

日本の地域医療への期待—分散型社会と医療の公共性

京都大学こころの未来研究センター教授
広井 良典



(はじめに)

日本という国の際立った「特徴」は何かという点については、時代によって大きな変遷がある。たとえば1980年代であれば、当時『ジャパン・アズ・ナンバーワン』という本が話題になったように、日本とはまずもって“経済成長においてもっとも成功している国”あるいは“ハイテク技術の先進国”として認識されていた。

現在はどうか。上記のような日本の性格は大きく変わり、日本という国の最大の特徴は、世界における“人口減少と高齢化のフロントランナー”という点になっている。

これは医療のあり方と大きく関わっており、地域医療においても新たなモデルを作っていく必要がある。ここではこうした話題について幅広い角度から考えてみたい。

1. AIを活用した未来シミュレーションと「地方分散型社会」

(2050年、日本は持続可能か?—AIを活用した社会構想と政策提言)

昨今、AI（人工知能）に対する社会的関心が高まっている中で、私たちの研究グループ（私を代表とする京都大学の研究者4名と、京都大学に創設された日立京大ラボのメンバー）は、AIを活用した日本社会の持続可能性と政策提言に関する研究成果を平成29年（2017）に公表した（ウェブサイト「AIの活用により、持続可能な日本の未来に向けた政策を提言」参照）。

研究の出発点にあったのは、現在の日本社会は「持続可能性」という点において“危機的”と言わざるをえない状況にあるという問題意識である。特に次のような点が重要なし象徴的な事柄と思われる。

- 1) 財政あるいは世代間継承性における持続可能性…政府の債務残高ないし借金が1000兆円あるいはGDPの約2倍という、国際的に見ても突出した規模に及んでおり、その結果、膨大な借金を将来世代にツケ回ししていること
- 2) 格差及び若い世代に関する持続可能性…生活保護受給世帯ないし貧困世帯の割合が90年代半ば以降急速に増加しており、格差が着実に広がるとともに、子ども・若者への支援が国際的に見てきわめて手薄いことから、若年世代の困窮や雇用不安が

拡大し、このことが低出生率あるいは少子化の大きな背景となっていること

- 3) コミュニティないし「つながり」に関する持続可能性…著名な国際比較調査（ミシガン大学が中心に行っている「世界価値観調査World Values Survey」）において、「社会的孤立度」（=家族などの集団を超えたつながりや交流がどのくらいあるかに関する度合い）が、日本は先進諸国においてもっとも高くなっていること

こうした事実に示されるように、現在の日本は持続可能性という点において相当深刻な状況にある。そして、「2050年、日本は持続可能か」という問いをテーマとして設定した場合、現在のような政策や対応を続けていけば、日本は「持続可能シナリオ」よりも「破局シナリオ」に至る蓋然性が高いのではないか。

このような問題意識を踏まえ、AI技術を活用し、また「幸福度」といった主観的な要素も視野に入れた形で将来シミュレーションを行い、日本社会の未来の分岐構造がどのようなもので、またどのような対応がなされるべきかを探ったのが今回の研究だった。

具体的には、日本社会の現在そして未来にとって重要と考えられる、人口、高齢化、経済、環境等に関する149個の社会指標についての因果関連モデルを構築し、AIを用いたシミュレーションにより平成30年（2018）から令和34年（2052）までの35年間にわたる約2万通りの未来シナリオ予測を行い、それらを最終的に6つの代表的なシナリオ・グループに分類した。分類にあたっては、①人口、②財政・社会保障、③都市・地域、④環境・資源という4つの持続可能性と、雇用、格差、健康、幸福という4つの観点に注目した。

（AIが示す日本の未来シナリオ—「都市集中型」と「地方分散型」の分岐）

シミュレーションの結果として明らかになったのは次のような内容だった。

（1）2050年に向けた未来シナリオとして主に「都市集中型」と「地方分散型」のグループがあり、その概要は以下のようになる。

a) 都市集中型シナリオ

主に都市の企業が主導する技術革新によって、人口の都市への一極集中が進行し、地方は衰退する。出生率の低下と格差の拡大がさらに進行し、個人の健康寿命や幸福感は低下する一方で、政府支出の都市への集中によって政府の財政は持ち直す。

b) 地方分散型シナリオ

地方へ人口分散が起こり、出生率が持ち直して格差が縮小し、個人の健康寿命や幸福感も増大する。ただし、次項以降に述べるように、地方分散シナリオは、政府の財政あるいは環境（CO₂排出量など）を悪化させる可能性を含むため、このシナリオを真に持続可能なものとするには、細心の注意が必要となる。

