

事業概略書

過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

事業目的

(1) 背景

わが国における大きな政策目標として地域包括ケアシステムの構築

現在厚生労働省においては、高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のありべき姿として、日常生活圏域（30 分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築を進めており、その実現するためには、次の 5 つの視点での取組が包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須とされている。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

このような医療と介護のシームレスな連携の必要性については、「社会保障・税の一体改革大綱」の中でもうたわれているほか、社会保障制度国民会議での議論や本年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」においてもその推進の必要性が指摘されており、地域包括ケアシステムの構築がわが国における大きな政策目標ともなっている。

地域資源の状況の違いによるアプローチの違い

しかし、地域包括ケアシステムの構築が「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上で成り立つため、そのアプローチについては人口規模はもちろんのこと、医療資源や介護資源等の各種地域資源の状況によって様々である。

そこで、地域包括ケアシステムを地域特性によってその姿は異なるとは言え、全国で構築していくためには、小規模自治体に適した姿、小規模自治体で取組可能な方法を示していくことが不可欠である。

参考にすべき地域包括ケアシステム構築に関する先行事例の存在

国診協では、従来より「地域包括医療・ケア」の実践を掲げ、国保直診を中心に、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、治療（キュア）のみならず、保健（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護、福祉まで全てのサービスを包含する全人的医療を行ってきており、寝たきり高齢者の減少、施設ケアから在宅ケアへの移行、医療費の節減、地域経済の活性化等の成果を出してきた。また、

多くの地域においては、ハードが少ない状況のもと、住民と行政、関係機関間との「つながり」を重視した取組を進めてきた。

そこで、国診協で長年取り組んできた「地域包括医療・ケア」の実践例等を整理することにより、現在国が進めている、地域包括ケアシステム構築の方策を示すことができると思う。国診協における取組は、主として医療機関が中心となっているが、生活支援までも含めた取組でもあり、さらに国保直診の所在地域には過疎地が多いことから、現在課題となっている、地域包括ケアシステムにおける過疎地モデルの提示が可能となる。

(2) 目的

本事業においては、国保直診における「地域包括医療・ケア」の取組と成果を整理し、過疎地における地域包括ケアシステム構築に向けての方策等について提言する。

事業概要

(1) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

【調査目的】 地域包括医療・ケアの推進に先進的に取り組んできており、かつ成果を上げていられると考えられる地域を選定し、国保直診が進めてきた「地域包括医療・ケア」の取組状況と体制の構築過程における阻害要因とその克服方法、地域包括医療・ケアの評価指標等を把握することを目的として実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 25 年 10 月～12 月

【調査対象】 高知県・国保橋原病院
滋賀県・東近江市永源寺診療所
岩手県・一関市国保藤沢病院
福井県・おおい町名田庄診療所
富山県・南砺市民病院
広島県・公立みつぎ総合病院
大分県・姫島村国保診療所
鳥取県・国保日南病院
鳥取県・南部町国保西伯病院（訪問順）

(2) 地域包括ケアシステム構築に関する実態調査（アンケート調査）

【調査目的】 国保直診所在地域における地域包括医療・ケアの実践例と取組に至るまでのプロセス（うまくいった点、構築に当たった阻害要因等）、地域包括医療・ケアの構築に当たって重要な要素となると考えられる、行政との連携、住民組織との協働等の状況について把握することを目的として実施した。

【調査方法】 郵送発送・郵送回収

【調査期間】 平成 25 年 12 月～平成 26 年 1 月

【調査対象】 国保直診全施設（832 施設） 回収数 195 施設（回収率 23.4%）

【調査内容】 ■施設の概要（施設種類、許可病床数、在宅療養支援病院・診療所の届

出の有無等)

- 国保直診所在市町村・地域の概要（人口・高齢者人口・要介護高齢者数等）
- 地域包括医療・ケアの具体的取組（取組状況、取組の際の阻害要因等）
- 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響
- 住民ニーズの把握状況
- 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

調査研究の過程

（１）委員会・作業部会の実施

「過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会（同作業部会）」を設置し、本事業における調査の企画検討・実施・とりまとめを行った。

