

# 超高齢社会に向けての 医療介護政策の展望



東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授  
辻 哲夫

## 世界に類を見ない高齢化を前に

私が現在、在籍する東京大学で取り組んでいる高齢化社会の学際的研究は、国際的に見て日本では遅れている分野だ。

総人口における65歳以上の割合を示す高齢化率は、すでに23～24%に到達。2030年30%、2055年40%と予想され、これほど高齢化が進展する国は、世界中に存在しない。

高齢化は若年層減少と高齢者増加という両面から起こるが、今後、後期高齢者が激増する社会をいかに迎えるか、考えてみたい。

後期高齢者とは75歳以上の人。75歳を超えると、集団として見ると心身が弱っていく。そういった後期高齢者が、2005年から2030年にかけて1,100万人から2,200万人へと倍増し、後は横ばいとなる。

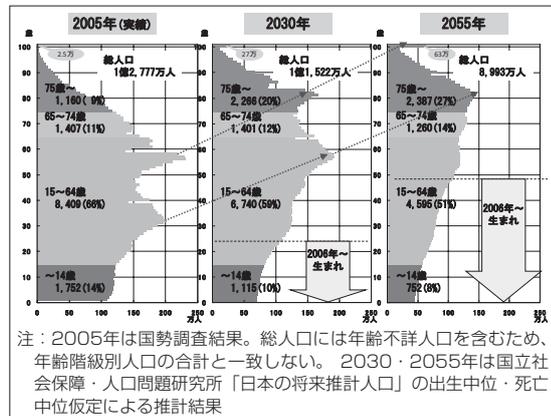


図1 人口ピラミッドの変化 (2005、2030、2055)

2030年の人口ピラミッドでひときわ飛び抜けているのが83歳。平均寿命は男子が79歳、女子が86歳。65歳まで生き残った人に限定すると、男子が83歳、女子が89歳。

いま65歳前後の団塊世代は、2030年には83歳となり、相当に弱っているはずだ。今から十数年後の2025年には、後期高齢者の生活を展望するシステムが完成していないと、2030年には間に合わない。非常に重要な時期に差

し掛かっている。

2025年における都道府県別の高齢者数は、特に東京、大阪、神奈川といった大都市圏で激しい増加となる。地方でも都市化が進んだ中心部は、増加率が高い。都市の高齢化問題でもある。

従来の福祉政策では、後期高齢者が虚弱になったときに施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床等）でお預かりするという仕組みで対応を進めてきた。

ところが、施設は土地の寄附が前提。大都市圏では地価が高く、そう簡単に寄附では土地が見つからない。だから、後期高齢者の増加に見合うように、施設整備を今後十数年間で一気に実行するのは不可能だ。大都市圏での福祉政策は従来型の延長では困難で、新しい政策が必要となる。制度は全国一律であるから、大都市圏を照準とした制度は、地方にも波及し医療・福祉政策は大きく変容していく。

## 従来型病院医療の限界

日本人の死に場所を考える。終戦直後は病院で亡くなる人は1割、大部分は家で死んでいたが、瞬く間に病院死亡率が増え、現在、病院死亡者が約8割。日本ほど病院死亡率の高い国はまれだ。

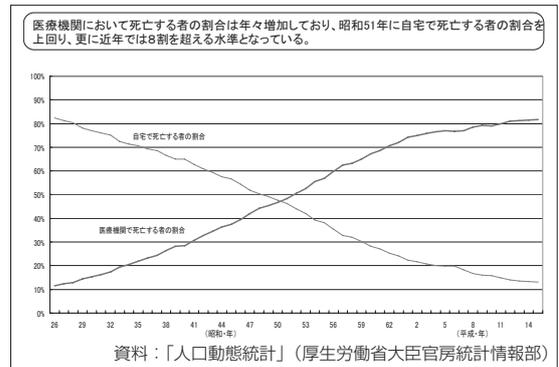


図2 医療機関における死亡割合の年次推移

原因は、病院信仰だ。昭和30年代から、医療技術が著しく発展を遂げ、従来なら死亡していた人が、手術で治るといような医療技術が病院中心に育成された。できる限りの治療を实践する過程で、病院死亡者が激増した。

