

んと通っていますよという看板を出した途端に、また患者さんがどんどん増えてきた。医療というのはほかの企業と違って、話し合っ、納得したうえで契約が成立するものではないのです。「腹が痛い」と目の前に立ったら、そこで契約というか、医療行為はしなくてはならないのです。

ですから、そういうことがあるので、ある程度広告なども、私ども日本病院会はネガティブリストを初め主張していたのですが、いろいろ考えてみるとネガティブリストだけでは少し危ない。まだ日本の皆さんのいわゆる医学的常識が発達するまでは、例えば変なキノコの広告など、そういうものはやたらにやられては困るから、ネガティブではなくてポジティブを積み重ねていけば、やがてはネガティブリストで誇大広告と、比較広告と、虚偽の広告と、イメージ広告。イメージ広告というのは、私どもは栃木県にありますが、「足利赤十字病院はこういう爽やかな病院です」と、尾瀬の水芭蕉の写真か何か出して広告するというのは、これは許されないと思います。ですから、そういうことを考えながら、やはり私たちは患者さんの命がいちばん大切だと思っていますし、それから第一線の先生は、見落としたとか、誤診したと言われることをみんな非常にいま怖がっていますから、何かというところすぐ病院に送ってきます。ですから、そういうことなので、是非そのあたりもご斟酌いただいたうえで、皆さんのご意見を承りたいと思っています。

○仙波委員

私は精神科なのですが、今日は医療者以外の方から、医療全体のパートナーリズムについて激しく批評があったように私は受け止めています。さて、これからどうするかということなのですが、精神科では、患者さんのこともありまして、非常にパートナーリックな時代が続いて、それが10年ぐらい前から、法そのものも患者さんの自己決定権へということと動いてきました。それとともにインフォームドコンセントをやるということ、今では病院の中にも電話を設置し、いつでも患者さんは不満等あれば行政などにかけてるようにオープンしました。ところが、プロテストがもっとあるかと思っていましたが、非常に少ないのです。そういうことは事実です。

私のアイディアは、いま高梨委員が言われたストラクチャー情報、プロセス情報、アウトカム情報というものについては、病院側が小冊子を作ることは私は可能だと思っているのです。しかしそれを、その一部を広告に出したとしても、いまの国民の満足する理解が得られるかという、そうは私は思えないのです。一部はそういうことはわかったけれども、それで果たしていい医者が選べるか、いい病院が選べるかということになって満足するようにならない。

私の所では30年試みているのですが、そういうユーザーの方の不満や疑問に答えるために、病院の一角に相談センターが置いてあるのです。具体的に言うと家族相談室ですが、そこに1人専任を置いて、患者からあるいは住民からのいろいろな苦情並びに疑問を全部そこで1点集中して、情報を提供する、私の所では訴訟も1件もありませんし、かなりいろいろな知りたいことや不平、不満はそこで情報が提供される。いろいろな多くの情報がこれから提案されるにしても、私は条件としてはそれを説明することが重要です。先ほどのかかりつけ医の話が出たのもその意味合いが大きい。医師会にそういう場所を作る。あるいは病院にということで、多様な不満の内容を言葉でもって補いながら、資料を見せな

がら説明するというシステムを組まないことには駄目なのです。病院を患者さんが選択するといっても、精神科の場合は、その地域に通える所は1つか2つしかないわけです。AかBかを選ぶ。つまりその病院の内容なのです。どうしているか。それはやはり言葉で説明すべきだろうと思うのです。

○高梨委員

誤解があってはいけないので、もう一度繰り返しますが、先ほど冒頭でご説明申し上げたペーパーでのストラクチャー、プロセス、アウトカム情報については、それぞれの医療機関が、国民に開示すべき情報はこうですよということをお示ししたものです。広告の問題については、私どもはネガティブリストでいったほうがよろしいだろうという考え方です。なお、1点だけ付け加えさせていただきます。これは私の若干個人的な意見ですが、ストラクチャー、プロセス、アウトカム情報を仮に広告として提供したとして、広告を見た人が誤解を生じるということは、私はここに書いているぐらいのことではないのではないかと思います。

