

平成 25 年度 修士論文

「老衰」の社会的構成に関する研究
——死因「老衰」の現代的意味を問う——

鹿児島大学大学院 人文社会科学研究科
経済社会システム専攻
藤村憲治

(平成 26 年 2 月 20 日 : 最終校正)

平成 25 年度 修士論文要旨

鹿児島大学大学院人文社会科学研究科 経済社会システム専攻

(題目) 「老衰」の社会的構成に関する研究 ——死因「老衰」の現代的意味を問う——

(氏名) 藤村憲治

忘れられつつあることば「老衰」、〈古い衰えゆく〉否定的概念としての「老衰」、というのが一般的な理解である。しかし、それが肯定的概念として、歴史性と文化性を帯びて現前する文脈がある。それは、「死」の現場に立ちあらわれる死因「老衰」である。

本論では、この「老衰」の社会的構成の研究をおこなった。「老衰」を問う意義は、まず、「老衰」の定義が曖昧なことにより、死因「老衰」を診断する医師の「迷い」の根源となる。一方では「老衰死ができないわけ」を医師に求め、「介護者の不満」としての「大衆の反応」となって現れる。そこで、曖昧な「社会的概念」として放置されてきた「老衰」を、具体的に概念化し、両者の意識の根底にある共通性と異質性を解明するという社会的意義をもつ。つぎに、「老衰」についての「社会学」および「医療社会学」の先行研究が不十分であるために、本研究を通して、新たな〈「老衰」の社会学〉への展望を開くという意義を有している。

本研究では、社会的構築主義の視座を基底にして、「医療社会学」と「社会問題」の概念をツールとして用いている。さらに、実証研究での Grounded Theory Approach による、理論の産出をも視野に入れて、研究をおこなった。

本研究の結論は、以下のようにまとめられた。

1. 曖昧な社会的概念とされてきた「老衰」は、日本においては「長寿・自然」という具体的で肯定的概念であり、それが死因「老衰」の言説の場にはかならず現前する。
2. 死因分類としての起源をもつ「国際ルール」は、「死亡の防止」を目的として「進歩」してきた。それに応じて、わが国の死因統計は、「翻訳された制度化・規範化」として整備されてきたが、いずれも「みえない制度」として機能している。
3. 「老衰の医療化」の時代区分は、3 つに区分される。Ⅱ期：原死因「老衰」期、1945～1975 年がもっとも「医療化」が徹底された。
4. 医学的「老衰」は多層構造のなかで多様な「言説の場」で構成される。「医学の進歩」というレトリックが自明性をもち、「臨床の場」でもそれが機能している。
5. 死因「老衰」診断現場では、①「病院」には「老衰」はない、②死因「老衰」を診断する医師は、多様な「選択と判断」を行っている、③死亡診断書に「老衰」を記載する医師は「暗黙の社会的基準」に軸足を置いて診断している。その、根源は「長寿・自然」という社会的「老衰」概念である。

さらなる超高齢社会がまちうける日本では、避けて通れない「老衰」問題に新たな視点を加えて、〈「老衰」の社会学〉への展望を開いた。「医学の進歩」「死亡の防止」という「みえない制度」を背景とした医学的「老衰」の流れと、長寿化の到来による「自然な死」を希求する社会的「老衰」の流れがぶつかり合っているのが現代である。

本研究では、研究者の出自によるバイアス、「国際比較社会学」の視点、実証研究のさらなる積み上げなどの点において、残された課題も多い。

目次

はじめに

序 章 「老衰」の何を問題としたのか	3
--------------------	---

——筆者のライフヒストリーから

第1節 筆者のライフヒストリーからの問い——「問題経験」	3
第2節 「問題経験」の一般化——「医療問題」から「社会問題」へ	6
第3節 本研究の「老衰」枠組みと本論文の構成	10
第1章 医学的「老衰」の制度的構造の分析と先行研究	17
第1節 医学的「老衰」の制度的構造	17
第2節 死因「老衰」の「医療化」の過程	19
第3節 「国際比較」というレトリック	28
第4節 死因「老衰」の「医療社会学」的視点	33
第2章 「老衰」に接近する方法としての社会的構築主義	42
——〈「老衰」の社会学〉と「医療社会学」の接点	
第1節 『〈老い衰えゆくこと〉の社会学』の視点	42
第2節 本論における「医療社会学」の視座——「社会的構築主義」	48
第3節 「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の接点	53
第4節 「老衰」の社会的構成への接近——「社会問題」の視点	56
第3章 医学的「老衰」の言説構造の分析	64
——「レトリック分析」と「社会問題の自然史」	
第1節 制度的・規範的「老衰」の「行政」言説	66
第2節 歴史社会学と言説分析からの再構成	69
第3節 医療的・臨床的「老衰」のレトリック分析	76
第4節 医学的「老衰」の通時的比較	79
第4章 社会的「老衰」の構成——「長寿・自然」	83
第1節 対象「老衰」の語り	83
第2節 「老衰」の歴史的視点	86
第3節 社会的「老衰」の構成	89
第4節 「老衰」言説の場の底流——社会的「老衰」	92
第5章 「老衰」診断の現場	94
——医学的「老衰」と社会的「老衰」の共存する場	
第1節 方法と理論	94
第2節 「老衰」診断の経験——「病院」には「老衰」はない	97
第3節 「老衰」診断の「選択と決断」の要因	100
第4節 データ対話型理論の成果と限界	105
第6章 死因「老衰」の現代的意味	110
第1節 「みえない制度」を可視化する	111
第2節 医学的「老衰」の通時的比較とレトリック	117
第3節 「長寿・自然」からの出発と回帰	124
第4節 経験医療としての死因「老衰」	126
終 章 問われる日本の超高齢社会における死	133
第1節 中心課題としての「老衰」	133
第2節 死因「老衰」の許容	136
——「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ	
第3節 〈「老衰」の社会学〉への道すじ	140
おわりに	141
引用文献	144

目次

はじめに

序章 序章「老衰」の何を問題としたのか ——筆者のライフヒストリーから・・・ 3

第1節 筆者のライフヒストリーからの問い——「問題経験」

- 1 研究方針の転換——「老衰」診断率はなぜ高かったのか
- 2 どのようにして死因「老衰」を理解したのか
 - 1) 初めての「老衰」診断の物語
 - 2) 最後の「老衰」診断の物語
 - 3) 「老衰」診断の基準をもっていたのか
- 3 筆者の「問題経験」

第2節 「問題経験」の一般化——「医療問題」から「社会問題」へ

- 1 「家族の不満」「医師の迷い」——なぜか
 - 1) 「家族の不満」——『老衰死』ができないわけ
 - 2) 「医師の迷い」——なぜ医師は迷うのか
- 2 医療内部からの声——「自然死」のすすめ
 - 1) 『自然死』を知らない医者」はどうして生まれたのか
 - 2) 声の共通性——「診療の場」と「医師の経歴」
- 3 「医療構造」のなかの問題——「専門性」と「規範性」
 - 1) 専門医——「原死因」
 - 2) 規範としての「死亡診断書記入マニュアル」
- 4 「医療問題」と「社会問題」の交差点

第3節 本研究での「老衰」枠組みと本論文の構成

- 1 本研究の社会的および社会的意義
- 2 本研究での「老衰」構成の枠組み
 - 1) 「老衰」の歴史的視点
 - 2) 「老衰」の定義と言説の場
- 3 本研究の視座と研究方法
 - 1) 医療社会学の視点
 - 2) 社会的構築主義の視点
 - 3) 質的研究の視点
 - 4) 本論文の縦糸と横糸
- 4 本論文の構成

第1章 医学的「老衰」の制度的構造の分析と先行研究・・・・・・・・・・ 17

第1節 医学的「老衰」の制度的構造

- 1 「世界医療システム」という概念——医学的「老衰」の根底
- 2 統計的「老衰」と制度的・規範的「老衰」

第2節 死因「老衰」の「医療化」の過程

- 1 「国際ルール」(国際疾病分類・ICD) ——「みえない制度」
 - 1) ドクトリンとしてのICDの歴史
 - 2) 「みえない制度」としてのICD
- 2 翻訳された制度化と規範化の時代区分——「医療化」の水準
 - 1) 死亡原因「老衰」期：1900～1945年——「衛生の理想」
 - 2) 原死因「老衰」期：1945～1975年

——人口動態統計の整備期・医師への周知徹底

- 3 無視される「老衰」期：1975年～
- 3 「国際ルール」の要点

- 1) 「死亡原因〈死因〉」から「原死因」へ
——「死亡原因（死因）」「原死因」の定義
- 2) 死亡診断書の国際様式——「死亡の原因」
- 3) 無視される「老衰」——死因選択および修正ルールという規範
- 第3節 「国際比較」というレトリック
 - 1 「老衰死」の国際比較——「医学の進歩」「後進性」の根拠
 - 1) 各国との比較
 - 2) 日米の老衰死亡率のパターンから
 - 2 日本独自の問題
 - 1) 死亡の届出様式——日本、米国
 - 2) 「死亡の種類」——「病死及び自然死」という概念
- 第4節 死因「老衰」の「医療社会学」的視点
 - 1 わが国の死のなかの「老衰死」
 - 1) わが国の死の歴史的視点——疫学転換と平均寿命の延長
 - 2) 「老衰死」の現状
 - 3) 「老衰死」の何を問題としているのか
 - 2 先行研究の結論——「医師の個人差」「実情の把握」「精度に関わる意識調査」
 - 1) 「医師の個人差」
 - 2) 「実情の把握」
 - 3) 「精度に関わる意識調査」
 - 3 「『老衰』は社会的概念である」——社会的概念はどこまで「見なおされた」のか
 - 1) 「『老衰』は社会的概念である」へ
 - 2) 「医療における社会学」の限界

第2章 「老衰」に接近する方法としての社会的構築主義・・・・・・・・・・ 42

——〈「老衰」の社会学〉と「医療社会学」の接点

- 第1節 『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』の視点
 - 1 「老衰」は社会学のテーマになりにくい
 - 2 『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』の視点
 - 1) 天田の目的と立脚点
 - 2) 〈老衰〉と〈古い衰えゆくこと〉の差異——senility と frailty
 - 3) 天田の「老衰」言説の視点
 - 4) 天田の「医療化」の視点
 - 3 〈「老衰」の社会学〉への展望
 - 1) 天田の2つの視点
 - 2) 視点の一致
- 第2節 本論における「医療社会学」の視座——「社会的構築主義」
 - 1 従来の「医療社会学」——「医療における社会学」と「医療を対象とする社会学」
 - 2 本論での「医療社会学」——視野の拡大「医学的知識の社会的構築」
 - 1) 医学知識
 - 2) 疾病分類——特定病因論と確率論的病因論
 - 3) 新公衆衛生学と「老衰」
 - 3 「社会的構築主義」を視座とした「医療社会学」
- 第3節 「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の接点
 - 1 「医療化論」と「定義の政治」
 - 2 新たな視座——『社会問題の構築』
 - 1) ことばの定義——「精神薄弱」の例
 - 2) 分類システム——「同性愛」の例

- 3) 「社会問題の自然史」の視点——アメリカ精神医学会における社会問題
- 第4節 「老衰」の社会的構成への接近——「社会問題」の視点
 - 1 社会問題過程としての「老衰」
 - 2 社会問題過程間の相互作用としての「老衰」
 - 3 本論での「問題」プロセスの概要
 - 1) 「政策形成」 2) 「社会問題ワーク」 3) 「政策の影響」
 - 4) 「クレイムの申し立て」 5) 「メディア報道」 6) 「大衆の反応」
 - 4 本論での「新しい視点」とは
 - 方法論としての「レトリック分析」と「社会問題の自然史」

第3章 医学的「老衰」の言説構造の分析・・・・・・・・・・ 64

——「レトリック分析」と「社会問題の自然史」

- 第1節 制度的・規範的「老衰」の「行政」言説
 - 1 閉じられる扉——「老衰」制度化の言説
 - 2 制度化・規範化の集大成——「死亡診断書記入マニュアル」
 - 3 規範化の成果
- 第2節 歴史社会学と言説分析からの再構成
 - 1 歴史社会的視点から
 - 1) I期 1900～1945年：死亡原因「老衰」期
 - 2) II期 1945～1975年：原死因「老衰」期
 - 3) III期 1975年以降：無視される「老衰」期
 - 2 言説分析の素材と概要
 - 1) 言説分析の素材
 - 2) 言説の概要
 - 3 病理学的「老衰」言説
 - 1) 「僅か」「ほとんど認められない」「非常にまれ」
 - 2) 「(老衰と)せざるを得ない」「いわゆる老衰」
 - 3) 「科学的根拠」
 - 4) 百寿者からのメッセージ——長寿老人・長命老人
- 第3節 医療的・臨床的「老衰」のレトリック分析
 - 1 「専門分野」——病理学(法医学)・公衆衛生学・病院「臨床」
 - 2 「臨床の場」——病院・診療所・施設
- 第4節 医学的「老衰」の通時的比較
 - 1 死亡原因「老衰」期(I期)
 - 2 原死因「老衰」期(II期)
 - 3 無視される「老衰」期(III期)

第4章 社会的「老衰」の構成——「長寿・自然」・・・・・・・・・・ 83

- 第1節 対象「老衰」の語り
 - 1 「老衰：ろう・すい」——「死にゆく過程」を含有する表現
 - 1) 国語辞典——「老衰」は「老衰」死を含まない
 - 2) 百科辞典——「老衰」死を含む
 - 2 「老衰」は多様に語られる
 - 3 形容される死「平穏死」「満足死」——「老衰」との共通性と異質性
- 第2節 「老衰」の歴史的視点
 - 1 「自然死」としての「老衰」——天命、定命、天寿、寿命
 - 2 死因分類前史の「老衰」の扱い——「老齢・高齢・老年」

第3節. 社会的「老衰」の構成

- 1 「老い」の肯定性——「長寿」
- 2 肯定的「衰え」——「自然に」
- 3 本研究での定義——社会的「老衰」＝「長寿・自然」

第4節 「老衰」言説の場の底流——社会的「老衰」

第5章 「老衰」診断の現場——医学的「老衰」と社会的「老衰」の共存する場・・・94

第1節 方法と理論

- 1 本研究の目的
- 2 対象者の選択と属性
- 3 データの収集および分析法
 - 1) データの収集
 - 2) データの分析法
- 4 用語の定義
- 5 倫理的配慮

第2節 「老衰」診断の経験——「病院」には「老衰」はない

- 1 「老衰」診断の経験——「病院には『老衰』はない」は共通理解
- 2 「老衰」診断をしたことがある——「家庭医」の分類型
- 3 「老衰」は定義できるのか——定義は多様

第3節 「老衰」診断の「選択と決断」の要因

- 1 なにが一番重要な相互関係か——家族関係
 - 1) 家族関係
 - 2) マニュアル
- 2 経験としての「老衰」——医師の理念類型
 - 1) 「積極型」
 - 2) 「相互作用型」
 - 3) 「マニュアル型」
 - 4) 「否定・超越型」
- 3 医師と住民および看護・介護職との共通性
 - 1) 共通する非医学的言語——「自然に」「枯れる」
 - 2) 住民および看護・介護職の意識との共通性——「老衰」は「病気」ではない
 - 3) 共通するイメージ——社会的「老衰」

第4節 データ対話型理論の成果と限界

- 1 「医師のジレンマ」から「暗黙の社会的基準」へ
- 2 医師の悩み
 - 1) 医師は自分の延命・胃瘻造設は拒否する
 - 2) 「死の教育」は受けなかった
 - 3) 臨床医の現代医療への批判と反省
- 3 データ対話型理論の成果と限界

第6章 死因「老衰」の現代的意味・・・・・・・・・・・・・・・・・・110

第1節 「みえない制度」を可視化する

- 1 「世界医療システム」としてのICD——「健康及び健康管理」へ
- 2 翻訳された「国際ルール」の「制度化」「規範化」
- 3 「老衰」医療化の歴史
 - 1) I期 1900～1945年：死亡原因「老衰」期
 - 2) II期 1945～1975年：原死因「老衰」期
 - 3) III期 1975年以降：無視される「老衰」期

- 4) 「みえない制度」と「翻訳された制度化・規範化」の可視化

第2節 医療的「老衰」の通時的比較とレトリック

- 1 「老衰」の自然史—通時的比較
 - 1) I期：「政策形成」のみ——「問題」の端緒
 - 2) II期：「医療問題」から「社会問題」へ
 - 3) III期：「社会問題」としての「老衰」
 - 4) ふたたび「みえない制度」を可視化する
- 2 医療的「老衰」言説のレトリック
 - 1) I期——「政策形成」
 - 2) II期——「社会問題ワーク」「政策の影響」
 - 3) III期——「クレイム申し立て」

3 残された課題

- 1) 「医療化」の本質と「翻訳されたことば」
- 2) 「公式統計」

第3節 「長寿・自然」からの出発と回帰

- 1 「老・衰」は「長寿・自然」——肯定的概念である
- 2 変化する「長寿・自然」
 - 1) 「長寿」の変化
 - 2) 「自然に」「自然死」の変化

第4節 経験医療としての死因「老衰」

- 1 「暗黙の社会的基準」——社会的「老衰」
- 2 「診療の場」と「専門性」
- 3 経験医療としての確信——「反省的实践家」

終章 問われる日本の超高齢社会での死・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 133

第1節 中心課題としての「老衰」

- 1 「長寿革命」への道——疫学転換
- 2 これからの日本の死——最大寿命の延長なのか
 - 1) 限界寿命と最大寿命
 - 2) 「老衰死」の将来

第2節 死因「老衰」の許容——「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ

- 1 「老衰」で死ねなくなるのか
- 2 複合死因という発想
- 3 「死亡証明書」その恣意性
- 3 「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ

第3節 〈「老衰」の社会学〉への道すじ

おわりに

引用文献

はじめに

医師生活 40 年間の筆者が、死亡診断書に死因「老衰」を記載したのは、医師になって 25 年目であった。それまでは、医学生時代、大学病院時代、勤務医時代のいずれにおいても、死因「老衰」は筆者の医学概念の中には、存在していなかった。それが、突然に死因「老衰」を理解し、15 年間の地域医療において、死因「老衰」の診断率が多かったのはなぜか、が問いの始まりであった。その問いに答えるには歴史をさかのぼらなければならなかった。その歴史は、二つの道に通ずる。一つは「老衰」であり、もう一つは死因「老衰」である。

忘れられつつあることば「老衰」、〈老い衰えゆくこと〉としての否定的価値判断を含むことば「老衰」というのが、一般的な理解である。しかし、歴史をたどることからみえてくるものは、「十分に生きた末、自然に死をむかえる」という肯定的な価値を含意する言葉であった。そのような、肯定的概念としての「老衰」が現前する文脈がある。それが、死亡の原因としての「老衰」、すなわち「死」の現場に立ちあらわれる死因「老衰」である。

なぜ、このような二義性をもつ「老衰」となったのか。なぜ「老衰」を医学用語として、借用しなければならなかったのか。それは、「医制四十五条 施治ノ患者死去スル時ハ医師三日内ニ其病名経過ノ日数及ヒ死スル所以ノ原因ヲ記シ（虚脱痙攣窒息等ノ類ヲ云ウ）医師ノ姓名年月日ヲ附シ印ヲ押テ警務取締ニ出スヘシ」（医制 明治 7 年 8 月 18 日 文部省ヨリ東京京都大阪三府へ達：『医制 80 年史』1955）に始まる。

