老衰および診断名不明確な高齢者死亡例の解析

Some analysis on uncertain causes of death. Specially about over 60 years of age

静岡県藤枝保健所，東京大学医学部公衆衛生学教室

村 上 義 三

Yoshizo Murakami

(Fujieda H. C., Shizuoka Pref., Dept. of Public Health, Faculty of Med., Univ. of Tokyo)

はじめに

我国の死因別死亡統計をみると，近年老衰による死亡が急速に減少して昭和28年以来久しく死因順位の第3に位置していたものが，遂に昭和33年には第4位に下落している¹⁾⁹⁾。

昭和30年(1955)2月に第7回国際疾病，傷害および死因統計分類改正が行なわれ，我国もこの修正分類を採用したのを機会にして，改正分類の主旨徹底に兼ねて，死因採用規準，規準の主旨，さらに現行死亡診断書記載法を上の規準の主旨に照らして解説に努力した影響が大きいと云われている⁹⁾。

我国の年次別死因順位を調べると，急性疾患，伝染性疾患が著名に減少してかわりに変性性疾患，硬化性疾患および悪性新生物による死亡が死因の上位を占めて来ている。老衰は悪性インフルエンザが流行した大正9年を除いては常に死因中の第5位を下ることはなく，我国死因中重要なものでありながら，年次とともに顕著な減少を示している⁹⁾ことは興味を惹くところである。老衰による死者は昭和33年に実数約51,000人，10万対死亡率では55.4であり¹⁾，依然として重要な死因の一つであるのは云うまでもない。

現行の死因採用規準は，死亡診断書に或いは死体検案書に記載されている一連の疾患および疾患症状の中から最も原初に起った病的事実を死因として採用し，死亡統計をして疾病ないしは傷害・事故の予防活動における対象の撰定に役立たしめることを⁹⁾重要な目的としている。

昭和33年に厚生省の作製したパンフレット「死亡診断書の書き方⁴⁾」には上のことを「公衆衛生のために」と

表現しているのであって，老衰ないしは診断名不明確な死因例の実態，老衰死と診断されるに至った実情を把握しておくのは公衆衛生従事者の責務と考えられる。

よって著者は，昭和34年中に記録された著者の所属する保健所管内の“老衰および診断名不明確”な死因の実情を，死亡診断書を記載した医師に面接，懇請して患者カードの供覧を得，上記の実態の把握を試みた。

調査方法

昭和34年1月から12月末日迄の一ケ年の死亡票のうち，死因I(イ)に老衰と記載してあるもの，および60才以上の死者で，死因が疾病，死因分類の第XVII項に属するものか又は詳細不明な病的状態(例，心臓衰弱，心不全等)のみ記載してあり，他に死因の撰択に際して考慮の対象となる事項が何も記載されていない例を調査対象とえらんだ。

えらび出した死亡票は114枚で，男47名，女67名，死亡票に転記された死亡診断書を取扱った医師は30名である。

対象とした老衰及び不明確死因死亡者の，死亡時の身体的諸状況，受診の回数，治療の有無等に影響すると思われる死亡時の家庭環境等を医師に面接のうえ聞き取り調査を実施した。調査した主な項目は次の通りである。

1. 診療回数

死亡に転帰した状況時についてのみの診察回数，近い時期に診療していても，疾患名が明らかで，治療の終了，或いは中止と医師が認めている場合は含まない。

2. 診療の場所

入院診療か在宅診療(往診)か，在宅の場合には死者の自宅か他の場所か。

3. 死亡者の既往歴

既往についても同じ医師が診療している場合にはその時の諸状況。

4. 死亡時の所見

5. 死亡に転帰した状況の経過。

6. その他

受診に際しての家族の態度，死亡者の職業歴，死者の生前の身体状況等。

以上を80名の医師全員について面接の上聴取することが出来た。調査対象の114枚の死亡票の中9枚は当該診療カードが見当らぬために事情の聴取が不能であった。調査可能であった105枚のうち2枚は59才以下(59才女，58才男)であり，両方とも後に述べる老衰記載理由のAであったので調査結果の集計の中には加えてない。したがって調査した数は103枚，男42枚，女61枚である。

