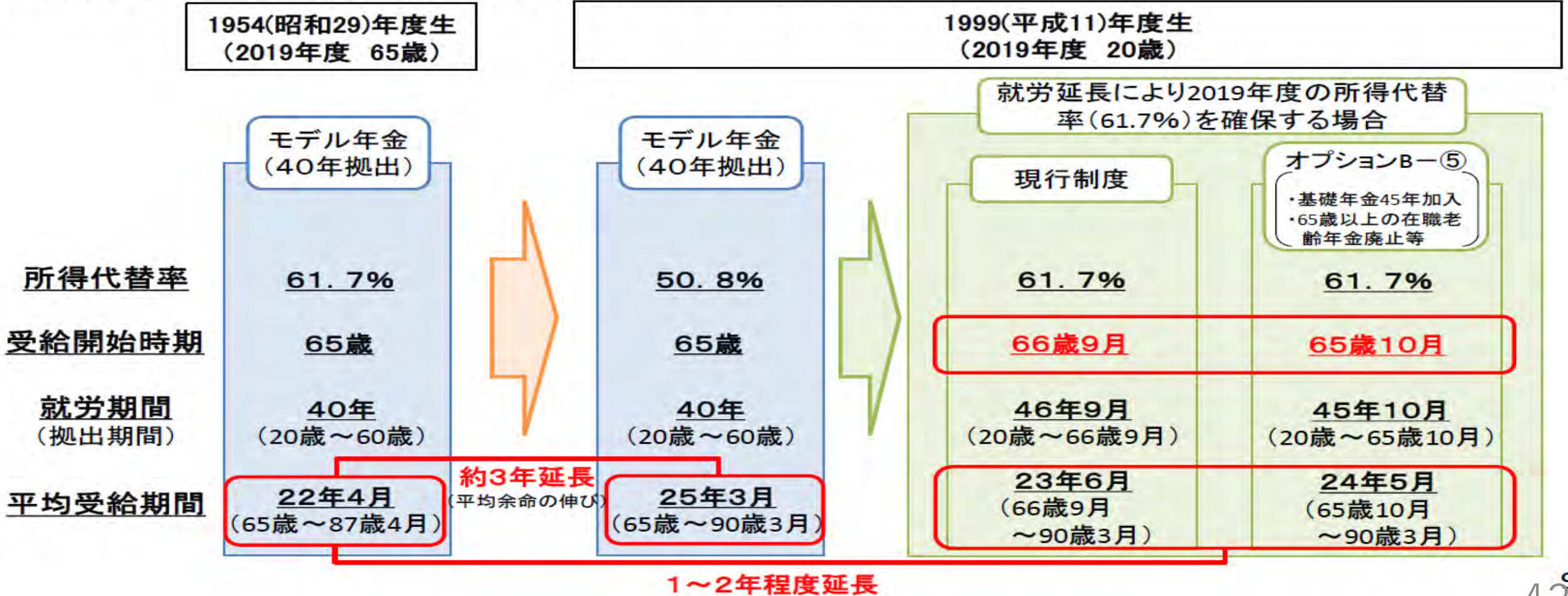


足下(2019年度)の所得代替率(61.7%)確保に必要な受給開始時期の選択(ケースⅢ)

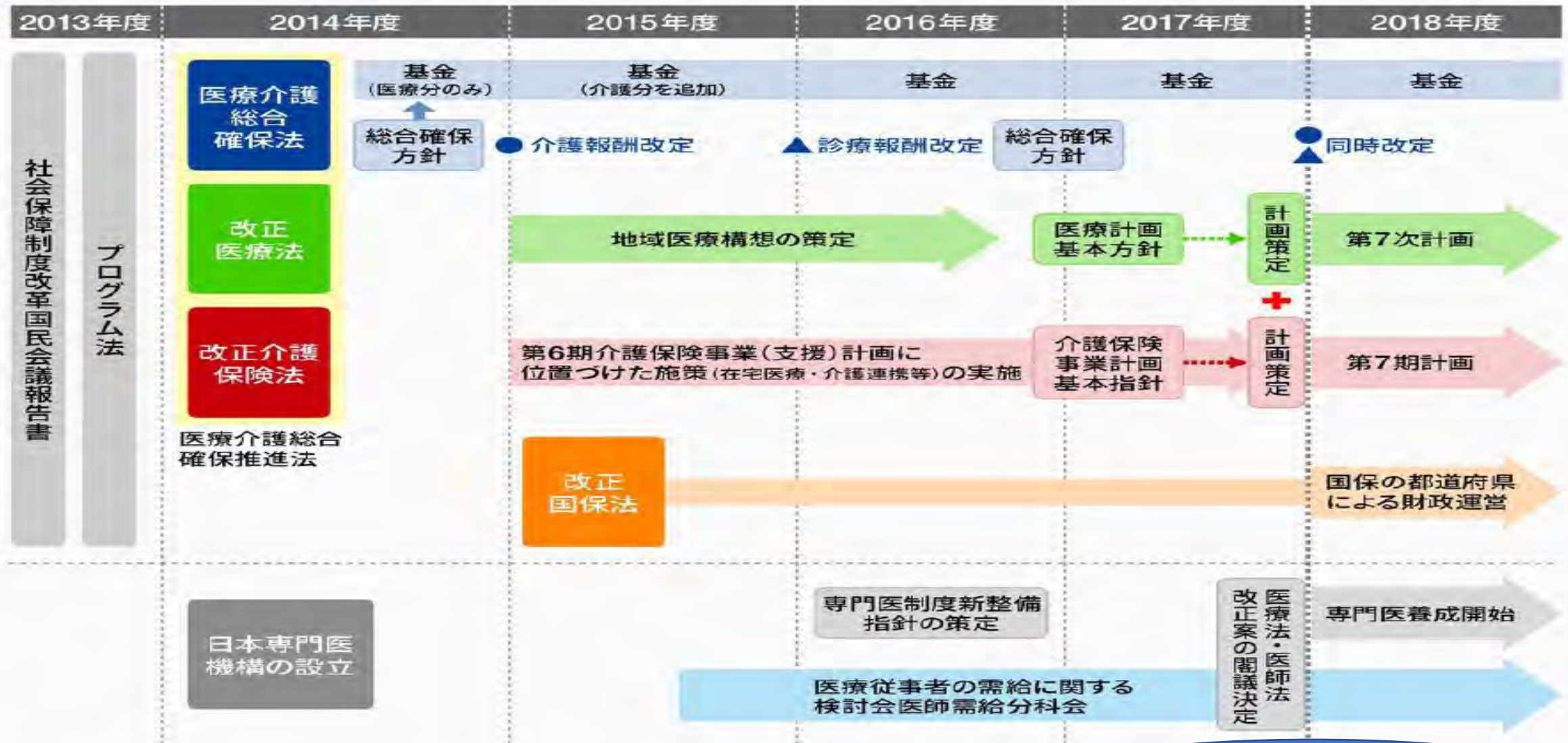
- モデル年金(40年拠出)でみると、将来の受給世代の所得代替率は低下するが、平均余命の伸びに伴い平均受給期間は延長する見通し。
- 現在20歳の世代は66歳9月まで就労し繰下げ受給を選択すれば、現在(2019年度)65歳の世代と同じ所得代替率を確保できる見通し。(仮にオプションB-⑤(基礎年金45年加入、65歳以上の在職老齢年金の廃止等)の制度改革を前提とすれば、65歳10月まで就労し繰下げ受給を選択すれば、現在65歳の世代と同じ所得代替率を確保できる見通し。)
- ※ 一律に支給開始年齢を引き上げるのではなく、個々の者が繰下げを選択して給付水準を上昇させることが可能

