

令和 7 年度旭川市認知症総合支援事業検討会 会議録

- ・日時 令和 7 年 6 月 1 2 日（木曜日）午後 6 時 3 0 分から午後 8 時まで
- ・場所 旭川市総合庁舎 7 階 会議室 7 A
- ・出席者 委員 8 名（今井委員、今本委員、木下委員、高畠委員、田中委員、鉛口委員、中條委員、中濱委員） ※50 音順
事務局 7 名（長寿社会課 宮川課長、星課長補佐、地域支援係 上島主査、村上保健師、木村、林、児玉）
- ・欠席者 1 名（森川委員）
- ・傍聴者 1 名
- ・資料 次第、資料「本日の会議について」、報告事項ア～エ各資料、検討事項資料

【内容】

1 開会

（1）本日の会議の目的について

事務局

本検討会の目的は、介護保険法に規定された認知症総合支援事業について、専門職と情報共有及び検討を図るものである。具体的には、認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業、認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業、その他認知症施策について検討していただく。

（2）本日の会議の運営について

資料「本日の会議について」に沿って説明

事務局

本日の会議については、資料のとおりとしてよろしいか。

一同

よい。

事務局

傍聴希望者に入室していただく。

2 議事

（1）報告事項「認知症総合相談支援事業等の実施状況について」

ア 認知症初期集中支援事業について

報告事項ア 資料に沿って事務局から説明

事務局

事例報告につき、個人情報を含む内容のため、一度傍聴者の退室をお願いする。

令和 6 年度の新規事例及び令和 4 年度の終結事例の概要については、別資料（非公開）に沿って説明させていただく。

事務局

質問・意見等はあるか。

一同

意見等なし。

事務局

傍聴者に再入室していただく。

イ 認知症地域支援・ケア向上事業について

報告事項イ 資料に沿って事務局から説明

事務局

質問・意見等はあるか。

一同

意見等なし。

ウ 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業の取組について

報告事項ウ 資料に沿って事務局から説明（上島主査）

事務局

質問・意見等はあるか。

一同

意見等なし。

エ 旭川市認知症計画の策定に向けた取組について

報告事項エ 資料に沿って事務局から説明

事務局

質問・意見等はあるか。

一同

意見等なし。

(2) 検討事項「認知症医療における医療・介護の連携について」

検討事項資料に沿って事務局から説明

事務局

地域包括支援センターから補足はあるか。

（地域包括支援センターから補足がないことを確認）

補足はなく、地域包括支援センターが実施した医療機関向けのアンケートの結果

として意見が出ていた。

A委員

詳細の部分では、先生方から細かい意見は出ていたが、大きな部分では、本意見のとおり。

事務局

本件について、本日欠席の委員から意見をもらっている。内容については、資料の意見書のとおり。意見の要旨としては、いずれの場合においても早期受診が望ましい。まとめると、早期発見・早期治療のため、地域包括支援センターをはじめとする支援者は早期受診できるように動くことが多いが、専門医を受診する場合はどのタイミングで支援するのが良いか。また、かかりつけ医の相談と専門医への紹介のタイミングが異なる時に、支援者はどのような対応をしたら良いかということについて、各委員から意見をいただきたい。

B委員

総論的には正しいが、問題は独居、高齢夫婦世帯。それら以外の場合は、家族など誰かが看ているため、ある程度受診可能だと思う。だが、独居においては、自分はまだ認知症ではないと頑ななこともあり、動かない状況となる。この場合、これまで認知症初期集中支援チーム員会議でもやっていたが、強制的に医療機関へ受診させることはほぼ不可能である。高齢夫婦世帯においても、片方が認知症だった場合でも、配偶者は動けないことも多く、この場合も受診が難しい。地域包括支援センターが、これまで支援してきた経過があったとしても、どこまで踏み込むことができるのかという部分は、これまでの認知症初期集中支援チーム員会議の協議の中で一番の問題点であり、認知症初期集中支援チーム員会議の件数が減少した要因と考える。この数年間で、この辺りの考えがどのように変わったのか意見を求めるのが良いのではないか。

事務局

今の意見では、医療機関への早期受診は当然だが、独居で受診同行する家族がいない、本人の病識がない等のため、受診につながらない場合に、無理矢理受診させることはできないので、対応が困難になってしまう。そのような場合に、どのように対応してきたか、また今後どのように対応するのがよいか。

