

多死社会のゆくえ(3)「在宅死・施設看取りは増えるのか？」

～「最期の居場所」の将来展望を考える～

総合調査部 副主任研究員 須藤 智也

(要旨)

- 前々稿（「在宅死急増、理由は看取りか孤独死か？」）・前稿（「私たちは最期をどこで迎えたいのか？」）では、死亡場所の構成比の変化に「社会環境」「国民意識」という大きく2つの要因が作用している可能性を指摘し、2010年頃以降の日本における死亡場所の割合変化を考察した。本稿では「最期の居場所」の割合が今後どのように変化していくのか、その展望を考察していく。
- 過去から現在までの経過などを踏まえて考えると、将来的な社会環境変化は、現在時点で施行されて間もない制度や今後推進が本格化する施策などが将来的に社会に定着し、以前から継続的に運用されている制度・施策などに比肩・代替する影響力を保持する過程などで徐々に進行していく可能性が考えられる。また、将来的な国民意識は、今後社会に定着していく制度・施策などとも関連を持ちながら、条件や状況などによって流動し続け、ある程度の変動幅を有し続けるものと思われる。
- これも踏まえて直近数年間の高齢者向け施設、在宅での医療介護連携、訪問介護、孤独・孤立対策、医療機関、国民意識などに関する制度の改定状況や将来を見据えた施策の方針などを確認しながら、将来的な死亡場所構成比の変化に作用する可能性がある「社会環境」「国民意識」を洞察した。私見ではあるが、将来的に「人生会議」の普及が今以上に進むなどして、国民意識として本人の意向を尊重した最期の迎え方を提供しようという風土が一層醸成されていくとするならば、中長期的な死亡場所構成比の変化は、今後社会に定着していく制度・施策などとも関連を持ちながら、基本的には前稿で指摘した「最期の居場所」に対する国民の「期待度」の変動範囲内に収束していく傾向となるのではないかと考えている。
- この場合、「最期の居場所」として比較的高い「期待度」を有する高齢者向け施設や自宅が実際に「最期の居場所」としての役割を増すことになる。そうなれば施設・在宅での「看取り介護」の重要性も一層高まり、地域での看取りを確実にかなえる体制整備が肝要となる。「多死時代」に地域で確実な看取りが実現されるためには、今後の政策決定においても今以上に丁寧な議論・制度設計が必要だ。

1. はじめに

当研究所では「人口減少時代の未来設計図～社会・経済、そしてマインドの変革～」をテーマに、人口問題へのリサーチを強化している。本稿では前々稿（[「在宅死急増、理由は看取りか孤独死か？」～社会環境変化から「最期の居場所」を考える～](#)）および前稿（[「私たちは最期をどこで迎えたいのか？」～国民意識から「最期の居場所」を考える～](#)）に引き続き、日本における「最期の居場所」について検討する。前々稿・前稿では、死亡場所の構成比の変化に「社会環境」「国民意識」という大きく2つの要因が作用している可能性を指摘した（注1）。そして、2010年頃以降の日本における死亡場所の割合変化を社会環境変化・国民意識の観点から検討した。本稿では「最期の居場所」の割合が今後どのように変化していくのか、その展望を考察し、「多死時代」に高齢者向け施設や自宅で最期を迎えるうえで重要性が高まる「看取り介護」に必要な視点などについて私見を加えたい。なお、人生の最期の迎え方は一人ひとりの意思と尊厳において決定されるべきものである。レポート内では大局的な死亡場所割合の傾向などを示しているが、決して特定の最期の迎え方を称揚・棄損するような意図はなく、人生の幕の下ろし方に関する多様な価値観・考え方などを進めたり退けたりするような意図もない。

2. 「最期の居場所」の割合は今後どう変化するのか？

前々稿・前稿まで、2010年頃以降の日本における死亡場所の割合変化について社会環境変化や国民意識の観点から検討してきた。ここからは、「最期の居場所」の割合が今後どのように変化していくのか、その展望を考察する。繰り返しになるが前々稿では死亡場所の構成比の変化に「社会環境」「国民意識」という大きく2つの要因が作用している可能性を指摘した。この場合、今後の死亡場所の割合変化においても「社会環境」「国民意識」が作用することが考えられるだろう。ここからはその前提で死亡場所の構成比の変化を検討する。

過去から現在までの社会環境変化の経過などを踏まえて考えると、将来的な社会環境変化は、現時点で施行されて間もない制度や今後推進が本格化する施策などが将来的に社会に定着し、以前から継続的に運用されている制度・施策などに比肩・代替する影響力を保持する過程などで徐々に進行していく可能性が考えられる（注2）。また、過去から現在までの国民意識の経過などを踏まえて考えると、将来的な国民意識は、今後社会に定着していく制度・施策などとも関連を持ちながら、条件や状況などによって流動し続け、ある程度の変動幅を有し続けるものと思われる（注3）。そこでここからは、直近数年間の制度の改定状況や将来を見据えた施策の方針の動向などを確認しながら、将来的な死亡場所構成比の変化に作用する可能性がある「社会環境」「国民意識」を洞察する（注4）。

(1) 高齢者向け施設に関する直近の動向

はじめに、高齢者向け施設に関する直近の動向などについて、特に介護の視点から考える。ここでは特に2024年度介護報酬改定内容などを踏まえて検討する。

厚生労働省は2014年に施行した医療介護総合確保推進法などに基づき地域包括ケアシステム（注5）の確立を推進している。高齢者向け施設は厚生労働省が示す地域包括ケアシステムの体系図・概念図においてその一翼を担っており、例えば医療機関との連携については、地域包括支援センターの体制確立などといった具体的な形での進展が望まれている（注6）。直近2024年度の介護報酬改定では、高齢者向け施設と協力医療機関（注7）との連携強化などに係る見直しが行われた。具体的には、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院及び養護老人ホームにおいて、在宅医療を支援する地域の医療機関などと実効性のある連携体制を構築するため、入所者の病状が急変した場合などにおいて①医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること、②診療を行う体制を常時確保していること、③入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めることが義務化された（経過措置期間は3年とされている）。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護については、上記①②を満たす協力医療機関を定めることが努力義務となった。

