

日本医薬品卸売業連合会・日本薬業政治連盟

## 特別講演会

# 日本医師会の取り組み

Japan Medical Association

公益社団法人 日本医師会 会長 **松本 吉郎**

**Profile** 1980年3月浜松医科大学卒業。1988年埼玉県大宮市（現さいたま市）に松本皮膚科形成外科医院を開設。2010年埼玉県医師会理事、2011年同医師会常任理事、2014年大宮医師会会長を経て、2016年日本医師会常任理事。2017年から2021年まで厚生労働省の中央社会保険医療協議会委員を務め、2022年6月第21代日本医師会会長に就任。



特別講演会では、「日本医師会の取り組み」と題して松本会長にお話しいただいた。松本会長は、日本医師会の役割や運営項目、活動内容を紹介するとともに、新型コロナウイルス感染症への対応、地域における面としてのかかりつけ医機能、医療界におけるDXについて説明。また、日本医師会が、国民の生命と健康を守り、医師の医療活動を支えるために現場の声を集め、それを行政に訴えることが、より良い医療の実現に不可欠だと強調した。そして、少子高齢化と介護問題がピークとなる2040年頃を見据えて、医療関連業界が国民皆保険制度を維持するために協力し合って行政に働きかけ、議論しながら対応を講じていく重要性を語った。

\*講演内容は、当日の講演を原稿に起こし、講師校閲のうえ、掲載したものです。

令和5年2月2日（木）16:30~17:30 パレスホテル東京 2階「葵西」

※特別講演会開催にあたり、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、入場に際しては、マスクの着用、手指消毒の徹底、座席の適正な間隔確保、アクリル板の設置等の感染防止対策を行ったうえで開催しました。

## 中間年改定について

最初に、薬価の中間年改定について少しだけ触れます。社会保障費の自然増が毎年問題になり、自然増5600億円の圧縮という命題が医療界にも課せられました。

本来であれば、社会保障費なので、公費と保険料と患者の窓口負担の3つをバランス良く組み合わせ、公費を投入する、保険者によって保険料率に差があるので少し高いところに合わせていく、窓口負担をもう少し多くする、というのが基本だと思います。しかし、今回はかなり不自然な形で中間年改定が行われ、我々が社会保障費の圧縮の役割を背負わされたと感じています。

今回の乖離率は7%となり、前回の8%よりは1%下がりましたが、もともと中間年改定は本改定とは違う建てつけになっており、幅広い品目を対象とするのはあってはならないことだと日本医師会は中医協の中でもずっと主張しています。市場価格に任せるとはいつても、このままだと薬価差が出ないような状況、つまり限界に近くなっていくのではないかと危惧しています。次回（令和6年度）はトリプル改定となり、7000億円の圧縮が求められるかもしれません。もちろんそのすべてを求められるわけではありませんが、改定では最低でも2000億円、不景気なら4000億円の圧縮を図らなければならなくなる可能性もありそうです。

後期高齢者の自己負担は原則1割ですが、昨年10月に後期高齢者の4分の1ぐらいが2割、あるいは3割の負担になりました。これにより半年で360億円、年間720億円ぐらいは違ってきます。

2025年には、団塊の世代のほとんどが75歳以上になります。おそらく財務省は、手を緩めることなくなんらかの医療費圧縮を迫ってくるでしょう。しかし私は、安易に国民の自己負担を上げるべきではないと思っています。

財務省は圧縮分を国民に還元すると話していますが、例えば、看護師の処遇改善は、本来は補助金を使って行うべきものと考えますが、診療報酬の中で行われました。

診療報酬は毎月の変動、季節的な変動、看護師



資料を示しながら分かりやすく解説

を手厚く配置する小児科や周産期病院、心臓などの専門病院、コロナ病棟などによって違います。ですから、看護師の処遇改善に公定価格である診療報酬を結びつけて評価するのは困難です。

また、マイナンバーカードも、医療保険という公定価格の世界に使う、ある意味、義務化する方向に向かっている気がします。

さらに薬価差の調整幅は、かつて政治的な決着で2%に下げられましたが、これは我々の業界にとって必要な流通経費なので、ここはしっかりと守らなければならないと考えています。財務省は2%から下げようと働きかけていますが、もし手をつけるのなら、もっと対象を広げるべきだと私たちは主張しています。この問題は医薬品卸の皆さんとも一致団結し、しっかり主張していかなければなりません。本改定を迎えて大変な1年になるでしょうが、皆さんと連携して取り組んでいきたいと思っています。