（2）8～10年後までに都市集中型か地方分散型かを選択して必要な政策を実行すべきである。

今から8～10年程度後に、都市集中型シナリオと地方分散型シナリオとの分岐が発生

し、以降は両シナリオが再び交わることはない。

持続可能性の観点からより望ましいと考えられる地方分散型シナリオへの分岐を実現するには、労働生産性から資源生産性への転換を促す環境課税、地域経済を促す再生可能エネルギーの活性化、まちづくりのための地域公共交通機関の充実、地域コミュニティを支える文化や倫理の伝承、住民・地域社会の資産形成を促す社会保障などの政策が有効である。

以上がシミュレーション結果の概要だが、研究を進めた私自身にとってもある意味で予想外だったのだが、日本の未来についてのAIシミュレーションが示したのは、日本社会の持続可能性を図っていく上で、「都市集中」—とりわけその象徴としての東京への一極集中—か「地方分散」かという点がもっとも本質的な分岐点ないし選択肢であり、かつ人口、地域の持続可能性や格差、健康、幸福の観点からは地方分散型が望ましいという内容だった。

言い換えれば、日本全体の持続可能性を考えていくうえで、ヒト・モノ・カネができる限り地域内で循環するような「分散型の社会システム」に転換していくことが、決定的な意味をもつということが示されたという点である。ある意味でこれは、新型コロナ禍を通じて顕在化した課題を先取りした内容だったという面もあるだろう。

この「AIを活用した社会構想と政策提言」については、その後政府機関や自治体、各種研究機関等から多くの問い合わせをいただき、長野県、文部科学省、兵庫県、岩手県、岡山県真庭市、愛知県高浜市、広島県福山市等々と同趣旨のシミュレーションを行い公表してきているところである（ウェブ上で閲覧可能）。

2. 地域コミュニティの中心としての医療施設

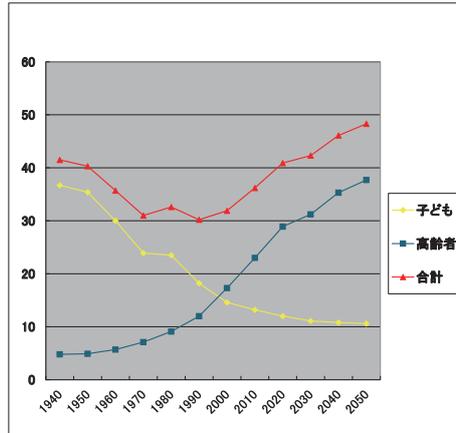
（「地域密着人口」の増加）

AIを活用した未来シミュレーションが示した「地方分散型社会」という点について述べたが、こうした点を少し別の角度から見てみよう。それは、「「地域密着人口」の増加」という視点である。

（図1）をご覧いただきたい。これは人口全体に占める「子どもプラス高齢者」の割合の変化を示したもののだが、昭和15年（1940）から令和32年（2050）という100年強の長期トレンドで見た場合、それが比較的きれいな「U字カーブ」を描いていることが顕著である。すなわち、人口全体に占める「子どもプラス高齢者」の割合は、戦後の高度成長期を中心に一貫して低下を続け、それが世紀の変わり目である平成12年（2000）前後に「谷」を迎えるとともに増加に転じ、今後令和32年（2050）に向けて今度は一貫して上昇を続ける、という大きなパターンが見て取れる。

なぜここで「子どもと高齢者」の合計に注目するのか。それは、人間のライフサイクルということ考えた場合、子どもの時期と高齢の時期は、いずれも“土着性”ないし地域との関わりが強いという点が特徴的だからである。いわば子どもと高齢者は「地域密着人口」と呼べる存在である。これに対して現役世代は「カイシャ」つまり職場との関わりが圧倒的に強く、地域との関わりは薄くなりがちだ。

「地域密着人口」の増加 人口全体に占める「子ども・高齢者」の割合の推移(1940-2050年)



