

終末期（人生の最終段階）意思決定支援促進に向けた考察¹
－ 柏市社会福祉協議会意思決定支援事業を参考にして－

一橋大学国際・公共政策大学院公共経済プログラム 2 年

松田寛之

2018 年 3 月

¹ 本稿は、一橋大学国際公共政策大学院にて実施されているコンサルティングプロジェクトの最終報告書として、受入先である社会福祉法人柏市社会福祉協議会に提出したものです。本稿の内容は、受入先の見解を示すものではありません。

要約

現在、日本において高齢者が増加していく中で、そうした高齢者の終末期（人生の最終段階）に関わる意思決定をどのように支援していくかが問題となっている。今回のコンサルティングプロジェクトでは、「わたしの望みノート」という独自の終末期の意思決定支援事業を行っている柏市社会福祉協議会に受け入れて頂き、より効果的な普及啓発方法の模索を目的として、普及啓発の講座や研修の見学、アンケート分析を行った。

得られた知見として、自身の終末期について考えない理由としては、「時期尚早で必要性を感じられない」という意見が主であった。また、終末期の相談を配偶者や家族に対して難しさを感じる者は、女性は男性に比べて62%も難しさを感じるものが減少し、75歳以上を超えると超えていない者に比べて39%も難しさを感じるものが減少することが分かった。そうした終末期の相談に対して抵抗感持つ傾向にある75歳未満の男性に寄せられた意見として、「配偶者や家族と協力して『わたしの望みノート』を記載する機会が欲しい」といったものが挙げられた。

その他、「終末期に対して見通しを持っている」者は「わたしの望みノート」を記載し、配偶者や家族に終末期の相談をするものが有意に多いことが分かった。

以上の知見から、普及啓発を効率化していく方法としては、医療や介護の専門職の方が終末期について説明する講座や研修を行い、参加者にとって終末期について考えることが必要性を感じられないことかをより正確な情報の元、考えてもらう機会を設けつつ、配偶者や家族と参加することを募集案内に一文添え、配偶者や家族と協力して記載できる機会を設けることが望ましいと考える。

謝辞

コンサルティングプロジェクトでは、大変多くの方々にお世話になり、御迷惑をおかけしたことを御詫びするとともに、深い感謝の言葉を述べさせて頂きたいと考えます。今回、突然電話をおかけしたのにも関わらず、コンサルティングプロジェクトを受け入れて頂いた柏市社会福祉協議会の担当者様には誠に感謝申し上げます。御多忙のところ一学生の私に対して大変貴重な経験をさせて頂き、また打ち合わせの際には、忌憚なく貴重な御意見を頂きまして、大変参考になりました。大学院においては、担当教授の佐藤先生を始めとして、多くの先生方やゼミ生、クラスメイトに有益な御助言を頂きました。また、アンケート調査にご協力頂いた柏市の住民の皆様にも御礼申し上げます。改めましてこの度は、誠にありがとうございました。

目次

1.はじめに	4
2.終末期に関する日本の現状	4
3.終末期に関する柏市の現状	10
4.受入先概要.....	15
5.「わたしの望みノート」	15
5-1.「わたしの望みノート」について	15
5-2.「わたしの望みノート」内容	16
5-3.リビングウィルとの関わり	17
5-4.「わたしの望みノート」普及方法	18
6.出前講座	18
6-1.出前講座について	18
6-2.出前講座見学.....	19
6-3.出前講座受講者アンケート示唆.....	20
7.コンサルティングプロジェクト課題設定.....	20
8. (i) 追跡調査方法	21
9. (ii) アンケート作成にあたってのマッピング・質問様式の設定.....	21
10. (iii) フォローアップ研修	22
10-1.フォローアップ研修内容.....	22
10-2.フォローアップ研修見学.....	23
11. (iv) アンケート分析.....	24
11-1.出前講座受講者アンケート	24
11-1-1.出前講座受講者アンケート概要	24
11-1-2.使用データ・方法.....	24
11-1-3.アンケートの詳細.....	25
11-1-4.アンケート分析結果	26

11-1-4-1.出前講座後に「わたしの望みノート」記載したいと思う人について.....	26
11-1-4-2.終末期の相談に対して難しさを感じる人について.....	29
11-2.フォローアップ研修アンケート	31
11-2-1.フォローアップ研修アンケート概要	31
11-2-2.使用データ	31
11-2-3.アンケートの詳細	32
11-3.フォローアップ研修前後の気持ちの変化	36
11-4.フォローアップ研修を受講した人の特徴について	37
11-4-1.記載状況と特徴.....	38
11-4-2.会話状況(終末期の相談)と特徴.....	41
12.まとめ	43
13.参考文献	44

終末期（人生の最終段階）意思決定支援促進に向けた考察

－柏市社会福祉協議会意思決定支援事業を参考に－

一橋大学国際公共政策大学院 PM16E010 松田寛之

1. はじめに

現在、日本において高齢者が増加していく中で、そうした高齢者の終末期（人生の最終段階）に関わる意思決定をどのように支援していくかが問題となっている。高齢者それぞれには住み慣れた地域にて人生を全うしたい、在宅で暮らしたい、あるいは1分1秒でも長く生きたいとした思いから高度な医療施設で最期を過ごしたいとした思いがあるかもしれない。しかしながら、老年期には身体機能や認知機能に急激な変化が起こるリスクが存在し、そうした高齢者の意思を確認する手段が現在の日本ではほぼ確立されていない。

中でも、ひとり暮らし高齢者には配偶者や家族と頻繁に過ごしていないことも関係して、生前の意思やあるいは生きている間の医療や介護などを本人の意思を汲み取る形で推測するのは非常に困難を極める作業である。また、そうしたひとり暮らし高齢者は周りに頼れる人がおらず、不安を抱える傾向にあるが、多くの高齢者は自身の終末期に向き合っておらず受動的であることが伺える。

受入先の「社会福祉法人柏社会協議会」がある千葉県柏市においても高齢化が進んでいき、中でもひとり暮らし高齢者の上昇が問題視されており、「わたしの望みノート」という独自の意思決定支援ツールを作成し、地域住民に普及啓発を行っている。

当コンサルティングプロジェクトでは、こうした柏市独自の意思決定支援事業に帯同させて頂き、普及啓発の講座や研修の見学、アンケート分析を通して、どのような層に終末期の意思決定支援が普及しやすく、どのような層が終末期の課題を抱えやすいのか把握し、より効果的な普及啓発を模索することを目的として行う。

2. 終末期²に関する日本の現状

現在我が国では、世界でも類を見ないほどの人口減少と少子高齢化の状況を迎えている。国立社会保障・人口問題研究所の発表によると、今後我が国の人口構成は85歳以上

² 「終末期」という表現については、平成24年12月～平成26年3月に行われた「終末期医療に関する意識調査等検討会」にて、「人生の最終段階」に改めることが提案され、平成27年3月に改訂されたガイドラインの名称が「人生の最終段階」と冠したものに変更されているが、経済学の分野ではそれほど「人生の最終段階」という表現がそれほど浸透しておらず、また大衆向けの表現としては「終末期」とした方がよりイメージを膨らませやすいと考えたため、この報告書では「終末期」として統一する。しかしながら、一部厚生労働省より資料を引用した箇所があるため、その際には「人生の最終段階」と表現されている。

の人口比率を筆頭として高齢化が進んでいく将来推計がされており、人口減少の影響と併い、少ない若者世代で多くの高齢者世代を支えなければならない状況を迎える。(Figure 1)

現在、85歳以上の人口比率は約4%であるが2025年には6%、2040年には10%ともなり、その増加率は2倍以上ともなる。

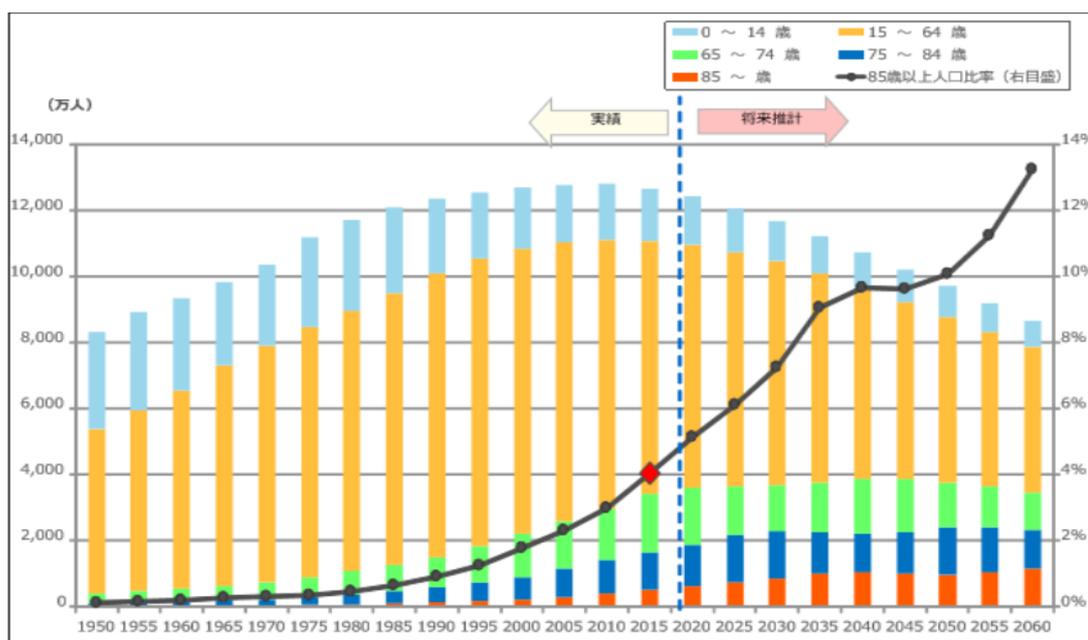


Figure 1 我が国の年齢別構成人数

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、総務省「人口推計」

地方では高齢化などの影響によって過疎化、消滅の危機に際しており、各地方ではIターンやUターン、奨学金などを活用した若者労働力の確保を図っているが改善状況は芳しいものではない。しかしながら、今後20~30年も経たない状況で現在地方に起こっている高齢化問題が大阪や名古屋そして東京近辺で爆発的に現れるとされており、早急な対応が求められている。

第9回社会保障制度改革国民会議で提出された資料によるところでは、主に東京近郊での高齢化の上昇率が著しく、後ほど詳細するが、当該コンサルティングプロジェクトを受け入れて頂いている柏市社会福祉協議会のある千葉県西部では、2010年から40年にかけて75歳以上人口が100%以上増加すると推計されており、全国平均が55.4%であるという状況を考慮すると、柏市の将来的な状況は非常に厳しいと言える。(Figure 2)

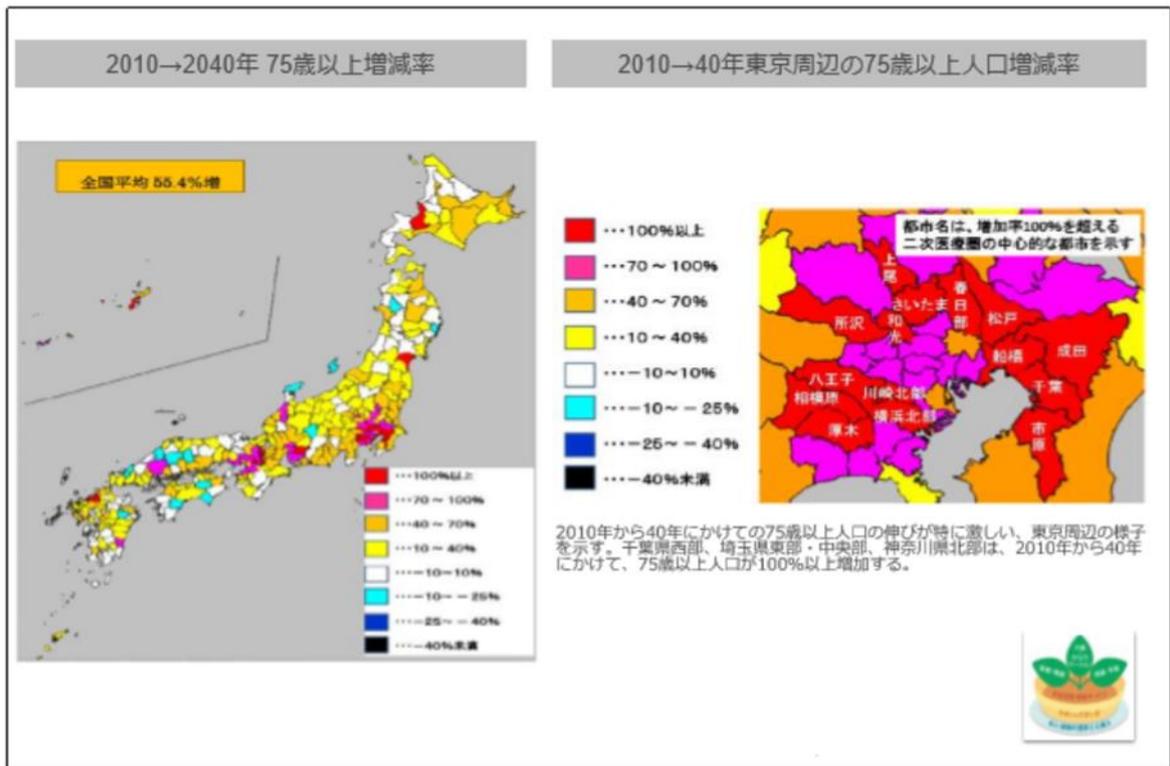


Figure 2 75歳以上人口の増減率

出典：第9回社会保障制度改革国民会議（平成25年4月19日）
 国際医療福祉大学大学院高橋泰教授提出資料

また、高齢になると身体機能及び免疫能力や基礎代謝能力の低下に伴い、慢性的な疾患への罹患リスクの上昇、ADLをはじめとした生活機能の低下がみられるようになる。そうした高齢者を支える社会システムも我が国では急激な高齢化の影響から充足しているという現状ではなく、官邸や厚生労働省を主導に医療従事者や介護者の確保及び地域包括システム構築などの対策を性急に進めている。

しかしながら、我が国ではGDPの2倍以上を超える国債や人口減少などの要因に伴う経済成長力の停滞を背景として、社会保障費に注入される財源は抑制の一途を辿っており、国民の医療や介護へのアクセスは狭まる見通しであると言える。

そのような不安は実際に国民感情としても表出し始めており、特に1人暮らし高齢者世帯にとっては、困っているときに頼れる人がいないという割合が非常に高い。(Figure 3) 男女差においては、1人暮らしの女性世帯より1人暮らし男性世帯は、2倍以上も頼れる人がいないという不安を抱えており、仮に周りにそうした高齢者世帯の支援をできる制度や機関、意見を抽出できるようなツールなどがなければ、健康に不安を抱えた状態で孤独な終末期を迎えてしまうという結末も、これからの高齢化が顕著になる時代においては珍しいものではなくなる可能性がある。

