

平成27年度

第2回

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

日 時：平成27年7月30日(木)午後6時～午後8時

場 所：都庁第一本庁舎北塔42階特別会議室A

1 開会

2 議事

(1) 暮らしの保健室から見えたこれからの課題

・講演(秋山正子委員)

・意見交換

(2) 人生の最終段階のケアについて

・講演(山崎章郎様)

・意見交換

(3) 介護ロボットの活用について

・講演(山内繁様)

・意見交換

3 閉会

<資料>

資料1 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設置要綱

資料2 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委員名簿

資料3 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について

資料4 秋山正子委員 講演資料

資料5 山崎章郎様 講演資料

資料6 山内繁様 講演資料

資料7 関連資料①

資料 8 関連資料② 東京都の関連施策について  
～東京都高齢者保健福祉計画（平成 27 年度～平成 29 年度）より～

<委員提出資料>

大熊委員提出資料

<参考資料>

参考資料 1 東京都高齢者保健福祉計画《平成 27 年度～平成 29 年度》（平成 27 年 3 月）

参考資料 2 東京都長期ビジョン（平成 26 年 12 月）【抜粋】

<出席委員>

高橋 紘 士 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長

平川 博之 公益社団法人東京都医師会 理事

阿久津 まち子 公益社団法人東京都介護福祉士会 事務局長

(公益社団法人東京都介護福祉士会 副会長 内田 千恵子委員 代理)

大熊 由紀子 国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授

馬袋 秀男 一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会  
特別理事

秋山 正子 株式会社ケアーズ 代表取締役

白十字訪問看護ステーション 統括所長

梅田 恵 昭和大学大学院保健医療学研究科 教授

(聖路加国際大学看護学部 教授 山田 雅子委員 代理)

瀧脇 憲 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 常務理事

水村 容子 東洋大学ライフデザイン学部 教授

川名 佐貴子 株式会社環境新聞社 シルバー新報・月刊ケアマネジメント  
編集長

荒井 康弘 多摩市健康福祉部長

田中文子 世田谷区高齢福祉部長

<東京都>

梶原 洋 福祉保健局長

黒田 祥之 福祉保健局理事 (少子高齢化対策担当)

<オブザーバー>

榎本 健太郎 厚生労働省老健局介護保険計画課長

溝部 和裕 八王子市福祉部高齢者福祉課長

○西村部長 お待たせいたしました。委員長は少々おくれるようなことですので、急遽でございますけれども、平川副委員長に代行していただきまして、ただいまから第2回福祉先進都市・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を開催いたします。

私は本会議の事務局を務めております、福祉保健局高齢社会対策部長の西村と申します。先般の人事異動で着任いたしました。どうぞよろしく願いいたします。失礼して着席させていただきます。

初めに、配付資料の確認をさせていただきます。クリップでとめてある資料が資料1から8になります。資料1から3は、本会議の設置要綱、委員名簿、概要となっております。資料4から6は、本日より予定されている講演の資料となります。資料7は、本日のゲストスピーカーの皆様からの講演の理解に資すると思われるデータを事務局で用意させていただきました。

また、資料8でございますが、前回の会議において、高橋委員長や舛添知事から、民間の有識者団体である日本創成会議が先月行った、東京圏の高齢者に地方移住を勧めるかのような提言に対するコメントがございました。この提言は、在宅サービスの利用や将来の施設整備を考慮することなく、東京圏における介護施設の不足が深刻化すると論じておりますが、都の基本方針は、住みなれた地域で暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を進めていくこととございます。そこで、前回もご報告をした第6期東京都高齢者保健福祉計画の中から、介護サービス基盤の整備や在宅療養の推進、介護人材対策の推進などの取り組みに関して、高橋委員長や舛添知事の発言を補強する趣旨で、改めて抜粋して配布させていただいております。

それから、大熊委員からの提出資料、また、本日よりご講演を賜ります山内先生からご提出いただいた関連資料を配付しております。このほか、別に参考資料が冊子で置いてあります。ご確認をお願いいたします。よろしゅうございましょうか。

次に、委員の出席状況ですが、お手元の資料2の名簿順で、和気委員、河原委員、繁田委員、佐藤委員、園田委員、松田委員、新開委員が欠席となっております。それから、今ご紹介しましたように、委員長はちょっとおくれるという連絡が入りましたので、後ほどお見えになると思います。

また、内田委員、山田委員も欠席となっておりますが、内田委員の代理として、東京都介護福祉士会事務局長の阿久津まち子様、また、山田委員の代理として、がん看護

専門看護師でいらっしゃる昭和大学大学院保健医療学研究科教授の梅田恵様にご出席いただいております。よろしくお願いいたします。

それから、今日は、前回に引き続き、福祉保健局長の梶原、また、7月16日付で福祉保健局少子高齢化対策担当理事に着任しました黒田も出席いたしております。

なお、人事異動に伴いまして、名簿の網掛けになっている3名の幹事が変更となっておりますが、この名簿をもって紹介にかえさせていただきます。

それでは、以降の議事進行につきましては、平川副委員長をお願いいたします。

○平川副委員長 2回目で早速仕事きたんでちょっと緊張しておりますけれども。

では、議事に入ります前に、本日の会議の公開について、お諮りしたいと思います。本会議は、設置要綱第8条において、報道機関に公開としておりますが、出席委員の過半数で議決したときは一般公開とすることができるとしております。今回は一般公開とさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

意見がなければ、よろしいですかね。

○平川副委員長 それでは、今回は一般公開という形で進めたいと思います。よろしくお願いいたします。

次に、前回ご欠席された水村容子委員から、一言ご挨拶をいただきたいと思います。水村委員、お願いいたします。

○水村委員 前回欠席いたしました東洋大学の水村と申します。よろしくお願いいたします。

私自身の専門は建築のほうの住宅計画ということで、特に在宅でお住まいの障害を持っている方や高齢者の方の住宅計画あるいは住環境整備計画について研究してまいりました。今日いらっしゃる方はご存じだと思うんですけども、特養の個室化、グループホームの制度化に尽力されました外山義先生がちょうどスウェーデンからお帰りになったときに、まだ大学院生だったんですがお仕事を手伝わせていただいたということで、その後大学院時代、あと2年ほど前に大学から休暇をいただきまして、スウェーデンのほうでやはり住環境整備あるいは住宅政策について研究してきております。今後ともよろしくお願いいたします。

○平川副委員長 どうもありがとうございました。

それでは、議事に入らせていただきます。

先日の第1回の会議では、舛添知事出席のもと、大変活発な、また有意義な議論が行われたと思っています。都知事も本当に時間ぎりぎりまでいていただきまして、この会議にかける知事の気持ちも伝わったようでございますけれども、今回からは各論に入りまして、本日は医療・介護の提供体制に関して議論をしたいと思っております。

次第でございますとおり、3名の方のご講演を予定しております。会議の進め方としては、それぞれのテーマごとにパートを分けて、ご講演いただいた後に、委員の皆様で議論いただければと思います。よろしいでしょうか。

○平川副委員長 早速ですが、まず、秋山正子委員からご講演をいただきます。秋山委員が、これまで取り組まれてきた訪問看護や、新宿区の戸山団地での「暮らしの保健室」での実践などを踏まえて、そこから見えてきたこれからの課題についてご講演をお願いします。よろしいでしょうか。

○秋山委員 秋山です。よろしく申し上げます。皆様のところに資料4とあるのが配付資料です。座って失礼いたします。

少し白十字訪問看護のほうから説明をさせていただきますと、1992年、医療法人立の白十字訪問看護ステーションとして発足し、その後、約10年後に、医療法人解散ということで、会社を設立し、独立をした形で、今、新宿区市ケ谷と東久留米と2カ所、訪問看護をやっているという状況です。

・の四つ目に、利用者と家族と医療者が共有する場でつくり上げるのが在宅ケアであり、訪問看護師は患者（利用者）サイドにたった調整役でもあると、ケアマネジャーさんはいますけれども、この医療のところの調整は看護の機能だというふうに考えをずっと続けて、こういう仕事をしてまいりました。

2011年7月、大型団地の戸山ハイツに「暮らしの保健室」を開設しています。後で説明をさせていただきます。

今年の9月、看護小規模多機能にチャレンジし、坂町ミモザの家を開設予定です。

その下に組織図が載っていますが、ごらんください。訪問介護と居宅介護支援の事業も一緒にしております。また、併設というのか、一緒にNPO法人白十字在宅ボランティアの会が動いております。

次のところで、大体の概要を、今年の4月の状況で示しました。少し大型の訪問看護ステーションになっておりまして、今、下から二つ目、機能強化型訪問看護管理療養費

(I) を算定しており、その結果、今日はちょっと皆さんにチラシをお配りしていませんけれども、東京都福祉保健局から東京都訪問看護教育ステーション事業の指定を受けて、今これに取り組んでおります。この東京都訪問看護教育ステーション事業というのは、潜在の看護師さん、それから、今病院でお勤めの看護師さん、そういう方たちが、訪問看護を経験し、病院から在宅へとか、今は潜在で何もしていないんだけど、復職するのに在宅を選ぶという、そういう方たちに対して、この事業を通じて研修するという、これに3年目になりますけれども、取り組んでおまして、私たちとしては、実地研修を引き受ける機関としては大変手応えを感じているというところです。

それから、訪問看護は、病院との違いは、その次のページですが、生活を支える視点での看護の介入、つまり赤字で書きました「殆ど在宅」、「たま〜に入院」という、こういう状況をできれば支えたいという、そういう思いで訪問看護をやってまいりました。そのためには、やはり、在宅で働く人材も確保し、なおかつ多職種との連携をしていくという、そういうことが大事ですし、また悪くなってから引き受けるという看護ではなく、予防も一体的に考えてかかわっていくということが、とても重要になってくる。

結果、その下に書いてあります、「重装備化しない高齢者の看取り方の普及を、生活の場！」でということを目標にしております。

その次の6ページ目、これが重装備化せずに終末期を支援した、最終的には96歳、自宅でお亡くなりになった、足かけ14年一度も入院せず、これは慢性の心不全から認知症が発症し、そして途中でさまざまな経過をたどり、乳がんが発症したりしましたけれども、ひとり暮らしを貫き通して、ご近所の見守り、それから、ご家族の支援、訪問介護・看護、訪問診療等を、介護保険、そして後ろのほうで特別指示書というものを出していただき、医療保険での対応をしながら、最期を看取ったという方です。最終的には、医療処置というのか、医療装置がまるでついていない状態で見送らせていただきました。

