



# 解題 経産省「ライフエンディング・ステージ」報告書

経済産業省は2011年8月10日「安心と信頼のある『ライフエンディング・ステージ』の創出に向けた方策を検討する研究会」(委員長・嶋根克己 専修大学教授)において、報告書(以下、報告書)を取りまとめた。

この報告書の意味するところ、葬祭業者にとっての問題点を解説する。[碑文谷創]

報告書の内容は以下のとおり。

## 安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けて ～新たな「絆<sup>きずな</sup>」と生活に寄り添う「ライフエンディング産業」の構築～

(担当：経済産業省商務情報政策局 サービス政策課 サービス産業室)

※報告書は経済産業省ホームページに公表されています。(「経済産業省 ライフエンディング・ステージ」で検索)

- 序 報告書の公表について
- 第1部 報告書
- 第2部 実態・調査結果編
  - ①ライフエンディング・ステージを取り巻く環境の変化(各種データ)
  - ②ライフエンディング・ステージに資する取り組み事例(ヒアリング結果等)
  - ③一般消費者アンケート調査結果
  - ④葬祭事業者の実態について
  - ⑤業界サーベイアンケート調査結果(葬祭及び葬祭関連サービスの実態に係るアンケート調査)
  - ⑥葬祭業者アンケート調査結果(葬祭業者のサービス実態に関するアンケート調査)
  - ⑦海外における葬祭サービスについて

- ① 報告書は何を目的としてつくられたか?…18
- ② 少子超高齢社会の問題点…19
- ③ 「ライフエンディング・ステージ」が抱える課題…20
- ④ ライフエンディング・ステージの見取り図…21
- ⑤ ネットワークに必要な評価…22
- ⑥ 死に大きく照準した報告書…23
- ⑦ 報告書が分析する「葬祭業の事業者の現状」…25
- ⑧ 既存の葬祭業者が果たしている機能—本格的サービス産業化が進む…26
- ⑨ 葬祭サービスの改善すべき問題点—病院営業、心付け等…27
- ⑩ 葬儀料金の透明性確保のために—求められる価格体系の標準化…31
- ⑪ 進む葬送の多様化—家族葬の増加、墓の変化…32
- ⑫ 情報と評価…33

# ①報告書は何を目的としてつくられたか？

報告書の目的について、「報告書の公表」の「背景」の項で以下のように書かれています。

（人口自然減と超高齢化が併存する社会を迎えている中、地域によっては伝統的な地域共同体が弱体化していることなどの現状から、新しい課題解決には、発想を転換し新たなアプローチを必要と考えています。

経済産業省では日本の社会や経済を見直すこととし、ライフエンドとその後における新しいライフステージの創出を提言しました。）

つまり、少子・超高齢社会になった現在、日本社会は大きな問題を抱えるところとなりました。

さらに家族解体や地域共同体の弱体化を招いています。

戦後の高度経済成長は日本の経済力を飛躍的に向上させました。他方、経済成長は都市化を招き、地方郡部の衰退と地域共同体の弱体化をもたらし、長く日本社会において家族を支えてきた地域共同体が、今では機能不全に陥っているところが少なくありません。

ライフエンディング・ステージP19

「表4」参照において、行政が進める老後の生活資金を保障する国民年金や厚生年金、介護の社会化を目的とした介護保険、地域医療・在宅医療の拡充が十分に達成されていなく、間に合わず危機を招くことが危惧されています。

そこで民間資本を導入、活性化することにより、ライフエンディング・ステージのサービスのクオリティを向上させようというのが本報告書の目的と書いていいでしょう。

## 【注1】数字で見る「少子化」

平成22（2010）年「人口動態統計（確定数）」の概況によれば、出生数107万1304人に対し、死亡数が119万7012人で、人口は自然減12万5708人となっています。自然減は4年連続。

