

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査研究

報告書

平成30(2018)年3月

みずほ情報総研株式会社

目 次

エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査研究	1
第 1 章 調査研究の概要	1
1. エンドオブライフ・ケアの定義	3
2. 本調査の目的	3
(1) 多死社会の到来	3
(2) 親世代と子ども世代の看取りの状況の変化	3
(3) エンドオブライフ・ケアの現状と援助者・支援者の把握	4
(4) スピリチュアル・ペインとスピリチュアル・ケアの現状把握	4
(5) エンドオブライフ・ケアの推進の必要性	5
3. 調査の概要	5
(1) 個人アンケート調査の概要	5
(2) 介護従事者アンケート調査の概要	6
(3) ヒアリング調査の概要	8
(4) 委員会による検討	10
4. エンドオブライフの現状	11
(1) 個人アンケートの主な結果	11
(2) 介護従事者アンケートの主な結果	12
(3) 委員会での検討、ヒアリング調査の主な結果	13
5. エンドオブライフ・ケアに関する課題と方向性	15
(1) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」改定の動向	15
(2) 看取りの経験のある 50 代 60 代のエンドオブライフ・ケアに対する意識	15
(3) 本人、家族・近親者を主役としたエンドオブライフ・ケアの推進の必要性	16
6. 用語解説（五十音順に掲載）	18
第 2 章 個人アンケート調査の結果	19
1. 調査概要	21
(1) 調査目的	21
(2) 実施概要	21
2. 調査結果	23
(1) 回答者の属性と亡くなられた家族・近親者	23

(2) 回答者の婚姻状況や子どもの有無	30
(3) 亡くなられた方（ご本人）の状況	31
(4) ご本人が亡くなられる前後に支えになってくれた方	41
(5) ご本人の人生の最終段階における仕事の状況	42
(6) スピリチュアル・ケアの実施状況	44
(7) グリーフの状況	52
(8) 人生の最終段階にかかる費用	56
(9) あなたの将来の人生の最終段階について	57
(10) 多死社会への対応について	64
(11) クロス集計の結果	66

第3章 介護従事者アンケート調査の結果..... 71

1. 調査概要	73
(1) 調査目的	73
(2) 実施概要	73
2. 調査結果	74
(1) あなたご自身について（平成 29 年 12 月 1 日時点）	74
(2) あなたのエンドオブライフ・ケアの経験	81
(3) 自分の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ペイン」について	85
(4) 「エンドオブライフ・ケア」へのかかわりについて	93
(5) 勤務先事業所のエンドオブライフ・ケアへの対応について	100
(6) クロス集計の結果	105

第4章 ヒアリング調査の結果..... 107

1. 調査概要	109
(1) 調査の目的	109
(2) 実施概要	109
2. 調査結果	111
(1) 一般社団法人 日本介護支援専門員協会	111
(2) 一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会	112
(3) 一般社団法人 全国介護事業者協議会	115
(4) 神戸大学医学研究科 先端緩和医療学分野教授 木澤義之氏	116
(5) 一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会	117
(6) 品川区	119
(7) 横須賀市	121

(8) 池田市.....	123
(9) 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート.....	125
(10) 金融機関（三井住友信託銀行株式会社）.....	127
(11) 葬儀社（株式会社公益社）.....	130

第5章 エンドオブライフ・ケアの現状と今後の課題..... 133

1. エンドオブライフの現状.....	135
(1) 個人アンケートの主な結果.....	135
(2) 介護従事者アンケートの主な結果.....	136
(3) 委員会での検討、ヒアリング調査の主な結果.....	137
2. エンドオブライフ・ケアについての意見や提言.....	140
(1) 個人アンケート調査のエンドオブライフ・ケアについての意見や提言.....	140
(2) 介護従事者アンケート調査のエンドオブライフ・ケアについての意見や提言.....	141
3. エンドオブライフ・ケアに関する課題と方向性.....	143
(1) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」改定の動向.....	143
(2) 看取りの経験のある50代60代のエンドオブライフ・ケアに対する意識.....	143
(3) 本人、家族・近親者を主役としたエンドオブライフ・ケアの推進の必要性.....	144

資料編

1. 個人アンケート調査

1-1 スクリーニングのクロス集計結果.....	資料編 - 1
1-2 本調査のクロス集計結果.....	資料編 - 10
1-3 Q40 自由記入設問「エンドオブライフ・ケアを考えた場合の不安や不安に対する有効な対策についての意見」.....	資料編 - 50

2. 介護事業者アンケート調査

2-1 本調査のクロス集計結果.....	資料編 - 63
2-2 Q20-1 自由記入設問「しっかり看取ることができたと思う事例」、「あまりうまく看取ることができなかったと思う事例」	
Q28 自由記入設問「エンドオブライフ・ケアの充実や、本人・家族・近親者の意向が尊重されたエンドオブライフ・ケアの推進に向けたアイデアと意見」	資料編 - 126

第 1 章 調査研究の概要

1. エンドオブライフ・ケアの定義

エンドオブライフ・ケアについては様々な考え方があるが、本事業では下記の公益社団法人長寿科学振興財団の定義に基づいて調査を実施した。

「誰もがいつかは訪れるいのちのおわりについて考える人が、最期までその人らしく生きることができるように支援することであり、年齢や健康状態や診断名を問わない。」

体のつらさ、気持ちのつらさ、病気や体力の低下のために自分の役割が果たせなくなった時のつらさ、年を重ねるにつれ自分で判断することが難しくなった時のつらさ、自分のいのちはもう最期かもしれないと感じる時のつらさ、家族に迷惑をかけたくないと考える時のつらさ、金銭的に困った時のつらさ、生活や医療における大切な選択をする時のつらさになど、いろいろなつらさに対してかわり、いのちや生活の質を高めることを目指すケアをいう。」（公益社団法人長寿科学振興財団のWEBサイトより。下線は弊社にて実施。）

エンドオブライフは、「人生の最終段階」といわれることもある。また、本調査では「看取り」とは、「人生の最期（臨死期）における看取り」を指す。エンドオブライフ・ケアは、「看取り」よりも範囲が広いものとして用語を使っている。

2. 本調査の目的

（1）多死社会の到来

わが国は、平均寿命が男性 80.75 歳、女性 86.99 歳にまで延伸している世界有数の長寿社会である。同時に、平成 2 年に 82 万人だった年間死亡者数が、平成 29 年には 134 万人と 1.6 倍強にまで増え、既に「多死社会」を迎えている。

現在、全国の自治体は第七期介護保険事業計画を策定し、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に向け、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいるが、人は誰も歳をとり、病気、認知症、障害等を抱え、ケアを必要とするようになり、やがて死が訪れる。健康で自立していた人であっても自身の死を看取することはできず、看取りや死後の事務は他者の手に委ねなくてはならない。

（2）親世代と子ども世代の看取りの状況の変化

現在の 70 代以上の親世代が祖父母世代を介護した時代には、介護保険もなく、家を継いだ長男とその嫁が介護をして、祖父母は 70 代前後に自宅で亡くなり、通夜葬式を家で行うことも珍しくなかった。

介護・医療制度の普及、医療・介護技術の発達、生活水準の向上、生活習慣の改善等により、日本人は長命化して、要介護期間も数年～10 年超と長期にわたるようになり、看取りの場は在宅から病院に移っている。現在の 40 代～60 代の親の介護を主に担っている世代は、「看取り」や「死」を経験する機会が減り、親の病気、怪我、認知症等を契機として初めて介護に向きあ

う人が増えている。

40代～60代は働き盛りの世代でもあるため、仕事や子育て等をしながら、医療保険、介護保険、福祉制度を利用して両親の介護を行うようになっている。両親が存命のうちには従たる介護者として老老介護を支援し、親の一方が亡くなった後は主たる介護者として介護にあたる。すでに、きょうだいは1～3人と少なく、介護を主に引き受けた子どもの負担は公的制度を利用したとしても大きく、介護と仕事の両立が社会的な課題となっている。

（３）エンドオブライフ・ケアの現状と援助者・支援者の把握

一口に高齢者といっても、60代から100歳代まで幅が広く、高齢者像は多様化している。かつては、高齢になると子どもや孫と三世代で同居する人が多かったが、年々、単身世帯、高齢者のみ世帯が増加している。

高齢者の大半は健康で、仕事、趣味・生きがいを持って、家族や友人と交流し、情報通信機器や交通手段を活用してアクティブに生活している。生活は家庭内で完結せずに、地域や世界とのかかわりの中で営まれるようになっている。本調査では、多様な価値観やライフスタイルの高齢者がエンドオブライフ（人生の最終段階）を迎えたときの現状を把握するとともに、どのような主体が援助・支援に関わっているのかについて把握を試みた。

エンドオブライフ・ケアは、法制度等に明示された概念ではないため、公的な援助・支援として範囲が定められていない。エンドオブライフ・ケアという言葉も一般に認知されておらず、したがって十分な現状の把握もなされていない。

エンドオブライフにおいては、医療・介護従事者の関わりが大きくなることは予想されるが、その他にも自治体（地域包括支援センターを含む）、弁護士・司法書士・行政書士・公認会計士・税理士等の専門家、金融機関、不動産会社、葬儀事業者、近隣住民、友人・知人、NPO、宗教法人等の多様な主体が関わっているのではないかと仮説に基づいて調査を実施した。

エンドオブライフ・ケアにかかわる主体を、「本人」、「家族・近親者」、「医療・介護従事者」、「行政（地域包括支援センターを含む）」、「専門家」、「友人・知人等」に分類して、エンドオブライフ・ケアの現状の把握を試みた。

（４）スピリチュアル・ペインとスピリチュアル・ケアの現状把握

エンドオブライフに直面した時、本人と家族・近親者には混乱と迷い、場合によっては「怒り」の感情（なぜ、今、自分がこのような状況に直面しなくてはならないのかと理不尽に感じる）などが生まれるといわれる。家族・近親者にしてみれば、自身の身を削るようにして、日々懸命に介護をしているのに、確実に死が近づいてきて、いつ、どのように死が訪れるのかを正確に予測することはだれにもできない。介護する家族・近親者が不安、恐怖、孤立感等を感じれば、本人にもその感情は伝播しケアの質が低下するであろう。そして、本人が亡くなられた後には、家族・近親者は深い悲しみ（グリーフ）や喪失感をいだくこととなる。

死に直面し、解決できない苦しみ（スピリチュアル・ペイン）を抱える本人、家族・近親者

を支える援助者・支援者として、医療・介護従事者の存在がある。しかし、専門職においても看取りは難しい、自信が無いという声も聞かれる。その理由は何であろうか。例えば、介護従事者については、病院での死が多い現在、介護従事者自身が職業訓練過程や現任者研修等において「看取り」について学んだり、経験する機会が少ないことなどが挙げられるのではないだろうかとの仮説をもって調査を実施した。

(5) エンドオブライフ・ケアの推進の必要性

今後は在宅や施設での看取りの増加が見込まれることから、本人、家族・近親者の意思決定支援をはじめとする様々な支援、医療・介護従事者に対する教育や支援、援助者・支援者に対する支援の必要性が高まっていくと考えられる。

一方で、誰にも看取られずに自宅で孤独死する一人暮らし高齢者が東京 23 区内だけでも年間、3 千人にものぼる現状がある。誰もが安心して人生の終焉を迎えるために、エンドオブライフ・ケアの現状を把握し、地域包括ケアの一部に位置づけ推進していく可能性について検討を試みた。

本調査は、主にエンドオブライフ・ケアの現状把握を目的として行った。日常、「死」について家族・近親者、友人、同僚、近隣の人などと語りあうことはそう多くないのではないか。個人的に、あるいは仕事としてエンドオブライフ・ケアに関わっておられる方、興味関心をお持ちの方が、本報告書をお読みいただき、ごく一部ではあるが、エンドオブライフ・ケアの現状の一端を知り、考える機会や今後の参考にしていただけると幸いである。

3. 調査の概要

(1) 個人アンケート調査の概要

1) 調査の対象

平成 30 年 1 月現在、50 代 60 代の男女を対象として、最近 10 年に家族・近親者を看取った経験のある方を抽出して、実態や意識について調査を行った。

2) 調査の方法

インターネット調査会社である楽天リサーチ株式会社のモニターのうち、50 代 60 代の男女を対象としてスクリーニング調査を実施して、最近 10 年に家族・近親者を看取った経験のある方 1000 人を抽出して、本調査を行った。

スクリーニング調査回答者は 17,140 人、調査期間は平成 29 年 1 月実施。

＊資料編に掲載

3) 調査の主な項目

・回答者の属性

- ・最近10年間に家族・近親者を看取ったことの有無、続柄
- ・亡くなられた方（以下、本人という）の状況（居場所、介護サービス等の利用、支えになってくれた方）
- ・エンドオブライフ・ケアの実施状況（「スピリチュアル・ケア」を含む）
- ・エンドオブライフ・ケアで困ったこと、精神的な負担感、満足度
- ・エンドオブライフ・ケアと仕事の両立
- ・グリーフ（悲嘆）とグリーフ・ケアの状況
- ・自身の将来のエンドオブライフ・ケアへの考え方（看取ってくれる人、成年後見制度の利用意向、葬儀、埋葬、希望と準備）
- ・エンドオブライフ・ケアについて望むこと 等

4) 調査結果の見方

- ・SA：単一回答の設問
(注) 単一回答設問では、四捨五入のため合計が100.0%にならない場合がある。
- ・MA：複数回答の設問
- ・MT：異なる時点を比較する設問
- ・N：有効回答者数
- ・Q：本調査の設問
- ・SQ：スクリーニング調査の設問
- ・累積ポイント：回答割合の合計

5) 報告書に掲載している分析

- ・単純集計結果（グラフ）
- ・クロス集計分析（本人の判断能力×人生の最終段階だと思った時期）
- ・クロス集計分析（亡くなる2～3ヶ月前のケアの頻度・量の変化×人生の最終段階と
思った時期）
- ・クロス集計分析（家族・近親者の精神的な負担感×人生の最終段階と
思った時期）
- ・クロス集計分析（亡くなる1年間前の居場所×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（支援が必要となった原因×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（人生の最終段階だと思った時期×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（本人の亡くなる1年前の要介護度×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（本人の亡くなる1年前の支援の頻度×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（本人のスピリチュアル・ペインを感じたか×本人の判断能力）
- ・クロス集計分析（回答者自身のつらさ×本人の判断能力）
- ・回答者の性別、年代別、性別・年代別のクロス集計表、自由意見 *資料編に掲載

(2) 介護従事者アンケート調査の概要

1) 調査の対象

介護従事者の看取りやエンドオブライフ・ケアの実施状況、困っていること、今後の取

組みへの考え、課題等について現状把握を行った。死を目前にして解決できない苦しみ(いわゆる「スピリチュアル・ペイン」)を抱えている利用者に対する「スピリチュアル・ケア」の実施状況、「アドバンス・ケア・プランニング」の認知・実施状況等についても調査した。

『民間事業者の質を高める』一般社団法人 全国介護事業者協議会の協力の下、正会員、団体会員の計 400 社にそれぞれ 4 通の調査票を送付し、自社の従業員のうち看取りの経験のある方に配布いただき、回答を依頼した。看取りの経験のある従事者がいない場合は看取りの経験が無い方の回答も可としている。

2) 調査の方法

配布・回収状況：400 社に計 1600 票送付、有効回答数 329 通（有効回収率 20.6%）

実施方法：無記名式、郵送回収

実施時期：平成 29 年 12 月

3) 調査の主な項目

- ・看取りの実施状況
- ・エンドオブライフ・ケアの実施状況（「スピリチュアル・ケア」を含む）、困っていること
- ・うまく看取ることができた事例、うまく看取ることができなかった事例
- ・今後の看取り、エンドオブライフ・ケアへの対応意向
- ・エンドオブライフ・ケアについて望むこと 等

4) 調査結果の見方

- ・SA：単一回答の設問
(注) 単一回答設問では、四捨五入のため合計が100.0%にならない場合がある。
- ・MA：複数回答の設問
- ・MT：異なる時点を比較する設問
- ・N：有効回答者数
- ・Q：本調査の設問
- ・累積ポイント：回答割合の合計

5) 報告書に掲載している分析

- ・単純集計結果（グラフ）
- ・クロス集計分析（最期まで在宅で看取りの経験有り×エンドオブライフ・ケアを行う自信の有無のこの1年間で看取りをした人数）
- ・クロス集計分析（初めて業務で看取りとかかわった時期×エンドオブライフ・ケアを行う自信の有無）
- ・クロス集計分析（最期まで在宅で看取りの経験の有無×エンドオブライフ・ケアを行う自信の有無）
- ・クロス集計分析（エンドオブライフ・ケアをしっかりと看取ることができたか否か×エン

- ドオブライフ・ケアを行う自信の有無)
- ・クロス集計分析（勤務先の事業所の看取り等への取組×エンドオブライフ・ケアを行う自信の有無）
- ・介護の従事年数別、勤務先の事業所の実施事業別、現在従事している事業別、保有資格別、最期まで在宅での看取りの経験の有無別のクロス集計表、自由意見
- ＊資料編に掲載

（３）ヒアリング調査の概要

現状、エンドオブライフ・ケアは認知度が低く、広く普及しているとはいえず、現状や実態が十分に把握されていない。本調査では、先進的な取組を行っている団体と活動のキーパーソン（11 団体）にエンドオブライフ・ケアの取組の概要と今後の方向性についてヒアリングを行った。事前に調査趣旨、質問項目を送付し訪問にて実施した。

１）調査対象の抽出方法

文献・ネット調査、委員・団体推薦等により選定

２）ヒアリング対象

◆医療・介護従事者（５団体）

- ・一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- ・一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会
- ・一般社団法人 全国介護事業者協議会
- ・神戸大学医学研究科 先端緩和医療学分野教授 木澤義之氏
- ・一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会

◆先進的な取組を行っている市町村に対するヒアリング調査（１区２市）

- ・東京都品川区（地域包括ケアとして元気なうちから死後事務まで様々な支援のしくみを構築）
- ・大阪府池田市（アドバンス・ケア・プランニングの取組）
- ・神奈川県横須賀市（市が単身者の生前墓地契約紹介を行い埋葬の希望を確実に実現）

◆民間団体（３団体）

- ・公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート
- ・三井住友信託銀行株式会社
- ・株式会社公益社葬儀事業者

３）ヒアリング項目

- エンドオブライフ・ケアに取り組んだ経緯
- エンドオブライフ・ケアの取組の概要

- 行っているエンドオブライフ・ケアのポイント、工夫
- エンドオブライフ・ケア支援の今後の展開と課題

(4) 委員会による検討

自治体、医療・介護関係団体、有識者等からなる委員会を設置した。委員と開催実績を以下に記す。

【委員】

(五十音順、敬称略)

氏名	所属等
小澤 竹俊	めぐみ在宅クリニック 院長 一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 理事
○ 坂口 幸弘	関西学院大学 人間福祉学部 教授
田中 栄子	有限会社ノバネットワークス 代表取締役 一般社団法人全国介護事業者協議会 副理事長
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
永尾 文子	品川区福祉部 部長
西川 浩之	西川浩之司法書士事務所 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 専務理事
八谷 博喜	三井住友信託銀行株式会社 プライベートバンキング部 成年後見・民事信託分野 専門部長

○印：座長

【事務局】

羽田 圭子	みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 チーフコンサルタント
石橋 洋次郎	同 社会政策コンサルティング部 チーフコンサルタント
山田 大輔	同 社会政策コンサルティング部 コンサルタント
谷口 歩	同 社会政策コンサルティング部

委員会の開催スケジュール

日時	検討・協議事項
第1回 平成29年10月19日（木）	・委員紹介 ・事業概要説明 ・委員所属団体の活動紹介 ・介護従事者アンケート調査について ・個人に対するアンケート調査について
第2回 平成30年2月19日（月）	・個人アンケート調査結果について ・介護従事者アンケート調査結果について ・結果からの考察と論点について
第3回 平成30年3月1日（木）	・ヒアリング調査結果について ・池田市EOLケアプランナー研修について ・集計・分析結果のまとめ方について ・とりまとめ骨子案について

4. エンドオブライフの現状

本事業で実施した各調査から明らかになったエンドオブライフの現状を以下にまとめる。

(1) 個人アンケートの主な結果

最近10年間に身近な人を看取った50代、60代男女の家族・近親者1000人のアンケート調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。

<死期の予測は難しい>

・「病気、障害、加齢による衰えはあるが亡くなるのはもっと先だと思っていた」が20.2%、「突然の死でまったく予期していなかった」が17.1%で、合計37.3%、約4割の家族・近親者が「身近な方の死期を予期していなかった」と回答しており、死期を予測して対応することの難しさが明らかとなった。

<死を迎えた場所>

・本人（亡くなられた方）の居場所を時間の経過とともに追ってみると、時間の経過による医療機関へのシフトがみられ、医療機関で亡くなる方が7割近い。

「亡くなる1年前の居場所」は、「自宅」63.1%、「施設」20.6%、「医療機関」13.3%

「亡くなる2～3ヶ月前」は、「自宅」40.0%、「施設」20.8%、「医療機関」37.4%

「亡くなられた時」は、「自宅」18.9%、「施設」12.4%、「医療機関」67.1%

<判断能力の衰え>

・本人（亡くなられた方）は、エンドオブライフにおいては判断能力に衰えがみられる。

「亡くなる1年前」に「判断能力に衰えが見られた」50.9%

「亡くなる2～3ヶ月前」は64.5%と6割以上に上昇している。

<家族・近親者・親族以外の援助者・支援者は時の経過で変わる>

・本人や回答者を支えてくれた人については、「家族・近親者・親族」は「亡くなる2～3ヶ月前」、「亡くなられた2～3ヶ月後」とともに支えとなり続けている。「医療・介護関係者」は「亡くなる2～3ヶ月前」の支援で関わる割合が高く、「亡くなられた2～3ヶ月後」には割合が低くなっている。一方、「葬儀社、弁護士・司法書士等の専門家等」は「亡くなられた2～3ヶ月後」の方が高くなっている。エンドオブライフ・ケアのキーパーソンは「家族・近親者・親族」であるが、その他、様々な援助者・支援者も時期やニーズに応じて関わっていることがうかがえる。

<「スピリチュアル・ペインに向き合うのはつらい」は家族・近親者の6割以上>

・「スピリチュアル・ペイン」を抱えた本人に接するとき、「つらい」と感じる家族・近親者は61.1%と6割以上にのぼる。

（注）「死を前にした時に感じる解決することが困難な苦しみ」（スピリチュアル・ペインと呼ばれることがある）具体的には以下のように、様々な言葉で表現される。

「まわりに迷惑ばかりかけて情けない」「トイレの世話になるくらいなら、死んだほうがまだ」

「死ぬのがこわい」「今までしていた仕事や家事を続けたい」「家族を残していくのが心配」「さびしい」など。

<「エンドオブライフ・ケアについて決めておく」とよいこと」の一位は「終末期医療、延命治療についての希望」の53.2%>

・「自身の人生の最終段階について決めておいたり準備しておく」とよいことについては、「準備をしておこうとは思わない」は4.2%にとどまっている。「終末期医療、延命治療についての希望」が53.2%と最も多く、「自身の葬儀・墓についての希望」が38.6%、「自身の金融資産などの処分

や相続についての希望」が37.7%、「自身の所有する家・土地などの処分や相続についての希望」が31.5%、「人生の最終段階を過ごす場所についての希望」が30.6%、「家族・近親者、友人に感謝の気持ちや希望を伝えること」が28.4%、「息を引き取る場所についての希望」が18.2%と様々な事柄について準備の必要性を感じている。

＜エンドオブライフ・ケアを頼めそうな人は「配偶者」と「子ども」＞

・「エンドオブライフ・ケアを頼めそうな人」については、「配偶者」が54.0%、「子ども」が49.8%と半数前後で突出しており、その他の続柄は10%未満にとどまる。「頼めそうな人はいない」も8.3%いる。自身のエンドオブライフ・ケアを託す相手は、だれでもよいわけではなく、血縁関係、姻戚関係、信頼関係などが必要になることがうかがえる。

＜充実してほしいのは「本人支援」、「家族・近親者・遺族支援」、「研修・教育」＞

・多死社会においてエンドオブライフ・ケアを充実していくことについては、「充実の必要性を感じない」は5.2%にとどまっている。「充実してほしいこと」としては、「本人への支援」、「家族・近親者・遺族への支援」、「家族・近親者・援助者・支援者に対する研修・教育の支援」など多岐にわたっている。

＜高い学習意欲＞

・「エンドオブライフ・ケアを学習する機会があったら利用したいか」については、「利用したいと思わない」は15.2%にとどまっている。「市町村、地域包括支援センターのイベントや講習」が29.0%と最も多く、次いで「病、診療所のイベントや講習」15.1%、「国、都道府県のイベントや講習」12.5%、「社会福祉法人、介護事業者のイベントや講習」9.2%など、対面で学習できる「イベントや講習」を希望する割合が高い。「インターネット、SNS（LINE、フェイスブック等）22.9%、「新聞、テレビ、ラジオ」17.5%、「書籍、雑誌」13.5%と「ネット、マスコミ」で学習したいという希望も多い。

（２）介護従事者アンケートの主な結果

介護従事者を対象とするアンケート調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。本事業の介護従事者アンケート調査は、看取りを経験したことがある介護従事者を主な対象として実施している点に留意する必要がある。

＜看取りへのかかわりは事業所の種別により差異がある＞

・介護従事者のうち「看取りにかかわったことがある」という人の最近１年間ににかかわった人数の合計は「１人」が19.5%、「２人」が17.9%、「３人」が21.0%にとどまる一方、「５人以上」も31.9%いる。訪問看護・定期巡回随時対応型訪問介護看護、介護保険施設では「５人以上」が６割を超えており、看取りに関わる件数は事業所の種別によって差がある。居宅介護支援事業では「５人以上」は39.7%である。

＜亡くなる２～３ヶ月前は本人とかかわる頻度が増加＞

・利用者が亡くなる２～３ヶ月前はそれ以前と比較すると、ほとんどの業務において対応や変更の頻度が増えている。介護従事者自身の「精神的な負担感も強くなる」が73.0%と高くなっている。

＜家族・近親者への支援、両者への支援の必要性の高まり＞

・エンドオブライフ・ケアについては、本人への支援はもちろんだが、家族・近親者への支援、両者への支援が同等に重要になり、家族・近親者への連絡・調整、家族のケアの必要性が高まる。

＜エンドオブライフ・ケアを行う自信ありは10.3%にとどまる＞

・「エンドオブライフ・ケアを行う自信がある」は10.3%にとどまっている。クロス集計結果から、事業所のエンドオブライフ・ケアに関する組織的な取組の有無と、介護従事者のエンドオブライフ・ケアの自信の有無には関連があるとみられる。エンドオブライフ・ケアの質の向上には、チーム ⇒ 組織 ⇒ 地域のそれぞれで取り組むことが重要だと考えられる。

＜エンドオブライフ・ケアの特異性により困っている＞

・エンドオブライフ・ケアを行う上で困っていることは、「経験や知識の不足、不安」、「連携に関すること」、「スピリチュアル・ケアについて」などに集約される。

＜スピリチュアル・ケアの必要性＞

・「スピリチュアル・ペインという言葉を知っている」は30.4%に留まっているが、「利用者から自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛を感じたことがある」は77.2%に上っている。「スピリチュアル・ケアについて学びたい」は86%と関心や学習意欲は高い。

＜高い取組の意欲＞

・「今後、エンドオブライフ・ケアに取り組む」は96.3%と非常に高く、必要性を強く自覚して前向きである。

＜エンドオブライフ・ケアの質を高める必要性＞

・エンドオブライフ・ケアの質を高めるためには「教育研修認定制度」、「マニュアル、ガイドライン、事例集等のツールの開発」、「新しい介護保険サービスや看取りの加算」が有効だとする割合が高い。

（３）委員会での検討、ヒアリング調査の主な結果

委員会での検討、先進的な取組を行っている団体、個人へのヒアリング調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。

＜エンドオブライフ・ケアの普及は発展途上＞

・「エンドオブライフ・ケア」の具体的な範囲や内容について定まった定義はない。「看取り」についても疾病、個々の患者の心身状況や状況によって異なるので一律の基準等をもうけることは難しい。

＜現場感覚に基づく「援助者」「支援者」の定義＞

・エンドオブライフ・ケアを行う「援助者」、「支援者」の定義についても、現在、明確なものはないと思われる。しかし、医療・介護従事者など、日常的、直接的に、本人、家族・近親者に接してケアを行う人を「援助者」といい、組織や機関の運営や資金提供などを通じてケアに関わる人を「支援者」というのが現場で関わっているスタッフの感覚に合うのではないかと。

＜多職種連携、チームワークが重要＞

・介護事業所では、利用者が「看取り期」に入ったとの判断がなされると、チームを組成して24時間対応できる体制を整える。エンドオブライフ・ケアは多職種が連携するのでチームワークが重要である。

＜在宅はホームヘルパーのモニタリングが重要に＞

・在宅サービスの利用者の場合、ホームヘルパー（訪問介護員）は毎日、家を訪問して利用者のケアを行うため、利用者の心身状況や精神的な変化がある場合、最初に気付くことが多い。ケア

マネジャー、かかりつけ医、訪問看護師等に連絡して、ケアプランやサービス計画の変更等の調整につなぐ役割を果たしている。本人に対するケアと同様に家族・近親者への連絡、調整も重要な役割である。

＜良好なチームワークが「支え」を強める＞

- ・多職種がそれぞれの役割を果たしながらチームケアを行うことで、本人、家族・近親者に対する「支え」を強めることができる。

＜エンドオブライフにおける意思決定は揺らぎやすい＞

- ・本人、家族・近親者のエンドオブライフにおける意思決定は揺らぐことも少なくない。病院退院後、自宅にもどるのか、施設に入所するのかの判断は本人、家族・近親者にとって難しい意思決定の一つとなっている。

＜エンドオブライフのゴールは「本人の意思の実現」、「生活の質の向上」＞

- ・エンドオブライフのケアマネジメントにおいては、それ以前の援助・支援とはゴール（目標）の設定が変わってくる。必要とする食事、移動、排泄等のケアを提供することはもちろんであるが、看取り期になると、「心身機能を回復する」、「心身機能の低下を予防する」といった目標設定は困難になってくる。本人、家族・近親者のスピリチュアル・ペイン等に対して寄り添いながら、「本人の意思の実現」、「生活の質の向上」を目指すこととなるため、本人の人生観・価値観、生活歴を把握することが援助者・支援者に求められる。

＜業務で行っているものの教育研修の機会は十分とはいえない＞

- ・医療・介護従事者にとって、看取りを含むエンドオブライフ・ケアを行うことは本来業務の一つであり、知識、スキル、覚悟を持って業務にあたることが求められる。実際、介護従事者は業務上、エンドオブライフ・ケアを行っている。しかし、資格取得過程や現任者研修において、業務においてエンドオブライフ・ケアを行うための知識やスキルを学習し習得する機会が十分とはいえない。

＜組織的に取り組むことが質の向上等に有効＞

- ・エンドオブライフ・ケアの援助者・支援者には、体系的な教育・研修プログラム、実践的な教育・学習の機会や場が求められている。しかし、学習やスキルの習得を個人まかせにするのではなく、事業所のエンドオブライフ・ケアに取り組む姿勢や体制整備が重要である。

＜援助者・支援者に対する支援の必要性＞

- ・援助者・支援者は、死を目前にして解決できない苦しみを抱えている本人、家族・近親者に対して寄り添い、苦しみを解決できないとしても、その苦しみを聴き、最期まで関わり続けることが求められる。その際、対人援助コミュニケーションのスキルが求められる。解決することができない本人の苦しみを受け止める援助者・支援者も苦しみを抱えることが多いため、援助者・支援者に対する支援も求められる。

＜家族・近親者、援助者・支援者に対する支援や評価への期待＞

- ・看取り期においては、本人の心身状況の変化が激しくなることが多いため、家族・近親者、援助者・支援者が本人に関わる頻度は増えるとともに、精神的・身体的な負担感も増していく。介護保険制度、医療保険制度、福祉制度など公的な制度として、本人のみならず、家族・近親者、援助者・支援者に対する支援や経済的な評価も期待されるところである。

＜頼れる身寄りの無い人の増加への対応の必要性＞

- ・近年、頼れる身寄りの無い高齢者が増加しており、住まいや生活に困った時、医療・介護が必要になった時など、市町村のソーシャルワーカー、ケアマネジャー等がキーパーソンとなって支援する事例が増えている。頼れる身寄りのない方が看取り期を迎えた場合、近隣住民やボランテ

ィアだけで支えることは難しくなり、医療・介護従事者、行政職員が連携して支えることが多い。そうした事例が年々、増加している。

＜意識不明のまま亡くなる事例では本人の希望や意思の実現が困難＞

・急病で倒れ意識不明のまま亡くなった事例などでは、別居の子どもがいても、現金・貯金通帳・印鑑・宝石等の保管場所、保険契約の有無、葬儀社の契約の有無などを親から聞いておらず、保有や契約の事実や保管場所を知らないため、家財道具や資産の処分、相続において、本人の意思が円滑に実行されないこともある。

＜エンドオブライフについて話し合える気運の醸成を＞

・現在、死について語ることは家族でも互いに遠慮している状況がある。エンドオブライフにさしかかる前からの市民教育や、もう少し早めの準備が望まれるのではないかな。市民教育の主体としては、地域包括ケアシステムを推進する市町村が実施していくことが効果的だと考えられる。

5. エンドオブライフ・ケアに関する課題と方向性

（１）「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」改定の動向

国は平成30年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改定し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進している。人生の最終段階において、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことをアドバンス・ケア・プランニングという。

「人生の最終段階における医療及びケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、患者の意思を尊重するため、患者のこれまでの人生観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、患者の意思は変化しうるものであることや、患者が自らが意思を伝えられない状態になる可能性があることから、患者が信頼できる家族等を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。」（厚生労働省 第4回「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」資料より引用）

（２）看取りの経験のある50代60代のエンドオブライフ・ケアに対する意識

本調査からも、個人の価値観やライフスタイルの多様化、家族や地域との絆の在り方の変容、医療・介護の技術の進歩による治療やケアの選択肢の増加などを背景に、エンドオブライフ・ケアが多様化していることがうかがえた。エンドオブライフ・ケアは、本人の人生観、生き方をふまえて行われることが望まれるため、本人、家族・近親者に寄り添ったきめ細かな個別対応が求められる。

その中で、約4割の遺族が「身近な方の死を予期していなかった」と回答していることは興味深い。死はいつ訪れるかわからないのだから、エンドオブライフについて考えたり、準備することは意味が無いことなのだろうか。むしろ、そこからいえることは、「死を意識してから準備をしたのでは間に合わない場合も少なくないですよ。自身の最期の意思をかなえるためには、エン

ドオブライフについてはもう少し前から準備をしておいたほうがよいですよ。」ということなのではないだろうか。

身近な方を看取った50代、60代は、自身の将来のエンドオブライフについても関心を持っていることが明らかとなった。適切な機会があれば主体的に学び、できれば具体的な準備もしたいが、どこから手をつければよいのかわからないと思っている人が少なくないようである。

将来のエンドオブライフ・ケアについて、自身の希望や意思を明確にして、その実現可能性を高める具体的な方法に関する情報などを求めている。本調査で先進事例として紹介したような本人の意思の実現性を高めてくれる様々な取組がさらに開発され、全国に普及し、利用が広がることが望まれる。

（３）本人、家族・近親者を主役としたエンドオブライフ・ケアの推進の必要性

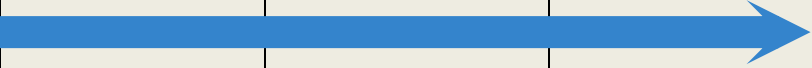
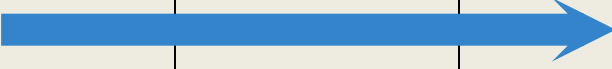
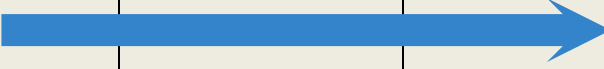
わが国は、既に多死社会をむかえているが、エンドオブライフ・ケアについては、その全容のすべてが明らかになっているとはいえないことから、今後も引き続き現状把握を行うことが必要だと考えられる。エンドオブライフ・ケアに関する情報提供や市民教育のニーズに対して、国、自治体、公的機関、関連団体、研究機関、マスコミ、情報サービス等が積極的に対応していくことが望まれる。

本調査から、エンドオブライフの「主役」は、「本人」と「家族・近親者」であることが改めて明らかとなった。同時に、家族・近親者だけでエンドオブライフを支えることは難しく、様々な援助・支援を必要とするということも明らかになった。頼れる家族・近親者がいない単身者も増えている。エンドオブライフ・ケアは、本人の人生観やそれまでの生き方とも深く関わることから、様々な援助者・支援者がかかわることとなる。また、援助者・支援者の関わりは、援助や支援の内容によってはエンドオブライフの前後も継続することがあることも明らかとなった（図表1－1参照）。

自身や身近な方の「将来の死」について考えるといっても、「きっかけ」や「仲間」がいないと難しいのが実際ではないだろうか。エンドオブライフに関する情報収集や学習のあり方としては、入口の情報はマスコミやインターネット等で得られるようにするが、その先、自身や身近な方の意思決定について考えようとする場合は、対話型、双方向型のものであることが望ましいと考える。

国民一人ひとりとその援助者・支援者が、エンドオブライフについて学びあい、対話をしながらチームケアで支えあい、大切な人を看取る「苦しみ」、「悲しみ（グリーフ）」、「満足感」、「感謝」などを分かちあうことが重要ではないだろうか。時に「後悔」を分かちあうこともあるかもしれない。最期まで寄り添ってくれる援助者・支援者に対する支援も必要なのではないか。そのための具体的なしくみが、それぞれの地域において地域包括ケアの一貫として構築され推進されることを期待したい。

図表1-1 エンドオブライフ・ケアの援助者・支援者のかかわり（イメージ）

	ご本人の エンドオブライフ以前	ご本人の エンドオブライフ	ご本人の死亡後
家族・近親者・親族（遺族）			
<医療・介護従事者> ・医師 ・看護師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・ソーシャルワーカー、相談員、 ケアマネジャー(介護支援専門員)、 ・介護福祉士、ヘルパー ・社会福祉士 等			
<自治体> ・職員（地域包括支援センターを 含む） 等			
<専門家> ・弁護士 ・司法書士 ・行政書士 ・公認会計士 ・税理士 ・成年後見人 等			
<民間企業> ・金融機関 ・保険会社 ・不動産会社 ・葬儀社 ・遺品整理会社 等			
<友人・知人等> ・友人、知人 ・NPO・ボランティア ・家族会・遺族会 ・宗教団体 等			

6. 用語解説（五十音順に掲載）

エンドオブライフ・ケア	誰もがいつかは訪れるいのちのおわりについて考える人が、最期までその人らしく生きることができるよう支援することであり、年齢や健康状態や診断名を問わない。体のつらさ、気持ちのつらさ、病気や体力の低下のために自分の役割が果たせなくなった時のつらさ、年を重ねるにつれ自分で判断することが難しくなった時のつらさ、自分のいのちはもう最期かもしれないと感じる時のつらさ、家族に迷惑をかけたくないと考える時のつらさ、金銭的に困った時のつらさ、生活や医療における大切な選択をする時のつらさなどに、いろいろなつらさに対してかわり、いのちや生活の質を高めることを目指すケア。「エンドオブライフ」は「人生の最終段階」ともいう。
スピリチュアル・ペイン	「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」であり、「その理不尽な思いから生まれる苦しみは、答えることができない」とされている。
アドバンス・ケア・プランニング	略称ACP。今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス。
介護休暇	要介護状態にある対象家族の介護や世話をする労働者は、事業主に申し出ることにより、1年度において5日（その介護、世話をしている対象家族が2人以上の場合にあつては、10日）を限度として介護休暇を取得することができる。
介護休業	労働者が要介護状態（負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり常時、介護を必要とする状態）にある対象家族を介護するための休業。93日まで3回に分割して取得が可能。対象労働者、対象家族には要件がある。
介護保険適用サービス	介護が必要になった高齢者やその家族を社会全体で支えていく仕組みとしての介護保険からニーズに応じサービスが支給される。 ・訪問系サービス：訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、居宅介護支援等 ・通所系サービス：通所介護、通所リハビリテーション等 ・短期滞在系サービス：短期入所生活介護等 ・居住系サービス：特定施設入居者生活介護、認知症共同生活介護等 ・入所系サービス：介護老人福祉施設、介護老人保健施設等
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型介護	小規模多機能型居宅介護 ：小規模な住宅型の施設への「通い」を中心に、自宅への「訪問」、拠点での「泊まり」を組み合わせ、食事、入浴などの介護や支援、電話による見守り等も行う。なじみの職員によるサービスを受けられるため、認知症の人に向くとされる。 看護小規模多機能型介護 ：「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせ提供するサービス。下記のようなニーズのある方々を支援する。退院直後の在宅生活へのスムーズな移行・がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続・家族に対するレスパイトケア、相談対応による負担軽減。
ケアマネジャー（介護支援専門員）	介護の知識を広く持った専門家で、要介護者や要支援者の人の相談対応や、心身の状況に応じたサービスのケアプランの作成や、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う。
ショートステイ（短期入所生活介護）	介護者が疾病、冠婚葬祭その他の理由で家庭において介護できない場合、要介護者が介護老人福祉施設等に短期間入所して食事・入浴などの介護サービスや生活機能維持・向上訓練を受ける。医療上のケアを受けられる短期入所療養介護もある。
介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	これまで予防給付として提供されていた訪問介護と通所介護が総合事業に移行した。市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す。
地域包括支援センター	・地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う。 ・主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護1～5対象。日中・夜間を通じて、介護と看護が連携を図りながら、定期巡回訪問や随時訪問を行う。排泄の介護や看護職員による療養上の世話や診療の補助などを受けられる。
福祉用具貸与、福祉用具購入	心身機能が低下し、日常生活に支障がある場合、生活支援のための福祉用具を借りることができる（車いす、車いすの付属品、床ずれ防止用具、介護ベッド、介護ベッド付属品、手すり、歩行器、歩行補助杖、スロープ等）。 心身機能が低下した方に、入浴や排泄などに用いる用具の購入費を申請により給付される。
要介護認定	・介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。 ・この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、その中でどの程度かの判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ）であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会において判定される。 ・要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定める。

第2章 個人アンケート調査の結果

1. 調査概要

(1) 調査目的

平成 30 年 1 月現在、50 代 60 代の男女を対象として、最近 10 年に家族・近親者を看取った経験のある方を抽出して、実態や意識について調査を行った。

家族・近親者（以下、「本人」という）が亡くなられた状況や経過を、4 つの時点（亡くなる一年前、2～3 ヶ月前、亡くなられた時、亡くなられた 2～3 ヶ月後）で比較をしながら、エンドオブライフ・ケアの実施状況、介護サービス等の利用状況、エンドオブライフ・ケアと仕事の両立、ご自身のエンドオブライフ・ケアについての考え、望む支援等についての基礎データの収集を試みた。死を目の前にして解決できない苦しみ（いわゆる「スピリチュアル・ペイン」）を抱えている本人に対する「スピリチュアル・ケア」の実施状況についても調査を行った。

(2) 実施概要

インターネット調査会社である楽天リサーチ株式会社のモニターのうち、50 代 60 代の男女を対象としてスクリーニング調査を実施して、最近 10 年に家族・近親者を看取った経験のある方 1000 人を抽出して、本調査を行った。

■モニター数

	男性	女性	合計
50代	285,021 (43.4%)	185,400 (28.2%)	470,421 (71.7%)
60代	129,907 (19.8%)	56,047 (8.5%)	185,954 (28.3%)
合計	414,928 (63.2%)	241,447 (36.8%)	656,375 (100.0%)

■回答者数（スクリーニング調査）

	男性	女性	合計
50代	7,650 (44.6%)	2,962 (17.3%)	10,612 (61.9%)
60代	5,062 (29.5%)	1,466 (8.6%)	6,528 (38.1%)
合計	12,712 (74.2%)	4,428 (25.6%)	17,140 (100.0%)

■回答者数（本調査）

	男性	女性	合計
50代	300 (30.0%)	243 (24.3%)	543 (54.3%)
60代	296 (29.6%)	161 (16.1%)	457 (45.7%)
合計	596 (59.6%)	404 (40.4%)	1,000 (100.0%)

スクリーニング調査：回答者数 17,140 人

本調査：回答者数 1,000 人

実施方法：パソコンやスマートフォン等から回答

実施時期：平成 30 年 1 月

本調査の項目：

4つの時点（亡くなる一年前、2～3ヶ月前、亡くなられた時、亡くなられた2～3ヵ月後）で比較した。

- ・回答者の属性
- ・最近 10 年間に家族・近親者を看取ったことの有無、続柄
- ・亡くなられた方（本人）の状況（居場所、介護サービス等の利用、支えになってくれた方）
- ・エンドオブライフ・ケアの実施状況（「スピリチュアル・ケア」を含む）
- ・エンドオブライフ・ケアで困ったこと、精神的な負担感、満足度
- ・エンドオブライフ・ケアと仕事の両立
- ・グリーフ（悲嘆）とグリーフケアの状況
- ・自身の将来のエンドオブライフ・ケアへの考え方（看取ってくれる人、成年後見制度の利用意向、葬儀、埋葬、希望と準備）
- ・エンドオブライフ・ケアについて望むこと 等

本調査における「人生の最終段階」（エンドオブライフ）は、概ね下記のような状態を想定して実施した。

「人生の最終段階」

－ 医療上の判断 －

「回復の見込みがなく、およそ一年以内に徐々に、あるいは予期せずお亡くなりになること。」

－ 3つの病状例 －

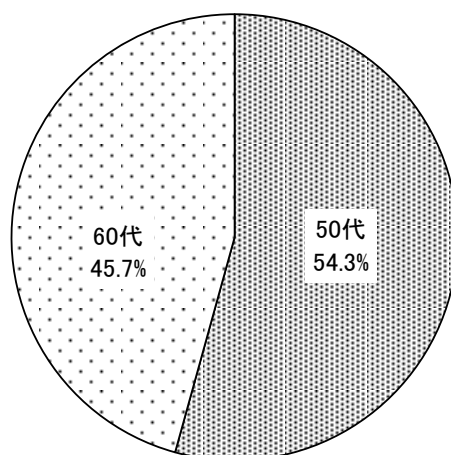
- ①「末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態。」
- ②「慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態。」
- ③「認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んでいる。」

本調査では、看取り（亡くなられるおよそ2～3ヶ月前）を含めた、人生の最終段階にある方とその家族・近親者に対して提供される様々な支援を「エンドオブライフ・ケア」と呼んでいる。

2. 調査結果

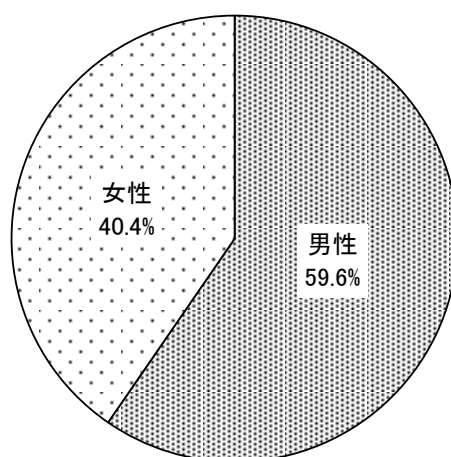
(1) 回答者の属性と亡くなられた家族・近親者

図表2-1 回答者年代 (SA)



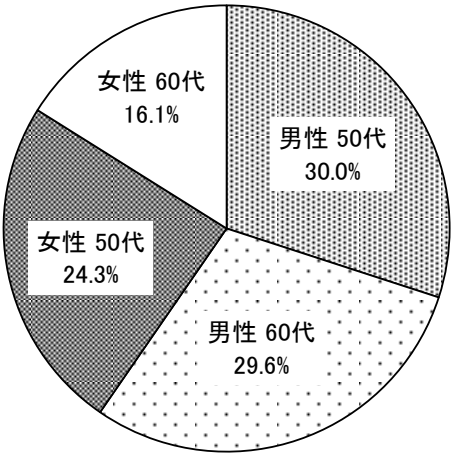
N=1000

図表2-2 回答者性別 (SA)