ここから、医師は死亡の原因（以下「死因」と記す）を確定して正確に書類（死亡診断書）を書いて届け出なければならない。さらに、死亡登録時に記録された死因を統計的に分類するために、1900 年（明治 33 年）からは、国際死因分類・ICD⁽¹⁾（以下「国際ルール」とも述べる）を適用していくことを国家が確認することになる。ゆえに、人は死後も、公衆衛生学に貢献しなければならなくなる。

「老衰」と死因「老衰」の二つの流れは、その後の時代的背景の影響を受けて、浮き沈みしてきた。まず、死因「老衰」は「国際ルール」決定以来、“数奇な”運命をたどることになる。死の一つの形式とされながら、なぜ、“数奇な”運命をたどることとなったのか。それは、「国際ルール」が、「死因の分類」から「疾病、傷害の分類」へ、さらに「保健関連の分類」へと「進歩」してきたからである。公衆衛生の目的は、「死亡の防止」のために「死亡の原因を断ち切ること」（厚生省 2006）であるから、死因「老衰」はその目的と乖離する。すでに、「国際ルール」では、死因「老衰」は表舞台から退き、現在では裏舞台で、しかも無視される「死因」となっている。

それでは、「老衰」と死因「老衰」はどのように交差してきたのか。両者が交差するのは戦後である。急速に超高齢社会・長寿社会に移行して来たわが国では、「死」は超高齢者側に偏移するようになったが、死因「老衰」の比率は逆に低下してきている。この間、医療内部では死因「老衰」は「医療問題」として、この死因「老衰」比率の低下に寄与する言説が主体であった。しかし、臨床の場では「老衰」は、経験的な診断名として、なお主要な死亡原因であり、医師は「迷いながら」も、自分の「選択と決断」のもとに死因「老衰」を診断している。

他方では、「良い死」や「自然死」を希求する声は、超高齢社会の現在では、メディアの主要な「医療問題」でもある。わが国の「自然死」の代表は「老衰」であることが、「死亡診断書記入マニュアル」に規定されている。また、わが国の「死」のなかの 3~5% は「老衰」であるが、そこでは、「自然死」や「『老衰死』ができないわけ」が問われている。そして、そのような「問い」の答えは、多くは「医療問題」の範囲内で取り扱われている。しかし、前述の医療における医師の「迷い」の問題や「自然死」や「老衰死」ができないわけを問うている一般の人びとへの答えは、「医療問題」で解決できるのだろうか。

死因「老衰」は多くは「医療問題」で語られるが、「老衰」はその範囲を超え「社会問題」としてあらわれる。そこに共通しているのは、「老衰」をめぐる概念規定の曖昧さによるものである。その曖昧さを解き明かすことが、医師と一般の人びとの間の相互理解を可能とする道である。

本論文は、「老衰」をめぐる概念規定の曖昧さを、「問題」としている。それは、本来社会的概念であった「言葉」が、「医学用語」に取り込まれたこと（「医療化」）を端緒としている。曖昧に規定された概念は、時代の変化に応じて、「医学の進歩」と「死亡の防止」という底流と、「自然な死」を希求する社会的な潮流のぶつかり合いのもとで、その医学的文脈と社会的文脈の間の乖離として、現前化してきた。

「老衰」の概念規定が不明瞭なことに起因する「社会問題」を、基本的には社会構成主義の立場に立脚し、「医療社会学」の概念をツールとして用い、さらに、実証研究による検証を加えて、解決するのが本研究の目的である。

医学論文では、すでに 1970 年代に『『老衰』という診断名は病理解剖学的概念ではなく、むしろ社会的概念である』（根岸龍雄 1971）と論じられている。しかし、なぜそうなのか、社会的概念とは何か、社会的概念のみなのかなどは、これまでも明らかにされていない。「社会的概念である」ならば、社会学的には論じられてきたのだろうか。これも「老衰は社会学のテーマになりにくい」ため、先行研究は非常に乏しい。死因「老衰」の経歴をたどることにより、なぜそのようになったのかを、「老衰」の医学的視点と社会的視点の交差する場から、社会学的に解明し、「老衰」に新たな視点を与えるのが、本論文の社会学的意義である。

筆者の問いを、「問題経験」を通して、「医療問題」から「社会問題」として「老衰」を再構成するのが、この研究の主要な課題である。

その旅にでることとする。

その道すじには、当然「現代医学への批判」や「死の問題」がある。

[注]

(1) ICD の解説については以下の通りである。

疾病、傷害及び死因の統計は、保健福祉政策の立案・評価、人口問題の研究等の基礎になるものです。特に異なる国や地域から異なる時点で集計された死因や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うためには、国際的に統一された分類が必要であります。「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)」は、「国際疾病分類」と略称されていますが、このために設けられた分類です。1900 年(明治 33 年)に ICD-1 が導入されて以来、医学の進歩や社会の変化に伴い、ほぼ 10 年ごとに改訂が行われています。／第 2 次大戦後は世界保健機関 (WHO) の所管となり、世界保健機関憲章に基づく重要な分類と位置づけられています。現在我が国では第 10 回改訂 (ICD-10) の一部改正版である ICD-10 (2003 年版) に準拠した分類を使用しています (厚労省 2012 : 29)。

付言すると、初回の英語表記は International Classification of Diseases (ICD) である。

序章

「老衰」の何を問題としたのか——筆者のライフヒストリーから

序章では、研究者でもあり、13 人目の研究対象者（フィールドワークで 12 名の医師を対象にした）でもある筆者の、死因「老衰」診断の経験——広義のライフヒストリー——をのべる。筆者の「問題経験」がどのようにして、「医療問題」から「社会問題」として展開してきたかを見ることで、本研究の「問題」の所在を明らかにする。

つぎに、本研究の意義を確認し、対象である「老衰」の構成枠組みを概観する。さらに、「老衰」の社会的構成に接近するための、研究理論の視点と研究方法をのべる。最後に、各章の構成を概観し、全体の見取り図を示しておく。

第 1 節 筆者のライフヒストリーからの問い——「問題経験」

本節では、筆者の「問い」の始まりを、地域医療の総括をするなかで、どのようにして「問題経験」としてきたかを、のべる。

1. 研究方針の転換——「老衰」診断率はなぜ高かったのか

筆者は離島の公立診療所に 16 年間勤務し、医療においては訪問診療や訪問看護の、介護においては通所介護施設の整備を図ってきた。それは、「住み慣れた地域で最後まで暮らしたい」との高齢者の思いを適えたかったからである。しかし、筆者のデータでは、在宅死（死亡診断書記載数）比率は減少し⁽¹⁾、多くの高齢者は現実的にはその思いをかなえられない。

筆者の初期の視点は、高齢者の自立や尊厳を尊重することが謳われているにもかかわらず、現状では、医療過疎、介護サービスの量的制限等により、離島超高齢地域での高齢者の老衰期、終末期での在宅継続居住の困難性が増している要因の分析であった。離島の地理的状況などから、診療圏内で発生する死亡者の死亡経過、死因のほぼ全数が把握可能であり、「住み慣れた地域で最後まで暮らしたい」との高齢者の思いと離島で「老い衰えゆくこと」「死にゆくこと」の過程を分析することにより、これらの要因を明らかにできるとの思いがあった。

在宅死の先行研究では、在宅介護・療養や在宅終末期医療の継続は、本人、家族（介護者）、医療・介護制度を含む支援者に関わる要因に大きく分類される。そこで、過去 16 年間に診療した高齢者はどのように死を迎えたのかを、これらの構成要因をもとに検討し、離島超高齢地域における在宅死可能要因の分析を行う。さらに、先行文献との比較検討を行い、阻害要因などの問題点を明らかにする。以上の検討を通して、離島・超高齢地域でも「在宅での終末期」が可能な条件を見出し、「住み慣れた地域で最後まで暮らしたい」と望む高齢者に、今後どのような医療・介護・福祉の連携が必要か見極めたいと考えた。

上記のような、初期の研究計画は、現在年間約 120 万人の死亡者数が、2030 年代以降は日本の推計死亡者数は 160～170 万人となり、その中でも 85 歳以上の超高齢者の死亡者割合が高くなると推測されていることが前提となっている。長寿高齢化の進行とは、医療と看護・介護は不可分となり、高齢者医療や看護・介護、地域ケアの行き着く先は、「老い衰えゆくこと」「死にゆくこと」の過程に問題が帰着すると思われる。

しかし、表 0-1 に見るように、死因構成の検討を行う過程で、筆者の視点は次のように変化した。

診療圏内の患者の癌や慢性疾患による死因割合は全国、鹿児島県とあまり差はないのに、老衰のみがなぜ 2 倍以上の差があるのか、単に統計期間の相違なのか、高齢化率が高いか

ら差があるのか、老衰死亡率の差異にはどのような要因があるのか。

表 0 - 1：死因別構成割合の比較

死因名	Y 診療所圏 平成 8～23 年	筆者診断書 平成 8～23 年	鹿児島県 平成 22 年	全国 平成 22 年
悪性新生物	29.2% (99)	32.0% (42)	26.8%	29.5%
心疾患	12.7% (43)	9.2% (12)	15.4%	15.8%
脳血管疾患	13.0% (44)	17.6% (23)	12.0%	10.3%
肺疾患	11.8% (40)	5.3% (7)	13.2%	11.3%
事故・自殺	7.9% (27)	16.8% (22)	5.6%	5.9%
老衰	7.7% (26)	13.7% (18)	3.2%	3.8%
その他	17.7% (60)	5.3% (7)	23.8%	23.9%
全死因	100% (339)	100% (131)	100%	100%

出典：鹿児島県「平成 22 年人口動態統計（概要）、表 9」改変
注；肺疾患とは肺炎と慢性閉塞性肺疾患の合計。（ ）内は患者数。

問いの始まりは、「なぜ死因『老衰』診断率は高かったのか」であり、「なぜ」は「医学的原因」「医学的要因」を念頭においたものであり、その要因を、医学論文に求めることとなった。しかし、その回答を医学——医療問題——に求めても、回答は得られなかったことについては、後述する。

2. どのようにして死因「老衰」を理解したのか

筆者の臨床医経験は、1971 年医学部卒業後、16 年間の大学病院・旧国立病院、8 年間の総合病院での勤務医、16 年間の公立診療所での地域医療に区分可能である。この経歴は、新臨床研修医制度（平成 14 年）開始前までの、日本における多くの臨床医師の経歴と一致するものである⁽²⁾。
臨床医として多くの「患者の死」に接してきたが、まず、どのようにして「老衰」死を理解したのかを語る。

1) 初めての「老衰」診断の物語

明治生まれの（1904 年生）“シマコ”（仮名）ばあさんとは、訪問診療で 3 回しか会っていない。筆者の赴任前から、すでに寝たきりになって 4 カ月目の 92 歳のシマコばあさんは、会話はできなく（発語障害）、食べるのも流動食を数回に分けて少量ずつで（経口摂取低下）、やせ細って、足の関節は硬くなり（関節拘縮）、オムツをつけ（失禁）、床ずれも（褥創）もできていた。そのような状態を、70 歳台の嫁が一人で介護していた。介護保険が成立する前ではあったが、シマコばあさんの「寝たきり状態」にもかかわらず、衣類や寝具もふくめ、身体の清潔さから推測される、介護の優しさが印象深かった。
死はゆっくりやってきたのだろうか。家族から「今朝 7 時過ぎに、目を閉じました」と電話があった。臨終の場に医師がいない状況というのは、病院での「看取り」に慣れていた筆者にとっては初めての経験でもあった。死者の顔は、安らかであり、周りの家族も「満足」な会話に終始していた。
私は死亡診断書⁽³⁾の死亡の原因、I、(ア) 直接死因の欄に「老衰」と記し、発病（発症）又は受傷から死亡までの期間の欄に「不詳」と記載した。医師になって 25 年目で、はじめて老衰の診断をした。そして、「目を閉じました」という言葉と、医師不在の臨終が、現在の私に残っている新鮮な「死者の記録」である。
筆者はなぜ、「老衰」を診断したのだろうか。前医との引き継ぎでは「もう年ですし、老衰状態でしょう」との会話。介護保険制度前で、家庭介護の嫁さんは「爺さんもここで看取りました。老衰のようなものでした」「婆さんも、年ですし、老衰でしょう」との会話の中で形成されたのではないだろうか。

その意味では、死亡診断名「老衰」は筆者がしたのではなく、家族が診断したといってもよいのかもしれない。もちろん、訪問診療では、診察行為はしたが、医療的処置は、床ずれの処置のみであった。

平成7年日本医師会発行「死亡診断書の書き方」は机の中に死亡診断書と一緒にあった。そのなかには、「老衰」記載の注意事項はなかった⁽⁴⁾。

2) 最後の「老衰」診断の物語

それから15年後の2011年、義父を18人目の死因「老衰」として診断書を書くことになる。

義父は91歳（1920年生）で転倒骨折を機に、寝たきり状態となり、死亡の約3か月前から、嚥下機能障害による誤嚥性肺炎を繰り返すようになった。胃瘻造設の入院を勧めるが、本人が拒否の意思表示をすること、胃の切除後なので胃瘻造設に内視鏡的方法が困難等の理由で、在宅での訪問診療・看護を受けながら、娘二人による在宅介護を行うことになった。在宅での終末期を決断したのは、これまでの生活の中で示された本人の意思と娘達の確たる信念——最後は自分の家で看とる——であった。

医師としての決断は、やはり「食べられなくなった」ときにどのような選択をするかである。また、臨床的に症状の出現——肺炎による発熱など——にどのように対応するかであった。筆者は、これまでの対応通りに、発熱の対応を行い、一日一本程度（500ml）の末梢静脈点滴を行った。「食べられなくなった」日から40日目に義父は死亡した。筆者は（ア）直接死因の欄に「老衰」、期間「40日」と記載した。

その時点で、筆者は「老衰」診断を選択するのにジレンマがなかったわけではない。死亡前日に高熱があったこと、病名としてはパーキンソン症候群、嚥下性肺炎などもあげられるが、そのような「病気」で死ぬことの意味より、娘たちが、日常の生活のなかで看病・介護を行った末に亡くなった。後者を重視して「老衰」を診断したと現在考える。

平成18年版の「死亡診断書記載マニュアル」は、診断書と一緒にあり、それには「老衰」診断の注意書きがあった。

3) 「老衰」診断の基準をもっていたのか

筆者は、16年間の地域医療で、18名の「老衰」診断を行っている。はじめての診断と、最後の診断の間には、今考えると、医療的には大きな相違がある。それは、“シマコ”ばあさんのように、主体は家族側にあり、医師は家族の背後にひかえ、「死」と闘わない位置にあること。義父のように、主体はやはり家族側にあるものの、医師は「死」と時々闘う場面に登場する場合と比喻される。そこには、いわゆる「自然に」と表現される「老衰」概念の含む範囲の問題が存在する。

第5章の12名の医師への半構造化インタビューを先取りするならば、筆者は、年1名以上の「老衰」診断群に属し、「積極型」に軸足を置いた「相互作用型」でもあると、自己診断している。

表 0－2：「老衰死」の年齢分布

年齢階層	在宅（筆者）	島内病院	島内施設(特養)	合計
80～84 歳	1 名 《80 歳男》		1 名 《84 歳男》	2 名
85～89 歳		1 名	2 名	3 名
90～94 歳	12 名	1 名	1 名	14 名
95～99 歳	3 名	1 名		4 名
100 歳以上	2 名	1 名		3 名
計	18 名	4 名	4 名	26 名

筆者の「老衰」診断の事実を列举してみると、まず、全員が「自宅死（在宅死）」であっ

たこと、年齢はほぼ90歳以上であったこと（表0-2）、家族の意思がはっきりして、家族介護がうまく機能していたこと、そして何よりも「死にゆく人」を私自身が良く理解できていた、ことである。また、少なくとも死の数日前からは、穏やかで、救急の医療をしなかった、いわゆる「次第に」「徐々に」死を迎えたと判断した場合に、「老衰」の診断をしている。

さらに医療的状況を付記すると、18名中、往診1名を除き、全員に訪問診療をおこなっている。3ヶ月以上の訪問診療・訪問看護は11名であった。死亡までの期間の記載は、3か月以内13名、不詳5名。胃瘻をつけた人はいなかった、点滴などの処置をしなかったのは5名。9名は対症的な点滴をおこない、4名は中間的であった。

ただ、この死亡病名を確認する前に、筆者が「老衰」リストに挙げた患者が別に、9名いる。その患者の診断書病名は、肺炎6名、癌1名、心筋梗塞1名、肺梗塞1名となっていた。このことは、平穏な在宅での看取りのなかでも、その平穏さを乱す事態（急な病状の変化）が起こった場合は、筆者は「老衰」としないことを、暗黙の前提としていたことになると言えよう。

3. 筆者の「問題経験」⁽⁵⁾

前述のように、筆者は、なぜ自らの老衰「診断」率が高かったのかという「問題」を経験した。そこで、医療データや医学論文、「死」をテーマとした著作などを検討する過程の中で、自分の「問題経験」を「社会問題」として定義することとなった。その経緯は以下にのべる。なお、前述したように、研究の当初から「問題経験」を「社会問題」としてとらえたのではなく、本研究を進め、まとめる過程において、少しずつ明確に意識するようになったのである。

第2節 「問題経験」の一般化——「医療問題」から「社会問題」へ

筆者は、なぜ「老衰」なのか、どのようにして「老衰」を理解したのかなどの「問題経験」を意識する中で、大きくは二つの側面があることに気付いた。一つは、「老衰」は診断する医療者側からの問題意識から始まっていること。二つは、一般的には、人びとは「良い死」「自然な死」などの「形容される死」のなかで、「老衰」が語られる場合が多いということである。いずれにしても、医師の「老衰」診断に対する「迷い」、人びとの「老衰死」や「自然死」ができないことへの「不満」は、「老衰」の概念が曖昧であるということに起因しているということが、筆者の認識であり、まず、その現場の声をみてみることにする。

1. 「家族の不満」「医師の迷い」——なぜか

ここでの「問題経験」は、筆者がここ数年間に読んだ「死」や「高齢者医療」に関する著書をもとにしている。そのなかには、前述の如く、「医療者側から」と「人びとから」の二つに分けられる。すなわち、「老衰」を診断する側と診断を受ける側である。なお、本論の視点は前者に重点がおかれている。

1) 「家族の不満」⁽⁶⁾ ——『「老衰死」ができないわけ』

『枯れるように死にたい——「老衰死」ができないわけ』で、フリーライターの田中奈保美は、以下のようにのべている。

今の医療の現場では病人の全体とその周囲にまでまなざしを向けることは難しいことなのだろうか。いずれにしても担当医とわれわれとの意識の間には、容易に越えられない隔たりがあったと、思い知らされた（田中2010：217）。

高齢者の看取りを取材した中で、かがやいて見えた「死」はやはり「自然な死」だった。／自然な看取りを体験した人たちはだれもが少なからず感動し、「看取りができて本当によかった」と心満たされる思いを実感していた（田中 2010：239）。

監修協力者の佐藤順は、専門の心臓血管外科医から、特別養護老人ホーム——以下、「特養」と略記——の常勤医として勤務している。著者の田中と同様に、人の自然な死に方を復活させたいとの思いや、高齢者の「死の看取り」の現場のリアリティは、充分理解可能である。しかし、「老衰死」ができないわけは、単に医師の意識だけの問題なのだろうか、かがやく「死」とそれを阻む医療の間にあるものは何か、などが明らかにはなっていないのではないかと、筆者は違和感も同時に覚えた。それでも、著者の田中が問うた『「老衰死」ができないわけ』に筆者が興味を抱いたことは間違いなく、本研究はその問いに回答する道筋でもある。