合計特殊出生率は1・39（月報年計「概数」の概況）となっており、依然として低迷しています。昭和40年代（1965～75年）は、第2次ベビーブーム期（昭和46～49年）を含めほぼ2・1台で推移し、昭和50（1975）年以降2・00を下回りました。

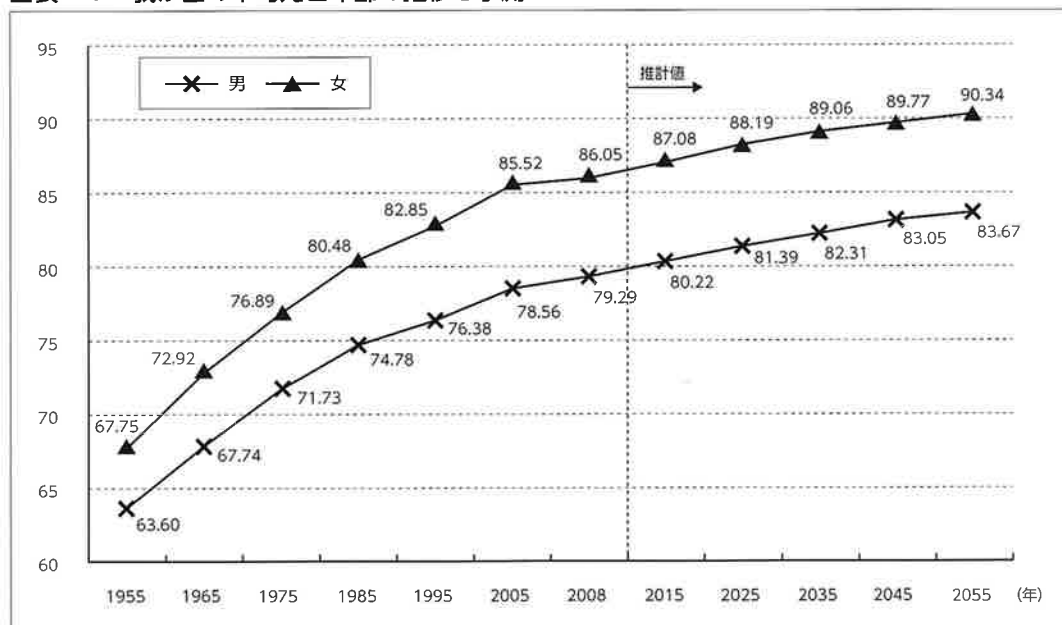
## 【注2】数字で見る「超高齢社会」

平成22（2010）年「簡易生命表」によると、男性の平均寿命は79・64年、女性の平均寿命は86・39年となっています。1955年では男性63・60年、女性が67・75年でしたから、平均寿命は戦後大きく伸びました。この予想を上回る高齢化の伸長により、年金、健康保険その他が支出増となり、制度設計のやり直しが求められています。

高齢化率（65歳以上人口が全人口に占める割合）は1955年が5・3%でしたが1985年に10・3%に、2005年に20・3%となりました。2010年には23・1%で世界一の長寿国となっています。

平成23（2011）年版「厚

図表-1 我が国の平均死亡年齢の推移と予測



出所) 2005年までは厚生労働省「完全生命表」、2008年は厚生労働省「簡易生命表」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006年12月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

生労働白書」によると、「平均寿命の上昇により、1970（昭和45）年に総人口に占める65歳人口の割合が7%を超える高齢化社会に、その24年後の1994（平成6）年には14%を超え高齢社会に、さらに（20

07年) 21%を超える超高齢社会を迎えた」と記述されています。

【注3】都市化

1961年と2010年を比較すると、市部の人口は61年が63・3%だったのが10年には86・3%に、郡部の人口は61年には36・7%だったのが10年には13・7%と大きく変化しました。50年当時は郡部人口が8割、市部人口が2割と現在とは逆の結果でした。

