

# 人生の最終段階における高齢者の医療・ケアの在り方や 老衰死に係る意識調査研究

一般社団法人 北村山地区医師会

柴田 健彦、八 鍬 直、高 橋 信 也

## <はじめに>

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年が目前に迫り、超高齢社会、多死社会に突入している現在、医療介護の現場では、高齢者の医療・ケアの在り方が課題となっている。そして、近年では老衰死が次第に増加し、死因の第3位(令和4年)となってきた。高齢者の医療・ケアの在り方や老衰と診断する側あるいはされる側でどのような意識の相違があるのか、老衰と診断することに躊躇はないか、高齢者の医療・ケアの在り方や老衰死について興味は尽きない。

本研究では北村山看取りシンポジウム2023参加者に実施したアンケート結果をもとに、模擬症例を用い、高齢者の医療・ケアの在り方やシンポジウム参加者自身の老衰死に係る実態調査を行い、医療介護職群と非医療介護職群に分類し、文献的考察を含め、分析、検討した。

キーワード：超高齢社会、多死社会、人生の最終段階、老衰死、看取り

## <方 法>

テーマ：老衰死を考える

上記をテーマとし、2023年8月26日に甌葉プラザ甌葉ホール(山形県村山市)を会場にして北村山看取りシンポジウム2023を開催した(主催：一般社団法人 北村山地区医師会、共催：一般社団法人 山形県医師会)。

以下に座長、ファシリテーター、シンポジスト、指定発言者の所属、役職、氏名を示す。

## <第I部>

北村山看取りシンポジウム2022のアンケート結果報告・模擬症例3例提示

北村山地区医師会 理事／

山形県医師会 常任理事 柴田 健彦

## <第II部> シンポジウム

「老衰死 ～今、その実態に迫る～」

## <ファシリテーター>

北村山地区医師会 理事／

山形県医師会 常任理事 柴田 健彦

○講演 ～老衰死について～

<座長> 北村山地区医師会 副会長

柴田 雄二

## <シンポジスト>

①病態生理・法医学的立場から

山形大学医学部法医学講座 教授

山崎 健太郎

②医療介護の立場から

医療法人宏友会 上田診療所 院長

矢島 恭一

③医療行政の立場から

山形県庄内保健所 所長 蘆野 吉和

○討論

<座長> 北村山地区医師会 会長 八 鍬 直

山形大学医学部内科学第一講座

(循環・呼吸・腎臓内科学)

教授 渡辺 昌文

## <指定発言者>

①看護教育における老衰死について

山形大学医学系研究科看護学専攻

地域看護学講座 在宅看護学

教授 松田 友美

②療養型病院における老衰死について

山形ロイヤル病院 看護師長 今田 和恵

③検死現場における老衰死について

山形県村山警察署 刑事課課長

秋久保 秀紀

(敬称略)

第I部では北村山看取りシンポジウム2022のアンケート結果を報告し、老衰死や急性心不全に至った下記模擬症例3例を提示し、質問(質問2～4)をした。

模擬症例A 93歳男性、老衰死：食事摂取量が減少し、寝たきり状態となるも医療行為拒絶例

模擬症例B 97歳女性、老衰死：血液検査、画像診断等で死因となる異常所見の認め



当日アンケート提出者の平均年齢は56.3歳で、年齢分布では50歳代が多かった（図1）。性別では男性34%、女性62%、無回答4%であった（図2）。

職業では看護師、医師がそれぞれ22%、20%と多かった（図3）。アンケート提出者の住居地は北村山地区の参加者が71%であり、東根市が31%と最も多かった（図4）。

医療介護職と非医療介護職はそれぞれ64%、21%であり、約3：1の割合であった。尚、不明は15%であった（図5）。

### 北村山看取りシンポジウムの参加歴

これまでの北村山看取りシンポジウムへの参加歴について質問した（質問1）。

本シンポジウムへの参加歴は59%であり（図6）、医療介護職群58%、非医療介護職群48%であった（図6A）。

### 模擬症例Aについて

模擬症例Aでは93歳男性で、食事摂取量が減少し、寝たきり状態となるも患者本人が医療行為を拒絶している。このような場合に家族ならどう対応するかを質問した（質問2）。

<質問2> 在宅療養時に患者本人が医療行為を拒絶した時、家族の対応は「開業医や病院の医療介護連携室に相談する」が59%と一番多かった（図7）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較しても、医療介護職群と非医療介護職群では同様の傾向がみられた（図7A）。