2) 「医師の迷い」⁽⁷⁾ ——なぜ医師は迷うのか

一方の「老衰」を診断する側からは、臨床医の森田洋之(2013)が、「夕張希望の杜の軌跡：(10)『「老衰」は是か否か』」で、次のようにのべている。

死亡確認と看取り後の家族の対応をひと通り終えた後、机上の死亡診断書は私を大いに悩ませた。「死亡の原因」を何とすればよいのか。／アルコール性肝障害からの栄養障害をきたし多臓器不全となったとも取れる。COPD（括弧内筆者、慢性閉塞性肺疾患をいう）を基礎として誤嚥性肺炎を発症したとも考えられる。もちろん、すべての基礎には年齢に伴う体力低下があるだろうから、老衰が正しいのだろうか・・・。

悩んだ末、私は死亡診断書に「老衰」と記載した。「老衰」と記載したのは、これが私の医者人生で初めてのことだった。

95歳を超えた元大工の患者の切なる希望と、家族の満足という、「患者の幸福に寄与する」「人間としての幸福に寄与する」ことに合致するのであれば、「老衰」の診断も厭わなくなった、というのが著者の結論である。

森田の迷いは、筆者も経験済みのことであり、著書でも、最初の「老衰」診断に「迷い」を感じる医師は多い。人びとの「問い」と医師の「迷い」。これは同じ「老衰」を前にしての状況である。このあいだに横たわるのは何か。その回答は、「病院死」と「在宅死」という場の相違、「医療経験」という医師側の要因を含む、「医療構造」の問題が根底にある。そこから人びとの「問い」として「社会問題」化しているのではないかと認識した。

2. 医療内部からの声——「自然死」のすすめ

筆者の出自から、医療関係者の著書に興味が向くというバイアス是否定しえないが、前述の森田の「迷い」のように、医療内部からのほうが、「老衰」に関する声は多いというのが、筆者の認識であり、その声に共通性があることに気付いた。

1) 『「自然死」を知らない医者』はどうして生まれたのか

『大往生したけりや医療にかかわるな——「自然死」のすすめ』の著者である中村仁一(2012)は、次のように記している。

ほとんどの医者は、「自然死」を知りません。人間が自然に死んでいく姿を、見たことがありません。だから死ぬのにも医療の手助けが必要だなどと、いい出すのです(中村 2012：5)。

最近になって、やっと、寿命のきた年寄りにおける、過剰医療、人工延命に対する批判が出始めました。『「平穏死」のすすめ』の石飛幸三さん、『枯れるように死にたい』の著者、田中奈保美さんのご主人の佐藤順さん、いずれも 70 歳代で、特養関係者というの面白いところです。なぜなら、「老衰死」や「自然死」は、今や、特養でしか見ることができないからです（中村、2012：212）。

中村は、「老衰」は「自然死」のなかの一つとして、「“老衰死” コースの目安は 7 日～10 日」（中村 2012：73）として表現している。特養常勤医という場での看取りを中心に、現代の過剰医療への批判を継続的に行っている中村（1994、1998）の立場が表明されている。

しかし、「自然死」「老衰死」は特養でしか見ることができないのか、「自然死」とはどのような定義なのか、「自然死」と「老衰」はどう違うのか、医者は「自然死」をなぜ知らないのだろうか、病院の医師はなぜ「老衰」を理解できないのか、などの疑問は必ずしも解かれていない。さらに、中村も指摘するように、「医療内部の声」として、70 歳代、特養関係者というのどのような意味があるのだろうか。

2）声の共通性——「診療の場」と「医師の経歴」

筆者は、「老衰」や「自然死」の定義の前に、「老衰」の語られる場と語る人——語るようになったその人の経歴——について、共通性があるように思われたため、終末期を主題とした最近の著書をもとに、図表を作成した（表 0－3）。まず、中村が指摘するように、これらの著書の著者および監修協力者等はいずれも特別養護老人ホームなどの常勤勤務医、在宅医療を行っている医師である。また、その経歴は教育・研究病院→臨床総合病院→特養勤務医・在宅支援診療所であった。それぞれの著者等の主要概念も示してある。中村と同じように特養の常勤医である、「平穏死」を提唱する石飛は、次のようにのべている。

多くの医師は、自然死の姿がどのようなものか知る機会がありません。こういう私自身、病院で働いていた四十年以上の間、自然死がどんなものか知らなかったのです。ホームの配置医になって初めて知ったのです（石飛幸三 2012：83）。

表 0－3：著書の医師の共通性

著者等 （発行年）	著者等 出生年	著者等略歴	看取り 場所	主要概念
萬田緑平 （2013）	1964年	大学外科医→ 2008年緩和ケア診療所	在宅	「老衰」モード
石飛幸三 （2012）	1935年	血管外科勤務医→2005年特養	特養	「平穏死」
中村仁一 （2012）	1940年	勤務医→2000年特養	特養	「自然死」 “老衰死” コース
佐藤順 （2010）	1935年	心臓血管外科医→2005年特養	特養	「老衰死」 「尊厳死」
疋田善平 （2007）	1921年	国立病院→1972年町立診療所	在宅	「満足死」

注：疋田善平の出典は、奥野修司(2007)より。

このように多くの医師が、いわゆる「専門医」の立場から高齢者医療の現場で、その「死」に対する考え方を変えたことになる。ならば、そこにはどのような要因が見られるのか。それは、個々の医師の問題なのだろうか。筆者は、これらの声の共通性から、「老衰」問題を、医学・医療の構造的問題として、一般化するようになった。

3. 「医療構造」のなかの問題——「専門性」と「規範性」

これまでみてきたように、「老衰」問題は、個々の医師個人の問題ではなく、「診療の場」や「医師の経歴」としての問題まで含むことになった。さらに、以下に述べる「専門性」や「規範性」などの問題を含むようになってくる。そういう意味で、「医療構造」の問題としてとらえたわけである。

以下は、多くの臨床医が手にする、日本医事新報の質疑応答欄からの引用である。一般的に、臨床医——家庭医・開業医など——が質問し、専門医（家）が答えるという体裁をとっている。Qは臨床医の質問、Aは専門医（家）の回答である。

1) 専門医——「原死因」

「質疑応答、精神神経科、アルツハイマー病と脳血管性認知症の死因」（2007）日本医事新報（4360号）から、「一般医」と「専門医」の見解をみてみよう。

Q アルツハイマー病あるいは脳血管性認知症の末期になり、最後まで経口摂取に努め、静かに息をひきとった場合、死亡原因は老衰ではないかと考えられるが、いかがか。
（京都府 F）

A 〔前半部は略〕

経口摂取に努めながら次第に食事を摂らなくなり死亡する場合は、脱水死が考えられる。それを自然死すなわち老衰とすると問題が生じる。背景には疾病は存在しないこととなるからである。

死亡診断書では直接の死因とはならなくても、死亡に影響を与えた原死因（Underlying cause）の記載が求められる。アルツハイマー病の末期に自然に食べられなくなり死亡する場合は、「アルツハイマー病」としておくことが望ましいと筆者は考える。

回答：東京・浴風会病院精神科診療部長 須貝佑一

「老衰」言説の場は、その専門性によって、大きく区分される。これは、「医療社会学」における、「専門家・専門性」という概念に一致する。ここでの要点は、一般診療医が、経験的に「老衰」として考えている死亡の原因が、「原死因」「アルツハイマー病」という「専門的視点」からの結論が、「自明性」をもつて語られているということである。

2) 規範としての「死亡診断書記入マニュアル」

さらに、「医事法制 死因病名の適否」（2008）日本医事新報（4385号）では、何を規範として「老衰」が診断されているのか、されなければならないのか、が示されている。

Q 高齢者が徐々に衰弱して死亡した場合、死亡診断書の「直接死因」欄への記載について。

- (1) 「老衰」とするのは不可か。
- (2) 「廃用症候群」は使えるか。
- (3) 「脳出血」「脳梗塞」がベースにあれば直接死因としてよいか。
- (4) 「心不全」「呼吸不全」は用いないようにといわれるが、まったく死因病名にはならないのか。
- (5) 「癌性悪液質」はどうか。

（新潟県 S）

A 厚生労働省の発行する「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」（<http://210.193.118.11/sites/www.pmet.or.jp/sibou/H19sibou.pdf>）によると、

- (1) 死因としての「老衰」は、高齢者で他に明らかな死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。〔中略〕

したがって、高齢者が徐々に衰弱して死亡した場合で、死亡診断書記入マニュアルにある通り、他に明らかな死亡の原因のない、いわゆる自然死の時は、死亡診断書の「直接死因」欄に「老衰」とすることは問題ない。

- (2) 死亡診断書記入マニュアルは、直接の死因を記入する I 欄の記入について、(中略)という記載があり、〔中略〕「廃用症候群」ということもやむをえないということになると考えられる。

(以下 3, 4, 5 略)

回答：弁護士

竹中郁夫

以下の 3, 4, 6 をふくむ回答のすべての根拠は、「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」——以下「マニュアル」とも表記——によるとされている。また、回答者が「弁護士」であることは、「死亡診断書」の法的問題をふくむからである。ここでは、回答欄にたびたび出る「マニュアル」が規範として働いていることの例示として挙げてある。

4. 「医療問題」と「社会問題」の交差点

さて、筆者のライフヒストリーからの「問題経験」を「社会問題」へ発展させてきた過程をのべた。また、医療現場から「問題経験」を積み上げてきた筆者の視点は、まず「医療問題」であり、それをさらに、「社会問題」としたことについてものべた。ここで、「老衰」の「医療問題」と「社会問題」が交差することになる。すなわち、「医療問題」としての死因「老衰」をみる立場から、社会問題として「老衰」の社会的構成の研究を行なうという、筆者の意図にようやくたどりついた⁽⁸⁾。

その背景として、「老衰」は「医療問題」としての医師個人の問題ではなく、医療の「構造的アプローチ」⁽⁹⁾が必要であること。「老衰死ができないわけ」を問うことのなかには、「生」の定義が含まれ、「社会問題」としての視点から問い直されなければならないこと。それは、現代の日本では医療は「社会問題」の定番といえ、医療の分野では安楽死・尊厳死など「生」の定義が世界的に長年、論争的となっている（赤川学 2012：9）からでもある。

この「医療問題」と「社会問題」の交差するところに、本研究は焦点を合わせている。「老衰」は「医療問題」であるのみならず「社会問題」でもある。この複眼的な視点から考察することが重要と考えられる。したがって、本研究においては、筆者は自らの医師としての経験（医学の視座）と、社会学の視点の双方を分析枠組みとして活用しつつ論を展開していくことにしたい。

第3節 本研究での「老衰」枠組みと本論文の構成

本節では、まず本研究の意義と目的をのべ、つぎに本研究の枠組みと「老衰」定義を明らかにする。さらに、本研究の理論的視点と概要を示したあとに、本論文の構成をのべておくことにする。

1. 本研究の社会的および社会学的意義

本研究の背景は、筆者の臨床での「問題経験」にあり、さらにそれを「医療問題」から「社会問題」へと一般化してきた過程をのべた。この筆者の「個人の問題経験を社会のあり方の問題に還元して経験させるような解釈枠組みを『社会問題フレーム』と呼ぶ」（草柳 2004：38）なら、本研究は二つの「フレーム」をもつことになる。

本研究の意義は、大きくは、社会的意義と社会学的意義とを有する。

社会的意義は、『老衰死』ができないわけ」（田中 2010）での医師「個人の問題」ではなく、「医療構造」のなかの医学的「老衰」概念の多様性がその根底にあることを解き明かす

こと。さらに、診断する側の「医師の悩み」（森田 2013）の根幹には、医学的「老衰」の多層性と多様性と同時に、社会的「老衰」があることを明らかにすること。これは、「老衰」概念の曖昧さからくるもので、その社会的構成を明らかにすることは、両者の溝を埋める作業といえる。そのように、「老衰」に新たな視点を与えることが、社会的意義である。

先行研究では、公衆衛生学・保健医療社会学など広義の「医療社会学」の分野では、「老衰」概念、「老衰死」の事実性についてはのべられているが、「老衰」の社会的構成についての具体的概念はなにも示されていない。また、「〈老衰〉の社会学」をめざす天田城介(2010)は、「老衰」と近似する概念として〈老い衰えること〉の相互作用論として論じてはいるが、古谷野亘(2010)が『老衰』はそれ自体では社会学のテーマになりにくい」とのべているように、いまだ「老衰」の社会的構成に関しては論じられてはいない。

そこで、「医療社会学」と「社会問題」との視点が交差する場に、筆者の意図する新たな〈「老衰」の社会学〉への展望を示すことが、本研究の社会学的意義である。

2. 本研究での「老衰」構成の枠組み

「老衰」の社会的構成に近づくためには、まずは、歴史的視点——通時的比較——が必要である。本論では、A:死因分類前史——自然死としての「老衰」期——と B:医学的「老衰」期——「医療化」後——の二つに区分される。さらに、「医療化」時代区分を、三つの時期に細区分し、それぞれの時期における特異性を死亡原因、原死因、無視される、と「老衰」の取り扱いわれかたをもとにあらわしている（表 0－4）。

表 0－4 本論文での時代区分概要

A：死因分類前史	B：医学的「老衰」期＝「医療化」の時代区分		
	第Ⅰ期 1900～1945	第Ⅱ期 1945～1975	第Ⅲ期 1975～
自然死としての「老衰」期	死亡原因「老衰」期	原死因「老衰」期	無視される「老衰」期

1) 「老衰」の歴史的視点

- A：死因分類前史 —— 自然死としての「老衰」期
- B：「医療化」時代区分 —— 医学的「老衰」期
 - I 期：1900～1945 年 —— 死亡原因「老衰」期
 - II 期：1945～1975 年 —— 原死因「老衰」期
 - III 期：1975 年以降 —— 無視される「老衰」期

死因分類前史では、社会的概念でもあるとされた「老衰」の構成が論じられ、それを社会的「老衰」と定義する。ただし、日本では、1874 年（明治 7 年）死亡届が 3 府（東京・京都・大阪）に発布された年と ICD・1 の適用を開始した 1899 年を「医療化」の端緒と取ることができる。しかし、本論文では、死亡統計が開始され、一般的に表示される 1900 年を起点とする。また、II 期から III 期の移行も漸次的かつ推移的なものであるが、およその区分として設定した。

時代区分の主要な要因は、前述の ICD の死因分類の変遷であるが、それに対応する疾病構造の変化、「老衰」粗死亡率の推移経過、死亡場所の「病院化」、などの要因ともある程度の相関をもつものであることが論じられる。「医療化」時代区分では、II 期が日本の人口動態統計の確立期（厚生省 1999）であるために、この時期を中心に論じられる。

2) 「老衰」の定義と言説の場（図 0－1）

「老衰」の本論における定義をまず明らかにする。そして、分析対象となる「老衰」言説の場として 3 つが設定され、その相互関係の概要をのべる。

「老衰」の定義

①社会的「老衰」

本論で再定義される歴史的・文化的背景をもつ「老・衰」＝「長寿・自然」という肯定的価値をもった「老衰」を、社会的「老衰」と定義する。

②医学的「老衰」

おもには死因「老衰」として語られる場全体を医学的「老衰」と定義する。「医療構造」の多層性に応じて、死因「老衰」言説の場も多層的構造を示す。さらにそれぞれの構造における、「老衰」は以下のように定義する。

㊦統計的「老衰」＝「老衰死」

政府機関による公式の「老衰」による死亡数は、国際疾病分類・ICD——「国際ルール」——に基づくものである。「国際ルール」に関する言説の場での「老衰」は統計的「老衰」とし、さらに「老衰死」と定義される。

㊧制度的・規範的「老衰」

日本の所轄官庁での「老衰」言説を、制度的・規範的「老衰」と定義する。

㊨医療的「老衰」

基礎医学（公衆衛生学、病理学、一部法医学）での言説を主に対象としている。そのさい、病院「臨床」との概念は一般的には、大学病院や研究機関における言説である。

㊩臨床的「老衰」

前述の死因「老衰」診断の現場を中心とした言説である。その場は、たとえば特養などの施設、診療所、病院——この場合の病院は、死因「老衰」を診断する現場として——となる。

「老衰」言説の場

「老衰」言説の場は、上述の①、②に加えて③の臨床現場の3つの場となる（図0-1）。

①社会的「老衰」

②医学的「老衰」

③死因「老衰」診断の現場

ここで論じられるのは臨床的「老衰」である。病院医師4名、診療所医師8名に、半構造化インタビューを行ない、死因「老衰」診断における「選択と決断」について論じられた場でもある。

本論では、これらの医学的「老衰」は並列的にあるのではなく、構造的に絡み合って機能しているとの立場にたつ。すなわち、「国際ルール」をもとに、それを翻訳し、制度化・規範化する所轄官庁の言説が基底構造をなしている。医療的「老衰」はその基盤との連続性のもとにあり、臨床的「老衰」への自明性をおびる。また、社会的「老衰」も、「老衰」言説の場にはかならず現前してくる。その間にあって、死因「老衰」の診断現場の言説が形づくられるということになる。この構造を解き明かすのが、本論の主要な課題である。

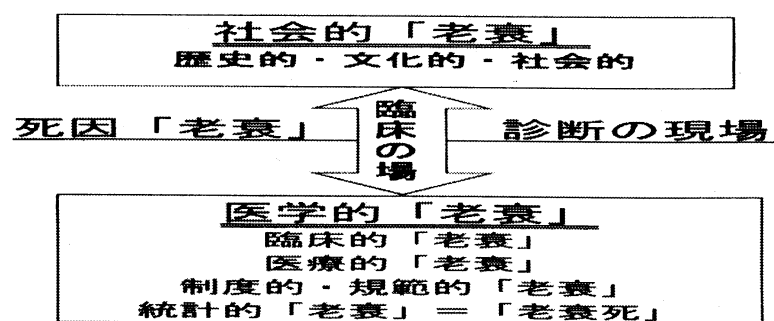


図0-1：本論文における「老衰」言説の場

3. 本研究の視座と研究方法

以上のように、本論では、縦糸としては歴史的視点、横糸としてそれぞれの「老衰」言説の場が設定されている。この網の目のつながりを、多様な視点で解き明かす必要がある。それを解き明かす主要な理論的・概念的視座を以下に明らかにしておく。

1) 医療社会学の視点

すでに「医療化」「制度化」「規範化」「専門性」などの、医療社会学の概念が使われているように、本論の研究領域は「医療社会学」に相当する。まず、「医療社会学」の視点による、全体の見取り図が示される。そこでは、「構造的アプローチ」がとられる。

ただ、「老衰」の社会的構成の分析を行うには、従来型「医療社会学」では限界がみられ、新たな視点を加える「健康と病気の社会学」への視野の拡大を図る。そこでは、社会的構築主義の徹底が必要なことを明らかにする。

2) 社会的構築主義の視点

死因「老衰」についての社会学的先行研究は、筆者の管見する限りない。本論では、天田の『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』からの、「歴史社会学」と「言説分析」の視点を評価するとともに、本研究を進めるためにさらに「社会問題」の構築主義的アプローチの視点——「レトリック分析」と「社会問題の自然史」——を加えることにより「老衰」に接近する方法を構築した。そこでも、社会的構築主義が理論的背景をなす。