○高木委員

いろいろなご意見に対する私の感想みたいな話になる面もあるかもしれませんが、2、3申し上げます。「カレーライス、カレーライス」と、この話ばかりするつもりはありませんが、カレーライスを食べるときはきちんとメニューに値段が書いてあるのです。だからカレーライスを食べたら、そのカレーライスだけの領収書でいいので、またそのあとにコーヒーでもアイスクリームでも頼んだら、それはそれでまた明細に書いてある。そういう意味で、領収書の問題をご認識だ、というそのところそもそもが違うのではないかとということだけ、失礼ですが申し上げておきます。

それから9割、1割の話がありました。私はその1人がおかしいのではないと思います。もっと情報がきちんと当人たちに知らされ、いまお話があったような国民の医療に対する知識なり認識が高まったら、9割の中からでもいろいろなご意見を持つ人はどんどん出てきます。ですから、先ほど来、特に医療関係にお携わりの皆さんのご意見を聞いていましたら、いろいろな修飾語をお付けになりますが、「知らしむべからず、よらしむべし」という世界で、この医療情報の問題を考えようとなさっておられるのではないかと。言葉が過ぎたらお許しいただきたいのですが、ですから、知らせすぎないように、もちろん誇大だとか虚偽だとか、こういう不道德な話はないことが前提です。そういう立場でやるのが当面だというお話ですが、もっと知らせたら9割では済まない時代がいま来ているということを皆さんどうお考えなのか。そのような印象がしてなりません。知らせないで、もしひどい目にその患者さんが遭ったときにどうしてくれるのですか。そういうことに対してどうお答えになるのか。

医療機能評価の問題が出ていますが、聞くところによると、全国に9,000ぐらいの病院がおありになる。お聞きしたら、そのうち数百の病院がこの評価を受けておられる。これも厚生労働省にお聞きしたら、これから評価の対象医療機関をどんどん増やす努力をしますということで、2,000ぐらいというお話も少し聞きましたが、それでもまだ7,000の病院は、そういうアプローチの対象にも少なくとも近未来にはならない。中にはそういう評

価を受けるのは嫌だと言っておられる医療機関もあるということを、本当かどうか知りませんが、お聞きしたりすることがあります。

これも評価する所は1カ所しかありません。こういう評価することができる評価機構にあたる所の数をもう少し増やすなり、レベルの問題などいろいろあるのですが、そういう議論は昔あったのですが、これは1カ所で、当時の厚生省は打ち切ったのだと私は承知しております。そういう意味で、医療機関の機能評価1つ取っても、本当にこういう事をあまねくやっていこうということであれば、もちろん、あるタイムスケジュールが必要なことはよくわかりますが、そういうものをみんな見ていて、国民は信用できないわけだろうと思うのです。そういう意味では医療機能評価と書かれても、これが大方の医療機関がそういう評価の対象になるのはいつのことやらという気がしてなりませんので、あえて申し上げました。

○辻本委員

誤解があってはいけないので、確認という意味で申し上げますが、いま患者は情報を求めているのです。ただ、単に与えればいいということではないのだと思います。情報の質の担保と、患者の自己決定、自己責任の支援体制の整備、さらには患者の教育、啓発が必要だということを申し上げたいのです。私どもは別に日本医師会の回し者ではないのですが、電話相談の中で、かかりつけ医を持つことは一生懸命お勧めしています。ともかく一人ぼっちで、孤独で不安を1人抱え込むのではなくて、相談できる人を探そう。それにはかかりつけ医なのだということを私たちは申し上げています。それだけに医師会の方々が互助活動、政治活動だけでなく、地域の患者の教育、啓発活動にこれからもっともっと力を入れていただくことが、この情報開示という時代の背景を支えるという意味で、とても大きな役割を果たしていただけないかと期待をしております。

先ほど松山委員が患者が何をほしがっているのか、そこが非常に大事だというお話がありました。その裏側には、なぜその情報を求めるのかという個々の患者の思いというものがひとりひとり違う形で潜んでいます。ですから、仙波委員がおっしゃったように、説明付きの情報提供、つまりこれだけのことは分かってくださいと知らせ、その知らせた情報の中身を吟味、確認するやり取りをして、さらには患者が知りたいということにきちんと向き合って対応していただく、個別性を尊重していただく、ということが、限りなく医療現場の中で努力が求められる時代になったということでもあろうかと思えます。

