

## 活動を通して感じられる変化

COMLは1990年9月の発足以来、「賢い患者になりましょう」を合言葉に活動し、52,800件を超える電話相談を受けてきました。ほかにも『患者塾』、『患者と医療者のコミュニケーション講座』、『医療で活躍するボランティア養成講座』等も行い、医療現場に豊かなコミュニケーションを構築する一助になればと活動してきました。

私自身も少しずつ国の検討会等に加わせて頂くようになりましたが、できるだけ中立に、冷静な視点で患者側の意見を届けることができればと思っています。私たちCOMLは医療者対患者という対立概念ではなく、協働する医療の実現が願いですので、ごく普通のバランス感覚を持ち合わせるように常に立ち位置を確認することが大事と自らを戒めています。

実は電話相談件数は、ピーク時からほぼ半減しています。当初は、マスコミの過熱気味の報道もあって、病院を訴えたいという内容も多かったのですが、ヒヤリハット報告や接遇等を通じて、患者とのコミュニケーションを向上させ、院内で解決できる仕組みを医療者が整備してきたことが大きく影響していると思います。

## 医療者への提言

しかし、医療者が考えるほどには、患者は医療のことをまだよく分かっていません。たとえば、自らフルネームで名乗ることが、医療の安全を一緒に作っていくことになる等、ほとんどの患者が知りません。その結果、「何回も名前を聞くと失礼だ」とトラブルに発展するので。また、「比較的効く」「簡単な手術」というニュアンスは、患者と医療者ではほとんどイメージする内容が異なるといういいでしょう。「絶対治る」「からだに負担はない」と思われたり、説明された情報そのものが理解できず、結果的に「聞いていない」と説明不足の訴えになっているというのが医療相談を受けている実感です。

大事なインフォームドコンセントを実施する際には、医師の方から「大事だと思ったことは忘れないようにメモを取ってください」等と、勧めてはどうでしょう。メモが残ることでその後の理解や記憶も格段に違ってきます。実は、医療者の前でメモを取ることは「やっかいな患者」と構えられるんじゃないか、失礼じゃないかと思って、遠慮や我慢をしている患者も多いのです。

さらに、ここ数年で矢継ぎ早に実施された医療制度改

# 「支えあえる医療の実現を目指して」

## FOCUS



NPO 法人ささえあい医療人権センター  
COML (コムル)  
理事長 山口 育子

革、とりわけ機能分化について患者側は、全くついていけない印象です。そのためか、急性期病院から、「追い出された」、「見捨てられた」と訴えてこられます。

ただそれも、きちんとお伝えしていけば、理解して頂いているようにも感じます。行政や医療機関で行われる住民・患者向けの「糖尿病講演会」等の前座の時間を使って説明していくような工夫が、少しずつでも理解を深めていくのではないのでしょうか。

## 教育・協育・共育

かつて、がんの告知や延命治療の判断まで、全部、医師が担わざるを得ない時代がありました。しかし、今の時代においては、医療関係者だけに情報を留めて対応することは難しくなっています。そろそろ、最新の医療でも治せない病気が多いことや医療の限界・不確実性を積極的に発信しても良いのではないのでしょうか。

もし、急に病気になったら、自分や家族が助からない状態になったら、その時の人工栄養、蘇生等はどうかの意思表示等、いつ来るか分からない「その時」に備えて、普段からきちんと考えておく必要があると思います。

私たちは、新たな取り組みとして、教科書の副読本のようなものを制作することで、小学生から医療やいのちを考える機会につながるかと準備を進めています。発展途上国のHIV対策では、性行動が始まる前の子供に教育を実施して、成果を挙げた例もあります。地道な活動にはなりますが、子供の頃からでも少しずつ種を蒔いて、そこから親の世代にも広げていくなれば理想です。

そして、医療者と患者が共に支えあって、医療と生活が少しでも良くなればという願いを込めて活動し続けて行きたいと思います。

(文責：編集部)

# 医療法改正



医療法改正の議論が急ピッチで進んでいる。

今回の改正の目玉は、社会保障制度改革国民会議の報告書でも触れられていた「病院・病床機能の分化・連携」である。この改正によって新たに規定される内容は、かつての病床区分の届出と同様に、今後の病院の戦略策定にも大きく影響を及ぼすことが予測される。本稿では、病院・病床機能の分化を中心に医療法改正の全体像を確認してみる。

## Part 1 総論

### 医療法改正の流れと第六次改正案の概要

現在、社会保障審議会医療部会での議論が進められている医療法は、昭和23年の制定以降、数多くの改正を重ねていますが、なかでも大きなものは昭和60年の第一次改正から平成18年の第五次改正となっており、その主な内容は以下のようなものです。

- ・第一次改正(昭和60年)… 医療計画の導入
- ・第二次改正(平成4年)… 特定機能病院制度、療養型病床群の創設、居宅を医療の場と位置づけ
- ・第三次改正(平成10年)… 地域医療支援病院制度の創設、医療計画の充実
- ・第四次改正(平成12年)… 療養病床をその他病床から区分
- ・第五次改正(平成18年)… 社会医療法人制度創設、有床診療所の入院時間制限(48時間)の撤廃、医師・歯科の臨床研修の必修化

わが国の医療法は、病院や診療所等の施設要件や人員配置基準など、どちらかといえば施設法としての色彩が強い印象がありますが、これまでの大きな改正をみると、機能分化や連携といったところに軸足が置かれていることが分かります。今回の第六次改正案では、この流れはさらに加速されており、「2025年(平成37年)以降」の超高齢時代をにらみ、医療提供体制の再構築が最大の課題と位置づけられている様子がうかがえます。

今回の「医療法等の一部を改正する法律案(仮称)」で検討されている概要は以下のようなものです。

1. 病床の機能分化・連携の推進
  - …都道府県知事に対する病床機能の報告制度の創設、地域医療ビジョンの策定
2. 在宅医療の推進
  - …医療計画に在宅医療に係る目標や医療連携体制の記載
3. 特定機能病院の承認の更新制の導入

