

平成28年度第1回
暮らしの場における看取り支援検討部会
会議録

平成28年7月7日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○久村課長 まだお見えになっていない先生もいらっしゃるんですが、定刻でございますので、ただいまより東京都在宅療養推進会議 暮らしの場における看取り支援検討部会を開会させていただきます。

本部会でございますけれども、6月21日に開催されました在宅療養推進会議におきまして、設置を承認いただきまして、主に今年度からの新規事業、暮らしの場における看取り支援事業、こちらの内容についてご議論いただく会になってございますので、よろしく願いいたします。

改めまして、本日はご多忙のところ、また遅い時間でございますが、ご出席いただきまして、ありがとうございます。私、東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当の久村でございます。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。それでは、着座にて失礼します。

なお、本日、お席にお茶と軽食を用意させていただいておりますので、召し上がっていただきながら、会議を進めてまいりたいと思います。

初めに、本日の部会の資料の確認をさせていただきます。

お手元に配付してございますが、資料は、資料1から15までと、それから参考資料といたしまして、福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議最終報告の抜粋、それから千葉県の見取りに関するリーフレットでございます。「最期まで自分らしく生きる」、こちらをお配りさせていただいております。不足、落丁等ございましたら、説明の都度でも結構でございますので、事務局までお申しつけただければと思います。

続きまして、会議の公開についてでございますが、本日の会議は公開とさせていただきますので、よろしく願いいたします。

また、本日はすけど、まだお見えになっていないんですが、傍聴の方がいらっしゃるというふうにご連絡いただいておりますので、お知らせいたします。

それでは、ここで開会に先立ちまして、福祉保健局医療改革推進担当部長成田よりご挨拶を申し上げます。

○成田部長 皆様、こんばんは。福祉保健局医療改革推進担当部長の成田でございます。本日は大変お暑い中、またお忙しい中、きょうの部会にお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。また、委員にご就任いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

きょうの午後でございますけれども、医師会の平川先生とともに、区市町村・地区医師会在宅療養担当者連絡会という会議に参加して、今まさにちょうど終わって戻ってきたところです。この会は、都内の全区市町村の医師会の先生と自治体の担当者の方に集まっただいて、在宅療養に関して議論をする場なんですけれども、その中で、きょうは地区医師会の先生方から、先駆的な取り組みを幾つかご紹介いただきました。

在宅療養に関する取り組みというの、今、地域でかなり進んできているということ、を改めて実感いたしました。まさに、さらに在宅療養の中でも、看取りについて深く考える時期が来ているのかなということ、きょうの会議の場でも感じた次第でございます。

さて、私があえて申し上げるまでもなく、東京都では、今急速に高齢化が進んでおりまして、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目前に控えているところでございます。今後は住みなれた地域で、安心して自分らしい生活を送れる社会を実現することが重要でございます、そういった社会実現のための方針となる地域医療構想を、現在、都では鋭意作成しているところでございます。

その地域医療構想の中では、基本目標を置いておりまして、その基本目標の一つに、「地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実」というものがございます。地域包括ケアシステムを進めるに当たっては、在宅療養はもちろんのこと、その中でも深く看取りについて考えなければなりませんし、まさにその取り組みを今進めるときが来ていると考えております。

そこで、このたび在宅や施設等の暮らしの場での看取りを支援するための事業を新たに実施することといたしました。実施に当たりましては、現場の方々や有識者の方々のご意見を伺いながら、地域での事業を進めていくため、東京都在宅療養推進会議のもとに、この部会を設置させていただいたところでございます。

本日お集まりいただきました皆様方におかれましては、日ごろから地域で在宅療養にご尽力いただいているところでございます。ぜひ、それぞれの立場からさまざまな経験を通してのお考えなどについてご議論いただきますよう、よろしくお願いいたします。皆様には、ぜひ、活発なご議論、またお力添えをいただきますよう重ねてお願い申し上げます、私からのご挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○久村課長 はい。

続きまして、今回、第1回目でございますので、新しく委員をお願いした方々のご紹介をさせていただきます。

資料1、委員名簿の記載の順にご紹介をさせていただきたいと思っております。

まず、医療法人社団つくし会理事長、新田委員でございます。

○新田委員 新田です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長、秋山委員でございます。

○秋山委員 秋山です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 それから、名簿順でございますが、立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長、山本委員は、所用によりご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長、千葉委員でございますが、おくれて見えるというご連絡をいただいております。

続きまして、杏林大学名誉教授、呉屋委員でございます。

○呉屋委員 呉屋です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 続きまして、明治大学理工学部教授、園田委員でございます。

○園田委員 よろしくお願いたします。

○久村課長 公益社団法人東京都医師会理事、平川委員でございます。

○平川委員 平川でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 公益社団法人東京都看護協会東京訪問看護ステーション協議会理事、阿部委員でございます。

○阿部委員 阿部でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 以上でございます。

ここで、合同で事務局をしております高齢社会対策部から、本日、部長が出席させていただいておりますので、ご紹介させていただきます。

高齢社会対策部長、西村でございます。

○西村部長 高齢社会対策部長の西村でございます。先生方には、日ごろからいろいろな場面でご助言等いただきまして、本当にありがとうございます。

さて、先日の在宅療養推進会議でもご報告させていただきましたけども、東京都では、昨年度、福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議というものを設置させていただきまして、新たな施策形成のための議論を行いました。

その中でも、人生の最終段階を迎えたときに、ご本人やご家族が希望する生活を送ることができるようにするために、都民に対する普及啓発や医療・介護の専門職に対する研修、看取りに対応できる多様な住まいの確保などが必要であると提言されておりまして、都として、本事業を通して、これらの課題に取り組んでいきたいと考えております。

超高齢社会は多死社会でもございまして、住みなれた暮らしの場における看取りを支えていくことは、高齢者施策においても極めて重要な課題であると考えております。

委員の皆様それぞれのそれぞのお立場からご助言をいただきながら、進めてまいりたいと存じますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○久村課長 次に、事務局をご紹介させていただきます。

高齢社会対策部計画課長、山口でございます。

○山口課長 よろしくお願いたします。

○久村課長 同じく施設支援課長、武田でございます。

○武田課長 武田でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 改めまして、私、地域医療担当、久村も幹事を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

恐れ入りますが、成田でございますが、別の予定が入っておりますので、ここで退席させていただきます。申しわけございません。

(成田部長、所用により退室)

○久村課長 続きまして、本部会の部会長の選任を行わさせていただきたいと思います。

要綱の細目上は、部会長は会長の指名により選任するという事になってございますが、本部会の部会長は、在宅療養推進会議の会長をしていただいております、新田委員にお願いしたいと存じますが、皆様よろしいでしょうか。

(拍手)

○久村課長 はい。ありがとうございます。

それでは、新田委員に本部会の部会長をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

では、以降の進行につきましては、新田部会長にお願いしたいと思いますので、よろしくようお願いいたします。

○新田部会長 はい。それでは、中身に入ったほうがよろしいですので、早速議事に入りたいと思います。

まず、お手元の資料に従いまして進めてまいりたいと思います。

まず、議事の一つ目は、暮らしの場における看取りの支援事業についてでございます。

きょうは三つ議論があるんですが、まず一つはそこでございます。事務局から説明していただきまして、その後、委員の皆様から質問、意見などをいただきたいと思います。

では、事務局、よろしくお願いいたします。

○山口課長 はい。では、事務局からご説明させていただきます。

資料の4をお開き願います。暮らしの場における看取り支援事業の背景事情等も含めまして、ご報告をさせていただきたいと思います。

資料4、左にございますとおり、人生の最終段階をどこで過ごしたいかという、厚生労働省の調査でございますけれども、左側に①から⑤までございますけれども、①の末期がんで食事が自立しているような方というのは、自宅等の居宅のご希望が7割を超えていると。それから、真ん中、③番の心臓疾患になりますと、病院と施設と在宅が拮抗しているような状況でございます。④番、認知症が進行したような状態になりますと、自宅の割合がぐっと減ってまいりまして、介護施設というのが6割ぐらいになってまいりません。最後、意識がなく経管栄養というような状態ですと、これは7割の方が病院を希望するというような国民の意識がございます。

で、現実はどうかというのが真ん中になりますけれども、死亡場所は、75%が病院で、自宅ですとか介護施設というのは、それぞれ1割程度にとどまっている状況でございます。

それから、多死社会ということが言われておりますけれども、2014年には全国ベースで年間127万人の方がお亡くなりになっていますが、10年後の2025年には、これが153万人ということで、1.2倍ぐらいにふえていくというところが見られております。

それから、看取りに関します国の動向でございますけれども、介護報酬、診療報酬の

改定の中で、この間、看取りをより評価していく方向性が示されております。介護報酬の27年度、直近の改定の中では、例えば小規模多機能においては、看取り連携体制加算が新設をされたり、それから特養などで、看取り介護加算の拡充が図られております。診療報酬のほうは、28年度の改定で、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算といったものが新設をされております。

こういった状況ですけれども、看取りの現状としましては、例えば介護施設の代表選手として特養を取り上げますと、死亡退所のうち、施設できちっと看取りをした割合が8割を超えるというところが、右側にございますとおり、大体全体の4分の1ございます。一方で、一番左端で、看取り0%ということで、恐らくは、これは全て救急車で搬送して病院で亡くなっているというようなところもあって、かなり取り組みにばらつきがあるかなと。

それから、医療のほうでいえば、在宅療養支援診療所の中でも、1年間で看取りがゼロというところが4分の1ぐらいありますし、かなりやっているところは、21人以上というところが7.5%。まあ、診療所の規模にもよりますので、一概には言えないかと思いますが、こちらかなり取り組みに温度差があるかなというところでございます。

右側には、看取りに当たって困難を感じていることなどが、こちらはみずほ総研の調査結果でございますけれども、いろいろ指摘をされております。

続きまして、参考資料1をお開きいただけますでしょうか。先ほど部長の西村のほうからもちょうとご紹介をさせていただきましたが、地域包括ケアシステムの在り方検討会議というのを昨年度実施しまして、本年3月にまとめられた最終報告の抜粋をお配りさせていただいています。

資料の一番最後のページですね、裏返していただきまして、委員名簿を記載してございますが、医療関係のところでは秋山委員、平川委員、まちづくり関係で園田委員にもご参画をいただいています。

