

全世代型社会保障検討会議(第2回) 議事次第

日時: 令和元年11月8日
17:15~18:15
場所: 官邸4階大会議室

1. 開会
2. 有識者からのヒアリング
3. 閉会

配布資料:

- 資料1 日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会合同提出資料
- 資料2 公益社団法人日本医師会 横倉義武氏提出資料
- 資料3 公益社団法人日本歯科医師会 堀憲郎氏提出資料
- 資料4 公益社団法人日本薬剤師会 山本信夫氏提出資料
- 資料5 株式会社 GNEX 三上洋一郎氏提出資料
- 資料6 一般社団法人 Public Meets Innovation 石山アンジュ氏提出資料
- 資料7 株式会社三菱総合研究所 武田洋子氏提出資料
- 参考資料 全世代型社会保障検討会議の開催について

全世代型社会保障改革への期待

資料 1

～日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという「全世代型社会保障制度」へ～

令和元年11月8日 全世代型社会保障検討会議

公益社団法人 日本医師会

公益社団法人 日本歯科医師会

公益社団法人 日本薬剤師会

○人生100年時代の患者・国民の安心につながる丁寧な議論を

医療全体のあるべき姿、ビジョンを国民に示していくことが安心につながる。

○疾病予防、健康づくりの推進 ～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

人生100年時代の安心の基盤は健康であり、生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要。

○国民皆保険の理念の堅持

国民皆保険の理念に沿った改革こそが国民の安心につながる。

全世代型社会保障改革に向けて

～日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという
「全世代型社会保障制度」へ～

2019年11月8日

公益社団法人 日本医師会



日本医師会 キャラクター
「日医君(にちいくん)」

目次

1. 予防の推進
2. 地域に根ざした医療提供体制の確立
3. 全世代型社会保障に向けて
4. 参考資料

1. 予防の推進

健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加

高齢化、高齢者の増加による社会保障費の増加

社会保障改革の主眼が「国による医療・介護に対する支出の抑制」によって、結果として質の低下を及ぼすようでは、国民の理解は得られない。また、急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前後期高齢者医療制度導入のときに見られたように国民の反発を招きかねない。

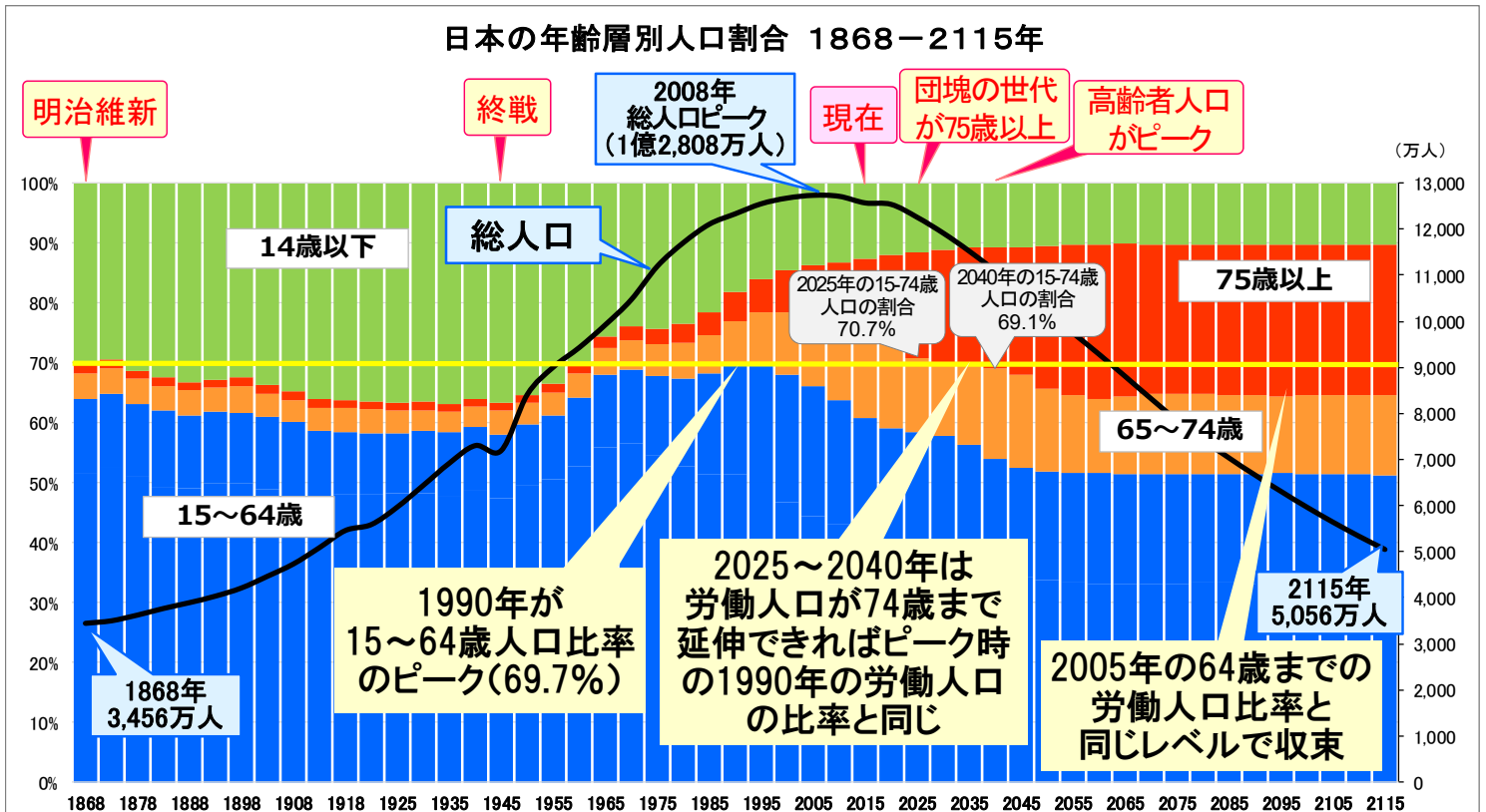
国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取り組みを推進。

健康寿命を延伸することにより、結果として支え手も増加

2

日本の年齢層別人口割合の推移

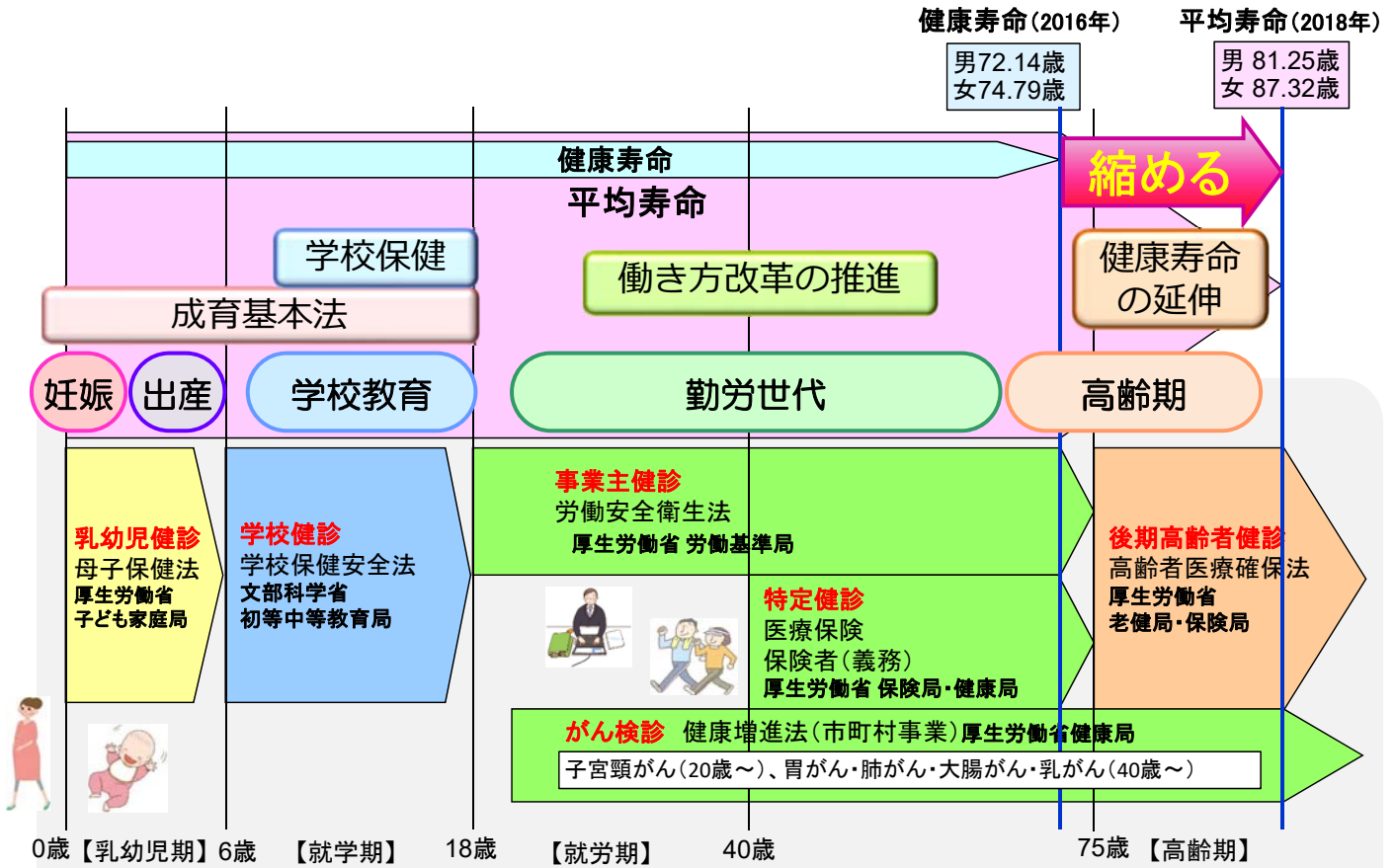
日本の年齢層別人口割合 1868-2115年



*長谷川敏彦氏資料、岡崎陽一(1986)「明治大正期における日本人口とその動態」『人口問題研究』178、総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)より作成。

