

基礎研 レター

老衰の増加

公的介護保険制度の浸透が影響？

保険研究部 主席研究員 篠原 拓也
(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本では、老衰を死因とする死亡が増加している。2020年には、13.2万人もの人が老衰で亡くなり、対前年で8%以上も増加した。死亡数では、がん、心疾患について、3番目に多い死因となっている。

老衰が増える背景には、人口の高齢化がある。生活習慣病や感染症などの病気で亡くなることなく、天寿をまっとうする高齢者が増えているという見方だ。ただ、それだけではない。老衰の増加には、他の病気による死因とは異なる社会的な要素が反映されている。

本稿では、データをみながら、増加する老衰について考えてみたい。

2—老衰死の推移

まず、日本での老衰死の推移からみていこう。

1 | 老衰の死亡率は2000年頃を底としたU字型

各時代で、人口が異なるため、死亡数そのものを参照・比較してもわかりづらい。死亡数を人口で割り算した、死亡率の推移をみていくことにしよう。老衰の死亡率を、戦前に死因第1位であった結核と、現在第1位のがん、第2位の心疾患と比較して表すと、つぎの図のとおりとなる。

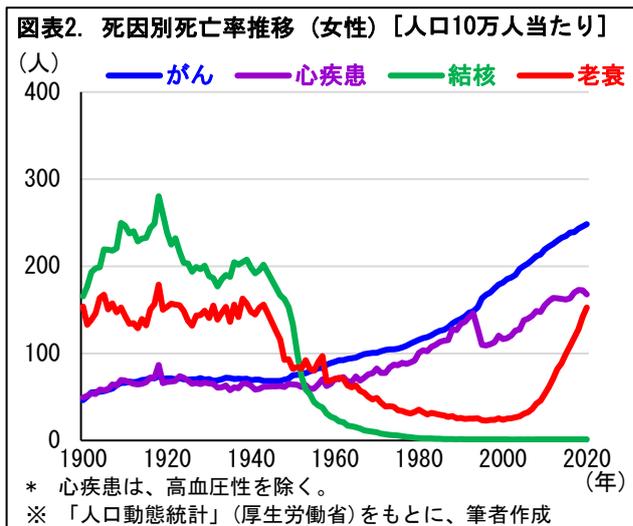
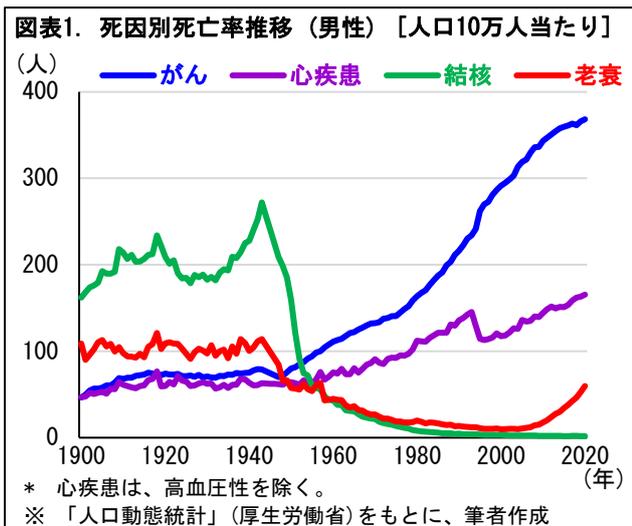
結核は、戦後になって右肩下がりで急低下しており、現在は、ゼロに近づいている。対照的に、がんは戦後一貫して右肩上がりで上昇しており、1981年以降、男女総計の死因第1位となっている。心疾患も戦後上昇してきたが、1994～95年に死亡率は大きく低下している。これは、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は心疾患による死亡としなくなったことの影響と言われている²。

老衰は、戦前、結核と、がんや心疾患の間で、一定水準で推移していた。そして、戦後になって、低下していった。ところが、2000年ごろを底に上昇に転じた。戦後、老衰の死亡率のカーブはU字型

¹ 本稿は、「死因『老衰』とは何か—日本は『老衰』大国、『老衰』では死ねないアメリカ—藤村憲治著(南方新社, 2018年)、「令和4年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」(厚生労働省)等の諸資料を参考として、執筆した。

² 死亡診断書の記入マニュアルには、「(死亡の原因の欄には)疾患の終末期の状態としての『心不全』、『呼吸不全』等は記入しないようにします」との注意書きが加わった。

