

兵庫保険医新聞

第1852号
2017年7月25日

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/
〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)
振替01190-1-2133
(会員の購読料は会費に含まれています)

今号の記事

理事会特別討論 講演要録
「かかりつけ医」について考える 4～5面

研究 診内研より
身近な疾患 6面
—便秘型IBS治療についての話題—

「保険で良い歯科」
実現求める署名に
ご協力ください！

署名用紙の追加注文は、☎078-393-1809まで

「糖質制限とカロリー制限」に200人超 診療内容向上研究会が好評！



糖尿病の食事療法における糖質制限の有効性が報告された

日常診療に役立つ最新の知見が得られると、協会が毎月開催している「診療内容向上研究会」(診内研)が好評を得ている。7月8日の「糖質制限とカロリー制限の分かっていること、いないこと」は、東京都・北里研究所病院糖尿病センター長の山田悟先生を講師に迎え、会場いっぱい約212人が詰めかけた。

山田先生は、これまで日本の糖尿病食事療法はカロリー制限をゴールドデンス・タンダードとしてきたが、研究の蓄積の中で、カロリー制限は糖尿病の食事療法として不適切であることが、糖質制限の食事療法において重要な食後血糖値のコントロールについて、食後血糖値は、脂質やタンパク質、食物繊維の摂取により抑制することができ、カロリー制限によってそれらを摂取しないことは、逆に食後の高血糖を誘発してしまうと指摘。糖質を制限することによってのみ、食後血糖値を抑制することができるとした。

またカロリー制限食は、長期的な健康リスクとして骨密度や筋肉量の低下が見られるため、非肥満の方には特に勧めるべきではないとし、一方糖質制限食については、体重の減量効果や脂質の代謝改善、頸動脈の壁容量の減少、糖尿病患者の血糖改善などにおいて有効という研究を紹介した。

糖質は、脂質やタンパク質、食物繊維の摂取により抑制することができ、カロリー制限によってそれらを摂取しないことは、逆に食後の高血糖を誘発してしまうと指摘。糖質を制限することによってのみ、食後血糖値を抑制することができるとした。

またカロリー制限食は、長期的な健康リスクとして骨密度や筋肉量の低下が見られるため、非肥満の方には特に勧めるべきではないとし、一方糖質制限食については、体重の減量効果や脂質の代謝改善、頸動脈の壁容量の減少、糖尿病患者の血糖改善などにおいて有効という研究を紹介した。

聞けなかった講演は紙面・DVDでも

診内研は、研究会活動の柱として、保険診療内容の充実・向上のため、保険医クラブ時代の1964年から毎月開催してきた。参加できなかった会員の先生向けに、講演の模様は、本紙でお知らせするとともに、講演DVDも作成している(6面参照)。

今回の診内研は…

兵庫県におけるマダニ刺症とダニ媒介性感染症

日時 8月19日(土) 17時～ 会場 協会5階会議室

講師 兵庫医科大学皮膚科学講座 准教授 夏秋 優先生

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

九州北部豪雨災害

被災地協会を激励訪問

災害対策で経験を交流

7月初旬に発生した九州北部豪雨災害に対して、協会は7月8日の理事会で被災地への役員・事務局派遣を決定し、7月15～16日に、被災状況や阪神・淡路の状況や、山林が崩れ流木などの協力方針を確認。この後を受けて7月15～16日に、被災状況や阪神・淡路の状況や、山林が崩れ流木などの協力方針を確認。この後を受けて7月15～16日に、被災状況や阪神・淡路の状況や、山林が崩れ流木などの協力方針を確認。



①



②



③

①福岡県朝倉市・東峰村の被害状況を説明する月俣博通先生(左端)
②福岡医科協会・歯科協会と懇談
③大分協会と懇談

と泥水が農地を埋め尽くした甚大な被害などが報告された。

16日に訪問した大分協会の正宏事務局長、歯科協会の杉山正隆副会長、岡崎誠事務局長が対応。被害の大きかった朝倉市・東峰村等への被害状況が報告され、阪神・淡路大震災の経験から今回の災害に役立つ点などについて懇談を行った。

また、最大の被害を受けた朝倉市・東峰村への訪問では、現地で開業している福岡歯科協会・月俣博通先生が被災現場を案内。生業が破壊される甚大な被害に、住民の立場に立った復興の取り組みが必要になるとの認識を共有した。



中央区での行進に参加した(前列右から)松岡泰夫・武村義人・桃原久枝各先生



スタッフとともに明石市を行進した櫻林理事(中央)

東京にある第五福竜丸展示館前を出発し、8月4日に広島に到着する予定。

8月に開催される原水爆禁止世界大会には、川西敏雄副理事長が参加し、協会役員から託された折り鶴を届ける予定。

(次号に参加者の感想を掲載)

2017年国民平和行進 核兵器廃絶へ 県内各地で訴え

8月4～9日に広島・長崎で開催される「原水爆禁止世界大会」をめぐり、核兵器のない世界への転換を訴え、日本全国の市町村をアピールして歩く「国民平和行進」が、7月4日から16日にかけて、兵庫県内で行進した。協会から武村義人副理事長、小泉勇・櫻林理事がスタッフとともに明石市内を行進した。

平和行進は、5月6日に東京にある第五福竜丸展示館前を出発し、8月4日に広島に到着する予定。

8月に開催される原水爆禁止世界大会には、川西敏雄副理事長が参加し、協会役員から託された折り鶴を届ける予定。

(次号に参加者の感想を掲載)

燭心

国政を左右するとされる東京都議選が、自民党の歴史的な大敗で終わった。小池知事の「劇場型選挙」に国民は何かと弱いものである。がしかし、安倍一強の牙城がざわついている。各週刊誌の見出しにもぎやうかだ。国民はもとより党内からの批判も出始めている▼選挙応援で起こった「かえれ」「やめろ」コールに、首相は「こんな人たちに負けるわけにはいかない」と語気を強めた。多様な世論に耳を傾けるべき最高権力者が、有権者を敵と味方に分けるような発言、波紋を呼ぶのも当然だ▼憲法記念日に期限を切り憲法九条を改憲、秋の臨時国会に案を提出するとして安倍首相。党内からも異論が出たが、正式提出でなく憲法審査会にたたき台を提示すると訂正せられるか。与党内からも「政権の扱う課題ではない」と▼自民党若手議員が5日、政府の骨太方針である2020年PB(基礎的財政収支)黒字化目標撤廃を求め、意見書を官邸に提出。理由は必要などからお金が回っていないからという。16年度の税収で、一般会計の税収は0.8兆円減り、最も落ち込んだのは法人税収0.5兆円、減税するも生産拠点は海外に▼閣僚議員の暴言失言、奇行。森友、加計問題。誰もがイエスマンになり口を閉じる。しかしこの選挙結果で空気は変わった。馬鹿には見えないとされる王様の立派な服が、実は何も無い虚構であると知りながら、もてはやしていたことの後ろめたさか。「安倍首相は裸だ」声が聞こえる(無)

