高齢者の”将来のケア”に関する意思表示の問題点と考察

三菱 UFJ 信託銀行　リテールコンプライアンス部
調査役　森本　沙織
（監修　ＭＵＦＧ相続研究所）

- 本レポートは、様々な理由により高齢者が抱える「”将来のケア”[1]について希望通りのサポートを受けられない」との不安について、その原因の一つになっている高齢者が「自身の意向を家族へ伝えられない」理由を探りながら、時代の変遷や役割の変化、そのことで生まれる課題を検討しながら、地域包括ケアの観点から金融機関の在り方について考察するものである。
- まず、”将来のケア”の最終ステージである”終末期ケア”において、厚生労働省が推進している ACP[2] への取組状況を取り上げ、その普及・実践状況について検討する。
- 次に、当社が実施した高齢者への“将来のケア”に関するインタビュー調査と上記“終末期ケア”について厚生労働省などが実施した意識調査結果との連関性や課題の因果関係の分析を行い、「自身の意向を家族へ伝えられない」原因となっているエントリーポイント（考えるきっかけ）について考える。
- 上記結果を踏まえ、今後のあるべき姿として(1)”将来のケア”を考えるエントリーポイントを増やすこと (2)“将来のケア”に関する”自身の意向”を家族と共有する仕組みの構築について取り上げる。
- さらに、今後ライフスタイルの変化や長寿化により増えることが想定される「親子間での考え方の差から相談できない高齢者」「未婚や死別により家族のいない高齢者」にとって、「信頼できる相談者」として金融機関がサポート・支援する役割について考察する。その考察から金融機関が高齢者福祉サービスのプラットフォームの一翼を担う存在として参画する意義があることを提案する。

1. 問題意識

高齢者は「“将来のケア”について希望通りのサポートを受けられない」と感じている

三菱 UFJ 信託銀行に 2022 年 6 月から新設された「高齢者専任担当チーム（以下、専担チーム）」[3]の担当者が高齢者のお客さまに日頃の悩み・困りごとをヒアリングしたところ「自分の“将来のケア”について希望通りのサポートを受けられない」との不安が寄せられた。

例として、「自分自身が長男で、当然のように親と同居し面倒をみていたという方から、『自分の子どもも同じようなケアをしてくれると思っていたが、子どもは配偶者家族との

[1] “将来のケア”は介護状態が始まってから亡くなるまでの広い期間を指すものと定義した。
[2] 人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼ぶ。
[3] 一定の要件に該当する高齢顧客に、身近な困りごとの相談や、見守り活動（認知力低下の把握・連携等）による支援を実施する役割を担うリテールコンプライアンス部内のチーム

距離が近く、自分たちの面倒をみる気はなさそうなので困っている』との話があったが、そういう方は自分の将来に少なからず不安を抱えており子どもへ相談したい気持ちがある一方、親子で考え方の差があるため改まって介護の話を切り出すことも難しいそうだ。」とのことであった。

このことから、“将来のケア”の不安の原因として、親子間の考え方の違いやその違いがない場合でも、子どもに介護等を依頼することで負担につながってしまうことを憂慮し話が切り出せない、という“家族とのコミュニケーション”の壁も高齢者の悩みとなっていることがわかる。

涌井[4]によれば、現在は親の介護を担うのは家の権利と責任を継いだ次世代という伝統的な家制度の意識が薄れつつあるとあり、そのため、できれば高齢者自らが“将来のケア”に対する考えを家族に伝えておく必要が出てきている。しかし、子への負担を気にかける親は多く、前述の専担チームによるヒアリング結果を踏まえても実際に家族へ伝えている高齢者は少数派と推測される。自身の考えを家族に伝えられないまま介護状態になることで、「高齢者が“将来のケア”について希望通りのサポートを受けられない」という問題につながり、さらには家族も心や知識の準備なく介護を担うことで、「仕事と介護の両立困難による経済損失」という社会課題の一因にもなっていると考える。

次章以降では、高齢者の“将来のケア”の在り方を検討するにあたり、その最終ステージとして誰しもが迎える“終末期ケア”の調査(P3-P6)等を参考にして、これまで国内外で議論されてきた「高齢者が抱える“終末期ケア”に関する話し合いについての“家族とのコミュニケーション課題”」を整理する[5]。また、具体的に「高齢者が“将来のケア”に関する自身の意向をどのように家族に話しているのか」「話していない場合、その理由は何か」について、「専担チーム担当者」が実施したインタビュー調査を参照し、明らかにしていく。

最後に、そこから見えた“将来のケア”に関する高齢者の課題を解消するため、今後のあるべき姿の方向性や金融機関がどのような役割を果たすことができるか提言していきたい。

2. ACP(ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ)から見る“家族とのコミュニケーション”に関する現状

- ACP(ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ)は“終末期ケア”に関する“価値観”を家族と共有することとして、国内外で推進されている
- ACP が実践されない実態として、下記に記載するように訪問看護や施設などの専門家から個人までのさまざまな場面で課題があることが確認できた

(1) ACP について

日本では高齢化の進行に伴い様々な高齢者課題が議論されているが、人生における最後のステージである“終末期ケア”に関する活動として、ACP(ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ)の普及が国を挙げて推進されている(厚生労働省 2018 年「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」の改訂)。

[4] 涌井智子, 2017,日本老年医学会雑誌 54 巻 1 号,P37

[5] 終末期の医療・看護を指す“終末期ケア”は”将来のケア”に内包されるものであるが、“終末期ケア”は厚労省を中心に普及に向けた議論が進んでいる分野であり、また”将来のケア”と課題が類似しているため、同調査等を参考にするもの

木澤[6]によれば、「ACP は『患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセス』と定義され」「一言でいうと、ACP は『患者の価値観をこれからの医療・ケアに反映させるための話し合い』である」。また、終末期においては、患者の意思決定能力がなくなり、医療従事者が代理意思決定者と意思決定を行わざるをえなくなることがあるため、具体的な希望や選択の背景にある「価値」を共有すると、複雑な臨床現場で起こる意思決定において貴重な道しるべとなることから、“価値観”の共有が重要となる。

終末期において約 7 割の患者で意思決定能力が十分でないこと、長寿化によって意思決定能力が十分でない方がさらに増えることから ACP の実践が重要視されている。また、ACP を実践する過程においては、「身体的なことにとどまらず心理的・社会的な側面などを含むこと」、「治療やケアの選考は定期的に見直されるべきであること」、「医療・ケアの選好などの話し合いの結果を文書化してもよいこと」などが重視されている。