を呈しており³、他の死因にはみられない独特の推移を示している。

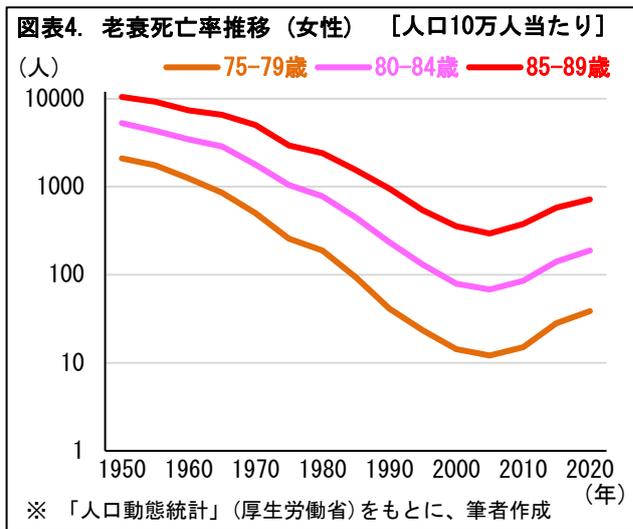
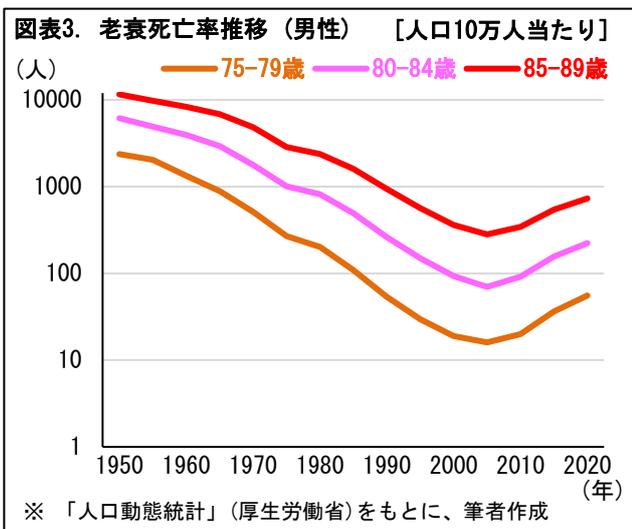


2 | 老衰の死亡率は年齢区分を固定してもU字型

前節で、「戦後、老衰の死亡率のカーブはU字型」としたが、人口の年齢構成が大きく変化するなかで年齢総計の死亡率で比較しても、はたして意味があるのだろうか、という疑問がわくかもしれない。

そこで、高齢で年齢区分を固定して、老衰の死亡率の推移をみてみよう。ただし、死亡率水準は年齢によって大きく異なる。そこで、図を見やすくするために、縦軸を対数で表示することにしよう。

その結果、老衰死亡率は、男女とも各年齢区分で2000年代を底にU字型を呈していることがわかる。



3——死亡診断書上の老衰死因記載

老衰による死亡は、単に人口の高齢化が進んでいるからだけではなさそうだ。そこで、そもそも死因統計のベースとなる、死亡診断書上の記載について、みていこう。

³ 「老衰死 大切な身内の穏やかな最期のために」NHK スペシャル取材班著(講談社, 2016年)には、小笠原卓哉氏の執筆パート(p78-79)に、「私がそれまで目にしたことがあるグラフの大半は、たとえば『結核による死者数』のように医療の進歩によってその数が減っていく、『右肩下がり』のかたちか、高齢化にともなって増加を続ける『がん患者数』のように『右肩上がり』だった。このような『U字型』のグラフを見た記憶はほとんどなかった。」との記述がある。

1 | 死因の分類はICDが基準

日本では、人が死亡した場合、医師または歯科医師によって、死亡診断書または死体検案書が交付される⁴。この書類は、死亡届と一体となっており、医師または歯科医師の記載の上で、自治体(市区町村)に届け出ることとなっている。なお、この届出がないと、自治体から火葬許可証が発行されない。

死亡診断書(死体検案書)の意義は、大きく2つある。1つは、人間の死亡を医学的・法律的に証明すること。もう1つは、国の死因統計作成の資料となることだ。

後者の死因統計は、国民の保健・医療・福祉に関する行政の重要な基礎資料であり、医学研究をはじめ各分野においても貴重な資料となっている。厚生労働省は、死因統計を国の基幹統計である人口動態統計として公表している。死因の分類では、世界保健機関(WHO)が定めた「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)」が基準とされている⁵。

2 | 死因「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因のない、いわゆる自然死の場合のみ

死亡診断書での死因の記載について、みてみよう。厚生労働省は、医師や歯科医師向けに、死亡診断書記入マニュアルを作成、公開している。その中で、死因記載欄は、つぎのとおりとなっている。

図表 5. 死亡診断書の死因記載欄 (イメージ)

