

医療政策 シンポジウム 2020

全世代型社会保障の
構築のために



日本医師会



日本医師会キャラクター 日医君

医療政策シンポジウム 2020

全世代型社会保障の構築のために

主催 日本医師会

日時 2020年2月19日(水) 開催 13:00～15:45

場所 日本医師会館 大講堂

(TV会議システムにより都道府県医師会へリアルタイム配信)

もくじ

主催者挨拶..... 3

日本医師会会長 横倉 義武

講演

座長：日本医師会副会長 中川 俊男

日本医師会常任理事 石川 広己

講演Ⅰ 全世代型社会保障改革 —持続可能な社会に向けて—..... 5

株式会社日本総合研究所理事長 翁 百合

講演Ⅱ “積極的・全世代支援型・参加型” 社会保障へ 20

公益財団法人連合総合生活開発研究所理事長／連合前会長 古賀 伸明

講演Ⅲ 全世代型社会保障の将来..... 27

立正大学学長 吉川 洋

パネルディスカッション

全世代型社会保障改革に向けて..... 42

株式会社日本総合研究所理事長 翁 百合

公益財団法人連合総合生活開発研究所理事長／連合前会長 古賀 伸明

立正大学学長 吉川 洋

日本医師会会長 横倉 義武

座長：前厚生労働省医政局長 武田 俊彦

閉会挨拶..... 56

日本医師会副会長 中川 俊男

主催者挨拶



日本医師会会長
横倉 義武

「日本医師会医療政策シンポジウム 2020」の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

新型コロナウイルス感染症の状況は日々刻々と変わっており、感染の段階が国内感染の早期に進んだとの認識で一致し、国内各地に患者が発生することを前提とした対応に舵が切られました。

このたび「日本医師会医療政策シンポジウム 2020」は、約 400 人の申し込みがありました。講堂内への聴衆の来館は断腸の思いでお断りし、講演及びシンポジウムの模様を都道府県医師会の方に、テレビ会議システムを活用してリアルタイム配信させていただくこととなりました。後日、日本医師会のホームページに動画を掲載したいと考えております。

現在の新型コロナウイルス感染症の発生状況を鑑み、本件につきまして急なご案内となりましたが、何卒ご理解いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

わが国は現在、超高齢社会、人口減少社会に入り、またライフスタイルが多様化する中で、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、政府において「全世代型社会保障検討会議」が昨年 9 月から開催されております。

日本医師会は、11 月 8 日に開催された第 2 回会議において、日本歯科医師会、日本薬剤師会とともに、①人生 100 年時代の患者・国民の安心につながる丁寧な議論、②疾病予防、健康づくりの推進、③国民皆保険の理念の堅持、の 3 つの事

項を三師会の合同提言として要望いたしました。

「中間報告」が 12 月にとりまとめられましたが、医療においては「後期高齢者の自己負担割合の在り方」や「外来受診時の定額負担の在り方」などが主な論点となりました。

今後は 6 月に最終報告がとりまとめられ、その内容は、「骨太の方針 2020」を経た上で、年内にも関連法案が提出される見込みです。

最終報告に向けては、我が国の苦しい財政状況によって社会保障に対する歳出圧力が強まる中、さらなる紆余曲折があるかと思えます。しかし、そもそも我が国の社会保障は自助・共助・公助で成り立っており、それぞれのバランスを取りながら、時代に対応できる給付と負担のあり方という視点に立って議論することが非常に重要だと考えています。

本日、「全世代型社会保障の構築のために」をテーマにして、このシンポジウムが実現いたしましたことは、大変意義深いことと思えます。

ご案内のように、本日は、日本総合研究所理事長の翁百合先生、連合前会長の古賀申明先生、立正大学学長の吉川洋先生の 3 名の先生をお招きし、ご講演いただきます。

またパネルディスカッションでは、前厚生労働省医政局長の武田俊彦先生に座長をお願いし、3 人の先生方より、様々な角度から忌憚のないご意見を賜りたいと思えます。

なお、パネルディスカッションの後には、厚生

労働省「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員を務められ、現在「上手な医療のかかり方大使」も務めていらっしゃるアーティストのデーモン閣下よりご講演をいただく予定でしたが、聴衆のいない状況となり、急遽ご講演が難しい状況となりました。大変残念ですが、是非、今

後のご講演を改めてお願いしたいと考えております。

結びに、このシンポジウムが実りある成果を収めることを祈念するとともに、テレビ会議を視聴されている皆さま方の多大なるご協力に厚く御礼申し上げます。

講演 I

全世代型社会保障改革 —持続可能な社会に向けて—

株式会社日本総合研究所理事長 翁 百合



演者紹介

中川 それでは、これより講演の部を始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

初めは、翁百合 株式会社日本総合研究所理事長からご講演をいただきます。

先生の経歴をご紹介させていただきます。

翁先生は、1982年に慶應義塾大学経済学部をご卒業、1984年に同大学大学院経営管理研究科修士課程を修了後、日本銀行に入行されまして、金融研究所、調査統計局、営業局など、8年間勤務されました。

1992年に株式会社日本総合研究所に転じて、主席研究員、理事などを経て、2018年から日本総合研究所理事長を務められていらっしゃいます。ご専門は金融システム、社会保障、税制などです。

公職としましては、未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合会長、全世代型社会保障検討会議委員、経済産業省産業構造審議会委員、財務省財政制度等審議会委員、NIRA理事などを務めていらっしゃいます。

それでは、翁先生、よろしくお願いいたします。

講演

翁 ただいまご紹介いただきました、翁ござい

ます。

本日は、このような講演の機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、この「全世代型社会保障改革—持続可能な社会に向けて—」というタイトルで、これから30分ほどお話をさせていただきます（**図表1**）。

2025年には団塊の世代が全員後期高齢者に

まず、**図表2**が、これまでの人口動態と今後の予想される人口動態です。このグラフでわかるように、1950年代、60年代は、高齢者世代はほんのわずかしきシェアはありませんでした。

しかし、2000年代に入り、人口が減少し始める状況とともに、徐々に高齢化が進んできています。これからまさに超高齢社会に突入するという状況です。

現在は2020年ですが、高齢化の象徴的な年が、2025年になると思います。ご承知のように、日本の場合は、団塊の世代、いわゆるベビーブーマーによって人口が急増いたしました。この人たちが全員、後期高齢者になるというのが、この2025年です。


この濃い青い線は65～74歳の高齢者、そして、オレンジの線が後期高齢者です。これからはこの後期高齢者の人数とシェアがずっと大きくなっていく状況が予想されています。

■ 図表 1

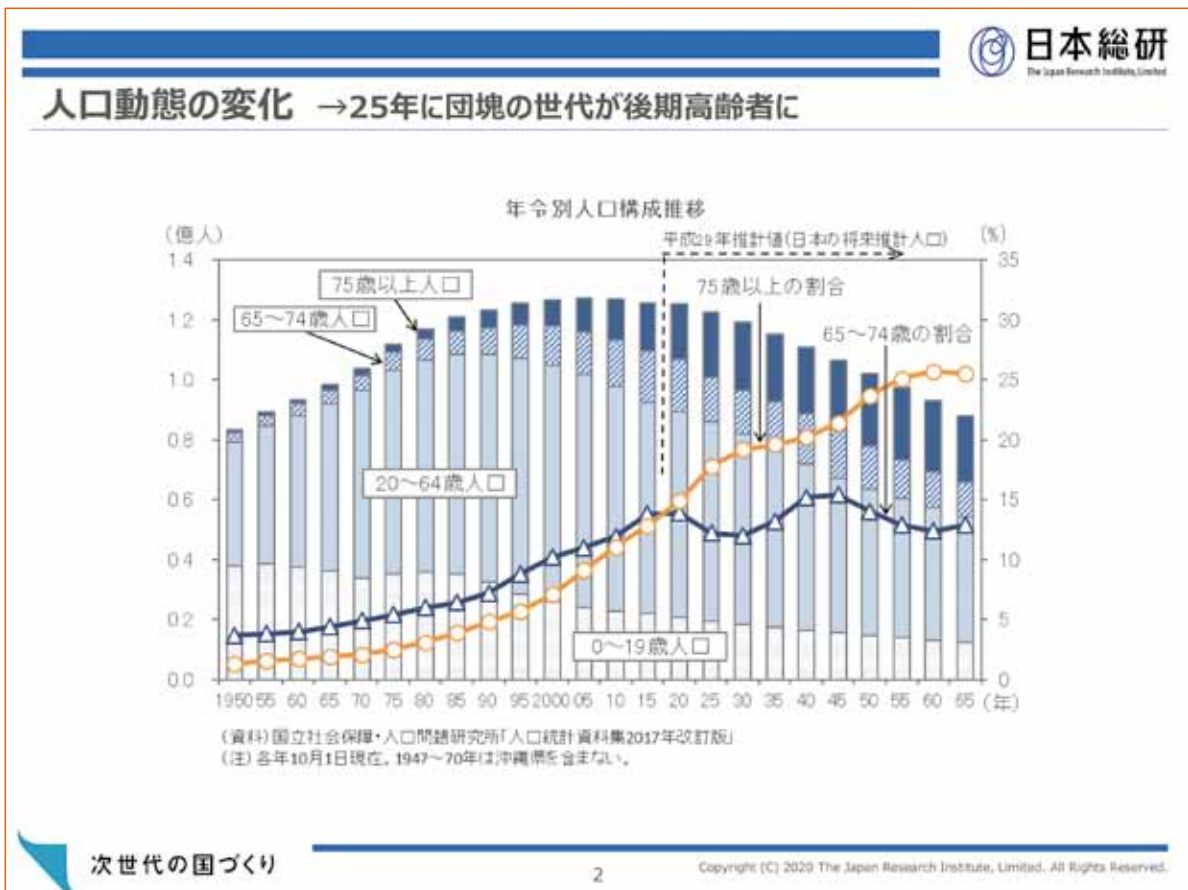
全世代型社会保障改革 —持続可能な社会に向けて—

2020年2月19日

日本総合研究所 理事長
翁 百合



■ 図表 2



これに対して、棒グラフの薄い水色の部分が、いわゆる生産年齢人口です。20～64歳の働き手の人たちですが、この人たちは徐々に減っていくことが想定されています。

この2025年から2040年の部分、一番、後期高齢者が増加するところでは、17%ぐらい生産年齢人口が減少しますので、特にこの15年間ぐらいが、非常に人手の問題が深刻な時期になると思います。

1990年代から生産性が低下

高齢者の数としては、2040年を経ますと、数全体としては少しずつ減っていく傾向にありますが、このような人口動態の状況下で日本は社会保障をどのようにしていくのかが、非常に重要な課題になってきているということです。

これを増加率で見ますと、実はこの2022年、2023年という部分が、75歳以上の人口が非常に増加する時期となっています（図表3）。

今年、来年あたりはまだ伸び率が低い状況です

が、団塊の世代の人たちが次々と75歳以上になっていく、まさに今、我々はこの時点にあります。この時点で、これからの超高齢社会にどう備えていくかが非常に大きなテーマになってくると認識しています。

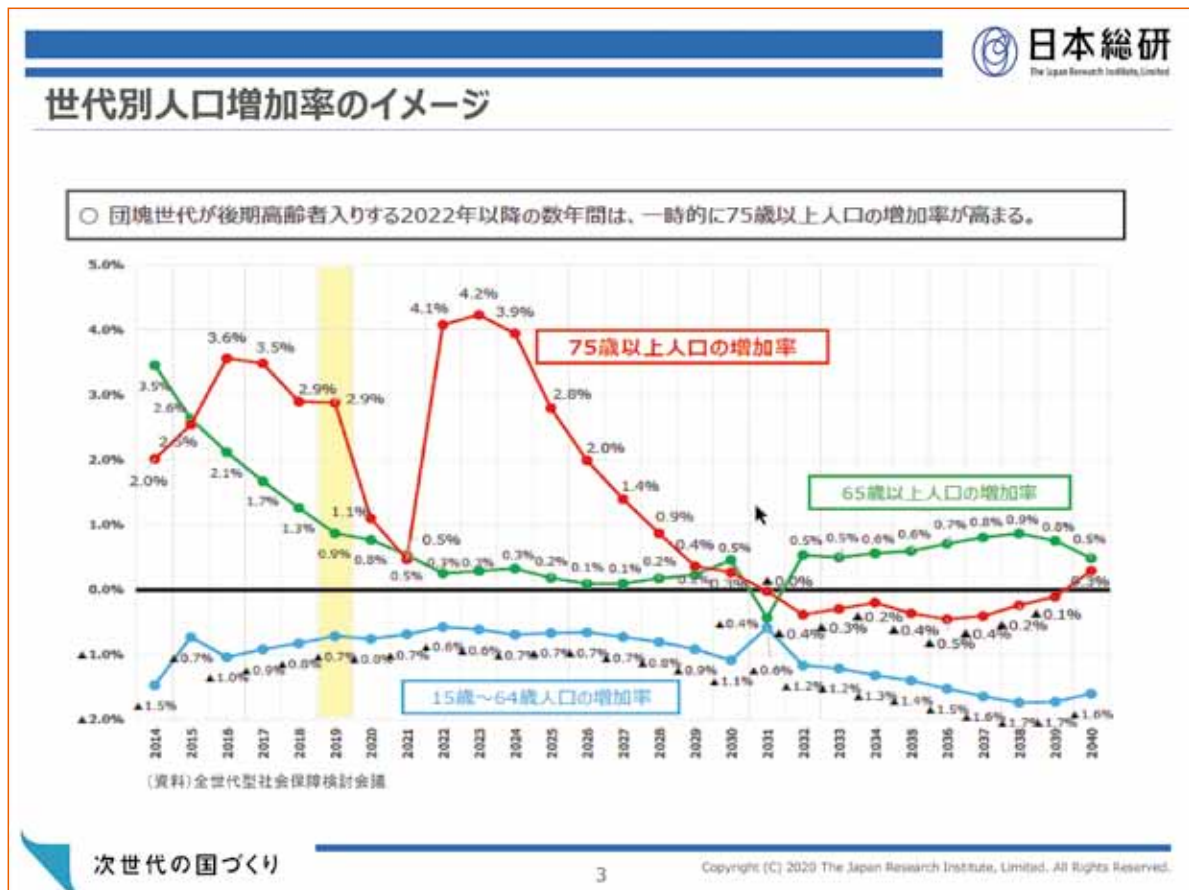
図表4は1970年代から2030年代まで、10年ごとに見た実質GDP成長率の推移と、その要因分解を見通したものになります。

70年代、80年代は、比較的高い成長を実現した時期でした。この時期は、就業者も増加し、生産性も非常に高い時期でした。

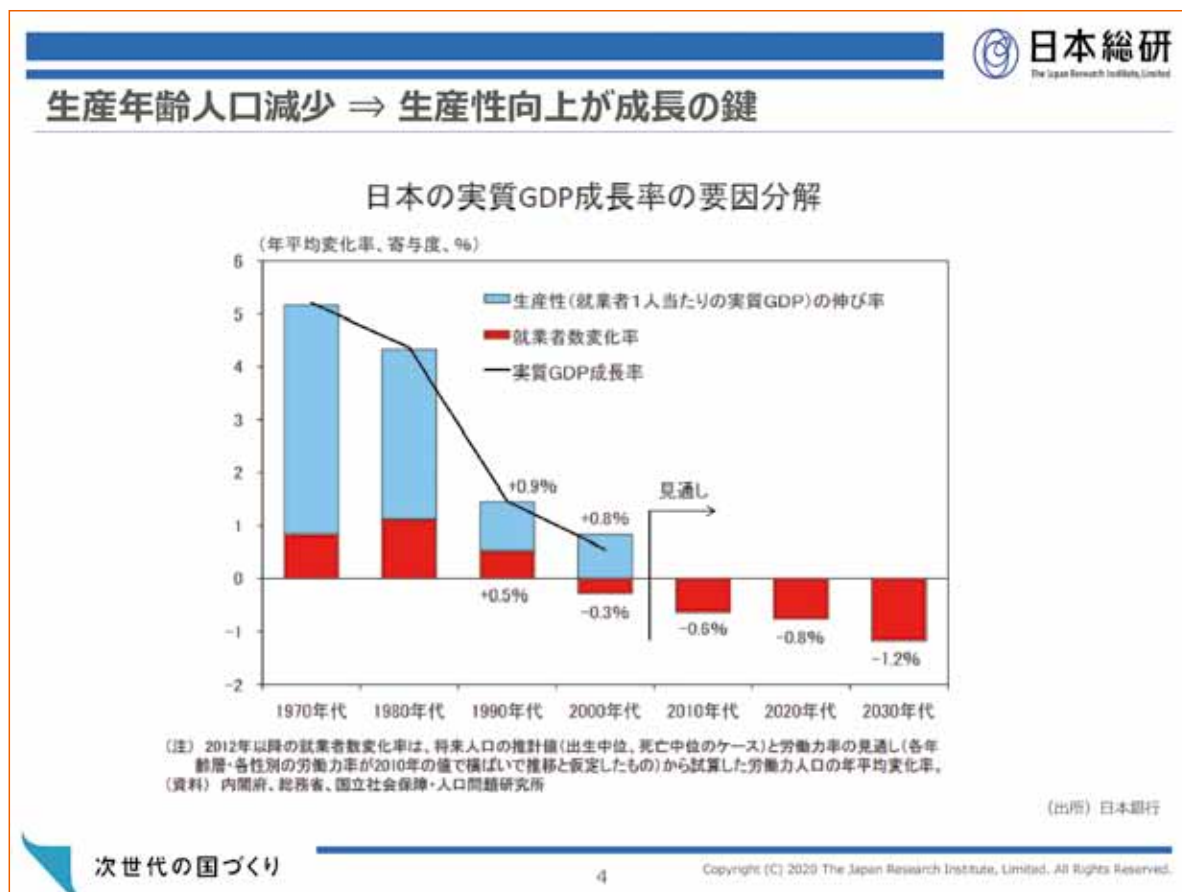
1人当たりでどのくらいのアウトプットが算出できるかという指標が、この水色の部分です。70年代、80年代というのは、非常に両方高く、経済成長が実現できていた時期ということであるかと思います。

ところが、90年代ぐらいから、生産性が次第に低下し、現在の2010年代、全体としても、ほぼこの水色と同じか、少し低いというレベルのところにあるかと考えられています。

■ 図表3



図表 4



就業者数の減少がトレンドに

一方で、就業者のほうは、既に先ほどの人口動態でもご覧いただきましたが、2000年代に入ってから、マイナスになってきています。そして、2010年代、2020年代、2030年代と、就業者がこのままでいくと、マイナス幅が大きくなるということが予想されています。

日本の経済を支えていく就業者数の現在の減少が、非常に大きなトレンドとなります。もちろん高齢者や女性にも働きたい人には働いていただく、また、外国人労働者を受け入れることが求められてきますが、それでもこのトレンドというのは大きく変えることはできないといえます。

このため、図表4の水色の部分の生産性を、人口が減少した場合に、どのくらいきちんと付加価値を上げていくか、生産性を上げていくかが、非常に日本の将来にとって大事な課題になってきています。

特に社会保障の観点からは、お金と人手不足の問題にどのように対応していくかを考える必要が

あります。この社会保障関係費の増加をどう抑制していくか。医療、特に介護関係を中心に人手不足が深刻になることにどう対応していくかが、非常に大きな課題となってきます。