主張

7月7日午前10時46分、ニューヨーク国連本部第1会議室のスクリーンに賛成122、反対1、棄権1の採決結果が示された。

人類が初めて、人類の生存を脅かす核兵器を禁止する法的規範を手にした瞬間だ。国連加盟193カ国の63%にあたる賛同が得られたことは、日本

核兵器禁止条約

核兵器廃絶に向けた大きな第一歩

兵器の「開発、実験、生産、製造、取得、所有、貯蔵」「使用、使用の威嚇」があげられた。これは核抑止力―核兵器による威嚇に依存した安全保障論を否定したものである。大きな意義を持つ。

また締結国の領土と管轄地域の「配置、導入、配備の許可」が明記されたことは、核保有国の行動を大きく制限するものとして重要である。

また条約は「核兵器の使用または実験によって影響を受けた諸個人」に対する支援を「差別なく十分に提供する」ことを、該当する締結国の責

任と明記しているが、これは長年にわたり国に対し被爆者援護を求めてきた被爆者の切望にこたえた画期的な条項である。しかし日本政府は、唯一の戦争被爆国の政府であるにもかかわらず、歴史的な核兵器禁止条約に背を向ける態度をとって

いる。このことはわれわれ国民にとっては悲しい現実であり、また内外の強い失望と批判を招いている。アメリカの核の傘にしがみつく政府の態度は到底容認できない。

核兵器禁止条約の採択は新たなスタートであり、目指すゴールは「核兵器のない世界」―核兵器の完全廃絶の実現であり、そのためには、三つの点が重要となる。

第1は、この条約にある通り、核兵器を違法化し、核兵器保有国に対して、政治的、道義的に拘束をかけることである。

第2は、この条約をつくりあげた、世界の多数の諸政府と市民社会により、圧倒的な核兵器廃絶の世論をつくりだし核兵器保有国を国際的に包囲していくことだ。

第3は、核兵器保有国や核の傘の下にある国で核兵器廃絶をめざす世論を巻き起こし、禁止条約への参加を求める運動を発展させることである。

歴史的な核兵器禁止条約を力に、核兵器完全廃絶をめざし力強い運動を進めよう。

新役員からの

「おめでとう」

分断生む政治 変革の一助に

副理事長

足立

了平（長田区・歯科）



視を生む、「税金の無駄遣いは許さない」という無意識下の差別的感覚なども増えているように思います。

世の中が不寛容になっていくと感じることが多々あります。ヘイトスピーチ、沖縄の基地問題などあからさまな差別だけでなく、生

活保護受給者への過剰な監視、国民は医療費の増大

を悪と感ずるよう教育されてきました。

一方で、健康を保つための予防から病気を治療する医療、さらには老後を支える介護や年金まで、健やかに生まれ育ち、安心して老いるための公的な社会保障の充実もまた多くの国民の願いです。

このシレンマの解消には医療政策への批判のみに終わることなく、分断を生む政治や財政を変革させる力が必要です。

私たちが作りあげた自己責任社会への反省を込めて、微力ながらも保険医協会の活動に寄与できればと考えています。

このたび、理事に就任させていただきました。就任にあたり保険医協会

開業医宣言を読みかえして

理事

口分田

真（東灘区）

この活動の基本姿勢を示した「開業医宣言」を読みかえ

「開業医宣言」は1989年1月に保団連の定期総会で採択され、98年1月に一部改正されました。私が医師国試に合格し医師免許

の活動の基本姿勢を示した「開業医宣言」を読みかえ

国民の健康と生活を守り、核なき世界をめざし、開業医宣言が社会状況に合

わす改正しなければならなくなる日を迎えるために行動しなければという思いを強くしました。

会員の皆さま方、役員の方、ご指導ご鞭撻のほど、どうかよろしくお願い

いたします。

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

尼崎支部 総会・記念企画

「いしや先生」から 皆保険の大切さ知る

尼崎支部は、6月24日、尼崎市内で第46回総会を開催。2016年度会務報告と2017年度活動方針を

採択するとともに、役員改選では新任幹事、評議員を

選出した。

記念企画の映画「いしや先生」上映会には、会

員、一般市民ら30人が

参加した。

「いしや先生」は、

戦前戦後の混乱期に、

無医村だった山形県大

井沢村（現・西川町大

井沢）で生涯を地域医

療にささげた女性医師

・志田周子（ちかこ）

さんの人生を描いた物

語であり、原作小説は

保団連の「全国保険医

新聞」で2013年か

ら15年にかけて連載さ

で、数年の差はあれ、私の

医師としての歩みとほぼ同

じく、採択後約28年が経過

しています。21世紀の医療

を担う開業医像を目指した

宣言ですが、28年を経過し

ても古さを全く感ずること

のない内容だと思えます。

それは保団連を始め多く

の諸先輩方の努力にもかか

わらず、この28年間に日本

の社会保障や世界の反核平

和の状況が根幹の部分で変

化しておらず、むしろ悪化

第26回日常診療経験交流会

分科会での話題提供のお願い

メインテーマ「医療連携のこれから～淡い光と深い闇～」

日時 10月29日(日) 10時～14時

会場 神戸市産業振興センター（神戸ハーバーランド内）

テーマ メインテーマ、日常診療、在宅・地域医療、病診・診診連携、医科・歯科・薬科の連携・工夫、東日本大震災・熊本地震関連など

発表方法 14分（発表10分、質疑4分）※スライド10枚程度

応募締切 8月25日(金)