## 日本医師会と医師の活動

### ●日本医師会の役割

私が公益社団法人日本医師会の会長に就任して7か月余りですが、その間、全国での講演が約50本、取材も20回近く受けました。よく聞かれるので、座右の銘を紹介します。「拈華微笑（言葉を用いず心から心へと伝える妙境のたとえ）」という仏教用語で、「以心伝心」と同じ意味です。この心境は医師と患者さんの理想的な関係だと思っています。

ます。また、会長という立場でおつきあいする方々ともこのような関係でいたいものです。

我々日本医師会の役割は、「国民の生命と健康を守る」と「医師の医療活動を支える」ことです。誰からも信頼される医師会になれるように努めていきたいと考えています。

余談ですが、私は34歳で開業し、地域医療を深めたいと思って大宮医師会に入会して30年以上活動しています。日本医師会の役員になったのは6年半前で、“地域医師会からの叩き上げ”です。

### ●日本医師会の概要と運営項目

日本医師会は、会員数17万3761人（令和4年12月1日現在）です。日本医師会は世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体です。

日本医師会の運営に関する具体的な項目としては、①現場からの情報収集と連携、②組織力強化、③新型コロナウイルス感染症及び新興感染症への対応、④国民皆保険及び医療提供体制の堅持と持続性の確保、があります。2040年～2042年が医療保険のピークです。2024年から第8次医療計画が始まり、その後6年ごとに9次、10次と更新されますが、2042年以降も現在の国民皆保険を維持しなければなりません。

さらに、⑤医師の働き方改革があり、2024年4月から稼働します。また、2024年は地域医療構想の一つの節目とされましたが、在宅医療は国の推計によると2040年～2045年がピークになるそうです。超高齢社会への対応へ向けて、しっかりと取り組んでいきたいと考えています。

ただ、超高齢社会の真の問題は少子化であり、少子化ゆえの高齢化の問題です。現在、コロナ禍で出生数が80万人弱に減少しました。非常に厳しい状況です。人口が少なくなれば、国力は衰えます。今後10年間で日本の人口は平均8%減り、次の10年でまた8%減ります。これはコロナ禍前の推測なので、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮すると、10年間で10%減る地域も出てくるかと思えます。そうすると20年間で20%減です。そのような中で、国民皆保険をいかに持続させるの



日本医師会の取り組みについて話す松本会長

かが大きな課題です。

### ●地域に根差した医師の活動

私が大宮医師会時代から、入会する若い医師に伝えていたのは「地域に根差して診療する医師になってほしい」ということでした。医師だけではありませんが、国家資格を持つ職種は国家資格取得のための教育の段階で、国家あるいは都道府県等の税金が投入されています。したがって、自分の医療機関のことだけを考えるのではなく、地域に出て、地域医療をきちんと支える役目もあるのだと口を酸っぱくして話しています。開業医にはそのくらいの覚悟を持ってほしいのです。

地域医療活動は多岐にわたります。例えば、地域の平日夜間・休日の輪番業務、休日・夜間急患センターへの出務、在宅当番医、電話相談業務、検査センターへの出務のほか、災害時の救護所・避難所への巡回診療などがあります。私も「3.11（東日本大震災）」が起きたときには、さいたまアリーナに福島の方々が避難されたので救護に駆け付けました。

また、行政の公益活動として保健所関連の委員や警察業務への協力（警察医）があります。警察医の当番日はオンコール状態で待たなければなりませんし、急を要する検死に突如駆り出されることもあります。ほかにも防災会議、地域医療に関する会議、障害者認定審査会、介護保険認定審査会、健診事業、学校保健（学校医）の割り当てもあります。私も学校医を30年近く続けています。



そのほか産業保健（産業医）があり、私も1件嘱託医を務めています。高齢者健診、予防接種、がん検診もあります。例えば、がん検診では、検診後に医師会メンバーは検診した画像を持ち寄って集まり、見落としがないかを専門医にチェックしてもらいます。さらには在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、ケアカンファレンスの会合、看護師や准看護師の養成も行っています。地元の医師会を例に挙げると、准看護師と正看護師の学校が2つあり、医師会から補助金を支出して2校の運営を支えています。高齢者の運転免許に関する診断書、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DXなど、数え切れないほどの役目があります。