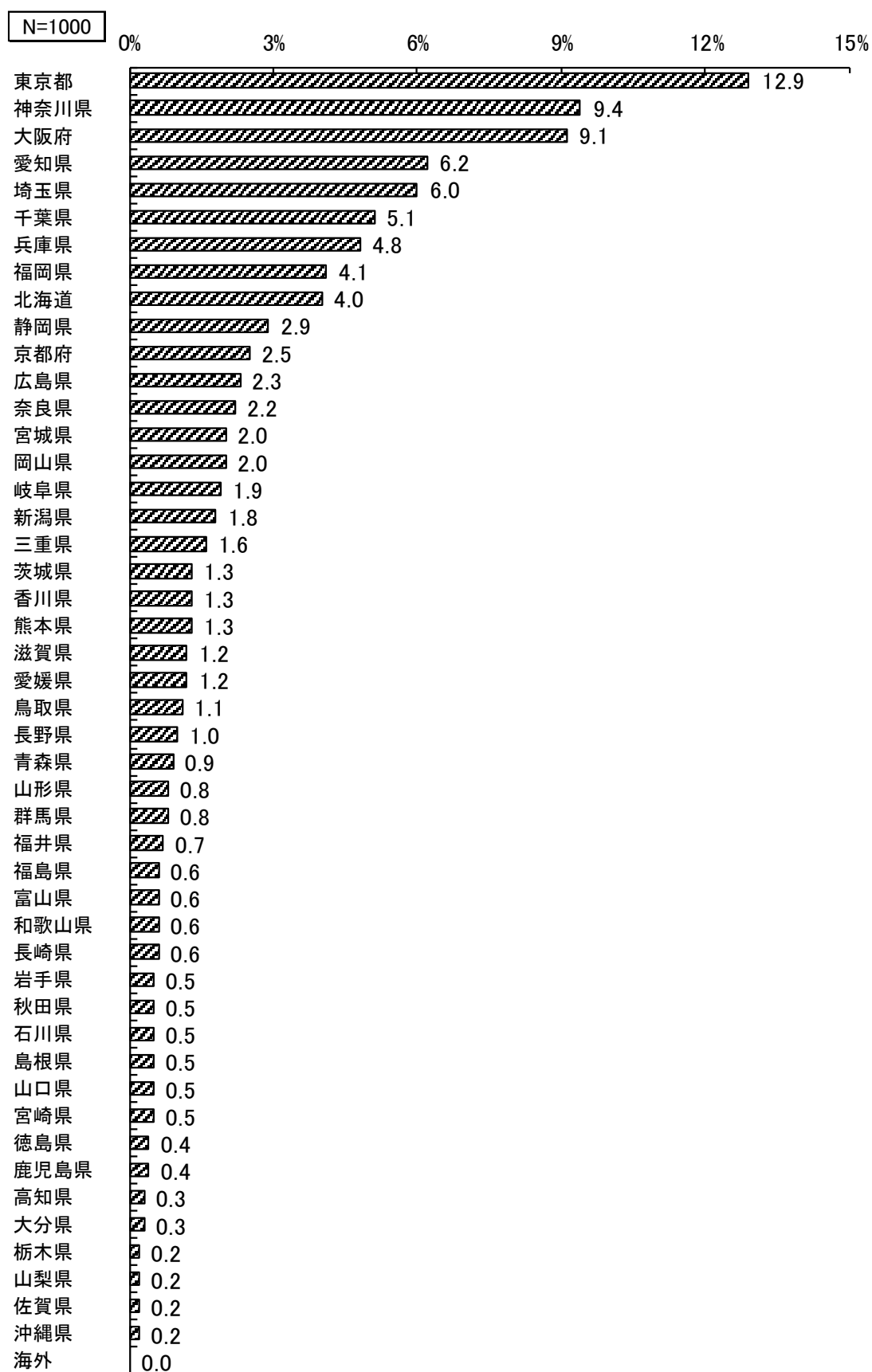
N=1000

図表2-3 回答者の性・年代（SA）



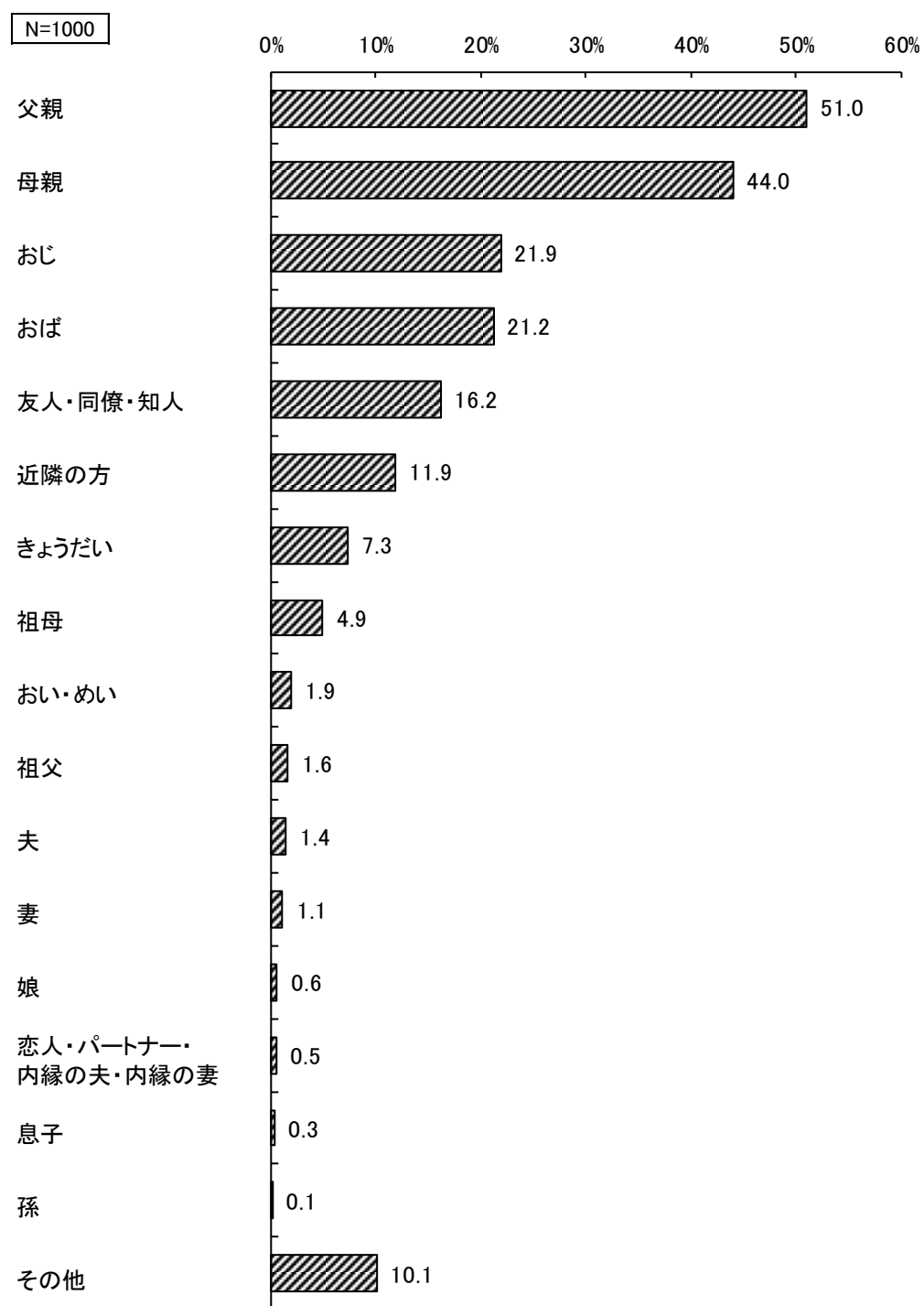
N=1000

図表2-4 回答者が居住している都道府県（SA）



図表2-5 亡くなられた方（MA）

SC2. どなたが亡くなられたのですか。（いくつでも）

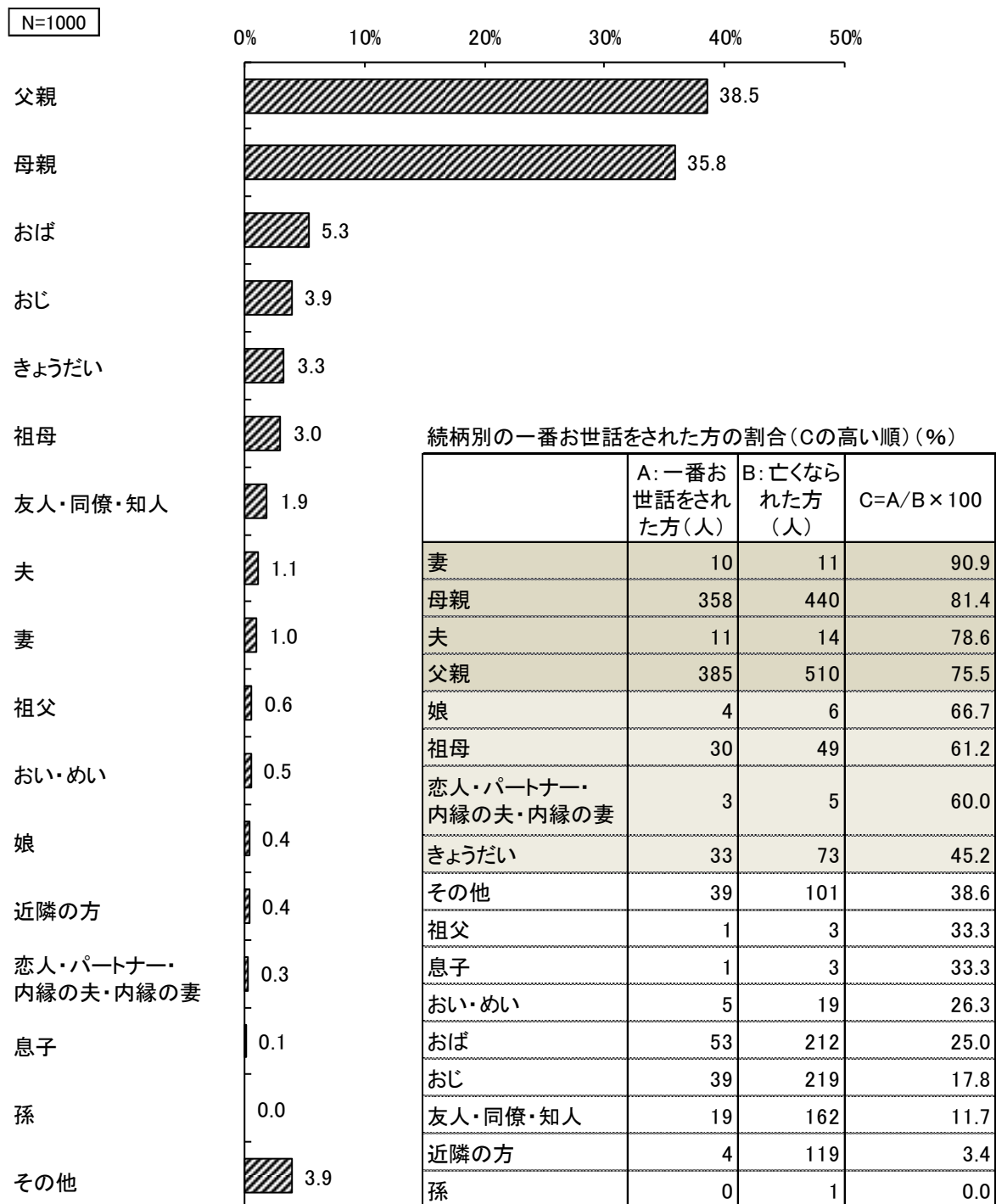


亡くなられた方の人生の最終段階で一番お世話した方は、「父親」が38.5%、「母親」が35.8%である（図表2-6）。

一方、続柄別で一番お世話した方は、「妻」が90.9%、「母親」が81.4%、「夫」が78.6%、「父親」が75.5%となっており、7割以上と高い。

図表2-6 人生の最終段階で一番お世話した方（SA）

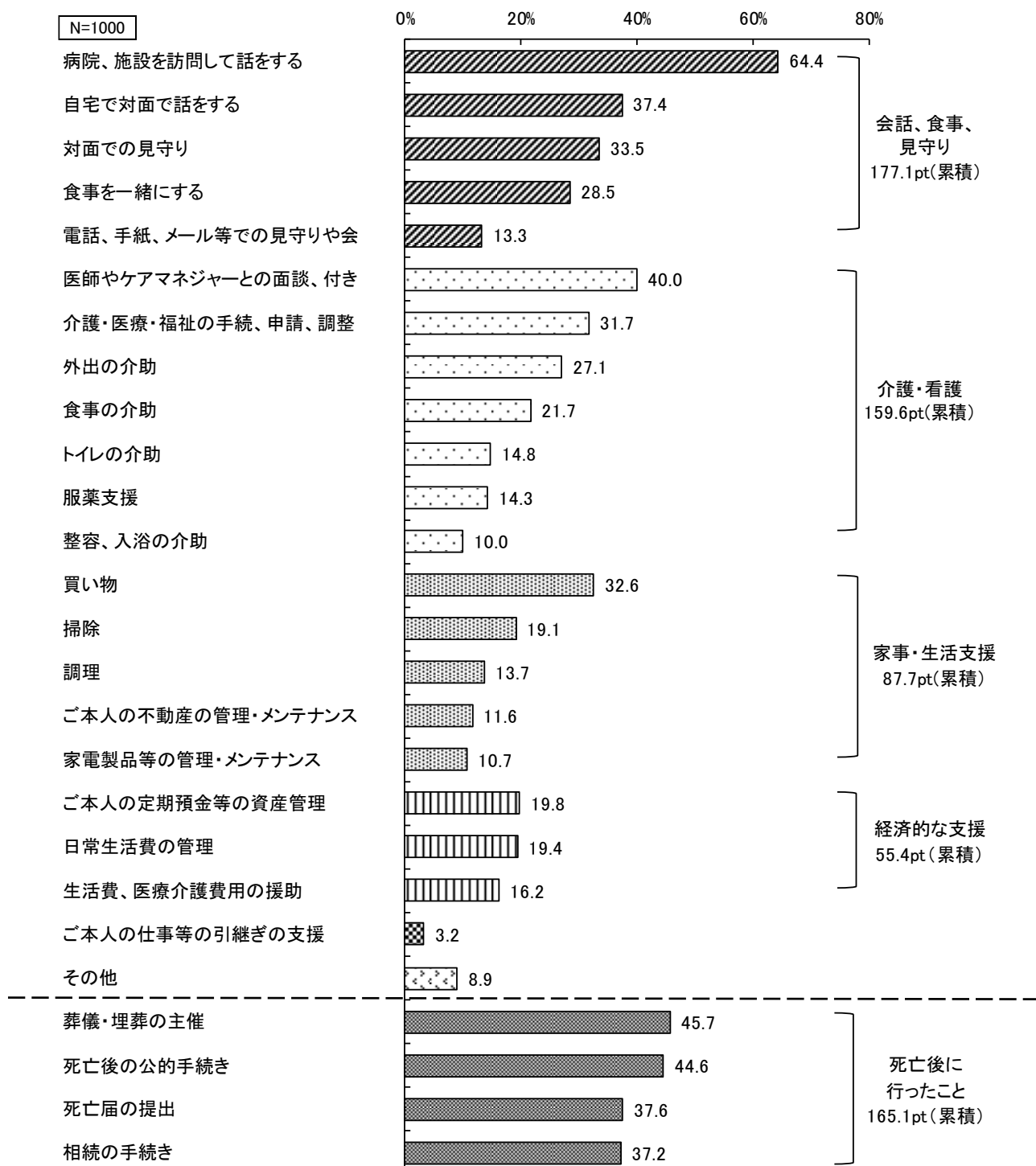
SC3. 前問で選ばれた方のうち、亡くなられた方の人生の最終段階において、あなたが一番お世話をされた方はどなたですか。



人生の最終段階で行った支援については、「会話、食事、見守り」が177.1pt（累積）、「介護・看護」が159.6 pt（累積）、「家事・生活支援」が87.7 pt（累積）、「経済的支援」が55.4 pt（累積）で、「死亡後に行ったこと」は165.1 pt（累積）と幅広い。（図表2-7）

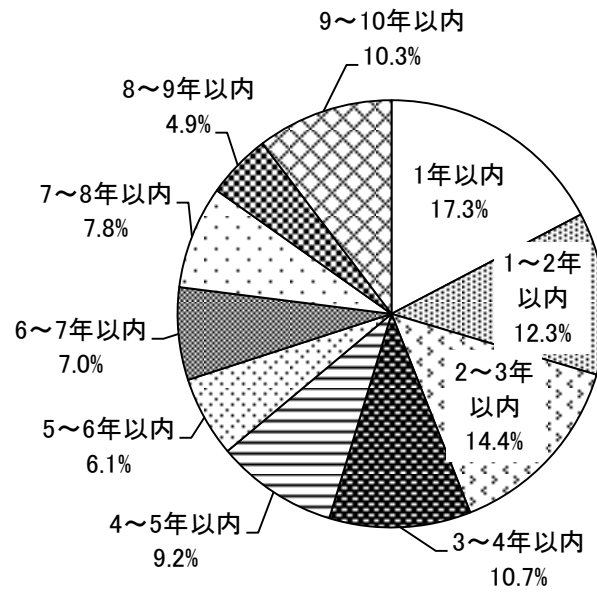
図表2-7 人生の最終段階で行った支援と亡くなった後の手続き（MA）

SC4. 前問で選ばれた方についてお答えください。その方を以下、「ご本人」といいます。あなたは、ご本人に対して、人生の最終段階（お亡くなりになる前のおおよそ1年くらいの間）において、どのような支援や、また、お亡くなりになられた後の手続きを行いましたか。（いくつでも）



図表2-8 亡くなった時期（SA）

SC5. ご本人（あなたが最も介護・看護・お世話などの人生の最終段階における支援をされた方）は、いつ亡くられましたか。

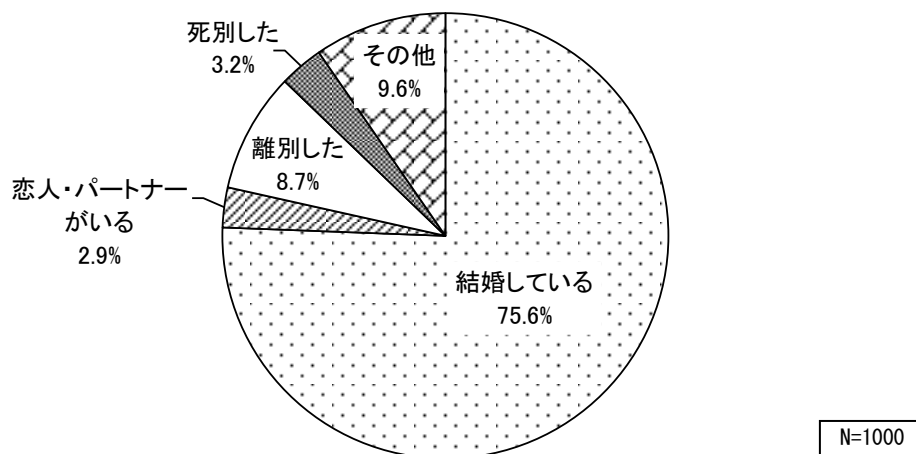


N=1000

（２）回答者の婚姻状況や子どもの有無

図表 2-9 現在の婚姻状況（SA）

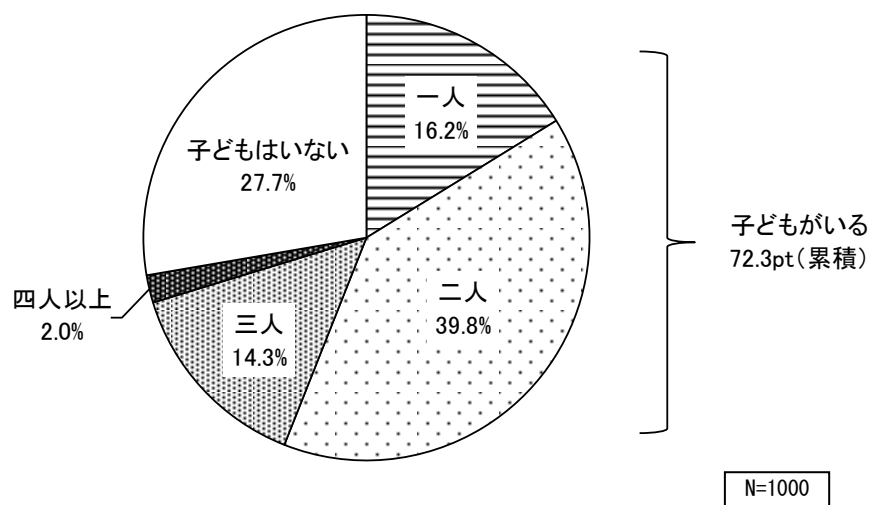
Q1. あなたは現在、結婚されていますか。



子どもの有無については、50代・60代の回答者の約4人に一人は「子どもがいない」と回答している。（図表 2-10）

図表 2-10 子どもの有無（SA）

Q2. あなたは子どもがいますか。 ※義理の子どもは含めずにお答えください。



(3) 亡くなられた方（ご本人）の状況

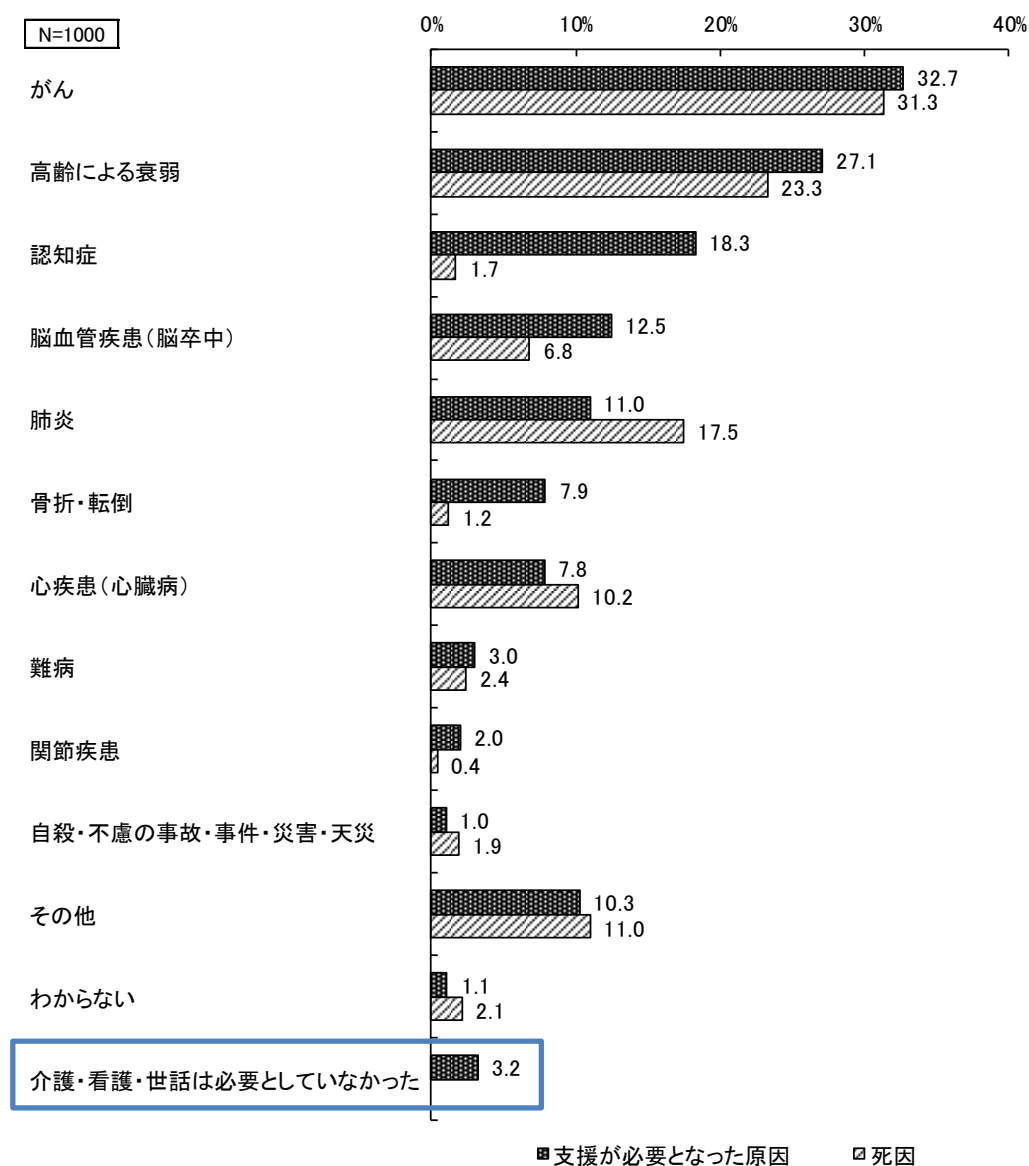
人生の最終段階で支援が必要になった原因の上位3位は、「がん」が32.7%、「高齢による衰弱」が27.1%、「認知症」が18.3%である（図表2-11）。

死因は、支援が必要になった原因と同様に「がん」が31.3%、「高齢による衰弱」が23.3%と高く、次いで「肺炎」が17.5%だが、「認知症」は1.7%と低い。

図表2-11 人生の最終段階で支援が必要になった原因及び死因（MA）

Q3. 亡くなられたご本人が、介護・看護・お世話などの人生の最終段階における支援が必要になった原因をお答えください。（いくつでも）

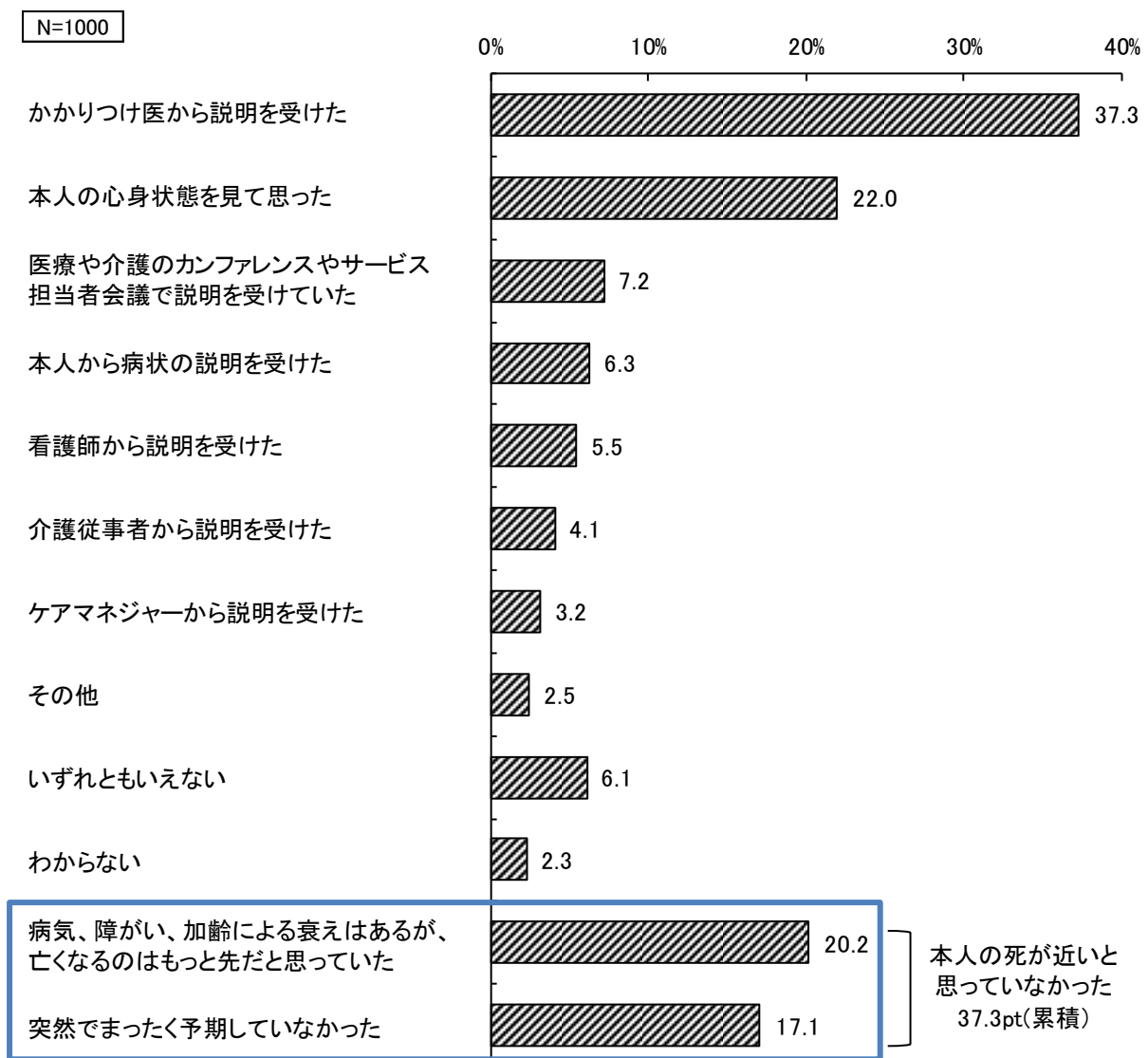
Q4. ご本人が、亡くなられた死因をお答えください。（いくつでも）



亡くなる2～3ヶ月前の本人の死については、「本人の死が近いと思っていなかった」が37.3pt（累積）で、家族等近親者でも死期の予測は難しいことがうかがえる（図表2-12）。

図表2-12 亡くなる2～3ヶ月前の本人の死について（MA）

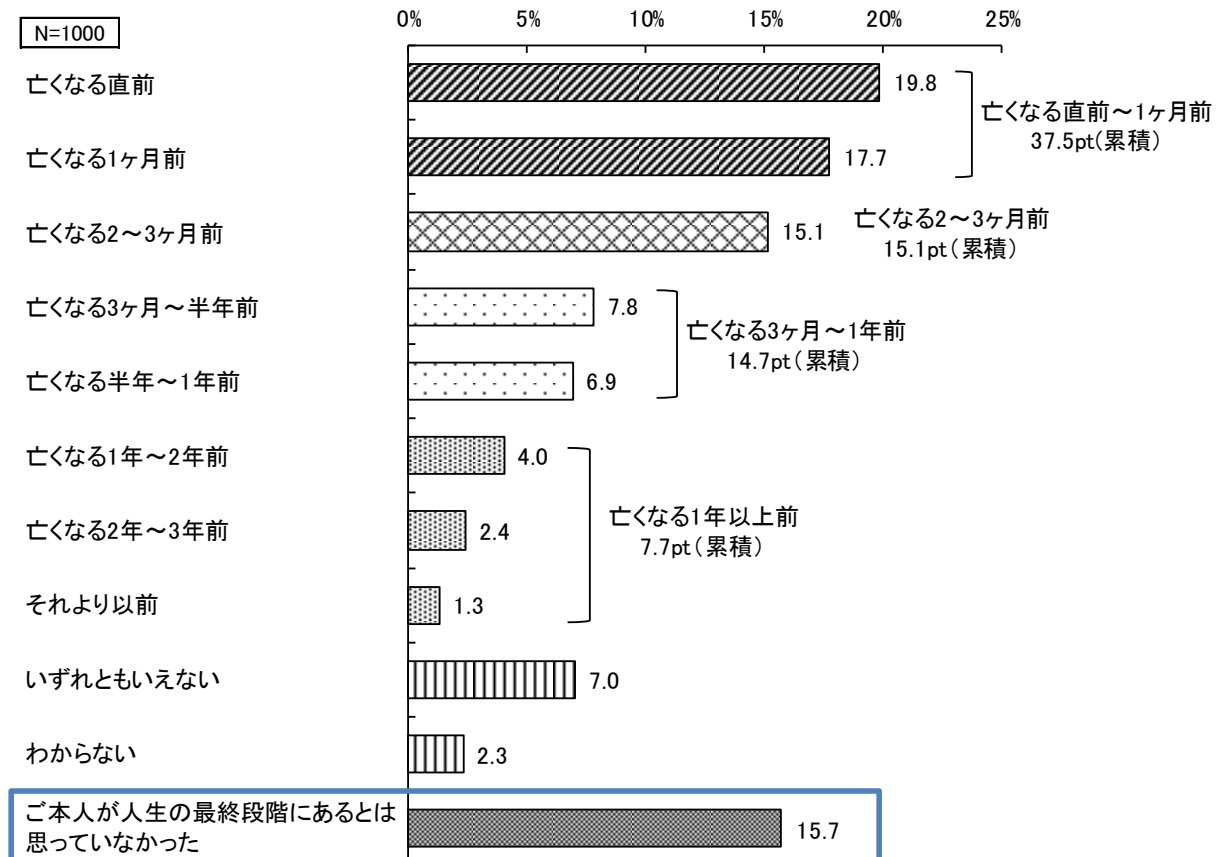
Q5. あなたは、ご本人が亡くなられる2～3ヶ月前、ご本人の死が近いと思っておられましたか。
（いくつでも）



本人が人生の最終段階にあると思った時期については、「亡くなる直前～1ヶ月前」が 37.5 pt（累積）と多い。（図表 2-13）

図表 2-13 人生の最終段階にあると思った時期（SA）

Q6. あなたが、「ご本人は人生の最終段階にある」と思われたのはいつごろですか。

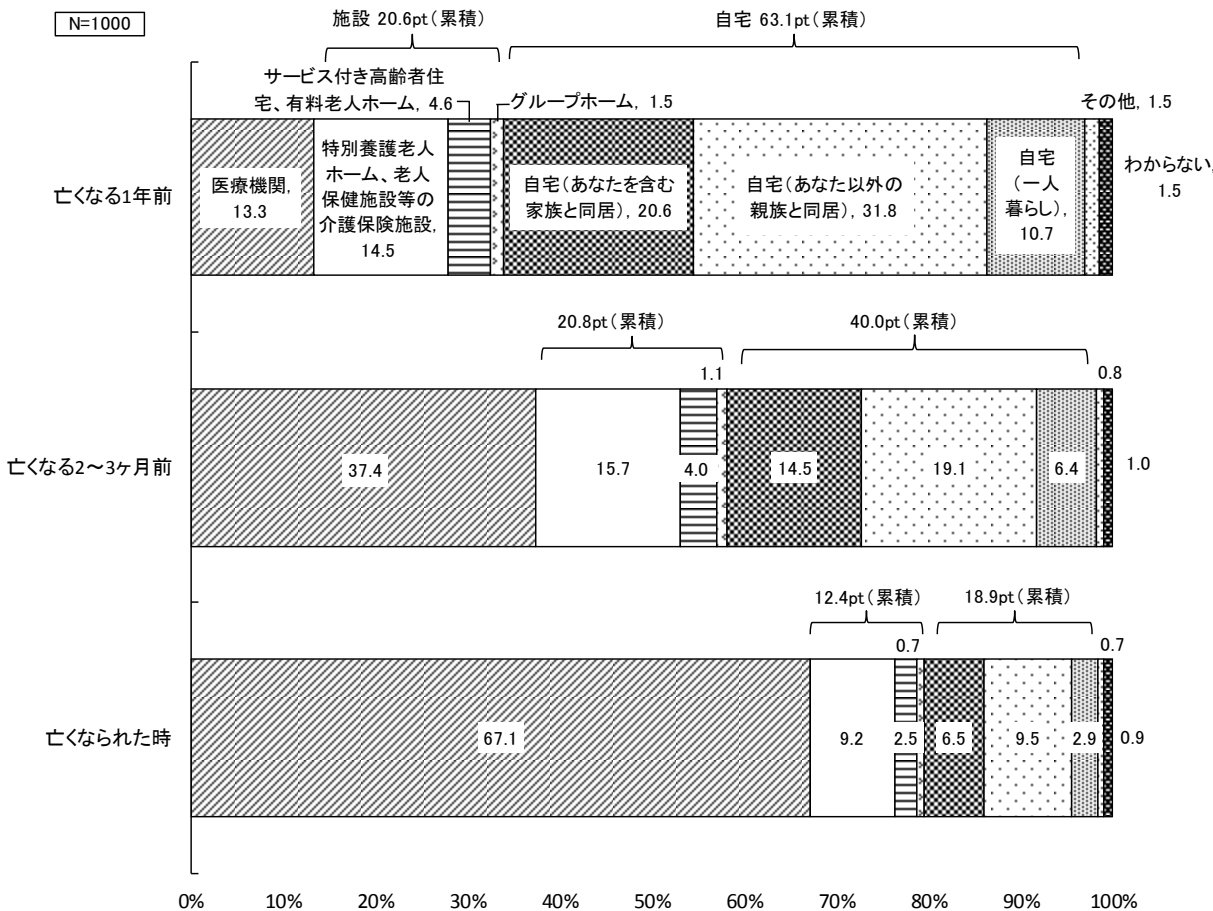


本人が人生の最終段階を過ごした場所については、亡くなる1年前は「自宅」が63.1pt（累積）だが、亡くなる2～3ヶ月前は40.0pt（累積）、亡くなった時は18.9pt（累積）と減っている。一方、「医療機関」は亡くなる1年前は13.3%、亡くなる2～3ヶ月前は37.4%だが、亡くなられた時は67.1%に増えている。

「施設」については、亡くなる1年前は20.6pt（累積）、亡くなる2～3ヶ月前は20.8pt（累積）と横ばいで、亡くなられた時は12.4pt（累積）と減っている（図表2-14）。

図表2-14 本人が人生の最終段階を過ごした場所（MT）

Q7. ご本人は、どこで人生の最終段階を過ごされていましたか。（矢印方向にそれぞれひとつだけ）

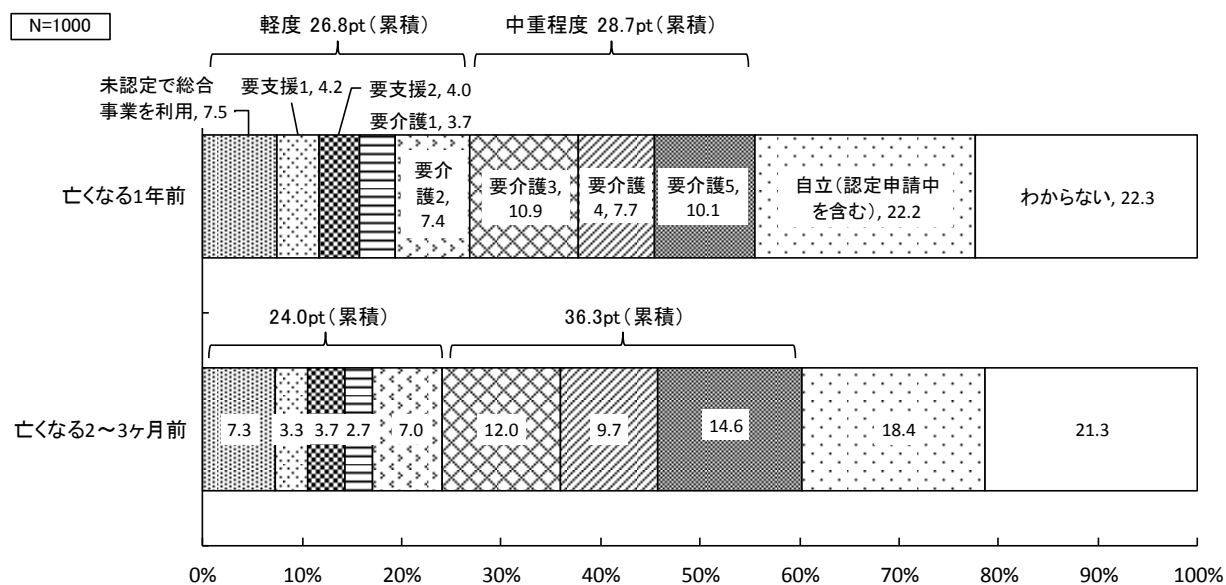


人生の最終段階における要介護認定については、「中重程度」が亡くなる1年前は28.7pt（累積）だが、亡くなる2～3ヶ月前は36.3pt（累積）に増えている（図表2-15）。

図表2-15 人生の最終段階における要介護認定（MT）

Q8. ご本人は、人生の最終段階において要介護認定を受けていましたか。（矢印方向にそれぞれひとつだけ）

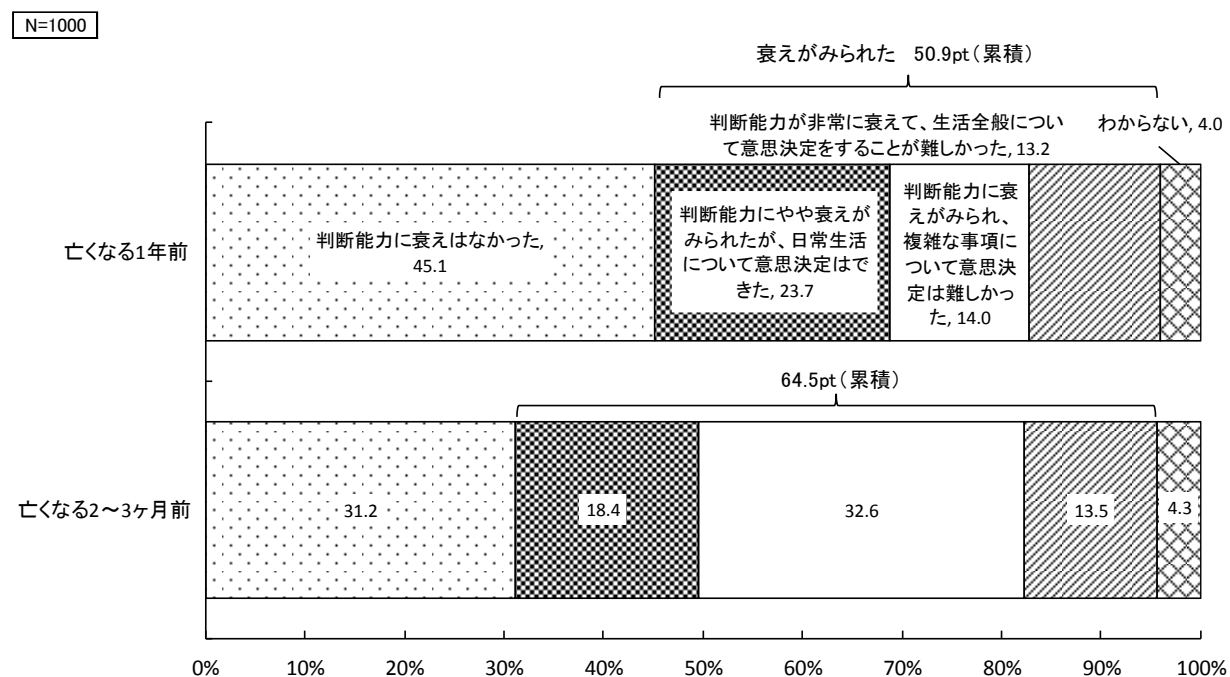
※総合事業とは、平成27年4月から創設された事業で平成26年度までの要支援者向けの訪問介護、通所介護に相当します。



人生の最終段階における本人の判断能力については、「衰えがみられた」が亡くなる 1 年前は 50.9pt（累積）で半数以上、亡くなる 2～3 ヶ月前は 64.5 pt（累積）でより増えている。一方、「判断能力に衰えはなかった」は、亡くなる 1 年前は 45.1%が、亡くなる 2～3 ヶ月前は 31.2 %と減っている（図表 2-16）。

図表 2-16 人生の最終段階における本人の判断能力（MT）

Q9. 人生の最終段階において、ご本人の判断能力はいかがでしたか。それぞれの時期についてお答えください。
（矢印方向にそれぞれひとつだけ）

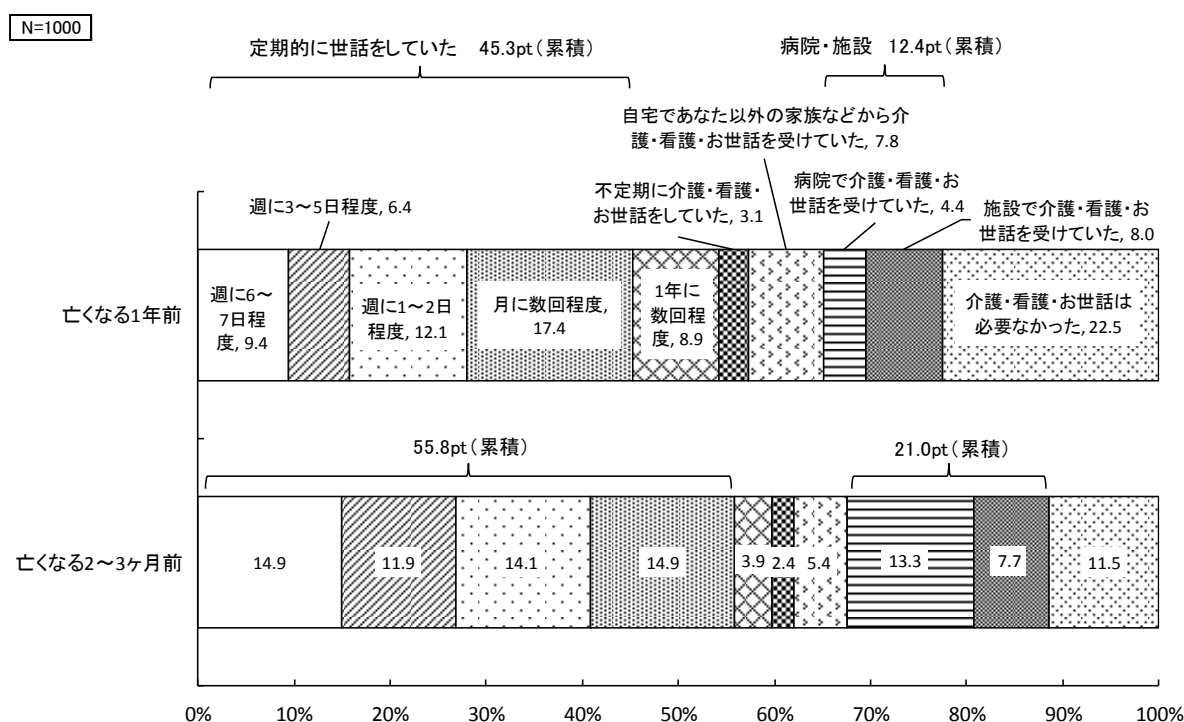


人生の最終段階における支援の頻度については、「定期的に世話をしていた」が亡くなる1年前は45.3pt（累積）、亡くなる2～3ヶ月前は55.8pt（累積）とより増えている。「病院・施設」が亡くなる1年前は12.4pt（累積）だが、亡くなる2～3ヶ月前は21.0pt（累積）と倍近く増えている（図表2-17）。

図表2-17 人生の最終段階における支援の頻度（MT）

Q10. あなたが、ご本人の人生の最終段階において、介護・看護・お世話などの人生の最終段階における支援を行なった頻度をお答えください。（矢印方向にそれぞれひとつだけ）

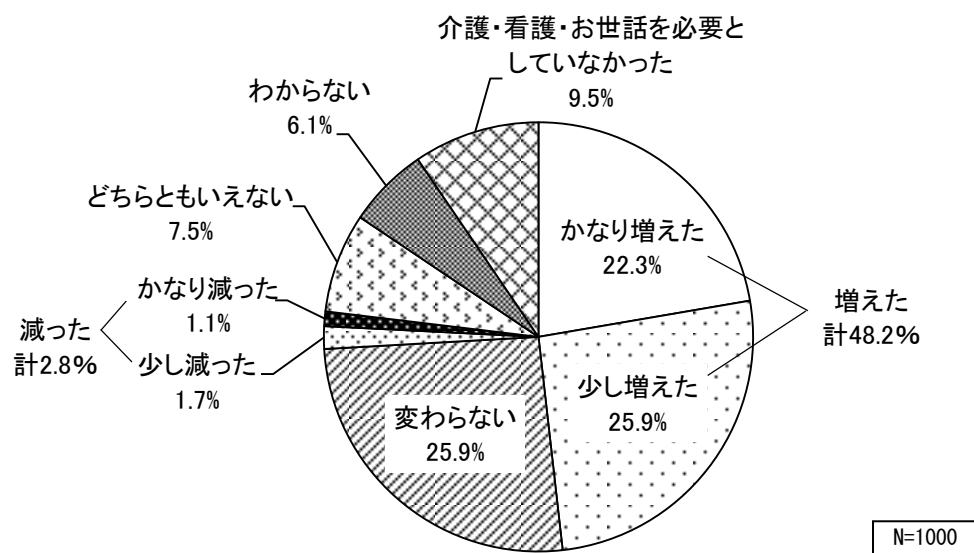
※対面での見守り、話相手、食事や着替え、室内や屋外での移動、トイレ、入浴、服薬、受診の同席、調理・掃除・洗濯、買いもの、金銭管理、資産管理など支援を言います。



亡くなる 2～3 ヶ月前の支援の頻度と量については、「増えた」が 48.2%、「減った」が 2.8%である（図 2-18）。

図表 2-18 亡くなる2～3ヶ月前の支援の頻度と量（SA）

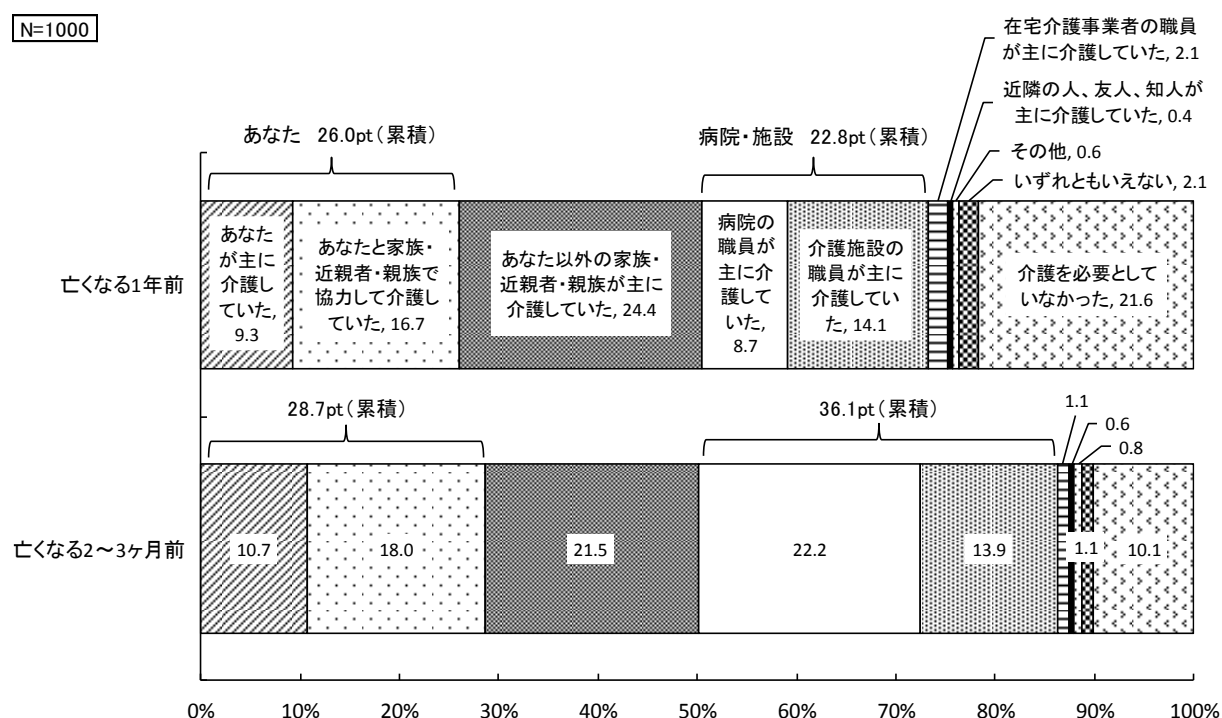
Q11. 亡くなる 2～3 ヶ月前はそれ以前と比べて、ご本人が必要とする介護・看護・お世話などの人生の最終段階における支援の頻度や量に変化がありましたか。



人生の最終段階において主に介護していた人については、「あなた」が亡くなる1年前は26.0pt（累積）、亡くなる2～3ヶ月前は28.7pt（累積）と横ばいだが、「病院・施設」が亡くなる1年前は22.8pt（累積）、亡くなる2～3ヶ月前は36.1pt（累積）と増えている（図表2-19）。

図表2-19 人生の最終段階において、主に介護していた人（MT）

Q12. ご本人は、人生の最終段階において、主にどなたに介護されていましたか。
（矢印方向にそれぞれひとつだけ）



人生の最終段階において利用していた介護サービスについては、亡くなる1年前は「デイサービス（通所介護）」が15.4%、「ケアプラン作成（居宅介護支援）」が10.8%、「施設で介護を受けていた」が10.5%である。亡くなる2～3ヶ月前は「デイサービス（通所介護）」が9.9%と減り、「ケアプラン作成（居宅介護支援）」が11.2%で横ばい、「施設で介護を受けていた」が30.3%と3倍近く増えている（図表2-20）。

また、亡くなる1年前は「介護を必要としていなかった」が26.5%だが、亡くなる2～3ヶ月前は14.3%と半減している。

Q13. 人生の最終段階において、ご本人が利用していた介護サービスをお答えください。
(矢印方向にそれぞれいくつでも)