A委員

100%網羅することができないところはある。過去の認知症初期集中支援チーム員会議でも、認知症サポート医に協力していただいていたが、本人の特性の部分もあり、どれだけ声をかけても自覚してもらえず、医療機関につながらなかったケースが何件かある。しかし、地域包括支援センターとして、行ける時に顔を出す、声をかける、受診を促す、信頼関係をつくる、地域まるごと支援員と連携する等、やれることを全職員でやることで、家に入れなかったのが入れるようになったことはあった。

おそらく全ての地域包括支援センターが各圏域でやっていることだと思う。早期受診について、地域包括支援センターができること、できないことは何かと考えたときに、MCI については本人が自覚していないため、早期発見・早期受診にはつなげられないことが多い。何か MCI の時点でも本人が自覚しやすい、自覚症状がない人でも、簡単にスクリーニングテストができるチェックリストのようなものを活用できれば、周りから言われても、認めたくないことであっても自己認識ができ、早期発見・早期受診につなげられるのではないかと考える。また、B 委員の話であったように、認知症初期集中支援チーム員会議がもう少し幅広く活用できるよう再検討するのも良いのではないかと思った。

C 委員

地域へのアプローチとして、当地域包括支援センターではかねてから、気になる人がいたら当センターにつなげてほしいと地域住民に周知していた。気になるという視点について、どのようなことでも良いので、地域の方で気になることがあれば連絡してほしいと伝えていた。長年、地域住民と関わることで、地域の理解度、見守り、支え合いが充実していく経緯がある反面、地域で支えられるようになったことで、当センターへの相談のタイミングが遅れ始めるようになった。結果、相談を受けた時には、症状が重度化している事例が散見された。そのため、2 年前から地域住民からの相談のハードルを下げられるよう、「気になる高齢者」から「ちょっと気になる高齢者」へと文言を変更し、先ほど A 委員が言われていたが、チェックリストを作って、地域住民に配布する取組を行っているところである。しかし本日、専門職の方からの意見を聞いていると、作成したチェックリストを使用して当センターに連絡が入った時には、すでに MCI のレベルではない事例もあったことを思い出した。もしかすると、相談機関につながるタイミングはもっと前の段階という周知について、改めて考えていかなければならないと思った。地域包括支援センターの活動として、現在使用しているチェックリストの項目について、必要時に専門家のアドバイスをいただきながら見直し等を考えていく必要があると思った。独居や高齢者のみの世帯の方が利用できる制度や事業が手厚いこともあって、生活が世帯内で完結し、地域住民が気づいた時には、症状が進んでいる事例もある。老々介護という方々は結構夫婦間で頑張ってしまう傾向があるので、そのような実態を地域の活動の中でどのように把握していくか考えていかなければならないと思った。

事務局

地域の理解度、見守り、支え合いが充実することで、介護等をできる限り頑張ってしまう、症状が重度化してから、医療機関や地域包括支援センターにつながるということ。地域包括支援センターで、この話題が出た背景があり、本日、医療関係者が多く集まっているので、意見を伺いたい。普段はかかりつけ医があって、認知症や MCI にはならない程度の気になる症状があった時に、すぐに専門医への受診

をした方が良いか。つまり、かかりつけ医に、気になることがあるので、専門医を受診したいと伝え、かなり手前の段階から専門医にかかるのが良いか。また、かかりつけ医の判断、指示にはなと思うが、かかりつけ医はすぐに専門医を紹介したり、経過観察しましょうと、対応することがあると思うが、その部分について、支援者はどのように対応するのが良いか分からないという疑問があった。

D 委員

最初の段階では、受診しやすい方に行けば良いと思う。かかりつけ医がいて、そこに気軽に相談できるのであればそれで良いと思うし、専門医を希望されるのであれば専門医療機関を受診すると良いが、多くの専門医療機関は、受診の待機期間が一定程度あると思われ、すぐに受診することはできないので、本人・家族が行きやすい方で構わないと思う。しかし、抗アミロイドβ抗体薬が出る以前であれば、認知症ではないと思えば、半年後や1年後等の経過観察としていた。今は、もしかすると、認知症の症状は全く見られなくても、調べるとアミロイドβが溜まっていて、アルツハイマー病理が脳の中で起きているということがあるから、そうなるとかかりつけ医での判断は困難である。当院を受診しても全ての検査はできないため、抗アミロイドβ抗体薬が投与できる医療機関にお願いするしかない状況である。そういう意味では、かかりつけ医も、早めに専門医にという、受診の流れが必要になって来ているのではないか。