調査の結果

面接聴取の際死亡者の死亡時の状況を出来るだけ明らかにし，診断死因が老衰あるいは不明確な状態に決定された経緯をつかむことに重点を置いたので，その経緯と死因を決定する際に医師の払った考慮を加味して，各死亡例を次の四種類に分類した。

即ち

A：老衰の他には死因をえらぶことが実際困難な例，死亡時状況の所見，経過等についての知見が極めて乏しかった例。

B：Aにくらべれば知見があり，死因欄Ⅰの(ロ)(ハ)及びⅡに記載し得る状態であったが医師がそのまま放置してしまった例。

C：症状，経過について知見が比較的豊富で，老衰又は不明確症状以外の死因をえらべたはすであるが，根拠が薄いと理由で老衰とした例，死因欄のⅠ(ロ)以降何にも記載してない例。

D：他の死因をえらぶべきであったが事情都合により

老衰とした例。

の四群である。各調査項目を以下各群別に整理・集計した結果を述べる。

(1) 診療回数について

各群を診療回数別に分別して表Ⅰに書いた。A，B，C，の順に診療回数が増加していることが明らかにわかり，かつ群内回数のバラッキもA，B，Cと大きくなっていく。調査対象となった死亡例は全例医師の往診診療で入院例は一例もない。それ故死亡時の身体所見，状況についての知見の多小は診療回数に強く支配されるのは当然である。A B C Dの群分類は，医師の得た死亡者についての知見の多小，その知見を得た経緯等に重点を置いて分類したのであるから上の結果は予想通りのものと云えよう。

表Ⅰの最右欄は各群の診療回数の中央値である。平均値と同様A B Cと群別に増加するが，平均値ほどには群の差が目立たない。これはB及びC群に，死者の生前の既往疾患も同一医師が診療している例とないとがあるからで，このことについては後述する。

総数の平均が3.2回，中央値で2.9回，老衰死亡例は死亡時の診療回数が非常に少いものであると一般的に云えよう。

表Ⅱは表Ⅰを男女別にしてみたものであるが，特に男，女に差は認められない。各群の男，女の数も性による特徴はないようである。

(2) 頻回受診者の事例研究

次にB及びC群の多数回受診者(6回以上)について事例的に調査したことを述べる。この多数回受診者の存在が，群の平均診療回数を引上げる役をしているのは先に触れた通りである。

これ等の初診から死亡迄の期間は短くて1ヶ月以上3ヶ月以内が大部分，最長は5年間にわたっている。概観して云えることは，生前の臨床症状が豊富で度々対症的な治療を試みている例—こういう例は診療期間も永く，瀬般に往診していると，診察往診を重ねているが特別

第1表 各群，診療回数

回数 群	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10以上	計	平均	中央値
A	11	10	1	2	1						25	2.0	1.1
B	2	2	2	2	2	0	1				11	3.4	2.5
C	6	13	10	5	8	5	2	2	2	11	64	5.8	3.7
D				1			1			1	3	6.0	7.0
計	19	25	13	10	11	5	4	2	2	12	103	3.24	2.9

第Ⅱ表 各群診察回数
(男・女別)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	平均
群	男	5	4		1							10	1.7
	女	6	6	1	1	1						15	2.0
B	男	1	2	1	1	0		1				6	3.8
	女	1		1	1	2						5	3.6
C	男	3	8	3	1	4	2	0	1	1	8	31	5.4
	女	3	5	7	4	4	3	2	1	1	3	33	6.2
D	男												
	女				1			1			1	3	6.0
計	男	9	14	4	3	4	2	1	1	1	8	47	4.7
	女	10	11	9	7	7	3	3	1	1	4	56	4.1

な症状、或いは患者の的確な訴えをつかんでいない例にわかれるようである。後者の例は、患者の既往に同一医師が診察しているのは一つもなく、嘔吐、血痰、呼吸困難等重篤な症候の対症療法に往診を重ねていたというのが大部分で、初診から死亡迄の期間は最長で3ヶ月弱である。前者の例で目立つのは脳卒中による発作、それに続く痙攣症状を以前治療しているもので、B C群の6回以上受診者21名中3名である。その他、診療の経過中に特殊な症状が現われ、診断を下して一般的な対症療法のみを留まらず、特定な治療をしている例としては、リウマチ性の多発性関節炎と引続いて起こった心臓障害が1例、急性肝炎と初診時から診断をつけ、糖液・ビタミン等の注射を積極的に施している途中死亡してしまった例、10数年以前から僧帽弁膜症があり、同じ医師がたびたび診察していたが、死亡の直前にも特別に同症による以外の徴候等が現われずに死亡等、かなり死亡に至る経過が身体状況に既往歴も含めて明らかな例が多い。その他に四例は、特定疾患或いは特定臓器に基づく症候はないが、患者の訴えは正確に記録、整理してあった。然しこれ等の四例はいずれもごく簡単な臨床検査もほとんど実施してないので、臨床的な診断を下し得るにはデータが不足していると思はれた。

