

# 「コロナ関連自殺」予防について 学会員向け提言書

2020年5月16日

日本精神神経学会 精神保健に関する委員会  
自殺予防グループ

新型コロナウイルス感染の拡大を食い止めるべく2020年4月7日東京、大阪、福岡など7都府県で緊急事態宣言が発令され、その後、4月16日にはそれが全国に拡大されました。しかし、いまだ感染拡大の収束の兆しが見えず、社会全体が不安に陥っています。医療界においてはコロナ感染患者の治療や院内感染の問題に端を発して、いわゆる医療崩壊の防止が喫緊の課題とされ社会的注目度も高まっていますが、ここで置き去りにされてはいけない問題があります。それは医療関係者を含め、すべての人々のメンタルヘルスの問題です。

自殺はメンタルヘルス不調の最重症型とも考えられます。新型コロナ問題に関連する自殺（以下、コロナ関連自殺と呼びます）が今後増加することが懸念される中、自殺予防に関して、会員の皆様と以下のことを共有しておきたいと思えます。

## 1. 災害の視点からの知見

### 1-1. パンデミックは、欧米では「災害」である

欧米では、大規模な感染症は、テロ、戦争と同様に人間集団に甚大な被害をもたらすことから、infection disease disaster（感染症災害）とされ、災害に準じた活動が行われます<sup>1)</sup>。感染症は他の災害と同様、集団に大きなストレスをもたらすことから、集団の自殺リスクを高めます。

### 1-2. 災害が自殺にもたらす影響

災害は一般的に、発生直後は人々に呆然自失、不安、混乱を与えます。災害後の急性期に人々は、被害に団結して対応しようとし、互いの絆を強めサポートしあい、このため一時的に高揚し、興奮した気持ちになることがあります（ハネムーン期）。しかし、急性期には、急激な生活変化への不適応から不安、興奮、飲酒問題などが生じ得ますので注意が必要です。

その後、対応に疲れてくる中期には、集団全体の気力が減じ、抑うつ的になります。これを幻滅期と呼びます。幻滅期には抑うつ、家族・親しい人を失った悲嘆、災害の直接的被害による外傷後ストレス症状などが顕在化してきます。

長期になるとインフラの復旧、被害の弁済が進むにつれ、再び新しい生活を始めようという意欲が徐々に生じます。これを復興期と呼びます。復興期には、災害によって生じた経済格差、失業など新たな生活上のストレスが生じ、復興から取り残された人たちの孤立、抑うつが強まります。

以上、どの時期においても自殺のリスクに注意を払うことが必要です。

### 1-3. 感染症災害の特異性（1）いつまでも続く災害の現在性

感染症爆発が他の災害と大きく異なる特徴は、まず台風、地震など多くの自然災害は要因となる危機事象の持続期間が数日で、多くの場合その結果生じた被害に事後的に苦悩するのに対し、感染症は検疫や都市封鎖など見えない危機事象に継続的に対応しなければならないと、放射線災害と同様、終わりがなく被災感を抱き続けなければならないという点です。東日本大震災後の福島を先例としてわかるように、この被災感は感染症と戦い続ける医療者や失業不安を抱えて休業を続けなければならない人々に大きなストレスと疲弊を与え、自殺リスクを高める恐れがあります。

また、先の見えない不安を減らすため、見えない敵ではなく、特定の人や集団の責任を求めて攻撃を行うスケープゴート現象が生じ得ます。そして、攻撃の対象者はスティグマに苦しみ、自殺リスクがさらに高まると懸念されます。

### 1-4. 感染症災害の特異性（2）絆の分断

感染拡大を防ぐために実施される social distancing（社会的距離）や隔離、検疫などの感染対策は、社会危機に立ち向かうために必要な人間の絆や相互の社会的サポートを物理的に分断します。これによって人々は自らの対応を相互承認したり、安心感を得たり、情緒的に交流したりすることが困難となって、個人の孤立感、絶望感を深め、自殺リスクが高まります。また感染した人、しない人の中で情報も分断されるために、感染した人へのデマ、風評から差別・スティグマが生じることも懸念されます<sup>2)</sup>。