このように、「医療問題」としての死因「老衰」をあつかう「医療社会学」と社会問題として「老衰」をあつかう本論、すなわち〈「老衰」の社会学〉の交差する場での基本的視点は、社会的構築主義であり、終始この視点から分析がなされる。

3) 質的研究の視点

「老衰」診断現場のリアリティを検討することにより、本論での「老衰」の社会的構成の理論的視点の確認と、さらに現場からの理論構築という二つの目的が達成される。そこで、半構造化インタビューをもとに、Grounded Theory Approach (GTA) 法を用いて、その現場を分析し理論形成を行なった。

よって、本論は、「医療社会学」をツールとして使用し、理論的アプローチは、終始社会的構築主義の視点であり、「レトリック分析」、「社会問題の自然史」などの方法論をもちいる。さらにフルドワークを通して、多様な側面から「老衰」の社会的構成を研究する立場であると表明できる（表0－5）。

表 0－5：本研究の理論枠組みと領域

研究の分野 その主要領域	医療社会学 医療化、制度化、規範化、専門性
理論的アプローチ	社会的構築主義の視点
主要課題	「老衰」の社会的構成
方法論	言説分析、歴史社会学 レトリック分析、社会問題の自然史
フィールドワーク	Grounded Theory Approach (GTA) 半構造化インタビュー

4) 本論文の縦糸と横糸

筆者の「老衰死」死亡率からの問いから出発した本論文では、「老衰」の歴史的・通時的視点が縦糸となる。縦糸は、「老衰」細分類の英語表記とそれを「翻訳」した日本語表記が、時代区分とともに概観してある（図0－2）。

ただ「国際ルール」とそれを日本が適用する期間はタイムラグがあり、とくに戦前戦後の数年間はそれが著しい。それゆえ、年度移行の厳密性は規定はされていない。

それぞれの縦系のなかでの「老衰」言説の場が横系となる。

これら「老衰」言説の場で論じるための素材は、すでに一部を使用した「老衰」に関する著書、医学論文、厚生労働省（括弧内筆者、以後厚労省と略記）の資料などが主となる。また、実証研究における、医師等への半構造化インタビューでの会話も含まれる。

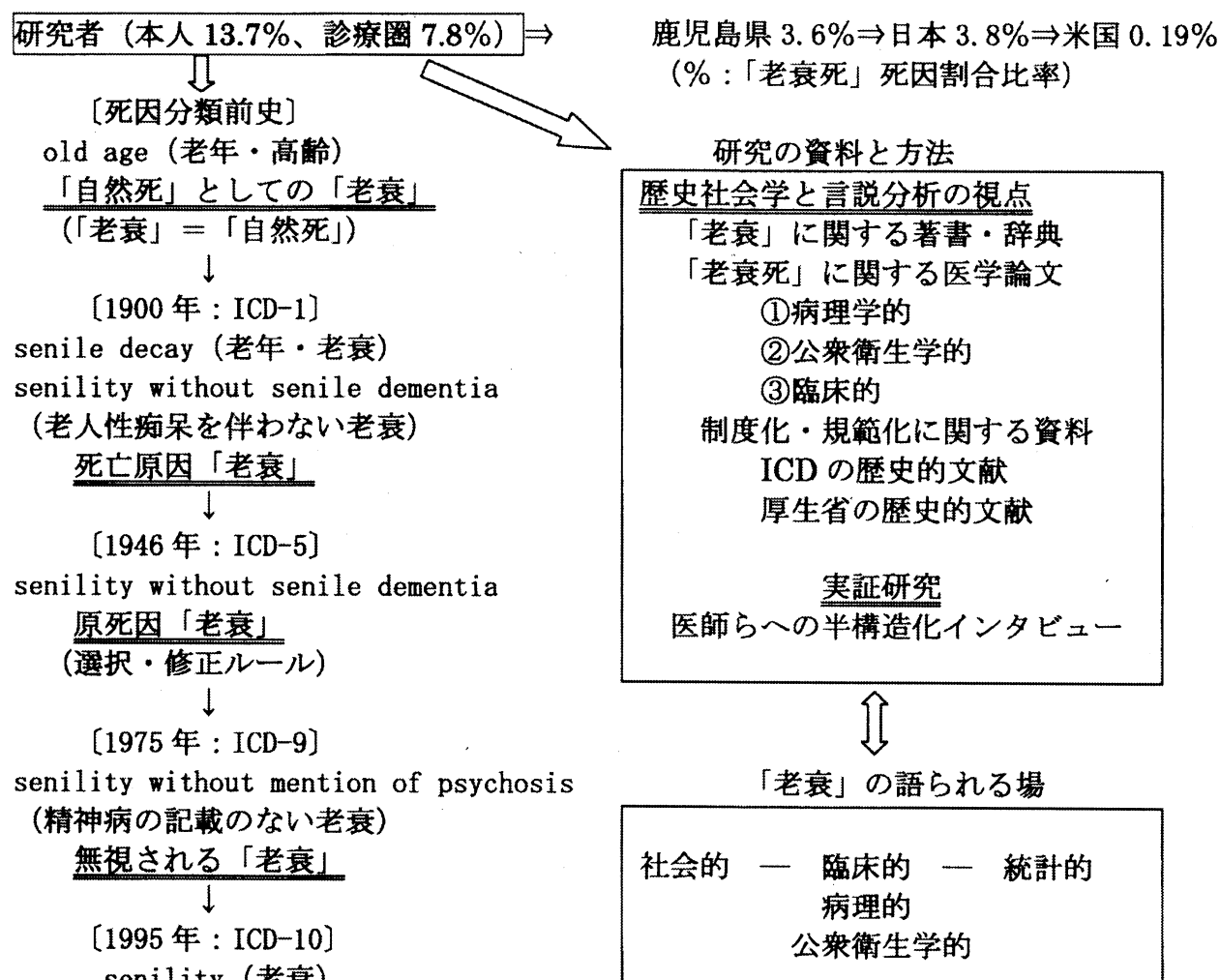


図0-2：本論文の縦軸と横軸

4. 本論文の構成

本論での「老衰」は、社会的「老衰」と医学的「老衰」から構成される。さらに医学的「老衰」は多層的・多様であるため、その概念を既述のように定義し、それらの構造を分析するというのが、本論の大きな流れである。具体的には、まず統計的「老衰」と制度的・規範的「老衰」の分析（第1章）をおこなう。つぎに医療的・臨床的「老衰」の分析（第2・3章）をおこなった後に社会的「老衰」（第4章）の分析となる。

第1章は二つの目的をもつ。第1～3節では、医学的「老衰」のなかの、統計的「老衰」＝「老衰死」および制度的・規範的「老衰」の構造の分析を行なう。すなわち、国際疾病分類（ICD）にもとづく「国際ルール」と日本の所轄官庁における「翻訳された制度化・規範化」——「日本ルール」——の歴史的推移の分析を通して、制度的構造の社会的構成を明らかにする。同時に、両者の乖離と「国際比較」という問題が提示される。また、日本独自の問題として、死亡届の流れ、「死亡（因）」の種類を取り上げその問題点を指摘する。

ここでの目的は、「国際ルール」「日本ルール」の「みえない制度」を可視化することである。

第4節では、「国際ルール」が適用された「老衰死」は、わが国の死の中でどのような位置を占めているのかをまず確認する。この「老衰死」をもとにした医学内での先行研究の限界はなにか、『老衰』は社会的概念である」とされた「社会的概念」はどこまで解明されたのか、を明らかにする。

第2章では、社会学的意義でのべた、「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の交差点を明らかにし、第3章への橋渡しに必要な基本的視座を整理する。

まず、社会学の先行研究では、「老衰」はどのように論じられてきたかを確認する。つぎに、従来の「医療社会学」からの接近のみでは、「老衰」の全体的構成を明らかにできないことを、社会的構築主義の立場からの批判をもとに明らかにする。すなわち、序章で述べた、「社会的構築主義」を視座とする立場である。

この立場を、「老衰」の社会的構成の検討の新しい視点と位置付け、赤川（2012）の『社会問題の社会学』を参考に、「老衰」を社会問題の自然史、レトリック分析の方法を用いて、再構成するための予備的な検討を行なう。

第3章では、おもに医療的「老衰」と臨床的「老衰」の構成を明らかにする。すなわち、医学内部の「医療問題」としての「老衰」言説——医療的「老衰」——と、病院・診療所・施設という「診療の場」における言説——臨床的「老衰」——を分析することである。

その分析方法として、前章での議論をもとにした、歴史社会学的・言説分析の視点と「社会問題の自然史」・「レトリック分析」の視点の双方から接近する。

第4章では、医学的「老衰」に対応する、社会的「老衰」の構成の根拠を示す。

「老衰」を歴史的視点から分析し、「老・衰」＝「長寿・自然」という歴史的・文化的に肯定概念として組み替えた。本論における、社会的「老衰」は、「十分に生きた末に、自然と亡くなる」と定義した。

第5章では、「老衰」診断現場のフィールドワークを通して、「老衰」の「現在」に焦点を当てる。基本的には、B. G. グレイザーと A. L. ストラウス (Glaser B. G. & Strauss A. L. 1967 = 1996) の『データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか』を手順として、Grounded Theory Approach (GTA) を用いて、死因「老衰」現場での理論産出をおこなう。

第6章では、各章での仮説から検証された結論を通して、「老衰」の社会的構成をおこなうと同時に、死因「老衰」の現代的意味を明らかにする。さらに、残された課題に言及する。

終章では、これから問われる日本の超高齢社会での死を、筆者の見解を通して概観する。また〈「老衰」の社会学〉への展望をのべる。

おわりに、再度筆者の「臨床経験」での物語で本論文を締めくくる

【注】

(1) 下記資料は、筆者の地域医療 16 年間ににおける「死亡者数の推移」をまとめたものである。

死亡者数の推移

年	A: ○○○町 死亡者総数	B: 診療圏内 死亡確認数	C: 死亡診断書記載者数	割合 C/A	割合 C/B
平成4～8年	721名		52名	7.2%	
平成9～13年	719名	91名	39名	5.4%	42.9%
平成14～18年	810名	133名	50名	6.2%	37.6%
平成19～23年	916名	130名	39名	4.3%	30.0%

A：○○○町死亡者総数：○○○町役場の住民台帳及び死亡統計報告書を基に作成

B：診療圏内死亡確認数：診療所診療録、町報『お悔み蘭』、墓碑銘などから、診療圏の死亡者を可及的に検索した。

C：死亡診断書記載者数：筆者が死亡診断・死体検案書を作成した患者数

経年的に在宅死亡数は漸減の方向にあると判断している。詳細は藤村編（2000，2007）。

(2) 制度的変更や行政の定義の変更で時代により、その呼称がめまぐるしく変化している。日本の「病院」の歴史については、猪飼周平（2010）を参照。

a. 国立病院とは、日本の厚生労働省が直接経営している施設等機関を言う。2004 年（平成 16 年）以降には、その多くが独立行政法人国立病院機構に移行している。

b. 以前は総合病院制度があり、許可病床数 100 床以上で主要な診療科（最低でも内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の 5 科）を総合病院を称する要件とされた。従来は医療法で規定されていたが、1996 年医療法の改正により廃止されている。現在はそのような基準に関わりなく総合病院という名前をつけることができる。

c. 病院の分類

- ・医療法の規定では、20 床以上の病床を有する医療施設を「病院」とよび、それ未満の施設を「診療所」とよんでいる。
- ・病床の種類による分類；一般病院、精神病院、結核病院、感染症病院
- ・機能による分類：特定機能病院、地域医療支援病院、その他の一般病院・診療所
- ・一般病床のうち、長期療養患者にふさわしい療養環境をもつものを療養型病床といい、要介護認定された高齢者などを対象とする。

(3) 死亡診断書の「死亡の原因」欄（図 1－3）参照。

(4) 平成 7 年の日本医師会編「死亡診断書記入マニュアル」には、つぎに述べる厚生省編・平成 18 年版での、一般的注意に記載された下記の事項が記載されていなかったことを指す。

「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老衰も記入することになります」（平成 18 年、厚生省編「死亡診断書記入マニュアル」）。

(5) 「問題経験」とは、草柳千早（2004）を参考としている。草柳（2004：34）は、まず「クレーム申し立て」の実践を三つに区別して「(1) 自分の『問題経験』を『社会問題』として定義すること、(2) それを他者に対して語ること、表明すること、(3) その表明を『クレーム申し立て』として定義し示すこと」としている。続けてそれに「(0) 『問題』を経験する」という段階を加えることもできるとしている。草柳の目的は、『問題』を経験し『クレーム』を申し立てるという実践自体が、相互行為過程において微妙で不確かな構築物として成立するものであることを示す（草柳 2004：7）という意味で、「(0) 『問題』を経験する」という段階を加えている。

(6) 介護の現場からは、村瀬（2011）。「自然死」という広義の視点からは、牧野（2000）。中野（2012）では、「老衰死」の状況例がのべられている。さらに、広井良典（2003）は、嶺学・時田純・季羽倭文子編著『高齢者の在宅ターミナルケア——その人らしく生きることを支える』の書評で以下のようにのべている。「しばしば医療関係者は“老衰”による死ということを認めたがらないし——何らかの『病名』をつけなければ納得しない——、『天寿を全うする』とか『自然な死』といった表現には強い抵抗が示される」

(7) 「老衰」診断の場での「医師の迷い」は、木村・今永（2009）、田畑（2011）にも具体的にのべられている。

(8) これまでの筆者の語りは、草柳の指摘に沿ったものである。草柳は「個人の問題経験を社会のあり方の問題に還元して経験させるような解釈枠組みを『社会問題フレーム』と呼ぶことにする。人はこのフレームのもとで、自身の問題経験を『社会問題』として経験し、そのことを説明する語彙を用いて『社会問題』を定義する。あるいは、そうした語彙と出会うことで、問題経験を『社会問題』として経験するようになる。あるいは、そうした語彙を知って、『社会問題』を意識し、新しく問題を経験することを学習する。人は、ある事柄が社会に由来する問題であるか否かを『現実』に照らして判断する、という形で事態を経験するが、社会問題フレームは、『現実』に照らして採用されるのではなく、われわれが『現実』を経験する枠組みにとして与えられている。それは、文化の一部である」（草柳 2004：38）。

(9) エリオット・フリードソン（1970＝1992）は、組織化を強調する研究方法としての「構造的アプローチ」は、「正当な行動の限界を設定する公的(往々にして法的)関係によって相互作用がどのように組織化され、参加者の個人的特性とは別個にこの関係型式が相互作用の内容にどのような影響を及ぼし、そのことによってまた相互作用がどのように組織化されるのかに焦点を絞ろうと思う」と述べ、医療専門職の研究方法に用いている（Freidson E. 1970：33）。

第1章

医学的「老衰」の制度的構造の分析と先行研究

さて、本論の縦糸は歴史的・通時的視点、横糸は言説の場として分析していくことをのべた。そこで、本章の第1節から第3節では、「歴史社会学」的視点から、医学的「老衰」のなかの統計的「老衰」と制度的・規範的「老衰」を制度的構造に焦点をあてて分析する。ここで用いられる言説分析のための文献・資料は行政組織からのものがおもなものとなる。

医学的「老衰」の制度的構成を明らかにするために、池田光穂（1999）の「世界医療システム」⁽¹⁾という概念をもちいて「国際ルール」を分析する。「日本ルール」の制度的構造の歴史的推移の社会的構成を明らかにすると同時に、「国際ルール」との乖離と「国際比較」という問題が提示される。また、日本独自の問題として、死亡届の流れ、「死亡（因）の種類」⁽²⁾を取り上げそこでの問題点を指摘する。

この章の前半の目的は、「国際ルール」と「日本ルール」の「みえない制度」を可視化することである。ここでの仮説は、以下の5つである。

仮説①「世界医療システム」としてとらえた「国際ルール」——国際疾病分類・ICD——は、臨床的には「みえない制度」として機能している。

仮説②「政策を言説にしたものをドクトリンと呼ぶ」（池田 1999）と、そのドクトリンは、1900 年以來、「死因の分類」「疾病の分類」「保健問題」へと重点を移してきた。それに応じて、わが国の「翻訳された制度・規範化」も 3 つの時代区分でとらえられる。

仮説③この 3 つの時期を「老衰」の「医療化」の水準でとらえると、原死因「老衰」期である 1945～1975 年にわが国の「老衰」の「医療化」が最も徹底された時期と見なされる。

仮説④「死亡の原因」の国際様式の統一、原死因選択・修正ルールなどの「国際ルール」の主要な目的は、「死亡の防止」という WHO の「政策の言明」である。わが国もその目的にならって、「医師への周知徹底」を行ない、「日本ルール」を確立し、「老衰」死亡率の減少をめざした。

仮説⑤「国際比較」というレトリックは、制度化・規範化、医学言説の中では、「医学の進歩」「後進国の段階」というレトリックを生み出す源泉であり、自明性の基本として、機能しつづけている。

以上の 5 つの仮説を設定し、それぞれその根拠を論述していく。

本章の第 4 節では、「国際ルール」と「日本ルール」をうけて、死因「老衰」はわが国の医療のなかで、どのように論じられているかを確認する。そこでは、これまでの先行研究では——とくに公衆衛生学、保健医療社会学では——どこまで論じられ、『老衰』は社会的概念である」との言明は、どこまで解明されてきたのかを明らかにする。

第1節 医学的「老衰」の制度的構造

本論では、「老衰」にかかわる統計的・制度的・医療的・臨床的な言説全体を、医学的「老衰」と定義してある。その要点は序章でものべてあるが、まず国際疾病分類・ICD を「国際ルール」とし、そこでの統計的「老衰」は「老衰死」と定義される。それは、「国際ルール」の基準にしたがい各国が、公式の政府統計として「数値」として発表するからである。

また、わが国の所轄官庁での「老衰」は、制度的・規範的「老衰」と定義される。それ

を「翻訳された制度化・規範化」とも「日本ルール」とも表現する。それは、後述するように、「国際ルール」はわが国の所轄官庁によって翻訳されて、「日本ルール」へと変換されるからである。

図1-1に医学的「老衰」の構造的 개념図を示してある。本章での対象は下2段の「国際ルール」と「日本ルール」を制度面から論じることになる。本論では、これらの医学的「老衰」は並列的にあるのではなく、構造的に機能しているとの立場にたつ。すなわち、「国際ルール」が底流にあり、それを翻訳した「日本ルール」をもとに、医療的・臨床的「老衰」が成り立っているという構造である。また、階段性の構造で示してあるのは、階層構造を持つとの意味を含む。

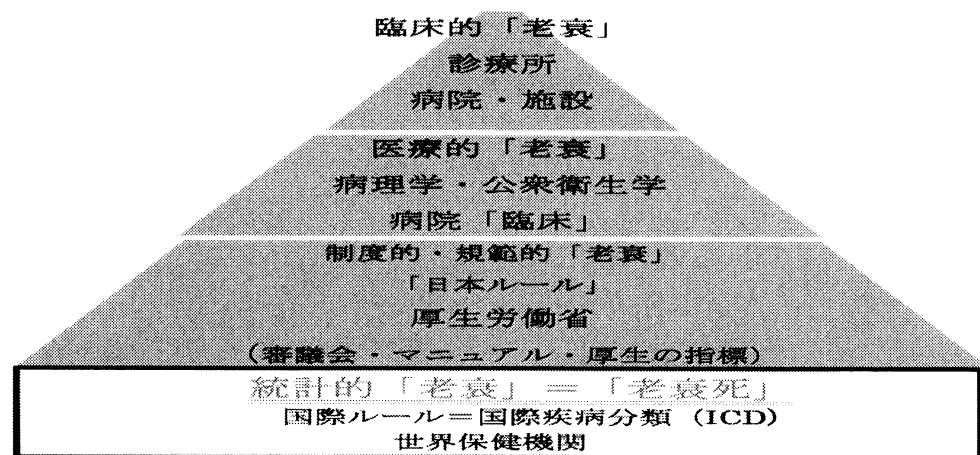


図1-1：医学的「老衰」の構造概念図

1. 「世界医療システム」という概念——医学的「老衰」の根底

医学的「老衰」が論じられるとき、「国際ルール」の歴史性や基本的目的などは、医療的「老衰」の場まではその対象となっている。しかし、臨床的「老衰」の場では、「国際ルール」は自明なものという前提で論じられている。そのために、「老衰」言説の場では、もっとも基本的な——死因「老衰」の確定——事実が理解されていない。そのために、池田（1999）の「世界医療システム」概念をもちいて、「国際ルール」をとらえ直すことが、本論においては重要な視点となる。池田は、次のようにのべている。