病院医療とは何か。臓器別医療である。循環器、肺、胃腸をはじめ病気の原因となる臓器を徹底的に治す医療。

臓器を治す目標は、命を守ること、延命、死との闘いである。今後の長寿時代に死と闘って病院で亡くなるのが、幸せだといえるのか、今後大きな議論になっていくだろう。

年間80万弱で推移していた死亡者数は100万を突破し、近い将来、170万弱まで増える見込みだ。

1965（昭和40）年ごろ、死亡者のうち75歳以上はたった3分の1。まさしく“死との闘い”にふさわしい。早世ほど悲しいものはないから病院医療が一気に進歩し、現在は75歳以上は3分の2、若死は3分の1。平成40年には若死は4分の1、75歳以上の死は4分の3。今、死亡者が一番多い年齢は、男子85歳、女子90歳となった。

このような時代に、死との闘いをメインとする病院医療だけでよいのか、医療のあり方が大きく問い直されつつある。ところが、考え方やシステムが追いついていない。これが、非常に大きな問題となっている。

## だれもが障がい者になる社会

認知症の増加も著しい。認知症は、65、70、75、80、85と5年刻みに、年齢ごとの有病率が1%、3%、7%、15%、24%というように倍々に増えている。老化に伴う病気といえる。

認知症はアルツハイマーが多く、“脳のごみたんぱく”によって、脳が変性していく。「食事が終わったばかりなのに、まだ食べてない」等のように、まず、直近記憶からなくなる。そして、金勘定など難しいこともできなくなる。平均10年ほどかけて最後は嚥下能力を失って、死に至る。

認知症の発症は、65歳以上の約1割、85歳以上の約3割と言われる。だれもが障がい者になる可能性がかなり高い社会への移行とい

う、世界最前線の変化が日本で起ころうとしている。

高齢者の自立度を20年間追跡した調査によると、3パターンに分かれる。男性では、ほぼ完全自立が1割、急激に重い要介護になるのが2割、残りの7割が75歳ぐらいを境に徐々に自立度が落ちていく。女性の場合は、足腰から弱っていき、完全自立のパターンがほぼない。だが、男性と比較して急激に要介護度の重くなる人は少ない。9割は男性より自立度が高く、ゆっくりと徐々にレベルダウンする。

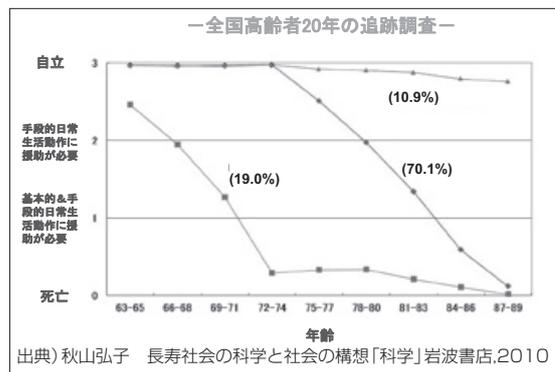


図3 自立度の変化パターン【男性】

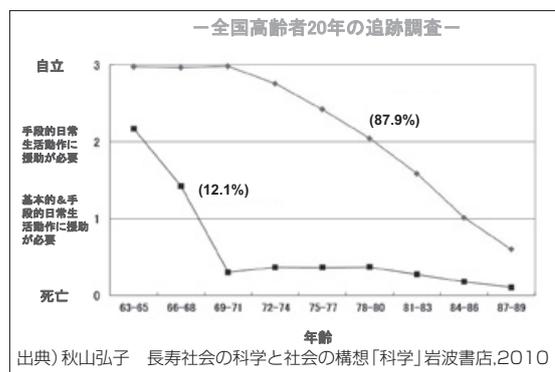


図4 自立度の変化パターン【女性】

このデータが示唆しているのは、急激に要介護の重くなる生活習慣病系の病気の存在である。生活習慣病は血管病。脳卒中による麻痺のように、生活習慣病系の病気では要介護になる。そうならない普通の老いの姿は、ゆるやかに自立度が下がる廃用症候群系といえる。使わないから足腰から弱っていったり、認知症になる。