日本で ACP に関する概念が知られ始めた 2000 年代では医療関係者と患者とのコミュニケーションツールとしての側面が強調されていたが、厚生労働省が公表した「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」（2018 年改訂）によれば本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性と定義されており、患者の意思決定を支援する重要な役割として家族の関与の必要性が一層認識されてきている。

(2)“終末期ケア”に関する話し合いの実施状況(事業所・個人)

では、現状“終末期ケア”に関する話し合いはどのくらい行われているのか。事業所単位、個人単位の調査結果をそれぞれ見ていきたい。

令和 5 年三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティングの報告書[7]では、「訪問看護事業所(以下、訪問看護)」「診療所医師(以下、診療所)」「特別養護老人ホーム」「特定施設入居者生活介護事業所(以下、特定施設))」を対象に実施した調査の結果がまとめられている。

ACP の認知度(図表1)について、特定施設以外全ての施設で「知っていた」が過半数を占めた。

一方、「人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い等の実施率」（図表2）について、「人生の最終段階における医療・ケアについて本人や家族等と医療・ケアチームで話し合いを繰り返し行っている」、すなわち ACP を実践していると回答した施設は半数以下であり、診療所以外すべての施設で 3 割を下回っていることがわかった。

これらの結果から多くの施設で ACP は認知されているものの、実践にまでは至っていないことがわかる。

---

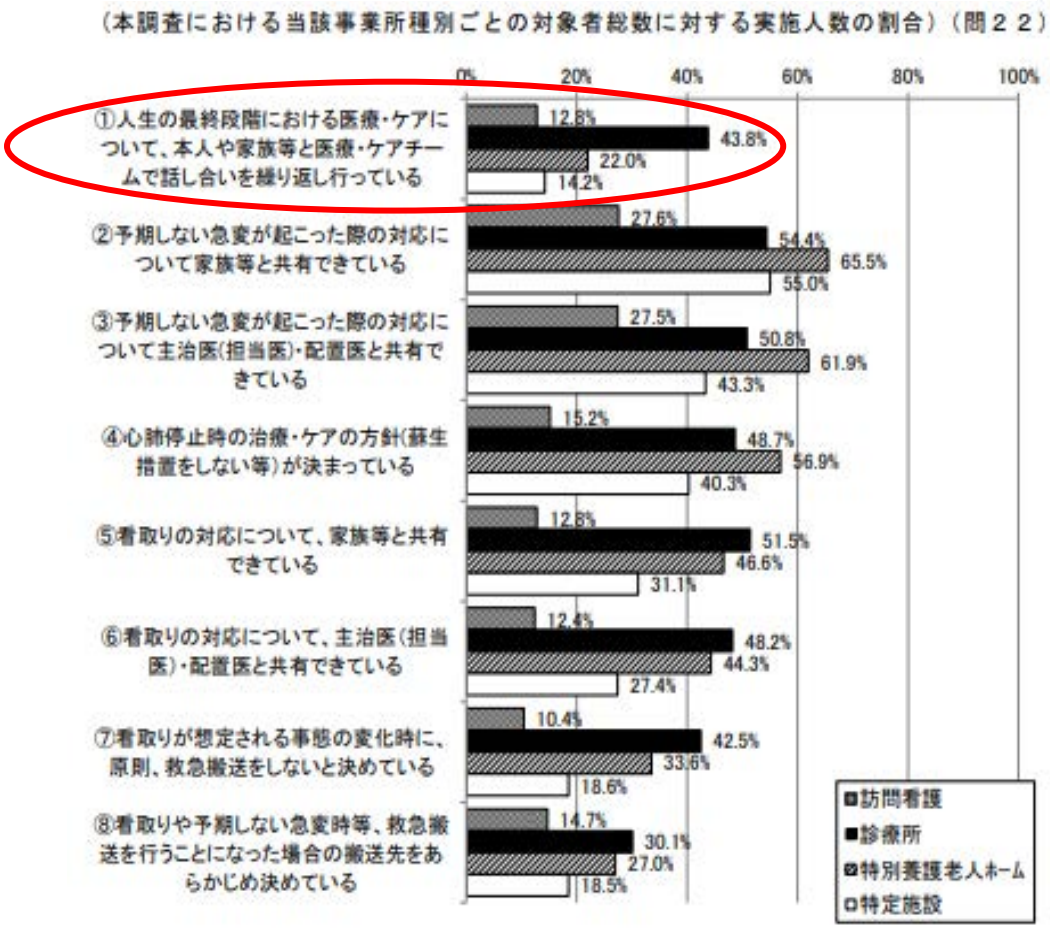
[6] 木澤義之,2020,P105「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」ファマルシア Vol.56

[7] 三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング,2023,P32-35「自宅や介護保険施設における要介護高齢者の急変時対応の負担軽減 および円滑化するための調査研究事業 報告書」

【図表 1】ACP の認知度

		Q21 ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞの認知度			
	合計	知っていた	言葉は聞いたことがあったが、詳しくは知らなかった	知らなかった	無回答
訪問看護	360 100.0%	271 75.3%	51 14.2%	36 10.0%	2 0.6%
診療所	158 100.0%	143 90.5%	11 7.0%	2 1.3%	2 1.3%
特別養護老人ﾎｰﾑ	301 100.0%	155 51.5%	95 31.6%	46 15.3%	5 1.7%
特定施設	361 100.0%	157 43.5%	121 33.5%	75 20.8%	8 2.2%

【図表 2】人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いなどの実施率



また、個人単位の“終末期ケア”に関する話し合いの状況把握には、厚生労働省の実施した意識調査の報告書[8]を参考にしたい。

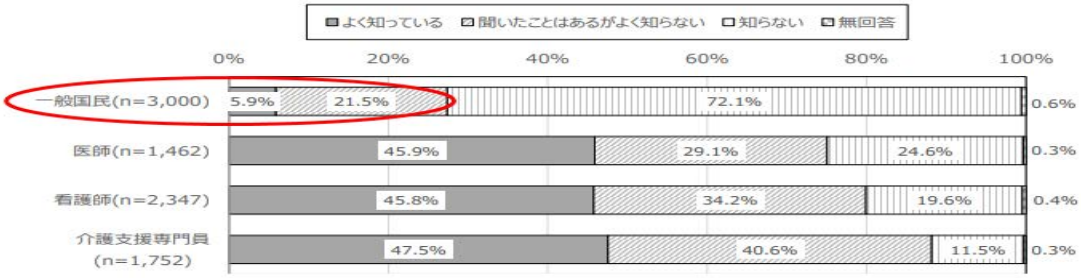
「一般国民」の回答では、「ACP を知っていたか」という質問（図表3）に対して「よく知っている」は 5.9%であり、「聞いたことはあるがよく知らない」を含めても 3 割に満たなかった。