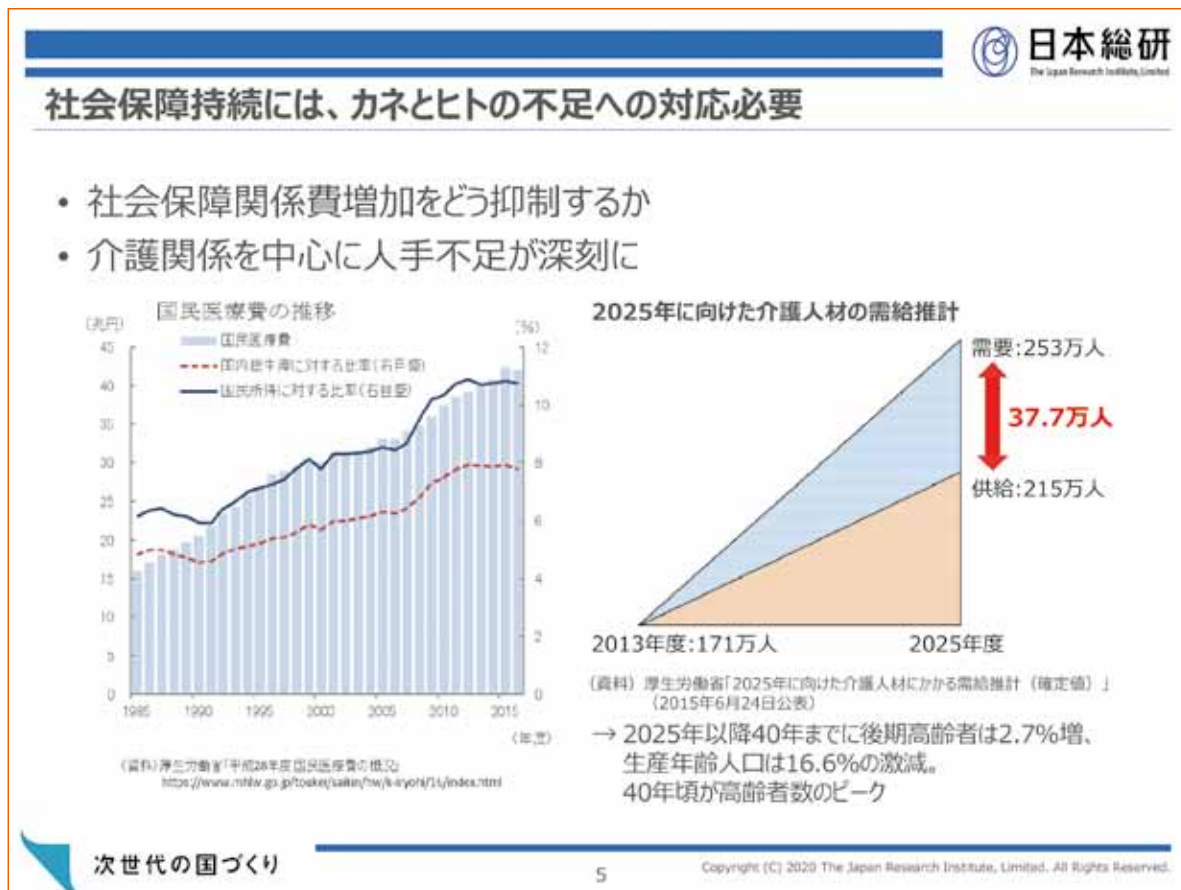
人口の高齢化、医療の高度化に伴う医療制度の問題点

図表5が国民医療費の推移ですが、40兆円を超えるところまでできています。

医療費が増加している要因は2点あります。1つは高齢化です。65歳以上もそうですが、75歳以上になりますと、1人当たりにかかる医療費はさらにどうしても高額になる傾向にあります。なかなか医療費の増加を抑制するというのは難しいわけです。

もう1つの要因は医療技術の高度化によるものです。医療技術の高度化自体は、たいへん望ましいことです。現在も次々によい薬が出てきていますし、医療技術も向上しています。それによって、命が救われる人、QOLが上がる人が大勢います

図表 5



から、医療の高度化は進めていかなければならないことです。

こうした高齢化、高度化といった国民医療費の増加のトレンドの中で、医療費増加の抑制をどう上手に考えていくかが、1つの大きな課題になってきます。

もう1つの課題は、図表5の右のグラフにあります。介護人材の供給です。これは少し前の予想ですが、大体200万人ぐらいの供給に対して、介護人材の需要は250万人を超えます。団塊の世代が全員75歳以上になる時点で、37.7万人に対して介護人材が不足するという状況となっています。

また今後、認知症の方も増えていきますから、介護の需要はどんどん増えていきます。こうした状況の中でどのようにして介護人材の不足に対応していくのが、非常に大きな課題になってきていると理解しています。

日本発の Society5.0 とは

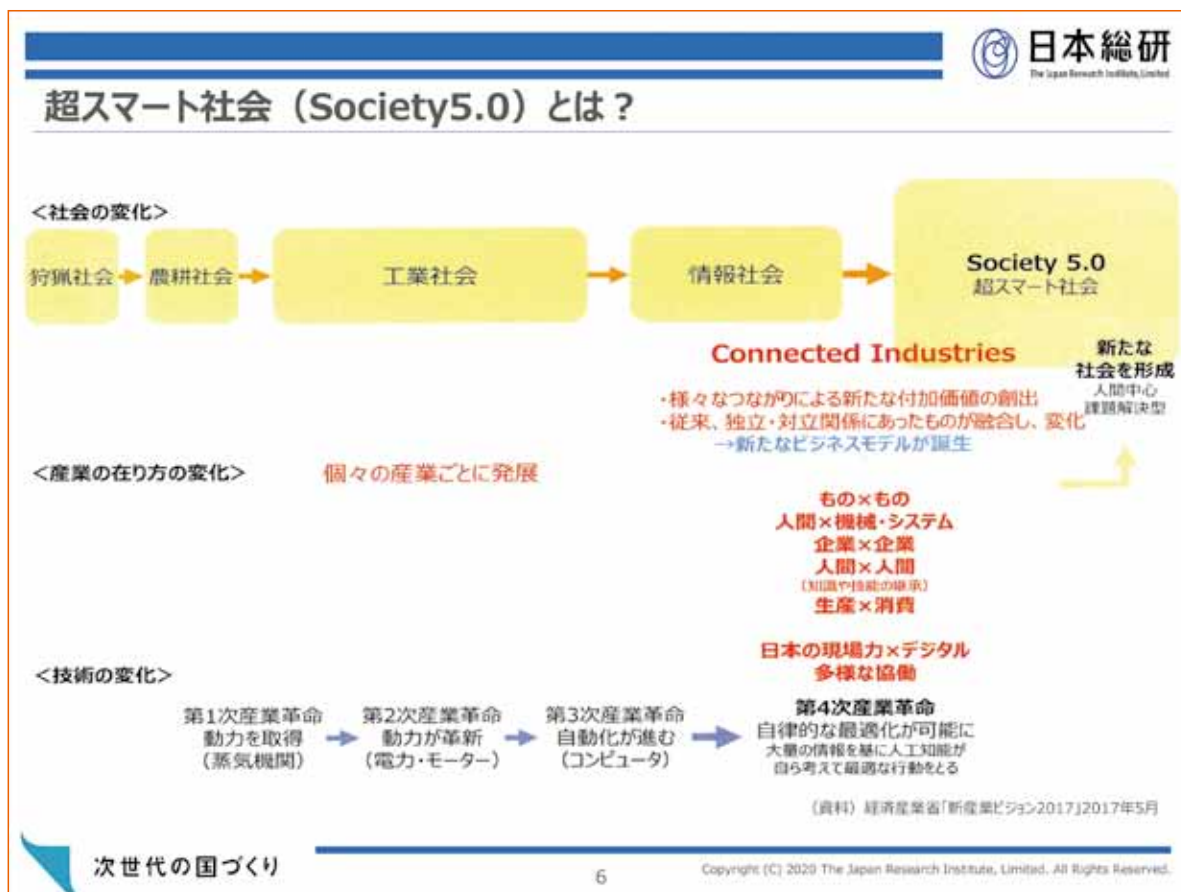
私は未来投資会議で、医療、介護分野の成長戦略を議論しています。技術革新、デジタルイノベーション、つまりデジタル化、データなどをうまく使っていこうということが、1つの大きな課題となっています。

よく Society5.0 という言葉が使われています。耳なじみのない人もいらっしゃるかもしれませんが、これは日本発の言葉です。1.0というのが狩猟社会、2.0が農耕社会、3.0が工業社会、今いる私たちは4.0の情報社会、それを超スマート社会に変えていこうということです。

超スマート社会では、デジタル化が進み、ビッグデータをAIなどを活用して、いろいろなことを分析し、そこで集まるデータを社会が直面している様々な課題の解決に使っていこうと考えています（図表6）。

実は、この Society5.0 という言葉と似た言葉として、第4次産業革命とか、Industry4.0という言葉があります。これは、ドイツ発の言葉でデ

■ 図表 6



デジタルの力を借りて、主に製造業をよりよく最適化するというで使われています。AI などを使って、サプライチェーン、ものづくりの流れをうまく最適化していこうという考え方です。

これに対して、日本はデジタル化でよりよい社会を形成していくということです。人々がつながりやすい、そして、人々が超高齢社会で直面する課題を解決するために、デジタル化、技術革新を使っていこうという考えです。

例えば、最近、高齢者の交通事故が増えていますが、技術革新を進め安全装置をつけることにより、地方に住んでいる高齢者も、車の免許を返上せず、よりよい技術で運転ができるようにしていくというのもその1つです。

超高齢社会においても、高齢者が住みやすい社会をつくっていくために、こうしたデジタルな技術、例えば、センサーなどを使って介護などもよりよくしていこうと議論しています。

成長戦略での提言とは

私どもが医療関係の成長戦略で提言してきたことと方向性は、**図表7**のような内容になります。

2017年ぐらいから議論していますが、高齢化に伴う様々な社会的課題、人手不足の問題、厳しくなる財源の問題などの解決を考えながら、健康寿命を延伸していこうということです。

そのためには医療や介護をパラダイムシフトする。つまり、病気になってからお医者さんにかかるのではなく、日常的にしっかり健康管理し、かかりつけのお医者さんを持つということが大事になっていきます。

また介護状態になってから、介護サービスを利用するのではなく、介護予防のための健康管理をしていく必要があります。

介護の状態にある人、例えば要介護4の人が、3や2に改善されるように、自立を支援していくという方向でパラダイムをシフトしていくことが、大事ではないかと議論してきました。

そのために必要なのがデータを利活用するとい

図表 7



うことです。例えば、介護では、夜間などにセンサーを使って、安心して見守りができるようにしていく、あるいはロボットやAIなどの技術革新を少しずつ活用することで、人手不足の問題、医師の働き方改革の問題にも対応していこうという考え方になっています。

具体的には、後ほどお話しいたしますが、データの利活用基盤の整備で健康管理と質の高い医療を提供するということです。

企業の健康管理への取り組み

企業の健康経営、これは日本医師会と協力して実施されていますが、多くの企業が従業員の健康管理に留意するようになってきています。健康管理に積極的な企業は表彰されるようになってきています。その結果として、よりよい人材が確保できるという好循環も生まれてきています。

それと同時に、健康保険組合や国保などの保険者に、しっかりインセンティブ制度を設けて、従業員や住民の健康管理を促進していただくことも

進めています。

被保険者が様々な事情で受診できなくなってしまう場合も、継続治療を可能にするために、オンライン診療などをきちんと整備していくことも提言してまいりました。

また、センサー、ロボットの利用、患者さんの受診データの分析など、様々な技術革新を実装することで、介護現場の改善、そして、医師の働き方改革を実現することにも資するのではないかと議論をしてまいりました。

認知症の人と共生できる社会に

さらに今後、認知症の人が非常に増えるということが予想されています。こうした事態に向けて、産業界、学界、お医者さん、皆様の英知を集めて、共生する社会を構築していくという課題もあります。

例えば、スウェーデンなどはIKEAのような家具のメーカーが、高齢者に使いやすい家具、色が識別しにくくなるという認知症の人に住みやすい

家をつくるということ、医療のエビデンスをもとにして、様々なビジネスを展開しています。

このような認知症の人とも共生しやすい、軽度の認知症でも、家で1人であっても生活できる。そういった社会を実現していこうという議論をしています。

同時に、保険外の部分、ヘルスケア産業などにおいてもまだ玉石混交なところがありますから、きちんとエビデンスをとって、しっかりと育成していくことも大事だという議論をしてきました。

健康増進と医療費抑制を両立するために

図表8は、皆様はご承知のことですが、平均寿命と健康寿命の差は、男性は8年間、女性は13年間あります。この緑の線を上げていくかが大きな課題になってきています。これに向けて現在、議論をしています。

図表9はデータ利活用基盤のイメージ、理想像です。パーソナル・ヘルス・レコード (PHR)

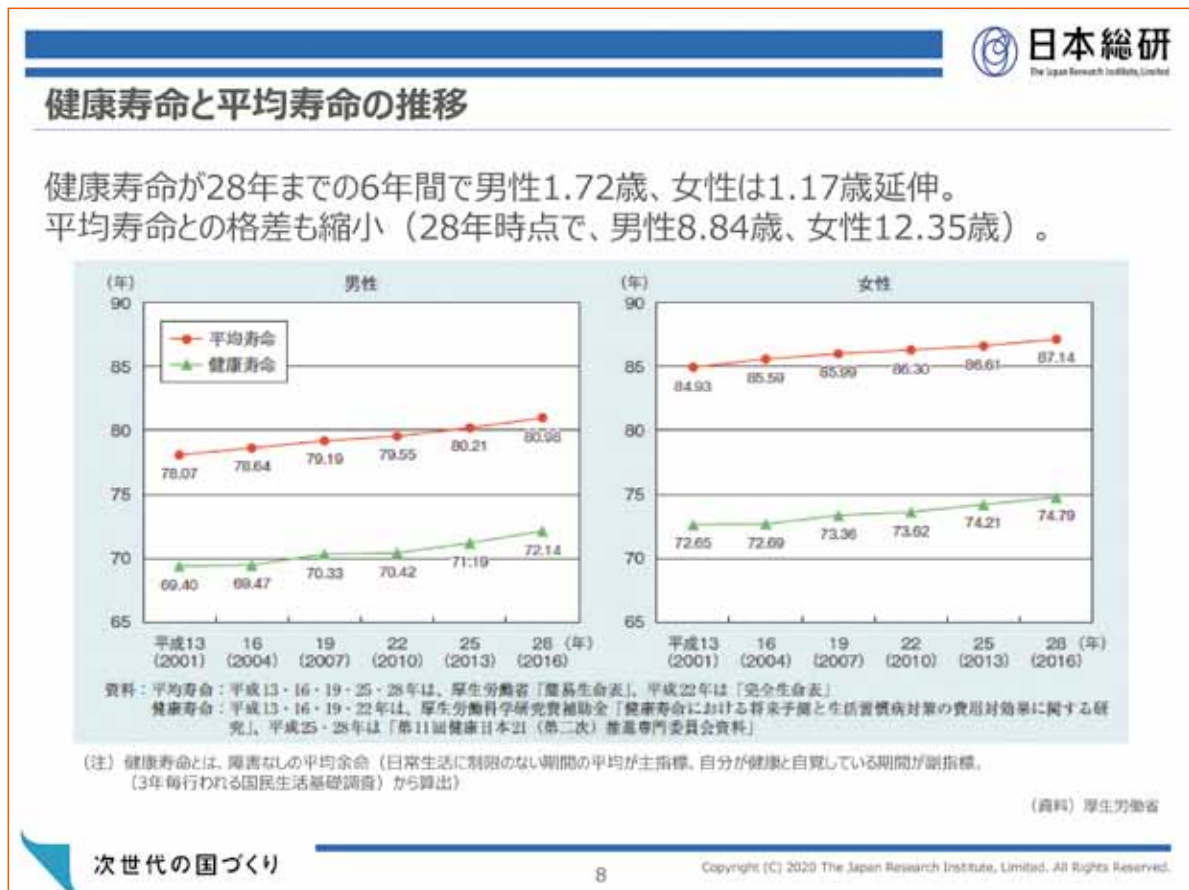
では、健診結果やバイタルデータといったものを自分で見ながら、健康を意識して生活するようにしていく。これに対して、健康保険組合などの保険者も民間の企業と組んで適切なサービスを提供していきます。

さらに、エレクトリック・ヘルス・レコード (EHR) で、本人が同意した場合において、地域の病院、薬局や介護施設などで情報を連携して、よりよい医療の提供をできるようにしていきます。

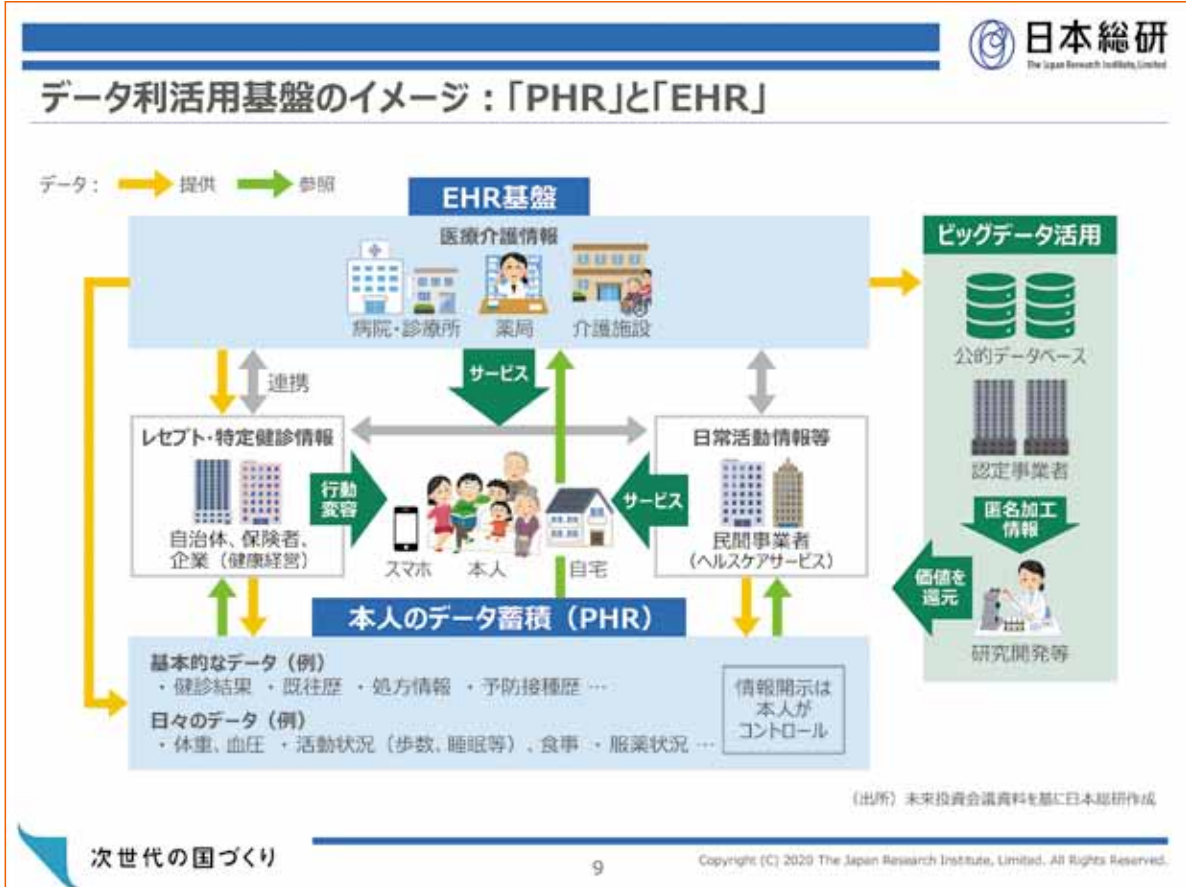
そして、ビッグデータを活用できるようにして、できるだけ研究開発、創薬といったことで価値を還元できるようにと考えています。

図表10は、呉市の例です。保険者の取り組みとしてよく取り上げられる事例です。糖尿病の重症化などは、レセプトデータを分析すると、医師にきちんと受診していない人がしっかりわかります。その人に「しっかり受診してくださいね」と働きかけて重症化を予防することで、対象者のQOLを維持することが可能になってきていま

■ 図表8



図表 9



図表 10

先進的な広島県呉市のレセプト分析

住民の健康増進と医療費削減を両立

※ 効果額・指導対象者数は呉市（被保険者数56,000人）の平成22・23年度実績より算出しています。

サービス名	サービス概要	効果額・指導対象者数*
糖尿病重症化予防	糖尿病の重症化予防を防ぐことで対象者のQOLを維持し、同時に医療費の高額化を防ぐサービス	指導実施定員 22年度：50名/年 23年度：70名/年 透析移行者：0名
受診勧奨指導	生活習慣病や健診異常値などを放置している対象者に受診勧奨を行うサービス	放置者受診勧奨 136名 治療中断者受診勧奨 330名
頻回受診者指導	医療機関の受診回数が多すぎるとと思われる対象者に指導を行うサービス	指導対象者数 187名 医療費削減額 1,400万円
重複受診者指導	同一疾患で複数の医療機関にかかっている対象者に指導を行うサービス	指導対象者数 15名 医療費削減額 125万円
重複服薬対象者指導	同じ薬の処方が同一月に複数ある対象者に服薬の指導を行うサービス	指導対象者数 175名
薬剤併用禁忌対象者抽出	薬の飲み合わせに問題があると思われる対象者を抽出するサービス	情報提供対象件数 98名
ジェネリック医薬品通知	服用しているジェネリック医薬品に切り替えることを勧めるサービス	薬剤費削減額 1億1400万円/年
医療費分析	当該年度の保険事業の評価分析及び次年度の事業計画策定案をご提示するサービス	

(出所) 規制改革会議健康医療ワーキンググループ・データホライズン社説明資料 2013年5月24日

次世代の国づくり 10 Copyright (C) 2020 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

