

国民の不安を払拭する時だ

医療と介護の現場から大きな悲鳴が聞こえている。現状を早急に改善しなければならぬ。

読売新聞は2008年4月に公表した年金改革案に続き、医療・介護の包括的な改革プランを提言する。

衆院解散が遠くないと見られる今、これを世に問うのは、与野党が総選挙で社会保障改革を真っ向から争点に掲げ、内容を競い合うべきだと考えるからだ。

この提言をたたき台の一つとして、各党がそれぞれ医療・介護に関する公約を深化させ、年金を含む社会保障改革について国民的議論が広がるように願う。

若手医師を計画配置

読売新聞は日本の医療・介護が直面する現状を俯瞰し、問題点をあぶり出した上で、「ただちに実行すべき緊急対策」と「着実に取り組むべき構造改革」の二段構えで処方箋を書いた。

最重要かつ最優先の課題は、医師不足の解消である。

医師の数はできるだけ早く、大幅に増やさべきた。だが、医学部の定員をいくら拡充しても、一人前の医師が育つまでには10年近くかかる。それを待てる状況にない。

ならば、医師不足がより深刻な地域分野に、集中的に人材を送り込まねばならぬ。

い。

即効性ある方策として、卒業後2年間の義務研修（初期研修）を終えた若手医師のうち、さらに専門医を目指して3～5年の後期研修に臨む人を、大病院など全国の基幹病院に偏りなく、計画的に配置する。

研修中とはいえ、この段階の医師は一人前だ。その「配属先」を国が決定する。地域・診療科ごとに人数枠を定め、本人の希望ともすり合わせて配置を行う。

そして、人材に余裕が生じる基幹病院から、医師不足が深刻な地域へ中堅・ベテラン医師を派遣する。その計画を立て、調整する公的な医師配置機関を都道府県ごとに創設する。

新機関は自治体や大学、基幹病院、医師会などで構成する。現在でも同様の顔ぶれで各県に「地域医療対策協議会」があり、これが母体となろう。

直面する医師不足は、言い換えれば病院勤務医の不足だ。

次回2010年度の診療報酬改定を待たずに、勤務医の報酬アップにつながる緊急改定を行う。地域の開業医に、中核病院の救急診療に参加してもらうことで、勤務医の過重労働を改善する。

医療と介護を連携

中長期的には若手のみならず、医師全体

の人材配置を計画的に行わなければならない。
い。

現状は医師免許さえあれば、何科を名乗ろうと、どこで開業しようと、ほとんど制約がない。医師の偏在を招く、過度な自由は改めるべきだろう。

各地域で診療科別の必要医師数を定め、救急、産科、小児科といった緊急性の高い不足分野からまず増員されるよう、医師配置機関が権限をもって調整する。

24時間型救急「ER」を全国400か所に整備することや、技量の高い真の専門医、患者を総合的に診られる家庭医の育成も盛り込んだ。さまざまなレベルの医療機関と医師を過不足なく配置し、連携させることが重要だ。

高齢者の介護と医療は、切れ目なく整備しなければならない。

介護職員の人材難は、医師不足と同様に深刻だ。介護職員の給与が確実に上がるように、介護報酬を改定する。

本来は在宅で暮らすことのできる高齢者が社会的入院をせずにすむよう、ケア付き住宅を増やし、開業医の往診と訪問看護・介護を連携、充実させる。

財源は社会保障税で

提言を実現するために必要な財源の額は、当面1兆6000億円と試算した。だが、

医療・介護で改善すべき点は多岐にわたり、改革の進め方によってはさらに必要となるだろう。

財源の手当では、先に公表した年金改革提言で示してある。消費税を「社会保障税」に替え、目的税化した上で税率を10%にする。食料品などの生活必需品は5%に据え置く。全体で実質4%分、新たな恒久財源が確保される。