これから目指すべきは生活習慣病の予防、そして廃用症候群への対応としての介護予防。これが、基本政策となる。

一方において、多くの人には“ぴんぴんころり”ではない。通常、要介護に相当する虚弱な期

間を経て死に至る。弱っても幸せを感じられるシステムの構築も非常に重要な政策テーマである。

### 1に運動、2にダイエット

生活習慣病は年齢とともに増え、高齢社会の主な病気である。メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）ともいわれ、内臓脂肪から出てくる物質の中には、血管内のエネルギー代謝等の動きを阻害するものがある。血管が痛むと、脳卒中や心筋梗塞、腎不全などを発症する。血管が損なわれた結果、重い要介護に至る。もちろん、減塩なども必要だが、血管病についてはメタボリックシンドローム＝内臓脂肪症候群を抑えればいい。

糖尿病や肥満症を患わなければ、一気に血管が破れるところまではいかないから、手前で食い止める必要がある。

結論としては、1に運動、2に食事（適正なダイエット）。運動でカロリー消費を増やし内臓脂肪を減らす。きちんと栄養を摂りながら、カロリーを調節する。筋肉を動かせば血管内の代謝が良好になる。運動は、血管内の代謝をストレートに改善し、カロリー消費して内臓脂肪を減らすダブルの効能がある。

一番良いのは、歩くこと。一番太い筋肉は太ももだから、太ももを使うのが一番の運動量になる。

高血圧や高脂血は対処薬で調節できても、根本にある血管内の代謝不良は治らない。「1に運動、2に食事」は「世紀の新薬」であり、実践すれば、生活習慣病の進行を防ぐことができる。地域で皆が実践するのが最良の薬であり、地域の役割は非常に大きい。

### スマートウエルネスシティ構想

特定検診・特定保健指導に任せきりにならずまち全体で運動をし適正なダイエットに挑戦する。そのためには、まちづくりが必要。スマートウエルネスシティ構想として、筑波大学大学院の久野譜也教授が提唱する“歩くまちをつくらう”という運動が、ムーブメントとなった。

スマートウエルネスシティ構想では、車を

市街地で制限し歩行を基本にする。木陰やベンチなどがたくさんあるような気持ちよく歩ける環境をつくることが求められる。

また、イベントをたくさん仕掛けて、賑わいをつくる。人が外に出るチャンスをつくる。

「1に運動、2に食事」という健康づくりは、市町村の仕事になる。歩きやすい道路一つをとっても、予算づくりなどまち全体で方向性を考えていかねばならない。

### 介護予防と生活習慣病予防が重要

次に年齢階層別の医療・介護・健康人口について見る。歳をとると、外来患者は減少する。その分、要支援・要介護が増える。後期高齢者では、要支援・要介護が主流。だから、介護予防と生活習慣病予防が重要になる。

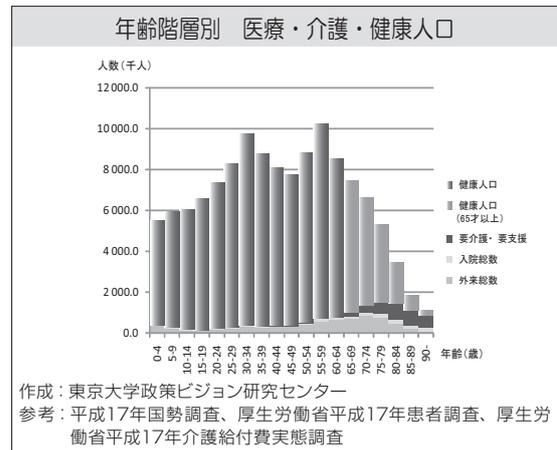


図5 超高齢社会の課題と対策

介護予防とは、一言で言うと、「しっかり食べる」「しっかり歩く」ことだ。

75歳くらいになると、虚弱になり自立度の低い人が増えてくる。人は食べるから生きている。食べる力が弱ると、体力は弱まる。加齢とともに筋肉量が減る。若いうちはダイエットが必要だが、歳をとると放っておくと痩せるので、良質のタンパク質を中心に、しっかりと食べなければいけない。