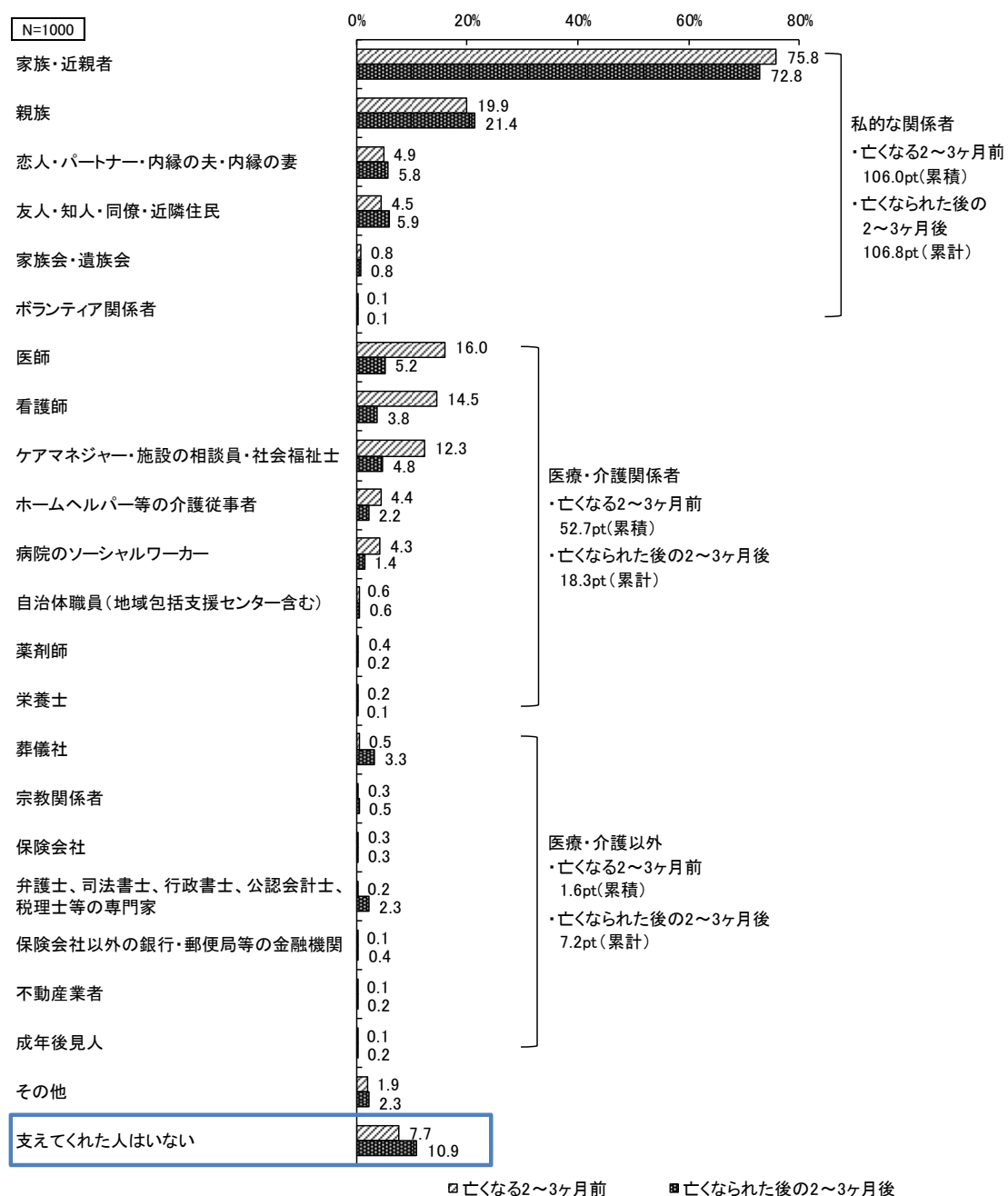


(4) ご本人が亡くなられる前後に支えになってくれた方

本人が亡くなる2～3ヶ月前後の支えについては、「私的な関係者」は亡くなる2～3ヶ月前が106.0pt（累積）、亡くなった後の2～3ヶ月後が106.8pt（累積）と横ばい、「医療・介護関係者」は亡くなる2～3ヶ月前が52.7pt（累積）、亡くなった後の2～3ヶ月後が18.3pt（累積）と減少、「医療・介護関係者以外」は亡くなる2～3ヶ月前が1.6pt（累積）、亡くなった後の2～3ヶ月後が7.2pt（累積）と増えている（図表2-21）。

図表2-21 本人が亡くなる2～3ヶ月前後の支え（MT）

Q14. ご本人が亡くなられる2～3ヶ月前、どなたがご本人やあなたの支えになってくれましたか。
ご本人が亡くなられた2～3ヶ月後、どなたがあなたの支えになってくれましたか。
（矢印方向にそれぞれいくつでも）



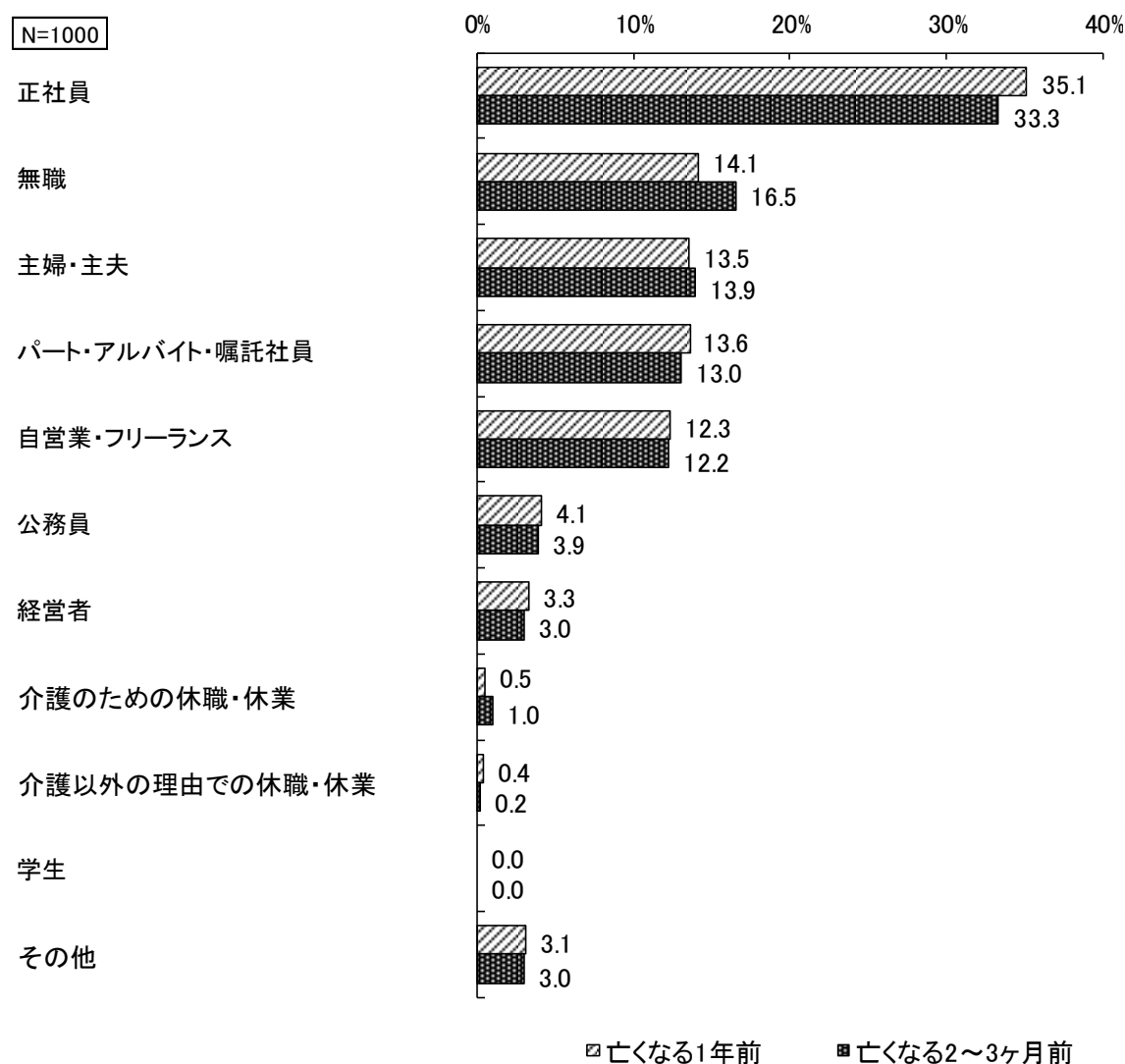
（５）ご本人の人生の最終段階における仕事の状況

本人の人生最終段階における回答者の仕事については、「正社員」が亡くなる１年前は35.1%、亡くなる２～３ヶ月前は33.3%と最も多く、「公務員」、「パート・アルバイト・嘱託社員」、「自営業・フリーランス」、「経営者」は、亡くなる１年前と亡くなる２～３ヶ月前ともに、12%～16.5%である（図表 2-22）。

全体として、亡くなる１年前と亡くなる２～３ヶ月前の仕事の差異は小さい。

図表 2-22 本人の人生最終段階においてのあなたの仕事（MT）

Q15. ご本人の人生の最終段階において、あなたは仕事をされていましたか。
（矢印方向にそれぞれひとつだけ）

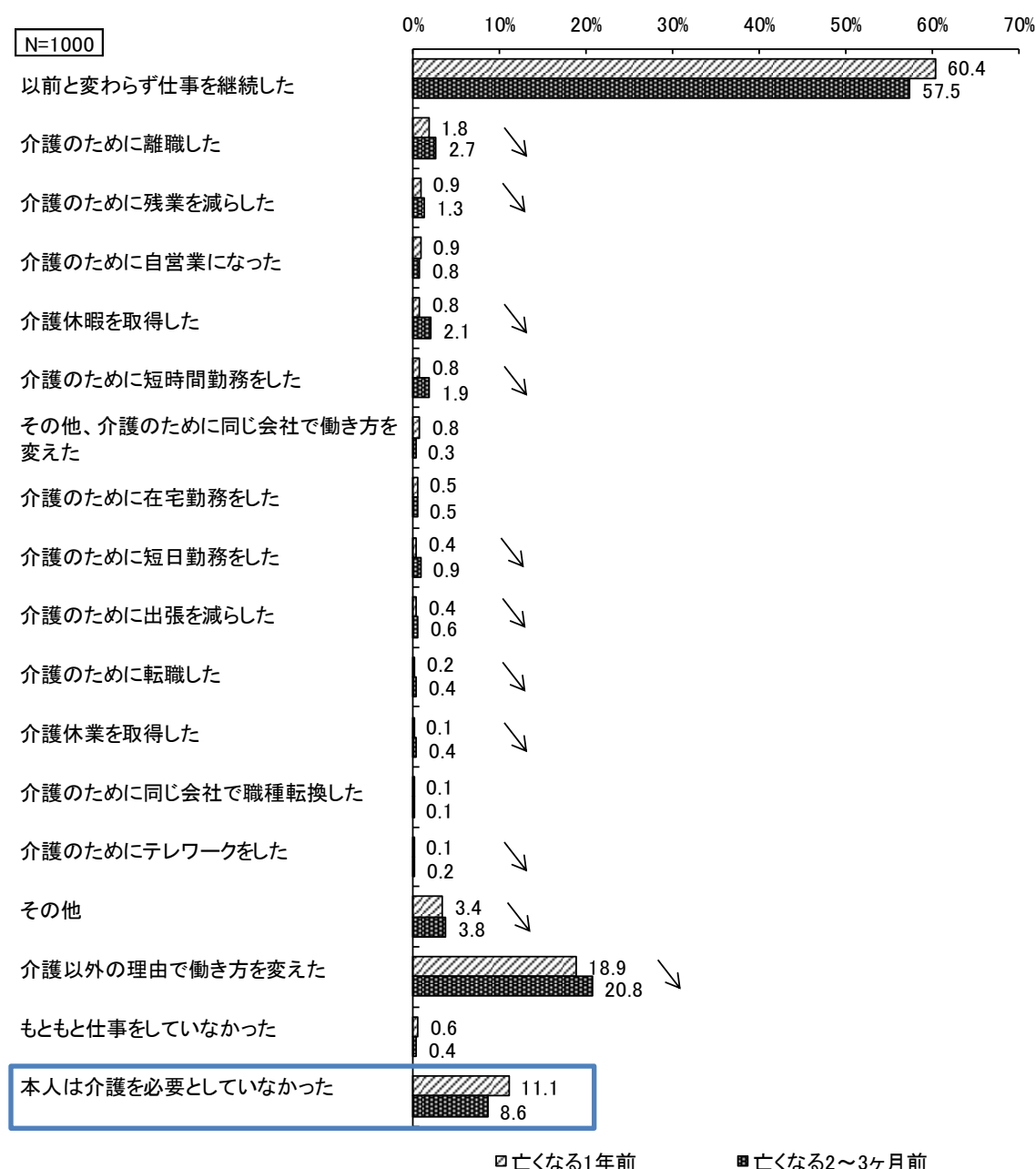


介護による働き方の変化については、「以前と変わらず仕事を継続した」が亡くなる1年前は60.4%、亡くなる2～3ヶ月前は57.5%と最も多い（図表2-23）。

「介護のために離職した」、「介護のために残業を減らした」、「介護休暇を取得した」、「介護のために短時間勤務をした」、「介護のために短日勤務をした」、「介護のために出張を減らした」、「介護のために転職した」、「介護休業を取得した」、「介護のためにテレワークをした」は、数値としては小さいが、いずれも亡くなる1年前よりも亡くなる2～3ヶ月前の方が増えている。

図表2-23 介護による働き方の変化（MT）

Q16. ご本人の介護のためにあなたは働き方を変えましたか。例えば、3年前に介護のために離職されていて、亡くなる1年前や、2～3ヶ月前も介護・看護・お世話のために離職されたままの場合は、選択肢にチェックをつけてください。（矢印方向にそれぞれいくつでも）

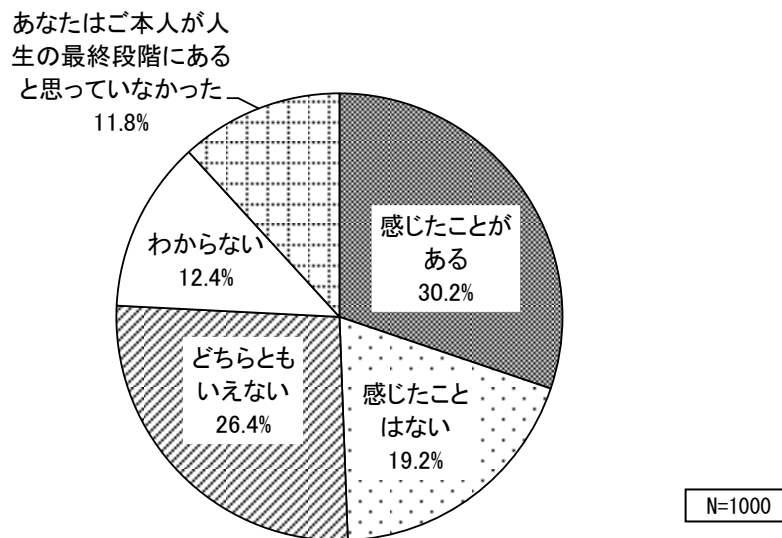


(6) スピリチュアル・ケアの実施状況

スピリチュアル・ペインを感じたことがあるかどうかについては、「感じたことがある」が 30.2%、「感じたことはない」が 19.2%である（図表 2-24）。

図表2-24 スピリチュアル・ペインの有無（SA）

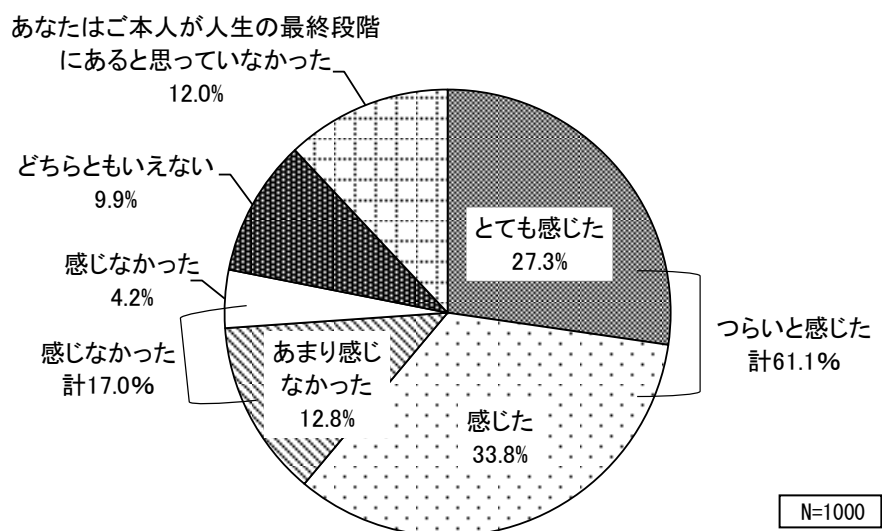
- Q17. あなたは、自己の死を意識したご本人から「死を前にした時に感じる解決することが困難な苦しみ」（スピリチュアル・ペインと呼ばれることがあります）を感じたことがありますか。
具体的には以下のように、様々な言葉で表現されます。「まわりに迷惑ばかりかけて情けない」「トイレの世話になるくらいなら、死んだほうがましだ」「死ぬのがこわい」「今までしていた仕事や家事を続けたい」「家族を残していくのが心配」「さびしい」 など



本人に接するときのつらさについては、「つらいと感じた」が計 61.1%と 6 割以上で、「感じなかった」の計は 17.0%である（図表 2-25）。

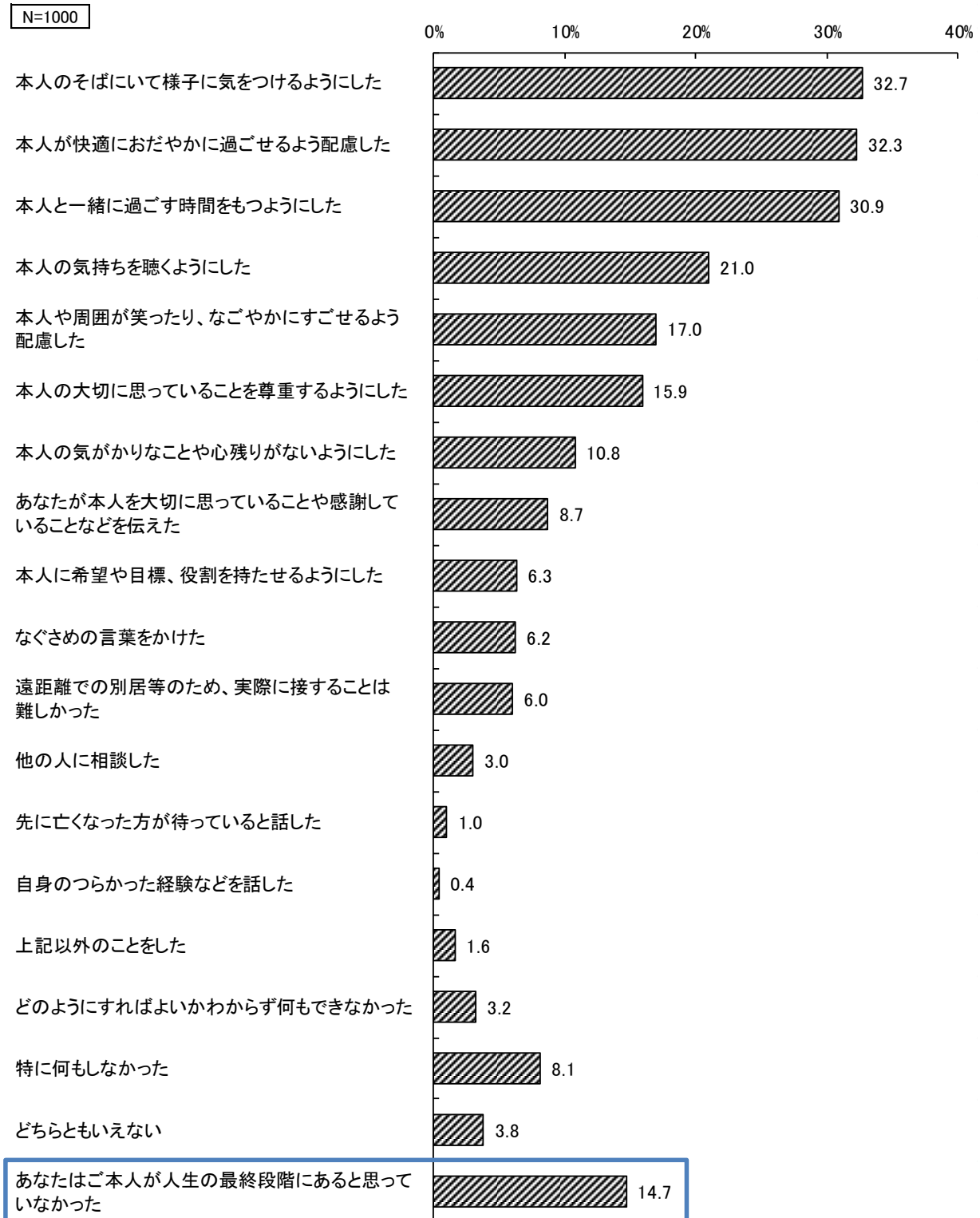
図表 2-25 本人に接するときのつらさ（SA）

Q18. 死を前にしたご本人に接するとき、あなた自身がつらいと感じたことがありますか。



図表2-26 死を前にした本人への接し方（MA）

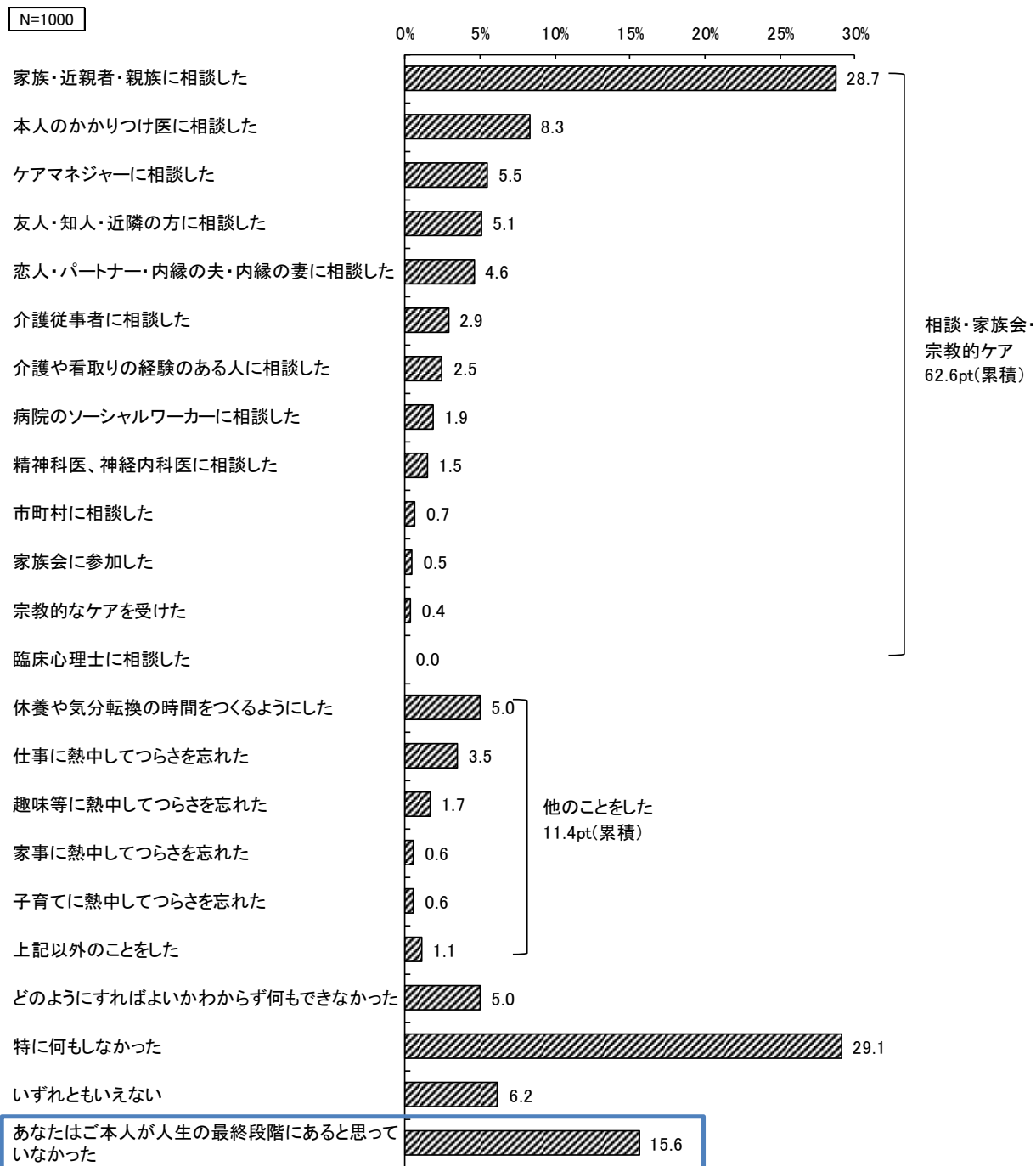
Q19. 死を前にしたご本人に対して、あなたはどのように接しましたか。（いくつでも）



本人を支える際のあなた自身のつらさの軽減方法については、「相談・家族会・宗教的ケア」が 62.6pt（累積）、「他のことをした」が 11.4 pt（累積）、「特に何もしなかった」が 29.1 pt（累積）である。

図表2-27 あなた自身のつらさの軽減方法（MA）

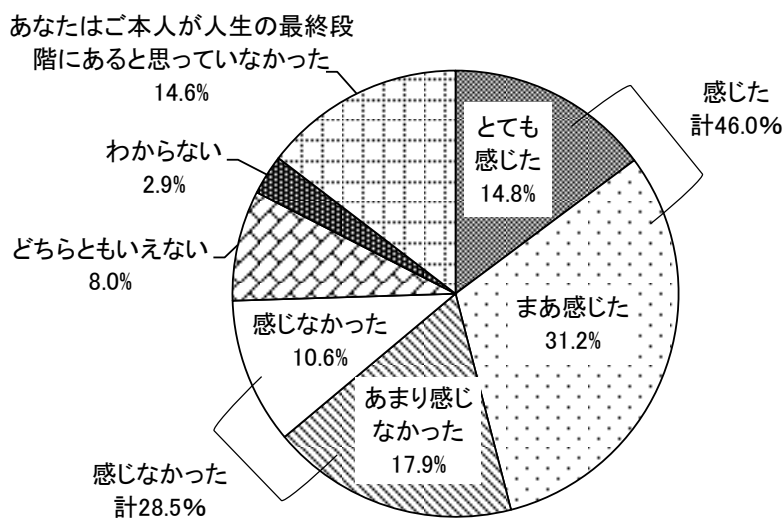
Q20. 死を前にしているご本人を支える際のあなた自身のつらさをどのように軽減しましたか。（いくつでも）



本人の人生の最終段階に際しての精神的負担については、「感じた」が 46.0%、「感じなかった」が 28.5%である（図表 2-28）。

図表2-28 ご本人の人生の最終段階に際しての精神的負担（SA）

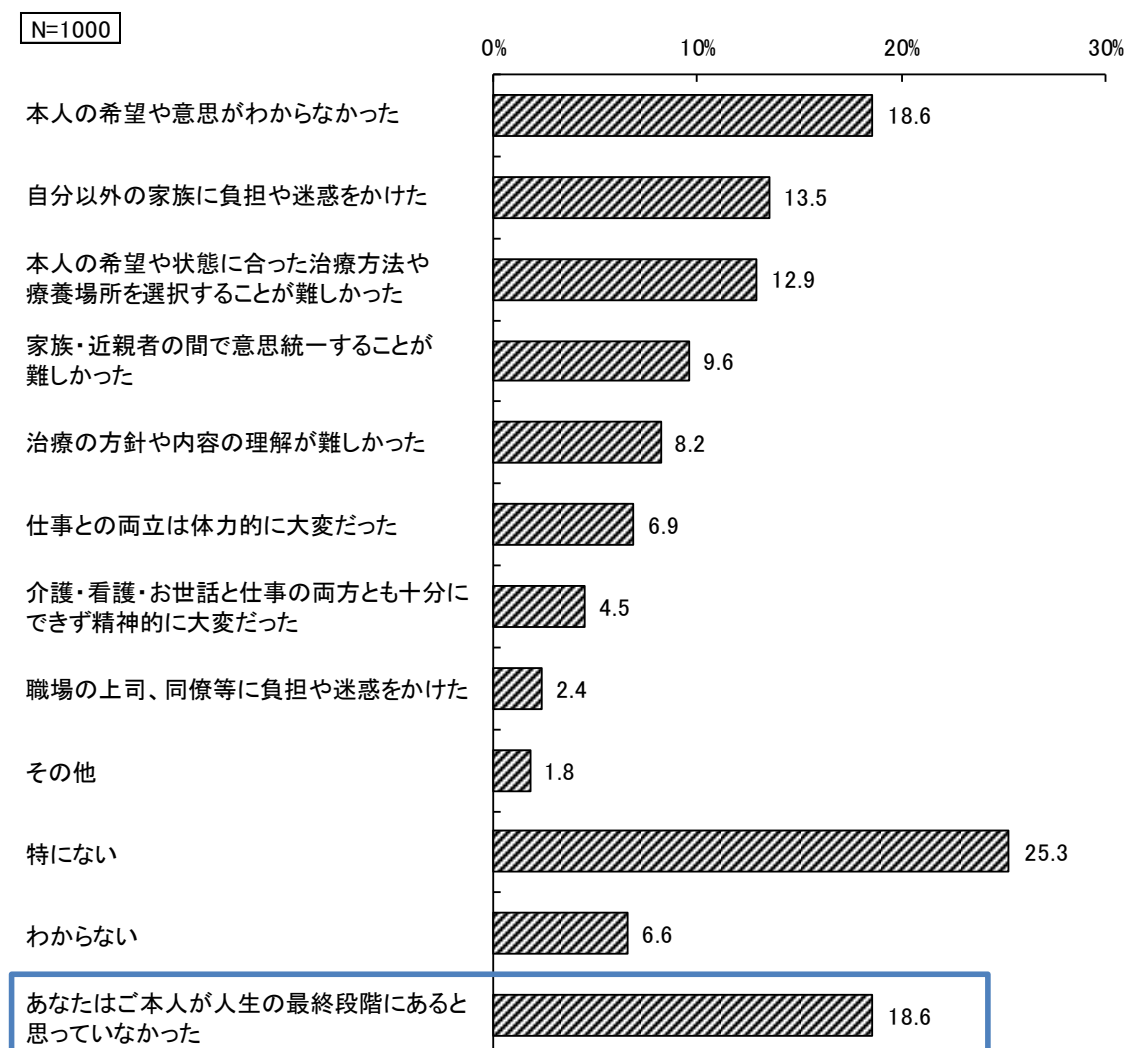
Q21. あなたは、ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）に際して、精神的な負担を感じましたか。



本人の人生の最終段階のあり方についての悩みについては、「本人の希望や意思がわからなかった」が18.6%と最も多い（図表 2-29）。

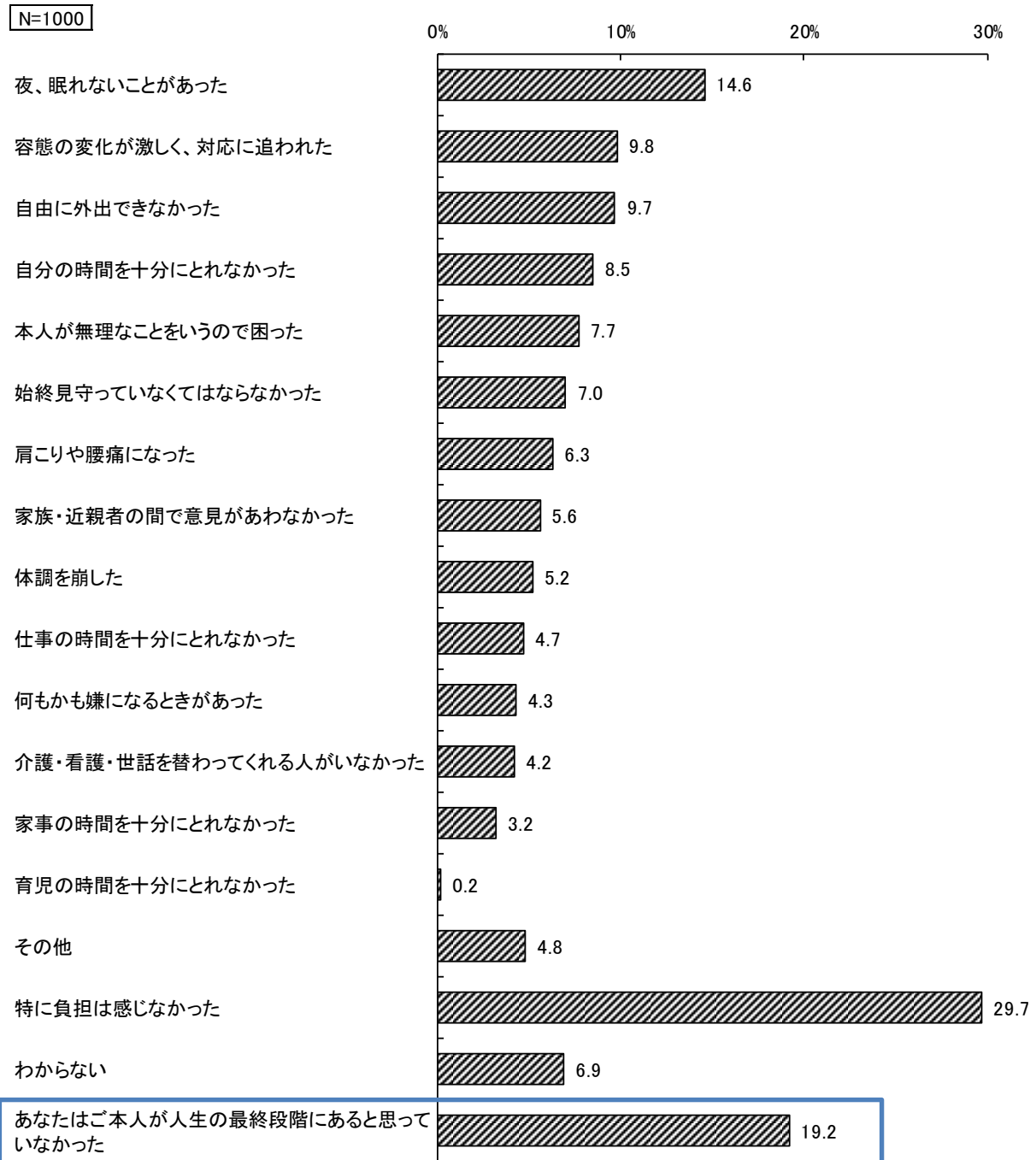
図表2-29 ご本人の人生の最終段階のあり方についての悩み（MA）

Q22. あなたは、ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）のあり方について悩んだことはありますか。（いくつでも）



図表2-30 ご本人の人生の最終段階での負担（MA）

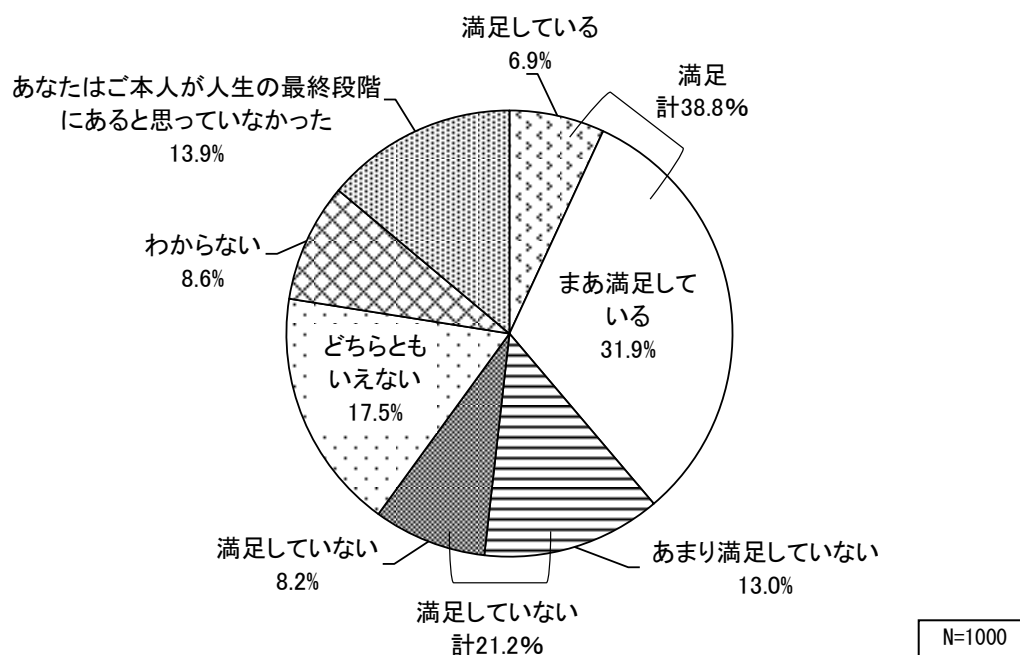
Q23. あなたは、ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）について、負担を感じたことがありますか。（いくつでも）



回答者の本人の人生の最終段階への満足度については、「満足」が 38.8%、「満足していない」が 21.2%である（図表 2-31）。

図表2-31 回答者のご本人の人生の最終段階への満足度（SA）

Q24. あなたにとって、ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）は満足のいくものでしたか。

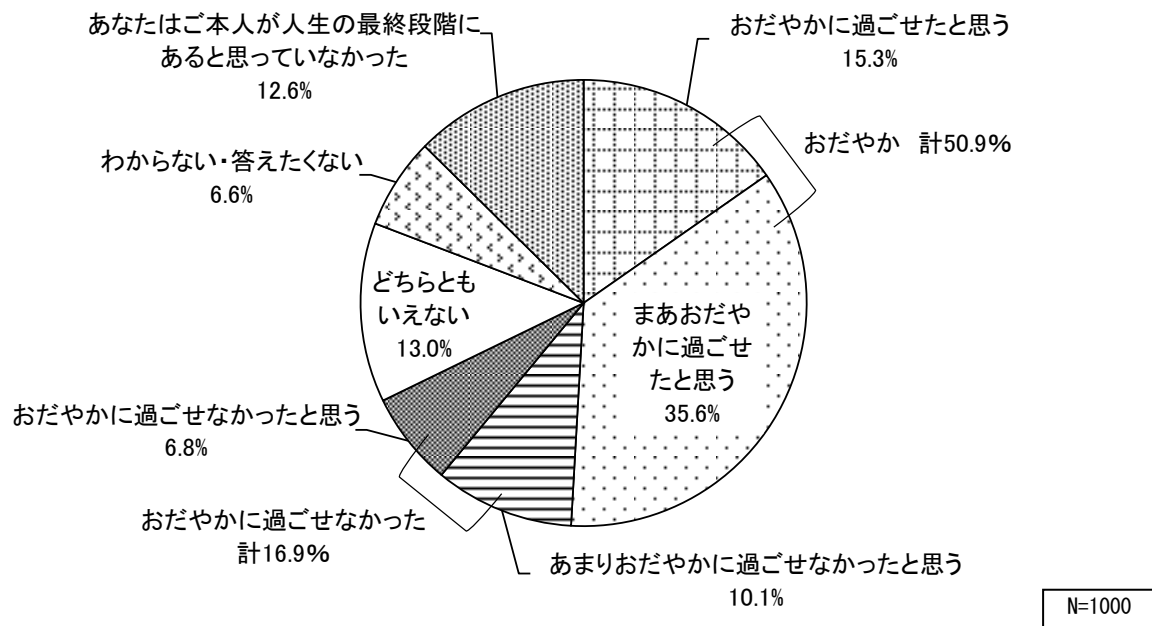


(7) グリーフの状況

本人は亡くなる前2～3ヶ月をおだやかに過ごしたかについては、「おだやか」が50.9%、「おだやかに過ごせなかった」が16.9%である（図表2-32）。

図表2-32 本人は亡くなる前2～3ヶ月をおだやかに過ごしたか（SA）

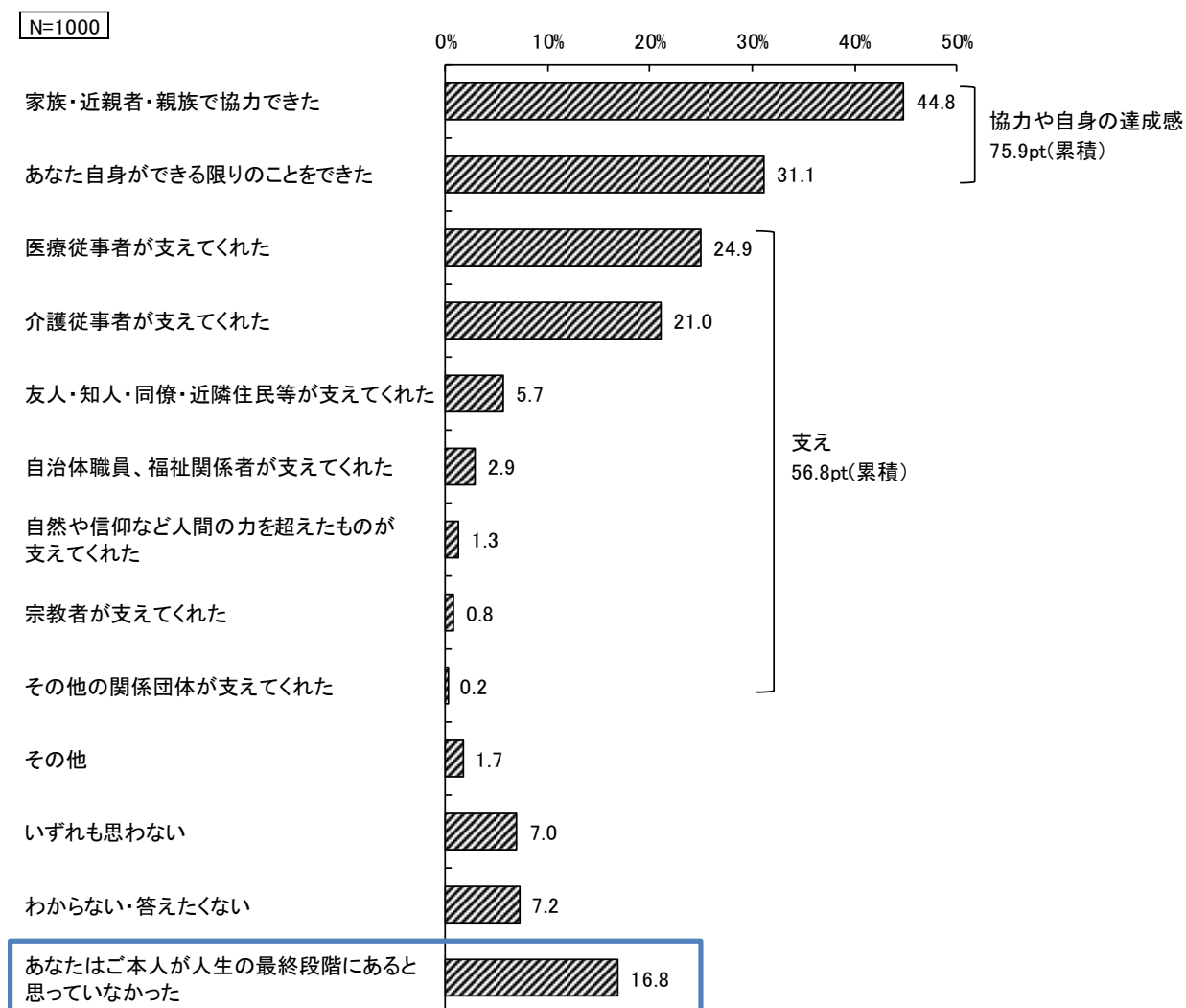
Q25. あなたは、ご本人は、亡くなられる前のおよそ2～3ヶ月をおだやかに過ごすことができましたと思いますか。



本人の人生の最終段階（亡くなる前の一年間）について思うことについては、「協力や自身の達成感」が 75.9 pt（累積）、「支え」が 56.8 pt（累積）である（図表 2-33）。

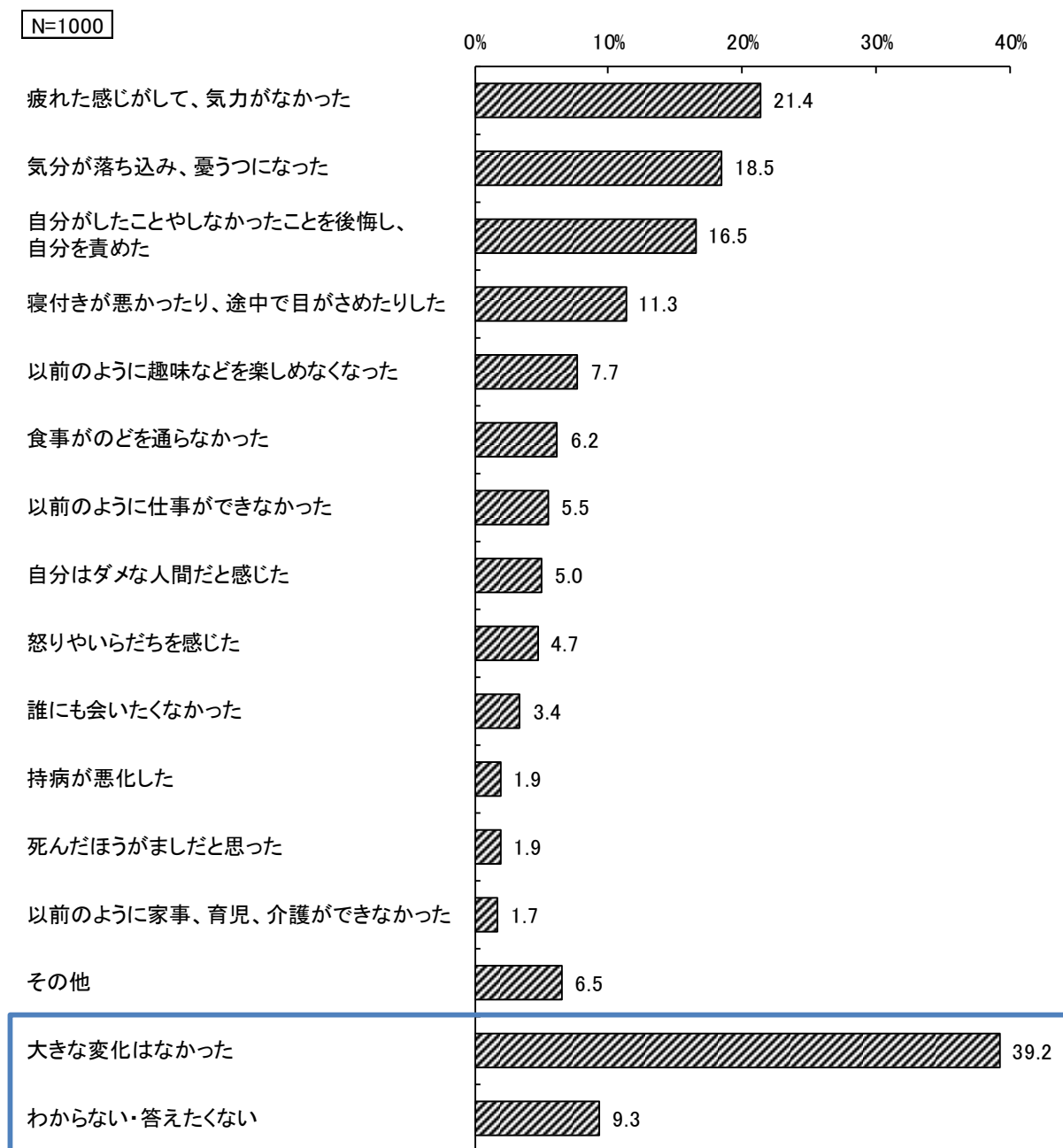
図表2-33 本人の人生の最終段階（亡くなる前の一年間）について思うこと（MA）

Q26. あなたは、ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）について、以下のように思うことがありましたらお選びください。（いくつでも）



看取られた直後（およそ2～3ヶ月）の悲しみについては、「疲れた感じがして、気力がなかった」が21.4%、「気分が落ち込み、憂うつになった」が18.5%、「自分がしたことやしなかったことを後悔し、自分を責めた」が16.5%である。「大きな変化はなかった」が39.2%と多い（図表2-34）。

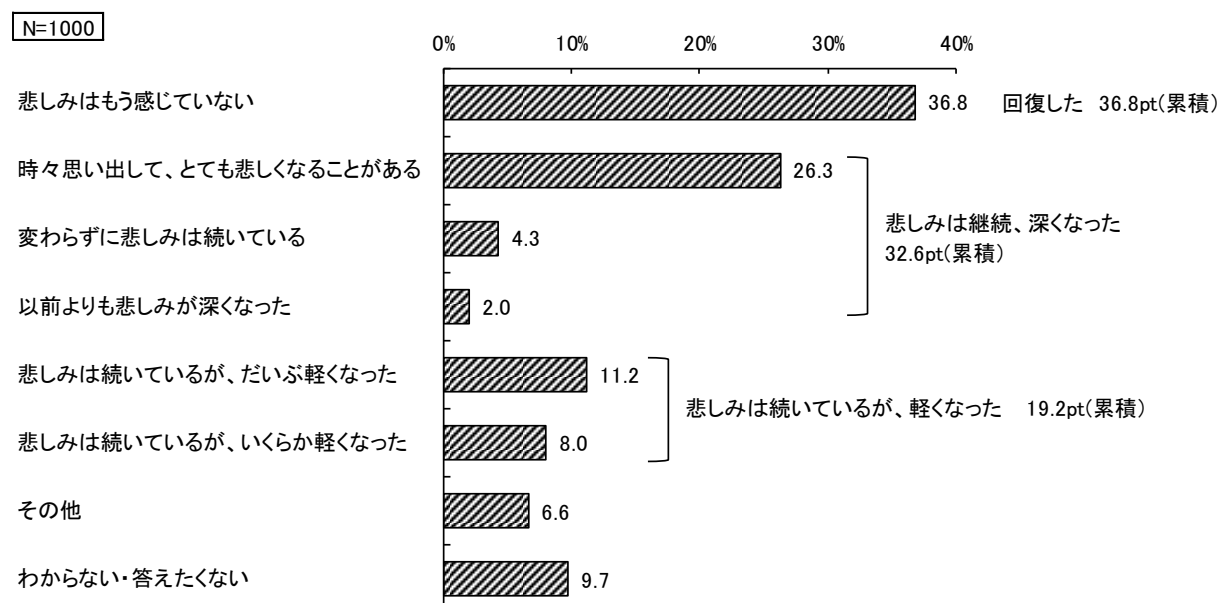
図表2-34 看取られた直後（およそ2～3ヶ月）のあなたの悲しみ（MA）
Q27. ご本人を看取られた直後（およそ2～3ヶ月）のあなたの悲しみはどのようなものでしたか。（いくつでも）



本人を看取られた直後（およそ2～3ヶ月）の悲しみの変化については、「回復した」が36.8 pt（累積）で最も多いが、「悲しみは継続、深くなった」も32.6 pt（累積）で3割以上、「悲しみは続いているが軽くなった」が19.2 pt（累積）となっている（図表2-35）。