【注4】「ライフエンディング・ステージ」の定義

「ライフエンディング・ステージ」という言葉は新しい用語です。今までは「エンディング」という用語で語られてきた領域とほぼ重なっています。しかし、「エンディング」という用語の

意味が必ずしも統一されているわけではないので、新しく「ライフエンディング」という用語を用い、そのステージ(段階)に関わることを定義したものです。

報告書では「ライフエンディング・ステージ」を次のように定義しました。

- ①人生の終末や死別後に備えた生前からの準備を行うこと(行動)
- ②ライフエンドとその後の遺族等による生活の再構築の時期(時間)

つまり、人生の終末期と死後の遺族へのサポートを一体として「ライフエンディング・ステージ」と定義し、一貫した生活者のサポートの必要を説いています。(イメージ図は次号で掲載)

した。だが代替となるべき介護施設の増設は思うように進んでいないのが現状です。

受け皿となるべき介護保険についても、その維持が困難になってきています。

高齢化が進み、認知症患者等の要介護者の増加から、介護保険で財政的に賄えない事態を招いています。社会保障で充分に賄えない

高齢者が抱える問題は個々によって異なるため、基準からはみ出すニーズが多くなっています。

介護保険は負担が重くなり、しかし、利用者には十分なサービスを提供できない、という問題を抱えています。

また、介護士等で労働条件の悪化により離職する者が増え、担い手不足に陥っています。介護施設を良心的に運営しようとすれば、経営的継続性が困難になっていきます。そもそも在宅医療

・在宅介護を支える仕組みである地域医療・地域介護体制づくりがあまり進んでいないのが大きな問題です。

一時は将来の雇用を吸収する「成長分野」と期待された社会福祉分野ですが、その実態は多くの問題点を抱えていて、改善はおろか現状を維持することすら困難な状況にあります。

## ②少子超高齢社会の問題点

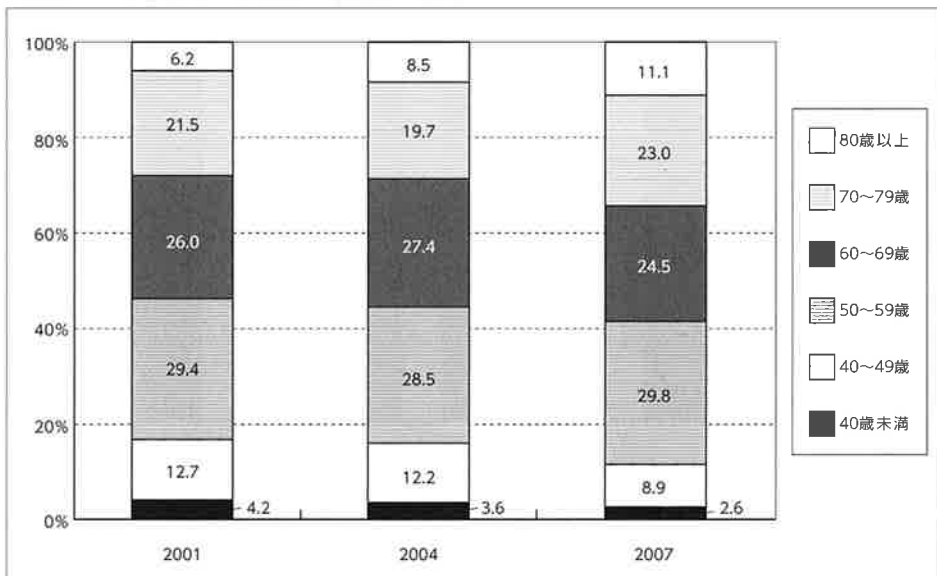
「家族による介護」から「社会による介護」に踏み出すきっかけとなった介護保険制度が発足したのが2000年の4月1日。

それまで高齢者の介護を担っていた家族の変化(世帯人口の縮小、単身世帯の増加、高齢者のみ世帯の増加、離婚数の増加、生涯未婚率の上昇による少子化の進行)、地域社会の変貌(都