## 2. 経済的困窮に関して

社会の経済不況と個人の経済的困窮が自殺のリスク因子であることはよく知られています。一般的には、マクロな経済指標上の経済不況の始まりから個人の経済的困窮までには時間差があり、人々が段々と不況を実感するという構図が考えられますが、今回のコロナ禍の特徴は、外出自粛によって急激な経済的打撃を受けた業種があるということです。コロナ禍による経済的影響は業種によって大きな差があると考えられますが、急激に経済的困窮に陥っている人たちがいるのが現実です。

一般的には、経済不況からしばらくして自殺が増えることが懸念されますが、今回のコロナ禍においては、経済的困窮に関連する自殺がすでに生じている可能性があります。「少し先の危機ではなく、今ここにある危機」なのです。経済的支援の中身は政府に任せるしかありませんが、私たちは社会の現実を知り、患者に必要なソーシャルサポートが得られるためにできる限りの支援を行う必要があります。単につらい気持ちへの共感を示すだけでなく、危機介入として具体的なソーシャルサポートが得られるような相談窓口の情報を患者に提供できる備えが必要です。

### 3. 新型コロナウイルス感染症爆発がメンタルヘルス・精神疾患に与える影響

テレビ、新聞、SNSなどで連日コロナ感染の話題が報じられる中、健常者でもコロナ罹患恐怖を感じざるを得ません。いわゆる「コロナ不安」や「コロナうつ」という造語に見られるように、精神疾患の新たな増加が懸念されます。同時に、既存の精神疾患の増悪にも注意せねばなりません。

社会全体の不安が高まる時期に注目される精神疾患はうつ病、不安症、アルコール・薬物の乱用・依存症ですが、すべての精神疾患への配慮が必要です。たとえば、長年にわたって陽性症状が寛解していた統合失調症患者での注察妄想や幻聴の出現、強迫症患者の不潔恐怖の増悪や社会的引きこもり、知的発達症患者の強度行動障害の再発・頻発などです。

精神疾患の新たな発症あるいは既存症の増悪いずれにせよ、外出自粛や自己隔離のために受診が抑制され、その結果、「受診者は少ない」という印象をもたらしているかもしれません。確かに、「ステイホーム」がストレスフルな現代社会からのレトリート(待避所)の役割を果たしていると思われるケースもありますが、全体的には感染恐怖や外出制限の心理的ストレスは大きく<sup>2)</sup>、潜在的に多数の患者が発症・増悪していることが懸念されます。

また、コロナに罹患した人への精神的ケアも必要になります。コロナ感染治療中の患者への精神的サポートには精神科リエゾンチームを準備する必要があります。コロナ感染回復後の患者には、再発不安やスティグマの克服を支えるための精神的サポートが必要になるかもしれません。治療者が精神療法の技量を活用して当たると同時に、コロナに関する適切な情報やソーシャルサポートの相談窓口に関する情報を備えておくことが求められます。

自殺予防に関しては、一般に、自殺行動が起こる時には何らかの精神科診断がつくほどの精神的な変調をきたしている人が圧倒的に多いという自殺に関する重要なファクトがありますので、コロナ関連自殺でもこの視点は絶対に必要です。つまり、私たち精神医療従事者は自殺のリスクを避けて通ることはできません。「コロナの心配や経済的苦境は本当にあるから、こんな精神状態になっても仕方ない」と治療者が過度に了解し過ぎて、患者の自殺念慮(希死念慮)を見過ごすことがないようにしなければなりません。折に触れ自殺念慮(希死念慮)を聴取する習慣を付け、必要に応じて危機介入できる準備をしておく必要があります。

### 4. 治療と支援

必要な人に必要な治療と支援が提供されることが最も望ましいことですが、感染防止の理由から対面式の通常の診察が減っている現実があります。この事情は諸外国でも同じで、治療機会の減少を補うべくいくつかの提案がなされています<sup>3)</sup>。

1つは遠隔診療(tele-mental health treatments)です。日本ではすでに電話再診が増えてきています。オンライン診療も解禁されました。これらは治療機会の減少を補う次善の策として活用されるべきものですが、切迫する自殺の危険などへの危機介入方法を予め考えておく必要があります。基本的には自傷の恐れが強い時の対応に準じます。また、普段か

