

基礎研 レター

老衰の増加にどう向き合うべきか

老衰にも、インフォームド・コンセントは必要ではないか？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本では、戦後一貫して死亡率が低下し、平均寿命が延びている。人口の高齢化が社会問題の1つとして捉えられるようになって久しい。その中で、近年、死亡の動向に変化が現れている。戦後半世紀以上に渡り、日本人の3大死因と言え、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が挙げられてきた。しかし2011年には、高齢者に多い肺炎が脳血管疾患を上回り死因の第3位となった¹。また2009年には、老衰が1981年以来28年ぶりに死因の第5位に上昇した²。

このように、高齢化は死因構造に変化を与えている。本稿では、老衰に焦点を当てて現状や見通しを概観する。併せて、今後の老衰の増加にどう向き合うべきかを検討することとしたい。

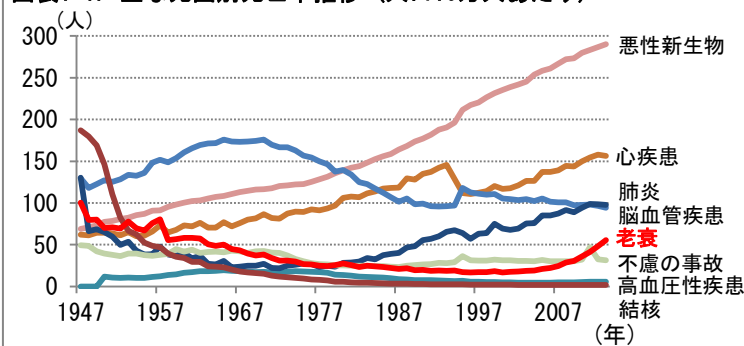
2—老衰死の現状

まず、統計をもとに老衰死の現状を見ることとしたい。

1 | 老衰の急増

日本の死因別死亡率は、次の図表のとおりに移してきた。

図表1-1. 主な死因別死亡率推移 (人口10万人あたり)



※「人口動態調査」(厚生労働省)より、筆者作成。なお、心疾患は高血圧性のものを除いている。

図表1-2. 死亡率の5年間の増減 (人)

	2008年	2013年	増減
悪性新生物	272.3	290.3	18.0
心疾患	144.4	156.5	12.1
肺炎	91.6	97.8	6.2
脳血管疾患	100.9	94.1	-6.8
老衰	28.6	55.5	26.9
不慮の事故	30.3	31.5	1.2
高血圧性疾患	5.0	5.7	0.7
結核	1.8	1.7	-0.1
合計	907.1	1009.1	102.0

¹ 肺炎による死亡の増加については、『3大死因』が変わるかも?』村松容子(ニッセイ基礎研究所, 研究員の眼, 2012年6月5日)でとり上げられている。

² 2011年には東日本大震災により不慮の事故が増加して死因第5位となった。2012年以降は再び老衰が第5位となっている。

老衰は他の死因と同様、戦後低下していった。しかし、2000年から増加に転じた。2013年には人口10万人あたりの死亡者数が55.5人に増加しており、死因の第5位になっている。特に、この5年間の増加幅は、死因の中で最も大きくなっている。

2 | 老衰とは何か

(1) 老衰の定義

老衰に関する明確な定義はない。保健・医療・福祉行政や医学研究の資料として使用されている人口動態統計等の死因統計は、死因別の死亡者数等のデータを取りまとめている。死因統計は、医師が作成・交付する死亡診断書(もしくは死体検案書)³における「死亡の原因」欄の記述がベースとなっている。厚生労働省が医師向けに発行しているマニュアルでは、老衰について注意がなされている。

図表 2. 老衰を死因として記載する場合の注意書きと、死亡診断書(死体検案書)の「死亡の原因」欄のイメージ

- ・死因としての「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。
- ・ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、医学的因果関係に従って記入することになります。

(例)	死亡の原因	I	(ア) 直接死因	誤嚥性肺炎	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間	10ヵ月
			(イ) (ア)の原因	老衰		不詳
			(ウ) (イ)の原因			
			(エ) (ウ)の原因			
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等				

※「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル(平成27年度版)」(厚生労働省)より抜粋。(下線は筆者が付した。)
(例)は手術、解剖欄を省略している。死亡診断書(死体検案書)をもとに、記載例を含めて、筆者作成。

これを見ると、死亡者が高齢者であることと、他に記載すべき死亡の原因がないことを要件として、いわゆる自然死の場合が、老衰に該当するものと解される。ここで問題となるのが、高齢者とは何歳以上の者を指すのか、が具体的に示されておらず判断を要する点。そして、他に記載すべき死亡の原因がない、ということも判断を必要とする点である。これらの判断は、死亡診断(もしくは検案)した医師に課せられている。ただ、この医師による老衰死の判断は、いくつかの困難を伴うこととなる。