なぜこのように早目から入れたかという、この一番左端に書いてあります。ご主人が亡くなる。ご主人は前立腺がんの骨転移で、自宅で半年ぐらいで亡くなっておられます。そのグリーフケアというのが、その横の下に書いてありますが、遺族ケアで伺った看護師が、この方の少し認知症が始まっているんじゃないかという異変に気づき、ご家族とともに介護保険を申請し、それから、そのサービスが使えるようになり、予防的に入った結果、非常に緩やかな経過をたどりながら、認知症のひとり暮らし、がんも発症

したという方を最期まで診たと、そういう状況です。こういう方をぜひふやして見送っていききたいという、それが私たちの願いです。

前のページに戻りますと、生活を支える視点での看護の介入、そして重装備化しない高齢者の看取り方の普及をという、これは在宅、自宅だけではなく、特養、グループホーム、それから、サービス付き高齢者住宅、そういう生活の場での看取りの普及にもつながるのではないかなと考えています。

そういう意味で、7ページ目に挙げました地域包括ケアシステム、これの左端の四角い部分の中の「自己決定に対する支援」というところがありますが、その黒丸のところの太字、「専門職の助言等があってこの自己決定に対する支援」が行われるんですけども、「支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積」、これが進んでいきませんと、在宅療養はなかなか進まない。こういう成功体験をしている人をふやしていくということが、私たちの望みでもあり、その実践の成果だと思っています。

この上の6ページの方も、最終的に見送った後のこの娘さんが、「終わりよければ全てよし。長くは感じなかった。短かったわ」とおっしゃいました。そして、この人は、お友達にこういうことができるんだということを伝達というか、してくださっています。それが実際にこういうことが起こらないと、それが進んでいかないというふうに考えています。

次のページです。今言ったようなことをずっと続けてきまして、重度化してから私たち訪問看護につながる例が大変多うございます。もっと手前の予防の部分に力を入れないと、これからの超高齢化社会を乗り切ってはいけないなと思ひまして、もっと気軽に相談ができる場所が地域の中にあつたらという思いで、その下の図、都営戸山ハイツ、国立国際医療研究センター、東京女子医大、社会保険中央病院（今名前が変わりましたが）、地域医療機能推進機構（JCHO）東京山手メディカルセンターです）、そういう大きな病院が周りにあるところの団地の中の一角に「暮らしの保健室」、安く貸してくださるという空き店舗状態になっていたところを改修しまして暮らしの保健室を開設しました。

たまたまこの年が、国のモデル事業である在宅医療連携拠点の事業、ここに手を挙げまして、23年、24年と国のモデル事業をここで実施しながら、これを運用しています。もともになる考え方は、マギーズセンターという、がん患者と家族のための新しい相談支援の形、イギリスで始まりましたが、この考え方をベースにしています。



次のページは、オープンしたときの都営の団地の下の商店街に、このように木をふんだんに使った環境を考えたものです。

その下は、モデルにしましたマギーズセンターの内部を写真に撮ったものです。これは大きなテーブルがあり、キッチンがありというこの環境というのは、これも居場所づくりのためにはとても大事だと思い、モデルにしました。

次のページも暮らしの保健室内部です。左上の図は婦人科のがんの手術を2年前に受けて、足がむくみ、とても歩きにくいといったような訴えを、患者さん本人がこうして訪ねてきたところに、看護師が対応しています。右横は、ご家族が入院中、家族の相談に応じています。保健室というので、年齢制限は設けておりませんので、時には子供が来ますし、子供連れのお母さんも来るといった状況です。

実際、この都営の団地で見えますと、都営団地で暮らし続けるためには、その13枚目は、真ん中が階段室で両横が居室のために、ここはエレベーターがどうしてもつきません。

次のページです。こういうところは1階の住居でも既に階段が5段あり、外出時に出にくくなりますととても困難ですし、上で寝たきりまでいきませんが、さまざまな障害が起りますと、これを車椅子に乗せて運んでくるのもとても大変です。しかも、この住宅は、下、ベランダへのアプローチが急な傾斜の段差で幅が狭く、そしてこのサンダル、つまさきが落ちます。ここで転ぶとコンクリートの上で、たたきに落ちてどこか骨折したりというようなことが起こっています。

16ページ。私は訪問もしていますので、住環境でADLが急に下がるとかいろんなことがあって、この住環境もとても大事だというふうに思い、障害が要介護状態になってからではもうかなり難しく、この住みかえを考えていく時期というものがあるんじゃないか。しかも、それを早目早目に予防的に相談をする場所が要るんだと、それを前から感じていた。そこを33号棟という一番大きな号棟の一番下にあります商店街で、今暮らしの保健室として展開をしているという状況です。

そして17ページ。相談事例がふえてきているものとしては、障害児が障害者になり高齢化し、さらに高齢化した家族の努力も限界という、こういうすき間に落ちる方たち、この相談に応じています。

そして、この方たちが突然に放り出され、自己決定支援が必要な生きづらさを抱えた人々です。ですので、高齢者のみならずさまざまな面で支援が必要な方たちと、そして、

この方たちを家族単位で支えていくことが必要なんです、介護保険では個別対応という事で、家族にはなかなか実際的には目が届かない状況です。

特にそういう中で、認知症初期の高齢者の単身の世帯が結構ふえておりまして、この方たちをどうやって支えていくかは、とても重要な課題であると思っていますし、また、ふえてくるがん患者さんの相談支援、これは特別に対応していかなければいけないのではないのかなど。そういう意味では、マギーズセンターを日本にという動きも一方で活動をしているというところです。

次のページです。この暮らしの保健室は、在宅・療養の連携の窓口として、地域の中での医療・介護の連携の力を高めるために、毎月事例検討を行ってきました。ここは今日ご出席しておられます「ふるさとの会」とも連携をし、地縁の切れた、しかも血縁のほとんどないひとり暮らしの認知症もあるがんの末期の方を、最終的には生活の場である軽費老人ホームで看護も入って看取ったという例を、ここで検討しております。このようにして、困難を抱えた人を地縁の中で看取る。こういうことも事例としながら、それを共通理解としてこの検討の場にあげ、連携の底力を上げていくという、そういう対応も現在しております。

それと、19ページは予防に力点を置く医療と介護の連携。特に新宿区は、85歳以上になると6割が要介護状態となります。つまり、そこまでいく手前のところで、予防に力を入れるということが必要ではないのかなど。生活を支える視点を持った医療者の早目の介入が必要ではないのかなど考えています。

それから、東京都のがん医療は他県のニーズにも対応をたくさんしておりまして、この辺も含めて今後検討が必要ではないのかなと思います。

それとまた、そういうことをしていくには、20ページ目、都心での働き手の確保が最重要課題ではないのかなというふうに思います。

東京都内に住んでいる方の介護を担う方が、逆に言えば周辺の県から流入してもらわないといけなかったり、逆に東京都内で住みながら、通勤しながら、その職場環境をよくしていけないととても続かない。そういう意味で、働き手の確保+この方たちの保育の充実等も、介護人材、特に看護の人材を保つためには必要ですし、できればこの若い層にも都営住宅の空き家などにも入れるような形にしていなければなというふうに思います。

その下、21ページ。今度9月から始めます看護小規模多機能の居宅介護の少し案内

をしておりますが、在宅を支え続けるために、医療依存度の高い方へのショートステイ、その機能を踏まえたこういう看護小規模多機能の今後の新しいサービス体制というのは大事ではないのかなと思いますが、22ページを見ていただいて、こういうふうに泊まってよし、通ってよし、わが家でよし、こういうことをしていくんですが、実際は現行制度のはざまに落ちるさまざまなバリアフリー法等々を含めまして、建築の規制等が非常に厳しく、なかなか苦勞しながら都心に今つくろうとしています。その辺についても、ぜひ検討をこれからしていただきたいなというふうに思っています。

最後に、住み続けて良かったと思える東京にということで、予防に力点を置きつつ、生活している場所での看取りまで担える都市としての東京。

在宅医療の充実で、地域差はあるので、逆にaging in placeを実現でき始めたところは既にぽつぽつと見受けられます。その成功事例をより各地で応用ができるようにしてもらえればなというふうに思います。

住んでいてよかった東京、語り継げる看取りの物語。大病院での死に方とは違った人情味あふれる看取り方を、福祉先進都市として実現することは、もうすぐ来るべく多死の時代の先進事例になるのではないかなと思います。ひとり暮らしでも支える地域にということで。

最後のページは、私たちの暮らしの保健室にたくさんの方がボランティアとして参加をしてくださっています。このボランティアの方たちは元気な前期高齢の方々です。こういう方に支えられながら、私たちはこの在宅で看取りまでできる地域をつくる、これに今全力を傾けているというところです。課題も挙げさせていただきましたけれども、ぜひご検討いただければと思います。

ご清聴ありがとうございました。以上です。

○平川副委員長 秋山委員、ありがとうございました。

それでは、秋山委員からのご発表について、しばらく時間をとって、質問やあるいはご意見をいただきたいと思います。どうぞ。

○水村委員 早速ですが、東洋大の水村と申しますが、私の母校の研究室が戸山団地の調査をずっとしておりまして、やはり限界集落化しているという状況については存じ上げておりましたので、少し質問させていただきたいと思うんですけれども、少し本筋ではないんですが、境界として生じている問題ということで、住宅の状況が、お住まいの方たちの身体状況にあっていないと。そうした中で住みかえの仕組みというものも非常にう

まく機能していないと、その部分を支援するサービスというものが必要だというご意見だったんですけれども、私自身もスウェーデンで同様の研究をしております、スウェーデンですと、在宅の高度緩和ケア医療チームというのがあって、そこは医師と看護師とあと作業療法士がチームを組んでいるんですね。

その作業療法士のほうが、住宅改修や福祉用具に関するさまざまなコーディネートをするという役割を担っていて、日本では介護保険ではケアマネジャーがそれに当たるのかもしれないんですけれども、やはり建築系のその知識が余りない福祉系の方が多いということで、いまだにそういった環境整備がうまく進んでいないということがあるんですが、お考えのそのチームケアの中で、作業療法士の方たちを巻き込んで、その場合、日本の作業療法士さんの職能も北欧の方たちとかなり違うので、そこでのハードルもあるんですけれども、その環境側に対して働きかけをする職能を巻き込んでいくというか、協力してやっていくということをお考えになったことはないのでしょうかという質問になります。

○秋山委員 ご質問ありがとうございました。

実を言いますと、訪問看護ステーションでOTを今非常勤ですけれども雇用しております。OTが実際に在宅に出ている率は非常に低くて、実際にそこまでなかなか活用ができていたとは思えません。