3

人生100年時代に向けた健康寿命の延伸



妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障

医療 = 予防・教育 + 診断・治療 + 再発重症化予防・見守り・看取り

「病を防ぐ」は医療の大きな役割

医師の役割は診断治療だけではない。

『人生100年時代』生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。



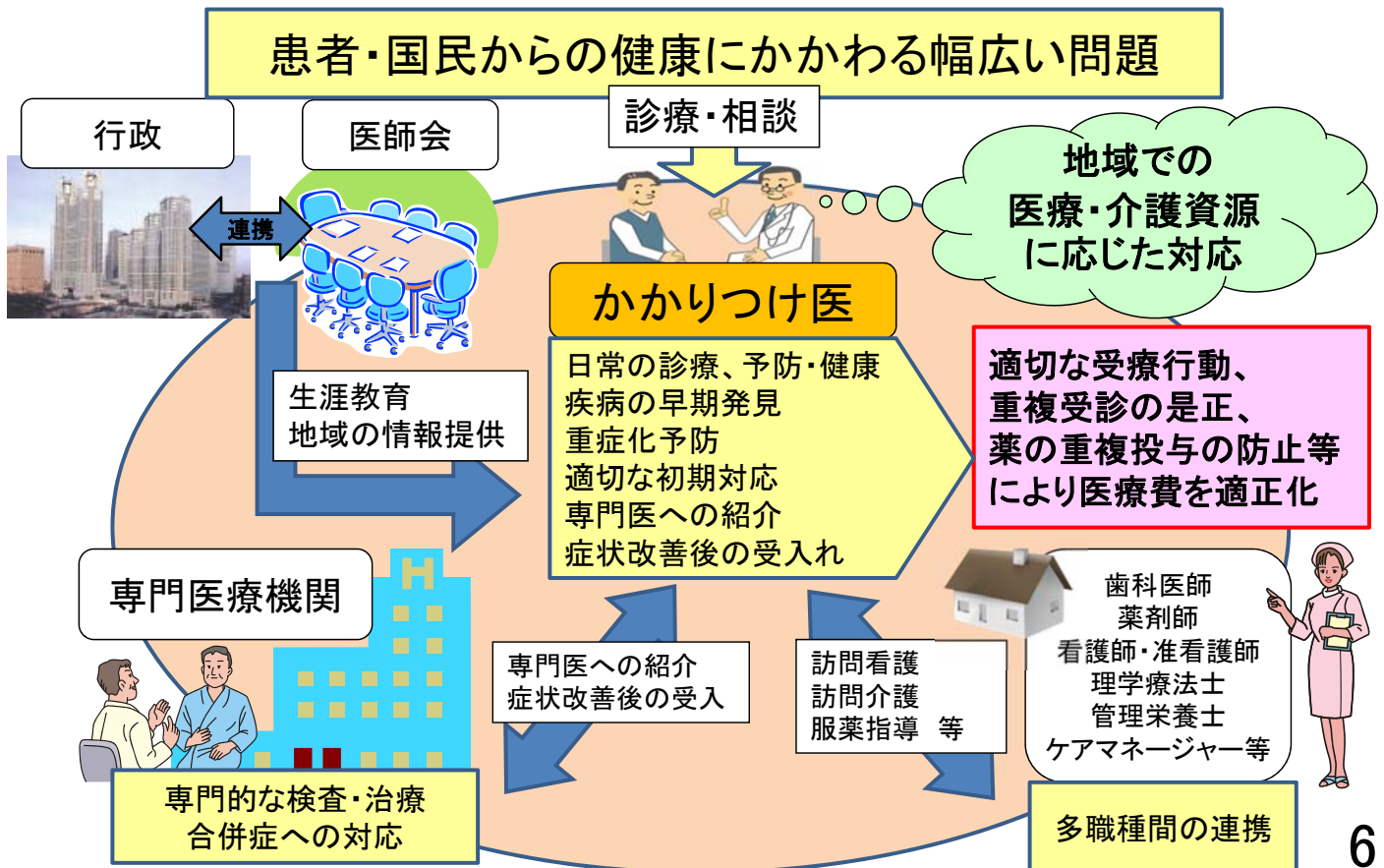
かかりつけ医の役割

学校医としての役割

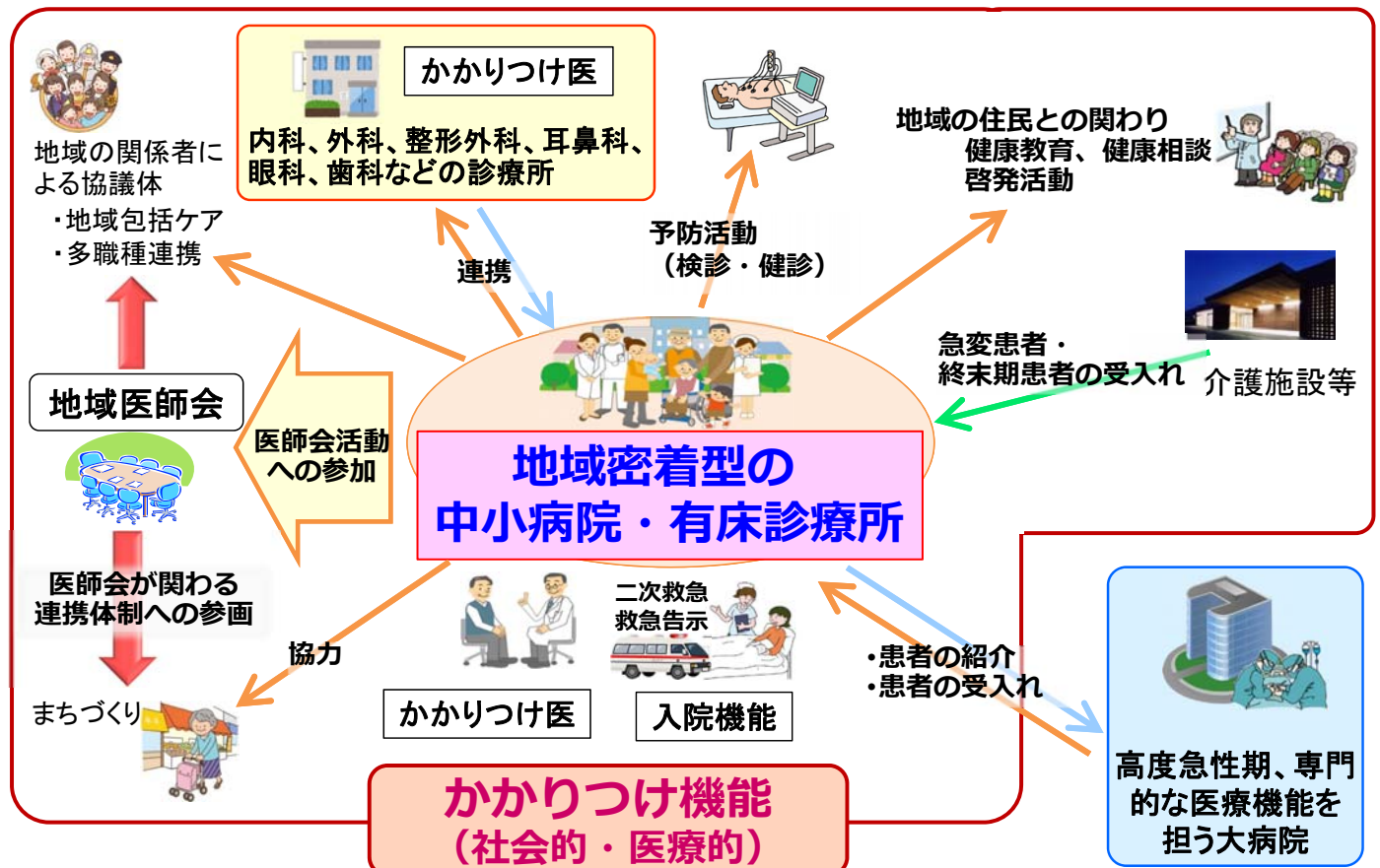
産業医としての役割

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立

かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供



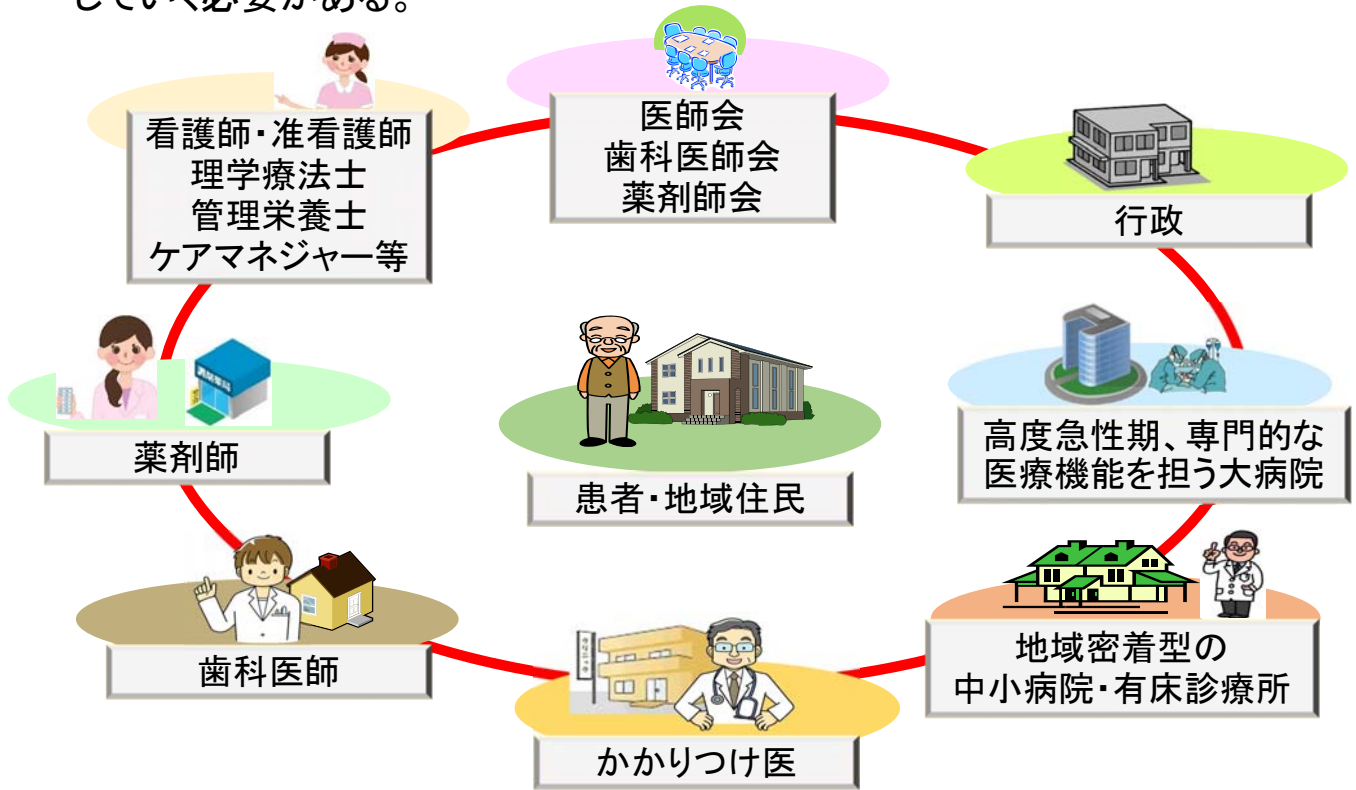
「地域密着型の中小病院・有床診療所」に期待されるもの



かかりつけ医機能と入院機能を持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担う

医師・歯科医師・薬剤師による地域包括ケアの推進

地域の住民が住み慣れた地域で暮らし続けることを支えていくためには、かかりつけ医が歯科医師・薬剤師をはじめとした「多職種」と連携して支援していく必要がある。



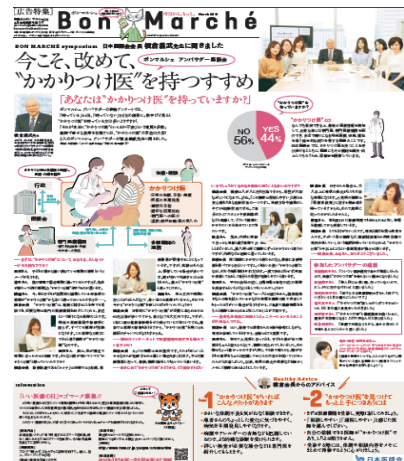
かかりつけ医の定着に向けた国民への働きかけ



国民に対し、社会保障や健康に関する教育・啓発などを行って意識改革を促し、受療行動(医療のかかり方)を変えていただく施策も必要である。こうした医師・国民の双方からの取り組みにより、かかりつけ医の定着を目指していく。

国民の受療行動(医療のかかり方)の変容

かかりつけ医の定着



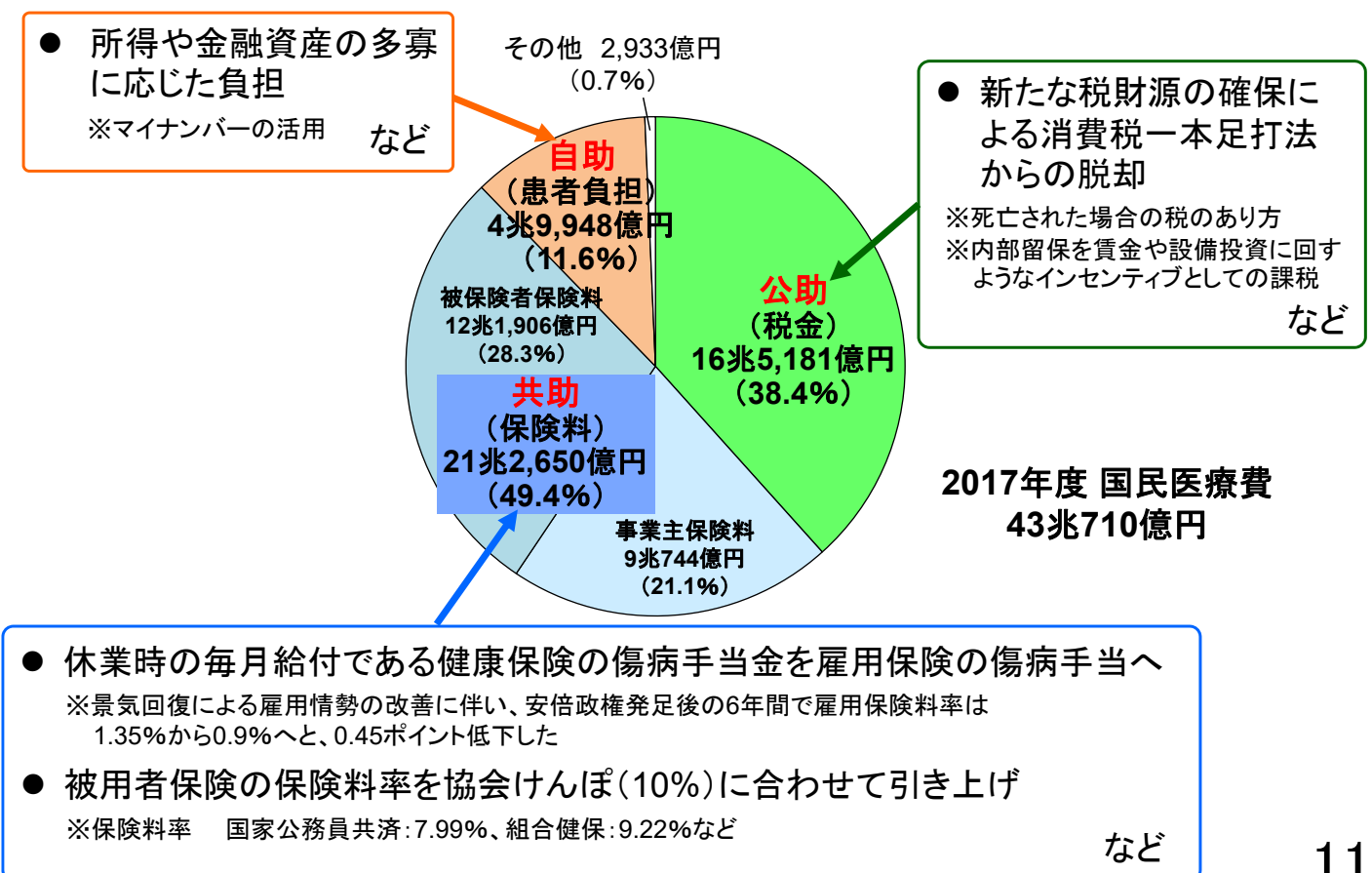
3. 全世代型社会保障に向けて

社会保障が持つ経済効果

- ・「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は相互作用の関係。
- ・経済成長が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支え。
- ・医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の安定に寄与。
- ・国民が安心して老後を迎えられるようにするために、社会保障を充実させる必要がある。
- ・老後が不安であるという思いを持つ多くの国民に、安心を示すことは、経済成長を取り戻すための出発点。

10

国民医療費の財源構成(2017年度)と改革の方向性



11

健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議 (2006年6月)

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

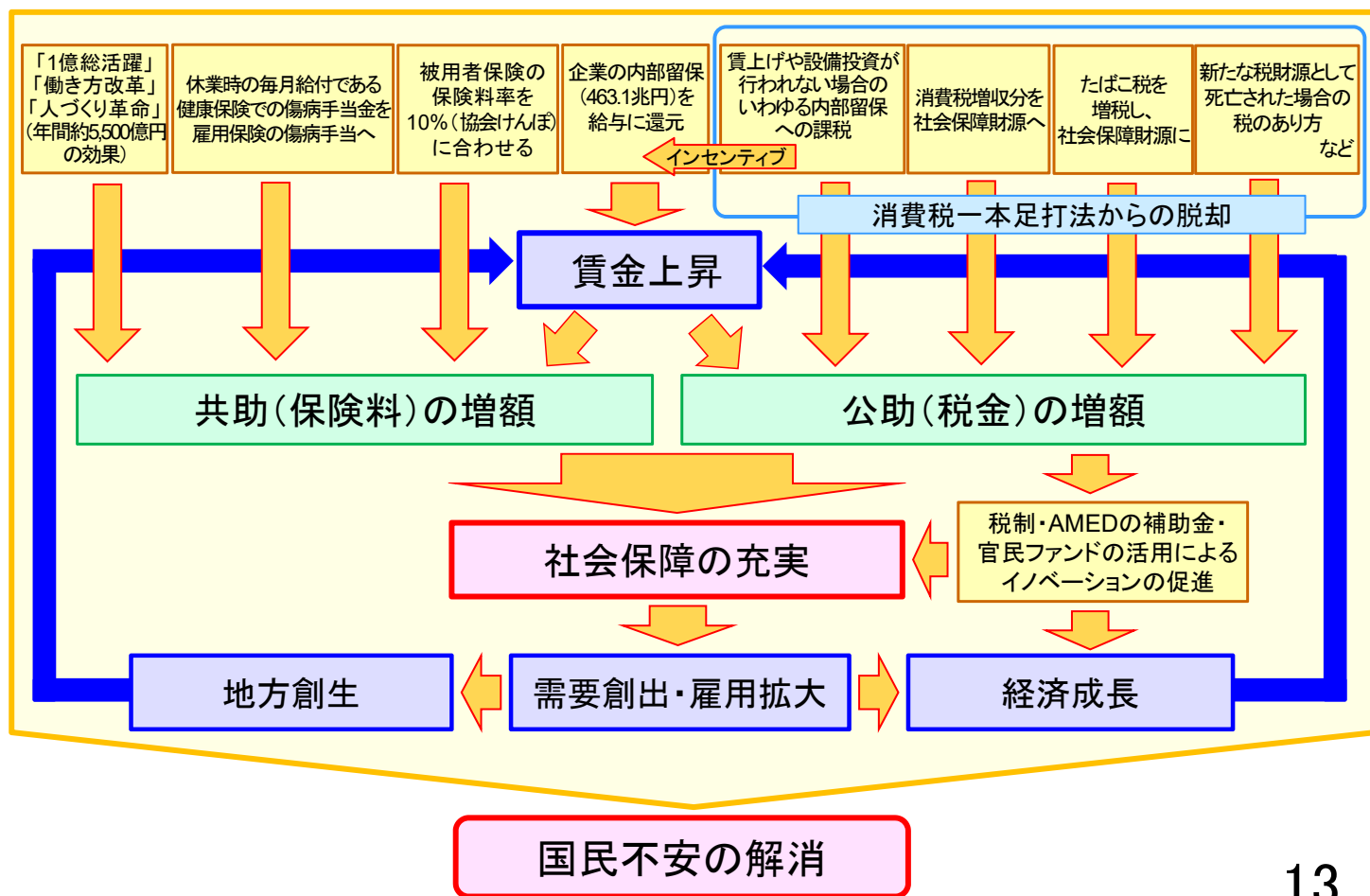
国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」ことを始めとして安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。