「人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療ケアについて家族や医療従事者と話し合っているか」（図表4）という質問に対して「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した一般国民は全体の3割に至らず、ACP の認知、また“終末期ケア”に関する話し合い自体も浸透し

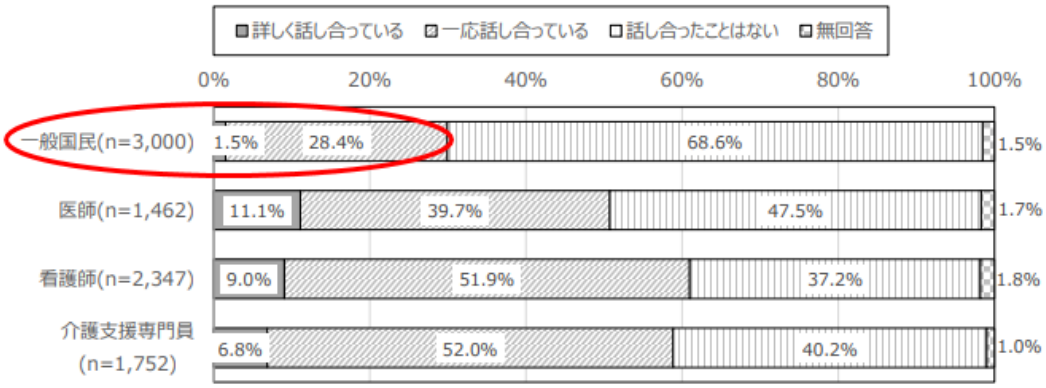
[8] 厚生労働省,2023,P26,P30,P34,P37「人生最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」

ていない状況であった。

【図表 3】人生会議(ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ ＜ACP＞)の認知について



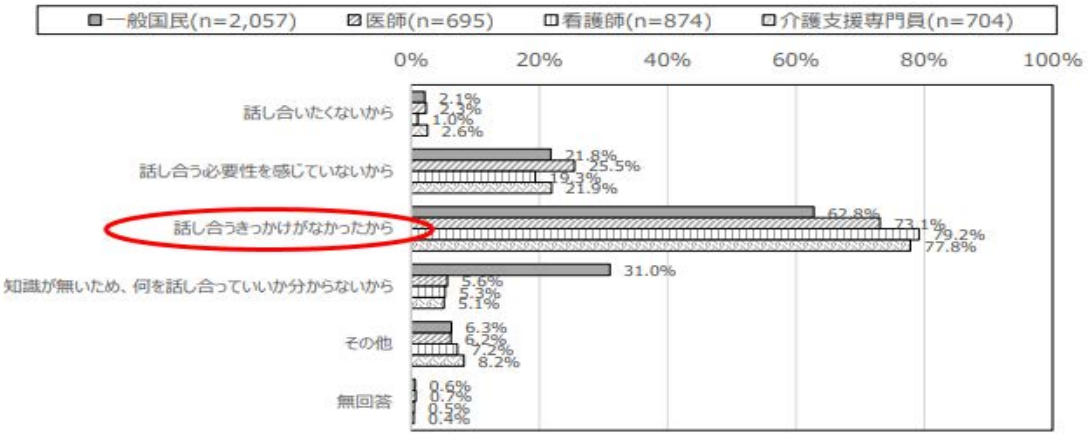
【図表４】人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いについて



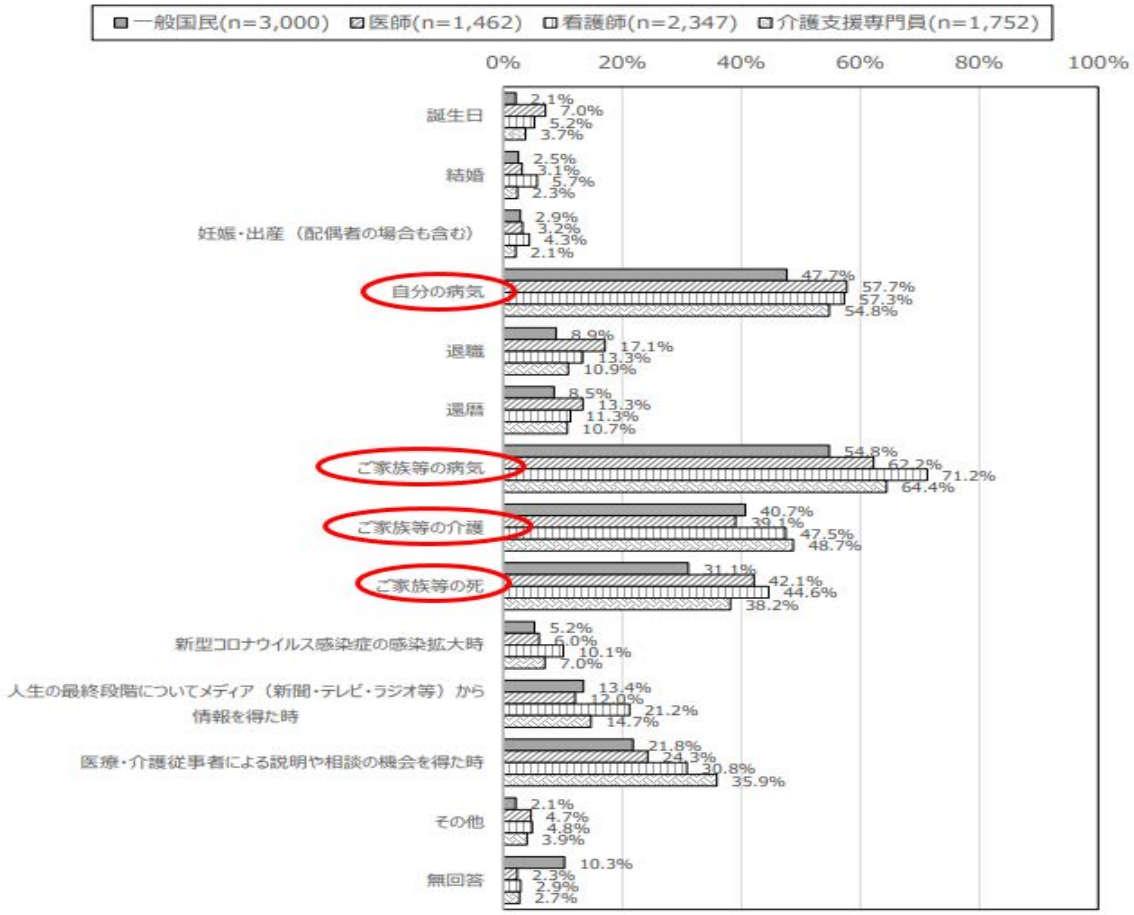
話し合いをしない理由として「(“終末期ケア”を家族と)話し合ったことがない理由」(図表5)では、「一般国民」で「きっかけがない」との回答が 6 割と最多。次いで「知識が無いため、何を話し合っていいのか分からない」が 3 割を超えていた。