ページ戻っていただいて、一つめくっていただいて、116ページのところで、開催実績がございますけれども、こちら検討会の第2回、7月30日のところでは、二つ目の丸にございますけれども、人生の最終段階のケアについてということで、ケアタウン小平クリニックの山崎院長から、ホームホスピス等の取り組みのご報告をいただいております。

それから、右側の117ページのほう、第5回、11月6日の会では、平川委員それから新田先生にもご登壇をいただきまして、地区医師会の取り組みですとか在宅医療の課題と展望ということで、看取りへの対応を含めて、ご講演をいただいたところでございます。

この資料の、表紙をめくっていただいた、目次のところ1ページ、ごらんいただきたいんですけども、第二部の第2章というところで八つの論点を掲げまして、その中の4番目で、在宅療養環境の整備ということで、看取りの議論を、ここでしてございます。

2枚ほどおめくりいただいて、75ページというところですが、こちらにもちょっとグラフを掲載しております、最期を迎えたい場所ということで、こちらは内閣府の調査になりますけども、全体として病院など医療施設が3割、それから自宅ですとか高齢者向けのケア付き住まい、あるいは特養などを含ますと、大体7割ということで、先ほどの調査結果と同様のものが示されております。

それからその下、死亡場所割合の推移ということで、これは有名なグラフでございますけども、戦後直後の1951年ごろは、自宅死が8割を超えていて、病院死は1割ちょっとであったと。それが大体1970年代に逆転しまして、今日では、病院が8割、自宅が1割程度というところになってございます。

ただ、ちょっと右側の最後のほうをごらんいただくと、医療機関が若干下がり目でございます、自宅は横ばい、一方で老人保健施設や特養などが、こう上向いてきているというところがありますので、在宅は横ばいですが、医療機関から一部介護施設のほうへシフトしているかなという状況が見てとれるかなと思います。

それから、あと79ページというところですね。2枚おめくりいただきまして、上のほうに、「人生の最終段階における疾患別の身体機能低下の軌道」という資料。これも有名なグラフでございますけども、縦軸が身体機能で横軸が時間の推移でございますが、疾患によって異なるということで、例えばがんの場合は、かなり身体機能が高い水準できて、死亡の直前でぐっと落ちるといようなこと。それから、内臓疾患系ですと、緩やかに右肩下がりになりながら、急激に増悪しては回復するといったことを何度か繰り返す。認知症や老衰になりますと、かなり低位横ばいの状況で推移して死に至るといようなことでございますので、看取りに当たっては、こういった疾患によった特性も考慮する必要があるといような議論がなされました。

あと、おめくりいただいて、81ページのところの図、下の図ですね、ホームホスピスの概要ということで、こちらは宮崎県で発祥しまして、全国へ普及をしてくている、まずホームホスピスという、看取りのための共同生活の場の取り組み。「かあさんの家」といったようなものの概要をご報告しております。

左側の80ページで本文のところですが、上から三つ目の白丸のところ、医療介護が必要になったときや人生の最終段階を迎えたときに、患者、家族が希望する生活を送ることができるよう、早い段階から生活・療養の場や治療の選択などを考えることの大切さについて、都民への普及啓発が必要である、と。

四つ目の丸で、「人生の最終段階においても地域で暮らし続けたいという希望に対応できるように、医療・介護の専門職に対する研修を行うとともに、地域に根差し地域に開かれた「とも暮らし」等を含む、看取りに対応できる多様な住まい（例として「ホームホスピス」）」といった取組を進めて、「看取りの機能に着目した建物の改修や運営の支援等が必要である」といった形で、ご提言をいただいたところでございます。

続きまして、資料5へお戻りをいただきまして、私ども昨年度、地域包括ケアのあり

方の検討に資する目的で、都民に対する意識調査とそれから事業所施設に対する実態調査を実施しております。その中で、看取りに関する現状についても一部把握したところがございますので、その概要をご報告させていただきたいと思っております。

資料5のほうは、都民意識調査でございます。左側の調査概要のところでございますとおおり、都内在住の20歳から65歳未満ということで、いわゆる現役世代を対象に6,000人の方に対してアンケートを行いまして、回収率は43.8%でございました。

一番左下に、「主な調査項目」とありますけれども、住まいについて、それから介護について、そして看取りを含めた人生の最終段階に関する意向についてということで、聞いております。で、今日は、そのうち看取りに関連する部分だけ幾つか抜粋してご報告をいたします。

まず、高齢期を過ごしたい場所ということで、先ほど国の調査結果もご報告しましたが、改めて都民の意識の中でも、やはり都内で人生の最期あるいは高齢期を過ごしたいという方が、66.5%でございます。これを年代別にちょっと詳しく見ていきますと、②の表にございますとおおり、20代、30代が大体5割ぐらいですけども、40代で6割、50代で7割、で、60代では85%ということで、年齢を重ねるごとに都内在住志向が高まっている状況でございます。

それから、その下、③ということで、その理由ということで伺いますと、やはり「住み慣れた地域に暮らしたいから」と。あるいは二つ下の「家族・親戚・友人等親しい人がいるから」ということで、住み慣れた地域、あるいは顔なじみの関係の中で、高齢期も過ごしたいという意向が読み取れるかと思っております。

めくっていただきまして2枚目でございますが、最期を迎えたい場所ということで、こちらは年齢トータルで見ますと、全体で「自宅」というのが38.2%。あとは左から5列目、6列目になりますけれども、「高齢者向けの住宅」や「介護保険の施設」というのが、3.9%、4.1%になっています。で、今回は「わからない」という右から二つ目の回答が3割ぐらいに上りましたので、そういった意味で、そこを控除しますと、やはり全体の7割ぐらいの方が自宅や施設などの暮らしの場で最期を迎えたいという意向が。これも、やはり国の調査と同じような傾向が出ているかなというところでございます。

それから、その下、人生の最終段階の医療についてということで、非常に雑駁な聞き方をしてしまったんですけども、治療優先ですか、あるいは生活優先ですか、医療は受けたくないですかというところで聞くと、「生活優先」という方が7割に上っているという状況でございます。

こういった受けたい医療の状況というのをご家族等へ伝えていきますかというのが右側の表でございまして、書面で意思表示している方は、本当にごくごくわずかでございました。あとは「誰にも伝えていない」というのが、全体を通して6割以上ですが、年齢を重ねるごとに、その割合は徐々に減っております。口頭でご家族なり友人等へ伝えて

いるという方が3割強でございますけども、年齢を重ねるごとにその割合はふえているというところがございますが、いずれにしろ、60代になっても、まだ半分の方が「伝えていない」という状況でございました。

以上が都民意識調査から見られる看取りの状況でございます。続きまして資料6でございまして、こちらが施設・事業所の実態調査でございます。

調査概要、左側のところに、全部で11の種別に聞いております。①から⑦が施設居住系のサービス、⑧から⑪が看取りに関連するような居宅のサービスというところで、全体で3,125の事業所を対象に、回収率は59.4%でございました。

こちらの調査項目は、左下でございますとおり、看取りのことのほか、福祉用具やロボットの導入状況、それから地域貢献、社会貢献活動の取り組み状況ということで聞いておりますが、本日は看取りのところに絞ってご報告をさせていただきます。

まず、看取り対応の可否ということで、施設と居宅系ではその意味合いが違うんですけども、いずれにしろ、施設の場合は入所者さん、居宅系の場合は利用者さんの最期の看取りに対応しているかというところがございます。施設で言いますと、特養で65.3%、有料で69.6%、サービス付き高齢者向け住宅で53%といったところが、高い割合で対応しています。居宅のほうで言いますと、訪問看護は76%ということで高い割合になっています。訪問看護で、「やっていません」というところも、右側のほうに数%あるんですが、これは恐らくリハビリ専門型の訪看ステーションさんなのかなというところがございます。

それから、その下で、条件つきで看取りに対応していますという場合に、その条件って何ですかということで聞いてみますと、ドクターがいつでも往診できることが条件であるとか、あるいは同居の家族等がきちっと協力してくれることが条件ですといったものが高くなってございました。

おめくりいただきまして、2枚目でございます。今度は、看取りの課題ということも着目しまして、まず左側では、看取りをしていないという施設・事業者さんに対して、そのやらない理由は何ですかというのを複数回答で聞いたところがございます。番号を振ってございますけど、3番、4番、5番が、医師や看護や介護のいわゆる体制の問題というところが、かなり高い割合になってございますが、そのほかには、11番のところ、職員の看取りに関する知識・経験・理解の不足といったことが4割ぐらい指摘されています。それから、あとは8番のところ、職員の精神的・身体的負担というところが24%。それから、あとは16番ということで、家族が寝泊まりするようなスペースがないといった物理的な課題を上げているところも2割ほどございました。

今度は、右側へ行きますと、看取りを実施していますという施設・事業所さんに、実施の上でどんな困難がありますかということで聞いています。で、おおむね左側と同じような選択肢で聞いているんですけども、まあ多かったのは20番のところ、急変時の対応がやはり困難であったと。それから、21、22、23は人員体制の問題ですけ

れども、やっていないというところよりは低い割合で出てきております。それから、25、26のところは職員の精神的・身体的負担でございまして、特に介護職員の場合、50%ということで、かなり高い率になっています。で、これを、看取りをやっていないところの対応する項目、左側の8番で見ますと24.6%でございまして、実際にやってみると、かなりこのあたりの精神的な、あるいは身体的な負担が重いのかなということが見てとれるかと思えます。それから、29番のところでは、職員の看取りに関する知識・理解というところで、これはやっていないところと大体同じような割合で出ているかなと。それから32番で、家族との合意形成。これが34.9%と、かなり高く指摘されております。これは、やっていない事業所でいうと14番の項目に対応しますが、8.5%ということですので、実際にやってみると、やはりかなり家族との関係が難しいということが、読み取れるかというふうに思います。

二つの調査結果は以上でございまして、で、以上が前置きでございまして、最後、資料7ということで、今年度の暮らしの場における看取り支援事業の概要ということですが。

この後、個々の事業の詳細は別途各担当からご報告、ご説明をする予定になってございますので、全体の体系ということでご理解をいただきたいと思えますけれども、大きく三つに分けて、一つが本人や家族を含めた関係者の理解の促進ということで、リーフレット等を通じた都民への普及啓発や講演会等の開催ということでございます。