図表2-35 現在のあなたの悲しみ（MA）

Q28. ご本人を看取られた直後（およそ2～3ヶ月）のあなたの悲しみは、現在では変わりましたか。（いくつでも）

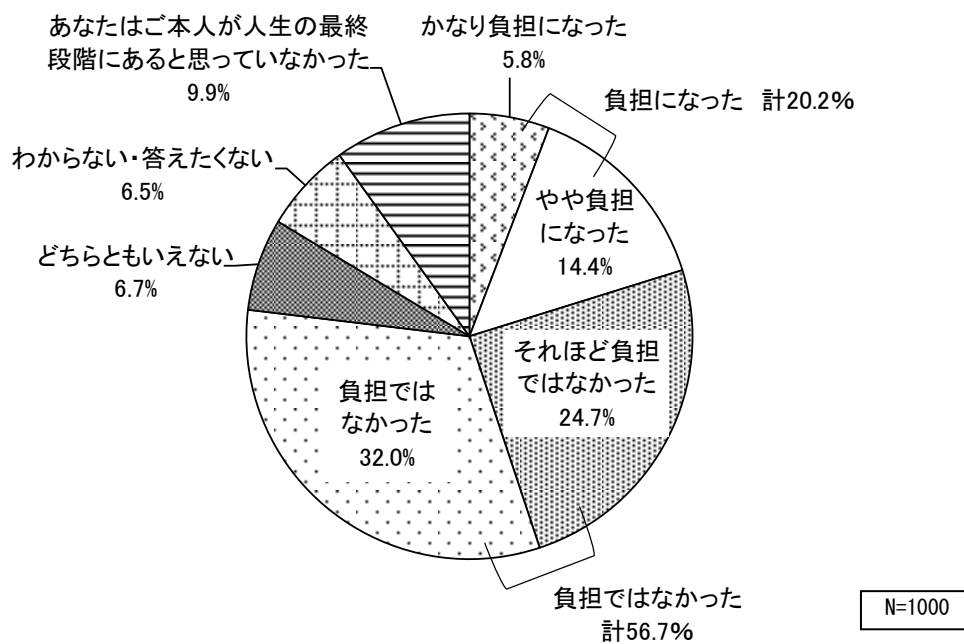


(8) 人生の最終段階にかかる費用

本人の人生の最終段階（亡くなる前の一年間）にかかる費用については、「負担になった」が計 20.2%、「負担ではなかった」が計 56.7%となっている（図表 2-36）。

図表 2-36 ご本人の人生の最終段階（亡くなる前の一年間）にかかる費用（SA）

Q29. ご本人の人生の最終段階（亡くなられる前のおよそ一年間）にかかる費用は、どの程度負担になりましたか。）

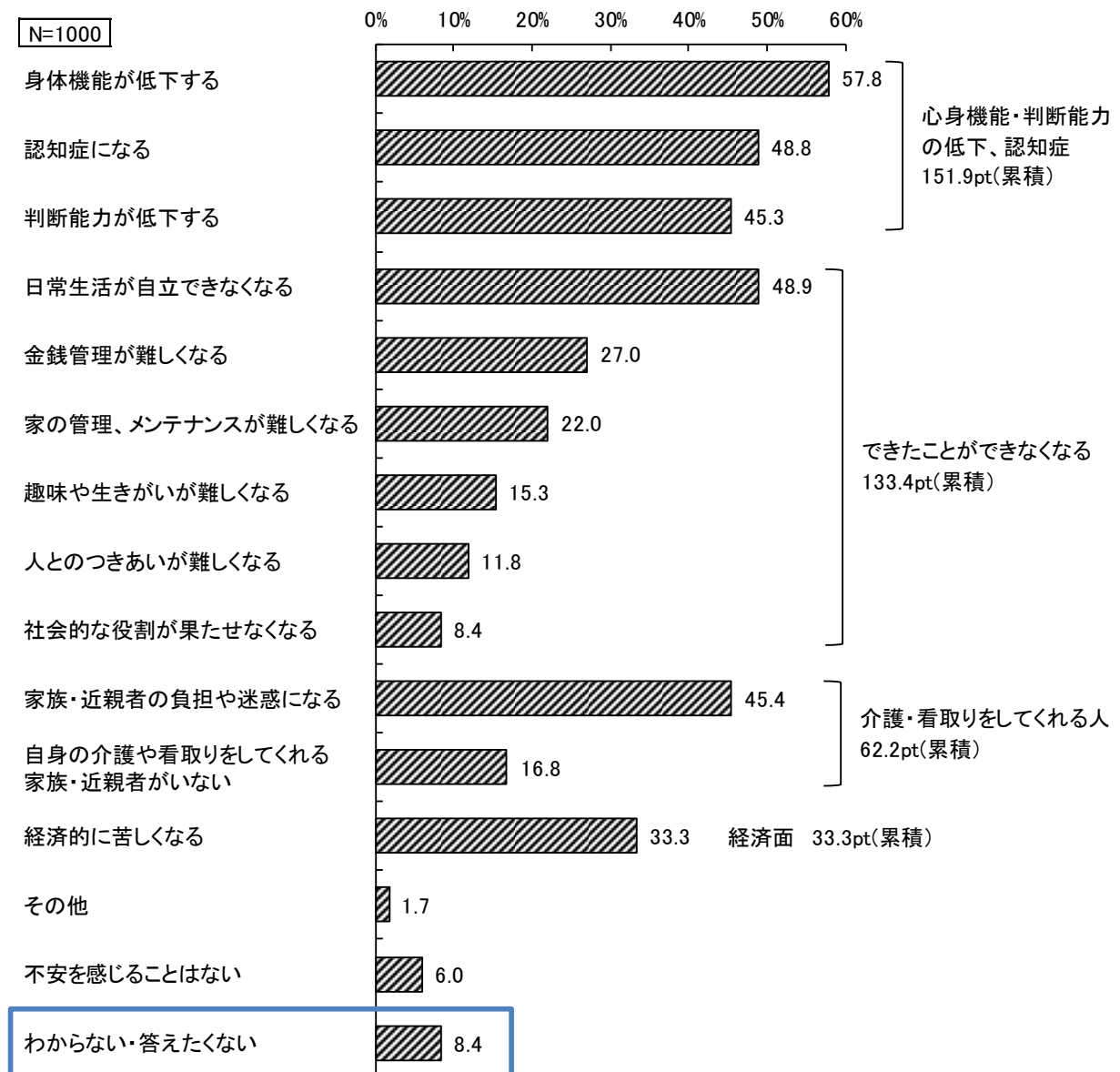


(9) あなたの将来の人生の最終段階について

自身の将来の人生の最終段階について不安に感じることは、「心身機能・判断能力の低下、認知症」が 151.9pt（累積）、「できなくなること」が 133.4pt（累積）、「介護・看取りをしてくれる人」が 62.2 pt（累積）である（図表 2-37）。

図表2-37 自身の将来の人生の最終段階についての不安（MA）

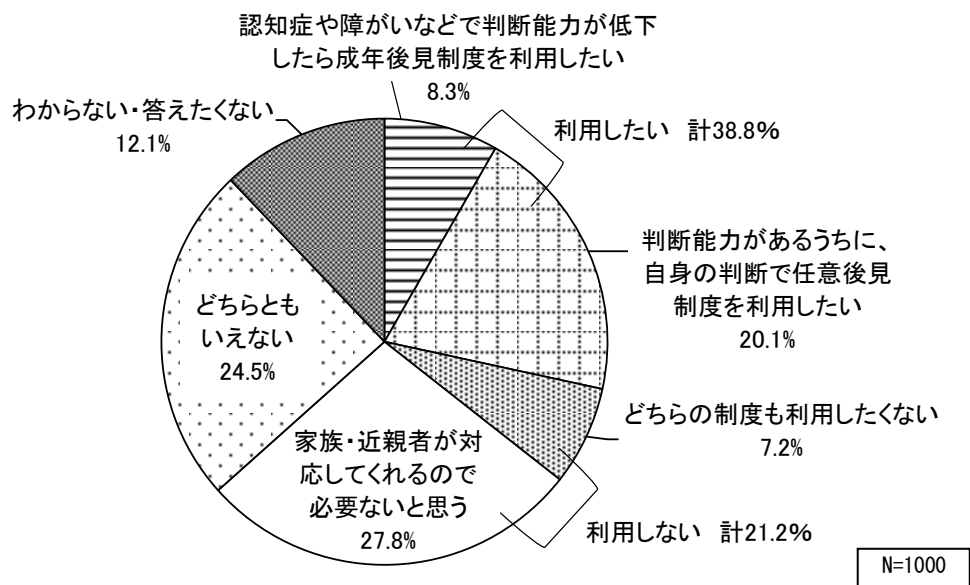
Q30. あなたは、ご自身の将来の人生の最終段階について、不安を感じることはありますか。（いくつでも）



成年後見制度の利用については、「利用したい」が計 38.8%、「利用しない」が計 21.2%である（図表 2-38）。

図表2-38 成年後見制度の利用について（SA）

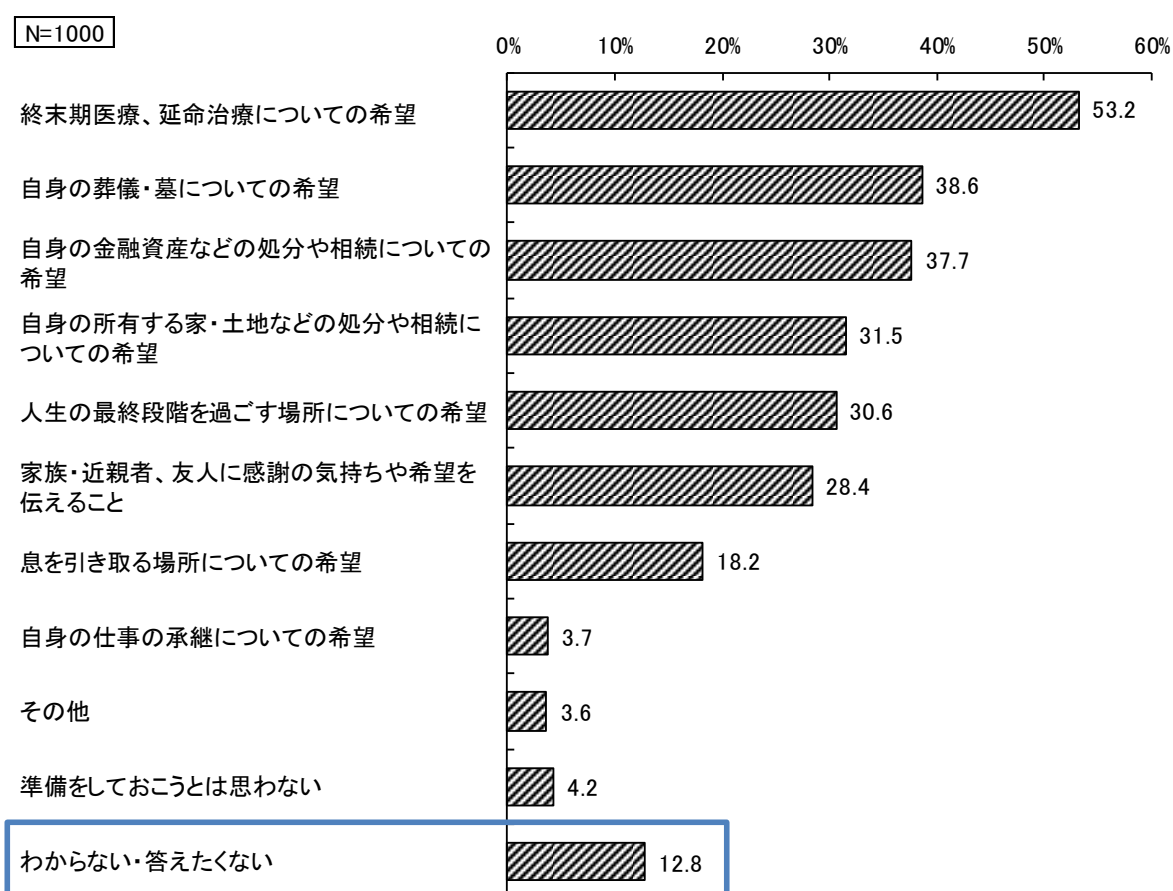
Q31. 「成年後見制度」とは、認知症や障がいなどで、判断能力が不十分になった場合、契約や手続きのときに本人の代わりに後見人が判断してくれる制度です。「任意後見制度」とは、現在は判断能力に問題は無いが、将来、認知症や障がいなどで、判断能力が不十分になった後のために、本人が予め後見人を選定しておく制度です。あなたは、成年後見制度を利用したいと思いますか。



自身の人生の最終段階についての希望と準備については、「終末期医療、延命治療についての希望」が53.2%と最も多く、「自身の葬儀・墓についての希望」が38.6%、「自身の金融資産などの処分や相続についての希望」が37.7%、「自身の所有する家・土地などの処分や相続についての希望」が31.5%、「人生の最終段階を過ごす場所についての希望」が30.6%、「家族・近親者、友人に感謝の気持ちや希望を伝えること」が28.4%となっている（図表2-39）。

図表2-39 ご自身の人生の最終段階についての希望と準備（MA）

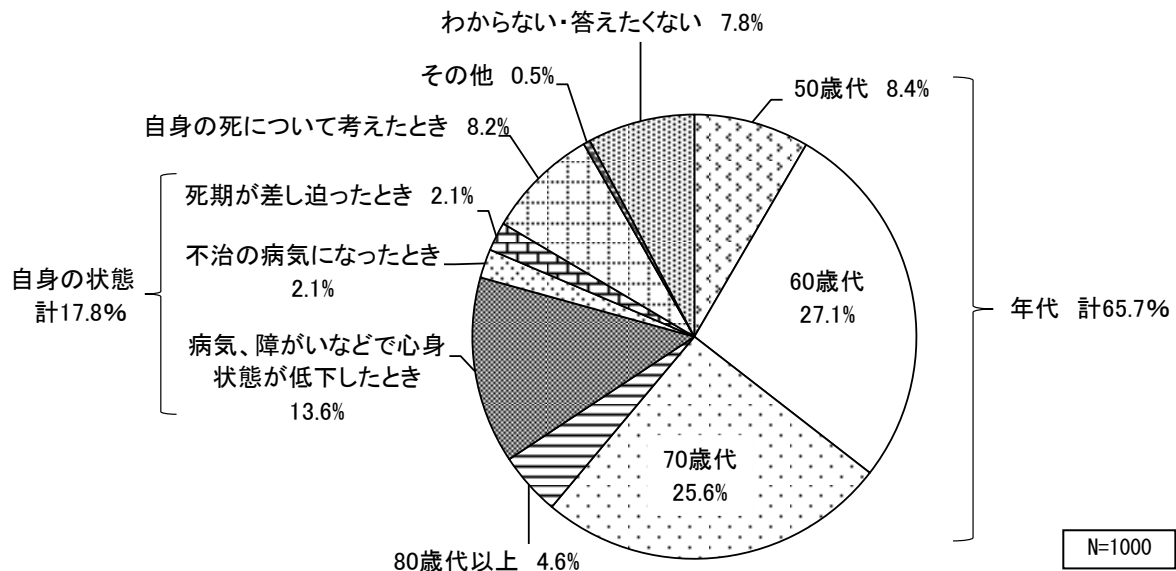
Q32. 家族・近親者を看取られた経験をふまえ、ご自身の人生の最終段階について、どのようなことを決めておいたり、準備しておくとういと思われませんか。（いくつでも）



自身の人生の最終段階についての準備をするのに良い時期については、「年代（50歳代～80歳代以上）」が計65.7%、「自身の状態」が計17.8%である（図表2-40）。

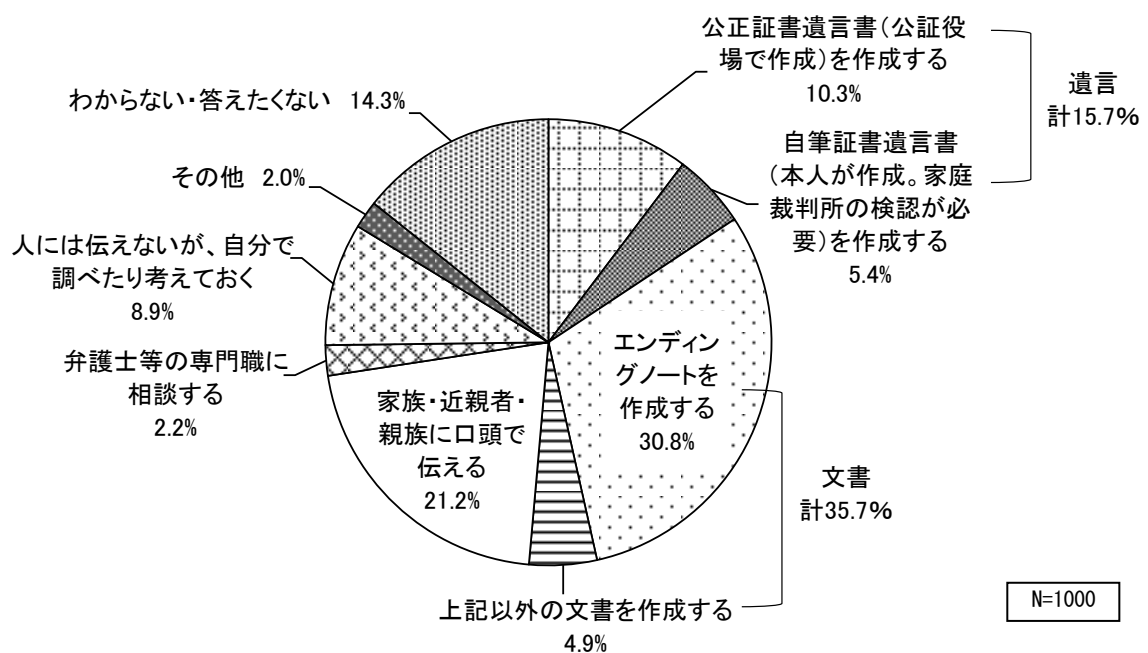
図表2-40 ご自身の人生の最終段階についての準備の時期（SA）

Q33. ご自身の人生の最終段階については、いつごろから希望を決めたり、準備をするのが良いと思いますか。最もお考えに近いもの一つを選んでください。



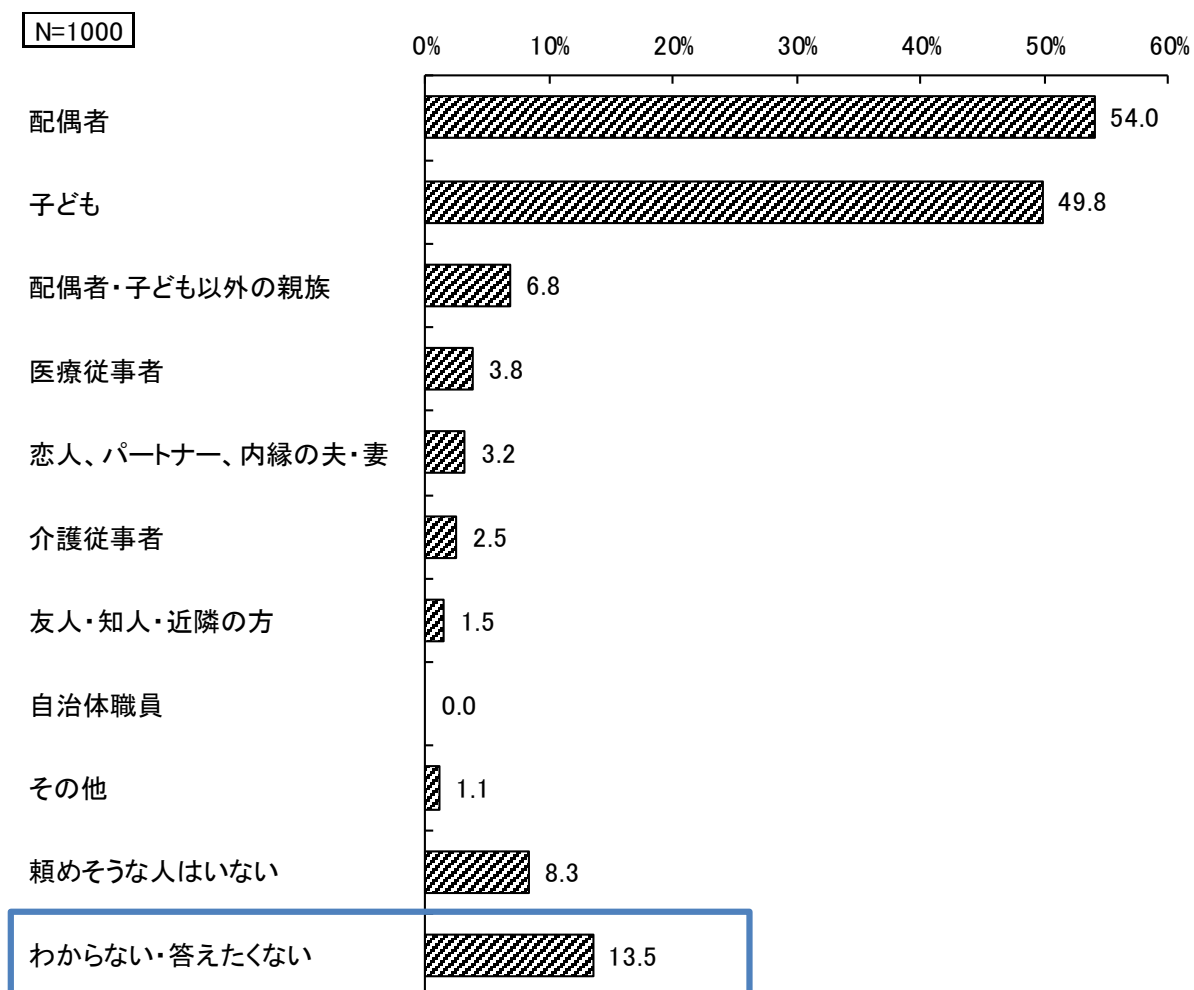
図表2-41 ご自身の人生の最終段階の準備（SA）

Q34. ご自身の人生の最終段階の準備はどのような形で行うのが良いと思いますか。最もお考えに近いもの一つを選んでください。



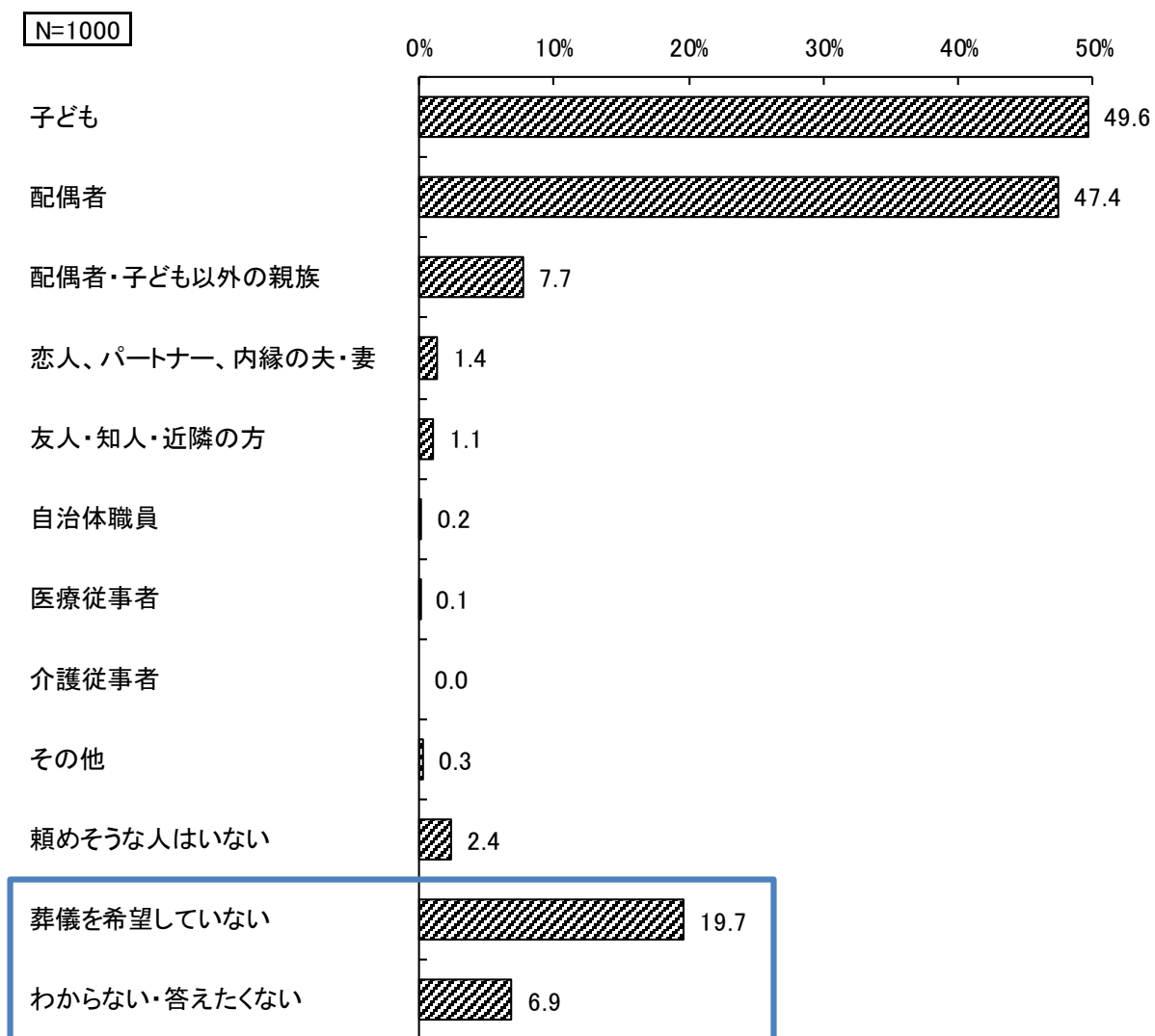
図表2-42 人生の最終段階を看取ってもらいたい人（MA）

Q35. あなたは将来、人生の最終段階を誰に看取ってほしいと思いますか。（いくつでも）。



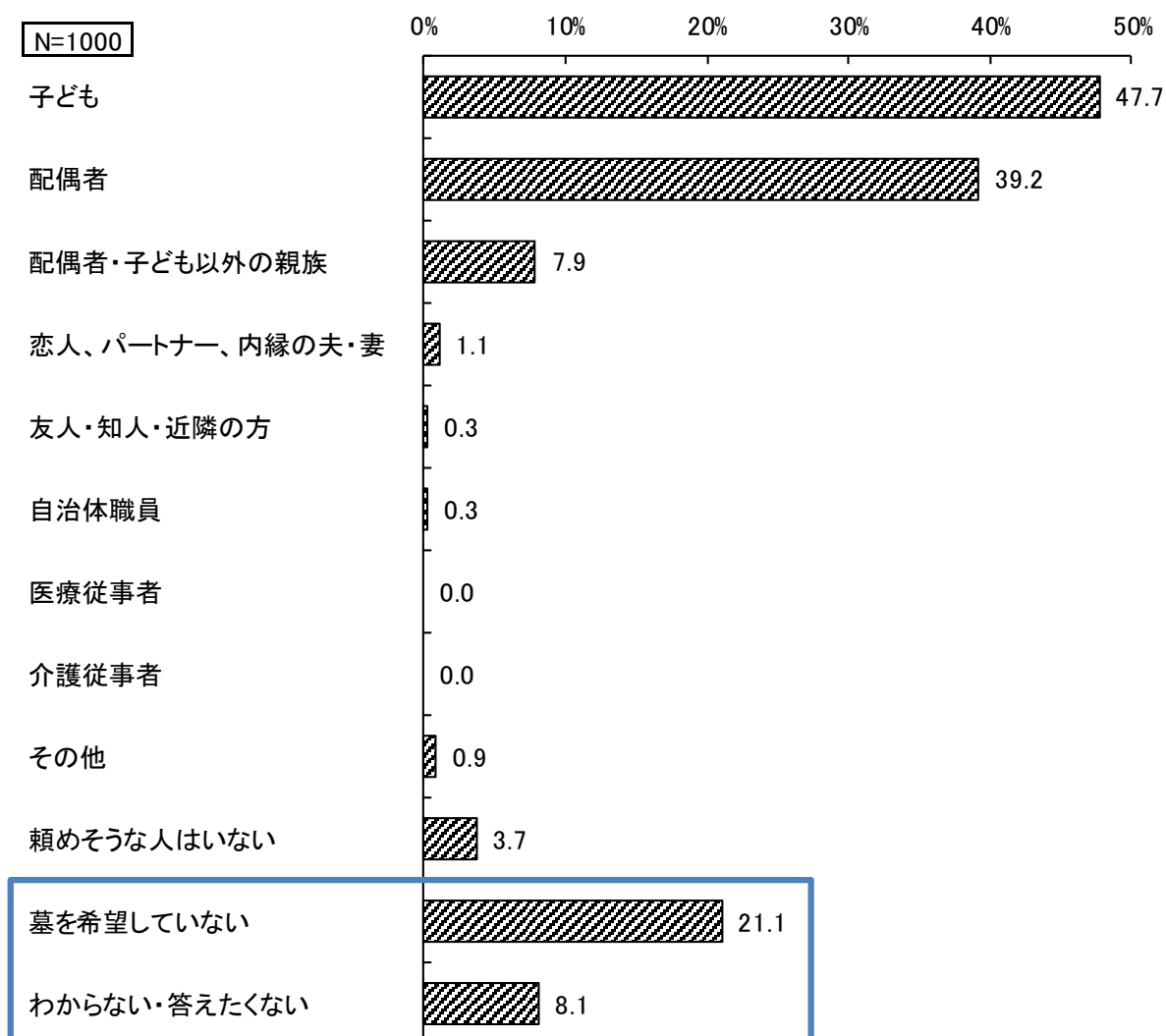
図表2-43 自身が亡くなった後に葬儀を行ってほしい人（MA）

Q36. あなたは、ご自身が亡くなられた後、葬儀をどなたに行ってほしいと思いますか。（いくつでも）



図表2-44 自身が亡くなった後に埋葬や墓の継承をしてほしい人（MA）

Q37. あなたは、ご自身が亡くなられた後、埋葬や墓の継承をどなたに行ってほしいと思いますか。
（いくつでも）

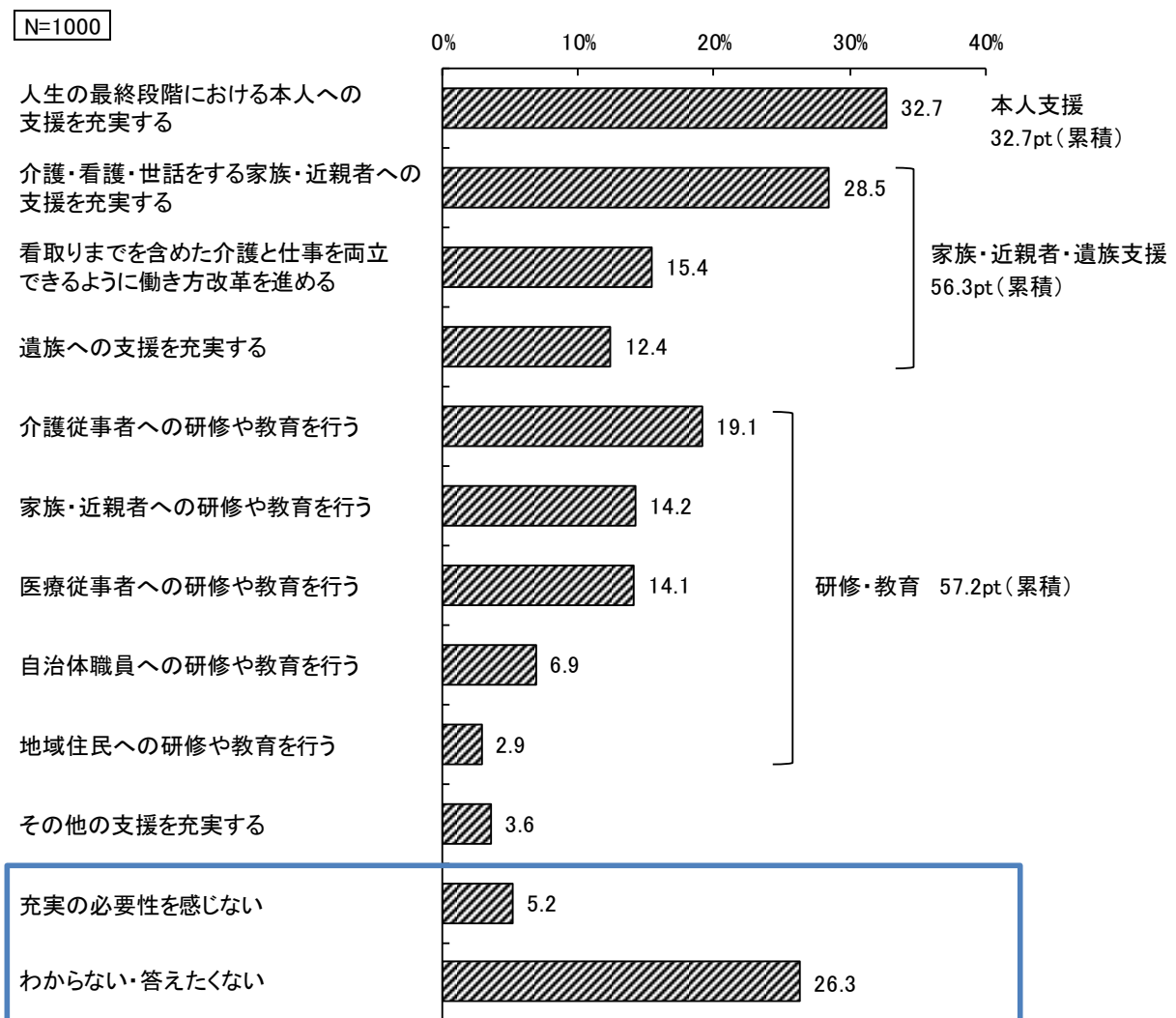


(10) 多死社会への対応について

エンドオブライフ・ケアの充実については、「本人支援」が 32.7%、「家族・近親者・遺族支援」が 56.3pt（累積）、「研修・教育」が 57.2 pt（累積）である（図表 2-45）。

図表2-45 エンドオブライフ・ケアの充実について（MA）

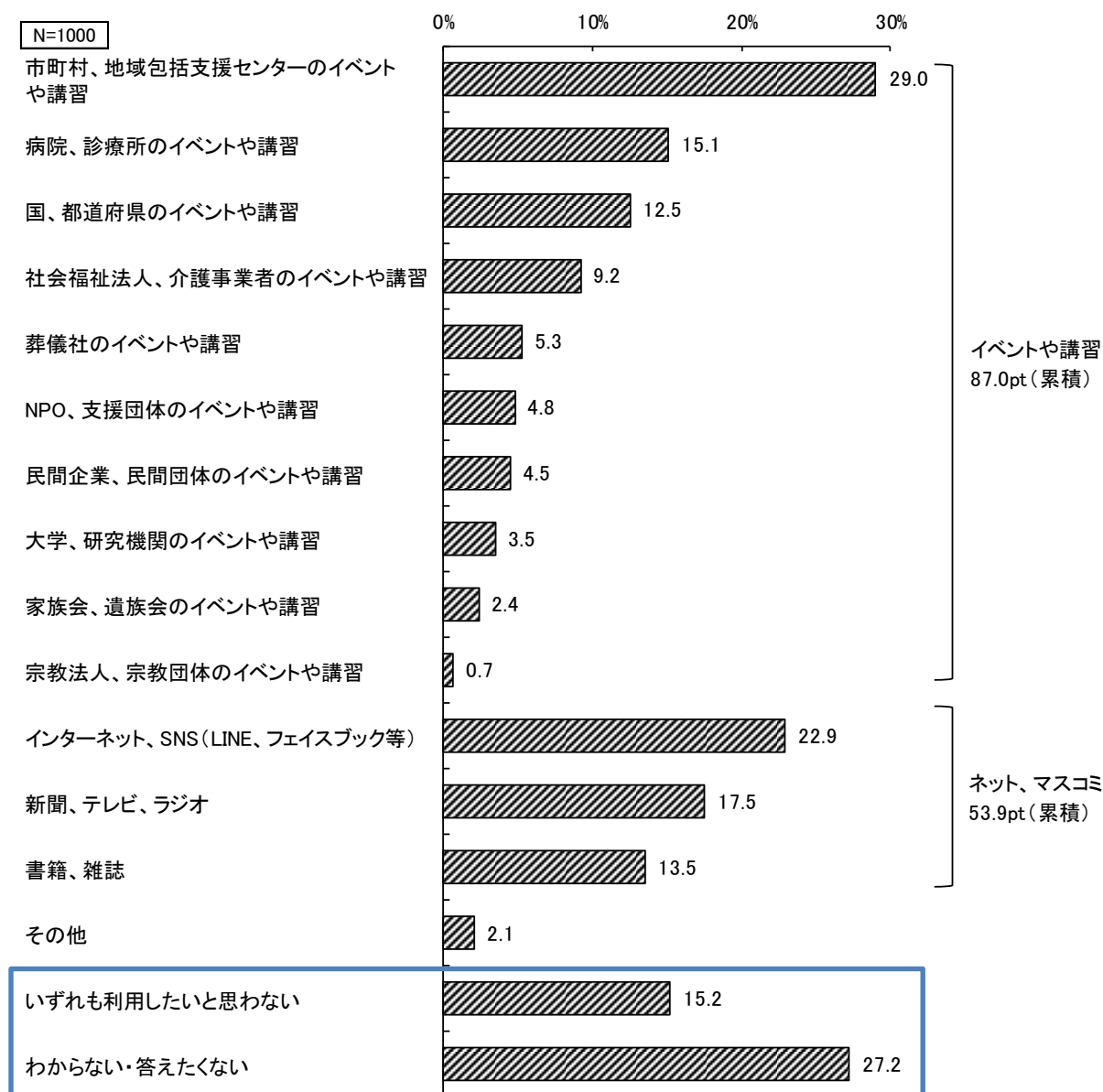
Q38. 日本はさらなる多死社会を迎えますが、あなたはこうした状況への対応として、エンドオブライフ・ケアを充実させていくことについてどのように思いますか。（3つまで）



エンドオブライフ・ケアの学習機会の利用については、「イベントや講習」が 87.0 pt（累積）、「ネット、マスコミ」が 53.9pt（累積）である（図表 2-46）。

図表2-46 エンドオブライフ・ケアの学習機会の利用（MA）

Q39. あなたは、今後、エンドオブライフ・ケアについて、情報を入手したり、学習する機会があったら利用したいと思いますか。（いくつでも）



(11) クロス集計の結果

人生の最終段階にあると認識してから、死に至るまでの期間による違いを分析することを目的として、Q 6に着目し、選択肢を集約した上でクロス集計を行った。

Q6. あなたが、「ご本人は人生の最終段階にある」と思われたのはいつごろですか。	
集約した区分	設問における選択肢
1. 直前・思っていなかった	1. 亡くなる直前 9. ご本人が人生の最終段階にあるとは思っていなかった
2. 1か月～3か月前	2. 亡くなる1ヶ月前 3. 亡くなる2～3ヶ月前
3. 4か月以上前	4. 亡くなる3ヶ月～半年前 5. 亡くなる半年～1年前 6. 亡くなる1年～2年前 7. 亡くなる2年～3年前 8. それより以前
当該分析での集計対象外	10. いずれともいえない 11. わからない

亡くなる2～3か月前の判断能力をみると、人生の最終段階と思った時期が亡くなる1～3か月前及び亡くなる4か月以上前では「判断能力が非常に衰えていた」が最も高いのに対して、亡くなる直前・（人生の最終段階と）思っていなかったでは「判断能力に衰えはなかった」が最も高くなっている（図表2-47）。

図表2-47 Q9.1：ご本人の判断能力（亡くなる2～3か月前）とのクロス集計

ご本人の判断能力 (亡くなる2～3か月前)	人生の最終段階と思った時期(件数)			人生の最終段階と思った時期(構成比)		
	亡くなる直前・ 思っていなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前	亡くなる直前・ 思っていなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前
判断能力が非常に衰えていた	80	128	92	 22.5%	 39.0%	 41.1%
判断能力に衰えがみられた	43	38	43	 12.1%	 11.6%	 19.2%
判断能力にやや衰えがみられた	64	60	38	 18.0%	 18.3%	 17.0%
判断能力に衰えはなかった	157	90	43	 44.2%	 27.4%	 19.2%
わからない	11	12	8	 3.1%	 3.7%	 3.6%
総計	355	328	224	100.0%	100.0%	100.0%

亡くなる2～3か月前とそれ以前を比べたケアの頻度や量の変化については、人生の最終段階と思った時期が亡くなる1～3か月前では「かなり増えた」が最も高くなっているのに対して、亡くなる直前・（人生の最終段階と）思っていなかったでは「変らない」が最も高くなっている。また、

「必要としていなかった」が18.3%あり、他の区分よりも顕著に高くなっている（図表2-48）。

図表2-48 Q11：以前と比べたケアの頻度や量の変化（亡くなる2～3か月前）とのクロス集計

以前と比べたケアの頻度や量の変化 (亡くなる2～3か月前)	人生の最終段階と思った時期(件数)			人生の最終段階と思った時期(構成比)		
	亡くなる直前・ 思ってたなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前	亡くなる直前・ 思ってたなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前
かなり増えた	45	114	49	 12.7%	 34.8%	 21.9%
少し増えた	72	106	70	 20.3%	 32.3%	 31.3%
変わらない	112	60	62	 31.5%	 18.3%	 27.7%
少し減った	6	4	6	 1.7%	 1.2%	 2.7%
かなり減った	6	1	2	 1.7%	 0.3%	 0.9%
どちらともいえない	25	21	12	 7.0%	 6.4%	 5.4%
わからない	24	10	14	 6.8%	 3.0%	 6.3%
必要としていなかった	65	12	9	 18.3%	 3.7%	 4.0%
総計	355	328	224	100.0%	100.0%	100.0%

図表2-49 Q21：あなたの精神的な負担とのクロス集計

あなたの精神的な負担	人生の最終段階と思った時期(件数)			人生の最終段階と思った時期(構成比)		
	亡くなる直前・ 思ってたなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前	亡くなる直前・ 思ってたなかった	亡くなる1か月 ～3か月前	亡くなる4か月 以上前
とても感じた	33	60	46	 9.3%	 18.3%	 20.5%
まあ感じた	79	144	70	 22.3%	 43.9%	 31.3%
あまり感じなかった	67	47	47	 18.9%	 14.3%	 21.0%
感じなかった	39	32	25	 11.0%	 9.8%	 11.2%
どちらともいえない	21	26	22	 5.9%	 7.9%	 9.8%
わからない	4	7	10	 1.1%	 2.1%	 4.5%
人生の最終段階と置いていなかった	112	12	4	 31.5%	 3.7%	 1.8%
総計	355	328	224	100.0%	100.0%	100.0%

本人の1年前の判断能力（Q9）について、詳細にみた結果を以下に示す。

Q9.2 人生の最終段階において、ご本人の判断能力はいかがでしたか（亡くなる1年前）。

Q9.2-1 判断能力が非常に衰えて、生活全般について意思決定をすることが難しかった

Q9.2-2 判断能力に衰えがみられ、複雑な事項について意思決定は難しかった

Q9.2-3 判断能力にやや衰えがみられたが、日常生活について意思決定はできた

Q9.2-4 判断能力に衰えはなかった

Q9.2-5 わからない

本人が亡くなる1年前の居場所をみると、1年前に判断能力に衰えがなかった場合は、自宅が8割以上あり、他の区分よりも自宅にいた割合が高くなっている（図表2-50）。

支援が必要になった原因が「認知症」であるか否かについてとのクロス集計をみると、1年前に判断能力に衰えはなかった場合は、「認知症」に該当する割合が1.8%と衰えがあった場合よりも顕著に低くなっている（図表2-52）。

図表2-50 本人の1年前の居場所とのクロス集計

Q7 1年前の居場所	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
医療機関	30.0%	17.4%	11.8%	7.8%	12.5%	13.3%
介護保険施設	32.9%	25.8%	16.0%	5.3%	7.5%	14.5%
サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム	6.4%	13.6%	4.2%	1.8%	2.5%	4.6%
グループホーム	3.6%	2.3%	2.1%	0.4%	0.0%	1.5%
自宅(あなたを含む家族と同居)	14.3%	18.2%	19.4%	23.7%	22.5%	20.6%
自宅(あなた以外の親族と同居)	10.7%	15.9%	34.2%	42.4%	25.0%	31.8%
自宅(一人暮らし)	1.4%	5.3%	11.8%	15.1%	5.0%	10.7%
その他	0.0%	1.5%	0.4%	2.2%	5.0%	1.5%
わからない	0.7%	0.0%	0.0%	1.3%	20.0%	1.5%

図表2-51 支援が必要となった原因が「がん」とのクロス集計

Q3-1 がん	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
該当	7.9%	18.9%	33.8%	43.9%	32.5%	32.7%
非該当	92.1%	81.1%	66.2%	56.1%	67.5%	67.3%

図表2-52 支援が必要となった原因が「認知症」とのクロス集計

Q3-5 認知症	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
該当	45.0%	49.2%	18.6%	1.8%	7.5%	18.3%
非該当	55.0%	50.8%	81.4%	98.2%	92.5%	81.7%

図表2-53 支援が必要となった原因が「高齢による衰弱」とのクロス集計

Q3-7 高齢による衰弱	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
該当	28.6%	43.2%	38.8%	16.9%	15.0%	27.1%
非該当	71.4%	56.8%	61.2%	83.1%	85.0%	72.9%

図表2-54 本人が人生の最終段階にあると思った時期とのクロス集計

Q6	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
亡くなる直前	15.0%	18.2%	16.0%	23.9%	17.5%	19.8%
亡くなる1ヶ月前	15.0%	15.9%	17.7%	19.5%	12.5%	17.7%
亡くなる2～3ヶ月前	12.1%	22.0%	13.9%	14.9%	12.5%	15.1%
亡くなる3ヶ月～半年前	8.6%	7.6%	8.9%	7.1%	7.5%	7.8%
亡くなる半年～1年前	7.1%	9.1%	9.3%	4.9%	7.5%	6.9%
亡くなる1年～2年前	7.9%	6.1%	4.2%	2.4%	0.0%	4.0%
亡くなる2年～3年前	5.0%	1.5%	3.0%	1.6%	2.5%	2.4%
それより以前	5.0%	0.8%	0.8%	0.7%	0.0%	1.3%
人生の最終段階とは思っていなかった	10.7%	13.6%	16.5%	18.2%	7.5%	15.7%
いずれともいえない	11.4%	3.8%	8.0%	5.1%	17.5%	7.0%
わからない	2.1%	1.5%	1.7%	1.8%	15.0%	2.3%

本人が亡くなる1年前の要介護度をみると、1年前に判断能力に衰えがなかった場合は、未認定で総合事業を利用と自立（認定申請中を含む）を合わせると5割程度となっており、他の区分よりも顕著に高くなっている（図表2-55）。

図表2-55 本人の1年前の要介護認定とのクロス集計

Q8 1年前の要介護認定	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
未認定で総合事業を利用	5.0%	3.0%	5.5%	11.1%	2.5%	7.5%
要支援1	1.4%	5.3%	4.2%	5.1%	0.0%	4.2%
要支援2	0.0%	1.5%	7.6%	4.2%	2.5%	4.0%
要介護1	2.1%	6.8%	5.5%	2.7%	0.0%	3.7%
要介護2	5.0%	12.1%	12.7%	4.2%	5.0%	7.4%
要介護3	12.1%	15.9%	17.3%	6.7%	0.0%	10.9%
要介護4	20.0%	15.2%	6.8%	2.9%	0.0%	7.7%
要介護5	41.4%	15.2%	3.8%	2.7%	5.0%	10.1%
自立（認定申請中を含む）	0.7%	9.1%	14.8%	38.4%	2.5%	22.2%
わからない	12.1%	15.9%	21.9%	22.2%	82.5%	22.3%

図表2-56 支援の頻度（1年前）とのクロス集計

Q10 1年前の支援の頻度	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
週に6～7日程度	15.7%	8.3%	8.9%	8.6%	2.5%	9.4%
週に3～5日程度	12.1%	10.6%	8.4%	2.7%	2.5%	6.4%
週に1～2日程度	10.0%	18.9%	16.0%	9.5%	2.5%	12.1%
月に数回程度	18.6%	18.2%	19.4%	16.4%	10.0%	17.4%
1年に数回程度	5.0%	13.6%	10.1%	8.6%	2.5%	8.9%
不定期に介護・看護・お世話をしていた	3.6%	3.0%	4.6%	2.0%	5.0%	3.1%
自宅であなた以外の家族などから介護・看護・お世話を受けていた	2.1%	6.8%	9.3%	7.8%	22.5%	7.8%
病院で介護・看護・お世話を受けていた	11.4%	6.8%	2.5%	2.7%	2.5%	4.4%
施設で介護・看護・お世話を受けていた	20.7%	12.9%	8.0%	2.9%	5.0%	8.0%
介護・看護・お世話は必要なかった	0.7%	0.8%	12.7%	38.8%	45.0%	22.5%

スピリチュアル・ペインについては、1年前に判断能力に衰えがなかった場合の「感じたことがある」の割合は「感じたことはない」の割合の2倍以上となっているのに対し、他の区分ではほぼ同じ割合か1.5倍程度にとどまっている（図表2-57）。

図表2-57 スピリチュアル・ペインとのクロス集計

Q17 スピリチュアル・ペイン	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
感じたことがある	22.1%	33.3%	28.3%	34.8%	7.5%	30.2%
感じたことはない	22.9%	22.0%	22.8%	16.0%	12.5%	19.2%
どちらともいえない	25.7%	29.5%	26.6%	24.2%	42.5%	26.4%
わからない	20.7%	8.3%	12.2%	10.4%	20.0%	12.4%
人生の最終段階にあると思っていなかった	8.6%	6.8%	10.1%	14.6%	17.5%	11.8%

図表2-58 回答者自身のつらさとのクロス集計

Q18 回答者自身のつらさ	亡くなる1年前の本人の判断能力					
	Q9.2-1	Q9.2-2	Q9.2-3	Q9.2-4	Q9.2-5	総計
N数	140	132	237	451	40	1000
とても感じた	22.9%	21.2%	24.1%	32.8%	20.0%	27.3%
感じた	37.9%	38.6%	36.3%	30.4%	27.5%	33.8%
あまり感じなかった	12.9%	15.9%	14.3%	10.4%	20.0%	12.8%
感じなかった	7.1%	3.8%	3.8%	3.5%	5.0%	4.2%
どちらともいえない	10.0%	13.6%	10.5%	8.4%	10.0%	9.9%
人生の最終段階にあると思っていなかった	9.3%	6.8%	11.0%	14.4%	17.5%	12.0%