戸山団地というか、百人町アパートと戸山ハイツはちょっと様相を異にしておりまして、戸山団地のほうは全部建てかえが済んでおります。逆に、建てかえが済んで、後から半分の方たちだけが戻ってきて、あとの半分は別の人たちが入ったがゆえに、自治会組織が育たないという状況ですが、戸山ハイツのほうは、自治会組織が消えるようにでも残っており、そのよりを戻すために少し工夫を今重ねているというところですが、住環境自体は都の住宅公社が担っておりますので、実際面で改修をするというのはとても難しい状況もあったり、手すりを設置したりはできるんですけれども、住みかえのところではとても今難渋をしているという状況ですので、ぜひ全体で考えていただきたいというのが、私の提案の趣旨です。

○高橋委員長 すみません。うっかり時間を間違えて、前の仕事が延び延びになっていたのがあったんですが。

秋山さんのところの暮らしの保健室って、非常に重要なのは、前の第1回のプレゼンのときでも申し上げたんですが、ボランティアの活動と専門職の活動が非常に的確な形

で組み合わせあって、僕は最近それをプロアマ混合軍と呼んでいるんですが、これが多分最強の仕組み。というのは、先ほど専門職というのは、非常に難しいケースに集中的に対応するという機能があります。リハビリテーションもそうです。リハビリテーションワーカーがいちいち個人的なことをやって、病院はもちろんそれは必要ですが、地域では、むしろモニタリングをやったり、評価をしたり、そして地域の住民の支え合いをエンパワーしていくような、まさにNHKのスペシャルで拝見したのは、まさに熟達した看護師と地域の人たちとボランティアのかかわり合い、それが結局、生活支援から専門的支援までシームレスになる一つの条件で、これが混然一体となって実現したというところが非常に重要なことではないかと。

その場合に、問題は、制度に乗せるというか、それをファイナンスする上で、そういうのはお金を出すのが不得意なんです。支え合いは支え合いの何とか、プロはプロと、そこら辺のことを含めて持続可能にするために、どういう考え方、やり方、あるいは応援の仕方、場合によってはもちろんさまざまな施策も含めて、どういうふう運営の経験の中でお感じになっているか、ぜひ教えていただきたいと思います。

○秋山委員 ありがとうございます。

まず、私の資料の24枚目、一番最後の元気な高齢者の生きがいがいづくりにつながる地域ボランティアの育成と活用とありますが、実を言いますと、私どものこの暮らしの保健室のボランティアの半分は、私たちの訪問看護を利用してご家族を看取った後のご遺族です。つまり、地域の中で点在をしているその方たちに少し声をかけてお願いをし、その方たちを核としながら、今40人の方のボランティアの登録があり、30数名が毎日シフトを組んで活動をしてくださっているというところです。交通費のみを払っている無償のボランティアです。

私は、最初から、この暮らしの保健室をやるに当たって、もちろん事業助成を国や東京都さんからもいただきながらやっておりますが、それほどのお金はかけられないという中で、どうやったらいいのかという工夫と、それともう一つは、お金だけではなくて、この参加してくだっている方たちが、とてもいきいきと生きがいがいづくりにもなり、とても喜んでくださるということに意義を感じているというところです。

それと、もう一つは、皆さんの7ページ目にありました地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿として、先ほどは左上の四角をとりましたけれども、その下、生活支援の部分ですが、ここで地域における包括的な生活支援の拠点の必要性という説明文が

あります。

ここで、私たちは、暮らしの保健室を在宅医療連携拠点事業として、相談事業及び連携の拠点としてのさまざまな調整機能、それから、連携の質を上げていく勉強会と地域ケア会議等をやってきましたけれども、それだけではなく、実を言うと居場所をつくり、そしてこの下のところに書いてあります、太字になっております包括的な生活支援の拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によっては多様な効果が期待できるということで、これは、もう既に始まりつつあります総合事業との兼ね合い、地域支援事業との兼ね合い、プラス、今まで医療政策のほうで担ってこられた療養相談の窓口事業との合体という、そういう意味では一つの制度というか事業ではなく、複数の事業が複合されて何か制度に乗ればというふうに、ちょっと考えております。

相談者からはお金をとらずと、窓口を広げることで、じゃあ、それがすごい持ち出しかということ、そうでなくて、この方たちが相談をすることで、実際に大きな病院をかかりつけ医とした人がかかりつけ医を持つ。実際に飲んでいる薬の量が、それはちゃんとお医者さんに言って減らしてもらったほうがいいというようなアドバイスで、薬の飲む量が減った。かかっている医療機関の数がちょっと減り、かかりつけ医を持つ状態が多くなったというような結果で、予防的な効果があると考えられますので、こういうことをうまく介護の部分と医療の部分とが合体した部分で、本当に地域包括的な中に入れ込んでいただければなと思います。

○馬袋委員 秋山先生、ありがとうございました。

資料22ページの、今、看護小規模多機能の展開ということでご苦労されているようなお話がありましたが、この22ページの一番下にある「現行制度の狭間に落ちる様々な規制などをどうしたら良いか」というところは、非常に重要なところだと思いますが、具体的にどういうことが起きているのでしょうか、例えば、空き家を活用すると言いながら、いざ、小規模多機能や、グループホーム、また、小さなショートステイつくろうとしてもいろいろな規制がありなかなか難しいものがあると聞いていますけれども、今、秋山先生のところでは、どういった課題が出ていて、それをクリアするのにご苦労をされていることがありましたら、教えて下さい。

○秋山委員 ありがとうございます。

実際は、この第一種中高層住宅専用地域がために、通常は看護小規模多機能というの

は二枚看板を上げるという言い方をしますけれども、訪問看護ステーションの事務所と看護小規模多機能を合体した形で運用ができるんですが、ここには事務所機能を付帯することができず、看護小規模多機能のみの単独の事業をここで展開せざるを得ないという状況です。

もう一つは、非常に古いお家だったために、改修というのがとても難しく、新築の事業になったために、新築ですと100人規模の障害者施設とか、それと全く同じ基準がこの家庭というか、普通のお家を建てかえるのでそれほど大きくない124平米、そういうところにも適用されるために、非常階段、エレベーター等、スプリンクラーはもちろん1階・2階設置をいたしましたけれども、3階のもともと住んでいた方の居住のところもつけざるを得ないということで、費用がどんどん上がっていくという状況を経験しながら、今開設に向かっています。

その辺のところがとても難しいと思うんですが、何らかのある意味での規制緩和というのができないものかというふうに考えました。

○馬袋委員 その課題で、1点教えていただきたいのですが、第一種中高層住宅専用地域のところ、事務所機能ができないということで、訪問看護が事務所として扱いを受けているということで理解してよろしいでしょうか。

○秋山委員 そのとおりです。

○高橋委員長 あれはお医者さんならば開業できるんですね。

○秋山委員 そうです。

○高橋委員長 だから、これは実に不思議な話なんです。やっぱり、そこにある建築用途規制と、それから、生活を守るサービスというのは、建築用途規制、人が住んでいるところには近くに存在していなければいけないにもかかわらず、それは施設の思想で、それから、営業活動と生活の場を区別する思想で整理されてきているというのは、これは局長もちょっとレスポンスしていただいたほうがいいんじゃないかな。いろいろご苦勞なさいたいきさつは私は知っておりますので、ちょっとコメントいただけませんか。

○梶原福祉保健局長 建築基準法、それから、バリアフリー関係、それから、都の条例の部分で、これは都もかなり非難をされたんですが、一定規模以上が法律の対象、それを全ての対象に拡大したというのが都の条例だったんですね。用途規制の問題はまたもう一つ別の問題です。

この思想としては、ユニバーサルデザインだとかバリアフリーというのを全ての、い

わゆる新設についてはやろうと。だから、大きさが大きかろうが小さかろうがというその一つの理念はあったわけです。ただ、一方で、じゃあ、小さな家の中に巨大なエレベーターだけ必要で、実はエレベーターのために居室が非常に狭くなってしまうとか、あるいは回転するためのフロアで、要はそのためにいろんな実際の問題として問題が出てきた。それがちょっと数年、これは高橋先生からもいろいろ言われた中で、一回決まってしまったものについて、特定行政庁は判断というのが一律的になってしまうということで、弾力的な運用をしましょうというのが、昨年やっと我々の中でコンセンサスを得られてやったと。

ただ、住専の問題は、その問題になると今度は都市計画法上の問題になっていて、これは法律が現状に追いついていないというか、あるいはこれだけ空き家活用と言われる状況の中で、その改修あるいは新設というものの規制というのが、逆にそれを阻害してしまっているというのは我々も感じていますし、その部分については、ご議論を踏まえながら行政として、各セクションと連携してやっていかなければいけないというふうに思っています。

○高橋委員長 ありがとうございます。

この問題は、園田副委員長がご専門でございますし、またいずれご発表いただく機会もあろうかと思えます。それから、第1回に空き家活用の議論を知事がされていたときには、まさに現在の住宅基準法、消防法も含めた住宅関係規制法制の思想と、それから、新しい地域を支援するシステムの構築が、いろんな意味で矛盾を来しているという、そういう現実がございますので、これはいずれそこで集中的に議論をしたいというふうに思っています。ということで、事務局に確認をしておきたいということでございます。

それから、もう一つ、最後にコメントを申し上げるとすれば、たしか、毎日のように不安になると救急車を呼んでいた事例があったのが、暮らしの保健室のサポートによってそういうことがほとんどなくなったという事例を前に紹介されて、大変感銘を受けたんですが、これは実は、たしか今は救急車が出動すると行政コスト、大変なコストですよ。相当なコストが実は縮減できたという意味では、いろいろなところでこの種の活動ができることによって、大事なお金をより大事に使われるようなための基礎になっていったという、これはぜひ皆様、共通の理解としてお持ちいただく必要があるんだと思うんですが、そこら辺のことをちょっと補足していただけますか。

○秋山委員 ありがとうございます。



私が漏れ聞くところによれば、新宿では、救急車が1回出動すると17万円の税金が飛びますってさんざん言われたんですけども、ひとり暮らしで少し認知症症状が出始めた方は、朝方とても不安が強かったり、夕方不安が強かったりする。そこを、周りの者が支えられていたらいいんですけども、なかなかそうはいかず、身体症状にあらわれて、119を回して救急搬送されていたという高齢者の方が、相談にしょっちゅう乗り、周りのネットワークのきずなを強めていくという調整をした結果、救急車を呼ばないということになりました。それは、かなりの変化です。