(2) 老衰死の特徴 ～判断が困難となる背景

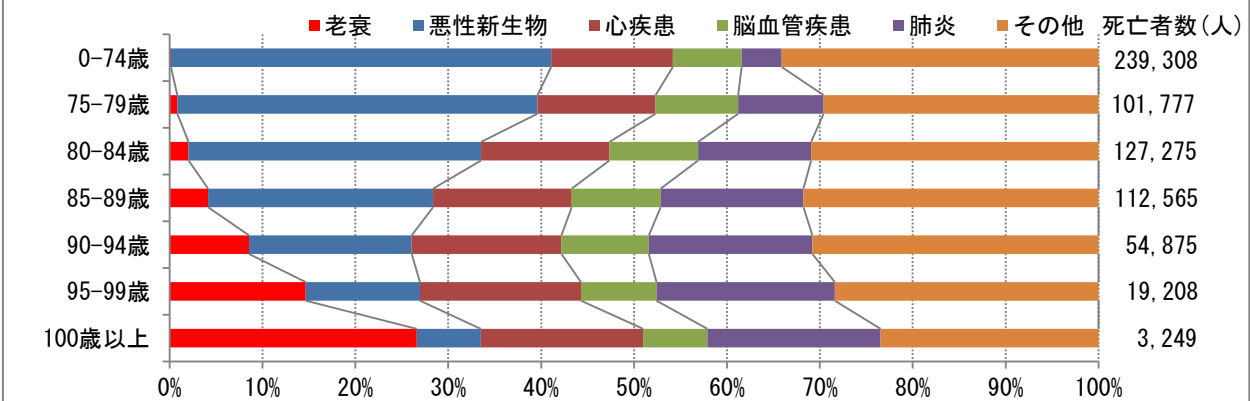
(a) 年齢

老衰死は、高齢者の死因であるため、平均寿命を超えていることが多い。年齢層別に、2013年の死亡者数に占める老衰死者数の割合を見てみよう。70歳代前半まではほとんど見られないが、80歳代後半から老衰死の占率が高まる。90歳代後半になると、男性では老衰が約15%に達し3大死因の1つとなる。女性では老衰が約22%となり死因の第1位となる。2014年に平均寿命は、男性80.50歳、女性86.83歳となっている。平均寿命を超過してから老衰による死者数が増加することが見て取れる。

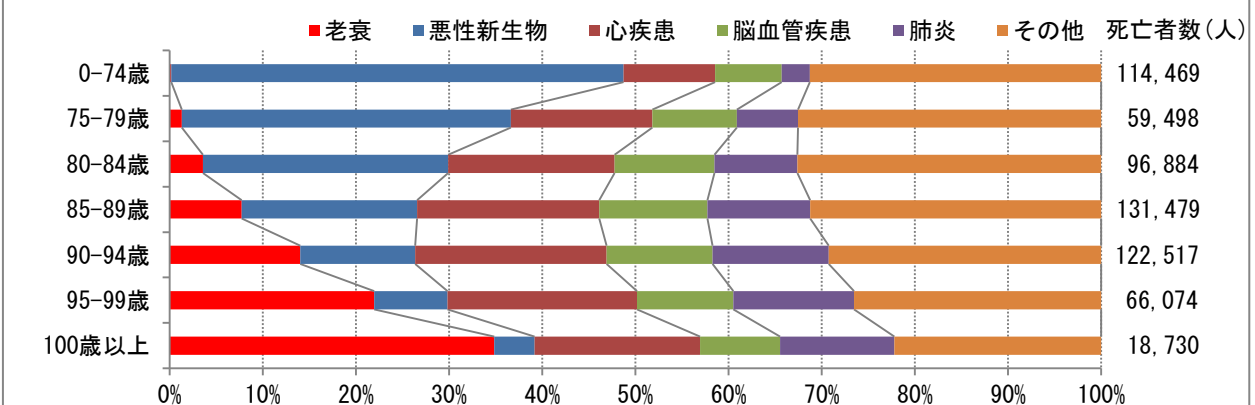
³ 死亡診断書(死体検案書)は、医師法及び歯科医師法により、医師及び歯科医師に作成・交付が義務付けられている(死体検案書を交付できるのは医師のみ)。死亡者が傷病で診療継続中であつた患者で、かつ、死亡の原因が診療に係る傷病と関連したものである場合に死亡診断書が、それ以外の場合に死体検案書が交付される。なお、両者の様式は同一となっている。

高齢者ほど老衰死が多いという事実は、当然のことと考えられる。しかし、老衰死も、他の疾病と同様、医師が死因を診断する。そこで、平均寿命以下の場合にはなかなか老衰と判断しづらく、高齢者の場合ほど判断しやすくなるという実態が、この年齢層別の死因分布に表れているとも言えよう。

