

「持続可能な医療」と これからの社会構想

広井良典(京都大学)

hiroi.yoshinori.5u@kyoto-u.ac.jp

全体の流れ

- 1. 現在という時代をどうとらえるか
 - 2. 「持続可能な医療」への視点
 - 3. グローバル定常型社会と日本の位置
-
- (付論1) 社会保障改革と「人生前半の社会保障」
 - (付論2) どのような社会を目指すのか：「持続可能な福祉社会」の構想
 - (付論3) 鎮守の森と地球倫理の可能性

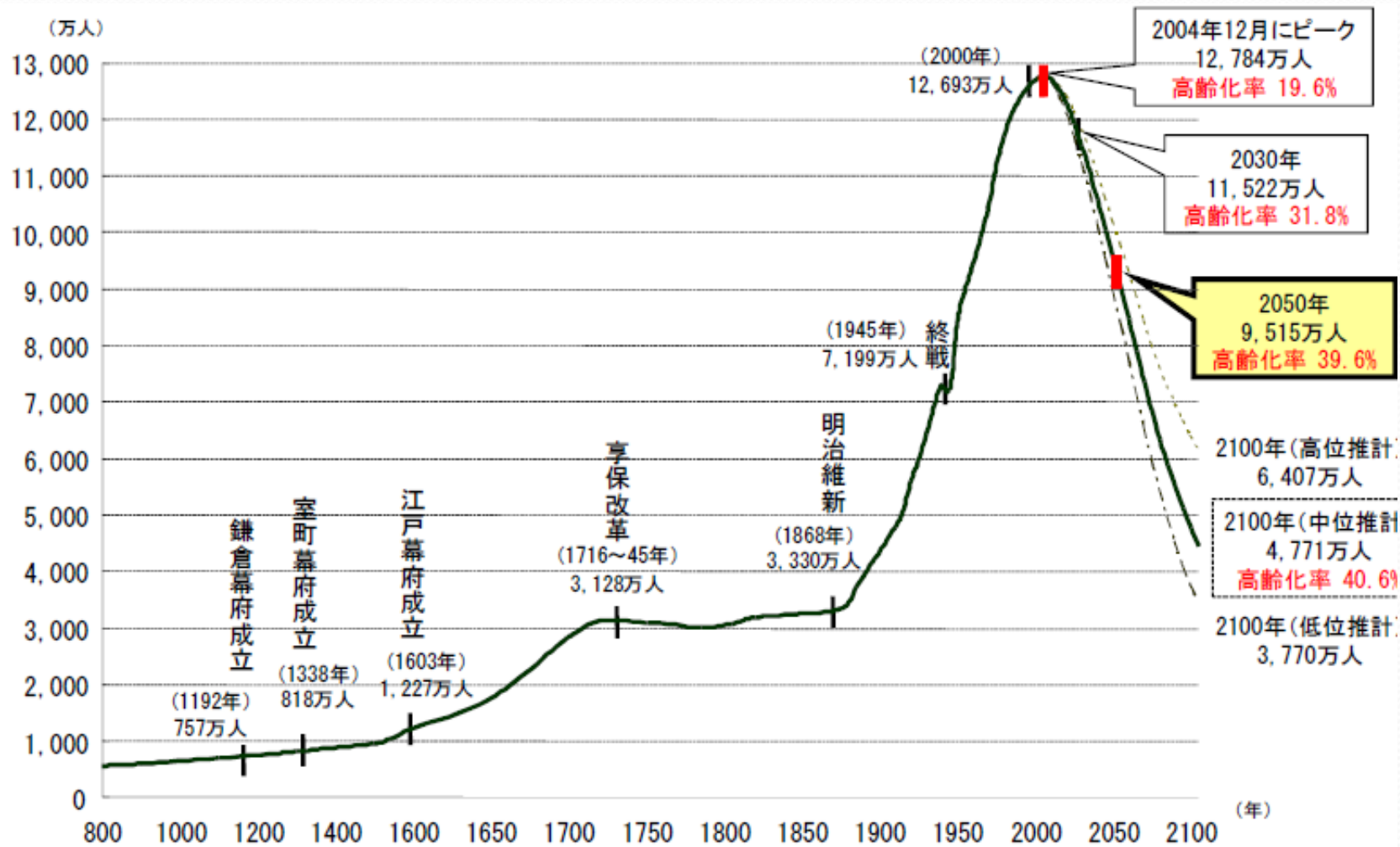
1. 現在という時代をどうとらえるか

ジャパン・シンドローム？

高齢化と人口減少・・・危機かチャンスか——世界が注目



日本の総人口の長期的トレンド



(出典)総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、国土庁「日本列島における人口分布の長期的系列分析」(1974年)をもとに、国土交通省国土計画局作成

様々な「幸福」指標とランキング

World Values Survey

世界的な調査機関World Values Surveyのもと、ミシガン大学のロナルド・イングルハート教授が指標をとって、個人を対象に幸福度に関するデータを収集して統計をとったもの。世界97カ国の35万人を対象に、同一の質問を投げかけて生まれた「世界幸福度ランキング」(2008年)の一位は、デンマーク

1位 デンマーク

- 2位 ブエルトリコ
- 3位 コロンビア
- 4位 アイスランド
- 5位 北アイルランド
- 6位 アイルランド
- 7位 スイス連邦
- 8位 オランダ王国
- 9位 カナダ
- 10位 オーストリア
- 11位 エルサルバドル共和国
- 12位 マルタ共和国
- 13位 ルクセンブルグ
- 14位 スウェーデン
- 15位 ニュージーランド
- 16位 アメリカ合衆国
- 17位 グアテマラ共和国
- 18位 メキシコ合衆国
- 19位 ノルウェー王国
- 20位 ベルギー王国

43位 日本

97位 ジンバブエ共和国

World map of happiness

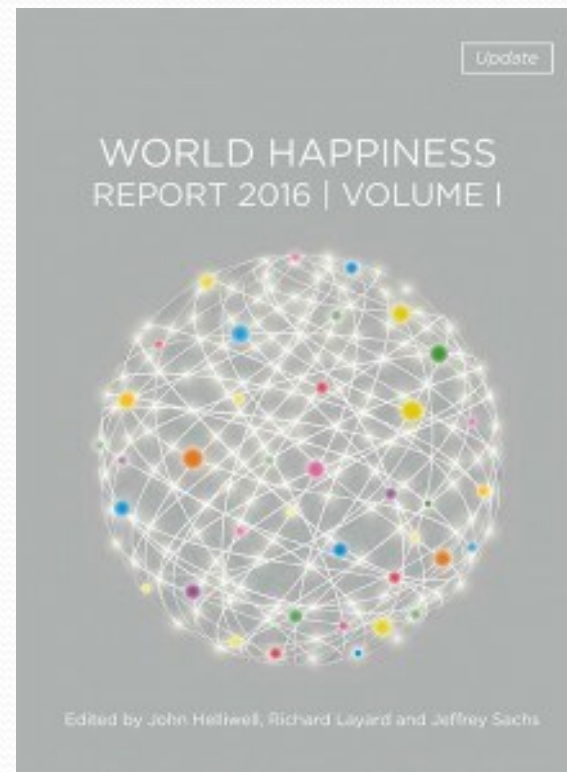
イギリスのレスター大学のエイドリアン・ホワイト教授が指標をとって、教育や医療制度のほか、GDPなど、社会のしくみの側面から独自にデータを算出して統計をまとめた『世界幸福地図』(2006年)の178カ国中の一位は、デンマークだった。北限5カ国はすべて上位20位以内にランキングされている

1位 デンマーク

- 2位 スイス連邦
- 3位 オーストリア
- 4位 アイスランド
- 5位 パハマ国
- 6位 フィンランド
- 7位 スウェーデン
- 8位 ブータン王国
- 9位 ブルネイ・ダルサラーム国
- 10位 カナダ
- 11位 アイルランド共和国
- 12位 ルクセンブルク大公国
- 13位 コスタリカ
- 14位 マルタ共和国
- 15位 オランダ王国
- 16位 アンティグア・バーブーダ
- 17位 マレーシア
- 18位 ニュージーランド
- 19位 ノルウェー王国
- 20位 セーシェル共和国

90位 日本

178位 ブルンジ共和国



国連『世界幸福報告2016』
1位デンマーク、日本は53位。

「GDPに代わる経済指標」や 「幸福度」をめぐる議論の活発化

- フランスのサルコジ大統領(当時)の委託を受け、ノーベル経済学賞を受賞したスティグリッツやセンといった経済学者が、「GDPに代わる指標」に関する報告書を刊行(*Mismeasuring Our Lives: Why GDP doesn't add up*, 2010)。
 - GDPで計測できない「**生活の質 (Quality of Life)**」や「**持続可能性 (Sustainability)**」を重視。
- GNH(ブータン)、**GAH**(荒川区)、AKH(熊本県)などをめぐる議論。
- 内閣府・幸福度に関する研究会・・・2011年12月に幸福度指標試案を公表。
 - ①経済社会状況、②**心身の健康**、③**関係性**、の3本柱。

ポジティブ心理学 の挑戦

“幸福”から“持続的幸福”へ

マーティン・セリグマン
Martin E.P. Seligman
宇野カオリ・監訳
Kaori Uno

Flourish

A Visionary New Understanding
of Happiness and Well-being

心理学の新しい潮流をリードする第一人者の
10年ぶりの注目の新作

「ポジティブな人間の未来に対する考え方が
説得力をもって見事に語られている」——(フォーブス CEO) トニー・シェイ

「なぜポジティブなアプローチに効果があるのか、
その貴重な情報が詰め込まれている」——サンデー・タイムズ

「世界屈指の心理学者が、ウェルネス、レジリエンス、
幸福を増加させるという課題に、自らの知恵と経験を集約した1冊」

Discover
（医師-認知療法の創始者）アロン・ベック



アーロン・アントノフスキー著
健康の謎を解く
ストレス対処と健康保持のメカニズム

山崎喜比古・吉井清子監訳




有信堂

Copyrighted Material

MIS-

MEASURING

OUR LIVES



WHY GDP DOESN'T ADD UP

Joseph E. Stiglitz
Amartya Sen
and Jean-Paul Fitoussi

THE REPORT BY THE COMMISSION ON THE MEASUREMENT
OF ECONOMIC PERFORMANCE AND SOCIAL PROGRESS

WITH A FOREWORD BY PRESIDENT NICOLAS SARKOZY

Copyrighted Material

「幸せリーグ」 の 挑戦

「幸せリーグ」事務局 編



三省堂

「ポジティブな価値」の発見・創造 の時代

- 近年の諸科学・諸分野の傾向

Ex. ● ポジティブ心理学

- 健康生成論 (salutogenesis、アントノフスキー)
- ポジティブ・ウェルフェア
- 幸福研究
- 地域再生・・・“「ないものねだり」→「あるものさがし」”

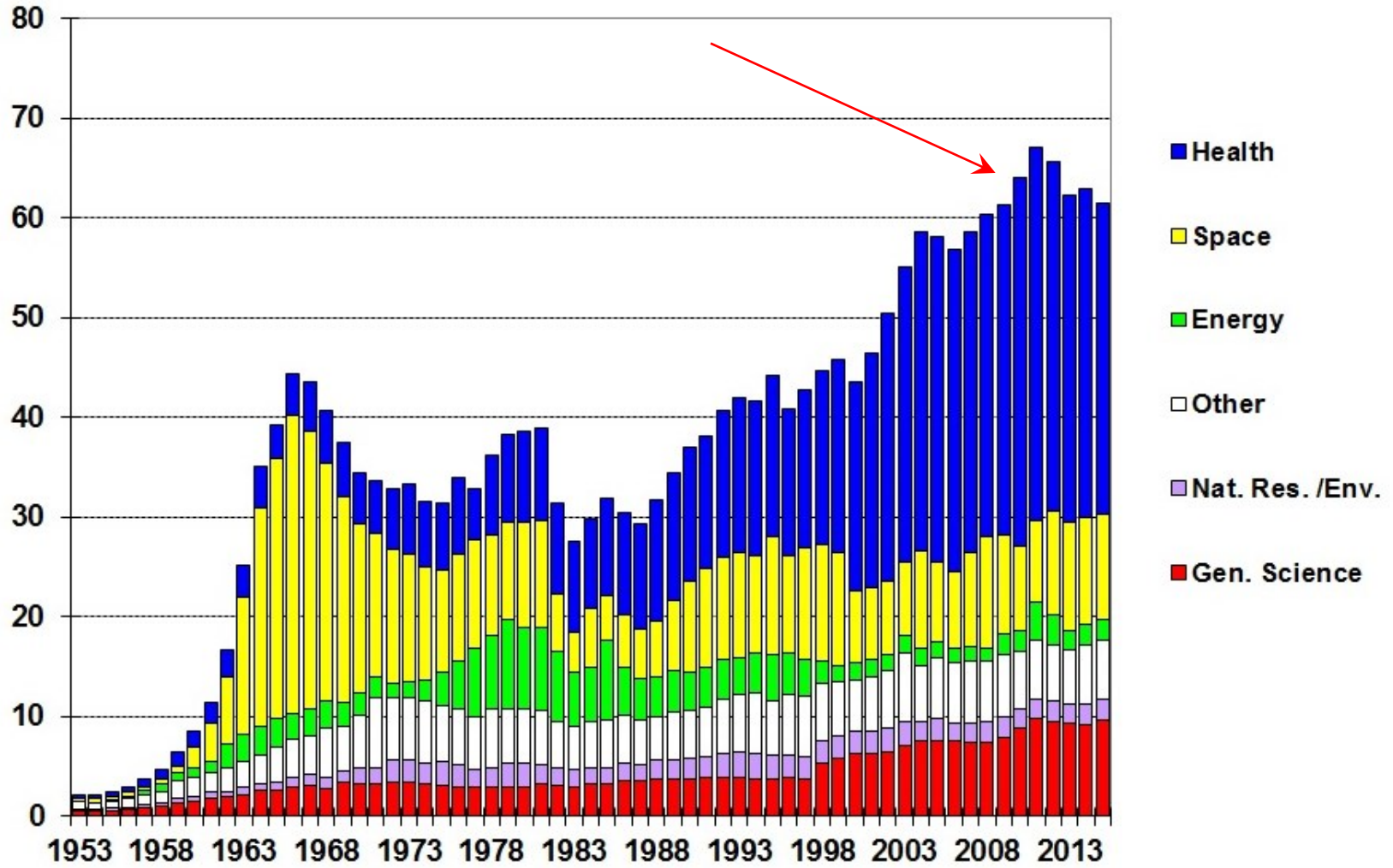
- 「拡大・成長」から「成熟・定常化」の時代へという、時代の構造変化と関係しているのではないか。

・・・物質的富の量的拡大に代わる、新たな価値の発見、創造

医療政策の目的・目標は何か

- あくまで「**健康**」
 - ・・・医療費抑制でも、医療産業の拡大でもない。
- しかも“**Well-being**”という言葉が示すような、**心身の全体**を含み、「幸福」とも重なるような、より広いコンセプト
- 浮かび上がる視点としての「**持続可能な医療**sustainable healthcare」そして「**持続可能な社会**」
- 実質的に「費用対効果の高い医療」とつながるが、その実現のためのツール・政策領域は狭い意味での医療に限定されない。・・・**コミュニティ、働き方、格差是正、まちづくり**等々を広く含む cf.社会疫学的な知見