そういうことが結構ありまして、あとは、みんなが困っているひとり暮らし認知症の方たちを支えるためのネットワークを少しずつ強めていきますと、すぐに施設へ送らなきゃいけないという排除する動きではなくて、何かと支えようという動きになってきますので、そういう意味でも、その方たちが熱中症で運ばれそうになったところにストップをかけたりというようなことがありまして、やはりこういう予防的な窓口というのはとても大事ではないのかなというふうに感じています。

○高橋委員長 この問題もいずれ瀧脇委員から、ふるさとの会の活動のこともぜひ伺う機会をつくりたいと思っておりますが、ここでもある意味では似たことが起こっていて、従来、いわば救護施設で対応する必要があると行政的に考えられるような方たちを、地域で対応することによって大分姿が変わる。これは行政的なことも含めて、多分、そういうことも含めた非常に敷衍的な、それは第1回の長谷川委員の完全居場所政策という、聞くと、「あれ、何だろう」というような、その概念と非常に重要にかかわる概念ですし、これは知事もリファアされておりました。一人の、この間の新幹線もそうですが、孤立に苛まれたお年寄りがいろんな形で社会的な問題を引き起こすというようなことも、これはそういう意味では究極の予防ですよ。

生活をここで過ごすための仕組みという意味では、ぜひこの問題を、戸山の暮らしの保健室のあの実践というふうに考えずに、私たちの周りにこういうものをどうつくっていったらいいのかという、そういう視点で今日のお話をぜひ展開ができたらいいなというふうに思っております、そのことで、予定の時間をオーバーしてしまいましたが、まさにそれと深くかかわるお話が、今度はターミナルケアの問題を通じて、山崎章郎さんから、プレゼンテーションをお願いしておりますので、よろしく願いいたします。

○山崎氏 ただいまご紹介にあずかりました、東京小平市で在宅の緩和ケアに取り組んでおります山崎でございます。座ってお話をさせていただきます。

本日私がお話をしたいのは、これから多死社会を迎えることになっておりますけれども、その多死社会の中の多くを占めるであろう終末期のがん患者さんたちの疾患特性と、その疾患特性に対してのケアのあり方、また、そのような取り組みを通して見えてきた一人暮らしが困難になった方たちに、終の棲家を提供するホームホスピスのあり方について、そしてそれをも含めて在宅で療養している終末期のがん患者さんやご家族を適切な緩和ケアのもとに支えていくシステムについてです。

現在構想されている地域包括ケアシステムは、先ほど秋山さんがお話をしているように、多職種連携のもと、中長期な展望のもとにケアを提供する仕組みですね。しかしながら、これから私がお話をします終末期がん患者さんたちの特性は、短期集中的なケアを必要とするため、その地域包括ケアシステムでは、恐らくたくさんの終末期のがん患者さんたちが、そのケアのシステムからこぼれ落ちてしまうのではないのかという懸念を持っております。以上に関しましてお話をしたいと思っております。

まず、資料を見ていただきたいと思いますが、我が国では、2025年には約160万人が亡くなると言われておりますが、現在約120万人が亡くなっているその約3分の1はがんの患者さんたちであります。がんは高齢に伴って発生する疾患でもありますが、いずれ2人に1人ががん死するとの予測もありますので、2025年には160万人のうちの約半数ががんで亡くなるだろうとも予測されます。

では、がんで亡くなるということはどういうことかと言いますと、資料の4ページを見ていただければわかりますけれども、ここに終末期の三つの軌道ということで、がんで亡くなる場合、内臓疾患で亡くなる場合、あるいは認知症・老衰の場合の三つのパターンがあります。認知症・老衰の場合、非常になだらかな右肩下がりで死に向かいます。それから、内臓疾患の場合ですとやや急でありますけれども、それでも悪化と改善を繰り返しながら右肩に下がっていきます。がんは一番上の①でありますけれども、ある日突然のように悪化して亡くなっていく。これが末期がんの患者さんたちの特性なんです。

そして、次に、生存期間から見た症状ですけれども、これも資料のように、末期のがん患者さんたちは、亡くなる1カ月ほど前から急速にさまざまな苦痛症状が出てきますので、これらに対しての適切なケアがなければ、患者さんたちは苦痛の中で亡くなるでしょうし、家にいたいのに、病院に入院せざるを得ないという状況が起ります。このような疾患特性を踏まえていかなければ、終末期のがん患者さんを在宅で診ていくことは難しいだろうと考えております。

以上のような、終末期がん患者さんの特徴を少し箇条書きにしてみました。時間の関係がありますので、いくつか絞ってお話します。まず2番目のところです。約2割が急変して亡くなります。この急変して亡くなるということは、予測されたでき事ですので、あらかじめ十分にご家族に話をしていれば、救急車を呼ぶことにはなりません。しかしながら、あらかじめの十分な説明がなければ、ほとんど救急搬送されてしまうケースです。

それから、4番目ですが、大体亡くなる2～3週間前から排せつなどの日常生活が困難になってきます。患者さんたちは、意識も清明ですから、こういう状況では生きる意味がないと訴えたり、早く死にたいとおっしゃることが多くなってくる場面です。こういうことも、理解したうえでの適切な緩和ケアが必要になってくる訳です。

つぎに、6番目ですけれども、病状の悪化に伴って、先ほど示したようにさまざまな苦痛症状は出てきますが、専門的な緩和ケアを適切に行っていけば、ほとんどの苦痛は在宅で緩和可能だということです。もちろん、適切な緩和ケアがなければ、結局、最後は病院へというようなことになりかねません。短期間に急速に増悪する心身の苦痛症状を緩和する専門性が必要な所以です。

それから、8番目です。最近のがん治療の傾向としてぎりぎりまで治療が継続されてしまうことが少なくありませんが、結果的に治療が困難になってからの在宅での療養期間がとても短くなっております。その短期間に、治療を断念せざるを得なかった患者さんと、そのご家族が直面する苦悩に対して、やはり適切な緩和ケアが必要であるということです。

例えば、現代ホスピスの創設者ともいわれるシンリー・ソンドースさんのグリーフケア（悲嘆ケア）についての次のような文言があります。「人がいかに死ぬかということは、残される家族の記憶の中にとどまり続ける。私たちは最後の苦痛の性質とその対処について十分知る必要がある。最後の数時間に（人生最期のころに）起こったことが、残される家族の心の癒しにも、悲嘆の回復の妨げにもなる。」これはとても重要なことだと思います。

自分の目の前に起こった出来事、避けられない出来事が、その後、残されるご遺族にとってずっと辛い思い出として残っていくのか、それとも、「避けられなかった死だけでも、納得して精一杯生きた時間だったね」という思い出として残っていくのか、これは、その後に生きる人たちにとってとても大切なことです。ここもまた専門性が必要

になってくるところです。

最近、在宅医療に取り組む人たちがふえてきておりますけれども、その臨床経験はほとんど病院医療の経験なんですね。

私が最近訪問看護師さんから聞いた話によりますと、ある在宅療養中の末期のがん患者さんがいて、病状進行の結果として最高血圧が50台ぐらいまで下がってしまっていた。これは、多くの場合24時間以内の死亡が予測される状態ですし、点滴の継続は痰の分泌を増加させるなど、患者さんの苦痛を増す要因にもなる状態ですから、本来は点滴はやめるべきであろう時に、念のため訪問看護師が医師に「点滴どうしましょうか」と聞いたら、「続けてくれ」と言われたということです。そして、その日、亡くなってしまったわけですが、亡くなった時に、その医師は診察に来て、ご家族にねぎらいの一声もかけずに、死亡だけ確認して帰っていったということでした。こういう悲しい在宅での看取りも、統計的には在宅の看取りになるわけです。もちろん、患者さんにもご家族にも配慮することが前提の緩和ケアとは、とても言えない訳です。これは、この医師個人の問題かもしれません。一般医療の経験しかなくとも適切な緩和ケアに取り組んでいる医師も多くいるのを知っています。しかし、緩和ケアの専門性を持たない、一般医療の経験しかない医師が、在宅療養中の末期のがん患者さんを診療している結果からかかもしれません。

さて、私は、今までお話をしたような疾患特性に基づいた終末期がん患者さんに対して、専門的な緩和ケアを提供するために、施設ホスピスでの緩和ケアに取り組んでまいりましたが、そのケアを地域の中でできないだろうかと考えて在宅緩和ケアに取り組み始めたのが、今から10年前です。

皆さんのお手元にありますように、私たちのチームのあり方が、平面図になっております。ところで、施設緩和ケアの特徴は、多職種がいつも同じ場所において、別々に患者さんの部屋を訪問しても、戻ってくる場所がナースステーションで、そこでチームとして速やかな情報共有ができるということです。そして、チームとして問題の解決に当たることができるということ、それらがケアの質を担保していたのですが、それを地域の中でやっていくためには、同じような仕組みが必要だろうと考えました。別々に患者さん宅を訪問しても、チームを組む多職種がいつでも直接顔と顔を合わせてコミュニケーションの取れるような物理的な仕組みが必要だということです。短期間に様々な心身の苦痛に直面する終末期のがんの患者さんやご家族に適切なケアを届けるためには、それ

それぞれの職種が離れ離れの場所にいる多職種連携では、適切な緩和ケアは難しいのではないだろうかと思っています。つまり、先程も申し上げましたが、中長期視点で、慢性疾患や、高齢認知症などの患者さんの看取りまでを視野に入れた、現在構想されている多職種連携の地域包括ケアシステムでは、末期がん患者さんに適切な緩和ケアを提供していくのは難しいのではないかとことです。

さて、施設ホスピスでの経験を生かした、在宅での緩和ケアを、私どもは小平市でケアタウン小平を拠点にして半径3キロから4キロ圏内で行っております。皆さんのお手元に在宅看取り率というのがあると思います。それを見ていただければと思いますが、これは平成24年1月から26年12月までの3年間のものです。私どものように、訪問診療と訪問看護、あるいはケアマネジャーの事業所、が一体となって取り組んでいるチームがあり、そして当然これは24時間対応するチームでありますけれども、そういう医療があって、それから、在宅に居たいという患者さんの思いがあり、それを支えようとする家族の方がいらっしゃれば、例えば、3年間に私たちが在宅で関わったがんの患者さんたちは247人が亡くなっておりますが、そのうちの216人、87%は、そのままご自宅で最期まで過ごすことができました。がんではない患者さんたちは25人亡くなっておりますけれども、そのうちの8割はそのまま在宅で看取ることができました。