- …特定機能病院へ更新制を導入
- 4. 医師確保対策
  - …医師確保支援のための地域医療支援センター(仮称)の制度化
- 5. 看護職員確保対策
  - …看護師免許保持者の都道府県ナースセンターへの届出制度の創設
- 6. 医療機関における勤務環境の改善
  - …都道府県に医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置
- 7. チーム医療の推進
  - …看護師・診療放射線技師等の業務範囲の見直し、研修制度の創設
- 8. 医療事故に係る調査の仕組み等の整備
  - …医療事故調査に係る第三者機関の創設
- 9. 臨床研究の推進
  - …臨床研究・治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院制度の創設
- 10. 外国医師等の臨床修練制度の見直し
  - …外国医師の臨床修練制度の弾力化・簡素化及び診療行為の見直し
- 11. 歯科技工士国家試験の見直し
  - …歯科技工士国家試験を都道府県から国へ移管
- 12. 持分なし医療法人への移行の促進
  - …持分なし医療法人への移行計画の策定 等

### 病床機能は4区分での報告へ

今回の改正案で最も大きな項目の一つが、病床機能報告制度とそれを基にした地域医療ビジョンの策定です。病床機能については、厚労省は「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で議論を重ね、現在のところ、表1のような状況になっています。

当初の事務局案には、急性期と回復期の間に「サブアキュート」と「ポストアキュート」に区分された亜急性期という機能が盛り込まれていましたが、議論の過程でサブア



■ 表1 病棟機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能

キュートは急性期に、ポストアキュートについては回復期に包含され、亜急性期という区分は消滅しています。

サブアキュートの患者として想定されているのは、たとえば在宅で療養している高齢の患者の急変時などですが、特に医療提供者は「急変時」の取扱いに慎重な姿勢を見せているようです。

日本医師会と四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）は、平成25年の8月、社会保障制度改革国民会議の報告書が提出された直後に、「医療提供体制のあり方」という合同提言書をまとめています。それによると、表1の病棟機能について、以下のような病床が該当する機能として報告できるようにすべきとしています。

- 高度急性期病床…救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている。
- 急性期病床…急性期医療を提供する機能を持つ。急性期には重症、中等症、軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供。二次救急を担う。在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応。かかりつけ医、介護との連携、患者支援。
- 回復期病床…急性期経過後、引き続き入院医療が必要な患者に対応。専門的にリハを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般・療養のいずれの病床も報告可能に。
- 慢性期病床…長期にわたり療養を必要とする患者への医療提供。

医療提供体制の再構築というテーマにおいて、病棟（病床）の機能分化と同時に、いかに連携を進めていくかが大きな課題になります。言葉を換えれば、連携を想定しない機能分化は画餅になりかねません。個別の病院間の連携については、地域における力学といったものも関連してくるのですが、新たな医療計画あるいは、地域医療ビジョンの

完成を待つことになりそうです。

また、機能分化・連携を機能させるためには、診療所の役割が重要になります。特に、患者をどの機能の病院に紹介するかが、今回の機能分化・連携の一翼を担っているといても過言ではありません。先の提言では、かかりつけ医の役割についても強調されています。

## ■ 地域医療ビジョン

先の社会保障制度改革国民会議の報告書でも触れられていましたが、都道府県は病床機能報告制度に基づいて、地域医療ビジョンを策定することとなっています。医療計画と地域医療ビジョンとの関係は明確にはなっていませんが、地域における適切な機能の整備と提供量の調整が想定されます。そして、病床機能報告制度とビジョンとの関係は、以下の2つの案で検討が進められています。

### 【案1】

医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める。

### 【案2】

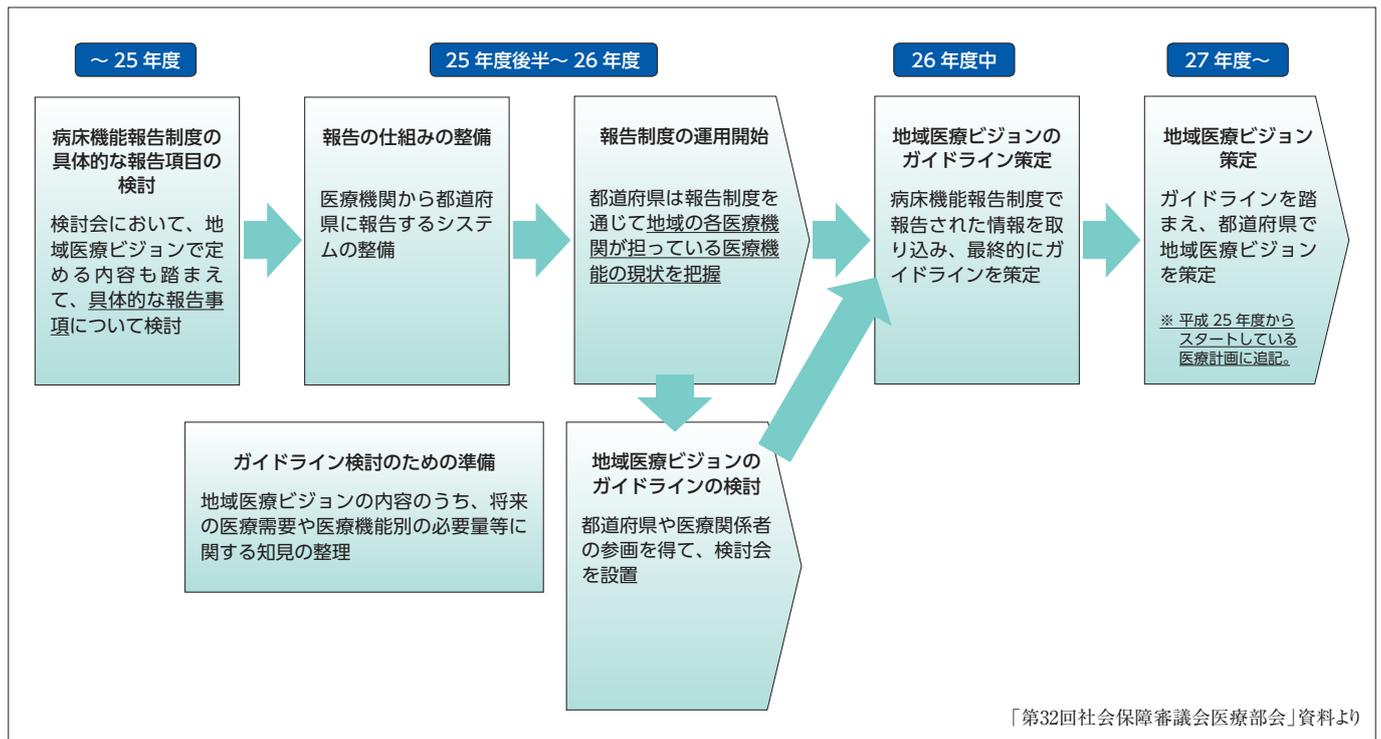
現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく。