### 模擬症例Bについて

模擬症例Bは有料老人ホームの入居の97歳女性で、血液検査、画像診断等で死因となる異常所見が認められなかったため老衰と診断された例である。

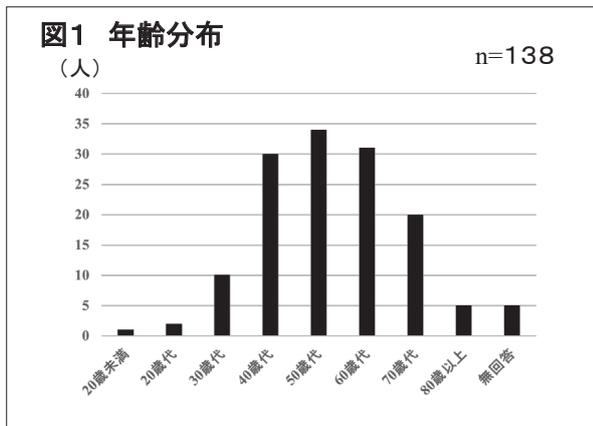


図1

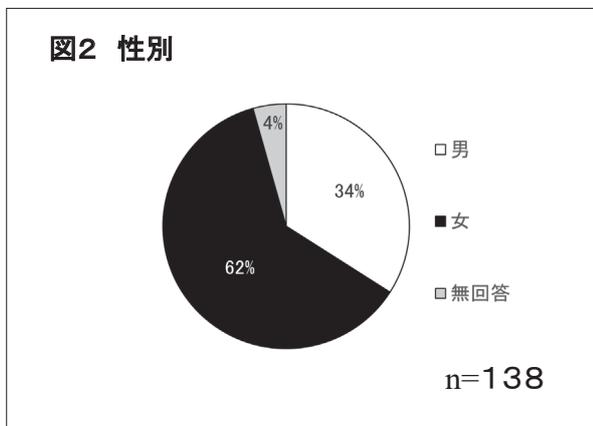


図2

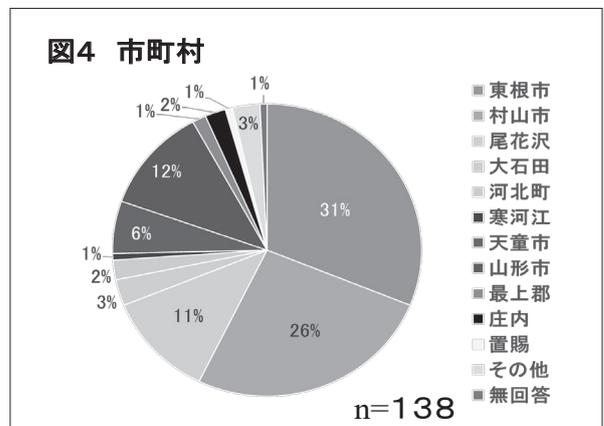


図4

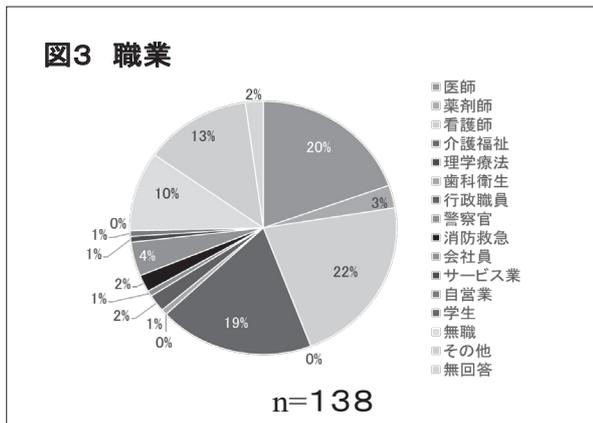


図3

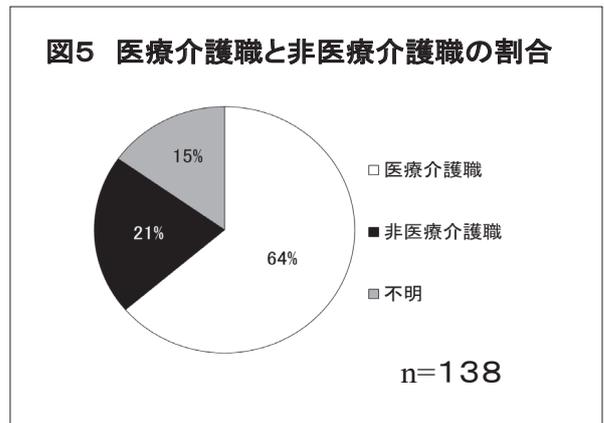


図5

**<質問1>**

これまで「北村山看取りシンポジウム」に参加したことがありますか。

1. ある  
2. ない

質問 1

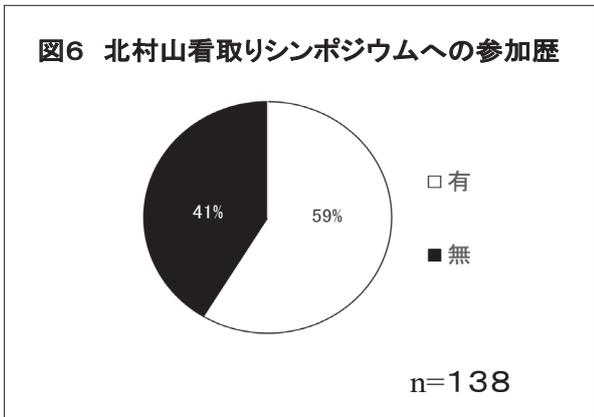


図 6

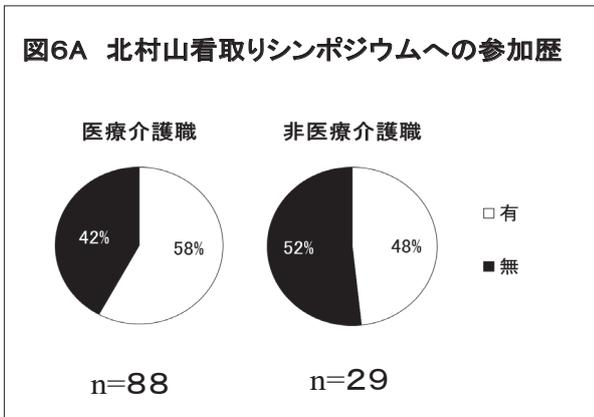


図 6 A

**<模擬症例A> 93歳、男性**

(死亡診断) 老衰  
(既往歴) 20歳の頃、虫垂炎で手術  
(職業歴) 農業  
(現病歴) 生来の「医者嫌い」で、医療機関に定期通院したことはなかった。半年前までは自覚症状もなく、農作業に従事する毎日であった。半年前から時々食事を残すことがあった。3ヶ月前から徐々に食事摂取量が減少し、農作業も休むようになった。家族は医療機関への受診を促したが、本人は拒絶した。1ヶ月前から歩行も困難となり、寝たきり状態となった。

**<模擬症例A> 93歳、男性**

**<質問2>**  
模擬症例Aについて、こんな時、あなたならどうしますか。ひとつ選んで下さい。

1. このまま自宅で介護を続ける。  
2. 開業医や病院の医療介護連携室に相談する。  
3. 行政(福祉担当課)もしくは地域包括支援センターに相談する。  
4. その他

質問 2

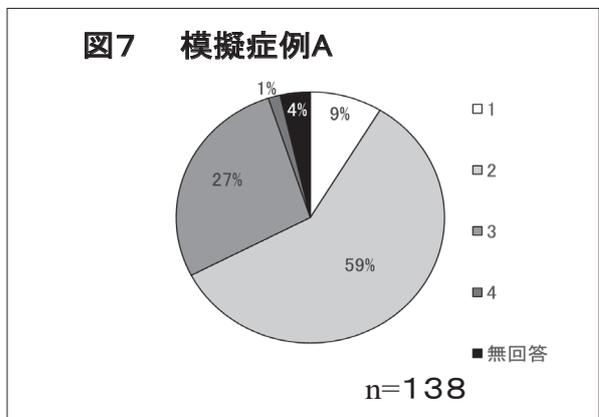


図 7

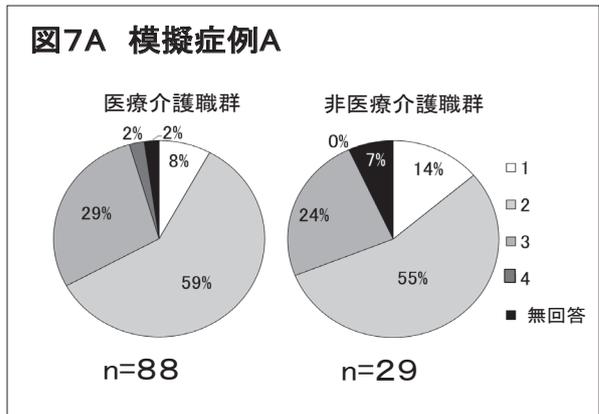


図 7 A

**<模擬症例A> 93歳、男性**  
**(経過)**  
 10日前から、水分、食事摂取もできなくなったため、近医に往診を依頼した。往診医は当日午後1時30分に診察後、病院への紹介・搬送を勧めた。本人は苦痛な自覚症状もないため、医療行為や病院への紹介・搬送を拒絶した。  
 往診医はバイタルサインをチェックし、体表に外傷痕のないことを確認し、病状悪化時には連絡するように告げ帰宅した。  
 ところが、翌日正午過ぎに家族が昼食のため帰宅したところ既に呼吸が停止していた。往診医に連絡し、午後1時に往診し、死亡を確認した。

**<模擬症例B> 97歳、女性**  
**(死亡診断)老衰**  
**(既往歴)87歳の頃、自転車運転中に転倒し左尺骨骨折(軽症)**  
**(家族背景)夫(10年前に死亡)、長男(東京在住)**  
**(職業)元教員**  
**(現病歴)10年前に夫に先立たれ、一人暮らしをしていた。87歳から骨粗鬆症のため近くの整形外科クリニックに通院していた。加齢とともに徐々に四肢の筋力が低下し、視力も低下してきた。日常生活全般に介助が必要となったため介護保険の申請をし、要介護2の判定を受けた。1ヶ月前からは有料老人ホームに入所していた。**

**<模擬症例B> 97歳、女性**  
**(経過)**  
 前日の夕食を半量摂取し、午後9時には就寝した。当日午前5時に介護スタッフが見廻り中に呼吸微弱となっているのを発見した。介護スタッフは消防署に電話し、救急車の要請をした。ところが、救急車が到着し、救急救命士がバイタルサインをチェック時には、既に心肺停止していた。