それから、大きな二つ目が専門知識の提供ということで、これは看護や介護や相談員等の多職種向けの研修あるいは医師向けの研修ということで、取り組んでまいります。

それから、最後3番目が環境整備に対する支援ということで、一つが看取り環境整備支援事業という補助金になりますが、施設の改修等に対する補助でございまして、もう一つは、先ほどホームホスピスのご紹介もしましたけれども、そういったような小規模な看取りに対応する施設の運営に対する補助といったようなことを検討していくこととしております。

ここで、この後、各論でご説明しないものとして、③番の看取り環境整備支援事業の(1)にございます、「既存施設において看取りを行うために実施する改修等」というところでございますけれども、これは1施設に対して600万円を上限に、区市町村を通じて4分の3補助を予定しております。

これは、例えば特養などで看取りをしようという場合に、ユニット個室であればいいんですが、まだまだ多床室の施設も多いということで、例えば4人部屋の中の1ベッドで看取りをやる、と。これはほかの入居者さんとの関係でなかなか困難でございまして、そういった場合に、例えば静養室などを看取りのための個室として使えるように改修するとか、そういったような軽微な工事費等を補助対象とすることを想定している事業でございまして。そのほかの事業については、後ほどご説明を申し上げます。

最後、右側のスケジュールでございまして、28年度、今年度と来年度の2カ年事業

ということで、2年間続けて行うもの、あるいは前半で検討して後半で実施するものなど、ごらんのとおりでございます。じゃあ、2年でこの事業は打ち切りですかということところが当然の疑問としてあるわけですが、2年間の実施状況を踏まえて、30年度以降のあり方というのは、一定の必要な見直しもした上で再構築していくのかなというところがございますので、まあ、必要性に鑑みて、その先についてはまた改めて検討ということをご理解いただければというふうに思います。

長くなりましたけれども、私からの説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○新田部会長 ありがとうございます。

千葉委員が出席されましたので、どうぞ自己紹介してください。

○千葉委員 おくれまして、申しわけございません。東京都介護支援専門員研究協議会の千葉でございます。ケアマネジャー、居宅系、施設系が所属というか会員となっております介護支援専門員の団体でございますが、私自身は、居宅介護支援事業所、地域包括、デイサービス、そして特養の施設長、まあ、管理者を兼ねてございます。どうぞよろしく願いいたします。

○新田部会長 はい。ありがとうございます。

それでは、早速、ただいま事務局から資料を含めて説明していただきましたが、まず、このあたりが今回の暮らしの場における看取り支援事業について、皆様で少し議論していただいて、次の各論、事業の進め方の議題にと思っておりますが、遠慮なく発言お願いします。たくさん資料がありますがご意見をいただければと思います。

園田委員、この地域包括の会議にも出ていらっしゃったと思いますが、こういったいわば資料を、このままこのように読むんでしょうか。あるいは、また別の考え方をするんでしょうか。

例えば、都民の意識の問題等の問題ですね、現在の最初の資料4の中で、今の都民がどう考えるかということと、先ほど、もう一つの資料の中で、60代以下の都民がそれぞれ考え方、これもとってもおもしろい資料だなと思って、受けとめて見たんですが、こうした年代層別に行くと、これから一番問題になるのは、2025年、2030年以降だとすると、40代等を含めた人たちの意識も含めてこういったことを考えていかなきゃいけない、もう時代になっているんじゃないかと、改めて思った次第でございますが、どんな感想でございますか。

○園田委員 ご質問いただきましたので。

資料5の都民の意識調査ということに関連して、今年の多分お正月のころだったと思うんですが、樹木希林さんの、オフイーリアになって、「死ぬときぐらい好きにさせてよ」という広告が出て、すごい反響があったと思います。私は、あれが、死に際して初めて自分がどうしたいかということについて、かなりはっきりとした意思表示をするということの、すごい大きなきっかけになったのではないかと思います。

そういう目でこの資料5を見ると、高齢期を過ごしたい場所について、いろいろな意見が出てきているんですが、その選択理由として「住み慣れた（生まれ育った）地域に暮らしたいから」、「日常生活の利便性がよいから」、「家族・親戚・友人等親しい人がいるから」、「公共施設の利便性がよいから」が、いずれも40%以上の割合になっています。これらの点を全て考え合わせると、実はずっと住み暮らした地域で、できれば家で過ごしたいという希望がすごく出ていると思うんですね。ですから、「死ぬところは好きにさせて」というのが、すごくポイントではないかと思うのが1点です。

次に、二つ目にご質問いただいた、世代によって意識に違いがあるのか、あるいは違いがないのか、その点についてどう思うか。確かに、若いと、実際に人が亡くなるというところに居合わせた経験もないし、特に、現代の家族はお年寄りと一緒にいるということがないので、そういう経験がないと実感がないのでわからない。逆に年齢が上がるほど、ある意味現実的になって、明確な意思表示があると思います。

それに加えて、私がもう一つすごく重要だと思うのは、特にこれからの世代のことで言うと、これからどういう死に方、死に場所になるのかというのが、若い人に対して与える影響がすごく大きいと思います。若い人が、あ、ああいうふうに死ねるのだというふうに思うと、すごく未来に対しての見通しというか希望が湧くと思います。

ですから、そういう意味で、今回のこの検討会は、大変重要だと思うんですが、何かこう、施設に入って、はい、大丈夫ということではなくて、ご本人の意思をどのぐらい反映できるかということと、世代の若い人たちにとって、自分の最期の生き方ではなくて、終わり方について明るい見通しが持てる、そういう検討が必要かなと思いました。

○新田部会長 ありがとうございます。私もこの資料を初めて見て驚いたんですが、40代でも、もう40%は自宅で死にたいと思っているんですね。東京を皆さん離れてどこかへ行くのかなと思ったら、そうでもないしというんですね、そんな感じを改めてしましたが。ありがとうございます。

どうぞ。

○呉屋委員 いやいや、世代間の意識のギャップというのはおもしろいなと、大変思いました。ただ、振り返ってみますと、自分自身がそういうことを意識したのは、やっぱり40過ぎかなという気もするんですけど。それまでは、自分の生命が終わるなんていうこと、多分誰も恐らくほとんど考えない。自分は永遠に生きるんじゃないかと、そういうふうな錯覚のもとに生きていると思うんですけど。

○新田部会長 はい。

○呉屋委員 ですから、こういう意識を拾うとしたら、やはり40代以降の方。つまり、過ごしたい地域についていろんな意識で、例えば都内ということについてはですけども、比率が30代の50%から40代の67%と、ここでステップアップしていますね。ですから、この辺が一番身近に物事を考えて対応した、つまり意識を明確に出したというのは、この辺から読み取るのかなというふうに思いました。先ほど園田委員のご指摘に

ありましたように、それ以前はまだ考えてはいないな、その上の人たちの世代の死の方を見て考えるというふうなところかなというふうに、私は解釈したんです。

そうしますと、30%の方が、この30代までということなんで、その残りの70%の方がこういうふうな意思表示をされたということを重視するという意味で、政策提言や概念の提言がありましたけど、その大半は、そのこのところで対応できるのかなと。そこを踏まえた対策ということでのいいのかなというふうに、私は漠然と考えました。大変おもしろい、世代によってギャップがあるなというのを改めて認識しました。

○新田部会長 ありがとうございます。こうした意識のあり方を含めて、さらに今回の事業で啓発等もいろいろあるわけですので、40代も含めてターゲットにするのができると、とてもいいですね。

○秋山委員 今、訪問看護とかそれから相談支援の場で、特に、親ががんと言われたり、親が要介護状態になって、大慌てをする息子たちがおろおろしていることに、大変よくぶち当たるんですね。で、その方たちは40から50です。

つまりは、自分自身のことはもちろん考えていないけれども、親が70代、80代で、いざ死ぬかもしれないというような病気の状況とか、これから先、明らかに落ちていくというところにぶち当たったときに、とても動揺されているという姿で。その方たちが一気にどこかへこう預けてしまおうというふうに、やっぱり思ってしまうんだけど、ご本人たちは、いや、ずっと家にいたいというようなことを言われて、そのはざままで調整したりするのに、結構息子さんというのか、まあ娘さんもいるんですけど、結構今まだ現役世代で働いている状態で、親の介護というか、親が死にそうな病気になったときの状態に戸惑う。

そのときに、この、今の資料5の2枚目の「わからない」という人が3割あるという。最期を迎えたい場所が「わからない」と答えた人が3割で、当然ながら意向の伝達状況も6割方が誰にも伝えていなくて。やっぱりここは、この「わからない」、考えていないから「わからない」んだと思うんで、「わからない」という回答だったと思うので。

その辺、やはり啓発活動するとき、私たち、ちょっとこの間、がんの相談支援をやっている人と話をしたときに、親ががんになったとき、息子の世代に対して何かリーフレットがないといけない時代ではないのかなという、そんな話までしましたので。はい。

○新田部会長 ありがとうございます。

もう一つ大きな題は、ここの資料4の真ん中に書いてある「人生の最終段階を暮らしの場である自宅や施設で過ごす希望は多い」んだけど、「実際には8割弱が病院で死」、この現実、現在の実態であって。今回の事業というのは、この希望がある人たちをきちんと、そこで希望に応えるということを進める事業でもあるんだろうなというふうな思うんですね。

そういったことをも含めて、また、この総論のところ、今のところでちょっと議論をしていただき、なぜそうなのか、何でそんなことが、起こっているのか、今、秋山委員

が言われたように、おろおろして、病院に押し込んでしまう。結果として。居場所はない。あるいは高齢になっても、介護する人がいないから、施設に押し込む。そこで、最後に死を迎えるというのが、現状にあるわけでございますよね。

で、今回は、画期的な事業だと思うんだけど、もっと暮らしの場において看取るということは、これだけ40代以降も含めて希望していることをかなえるという、これは東京都の本質ですよ。課長、どうでしょうか。それでよろしいでしょうか。