国際保健に関する医療社会学の研究領域は、国民国家によって境界づけられた領域と同じ輪郭をとっていることである。医療政策の社会的な考察というマクロの研究にせよ、病院内の医師と患者会話分析といったミクロの研究にせよ、医療社会学が準拠するデータは、国家が提供する諸統計(例：死亡統計)であつたり、国家内において制度が規定する集団(例：病院患者)から抽出されたものに他ならない。これらの研究は、資料が国家を基盤とする権力構造の中で正当性を与えられているのみならず、国家という共同性を作り上げ維持する実体として作動している事実について無自覚である〔中略〕。国家枠組によって境界づけられた領域の中で「自由に」議論することができる医療社会学は、それを保障してくれる国家枠組の自明性を忘却することで、はじめて存立が可能となる。医療社会学とは、誕生の当初から極めてナショナルな学問として定立していたのである(池田 1999 : 240)。

池田の主張は、従来型「医療社会学」の批判の延長上でなされているが、ここでは、死因「老衰」の端緒——死因分類の確定——から、各国が国際ルールを適用し、それをもとに「国家が提供する『死亡統計』」を構成して来た事実を、歴史的に読み解くことが必要である。そのなかでは、国際的な「死因統計の歴史」が必要であるが、それは別に譲る⁽³⁾。要点は、その思考法はイギリス、フランスから発祥し、現在も欧米主導であることである。

その間の実情を、第8回国際疾病分類修正会議（1965年7月、ジュネーブ）に参加した、当時の統計調査部長中原龍之介は、つぎのように記述している。「出席者はやはり衛生統計関係の行政部局医系の人々が主で」あり、「この会議で主役をなす主な国々は欧米の諸国である」ので、「審議は大項目毎に逐条審議が行われたが案外に時間をかけずに進捗するのには驚いたものである」。そして、「所謂先進国の発言が多く、やはり医学水準が物をいっているという感じであった」というのが結論である（中原 1965）。

2. 統計的「老衰」と制度的・規範的「老衰」

このようにして、決定された「国際ルール」は、表1-1に示すように、国際会議の修正会議での審議を経て、各国がそれぞれ適用するようになっている。日本も、第二次世界大戦前後の混乱期を除いて、それを適用している。その適用方法は、「日本語版翻訳権は世界保健機関の事務局より日本国厚生労働省に対して与えられており、翻訳の正確性については当省（統計情報部）がその責を負うものである」（厚生労働省大臣官房統計情報部編 2006）⁽⁴⁾。

こうして、翻訳された「国際ルール」が、後述する流れ図1-2に沿って、協議会・審議会に提示される。それらの審議・答申を経て、法的な整備（厚労省 2006：17）が行われて、告示・施行され、「日本ルール」として制度化・規範化されていくのである。その審議過程では、「医師は、各死因が如何に分類されるかの詳細を知る必要はないが、死因分類が斯々であるから、死因診断名の書き方は斯々の點は注意すべしという點はよく諒解されるように連絡をとるべきであり、又医学生に其勉強時代によく教育すべきである」（厚労省 2001e：16）とされている。

表 1-1：ICD の沿革と日本の適用

国際会議	所轄機関		我が国の適用期間
	国際	日本	
第1回 1900年(明治33)	国際統計協会	内閣統計局	明治32～41年
第2回 1909年(明治42)	国際統計協会	内閣統計局	明治42～大正11年
第3回 1920年(大正9)	国際統計協会	内閣統計局	大正11～昭和7年
第4回 1929年(昭和4)	国際統計協会	内閣統計局	昭和8～18年
第5回 1938年(昭和13)	国際連盟	厚生省予防局 衛生統計部	昭和21～24年
第6回 1948年(昭和23)	世界保健機関	厚生省統計調査部	昭和25～32年
第7回 1955年(昭和30)	世界保健機関	厚生省統計調査部	昭和33～42年
第8回 1965年(昭和40)	世界保健機関	厚生省統計調査部	昭和43～53年
第9回 1975年(昭和50)	世界保健機関	厚生省統計情報部	昭和54～平成6年
第10回 1989年(平成1年)	世界保健機関	厚生省統計情報部	平成7年～
現在：ICD-10（2003年版）準拠			平成17年～

出典；厚生省、1999『統計情報部50年史』をもとに筆者改変

第2節 死因「老衰」の「医療化」の過程

前節では、概要をのべたが、ここからはその内容を具体的に検討し、仮説の論拠を明らかにしたい。本節では、まず「国際ルール」の変遷を概観し、その基本的な目的を確認する。つぎに、3つの時期に区分された「日本ルール」の制度化・規範化の歴史をみる。

1. 「国際ルール」（国際疾病分類・ICD）——「みえない制度」

池田(1999)は、「世界医療システム」分析のための視点の一つに「ドクトリン」を挙げている。それは、「政策を言説の形に集約したものをドクトリンと呼び」、「ドクトリンは医療の言説活動の一形態である」（池田 1999：249）。さらに、「ドクトリンについて考察する

ことは、世界医療システムの遂行面での研究に欠かせない」。「国民の健康政策を通して国家の境界が維持されるわけだが、健康の意識を注入する基本政策はそれぞれ違ったドクトリンを介して作動するのである」(池田 1999 : 249-250)。

池田は、「健康政策」についてのべているが、筆者はこれを「老衰」問題へ転用する。そうすることによって、後述する「世界」各国の「老衰」死亡率の差異の一つの要因をも示唆するからである。

1) ドクトリンとしての ICD の歴史⁽⁵⁾

死因「老衰」をドクトリンとしてみた場合の、WHO すなわち ICD の政策としての言説は、一貫している。それは、第 10 回修正 ICD 国際会議報告として、ICD の利用と歴史の展開について、下記のようにのべられていることで明らかである。

会議においては、18 世紀に遡る統計分類の特記すべき歴史が思い起こされた。初期の分類では、ただ死因のみが取り扱われていたが、1948 年の第 6 回修正会議において、死に至らない疾病が含められるよう拡張された。この拡張は、幅広いさまざまな組織の統計的ニーズに応えるための技術革新を伴い、第 9 回修正会議まで続けられた。加えて、1975 年にジュネーブで開催された第 9 回国際修正会議において、補助分類である「医療行為」ならびに「機能障害、能力低下及び社会的不利」に対する分類の試案の公表について勧告がなされ、承認された(厚労省 2006 : 179)。

さらに、現在は「健康及び健康管理に関連」した情報を概念的に枠付けする中心分類として ICD は位置づけられる。

ICD を中心分類に用いるのは、主に死亡や罹患に関する情報をつかみたいときである。生活機能や障害といった他の健康状態に関する追加情報は国際生活機能分類(ICF)にまとまって記されている。一般に、WHO の国際分類ファミリーが目的としているのは、健康及び健康管理に関連した情報を概念的に枠付けする方法である(厚労省 2006 : 25)。

ここでの要点は、「ICD のもともとの利用法は、死亡登録時に記録された死因を分類することであった」。それが「疾病や損傷の分類」から、さらに「疾病及び関連保健問題」まで拡大されてきた、ICD の目的が変遷してきた歴史が語られていることである。このような、ドクトリンとしての国際ルールの変遷の中で、表 1-1 は、「老衰」がどのようにして ICD では扱われてきたのかを、「老衰」分類の表章から概観したものである。

「初期の分類」では、「老衰」は死因として、大分類・章——すなわち、本の扉の位置——であったものが、次第に中分類(1948 年)から小分類(1975 年)へと退いていく過程が明らかである。

表 1-2 : 「老衰」表章の変遷

国際分類 日本適用期間	大分類・章	中分類	小分類
1900 年 : ICD-1 1889~1908 年	2 全身病	第 39 老衰	
1909 年 : ICD-2 1909~1921 年	10 老年	56 老衰	161 老衰
1920 年 : ICD-3 1921~1932 年	13 老年	34 老衰	164 老衰
1929 年 : ICD-4 1933~1943 年	XVI 老衰	78 老衰	162 老衰 (イ) 老耄性痴呆ヲ伴フモノ (ロ) 老耄性痴呆ヲ伴ハザルモノ

1938 年 : ICD-5 1946～1949 年	XVI 老衰	39 老衰 老年	162 老衰 (a) 老人性痴呆の記載のあるもの (b) 老人性痴呆の記載なきもの
1948 年 : ICD-6 1950～1957 年	XVI 症状、老衰及び診断名不 相当の状態	790-795 老衰及び診断名不相当の 状態	794 精神病の記載のない老衰
1955 年 : ICD-7 1958～1967 年	XVI 症状、老衰及び診断名不 相当の状態	790-795 老衰及び診断名不相当の 状態	794 精神病の記載のない老衰
1965 年 : ICD-8 1968～1978 年	XVI 症状及び診断名不明確 の状態	790-795 老衰及び診断名不相当の 状態	794 精神病の記載のない老衰
1975 年 : ICD-9 1979～1994 年	XVI 症状、徴候及び診断名不 明確の状態 及び症状	797-799 診断名 不要明確又は原因 不明の病因及び死因	797 精神病の記載のない老衰
1989 年 : ICD-10 1995 年～	XVIII 症状、徴候及び異常臨床 所見・異常検査所見で他に分類 されないもの	R50-R69 全身症状及び徴候	R54 老衰

その間の事情を、第 8 回国際疾病分類修正会議（1965 年 7 月、ジュネーブ）に参加した、当時の厚生統計協議会の死因分類の部会長渡辺定は、下記のようにのべている。

しかるに 17 年前（1948 年）の第 6 回の前述の革命的修正が行われ、大分類でもまず大きな出来ごととして「老衰」という診断は学問的でない、だいいち解剖して見て、ほんとうに老衰で死んだと思われる例は見たことがないとまで極言する学者もあり、必ず何か直接の死因となる原因があるものだという次第で、老衰はその他の診断名がしっかりしていない死因と一緒にせられた。最も細分類ではわかるようにはなっているが、格を下げられた形である（渡辺 1965）。

このように ICD の「死亡原因の分類」、「疾病・傷害の分類」、「疾病及び関連保健問題」へと推移していく「政策の言明」は明らかである。この視点から、表 1－2 を理解すると、「老衰」が「無視」されていくことの本質もまた明らかとなる。

2) 「みえない制度」としての ICD

長期のスパンで死因「老衰」をとらえ、「世界医療システム」としての世界保健機関の「政策の言明」を解釈することが重要である。しかし、医学論文では、1950～1960 年代は「国際比較」という視点での、戦前との比較がなされているが、最近では戦後のデータからの結論となっているため（今永光彦・丸井英二 2010）、その全容の把握が不十分となり、「国際ルール」の根本的内容は、「みえない制度」となっている。これについては、さらに第 3 章でも確認をおこなう。

2. 翻訳された制度化・規範化の時代区分——「医療化」の水準⁽⁶⁾

このような「国際ルール」をもとに、「日本ルール」が形成されていくことになる。直近の厚生労働省の人口動態調査の概要では、以下のようにのべられている。

人口動態調査は、明治 31 年「戸籍法」が制定され登録制度が法体系的にも整備されたのを機会に、同 32 年から人口動態調査票は 1 件につき 1 枚の個別票を作成し、中央集計をする近代的な人口動態統計制度が確立した。その後、昭和 22 年 6 月に「統計法」に基づき「指定統計第 5 号」として指定され、その業務の所管は同年 9 月 1 日に総理府から厚生省に移管された。さらに、平成 21 年 4 月からは、新「統計法」（平成 19 年法律第 53 号）に基づく基幹統計調査となった⁽⁷⁾。

その人口動態調査を行なう管轄省については、「日本で最初の公衆衛生行政機関はいうまでもなく文部省医務局であって、明治 6 年 3 月に設置せられ、新しく帰朝した長与専斎が局長に任ぜられた」そして、「明治 8 年 6 月に内務省に衛生局がおかれて、医学教育を除くすべての事務が文部省医務局から移された」(財団法人日本公衆衛生協会編、1967: 117-118)。

明治 8 年 (1876 年)
⇒ 内務省衛生局

昭和 13 年 (1938 年)
⇒ 厚生省
1945～1952 年
(GHQ 公衆衛生福祉局、衛生統計課)

平成 13 年 (2001 年)
⇒ 厚生労働省 (厚労省)

わが国の ICD の管轄省は、上記のように変遷していく。この歴史過程の中で、ICD の目的の変遷、そこでの「老衰」の表章の変化は進んでいく。ここからは、わが国が適用してきた「国際ルール」はどのような歴史的背景——とくに所轄官庁の変遷とそれによる制度化・規範化——をもちながら「日本ルール」となってきたかを論じていく。そのさい、これまでの「ICD のドクトリン」すなわち「老衰」表章の歴史をもとに、「老衰」が死因分類として「医療化」されてきた時代を、3 つの時期に区分した (表 1-3)。表章の変化、管轄省の変遷を加えた時代区分は、それぞれの時期での制度的・規範的言説を中心にその特徴を論じていく。

表 1-3 : 「老衰」の「医療化」時代区分

時代区分	I 期 1900～1945	II 期 1945～1975	III 期 1975～
本論の時代区分	死亡原因「老衰」期	原死因「老衰」期	無視される「老衰」期
国際疾病分類の目的	死亡原因の分類	疾病・傷害の分類	疾病及び関連保健問題
国際疾病分類での「老衰」表章	大分類 (主見出し)	中分類 (副見出し)	小分類
人口統計の管轄省	内務省	厚生省	厚生省—厚生労働省

1) 死亡原因「老衰」期：1900～1945 年——「衛生の理想」

I 期 (1900～1945 年) では、死亡原因として「老衰」が「医療化」されるが、この時期には、「老衰」死亡率の減少はみられていない。すなわち、「医療化」は徹底されていないと判断される。その一つの根拠は、人口動態の管理体制のあり方であり、もう一つは死因「老衰」に関する行政側の評価である。

戦前の日本の状況を、GHQ 公衆衛生福祉局長であった C. F. サムス (Sams C. F. 1962=1986) は、次のようにのべている。

日本では私が述べたような統計資料の有効な利用方法、すなわち統計資料を医療問題の吟味、疾病の予防・治療対策などのプログラム作成のための道具として利用することはできなかった (Sams 1962=1986: 208)。
まずわれわれは罹患率と死亡率の報告システムという土台を築くことから着手しなければならなかった (Sams 1962=1986: 209)。

また、「昭和 13 年 1 月厚生省が設置されるに及んで、衛生行政は内務省より新設の厚生省に移管された」(厚生省 1955)、その当時の厚生省予防局長高野六郎は、著書 (1939) で以下のようにのべている。

死亡原因の中に老衰と云ふのがあり、可なり上位を占めてゐるが、之は結構なことであつて、人間生まれる以上全部老衰に到って死亡するのが衛生の理想である。老衰のみが唯一の死亡原因となることは困難であるとしても、之が死因の第一位であり、

最大死因であることを目標として医学は進むべきである（高野 1939 : 400）。

このように、戦前期は、わが国の行政組織は「医療問題」としてさえもとらえていなかったことがうかがえる。また、「老衰」は「衛生の理想」であるのが行政の評価であり、一面では、死因「老衰」前史の状態を引きづっていたともいえる。

2) 原死因「老衰」期：1945～1975 年——人口動態統計の整備期・医師への周知徹底

戦後 1945 年～1952 年までは GHQ の指導のもと、厚生省による制度面の確立と、死亡統計の規範化が進む時期である。以下にのべるように厚生省は、当時を人口動態統計の整備期と位置付けている。

同年（昭和 22 年）8 月には衛生統計課が設立され、同年 9 月人口動態調査事務が当時の総理府統計局から移管されるに及んで、ここに初めて近代的衛生統計機構の礎石が築かれることとなった（厚生省 1955）。

人口動態調査の主な目的は二つある。即ち、第一は人口静態統計と相ならび人口の動きを調べて人口問題の基礎とするものであり、第二は死因統計の計析によって衛生行政の基礎とするものである。この二面的な性格についてみると、人口動態調査は其制度樹立以来太平洋戦争終結前後に至るまで第一の目的に寄与すべきであるとする考え方によって絶対的に支配され、殆ど第二の目的はかえりみられなかった。ところが、終戦後、第一の目的はもとより軽視すべきではないが、第二の目的により重点をおくべきであるとする米英的な考え方が優位を占めるに至り、厚生省に移管されたのである（厚生省 1955 : 475）。

一方、「国際ルール」は戦前から戦後期に ICD-5（1938 年）、ICD-6（1948 年）の適用期間であり、ICD-5、6 では、死亡診断書の国際様式の決定、原死因、死因修正ルールが確定された時期で、現在の ICD の根幹形成期と重なる。当時の日本は、下記のようにアメリカの指導を受けなければならない状況であった。その間の事情を、ICD-5（2001.e）、ICD-6(2001.f)から抜粋する。

ICD-5 の確定

序「本書は昭和二十二年一月、……米国の「Manual of International List of Causes of Deaths(Fifth Revision) and Joint Causes of Death(Fourth Edition)1939」を基礎として作製された……」

序言「内閣統計局では昭和二十一年 3 月連合軍総司令部の指令に基づき、先ず昨年（昭和二十）の七月から出生、死亡、死産、……につき府県別、男女別の月報を発表し、次で死亡診断書の改正、人口動態調査令の改正、死因分類の改正を行い、……」（厚生省 2001. e）

ICD-6

第五回の国際死因分類修正会議は昭和 13 年（1938 年）に開かれ、その修正案は従来よりも医学の進歩に追隨して著しく改正せられたが、我国では諸種の事情からその実施が遅れ、第二次世界大戦の終了まで死因分類の修正はおこなわれなかった（厚生省 2001.f）。

厚生省の情報伝達体制

このような、戦後の混乱期の、わが国の ICD 適用の状況を、当時の厚生省統計情報部計析課の上田フサは、下記のように述懐している。

この作業の背景には、GHQ の指令、人口動態統計の厚生省への移管などの諸要因があったと思われるが、行政機関として、かなりの規模の医学界、行政機関関係の最高責任者で構成された厚生省「疾病傷害及び死因統計分類審議会」が設置され、内容例示作成には各委員所属の医局へ、医学用語の検討は、日本医師会、日本医学会、医学用語委員会に依頼、答申の ICD は政令として規定され、以後の ICD への対応が、すなはち、行政機関にはなじまない、行政効果の見えにくい所轄事項が先生（括弧内筆者：曾田長宗統計調査部長をさす）により確立されたことは、以後の従事者にとり心強い思いであった（厚生省 1999：9）。