年齢を問わず重要なことは、歩くこと。多くの動物は、歩けなくなったら死ぬ運命にある。だからこそ、歩き続ける社会をつくる。スマートウエルネスシティ構想は、生活習慣病予防であると同時に介護予防でもある。

リハビリの世界で有名な話がある。おじいさんがもうだんだん閉じこもってきて動かな

い。PT（作業療法士）が「歩いて頑張らないと弱りますよ」と言っても、「面倒くさい」。「一番下のお孫さんの結婚式、行きたいと思いませんか」と言ったら、俄然歩き始めたという。つまり、楽しいこと、何かしたいことがあるまちづくりが必要だ。

そして、重要なことは、しっかり噛むこと。噛むと、唾液が出る。唾液が出ると、口内が清潔で肺炎になりにくい。さらに、唾液によって胃腸が健康になる。しっかり噛むには、奥歯を守る。子どものうちから奥歯を失わないように最大限の注意を払わなければならない。

歳をとってから歯をなくすのは、歯周病が原因で、1年に1度は歯医者に行って歯垢を取ってもらう。歯と歯の間に溜まったプラークを歯間ブラシでケアする。歯間ブラシをよく使う人たちは、そうでない人たちよりも長生きというデータもある。

## その人らしい生活を続ける

予防策に加え、弱ったときの生活の質も重要だ。日本では介護思想、ケアシステムが大きく変化してきた。かつては弱ったら施設でケアし、大部屋などで集団処遇した。

その後、ユニットケアが導入され、個室に住んで昼間は茶の間に出て、食事をする。住人の生活習慣などを知る顔見知りの職員がいて、習慣に合わせて生活する。多くの人は、ユニットを導入したら閉じこもって弱ってしまう、と予想したが、結果は違った。個室暮らしの方が、歩数も会話量も自立度も上がったのである。

建築家の外山義氏によると、居住空間とは、自分の日常生活習慣を暗号化した空間だという。何をやるか、考えなくてもすべて体が自然に動くよう居住空間の中に自分の生活が組み込まれている。居住空間がガラッと変われば、調子が狂う。リロケーションダメージというが、高齢者になればなるほど、ショックが大きい。だから、その人らしい生活を続けることこそが大事だと、分かってきた。

認知症患者が施設ですごく荒れていたのは、環境が変わって不安だったから。環境が今までと同様なら、落ち着いていられる。直近記

憶がなくなり不安を感じているのに「何してるの！」等と言えば、崩れ落ちるように徘徊などの問題が起こってしまう。不安を感じない環境づくりが最良のケアなのである。

## 地域の中でともに過ごすケアシステム

今、最前線のサービスは、小規模多機能居宅介護サービス。小規模で、デイサービスのよう形で来ていただく。外出が難しくなったら、ホームヘルプ。夜、同居家族の負担が増したら、ショートステイ。重い認知症は、グループホーム。その人らしく過ごせるようサービスが対応する。

施設の都合に合わせるのではなく、その人の生活に合わせてサービスが動く。この思想転換が、小規模多機能居宅介護サービスなど地域密着型サービスといわれる市町村中心のサービスシステムである。

このサービスを考案した一人、奥山久美子さんが運営する栃木県にあるのぞみホームを私は訪れたことがある。

「この人の時間を確保してあげたい」と奥山さん。スロウな認知症高齢者の動きをじっと見守る。帰りに足の靴ひもを締めるときも、20分見守って「お疲れさま」と言って返す。「この人がデイサービスで来た8時間、この人の時間を守ってあげたかったけれども、来られなくなったので、この人らしい生活ができるよう今度はホームヘルプに行きました」と言う。「この人らしい時間を送らせてさしあげる」がキーワードなのである。

のぞみホームには、ペットの猫がいる。ご近所の方々が入り口でお喋りをしている。そして、高齢者がいて、その人らしい生活をしている。なんとも癒される雰囲気なのだ。

一方的に世話する、世話される関係ではなくて、ともに生きている社会では、優しい気持ちで湧く。そういったシステムを築ければ、虚弱な高齢者や認知症の高齢者が増える社会は決して暗いものではないだろう。私たちが目指すべき介護保険政策は、地域の中でともに過ごすというものだ。