2024年、厚生労働省は高齢者向け施設の協力医療機関選定状況を調査している（資料1）。高齢者向け施設における上記①②③の要件などを満たす協力医療機関の選定割合は介護老人福祉施設で56.6%、介護老人保健施設で70.0%、介護医療院で72.4%などとなっており、選定の義務化が決まる中、選定が必ずしも進んでいる状況とまではいえない。

資料1 施設種類ごとの協力医療機関選定状況

サービスの種類	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	養護老人ホーム
協力医療機関選定割合	56.6%	70.0%	72.4%	45.7%

サービスの種類	軽費老人ホーム	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護
協力医療機関選定割合	45.5%	67.3%	59.8%

（注）介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている場合に「選定している」としている。軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている場合に「選定している」としている。

（出所）厚生労働省「令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）（1）高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業（報告書）」（2024）より第一生命経済研究所作成

こうした状況などを踏まえて、厚生労働省は2025年5月に全国の都道府県・市町村などに通知「令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と協力医療機関との連携促進に係る対応について」を発信している。ここでは自治体が主導して「高齢者施設等と協力医療機関との連携状況等の把握」「協力医療機関との連携に係る取組が行われていない高齢者施設等への周知」「協力医療機関との連携に支障を来している高齢者施設等への支援」を行うよう、都道府県・市町村などに呼びかけている。今後、経過措置期間が終了する時期にかけて自治体のさらなる協力などによって高齢者向け施設による協力医療機関の選定が一層進むこととなれば、将来的に入所者の病状の急変などに施設内で適切に対応できる高齢者向け施設が今以上に増えることは考えられそうだ（注8）。

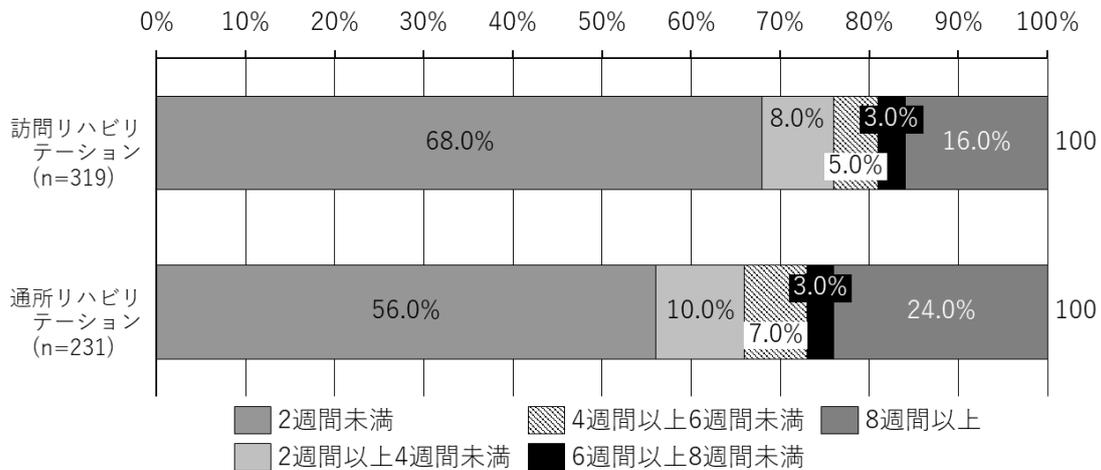
(2) 在宅での医療と介護の連携などに関する直近の動向

次に在宅での医療と介護の連携などに関する直近の動向などについて、特に介護の視点から考える。ここでは特に2024年度介護報酬改定内容などを踏まえて検討する。

厚生労働省は在宅医療・在宅介護の連携について2011年から推進事業として実施している。高齢者などが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるための在宅医療・介護の連携体制は、都道府県・保健所などの支援のもと市区町村が中心となり、地域の医師会や関係機関などの協働による進展が望まれている（注9）。直近2024年度の介護報酬改定ではリハビリテーション（以下、リハと呼ぶ）について、訪問リハ・通所リハの医療・介護連携強化などに係る見直しが行われた。具体的には、要介護認定者などが医療機関の退院後にリハ事業所の利用者となる場合、事業所は利用者が入院中に医療機関でどのようなリハを実施していたのか把握するため、医療機関からリハ実施計画書などを受け取ることが義務化された。

厚生労働省は2016年度に、訪問リハ・通所リハ利用者が医療機関を退院してからリハを開始するまでにかかる期間に関する調査を実施している（資料2）。訪問リハでは、かかる期間を2週間未満と回答した割合が約68%で、2週間以上の期間を要した割合は約32%であった。また、通所リハでは、かかる期間を2週間未満と回答した割合が約56%で、2週間以上の期間を要した割合は約34%であった。一般的に退院後の適切なリハ提供が身体機能の維持などには重要とされているが（注10）、この結果からは、2016年度の時点において早期のリハ提供が必ずしもすべての利用者に行き届いている状況とまではいえないだろう。

資料 2 医療機関退院からリハ利用開始までにかかる期間



(注) 調査結果は「平成 28 年度介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)」で実施された訪問リハ・通所リハ利用者へのアンケートをもとに、厚生労働省が集計したもの。なお、厚生労働省資料では数値に整数表記と小数点第 1 位までの表記が混在しており詳細な割合を判別することが困難な部分があったため、本稿では便宜的に全ての数値の小数点第 1 位を 0 として表示している。

