



# 人生100年時代、健康長寿社会の実現を目指して ～10の提言～

# 目次

- ◆提言1 消費税率10%以後の社会保障・税制改革の姿
- ◆提言2 年金-働き方への中立性および最低保障機能の確保
- ◆提言3 年金財政の健全化
- ◆提言4 医療保険の負担適正化の実現
- ◆提言5 持続的で、より良く効率的な医療への転換
- ◆提言6 創薬イノベーション推進、アクセス向上、持続可能性の実現
- ◆提言7 予防・先制医療の促進
- ◆提言8 ICT・データヘルスの推進
- ◆提言9 働く環境の整備
- ◆提言10 国民的議論の展開

## 理解を深めたい「3つの基本哲学」

- 1) 「大きなリスクは共助で、小さなリスクは自助で」という哲学の下、公的保険が担う「財政的リスク保護(=重度の疾病で家計が破たんするリスクを防ぐ機能)」の機能を堅持する。
- 2) 「保険(リスク分散)」の機能と「税(再分配)」機能を切り分け、公費は本当に困っている人々に集中的に投入する。
- 3) ICTやAI・ビッグデータ等のテクノロジーを用いたイノベーションのほか、人生100年時代での目指すべきビジョンや価値の共有を通じて、我々国民一人一人の意識や制度的イノベーションを起こす。

# 提言1 消費税率10%以後の社会保障・税制改革の姿

日銀の金融政策も副作用が指摘され始めており、いつまでも長期金利を抑制できるとは限らない。2025年には団塊の世代がすべて75歳以上となり、医療費・介護費が急増する可能性が高いため、消費税率を10%に引き上げても財政は安定化しない。2019年夏の選挙前までに、2030年以降の社会保障財政の安定化に必要な増税幅や社会保障改革のスケールを明らかにし、社会保障・税一体改革ver2.0の議論を深める。

## <現状の問題点>

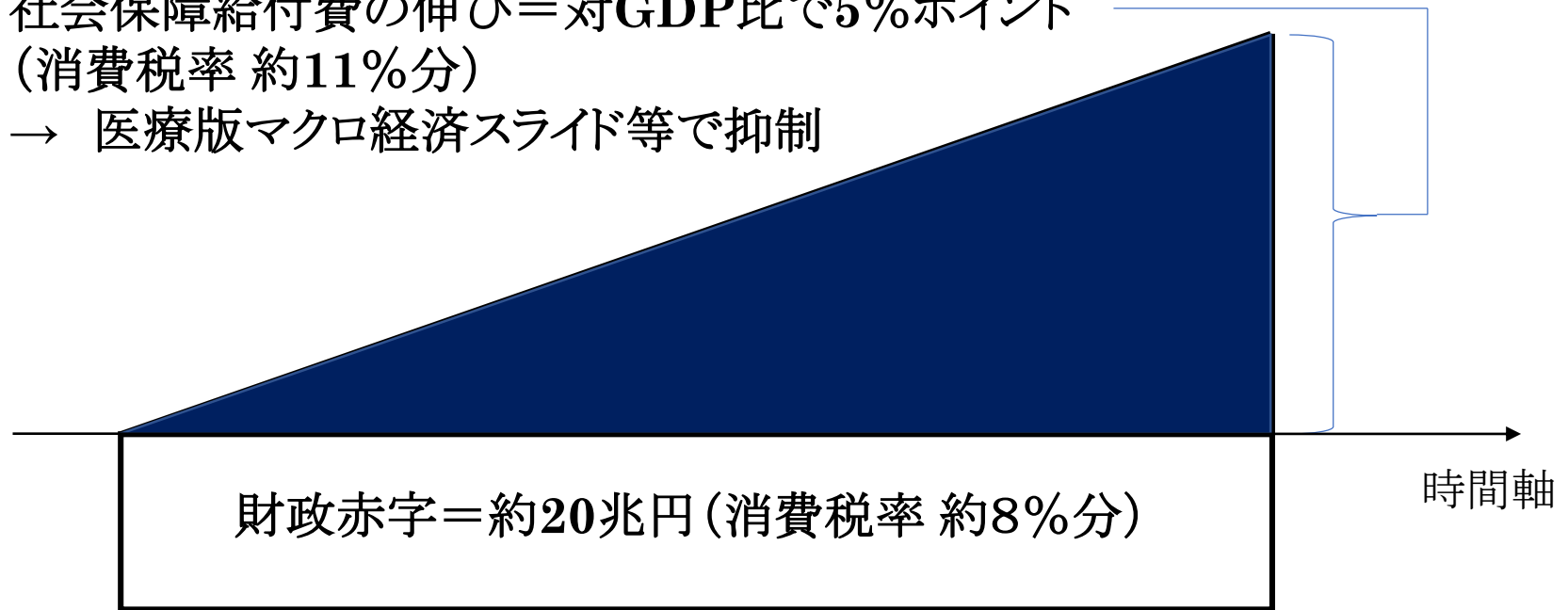
- 最終的に必要な改革の組合せ(例:増税の幅、社会保障改革のスケール)が明らかでなく、将来の不確実性が高い(例:家計や企業の消費や投資にマイナスの影響)。
- 成長は重要だが、楽観的な高成長に期待した改革議論は負担のツケを将来に先送りするギャンブル(例:Harvard UniversityのMankiw教授の財政赤字ギャンブル)。
- いかに社会保障改革を進め、消費税率を上げたとしても、軽減税率を導入し過剰ともいえる反動減対策を行っているのは、砂漠に水を撒くようなもの。