受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

12

社会保障の充実による国民不安の解消



13

4. 參考資料

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議（事務局長：渡辺俊介）」を2015年7月に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

*日本健康会議 (<http://kenkokaigi.jp/index.html>)



日本健康会議2019の様子
(2019年8月23日)

超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

医師会の政策

1. 地域からのボトムアップ

地域の実情に応じた医療提供体制と、全国共通の医療保険制度とが、バランスをもって運営

2. 地域医療の確立による医療提供体制

- ・かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供
- ・全国一律的な視点ではなく、それぞれの地域で検討

3. 消費増税の効果と検証

消費増税による社会保障の充実の影響を踏まえた政策

国の政策

1. 医療提供体制

- ・地域医療構想の実現
- ・公立・公的医療機関等における合意形成

2. 医師の働き方改革の推進

- ・医師の健康への配慮
- ・上手な医療のかかり方の普及

3. 医師の偏在対策

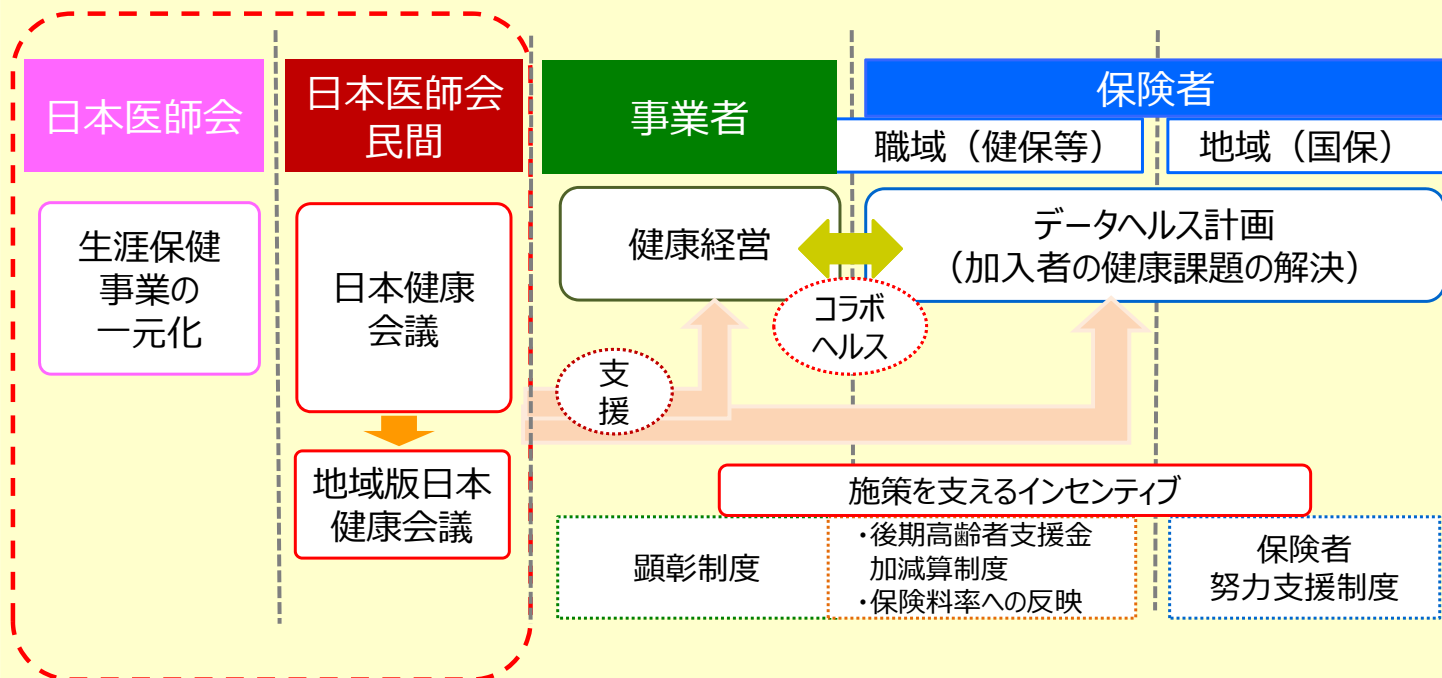
- ・医師の地域偏在、診療科偏在
- ・新たな専門医の仕組み

都道府県において、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、地域の実情に応じて、医療資源を活用

予防・健康づくりの推進に向けて

政府

健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）



関係者による様々な取り組みが進められている

日医かかりつけ医機能研修制度

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施。

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



* 日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要
(http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf)

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【2016年度】

9,391名受講

【2017年度】

9,712名受講

【2018年度】

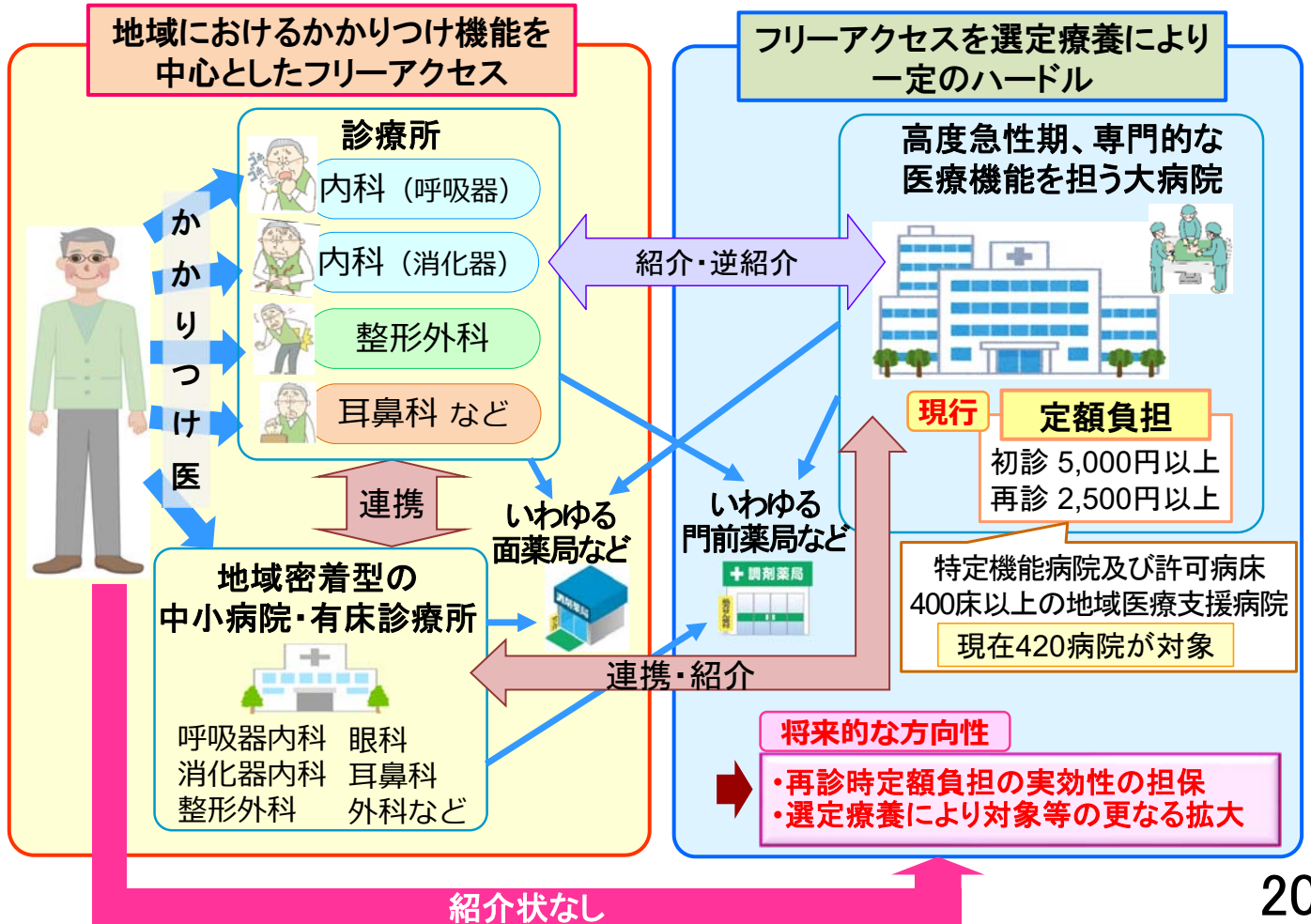
10,609名受講

【2019年度】

6,325名受講（於：日本医師会館）

➡ 今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・都市区医師会においても同様の研修会の開催を依頼。

外来機能の分化と連携の推進



紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直しについて

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

2018年度診療報酬改定

○対象となる医療機関

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院

○定額負担

最低料金：初診時 5,000円

再診時 2,500円

他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者

他の医療機関(200床未満)に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者

※緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、**特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院へ拡大する。**

	地域医療支援病院数※ (2018年12月末時点)
100～199床	20
200～299床	93
300～399床	160
400～499床	160
500床以上	174
計	607

(出所)「個別改定項目について」2018年2月7日、中医協総会資料

**対象病院数は
262病院から420病院に拡大※)**

2018年度改定で追加された病院

※)「患者・国民に身近な医療の在り方について」2019年5月15日
中医協総会資料

1人当たり受診回数と定義

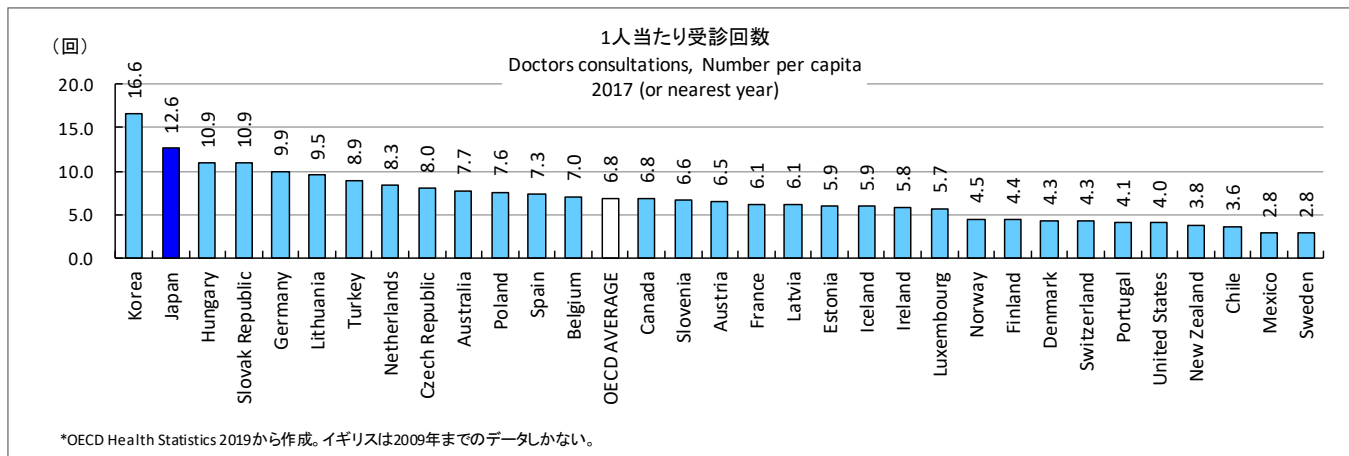
日本の外来受診回数は第2位であるが、各国で定義が異なるので単純に比較できない。OECDの定義では在宅医療も対象であるが、在宅医療(home visit)を含むことが明記されているのは、日本以外ではイギリスだけである。

【対象範囲】

ドイツ: 四半期ごとの最初の1回をカウントしている。1人当たり受診回数は2007年で17.7回という調査があり、日本の受診回数よりも多い。

イギリス: 2009年までのデータしかなく、2009年はGP(General Practitioner)の診察回数で5.0回である(年によって参照範囲が異なる)。

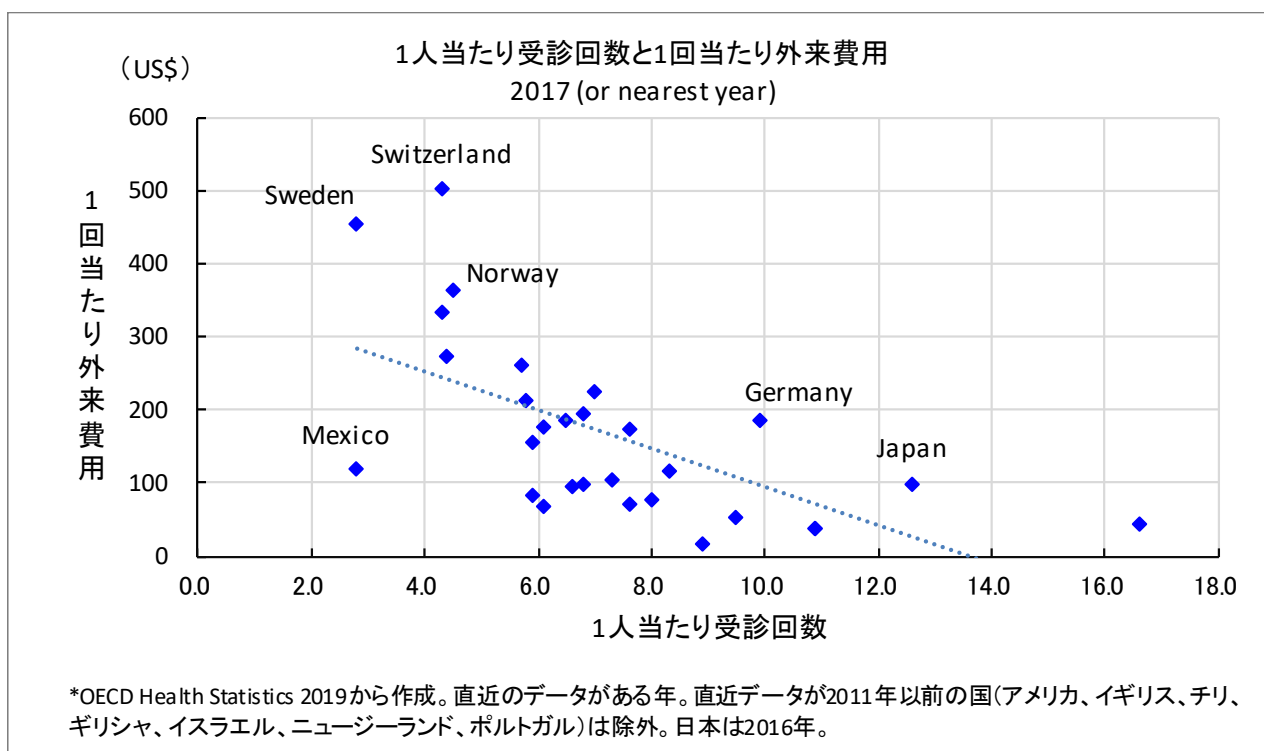
アメリカ: 代表的なサンプルによる推計である。



(出所)前田由美子「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2019—」日医総研リサーチエッセイ No.77, 2019年9月 (<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf>)

1人当たり受診回数と1回当たり外来費用

外来受診回数の多さが、医療費の高さに直結しているわけではない。日本では受診回数は多いが、外来受診1回当たりの費用は低い。



(出所)前田由美子「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2019—」日医総研リサーチエッセイ No.77, 2019年9月 (<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf>)