B 委員

薬局の窓口に来る患者を見ていると、お薬手帳があるのでどこの医療機関に何でかかっているというのがある程度分かるが、多分に認知症であると思われる方が多くいる。しかし、今の段階では受診を勧めることがなかなかできない状況であり、また、D委員の話でもあったように、受診での待機期間があり、行ったらすぐに診てもらえる訳ではないので、その点において薬局の窓口で、認知症が疑われる方への対応に歯がゆいところがある。家族と一緒に来ていて、認知症の可能性が高いと思われる時には、家族に対して、受診をしてはどうかという声掛けはある程度有効性はあると思われる。しかし、この場で決められる話ではなく、医師会からこういう話が来た、薬局から言われたとなると、受け手が大変となるので、ある程度コンセンサスがないと難しいことではあるが、こういうアイデアもあるのではないか。

E 委員

抗アミロイドβ抗体薬が出てから、二極化したと言うか、とても意識の高い人は、自分が軽度の段階でちゃんと調べてほしいと希望され、専門医療機関を紹介することで、実際に抗アミロイドβ抗体薬の投与が始まった人が何人かいる。今までは早く見つけて認知症予防という観点だけで良かったが、治療のタイミング、MCIのレベルで使える治療薬があるという意識を、プライマリで診る医師が常に持つておく必要があると思われる。そうでなければ年齢のせいによって、その人の治療の機会を失

わせるリスクが生じていくのではないか。全く認知症状もなく、長谷川式認知症スケールも30点くらいという方から相談を受けた時に、希望があれば専門医へ紹介した事例がある。メディアでは、抗アミロイドβ抗体薬を使用している認知症のドラマがあったが、そういう治療の術があることを、かかりつけ医がアンテナを張って、患者の希望があれば専門医や内服薬を紹介するというスタンスをいつも持っていなければならないと思う。同時に、治療が続けられる人はとても少ないと思う。金銭面や点滴治療も大変であり、症状はMCIレベルで保たれていても単身で通院を続けることはとても大変なことである。最先端の治療を受ける人をどのように支えていくか、症状が初期に送ることの在り方、抗アミロイドβ抗体薬を選択できても使えなかった時に、認知症は治らないではなく、従来通りのアプローチを忘れてはいけないということ。医療側として、かかりつけ医のレベルは、MCIが見られなかったとしても、治療の機会を失わないように、患者が希望した場合は、ちょっと調べてみようというハードルを下げていかなければならないという思いはある。しかし、抗アミロイドβ抗体薬を使えない人がマジョリティである。その大多数の人に対しての在り方は、今まで通りと変わらず、受診に至らない人への対応の部分には地域包括支援センターの力がすごく大きい。なので、何でも早め早めと言っても難しく、理想と現実の折り合いをつけていかなければならない。ただ、自分が主治医意見書を作成する時には、認知症の症状が無かったとしても、これを機会に長谷川式認知症スケールをやっておくという意識を持っている。何もないところで少し物忘れのテストをしましょうと伝え、自分は何ともないとすごく抵抗されるが、介護保険の申請に必要な主治医意見書を書く際には、長谷川式認知症スケールをしないと書類ができないと伝え、素直に受けてくれる。病名に認知症がなくても、長谷川式認知症スケールを必須にすることで、フィルターをかけやすくなるのではないか。介護保険審査会等で、認知症を全く意識されず書かれる主治医意見書が非常に多い。認知症の疑いがある人の主治医意見書には、認知症の重症度等や、認知症テスト、長谷川式認知症スケールの点数が記載されている。できれば認知症又は、疑いがなくとも、主治医意見書を書く時には、最低限の認知症のスクリーニングの記載欄を作るのはどうか。普通に受診したときに物忘れの検査をしましょうと伝え、怒る人がたくさんいる。主治医意見書のスクリーニングの記載欄を設けることでフィルターをかけやすくなると思うがいかがか。