**<模擬症例B> 97歳、女性**  
**(経過)**  
 死斑、死後硬直はなかったため総合病院に救急搬送となった。  
 救急外来担当の医師は、血液、画像検査等を行ったが、死亡に至る明らかな異常所見は確認できなかった。  
 また、有料老人ホーム入所前の健康診断で行った血液検査、心電図、胸部レントゲン写真等でも異常所見を認めなかったため「老衰」と死亡診断した。

**<質問3>** 模擬症例Bの介護スタッフが利用者の入所時に最初に行うべきことを質問した。「アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)」<sup>6)</sup>が46%と一番多く、「訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく」と「意思表示書面の作成」がそれぞれ25%、23%であった(図8)。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると医療介護職群では50%が「アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)」を選択していた。一方、非医療介護職群では「アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)」35%、「訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく」が31%であった(図8A)。

**<模擬症例B> 97歳、女性**  
**<質問3>**  
**模擬症例Bの介護スタッフの立場なら、利用者の入所時に最初に行うべきことをひとつ選んで下さい。**

1. アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)
2. 訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく。
3. 意思表示書面の作成
4. その他

質問3

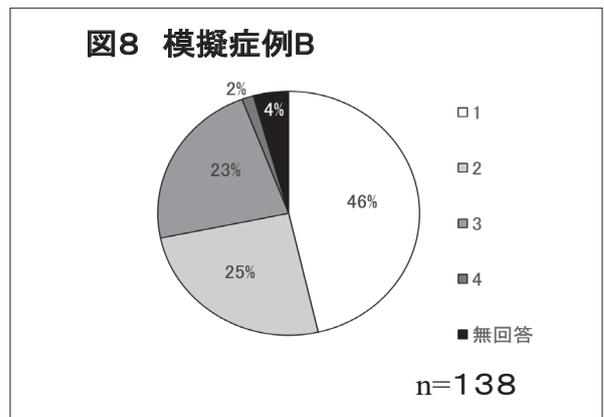


図8

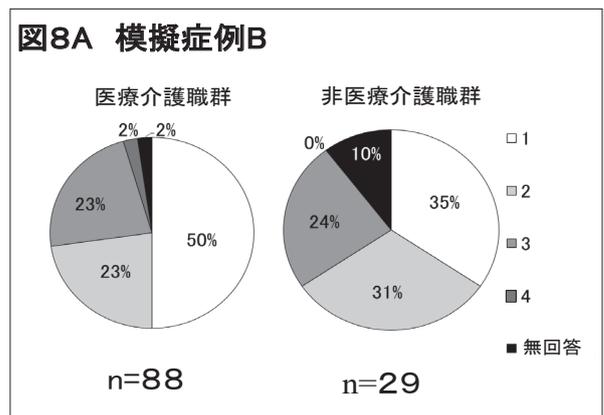


図8A

模擬症例Cについて

模擬症例Cは、脳梗塞、糖尿病等、複数の疾患を抱え寝たきり状態の87歳女性で、衰弱し、早朝に呼吸停止で発見された例である。

＜質問4＞ 模擬症例Cについて在宅で加療中に、呼吸停止を発見した場合、夫や家族の立場で最初に行うべきことを質問した。「訪問医師や訪問看護師に連絡する」が84%で一番多かった(図9)。

医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、両群とも「訪問医師や訪問看護師に連絡する」がそれぞれ90%、69%と一番多いが、非医療介護職群では「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」が

21%で、医療介護職群(7%)より多かった(図9A)。

受たい医療と受たくない医療の家族との話し合い

＜質問5＞参加者自身の死が近い場合に受たい医療と受たくない医療の家族との話し合いをしているかについて質問した。

受たい医療と受たくない医療の家族との話し合いをしている参加者は59%、話し合いをしていない参加者は41%であった(図10)。医療介護

＜模擬症例C＞ 87歳、女性  
 (死亡診断)急性心不全  
 (既往歴)60歳代から高血糖と高血圧を健診で指摘されていたが放置。  
 80歳で脳梗塞発症。  
 (家族背景)90歳の夫、息子夫婦と4人家族  
 (職業)元会社員  
 (現病歴)左片麻痺があり、7年間寝たきり状態で月1回の訪問診療、週1回の訪問看護を受けていた。  
 血圧、糖尿病は安定し明らかな脳梗塞の再発はなかったが、半年程前から誤嚥性肺炎を繰り返し、徐々にADL(日常生活動作)が低下し衰弱が進んでいた。るい瘦が著しく、仙骨部に褥瘡を認める。

＜模擬症例C＞ 87歳、女性  
 (経過)  
 前夜は少量ながら夕食(刻み食)を摂り、午後9時頃には就寝した。  
 当日朝、午前5時頃、妻が呼吸していないことを隣で寝ていた夫が気付いた。

＜模擬症例C＞ 87歳、女性  
 ＜質問4＞  
 模擬症例Cの夫や家族の立場なら、こんな時、あなたならどうしますか。ひとつ選んで下さい。

1. 救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
2. 訪問医師や訪問看護師に連絡する。
3. 警察に連絡する。
4. その他

質問4

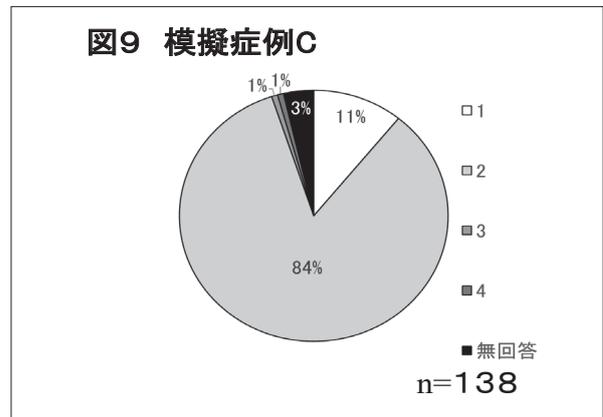


図9

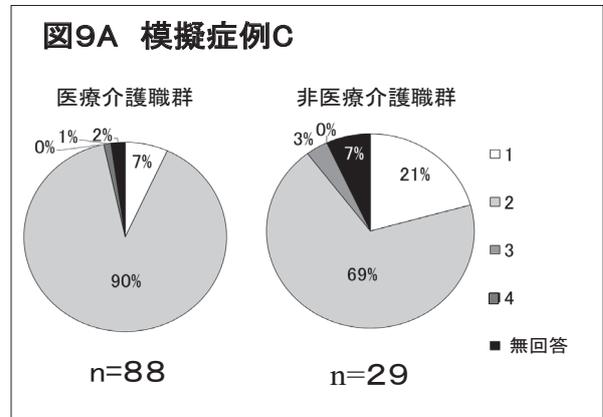


図9A

＜模擬症例C＞ 87歳、女性  
 (経過)  
 慌てた家族が救急車の要請をおこなった。救急隊は死後硬直があることを確認し警察に連絡、検死となった。事件性のある体表面所見なし。胸腹部異常なし。死後CT(AI):頭蓋内出血や心血管系異常なし。心タンポナーデなし。心拡大、肺うっ血、肺炎所見なし。末梢血のトロポニンTテスト:陰性。穿刺した髄液:血性髄液なし。前夜に食事を摂っていることもあり、「老衰」ではなく、死因は「急性心不全」となった。

職群と非医療介護職群とを比較すると、受けた医療と受けたくない医療について家族との話し合いをしているのはそれぞれ58%、48%であった(図10A)。

最期を迎える場所

<質問6>参加者自身の死が近い場合にどこで最期を迎えたいかについて質問した。

参加者の55%が「自宅」での最期を選択していた(図11)。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、医療介護職群、非医療介護職群とも「自宅」での最期がそれぞれ

