

厚生労働科学研究費補助金
(政策科学総合研究事業(統計情報総合研究事業))

令和7年度 分担研究報告書

ICD-11の適用を通じて我が国の死因・疾病統計の向上を目指すための研究
「わが国の『老衰死』をどのように扱うか：死亡診断書の様式改善に向けて」

研究分担者 丸井英二 人間総合科学大学 大学院人間総合科学研究科 教授

研究要旨

本年度の分担研究報告は以下の3点からなる。

1. 「老衰死」再考。

1-1 「診断としての老衰」と「死因としての老衰(老衰死)」

1-2 老衰死の意味の変化：20世紀後半の老衰は医学的に減少したが、21世紀の老衰は社会的ラベルとして増加している。

1-3 老衰死の性比：年齢補正をおこなっても、依然として女性の老衰死は男性に比べて高い。

2. 死亡診断書での「老衰」と記入について、現場での経験の豊富な医師を対象に追加調査を行った

3. 『いわゆる自然死』とは何か

医師を対象とした質的調査においても、現行の『死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル』において「自然死」自体の定義を示すことなく、『いわゆる自然死』としたことで、記入者である個々の医師の恣意的な判断に委ねることになっている。老衰記載についてのガイドラインと整合性を保つためにも、この「自然死」を明示していくことが必要である。

A. 研究目的

わが国の死因統計によれば、「老衰死」は2024年には死因順位第3位で、全死亡の13%を占めている。人口の高齢化が進んでいるとはいえ、これは世界的にみても特異な現象であり、死因構造の国際比較にも支障をきたすことになる。そこで、ICD-11の導入にあたり、「老衰」をどのように扱うべきかを明確化することが必要である。「老衰」は生物医学的診断名ではなく、ICD-11においても死因不明と同等の扱いとなっているにもかかわらず、「老衰」の多いことはわが国の文化的、社会的背景を抜

きにして論議することはできない。そのため、現状を数量的ならびに質的に把握したうえで、現場で活用可能な適切なガイドラインの提示が必要であれば、その検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

研究班全体としては、ICD-11の適用の際に分類上問題となる「老衰」について、現場での死亡診断書記載の際の医師の意識を中心に質的研究を進めた。また、分担研究としては、わが国の人口動態統計の年次別報告をもちいて、把握できる歴史的特徴を

客観的に明らかにし、インタビューによる調査を補完する。

(倫理面への配慮)

老衰の死亡診断書の記載に関わる質的調査の倫理審査は、国立社会保障・人口問題研究所における人を対象とする研究に関する倫理指針及び国立社会保障・人口問題研究所研究倫理審査委員会規程に基づく研究倫理審査のガイドラインに基づき、国立社会保障・人口問題研究所倫理審査委員会にて実施し承認を受けた(承認番号IPSS-IBRA#24001)。

C. 研究成果

本報告では、戦後の日本の死因順位において「老衰」が減少し、近年ふたたび上昇していることについて検討を加え、あわせて男女差についても言及する。

1-1 老衰死の意味の変化

わが国においては、老衰は20世紀後半に減少し、21世紀に入っていちじるしく増加しつつある。世界的には「老衰死」という死因がつけられることはきわめて少ない。もちろん、それは医学的に妥当な死因として認められないからである。

図1に示すように、老衰の死亡率は減少したが、ふたたび増加している。死亡割合の順位が現在、悪性新生物、心疾患に次いで第3位であることは、世界的な標準からして異常な事態であることは指摘されてきた。もちろん高齢者人口の増加によるものであることは言うをまたない。しかし、すべてをわが国の人口の高齢化に帰することはできない。