そこにはリハビリを経て服を着て外出できるようになった高齢者もいる。そうすると、

笑顔が戻る。笑顔こそ生活の質であり、ともに生きているという喜びから生まれるものだと、私は考える。

ホームヘルパーが朝、昼、晩、寝る前など必要なときにやってきて、必要なケアを行うケアシステムが基本的な方向になる。

やりたいことがあるから体を使う。使うから弱らない。そして、社会の中で生き続ける。このシステムをつくらなければ、私たちは超高齢社会を設計できない。

### 在宅医療が問題解決のキー

医療にも大きな問題がある。脳卒中における医療連携体制を見てみよう。まず、急性期に病院に運ばれて、状況によっては高度な手術を受けて車椅子程度まで回復する。次に、回復期には3か月ほどリハビリのための病院に転院して、杖歩行まで戻す。帰宅して、その後、80歳ぐらいになって肺炎等を患うと、再び入院する。すると、寝たきりになってしまう場合が多い。体力が落ちると認知症も発症しやすい。寝たきり認知症になると、病院を転々としたり、施設に入所したり。

在宅で肺炎になれば病院しか選択肢はないが、医師が定期的に往診すればその徴候は分かる。早期治療すれば、入院を減らせる。本人や家族が希望すれば、自宅での看取りも可能だ。

在宅医療があれば、問題の多くは防げる。日本の医療は、在宅医療が極めて少なく病院のみに依存し過ぎている。在宅医療がない限りは、入院→施設の一方通行で終わる。在宅医療の実現こそが鍵なのだ。

重要なのは、在宅＝自宅ではなく、ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者向け住宅等々を含む、“生活の場”という意味である点。家族の介護による自宅という意味に限定しない。

病院を非難しているわけではないが、不必要な入院は危険だ。病院とは、その人の病気を治すことを目的とする生活をするところ。つまり常に病人。在宅なら、足元にペットがいたり、好きなものを食べることができる。お酒を飲んだって、誰にも怒られない。

医師の往診でコントロールされていれば、

生活者でいられる。人間は生活者であり続けることが幸せであって、そのためには在宅医療も含めた地域包括ケア、在宅ケアが要る。

### 主役は市町村行政

在宅医療には、まず往診できる医師が必要。次に、急変時にバックアップで入院できる病床が要る。もちろん、在宅医療＝訪問看護でもあり、さらに、ケアマネをはじめとする介護保険系サービス。在宅医療には、この3つが揃っていないなければならない。

在宅医療の課題の一つは、往診できる医師の育成。一人で24時間待機は難しいという意見もあるが、医師がグループを組めばいい。

市民啓発も必要だ。地方ほど病院施設依存が激しく、在宅医療を諦めている。在宅という選択肢を最初から外している。

しかし、在宅医療と訪問看護の普及について知識があれば、「家に帰りたい」人は少なくない。在宅医療や訪問看護の存在を知らない地域住民が多過ぎる。市民が自ら学んで、自分たちの理想追求について議論を深めないと、在宅医療も訪問看護も育たない。

医師の往診、訪問看護、介護システム、ケアハウスなどを整備し、地域啓発も必要という前提で、医師の往診研修、グループ化システム、全体をつなぐコーディネーターを誰が担うべきか。

答えは、市町村しかない。

施設を否定しているわけではないが、基本的に今まで通りの生活を続けるのが幸せなのだから、幸せを求めるシステムのつくり方を学び、考える市民を増やさなければならない。

こういったシステムをモデルケースとして開発しているのが、いま私が手がけている柏プロジェクト（千葉県）である。

在宅医療は地域包括ケアの一環なのだから、市町村が関わらなければ実現できない。今後、制度の整備が必要になる。

現状でも、地域包括ケアの第一の課題は、医療との連携。医療との連携というのは、在宅医療の確保を意味する。そういう意味で、これからの主役は市町村だと言いたい。

## 医療と福祉の一体化を

地域包括ケアのイメージとしては、訪問看護、居宅介護支援、小規模多機能居宅介護サービスなどに在宅医療が加わる。医療が入って初めて安心できる在宅ケアが可能になる。これを地域包括ケアの基本的な要素として捉えるべきだ。