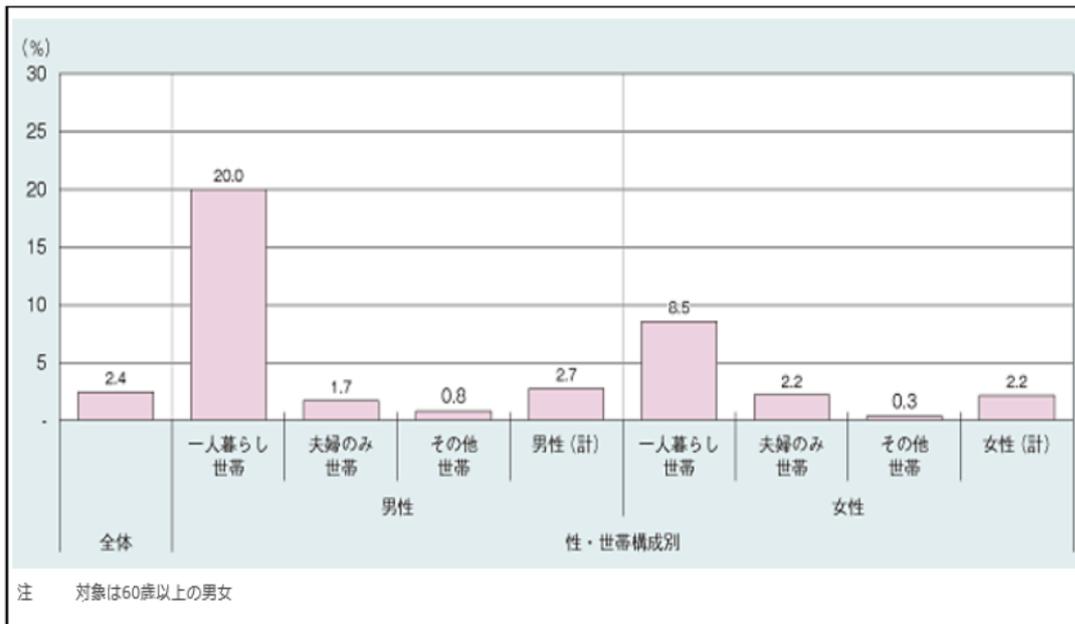


Figure 3 困っているときに頼れる人がいない高齢者の割合

出典：経済産業省「平成 27 年度我が国経済社会の情報化・サービス化に係る基盤整備報告書」

将来的にそうした困っているときに頼れる人がいない高齢者が増加する傾向があり、それぞれの高齢者は自身の将来について前もって準備をしておくことが重要であることが示唆されるが、一方で多くの高齢者は自身の生活設計やシニアライフについて子供と考えを共有しようと向き合うものは少なく、受動的であるというデータもある。

ソニー生命保険が 2014 年に実施した調査によると、シニアライフの生活設計に不安を抱えている者は、65%であり、シニアライフについて子供と共有したいと思わない者は 68%、子供に資産を残そうと考えていない者は 59%、介護も自分の力で何とかしたいと望む者は 88%と、できるだけ自分の考えを誰かと共有したくないと回答する者の割合が高い。仮に自分の力だけで生きていけない状況や自身で意思決定ができない状況になった場合に、事前にそうした考えを共有できていないと、どのように手を差し伸べてよいか周りにはわからず、子供も親族も医療従事者などの関係者も困惑する結果となる可能性が大いにある。(Figure 4)

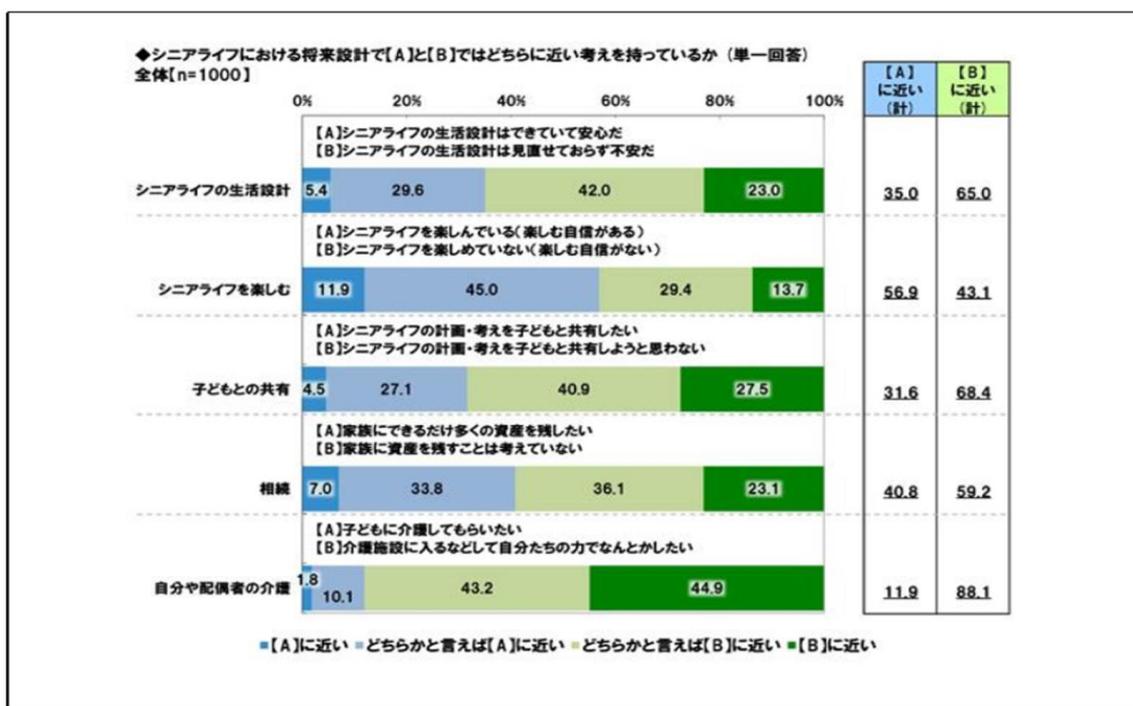


Figure 4 高齢者の価値観

出典：ソニー生命保険「シニアの生活意識調査 2014」を元にドリームインキュベータ作成

もちろん、人生において様々ライフイベントによって自身の状況や考えは変化するものであり、とりわけ高齢者にとっては病気への罹患や住む場所を変更するなどの経験によって考えが変わる場合がある。そのため、事前に自身の終末期に対して意思を整理し、配偶者や家族と相談することは難しい。しかしながら、心疾患や脳血管疾患などの急激な身体の変化によって意思表示ができないことや認知症などによって人格が変化するリスクも往々にして存在する。そうした認知機能が薄弱した高齢者の意思決定の問題も終末期の問題を考える際には重要である。

Silveira MJ et al. (2010) によると病院に入院した被験者のうち 42.5%は死亡前の治療について意思決定が必要な状態であり、そのうちの 70.3%が意思決定の能力を欠いていたという分析結果を発表しており、これを要約すると高齢者の 4 分の 1 以上 (29.8%) が死亡前に意思決定支援を必要としている状態であったとしている。

また、山口 (2016) は全国実態調査に基づく分析結果において、認知症の有病率は年齢階級が増加するごとに急激に増加し、80-84 歳から 85-89 歳に上がるにつれて有病率はほぼ倍増し、95 歳以上の 8 割には有病するとしている。

そうした状況において北海道大学病院をはじめとして、患者の意にそぐわない救急医療や終末期医療を予め行わないと表明している病院機関も増え、リビングウィル³などの意

³ 鈴木・内布 (2013) によると、リビングウィルは生前宣言とも呼ばれ、生前に効力を

思決定を前もって準備する支援を始めている病院も多くある。厚生労働省では、ACP(Advance Care Planning)を促進するために「患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制」事業の一つとして行われており、終末期に関する相談を行うことができる「相談員」の育成研修を病院機関、医療従事者を対象として2016年に実施している。

2013年の社会保障制度改革国民会議報告書には「医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った『地域全体で、治し・支える医療』の射程には、そのときが来たらより納得し満足できる最後を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた『QOD(クオリティオブライフ)を高める医療』—も入ってこよう。」と述べられている。

QODは「The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world」で採用されている表現であるが、QOL(クオリティオブライフ)の類似表現であり、「死の質」と訳されるものである。今回の調査内容に直接関係するものではないが、このランキングによると、一般的に、世界最高水準の医療環境が整っているとされている日本は総合順位で80か国中14位とされており、日本は評価項目の中の一つにある「緩和ケア環境」の評価項目の緩和ケアを受けて死んだ人の割合と「人材育成」の項目で各国に大きく劣り、総合的な順位を落とすと見ることができる。

また、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(社会保障制度改革プログラム法)」の第4条第5項には「政府は前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする」と記載された。同法によって社会保障制度改革の方向性は明らかにされ、厚生労働省主導の国民会議においては、長期的なビジョンを持って保健医療政策を戦略的に取り組むための指針として、「保健医療2035提言書」も作成された。

同提言書内では、「2035年には死者が毎年160万人を上回る時代であることを踏まえると、「死」の在り方(quality of death)について、一人ひとりが考え、選択することも必要

発揮する遺言書であり、自分の尊厳死について意思表示をしておくことであるとしている。医学的に回復の見込みがなく、延命治療しか残されていない状況を想定して、予め書面に意思表示をしておく。しかしながら、日本において現在の法的効力は存在せず、一般に医療現場では、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation: 患者本人の又は患者の利益にかかわる代理者の意思決定を受けて心肺蘇生法を行わないこと)によって患者・家族の意思を尊重している。また、アドバンス・ディレクティブとは将来自らが判断能力を失ったときに備えて、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって知らせておくことであるが、こちらの表現は代理意思決定者を委任することもさすことも含み、リビングウィルやDNARも包括した表現である。

となる。特に終末期（人生の最終段階）について、意思能力のあるうちに事前指示（advance directive）として、自らの希望する医療やケア、療養場所に関して選択や意思表示をできるようにするといった、quality of death の向上のための取組（望まない医療を受けないことや在宅療養の選択等）を進める。また、そのための啓発・教育活動を保険者や自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する。」と述べられている。

しかしながら、厚生労働省により発行された平成 27 年 3 月に改訂された「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」や日本老年医学会など各学会において「終末期医療の指針」を記しているが、平成 25 年 3 月に行われた医療従事者に対する意識調査においては、ガイドラインを参考にしている割合は 2 割であり、そもそもガイドライン事態の存在を知らないといった割合は医師が約 3 割、看護師が約 4 割、施設介護職員は約 5 割といった結果であった。

また、一般国民に対して行った意識調査(Figure 5)においては、配偶者や家族と終末期医療について相談を行っているかという質問については約 56%が「全く話し合っていない」と回答している。そうした状況においては、医療従事者側に患者の意思を尊重したいとした動きが現れてさえも患者本人に意思決定の能力がない状況においては、結果として患者本人の意思が尊重されないリスクが存在する。

そうした状況を改善するためのツールとして、上記でも記載したりヴィングウィルなどがあるが、国民感情として 70%近くのもの賛成しているものの実際に記載している割合は、3%程と非常に低い状況である。

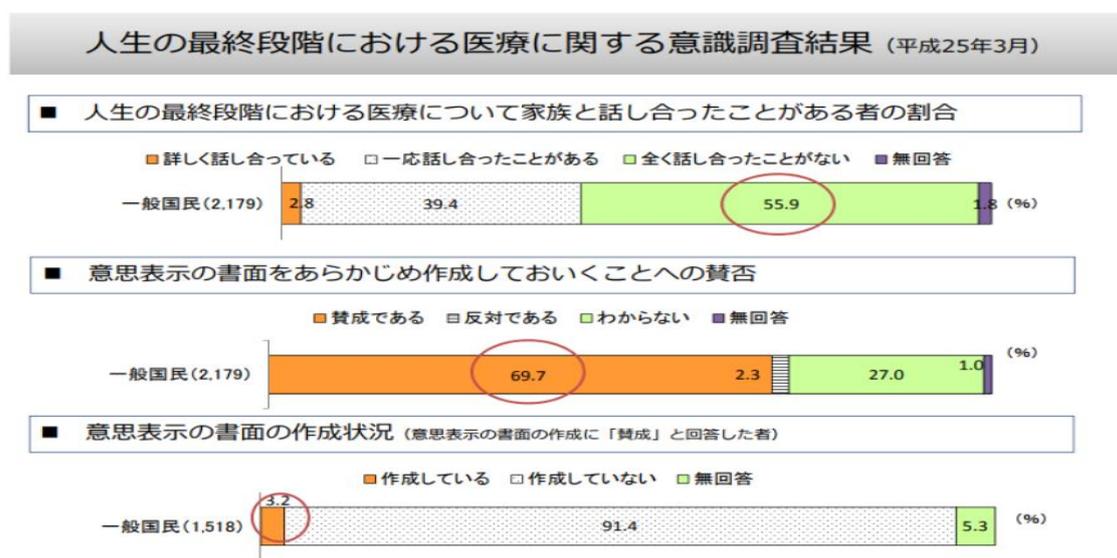


Figure 5 終末期における医療に関する意識調査結果

出典：厚生労働省

3. 終末期に関する柏市の現状

これまで日本の終末期に関する現状を述べてきたが、以降、コンサルティングプロジェ

クトの受入先である柏市社会福祉協議会のある千葉県柏市に関して述べてたいと考える。

受入先である柏市社会福祉協議会ある千葉県柏市は人口 40 万人規模（平成 28 年）の中核都市であり、JR 線や東武鉄道が乗り入れ、中心街には多くの商業施設が立ち並んでいる。しかしながら 65 歳以上の人口は 10 万人にも上り、全人口の 25%にも及ぶ。全国平均としても今後、社会の高齢化対策は重要性を増しつつあり、全国的な高齢化率は内閣府発表で 26%（平成 28 年）とされているので全国平均と遜色なく高齢化が進んでいると言える。上述したように日本においては人口減少と高齢化が大きな課題となっているが、それは柏市においても同様である。特に柏市のある千葉県西部は高齢化の状況が他地域よりも厳しく、それに伴いひとり暮らし高齢者の増加が問題視されている。（Figure 6）

ひとり暮らし高齢者は、仮に身体や精神障害、認知機能障害などが発生した際に周りに助けを求めることができないなどのリスクが存在し、最悪の場合には孤独死という結果をもたらすことにも繋がる。そのため、民生委員などをはじめとした行政や民間による取組によって地域のひとり暮らし高齢者の見守りなどが行われている。しかしながら、例えば、脳血管疾患や心疾患などの急激な身体変化を及ぼす疾患によって、ひとり暮らし高齢者の終末期の意思を確認できない場合などが存在し、ひとり暮らし高齢者の予後の過ごし方や財産管理などの問題に対処できないという課題なども存在していた。