第26回日常診療経験交流会プレ企画・薬科部共催

福島第一原発事故と関連する 健康被害へのとりくみ

日時 8月5日(土) 16時～19時20分 会場 県農業会館11階大ホール

報告① 「避難指示みずぎわ診療所での6年半」

松本 純先生（医師／福島市・生協いいの診療所）

報告② 「福島第一原発事故被災について」

齋藤 紀先生（医師／福島市・医療生協わたり病院）

ゲスト 松本 春野さん（絵本作家、イラストレーター）

※19時30分より同会場で、みなとこうべ海上花火大会観賞会

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

会員計報

中村 順児先生

尼崎市

外呼吸器・胃腸科

7月10日

享年63歳

ご冥福をお祈り

申し上げます

理事会 スポット

◇出席 26人

◇情勢 厚労省「医療計画

の見直し等に関する検討

会」は、2023年度に現

在の介護療養病床数を下

限として介護医療院への転換

を見込むことを都道府県に

義務付ける案を示した。

◇医療運動対策 保団連・

診療報酬引き上げ等を求

める要請署名案（会員署名）

についての兵庫協会の意見

が了承された。また、今春

取り組んだ「今こそストッ

プ！患者負担増」署名の到

達結果、9月以降の臨時国

会に向けた保団連中央要請

行動の予定が報告された。

◇医療活動 保健医療分野

におけるAI活用推進懇談

会の報告書、情報通信機器

（ICT）を利用した死亡

（7月8日理事会より）

診断等ガイドライン、日高

医療センター整備基本計画

（案）についてのパブリッ

クコメントが報告された。

◇春の組織強化月間 入会

140人、退会82人、実増

58人で組織現勢は7385

人となり、総会目標を超過

達成したこと、医科正会員

は3880人まであと4人と

迫り、準会員も節目の1

400人を突破したことが

報告された。共済普及で

は、保険医年金は月払、一

時払とも目標を超過達成し

たこと、休業保障制度は1

51口、グループ保険は20

億700万円を受け付けた

こと、積立年金デフエルは

年間掛け金換算で昨年を大

きく上回る4億5068万

円を受け付けたこと、所得

補償保険は9件31口の申し

込みとなったことが報告さ

れた。

（前号からのつづき）
さて、いよいよフォトジャーナリスト・岡村昭彦氏についての総決算をしたいところだが、氏と交流のあった人たちの弁を紹介したい。
・精神科医の栗本藤基医師曰く。
岡村氏の亡くなる3カ月前の1984（昭和59）年12月初め、夜11時頃電話がかかってきた。「俺がどんな人物かと人に聞かれたら、こう答えてよ。『岡村とは常に現実をフィカルに問い、理想を求めて生き

れたくない。結局、なぜ怖
れたのか、それは、岡村氏
の「若い広場」という番組
で「さらばコンバット・フ
ォトグラフアール」という
戦争番組の特集がありまし
た。そのときに初めて岡村
さんと会ったのですが、座
談会形式で若いジャーナリ
ストらに対して「フリーの
報道カメラマン」というの
は、詩人に似た職業だと思
う。非常に孤独だし、いわ
ゆる世間的な意味では報わ
れつけない。結局、なぜ怖

れたのか、それは、岡村氏
の「若い広場」という番組
で「さらばコンバット・フ
ォトグラフアール」という
戦争番組の特集がありまし
た。そのときに初めて岡村
さんと会ったのですが、座
談会形式で若いジャーナリ
ストらに対して「フリーの
報道カメラマン」というの
は、詩人に似た職業だと思
う。非常に孤独だし、いわ
ゆる世間的な意味では報わ
れつけない。結局、なぜ怖

会 投 稿
岡村 昭彦（12）
フォトジャーナリスト
顧問 森下 敬司
（西宮市・森下医院）
てきた男」と
・ジャーナリストの吉田敏
浩氏の弁。
82年にNHK教育テレビ
の「若い広場」という番組
で「さらばコンバット・フ
ォトグラフアール」という
戦争番組の特集がありまし
た。そのときに初めて岡村
さんと会ったのですが、座
談会形式で若いジャーナリ
ストらに対して「フリーの
報道カメラマン」というの
は、詩人に似た職業だと思
う。非常に孤独だし、いわ
ゆる世間的な意味では報わ
れつけない。結局、なぜ怖

いけれども戦場に行くかとい
えは、まずそこで何が起
きているか自分自身が知り
たいからだし、自分のシャ
ッターを押すかどうかで、
現場を記録した写真を多く
の人が見られるかどうかか
決まるといふ思いからだ。
フリーランサーを続けるの
は、自分が納得ゆく人生を
歩みたいからで、例えば、
虐げられた人たちと共に生
きたいとか…。そうでなけ
れば報われないよ」と。
・評論家の米沢慧氏の弁
岡村昭彦の語彙の中に
「直覚力」というのがあり
ます。戦場取材した多くの
カメラマンが死んでいく
中で、岡村だけは最も危険
な場所からスクープ写真を
手にいつも帰還してきては
周辺を驚かせ、ミステリー
マンと呼ばれたのも直覚力
の業だったに違いないの
です。また、彼は「本は権力

側と闘うための僕の武器だ
よ、民衆にとっても武器な
んだ」と語っており、東京
の古書店街、とくに神田神
保町の社会科学系古書店の
書棚は、彼自身の書棚のよ
うに知り尽くし活かしてい
ましたし、浜名湖畔の自宅
を民衆図書館にする構想を
立てると、あつという間に
2万冊近い知の要塞にし、
それが「岡村文庫」として
再現されたわけです。
・ある人曰く：彼くらい質
素で賢い人間は珍しかっ
た。彼の生き方そのものが
文化の豊かで明るい面と、
ナーバスで弱い面を兼ねし
ていた。
毀譽褒貶相半ばの岡村氏
だったが、その「博覧強記
ぶりと集中力」のすごさに
は驚嘆するばかりであり、
天才的に頭脳明晰、狂人の
ような研究熱、何物も恐れ
ぬ学者気質を持っており、

日本医師会レセコン ORCA
及び 連動 電子カルテ Dr.電カル

医内経費の見直しは、
選んで納得！安心のORCAで！
◆販売方式
(ORCA1台 80万円～、月料・ト費 8,500円～)
◆レンタル方式 (初期導入費15万円～)
(ORCA1台+月料・保守・ト費 計19,800円～)
※別途データ移行費は有償です。

