

スーパー総合医

SGD
Super General Doctors

総合診療医
テキスト

地域包括ケアシステム

専門編集◆太田秀樹（2016年8月5日刊行）

252-261 頁より

〔対談〕地域包括ケアシステムの現状と展望

他者とのかかわりがあって、
はじめて、人としての暮らしがある

高橋紘士 一般財団法人高齢者住宅財団理事長

〈聞き手〉 太田秀樹 医療法人アスミス理事長



対談 地域包括ケアシステムの現状と展望

他者とのかかわりがあって、はじめて、人としての暮らしがある

高橋 紘士 一般財団法人高齢者住宅財団理事長

<聞き手> 太田 秀樹 医療法人アスミス理事長，本書専門編集

多職種の協働や地域の連携を基本とする地域包括ケアシステムは、日本という国を変える力を持っていると、本書専門編集の太田秀樹先生は常日頃から説いている。ここまでの1～6章で、医師や看護師だけでなく薬剤師や栄養士、介護職などさまざまな専門職、さらには行政も含めた多くの立場の方々にご意見・お考えを述べていただいた。最後に社会学者である高橋紘士先生にご登場いただき、地域包括ケアシステムに関して、歴史と現状そして未来という視点から語っていただいた。

病院完結型医療から地域完結型医療へ移行

太田 地域包括ケアというのは、元々は広島のお調国保病院（現公立みつぎ総合病院）の山口昇先生がお使いになった言葉だと思います。少々仰々しく堅苦しいネーミングのように感じますが、概念はシンプルですね。非常にわかりやすいシンプルな理念です。その山口先生の理念ができたところのお話からうかがわせてください。

高橋 まずは山口先生から直接伺った話を簡単に申し上げます。1970年代半ば、社会保障制度国民会議が報告書の中で「1970年代モデル」と呼んでいる時期のことです。高度経済成長が完結した時期と言っているかもしれません。山口先生は脳神経外科の医師でしたから、脳卒中の患者の命を救って、患者はリハビリテーションをして「先生ありがとう！」って元気に退院した。ところが何年かするとその患者さんが寝たきりあるいは認知症——当時は痴呆症と言いましたが——になって病院に戻ってくる。急性期の医師は、自分が診た患者の行く末は知らな

いのが普通ですね。

太田 そうですね。病院完結型であれば。

高橋 ところが御調国保病院は、その名のとおり国保直診、国民健康保険の所轄診療所で、しかも町で唯一の診療機関だから、結局多くの患者さんがまたそこに戻ってくるので、自分の担当した患者がどうなったかがわかるんです。1970年代は老人医療の無料化がありましたから、まさに患者が滞留する構造ができた時代でもありました。

太田 社会的入院がどんどんどんどん増えるということですね。

高橋 山口先生は「なぜ患者さんが寝たきりになるんだろう。自分は最大の医療を尽くしたはずなのに」という疑問を持ち、患者がどういう生活をしているのか調べ始めたんです。御調国保病院は行政と直結していますから、町と病院のスタッフを総動員して訪問調査を実施しました。そこで寝たきり老人を発見し、その原因は医療ではなくて生活にあったことに気がつかれました。例えば毎日家にいたお嫁さんが1970年代は共稼ぎ化して、日中は家庭内独居になるということを突き止めました。介護力が低下して

いたんです。

さらに入院するまでは交流のあった地域の人たちも、手術して帰ってくると遠ざかってしまい、地域からも孤立する。当時のトイレはまだ和式だし風呂は五右衛門風呂だから、介助がないと入れない。となるとおむつを当てっぱなしにして清拭にせざるを得なくなるようなことがあり、病院ではリハビリテーションをして元気になった人が、自宅に戻るとあっという間に寝たきりになってしまう。地域との関係性がなくなるのが重大な問題であることに、山口先生は気づくのです。

太田 1970年代に御調のモデルができあがって、その時の理念が今の地域包括ケアシステムに引き継がれました。2003年には「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」というレポートが作られ、このレポートに地域包括ケアシステムというのが非常にクリアになって出てきましたね。1970年代の話がそのまま今の現実でもあることがわかります。しかも更に深刻化しています。