最も診察回数の多い例は33年7月末に初診をして、下腹部の疼痛を主訴とした78才の女で、炎症性の腹部臓器の疾患を疑い一度は外科医院に入院させて経過を観察している。死亡時迄、外科入院中は除いて36回の診察、治療をしており、経過中の33年8月末頃から、手術をせずに退院してから約1ヶ月後に、肝の腫張が現われ同時に発熱も続き、9月中頃には食事をほとんどとらぬため羸

瘦が甚だしくなった。しかし小康を得て、続けて観察していたが、羸瘦、全身浮腫等も加わり昭和34年12月末に死亡している。一度も黄疸、腹水等が出現しなかったもので、主治医は肝臓の悪性腫瘍の疑いを強く持ったが死亡診断書には老衰と記載したと言っていた。思い返してみても、あの例は肝の腫瘍に間違いないと強調してくれた例がある。

以上が多数回受診者の事例の概観であるが、死因に老衰、或いは不明確な状態等を記載せずに、疾病の経過からみても十分その人の死因として採用し得る状況についての知見を主治医が持っている例が発見出来た。

分類のDの3例は、2名が悪性腫瘍(肺癌及び胃癌)と1名が肺結核で主治医はもう論診を下していたが家族の願い、又は医師自身考慮の末該疾患名を記載しなかったものである。

(3) 死因訂正後の死因別死亡者数

調査した各死亡例について、その疾患、状況の経過、主治医が確認している特有な所見、患者の症状があるものについて、死亡診断書の死因の各欄に記載を試みた上、現行死因撰択準則に従って死因を採用し直してみた。或る疾患の疑が濃厚であっても、主治医が確認しなかった場合には新たな記載項目として採用はしていない。先の瀕回受診者の事例の中の、多発性リウマチ性関節炎、肝炎等の例はそれぞれ該疾患名を記載のうえ、準則により、死因として採用してある。

老衰が訂正された例の中一番多いのは、調査の結果死亡診断書の死因欄Ⅰの(ロ)、(ハ)に或いはⅡ欄12の記入要項が出来た時で、それ等の条件が死因分類の773、780~795以外に分類された時である(修正準則9")。

症状および不明確死因が原死因の時に同様、多くは修正準則¹⁰⁾によって訂正した。

訂正後の主要死因別、群別に死亡者数を表Ⅲに示した。A群の25名は全例訂正出来なかったが、これは分類の基準から云っても止む得ないことであり、BおよびC群は1名を除いて全部が訂正可能であった。老衰および不明確死因の約 $\frac{1}{4}$ は他に分類されるべきものとの結果になった。

第Ⅲ表 死因訂正後、各群死因別死亡者数

	A	B	C	D	計
伝 染 病				1	1
悪 性 新 生 物			3	2	5
中枢神経系の血管損傷		2	11		13
心 臓 の 疾 患		4	11		15
呼 吸 器 の 疾 患		2	10		12
消 化 器 の 疾 患		1	8		9
老 年 性 精 神 病		2	15		17
老衰及び不明確な状態	25		1		26
そ の 他			5		5
計	25	11	64	3	103

表Ⅲの死因は訂正後の死因で、数の多いものはそのまま採録し、他は国際疾病、死因分類の大項目に従ったもので、死因として老年性精神病に分類されるのがC群に特に多く全体で17名もあり、訂正後の死因の中では第1位を占めている。これは、死因Ⅰ（イ）に老衰とあり、調査の結果も主治医はいろいろな知見を持っていたが、特別な検査等もおこなってないので確診出来ずにいて、たゞ頭者な老弱、痴呆の存在が確実であって65才以上の例なので、修正準則9および国際分類304老年性精神病に対する付記⁹⁾により老年性精神病に分類されたものである。