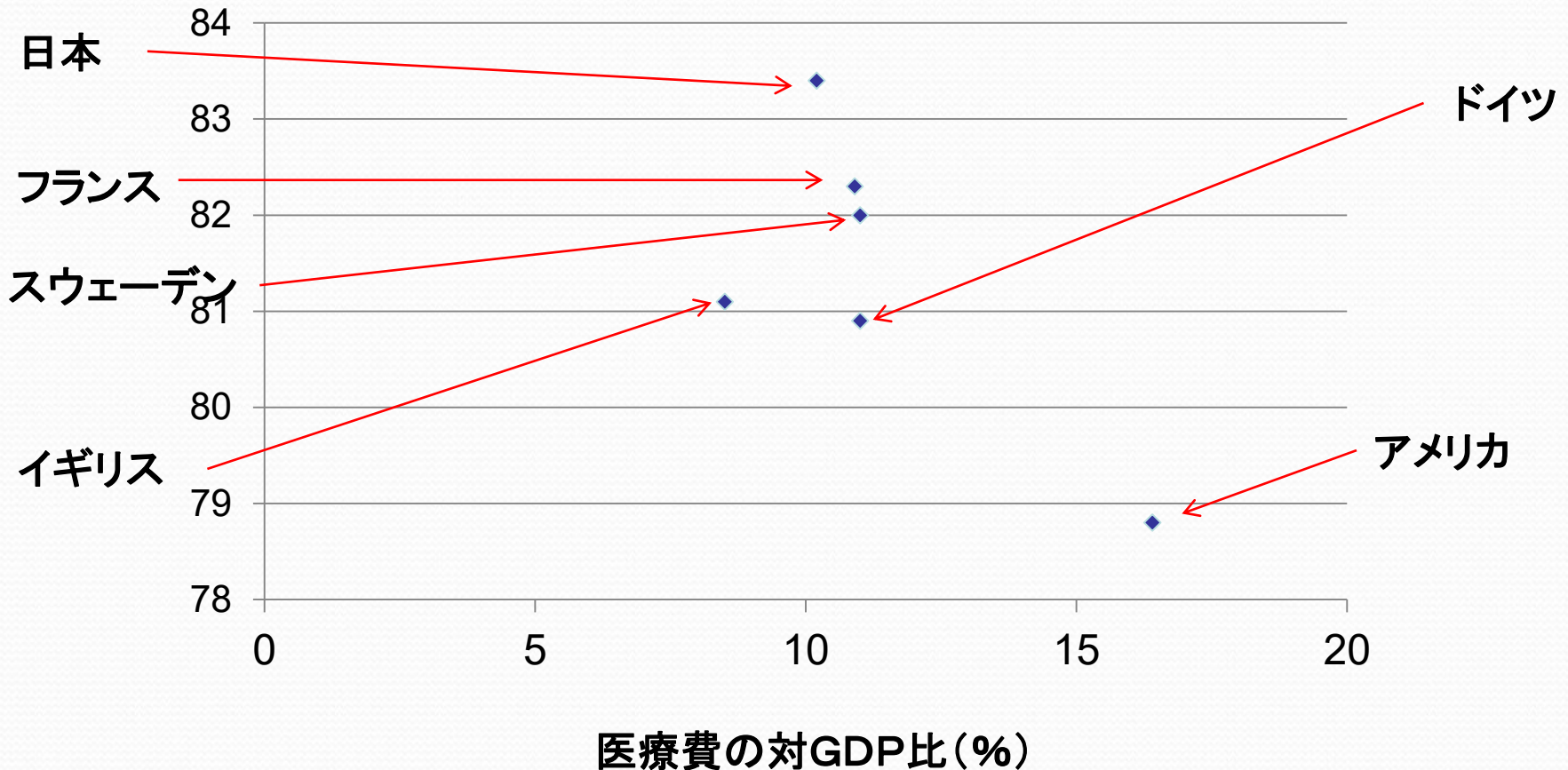
アメリカ連邦政府の研究開発予算(国防関連以外)の分野別推移(1953-2015年度、10億ドル[実質])



(出所) AAAS(アメリカ科学振興協会[American Association for the Advancements of Science])資料

医療費の対GDP比と平均寿命の関係 (国際比較)

平均寿命
(歳)

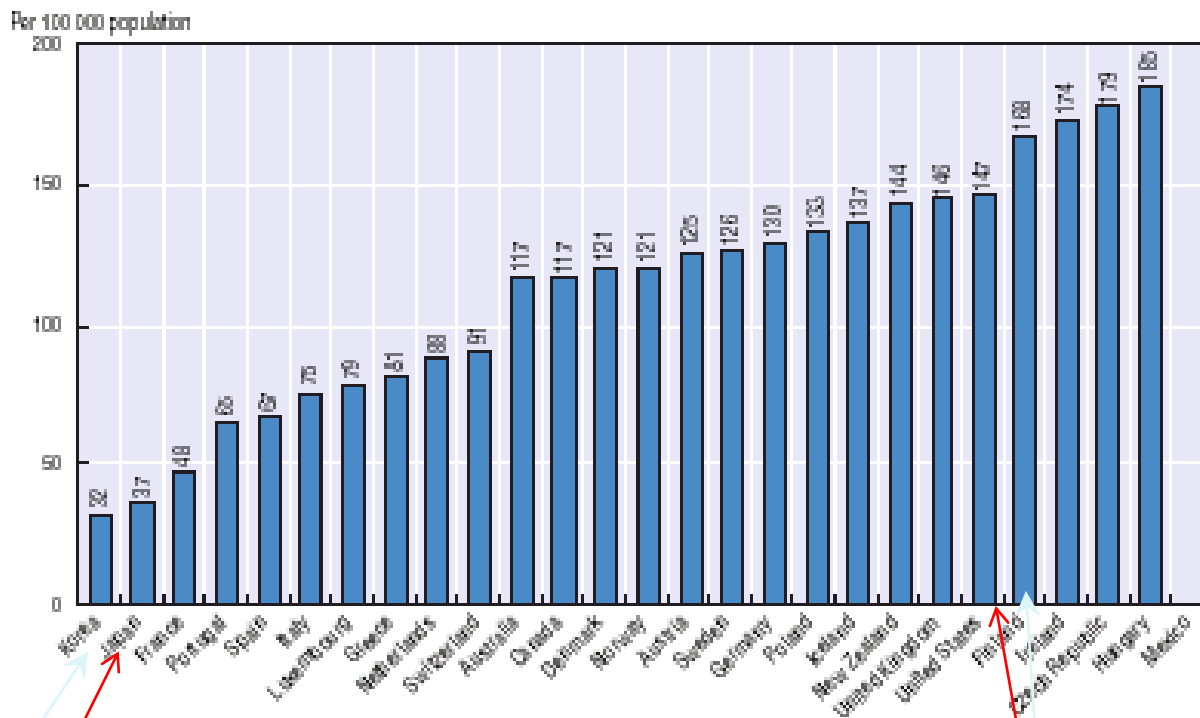


(注)いずれも2013年。OECD Health Statistics 2015より作成。

虚血性心疾患の死亡率 国際比較

(2000年、OECDデータ)

Figure 5. Ischaemic heart disease, total population, age standardised mortality rate, 2000

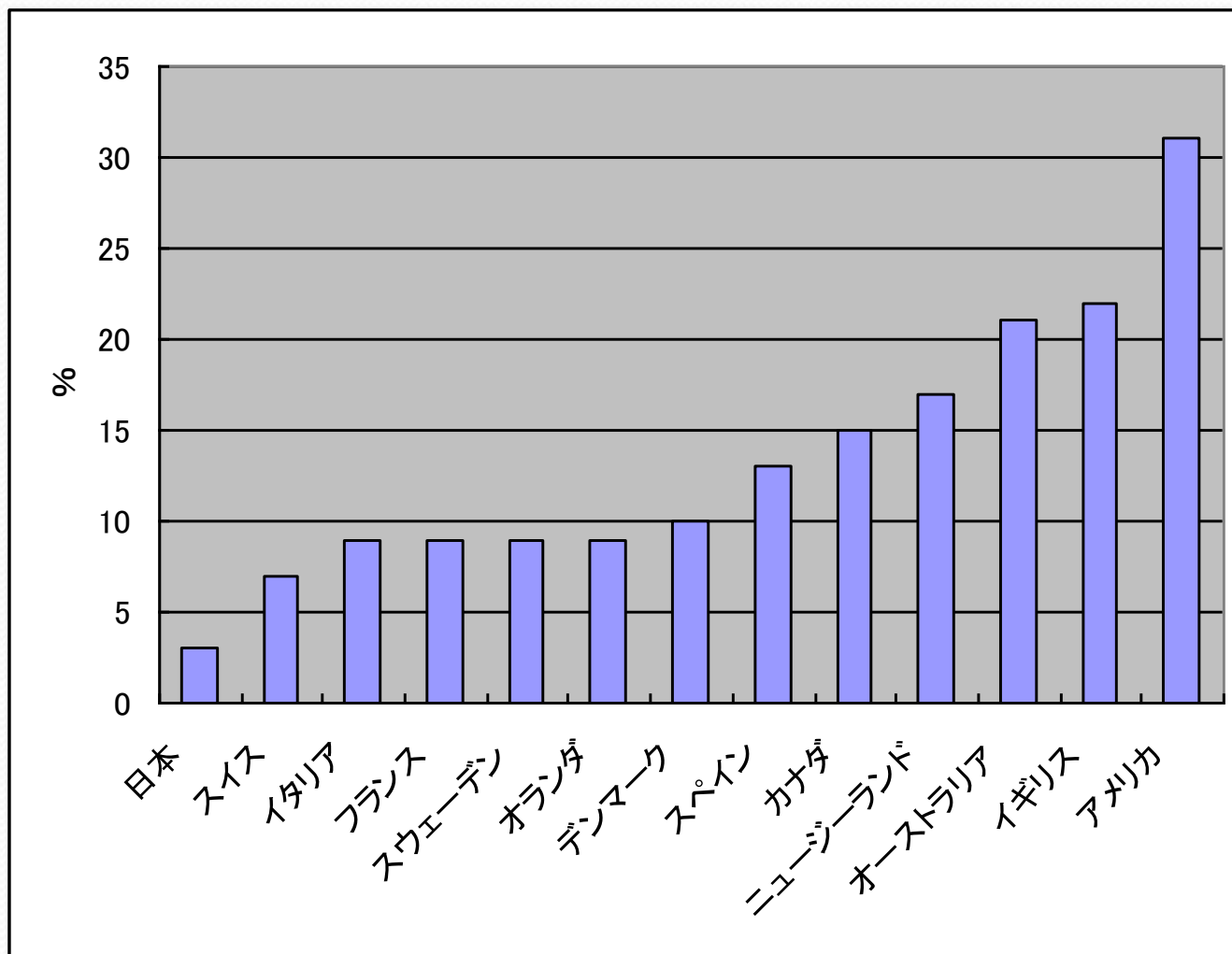


Source: OECD Health Data 2003.

日本

アメリカ

成人の肥満率の国際比較



(注)成人のうち肥満者(BMI指数30以上)の割合。主に2001年データ。

(出所)OECD, *Towards High-Performing Health Systems*, 2004より作成。

「資源投入型医療」は必ずしも cost-effective ではない。

- 大量生産・大量消費・大量廃棄と一体。
Ex. 栄養過多→肥満等→高有病率→高治療費
- ある意味で“過剰による病”（←“欠乏による病”）
cf. Mckeown(1988)の議論
- 背景にある「拡大・成長」志向
- こうした意味でも「持続可能な医療／持続可能な社会」という視点が重要な意味をもつ。
- cf. 近年の精神科領域でのマインドフルネスへの関心や、幸福をめぐるhappinessとcontentment(充足、知足)。

長野モデルの再吟味

“健康長寿世界一の信州”の普遍化可能性

- 2010年の国勢調査で男女ともに平均寿命全国1位（男性は5回連続、女性は初の1位（←沖縄県））。
- 県民一人当たり後期高齢者医療費は低いほうから4番目。
- 要因として挙げられる点（長野県による分析）
- ①高年齢者の就業率が高く（全国1位）、生きがいをもって生活。
- ②野菜摂取量が多い（全国1位）。
- ③健康ボランティアによる健康づくりの取り組みや、専門職による保健予防活動。

2. 「持続可能な医療」への視点

「持続可能な医療」をめぐる論点

- (1) 医療技術革新(イノベーション)と医療費
- (2) 医療費の配分
- (3) 高齢化とコミュニティ・都市・地域
- (4) ターミナルケアと死生観



(1) 医療技術革新(イノベーション) と医療費

医療技術革新と医療費の関係

- 医療における技術進歩は、医療費を増加させるのか、
むしろ医療費の減少につながるのか？
- 二つの見解
 - A. 逆U字カーブ仮説
 - B. 効果逓減説

A. 逆U字カーブ仮説

- 「**純粹技術 genuine technology**」による

ブレークスルー

→ 疾病の**根治** → 医療費の削減

- Lewis Thomas, OECD 報告書

- 医療費の資源配分のあり方

→ 医学・生命科学研究、イノベーションへの投資の重要性

例) ・胃潰瘍手術 → H₂ブロッカー → ピロリ菌

- 様々な医療機器関連 (胆嚢腹腔鏡下手術による入院日数減少 & QOL向上等)

B. 効果遞減説

- **感染症**に対するワクチンや抗生物質など初期の医療技術革新は大きな費用対効果を有するが、**慢性疾患**や**老人退行性疾患**になると、医療技術革新の効果は著しく減少する

- D. Callahan、世界銀行報告書

「急性疾患と交換に慢性病を手に入れてしまった医学は、死との戦いを至上命令とする自己規定をもてあましている」(D. Callahan)

- 医療費の資源配分

→ 予防やケア、福祉サービスなどの充実が優先

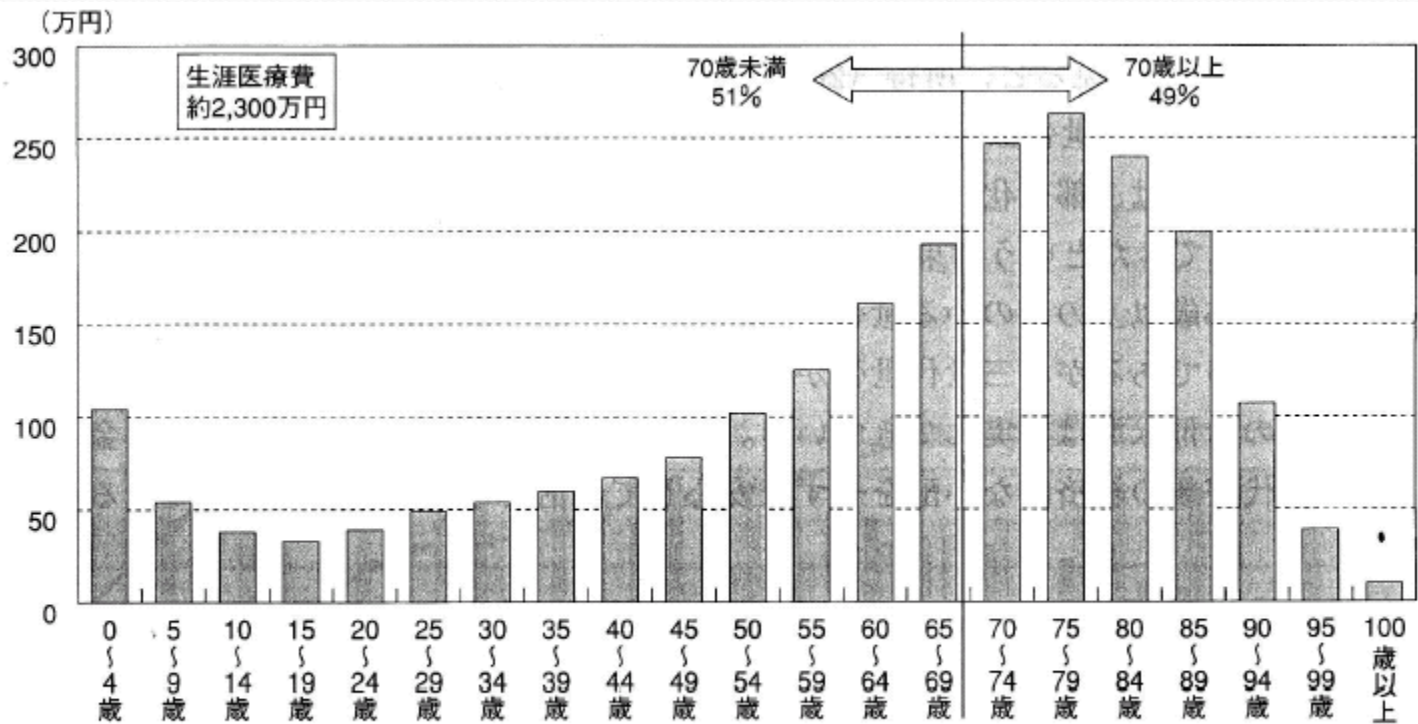
「健康転換(Health Transition)」の考え方

- 感染症 (公衆衛生、開業医中心)
↓
- 慢性疾患 (病院中心の医療、医療保険制度)
↓
- 老人退行性疾患 (高齢者ケアシステム;
施設→在宅、
医療→福祉)

さらに精神疾患の拡大

ライフサイクルと医療費

(生涯の医療費のうち半分(49%)は70歳以降で)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」(2005年度)、「平成17年簡易生命表」より保険局作成。
(注) 2005年度の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、「平成17年簡易生命表」による定常人口を適用して推計したものである。

(2005年度推計)

15-44歳の病気の負担 (burden of disease (in DALYs))

の主要要因 (先進国、1990年)

—「人生前半の医療」は精神的・社会的なものが中心—

男性		女性	
1) アルコール摂取	12.7	1) うつ病	19.8
2) 道路交通事故	11.3	2) 統合失調症	5.9
3) うつ病	7.2	3) 道路交通事故	4.6
4) 自傷行為	5.6	4) 双極性障害	4.5
5) 統合失調症	4.3	5) 強迫障害	3.8

(資料)世界銀行(2002)、Murray and Lopez(1996)

現代の病い・・・「複雑系」としての病い

- 病いの原因は身体内部の要因のみならず、
心理的要因、環境との関わり、社会的要因(労働時間、
経済格差等)を広く含む。
- 様々なケア・モデルを統合した包括的アプローチの必要性。
 - そもそも「科学(的)」とは何か
 - 「病気」とは、「健康」とは？
- 「社会疫学social epidemiology」の発展
 - ・・・「**健康の社会的決定要因**(social determinants of health)」の探求と分析