高橋 もう1つ、医療が福祉の受け皿になった問題です。1973年に老人医療が無料化されて病院死が増え、3年後の1976年には全国で病院死と在宅死の比率が5:5になりました。当時の日本では、ケアを受け止めるのは特別養護老人ホームなどの老人福祉施設でした。だけどそれは所得制限が掛かる。現実には『恍惚の人』（有吉佐和子著）の中に、区役所に相談したけれどサラリーマンでは対象にならないと追い返されたという場面があるように、ケアを受け止めるのは低所得者対策でしかありませんでした。そこを医療が受け止めることになるというのは必然の流れでしたよね。

太田 医療が福祉施策の貧困さを肩代わりしてきた歴史があるんですね。ちょうどその時期に医学部の定員が2倍に増えました。私たちは、年間4,000人前後が医師になる時代の医師なんですけど、今は8,000人に増えて大学受験生の

100人に1人が医学部に行く時代になりました。私たちのときは400～500人に1人が医学部に行く時代でした。ちょうど専門医が1980年代から整備されたこともあって、医師が増えるといんな専門医になる。専門医という医師が現れると、国民は専門医に診てもらうことをありがたいと思うんですね。言葉は悪いのですが、身体を分解して診ていく（要素還元的な）文化ができてしまっ、て、病院信仰が出来上がってしまいました。

高橋 結核を制圧したことで、民間の結核の療養病院が精神病院になり、老人病院になりました。そのうえ高度経済成長で保険料が潤沢に医療に入ってきましたから、病床の数も基本的には採算がとれれば開設者が増床できたのですよね。

太田 当時はベッド規制がありませんでしたよね。

高橋 家族の介護力が低下してしかも脳血管障害の後遺症がある患者を中心に、病院でのケアを利用することを国民側も納得していました。それが8割病院死の今日までずーっと続きます。長期療養は病院に依存するということを続けてきたけれど、2000年以降ゼロ成長で財政的に苦しくなってきた。社会保障のお金をどう使うかということを考えると、ケアの世界を医療に委ねるとするのはコスト面で問題になり、「社会的入院」と言われるようになりました。

太田 1970年代の理念がそのまま受け継がれて2003年にレポートが出て、その時は介護保険制度（2000年4月施行）が出来上がっているんですけども、まだ社会一般には病院完結型医療です。今「医療介護総合確保推進法」という法律の裏打ちのもとに、地域完結型医療を広めなければいけない状況になったんですね。

地域包括ケアシステムも進化してきた

高橋 医療の高度化と高齢者の増大で医療費が



高橋 紘士 (たかはし ひろし)

一般財団法人高齢者住宅財団理事長

特殊法人社会保障研究所研究員，法政大学教授，立教大学教授，国際医療福祉大学大学院教授 等を経て，2015より現職

主著 『地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』(共編，オーム社，2013)，『地域包括ケアシステム』(共著，西村周三監修，慶應義塾大学出版会，2013)，『地域包括ケアシステム』(編著，オーム社，2012)，『地域包括支援センター 実務必携』(編著，オーム社，2008) ほか

上昇し，社会的入院というのがいよいよ財政的にもたなくなる。介護保険が入りました。そして老人医療の特別な制度を作りました。訪問看護サービスが導入され，居宅で看ることを可能にするシステムを目指しました。病院完結型医療ではなく在宅サービスにより本人の自立意

欲も尊重してサービスを提供しようという内容です。そうすると従来の外来&入院というシステムに加えて，第三の医療としての在宅医療というのを作らなければならなくなった。在宅での生活の継続を前提として，医療的必要度のある人には在宅医療を，様々なケアや身体上の生活支援は居宅介護サービスを利用してもらうことになりました。

さらに，重要なのは権利擁護です。様々な自己決定の支援が必要になります。在宅で生活する人に多種多様な支援が入ってきて，認知症でも社会的関係が豊かかどうか？ とか，地域で人との関わりが豊かかどうか？ ということが重要であることがわかってきました。有名な「チーム永源寺」という東近江市の三方よし研究会(東近江地域医療連携ネットワーク研究会)では，専門スタッフと同時にお坊さんも警察官も地域包括ケアシステムを実施するために欠かせないメンバーです。農協や銀行の窓口の人も重要な存在です。認知症の人はATMの操作ができなくなっていて，「あれっ？ おかしいんじゃないか？」って早期発見してくれるのは金融機関の人たちが多いんです。そうすると地域連携というのは医療・介護・福祉の連携と同時に，地域で営業している事業所というか，お店屋さんにも，スーパーマーケットにも加わって

1 地域包括ケアシステムの「植木鉢」



左から右へと内容が進化している

(出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」，平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2016年)