市への人口流出、地域産業の衰退、農業人口の高齢化、過疎化が進行し高齢者人口が5割を超す限界集落の誕生)、そして高齢者人口の急激な増加によるものでした。

また、後期高齢者を「患者」として看取ってきた病院も、医療費の高騰を招いたことから、主に高齢者を収容していた療養型病床の削減に踏み切りま

図表-2 高齢者の介護者の年齢層の推移



出所) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成19年)

# ③「ライフエンディング・ステージ」 が抱える課題

報告書では「ライフエンディング・ステージ」、つまり、人生の終末期の課題と、本人の死とその後家族の直面する課題をシームレス(継ぎ目なく)にサポートする産業の創出、あるいはそれぞれの産業が連携して対処する体制の構築を目的としています。

これまでの「生前の自分の終末期に備えた行動」と「自分の死後の家族の行動」については、以下のことが挙げられています。

- ① 生命保険・共済(これまでの無認可共済を除く)等に入る。
- ② 葬儀保険、互助会、少額短期保険に入る。
- ③ 任意後見人の指定。
- ④ 民間介護保険に入る。
- ⑤ 遺言の作成、遺言信託を行う。
- ⑥ 尊厳死宣言、事前指定書、尊厳死公正証書等の作成。
- ⑦ 葬儀の生前予約をする。
- ⑧ 葬式
- ⑨ 遺産相続協議・相続税申告
- ⑩ 保険証の返還ほか各種事務手続き
- ⑪ 墓(遺骨の取り扱い)
- ⑫ 法事

現在の状況は、たとえば、各事業分野が別々に関わっていることから横の連絡もあまりない状態です。生活者への情報も分断されていて、特に地域社会が機能しなくなっている現状では生活者の孤立、情報途絶を生みかねない状況にあります。

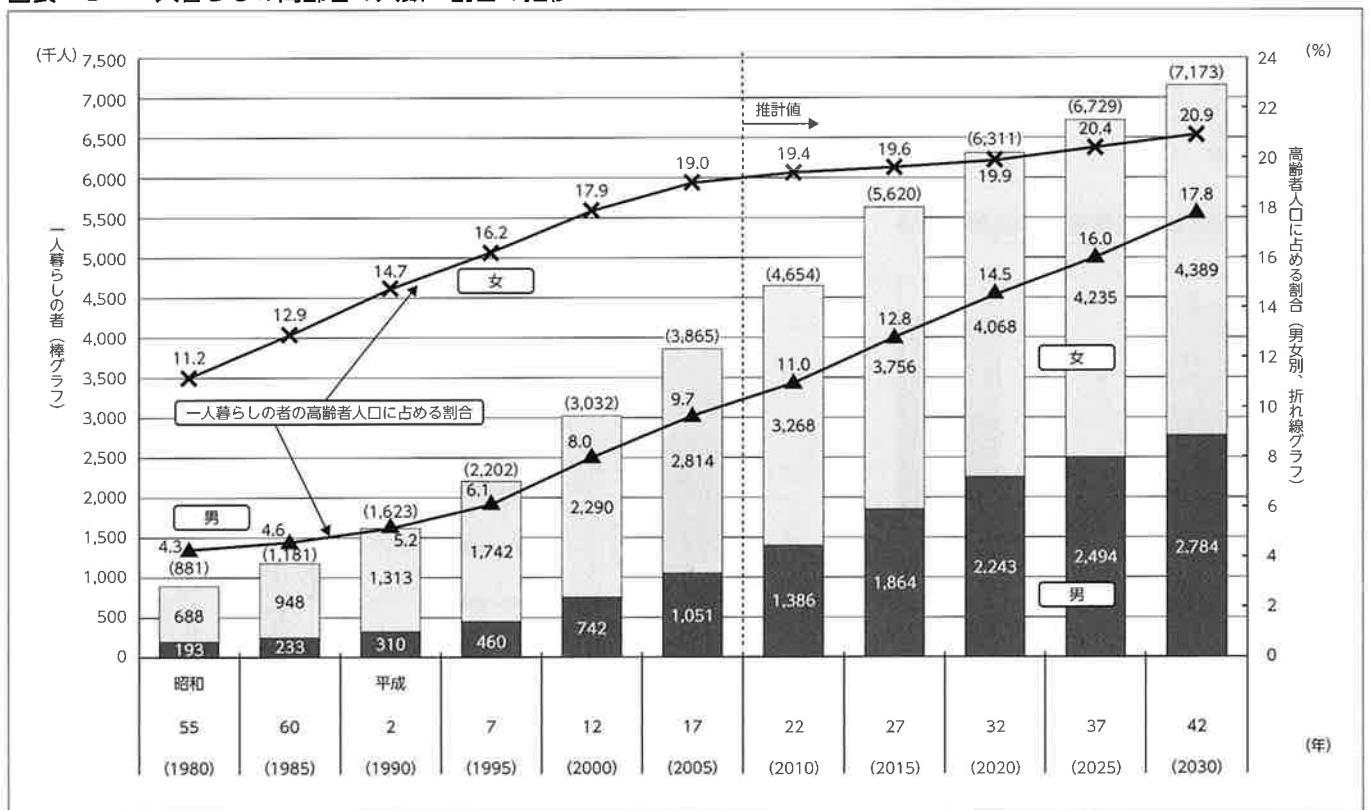
このまま放っておくと高齢者難民や情報の分散化で、必要な情報が生活者に行き届かないことよって大きな問題が発生しかねません。