55%、52%で一番多かった。「医療施設」での最期を希望するのは医療介護職群16%、非医療介護職群24%で、非医療介護職群がやや多かった(図11A)。

希望する死因

<質問7>参加者自身の希望する死因について質問した。

「老衰」の死因を希望する参加者が一番多く(図12)、医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較しても「老衰」の死因希望が一番多かった(図12A、図12B)。

**<質問5>**  
**あなたは自身の死が近い場合に受けた医療、受けたくない医療について、家族と話し合ったことがありますか。**

1.ある  
 2.ない

質問5

**<質問6>**  
**あなたは自身の死が近い場合にどこで最期を迎えたいですか。ひとつ選んで下さい。**

1.医療施設  
 2.介護施設  
 3.自宅  
 4.その他

質問6

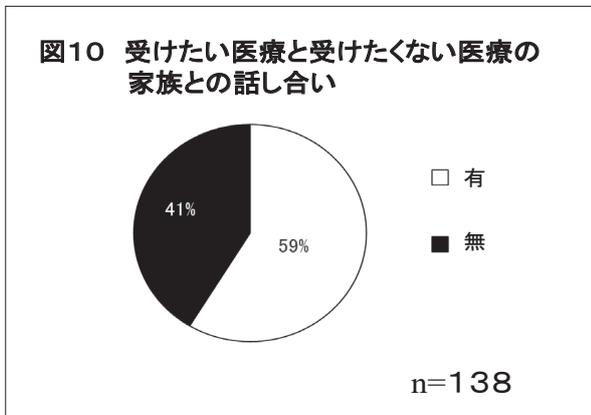


図10

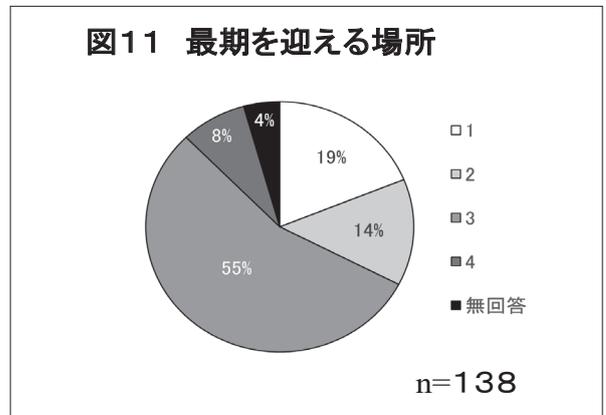


図11

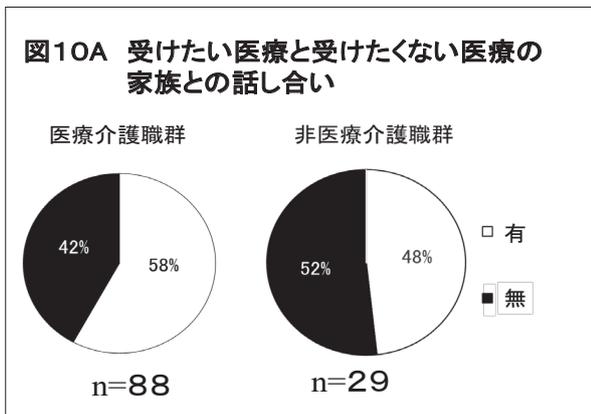


図10A

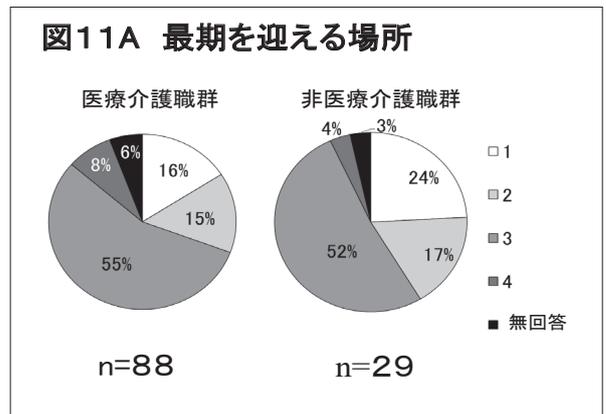


図11A

### <質問7>

仮にあなた自身が亡くなった場合に死因は次のどれを望みますか。ひとつ選んで下さい。

1. 悪性新生物(がん、腫瘍)
2. 心疾患
3. 老衰
4. 肺炎
5. 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血等)
6. 腎臓病
7. 不慮の事故
8. 認知症(アルツハイマー病等)
9. その他

質問 7

図12 希望する死因

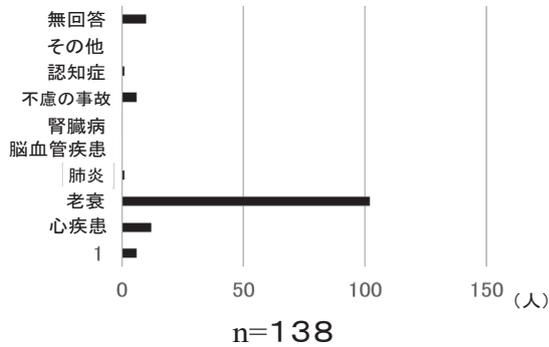


図12

図12A 希望する死因

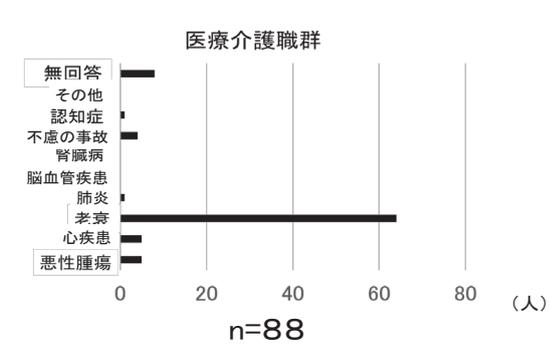


図12A

図12B 希望する死因

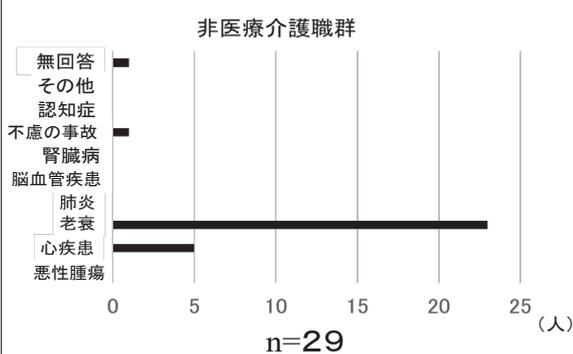


図12B

### 老衰死の印象

<質問8> 老衰死の印象について参加者に質問した。

97%の参加者は老衰死に良い印象があると回答していた。

医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、それぞれ97%、90%と両群とも老衰死を良い印象に捉えていた(図13A)。

### 死亡診断書上の老衰死

<質問9> 死亡診断書に「老衰」と記載されることについて参加者に質問した。

### <質問8>

老衰死の印象をどう思いますか。

1. 良い印象
2. 悪い印象

質問 8

図13 老衰死の印象

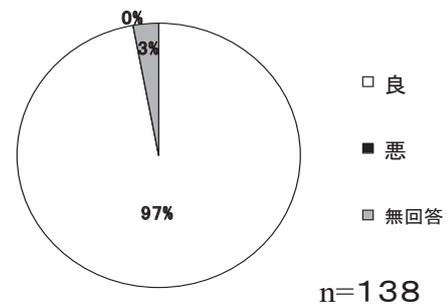


図13

図13A 老衰死の印象

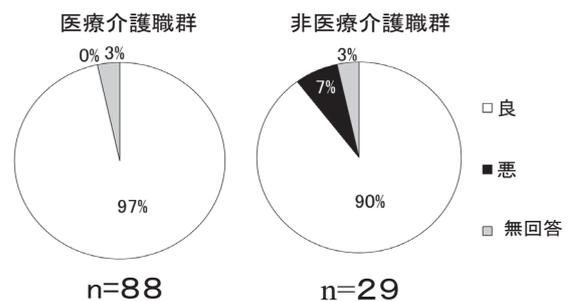


図13A

90%の参加者は死亡診断書に「老衰」と記載されることは「問題なし」と回答していた(図14)。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較した結果、「老衰」と記載されることに「問題なし」と回答していた参加者はそれぞれ92%、83%であった。非医療介護職群では10%の参加者は「問題あり」と回答していた(図14A)。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