ら地域の精神保健福祉センターや医師会・医会などの職能団体とつながりを持ち、協力体制の構築に協力しておくことが望まれます。

国によっては保健所や医療機関に子どもを同伴することが禁じられているところがあるそうで、学校閉鎖が続く中、本人の受診抑制が懸念されており、子ども同伴で診察が受けられる場の設定などが提案されています。日本でもそれぞれの地域の実情に応じて、精神保健福祉センターなど公的機関と連携しながら、診療が継続できる体制を構築することが求められます。

必要な人に必要な治療と支援が継続されることが、ひいては自殺予防につながります。患者を孤立させない方策をそれぞれの地域で考えることに積極的に参画していただきたいと思います。

## 5. 子ども・若年者の自殺予防対策について

日本では1998年に自殺者が激増しましたが、その時は中高年男性の自殺の激増が際立っており、1つの要因として1997年の山一証券の破綻に代表される経済不況が指摘されました。そして、社会的支援と、うつ病対策やアルコール対策、自殺未遂者支援などの精神医療的対策が相まって自殺予防に寄与し、自殺者数は近年全体として減少してきています。しかし、10歳代の自殺死亡率はほぼ横ばいで推移しており、20歳代、30歳代は40歳代以上の年代に比べてピークからの減少幅が小さく、かつ、1998年の自殺死亡率急伸前の水準を依然として上回る数字となっています。若者の自殺問題は国全体の自殺対策の中でも重点課題の1つですので、ここでも取り上げておきます。

子どもにおける自殺の原因・動機としては、家族からのしつけ・叱責、親子関係の不和などの家庭問題、学業不振、学友との不和、進路に関する悩みなどの学校問題、うつ病をはじめとする精神疾患などの健康問題が多く、大学生・専修学校生では、経済・生活問題や男女問題も原因・動機になります。19歳以下においては、男女とも、他の年代に比べ、飛び降りや飛び込みといった、突発的に行われ得る手段による自殺が多くなっているため、医療と教育、福祉などの関係機関が連携し、子ども・若年者の特性に応じた予防対策が必要です。

さて、新型コロナウイルスによって、子ども・若年者を取り巻く家庭や学校などの生活環境は大きく変化しており、自殺予防対策の重要性が増しています。以下、自殺予防対策に関して、universal（全体的）、selective（選択的）、indicated（個別的）にわけて説明します。これらの対策を進めていく際には、電話だけでなく、インターネット・スマートフォンなど若年層に根付いているコミュニケーション手段の利用も検討する必要があります。

### 5-1. Universal Prevention

#### 5-1-1. 教育相談体制の充実

子どもたちは、新型コロナウイルスの影響で長期の休校に伴い外出の自粛を要請されています。さらに、新型コロナウイルスにより、子どもは様々な喪失体験を経験しています。

家族を亡くした子どももいるでしょう。感染者が周りにいない子どもも、卒業式が簡素化されたり、部活の成果を発表する様々なイベントが中止になるなど、大きな影響を受けています。

18歳以下の自殺は一般に、学校の長期休業明けにかけて増加する傾向があります。学校や保護者、支援者における早期発見に向けた取組、ネットパトロールの強化が重要で、子どもがSOSを出しやすい配慮を心がけて、子どもの様子が普段と違う場合、多領域の支援者が早期に連携できるような体制が必要です。

インターネットやスマートフォンが普及した現在では、生活態度が不安定な子どもは、自殺勧誘サイトなどに簡単にアクセスできてしまいます。情報モラル教育や有害情報対策の推進等も平時に増して重要になります。

大学生、専修学校生等については、自殺の原因・動機として、学業や就職を含めた進路が大きく影響しており、これらに関するカウンセリング機会を確保することも重要です。

## **5-2. Selective Prevention**

### **5-2-1. 不登校状態や不登校経験者の子ども・若年者への支援**

不登校状態や不登校経験者は、自殺未遂のハイリスク群と考えられます。自殺念慮（希死念慮）を低減させ、自殺未遂予防につなげるために、医療と教育が連携し、適切な見守りや配慮が必要です。