※検討会の実施については、地域包括医療・ケアの推進も踏まえ、必要に応じて本会役員及び専門委員会・部会委員をオブザーバーとして招集し、意見交換を行う場も設けた。また、検討会の開催以外にも、メーリングリストを活用し、随時意見交換・資料確認等行える体制を整備した。

事前検討会	平成 25 年 07 月 18 日
第 1 回委員会・作業部会合同会議	平成 25 年 07 月 26 日
第 2 回作業部会	平成 25 年 09 月 12 日
第 3 回作業部会	平成 26 年 01 月 23 日
第 4 回作業部会	平成 26 年 02 月 18 日
第 2 回委員会・作業部会合同会議	平成 26 年 03 月 06 日

（２）先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

全国 9 地域で実施 平成 25 年 10 月～平成 25 年 12 月

（３）全国実態調査の実施

全国の国保直診施設 平成 25 年 12 月～平成 26 年 01 月

（４）成果物の作成

調査結果を基に、報告書を作成した。

事業結果

（１）調査結果

1) ヒアリング調査の結果から得られた示唆

①地域にある資源の最大限の活用

中山間地域においては保健・医療・介護・福祉に関する地域資源が限られており、そのことが「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもあ

るが、本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

その背景として、地域における保健・医療・介護・福祉の連携としての「地域包括医療・ケア」が目指す姿について、キーパーソンを中心に関係者間ならびに住民との間での共有が図られていることが挙げられる。また、保健・医療・介護・福祉、場合によっては行政の一部が同じ建物に所在していることから、ハード面、ソフト面両面において連携体制が構築しやすい環境にあったことも挙げられる。

②地域住民との協働

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。地域内をさらに細分化して、それぞれに健康づくりを推進する担当者がおり、例えば健康づくり活動、健康診断受診を働きかける、早期発見、相談、健康センターへの結び付け等を行い、地域の健康づくりのキーパーソンの役割を果たしている地域もあった。その結果、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者だけでなく、介護や病気の予防の段階からの取組が行われていた。

その背景としては、地域包括医療・ケアを進める国保直診が、住民に対して当該地域が目指す「地域包括医療・ケア」の姿について説明し、住民の意見も反映させてきたことが挙げられる。上記のような住民の活動や自発的ボランティアの発生のみならず、例えば、いわゆる夜間受診やコンビニ受診の減少等もその効果として挙げられる。

このように、取組の中心となる国保直診が住民と目線をあわせ、住民とともに地域づくりを進めている点も、中山間地域における特徴の一つと考えられる。

③行政と連携した取組の推進

「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。しかし、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。

本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域においても、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、それまでの取組の継続が困難になった地域が少なくない。しかし市町村合併直後は「他の地域に水準をあわせる」という方針の下、地域包括医療・ケアの取組の継続が困難になった時期はあったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

その背景としては、国保直診の取組が成果を挙げていることが行政に理解されるようになったことが挙げられる。地域によって成果については様々であろうが、小地域での取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信してきたこと等により、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていたり、小地域での取組の継続が認められたりしていったと考えられる。

一方、特に市町村合併を経験していない地域においては、取組に関する行政

ならびに市町村長の理解が進んでおり、定期的な会議が設けられている例もあった。行政ならびに市町村長の理解・協力が、地域包括医療・ケアの推進に当たっての大きな推進力の一つとなっていることの表れと考えられる。

④医療機関としての機能を活かした取組の推進

地域包括医療・ケアの推進は、地域住民が住み慣れた地域で住み続けるための取組であることから、必ずしも現時点で介護や医療を必要としている人や高齢者のみが対象となるわけではない。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、国保直診が中心となって、住民の生活を支えるという視点で取組を推進しており、その対象も子どもから高齢者まで、そして予防から医療・介護の分野まで切れ目ない取組を推進している。

その背景としては、国保直診が医療機関であることが挙げられる。医療機関だからこそ、保健・医療・介護の分野において、また年齢層についても切れ目ない取組が可能となっていると考えられる。