＜質問10＞「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の認知に

ついて参加者に質問した。

全体の64%が本ガイドラインの認知を「有」と回答していた(図15)。医療介護職群と非医療介護職群とに分類して比較すると、本ガイドラインの認知「有」はそれぞれ72%、41%と医療介護職群の認知度が高かった(図15A)。

意思表示書面の作成

＜質問11＞意思表示書面を作成の有無について参加者に質問した。

全体の94%が意思表示書面を作成していないと回答した(図16)。医療介護職群と非医療介護職

**＜質問9＞**

死亡診断書の死因に「老衰」と記載されることについてどう思いますか。

1.問題なし  
2.問題あり

質問 9

**＜質問10＞**

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を御存知ですか。

1.はい  
2.いいえ

質問10

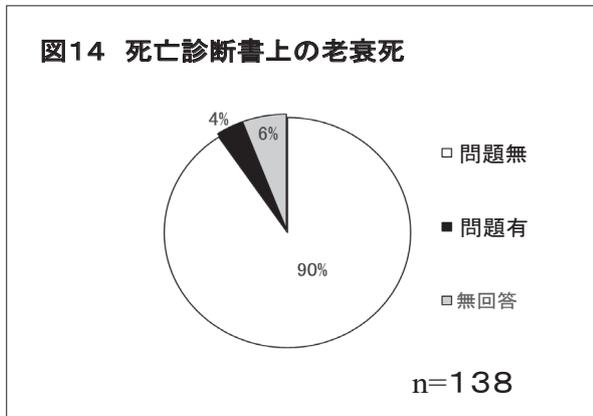


図14

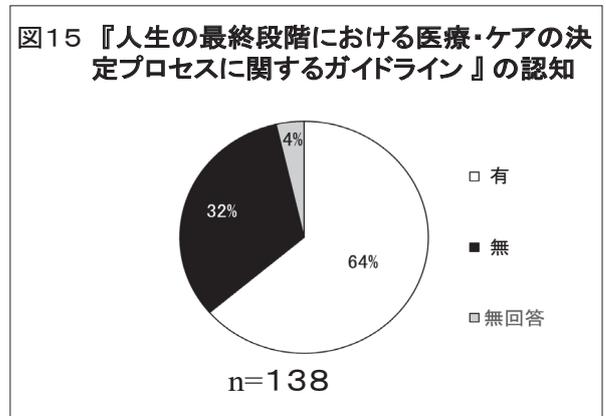


図15

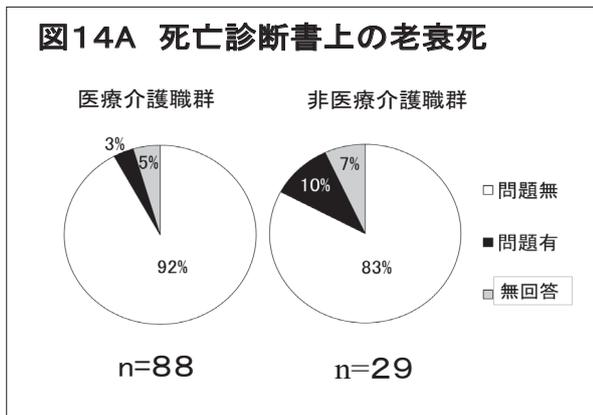


図14A

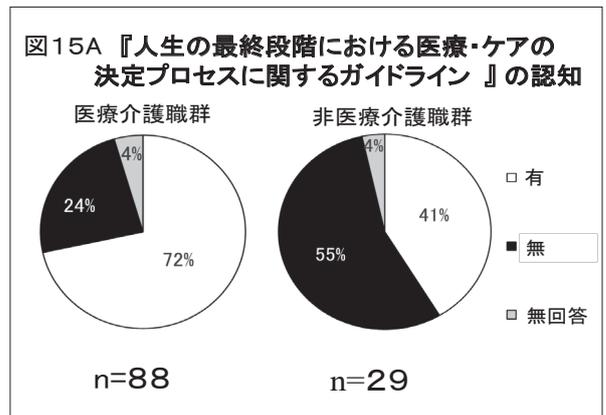


図15A

群とに分類して比較してもそれぞれ94%、93%でほぼ同様の割合であった(図16A)。

<考察>

厚生労働省の人口統計調査 令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況<sup>7)</sup>によれば、老衰での死亡者は1947年をピークに減少傾向が続いていたが、2001年以降、増加に転じ、2018年には、老衰は脳血管疾患を抜き、日本人の死因の第3位になった(図17)。

超高齢社会、多死社会となった本邦において、老衰が増加してきた要因は種々考えられる。老衰

の病態生理、定義、臨床医学的観点、社会的観点から老衰について、模擬症例を検討しながら文献的考察を加える。

模擬症例Aについて

模擬症例Aは、生来からの「医者嫌い」で本人が医療機関への受診を望まないために十分な検査や治療ができずに老衰の診断に至った例である。本人が医療機関への受診を望まない場合、家族のはじめの相談先を質問2において尋ねた。「開業医や病院の医療介護連携室に相談する」が59%と一番多く(図7)、医療介護職群と非医療介護職群とを比較しても、医療介護職群と非医療介護職群では同様の傾向がみられた(図7A)。現実的には病院の医療介護連携室に連絡しても病院の医師が往診や訪問診療する場合は少なく、救急車や民間の搬送車を使用して病院搬送を求められるか、或いは往診や訪問診療可能な開業医を紹介されることになる。結局、近隣の開業医に相談することが多くなると推察される。

模擬症例Bについて

模擬症例Bでは血液検査、画像診断等で死因となる異常所見が認められなかった有料老人ホームの入居者が老衰と診断された例である。高齢者介護施設入居時に介護スタッフが行うべきことがテーマとなる。高齢者は複数の疾患や未診断の疾患を抱えている場合が多く、病状が急変することもある。質問3ではこのような急変時に備え、介護スタッフが利用者の入所時に最初に行うべきことを質問した。アンケート結果では、「アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)」が46%と一番多く、「訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく」と「意思表示書面の作成」がそれぞれ25%、23%であった(図8)。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると医療介護職群では50%が「アドバンス・ケア・プランニング(人生

<質問11>

「意思表示書面」を作成していますか。

- 1.はい
- 2.いいえ

質問11

図16 意思表示書面の作成

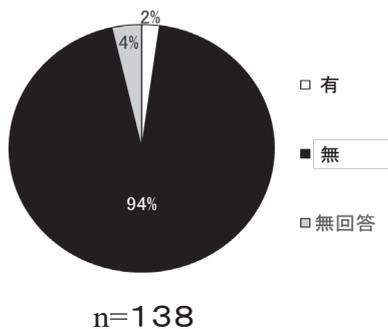


図16

図16A 意思表示書面の作成

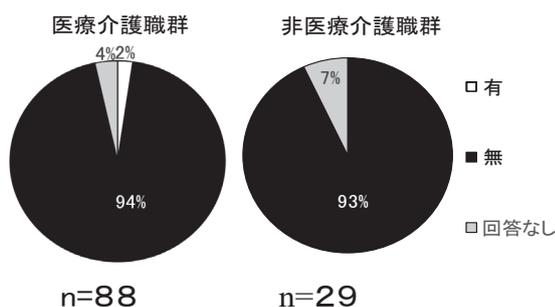
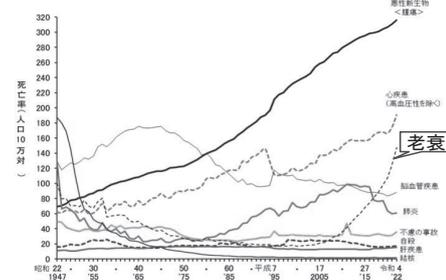