もらわなければなりません。

太田 地域の産業にも参加してもらうんですね。

高橋 東近江市永源寺診療所の花戸貴司先生は「あなたはご飯が食べられなくなったらどうしますか？」というのを事あるごとに確認するんだそうです。「自宅がえーわなー」って答えると、患者が自宅で生活できるようにチーム永源寺でサポートするんだそうです。

1は地域包括ケアシステムの新たな考え方を示しています。

左側の、古い植木鉢の下には「本人・家族の選択と心構え」とありました。これを「本人の選択と本人・家族の心構え」に変えました。まずは本人の選択があって家族も含めた心構えがあると、今までは本人の意思とは別に、遠くから来る親戚兄弟小姑などが、病院に行けと言っていた。一緒に生活している家族は自宅で看取りたいと思っているけれど、同居していない親族が「自宅で看取るなんてとんでもない」と言って邪魔をする場面に何度も遭遇することがありますね。だから「本人の選択」になったのです。

ロングタームケア (long term care) の主役はナース

太田 さきほどの**1**を見ると、上の3枚の葉っぱに介護・リハビリテーション、医療・看護があります。医療の中に看護を含めないで、看護が独立しているのがすごくいいところです。じつはロングタームケアの主役はナースなんです。

高橋 これは戦略的に議論しました。諸外国はナースがディレクターだし、今、日本の介護施設でも看護師さんがポイントになっています。

太田 特定行為というくくり（ネーミング）で、より医療的なケアを看護師にしてもらい、そして看護師がやっていた痰の吸引や気管切開のケアなどをケアワーカーがやれるようにタスクシフトしていっているのが今の流れですね。これらはすべて、地域完結型医療を目指す一つの



太田秀樹（おおた・ひでき）

医療法人アスムス理事長

日本大学医学部附属板橋病院麻酔科にて研修医。麻酔科標準医取得後、自治医科大学整形外科医局長、講師を経て、1992年におよま城北クリニック開業。医学博士、日本整形外科学会認定専門医、介護支援専門員。

主著 『家で天寿を全うする方法―病院での延命を目指さない生き方』（さくら舎、2015）、『治す医療から支える医療へ』（共著、木星舎、2012）、『ケアマネのための知っておきたい医療の知識Q & A』（監修、学陽書房、2008）ほか

手段だと思います。

高橋 今年（2016年）5月の経済財政諮問会議で、医療関係と福祉関係の2つの資格を取りやすくするために、共通の基礎課程を入れようという議論がなされました。社会福祉士の資格を持っているナースは少なくなく、地域包括ケアシステムの担い手としてこのような複眼的な教育を受けた専門人材をさらに増やし育ててゆこうとしています。今現場ではそれぞれの専門用語を使っていて、リハビリテーションはリハビリテーション、医療関係者は医師の専門診療科目別に専門用語があります。それが異なる職種の人にはわからないものが多い。ところが生活の場で医療をするということは、福祉系の人々が今医療的に何が起きているのかを知っておかなければいけない。中身を知る必要はなくて、何がなされているかを理解する必要がある。また、医療系の人たちは生活支援の在り方を知る必要がある。医療と福祉の言語を共通化

するためには、どこかに共通基盤を作っておいて、その基盤の上にそれぞれの専門の花を咲かせる必要がある。それには教育課程とか制度や思想を含めて、既存のシステムを相当変えないといけません。

じつは生活の場で医療をするというのは、医師が毎日行くことはないんですよ。包括的指示をするというのが医師の重要な役割だと思うのですがいかがでしょうか？

太田 病態判断と指示と責任ですね。病態判断は、診断と言い換えてもいいんですけど、ダイアグノーシス (diagnosis) ではなくて、アセスメント (assessment) に近いかもしれません。

風船バレーより買い物が 社会的フレイル予防に効果的

高橋 予防も重要です。例えば埼玉県和光市は徹底して予防に取り組んだお蔭で、要介護認定率が全国平均18%の半分の9%くらいに減少しています。それから認知症というのは生活習慣病と関係があることがわかると、専門サービスとしての早期予防を始めました。予防と地域での豊かな社会関係があれば、フレイルの悪化というのは相当くい止めることができるそうです。これはエビデンスになり始めています。

太田 上流にある社会的フレイルをどうするかということを考えないと、介護予防にならないということですね。バスでデイケアサービスセンターに行って風船バレーなんかやっても面白くないけど、デパートやショッピングセンターに行けば楽しいでしょう。