図表3-1. 年齢層別の死因割合（男性） [2013年]



図表3-2. 年齢層別の死因割合（女性） [2013年]



※図表 3-1、3-2 とも、「人口動態調査(平成 25 年)」(厚生労働省)より、筆者作成 (年齢不詳者は除く)

(b) 開始時期

それでは、老衰はいつから始まっているのか。明確な開始時点はないものと考えられる。死亡診断書には、「発病(発症)又は受傷から死亡までの期間」を記載する欄が設けられているが、老衰については、ここにどのように記載すべきか、悩む医師が多いという。例えば、ある高齢者は、体力の衰えが徐々に増して、定期的な通院から入院に切り替わった末に、療養の甲斐もむなしく最終的に病院で息を引きとった。この場合、老衰の開始時期は入院を開始した時点なのか。または、通院を開始した時点なのか。極端に言えば生まれたときから老化は始まっているとみることもできる。このように老衰の開始時期は判然としないことが多い。診断する医師には、「不詳」と記載することも許されている。

老衰は緩やかに進行し、死亡後に後付けで老衰死と診断されることが一般的であろう。これまで、生前に老衰と診断することは、一般には行われていない。

(c) 疾病性

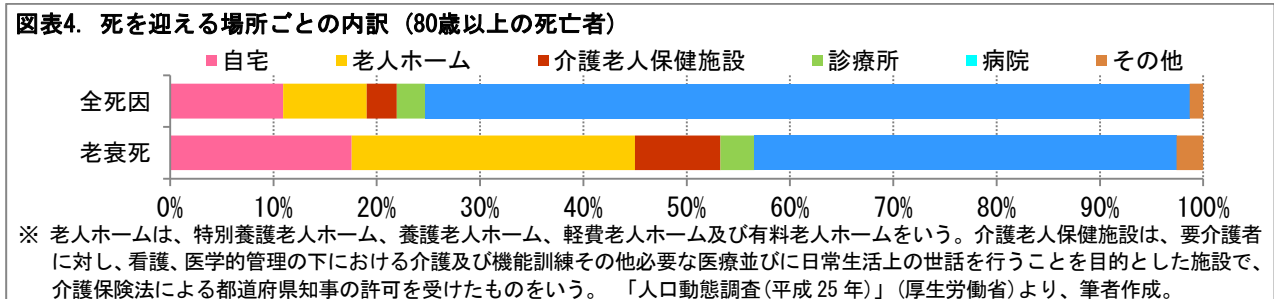
そもそも老衰は疾病なのか、という点にも議論の余地がある。病死と自然死を別物とする立場からすれば、自然死である老衰死は疾病による死亡ではないということになる。一方で、細胞や組織の力が衰えて死に至るといふ老衰の態様の推移は、疾病そのものだとする見方もある。このため、公的統計に用いられる死因分類と同様に、疾病分類としても、老衰にコード番号が割り当てられている。

3—今後の老衰死の見通し

1 | 老衰死が発生する場所

今後、ますます高齢化が進み、高齢者が増加するに連れて老衰死も増える、と考えられる。

地域包括ケアシステムが始まると、最期を迎える場所は病院とは限らなくなる。このことも医師による老衰の診断を増やす要因になるものと考えられる。実際に、老衰死の場所を見てみよう。



全死因では、自宅、老人ホーム、介護老人保健施設での死亡は合わせて20%強である。しかし老衰死だけを取り出すと、この割合は50%超となる。特に老人ホーム、介護老人保健施設の伸びが大きい。

今後、地域医療が進めば、特段の病気を有さずに、徐々に体力が衰えていく高齢者は、介護施設や自宅で医療やケアが施されることとなろう。それに伴い、最期を介護施設や自宅で迎える高齢者の数は、更に増えていくものと考えられる。

2 | 死生観の多様化

今後、地域医療が進展するのに併せて、個人の死生観が多様化するものと考えられる。

以前は、医療技術が進歩するに連れて、長生きこそが全てであり、患者を1分、1秒でも長く生かすことが医療の使命であるという考え方があった。そのため、自力で呼吸ができなくなった患者には人工呼吸器が使用され、食事ができなくなった患者には胃ろうが造設された。このような延命措置が患者や家族の望む最期の姿かどうか、問い直す時期が到来しているものと思われる。厚生労働省の検討会が行った調査によると、経鼻栄養⁵、人工呼吸、胃ろうを望む者は、1割程度とのことであった。

図表5. 延命治療を、望む者と望まない者の割合

(「望む」：「望まない」)

	末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合	重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合	認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合
口から水を飲めなくなった場合の点滴	61.1% : 21.9%	58.6% : 25.8%	46.8% : 40.0%
中心静脈栄養 ⁶	18.8% : 56.7%	18.7% : 58.9%	13.6% : 66.9%
経鼻栄養	12.7% : 63.4%	13.1% : 64.3%	10.1% : 71.1%
人工呼吸器の使用	11.1% : 67.0%	10.7% : 68.3%	8.7% : 73.7%
胃ろう	7.9% : 71.9%	7.6% : 72.8%	5.8% : 76.8%

