一次医療については緩やかな上昇であります。第二次医療についてはやや急になり、高次医療である第三次医療は、著しい上昇傾向を示しているということになってまいります。この医療費曲線、上昇曲線、現実の医療費というのを対比するというを行いますと、幾つかの問題が現れてまいります。もちろん、これは最適な診断、最適な治療でありまして、現実ではありません。現実の場合、たとえば、入院する場合においては、その病気以外のものについて、いろいろな検査をしなければならないので、約1000点を付加しなければならないだろうという具合に推定いたしますが、そのようなものを考慮した上で、現実の治療費と、それとこの頭の中で考えた最適な医療費というのを比較いたしますと、昭和40年までは、日本の医療費の無駄が、薬多投が中心で

あることが描き出されてまいります。そうして40年以後になりますと、機械多用になってくるというのが一つの特徴であります。この報告書は、翌年開かれましたところの世界の経済学者の会、インターナショナル・エコノミック・アソシエーション、パリ招待会、それが共通論題が「医療と経済」でありますけれども、その日本代表の報告として報告されました。この報告の結果は、先進国一様の共通の姿としてクローズアップされまして、仏訳および英訳がOECDによって配布されるという形になったわけであります。アメリカの代表も、私たちと同じような医学の進歩、医療技術の進歩が先進国の医療費の上昇であるということを確認しました。日本代表を驚かせたのは、イギリス代表の発言であります。イギリスと健康保険制度によって提供されている医療水準を1とするならば、最高の医療は100であり、そのくらいの格差がある。イギリスの医療政策にとって必要なことは、この1の水準を5の水準に上げることである。このまま放置するならば、1対100は1対300になるであろう。医学の進歩、医療技術の進歩は必要ない。既にある知識を国民健康保険のために適用して、1の水準を5に上げるべきであるという発言でありました。日本代表は非常に驚いたのです。少なくとも日本は、最高の医療が虎ノ門においては、日本の内科医として、最高に位置しているであろうところの委員長が、第一線に出て健康保険、それで診断にあっているというように、最高の医療が健康保険で第一線に出ておりますけれども、階級社会であるイギリスにおいては、そのようなことがないという報告は、私たちに非常に驚かせたものであります。

ところで、この実証以後、これをもちまして、私は、中医協に入って8年間日本の医療問題をやるのでありますけれども、このような傾向は、まず第一に、高次医療へのシフトが年々、年々続いているということを示す結果になりました。日本

の医療費のうち、どこがいちばん使っているかという、年々、年々高次医療のウェイトが拡大することになるのです。もちろん、中医協は、高次医療に対してある種の制約を行っております。たとえば、私が自動車強制賠償保険に関係したとき、CT スキャンが登場し、日本においては1台しかありませんでした。このような高額な機械というものを医療費の中において負担をさせるべきではないと考えまして、強制賠償保険の滞留資金のマグ利子から、三十数台のCT スキャンを第一年度病院に寄贈するというを行いました。このような高額機械は健康保険の費用の中に入れるべきではなくて、これは、寄付に依存すべきであるという考えでありまして、それは、経済学的には、このような費用、固定費は補助してかまわないという限界費用原理に基づくものなのでありますけれども、二年度もさらにこれを大きくするというのをやりました。高額医療、そこが年々、年々、高次医療が、それがウェイトを増していくという形で、高次医療は、CT スキャンの点数というのは、ある意味で現実には成り立たないような点数を付けているのです。それは、利用度が少ないから当然なんです。利用度がかなり行ったときの点数を付けているのです。私が付けましたときには、CT スキャンは1万円ほどでありました。1万2,000円ぐらいでしたか。そして、映像剤を入れるともう少し高くなる。これは、かなりの回転数でなければ、それは成り立たないものなのです。そして、これを抑えるという形をやっておりましたから、高次医療病院というのは、赤字になるのは当然なのでありますけれども、しかし、それにも関わらずこの高次医療に対するウェイトが年々、年々増大していくという傾向を持ちました。第二は、この傾向は診療所から病院へという医療費のシフトを引き起こします。特にこれは外科が中心でありまして、病院の外科が拡大してくるという形になってまいります。1991年、日本の医療費の