高橋 お金があるお年寄りだったらデパートや商店で買い物をしたっていい。買い物は愉しみであって、自分の懷を痛めて孫やひ孫の為に何か買ってあげるといのはまさに自立の証あかしですね。また、インフォーマルサポートを組み合わせると実はフォーマルサービスが非常に良くうまく動く。よく回るようになるんです。これは

太田先生もたくさん経験していらっしゃるんですよね。また、地域包括ケアシステムは社会保障のお金を地域に循環させる働きがあるんです。雇用を作り出して、医療関係者も地域で消費するから、社会保障のお金が地域に戻って来る。これは少子高齢社会かつ人口減少社会において、社会保障が有効に機能する絶対条件です。ハッピーな生活というのは、狭くても、ごみ屋敷であっても、自分の居場所としての楽しいわが家が大事ですね。

太田 そうですね。大理石の床があろうがふかふかの絨毯が敷いてあろうが、そこで(抑制されて)点滴を打たれていては不幸なことです。高齢者の増加で疾病構造が変わったとよく言われますが、正しくは疾病概念が変わったんですね。医療は病気の原因を取り除き、病気を治す科学です。原因を除いて健康増進をはかるのが医療。だけどフレイルとかサルコペニアの原因って何でしょう？ フレイルの原因って、言ってみれば誕生日が来ることです。つまり加齢なんです。だから根本的な原因は除けない。寿命に対してわれわれは何ができるかと考えると、医療よりももっともっと大事なものがあるということ、社会が共有し始めたんですね。

フレイルには身体的フレイル、精神的なフレイル、社会的フレイルがあって、身体的フレイルならわれわれの領域だけれど、医師だけではどうすることもできない社会的フレイルをコントロールしなきゃいけない。社会的フレイルを何とかすることが、この絵柄の「予防」なんです。毎日体操して筋肉を鍛えるのが予防ではなくて、買い物に行かなくなる、友達と出かけなくなる、そこを防ぐのが予防です。歳を重ねるというのは喪失体験の連続でもあり、友達が亡くなる、家族が亡くなる、足腰が弱って買い物に行けなくなる。そういう体験を経て要介護ということになって、やっと医療のところに入ってくるんですが、ここまで来るともう遅い。先ほどの地域包括ケアシステムの植木鉢の図にお

ける「介護予防」というのは、もっともっと上流の話をしています。デパートやショッピングセンターに買い物に行けなくなったところから虚弱化は始まるんです。

在宅医療と地域包括ケアシステムって、視点が違うだけで表裏の関係にあると思っていいんですね。地域包括ケアシステムが完結するには医療が必要です。一方在宅医療側から見ると地域包括ケアシステムがないと在宅医療が完結しません。

高橋 以前は介護保険法の中に地域包括ケアシステムに関わる条項が入りましたが、医療介護総合確保推進法の中に地域包括ケアシステムが入りました。この意味はまさに太田先生がおっしゃったことです。

在宅医療の合理性は 財政面でも人口構造面でも

太田 高橋先生のお立場はやっぱり政策としてのお話がメインになるので、どうしても財政論が出てきますよね。われわれも民間事業者ですから、経済的なことも大事なんですけど、ちょっとお金を抜きにして立場を変えて国民側の目線に立った時のことを考えたいと思います。例えば尊厳ある人生をどう閉じるのかとか、どう死にたいのかとか、人としての人生のあるべき姿というのを考えた時、お金の問題を抜きにしても、在宅がいいだろうっていうのは誰もが感じるんじゃないでしょうか。畳の上で死にたいっていうのは、日本人の心のどこかにあるのだと思います。「そんなことをしたら畳の上で死ねないよ」って言われるくらいですから。

よく誤解されるのですが、家で死ぬということを私たちが勧めているのではないんです。国が進めている訳でもない。「どう死にたいか」ということは、国民が決めることなんです。国民の希望に添える医療を提供するのが私たちのミッションです。私たちが在宅死がいいよなど

と言う立場ではない。これをこの場で言うておかないと誤解されますので、死に方を選ぶというのは、宗教とか倫理観が絡む非常に文化的な仕事です。そこには医師も必要だし宗教家も必要だけど、何と言っても国民が議論をしなければなりません。心臓が動いてるから生きているだとか、ご飯を食べられなくなった人にも栄養を送っていれば生きているとか、確かに生物学的には生きているけれども、人間として社会的に生きてるかっていう視点を、もっと共有しなきゃいけません。