図16A

図17 主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



注: 1) 平成5年までの「心疾患(高血圧性心臓病)」は、「心疾患」である。  
 2) 脳卒中(脳出血・脳梗塞・脳血管性認知症)は「脳血管疾患」(平成5年1月以降)において「ICD-10の分類」に基づき「脳血管疾患」に分類された。  
 3) 「老衰」は「死因不明」(死因不明)と「死因不明(高齢者)」(平成5年1月以降)による死因の合計である。  
 4) 「死因不明」(脳死)を除く。この表は、厚生労働省「令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)」に基づき作成されたものである。

出典:厚生労働省 人口動態調査 令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況 一部改変

図17

会議)」を選択していた。一方、非医療介護職群では「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」35%、「訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく」が31%であった（図8A）。全体では「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」を選択した参加者が一番多かったが、急変時に備え、「訪問診療可能な医師を探し、情報共有しておく」と「意思表示書面の作成」も同時に入所時には行っていることが望ましい。

#### 模擬症例Cについて

模擬症例Cは、脳梗塞、糖尿病等、複数の疾患を抱え寝たきり状態となり、衰弱し、早朝に呼吸停止で発見された例である。質問4では、夫や家族の立場で発見時に最初に行うべきことを質問した。「訪問医師や訪問看護師に連絡する」が84%で一番多かった（図9）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、両群とも「訪問医師や訪問看護師に連絡する」がそれぞれ90%、69%と一番多いが、非医療介護職群では「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」が21%で、医療介護職群（7%）より多かった（図9A）。本模擬症例のように家族が慌てて救急車を要請するケースがあり、救急隊到着時の身体状況によっては救急車に収容できず、警察による検死となる場合もある。本模擬症例ではアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）や意思表示書面の有無の情報がないが、在宅訪問医師や訪問看護師に最初に連絡することで不要な検死までには至らないで済んだであろう。あらかじめ、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）や意思表示書面を作成して患者情報を共有しておくことが大切である。臨床や死体検案の現場では、本模擬症例のように急変し、死因が特定できない場合には「急性心不全」として取り扱うことがある。しかし、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）や意思表示書面を作成していれば、「老衰」や「脳梗塞後遺症」の死亡診断になった可能性もある。

#### 老衰の病態生理

加齢によってフレイルが進行し、衰弱して死亡に至る過程において、老衰死には、生物学的にどのようなメカニズムが関与しているのか。老衰の病態生理についての研究は少ないが、遺伝子、細胞レベルでの老化の過程が手がかりになる。

Neal S. Fedarko<sup>8)</sup>は加齢に伴う体内外からのストレスにより損傷を受けた細胞の変化について報告した。酸化、DNA損傷、紫外線等でストレスを受けて損傷した細胞には自己を修復し、機能を回復する能力がある。しかし、細胞が修復困難

な損傷を受けた場合には、アポトーシス（細胞死）、セネッセンス（細胞老化）、形質転換（癌化）が起こり、細胞数の減少、臓器の萎縮、慢性炎症がもたらされる。そして、過剰なアポトーシスにより、骨格筋の細胞数減少による筋力低下、サルコペニア、脳細胞の過剰なアポトーシスによるアルツハイマー病、腸管萎縮による消化吸収機能の低下、体重減少、慢性炎症によるエネルギーの浪費等が起こり、細胞レベルでの老化現象の説明が可能となる。

小林<sup>9)</sup>は、生物学的に幹細胞の老化に伴う分裂能力の低下が個体の老化を引き起こす一因としている。すなわち、幹細胞の分裂能力の低下により体細胞数が減少し機能も低下していく。そして、細胞の新陳代謝の低下をもたらすことになる。その結果、組織の細胞数の減少や機能低下により全身の臓器が萎縮し、機能が低下していくのである。また、体細胞に老化細胞が増加し、炎症性サイトカインが分泌されることで、周囲の細胞も老化し、臓器の機能はさらに低下する。一方では、化学物質、紫外線、活性酸素等によってリボゾームRNA遺伝子が損傷し、変異が起こりやすくなる。そして、最も不安定になったリボゾームRNA遺伝子によってゲノム全体の安定性が決まり、寿命にも影響することになる。生物は「変化」と「選択」により「進化」を実現してきた。「老衰」や「死」は生物の遺伝子に組み込まれたプログラムであり、生命の連続性を維持する原動力になっていると生物学者の小林<sup>9)</sup>は述べている。

#### 臨床医学の観点からの老衰

近年の老衰死亡率の増加傾向は臨床医学上、何を意味しているのか。厚生労働省の令和5年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル<sup>10)</sup>によれば、『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。』と記載されている。これは行政上の老衰の定義といえる。WHOの国際疾病分類ICD-10においては、老衰はR54として分類されている。しかし、死亡診断上の老衰の多寡は医学水準の指標とされ、死亡診断書に「老衰」という病名を記載することにこれまで医師は躊躇していた。江崎<sup>11)</sup>は百寿者42症例を病理解剖したところ、敗血症（38%）が最も多く、肺炎（33%）、窒息（10%）、心不全（10%）、脳卒中（5%）の順であった。老衰死が妥当なものは1例も認められなかったと報告している。そして、免疫機能の低下、嚥下・喀出機能低下が敗血

症、肺炎、窒息と強く関わりをもち、老衰と結びつけてしまうが、老衰が直ちに老衰死に繋がるものではないと述べている。剖検や死因の再検討を行えば、死因となりうる病態が認められるのを根拠に、老衰死には否定的な立場をとっている。一方、田内<sup>12)</sup>は加齢による衰弱である老衰現象を認める以上はそれに伴う肺炎などがあっても、老衰死を認めざるをえないという立場である。今永<sup>13)</sup>は老衰に肺炎を併発した際の死亡診断書記載についての調査をした。その結果、医師の考え方によって死因を老衰とするか肺炎とするかはばらつきがあり、老衰の死因統計に影響を与える可能性を指摘している。医科学的に病態生理、死因追求を重視する基礎医学に携わっている医師や急性期病院で診療に従事している医師には「老衰」を死亡診断書に記載することに否定的な立場の者が多い。一方、慢性期病院、高齢者施設、在宅医療に携わる医師は肯定的な立場の者が多い傾向にある。本研究では、死亡診断書上の「老衰」に「問題はない」とする意見が90%（医療介護職群92%、非医療介護職群83%（図14A））であった（図14）。むしろ、回答者自身の希望する死因に老衰死を選択した場合が一番多く（図12）、老衰死を良い印象と捉えているのが97%であった（図13）ことは興味深い。長尾<sup>14)</sup>が視聴覚教材「NHKスペシャル 老衰死：穏やかな最期を迎えるには」（2015年9月20日放映、書籍化文献<sup>15)</sup>）を使用して看護学生に行った調査でも老衰死を大往生と肯定的に捉えていた。超高齢社会、多死社会となり、死因の第3位となった老衰について、医学・看護教育課程にも今後取り入れることが望ましい。