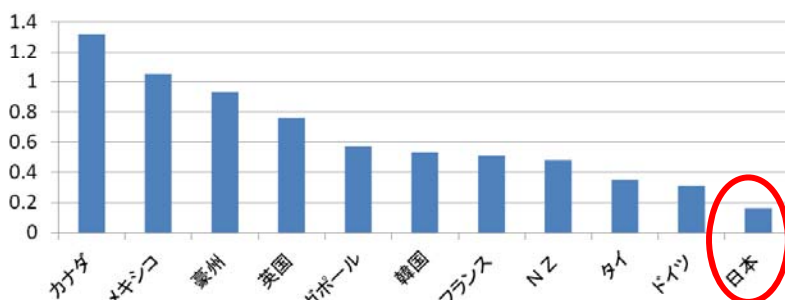
新型インフルエンザ(H1N1)2009で日本が低い死亡率を達成できた背景

- ・医療アクセスの良さ
- ・医療水準の高さ
- ・抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方
- ・国民の公衆衛生に対する意識の高さ(予防の徹底)

これらに加え、ワクチンの接種に関する事業における受託医療機関、診療にあたった診療所、病院、薬局等、医療現場における医師や看護職員、薬剤師等、医療従事者の献身的な努力があったことを忘れてはならない。

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガポール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	—	3/21	—	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
死亡率 (人口10万対)	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	—	全例	—	—	—	全例	全例	260名はPCRで確定	—	全例	—	184名はPCRで確定

※なお、各国の死亡数はそれぞれ定義が異なるため、単純比較は困難であることに留意が必要。



各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

死亡率は国別で異なる

(出典)平成22年6月8日開催 第7回新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議 参考資料

24

受診抑制によって起きた悲劇

ダイアンはたった一つのとげのせいで人生をふいにした。

カリフォルニア州でチャーター・スクール[自主運営の公立学校]の教師をしていたダイアンは、2009年に州が81億ドルの教育費削減を決めたことで失業し、同時に職場の健康保険を失った。そこで個人保険に加入しようと、失業中の身でも払えそうなものを探し、そのなかからいちばん条件のいい保険を選んだ。しかし、それは免責金額[その額までは全額個人負担になる]が高いものだった。免責金額を低く設定すると保険料が高くなるため、ダイアンのように保険料を低く抑えたい場合、免責金額のほうを最高額の年間5000ドルという設定にせざるをえないことが多い。だがそうすると、よくよく考えてからでなければ医者にかかれぬ。

加入してから1年ほど経ったある日のこと、ダイアンは自宅で大きなとげを踏んだ。古いアパートで、床板がささくれている。ダイアンは糖尿病を患っていて、小さな傷でも化膿しやすく、壊疽の恐れがあったので、この時点ですぐ医者に行くべきだった。

だがダイアンは診療費や処方薬の金額を思い浮かべ、思いとどまった。やがて傷口が赤く腫れ、それが次第に脚の上のほうへと広がったが、それでも医者に行かず、インターネットで見つけた治療法に従って、湯につけ、石鹸で洗い、市販の抗生物質クリームを塗るだけで済ませていた。

数週間すると全身がだるく、熱っぽくなった。そしてとうとうある日高熱を出し、気を失って倒れた。そのとき頭がコーヒーテーブルに当たり、派手な音を立ててガラスが割れたので、隣人が気づいて911に通報した。警察が駆けつけてドアを破って入り、救急車を呼んだ。

こうしてダイアンは、わたし(サンジェイ)が働いていた病院の集中治療室に運ばれてきた。とげを踏んだほうの脚はずでに壊疽が進んでいて、切断するしかなかった。もっと早く治療を受けていれば避けられたはずである。その上、菌が繰り返し血流中に入ったせいで敗血症も重症化していて、血圧は上が80、下が40まで下がっていた。わたしは心肺停止を防ぐため、カテーテルを頸静脈から右心へ挿入して輸液を行い、昇圧薬[血圧を上げる薬]も投与した。また腎不全も起こしていたので、鼠蹊部に透析ポートを埋め込まなければならなかった。だがこの透析が新たな問題を生み、急激に血圧が低下して脳梗塞を引き起こした。

今、ダイアンは介護施設にいる。まだ47歳なのに、もう話すことも歩くこともできず、右半身はまったく動かない。ダイアンは5000ドルという免責金額を気にして医者に行かなかったのだが、皮肉なことに、結局このときの入院費用は30万ドルを超え、保険が適用された。しかも半身不随になったため、これから一生涯、年間数万ドルの費用がかかることになり、これはカリフォルニア州の負担になる。今のダイアンには、一定時間ごとに体の向きを変える、排せつ後に体をきれいにし、食事はのどに詰まらないように口の左側(麻痺していない側)からスプーンで食べさせるなど、24時間の介護が必要になっている。

これは極端な事例ではあるが、決して例外ではない。ダイアンほどの悲劇にはいたらなくても、類似の例はアメリカ中で日々起きている。

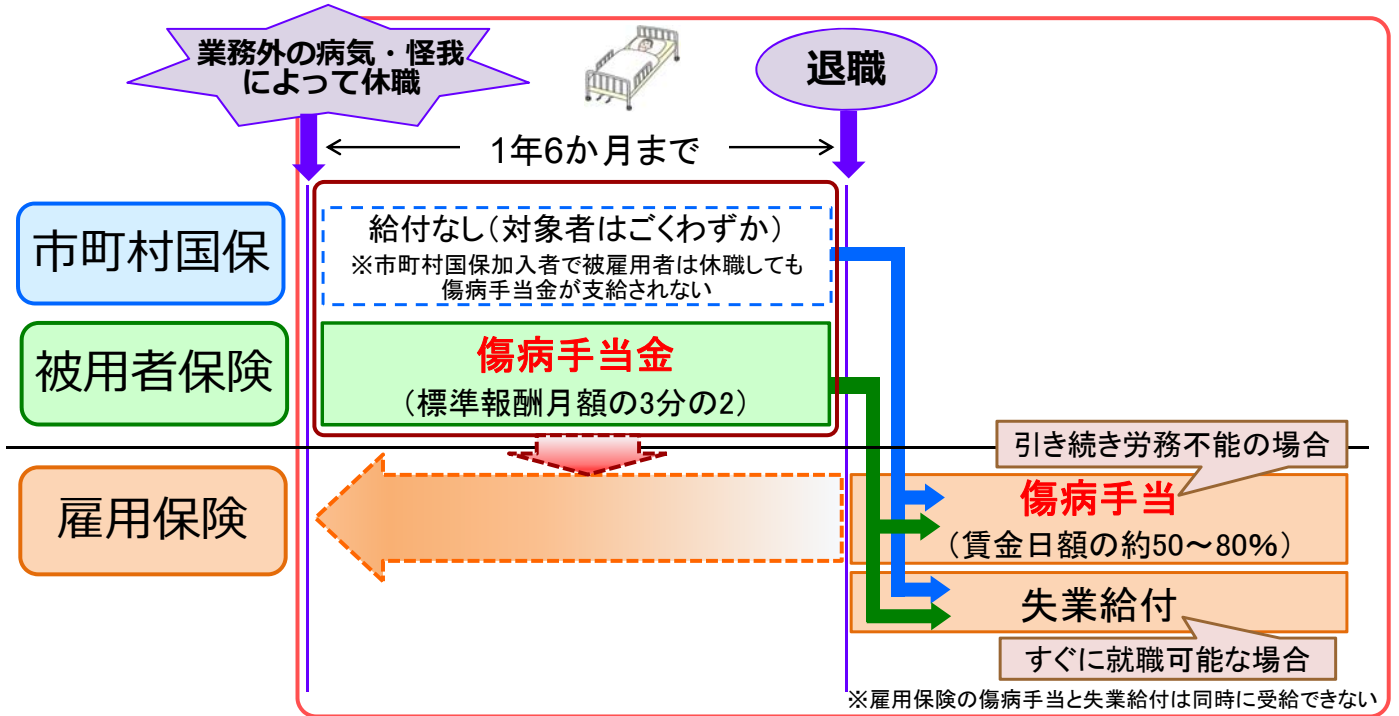
(出所)デヴィッド・スタックラー&サンジェイ・バス(橋岡美・臼井美子訳)『経済政策で人は死ぬか?』(草思社)pp.172~174

さらに、不況と緊縮政策によって、ギリシャと同じようにアメリカでも診察や治療の待ち時間が長くなった。特に深刻なのは緊急治療室(ER)で、これは予防医療を受けない人が増えたことと関係がある。ダイアンのように重体になるまで放っておく患者が増えたことで、一般外来ではなく、ERが混み合うことになったからである。アメリカのERはそれだけでなく、苦しい状況で、大不況以前からすでに定員いっぱい、あるいはそれ以上の患者を受け入れざるをえなくなっていた。そこへ大不況でさらに患者が増えたため、スタッフの過労は限界に達した。患者にとっても、緊急なのに待たされるのだから、もはや“緊急”治療室とは言えなくなった。

(出所)同上 pp.177~178

25

傷病手当を全世代型社会保障へ



病気や怪我で就業できなくなった場合に、現在は休職・退職で保険が分かれているが、健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当で賄う

国民にも分かりやすくなり、安心して就業できる
全世代型社会保障制度を構築し、多様な働き方に対応すべき

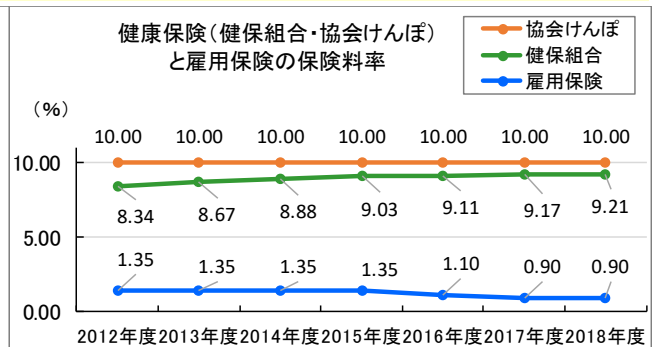
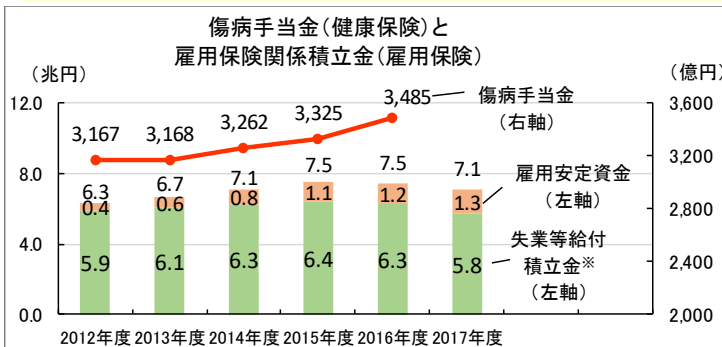
傷病手当金と雇用保険関係積立金、保険料率

業務外の病気等のために仕事を休んだ際の給付である健康保険の傷病手当金^{※1)}は、2016年度時点で3,485億円にのぼっている。

一方、雇用保険における積立金として、2017年度には失業等給付積立金^{※2)}が5.8兆円、雇用安定資金^{※3)}が1.3兆円ある。

雇用情勢の改善に伴い、失業等給付積立金が5.8兆円、雇用安定資金が1.3兆円に達しており、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下したにもかかわらず、積立金は0.8兆円増加した。

雇用保険料を引き下げずに、健康保険での休業時の標準報酬月額をベースとした給付である傷病手当金を雇用保険で賄うことも必要ではないか。



※失業等給付積立金の正式名称は「労働保険特別会計雇用勘定積立金」
 ※傷病手当金は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2019年1月)、雇用保険関係積立金は財務省「特別会計決算参照書」各年度版より作成

*健保組合の保険料率は2016年度までは厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、2017・2018年度は健康保険組合連合会「健保組合決算見込の概要」、雇用保険料率は厚生労働省「雇用保険率に関する参考資料」より作成

※1) 傷病手当金: 被保険者が業務外の病気や怪我のために4日以上仕事を休んだ場合、標準報酬月額の3分の2を最長1年6か月支給する制度。市町村国保にはない。

※2) 失業等給付積立金(労働保険特別会計雇用勘定積立金): 雇用保険事業の失業等給付費に充てるために必要な金額の積立金。この積立金は、雇用・失業情勢が悪化した際にも安定的な給付を行うため、好況期に積み立て、不況期にこれを財源として使用する。

※3) 雇用安定資金: 不況期に雇用安定事業(事業主に対する助成金、再就職支援など)の経費として将来必要となる資金。

後期高齢者の窓口負担の引き上げについて

高齢になれば若い時よりも医療を必要とする機会が増えるため、病気の早期発見につながることから、生活に過度な負担がかからないで済むようにするのが望ましい。

一方で、現役世代に負担がかかっていることも十分に理解できる。

低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべき。

社会保障の持続可能性と財政健全化の両立

*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見

28

高齢者の自己負担割合と収入状況

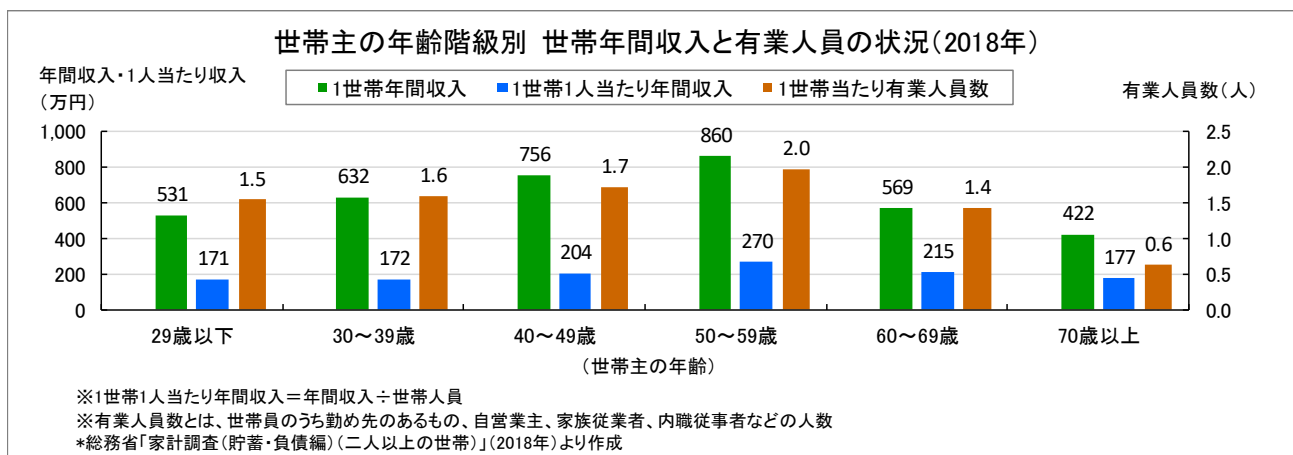
社会保障の持続可能性と財政健全化の両立を図るため、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべきである。

	70～74歳 (昭和20(1945)年生～昭和24(1949)年生)	75歳以上 (～昭和19(1944)年生)
	現役並み所得者	3割負担
一般・低所得者	2割負担	1割負担

前年の年収約370万円※

※) 年収約370万円が「現役並み所得者」と「一般・低所得者」を分ける課税所得145万円に相当する。

*厚生労働省ポスターより作成 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000209856.pdf>)



29

市販類似薬について保険給付範囲からの除外や償還率の変更について

スイッチOTC化されたから医療用ではなくなるということではなく、医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべきです。