○山口課長 はい。おっしゃるとおりです。

○新田部会長 はい。ありがとうございます。ということを踏まえた議論に、ここはしなきゃいけないなと思うんですが。

どうぞ。はい。

○呉屋委員 全く同感で。そうとしますと、このコンセプトを推進するには、一つは、都民の中に啓発して知識を普及するという、やっぱりそのコンセンサスがベースにあるというふうに思います。あるいは介護、あるいは医療職へのアプローチだけでは、これは成り立たないものだろうという一方、もう一つ、私も物すごくおもしろいなと思ったのは、この資料6の課題というところで、看取りをよくやっておられる施設、そうでない施設の中に、いろんな意識調査がされて、これは大変おもしろいなと思ったんですが。これは、要するに今度は都民へのアプローチ、アクセスとともに、やはりこういった介護・医療職への、この、何ていうのかな、職員スタッフ側へのアプローチということもきちんとなされないと、でき上がらないものだなと。その二つの視点が、ともに重要だなというふうなことをこれから感じた次第です。

○新田部会長 はい。ありがとうございます。

何かご意見ありますでしょうか。どうぞ。

○阿部委員 在宅で看取りというのは、でもこれからなのかなとすごく思うんですけども、さっき秋山委員がおっしゃったように、本当に、40代の方で、まだわからないというところは、京都の同和園の中村先生がおっしゃっているように、親は子供に死に逝く姿を見せなくちゃいけないというふうに話をしているということで、やっぱりこれから、そういう、親も必ず年をとって死んでいくということをやはり認識していくことが、必要になっていくのかなと思います。

で、在宅のほうの看取りなんですけども、本人たちが最期までお家にいたいと言っても、私たち今までは、家族の介護力がないとか、身体的にちょっと不安があるとかで、やっぱりなかなかお家で最期までいられないということがあったんですけども、最近ちょっと感じているのが、いろんなマンションがいっぱいできているんですけども、セキュリティが非常に高くなっている。で、セキュリティが高くなれば高くなるほどサービスを提供する者が入れないという事情が出てしまって、結局、夜間とかはひとりではいられなくなって、もうお家ではいられないというふうにつながっている。

で、きょう、私ども区のほうで地域包括推進会議があったんですけども、前、一つの

方が、マンションの管理組合もやはり少し巻き込まなきゃいけないんじゃないかと。やはり、そういうマンションとかにサービス提供していくのは、誰かが入っていかなければ、希望があってもかなえることができないという状況を、少しでも変えていかなければ、これはもう、地域包括ケアシステムのほうにも入ってくる問題なのかなということを考えております。

○新田部会長 はい。今の話は、看取りだけではなくて、生活支援も含めてそうですが、マンションというのは、別世界ですね。我々の地域では、マンション族って、やっぱり全件平均すると、40から50代。で、中に60代、70代がぼつぼつといると、マンションって個別社会なんですね。そうすると、地域社会に中々溶け込めなくて、そうすると、新たにマンションは、別に考えざるを得ない、まあ、そういう問題がありますよね。だから、それは住居の問題も含めてあるので、それは個別の中で、ちょっと議論をしていただければと思います。

どうぞ。

○園田委員 今のお話とちょっと違って、資料4の、病院で約8割が亡くなっているということについてコメントしたいと思います。私がこの場に加えていただいたのは、建築分野の視点からどうかだと思んですが、実はその建築とかまちというのは、人間がいろいろな振る舞いとか活動をする、ある意味、環境そのもの、舞台そのものなんです。ところが、実は、日本の病院というのは、人生60年時代に、本当に第一に治療をするということで、「病院建築」という脈々たる伝統があります。それは本当に人を治して、普通の環境にちゃんとお戻しするというを目的とした空間で、広い廊下幅とか、それから、何よりも医療の機能性ということを重視して、つくってきた空間です。それに対して、本当に建築分野の責任は大きいと思うんですが、特別養護老人ホームをつくるときに、何を間違えたかということ、病院空間をそのまま特別養護老人ホームに持ち込んで、結局治すための空間をつくってしまったんですね。

しかしながら——まあ、老いが治る方はいいんですけども、現実にはあり得ません。加齢をして人生の最期に向かうということは、むしろ癒すとか慰めるとか、そういうことが必要だと思うんですが、残念ながら、病院という舞台というか環境には、それらの要素はありません。病院的空間は、建築分野は治すことを中心にして、医療者の方、看護職の方がいかに、こう、機能的に動けるか、緊急時に迅速・効率的に対応できるかということのを第一にしてつくっています。それが、高齢者の看取りの場としてはと全くミスマッチだと思います。

そういう意味で、資料7の出口のほうを見て心配なのは、ここに「看取り対応ホーム」と書いてあるんですけど、「ホーム」という英語を日本語に訳すときは、明治の人のほうが的確で、「ホーム」の日本語訳は「家庭」としました。だから、「家」と「庭」がないと、「ホーム」ではないんですね。ところが、今や、日本語での片仮名でのこの「ホーム」は、イコール、「施設」なんですね。

先ほど参考資料で、ホームホスピスのご紹介があったんですが、ホームホスピスが、もしこの看取り対応ホームの「ホーム」で、家庭でないほうの施設だと考えられると、これは、物すごく違った方向です。「ホーム」というのは、本来、家と庭があってホームなんですね。マイホームなんです。ですから、この片仮名のホームの解釈は、建築空間的にはすごい大問題で、もう日本語英語になっている、「ホーム」とつくと、全部施設の扱いになってしまいます。

だから、「看取り対応ホーム」というのが、また新しい施設を、施設機能を追加するという方向に行ってしまうことになりはしないかと、物すごく心配です。ちょっと、本来の趣旨とは違うかもしれませんが、きょうはキックオフだと思うので、くれぐれも建築側から、その点は申し上げておきたいと思います。

○新田部会長 なるほど。

これから、部会が二つある中の一つで、その基準をつくっていかねばいけないということで、貴重な話だと思うんですが。それはその中で議論するということでしょうか。今、大切な提案、提議をしていただいたということで、よろしいでしょうかね。

どうぞ。

○山口課長 園田先生、ありがとうございました。

実は、ホームホスピスの取り組みを多分に意識して、そういったものを東京でも広げようという意識がございます。それで、ただホームホスピスの名前というのは、何か商標登録とかいろいろあるようで、そのまま使えないものですから、それをイメージして、「看取り対応ホーム」と、勝手に予算編成過程でつけた、仮の名称でございますので、その辺はちょっとネーミングも含めて、今のご意見を参考にしたいと思います。

○園田委員 もう一点、いいでしょうか。

○新田部会長 はい。

○園田委員 「看取り支援」は本当に前向きなご提案で、そういう意味ではすごく重要だと思うんですが、もう一つ建築的なことから申し上げると、私たち建築の分野でいうと、ホームホスピスというものを位置づける根拠法は何かというと、「有料老人ホーム」になってしまうという問題があります。東京都もこの4月から有料老人ホームの指導指針を改正されたと思いますが、その前提になる老人福祉法の定義に則ると、ホームホスピスは、一人でも高齢者を入居させて何らかの支援を提供した途端に、もう有料老人ホームという看板の下に含められてしまう。そうすると、建築というのは、看護とか医療の中身とか、どういう人が運営しているのか一切見なくて、外形的な要因だけで判断するので、もう、そうになってしまうと（有料老人ホームになってしまうと）、施設の扱いになってしまいます。

それと同時に、今度は別の法律で、建築基準法と似ていますが、全然違う消防法という法律があって、その消防法も昨年からは、要介護3以上の方が半分以上入居するものだ

と、0平米以上のものは全てスプリンクラー設置ということになっています。さらに東京都の場合は、バリアフリー条例というのがあるが、0平米以上のものすべてが、それはまあよかれと思って決められたんだと思うんですが、廊下幅が幾らとか設置するエレベーターについて全て外形的な要因で規準が決まっています、そうすると、何を申し上げたいかという、普通の家を活用した看取りの場というのは、事実上、不可能なんです。

ですから、もしここで議論していただけるのであれば、「あえて制度をつくらないというような制度をつくっていただく」か、今のいろいろながんじがらめの規制のひもをどうやったら解くことができるか。で、多分そのときの鍵は、東京都という立場は、ここで議論していると、もうすごい範囲や人口を睥睨しているんですが、そうではなくて、現場の一つずつの状況とか判断、意思決定、自由裁量みたいなものを、どうやって柔軟に組み入れるのか。特に、建築側、あるいは消防側に、単純に規制緩和をしろと言っているわけではないんですが、その一つずつのありようを柔軟に捉えていく、その方策を、ぜひ、この部会で考えていただけたらと思います。

○新田部会長 事前に事務局と話しているときに、今のようなことを含めてお尋ねしたことがあるんですが、事務局としては、例えば「たまゆらの里」とか、そういったものをつくらない。もちろんいいものをつくっていきたいという、そういったような、園田案に近いものも恐らくあるなと思って考えているんですが。ただし、やはりそこはそこで、どこかでやらなければいけない。そういう矛盾をはらみながらあるので、その議論を少し進めていただければと思います。

○園田委員 そのときに、です。だから、これをつけなさいという決め方はやらないほうがいいと思うんです。やってはいけないことを決めたほうが、「これはやってはいけないよ」ということを決めた方が建設的です。そうでないと、身動きがとれなくなる。

○新田部会長 わかりました。はい。いきなり本質に入った議論になっておりますが……

○園田委員 ごめんなさい。

○新田部会長 園田委員には、そこにも入っていただいておりますので。ただし、そんなに時間がなくて、3回かその程度で中身を詰めなきゃいけないので、分科会で議論され、この部会で議論を集約する必要があります、ここの中で、今の話を含めて、何かご質問があれば。

はい。どうぞ。

○千葉委員 千葉でございます。

このタイトルが「暮らしの場」とつけてくださったのが、大変私がいいなと思うのは、暮らしというのは、一朝一夕ではできていなくて、延々と続いてきたこの継続性がある、初めて「暮らし」なんです。私どもも特養ですが、ほとんど希望される方のお看取りを今しております。配置医の先生のご協力も得て。

何ができる要因になっているかという、ここに関係性があるということだと思います。もう何年か何カ月かここで暮らしてみ、職員や、あるいはご家族の出入りという

ことがここで培われたからこそ、ここで看取りたいということになるのであって。ハードは、私どもも、昭和の建物ですので、病院系なんですけれども、慣れ親しんだこの場で死にたいという意識は持っていただけなと思っています。