詳細は ネットでも
メディクラーク を検索！！
日医IT認定サポート事業所 4101015
株式会社メディクラーク
神戸市中央区相生町5-10-18
<HP>www.mediclerk.co.jp
フリーダイヤル 0120-52-6262

保険請求事務講習会
(医科・姫路会場)

日時 8月19日(土)・20日(日)
会場 じばさんびる501会議室
◆プログラム
1日目(15時～18時)
保険診療とは／窓口業務／点数の解説など
2日目(10時～15時)
診療報酬請求の実務／レセプト作成実習
◆定員 60人(事前申込順)
◆参加費 8000円
(テキスト代、2日目の昼食代を含む)
◆両日参加の方には「修了証」を発行
お申し込み・お問い合わせは、
☎078-393-1803まで

医科保険請求 Q and A

〈特別養護老人ホーム入所者への医療〉

Q1 特別養護老人ホームに入居している患者に対して、訪問診療料や施設入居時等医学総合管理料を算定できるのは、どういった場合か。
A1 以下のア、イのいずれかに該当する場合、算定することができます。
ア、当該患者が末期の悪性腫瘍である場合
イ、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院または当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日前30日以内に行われたものに限る）

Q2 特別養護老人ホームを、短期入所生活介護または介護予防短期入所生活介護で利用している患者について、訪問診療料や施設入居時等医学総合管理料を算定できるのは、どういった場合か。
A2 当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、または在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く）が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、訪問診療料や施設入居時等医学総合管理料を算定することができます。

石炭火力発電所の問題点を考える集い
健康被害まねく

石炭火力発電所問題点を考える市民ネットワーク（森岡芳雄副理事長が世話人代）は7月8日、六甲勤労市民センター大会議室で「石炭火力発電所問題点を考える集い」を開いた。同ネットワークは灘区に2基の新設が予定されている神鋼の石炭火力発電所増設計画に反対している。市民ら120人が参加した。協会から出席した環境・公害対策部長の森岡先生は、少量の汚染物質は容認されるとする企業側の主張について、石炭火力発電所は、PM2.5など身体への有害物質を多く含む排煙を出すものであり、建設計画の山本元氏が同建設計画の問題点について報告。山本氏は、建設予定の石炭火力発電所が神戸市の人口密集地域に位置しており、汚染物質が周辺住民へ健康被害を及ぼす恐れがあると述べた。また石炭火力発電所は、火力発電の中でもCO2を大量に排出するもので、地球温暖化をストップするためのCO2排出削減を定めたパリ協定と相いれないものであると、建設計画を批判した。

●医院経営研究会 8月例会

円満な遺産分割と相続税
～遺言の効用と限界～

日時 8月26日(土) 14時30分～17時 会場 協会6階会議室
講師 浦上立志税理士、永井光弘弁護士
参加費 3000円(医経研会員は無料)
お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1805 有本まで

保険医協会の共済制度がお勧めです！

保険の見直しに効きます。ネット生保と比べてみてください

団体定期生命保険 グループ保険 死亡保障は安さが一番！

■団体保険だから断然安い保険料 ■過去8年の平均配当率46%
■最高5000万円の高額保障 ■最長75歳まで保障
■配偶者1000万円セット加入あり ■いつでも増額・減額OK

1月から制度改善を実施
66～70歳の最高保障額を、
3000万円に引き上げました。

病気やケガの休業に備えて、高い保険料を払っていませんか？
助け合いの共済制度 休業保障制度 割安掛金が満期まで上がりません！
最長75歳まで、730日の充実保障／弔慰・高度障害給付あり／自宅療養、代診をおいても給付／精神疾患も給付／脱退給付金あり／他制度に関係なくお支払い

所得補償保険、医賠償、団体割引きの自動車保険と火災保険
お問合せは共済部まで ☎078-393-1805

—— 人事法務コンサル ——
社会保険労務士
ISR 梨本事務所
労働条件・就業規則
(労働保険事務組合)
経営者会議
労務監査・給与計算

—— 職能人材メンター ——
合同会社 (LLC法人)
ISR パーソネル
医療・福祉人材紹介
(土業プロジェクト)
インテリジェントソーシャル協会
職業能力認定研修

ISR
アウトソーシング サポート

信頼・向上そして社会貢献

〒650-0025 神戸市中央区古湊通1-2 (ISRビル)

5階 研修室
4階 企画室
3階 情報処理室
2階 統括本部
1階 駐車場
ISRビル

お気軽にどうぞ！

ホームページ www.isr-group.co.jp
グループ代表 (CEO) 梨本 剛 久
☎ 078-360-6611 大代表

協会が6月10日、協会会議室で開催した理事会特別討論「かかりつけ医について考える」(講師・西山裕康理事長)の講演要録を掲載する。
※講演の詳細は、協会ウェブサイトに掲載

「かかりつけ医」の歴史的経過

今、いわゆる「かかりつけ医」に関する議論が盛んだ。この討論が当会としての一定の見解となれば幸いである。

「かかりつけ医」は、誰が何のために言い出したものなのだろう(図1)。やはり政府発の医療費抑制が大きな目的と考えるのが自然だろう。

まずは「かかりつけ医」を歴史的に見ていこう。

1983年に吉村仁氏(元厚生省事務次官)が「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」という文書を発表した(図2)。その一つである「医療費需給過剰論」への対応の中で、「需要面では：かかりつけ『の』医師を持つこと」と初めて「かかりつけ」の医師に言及している。

これを受け、厚生省は87年に「家庭医に関する懇談会報告書」により「家庭医」を提案した。日医はこの家庭医「機能」の必要性

には理解を示していたが、新たな「制度」はイギリスのGP=general practitionerと同じくゲートキーパーの役割を担わされ、医療費抑制のための患者登録・人頭払い、医師・医療の国家管理の強化につながるなどの危惧から反対し構想は中断された。

92年、日医は村瀬敏郎会長の下で「かかりつけ医」制度を提唱し、開業医師は誰もが国民に選ばれてかかりつけ医になるという認識を示した。94年には「かかりつけ医機能の評価に関する研究」、96年には厚労省の受療行動調査に「かかりつけ医」の文言が見られ、98年からの3年間には「かかりつけ医推進モデル事業」も実施され各地域の医師会が参加し、「かかりつけ」の言葉が広がりを見せた。