B委員

薬局の窓口で処方の際、物忘れはないですかと少し聞いたり、認知症の話をする、私は認知症ではないのになぜそんなことを聞くのかと怒り出す人が半数程度いる。ということは、認知症の薬が処方されていても、自分が認知症とっていない人が半数いる。

E委員

思っている人も否定する人はいると思う。

B 委員

重症化するまで、または重症化しても受容できないことで適切な治療とならないことが、大きな問題だと思う。

D 委員

診察で説明を受けた時は納得しているが、その後、言われたことを忘れてしまう人もいると思う。

事務局

主治医意見書を作成する際や診察では、長谷川式認知症スケールを用いる方法もあると思うが、相談目的で窓口に来た人に、我々が長谷川式認知症スケールを実施するわけにはいかないため、我々のような支援者でも簡単に使えるようなツールがあったら良いと思う。

A 委員

支援者が使えるツールがあると良い。また、主治医意見書に長谷川式認知症スケールの記載が必須になることはとても良い。市から要請して、旭川市医師会等の協力を得ながら検討していただけたらと思う。できれば、今回の旭川市認知症施策推進計画を考える上で、認知症サポート医をもっと増やしていけるような、啓発や理解を求めていけたらと思う。疾患によって受診先はバラバラだったとしても、そこで年齢相応で終わるのか、それとも発見の入口とできるのかとなると、認知症サポート医やかかりつけ医の協力は重要となるので、旭川市認知症施策推進計画の中に取り入れてもらえると、入口から変わってくるのではないかと思います。

B 委員

家族も本人も、認知症のことについては嫌うことがあると思うが、そこをもう少しオープンにする形で、様々なところで長谷川式認知症スケールというものがあって、簡単なスクリーニングですということを分かってもらうことが、自分自身の判断材料にもなるので、市民広報等で啓発するのはいかがか。

E 委員

それをやってしまうと、練習をしてしまうので、スクリーニングとしての精度が落ちてしまう。高齢者の運転免許もそうであるが、公開して、主治医意見書で聞かれるとなると、皆さん回答を覚えるくらい一生懸命練習してしまうと思う。

A 委員

先ほど E 委員が話していたような、「ちょっと気になるチェックリスト」のように、元気なうちから簡単にスクリーニングテストができるものは有効だと思うし、入口用にどうかと。前回の医療機関向けのアンケートで医師の意見の中には、一般の方への MCI と認知症の啓発が不十分であるとか、一般の方にどのように啓発するのか、また、いざ実際に自分たちが認知症になるとなかなか受容できない方もたくさんい

るという意見が多かった。そうなる前に、「ちょっと気になるチェックリスト」は良いと思う。

事務局

支援者が判断するという訳ではなく、本人がそれを見て、MCI や認知症について意識できるということか。

A 委員

そのとおり。手段として、自覚してくれる人が少しでも増えることも、1つの入口なのかなと。

D 委員

認知症ではないが、発達障害の人はよくインターネット等を見て、自分でチェックリストをやって該当したからと言って、受診してくる人が結構多い。認知症の人が、そういうものを積極的に活用するのは難しいかもしれないが。

F 委員

チェックリストについては、本人が気づくきっかけになる良いツールである。合わせて、認知症への理解がそこまでない家族や身近な親族で本人に認知症の症状が出ているかもしれないと思っていても認めることが難しい方もいる。そのため、客観的に判断できるものがあることによって、受診した方が良いとの促しがしやすくなるのではないかと思った。

G 委員

家族から受診の相談を受けているが、知識、状況等の理解度が家族によって全然違うと感じている。初期の段階でも、性格・趣味・嗜好の変化や興味関心の持ち方の変化等の些細なことに気づける家族がいても、症状がかなり進行していることが見受けられるような状況で初めて相談に来るケースもあり、理解度にもものすごい差があると感じている。認知症の症状として、物忘れは想像が付きやすいと思うが、認知症には様々な症状があるということに気づいてもらえるようなチェックリストを作るのが良いのではと思った。

H 委員

本人、家族の理解度もそうだが、チェックリストで気づいた時に抱え込んでしまう方が多くいるため、冊子等により、この先どのように認知症の症状が進んでいくか等を、もう少し具体的に理解できるようにする必要がある。そうでなければ、まだ年齢的なものと済まされて、気づいたら重症化しているというパターンもあると思うので、やはり早期発見が良いという啓蒙をしっかりと行っていく必要があるのではないかな。