うちの約6割が病院でありまして、診療所のウェイトは、その私が医療問題に関係したときから年々、年々落ちてくるという形になってまいります。技術革新の進まない医療技術の進歩がない分野においては、医療費のウェイトはどんどん落ちてくるという形になるのであります。歯科と医科、その格差が生じてくる一つの原因は、これでありまして。医科のほうにおいては、医療技術の進歩が甚だしいのですが、歯科はそれが少ないために、医療費が、ウェイトが落ちてくるという形でありまして。中医協での経験は、治療する側、診療側も、お金を出すところの支払側も、非常に理想主義に燃えていると思います。最高の医療を健康保険で提供する。これは我が国の誇るべきその健康保険制度であります。制度的には一定量行われるようなものは、これは健康保険の中に組入れるという形になるのです。その結果は何であるかという、高次医療、病院へのシフト、それをどんどん、どんどん促進するのです。そして、そういうような治療と関係のない、医療技術の進歩、そういうもの、機械多用、そういうようなものと離れている分野は、ウェイトが落ちるといってまいります。医師会が採りました戦術は、最高の技術、どんどん健康保険の中に入れ込むという戦術であります。これに対して歯科医師会の採った態度は、入れない。そして、新しいものは自由診療制にしていくという戦術を採ったのであります。その結果がどうなったかといえ、いっしっぱい、このウェイトが増してくるという形になるのです。医師会は、たとえ最先端の技術を健康保険の中に入れて、現在は成り立たなくても、それを定着させながら、医療費を上げ、こじ開けながらこれを成り立たせていくというような戦術を採ってまいりました。これが医療のウェイトを増していくという形になっていきます。この医療技術の進歩、これは老人医療費、高齢化とともに老人医療費を増大させていきます。先進国一様に、医療技

術と高齢化が進んでおります。日本ほど急速に高齢化が進んでいる国はありません。高齢化の進展は、高次医療をこの分野に集中させ、医療費を増大するという形になってくるのであります。一生の治療費のうち、60歳以上が使うのが、62%。70歳以上が45%というのが、私が中医協を辞めるときの状況でありました。もっと端的に言えば、一生の医療費の半ばが、今日死ぬ前の6ヶ月に使われているという状況であります。我が国の健康保険制度は、非常に世界的に誇るものだと私は思っておりますけれども、1日300万円を超える治療費を支出する、そういう分野も存在しているのであります。私は、中医協の委員をしているとき、非常に悩みました。この医療費、それを最先端の高次医療に、このように投入していくのがいいのか。それとも、それを抑えて、最先端の分野は研究機関の研究費を委ねる。そうして、庶民にとっていちばん身近な第一次医療を手厚く充実させる。そういうような方向に持っていくべきかどうか。これは、政策選択として非常に迷うことであります。現実には、最先端というところに行くのです。しかし、私個人の考えであります。中医協の病院の時はそのようなことは言えないのでありますけれども、私は、自分が死ぬそのときですね、あの末期治療で医療費の、巨額な医療費を投入するというようなことは、少なくとも私にとって無駄であるという具合に考えざるを得ないのです。特に意識がなくなって、あのいろんなチューブやなんかこうなってきた、私のような俗物は意識がなくなったとき何を言うかわからない。本当に、もう人間性に反するような、もう死にたいと思っているんだからと。だから、私は、うちの妻に、どうか末期治療だけは私にやらないでくれ。そして、静かに死なせてくれ。そして、日本の医療費を軽減するように、少しでも役立ちたい。私の信念としては、イギリスのように、高次医療は、ある一定年齢以上にはやらない。そういう原則を採

るべきである。そういう具合に思っております。私も既に70歳を超えました。もう私に高次医療をやるということは全く無駄であるというのは、私の信念でありまして、対、それよりも、その第一線の治療、それを充実させるべきだ、という具合に思わないわけにはいかないのであります。

アメリカの医療教育、その華やかかなりしのは、1950年代から60年代でありまして、今やそれは崩れ去ったと私は思いますけれども、そのアメリカ。そこで、非常な金が末期医療に投入されている。それよりも、遥かにあしたの専門医、高額を取る専門医を養成するシステムよりも、一般医で、非常に質の高い人たちが初期の第一次医療で、それ以後の病気を食い止める。そういう戦術を採るべきであろうという具合に、私個人としては考え、専門医重視、それよりも、一般医に新しい教育方法を採用すべきではないかという具合に考えざるを得ないのであります。