(出所) 厚生労働省「通所リハビリテーション(改定の方向性)」(2023)より第一生命経済研究所作成

従来、医療機関からリハ事業所へリハ実施計画書の確実な連携がされず、リハ事業所が計画書の作成に手数を要していたことが、早期のリハ提供が行き届かない状況の一因であった可能性は否定できない(注 11)。2024 年度介護報酬改定による「医療機関のリハ実施計画書受け取り義務化」は、医療機関と訪問リハ・通所リハ事業所との間で早期のリハ提供が一層実現するきっかけとなる可能性は指摘できるだろう。加えて、医療機関のリハ計画書を参照することでリハ事業所が従来以上に連続性をもったリハ内容の計画書を作成できるようになる可能性がある。この場合、今後、さらに早期かつ適切なリハ提供が進む可能性もあり、将来的に要介護認定者などの身体機能の維持・向上などにも資する良い変化が生まれる可能性は考えられそうだ(注 12)。

(3) 訪問介護に関する直近の動向

次に、訪問介護に関する直近の動向などについて、特に介護の視点から考える。ここでは特に 2024 年度介護報酬改定内容などを踏まえて検討する。

直近 2024 年度の介護報酬改定では、訪問介護の基本報酬は引き下げられている。介護報酬が全体で 1.59%のプラス改定だった一方で、訪問介護の基本報酬は身体介護・生活援助・通院等乗降介助いずれも 2%以上の引き下げとなった(注 13)。梅原(2025)は「厚生労働省は引き下げの理由について、訪問介護事業所の利益率が高いことを挙げる」と指摘しており、訪問介護事業所が利益の出やすい事業形態だと判断されたことが基本報酬マイナス改定の一因とされている(注 14)。確かに、厚生労働

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

省「介護事業経営実態調査」によると 2023 年度の訪問介護事業所の収支差率は他の介護サービスと比べて高い（資料 3 上図）。しかしながら、訪問介護事業所の収支差率を延べ訪問回数別にみると、延べ訪問回数 400 回以下の小規模事業所では収支差率が 1% 台であり、決して高いとまではいえないと分かる（資料 3 下図）。小規模訪問介護事業所の収支差率を踏まえれば、小規模事業所が必ずしも利益の出やすい事業形態とまではいえないことが示唆される。

資料 3 サービス種類別・訪問介護事業所の訪問回数別収支差率

サービスの種類	訪問介護	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	通所介護	短期入所生活介護
収支差率	7.80%	-1.00%	-1.10%	1.50%	2.60%

延べ訪問回数	～200	201～400	401～600	601～800
収支差率	1.16%	1.41%	4.98%	6.24%

	801～1000	1001～1200	1201～1400	1401～2000	2001～
	6.07%	6.60%	13.52%	7.55%	13.18%

(注) 収支差率 = (事業所の収入 - 事業所の支出) / 事業所の収入
(出所) 厚生労働省「令和 5 年度介護事業経営実態調査」(2023)より第一生命経済研究所作成

前々稿で指摘したとおり、訪問介護事業所数は介護保険制度の創設以降では増加傾向となっている（注 15）。一方で、東京商工リサーチの調査によると 2025 年上半期（1～6 月）の訪問介護事業所の倒産は 45 件（2024 年同期は 42 件）となり、同時期では過去最多を更新している。そのうち従業員数 10 名未満の小規模事業所は 36 件（2024 年同期は 36 件）であり、大半を占めている。小規模事業所の収支差率も踏まえると、小規模訪問介護事業所の経営が基本報酬の引き下げで逼迫している可能性は指摘できるだろう。今後も小規模訪問介護事業所を取り巻く経営環境などが大きく改善していかない場合などには、地域によっては将来的に介護サービスの提供体制自体が変わってしまう事態も懸念され、介護保険制度の適切な運営に影響を及ぼす可能性も否定はできないといえそうだ（注 16）。

(4) 孤独・孤立対策に関する直近の動向

次に、孤独・孤立対策に関する直近の動向などについて考える。ここでは特に孤独・孤立対策推進法に基づく「重点計画」の内容について、高齢単身者の支援計画などの観点から検討する。