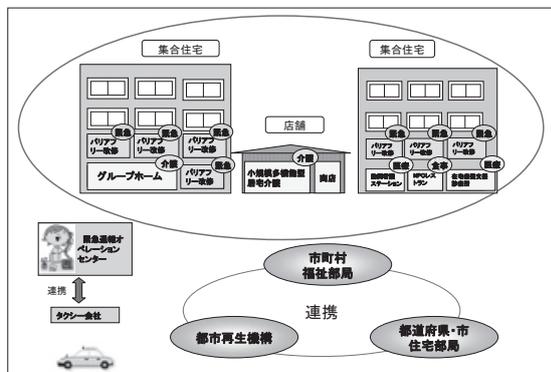


図6 住宅政策との連携イメージ

地域包括ケアのことを、国際医療福祉大学の高橋泰教授は「医療福祉ハイブリッドシステム」と呼ぶ。医療と福祉が、がっちりつながっている。福祉、介護だけがつながっていても、結局、医療が在宅に及ばないことが縁の切れ目。多くの高齢者が家に帰ることを望むが無理だと諦めているのは、家族への迷惑、医療上の不安がその理由だ。だから、地域包括ケアによって、よりよい在宅ケアシステムをつくり、在宅医療で医療上の不安をなくせば、家での生活を続けることができる。

UR（独立行政法人都市再生機構）の集合住宅での展開を考えたい。1階に在宅療養支援診療所、24時間訪問看護、24時間型の小規模多機能居宅介護サービス、グループホームを備えたサービスつき高齢者向け住宅をURの団地の中心部に整備する。24時間対応の在宅介護及び相談と安否の確認サービスつき高齢者向け住宅の組合せを実現させるというのが、介護保険改革の方向である。

## 住居とサービスを分ける

一般の施設は、サービスも建物も一体化しているが、サービスつき高齢者向け住宅のポイントに住居とサービスを分けることだ。

デンマークでは、1998年、施設の新規建設を廃止した。建物は同じで、個室。従来は施設の中で生活していたものが、個室で独立生

活を送っているということ。必要なときに職員が個室を訪問して「入って良いですか」と尋ねる。これは、似ているようでも従来とは大きく違う。

この事業を実施したアナセン氏の話は印象的だった。「施設時代は、もちろんノックはするけれども『こんにちは』と言って入室する。ところが、外部サービスとして訪問する場合は、日時の連絡から始まる。高齢者は、せっかくだからと、お茶やお菓子を用意する。お菓子は娘さんに持って来てもらったり、買ってもらうか等、いろいろ自分で考える。それが自立なんです」と。

できる限り自分に責任を持つライフスタイルこそ、自立を維持することなのだ。

すでに24時間型の小規模多機能居宅介護サービスを運営していた有名なこぶし園（新潟県長岡市）では、対象者が家族同居から、こぶし園が開発したサービスつき高齢者向け賃貸住宅に移ると、兄弟・友人がたくさん訪問するようになったという。良い意味で気遣いをする社会を現している。

## 障がいは、人が持つ個性の一つ

障がいについても簡単にふれておきたい。石部町（現・滋賀県湖南市）にある近江学園では、重い障がい者がすばらしい木工細工の家具を作っているが、最初は太い棒に丸い輪っかを入れて、だんだん細い棒に白黒の小豆状の穴の空いたものを通して、次に削る。最初はなかなか意思と行動は一致しない。最後の白黒の小豆状のものを通してから、削り出すのに、人によっては3年もかかる。普通の子どもは素早くできるかもしれないが、障がいを持つ子どもは、ゆっくり時間をかけて実行する。違いは、それだけなのだ。