中枢神経系の血管損傷、心臓の疾患が次いで多いが、これ等は先に述べた頻回受診者か、既往に同一主治医が診療している例が訂正された結果である。悪性新生物以外の消化器の疾患の9例は、胃腸又は肝臓疾患の主症状を認め対症療法を続けていたもので、肝炎および肝硬変各1例、急性、慢性胃炎あわせて6例である。C群の中の不明確死因に分類した1例は老衰状態もあったが主症状は吐血であり、死因Ⅰ（イ）にも吐血に記載されていたもので修正準則10によりそのまま吐血が採用死因とされた。その他の死因は5例中4例は既往の疾患から発して完治することなく死に至り、死亡時は甚だしく衰弱していたことが明らかになったので、既往の疾患を原死

因（Underlying cause of death）に採用した。1例は死亡の2月前に大腿骨骨折があってそれから衰弱していったもので、準則に従い大腿骨骨折に符合したものである。

次に34年度中の当保健所管内の60才以上の死因別死亡者数を老衰死亡訂正後のものとを比較してみた（表Ⅳ）。死因中第1位中枢神経の血管損傷は不動で、第2位心臓及び血管の疾患、第3位新生物である。老衰および診断不明確群は第5位に転落している。不明確死因者51名中調査対象例の中老衰および不明確なものとして残った26名を除く他の25名は死亡票に老衰の記載がなかった診断名不明確な例である。表Ⅳの死因は国際疾病分類の大項目を採用して表Ⅲの場合とは異なるので、老年性精神病はその他の中に入れ、そのため多発死因としては表に現われてこなかった。その他の死因は独立分類項ではないので、死因順位の符合には考慮していない。

第Ⅳ表 60歳以上死亡者、死因別、死者数

（藤枝保健所、管内、昭和34年度）

	昭和34年の 記 録	老衰を訂正 後の死者数
伝 染 病	39	39
新 生 物	95④	101③
神 経 系 の 疾 患	242①	254①
循 環 器 系 の 疾 患	110③	126②
呼 吸 器 系 の 疾 患	39	51
消 化 器 系 の 疾 患	48⑤	56④
泌 尿 ・ 生 殖 器 の 疾 患	21	21
老衰及び不明確な状態	129②	51⑤
事 故 死	26	26
そ の 他	66	84
計	814	814

考 察

以上が調査し得た老衰による死亡の実態で、事例についてやや委しく述べて来た。冒頭に述べたように、老衰およびその他の不明確な死因による死亡例の実情を知り、次にはその改善のための方策を考えねばならない。

調査の結果に立脚しつつその方途を考えてみよう。

死亡診断書の記載死因が不明確事項となるには、死因の診定そのものが極めて困難である場合と、多少の困難さはあったが主として現行死亡診断書の記入に要請される諸注意事項が不徹底のために不明確死因となってしまう場合とがある。前者を絶対的事例とすれば後者は人為的な不明確死因と云えよう。

不明確死因例を少くし、死亡統計改善の一半の努力も、この質的に異なる両者には自づと方策が支ってくる。

先づ前者の診断そのものが極めて困難な場合——これは筆者の老衰死亡例分類のAに属する例である。くわしく述べたように診察回数が少い、稀に診察、往診を重ねていても重篤な症状の対症療法に終って原病を追求出来なかった諸例である。調査後の死因改訂にも一件も符合の変ったものがない。こういう結果であるからこの群の対策、努力は医師が知見を豊富に得られるような方向でなければならない。

医師は患家の需めに応じて往診するのであるから余程特殊な例を除いては、死因をより正確に把握しよう、そうすることによりいずれかの点で疾病の連鎖を断ち切り死亡防止に今後役立てよう⁵⁾という大義名分の意識だけでは往診回数を重ねて診察し、臨床検査をする機会を増すことは十分に期待出来ない。