読売新聞は年金改革案を検討する際に、医療と介護の充実に必要な費用を視野に入れ、消費税率にして2%強の財源で収まるように設計した。このため、今回の提言を実現する余力は残っており、年金・医療・介護の同時一体改革は財源面からも十分可能である。

政府はこれまで、年金・医療・介護の各制度を、つぎはぎするように手直ししてきた。一方で、社会保障費を機械的に抑制する無理を重ね、新たなほころびを次々と生じさせている。

国民が抱いている不安を払拭するためには、社会保障費の抑制路線とは明確に決別し、必要な医療や介護に手厚く予算をつけて、大胆な改革を断行するべきだ。

全世代が広く薄く、財源を負担し合うことで、安心できる長寿社会に向けた改革は可能になる。

新聞社が将来の医療のあり方について提言したことは、非常に高く評価している。特に「医療にもっとお金をかけよ」との提案は、医療費を抑制する政府の方針のもとで、診療報酬を下げられ、医師不足などで大変な思いをしている医療現場にとって、ありがたい。「医療は公共財」との主張も、その通りだと思う。

医療費全体を上げ、病院勤務医の待遇改善をまず図るべきだという指摘も、医療現場のみならず、医師の数を増やさなければ、医師の過重勤務の緩和は難しい。どれだけ増やせばよいか、指導する医師数の問題もあり、的確な数を出すことは難しいが、読売案の「医学部定員を2割増で1万人に」あたりは現実的だろう。

ただ、若手医師の計画配置は、方向性は良いとしても、実現は容易ではない。専門医の認定制度など、いろいろな仕組みを変えなければならぬ。

診療科ごとの医師の偏在解消に

医療費抑制からの転換 評価

は、専門研修の人数に上限を設けたアメリカのレジデント(後期研修医)制が参考になるが、日本と違うのは、研修費用に公費が投入されている点だ。日本でも若手医師を診療科別に計画配置するとなれば、後期研修にも国がお金を出す必要がある。

地域による医師の偏在是正には、さらに高い壁がある。自治体や医師会、大学、一般市民も入れた第三者機関などが、地域の医療需要に応じた医療計画を作るべきだが、その中に読売案のような医師を配分する仕組みもできるかどうか。誰が、どうやるのか。

医療臨調の創設には、私も賛成だ。医療を提供する側の論理だけではなく、ぜひ一般の人も入れて、医療にどれだけお金をかけるのかなど、国民の声を反映させるべきだと思う。



高久 史磨氏 日本医学会会長、自治医大学長



おちわい 恵子氏 作家

医療、介護、年金などの社会保障制度が崩れ落ちようとしている。誰にも訪れる高齢期という人生のステージを迎え、どのように生きたらいいのかと迷う人が多いが、そうした高齢者の声は政治に届きにくい。読売案は、高齢者を含めた社会的に「より小さな声」をサポートするものの一つとして評価はできる。

私も2007年まで、母親を自宅で7年間介護してきた。介護現場の疲労は激しく、若い介護職員さんから「もう体がもたない。燃え尽きてしまおう」という訴えをよく聞いた。給料も安く、使命感だけで介護の仕事を担うのは酷だ。看護師さんも含め、離職率が高い。介護職員や看護師が自分の健康や暮らしを守ることでできるよう、せめて、まずは介護報酬を増やすべきだ。

在宅・施設 多様な選択肢必要

母が自宅療養を望み、看護師の数が必ずしも十分とはいえない病院の実情もあり、私も在宅医療を選択した。だが、実際には、在宅を望みながら、かなわない人の方がはるかに多い。在宅医療を行う医師は足りず、24時間体制のキチ細かい介護・看護体制も整っていない。だから、在宅か施設かの二者択一ではない、多様な選択肢が必要だ。

その点で、読売案の高齢者向けケア付き住宅は、解決策の一つになるだろう。特別養護老人ホームの入居待機者を減らすこともできるかもしれない。

ただ、有料老人ホームなど現状のケア付き住宅は玉石混交で、質の低いものも少なくない。現行の自治体の監査だけでは不十分で、第三者によるチェック体制を早急に整える必要がある。