(注)子どもは15歳未満、高齢者は65歳以上。
(出所)2010年までは国勢調査、2020年以降は「日本の将来推計人口」(平成29年推計)を基に筆者作成。

図 1

以上の点を併せて考えると、戦後から高度成長期をへて最近までの時代とは、“「地域」との関わりが強い人々(地域密着人口)”が減り続けた時代であった。しかし今後は逆に、そうした人々が一貫して増加する時代になっていく。同時に、ここでは詳述しないが、近年では若い世代においても“ローカル志向”が強まり、また“職住近接”への希望も高まっており、これは学生などを見ても感じることである(広井(2019))。

こうした「地域密着人口の増加」という事実や関連の動きに注目すれば、「地域」というものが今後一層大きく存在感を増していくのは、人口構造の面からも半ば必然的な変化であると言えるだろう。

〔「コミュニティの中心」としての医療・福祉施設〕

ではそうした変化の中で、病院など医療・福祉施設はどのような意味をもつことになるのだろうか。

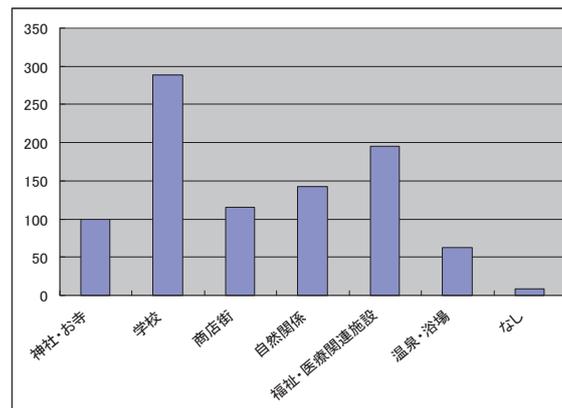
ここで「コミュニティの中心」という視点が浮かび上がってくる。「コミュニティの中心」とは、大きくは「地域における拠点的な機能をもち、人々が気軽に集まりそこで様々なコミュニケーションや交流が生まれるような場所」といった意味だが、こうした点に関し、私は以前、全国の自治体を対象に「地域コミュニティ政策に関するアンケート調査」という調査を行った(全国市町村1834のうち無作為抽出917プラス政令市等で計1110団体に送付し返信数603(回収率54.3%)。詳細は広井(2009)参照)。

このアンケート調査の中で、今後「コミュニティの中心」として特に重要な場所は何かという質問項目については、(図2)のような結果が示された。このうち「学校」が1位となったのは、特に明治以降「学校」及び「学区」というものが地域コミュニティの中心かつ主要単位であったことを考えればある意味で予想の範囲内でもあるが、一方、コミュ

ニティの中心として重要な場所の2位に「福祉・医療関連施設」が来たのは予想よりも上位で、これはやはり「高齢化」をめぐる構造変化と深く関連しているだろう。

つまり、高度成長期に地域コミュニティの核をなしていた「子ども」に対応するのが「学校」とすれば、今後急激に増えていく「高齢者」に対応するのが「福祉・医療関連施設」ともいえ、したがって“かつて地域において学校が果たしていたような役割を今後は医療・福祉関連施設が担う”という点が指摘できるのである。

「コミュニティの中心」として特に重要な場所
(3つまで複数回答可)



(注)以上のほか、「その他」と回答した数が351あり(内訳は、公民館174、自治会館77、地区センター等68、コミュニティセンター等49など〔重複回答あり〕)。

(出所)地域コミュニティ政策に関する全国自治体アンケート調査(広井(2009))

図2

あるいは、これまではある意味で“子ども仕様”に設計されていた都市や地域を、これからの時代は“高齢者仕様”に再編していく必要があるとも言える。

思えば、都市計画における古典的な議論として、ペリーの近隣住区論 (neighborhood unit) というのがあり、それは小学校などを中心にすえて周囲に住宅や公園、道路等を配置するという内容のものだが、高齢化時代においては、こうした発想そのものをかなり根本から考え直していく必要がある。

医療施設にそくして言えば、今後それらは「閉じた空間」ではなく、より積極的に地域に開かれた、コミュニティの拠点的な機能が求められていることになるだろう。

3. 医療の公共性と医療費配分の改革

最後に、「医療の公共性」そして医療費の配分というテーマについて述べてみたい。

あらためて言うまでもなく、令和2年(2020)は新型コロナウイルスの影響が拡大し、日本と世界が一変した年だったが、それと医療システムとの関連についての分析や考察が求められている。