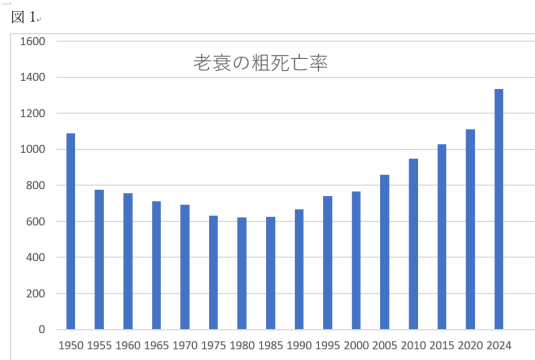
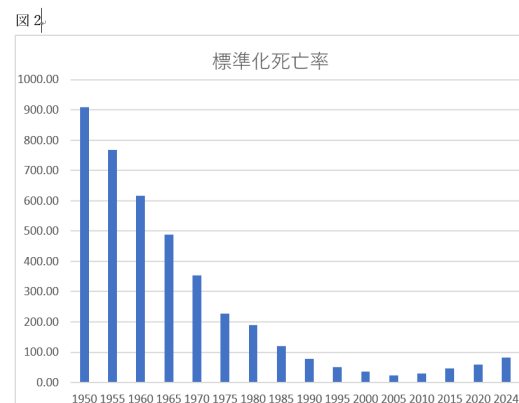
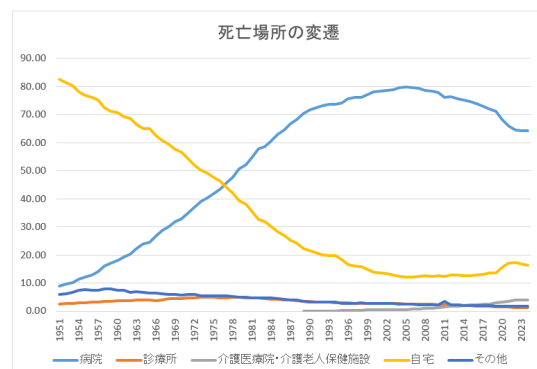


図2は年齢構成を考慮して標準化した死亡率(平成27年の人口構成を基準人口とした年齢調整死亡率)である。両者を比較すると、20世紀の老衰の減少は医療水準の上昇とともに顕著な低下が著しかった。



この背景には、図3に示すような死亡場所の変化がある。20世紀半ばには病院での死亡が10%であったが、20世紀末には80%にまで上昇している。すなわち、20世紀後半の老衰の減少は病院医療によるところが大きかったことがわかる。



1-2 老衰死の性比

一昨年の報告でも触れたが、表1のように近年の2024年のデータにおいても変わらず、女性の方が男性よりも老衰死の割合が高い。全体としては女性が男性の2.6倍である。これは女性の方が高齢で亡くなる数が多いので当然である。

しかし、年齢を5歳ごとに区分して年齢の影響を除去して比較しても、どの年齢層においても女性の方で死亡割合が高い。たとえば、80～85歳でみると男性は全死亡の9.4%が老衰であるのに対し、女性では16.2%が老衰の死亡診断である。女性の方が1.7倍となっている。

表1⁴

2024年	老衰が全死亡に占める割合(%)と性比			
	全体	男	女	性比(女/男)
総数	12.89	7.17	18.85	2.63
60～64歳	0.16	0.14	0.21	1.54
65～69歳	0.50	0.49	0.52	1.07
70～74歳	1.46	1.34	1.74	1.29
75～79歳	2.92	2.43	3.84	1.58
80～84歳	6.92	5.42	9.08	1.68
85～89歳	12.79	9.41	16.19	1.72
90～94歳	21.75	16.04	25.24	1.57
95～99歳	32.44	24.03	35.26	1.47
100歳以上	47.79	38.07	49.39	1.30
不詳	0.37	0.24	0.76	3.11 ⁴

⁴

死亡診断は単に医学的な生物学的判断ではなく、一定の条件の下での名づけであり、「ラベルつけ」である。もちろん生物学的に女性の方が終末期に老衰状態となりやすく、その結果として死因が老衰となる医療プロセスあるいは死後の死因決定に、社会的役割としてのジェンダー格差が生じていると考えられる。

現場の医師とのインタビューでは男女で

死因を考慮することはないとすべての医師が回答している。にもかかわらず女性の老衰死が男性に比べて多いのは事実であり、生物学的根拠の有無も含めて今後の課題として残したい。