これらの仕事は1人ではできないので、多くのメンバーとともに地域医師会が中心となって支えています。これらの活動は広い意味での“かかりつけ医の行う医療”である、と日本医師会では主張しています。自分の医院の患者さんを診るだけでなく、かかりつけ医の役割ではないのです。

財務省は、世帯ごとにかかりつけ医を登録し、何かあったときに専門医に回すといったかかりつけ医制度を想定しているかもしれませんが、個人的には1人の医師がすべての症状を診るのは難しいと考えています。心臓が悪い患者さんは心臓の専門医に診てもらいたいし、子どもが病気になれば小児科に連れていきたいでしょう。かかりつけ医のモデルはイギリスの家庭医制度かなと思いますが、日本の医療はすでに専門性の高い治療を受けられるレベルにあるので、イギリスの家庭医制度は日本にはそぐわないと思います。

日本の大学での教育や研究も、専門性を求められるからこそレベルが上がるので、基礎教育だけでは本当の専門性は上がらないでしょう。もちろん、総合医は一定数おり、増えてくることを否定するつもりはありません。最終的には、開業医は総合医であっても診療するうちにさらに専門性を磨きたいと努力するでしょうし、専門医であっても他の領域の勉強をしながら総合的な見地で診断できる力をつけようと努力すると思います。初めからすべての症状に向き合えるスーパードクター

など、存在しないのです。

### ●行政のカウンターパートとして

日本医師会は、厚生労働省を中心として、行政のカウンターパートになっています。都道府県医師会なら都道府県、郡市区医師会なら各市区町村です。例えば、日本医師会が参画している国の審議会は、厚生労働省だけでなく、環境省の中央環境審議会、原子力災害時の医療体制の在り方に関する検討チーム、エコチル調査企画評価委員会、内閣府の中央防災会議、農林水産省の日本型食生活推進委託事業実施に係る検討会など多岐にわたり、国土交通省や文部科学省などの会議にも出席しています。

医療界では「医政なくして医療なし」とか「医政あっての医療」といわれており、政治活動は非常に大事だと考えています。一人ひとりの声では届かなくても、声を集めて政治活動を行うことでより良い医政が行えると信じているからです。

また、情報発信はさらに重要です。国民の中には日本医師会は圧力団体だといったイメージを持つ人もいるかもしれませんが、目指しているのは患者さんのため、国民のために取り組んでいく活動です。そのことを理解してもらうための情報発信が欠かせないと思っています。

また、自分の腕を磨くための生涯教育制度を設けて、専門雑誌『JMA Journal』の発行、医学賞や医学研究奨励賞の実施、医学図書館と「日医ライブラリー」の設置、医学生向け無料情報誌『ドクターラーゼ』の発行などを通して、医療界の問題や医師会活動についての啓発活動を行っています。メディアにも積極的に出るようにしており、私も月に2回～3回、記者会見を行っています。

## 新型コロナウイルス感染症への対応

### ●新型コロナウイルス感染症の現況

現在、新型コロナウイルスの感染者は減少傾向にあります。ただ、このまま終息することについては懐疑的で、いずれ9波や10波が来て感染状況は続いていくのではないかと考えています。80歳

以上の死亡率が高いのでワクチン接種が大事だと思いますが、岸田文雄総理は5月8日から5類に引き下げる方針を発表しました。

私は1月19日に岸田総理と会見したときに、段階的なソフトランディングの形での移行をお願いしたいと要望しました。特に、患者さんへの公費負担、医療界への補助金の継続をお願いしました。いまは2類相当なので入院調整、入院勧告ができ、入院調整などは保健所などの行政が担当していますが、5類になると医療機関と本人で入院先を決めなければならなくなります。

### ●ワクチンの接種状況と接種促進の必要性

現在、季節性インフルエンザの流行はありますが、コロナ禍前ほどの大流行ではないので、医療機関もそれほど逼迫していません。ただ、病床利用率は非常に上昇しており、一部で救急搬送が受け入れられなかった事例もあります。医療機関によっては、コロナ以外の一般医療が制限されている場合もあるので、まだまだ油断できない状況です。