臨床の現場では老衰の概念や診断過程は曖昧なものであり、最期を迎えた場所、医療へのアクセス、診療機器や技術、家族等との社会的関係、立場等によって影響を受けることがある。今永<sup>16)</sup>は老衰や老衰死の概念は曖昧なものであり、様々な立場により考え方が異なっていると述べている。そして、在宅医療に関わる医師を対象とした質的研究において、老衰と診断する思考過程について4つの概念を提言している。すなわち、医師がもつ「老衰と考えられる臨床像」、「老衰と診断することへの葛藤や不安」、「他の医師の考えが影響」、「家族との関わり重視」である。「老衰と考えられる臨床像」には、患者との継続的な関わり（月～年単位での診療）、状態低下が緩徐であること、他に致死的な病気の診断がついていないことが質的・量的研究において一致していたと述べている<sup>17)</sup>。

Kawakamiら<sup>18)</sup>は老衰死の概念を明らかにするため、体格指数（Body Mass Index; BMI）と食事摂取量（kcal）や水分摂取量（ml）の平均値に

着目し、介護施設入居中に死亡した高齢者106名について60ヵ月の経過観察をした。その結果、食事摂取量や水分摂取量はほぼ一定であるのも関わらず、体格指数は死亡の60ヵ月前から徐々に減少していたと報告している。この現象は、老化に伴い、摂取した栄養が有効に使用できなくなる「栄養の損失」や栄養素の吸収力が衰えていく「栄養吸収能の低下」が示唆される<sup>15)</sup>。老衰死は死に至る前から体格指数や食事摂取量が減少し、死亡に至る過程を辿るが、60ヵ月前から体格指数を追跡することで老衰死の予測がある程度可能になる。さらに多くの高齢者を対象とした老衰死に至る段階を分析することで老衰死の概念を明確にする必要がある。そして、治療の可能性があるにも関わらず老衰と診断されることが少なくなり、死が不可避であることの共通認識ができれば、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の開始時期の判断等、高齢者に対して理想的な医療やケアが提供できるものと考えられる。

### 社会的観点からの老衰

近年の老衰死亡率の増加傾向は何を意味しているのかを社会的観点から考察する。超高齢社会、多死社会に突入している現在、我が国の死亡者数及び死亡率は増加している（図18）。厚生労働省の人口統計調査 令和4年（2022）人口動態統計月報年計（概数）の概況<sup>7)</sup>では、死因としての老衰は179,524人で、悪性新生物、心疾患に次いで第3位となり増加傾向にある（図18）。人口10万対の死亡者数及び死亡率と主な死因別に見た老衰の死亡率の年次推移を比較すると右肩上がりの類似した傾向が認められる（図17、図18）。

そして、老衰死は戦後徐々に減少してきたが2000年過ぎから右肩上がりに増加するというU字型のカーブを呈しているのである。介護保険制度が2000年から創設され、高齢者施設に入所する高齢者や在宅医療分野の診療報酬の改定で看取りに

図18 死亡者数及び死亡率（人口10万対）の年次推移

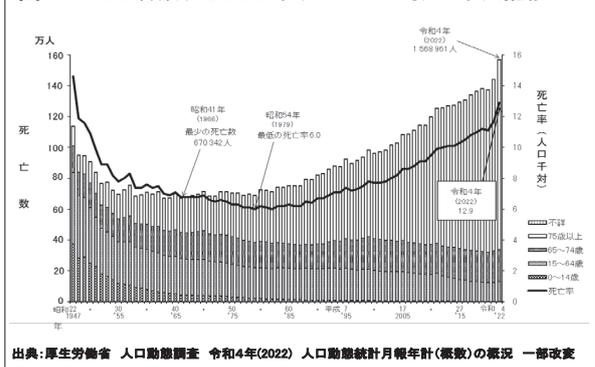


図18

係る報酬が充実してきた時期と重なっている。八  
 鍬ら<sup>19)</sup> は山形県内と北村山地区の介護施設にお  
 ける死亡者数の推移について検討した。その結  
 果、2006年から介護看取り加算を算定するよう  
 になってから、山形県内全体と北村山地区の介護  
 施設での死亡者数が急激に増加したと報告して  
 いる(図19)。1950年代以降に老衰死数が減少  
 してきたのは、診断技術の向上に伴って、死因  
 究明が徹底することを求められた時代背景があ  
 る<sup>15)16)</sup>。この時代に医学教育を受けた世代の  
 医師は老衰死と診断することに躊躇する傾向に  
 あった<sup>15)</sup>。超高齢社会となった現在、「病院から  
 在宅へ」の移行を推進する国の方針により、高  
 齢者施設や在宅で療養する高齢者が増加した。  
 厚生労働省の人口統計調査 令和4年(2022)人  
 口動態統計月報年計(概数)の概況<sup>7)</sup>によれば、  
 2021年の死亡場所は、「病院、診療所」67.4%、  
 「自宅」17.2%、「介護施設等」14.5%、「その他」  
 1.8%であった(図20)。今回の我々の調査で  
 の最期を迎えたい場所は「介護施設」14%、「  
 自宅」55%で、合計約7割であった(図11)。  
 病院より高齢者施設や在宅で最期を迎える高  
 齢者が増加することで、老衰死に肯定的な立  
 場をとることが多い高齢者施設や在宅医療に携  
 わる医師が老衰死と診断する機会が多くなった

も要因の一つである。また、医療介護の現場では、  
 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロ  
 セスに関するガイドライン」の認知が進み、受け  
 たい医療と受けたくない医療の家族との話し合  
 い、最期を迎える場所、意思表示書面を作成等、  
 いわゆるアドバンス・ケア・プランニング(人生  
 会議)の取り組みが慢性期病院、高齢者施設に  
 入所する高齢者や在宅医療の分野で浸透してき  
 たことも一因となっている。今回の我々の調査  
 では、全体の64%が「人生の最終段階におけ  
 る医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラ  
 イン」を認知していた(図15)。しかし、医療  
 介護職群72%、非医療介護職群41%と非医療  
 介護職群の認知度はまだ低く、更なる啓蒙が  
 必要である(図15A)。受けたい医療と受け  
 たくない医療の家族との話し合いをしている参  
 加者は59%と約6割が話し合いをしていたが  
 (図10)、全体の94%が意思表示書面を作成  
 していなかった(図16)。文書化やその保管の  
 煩雑さに加え、アンケート回答者の背景が平均  
 年齢56.3歳と就労年齢の回答者が多かったこと  
 等が要因と推測される。

患者・家族との関係性も老衰の診断に左右され  
 ることがある。高齢者が衰弱し、看取りに向  
 けた方針を相談する際に、疾患の可能性があ  
 っても、検査や加療が生活の質を低下させ、患  
 者の利益が損なわれると判断されるならば、老  
 衰とする場合もある。致命的疾患の診断がつか  
 ないならば、在宅で長年診療してきた超高齢  
 患者や長期間に渡って献身的に介護を続けて  
 きた家族等に対する敬意を込めて、老衰を死因  
 とする医師もいる。家族の心情を配慮し、老衰  
 を死因とすることで、天寿を全うしたという  
 前向きな印象を与える。

令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概  
 数)の概況<sup>7)</sup>では、死因としての老衰は第3位  
 であるが、90歳以上の年齢階級別では第1位  
 になっている。今永<sup>20)</sup>は超高齢者の死亡者  
 数増加に伴い、相対的に老衰死亡者数が増加  
 していることを主な理由としている。しかし、  
 年齢調整死亡率も近年微増していることから、  
 日本人の死生観等の変化も関連している可能  
 性に言及している。現在・未来における老衰  
 死は、以前のように「診断がつかないために  
 つけられていた老衰死」という側面は弱まり、  
 超高齢者の死亡者数増加に伴う「超高齢社会  
 多死社会における老衰死」とであると述べて  
 いる。