高齢者が長「寿」の文字にふさわしい老後を送り、家族もそれを穏やかに見守ることができれば、若い人たちが将来に夢を持つことができなのではないか。国は、お年寄りにこそ、お金をかけるべきだ。

いま医療現場で最も苦勞しているのは、医師不足に苦しむ地方の中小病院だ。それでも勤務医たちは、国の医療費抑制策にめげず、必死で在宅医療や住民の健康作りに取り組んでいる。

今回の提言では、こうした地方の医療を何とかしなくては、というメッセージを大々的に展開してくれたのが、大変うれしかった。

医師が特定の診療科に偏ることに歯止めをかけるため、診療科ごとに定員を設ける案には賛成だ。ただ、地域ごとに定員を決めても、医師が適正に配置できるかどうかは、疑問が残る。地域医療に興味がない医師を配置しても、良い医療は期待できないからだ。

例えば、やる気のある若手医師が、地域医療に熱心な病院で研修を受け、力をつけたら大学で専門医療も学べる、といった仕組みを作ってはどうか。その間の手当などは国が保証する。こうした動機付けをした方が、医療過疎を解消するには効果的だと思う。

地域の医師定数は、病院勤務医に

地方の医師確保 動機付けを

ではなく、むしろ新たに開業する医師に設けた方がいい。その際、読売案にあるように、家庭医の研修を受けるべきだ。

私の考えでは、開業する前の医師に2年ほど、過疎地での勤務や国際医療支援など、社会貢献を課した方がいい。こうすれば、開業医は国民の尊敬を取り戻せるのではないかと。麻酔科医不足の解消に歯科麻酔医を活用する案には大賛成だ。看護師に医師業務の一部を移す案も納得できる。医師に権限が集中しているのはおかしい。各職種が主体性を持つ関係になった方がいい。

患者がどの医療機関でも受診する自由は守らなければならないが、過剰な病院の受診には、抑制が必要だろう。開業医を受診せずに、病院に直接かかると治療費が高くなる仕組みを、早く導入すべきだ。



諏訪中央病院(長野県)名誉院長 **鎌田 實** 氏



京都大大学院教授(医療経済学) **西村 周二** 氏

マスコミは、医療の問題について批判はするが、背景にある複雑な構造や財政問題には踏み込まない傾向が強い。提言はそれを覆すもので、高く評価したい。

新聞の提言が世論を誘導するとの批判もあるが、そうではない。消えた年金記録など政府の失態が続く今のような時代は、国民が議論することが不可欠で、前提となる考えをメディアが示すことは必要だ。

「社会保障費の抑制策を転換せよ」という緊急提言は全面的に賛成。経済界などからは、医療にはまだ無駄がある、という反論が出るだろうが、はっきり否定したい。近年、医療界は無駄の排除に相当努め、高齢化などで激増する医療需要や、情報公開の求めにも応えてきた。過度な抑制策で、医療の安全確保などに不安が生じている。

財政含めた提言 大きな意義

消費税を社会保障税に改めることなどで「給付と負担の新ルールをつくれ」という提案にも大賛成だ。ただ、社会保障財源は税が保険料か、今一步踏み込んで欲しかった。社会保障税を10%に、としているが、それだけでは将来にわたる社会保障費は賅えない。

日本の社会保障問題を複雑にしている一因は、財源に税と社会保障料が混在していることにある。医療費は北欧、英国では主に税、欧州大陸の各国は主に社会保障料と、明確だ。ところが、日本では、増える医療費負担を、税で賅うか、保険料で賅うか、あいまいなために、保険制度の根幹である健康保険財政が危機に陥っている。税の管轄は財務省、保険料は厚生労働省と分かれ、それぞれ族議員もいて、一元的な議論ができない。ぜひ、医療臨調で論じて欲しい。