特に高齢者や基礎疾患を持った人は、新型コロナウイルスのワクチン接種を続けることが大事ですが、6回目の接種がどうなるかは未定です。米国などは年に1回の継続接種がほぼ決定しているので、日本も年に1回程度になるのではないかと思います。オミクロン株対応ワクチンは接種率41.6%、うち高齢者の接種率は71.1%で、これ以上はあまり上がらないのではないかとみえています。

医療界は、多いときには約170万人のワクチン接

種を担って患者さんを守ってきましたが、残念ながらメディアにはコロナ発生初期に患者さんを診なかったと非常に非難されました。

当時は、帰国者接触者外来でしか患者さんを診られませんでしたし、保健所の調整が必須でした。マスクも手袋も消毒液もガウンもなく、ワクチンを打つといっても、最初は限定的な入荷で、希望者全員分の確保が間に合わず打てませんでした。なかなかワクチンを打ってもらえないといった不満などが、すべて医療機関にぶつけられたと私は感じています。

### ●イギリスの家庭医制度と日本の医療

先ほどイギリスの家庭医制度について触れましたが、イギリスの制度ではその日のうちに診てもらえることはありません。だいたい3日から7日は待ちます。日本で病気になったとき、3日か4日後に来てくださいといわれたらどうでしょうか。CTやMRIも2か月、3か月待ちで、半年待つケースもあります、カナダでもジェネラルの医師が診た後に専門医が紹介されますが、様々な問題が起きています。先ほどお話ししたように、すべての診療科目を専門医と同レベルで診られる医師はほとんどいないのです。

ですから、どんな制度が国民にとって本当によいのかを議論する必要がある、財務省のようにお金だけを減らそうとする政策は、絶対に間違いです。イギリスの家庭医制度はほとんど税金だけで診ていますが、日本は社会保険方式ですから根本的に成り立ちが違います。また、イギリスのような制度をつくったからといって、決して医療費の削減にはつながらないことがデータとして出ています。

さらに、日本の国民の多くは、専門性の高い医療機関での質の高い医療を求めているので、イギリス型の制度がそのまま日本に輸入されることはあり得ないと思います。イギリスでも家庭医制度の欠点が指摘されています。フランスやドイツ、カナダも、いわゆるかかりつけ医制度を持っていますが、どこの国でも不満が募っており、フランスではストライキまで起きました。



松本会長の話に耳を傾ける聴講者

### ●新型コロナウイルス感染症の累積死亡者数

日本もすべてがうまくいっているわけではありませんが、新型コロナウイルス感染症の累積死亡者数をみると、人口1億2500万人で死亡者数は6万人を少し超えた人数です。それに対し、イギリスの人口は日本の半分の6000万人で死亡者数は20万人に上り、日本の3倍以上になっています。米国の人口は日本の3倍弱ですが、死亡者数は実に約120万人で日本の20倍です。

新型コロナウイルスの感染が始まったとき、なぜ日本ではベッドや病院がたくさんあるのに入院できないのかといわれました。一方、米国では医療逼迫などは起きていないと報道されました。報道の映像を見ると、広い体育館にベッドをたくさん並べて入院させていました。しかし、ベッドがあって入院できても、きちんとした呼吸管理が行われなければ死亡率は高くなってしまいます。そのように一面だけを取り上げた報道がなされているのは、とても残念でならないと感じました。

いずれにしても、日本の医療体制は決して悪くないというのが私たちの考えです、もちろん、すべての新型コロナウイルス感染症の患者さんをしっかり診ることができたとは思っていません。しかし、かかりつけの医師と病院の医師の連携でコロナ禍から国民を守っていきたいという思いは強く持ち続けています。そして、その思いや実情を国民にもきちんと伝えていく必要があると思っています。

### ●感染症の発生・蔓延時における対応

いま、かかりつけ医機能が発揮される制度の整備について、閣議決定され、国会で議論されていますが、岸田総理も「未知の感染症の対応について、すべての医療機関に感染症医療を行うことを求めることは困難と考えており、感染症医療を担う医療機関の役割分担を明確にすることを通じて、必要な医療を受診できる体制を構築していきます」と述べられています。まさに感染症法の改正が行われる中で、どこで、どういった患者さんを診るのかということが議論されており、かかりつけ医がすべての感染症を診るとは、岸田総理も話して