老衰死が増加してきた要因として、超高齢  
 者の死亡者数増加に伴い、相対的に老衰死亡  
 者数が増加していること、老衰死の解釈の仕  
 方、医学的な定義の不明確さ、曖昧さ、検査  
 範囲の限界、診療報酬・介護報酬を含めた  
 医療・介護保険制度の変

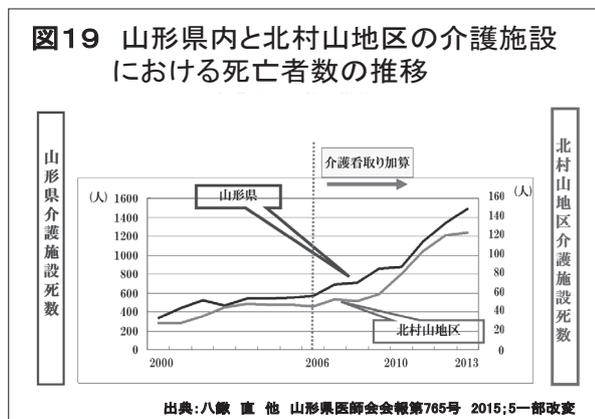


図19

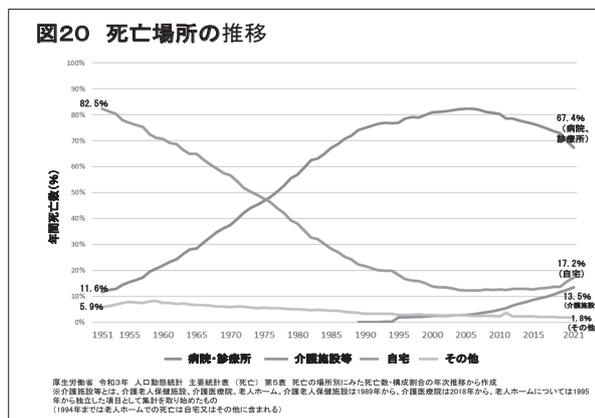


図20

遷、家族等との関係を含めた社会的、時代的背景、日本人の死生観の変化等が挙げられる。

#### <おわりに>

北村山看取りシンポジウム2023参加者に実施したアンケート結果をもとに、模擬症例への対処や高齢者の医療・ケアの在り方や老衰死についての意識調査を実施し、老衰に係る文献的考察を加えた。病態生理や定義、臨床医学的観点、社会的観点から老衰を考察し、看取りとともに老衰の奥深さを再認識できる。超高齢者人口の増加とともに老衰による死が増加し、日本人の死因の第3位となった現在、老衰死が増加してきた要因として、超高齢者の死亡者数増加に伴い、相対的に老衰死亡者数が増加していること、老衰死の解釈の仕方、医学的な定義の不明確さ、曖昧さ、検査範囲の限界、診療報酬・介護報酬を含めた医療・介護保険制度の変遷、家族との関係を含めた社会的、時代的背景、日本人の死生観の変化等が挙げられる。今後もさらに老衰死の増加が予測されるが、いわゆる老衰死についての明確な診断基準は存在しない。これまでの研究をもとにして、より多くの高齢者を対象とした老衰死に至る段階を詳細に分析することも必要である。これにより、治療の可能性があるにも関わらず老衰と診断される事例が少なくなり、死が不可避であることの共通認識ができれば、高齢者に対して理想的な医療やケアが提供できるものと考えられる。

#### <文献>

- 1) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」2018年3月改訂 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf#search=%27E4%BA%BA%E7%94%9F%E3%81%AE%E6%9C%80%E7%B5%82%E6%AE%B5%E9%9A%8E+%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%27>
- 2) 柴田健彦、八鍬直、工藤邦夫、小室淳、清治邦夫：参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける終末期医療に関する意識調査の検討。山形県医師会会報 2017；795：30-48
- 3) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：北村山看取りシンポジウム2018における『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』と「ICT（情報通信機器）を用いた死亡診断」に関する実態調査研究。平成30年度 山形県医師会学術雑誌 2019：第56巻：122-134

- 4) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫：北村山看取りシンポジウム2019における死生観とスピリチュアルケアについての実態調査研究。令和2年度 山形県医師会学術雑誌 2019：第58巻：217-235
- 5) 柴田健彦、八鍬直、高橋信也：人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場の在り方に係る意識調査研究。令和5年度 山形県医師会学術雑誌 2023：第64巻：64-75
- 6) 日本医師会：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える。2018年4月
- 7) 厚生労働省：人口統計調査 令和4年（2022）人口動態統計月報年計（概数）の概況 Neal S.
- 8) Neal S. Fedarko: The biology of aging and frailty. Clin Geriatr Med. 2011 Feb;27(1): 27-37
- 9) 小林武彦：生物はなぜ死ぬのか。2021（講談社現代新書）
- 10) 厚生労働省：令和5年度版 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル <https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual>
- 11) 江崎行芳、沢辺元司、新井富生、松下哲、田久保海誉。「百寿者」の死因 一病理解剖の立場から。日本老年医学会雑誌 1999: 36(2)：116-121.
- 12) 田内久：超高齢者の死一老衰死から不老長寿の夢に向けて一。臨床科学1998 :34(11) :1467-1473
- 13) 今永光彦、外山哲也：老衰に肺炎を併発して死亡した際の死亡診断書記載についての調査～老衰の診断に関する郵送式調査より～。日本プライマリ・ケア連合学会 2020;43(2) :39-43
- 14) 長尾匡子、山本裕子：高齢者の終末期医療や老衰死についての看護学生の認識。老年看護学 2020;25(1):132-138
- 15) NHKスペシャル取材班：老衰死 大切な身内の穏やかな最期のために。2016（講談社）
- 16) 今永光彦：老衰を診る。人生100年時代の医療とケア。2019（メデイカ出版）
- 17) 今永光彦、外山哲也：在宅医療における死因としての老衰の診断に関する調査。日本プライマリ・ケア連合学会 2018;41(4):169-175
- 18) Kawakami Y, Hamano J: Changes in Body Mass Index, Energy Intake, and Fluid Intake over 60 Months Premortem as Prognostic Factors in Frail Elderly: A Post-Death Longitudinal Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(6) :1823-
- 19) 八鍬直、工藤邦夫：北村山地区における「在宅医療」と「看取り」の実態① ～介護施設を

対象としたアンケート調査から～. 山形県医師会会報 2015 : 765 : 8-10

20) 今永光彦: 老衰の診方 老衰死の現状と問題点とは? プライマリ・ケア 2023;8(2) :30-33

#### <謝 辞>

北村山看取りシンポジウム2023に参加し、アンケート調査に御協力頂いた方々、御助言を賜りました渡辺昌文氏(山形大学医学部第一内科学講座)をはじめ、シンポジストの山崎健太郎氏(山形大学医学部法医学講座)、矢島恭一氏(上田診療所)、蘆野吉和氏(山形県庄内保健所)、指定発言者の松田友美氏(山形大学医学系研究科看護学専

攻 地域看護学講座 在宅看護学)、今田和恵氏(山形ロイヤル病院)、秋久保秀紀氏(村山警察署)には本シンポジウムの運営に際し、大変お世話になりました。また、柴田雄二氏(北村山地区医師会)と半田和広氏(北村山地区医師会)には本シンポジウムの準備や運営、大貫哲子氏(北村山地区医師会事務局)にはアンケートの準備、配布等で大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

#### <著者の COI (conflict of interest) 開示>

本論文発表内容に関連して特に申告なし