当時の、ICD の適用に関わる組織体制は、GHQ と厚生省による「お上」主導型であることは、上述の言説からあきらかである。その組織体制の概略を図 1-2 に示す。中央において、39 名の委員よりなる厚生省「疾病、傷害及び死因統計分類審議会」は、第 1 回を昭和 24 年 2 月に開催し、四つの部会を設けてそれぞれの内容につき、我国に採用すべき事項を審議した（厚生省 2001f：31）。また、日本衛生統計協会——のちに厚生統計協会——を創設し、雑誌「衛生統計」（括弧内筆者：のちに、「厚生指標」と変更）を 23 年 1 月に創刊している。

地方への働き掛けは「保健所」が中心となったことは、後述する。

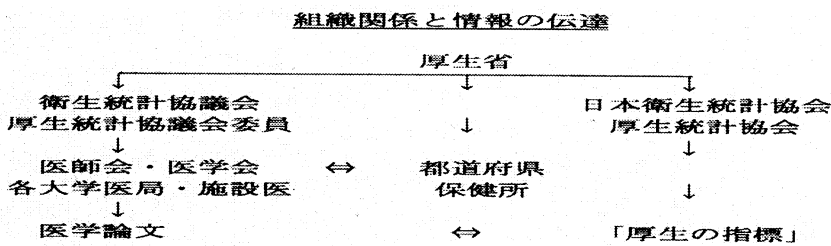


図 1-2：厚生省の組織体制

医師への周知徹底体制

中央で「翻訳された制度化・規範化」を、どのように医師へ伝えたのか。それを、厚生省（1999）資料から抜粋する（表 1-4）。

表 1-4：ICD の日本の適応と厚生省（1938～2000）／厚生労働省（2001～）の指導

ICD-5：昭和 21～24 年（1946～1949） 「改正の実施にあたっては、「衛生統計医師必携」を編さんし、医師に対し死亡診断書の書き方を始め衛生統計関係届出書の指針を示す等、疾病・死因統計の整備が図られた」
ICD-6：昭和 25～32 年（1950～1957） 「改正の実施にあたっては、医師に対しリーフレット「日本において昭和 25 年より採用する、国際疾病、傷害及び死因統計分類表」を無料配布し、また前回の「衛生統計医師必携」を改訂し、新分類の普及徹底を図った」 * 曾田長宗、1950、「国際疾病・傷病及び死因統計分類の改正にあたり臨床医家へのお願い」日本医師会雑誌 24（1）、41-43、（* 厚生省衛生統計調査部長）
ICD-8：昭和 43～53 年（1968～1978） 「新分類の実施に当たっては、その普及、周知徹底のため、昭和 42 年 9 月から 12 月にかけて、各都道府県別に地域保健指導の責任者である保健所長、医師、歯科医師、助産師及び県・保健所衛生統計職員に対して講習会を行い、特に医師、歯科医師、助産師に対しては、リーフレット「死亡診断書・産産証明書・出産証明書の書き方」を無料配布し、「疾病傷害死因統計分類」のパンフレットを発刊した」
ICD-9：昭和 54～平成 6 年（1979～1994） 「新分類の実施にあたっては、前回と同様各都道府県別に保健所長等に講習会を実施し、医師等にリーフレット「死亡診断書・死産証明書・出産証明書の書き方」を無料配布した。また、「死亡診断書・死産証明書・出産証明書の書き方、疾病、傷害および死因統計分類の概要・分類表」を発刊するとともに、「厚生指標」等の雑誌に掲載してその普及、周知徹底を図った」

ICD-10：平成 7～17 年（1995～2005）

「新分類の実施に当たっては、前回と同様に保健所長等に対して都道府県ごとに講習会を実施し、特に医師等にはリーフレット「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」を無料配布するとともに、「厚生指標」等の雑誌に解説を掲載してその普及、周知徹底を図った」

＊山本綾子ら、1996「ICD-10 適用及び死亡診断書改訂の死因統計への影響について」

厚生指標 43（2）：9-14（＊厚生省大臣官房統計情報部人口動態統計課課長補佐）

出典：厚生省大臣官房統計情報部、1999「統計情報部 50 年史」

このように、制度が整備され、医師への周知徹底を図ることにより、戦後のⅡ期の間に、「老衰」の粗死亡率は急激に低下していった。ここでは、「国際ルール」は「自明性」をおびて、次第に「日本ルール」を前面として「医師への周知徹底」がなされていく時期と見る。そこでは「死亡の防止」という ICD 本来の目的が前景化してくる。

3）無視される「老衰」期：1975 年～

表 1－2 の「老衰」表章の変遷にみるように、ICD-9（括弧内筆者：1975 年国際修正会議、日本適用は 1979 年から）では、「老衰」は大分類「XVI 症状、徴候及び診断名不明確の状態及び症状」、中分類「診断名不明確又は原因不明の病因及び死因」、小分類「精神病の記載のない老衰」となった。すなわち、小分類のみの表記となったのがこの時期である。

「老衰」の無視は、「国際ルール」による「死亡の防止」の目的、複合死因の増加——慢性疾患の増加——に一致し、すでに ICD-5 でその方向は示されている。そのルールの確立時期として 1975 年（ICD-9）を設定している。『無視される「老衰」』期への移行は、次項と関連するので、順次のべていく。

本項での要点は、まず、「国際ルール」の ICD 分類の変遷に応じての日本適用——「日本ルール」——を 3 区分したことである。つぎに、各時代区分における「老衰」の「医療化」の水準を、制度面から分析したことである。さらに、Ⅱ期（1945～1975 年）が、死因「老衰」の「医療化」をみる場合は、主要な視点であることが明らかにされた。

3. 「国際ルール」の要点

前後するが、国際ルールの要点は、その目的である「死亡の防止」という公衆衛生上の目的に沿った、一連の歴史的変遷である。それは、前節の無視される「老衰」期が確立される具体的状況でもある。以下「国際ルール」の要点を概観する。

1）「死亡原因〈死因〉」から「原死因」へ——「死亡原因〈死因〉」「原死因」の定義

「死亡原因〈死因〉」と「原死因」の定義を、厚労省（2006）に沿って要点を示す。

死亡原因〈死因〉（causes of death）

1967 年の第 20 回世界保健総会において、死亡診断書上に記載される死亡原因〈死因〉は、「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態または損傷およびこれらの損傷を引き起こした事故または暴力の状況」と定義した。この定義の目的は、死亡に関したすべての事項が死亡診断に記載されるようにし、作成者（医師）がいくつかの病態を選び、その他の病態を記載しないことがないようにするためである（厚労省 2006：50）。

死因が一つだけ記載された場合には、この原因が製表に使用される。複数の死因が記載された場合は、4.1.5 節に示されたルールに従って、選択しなければならない。このルールは、原死因の概念に基づいている（厚生省 2006）。

原死因 (underlying cause of death)

一次製表のための死因は、原死因 (underlying cause of death) とすべきであるということが、第 6 回修正国際会議において合意された。

死亡の防止という観点からは、病的事象の連鎖をある時点で切るか、ある時点で疾病を治すことが重要である。また、最も効果的な公衆衛生の目的は、その活動によって原因を防止することである。

この目的のために、原死因を次のように定義した。

- (a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷
- (b) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状態

すなわち、「複合死因」が増加したことが、「原死因」という定義を必要としたことになる。それでは、戦前の日本の状況はどのようなものであったのだろうか。下記の資料により、それまでの日本の疾病記載の状況の一端が窺われる。

今回の死亡診断書様式の改正の自然の結果として診断書に複合死因の記載される割合は非常に増加し最近の調査によると 10,000 件 5,888 即ち 59% に達し (本編死亡診断書の項参照) 米国その他、同様の診断書様式をとった国と略々同じ割合に達したのである。茲に複合死因より主死因を選ぶ方法の重要性が以前に比して著しく増加したことを見るのである。因に以前は複合死因は 870 以下であった。

幸い記述の如く従来は複合死因のある場合は 8% 以下の少数であったので (厚労省 2001e : 7-9)。

すなわち、戦前は複合死因の記載は死亡診断書の約 8% 程度と少なく、昭和 21 年にはそれが 59% であったことが知れる。ここでは、戦前は「死亡の原因」=「原死因」がほとんどであったことになる。「複合死因」の増加の一端は、死亡診断書の様式の変更に負うことが大きい。

2) 死亡診断書の国際様式——「死亡の原因」

ICD-6 で死亡診断書の国際様式が提示され、その後 ICD-10 (1990 年) で改正案が勧告された。日本でも「死亡診断書等検討委員会」を設置し、審議し、その勧告に基づき、省令の一部改正を行ない、平成 7 年 1 月 1 日から新しい書式を用いている。

WHO の死亡診断書の国際様式の考え方は、

どの病態が直接に死亡を引き起こしたかを示すこと、およびこの原因となるいくつかの先行病態を示すことは、死亡診断書を作成する医師の責務である。

I 欄は、直接に死を引き起こした一連の事象に関連した疾病に対して使用され、II 欄は、関連はないが寄与した様態に対して使用される。

死亡診断書に記載されている「その原因」という語句の後ろには、直接原因または病理学的過程のみならず間接的原因も含まれるべきである。たとえば、先行病態が長い間隔の後でさえも、組織に対する障害または機能障害により、直接原因にかかりやすくなる場合である (厚労省 2006 : 51-52)。

このような、勧告を基に作成されたのが図 1-3 の、日本の死亡診断書における「死亡の原因」欄である。また、「記入者への配慮」として、「記入上の注意」が書式欄内又は各事項の右欄に記載されている。

(14)	死亡の原因	(ア) 直接死因		発病（発症） 又は受傷から 死亡までの 期間		傷病名等は、日本語で書いてください。 「欄」では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。 妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。 産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。 「欄」及び「欄」に記した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。
		(イ) (ア)の原因		◆年、月、日等の単位で書いてください。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。 (例：1年3ヶ月、5時間20分)		
		(ウ) (イ)の原因				
		(エ) (ウ)の原因				
		◆「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。 ◆「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。	直接には死因に関係しないが「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	平成 昭和 年 月 日		
	解剖	1 無 2 有	主要所見			
(15)	死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 墮、火災及び火傷による傷害 } 6 窒息 7 中毒 8 その他 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死 } 12 不詳の死				「2 交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。 「5 墮、火災及び火傷による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息

図 1－3：日本の死亡診断書——「死亡の原因」・「死亡の種類」の項
出典：厚労省（2012）『平成 24 年版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』

わが国における「死亡診断書」の「抜本改革」（厚労省 1994）は、2 度行われている。第 2 回目が前述の平成 7 年である。第 1 回の「抜本改革」は、昭和 21 年の国際様式に沿って改正されたものである。その際の事情が記述されている。

死亡診断書様式についても人口動態統計改善委員会ではその改正の要あることを認め死亡届様式と共にこれを改正した。

改正死亡診断書の様式はアメリカの死亡診断書に準拠したものであって、死亡の原因欄は、イ、直接死因 ロ、(イ)原因 ハ、(ロ)の原因 ニ、合併症その他身体状況項からなっており、死因の正確なる状況とその各々の継続期間が表し得る様になっている。

なお死亡診断書改正に伴い診断書に一死因のみ記載された場合と、二つ以上の複合死因の記載される場合の割合を見るため、昭和 21 年 10 月分、東京都、秋田、静岡、鹿児島各県提出死亡診断書合計 1 万件に調査するに下記の如くであって、複合死因記載は全体の 59%を占めているのである。

最後に医師の診断書記載上の注意について、二・三のことを述べよう。医師が死亡診断書に死因を記するに当たっては先ず正しく死因を診断しその事実有のままを明瞭に記載すべきことはいふ迄も無い。率直に言えば日本の死亡診断書記載の死因は、米英に比して遺憾ながら正確を欠いているのである（厚労省 2001e：15-16）。

ここでは、死亡診断書様式はアメリカの死亡診断書に準拠したものと説明されていること。また、「死亡原因」と同じように概念化されているのは、「原死因」ではなく、「直接死因」「主死因」「第二次死因」などが使われている（厚労省 2001e）。すなわち、この時期は「原死因」は、厳密には規定されていないことがうかがわれる。

つぎに指摘されているのは、前述の「複合死因」の具体的状況を示したものであり、その結果として、死亡診断書の「正しい」ことが求められ、「国際比較」がなされていることである。

3) 無視される「老衰」——死因選択および修正ルールという規範

死亡診断書に複数の死因が記載された場合（複合死因）の選択の基準は、明確にルール化されている（厚労省 2006:53-72）。ここでは、「老衰」の修正ルールに関する項目のみを簡略化して示す（傍点筆者）。

●修正ルール

ルール A 老衰およびその他の診断不明確の病態

選ばれた死因が不明確である場合や、死亡診断書に記載する上で他に分類される病態である場合には、その不明確な診断名が記載されなかったものとして、死因を選びなおす。

●修正ルールの例

ルール A 老衰およびその他の診断不明確の病態

例：(a)老衰および臥床（枕下）性肺炎

(b) 関節リュウマチ

関節リュウマチにコード化する。ルール 2 により老衰が選ばれるが、これは無視して一般原則を適用する

例：(a) 心筋変性症

(b) 肺気腫

(c)老衰

心筋変性症にコード化する。一般原則により老衰が選ばれるが、これは無視してルール 2 を適用する

要点は、「老衰」が単独で死亡診断書に記載されている場合は、問題なく「老衰」が死因として選択される。2 つ以上の死因が記載された場合（複合死因）は、端的に言えば「老衰」は無視されることになる。それは、「死亡の防止」を目的とする国際ルールに依拠しているからである。このように「国際ルール」として、さらに「日本ルール」として明確に確定し、それが「医学・医療」では、自明なこととして認識されるようになったということである。

本節では、「国際ルール」をもとにした「日本ルール」における、死因「老衰」の歴史過程を概観した。本章の第一の目的である「みえない制度」——「国際ルール」での統計的「老衰」、「日本ルール」における制度的・規範的「老衰」——を可視化する作業を行なったことになる。すなわち、章頭での仮説①、②、③、④の論証をおこなった。

第3節 「国際比較」というレトリック

死因「老衰」に接近するためには、既述のように「国際ルール」が基底をなしているの、野村の「世界医療システム」の概念が有用である。しかし、「老衰」の社会的構成という視点からは、さらに「国際比較社会学」⁽⁸⁾という視点を必要とする。そのためには、膨大な ICD の資料と、それに対応する各国の歴史的・文化的資料の対比等が必要になる。本論では、その一部である、統計データの比較、「世界医療システム」概念、後述する「老衰」表章の日本語と英語比較のみに止まり、多くの課題は今後に残される。

1. 「老衰死」の国際比較——「医学の進歩」「後進性」の根拠

統計的「老衰」は「老衰死」として定義した。それは、各国から発表された公式の政府統計である。Ⅱ期——1945～1975 年：原死因「老衰」期——での厚生省の制度化・規範化

の過程や医学言説では、この国際比較統計は「医学の進歩」、「後進国の段階」などのレトリックに頻回に使われている。その内容とは、どんなものなのかを確認しておく。

1) 各国との比較

各国の女子の老衰年齢調整死亡率⁽⁹⁾の推移から、戦後は国際的に「老衰死」は減少している（図 1-4）。ただし、日本はその比率は高く、緩やかな減少率を示している。2000 年以降は、この図では判然としないが、最新の統計⁽¹⁰⁾では、「老衰」比率は他国に比較して、高いままとなっている。すなわち、「先進国」のなかでは、わが国の「老衰死」は高く、それが「後進国の段階」であり、「死亡の防止」という「医学の進歩」と相いれない根拠として、使われてきた。とくに、「医療化」Ⅱ期においては、米国の指導のもとにあって、行政も「医学会」も、そのことを意識した、言説となっているのは、すでにのべたし、今後の分析でも「国際比較」のレトリックは、頻用される。

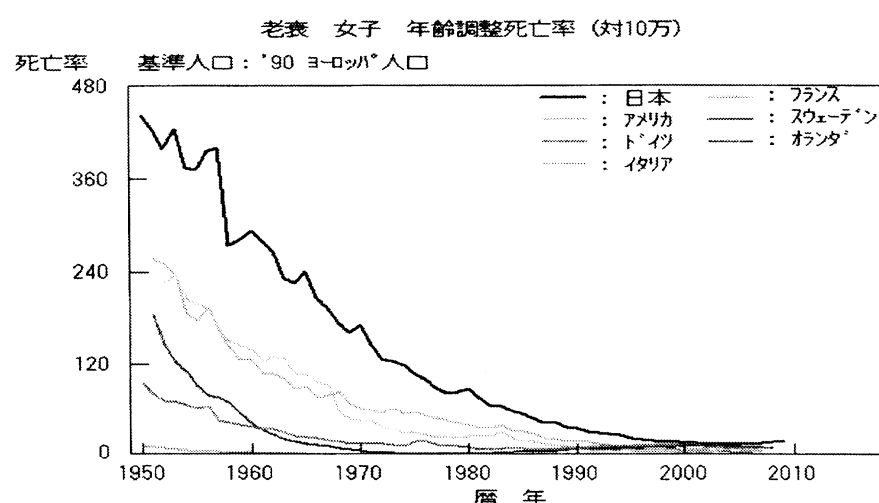


図 1-4 : 各国女子の老衰年齢調整死亡率の推移

出典：東京都健康安全研究センター「SAGE（疾病動向予測システム）」

2) 日米の老衰死亡率のパターンから

その中でも、戦後の公衆衛生の国際比較の主要な対象国は、当然米国であり、その「老衰」比率の相違についての、分析は大きな課題であった。図 1-5 は日米の「老衰」粗死亡率の今日までの推移である。1950 年代においてその比率の格差はどのようにとらえられているのかを、公衆衛生学者の荒井保経（1957）の論文から、少し長くなるが引用しておく。

近年世界各国特に先進諸国に於いて、公衆衛生の進歩発達、衛生思想の普及、医学技術の向上等によって、伝染性疾患及び乳児特有の疾患の発生及び死亡が著しく減少し、国民の平均生存率が延長していることは、既に周知のことであるが、これに伴って老人に特有の疾患乃至は老人に多発するとされている疾病が次第に増加する傾向にあることも亦当然予想されることである。

例えば、アメリカ合衆国では、過去 50 年間に於いて、結核、下痢、腸炎、腸チフス、等の死亡率は著しく減少し、逆に所謂老人性疾患といわれる心臓疾患、癌、頭蓋内血管損傷、或は糖尿病、等の非伝染性疾患の死亡率は急激に増加しており、人口構成の変転とも相俟って老年期の死亡も 1880 年には 65 歳以上の死亡が全死亡の 16% を占めていたのに対して、1940 年には 46% が 65 歳以上の死亡となっている。この老年層人口の増加と、同死亡の増加こそが米国に於いて早くから Gerontology が確立され、今日の米国の医学の重点のひとつがここに置かれている所以である。

我国でも、近年特に終戦後、公衆衛生の著しい発達を見、又平均生存年令も急激に延長化しており、60 才以上の死亡は昭和 23 年には全死亡の 27.2% を示しているが、

これは丁度米国の 30～40 年前の状態と思われる。これは我国の 1940 年における主要疾患の死亡率の状態が米国の 1900 年頃のそれと類似していることから推定出来るのである。しかし乍ら、いずれ我国も米国と同じ傾向をたどるであろうことは予想出来ることであって従って、老人性疾患に対する関心が次第に高まることも想像に難くない。