いません。

新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時期の流行に備えた対応もしっかりと構築してきました。私は、新型コロナウイルス対応は大事だけれどもインフルエンザもしっかりと診ていく態勢を取ってほしいということを経験の医師会に呼びかけており、いまのところそれほど大きな混乱は生じていません。国でも同時流行に備えたタスクフォースがあり、その会議に私も呼ばれ、万全の態勢を取っていくことが示されました。幸いなことに、新型コロナウイルスの感染者はまだまだ多いものの減り始めましたし、インフルエンザも大流行していません。

### ●新型コロナウイルス感染症の位置付け

感染症法における新型コロナウイルス感染症の位置付けは5月8日より5類になりますが、5類になってもウイルスが弱まるわけではないので、対応策が変わることはありません。引き続き、重症化した患者さんを助けるための措置が速やかに行えるようにしておかなければならないのです。

ただし、物理的に待合室等十分な広さが確保できないといった小さな医院で、新型コロナウイルス感染の疑いのある患者さんとそうでない症状の患者さんが一緒の空間にいるという環境では、おそらく患者さん自身が、感染するのではないかと混乱するでしょう。位置付けを5類にすると、あるいは感染拡大が再燃するかもしれないという心配もあります。患者さんも、待合室がきちんと分離されているほうが安心だと思います。ですから、5類にするときには相当慎重な対応にしていきたい、と国には重ねてお願いしています。

繰り返しますが、現在の状況と5類になったときの状況は違ってきます。入院勧告もできず、公費負担もなくなるでしょうし、ワクチンの接種率は下がると思います。法律上、水際対策もできなくなり、自宅療養者への経過観察も、行動制限もない状況です。マスクの着用に関しても、3月13日から個人の判断になりますが、私は医療機関や高齢者施設ではこれまでどおりきちんと付けてほしいと記者会見で話しました。加えて、治療薬も



含めてできるだけ患者さんに負担のかからない形にしてほしいと訴えています。新型コロナウイルス感染症の治療薬は自己負担だと3万円ぐらいになります。そのため、途中で治療を打ち切ったり、入院を拒否したりする人が出てくるのではないかと懸念しています。感染拡大時に対応できるよう、臨時の医療施設等も、場合に応じてすぐ再開できる形で残してもらいたいと話しています。

罹患後の症状についても、例えば埼玉県では、罹患後の症状を専門的に診る機関をつくって、そこで対応できるようにしています。様々な症状が残って苦しむ人もいますので、そういった症状を集約的に診るような態勢を整えています。ワクチンの副反応も一定程度出てきています。ある意味、これはワクチンの持つ宿命でもあります。できる限りの対応は行っていかなければならないと考えています。

## 地域における面としてのかかりつけ医機能

### ●地域に根差した医師の活動

続いて、地域における面としてのかかりつけ医機能についてお話しします。

かかりつけ医は信頼関係の中で、国民をしっかり支えていくための身近な医師なので、面倒見の良い医師であることが大前提だと思っています。

地域に根差して診療している医師は、「地域にどっぷりつかり」、自院での診療以外に、時間外・救急対応や公益活動、地域保健・公衆衛生活動などを連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

## 医療界におけるDX

### ●オンライン診療の在り方

オンライン診療に関しては、初診からオンライン診療というのは、よほどのことがない限り推奨できません。画像での診断には限度があるため、できれば対面で診たいと私たちは思っています。慢性の患者さんの経過を追うにはオンライン診療でもできるかもしれませんが、特に急激に発症し

た病気では、やはり対面で診たほうがはるかに良いと訴えているところです。

もちろん、あくまでも国民、患者さんのための医療を第一に考えています。その意味で、かかりつけ医を持ってもらうことを今後も推奨していきたいと思っていますが、そのような中、先ほどもお話ししましたが、かかりつけ医機能が発揮される制度を整備することになりました。それを受けて我々はいま、かかりつけ医の在り方や機能などについて国と議論しているところです。