現在のところ、案2の方向でまとまっているようですが、案2の具体的な内容としては、①現在の定性的な基準に加え、今後、定量的な基準を定める、②定量的な基準については、地域における医療機能に著しい偏り等がある場合は、都道府県が政策的に補正できる、③以上を踏まえ、診療報酬と新たな財政支援等を組み合わせ、必要な医療機能の病床数へ誘導する一となっています。

③の財政支援については、まだ具体的な姿は見えていません。地域医療再生基金等、既存の基金事業等との調整が必要となりますが、いずれにせよ何らかの基金で都道府県が調整機能を持つことになると考えられます。

地域医療ビジョンの策定までのスケジュールですが、多くが平成30年度の次回の医療計画策定に向けてという流れでした。しかし、消費税との関連もあり、動きが加速されています。

消費税については、平成26年の8%への引き上げの際には、基本診療料や調剤基本料等への上乗せを中心に対応されます。それとは別に、消費税が10%に引き上げられた場合、社会保障の安定化に4%程度（10.8兆円程度）、社会保障の充実1%（約2.7兆円程度）を充てることになっており、後者のうち医療介護の充実1.6兆円程度を確保するとされています。この財源を確実なものとするためにも、ビジョン策定が急がれるところです（図1）。



■ 図 1 地域医療ビジョン策定スケジュール

## 機能分化に対応した診療報酬改定

機能分化に関連した診療報酬改定についての議論も進んでいます。高度急性期・一般急性期に関しては、「急性期病床における患者像を適切に評価する」ことを前提に、

- ・ 機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
  - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による患者の状態に応じた医療の提供
  - ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
  - ・ 退院・転院に係る連携の強化
  - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮
- などが課題となっています。

また、慢性期については、「急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図り、社会的入院が発生しないよう留意」し、

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
  - ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受け入れ体制の充実
- を図ることが検討されています。

さらに回復期については、急性期病床からの患者の受け入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受け入れなど、亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期（亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料）の機能に応じた評価」について検討するとされています。

懸案の一つである在宅医療については、「介護報酬との連携に留意」しつつ、

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
  - ・ 24時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの大規模化の推進
  - ・ 在宅歯科医療の推進
  - ・ 在宅薬剤管理指導料の推進
  - ・ 訪問診療の適正化
- などが検討されています。

\* \* \*

改正医療法案は、来年の通常国会に提出される予定です。しかし、法案がまとまるまでには課題が山積しています。本稿では紹介できませんでしたが、社会保障制度改革国民会議の報告書でも書かれていた新たな医療法人のあり方なども、今後、さらに議論が進められていくことになると思われます。社会医療法人制度についても、制度創設から6年が経過したにもかかわらず、認可法人数が200に満たないという状況に、「失敗」であったとの評価の声もあります。また、チーム医療あるいは在宅医療の推進に関連して、看護師等の業務範囲の見直しについては、補助看法の改正だけでなく関連する職種との調整など、容易ではない課題が出てきます。

医療提供体制を大きく変えようとする改正医療法について、結果だけでなくその議論の経過を看視していくことも、新たな制度において、より良い経営、運営していくために必要だと考えています。



## Part 2 識者から

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授  
九州大学名誉教授

**尾形 裕也 氏**

(社会保障審議会医療部会委員)

### 2025年モデルを意識した 病床機能報告制度

今回の病床機能の分化に先立って「急性期病床群」創設の議論があったのですが、この話に象徴されるように、急性期の機能を明確にすれば、おのずとそれ以外の機能も明確になっていくという認識が関係者の中にもあったと思います。

わが国の急性期病床の機能が未分化であることを象徴的に表しているのが、OECDヘルスデータを使って出される各国の平均在院日数です。日本は17.9日、アメリカは4.8日、フランスは5.6日で、突出して日本の平均在院日数が長くなっています。これは、一般病床の数字を抜き出しているからですが、日本の場合、一般病床イコール急性期病床でない証左でもあります。現在、急性期病床に最も近いのはDPC対象病院の病床ということですが、一般病床を有する病院全体としてみた場合には、必ずしも急性期病床のみとなっているわけではありません。

今回の病床機能報告制度が意識しているのは、福田／麻生政権時代の社会保障国民会議における改革シナリオでしょう。そこに向けて、現在、一般病床とひとくりにされている機能を、高度急性期、一般急性期、回復期の大きく3つに区分したいということです。現在の診療報酬では亜急性期、回復期といった名称の点数設定がなされていますが、それを医療法で明確に区分し混乱を整理したいということです。

### 急性期にはさらに資源が投下されるべき

個人的には診療報酬政策の柔軟性を支持していますが、一方マイナス面もあります。そのマイナス面の象徴が、かつての急性期特定入院加算の廃止でした。たとえば、外来対入院患者数比率を1.5対1に抑えるといった画期的な内容が盛り込まれ、当時の急性期を目指す多くの病院が取り組み、あるいは取り組もうとしていましたが、平成18年の改定であえなく廃止になってしまった。病院経営の重要な戦略にかかわる事項が2年に1度、簡単に変わっていいのかどうか、再考の余地はあると思います。

また、社会保障国民会議のシミュレーションでもそうでしたが、急性期機能が7:1看護に集約されることを懸念する声があります。しかし、急性期病床の平均在院日数を9日程度としていることを考えると、医療の質を落とすことな

くこの平均在院日数を7:1看護で日常的に達成できるかどうか。むしろ、本気で2025年モデルに取り組もうとすれば、5:1あるいは4:1に向け、より集中的に資源を投下する必要が出てくると思います。7:1への集約は、その前段のステップだろうとも考えています。

ただし、現在のすべての一般病床が7:1以上に取り組む必要があるということではありません。おそらく、1週間程度で退院させるような病床数は、かなりスリムになっていく。その一方で、高齢化を考えると在宅ケアの分野からの多くのニーズが発生し、それに対する資源が必要になっていくはず。そして、急性期—在宅の中間に位置する機能は、徐々に交通整理されていくと考えます。長期にわたって継続的にケアを提供するのは、介護もしくは居住系の施設で、少なくとも病床でなくなる可能性が大きいです。