また、柏市においても認知長高齢者の増加は見込まれており、「柏市高齢者いきいきプラン 21」では、平成 29 年に認知症人口が 1.2 万人、MCI（正常でもなく認知症でもない中間状態のもの）が 1.1 万人、平成 37 年には認知症人口が 1.8 万人、MCI が 1.3 万人となると推測されており、認知症と MCI の割合を合計すると約 30%にも上る。実に柏市の 65 歳以上の高齢者の 3 人に 1 人が認知症かその予備群となると推測されている。（Figure 7）

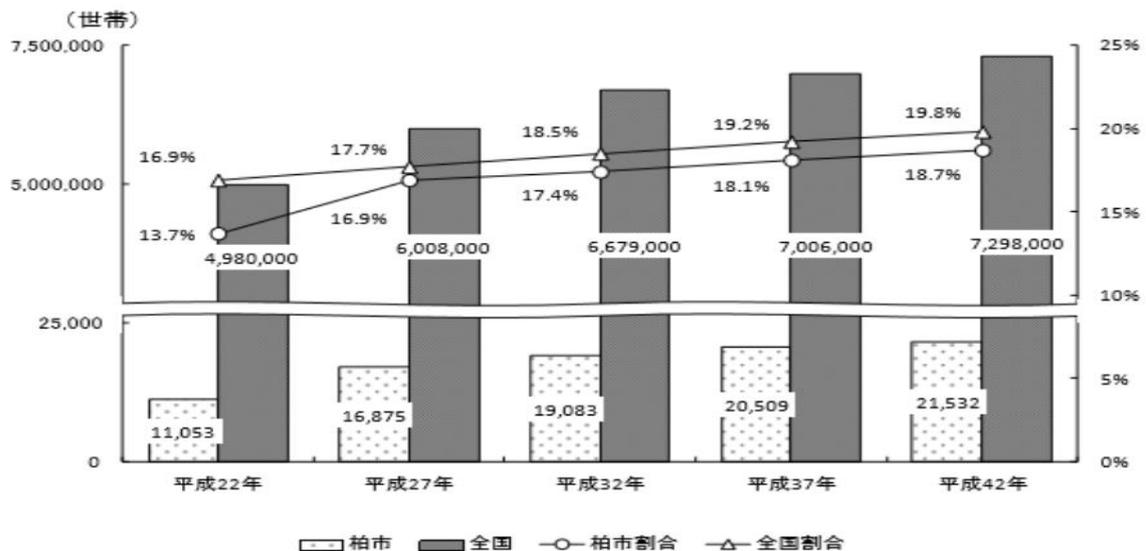


Figure 6 柏市におけるひとり暮らし高齢者の推移と見込み

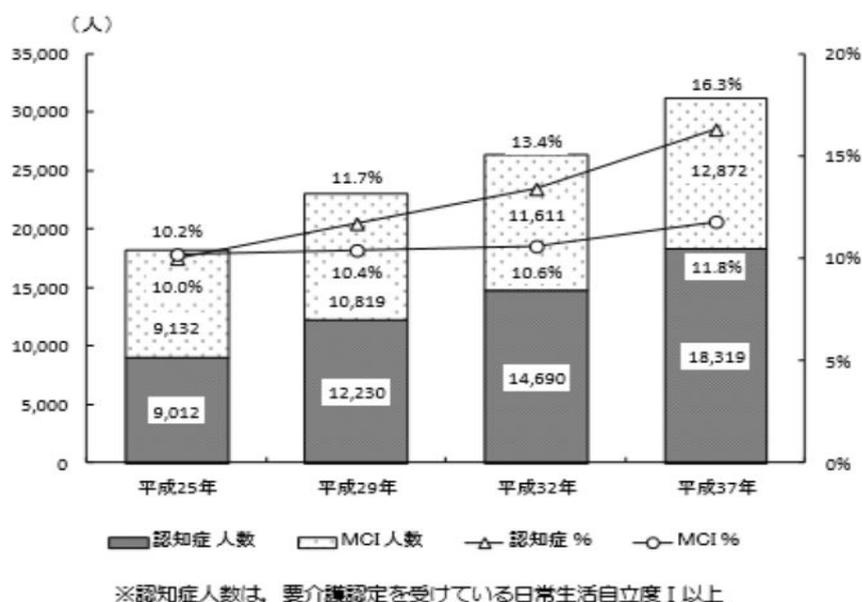


Figure 7 柏市における認知症高齢者の推移（65歳以上における割合）

出典：第6期柏市高齢者いきいきプラン

高齢化が進行する状況において柏市では、全国でも先進的に地域包括ケアシステムの構築を図っている。柏市の豊四季台地区では、高齢化率も高く、またインフラ設備の高齢化、つまり耐久年度を超えて建て替えるの必要性が高まっていることなどから柏市・東京大学・UR都市機構の3者が連携し、実験的に地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいる。こうした取組は、全国的にも有名な取組として知られており、柏市の土壌としては、こうした高齢化対策に向けた地域の取組を推進していくに当たって、住民を巻き込んで行動することに比較的賛同が得られやすい土壌であることが示唆されるかもしれない。しかしながら、こういった取組が実験的に行われる背景としては、高齢化の社会問題がより深刻さを増していることを暗に意図するところでもあり、対応が急がれる。

地域包括ケアシステム構築とは、厚生労働省によると高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築することとある。

高齢者の生活圏概ね30分以内の範囲に高齢者のニーズに即した医療や介護、予防支援などのサービスシステム構築を目指しており、高齢者のニーズとして終末期は在宅で過ごしたいといったニーズや逼迫する医療保険財政から要求される医療機能分類の再編成及び、ベッド数の削減を通して、在宅医療・介護を推進している。

現に柏市の高齢者のニーズとして、終末期にどこで最期を迎えたいかという質問に対しては、病院などの医療機関の2倍以上、44.7%が在宅で過ごしたいと答えており、これに即した医療・介護提供体制を構築することが求められる。(Figure 8)

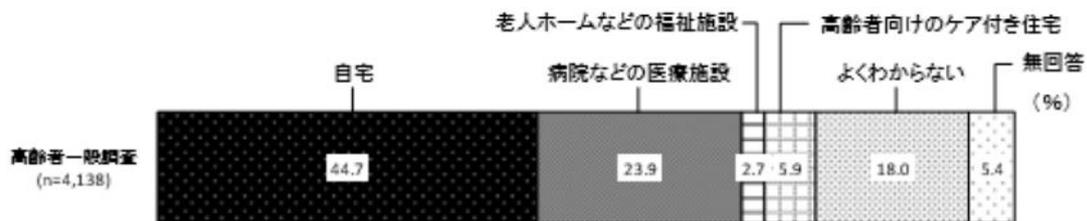


Figure 8 柏市における最後を迎える場所の希望

出典：第6期柏市高齢者いきいきプラン

しかしながら、平成 25 年に千葉県医師会の作成した「在宅医療にかかる実態調査報告書」においては、現在の在宅医療提供体制で高齢者の要望を充実させているかどうかは明らかにされていないものの、約 60%の医療機関が在宅医療に取り組みたくないと回答している。(Figure 9)

その主な理由としては、「診療が多忙で余裕がない」、「自身の診療科は在宅医療に馴染まない」と回答している。全国的な在宅医療にかかる課題として挙げられているのは、「24 時間 365 日対応」とされている。在宅医療、とりわけ医師の診療が必要となるのは、病院などの医療機関から在宅に復帰しての 2 週間と終末期、死ぬ間際の 2 週間とされている。そのため安直に在宅医療を行う医師数を増やすより、より効率的に対応できるように医師の分配、提供システムの構築を図ることが無難であるように考えられるが、これからの更なる高齢化の増進と政府の在宅医療・介護体制の構築に即した対応を行うのであれば、在宅医療を行うことができる医師数を増やすのは必須と考えられる。

在宅医療を「すでに取り組んでいる」または「今後取り組んでみたい」と回答した医療機関にどのような場合に実施しているかを尋ねたところ、約 87% (重複あり) が「かかりつけの患者や家族から依頼された場合」と回答した。そのため、終末期に患者や家族の望む医療を実施するにあたっては、その意思決定、意思表示を行うことが重要であることが示唆される。(Figure 10)

今後の在宅医療への取り組み (n=1,693)

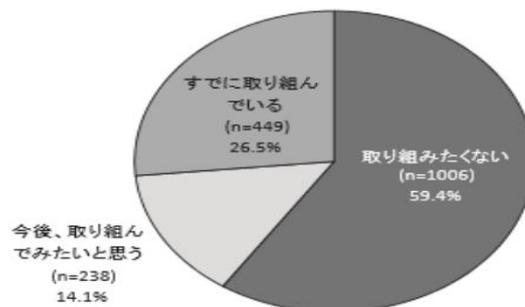


Figure 9 柏市における在宅医療への取組

具体的にどのような場合に在宅医療を行っていますか。または、どのような場合に在宅医療を行ってみたいか (n=687、複数回答可)

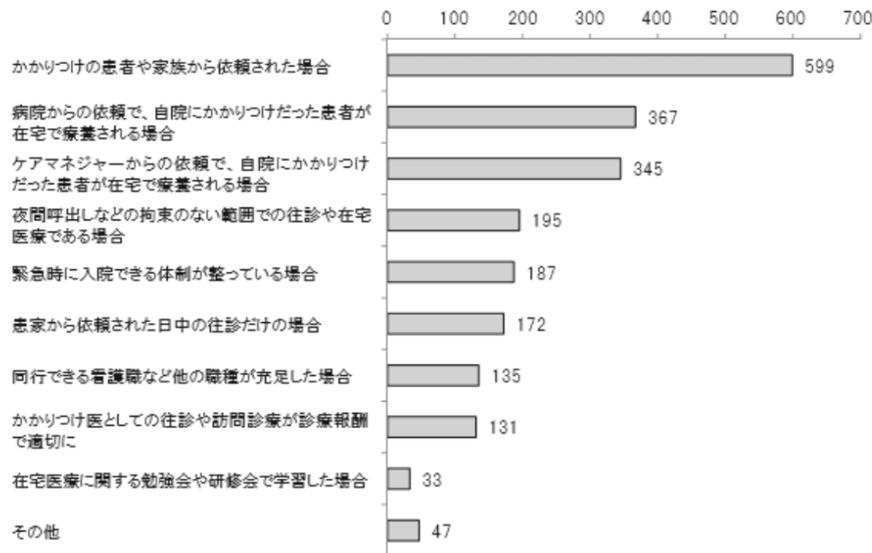


Figure 10 柏市における在宅医療の実施理由

出典：在宅医療にかかる実態調査報告書

全国同様、それ以上に千葉県柏市においても高齢化が進んでいき、中でもひとり暮らし高齢者の上昇が問題視される。そうしたひとり暮らし高齢者は周りに頼れる人がおらず、不安を抱える傾向にあるが、多くの高齢者は自身の終末期に向き合っておらず受動的であることが伺える。

柏市の高齢者は在宅で看取りを望む傾向にあるものの、多くの医師は在宅医療を遠慮しており、患者や家族の希望がないと在宅医療は提供されない可能性がある。高齢者の意思を確認しておかなければならないものの、高齢になると疾病や認知症のリスクによって身体や精神機能が障害され、正常に本人の意思が把握できないリスクが増加する。そのため、高齢者の意思決定は健康なうちに表明しておかないと、本人の真の意思が反映されない可能性がある。

意思決定支援を行うことの重要性は厚生労働省の調査によって理解と賛同は得られていると思われるものの、そうした支援は行われていないことがほとんどである。そのため、終末期における高齢者の希望を尊重するためには、自身の終末期を考えてもらう機会とその意思決定を表明するツールなどの支援が必要と考えられる。

ここからは、そうした問題を解決するために柏市社会福祉協議会で取り組まれている「わたしの望みノート」事業に着目し、受入先である柏市社会福祉協議会、「わたしの望みノート」事業及び、一橋大学国際公共政策大学院のプロジェクトの一環として実施されたコンサルティングプロジェクトについて紹介していく。

4. 受入先概要

柏市社会福祉協議会は、昭和31年7月に任意団体として発足、地域福祉のニーズに対応した活動の展開を目的としており、昭和47年2月に社会福祉法人として認可を受けた。地域の推進役として「だれもが その人らしく 住み慣れた地域で いきいきと暮らせるまち柏」の実現に向け、地域住民はもとより多様な関係者や関係機関・団体と連携し、質の高いサービスの提供に努めている。構成員としては、柏市で福祉活動等に取り組む民生委員やボランティア、保健・医療・福祉等の医療関係機関や行政、企業等の代表者で構成されている。

サービスの提供内容については、発足の目的の通り当団体では、福祉情報中心としたサービスを地域住民に提供しているが、そのサービスの1つとして「わたしの望みノート」を提供している。

柏市では、高齢者人口・独居高齢者が増加する中で、主に1人暮らし高齢者を対象として、キーパーソンの不在による金銭管理や入院時の手続き等による課題、判断能力が低下した場合における予後の不安を解消するための手段として、「わたしの望みノート」が提供され始めた。「わたしの望みノート」とはエンディングノートに類する文書で柏市社会福祉協議会が独自に提供を進めているものである。

エンディングノートとは、自身の最後に向けて予後への希望を家族や医療従事者に残しておく文書媒体であり、その希望は医療・介護・財産管理など多岐にわたり、終末期の意思決定支援を手助けするツールの一つである。しかしながら、延命治療や心肺蘇生などの治療の決定についてはリビングウィルやアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）が特化しており、厚生労働省社会保障審議会障害者部会ではエンディングノートには、金銭取引について明記することは推奨されないとされており、金銭授受などは遺言書などによって法的根拠のあるものによって残すことが望ましいとされている。

一方で、エンディングノートでは事前指示書や遺言書に比べ簡易的で、なおかつ大衆向けであり、住民が親しみやすいソフトなツールであると考えることができ、柏市社会福祉協議会としても、まずは「わたしの望みノート」によって自身の終末期について考える機会を提供し、その上で、公正証書などの記載に繋がれば良いと考えている。

5. 「わたしの望みノート」

5-1. 「わたしの望みノート」について

柏市社会福祉協議会かしわ福祉権利擁護センターで取り組まれている「わたしの望みノート」は、いわゆるエンディングノートの柏市版といったもので、地域住民の声や医療・福祉の専門職の意見を元に、住民の利便性を高め、独自の工夫を凝らしたものになっている。