### ●求められるオンライン資格確認の進展

次に、医療界におけるDXの取り組みについてお話しします。

まず、4月から原則義務化となるオンライン資格確認がしっかりと普及するように、診療所でも病院でも調剤でも導入を進めていくことが求められています。日本医師会としても医療DXに取り組んでいますが、相応の導入費や維持費がかかるので、これについてはある程度、国に支えてもらいたいと話しています。そうした支えがないと現実的にはなかなか進まないことを訴えたところ、診療報酬で一定の手当がされるようになりました。

今後は、特に電子カルテの導入促進が大きな目標として掲げられています。現在、診療所での電子カルテの普及は半分くらい、病院でも6割くらいです。さらなる普及が求められています。電子カルテの業者は何十、小さな業者も含めると何百という数になります。これを如何に標準化していくかが課題になっており、非常に厳しい状況です。国は推進するといっていますが、まだまだ具体的には進んでいません。

### ●全国医療情報プラットフォーム

そのような中、全国医療情報プラットフォーム構想が打ち出されています。患者さんの同意を得た上で集めた情報を共有し、活かしていく構想です。例えば、健診データについて、出生時、1歳半児健診、3歳児健診、就学時・学校健診、入社時健診、特定健診、高齢者健診、人間ドックなどを一元管理できるようにすることも謳われていま

す。これまで健診情報はそのとき限りで、経年的にデータを持っている人はほとんどいないと思います。10年前から毎年人間ドックを受けていて、その10年分の記録を持っている人はいるかもしれませんが、子どもの頃からの記録を持っている人はいないでしょう。

それがマイナポータルなどと連携することで、自分の健診データを一生持ち続けることができるようにするというわけです。例えば、母子手帳の頃の情報からずっと続けて持つといった具合です。健康情報を持ち続けられるのは大事なことなので、DXを進めていかなければならないと考えています。ただ、導入負担の問題に加え、維持費や業務負担の問題もあります。DXによって業務が増えるようでは、誰も導入したがりません。DXの推進には、コスト削減とともに、労力も省けて便利になることが不可欠です。そういったことも踏まえて、国には考えてもらわなければならないと思っています。

### ●マイナ保険証への対応

2022年10月13日、河野太郎デジタル大臣が、健康保険証を2024年秋に原則廃止してマイナンバーカードに一本化することを明らかにしました。マイナンバーカードの普及を進めるのは結構ですが、一定程度マイナンバーカードを持たない人もおり、また保険証との紐づけがされていない人もいます。保険証を廃止した場合、そういった人たちはどうなるのでしょうか。そもそもマイナンバーカード作成時に保険証を持っていく人もいます。もちろんマイナンバーカードの普及促進が必要なことは理解しています。しかし、それによって不利益を被る人が出てくるようでは本末転倒です。岸田総理は「考えます」と話しているので、どういった対応をしてもらえるのかを待っている状況です。

私は、いつから廃止と決めるのではなく、ほとんどの人に普及されるまでは、しばらく保険証も併用して使えるようにすれば良いのではないかと考えています。なぜなら、保険証の事業者の保険者番号や個人の番号も変わらないでしょうから、保険証がそのままあっても良いのではないかと考

えるからです。

国民や医療現場に混乱が起これないように、国として丁寧に周知・広報するとともに、マイナ保険証をまだ取得していない人たちが困らないようにしてほしいと発言しています。

### ●医師資格証

私たち医師が電子的に医師資格を持っていることを証明できるICカードとして医師資格証があります。アナログの場面でも、医療機関採用時の医師資格確認手段や、JMAT活動時の身分証にも使うことができます。電子処方せんを発行する際の電子署名にも必要です。医師の国家資格を証明しつつ電子署名ができるのは、医師資格証しかありません。

同じHPKIという技術を使って、調剤では薬剤師も薬剤師資格証の普及を進めています。

## おわりに

日本医師会の会長就任後、岸田総理をはじめ、加藤勝信厚生労働大臣や公明党の山口那津男代表、自民党三役などに複数回お会いして医療界の思いを一生懸命伝えていきます。

日本医師会は、国民の生命と健康を守るため医薬品卸の皆さんとも連携していきたいと思っています。そのためのご協力を改めてお願いし、本日の話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



医師会と医薬品卸との連携を呼びかける松本会長