ご自宅でもそうだろうと思うんですが、ご自宅のほうが難しいような気がいたします。それは、ショートステイ等で使われる方を見ていますと、もう、おばあちゃまがこの家の、ご自宅におばあちゃまのお部屋がなくて、転々とされるということがあって、その方が、ではご自宅で看取れるかということ、なかなかこの、今度はスペースの問題で難しくなってくる。サービスはかなり、今、訪問看護ステーションさんとかがあってできそうなのに、家の環境がないというのが、今、東京の問題ではないかなというふうには感じます。

以上です。

○新田部会長 ちょっと、今の話、よくわからなかった。いわば、あんまりできないという話をされていたんですか。

○千葉委員 特養でできているのは、なじみの関係ができているからできるのだというお話と、では、ご自宅にいる方ができるかできないかということ、サービスを使い始めると、実際に高齢者の方の居場所がなくなってきて、看取りの環境というのが、条件として、なくなってくる方がいて、施設、先ほどの表でいいますと、施設での看取りがふえてきている。これ、私が特養の施設長だからそこが気になるんですけども。在宅は横ばいでしたけれども、在宅ではなかなか難しいというのは、環境要因があるのではないかとということで、二つ申し上げました。

○新田部会長 なるほど。恐らく、それは一言で片づけられない話でございますので、一言で言ってほしくないんです。はっきり言えば。

○千葉委員 はい。

○新田部会長 なぜかということ、こういった、今進めている暮らしの場というのは、本当に暮らしの場なんですね。施設はセーフティネットとしての居場所ではありますが、暮らしの場ということそのままで、いい表現なので、そのまま受けとめて考えていただければと思います。

それで、そういう中で、暮らしの場というのは、もちろん例えばサ高住とか、いろいろ暮らしの場というのはあります、在宅という概念で。施設は施設という概念というものもあります。例えば施設がユニットをつくって暮らしの場化をしているということも含めてあります。

そこのところを明確に、分ける。これはだめだ、これはいいとか、そういう話はここではしないで、施設も含めて、先ほど統計がありましたけども、特養で看取りをしていないところもあるから、そこではきちんと看取れる場を作る。在宅でもきちっと看取ることが必要であり、看取ることが困難な原因は何か家族も含めて環境要因が難しいのではなくて、そういう場をなるべくつくりましょう、そういう話を考えていただければと

いうふうに思いますが。よろしくお願ひいたします。

○千葉委員 はい。

○新田部会長 どうでしょうか。

平川委員。

○平川委員 よくわかりました。

ここの死亡の場所の割合というのを見て、自分のことを振り返ってみたんですけど、1975年ぐらいから在宅で亡くなる方がぐっと減っています。ちょうどそのころ、私の祖母を自宅で看取った経験があります。たまたま両親がいなくて、兄弟しかなくて。私がまだ医学部の5年生で、下の弟がまだ医学部で、2、3年生だったかな。一生懸命蘇生しながら力およばず看取ったことがありました。まあ、その時は家で看取るもんだと思っていたわけですけども。

実は、3年ほど前に父が呉屋先生の杏林大学で亡くなったんですが、自分は専門職だなど思っていながら、身内になってしまうと、このターミナルというのは、考え方がぶれるんですね。3人兄弟医者ですけど、そんな中でも意見が合わなくなってしまって、もめたことを覚えています。

実は父は、杏林の救命救急に8回搬入され、8回挿管して、8回生き返っているんですね。そんな経験もあったので、この時も、主治医の先生に、90を超えているけども、二十歳の青年と思って治療にあたってほしいとお願いしましたよ。ふだん家族の方々に全く逆のことばかり言っていて、もう90を超えているんですから、これは自然の形でいきましょうよと言いながら、自分のときは徹底的にやってくれというふうに言っていました。結果的にはもちろん助からなかったんですけども。

そのときは徹底的にやって、もう、これ以上はしょうがなかったなど、そのときは満足していたんですけども、亡くなってしばらく遺体を家に置いていたんですけども、徹底的に補液したもんですから、布団に体の内の水分がしみ出てしまって、よくもこれだけたくさんのものを体の中に送り込んだんだなどということ、すごく後悔することになってしまって、全く自分の何かエゴで、ひどい看送り方をしてしまったなどという後悔がありました。

そんな経験から啓発は、丁寧にやらないと。やっぱり専門家でも誤る位ですから、もし一般の方だったら、もう全然勘違いしたとり方をしてしまうんじゃないかなという危惧があります。

特養や老健をやっていますけども、実は千葉先生のところと違って、うちは看取りが少なかったのですが、最近いわゆる本当の看取り、看取りを念頭に入れたアセスメントをつくって、何となく看取っちゃったというケースじゃなくて、ちゃんと看取りというゴールを決めてやるという仕組みをつくり、併設病院の医師だけじゃなくて、在宅の先生方にも入ってもらって、ここで続けて5人ほど看取ったんですが、スタッフも全然変わりましたね。それまではもう、途中で疑心暗鬼になったり、看取りを決めておきなが

ら、一生懸命蘇生したりして、やることがちんぷんかんぷんというか、本当にばらばらだったんですけど、仕組みを決めてやっていくと、さっき言ったこの職員のストレスとかいろんな思いというものも随分軽減されましたし。やはり仕組みをちゃんとして、枠組みをつくって、家族との信頼関係とか家族の覚悟といったものも全部つくり上げてやっていけば、在宅看取りも含めて、僕は、暮らしの場の看取りだって可能だと思います。僕はこの委員会でその辺を、皆がすぎるものというものか、つかめるものというものをつくるべきじゃないかなと思っています。

- 新田部会長 ありがとうございます。確かにそのとおりでございまして、それはやはり、この事業の中に医師向けと多職種向けのカリキュラム等々の話もあって、中にきちっと入れ込む。そして、都民の普及啓発というのもありますので、ぜひ、そこのあたりも含めて、きちっと明確に、なるべく明確に、わかりやすくしていきたいというふうに思います。

それでは、二つ目の議事に行きたいと思います。事業の進め方についてでございます。これも事務局から一通り説明していただき、その後、皆さんから伺いたいと思います。よろしく願いいたします。

- 土屋課長代理（地域医療連携担当） はい。よろしく願いいたします。私から、資料8について説明をさせていただきます。

暮らしの場における看取り支援事業の進め方についてでございます。在宅療養推進会議においてもご了解をいただいた内容となっておりますが、こちらでも確認ということでごらんいただければと思います。

まず、事業を進めるに当たりましては、関係する職種の方にご意見を伺いながら進めていく必要があるということで、本事業を実施するに当たりましては、検討を行う場として、こちら暮らしの場における看取り支援の検討部会を設けさせていただきました。

また、さらに具体的、専門的な検討をしていく部分については、部会の下に有識者・実践者等を含めた分科会を設置して、検討を進めてまいります。

真ん中、検討体制のところにもございますけれども、右側の図のとおり、部会と二つの分科会を設置いたします。左側の文章がございまして、事業全般につきましては、こちらの部会で意見を伺いながら進めてまいります。また、より詳細な議論が必要な内容については、分科会にて検討を行いまして、そこでの検討結果は、部会に提示して承認を得た上で、事業を進めていくという流れにさせていただきたいと思います。

分科会につきましては、検討内容に応じまして、医療の専門的な要素も強い「医師向け研修カリキュラム検討分科会」と、介護も含めた「多職種向け研修カリキュラム等検討分科会」を設置いたします。多職種向けの研修カリキュラム等検討分科会ですけれども、「等」の部分については、先ほどお話ございました看取り対応ホームの定義についても、あわせて検討を行う予定でございます。こちら二つの分科会につきましては、検討内容について必要に応じて整合を図って進めてまいります。

分科会の開催については、平成28年度の検討のみということにいたしまして、その後は、在宅療養推進会議と部会において進捗管理をしていくような流れとさせていただきたいと思います。

一番下、スケジュールですけれども、部会については、今回を含めまして、今年度3回程度。各分科会については、ボリューム等にもよりますけれども、医師向け研修カリキュラムは、ちょっといろいろ検討が必要かなというご意見もいただきましたので、在宅療養推進会議のときは3回ということで提示したんですが、まあ4回、5回程度。また、多職種向け研修カリキュラム等検討分科会については、前半で事業を作り上げて、後半に事業を展開するということになりますので、前半部分、集中的に3回という形で実施をしたいと考えてございます。

資料の9と10、A4縦の資料でございますけれども、こちら、今現在の分科会のメンバー、こちらで今検討しているような状況でございますが、参考につけさせていただいておりますので、ごらんいただければと思います。

資料9の医師向け研修カリキュラム検討分科会については、分科会の長といたしまして、こちらの部会にも参加いただいております、呉屋先生に分科会長をお願いしたいと考えております。

また、資料10の多職種向け研修カリキュラム等検討分科会については、秋山委員に分科会長をお願いしたいと考えてございます。

以上でございます。よろしくお願いたします。

○新田部会長 はい。ありがとうございました。

それでは、今、事務局から説明していただきましたが、この進め方等について、特に、多職種向け研修プログラムと看取り対応の定義等が3回でございますから、先ほど園田委員のお話もありましたが、その中で煮詰めなきゃいけないというのは大変タイトでございますが、よろしくお願したいと思いますが、何かご意見があればお願いたします。

秋山委員、どうでしょう。

○秋山委員 資料の10——まあ15までは、これは今から説明していただくのかもしれませんが、15にこの看取り対応ホームの目的定義というのがあって、後ろのほう見ますと、この辺が、先ほどのそのホームという、ホームホスピスのホームの意味合いというのをきちんと、ホームホスピスは基準をつくるときにきちんと冊子に載せていますので、それも、でも、もとのこの文書をつくってくださっていると思うんですけど、資料15のこの定義のあたりは、園田先生にもう一度ご意見いただいたほうがいいかなというふうに、ちょっと今思ったりしましたけれども。

○新田部会長 、議事で、最後の個別事業というのもあるんですが、そこで説明の予定でございますか。わかりました。まずは進め方ということだけで、よろしくお願いたします。

○秋山委員 わかりました。

その意味では、随分と思いついて、このスケジュールを非常に短期に走って、本当に現実に動かそうという意図がありありと、意欲が見られまして、頑張っていかなければならない感じが今しておりますが、はい。

○新田部会長 よろしく願いいたします。やるしかありませんので、よろしく願いいたします。

呉屋先生、どうですか。

○呉屋委員 私も話を伺って、どのように進めようかと思って。まだ詳細を見るまでは、医師のみ3師で、その看取りと、こういう施設あるいは在宅での看取りということは、基本的には今もなされているところなんですけど、そういうふうに見取る環境をどうつくるのかということは、より一層重要だなと思っていました。