## <目指すべき方向性>

- 慎重な成長率を前提に、財政の長期試算や世代会計の公式推計を早急に行い、2030年以降の財政安定化に必要な改革の組合せを提示する(例:消費税率20%、年金の支給開始年齢に自動調整メカニズムを導入、医療版マクロ経済スライド)。
- 軽減税率を廃止する。それと同時に、低所得者対策の観点から、マイナンバー制度を利用し、給付付き税額控除を導入する。
- 軽減税率を廃止しない場合、資産課税の拡充を含め、消費税以外の新たな社会保障財源のあり方に関する検討を早急に行う(例:金融所得課税、富裕税等の財産税)。

# 提言1 参考資料

社会保障給付費の伸び＝対GDP比で5%ポイント  
 (消費税率 約11%分)  
 → 医療版マクロ経済スライド等で抑制



医療版マクロ経済スライドの導入等が実現すれば、  
 最終的な消費税率を約18%に抑制可能

※ 軽減税率がないケース



# 提言2 年金財政の健全化

わが国の年金財政は、極めて深刻な問題を抱えつつ、2度の財政検証では、実態と乖離した経済前提を置くことで、そうした実態が糊塗されている。最大の問題は、マクロ経済スライドがほぼ機能していないことにあり、これを今後機能させていくため、名目下限措置を外しておく必要がある。さらに、年金財政健全化に向け、生涯受給額を減らす形での支給開始年齢引き上げも選択肢として外すべきではない。

## <現状の問題点>

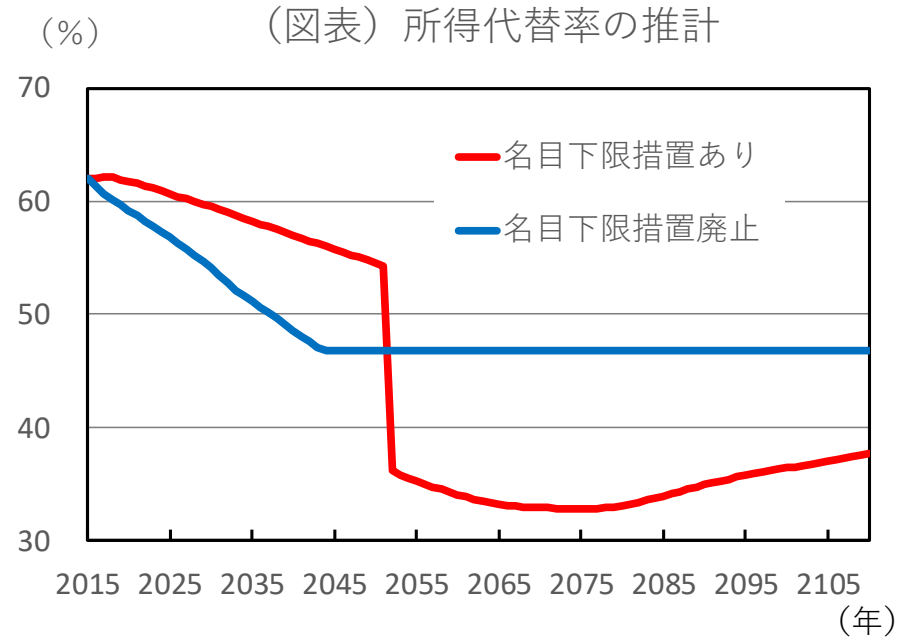
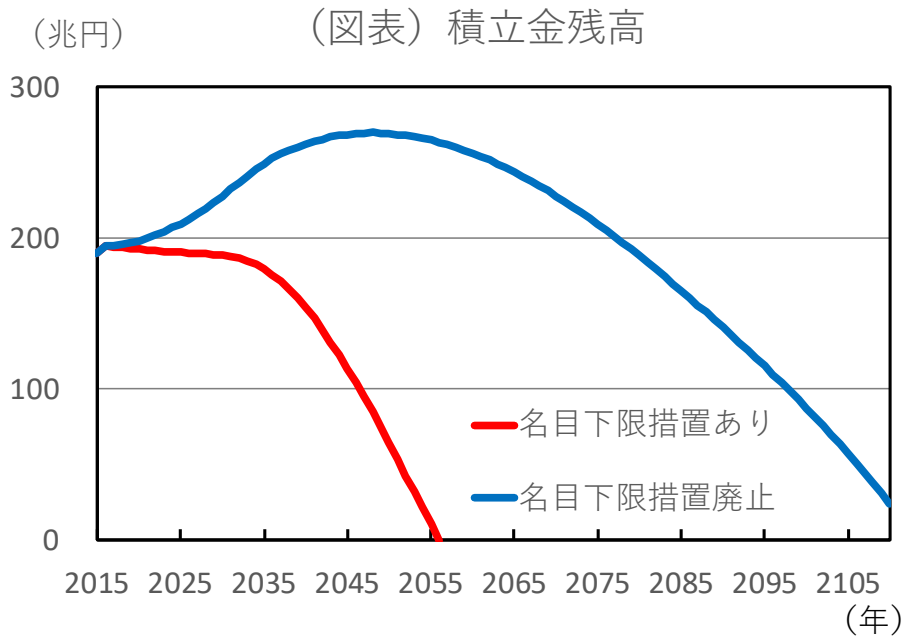
- わが国の年金財政は、極めて深刻な問題を抱えつつ、そうした実態は糊塗され続けている。厚生労働省は、5年に一度、人口動態と経済変数に一定の前提を置き、年金財政の今後100年間の姿を描き出す作業を行う(財政検証)。いわば年金財政の定期健診である。第1回の2009年、第2回の2014年の財政検証何れにおいても、健康体であるとの判断が下された。
- もっとも、そこでは、物価上昇率1.2%、賃金上昇率2.5%など、実態と乖離した日本経済の先行きに関する前提を置くことで、2004年改正で導入された「マクロ経済スライド」が順調に機能し、年金財政があたかも健康体であるかのように脚色されているに過ぎない。