医療システムについて見るならば、日本の場合、もともと人口当たりのICU(集中治療室)の数がアメリカやドイツに比べて大幅に少ないことや、新型コロナウイルスに感染し

た患者を実際に受け入れている医療機関の割合が低く、欧米に比べて患者数が少ない割に“病床ひっ迫”や“医療危機”が直ちに生じてしまうなど、様々な問題が指摘されている。

これには大きく二つの背景ないし課題があると考えられる。一つは日本の場合、医療における「財政」面（医療保険制度）は「公」中心である一方、「供給」面においては公的病院ないし病床の割合が主要先進諸国の中でもっとも低いという点がある（[図3](#)参照）。

医療システムの国際比較 —「公私」の役割分担の視点から

	イギリス	ドイツ	フランス	日本	アメリカ
医療供給システム (公的病床の割合)	公	公	公	私	私
	ほぼ全て	約90%	約70%	約30%	約25%
医療財政システム	公	公	公	公	私
	税	社会保険	社会保険	社会保険	民間保険中心

(注) 供給の下欄は病床の総数に占める公的(国立・公立)病院病床の割合。ただしドイツは公益病院(宗教法人立・財団法人立)を含む。またイギリスは90年代のNHS改革により国立病院は独立採算制のNHSトラストに改変。
(出所) 広井(2018)

図3

しかも、“プロフェッショナル・フリーダム”という標語の下で自由放任的な政策対応がなされてきたため、端的に言えば「医療の公共性」という点が日本においては脆弱なのだ。たとえば、昭和39年(1964)の医療法改正において「公的病床規制」という制度が導入され、公的病院に限って病床の増加が抑えられることになったのはその一例である。

私は、後に述べる医療費の配分という点を含め、公的病院に対する支援あるいはその強化を図っていくことが、日本の医療において強く求められていると考える。ある意味で今回のコロナ禍は、こうした点に関する日本の医療の構造的な問題を、皮肉な形で明るみに出したと言えるのではないか。

以上の点と並んでのもう一つの課題は、日本の場合、概して診療所(開業医)や中小病院に医療費ないし診療報酬が優先的に配分されており、公的病院を含め、高次機能を担う病院への医療費配分が手薄であることである。

基本的な点を確認すると、現在の日本の診療報酬(保険点数)は昭和33年(1958)に概ね原型ができたものだが、当時は医療機関の大多数は診療所(開業医)だったこともあり、基本的に診療所をモデルにした点数体系が作られた。その後、現在に至るまで改定を重ねてきているものの、日本の診療報酬は以下のような「構造的」ともいえる問題点を有している。

すなわち、①「病院、とりわけ入院部門」の評価が薄い、②「高次医療」への評価が薄い、③「チーム医療」の評価という視点が弱い、④「医療の質」の評価という視点が弱い、

という諸点である。実際、医療施設の収益率を見ると、診療所には比較的潤沢な医療費が配分される一方、病院については高次機能の病院ないし公的病院ほど収益率が低くなっている（広井（2018）参照）。

このように、医療費の配分問題は、日本の医療の構造的な課題として皆保険体制の成立（昭和36年（1961））以来存在していたものだが、先ほどの公的病院あるいは医療の公共性の弱さという点と並んで、そうした矛盾がコロナ禍を契機に露呈しているという面がある。

私は「診療所から病院、特に公的病院を含む高次機能病院への医療費の配分シフト」という点を含め、医療費の配分のあり方を正面から議論すべき時期に来ていると考える。診療報酬のあり方を審議する中医協（中央社会保険医療協議会）の議論などは、細部のテクニカルな調整が中心で、大きな枠組みとして、医療費の配分をどのようにするかという根本的な論議が不足しているのではないか。

本稿の冒頭で述べたように、高齢化と並行して人口減少時代となる中で、「限られた資源の配分」ということが社会全体の課題となっている。地域における公的病院への支援や「医療の公共性」の強化という点を含め、医療をめぐる公私の役割分担や医療費配分のあり方を、透明性の高い形で論じる場や方法を考える必要がある。新型コロナ禍を契機として議論し改革を進めていく点の一つは、こうした日本の医療システムの基本問題なのではないか。

このようなビジョンづくりや政策展開を通じて、日本の地域医療を強化していくことがいま求められているのである。

（文献）

広井良典（2009）『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。

同（2018）『持続可能な医療』、ちくま新書。

同（2019）『人口減少社会のデザイン』、東洋経済新報社。