2) アンケート調査結果から得られた示唆

①地域ケア会議の開催状況

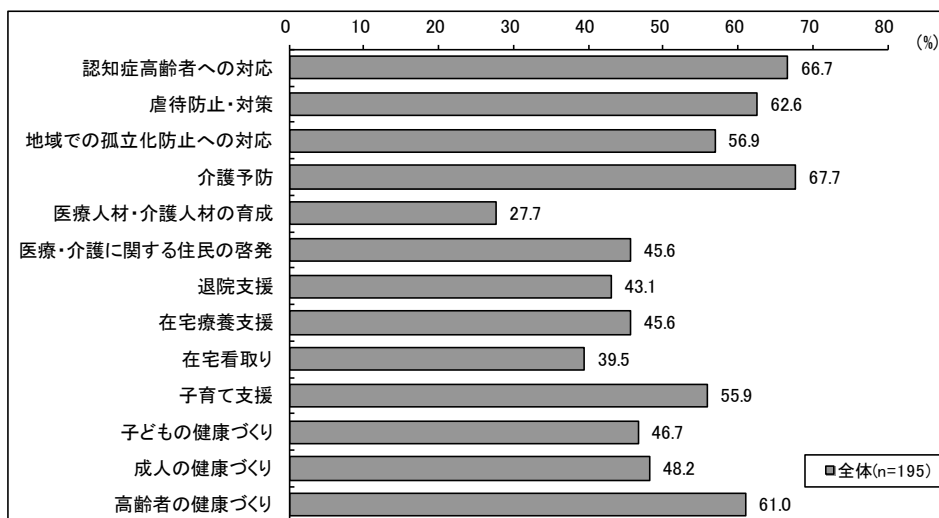
地域ケア会議のうち、「個別ケースの検討」を目的とした会議については約7割の地域で、「地域課題の検討」を目的とした会議については約5割の地域で開催していた。そして開催の中心機関は、「地域包括支援センター」が最も多かった（個別ケースの検討については63.4%）。

地域ケア会議への参加者としては、「ケアマネジャー」が最も多く（93.3%）、次いで「地域包括支援センター職員」（87.2%）、「介護保険サービス事業所」（73.2%）、「行政職員」（71.1%）。「主治医」の参加割合は32.2%。専門職以外では「社会福祉協議会」が59.7%、「民生委員」が43.6%であった。

②地域における「ネットワーク」の構築状況

地域において「ネットワーク」を構築している事例としては、「認知症高齢者への対応」「虐待防止・対策」「介護予防」「高齢者の健康づくり」が60%以上であった。「医療人材・介護人材の育成」を除き、他の項目も全て40%以上であった。