す。

少し前のデータですが、このときも、透析に移行する人をゼロにしたと同時に、医療費の高額化を防いでいます。重複で投薬をしている人や何度も別の医療機関に同じような受診をしている人などにもアクセスをして、よりよい住民の健康増進と医療費の削減を両立する保険者も出てきています。

このような両立を実現していこうという議論をしています。

潜在的な高齢者就労の可能性

今後、健康で、働く意欲がある高齢者が働けるような環境整備が、非常に重要になると思います。

図表 11 は、ある学者の分析ですが、潜在的高齢者就労の可能性を表しています。健康状態のみからみた高齢者就労の可能性なので、働きたくないという人は働かなくてもよいわけですが、健康状態だけで見れば、かなりの人がまだ潜在的に働くことができるということがわかります。

国際的に見ると、60歳以降の就業率は男性、女性とも日本は非常に高くなっています。この潜在的な就業者数というのをさらに上げていくことができるのではないのでしょうか（図表 12、13）。

特に女性は近年、非常に上がってきて好ましいことだと思います。アメリカに次いで高いという状況ですが、やはりパートの人が多いので、できるだけ正規社員が増えていくということが、私は女性については必要と思っています。

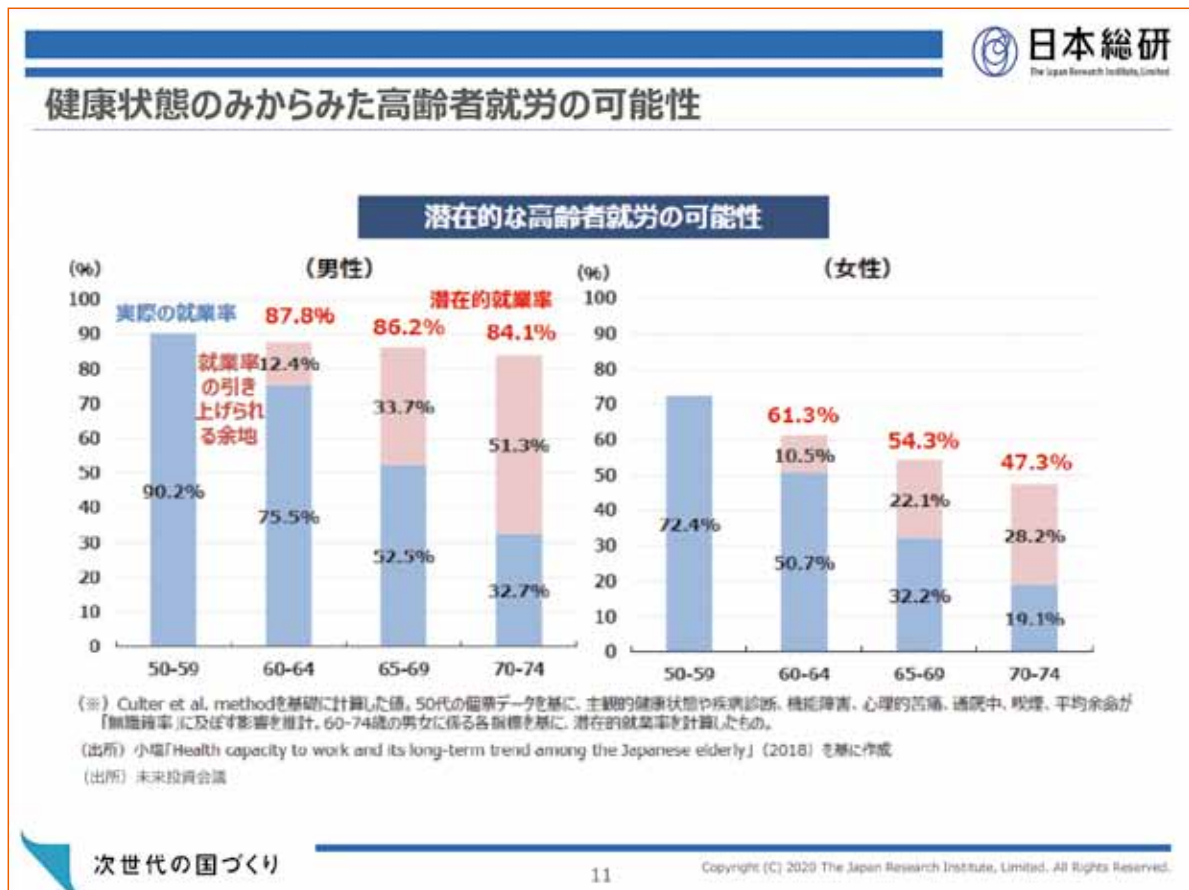
それでもかなり就業者としては増えている状況にありますので、こうした流れ、働きたいと思った女性が働けるようにしていくことも、非常に重要だと考えています。

全世代型社会保障改革の特徴

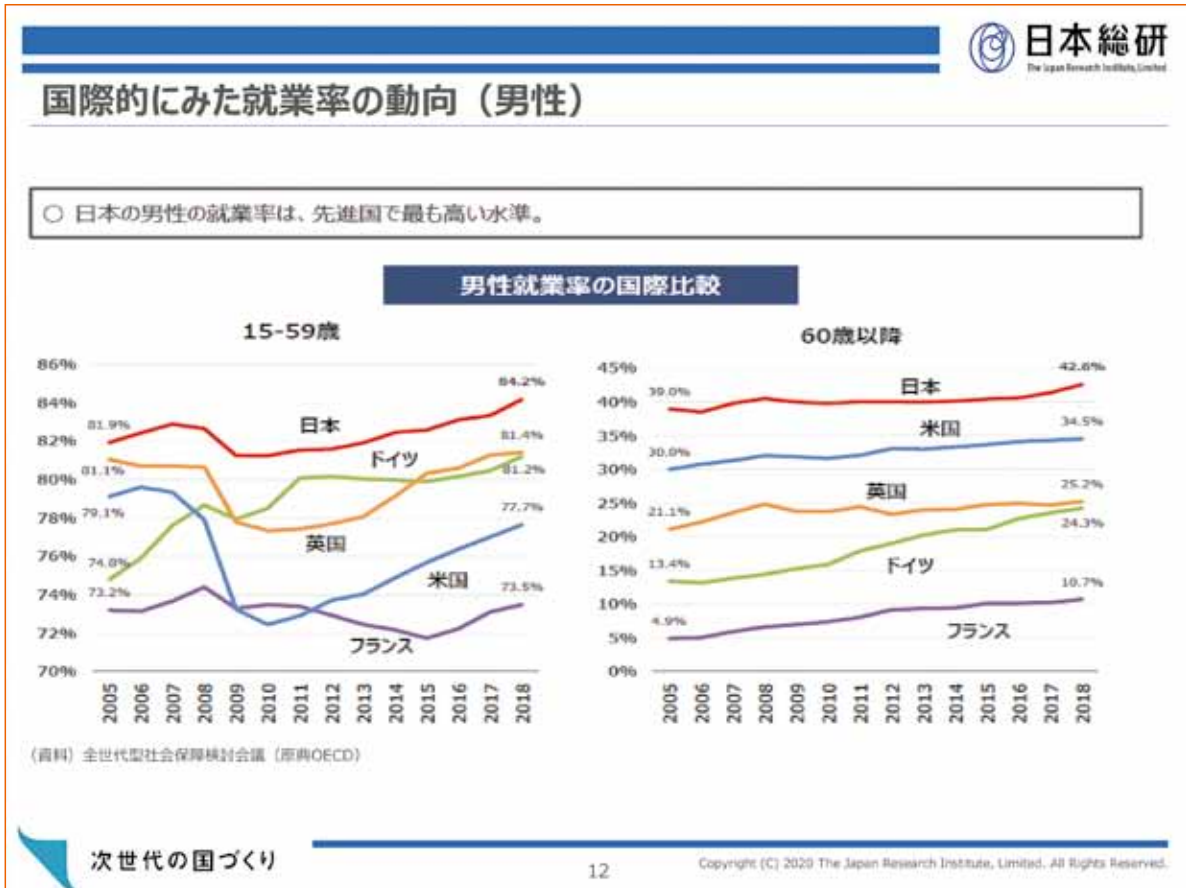
それでは、全世代型社会保障検討会議では、どのような論点になっているかについて、少しお話をさせていただきたいと思います。

先ほど、横倉会長からもお話がありましたが、まさに今、人生 100 年時代になっています。そ

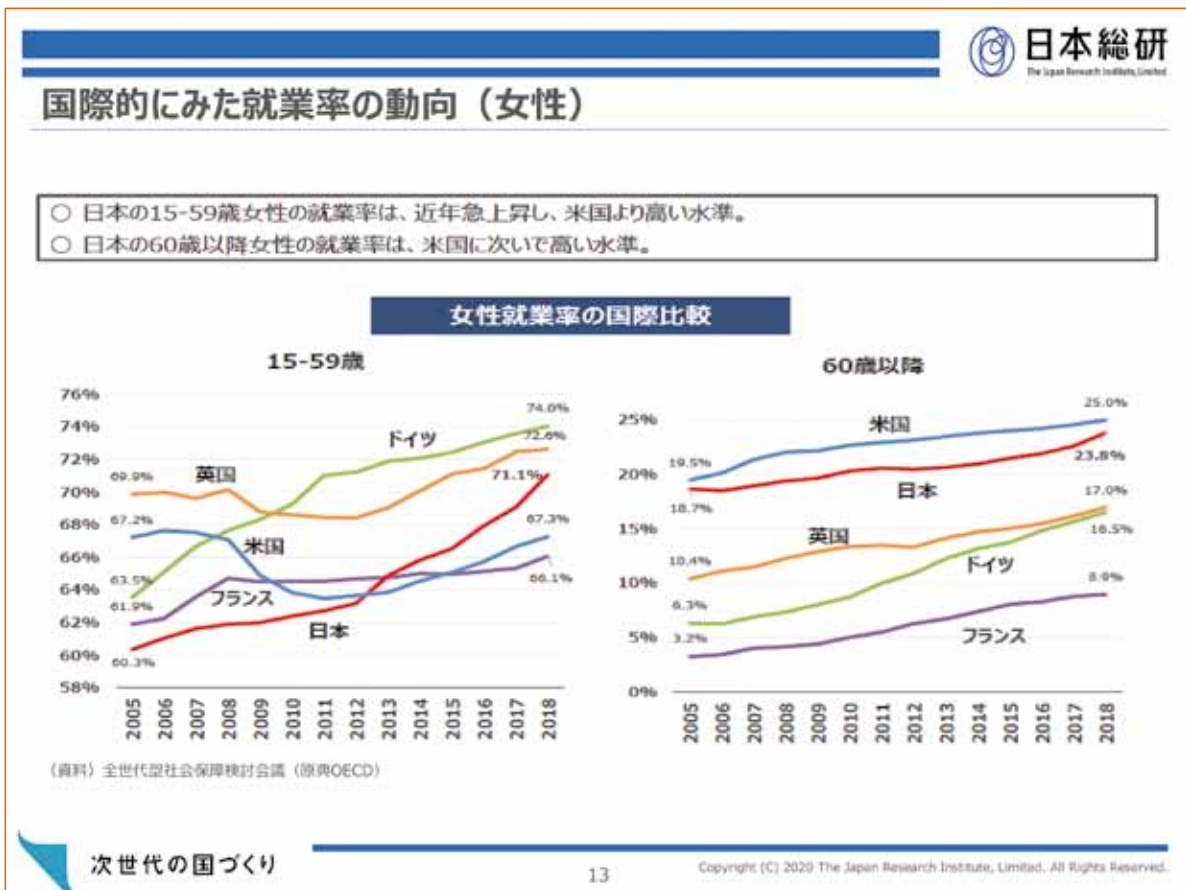
■ 図表 11



図表 12



図表 13



して、ライフスタイルが非常に多様化してきています。そういった中で、今ご紹介したように、いろいろな技術が進展してきています。

こうした状況で、就労可能な高齢者が支える側に回っていくことで、支えられる側と支える側のバランスをとっていくことが大事ではないかという議論を進めています。

先ほどご紹介がありました、12月の中間的な報告のキーワードとしては、「エイジフリーな社会」や「多様な選択を支える社会保障」「現役世代の負担上昇を抑制して、全ての世代が安心できる社会保障」「不安に対して寄り添っていく」ということが大事だと掲げられています。

今回の全世代型社会保障改革の非常に大きな特徴は、医療、介護だけではなく、年金と労働も一緒に議論をしていることです。

この図表 14、15 は、全世代型社会保障検討会議で出された論点です。今まで様々な議論があった部分や進んだ部分を私のほうで文字を赤でマークしています。

年金と労働についての課題

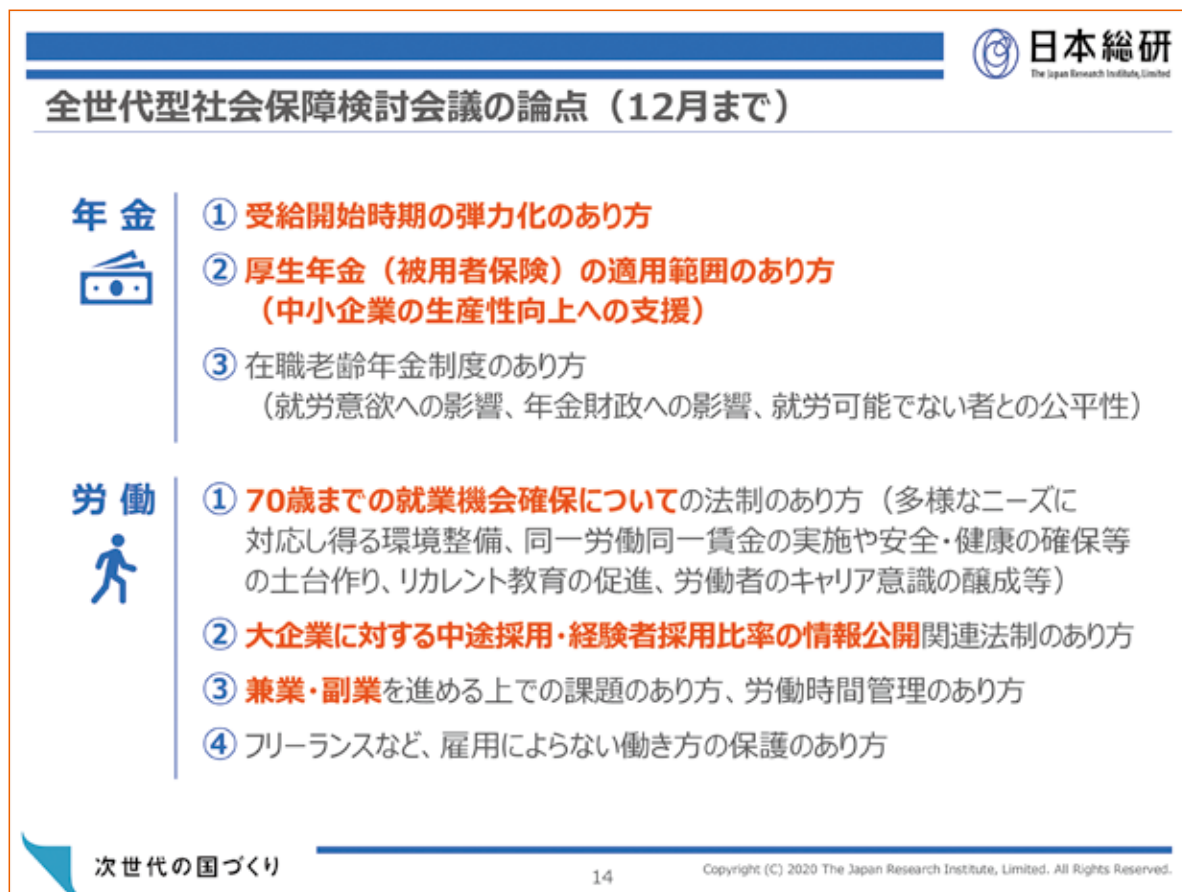
まず、年金の受給開始時期ですが、現在は 60～70 歳まで選択可能ですが、これを 75 歳まで選択可能にしていくということです。

それから、やはり就職氷河期にあたる人などは、老後を心配されています。そこでパートタイム、短時間労働者であっても、厚生年金に加入できるようにする。中小企業が中心になりますが、2024 年ぐらいまでには、50 人超の中小企業でも厚生年金が適用できるようにしていく方向となっています。


在職老齢年金制度のあり方については、まだ今後の課題となっております。

労働については、先ほどご紹介いたしましたように、70 歳ぐらいまでは就業機会を確保できるようにする。ただ高齢者の場合、パートタイムなどで短時間働きたいという人も多いので、多様なニーズに対応し得るような環境整備を急いでいくことが必要になると思います。


■ 図表 14



図表 15




論点の続き



医療

① **大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度のあり方**
（後期高齢者の自己負担割合のあり方、外来受診時の定額負担のあり方、市販品類似薬の保険上の取扱い）

② 医療提供体制の改革



予防・介護

① **保険者インセンティブの強化、データ利活用、健康経営等を通じた健康寿命の延伸のあり方**

② 介護現場の生産性向上支援のあり方、介護従事者の確保のあり方


（資料）全世代型社会保障検討会議資料に加筆

次世代の国づくり

15

Copyright (C) 2020 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

図表 16



給付と負担の見直しに向けた対応

保険者機能の発揮

- 必要な重複受診、重複投薬、過剰検査の解消
- 風邪に抗菌薬（抗生物質）？

医療提供体制等の制度の見直し

- 病床数などの改善、病院経営における連携の促進
- 国保、後期高齢者医療制度の見直し

自己負担の引き上げ（後期高齢者）

全世代型社会保障検討会議12月報告書で2割負担を打ち出し
 …「年齢でなく負担能力に応じた負担」

そのほかにも

- 給付範囲の見直し、自己負担率の調整など

次世代の国づくり

16

Copyright (C) 2020 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

17

図表 14 にありますリカレント教育は、年をとってから新しい仕事に就きたいという人に、しっかりと充実した教育をしていくことも大事だということが議論されています。

それから、大企業などに関しては、次第に終身雇用ではなく、人生が二毛作、三毛作となっていくしますので、中途採用なども情報開示していく必要も出てきます。

さらに兼業や副業、フリーランスという新しい働き方です。こうした多様な社会での社会保障、雇用のあり方についても、いろいろ考えていくべきことがあるのではないかと議論をしています。

医療と介護についての課題

医療については、「大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度のあり方」という論点となっています。75歳以上の後期高齢者が非常に多くなっていきますので、この人たちの自己負担割合をどうしていくか。一定所得以上の人は2割

負担にすべきではないかと議論をしています。

また、外来受診時の定額負担については、いろいろ議論がございましたが、現状においては、大病院で紹介状なしの負担額を増額するという議論がなされております。

予防と介護については、先ほどご紹介したとおりの議論がここでも記載されています。

給付と負担の見直しについての課題

給付と負担の見直しについては、今お話ししたように、自己負担の引き上げというのは、どのくらいの後期高齢者が2割負担になるのかは、これからの議論になります。

ですが、エイジフリーということで、年齢ではなく負担能力に応じた負担割合という考え方が大事という考え方が明記されました。

その他にも、図表 16 にありますように保険者機能をしっかりと発揮して、例えば、重複投薬や過剰検査などがなくチェックしていくということも大事です。医療提供体制についても、適正な病

■ 図表 17

ご静聴ありがとうございました。

日本総研・調査部のメールマガジンを配信しています。
<https://www.jri.co.jp/company/business/research/mailmagazine/form/>

Copyright © 2019 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. 日本総研 17

床数に向けて現在お取り組みいただいていると思いますが、病院経営の連携なども大切なことです。

国保制度や後期高齢者医療制度も、より運用を見直していくということも課題になっていると考えています。

その他にも給付の範囲をどう見直していくのか、自己負担率についても調整できるのではないかという大事な論点もありますが、これは全世代型社会保障検討会議では、今まではあまり議論されていない状況です。

このように人生 100 年時代、高齢者が増えていく中で、全世代にとって安心で、将来世代に対しても誇れるような、国民皆保険制度医療をいかに維持していくのか、しっかりと知恵を絞ってさらに議論していくことが非常に大事ではないかと思っています。

私のお話は、ここで終わりとさせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

中川 翁先生、ありがとうございました。

講演Ⅱ

“積極的・全世代支援型・参加型” 社会保障へ

公益財団法人連合総合生活開発研究所理事長／連合前会長 **古賀 申明**



演者紹介

中川 それでは、古賀申明 連合総研理事長よりご講演をいただきます。

古賀先生の経歴を紹介させていただきます。

古賀先生は、1975年に松下電器産業に入社され、1996年に松下電器産業労働組合中央執行委員長、2000年に全松下労連会長、2002年に全日本電機・電子・情報関連産業労働組合連合会中央執行委員長、2005年に日本労働組合総連合会事務局長を経て、2009年に6代目連合会長に就かれました。