第3章 介護従事者アンケート調査の結果

1. 調査概要

(1) 調査目的

介護従事者の看取りやエンドオブライフ・ケアの実施状況、困っていること、今後の取り組みへの考え、課題等についての基礎データの収集を試みた。死を目前にして解決できない苦しみ（いわゆる「スピリチュアル・ペイン」）を抱えている利用者に対する「スピリチュアル・ケア」の実施状況、「アドバンス・ケア・プランニング」の認知・実施状況等についても調査を行った。

(2) 実施概要

『民間事業者の質を高める』一般社団法人 全国介護事業者協議会の協力の下、正会員、団体会員の計 400 社にそれぞれ 4 通の調査票を送付し、自社の従業員のうち看取りの経験のある方に配布いただき、回答を依頼した。看取りの経験のある従事者がいない場合は看取りの経験が無い方の回答も可としている。

配布・回収状況：400 社に計 1600 票送付、有効回答数 329 通（有効回収率 20.6%）

実施方法：無記名式、郵送回収

実施時期：平成 29 年 12 月

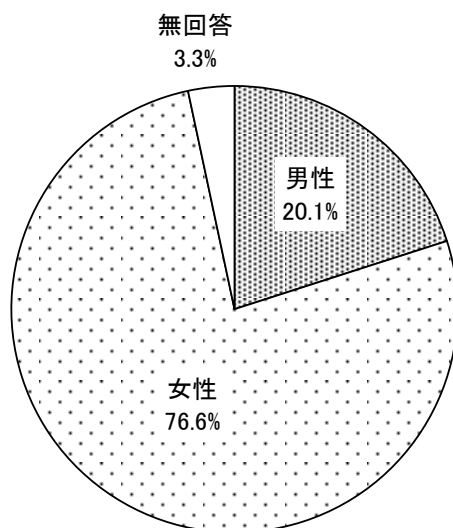
調査項目：

- ・看取りの実施状況
- ・エンドオブライフ・ケアの実施状況（「スピリチュアル・ケア」を含む）、困っていること
- ・うまく看取ることができた事例、うまく看取ることができなかった事例
- ・今後の看取り、エンドオブライフ・ケアへの対応意向
- ・エンドオブライフ・ケアについて望むこと 等

2. 調査結果

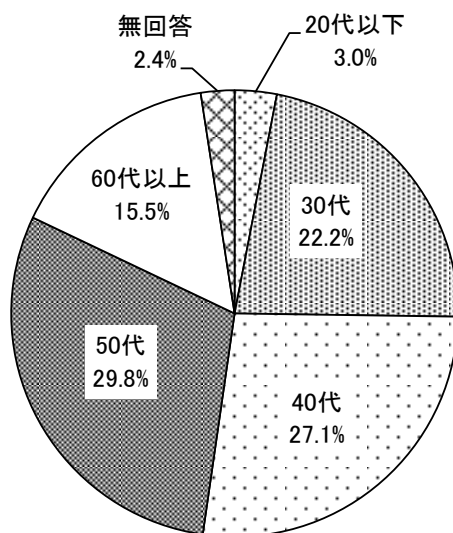
(1) あなたご自身について（平成 29 年 12 月 1 日時点）

図表 3-1 ①性別



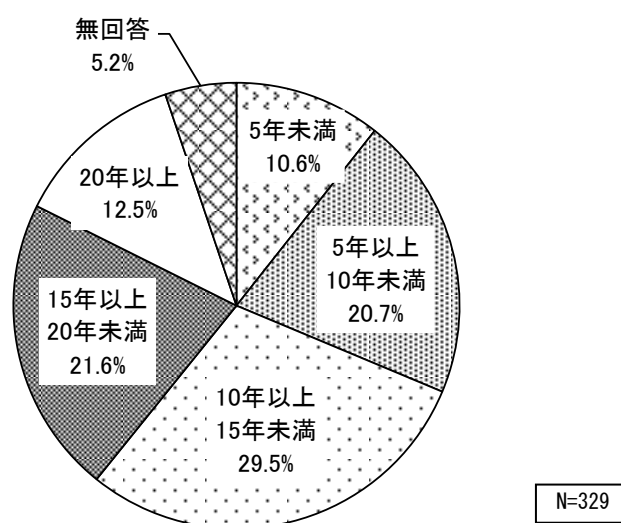
N=329

図表 3-2 ②年齢



N=329

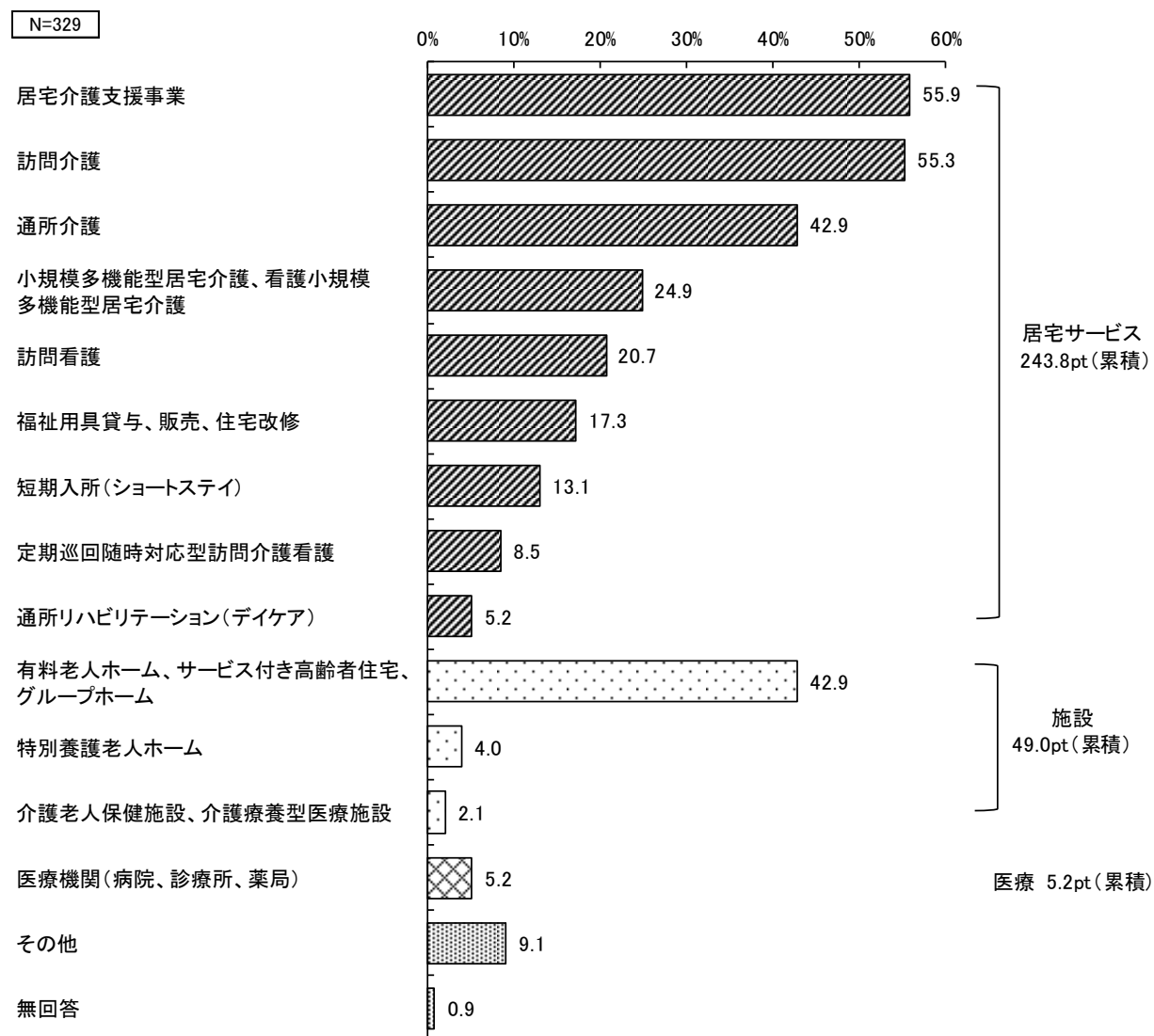
図表 3-3 ③介護に従事している年月数



勤務先の事業者が実施している事業については、「居宅介護支援事業」が 55.9%、「訪問介護」が 55.3%と半数を超え、「通所介護」が 42.9%、「有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム」が 42.9%と半数近くなっている（図表 3-4）。

図表3-4 勤務先の事業者が実施している事業(MA)

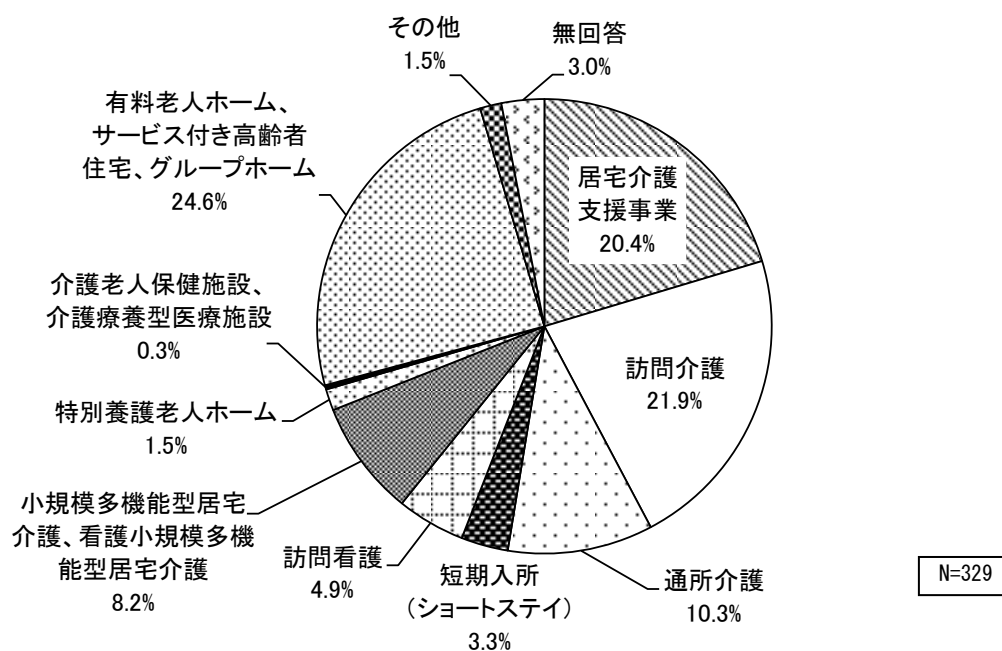
問1 あなたの勤務先の事業者が実施している事業（あてはまるものすべてに○）



勤務している事業者が実施している事業の上位3位は、「有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム」が24.6%、「訪問介護」が21.9%、「居宅介護支援事業」が20.4%である（図表3-5）。

図表3-5 勤務している事業者が実施している事業(SA)

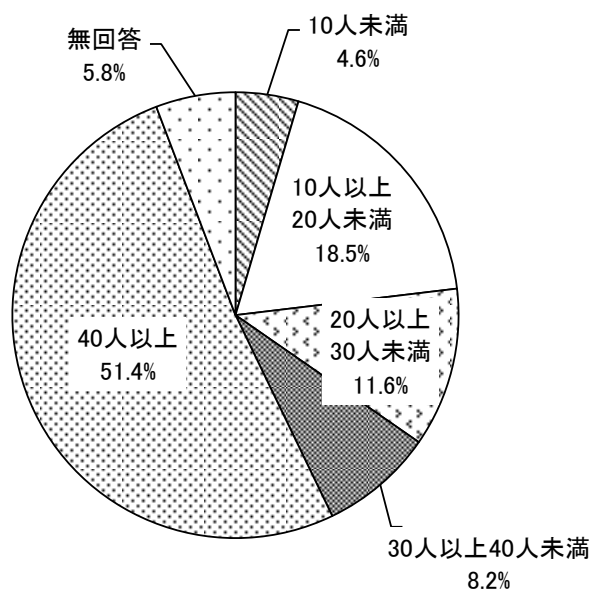
問2 問1のうち、あなたが勤務している事業所が実施している事業の番号を記入してください。



勤務している事業所の利用人数については、「40人以上」が51.4%と半数を超え、「10人以上20人未満」が18.5%、「20人以上30人未満」が11.6%である（図表3-6）。

図表3-6 勤務している事業所の利用人数(SA)

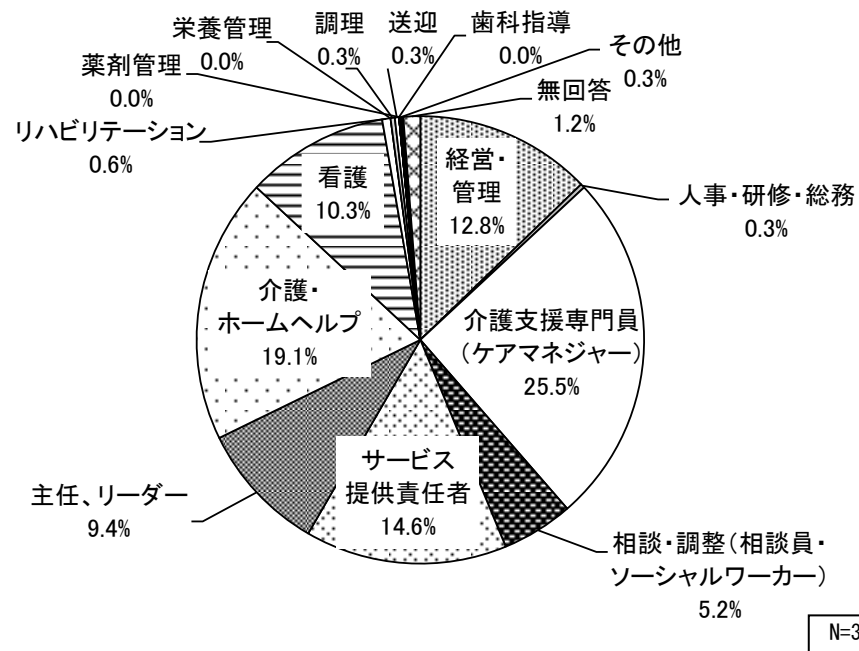
付問2-1 平成29年12月1日時点で、あなたが勤務している事業所の利用者数を記入してください。



N=329

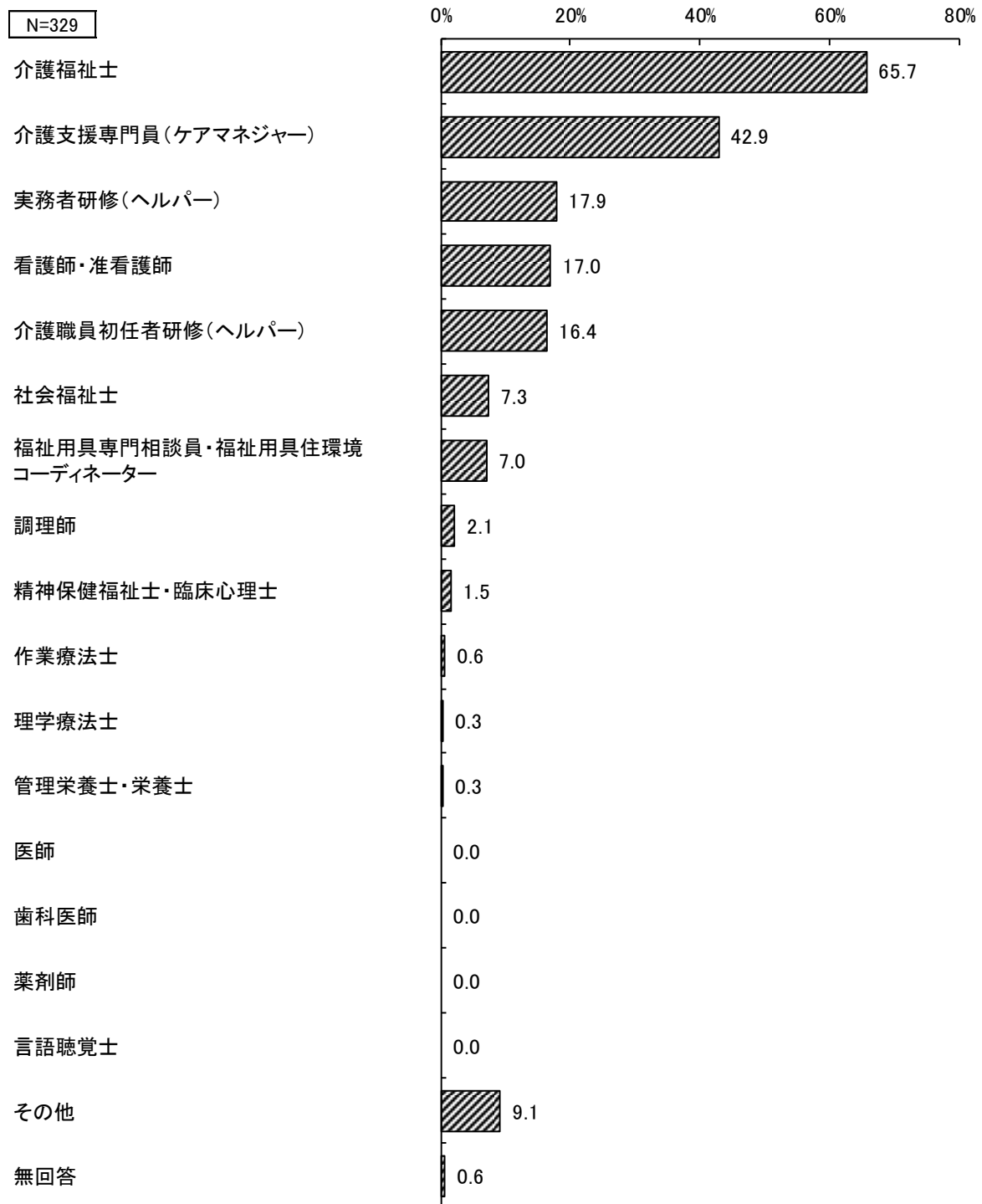
図表3-7 現在従事している業務(SA)

問3 現在、あなたが従事している業務（主なものに○）



図表3-8 保有資格(MA)

問4 あなたが保有している資格（あてはまるものすべてに○）

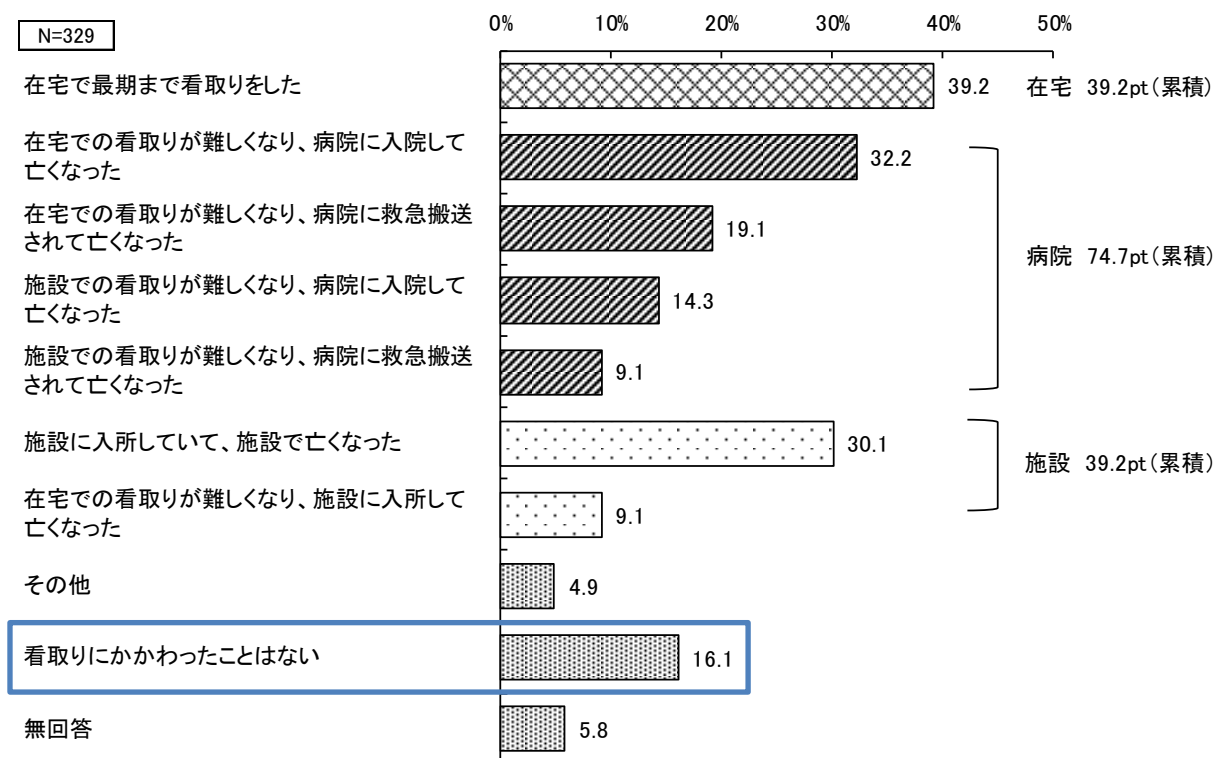


(2) あなたのエンドオブライフ・ケアの経験

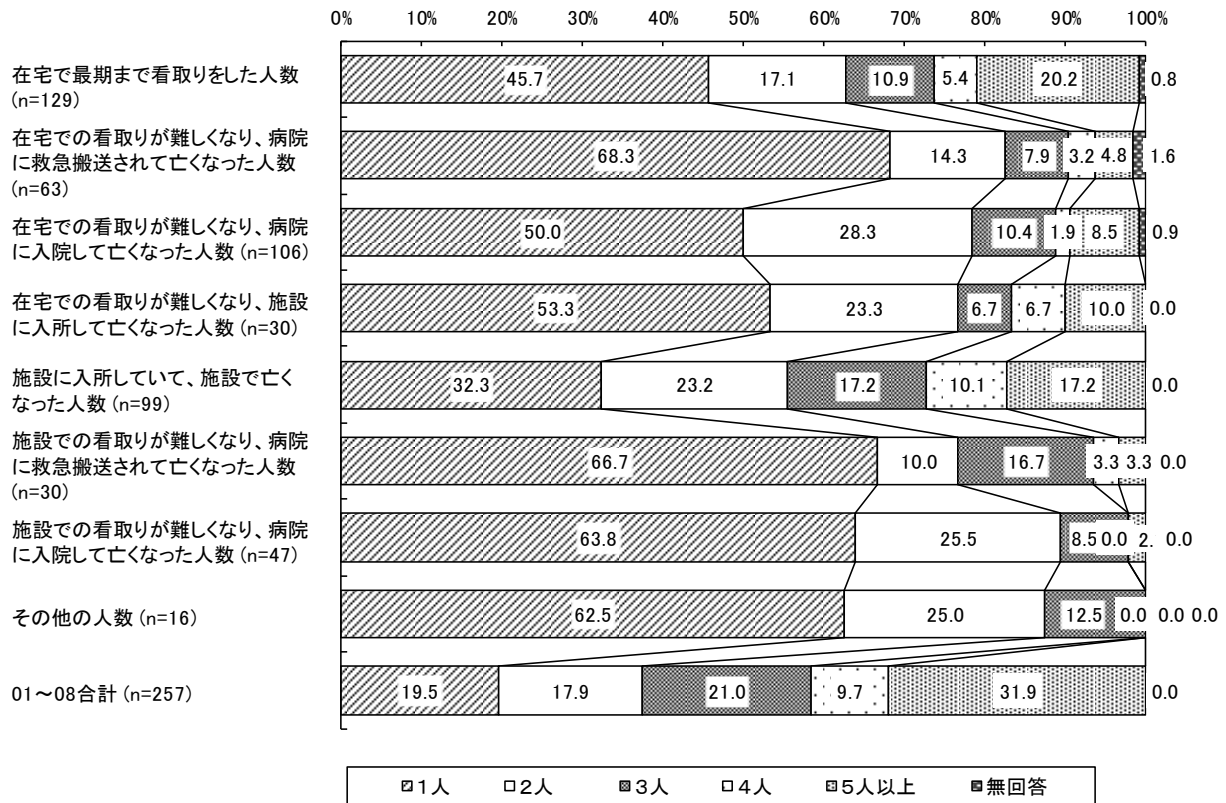
この1年間にかかわった看取りについては、「在宅で最期まで看取りをした」が39.2%と最も多いが、累積ポイントでみると「病院」が74.7pt(累積)と多くなっている(図表3-9)。

図表3-9 かかわった看取り(MA)

問5 あなたは、この1年間に、死が近い利用者の介護、いわゆる「看取り」にどのくらいかかわったことがありますか。人数をお書きください。

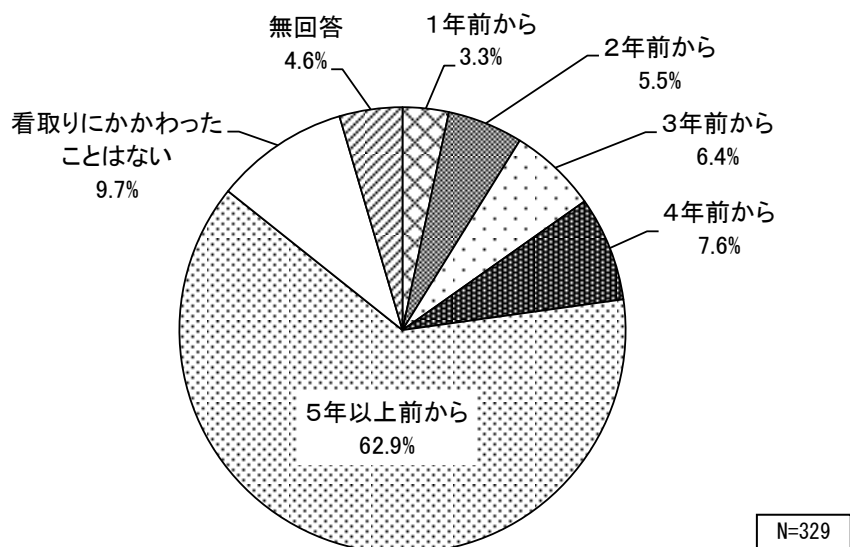


図表3-10 かかわった看取りの人数(MA)



図表3-11 初めて業務で看取りにかかわった時期(SA)

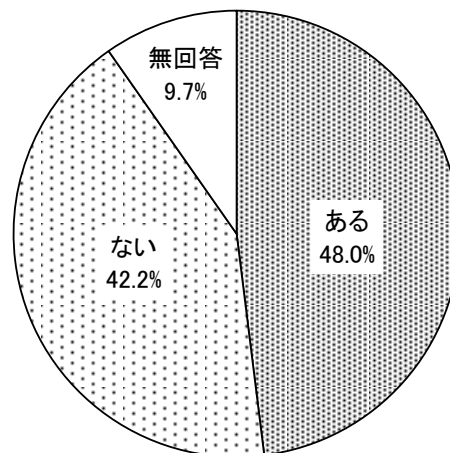
問6 あなたが、初めて業務で「看取り」にかかわったのはいつですか（一つに○）



業務において、自身がかかわって在宅で最期まで看取りをした経験については、「ある」が48.0%、「ない」が42.2%となっている（図表3-12）。

図表3-12 業務で自身がかかわって在宅で最期まで看取りをした経験(SA)

問7 業務において、これまでにご自身がかかわられて、在宅で最期まで看取りをした経験がありますか。
(一つに○)



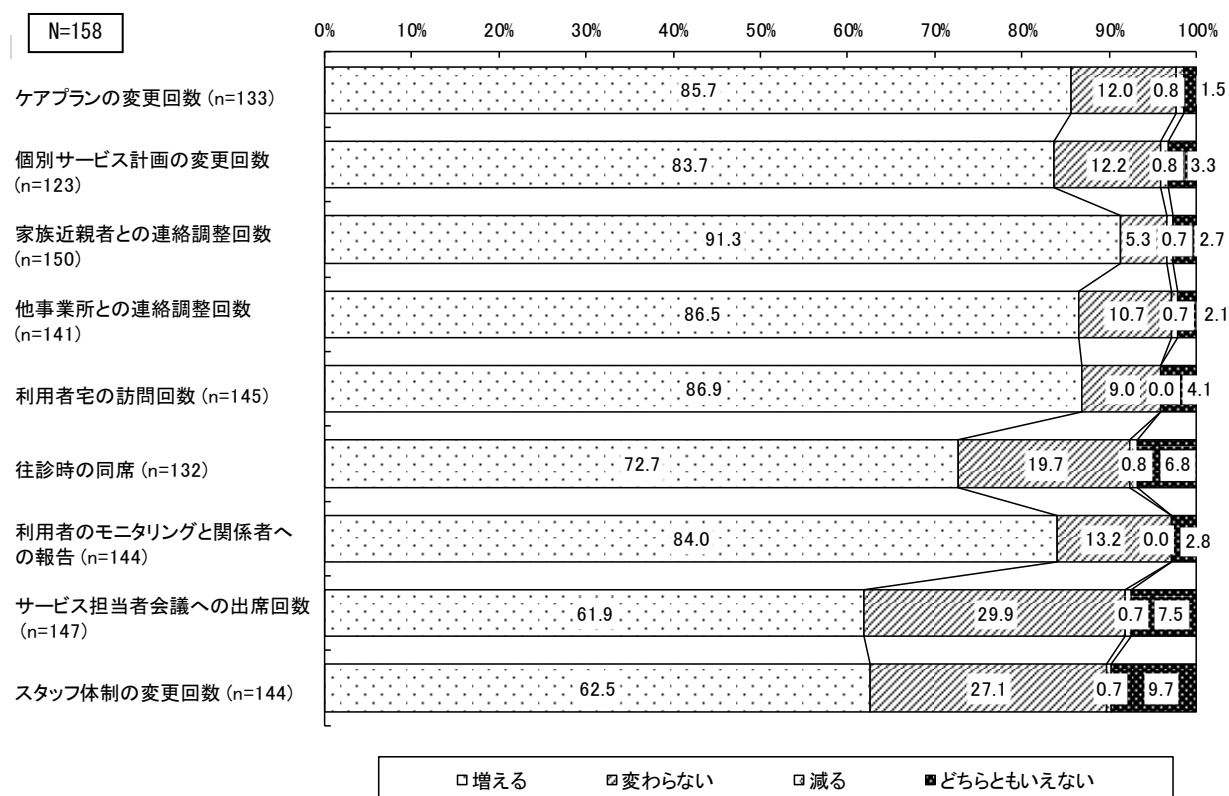
N=329

人生の最終段階における利用者とかかわる頻度の変化については、全項目で6割以上となっており、亡くなる3ヶ月以前よりかかわる頻度が増えている（図表3-13）。

「家族・近親者との連絡調整回数」が9割以上と最も多く、「ケアプランの変更回数」、「個別サービス計画の変更回数」、「他事行所との連絡調整回数」、「利用者宅の訪問回数」、「利用者のモニタリングと関係者への報告」が8割以上となっている。

図表3-13 人生の最終段階における利用者とかかわる頻度の変化（亡くなる3ヶ月とそれ以前）(SA)

付問7-1 あなたが業務において、在宅で最期まで看取りをされた事例についてうかがいます。
人生の最終段階において、利用者とかかわる頻度は変わりましたか？概ね、亡くなる3ヶ月とそれ以前を比較して回答ください（それぞれについて一つに○）。



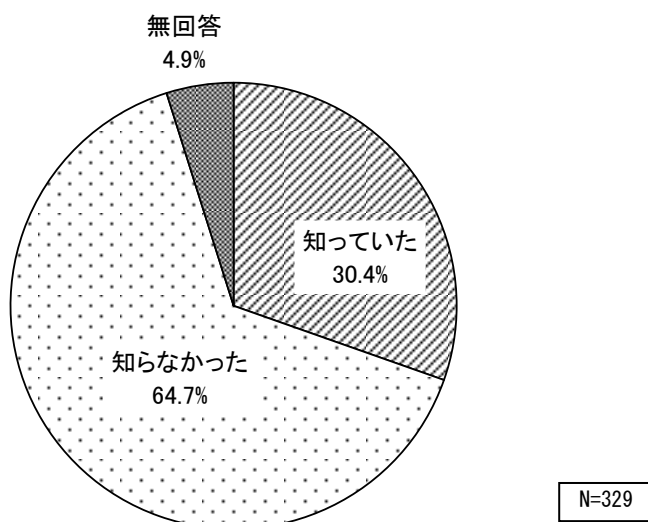
（３）自分の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ペイン」について

スピリチュアル・ペインという言葉については、「知っていた」は 30.4%で 3 割にとどまっている（図表 3-14）。

図表3-14 スピリチュアル・ペインという言葉について(SA)

問8 あなたは「スピリチュアル・ペイン」(注1)という言葉を知っていましたか(一つに○)。

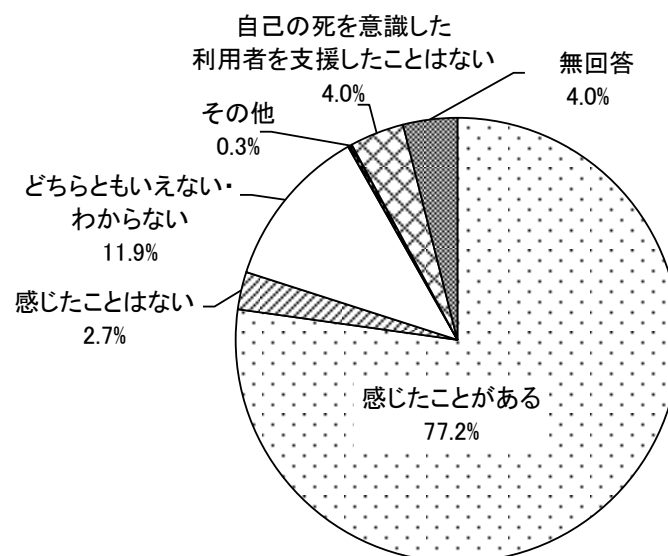
(注1)「スピリチュアル・ペイン」とは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」であり、「その理不尽な思いから生まれる苦しみは、答えることができない」とされています。（出典：村田久行『ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から』）



業務において、利用者から「スピリチュアル・ペイン」を感じたことがあるかについては、「感じたことがある」が77.2%と8割近くが感じている（図表3-15）。

図表3-15 業務で利用者からスピリチュアル・ペインを感じたこと(SA)

問9 あなたは、業務において、自己の死を意識した利用者から「スピリチュアル・ペイン」を感じたことがありますか（一つに○）。

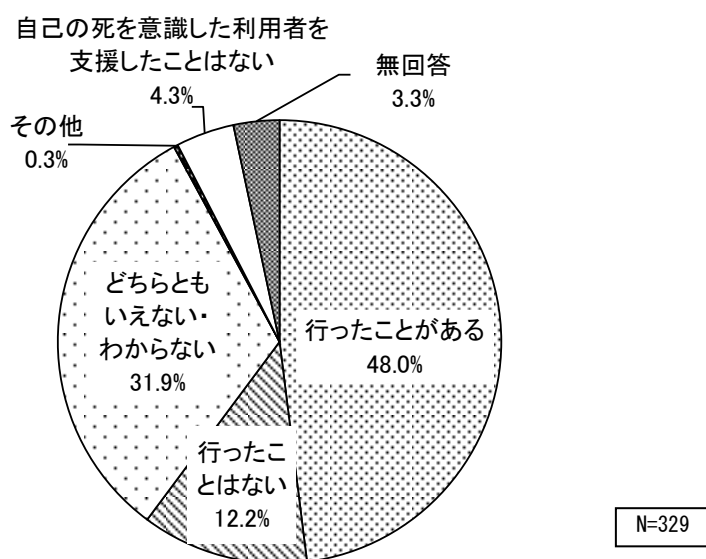


N=329

業務において、利用者のスピリチュアル・ケアを行ったことがあるかについては、「行ったことがある」が48.0%とおおよそ半数を占めているが、「どちらともいえない・わからない」が31.9%と多い（図表 3-16）。

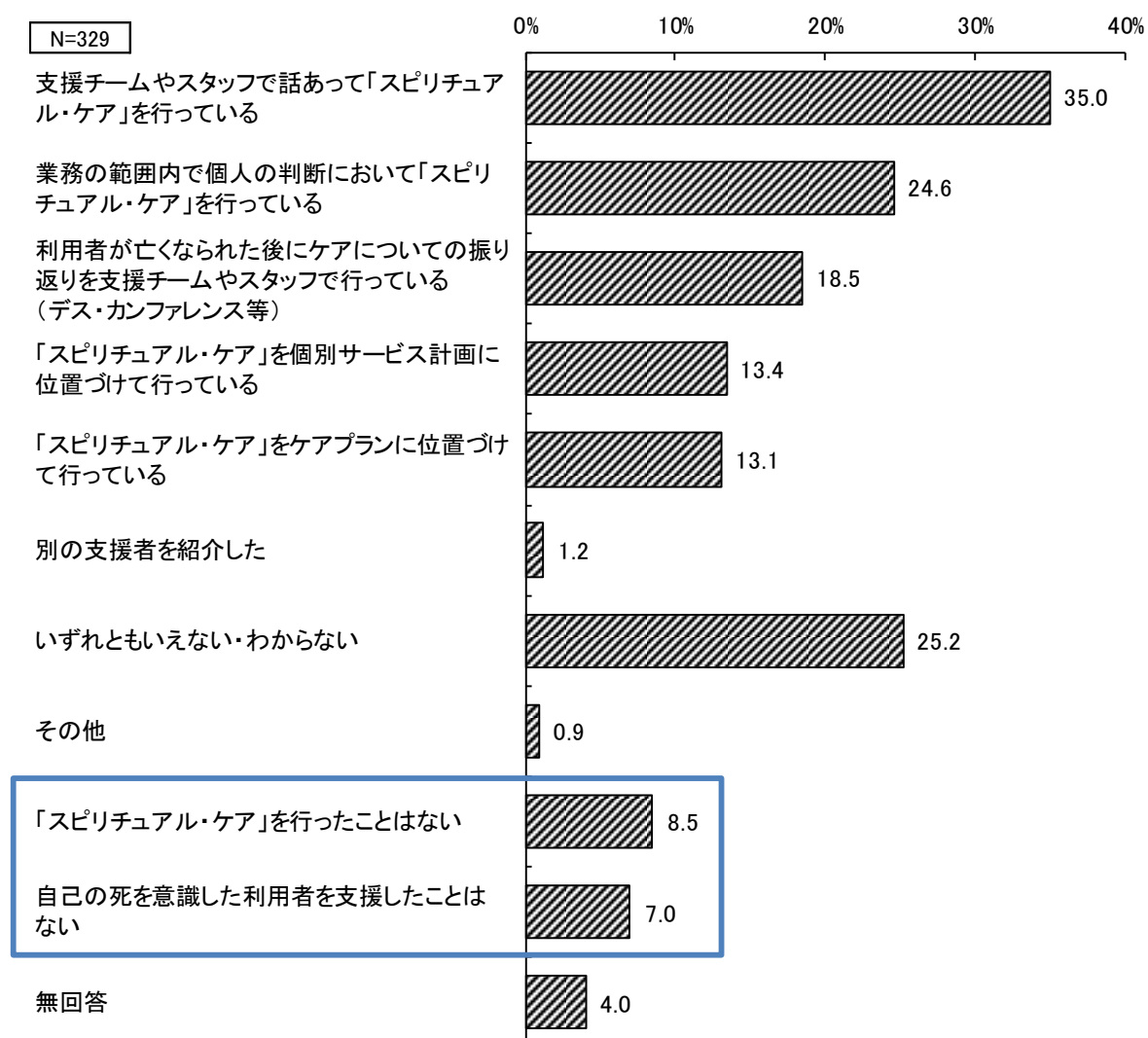
図表3-16 業務で利用者のスピリチュアル・ケアを行ったこと(SA)

- 問 10 あなたは、業務において、自己の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ケア」（注2）を行ったことがありますか（一つに○）。
- （注2）エンドオブライフにおける利用者のスピリチュアル・ペインへの対応として、援助者は利用者のそばで、その苦しみに寄り添うことが大切であるといわれています。



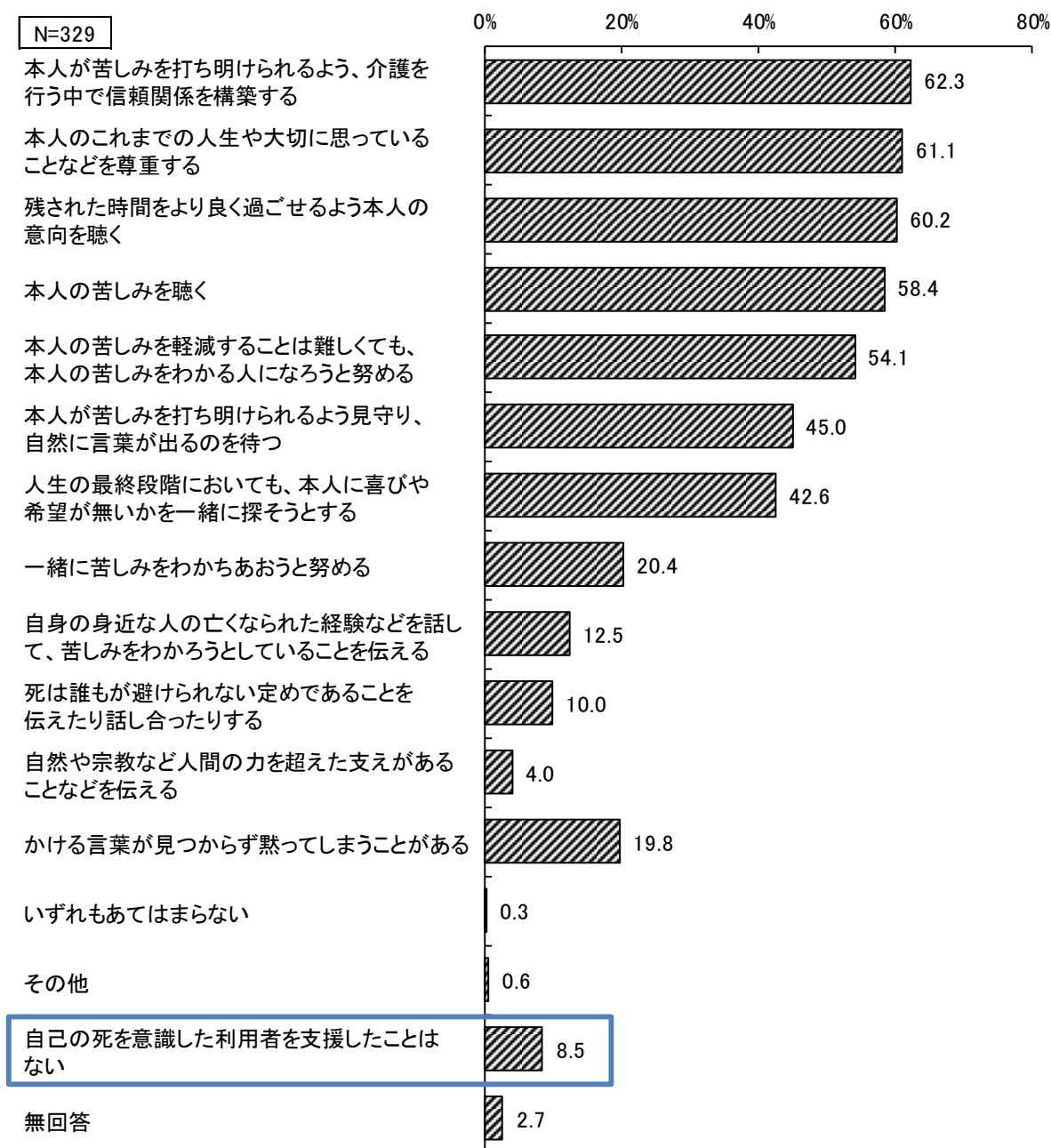
図表3-17 勤務先の事業所でのスピリチュアル・ケアの位置付け(MA)

問 11 あなたの勤務先の事業所では、自己の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ケア」をどのように位置づけて行っていますか（あてはまるものすべてに○）。



図表3-18 自己の死を意識した利用者への接し方(MA)

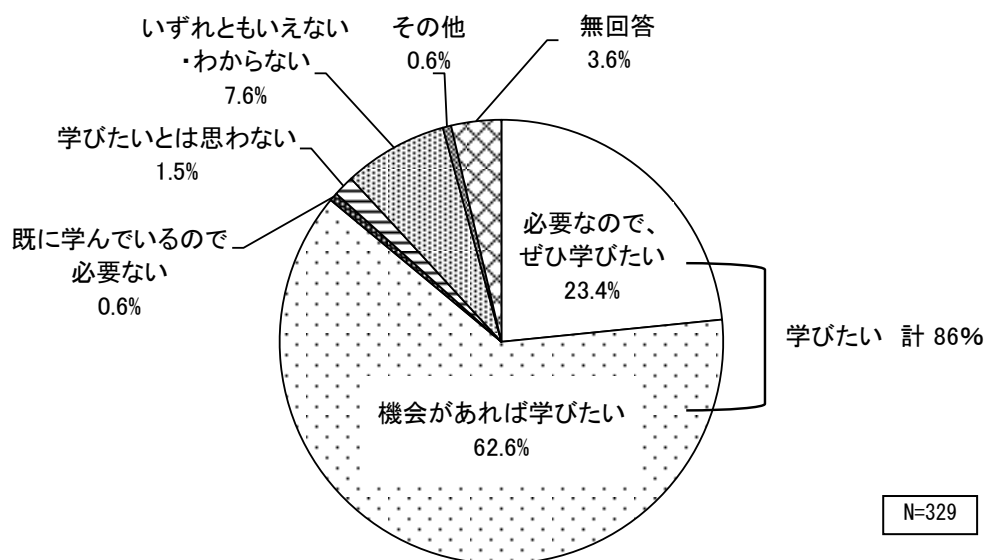
問 12 あなたは、自己の死を意識した利用者にどのように接していますか（あてはまるものすべてに○）。



自己の死を意識した利用者のスピリチュアル・ケアについて学びたいかについては、「学びたい」が計 86%と多い（図表 3-19）。

図表3-19 自己の死を意識した利用者のスピリチュアル・ケアについて学びたいか(SA)

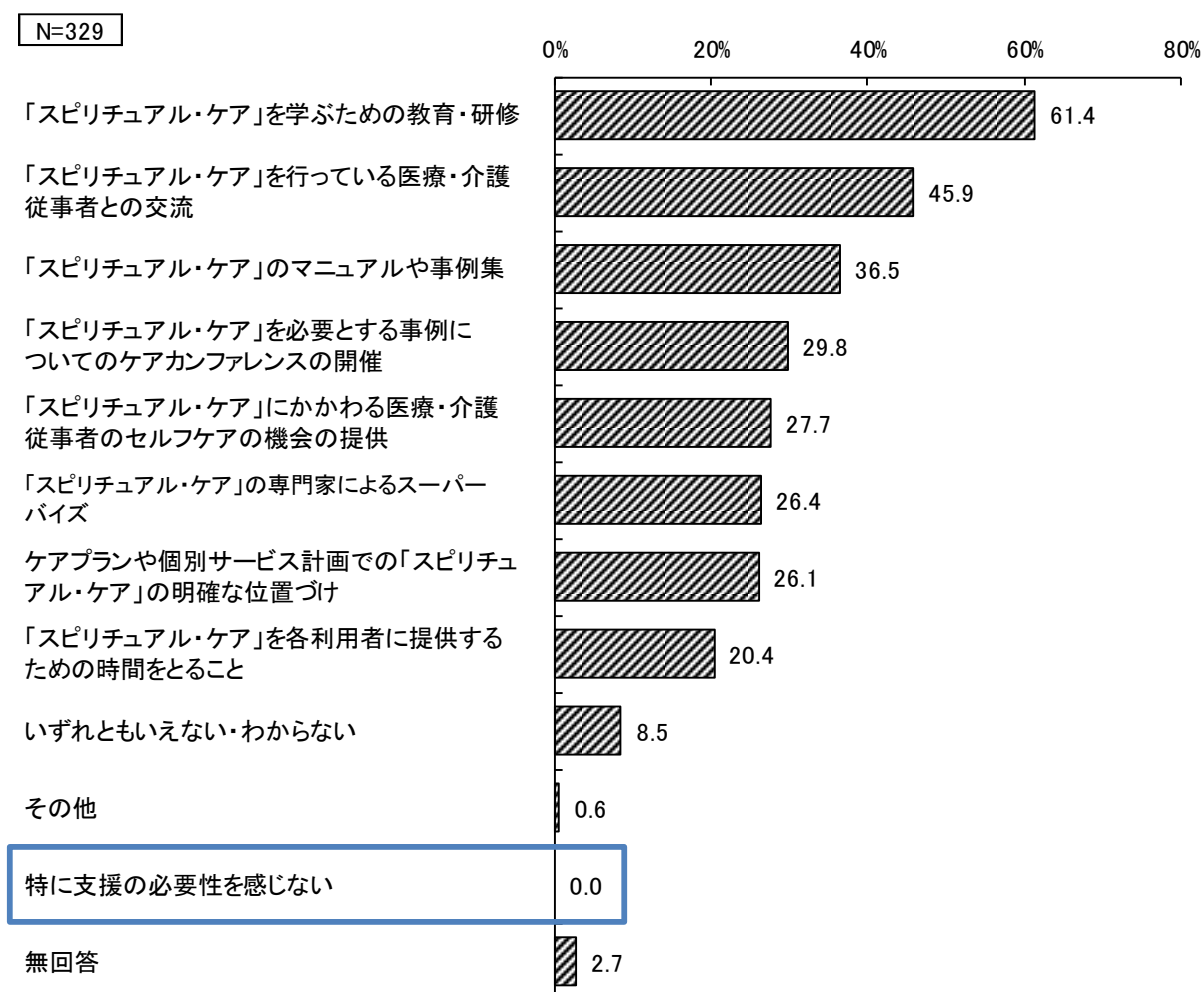
問 13 あなたは、自己の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ケア」について学びたいと思いますか（一つに○）。



スピリチュアル・ケアを行う上であると良いと思う支援についての上位3位は、「スピリチュアル・ケアを学ぶための教育・研修」が61.4%、「スピリチュアル・ケアを行っている医療・介護従事者との交流」が45.9%、「スピリチュアル・ケアのマニュアルや事例集」が36.5%となっている（図表3-20）。

図表3-20 スピリチュアル・ケアを行う上で良いと思う支援(MA)