図表 地域における「ネットワーク」の構築状況

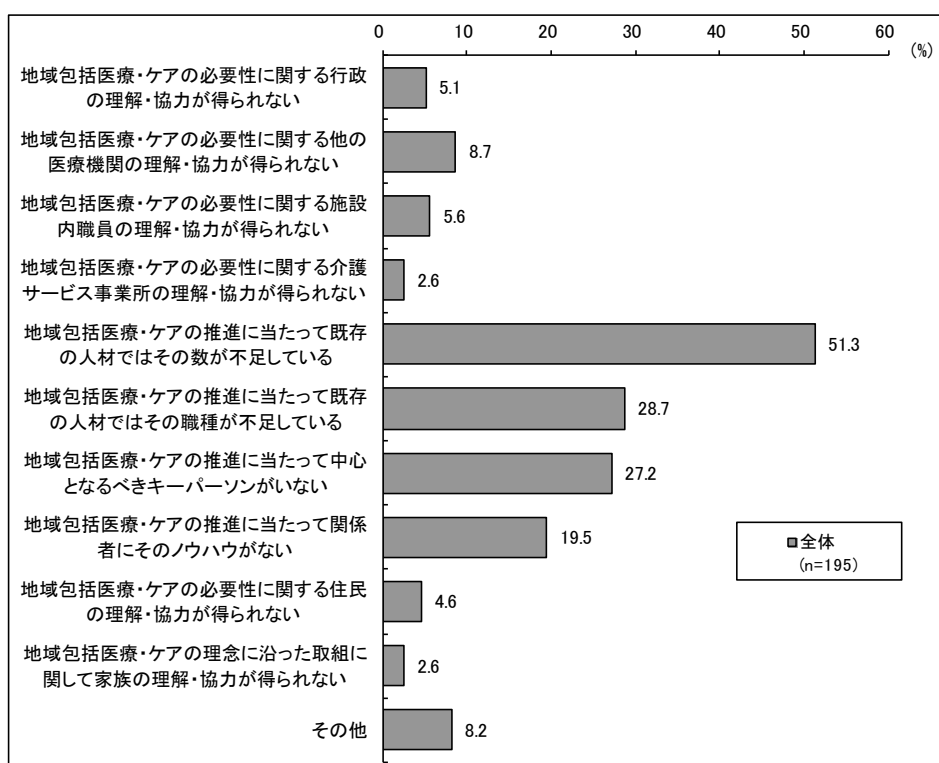


③地域包括医療・ケアへの取組状況

地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、市町村全体では「現在すでに実践している」割合は40%程度であった。そして取組を進めるにあたっての工夫としては、「関係者間での話し合い」「行政を交えた話し合い」はいずれも50%以上であった。

地域包括医療・ケア推進に取り組む際の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く(51.3%)、次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがいない」「関係者にノウハウがない」が20%前後であった。

図表 地域包括医療・ケアに取り組む際の阻害要因



診療圏域における虚弱高齢者や要介護高齢者の地域外転出が10年間で「減った(減ったように感じる)」は2%弱であるが、「増えた(増えたように感じる)」が30%弱であった。

④市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響

市町村合併があった地域は60%弱であった。市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化をみると、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、これまでは市町村合併前の方が「あった」が、現在では合併前とほぼ同水準となっている。

図表 市町村合併前後の行政の理解・協力

		市町村合併前		市町村合併後		変化の 割合	(参考)	
		あった	なかった	ある	ない		H19年度 調査	H17年度 調査
地域包括医療・ケア の必要性に関する行政 の理解・協力	病院	58.3	22.9	59.5	7.1	1.2	-8.1	-20.2
	診療所	49.2	26.2	47.3	13.2	-1.9	-18.5	-15.1

※変化の割合＝合併後の「ある」－合併前の「あった」

⑤住民ニーズの把握状況・住民組織との連携状況

住民の医療・介護・健康づくり等に関するニーズを把握する取組を「行っている」施設は、病院では 30%強であるのに対し、診療所では 10%強であり、主な具体的取組としては、「地域ケア会議」「アンケート」「座談会・懇談会」が多く挙げられていた。

地域包括医療・ケアの推進に関して地域住民や住民と協働した取組としての協働相手としては、「民生委員」が 25.6%、「ボランティア」が 14.4%、「老人クラブ」が 10.3%、「健康推進員等」が 9.7%であった。

⑥地域包括医療・ケアの推進に対する行政の関与

行政が果たしている役割としては、地域ケア会議等の開催、関係機関との調整、研修会の実施等が挙げられており、行政に期待する役割としては、医療・介護連携の調整、人材の確保・育成、地域包括医療・ケアへの理解やリーダーシップの発揮等が挙げられていた。

⑦在宅看取りへの取組状況

在宅看取りへの取組状況をみると、「在宅での看取りに積極的に対応している」が 36.9%、「在宅での看取りに対応しているが消極的」が 25.6%で、「在宅での看取りには対応していない」は 25.1%であった。

積極的に対応している理由としては、「本人の希望」「家族の希望」がそれぞれ 50%前後であった。また対応していない理由としては、「医師の負担が大きい」が圧倒的に多く 65.3%であった。特に診療所と比べ、病院においてこの傾向が強かった。

⑧地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として例示した各種指標の把握状況は低調で、把握している割合が 1 割を超えているのは「介護保険の新規認定者数の減少」「要介護高齢者に占める軽度者の割合の低下」「健診受診率の向上」のみであった。

把握している施設において、地域包括医療・ケア推進の成果として認められるものとしては、半数の施設で「基本チェックリストにおける維持・改善者数の増加」「健診受診率の向上」を挙げている。また「医療費（国保）の減少」を挙げる施設も 4 割強であった。