その後2004年には厚労省が「新医師臨床研修制度」の中で「医師国家試験に合格した医師は2年間、

『家庭医』としての仕事を十分に果たすため、専門医を目指す場合でもこの『家庭医』としてのコースを修めた後に…」として再度「家庭医構想」を盛り込んだ。

07年、経済財政諮問会議は「総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討する」と答申し、閣議決定された。これを受け、厚労省は幅広い病気を診断できる医師に厚労省が認定資格を与え「総合科」を認めるという「総合科構想」を打ち出した。これらは、開業医の登録医制への条件整備と、患者の初期診療を「総合医」に限定するなどのゲートキーパー体制の構築といえる。

08年、日医はこれらの動きに対し、「フリーアクセスの制限、人頭割り、定額払い、総枠規制」制度への対抗策として、生涯教育制度をバージョンアップした。「なんでも相談できるうえ、最新の医療を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う幅広い診療能力を有する医師」の認定制度(案)を公表した。現在の「かかりつけ医」に通じる定義がみられる。

同年、厚労省の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会は「専門医としての総合医・家庭医の養成のために、初期臨床研修制度や専門医トレーニング

学会、家庭医療学会、総合診療医学会の発足、臓器別診療科への移行に合わせた「総合診療部」の創設、日本プライマリケア連合学会への統合等もあり、「プライマリケア

「かかりつけ医」の定義であるとして、「かかりつけ医」は、以上の定義を理解し、『かかりつけ医機能』の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」とされている。

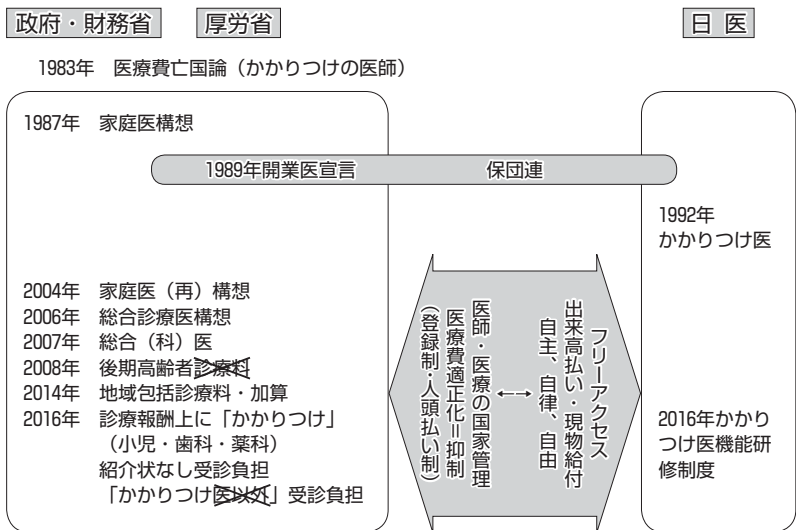
比較的緩やかな定義と幅広い機能で、特定の医療機関や既存の資格や標榜科とは関連させていない。

一方、政府の考え方はどうだろう。2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」では、「社会保障の」給付を賄うため、現役世代の保険料や税負担は増大し、またそのかなりの部分は国債などによって賄われるため、将来世代の負担となっている」としている。

そして、「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解していく必要がある。「フリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」とした。

「医療給付の重点化・効率化」では「大病院の外來は紹介患者を中心とし、一般的な外來受診は『かかりつけ医』に、まさに「医療は医学の社会的適応」を実践す

図3 「かかりつけ医」を取り巻く流れ



医師・医療の国家管理の強化をその狙いとしている。一方で、日医は、それらを阻止すべく、医師の機能を重視した緩やかな定義による認定制度の主導的な創設を目指している。

実際、08年に厚労省は後期高齢者医療制度の新設にあたって、「複数の疾患を持つ高齢者を一人で診察することができない開業医を、総合的な診療能力のある『かかりつけ医』と認定し公的な資格を与える」ことを計画していた。新設された「後期高齢者診療料」は、慢性疾患について人頭払い制を導入するもので、事実上の「総合的な診療能力のある医師」の制度化・診療報酬点数化のさきがけであった。

これまで、厚生省の「家庭医」構想から、診療報酬上に盛り込まれた「かかりつけ医」的要素を含んだ後期高齢者診療料までを見てきた。

結局、吉村論文に基づく政策方向の具体策として医師の官僚制、ゲートキーパー機能の強化、人頭払いなどを、(名称はともあれ)制度化し、診療報酬上に反映することで医療費抑制を目指す政府・厚生省の家庭医・総合医的「制度」構想と、一方で医師のプロフェッショナルオートノミー(職業的自律性)を重視し、医師のかかりつけ医的「機能」を強化し、患者、医師以外の第三者主導による制度化や診療報酬点数化による医師の分断化、区別化、階層化を許すべきでないとする日医とのせめぎ合いが、30年以上に及ぶ「かかりつけ医」をめぐる議論の底流ではないだろうか(図3)。

「かかりつけ医」の定義

次は現在の「かかりつけ医」に関する議論を見ていこう。

「かかりつけ医」の定義は「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」によれば「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」

現在の医療を取り巻く情勢の変化から「かかりつけ医」の必要性を考えてみる。

議論の背景にあるもの

第1に供給側の要因としては、機能分化と連携の強化が挙げられる。つまりフリーアクセスの副作用といわれる大病院・専門医志向による軽症受診・重複検査、勤務医の過重労働の改善、患者の病歴や生活環境等の総合的・継続的把握といったトータル・プライマリケアと振り分け機能の必要性である。

第2に需要側の要因としては、患者の高齢化、独居、多死社会、認知症を含む慢性多病併存とその長期化、臓器別疾病から複合的老弱へという変化に対応するために、多種専門医連携から総合医による診療という考えである。

最後に、可能な限り住み慣れた家で全人的医療を受けるために、患者中心のネットワークである地域包括ケアシステムのコーディネートとして「かかりつけ医」に、まさに「医療は医学の社会的適応」を実践す

「かかりつけ医」について考える

図1 なぜ今「かかりつけ医」なのか？

誰が？

国民(患者)
医師(開業医・勤務医・病院管理者)
医療団体(日医、保険医協会、各病院団体、学会)
保険者(社保、国保)
政府(国《財務省・厚生省》、地方自治体)

何のために？

国民(患者)の健康増進
医師・医療機関の利益
医療の効率化・医療費の適正化(≒医療費抑制)
機能分化(無駄、重複・過剰回避、勤務医の労働環境改善)
⇒フリーアクセス制限(ゲートキーパー論)