## <目指すべき方向性>

- マクロ経済スライドを今後機能させていくためには、前年の名目年金額を維持するという縛り(名目下限措置)を外す必要がある。さらに、それでもなお、年金財政の健全化に不十分であると判断されれば、生涯受給額を減らす形での支給開始年齢引き上げにも取り組む必要がある。

# 提言2 参考資料

- より実態に近い経済前提のもとでは、2051年に積立金が枯渇、所得代替率は、2051年の54.2%から2052年の36.1%へ崖状に一気に落ち込む。
- もっとも、名目下限措置を廃止すれば、所得代替率は2044年に46.8%まで低下し、以降はこの水準で維持することが可能となる。



試算の経済前提。物価上昇率、賃金上昇率については、2013年から2017年の平均をとり、いずれも0.44%とした。この期間は、2012年12月に始まった第2次安倍政権、および、景気拡大期と重なる。なお、物価上昇率は、2014年の消費税率引き上げの影響を除いている。運用利回りについては、年ごとのブレが大きいことから年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の通期運用利回り(2001年～2016年)2.89%とした。

# 提言3 年金-働き方への中立性および最低保障機能の確保

わが国の年金制度は、(1)今日の働き方や世帯形態に合致しておらず、(2)130万円のかべ、在職老齢年金に象徴されるように女性や高齢者の就労意欲を削いでいる。さらに、(3)基礎年金は、マクロ経済スライドにより、最低保障機能が著しく低下していくことが予想される。こうした問題の根本的解決は、現行制度体系のもとでは限界がある。それを直視した上で、新たな制度体系構築に向けた国民の合意形成が急がれるべきである。

## <現状の問題点>

- 現行のわが国の年金制度は、(1)正社員の夫と専業主婦の妻をモデルとした制度設計のままであることから今日の働き方や世帯形態、ましてや今後予想される変化に合致しておらず、(2)「130万円のかべ」、「在職老齢年金」に象徴されるようにとりわけ女性や高齢者の就労意欲を削いでいる。さらに、(3)基礎年金は、今後、現在から4割程度給付水準を引き下げなければ年金財政が維持できないことが政府試算でも示されており、「基礎」の名に国民が期待する老後生活の礎としての機能(最低保障)が著しく低下していくことが予想される。

## <目指すべき方向性>

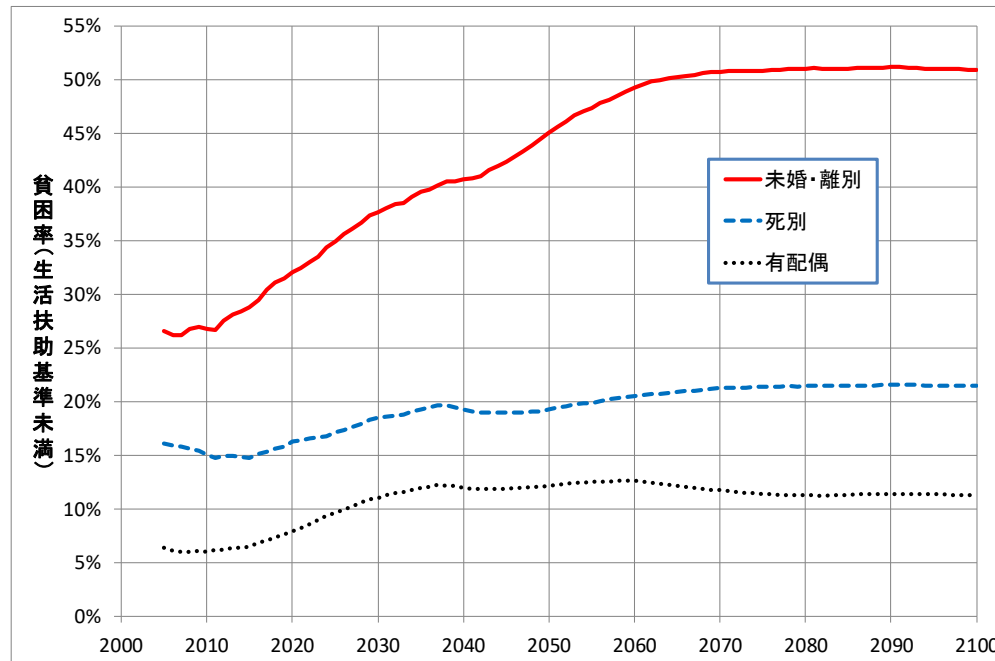
- 現行制度体系、すなわち、厚生年金と国民年金とに制度が分立しつつ、何れの年金制度加入者にも共通に基礎年金が給付されるという制度体系のままでは、現状の問題点が是正出来たとしても、極めて限界的なものにとどまる。そうした現実を直視したうえで、一元化された、最低保障機能が確保された制度体系構築へ向け、国民の合意形成が急がれるべきである。