2012年4月より、公益財団法人連合総合生活開発研究所理事長に就かれ、2015年に連合会長を退任され、顧問を務めていらっしゃいます。

演題は、「積極的・全世代支援型・参加型」社会保障へ」です。

それでは、先生、よろしくお願いいたします。

講演

古賀 ご紹介いただきました、連合総研の古賀です。

本日はこのような貴重なシンポジウムにお声をかけていただき、ありがとうございます。

ただ、私は社会保障の専門家ではありませんので、どれほど皆様のお役に立つかどうか自信はあ

りませんが、いくつか課題提起をさせていただきます。

なお、連合前会長という紹介がございましたが、連合の政策だけではなくて、個人的な見解も含めて申し上げることになると思いますが、ぜひご理解をいただきたいと思います。

お手元に簡単なレジюмеを用意させていただきました（**図表1**）。そのレジюмеに従って話を進めますが、非常に広範なレジюмеになっていますので、いくつかの項目については、時間の関係で割愛させていただきたいと思います。ご承知おきをよろしくお願いいたします。

社会環境の変化に伴う社会保障の役割

まず、社会保障をめぐる環境変化です。先ほど、翁理事長からありましたように、社会保障に期待される役割というのは、社会の変化に伴って変わってきます。

特に、日本の社会保障は、雇用システムと家族形態と地域社会に支えられてきた、いや一体となって形成されたといっても過言ではないと思います。したがって、この3分野の変化というのは、社会保障の仕組みに大きな影響を与えています。

その根底にあるのが、経済、社会の成熟化であり、超少子高齢・人口減少社会の進展です。

その中で、雇用システムの最大の変化は、非正規雇用の増大です。非正規雇用は社会保障のセーフティネットが脆弱です。しかも、雇用形態の違

■ 図表 1

日本医師会・医療政策シンポジウム

「“積極的・全世代支援型・参加型” 社会保障へ」

2020年2月19日

連合顧問・連合総研理事長

古賀伸明

I Prologue

II 社会保障をめぐる環境の変化

1. 成熟化と超少子高齢・人口減少社会
2. 雇用システムの変化
3. 家族形態の変容
4. 社会・地域のひずみ

III 何故、“積極的・全世代支援型・参加型”なのか？

1. 対処療法型支援・補填から積極的・能動型支援へ
2. 高齢者中心から全世代支援型へ
3. 拠出者・受給者から参加型へ

IV 超少子高齢・人口減少社会を乗り越えていくための課題と対応

1. 二元化構造の是正
2. 個別・縦割りからの脱却
3. 子ども・子育て支援分野の強化
4. 支えあい構造の再構築
5. 安心の住まいの保障
6. 健康でいきいき暮らせるための環境整備
7. データや新技術の積極的活用による効率的な社会保障

V 社会保障機能強化のための基盤の整備

1. 担い手の育成・確保
2. 社会保障における国・地方自治体・NPOなどの役割分担と連携強化
3. マイナンバーと個人識別番号の個人情報保護の強化
4. 国民合意による社会保障改革のための「協議の場」の設置
5. ひっ迫する社会保障財源への対応

VI Epilogue

いが社会保障のみならず、賃金や能力開発に及び、格差が固定化する傾向があります。これらの現象はいち早く解消しなければなりません。

家族形態の変容は、個人化というものを注視する必要があります。

2035年、単独世帯は3世帯に1世帯となり、高齢者世帯のみならず、壮年未婚世帯も増加し、また、一人親世帯は9世帯に1世帯、子どもがいる世帯の3分の1になると予測されています。

加えて、全国で約26万世帯と言われる、いわゆる引きこもりの世帯、この世帯は既に壮年層が増加しており、将来、親と死別したときには生活不安に陥る可能性が非常に大きくなっています。

次に、社会・地域のひずみです。現在、都市部は高齢化、地方は人口減少。特に地方の地域から社会サービスが消えていく状況となっています。過疎化、社会的孤立が大きな課題となり、日本の特性とも言える、社会への強い帰属意識、共同体を支えてきた連帯感、あるいは他者への共感もなくなりつつあるのが現状ではないでしょうか。

対症療法型支援・補填から積極的・能動型支援への転換

このような環境変化の中で、私はこれからの社会保障のキーワードを3つ挙げ、その3つをこの講演の表題といたしました。

1つは、対症療法型支援・補填から積極的・能動型支援への転換です。

社会保障は社会の安全保障の基盤と言っても過言ではありません。そして、超少子高齢・人口減少の中での社会保障をセーフティネットの役割に加えて、全ての人々が支え合い、共生できる、活力ある持続可能な社会を実現するために位置づけるべきだと思います。

救貧、貧困への防波堤、病気やけが、加齢などへの対応といった、いわば対症療法型支援・補填だけではなく、今後は困難に陥る前に、就労を軸に積極的・能動的に支援を行うこと。あるいは、病気にならない健康づくり。次世代を担う若者、子ども・子育て世代を社会全体で支える積極的社会保障を進めるべきだと思います。

能力開発、人材開発へ積極的労働市場政策が重要

また、これまで働くことというのは、主に労働政策、雇用政策の担当分野でした。社会保障は何らかのリスクが原因で働けない人とか、収入が十分でない人の生活保障でした。

ひとたび、労働市場から排除されると、再び労働市場に戻る手立てが不十分なことにより、労働に復帰することが困難な状況となります。このことは、社会保障を支える根幹である社会保険機能の弱体化にもつながるのです。

教育と労働と社会保障を一体的にとらえて、働くことの保障を通じた社会保障として、再教育及び人材育成、能力開発も含めた積極的雇用政策。そして、人的資本形成支援により、産業構造変化に対応する、すなわち、給付だけから、能力開発、人材開発へという積極的労働市場政策が重要です。

また、異なる視点から見れば、社会保障は単に社会の負担ということだけではなくて、経済を支え、牽引する積極的社会保障ととらえることが必要だと思います。

社会保障費は現在、GDPの20%。年金の給付額は、地方経済を支える規模となり、医療や介護、保育は雇用を生み出し、サービスの需要増に伴い、関連事業分野も大きく進歩します。年金所得が県民所得の1割以上を占めるのは、もう既に45道府県、医療産業は約40兆円、介護の10兆円加えると、現在の自動車産業に匹敵する産業です。

高齢者中心から全世代支援型社会保障への再構築を

2つ目のキーワードは、高齢者中心から全世代支援型への転換です。

過去の現役世代は高度成長に支えられ、企業内福利厚生、例えば、結婚すれば配偶者手当、子どもができれば扶養手当、住まいは社宅。こんな福利厚生が企業から保障されてきました。

また、子育てや介護などの役割は、家族と地域のインフォーマルな助け合いが力を発揮してきました。

こうした、いわば日本型福祉社会のもとで、日本の社会保障は現役世代に薄く、誰もがこれからお世話になる高齢期に重点的に配分されてきたのだと思います。

しかし、もう言うまでもなく、現役世代においては経済のグローバル化の進展や雇用の流動化などの中で不確実性が高まっています。また、長寿化による介護の必要性の高まりなど、仕事と生活の両面においてのリスクも大きくなっています。加えて、子ども、若者の成長過程においても、様々な困難が待ち構えており、こうしたリスクや困難は、家庭全体に波及し得るものとなっています。

単身化とか過疎化とか、あるいは非正規雇用が進行し、家庭や地域、職場での支え合い機能が低下する中で、社会保障は介護を家庭の責任ではなく、社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を創設したように、様々な支え合いを社会化していく。その機能を強化していく必要があります。

このような状況において、高齢者中心の社会保障から、子ども、若者、現役世代から高齢期まで、生涯を通じて安心が得られる全世代支援型社会保障への再構築を、一層推進していくことが重要となっていると考えます。

参加型社会保障への推進が重要

3つ目のキーワードは、拠出者・受給者から、参加型への転換です。

私たちは、社会保障を、どちらかといえば拠出者か受給者か、あるいは支援する人か支援される人かという役割を固定的に理解しがちです。

こうした理解のもとでは、主に拠出する側の現役世代においては、負担に対する抵抗感が増す一方で、社会保障給付を受ける人は、保護の客体として、一面後ろめたさを感じながら制度に接しがちです。

しかし、言うまでもなく、私たちは人生の各局面で支える側にもなれば、支えられる立場になることもあります。その意味で、社会保障制度に対して、受け身の立場ではなくて、労使など拠出者、あるいは受給者が制度を構成する主体として、制度の設計や運営などに参加、参画する、参加型社

会保障を一層推進することが重要だと思います。

また、社会保障給付やサービスの提供に当たっては、受給者、拠出者にとどまらず、地域住民、働く者、様々なステークホルダーが運営やチェック機能を果たしていく仕組みを確立することが求められています。

加えて、今後は市民や働く者が地域の中で支え合いの活動に参画することで、専門人材の業務と連携していくことが、人手不足、人材不足の今、これまで以上に重要になっています。

超少子高齢・人口減少社会の課題と対応

次に、このようなキーワードのもとで、現在の超少子高齢・人口減少社会を乗り越えていくための課題と対応について、いくつか提起したいと思います。

●二元化構造の是正

まず、二元化構造の是正です。

日本では雇用形態の違いにより、適用される社会保険が大きく異なってきました。正規雇用として働いていれば、健康保険、厚生年金保険、雇用保険、いわば職域保険がフルセットで適用される。しかし、そうでない場合、基本的に全て対象外となっています。

これは、日本の社会保障が1つの企業に長期間、正規雇用として勤めるという雇用慣行と強く結びつき、それをベースに社会保障が形成されたからです。

また、かつての非正規労働者は、家計補助的に働く主婦パートや学生アルバイトが中心でした。しかし、今は3割、男性に限れば6割以上が、自らが家計の主たる生計者となっています。そして、雇用労働者の約4割が非正規雇用となっています。

社会保障と税の一体改革によって、大企業の一部の非正規雇用労働者は被用者保険の対象となりましたが、今後、全ての雇用労働者に被用者保険を完全適用させることが急務です。

もう1つの二元化構造の是正は、若い人が結婚

し、子どもを産み、育てる所得を保障することだと思います。そして、子どもを産んでも仕事を続けられる条件を整えることです。

そうでないと、働き続けることと、結婚や子どもを産み育てること、この二者択一、二元化構造となってしまいます。

●個別・縦割からの脱却

2つ目は、個別・縦割からの脱却です。

現在の社会保障システムは、基本構造が個々のリスクを、個別の社会保険制度がカバーする体系となっています。

人によっては、制度の谷間に陥ったり、定型的でないサービスは、制度ではカバーされない事象が発生します。個別のリスク対応では、根本的な解決にならないケースが増大しているのだと思います。

各制度の調整がうまくいかず、サービスがばらばらに提供されたり、社会的孤立を深めている人に対して、セーフティネットが機能しないケースも見られます。

リスクが複合的にある状況では、縦割、横並びの体系は、適切に対応できず、トータルでのワンストップサービスの機能をより強化する必要があると思います。

●子ども・子育て支援の強化

3点目は、子ども・子育て支援の強化です。

日本の社会保障制度は社会保険化された分野と、そうではない分野で、給付や財政面で大きな格差が生じます。

社会保険というのは、保険料と給付が結びついていることから、その負担について国民の同意を得やすいですが、社会保険の論理が成立しづらい分野は、サービスの拡大がなかなか進まないのが実態です。その結果、日本の社会保障は、やはり高齢期の支援が中心となってきたのです。

これに対して、大きく立ち遅れているのが、税方式を基本とする子育て支援施策です。GDP 費を見ても、米国で 3.8%、スウェーデンは 3.6%、フランスは 3%、日本は 1.2 ~ 1.3%です。

将来の担い手である次世代の育成を進めていくためには、子ども・子育てを社会全体で支えていく体制づくりを強力で推し進めること。その考え方に立ち、保育サービスの質を改善しつつ、待機児童を速やかに解消した上で、保育サービスの無償化を実現する必要があります。

また、子ども・子育て支援の強化を図るために、特定財源の創設など、財源確保も検討に値するものではないでしょうか。

男性も、この状況をより深く考えなければなりません。男性中心の社会、男性中心の企業、男性不在の家庭のあり方が問われています。

性別役割分担意識の払拭、男性・正社員・長時間労働モデルからの脱却、男性の育児、家事への参加とともに、少子化対策の保育サービスと雇用対策の育児休業制度を一体化して、家族政策的な視点での改革が必要だと思います。

●支え合い構造の再構築

4点目は、支え合い構造の再構築です。この課題は2つの視点から考えてみたいと思います。

1つ目の視点は、先ほど提起した、個別・縦割りからの脱却と関連します。

これまでは、個別のリスクをカバーすれば、例えば、帰る家、戻る職場など、支える周囲の人があり、そのつながり、支え合いの中で再び元気を取り戻し、力を取り戻し、社会での活動が可能となっていました。

しかし、現在、いくら個別のリスクに支援やサービスを提供しても、1人では窮状を脱することは難しく、さらに複数のリスクを同時に抱える個人や家庭が増加することになります。

年金、医療、介護、子育ての4経費に加え、私は政策制度の推進主体である、人と人とのつながりの場、社会サービスの場としての地域セーフティネットへの投入も、議論の対象にすべき時期に来ているのではないかと思います。

2つ目の視点は、世代間と世代内の支え合い構造です。

年金は典型的に世代間の支え合いですし、医療や介護も全員で保険料を出し合って支える仕組み

ですが、実際には高齢者が若年者、壮年者よりも利用頻度が高いことから、事実上、世代間の支え合いが色濃くなります。

超少子高齢・人口減少社会の中で、世代間と世代内のバランスを調整していくと、世代間の支え合いでは当然限界が生じることになります。今後は、世代間のウェートを下げて、世代内の支え合いを強化する必要があります。

その鍵を握るのは、先ほど述べた女性の就労に加えて、高齢期の就労であり、生涯現役社会をどうつくっていくのかということだと思います。

高齢者雇用制度の充実、年金受給年齢の柔軟化などの改革に取り組む必要があります。

●安心の住まいの保障

5点目は、安心の住まいの保障です。

住まいは言うまでもなく、人々が安全で安心な生活を送る拠点です。日本では、住宅政策と社会保障政策が分立した形で推進されてきました。

住宅政策は、持ち家政策として、豊かな生活の基盤とともに、資産価値を有する個人資産として位置づけられてきたのです。住宅を社会政策の重要な柱としてきた欧州とは全く異なります。

超少子高齢・人口減少期には、リスクを抱えた高齢者などが、どこの地域のどのような住宅に住むかが非常に重要となると思います。高齢者や単身世帯は本人だけでは入居する場所を見つけ出すことも困難となり、また、住まいは単に生活の基本要素であるだけでなく、事実上、就労のための基礎的条件ともなっています。

そのため、住まいを確保できないことにより、就職を遠ざけ、結果として、社会的自立を妨げることに繋がっていきます。

これらの課題を解決するため、住宅補助制度などの仕組みの構築が必要です。そして、住まいは、住宅という住むだけの空間ではなくて、近隣の人々とのつながりの拠点、あるいはコンパクトシティなど、まちづくりとも関連します。

住宅補助制度は、人口減少時代においては、セーフティネットにとどまらず、地域共生社会の構築、まちづくりの推進等々、いくつかの面を持った機

能を果たすのではないかと思います。

レジュメに表記した6点目、7点目はよく論じられていることですので、割愛させていただきます。

社会保障の機能強化に必要な基盤整備とは

最後は、社会保障の機能強化のための基盤整備についてです。

1点目は、担い手の育成・確保です。

その1つは、社会の担い手、支え手、すなわち、労働人口、働く人を増やすことです。それは、女性、高齢者を含め、意欲のある人は働くことで社会に参加してもらうことであり、若い世代に子どもを産み、育ててもらうことです。

出産、育児の支援を、就労や起業を促進する支援と同時に実施し、そして、所得再分配、また、再分配前の初期分配も増やしていく必要があります。

2つ目の視点は、社会保障の担い手の育成、確保です。

高齢化と世帯単位の小規模化の進行により、今後、医療、介護、福祉、子ども・子育て支援のニーズはどんどん増大していきます。

しかし、特に介護、保育で責任の重さに対し、処遇が低いことから、人材確保は困難になっています。今後は、介護サービスが全国いずれの地域でも確実に利用できる、同時に、子ども・子育て支援を充実させ、安心して子育てができる体制を確保するため、特に介護と子ども・子育て分野の人材確保を強力に推し進める必要があります。そのためには、それらの人材の処遇改善を集中的に行うことです。

また、医療の地域偏在や診療科間の偏在を是正するために、医療人材の育成と配置について、一定の枠組みを働かせることも必要になるのではないかと思います。

ICT、ロボット、ペーパーレスなどのイノベーションとともに、介護、障害者福祉、保育など、各分野の施設やサービス拠点を統合し、共生型施設として、既存の制度の枠組みを超えて多様な

サービスを提供することも考えなければなりません。

また、分野ごとの縦割りの専門人材から分野を超えて、人材の多様化も視野に入れた制度が必要ではないでしょうか。

レジュメの2点目、3点目はよく議論されていることですので、割愛させていただきます。

4点目は、国民合意による社会保障改革のための協議の場の設置です。

社会保障制度に対する国民の信頼を高めるためには、どのような政権のもとでも、基本的な制度の方向性は大きく変更すべきではないと思います。したがって、この制度を政争の具にはなりません。

そのため、今後の社会保障制度改革については、各政党、労使、専門分野の代表、国民各階層の代表による国民的な協議の場を設置し、国民合意のもとに着実に改革を進めていく必要があると思います。

最後の5点目は、ひっ迫する社会保障財源への対応です。

大きな借金を抱える我が国においては、財政再建と経済政策と社会保障というのは、トータルに考えなければなりません。現在、率直に言って、

次世代につけを回しながら、何とか持たせている状況であり、今後も社会保障ニーズの高まりに応じて、社会保険料、税ともに負担増は避けられない状況です。

私は、社会保険及び税を中心に、国民、事業主が公正な立場でさらに負担していかざるを得ないと思っています。

また、マイナンバーなどの活用により、年金などの所得も資産も含む負担能力に応じて負担する応能負担を、仕組みとして早急に整えるべきだと思います。

加えて、最後に、やはり子どもころからの教育です。社会保障の理念とか哲学、あるいは社会がどう成り立っているのかとか、ともに助け合う共助、自助、公助の役割、助け合い、仲間意識、人と人とのつながり、こんなことについても、子どもころからの教育こそ極めて重要だと思います。

冒頭に申し上げましたように、大変雑駁な課題提起になりました。何か今後の議論のお役に少しでも立てば幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

中川 古賀先生、どうもありがとうございました。

講演Ⅲ

全世代型社会保障の将来

立正大学学長 吉川 洋



演者紹介

中川 続きまして、吉川洋 立正大学学長よりご講演をいただきます。

吉川洋先生の略歴をご紹介します。

吉川先生は、1974年に東京大学経済学部経済学科をご卒業後、イェール大学大学院経済学博士課程を修了されました。その後、ニューヨーク州立大学経済学部助教授、大阪大学社会経済研究所助教授、東京大学大学院経済学研究科教授、立正大学経済学部教授などを経て、現在は立正大学学長を務めていらっしゃいます。

ご専門はマクロ経済学と日本経済論です。

公職としては、経済財政諮問会議議員、税制調査会委員、社会保障国民会議座長、財政制度等審議会会長などを務められました。

演題は、「全世代型社会保障の将来」です。

それでは、吉川先生、よろしく願いいたします。

講演

吉川 ご紹介にあずかりました、立正大学の吉川でございます。

ただいま、中川先生からご紹介いただきましたとおり、私は経済学を専門としています。過去20年ぐらい、政府の様々な会議に関係してきま

した。

これからお話ししますとおり、社会保障そのものについて社会保障国民会議では議論に参加しました。その他の財務省等での会議では、主として財政の立場から医療の問題を考えることをやってきました。

本日は、日本医師会でこうした機会をいただき、大変光栄に存じております。

避けられない財政問題

私の専門の経済学の世界で、20世紀の巨人とされるケインズという経済学者を皆さんもよくご存じのことと思いますが、ケインズは、「経済というものは、人間のやる全ての活動の縁の下の力持ち」ということを言いました。

これは確かに名言で、人間が行う全てのことというのは、主役が何かあります。もちろん、経済そのものが主役というのは、例えば、金融活動などは入るかもしれませんが、これはむしろ例外です。わかりやすいのは、今年開かれることになっているオリンピックです。これは何よりもスポーツの祭典ということで、スポーツが主役であることは間違いありません。