「話し合うきっかけとなる出来事」(図表6)では、「家族等の病気・介護・死」「自分の病気」との回答が多く、本人が「元気なうちは考えない」、あるいは、家族のケアや死に隣接した経験がないと家族と話し合う「きっかけがない」等自ら進んでの家族とのコミュニケーションに課題があることがわかる。

【図表５】話し合ったことがない理由



【図表６】家族等や医療・介護従事者と医療・ケアについて話し合うきっかけとなる出来事



(3)国外の状況

次に、国外の状況として米国での“終末期ケア”に関する認識を確認する。

足立・鶴若[9]によれば、米国では 1970 年代から LW(リビングウィル：個人が自分の意識がない状態での医療処置について事前に指示を記録する文書)の法的効果を認める法律が制定され、法制度の中で AD(アドバンスディレクティブ:LW に加え、医療代理人指定を含む文書)を位置づけてきたが、AD の作成は思ったより普及しなかった。

AD が普及しなかった理由として、「身体状況の変化で、“終末期ケア”の希望も変化すること」「医療技術は進歩するため、将来受ける治療の予想が難しいこと」等が挙げられている。この改善のために、代理人が、患者本人の希望する“終末期ケア”について本人が意思疎通できない状態でも本人の“価値観”に基づき判断できるよう、本人の健常時から継続的に話し合うことが重視され、2000 年代からは、米国でも ACP 実践が推進されている。

[9]足立 智孝 鶴若 麻理,2015「ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞに関する一考察

(4)小括

日本では高齢化に加え長寿化により意思決定能力が十分でない方が増える可能性が高いことから ACP の実践が重視されてきている。しかし国内の介護保険施設等ではおおむね過半数の事業所が ACP を認知しているものの、実践している事業所は約 3 割にも満たないこと、個人単位では ACP の認知度が 3 割に至らず、「元気なうちは考えない」、“終末期ケア”の話し合う「きっかけがない」等“家族とのコミュニケーション課題”があること、また「知識が無い」ことが課題であることも確認できた。

また、前述のとおり、終末期に本人が意思疎通できない状態になる可能性を踏まえると、健常時からの話し合いにおいて本人の“価値観”を共有することが重視されていることがわかった。
そのことからも”将来のケア”を検討する段階では終末期と比べ意思疎通がとれる可能性が高く、事前に”自身の意向”を家族と共有しておくことは希望通りのサポートを受けるために非常に重要であると考えられる。

次章では、高齢の方への「専担チーム担当者」のインタビュー事例から、「高齢者が“将来のケア”に関する“自身の意向”を家族と共有すること」を阻害する要因について、“終末期ケア”に関する課題は“将来のケア”にもあてはまるものか、またそれぞれの課題の因果関係はどのようなものかを明らかにしていきたい。

3. 専担チーム担当者によるインタビュー事例

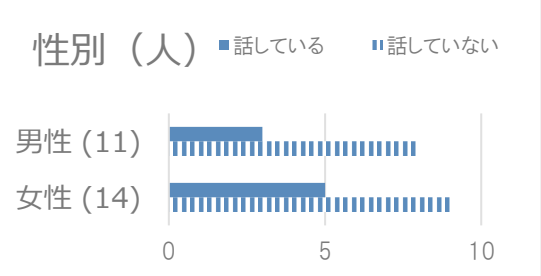
- 「専担チーム担当者」のインタビューから「元気なうちには考えない」、また、必要を感じていても話し合う「きっかけがない」等“家族とのコミュニケーション課題”は、“終末期ケア”のアンケート調査と、高齢者実感の一致が確認できた
- “家族とのコミュニケーション課題”の真因の一つは、介護サービスに関する「知識が無い」ことで”将来のケア”について自ら考えるための土壌がなく、方向性を出すことが難しく、家族等と話し合うことの阻害要因になっている可能性がある

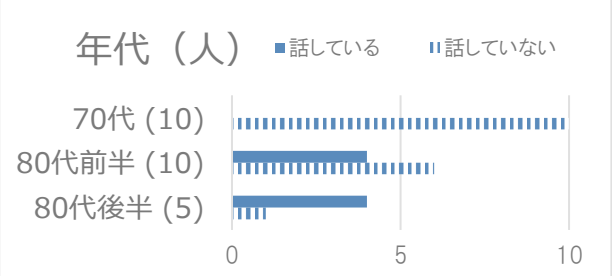
「専担チーム担当者」が 25 名の高齢者の方に対して「”将来のケア”に関する自身の意向を家族へ話しているか」面談インタビューを実施。

「話している」と回答した方が 8 名、「話していない」と回答した方が 17 名であった。

(1)属性からの分析

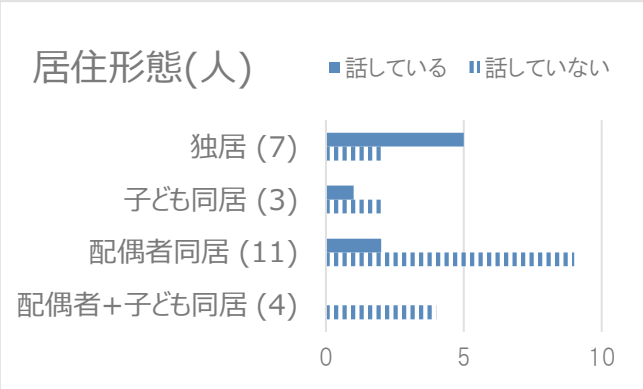
①性別 ・・・ 女性の方が「話している」人の割合がやや高いが傾向はなし。
②年代 ・・・ 高齢になるにつれ、「話している」人の割合が高くなる。