ただ、先ほど10%、90%のお話がありましたが、やはり10%が世論を牽引しているのです。氷山の一角、いわば7分の1あたりの方たちが私どもへの相談者であろうかとは思いますが、その中で権利意識、コスト意識の高まりということと、もう1つは世代による医療ニーズの格差というものが、はっきりといま見えるようになってきました。

70代、80代の方のお任せということからなかなか抜け切らない意識の方のニーズと、そしてがん好発年齢、生活習慣病罹患年齢、さらには高齢の親を介護する立場という家族ということで、いまいちばん相談の層の厚いのが50代、60代です。私も含めてそうなのですが、非常に権利意識が強い。しかし理想と現実のギャップに悩んでいる。ジレンマに苦しんでいる。だから何を求めるか、エビデンスを求めます。エビデンスを求めてやり取りをするという人間関係も求めます。ところが、「父が、母ががんで」と心配でかけてく

る娘、息子、お嫁さんといった次世代、30代、40代の方は、私たちもびっくりするほどの情報をすでに手に入れて、正しい答えを求めてくるという傾向がうかがえます。20代の方は文字どおりマニュアルを求める。この情報開示ということの背景には、そうした患者の医療ニーズの世代間格差にどう向かい合うかということも加味してご議論願わないと、決して患者は一括りに扱っていいものではないということをおし上げておきたいと思えます。

○奈良委員

2点ほど簡単に追加させていただきます。機能評価のことが出たのですが、実は私どもの病院も、機能評価を受診するときに、事務系から大変な反対が出たのです。というのは費用が非常に高いのです。最低200万円近くかかります。今度、機能評価の細かい所を増やしたので、私どもの病院のレベルになると予備審査を入れて350万円になります。特に国公立の病院になると、この非常に厳しいときに、350万円も200万円も出していいのですかという議論があったとも聞いています。

それからもう1つアウトカム。結局、治療率や何かの率を報告してくれ、それを開示すべきだということをおっしゃる方がいるのですが、いまから20年前に私どもの病院は、循環器でどんどん心筋梗塞の心臓カテーテルとか、バイパス手術をやるようになりました。ある循環器学会に私どもの病院の担当医が報告したら、学会の中でも死亡率が高すぎるとだいぶご批判を受けた。

ところが、考えてみたら私は警察医をやっているものですから、病院に死亡か死亡でないかのも担ぎ込んでくるわけです。そうなってくると、大学にワンクッション置いた所に来る患者さんと、第一線の病院に担ぎ込まれてくる患者さんは、先ほど野中委員がおっしゃいましたが、警察医が面倒見なくてはならない患者さんもたくさん来るのです。そうなってくると、アウトカムというのも果たして本当かなと。それから絶対安全なものしか手を出さない所もあります。それから重い患者さんになると、みんな私どもの所に連れて来てくださいます。ですから、私どもの病院は、年間365日の中で、大体500人近い死亡診断書を書かなくてはならないはめになっています。ですから、そういう事実も皆さん方、是非ご理解いただかなければいけないと思っています。

○松田委員

いままでの議論を聞いて、私は覚醒の感を持ちます。4、5年前はこの審議会、当時の医療審議会は、これほど患者を中心にした、あるいは受療者側に立った議論を聞いたことがありません。誠に素晴らしい議論の展開だと思いますが、つけても議論が議論で終わってはいけないと思いますので、意見と提案をさせていただきたいと思えます。

前回のこの会議で、私の記憶では小山田委員は患者側というか、診療を受ける側としてどういう情報を必要とするのだと。ここで具体的に言ってほしいということをおっしゃられた。私の理解は少し間違っているかもしれませんが、そのように受け取りました。けだし、そのとおりだと思って考えてきたところです。もう1つは、いま豊田委員がおっしゃったように、限りなくネガティブリストに近づくということではあるけれども、やはり段階がある。ポジティブリストから詰めていくのだということは、これは至当なことではないかと

共感いたします。

そこで事務当局がまとめてくれた資料の8頁の中で、まず患者として最優先にほしい情報は何かということになると、いちばん上です。医療の内容に関する情報、これが最も最優先にほしい情報だと思います。そこでお尋ねしますが、事務当局としては、医師、医療機関の専門性、その内容をどのように考えておられるか。具体的にその専門性とは何か、どこまでかということをご説明願いたい。