# 提言3 参考資料

- 高齢女性の配偶関係別貧困率の将来見通し、死別と有配偶はほぼ横ばい、他方、未婚・離別は50%超まで急激に上昇。
- 要因は、男女の雇用格差などに加え年金制度。「現行の公的年金制度は、高度経済成長期の標準世帯モデルを念頭に制度が組み立てられており、専業主婦が手厚く優遇される一方、未婚・離別の女性に対する優遇措置はない」(稲垣誠一(2016))。

## 高齢女性の貧困率の将来見通し



(資料)稲垣誠一(2016)「高齢女性の貧困化に関するシミュレーション分析」『年金と経済』35(3)

# 提言4 医療保険の負担適正化の実現

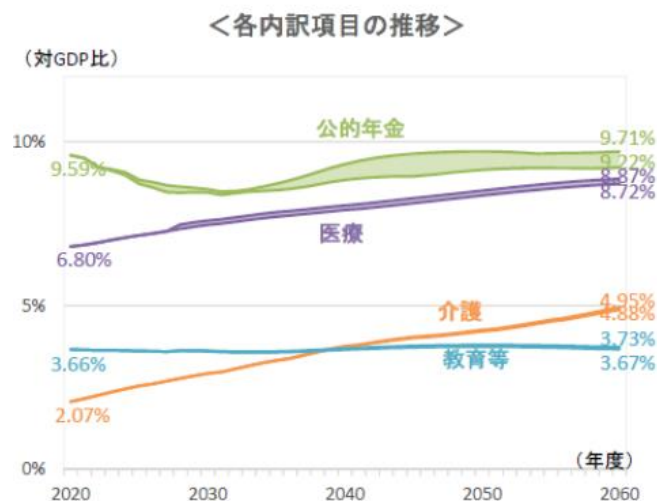
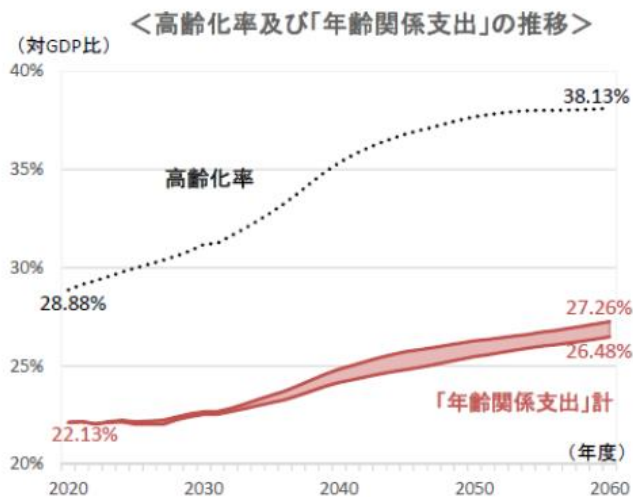
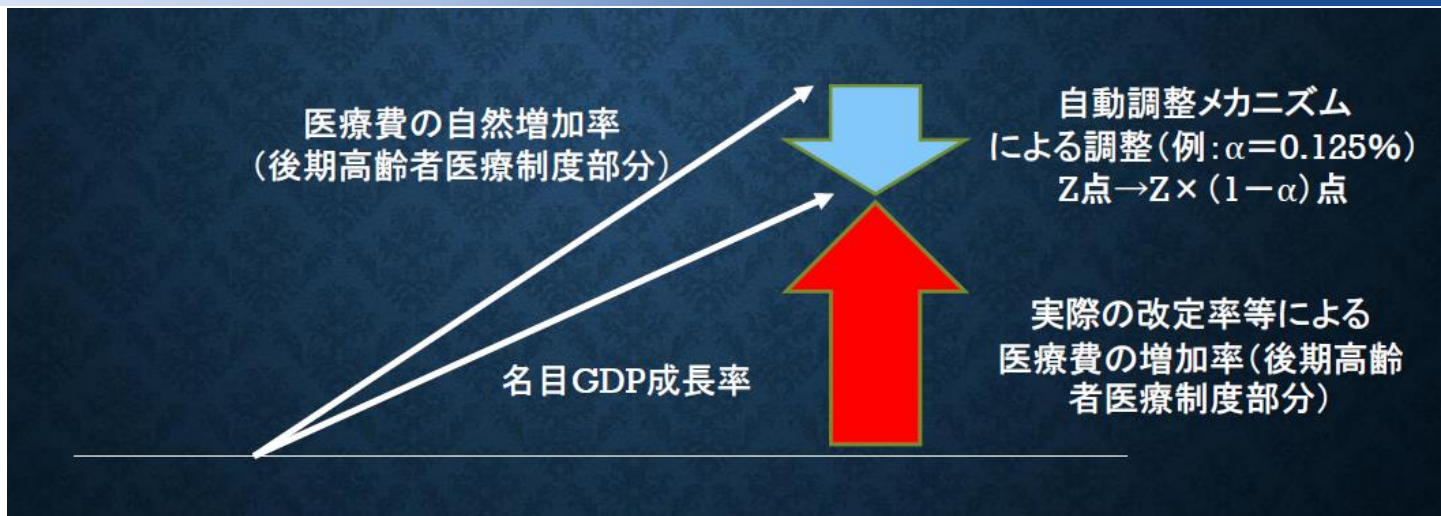
UHC (Universal Health Coverage) という理念は堅持しつつ、医療財政の持続可能性を高める観点から、給付範囲等の見直しを行い、疾病別・薬剤別の自己負担の導入を検討する。後期高齢者医療制度においては、引き続き減少が見込まれる現役世代の負担能力に配慮し、医療財政の持続可能性を高めつつ世代間の負担平準化を図る観点から、後期高齢者医療制度に医療版マクロ経済スライドの導入を検討する。