さて、このような高次医療の進展は、医学の分野に何をもたらしたか。医療の分野に何をもたらしたかといいますと、医療行為の分解が生じたのであります。約20年ほど前に、私はこの学会、千葉大学で行われたときのシンポジウムに加わりました。そのとき申し上げたことでありますけれども、そのときアメリカにおいては、ドクター課程を持つ看護大学が10校存在した。日本においては、なかなかそうした充実がなかったのでありますけれども、大学に看護学部が置かれ、大学院が置かれ、そして、博士課程が置かれた。それはいったいなぜであろうかということなのです。それは、高次医療の進展とともに、医療行為の分解が起こったのです。従来までは、医者が担当していたものが、医者以外の職業を持っている人たちがそれを担当する。そしてそれが研究の新しい分野を切り開きながら、医者ではできないような分野を切り開いていったということなのです。少なくとも、大学にその学問が置かれるというときには、3つ

の条件がなければなりません。置かれる前に在野に知識が蓄えられておること、これが第一であります。第二に、研究対象の無限性が独自の領域として存在していることが二番目であります。第三番目に、それを学んだものと学ばないものが、違いがはっきりするというでなければなりません。そして、高次医療の進展が、新しい分野の看護学部の必要をこの分野に迫ったのであります。もちろん、高次医療は、検査という分野については、同じような問題を引き起こしたのでありますが、たとえば、私たちのこの研究の共同研究者北村さん、虎ノ門のこの検査の部長でありまして、亡くなられましたけれども、彼が、検査をすることによりまして、新しい病気が発見されていくという形になります。虎ノ門がある水準、高い水準を保ち得たのは、各地方の県立病院その他において、わからない患者が送り込まれたとき、いったいなぜかということを担当医師と討論しながら、おそらくこうであろうとして、新しい検出装置を作りまして、検出するということをやったのが北村さんであります。私は、十万枚の虎ノ門のカルテ、それを基にして、誤診研究というのをやりました。虎ノ門に来る前に、どこの病院でどういう診断をやっているか。その誤診はどういうものであるかということをやりましたけれども、そういうことをやった結果、私は、病院に対する信頼が著しく低下いたしました。そして、それが、検査をしたとき、一様に、下請けに皆出すからなんです。それではわからないというものがたくさんあるんです。そして、それは独自の検査装置を作り、検査に挑むという、未知の分野に挑むという検査が、医学から独立する、非常に微妙なる検査をしよう。それは特殊な技能であります。公害問題におきまして、その東大のとしこうにおいて二人の助手が異常なる能力を持っておりまして、教授で検出はできない。助手が、一人はういじゅんであります、あれだけの力を持ったのは、異常な

る検査能力を持っているのでありまして、北村さんも、東大の理科出身の博士でありますけれども、それを実際に虎ノ門で私は知りまして、そうして、医学の医療行為の分解、そういうものが生じたということが時代の大きな流れのようだと。看護について言うと、この高次医療とともに、訪問看護というもう一つの分野が独立をさせてくる要因になってまいります。日本、今、看護大学が次々出て、大学院ができておりますけれども、その必然性がその中にあるのかどうか。私は、考えてみなければならぬ問題だと思います。私もテレビで紹介したし、書きましたけれども、それは、北海道の麻布、札幌の麻布脳外科病院、紙屋さんの行いましたところの看護、それは、こうしたことを裏付ける一つであろうという具合に思います。今日、厚生省の田村さんが来ておられますから、私よりも田村さんのほうがご存じでありますけれども。私も関係し、田村さんも関係したある厚生省の会議で、この紙屋さんがやられましたところの看護をスライドで説明していただきました。プールへ飛び込んで、酸欠で、そして駄目になった子供。これは、酸欠で運動機能を失っている。交通事故で、そして、寝たきりの運転手さん、こうした運転手さんが3ヶ月経ちまして、意識が回復しないと、医者はこちらを治療を止めるという形になっております。その脳の断層写真、そういうのを示すのです。会議におりましたとき、いました一人、高次医療研究会の会長さんであります、そのスライドを見て私に、「この人が回復するはずはない。脳がこうだ」こう言うのであります。しかし、紙屋さんを中心とするグループのその看護の新しい方法は、次第、次第にこの人たちの意識を回復させ、そして、その自分で自分のことを始末することができるようさせ、子供は学校に通うことができるようにするという形であります。こうした新しい分野、医学では対処できない分野というのが、看護の新しい研究分野として切り開かれ