教育といえば学校、小学校から大学まで、これも教育そのものが主役であることは、改めて言うまでもありません。

そして、本日のテーマである、医療についても、主役は医療そのものであります。しかし、オリン

ピック、教育、医療は、いずれもその下に経済というものがある、お金と切り離せるようなことは何もないのです。

オリンピックについても、お金のことが問題になりますし、教育についても同じです。

そして、本日の我々のテーマである医療についても、やはりお金の問題を避けて通るわけにはいきません。

そこで、私は自分の職業柄、このお話も、経済、財政からの話が中心になるかもしれませんが、主役は、介護も含めて医療なのです。

全世代型社会保障の意義とは

本日は、全世代型社会保障という題でお話します（図表1）。

こうした問題を考えるとき、日本の経済社会を取り巻く環境変化は、言うまでもなく、少子高齢化の進行ということです。人口も減っていきます。

厚労省の社会保障人口問題研究所が5年ごとに、概ね100年先までの人口推計を出していま

す。直近の推計では、22世紀の頭、約100年後ですが、日本の人口は5,000万人ぐらいになると考えられています。現在の日本の人口は、1億2,000万人ですので、今後100年で7,000万人ぐらい減るといふ、これはもう大問題です。

人口が減るといふことは少子化、出生率の問題があるわけです。そういう中で、寿命が延びるといふ、喜ばしいことではありますが、高齢化が進行していきます（図表2）。

少子高齢化が進行する中で、社会保障をどうするか。従来、社会保障というのは、ややもすれば、高齢者が中心。とりわけ、社会保障の充実しているヨーロッパと比べた場合、日本の社会保障というのは、高齢者が主になります。

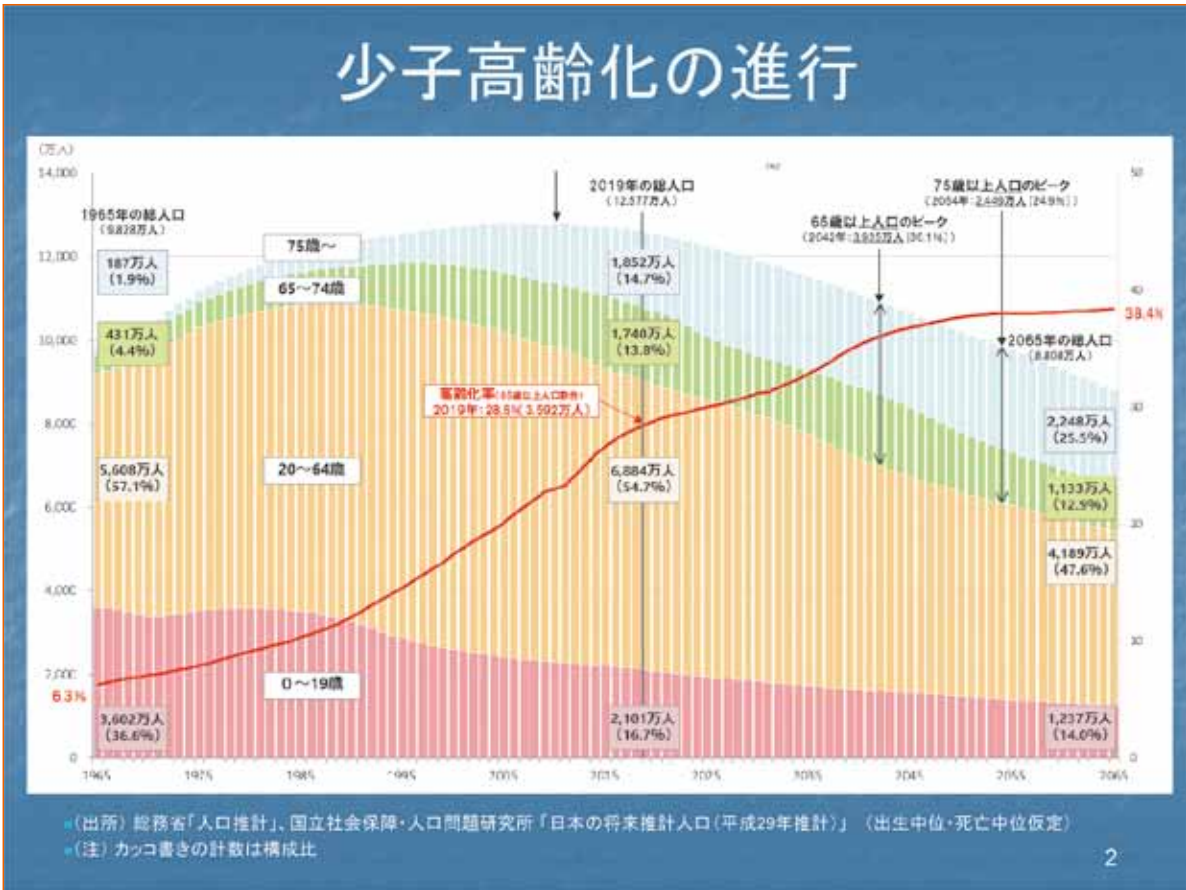
これは、年金、医療、現在は介護もありますが、ややもすれば高齢者に重点を置いています。

しかし若い世代、現役世代、子供を産んで育てる世代の応援も必要だという認識が少し前から広がってきています。そうした中で、全世代型社会保障というのが改めて言われてきているというこ

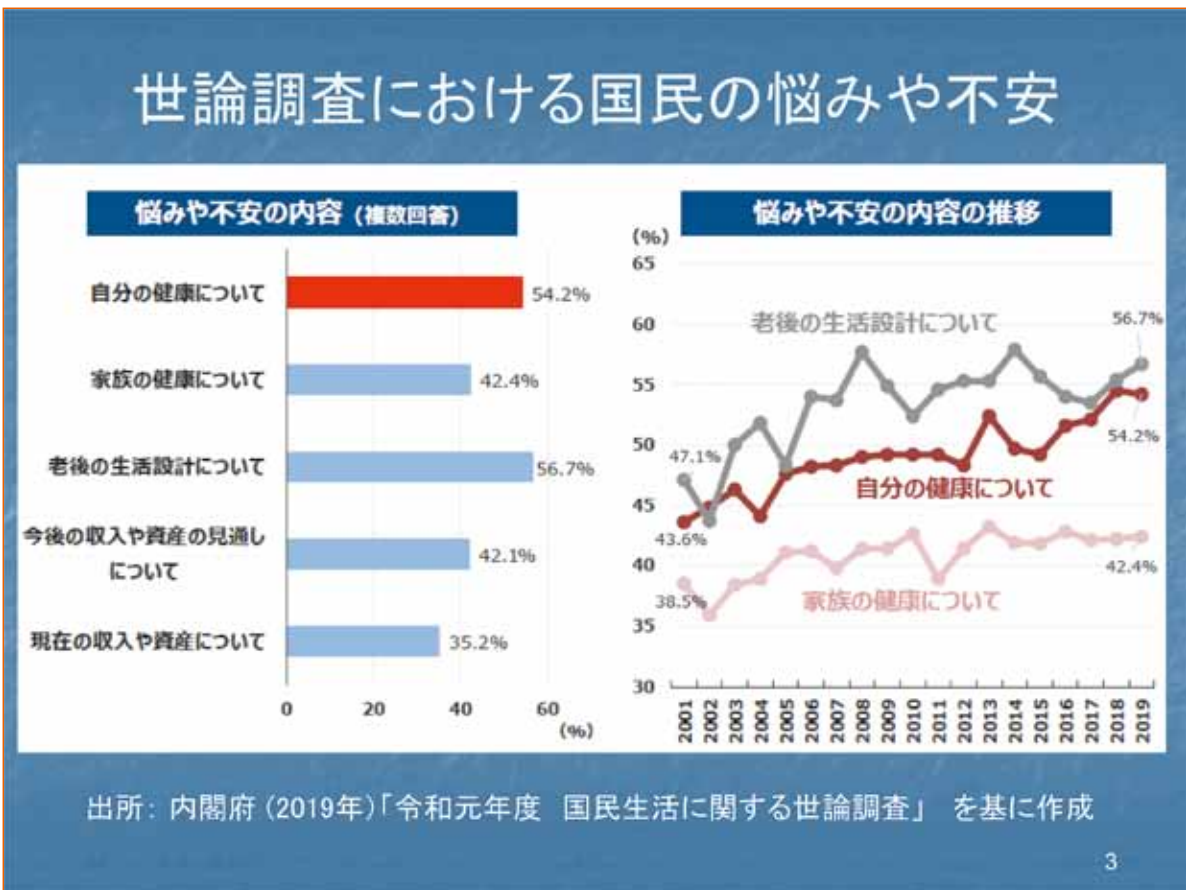
■ 図表1



図表 2



図表 3



とだと思えます。

昨年、内閣府が行った世論調査では、国民の悩みや不安の項目を見ますと、老後の生活設計とか自分と家族の健康というものが、非常に高いシェアを占めています（図表3）。

こうした世論調査の結果を見るまでもなく、やはり自分自身はもちろんですが、家族も含めた健康というのが、人々の大きな関心、場合によっては不安の材料であるわけです。

少子高齢化が進む中で、一つの大きな問題が格差の拡大です。

先進国と途上国における格差

格差は、地球大でグローバルに考えますと、今でも先進国と途上国の間の格差というのが大きな問題としてあります。

国連には200弱の国が加盟していることはご存じのとおりです。非常に小さくてお金持ちの国、例えば、モナコといった国は例外としますと、アメリカというのは1人当たりの所得が高い非常に裕福な国です。

大きな国ですが、アメリカと比べた赤道直下のアフリカの国々との所得の格差は、大体100対1ぐらいです。1人当たりの所得というのは、100倍ぐらいのオーダーで差があります。

本日のテーマである医療とも関係する、寿命ということで言いますと、ご存じの方も多いかとは思いますが、現在、世界のトップランナー、日本、アイスランド、香港、フランスも長いですが、ご存じのとおり、80歳を超えています。

もう一方で、短いほうは、所得水準の低い赤道直下のアフリカの国々で、大体40歳です。同じ地球上に住む同じ人類といっても、平均寿命が80歳を超える国々と40歳の国々。アフリカの平均寿命は47～48歳ではありません。少し前は38歳という状況だったのが、ようやく40代に乗ってきたという、40代前半という国々があります。

これはグローバルに見たときの格差です。今、そこには立ち入らずに、先進国の中でのお話に限ります。

高齢社会は格差社会

格差というのは、先進国で一様に拡大してきました。

日本、アメリカ、ヨーロッパ、いずれの国々でも格差が拡大してきています。それぞれの国によって背景は異なりますが、日本の場合には、実は高齢化も、格差拡大の重要な一因であります（図表4、5）。

20代の人に100万人集まってもらって、所得、資産、健康を調べますと、そのばらつきは総体的には小さいものです。

しかし、後期高齢者、75歳以上の人に100万人集まってもらい、所得、資産、健康を調べますと、20代に比べてはるかにグループ内でのばらつきが大きくなります。

高齢社会が進行している日本で格差が拡大するということは、グループ内でばらつきの大きい高齢者のシェアが高まるということです。

高齢化とともに社会全体でのばらつき、すなわち、格差が拡大していきます。わかりやすく言えば、高齢社会は、格差社会であるとも言えるわけです。

古代から存在している社会保障

余談になりますが、こうした認識は大昔からあって、私たちの国、日本のお隣の中国では、孟子が社会の中には4種類の困っている人がいると記しています。1人は、男やもめというか、老いて妻を亡くした者。それから、やもめ、老いて夫を亡くした者。ちなみに、老いて妻を亡くした人は、日本ではあまり今は使わないと思いますが、魚偏の難しい字ですね。老いて夫を亡くした女性は、寡婦という字で、今の日本語の熟語になっています。

それから、孤独。幼くして父なき者の4種類の人、弱き者がいて、政治はこの4種類の弱き者を何よりも救わなければいけないと既に古代中国の『孟子』に書かれています。

意外と知られていないのですが、こうした思想は中国の「班田収授法」の中にもあって、それが

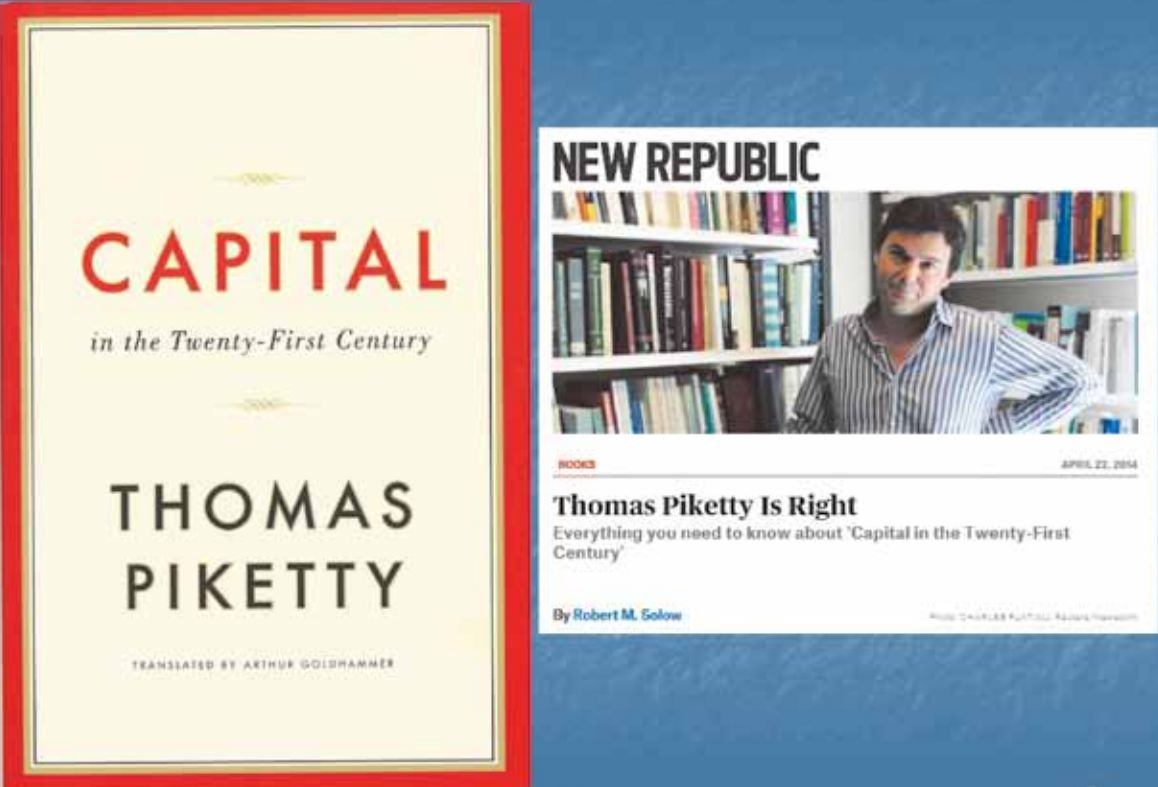
■ 図表 4

格差の拡大

- 高齢化
- 家族の変容
- 経済の長期停滞

4

■ 図表 5



The image displays two items side-by-side. On the left is the front cover of the book 'Capital in the Twenty-First Century' by Thomas Piketty, translated by Arthur Goldhammer. The cover is cream-colored with a red border. The title 'CAPITAL' is in large red letters, with the subtitle 'in the Twenty-First Century' in smaller black letters below it. The author's name 'THOMAS PIKETTY' is printed in large black letters at the bottom. On the right is a snippet from the 'NEW REPUBLIC' magazine, dated April 22, 2014. It features a photograph of Thomas Piketty in a library setting. Below the photo, the text reads: 'Thomas Piketty Is Right', 'Everything you need to know about 'Capital in the Twenty-First Century'', and 'By Robert M. Solow'.

5

日本に伝わって、律令制、奈良時代の令の規定の中にも、実はこの孟子が挙げた4種類の人が挙げられており、この4種類の人たちには、国が特別のサポートをするということが規定されています。

実に今から1400年近く前の律令、令の中に、介護ということにつながる、例えば、80歳以上の人のためには、今流の表現で言えば、1人の人が介護士としてつかなければいけないということまで、令の規定の中に挙げられています。

申し上げたいことは、我々の住む社会というのは、その中には困っている人、弱い人がいて、これは社会全体でサポートしなければいけないということは、近代に始まったことではなくて、古代から存在していて、それこそが現代流に言いますと社会保障であるわけです。

社会保障は格差の防波堤

本日のテーマである全世代型社会保障ですが、その社会保障なるものは格差の防波堤と言うこと

もできるわけです（図表6）。

この社会保障、年金、医療、介護その他ですが、これは極めて大きな役割を果たしてきました。

日本の平均寿命は八十数歳ということで、世界のトップランナーです。一部の人は「日本人は昔から肉ではなくて魚を食べるから長生きなのだ」ということを言っていますが、もちろんこれは間違いです。

日本の平均寿命は、戦後、つまり、ここに立って、今話をさせていただいている私が生まれたころ、1950年ごろには、先進国の中では最も短かったのです。日本、アメリカ、オーストラリア、カナダ、ヨーロッパの国々、そうした先進国グループの中では、日本の平均寿命は最も短かった。今流に言えば、健康寿命も短いものでした。

そうした中で、戦後日本では、平均寿命がぐんぐん延びて、ほとんどの国を抜いて、香港、アイスランドと並んで世界トップランナーになったのです。

私は、これは戦後の日本社会が成し遂げた最も

■ 図表6



大きな成果の一つだと思っています。それは3つぐらい理由があると考えています。

1つは、私が専門とする、経済が順調に成長して、1人当たりの所得が伸びたこと。

2つ目は、この社会保障制度。とりわけ、1961年にできた、皆年金、皆保険制度。

3つ目は、戦後の医学、医療技術の進歩と併せて、医療関係者、お医者さん、看護師さん、その他関連の分野の方々の貢献ということがあると思います。

この3つが相まって、戦後の日本の平均寿命の伸長が実現したと考えています。

戦後、寿命格差の是正に貢献した医療

現在、様々な問題を抱えながらも、日本の医療は戦後大きなアチーブメントを生み出したと認識しています。

平均寿命が延びたというのはご存じのとおりですが、格差を測る物差しとして、「ジニ係数」があります。ジニというのはイタリア人の経済学者の名前ですが、その人が作り出した、0と1の間の格差をあらわす指標があります。0が完全平等、1が完全不平等、通常はその間の値です。

これは所得などについて計算されて、所得の不平等ということに使われますが、同じ年に生まれた人たちが何歳まで生きるか、同じ年生まれの人の寿命のばらつきを表すジニ係数というのも計算できるわけです。

多くの国で、昔は同じ年生まれの人たちの中で寿命のばらつき、格差が大きかった。すなわち、ジニ係数が大きかったのですが、これが下がってきました。

日本でも、戦前は寿命格差が大きかったのですが、戦後は平均寿命が延びると同時に、寿命格差も小さくなってきたわけです。これも戦後の日本が生み出した大きな成果だろうと思っています。

この点に関しての、本日のテーマである医療保険とか医療提供体制というのが、戦後、大きな貢献をしたということでもあります。

財政を圧迫する社会保障制度

しかし、どんな制度でも悩みはあります。本日のテーマである社会保障制度、ここでは医療に絞ってお話をいたしますが、2つ問題があると思っています。

1つは、お金の面での持続可能性です。これがなかなか厳しい問題となっています。社会保障というのは、主として現役世代がお金を出して、高齢者が受け取るという、もともとそういう制度です。

しかしながら、少子高齢化の中で、現役世代が減っていき、高齢者がどんどん増えていくと、当然のことですが、お金が窮屈になってきます。

図表7は少し古い数字で恐縮ですが、大体系でもそんなには変わりません。社会保障の全体像は110兆円を超えるような水準になってきていて、右側の2本の棒グラフを見ていただくと、左側が給付、右側が負担ということです。

給付費では年金が一番大きいのですが、本日の主役である医療が、37.9兆円となっています。今はもう、40兆円を超える数字になってきているわけです。

問題は、1円でも給付がなされた場合には、当然ですが、それを誰かが何らかの形で負担しなければならないということです。国全体、社会全体でのフリーランチというのはあり得ません。誰かが必ず、1円でも、何らかの形で負担しなければいけないというわけです。

その負担のほうは、一番右の棒グラフです。

ざっと、6割ぐらいが現役世代の保険料で賄われています。年金、医療、介護、ものによっては雇用保険でも、公的な保険制度は主として労使折半という形になっています。ある程度以上の規模の企業に勤めている人であれば、労使折半という形になっています。そうした保険料が6割ぐらいですが、それでも足りません。