C 委員

当センターが使用しているチェックリストについては、どちらかというと我々が訪問のための糸口をつかむためのチェックリストなので、本人が見てできるように

はしているが、狙いとしては、周りの人が専門機関に相談するきっかけとなるツールと考えている。色々な人に配布するので、受け取った方が自分で行って自身の気づきにもつなげてもらい、それに加え、周りの人から見て違和感を覚えた時に医療機関につなげてもらうこと等、地域の人向けということを意図して作成した。

事務局

アプローチや中身、言葉遣いが少し違うということか。

C委員

そう。地域の人が気づけるようなつくりとしている。項目もそれほど多くはなく、あくまで例だとしている。必ずしも該当したから相談ということではなく、そのような視点で地域の人が、普段本人と接する中で、ちょっといつもとは違うと気づいてもらい、その時が相談のタイミングという意味でのチェックリストとしている。

事務局

そこに該当した時に受診してみようというところについては、本人・家族の認知症に対する意識や理解等が関わってくるところなので、周知や啓発等の活動が続けていくことが必要ということ。

E委員

本日は認知症の話をしているが、高齢者のうつやてんかん等の疾患でも色々な症状が起こることを必ず知っておく必要がある。物忘れ等により作業パフォーマンスが落ちた時、つい認知症になったと考えてしまうが、他の疾患もあり得るという認識を持っておく必要がある。そういう人こそ専門医に診てもらい、うつや症候性てんかんはないか等、きちんとした診断を受けることが大切ではないか。日々の診察において、症状が当てはまったら認知症と思ってしまうが、ちゃんと専門医に紹介したらてんかんだった等もあり、色々な要因があるという可能性を考えながら診察しないといけないと改めて思った。

D委員

鑑別診断ということ。最初は難しいことを考えず、認知症かもしれない、うつかもしれないということで、受診につなげ、専門医につながり、そこでちゃんとした診断がなされれば良い。あまり考えすぎると紹介できなくなってしまう。

事務局

他に何か意見あるか。

F委員

認知症の人に限った話ではないが、高齢者虐待の際に市から医療機関に情報提供を求められることがある。もちろん法的根拠はあるが、電話のみの対応だと、どこまで伝えることができるかこちら側にも不安があり、警察のように、統一した依頼文書のようなものを、情報提供の都度、市から発出することはできないか検討していただきたい。

事務局

虐待対応について、案件によっては時間的猶予のない場合・状況もあるが、そうであっても情報提供側は根拠を確認する状況は理解する。仮に事故になったとしても、何らかの形で文書で残しておくことは大事だと思うので、今の話について担当部局と共有し、どのような対応ができるか、また他都市ではどのような対応をしているかを含めて検討させていただきたい。

F 委員

了解した。警察からの連絡では、急ぎのものは口頭でも伝えるが、その後、依頼文書を必ずもらえるのでお願いしたい。

A 委員

様々な医療機関から、依頼文書をいただきたいという話は言われている。

B 委員

話題は違うが、認知症初期集中支援チーム員会議の中で、どのように受診させるかという話題があり、受診しているが軽度・中等度・重度であった場合に、おそらく軽度と重度ではアプローチの仕方が違うと思うのだが、地域包括支援センターではどのようにアプローチをしているか。

C 委員

軽度や重度等の程度は1つの判断にはなるが、対象者家族の介護力や地域との長年の関係性等を踏まえて総合的に考えていくのが一般的と思われる。

B 委員

認知症の程度によって使えるサービスに違いがあるからと思っていたが、重症度ではなく、総合的な判断で行うので、アプローチの仕方は個々に違うということか。

C 委員

例えば、サービスを活用する時には介護保険の認定の有無が大きな判断材料になると思うが、介護認定により使える単位数が違ってきたり、独居と家族同居では必要なサービスも変わり、そのあたりも含めて総合的に判断しているのが現状である。

B 委員

画一的ではないということか。

C 委員

そのとおり。例えば、薬の飲み忘れにどう支援するかという時に、独居と家族同居では支援が違うと思うし、独居であっても毎日家族が電話等で服薬状況の確認等の協力がある場合とそうでない場合では、また違った支援方法となるので、世帯の状況、家族状況、身体状況、地域の状況等を加味した上で判断していくのが一般的だと思う。