医療に関する包括的なアプローチの必要性

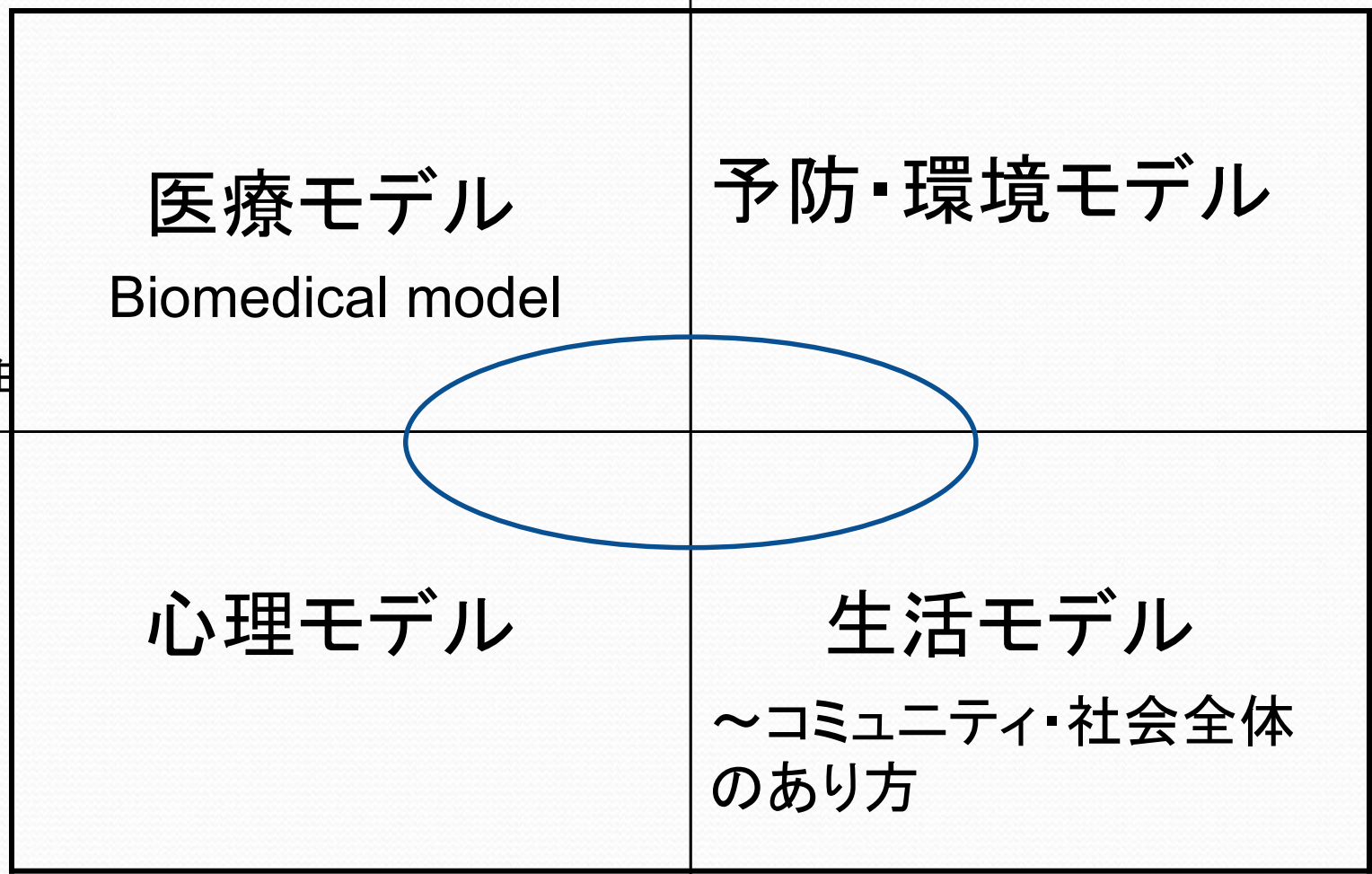
→ **エコロジカル・モデル**とも呼ぶべき視点

自然科学的



個体に注目 ←

→ 個体をと
りまく
環境に
注目



↓ 人文・社会科学的

(出所) 広井(2000)を改変。

—そもそも病気とは何か—

- **人間の生物学的特性** (20万年前のホモサピエンス誕生から不変)

←→人間を取り巻く**社会や環境**の大きな変化

両者の“ズレ”から病気をとらえる

(Nesse and Williams(1994), Stephen C. Stearns (ed)(1999),井村(2000)等)

- たとえば、

- 飢餓に強い血糖維持機構(→糖尿病等)
- 止血系の発達(→血栓、動脈硬化)
- 免疫(→アレルギー)
- 新たな社会や環境の中でのストレス 等々。

- 病気に関する“エコロジカル・モデル”とも呼びうる枠組み。

- 病気の根本原因は“社会や環境の中にある”という発想。

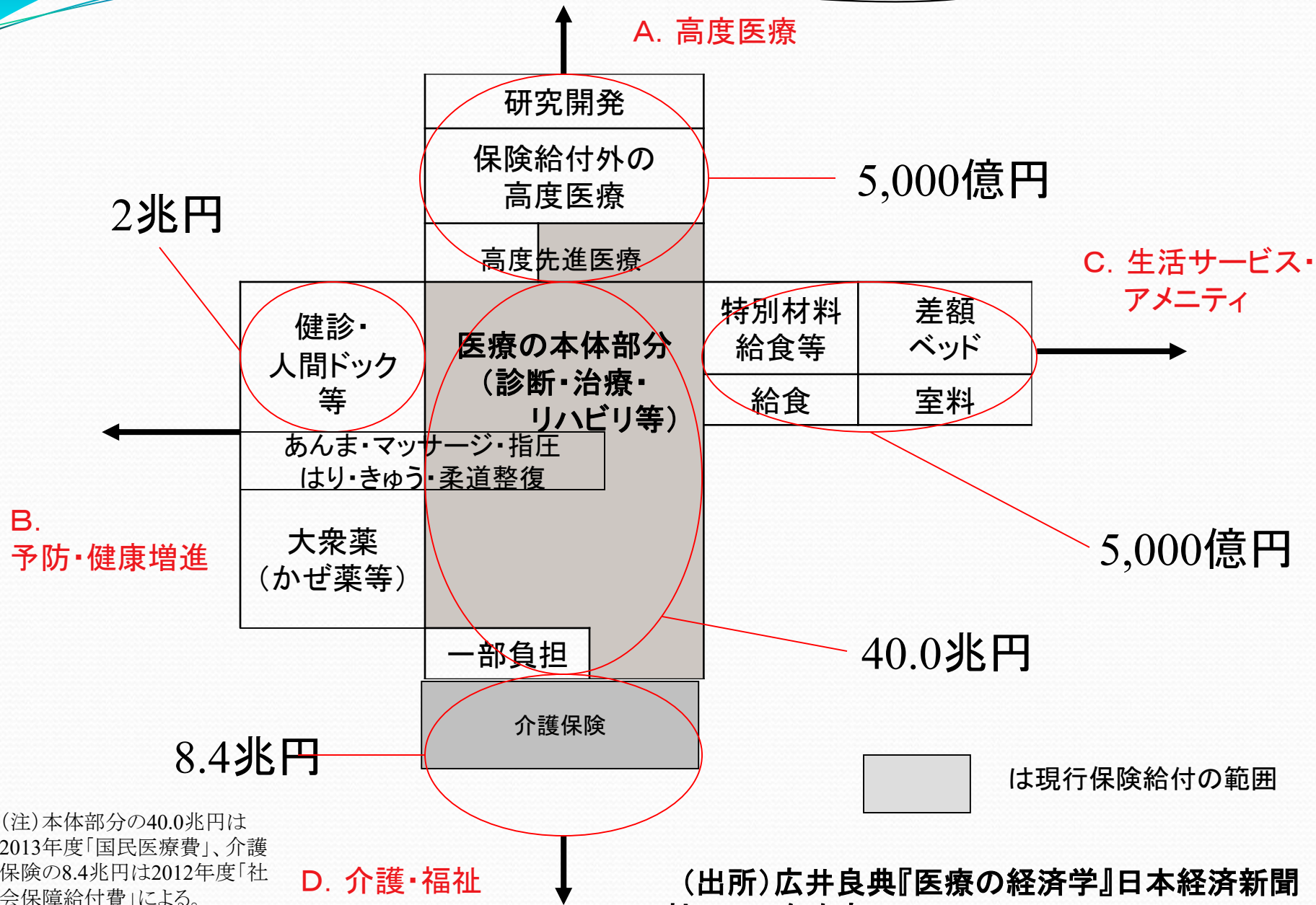
⇒「**環境と医療**」の統合という視点が重要

- 「**持続可能な医療**」を考えることは、**社会全体のあり方**を考えることにつながる。

(2) 医療費の配分①:

医療のどの分野に資源を優先配分するか。

— 今後は医療の“周辺部分”が重要



(注) 本体部分の40.0兆円は2013年度「国民医療費」、介護保険の8.4兆円は2012年度「社会保障給付費」による。

(出所) 広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社、1994を改変。

医療費の配分のあり方

- 今後は、①研究開発、②予防・健康増進、③介護・福祉、④生活サービス・アメニティなど、**これまで医療の“周辺”分野とされてきた領域に優先的な資源配分を行い、そのことを通じて診断・治療本体分野への「負荷」を減らし、医療全体としての費用対効果を高めるという方向を目指すべきではないか。**

医療費をめぐる公私の役割分担

- ただし、そこにおける費用負担の「公私の役割分担」については、特に診断・治療分野との関わりの大きい領域ほど、公的な保障を十分に行うべきではないか。
- ←①**公平性**の観点・・・医療分野は生命・健康と関わり、もともと「平等」という価値が求められる。
- ②**効率性**の観点・・・医療においては「情報の非対称性」からくる“市場の失敗”が生じやすく、実際、医療を市場に委ねている度合いの大きい国ほど医療費が高騰(ex. アメリカ)。
- 以上に関連して、近年進められつつある「混合診療の拡大」の方向には大きな疑問。



医療費の配分②： 病院－診療所をめぐる配分

医療施設の収益率（医業収支差額）

2001年 2003年 2005年 2007年 2009年 2013年

（集計手法変更）

〔含介護関連〕

● 特定機能病院	-11.3%	-10.1%			-6.0%	
● 公立	-13.9%	-11.2%	-9.1%	-17.4%	-16.5%	-5.9%
● 国立	1.5%				2.1%	0.4%
● 医療法人立	4.6%	1.8%	1.3%	2.5%	2.8%	4.3%
● 個人立	7.1%	7.2%	8.7%	5.7%	6.5%	10.8%
● 一般診療所 （個人）	33.8%	33.5%	34.8%	34.8%	29.6%	29.4%
			（1施設当たり 月228.7万円）	233.7	204.8	

（出所）医療経済実態調査各年版より作成。

日本の診療報酬の構造的な問題点

- 1) 「病院、とりわけ入院部門」の評価がやすい
- 2) 「高次医療」への評価がやすい
- 3) 「チーム医療」の評価という視点が弱い
(含 患者に対する心理的・社会的サポート)
- 4) 「医療の質」の評価という視点が弱い

(背景)

- 診療報酬の原型ができたのが1958年
→ 診療所(開業医)がモデル

医療費の配分をめぐる課題(私見)

- 現在の診療報酬は、
 - 病院に対する評価が不十分
←“1医療機関1票”説という政治力学(広井(1994))
 - 「急性疾患モデル」が前提



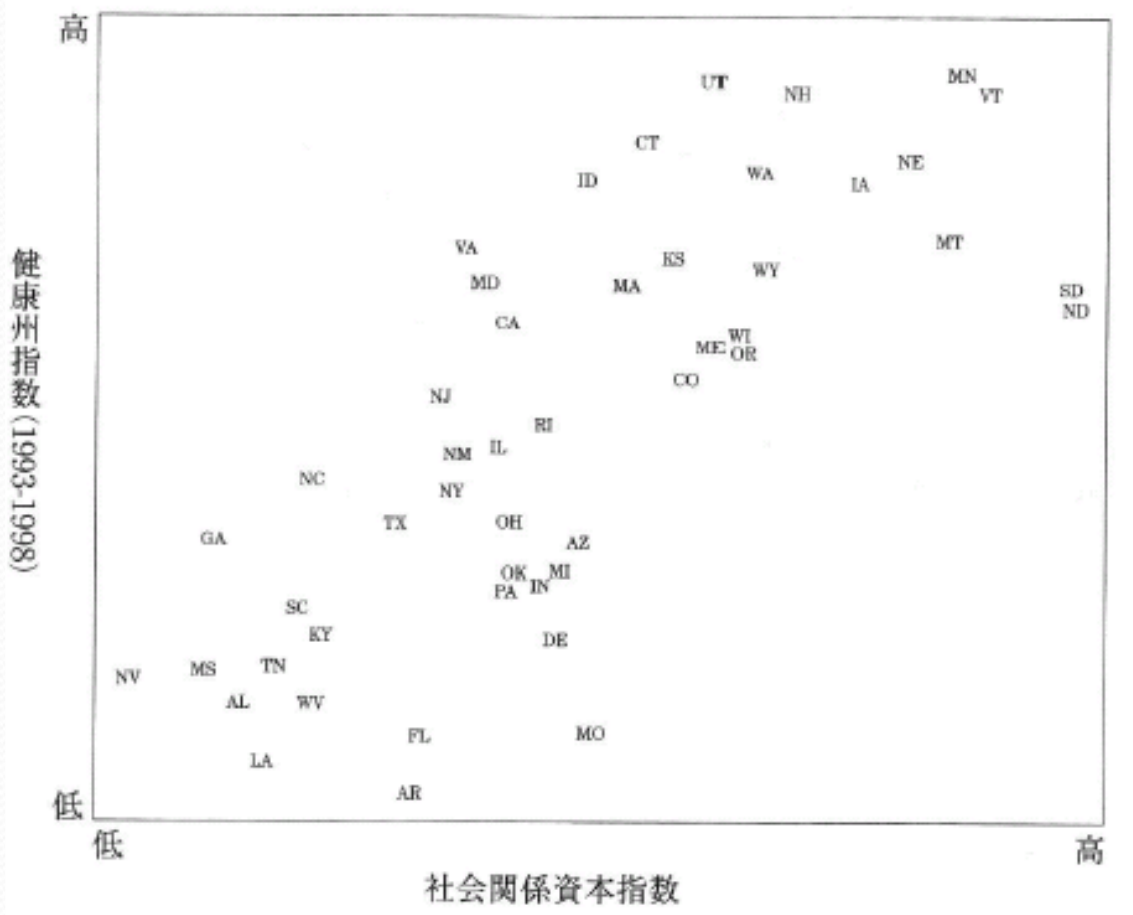
- 病院(特に高次機能・ケア的機能)への十分な評価、配分の拡大 → 医師等の勤務条件の改善、“医療崩壊”の是正にも。
- 診療所と病院の評価体系の明確な区分
 - 診療所については何らかの総枠規制が検討されるべき。

(参考)ドイツでの総枠規制・総額請負制、イギリスでの人頭払制等。



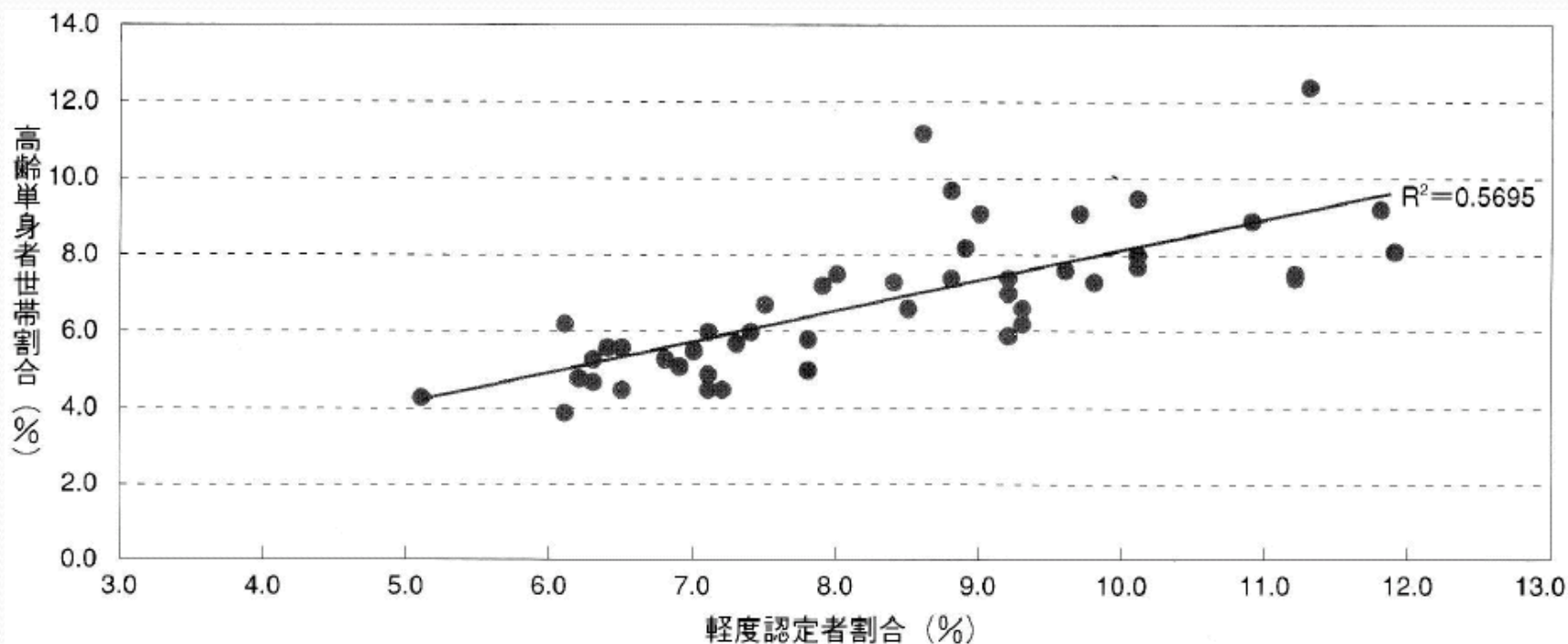
(3) 高齢化とコミュニティ・都市・地域

ソーシャル・キャピタル (人と人とのつながりのあり方) と健康水準の相関 (アメリカ)