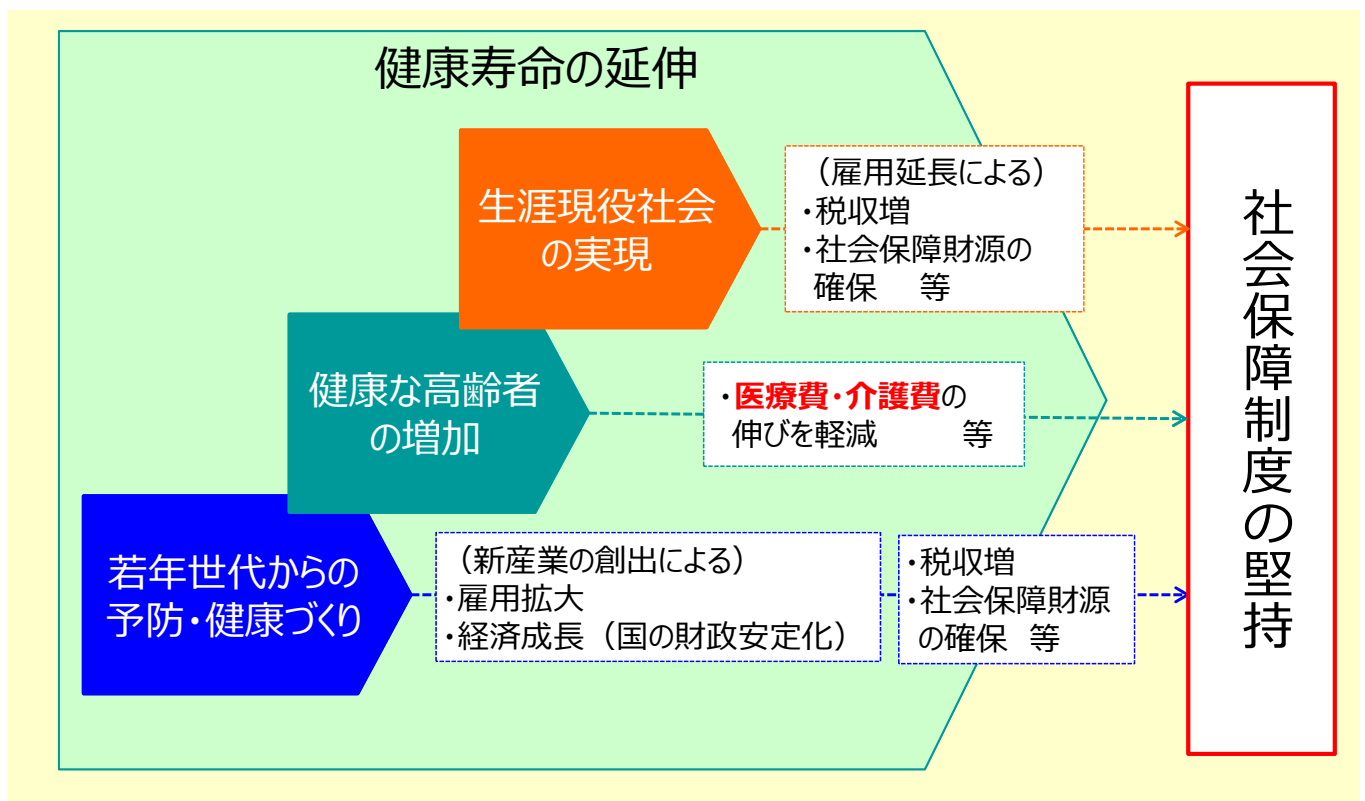
また、重篤な疾患だけを保険給付の対象とすれば、社会保険の恩恵が薄れ、経済的弱者が軽微な症状での受診を控えることにより、重症化するおそれがあります。

早期に診断し早期に治療することが医療の鉄則です。

*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見
(<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008889.html>)

30

健康寿命の延伸と実現すべき社会



31

全世代型社会保障検討会議

全世代型社会保障に向けて

2019/11/8

公益社団法人日本歯科医師会

- 歯科界として目指すもの

 - 医療ニーズの総量の縮減と財政側面への貢献

- 具体的な成果

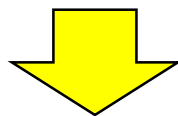
 - 8020運動、永久歯のう蝕予防

- 個別の議論について

■20年間歯科界がめざしてきたもの

「形をなおす歯科医療」から「口腔の機能の維持・向上をはかる歯科医療」へのシフト。

口腔健康管理を通じて「全身の健康の増進」をはかり、「健康寿命の延伸」に貢献する。



■全世代型社会保障改革に向けてめざすもの

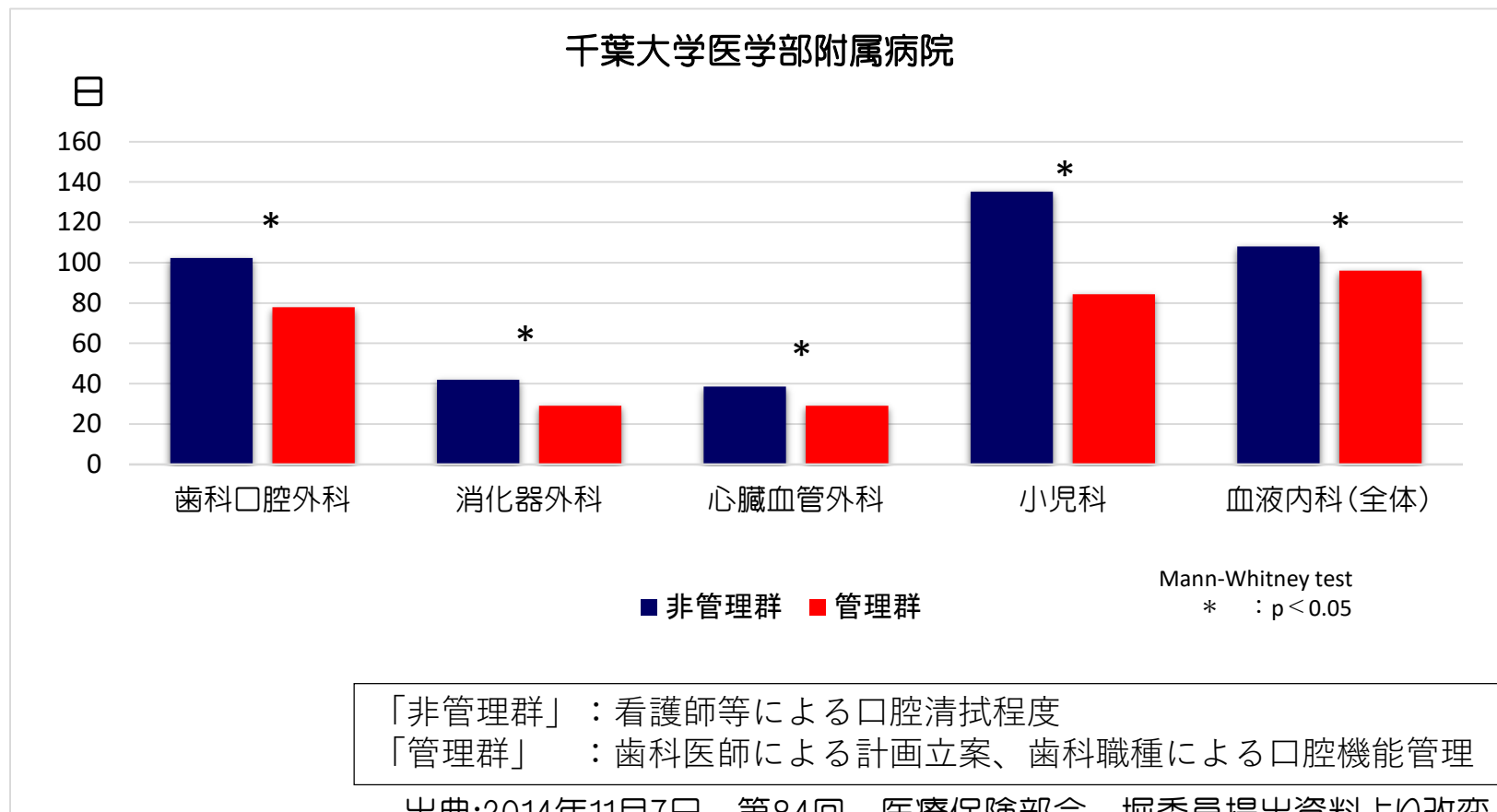
負担増への不安以上に、老後や万が一の時への安心がある「医療の姿」を示す中で、負担と給付を含む全世代型社会保障の議論をしたい。

生涯に亘る口腔機能管理により、健康な国民、健康な高齢者を増やすことで、働き手、支え手を確保すると共に、社会活動、消費活動を活発化させる。

周術期口腔機能管理等の徹底により、入院期間の短縮など「医療二一ズ
の総量の縮減」に資すると共に、医療の財政側面に貢献する。

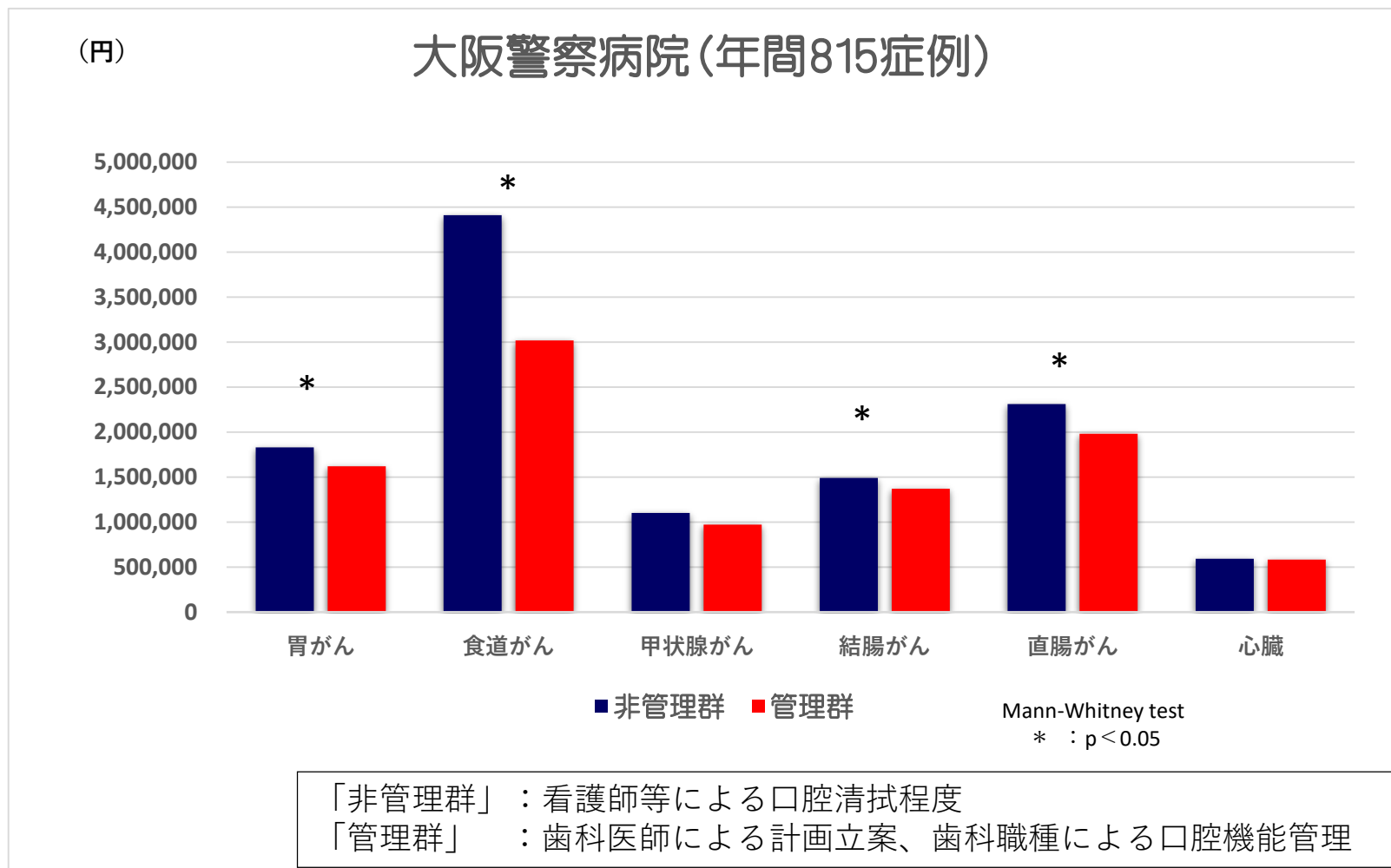
歯科医療・口腔機能管理による 医療の財政面での効果

■ 口腔機能管理の徹底で各科の在院日数が減少する



口腔機能管理の徹底で、いずれの診療科でも在院日数の削減効果が有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった。口腔に近い領域だけではなく、侵襲が大きな治療の際に口腔機能の管理が重要であると考えられる。

■ 口腔機能管理の徹底でがん治療の医療費が減少する



出典:2014年11月7日 第84回 医療保険部会 堀委員提出資料より改変

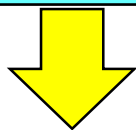
口腔機能管理の徹底により、年間815件のがん治療において、平均15%医療費が低く抑えられた。

■ 口腔機能管理の徹底でがん治療の医療費が減少する

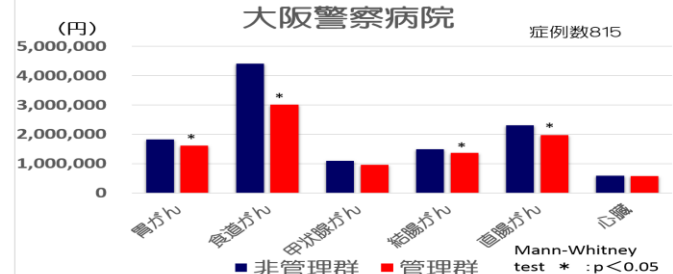
□ 大阪警察病院の事例を国レベルにあてはめると

傷病分類	順位	医科診療医療費
循環器系の疾患	1	5.98兆
新生物	2	4.13兆
筋骨格系及び結合組織の疾患	3	2.33兆
呼吸器系疾患	4	2.22兆

現状で歯科のある病院は約21%で口腔機能管理に取り組んでいる病院は約半分。即ち約1割の病院しか口腔機能管理が実施されていない

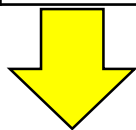


歯科による口腔機能管理の実施で医療費が平均15%減少する



「非管理群」：看護師等による口腔清拭程度
 「管理群」：歯科医師による計画立案、歯科職種による口腔機能管理
 出典：2014年11月7日 第84回 医療保険部会 部委員提出資料より改変