死 亡 の 原 因 ◆ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆ I 欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◆ I 欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は、(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	I	(ア) 直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間	
		(イ) (ア)の原因		◆年、月、日等の単位で書いてください	
		(ウ) (イ)の原因		ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください	
		(エ) (ウ)の原因		(例：1年3ヵ月、5時間20分)	
	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			
	手術	1 無 2 有	部位及び主要所見 }	手術年月日	令和 平成 年 月 日 昭和
	解剖	1 無 2 有		主要所見 }	
死 因 の 種 類		1 病死及び自然死	不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 } 6 窒息 7 中毒 8 その他		
	外因死	その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 }			
		12 不詳の死			

※ 「令和4年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」(厚生労働省)をもとに、筆者作成

このうち、「死亡の原因」のI欄とII欄が国際的なルールで統一された記載事項。それ以外は、日本

⁴ 両者の使い分けについて、「自らの診療管理下にある患者が、生前に診療していた傷病に関連して死亡したと認める場合には「死亡診断書」を、それ以外の場合には「死体検案書」を交付。なお、死亡診断書は医師または歯科医師が交付できるが、死体検案書は医師以外は作成できないとされている。(医師法第19条第2項、歯科医師法第19条第2項)

⁵ ICDは、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略。

独自の記載事項とされている。

そして、老衰については、記入マニュアルで、次の一般的注意が示されている。

図表 6. 老衰に関する一般的注意（記入マニュアルより）

○ 一般的注意

- ④ 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)

(ア) 直接死因	誤嚥性肺炎
(イ) (ア)の原因	老衰

※ 「令和4年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」(厚生労働省)をもとに、筆者作成(朱記・ゴシック字体部分は、マニュアルと同じ)

これは、死因「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因のないような、いわゆる自然死の場合にのみ記載することができ、それ以外の場合には記すことができない、との注意書きだ。死因を「老衰」と記す際は、他に記載すべき死亡の原因がないことの確認を、医師に求めているといえるだろう。

3 | 死因「老衰」は、病院の医師は記載しづらい

このように、老衰は、いわゆる自然死の場合にのみ記載可能だ。ここで、「自然死」は、日本では、人為的ではない死、つまり医師が医学的処置を行わないで迎えた死、と解されることもある⁶。ところが、通常、病院で死を迎える場合、何も医学的処置をせずに死に至ることは極めてまれなケースであろう。病院の医師にとって、老衰を死因として記載することはためられることもあるようだ⁷。

加えて、そもそも病院の医師は、患者の病状を診断し、そのうえで適切な治療を行うことを基本としている。「他に記載すべき死亡の原因のない」というのは、患者の病名を診断できないことを意味するため、医師として職務を完遂できなかったことの表明とみる見方もある。その点からも、死因「老衰」は、病院の医師にとって記載しづらいものといえる。

4——死亡場所の変化：老衰の記載に影響

前章までにみたことは、戦後～2000年頃までの老衰死の減少要因を示しているといえる。戦後長らく、老衰死は自宅で迎えるものであった。一方、死亡全体を見ると、病院で死を迎えることが当たり前となっていった。つまり、病院の医師は、入院患者が死亡した場合、死亡診断書に死因を老衰とは書きづらく、死の直接の原因として心不全や呼吸不全などと記載しやすかっただろうと考えられる。