社会保障カード導入にもおおむね賛成だ。カードによる個人情報流出などリスクばかり強調せず、利点が大いなることを国民に理解してもらう努力が必要だ。

本紙は、医師不足を緩和するため、若手医師を計画配置するとともに、大学医局に代わる医師配置機関を創設することを提案した。

読者からは「医師不足が一番の問題で、すぐ大事な提案だ」(40歳代男性)、「医師不足に正面から取り組んだ。大きい山にぶつかると思うが、頑張って欲しい」(70歳代男性)などの声が寄せられた。

一方、「医師の意思を無視した強制配置に反対」「若手医師には居住地の自由もないのか」といった医師からの反論もあった。

小川彰・全国医学部長病院長会議会長(若手医大理事長)も「特に外科医の不足は深刻で、このままでは簡単な手術もできなくなる。読売提言の意義は大きい」としながら、「計画配置は一つの考え方だが、強制的に配置するのであれば、職業選択の自由の問題もある

「若手医師を計画配置」強制では？

のではないかと。今回の提言では、「強制や義務ではなく、医師の希望と意欲を生かす配置の仕組み」を求めており、医師を「強制配置」するわけではない。

本紙が提案した若手医師の計画配置の仕組みは、次のようなものだ。対象は、医学部卒業後の

本人の意思尊重

2年間の初期研修(義務研修)を終え、専門医を目指して後期研修を受ける医師(後期研修医)が充

て、地域・診療科ごとの定員を定める。特定の地域・診療科に若手医師が偏らないようにするため。たとえば第1希望のA大学の心臓外科の希望が定員枠内になる。

大学や地域の基幹病院、自治体や医師会らによる第三者機関を創設して、医師配置の調整を行うことを提案している。

刃見公雄・全国自治体病院協議会会長(赤穂市市民病院院長)の話「地方の公立病院の医師不足は深刻だ。地域や診療科別に、若い医師を計画的に配置しなければならぬ。不足している医師の数などを把握した上で、大学や公的な病院などで協議して医師配置を決めるのが望ましい」

「開業医も病院救急に」 たらい回し体験談も

東京都内で2008年10月、脳出血を起こした妊婦が、7病院から受け入れを断られた後に死亡していたことが明らかになった。「たらい回し」の防止は急務だ。

本紙は、緊急に行うべき対策として、開業医が病院での救急に積極的に参加することを求めた。読者からは「自分の住ん

でいる所でも、診療所と自宅が別で、午後5時になる

と受診を受け付けられない医師が増えている」「(男性)今年、体調を崩した際には、24時間、重症度を問わずに患者を受け入れる救急病院「ER」(救急治療室)を全国400か所に整備することを提案した。

一方、開業医(62)からは「医師が病院救急の先頭に立ち、体力的に40歳が求められる。」



内視鏡を使った前立腺がんの手術を行う医師(9月26日、東京・文京区の東京医科歯科大病院で)。大学病院などに若手医師を計画配置すれば、過疎地域へのベテラン医師派遣が可能になる

島崎修次・杏林大高度救命救急センター教授の話「ERを普及させるといふ提言には賛成だ。ただ、最重症の患者の受け入れだけでも手いっぱい救命救急センターもある。ERを軌道に乗せるには、医師の確保、治療後の患者の入院病床確保などが必要だ」

■山本修三・日本病院会会長の話

「医療は公共財である」との読売提言の基本姿勢は、これまで病院会としても訴えてきたことであり、社会保障を具本的な財源として明示して、のびるも高く評価で

読売提言

読者の意見と質問

読売「医療改革提言」について、読売新聞社の読者センターに寄せられた意見には、「医療行政の矛盾点を網羅している」「分かりやすい提言。画期的な

読売新聞社の医療改革提言には、読者から多くの反響をいただいた。主要なポイントについて、読者の意見を紹介しながら、論点をまとめた。

今回の提言では、改革のための財源として、消費税を社会保障の目的税化して、税率を10%とすることを求めた。これには、「医療・介護を充実させるためには、なぜ消費税を上げるのか」「なぜ10%も必要なのか」という疑問が寄せられた。