障がいとは、いろいろな人が持つ個性の一つ。視力、身長、力…人間はそれぞればらつきがあり、障がいもその一つに過ぎない。

個性はさまざまであっても、生きている尊厳は同じ。それが理解できれば、1人1人の個性を尊重する精神を持って、ともに生きるような社会を作ればいい。

私たちは、高齢者になってから認知症や虚

弱によってかなり高い確率で障がい者になる。障がいは、私たち全員の問題であり、だれもがともに生きられる社会をつくるのが、あるべき社会の姿だと私は考える。

### 発進する柏プロジェクト

柏プロジェクトについてふれておこう。柏市は人口40万人の典型的なベッドタウン。柏駅近く、1964（昭和39）年にできた豊四季台団地は、高齢化が激しい。中でも最初にできたエリアは、高齢化率40%。もう5～10年で、弱る人が急速に増えると予想される。高齢化のシンボリックなまちで“安心できるまちづくり”が、柏プロジェクトである。

柏市の入院需要は、2005年から2025年にかけて2.5倍へと急増し、いずれ急性期の病院がパンクする。こうした状況を認識した柏医師会と柏市によって、柏プロジェクトは進められた。

大きな特徴の一つは、働く場があり、バリアフリーのふれあいのあるまちの実現。加えて、24時間医療福祉ハイブリッドシステム、地域包括ケアを組み込む。

東大は、開業医に向けた在宅医療の研修プログラムの開発を担当。プログラムの一つは在宅医療に同行訪問して勉強してもらう。もう一つは、多職種連携。医師、歯科医師、看護師、ケアマネ、病院医療担当者らによって、認知症などをテーマにグループワークを行う。

病院は、患者の病気を治したら仕事終了と考えているが、在宅医療では、それだけではなく、多職種が連携して家庭全体を支える。研修プログラムにより、訪問診療や多職種連携の重要性を認識する医師が増えた。

在宅医療支援診療所（都市部）、在宅療養支援病院（地方）は、かかりつけ医が24時間体制で在宅医療ができるように、そこをバックアップの拠点として地域のかかりつけ医をグループ化する。柏市は人口40万で、3つの地域でグループ化する方針が決まった。その調整拠点は、2013（平成25）年に市に設置される。地域包括センターの延長の機能である。

実現すると、退院時、在宅希望だが主治医がない場合、この拠点で調整して、主治医

と副主治医の組み合わせ（グループ）をつくり、訪問看護にもつなぐ。このように、医療つきの地域包括ケアを保障する方針だ。

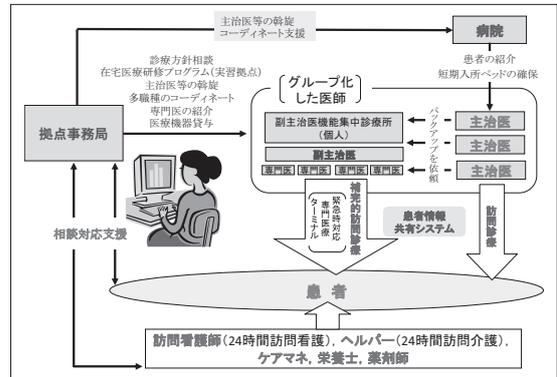


図7 柏市における在宅医療推進システムの詳細

### 農業や学童保育といった就労の場も

今、全面建て替え中で、全部バリアフリーになる豊四季台団地に、モデルをつくる。中心部には、地域医療の調整拠点と地域の在宅サービスの拠点。後者の拠点はサービスつき高齢者向け住宅と、1階に在宅療養支援診療所、24時間対応の訪問看護、小規模多機能居宅介護サービスがあるという仕組み。もちろん周辺の一戸建て、周辺のアパートの24時間地域包括ケアもこの拠点が担当する。2014（平成26）年度中開業に向けて、準備中だ。

次に、就労の場。一つは、農業、野菜づくり。地域の農業者が遊休田を使って、地域の高齢者がそこで働く。

もう一つは、学童保育。地域の塾と組んで、高齢者が学童保育を担当する。このように高齢者が行きやすい職場をつくる。すべて地域のコミュニティビジネスでの実践を目指している。

団塊世代の意識は従来とは大きく異なり、4人部屋で我慢するのは難しい。しかも子どもの世話にならないと公言している。だから、就労の場づくりとあわせてこのようなサービスつき高齢者向け住宅を利用したライフスタイルの提供が、都市部だけではなく日本全国で必要になるのではないかと。