ところが、高齢化が進み、死を迎える場所は、病院以外にも広がっていく。次のグラフは、1980年、

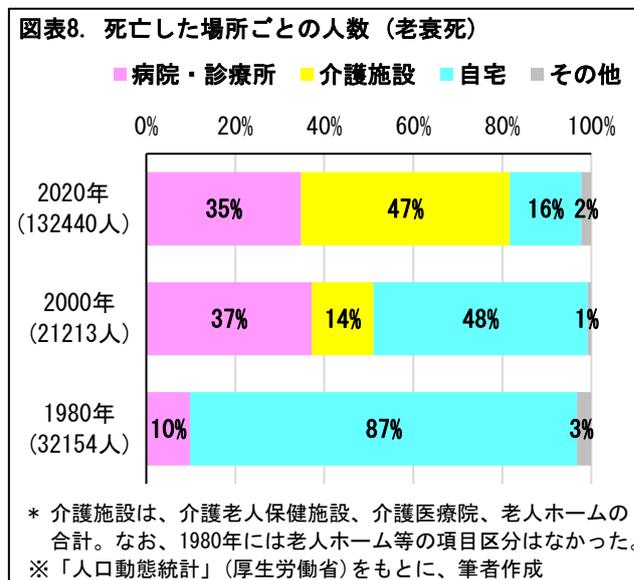
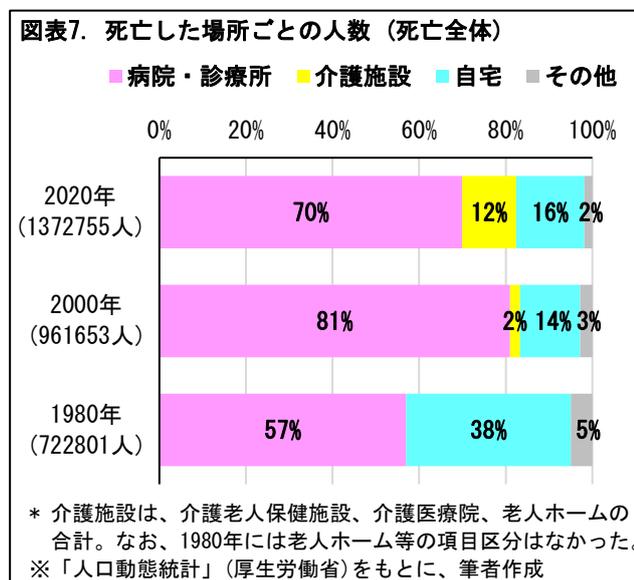
⁶ これに対して、「自然死」という用語の訳出元である“natural death”は、欧米では、医師が死に介在することが自然、という意味で解される。つまり、医師が医学的処置を行ったうえで迎えた死も、natural deathとなりうる。

⁷ 「死因『老衰』とは何か ー日本は『老衰』 大国、『老衰』では死ねないアメリカー」藤村憲治著(南方新社, 2018年)では、「老衰」死亡診断についての医師へのインタビューの結果を紹介している。それによると、「専門医四人中二人の臨床医は、『老衰』死亡診断の経験はないと答えました。八人の家庭医は、病院勤務医時代は『老衰』と診断したことはなかったが、家庭医としては全員『老衰』診断をしたことがあると答えました。また、専門医が所属する四五〇床の総合病院では、平成二三年度中に二三〇人の患者さんが亡くなっているが、『老衰』という死亡診断書は一通もなかったということが確認できました。」(同書 p118 ページより引用(ただし改行は取りやめ))とされている。

2000年、2020年の死亡数を、死亡全体と老衰死について、死を迎えた場所別にまとめたものだ。

死亡全体では、病院・診療所が多く、2020年には約7割を占めている。同割合は、2000年には約8割、1980年には約6割であり、死亡した人の半数以上が病院・診療所で死を迎える状況が続いている。

一方、老衰死をみると、2020年には介護施設が約半数で最も多く、病院・診療所、自宅がこれに続いている。1980年には9割近くを自宅が占めていたが、近年は介護施設などに多様化している⁸。



これは、老衰死の死亡診断の担い手が、在宅医療や病院・診療所の医師だけでなく、介護施設を担当する医師に多様化してきたことを表している。

介護施設で暮らす高齢者が加齢に伴い徐々に体力が弱まっていき、最終的に施設で死を迎える場合、特段の医学的処置をせずに死に至る場合もありうる。こうした場合、死亡診断書上の死因を「老衰」と記すことについて、介護施設の担当医師は、病院医師ほどの抵抗感を持たないものとみられる。

つまり、老衰による死亡が増加している要因の1つとして、公的介護保険制度が浸透して、介護施設で死を迎えることが増加したことが挙げられるものと考えられる。

5—おわりに（私見）

本稿では、老衰死の増加と、その背景にある要因の1つをみていった。世間では、老衰による死は、天寿をまっとうして迎える安らかな死、というイメージがある⁹。だが、病院の医師の側からすると、死因を老衰と診断することのハードルは、依然として高いものとみられる。

今後、高齢者が増えて、さらに老衰死も増加していく。老衰という死因が持つ社会的な要素を振り返ってみるべき時期といえるだろう。具体的には、死亡診断書を作成する医師の、死因を「老衰」と記載することへの抵抗感を減らすよう、ルールの有在り方を検討することが望ましいものと考えられる。

今後も、老衰を巡る動向について、注視していくこととしたい。

⁸ 介護施設には、介護老人保健施設、介護医療院、老人ホームが含まれる。グループホームやサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)は、自宅に含まれる。(令和4年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル)(厚生労働省)より

⁹ 一般市民への老衰死に関するインターネット調査(回答者1003名)によると、『「老衰で亡くなる」ということは、安らかな死であると感じますか?』との問いに対し、「非常にそう思う」が27.1%、「まあまあそう思う」が54.4%で、回答者の8割以上が肯定的な回答を行っている。(「一般市民への老衰死に関するインターネット調査」今永光彦、外山哲也(日本在宅医療連合学会誌 第2巻・第2号, 2021年9月)