こういうチームであれば、先ほどのように、短期集中的に変化していくがんの患者さんたちに対しても、在宅で適切な緩和ケアは提供できるということになります。

そういうふう在宅で看取っていくわけですが、それらを通して見えてきた課題があります。それは、老老介護ながら、ようやく患者さんの思いに応じて、在宅で看取りを行ったご家族が、本人の思いに応えることの出来た在宅での看取りは良かったし、一人残された私もそうしたいけど、でも誰が私を在宅で看取ってくれるのですかという課題です。

残された单身のご遺族は、私の場合には誰も家族がいないので施設に入らざるを得ないとか、病院にいかざるを得ないという現実になってしまう訳です。その課題に応える方法はないのか、ということを考えていた頃に出会ったのが、10年ほど前から宮崎で始まったホームホスピスという取り組みでした。ホームホスピスは空き民家を活用して、ひとり暮らしが難しくなった5人ほどの方たちが、年齢・疾患を問わずに地域の方たちの支えを受けて、そこで共同生活を営む場所です。そういうものが宮崎で発展してきて

おりまして、もしそれが東京にあったら、しかも私どもケアタウン小平チームの取り組むエリアにあったら、単身になってしまったご遺族たちが、病院とか施設に行かなくても、地域を離れずに、自宅ではないが、地域の中のホームホスピスで最期まで住み続けることができるのにと考えたわけです。

そういうふうなことを考えていましたところ、世の中には、当然同じような思いを持つ人たちがおりまして、昨年4月に東京都小平市に宮崎のホームホスピス「かあさんの家」をモデルにしたホームホスピス「櫟」が誕生いたしました。これは、資料にありますように、原則として、疾患・年齢は問わずに、ひとり暮らしが困難になった人々が、地域の人々の支援を受けながら、もちろん私どものような24時間対応する医療や看護の支援を受けながら、希望すれば人生の最期まで、そこで暮らすことが出来るわけです。

ただ、東京は宮崎などと違って、平屋の民家というのは探すのが、なかなか難しく、先ほど秋山さんのお話にもありましたけれども、縦に長いんです。要するに、2階、3階建てなんです。ホスピスケアを必要とするような患者さんたちが、そこで共同生活を営むにはかなり不自由な場所になってしまいます。ホームホスピスとして適切な場所を探すのに難航し、開設までに時間がかかりましたが、幸い、マンションの1階に5人の人たちが共同で住めるような空間が見つかって、そこを改修して、ホームホスピスとしての取り組みが始まったわけです。ホームホスピス「櫟」は私どもの活動エリア内ですから、24時間の医療・看護は十分に提供できるわけです。

ところが、この取り組みは、空き民家を改修して5人程度の人たちが疾患・年齢を問わずに住んでいるにもかかわらず、外形的にはこれは有料老人ホームというふうに位置づけられてしまうんです。しかし、ホームホスピスの目的は、年齢ではなくて、ひとり暮らしが困難になり、なおかつそこで最期まで住みたいんだという人たちの思いに応えようとするその取り組みなわけです。が、なぜその取り組みが、有料老人ホームと見られてしまうのかとう疑問があります。

ホームホスピスの取り組みは、重要かつ有用な取り組みです。地域包括ケアを進めていくうえでの住まいの在り方としても、ぜひ、このホームホスピスが東京都の中でも広がっていくようなご検討を、行政の方にもしていただきたいと思っております。

さて、最後ですが、先ほどお話をしたように、現在構想されております地域包括ケアシステムは、慢性疾患とか認知症とか障害の高齢者が主な対象です。当然、そこで在宅医療は不可欠になります。その在宅医療の中核はかかりつけ医であると位置づけられて

おりますが、かかりつけ医として想定される医師のほとんどは、外来診療を主とする一人の開業の医師が多いんです。しかし、在宅での療養を継続するためには、24時間対応が不可欠になってきます。そうでなければ、土壇場で入院せざるを得ないとか、救急搬送ということになってしまうことが、稀ではない訳です。今日秋山さんが発表したような事例ですと、緩やかな変化ですので、多分そのまま最後まで在宅で暮らせることになれるだろうと思いますが、先程来述べております疾患特性を持つ終末期のがん患者さんたちに、この仕組みでは対処し切れないのではと懸念するわけです。結果的に望まぬ入院を余儀なくされてしまうのではないかということです。

では、どうしたらいいのかという話ですけれども、現在、在宅を支えるための医療制度上の仕組みとしては、在宅療養支援診療所というものがあります。そして、それをさらに充実させた機能強化型在宅療養支援診療所というものがあります。この機能強化型は24時間対応することと、在宅医療を担当する常勤医師が3名以上、これは1つの医療機関で3名以上じゃなくても、1人開業の在宅療養支援診療所が3つでチームを組んでも可能ですけれども、その要件の1つが、過去1年間の在宅看取り実績が4件以上となっています。逆に言えば4件でも良いということなんです。私が言いたいのは、資料にも書きましたように、医師3名以上で年間わずか4件程度の経験で、短期間に多彩な心身の苦痛症状に直面する末期がん患者さんや、その変化に翻弄されつつ予期悲嘆の中で過ごすご家族に対して、適切な緩和ケアが可能なのかということなんです。しかも看取り数はがん、非がん合わせてですから。

以上のような状況を踏まえ、私は、既に昨年8月、産経新聞の「正論」欄にて、在宅緩和ケア専門診療所の制度化というものを提言しておりますが、これに関しましては、私個人だけではなくて、我が国の緩和ケア病棟の9割が所属しております日本ホスピス緩和ケア協会も在宅緩和ケア専門診療所の制度化を提言しようと、今動いている最中がございます。

資料にお示ししておりますことは、様々な状況を踏まえた山崎私案なのですが、在宅緩和ケア専門診療所は、在宅療養支援診療所の特化型でよろしいのではないかと考えております。特徴は、先程来、繰り返しております、主に短期間に死に向かう在宅終末期がん患者を中心に診療するということです。もちろん、がんの方だけではなくて非がん患者さんの看取りも行います。しかし、全体としてはがん患者さんたちを中心に在宅での看取りまでをチームで行うということです。

私どもケアタウン小平チームのような体制があれば、大体年間80名ほどの方たちを在宅で看取することは可能です。ですから在宅緩和ケア専門診療所には少なくとも年間40名以上は看取ってほしいと思います。がん・非がんをあわせてそのぐらいの看取りがなければ、経験を積むこともできませんし、新たに取り組む人たちの研修場所にもなり得ないだろうと考えているからです。

それから、せっかく在宅で頑張ってきたのに、土壇場で入院してしまうのでは、悲しい話ですので、在宅看取り率は少なくとも50%以上あってほしいと思っています。

もちろん、このような取り組みには、医者だけではなくて、当然専門性を持った看護が必要になってきます。そのためには、がんの患者さんたちの疾患特性を熟知した訪問看護ステーションというものも必要であります。また、チームを組むためには、遠くの診療所と遠くの看護師さんたちのチームではなくて、可能な限り一体化したチームであってほしいと考えています。それから、当然緩和ケアに対応できるケアマネジャーさんたちも必要だと考えています。

このような取り組みを地域包括ケアシステムの一角に位置づけなければ、先ほどから話をしているように、多死社会の半数近くを占めるがん患者さんたちが望むような在宅での療養は難しいのではないかと思います。地域包括ケアシステムが地域の人たちの看取りまでを含めた生活支援をするのであれば、ぜひ専門性を必要とする在宅緩和ケアを地域包括ケアにきちんと位置づけてほしいと考えております。

そのためには、在宅緩和ケア専門診療所が中心になった、地域在宅緩和ケアセンターのようなものがないかとも考えています。それは、そこ自体が地域の在宅療養中の皆さんに緩和ケアを提供しますが、そこでは集中的にたくさんの看取りもなされますから、当然教育・研修の場としての役割も果たすことができますし、さまざまな経験が積まれますので、地域で取り組む診療所とか訪問看護ステーションに対するコンサルティング機能を持つことができます。さらには、相談、情報収集の機能を持つことができるだろうと思います。そういうものが地域包括ケアの中に位置づけられれば、慢性疾患だけではなくて、終末期のがんの患者さんたちも、安心してその地域に住み続けられるようになるだろうと考えております。

以上、多死社会の多くを占めることになる終末期がんの患者さんの疾患特性について共有していただいたかったということと、それから、ぜひ、空き民家を改修したホームホスピスがこの東京都で広がっていけるように、柔軟に対処していただきたいというこ



とと、それから、がんの患者さんたちが末期になったとしても地域の中で住み続けられるような私どもが提言として考えているような制度に対しても、応援していただきたいと考えております。

私の話は以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

それでは、ちょっとディスカッションをしたいと思いますのですが、このテーマに関しましては、大熊委員から補足資料を提出していただいています。ちょっと簡単で結構ですが、補足的な発言をお願いしたいと思います。

○大熊委員 私は朝日新聞で社説を書いていたんですけれども、寛大な毎日新聞が2年半、コラムを毎月書かせてくださって、お手許の「ホームホスピスの看取り／家庭的な場でぬくもりある最後を」は、その一つでございます。

ここでは、宮崎の「かあさんの家」の雰囲気を書いております。大事なのは、病院っぽくなくて、本当に家の雰囲気で、おみそ汁の香りがしたり、包丁のとんとんというのが聞こえるというような、そういうところなんです。ここに浸っていると、病院ではもう口をかたく結んで水も飲もうとしないというような方が、あったかい表情に変わって、口からご飯を食べるといふ大きな変化が起きておりました。

ここへ見学に行った人たち、病院でのがんの看取りにがっかりしていた看護師さんとかいろんな人たちが、次から次にホームホスピスを始めておまして、それがここに書いてある自治体ではできているのに、東京都では厚い壁が立ちはだかっていたということがありました。それだけではなくて、宮崎の場合は、がんや認知症の人が家庭的な雰囲気まで最期まで安心して暮らし、安らかに看取れることができる「地域ホスピス」に補助する仕組みができたりしております。スタートの時点ではそのような応援も必要かなというふうに思っております。

以上でございます。

○高橋委員長 いかがでしょうか。ご質問、由紀さんはよろしいですか。

ちょっと最近在宅でお看取りになったご経験、個人的なことであってお話をしにくいかもしれないけれども、ちょっと今の山崎章郎さんのお話と物すごくかわりがあるので、少しお話がいただくことが可能ならばお許しを……。

○大熊委員 泣かないように話をさせていただきます。18日に95の母を看取りました。腎臓のがんを手術したのが80歳で、90歳で悪性リンパ腫をいたしまして、でも、そ

の後95歳まで自宅ですべて暮らせたというのは、秋山正子さんの本のタイトルにあるような「在宅ケアの不思議な力」があったということ。幸いなことに在宅診療、在宅療養支援診療所のお医者さん、訪問歯医者さん、それから、ケアマネさんが優秀であって、いつも情報を共有してくださったこととか、それから、ホームヘルパーさんが大変優秀であって。