2番目は、治療方法、治療実績等とありますが、ここは実に悩ましいところだろうと思いますが、当局としては方法、実績はどの範囲で考えているのかをご説明願いたい。その説明を受けたうえで、医療提供側はそれに不都合があるのかどうか。患者側に立つ以外の方法がないものとしては、それでは十分かどうか、不十分かどうかということをお願いしたいと思います。次の項目以降も大変大事ではあると思いますが、議論は第1番目の所にまずいちばん時間がかかるような気がしますので、そこから始めさせていただいたらいいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○高久部会長

それでは事務局、よろしく申し上げます。

○医政局総務課長

議論すべき項目が多々ある中で、医療の内容に関する情報についての考え方ということでしたが、実はその辺の線引きについて、むしろ今日ご議論いただいて、それを次回、論点整理の中に持ち込んで、またそれでご協議いただこうかなという気でおりましたが、お尋ねですので、いま私どもで考えている内容を、あえて申しますと、例えば専門性については、前回酒井先生からお話いただきましたが、そういった現在の専門性について、いわば学会なり権威あるレベルでの状況を聞いているので、そういったものの中の線引きで、どういう所が至当であるかというのも1つの参考にはなるのではないかと思います。例えば個々の何学会が良くて、何学会が無理ということの線引きが難しいのであれば、例えば外形的にどういう学会なり、どういう認定制度であれば認められるかという外形的な決め方もそれはあるのではないかと。そういった責任ある母体があり、例えば資格を更新をしているとか、それから説明能力があるとか、そういう外形的に決めるやり方もあるのではないかと。そういうことで専門性について、前回伺ったようなヒアリングのようなやり方を使うか、客観的な外形的な線引きを使うか、むしろこの辺についてお考えをお聞きしたいと考えるわけです。

治療方法や治療実績については、今日すでにご議論が出たところですが、しかし成功率や治療の実績までいくと、たしかに病院で重傷の患者のいない所はといえば治療率が高くて、そうでないケースは低いとか、今度は非常に客観的に検証しにくいケースもあるということはあるから、例えば件数についてのみという考え方もありますし、何かもっと医療方法が客観的にデータ化されてくれば、もう少し踏み込んだ治療の内容についてのグレードのある結果もできるのではないかと。ただ、現在持っているデータベースが限定的でありますので、現時点では範囲もかなり限られているのではないかと印象を持っています。

○高久部会長

永富委員何かありますか。

○永富委員

大変狭められた議論と思いながら範囲が広がってきていますが、私はやはり人間が人間を評価するというのは非常に難しいと思います。そういう意味で、いま奈良委員が言われたように、非常に生命の危ない患者さんをたくさん送り込まれるような病院は死亡率が高いでしょうし、それによって「あそこは死亡率が高いから危ないのだ」という評価をされても、これは誤解を受ける危険性もあります。

いま医学、医術というものは日進月歩でどんどん進んでいて、専門性に向かっておりますが、そうすると国民との間に乖離がだんだんひどくなっていく。そういうことからすると、たまたま豊田委員が発言されましたが、相談医というものを中間に設けて、そしてその先生は別に医療をやるのではなしに、国民の相談のみを、あるいは私は予防のほうを考えていたのですが、相談、予防を主体にした専門の先生、経験を積まれた先生方、お年寄りの先生でもそういうようなものを設けて、国民が親しくその先生と何でも相談ができる。その相談医が「あなたはそれではどここのこういう専門の先生にかかったほうがいいですよ」という中間的なものをいまこの日本の中に作るべきではないかということを考えていたわけです。

それは今度予防というほうに向かっていくので、その相談をする先生は、今度国民の健診もやっていく。健診をしながら健診の中で「あなたはどこの病院に行つてこの病気を治しなさい」などということをするれば、かなり日本の医療というものは、もっともっと罹患率が少なくなっていくのではないかという気がします。いま専門医と国民との間のいろいろな食い違いが非常にできていますので、やはり体制的に何か中間的なものを作っていくべきではなかろうかなということを前から思っていました。今日いろいろなご議論を聞いて、なおそれを強くした次第です。