### **5-2-2. いじめに関係した子ども・若年者への支援**

いじめは若年者の自殺念慮・自殺企図の大きな原因の一つです。いじめられる側だけでなく、いじめる側も自殺のリスクが高いと考えられているので、双方に対して適切な見守りや配慮を行う必要があります。本人あるいは家族に感染者がいる場合、いじめの対象になる可能性が考えられますので、十分な見守りや配慮が必要です。

### **5-2-3. 無職の若年者への支援**

若年者に限らず、無職者は有職者よりも自殺のリスクが高いといわれています。新型コロナウイルスに伴い職を失った若者に関しては、雇用・就労に結びつけるための支援、精神科医療機関と他の相談機関等との連携、地域における居場所づくり等が重要になります。

### **5-2-4. ひとり親家庭や生活困窮世帯の子ども・若年者への支援**

親との離別・死別等を経験したひとり親家庭や生活困窮世帯の子どもは、精神面や経済面で不安定な状況に置かれることが多くあります。新型コロナウイルスに感染した親の長期入院や死亡、あるいは親が職を失った場合など、十分な見守りや配慮が必要です。

### **5-2-5. 児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援**

家族全体で在宅する時間が増えている中、不安やストレスに伴い虐待のリスクが高まっていると考えられていますが、外出自粛のため表面化せずに重症化してはじめて発覚するケースもあります。また、家庭内の虐待は親子間だけでなく、同胞間でも起こりえます。親や子どもに精神障害や発達障害を持つケース、ひとり親家庭や生活困窮家庭など、虐待のリスクのあるケースでは、十分な見守りと配慮を要します。

### 5-3. Indicated Prevention

#### 5-3-1. うつ病などの精神疾患をもつ子ども・若年者の支援

特に20歳代、30歳代の女性においては、自殺未遂歴のある自殺者が4割を超えています。精神疾患をもち自殺未遂歴のある場合、十分に見守りと配慮を行う必要があります。

### 6. 自殺未遂・自傷患者への支援

自殺未遂と自傷行為を含む自損行為は、自殺の予測リスク因子として最も明確なことが知られており、自殺者の40%前後に先立つ自殺未遂や自傷行為が確認されたことが複数報告されています。日本の自殺者数と自損行為者の救急搬送車数は並行して推移しており、すでにコロナ関連自殺と同様に自損行為の搬送車数が増加する（あるいは増加している）懸念があります。

一般に、自殺未遂・自傷患者は、援助希求能力が低下しています。また、ステイホームにより、普段であれば得られる支援が薄くなっていたり途切れている可能性もあります。過去に自損の既往のある患者、あるいは精神症状の変動がみられる患者の診察や電話診察に際しては、積極的に生活状況を確認するとともに、自殺念慮（希死念慮）を確認しましょう。

自殺未遂患者の自殺再企図防止のためには、正確な精神医学的見立てに続く、心理教育、そして患者の生活問題に個別的に対応し、治療アドヒアランスを維持するためのケース・マネージメントの有効性が明らかにされています。多職種で患者を支えましょう。

また、感染者への対応がひっ迫するなか、一般救急医療体制や医療従事者も疲弊しています。それぞれの地域医療、病診連携、病病連携、救急医療体制、そして感染対策の実状に適合させつつ、地域の精神科医療機関は、平時よりも自殺未遂・自傷患者の受け入れ体制を強化していく必要があると考えられます。

### 7. 遺族への配慮とグリーフサポート

コロナ関連自殺はコロナ陽性患者の自殺だけを指すのではなく、コロナ禍に関連して起こったと考えられる自殺全般を意味します。したがって、さまざまなパターンが考えられ、遺族と言っても一括りにはできません。しかし、まずは自死遺族へのサポートの仕方に準じ、共感的な傾聴から始めます。

家族を新型コロナウイルス感染で亡くした遺族は、故人の治療中に面会できず、死に目にも会えず、そして満足な葬儀も行えず、悲嘆反応が複雑化する可能性を秘めています。加え