報告書では次のように述べています。

〈なお、ライフエンディング・ステージのサポートに携わる担い手としては、弁護士や行政書士等の関係者のほかに、医師や看護師等の医療・介護関係者、地方自治体や公証役場等が考えられます。これらの専門分野の関係者が連携を行うことで、利用者との間を紡ぎあう新たな絆の構築に向けた取組が必要と考えました。

この取組が同ステージにおいて持続的かつ自律的に行われていくためには、同ステージのサポートに携わる事業者の関与が必要であり、現在、当該事業者には、生前契約を行う事業者の

図表-3 一人暮らしの高齢者の人数・割合の推移



出所) 内閣府「高齢社会白書」

ほかに、葬祭業やその関連サービス産業等が考えられます。)

高齢者に関係する分野としては、生活補助、介護、医療、成年後見、遺言等があり、死後には葬式、保険、財産分与、生活支援、事務手続き等があり、双方ともに本人または家族との相談、ケアが必要とされています。

しかし現状では、これらの情報は分断されていて、たとえば医療ではそれ以外の相談にはのれないのが現実です。終末期あるいはその後の本人、家族のケア、支援が連続して行われる仕組み

## ④ライフエンディング・ステージの見取り図

### ①関連する事業分野の見直し

多くの機関、企業がライフエンディング・ステージに係わりながら、それぞれの関係については連携が取られていない、というのが現実です。

また、連携以前にそれぞれがどういう関係にあるのか、他の分野に関する適確な情報をもっていない。

それ故に危惧されるのが、それぞれの分野の機関、企業が期待される適切な機能を担っているとは限らないということです。

みが必要となります。

また、単身世帯が増えていることから、一人暮らしの人も安心して老後、死後を託せる仕組みが近々の課題としてあります。

報告書では、生前・死後を一貫して支援する企業が新しく出てくることを必ずしも期待していません。むしろ現状各分野を担っている機関や企業が情報共有でき、それぞれが他の分野のサービスを必要とするときは適確に対応していく、ネットワーク構築が期待されています。