わたしの望みノートのプロジェクトは、『当時、地域ケア会議内でケアマネージャーの不安として、独居者の判断力低下や最期を迎えた時に対象者の希望通りにするための意思

決定支援のあり方などが課題として挙げられた。また、様々な参加者の意見出しを元に見えてきた課題として、医療現場では自身のターミナルについての希望を伝えることが難しく、そのためのツール作成が必要であるとの意見が抽出された。そのため、そうした課題解決のために当時の沼南地域包括支援センターが中心となりツール作成のプロジェクトが発足し、現在の「わたしの望みノート」の完成に繋がった。』と発足経緯について、担当者は語っている。

現在では、第3版改定が進み発行部数は1万冊近くに及んでいる。また、平成27年度には、柏市社会福祉協議会内での地域管轄の編成があり、沼南地域包括支援センターからかしわ福祉権利擁護センターへと柏市全土を管轄するようになり、同ノートの更なる普及拡大が必要とされている。

主な普及方法としては、高齢者サロンなどにおける講演会・体験会、大学との連携による出前講座などを行っている。現在では、高齢者サロンなどへ出前講座などで認知を深める段階から実際に記載を促す講習会や視覚障害者向けの媒体作り、医療機関と連携しACP(Advanced Care Planning)教育の一環として、医療専門職への普及啓発などといった新しい普及経路の模索など、その見通しは多岐にわたっている。

今後は『「わたし望みノート」を色んな人に知ってもらい、ノートがきっかけになれば良いが、ノートに記載することを目標とするのではなく、終末期のことを真剣に考える機会や家族と話す機会が増えることに繋がればよい』と話し、「そうしたことを中長期的な目標としていきたい」と担当者は語っている。

5-2. 「わたしの望みノート」内容

わたしの望みノートに関する内容については、市販のエンディングノートと大きく異なる点として、財産管理に関する具体的な数値を記載しない仕様になっている点と相談窓口に関しては柏市内の地域包括支援センターや権利擁護センターが記載されている点が挙げられる。主な内容については Figure 11 にある通りであるが、このノート一冊で終末期に関しての制度や備え方が簡単に分かる内容となっており、終末期医療や成年後見人制度、遺言の内容などの説明もされており、終末期の事前準備の導入としては十分包括できる内容となっている。

○ 主な内容 ○ (A4判 48ページ)
I 未来のわたし
II わたしの基本情報
III わたしの希望
III-1 介護についてあらかじめ考える
III-2 終末期に自分が受ける医療をあらかじめ考える
III-3 自分の最期をあらかじめ考える
IV わたしの歴史
V ありがとうのメッセージ

Figure 11 「わたしの望みノート」主な内容

出典：柏市社会福祉協議会 HP

一般のエンディングノートなどで記載されている財産管理に関する項目については、このノートを万が一紛失した場合には、犯罪に巻き込まれる危険性を考慮して、具体的な数値をあえて記載しないような作りにしたとのことであった。また、記載の順番も考慮しており、できるだけ前向きな気持ちで書いていくことができるように夢や目標といった項目を1番最初に持ってきていることも特筆すべき点である。

5-3. リビングウィルとの関わり

医療の現場では終末期の定義⁴があいまいであることなどから、医師がアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）やリビングウィルなどを知識としては知っていても、終末期の指導や活用まで行っていることは多くない。

柏市では医師会が作成したリビングウィルが存在するが、本人以外の関係者の署名や同意などが必要なことから手続きが煩雑であり、書類を作成するにあたっては、家族や医師などの医療関係者を本人が説得する強い覚悟と意思が必要であることなどから、リビングウィルの周知徹底は非常に困難を極めることが予想される。

「わたしの望みノート」では、こうしたリビングウィルを作成するにあたっての前段階として、自身の意思決定を考えることができ、なおかつ家族などとそうした意思決定の共有の手段として大いに活用の可能性があると考えられる。

現に、柏市の事例として、「わたしの望みノート」の作成を通して終末期に対する自身の強い意志を構築し、リビングウィルを作成するまでに至った方もおり、リビングウィルについて知らなかったかかりつけ医の方に自身の終末期医療に関する意思を伝え、説得するなど、自身の意思を医療や介護の現場で反映させることのできるツールとしての将来性と活用性は高い。

しかしながら、エンディングノートやリビングウィルには、法的拘束力がないことなどから、医師としてはそうした患者の意思に従ったとしても、依然提訴されるリスクが残っている。そのため、エンディングノートやリビングウィルの普及が広がりにくい一面もあり、こうした法的な環境が整っていないことが普及を障害している要因の一つとして示唆されている。

こうした課題を解決していくためにも、わたしの望みノートを始めとしたエンディング

⁴ 一般的に終末期の定義としては、死亡前6カ月としたものや前数週間として使用される。しかしながら、がんや心疾患、脳血管疾患、認知症（日本では認知症を死に至る病としない傾向にあるが、WHOでは緩和ケア対象疾患として見なすことが推奨されており、アメリカでは州によってアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）を記載することが推奨されている。蛇足ではあるが、現在において日本の緩和ケア対象疾患は末期がんのみとされており、世界との緩和ケア水準に隔たりがある。）などの疾病によって予後が大きく異なるため、終末期を細かく定義することは難しい。

ノートの普及から、法制度の変更を訴える必要性を視野に入れていくことが、より大きな普及拡大を目指していく上で重要性を帯びるだろう。

5-4. 「わたしの望みノート」普及方法

平成 25 年に発足し始めたわたしの望みノートではあるが、現在の主な普及方法としては、高齢者のサロンなどによる出前講演会や体験会が主である。講演会については毎回 20～30 名の高齢者が中心ではあるが、全体としては幅広い世代が集まっており、現在では 1 カ月に 1～2 回、延べ 24 回以上の講演を行っている。また、同協議会のホームページ上では、わたしの望みノートの体験版を公開し広く普及することに努めている。

講演の担当者の数が限られており柏市全土を担当しなければならないことから講演会を行える回数は限られているものの、その普及は担当者の予想を上回るスピードで広がっており、元々発行した 1 万冊のノートも速い速度で在庫が少なくなっている現状である。

広報に関しては、ホームページが主な媒体ではあるが一度市民の広報誌に取り上げられた際には、反響が大きく、住民から多くの問い合わせがあったときもあった。

6. 出前講座

6-1. 出前講座について

基本的なスタンスとしては、真剣に自分の人生について考え込むような形式ではなく、集まった仲間の方と賑やかに作業に取り組むという形式で進めている。仲間と共同して取り組むことにより、1 人で思い悩んだ際に起こりやすい閉鎖的でネガティブな心情が改善され、前向きに考えることができるといった状況が生まれている。

また、重要なポイントとしては、書くことができるところから記載していくことを重視しており、全ての項目を記載するというものではないという意識づけを徹底している。そうした気遣いの成果もあって講演会後の反響については非常に前向きな意見も多く、アンケートでも 8 割近くの方が「参考になった」と答えており、7 割弱の方が「わたしの望みノートを書いてみようという気になった」と話している。

さらに終末期について会話することは、宗教上の問題もあり日本人の文化にとっては馴染みが少なく、ネガティブな気持ちになりやすいものであるが、こうした前向きな意見が表出されることについては、非常に興味深い結果であると考えている。

しかしながら、90 代などの自身の死期が近いと考えている方や持病を持っており、死に対してのイメージが非常に敏感な方にとっては、こうした作業は辛いものであり、作業を通してネガティブな気持ちを表出することもある。サロンという誰でも参加できる場所やネガティブなイメージを持つ方が参加しやすい場所での講座においては、今後はこうした方への配慮も課題として考えられるだろう。



Figure 12 高齢者サロン出前講座の様子

6-2. 出前講座見学

コンサルティングプロジェクト中に訪問させて頂いた高齢者ふれあいサロンでは、公園の集会所に25名弱の方が集まり、2時間ほどの出前講座とレクリエーションを行った。男女構成比としては、女性23名に対して男性2名と大きな格差が存在し、男性に対してはサロンを通じての社会参加に女性に比べて抵抗感が存在すること又は、男性と女性にサロンの認知度に乖離が存在することが示唆された。

サロンでのレクリエーション内容については、サロン主催者が決定を行っており、音楽鑑賞であったり、今回のように社会福祉協議会や地方公共団体の方を呼び、講習会などを行ったりする。こうした内容についての決定判断はほぼこの主催者の一存に任せられていることが多いため、サロンの活動規模や住民に対しての情報提供はサロン主催者に大きな権限があるという認識を持った。

参加者についての当講座内容に対する傾聴姿勢は真剣そのものであり、中には、既に「わたしの望みノート」のについて認知しておられる方もいた。こういった姿勢の理由としては、サロン主催者による当講座の事前周知の徹底、また講座内容についての心構えができていたことが良好な学習姿勢に繋がったと考えることができるかもしれない。

多くの参加者が担当者の発言に頷き、時には自主的に質問をするなど、「わたしの望みノート」の内容に対し、非常に共感を覚え、作成方法など理解をしようと努力している姿勢が感じられた。

講座の構成としては、まず、担当者と私の自己紹介を行い、「わたしの望みノート」の作成意義、ノートに関する質疑などの問い合わせ場所の確認を行った。また、「わたしの望みノート」は法的な効力を持たないため、実際の効力を持たせるために、公正証書を作成することの必要性を説いた。後、ノートのページ順に説明を行っていき、特に介護や延命治療、葬儀、相続のことに関してはそのページに対する自身の記載内容についてコピーなどを作成し、家族と共通の認識を持つために、相談を行うよう念入りに説明を行なっ

た。

講座中の質問内容としては、認知症関連のページにて、認知症の前兆現象に対して当てはまる項目がいくつあれば認知症のハザードが高いのか、また、移植関連のページにて高齢者の移植に対しての年齢制限はあるのかということが挙げられた。

6-3. 出前講座アンケート示唆

講座終了後には、参加者に対し、意識調査のアンケートを行った。アンケート結果によると参加者は、75～84歳の年齢層が最も多く、12人（48%）であった。次いで65～74歳が8人（32%）、60～64歳、85～歳の割合が同順で2人（8%）であった。

今回の出前講座が参考になったかどうかについては、84%が参考になったと回答し、有意義な講座であったことが伺える一方、「わたしの望みノート」を書いてみようという気になったかという質問に関しては、56%が書いてみようという気になったと回答したに留まり、「わたしの望みノート」を書くことについての必要性を十分に感じる事ができていないことや抵抗感があることが示唆された。

しかしながら、介護・医療・葬儀・相続の相談をしているかについては、それぞれ相談をしていないという選択肢が多く回答されており、この結果は自身の参加者が終末期について普段から考える機会を持っていないことが示唆された。これは推測ではあるものの、こうした普段から自身の終末期について考える習慣のなさが講座を通して、「わたしの望みノート」を書くことについての必要性を感じにくかった要因として繋がっているのかもしれない。

7. コンサルティングプロジェクト課題設定

現在、出前講座を中心に平均して約1カ月に1～2回、延べ24回以上の講演講座を行い、「わたしの望みノート」の普及を行っている訳ではあるが、当協議会が持つ一番の課題としては、「住民の手に渡ったノートが実際に記入され、それを元に家族と終末期の会話ができるなど、終末期に向けた準備が行われているかどうかの把握ができない」ことであった。また、ノートの記載に対して以前抵抗感を感じる者に対して、フォローアップ的な講座を行うにあたっての講座内容についても考える必要があった。そのため、コンサルティングプロジェクト内で取り組む大きな課題としては、4つの課題が設定された。

- i. 講座受講者に対するノートの記載状況把握のための効果的な追跡調査方法について
- ii. 講座受講者に対するノートの記載状況把握のための効果的な追跡調査を行うための質問用紙の様式について
- iii. 講座受講者に対するフォローアップ講座の構成について
- iv. アンケートの分析結果による政策インプリケーションの報告

以下、それぞれの課題に対し、コンサルティングプロジェクトとしてどのように取り組んだのか報告していく。

8. (i) 追跡調査方法

当初は、各高齢者サロンの代表者に向けてアンケート用紙を配布し、各サロン内で集合調査法の形で行い、それを回収するつもりでいたが、受入先の担当者の方との協議の中で、サロンの代表者がアンケートを説明し、実施する能力、そのための手間をとることができるか、サロンという楽しい時間を私たちの都合で邪魔しても良いのかななどの意見があったため、上記の方法は今回、回避することとなった。

そのため、出前講座などを受講した「わたしの望みノート」に対して認知のある者を対象としたフォローアップ研修を行い、同日、担当者よりアンケートの意義について説明し、フォローアップ研修の事前と事後にアンケートを行い、「わたしの望みノート」の記載状況や配偶者や家族との相談状況などを把握することとした。

アンケート内容については、多くの回答者が高齢者であることを考慮して、最小限度の負担に留める内容にすることが必要である。鈴木（2016）は、一般的には疲労尺度は30項目と言われており、30項目を超えると集中力が低下し、いい加減な回答が増えるとしている。そのため、今回は高齢の回答者が多く対象とされることから質問項目を20以内に留めるのが望ましいと考える。また、各回答者の終末期に関する質問が多くなることを想定して、回答者が不快に感じるような聞き方にならないように倫理的配慮に留意する必要がある。

9. (ii) アンケート作成にあたってのマッピング・質問様式の設定

フォローアップ研修事前アンケートの質問項目に当たっては、受入先が欲している「わたしの望みノート」の活用状況に関する情報を中心とし、補足的にノートに記載することに当たっての抵抗感に関する詳細な情報やデモグラフィック項目を把握することとした。

質問項目や選択肢を設定するに当たって、以下の通りマッピングを行い、適切に回答者が自身の意見を表現できるよう考慮した。ここでは、質問の作成に利用した一部を添付する。(Figure 13)

フォローアップ研修事後アンケートについては、フォローアップ研修に対しての感想とフォローアップ研修を通してノートに記載することやノートを活用して家族と会話することへの気持ちの変化を把握する質問項目を設定した。

