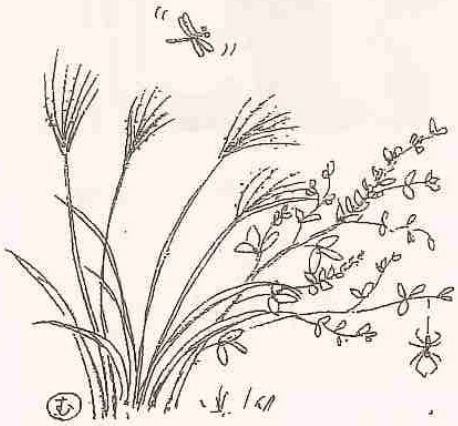
― 超高齢社会の『死』を考える ―

前回の通信発行から３ヶ月、酷暑に続き、経験したことがない豪雨や大型台風、北海道の大地震と大停電、天災がフルコースで襲ってきたようなありさまでした。皆さまはお変わりなかったでしょうか。今夏は首都圏に大きな被害はありませんでしたが、わが身に降りかかる日に備えておかねばと強く思いました。

先日、グループホーム入居者が亡くなられました。１年前に医師からターミナル期に入ったと伝えられ、１週間前に今日明日と告げられました。口もとに運んだ食物をはっきり拒否されることが多くなり、それでも２日前まで手を上げて挨拶してくださいました。享年92才。穏やかな死でした。

過日、高齢社会のターミナルを考える講演会で、医師からの「人生の最期に医療は主役ではない」との発言に会場から驚きの声が上がったと聞きました。『死＝医療（病気）』が常識になっているのでしょう。長い間、亡くなる場を病院に任せてきた結果ですが、老衰死は病気というより、いのちの自然な姿です。超高齢者の看取りは、日常の中で穏やかな死を実現することではないでしょうか。今の日本は政策として病院死を少なくする方向に舵を切っていますが、「我が家での最期」には課題が山積みで、誰にでもお奨めできるほど整ってはいません。

案外知られていないようですが、死亡の原因疾患と介護が必要になる理由は大きく異なります。死亡原因は「①癌、②心疾患、③肺炎、④脳血管疾患、⑤老衰」。介護の原因は「①認知症、②脳血管疾患、③老衰、④関節疾患、⑤骨折、⑥心疾患」です。死因のトップである癌も介護保険サービスが適用ですが、訪問介護など介護系のサービス利用は少なく、現状では退院してほどなく亡くなられることが多いため利用期間は短いことがほとんどです。介護の理由一位は昨年認知症がトップになりましたが、最期は老衰や誤嚥性肺炎、内臓疾患や癌などさまざまです。認知症だけでなく、介護が必要な期間は健康寿命と平均寿命の差にほぼ等しい約10年になります。



かつては自分自身の死に場所や看取りを考えておく必要はない人がほとんどでしたが、百歳を超えるのが珍しくないほど寿命が延び、家族形態や地域、医療を含む社会保障制度のありかたが激変している今はそうはいきません。『終活』は死後の財産処分や葬儀のことと合わせ、介護が必要な期間をどこでどう過ごすか、一度ご家族も交えて真剣に話し合っていただきたいと思います。

（代表理事／小島美里）