### ②ライフエンディング・ステージというコンテンツの共有

この「ライフエンディング・ステージ」を巡る議論は、各分野の機関、企業の事業分野を見直すきっかけになると思うのです。つまり、「ライフエンディング・ステージ」というコンテンツ（文脈）をもつことにより、それぞれが今後どうあるべきか、生活者のニーズに対応するにはどうすればいいのかが見えてくるのではないのでしょうか。

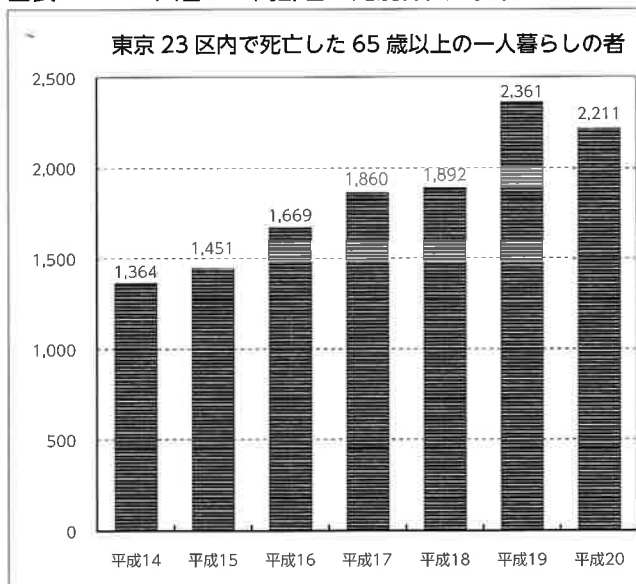
私的な体験を言

えば、消費生活センター等で講演をするとき、課題が葬送であったらし

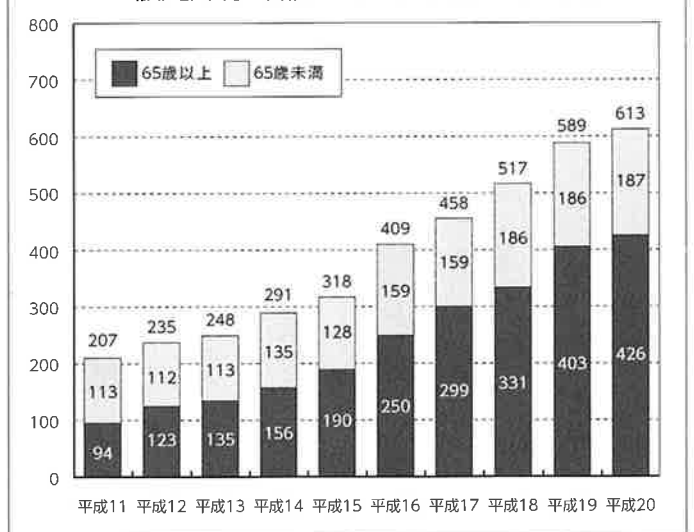
ろ、聴きになる方は具体的な葬儀や墓だけではなく、「ライフエンディング・ステージ全体の中での葬送」に関心をもっていきます。一人暮らしの高齢者が多くな

ってきて、誰がどういうときにどういうサポートをしてくれるのだろうか、と心配しています。そうしたニーズに応えるには、葬送だけを切り取って話していると、聴きに来た人たちのニーズに応えることができません。葬祭業においても、最近では事前相談が多くなっているの、そうした葬送分野以外の心配や疑問を抱えた

図表-4 一人暮らし高齢者の死別件数の推移



(独)都市再生機構における「孤立死」の発生状況



出所) 東京都監察医務院「事業概要」

注) 都市再生機構が運営管理する賃貸住宅で単身居者が誰にも看取られることなく、賃貸住宅内で死亡した件数

人たちと接する機会が増えているでしょう。そしてその関心は、その人の生活や家族関係を反映して多様なものになっています。そうした背景を理解しないで、葬式の形や費用についての質問に回答するだけでは問題解決にはならないと実感している人が多いのではないのでしょうか。