図2 「医療費亡国論」

1983年(昭和58年)

「医療費亡国論」 厚生省保険局長 吉村 仁
「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」

医療費は財政再建・行政改革の上でも予算編成の上でも、租税・社会保障負担の上でも、最大の問題の一つである。

1. 医療費亡国論
このままいけば、租税・社会保障負担が増大し、日本社会の活力が失われる。
⇒公共医療費総枠の抑制
2. 医療費効率通減論
医療費が増えさえすれば国民の健康の増進や向上に直接つながるのか、投入される医療費の効率、効用は通減する。
⇒治療から予防や指導の重視の政策
3. 医療費需給過剰論
医療の供給と需要との間にプライスメカニズムが働かない。需給ともいささか無秩序による過剰が支配している。
⇒地域ネットワーク、医学部定員見直し、かかりつけの医師を持つ、患者教育、適正受診、自らの健康は自ら守る、患者一部負担の工夫

診療報酬点数を与え、さらには

(5面に続く)



西山裕康理事長

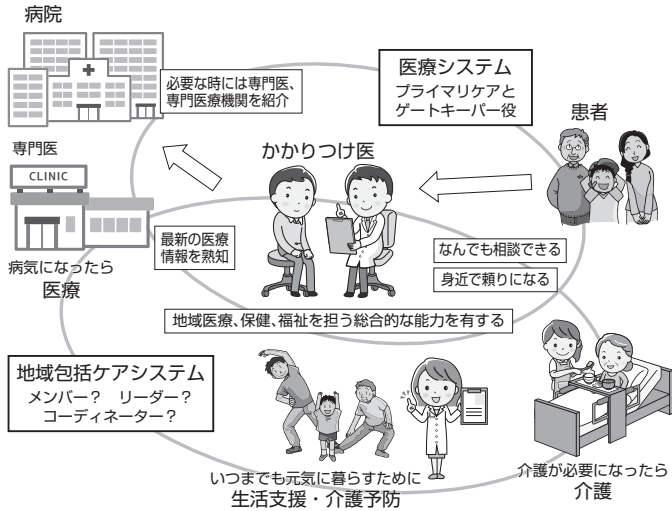
理事会特別討論 講演要録

現在政府の具体的議論は「かかりつけ医」以外を受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めるという制度の導入である。

16年の社会保障審議会医療保険部会の「議論の整理」では、「…かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべき」と述べられている。

また、16年の財務省の財政制度等審議会では「かかりつけ医」の普及や外来

図4 「かかりつけ」…二つの役割



今進められている議論

（4面からのつづき）

「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須」とされている。

この間の議論や制度の構築から推測されるのは「かかりつけ医」の二つの機能である（図4）。

一つは地域医療提供体制で果たす機能である。幅広い初期診療の担当能力は、地域によっては必要であるが、その役割の画一的強化は、ゲートキーパーとしてのアクセス抑制にも寄与しやすい。

もう一つは、「連携」をキーワードとする地域「包

今進められている議論

括ケア」システム内での機能である。「病院で治す医療」から「地域で治し、支える医療」と言われる体制構築のために、在宅を中心としたネットワーク内でのメンバー、コーディネーターあるいはリーダーとしての役割である。

もちろん両システムにおける「かかりつけ医」としての役割と機能は時代の要請ではあるが、やはり、政府による「かかりつけ医」の普及は、医療費適正化（抑制）を主目的としており、厚労省の制度設計とその成否も、（残念ながら）医療費抑制「額」で評価される。

しかし、この案は17年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2017」では、紹介状なしの大病院受診時定額負担の対象病院を拡大する方向性のみが示されている。議論がまとまらず、改定に向け現実的な回答を出したとも言えよう。

これまでも、医科全体においては、14年にかかりつけ医的機能について「主

図5 「かかりつけ医以外の受診に定額負担」の狙い

【論点】

○26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の算定は広がり、**「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。**

○諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について一定の追加負担は必要なのではないか。

かかりつけ医の普及とは…
機能分化＝ゲートキーパー

軽症頻回受診の抑制

窓口負担＝受診抑制(長瀬効果)

「制度のイメージ」

① 他の医療機関を含めた受診状況等の把握、必要に応じた専門医療機関の紹介・連携、継続的かつ全人的な医療の提供^{*1}など、一定の要件を満たす診療所等^{*2}について、患者が「かかりつけ医」として指定〔保険者に登録〕。

※1 総合診療医の養成・定着が進むまでの経過措置として、耳鼻科や眼科など特定の診療科については、予め「かかりつけ医」と相談のうえ指定する他の医療機関での診療を可能とする（定額負担も免除）。

※2 特定疾病の有無・年齢要件は問わず、24時間対応等も求めないなど、診療報酬で評価される地域包括診療料等とは異なり、「かかりつけ医」の要件は緩やかに設定。

指定と登録（人頭払い）

初期総合診療医の役割

傷病・標榜科限定せず、24時間対応でない緩やかな要件で

かかりつけ医「受診の加算」でなく「ペナルティ的」追加料金

かかりつけ医の普及の観点から？

	かかりつけ医	他の診療所	病院
定額負担	なし	日常負担できる定額	規模に応じて設定

2016年財政制度等審議会資料より

さらに2016年の診療報酬改定では初めて「かかりつけ」の文言が診療報酬の点数で評価される「小児かかりつけ診療料」「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）」「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」などが設けられている。

一方で、これらの診療報酬は算定する医療機関がなかなか増加しない。2014年に始まったかかりつけ医「的」診療報酬である「地域包括診療料（加算）」は算定医療機関が0・6%（6・8%）、20

日医は昨年の4月から「日医かかりつけ医機能研修制度」を実施している。これは日医生涯教育認定証取得による基本研修に加え

日本医師会の対応

て、応用研修とともに、実地研修も比較的緩やかな条件で多くの医師に門戸を開いた制度となっている。

政府・財務省発、厚労省提案の「かかりつけ医」制度を歓迎すべきだろうか。すでに多くの患者は「かかりつけ医」を持っている。しかしそれは普通の形容詞としての、例えば「いきつきの」「なじみの」「いつもの」一店のようなイメージであり、利用者がどの店に行くかはまさにフリーアクセスである。医療機関の「かかりつけ」も同じ感覚で十分ではないか。