○松山委員

事務局の厚生労働省の方に質問が1点あります。それは税金で運営されている国立病院、それから国立大学の病院、自治体病院等の情報提供の現状の評価をお願いしたいと思います。というのは、高梨委員からストラクチャー情報、プロセス情報、アウトカム情報ということで具体的に列挙していただいているのですが、私がいま研究しているアメリカの地域医療ネットワークでは、このうちの半分ぐらいはホームページで見られるのです。残りのデータに関して、ほとんど要求すれば出てくる内容だと認識しています。

ところが、これは日本がどうなっているか正確にわからないのですが、アウトカム情報の中で、例えば治療結果の分析とか地域医療圏の患者の満足度の調査等については、例えば日本の自治体病院はやっていないのではないかと、データそのものがないのではないかと、という気持ちでいるのですが、その辺は実態はどうなっているのでしょうか。

○小山田委員

自治体病院の代表であります。8頁に書かれているようなものは、すべて情報公開法に

基づいて、どの病院でもやっておりますし、やらせるようにしています。先ほど来からのお話でも、もし相談すれば、必ずその病院長が責任をもって、私の病院はこの守備範囲があります、そうでなければ他の病院を紹介するという形を指導しています。ただ、先ほど来からのお話をお伺いしても、それぞれのお互いの人間関係、信頼関係がないのです。それは私ども医療界の中でも同じなのです。まして若い医者もそういったことがないので、なるべくお互いに理解し合うというところから始めないと、この議論もそういった意味で私が先日申し上げたのは、具体的にこのような8頁にあるようなものがあって、この点はここまでやったほうがいい。いや、これはもう少し待て、というようなことで進めればいいのかとを考えています。

○高久部会長

実はこの次でも良いと思うのですが、具体的に広告による情報の開示のときに、どれだけの情報を、どういう形で開示するかということが重要なことだと思います。先ほど松田委員からご提案がありましたように、8頁の中の事項のひとつひとつについて、どういう形で広告するのかという事が重要だと思います。どういう形で公開をするのかということについても、是非ご議論を願いたいと思います。できれば平成13年といってもあまりもうないのですが、平成13年度末までに公開する、あるいは措置すべき事項が本日の議題の中に出ています。平成13年度で必ずしなければならないということはないと思いますが、できれば今年度内にどこまで、どういう形で情報を公開するのかということをもう少し具体的に、次回にでもご議論願いたいと思います。また、その内容については、事務局から整理していただければと思います。

○櫻井委員

私が思っているのは、現在インターネット上では、これが広告ではないということになっていますから自由になっているわけですね。つまり完全なネガティブリストというか、インターネット上では自由になっているわけです。それで広告ではないことになっているのですが、仮にあれが広告だとすれば自由にできるわけです。もし国民がそれを非常にほしがっているのであれば、インターネットを見れば書いてあるのです。見ていただくとわかるのですが、自由な広告にするとひどいものしか出ないということも、次回までに皆さん、是非インターネットを見て、医療情報を拾ってみてほしいのです。わかりますから。つまり広告を自由にすればあのようなことになるよということなのです。

でも、もしどうしてもみんなが知りたがっているのだというのであれば、インターネットで自由に全部出してほしいということで、5年くらいみんな学習してみたらいいと私は思っているのです。それから先ほど高木委員が、もし知らせないで患者がおかしくなったらどうするのだ、何と答えるのだとおっしゃいましたが、それに対する答えは、私たちは知らせないと言っていないのです。かかりつけ医をもっていれば、専門性についてはかかりつけ医に相談すれば大丈夫ですよと言っていますが、知らせなくて患者がどうなったら何と答えるのだというのに逆に反論すれば、変な広告を知らせて、患者がおかしくなったらどうするつもりだという答えで反論したいと思っているわけです。

ですから、インターネットはいまそうなっていますから、内容などはどうでもいいわけ

ですから、皆さんが知りたいのでしたらインターネット上に載せるべきだと。それに載せない医療機関は選ばないよと言ってくれればいいわけです。そうしたらみんなが出すかどうか。私はおそらくそれは出てこないし、出てくるのはいま出ているような変なもので、事実、いまインターネットは自由なのですから。自由にするとああいうことが起きるよということを、是非皆さんで学習してほしいと思います。

ですから、根本的な問題がどういう方法でというところにあるわけで、インターネットでは自由になっているのですから、インターネットで当分やりましょうよ。インターネットで見て、それで選びなさいと、辻本さんなども指導してくだされば結構です。ただ、高梨さんみたいに何かすべきだという規制をしようということでしたらこれは別議論です。別個に規制法を作るのだ、こういうものを出さなければいかんという規制法を作りたいというのなら、それはまた別ですから議論したいと思います。