人口減少時代の未来設計図

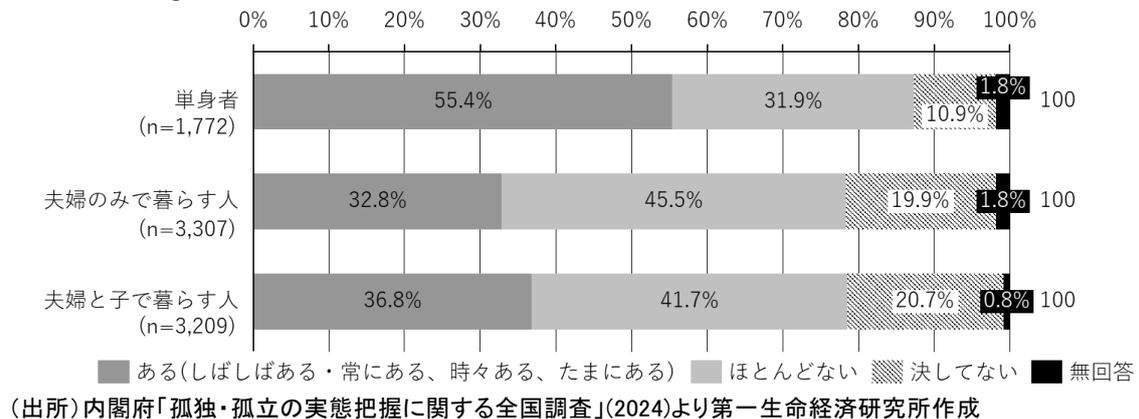
～社会・経済、そしてマインドの変革～

2023年に成立した孤独・孤立対策推進法では「孤独・孤立に悩む人を誰ひとり取り残さない社会」「相互に支え合い、人と人とのつながりが生まれる社会」を目指すための基本理念や国の役割などが定められた。同法においては、特に孤独・孤立の当事者が「意向に沿って社会及び他者との関わりを持つことにより孤独・孤立の状態から脱却して日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるようになること」を支援していくと規定された（注17）。2024年6月には同法に基づき「孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画」が策定され、孤独・孤立の当事者に対して推進すべき具体的な施策などが示された。直近2025年5月の「重点計画」改定では、2024年の孤立死者数が全国で約2.2万人と推計されたことなどを踏まえて（注18）、高齢単身者などの孤独死・孤立死を予防する観点からの「居場所・つながりづくり」といった「中長期的視野に立った孤独・孤立状態予防取り組みの推進」が重点分野の一つに追加されている（注19）。

内閣府は2024年度に実施した「孤独・孤立の実態把握に関する全国調査」で、世帯構成別の孤独感について調査している（資料4）。孤独感が「ある（しばしばある・常にある、時々ある、たまにある）」と回答した人の割合は、夫婦のみで暮らす人が32.8%、夫婦と子供で暮らす人が36.8%であったのに対して、単身者は55.4%と半数を上回る結果であった。同居人が居る人と比べて、同居人の居ない単身者の方が、孤独を感じやすい状況におかれていることが示唆されるだろう。

資料4 世帯構成別の孤独感

Q.あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか(世帯構成別)



浦（2024）は「今日に至るまでの長きに亘る研究により、社会的孤立・孤独が罹患率や死亡率に与える影響についての報告が数多くされてきており」「それらの軽減を目的とした様々なタイプの介入研究が行われており」「高齢者の孤立・孤独の軽減には他者や動物との積極的な接触を促す介入法が効果的であることが示唆される」と指

摘している。今後「重点計画」などによって地域での居場所・つながりづくりが今以上に進み、高齢単身者と地域社会との関係構築を促進する施策などが確実に展開されることがあれば、将来的に単身者の心身健康面などにおいて良い変化が生まれる可能性は考えられそうだ（注20）。

(5) 医療機関に関する直近の動向

次に、医療機関に関する直近の動向などについて考える。ここでは特に厚生労働省が2024年12月に公表した「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」の内容などを踏まえて検討する。

前々稿でも指摘したとおり厚生労働省は2006年の医療保険制度改革で「医療費適正化計画等による医療費適正化の総合的推進」を柱として以降、病床機能の分化に関する計画などを進めている。2014年に施行した医療介護総合確保推進法などに基づいて計画された地域医療構想は2016年に全都道府県で取り組みが始まり、2025年の必要病床数の推計などが行われた。医療機関と地域の連携強化などにより医療機関の機能分化は確かに進んでおり、地域での効率的な医療提供体制の実現が推進されている（注21）。直近2024年12月に厚生労働省が公表した「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」では、現行の地域医療構想が2025年に向けた取り組みであることを受けて、2040年を視野に入れた新・地域医療構想に関する方向性などが示されている（資料5）。具体的には「2025年度に国で新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討・作成」「都道府県において、医療機関からの報告データなどを踏まえながら、2026年度に地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計などを検討・策定」「2027年度から2028年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議などを行う」「新たな地域医療構想については、2027年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図る」こととされている。したがって新・地域医療構想については今後方向性が決定していく段階であり、「現行の地域医療構想の取組について、2026年度も継続する」こととなっている。

資料5 新たな地域医療構想の進め方



（出所）厚生労働省「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（2024）より第一生命経済研究所作成

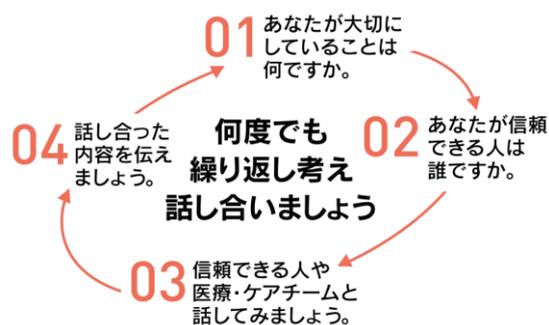
一方で、前述のとおり 2026 年度には新たに必要病床数の推計などが行われることになる。したがって、この方向性次第では地域の医療サービス提供体制に変化が生じる可能性はあるだろう。「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」では、『『治す医療』と『治し支える医療』を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある』と示されている。今後、医療機関の役割比重が今以上に治療に傾くこととなり、地域完結型の医療・介護の連携体制の確立などが一層進むこととなれば、療養や看取りを担う主体としての医療機関の役割が現在と比べて将来的に縮小していく可能性は否定できないといえそうだ（注 22）。

(6) 国民意識に関する直近の動向

次に、国民意識に関する直近の動向などについて考える。ここでは特に厚生労働省が取り組む人生の最終段階における医療・ケアなどに関する普及・啓発活動などを踏まえて検討する。

厚生労働省は、かねてより人生の最期をめぐる施策について、時代にあわせて取り組んできた。人生の最終段階における治療の開始・不開始や中止といった医療のあり方などの問題については、1987 年以来検討会を重ねている（柏崎, 2021）。2007 年には「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において、人生の最終段階における医療のあり方に関するガイドラインが初めて策定された。2018 年の改訂では、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称が変更され、高齢社会の進行に伴う高齢者向け施設・自宅での療養・看取りの需要増大を背景として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて本人が家族や医療・ケアチームなどと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念が追加された。厚生労働省はACPを「人生会議」という愛称で呼ぶこととし、「もしも」の時に望みをかなえる第一歩として話し合いの場を設ける重要性について、普及・啓発活動を進めている（資料 6）。