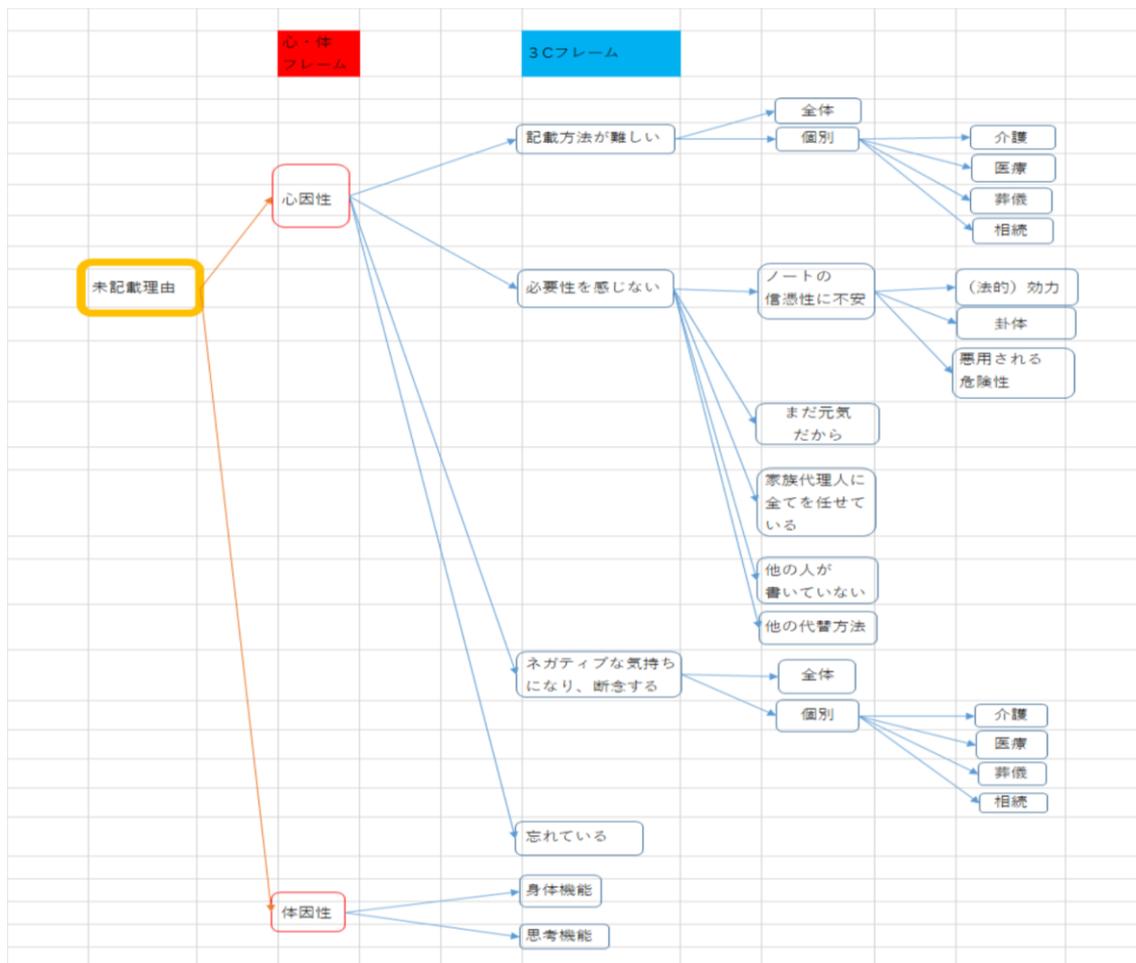


Figure 13 質問項目、選択肢作成にあたってのマッピング

10. (iii) フォローアップ研修

10-1. フォローアップ研修内容

フォローアップ研修の主な目的としては、①わたしの望みノート出前講座受講者に対する。フォローアップを行なうことで、わたしの望みノートの記入、親族等との話し合い、公正証書等の作成につなげられるように働きかけること ②わたしの望みノートの活用状況の共有を行うとともに、意思決定について参加者同士で話し合う場を提供すること ③意思決定について話し合うことや書き残すことの必要性を普及啓発するためのサポーター（わたしの望みノートの活用方法等の体験談をいただく）を確保することの3点を担当者との話し合いの中で設定した。

研修内容については、初めにアンケートを行い、その後、介護・医療・相続の観点からそれぞれ専門職の方に「わたしの望みノート」の活用法、事前に意思を確認しておくことの重要性について講義を行った。休憩を挟んだのち、各テーブルに配置したファシリテーターの元、自身の終末期に関する悩みや「わたしの望みノート」の活用法について話し合

いを行った。また、各テーブルには時間を決めて専門職の方をローテーションし、その都度専門職の方に質問や意見を伺えるようにし、最後には、事後アンケートを行った。以下が当日の時間割である。(Figure 14)

時間 (目安)	内容	備考
1:30	開会	
1:30-1:50	事前アンケート記入	
1:50-2:00	わたしの望みノート使い方のポイント	【ワンポイントアドバイス】
2:00-3:10 [70分]	専門職からのワンポイントアドバイス ①介護についてあらかじめ考える ・介護、認知症について ・成年後見制度について ②終末期に自分が受ける医療をあらかじめ考える ③自分の最期をあらかじめ考える ④質疑応答	質疑応答は、まとめて行なう
3:10-3:15	～休憩～	【専門職への質疑応答】
3:15-3:55 [40分]	グループワーク (5人×6グループ) ①自己紹介 ②活用状況の共有・意見交換 (記入) ③専門職への質疑応答 (5分×3職種) ・各グループを専門職がローテーションする ④質疑応答 (全体)	専門職が回っていないときはグループ内で意見交換を続ける
3:20-3:50		
3:50-3:55		
3:55-4:00	事後アンケート記入・事務連絡	
4:00	閉会	

Figure 14 フォローアップ研修内容

介護については、介護支援センターの主任介護支援専門員の方から、介護保険制度や事例検討を通じて、介護についてあらかじめ考えることの重要性と地域包括支援センターの活用方法をお話頂き、医療については、訪問看護師の方から、訪問看護師の方が経験された延命治療を行う・行わないにせよ本人の意思沿って終末期医療が行われることの幸せ、重要性についてお話頂いた。最後に、司法書士の方から、「わたしの望みノート」に記載されている相続部分の説明を頂き、適切な遺書の書き方について指導を頂いた。

10-2. フォローアップ研修見学

全体としては参加者 30 名程度を想定し募集をかけたが、当日は 20 名弱が参加し、やや少なさを感じたものの、その分、参加者全員がグループ内で自身の気持ちを発言できる時間を設けることができ、議論も活性化した。

議論に挙がっていたネガティブな意見としては、「その時になってみないと状況次第で自分の考えが変わるので、事前に考えることは難しい」ということや、逆に「いろいろな経験を通して思案する事柄が多くなってしまったために、考えがまとまらない」というものが挙げられた。その他、「親が公平に相続を考えていても子供はそうは考えず、思うようにいかない」ということや「延命治療などの自身の意思が固まっている項目は記載することが

できるが、できない項目もある」などの意見が挙げられていた。

アンケートの感想には、フォローアップ研修を通して「記載してみたくなった」や「家族と話したくなった」という感想を抱く方が増えており、気持ちの変化が多分に生まれていることが予想された。また、研修終わりには多くの方が「わたしの望みノート」を配偶者や友達に配布用に持って帰るような姿も見られ、フォローアップ研修が「わたしの望みノート」の活用・普及のためには必要なステップであるように感じた。

また、こうして専門職の方を巻き込んで普及を促すことで、医療・介護福祉職の方はもちろん、会場には葬儀屋の方なども見えており、様々な職種と協力連携を行うことへの可能性も感じられた。

11. (iv) アンケート分析

この分析では、千葉県柏市社会福祉協議会において「わたしの望みノート」普及啓発の一環として行われた「出前講座」及び「フォローアップ研修」のアンケート結果を整理し、分析することで「わたしの望みノート」の普及啓発活動の向上及び柏市住民の属性や「わたしの望みノート」活用に関連する諸行動の相関、因果関係を解明努力し、普及活動の拡大を図るものである。

以下、出前講座受講者アンケート及び、フォローアップ研修アンケートの順に述べていく。

11-1. 出前講座受講者アンケート

11-1-1. 出前講座受講者アンケート概要

平成25年に発足し始めたわたしの望みノートではあるが、現在の主な普及方法としては、高齢者のサロンなどによる講演会や体験会が主である。出前講座修了時には受講者に対してアンケート調査を行っており、出前講座への感想を収集、次回の講座に対して、その意見を反映させている。今回の分析調査はこうして集められたアンケート94名分を無作為に拝借し、行った。

なお、元のアンケートは、こうした分析調査を目的として作成された訳ではないため、調査の精密性、信憑性に対しては一定の信頼を失うものではある。そのため、得られた分析結果に対してはあくまで参考程度に留めて頂きたいものとする。

11-1-2. 使用データ・方法

対象者は、過去出前講座を受講した者のうち、アンケートに回答した者を対象として、無作為に拝借した出前講座受講者94名分のアンケートを使用する。未回答項目に対しては、空欄扱いとし、分析を行った。調査内容は、対象者の年齢、性別、出前講座を受けて「わたしの望みノート」を記載したいと考えたか、介護・医療・葬儀・相続それぞれについて配偶者や家族などに相談をしているか、終末期の相談に対して難しいと考えているかなどの意識調査を行った。

年齢に対しては、40歳代、50歳代、60～64歳、65～74歳、75～84歳、85歳以上の計6群に分け、カテゴリー順にダミー変数(0, 1, 2, 3・・・)と当てはめた。説明変数に使用する「age」は75歳未満に対しては「0」、それ以上は「1」とし、性別については男性を「0」、女性を「1」とした。またその他の使用データについては肯定的な回答(Yes)には「1」、否定的な回答(No)には「0」を当てはめている。

モデルとしては、使用データをそれぞれ二値変数として表していることからプロビットモデルを使用し、それぞれの変数による限界効果を知るために「dprobitモデル」で評価した。(Model 1,4)また、変数の変動(0から1への変化)を知るためにトービットモデル(Model 2,5)でも分析し、さらにOLS推計(Model 3,6)を行い、OLS推計の当てはまりも分析した。

Model 1,2,3

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 D_{age\ i} + \beta_2 D_{sex\ i} + \beta_3 D_{cc\ i} + \beta_4 D_{cm\ i} + \beta_5 D_{cf\ i} + \beta_6 D_{ci\ i} + U_i$$

Y:出前講座後に書きたいと思った人ダミー(want)

D:年齢ダミー(age)、性別ダミー(sex)、介護(cc)、医療(cm)、葬儀(cf)、相続(ci)のそれぞれにおいて配偶者や家族などに相談をしているかどうかのダミー

Model 4,5,6

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 D_{age\ i} + \beta_2 D_{sex\ i} + \beta_3 D_{cc\ i} + \beta_4 D_{cm\ i} + \beta_5 D_{cf\ i} + \beta_6 D_{ci\ i} + U_i$$

Y:終末期の相談が難しいと考えている人ダミー(difficult)

D:年齢ダミー(age)、性別ダミー(sex)、介護(cc)、医療(cm)、葬儀(cf)、相続(ci)のそれぞれにおいて配偶者や家族などに相談をしているかどうかのダミー

11-1-3. アンケートの詳細

出前講座受講者を対象とし、過去に行われ収集されたうち94名分の分析を行った。年齢構成としては、40歳以下が0人、50歳代が1人、60～64歳が8人、65～74歳が43人、75～84歳が40人、85歳以上が1人、未回答者が1人と高齢者に偏ったアンケートとなっている。これは、出前講座の多くが地域の高齢者サロンなどで行われているため、高齢者に偏った年齢構成になったものと考えられる。

性別構成では、男性が6人、女性が74人、未回答者が14人と女性回答者が多く、これも高齢者サロンの性別構成で女性が多いという現状を反映しているものであることが考えられる。(Figure 15)

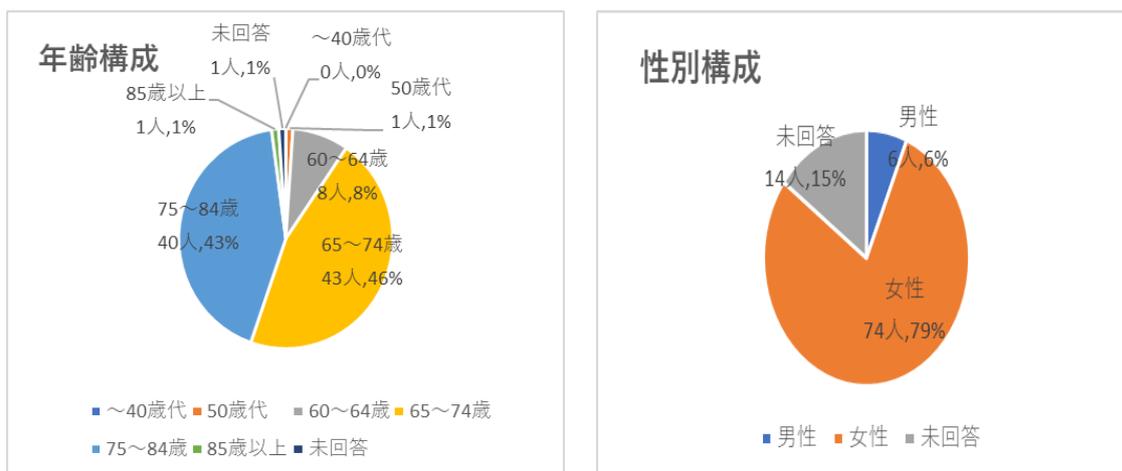


Figure 15 出前講座アンケート年齢構成・性別構成

11-1-4. アンケート分析結果

11-1-4-1. 出前講座後に「わたしの望みノート」を記載したいと思う人について

それぞれの変数について相関を取ると、ccとcm(0.6534)については高い相関が確認された。ccとcmで相関が高い理由としては、介護と医療については時として連続的な状態が多く、容態によっては医療保険の範囲内で介護的なケアが施されるなど、それぞれに区別をつけることは難しいことが考えられる。そのため、介護の相談をするうちに医療の相談を行うなど、大きな相関があることが容易に想定される。そのため、相関の高い変数に対しては、多重共線性に配慮して分析を行っていく。

プロビット分析及び、トービット分析、OLSの結果は以下の通りである。(Table 1)

```
. correl want age sex cc cm cf ci difficult
(obs=53)
```

	want	age	sex	cc	cm	cf	ci	diffic~t
want	1.0000							
age	-0.0025	1.0000						
sex	-0.1042	-0.0025	1.0000					
cc	-0.0442	0.1972	0.1361	1.0000				
cm	0.0204	0.1148	-0.1339	0.6534	1.0000			
cf	0.1652	0.2513	0.0060	0.3041	0.2790	1.0000		
ci	-0.0442	0.1972	0.1361	0.4111	0.2756	0.1741	1.0000	
difficult	0.1067	-0.3643	-0.2971	0.0145	0.0656	-0.1885	-0.2053	1.0000

```
. summarize want age sex cc cm cf ci difficult
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
want	94	.8404255	.3681746	0	1
age	93	.4408602	.4991812	0	1
sex	80	.925	.2650531	0	1
cc	90	.1666667	.3747658	0	1
cm	87	.2298851	.4231979	0	1
cf	90	.2666667	.4446941	0	1
ci	87	.2183908	.4155492	0	1
difficult	66	.3787879	.4888024	0	1

	Model 1	Model 2	Model 3
	want	want	want
main			
age	-0.02	-0.03	-0.03
(S.E)	(0.09)	(0.08)	(0.06)
sex	0.02	0.06	0.05
	(0.18)	(0.14)	(0.11)
cc	-0.05	0.03	0.02
	(0.22)	(0.16)	(0.16)
cm	-0.09	-0.09	-0.08
	(0.20)	(0.13)	(0.10)
ci	-0.16	-0.12	-0.11
	(0.17)	(0.11)	(0.15)
cf		0.16	0.15
		(0.10)	(0.08)
_cons		0.87***	0.88***
		(0.14)	(0.10)
sigma			
_cons		0.29***	
		(0.03)	
Obs. P	0.89		
Pred. P	0.91		
N	57	70	70
R ²			0.070

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