(出所)パットナム(2006)

高齢単身世帯割合と介護の軽度認定率の相関(都道府県別)



(注) 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」及び総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
軽度認定者割合は2003年の値、高齢単身世帯割合は2000年の値

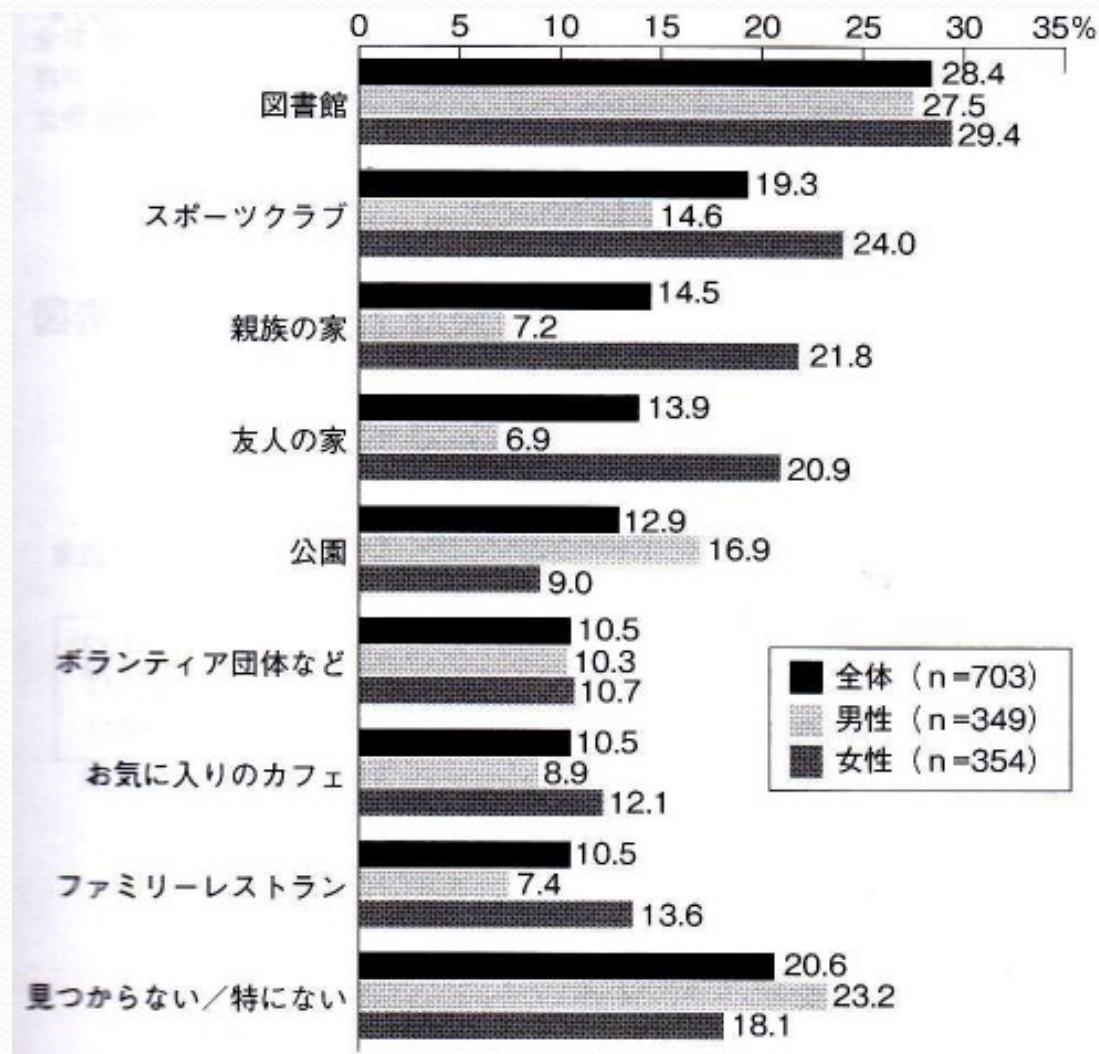
(出所)厚生労働白書平成17年版

ひとり暮らし高齢者の急速な増加 1995年⇒2010年

- 男性：46万人から139万人に（3.0倍）。
 - ・・・93万人の増加。
- 女性：174万人から341万人に（2.0倍）。
 - ・・・167万人の増加。

*「高齢社会における都市」をめぐるOECD国際会議（2014年10月、富山）でも、高齢者の孤独・孤立(loneliness)をめぐるテーマが大きな話題に。

退職後の居場所：「あなたは自宅以外で定期的に行く居場所がありますか。」…首都圏に住む60～74歳の男女1236人へのアンケート調査(複数回答)



戦後の日本人にとっての「居場所」 とは

- 農村から都市への人口大移動。
⇒「カインシャ」と「(核)家族」が“居場所”の中心に。
 - 特に男性にとっては最大の居場所＝カインシャ。
 - 団塊世代の退職や急速な高齢化の進展の中で、新たな「居場所」を模索しているのが現在の日本社会。 ……社会全体を象徴する課題。
- 「居場所」を意識したまちづくり、都市政策の重要性。

医療・福祉政策とまちづくり・都市政策の 総合化

- ヨーロッパなどの街・・・高齢者がごく自然にカフェや市場などでゆっくり過ごす。
- 日本やアメリカの街・・・圧倒的に“生産者”中心。
- 高齢者等がゆったり過ごせるような場所が街の中にあることは、ある意味で福祉施設や医療施設を作ること以上に重要な意味を持つのではないか。
- **まちづくりや都市政策と医療・福祉政策との連動が重要。**

中心部からの自動車排除と「歩いて楽しめる街」(フランクフルト)



歩行者空間と「座れる場所」の存在 (チューリッヒ)



中心部からの自動車排除と「歩いて楽しめる街」(エアランゲン[人口約10万人]) →街のにぎわいと活性化にも。



高齢者もゆっくり楽しめる 市場や空間 (シュトゥットガルト)



典型的な日本の地方都市

・・・道路中心の街と中心部の空洞化 (水戸駅南口)



荒川区・「ジョイフル三ノ輪」商店街

：コミュニティ空間としての商店街



* 図書館、カフェなど学習スペース、子育て関連スペース、自然エネルギー設備等との融合も。

「医療福祉政策と都市・地域政策の統合」

⇒ 持続可能な医療そして地域社会へ

- これまで
 - ・都市政策・・・「開発」主導、ハード中心の思考
 - ・医療福祉政策・・・「場所・空間」という視点が希薄、ソフト中心の思考
- 今後は、両者の統合が必要。たとえば、
 - ・**中心部にケア付き住宅や若者・子育て世代向け住宅等を整備・誘導し、歩いて楽しめる商店街などとともに福祉・医療の視点と地域再生・コミュニティ活性化等の視点を複合化する**
 - ・中心部からの自動車排除と歩いて楽しめる街づくり
→ コミュニティ醸成型空間の形成
- 「地域包括ケア」はさらに視野を広げる必要。

OECD富山会議(2014年10月):

「高齢社会におけるレジリエントな都市 (Resilient Cities in Ageing Societies)」

- 高齢化時代における都市像という新たなテーマ
- 買い物難民等への対応(←自動車・道路中心の都市)
- 医療福祉機能の取り込み・複合化
- 高齢者の孤独・孤立(loneliness)など心理的要素やコミュニティの重要性



(参考) 関連の研究やプロジェクト

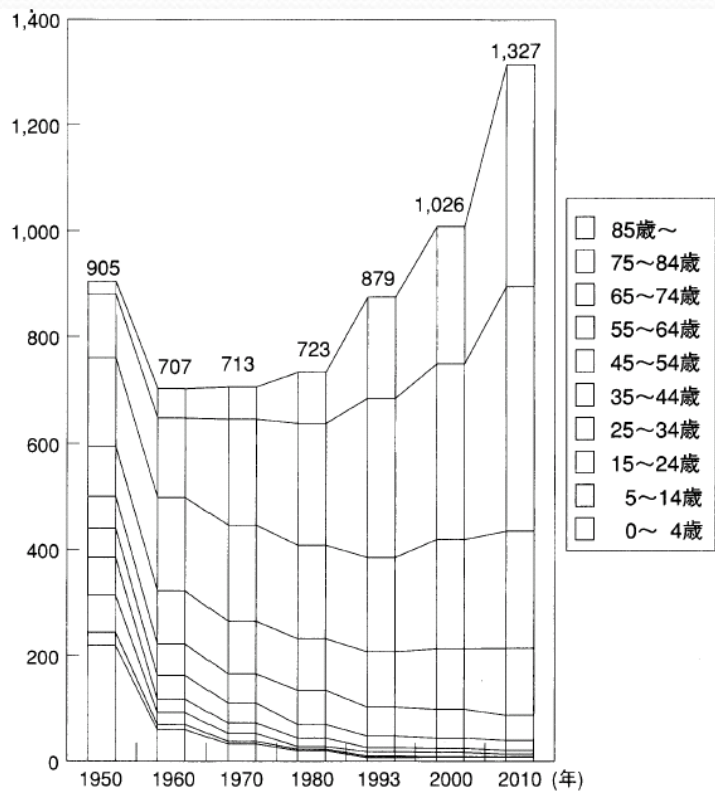
- 「スマートウェルネスシティ」の試み(新潟県見附市、三条市、兵庫県豊岡市、岐阜県岐阜市等。総合特区に指定。筑波大学・久野(くの) 譜也教授研究室と連携) ……歩いて楽しめるまちづくり→健康寿命改善→医療費や介護費の節減。
- **千葉県柏市**の試み(東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構) ……団地を拠点とする高齢社会のまちづくり)
- **柏の葉スマートシティプロジェクト**(東京大学高齢社会総合研究機構、千葉大学予防医学センター、三井不動産)
- OECDコンパクトシティ・プロジェクト ……報告書 *Compact City Policies*(2012) 公刊(世界5都市の国際比較[メルボルン、パリ、ポートランド、富山、バンクーバー]) → 昨年10月17日に富山市で国際会議「高齢社会におけるレジリエントな都市 (Resilient Cities in Ageing Societies)」

(4) ターミナルケアと死生観

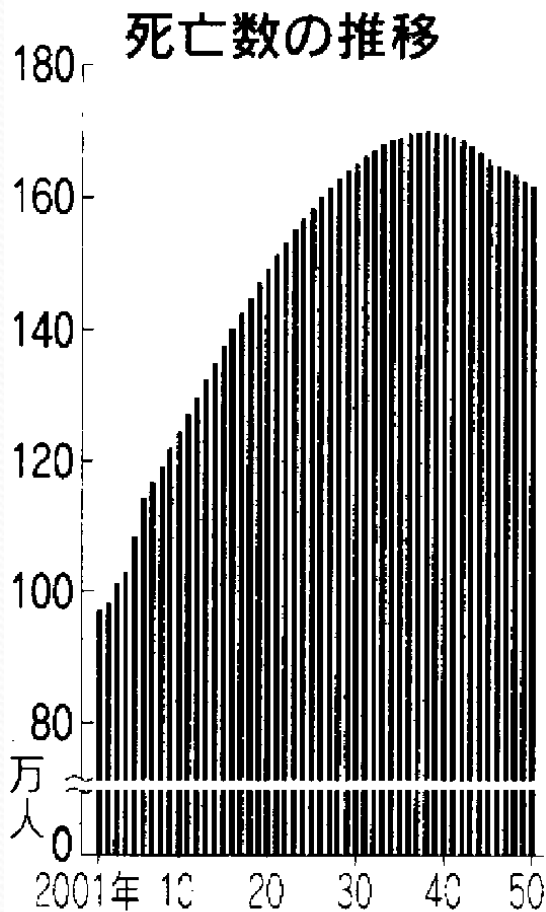
死亡急増時代

108万人(2005年)→167万人(2039年) [2012年推計]

千人



資料：厚生省「日本の将来推計人口（平成4年9月推計）」



出所：国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口(2002年)」、
2005年までは厚生省「人口動態
統計」

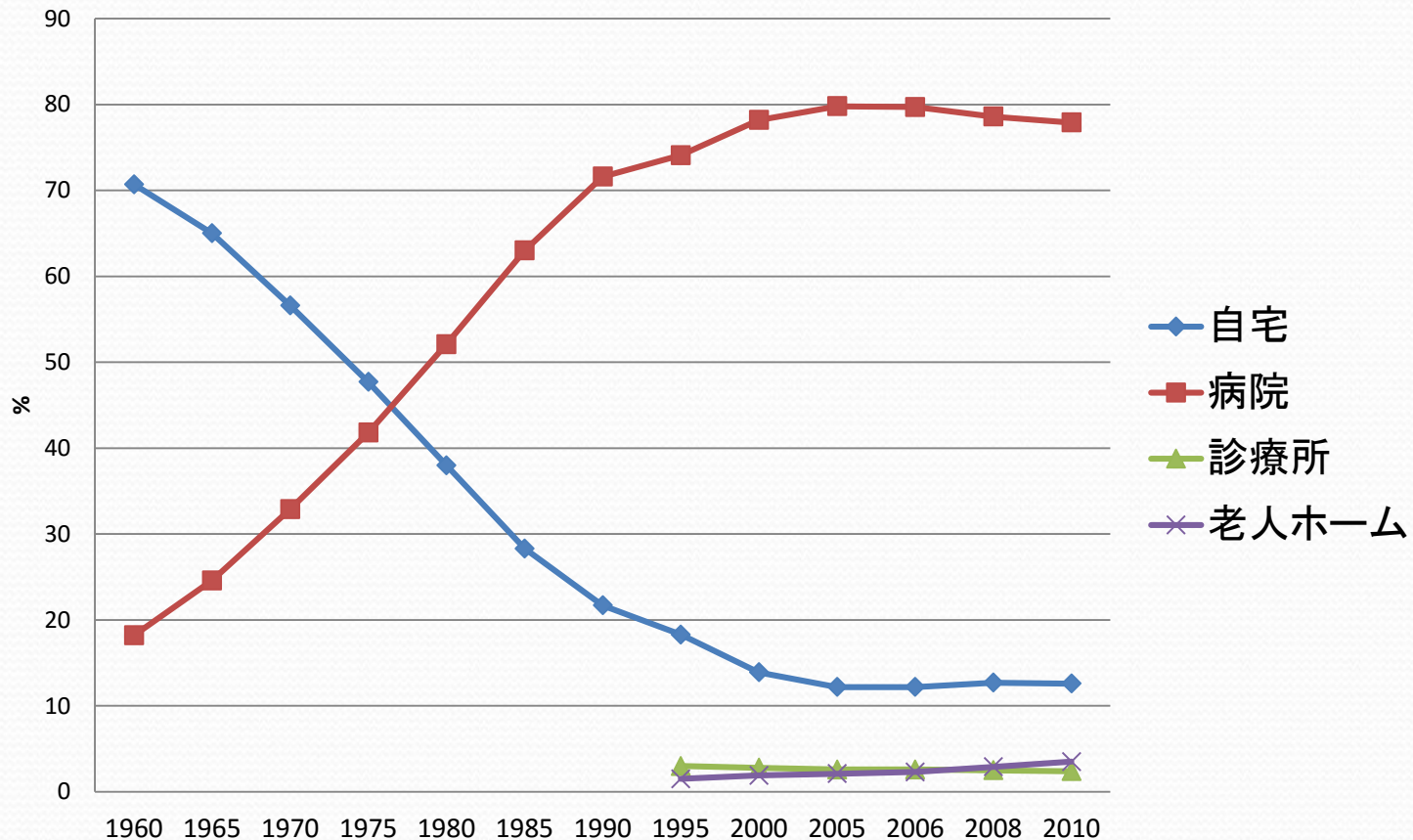
五木寛之「2013年のうらやましい死に方」 (『文芸春秋』2013年7月号)