資料 6 「人生会議」での話し合いの進め方



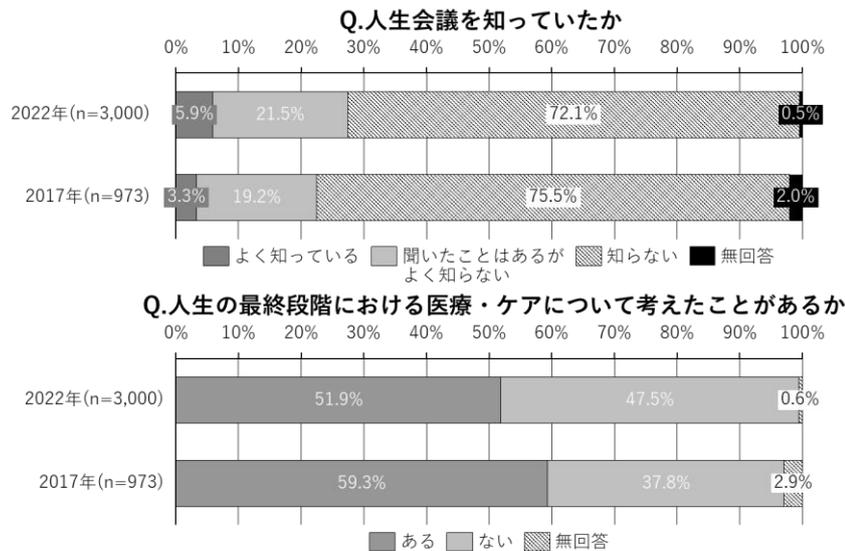
(出所)厚生労働省 HP(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)より引用

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

資料7は、2017年度・2022年度の厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」による「人生会議を知っていたか」「人生の最終段階における医療・ケアについて考えたことがあるか」の調査結果である。「人生会議を知っていたか」について「よく知っている」と回答した割合は2022年度で5.9%、「知らない」が72.1%であった。また、「人生の最終段階における医療・ケアについて考えたことがあるか」の設問には、2022年度で51.9%が「ある」と回答している。

資料7 「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」結果



(出所)厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(各年版)より第一生命経済研究所作成

この結果からは、2022年度の時点において、本人がどのような最期の迎え方を期待しているのかについて、多くの場合で周囲の家族や医療・ケアチームが把握しきれていない可能性が示唆されるだろう。一方で、田中ら(2025)は終末期がん看護の経験がある看護師などを対象としたアンケート調査を行い、患者の約65%にACPが実施されていたことなどを指摘している。厚生労働省は2024年度にACPの普及イベントを開催するなど、普及・啓発活動の幅を広げている(注23)と思われるが、政策的なアプローチだけでなく、医療・ケアチームなどから周囲の家族へのACPの働きかけが今以上に進むことなどがあれば、将来的に本人が望む「最期の居場所」をかなえるような国民意識が今以上に醸成されていく可能性は考えられるだろう(注24)。

3. おわりにー人生の終わりを納得した形で迎えられる社会に向けて

ここまで直近数年間の高齢者向け施設、在宅での医療介護連携、訪問介護、孤独・孤立対策、医療機関、国民意識などに関する制度の改定状況や将来を見据えた施策の

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

方針などを確認し、将来的な死亡場所構成比の変化に作用する可能性がある「社会環境」「国民意識」を洞察してきた。「最期の居場所」の割合が今後どう変化していくのかについては、私見ではあるが中長期的には、将来的に「人生会議」の普及が今以上に進むなどして国民意識として本人の意向を尊重した最期の迎え方を提供しようという風土が一層醸成されていくとするならば、今後社会に定着していく制度・施策などとも関連を持ちながら、基本的には前稿で指摘した「最期の居場所」に対する「期待度」の変動範囲内に収束していく傾向となるのではないかと考えている（注25）。

もちろん国民の「期待度」は絶対的なものではなく、おかれた状況などによって揺れ動くものであるし、将来的に新たに運用される制度や施策などが社会に定着する過程で何らかの突発的事象が発生するなどし、社会に急激な変化が生じる可能性は否定できないため、前稿で指摘した実際の死亡場所構成比と調査結果が示す希望する「最期の居場所」の割合との乖離（注26）が短期的に必ず緩和されていくとまでは考えていない（注27）。ただ、個人的にはこの乖離が和らぐことは、個人個人が尊厳のある最期を迎えられる社会が今以上につくられていくことと同義だと考えており、将来的な死亡場所の構成比の変化は、中長期的にはこうした「社会環境」が今以上に築かれるのにあわせて「国民意識」に近似していく傾向をみせるのではないかと考える。

この場合、「最期の居場所」として比較的高い「期待度」を有する高齢者向け施設や自宅が実際に今以上に「最期の居場所」としての役割を増やしていくことになる。そうなれば、施設・在宅での「看取り介護」の重要性は一層高まり、地域での看取りを確実にかなえる体制のさらなる整備が肝要となるだろう。前章では高齢者などを地域全体で支える協働体制の確立を促す制度・施策なども確認してきた。ただ、年間約160万人が亡くなる「多死時代」に地域での確実な看取りが実現されるためには、今後の政策決定においても今以上に丁寧な議論と制度設計が求められるだろう。