2. 死亡診断書への「老衰」という記入に関わる質的研究(追加調査)

前年度、報告者を含めた「老衰に関する研究班」では、「老衰の死亡診断書の記載に関わる質的調査」を実施した。今年度、報告者(丸井)は追加の調査を行ったので、この例について報告する。

年齢としては85歳以上が目安で、老衰と判断する最大の指標の一つは、「食べられなくなって、痩せてきて、弱ってくる」という自然な衰弱のプロセス、とくに、「食べられなくなる」ことは大きな判断材料となる。過去に癌や脳血管障害などの既往があっても、積極的な治療を行っておらず、状態が落ち着いている場合は、老衰とみなす。

とくに、施設(介護老人福祉施設など)や自宅での「看取り介護」の同意があることが、老衰と記載する判断に強く影響する。

そのような例では、「看取り」の段階では、人工的な水分・栄養補給を行わず、「自然な形に任せる」という方針が家族と共有されている。他の疾患(肺炎など)が最後の一押しになったとしても、それが「治せる領域」での発症でなく、全体的な老衰の過程の一部であれば、老衰と記載する。

単に医学的な状態だけでなく、「余計な医療介入をせず、自然な経過で亡くなること」という家族との合意や、看取りのプロセス全体を評価して、老衰という診断をしている。

このように、施設や自宅での「看取り介護」という進め方は、老衰と自然死とを考

える上で有用である。

D. 考察

1. 「診断としての老衰」と「死因としての老衰(老衰死)」

高齢者の終末に向かった身体の機能不全はさまざまな形で生じる。特定の臓器や器官の破綻が生じることもあるが、全身的な衰弱として突然あるいは徐々に起きることがある。そうした状況の変化について、医学的判断として「老衰」と診断することも行われる。これは客観的な生物学的な基準に基づいて行われる。すなわち診断名としての「老衰」あるいは「老衰状態」は、一つの実態として存在するといえよう。

他方、死亡した高齢者の死の原因を一つ選択し「老衰」を死因として特定することは、老衰の診断を行うこととは異なる。「死因」は医学プロセスのなかで身体的に特定されるだけでなく、社会や文化の中で一人の個人が消えたことの意味を付与されるのである。すなわち、「死因」は単に医療者が決定するだけでなく、ひとたび公表されると、その死因を受け取る家族や社会、あるいはまた亡くなった個人を意味づけるためのラベルとして大きな意義をもつ。

「死因」は医学的に個人の死の原因を特定し、あるいは公衆衛生学的に集団の健康状態を把握し向上させていくための手段としての意義をもつだけではない。実体ではなく個人を分類するラベルとして機能するのである。死因名として個体に付与するだけでなく、それをメッセージとして受け取る家族や社会の側をも考慮する必要がある。

死因分類が個別に公表されることなく、分類あるいは統計的なデータとしてだけ機能するのであれば、その目的に応じた使い

やすい分類をすればよい。しかし、死亡診断はメッセージであることを忘れてはならない。

2. 老衰死の意味の変化

20 世紀後半における老衰の病院での治療そして死亡の経過の中で、医学的死因が特定さ著しい減少は、自宅での死亡により死因が特定できずに老衰とされていたケースが医学的死因に統合されていったことを意味している。この時期の医療とくに病院の整備は、人びとを取り巻く医療文化をいじめるしく変化させた。ひとびとは医療に頼り、病院に依存することになっていったのである。それは出産が自宅分娩から助産施設へ、さらに病院での出産へと医療化されていた時期と符合する。ひとは病院で生まれ、ひととき社会で活動し、ふたたび病院へ戻り、そこで亡くなる、という構図ができあがったのが 20 世紀後半であった。

20 世紀後半の劇的な老衰の減少に比べれば、21 世紀になってからの老衰の増加は標準化死亡率から見る限り微々たるものである。「老衰」の粗死亡率は高齢人口の増加によって急激に上昇したが、21 世紀の老衰の増加は医療のあり方の変化でもあることがわかる。