ていく。それが社会の中に存在している。そういうことゆえに、これを採り入れ、そしてそれを新しい研究分野として切り開いていくというこの大学のあるべき姿が、看護学として登場してきたのではないかという具合に思うのです。医療行為の分解、これは、今日、非常に重要なことであります。

こうしたことにやや離れますけれども、中医協の委員として幾つかの誤解を解いておきたいことがあります。それは、診療報酬について、自分の行っている診療に対する点数が適正ではないという批判がたくさん受けるのであります。しかし、中医協の医療費の点数付けは、決してその行為に見合った点数を付けてはいないのです。そういうことはそもそもできないのです。上げることができるその幅を、それを一つ一つの診療行為、それに合わせて配分するというようなことは、技術的に不可能でありまして、病院、診療所、それぞれの外科とか内科とか、眼科とか、それぞれ詳しいものの所得、医療費、それを推計するのです。非常に詳しい実証的なランダムサンプルによるところの調査をいたします。そして、いま大きく言えば、診療所の経営が悪くなっている。診療所にすこし治療費を増やすためにはどうしたらいい。なんでやるか。何々の経営が悪い。だったらならば、そこを増やすのにはどうしたらいいか。ということを配分しているのです。ですから、個々の看護婦さんの報酬についてそれがきちんと入っていないというのは、実は他に入れていくということをやっているということ。決して、それぞれに合うように、その診療報酬はやっていないのでありまして、全体としてのバランスをとっているということでもあります。そして、私が入るまでは、日本の医師の収入は、欧米に比べてきわめて低いということを中医協で言われておりましたけれども、このようなことは実証できない。日本の医師の収入は極めて高い。以後、今日では、中医協の場に

において、診療側から異常に低いということが言われることはなくなったのは、これは国際比較をやったからであります。アメリカについて、ヨーロッパについてはもちろん日本のほうが高いと決まっているんですけども、アメリカについても、比較がいちばん高い収入を得ている専門医の完成された人、それとの比較を、日本の医師の平均とやっても意味がないのであります。余談ですが、その調査の原票を見ますと、その医師の収入にしる、あるいは、医療機関の収入にしる、あまりにも較差がありすぎる。平均値はほとんど意味がないというのが現実であります。

さて、日本の医療費、それはどうなっているか。医療、恵まれた時代、それは、58年、これはそうじゃない。実はそうなんです。その前なんです。こっちを使います。昭和42年から50年代の半ばまで、医療費の状況を見てください。医科も歯科もかなりの上昇を示しています。医科が7.68%、42年12月。歯科が12.65。ここで、おわかりになるように、かなりの改訂の度の上昇率が高いと同時に、医科よりも歯科のほうが高くなっております。この医科は、病院と一般診療所とを合計したものであります。歯科は、診療所が主体であります。診療所について言うと、医科よりも歯科のほうが恵まれているという状況が続いております。これは、私が関係しなかった前であります。私が関係するようになって、どうなるかということ、58年からなんと医療費は非常に抑制されます。座長がご高齢であったので、副座長である私がいろいろなことをやったせいですか。医療費が上がらないのは、伊東光晴が抑えてるからという、非常にあらぬ嫌疑を受けましたけれども、実はそれは、日本の国家財政の赤字によりまして、医療費の伸びを、それを国民所得の伸びにリンクさせるという政府の政策がここに入ったからであります。そうして、歯科が医科に比べて落ちてくるという形であります。その理由は明快なのです。いちばん

右側に、薬が年々下がるという、薬の薬価ベースの低下があります。それを医療費の上昇、医療費ベースに組み入れる。これは厚生省の自由でできる。大蔵省に言わなくても。これが進んだのです。そうして、私は絶対認めなかったわけでありすけれども、その医師会と歯科医師会とが合意いたしましたして、医科で下がった薬は医科に、歯科で下がった薬は歯科へと。医科が薬を大きく使います。その結果、医科の上昇が増え、歯科が上らないという形で冬の時代が出現したのであります。医科歯科の恵まれた時代があります。実は、医科もそんなに恵まれなかったわけではありませんけれども、その結果何が生じたかというのは、歯科において明確であります。昭和35年に戦前からの歯学科は、大学は7校でありました。いちばん左です。それが現在29校。医学部もものすごい増加なのであります。その結果はどうなってきたかというと、このような、下が年齢なんです。50歳以上は少ない。これは歯医者さんが極端ですから歯医者を出しておりますけれども。そして、それ以下が、歯学部ができたところは増えているんです。この増えたものが、どんどん、どんどんこちらに押し寄せてくるのです。こうしてですね、歯科過剰時代が来る。医科過剰時代が来る。医者。このあとを一般の医者が追っているのです。そうして、そのために、どんなに過剰になるかというと、これは複雑であります、この一番下が需要でありまして、現実はこちらよりもっと落ちると私は思っております。そして、いちばん上が今を放置したならば、医者の数であります。こうして、医者の過剰がでてくるという形でありまして、この歯科と医科、ともにかんりの過剰時代が21世紀に出現するだろうと思っております。何せ、21世紀の最後には、日本の人口は現在の6割になるのです。需要が減るに決まっている。それに対して、医者も歯科のほうも、どんどん数が増えている。こうしたことは、過剰問題を引き起こさずにはおらないだろう、