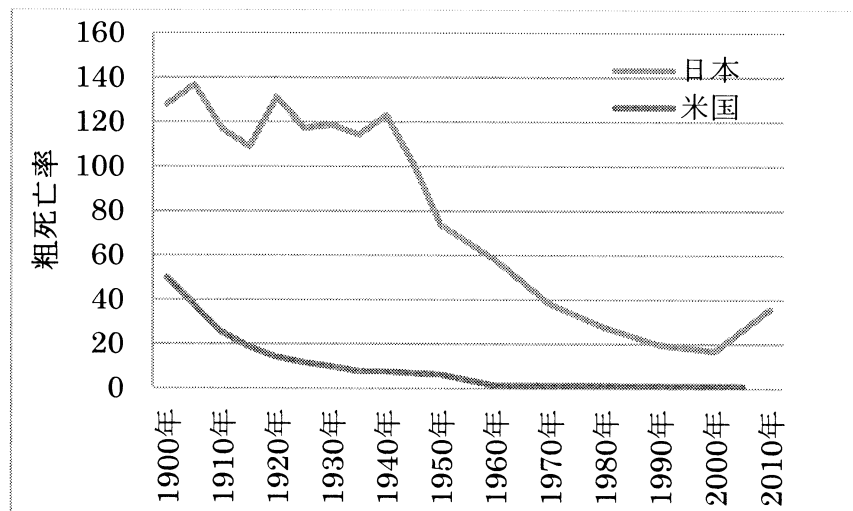


図 1-5：日米の老衰死パターン

出典：荒井（1957）、石川（1960b）を参照して筆者作成⁽¹⁰⁾

ここには、1950 年度の医学会における「老衰」の位置づけがみてとれる。すなわち、米国の疾病構造の転換による老人性疾患の増加、死亡に占める高齢者比率の増加に対応する Gerontology の確立がすでに行われていること。さらに、荒井による将来予測では、2000 年代は、日本の「老衰」死亡率は、米国と同程度となることになるが、その乖離はまだ残っている。すなわち、「医学的」要因のみの視点では、「老衰」死亡率の推移の解析はできないことになる⁽¹¹⁾。

それは、「国際比較」には、解決すべき重要な問題が含まれていることになる。これまでの「国際比較」に用いられてきた、統計的「老衰」＝「老衰死」は、「国際ルール」をもとにした、各国の政府の「公式統計」であることが確認できた。さらに、「老衰」は「複合死因」としては、無視される死因であることも確認できた。ゆえに、医師が死亡診断書に、死因「老衰」を記載することと、「老衰死」統計とは一致しないことが推測される。そこに、「国際比較社会学」が必要な理由があることだけを指摘しておく。

2. 日本独自の問題

戦後のⅡ期は、米国の影響が大きいことを指摘してきたが、必ずしもすべての面において、人口動態統計体系を見習ったわけではない。以下に述べる 2 つの事では、その違いが明らかである。

1) 死亡の届出様式——日本、米国

ほんらい、人口統計は、当時の厚生省公衆保健局衛生統計課長曾田長英が言明するような背景をもつから、当然その国の歴史的背景とは切りはなすことができない。

人口統計は、古くより徴貢、徴税、徴兵等の目的の為に、国内の人口を凡て戸籍に載せ、これを計数したのが其の端初をなすもので、人口動態統計も亦、其の人口の変動を明らかにする為に作られたものに外ならぬ。換言すれば、人口統計は静態、動態両者を含み、国力の現況、盛衰を示す指標として編成され、国家経済及び国防の用に資することを当初の目的としたものであるということが出来る（曾田 1948：32-33）。

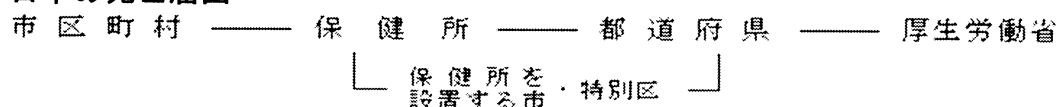
そのような前提のもとに、日本の人口動態統計事務は組み立てられている。その中心は「保健所」である。おなじように、曾田の言明をみてみる。

今回の改正（括弧内筆者：昭和 23 年人口動態調査令）は其のあとを受けて衛生行政の第一機関たる保健所が、今後我が国人口動態統計事務の主要な役割を演ずべきことを定めたものであって、人口動態統計を衛生行政の基礎的主要分野と考える、新しい見地に立つた一連の変革が法制的に茲に完うしたものと云い得る（曾田 1948:32-33.）。

このようにして、わが国の死亡届と人口統計の流れは図 1-6 のようになっている。一方、米国では、次のようになっている。

死亡診断書は、郡の登録機関に提出され、記載漏れがチェックされる。その後、州の人口統計局に送られる。別の州の住民の診断書は居住地の州に送られる。州ごとにまとめられた死亡データは、全国データにするため国立保健統計センター（National Center for Health Statics）⁽¹²⁾ に送られる（Greenberg R. S. 2001=2004：46-49）。

日本の死亡届出



アメリカの死亡情報収集の流れ

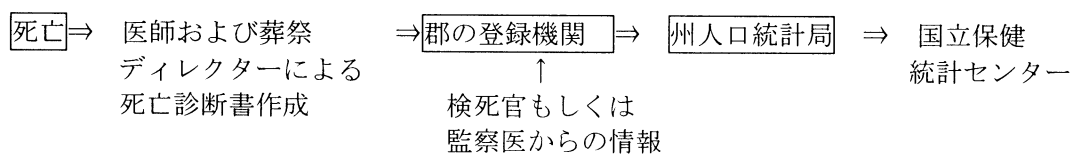


図 1-6 : 日本と米国の死亡届様式

日米の死亡届出の様式の違いと同時に、死亡診断書記載に対する、行政の関与が大きく「老衰」の死亡率に関与していることがうかがわれる。たとえば、S.B.ヌーランド(Nuland S. B.1993=1995)は、下記のように記している。

アメリカ政府は「最終死亡統計予報」を発表する。その無味乾燥な要約を見ると、死因のトップ一五の中はおろか、どこを探しても、徐々に衰えて亡くなった人々の欄が見つからない。異常なほど几帳面に、その報告は八十歳代から九十歳代で亡くなるすべての人についても、きちんとした欄に特定の致命的な臨床上の病名を当てはめている。百歳以上のごく少数の人も、図表を作成した人間の整然とした命名法から逃れるすべがないのである。誰でも名前のついた病気で死ななければならないというのが厚生省の命令であり、世界保健機関の命令である。免許のある医師として医療に従事すること三五年になる私も、死亡診断書に「老齢」と記す勇氣はなかった。そんなことをすれば、役所の事務員から、法律違反ですというそっけないメモとともに書類を突っ返されるのが落ちなのを承知しているからだ。世界中どこでも、老齢で死ぬのは不法行為なのである（Nuland 1993=1995：75）。

医師で医学史家であるヌーランドからみた、米国の死亡届の様式の評価と同時に、「国際ルール」と「国内ルール」が厳然として、機能していることが語られている。他方、私見

を述べるなら、筆者はこれまで「死亡の原因」について、行政からの問い合わせを受けたことは一度もない。

2) 「死亡の種類」——「病死及び自然死」という概念

もう一つの、大きな違いは、「死亡の種類」の項目である。米国は州によって死亡診断書は違っているが、スタンダードとしては、「死亡の種類 manner of death」は自然死 (natural death) と外因死の区別しかない。また、ドイツの診断書にも「病死」という「死亡の種類」はない。前述のように、昭和 21 年にアメリカの死亡診断書に準拠して、日本の死亡診断書の様式を改正したと記述されている。しかし、「死亡の種類」についての言及はない。「自然死」については、医学内部でも議論は多い。「病死」については、本居宣長が、『玉勝間』で「しぬるを病死といふ事」でのべている⁽¹³⁾。

今の世、おほやけざまの文書などには、人の死ぬを、病死といふこと也、そもそも人は、病ならで死ぬるは、百千^{モモチ}の中に、まれに一人二人などこそ有べけれ、おしなべては、みな病てしぬることなれば、それをと分てはいはでも有^すぬべくおぼゆるを、これはむかしみだれ世のころは、戦ひて死ぬものの多かりし故に、病死は病死と、分ていへりし時のならひのままなるべし、

これから推測されるのは、戦後であり「戦死」を意識した、とも考えられるが、詳細は管見できなかった。このことに関して、和田直 (1971) は、下記のようにのべている。

国際分類の中には自然死と言う項目がなく、従って自然死は現在のところ老衰の項目に包含されているのが実情のようである。しかも純粹の自然死は事実上ほとんど存在しないという立場から、老衰という死因名はできるだけ避けるように要望されている現実である (和田 1971)。

死亡の種類	
日本	1 病死及び自然死 外因死 不慮の事故 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 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
米国	MANNER OF DEATH <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined U.S. STANDARD CERTIFICATION OF DEATH
ドイツ	死をもたらした外的な作用のてがかりはあるか？ (例えば、自殺、災害、殺害の犯罪行為、外的な作用・・・) <input type="checkbox"/> No No の場合は死亡の種類 <input type="checkbox"/> 自然死 または <input type="checkbox"/> 自然死／不自然死の区別は不明 <input type="checkbox"/> Yes (Yes または不明の場合は、秘密扱いの部分、用紙 2 以下の項目 20 に詳しく述べる (可能であれば)) 20 エピクリーゼ (epicrisis 症例の分析的批判的総括) 死因に追加する事項 (例、災害、中毒、暴力、自殺ならびに医学的処置の合併症)

図 1-7 : 各国の「死因の種類」

出典：日本は厚労省 (2012)、米国は Moriyama I. M. (2011) 参照。ドイツは、岡島道夫を参照⁽¹⁴⁾。

「老衰」＝「自然死」というレトリック

和田の指摘は、図 1-7 での米国、ドイツの「死亡の種類」の考え方と比較してみると明らかである。両国では、外因死以外はすべて「自然死」と規定されている。それが日本では、「病死および自然死」となり、「自然死」は「老衰」の項目に含まれる。しかし、「自然死」はほとんど存在しないから、「老衰」は死因名として避けるように、行政から「要望」

されているということである。

「自然死」の定義は、あとで検討するように、必ずしも明確ではない。そこにさらに、「自然死＝老衰」と解される文脈が「死亡診断書マニュアル」に記載されていくことになる。すなわち、わが国の行政の考えが反映しているということになる。

本節では、章頭の仮説④、⑤を論証してきた。また、死因「老衰」と同時に、「死」の概念の「国際比較」ともいえる「自然死」の意味と問題点を検討した。あとでものべるが、「老衰」の社会的構成の検討のためには、ここでも「国際比較社会学」という視点が重要であることを確認しておく。

第4節 死因「老衰」の「医療社会学」的視点

さて、このような「国際ルール」と「日本ルール」を基盤として、行政の考えに則ってきたわが国の「老衰死」は、どのように「医療」ではあつかわれてきたのだろうか。

本節では、「国際ルール」と「日本ルール」に立脚した、医療的「老衰」と臨床的「老衰」の言説分析という視点で論じる。これまでの歴史的視点での分析でもわかるように、「老衰」はおもに「医療問題」として取り扱われてきた。それは死因「老衰」は、一つは医学的研究の課題であり、もう一つは死亡診断書に記載できる死因という二つの面をもつからである。とくに、公衆衛生学では、戦後は研究課題としての側面は大きかった。それは、公衆衛生学の教科書でも、その取り扱いは、章単位で扱われる場合もあったこともうかがえる（藤原元典・渡辺徹一 1978.）。

ここでは、「老衰」の社会的構成のなかでの、医療的・臨床的「老衰」の先行研究は公衆衛生学的には「医療問題」にとどまることをまず指摘する。つぎに、「保健医療社会学」での『老衰』は社会的概念である」との言説は、「社会問題」への橋渡しをすると同時に、広義の「医療社会学」の限界でもあることを明らかにする。

1. わが国の死のなかの「老衰死」

本論で統計的「老衰」＝「老衰死」と定義された、国の公式統計から見ることになる。それは、「人口動態統計のなかの死亡統計は、《ひとつの社会の病気》の年ごとの記録にほかならない」（倉科周介 1998）からである。

1) わが国の死の歴史的視点——疫学転換と平均寿命の延長

図：1－8の1899～2011年までの約110年間における、主要死因別死亡率から見て取れるものは、①疾病構造の転換：戦前期においては感染症（肺炎、胃腸炎、結核）と「老衰」が主要な死因であるが、戦後は癌と慢性疾患（脳血管、心疾患）が主要な死因となる過程——これを疫学転換とも言われる——である。②「老衰」は、戦後を起点として急速に減少していく。③1994年の心疾患の減少は、新しい死亡診断書に（死体検案書）——1995年1月から施行——における「死亡の原因欄には、疾患の終末状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの影響によると思われる（山本綾子 1996）。

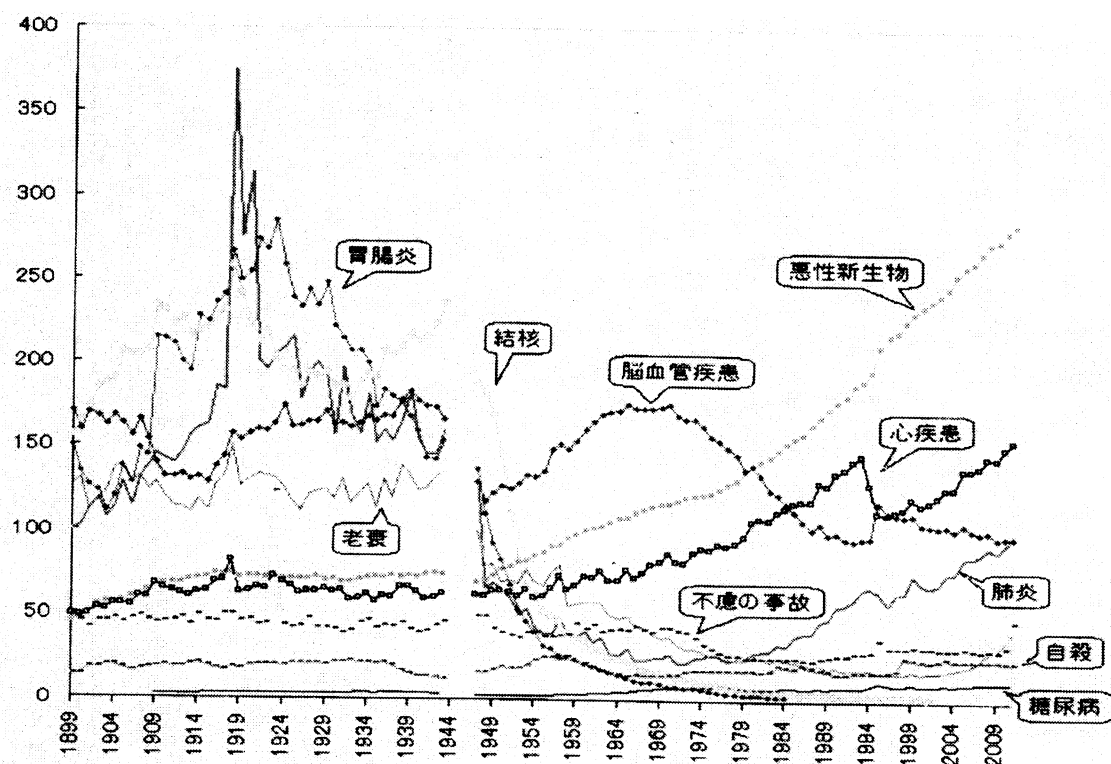


図 1－8：主要死因別死亡率（人口 10 万対）の長期推移
出典：厚生労働省「人口動態統計」

さらにわが国の特徴を列挙すると、平均寿命は、1891～1898 年では男性 35.3 歳、女性 36.8 歳、2010 年では男性 79.6 歳、女性 86.3 歳と 110 年間に約 44 年間も延びたことになる。死亡場所では、「自宅・在宅死」から「病院死」への推移が、死因「老衰」を分析する場合には重要である。在宅死は 1950 年度の約 80%から直線的に減少し、現在では約 13%に至っている。1976 年に比率は逆転し、現在では病院・診療所が約 80%となった。「老衰死」は、自宅 26.5%、病院 42.3%、施設（特養など）25.0%と分散している（表 1－5）。それでも、「老衰死」は「自宅」が、一般の「死」の二倍となっている。「老衰死」の年齢は 85 歳以上は 88%、90 歳以上が 68%となっている。

表 1－5：「わが国の死」と「老衰死」

	「日本人の死」	「老衰死」
死亡場所	自宅 82.5% →12.4% 病院 9.1% →78.4% (1951年 →2009年)	自宅 91.5% →26.5% 病院 3.9% →42.3% 施設 25.0% (1975年 →2008年)
年齢階級別死亡数	死亡数のピーク年齢 男性 86歳 女性 91歳 (2010年)	100歳以上 11% 95～99歳 26% 90～94歳 31% 85～89歳 20% 84歳以下 12% (2012年)
平均寿命	男35.3 → 63.6 →79.6 女36.8 → 67.7 →86.3 1890年代 → 1955年 →2010年	

出典：厚生労働省「人口動態統計」をもとに筆者作成

1950 年代に荒井（1957）が予測したように、日本でも「疫学転換」による「平均寿命の延長」が達成され、それは世界一という段階までに達している。さらに、わが国の死亡時年齢のヒストグラムは、男女とも次第に高齢に移行している。現在のピーク値は男性で 85 歳、女性で 90 歳となり、平均寿命よりもさらに高値である⁽¹⁵⁾。

2)「老衰死」の現状

このようなわが国の死のなかでの「老衰死」の推移過程と現状を、「医学」はどのように論じているのかを、最新の公衆衛生学論文から要約し、その問題点を明らかにしてみよう。以下は、今永光彦・丸井英二（2011）の結果をもとにしたものである⁽¹⁶⁾。今永・丸井の論文の目的は、記述疫学⁽¹⁷⁾の検討をおこない、過去から現在までの「老衰死」の変化を考察し、老衰死亡者数の推計を行うことである。その要点をまとめると、次のようになる。

①「老衰死」は増えているのか

1950年から1990年代にかけて、人口10万対死亡率は減少傾向にあり、同様に年齢調整死亡率も男女ともに減少傾向にある。2000年以降には、人口10万対死亡率は増加傾向となっているが、年齢調整死亡率は男女とも2000年以降もほぼ横ばい状態である。

②「老衰死」の死亡場所はどこか

1975年は、老衰死亡者の9割以上が自宅で亡くなっている。その後、病院や施設で亡くなる割合が増加しており、2008年には自宅で亡くなる割合は26.5%まで減少している。

③「老衰死」の死亡年齢はどのようになっているのか

1950年～1960年代は70～80歳代の老衰死亡者が多いが、その後徐々に70～80歳代の老衰死亡者は減少していき、2000年代に入ってから90歳以上の死亡者が年々増加している。

3)「老衰死」の何を問題としているのか

結論としては、「今後、老衰死亡者数が増加することが予測され、死亡場所に関しても、自宅に限らず病院・施設と多様化していることを考えると、臨床医が『老衰死』に遭遇する機会は増えることが考えられる」のである。このような「記述的検討」を通して、「老衰」のなにを問題としたのか。今永・丸井の考察でみる。

このように、「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いえる。今後、老衰死亡者が増加することが予測されるなか、「老衰死」の概念をより明確にしていく必要がある。その「老衰死」の概念は、他の疾病概念とは異なり、医学的な概念のみで定義することは難しいことが予測される。まずは現在、医師がどのように「老衰死」と診断しているのか、そのプロセスを探索していく必要があるであろう（今永・丸井 2011）。