て、コロナ感染にまつわるスティグマを抱えていることも考えられ、これもまた悲嘆を複雑化させる要因になります。さらに、死因が自殺の場合、そのスティグマも加わります。

グリーフケア・サポートを進める際には、遺族の心情の個別性の高さを認識しておくことが重要ですが、共通する問題として、遺族が実際に受けているスティグマと、自らに課しているセルフスティグマがあることを知っておくことも大切です。また、遺族が持つ怒りの感情が新たな分断を生まないような配慮も必要になります。個人精神療法のほかに、地域にある自死遺族ケア・サポートの社会資源の活用も検討してください。精神保健福祉センターで情報を得ることができます。

## 8. 医療スタッフなどへの精神的サポート

新型コロナウイルス感染症対応には医師や看護師だけではなく、検査技師や薬剤師、ソーシャルワーカー、医療事務、救急隊員、保健師、その他にも多くの人々が従事しています。これら従事者への精神的サポートについては、全国の精神保健福祉センターなどで実施されていますが、各医療機関・施設においては会員の皆様のなかでも対応されている方は多くいらっしゃると思います。

ここで言う精神的サポートとは、一律に何か特別な精神療法などにより精神状態を回復させる、という意味ではありません。先入観を持たずに一人ひとりに関心を向けること、そして判断や助言を急がずにしっかりと傾聴することが大切です。そのうえで必要に応じて医療介入や適切な社会的支援につなげるなど、その方の支援ニーズにもとづいて対応していきます。1回のみでの相談で終わる場合もある一方で、比較的長く見守りや伴走支援を行う場合もありますので、支援する側も無理をせず数人でチームをつくって対応することが理想です。このような精神的サポートについて、詳しくは WHO 版心理的応急処置 (Psychological First Aid : PFA) <sup>4)</sup>を参考にされるとよいと思います。

なお、新型コロナウイルス感染に対応した医療従事者の心理面については、感染リスクや過労、欲求不満、誤解や差別、孤立、精神的に不安定な患者への対応、家族に会えないなどの要因により、注意力や理解力そして判断力に悪影響があったという海外文献があります<sup>5)</sup>。そして、精神面のサポートに先駆けて、感染からの防護、休養の確保、精神的に不安定な患者への対応スキル、そのような患者への精神保健スタッフによる対応が求められていたと報告されています<sup>6)</sup>。これらについては、さまざまな関係者が、それぞれに自分できることを行っていくことも必要です。この点において会員の皆様には、精神的に不安定な患者への対応など、引き続きご尽力いただきたいところです。また会員の皆様ご自身が精神的サポートを必要とするときにも、どうかためらわず同僚や上司、管理者、あるいは精神保健福祉センターなどに必ず相談してください。

このたびの感染防止対応は、ほとんどの医療スタッフにとって通常経験したことのない、複雑に絡み合う複数のストレス要素を伴っています。心身の不調が起きるのが当然といえは当然です。だからといって、そのままにしてよいわけではありません。長期化も予想され

ることから、身体面の健康状態の悪化や、家族関係や生活面の悪化、自殺等のリスクなど、深刻な事態に発展してしまう恐れがあります。任務の重要性や使命感から、不調や変化に自分ではなかなか気付かず、周囲の人のほうが先に気付ける場合があります。互いに声をかけあい、支えあっていくことは全ての人にとって必要です。会員の皆様も、精神医学やメンタルヘルスに精通しているからといって例外ではないのだということを忘れないでください。

## 9. 孤立、分断、差別への警鐘—Social Distanceではなく Physical Distance

新型コロナウイルス感染対策の1つとして、人との距離を2m以上あけるという social distancing が有効だという考え方が海外から移入され、「社会的距離」と訳されて広く知られるところとなりました。人との物理的な接触を減らすことは感染予防に確かに有効なのでしょうが、この social distance という命名に対して異を唱えている人たちがいます<sup>3)</sup>。大事なことは物理的な距離 physical distance なのであり、social distance ではないと。Social distance というと社会的な交流すべてが対象になるようなイメージを与えかねず、孤立や孤独につながる危険性を秘めてしまいます。既存の差別感情に悪用される懸念もあります。「物理的距離」を取ることは感染対策上やむを得ませんが、孤立や孤独を防ぐため、電話や手紙、インターネットなどの交流手段を活用し、精神的な交流の維持に努めていただきたいと思います。