と私は思います。それが事前に調整できるかどうか。アメリカは自由放任の国であるなどという俗説がありますけれども、アメリカは、将来の需要を見込みまして、歯科がまず過剰になるということを知っておりまして、90年代の初めに伝統を誇る歯学部を廃校にしています。ドイツの場合においては、歴史を誇る歯学部が51%に学生定員を減らすという形になっておりまして、WTOは、各国がそういうことをしているのに日本はやっていないのではないのか。これは大変な問題を将来に引き起こすぞということ述べているのです。しかし、現実はこちらよりもっと怒るべきことは、日本の医学教育の水準が著しく低下していることです。それは、新しい大学が、どこに設置されているかというと、土地の安いところに設置させる。地方都市の郊外へ設置されるんです。そこには患者が来ないのです。そして、実技試験というのが、たとえば歯科は重要だ。これは廃止されたのです。実技のことをやらない。名前を言ってもいいですが、国立大学のある地方大学の前の学長が、私に委員会で、医師過剰問題の私は座長をやったのです。来てもらって話を聞いたところが、うちの大学の卒業生に関わるものではありません。歯を実技で触ったことのない奴が医師免許を取って歯科を開業し、千本の歯を駄目にして一人前になっております。あのさっきの絵のこちら側は、実に危ない。私は、その話を聴いて、恐れ入った。東京医科歯科、東京医科歯科のですね、それに頼まれて、在校生と卒業生同窓会に話をしたのですけれども、そのとき、実技をちゃんとやっているのは戦前からある学校数校であるということなのです。そうして山の如く医者が出ています。世の中は進歩するか。進歩するとは限らない。医療教育は退歩しているかもしれない。というのは、私の実感であります。そういうことがないように、私は、この前の厚生省の会で、実技の復活、そうして、医師免許を取っても、それから実習をかなり

長時間、長期間やらねばならない。ドイツの歯科のように長期間やるべきである。そういうことをしないと日本の医療の質は、大きな犠牲の上に立つであろうということを考えざるを得ないのであります。

最後に、医療問題というのは各国とも非常に歴史制度の違いによって多様でありまして、外国のことが我が国でそのまま役に立つと思つたなら、とんでもないものであります。その国その国なりの歴史と習慣、それがあつたのです。そして、イギリスの医療制度について言うならば、非常にいいように思いますけれども、ウェイティングリスト、一般医が、ホームドクターが病院に来る。その送られた人間がずっと待っているという、ウェイティングリスト、これがイギリスの健康保険制度の最大の弱点であります。そして、アメリカについて言えば、国民皆保険でない。それだけではなしに、ジョンソン大統領の時において、老人と低所得者

に公的保険を入れましたけれども、これが猛烈な勢いで費用支出が増大し、これによる高額所得者がこの経営者として現れてくる。アメリカの最大の恥部は、ナーシングホームであります。これによって富を蓄えた者がたくさんいる。そしてそのベッド数が、今や百四十万人を超えている。アメリカの医療水準というものは、ほとんど同じ水準であるところのカナダと比べてなぜこんなに高いのか。国際的な経済学者の集まりにおいては、アメリカの医療は今日批判される対象でありまして、日本ではなくなつてきているのです。日本は、それなりの歪みを持っておりまして、質を考慮しない点数制度であります。にもかかわらず、国際的比較をした場合に、決して私は悪いものではないということを考え、そして、これを改善するためのその知恵を個々に投入すべきであるという具合に考えております。時間ですね。どうも失礼いたしました。