B 委員

薬剤師的には、軽度の薬、中等度の薬、重度の薬が、だいたい分類ごとになっていて、これを飲んでいてはどうもおかしいなというところが多々あったりとか、ただそ

れが認知症ではなく、うつであったり、他の周辺領域があったりすると当然分かるが、サービスを初めとした支援体制の構築を考えている方としてはどうなのかといつも疑問があった。ありがとうございます。

A委員

我々地域包括支援センター職員は医師ではないが、実態把握でアウトリーチの訪問をして、状況確認した際には、自分たちの頭の中ではある程度の軽度・中等度・重度という認識はしている。それが元来の性格のものなのか、アルコール依存が背景にあるのか、家族の介護力があるのか、本人の自覚がどこまであるのかを心がけて実態把握を行っている。実態把握した内容を踏まえて総合的にアセスメントし、本人の尊厳を守りつつ、ベストな方法で受診を促していかなければならない。中には、家族力がどうしても弱くて、地域包括支援センターが悪者になってでも伝えて連れて行かなければならない場合も多々あるが、まずは自助互助として家族にやっていただくことがたくさんある。そのあたりは、総合的に判断して、医療側と連携しながら受診につなげるということだと思う。

事務局

他に何か意見等あるか。

一同

なし。

事務局

本日の検討事項について、地域包括支援センターの協議の中から出た議題のため、本日の内容を地域包括支援センターに報告して良いか。

一同

良い。

3 連絡事項

事務局

一昨年度から再開した「RUN 伴」について、今年度も9月20日に開催するというので、市に連絡が来ている。市内中心部を走ることを予定しているので報告する。主に、事業所の職員と利用者が走って、漕りレーをする流れを検討していると聞いている。

事務局

関連する取組として、令和6年度から補聴器の購入助成事業を行っている。令和7年度は、対象者を100人に拡大して実施する。令和6年度の活動として、大橋耳鼻咽喉科医院の大橋先生に参加をいただき、言語聴覚士等を含めて意見交換会を実施した。その中で、中等度の状態で、専門家につながる環境が大事であるとの話があった。本日、チェックリストや主治医意見書の話があったが、より多くの人たちに関心

を持ってもらうことが大事であると思った。チェックリストでは、簡単な5つのチェック項目があり、1つでも該当していたら耳鼻咽喉科を受診しようとなっている。我々として、補聴器の購入助成が目的ではなく、チェックリストが多くの人たちの目に触れ、まずは気づいてもらうことにあり、そういう意味では、認知症関係にも共通する取組の方法があるのではないかと思った。今後も、何らかの関連しそうな取組があれば、できるだけ関連させて取組んでいきたいので、引き続き御協力をお願いする。

事務局

全ての議事が終了したが、最後に何かあるか。

E 委員

認知症医療も含め、医療介護の連携ということで、旭川市医師会がベース管理者となってバイタルリンクを運用しているところだが、管理者でなければアカウントの発行ができない。今のところ管理者としては、医師、薬剤師となっているが、全地域包括支援センターは無理だとしても、いくつかの圏域において、モデルとして管理者となってもらうことはできないか。そうすると、地域包括支援センターがアカウントを発行でき、地域の介護の人と結びつけることができるので、動きやすくなると思われる。ただ、経費が毎月6,600円かかるので、それを市が負担してもらえないか検討してほしい。可能となるようであれば、旭川市医師会で規約の変更を考えていきたい。

事務局

地域包括支援センターが管理者となるということは、主治医がいない場合でも連携可能ということか。

E 委員

地域包括支援センター長が管理者となって、デイサービスやヘルパーステーションを運営している事業所のアカウントを発行する。今は主治医がアカウントを発行しているが、それは時間的に相当難しい。医療従事者について、薬剤師や訪問看護ステーションもアカウントを発行できるが、介護従事者と結び付けようとするところまでの対応はできない。誰にでもアカウントを発行するという訳ではないが、地域包括支援センターの責任において、ヘルパーステーション等の管理者にアカウントを発行できるよう、ある地域包括支援センターからもお願いをされている。

事務局

検討する。以上で本日の検討会を終了する。