往診を需める患家の側にとっては、往診回数が多くなるための負担の問題、又医師の側にとっては、往診先でも可能な臨床検査等を実施して診定を確めようとの積極的な意識があったとしても、技術的に又経済的に容易に解決出来ない問題があろうし、又開業医師の場合には時間的な制約も大きなものであろうと推測する。老衰という死因は入院例では我国でも極めて少く、諸外国でも同様といはれるが⁶⁾、重篤な臨床症状を欠いたまま死に至った例が老衰死となっているのであるから、入院例が増加するのを期待するのは我国の現状では更に実現性が薄いと思う。

要するに老衰例の中、筆者の分類のA群—老衰以外に記載しようのないもの一は、我国の医療の需授の現状、或いは慣習のために生じて来たものであるから、死亡統計改善を目的とした技術の方策では影響がないと考えている。調査例では103名中25名がA群に属したから先づこの程度の割合、即ち現状で記録されている老衰死の¹⁾程度は今後に残っていくのではなからうか。

上田によれば⁷⁾昭和33年に目覚しく減少した老衰も34年の結果ではむしろ増加し、今後も33年の数値を底として暫くは横這いを続けるのではないかという。藤枝保健所管内では、調査対象に選んだのと同じ定義で選び出した昭和32年、33年の老衰死は、32年が135名、33年119名であり、むしろ毎年減少の傾向にある。両年の老衰死例を調査対象と同様に吟味しなければ傾向について論ずるわけにはいかないが、管内では医療の需授の面に特別な変化が起っていないから分類のA群の割合はそのまま

としても、その他の群に属する諸例には調査の結果に依る適切な努力を尽せば今後は減少していくものと考えられる。

次に人為的な老衰例について如何なる方途が考えられるか。分類のB、C、D、群であるが、これ等は分類した基準をふり返れば自づと対策は明らかと云えるのではなからうか。調査して筆者が聴取ることが出来た死亡者に関しての情報はすべて当該主治医が記録していたか又は確実な記憶であり、筆者の推定は全く交えていないのに1例を除いて他はすべて老衰および不明確な診断以外に死因が変更されたのである。

死亡診断書に記入し得る、いな記載すべき知見を得ているにも拘わらず表記していないのであるから、各種の事由はあろうとも一重に医師に対しての現行死因分類規則、原死因の撰択法、死亡診断書記入の方法等のPRの不足である。

保々の京都における調査報告によれば⁸⁾、単死因記載の25～30%、複合死因では実に80～90%が記入が不備なために死因の詳細が分らず、医師別では一般医の60%、大学病院の医師は80%の人が不適当な診断書を書いていると云う。

小池は又⁹⁾、老衰或いは症状のみを記載した死亡診断書が提出されると該当医師に連絡し、診断書の記載法を説明し続け不適当死因例が減少したが、高齢な医師の場合には改善のあとが見られないと述べている。

上のような報告例から、死亡診断書記載の不備に関して医師の無責任、あるいは医学教育の点にまで及んで非難する向きもあるようであるが、筆者はその最大の原因は現行死因撰択規則が難解なためだと考えたい。

死亡を惹き起こす原因を予防する目的のために、事件の記録としては最も確実な死亡の原因を、一連の疾患の原初点の疾病を原死因として統計上の死因に、致命傷を生ぜしめた災害、暴力が加っていたならば他に如何なる疾病状況が記録されていてもその外傷を死因として符合するのが現行死因統計の原則である¹⁰⁾。死亡統計作製の最大の意図が、公衆衛生の最も効果的な目的である死亡の予防に役立てるにあり¹¹⁾、そのために原死因の定義を上のように定めたことには筆者も全く異論がない。しかし、死因撰択の解説書¹²⁾¹³⁾の設例では比較的容易に理解出来ても、十分に患者の過程を追えなかった場合、診断を確めるための手技が取り得なかった時、あるいは死者の家族その他の周囲からいろいろな働きかけがあり死因を考慮する時間的余裕が不足であった場合等、実際の場合にはたとえ死因撰択規則を理解していたとしても、最

も状況に照して適確な死亡診断書の記載は困難となるのが実情であろう。そのために死因撰択規則には多くの補足や修正準則が設けられているのではなからうか、筆者の行なった死因訂正も大半は補足”に従って訂正されたものであった。

死因の撰定、死因符合の規則が規則が複雑なのであるから、取扱った病的事象の連鎖を記入する責任を負わされている医師には”繰返し繰返し記載法をPRし、協力を懇請する態度でなければならぬ。