* 2013年3月に郵送配布・回収により調査を実施。調査対象は、全国に居住する満20歳以上の男女5,000人。

「わからない」という回答や、無回答があるため、望む者と望まない者の合計は100%にならない。

※「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」(厚生労働省 同会, 平成26年3月)より、筆者作成

⁴ 病気等により口から栄養を摂取することが困難な人のために、胃に穴を開ける手術を行い、栄養剤を送る措置を指す。胃ろうには、延命治療として行われるものの他に、一時的な経口摂取障害に伴う栄養補給のために造設される場合もある。

⁵ 鼻から胃へチューブを通して栄養剤を入れる措置。手術は不要だが、鼻からチューブを通すことが患者の苦痛となる。

⁶ 内頸静脈、鎖骨下静脈、大腿静脈等の大静脈にカテーテルを入れて行う点滴。消化管の栄養摂取が困難な場合等に行われる。

この調査は、患者ではなく一般の国民を対象としている。このため、実際に患者となった場合に、この調査結果の通りに、延命治療を望まないとする声が圧倒的な多数を占めるかどうか、少し割り引いて考えることが必要であろう。

ただ、調査結果からは、延命治療を望まないとする意見が、望むとする意見を上回っているという傾向が見て取れる。近年、在宅医療が増えるに従い、延命治療を行う代わりに、自宅で安らかな最期を迎えたいとする、平穏死を望む患者や家族が増えているものと思われる。今後の老衰死の推移には、こうした死に対する意識、死生観の多様化も密接に関係してくるものと考えられる。

4—おわりに（私見）

今後、老衰は増加し、死因としてより一般的になるものと思われる。そうした中で、単に老衰を死因として捉えるだけではなく、老衰が進行する高齢者にどのような医療・ケアを行うかを考えるべきではないだろうか。

高齢者に多い肺炎や、認知症といった疾病については、病理学や疫学的な研究が進み、臨床医学を踏まえた治療方法の確立や薬剤等の開発が日進月歩で進められている。一方、老衰については、これまで疾病として認識されず、どの疾病にも該当しない「その他」の死因という形で取り扱われてきた。老衰が組織や細胞の自然な衰えである以上、これを治療によって治すことは、将来的にも困難であろう。従って、老衰に対して可能な医療措置は、急性増悪を治療して高齢者の生活の質(Quality of Life, QOL)の低下を防ぐ一般医療や、胃ろうや人工呼吸等による延命治療が中心になるものと考えられる。⁷

一方で、老衰に対する高齢者や家族の心構えという点ではどうだろうか。老衰の兆候を早期に見出して高齢者や家族に生前に知らせることで、その高齢者が重篤な状態に至る前に、もしそうなったらどのような治療を受けたいかということの検討や、選択の機会を与えることは可能ではないだろうか。老衰の場合にも他の疾病と同様に、インフォームド・コンセント⁸やリビング・ウィル⁹の仕組みを確立しておくことが、最期を生き切ろうとする高齢者の尊厳を守り、適切な医療を行うことにつながるのではないだろうか。¹⁰

今後、更に高齢化が進んでいく日本において、老衰が、従来以上に身近なものとしてクローズアップされていくものと思われる。ジェロントロジー(老年学)の1つの分野として、老衰による終末期の高齢者への向き合い方について、更なる議論が展開されるべきと考えられる。

⁷ 終末期医療のあり方については、「日本の医療—制度と政策」島崎謙治(東京大学出版会、2011年)第9章を参考にした。

⁸ 医療行為(投薬・手術・検査など)や臨床試験などの対象者である患者や被験者が、その内容について、よく説明を受けて十分に理解をした上で、自らの意思に基づいて、医療従事者と医療行為等の方針について合意または拒否すること。説明には、医療行為等の内容や効果だけではなく、代替治療、副作用や成功率、費用、予後を含む情報が含まれる。患者や被験者は納得するまで質問し、説明を求めることが必要となる。

⁹ 尊厳死の宣言書を指す。日本では、日本尊厳死協会が登録管理をしている。主な内容は次の通り。①不治かつ末期になった場合、無意味な延命措置を拒否する。②苦痛を和らげる措置は最大限に実施する。③回復不能な遷延性意識障害(持続的植物状態)に陥った場合は生命維持措置をとりやめる。(一般財団法人 日本尊厳死協会ホームページより)

¹⁰ なお、高齢者・患者の意思は、病状等により変化するものと思われる。従って、リビング・ウィルはいつでも書き換え可能とすることや、実際の臨床段階で治療方針についての意思の再確認をすることが必要と考えられる。