- 人の死に方や看取りに関する読者投稿の募集。
1999年の第1回目に次いで二度目。
- 「「団塊死」の時代」という時代状況。
- 「「死」はいま「生」よりも存在感を強めている」
- (同12月号:読者投稿の内容を踏まえて)
- 「いま「生き方」と同じように、「逝き方」を現実の問題としてオープンに語り合えるようになってきた気配がある」

日本における死亡場所の年次推移(%)

今後は高度成長期と“逆”のベクトルへ



病院の割合は2006年に前年から初めて減少(79.8→79.7%。〔2010年には77.9%〕)、一方、老人ホームが徐々に増加(2.1→2.3%。〔2010年には3.5%〕)。

(参考)死亡場所の国際比較

	日本 (2006)	イギリス (1990)	デンマーク (1999)
病院	79.7%	54%	49.9%
ホスピス	—	4%	—
自宅	12.2%	23%	21.5%
福祉的施設・ 住宅	老人ホーム 2.3%	ナーシング・ ホーム、レジデ ンシャル・ホー ム 13%	プライエム・保 護住宅 24.7%
その他	診療所2.6%		診療所3.8%

看取りをめぐる論調の変化



死生観の空洞化

- 戦後日本が脇に置いてきた課題・・・特に**高度成長期**
- **団塊世代**が今まさに直面しつつある課題
- **若い世代**の場合
 - 公の場では語られず、アニメや音楽が代替死生観や生きる意味への“飢餓感”
- 経済社会の成熟化・定常化と死生観との関わり
 - 「離陸」の時代から「着陸」の時代へ

日本人の死生観 — その3つの層 —

	特質	死についての理解／ イメージ	生と死の関係
A..“原・神道的”な層	「自然のスピリ チュアリティ」	「常世」、「根の国」 ・・・具象性	生と死の連続性・ 一体性
B.仏教(・キリスト教) 的な層	現世否定と解脱・ 救済への志向	浄土、極楽、涅槃等 (仏教の場合)、永遠 の生命(キリスト教の 場合) ・・・抽象化・理念化	生と死の二極化
C.“唯物論的”な層	“科学的”ないし “近代的”な理解 死	死＝「無」という理解	生＝有 死＝無

「自然のスピリチュアリティ」

- キリスト教や仏教などの高次宗教においては、「スピリチュアリティ」は、理念化・抽象化された概念として考えられる傾向（「永遠の生命」「空」etc）。
- これに対して、**日本を含む地球上の各地域・文化圏におけるもっとも基底的な自然観**においては、スピリチュアリティは「**自然**」と一体のものとして考えられてきた。
- こうした視点がターミナルケアや死生観に関しても、**根底的なレベルで重要ではないか。**



例) 「還自園」

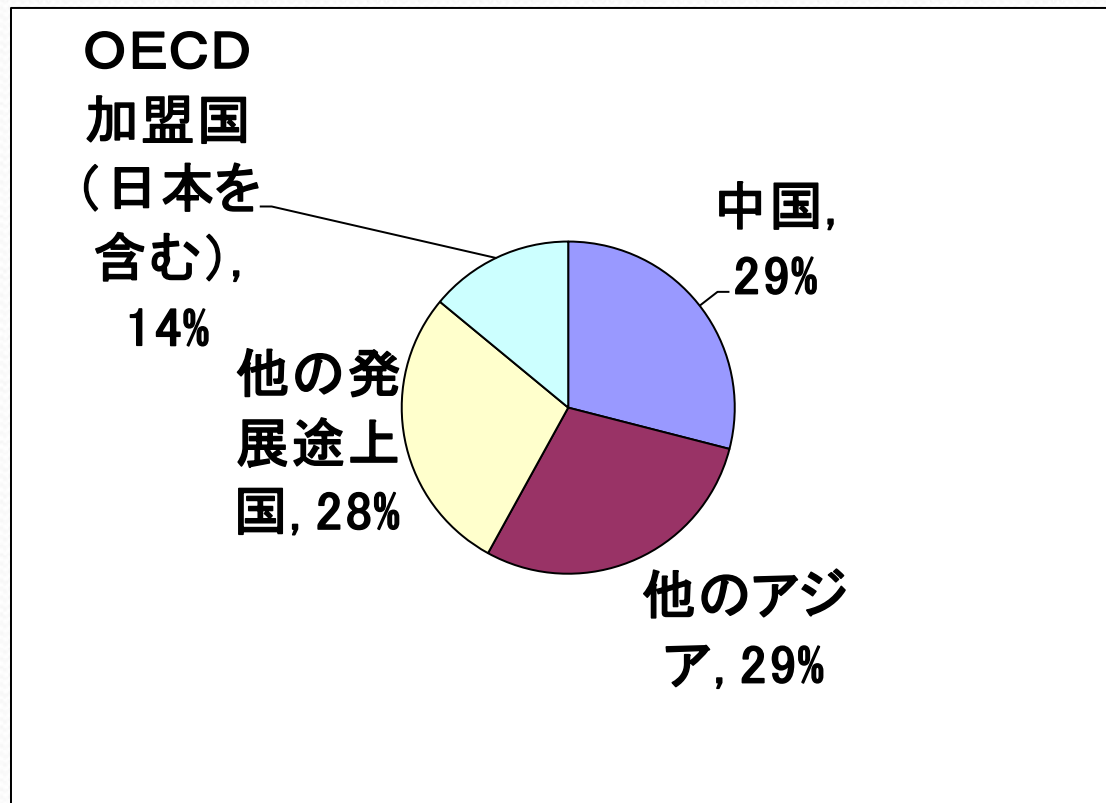
(・・・「たましいの帰っていく
場所」として)

おわりに：
グローバル定常型社会と
日本の位置

高齢化の地球的進行 “Global Aging”

— 今後はアジアが急速に高齢化 —

2030年までに世界で増加する高齢者(60歳以上)の地域別割合



(World Bank, *Averting the Old Age Crisis*, 1994)

日本・アジアと世界人口の動向

- 日本の人口は2005年より減少に転。
- ヨーロッパも基本的には同様の方向(ex.ドイツは2003年より人口減少)。
- 中国の人口は2025年頃に13.9億人でピーク(国連・世界人口推計2010年版)。
- 東アジア全体では2035年の21.3億人がピーク(国連人口推計(2004))。
- 世界人口は徐々に増加が緩やかになり2100年には約110億人で安定。(国連長期人口推計)。

- 「20世紀が人口増加の世紀——世界人口は16億から61億にまで増加した——だったとすれば、21世紀は世界人口の増加の終焉と人口高齢化の世紀となるだろう」

(Lutz et al(2004))

ReAFRICA? ……2100年の世界人口

上位10か国のうち5か国がアフリカ諸国 (国連人口推計)

1	インド	1660
2	中国	1004
3	ナイジェリア	752
4	米国	450
5	コンゴ	389
6	パキスタン	364
7	インドネシア	314
8	タンザニア	299
9	エチオピア	243
10	ニジェール	209

(注) 日本は30位(8300万人)

21世紀後半における 「グローバル定常型社会」の可能性

- 「21世紀後半に向けて世界は、高齢化が高度に進み、人口や資源消費も均衡化するような、ある定常点に向かいつつあるし、またそうならなければ持続可能ではない」
- 「**環境親和型社会としての人口定常・高齢化社会**」の実現に向けて …… **フロントランナーとしての日本**

高齢化・環境親和型社会の フロントランナーとしての日本


- 日本は高齢化・人口減少社会の文字通りフロントランナー。
- 多くの課題に直面する一方、
- **相対的に費用対効果の高い形で長寿を実現**。自然との親和性や、伝統的な自然信仰が保存。
- 近代西欧文明とアジア、先進国と途上国をつなぐ位置。
- 新たな社会構想と真の「豊かさ」への模索。
- **サイエンスとケアを統合した「持続可能な医療」を追求し世界に発信すべきポジション**。



御清聴ありがとうございました

コメント、質問等歓迎します。

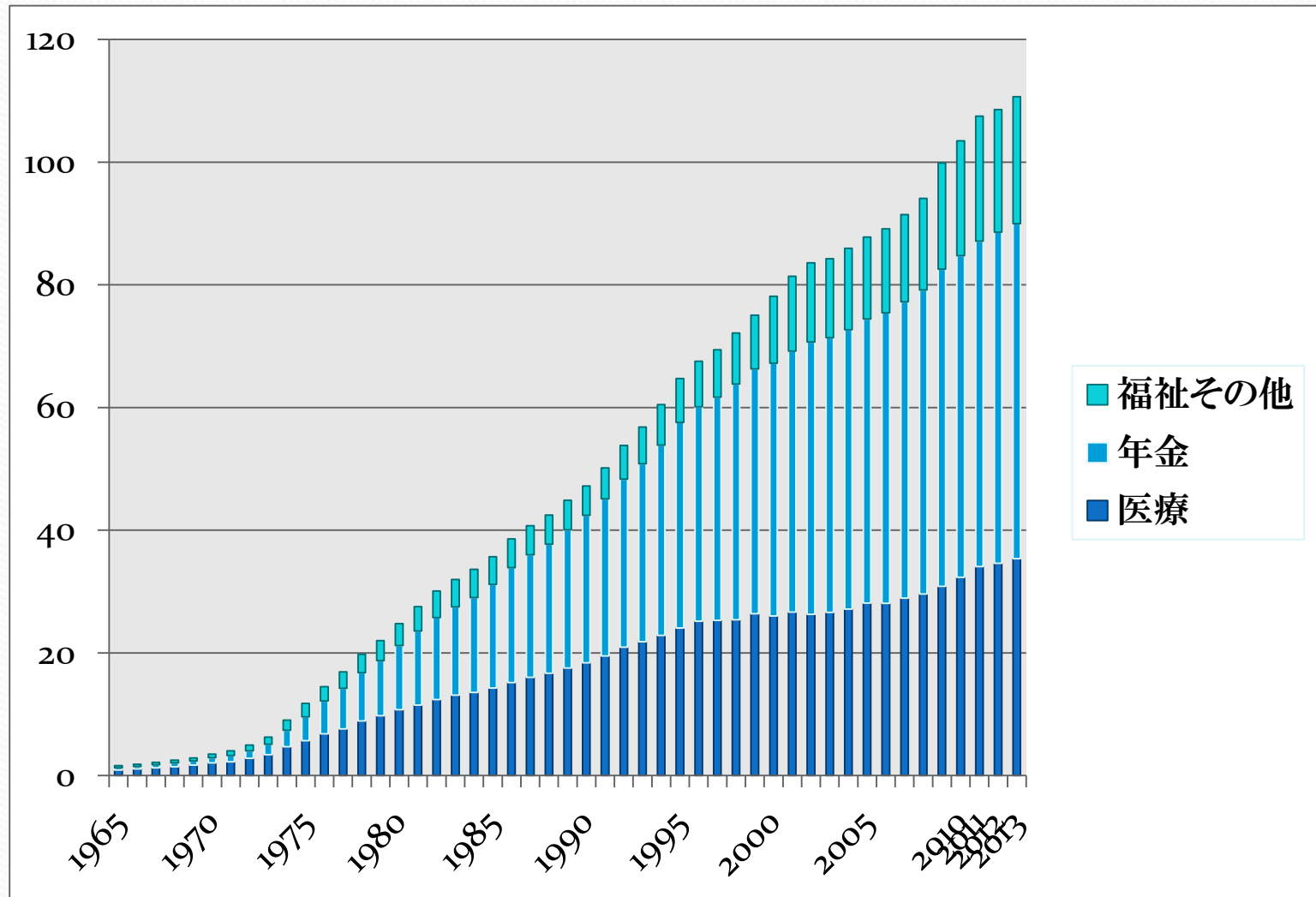
hiroi.yoshinori.5u@kyoto-u.ac.jp



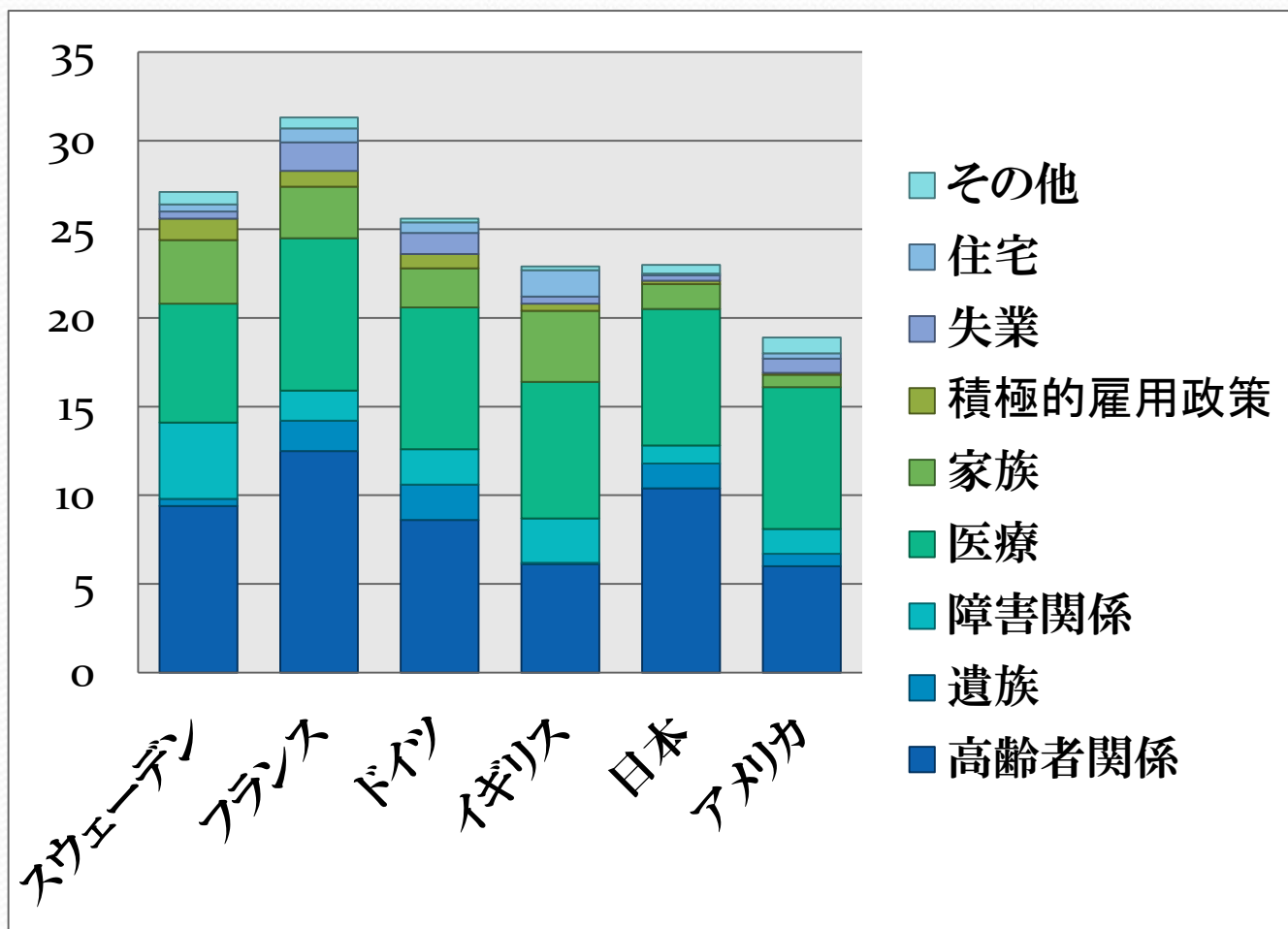
(付論1)
社会保障改革と
「人生前半の社会保障」

社会保障給付費の増加

—2013年度で**110.7兆円**に。なお着実に増加。—



社会保障給付費(社会支出)の国際比較(対GDP比%、2011年)