(2) 考察

1) 行政と連携した取組の推進の必要性

「地域包括ケア」の推進は行政の責務であるが、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、特に市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。

ただ、本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域の中には、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、「他の地域に水準をあわせる」という方針によりそれまでの取組の継続が困難になったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

また実態調査の結果をみても、市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化のうち、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、市町村合併前の方が「あった」ことが伺われるが、合併前後の変化の度合いは、平成 17 年度および平成 19 年度に同様の設問で行った調査結果と比べると小さくなっている。

このような変化の背景には、行政の理解・協力を得るために、取組の成果を示してきたことが考えられる。地域によって成果については様々であろうが、まず定量的な効果を示すこと、同時に定性的な効果として取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信していくことが必要であろう。その結果、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていったり、小地域での取組の継続が認められたりしていくようである。

2) 地域にある資源の最大限の活用

中山間地域においては保健・医療・介護・福祉に関する地域資源が限られており、そのことが「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

しかしその一方で、実態調査の結果をみると、国保直診所在地域においても、地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、「現在すでに実践している」割合は 40%程度となっており、取組の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く 50%強となっている。次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがいない」「関係者にノウハウがない」が 20%台となっている。

このように、取組が進まない地域においては、「人材不足」が理由とされており、しかしながら「先進的な事例を学んだ」地域も非常に少ない。

前述のように、本調査においてヒアリングを行った地域をはじめ、取組を進めている地域においては、地域資源は限られているからこそその様々な工夫がなされている。また専門職が少ない面は、住民との協働という形である程度カバーしているケースもある。そのような、地域資源を最大限に活用する創意工夫についてのノウハウを情報発信していくことも、中山間地域において先進的に地域包括医療・ケアに取り組んできた国保直診には求められるのではないかと。

3) 地域住民との協働の推進

地域包括医療・ケアの中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・

協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われ、また取組の範囲も、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者のみならず、介護や病気の予防の段階から機能していることが確認できた。

また実態調査をみても、地域における取組の「ネットワーク」の構築状況として、半数程度の施設が、「健康づくり：子ども」「健康づくり：成人」を挙げており、高齢者のみでない、また医療や介護だけでない取組を推進している状況が明らかとなった。

このような取組を進めるためには、住民の理解・協力が不可欠である。また、前述の取組の阻害要因として挙げられていた「人材不足」についても、住民組織との協働によりある程度はカバーすることが可能と考えられる。地域資源の少ない中山間地域においては、住民との連携は不可欠であるし、住民と専門職等の間で「顔の見える関係」が成り立ちやすいからこそ、都市部と比べると取り組みやすい分野とも考えられる。

4) 「伝える場」の必要性

地域包括医療・ケアを進めていく際には、そこに住む住民や行政の理解・協力が不可欠であり、そのためには、その方向性や具体的な取組内容、そして効果等について十分に「伝える場」を設けることが必要である。そのような場を設けることにより、相互の理解も進み、さらなる課題の抽出にもつながるものと考えられる。

実態調査の結果をみても、地域包括医療・ケアへの取組を推進していたり検討している地域においても、「顔の見える関係の構築を進めている」段階に留まっている地域が約5割となっていたが、

ヒアリングを行った地域においては、住民に対する説明や意見交換を行い、取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例も多かった。

【岩手県・一関市国保藤沢病院】

～「地域ナイトスクール」における住民との意見交換～

○医療に対する考え（医療を受ける側）と医療サービスを提供する側のギャップがあったが、医療サービスを提供する側が地域に出向き、膝を交えて対話することでお互いを理解することができた。現在でも、継続中である。

【富山県・南砺市民病院】

～医師不足を機に住民との連携をより推進～

○南砺市の医師不足などで崩壊の危機に、南砺市地域包括医療・ケア局と富山大学総合診療部が協力して行った「地域医療再生マイスター養成講座」や「南砺の地域医療を守り育てる会」等の活動に参加し、地域住民との連携や啓発に努めている。