とりわけ大変なのが、2005年から2025年にかけて後期高齢者人口が2倍弱になる都市部。豊四季台で実践しているようなプロジェクトを各地で実現させなければならない。これは

もう一度まちを再開発するに等しい。

この都市部の高齢化は、日本経済発展の結果。日本経済発展の過程で都市部に民族大移動が起こり、核家族が増え、2世帯同居が減った。そして、だれもが75歳を超えて生きるようになった。

今まで住んだ地域で安心して生き続けられるケアシステムがなければ、どこへ行くのか。孤独死が増えたり、せっかく手に入れた一戸建てやマンションを捨てて地価の安価なところの施設入所をせざるを得ないケースも増えるだろう。今までの経済発展はいったい何だったのか、ということになる。

## 国民負担率アップと介護・教育分野での雇用増

最後に言うべきことは、お金が要ること。頻繁に在宅サービスを利用すれば、施設並みの費用を覚悟する必要がある。しかし、それでも在宅の方が幸せだ。充実した在宅サービスの整備には、費用がかかるのは当然。だから、予算を投入する必要がある。

日本は、税金と社会保険料の国民所得において占める割合である国民負担率が40%と低すぎる。諸外国は日本より高齢化率は低いが、国民負担率は高い。

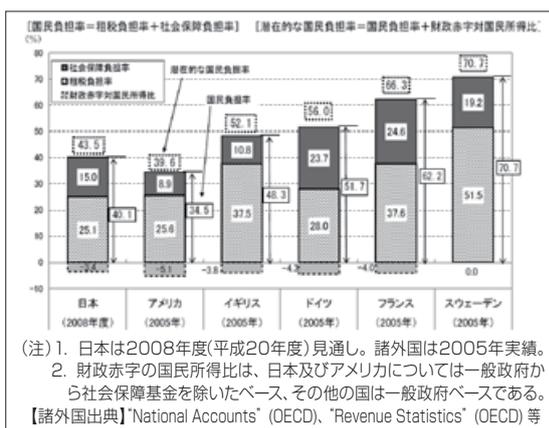


図8 国民負担率の国際比較

国民負担率の高いスウェーデンは崩壊していない。1人あたり国民所得は日本より高い。高福祉高負担だが、強い競争力を持った産業を持ちながら介護、教育という分野で内需としてお金が循環している。高負担でも、だれもが安心して暮らせる。

産業のグローバル化に伴い、海外に労働移転するから国内の雇用需要が減る。スウェーデンほど上げるかどうかは別として、日本も国民負担率を上げて在宅ケアや少子化対策などを充実させ、雇用は、介護や保育などで増やし、循環させればいい。

国民負担率が低いのは国に対する信頼がないことに原因がある。国にお金を多く出したら、損だという認識。しかし、みんなが安心できるサービスをつくるために、お金を循環させる仕組みづくりが必要と考えれば、信頼はできるはず。

そのサービスは在宅医療、地域包括ケアなどであり、市町村がそのサービスシステムのコーディネートの根幹を担い、お金の循環をつくる。柏市では、市が医師会と本気で向き合って、このシステムを構築しようとしている。医師会が本気になれば、他団体も動く。

柏市では、市役所内の事務局が関係団体のコーディネートをを行う。医療ワーキングでは、柏市と、医師会幹部、URで議論する。方向性が決まったら、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケアマネ連絡会、病院グループの連携ワーキングを実施する。徐々にまちがつながっていく。

行政が音頭をとって市民啓発し、自ら考え自らの生活をつくっていきこうというまちづくりを、ぜひこの十数年で築き上げていきたいと思う。

### 著者略歴

辻 哲夫 (つじ・てつお)

1971年東京大学法学部卒業後、旧厚生省(現厚生労働省)に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険・健康政策担当)、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2009年から東京大学高齢社会総合研究機構教授、2011年11月より現職。厚生労働省在任中に医療制度改革に携わった。

主な著書として、『2030年 超高齢未来』(共著、2010年、東洋経済新報社)、『日本の医療制度改革がめざすもの』(2008年、時事通信出版局)などがある。