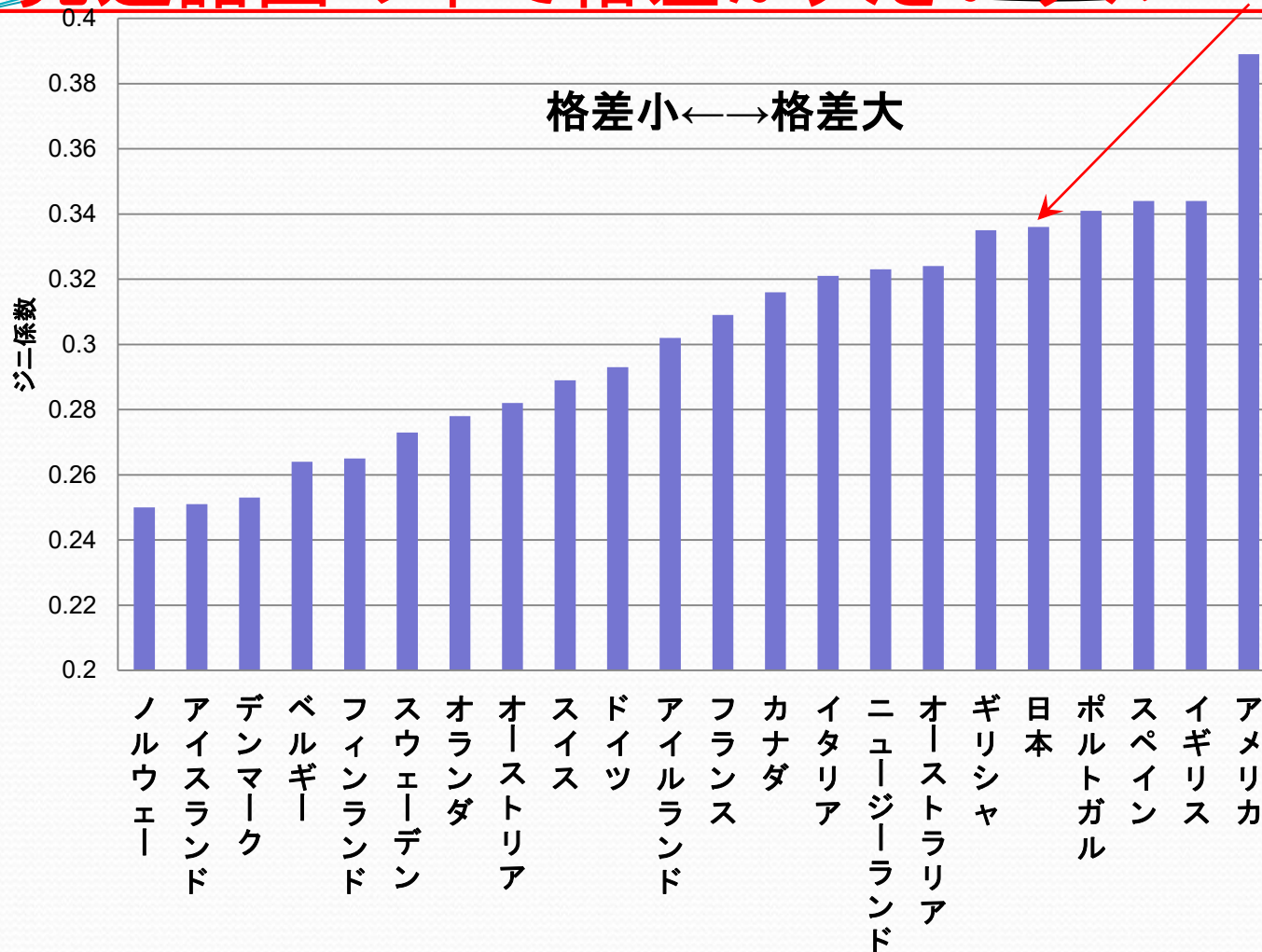


(出所) OECD, Social Expenditure Databaseより作成。

日本の社会保障の特徴

- 1. 規模・・・先進諸国の中で実質的にアメリカと並んで低い
- 2. 内容・・・「年金」の比重が大きく、「福祉」の比重が小さい。
Cf. * 社会保障110.7兆円のうち、年金54.6兆円(49.3%)、医療35.4兆円(32.0%)、福祉その他20.7兆円(18.7%) (2013年度)
- 3. 財源・・・保険と税が渾然一体。

所得格差（ジニ係数）の国際比較： 近年、日本は先進諸国の中で格差が大きいグループに。

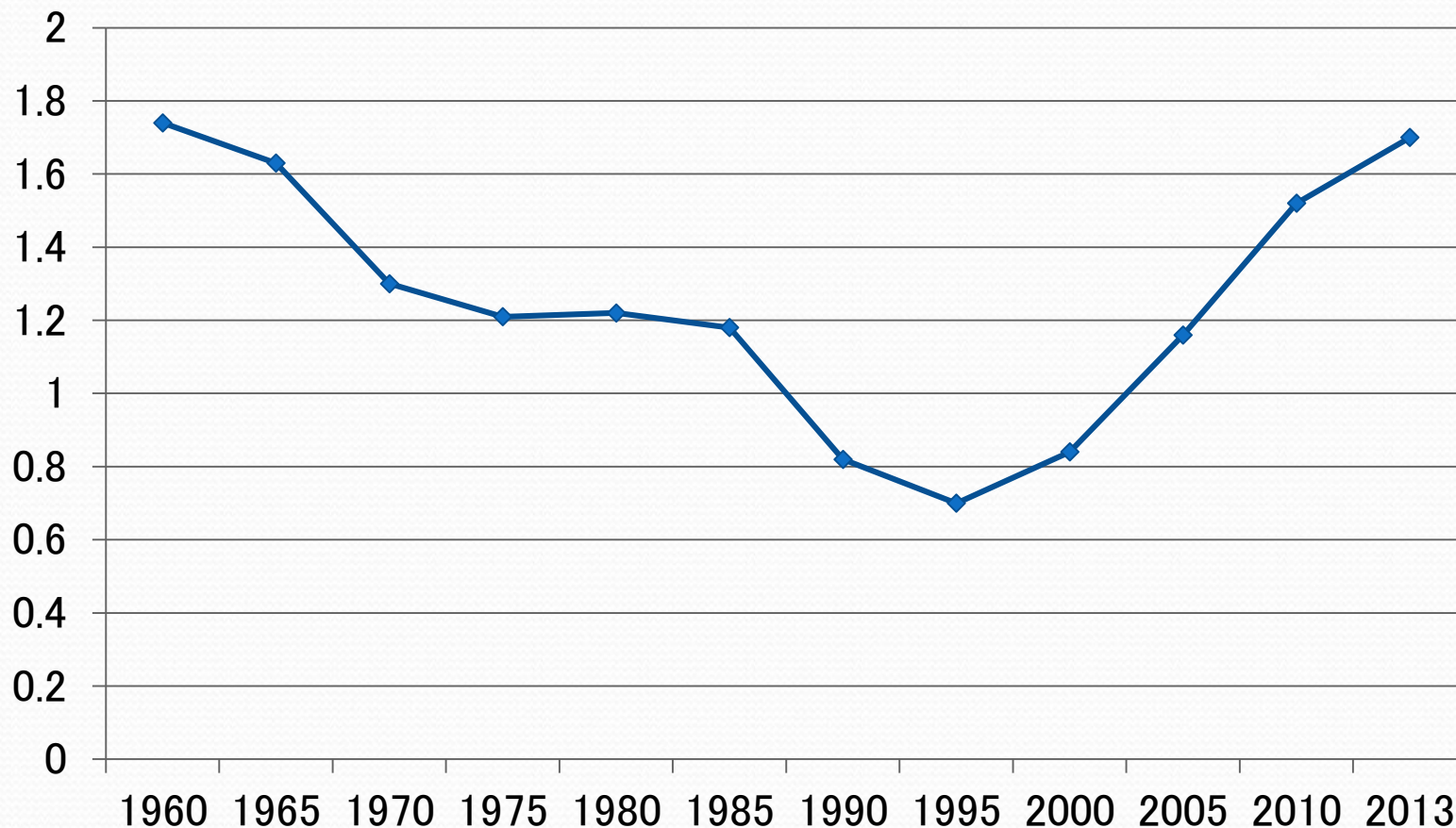


(注1)主に2011年の数値。

(注2)ここでの所得は再分配後の家計当たりの可処分所得(家計人数に応じて調整)。

(出所)OECD Social and Welfare Statistics より作成。

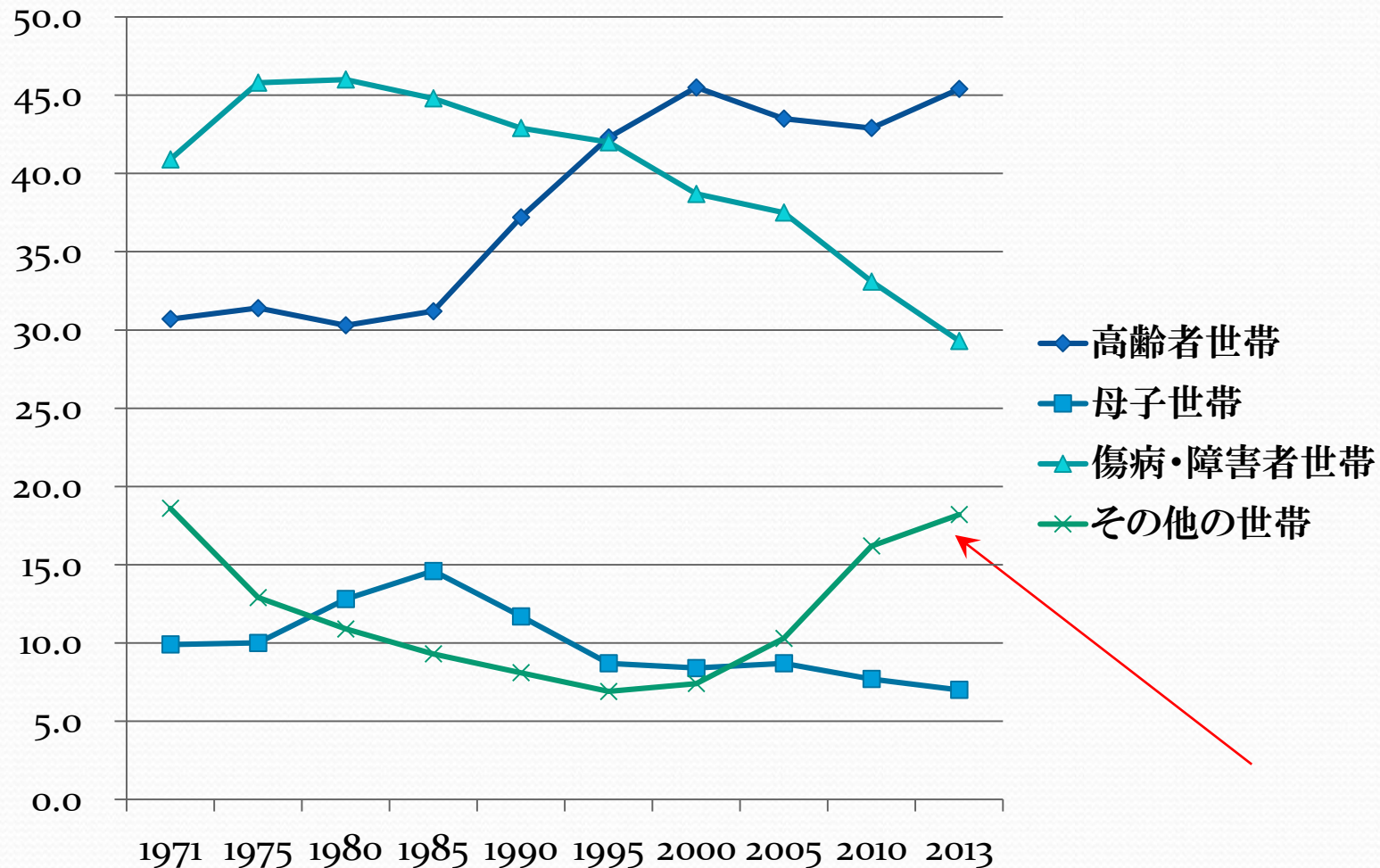
生活保護を受けている者の割合（保護率） の推移（%）



（出所）厚生労働省社会・援護局「被保護者調査」

生活保護：世帯類型割合の推移(%)

・・・若者を多く含む「その他の世帯」が特に増加。



(出所)厚生労働省社会・援護局「被保護者調査」

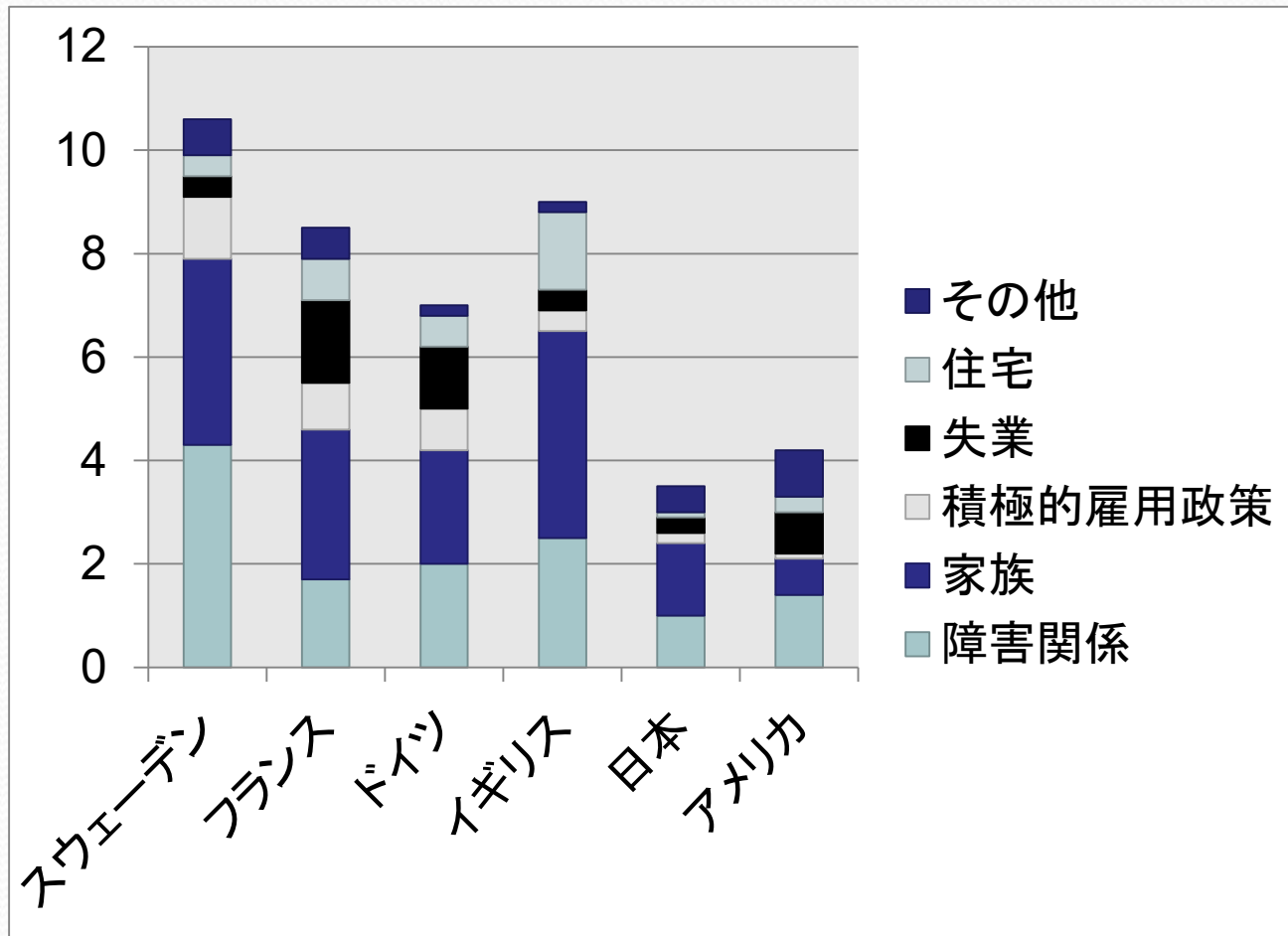
社会保障をめぐる新たな課題： 「人生前半の社会保障」の強化

- 社会保障全体のうち、高齢者関係給付が68.7%を占める（2009年度）。これに対し家族（子ども）関係給付は3.3%。
- 近年 → 会社や家族の流動化・多様化、慢性的な供給過剰の中で、リスクが人生前半にも広く及ぶように
- 加えて、所得格差（含資産面）が世代を通じて累積し、個人が生まれた時点で「共通のスタートライン」に立てるという状況が脆弱化
- 20代の生活保障や所得水準は、結婚ひいては出生率にも大きな影響（ex. 年収300万の分岐）
- かつて「ストック面での人生前半の社会保障」としてきわめて重要な役割を果たした公的住宅も後退。（高齢者の割合の増加。また晩婚化のため単身の若者が増えたが、公的住宅は家族世帯向けが中心。）

「人生前半の社会保障」の国際比較

(対GDP比%、2011年)