で、施設の職員の方々への教育や、あるいはいろんな不安に対する支援体制といいたしましょうか。そういったものをどうやってつくるのかなど。そちらこそ重要なことかと思いつつながら、私は、それと、きょう連携してやる医師のカリキュラムというか、そういうのをつくるほうがいいのかと思っていました。

きょうお話をお伺いしますと、それはそれで独自に走りそうなので、逆に今度は医師向けのいろんな看取りの場所での看取り方の法的根拠とか、そういったことの理解をもっと推進するというようなことで進めていけば、医師向けはできる、進むのかなと思いつきました。ですから、施設職員等へのいろんな支援、教育というそういうものと、一部連動した形で進めさせていただきたいなというふうに思います。

○新田部会長 どうですかね、多職種向けカリキュラムもこの3回でなかなかできないでしょうから、恐らくどこかでそのところを分科会長同士が打ち合わせするとか、等々のことを含めてやるということでしょうか。

○呉屋委員 はい。

○新田部会長 あるいは、この部会にまた一部会にまた諮るのは大変なことだから、分科会長同士でよろしいでしょうかね。私もオブザーバーとして、そこに入りますので。そういったことで、一緒に進めればというふうに思っています。

○呉屋委員 はい。

○新田部会長 お願いいたします。

ほかにご意見ありますでしょうか。

阿部委員、どうでしょうか。こういった進め方にするのですが、よろしいでしょうか。

○阿部委員 期待しています。

ちょっと戻っちゃうのかもしれないんですけど、文京区のほうでは、今、職能Ⅰと職能Ⅱという団体がありまして、職能Ⅱのほうは今在宅と施設系の看護師さんが対象となっています。で、職能Ⅱの方たちの研修等に当たり、施設での看取りというのが、2年ほど前からすごく進めていかなきゃいけないということで、非常にまた職員の方の関

心も高く、看取りについての研修をすると、かなり出席率も高いんですね。やっぱり、その結果、非常に、先ほど平川先生がおっしゃったように、やはり施設のそういうこともあって、施設の看取りも少しずつふえているんじゃないかなというのがあります。

あと、ストレスというのもあったんですけども、やはり施設というのは、在宅って、がん末期がちょっと少なくって、老衰による慢性期というかが多くて。で、こう、じわじわじわとゆっくりいくので、あ、そろそろ、もう看取りなのかなと思っても、またもう一度持ち直してみたりという、その緊張感がやっぱり1カ月で、看取りケア加算でしたっけ。

○千葉委員 はい。

○阿部委員 その部分の支援をしていかなくちゃいけないという、その、1カ月が何回もこう来ることによるストレスというの、結構大きいというお話は聞いております。

だから、そのあたりの、先ほど平川先生がおっしゃったように、丁寧に、その時期を見きわめてまとめていくということが、やはりどれだけその施設でできていくのかということ、もっと、この施設の看取りの件数がふえていくことにつながるような気がします。

○新田部会長 、すみません。情報として知らないんですけど、今、施設向けの職員に対する看取りの何とかⅡという中で、研修事業がもう入っているんですか。

○阿部委員 研修事業といっても、1年に1回程度で、その程度で、職能Ⅱの団体でやる研修というかなので、一応そういう系統の方たちに講演していただくことと……

○新田部会長 具体的に、どこの団体あるいは事業が、どのような形で何人ぐらいを対象に行っているんでしょうか。

○呉屋委員 お願いします。

○新田部会長 正確な名前を。

○秋山委員 それは、調べてもらっていますよね。はい。

日本看護協会もあるんですけど、東京都看護協会の研修の中に、職能Ⅱというのが施設と及び在宅の看護師向けの研修のコースがいろいろ入っているんですけども、その中に、ターミナルケアというか終末期の看護というのが入っているんです。

○呉屋委員 職能コースⅠとⅡがあって、Ⅱの中にそれが……

○秋山委員 Ⅰは病院なんですよ。Ⅱが在宅と施設系なんです。

○新田部会長 それは、今の話は看護師向けですね。

○秋山委員 看護師向けです。

○新田部会長 はい。

○秋山委員 だから、多職種まではいっていないんですが、看護師向けです。

ただ、例えば東京都介護福祉会等でも、介護福祉士の勤めている現場が、在宅だけではなく施設の方も多いので、ターミナルケアの講習というのは、単発ですけど年に1回とかあって、変な話、そういうところに講師で呼ばれるというようなことがあるので、

こう、単発の、その、そうですね、半日コース程度のものは、それぞれの職能で持っているということだと思います。

○新田部会長 はい。

事務局でお願いしたいんですけど、今そういったことをやっているのを全部集約したいと思うので、恐らくいろんなところで努力されてやっているというふうには、それは想定しますが、で、その教科書も、どのような教科書をつくっているのか、それをやっぱり参考を含めてやっていかないと、時間がタイトでございますので。そのいいものを、このカリキュラムの分科会できちんと検討していただくと、そういうことでどうでしょうかね。

○呉屋委員 そうですね。はい。

○新田部会長 その作業を、事務局いいですか。はい。よろしくお願いします。

○秋山委員 あと、主任ケアマネ向けのターミナル研修というのがありますよね。それこそ呼ばれたことがあるんですけど。

○千葉委員 秋山先生をお呼びしたのは、在宅医療サポート研修ということで、東京都が独自にケアマネジャー対象にやってくださった研修なんですけど、今、ケアマネジャー対象の医療系についてのカリキュラムは、実務研修の中にかかなり吸収されましたので、今その研修はございませんが、法定研修の中で、必ず講義と事例検討ということで、国のほうで七つ、テーマを決めました。その中に、看取り等における看護サービスの活用についての事例検討というのが、一つ入ってございます。「看取り等における」ということなので、看取りそのものではないんですけども、「看護サービスの活用について」ということで、講義の中には看取りについて触れてございます。それが実務研修でも、専門1、2の研修でも、主任講習研修でも、必ずこれが入るようなカリキュラムが決まりました。

○新田部会長 わかりました。それも重要な資料だと思います。

あと、今資料として出していただいているのは、昨年、国立長寿が行った「人生の最終段階における相談員の研修会資料」って、これ、相談員さんをつくるための医師向け、多職種向けの結構膨大な資料があると思いますが、きのう、三浦先生にちょっとお会いして、これで提出しますと言っていましたので、国からの資料も利用しながらつくっていければというふうにと考えております。よろしくお願いいたします。

せっかくでございますから、こここのところにいろんな知恵と物を集約して、看取りと、暮らしの場における看取りとカリキュラムをつくっていくという、そういう作業になると思います。よろしいでしょうか。

○呉屋委員 はい。

○新田部会長 どうぞ。

○平川委員 いま一つよくわからなかったのですが、結局成果物というのは、パワーポイント等で作ったカリキュラムや資料みたいなものをつくる。リーフレットみたいなもの。

それと、講演会と。そういうことなんでしょうか。何か、最終的に何を作り上げていくのか、ちょっと知りたかったものですから。

○新田部会長 あ、それも重要ですね。

○平川委員 ええ。最後、何が作られるのかと思いました。

○山口課長 はい。資料7にございますけれども、一つは都民向けのリーフレットというので、それは暮らしの場でも看取りができるんですよということですか、最終段階の医療の意思表示が大事ですよという、そういったメッセージを都民に伝えるということ。それから、そういったリーフレットなども活用した講演会という場で、実際に看取りをしているような事例をご紹介したりして、みんなで考えるような場を設けていくということと。それから、研修については、前半はカリキュラム検討でございますけれども、そのつくったカリキュラムに基づいて、都として都内の多職種を集めた研修会を今年度後半もやりますし、来年度に向けては、また少し形を変えながら、さらに深めていくというようなことも考えております。あと、補助事業です。

○平川委員 わかりました。看取りについては、どの団体、業界も、これをつくろうと思っても、なかなかうまくいかなかったりしたんですけども、東京都がこういうふうにか力を入れてもらえるとうごくありがたい。

その上で、今晚だって看取りがどこかで行われているわけですから。そういった、既に並行しながら、看取りを考えるということ。

もう一つは、そういう成果物の作成と同時に、先ほどちょっとも言いましたけども、その時になるとやっぱりみんな揺れるんですよ。揺れるし、何かこう、すがりたいものがあればいいのか、ご家族もそうだし、スタッフもそうだと思うんですけども。

そういったことで、例えば看取り支援センターじゃないけども、相談窓口みたいな形で、何かのときに、やっぱり第三者の声とか、そういったものが聞けるような、そういったものをつくるような、マニュアルとかバイブルができるのも大事ですけども、その上で、今、目の前に刻々と変わっていく姿を見ている時に、家族がいるときに相談できるような、窓口的なものとか、そういう事業を考えていることは将来ないんでしょうか。それは、一般人もスタッフも含めて、誰もが相談できるということは、そんなことはどうなんでしょうか。

○新田部会長 はい。

○山口課長 はい。実は、看取り対応ホームという形で、地域の暮らしの場に運営費等の補助をしていくということになりますので、その見返りじゃないですけども、そこが地域で、広くそういった看取りの相談を受けられるというようなことも、義務づけは難しいかもしれませんが、期待できるのではないかなと思っています。

それから、研修カリキュラムも、まさにそれは我々が独占するというよりは、そういうスタンダードなものをつくって、またそれは地域の実情に応じたアレンジしていただきながら。ずっと大規模で、都がいつまでも直営でやるということも現実的じゃないと

思いますので、広がっていければなというふうに思っております。

○平川委員 まず、本人様をどうしていくかということも大切ですが、同時に、それを支える家族をどう支えていくか。看取った後も含めて、そういったものというものも包括的に見ていく仕組みがあってこそ、暮らしの場の看取りと言えらると思います。うちはこうなったけどもこういう形で送れたんだよというのが、またそれが広がっていくというのか。そうやって看取りをされるんだということが周りに伝わっていく波及効果もあると思うので、相談窓口と看取り後のことも含めたというものを。ぜひ、何か考えられたらどうかと。

○新田部会長 とても貴重な意見だと思いました。相談窓口が、今、三師会を含めて結構たくさんできていて、その人たちの研修も必要です。そういう相談も含めてという。あるいは、これをつくるからというのは医師会向けですから、東京都医師会はもちろん協力していただかなきゃいけないけども、その次のステップも含めて、途中ぐらいから考えていかなきゃいけないですね。