具体的なPRの内容に関したことであるが、第6回国際疾病分類修正会議の決議の翻訳には、疑診、不明確診の時はそのままそれを記載する、理由は疑診、不明確と云つても正確な死因との差は死因統計用の死因(国際B分類)の範囲では極くわずかであるからと述べている”。ところが昭和33年版“死亡診断書の書き方”にはどこにも疑診の取扱いが明記してない。調査対象のC群を扱った医師に疑診のこの取扱いが徹底すれば全例死因が改変されていたであろうことは明白である。西山・田村・勝沼他によれば”, 保健所主催で地区老人健診を高血圧性、硬化性疾患を主として60才以上の住民の1/10を無作為にえらんで実施したところ、健診後2年間の観察で健診受診者の中からの死者では19名中わずかに1名が老衰死で健診実施時の受診者に対して0.26%, 非受診者では同じ時期の同一年齢群の住民数に対し老衰死2.76%で健診実施が老衰死の減少に大きな役割を果たしていると言う。健診結果は本人に通知したのみで、受診者達の通常のかかりつけの医師に連絡はしなかったと云うが、受診者達の死亡時の主治医には家族の申告等により情報が告知されていたために、主治医はたとえ自らの手技で死因疾患を確診しなくても疑診に対して附加する知見が得られたとして死因を不明確にしなかったのだと考えられないだろうか。

疑診をさらに補足するような機会一生前の健診受診、ドック入り等が考えられるが、一があると間接的ではあるが不明確な死因を減少させる効があると思う。

分類のD群は、今まで述べて来た不明確死因減少のための対策の筋からみて列外に属する。結核、癌等の疾患を忌み嫌う一般の風潮に医師が妥協した結果と云えようが、医師の側に対して上述のPRもさることながら、一般住民に対して特殊な疾患の性質に対するの誤解、家族の疾患をかくす性向等にむかつては根気のよい一般衛生教育の実施とその効果の現われるのを待つということにならう。

ま と め

昭和34年度1ケ年に藤枝保健所管内の“老衰および不明確な死因”の死亡例を死亡診断書を記載提出した医師に個別に面接して事例的に研究し、該死因死亡例の実態をつかむとともに、かかる死因の減少を図り、死亡統計改善のための施策は如何にあるべきかを考察した。結論として考えられることは次の通りである。

(1) 不明確死因例にも二種類あり、一は全く知見、所見が少く、不明確な状態しか認知し得なかった例で、他はより豊富な知見があつても死亡診断書の記載要領の不徹底のために不明確死因となつてしまつた例である。

(2) (1)の前者の例は今後もそのまま不明確な死因として残るであろうが、後者については記載法の周知の努力さえ払えば改善は確実に可能である。

(3) 死亡統計改善のための方途は、(1)の前半の諸例は我国の医療需授の現状、慣習に強く規制されるもので直接の対策はすぐには見込めないが、後半の例には難解な死因採用規則のPRを繰返し根気よく実行すればよい。

(4) その他の間接に死亡統計改善に資する方途には、老人健診の広汎な実施、特に住民の間に誤解の強い特殊な疾病の本質についての衛生教育の実行等が重要と考えられる。

拙筆にあたり、東京大学公衆衛生学教室勝沼教授小泉助教授はじめ室員の諸賢の御指導と御助力に深甚の謝意を表します。

なお、本論文の要旨は第16回日本公衆衛生学総会において発表した。

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標特集、国民衛生の動向 148-149 (昭34)。
- 2) 上田、河田：厚生指標、7、8-13 (昭35)。
- 3) 厚生省統計調査部：疾病、傷害および死因統計分類提要、第一巻 (昭33)。
- 4) 厚生省：死亡診断書の書き方 (昭33)。
- 5) 厚生省統計調査部：疾病、傷害および死因統計分類提要、第二巻 (昭25)。
- 6) 保々万里：日本衛生学雑誌、13 (特集号) 88. (昭33)。
- 7) 小池善一：日本公衆衛生雑誌、5 (増刊号) 14 (昭33)。
- 8) 西山、田村、勝沼他：日本公衆衛生雑誌、6 (増刊号) 103 (昭34)。
- 9) 厚生省統計調査部：国民健康の指標説明資料、8 (昭35)。

(受付：1960年9月1日)