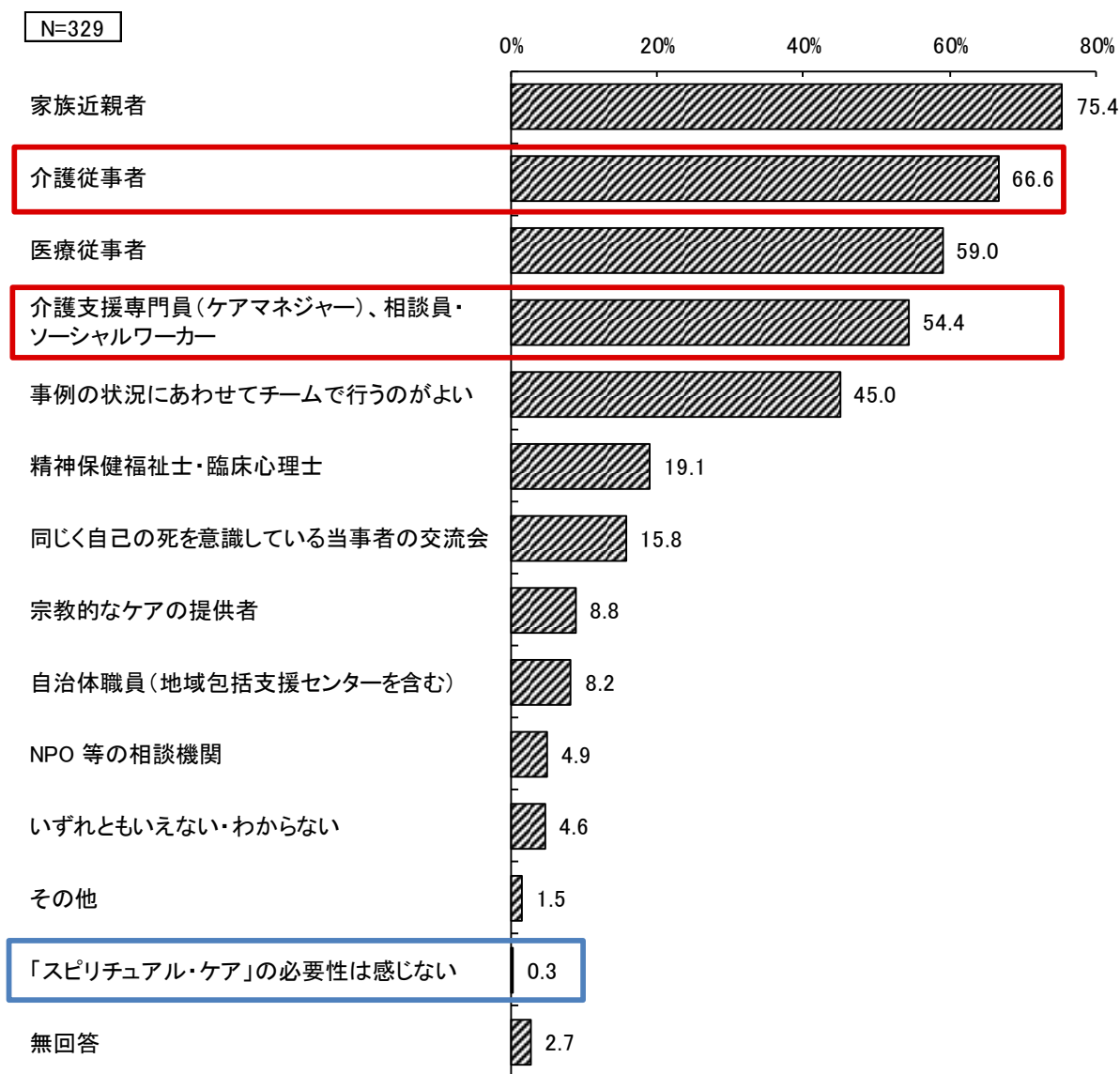
問 14 あなたが、自己の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ケア」を行う上で、どのような支援があると良いと思いますか（あてはまるものすべてに○）。



スピリチュアル・ケアを行うのが望ましいと思う人については、「家族・近親者」が 75.4%、「介護従事者」が 66.6%、「医療従事者」が 36.5%、「介護支援専門員（ケアマネジャー）、相談員・ソーシャルワーカー」が 54.4%と 5 割以上になっている（図表 3-21）。

図表3-21 スピリチュアル・ケアを行うのが望ましいと思う人(MA)

問15 あなたは、自己の死を意識した利用者の「スピリチュアル・ケア」は誰が行うのが望ましいと思いますか（あてはまるものすべてに○）。

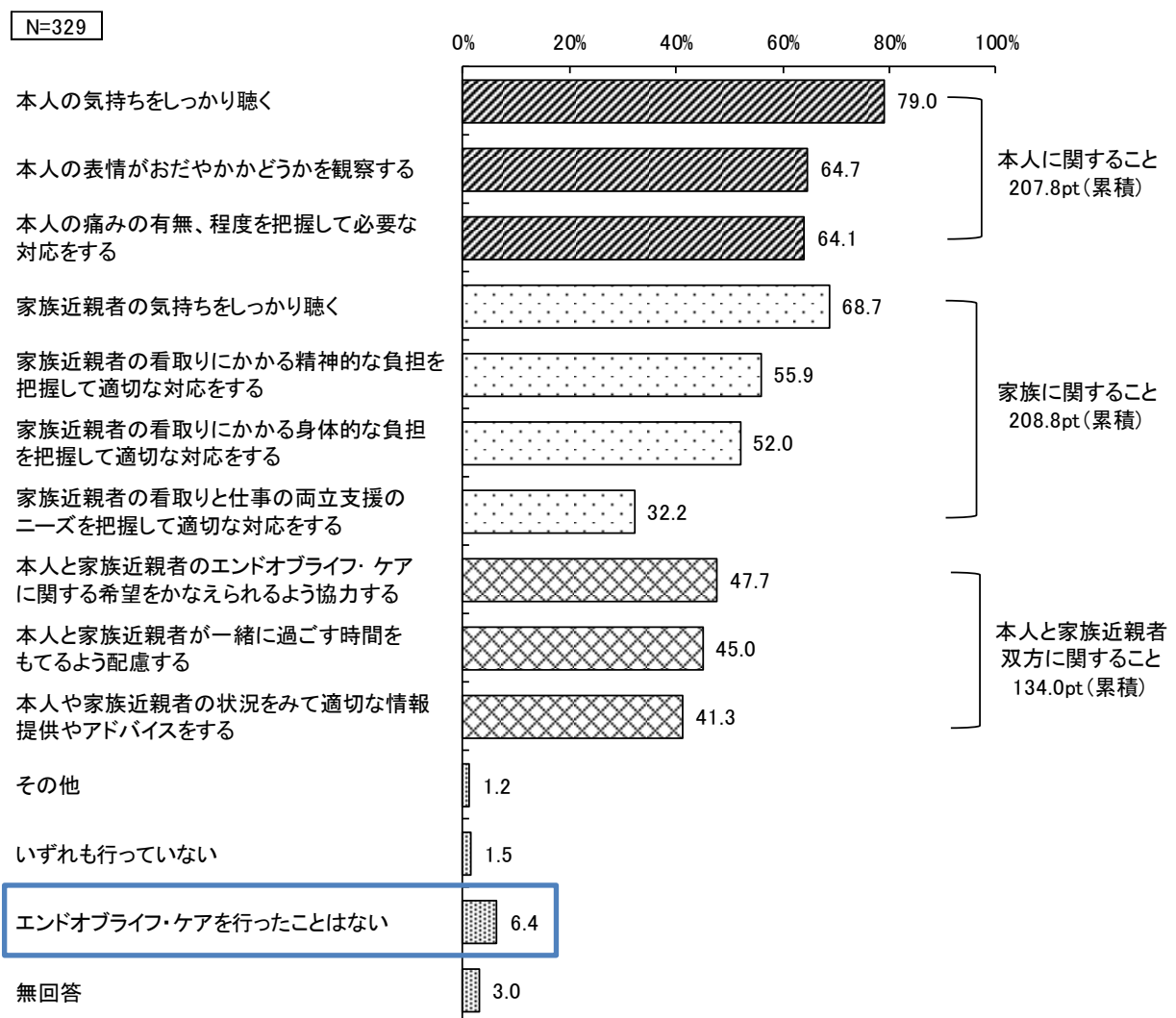


(4)「エンドオブライフ・ケア」へのかかわりについて

エンドオブライフ・ケアを行う上で実践していることについては、「本人に関すること」が207.8pt（累積）、「家族・近親者に関すること」が208.8pt（累積）と同程度となっている。本人のみならず、家族・近親者に関する様々な援助・支援を行っていることが明らかとなった（図表3-22）。

図表3-22 エンドオブライフ・ケアを行う上で実践していること(MA)

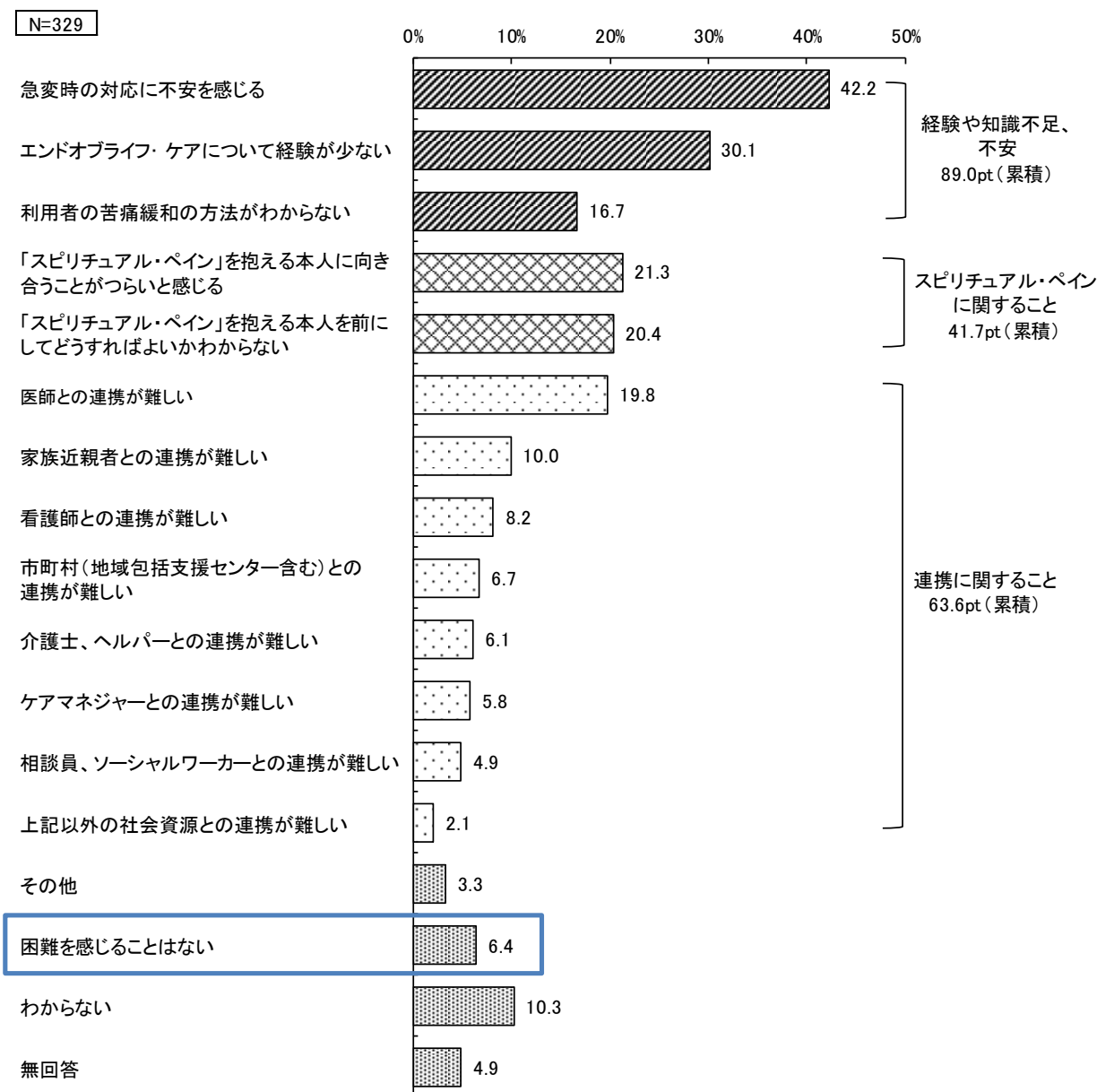
問16 あなたがエンドオブライフ・ケアを行う上で、実践していることがありますか
（あてはまるものすべてに○）。



エンドオブライフ・ケアを行う上で困難だと感じることは、「経験や知識不足、不安」が 89.0pt（累積）、「スピリチュアル・ペインに関すること」が 41.7pt（累積）、「連携に関すること」が 63.6pt（累積）となっている（図表 3-23）。

図表3-23 エンドオブライフ・ケアを行う上で困難だと感じること(MA)

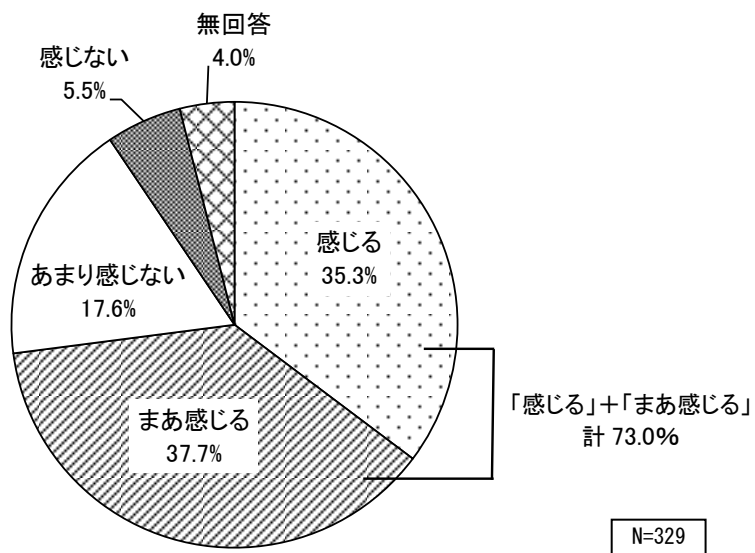
問17 あなたは、エンドオブライフ・ケアを行う上で困難だと感じることがありますか（あてはまるものすべてに○）。



エンドオブライフ・ケアを行うことでの以前と比べた精神的な負担感の強さについては、「感じる」及び「まあ感じる」が計 73.0pt（累積）と多い（図表 3-24）。

図表3-24 エンドオブライフ・ケアを行うことでの以前と比べた精神的な負担感の強さ(SA)

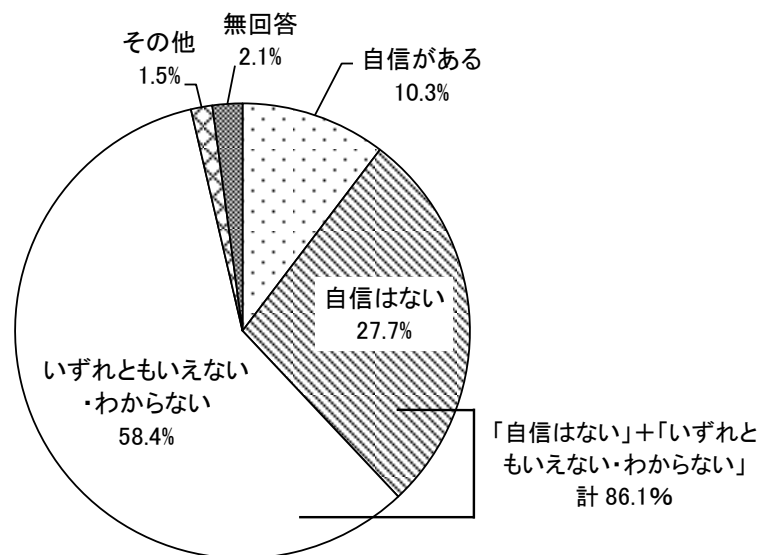
問18 あなたは、エンドオブライフ・ケアを行うことについて、それ以前の時期と比べて精神的な負担感が強いと感じますか（一つに〇）。



エンドオブライフ・ケアを行う自信については、「自信がある」は10.3%にとどまり、「自信はない」及び「いずれともいえない・わからない」が計86.1%と多い（図表3-25）。

図表3-25 自己の死を意識した利用者のエンドオブライフ・ケアを行う自信(SA)

問19 あなたは、自己の死を意識した利用者の「エンドオブライフ・ケア」を行う自信がありますか（一つに○）。

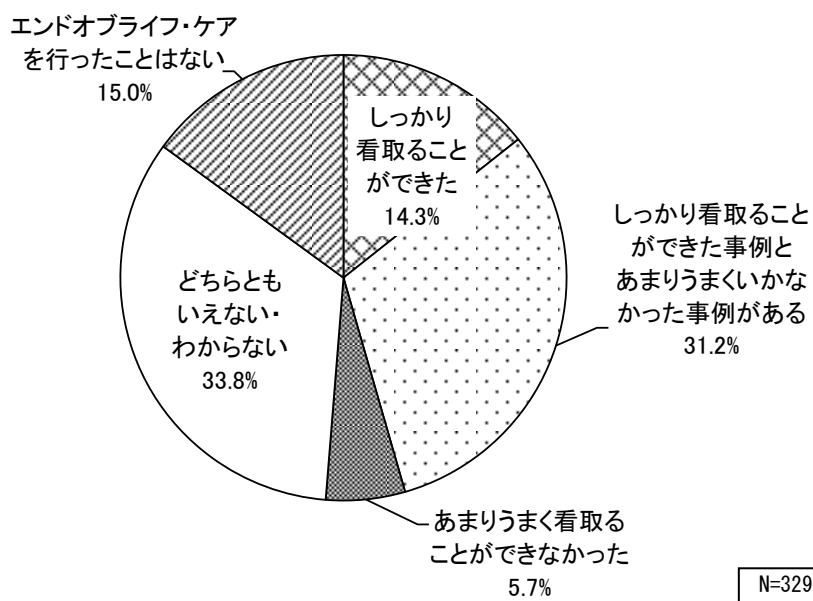


N=329

エンドオブライフ・ケアの事例について、しっかり看取ることができたかについては、「しっかり看取ることができた」は14.3%にとどまり、「しっかり看取ることができた事例とあまりうまくいかなかった事例がある」が31.2%、「どちらともいえない・わからない」が33.8%となっている（図表3-26）。

図表3-26 かかわったエンドオブライフ・ケアの事例について、しっかりと看取ることができたか(SA)

問20 あなたがこれまでかかわったエンドオブライフ・ケアの事例について、しっかりと看取ることができたと思いますか（一つに○）。

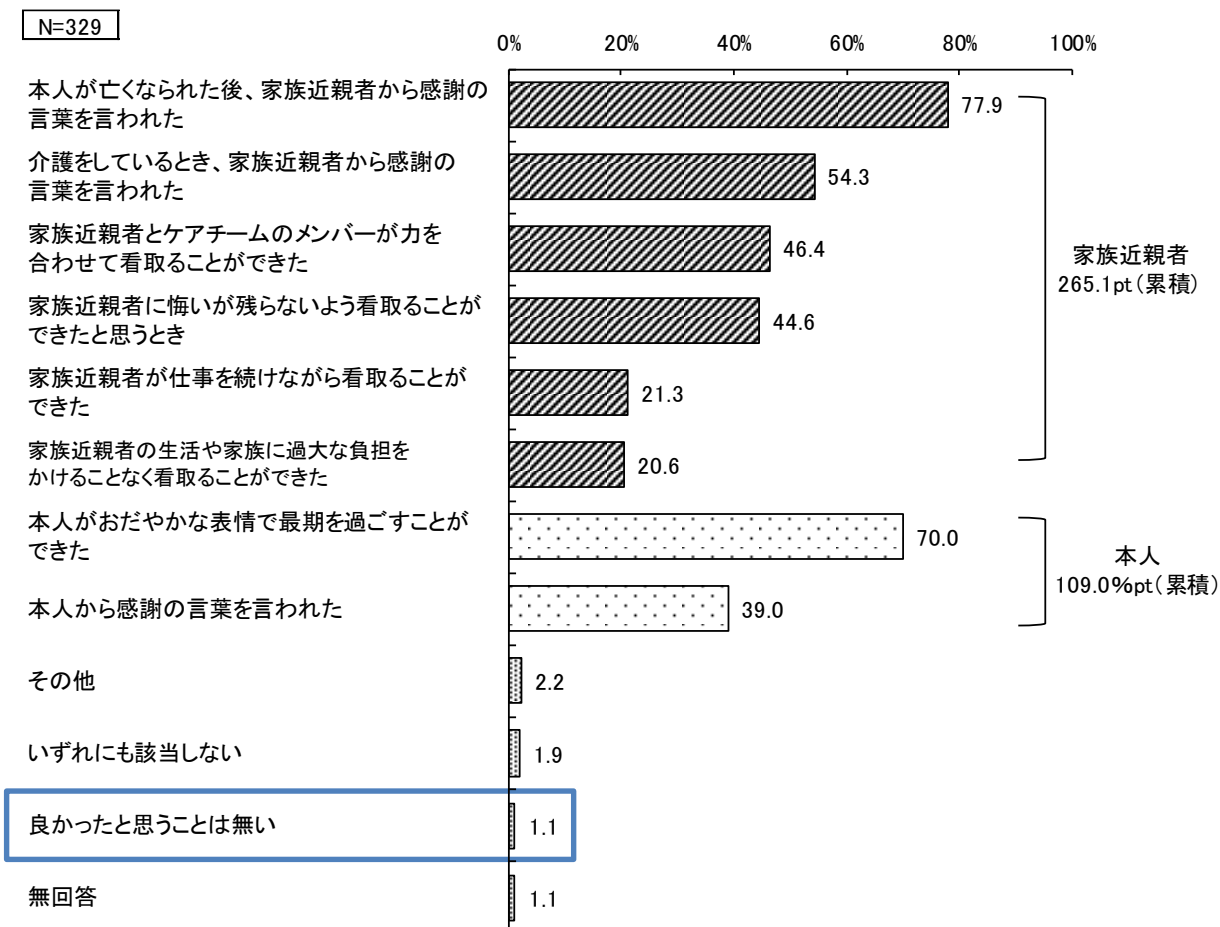


エンドオブライフ・ケアを行って良かったと思うときについての上位2位は、「本人が亡くなられた後、家族・近親者から感謝の言葉を言われた」が77.9%、「本人がおだやかな表情で最期を過ごすことができた」が70.0%と7割を超える（図表3-27）。

累積では、「家族・近親者」が265.1pt（累積）と、家族・近親者に関することが多い。

図表3-27 エンドオブライフ・ケアを行って良かったと思うとき(MA)

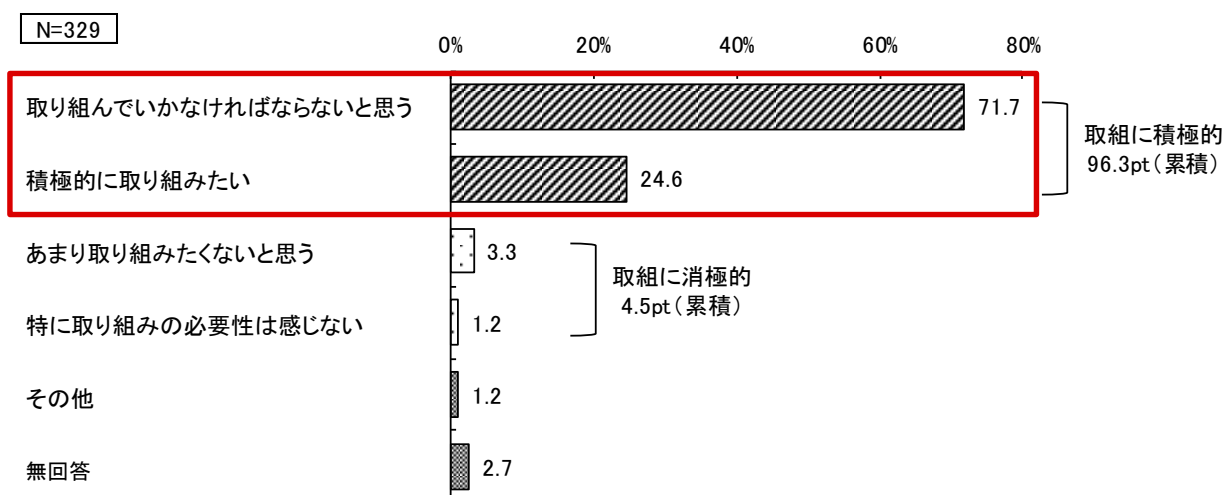
問21 あなたがエンドオブライフ・ケアを行って良かったと思うときはどのような時でしょうか（あてはまるものすべてに○）。



今後エンドオブライフ・ケアにどのように向き合っていきたいかについては、「取組に積極的」が 96.3pt（累積）と多い（図表 3-28）。

図表3-28 今後エンドオブライフ・ケアにどのように向き合っていきたいか(MA)

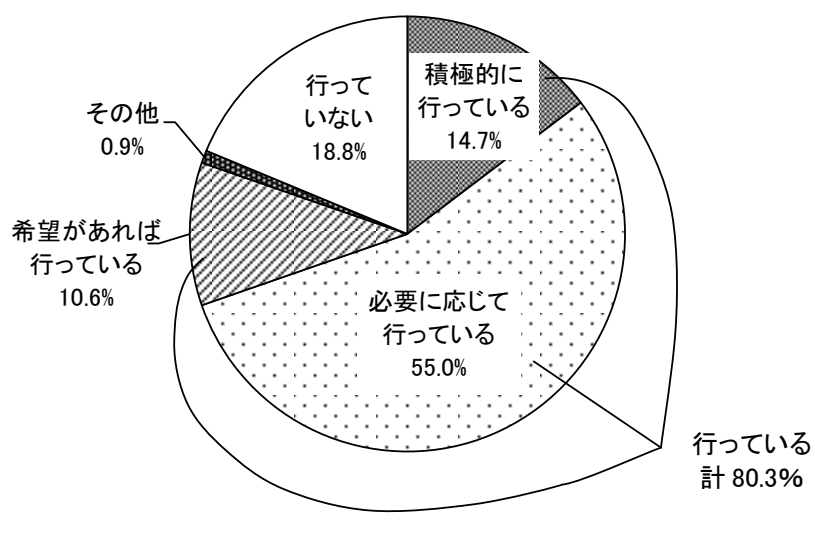
問22 今後、あなたはエンドオブライフ・ケアについて、どのように向き合っていきたいとお考えですか（あてはまるものすべてに○）。



(5) 勤務先事業所のエンドオブライフ・ケアへの対応について

図表3-29 勤務先の事業所での看取りを含めたエンドオブライフ・ケアの取り組み(SA)

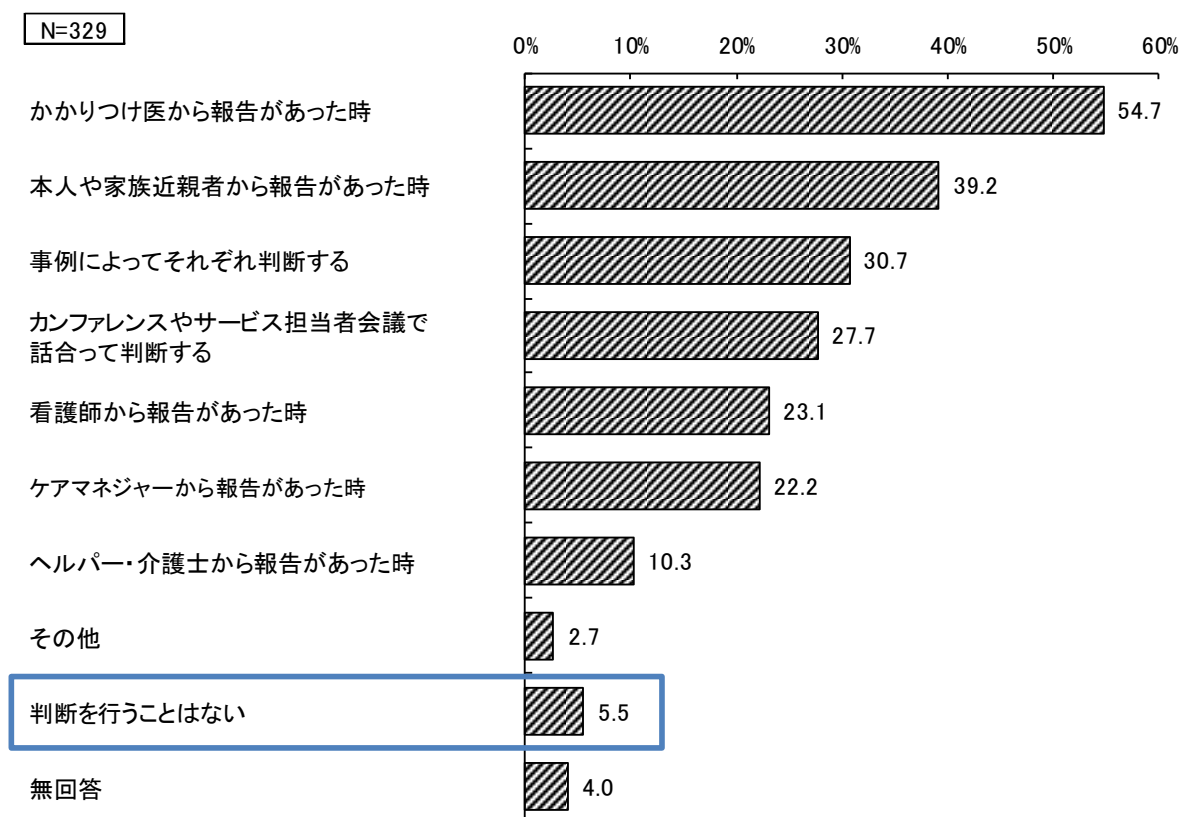
問23 あなたの勤務先の事業所では、どのように看取りを含めたエンドオブライフ・ケアに取り組んでいますか（一つに○）。



勤務先の事業所での看取りを含めたエンドオブライフ・ケアの時期の判断については、「かかりつけ医から報告があった時」が 54.7%と過半数を超し、最も多い（図表 3-30）。

図表3-30 勤務先の事業所での看取りを含めたエンドオブライフ・ケアの時期の判断(MA)

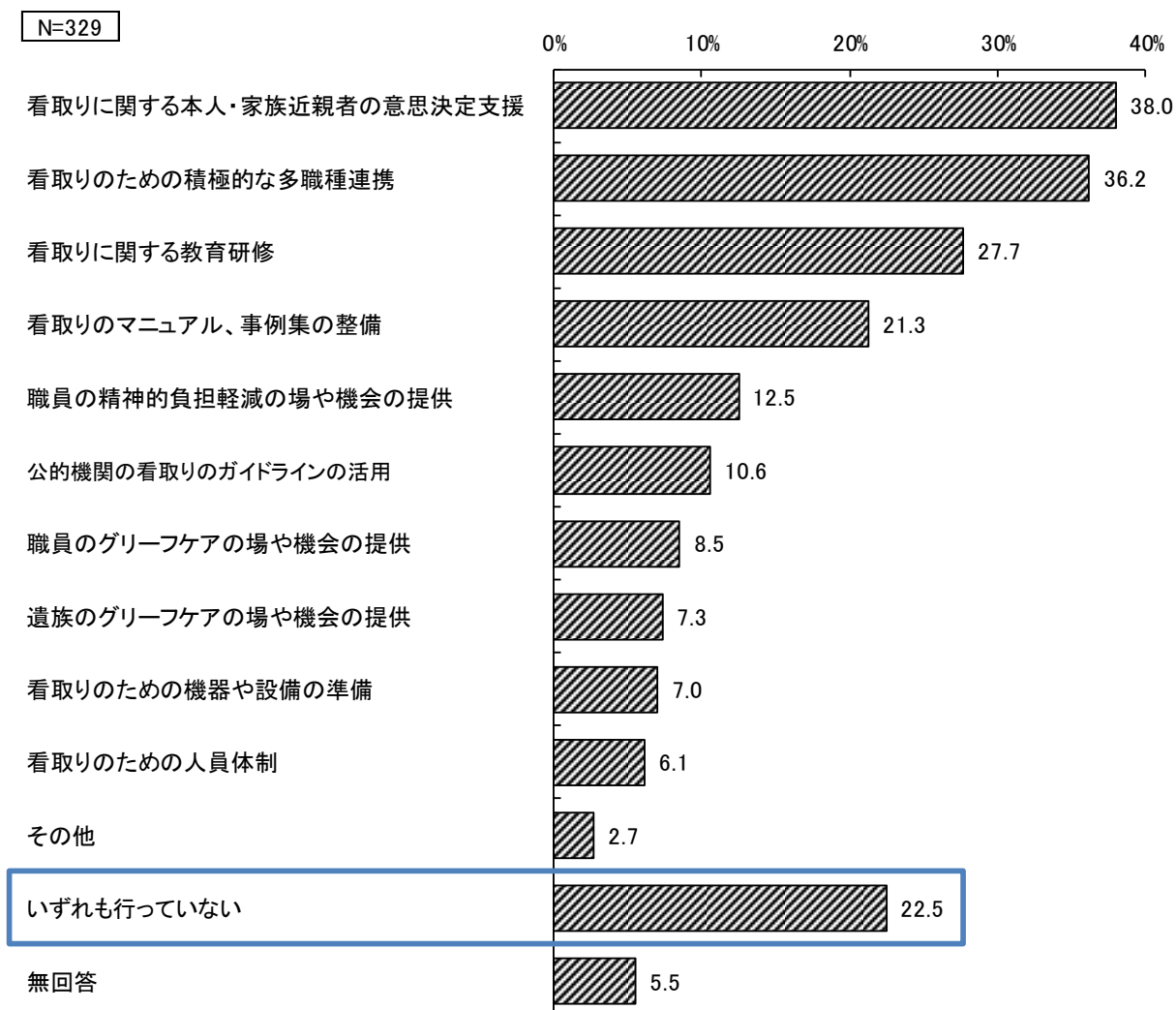
問24 あなたの勤務先の事業所では、どのようにして「看取りを含めたエンドオブライフ・ケアの時期」と判断していますか（あてはまるものすべてに○）。



勤務先の事業所での取り組みについては、「看取りに関する本人・家族・近親者の意思決定支援」が38.0%、「看取りのための積極的な多職種連携」が36.2%と3割を超えている（図表3-31）。

図表3-31 勤務先の事業所での取り組み(MA)

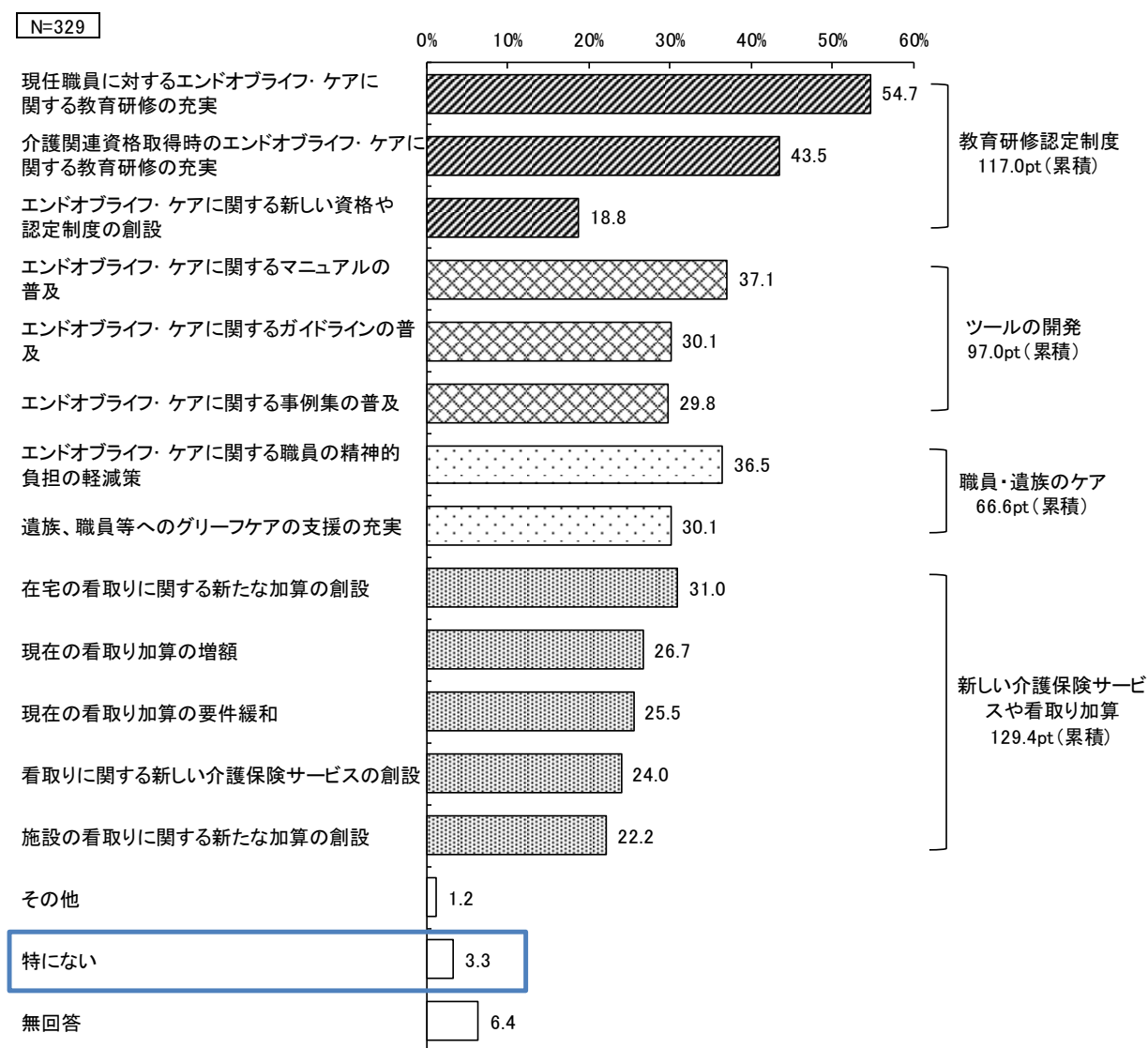
問25 あなたの勤務先の事業所では、現在、以下のような取り組みをしていますか（あてはまるものすべてに○）。
「グリーフケア」とは、利用者の死後、遺族、介護職員等、看取りにかかわられた方の「悲嘆」に対する支援全般をいいます。



エンドオブライフ・ケアの質を向上させるために有効だと思うことについては、「教育研修認定制度」が 117.0pt（累積）、「ツールの開発」が 97.0pt（累積）、「職員・遺族のケア」が 66.6pt（累積）、「新しい介護保険サービスや看取り加算」が 129.4pt（累積）となっている（図表 3-32）。

図表3-32 エンドオブライフ・ケアの質を向上させるために有効だと思うこと(MA)

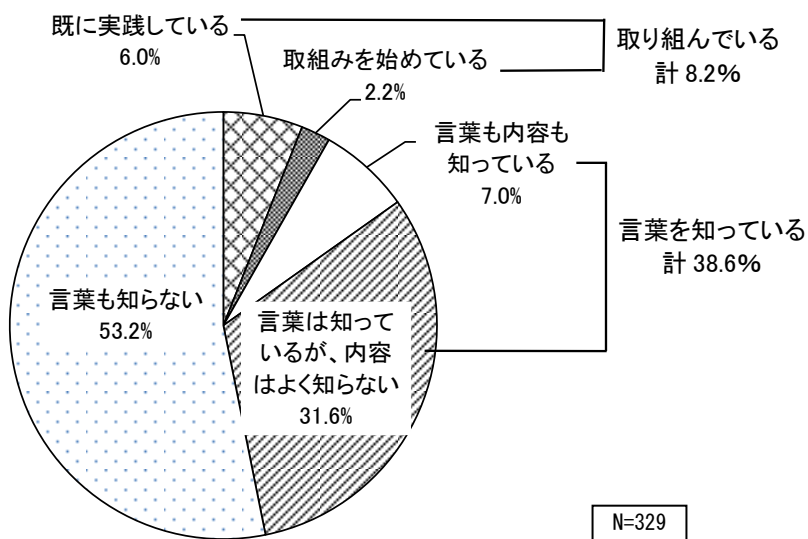
問26 今後、エンドオブライフ・ケアにおいて介護従事者が果たす役割は、さらに大きくなっていくと予想されます。エンドオブライフ・ケアの質を向上させるためには、どのようなことが有効だと思いますか（あてはまるものすべてに○）。



アドバンス・ケア・プランニングについては、「取り組んでいる」が計 8.2%、「言葉を知っている」が計 38.6%、「言葉も知らない」が 53.2%となっている（図表 3-33）。

図表3-33 アドバンス・ケア・プランニングについて(SA)

問27 現在、様々なところで、アドバンス・ケア・プランニング（略称ACP：今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス）の検討が行われていますが、あなたはアドバンス・ケア・プランニングを知っていますか（一つに○）。



（６）クロス集計の結果

エンドオブライフ・ケアを行う自信（問19）を詳細にみた結果を以下に示す。

問19 あなたは、自己の死を意識した利用者の「エンドオブライフ・ケア」を行う自信がありますか（一つに○）。	
01 自信がある	03 いずれともいえない・わからない
02 自信はない	04 その他

当該設問において、「01 自信がある」との回答は10.3%であった。自信がある場合、在宅で最期まで看取りをした割合が64.7%と最も高くなっており、在宅で最期まで看取りをした利用者数も3.1人と最も多くなっている（図表3-34）。その他と無回答を除けば、5年以上前から看取りとかかわった割合が「自信がある」で最も高くなっており、1年前から、2年前から、看取りにかかわったことはないは最も低くなっている（図表3-35）。

図表3-34 この1年間の看取りの経験とのクロス集計

問5	エンドオブライフ・ケアを行う自信					総計
	自信がある	自信はない	いずれともいえない	その他	無回答	
N数	34	91	192	5	7	329
在宅で最期まで看取りをした	64.7%	40.7%	35.4%	20.0%	14.3%	39.2%
この1年間での該当利用者数(平均)	3.1人	1.0人	0.9人	2.8人	0.7人	1.2人

図表3-35 初めて業務で看取りとかかわった時期とのクロス集計

問6	エンドオブライフ・ケアを行う自信					総計
	自信がある	自信はない	いずれともいえない	その他	無回答	
N数	34	91	192	5	7	329
1年前から	2.9%	4.4%	3.1%	0.0%	0.0%	3.3%
2年前から	2.9%	7.7%	5.2%	0.0%	0.0%	5.5%
3年前から	8.8%	5.5%	6.3%	20.0%	0.0%	6.4%
4年前から	5.9%	9.9%	7.3%	0.0%	0.0%	7.6%
5年以上前から	70.6%	59.3%	64.6%	80.0%	14.3%	62.9%
看取りにかかわったことはない	5.9%	12.1%	9.4%	0.0%	14.3%	9.7%
無回答	2.9%	1.1%	4.2%	0.0%	71.4%	4.6%

この1年間に限定しない、業務において在宅で最期まで看取りをした経験について、「自信がある」場合の73.5%は経験があると回答しており、「自信はない」の49.5%、「いずれともいえない」の44.8%よりも高くなっている（図表3-36）。

これまでかかわったエンドオブライフ・ケア事例での看取りについて、「自信がある」場合の55.9%がしっかり看取ることができたとしており、「自信はない」の5.5%、「いずれともいえない」の10.4%よりも顕著に高くなっている（図表3-37）。

勤務先の事業所での看取り等への取組みについて、「自信がある」場合の50.0%は積極的に行っているとしており、「自信はない」の5.5%、「いずれともいえない」の11.5%よりも顕著に高くなっている（図表3-38）。

図表3-36 業務において在宅で最期まで看取りをした経験の有無とのクロス集計

問7	エンドオブライフ・ケアを行う自信					
	自信がある	自信はない	いずれともいえない	その他	無回答	総計
N数	34	91	192	5	7	329
在宅で最期まで看取りをした経験がある	73.5%	49.5%	44.8%	40.0%	0.0%	48.0%
在宅で最期まで看取りをした経験がない	20.6%	46.2%	45.3%	40.0%	14.3%	42.2%
無回答	5.9%	4.4%	9.9%	20.0%	85.7%	9.7%

図表3-37 エンドオブライフ・ケア事例とのクロス集計

問20	エンドオブライフ・ケアを行う自信					
	自信がある	自信はない	いずれともいえない	その他	無回答	総計
N数	34	91	192	5	7	329
しっかり看取ることができた	55.9%	5.5%	10.4%	0.0%	14.3%	13.7%
しっかりできた事例とできなかった事例がある	32.4%	19.8%	33.9%	80.0%	0.0%	29.8%
あまりうまく看取ることができなかった	0.0%	6.6%	6.3%	0.0%	0.0%	5.5%
どちらともいえない・わからない	0.0%	47.3%	32.3%	20.0%	0.0%	32.2%
エンドオブライフ・ケアを行ったことはない	8.8%	17.6%	14.6%	0.0%	0.0%	14.3%
無回答	2.9%	3.3%	2.6%	0.0%	85.7%	4.6%

図表3-38 勤務先の事業所の看取り等への取組みとのクロス集計

問23	エンドオブライフ・ケアを行う自信					
	自信がある	自信はない	いずれともいえない	その他	無回答	総計
N数	34	91	192	5	7	329
積極的に行っている	50.0%	5.5%	11.5%	60.0%	0.0%	14.3%
必要に応じて行っている	41.2%	51.6%	58.3%	40.0%	14.3%	53.5%
希望があれば行っている	2.9%	14.3%	10.4%	0.0%	0.0%	10.3%
その他	0.0%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.9%
行っていない	5.9%	23.1%	19.3%	0.0%	0.0%	18.2%
無回答	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	85.7%	2.7%

第 4 章 ヒアリング調査の結果

1. 調査概要

(1) 調査の目的

現状、「エンドオブライフ・ケア」という言葉は認知度が低く、広く普及しているとはいえず、現状や実態も十分に把握されていない。本調査では、先進的な取組みを行っている団体と活動のキーパーソン（11 団体）にエンドオブライフ・ケアの取組の概要と今後の方向性についてヒアリングを行った。

特に、市町村のエンドオブライフ・ケアにかかわる取組みについては、法制度に基づくものではなく、統一的な質問を設定することが難しいため、具体的な取組、事業を中心に調査したが、地域包括ケアシステムにおける位置づけにも留意した。近年、エンドオブライフ・ケアや死後事務を依頼できる身寄りがいない単身者が増えている。本調査で実施した看取った家族・近親者を対象とするアンケート調査では、身寄りのない単身者の現状等を把握できないことから、市町村に支援の現状についてヒアリングを行なった。

(2) 実施概要

1) 実施方法

文献・ネット調査、委員・団体推薦等により選定し、事前に調査趣旨、質問項目を送付し訪問にて実施した。

2) ヒアリング対象

◆医療・介護従事者（5 団体）

- ・一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- ・一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会
- ・一般社団法人 全国介護事業者協議会
- ・神戸大学医学研究科 先端緩和医療学分野教授 木澤義之氏
- ・一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会

◆先進的な取組を行っている市町村に対するヒアリング調査（1 区 2 市）

- ・東京都品川区（地域包括ケアとして元気なうちから死後事務まで様々な支援のしくみを構築）
- ・大阪府池田市（アドバンス・ケア・プランニングの取組）
- ・神奈川県横須賀市（市が単身者の生前墓地契約紹介を行い埋葬の希望を確実に実現）

◆民間団体（3 団体）

- ・公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート
- ・三井住友信託銀行株式会社
- ・株式会社公益社（葬儀事業者）

3) ヒアリング項目

- エンドオブライフ・ケアに取り組んだ経緯
- エンドオブライフ・ケアの取組の概要
- 行っているエンドオブライフ・ケアのポイント、工夫
- エンドオブライフ・ケア支援の今後の展開と課題

2. 調査結果

(1) 一般社団法人 日本介護支援専門員協会

対 象	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事 中林弘明氏
取組の経緯	<国や地域の動き> ・国で定められた介護支援専門員の法定研修について、実務研修、専門研修課程1、2、主任介護支援専門員就任研修、主任更新研修がある。主任研修の中に「ターミナルとは」の科目がありアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を学ぶ機会がある。 ・平成30年3月に厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン改訂版(解説編)に介護支援専門員としての役割が位置づけられた。 ・平成30年4月の診療報酬と介護保険の同時改定で、ターミナルケアマネジメント加算が居宅介護支援の中で新設された。 ・算定条件は末期の悪性腫瘍で、在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。死亡日及び死亡14日以内に2日以上在宅訪問し、主治医の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、病者への支援を実施した場合。訪問により、把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医の医師及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ情報提供した場合に月400単位算定できる。 ・先進的な自治体で地域の事情に応じた取組が進められている（神奈川県介護支援専門員協会のターミナルケアの現状に関する実態調査、宮崎県宮崎市や千葉県松戸市のエンドオブライフ・ケアにおける意思決定に係る取組）。
取組の概要	① 平成29年度老人保健事業推進費等補助金「エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査」での実態把握に参加 ② 主任介護支援専門員の研修 ・ターミナルケア、エンドオブライフ・ケアについての知識、方法を習得する ③ 平成30年度に日本介護支援専門員協会主催の市民フォーラムを2回開催する予定 ④ 平成30年度以降、ターミナルケアマネジメント加算については、悪性腫瘍の利用者だけでなく癌以外の疾患のケアマネジメントの状況等についても検証していく。
ポイント、工夫	・多死社会における課題は厚労省のデータ等から、各都道府県で把握している。 ・人口動態の変化によって、都市型と地方型では全く対応が違い、地域事情に応じた対応が必要。 ・今回の厚生労働省のガイドラインの見直しで、人生の最終段階における意思決定支援は、医療機関の医療職だけでなく、医療職と介護職のケアチームとして、ケアも含まれたことの意義は大きい。介護支援専門員が専門職として明確に位置づけられたというのは、非常に大きな前進。ケアマネジャーが取組むきっかけになると考えている。
今後の展開と課題	・第七期（平成30年度～）の介護保険事業計画で、在宅での看取りに対して、各市町村（保険者）での取組、方針、方向性が、在宅医療介護連携推進事業でまとめられている。 ・看取りや人生の最終段階におけるケアマネジャーの位置付けや役割が明確になり、医療・ケアチームとしての連携が期待される年になる。しかしながら簡単に連携ができるわけではなく、医療・ケアチームの取り組みのサポート体制も今後展開していくにあたり必要になる。 ・これまでも実践レベルでは、看取りにケアマネジャーも関わっているが、上記の加算を算定するためにも、要件や責務を認識してしっかりケアマネジメントしていく。 ・エンドオブライフ・ケアを推進していくためには先進事例の紹介がほしい。どんな形で取り組んでいて、どういう課題が出ているのかを見ながら、自分たちの地域ではどうだろうと考える。社会資源も地域あってこそである。