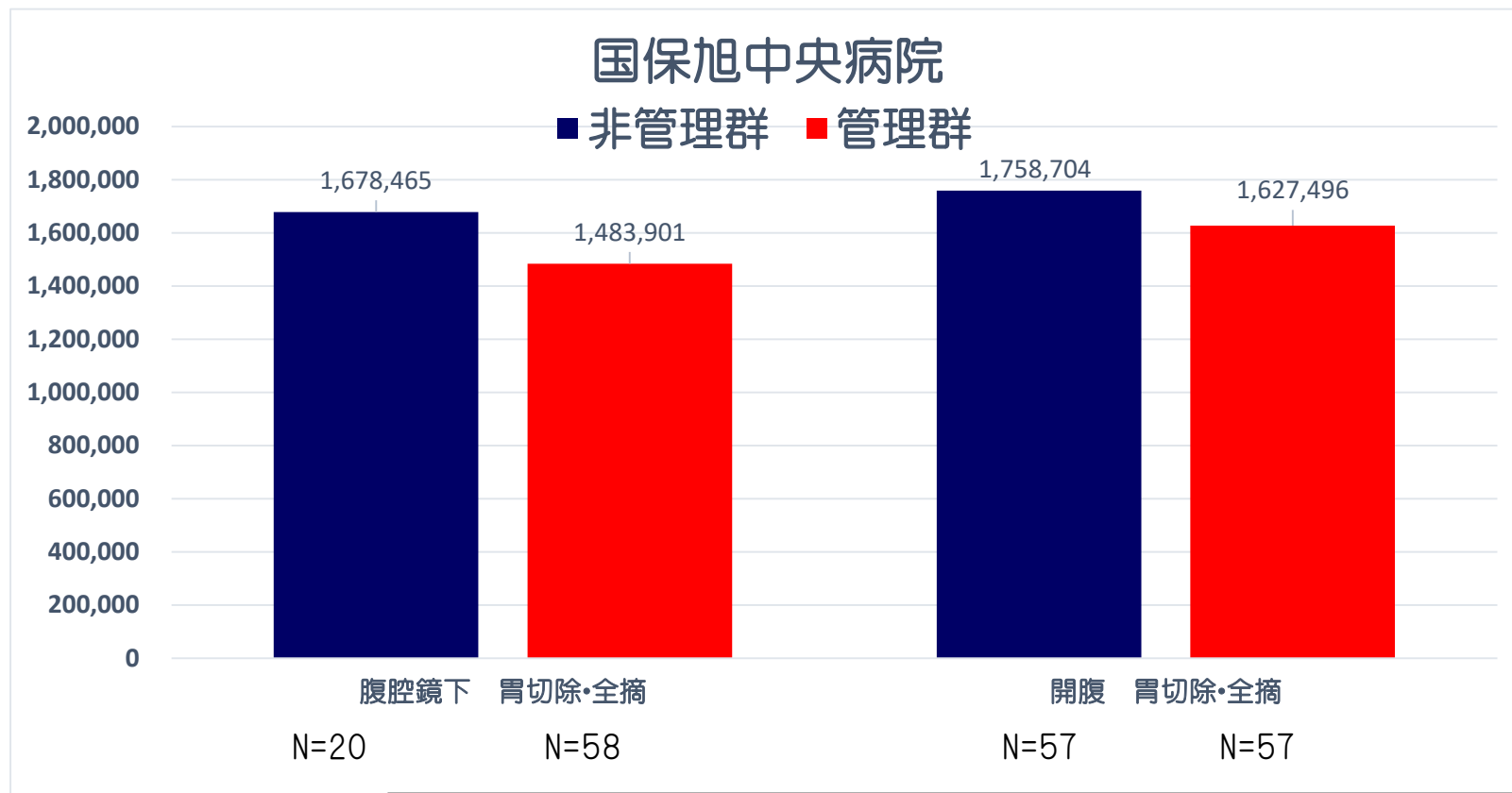
大阪警察病院			
	口腔管理未実施 (万円)	口腔管理実施 (万円)	医療費比較 (%)
胃がん	183	162	88.5
食道がん	441	302	68.5
甲状腺がん	110	97	88.2
大腸がん	149	137	91.9
直腸がん	231	198	85.7
平均			84.6



815例のがんの手術で口腔管理の徹底で平均15%医療費が減少

すべての病院で大阪警察病院並の周術期口腔機能管理を徹底すれば新生物医療費4兆1300億円の約15% (6,000億円) 近くを削減できる可能性がある。

■ □ 口腔機能管理の徹底で医療費が減少する



「非管理群」：看護師等による口腔清拭程度

「管理群」：歯科医師による計画立案、歯科職種による口腔機能管理

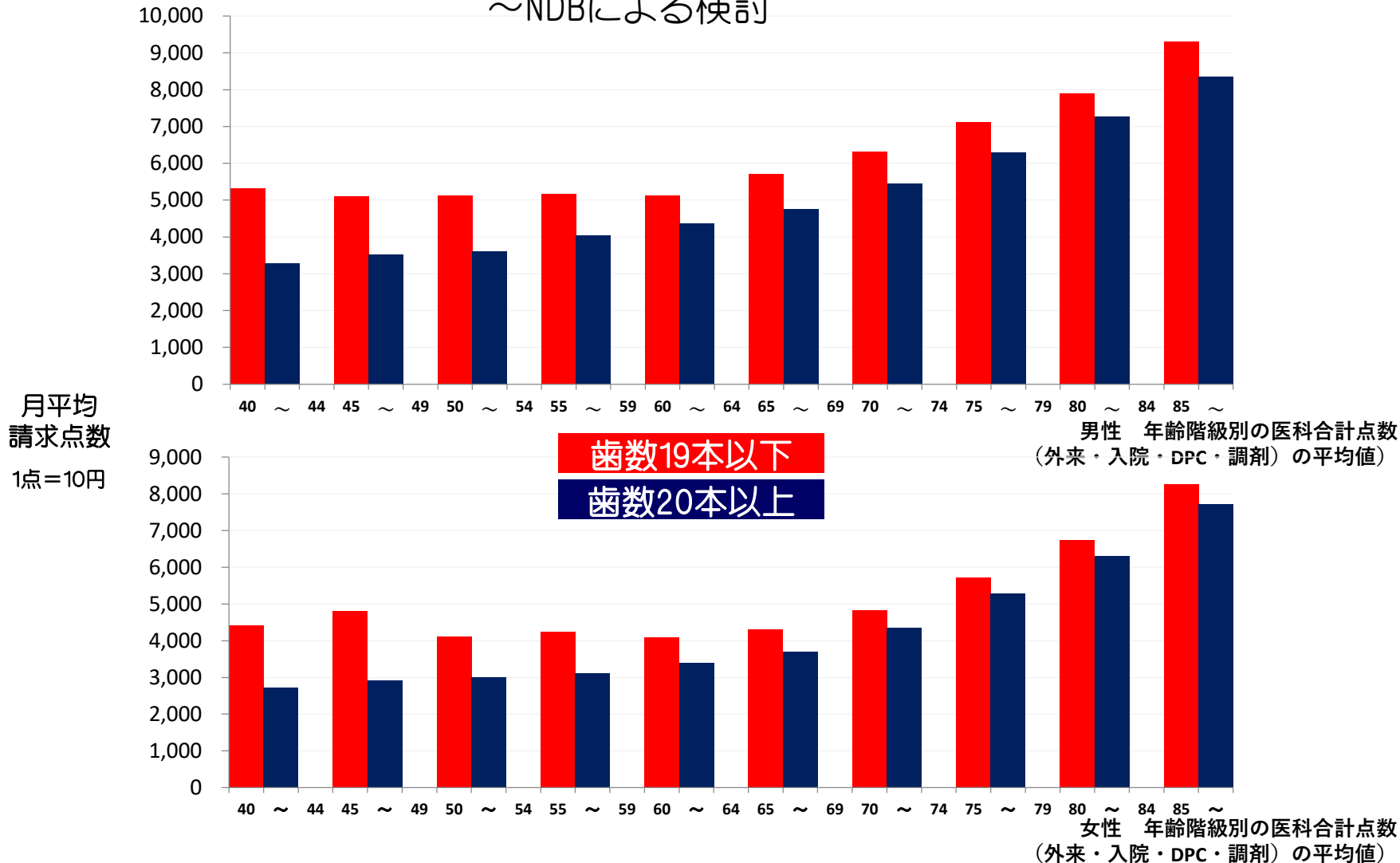
出典:2014年11月7日 第84回 医療保険部会 堀委員提出資料より改変

口腔機能管理の徹底により、胃切除・全摘手術は、開腹、内視鏡下いずれも医療費は減少した。

■ 歯の数による医療費の比較

日本歯科総合研究機構2016

～NDBによる検討



NDB230万件の医科、歯科のレセプトの統合分析の結果、男女を問わず、あらゆる年齢層で、歯の数が20本以上のグループは19本以下のグループより、医科医療費が低いことが判明した。

歯科医による口腔ケアが癌手術後の肺炎発症率と死亡率を減少

前略

2. 発表のポイント:

◆ 歯科医が手術前に口腔ケアを実施することにより、唾液中の細菌量を減らすことにより術後肺炎の発症を低減できる可能性が、理論的には示唆されてきました。

◆ 厚生労働省のレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いて、歯科医による手術前口腔ケアが癌手術後患者の術後肺炎発症率や死亡率を減少させることを明らかにしました。

◆ 本研究成果は、実際の医療現場における歯科医による術前口腔ケアの有用性について、医療従事者・患者の双方にとって重要な情報の一つとなることが期待されます。

後略

歯科以外の研究グループによるNDBの解析により、口腔機能管理の徹底により術後肺炎の発症率や死亡率を減らすことが再確認された

■ 歯周病と糖尿病の関係

2008年～2012年に、広島県下の医療施設において継続的に治療を受けている523名のII型糖尿病患者に対して、大規模な調査および歯科的介入を行った。抗菌剤による局所応用治療を併用した歯周治療の効果を検討

群	数 (人)		抗菌剤 局所投与	歯周治療	CRP	HbA1c
A	42	CRP 500ng/ml 以上	○	○	↓↓	↓↓
B	33	CRP 500ng/ml 以上		○	↓	↓
C	38	CRP 500ng/ml 未満	○	○		
D	47	CRP 500ng/ml 未満		○		
E	62	CRP 500ng/ml 以上	コントロール			
F	56	CRP 500ng/ml 未満	コントロール			

広島県歯科医師会「広島県における糖尿病歯周病関連調査 (Hiroshima Study)」
Munenaga et al., Diabetes Research and Clinical Practice 100:53-60, 2013.

CRPが500ng/ml以上で歯周治療を受けた群(A、B)においてCRPとHbA1cの有意な低下を認めた。
また抗菌剤の局所投与の併用(A)によってhs-CRPとHbA1cがより減少した。

■ 歯周病と糖尿病の関係

日本糖尿病学会2019

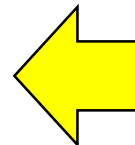


II型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される
【推奨グレードA】

日本歯周病学会2014



•従って糖尿病患者に対しては、歯周治療が推奨される
【推奨グレードB】

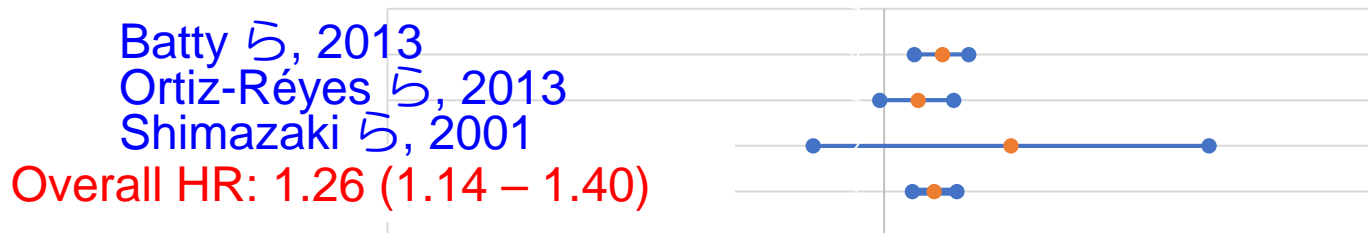


■ 歯数と認知症との関係

メタ分析報告より

Cerutti-Kopplinら, JDR Clin Trans Res, 2016.

認知障害のリスク — HR (ハザード比) と95%信頼区間



認知症のリスク

20歯以上

19歯以下

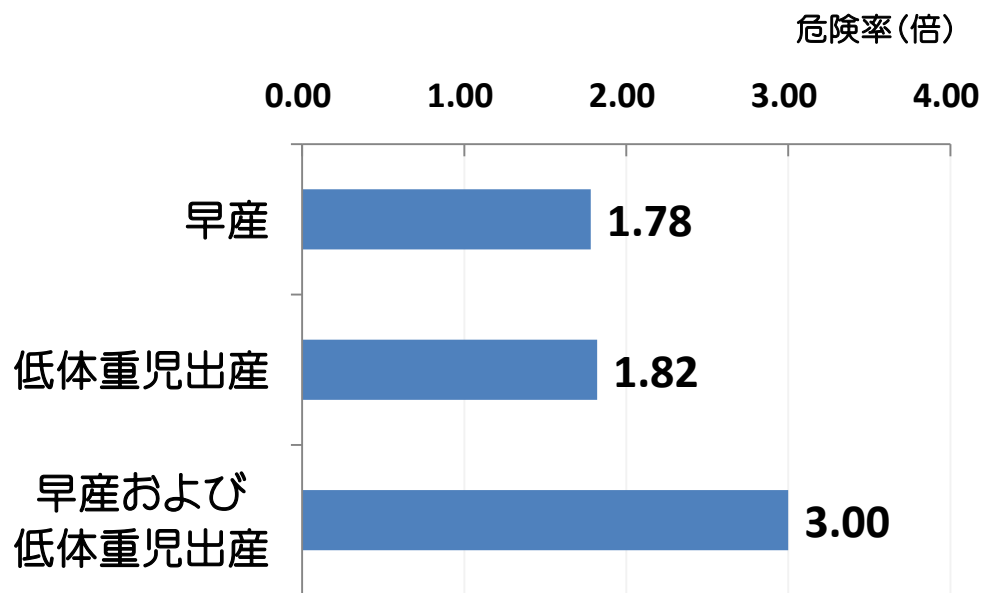


8研究のメタ分析により、19歯以下の者は20歯以上の者と比較して認知障害および認知症リスクは1.2~1.3倍となることが明らかとなった。

■ 歯周治療と早産・低体重児出産のリスク

日本歯周病学会編集 歯周病と全身の健康 2015より

17報の症例対照研究、総数10,000名以上のメタアナライシスにより、歯周病の早産に対する危険率は1.78倍、低体重児出産に対する危険率は1.82倍、早産および低体重児出産に対する危険率は3.00倍である。