消費税の引き上げが必要なのは、次のような事情からだ。

医療・介護など社会保障サービスの充実には、財源が必要になる。財源は税金や保険料、自己負担があるが、高齢者に現在の額をはるかに上回る自己負担や保険料の負担を求めるのは難しい。

一方、日本は既に65歳以上の高齢者が5人に1人になり、2050年には5人に2人に達する。超少子高齢社会が今後も進み、勤労世代の割合が減っていく中で、勤労世代の保険料負担

「消費税引き上げ」なぜ？

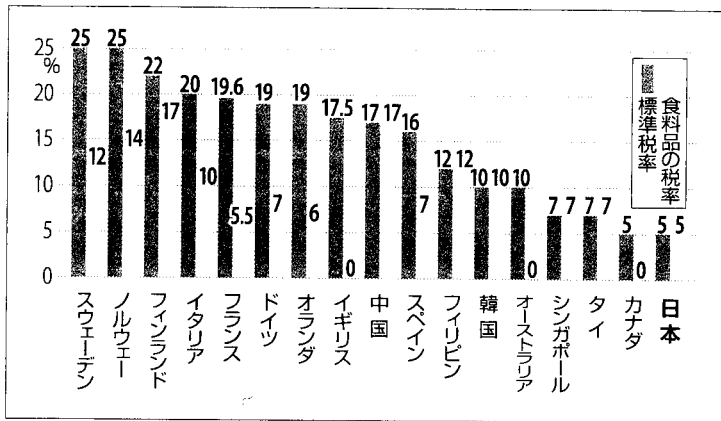
公平な負担念頭

をさらに増やすのも限界がある。税金による負担を増やさざるを得ない。だが、社会保障サービスは、景気が悪くなったからと言って減らすわけにはいかない。消費税は所得税や法人税に比べ、景気動向に伴う収支の変動が少ない安定的な財源だ。また、所得税や法人税は勤労世代に負担をかけることになる。税率10%で増える収支は

担が偏り、負担増を求めれば、経済の活力が失われかねないが、消費税は広く国民が負担を分かち合うことで、世代間の負担の公平にもつながらせる。

読売新聞社は、消費税の役割を「年金・医療・介護など社会保障を支えるための財源」と明確にするため、名称も「社会保障税」に変更

一方、医師から「専門医の人数などが第三者から規制されるのはおかしい」「麻酔医不足に歯科医師を活用するのは反対」などがあった。



主な国の付加価値税率
標準税率と食料品の税率。2008年1月現在

実質4%分(10・4兆円)の見込みで、4月の年金改革提言(5・7兆円)や今回の医療改革提言(当面少なくとも1・6兆円)を

また、直ちに税率10%に上げるよう提言しているわけではない。生活必需品の軽減税率の導入など、消費税改革に準備期間もある。今から国民的な議論をすることが求められる。

きき 地域に必要な医師数を診療科ごとに算出して専門医を育成することや、事故防止の取り組みなど、提言内容は医療界が率先して取り組むべきことばかりだ。国は、抜本改革のための医療臨調を早急に設置すべきだ」

「介護職員の報酬アップ」 支持意見 目立つ

高齢者ケアでは、本紙は介護 員は給料が安く、このままでは働き手がなくなると。こうした問題の解決に取り組みむきっかけになればいい(67歳男性)、「介護を受けているが、介護報酬は本当に低いと思う。働く人が希望を得られるような改善を」(79歳女性)など、介護現場の厳しい現実を踏まえ、支持する意見が目立った。