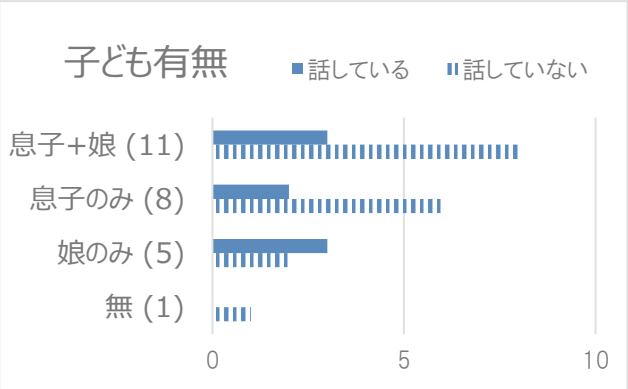




③居住形態　・・・「独居」は「話している」人の割合が高い。一方、配偶者が健在(配偶者同居、配偶者+子供同居)だと「話していない」人の割合が高い。

④子ども有無　・・・「娘のみ」は「話している」人の割合がやや高いが傾向はなし。





⑤属性まとめ

「話している」割合の高い「独居」7 名の内、1 名は独身であったが 6 名は配偶者と死別した方であった。そのため、2.“終末期ケア”の意識調査と同様、自身の差し迫った状態や、家族のケアや死に隣接した経験があることで家族と話す高齢者が多いことがわかる。

一方、配偶者が健在の方へのインタビューでは、家族で誕生日会を開催するなど、定期的に家族と会う機会を設けることで、子どもと話すきっかけにしている事例があることもわかった。

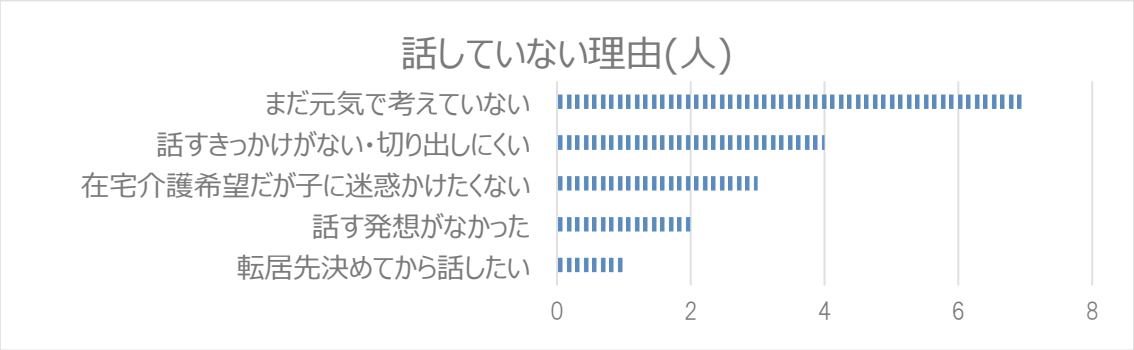
⑵真因分析

①「話していない」理由

「話していない」と回答した 17 名の内、その理由として「まだ元気で考えていない」との回答が 7 名で最多。「きっかけがない・切り出しにくい」という理由も 4 名が挙げていた。

また、「在宅介護希望だが子どもに迷惑をかけたくない」と回答した 3 名のインタビューを深掘りすると、在宅介護時の家族にかかる負担の程度やその内容について具体的な知識を持っている人はいないことがわかった。

このことから「元気なうちは考えない」、必要を感じていても話し合う「きっかけがない」等の“家族とのコミュニケーション課題”は 2.“終末期ケア”の意識調査と高齢者実感が一致していた。さらに、介護に関する「知識が無い」ため「在宅介護=子供に負担がかかる」と思い込み、“家族とのコミュニケーション”を先延ばしにしてしまっている高齢者の存在を確認できた。

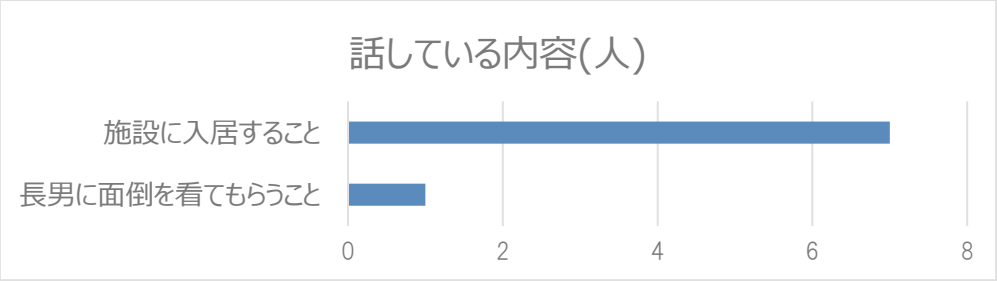


②「話している」内容

「話している」と回答した 8 名に家族へ伝えている内容をヒアリングしたところ、7 名は「施設入居」意向を、1 名は「長男に面倒を看てもらう」意向を伝えていた。

「施設入居」意向を伝えた高齢者は、子どもへの負担を慮ることがないため、家族へ意向を伝え易かったのではないかと推察される。このことから、“家族とのコミュニケーション課題”の前に「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ステップがあり、そのファーストステップをクリアした後にセカンドステップである「“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”」に取り組めることがわかった。

しかしながら、本来は「自ら考え、決断する」前に、担い手となる子どもに相談したいと思うのではないか。本レポート冒頭専担チーム担当者の話の中に出てきたように、家族に相談したいが、親子で考え方の差があることから、相談できずにいる高齢者も存在する。これらの人は、相談したい気持ちを抱えつつも、子どもに相談しにくいため、やむなく「自ら考え、決断する」ことを迫られているのではないかとも考えられる。このことから、「相談相手がいない」ことが“将来のケア”に関する選択肢を狭めている可能性もあると考える。



③介護サービスに関する知識の有無

ここまでのインタビュー結果からは、まず「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ことが「“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”」に取り組むことのファーストステップであることが確認できた。そこで、「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ことと、介護サービス等に関する「知識が無い」ことがどのような因果関係となっているか確認していきたい。

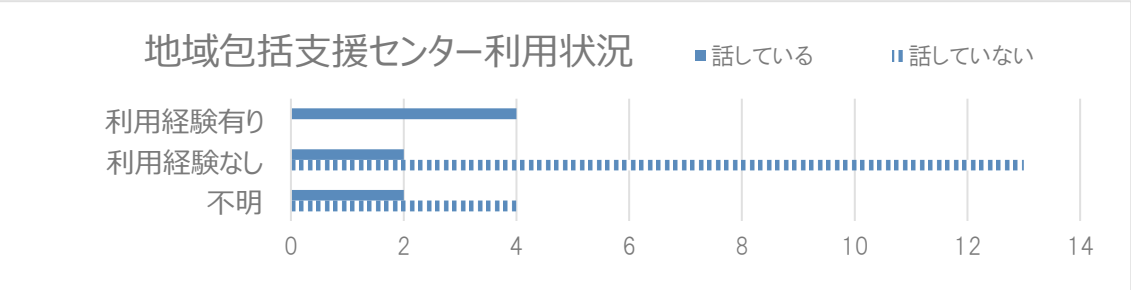
介護サービスに関する知識の有無をはかる 1 つの基準として「地域包括支援センター(自治体が提供する高齢者向けサービス含)を利用したことがあるか」をヒアリングした。

「話している」と回答した 8 名中、4 名は地域包括支援センターの利用経験があった。

利用のきっかけは「自身が介護職員だった」「配偶者逝去時に自治体から利用の案内があった」「両親の介護で利用経験があった」等の理由が挙げられていた。

一方、「話していない」と回答した 17 名の内、不明 4 名を除く 13 名全員が「地域包括支援センターの利用経験がない」ことも明らかになった。

つまり、介護サービスに関する「知識が無い」ことで「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ことができず、「“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”」に取り組むことの阻害要因になっているのではないかと考えられる。前述の「知識が無い」ことから「在宅介護=子供に負担がかかる」と思い込み、家族への負担を慮り、話し合いを先延ばしにしてしまっている高齢者の例がその証左となろう。



④真因まとめ

インタビュー結果から「元気なうちは考えない」、必要性を感じていても話し合う「きっかけがない」等“家族とのコミュニケーション課題”を抱えている高齢者が多く、また介護サービスに関する「知識が無い」ため、「“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”」に取り組む以前に「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ことができない、すなわち「話し合いの土台」にすら乗れていない高齢者が多いことがわかった。

また、「話し合いの土台」である「介護サービスに関する知識」を持っている人はきっかけとして、「自身が介護職員だった」「配偶者逝去時に自治体から利用の案内があった」「両親の介護で利用経験があった」等の経験があった。このことから、「介護サービスに関する知識」を得るには介護について**「考えるきっかけとなる“エントリーポイント”」**が重要なことがわかる。そこで”エントリーポイント”について次章で詳しく論じていく。

4. ”エントリーポイント”

インタビュー結果では、自身の職業経験や、配偶者逝去、両親の介護等が”エントリーポイント”になっていた。また、“終末期ケア”の意識調査でも「話し合うきっかけとなる出来事」として家族のケアや死に隣接した経験が多く挙がっていた。

では、家族のケアや死に隣接した経験は昔と比べてどのように変化してきているのだろうか。厚生労働省による国民生活基礎調査[10]によると、平均世帯人員は3.22 人(1986 年)→2.25 人(2022

[10] 厚生労働省,2022,P3「2022（令和4）年　国民生活基礎調査の概況」

年)と減少していることがわかる。ここでの世帯人員の減少は 3 世代同居から 2 世代同居となる核家族化の促進に加え少子化の進行も内包しており、家族のケアや死に隣接した経験の減少に直結している。

また、“長寿社会における生涯学習の在り方について（文部科学省 2012)”[11] では、「現在の日本社会においては、死の実感が、生活、意識、医療、教育など社会の様々な面で抜け落ちており、また、「死」と向き合う経験が減少しているために、実際に接したときの対応に苦慮している人が少なくない」「人生の締めくくり方についても、自分で選択することが可能な時代である。このため、第二、第三の人生設計を行う上で、『死をめぐる学び』も必要である。」と述べられており、現代の日本社会では死と向き合う経験が減っており、実際に死に直面したときの対応に苦慮している人が少なくないとされている。

友居 [12] によれば古来日本では家制度の中で死生観が醸成されていたが、核家族等で家族形態が変化する中、固有の死生観の醸成が必要であることを論じている。その中で、現代では終末期の選択肢は増加しているにも関わらず、選択の基盤となるべき価値観・死生観は貧弱になっている傾向があり、死生観が「空洞化」している、と警鐘を鳴らしている。

これらの国民生活基礎調査や先行研究から、家族形態が変化し、核家族化・単身世帯が増加している日本において死生観は空洞化しており、家族のケアや死に隣接した経験も減少してきたことがわかる。

“日本の世帯数の将来推計(国立社会保障・人口問題研究所　2024)”[13] によると 2050 年には 65 歳以上の単独世帯（所謂おひとりさま）が世帯主 65 歳以上の一般世帯総数に占める割合は4割を超え、家族のいない高齢者も大きく増加すると言われていることから、ますます家族のケアや死と向き合う機会は減少していくと考えられる。

おひとりさまが大きく増加する社会を踏まえると、家族のケアや死に隣接した経験以外に、介護について「考えるきっかけ」、すなわち“将来のケア”を考える“エントリーポイント”を増やしていくことは、急を要する必要不可欠な課題と言えよう。

5. 小括

ACP は『患者の価値観をこれからの医療・ケアに反映させるための話し合い』であり、意思能力の衰えが始まる前の元気な内から将来に対する“価値観”を話すことが大切とされている。

そして、元気なうちから話し合うことの重要性は、“将来のケア”についても同様である。

しかしインタビュー結果から「話し合いの土台」にすら乗れていない高齢者が多いことがわかった。「話し合いの土台」となる「介護サービスに関する知識」を持つためには、介護について“エントリーポイント”をもつことが重要であり、“エントリーポイント”がある人は「介護サービスの知識」を得て、「“将来のケア”について自ら考え、決断」し、「“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”」に取り組むことで、**「高齢者が“将来のケア”に関する“自身の意向”を家族と共有す**

[11] 文部科学省,2012,P9-P10,「長寿社会における生涯学習の在り方について」下線は筆者によるもの
[12] 友居　和美,2021,P83,P89「日本の死生観に関する研究知見と課題」
[13] 国立社会保障・人口問題研究所,2024,P13「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」

<u>ること」まで辿り着くことができる。</u>一方、“エントリーポイント”がない人は「介護サービスの知識」もなく、「“将来のケア”について自ら考え、決断する」ことができないため、家族との共有に到達していない実態が明らかになった。

インタビュー結果や、“終末期ケア”の意識調査では“エントリーポイント”として家族のケアや死に隣接した経験が多く挙がっていたが、今後長寿化や多様性によりおひとりさまが増加する社会を想定すると経験値に“将来のケア”を考える“エントリーポイント”を増やしていくことは急を要する必要不可欠な課題といえる。

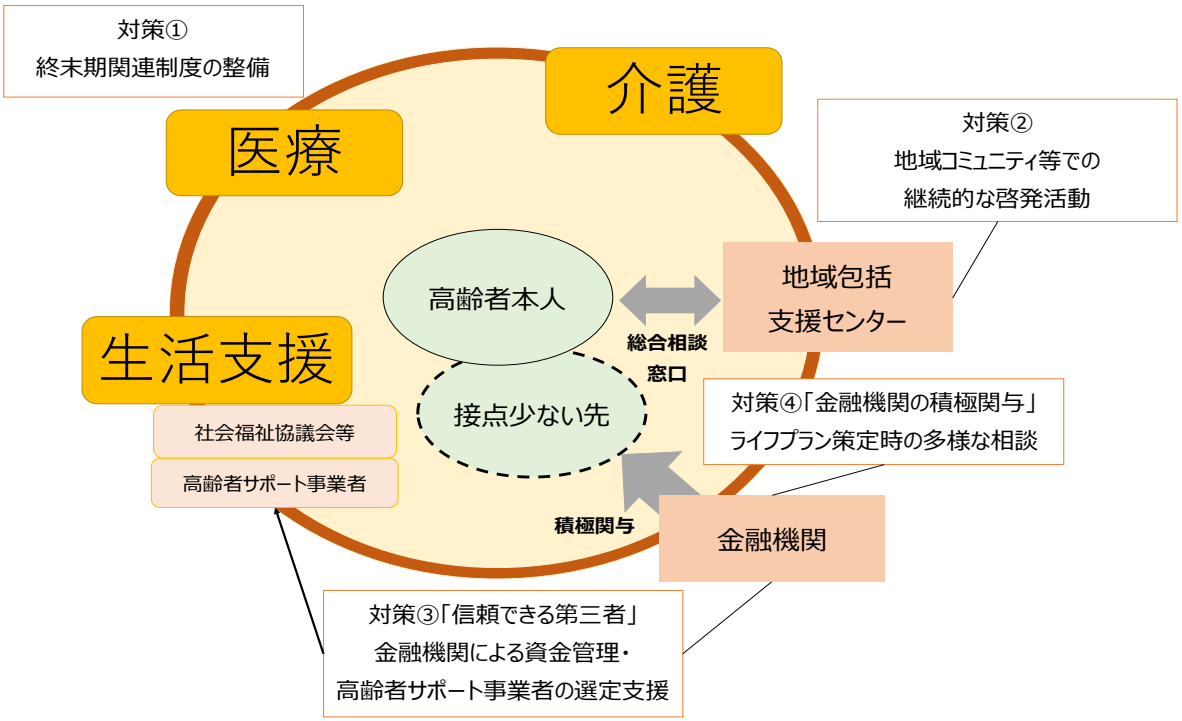
6. 今後あるべき姿の考察

高齢者が“将来のケア”に関する“自身の意向”を家族と共有するためのはたらきかけとして、まず “将来のケア”を考える“エントリーポイント”を増やし、高齢者が”将来のケア”について自ら考え、決断するもしくは決断するための相談できる環境を用意する必要がある。その上で、“将来のケア”に関する“家族とのコミュニケーション課題”に取り組むよう啓発することを提言したい。

本章ではこれらの具体的な対策案を挙げ、その中で金融機関が果たすことのできる役割について検討していく。

（イメージ図）

地域ケアシステムを土台とした”将来のケア”に対する対策



(1) “将来のケア”を考える“エントリーポイント”を増やすヒント

中島[14] は 8 か国[15]の終末期に関する制度と動向をまとめている。その中で、「他国に比べて、日本においては緩和ケアのあり方や認知症の人などに対する経管栄養への対応に関して、十分な議論をした上での全体方針等は示されていなかった。今後、さらなる議論も必要であり、本調査研究もその 1 つの機会となることが望まれる。」と述べており、日本では終末期に関する制度についてさらなる議論の余地があることを示唆している。「安楽死が認められている国はオランダのみであったが、緩和ケア・終末期ケアに関する制度はフランス、イスラエル、イギリス（終末期に限らない）においても規定されて」いるため、**日本においても終末期に関する制度を整備すること**が、“将来のケア”を考える“エントリーポイント”になりうる可能性がある。

具体的には、イギリスでは、意思決定能力法（The Mental Capacity Act2005）が導入されている。本法は終末期ケアを規定する法律ではないが、事前指示を制度的に担保する役割を果たしており、本人に代わって誰が意思決定を行うことができるのか、またそのためにはどのような手続きを踏めばいいのかということを定めている。同様の制度が日本で整備されることで、代理人が当人の意思決定を行う仕組みが明確化される。このような制度の導入議論が進むことで、“将来のケア”を考える“エントリーポイント”の増加に繋がると考える。

次に、担い手の拡大策としては、現在 ACP の啓発活動は医療や介護、地域包括支援センター主催の地域コミュニティ等が主となっているが、厚生労働省の意識調査結果で ACP について「聞いたことがある」一般国民の割合は平成 29 年度 22.5%→令和 4 年度 27.4%[16] とほぼ変化はなく、一般国民の ACP への認知度は高まっていない。そのような中、終末期の介護・ケアは資産承継や介護時の居住状態、資産運用と資産の取崩し方、財産管理など検討すべき範囲が広いことから、例えばこれらのアドバイスの担い手である**銀行や生命保険会社、税理士・弁護士等に関わってもらうことで、**“エントリーポイント”の増加に繋がると考える。そして、**国が各種団体に呼び掛けること**で啓発活動の進展にも寄与すると考える。

また、金融機関においては、取引先企業職員等の資産形成、資産承継の啓発活動に関わるケースもあることから、そのタイミングで“将来のケア”について考える“エントリーポイント”を作ることも挙げられる。

国と企業が連携し従業員が退職するタイミングで希望する”終末期ケア”や、将来望む「死」について考える必要性を普及することで“エントリーポイント”の創出とリテラシー向上を実現できる。

そして、「元気な高齢者」との接点をいかに増やすことができるかが今後のポイントになると想定される。現時点では、「元気な高齢者」が地域と接点を持つ機会として「地域のイベントや活動への参加」「ボランティア活動」などが主たるものとなっているが、地域包括支援センターの現場の声からは「単身や夫婦で人間関係が完結している人、アクティブな人には地域のサービスは手が届