(2) 一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会

対 象	一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長 松川竜也様 (社会福祉法人藤の会 法人本部長 主任介護支援専門員)
取組の経緯	平成29年3月に行われた医療と介護の連携に関する意見交換では、「治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所」について、半数以上の国民が「自宅」を希望しているのに対し、実際に自宅で死亡する者の割合は1割程度にとどまっており、「国民が希望する場所において十分な看取りができていない」という課題が提示されている。介護支援専門員も医療と連携しながら利用者の在宅生活を支える立場にあり、今後特にターミナルケアに取り組むことは必須となってくると予測される。 協会として、平成29年度、介護支援専門員が行っているターミナルケア期における現状を把握し、次期改正に向けての報酬提言等を行うため調査を実施した。
取組の概要、 看取り介護 の現状、ポイント、工夫	・ケアマネジャーは、利用者の状態が悪くなり主治医と調整を行う中で、主治医から報告を受け、看取りと判断して支援体制を整える。主治医の予後予測に基づいて対応するが、医師によって判断根拠、考え方等が異なるので、実際の期間は長いこともある。 ・状態変化が想定されるので、ケアプランの変更頻度は上がり、医療的ニーズが高まる。入院患者を自宅で看取る場合、退院するタイミングが大事。退院時に調整ができていないと、在宅にもどってすぐ支援できない難しさがある。 ・家族の看取りに対するイメージがどのようなものなのか、どれくらい現実的に受け止めているかが重要。予想していた以上に家族の負担が多い、目の前で状態が変わることを見るのに耐えられない等の理由で再入院となることが発生する。利用者と同時に家族に対する支援も大切。 ・身体的自立がわかりやすいが、看取りの場合、日常生活動作ができるようになることはなかなか難しい。むしろ、看取りは利用者の自己実現に向けた自己決定支援であり、精神的自立や社会的自立の支援の要素が強い。最期のときをどのように過ごすか、最期に何をしたいのかということを経験を通じてQOLを高める。看取りは通常の介護よりも業務が多いことと、その人に必要とされる業務内容が違うという個別性が特徴である。 ・看取りのアウトカム評価では顧客満足度も含めて考えなければならない。精神的自立や社会的自立も含めて行うことが大切であり、病院だけでなく、施設や在宅での看取りが利用者の意向と自己決定のもと、選択されるということが本来望ましい。 ＜介護職の看取りの現状＞ ・法定研修等において、ケアマネジャーの研修に看取りに関するものは少なかった過去がある。基礎資格が福祉職のケアマネジャーが多い中で、現場で看取りの場面は多くあるのに、研修で看取りにおけるケアマネジメントの指導を受けないで、ケアマネジャーとして業務を開始していることも多くみられることにより、ケアマネジャーが自身の役割をよく理解しないで、医療職等に任せきりになってしまうことがみられる。 ・介護職が直接的ケアをする中で看取りにおけるケアについて理解が十分されないまま、「亡くならせたいいけない」という意識から、自分が勤務をしているときに亡くならないよう、必要以上にバイタルを頻繁に測ることがみられたりもする。 ・看取りのケアにおいては、精神的な支援も求められるが、残された時間を本人の望む暮らしに向けてどのように支援していくかがより求められることとなる。 ＜看取り期のケアプラン＞ ・スピリチュアルケアの教育はまだ十分とはいえない。介護職自身に看取りの経験が十分でない、教育を必ずしも受けているわけではない、コミュニケーションスキルが必ずしも十分ではないという現状がある。 ・スピリチュアル・ケアなどはケアプランに必ずしも反映されているとは言えない。関わる専門職の理解度が異なり、看護職等と違い、介護職は自身の経験に左右されることも少なくない。ケアプランは本人・家族も目を通すものなので、関わり方などは必ずしも記載しているとは限らない。ケアプランに全てを書き込めるわけでもなく、

	告知をしていない場合は、それを本人が察することができるような記載は避けなければいけない。しかし、本人の望む暮らしに向けた援助の方針が統一されることが必要であり、関わる支援者達の情報共有がとても大切である。 ・短い期間で状態変化に合わせてケアプランが変わり、その都度、担当者会議をするため、回数が増えてしまい、早急な開催が求められるため、担当者を集めきれない等の課題もみられる。出席する家族の負担が増えてしまうことも課題。担当者会議の開催という形をとらなくても、ケアの方向性が変わったことや、目標・留意点等が共有され、実行されるようになることが望ましい。 ＜看取りにおいて求められる柔軟性＞ ・その都度という一瞬のケアを大事にする必要もあり、状態に合わせたフレキシブルさを求められる。例えば、今日は体調がいいから外出できそうだといっても、ケアプランに入っていないから出来ない、外出するためのケアプラン変更、担当者会議の日程調整をしているうちに状態は悪くなってしまう。本人の望む暮らしという生活の質への支援ということも求められる。 ・看取りにおける家族の負担は個人差があるものの、負担感が大きいことがみられる。家族の気持ちや体制が「ゆらぐ」こともある。あくまで本人や家族の意向に沿って支援をするので、意向が変化するものであると考えて、本人や家族の気持ちのゆらぎや意向の変化に寄り添い、自己決定を支えていくことが大切である。 ・先に選択肢を与えると、その時点で枠組みを与えてしまうので、本人のありたい生活ではなく、支援者のあってほしい、もしくはあるべき生活となってしまうこともある。本来は本人がどうしたいかという意向に対してどういう選択肢があるかを考えるべき。 ・支援は個別性が高く、最期に何を食べたいかということにしても、最期だからごちそうを食べたいという人もいれば、いつもと同じものを食べたいという人もいる。その希望を丁寧に引き出していくことをしないとQOLは高まらない。丁寧に引き出すには本人の過去の生活史や、思い出とか、好きだったものなどから導き出されることも多く、そのあたりをどのように把握できるのかが大切である。 ＜意思決定支援＞ ・介護認定を受ける人は何らかの援助が必要と考えられ、少なからずリスクも出始めていると考えられる。要支援でも自己管理が出来なければ脳血管疾患の再発等を防ぐことができず、重篤な状態となってしまうことも少なくない。介護認定は一つの基準であり、主治医意見書を作成することからも主治医もいるので延命や、最期の迎え方等について少しずつ考えるタイミングだと考えられる。予後が推測しやすい疾患の状況の時の確認はとりやすいが、実際はそのような疾患の状況ばかりではなく、予期せぬ状態でそのような場面となることも少なくないので、認定を一つのキーとしている。 ・現時点での考え方でいいから聞かせて欲しい、途中で考えや意向が変わっても構わない、1%でも10%でもいいぞということの可能性があるなら、望む支援が行えるように、現時点での考えを聞かせて欲しいと本人・家族に説明している。
今後の展開と課題	・死はすべての人が迎えるということを国民が理解し、自らが向き合うためにも住民向けの研修や義務教育における研修の充実等を検討すべきだと思う。家族なりの看取りの考え方、専門職としての看取りのあり方、それぞれ求められるものが違う。家族の意向などがその時になって突然求められるのではなく、少しずつ自らが意識する中で選択がなされるという形になることも大切である。死や看取りについて、理解が進み、自らが死生観について考えるような世の中に変わる仕組みが必要となるのではないだろうか。 ・住民教育は保険者主導で進めるべきである。本来は内容からも学習カリキュラムというより学校教育等における道徳カリキュラム等で進めていくことのほうがよいのではないだろうか。 ・施設等における看取りに関する加算は要件が厳しく算定率が低い。看取りについての意向は揺らぐことも多いにも関わらず、算定要件に柔軟性が無い。加算の算定要件は満たせないが看取りを実施しているということも多くみられる。居宅介護支援におけるターミナルマネジメント加算が、がん末期に疾患が限定されているが、介護においては、看取りという状態にケアマネジメントをしているのであって、基礎疾患だけに着目してマネジメントをしているわけではない。期間も看取りと言われてから実際

	には半年から1年に及ぶこともあるが、直近3ヶ月だけ算定対象で残りの3ヶ月～9ヶ月は対象にならず報酬が無い。 ・看取りのマネジメントを行うには、「本人の希望」と「支援体制」が整うことが大切である。医療と介護の両方の支援体制があって、なおかつ本人の意向、または意向の代弁者などが必要になる。その方の意向をふまえて支える人が必要。それは家族である場合も多い。子どもがいないだけでなく、両親、兄弟、配偶者がいない場合、在宅での看取りは非常に難しくなる。施設では後見人をつけるようお願いしているが、必ずしもできているという状況ではなく、亡くなったあとの家財処理などは、後見人は出来ない現実もあり、まだまだ検討課題は多くある。
--	--

(3) 一般社団法人 全国介護事業者協議会

対 象	一般社団法人全国介護事業者協議会 専務理事 扇田守氏 一般社団法人全国介護事業者協議会副理事長 有限会社ノバネットワークス 代表取締役 田中栄子氏
取組の経緯	- 介護保険を利用するようになると、本人、家族も数年で看取りがきて亡くなるということを意識する方が多いが、「看取り」は様々で時期や期間を一律に決めることは難しい。 - 平成29年度老人保健事業推進費等補助金「エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査」で会員の介護事業者の従業員を対象に看取りやエンドオブライフ・ケアの実施状況、方向性について調査を実施。
取組の概要	- 本人が在宅で過ごす意思があり要請されれば対応する。 - 看取りのステージになると、介護事業所も24時間の人員体制と連絡体制を整備して、チームケアである。24時間介護と言えども、原則、23時頃までの訪問が最後で、朝は8時からの対応となる。オムツの性能が向上したことも大きい。 - ケアマネジャーやヘルパーの役割は病気を治すことではない。終末期はつききりでの見守りが必要となるため、家族が外出する場合等は、自由契約で対応することもある。食事や服薬の介助、食事の摂取量の確認など希望があるが、同じヘルパー同士で情報を共有しながら訪問することで変化がわかる。 - 多くの事例で心身状況の急変、モニタリング・アセスメント、家族との連絡調整、ケアプラン・個別サービス計画の変更、医師・看護師等の医療職との連絡や診療への同席等の回数が大幅に増える。
ポイント、工夫	- 看取りに入ると24時間体制を整えチームケアである。 - 子どもと別居の高齢者が増えている。家族も仕事や家庭等があるため、本人の希望や意思などを家族に伝えることも介護従事者の重要な役割である。 - 医療職と違って、居宅サービスの介護職は毎日数回、利用者宅を訪問してケアを行うため、利用者の心身状況や気持ちの変化に一番先に気付く。ヘルパーが利用者の情報をサービス提供責任者（サ責）に報告し、サ責が調査し分析した情報を、ケアマネジャー、医療職、家族に伝えつつ、ケアチームで対応を検討し、必要な支援を行い、看取りを支える。
今後の展開と課題	- 事業所としてはあくまでもケアプランありきなので、自宅での看取りの本質や、本人と家族間での看取りの調整を上手く出来るケアマネジャーと連携していきたい。 - 今後は施設や在宅での看取りの増加が予想されるため、介護従事者に対するエンドオブライフ・ケアに関する知識やメンタルの教育は不可欠。 - 介護業務にはエンドオブライフ・ケアや看取りが含まれており、介護従事者は利用者に深く関わり、そこにやりがいを感じている職員も多い。特にベテランの介護従事者に多いので、ここに生涯雇用を結び付けたい。 - エンドオブライフ・ケアや看取りは、チームケアのしくみの整備、介護職員のやりがい・負担感・つらさ等の精神的ケアの方が求められる。 - エンドオブライフ・ケアや看取りに関して資格や認定等を行うことも考えられるが、介護職員のキャリアラダーに位置づけるよりは、実務で対応できる力（チームで動ける、利用者・家族に寄り添えるコミュニケーション能力等）の育成がまずは求められる。 - 介護労働力は不足しており、多くの介護事業者が職員の採用に苦戦している。入職者には仕事のやりがいを感じてもらい、業務に見合った処遇や評価をして離職を防止することが求められている。 - 介護報酬での加算等について、看取りのステージの業務量増加になると、介護人材不足から事業者全体（総務や事務職等）と実働以外の場面では一体で取り組まなくてはならない現状があり、介護従事者のみの処遇改善では事業全体のバランスが崩れていく。 - 自宅で亡くなると事故扱いになる現在の法律も在宅での看取りの課題の一つ（主治医がいる場合はその医師に連絡を取り、基本的には診察後24時間以内に治療に関連した病気で死亡した場合は、改めて診察することなく医師は死亡診断書を交付する主治医がいない場合、一旦、警察が介入して検視が行われる。）。

(4) 神戸大学医学研究科 先端緩和医療学分野教授 木澤義之氏

対 象	神戸大学医学研究科 先端緩和医療学分野 教授 木澤義之氏
取組の経緯	・日本のプライマリ・ケアはOECDからも立ち遅れを指摘されている。臓器別の専門医の養成が中心であるが、総合診療医の育成が重要だと考え、20年以上、総合診療医の育成に取り組んでいる。 ・総合診療専門医となり、その後、ICUでの治療、東日本大震災の災害医療、国立がん研究センターでの治療と緩和ケアに関わる。エンドオブライフ・ケアの推進と普及は自らの使命だと思っている。 ・エンドオブライフ・ケアにおいては、医療が不可欠である。治る見込みの判断は医師が行うことが多いため、医師がキーパーソンと考える。医師の教育や養成課程においてエンドオブライフ・ケアについて学び習得することが不可欠だと考えているが、現在の医師養成課程では十分なプログラムが提供されていない。 ・エンドオブライフ・ケアにおいては、実践として患者に目と手をかけることが重要である。具体例をいうと、恩師の医師が、病棟で身寄りの無い患者のベッドサイドで昼食や夕食を食べて一緒に過ごし、そこでカルテを書いたりしていた。患者の終末期において、医師は1人の人間として、患者・家族にどのように向き合うかを常に考え続ける姿勢と実践の両方を求められる。 ・医療職、介護職は患者の生活に向き合う仕事。エンドオブライフ・ケアにあたる意思や覚悟は持っていないとてはならないし、実践的な知識やスキルを持っていないとてはならないと思う。患者、利用者の生活を理解できなければならない。
取組の概要	① がん対策推進における医師の緩和ケア教育の推進 ・がん対策推進協議会によって医師の育成も行われた。がん治療は緩和ケアの教育が必須になるなど教育と治療体制がかなり整備された。 ・今後はがん以外の疾患についても緩和ケア教育を普及させることが課題。 ② 人材（医師）の育成 ・自身の大学教育や総合診療医の育成の活動において、「生活を診る」「生活を支えられる」「緩和ケアができる」医師の育成を目指している。 ・生活や家族のアセスメントが重要。入院時に患者のつらさ、生活のしにくさを身体、心理、経済的、社会的側面からスクリーニングする。 ③ 人生の最終段階における医療体制整備事業において、患者の意向を尊重した意思決定、ACPの普及と啓発を行っている。
ポイント、工夫	＜意思決定が難しい患者＞ ・意思決定が難しい患者は信頼できる人を代弁者に指名してもらい話し合う。 ・健康人にACPを行うときは、疾患ごとに細かく意思決定をしておく必要はすくない。 ・代弁者がいない場合、多職種チームで話あって意思決定を行う。 ・人は誰も「偏り」がある。一人で診ると「誤った判断をする」リスクが高いため必ずチームで話し合っ決めていくことが大切。
今後の展開と課題	＜エンドオブライフ・ケアの理想＞ ・患者や利用者が「いてくれてありがとう」とスタッフに感謝するようなケアでなく、普通に「寝ているとお母さんがそばで家事をしているように」、「医療職や介護職がそばに居るのがあたりまえ」というケアが実現する社会を目指している。 ＜展開方法＞ ・千葉県松戸市では、多職種連携や機関連携により、患者が望む療養場所を尊重するしくみをつくり、エンドオブライフ・ケアの取組が成功しつつある。神戸市でもエンドオブライフ・ケアの取組を始めた。 ・小さい単位から始めたほうがうまくいく。市町村が地域包括ケアシステムの構築としてしっかり取り組むことがポイント。

(5) 一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会

対 象	一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会 理事 小澤竹俊氏 (めぐみ在宅クリニック院長)
取組の経緯	超高齢少子化多死時代において看取りに不安を抱えている人は多い。救急医療の疲弊、医療・介護従事者の心身の負担、家族の仕事と介護の両立、経済的困窮、地域とのつながりの希薄化等、さまざまな課題が山積しているなかで、高齢者本人が自分の人生に誇りを持てる最期を迎えられるよう、エンドオブライフ・ケア協会は、まず地域で人生の最終段階に対応できる人材を育成することから活動を開始した。課題解決に向け、それぞれの強みを持った諸団体と連携して活動を行っている。
取組の概要	① 人生の最終段階に対応できる人材の養成及び認定を図る活動 ・エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座(2日間): 講座回数44回、受講者数延べ2500人(2015年5月~2018年3月) ・エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座eラーニング版 ② 上記人材の継続的なフォローアップを図るためのコミュニティ支援活動 ・学習会開催支援ならびにツールキットの提供(ELCファシリテーター・オーガナイザー) ③ 地域包括ケアの発展に資する学術研究及び行政との連携を図る活動 ・講演・イベント開催(シンポジウム、講演会ほか) ・教育効果の質的・量的介入 ④ 市民への啓発を通じた、自宅や高齢者施設における看取り文化の浸透を図る活動 ・学校向けいのちの授業 ・企業向け仕事と介護の両立セミナー ・キャンペーンを通じたつながりづくり
ポイント、工夫	・2日間の援助者養成基礎講座は、医療職だけではなく介護職も対象。他講座との違いは、人生の最終段階において、家族に迷惑をかけることを含め、解決困難な苦しみを抱えながらも、生きていてよかったと思えるように、本人・家族等と誠実に関わる人材の育成に特化していることである。 ・エンドオブライフ・ケア協会理事が院長であるめぐみ在宅クリニックでは、人生の最終段階を迎えた人の尊厳を取り戻すことを目的に、2014年からディグニティセラピーを実施し、約100名の患者が手紙を作成した。ディグニティセラピーを通して、人生を振り返り、本人が誇りに思っていること、果たしてきた役割、学んできたことなど、本人が大切にしてきたことや憶えてほしいことを言葉にし、その言葉は手紙という形で、大切な人に受け継がれていく。
今後の展開と課題	・施設の看取りは増えたが、施設職員のバーンアウトが増えている。具体的な関わり方を学ぶ機会として、今後も援助者養成基礎講座を全国で開催していく。自治体や職能団体とも連携しながら、地域主催での開催にも応じていく。 ・継続的な学びとふりかえり、横のつながりを目的に、地域学習会の開催を支援。学習会同士の連携も促す。 ・医療職・介護職向けの人材育成を柱としつつも、団塊世代の子ども世代、働き盛りの40代50代に伝えることも重要。企業向けのプログラム(セミナー、eラーニング)として提供していく。 ・団塊世代の孫世代をターゲットに、いのちの授業としてレジリエンス教育を行ってきた。将来自分達の親が仕事と介護で悩んだ際にも役に立つ。今後は各地域主導でこのテーマを教えられるよう、動画を含めた教材を開発し提供していく。

これから予想される社会課題

1. 自宅や介護施設で最期まで過ごしたいと希望する人が増えるなか、家族や関わる援助者に少しでも着目し不安があれば救急搬送に依存する。救急医療への負担が増加し、必要に応じた病院での受け入れが困難になる
2. 親や祖父母の介護を担う働き盛りの世代、特に40-50代のビジネスパーソンは職場からの理解との狭間で仕事との両立に難渋する。また、家族の介護のために離職を選んだ結果、介護生活が長く続くに連れて経済的に困窮する
3. 子育てをしながら親の介護を担う、特に女性のダブルケアへの負担が増加する
4. 地域でのつながりが希薄化する中で、認知症・独居高齢者が孤立していく
5. 独居での自宅看取りは資産価値が下がることと家主が思いつため、65歳以上の高齢者が部屋を借りることが難しくなる
6. 少ない人材で多くの困難なケースに対応していくことで、医療や福祉従事者の心身の負担が増加し、継続することが困難になる



上記をはじめ、様々な課題が山積しているなかで、エンドオブライフ・ケア協会は、まず地域で人生の最終段階に対応できる人材を育成することから活動を開始しました。課題解決に向けて、それぞれの強みを持った諸団体と連携して活動が続けて参ります。

まずはお気軽に
協会ホームページまで！
<https://endoflifecare.or.jp/>



人生の最終段階に対応できる人材の育成

エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座 (総合研修/レオニング)

人生の最終段階にある人やその家族と関わることを苦手と感じる人は少なくありません。日に日に食事や身の回りから援助者が、自信を持って支援にあたれるようになることを目的とした研修です。解決が困難な苦しみを抱えた人に接しても、「援助を言葉にする」ことで、一部のエキスパートに限らず、一人ひとりが自信を持って関わるできるようになり、本人や家族の穏やかな最期を支援できるようになることを目指します。人生の最終段階に共通する自然経過、意思決定支援、スピリチュアルペインに対するケアについて、1対1での対応方法から多職種連携で行う支援方法までを学びます。

～受講者の声～



援助者として、相手を理解して、支えて、問題を解決して、と考えていたことが、自分に集りやすさや苦しみを与えていたということがわかり、考え方が変わりました。人生の最終段階に限らず、生きていくうえで、子供、全てのの人に共通するものがエンドオブライフ・ケアの中に見えた。私の職場は保育園ですが、心を閉ざした子どもや言葉に表せない子どもへの配慮、沈黙、静けさは、大変効果があると感じています。肯定感を持つ子ども、未来に希望を持って人生を歩んでいく子どもたちの心を育むことにも役立てていきたいと思いました。

学習会開催・仕事と介護の両立支援・いのちの授業

各地での自主的な地域学習会開催を応援しています。また、仕事と介護の両立支援やいのちの授業を通して、苦しむ人への援助と自尊感情・自己肯定感を育む活動も行っています。

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会

設立：2015年4月21日
理事：小澤 竹枝（めぐみ在宅クリニック）
長尾 和宏（長尾クリニック院長）
小野野 滋（あまの生活支援クリニック院長）
顧問：柏木 哲夫（淀川キリスト教病院理事長）
武見 賢三（自民党参議院議員、国際保健医療戦略特別委員会委員長）
野中 清（医療法人社団博愛会 野中病院 院長）
相談役：西川 義則（国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部、在宅連携推進部、内科総合診療部 呼吸器機能診療科）
事務局長：千田 恵子
協賛：NPO法人ETIC、NITDコム/NITドコム・ベンチャーズ

〒105-0001 東京都港区虎ノ門三丁目17番1号
TOKYU REIT 虎ノ門ビル6階
電話：03-6435-6404/FAX：03-6735-4579
HP：<https://endoflifecare.or.jp/>
E-mail: info@endoflifecare.or.jp

超高齢少子多死時代になっても
持続可能なまちづくりを応援します



一般社団法人
エンドオブライフ・ケア協会
End-of-Life Care Association of Japan

超高齢少子多死時代における生態系（エコシステム）の変化

日本の人口は、2008年前後をピークに徐々に減り、2060年には9000万人を割り、高齢化率は40%に近い水準になると推計されています。



65歳以上の高齢者の割合が増え、生産年齢人口の割合が減っていくことは、従来成立していた地域におけるエコシステム（生態系）のバランスが崩れていくことが予想されます。それに伴い、様々な社会課題が表面化していきます。



問題の構造と解決のアプローチ

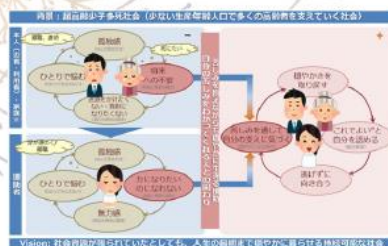
資源（人・物・金）が不足する中で、従来の問題解決アプローチでは、超高齢少子多死時代に対応することは困難です。どこに介入すれば、超高齢少子多死時代において、苦しみを抱えながら人生の最期まで穏やかに暮らせる社会を実現することができのでしょうか。

鍵となるのは、ホスピス・緩和ケア病棟で培われてきた対人援助にあります。

まもなくお迎えが来る患者さんの苦しみが、身体への痛みに留まりません。今までできていたことが1つひとつできなくなり、自分が自分でなくなっていく、その事実に向き合う苦しみを含みます。その苦しみがどれほど医学や科学が発達しても解決することはできません。

しかし、その苦しみを通して、健康なときには気づかなかった自らの支えに気づくとき、苦しみを抱えながらも穏やかさを取り戻します。

家族がそばにいてくれるだけで嬉しい、何気ない友人の一言が暖かい、気づかなかった庭に咲く花に心打たれ、今まで聞き流していた音楽に涙を流す……。決して気が弱くなったからではありません。自らの支えを知った人は、死を前にしても穏やかさを取り戻します。



苦しむのは、人生の最終段階を迎えた本人だけではなく、支えようとする家族や援助者や地域の人もまた、力になりたいのに力になれなるとき苦しみます。しかし、苦しみを抱えていたとしても、自らの支えに気づくとき、穏やかさを取り戻し、これから生きる力となるでしょう。

超高齢少子多死時代でも持続可能なまちをめざして

エンドオブライフ・ケアは、人生の最終段階にある本人とその家族、援助者だけのものではなく、これから当事者となり得る国民全体や、活動の支援者も含めて、包括的なアプローチが必要となります。

エンドオブライフ・ケア協会は、超高齢少子多死時代に持続可能なまちづくり・ひとづくりを応援します。

1つの組織では困難です。行政、医師会、町内会をはじめ、地域で活動されている各種団体とつながりながら、共通の課題、共通の評価指標（住民満足度、住み続けたい思いなど）をもとに、地域の実情に合わせ、それぞれの活動の成果を積み上げることによって、人生の最期まで穏やかに暮らせる社会をめざします。

超高齢少子多死時代における人生最期まで穏やかに暮らすためのエコシステムの再構築



◆Facebookページ (<https://www.facebook.com/endoflifecare.or.jp/>)
協会Facebookページでは、エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座等、活動の様子を随時発信しております。ページに「いいね！」を押すと、活動をフォローいただくことができます。

(6) 品川区

対 象	品川区福祉部高齢者福祉課 高齢者支援第一係長 野口貴生氏
取組の経緯	- 品川区は「安心して高齢期を送ることができる協働社会の創造」を高齢者福祉介護の基本理念として、「在宅介護支援システム」を構築し、事業者、区民と協働しながら各種の施策を推進している。 - ケアマネジメントを重視し、地域におけるワンストップの相談窓口体制を整備してきた。従来より、在宅介護支援センター（地域包括支援センターのサブセンター）のケアマネジャーが介護等の総合相談を受ける体制が整備されていたが、平成29年度に「支え愛・ほっとステーション」のコーディネーター（相談員）が生活相談等を受ける体制を区全域に整備した。 - 支援を必要とする高齢者に対しては、医療職・介護職、民生委員、ボランティア等が連携して、「できる限り住みなれた我が家で暮らせる」よう支援を行っている。 - 判断能力が低下した人については、成年後見制度に利用を積極的に薦めているが、判断能力はあり、成年後見制度の後見、補佐、補助のいずれの類型に合致しないが、寝たきり等で自分で動けないケースが増えている。 - エンドオブライフ（人生の最終段階）における療養の選択（施設か在宅かなど）については、本人に判断能力はあっても、本人や家族の気持ちが揺れ動くことが多く、意思決定は容易ではない。例えば、病院退院後に在宅療養を希望する場合でも、本人や家族が在宅での生活をイメージできていないケースが少なくない。在宅サービスを利用すれば在宅で生活できる状態がどうか、医療職・介護職によるきめ細かな本人、家族の意思決定支援が必要。 70歳以上の一人暮らし高齢者が平成17年6,525人が平成26年には9,459人となっており増加傾向にある。頼れる家族がいない人の場合、病院から区に連絡がくることがあり、在宅者の場合、区のケースワーカーや在宅介護支援センターのケアマネジャーが支援する。 - 高齢者が転居時に高齢を理由に入居を拒否される例が少なからずあることから、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、包括的な生活支援サービスを開始することとした。
取組の概要	- 平成30年度から民間賃貸住宅居住高齢者生活支援サービスを開始する。不動産業者と協定を結び、緊急時に駆けつける親族などの保証人がいなくても高齢者が転居できる仕組み。 - 入居後の安否確認から死後の家財処分、葬儀の手続きまで一括対応することが特徴。運営は品川区社会福祉協議会に委託する。事業費900万円。 1. 転居支援（高齢者に対する民間住宅の斡旋、不動産店への同行等） 2. 入居後の安否確認（高齢者の見守り、安否確認、家主への情報提供等） 3. 高齢者の生活相談 4. 緊急対応（緊急連絡を受けた場合に随時対応） 5. 死後事務委任契約等（契約に基づいた預託金管理、死亡時の家財撤去、葬儀） ・身寄りのいない人が亡くなられた場合は、行旅病人及び行旅死亡人取扱法に基づき、生活福祉課（生活保護所管課）が相談を受け、葬儀、埋葬等に対応している。対応実績は以下のとおりで増加傾向にある。 ▶行旅死亡人（平成26年度： 9件、平成27年度:13件、平成28年度:21件）
ポイント、工夫	市町村が高齢者の生活を包括支援する試みは全国でも珍しい。地域包括ケアシステムの一環として都市型の住まい、見守り、死後事務委任の支援のしくみを構築。
今後の展開と課題	- エンドオブライフ・ケアになると、医療職・介護職のチームケアが必要になるため、区は情報システムを活用した利用者情報の共有化に取り組んでいる。ケアマネジャーがケースごとに関係者を招集し、24時間情報の書込み、共有化ができるようになる。 - 医療職・介護職・行政職員は看取りから死後の手続きまで横断的につなげていける知識や実務能力が求められるため、今後は研修等の機会をもうけることが必要。



【新規】転居先を探す高齢者も 大家さんも 安心!

～借り手と貸し手をつなぐ、民間賃貸住宅区居住高齢者の生活支援サービス～

◇事業目的

高齢者が、転居時に高齢を理由に入居を拒否される例が少なからずある。住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、民間賃貸住宅の借り手と貸し手をつなぐ支援を行う。

◇事業内容

民間賃貸住宅の住替えに困窮する自立生活が可能な65歳以上の高齢者の、住まいの確保と見守り、緊急対応等の支援を行う。また、家主に対しては入居後の情報提供や相談に対応する。

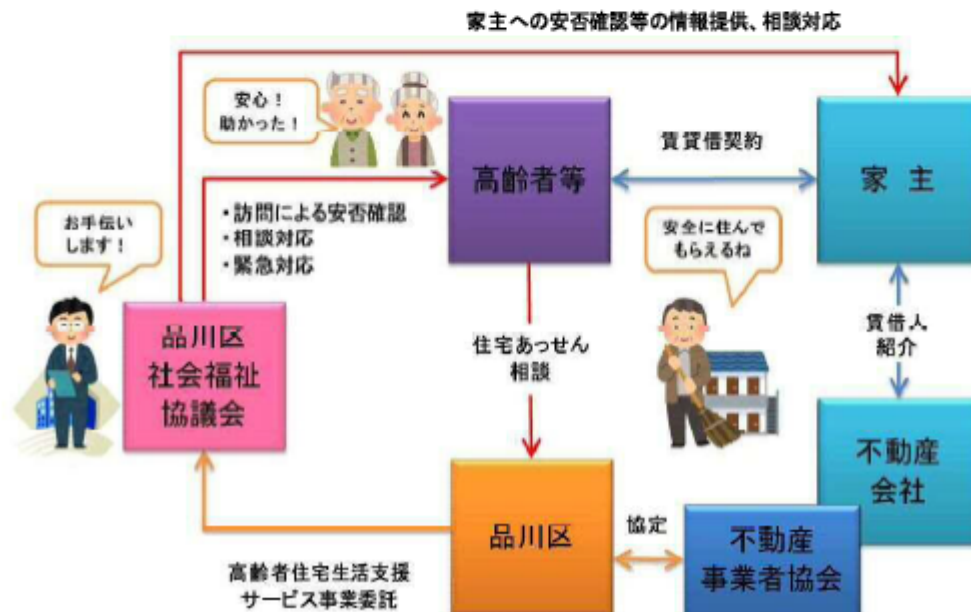
- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1. 転居支援 | 高齢者に対する民間住宅のあっ旋、不動産店への同行等 |
| 2. 入居後の安否確認 | 高齢者の見守り、安否確認、家主への情報提供等 |
| 3. 高齢者の生活相談 | |
| 4. 緊急対応 | 緊急連絡を受けた場合に随時対応 |
| 5. 死後事務委任契約等 | 契約に基づいた預託金管理、死亡時の家財撤去、葬儀 |

◇事業予算 9,000千円

◇連携事業

緊急通報システム助成事業（福祉計画課）

住宅改善工事助成事業（住宅課）



問い合わせ：福祉部 高齢者地域支援課長 電話 03-5742-6732

(7) 横須賀市

資料出典：総務省「地域の元気創造プラットフォーム公式サイト」

<http://www.chiikinogennki.soumu.go.jp/jokyo/kanagawa/14201/2017-0309-1648-1901.html>

対 象	横須賀市福祉部 次長 北見万幸氏
取組の経緯	横須賀市（人口約41万人）では、ここ10年の間に無縁遺骨が増えた。多くが住民登録のある一般市民で、預貯金も引き出す親族が出ない。市は公費で火葬を行い、無縁納骨堂に納めてきた。「自分の最後の預金で無縁“仏”にして欲しい。」という遺書の発見もあって、“今の状態は御供養と言えるのか？”“独居で身寄りのない市民の生前意思を聞くべきだ”という機運が広がり、職員政策提案の結果、3年の歳月を経て平成27年度から開始された。
取組の概要	全国で引き取り手のない遺骨が増え続ける中、一人暮らしで身寄りがなく生活にゆとりのない高齢市民を対象に、市が葬儀社との生前契約（予納）を見守り、独居者の生前意思を官民連携で実現する事業を開始。登録者の中で既に亡くなった方の希望が実現できたほか、無縁遺骨の削減を果たし、全国各地から視察が相次いでいる。 【取組の具体的内容】 対象は“ひとり暮らしで頼れる身寄りがなく生活にゆとりのない高齢市民”だが、“癌の余命宣告を受けた者”“重度の知的障害者の親”“生涯未婚で子がない夫婦や兄弟姉妹”等にも柔軟に対応。本人は協力葬儀社リストから任意に契約先を選び、葬儀、納骨先と方法、宗教や寺社の希望を伝え生前契約し予納する。生前は市と葬儀社が連携して訪問し孤独死を防止し、介護状態の発見に努め、死後は葬儀等を見届ける。 “リビングウィルも葬儀社と連携保管”、“要件を超える者は弁護士会に繋ぐ”等、様々な官民連携によって、最少の予算で効果を上げている。 【施策の開始前に想定した効果、数値目標など】 市内の無縁骨は平成15年度16柱だったが、平成26年度には60柱に増加。 無縁骨を減らすことこそ“生前意思を聞き尊厳を守ること”であり、一義的目標である。また事業のポイントとなる官民連携による地域づくりが、大目標である。 【現在までの実績・成果】 平成27年度途中の開始だが、無縁骨は34柱に減り、葬祭費も約1,200万円（26年度）から、約700万円（27年度）に激減。登録者のうち既に2名が死亡し「亡夫の骨と一緒に」などの希望も実現した。協力寺社も増え地域づくりを実感している。 【事業予算】 総事業費：22千円（平成27年） （平成27年決算額：7千円） 財源内訳：全額市費
ポイント、工夫	・リビングウィルは葬儀社も保管。市の弱点がカバーされ、夜間対応も可能になった。 ・大・小の登録カードの所持により、緊急時の連絡が市に入りやすいように工夫。 ・カード不携帯の際、本人が緊急入院した場合に備え、病院からの医療費問合せが、市役所で最初に入る当課（生活保護・生活困窮）が事業を担当することとした。 ・万一、葬儀社倒産の際は、債権回収ができぬまま死亡しても、最低額内の契約なら、墓地埋葬法や生活保護法で火葬する義務が自治体にあるため、当事者の生前意思実現には問題ない。家財処分は、民間の少額短期損害保険などと連携。 ・民業圧迫回避のため、年齢や墓じまいの必要性に応じた収入・資産限度を基準化。これを超える相談も、弁護士会に繋ぐなど、官民連携の地域づくりを目指している。
今後の展開と課題	独居高齢者は「情報難民」であり周知が最大の課題。ミニ集会を繰り返す等、口コミ流布を展開中。大学の献体事業と連携、困難とされる独居者の献体希望実現を検討中。

横須賀市資料「エンディングプラン・サポート事業ご案内」

横須賀市エンディングプラン・サポート事業とは...

ひとり暮らしで身寄りがなく、生活にゆとりがない高齢等の市民の方の葬儀・納骨などに関する心配事を、早めに解決し、生き生きとした人生を送っていただく事業です。横須賀市と、この事業に協力する葬儀社等が連携し、心配事の解決を支援します。

【対象者】原則として、ひとり暮らしで身寄りがなく、月収18万円以下・預貯金等が250万円以下程度で、不動産を有しない高齢等の市民が対象です。詳しくはご相談ください。生活保護受給中の方は、市民または本市で生活保護を実施している方に限ります。

★ 葬儀・納骨、死亡届出人、リビングウィル

葬儀・納骨・死亡届出人の確保、リビングウィル※1について、下記の市の窓口で相談をお受けします。対象者の方には協力葬儀社等の情報を提供します。また、必要な場合には、専門家相談もご案内します。

★ 生前契約と支援プランの策定・保管

ご自身で選んだ協力葬儀社と予め生前契約し、葬儀等に係る費用※2もお預けいただけます。

リビングウィル※1は、病院からの問合せに備え、市と協力葬儀社の両方で保管します。市は契約に沿って支援プランを策定・保管し、大・小の登録カード※3を発行します。

★ リビングウィルの迅速な伝達・葬儀等の円滑な進行

ご本人が万一の場合には、支援プラン（生前契約の内容など）に従い、市と協力葬儀社などの関係機関が連絡を取り合っており、リビングウィルを迅速に伝達し、葬儀等を円滑に進めます。

※1:【リビングウィル】...延命治療意思、書式・内容・変更は自由です。容量に制限があります。
※2:【費用】...原則として生活保護基準と同額以内。(参考:平成27年度...206,000円)
※3:【カード】...連絡先など必須情報を記載します。大は玄関横に置き、小はご携帯ください。

ご心配事
葬儀 死亡届出人
納骨 延命治療

1 相談・情報提供
2 生前契約・支援プラン策定
3 連携・支援 ⇒ 心配事の解決

ご本人
支援プラン
連携
市 協力葬儀社等

ご相談は...くわいとお話を伺います。次の時間帯においで下さい。

平日 午前9時から11時まで 午後1時から4時まで

・くわいのご相談は、お電話やメールでもお受けいたします。
・事業の性格上、ご本人以外の方からのご相談はお受けいたしません。
・市から給付を受けられる事業ではありません。
・相談段階での訪問は原則として行いませんが、市が訪問する場合でも必ず職員証を提示します。市の職員を名乗る詐欺に、十分ご注意ください。

担当は...

横須賀市福祉部生活福祉課 自立支援担当 電話046-822-8070



おひとり暮らしで
ご自身の終活を
お考えの方へ



横須賀市エンディングプラン・サポート事業 ご案内

- ・原則として、相談段階で市の職員は訪問しません。
- ・訪問する場合でも、市の職員証を提示します。
- ・市の職員を名乗る詐欺に、十分ご注意ください。

横須賀市 エンディングプラン・サポート事業

支援の流れ

- 1 対象は...ひとり暮らしで、身寄りがなく、一定の月収・預貯金以下(※)で、不動産を有しない日本国籍の市民。
※:詳しくは加算枠まで見直し。
- 2 希望する対象者は、この事業の協力葬儀社との間で、葬儀等の生前契約を交わし、費用も預けていただく。費用は、原則として生活保護基準(平成27年度は20万6千円)以内。
- 3 希望により、リビングウィル(延命治療の意思)も、市と葬儀社とが保管。
- 4 生前契約が終わったら、市は支援プランを立てカード発行(大・小2枚)。本人はカード小を常に携帯。カード大は玄関横に貼付。万が一に備える。
- 5 本人の希望に応じて、市の職員は、本人宅を定期的に訪問し、安否確認。
- 6 緊急時(入院や死亡等)にはカードによって、医療機関などから、市や葬儀社に連絡が入る。これにより、リビングウィルの迅速な伝達や、葬儀の円滑な進行が、実現される。



お問い合わせ 横須賀市 福祉部 自立支援担当
電話 046-822-8070

人情食堂 たそがれ一番地

第1話 ひとり暮らしの周平さん、終活を始めるの巻



(8) 池田市

対 象	市立池田病院 地域支援事業推進員 老人看護専門看護師 稲野聖子氏
取組の経緯	- 池田市は4年前から勉強会の開催、地域連携の取り組みを始め、意思決定支援の事例収集等を行ってきた。在宅医療・介護連携事業と認知症総合支援事業とも関連づけながら、事業化の検討を始め、アドバンス・ケア・プランニング推進プロジェクトチームの活動がスタートした。 - 高齢者は、多病であり、特に人生終盤においては医療選択は重要な課題である。しかし、患者が認知症高齢者、要介護高齢者の場合、医療機関、医療者が患者のことを知らない、あるいはエイジズムによって、過剰あるいは過少な医療が行われているのではないかという懸念があった。 - 患者は、認知症などで、医療選択の同意能力の低下がみられることがある。また、世帯構造の変化、死をタブー視する文化などから、話し合いがなされていないことで、家族であっても本人の意思の推定が困難な事例が増えている。医療・介護のケアチームにおいても自分の価値観を主張するのではなく、多職種での合意形成のあり方が課題だった。 - 新たな治療方法の開発により、一時的に救命できたとしても、回復しない場合、QOLが低下することもある。 例) 救急場面で、冷静な判断ができない状況において、決断を迫られる家族には苦痛が生じる。救急医療の体制と事前の話し合いが重要であるが、一旦命を取りとめても、高齢者は慢性化することが多く、継続して医療選択において話し合いが必要となる。
取組の概要	- 急性期病院は、在院日数が短いため、早期からの意思決定支援が必要である。入院時、外来時に地域で関わっている支援者を呼んでカンファレンスを行う。また、意思決定支援が必要な高齢者を入院時からピックアップして、地域の多職種とともに話し合いを始めることが重要である。 - 意思決定支援においては、医学的判断とともに、本人の生き方や価値観を共有して話し合いを進めることが大切。家族と共に、多職種で日頃からそういったことを本人に聞いておくことが必要。市立池田病院の高齢者サポートチームが中心となり、困難事例をバックアップする体制を整えた。 - 在宅医療・介護連携事業の予算で、在宅医療・介護連携事業「2017年度介護職対象研修会池田EOLケアプランナー養成講座」全4回を開催。 「あなたが伝えたいこと あなたに聞いておきたいこと とともに医療を話し合うためのガイドブックと記載シート」を作成した。自分で考えることができる高齢者を対象としている。高齢者のサロンで説明をしながら65歳以上の市民に手渡しで配布している。また、医療機関や行政にも設置している。配布する中で一般市民の関心が高いことがわかった。
ポイント、工夫	- 死をタブー視する文化があるが、高齢者自身も周囲もきっかけがあれば話し合いを行うことはできると思う。1人ではなく、グループで、また医療者や家族と話し合う場が必要。 - 人口約10万で、在宅医療を推進していくにあたって、急性期病院として、医療選択の意思決定支援に取り組む役割がある。急性期病院が在宅医療・介護連携事業の委託を受けているところは少ないため、その強みをいかして取り組んでいく。
今後の展開と課題	- 事前指示書の普及啓発を行う中で、救急医療のあり方が課題であると考えている。今後は、市民と共に、多職種でコンセンサスをはかり、尊厳をもって最期を迎えられるように取り組んでいきたい。 - 認知症や慢性疾患と診断されたときから、エンド・オブ・ライフ・ケアが行えることを目指して、多職種連携や意思決定支援に取り組んでいきたい。 - 認知症高齢者の場合は、認知症と身体疾患を合併していることが多く、意思決定能力が低下していくため、早期からの意思決定支援ができる体制構築が重要。

あなたは、どのような医療を 希望しますか？

前のページのマンガのようなことはいつ起こるかわかりません。
このガイドブックと記載シートを使って日ごろから考えたり、話し あっておきましょう。

Step 1 考えてみましょう → Step 2 話しあって みましょう → Step 3 書いてみましょう

あなたの 医療に対する希望

希望する医療、希望しない
医療は何ですか？
暮らしたい場所がありますか？
自分が意思表示できないとき、
誰に決めてほしいですか？

- このガイドブックの「医療を考える
ために必要な知識」(P8～9)を参
考にしてください。
- 身近な医療者に質問してみましょう。



家族と話しあう

- あなたが考えたことや
悩んでいることを伝え
てください。
- 気持ちが変化するとき
もあります。そのつど
話しあってみましょう。



医療者と話しあう



暮らしている場で話しあう



- 話しあったことを書いておきましょう。
- 気持ちが変わったり、節目のときに
書き直してみましょう。

今は、決められない、わからない ということがあっても当然です。
そういったときは、あなたが今思っていることや気が かりなことを身近な人に伝えるだけでも十分です。

氏名

→ 気持ちが変わった場合にお書きください。

1

医療の希望

以下の4つの医療に対して希望をチェックしてください

1

心臓マッサージなどの
心肺蘇生



☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

2

気管挿管と人工呼吸器



☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

3

胃ろう、経鼻胃管
による栄養補給



☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

4

中心静脈カテーテル
からの栄養補給



☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

☐ 希望する ☐ 希望しない
☐ わからない

2

暮らす場の希望

暮らしたい場の希望をチェックしてください

☐ 病院
☐ 老人ホームなどの施設
☐ 自宅
☐ 病状に応じて
☐ わからない

☐ 病院
☐ 老人ホームなどの施設
☐ 自宅
☐ 病状に応じて
☐ わからない

☐ 病院
☐ 老人ホームなどの施設
☐ 自宅
☐ 病状に応じて
☐ わからない

3

代わりに決めてほしい人の希望

意思表示ができなくなった場合などに、自分の代わり
に誰に決めてほしいですか？

名前

(続柄)

名前

(続柄)

名前

(続柄)

(9) 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート

対 象	公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 専務理事 西川浩之氏
取組の経緯	認知症高齢者、知的障害者または精神障害者の中には、判断能力が十分ではないため、消費者被害等の財産侵害の対象となりやすく、生活に必要な経済的拠り所を失うおそれがある方もいる。 リーガルサポートは、1999年12月に、高齢者、障害者等が自らの意思に基づき安心して日常生活を送ることができるように支援し、高齢者、障害者等の権利の擁護及び福祉の増進に寄与することを目的として全国の司法書士によって設立された。
取組の概要	・全国の都道府県に50の支部があり、約8,000人の会員が後見人、後見監督人等として活動している。 ・判断能力が十分ではない高齢者や障害者と直接関わりながら、本人の意思を尊重しながら「身上監護と財産管理」を行っている。 ・その他の取組 ① 成年後見制度や申立手続き等の相談 ② 「親族後見人養成講座」、「講演会や説明会」、「シンポジウム」の開催 ③ 地域包括支援センター等行政や福祉・医療関係者等と協力しながら虐待防止等「高齢者・障害者等の権利擁護」ための支援活動 ④ 書籍の発刊等成年後見制度普及活動 ⑤ 成年後見制度の改善研究・提言活動 ⑥ 「市民後見人」養成支援活動等「成年後見の社会化」推進活動
ポイント、工夫	・成年後見制度は判断能力が衰えてから利用できる制度だが、リーガルサポートは元気なうちから将来に備えたトータルなサービスも提供する。 ・一定の研修を履修した会員のみ登録されている「後見人等候補者名簿」を家庭裁判所に提出しており、この中から後見人等が選出される。2年ごとに新たな研修を履修しなければ名簿から抹消されるため、名簿登録した会員は一定の水準を保っている。 ・後見人になった会員は、定期的にリーガルサポートに業務報告をおこない、指導監督を受けている。 ・一人の後見人で支援することが困難な場合は、リーガルサポートが法人として後見人になり支援する。
今後の展開と課題	・もう少し利用しやすい仕組みにして、早い段階から成年後見制度を利用してもらえれば、本人や親族の意向をより尊重した利用が可能になる。今後は、任意後見の推進に注力したい。 ・法定後見は家庭裁判所が監督する。親族は何の支援もないまま後見人になり、意図せずに裁判所から不正だと言われる財産管理をしてしまうことがある。きちんとした財産管理や身上監護ができていない場合、一方的に専門職の後見人をつけて、親族と摩擦が起きることがある。本人だけではなく親族も含めて支援する形を作っていくことも重要。 ・成年後見では、身元保証人と身元引受人を求められることが多いが、法律的には非常にあいまいなため、専門職はなるべく関わるべきではないと考えている。民間団体の中にはビジネスチャンスと捉え、引き受けて問題となるケースもある。 ・その人らしい生活支援を行うため、介護保険制度、障害者福祉制度、総合支援法等の仕組みをうまく使いこなすことが重要。

(10) 金融機関（三井住友信託銀行株式会社）

対 象	三井住友信託銀行株式会社 プライベートバンキング部 成年後見・民事信託分野専門部長 八谷博喜氏
取組の経緯	超高齢社会となり、認知症等により財産の管理や日常生活等に支障がある人達を社会全体で支えあっていくことが喫緊の課題となっている。 深刻さを増す認知症の人への対応はさまざまな業界・分野における横断的な連携が不可欠で、金融取引や財産の管理運用に携わる銀行の役割も小さくない。 このような考えのもと、成年後見制度（法定後見・任意後見）にマッチした専用商品の開発・提供に積極的に取り組んでいる。また、これら金融・財産管理サービス面でのサポート機能の拡充に加え、士業団体との連携・協業等、各業界・分野との横断的な連携も進めていく。
取組の概要	① 後見制度支援信託（受託シェアは約6割） ・信託金は必要に応じて、家庭裁判所の指示書に基づき設定された特約により、定期的に一定額が被後見人に交付。 ② 任意後見制度支援信託（2017年8月スタート） ・元本補填契約に基づき、元本保証する金銭信託。 ・任意後見監督人選任後は、預け入れ金銭信託からの払い戻しには「任意後見監督人の同意」を必要とし、安全・確実な財産管理を実現。 ・定期的に一定額を信託金から払い出し、本人名義の口座に振り込むサービス。 ③ 成年後見制度利用希望者の士業団体への取り次ぎ ④ 超高齢社会問題に関するセミナーの開催（学会、大学、後見関連専門家、市民他向け） ⑤ 民事信託分野へのサポート ・民事信託口座の開設、民事信託定期預金、民事信託金銭信託、民事信託投資信託、アパートローン等
ポイント、工夫	・長年の商事信託で培った堅確な信託事務処理能力を活かし、民事信託の枠組みのもとで民事信託の受託者に対し、金融・信託・財産の管理承継等の多様なサービスを行うことで、民事信託の健全な発展に貢献している。 ・信託契約書をはじめとする信託スキームの組成に係るコンサルティングや運営のサポート等は、法律・税務の専門家である士業の先生方に任せている。 ・民事信託は健全なときの本人の意思をどれだけ守れるか、反映できるかに着眼している。契約に残していくことで、財産争いを減らす前倒しの活動をしている。
今後の展開と課題	・信託銀行では遺言状を作成するが、何度も家族によって書き換えられることがある。意思、判断能力が落ちてくるという問題を含め、経済的虐待などの課題がある。 ・2006年に信託法が変わり、民事信託制度ができて家族が受託者になりやすくなった。受託者が民事信託の取引をきちんとできるよう普及させていきたい。 ・民事信託は、利益相反・遺留分侵害等受託者主導型の事例もあり、組成にあたる資格者専門職（士業）には、信託法・民法の知識とモラルが必要。 ・任意後見支援信託という商品を作って不正をなくすなど、新たな商品作りもしなければならぬと考えている。