### 地域医療ビジョンと医療・介護の連携

高齢化や人口規模など地域の特性を踏まえ、地域医療ビジョンは全国一律のものではないはずです。全国の地域医療ビジョンを合算すると2025年モデルになるというのが理想でしょう。策定期間については次期医療計画見直しに併せてという声もあるようですが、消費税の一部を医療、介護にという主張をするのであれば、報告制度も早々に動かし、10%引き上げ時には地域医療ビジョンが始動しているという環境が求められるのではないのでしょうか。

加えて、地域医療ビジョンを描く前提である報告制度の課題としては、4区分の機能について定量的な基準をどう設定するかということ。そして、機能については現状と将来の方向性を報告することになっていますが、「将来の」時間をどこに設定するのかで大きく違ってきます。

もうひとつの大きなテーマである在宅医療の推進のカギを握るのは訪問看護です。しかし、介護保険制度導入以降、利用者負担の問題もあるのですが、訪問看護は伸び悩んでいます。また、訪問看護こそ規模の経済が働くにもかかわらず、大規模なステーションは増えていません。平成26年の診療報酬改定では、その辺りが課題になってきます。

最後に、2025年モデルをより良い形で実現するには、医療と介護の連携が重要であると多くの関係者が指摘していますが、現実には5年に1度の医療計画と3年に1度の介護保険事業計画で時間差、ズレが生じてしまっています。そこで、医療計画を6年ごとの見直しとして、その間、介護の見直しが2回入るようにはすべきではないのでしょうか。また同様に、現在2年ごとの診療報酬改定も介護報酬改定と併せ、3年ごとの常に同時改定にしてはどうでしょうか。そうすることで、医療と介護の連携が実態を伴ったものとして実現しやすい環境ができるのではないのでしょうか。(談)



社会福祉法人寿楽福祉会

統括施設長 岩井 深之 氏



社会福祉法人寿楽福祉会

## 25年間の取り組みの集大成としての「自立支援介護11カ条」

—まず、貴法人で掲げている「自立支援介護11カ条」について、教えてください。

**岩井** 社会福祉法人 寿楽福祉会は、昭和63年3月31日に設立されましたが、特別養護老人ホーム寿楽荘は、その翌年、平成元年2月16日に開所し、以来25年間、地域に寄り添って福祉活動を行ってきました。この25年間の実践と工夫の中で気づいたキーワードを集約したものが、「自立支援介護11カ条」です。

例えば、「食事はあたたかくて好きなものを食べる」。25年前は私どもも分かっていませんでした。良かれと思って減塩や糖尿病食ばかりを出していたところ、山のように残飯が出ました。聞いてみると、「こんな味のないものは食べたくない」と言われる。食事は、食べてもらえなければ意味がありません。「良かれと思って」では通用しないと気づいたのです。

数年前には施設を大改装し、会議室などを潰して食堂兼リビングを数カ所に設置しました。ご飯の炊ける匂い、お味噌汁の匂いがする生活にするために、入居者の方にお米を研いでもらったり、味噌汁の材料を刻んでもらったりしています。取り組み当初は、「なんで私らがせなあかんの」という声もあり、職員側にも戸惑いがあったようですが、今ではそういうことが好きな入居者の方も少なくなく、能動的な生活リズムの一つになっています。「亭主関白だった主人が、皿洗い

をしている」と驚かれるケースもあります。

また、「トイレでは床に足をつけて座る」「イスに座る時は足を床につける」という項目もあります。寿楽荘のリビングには、34センチ、36センチ、38センチ、40センチと4種類の高さの椅子、それに合わせたテーブルがあります。これは、入居者の方の下腿長に合わせて、椅子の脚を調整した結果です。これによって、しっかりと床に足をつくことができ、両足を踏ん張ることで脳に信号が伝わるのです。また、介護を担当する職員の腰痛も解消されました。

食事のときには、車椅子のまま食べるのではなく、椅子に移ってから食べて頂きます。椅子はやや前かがみになっており、これによって口から胃のラインが真っ直ぐになります。これら改善の結果、流動食がきざみ食に、そして普通に近い食事にと、大きく改善されました。トイレも同様です。FUNレストテーブル（前傾姿勢支持テーブル）を設置し、肘で体を支えて立位を保てるようにしました。何度も転倒した恐怖感から解消され、7年もオムツを当てていた方が外すことができたなど、こちらも劇的に改善されました。

医療にも科学があるように、介護にも科学があります。「自立支援」の技術を開発してきた職員の一つひとつの積み重ねが、「自立支援介護11カ条」です。在宅のお宅にも貼って頂き、また、実践発表会を通して、職員の体験と気づきを発表し共有し合っています。

### 「自立支援介護」11カ条

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p>1. いつも気持ちのいい服装で生活する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「流行」よりも「着心地優先」</li> <li>● 「外出」する時は「おしゃれ」を忘れない</li> </ul> <p>2. お茶を入れて美味しく水分をとる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「入浴後」は水分補給で「脱水予防」</li> <li>● 「水分補給」の目標は一日「1,300ml」</li> </ul> <p>3. 食事はあたたかくて好きなものを食べる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「楽しい会話」は最高の「食欲増進剤」</li> <li>● 「無理のない運動」も最高の「食欲増進剤」</li> </ul> <p>4. トイレでは床に足をつけて座る</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「足」をつくことができれば踏んばれる</li> <li>● 「踏んばる」ことができれば「気ばれる」</li> </ul> | <p>5. 部屋から出て夢中になれることをする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「買物」などを見るだけでも「夢心地」</li> <li>● 「心が躍るような非日常」の時間をつくろう</li> </ul> <p>6. イスに座る時は足を床につける</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「足」を床につけると筋力がつく</li> <li>● 「筋力」がつけば「座位」がとれる</li> </ul> <p>7. できることを見つけて積極的に生きる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「昔とった杵柄」できることはする</li> <li>● 「できないこと」は遠慮なく助けてもらう</li> </ul> <p>8. 窓を開けて新鮮な空気をとり入れる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「灼熱の夏」は計画的な空気交換を行う</li> <li>● 「厳寒の冬」こそ計画的な空気交換が必要</li> </ul> | <p>9. 風邪やケガなどの治療はすばやく</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「寝たきり」は長期入院が原因</li> <li>● 「素人判断」は命取り「早期治療・早期快癒」</li> </ul> <p>10. 歯をみがき風呂に入りサッパリとする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「歯磨き&amp;風呂」は日常生活の基本</li> <li>● 「風呂」の中での洗髪・洗顔は自分でやる</li> </ul> <p>11. 老いに感謝してマイペースで暮らす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「体」の不自由はお互いさま</li> <li>● 「助けられたり助けたり」のんびりが一番</li> </ul> |
|--|--|---|