—日本の低さが目立つ—



(出所) OECD, Social Expenditure Databaseより作成。

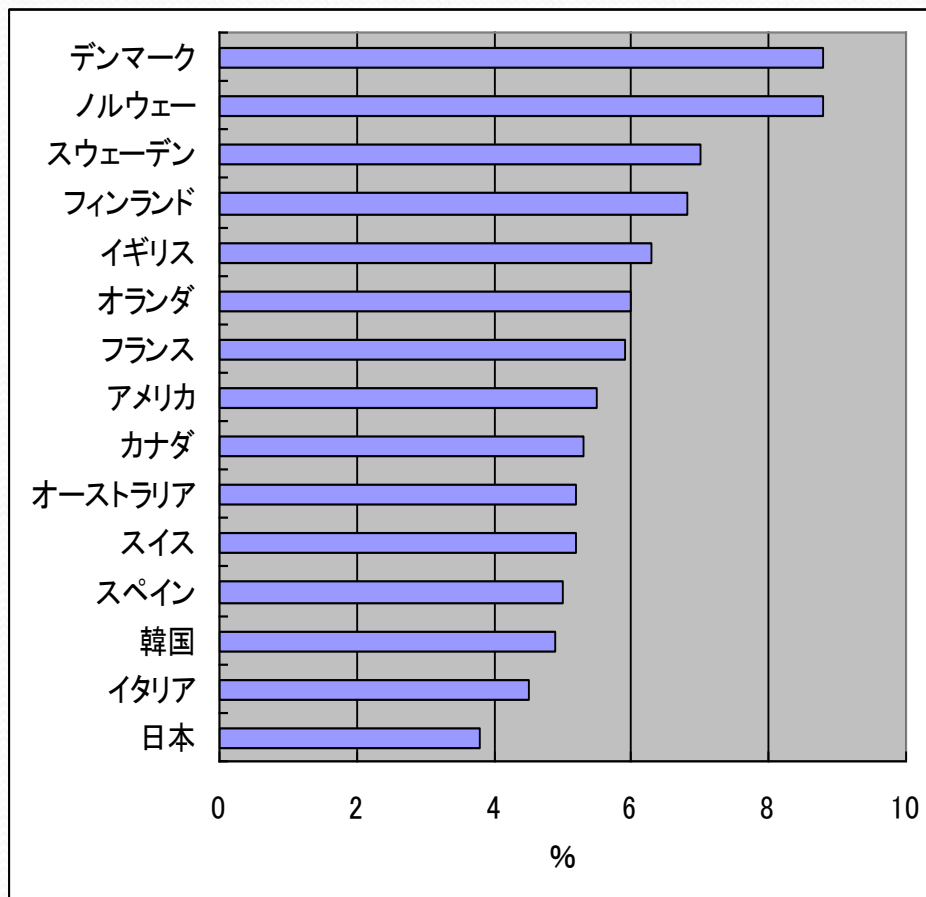
社会保障支出の国際比較(対GDP比%、2011年)

— 日本や南欧は年金の比重が大きい —

	高齢者関係(年金)	社会保障全体	
スウェーデン	9.4	27.2	北 欧
デンマーク	8.4	30.1	
フランス	12.5	31.4	大陸ヨー ロッパ
ドイツ	8.6	25.5	
オランダ	6.2	23.5	
イギリス	6.1	22.7	アングロ サクソン
アメリカ	6.0	19.0	
イタリア	13.4	27.5	南 欧
ギリシャ	12.3	25.7	
スペイン	8.9	26.8	
日本	10.4	23.1	

公的教育支出の国際比較（対GDP比、2010年）

日本はOECD加盟30か国中最低。



(出所)OECD, *Education at a Glance 2013* より作成。

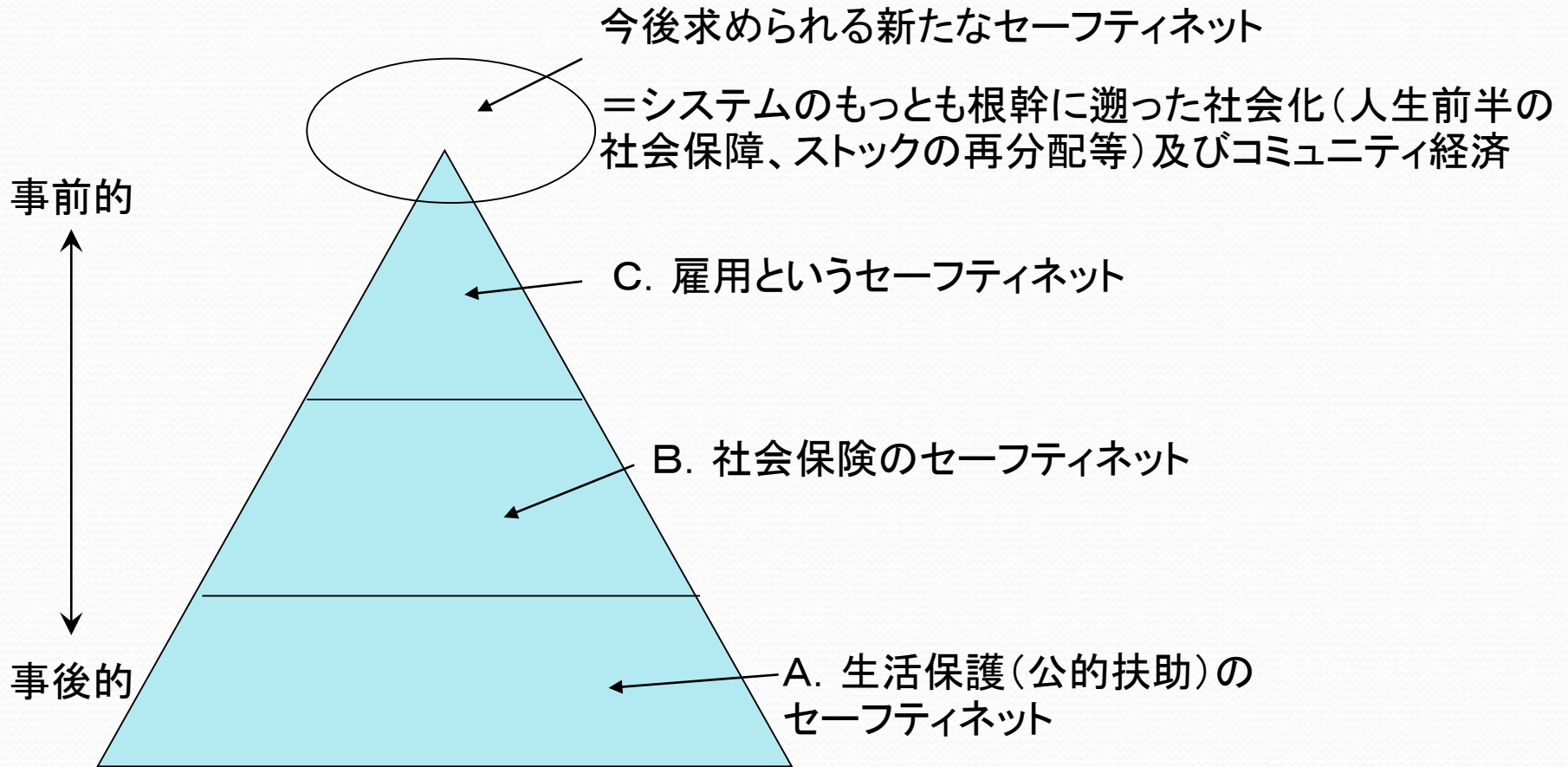
また特に就学前と高等教育期において、教育における私費負担の割合が大(高等教育期についてはOECD平均30.9%に対し日本は 67.5%。OECD, *Education at a Glance 2010*)

これからの社会保障の基本的方向

—全体として、「予防的社会保障」へ—

- (1) 事後から事前へ
 - 人生前半の社会保障
- (2) フローからストックへ
 - スtockに関する社会保障
- (3) サービスないし「ケア」の重視へ
 - 心理社会的ケアに関する社会保障
- (4) 都市政策・まちづくり・環境政策との統合

(参考) 社会的セーフティネットの構造と進化



(注) 歴史的には、これらのセーフティネットはA→B→Cという流れで(＝事後的なものから事前的なものへという形で)形成されてきた(Cについては、ケインズ政策という雇用そのものの創出政策)。しかし現代社会においては市場経済そのものが成熟・飽和しつつある中で、市場経済を超えた領域(コミュニティ)を含むセーフティネットが求められている。

社会保障をめぐる財源

- 基本認識

① 高齢化等を背景に保険原理（拠出と給付の均衡）が成り立ちにくい層が増加、

② 社会保険が前提とする共同体的基盤や企業（雇用）・家族の画一性の揺らぎ

→ 社会保障財源における**税財源の比重を高めていかざるを得ない。**

- 実際、ヨーロッパ諸国においても社会保険財源→税財源へのシフトの傾向。

例) ・ドイツにおける環境税の社会保障財源化、消費税引き上げ(16→19%)

・フランスの一般社会税(91年～。資産を含むすべての所得に課税。実質的な社会保障目的税)

検討されるべき税財源

- ①**消費税** ヨーロッパ並の水準は不可避
← 将来世代へのツケ回しは避けるべき。
- ②**相続税**
 - ・生まれた時点で“共通のスタートライン”
に立てることを保障
 - 格差の世代を通じた累積・固定化を制限
 - ・相続税を一定強化し、それを特に人生前半の社会保
障に充当。

検討されるべき税財源(続き)

- ③**環境税** (ひいては土地・資産課税)
 - ドイツのエコロジカル税制改革(99年。デンマーク、オランダ等も)
 - 環境税を導入し、その税収の一部を社会保障にあてそのぶん年金保険料を下げる(20.3% → 19.5%)
 - 「労働生産性」→「資源(環境)効率性」への転換(「労働への課税」から「資源消費への課税」へ)
 - 社会保障(福祉)と環境が両立する「持続可能な福祉社会」へ

(参考) 経済社会システムの変化 と“富の源泉”及び税制

- 前産業化時代 土地 (→地租など)
- ↓
- 産業化時代・前期 労働(～所得) (→所得税・法人税)
- ↓
- 同・後期(消費社会) 消費 (→消費税)
- ↓
- ポスト産業化
(～定常化) 資産、相続 (ストック) (→相続税等)
自然資源消費・環境負荷 (→環境税・土地課税)

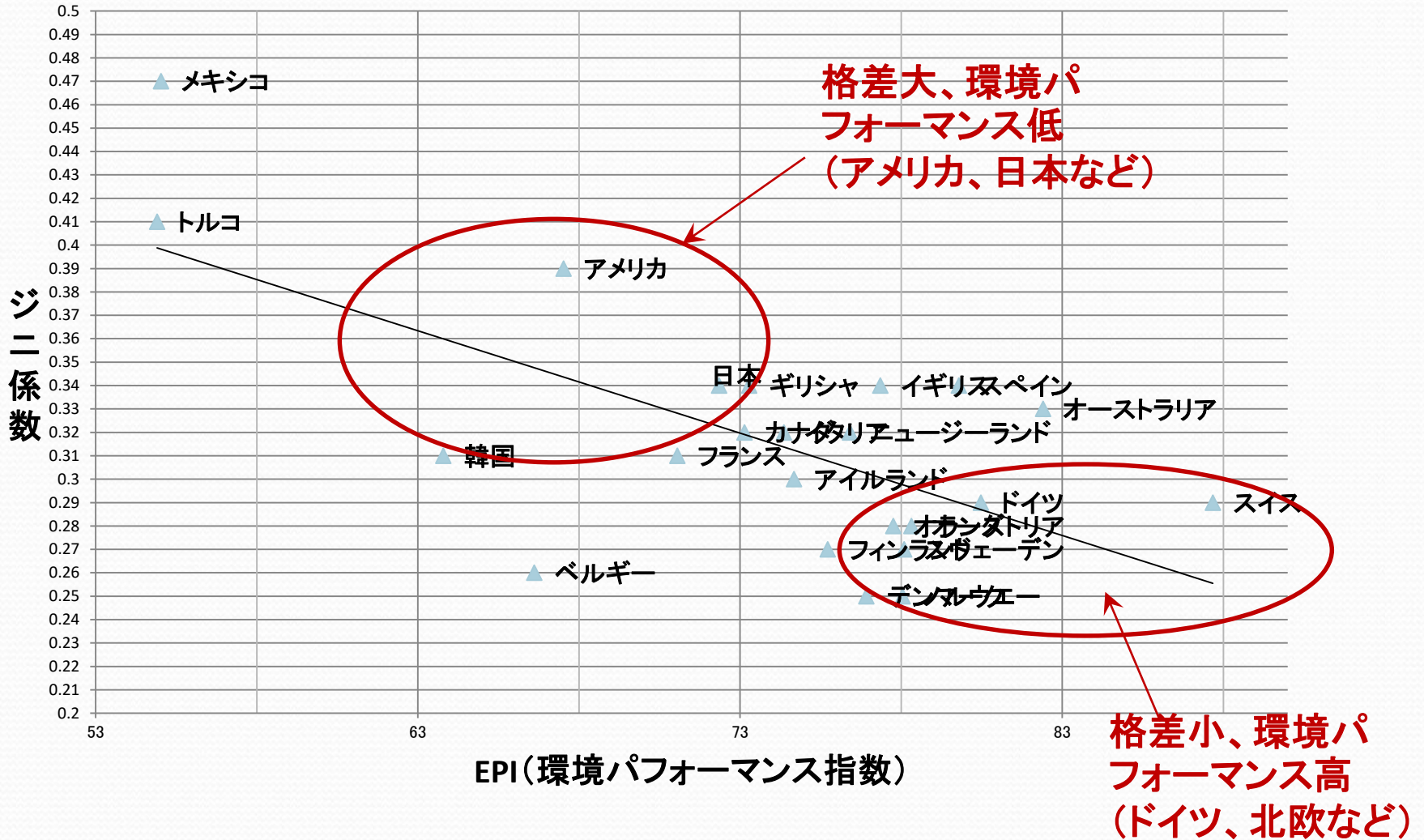


(付論2)
どのような社会を目指すのか：
「持続可能な福祉社会」の構想

目指すべき社会モデル

- 「持続可能な福祉社会sustainable welfare society」
 - ● ● 「個人の生活保障や分配の公正が実現されつつ、それが環境・資源制約とも調和しながら長期にわたって存続できるような社会」
 - **環境** ● ● 富の総量の問題 **持続可能性**
 - **福祉** ● ● 富の分配の問題 **平等、公正**
- の両者の統合。
- 「定常型社会」(=経済成長を絶対的な目標とせずとも、十分な豊かさが実現されていく社会) というコンセプトとも不可分。

「持続可能な福祉社会(緑の福祉国家)」指標



(注)ジニ係数は主に2011年(OECDデータ)。EPIはイェール大学環境法・政策センター策定の環境総合指数。

(出所)広井研究室作成。

「持続可能な福祉社会／緑の福祉国家」 のビジョン

- 環境保全あるいは脱生産主義的な志向をもった福祉国家
- ローカルレベルの地域内経済循環(自然エネルギー等)から出発
& ナショナル、グローバルレベルの重層的な再分配
- 資本主義・社会主義・エコロジーのクロス・オーバー
・・・「市場・政府・コミュニティ」の連携・融合
- 概括的な国際比較
 - 1) 緑の福祉国家A: ドイツ、デンマーク (オランダ) ・・・分権的、
脱生産主義的
 - 2) 緑の福祉国家B: スウェーデン (フィンランド)
・・・「環境近代化(ecological modernization)」的
 - 3) 通常福祉国家: フランス
 - 4) 非環境志向・非福祉国家: アメリカ (日本)



(付論3)

鎮守の森と地球倫理の可能性

「鎮守の森・自然エネルギーコミュニティ構想」

- 全国の神社の数 :8万1000ヶ所
お寺の数 :8万6000ヶ所
 - ・・・都市から農村への人口大移動の中で、高度成長期においては人々の関心の中心からははずれた存在。
- 神社やお寺といった存在は、かつて「コミュニティの中心(ないし拠点)」として存在し、経済、教育、祭り、世代間継承などコミュニティの多面的な機能を担っていた。
- こうしたコミュニティにとって「鎮守の森」のもつ意義を、自然エネルギー拠点の整備と結びつけていくプロジェクト。(なお、祭りが盛んな地域では若者のUターンや定着が多いという指摘あり。)
- さらにそうした自然エネルギー拠点について、周囲の場所を一体的にデザインし、保育や高齢者ケアなどの福祉的活動、環境学習や教育、様々な世代が関わりコミュニケーションを行う世代間交流等々の場所として、新たな「コミュニティの中心」ないし拠点として多面的に活用。
- 自然エネルギーという現代的課題と、自然信仰とコミュニティが一体となった伝統文化を結びつけたものとして、日本が世界に対して誇れるビジョンとなりうる可能性。〔→「鎮守の森コミュニティ研究所」ホームページ参照。〕

鎮守の森セラピー（森林療法）の試み

＜白幡天神社（市川市）にて＞



実施例)最初に気功を行い、続いて樹木に寄り添う、触れる、抱える等により瞑想を行う。

世界人口の超長期推移 (ディーヴェイの仮説的図式)