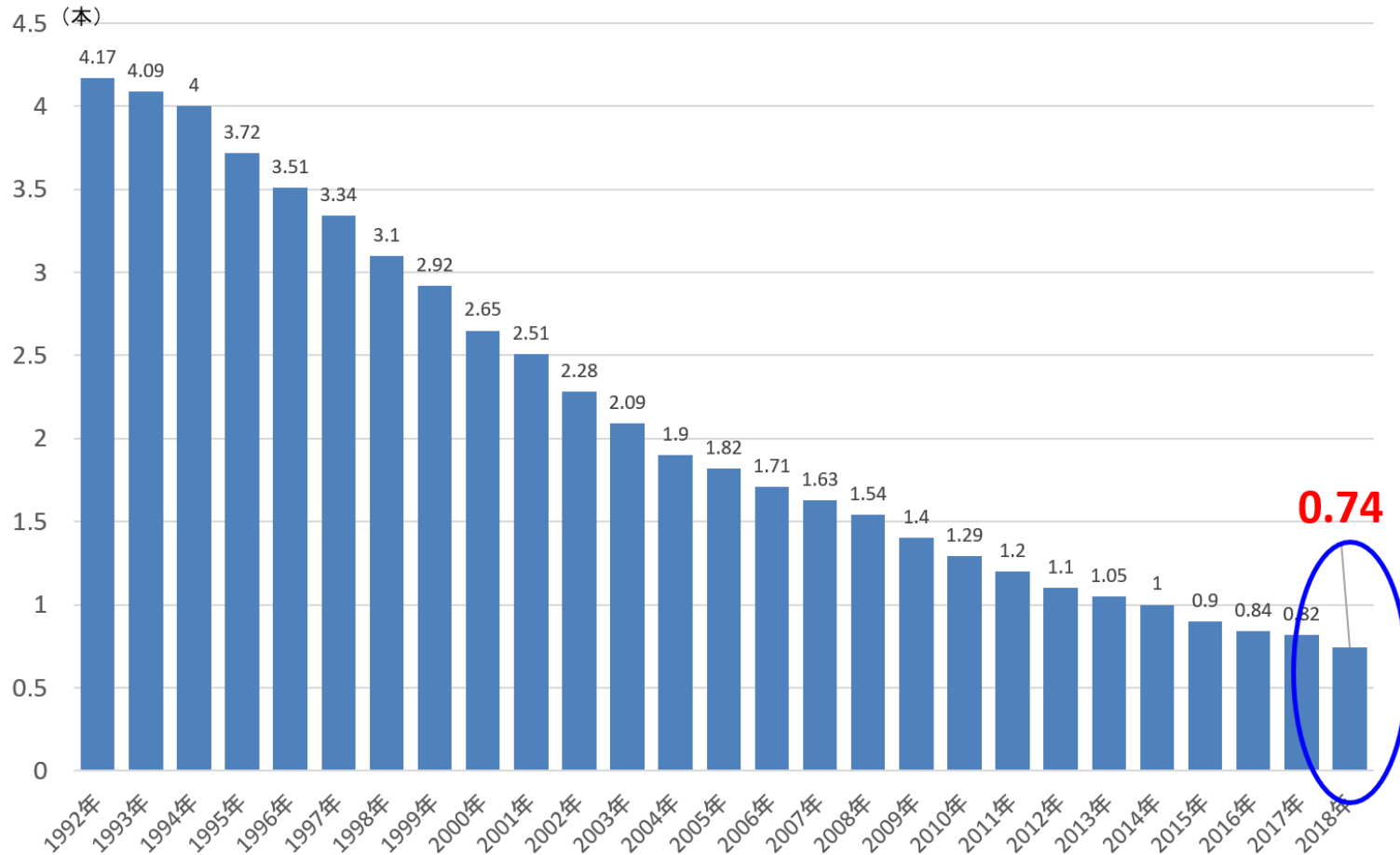


Corbella et al., Odontology 100(2):232-240, 2012.

歯周病に罹患した妊婦では、早産、低体重児出産のリスクは増加する
(エビデンスレベル2a)

■これまでの具体的な成果(1)

□ 12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯(う歯)等数の年次推移



学校保健統計調査・文科省より日本歯科総合研究機構作成

12歳児の永久歯のう蝕の数は、過去30年以上一度も増えることなく減り続け、2018年度には0.74本に減少した。

■これまでの具体的な成果(2)

趣旨 目標	<p>「8020運動」は、「80歳になっても自分の歯を20本以上保とう」という運動。</p> <p>「20」は「自分の歯で食べられる」ために必要な歯の数を意味。今までの歯の本数と食品を噛む能力に関する調査によれば、20本以上の歯が残っていれば、硬い食品でもほぼ満足に噛めることが科学的に明らかになっている。</p>	
運動開始	平成元年	
達成者率	昭和62年	7%
	平成5年	11%
	平成17年	24%
	平成28年	51%

平成元年にスタートした8020運動は、運動開始当時の8020達成者率は1割にも満たなかったものが、平成28年には51.2%となり、「平成34年に5割を超える」という国の目標を6年早く達成した。

■個別の議論について

健康な人間が増え、結果として社会活動や消費活動が進み、経済が活性化し、税収も増えるという方向性が、議論の中心にあるべきと考える。歯科では、歯科健診の充実や口腔機能管理の徹底、医科歯科連携の推進、歯周病予防の推進等により健康な国民が増え、支え手、働き手が増えていくことを目指して貢献していきたい。

地域医療構想等、計画的に取り組んでいることの検証、評価をした上で次の議論に進むべき。

かつて70～74歳の窓口負担を2割にする際にも、多くの時間をかけて丁寧な議論を尽くした。更に上の75歳以上の窓口負担割合については、より慎重な配慮が必要。高齢者の受診控えが生じ、結果として重症化に繋がることは逆に医療、介護の費用を増幅するというリスクを念頭におくべき。

受診時定額負担は、疾病や怪我をもつ健康弱者、特に受診機会の多い高齢者を中心に更なる負担を求めることであり、社会全体で支えるという公的医療保険制度の理念に相容れず、賛成できない。

類似薬品等に関わる給付範囲見直しは、高齢者の服薬管理等の問題も含め多角的な視点から、中医協等三者構成の中での慎重な議論が必要と考える。

參考資料

■ 歯科に関わる医療政策の方向性(1)

■ 骨太の方針2017 2017/6/9

口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療の充実に取り組む。

■ 骨太の方針2018 2018/6/15



口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者を**はじめとする国民**に対する口腔機能管理の推進など歯科口腔保健の充実や、地域における**医科歯科連携の構築**など歯科保健医療の充実に取り組む。

■ 骨太の方針2019 2019/6/21



口腔の健康は全身の健康にもつながることから**エビデンスの信頼性を向上**させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、**フレイル対策にもつながる**歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、**介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築**に取り組む。

■ 歯科に関わる医療政策の方向性(2)

■ 未来投資会議 経済政策の方向性に関する中間整理 2018年11月26日

重度の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する可能性があるとの指摘がある。現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会の拡大、保健指導の充実とともに、歯科受診が必要な者については歯科医療機関への受診を促すなどの方策を検討する。

■ 成長戦略フォローアップ 2019年6月21日

……全身の健康にもつながる歯周病などの歯科疾患対策を強化するため、現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会を拡大し、歯科の保健指導を充実することについて、検証の結果を踏まえ、2020年度までに検討に着手し、速やかに結論を得る。

あわせて、歯科健診の受診率の向上を図るとともに、健診結果に基づき、必要な受診を促す実効的な取組や、全身疾患の治療が必要な可能性がある場合の医科歯科連携を推進する。

■ 歯科に関わる医療政策の方向性(3)

■ 脳卒中・循環器病対策基本法

2018年12月10日成立

附則 第二条

政府は、肺塞栓症、感染性心内膜炎、末期腎不全その他の通常の循環器病対策では予防することができない循環器病等に係る研究を推進するとともに、その対策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるほか、**歯科疾患と循環器病の発症との関係に係る研究を推進するものとする。**

■ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

2019年4月25日改定

○「オーラルフレイルの概念」の明示

- 広域連合は、後期高齢者医療制度の運営を通じて健診・医療レセプト(調剤・歯科含む)等を包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。
- **合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい**
- …のみならず、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組となっているか。これにより、医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待される。
- **歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理
…などが必要であり…**
- 壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や**口腔機能**、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。



全世代型社会保障改革について

令和元年11月8日
公益社団法人 日本薬剤師会

- 国民に適切な医薬品を適正に供給できる体制の確保
 - ・患者の服薬情報を一元的・継続的に把握
- 地域包括ケアシステムの構築
 - ・多職種連携、チーム医療への貢献
 - ・医師の働き方改革の実現のための連携
- 医薬品適正使用のための各種方策
 - ・残薬解消、ポリファーマシーの抑制、後発医薬品の使用促進
- 国民自らによる疾病予防・健康管理の推進
 - ・セルフケア、セルフメディケーションの支援
 - ・健康サポート機能を持った薬局の活用
 - ・地域住民に対するOTC医薬品の適切な提供
- 国民皆保険の堅持
 - ・国民が安心して最良の医療を受けられる環境の確保

- **地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師**がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮する**かかりつけ薬局**が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、**患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握**し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、**お薬手帳の一冊化・集約化**を実施。

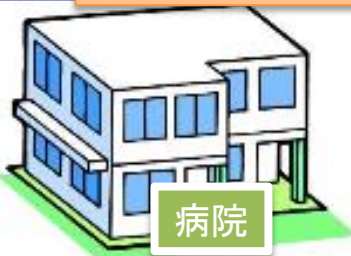
24時間対応・在宅対応

- **開局時間外**でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時**電話相談を実施**。
 - **夜間・休日**も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、**調剤を実施**。
 - 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、**在宅対応**にも積極的に関与。
- (参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)
- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について**近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携**。
 - ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の**地域包括支援センター等との連携**も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ**処方医に対して疑義照会や処方提案**を実施。
- **調剤後も患者の状態を把握**し、**処方医へのフィードバック**や**残薬管理・服薬指導**を行う。
- **医薬品等の相談や健康相談に対応**し、**医療機関に受診勧奨**する他、**地域の関係機関と連携**。

地域包括ケアシステムにおける薬局の役割



病院



かかりつけ医・診療所等の
医療機関



看護師、ケアマネジャー、
保健師等の他職種

診断・治療
処方箋発行

受診

診断・治療
処方箋発行

受診



患者

一元的・継続的管理
重複投与・相互作用等のチェック

連携

調剤薬、OTC医薬品等の供給
セルフメディケーションの推進・支援
情報提供、薬学的指導

行政・保険者

要指導医薬品
一般用医薬品等の供給



健康相談

処方箋提出
※複数の医療機関に
かかる場合は、複数
枚の処方箋を提出

在宅訪問

健康サポート薬局

くすり

かかりつけ医を中心とした
チーム医療の中で、かかり
つけ薬剤師は薬の専門
家の視点で患者を支える

かかりつけ薬剤師

- 2025年、2040年に向けた、国民皆保険の維持・堅持や、安定的な運用を目指して進められる全世代型社会保障改革にあたっては、医療関係者による取り組みや国民・患者の理解と協力が不可欠。
- 医師と薬剤師の連携による「かかりつけ機能」の発揮によって、医薬品の適正使用および適切な保険給付の推進につながる。
- 人口減少、超高齢化、人口の都市集中や地方過疎化が進む中、社会保障制度改革を単なる財政面の問題として捉えることなく、長期的な視野で検討を行うべき。

持続可能性のある社会保障制度改革についての意見

(高齢者の窓口負担)

- 患者の窓口負担の増加が、患者の受診抑制を引き起こし、重症化につながるものが懸念される。疾病予防・重症化予防という国の方針に逆行している。

(外来受診時の定額負担)

- 国民皆保険は、保険料・患者負担・公費・給付範囲というバランスのもと成立しており、定額負担の導入は国民皆保険の根幹を揺るがしかねず、安易な導入はすべきではない。

(薬剤自己負担)

- 市販品類似薬であることのみをもって、給付範囲の見直し、給付率を変えることには反対。
- 給付範囲の見直しや給付率を変えることにより、「必要な医療が保険給付される」という我が国の医療保険制度の原則を大きく変えることになり、国民は安心して医療を受けられなくなる。
- 市販品類似薬を「モノ」として捉えて、保険給付外とすることや給付率を見直すことは、国民に対する医療手段の制限にもなり、安易に行うべきではない。

【発言要旨】

- ①給付の充実化および合理化を通して、人的・物的資源の投下を最適化しながら、効用を最大化する取り組みが重要。
- ②従来の高齢者偏重の社会保障制度から、どの世代であっても合理的に社会保障制度の便益を享受できる仕組みが必要。
- ③医療制度改革にあっては、外来受診時定額負担などの頻回受診を適正化する需要面からのアプローチと、医師数・病床数の合理化という供給面からのアプローチが重要。
- ④財政主導の医療費適正化だけではなく、優先順位の高い医療を守っていくことに着目した議論を期待する。
- ⑤年金制度については、受給方法の弾力化と、適用対象の拡大についての議論が必要。

令和元年11月8日

慶應義塾大学総合政策学部

株式会社GNEX

代表取締役CEO 三上 洋一郎

全世代型社会保障制度における論点

- 消費税増税により安定的な税財源が確保できたため、今後は給付の充実化および合理化を通して、適切な資源配分を行う必要があるのではないか。
- 従来の高齢者偏重の社会保障制度から、どの世代であっても合理的に社会保障制度の便益を享受できる制度が必要ではないか。
- 社会保障制度の中でも中長期的にインパクトの大きい医療保険については、需要面からのアプローチはもちろん医師誘発需要の観点から供給面からのアプローチも重要となるのではないか。
- 外来受診時定額負担などの手段を用いて頻回受診の適正化を図るべきではないか。
- 頻回受診は病気の早期発見に繋がると言われるが、3時間待ちの3分診療と言われる現状が真に患者のQOLへ寄与しているかを議論するべきではないか。
- 供給面の観点では20年以内に到来する医師の需給一致と、以降の供給過剰に向けて医師数を適正化するべきではないか。加えて、診療科別や地域別の医師の偏在についても病床における議論と併せて実施するべきではないか。
- 人口動態上、保険料負担の大幅増加は難しく、保険適用となる診療や薬剤の給付範囲見直しについても、推進するべきではないか。
- 財政主導の医療費適正化の議論だけでなく、優先順位の高い医療を守るための制度が議論されるべきではないか。

2019年11月8日
全世代型社会保障検討会議

シェアリングが「ポスト少子高齢社会」の解になる。

(一社) シェアリングエコノミー協会 事務局長
(一社) Public Meets Innovation 代表理事
石山アンジュ

平成元年生まれ。シェアリングエコノミーの普及に従事。渋谷のシェアハウス型住居で0才～60代の約70人とともに、子育てや介護をふくめた「血縁関係によらない家族のかたちを実践するコミュニティ」を実践。

- シェアリングとは共有・分かち合いの概念。人と人、企業が、労働力やスキル、モノや場所などの資産の共同所有、売買、貸借り等を行う「経済的機能」と、人と人、人と地域のつながりを生み出し、新しいコミュニティを創造する「社会的機能」をもつ概念。インターネットを通じたプラットフォームの台頭により新たに注目されるようになった。

私が求める社会とは、

- テクノロジーを積極的に活用しながら、人生のライフステージや状況に合わせて自分らしい働き方やライフスタイルを創造し選択できる社会
- 誰もが孤独を知らず「つながり」によって支え合い、安心を実感できる社会
であり、シェアリングがその実現のための重要な解になると考えている。以下、大きく2つのことを提案したい。

提案1：シェアワーキングによる「シニア起業家」の創出～多様な働く選択肢を拡大

- シェアワーキングとはプラットフォームを介して「自分の持っている資産やスキルを個人や企業に販売して収入を得る働き方」。労働というよりは起業に近い発想。また「好きな場所で好きな時間に好きな裁量で」というような自由な働き方を実現。
- 労働者性の高い職種に限定されていたシニアの職種の幅の選択肢を広げ、自分の保有するスキルや資産を販売して収入を得る「シニア起業家」を増やす。
- シェアワーキングの推進は、新たな「支え手」の拡大、年金の受給開始年齢の繰り下げを可能とする。一方、既に受給を開始しているシニアにとっては年金というベーシックインカムが保証された上でプラスの収入を得ることができる。これは年金受給額やシニアの医療費負担見直しを考えるうえでも重要な点。
- シェアワーキングは、いわゆるフリーランスや個人事業主といった雇用によらない働き方に該当。受給開始年齢の繰り下げを選ぶ働き続けたいシニアには、被用者と同等のリスクを補償する制度を検討すべきであるが、一方で年金+副業型シニアワーカーについては失業保険が必要ないなど、制度も画一的である必要はなく、働き方に合わせたグラデーションが必要。
- 例えばフランスでは個人のリスクのない起業を促す「個人事業者制度」が制定されている。簡易な申請で登録が可能で失業手当給付や税制優遇を受けることが可能。
- シェアワーカーを守るための負担の担い手は必ずしも行政である必要はなく、プラットフォーマー（民間）による負担を検討する余地もある。