例えば、高齢者向け施設、訪問介護・看護、医療機関などの「看取り介護」を担う主体の経営負担だけが増加する事態に陥らないように、人員確保・リスク管理・資金・協働体制整備といった多角的な観点からさらなる支援策を考案することは欠かせない。「看取り介護」に携わるスタッフや家族へのケアやサポートも今以上に方策を講じる必要がある。「人生会議」の考え方をさらに広め、本人が望む「最期の居場所」をかなえるような国民意識を一層醸成することも重要だ。「多死時代」の見通しや「最期の居場所」の変化を踏まえて多面的かつ詳細な討議が必要になるだろう。

人生の終わりを納得した形で迎えたいという気持ちは多くの人を持つものだ。「多死時代」においても尊厳と誇りを持ち、自分らしい「最期の居場所」で人生の幕を下ろせるような社会が形成されていくことが望まれる。

以上

【注釈】

- 1) 前々稿では先行研究等を踏まえ死亡場所構成比の変化の要因を「社会環境（社会保障制度・サービス提供体制の進展等の状況的要因）」と「国民意識（希望する最後の居場所や死生観等の属性的要因）」の大きく2つに分けて捉えることとし、前稿でも踏襲した。本稿においても同様に捉えることとする。なお、死亡場所の割合変化の背景は多様な要因が複合しているもので、前々稿・前稿・本稿で示している先行研究等がすべての視点からの研究を網羅しているものとまでは必ずしもいえないことには留意されたい。
- 2) 前々稿・前稿で確認したとおり、1950年代以降の社会環境変化には医療保障制度の発達・介護保険制度の創設と浸透といった年代ごとの新たな制度・施策等が社会に定着する過程が影響してきている。ここでは、現在以降も同様に年代ごとの新たな制度・施策等が社会に定着する過程で社会環境変化に影響を及ぼす可能性を指摘している。
- 3) 前々稿・前稿で確認したとおり、2010年頃以降の希望する「最期の居場所」に関する国民意識は条件等に左右される流動的なものであった。ここでは、現在以降も同様に国民意識が条件等によって揺らぐ可能性を指摘しており、その変動幅の大きさが必ずしも一定とはならないことを指摘している。
- 4) ここでいう「洞察」は研究開発戦略センター（CRDS）（2024）などが報告する「未来洞察」を指す。「未来洞察」は「科学技術の発展や社会変革の兆し、新しい研究開発の萌芽的トピック、その開発や実装に伴う潜在的・顕在的課題群（倫理的・法的・社会的課題や経済・環境への影響、安全保障上の含意等）をいかに把握するか」を体系化した政策的な意思決定手法の1つであり、科学技術・イノベーション分野等で用いられる。「将来の様々な可能性について、その相互作用を理解・学習することで、政策立案者がシナリオの多面的な側面や別のシナリオの可能性に意識を向け、考える能力を高める点」に意義があるとされ、本稿では情報収集の側面が強いとされる「ホライゾン・スキャニング手法」を準用して「未来洞察」を行う。「ホライゾン・スキャニング手法」は「潜在的に重要な発展の兆候を早期に発見するための体系的な探索活動であり、意思決定の支援（情報機能）とスキャンしたデータを分析し新たな課題を創造（政策展開機能）する2つの機能」を有する未来洞察手法である。「分析対象の時間軸において、何が不変で、何が変わる可能性があり、何が常に変化しているのかを見極めようとするもの」であり、ウィークシグナル（将来の課題を予兆する微かな兆候や変化）を特定することに役立つとされる。なお、前々稿・前稿においてはここまで、特に介護の視点から死亡場所割合の変化等を検討してきており、直近数年間の制度の改定状況や将来に向けた施策の方向性の動向等についても特に介護の視点から洞

察していく。なお、介護の視点はいくまで一つの視点であり、異なる観点等からの洞察の余地もあることには留意されたい。

- 5) 厚生労働省は2014年に施行した医療介護総合確保推進法等に基づいて2025年を目途に「地域包括ケアシステム」を確立し、高齢者に「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」を一体提供する仕組みの具現化を目指している。「地域包括ケアシステム」は一般に、「地域の実情に応じて高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」のことを指す。地域包括支援センターが中心となり、高齢者福祉と介護保険サービスの相談・調整・手続き等を担うこととされている。
- 6) 厚生労働省（2013）「地域包括ケアシステム構築に向けた取組について」資料等を参照している。
- 7) 介護保険法の規定に基づく基準省令「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準」等では、入院治療を必要とする入所者のためや入所者の病状の急変に備えるため等を理由として、あらかじめ協力病院を定めておかなければならないこととなっている。
- 8) ここで検討した社会環境変化に影響する可能性がある事項は特に2024年度介護報酬改定等を踏まえた制度変更等であるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば将来推計という観点では、林（2018）は2015年の介護施設在居者数等に基づき2065年頃までの介護施設需要を推計しており「首都圏等大都市圏および沖縄県では右肩上がりに増加する」と指摘している。前々稿で指摘したとおり介護サービス施設・事業所数は経年的に増え続けているが、今後、介護施設需要の増加等に対応して介護サービス施設・事業所数が変動する可能性等については社会環境変化に影響する可能性がある事項として検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。
- 9) 厚生労働省（2016）「在宅医療・介護連携推進事業の現状と課題について」資料等を参照している。
- 10) 例えばCunliffe et al.（2004）は高齢者の早期退院と適切かつ早期のリハビリ実施が通常の入院でのケアと比較して退院後の身体機能の維持等に寄与していることを示唆している。
- 11) もちろん、医療機関退院後の早期リハビリ提供が行き届かない要因には医療機関とリハビリ事業者の連携の視点以外にも利用者自身の問題（リハビリに対する意欲等）やケアマネージャーとの連携の問題等も挙げられ、多様な要因が複合しているものであることには留意されたい。