## 社会福祉法人寿楽福祉会 概要

〒564-0001 大阪府吹田市岸部北4-9-3  
TEL 06-6337-8400

### 【施設概要】

■特別養護老人ホーム寿楽荘  
定員50名 / ショートステイ 定員4名 / ヘルパーステーション / ケアプランセンター / 配食サービス (吹田市委託事業)

■特別養護老人ホーム寿楽荘いたかの  
定員80名 / ショートステイ 定員10名 / ケアプランセンター / デイサービスセンター 一般型: 定員40名 (平成26年4月オープン予定)

■寿楽荘千里山西  
デイサービスセンター 一般型: 定員49名、認知症型: 定員12名 / ヘルパーステーション / ケアプランセンター / 配食サービス (吹田市委託事業)

■寿楽荘竹谷  
生活リハビリハウス 一般型: 定員10名、認知症型: 定員10名 / ケアプランセンター

■吹田市千里山西地域包括支援センター (吹田市委託事業)



## 「本当の日常」を気づかせてくれた一句

—日常生活とは別に、積極的な地域参加でも特徴があるとお聞きしています。

岩井 入居されている方は、大正生まれの方や、100歳を超えた方も少なくありません。私たちの使命は、そのような方々を介護漬けにするのではなく、より能動的に地域に参加できるように支援することです。おかげさまで、近隣の中学校をお借りした運動会は、自治会などの協力を頂いて今年で22年目の開催となりました。綱引きもするし、玉入れもするし、リレーもする。車椅子で参加するのは。必死に走っている子供たちにつられて、気がつくと車椅子から立ち上がっているといったこともあります。もちろん、危険を伴いますので、後ろでは職員がしっかりとガードしているのです。そのほかにも、「車イスでくたく散策」、「寿楽荘盆踊り大会」、「風船バレーボール大会」、「寿楽荘紅白歌合戦」などの年間行事や、「ご近所ビューティフル作戦」、「介護の日千一夜」、「自立支援介護だよ全員集合！」などの地域福祉活動の推進、「夢中になれることは何?」、「オムツをしている人はゼロ」、「褥瘡ゼロ作戦プラン」などのサービス改善の推進など、地域の中で職員一人ひとりが果たす役割は多岐にわたっています。



職員とともに企画・製作した『ひいじいちゃんはおじいちゃんのかみさま』(絵:長谷川知子、文:中村鉄子)は、寿楽荘の入居者の方をモデルにした絵本で、優しさに溢れています。

このように積極的な地域参加を展開するきっかけとなったのが、忘れもしない、施設がオープンした最初の七夕の出来事です。入居者の方が書かれた短冊の中に、一つの川柳が混じっていました。

「これ高い、あれ高いと覗く浮世に遠ざかり」

スーパーのチラシを見ては、これが高い、あれが高いと皆でおしゃべりしているが、私たちは、もう決して買い物に行けることはない、という意味なのでしょう。これではいけない。籠の中の鳥のような気持ちにさせてはいけないと思っていた矢先、車椅子の入居者の方が6名で陳情に来られたのです。

「決して迷惑はかけない。自分たちで車椅子を漕いで行くので、スーパーに買い物に行かせてほしい。」

職員間でとことん議論して、ついに外出が始まりました。当時の施設長が掲げた理念に適ったものだったのです。すなわち、「お年寄りの自主性を尊重する」「多様なニーズに応える」です。今では普通の言葉ですが、当時の状況からすれば革新的なことでした。

## 入居者の能動性を支えるのは職員の活性化

—そのような法人理念や「自立支援介護11カ条」などを実現していくためには、職員の採用・育成・定着は重要な問題だと思います。

岩井 ご指摘の通りで、人が最大の財産です。平成元年当初は年間50%の離職率という大変な状況でした。1年半ほど経過して落ち着いてきたのですが、その後、離職率が下がるにつれ、不思議と年間死亡退所者数も減っていきました。昨年、日本経営で実施して頂いた「組織活性化分析」でも、高い評価を頂けたと聞いて安心しております。

職員の活性化と、入居者・利用者の皆さんの能動性とは、密接に関連しています。今後は、職員のステージをさらに広げていくためにも、より現場に権限と責任を委譲し、より能動的に仕事ができる組織に高めていく必要があると考えています。

ただ、私たちの目的はあくまでも「自立支援介護」を地域に広げていくことにあります。したがって、新しい施設をオープンする際には、事業とか給与とかいう話から入るのではなく、私たちの実践発表を通して「この街に住んでよかった」と思っただけの地域貢献活動を担う仲間づくりに重点をおいています。おかげさまで今のところはそれが受け入れられて、職員募集の際にも多数の応募を頂くことができています。

入居者の方や利用者の方の笑顔や能動的な生活を支えるのは、現場の実践を通じた技術開発です。今後も、毎日の一つひとつの挑戦を大切にして、取り組んでいきたいと思えます。—現場の実践の中にこそ、開発の芽があるのだということを教えて頂きました。まことに、ありがとうございます。

(文責:編集部)

# 会計・財務・税務の役割

## ～新連載にあたって～

税理士法人日本経営

日本経営グループは、会計事務所からスタートし、各分野のコンサルティング事業を展開してきました。本誌連載『日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して』にもありますように、医業が税制的に守られていた時代から、多くの医療機関・介護福祉施設をご支援して参りました。会計は、「経済秩序確立の学問」とも呼ばれます。経済や経営にとって何が重要であるのかを教えてくれるのが「会計」です。会計・財務・税務の分野において、当社が担う代表的な役割をご紹介します。

### （１）経営管理の支援＜実態把握＞

会計は経営の意思決定にとって役に立つ必要がありますが、そのためにはまず、「早く」「正確に」実態を把握する必要があります。しかし、現実にはそうならないケースは少なくなく、例えば、「月次試算表は翌月の末まで作成されてこない」「医事課からの診療実績と経理による医業収益にいつもズレがあり現場の感覚と合わない」という状況を見聞きします。