三井住友信託銀行 「土業の皆さまが手掛ける成年後見・
民事信託関連業務にかかる当社サポートについて」(一部抜粋)

成年後見分野へのサポート

—成年後見制度分野に対する当社の考え方—

超高齢社会が現実となったいま、わが国では、認知症等により財産の管理や日常生活等に支障がある人たちを社会全体で支えあっていくことが喫緊の課題となっており、政府も「成年後見制度利用促進基本計画」を定め、関係府省が連携して成年後見制度の利用の促進に関する諸施策を推進していこうとしています。

深刻さを増す認知症問題への対応はさまざまな業界・分野における横断的な連携が不可欠であり、金融取引や財産の管理運用に携わる銀行の果たすべき役割も決して小さくありません。

わたくしも三井住友信託銀行は、このような考えのもと、成年後見制度(法定後見・任意後見)にマッチした専用商品の開発・提供に積極的に取り組んでいます。また、これら金融・財産管理サービス面でのサポート機能の拡充に加え、土業団体との提携・協業等、各業界・分野との横断的な連携を進めてまいります。

成年後見サポート ①

後見制度支援信託

(詳しくは、15ページの「後見制度支援信託について」をご覧ください。)

全店取り扱い

受託実績 業界No.1※

1 「後見制度支援信託」とは

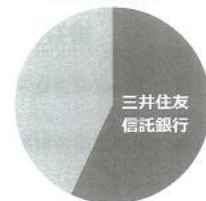
- 被後見人さまの財産を保護し、将来にわたる生活の安定に資するための信託です。
- 信託金は、必要に応じて、家庭裁判所の指示書に基づき設定された特約によって、定期的に一定額が被後見人さまに交付されます。なお、家庭裁判所の指示書に基づく場合を除いて、一時金の交付等のお申し出を承ることはできません。

2 業界トップの受託シェア

- 三井住友信託銀行は、成年後見制度の健全な発展に貢献するため、後見制度支援信託に積極的に取り組んでおり、受託シェアは業界トップの約6割となっています。

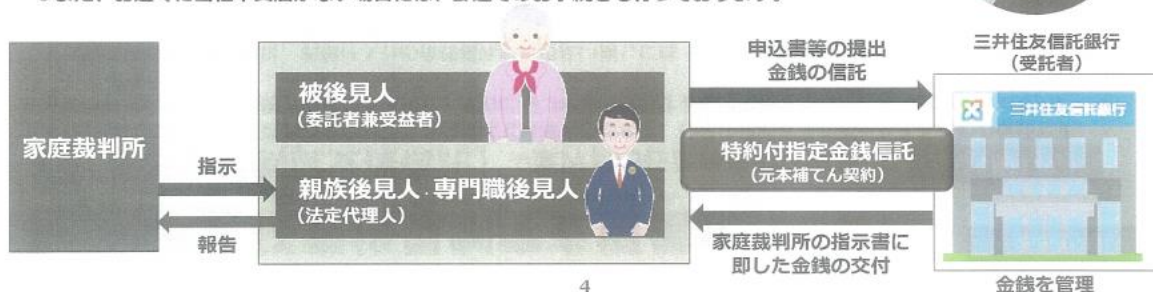
※2017年3月末現在受託残高3,163億円(業界シェア57%)。

後見制度支援信託受託残高シェア
2017年3月末現在



3 全国の本支店で受付 郵送でのお手続きもできます

- 後見制度支援信託の取り扱い、全国の本支店で受け付けております。
- また、お近くに当社本支店がない場合には、郵送でのお手続きも行っております。



(詳しくは、16ページの「任意後見制度支援信託について」をご覧ください。)

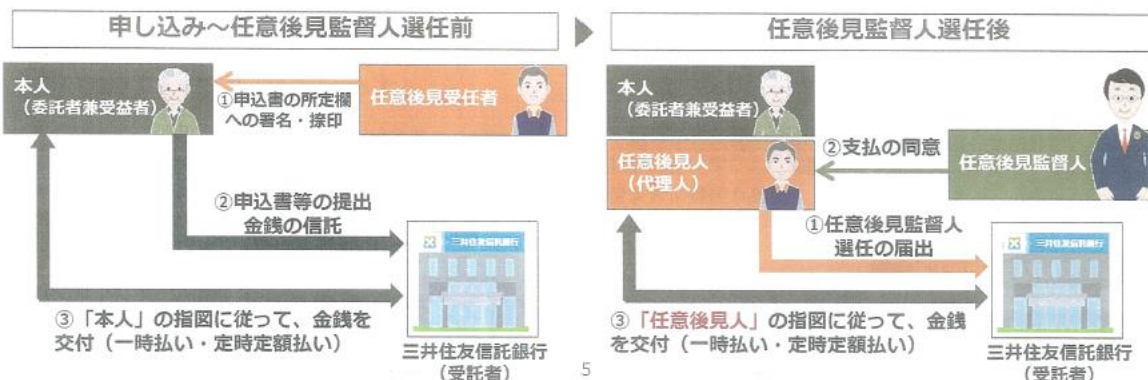
1 「任意後見制度支援信託」～業界初の任意後見対応商品～

2017年8月スタート

- 任意後見制度をご利用される方の財産を金銭信託で管理することで、任意後見制度をサポートするための信託です。
- 後見制度支援信託と同様、当社が元本補てん契約に基づき元本保証する金銭信託であり、元本は預金保険制度の対象商品として保護されます。
- 任意後見監督人選任後は、お預け入れの金銭信託からの払い戻しには「任意後見監督人の同意」を必要とすることで、安全・確実な財産管理を実現できます。

2 定時定額払いで任意後見人の負担を軽減

- 定期的に一定額を信託金から払い出し、本人名義のご指定の口座にお振り込みするサービスです。毎月の生活資金の受け取りなどにご利用いただけます。
- 「定時定額払い」をご利用の場合、任意後見監督人選任の前後を問わず、解約手数料・振込手数料ともにかかりません。



1 成年後見制度利用希望者の士業団体への取り次ぎ

- 三井住友信託銀行は、成年後見分野に積極的に取り組む各種士業団体と協定を結んでおり、成年後見制度に関する相談や、その利用を希望されるお客さまの各士業関係団体への取り次ぎを行っています。



2 超高齢社会問題に関するお客さま向けセミナーの開催

- 三井住友信託銀行は、全国の支店で老齢学をベースとした知識を最も必要とするシニア世代のお客さまを対象に、セミナー「シルバーカレッジ」を開催しています。多岐にわたったテーマは参加者から大変好評をいただいています。

2014年度開催シルバーカレッジ講座メニュー例

	第1回:老後の生活の安全と安心	第2回:老後の住まいの選択	第3回:もしものとき…備えは大丈夫?
講座名	高齢者の健康の常識と非常識 ～何を食べるかは長生きする～	住み続けるという選択 ～建て替えとリフォーム～	認知症を正しく理解し安心の暮らしを ～介護の負担軽減からのアドバイス～
	預り金の取扱いへの備えは万全? ～「お金の安全」をどう守る～	高齢者住宅という選択 ～老人ホームの選び方～	納得できる選択のために ～人生の意思をどう伝えるか～
	あなたの資産を守る? ～様々な商品から選ぶ資産～	住み替えのバリエーション ～老いる前に考えておこう～	知っておきたい「成年後見制度と相続・遺言」 ～命から守るための備え～



地方支店で開催したシルバーカレッジ

シルバーカレッジのチラシ

(11) 葬儀社（株式会社公益社）

対 象	株式会社公益社大阪本社 大山雅史氏、安西涼子氏 ひだまりの会 産業カウンセラー 泉原久美氏
取組の経緯	人口動態を反映して、亡くなる方も80代以上の方が増え、高齢化している。関係者も高齢化しているため、親族、友人でも参列できない、仕事関係の方も葬儀に来られないというケースが増えている。子どもの数も2人前後と少ないこと、町内会など近隣の人を呼ばなくなっていることもあり、通夜、告別式等が小規模になっている。 高齢の夫婦のみ世帯の増加にともない、配偶者の死後、一人暮らしになる高齢者が増えている。死別後の家族内や地域での支え合いの力が弱くなるなか、葬儀社として、残された方を支えることが何かできるのではないかと考え、社会貢献の一環として「ひだまりの会」を設立。以来、専門研究者の助言を受け、試行錯誤を続けながら、葬儀後の遺族の、死別の悲嘆からの回復と生活環境の変化への適応を支援する活動を行っている。
取組の概要	・遺族へのグリーフサポートとして死別体験をした遺族同士が語り合える《分かち合いの場》として、14年前に「ひだまりの会」を創設し運営している。遺族同士が自分たちの体験を話し合い、傾聴し、共感することで安心と交流が生まれる。 ・月例会（毎月第3土曜日）を開催し、小グループの遺族同士の《分かち合い》を実施。その前後に専門家による《グリーフワーク講演会》、NPO法人会員による体験談、音楽療法士による《癒しの音楽》など多彩なプログラムを提供している。 ・活動や寄稿を掲載した情報誌『ひだまり』を発行している。 ・グリーフケアだけでなく、必要とされる方には葬儀後も様々なライフサポートも提供している。遺族には専任アドバイザーが寄り添って、役所・各年金の諸手続き、相続に関する手続き、仏事、生活に関わるライフサポートまでアドバイスや支援を行っている。 ・悲しみから少し元気になった遺族のライフサポートは、「ひだまりの会」から生まれた「NPO法人遺族支え愛ネット」が、遺族主体による長期的な支援活動を行っている。活動は9年目となり、大阪2ヶ所、奈良1ヶ所、計3ヶ所のサロンを運営。
ポイント、工夫	・遺族サポートの「ひだまりの会」やライフサポートは、人口動態や家族構造の変化をふまえて立ち上げた取り組み ・ライフサポートについては、遺族ということを理解したうえでの対応ができることと、公益社の理念を共感する企業と提携して行っている。
今後の展開と課題	・民間企業なのでビジネスを通して成長し、社会に貢献していく。 ・エンドオブライフ・ケアやグリーフケア、ライフサポートを頼むには相手との信頼関係が基礎となる。 ・夫婦で4人の親を看取ることになる人が増えるなか、家族を含めた自助努力によるエンドオブライフには限界がある。家族で看るとなると、介護離職者が増えて、働き方改革や女性活用に逆行するのではないかと考え、急速な高齢化が社会保障の給付と負担の問題を招来していることは理解しているが、国や地域が医療・介護や子育てに力を入れてほしい。 ・大都市圏においても収入格差がある。経済的にゆとりのない人に対しては、公的に医療・介護、ライフサポート、エンドオブライフ・ケア（グリーフケアを含む）を提供していく仕組みが必要になると思う。公的支援の充実に期待したい。

Letter From Hidamari Grief Support

ひだまり グリーフ サポート レター

2016年(平成28年)6月20日

Grief support letter

大切な人との死別による悲しみは死別グリーフ(grief)。私たちは悲しみのなかにある人たちの支えとして、グリーフサポート(grief support)活動を行っています。

【保存版】

発行 株式会社公益社
遺族サポート「ひだまりの会」
〒566-8821 1170
FAX 06-6881-3349
Eメール hidamari@koekisha.co.jp

あふれる涙を
こらえないで...
今は、思い切り
泣いてもいいのです。



「春風を待たずに日が浅く、未だ、悲しみのなかにおられるご遺族に心から哀悼の意を表します。」

かけがえのない方との死別によって、ご遺族は心身ともに大きな変化を経験されます。悲しい、苦しい、後悔、罪悪感、さみしい、人生に希望をなくす、元気が出ない等の反応が

起こるのは当然のことです。それだけ失った方を変えていたことの証でもあるといえます。それらの反応と付き合いながら、亡くなられた方と同じくらい、あなた自身のことも考え、大切にしてください。

このレターを、あなたがこれからの新たな生き方を考える一助としていただければ幸いです。

深い悲しみの渦中にある人には、さまざまな悲嘆反応が起きます。それは正常な現象として、自他ともに受け止めることが大切です。また、喪失体験に伴う心の不調が起きることについて、早めに知っておかれると、あなたの不安を少しでも和らげることが出来るかもしれません。 (一中原研太郎)

かけがえのない人を失って、
悲しみにくれるのは自然なことです。



どうぞ、雨宿りのつもりで『ひだまりの会』へ！
同じ体験をされた方々との「分かちあい」に参加されませんか？

「ひだまりの会」へのお誘い

公益社「ひだまりの会」では、ご遺族へのグリーフサポートとして、死別体験をされたご遺族同士が安心して語り合える「分かちあい」の場を提供しています。そこで、ご遺族同士が、自分たちの体験をお互いに話し合い、傾聴し、共感することで、安心と温かい交流が生まれています。そこから、あなたのこれからの生き方のヒントが得られるかもしれません。
「自分の辛い気持ちや悩みを誰かに聞いてもらいたい」
「同じような体験をもつ方々と分かちあいたい」
「一人暮らしが不安だまらない」
などとお考えの方には、よい機会になるかと思います。



「ひだまりの会」グリーフサポート 月例会のご案内

経験豊富なファシリテーター(進行役)による、小グループの遺族同士の「分かちあい」を実施しています。その前後に、専門家による「グリーフワーク読書会」、NPO法人会員などによる体験談、音楽療法士による「癒しの音楽」など、多彩なプログラムを提供しています。
グリーフサポートの月例会開催(参加費無料)
日時：毎月第3土曜日(午後1時～3時半まで)
会場：公益社 大森本社5階(大森市北區天神橋4-6-30)
■地下鉄赤羽線「霞が関」駅出口より徒歩約4分
■有明線「大塚」駅出口より徒歩約5分
■JR東横線「大塚」駅出口より徒歩約5分

NPO法人の支援活動

「ひだまりの会」では、大切な方を亡くされたばかりのご遺族のグリーフサポートを行っています。そして、悲しみから少し元気になられたご遺族のライフサポートは、「ひだまりの会」から生まれたNPO法人が、遺族主体による長期的な支援活動を行っています。

遺族サポート「ひだまりの会」へのお問い合わせは、

協賛ホールディングスグループ
株式会社 公益社「ひだまりの会」事務局

06-6882-1170

公益社「ひだまりの会」のホームページ
https://www.koekisha.co.jp/からお問い合わせください。 公益社「ひだまりの会」

Letter From Hidamari Grief Support

ひだまり グリーフ サポート レター

2016年(平成28年)6月20日

あなたの心と体にこんな変化が
現れるかもしれません。

心の変化(心理的症状)

ショック

頭の中がぼんやりして、呆然とする。
感覚が麻痺して、現実のことではないような気がする。

否認

事実を認めたくない、受け入れられない。

怒り

喪失の原因に悩んだ人々やものに対する怒り。
やり場のない「何か」への怒り。

後悔・自責

「生前にもっとやさしく接していればよかった」「あの時、ああすればよかった」などと、自分を責める。

抑うつ

疲労や無力感がともない、価値観や生活の意味を見失う。
激しい落ち込み、深い悲しみ、心のストレスが蓄積される。

受容

喪失した事実を受け入れる。故人への思いが静かさを促しへと変化。

再適応

その人らしい現実に向き合っていく。新たな自分、社会へと目覚め始める。

体の変化(身体的症状)

精神的なストレスだけでなく、身体的な疾患や行動に変化が現れる場合もあります。

手指の冷え

血液循環が悪くなり、指先が冷たくなった、てのひらに汗をかいたりする。

食欲不振(過食)

極端に食欲が減退したり、むやみに食べてしまうこともある。

体重減少(増加)

ストレスや疲れから体重が減る。あるいは、増えたりする。

不眠(眠気)

不安感からの不眠が続く。慢性的な眠気にも襲われる。

動悸・息切れ

胸が締めつけられる、息苦しく感じる。

疲労感

疲労がたまり、めまいや頭痛に見舞われる。

行動の変化

外出ができない、動きすぎる。アルコールを飲み過ぎる。

「悲しみを
抱きかかえながらも、
自分らしく積極的に
生きていこう」と
思えるようになりました。



「主人は立派に命を全うしました。そして、私たち家族の心の中に生きています」

Kさん(59歳/女性)

主

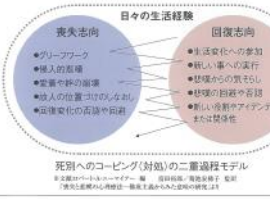
人の死には、たくさんの人が来てくださいます。勤めていた会社の上司や同僚、部下の方々が、泣きながら別れを惜んでくださいました。息子たちが「親父は外でちゃんとしていたことがわかった」と誇りにげました。長男は「おれは親父みたいな社会人になろうと思った」、次男は「親父らしい、いい男だったな」と言ってくれました。
急性骨髄性白血病で亡くなった主人は、2年間の闘病で、やつれていましたので、「お別れはエンパシーでいい」とお願いしました。そのとき、「ご主人の言葉は」と、担当の方が読んでくださったので、私が「えっ？」と聞き返すと、「ご主人の生きていたときのように、私たちに、向き合ってくださいね」と言ってくれました。私にはその一言がありがたく、とても嬉しかったのです。公益社で準備をして本当によかったと思います。満足のいく葬儀ができたことが、私たち家族の心の支えになっていると感謝しています。

「悲しみから一歩踏み出して、
電話相談員を自分の
ライフワークに決めました」

Hさん(62歳/男性)

私

は、5年間に3人の愛する家族を失いました。私は周囲の温かい支援を受けながら、老いた父母の介護と家内の看病に奮闘していました。しかし、父が癌で、それから順調にしていた、かけがえのない家内が7年近くの闘病の末に、亡くなってしまいました。その後、母も癌になりました。
家内を失った数ヶ月後、私は初めて「ひだまりの会」に参加しました。そこで体験は思いがけないものでした。同じ悲しみを持った方々が、自分の思いや悲しみを、涙を流しながら分かち合う。そのなかで、私は何となく安心感を感じたのです。半年ほど経った頃、私の心にある思いが芽生えてきました。それは、公益社だけでなく、現在いろいろなことで苦しんでいる人々のために役立ちたいという気持ちでした。
無事に定年を迎えたことをきっかけに、私が選んだのは電話相談員です。一期一会の電話相談の中で、健康問題や悲嘆に苦しむ、大切な命を失ったというまでの痛みに寄り添い、共感し、傾聴したいと考えています。



- あなたの悲しみを和らげるために「7つのアドバイス」
1. 他者の悲しみの体験について知る。
 2. あなたが故人にできたことを思い出す。
 3. あなたの今の気持ちを誰かに話す。
 4. あなたの気持ちを手帳に書く。
 5. 体にいいことをするように心がける。
 6. 周りの人の助けを受け入れてみる。
 7. ひだまりの会などの集まりに参加する。

Grief Care BOOK 紹介
グリーフケア
— 見送る人の悲しみを癒す —
— ひだまりの会の軌跡 —
(公益社発行)

この本は、当社社長の宮内朋夫氏と関西学院大学の阪本幸恵氏の共同による2011年3月に発行された、第1巻「遺族を支援するグリーフケア」は、遺族支援の第一歩。第2巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二歩。第3巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三歩。第4巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四歩。第5巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五歩。第6巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六歩。第7巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七歩。第8巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八歩。第9巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九歩。第10巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十歩。第11巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十一歩。第12巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十二歩。第13巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十三歩。第14巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十四歩。第15巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十五歩。第16巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十六歩。第17巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十七歩。第18巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十八歩。第19巻「グリーフケア」は、遺族支援の第十九歩。第20巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十歩。第21巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十一歩。第22巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十二歩。第23巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十三歩。第24巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十四歩。第25巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十五歩。第26巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十六歩。第27巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十七歩。第28巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十八歩。第29巻「グリーフケア」は、遺族支援の第二十九歩。第30巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十歩。第31巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十一歩。第32巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十二歩。第33巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十三歩。第34巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十四歩。第35巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十五歩。第36巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十六歩。第37巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十七歩。第38巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十八歩。第39巻「グリーフケア」は、遺族支援の第三十九歩。第40巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十歩。第41巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十一歩。第42巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十二歩。第43巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十三歩。第44巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十四歩。第45巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十五歩。第46巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十六歩。第47巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十七歩。第48巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十八歩。第49巻「グリーフケア」は、遺族支援の第四十九歩。第50巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十歩。第51巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十一歩。第52巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十二歩。第53巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十三歩。第54巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十四歩。第55巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十五歩。第56巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十六歩。第57巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十七歩。第58巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十八歩。第59巻「グリーフケア」は、遺族支援の第五十九歩。第60巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十歩。第61巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十一歩。第62巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十二歩。第63巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十三歩。第64巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十四歩。第65巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十五歩。第66巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十六歩。第67巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十七歩。第68巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十八歩。第69巻「グリーフケア」は、遺族支援の第六十九歩。第70巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十歩。第71巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十一歩。第72巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十二歩。第73巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十三歩。第74巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十四歩。第75巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十五歩。第76巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十六歩。第77巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十七歩。第78巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十八歩。第79巻「グリーフケア」は、遺族支援の第七十九歩。第80巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十歩。第81巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十一歩。第82巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十二歩。第83巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十三歩。第84巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十四歩。第85巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十五歩。第86巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十六歩。第87巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十七歩。第88巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十八歩。第89巻「グリーフケア」は、遺族支援の第八十九歩。第90巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十歩。第91巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十一歩。第92巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十二歩。第93巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十三歩。第94巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十四歩。第95巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十五歩。第96巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十六歩。第97巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十七歩。第98巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十八歩。第99巻「グリーフケア」は、遺族支援の第九十九歩。第100巻「グリーフケア」は、遺族支援の第一百歩。

◆監修 阪本 幸恵(関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科 教授)
編集 長瀬 隆子(関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科 教授)
発行 長瀬 隆子(関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科 教授)
編集 長瀬 隆子(関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科 教授)

Grief support letter

第5章 エンドオブライフ・ケアの現状と今後の課題

1. エンドオブライフの現状

本事業で実施した各調査から明らかになったエンドオブライフの現状を以下にまとめる。

(1) 個人アンケートの主な結果

最近10年間に身近な人を看取った50代、60代男女の家族・近親者1000人のアンケート調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。

＜死期の予測は難しい＞

・「病気、障害、加齢による衰えはあるが亡くなるのはもっと先だと思っていた」が20.2%、「突然の死でまったく予期していなかった」が17.1%で、合計37.3%、約4割の家族・近親者が「身近な方の死期を予期していなかった」と回答しており、死期を予測して対応することの難しさが明らかとなった。

＜死を迎えた場所＞

・本人（亡くなられた方）の居場所を時間の経過とともに追ってみると、時間の経過による医療機関へのシフトがみられ、医療機関で亡くなる方が7割近い。

「亡くなる1年前の居場所」は、「自宅」63.1%、「施設」20.6%、「医療機関」13.3%

「亡くなる2～3ヶ月前」は、「自宅」40.0%、「施設」20.8%、「医療機関」37.4%

「亡くなられた時」は、「自宅」18.9%、「施設」12.4%、「医療機関」67.1%

＜判断能力の衰え＞

・本人（亡くなられた方）は、エンドオブライフにおいては判断能力に衰えがみられる。

「亡くなる1年前」に「判断能力に衰えが見られた」50.9%

「亡くなる2～3ヶ月前」は64.5%と6割以上に上昇している。

＜家族・近親者・親族以外の援助者・支援者は時の経過で変わる＞

・本人や回答者を支えてくれた人については、「家族・近親者・親族」は「亡くなる2～3ヶ月前」、「亡くなられた2～3ヶ月後」ともに支えとなり続けている。「医療・介護関係者」は「亡くなる2～3ヶ月前」の支援で関わる割合が高く、「亡くなられた2～3ヶ月後」には割合が低くなっている。一方、「葬儀社、弁護士・司法書士等の専門家等」は「亡くなられた2～3ヶ月後」の方が高くなっている。エンドオブライフ・ケアのキーパーソンは「家族・近親者・親族」であるが、その他、様々な援助者・支援者も時期やニーズに応じて関わっていることがうかがえる。

＜「スピリチュアル・ペインに向き合うのはつらい」は家族・近親者の6割以上＞

・「スピリチュアル・ペイン」を抱えた本人に接するとき、「つらい」と感じる家族・近親者は61.1%と6割以上にのぼる。

（注）「死を前にした時に感じる解決することが困難な苦しみ」（スピリチュアル・ペインと呼ばれることがある）具体的には以下のように、様々な言葉で表現される。

「まわりに迷惑ばかりかけて情けない」「トイレの世話になるくらいなら、死んだほうがまだ」

「死ぬのがこわい」「今までしていた仕事や家事を続けたい」「家族を残していくのが心配」「さびしい」など。

＜「エンドオブライフ・ケアについて決めておく」とよいこと」の一位は「終末期医療、延命治療についての希望」の53.2%＞

・「自身の人生の最終段階について決めておいたり準備しておく」とよいことについては、「準備をしておこうとは思わない」は4.2%にとどまっている。「終末期医療、延命治療についての希望」

が53.2%と最も多く、「自身の葬儀・墓についての希望」が38.6%、「自身の金融資産などの処分や相続についての希望」が37.7%、「自身の所有する家・土地などの処分や相続についての希望」が31.5%、「人生の最終段階を過ごす場所についての希望」が30.6%、「家族・近親者、友人に感謝の気持ちや希望を伝えること」が28.4%、「息を引き取る場所についての希望」が18.2%と様々な事柄について準備の必要性を感じている。

＜エンドオブライフ・ケアを頼めそうな人は「配偶者」と「子ども」＞

・「エンドオブライフ・ケアを頼めそうな人」については、「配偶者」が54.0%、「子ども」が49.8%と半数前後で突出しており、その他の続柄は10%未満にとどまる。「頼めそうな人はいない」も8.3%いる。自身のエンドオブライフ・ケアを託す相手は、だれでもよいわけではなく、血縁関係、姻戚関係、信頼関係などが必要になることがうかがえる。

＜充実してほしいのは「本人支援」、「家族・近親者・遺族支援」、「研修・教育」＞

・多死社会においてエンドオブライフ・ケアを充実していくことについては、「充実の必要性を感じない」は5.2%にとどまっている。「充実してほしいこと」としては、「本人への支援」、「家族・近親者・遺族への支援」、「家族・近親者・援助者・支援者に対する研修・教育の支援」など多岐にわたっている。

＜高い学習意欲＞

・「エンドオブライフ・ケアを学習する機会があったら利用したいか」については、「利用したいと思わない」は15.2%にとどまっている。「市町村、地域包括支援センターのイベントや講習」が29.0%と最も多く、次いで「病、診療所のイベントや講習」15.1%、「国、都道府県のイベントや講習」12.5%、「社会福祉法人、介護事業者のイベントや講習」9.2%など、対面で学習できる「イベントや講習」を希望する割合が高い。「インターネット、SNS（LINE、フェイスブック等）22.9%、「新聞、テレビ、ラジオ」17.5%、「書籍、雑誌」13.5%と「ネット、マスコミ」で学習したいという希望も多い。

（２）介護従事者アンケートの主な結果

介護従事者を対象とするアンケート調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。本事業の介護従事者アンケート調査は、看取りを経験したことがある介護従事者を主な対象として実施している点に留意する必要がある。

＜看取りへのかかわりは事業所の種別により差異がある＞

・介護従事者のうち「看取りにかかわったことがある」という人の最近１年間ににかかわった人数の合計は「１人」が19.5%、「２人」が17.9%、「３人」が21.0%にとどまる一方、「５人以上」も31.9%いる。訪問看護・定期巡回随時対応型訪問介護看護、介護保険施設では「５人以上」が６割を超えており、看取りに関わる件数は事業所の種別によって差がある。居宅介護支援事業では「５人以上」は39.7%である。

＜亡くなる２～３ヶ月前は本人とかかわる頻度が増加＞

・利用者が亡くなる２～３ヶ月前はそれ以前と比較すると、ほとんどの業務において対応や変更の頻度が増えている。介護従事者自身の「精神的な負担感も強くなる」が73.0%と高くなっている。

＜家族・近親者への支援、両者への支援の必要性の高まり＞

・エンドオブライフ・ケアについては、本人への支援はもちろんだが、家族・近親者への支援、

両者への支援が同等に重要になり、家族・近親者への連絡・調整、家族のケアの必要性が高まる。

＜エンドオブライフ・ケアを行う自信ありは10.3%にとどまる＞

・「エンドオブライフ・ケアを行う自信がある」は10.3%にとどまっている。クロス集計結果から、事業所のエンドオブライフ・ケアに関する組織的な取組の有無と、介護従事者のエンドオブライフ・ケアの自信の有無には関連があるとみられる。エンドオブライフ・ケアの質の向上には、チーム ⇒ 組織 ⇒ 地域のそれぞれで取り組むことが重要だと考えられる。

＜エンドオブライフ・ケアの特異性により困っている＞

・エンドオブライフ・ケアを行う上で困っていることは、「経験や知識の不足、不安」、「連携に関すること」、「スピリチュアル・ケアについて」などに集約される。

＜スピリチュアル・ケアの必要性＞

・「スピリチュアル・ペインという言葉を知っている」は30.4%に留まっているが、「利用者から自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛を感じたことがある」は77.2%に上っている。「スピリチュアル・ケアについて学びたい」は86%と関心や学習意欲は高い。

＜高い取組の意欲＞

・「今後、エンドオブライフ・ケアに取り組む」は96.3%と非常に高く、必要性を強く自覚して前向きである。

＜エンドオブライフ・ケアの質を高める必要性＞

・エンドオブライフ・ケアの質を高めるためには「教育研修認定制度」、「マニュアル、ガイドライン、事例集等のツールの開発」、「新しい介護保険サービスや看取りの加算」が有効だとする割合が高い。

（３）委員会での検討、ヒアリング調査の主な結果

委員会での検討、先進的な取組を行っている団体、個人へのヒアリング調査から明らかになったエンドオブライフ・ケアの現状を以下に示す。

＜エンドオブライフ・ケアの普及は発展途上＞

・「エンドオブライフ・ケア」の具体的な範囲や内容について定まった定義はない。「看取り」についても疾病、個々の患者の心身状況や状況によって異なるので一律の基準等をもうけることは難しい。

＜現場感覚に基づく「援助者」「支援者」の定義＞

・エンドオブライフ・ケアを行う「援助者」「支援者」の定義についても、現在、明確なものはないと思われる。しかし、医療・介護従事者など、日常的、直接的に、本人、家族・近親者に接してケアを行う人を「援助者」といい、組織や機関の運営や資金提供などを通じてケアに関わる人を「支援者」というのが現場で関わっているスタッフの感覚に合うのではないかと考えられる。

＜多職種連携、チームワークが重要＞

・介護事業所では、利用者が「看取り期」に入ったとの判断がなされると、チームを組成して24時間対応できる体制を整える。エンドオブライフ・ケアは多職種が連携するのでチームワークが重要である。

＜在宅はホームヘルパーのモニタリングが重要に＞

- ・在宅サービスの利用者の場合、ホームヘルパー（訪問介護員）は毎日、家を訪問して利用者のケアを行うため、利用者の心身状況や精神的な変化がある場合、最初に気付くことが多い。ケアマネジャー、かかりつけ医、訪問看護師等に連絡して、ケアプランやサービス計画の変更等の調整につなぐ役割を果たしている。本人に対するケアと同様に家族・近親者への連絡、調整も重要な役割である。

＜良好なチームワークが「支え」を強める＞

- ・多職種がそれぞれの役割を果たしながらチームケアを行うことで、本人、家族・近親者に対する「支え」を強めることができる。

＜エンドオブライフにおける意思決定は揺らぎやすい＞

- ・本人、家族・近親者のエンドオブライフにおける意思決定は揺らぐことも少なくない。病院退院後、自宅にもどるのか、施設に入所するのかの判断は本人、家族・近親者にとって難しい意思決定の一つとなっている。

＜エンドオブライフのゴールは「本人の意思の実現」、「生活の質の向上」＞

- ・エンドオブライフのケアマネジメントにおいては、それ以前の援助・支援とはゴール（目標）の設定が変わってくる。必要とする食事、移動、排泄等のケアを提供することはもちろんであるが、看取り期になると、「心身機能を回復する」、「心身機能の低下を予防する」といった目標設定は困難になってくる。本人、家族・近親者のスピリチュアル・ペイン等に対して寄り添いながら、「本人の意思の実現」、「生活の質の向上」を目指すこととなるため、本人の人生観・価値観、生活歴を把握することが援助者・支援者に求められる。

＜業務で行っているものの教育研修の機会は十分とはいえない＞

- ・医療・介護従事者にとって、看取りを含むエンドオブライフ・ケアを行うことは本来業務の一つであり、知識、スキル、覚悟を持って業務にあたることが求められる。実際、介護従事者は業務上、エンドオブライフ・ケアを行っている。しかし、資格取得過程や現任者研修において、業務においてエンドオブライフ・ケアを行うための知識やスキルを学習し習得する機会が十分とはいえない。

＜組織的に取り組むことが質の向上等に有効＞

- ・エンドオブライフ・ケアの援助者・支援者には、体系的な教育・研修プログラム、実践的な教育・学習の機会や場が求められている。しかし、学習やスキルの習得を個人まかせにするのではなく、事業所のエンドオブライフ・ケアに取り組む姿勢や体制整備が重要である。

＜援助者・支援者に対する支援の必要性＞

- ・援助者・支援者は、死を目前にして解決できない苦しみを抱えている本人、家族・近親者に対して寄り添い、苦しみを解決できないとしても、その苦しみを聴き、最期まで関わり続けることが求められる。その際、対人援助コミュニケーションのスキルが求められる。解決することができない本人の苦しみを受け止める援助者・支援者も苦しみを抱えることが多いため、援助者・支援者に対する支援も求められる。

＜家族・近親者、援助者・支援者に対する支援や評価への期待＞

- ・看取り期においては、本人の心身状況の変化が激しくなることが多いため、家族・近親者、援助者・支援者が本人に関わる頻度は増えるとともに、精神的・身体的な負担感も増していく。介護保険制度、医療保険制度、福祉制度など公的な制度として、本人のみならず、家族・近親者、援助者・支援者に対する支援や経済的な評価も期待されるところである。

＜頼れる身寄りの無い人の増加への対応の必要性＞

- ・近年、頼れる身寄りの無い高齢者が増加しており、住まいや生活に困った時、医療・介護が必要になった時など、市町村のソーシャルワーカー、ケアマネジャー等がキーパーソンとなって支援する事例が増えている。頼れる身寄りのない方が看取り期を迎えた場合、近隣住民やボランティアだけで支えることは難しくなり、医療・介護従事者、行政職員が連携して支えることが多い。そうした事例が年々、増加している。

＜意識不明のまま亡くなる事例では本人の希望や意思の実現が困難＞

- ・急病で倒れ意識不明のまま亡くなった事例などでは、別居の子どもがいても、現金・貯金通帳・印鑑・宝石等の保管場所、保険契約の有無、葬儀社の契約の有無などを親から聞いておらず、保有や契約の事実や保管場所を知らないため、家財道具や資産の処分、相続において、本人の意思が円滑に実行されないこともある。

＜エンドオブライフについて話し合える気運の醸成を＞

- ・現在、死について語ることは家族でも互いに遠慮している状況がある。エンドオブライフにさしかかる前からの市民教育や、もう少し早めの準備が望まれるのではないか。市民教育の主体としては、地域包括ケアシステムを推進する市町村が実施していくことが効果的だと考えられる。

2. エンドオブライフ・ケアについての意見や提言

本事業で実施した個人アンケート調査と介護従事者アンケート調査の自由意見で出されたエンドオブライフについての意見や提言の一部を掲載する。

(1) 個人アンケート調査のエンドオブライフ・ケアについての意見や提言

本編では一部のみを掲載し、その他の意見は資料編に掲載している。

Q40. 自身の将来のエンドオブライフ・ケアを考えた場合の不安や、その不安に対する有効な対策などについてご意見がありましたらお書きください。
【類型-1 50代男性】
お金があれば完全看護施設に入りたいが、金銭面や介護職員によるDVが心配。職場環境や行動管理、仕事量に対する給料体制の見直しなど。
私は50歳台ですがエンディングノートを作成している。これにより最後の時の自分の要求、恩人への感謝の気持、延命処置など自分の希望に沿ったものになる可能性が上がる。今からでも老後の生活について順番に準備していくことが大切と考える。
これから準備していかななくてはならないと思いつつ、ついつい後回しにできてしまっており、あらためて期限が近づいていることを痛感した。
現在自分の母親がガン、父親が痴呆症などいろいろ発症しているのでケアに時間が取られて辛い。親近者が辛いぶん自分は死に対しては辛くないかもしれないと思いはじめている。
基本的には配偶者より先に死にたいと思うが、配偶者に先立たれるのが最も不安。自己で意思決定できるうちに後見人を決めておくことも必要だと考えてはいるが信用のおける専門家を見つけられるか不安。
私自身が体験した近親者の死前後の様々な出来事は、心に深く刻まれました。その経験を踏まえ、本人や近親者の心構えや準備などを「こうしたら良い」ということをセミナーや冊子にして、地域に配布したい。
【類型-2 60代男性】
認知症とかその他介護を必要となる事態になったら、今は妻に依存してしまうと思うができる限りお互いが助け合いながら生きていかなければならないと思う。可能な限り施設等には行きたくない。自分で判断出来ない事態になったら今の家族と子供に任せる。
特に不安はありません。家族で話し合っておく以外によい方法はないと思う。あまり迷惑をかけずに死にたいと思っている。
今の段階からエンドオブライフを考えないことが一番。不安やその対策を考えること自体がストレス。いい意味でなるようになるというのも一つの考え方ではないか。
予期せぬ終末を迎えたり、準備する前に知的能力が低下してしまうのが不安。70代を待たず、今から準備するのが良いのはわかっているのだが、なかなか取りかかれない。これは自分の問題で、制度の整備とは関係がない。
余命を告げられた際は心の準備などが出来ると思うが、突然の場合はどうすればいいか迷う。その為に、どのようなエンドを迎えても心配ないように準備したいと思うが。実際にどうすればいいかがわからない。
学習、相談できる環境をより地域に密着した形で充実させ、啓蒙していくしかないと思っている。最後は支え合いの精神で社会を継続していくしかない。医療、介護の技術、仕組みはどんどん進歩していくので深刻な問題にはならないと思っているが、皆が実情を理解し最善を尽くしていく社会であってほしい。
家族がいてある程度健康だと先送りしがちですね。自治体が相談窓口等を設けアナウンスし、定期的に説明会を開くなどして啓蒙する必要があるのかもしれない。
国が率先して、不安を取り除く啓蒙活動をすべきだ。例えば、不安や悩みを克服したり軽減した人の体験談などを医師の解説も交えた文がインターネットで閲覧できたり、YouTube等で動画で公開されたりすれば、かなりのインパクトがあり反響は大きいと思う。また、これが国民の意識や医療改革の一助にもなると確信している。
【類型-3 50代女性】

死に対する恐怖などの軽減など精神的なサポートを専門の人をお願いしたい。自分の（少しだけ）財産については元気にうちに手続きや準備をしておきたい。エンディングノートも近い将来書くつもり。
病気や老いだけでなく、死は常に生と隣り合わせであると思う。いつ命を落としても不思議ではない世の中なので、みんながそれぞれに自分の生き方や逝き方を考える必要があると思う。自分はそれを考えなければならない歳まで生きてこれたので遺された人たちのために、何をしておくべきなのか学びたいと思う。
以前テレビでやっていた「死の準備」は生きるためのものっていうのに興味がわいた。家族に迷惑をかけないためにも準備できるために、情報が得られる機関や手段があればいいと思う。
夫婦ともに祖父母も両親もすでに亡くし、子もおらず、片方が亡くなった時点で、看取ってくれる人は親近者にはもういない状況で、何をどう準備すればいいかは今は不安過ぎて考えたくない。
【類型-4 60代女性】
人の寿命は分からないので、準備をしなければいけないと思うが、具体的なことが分からないし、一人で考えると面倒なことがあるので、講習会などがあるといい。
将来の自分がどのような病気になり周りに迷惑をかけるかわからないけれど医療の発達とプロの介護者の意識の向上をみているとそれほど心配しなくても良いように思う。過度な治療は必要ないけれど嫁や息子たちに世話になることは間違いないので今から彼らを大切にしておこうと思う。
在宅で終末を迎えたいし、国も、その方向で在宅介護の充実を推し進めている。しかし現実には子供たちも、側には居ない。連れ合いが亡くなるとただ1人で終末を迎える事になる。多分、施設にお世話になる事だろう。1人でも24時間体制で介護が充実していれば、住み慣れた自宅がいいが・・あらゆる国民が必要な時に必要な支援が受けられる事を望む。

（２）介護従事者アンケート調査のエンドオブライフ・ケアについての意見や提言

本編では一部のみを掲載し、その他の意見は資料編に掲載している。

問 28 介護従事者のエンドオブライフ・ケアのさらなる充実や、本人・家族・近親者の意向が尊重されたエンドオブライフ・ケアの推進に向けて、アイデアやご意見がありましたら、お書きください。		
事業所が実施している事業	現在従事している業務	
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	本人への告知をどこまでするかによって、本人の死への考えも違う。家族の意向もあるので、本人が今まで築きあげた考え方や、元々の性格を家族からしっかりうかがった上で、エンドオブライフ・ケアに活かせると思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	エンドオブライフ・ケアは、それを行う個人の人間力や人生経験によって、質の差が生まれやすいと思う。しかし多死社会の中で、そういった場面に関わることが増えてくることを考えれば、ある程度基本的なガイドラインや、介護、医療の垣根を超えた研修、教育の機会を増やして普及させていくことが必要だと思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	在宅看取り事例をだれにでもわかりやすいマンガで表す冊子等あれば、家族も近親者も受け入れやすいと思う。病院の待合室なんかであれば、皆興味を持ってくれそう。その地域毎の事例だとより現実的で、身近なものとなると思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	医療従事者の方には広まりつつあるが、ケアマネジャーにはまだ浸透していない。業務に燃え尽きて離職する方を出さないためにも、知識や実践を振り返る場、セルフケアの方法等の研修、教育の機会がもっとほしい。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	本人、家族の意見、悩みを共感や相談できる場所がもっとあればありがたいと思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	長年支援してきたクライアントの看取りでは、正直精神面での負担を感じる。一人で抱え込むものではなく、ケアチーム全体で思いを共有することが大切だと思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	多職種による看取りチームが地域にあるとよい。災害時の DMAT のように看取りのケースがあれば招待され、チームメンバーは定期的に研修やカンファレンスを行う。そのメンバーが地域の多くの事業所、職種で構成されているとよりよい。経験豊富な人材が必要。介護従事者のグリ

		ーフケアがないがしろにされており、看取りの振り返りが十分になされることで、家族近親者の意向を汲み取れる関わりが持てるようになると思う。在宅看取り時のみならず、入院して亡くなられた利用者さんの場合でも、関わった職員のグリーフケアが大切だと思う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	本人や家族に寄り添えるように、言語化、反復、沈黙の勉強会を多く開催していただきたい。看取り時は、1日に何回も訪問したり、スピーディな対応が必要であるため、非癌者の加算も同様にしていただきたい。
訪問介護	サービス提供責任者	私たちはターミナルケアといっているが、ターミナルだからと特別な意識を持って行っているかと問われれば、そうではない。障害を持ったり、老いていく方々に対する態度、言葉、尊厳を保つことは、どの利用者に対しても同じである。最期まで生きる、生きていてよかったと思える支援を心がけている。ただ、ターミナルケアはサービス提供責任者としての業務がとてつもないハードになる。めまぐるしく変化する状況に対応すべく、多職種との連携やケアの変更、チームとの情報共有、ヘルパーシフト変更、調整、それに対する加算があってもよいのかと思う。
訪問看護	看護	家族が負担に思わず、いつもの生活の延長で取り組めるという感覚や文化の普及。
訪問看護	看護	在宅や施設で当たり前前にエンドオブライフ・ケアができることを、一般の人々に知ってもらい、今後それが増えてくることをわかってもらえる活動があればよいと思う
短期入所(ショートステイ)	介護・ホームヘルプ	支援していく介護従事者、医療従事者より、ご家族が普段の生活を続けながら看取りに積極的に参加できるよう、社会からの理解を得られるよう、エンドオブライフ・ケアの普及に我々介護従事者自身が、自分の家族のエンドオブライフ・ケアへ参加できる職場等、環境、働き方の整備を行うことがまず大切な取り組みと感じている。
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	看取りを積極的に行う中で、職員(看護師)の負担(身体、精神)が大きいと感じている。若い看護師がやってくれても、私のように経験がないので、死に直面すると辞めるか、精神的苦痛を訴える人も少なくない。このことを考え、研修や、多種のスタッフとの話し合いの機会を多くとりたいと実施中である。しかし、業務の多さと、人数不足により研修計画通りにいかないのも現実である。
特別養護老人ホーム	経営・管理	まずは厚労省「人生の最終段階における～ガイドライン」を多くの関係者に知ってもらうこと。そして意思決定支援についての取り組みも必要だと思う。
その他	その他	現在、訪問入浴の仕事をさせていただいている。ほとんどターミナルの利用者である。身体全体の痛みがある、癌の痛みや拘縮等による痛みがある中で、衣服の着脱等、手足を多少動かさなければいけない中で、利用者に積極的に優しく笑顔で寄り添い、訴えをよく聞き、理解しながらなるべく痛みが出ない方法で対応し、うまくコミュニケーションを取るよう心がけている。入浴中も、ご家族、お孫さんのお話を聞いたり、今まで好きだった趣味のことなどの話をしたり、今まで頑張ってきたことをたたえて差し上げたり、利用者を理解するよう努めている。介護されている方とのコミュニケーションも同様である。

3. エンドオブライフ・ケアに関する課題と方向性

(1) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」改定の動向

国は平成30年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改定し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進している。人生の最終段階において、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことをアドバンス・ケア・プランニングという。

「人生の最終段階における医療及びケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、患者の意思を尊重するため、患者のこれまでの人生観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、患者の意思は変化しうるものであることや、患者が自らが意思を伝えられない状態になる可能性があることから、患者が信頼できる家族等を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。」（厚生労働省 第4回「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」資料より引用）

(2) 看取りの経験のある50代60代のエンドオブライフ・ケアに対する意識

本調査からも、個人の価値観やライフスタイルの多様化、家族や地域との絆の在り方の変容、医療・介護の技術の進歩による治療やケアの選択肢の増加などを背景に、エンドオブライフ・ケアが多様化していることがうかがえた。エンドオブライフ・ケアは、本人の人生観、生き方をふまえて行われることが望まれるため、本人、家族・近親者に寄り添ったきめ細かな個別対応が求められる。

その中で、約4割の遺族が「身近な方の死を予期していなかった」と回答していることは興味深い。死はいつ訪れるかわからないのだから、エンドオブライフについて考えたり、準備をすることは意味が無いことなのだろうか。むしろ、そこからいえることは、「死を意識してから準備をしたのでは間に合わない場合も少なくないですよ。自身の最期の意思をかなえるためには、エンドオブライフについてはもう少し前から準備をしておいたほうがよいですよ。」ということなのではないだろうか。

身近な方を看取った50代、60代は、自身の将来のエンドオブライフについても関心を持っていることが明らかとなった。適切な機会があれば主体的に学び、できれば具体的な準備もしたいが、どこから手をつければよいかわからないと思っている人が少なくないようである。

将来のエンドオブライフ・ケアについて、自身の希望や意思を明確にして、その実現可能性を高める具体的な方法に関する情報などを求めている。本調査で先進事例として紹介したような本人の意思の実現性を高めてくれる様々な取組がさらに開発され、全国に普及し、利用が広がることが望まれる。

（３）本人、家族・近親者を主役としたエンドオブライフ・ケアの推進の必要性

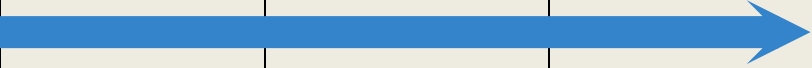
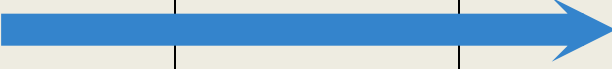
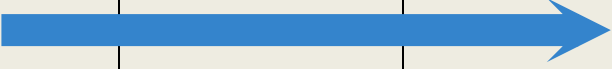
わが国は、既に多死社会をむかえているが、エンドオブライフ・ケアについては、その全容のすべてが明らかになっているとはいえないことから、今後も引き続き現状把握を行うことが必要だと考えられる。エンドオブライフ・ケアに関する情報提供や市民教育のニーズに対して、国、自治体、公的機関、関連団体、研究機関、マスコミ、情報サービス等が積極的に対応していくことが望まれる。

本調査から、エンドオブライフの「主役」は「本人」と「家族・近親者」であることが改めて明らかとなった。同時に、家族・近親者だけでエンドオブライフを支えることは難しく、様々な援助・支援を必要とするということも明らかになった。頼れる家族・近親者がいない単身者も増えている。エンドオブライフ・ケアは、本人の人生観やそれまでの生き方とも深く関わることから、様々な援助者・支援者がかかわることとなる。また、援助者・支援者の関わりは、援助や支援の内容によってはエンドオブライフの前後も継続することがあることも明らかとなった（図表 5－1 参照）。

自身や身近な方の「将来の死」について考えるといっても、「きっかけ」や「仲間」がいないと難しいのが実際ではないだろうか。エンドオブライフに関する情報収集や学習のあり方としては、入口の情報はマスコミやインターネット等で得られるようにするが、その先、自身や身近な方の意思決定について考えようとする場合は、対話型、双方向型のものであることが望ましいと考える。

国民一人ひとりとその援助者・支援者が、エンドオブライフについて学びあい、対話をしながらチームケアで支えあい、大切な人を看取る「苦しみ」、「悲しみ（グリーフ）」、「満足感」、「感謝」などを分かちあうことが重要ではないだろうか。時に「後悔」を分かちあうこともあるかもしれない。最期まで寄り添ってくれる援助者・支援者に対する支援も必要なのではないか。そのための具体的なしくみが、それぞれの地域において地域包括ケアの一貫として構築され推進されることを期待したい。

図表5-1 エンドオブライフ・ケアの援助者・支援者のかかわり（イメージ）

	ご本人の エンドオブライフ以前	ご本人の エンドオブライフ	ご本人の死亡後
家族・近親者・親族（遺族）			
<医療・介護従事者> ・医師 ・看護師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・ソーシャルワーカー、相談員、 ケアマネジャー(介護支援専門員)、 ・介護福祉士、ヘルパー ・社会福祉士 等			
<自治体> ・職員（地域包括支援センターを 含む） 等			
<専門家> ・弁護士 ・司法書士 ・行政書士 ・公認会計士 ・税理士 ・成年後見人 等			
<民間企業> ・金融機関 ・保険会社 ・不動産会社 ・葬儀社 ・遺品整理会社 等			
<友人・知人等> ・友人、知人 ・NPO・ボランティア ・家族会・遺族会 ・宗教団体 等			