ざっと、プラス40兆円を公費が負担していて、3対1ぐらいの割合で、国と地方が負担しています。これが日本の社会保障のファイナンスです。

台所事情は非常に厳しいということです。

■ 図表7



埋まらない歳出と税収のギャップ

図表8 を見てみますと、国の部分、国の財政において一般会計の歳出と税収のギャップが埋まりません。

これは構造的な財政赤字と呼ばざるを得ない状況ですが、概ねこのギャップが社会保障関係の経費ということです。

要するに、社会保障、保険といっても保険料だけでは回らず、公費を入れなくてはなりません。それが税金ならばわかりやすいのですが、税金では足りません。そこで財政赤字に平行移動して、国の借金である赤字国債によって、一応、回しています (図表9)。

図表10 は、国の一般会計における主要経費の推移ですが、一体、お金を何に使っているのか。やはり赤色で示した社会保障関係費が、水準でも伸び率でも一番大きくなっています。また、今後ともその伸びが大きくなりますから、ここを何とかしないといけないわけです。

少し前に消費税を10%に上げましたが、まだ

足りません。

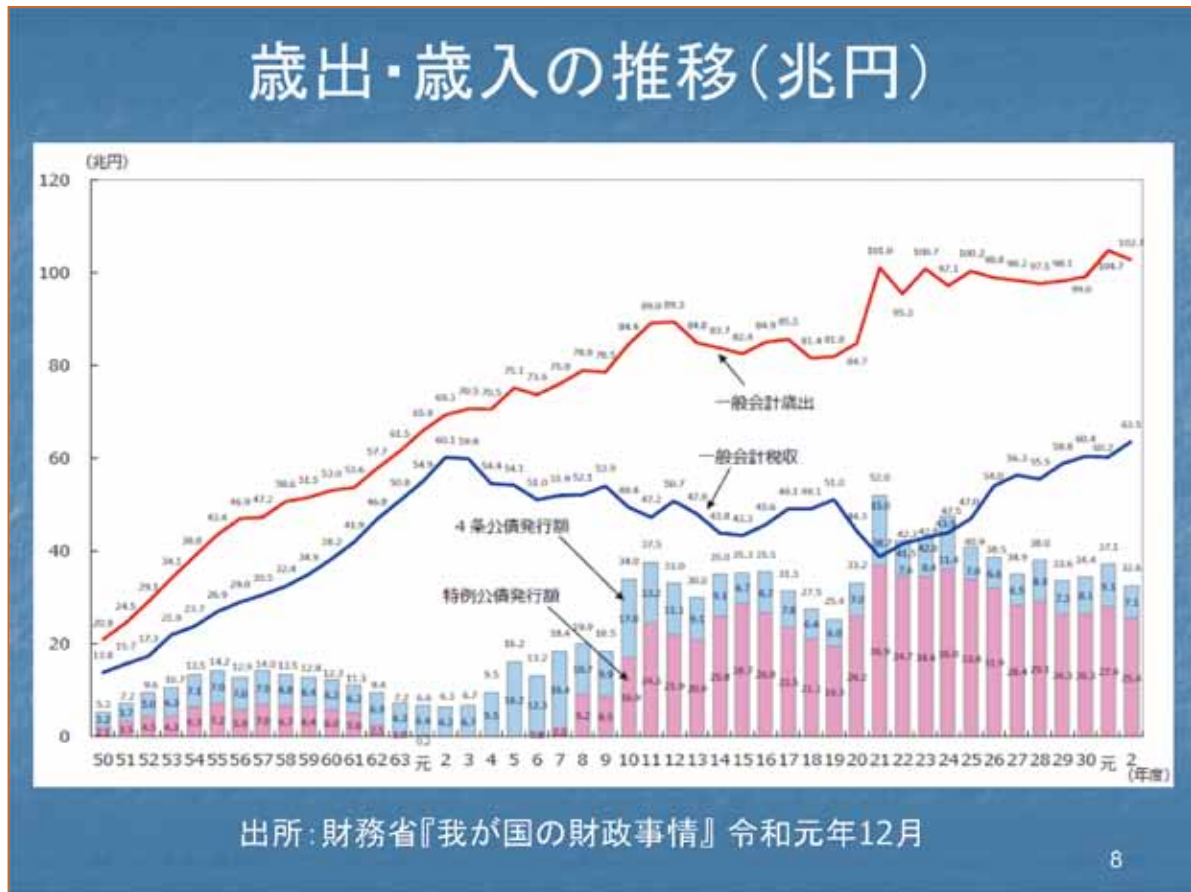
社会保障が充実しているEUなどですと、EUに入るためのメンバーカントリーに求められている条件として、日本は消費税率が最低15%でないとEUに入れないわけです (図表11)。

なぜそのような条件にしたのかといえば、それ以下の消費税率では、早晚、財政赤字になることは明らかなのです。そうなると、EUの比較的経済力のある国、具体的にはドイツなどですが、バックアップしなければいけないことになってしまいます。

そのためおよそEUのメンバーとして、リーズナブルな社会保障を持つというのであれば、消費税率は最低15%にしてもらわないと困ることです。

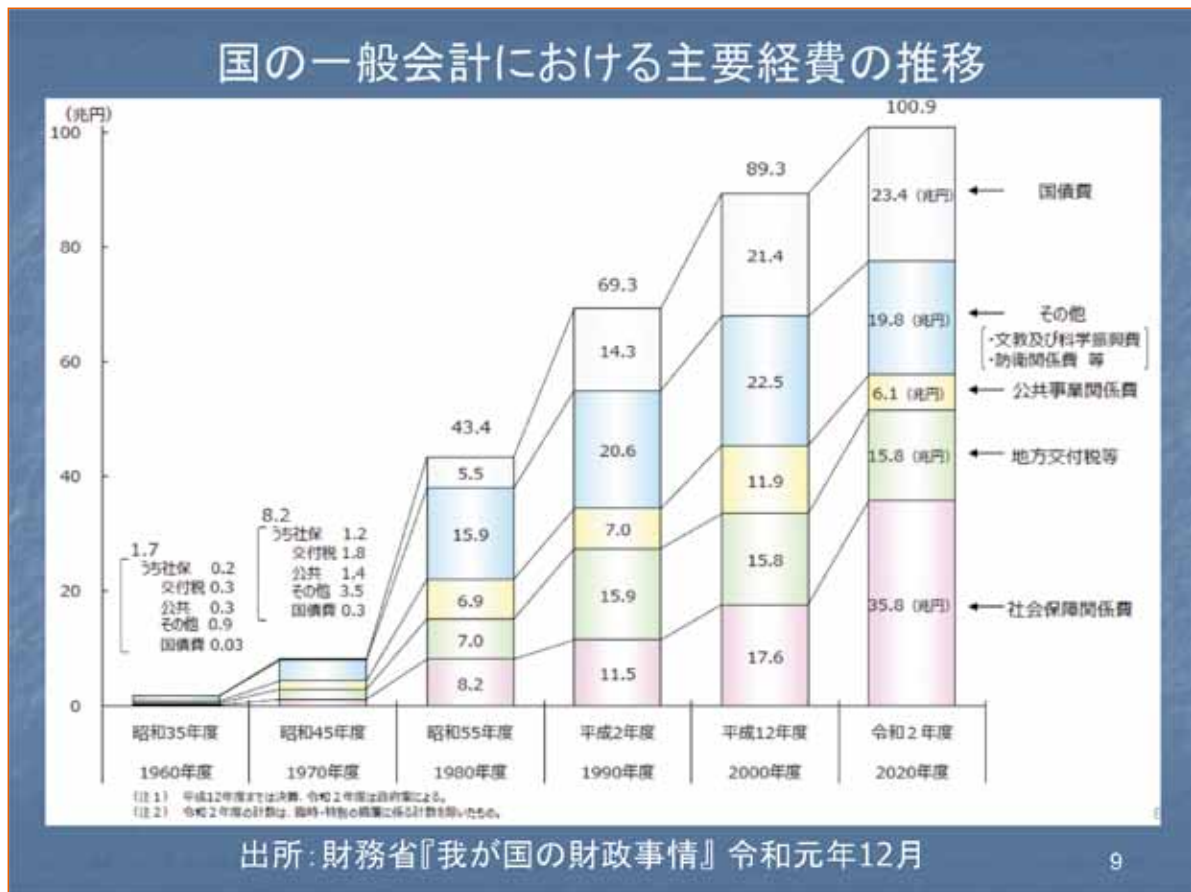
ちなみに、ブレグジットで抜けたイギリス、そして、主要国であるドイツ、フランスなどは大体消費税率、付加価値税率が20%。福祉に手厚い北欧のスウェーデン、ノルウェーでは25%です。その他に日本と同じように保険料、所得税もある

■ 図表 8



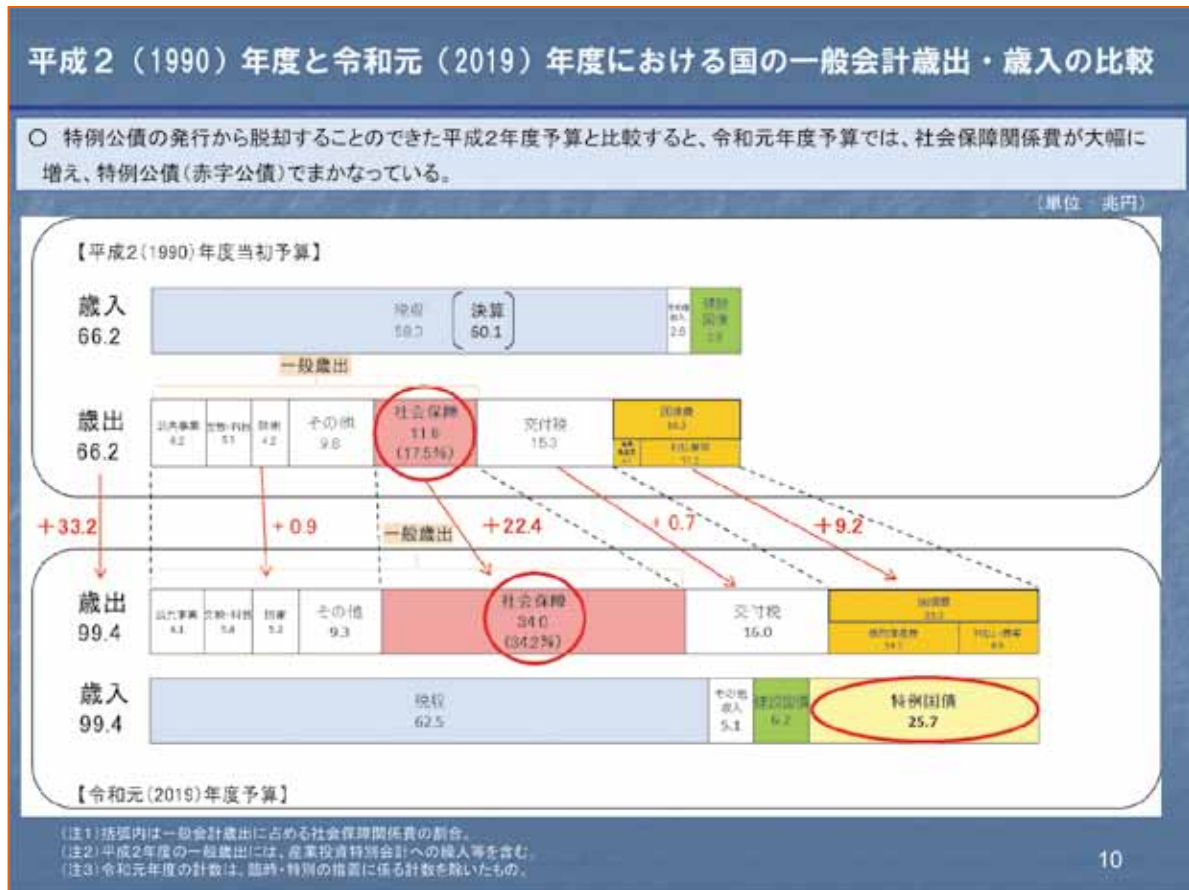
8

■ 図表 9

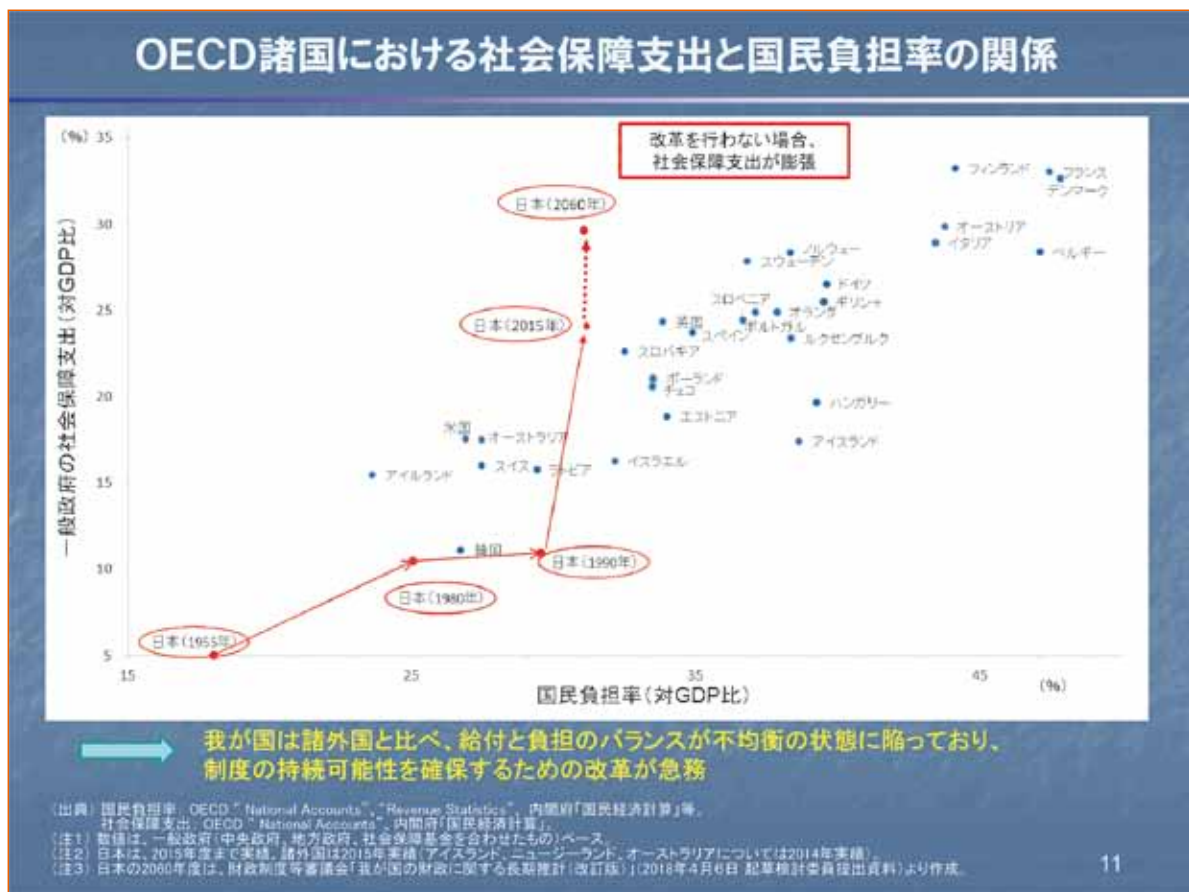


9

■ 図表 10



■ 図表 11



わけです。

日本の場合には、ようやく10%になったところですから、まだ道は遠いということだろうと思います。

国民全体で持続可能な社会保障制度を考える

国民全体として、この社会保障の負担をどう考えていくのか。

日本人全体として、社会保障制度が大変重要な制度であることは、私は国民の間で広く認識が共有されていると思っています。

アメリカの共和党のように、小さな社会保障でいい、あるいはほとんどなくて、民間の保険であればいいんだと考えている日本人はほとんどいないと思っていますので、基本的に社会保障制度は大事だと思っています。

みんな大事だと思いつつも、国民全体で見ると、出すものを出していないような状況になっている。これをどのように解決していくかという問題があります。

これが医療を取り巻く、あるいは社会保障全体を取り巻く問題、お金の問題です。

今後の医療の問題点

次に医療そのものの問題です（図表12）。

年間の医療費は40兆円を超えて、43兆円ぐらいになってきています。これをどのように考えるか。

1人当たりの年間の医療費を年齢ごとに見ると、当然、高齢者が多くなります（図表13、14）。高齢化で医療費が膨らんでいくということです。

こうした状況下で今後の医療の問題は、大きく分けて2つあると考えています。

1つは、医療保険をどのように設計するのかという、メディカルインシュランス設計の問題です。

もちろん、基本は公的な医療保険制度です。それ自体を大きく変えるということは想定していません。

それから、もう1つは、医療提供体制と呼ばれ

る、まさに医療システムそのものをどうするかという問題があります。

医療保険の設計のほうについては、様々な問題があります。75歳以上の後期高齢者の医療保険の部分は、いわゆる現役からの支援があるのですが、その支援をどのように設計するかです。

高額療養費制度のあり方

それから、私自身は年来、日本の医療保険制度の柱は高額療養費制度にあると考えています（図表15）。

保険というのは、大きなリスクをみんなで支え合うというのが基本だと考えていますので、入院を中心とする高額医療が必要になった場合には、みんなでしっかり支え合おうということです。

低所得者の方々の医療費は、当然、手当てをする必要があります。

一方でいわゆる中所得以上の人たちの間では、風邪をひいた、あるいは指を少し切ったというあたりでは、もう少し自己負担をしてもよいのではないかというのが、私の年来の主張です。ただ、ここには様々な議論があるということも認識しています（図表16、17）。

医療保険の設計の問題がある。高額療養費制度、現役からの支援体制をどのように設計するのか。高額療養費制度と、それ以外の典型的な外来の部分の自己負担などをどのように考えるのか。

あるいは、提供体制等も関係します。保険でいえば、大変高額な薬が登場してきました。こうした薬を保険にどのように組み込んでいくのか。

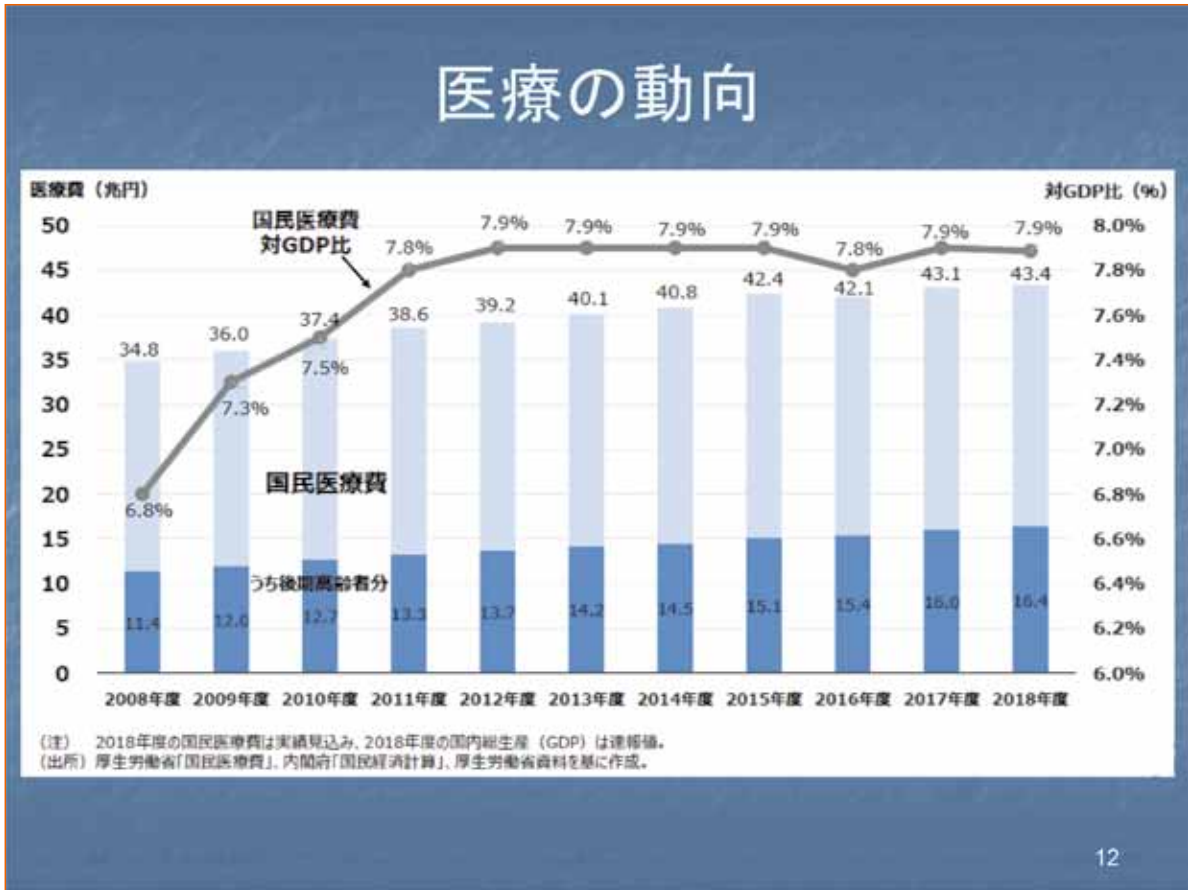
このようなことをしっかり考える必要があるだろうと思います。これが1つ。

医師会が先頭に立って地域医療構想の実現を

もう1つは、医療提供体制の話です。これは、まさに日本医師会が一番関わるところだろうと思います。日本の医療というのは、よく言われているとおり、様々な問題点が指摘されてきました。