具体的なお支援としては、当初は試算表作成の早期化・適正化、未収管理や固定資産管理といった会計・経理体制の構築です。次のステップとしては、診療科別や病棟別損益計算等の管理会計の充実です。これら実態把握のレベルアップを行ったうえで、実績検討会議指導などを通じて、経営管理機能の充実のご支援をしています。

### （２）財務管理の支援＜経営判断＞

医療機関・介護福祉事業は、新しい技術やサービスを提供するために、施設や高額機器等の投資を繰り返して行う必要がある資本集約型産業の側面があります。その投資の間に、地域の人口構成や厚生政策が変化し、また職員も入れ替わります。いつでも十分な投資ができるだけの内部留保を実現するのは難しいことで、経営者は常に次の投資を考えて、戦略や施策を定めなければなりません。

具体的なお支援としては、個別案件についての収支シミュレーションの作成や金融機関への説明資料作成をご支援します。また、単年度の予算作成や中期経営計画の策定を通じて、将来展望やリスクの「可視化・見える化」を行い、それに連動した資金調達計画等の財務戦略構築まで、多岐

にわたるご支援をしています。財務状況によっては、金融機関に対するリスケジュール依頼をご一緒に検討することもあります。

### （３）事業継続の支援＜ガバナンス強化と承継＞

経営者の最大の使命は、職員の雇用を守ること、そして地域における社会資源ともいえる医療・介護・福祉の事業を継続的に発展させることにあります。何代にもわたって、事業を引継いでいくには、人（後継者）と金（資産）を次世代にバトンタッチしていくことが必要で、代替わりによって法人から資産を流出させたくない、後継者にはできるだけ借金を引継ぎたくないというのが多くの経営者の願いです。

具体的には、複数施設・事業におけるグループ全体の資産や組織構成の再編、公共性やガバナンスを高めた法人形態への移行検討（社会・特定医療法人など）、出資持分評価や相続を含む後継者への事業承継対策等について、財務・事業の両面から経営を次世代へ継承していくご支援をしています。また、最近では、事業拡大のためのM&Aのスキームの検討等のご相談も多くなっています。

当社の会計・財務・税務の機能は、以上のような役割を基本として、お客様の経営、日々の運営を継続的にご支援しております。

このニュースレターでは、病院の経営者・経営幹部の方が、同じように実務の中でお困りになされている事例について、専門家として分かりやすくポイントを解説することによって、皆様の経営に役立てて頂ければと考えております。ご期待下さい。

# 病院の会計・財務・税務



## [基礎編①] お金の残る経営 残らない経営

税理士法人日本経営 病院事業部  
副部長 藤原ますみ

“業績は上がっているのに返済が思うように進まない…”

“先月は患者も多かったのに経理から報告される数字はあまりよくなっていない…”

経営の舵取りをされる中、経営数値の理解が、どうもしっくりこないという声をよくお聞きします。

そこで本コーナーでは、会計・財務・税務を経営に役立てるためのポイントや現場での勘所をご紹介します。

当初は基礎編として、経営を進める上で外せないポイントとなるオーソドックスなテーマを扱う予定です。

## 損益計算書とキャッシュ・フロー計算書を読む

決算が近づいて税理士から「大きな利益が出て、納税額も増えそうです」と納税予測を見せられ、びっくりされた経験はないでしょうか。これに対し、事務長は「やりくりしないと納税できない」と言う。片や利益が出ていると言い、片やお金が残っていないと言う…。実は、どちらもが「正しい」ことを言っているのです。

ここに、期初（前年度末）の現金は2億、年間利益6億の病院が2つあります。しかしながら、A病院は預金が8億残り、B病院は1億しか残っていません。「今年は利益を出せたのか」「現金はどこに行ったのか」…。このような疑問に答えるのが、損益計算書とキャッシュ・フロー計算書です。

A病院 (億円)

利益	6
現金	8

B病院 (億円)

利益	6
現金	1

次に、両病院のキャッシュ・フロー計算書を見てみましょう。

A病院 キャッシュ・フロー計算書 (億円)

期首預金	2
業務活動によるCF	9
投資活動によるCF	
財務活動によるCF	-3
期末預金	8

減価償却前  
利益

保険積立

借入返済

B病院 キャッシュ・フロー計算書 (億円)

期首預金	2
業務活動によるCF	7
投資活動によるCF	-3
財務活動によるCF	-5
期末預金	1

- A病院は、業務活動で9億の現金を生んでいます。返済は3億で、差し引き、期末預金は8億です。
  - B病院は、業務活動で7億の現金を生んでいます。返済は5億で、それに加えて役員の退職積立として加入した保険が3億。差し引き、期末預金は1億となっています。
- このように、キャッシュ・フロー計算書を見れば、お金がどこに消えたのかは明らかです。

B病院に預金が残らないのは、減価償却前利益が少ない中、返済を急ピッチで進め、将来への積み立てもしているためです。A病院に預金が残っているのは、減価償却前利益が多く、返済のピッチが小さく、残りはすべて預金にしているためです。

どちらの経営が良いかを簡単に論じることはできません。ここで見て頂きたかったのは、お金が残るから良い経営、残らないから悪い経営ということではないということです。ただ、他病院・同規模病院の平均データ等と比較すると、自院の経営課題が浮き彫りになることも確かです。お金をどう使っているのか、お金が残っているように見えているだけで、実は問題を先送りしているだけではないのか。私たち専門家の分析なども参考にして頂き、会計・財務・税務を、ぜひとも経営に役立てて頂ければと思います。

次回は、財務三表のうちの一つ、貸借対照表について、お伝えします。

まず、A病院、B病院の損益計算書を見てみましょう。

A病院 損益計算書 (億円)

収益	90	費用	81
		減価償却	3
		利益	6

B病院 損益計算書 (億円)

収益	90	費用	83
		減価償却	1
		利益	6

- A病院は最近大きな設備投資をしたので、減価償却費3億を引いた後の利益（6億）です。
- B病院は古い設備で我慢しているので、減価償却費は1億と小さくなっています。

病院のおよその支払能力を見るときには、減価償却前の利益を見ます。なぜなら、減価償却費は過去の設備投資（額）を、1年の損益計算書の中で平準化した経費として表したものであるため、実際に現金が出て行っているわけではないからです（例えば、8年使用できる内視鏡は、8年間で8分の1ずつ経費にする）。減価償却前の利益は、A病院は9億、B病院は7億。A病院のほうが支払能力は高いと考えられます。