医療についても同様です。健康保険は生者、特に患者のみを対象にしています。したがって患者が死亡した段階で医療の役割は終了します。

しかし、ターミナルケア（終末医療）の課題として問題になっているのは、患者本人に対するケアだけではなく、その「家族に対するケア」が重要だということだと思います。患者は死亡しても家族は悲嘆を抱えて生きているのです。そうした遺族のサポートは分断されます。現在多くの医療機関が回答しているように、家族に対するケアは「必要だと思うが、ほとんど行っていない」という状況にあります。

患者やその家族のケアは、病院内の従事者だけで対応しようとすれば困難なことです。

医療資格者が偏って位置していることも医療環境を悪化させる原因となっています。

都市の開業医が多く、中核病院すら専門医が少ないのが現実です。ましてや地方病院に行く医師が少ないため、

必要な治療が地域によっては受けられない、ということがあります。

特に小児科、産婦人科、救急医療に見られるように、必要な医療機関が生活者の近くになく、どこに住んでいるかにより社会的に不平等な結果を招いています。

また、そこで働く医療関係者は多忙を強いられていて、十分な休養も与えられていません。一部の良心的医療者の自己犠牲によって成り立っている現場が少なくありません。

健康保険の制度にも問題があります。その患者や家族に対するメンタル面の丁寧な対応があまり評価されないのですから、個々の患者に必要なサービスが提供されにくい環境にあります。

医療機関が医療機関の人材だけで対応しようとすると、自ずと限界があります。医療関係者から「院内ではもうできない」という声が上がるのもつともなことです。そこで考えられるのは「外部の助っ人」です。病院自体が地域に開放されていく必要があります。

また、患者は、多くの場合、いつまでも病院に留まることができないので、地域の在宅医療とのネットワークが必要となります。在宅医療では介護などの分野との提携も必要となります。

おそらくその人のニーズに対応するとなるとさまざまな分野とのネットワークが必然となります。

現実には地域医療として在宅医療が機能しているのは一部にすぎません。

成功例だけがテレビ、新聞、雑誌で取り上げられていますが、失敗例、試みさえ行われていない地域が多数です。

医療機関同士の連携すらうまくいっていないのですから、ライフエンディング・ステージにおける民間のネットワークの実現をはばむ壁は大きなものがあります。

葬祭業で言えば、福祉分野に進出した企業がありますが、一部を除いて成功していません。その多くは福祉サービスから葬式受注に結びつけようとした、つまり葬式の前段階で結びつける

## ⑤ ネットワークに必要な評価

### ① 生活者にプラスとなるネットワーク

ネットワークが組めればいいわけではありません。当然にもそのクオリティ（質）が問われます。ネットワークが患者、高齢者、生活者にプラスになるものでなければいけません。

実は未だに問題となっていることに葬祭業者の病院営業があります。これはうまく機能すれば相互補完になります。たとえば、感染症を保持している

ことを企図したものです。この多くが失敗したのは福祉サービスにはそれ独自の問題があり、その事業分野自体を成り立たせることが必要だったからです。葬式受注に結びつくのはあくまで結果であり、目的は福祉サービス自体の専門性とそれ自体における事業の成立を考えるべきだった、ということです。

ですから関連分野の連携というのはそれぞれの事業分野の専門性を自覚したうえで、多くの場合、その分野で専門性の高い、高品質なサービスを提供している事業者との連携を図るほうが良いということです。

遺体の取り扱いが情報として伝わり、その後の遺体の取り扱いが葬祭従事者によって適切に行われる、という具合です。

### ② 癒着とネットワークは違う

しかしそれがビジネスだけの結合になれば「癒着」にもなります。「ネットワーク」と「癒着」は根本的に異なるものです。

ネットワークを組むとき、そこに客観的な評価軸があるか、というのが一

②へ続く