○呉屋委員 はい。そうですね。

○新田部会長 2年事業ですよ、カリキュラムをどこまでつくり上げるかというのは、大変な作業と思うんですが。作られた段階で、東京都医師会にも看護協会にも多大なる協力を得たい、そんな感じがしますけども、どうですかね。よろしいでしょうか。最後の課題に行きます。よろしくお願いいたします。

○土屋課長代理（地域医療連携担当） ありがとうございます。

既に皆様から具体的な意見をいただいておりますけれども、個別の事業について、現段階で考えている内容ということにはなってしまうけれども、ご紹介させていただければと思います。

まず、資料11をごらんください。都民への普及啓発といたしまして、リーフレット作成を予定しております。現段階の考えている内容ということでごらんいただければと思います。都民に対して、人生の最期をどう過ごしたいか考えるきっかけ作りになるようなもの。そして、形式としては、すぐ手にとって、簡単に見れるようなものという形で考えてございます。

内容としましては、皆さんから既にいろいろ意見いただいておりますけれども、都民の意識についてどう考えているかだったり、現状どうかということの説明。また、人生の最期をどう過ごしたいかをあらかじめ考えておくことや、自分がどうしたいかを伝えることの重要性について。また、事前にどのようなことを考えておくことが大切か。例えば延命治療を希望するかどうかというような内容。また、自分の考えを記しておくこと。今ございますエンディングノート等についてのこと。それから、自分の考えについてはいつでも変えられることなど、いろいろなことを、小さい中ですが盛り込んでいければというふうに考えてございます。

配布方法については、先ほどご意見いただきました40代以降の方ということも踏

まえまして、どのようなところに配布すればいいかということも検討を、ご意見等いただければと思います。

別の資料で、参考資料2ですけれども、青い印刷をさせていただいております、千葉県でつくっているものがございますので、こういったイメージということで、ちょっとお目通しいただければと思います。

続いて、講演会、相談会について、資料12でございます。こちら、いろいろ検討もございますので、10月以降を予定しております、年に4回、区部2回、多摩部2回で開催したいと考えております。

講演会については、広くいろいろな方々に出ていただいて、相談会については、専門職の方々に、よりコアな内容について具体的な相談ができるような場の提供。先ほど平川委員からもございましたけれども、具体的に相談したいときの窓口とまではいきませんが、そのようなきっかけづくりになればというところで検討しているところです。

資料13でございます。こちら、医師向け研修のカリキュラム、今年度いっぱいかけて検討いたしますので、今現在ということで、ちょっと書かせていただいております。

私からは以上です。

引き続きまして、高齢部が所管している事業について説明をさせていただきます。

○山本課長代理 続きまして、私のほうから、高齢社会対策部が所管している事業について、多職種向け研修についてご説明をいたします。

資料14をごらんください。こちらが多職種向け研修のアウトラインの案でございます。こちらは、真ん中あたりにあります対象者のところにも記載しておりますように、介護職員、看護職員、介護支援専門員、また施設の配置医の方なども対象に、看取りに向けた多職種連携や職員の方の精神面のケア、家族との対応などに関する研修を実施するものでございます。

今年度は、一定の規模の会場を確保しまして、定員のところにも記載しておりますけれども、講義形式で300名程度の方を対象に実施する予定でございます。

開催時期は、来年、平成29年の1月ごろを予定しております、分科会におきまして、そのカリキュラムの内容をご議論いただきたいと考えております。

カリキュラムの検討に当たりましては、先ほどご意見も頂戴しましたように、看護職の方などを対象に、民間でも看取りに関する研修が幾つか行われているようでございまして、可能であればそういったものも参考にしつつ、検討を進めていきたいと考えております。

また、先ほどご説明しました資料6の中にも、平成27年度に都が事業者向けに実施した調査の結果において、看取りを実施して困難だったことということで、介護職員の精神的、身体的負担ですとか、看取りに関する家族との合意形成などが比較的高い割合で上げられているところがございますが、そういった、都が行いました調査の結果を踏まえまして、現場で抱えている課題の解決に資するような内容としていければというふ

うに考えております。

なお、この研修そのものにつきましては、来年度、平成29年度も継続して実施する予定ですが、欄外のこの米印のところにも記載しておりますように、来年度の実施計画についても、分科会でご意見をいただければというふうに考えております。

多職種向け研修の案については、以上でございます。

○土屋課長代理（施設運営調整担当） 続きまして、看取り対応ホームについてご案内させていただきます。

先ほどの資料7の左下の③の環境整備に対する支援にございましたとおり、看取り対応ホームの整備・開設に対する補助、こちらについては、1カ所当たり1,000万円、それに運営費補助を検討しております。

この整備費、運営費の補助対象となります看取り対応ホームについてでございますが、お手元の配付資料15のほうに案文をご用意させていただいておりますので、ご覧いただければと思います。

まず、1、目的についてでございますが、介護保険の施設サービスや居住系サービス等では、所定の要件を満たして看取り介護を行った場合に加算で評価されることを踏まえ、介護保険の指定を受けずに質の高い看取り介護を実施する小規模な高齢者向け住宅の整備及び運営を支援し、普及・拡大を図るといった政策誘導を図るためのものがございます。

次に、2、定義についてでございますが、看取りに必要な対応を前提に入居者を受け入れる小規模な高齢者向け住宅とすることを考えております。

そして、次の3番の要件とあわせまして、広い意味での定義を構成することとなると思いますが、この要件については、事務局案を後の分科会のほうに提示させていただきまして、ご意見をいただきたく、そのように考えております。

なお、方向性といたしましては、現時点で想定しているものを枠内で記載しております。

まず、介護や看取りの質を確保するという観点から、人員・設備・運営について要件を検討すること。次に、要件の内容につきましては、必須基準と望ましい基準を設定すること。そして、老福法の関係規定を順守することなどをイメージしておりますが、これらにつきましては、先ほども申し上げたとおり、分科会においてご意見をいただく予定で考えております。

最後に、4番のその他についてでございますが、具体的な補助の仕組みにつきましては、今後、都で検討の上、制度設計を進めてまいりたいと考えております。

なお、繰り返しになりますが、先ほどもご説明させていただいたとおり、要件等の詳細につきましては、分科会にてご議論いただく予定であり、それまでに事務局のほうで案を整理しておく予定であります。

また、補助の仕組みにつきましては、予算等の制約事項もあることから、今後東京都

のほうで制度設計を丁寧に進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○新田部会長 ありがとうございます。

先ほど、秋山委員の質問もありまして、意見もありまして、そしてさらに園田委員も話されましたが、11—資料12、13、14は、後ほど少し意見があればとして、15について。

どうぞ。

○園田委員 はい。秋山委員からも問題提起があったんですが、資料15で、本当に「かあさんの家」に代表されるホームホスピスの趣旨をもし東京でということであると、この定義の部分なんですけど、私なりにホームホスピスは何であるかということ表現してみると、『「長く使い込まれ、慈しまれた家」。さっきの「ホーム」でいうと、家と庭のあるごく普通の家で、穏やかに、ご本人を中心に、家族もご近所も一緒に、スタッフが寄り添って暮らす場』だと思うんですね。この2番の定義を見ると、ちょっとそういう感じがしないのではないかな。

で、もう一つ、看取り介護加算ということは、いろいろなことがもう既に行われていると思うんですけども、ホームホスピスは、多分この看取り介護加算という制度でされていることに加えて、ただ一緒にいるとか、気持ちがよくなるので一緒に歌を歌うとか本を読むとか、そういう一緒にいることのなかなか説明できない一体感とか安心感ということが、先ほど申し上げたごく普通の家を舞台にするので、展開されているということだと思うんですね。

もしそういう趣旨であれば、「看取り対応ホーム」と書いてしまうと、家と庭のホームじゃなくて、やっぱり施設になってしまいやしないかと、私はすごくきょう心配してまして。あえて言うなら、例えば「看取りの家」とか。「暮らしの場」というのがすごく私もいい表現だと思うんですが、看取りの場とか看取りの家、看取りの場というふうに、最初のキーワードを置いていただくといいのかな。

最後に、この方向性のところに関して、私は、東京都ほど真面目な自治体はないと思うんですが、どういう意味で真面目かということ、国のおっしゃるとおり、さらにそれを細かくという志向性が強い点です。

実はここで期待されていることは、東京独自の東京ならばこそということで、一番有名なのは、富山型デイみたいなことで、富山市と富山県挙げて特区をとって、既存の枠組みとは全然違ったことを展開したように、東京都も変わらないか。ですから、国が言っている制度とか、何か定められた枠の中で決めていくんじゃなくて、東京が打って出る、「本当に特区をつくってやるぞ」ぐらいの展開が実は必要だと思うので、限られた回数のようなんですが、ぜひぜひそこを、これがアウトカムであれば、そういう取り組みにしていってほしい。ぜひ、部会長にもお願いしたいと思います。

○新田部会長 ありがとうございます。

今の話で、目的と定義は、これからも少し直す作業があっただけですか。今のことで、文章的にも、このまま、私もこのままの文章は何か変だなと思うんですね。

、介護保険の指定を受けずに質の高い看取りを、介護を実施する小規模な高齢者向け住宅という定義を、あえて、今、園田委員の話をする、それが長い間使い込まれた家という意味で。それを、先ほど山口課長は、あえて東京は看取りの対応ホームと。「ホーム」にはいろいろ問題あるんだけど、そういう話でしたよね。ホームというのは、施設という意味じゃなくて。そこのあたりを整理をされたらいかがかなというのが今の話でございますが。

○山口課長 はい。今、大変示唆に富むご意見で、大いに参考にしたいというところがあります。

あと、宮崎とかは、やはり大きな民家があったりという環境があっただけで、先生がおっしゃった、その使い込まれたとなると、新築はだめなのかなというところもあっただけですね。都内では、今、ホームホスピスを診療所の2階で、新設でやろうかみたいな動きもあっただけでご相談も受けていたりしますので、少しそこは、都市型ということかどうかはわかりませんが、バリエーションを持ってやれたらどうかなというところも思っております。