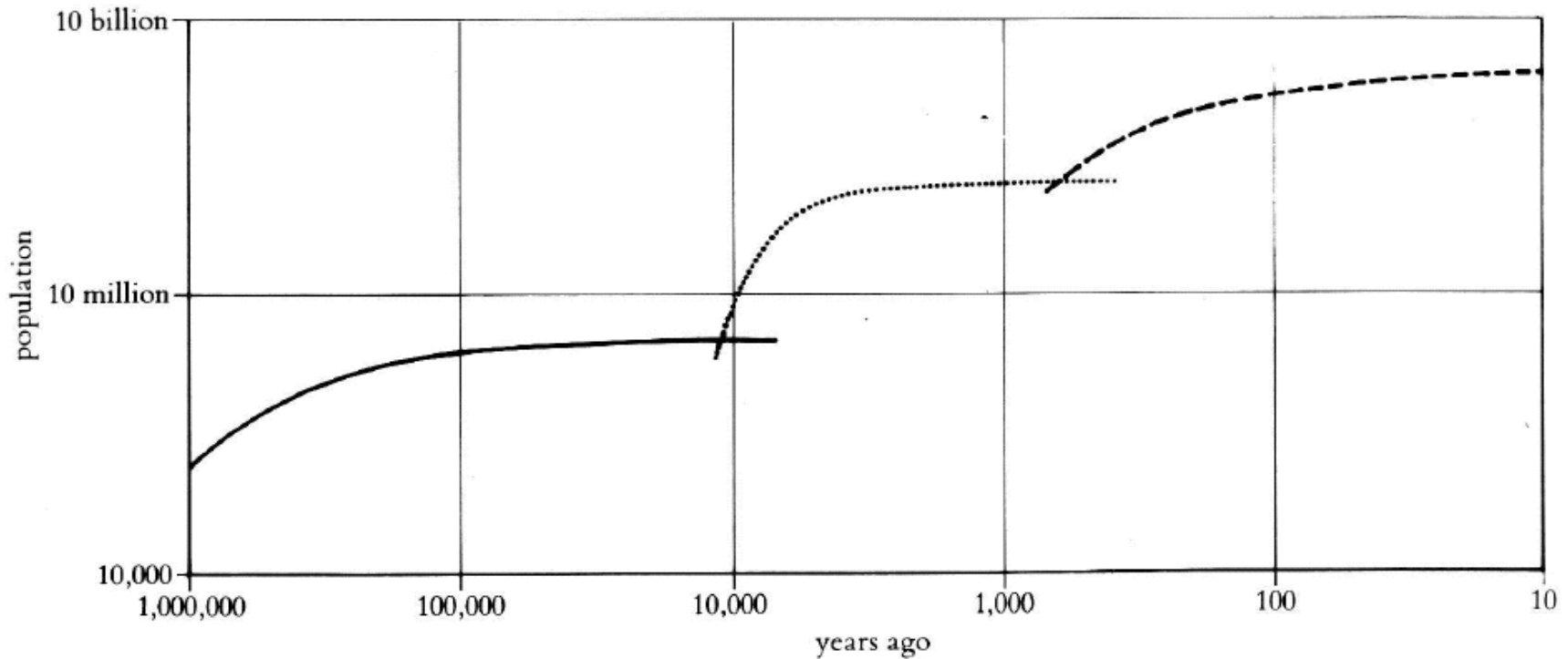
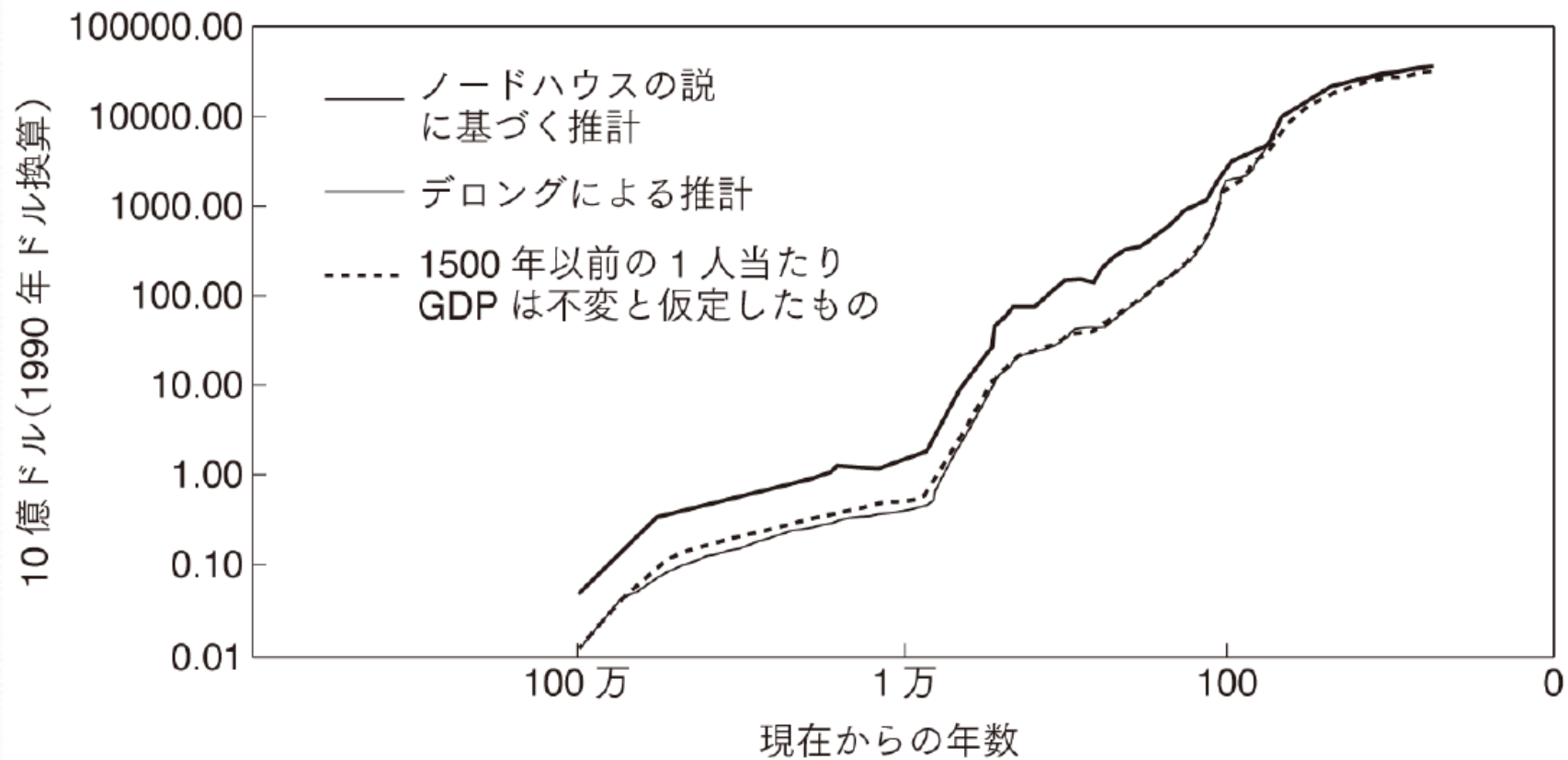


FIGURE 5.13 Deevey's schema of world population history for the last million years, with the number of years before the present and population size both plotted on logarithmic scales. SOURCE: Deevey (1960, p. 198)

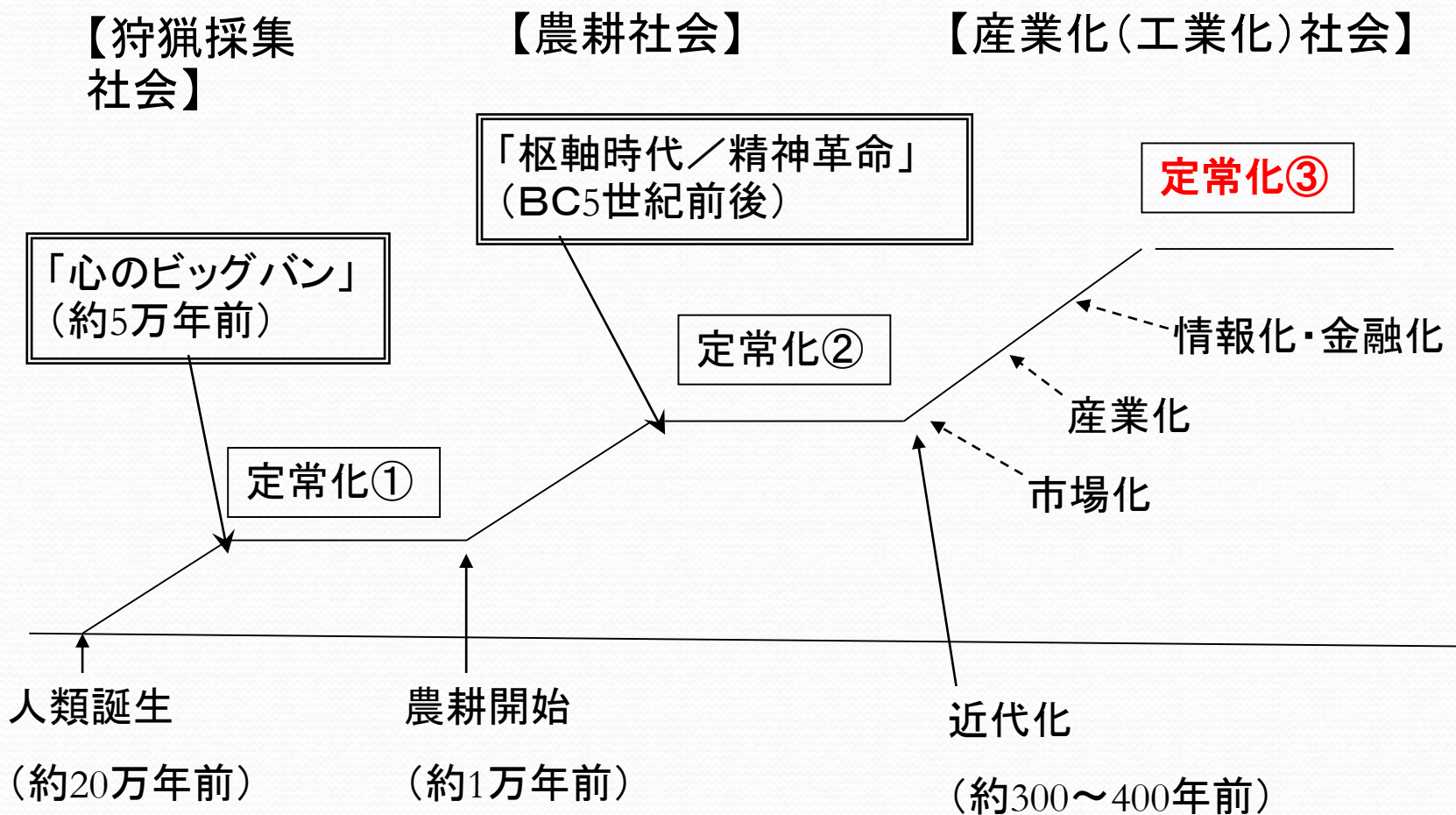
超長期の世界GDP(実質)の推移



(出所) DeLong (1998)

人類史における 拡大・成長と定常化のサイクル

人口・経済の規模↑



【自然信仰】

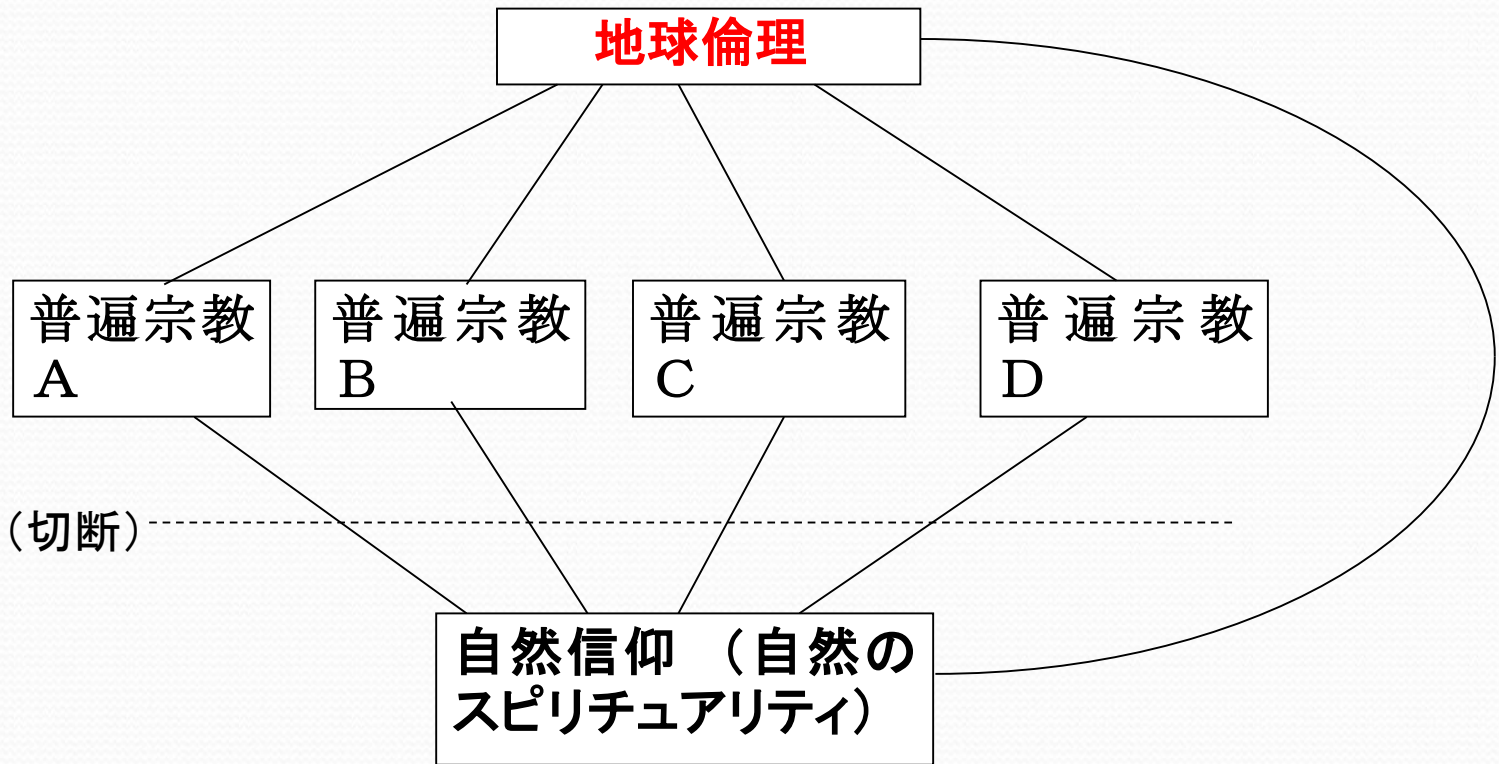
【普遍宗教】

【地球倫理】

「地球倫理」の可能性

(地球的公共性／地球的スピリチュアリティ)

・・・「第三の定常化の時代」における価値原理として



地球倫理の特質・・・①有限性、②多様性、③ローカル(内在性)とユニバーサル(超越性)の循環的融合

参考文献

- アロン・アントノフスキー(2001)『健康の謎を解く』、有信堂。
- 伊東俊太郎(2013)『変容の時代——科学・自然・倫理・公共』、麗澤大学出版会
- 井村裕夫(2000)『人はなぜ病気になるのか——進化医学の視点』、岩波書店。
- ウィルキンソン(2009)『格差社会の衝撃—不健康な格差社会を健康にする法』、書籍工房早山。
- J. カバットジン(2007)『マインドフルネスストレス低減法』、北大路書房。
- 近藤克則(2005)『健康格差社会』、医学書院。
- 東京大学医療政策人材養成講座(2009)『医療政策入門』、医学書院。
- 桐野高明(2014)『医療の選択』岩波新書。
- マーティン・セリグマン(2014)『ポジティブ心理学の挑戦』、ディスカバー。
- ロバート・パットナム(2006)『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房。
- 広井良典(1992)『アメリカの医療政策と日本——科学・文化・経済のインターフェイス』、勁草書房。
- 同(1994)『医療の経済学』、日本経済新聞社。
- 同(1997)『医療保険改革の構想』、同。
- 同(1997)『ケアを問いなおす——〈深層の時間〉と高齢化社会』、ちくま新書。
- 同(1999)『日本の社会保障』、岩波新書。
- 同(2000)『ケア学』、医学書院。
- 同(2001)『定常型社会 新しい「豊かさ」の構想』、岩波新書。
- 同(2001)『死生観を問いなおす』、ちくま新書。
- 同(2009)『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。
- 同(2011)『創造的福祉社会』、ちくま新書。
- 同(2013)『人口減少社会という希望』、朝日新聞出版。
- 同(2015)『ポスト資本主義 科学・人間・社会の未来』、岩波新書。
- ブルーノ・S・フライ他(2005)『幸福の政治経済学』ダイヤモンド社。
- Thomas Mckeown(1988), *The Origines of Human Diseases*, Blackwell.
- Stephen C. Stearns (ed)(1999) ,*Evolution in Health and Disease*, Oxford UP.
- Lewis Thomas(1974), "Technology of Medicine," *The Lives of A Cell*, Viking Press.
- World Bank(1993), *Investing in Health*.