介護職員は離職率も高い。人材不足は、介護の質を下げるばかりではない。急激な高齢化に伴い要介護者が増加するた 家族の自己負担をどう軽減するかなど、より具体的に身近な提 職員を大幅に増やさないとい、介言も欲しかった」

高見国生・「認知症の人と家族の会」代表理事の話 「介護職員の待遇改善は、我々も主張してきたことであり、同感だ。『急増する認知症に国を挙げて取り組め』として、介護保険サービスの拡充などをうたった点も同様だ。ただ、在宅で重度のお年寄りを抱える

改革 をどう読む



かわしま やすなる
川島 康生氏

国立循環器病センター名誉総長。心臓外科医。大阪
大教授、同病院長、同センター総長を歴任。78歳。

—提言をどう見るか。

川島 日本の医療がどうあるべきか、論点を網羅しており、マスメディアとして評価できる。「医療は公共財」という認識も正しい。

—医師不足対策として、2年の初期研修を終えた若手医師を対象に、専門医を養成する後期研修を受ける際、地域や診療科ごとに計画配置するよう提案した。

川島 専門医がこれほど必要か判断し、後期研修の定員を決めることは賛成だ。現在は募集人員が多過ぎて研修内容

治療に携わる者は極めて少ない。また、

激励の割に報酬が少ない上、施設が多過ぎて十分な患者数を診られない。専門医が技量を維持するには、年間100件の治療が必要といわれる。わが国で心臓手術は年約5万件あり、理想的な医師配置

ができれば、心臓外科医は500人で足りる。研修医も毎年20人程度養成すればいい。しかし、実際には、心臓外科医は約2000人もいる。

ただ、優れた専門医が途中で燃え尽きず生涯にわたって力を発揮するには、手

日々の業務に忙殺されてきた。充実した

体制で医療ができれば、医学研究もできず、医学医療の衰退を招く。
—医療現場の窮状を訴えてこなかったのか。

川島 的確に発言してこなかった点もあるが、それ以上に国が聞く耳を持たなかった。大学病院や国立病院の現場の声を、それぞれを管轄する文部科学省や厚生労働省が重視してこなかった。日本医師会は開業医の声を代弁するもので、病院や勤務医の意見は反映されてこなかった。医師会は勤務

医の声を取り入れる改革をして、日本の医療を担う社

後期研修は少数精鋭で

が薄まり、習得に長期間を要している。

研修医の計画配置には、地方の研修病院の充実が必要だ。中身の濃い研修体制を整備したうえ、勤務する地域や領域に一定の制約を設けるのは仕方ない。後期研修は少数精鋭で行うべきだ。

—現在、専門医が多過ぎるといってとか。

川島 領域によって異なるが、専門医が専門性を生かせない開業医に転向するケースが多い。例えば、心臓外科の専門医資格を取得しても、60歳まで病院で専門

術などを支援する看護師らスタッフを増

やすことが欠かせない。医療の質と安全性を確保することにもつながる。
—提言は医療機関の役割分担と連携強化を求めた。

川島 大賛成だ。病院が役割分担をしなれば、地域に同じような医療機関が乱立し、医師不足は改善しない。同時に、急性期医療の診療では、高度で激励の割

には報酬が少ない現状を改めることも重要だ。先進的な医療技術を研究する大学病院や国立のセンターなどの医師は、

会的役割を自覚する必要がある。社会保

障の総合的な改革プランは本来、日本医師会が出すべきものだ。
—読売提言にない点で、改革すべき課題はあるか。

川島 医療の進歩は、最先端の領域が引っ張っていくものだ。公的保険で受けられない最新医療には、保険外診療も併用する「混合診療」を認めるべきだ。混

合診療を解禁すると保険医療が崩壊する、という指摘があるが、知恵を出せば防げることだ。



たけしま やすひろ
竹嶋 康弘氏

日本医師会副会長。九州大医学部助手、福岡大学病院講師、福岡市医師会長、福岡県医師会会長を歴任。70歳。

— 提言をどう見たか。

竹嶋 社会保障財源のあり方まで大胆に示したことは評価したい。豊富なデータに基づいており、時宜を得ている。

— 医師不足が各地で問題になっている。

竹嶋 先進諸国の中でも、日本は人口当たり医師数が少ないのは紛れもない事実だ。この事態を招いた原因は二つある。医療費の増加が国を滅ぼすという「医療費亡国論」に基づいた医療費の抑制策と、新卒医師に自由に研修先を選ばせる新医