私はこの毎日新聞の連載の中で、ユマニチュードというフランス生まれの、認知症の人が病院で怖がって暴れたりしない手法というのをご紹介しました。うちに来てくれた5人ぐらいのヘルパーさん、かわりばんこ、最後は朝・昼・晩と3回きてくださったんですけれども、そのやっていたらいいことが、ユマニチュードを知らないのにユマニチュードそっくりだったのに感動いたしました。

最後は本当に訪問看護師さんが頼りでした。痰をとったりするのはとても、家族ならできると言われてもできないものです。たまたまその痰をとる話を二人の知人にしたら、病院で痰をとってもらって血だらけになったという話でした。熟達した訪問看護技術と、やはり熟達したホームヘルパーさんとか、また、歯医者さんも大事でございます。

そのための専門職の教育というのがとても大事です。どこでもそういうことが受けられるように、山崎先生が話されたようなところ、そういう突出したところが一つあるということではなくて、それがしみ出してきて、東京全体のレベルが上がるというふうなふうに思っております。

○高橋委員長 どうも大変最近の話を無理してお話を承りましたが、やっぱり在宅ケアの一つの、我々が考えると大変大事なものを折に触れてお話を伺ったときに思いましたものですから、あえてご無理をお願いいたしました。ぜひそういう経験を皆さんで共有していただければというふうに、そういうホームホスピスもそうですが、というふうに思います。

いかがでございましょうか。何かご質問。

秋山さん、マギーズの話はされましたか。ちょっと今の話にもかかわるので、少し補足をしていただけませんか。

○秋山委員 山崎先生の資料で、まずはがん患者の数が膨大にふえていくと、そしてその方たちがさまざまな症状の中で、身体的にもなんですけれども、生きる意味を見失うような苦悩に直面することも、6ページです。そこに、ぎりぎり最期だけではなくて、そ

の途中の経過でさまざまな不安を抱き、病院に通っているんだけど、病院の中ではなかなか相談がしにくいと。病院の中の相談支援も充実はしてきているけれども、なかなかそうはいかないがん治療の様相の変化があり、ぎりぎり最期のところになってはまだ治療にかけるという状況の方もたくさんいらして、本当に身体的だけではなく、心理・社会的な面でのサポートが必要で、それが病院の外にあることもとても大事であると。しかも、サポーターケアといって、しっかりとその人の話を聞き、支えるというそういうケアのあり方が、今問われています。

それで、そのやり方を実際に実現しているのが、イギリスで始まりましたマギーズ・キャンサー・ケアリングセンターということで、それをぜひ東京にということで、今、新豊洲の土地を一応借りられるという条件のもとで、建設の準備を始めているというところですよ。

チャリティの運動なので、なかなか厳しいところはございますけれども、賛同してくださる方はかなり今ふえているという状況です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ちょっと時間のこともありますが、どなたかご発言いただけないでしょうか。

山崎先生がお触れになったホームホスピスのことなんですけど、これも実は、これは非常に重要なのは、高齢者は確かに多いんですけど、対象を選ばないんですね。これは恐らくがんももちろんそうですよね、小児がんから始まって人生の至るところに。そういう意味で言えば、やっぱり対象を選ばない人たちを支えるような仕掛けづくりと、それで専門的な施設や病院は専門化しますと対象を選ぶわけです。ところが、共同生活というのは対象は選ばないんです。そういうことを含めて、そうすると、これは生活というのは選ばないわけです、誰と誰って。そうじゃなくて、これも園田先生と私が議論していて、「とも暮らし」というふうに呼んだんです。そうすると、それは何が起こるかという、一緒に生活をしている人同士のさまざまな力、総合的な関係が働き始めて、そのことが専門的支援のあり方、姿を変えていく可能性がある。

これは、もちろんホームホスピスもそうですし、必ずしもターミナルの場ではございませんが、富山市にございます「このゆびと一まれ」という、それこそ高齢者の方と子供たちと知的な障害をお持ちの皆さんが共同で毎日通う場なんです。そうすると何が起こるかという、子育て名人の知的障害の青年がいて、彼がだっこをするとピタリと泣きやむって。彼は利用者さんじゃなくて、そこの担い手なんだ、働き手なんです。

それから、認知症のお年寄りでも、子供が物すごく大好きです。そういう意味で、相互作用の中で支援のあり方がガラッと変わる。

今までは似た者集めをやっていたわけね。似たような人を集めますから、支援と支援される関係が非常に固定をしてくる。ところが、恐らく、先生、自助の力と互助の力と専門的な医療の力の相乗的なバックというのは、相当重要なのではないかというふうに思ったりしているんです。そこら辺はいかがでしょうか。

○山崎氏 そうですね。専門性のある24時間の訪問診療や訪問看護がベースにあれば、自宅でも、特養などのような生活の場でも、そこで人生の最期を迎えることは十分可能だと言うことです。ただ、ひとり暮らしのかたが、自宅での生活の継続が難しくなってしまう場合、その地域を離れて望まぬ病院での入院生活とか、施設に入らざるを得なくなってしまうことは、とても残念なことです。

そのような人たちが、地域で生活を継続できるような取り組みの一つがホームホスピスでしょうし、まさにそれは共同生活を営むという意味において、十分可能なんじゃないかと思っております。あとは、そういう取り組みに対しては、当然地域のボランティアの皆さんたちも参加していただきますし、うまく展開すればまちづくりとか、その地域のいろんな人たちの、きずなづくりとか、そういうことにも発展していくんじゃないかなという気がしています。

○高橋委員長 ありがとうございます。

この福祉先進都市というキーワードは知事からいただいたコンセプトですけども、今のご発言は、要するにピカピカ型の施設をつくるのは先進都市でも何ものでもなくて、あれはやがて腐りますから、廃墟になりますから。そうではなくて、人の生きた働きかけをどうやってつくっていくかという、そういう一大プロジェクトをこれからやっていく必要があるなということを実感した次第でございます。

あと情報提供をちょっと。実は、最近週刊朝日MOOKとして、「自宅で看取るいいお医者さん」という在宅療養診療所3,800カ所を、厚生局の持っているデータを全部情報公開請求して出しリストが載っております。今、小平市をチラチラと眺めておりましたら、まさに先生のところは看取り率92%なんだけど、同じ連携型在宅療養支援診療所をとっているのに、2,300人の患者さんがいるのに看取り率ゼロ。緊急往診数がたった2件という、先生はどこかおわかりだと思いますが、というこれは全部データが出ております。これは要するに厚生局の持っているデータなので、転記ミスとかいろいろ

ろあるかもしれませんが、非常に信用のできるデータで、東京の部分を見ておりますと、やっぱり今の訪問診療の現状が非常によくわかりますので、どうぞご関心のある方は、非常に手に入りやすい形で出ましたので、情報提供でございます。

これは、私たちのこれからのケアのことを考えると、訪問医療系がどういう形で伸びていって、これは東京都の医師会としても大変、これは医師会として頭の痛いのは、アウトサイド問題も多分あっていろいろ大変なんだろうなと思いつつ、きちんとした形でこういうものが健全に東京都で展開して、都民の生活を支えていただけるようになってほしいなということで、ちょっと情報提供をさせていただきました。

ほかになれば。

○高橋委員長 それでは、山崎先生、本当にありがとうございました。

ぜひ、この今日のプレゼンテーションは、秋山委員のご発言も含めまして、これからの提言に、大変大事なご提言をいただいたような気がしますので、事務局ともども真摯に受けとめてまいりたいというふうに思っております。

今日は看取りの話ということでしたが、それから少し視点を変えまして、リハビリテーションの問題を中心に、山内繁先生は長らくリハビリテーションセンターで支援機器の日本の第一人者でいらっしゃいますけれども、にわかに、最近介護ロボットの問題等がいろいろ話題になっておりますが、その最先端のお話をしていただけるというふうに伺っておりますので、山内先生、よろしく願いをいたします。

○山内氏 山内でございます。今ご紹介いただきましたように、所沢にあります国立の今の障害者リハビリテーションセンターというところの研究所に長い間おまして、2005年に定年になって、それから早稲田大学におまして、そこも定年になって、今はどこに所属だと言われると、一応名前だけNPOの支援技術開発機構というのがあります。今はそこで名前だけ理事長ということになっております。

介護ロボットの現状と課題について話をしてほしいということだったのですが、ただ、私自身は今旗ふりはしてなくて、そばでじっと見ている立場です。それから介護保険の福祉用具にもかかわっていますので、そちらの見方から見ているという、そういう立場でお話をさせていただきたいと思います。それでは、これから腰をかけて話をさせていただきます。

まず、非常に紛らわしくて困る問題が、言葉の問題です。介護ロボットとロボット介護機器というこの二つの言葉があります。これを、実は経産省が混同して使っているも

のですから非常に困る。

介護ロボット（care robot）というのは、介護作業用のロボット。じゃあ、ロボットは何かというと、広辞苑によると、「複雑精巧な装置によって人間のように動く自動人形である」と書いてあります。これは、鉄腕アトムなんかから始まったそもそもの始まりだと思いますが、もう少し拡張したところで、自動機械です。ボタンを押せば何か仕事をしてくれるというのが、もう少し広い。そのときに、機械としての自律性です。オートノミーのある機械だというのがその次の定義だろうと思います。

ただ、ロボット介護機器（robotic assistive technology）になりますと、ロボットのための技術を利用した福祉用具ということになります。ですから、例えばリフトの制御のときに少し賢い制御が入るとか。あるいは、もう世の中になくなってしまったのでほとんどご存じないと思いますが、iBOTというのが昔ありまして、車椅子みたいなものなんです。例えば隣の部屋から呼ぶとずっと自分でやってくるとか、階段を上るとか、ロボットの車椅子、こういうのは私はロボット介護機器とっていいんだと思います。ただし、これはやっぱりロボットとは違うものですが、私自身は、ロボット技術を利用した介護機器に重点的に取り組むべきだろうと考えています。

その次の3ページ目にいきますが、これは経産省のプロジェクトで、ロボット技術の介護利用における重点分野として、移乗介助（装着型、非装着型）、それから移動支援（屋外、屋内型）、排泄支援、認知症の見守り（介護施設型、在宅介護型）、それから入浴支援という、こういう重点分野を決めて、5カ年計画のプロジェクトで、今年が3年目のはずですが、そろそろ幾つかのものができ上がってきています。