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの变革～

- 12) ここで検討した社会環境変化に影響する可能性がある事項は特に 2024 年度介護報酬改定等を踏まえた制度変更等であるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば厚生労働省が 2024 年 12 月に公表した「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」では 2025 年に向けた取り組みである地域医療構想に代わる「新たな地域医療構想」が示されている。ここでは 2040 年に向けて「在宅医療、医療・介護連携等の中長期的課題を整理し検討を行う」「都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う」とされており、在宅での医療・介護連携等に関する具体的な法制上の措置等が決定する可能性等については社会環境変化に影響する可能性がある事項として検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。
- 13) 2024 年度介護報酬改定により訪問介護の基本報酬の単位は、例えば 20 分以上 30 分未満の身体介護で 250 単位から 244 単位へ引き下げとなり、20 分以上 45 分未満の生活援助で 183 単位から 179 単位へ引き下げとなった。通院等乗降介助は 99 単位から 97 単位へ引き下げとなっている。
- 14) 2024 年 3 月の閣議後記者会見で武見厚生労働大臣（当時）は訪問介護の基本報酬引き下げの理由について「改定率プラス 1.59%のうちプラス 0.61%分は介護職員以外の職員の賃上げが可能となるよう配分することとされている中で、訪問介護事業所はこのような職員の割合が低いということ」「介護事業経営実態調査における収支差率が介護サービス全体平均の 2.4%に比べて相対的に高い 7.8%であるということ」と述べている。
- 15) 厚生労働省「介護給付等実態統計」によると、訪問介護事業所の数は 2016 年に 3 万 3,262 であったが、2024 年には 3 万 5,468 となっている。短期的な減少は認められるものの、介護保険制度の創設以降では事業所数は増加傾向にある。
- 16) ここで検討した社会環境変化に影響する可能性がある事項は特に 2024 年度介護報酬改定等を踏まえた制度変更等であるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば将来推計という観点では、菊池ら（2014）が 2014 年の在宅での要介護認定者数等に基づき 2060 年頃までの居住系サービス利用者数等を推計しており、例えば「居宅介護支援受給者数は、2014 年の 351 万人から、2025 年には 1.36 倍相当の 476 万人、2060 年には 1.68 倍相当の 590 万人まで拡大する」と指摘している。前々稿で指摘した通り訪問看護・訪問介護事業者数は介護保険制度の創設以降、増加傾向ではあるが、今後、介護施設需要の増加等に対応して事業所数等が変動する可能性等については社会環境変化に影響する可能性がある事項として検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。
- 17) 内閣官房（2023）「孤独・孤立対策推進法の概要」資料等を参照している。

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

- 18) 内閣府『『孤独死・孤立死』の実態把握に関するワーキンググループ』は2024年に「孤立死」したと位置づけられる人が全国で約2.2万人いると推計した。なおここでは「孤立死」の概念的定義を「誰にも看取られることなく死亡し、かつ、その遺体が一定期間の経過後に発見されるような死亡の態様」としている。なお、これとは別に警察庁は「警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者（令和6年）」資料において、自宅で亡くなった一人暮らしの人の数が2024年に7万6,020人であったと公表しており、そのうち76.4%にあたる5万8,044人が65歳以上の高齢者であったとしている。
- 19) 内閣府（2025）「孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画令和7年改定のポイント」資料等を参照している。
- 20) ここで検討した社会環境変化に影響する可能性がある事項は特に孤独・孤立対策推進法に基づく「重点計画」等を踏まえた制度変更等であるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば将来推計という観点では、国立社会保障・人口問題研究所（2024）が日本の将来の世帯数等を推計して「65歳以上の単独世帯が世帯主65歳以上の一般世帯総数に占める割合は、2020年の35.2%から2050年の45.1%へと大きく上昇する」と指摘しており、孤独・孤立に関する問題の視点として検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。
- 21) 厚生労働省（2020）「地域医療構想の実現に向けた取組みについて」資料等を参照している。
- 22) ここで検討した社会環境変化に影響する可能性がある事項は特に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」等を踏まえた制度変更等であるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば将来推計という観点では、谷口（2025）が2040年頃までの救急自動車による救急需要等を推計しており、「搬送人員は今後も増加し2030年前後には約720万人（対2024年速報値+44万人）とピークを迎える。その後も2040年にかけて約710万人前後と高水準が続くと見込まれる」と指摘している。前々稿で指摘した通り医療機関の病床数は機能分化等の観点から減少傾向にあるが、今後、需要の増加等に対応して医療機関数等が変動する可能性等については社会環境変化に影響する可能性がある事項として検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。
- 23) 厚生労働省 HP「[令和6年度『人生会議』（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）普及啓発イベントのお知らせ](#)」等を参照している。
- 24) ここで検討した国民意識に影響する可能性がある事項は特に厚生労働省が取り組む人生の最終段階における医療・ケア等に関する普及・啓発活動等を踏まえたものであるが、これはあくまで一つの視点であり、他にも例えば露木（2024）は日本では「尊厳死や安楽死をめぐる国民的な議論が未成熟で、問題の社会化や法的整備が