— 医師が診療科目を自由に掲げられる「自由標榜制」を見直すべきではないか。提言では、開業には家庭医の研修を条件にするよう求めた。

竹嶋 本来は職業選択の自由を尊重すべきであり、時期尚早だ。後期研修先の応募と受け入れをある程度厳格化することは検討の余地がある。全人的に患者さんを診られる能力を備えた医師の養成については、日本医師会で各種の方策を検討している最中だ。

— ビル診療所に象徴されるように、

— 「医療機関の役割分担と連携強化」 「入院は病院、外来は開業医」の点はどうか。

竹嶋 目指す機能はそつだ。しかし、地域に密着した中小病院や有床診療所が、バランスをとって機能していくようにしたい。患者の大病院志向もあるが、都会の大病院で毎日4000〜5000人も外来患者を診なければならぬ現状は変えるべきだ。

— 日本医師会は開業医が強く、病院や勤務医の声が反映されないと指摘される。

救急 地域の特性生かし

師臨床研修制度だ。「医療は公共財」であり、医学部教育の時点で、医師の社会的使命感を培わなくてはならない。それがなされないまま、本人に研修先を選ばせれば、都会志向になる。

— 提言では公的機関による医師の適正配置を求めた。

竹嶋 各地の現状を一番分かっているのは地域の医師会だ。地域に必要な医療体制を築くため、まず各地域の医師会を中心に大学、基幹病院、自治体などで構成された「地域医療対策協議会」に活力を注ぎたい。

夜間、休日に診療する開業医が少なく、行き場を失った患者が救急病院に向かう実情もある。開業医の病院救急への参加を促したい。

竹嶋 それを行っている地域もある。

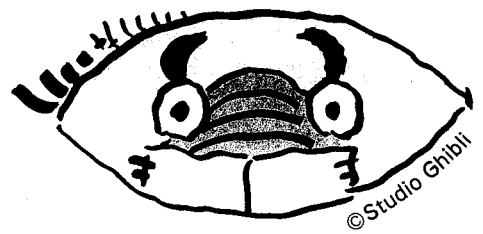
救急医療を充実させるための二つの方法だ。一方、地域医師会が自治体の委託などで全国約500か所の休日・夜間急患センターを運営したり、輪番制を取ったりしている。各地域の特性もあるが、若い医師が使命感を認識する場にもなり、現場から積極的に参加する仕組みを作っていくことが大切だ。

竹嶋 そのように誤解されている。未熟さは反省する。

日本医師会員16万5000人のうち約半数が勤務医だ。勤務医師や女性医師の意見が反映される体制づくりに向けて、プロジェクト「医師の団結を目指す委員会」を立ち上げた。

— ほか注文はあるか。

竹嶋 医師が忙しくなった原因に、作成書類の増加がある。患者さんを診る時間が削られると悲鳴をあげている。育児をしている女性医師や看護師らの離職を防ぐため、保育所の整備など、医師数を増やすだけでなく、医師が効率的に働ける施策を求めたい。



ボクの名前は、
『どろどろ』です。
旺盛な探求心や
好奇心を象徴する
言葉なんだよ。

読む、いま。
読む、先。
読む、ほんとう。

読売新聞

 読売新聞のお申し込みは

インターネットが便利で簡単
<http://434381.jp>



フリーダイヤルでもお申し込みいただけます
0120-4343-81

よみうり よみうり はいどうぞ

よみうり よみうり はいどうぞ