## 『2013 病院組織人事シンポジウム』を開催！

(株)日本経営は、10月12日、病院の経営層を対象とした「2013 病院組織人事シンポジウム」(会場：ウェスティンホテル大阪)を開催いたしました。講演終了後のパネルディスカッション(ファシリテーター：日本経営部長・小畑)でも、会場との積極的な意見交換を行っていただきました。講師及びテーマは以下のとおりです。

## ■第1部：『理念連動型』組織改善システムとは

講師：社会福祉法人恩賜財団 福井県済生会病院  
事務副部長 齋藤 哲哉氏

## ■第2部：強い組織を作る仕組みと育成手法

講師：社会医療法人 愛仁会 法人本部長  
松原 正明氏

## 第1部

I 病院の差は、  
職員の「エンゲージメント」の差

当院は2012年度、日本経営品質賞を受賞しました。評価のポイントは、①理念の共有・浸透から行動を振り返る学習の常態化、②医師と職員が一体化した医療サービス提供の革新、③現場・組織風土改善ツールの展開と学習の仕組み、④連携医との良好な関係構築と選ばれる病院作り一などでした。

1998年に当院は新病院に移転し、一気に患者数も増えましたが、患者増に見合う職員の数も質も不足していたため、患者満足(CS)が下がってしまいました。そこで、CS向上のための取り組みとして、SQM(Saiseikai Quality Management)をスタートさせました。SQMは、ISO9001、BSC、シックスシグマの3つのツールを融合させた私たち独自の取り組みです。その内容は、個人、部署、病院の現状及び目標を4つの視点(財務、患者、業務、職員)で捉え、目的を明確にし改善の進捗を評価、これらをISOの手法を使ってPDCAを継続的に回していくことで、病院全体の運営をマネジメントしていきます。さらに、ワークアウト(WO)の手法を使って、問題解決を迅速にし、かつチームワークを醸成させ職員間のコミュニケーションを円滑にさせています。

年に数回実施されるSQMインタビュー(内部監査)は、研修を受けた職員が他部署へ出かけ、目標の進捗・仕組みの確認を行うとともに、「素晴らしい改善活動」を収集します。これによって、職員が病院全体を俯瞰することができ、病院経営への参加実感を持つこともでき、積極的な姿勢も生まれています。

当院では2002年から3カ年ビジョンを開始していますが、2005年からの1年間の調査で、ESが低下していることが判明しました。当院では、ES(職員満足)の向上こそがCSの向上を支えると考えており、2007年から「働き甲斐のある職場」を重点目標として、ES向上にむけたベンチマーキングを開始し、理念・バリューに沿った行動を評価する「済生会ホスピタリティ賞」を創設しました。これは、病院の感動を職員全体で共有するプログラムでもあります。

当院の理念は「患者さんの立場で考える」です。これを徹底することで当院としてのバリューを創造しました。その上に「病院の差は働いている職員の差」という意識が病院幹部を中心に根付いています。SQMをはじめとする一連の取り組みで、職員の「エンゲージメント(自分が働いている病院への愛着心)」を高め、より良いCSを創造できる強い組織作りに取り組んでいます。



齋藤 哲哉氏

## 第2部

## II 「当たり前」の文化を創造

当グループは、社会医療法人愛仁会、医療法人蒼龍会、特定医療法人明石医療センター、社会福祉法人愛和会の4つの法人からなる医療・介護グループです。

多くの施設、多くの職員をまとめ、経営管理システムを機能させ、強い組織作りを進めてきました。具体的には、以下の取り組みを実践してきました。

- ① 法人の起源としての理念の形成
- ② 合議制の徹底
- ③ 目標必達
- ④ 経営資源への積極的投資

愛仁会は、1958年、竹中初代理事長、中後2代目理事長など数人の同志的意識を持った医師が集まり、わが国の医療のゆがみを解決すべく、統一された理念のもと地域社会に適応できる体制を作り、有機的効率的に運営することを目的として創設されました。そして翌1959年に千船診療所が開設され、現在に至っています。

法人創立20周年日には、3つの理念を掲げ、創立30周年でさらにその理念を「5つの理念、3つのモットー」へと昇華、社会情勢の変化へ適応しさらなる発展を目指してきました。

その理念を実現させるために意識したのが、「職員参加型経営」です。そのため、社員制度を導入し、組織活性化・法人への帰属意識を高める取り組みを行いました。同時に職員参加型経営を実践するため「当たり前」の文化の創造に取り組んだのです。

私たちのグループでは、健全な組織運営のため合議制を徹底しています。組織上、社員総会が最高意思決定機関となっており、たとえ理事長といえども社員総会の決議なくして重要な事案についての意思決定ができない仕組みとなっています。

一方、組織活性化の取り組みとしては、人事評価制度や褒賞制度、学会発表支援など、法人への帰属意識を高める取り組みとしては、合同辞令会や創立記念式典、海外研修旅行を行っています。施設三大イベント(ビール大会、忘年会、納会)も帰属意識の向上には大きく寄与していると考えています。

また、当グループの最大の特徴の一つが、TQMの取り組みです。中長期計画など組織の方向性をトップダウンで示し、方針管理で目標を浸透させ、業務改善によって現場からのボトムアップで組織や業務を活性化させます。これらを融合させた取り組みがTQMなのです。

そして、これら各種の仕組みを愚直にやり切ることで、「当たり前」の文化が創造されます。これらをさらに強化していくことで、あらゆる変化に柔軟に対応できる強い組織作りを実現しています。



松原 正明氏



## 階層別役割責任に基づく職務権限の整理方法②

# 発展的な組織作りのための 権限委譲を機能させるルール

### 1. 整理過程での課題

職務権限を整理する過程で、なかなか権限委譲ができないといった状況に遭遇します。たとえば、「彼にはまだ早い…」といったように、現状の役職者のマネジメントレベルに目線がいき、権限委譲が進んでいかないといったことです。これは、特にトップダウン型の経営者によくみられる傾向です。職務権限の整理において、トップダウン型の経営者には忍耐が求められることもあります。