```
. vif
```

Variable	VIF	1/VIF
cc	2.27	0.440406
cm	2.20	0.455134
ci	1.30	0.767505
sex	1.23	0.812843
cf	1.19	0.839730
age	1.13	0.884403
Mean VIF	1.55	

```
. ovtest
```

```
Ramsey RESET test using powers of the fitted values of want  
Ho: model has no omitted variables  
F(3, 60) = 2.96  
Prob > F = 0.0392
```

```
. hettest
```

```
Breusch-Pagan / Cook-Weisberg test for heteroskedasticity  
Ho: Constant variance  
Variables: fitted values of want  
  
chi2(1) = 12.27  
Prob > chi2 = 0.0005
```

Table 1 : 出前講座後に「わたしの望みノート」を記載したいと思う人について

いずれの分析においても、統計的に有意な結果は得られなかった。しかしながら、OLS 分析に対して各種検定を行ったところ、VIF においては各説明変数において、説明変数間での相関が否定され、多重共線性の問題が解消された。また、ovtest においては、90%と 95% 有意水準にて仮説検定が棄却され、欠落変数バイアスが存在する可能性が強く示唆された。hettest においても、不均一分散が存在することが確認されたので、OLS において robust を用いて分析した。

以上の検定を行い、多少のバイアスを考慮した上で、各説明変数が出前講座後に書きたいという気持ちに対して因果関係を調べたところ、女性ほど記載したいというプラスの傾向があり、高齢（75 歳以上）の者、医療・相続の相談をしている人にマイナスの傾向があることが分かった。なお、介護の相談をしている人については dprobit でマイナス、tobit と OLS においてプラスの傾向が存在した。標準誤差が比較的大きいため、このような結果が生じたものと考えられる。dprobit における葬儀の相談をしている人については回答に偏りが大きかったため、処理の都合上ドロップしたものと考えられる。

11-1-4-2. 終末期の相談に対して難しさを感じる人々について

こちらの分析についても同様に分析を行っていく。こちらでは年齢と性別の説明変数に対してOLS分析では95%有意水準で統計的有意性が観察され、その他の分析についても90%有意水準で有意性が観察された。OLS分析に対して各種検定を行ったところ、VIFにおいては各説明変数において、説明変数間での相関が否定され、多重共線性の問題が解消された。また、ovtestにおいては、欠落変数バイアスが存在しないという仮説が受容された。hettestにおいては、均一分散を仮定した仮説検定が棄却されず、均一分散であることが確認された。しかしながら、より精密性を考慮するためにOLS分析においてrobustを用いて分析した。プロビット分析及び、トービット分析、OLSの結果は以下の通りである。(Table 2)

	Model 4 difficult	Model 5 difficult	Model 6 difficult
main			
age	-0.39*	-1.00*	-0.34**
(S.E)	(0.13)	(0.40)	(0.11)
sex	-0.62*	-1.10*	-0.51**
	(0.18)	(0.53)	(0.17)
cc	0.36	0.85	0.32
	(0.29)	(0.61)	(0.27)
cm	0.02	-0.14	-0.01
	(0.27)	(0.52)	(0.19)
cf	-0.23	-0.51	-0.17
	(0.16)	(0.48)	(0.14)
ci	-0.19	-0.52	-0.23
	(0.17)	(0.53)	(0.22)
_cons		1.19*	0.97***
		(0.51)	(0.16)
sigma			
_cons		0.91***	
		(0.17)	
Obs. P	0.36		
Pred. P	0.32		
N	53	53	53
R ²			0.281

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

```
. vif
```

Variable	VIF	1/VIF
cc	2.14	0.467169
cm	1.94	0.514510
ci	1.24	0.807641
cf	1.17	0.856676
sex	1.13	0.884323
age	1.11	0.903302
Mean VIF	1.45	

```
. ovtest
```

```
Ramsey RESET test using powers of the fitted values of difficult  
Ho: model has no omitted variables  
F(3, 43) = 1.78  
Prob > F = 0.1661
```

```
. hettest
```

```
Breusch-Pagan / Cook-Weisberg test for heteroskedasticity  
Ho: Constant variance  
Variables: fitted values of difficult  
  