高橋 2005年の介護保険法の改正で「尊厳(dignity)」という言葉が入ってきました。尊厳というのはその人らしい生き方を尊重するということです。長期療養病床でオイルサーディンの様に寝かされている状態に尊厳はありません。

太田 いやいや、人工栄養、たとえば胃ろうが始まった時点で、ある意味で尊厳はなくなっているかもしれません。

高橋 モノになってしまったんですね。

太田 主体が客体化しちゃったんです。

高橋 主体を取り戻さなければなりません。認知症ケアで話題になったユマニチュード、あれは「人間を取り戻す」という意味なんです。ユマニチュードっていうフランス語は……

太田 ヒューマンを取り戻すっていうことですね。

高橋 ユマニチュードの初歩的なメソッドって……

太田 「見つめ合う」だって聞きました。

高橋 そう。女性を口説くときのように……

太田 目を見て……

高橋 手を差し伸べて。さすがフランスだと思いましたね。

太田 女性はどうするんですか？

高橋 女性も最近は男性を口説くじゃないですか。

太田 ああ、なるほど。男女平等参画社会ですからね。

高橋 異性関係というのは親子関係と並んで人間の最も原初的な関係です。そうするとユマニチュードのメソッドは、地域包括ケアシステムの根源を示しているんです。

スウェーデンは特別な住居を作って、施設を全部住宅化したんですが、その意味が日本では理解されていません。人間が中心に生活するためには管理の対象ではダメだということなのですけれど。

太田 先ほどから在宅在宅と言っていますが、病院が機能を果たせないから在宅にするんだという考え方ではないんですよ。今、生産年齢人口がどんどん減っています。そうすると今のベッド数を維持しようとしても、人手不足で維持できないんです。ベッドを減らすことに反対している職能団体もありますが、じゃあベッドはあっても、そこで働く専門職の確保ができないという現実もあるんです。

高橋 あるシンクタンクが地域包括ケアと在宅医療に関する興味深いシミュレーションを行いました。今の一般病院の医療スタッフを全部在宅に投入したら医療法人経営はどうなるかって調べたんです。今の医療費を前提としてるんですけど、そうすると2割収入が増えるって結果が出たそうです。変な言い方をすれば、今まで医療は装置産業だった。ハード投資が固定経費になるから、すごい桎梏になっていた。ところがそれを在宅に切り替えると、人的資源だけで行けるんです。

太田 お金の面から見ても、今の日本の人口構造の面から見ても、在宅医療の合理性は明らかなのですね。在宅医療は安上がりだっていう話ではない。社会的コストを考えると、お金の換算できないものがあります。だから「安いから在宅医療を」という話ではありませんよね。

高橋 病院や施設をつくらうとしていた予算を医療費に使えます。社会的にも医療経営的にもハッピーになります。

「すまい」に「すまい方」というソフトの概念を

太田 じつは地域包括ケアシステムを謳った本であるにもかかわらず、本書のコンテンツには住宅に関する具体的な記述が欠けているんです。地域包括ケアシステムは「医療、介護、生活支援、予防、住居」という5つの領域から構成されています。5つの中に「住宅」があるということが素晴らしいと思うんです。御調国保病院の当時の理念には、住宅はないんですよ。

高橋 御調町は農村で持ち家がほとんどでしたから。

太田 ICF (International Classification of Functioning) というWHOの国際障害分類に、environmental factorsと明記されています。環境因子が障害を規定するということですよ。もっとわかりやすく言うと、例えば足の不自由な人がエレベーターのない建物の3階に住んでいたら外出できないけど、1階ならできる。つまり環境によって障害は変わるんです。高齢者というのはたいてい何らかの生活障害を持っています。その生活障害に向き合った医療を実践するのは簡単ではありません。医療の側面からだけで改善しようとしてもうまくいかない。けれども生活環境としての住宅という視点を加えると、困難ではなくなります。生活の場という考えはすごく大事であることを認識しました。5つの概念の中に「住宅」が入っているということが、地域包括ケアシステムを完成させていると思うんです。そこを住宅財団の理事長という立場からお話いただけますか。

高橋 「医療介護総合確保推進法」という医療の法律に、すまいおよび自立した日常生活の支援と書いてあるんです。生活の基盤はすまいですよ。それを今まで私たちはハードとしての「住みか」として考えていました。ところが「すまい」っていうのは「すまい方」というソフトの概念がある。ハードとソフトが一体なんで