## < 現状の問題点 >

- 政治が痛みを伴う改革を断行し、給付と負担のバランスを調整すべきだが、選挙との関係で容易でなく、給付調整等の脱政治化が必要。
- 税や保険料などで賄う社会保障給付費は現在120兆円程度だが、内閣府などの推計によると、2040年度には1.5倍の約190兆円に増加する(例: GDP比は2018年度で21.5%だが、2040年度には約24%に増加)。
- 財務省が2018年4月に改訂した「我が国の財政に関する長期推計」によると、医療・介護費のGDP比は2020年度の約9%から、2060年度に約14%に上昇する。この約5%<sup>増</sup>の増加は、現在のGDPの感覚で約28兆円(消費税換算で約11%)にも相当する。
- 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」というのが社会保障の基本哲学の一つだが、現行の窓口負担は年齢別となっており、治療の必要性や負担能力などの点から、患者の多様な実態を十分反映していない。

## < 目指すべき方向性 >

- 必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の役割を堅持した上で、給付範囲の見直し等を行い、自然治癒や回復、状態維持の蓋然性が相対的に高い軽度の疾病には自己負担の割合を高める一方、生命の危険やQOLへの影響が大きい重度の疾病には負担割合を低くする等、疾病に応じて負担割合を変えることも検討する。また疾病予防や健康増進、健康寿命延伸への取り組みといった医療費適正化への取り組みは一層加速させる。
- それと同時に、後期高齢者医療制度においては、引き続き減少が見込まれる現役世代の負担能力に配慮し、医療財政の持続可能性を高めつつ世代間の負担平準化を図る観点から、年金改革で導入したマクロ経済スライドを参考として、その診療報酬に自動調整メカニズムを導入することも検討する。
- また、医薬品の保険給付については、高額療養費制度は維持しつつ、フランス等の事例を参考に、現行の年齢別の自己負担割合を改め、薬剤に関する自己負担を適用疾患の重篤度や医薬品の治療における有用度等に応じて変更することも検討する。
- なお、高額療養費制度を考慮しても、医療費の負担能力が高い家計と低い家計があり、所得再分配政策の観点から、マイナンバー制度などを利用しつつ、所得や資産に応じて、負担能力が極めて低い家計については、その自己負担(窓口負担)の引き下げや、税制上の措置等でその負担を軽減する方策も検討を行う。



出所) 財務省(2018)「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」

# 提言5 持続的で、より良く効率的な医療への転換

近年の医療費抑制の財源の8割は医薬品および医療材料の価格等の見直しに大きく依存している。持続可能な社会保障制度を維持していくためには、特定分野の削減による帳尻合わせではなく、社会保障費全体の伸びを抑えるための診療報酬本体その他の分野の具体的な改革が必要であり、例えば、医療における無駄の削減や資源の再配置により、より良く効率的な医療への転換を図るべきである。

## <現状の問題点>

- 医療費は今後の高齢化の進展で増加が予想される。
- 医療費に占める医薬品への支出は22%程度に過ぎないが、社会保障支出に関する削減目標の80%以上が薬価切り下げにより賄われた。
- 日本の医薬品市場は、主要市場で唯一のマイナス成長が見込まれる中、特定分野の削減に社会保障制度の長期的な財源を求めることはもはや限界。
- 短期的な削減分が他の分野の増加への対応に充当されることで、増加傾向が固定化される恐れ。
- 削減が政治的に容易な分野に偏り、その他の分野の増加が放置される懸念。