【滋賀県・東近江市永源寺診療所】

～家族との対話の重視と子どもたちに対する「命の授業」の実施～

○看取りについて、元気なうちから「ご飯が食べられなくなったらどうしたい

か」「寝たきりになったら病院か施設に行くか」など、患者一人一人と医師がきちんと話をしている。同時に家族との面談も月に 1 回は行っている。そして、子どもたちへも家族の看取りの経験を踏まえながら命の授業にも取り組み、死（看取り）から逆算する健康づくりの大切さ、子どもからの教育にも取り組んでいる。

また、中には市町村長や行政との説明や意見交換の場が定期的に設けられており、そのような場を活用して取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例もあった。

【富山県・南砺市民病院】

～市長・副市長、行政主要メンバーとの定例会議において施策を検討～

○市長・副市長・地域包括医療・ケア局長、南砺市立の 2 病院・診療所代表等がメンバーとなっている医療協議会において、今後の施策について協議している。

もちろん、地域包括医療・ケアの推進に当たっては、そこに携わるスタッフに対する集合研修のような形で事例紹介等を行うことにより各地での創意工夫を紹介することは必要であろう。同時に取組を推進する各地域においても、これらの事例のように、様々な場を活用して「伝える場」を設けることが、当該地域における地域包括医療・ケア推進のための大きな力の一つとなっていくのではないだろうか。

5) 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性

地域包括医療・ケアを進めていく際には、住民の理解・協力、行政の理解協力を得るためには、その成果について十分な説明を行う必要がある。

地域包括医療・ケアの推進単位が市町村全域に及んでいる場合は様々なデータの収集・分析が可能であるが、日常生活圏域に代表される小地域別に把握可能なデータには限りはあるのも事実である。

しかし、ヒアリングや実態調査の結果から、下記のようなデータが各地域において地域包括医療・ケアの取組状況の把握にすでに活用されていたり、または今後活用していきたいと考えられていた。

したがって、このようなデータの把握を試み、当該地域において何が取組状況を把握する上で重要となるのか、といった点を検討することが、当該地域における地域包括医療・ケアについて関係者間で検討するきっかけとなるのではないだろうか。そして可能な限り、時系列でこのようなデータを確認することを通して、地域包括医療・ケアの進捗状況の把握にもつながると考えられる。

ただし、特定の指標についても、指標の高低に関してその前提となる条件（サービス基盤の整備状況等）が地域によって異なっているため、単純に他の地域と比べればよいということにはならない点については、留意が必要である。

図表 地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標案

地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標(案)

地域包括医療・ケアの評価の視点		指標
地域包括医療・ケアの体制確保	地域ケア会議	地域ケア会議の参加メンバー
	人材確保	地域包括医療・ケアの人材確保の長期計画・方針の有無
		確保できている人材(不足している人材)
		不足している人材確保のための取組み
住民参加	互助で関わる組織の数、活動頻度	
健康づくりの推進		健康寿命
		特定健診受診率
		予防接種率
		脳血管疾患 罹患率
		心疾患 罹患率
		悪性新生物 罹患率
		脳血管疾患 死亡率
		心疾患 死亡率
		肺炎 死亡率
		悪性新生物 死亡率
介護予防・重症化予防の実現		要介護認定率
		要介護高齢者数に占める軽度者の割合
		要支援・要介護度の改善度
		新規認定者数
		基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	在宅復帰率	病院からの在宅復帰率
		医療依存度の高い患者の在宅復帰率
		施設からの在宅復帰率
	在宅(地域)療養生活の維持	施設入所の割合
		重度要介護者の在宅支援率
		65歳以上高齢者の転出割合
		介護が困難になり転出した高齢者の割合
		独居高齢者の転居割合
		高齢世帯の転居割合
	満足度	在宅療養を支える家族の満足度
		在宅での主たる介護者の満足度
		在宅療養を支える関係者の満足度
	住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り
(うち)在宅での看取りの割合		
(うち)地域内医療機関死亡の割合		
(うち)地域内施設死亡の割合		
高齢者の希望		希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合
医療・介護費の抑制		医療費
		老人医療費
		国民健康保険料
		介護保険料
保健・医療関連の行政計画への参画		地域の施設の保健・医療関連の行政計画策定への参画

事業実施機関

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセルビル 4 階

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

URL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

E-mail office@kokushinkyo.or.jp