chi2(1) = 0.11  
Prob > chi2 = 0.7370
```

Table2：終末期の相談に対して難しさを感じる人について

各説明変数が終末期の相談に対して難しさを持っているという被説明変数に対する因果関係を調べたところ、介護についての相談を配偶者にしている人ほどプラスの傾向（終末期の相談に対して難しさを感じる）があり、また高齢（75歳以上）であり、女性で葬儀・相続の相談をしている人ほどマイナス傾向（終末期の相談に対して難しさを感じない）が分かった。医療の相談をしている者には、それぞれの分析によって符号にズレが生じた。

特に統計的に有意が確認された年齢と性別に関しては、年齢が75歳以上を超えると75歳未満の者に比べて約39%も終末期の相談に対して難しさを感じるものが減少し、女性は男性に比べ、約62%も難しさを感じるものが減少することが分かった。

なお、年齢における閾値は、当方で統計的当てはまりを考慮するために便宜的に設定したものであり、75歳を超えると跳躍的に難しさを感じるものが減少するというわけではない。

分析結果によると、年齢が75歳以下の者や男性は、終末期を相談することに対して、難しさを感じる傾向にあるということが分かった。アンケートに記載されていた感想や要望では、75歳以下の者や男性に挙げられたものとして、「体験談を充実させて欲しい。」「配偶者や家族と協力して、書く機会が欲しい」といったよう意見が挙げられていた。

そのため、政策的なインプリケーションとしては、75歳以下（比較的若い年代や高齢者）の夫婦や男性を含む家族を対象として、フォローアップ研修や終末期に関する講座を開催

することが終末期の相談に対する難しさを解消することに繋がるかもしれない。

また、分析結果をそのまま解釈するならば、75歳以上の女性においては終末期の相談に対し、難しさを感じにくい傾向にあるため、より高齢の女性に焦点を絞って講座や研修を行うことでより効率的な普及啓発を行うことができる可能性がある。

11-2. フォローアップ研修アンケート

11-2-1. フォローアップ研修アンケート概要

現在、出前講座を中心に「わたしの望みノート」の普及を行っているが、当協議会が持つ一番の課題としては、「住民の手に渡ったノートが実際に記入され、それを元に家族と終末期の会話ができるなど、終末期に向けた準備が行われているかどうかの把握ができない」ことが挙げられる。社会福祉協議会としても、出前講座などによる普及活動には一段落の区切りを付け、第二段階としての普及活動を模索しているところでもある。

そうした課題の解決手段として、一度出前講座を受けた者を対象としてアンケート調査を行い、実際の活用状況を確認し、また、併せてフォローアップ研修を行い、その効果の有用性と計測する。その上で、効果的な普及活動方法を立案するための手がかりとすることを目的とし、このアンケートを実施した。

フォローアップ研修にて行ったアンケートは3種類あり、1つ目が「わたしの望みノート活用状況に関するアンケート」、2つ目が「人生の最期に関わる意思決定のアンケート」、3つ目が「わたしの望みノートフォローアップ研修後のアンケート」を行った。

1つ目と2つ目に関しては、フォローアップ研修直前にアンケートに関する説明の上、記載をお願いし、本人の意思確認及びアンケートに関する疑問を解消した上で行った。

主な質問項目については、年齢や性別、生活環境の他に「わたしの望みノート」を記載状況、または配偶者や家族と終末期に関する相談状況、終末期に関する考えや「わたしの望みノート」への想いなどを把握した。

3つ目のアンケートについては、フォローアップ研修直後に行い、フォローアップ研修に対する感想や、「わたしの望みノート」を記載するまでに至ることができなかった人の気持ちの変化を確認することを目的として行った。

11-2-2. 使用データ

アンケートの配布状況としては、配布数22に対し回収数20と回収率は90%を超えた。しかしながら、中にはアンケートの記載時間の関係上全てを記載すること、提出することができなかった者がおられたため、時間やアンケート量はさらに配慮する必要があったと考えられる。

以上の数値は、アンケートの総体としての回収率であるが、アンケート自体は①「わたしの望みノート」活用状況に関するアンケート②人生の最期に関わる意思決定のアンケート③「わたしの望みノート」フォローアップ研修後のアンケートの三部構成となっており、そ

れぞれにおいて回収状況が微小に異なることも留意する必要がある。

参加者の年齢構成、性別は以下の通りである。(Figure 16) 一番多い年代は65~74歳でありいわゆる前期高齢者が全体の半分以上を占めている。次いで多い年代が、75~84歳以上の後期高齢者であり、全体の4分の1の数に上る。終末期への関心は、自身の最期に対してある程度の見通しを持って、事前に考えることができる年代に多いことがこの状況からは伺うことができるかもしれない。

性別に関しては、4分の3以上を女性が占めている。女性が多いという状況は出前講座などでも垣間見ることができたが、意欲的に外に出かける、仲間と共に研修に参加できるなどの女性特有の要因が今回の結果に繋がったのかもしれない。

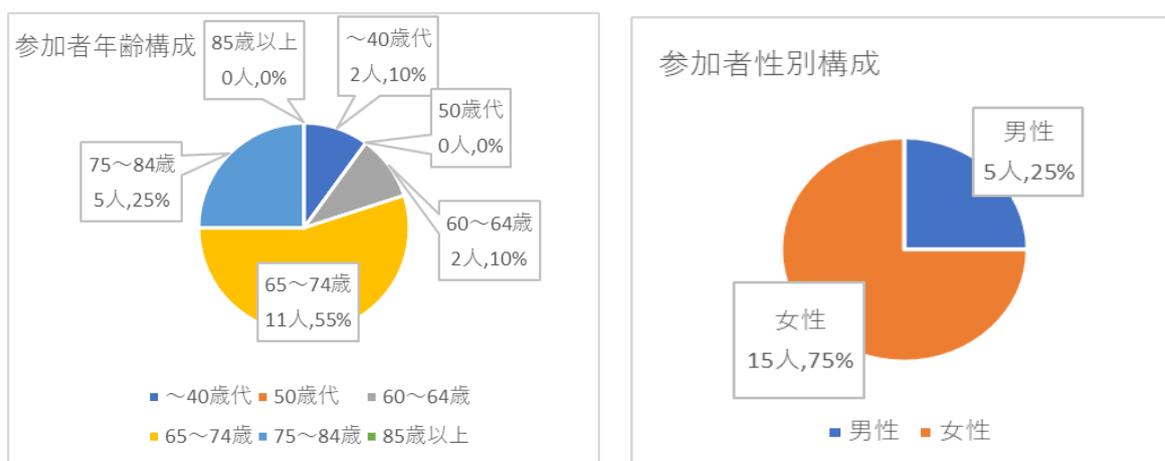


Figure 16 フォローアップ研修参加者の年齢・性別構成

11-2-3. アンケートの詳細

わたしの望みノートをどこで知ったかという質問に対しては、重複ありの数値ではあるが、出前講座が多く住民の入口的存在となっており、そうした普及活動が非常に重要であることがわかる。また、その他の内訳では民生委員が普及活動に対し大きな役割を担っており、こうした人々の力を借りていくことも今後は必要になってくると考えられる。(Figure 17)

	出前講座	柏市HP	広報紙	家族	知人	その他
人数(重複あり)	7	1	2	0	2	9

その他内訳	
民生委員	3
仕事	2
かしわ元気塾	2
ボランティア	1
成年後見フォー ローアップ研修	1

Figure 17 どのように「わたしの望みノート」を知ったか

わたしの望みノートの活用状況については、記入しなかった者が40%と割合的には最も多く、未だ住民に対し、「わたしの望みノート」が十分に活用されている状況とは言い難い。しかしながら、ノートの完成状況については、記載した人々は自身の記入状況について満足した者の割合が多く、一度、書いてみるというハードルを越えると満足を得られることができるとわかる。(Figure 18, 19)

記入した項目については、「未来のわたし」や「介護」といった項目がよく記載されており、一方で「ありがとうのメッセージ」や「相続」、「歴史」といった項目はあまり記載状況が芳しくないように考えられる。中でも、「相続」については終末期及びその後において、本人の想いが非常に重要になる項目であると考えられるため、事前に意思表示することの重要性をさらに訴えかける必要があると考えられる。(Figure 20)

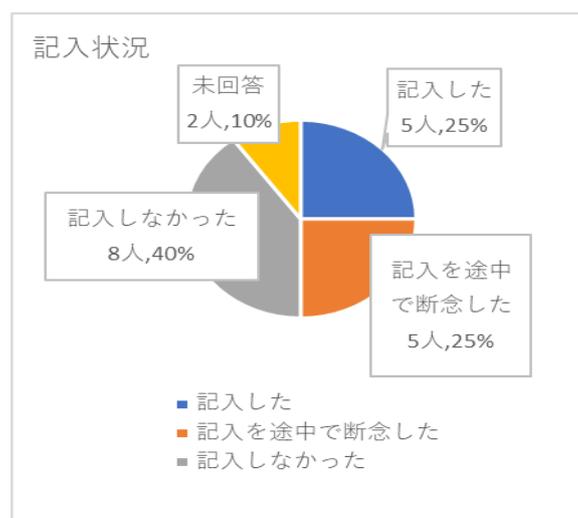


Figure 18 「わたしの望みノート」活用状況について

	大変満足	満足	あまり満足していない	満足していない
人数	1	5	0	1

Figure 19 「わたしの望みノート」の完成状況について

記入した項目	未来のわたし	基本情報	介護	医療	葬儀	相続	歴史	メッセージ
人数 (重複あり)	5	4	5	3	3	1	1	0

Figure 20 記入した項目について

わたしの望みノートをうまく記載できない理由として挙げられたものは、「必要性を感じない」という理由が大きく挙げられていた。(Figure 21) 必要性を感じないと考える主な理由としては、「自分がまだ元気だから」といったものや右に挙げたような個別的な理由の数々が挙げられた。(Figure 22-1,2)

その他の理由の中でも、「考えがまとまっていない」という理由は最も多く挙げられたものである。先に行われたフォローアップ研修の中でも、「状況によって自分の状態は変化するし、気持ちも変わるからなかなか書きたい内容をまとめることはできない」といった意見が挙げられていたことも考慮すると、こうした思いを支援する講座、研修を行う必要性が今後考えられるかもしれない。

記載が難しいと感じる項目については、全体的に大きく意見が分散した。これは人それぞれに心理的、技術的な難しさをそれぞれに感じており、記載が難しいと感じる項目が分散したのではないかと考えられる。こうした思いを改善するためには、広く体験談を集めながら、研修や講座などでそうした事例を紹介し、仲間や講師と一緒に書き進めていくような支援方法も有効であると考えられるかもしれない。(Figure 23)

その他の理由	
考えがまとまっていない	3
細かい部分が多い、面倒	2
書く時間がない	2
差し迫ってない	2
家族と話し合っていない	1
自分の気持ちをうまく表現できない	1
個人情報をごどこまで書いてよい	1
気持ちが進まない	1

Figure22-2
記載できない理由としてその他で挙げられたもの

記入できない理由	難しい	必要性を感じない	忘れていた	その他
人数 (重複あり)	4	6	1	7

Figure 21 「わたしの望みノート」をうまく記載できない理由

必要性なし	信憑性に不安	元気だから	他人に任せている	周りが乗り気じゃない	他の代替方法	その他
人数（重複あり）	0	2	0	0	0	4

Figure 22-1 記載が必要ないと考える理由について

難しい	全体	介護	医療	葬儀	相続	その他
人数（重複あり）	1	2	2	2	1	0

Figure 23 記載が難しいと感じる項目について

フォローアップ研修についての感想を伺ってみると、上記表のとおり、非常に参考になったとの意見を多く聴取することができた。しかしながら、「介護」や「医療」の話に比べて、司法書士の方に担当していただいた「最期について」や「意見交換」、「質疑応答」については、「どちらともいえない」という声が挙げられており、住民に対しあまり有意義と感じられる時間を提供できなかったのではないかと考える。(Figure 24)

フォローアップ研修後に記載してみたくなくなった項目については、感想で挙げられた通り、「介護」や「医療」の項目で記載してみたくなくなったという意見が多く挙げられている。また、特筆すべき点として、「葬儀」についても「相続」以上に記入してみたくなくなったとされており、住民の「葬儀」への関心が高いことが挙げられる。次回以降のフォローアップ研修などでは、葬儀関連の講師を呼んで、話を頂くことも重要かもしれない。(Figure 25)

フォローアップ研修	大変参考になった	参考になった	どちらともいえない	あまり参考にならない	参考にならない	未回答
介護	5	8	1	0	0	1
医療	10	10	0	0	0	0
最期	6	10	3	0	0	1
意見交換	6	10	2	0	0	2
質疑応答	7	9	2	0	0	2

Figure 24 フォローアップ研修についての感想

記入してみたくなくなった項目	未来の私	基本情報	介護	医療	葬儀	相続	歴史	メッセージ	未回答
人数（重複あり）	3	4	13	14	10	8	0	1	3

Figure 25 フォローアップ研修を終えて記入してみたくなくなった項目

フォローアップ研修の有用性についてであるが、フォローアップ研修内やアンケートの感想欄にて「フォローアップ研修によってわたしの望みノートを書くことの必要性や意義

などについて始めて考えることができた」といった意見や「ぜひこうした活動を継続して欲しい」といった意見が挙げられた。

意見交換の時間には、個人の終末期に対する心情というナイーブな部分に触れるためにあまり議論が活発化しないのではないかと当初は考えられたが、そうした心配は他所に、ファシリテーターや専門職の方を挟まずとも、互いに自身の考えを意見交換する姿が見られ、非常に有意義な時間を過ごすことができたのではないかと考える。

議論が非常に活発し、他人の価値観が自身に流入したために考えがまとまらないといった意見も見られ、こうした意見交換の場は、自分がどのように終末期を過ごしたいのか、真に考える機会にもなり、どのように話すとどういった反応が周囲から得られるのか実体験できる機会にもなったと考えられる。また、フォローアップ研修終わりには、「わたしの望みノート」を普及用に何冊か持ち帰る人々も複数見られ、「わたしの望みノート」を普及する有用な機会にもなったと考えられる。

以上より、出前講座によって認知の広がった「わたしの望みノート」を実際に活用するためのレクチャーをする場として、フォローアップ研修は非常に有益な成果を上げるものとして、フォローアップ研修の継続的な実施を望みたいと考える。

11-3. フォローアップ研修前後の気持ちの変化

フォローアップ研修を受ける前に「わたしの望みノート」を記載することに否定的、もしくは記載することができていなかった者が、フォローアップ研修を通してどのように気持ちに変化したのかを分析し、考察を加えていく。

フォローアップ研修に参加し、アンケート記入に協力頂いた者 20 名のうち、「わたしの望みノート」を記載していないと回答した者は 9 名であり、途中で記載を断念したと回答した者は 5 名であり、未回答が 1 名であった。参加者のうち、「全く記載していない」と回答した者と「途中で記載を中断した」と回答した者は合わせて 14 名であり、割合にして 7 割近くの者が「わたしの望みノート」を記載することに対して抵抗感を持っていることが分かった。(Figure 26)

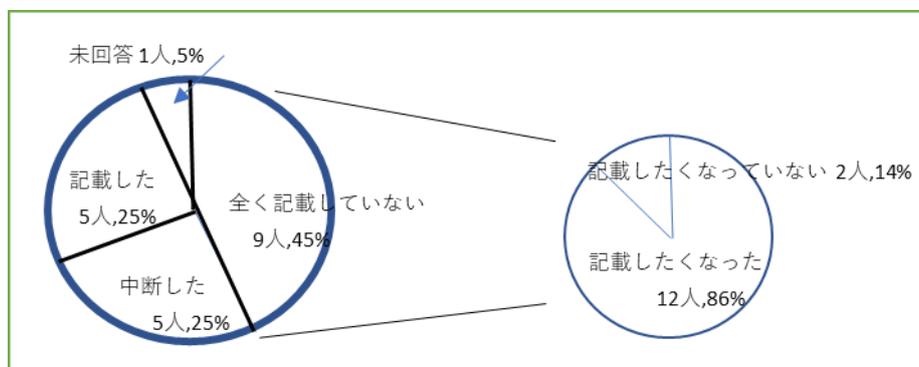


Figure 26 記載に抵抗感を持つ者のフォローアップ研修による気持ちの変化

主な記載できない理由としては、「子供との相談が必要であり、自分の気持ちを思い通りに書くことができない」ということや「自分の体調や生活環境が変化するので、記載できない。」。また、「記載する時間がない」といった意見や「今からという気持ち」といった声が挙げられていた。

しかしながら、そうした抵抗感を持つ者の12名。割合にして86%がフォローアップ研修後に「わたしの望みノート」を記載してみたくなくなったと表現しており、フォローアップ研修が、ノートの記載に対しての抵抗感を払拭することに一定の成果を挙げたことを知ることができる。特に介護と医療の分野を記載してみたくなくなったと回答する声が多く、専門職の方の話が大きな影響を与えたことが垣間見える。(Figure 27)

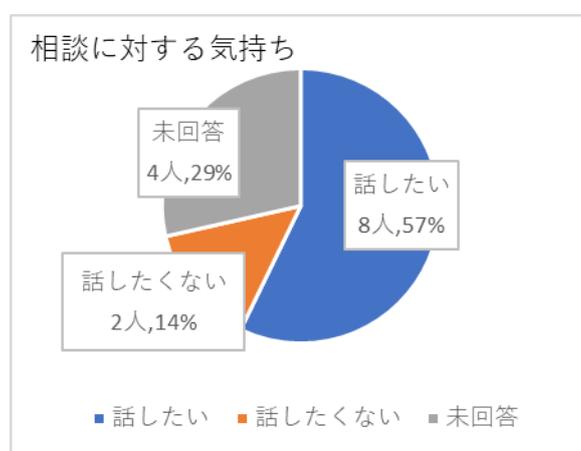


Figure 27 記載に抵抗感を持つ者のフォローアップ研修後の気持ちの変化

また、抵抗感を持つ14名のうち、8名。割合にして57%がフォローアップ研修後に配偶者や家族と終末期について話したくなかったと回答し、大きな割合を占めた。

11-4. フォローアップ研修を受講した人の特徴について

「わたしの望みノート」を記載した者とノートの内容について配偶者や家族と相談した人にどのような終末期に対しての特徴、行動の特性があるの分析していく。ここでは、Figure28にて「わたしの望みノート」の記載状況と特徴について、Figure29にて「わたしの望みノート」についての内容を配偶者や家族に相談している状況（会話状況）と特徴について、分析した項目について有意に特徴づけられた結果が得られたものだけを抜粋して紹介する。

データについては、棒グラフに表されているひげは標準誤差であり、縦軸を確率値とし、横軸においては例えば、「わたしの望みノート」を記載したと回答する者の中で、65%が終末期の見通しを少し持っているとしており、他の項目と比べて有意な差を持っているなどと参照されたい。

11-4-1. 記載状況と特徴

記載した人において見られた特徴としては、①終末期に対して見通しを持っているか②終末期の相談を配偶者や家族にしているか③どこで最期を迎えたいか④学歴の間に有意な差が見られた。(Figure 28)

「終末期に対して見通しを持っているか」と質問に対して記載したと回答する人の中で見通しを持っていると肯定的に回答している割合が非常に高いことが分かった。これは、「わたしの望みノート」を記載していくにあたって終末期に対して何かしらの見通しを持っていないと書き始めることが難しいということが想定される。また、「途中で記載を断念した」と回答する者の中では、見通しを大いに持っている者が多いが、終末期について考えを巡らせすぎることによって、最後まで自分の想いを表出、記載することが難しくなっている状況も存在していることが分かった。

「終末期の相談を配偶者や家族にしているか」という質問に対しては、「記載した」及び「途中で断念した」と回答した者の中で、その多くが配偶者や家族に対して相談していることが分かった。ノートを記載することによって配偶者や家族に相談が初めてできるといった状況も存在するのではないかと考えられる。