「かかりつけ」を厳格に定義し、医師や医療機関や患者を主に報酬で峻別する必要はないのではないか。ましてや医療費抑制を目標とするのは本末転倒であり、引き続き議論を行ないたい。

今後の議論のために

確かにすでに「かかりつけ医」を持つと考える患者は多いが、複数の「かかりつけ医」を持ち、しかも病院の医師を「かかりつけ

点数は、患者が受診した医療機関の報酬が増えるという医療機関への「ご褒美」（算定は0・9%）。

これは、診療報酬が高点数でないといふ出が伸びないが、算定医療機関が多ければ医療費が増えてしまう。逆に、ハードルを引き上げると、届け出施設が伸び悩んでしまうからだ。

そこで、当初は高い診療報酬を多くの医療機関が算定できるようにし、その後報酬を引き下げるといいうわゆる「はしごはずし」の手法がとられる。あるいは小児科や、歯科や薬料からパイロットスタディを兼ねる手法もある。

しかし、これまでの新設

ており、75歳以上の層では実に4割弱に複数の「かかりつけ医」がいる。さらに、この層では38%が診療所と病院それぞれにかかりつけ医があり、病院のみに複数の「かかりつけ医」がいる人が28%に達している。

確かにすでに「かかりつけ医」を持つと考える患者は多いが、複数の「かかりつけ医」を持ち、しかも病院の医師を「かかりつけ

以上から、政府の考える「かかりつけ医」と患者の希望には差が大きく、その制度化、点数化は前途多難であろう。

一方でフリーアクセス制限による医療費抑制は国策であり、それを達成する有望な制度として「かかりつけ医」的なものは、近い将来にも何層も必ず出てくるであろう。

次に患者の側から「かかりつけ医」を見ていく。

日医総研の調査では、28%の人がかかりつけ医が「いない」、29歳以下では47・2%が「いない」と回答している。

また、医療機関の受診のあり方について、「自分の判断で選んだ医療機関を受診する」という考えに賛成する人も27・2%存在する。さらに「かかりつけ医」が「いる」という層でも、3割近くの人が「2人以上のかかりつけ医がいる」としている。

このような現状で「かかりつけ医」は一人に固定できるのか。

また、患者がかかりつけ医に望む医療や体制としては「どんな病気でもまずは診療できる」「在宅医療」「夜間休日診療」から「この病気のカウンセリング」「看取り」まで、幅広い。

また、患者がかかりつけ医に望む医療や体制としては「どんな病気でもまずは診療できる」「在宅医療」「夜間休日診療」から「この病気のカウンセリング」「看取り」まで、幅広い。

患者からみた「かかりつけ医」

「かかりつけ医」としては患者も多くの「かかりつけ医」を見ている。これは政府や厚労省のいうゲートキーパーとしての「かかりつけ医」とはかなりイメージが異なる。

さらに若年層では「かかりつけ医」を持たない層も多く、3割の人が「自分の判断で医療機関を受診」すべきと考えており、患者側の選択の自由にも配慮が必要かもしれない。

診内研

より498

身近な疾患

—便秘型IBS治療についての話題—

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科教授 永原 章仁先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

便秘とIBSの病態と診断

厚生労働省の調査によると、わが国では便秘は高齢者の1割以上、若年層においても女性では4%前後の有病率と報告されている。一方、約3割が自分は便秘であると自覚しているとのインターネット調査もあり、1千万人以上が便秘で悩んでいると推定される。しかし、兎糞状の便が週1回しかなくても、自分は正常だ、と思っている人は多く、薬局でセンナや酸化マグネシウムを購入し対処している例がほとんどであろう。すなわち、便秘患者は、「わざわざ病院に行くほどの病氣」ではないと自分自身で考えているのである。

しかし、便秘患者のQOLを調べると、健常人より明らかに低下している。また、便秘は生命予後とは無関係と一見思われるが、米国での地域住民を対象とした20年間にわたる研究では、便秘患者は対照群と比較して危険率1.23で生存率が低いのである(Chang JY, et al. Am J Gastroenterol. 2010;105:822-32)。

便秘はQOLを低下させ、かつ生命予後にも影響を及ぼす深刻な病氣であるといえる。その病態は、1. 結腸運動の低下や協調運動障害により内容物の結腸通過時間が遅延し、排便回数が減少する、2. 骨盤底筋の協調運動障害、直腸知覚、運動障害、腹圧低下などにより、便排出が困難になる、3. 結腸通過時間は正常であるが、経口摂取不足などで糞便量が減少し、硬便となり排便困難をきたす、などが考えられている。

IBS (Irritable Bowel Syndrome：過敏性腸症候群) もまた、わが国での頻度は10%前後と報告され、身近に見られる疾患である。IBSも便秘同様にQOLの低下をもたらす。

IBSは国際的診断基準であるRomeⅣで

は、下記のように定義されている(Lacy B, et al. Gastroenterol. 2016;150:1393-1407)。

繰り返す腹痛が、最近3カ月で少なくとも平均週1回あり、下記二つ以上の基準を満たす

1. 排便に関連する
2. 便の頻度の変化に関連する
3. 便の形状(外観)の変化に関連する

診断前少なくとも6カ月より症状が発症し最近3カ月診断基準を満たす

定義を見ると、一見難解であるが、排便、便の頻度や形に関連して、お腹が痛くなる、と解釈でき、誰もが経験する症状である。IBSは、便秘型、下痢型、混合型、分類不能型に分けられる。日本消化器病学会のガイドラインでは、「腹痛あるいは腹部不快感とそれに関連する便通異常が慢性もしくは再発性に持続する状態」と定義され、排便時に腹痛や不快感があれば診断できる。その病態は、ストレスに対する過剰応答であり、その結果、腸管蠕動運動異常、知覚過敏がもたらされ、さらに、腸内細菌、遺伝などが複雑に交絡していると考えられている。

日常臨床で、ノロウイルス腸炎後にお腹の調子が悪い、と訴える患者がいるが、これは感染後IBSと呼ばれている。イタリアからの報告によると、ノロウイルス腸炎後は、11.4倍IBSを発症しやすくなるという。その誘因として、腸管の炎症の持続、うつや心気症、精神的ストレスなどが影響していると考えられている。