病院での死亡の減少、自宅あるいは施設での死亡の増加が、死亡診断を行う医師、また家族、施設との関係の変化の中で老衰という死因メッセージが一つのあるべき姿として認識され、増えてきたと考えられる。ある意味では、健全な死として社会的に認識される老衰が社会に受容され歓迎されたのである。

その背景には、医学教育とくに卒後の臨床教育の変化もあることを指摘しておきたい。そのことは、令和 6 年度の医師国家試

験で「老衰」が死因として正答肢となる設問があり、出題者世代に「老衰死」が許容されていると推測されることにも象徴的に示されている。

昔ながらの上下関係の中での臨床トレーニングの指導関係のころのような「老衰という死亡診断は医師としての敗北である」という厳しい規律から、皮肉なことに(よくいえば)民主的な平等な関係の中で医師が自由になったといえないこともない。

3. 老衰死と自然死

「老衰」を死因として選択する場合、わが国の死亡診断書の様式では「死因の種類」の項で、「1 病死及び自然死」を選択することになる。これについては「令和6年版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」には「疾病による死亡及び老齢、老化による自然死」という説明がされている。さらに、「老衰」については「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」と特記している。

ここでの「自然死」は医療介入のない natural history としての死を意味していると思われる。しかし、先にも述べたように現代では医療介入のない死はごくごく限られた場合でしかない。20世紀前半までの老衰では、そのような事例がきわめて多くみられたであろうが、21世紀の老衰では医療介入のない死亡は考えにくい。そうすると、アメリカで用いられているような natural deathの方が現代社会では受け入れられやすいのではないか。これが医療介入を前提とした現代医療において、過剰な医療介入を拒否する、あるいは停止したいと言明する患者や家族が経験するような死である。

ある一定以上の年齢で、著明な疾患のない場合に、多少の介入はありつつも過剰な

介入のない自然な状況に近い死を選ぶ現場が多少とも存在し、それを老衰として死亡診断として残すというやり方も現実にある。

「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」についていえば、「自然死」とは何なのかをある程度は明示していくことが必要である。それが老衰記載についてのガイドラインと整合性を保つことになると考えられる。

E. 結論

20世紀後半の老衰の減少と比べると、21世紀になってからの老衰の増加は年齢調整死亡率で見るとはるかに小さいものである。しかし、老衰死亡の男女差が大きいことなど、生物学的というより社会文化的な背景を重視する必要がある。

また、研究班の質的研究と関連して、従来、定義なしでつかわれていた「自然死」との混乱が「老衰」診断にも影響を与えている可能性がある。マニュアルでの説明の改訂が必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

林玲子、今永光彦、木下博之、丸井英二、老衰死の現状と今後の対応、第90回日本健康学会総会、口演 O5-05、北海道大学、北海道札幌市(2025.10.12)

丸井英二、永井久一郎：内務省衛生局統計課初代課長の足跡、第126回日本医史学会、奈良女子大学、奈良県奈良市

(2025.11)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

Chessa F: "Allow Natural Death"—Not So Fast: Hastings Center Report, Sep-Oct 2004

Grafton, L and Scott, A: The 100-Year Life. Bloomsbury Publishing, 2017

Guwande, A: Being Mortal. Metropolitan Books, New York, 2014

Meissner MOC. Natural Death: Gerontology 2000; 46: 105–110

Raus K, et al. Continuous deep sedation at the end of life and the 'natural death' hypothesis. Bioethics; Volume 26 Number 6 2012 pp 329–336

Rawlings D, et al: Natural Death Versus Known Date-Of-Death: A Qualitative Study of Views on Voluntary Assisted Dying in an Online Course about Death. Journal of Death and Dying 2023, Vol. 86(4) 1272–1290

Schimke TH. The Natural Death Act: Protection for the Right to Die. Montana Law Review. 47 (2) 1986. 379-402.

Wiebe E, Kelly M: Medical assistance in dying when natural death is not reasonably foreseeable: Canadian Family Physician, Vol 69: 2023, 853-858