「ステイホーム」も、日本ではそれだけのキャンペーンワードですが、海外の報道を見ると、「Stay at home. Stay in touch.」と書かれています。精神的・情緒的交流の重要性が一般の人たちにも広く伝えられているのです。

私たちは「正しい知識を持って、適切に恐れ、適切に対処する」ことを主導していく必要があります。

## 10. まとめ

- 感染症パンデミックに関連する自殺予防には、災害精神医学の知見が応用できます。
- パンデミック中、不安や興奮を高めないための生活様式が大切です。飲酒や依存的な行動、生活リズムの乱れは、かえって不安や不眠につながります。メディア報道への過剰な曝露も不安や絶望感を強めますので避けましょう。
- 孤立や孤独を深めないような配慮が必要です。感染予防対策として言われている social distance (社会的距離) の本質は physical distance (物理的距離) です。物理的距離は必要ですが、同時に電話や手紙、インターネットなどで精神的・情緒的交流も保たれることが大切です。
- コロナ禍による個人の経済的困窮はすでに始まっており、業種によっては深刻な事態に陥っています。経済苦による自殺は「今ここにある危機」になっています。危機介入として具体的なソーシャルサポートが得られるような相談窓口の情報を提供できる備えが必要です。

- 感染不安から従来の対面式診療が減っています。しかし、コロナ禍による精神疾患の新たな増加と既存の精神疾患の増悪が想定されます。患者のニーズが減っているわけではありませんので、患者が受診しやすい環境作りを心がけましょう。電話再診やオンライン診療の活用も検討しましょう。
- 患者を孤立させない方策をそれぞれの地域で考えることに積極的に参画しましょう。
- 診察では、「コロナの心配や経済的苦境は本当にあるから、こんな精神状態になっても仕方ない」と治療者が過度に了解し過ぎて、患者の自殺念慮（希死念慮）を見過ごすことがないようにしましょう。折に触れ自殺念慮（希死念慮）を聴取する習慣を付け、必要に応じて危機介入できる準備をしておく必要があります。
- 子ども・若年者の自殺予防も重要です。精神疾患をもつ子ども・若年者への配慮はもちろんのこと、不登校、いじめ関係者、ひとり親家庭、生活困窮世帯、虐待被害者、無職者などへの配慮も大切です。
- 自殺未遂・自傷患者は自殺のハイリスク群です。その自殺予防のためには、正確な精神医学的見立てに続く継続的なケース・マネジメントの有効性が知られています。多職種で患者を支えましょう。対面式が難しい場合は、電話などの代替手段を考えましょう。
- 感染者への対応がひっ迫するなか、一般救急医療体制や医療従事者も疲弊しています。地域の精神科医療機関は、平時よりも自殺未遂・自傷患者の受け入れ体制を強化していく必要があると考えられます。
- グリーフケア・サポートには遺族へのスティグマ、遺族が抱くセルフスティグマ、そして遺族の複雑な感情を理解する必要があります。個人精神療法のほか、地域にある自死遺族ケア・サポートの社会資源の活用も検討しましょう。精神保健福祉センターで情報を得ることができます。
- 感染症対応に当たるすべての従事者のメンタルヘルスに気を配る必要があります。任務の重要性や使命感から、不調や変化に自分ではなかなか気付かず、周囲の人のほうが先に気付ける場合があります。互いに声をかけあい、支えあっていくことは全ての人にとって必要です。会員の皆様も、精神医学やメンタルヘルスに精通しているからといって例外ではないのだということを忘れないでください。

1. ラファエル B (石丸正訳) : 災害の襲うとき カタストロフィの精神医学. みすず書房, 東京, 2016.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; **6736**: 912-20.
3. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry* Published online April 10, 2020.
4. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International

- (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳: (独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン(2012). 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) フィールド・ガイド.
5. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):e14
  6. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 7(4):e15-e16

注: 本提言は基本的に精神科医を対象に作成したのですが、一般の方々も参考にしてください。ご公開とさせていただきます。