○園田委員 東京ほど空き家の数が多い自治体はありません。で、立派過ぎる家ほど、空き家になるんですね。要するに、部屋数が多くて大きな家ほど、空き家になりやすいんです。

それに対して、新築ということは、先ほど言ったように、使い込まれたとか時間の経過がないわけですね。また、それを新築で建てるとなると、熊本で震災があったように、余っている土地というのは、防災的にもすごく問題がある可能性が高い。人が長く住んだところというのは、安全なところなんですね。だから、そういうものに対して、追加投資をせずに新しいものをつくってしまうと、とても、建築的に見ても、それから立地する場所から見ても、貧しいものしかつくれないというのが今の実情なんですね。

ですから、くれぐれも、貴重なお金を使うのであれば、今までの、とにかく新築がいいんだ、発展型だという状況とは、もう全然違う局面だということをお知らせする必要があります。東京も恐らく2019年とか20年を過ぎると人口が減り始めますから、くれぐれも東京に立派な空き家がなわけではないので、必要があれば情報提供しますので、そこそこはそうではないということはお伝えしたいと思います。

○新田部会長 例えば、いや、難しい話——ここで議論するかどうかわかりませんが、目的のところ、「高い看取り介護を実施する」、その次の小規模な云々とか括弧つきものを考え、「の実施、整備及び運営を支援する普及・拡大を図る」というぐらいの目的にしておけば、後で要件等の中でいろんなことが入り込めるのかなと。

ここで、目的のところ定義づけちゃうと、なかなか応用がきかないという。今、園田委員の話も含めて、ある気がしたんですけども、分科会でよく検討していただければ

など思うんですが、いかが、よろしい——分科会の、どこまでやるのかなという、その要件以下をやるだけじゃ、やっぱり今の園田委員の意見も含めて、ちょっと入らないような気がするんで、いかがでしょうかね。

○山口課長 そうですね。この目的も、とりあえず、きょうは仮置きで……

○新田部会長 仮置きですよ。はい。

○山口課長 イメージをお伝えしたくて書きましたが、逆にそこが制約になっている感じも、今しておりますので。

あと、運用に関しては、かなり柔軟に、先ほどご指摘のあったバリアフリー条例なんかも運用緩和を図っておりますし。まあ、ちょっと消防は我々の権限の及ばないところもあるんですが、スプリンクラー等もかなり簡易に、低廉でつくっているような情報も把握しておりますので、法令は一定遵守していただきながら。

あと、新築がよろしくないということもあるのかもしれませんが、少なくとも既存の改修は絶対に排除しない形で。じゃあ、新築を逆に排除するかどうかというのは、ちょっとそこも今即答はできないんですが、検討をしながら、ホームホスピス的な取り組みは十分取り込んだ上で、その周辺も含めて、いろんな応援できるものが広がればというふうに考えております。

○新田部会長 ありがとうございます。

部会ですから、自由に発言で、私たち自由に発言させていただけるようにしますが、例えばこの定義をするとき、今、山口課長が言われましたが、先ほど社会福祉法とか等々、住宅の定義、いろいろあるじゃないですか、スプリンクラー等々。等をやるのに、この委員会のこの名簿で行うと、医師、看護、介護、ケアマネ、市町村という話だと、そこを定義する人はなかなかいませんよね、わかる人が。そこをちょっと心配するんですが、いかがでしょうかね。自由に入れるといっても、やっぱりそれなりの何か条件、制限はしないということが一番いい定義だという話を園田委員はされたんですが、一方では必要なところもあるでしょうし。

ということで、一つは、そこで参考人として園田委員に入っていて、少しそのところばかり、ちょっと煮詰めるとか。そういうようなことを、ちょっと。大変お忙しい方でございますが……

○園田委員 いえ、大丈夫です。

○新田部会長 どうなんですかね。これ、決まったメンバーでございますか。

○山口課長 分科会のメインは、カリキュラムの検討というところまでだったので……

○新田部会長 はい、そうですね。

○山口課長 そこへシフトした体制に今なっていて。ただ、きょうご意見もいただきましたので、園田委員初めそちらの建築等の方面のご専門のご意見も何らか聞くような方策を検討したいと思います。園田委員も、ぜひご協力いただければと思います。

○新田部会長 はい。ということで、よくそこのところは煮詰めてやっていただければと

いうふうに思います。いいものをつくってほしいものでございますので、よろしいでしょうか、その辺は。

勝手にちょっと指名をしてしまったんですが、よろしいでしょうか。

○園田委員 あ、いえいえ。はい、頑張ります。

○新田部会長 事務局もよろしいでしょうか。はい。ありがとうございます。

それでは、そのほかのところの——時間もちょっともう過ぎて、すみません。アウトライン等々がいろいろありますが、何かご質問等があれば。

はい。どうぞ。

○呉屋委員 すてきな、大変すばらしい議論が組み立っているなと思います。

そこで、ちょっと話をまたもとへ戻らせていただきますが、特養とか介護老人保健施設とか、個人的な経験をちょっと申し上げて失礼なんですけど、平川先生とは逆に、私は大学を退職した後、田舎の病院で仕事をしておりまして、240床の病院を全部7対1の急性期病院にしてしまった。してしまった。そうしたら、困ったことは、どこで看取りをするかということなんですね。田舎なので、その施設の関連施設を見ると、特養が二つある。それから、老人ホーム、保健施設が一つあって、まあ、結構何だかんだ、あるんですけど。

古いほう、特養のうち一つは30年前、新しいほうは10年前にできました。30年前のやつは、昔、いわば団地風なんですね。病院を小ぢんまりとしたような団地風。10年前のやつは、個別の村になっていまして、8人ぐらいのボックスが10個ぐらいある、と。まあ、そこは一つの長屋なんですね。暮らしの場におけるといいますか、看取りというか。看取りまで、そここのところは考えていないんでしょうけど、要するに長屋としての仲間がいる。施設長に、どうやってこの人たちをこうやって8人ずつ分けるんですかと言うと、施設長が、この8人だと相性がいいだろうと。それを飛び越えてやると、とんでもない社会になっちゃうというようなことで、見事に采配していらっしゃるんですね。そこで、何が言いたいかという、そこは暮らしの場になっているんですよ。なるほど、ここは一つの長屋だなど思いながら、見学に行つて、そんな意識を持ちました。で、病院側から見ると、そこではやっぱり看取りを仕掛けようというときに、やっぱり、この場所は使えるなと思ったんですよ。

きょうの議論でもいろんな議論があつて、データの中にも、死亡場所割合の中で、やっぱり介護老人保健施設や老人ホームの中での看取りの数がふえていると。私は、ここは、きっと、もっともっとふえると思うんですね。社会の秩序を見ると、ふえるだろうと思うんです。

この辺のところの、ここへの目配りということも、この委員会の中、部会の中では、抜けずにやってもらいたいと思うので、そのことだけ、つけ加えさせていただきます。

○新田部会長 はい。ありがとうございます。

ほかにありますでしょうか。

○秋山委員 私は、療養病床も含めてですが、最終的に特養まで行ったら、逆戻りがないという、この。病院からどんどん動けなくなって、要介護4、5になって、特養に到達したら、それはある意味ゴールで、その先は天国行きの――という、そういう、だんだん人が動けなくなって、4、5になって、さようならという、そこを、逆向きもあるんだよという地域ができればなと思うわけです。

だから、特養に入っても、いざ最期のところは、地域に戻るということだってありだし、それを支えられる、それこそ、本来だったら、その継続性の中での暮らしの中だけれども、最期をもう一度地域に戻してというアイデアもあるのではないのかなと思うわけですね。

その辺が、そういう意味では、病院に行って、そのままいろんなものがついて、転院していく。つまり、普通に帰ってこれずと、まあ、いろんなものがくっついて、療養病床に行ったら、もう帰ってこれない。そうじゃなくて、戻れる。地域包括ケアって、本当は行ったり来たりで、真ん中にある、その暮らしの場に戻ってくるツールですよ。あれが、東京ではできない。しかも、都心だったら、だんだん遠くへ、都下へ向かって行って、戻ってこないという、その図が何とか変えられないのかなと。

そう思うので、そういう意味では、私は、こういう研修の中身が固まれば、病院の方にも、それから特養の中の職員の方にも、単なる看取りではなくて、どこでその人が本来住み続けたいと希望していたのかというところに立ち戻れば、どのような支援ができるのかということにも通じて、こう行ったり来たりが、それこそ、本来、新潟の長岡で小山さんがやったように、地域へ戻すという、そういうことも考えられるような東京でありたいなというふうには思っていますけれども、どうでしょうか。

○新田部会長 ありがとうございます。暮らしの場における看取りの支援事業ですから、場所だけということではなくて、全体の看取り方も考えるということですよ。

もちろん、そういうことをやられている川崎の特養の時田さんのところは、特養はベッドシェアリングでございますね。いつ、どこへ行っても構わない。時々勉強させていただいている秋田県北上市の特養は、「家に帰ろう」と、みんな部屋に書いてあります、特養は。常時、特養、時に家という、発想の転換でございますね。そんなようなことも含めてトータルで考えないといけないなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

固定した概念、特養は最期の場所という、現状のものはそうですが、やっぱりそういった固定した概念も外さないと、東京は特養も足りなくなるという世界でございますから。それも含めて、ぜひ、皆様に考えていただければと思います。よろしいでしょうか。はい。ありがとうございました。

時間をはるか20分オーバーしてしまいまして、私の不手際の悪さでございますが、事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

○久村課長 皆様方、本日は活発なご議論をいただきまして、ありがとうございました。

もう本当に論点が山積みだなというところでございまして、私なんかも、この資料をごらんになって、病院での看取りを否定するのかというふうに言われたこともありまして、いやいや、そうじゃないんです、と。望まれる、希望される最期の迎え方を支援するという事なんですというふうなご説明を差し上げるんですけど、本当にこのテーマをやるときって、すごく言葉遣いにも気をつけなきゃいけないなとも思っているところでございまして、そのあたりも含めて、今後よろしくお願いいたします。

部会は今年度あと2回、そのほか分科会のほうもお願いいたしますので、それぞれ日程調整等につきましては、またご連絡させていただきます。

それから、本日の資料は、机上に残していただければ、事務局が郵送させていただきます。また、お車でいらっしゃる方は駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

本当に長時間、ありがとうございました。以上をもちまして、暮らしの場における看取り支援検討部会を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時53分 閉会)