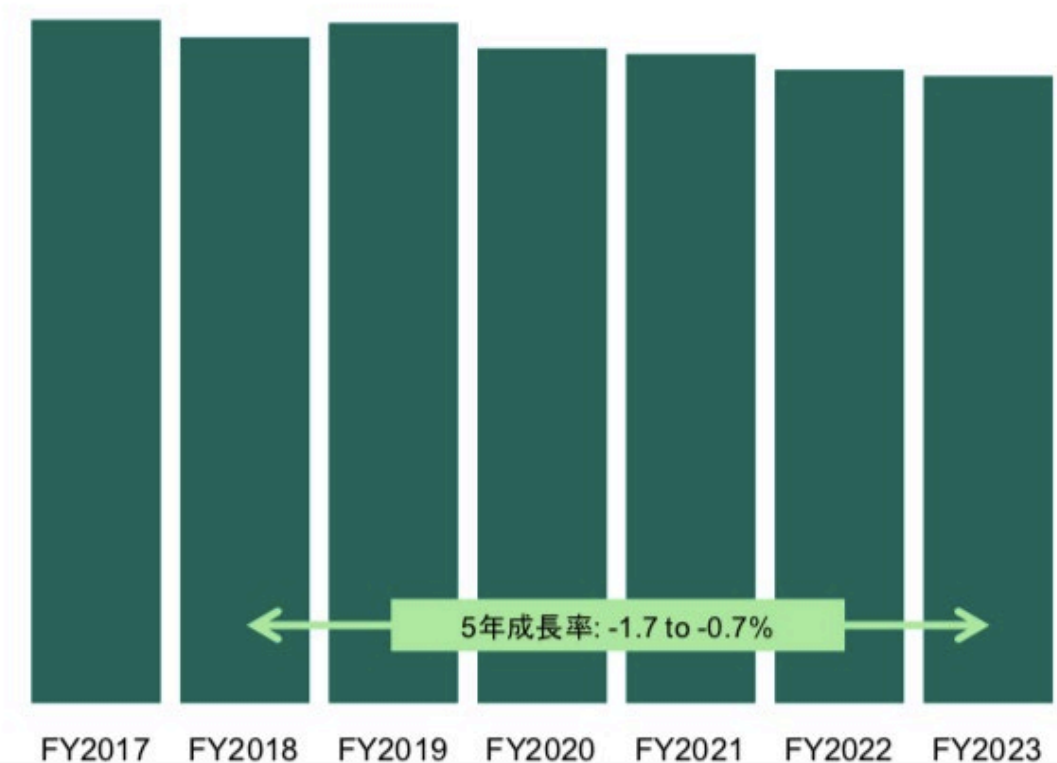
## <目指すべき方向性>

- 医療全体を見渡し、より良く効率的な医療への転換を図るべきである。
- 長期的には、提供した医療サービスの量への報酬という現状の体系から、国際的なベストプラクティスである患者にとっての医療上の成果への報酬体系 (Fee for outcome)へ転換すべきである。これにより、医療の無駄を減らし、より良い医療をより効率的に提供することへのインセンティブをつけることが可能となる。
- 短期的には、データを活用した無駄の削減を実施し、長期入院の抑制や、消耗品・施設の無駄の削減、かかりつけ医へのシフトや、自己負担でのOTC医薬品の活用を図っていくべきである。

# 提言5 参考資料

## 国内医療用医薬品支出と成長率

会計年度 (4~3月期)



IQVIAによれば、現状10.78兆円、2023年度に9.79兆円～9.99兆円になると予想されている。2018から2023年度の薬価改定で医薬品市場は累計3.5兆円以上縮小するため、新規の新薬投入を見込んでも国内市場の成長率は0.7ないし1.7%のマイナスになるというものである。国民医療費に占める薬剤費の正確な数値と将来の見通しを政府が提示し、診療報酬本体、薬価への資源配分を議論すべきである。

Copyright 2018 IQVIA

国内医療用医薬品支出: 2023年までの予測 (2018年9月) より作成. 無断転載禁止



# 提言6 創薬イノベーション推進、アクセス向上、持続可能性の実現

人生100年時代において「真の健康長寿社会」を実現するためには革新的な医薬品に対するイノベーションへの投資が不可欠である。特許切れ医薬品分野の改革を進めながら持続可能なイノベーション環境を実現し、患者のアクセス確保と産業育成を図っていくべき。イノベーションが起きることによって、中長期の医療費は削減することができる。

## <現状の問題点>

- ジェネリックの価格が諸外国に比べて高いなど、特許切れ医薬品分野に改革の余地は存在する。
- 今般の新薬創出加算制度の見直しは、薬の価値そのもののみならず、企業規模の大小、上市の順番で価格に差がつくなど、イノベーション本位の評価が後退した。
- 1剤あたりの価格が高いという指摘がされるが、高価であっても患者数が少ない場合や、安くて多量に用いられて財政負担が大きい場合があり、財政への影響が正確に語られていない。
- イノベーション創出のための研究開発投資を呼び込む競争は世界で始まっている。

## <目指すべき方向性>

- 日本も革新的な薬にインセンティブを与えると同時に、中国やシンガポールと同等以上の投資を呼び込む政策を導入することにより、患者のイノベーションへのアクセス向上と産業育成を図ることが必要である。
- 薬価に関しては1剤いくらという議論より、エビデンスに基づいた価格×ボリュームで財政影響を考えるべきである。
- ジェネリックの価格引き下げなど、特許切れ医薬品分野の改革推進によって削減された費用の一部をイノベーション分野に再投資することにより、持続可能なイノベーション環境を実現すべきである。