＜経済前提: ケースⅢ、人口前提: 中位推計(出生中位、死亡中位)＞



■ 社会保障制度改革のスケジュール

地域医療構想



働き方改革

医師偏在対策

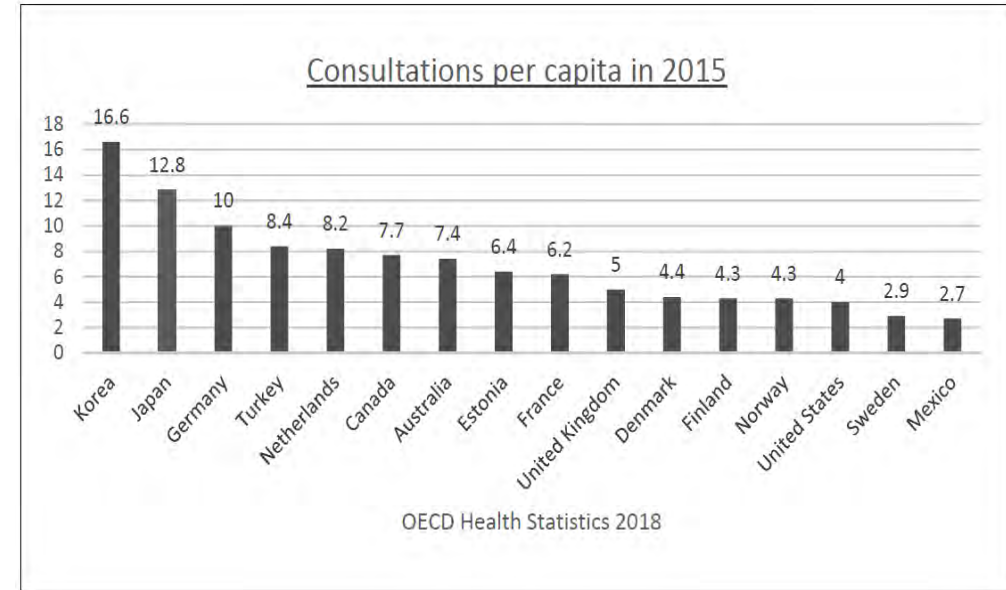
(出所)厚生労働省の資料に筆者が加筆

TOYOKEIZAI ONLINE

出所：「日本の医療は高齢社会向きでないという事実——「提供体制の改革」を知っていますか？」
『東洋経済オンライン』2018年4月21日

日本医師会『日本の医療のグランドデザイン2030』

- 元厚労省健康局長である佐藤敏信氏「医療提供の実態」
 - 嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の意義はあるものの「絶対ではない」。
 - 「世界の動向」（ランダム化比較試験（RCT）の結果）に基づけば、二次予防（健診・検診）の健康増進効果は確認されていない（204-205頁）。
 - 「本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確かめなければ、早期発見はできないし、きでさえも早期に治療ができれば、予後は必ずいいはたものがほとんどである。…科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている」（206頁）。



佐藤氏「日本の国民1人が医師の診察を受ける回数は年13回程度とOECD主要各国のほぼ倍で、米国の3倍程度である。世界的な基準で捉えると、早期発見、早期治療は、保険制度の中で相当程度に実現できていると言える」日本医師会「日本の医療のグランドデザイン2030」208頁

- ・予防への支出 OECD平均の1.6倍