詳しくは立ち入りませんが、国際比較をしてみると、病床数とか入院日数であるとか、そのよう

■ 図表 12



12

■ 図表 13



13

図表 14



14

図表 15



15

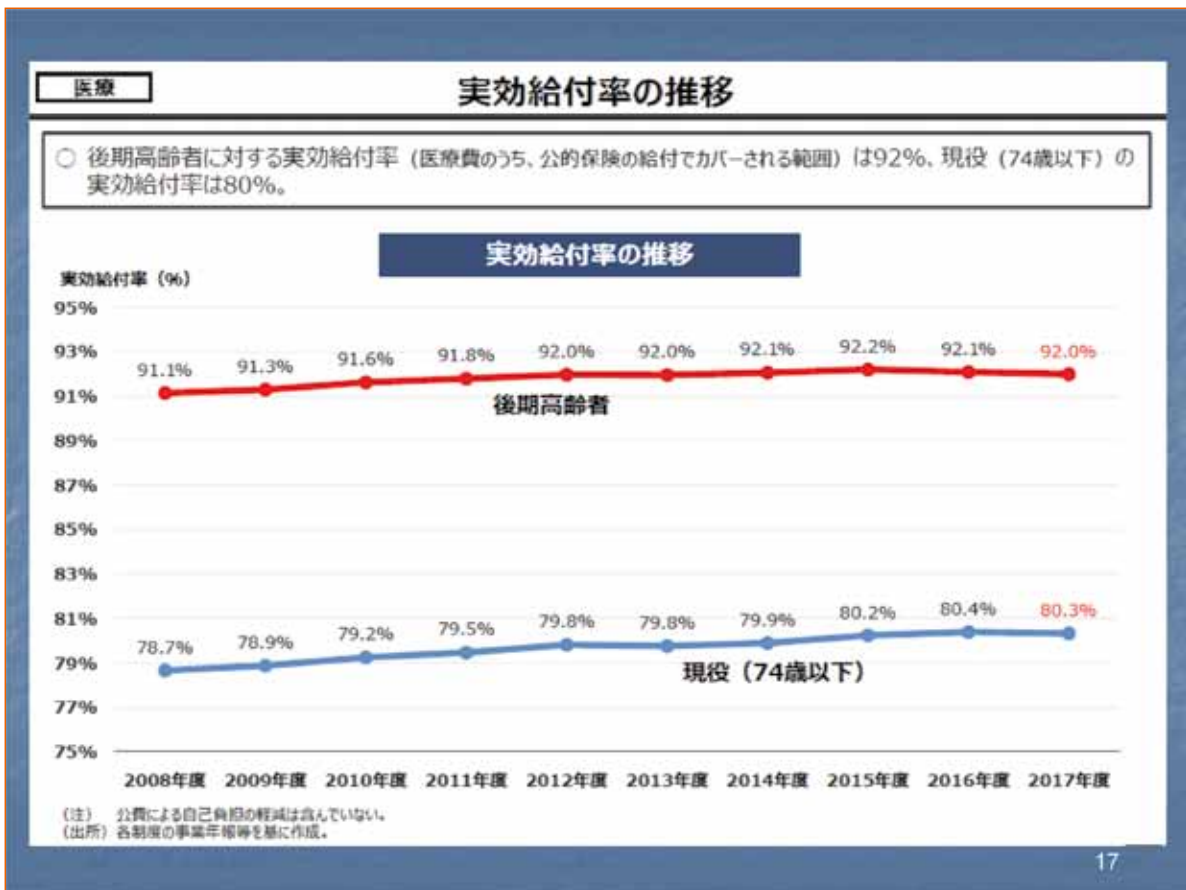
図表 16

医療		窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額		
○ 高額療養費制度は、1ヶ月の医療費に窓口負担割合を乗じた額が上限額を超えた場合に、その超えた分を払い戻す制度。				
70歳未満	年取約1,160万円～ 健保：標準83万円以上/国保：旧たし書き所得901万円超	3割	月単位の上限額（円） 252,600+(医療費-842,000)×1% <多数回該当：140,100>	
	年取約770～約1,160万円 健保：標準53万～79万円/国保：旧たし書き所得600万～901万円		167,400+(医療費-558,000)×1% <多数回該当：93,000>	
	年取約370～約770万円 健保：標準28万～50万円/国保：旧たし書き所得210万～600万円		80,100+(医療費-267,000)×1% <多数回該当：44,400>	
	～年取約370万円 健保：標準26万円以下/国保：旧たし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上	年取約1,160万円～ 健保：標準83万円以上/国保・後期：課税所得690万円以上	3割	外来（個人ごと） 上限額（世帯ごと） 252,600+(医療費-842,000)×1% <多数回該当：140,100>	
	年取約770～約1,160万円 健保：標準53万～79万円/国保・後期：課税所得380万円以上		167,400+(医療費-558,000)×1% <多数回該当：93,000>	
	年取約370～約770万円 健保：標準28万～50万円/国保・後期：課税所得145万円以上		80,100+(医療費-267,000)×1% <多数回該当：44,400>	
	～年取約370万円 健保：標準26万円以下(※1) /国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割	18,000 年14.4万円(※3)	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割	8,000	24,600
	住民税非課税（所得が一定以下）		15,000	

※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
 ※2 旧たし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
 ※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額に
 ついて、14.4万円の上限を設ける。

16

図表 17



17

な部分がいろいろ指摘されてまいりました。

また日本国内でも、例えば、都道府県別に非常に違いがあります。素朴な疑問として、なぜ違いがあるのだろうかということが問題になっています。

こうした問題を解決していくために、政府のほうでも地域医療構想という、都道府県を中心に、行政、医師会、場合によっては患者団体その他、関係の人たちが集まって、地域ごとによい解決策を探ってくださいという動きになっています。

私としては、この地域医療構想が、まさに実績を上げるために加速化される必要があると考えています。地域によっては、奈良県のように、随分効果が上がったという県もあると認識しています。

現在はレセプトデータなどで、県以外でも市町村単位で、医療の状況というのが非常に詳しくデータの的にわかるようになってきているという認

識を持っています。

最後に、こうした地域医療構想が実を挙げるためにも、やはり医師会の先生方がリーダーとなり、先頭に立っていただく必要があります。

ぜひとも日本医師会には、この地域医療構想が実を挙げるような形にしていきたい。一番目のお金のことも関係しますが、日本の戦後、大きな成果を生んだ、この医療体制が、保険も含めてサステナブルになるように、超高齢社会を乗り切れる形になるように、先頭に立っていただきたいということをお願いして、私のお話を終えたいと思います。

少し時間を超過しましたが、ご清聴ありがとうございました。

中川 吉川先生、ありがとうございました。

パネルディスカッション

全世代型社会保障改革に向けて

パネリスト



翁 百合

(株式会社日本総合研究所
理事長)



古賀 伸明

(公益財団法人連合総合生
活開発研究所理事長 / 連
合前会長)



吉川 洋

(立正大学学長)



横倉 義武

(日本医師会会長)



座長

武田 俊彦

(前厚生労働省医政局長)

演者紹介

石川 ただいまからパネルディスカッションを行います。

座長は、武田俊彦先生をお願いいたします。武田俊彦先生の略歴をご紹介します。

1983年、東京大学法学部をご卒業後、厚生省に入省されました。医政局経済課長、保険局国民健康保険課長、医政局政策医療課長、保険局総務課長などを経て、2011年には政策統括官付社会保障担当参事官に就かれ、社会保障・税一体改革に携わられました。その後、2017年から2018年まで医政局長を務めていらっしゃいました。

それでは、この後は、武田先生に進行をお任せいたします。

よろしくお願いいたします。

パネルディスカッション

武田 ご紹介をいただきました、本日、座長を務めさせていただきます、武田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

このパネルディスカッションですが、本日は「全世代型社会保障改革に向けて」というテーマです。ただ今、大変ご高名な3名の先生方からご講演をいただき、引き続きパネリストとして参加してい

ただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

この全世代型社会保障改革ですが、大変大きなテーマでして、今、政府で議論が進んでいるところです。

本日は、公開シンポジウムということで、多くの市民の方々もご覧になるシンポジウムですので、既にお話しいたしていることと、若干重複するかもしれませんが、どういう基本的な視点に立って、全世代型社会保障改革を考えていかなければならないかといった点について、各パネリストの方から簡単にコメントをいただければと思います。

まず、翁先生にお伺いします。翁先生は、政府の全世代型社会保障検討会議の委員にも参画していらっしゃいます。まず、このシンポジウムをご覧になっている皆さんのために、全世代型という名前がついている意味を簡単に教えていただけないかと思います。

それから、社会保障関係費の増加の抑制が必要というお話がありました。無駄の抑制については、これは永遠の課題と申しますか、常に話題になります。それでは、社会保障費がどの程度であればよいのか、今の医療費や介護費用は大き過ぎるのかどうか、そういったことに関する共通認識はあるのか、まずその点を教えていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。



■ 石川 広己（日本医師会常任理事）



■ 武田 俊彦（前厚生労働省医政局長）

エイジレスで、希望のある社会、日本をつくる

翁 全世代の意味についてのお尋ねですが、全世代型社会保障検討会議においては、全ての世代にとって、よりよい社会保障を検討するという意味だと思っています。

今まで、日本の社会保障は、どうしても高齢者に対して給付が向けられ、そのシェアも非常に高いものでした。

しかし、先ほどもご紹介しましたが、65歳以上の高齢者は2025年には人口の3割を超えます。そして、2040年には後期高齢者だけで日本の人口の2割という状況となっていきます。やはりこれからは高齢者であっても、支えられる側から支える側に回れる人は回っていただくことも考える必要があります。

一方で、子どもたちに対しては、今まで社会保障の給付のシェアは非常に低かったのです。しかし子育て支援、子育てと仕事の両立は、日本の非常に大きな課題で、これを実現することで、少子化の進行を防ぐこともできると思っています。

その意味で、人生100年という時代になった以上、エイジレスで、希望のある社会、希望のある日本をつくっていくために就労、年金、そして、予防、子育てを含めて総合的に議論していくことが必要だと思っています。



■ 翁 百合（株式会社日本総合研究所理事長）

持続可能な医療制度の確立

2番目の質問ですが、医療費、介護費が大き過ぎるという認識について、どういうメルクマールがあるかということだと思います。

先ほどもお話ししましたが、医療の高度化は進めていかなければいけません。一方で、もう1つの要因である高齢化も、いや応なく医療費がかかってきます。今後、増加していくのは避けられないことだと思っています。

一方で、持続可能性を考えた場合に、どこまで負担し切れるのかという課題もあります。

特に、今、その負担は現役世代が負担している部分が大きいのので、現役世代や将来世代の不安も大きくなると思います。

会議の中での共通認識としては、やはり安心な国民皆保険制度、先ほど吉川先生からお話がありましたが、日本がつくり上げた皆保険の制度を持続していくことが重要です。さらに現役世代、将来世代に手渡していけるような医療制度にしていくなめには、どういう医療提供のあり方が効果的、効率的なのかをトータルに議論しながら、この費用負担のあり方、給付のあり方を考えていく時期になってきていると思っています。

武田 ありがとうございます。希望のある社会を目指していくという、大変よいお言葉をいただいたように思います。

それでは、古賀先生、吉川先生にも同じようなことをお伺いしたいと思います。

この日本の社会保障の規模につきましては、社会保障・税一体改革の中でも随分議論があったと思います。

そして、その後、2040年の試算につきましても、今、推計が出されております。古賀先生、吉川先生、両先生ともに、かつての一体改革のころから、我が国における社会保障のあり方の議論を引っ張っていただいております。

当時は、2025年までの日本をどうしていくかという議論でしたが、最近はそのを越えて、2040年まで展望していこうという流れになっています。

かつては、社会保障の充実、強化という議論でしたが、今は人員をいかに減らしていくか、負担のあり方という議論に移っております。このつながりが少し見えにくいと感じる人が多いように思います。社会保障の規模や機能、そして、社会保障のあるべき姿について、それぞれの先生から一言ずつコメントをいただければと思います。

特に、医療、介護につきまして、現在と将来、規模についてどのようなお考えかということ、果たすべき機能は、既に十分以上なのか、それとも足りないのか、ぜひ先生方からコメントをいただければと思います。

まず、古賀先生からお願いいたします。

最適の医療資源、介護資源をどう効率的に行うか

古賀 政府の全世代型社会保障検討会議では、個別のテーマについての方向性は出てきました。しかし、社会保障制度の持続可能性と必要な給付、すなわち、負担と給付に対する大きな構えの議論をどこまでやれたのかクエスチョンマークがつき、極めて残念でした。

今、政府を含めて議論するべきことは、そういう大きな構図を国民に示すことではないかと感じています。最初にそれを申し上げておきたいと思っています。

先ほど、吉川先生からありましたように、医療費は40兆円を超え、2025年までに介護費で1.4倍、医療費は1.2倍に増えていくのです。

しかし、医療、介護というのは、実質的な需要なのです。

実質的な需要を、ただ減らすという視点に立って抑制をすると、公的サービスが減り、それは全部個人の負担になっていく、あるいは社会のリスクが非常に大きくなると思います。

だから、医療、介護の場合、もちろん、無駄なことはどんどん削っていかねばなりません。給付を抑制するといった視点だけではなく、いかに今、医療資源、介護資源をどう最適に効率的に行うかというところに、ウエートをかけるべきではないかという感じがしております。



■ 古賀 伸明（公益財団法人連合総合生活開発研究所理事長／連合前会長）

社会保障の役割を果たすための議論が必要

社会保障の役割は、私が言うまでもなく、それは経済社会の持続可能性の1つの基盤であり、再分配機能でもあると思います。

ただ、日本の再分配機能は諸外国に比べて非常に薄いのです。

なぜなら、高齢者主体になり、現役世代に対する社会保障が少ないという実態になっているからです。

そんな2つの機能をきちんと果たすためにどうあるべきかという議論が非常に重要であり、後の課題になると思いますが、私はやはり我々自身の国民負担をどうするかが非常に大きなキーポイントだと思います。

医療提供体制については、先ほど吉川先生からありましたように、私も地域医療構想の議論には非常に注視しています。そして、介護も給付の規模と保険料がうなぎ登りになっていくわけで、私は連合会長を務めているときから、介護保険制度の加入者の範囲を現行の40歳以上ではなくて、18歳以上にしてはどうかと提言をしています。

今も恐らく、その政策は残っていると思いますが、そういう意味では給付と負担の関係、あるいは今の制度をどう効率的に資源を使って行ってい

くかをミックスして考えていかなければならない課題ではないかと申し上げておきたいと思えます。

武田 ありがとうございます。

それでは、吉川先生、お願いいたします。

社会保障のあり方を長期的に議論すべき

吉川 まず、2025年を超えて2040年も最近は議論になってきているということです。

2025年については、団塊の世代が全部後期高齢者になるという、非常にわかりやすい1つのメルクマール、目の前のゴールがあります。その他にもいろいろデモグラフィックといいますが、人口動態でいくつかの一里塚みたいなものがあります。

2040年に近いところでは、2042年に65歳以上人口がピークになる、10年後の2054年には、75歳以上人口がピークになるという、高齢化の中でもわかりやすい一里塚があり、2040年ごろにも1つの一里塚があります。

それから、社会保障のファイナンス、もっと有り体に言えば赤字が平行移動して、国の財政赤字になっているわけです。この国の財政赤字というのは、4、5年で解消するような問題ではありません。かなりの長期戦を要するということだと思えます。

つまり、現在は2020年ですから、2025年は



■ 吉川 洋 (立正大学学長)

目と鼻の先で、これを短距離というのが適当かどうかわかりませんが、問題はマラソンだという認識のもとに、5年後だけではなくて、もう少し先までしっかりと視野に入れて議論を進めていくべきだと思います。

地域医療構想は日本医師会のリーダーシップに期待

医療をめぐる問題ですが、負担については先ほど古賀先生のお話のとおり、負担の問題を国民全体でしっかり議論しなければいけません。いろいろな考えがあるわけですから、これをまとめなければいけないわけです。

それをまとめるのは一体誰の役割かといえば、それこそが政治の最も重要な役割だと思います。政治家の方々の役割。とりわけ、国政の代表選手である国会議員の先生方に、しっかりと長期的な視野に立って、問題を真正面から国民に説明していただく必要があると思っています。

それから、医療の提供体制のほう、これは43兆円でどうなのかという問題です。

1つは、マクロの数字というのは常に見ていく必要がありますが、医療というのは乱暴なことをやってはいけないということでもあります。

ただ、そうは言っても、無駄があれば、それを削るとするのは当然です。その場合の無駄もカッコをつけなければいけません。

ただ、わかりやすいのは地域によって医療の提供体制が非常に違うのは、なぜなのかという素朴な疑問は最後まであります。

地域というのは2つあります。1つは、大きいところでは、国際比較です。同じ先進国グループで、例えば、ヨーロッパ、アメリカと比べて、なぜ日本は違うのか、外国のまねをすればよいというものではありません。しかし、やはり諸外国、先進国と非常に違っていれば、日本はその理由を考え反省するというのは重要なことだと思います。

それと、もう1つは、日本国内で都道府県別、場合によっては市町村別に見たときのいろいろな意味での医療の違いです。これは一体なぜなのか。

例えば、長野県の伊那など、いわゆる先進地域では、医療費の支出が少ないのです。

それから、これも改めて言うまでもないことですが、やはり重要なのは健康寿命です。健康であるために、予防医学、Preventive medicine が重要なのです。

このようなことも含めて医療のことを一番わかっているのは、お医者さんだと思います。

医療というのは、やはり専門的な領域ですから、素人が完全に理解することは不可能です。私も含めて知識は持っていません。

これは、お医者さんにリーダーシップをとってもらえないのです。そうしないと、問題は解決しません。

しかし、私は一番初めにケインズのお話をしました。医療といえどもお金と無縁ではないということです。お医者さんといっても、聖人君子ではないかもしれない。いろいろな問題があるのでしょう。

しかし、これは専門領域として、医療の問題はお医者さんにしかわからないのです。それも含めてお医者さんにリーダーシップを発揮していただきたいのです。そのためにあるのが、私は日本医師会だと思っていますので、日本医師会に期待し、具体的には、地域医療構想でできるだけ実を挙げていただきたいと考えています。

武田 ありがとうございます。

やはり、これからの医療政策で中心になるべきは医師会だというお話もありまして、横倉会長にもコメントをいただきたいのですが、その前に、この負担と給付の議論を進める上で、最近1つの学説があります。

これは吉川先生に連続でコメントをいただきたいのですが、「国債をいくら出してもいい」という学説が力を得ているそうです。

ただ、国債の大量発行ということは、様々な問題もあり、先ほど格差社会というご指摘もありました。格差の点からいっても、これはなかなか問題が多いのではないかと思います。

吉川先生、ご意見を伺えますか。

MMTの理論は抽象化された夢物語の世界

吉川 ご指名ですので、少しお話しいたします。

これはMMTと呼ばれています。Modern Monetary Theory。一言でいうと、アメリカ発の新理論といいますか、武田さんが言われたとおり、やや乱暴に言えば、国債をいくら出してもいい、中央銀行が買えばいいと、従来は禁じ手といわれていたようなことをやればいいという話です。

私は、反対です。これは何が問題かという、MMTに限らないのですが、現実の経済、社会のあり方、もう少し言えば、政治的なことも含めた問題から、全く抽象化された夢物語の世界です。

わかりやすく言えば、MMTの人たちも、実は「赤字国債をいくら出してもいい」とは言いません。「やっていけば最後は破綻する」と彼らも言っています。大インフレが起きると。その直前にストップすれば止まると。そうしたら、財政赤字をパッと止めて増税すればよいという議論です。

つまり、ナイアガラの滝に向かって船が進んでいるとしても、まだまだ大丈夫だよと、落ちそうになったら、そこで逆転すれば、あっという間に船は180度旋回して、滝つぼに落ちるということではないから、どんどん滝つぼに向かってどうぞという議論です。それには全く現実性がないと思っています。

もう1つだけつけ加えさせてください。よく財政赤字が膨らんでいって、財政破綻といいますが、財政破綻とはどういう状況なのか。これはもう、国債が紙くずになるということで、金利の急騰ということで、ギリシャなどで実際に起きました。

ところで、それは一体いつ起きるのか。財務省、財政審などは危ないと言いますが、いわゆるオオカミ少年じゃないかという議論があるわけです。

私は、あまり大きい声では言いたくありませんが、日本の場合には、政府自身が今、確率を公表している大自然災害、具体的には首都直下、あるいは南海トラフの大地震などは、財政がぐらっと来る1つの大きなきっかけになり得ると思いま

す。

関東大震災のときも、当時、日本銀行がまだGDPという統計をとっていない時代ですが、推計では今の規模に直しますと、やはり200兆円とかになるような規模の災害が起きるということです。

私の言いたいことは、こうした災害があっても、日本の財政、日本の社会保障は揺らいではいけないわけです。お尋ねのMMTみたいなところには、そんな話は一切出てきません。

繰り返しになりますが、ナイアガラの滝の滝つぼが見えてきたら、船は戻ればよいと言うのは、全く現実性がない、危険な議論だというのが私の考えです。

武田 ありがとうございます。

以上、いろいろ整理ができたと思いますが、ここで横倉先生からコメントをいただければと思います。

住民に寄り添うかかりつけ医の機能を推進する

横倉 全世代型社会保障というのは、高齢者が主体の社会保障であったのを、全ての世代へということであろうと思います。

我が国の社会保障は、財源的には自助、公助、共助から成っていますので、この財源論の話のときには、バランスのよい財源確保ということが重要であろうと思います。

そしてまた、医療に関して言えば、先ほど吉川先生からお話がありましたが、地域の医療のことは医師が一番知っているのだということです。そして、医師会に期待されるということは大変、我々ありがたいことです。

国としても地域医療構想調整会議ということで、様々な調整をスタートしています。

これは都道府県別でも当然行っていますが、それぞれの地域医療圏域ごとにも調整を行っています。その中で、本当にその地域に必要な医療はどういう医療かということがだんだんと浮かび上がってきました。

そして、また、人口が大きく変動する中で、ど



■ 横倉 義武（日本医師会会長）

う対応すべきかということも、将来の予測からわかってきました。

その中で一番大事なのは、やはり住民の皆さんに寄り添っているかかりつけ医機能であり、私たちが今一番力を入れていこうとしているところです。

かかりつけ医に相談をしていただく、そして、入院が必要なときは適宜、地域の病院に入院する、また、高度な医療が必要なときには高度医療との連携をしていくという、地域の連携の仕組みというものをそれぞれの医師会でしっかり考えていくということを、少しずつ着実に積み上げていくことが重要だろうと思っています。

今回の全世代型社会保障改革の会議のあり方につきましては、先ほど古賀先生がお話しになったように、大所高所から2040年問題に対応していくということが必要だろうと思います。

その中で、医療や介護の提供のあり方は、現場が主体性を持ってやっていくことが重要ではないかと思っています。

武田 横倉会長、どうもありがとうございました。

次に2つの論点について、皆さんからご意見をいただきたいと思っています。

1つ目は、各論といたしまして、給付と負担という話は避けることができないテーマです。

最初に翁先生の図表の中だったと思いますが、具体的に負担のあり方について、今年の夏までに

議論を進めるということです。

本日はあまり詳しく議論する時間はありませんが、各先生から端的に、医療における負担の問題について、どこをどうすべきなのかということでご意見をいただければと思います。

その前に、本日は会場ではなくて、TV会議システムでご覧になってる方々もいらっしゃいます。皆様方のために若干整理をさせていただきます。

まず医療費全体で見たとき、財源構造がどうなっているのかというと、2分の1は保険料です。

そして、残り半分のうちの半分、4分の1が国の国庫負担です。残り4分の1を地方負担と患者負担で分けていますので、負担にもいろいろな負担があることを押さえておかなければいけません。

そして、日本の医療の患者負担は、国際的に見れば比較的高い水準だということも押さえておく必要があると思います。

また、国費と地方負担といっても、かなりの割合が実は借金だという点も大事なポイントかと思っています。

それから、2つ目、年齢で区切るのはおかしいという議論もあります。

一方で、介護費用に関しては、85歳になれば

半数の人が介護保険を利用されているという現実問題があるというのも1点かと思います。

3つ目といたしまして、基本的には公的医療保険では、保険料の支払い能力に応じて、給付は平等にという考え方でやってきました。また、自己負担は適正な受診のためとも考えられてきました。

こういう様々な議論の整理をさせていただいた上で、端的にこの各論としての負担をどう考えるか。翁先生からお願いしたいと思います。

負担の問題は世代間格差を考えることが必要

翁 負担については、やはり全世代という視点で考えると、年齢ではなく能力に応じた負担を考えていくことが必要だと思っています。特に、今の後期高齢者医療制度をみますと、9割ぐらいが主に現役世代の保険料と税金によって賄われています。

今後、超高齢化が進むと、やはり現役世代の負担が重くなります。それは、将来世代に対してさらに重くなる形になっていきます。やはり先ほど格差の問題がありましたが、世代間の格差を考えても、この負担の問題というのは、その視点でも重要になってくると思います。



医療保険制度の持続可能性というのは非常に重要であると思っています。

保険料については、主に現役世代が負担しているわけです。いろいろな医療についても、保険に入りますと、それから出るということがありません。例えば、既存の医療について、第三者的な有効性を評価する制度を入れて、すでに有効でない医療については見直すといった仕組みにすれば、保険の範囲を見直していくこともできるのではないかと思います。

医療保険制度では、保険で賄えない部分は公費になっています。公費というのは降ってくるものではなくて、やはり誰かが負担するものです。そのバランスを考えていくことが大事だと思っています。

適正な受診のためにも一定の自己負担というのは重要ではないかと考えています。

武田 古賀先生、お願いいたします。

安定や発展を持続可能な社会にするために何が必要か

古賀 私が経験した2つの事例をご紹介しますと思います。

2011年前後に、社会保障と税の一体改革の議論が進んでいました。あのときは、消費税を上げようということで、連合としても構成産別傘下にも、そういう方向での職場討議を依頼しておりました。

私の出身でもある電機連合という産別がありますが、意識調査を実施するとそれまでは社会保障に対する信頼度、特に負担と給付の関係は8割ぐらいが不満と出てきました。ところが、この2011年前後は、6割強ぐらいにそれが減ってきました。

2つ目が、直近の2019年、私が今、理事長をやっています連合総研では、定期的に勤労者短観というアンケートをとっています。その中で、「社会保障を充実するためには、消費税の増税やむなし」というほうが多いという結果です。

だから、私は、全てとは言いませんが、負担と給付の関係は、多くの人理解しつつある、理解

しているはずだと思います。

そういう意味から、もちろん、負担をどこでやるかということは非常に重要ですが、負担のあり方について、社会保険料については事業主負担をどうするのか、あるいは税については、金融所得も含めた総合課税化のようなことを入れながら、所得再分配機能を強化しつつ、消費税をはじめとした負担のあり方を正面から議論すべきだと思います。

それともう1つは、企業がもっと負担していいのではないかと思います。これは一例ですが、先ほど私の講演の中で、フランスは、子ども・子育てにGDPの3%ぐらいを使っていると話しました。この6割は、実は企業負担です。そういう意味では、最終的には自分たちに返ってくる、社会の安定とか社会の発展とか持続可能な社会のために、企業ももう少し負担すべきではないかということも、つけ加えておきたいと思います。

3つ目は、講演でも話しましたが、私は年齢より応能負担というのを真剣に考えるべきだと思います。困っている人にきちんと手当をする。困ってない人は、いわゆる自助でやっていく。もちろんこれについてはどういう設計にするか、資産をどう扱うのか、いろいろな問題があります。

しかし、困っている人にきちんと手当をするというような、社会保障という基本的な考え方に、もう一度戻るべきではないかということも、つけ加えておきたいと思います。

武田 ありがとうございます。

それでは、吉川先生、よろしくをお願いいたします。

給付と負担の基本的な考え方

吉川 給付と負担について、何より大事なことは、複雑な制度ですが、基本的な考え方を整理することだと思います。それは、ほとんどの日本人には、丁寧に説明すれば理解できることだと思います。

例えば、保険であれば、かなりの日本人が車の保険、火災保険に入っているのではないのでしょうか。まさにこの場合には、給付と負担の両面を見

て、みんな自分が入る保険を最後に決めています。

保険会社の人が、安全、安心ということで、ものすごい盛りだくさんの保険プランをつくってきて、保険料を見てみると、目が飛び出るような値段になっていたら、誰もサインしないと思います。必ず両方を両にらみで、最後、自分が納得するところでサインをしているわけです。

ですから、身近な火災保険、車の保険には、まさに給付と負担を自分で考えて納得したところでサインをしています。

実は、社会保障は非常に複雑ですが、基本的な問題は同じことだと思っています。ただ、もちろん、1人の人ではなくて、多数の人が社会全体に関わりますから、合意をつくるために政治があるということ、先ほどもお話ししました。

大事なことは、先ほども言いましたが、考え方です。1つ例を挙げてみますと、年金です。これは現在、日本人全員が一樣にもらうことになっている基礎年金は、半分は国庫が入っています。

年金の考え方は、私は2つあると思っています。1つは強制貯蓄として、若いころから保険料をずっと払ってきていて、当然の権利としてそれを受け取る貯蓄であると理解されているかもしれません。しかし、公的年金のもう1つの側面は、立派なインシュランス（保険）で、長生きのリスクに対する保険です。

この長生きに対する保険という面から考えたとき、ある一定年齢、例えば、65歳になったとき、経済力がある人は、ある意味では、火災保険で家が焼けなかった人という側面も持っていると思います。

つまり、火災保険の場合には、本当に家が焼けてしまうともありますが、焼けなければ保険料は戻ってきません。その場合に、損したとか不公平だということではなくて、普通の人であれば、素直に「ああ、自分の家が焼けなくてよかった。この火災保険のおかげで自分は安心を買えたのか」と思うでしょう。

公的な基礎年金の場合もそういう側面があって、そういう立場からすれば、私はある一定以上の所得がある高齢者であれば、国庫負担2分の1

分の基礎年金を、その間もらわないということも考え方としては十分あり得ると思っています。ということも1つの考え方だと思います。

医療の場合も、そのような立場から、原点は保険だということです。繰り返しになりますが、車の保険、火災保険と同じように、みんなで医療保険を買っていると。「どのような保険が望ましいと考えますか」「いくらまであなたは出しますか」という問題だと思っています。これをみんなでしっかり、基本に戻って考えるということだと思います。

1つだけ、武田さんがおっしゃったことにコメントをさせていただきます。国際比較をされて、日本では我々の自己負担分がかなり高いことが指摘されるというお話がありました。日本の場合には、自己負担とは、いわゆる窓口負担です。

ただ、指摘したいことは、ヨーロッパ、アメリカはもちろんですが、私的な医療保険の保険料というのがあって、これが大きいのです。

私は私的な医療保険の保険料部分は、広義の自己負担だと考えています。つまり公的な医療保険ではないという意味です。広義の自己負担とは、日本でいうところの自己負担、窓口負担と、自分が払わなくてはいけない私的な医療保険の保険料と考えると、私が見た資料では、広義の自己負担は、日本はイギリスよりも低いということがいえます。日本の場合には、私的な医療保険は現在非常に小さいのです。

そういうことを考えると、私は私的な医療保険をもっと広げるというのでは必ずしもなくて、窓口で1回の保険適用外の100円玉、ひよっとしたら500円玉を1回、外来、入院に全て置くというのも、1つの選択肢ではないかと思っています。

武田 ありがとうございます。

ここで横倉先生に一言と思ったのですが、次の論点にいきたいので、最後にまとめて会長のコメントをいただきたいと思っています。

次の論点といいますのは、翁先生の図表の中にありました、Society5.0ということです。

超スマート社会が現れるというご紹介がありま

した。負担の話が続きましたので、明るい社会をということで、様々な変革が起きていけば、本当に今、我々が思ってもいないような社会が現れるかもしれません。

そこで、各先生方から、これも一言ずつになってしまいますが、未来を展望いたしまして、人の働き方、暮らし方、医療サービス提供の仕方、医療のかかり方、何でもいいのですが、具体的にこういうものが実現する、またはすればいいと期待することをコメントいただければと思います。

翁先生からお願いいたします。

いきいきと高齢者が活躍できる社会の実現

翁 今は65歳でも十分皆さんお元気ですから、高齢者の定義を変えなければいけないというのは、従来からいらわれています。

やはり高齢であってもきちんと健康を維持するというようなお医者さんのかかり方をして、そして、いきいきと高齢者が活躍できる社会というのが実現すればよいと思っています。

働きたい人は働けるようになることで、去年は、老後2,000万円問題というのかなり話題になりましたが、そういったこと不安の解消につながります。また、社会とのつながりというのは、

認知症の予防にもつながると考えています。

技術革新やデータ活用などの環境整備というのは、特にひとり暮らしのお年寄りの方が安心して地域で暮らせる、こういったネットワークの環境づくりが非常に重要になるのではないかと思います。

本日はお医者様が聞いていらっしゃると思いますが、特にこういった技術革新というのは、お医者様の働き方改革につながるような形で、さらに同時に効果的な医療も提供できるように使われていくとよいと思っています。

武田 古賀先生、よろしくお願いいたします。

期待される医療技術、医学の発展

古賀 少し勉強した中で、何となく手の届きそうな話を2、3してみたいと思います。

最近の医療技術、医学の発展というのは、目を見はるものがある、非常に期待をするものです。

まず1つ目は、遠隔診療についてです。

麻酔科医などが不足して、手術を実施するにも支障が出かねない状況になっているとお聞きします。そういう中で、画像転送技術が飛躍的に進んでいますので、この遠隔医療の活用を早急に検討すべきではないかと思います。これは、医療資源の偏在を少しでも補えるような取り組みになるの



ではないかと思えます。

2つ目は、患者、保険者にとっての医療の見える化ということです。これはレセプトデータの分析によって、人工透析の地域差であるとか、あるいは抗菌薬治療の地域差の分析ができるようになったと聞いています。

こうしたことは患者にとってみても非常に有効なデータであって、保険者と医療提供者が、このレセプトデータについて真摯に向き合いながら話し合い、次の治療等々についても方向付けができます。まさに見える化になると思えます。

このことが、やはり医療とか医師の皆さんとかの信頼にもつながるでしょうし、早く実現できればよいという感じがしております。

武田 ありがとうございます。

それでは、吉川先生、お願いいたします。

技術革新で高齢者にふさわしい職場づくりを

吉川 技術によって世の中が変わっていくということだと思います。本日のテーマとの関係でいえば、何より健康寿命を延ばすことが、寿命そのものの伸長もさることながら、健康寿命を延ばすことが一番大事なところだと思っています。それが1つです。

そういう中で、翁先生が参加されている政府の会議等で、働ける高齢者は今後は働けるように、人生100年時代ともいわれ、それはそれで大きな話としてはわかります。

1つだけ言いたいことは、やはり働くといった場合に、高齢者にふさわしい職場をどれくらい社会が用意できるかということが大事だと思います。そこでも技術の変化、イノベーションが大きな役割を果たしてくれるのではないかと期待しています。

というのは、皆さんも感じられていると思いますが、私は大学にいますが、大学の警備の方は大体、私ないしは私よりちょっと高齢の方々に、場合によっては、24時間勤務のような方もいると思います。

やはり高齢になって、夜、警備などをずっとや

る、あるいは外で北風が吹いているようなところでずっと立っているというのは、大変だと思います。これは一言でいって、高齢者にふさわしい職場とはいえないと思います。

高齢者には高齢者なりの知恵もあり、高齢者にふさわしい職場というのがあるはずですが、それはやはり技術の変化、技術にも助けられながら、もっともっと満たされないと、「高齢者ももっと働いて」といわれても、なかなか声なき声で高齢者が大変だということになってしまいます。超高齢社会の中では、そこでもイノベーションに大きな役割を果たしてもらいたいと思います。

武田 大変ありがとうございました。ここで横倉会長に、先ほどの先生方のご意見を聞いて、どのようなご感想か、コメントをいただければと思います。

健康寿命を延ばして明るい長寿社会を

横倉 給付と負担の問題については、基本的には年代別に区分するのではなくて、能力別にという応能負担のあり方ということをし、しっかり追求していくべきだろうと思います。

それと、社会保障としての医療保険と損害保険との違いというのは、少しあるのではないかなという思いが、いつも私はあります。吉川先生にも昔、この話をしたことがあると思いますが、社会保障としての国民皆保険の財源というのは、国民全体で負担をしていくというのが必要かなと思っています。

吉川 私的保険を進めたいわけではありません。

横倉 わかりました。そういうことだろうと思います。

それと、いわゆるスマート社会における医療のあり方です。今、我々が大きな課題として持っているのは、新型コロナウイルスによる肺炎です。この診療において、どのように新しい機材を使って診療できるのか。感染の問題をどう防いでいくのかということに、大きなヒントが隠されていると思っています。

それと、社会全体で支えていくという点につきましても、能力があるといえますか、負担能力の

ある人は負担をするというのは当然であります
が、できるだけ健康寿命を延ばして、そして社会
参加をしてもらうということは、同じ考えだと思
います。

高齢者の働き方ですが、週5日働いておられた
のが、年齢を経ていくにつれて、週4日になり、
3日になるという働き方もあるでしょう。

実は、高齢者はどうしても朝早く起きるよう
になるので、こういう経験があります。ある空港で
朝早く、朝一番の飛行機で飛ばないといけなかつ
たときに、売店が開いていました。売店で高齢の
男性が働いておられて、9時ぐらいの飛行機に乗
ろうと思うと、若い女性が働いていました。

そういう時間的な区分などで、社会参加を継続
できる社会をつくっていくということ、健康寿命
をしっかり延ばしていけばそういうことも可能だ
ろうと思います。全体として支え手を増やせると
いう、明るい長寿社会を我が国がつくるかどうか、
世界中が見ていますので、ぜひ、明るい長寿社会
をつくっていきたいと思っています。

武田 ありがとうございます。

吉川先生、どうぞ。

吉川 横倉先生はよくおわかりになっているので
すが、市民の方もご覧になっているので、私の発
言が誤解されるといけませんので、一言だけ最後

にお話しいたします。

先ほど、私が車と火災保険の例を出したのは、
日本の医療保険制度が、車や火災保険みたいに、
民間の保険でばらばらにそれぞれやればよいと
言っているのではありません。

ちなみに、そういう考えはアメリカの共和党の
考えです。そんな考えはもちろん私は持っていな
くて、ここにいらっしゃる他の皆様と同じように、
私も日本の医療保険制度、皆保険、公的な保険が
大切だと思っているのです。

財源が厳しいから、いろいろ考えていくとき
には、基本は公的な保険ですが、保険、インシュ
ランスという意味では、皆さんに身近な、例えば、
車の保険などと考え方は同じだということをし
上げたかったということで、誤解があるといけま
せんので、ちょっとお時間いただきました。

武田 ありがとうございます。

本日は大変よい議論ができたかなと思います。

やはり、医療と言いますのは、もちろん社会保
障の中の医療でありますし、経済、財政、社会保
障というのは切っても切り離せない、ますます切
り離せなくなっていると思います。

そういうときに、個別のテーマの議論はもちろ
ん必要ではありますが、時々には基本に立ち返って、
また長期的な視野で考えて、そして、翁先生がお



しゃったように、どうやって明るい社会をつくっていくのか。

最後、横倉会長がおっしゃったように、我々の取り組みというのを世界が注目しているということを念頭に置きながら、この医療に関する議論が引き続き、実のある形で進んでいけばよいと思いました。

本日は、そういう意味で大変充実した議論を行うことができたと思います。これも、本日参加いただいたシンポジストの方々のおかげだと思います。誠にありがとうございました。

これをもちまして、本日のシンポジウムは終了させていただきます。どうもありがとうございました。

閉会挨拶

日本医師会副会長 **中川 俊男**



中川 副会長の中川です。閉会のご挨拶を申し上げます。

本日のシンポジウムは、事前に大変多くの方の申し込みをいただいていたのですが、新型コロナウイルス感染症対応として、緊急にテレビ会議にさせていただきました。本日、全国で200名を超える方々に視聴していただいたということになります。

翁先生、古賀先生、吉川先生、本当に貴重なご講演を賜りましてありがとうございました。横倉

会長も加わったパネルディスカッションも、非常に実りの多いものだったと思っております。

特に、古賀先生と吉川先生は、地域医療構想に期待していると、日本医師会が主導して進めていくことが大事だというエールまでいただきまして、大変ありがとうございました。

それでは、これもちまして、「日本医師会医療政策シンポジウム2020」を終了させていただきます。お気をつけてお帰りください。

ありがとうございました。