# 提言7 予防・先制医療の促進

限られた医療資源を有効活用するため、予防・先制医療の視点を重視しつつ、予防・健康増進、健診・検診の充実を通じた生活習慣病対策、慢性疾患対策を一段と拡充すべきである。予防・先制医療については、一定のポイント制の導入などで予防に努めた者に対して保険料を低減する仕組みの導入など、医療制度の中で適切に評価・支払がなされるようにすべきである。

## <現状の問題点>

- 医療では臨床医学が中心である。公衆衛生の分野では予防医学に関心が見られるが、かかりつけ医などの臨床医が予防医療に十分に積極的であるようには見受けられない。
- ウェアラブル端末、センサーなど病気を予防し健康状態を向上する可能性が高いサービスについては海外の企業や取り組みの後塵を拝している。
- 予防接種の定期接種化への道筋が不透明。予見性がなく、開発にも悪影響を及ぼしている。

## <目指すべき方向性>

- 予防を通じた健康寿命の延伸という政府の目標を達成するため、各種の予防手段(ワクチン、センサー、ウェアラブル端末などの普及促進、運動等の健康行動への行動変更など)の実施に向けた政策を採用すべきである。
- 予防インセンティブを組み込んだ診療報酬体系への根本的な見直し。予防に関するイノベーションの価値をより高く評価すべきである。導入コストはかかっても、費用節減効果を生むようなイノベーションを刺激する政策が特に重要である。
- 国際的な脅威となる医療上のリスクに対するワクチン開発、未承認ワクチンの使用・評価に関する法的整備についても対応すべきである。

# 提言8 ICT・データヘルスの推進

政府は「第4次産業革命」を掲げ、ビッグデータ・人工知能・IoTといったICTを活用した新産業創出に注力しているが、ビッグデータやICTを活用した医療改革も重要である。医療情報等の所有権やデータ利活用(情報銀行を含む)のあり方について、様々なステークホルダーとの間で結節点となる機能が必要であり、国民(患者)本位の環境整備を図るべき「場」を構築する。

## <現状の問題点>

- 政府が現在推進しているNDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)を含む医療のICT改革が進み、保健医療ビッグデータの環境整備が進めば、治療効果と保険財政の改善を図る診療報酬に関するより精緻な分析も可能となり、エビデンスに基づく効果的かつ効率的な診療報酬の決定も可能となるはずである。
- この際、長期課題として、常態化が指摘される薬価差益の問題についても、ビッグデータから得られるエビデンスに基づきその適正化に努めるべきである。

## <目指すべき方向性>

- AI・ビッグデータ、リアルワールドデータ活用などで創出される革新的な次世代医療機器、革新的医薬品を可能な限り国民に届けるための新しい制度の整備が必要。
- ITプラットフォームを利用し、1)診断・治療計画の提供、2)患者のフォローアップ、3)患者データの管理を統合したケアをサポートするものであり、ネットワーク化された専門センターの創設を通じて、遠隔診療と効率化の向上を促進する。
- 医療等のIDを確実に導入の上、医療のICTデータインフラを政府主導で整備し、創薬および医薬品等の安全性監視プロセスを効率化する。また必要に応じて関連規制の改定を実施し、国内で独自に発展した現在のシステムを世界標準方式へ進化させる必要がある。ICTを活用し、診療・検診・介護・ゲノム情報などのデータを連結した大規模医療情報データベースを統合するとともに、患者主権を実現するPHR(Personal Health Record)など世界最高の安全基準を追求する。

## 提言9 働く環境の整備

人生100年時代において「真の健康長寿社会」を実現するためには、病気を患っていても適切な治療をすれば仕事との両立を図ることができ、子育てや不妊治療、介護などに取り組みながら仕事ができるような社会の構築が必要であり、その環境の整備(働く環境や医療等のイノベーション促進を含む)を政府・民間一丸となって実現するべきである。

### <現状の問題点>

- 仕事と闘病の両立に職場の理解が不十分である。治療をしながら、働く環境を整えることが重要である。
- 難病患者の就労が難しい、ただし難病と認定されていないが就労できにくい疾病(たとえば繊維筋痛症など)はさらに対策が打たれていない。
- 介護をしながらの勤務がまだまだ難しい。
- 子育て、不妊治療等を行いながら働く環境の整備がまだできていない。

### <目指すべき方向性>

- がんやメンタル疾患など罹患者も多く、治療が長期に渡る可能性が高い疾患に対して、産業医も含め会社が理解し、働く環境を整える整備が必要。特に産業衛生については従来とオフィス環境や疾病構造が変化していることに対応すべきである。
- 在宅勤務などの手法を使い、難病患者、介護をしながらの就労支援を充実させるべきである。
- 子育て、さらには片頭痛などの疾患や、生理痛など女性特有の問題にも理解がある職場環境の整備を行う。
- 仕事をしながら不妊治療を受けやすい環境作りが必要、状況によっては会社からの援助も必要である。