IBSは、症状から診断される疾患であるが、器質疾患を除外することは最も留意すべき点である。診断に際しては、図

に示す警告症状・徴候、危険因子を認める場合は大腸癌や炎症性腸疾患の有無の確認のため大腸内視鏡検査などを行う必要がある(図)。

治療の基本は生活習慣の改善

便秘であれ便秘型IBSであれ、治療の基本は生活習慣の改善であることは言うまでもない。

- ・胃結腸反射促進のため、食後に定期的 にトイレに行く。
- ・肛門直腸を直線化するためトイレに足台をおいて前屈みに座る。前屈により、肛門直腸角が直線化し、便が出やすくなる、また腹圧をかけやすくなりいきみが容易になる。
- ・適度な運動療法を行う。
- ・水分の摂取。
- ・食物繊維の摂取量は20～35g/日だが、腹満感や腹痛、鼓腸の予防のため徐々に増量すること。

Mounsey A, et al. Am Fam Physician. 2015;92:500-4. より改変引用

一般に、水分摂取は便秘を改善するとされているが、実際に検討された論文は少ない。117例の便秘患者に対して25gの食物繊維を摂取の上、2カ月間、水分自由摂取群、ミネラルウォーター摂取群に無作為に分けた報告では、ミネラルウォーター摂取群では排便回数、下剤使用とも有意に改善した(Anti M, et.al. Hepatogastroenterology. 1998;45:727-32)。

しかし、小児や若年者での検討をまとめた論文では水分摂取が便秘の治療になるかは不明であった。

また、FODMAP (Fermentable、Oligo-、Di-、Mono-saccharides and Polyols：発酵性のオリゴ糖、2糖類、単糖類、ポリオール) は、腸管内で発酵し便通異常を来すとされているが、FODMAP制限食が便秘型IBS治療に有用であるとの報告がある。しかし、多くの食品の摂取制限が必要であり、栄養士の管理下で行うべきであろう。

図 器質的疾患を示唆する警告症状・徴候と危険因子

警告症状・徴候

- 発熱
- 関節痛
- 血便
- 6カ月以内の予期せぬ3kg以上の体重減少
- 異常な身体所見
 - ・腹部腫瘍の触知
 - ・腹部の波動
 - ・直腸指診による腫瘍の触知
 - ・血液の付着

危険因子

- 50歳以上での発症または患者
- 大腸器質的疾患の既往歴または家族
- 本人が精密検査を希望する場合

機能性消化管疾患診療ガイドライン2014 過敏性腸症候群IBS 日本消化器病学会編より引用改変

下剤の世代交代

—従来の下剤の問題点の解決

わが国では酸化マグネシウム、センナには長い歴史があり、処方薬、OTC薬ともに多用されている。日本老年医学会の高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015によると、高齢者での酸化マグネシウムの服用は血中マグネシウム濃度の上昇を来す恐れがあり、低用量からの処方が推奨されている。また、センナをはじめとする刺激性下剤は、長期連用での耐性や習慣性が懸念され、頓用で使用すべきであるとされている。

こうした安全性の懸念から、新たな作用機序の下剤が求められていたが、2012年、慢性便秘に対してルビプロストン(アミティーザ)が保険承認された。RomeⅣでは、食物繊維、ポリエチレングリコール(わが国では大腸内視鏡の前処置にのみ適応がある)、ルビプロストン、リナクロチドが慢性便秘、便秘型IBSいずれの治療でも推奨されている(5-HT₄阻害薬であるPrucaloprideが慢性便秘治療で推奨されているが、わが国で発売されていない)。2017年、リナクロチド(リンゼス)が便秘型IBS治療薬として初めて保険承認された。治験結果からは、全般改善度、腹痛・腹部不快感、便形状、便回数ともに改善し、52週にわたる長期投与においても効果が維持された。

欧米、アジアの他国と比較して、わが国では保険で処方できる薬剤が限られているが、リナクロチドの承認により、われわれは、もう一つの治療武器を手に入れることができ、諸外国とのギャップを縮められたのである。

(6月3日、診療内容向上研究会より)

〈会員限定〉参加できなかった研究会をDVDで

診療内容向上研究会ほか講演録DVD

協会研究部主催の診療内容向上研究会(診内研)、特別研究会の講演DVD(下記)を作成しています。頒布価格はいずれも1枚1000円(送料込)です。会員の先生方個人の視聴用のみにご利用ください。ご注文は、FAX:078-393-1820 研究部まで※以前のDVDにつきましては研究部(☎078-393-1803)までお問い合わせください。

※肩書は当時のものです

▶17年7月診内研「糖質制限とカロリー制限の分かっていること、いないこと」 講師：北里研究所病院 糖尿病センター長 山田悟先生
▶17年5月診内研「大人の発達障害の理解と対応」 講師：北里大学医学部 精神科学講師 井上勝夫先生
▶17年4月診内研「成人吸入薬の全て」 講師：独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 内科 倉原優先生
▶17年2月診内研「非器質性・心因性疾患を身体診察で診断するためのエビデンス」 講師：洛和会丸太町病院 救急総合診療科 副部長 上田剛士先生
▶17年1月診内研「手軽に取れる神経診察」 講師：地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 理事 副院長 総合診療内科部長 臨床教育センター長 塩尻俊明先生
▶16年11月診内研「エビデンスに基づく予防医療のススメ」 講師：亀田総合病院 総合内科部長 八重樫牧人先生
▶16年10月診内研「最先端CTイメージング ー心臓からオリンピックへー」 講師：順天堂大学心臓血管外科 医学部・大学院医学研究科 准教授 森田照正先生

保団連 第35回病院・有床診療所セミナーin大阪

日 時 9月23日(土・祝) 14時～19時、24日(日) 10時～12時

会 場 大阪協同組合M&Dホール・大阪協会2階第一会議室

参加費 両日参加 8000円 1日のみ参加 4000円

(参加費は協会負担。交通費・宿泊費は参加者負担)

〈23日〉記念講演「『地域包括ケアと地域共生社会』が狙う入院医療政策と、対抗軸」

佛教大学教授 横山壽一先生

病院分科会「適時調査対策のキモと課題」元厚生局審査課長 竹田和行先生

有床分科会「地域に必要な有床診療所を存続、発展させる道」

全国有床診療所連絡協議会会長 鹿子生健一先生

〈24日〉シンポジウム「看護職員確保対策…看護職員不足と確保対策に向けた提言」

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで