

# 「生活設計」の先にあるもの：「人生の総仕上げ」に対する協同組合の関わり方についての一考察（上）

（社）農協共済総合研究所 調査研究第二部 研究員

うえだ あきこ  
上田 晶子

## 目次

### はじめに

#### I. 現代の日本人にとって、究極の「生活設計」とは？

1. 自分自身と、家族など身近な人々がともにたどるプロセス
2. 最期を迎える場所
3. 「終末期医療」に対する意識

#### II. 個人的に「最後の事業計画」をたてる方法

1. 最期まで充実して「生きること」について考える
2. 自分自身の「老い」と「死」を「設計」する

## 要 旨

「生活設計」、特に保障を提案する際に用いられる「ファイナンシャル・プランニング」の手法において、「子どもの教育」や「住宅の取得」は計画的に話を進めやすい側面を持つ。

ところが「老後資金」となるとかなり事情が変わってくる。「老い」を迎えることは同時に「病」のリスクが高まることでもある。そして人生で決して避けることが出来ないにもかかわらず、長期的な予測が絶対に不可能なライフイベントが「死」である。

普段あまり意識することはないものの、いざ身近な者の老後や最期に立ち会う段になると、医療・介護、葬儀、相続に関する「現実」に直面し、果たして自分自身のときは実際どうなるのか…？という疑問と不安を覚えるだろう。「高齢社会」に突入した現代、これからは敢えて具体的に、こうしたことを元気うちから考えておく必要があるのではないだろうか。

本稿ではこうした場面に対する生活設計をたてることを「最後の事業計画」と位置付ける。そして「人生の総仕上げ」として前向きに計画を遂行するにあたって、個人的に何を必要とするか、そして「ゆりかごから墓場まで」といわれる協同組合の事業・活動はどのような役割を果たせるか、について考察することを目的とする。

まず現代の日本において、自分自身や家族など身近

な人々がたどる一連の過程、すなわち「高齢期」、「終末期」、「死」、そして「相続」や「法事」など、「死後に発生する手続きと儀式」について、実態と起こりうる課題を提示する。そして「最期を迎える場所」、「終末期医療」に関する現代の日本人の意識を示すデータを紹介し、現状把握の一助とする。

次に「最後の事業計画」をたてるにあたり、「生老病死」を社会的そして個人的に学び、情報を整理し、具体的に考え、身近な人に希望を伝える方法を提示する。具体的には、第1に「最期まで充実して「生きること」について考える」方法として、(1)「闘病記」から学ぶ、(2)「ホスピス・緩和ケア」について理解することを、第2に「自分自身の「老い」と「死」を「設計」する」方法として、(1)「家系図」を作成して、「自分自身のルーツ」や「ご先祖様」について知る」こと、(2)「終の棲家」そして「葬儀」と「死後の手続き」について生前から心づもりをする」こと、そしてそれらを記録して伝える手段について言及する。

なお、それぞれ個人的に「最後の事業計画」をたて、「人生の総仕上げ」として遂行することに対し、協同組合の事業・活動が、これまで如何に関わってきたか、そしてこれからどのようなサポートが必要になるかについての考察は、次号（下）にゆずることとしたい。

## はじめに

「生活設計」という言葉には、以下の3つの意味がある。①生命を全うするという意味での「健康管理」②日々の生活を合理的におくるという意味での「生活管理」③一生の設計、つまり「人生設計」という意味である<sup>(注1)</sup>。

特に「人生設計」という側面で考えると、個人やその家族が持つ夢や目標をかなえるために、家族構成や家計の現状を把握したうえで実現に向けたプランを設計し、さらに計画的な資金づくりを支援する「ファイナンシャル・プランニング」の手法は、JA共済の推進の場面においても馴染みの深いものであろう。そして具体的な保障の提案を行うにあたって使用されるツールに「ライフプランシート」がある。左端に上から世帯主とその同居家族一人ひとりの名前を、そして左（現在）から右（未来）に向かって年次と、そのときの家族の年齢を記入してゆく、横に長い書式のことである。

マネー雑誌や、家計簿の「記入例」モデルとしてよく使われる「夫婦と子ども2人」の家族構成であれば、夫（父）、妻（母）、子どもの年齢の大きい順に記入し、その時々が発生する（であろう）ライフイベントを当てはめていく。これらのなかで大きな出費が見込まれる「人生の3大イベント」とされるのが「子どもの教育」「住宅の取得」「老後」である。先ず「子どもの教育費」はその家庭の教育方針に基づき、概ね「学齢期」に沿って考えられる。「住宅の取得」であれば現在の預貯金、将来見込まれる収入、生活を見直しながら、購入物件の検討とローンの返済計画をたてる

ことになる。

ところが「老後資金」となるとかなり事情が変わってくる。雇用されている者であれば（定年）退職時、さらに年金受給年齢を目途に据え、「自由な時間」が生まれたからこそ実行してみたいことについて、個人的な希望を反映させる…まではできる。しかし「老い」を迎えることは、如何に健康を維持し続ける努力を怠らなかったとしても「病」のリスクが高まることでもある。そして人生で決して避けることが出来ないにもかかわらず、長期的な予測が絶対に不可能なライフイベントが「死」である。

「万一」のために保障を求める。あるいは貯蓄をする。そのとき自分自身はいつ、どこで、どのように最期を迎えるのか、ということまでを考えるだろうか？まだ若いから。日々の生活や子育てが最優先。縁起でもないから考えたくもない…。

それでいて身近な者の老後そして最期に立ち会う段になると、様々な現実に直面する。（治療から看取りに至る）医療・介護、葬儀、相続…人によっては想像以上に嵐のような経験をすることになるだろう。果たして自分自身のときは実際どうなるのだろうか…？宗教的な考え方を別にすれば、人間が持つ「老い」や「病」、そして「死」に対する疑問や不安とは、自分自身や家族がその場面に立たされたとき、生活全般にどのような変化が起こるのか、ということに尽きるのかもしれない。「高齢社会」に突入した現代、これからは敢えて具体的に、こうしたことを元気なうちから考えておく必要があるのではないだろうか。

本稿ではこうした場面に対する生活設計を

たてることを「最後の事業計画」<sup>(注2)</sup>と位置付け、前提として現代の日本に生きる我々は、どのような状況に置かれ、個人的に何をしたらよいのかについて考えてみたい。そして「人生の総仕上げ」<sup>(注2)</sup>として前向きに計画を遂行するにあたって、「ゆりかごから墓場まで」といわれる協同組合の事業・活動がどのように関わられるかについて、考察することを目的とする。

## I. 現代の日本人にとって、究極の「生活設計」とは？

### 1. 自分自身と、家族など身近な人々がともにたどるプロセス

#### (1) 「高齢期」

「平成18年簡易生命表」によると、日本人の「平均寿命」は男性79.00年、女性は85.81年である。約半世紀前（1955年）は男性63.60年、女性67.75年だったことを思えば右肩上がりに延伸を続け、日本は世界有数の長寿国といわれるようになった。

また近年では「健康寿命」という概念が提唱されている。平均寿命から、病気や認知症などで要介護状態になった期間を引いた「自立して健康に生活できる」年数のことである。世界保健機関（WHO）の推計（2002年）によれば、日本人の「健康寿命」は男性72.3歳、女性77.7歳である<sup>(注3)</sup>。しかし「平均寿命」との差を考えると、男女ともに晩年7年前後の「要介護状態」が発生することになる。

核家族の増加や少子化の進行に伴い、かつては家族間で担うことが「当然視」されてきた高齢者に対するケアを「社会化」し、また援助を受ける対象とみなされてきた高齢者自身に対しても、応分の自己負担を求める必要

が出てきた。そのために国はさまざまな施策をすすめてきた。具体的には「介護保険法」の施行とその後の「改正」、健康保険法の「改正」に伴い増加してきた医療費の自己負担、2008年4月から開始される「後期高齢者医療制度」などである。

また家族との関わりを考えるうえでは、高齢者等の権利を擁護し、最後まで自分らしく生きることをサポートするしくみとして、「成年後見制度」の創設（2000年）が大いに貢献した。

#### (2) 「終末期」

勿論「高齢社会」になったとはいえ、残念なことに若くしてこの場面を迎える者も少なくない。

まず「終末期」とは、「死期が近づいていることを予見した上での、死を安らかに迎えることへの準備を意識した、心身両面にわたるケアを行うことのできる期間」であり、以下の3種類のケースが想定される。

- ① 死期は予測できないが、死が近づいていることは予見できる高齢者
- ② がん等の死期予測可能な患者を対象として精神的・身体的苦痛を緩和するケア（ホスピス・緩和ケア）を受けている状態（若年者も含まれる）
- ③ 末期慢性病（心疾患・肺疾患等）でいつ死んでも不思議でないほど深刻だが、死期を予測することができない患者（ほとんどが高齢者）

他に「不慮の事故（交通事故・火災等）・自殺・他殺など」も考慮に入れるべきなのだろうが、所謂「突然死」では本人に対する医療的なケアを施しようがない。

そして「終末期」と考えられる期間は疾病により異なる。がんであれば6ヶ月程度、末期の慢性病では1年以上と考えるのが妥当な場合が多い<sup>(注4)</sup>。

### (3) 「死」

文字通り「しぬこと」。そして「命がなくなること。生物の生活機能が停止すること」(『広辞苑』)である。いわば医学的、生物学的な視点からの定義である。

しかし例えば病院において、医師から「ご臨終」の宣告を受ける瞬間だけが「死」ではない。「精神的」そして「社会的」な意味もある。具体的には「脳死」や「スパゲティ症候群・マカロニ症候群(「延命治療」により点滴などの医療器具につながれた状態で、病院のベッドの上で過ごすこと)」、「認知症」が進行し、社会的な生活が営めなくなった状態などを指す。

特に「精神的」という意味では、死に直面した人間の心理過程を研究した精神科医エリザベス・キューブラー・ロス(1926-2004)が著書『死ぬ瞬間』<sup>(注5)</sup>で、「死」の受容プロセスとして「否認・怒り・取引・抑うつ・受容」の5段階があること(「喪失の五段階説」)を指摘した。勿論これが典型的な姿、というわけではないが、死に直面している個人が体験するばかりではなく、家族など周囲の人々にとっては、そのまま「悲嘆の五段階」として「生と喪失によりよく対処するための知識」となる<sup>(注6)</sup>。

### (4) 死後に発生する手続と儀式

そして、人が死亡することによって発生する手続や儀式にはどのようなものがあるだ

ろうか。おそらく誰でもまっさきに思いつくことは「葬儀」であろう。文化庁の『宗教統計調査』によれば、日本国内には1億人余りの神道系、9千万人超の仏教系の信者が存在している。とはいえ多くが仏教形式で葬儀を執り行う<sup>(注7)</sup>ことから、仏教形式で葬儀や法事を行った場合について述べてみたい。

まず人は「死亡」することで、大別して3つの「始末」をつけなければならない。①「からだの後始末」②「暮らしの場の始末」③「社会関係の始末」である。

具体的に①に関する必須事項は、医師が死亡に立ち会った場合「死亡診断書」の交付を受ける→市区役所、町村役場に「死亡届」を提出する→市区町村長宛に「埋葬・火葬許可証」を申請すること、である。なお「葬儀」はこの流れのなかで行われる。

②については「形見分け」や家財の整理などが、③については年金・医療保険などの社会保障の手続き、預貯金・株式・不動産の相続、生命保険金の受け取り、税金に関する事務、免許や許可証などの返還、役職の辞任などが挙げられる<sup>(注8)</sup>。

これらの「始末」の多くは、残された家族、あるいは信頼できる他人に任せることにならざるを得ない。そしてトラブルを避けるため、生前に「遺言」を書くことになる。

「遺言書」は15歳以上の意思能力のある者であれば誰でも作成出来る。民法で定められた方式に則り、①身分に関する事項(認知、後見人・後見監督人の指定)、②相続に関する事項(相続人の廃除とその取消、相続分の指定、遺産分割方法の指定、遺産分割の禁止、遺言執行者の指定など)、③財産の処分に関する事項(遺贈・寄付行為、信託の設定)を



書面（遺言書）に記載すれば、死亡とともに法律上の効果が発生する。

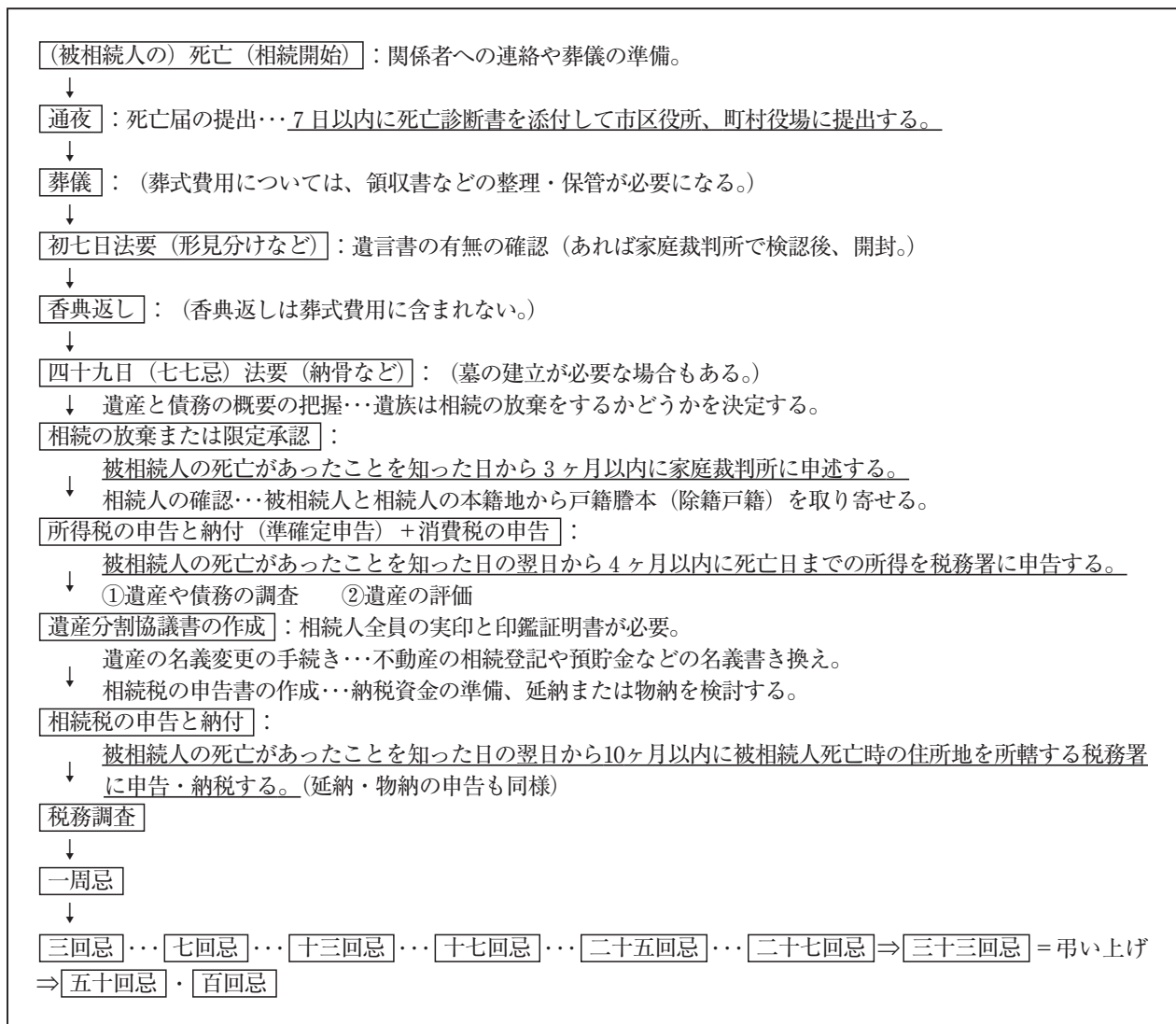
但し「一大イベント」と呼ぶべき「葬儀」に関する事項は「遺言書」にしたためることは出来るが、仮に残された家族がそのとおりに実行しなかったとしても、法的な問題が起こるわけではない。そして如何なる宗教・宗派で弔われたとしても「自分の死体は、自分では葬れない」。井上治代氏はこの事実を「葬送の大原則」と呼んでいる<sup>(注9)</sup>。

さらに日本人の多くには、死後にも「ライフサイクル」がある。「死霊から祖霊化への

プロセス」といってはいささか異様に聞こえるかもしれないが、「初七日」「四十九日」…「一回忌」、「三回忌」…といった法要が家族などによって続けられ、供養される。そして「三十三回忌（地域によっては五十回忌）」をもって「弔い上げ」となり、「ご先祖様」と認識される存在となる<sup>(注10)</sup>。なお、近年増えている「永代供養墓」における「永代」の期間も、この年数が目途となっていることが多い。

以上を「相続」と「法事」を軸に時系列に並べると、概ね（図表1）の流れになる。

図表1 「仏教徒」の「相続」と「法事」のスケジュール



## 2. 最期を迎える場所

「豊の上で死ぬ」という表現がある。自宅で家族に看取られ、穏やかに最期を迎える、という意味である。実際、日本人はどこを最期の場所としているのだろうか。

厚生労働省の「人口動態統計年報」によれば、1952年には、81.3%の国民が「自宅」で最期を迎えていた。しかし2006年になるとその割合は12.2%まで低下する。「自宅」と「病院」の割合の逆転が起こったのは1977年であり、現在「病院」で最期を迎える者は79.7%にのぼる。戦後、医療サービスが充実してきたことが大きな原因である。

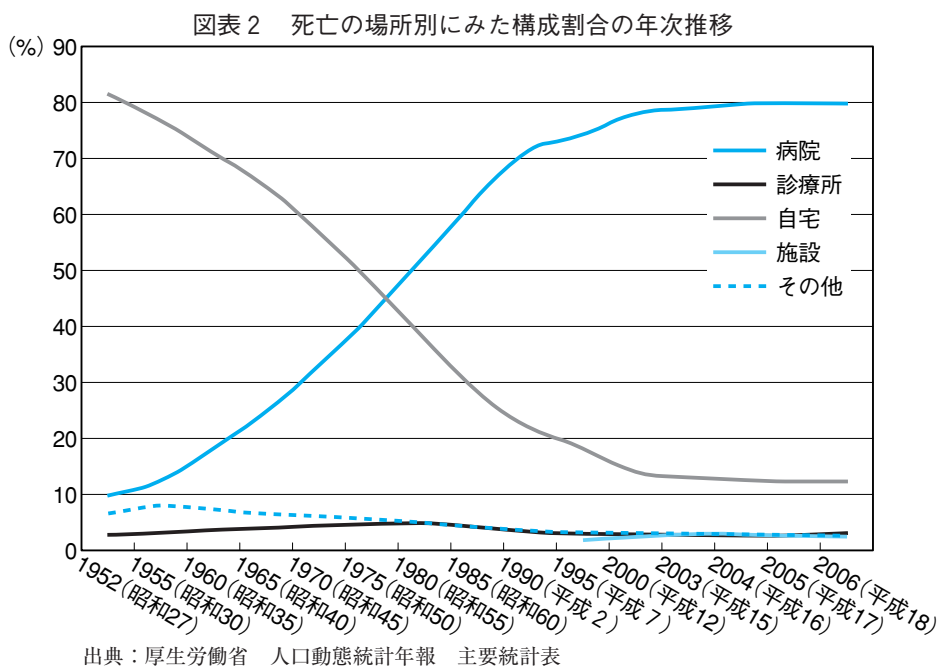
なお本統計では、1990年代に入るまで「介護老人保健施設」や「老人ホーム」といった「施設」における最期を、「自宅」または「その他」の項目に含んで集計している。未だごく少数とはいえ、高齢化の進展に伴い、老後の生活の場としての「施設」が、看取りの場として認識される時代となりつつある、ということはいえよう。

## 3. 「終末期医療」に対する意識

近年、「東海大学病院」（1991年）、「川崎協同病院」（1998年）、「射水市民病院」（2006年）をはじめ、医師が関与する「安楽死」、「尊厳死」、人工呼吸器の取り外しなどの「延命治療の中止」が問題となった事件がいくつも発生した<sup>(注11)</sup>。

ここで、第一生命経済研究所と厚生労働省が行った調査結果を紹介する。現代の日本人の「終末期医療」に対する意識を知るうえで、非常に興味深い内容であるからだ。

第一生命経済研究所は2004年、全国に居住する40～69歳の男女900名に対し、終末医療に関する意識調査を行った。なお2001年にも同様の調査を行っている<sup>(注12)</sup>。まず、「もし自分が重大な病気になったら、告知されたいか？」という問いに対しては、4人に3人が「治る見込みがあってもなくても、事実を知りたい」と回答し、「治る見込みがあるのなら、知りたい」と答えた約2割を大きく上回った（図表3）。



次に、「もし自分が終末期になったら、どんな治療を望むか？」という設問には、3人に2人が「多少は死期が早まっても、苦痛など不快症状を和らげることに重点を置いてほしい」と、ホスピス・緩和ケアを受けることを選択した。また男性の方が「できる限りの手を尽くして、少しでも長生きしたい」と考えている割合が高く、年代別には60歳代に「安楽死」を望む者が1割強も存在する（図表4）。

また、厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—」（2004年7月）<sup>(注13)</sup>を見ると、一般国民の7割以上が、自分が痛みを伴う末期状態の患者になった場合、心肺蘇生措置や単なる延命医療は「やめたほうがよい」、あるいは「やめるべきである」と考えている。そして自身の終末期医療に際し、書面による生前の意思表示（リビング・ウィル）を行うことの方針に「賛成する」と回答した一般国民は約6割に達している（図表5）。

ところが、「リビング・ウィル」を法制化すべきと考える者は、一般国民の37%、医師48%、看護職員44%、介護施設職員の38%にとどまった。また、第一生命経済研究所の調査結果においても、「終末医療について考えたことはあるが、家族と話し合ったことはない」とする者が過半数を占める結果となっている。関心はあれども、自分自身の希望を家族に伝えたり、書面にしている者は未だ少数派である。

そして「自分が痛みを伴う末期状態（死期が6ヶ月程度より短い期間）」の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所としては、「自宅で療養して、必要になれば緩

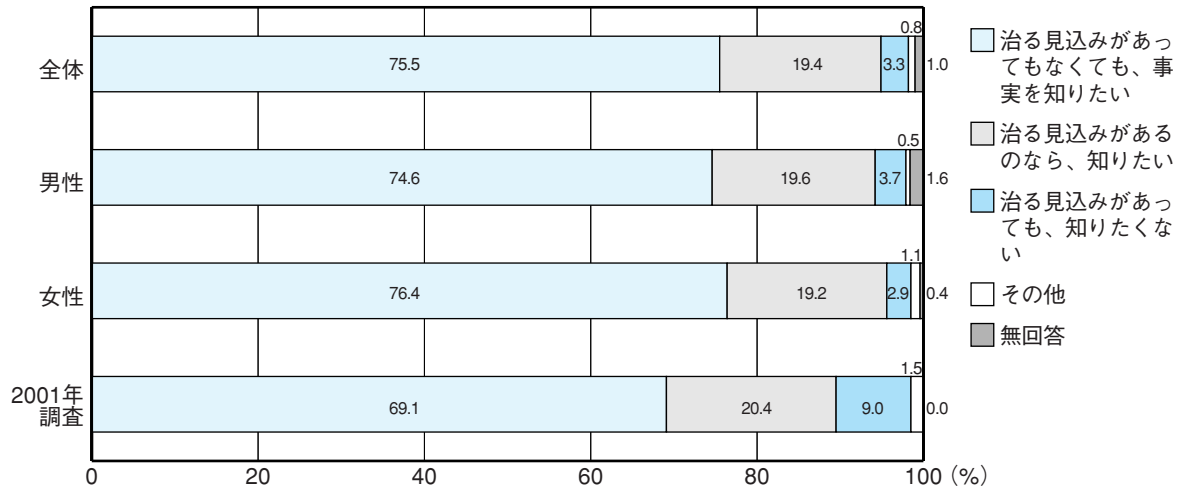
和ケア病棟に入院したい」が27%と最も多く、次に「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」（23%）、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」（22%）、「自宅で最期まで療養したい」（11%）の順となっている。

とはいえ、出来る限り在宅で過ごしたいと願う者が6割を占めたものの、66%の一般国民は自宅で最期まで療養することは困難であると認識している。その理由としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「病状が急変したときの対応に不安がある」といったものが大きい。なお、医師と看護職員の約3割、介護施設職員の約2割は、最期まで自宅で療養することは可能であると答えている。

なおこれらの調査後、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省・2007年5月）、「救急医療における終末期の医療のあり方に関する提言（ガイドライン）」（日本救急医学会・2007年11月）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会・2008年2月）といったガイドラインが公表されたが、「終末期医療」に関わる諸々の課題について、未だ国民的合意が得られているとはいえないのが現状である。

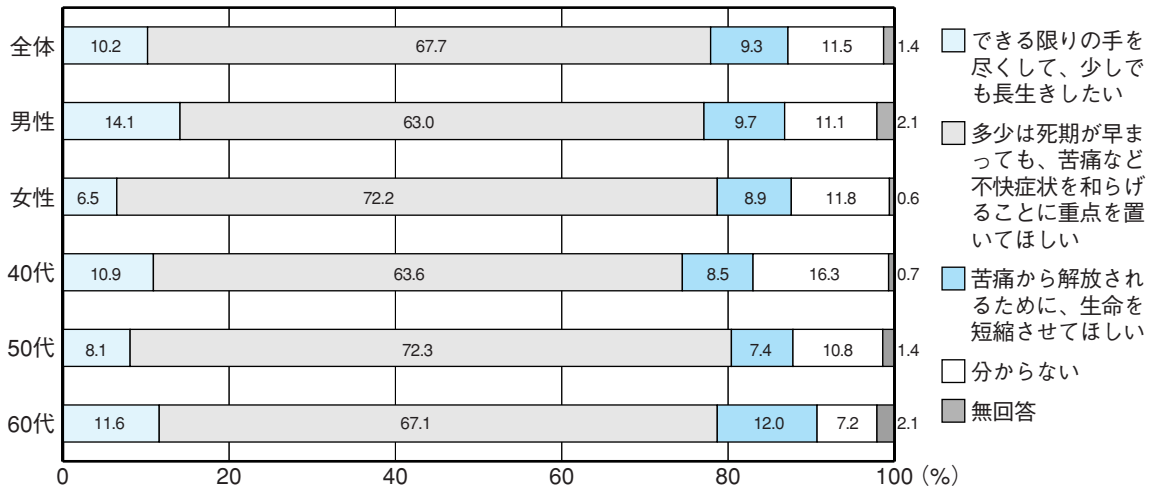
2008年1月より厚生労働省において「終末期医療に関する調査等検討会」が開催されている。今回は介護老人福祉施設の看護職員（500人）を新たに調査対象に加えたアンケート調査を行い、2007年度中を目途に結果を取りまとめ、2008年度に調査結果を受けた検討が行われる予定であり、今後も動向に注目してゆきたい<sup>(注14)</sup>。

図表3 命にかかわる重大な病気になったときの告知について（性別・2001年調査）



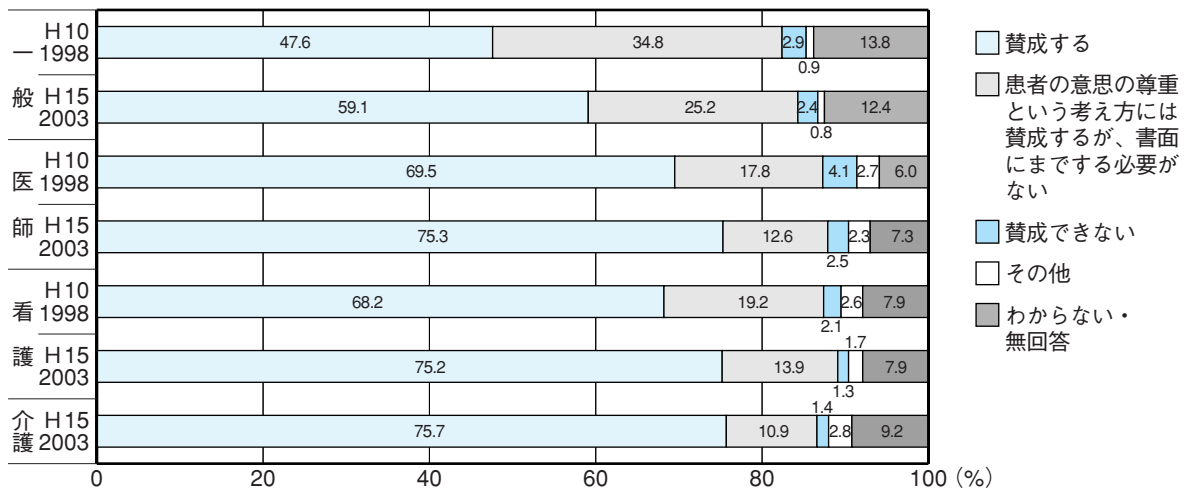
出典：第一生命経済研究所『終末医療に関する意識調査』（2005年9月）

図表4 望ましい終末医療（性別・年齢層別）



出典：図表3に同じ。

図表5 「リビング・ウィル」に対する意識



出典：厚生労働省『終末期医療に関する調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－』（2004年7月）



## Ⅱ. 個人的に「最後の事業計画」をたてる方法

本章では「最後の事業計画」をたてるにあたり、「生老病死」を社会的そして個人的に学び、情報を整理し、具体的に考え、身近な人に希望を伝える方法を提示する。

### 1. 最期まで充実して「生きること」について考える

#### (1) 「闘病記」から学ぶ

私事ではあるが、筆者には家族の看取りの経験がある。本稿の問題意識の多くはここに端を発している。振り返ってみると、家族が病に倒れたときに最初にしたのは、ともに闘う対象である病気の実態、そしてこれからどうなるのかについて、正確な情報を得ることであった。勿論、いきなり専門書や医学論文の類に手を出せるわけもなく、病院と、診療にあたる医師を信頼したうえでの話であったことはいうまでもない。

医療従事者ではない者にとって、病そして終末期というものは、自分自身や身近な人に療養生活や介護の経験がないと、イメージできない部分がある。例えば生命共済や医療共済などの推進において、元気な人や若者に保障の必要性を訴えるべく、自分自身の療養や看護体験を語りながら共感しあう、という場面はあり得る<sup>(注15)</sup>。ゆえにそのとき役に立ったのが、同じ視点に立って読むことのできる「闘病記」であった。

柳田邦男氏は、自らの「闘病記」をまとめたり、愛する連れ合いや子どもの病気、看取りについての記録や遺稿集を出版したりする例が、1970年代後半から顕著になったと指摘

している。その理由は「…物質的繁栄という状況のなかで、ややもすれば忘れていた人生の意味とか自分が生きた証といったものを、必死になって確認しようと思うようになったことの表われ」<sup>(注16)</sup> であるという。

近年では病院職員の調査研究の場であった院内図書館を患者や家族などに開放し、病状に関する情報を得られるようにしている病院が増えている。特に「闘病記」の効果が注目されており、公共図書館にも「闘病記文庫」が設置されたり<sup>(注17)</sup>、検索の利便に資するため「闘病記」のデータベース化<sup>(注18)</sup>がすすめられたりしている。

また幸いにこれまでこういった経験がないのであれば、経験した者が残した記録を読み、将来自分自身や家族の終末期をどのように過ごすかを考えることによって、想像しうる混乱などを回避出来るよう、事前に手が打てるのではないだろうか<sup>(注19)</sup>。

なお元気なうちから「闘病記」を読むことには抵抗がある、という向きには、生老病死や介護をテーマにした映画をいくつか選んで鑑賞することも一案である。

#### (2) 「ホスピス・緩和ケア」について理解する

##### ① 「ホスピス・緩和ケア」とは

本稿ではここまで、敢えて定義づけをせずに「ホスピス・緩和ケア」という言葉を使用してきた。特に「ホスピス」という用語に対して、多くの人々の持つ「イメージ」とは、肯定的であれば「安らかなところ」、「最期までその人らしく生きられるところ」、否定的なら「死を待つだけのところ」「費用がかかるところ」等であろう<sup>(注20)</sup>。

まず、「ホスピス (Hospice)」はラテン語

の“hospitium”、すなわち疲れた巡礼者や旅行者、病に倒れた十字軍の兵士たちを休息させ、もてなした宿泊施設に由来する。“Hospital”や“Hotel”などとも同じ語源である。これを近代的に、末期患者など死にゆく人々のためのケア（の理念やプログラム、あるいはそれを行うための施設）としてとらえられるようになったのは、1967年、ロンドン郊外にシシリー・ソンダース（1918-2005）が創設した「セント・クリストファー・ホスピス」が嚆矢である。

なおWHO（世界保健機関）が「緩和ケア」を「治癒不能な状態の患者および家族に対しておこなわれるケア」と定義したのは1990年のことである。しかし2002年には「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチ」と変更している（注21）。

## ②日本における「ホスピス・緩和ケア」

日本では1970年代に「ホスピス」の概念が伝えられた。医療技術の発達により、医師が中心となって「治療」そして「延命」を追求してきた結果、最期を迎える場所が「自宅」から「病院」に移行していったのとほぼ同時期である。

患者そして家族の苦痛を緩和するために、医師、看護職、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、さらには宗教者、そしてボランティアなどさまざまな職種の者

がチームとなって連携してあたるケアを取り入れ、1980年代に入ると「聖隷三方原病院」（静岡県）、「淀川キリスト教病院」（大阪府）内に末期がん患者を対象にした「ホスピス」が開設された。

これらを契機に厚生省は終末期医療に取り組みだし、1990年の診療報酬改定において「緩和ケア病棟入院料」<sup>(注22)</sup>を新設した。入院・検査・薬剤などを含め1日25,000円の定額制を敷き、一定の施設基準<sup>(注23)</sup>を満たす「ホスピス・緩和ケア病棟」において受けたケアは保険診療の対象となった。以降、診療報酬改定に際して増額され、現在は1日37,800円である。

患者の費用負担の面でいえば、「入院料」自体は1割負担の人であれば3,780円、2割負担の人であれば7,560円となる。そして多くの国民健康保険、健康保険の加入者が該当する3割負担であれば11,340円であるから、1か月入院すれば34～5万円の窓口負担である。そして多くの「ホスピス・緩和ケア病棟」において、「入院料」の他に「個室料金」「差額ベッド代」が発生する。概ね1,000～10,000円の範囲で、高額なところでは2～3万円の料金が設定されているが、徴収を行わないところもある。

他には「食事代」（1日3食で780円）がある。また日々の生活に必要なものとして、室内で使用する電気製品の使用料、TVの視聴、家族が宿泊する場合の部屋や寝具の使用料、（病院食とは別の食事を用意する場合の）台所の使用料、電話代やインターネット接続料、洗濯でコインランドリーを利用したり、クリーニング業者に依頼した場合などは別料金としている。

「入院料」については後日申請すれば「高額療養費」として還付対象になる。また所得税の確定申告の際、「個室料」や「食事代」も含めた額から生命保険料で補填された金額を引き、さらに10万円（その年の所得金額の合計額が200万円未満の人はその5%の金額）が医療費控除額（最高200万円）となる。

1990年代以降、「ホスピス・緩和ケア病棟」の施設・病床数は右肩上がりに増加していった。2000年代に入ると、公立病院や大学病院などでも設置するようになり、2008年2月現在、179施設3,443床が「緩和ケア病棟入院料届出受理施設」となっている<sup>(注24)</sup>。しかしがん罹患する者が増加し、その死亡者が年間約30万人を数えるという現代、こういった場所での療養が一般的になるにはあまりにも数が少なすぎ、かつ地域的にも都市部の医療機関に集中しているなど、日本の「ホスピス・緩和ケア病棟」は未だ発展途上にあるといえよう。

### ③最近の動向：「ギアチェンジ」と「在宅緩和ケア」

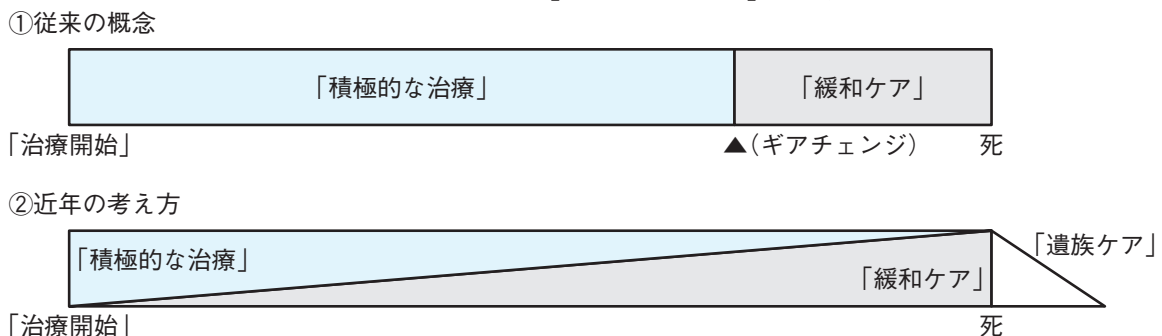
とはいえ、それでも「治療を断念したので、ホスピスに移る」という印象がぬぐえない者もいるかもしれない。患者の立場を想像するなら「医療に見捨てられたので、ホスピスで

死を待つ」という感情にさいなまれる、といったところだろうか。

一般病棟における「積極的な治療」を止めて、すぐに「ホスピス・緩和ケア病棟」に入り「緩和ケア」を受けられる、とは限らない。1医療機関あたり20床前後と、病床数自体が限られているのであるから、電話をかけて相談をすれば即入院、とはならず、待機中に容態が変化してしまえば「充実した最期」もない。もし「緩和ケア」を受けることを希望するのであれば、早いうちから考えておく必要がある。

近年では「治療」段階からがんによる痛みをモルヒネ<sup>(注25)</sup>で「緩和」しながら、療養生活を充実させる、という方向にすすんでいる。緩和ケアに携わる医療従事者のあいだで、がん患者が「積極的な治療」から「緩和ケア」に移行することを、自動車の運転でトッパギアからローギアに切り替えることに例えて「ギアチェンジ」<sup>(注26)</sup>と表現することがある。患者、家族、医師をはじめとする医療従事者がコミュニケーションを図りながら行う、いわばゆるやかな「ギアチェンジ」で、最終的には「遺族ケア」までが視野に入っている（図表6）。

図表6 「積極的な治療」から「緩和ケア」への移行





そして「在宅緩和ケア」に対する関心も高まりつつある。国は「訪問看護推進事業」の開始（2004年度）、「在宅療養支援診療所」への診療報酬上の加算や、40歳～64歳の末期がん患者も介護保険の給付対象とした「改正介護保険法」の施行（2006年度）「がん対策基本法」（2006年6月に成立し、翌4月に施行）と「がん対策推進基本計画」の策定（2007年6月）など、自宅や地域といった住み慣れた場所での療養が可能になるよう、在宅医療の充実を図るための施策を打ち出してきた。

また75歳以上の「後期高齢者」の新たな診療体系を構築すべく、社会保障審議会に「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」が設置されたのは2006年9月であった。以後約1年間、高齢者の心身の特性にふさわしく、看取りまでを考慮した医療の提供について行われた議論の一環として、委員の一人である川越厚氏が地域における「在宅緩和ケア」の実践事例を報告した<sup>(注27)</sup>。

「在宅緩和ケア」とは文字通り医師と看護師がチームを組み、患者の居宅に定期的に往診あるいは訪問し、緩和ケアの提供のほか、患者や家族の悩みや予後の相談に応じるものである。なお緊急時には24時間365日対応する。川越氏は報告のなかで、ケアの絶対条件として「①患者が在宅ケアを切望すること②家族が在宅ケアを切望すること③看取る家族がいること」を挙げている。但し③については、介護保険でホームヘルプサービスを利用したり、ボランティアが関わることなどによって生活の支援が担保されるのであれば、看取る家族がいなくてもケアは可能であり、実際に何人もの一人暮らしの患者を最期まで在宅で診ている。「在宅」でも「ホスピス・緩和ケ

ア病棟」と同様、さまざまな職種のスタッフがケアに携わる。また地域で暮らす人々が何らかの形で看取りに関わってくるのも特徴である。

もし実際に自宅で療養したい場合、「在宅緩和ケア」を提供する身近な医療機関や医師をどのように探したらよいのだろうか。これまで入院していた病院から診療所を紹介してもらう場合もあるが、現状ではインターネット上に構築されている「末期がんの方の在宅ケアデータベース」<sup>(注28)</sup>が最もまとまっている。

「在宅緩和ケア」を受ける患者や家族は、住宅事情や容態の急変時での対応方法などで不安を覚えがちである。とはいえ自宅で療養することの利点としては、生活の場で、家族とともに過ごせること、入院したときに比べれば医療スタッフに対する気遣いが少なく、生活態度を管理されない（「ホスピス・緩和ケア病棟」でも飲酒や喫煙などが許可されていることは多い）こと、さらに比較的費用が安く済むこと<sup>(注29)</sup>などが挙げられる。

## 2. 自分自身の「老い」と「死」を「設計」する

前節では、主に医療に従事していない者が「終末期医療」に関する生前の意思表示（リビング・ウィル）を行うにあたって必要となる知識や情報をどのように得るか、そして特に「ホスピス・緩和ケア」に関することがらと最近の動向を整理し、最後まで如何に充実して生きるか、について考えてみた。

しかし「医療」に関することだけを意思表示しておけば事足りる、というわけではない。現実に関心や家族がこの問題に直面した



とき、降りかかってくる課題があまりにも多いことは、前章において触れたとおりである。

以下に述べることは、非常に個人的な側面からのアプローチである。もっとも日常的に家族や、日常生活に関わる身近な人々との絆を深め、折に触れて話し合う機会のある人や、地域に根ざし、祖父母や父母、年長の親戚や近隣の住人から教わってきた伝統的な文化や慣習を尊重した暮らしを続けてきた人々にとっては、改めて調べたり考えたりするまでもない内容が含まれているかもしれない。

それでも敢えて触れておきたいと筆者が考えるのは、果たして現在自分自身そして家族や地域社会の持つ「価値観」は、これからも確実に共有し続けられるものであるのか、という「疑問」とある種の「危機感」が前提としてあるからだ。

#### (1) 「家系図」を作成する：「自分自身のルーツ」そして「ご先祖様」について知る

たとえ現状が天涯孤独の身の上であったとしても、人間は両親から生まれ、その両親にもまたそれぞれの両親がいる。本稿で述べる「家系図」の作成とは、「最後の事業計画」をたてるにあたって、先ず自分自身のルーツを確認しよう、ということである。

この作業に必要なものは、①最新の「戸籍謄本」と「除籍戸籍」（「除籍謄本」や「改製原戸籍謄本」）②「菩提寺」で保管している「過去帳」③家族、親戚のなかで年長者であるなど、昔からの事情に詳しい者の証言、の3点である。

①については、先ず現在の本籍のある市区役所・町村役場で戸籍謄本を請求する。但しある程度の年齢になっていると、養子縁組、

結婚や離婚、転居に伴う転籍など、人生の転機に戸籍を移していることが多いので、この際は出生から全ての経緯が記された「除籍戸籍」を揃えるために、本籍をおいたことのある全ての自治体に取りに行く。遠方であれば若干時間はかかるが、郵便で請求することも可能である。

そして出生時の戸籍の記録から、両親の婚姻前の本籍地があった自治体をあたる。請求時に具体的な理由を申請書に記入するよう求められるが、そのときは「先祖調査」として、両親の直系尊属（父母・祖父母）を可能な限り遡りたい旨を説明する。

次に②である。基本的には、①で手に入れた「除籍戸籍」に登場する「ご先祖様」たちの埋葬と供養を行っている寺院に問い合わせる。宗派にもよるが、檀家ごとに「戒名（日蓮宗は「法号」、浄土真宗は「法名」）」「俗名」「命日」といった情報を管理している。法事やお墓参りなどの機会を利用して、ご住職に話を聞くのも有効である。

最後は③である。①だけでは自分自身の直系尊属・卑属（子）以外の親戚が、現在どこでどうしているのかは把握できない。人口移動の激しい現代、普段から余程親密な親戚付き合いをしているのでもない限り、顔と名前的一致しないおじ・おば・いとこなどが存在しても無理はない。そこで一家の年長者など、家庭内の事情をよく知っていて、かつ話をしてもらえる者の証言により、情報を補足する必要がある。

最後に、これらから得た情報をもとに、「家系図」を作成する。自分自身の手で実際に書いてみると、人間の営みが脈々と続いてきたことに感銘を覚えるかもしれない。そし

て手に入れた「戸籍謄本」「除籍戸籍」を家ごとにまとめて、時系列にファイルしておきたい。ここで整理された事項は、後に自分自身や家族の葬儀の段取りを決めるときと、相続の際に相続人を確定する作業において、大変な威力を発揮するのだ。

## (2) 「終の棲家」そして「葬儀」と「死後の 手続」について生前から心づもりをする

これまでに人生の最期を迎える場所として、自宅、施設、医療機関（一般病棟や診療所、「ホスピス・緩和ケア病棟」）があることを述べてきた。自分自身がこれからどのような生活を送りたいのか、すなわちどのように周囲とつながりを持ち、自分自身の身じまいをしたいのかによって、「終の棲家」を選んでいくことになる。

具体的には「闘病記」など、体験した人の残した記録や新聞、雑誌、TV報道で紹介された場所で、興味を覚えたところを調べてみる、といった行動を起こすこと、そして自宅で生活を続けたいと希望する場合は、現在の住居で将来も暮らしやすいかどうかを考え、必要であればリフォームや転居を検討する必要があるだろう。

また近年「葬儀」も多様化している<sup>(注31)</sup>。農村・都市といった地域を問わず、従来であれば自宅において、家族そして地域で手当てされてきた形式が変化しつつある。また「葬儀にかかった費用は全国平均約236.6万円」<sup>(注32)</sup>などともいわれるが、どこで、どんな人々に、どのように見送られたいのかによって、実際の金額は変化する。

そして「遺産」「相続」という意味では金銭や不動産だけではない。人は生前に、親し

みを持って使っていたものを「あの世」にまで持ってゆくことは出来ない。結局事前に始末をつけるか、残された家族や身近な人々に託していくことになる。果たして物質的に豊かになってしまった現代、どれくらい役立ててもらえるのか？

自分のときは、家族のときはどうするのか？特に「長寿世界一」とされる日本人女性にとっては、いずれも悩ましいところである<sup>(注33)</sup>。

## (3) 記録して、伝える

但し人は、実際どこで、どのように最期を迎えるかは予想できない。

例えば「遺言」を健康なうちから書こうという行為は、時に「暗い」そして「後ろ向きな」生き方や態度ととらえられるかもしれない。そして人間の感情には揺らぎがあるものだから、死を受容し、覚悟を決め、きれいに最期を迎えよう…などと悲壮感に駆られるようでは、あまりにも苦しすぎる。

しかし身近な人にあらかじめ自分自身の思いや希望を伝えておいた方が、ことはスムーズに運ぶに違いない。その点において、どのような最期を迎えるにしても役に立つ方法としては、近年「静かなブーム」にもなっている「エンディングノート」<sup>(注34)</sup>を利用することが考えられよう。

- (注1) 田村祐一郎「生活設計に改めて目を向けるということ」『共済総研レポート』83号(2006年2月)1ページ。
- (注2) この用語とともに藤田憲一『末期ガンになったIT社長からの手紙』幻冬舎、2006年による。藤田憲一氏は2006年1月に余命3ヶ月の宣告を受けたことを期に、「メディアとネットの融合」によりがん医療の進展を目指すべく、著作、TV出演、ブログ執筆を通して情報の発信を続けた。同年10月、36歳で逝去。なお、闘病から最期を迎えるまでの経緯を綴ったブログは「銀座ではたらく社長のblog」ameblo.jp/fujita、「天王洲に住んでる社長のblog」yaplog.jp/kfujita、「病気とたたかう社長のblog」blog.livedoor.jp/kenfujitaの3種類である。
- (注3) 内閣府『高齢社会白書(平成19年版)』ぎょうせい、2007年 8ページ。
- (注4) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構『終末期におけるケアに係わる政策に関する研究報告書』2000年、2～6ページ。
- (注5) 原題は“On death and dying”1969年発行。日本語訳は1971年発行。  
現在刊行されているのは『死ぬ瞬間：死とその過程について』『死、それは成長の最終段階：続・死ぬ瞬間』(ともに鈴木晶訳、中央公論新社、2001年)である。
- (注6) エリザベス・キューブラー・ロス、デーヴィッド・ケスラー著 上野圭一訳『永遠の別れ：悲しみを癒す知恵の書』日本教文社、2007年 28ページ。
- (注7) 東京都生活文化局『葬儀にかかわる費用等調査報告書』2002年、63ページによれば、調査者の85%が仏式で葬儀を執り行っていた。
- (注8) 松島如戒『死ぬ前に決めておくこと：葬儀・お墓と生前契約』岩波書店、2002年 50～85ページ。
- (注9) 井上治代『墓をめぐる家族論：誰と入るか、誰が守るか』平凡社、2000年 127ページ。
- (注10) 井上前掲書 57～58ページ。
- (注11) 「東海大学病院」事件の裁判では、「安楽死」の4要件として、①耐え難い肉体的苦痛があること、②死が避けられずその死が迫っていること、③肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと、④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、が問われた。
- (注12) 小谷みどり「患者が満足のいく医療を受けるには—終末期医療に関する意識から—」、『Life Design REPORT』(2005年9月)16～23ページ。
- (注13) 厚生省では、終末期医療のあり方について、1987年以来3回にわたって検討会を開催しており、このうち第2回(1993年)、第3回(1998年)には意識調査を実施した。厚生労働省は2002年10月から2004年6月まで、7回にわたり「終末期医療に関する調査等検討会」を実施した。当該調査は、近年の医学・医療技術の進歩と発展、医療を取り巻く環境や、国民の医療に対する認識や意識の変化を踏まえ、2003年2～3月に、20歳以上の一般国民(5,000人)、医師(3,147人)、看護職員(3,647人)、介護施設職員(2,000人)を対象に、①患者に対する説明と終末期医療の在り方、②末期状態における療養場所、③痛疼痛治療法とその説明、④終末期医療体制の充実について、アンケートを行ったものである。終末期医療に関する調査等検討会『今後の終末期医療の在り方』中央法規出版2005年。
- (注14) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/s0124-6.html> 参照。
- (注15) 具体例としては、全国共済農業協同組合連合会・三菱総合研究所『レイズ・ザ・ルーフ! 共済事業から見たJAみっかび成功の秘密』全国共済農業協同組合連合会1998年、37ページ。
- (注16) 柳田邦男『いのち:八人の医師との対話』講談社1996年、114ページ。
- (注17) 現在、「東京都立中央図書館」、「鳥取県立図書館」をはじめ、「宇都宮市立図書館・東図書館」、「鎌倉市中央図書館」、「広島市立中央図書館」などの公共図書館に設置されている。多くの公共図書館において、図書資料は「日本十進分類法(NDC)」にもとづき分類されている。「闘病記」に相当するのは「療養記」で、所謂「家庭の医学」と呼ばれるような図書と同じ棚に並べられる。しかし「闘病記」には日記、詩集・句集、画集や写真集、講演録、エッセイなど、多種多様な表現方法がある。そのため検索をしようにも、タイトルだけでは何の病気について書かれているのかといった肝心の事項が判りにくいことが多く、かつ体裁などが原因で分散する恐れがあるので、これらを1か所に集約しようとする試み自体が画期的といえる。
- (注18) インターネット上の図書館「闘病記ライブラリー」(<http://toubuyokiinfo/>)は2006年6月開始。700冊の「闘病記」を「がん」など12種類に分類、約200の病名から検索できる。
- (注19) 「闘病記」を読むことを通して、終末期の暮らし方、医療費・経済問題を考える試みについては、拙稿「「死への準備教育」に関する一考察：JAにおいて終末期を意識すること」(下)『文化連情報』343号(2006年10月)38～43ページ、を参照。
- (注20) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「20～89歳の男女1,078名に聞いた『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』」(2006年1月)9ページ。
- (注21) 「日本ホスピス緩和ケア協会」ホームページ <http://www.hpcj.org/> 参照。
- (注22) 厚生省はキリスト教的なイメージの強い「ホスピス」ではなく、「緩和ケア病棟」の用語を採用した。なお「ホスピス・緩和ケア病棟」では、入院中の患者やその家族の思想・信条は尊重される。宗教的なイベントを行ったり、精神的なケアのために宗教者がスタッフとして関わったりすることはあっても、特定の宗教に対する信仰を強要するようなことはないのが一般的である。



- (注23) 主として末期の悪性腫瘍患者、または後天性免疫不全症候群（AIDS）に罹患している患者を対象とし、「看護婦が病棟の入院患者15人に1人以上の割合で病棟内に勤務していること」「病棟内に緩和ケア担当医師が常駐していること」「病棟床面積は患者1人につき病棟は30㎡以上、病室は8㎡以上あること」「病棟内に患者・家族の控え室、患者専用の台所、面接室、一定の広さを有する談話室を備えていること」「病棟は全室個室であって差し支えないが、差額ベッドの数が5割以下であること」を含む10項目を施設基準とした。河野友信・平山正実『臨床死生学事典』日本評論社2000年、267ページ。
- (注24) 「日本ホスピス緩和ケア協会」の会員名簿による。
- (注25) 緩和ケアにおいて使用される「モルヒネ」については、未だに誤解される面が多い。「覚せい剤」のように使用によって精神障害を起したりするような危険な薬物ではない。あくまでも鎮痛薬としての「医療用麻薬」であり、医師や薬剤師の指導と適切な管理に基づき、用量・用法を守って使用すれば、がんの痛みにも苦しむことなく療養生活を送れる。
- (注26) 福岡緩和ケア研究会『緩和ケアをはじめよう：ゆるやかなギアチェンジ』木星舎2001年、等を参照。
- (注27) 川越厚氏は2000年6月に無床診療所「ホームケアクリニック川越」を開業。診療所や訪問看護ステーション、ボランティアグループなどを包括した専門組織「パリアン」（東京都墨田区）を拠点に、末期がん患者に対する在宅緩和ケアを実践している。厚生労働省：第5回・社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2006年12月12日開催）資料 <http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/s1212-6.html> を参照。
- (注28) 「末期がんの方の在宅ケアデータベース」 <http://www.homehospice.jp/db/db.php> 「患者の受入条件」「在宅ケアの条件」「ケアの具体的内容」「医療費について」の情報が掲載されている。
- (注29) 「在宅緩和ケア」の医療費は基本的に保険診療で賄うことが出来る。かかる費用は診療開始時の相談料、医療サービス（3割負担の患者が1日15,000円程度のサービスを週4回受けた場合、1か月で約14～15万円の自己負担になる。高額療養費制度も利用できる。）、医師・看護師の往診・訪問時の交通費、薬剤の使用料である。「さくさべ坂通り診療所」（千葉市稲毛区）ホームページ <http://www.sakusabe.net/html/QA.html#zaitakuq3> 等を参考にした。
- (注31) 「冠婚葬祭互助会くらしの友」（本社・東京）が2005年7月に、首都圏に住む1947～49年生まれの男性400人を対象にインターネットで行った調査によると、従来型の葬儀をしたいとの回答は全体の32%であったのに対し、オリジナルな式を希望した人は15%、しなくていいと答えた人は25%にのぼり、参列者を家族や親族、友人に限りたいという意見も目立った。また、葬儀で流したい音楽として、ビートルズの「イエスタデイ」がトップで、以下「川の流れるように」「マイ・ウェイ」と続いた。団塊世代の男性の葬儀観が、会社関係者や近所の住人が多数列席する伝統的な形式を敬遠し、多様化していることを示している。
- (注32) 財団法人日本消費者協会『第7回 葬儀についてのアンケート調査』（2003年9月）
- (注33) 上野千鶴子『おひとりさまの老後』法研、2007年や、松原惇子『ひとりの老後は怖くない』海竜社、2007年など、特に女性の老い支度をテーマにした書籍が話題を集めた所以である。
- (注34) いつ訪れるかわからない「死」に備え、自分自身の生き立ち、親戚や友人、後見人などの緊急連絡先、介護や医療、葬儀に対する希望、預貯金や保険の加入状況、家族や身近な人に対する思いなどを記しておく冊子の総称。核家族化、少子化、晩婚・非婚化、離婚の増加といった、近年の家族形態の変容に伴う介護や墓の継承問題などが背景にあり、1990年代中頃から高齢者をサポートする市民団体やNPO、葬祭関連業者やファイナンシャル・プランナーの手によって続々と出版されている。体裁は様々で、記入の際の参考資料として、介護や終末期医療、葬儀、相続に関する情報を盛り込み、書きやすさを工夫している。幼少期からの思い出を書く欄や、近・現代史の簡易年表を掲載するなど「自分史」に近いもの、そして葬儀の際に「遺影」として使用してもらいたい写真を貼るページもある。更なる記入しやすさを追求すべく改訂版を発行し、編著者自身が「老い支度」や「自分らしいお葬式」講座とタイアップした「書き方セミナー」を行っていることも少なくない。高齢者だけではなく、「ライフプランニング」の要素も加味することで、20～40歳代の若年層にも利用できるように編集されたものもある。
- 「エンディングノート」を記すことによって期待できる効果については、家族との関係においては、生前から話し合っただけで準備をすることで、葬儀とその前後の死後事務において起こりがちな混乱が避けられるであろうし、個人的には書くことによって気持ちを整理し、人生の棚卸しをしながら死を前向きに受け入れることが出来る、といったことが挙げられる。但し、自筆証書遺言や公正証書遺言のように財産分割の際に法的な効力を持つものではない。身近に置いて気軽に書けるという利点はあるものの、記入と同時に家系図や名簿、財産目録等の性格を持ったセンシティブな個人情報も含まれてしまうため、時間の経過に伴う内容の更新方法や保管場所も課題となっている。なお記入した「エンディングノート」を秘匿したいが、自宅に適当な場所がない場合の保管場所としては、貸金庫などが考えられ、インターネットを利用した保管サービスを行う業者も存在する。