○福島委員

私ども健保連では、全国の9,000余りの病院について、患者が主としてどういうことを知りたいかということを中心に、例えば診療の待ち時間とか、空きベッドの情報とか、病院の得意な診療科目はどういうものかなど、専門的なことではなくて、素人の国民にも非常にわかりやすい情報をインターネットで公開していきたいとして、現在ちょうど各専門家の方々のご意見もいただきながら検討中です。かなり多くの項目にわたっていますが、それをとりあえず規制のかからないインターネットの情報で、全国の国民が誰でもアクセスできるようにしたいといま準備を進めているところですので、またご協力を願うことがあるかもわかりません。また、ご意見等もいただきたいと思っています。

○野中委員

簡単に申し上げますが、いま私たちが最終的にお願いしたいというのは、特に医師会や病院の先生方をお願いしたいということは、全部の先生を守ろうなどということは私は考えないでいただきたいということが第1です。やはり悪質な先生もおいでになるということも事実ですので、広告の規制緩和は私はできるだけやっていただきたい。いま櫻井先生からインターネットの開示という形がございましたが、インターネットすら扱えないお年寄りのほうが多いわけです。この辺は行政が開示をして連絡をするなり、方法はこれから考えていく必要性もあると思いますが、私たちはできるだけ広告の規制緩和はやっていただきたい。それによって患者が選べる道を作ってやるということが大切だということが1つです。

もう1つ、やはりどのようなお医者さんでも医師会が守れるのだということになると、他の分野は競争社会ですので、やはり医者も病院も私は一定の競争社会の中で、命を大切にしてもらえらる分野がより残っていくような体制作りをこの機会にお願いしておきたいと思っています。

○高久部会長

それではそろそろ最後にしたいのですが、では高梨委員と高木委員のご発言で終わりたいと思います。

○高木委員

いま櫻井さんが言われたインターネットでひどいものがたくさんあるというのをプリントアウトして、コピーを我々に配ってくれませんか。というのがひどい例としてあるのか。

○高梨委員

今回のこの部会で、広告の規制の対象となる情報の類型というか、8頁を中心にするこ
と自体について反対するつもりはありませんが、広告というのは、事務局の整理のペー
パーにも書いてありますが、広告をしたい人だけが広告をするのです。それから広告の事項
というのは、その医療機関が選択したものしか広告しないのです。ですから、その医療機
関が広告をしないという判断をすれば、全く広告はされない。つまり国民に情報が提供さ
れないわけです。したがって、私どもが求めているのは、患者本位の医療ということにな
れば、国民に情報がわかるようなシステムにする必要があるということをお願いして、ペ
ーパーでもそういうことを強調したわけです。

したがって、その問題について、この医療部会において次回でも議論するし、あるいは
次回でなければ次々回でもいいのですが、我々の任期は3月の末までしかないわけです。
ですから4月になってしまえば、医療部会の問題提起がいくらあっても、もう部会そのも
のがなくなってしまうわけです。そういう意味でこの3月末までの間に情報の関係をどう
するかということの議論をしていただきたい。そういう中で広告の問題について、優先的
に議論する、あるいは並行して議論するというのであれば、それはそれで1つの進め方か
もしれませんが、広告の問題だけやるということになっては、私がペーパーで申し上げた
こと、それから野中委員が提出された事項の中にも広告の点についてはもちろん書いてあ
りますが、それ以外のことも書いてあるのです。そういうことについての議論がなされな
いままに4月を迎えることにならないように、是非お願いをしたいと思います。

○高久部会長

4月までというと、あと2カ月半ぐらいしかありませんが、できるだけ努力して、議論
を進めていきたいと思えます。次回は2月6日の2時からと予定していますので、事務局
とも詰めまして、議題を絞っていきたいと思っていますので、ご予定をよろしくお願
いします。本日は委員の方々から多くのご意見をいただきまして、どうもありがとうご
ざいました。これで終わらせていただきます。

○医政局総務課長

次回は2月6日 14時から予定しておりますので、よろしくお願
いします。場所につ
いては、また決まり次第ご連絡申し上げます。