### 2. 職務権限を明確にする際の留意点

職務権限を明確にし運用していく中で、以下のような問題点が出てきます。したがって、職務権限を整理すると同時に、運用ルールも明確にする必要があります。

**問題点①** 職務権限の独断的乱用が発生する

**解決策①** 職務権限の独断的乱用の抑制のため「報告・連絡・相談」のルールを明確にする

#### 具体策

##### (報告)

この規程における各条項を執行するにあたり、上司に対して必要な報告がなされなければならない。報告を受けた上司はさらに上司への報告が必要と判断された場合、速やかに報告をしなければならない。報告は、義務である。

##### (連絡)

この規程における各条項を執行するにあたり、他部門あるいは部門内

の情報交換ないしは調整が必要な場合、連絡調整によって法人ないしは部門全体としての調和を図る必要がある。

##### (相談)

この規程における各条項を執行するにあたり、疑義や判断に迷いを生じる、または確認を要する場合は、決して独断的には進めず、適宜上司に相談の上遂行しなければならない。

**問題点②** 部下へ職務権限を委任し、上司がその責任を放棄する

**解決策②** 権限を委任したことによって、委任者の責任がなくなるわけではないことをルールとして明確にしておく

#### 具体策

##### (委任者の責任)

権限を委任した場合、委任者はその職務を委任したことによってその責務および処理についての監督の責任を免れるものではない。また受任者は委任者に対して、経過および結果について報告の責任を負う。

**問題点③** 権限を委任するに適当な者が当該部門に不在

**解決策③** 組織に応じて権限が明確になるルールを設定する

#### 具体策

部長不在の部門における職務権限は、当該部門の上位管理者（部長相当職）にあることを原則とする。ただし、当該部門の職務の専門性や複雑性、部門の規模や人員の充実度等から前記上位管理者が職務権限を有することが妥当でないと認められるときには、経営者の決定により当該部門の実質的な責任者に職務権限を委譲することができる。

### 3. 会議・委員会体制も検討する

前号でも解説しましたが、権限は役職にだけつくとは限りません。会議で決裁する場合があります。そのため会議体系の見直しも同時に進めていくことが大切です。介護施設では会議・委員会が多数開催されています。多忙な業務の合間を縫って調整し開催しているものの、「マンネリ化している」「参加者からの発言がない」「決定した事項が徹底されない」等の問題を抱えているケースが多いといえます。原因としては、各会議・委員会の位置づけとその開催目的が明確になっていない、または共有されていないことが考えられます。

業務効率化を実現したい場合、決定事項を周知徹底させたい場合、施設・部門・部署で一体感を持って業務に取り組みたいといった場合には、責任・権限などの組織体制を見直すだけでなく、会議・委員会機能の見直しを行うことで組織機能の最大化を図ることが可能となります。



## N社長の思い出、少し変わっていた社員育成

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



K社の社長さんから突きつけられた課題は、得意先ごとの、商品ごとの、そして担当者ごとの損益が分かるような試算表ということでしたが、実際に取り組んでみると、社員が20名程度の会社なのに、1カ月の伝票が6,000枚を超えるような数になってしまいました。まだ20代だった私も際限のないような入力作業に取り組みました。この新しい試算表作りにあたって、会計顧問料を少し上げていただきましたが、まったくの原価割れといった状況でした。それでも引き受けたのは、私たちのサービスはお客様のニーズから、決して逃げることなく受け止めるという思いがあったからです。また、それが新しい商品開発につながるという信念もありました。実際に、日本経営における指標となっている「一人別損益」(社員個人単位の損益計算書)は、この経験なしにはありえません。だから、このK社での経験がなかったら、日本経営グループの現在も少し違った姿になっていたのかもしれない。

K社の社長、Nさんの話をもう少し。

N社長は、10代のころ、カバン一つで宮崎県延岡市から単身、大阪にやってきました。そして彼の伯父が経営していた繊維関係の会社で修行、その後、独立してK社を興しています。私が出会ったのは、創業して10年を少し過ぎたあたりでした。年商は4~5億円。零細企業が圧倒的に多い内装関係にあっては、比較的大きな規模になります。

創業当時のK社は、会社というよりも「一家」という雰囲気だったようです。社員は全員N社長の自宅で食事をし、N社長の奥さんは社員から姐(ねえ)さんと呼ばれて

いたそうです。N社長は、仕事はもちろんですが社員の生活についても厳しく教育していました。

あるときのことです。車を買ったと報告してきた社員から、月額ローンの2万円と聞いたN社長は、その社員に「来月から2万円給与から引いておく」といったそうです。驚いた社員がその理由を聞くと、「うちの会社は、車を買えるほど高い給料は出していない」から、ということだったそうです。実際に給料から引いたかどうかは分かりませんが、N社長としては分相応の生活をしなさい、ということだったということです。

その一方で、社員のほとんどは持家でした。それは、すべてN社長が保証人になって銀行から借入れをさせ、ローンを組ませていたからです。身の丈にあった生活を、贅沢をしないで一生懸命に仕事をして家族を養うことの大切さを教えたかったのだらうと思います。

N社長の目標は、零細企業がほとんどだった内装会社をキチンとした会社組織にしたいということ、そして人創りでした。会社は継続してこそ社会的な価値が増します。創業者が何らかの理由で身を引いたとたん、潰れてしまう会社が数多くあるなかで、K社をそんな会社で終わらせたくないという想い、願いからでした。N社長のその願いは叶っています。今でも、K社はインテリア会社として立派に存続しています。しかし、残念ながらN社長は、平成8年、ガンのために亡くなってしまいました。53歳という働き盛りときでした。亡くなる2年前に、ガンであることを告げられた私は、N社長からあるお願い事をされたのです。(続く)

### ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

### 次号予告

#### 特集：医療・介護施設の クレーム対応マニュアル(仮題)

患者や利用者の意識やニーズは、以前とは比較にならないほど高まり、そして多様化しています。いわゆる団塊の世代の高齢化の進展は、この動きにさらに拍車をかけられるとされます。今後、医療や介護の現場では、患者や利用者、またその家族からの要求やクレームと向き合うことが要求されます。現場目線での対応について考えていきます。

その他

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ  
本社 大阪府豊中市寺内2-13-3  
東京支社 東京都千代田区神田河町2-11-1  
編集部 東京都千代田区神田河町2-11-1  
TEL 03-5255-9171  
FAX 03-5255-9171  
発行 500円(税・送料込)

NK Newsletter 2013年12月号