それから、もう一つ、私がこのプロジェクトの最初のときに非常に注目したのは、大型家電並みの価格のロボットの開発で、目標価格は10万円だということです。ただ、担当の課長に、「10万円ですらにできるの」と聞いたら、「いや、それは無理かもしれないけど、2～30万円以内で手に入るものにするのが目標だ」ということを言っておられました。今、そろそろでき上がってきたものを見てみると、大体その範囲に入っているのかなと思います。それが高いか安いかというのは、それがどれだけ使い勝手がよくて役に立つかということによると思います。

次に、ロボットと介護について少しきちんと考えてみたいと思います。

ロボット技術についていうと、ロボットが一番得意なのは単一の作業を繰り返すことです。一番典型的なのは、例えば自動車の組み立て工場、決められた場所にボル

トを次々に取り付けることです。最初は一つのロボットは一つのボルトしか出来なかったのですが、最近はたくさんのボルトをつけることができるようなものもでき上がっています。

ただ、とにかく同じ作業を何度も何度も繰り返すというのは、ロボットの一番得意なところですが、しかも、人間が一番嫌がることです。同じことを何度もやらされるのはすぐあきてしまいますから。ですから、そういう仕事であればいいのですが、実は介護の作業というのは同じことの繰り返しでは絶対に済まない話なので、ロボットの一番不得手とする分野であるわけです。だから、そのことをよく考えないといけない。

もう一つは、人を扱うものですから、安全に扱うことが必要です。安全に扱うとなると、要介護の人は、予想もしない行動をとることがあります。スキルの高い介護者が介護しているときにはそういうことの起こらないような介護をするわけです。それから、もし予測外のことが起こっても人間であれば何とか対応できる。しかし、それができる機械をつくりなさいと言われると、恐らく高い金がかかって、10万、20万じゃとてもお呼びじゃないわけです。

しかしながら、職員の負担軽減につながるものは、これは可能だろうと思います。ただ、どのタイプのものが一番負担の軽減になるかというのは、これは実はよくわかりません。今の経産省のプロジェクトでも、でき上がってきて、それを眺めてからじゃないと、どの程度負担が軽減されるのかというのは、恐らく難しい。とにかく同じことを繰り返されたのでは仕方がないので、使うときには非常によく考えながら使わないとだめだろうというふうに思っています。

介護職員にとっての困難な問題は、ロボットが多様な作業ができない点です。一つのことしかできない。一つのことにはしか役に立たない。実際の介護では、一つのタスクが終わったら、また次のタスクをしないとイケない。ただ、その切りかえが機械にはできないから、じゃあ人間を助ける道具をつくることになります。例えば装着型のロボットを使うとすると、装着するのに時間がかかる。それから、一つの作業が終わって次の作業に移ろうと思うと、装具を脱いで着替えなくてはなりません。それもまた時間がかかる。物によっては電極を貼りつけないといけない。これじゃとても、恐らく、今の山崎先生のグループホームのようなところで本当に使えるのだろうかといえば、私は非常に疑問を持っているわけです。ですから、むしろ今のよく使われている福祉用具をより小型で能率よく使えるような形に工夫するほうに力を注いだほうがいいのではないかとい

うふうに思います。

もう一つ、よく言われるのは、介護職員の機械リテラシーがないから、これを教育しなくてはということ、ロボットをやっている人たちはよく言うのですが、それが必要な機械ならだめだと思います。本当は福祉用具もロボットよりはリテラシーがいらなはずなのですが、しかし福祉用具ですらトレーニングが必要です。もっと難しい機械をつくっちゃったら、本当に困ったことになってしまいます。その辺を実は一番心配しているところです。

具体的なものについて幾つか説明させていただきます。丁寧な説明には時間がありませんが、まず最初のマイスプーンというのは、これはセコムが2000年に発売しました世界で一番最初の介護用ロボットです。オランダでも似たものを発売しましたが、マイスプーンは実用的なものとしては38万円という値段で、今でもつくって売っていますし、それからヨーロッパにも随分輸出をしています。ただ、どうしても数が出ないので、営業的にはかなり問題になっているのではないかと心配しています。

その次がパロですが、これは産総研でつくって、売り出したのは、調べてみると2005年です。認知症患者に対する癒し効果がわかったということで、これを広めたのはデンマークの研究所ですが、認知症患者さんの3分の1ぐらいの人には癒し効果がある。徘徊、多動、暴言なんかがおさまる人が大体3分の1くらいはいるということがかなりはっきりして、それをどうやって上手に使うかということ、デンマークのDTIという研究所で随分一生懸命に今も研究しています。

その次、2008年にあらわれたのがHALです。これもしょっちゅう出てくるので、皆さんよくご存じだと思います。最近の値段を調べてみると、大和ハウスからリース販売で、月額で、下肢用が18万8,000円、自立支援用が13万円、介護支援用で腰に装着したのが7万8,000円と、こういう腰だけのものです。というのが今HALでは出ているようです。

ここまではまだ実用が少し遠いかなというものだったのですが、いざ使い始めてみると、いろんな問題が起こったという例を一つ紹介しておきたいと思います。

これは、排泄自動処理装置というもので、実は介護保険の品目に入っています。2009年までは、2000年に介護保険が始まって以来特殊尿器というのが、特定福祉用具、つまり購入の品目として特殊尿器というのが入っていました。品物としては、実は2品目しかなかったのですが、2機種ありました。これが2009年に大・小便全部あ



わせたものを、この下の図面がそれですが、名前を言いますとメインレットというのが出てきて、これを介護保険に入れろということで、介護保険の特定福祉用具に入りました。

ところが、50何万円余りするのですが、特定福祉用具だと年に10万円しか補助が出ませんので、さっぱり売れない。だから貸与品目にしろということで、2012年から貸与品目になりました。そのとき私は、これが貸与で日本中に出回ったら、片っ端から廃用症候群になるのではないかと心配しました。こんなものを1週間もつけて寝かされたらほぼ間違いなく廃用症候群になると思って、非常に心配しました。どれぐらい出ているかなと思って調べてみました。その次のページのグラフです。

これは、実は介護保険の実績調査からとりました。ネズミ色が単価です。単価というのは、平均して一月当たり幾らレンタル料を払っているかということです。それでください色の一番上にありますのが件数です。件数というのは、右側の軸を見ていただくと大体1,200になっています。ということは、日本中で、介護保険でこの品物を使っている人は1,200人ぐらいしかいないと、こういうことです。

じゃあ、尿だけの特殊尿器と、尿と便と含むものと両方あるわけですが、その仕分けができないかと思って、実は件数と金額から平均単価を計算したのが、そのネズミ色のものです。平均単価は9,000円ぐらいです。目盛は左側を見てください。大体9,000円ぐらい。

じゃあ、どれをどれぐらいの値段で貸しているかというのを調べてみました。特殊尿器のほうは、一番安いのが6,000円、これは貸与事業者によって違いますが、一番高い貸与事業者ですと1万2,000円。値段は9万5,000円のをそれぐらいで貸していました。つまり、大・小便全部を含むものは、調べたところ、貸与している事業者さんが見つからない。少なくとも規模の大きい事業者さん、例えばフランスベッドとかあるいは山下コーポレーションさん、あるいはカクイックスウィングさんなどは扱っておられません。

どうしてか聞いてみると、営業が嫌がるんですね。つまりトイレのかわりをして非常に便で汚れたものを、レンタルですから、要らなくなったらとりにいかになくちゃいけない。実は、貸与事業者さんのトラックというのは、帰ってくると1日の終わりにかなり丁寧に消毒するんです。必死になって消毒しているものに、そんなものを入れられたらかなわないというので、営業が嫌がっているというのが一つあるようです。それだけじ

やなくて、漏れるというのものもあるようです。

そういう事情で一体今何人ぐらいが使っているだろうかと推測したのですが、一番少ない見積もりで50人ぐらい、多くて150人ぐらいじゃないかと考えています。1,200人の中のほとんどは特殊尿器ではないだろうかと、そういうふうに今私どもは見えています。廃用症候群がふえるということについては、少し安心をしました。

その次が、装着型パワーアシストというのですが、腰痛予防のためのパワーアシストで、非常に良いのですが、ただ、この写真に出ているものは、非常に歩きにくいという評判です。それは、よく見てみると、この説明の中で、膝を支点にして抱えて持ち上げると書いています。膝を支点にして持ち上げたら、持ち上げたまま歩くというのはほとんど不可能なので。これについては非常に歩きにくいといううわさを聞いたので、なぜだろうと思ったら、そういうことのようなのです。ただ、それはほかのものは必ずしもそうではない。例えばHALも同じようなものをつくっていますけれども、HALのは歩きにくいことはありません。

ただし、問題なのは、膝に全重量がかかってしまうわけです。ですから、50キロの介護者の方が60キロの要介護者の方を抱え上げてしまうと、片足の膝に110キロの力がかかってしまいます。これを長い間続けると、腰痛どころじゃないだろうと思いません。膝を人工関節にしないか心配しています。心配している人は実は私だけじゃありません。何人もの方が心配しています。

そうしていると、7月12日のNHKスペシャルの「腰痛・治療革命」で、カウンセリングで6割の人が症状を改善するというのが出てきて驚きました。この前、リハビリテーションセンターの今の総長をしている中村耕三さんに会ったから、あれ本当ですかと聞いたら、うん本当だと。ただし、全部があれではないよと言っていました。ただし、6～7割が認知行動療法で改善されるということはほぼ間違いないと彼も言っていました。ですから、むしろ膝関節を壊す可能性とよく考えたほうがいいねと思います。だから、膝に力がかからないようなものを考える必要があるだろうというふうに思いました。

時間がなくなったので、そのマーケットだとかその辺の話は省略させていただきます。

13ページ目について、介護ロボットの市場予測というのがあります。これは経産省の発表ですが、2010年88億、2015年2,300億、2020年には5,000億というのがそのときの予測でした。それから、2010年にまた予測したのですが、そのときの予測が、2015年で、今年ですが170億、2020年で400億。20

12年に、今のプロジェクトをつくる準備の段階で公表した数字が、2012年の実績が6億から13億。2015年には164億、2020年には543億だという予測を出しました。その後、矢野経済研究所が2014年に出した予測が、2010年の実績で1億、2012年には1.7億、2015年、今年は23億というのが、矢野経済研究所の予測でした。これでも、2020年には大体300億ぐらいはいくだろう。

実は、この間にロボット新戦略KPIとして、2020年に500億という数字を経産省は約束しているんですね。一体これどうするのだろうと思っていたら、2014年に日本総研が2012年の実績推計値として58億から168億というのがいきなり飛び出してきました。なぜこんな数字になるのか全然よくわかりません。