参考～シェアリングで働く高齢者～

成田聖子さん（82歳）「民泊を通して若者と交流」

民泊プラットフォームAirbnbを通じてホスティング（自分の自宅を宿泊場所として提供）を開始。夫の家系から引き継いだ家で民泊を始め、多様な人が家に泊まり、交流を楽しむことがやりがい。

豊住久さん（69歳）「包丁研ぎのスキルシェアで小さな教室」

大手外食チェーン勤務後、60歳で定年退職。定年後は、ぼんやり過ごしていた。稼ぐ緊張感がなくなり虚しくなったため、学びたい人と教えたい人をマッチングするプラットフォーム「ストアカ」に登録。「誰でも簡単にできる包丁研ぎの方法」という講座を販売し、これまで1200人以上に講座を提供。収入は受給している年金以外に月13～15万円。

提案2：社会保障費に頼らない、シェアによる共助モデルの実現

- 「人とのつながり」を取り戻せば、過度な社会保障コストは不要。金銭的な社会保障中心の発想からの転換が必要。
- 本来、国民一人一人のリスク予防や健康・生きがいの創造といった役割を、家族・企業・地域社会が担ってきた。その役割は、必ずしも金銭では補うことができない「居場所」や「安心」を実感する機能を果たしてきた。
- 一方で、**家族形態や就労環境の変化により、人のつながりを通じたセーフティネットが失われ、結果、独居老人、引きこもり、子育ての孤立化など「孤独」を感じやすい社会に変化。**
- シェアリングの活用は**人と人、人と地域のつながりをテクノロジーによって生み出し、血縁や地縁に基づかない無数のコミュニティやセーフティネットを生み出す。**
- 例えば、多世代型・シングルマザー向けシェアハウスや、コミュニティバンクを開設し使い道を決めることのできる組合型オンラインプラットフォームなども出てきている。
- 行政においてもシェアを活用した地域社会を目指す自治体「シェアリングシティ」がある。（2019年3月時点 76自治体）「持っている人と必要としている人」をテクノロジーを通じてつなぐことによって、市民の共助によるセーフティネットをつくることが可能。

参考～自治体の取り組み事例～

奈良県 吉野町

少子高齢化に伴う地域コミュニティの弱体化（住民相互の支え合いの低下）に対して「子どもに勉強を教えるスキルを持つ地域住民」と「子どもの学習支援ニーズを持つ子育て世代」をマッチングし、住民相互の支え合いを実現。

新潟県 新潟市

「医療の相談をしたい人」と「医師が空いている時間」をプラットフォーム上でマッチングし、健康の維持増進及び疾病の予防への取組として「セルフメディケーション」を促す実証実験を実施。

人生100年時代の全世代型社会保障

2019年11月8日

MRI 株式会社三菱総合研究所

政策・経済研究センター長

武田洋子

全世代型社会保障の鍵は3つ： 就労・制度改革・技術

- 高齢者が社会の支え手として輝く
- 地域医療・介護体制の適正化

地域・就労

質の高い人生

- 誰もが安心して暮らせる
- 多様で柔軟な社会参加
- 持続可能な社会保障

制度改革

- 給付と負担の見直しで持続可能性を確保
- 予防へのインセンティブ

技術活用

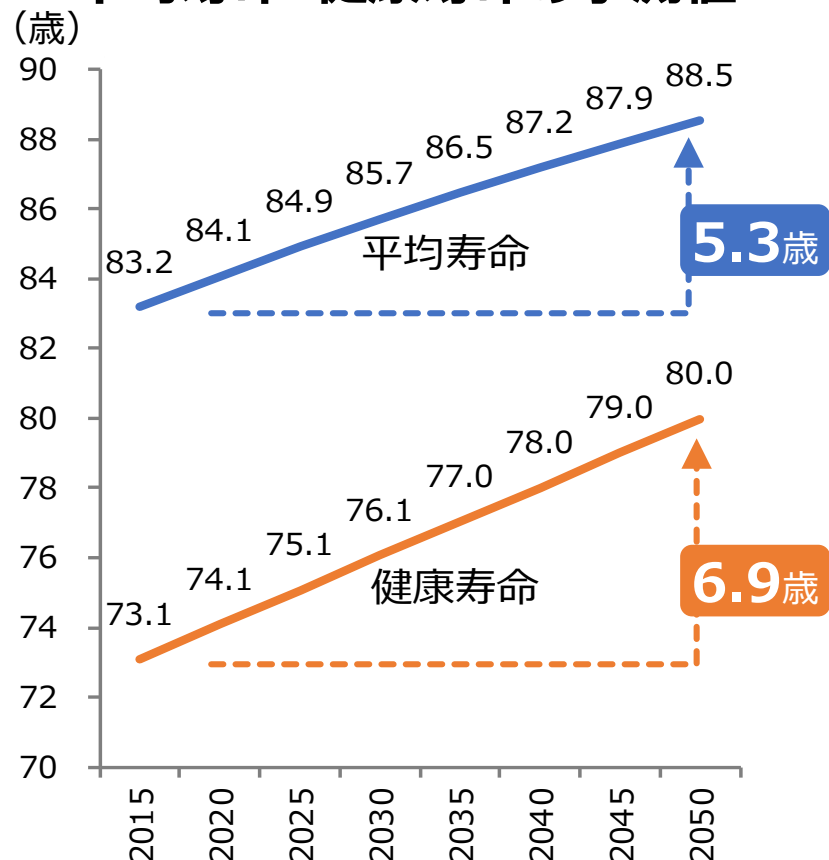
- 健康寿命の延伸
- バイタルデータを基に未病・予防を強化
- 自立生活を技術がサポート



健康寿命延伸で高齢者の力を地域社会で活かす

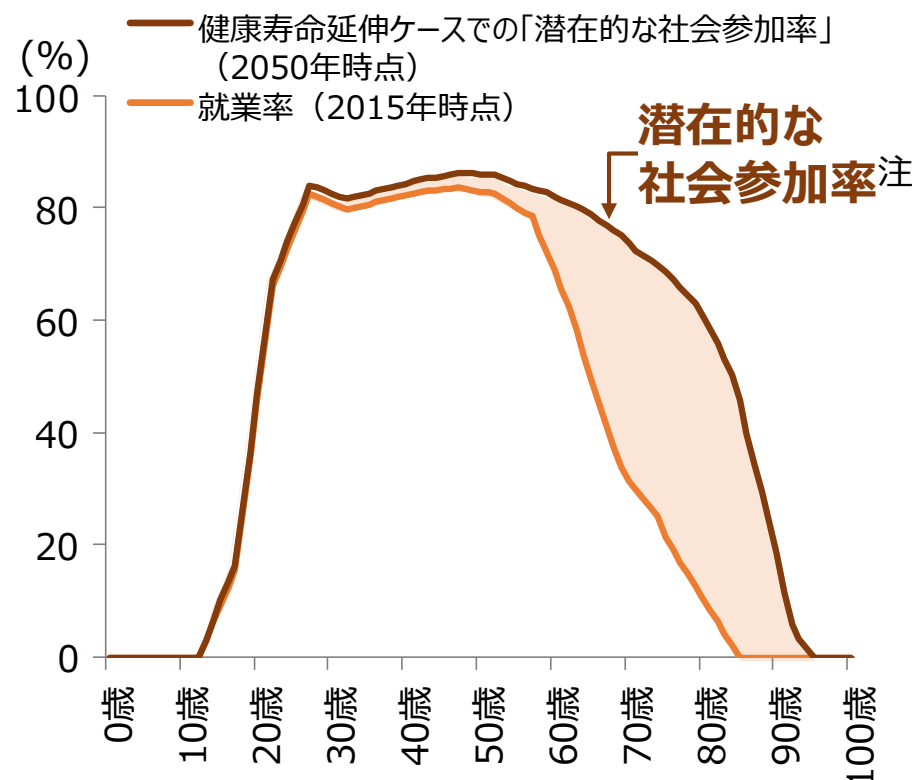
- 技術進歩で2050年の健康寿命（0歳時の質調整生存年）は6.9歳延伸の可能性
- 健康寿命の延伸により、潜在的な社会参加率も上昇する見通し

平均寿命・健康寿命の予測値



出所：厚生労働省「人口動態調査」「患者調査」等より三菱総合研究所作成、予測は三菱総合研究所

健康寿命延伸による社会参加率の見通し



注：就労率ではなく、純粋に健康度合い（QOL値）の変化のみで社会参加の可能性を推計した指標。

出所：総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」、総務省「労働力調査」等より三菱総合研究所作成、2050年の予測は三菱総合研究所

より長く多様な働き方に相応しい年金制度

より長く多様な形となる就労の変化を年金制度に反映

そのためには・・・

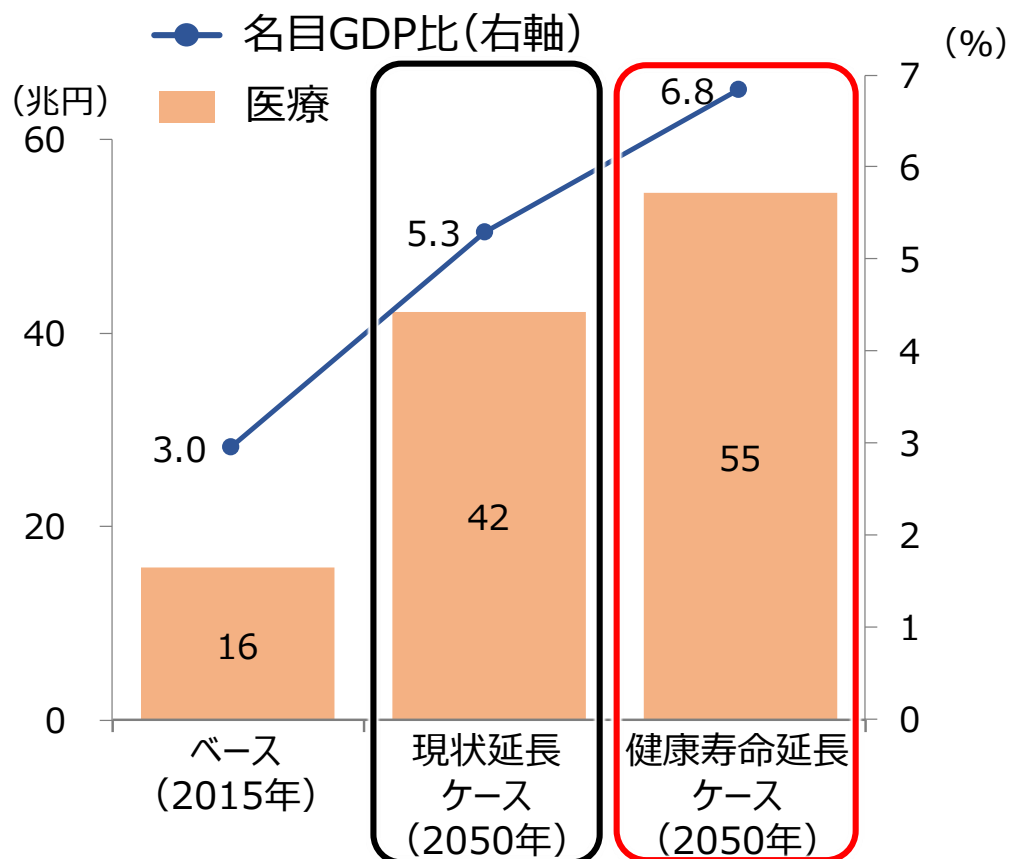
- 1 多様な就労を年金制度に反映する被用者保険の適用拡大
- 2 就労期の長期化を見据えた年金制度の柔軟化
(繰下げ制度の柔軟化等)

ただし、上記 1 の「被用者保険の適用拡大」により、中小企業を中心に事業主保険料負担増が生じる。その効果を上回る給付と負担の見直しが改革パッケージとして必要。

健康寿命延伸は医療給付の増加を伴う

- 健康寿命延伸は人々の生活の質を高めるものの、高額化する医療技術の適用を伴うため、一人当たり医療費の上昇から、医療費を中心に医療・介護給付は増加する見通し

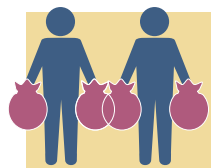
医療給付（公費負担分）の見通し



注：2050年の医療給付の名目GDP比は、三菱総合研究所による2050年の名目GDP予測に基づき算出している。

出所：厚生労働省「人口動態調査」「患者調査」「医療給付実態調査」、内閣府「国民経済計算」等より三菱総合研究所作成、医療給付および名目GDP比は三菱総合研究所予測

「大きなリスク」を皆で支えるため給付と負担の見直しを



持続可能な社会保障制度の「原理原則」
小さなリスクは自助で、大きなリスクは皆で支える



【提言】

1. 2022年より、後期高齢者になられる方は窓口負担2割のままに
2. 新たに70歳になられる方は窓口負担 3 割のままに
3. 年齢によらない給付と負担のあり方（小さなリスクに追加負担）

【なぜ今、見直しが必要か】

- ✓ 「原理原則」に基づく改革が望ましい
- ✓ 「大きなリスク」を皆で支えるための負担見直しは全世代に恩恵
- ✓ **2022年問題の「先送り」は出来ない**

まとめ

社会保障制度改革は世代間対立ではなく、**全世代のため**

ピンチをチャンスに変えられるのは**今だけ**
就労・年金改革と医療制度改革をパッケージで国民に示すべき

3つの鍵（就労 制度改革 技術活用）で、
誇りを持ち安心して人生100年を送れる国に

今、この国の未来を変える強い意志で改革を実行すれば

**世界に冠たる日本の社会保障制度の持続可能性を高め
世界から尊敬される国に**



御清聴ありがとうございました。



株式会社三菱総合研究所

全世代型社会保障検討会議の開催について

令和元年9月18日
内閣総理大臣決裁
令和元年11月7日
一部改正

1. 趣旨

少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、誰もが安心できる社会保障制度に関わる検討を行うため、全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」という。）を開催する。

2. 構成

検討会議の構成は、別紙のとおりとする。ただし、議長は、必要があると認めるときは、別紙に掲げる国務大臣以外の国務大臣を追加し、又は有識者等に出席を求めることができる。

3. その他

- (1) 検討会議の庶務は、関係行政機関の協力を得て、内閣官房において処理する。
- (2) 前各項に定めるもののほか、検討会議の運営に関する事項その他必要な事項は、議長が定める。

(別紙)

議長	安倍晋三	内閣総理大臣
議長代理	西村康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生太郎	副総理 兼 財務大臣
	菅 義偉	内閣官房長官
	高市早苗	総務大臣
	加藤勝信	厚生労働大臣
	梶山弘志	経済産業大臣

(有識者)

遠藤久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
鎌田耕一	東洋大学名誉教授
櫻田謙悟	SOMPO ホールディングス株式会社 グループ CEO 取締役 代表執行役社長
清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
中西宏明	株式会社日立製作所 取締役会長 兼 執行役
新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
増田寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授

(有識者は五十音順)