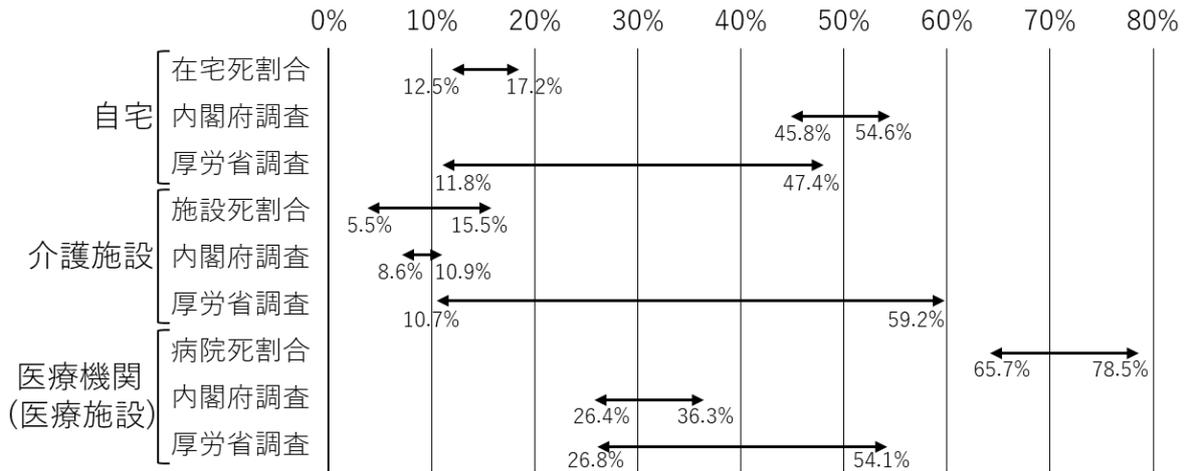
人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

課題」であることを指摘しており、人生の最終段階における医療・ケアに関する視点として、こうした考え方については検討の余地がある。異なる観点等からの検討の余地もあることには留意されたい。

- 25) ここでいう「期待度」は「最期の居場所」に対する国民全体の希望の程度という意味であり、本稿においては以降この意味で使用する。なお、前稿掲載資料：実際の死亡場所割合と希望する「最期の居場所」割合の変動幅は以下の通り。

資料 実際の死亡場所割合と希望する「最期の居場所」割合の変動幅



(出所)厚生労働省「人口動態調査」(各年版)、内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(2007、2012)、内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する調査」(2018、2023)、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(2012、2017、2022)より第一生命経済研究所作成

- 26) ここでいう「乖離」は単に1時期の調査結果と1時期の死亡場所構成比とを比較して国民意識と実際の死亡場所構成比との間に差異が存在するという意味ではなく、調査の条件等による国民意識の流動的な揺らぎが国民意識と実際の死亡場所構成比との間に完全に合致しない状況を生んでいるという意味であることには留意されたい。

- 27) 例えば、新型コロナウイルス感染症の流行による医療・介護提供体制への影響等が2020年前後の死亡場所の構成比における施設死・在宅死の割合増加、病院死の割合減少に寄与した可能性は指摘されており (Shibata et al., 2024) (Sun et al., 2024)、今後も、短中期的な死亡場所の構成比の変化に影響を及ぼす事象等が確認される可能性は否定できない。

【参考文献】

- ・石崎達郎 (2016) 「死亡前1年間における療養場所移行の実態把握」
- ・梅原英治 (2025) 「訪問介護が消えていく—都道府県・市区町村別に見た訪問介護事業所の状況—」
- ・浦 光博 (2024) 「社会的孤立・孤独の軽減と予防—一次予防研究の展開に向けて—」

人口減少時代の未来設計図

～社会・経済、そしてマインドの変革～

- ・ 柏崎郁子 (2021) 『人生の最終段階』における無益性の解釈と Advance Care Planning
- ・ 菊池 潤、川越 雅弘 (2016) 「人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需要変化」
- ・ 研究開発戦略センター (CRDS) (2024) 「未来洞察に関する諸外国の政策上の取り組み～今後の研究開発戦略やファンディング領域の検討に向けた基礎調査～」
- ・ 厚生労働省 (2013) 「地域包括ケアシステム構築に向けた取組について」
- ・ 厚生労働省 (2016) 「在宅医療・介護連携推進事業の現状と課題について」
- ・ 厚生労働省 (2020) 「地域医療構想の実現に向けた取組について」
- ・ 厚生労働省 (2022) 「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」
- ・ 厚生労働省 (2024) 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」
- ・ 須藤智也 (2025) 「【1 分解説】介護報酬改定とは？」
<https://www.dlri.co.jp/report/ld/448715.html>
- ・ 須藤智也 (2025) 「【1 分解説】通いの場（高齢者サロン）とは？」
<https://www.dlri.co.jp/report/ld/469889.html>
- ・ 田中愛子、永田千鶴、藪本知二 (2025) 「人生の最終段階にあるがん患者のアドバンス・ケア・プランニングと気付きに関する看護師の経験」
- ・ 谷口智明 (2025) 「救急搬送人員が過去最多を更新～高齢化の進展と 2040 年を見据えた救急需要の将来推計～」
<https://www.dlri.co.jp/report/ld/448771.html>
- ・ 露木信介 (2024) 「終末期医療における医療ソーシャルワークの展望－尊厳死・安楽死を想定した終末期医療のあり方－」
- ・ 内閣府 (2025) 「孤立死者数の推計方法等について～『警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者』をもとに～」
- ・ 林 玲子 (2018) 「都道府県別介護施設需要の将来推計」
- ・ Amanda L Cunliffe, John R F Gladman, Sharon L Husbands, Paul Miller, Michael E Dewey, Rowan H Harwood (2004) “Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people”
- ・ Masashi Shibata, Yuki Otsuka, Hideharu Hagiya, Toshihiro Koyama, Hideyuki Kashiwagi, Fumio Otsuka (2024) “Changes in the place of death before and during the COVID-19 pandemic in Japan”
- ・ Yu Sun, Masao Iwagami, Ryota Inokuchi, Nobuo Sakata, Tomoko Ito, Yuta Taniguchi, Satoru Yoshie, Nanako Tamiya (2024) “Change in the Proportion of Death at Home during the COVID-19 Pandemic and Its Associated Factors in the Municipality Level: A Nationwide Study in Japan”

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。