それで、しょうがないから、たまたまネットに出ていたこの日本総研の報告書を読んで見ました。例えば、センサー付のリフトなどがロボット技術を使っているから、そういうものも入れたというのです。どう見ても不思議ですが、私の邪推では、2020年、あと5年後に500億までいかなかったときに困るから、その準備をしているのかしらと邪推をしている次第です。となると、ロボット市場予測というのはどれも信用できないということになってしましまして、非常に困ったなと思っています。

最後にまとめとして、一番大事なことは、介護現場で単能的な機械しかないんだということをよく考えて、それをどうやって上手に使うかということが、一番大事なことだと思います。

そういう意味からいくと、山崎さんのような比較的小さい、10人とか15人くらいの現場で使いやすいものがどれだろうということを見つけていって、どうやって上手に使えるかなという工夫をすることが、恐らくロボットが使いやすくなるためのキーになるのではないからと思いながら、実はさっきの山崎先生のお話を聞いておりました。

ということで、ちょっと時間を超過したようですが、まとめにさせていただければと思います。どうもありがとうございました。

○高橋委員長 ありがとうございました。

どうぞ、今の山内先生のプレゼンテーションでご質問、ご意見、感想を含めまして、いかがでしょうか。

○大熊委員 さっき話をさせていただいたのに恐縮です。先ほどの資料の裏側に「福祉用具が支える自尊心」というコラムを印刷していただいています。福祉用具という言葉よ

り補助器具という言葉のほうが好きなんですけれども、それを使うとどれだけ要介護の人が自尊心を取り戻すかということを書いてございます。

それにひきかえ、この経産省が排せつ支援のロボットをつくろうというのは、とんでもないことです。東京都は、ぜひこの経産省のは無視して進めていただきたいというふうに思います。実際に母親の例で言いますと、排せつを促すものを食べることが重要です。自力で排泄できなくなってからは、訪問看護師さんがおなかを上手にさすってください、「失礼いたしますよ」と摘便をしてくださいました。とても上手に自尊心を大事にしながら。排せつもおなかに力が入っていないとどうしてもそうなるんですけれども、そのことを母はとても喜んで、「訪問看護婦さんに来てもらって」というふうになるようになりました。人間の力のほうを大切に、このロボットは、特に排せつのほうでは無視したほうがよいように思いました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。ご質問、ご意見。

○川名委員 貴重なお話をありがとうございました。

私は、何でもかんでもロボットというのはどうなのかななんて思って聞いて見ておりましたので、今のお話、とても腑に落ちたんですけれども。

たしか、センサーがあつて、そこをコンピュータで判断して、アクションがあればみんなロボットなんだとかつてというふうに教えていただいたことがあるんですけれども、そういう意味では、経産省のプロジェクトの開発されているもののほとんどというのは、半分ぐらいはたしかセンサーと見守りの仕組みみたいなものが多かったように思うんですけれども、注目されるのはパワーアシスト系のものが注目されていたんですけれども、このセンサーを使ったさまざまな見守りの仕組みとか、今は生体反応がわかるような非常に高度なセンサーみたいなものもいろいろ出ているようなんですけれども、そちらについての可能性については、どういうふうにお考えか教えていただければなと思います。

○山内氏 ロボットの定義を、三つの要素技術から成るといものを定義したのは経産省自身です。ところが、確かに世界的にもロボットの定義というのはコンセンサスがないんです。ですが、あの定義を出すことで、少なくとも僕らは非常にすっきりしました。ところが、経産省自身がそれを守らないので非常に困っているんです。

見守りについて申し上げますと、スタートしたときに、電磁波を使って呼吸状況をモニターするとか、そういうプロポーザルがいっぱいあったのですが、必ずしもうまくい

っていないようです。何よりもテストできないですよ、呼吸がとまったかどうかというのは。つまり、ただ呼吸をとめたときのシグナルを見ただけで、病的に呼吸がとまったということ、実際にそういう人がいないとテストできないですから、どうしようもない。大体あんな提案するのはどだい間違っていると私は思っています。だから、見守りについて、赤外線を使ったものがいろいろ出てきていて、プロジェクトの中からも非常にいいものが出てきています。

一つ、私がたまたま知ることができたのを紹介しますと、これはグループホームとか施設で非常にいいと思うのですが、例えば、ベッドから出そうになると警報が出るんですが、それをスマホで連絡をしてくれるんです。それでスマホを見ると、そのときの状況が赤外線で、パターンでわかるわけです。そうすると、駆けつける必要があるかないかはすぐわかります。それが、赤外線像であればプライバシーを侵さないかどうかというのが実は議論のあるところなのですが、普通のビデオカメラではないですから、それだけプライバシーには遠慮しながらつくっているものなので、ああいうものは警報が鳴ったらすぐ飛んでいく必要はないという意味では、恐らく、グループホームなんかではこれから役に立つのではないかしらとは思っています。

あとのものについては、今は残念ながらパワーアシストのほうは全部膝に力がかかる設計になっているんです。これは困ったものだなと思っています。

○高橋委員長 いかがでしょうか。

ちょっと時間も押してきましたが、ロボットという定義の話で出たんですが、僕は道具化する部分と装置化する部分があって、その切り分けが非常に重要だろうなというふうに思っています。

それで、今日お話をいただいたのは、一つは介護保険の福祉用具の給付の対象です。これは在宅へ入る話ですが、もう一方で重要なのは、ケアのリフトから始まって、さまざまな形で施設など、そういうところに入っているわけで、それをどう評価するか。

それから、開発過程で意外と、僕は障害のときに思ったのは、昔、障害者が一人当事者で開発スタッフにいれば何のこともない、解決した話が、それなしでやるものだからというそういう話の、技術開発の当事者性のなさというのは、それ以降改善されているんでしょうか。

○山内氏 今、非常に難しいご質問ですが、少しは改善されました。少しはですね。しかしながら、例えば、経産省のプロジェクトのほとんどのものはそうではありません。専

らシーズ志向で、それでユーザーに初めて会う、つくった人のほとんどです。

ただ、それが必要だということはある程度理解はされてきていまして、例えば、トヨタなんかは、ばかでっかいロボットを今開発しているのですが、それに取りかかるときに、藤田の才藤先生のところへ行っただけです。そうしたら、3カ月修行せいと言われて、3カ月しごかれたそうです、現場で。ですから、そういう会社もそろそろ出てきている。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ちょっとロボットというのは、なかなか微妙な問題があって、一つは商品として開発する、市場に出回る。ところが、この世界は利用期間が非常に限られているとすると、二の足を踏むわけです。要するに、商品としての扱いというのは、物すごくそういう意味では安価でライフサイクルが短くなりますから。そう意味で、大熊委員がご紹介したデンマークの補助器具センターというのは、あれは全部リサイクルしながら新品に直して、あれがただでできるのは、25%の消費税の国のなされる技なので、そのことによって、むしろ単価はレベルの高いものが入られる。要するに一つに相当コストがかけられる。それは、社会的なシステムのバックヤードがあって、何人も何人かで使い回せる。これは日本ではそれがリースとかレンタルという仕組みがそうなんです、それはほとんど事業者の収益の計算の中に溶け込まれて、本来の社会的な自立支援とかそういうことから言うと、やや違う動機でどうもサプライが行われているらしい。

そういうことを含めて、市場原理と社会的供給のはざままで福祉機器をどういうふうにするか、僕は付加価値の高い、単価の高い、それこそインテリジェントレベル、これから人工知能も物すごく発展しますので、そうすると、物すごく高コストのものにならざるを得ない。しかし、それを社会システムの中で上手に吸収するような仕組みというのは、まさに、この一つ一つの技術開発と同時に社会的なシステムはどうかと。これ自動操縦の自動車と全く同じ話なんです、社会的な、要するに電池ですね。要するに社会的なこれをきちんとつくりださないと実は生きて活用できないで、そういうこと言えば、なかなか福祉先進都市東京の言葉に戻れば、そこら辺のことをぜひオリンピック・パラリンピックで実践してほしいなという、そういう思いも含めて、ただ20年ではちょっと先が、あと5年しかありませんので難しいなと思いつつ。

しかし、そういう意味で、都市装置としての、要するに過程の中へ、施設現場と同時に、都市の中にそういうものを用意しておくということが、次回は多分介護予防の話になるのではないかと思います、そういうものと深くかかわるなと思いつつ。

この間、富山へ行ったときに、まちの中の至るところに歩行器が簡単に使えるように用意されているんですね。あれは寝たきりになるな、歩けという、これは寝たきり老人にならないための最大のポイントは、歩いて立位を保つ。それを地域の中に持っていく。これはついにコンパクトシティがそういう局面に展開しているなどと思ったら、実は東京のまちの中で、銀座の中に歩行器がリースできるようにしておくというのも、これは、これからいろんな意味で、高齢化して家に閉じ込めないで、とにかく地域へ出てもらう。そういうことのインフラとしての介護機器という、そういう考え方もあるなどと思いつつ、大変興味深いお話を承らせていただきました。

ちょっと時間がもう、この座長は少ししゃべり過ぎる悪い癖があるんですが、ということで、今日はお三方のプレゼンテーションを伺いながら、それぞれのテーマを深めることができたような気がいたします。本当にありがとう——どうぞ。

○山内氏 すみません、一言だけ。私のこの資料ですが、この後で読んでいただければいいんですが、この北欧の福祉用具の状況をなぜ出したかという、日本総研の報告書の中に、スウェーデンのシステムが書いてあるんですが、古過ぎるんです。

これが一番新しいので、後でご参考をお願いいたします。

○高橋委員長 大変示唆的なお話をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、予定の議事が終了いたしましたので、事務局のほうにお戻しをいたします。

○西村部長 本日も活発なご議論ありがとうございました。

また、平川副委員長には突然ピンチヒッターをお願いしまして、どうもありがとうございました。

次回の会議でございますけれども、8月18日火曜日、午後7時から9時まで、場所は、本日と同じこの会議室で開催いたします。

詳細につきましては追ってご連絡を差し上げますので、次回もよろしくをお願いいたします。なお、机上に用意いたしました高齢者保健福祉計画の冊子、長期ビジョンにつきましては、そのままお残してください。そのほかの、今回配付させていただいた資料につきましてはお持ち帰りいただいても結構ですが、郵送を希望される方は机上の封筒に入れて置いていただければと思います。

また、お車でいらっしゃる方は駐車券をお渡しいたしますので、会議室の外に設置しております受付までお声がけをお願いいたします。

○高橋委員長 どうも、今日は失礼をいたしました。

○西村部長 どうもありがとうございました。