2 自分の部屋がわかりづらい施設の例



どこも同じ部屋にしか見えず、混乱を招いてしまう

(写真提供：京都大学大学院工学研究科・三浦研教授)

す。今、すまいの空間の設計の仕方で、認知症の対応が変わるということがわかり始めてきました。2のような居住環境は、認知症の人を混乱させることがわかってきたのです。

太田 これは私だって迷いますね。隣の隣の部屋に入って患者を診ちゃいそうです。

高橋 昔団地に住んでいた人が、自分の家がわからなくて別の家に行っちゃったっていう珍事がよくあったそうですけれど。

太田 奥さんの顔見てわかったんですかね。

高橋 これからの認知症の人の最大の困難は超高層マンション。入るときに暗証番号から始まって、障害のある人を拒否する住まいです。それでイギリスでは認知症の人のための住居のガイドラインができました(3)。色でわかるようにカラフルにしないとかな。

太田 ユニバーサルデザインですね。

高橋 日本の多くの集合住宅は平坦にドアが並んでいて、それだと混乱させるそうです。玄関を廊下からちょっと引っ込めるアルコーブとい

う構造にすると、そこに鉢植えを置いたりすることで、自分の居るべき所だということがわかります。好みに合わせて自分で作りますからね。

どう暮らし どう生き どう支えるか

高橋 それからヨーロッパの高齢者住宅には、自分の半生をディスプレイしたスペースが必ずあります。子ども時代から今までの写真を見て自分の時間を行ったり来たりする。これは日本では、朝のお務めに該当するのではないのでしょうか。お仏壇に手を合わせながら、亭主は浮気ばかりしてたなあなどと思い出すことは、ある種の回想療法です。そうするとものすごく落ち着く。またヨーロッパでは窓辺に置く植木鉢を外から見えるようにしているところが多い。するとオモテを通りがかった人が、鉢植えに気づいてふっと中に入ってくる。人と人との繋がりが切れないんです。昔の縁側ですね。東京都

3 イギリスにおける認知症の人のための理想的住居



ユニバーサルデザインで高齢者や認知症の人にやさしいつくりになっている

(英国スターリング大学 Dementia Service Development Centre, <http://dementia.stir.ac.uk/sites/default/files/flatdoor.swf>, ①のマークにポインタを置くと英語の説明が表示される。本図中の和訳は京都大学大学院工学研究科・三浦研教授による)

健康長寿医療センターの栗田圭一先生は、認知症っていうのは繋がりが途切れてしまう病いだとおっしゃっています。

太田 人の繋がりでなく、過去から現在までの時間の繋がりもすべて含めての「繋がり」の疾患であるということですね。時間もそうだし空間もそうだし。

高橋 人、時間、空間。これらの繋がりをすまひの中に反映させることが「すまい方」です。反映できればお年寄りの自立性につながり、意欲低下を防ぎます。「人が人であるためには、他者との関わりがないと人は人でない」ということです。

太田 人との関わりがなければ人の暮らしでないと。なるほど。それはこの本になかった視点ですね。つまりどう暮らすか、どう生きるか、そしてどう支えるかというのが地域包括ケアシステムなんですね。地域包括ケアシステムとい

うと、財政論から入っていると思われていて、確かにそういう側面も一部あるけれども、根底にあるのは自分がどう生きてどう死ぬかっていう新しい秩序だということですよ。どういう医療が必要かということは私たちが考えるけれど、必要な医療をどう提供するかは、国が制度として考える。ですから地域包括ケアシステムという仕組みは新たな秩序であって、新たな秩序の中でわれわれが過不足ない正しい医療を提供していくということです。生活が上位概念になるから、暮らしを支えるシステムがしっかりしなきゃいけない。それにはすまいが必要。さっきおっしゃったように、鉢植えを置いて自分の部屋らしくして、居心地のいい場所をどう作っていくのかっていうすまい方が重要になってくる。それが認知症の予防にもつながるし、認知症の発症を遅らせることにもつながる。それはもうデータが出ているんですね。

結局、地域包括ケアシステムというのは、構築されてくると街が変わって、文化が変わって、経済も変わって、日本が変わっていく。それくらいの力のある新しい政策でもあるし、わ

れわれを幸福にしてくれる仕組みでもあるということですね。

高橋先生、本日はありがとうございました。