[14] 中島 民恵子,2012,P7,「各国の終末期に関する制度と動向」長寿社会グローバルインフォメーション

[15] 日本、フランス、イギリス、イスラエル、オーストラリア、オランダ、チェコ、韓国

[16]「人生最終段階における医療・ケアに関する意識調査」は平成 4 年度以降、約 5 年ごとに実施。

きにくい」「富裕層は民間のカルチャースクールやスポーツジムに通うことが多く、地域コミュニティは無料を好む層が参加していると感じる」等、地域との接点が薄い高齢者層が存在することをヒアリングする機会が少なくない。

⑵“将来のケア”に関する自身の意向を家族と共有する仕組みの構築

“将来のケア”を考える“エントリーポイント”が増加し、知識を習得することで「自ら考え、決断する」ようになれば、“将来のケア”に関する自身の意向を家族と共有しやすくなるはずである。

ただ、ACP で重視される通り、家族等との話し合いは継続的に行われる必要があり、この話し合いの継続についても地域包括支援センターが中心となって啓発していくべきである。

そのためには、**定期的に地域包括支援センターが地域住民にアナウンスする必要があり、継続的な接点を持つ仕組みを構築すべきである。**例えば、地域包括支援センターでは総合事業として地域コミュニティの強化に取り組んでいるが、こういった場を活用して「“将来のケア”に関する自身の意向の家族共有」を継続的に啓発すべきである。また、そのような集まりには本人だけでなく家族も参加するよう周知することで、家族を巻き込んだ地域ケアシステムの実現にも寄与すると考える。

しかしながら、上記のように「地域との接点が薄い高齢者」には地域包括支援センターは接点を持ち難く、**継続的な接点を持つ仕組みにおいても、地域事業者等との連携が重要となる。**

⑶「信頼できる第三者」の担い手確保

増加すると予想されているおひとりさま、その中でも特に家族のいない高齢者にとって、”将来のケア”に関する自身の意向を共有する相手は家族ではなく「信頼できる第三者」となるため、ACP の継続的な実践だけでなく、「信頼できる第三者」の担い手創出も課題となる。

地域ケアシステムの中核を担う地域包括支援センター等が身近な存在としてその第三者を担うべきとも考えられるが、家族のいない高齢者は、「信頼できる第三者」に、身の回りの資金管理を含む身上保護を依頼したい希望があるため、実務上個人の資金管理を担うことができない地域包括支援センター等の自治体が「信頼できる第三者」となることは難しい。

「信頼できる第三者」として高齢者サポート事業者等と契約するケースもあるが、資産をある程度保有する高齢者が主な契約者であり、また信頼できる事業者を選定することの難しさもある。政府主導で今年の6月に「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が策定されたが、過去には高齢者サポート事業者における契約者の預託金管理をめぐる利用者とのトラブル等も発生している。

社会福祉協議会や、関連した公益法人、NPO 法人なども「信頼できる第三者」の担い手になるものと考えられる。一方で日常的な資金管理は、社会福祉協議会が日常生活自立支援事業として担っている側面もあるが、認知判定の審査や管理面でのコスト・不正防止等で課題がある。

このことから**「信頼できる第三者」は高齢者サポート事業者、社会福祉協議会等が主体となるものの、高齢者サポート事業者の選定や資金管理面などで実績のある金融機関などの専門的な事業者との連携を探る必要があると考える。**金融機関は、高齢者サポート事業者や社会福祉協議会、また広く言えば、認知機能に不安を感じる時期の高齢者を支える存在となる任意後見人の資金管理状況をサポート、支援するような資金管理を受託する役割を担うべきと考える。

⑷金融機関が地域で担うことができる役割

上記のように、金融機関は金融に関する専門的な知識があり、資産管理の役割を担う他、資産運用のアドバイスを中心に定期的に高齢者と会う機会を持っている。アクティブな富裕層に代表される「地域との接点が薄い高齢者」も金融機関を年金受取口座等何らかの形で利用しており、将来のライフプラン策定や資産承継の立案などで継続的な接点を持っているケースが多い。

家族がいなくて信頼できる相談相手を必要としている高齢者の他にも、P9 で言及した通り家族がいても「相談相手がいない」高齢者も存在する。**これらの高齢者にとって、金融リテラシーがあり、高齢者に寄り添ってアドバイスができ、既に高齢者と信頼関係を築いている金融機関が相談相手の役割を担う意義は大きい。**

また、地域包括支援センターにとっても、金融機関が「地域との接点が薄い高齢者」の相談窓口となることで地域包括ケアシステムの一層の強化を図ることができる。

金融機関が“将来のケア”に関する相談者となる場合には、金融機関の得る高齢者の情報は、資産管理のみならず、ライフケアや終末期の医療に対する価値観などにも及ぶことが考えられるため、個人情報の観点でどのように地域包括ケアシステムの中で連携していくのか、については課題となる。

しかしながら、例えば、急性期医療の現場では、家族のいない高齢者に対し緊急対応で医療を提供しても、本人の意識が戻らない場合、その医療に対する報酬を受け取ることが困難になっている等、差し迫った状況にあり、例えば相談相手となる金融機関を自治体に予め登録しておき、このような必要な支払を自治体の承認のもとに病院と金融機関のみで行えるようにするなどの対策も考えられる。

以上から、高齢者と継続的に接点を持つ金融機関が、資産管理だけでなく“将来のケア”を含めたライフプラン策定の相談相手となること、また各種高齢者の資金管理をサポートすることで地域の高齢者福祉サービスのプラットフォームの一翼を担う存在として参画するべきと考える。

以上

- 本資料は作成時点における信頼できると思われる各種データに基いて作成されていますが、当社はその正確性、完全性を保証するものではありません。また、本資料に関連して生じた一切の損害については、当社は責任を負いません。
- 資料に記載している見解等は本資料作成時における見解等であり、経済環境の変化、税制等の変更によって変わる可能性があります。また、記載されている推計計算の結果等につきましては、前提条件の設定方法によりその結果等が異なる場合があります。
- 本資料は、当社が公に入手可能な情報に基づき作成したものですが、その内容の正確性・完全性を保証するものではありません。
- 本資料の分析結果・シミュレーション等を利用したことにより生じた損害については、当社は一切責任を負いません。
- 当レポートの著作権は三菱UFJ信託銀行に属し、著作権法により保護されております。当社の事前の承諾なく、本資料の全部もしくは一部を引用または複製、転送等により使用することを禁じます。
- 本稿における意見等については筆者の個人的見解であり、所属する組織のものではありません。

MUFG相続研究所は、三菱UFJ信託銀行が資産管理・資産承継に関する調査・研究・レポート等の業務を対外的に行う際の呼称です。