「どこで自身の最後を迎えたいか」といった質問に対しては、記載した者の中で、在宅で最期を迎えたいと回答した者が多かった。一方で、途中で断念した者の中では、病院で最期を迎えたいと回答する者が多かった。そのため、在宅医療や在宅介護を望むような人は、比較的ノートの記載に対して抵抗感を抱きにくい可能性がある。

最後に記載状況と学歴の関係においては、記載していないと回答した者の中で、高卒者が多く、記載したと回答した者の中では、大卒者が多いという結果となった。

鈴木(2004)は(社)日本経済研究センターが実施した「高齢者の医療保険に関するアンケート」の個票データを使用し、持病のある高齢者に対して、リビングウィルの作成要因と自己負担分の増加による終末期医療費の削減可能性について Ordered Probit Model によって分析を行っているが、有意な変数としては「終末期医療費予想額」が高いとほどリビングウィルを作成する意思が上がるとしている。しかしながらその限界効果は終末期医療費予想額 100 万円増加に対して作成確率が 1.3%ポイント上昇するに過ぎず、その影響は小さいものであるとしている。その他の属性変数については学歴が高いほど、同居若年世帯の所得が高いほど、喫煙者・前喫煙者であるほど、リビングウィルの作成確率が高まるとした。

学歴が高いほどリビングウィルの作成確率が高まるというのは、自身の柏市社会福祉協議会における調査分析でも同様の結果が得られており、学歴がリビングウィルの作成に対して信用のある要因の一部であることが推察される。

政策的なインプリケーションとしては、終末期に限らず人生について考える講座や集会、病院の世話にならないように健康保持活動をしているような団体などは、その団体や集会に参加している人は、将来に対し見通しを持って準備に取り組んでいることやできるだけ

病院にかからないよう疾病・介護予防などを心掛けている人などであることから、全住民に対して相対的に「わたしの望みノート」を記載する人の割合が多いと考えられる。そのため、そういった終末期に対しての見通しを持っている人や自身の将来を考えて行動している人などに集中的に「わたしの望みノート」の周知を行っていくことによって効果的に普及活動が進んでいくと考えられる。

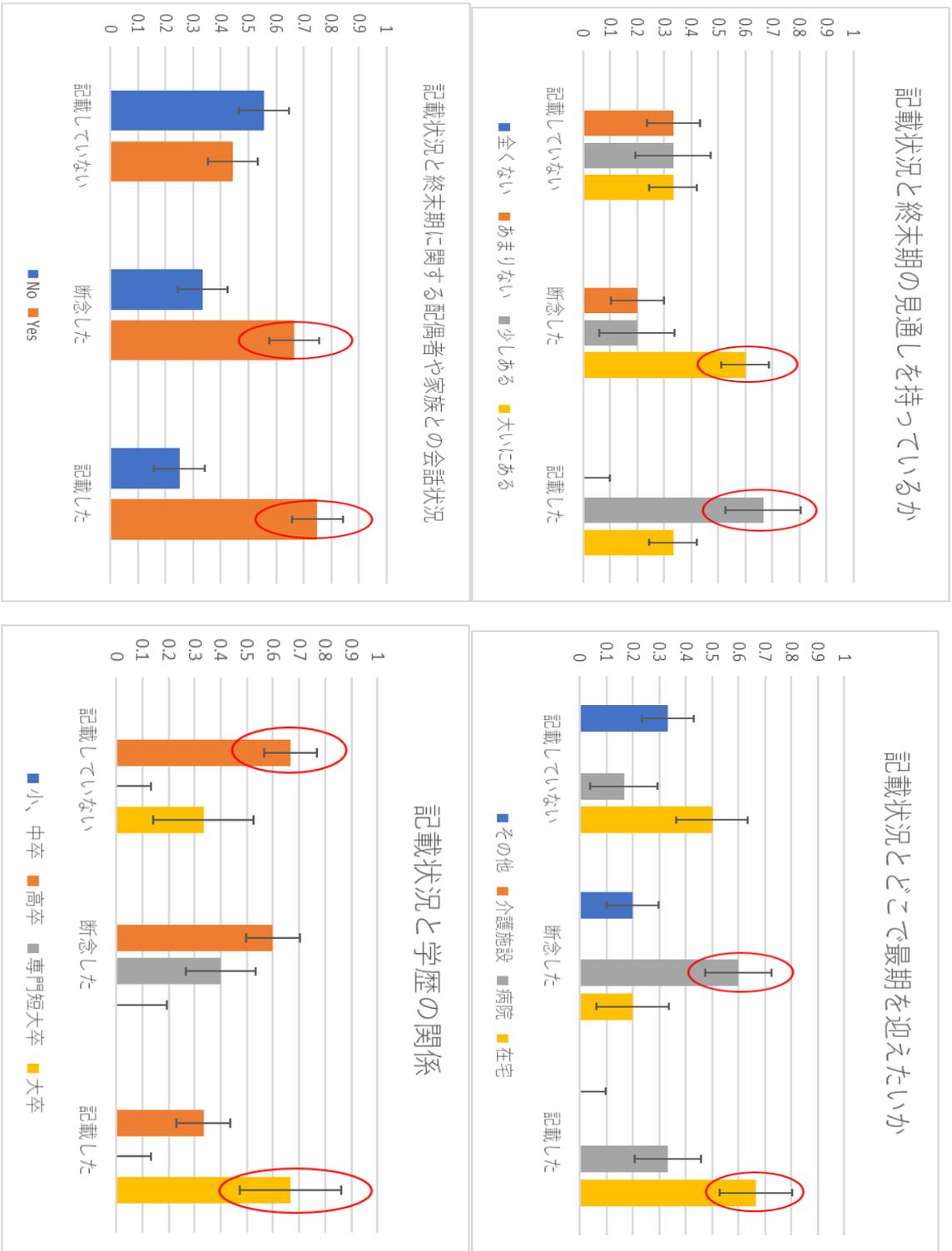


Figure 28 「わたしの望みノート」の記載状況と特徴について

11-4-2. 会話状況（終末期の相談）と特徴

配偶者や家族に終末期の相談をしている人にどのような特徴があるかということについては、①対象者の居住状況②どこで最期を迎えたいか③学歴④身内の死別経験が対象者の死生観に影響しているかの質問項目に有意な差が得られた。(Figure 29)

「居住状況」については、配偶者や家族と同居しているほど、終末期の相談をしているという結果となった。これは物理的な要因として話すことできる方が近くにいる方が相談がしやすいということが予見される。

次に「どこで最期を迎えたいか」という質問に対しては、配偶者や家族と相談をしている人ほど、在宅で最期を迎えたいという結果となった。「学歴」との関係については、配偶者や家族と相談をしていない人の中では、高卒者が有意に多いという差が現れた。

最後に「身内の死別経験が死生観に影響を与えているか」という質問の対しては、配偶者や家族と相談をしていない者ほど、死別経験の影響を大いに受けているという結果となった。

政策的なインプリケーションとしては、やはり配偶者や家族と同居しているほど終末期の相談がしやすい結果が現れているため、出前講座やフォローアップ研修などの「わたしの望みノート」を普及する場において配偶者や家族と同席してもらうことが重要であるように考えられる。また、記載状況についても同様であるが、在宅にて最期を迎えたいと考える人において、配偶者や家族に終末期の相談をする人も有意に多い結果が現れているので、上述した終末期に見通しを持っている方や自身の将来のために活動している方が在籍するであろう団体などで普及活動をする意義は十分にあると考えられる。

最後に、死別経験に大きな影響を受けている者ほど相談が難しいと感じる結果があるので、民生委員の方と協力するなどして死別経験に大きな影響を受けている者の状況把握や死別の影響を乗り越える支援や頭の中を整理するような援助を行っていくことが、「わたしの望みノート」の内容を配偶者や家族と相談することを促す一助となるかもしれない。

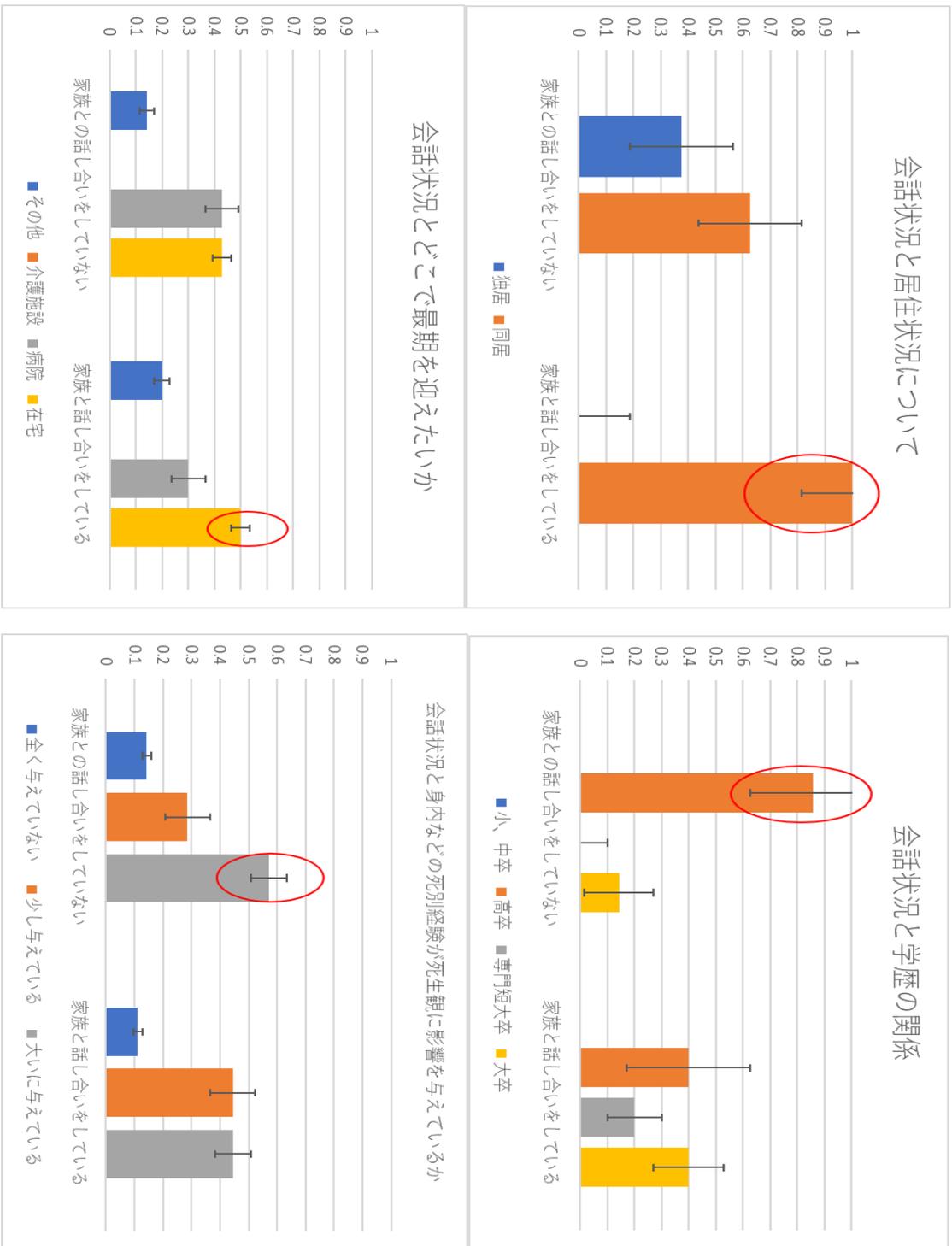


Figure 29 「わたしの望みノート」の会話状況と特徴について

12. まとめ

今回の分析では、サンプル数が限られる状況などから統計的に有意な結果が生まれないことなど非常に制限された分析となった。しかしながら、こうした分析は先行研究も少なく、終末期における人々の行動や意思決定の特徴を分析するにあたって非常に価値のある分析を行うことができたのではないかと考えられる。

とりわけ、年齢が高齢になるほど終末期における相談の抵抗感が減少することや男性は女性に比べて終末期における相談に抵抗感を感じやすいこと、「わたしの望みノート」を記載する、内容を相談することに人々の学歴も関係する可能性の示唆が得られたことは、人々の年齢や性別などの特徴から重点を絞って「わたしの望みノート」の普及活動を行うことができるなどの政策的なインプリケーションを得ることもできた。

得られた知見としては、

- ① 高齢になるほど(75歳以上)終末期に対しての相談をすることに難しさを感じる傾向が減少すること。
- ② 女性ほど終末期に対しての相談をすることに難しさを感じる傾向が減少すること。
- ③ 難しいと感じる特徴を持つ者の意見として、「配偶者や家族と協力して『わたしの望みノート』を記載する機会が欲しい」と挙げられていたこと。
- ④ 一方で、「わたしの望みノート」を記載したいという気持ちには統計的に有意な因果関係は見られなかったこと。
- ⑤ 「わたしの望みノート」を記載している者の割合はそれほど高くないものの、一度記載をすると満足感を得られるものであるということ。
- ⑥ 「わたしの望みノート」を記載することに抵抗を持つことや終末期に対して考える機会を持たない主な理由は「時期尚早であり、必要性を感じていない」ということ。
- ⑦ フォローアップ研修などの医療や介護の専門職の話や意見交換が参加者に対して大きく気持ちの変化を与え、終末期に対して考える必要性をもたらすこと。
- ⑧ 「わたしの望みノート」を記載したり、配偶者や家族などに終末期の相談をしたりする者が終末期に対しての見通しを持っている者に有意に多いということ。
- ⑨ 「わたしの望みノート」を記載したり、配偶者や家族などに終末期の相談をしたりする者が在宅で最期を迎えたいと回答する者に有意に多いということ。
- ⑩ 「わたしの望みノート」を記載することや配偶者や家族に終末期の相談をすることに学歴も影響する可能性があるということ。

以上の10点が主な知見として挙げられた。以上の知見から、普及啓発を効率化していく方法としては、医療や介護の専門職の方が終末期について説明することによって、参加者に与える情報量や影響が非常に大きく、高い効果が望まれるため、そうした講座や研修を行い、参加者にとって終末期について考えることが必要性を感じられないことかをより正確な情

報の提供し、考えてもらう機会を設けることが重要である。

また、今後の終末期関連の講座に配偶者や家族と参加することを募集案内に一文添え、配偶者や家族と協力して記載できる機会を設けることや将来や終末期への見通しを持って準備を行っている団体やできるだけ病院にかからないよう疾病・介護予防などの健康保持に取り組んでいる団体に対して普及啓発を行うことは、「わたしの望みノート」を記載や配偶者や家族との終末期の相談を行うことに対して高い効果を見込めるかもしれない。

もちろん、記載することや相談をすることは単なる手段であって目的ではない。真の目的は高齢者が自身の意思に沿った最期を迎え、本人はもちろん家族や医療関係者などが安心できる終末期環境が整うことである。

しかしながら、諸外国ではリビングウィルやアドバンス・ディレクティブ(事前指示書)が先進的に取り組まれており、できるだけ高齢者本人の意思に従った最期が迎えられるような環境づくりが整っている。そうしたツールがないと人々が自身の終末期について考える機会が持てないことは、日本の歴史において自明の通りであり、それは今回のコンサルティングプロジェクトからも大きく学習することができた。そのため、柏市社会福祉協議会の取り組む「わたしの望みノート」がこれから高齢化を増していく日本にとって、終末期環境を整える注目を浴びる一手であることはおそらく疑いようがないであろう。

今回のコンサルティングプロジェクトにご協力頂いた柏市社会福祉協議会の担当者様に改めて感謝申し上げますとともに、今後の皆様の御活躍、並びに「わたしの望みノート」事業の発展を祈念致したいと考える。

以上

13. 参考文献

- 1) 井形昭弘 (2015) 「わが国における尊厳死運動—日本尊厳死協会の立場から」『シリーズ生命倫理学第5巻安楽死・尊厳死』丸善出版 第3版 p85-105
- 2) 柏市 (2015) 「第6期柏市高齢者いきいきプラン21(柏市地域包括ケア計画)」
[http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060300/p008008_d/fil/6plan21.pdf\(2017,11,5\)](http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060300/p008008_d/fil/6plan21.pdf(2017,11,5))
- 3) 柏市社会福祉協議会 HP: [http://kashiwa-shakyo.com/\(2017,11,5\)](http://kashiwa-shakyo.com/(2017,11,5))
- 4) 柏市保健福祉部福祉政策課 (2013) 「柏市における長寿社会のまちづくり」:
[http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/p011002_d/fil/project_file.pdf\(2017,11,5\)](http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/p011002_d/fil/project_file.pdf(2017,11,5))
- 5) 経済産業省 (2015) 「平成27年度我が国経済社会の情報化・サービス化に係る基盤整備(生涯現役社会実現に向けたビジネス創出環境整備に関する調査)報告書」:
[http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2016fy/000317.pdf\(2017,11,5\)](http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2016fy/000317.pdf(2017,11,5))
- 6) 厚生労働省 HP :

- [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html\(2017,11,5\)](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html(2017,11,5))
- 7) 国立社会保障・人口問題研究所 HP : [http://www.ipss.go.jp/\(2017,11,5\)](http://www.ipss.go.jp/(2017,11,5))
 - 8) 社会保障制度改革国民会議 (2013) 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」:
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf\(2017,11,5\)](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf(2017,11,5))
 - 9) 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」:
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf\(2017,11,5\)](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf(2017,11,5))
 - 10) 鈴木亘 (2004) 「終末期医療の患者自己選択に関する実証分析」『医療と社会』Vol.14 No.3 p175-189
 - 11) 鈴木淳子 (2016) 「質問紙デザインの技法」ナカニシヤ出版 第2版
 - 12) 鈴木志津枝・内布敦子 (2013) 「緩和・ターミナルケア看護論」ヌーヴェルヒロカワ 第2版
 - 13) 総務省統計局 HP : [http://www.stat.go.jp/data/jinsui/\(2017,11,5\)](http://www.stat.go.jp/data/jinsui/(2017,11,5))
 - 14) ソニー生命保険 (2014) 「シニアの生活意識調査 2014」:
[http://www.sonylife.co.jp/company/news/26/nr_140911.html\(2017,11,5\)](http://www.sonylife.co.jp/company/news/26/nr_140911.html(2017,11,5))
 - 15) 高橋泰 (2013) 「医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築」:
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/siryuu3_3.pdf\(2017,11,5\)](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/siryuu3_3.pdf(2017,11,5))
 - 16) 千葉県医師会 (2013) 「在宅医療にかかる実態調査報告書」:
[http://www.chiba.med.or.jp/personnel/download/invstg_ztk25.pdf\(2017,11,5\)](http://www.chiba.med.or.jp/personnel/download/invstg_ztk25.pdf(2017,11,5))
 - 17) 「保健医療 2035」策定懇談会 (2015) 「保健医療 2035 提言書」:
[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf\(2017,11,5\)](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf(2017,11,5))
 - 18) 北海道大学病院 (2010) 「先進急性期医療センターにおける終末期医療の実施の基本方針について」:
[http://www.huhp.hokudai.ac.jp/hotnews/files/00000200/00000228/senshin20110621_02.pdf\(2017,11,5\)](http://www.huhp.hokudai.ac.jp/hotnews/files/00000200/00000228/senshin20110621_02.pdf(2017,11,5))
 - 19) 箕岡真子 (2012,3,10) 「日本における終末期ケア“看取り”の問題点 在宅のケースから学ぶ」『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』国際長寿センター(ILC-Japan) vol.17, p6-11
 - 20) 山口晴保 (2016) 「地域包括ケアと認知症施策」公衆衛生 vol.80 No.8
 - 21) Economist Intelligence Unit(EIU) “The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world” LIEN foundation WHO “WHO Definition of Palliative Care”

- 22) Silveira MJ, Kim SY, Langa KM(2010) “Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death” 362 (13) p1211-1218
- 23) WHO “WHO Definition of Palliative Care”
WHO HP; <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2016,10,29)