# 提言10 国民的議論の展開

中長期的な社会保障改革の骨太方針(目指すべきビジョンや哲学を含む)を検討・策定等するため、関係大臣、有識者、関係者代表(被用者、病院、患者団体、業界団体を含む)から構成される「社会保障版・諮問会議」(仮称)を設置する。その下部組織として、年金、医療、介護等の分野ごとの部会、ビッグデータを利用して分析を行う専門組織を設置し、委員(任期4年)を支援するスタッフを配置し、関係省庁からのデータ収集やヒアリングの権限を付与する。

## <現状の問題点>

- 将来予測やデータ分析に基づいた改革議論が少ない。
- パッチワーク的で部分最適な改革議論が多く、全体最適の改革議論が欠如。
- 「何を諦め、何を守るのか」という哲学が明確ではない。
- 社会保障制度は極めて複雑であり、システム全体へのインパクトを考慮しながら改革を行わなければ、持続的な制度が構築できず、患者など関係者やシステムに予想外の損害が起きかねない。

## <目指すべき方向性>

- 会議においては、まず、目指すべきビジョンや改革の哲学をしっかり構築し、その後、中長期的な社会保障改革の骨太方針を議論する(例:リスク分散機能を担う保険と再分配機能を担う税との切り分け、税は本当に困っている人々に集中投下、現物給付(住宅・食料)の再考と空き家の活用)。
- 専門組織を活用し、エビデンスに基づく議論を行う(例:年金の将来分布を予測し、生活扶助やマクロ経済スライドとの関係を含め、本当に困っている人々(女性の貧困高齢者の急増への対応など)をしっかりと守る)。
- 改革の予見性や透明性を高める(例:産業競争力や投資の視点、医療版マクロ経済スライドの導入)。

# 提言10 参考資料

法律第二百六十六号(昭二三・一二・二三)

◎社会保障制度審議会設置法

第一条 社会保障制度審議会(以下審議会という。)は、内閣総理大臣の所轄に属し、社会保障制度につき調査、審議及び勧告を行うものとする。

第二条 審議会は、自ら、社会保険による経済的保障の最も効果的な方法につき、又は社会保険とその関係事項に関する立法及び運営の大綱につき研究し、その結果を、国会に提出するように、**内閣総理大臣に勧告し**、内閣総理大臣及び関係各大臣に書面をもって助言する任務及び権限を有する。

2 内閣総理大臣及び関係各大臣は、社会保障に関する企画、立法又は運営の大綱に関しては、あらかじめ、審議会の意見を求めなければならない。

第三条 審議会は、委員四十人をもって組織する。特別の事項を調査審議するため、内閣総理大臣において必要があると認めるときは、十二人以内の臨時委員を置くことができる。

第四条 審議会に、会長、副会長及び常務委員各一人を置き、委員の互選によつてこれを定める。

2 会長は、会務を総理する。会長に事故があるときは、副会長がその職務を代理する。

3 常務委員は、議事及び提案された意見を記録するものとする。

第五条 **委員は、左の各号に掲げる者のうちから、内閣総理大臣が、それぞれ同数を命じ、又は委嘱する。**

一 国会議員

二 関係各庁の官吏

三 学識経験のある者

四 使用者、被傭者、医師、歯科医師、薬剤師その他社会保険事業に関係ある者

2 臨時委員は、前項第二号から第四号までに掲げる者のうちから、内閣総理大臣がそれぞれ同数を命じ、又は委嘱する。

第六条 委員の任期は二年とし、一年ごとにその半数を命じ、又は委嘱する。

2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3 臨時委員の任期は、その任務の達成に必要な期間とする。

第七条 **関係各庁は、審議会の要求する資料及び情報を提出しなければならない。**

第八条 審議会の会議は、必要に応じて開くものとする。但し、正当な理由がある場合を除く外、**少くとも三箇月に一回は開かなければならない。**

第九条 審議会は、毎会計年度末から、六十日以内に前会計年度内におけるその活動、調査の結果及びその勧告の概要についての報告書を、内閣総理大臣から国会に提出するように、内閣総理大臣に提出しなければならない。

第十条 審議会に幹事三十人以内を置く。

2 幹事は、社会保険に関係のある行政庁の官吏及び学識経験のある者のうちから、内閣総理大臣が、これを命じ、又は委嘱する。

3 幹事は、つねに委員に対し、技術的助言及び事務上の援助をしなければならない。

第十一条 審議会に、書記二十人以内を置く。

2 書記は、関係各庁の官吏のうちから、内閣総理大臣が命ずる。

3 書記は、上司の指揮を受けて、庶務に従事する。

附 則

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 社会保険制度調査会官制(昭和二十一年勅令第百六十七号)は廃止する。

3 この法律公布後最初に委員となる者のうち、内閣総理大臣が任命又は委嘱の際に指定する半数の者の任期は、この法律公布の日から一年とし、残りの半数の者の任期は、この法律公布の日から二年とする。

(内閣総理・大蔵・厚生・労働大臣署名)



一般社団法人 新時代戦略研究所 (INES)

〒105-0001

東京都港区虎ノ門3丁目6番2号 第二秋山ビルディング6階

TEL : 03-6225-0016 FAX : 03-6225-0174

Email: [info@inesjapan.com](mailto:info@inesjapan.com)