考察でのべられたように、『老衰』や『老衰死』の概念は曖昧、「医学的な概念のみで定義することは難しい」、しかし、『老衰死』の概念をより明確にしていく必要がある。そのために、「医師がどのように『老衰死』と診断しているのか、そのプロセスを探索する必要がある」。だがすでに、医師がどのように「老衰死」と診断しているかについての、「公衆衛生学」の先行研究は散見する。さらに、『老衰』は社会的概念である」との言説はすでに40年前（根岸・橘 1971）から指摘されている。それでは、どのように論じられているのか／きたのかを、先行研究をたどってみることにする。

2. 先行研究の結論——「医師の個人差」「実情の把握」「精度に関わる意識調査」

そこで、「どのようなプロセスで老衰死と診断されているのか」に関する、先行研究3編を検討した。ここでの要点は、死因「老衰」と診断する／した医師に、直接面談また調査票での照会がもともになっているということである。後述する、筆者の医師への半構造化イ

ンタビューに通じるものである。

1) 「医師の個人差」——丸山創 (1958) 「死因名老衰による死亡が脳卒中或は心疾患の死因統計に及ぼす影響について」から

丸山は、開業医師 32 名について老衰死と脳卒中、心疾患の診断率を検討している。

「長野市及びその周辺地域に於ける 1953 年から 1955 年までの 60 才以上の死亡者に対する死亡診断に就いて、開業医別に老衰比と脳卒中比或は心疾患比との相関を検討した」。その結論は、「老衰以外の死因が老衰に混入される割合は、都道府県によって異なる。これは恐らく、医師の個人差、住民の医学的教養の水準、医療の普及状態等の相違が原因であろう」。

丸山は、脳卒中や心疾患が「老衰」とされるのは「医師の個人差」という結論である。ここでの検討内容は診断の正確さの問題であり、「医師個人」の「老衰」に対する内的要因は求められてはいない。

2) 「実態の把握」——村上義三 (1960) 「老衰および診断名不明確な高齢者死亡例の解析」から

村上は、公衆衛生従事者としての責務から、「医師に面接、懇願して」結論を得ている。

現行の死因採用基準は、〔中略〕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選定に役立たしめることを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」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。

その結論を以下のようにまとめている。

- (1) 不明確死因例にも二種類あり、一は全く知見、所見が少なく、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っても死亡診断書の記載要領の不徹底のため不明確死因となってしまった例である。
- (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策は、(1) 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 を繰り返し根気良く実行すればよい。

村上は、「公衆衛生従事者」として、「老衰」の「実態、実情の把握」が必要として、「医師に懇願」して、結論を得ている。その結論は、「死亡診断書」の正確度や「医師への周知徹底」の必要性が「公衆衛生のため」ともとれる。ここでも、診断する医師の内的要因は問われない。

3) 「精度に関わる意識調査」——横山英世ほか (1991) 「死亡診断書における「心不全」について」から

横山の表題は「心不全」であるが、本文中に「老衰」があつかわれている。「実際に医療の現場で死亡診断書を記載する医師の意識の側面から死亡診断書が内蔵する基本的な

精度の問題点を検討することを考え」て、昭和 63 年度に、埼玉県北部の 6 医師会に所属する医師会員 583 名中 221 名から郵送法による回答を得た（回収率 37.9%）。

その結果のなかで、「老衰」との関係について「死因が明確でない高齢者の場合、死因を「老衰」とするか否かの質問に対し、いつもする（3.7%）、しばしばする（15.7%）、ときどきする（46.3%）、しない（34.3%）で」あった。さらに考察では、『心不全』の記載の是非の理由をみると一般医家が無批判に『心不全』を使用しているという指摘は当たらない。多くの医師は明確に問題意識を持ちながら止むを得ず使用しているものと思われる。概して積極的な肯定理由は少なく、医療上の理由を挙げる傾向がみられた。否定には医学的理由を挙げる傾向がみられた」。

横山らでは、「医師の意識の側面」からの検討となり、前 2 編と比較して死亡診断をする医師の内的要因の把握を目指している。さらに考察では「医師の明確な問題意識」が確認され、その「理由」が「医療」と「医学」に分けられているのは、筆者の意図する研究と重なる。しかし、あくまでも、その研究の目的は、死亡診断書の「精度の問題点」である。

3 編の結論は、それぞれ「医師の個人差」「実情の把握」「精度に関わる意識調査」と表現した。そこには共通するものがある。

- ①「老衰」が「医学研究課題」という視点でとらえられていること。
- ②診断した／する医師の「選択と決断」の視点は取り入れられていないこと。
- ③おもな目的は、医師個人の「老衰」診断の正確度の評価に、おかれていること。

ただ、横山が考察で述べているように、「一般医家」の「社会概念」としての意識の一端はうかがわれる。いずれにしても、「公衆衛生学」的視点では、筆者の目的とする、「老衰」の社会的構成課題を解決できないし、さらに「公衆衛生学」の限界を認めざるを得ない。

3. 『老衰』は社会的概念である——社会的概念はどこまで「見なおされた」のか

さて、本研究では、医療側の『老衰』は社会的概念」でもあるというキーワードが、説明すべき問題点である。これらの言説または類似の表現は、前述の公衆衛生学的論文でも、臨床系論文でも散見され、1970 年代からみられるようになる。その背景を分析する際に、山崎喜比古（2001）、による、下記の指摘は有用である。

日本において学問分野としての保健医療社会学が樹立されたのは、保健医療社会学研究会という名称の全国的な研究会が発足した 1974 年のことです。

それまでの、東京大学医学部保健学科（現・健康科学・看護学科）など、いくつかの大学の保健医療学部・学科に保健社会学明の講座や研究室が新設され、また、当時の国立精神衛生研究所（現・国立精神・神経センター）や東京都老人総合研究所のような医学系研究所の中にも社会学や保健社会学名の研究部門が設けられ、そこで研究と教育が意欲的に展開されていたことが保健医療社会学研究設立の推進力ともなりました（山崎 2001：14）。

下記に引用する論文発表者は、山崎の指摘した、東京大学保健学科、東京都老人総合研究所所属である。すくなくとも、1970 年代の医学論文の動向からみてもそのことは確認できることは、さらに第 3 章でものべる。

1) 『老衰』は社会的概念である」へ

東京大学保健学科所属の根岸龍雄・橘雅子（1971）は、「〈特集〉臨床家のための現代医学統計論——平均寿命に対する疾病の重み：いわゆる老衰死」で以下のように述べている。

ある死亡を老衰死と認めるか否かは原則として死亡診断書を書いた医師の判断により決まるが、それはまた医師と死亡者のおかれた社会的・経済的・文化的状況とも無関係ではない。

現実の社会で各種の成人病とならんで老衰死という概念が認められているのは、死因とか病名というものは純粹に理論的なものではなく、より社会的・生態学的な概念であるからである。

老衰という診断名は必ずしも病理解剖学的概念ではなく、むしろ社会的概念であることに注目したい。

このように、根岸・橘の視点は「保健医療社会学」の視点からの分析であり、筆者の視点と重なるものは多い。①医師の判断における社会的・経済的・文化的状況の指摘、②死因は社会的・生態学的な概念であるとの指摘、③「老衰」を「社会的概念」としてとらえること、これらの立場は、社会的構成主義の視点に通じるからである。

しかし、根岸・橘と筆者の相違点は、①根岸・橘は、あくまでも「医学」的視点から——「老衰」診断をする側から——「老衰」を「社会的概念」と規定している。②その「医学」的視点の多層的・多様な面が見落とされている。③「老衰」を診断される側——すなわち「社会問題」——からの視点との統合が行われていないこと。④「社会的概念」が曖昧に定義されていること。などである。

おなじように、東京都老人総合研究所副所長鈴木隆雄（2000）「老いるとは何か 高齢期の健康を科学する 地域在宅高齢者の調査から（3）余命の規定要因—老衰死は増加するのか？」では、次のようにのべられている。

平均寿命はますます伸長し、元気高齢者は増加するものの、彼らの死亡原因は、結局老化にともなう（疾病ではなく）身体機能の減衰、すなわち老化そのものということになる。／そういう意味では、筆者は死亡原因として「老衰」を見なおすべきであろうと考える。老衰はこれまで死亡原因としては、病理学的診断によらない非科学的死亡原因の呼称とされてきた。

こでも、基本的な視点は「医学」である。また、具体的な「老衰」概念は述べられていない。根岸・橘（1971）から、今永・丸井（2011）までの40年間、この曖昧な「社会的概念」のまま、「医療問題」として、論じられてきているというのが、筆者の認識である。また、医学論文では、「老衰を見なおす」ことは度々言われてきたが、具体的にどのように見なおすのかについては管見できなかった。

2)「医療における社会学」の限界

上記2編は、「保健医療社会学」的視点で論じられている側面もあり、「公衆衛生学」的視点に比して、より社会的視点が加わっている。しかし「社会的概念」「非科学的概念」の具体的論議は、これまでのところ見当たらないことをのべた。

いずれにしても、医療内部で医療実践や医学研究に基づいて行われる社会学的研究、すなわち、「医療における社会学」——広義の「医療社会学」——では、本研究の課題には近づけないことが、明らかになった。それは、抽象的で形式的な概念としてのみで、今日まで具体的には語られていないのである。

このことは、つづく第2章、第3章でさらに分析する。

【注】

- (1) 池田は『世界医療システム』とは、I・ウォーラスティンが提唱した世界システムという概念から影響を受けて、M・シンガーとH・ベアがはじめて言及した用語である(池田 1999: 237)としている。さらに、池田はシンガーらの主張とは接点をもたない独自のものとして、世界医療システムを次のように定義している。「世界医療システムとは、中核と辺境、および半辺境で起こっているヘルス・ケアから構成される世界システム内におけるサブシステムのことである」。「世界医療システムは世界システムに組み込まれており、それ自体で自律性をもつ実体であるとは想定しない。世界システム論から見た地球規模のヘルス・ケアを分析するための認識論的枠組であることを意味する」(池田 1999: 39)としている。
- (2) 1995年の死亡診断書の改訂の際に、「死亡の種類」から「死因の種類」に変更されている。本論では「死亡の原因」に統一して使用する。
- (3) ICDの歴史的沿革は、厚生省(2006: 168-193)。さらにくわしくは、Moriyam.ed.(2011)。また、近代医学全般の歴史は川喜田愛郎(1977)、さらに近代衛生学の誕生の項を参照。死因統計の基本骨格を定めたウィリアム・ファーについては倉科周介(1998)を参照。
- (4) 行政文献は今後略称で表示したい。厚生労働大臣官房統計情報部は「厚労省」に、厚生省大臣官房統計調査部は「厚生省」と表記する。
- (5) 明治期の公衆衛生関係の資料は、富士川游(1941)。「老衰」の具体的記述はほとんどないが、富士川の「日本医事年表」から、国際会議と日本の出席者などが、以下のように概観できる。日本医事年表から抜粋。
- (1853年 第1回国際統計会議 ブラッセル)
- (1855年 第2回 パリ)
- (1860年 第4回)
- 明治20年: 陸軍軍医監石黒忠直、・・・に開かるる第6回万国衛生会議に列席を命ぜらる(1888年)。
- (1891年 国際統計協会の会議 ウイーン)
- (1893年 アメリカ公衆保健協会 オタワ)
- 明治24年: 後藤新平、英国倫・府に開かるる万国衛生会議に参列を命ぜらる(1892年)。
- 明治27年: 医科大学助教授坪井次郎、・・・「ブダペスト」に開かるる第8回万国衛生会議へ参列仰せつかる(1895年)。
- (1899年 国際統計協会会議 オスロ)
- 明治31年: 内務書記官有松英義・内務省参事官窪田静太郎・臨時検疫局事務官宮入慶之助・陸軍一等軍医平井正道・海軍大軍医矢部辰三郎・医科大学助教授呉秀三、・・・「マドリッド」に開かるる、万国衛生会議に参列を命ぜらる(1899年)。
- (1900年 第1回修正会議 パリ)
- 明治33年: 東京医科大学教授小金井良精・警察医長山根正次・内務省技師野田忠広・海軍軍医総監吉安純、仏国巴里に開かる万国衛生会議に参列を命ぜらる(1901年)。
- (1909年 第2回国際修正会議)
- (6) 「医療化の水準」についてはP.コンラッドとJ.W.シュナイダー(1992=2003: 527-528)は次のように概念を提起している。「この概念によれば、医療化過程を、概念的、組織的、医師一患者間の相互作用的問題を包含しうる、そして実際に包括する定義上の過程をとらえることが容易となる。概念的には、医学用語(あるいはモデル)は当該問題『秩序づける』あるいは定義するために使用される。この場合、個々の医療専門職の関与はほとんど必要ではなく、医学的治療が必ずしも行われる必要もない」(Conrad P. & Schneider J.W. 1992=2003: 527)。「『水準』という概念を用いると、医療化とは定義上の過程であり、医師と医学的治療が直接含まれる場合もあれば含まれない場合もあるということ(実際は往々にして含まれるのであるが)、そしてそれはいくつかの異なった場ないし領域でおこりうるということが明確となる。／医療化はあれかこれかの二者択一の現象ではなく、程度概念の観点からよりよく理解される。医療化は往々にして不完全である。ある状態の一定の側面ないし事例が医療化されても、他の側面ないし事例は非医療的に定義される。あるいはかつての定義の残滓が生き延びて意味が多義的になることがある」。「医療化されたカテゴリーは拡張することも収縮することもある、という考え方を含んでいる」(Conrad P. & Schneider J.W. 1992=2003: 528)
- (7) 厚生労働省のホームページ <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1b.html> (2014年1月30日現在)から引用。
- (8) 「国際比較社会学」は、古屋野正伍・山手茂(1995)を参照。医療についての比較社会学はみられない。ただ、「世界システム」概念とウォーラスティンに言及があり、これは野村の観点との連続性をもつ。
- (9) 死亡率の比較は、年齢調整死亡率でおこなう。「厚生労働省 都道府県別に見た死亡の状況」での解説はつぎのようになっている。「死亡数を人口で除した死亡率(以下「粗死亡率」という。なお、人口動態統計月報(概数)や人口動態統計年報(確定数)などでは単に「死亡率」という)を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整しそろえた死亡率が年齢調整死亡率である。この年齢調整死亡率をもちいることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域比較や年次比較をすることができる」
- 粗死亡率(普通死亡率) = 年間総死亡数 / 年央人口 × 1000
- 年齢別死亡率 = 年齢別年間死亡数 / 年齢別年央人口
- 直接年齢調整死亡率 = Σ (標準人口年齢別人口 × 年齢別死亡率) / 標準人口 × 1000
- 死因別死亡率 = 特定死因による年間死亡数 / 年央人口 × 100000
- 死因別死亡割合 = 特定死因による年間死亡数 / 年間総死亡数

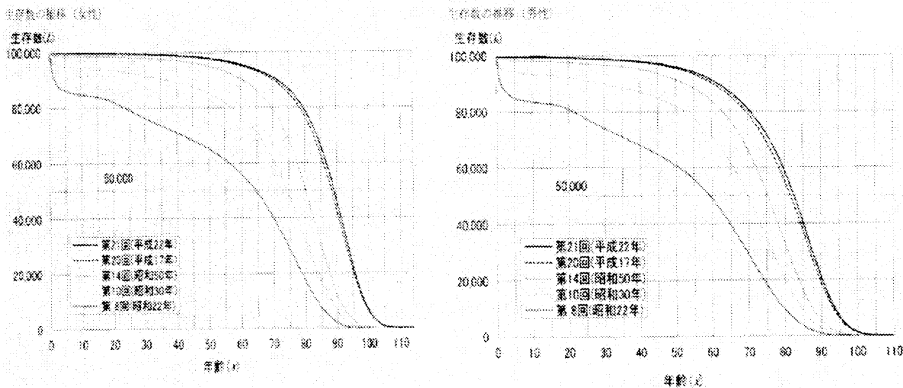
(10) 最近の統計各国の、「老衰」の粗死亡率は、下記の表のようにになっている。依然、わが国の「老衰」死亡率は高止まりである。

表：老衰死亡率の国際比較

	死亡総数：死亡率（10万対）		老衰：R 5 4	
	男	女	男	女
日本（2011）	656,540（1,068.4）	596,526（921.6）	20.4	61.4
スウェーデン（2005）	44,828（1001.4）	46,947（1,031.1）	7.1	24.6
イギリス（2006）	274,201（923.4）	298,023（964.7）	5.9	25.0
オランダ（2006）	65,294（807.8）	70,078（848.1）	3.8	14.3
フランス（2005）	270,630（913.1）	256,886（819.2）	3.7	12.7
ドイツ（2006）	385,940（955.4）	435,687（1,031.4）	2.1	7.1
アメリカ合衆国（2005）	1,207,675（827.2）	1,240,342（824.6）	0.9	2.3
カナダ（2004）	114,513（722.8）	112,071（694.1）	0.4	1.6
オーストラリア（2003）	67,940（688.1）	63,844（638.5）	0.1	1.0
ニュージーランド（2004）	14,203（708.9）	14,442（693.1）	0.0	1.1

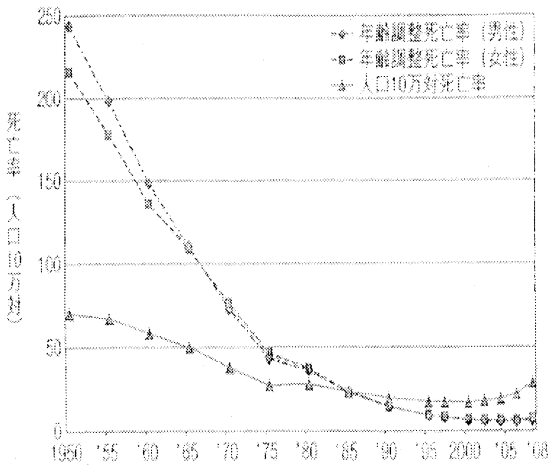
出典：国民衛生の動向 2013／2014 を頻度順に筆者改変

- (10) 米国の戦前のデータは、荒井（1957）、石川（1960b）から引用。戦後のデータは、アメリカ疾病予防管理センターからの引用となるが、検索できたのは 2005 年までのデータであった。現在アメリカの死亡順位の 125 位までに「老衰(senility)」は出てこない。よって、あくまでもこのデータはパターン化して示してある。
- (11) 日本では 2008 年現在、医学部をもつ全 80 大学のうち 24 校（30%）が「老年病学講座」をもつにすぎない（小澤 2009：17）。
- (12) 現在は、アメリカ疾病予防管理センター（Centers for Diseases Control and Prevention: CDC 1992 年設立、管轄アメリカ合衆国連邦政府、上位組織 保健福祉省、人員 15000 人）の下部組織として国立衛生統計センター National Center for Health Statics (NCHS) が存在。
アメリカの「死の統計」についての、CDC の成り立ちについての略歴は、マイケル・ラルゴ（2006=2012：407）
- (13) 引用は、吉川幸次郎ほか校注、「日本思想体系 40 本居宣長」、玉勝間 八の巻 より。
- (14) 岡嶋道夫 <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m4109.htm>(2013/04/02 現在)から引用。
D126 死亡診断書 NRW（ノルトライン＝ヴェストファーレン州） 1997 年改訂
2004 年改訂（改正と訂正赤色 2007. 1.） Todesbescheinigung NRW
- (15) 第 21 回生命表による、ヒストグラムは下記。

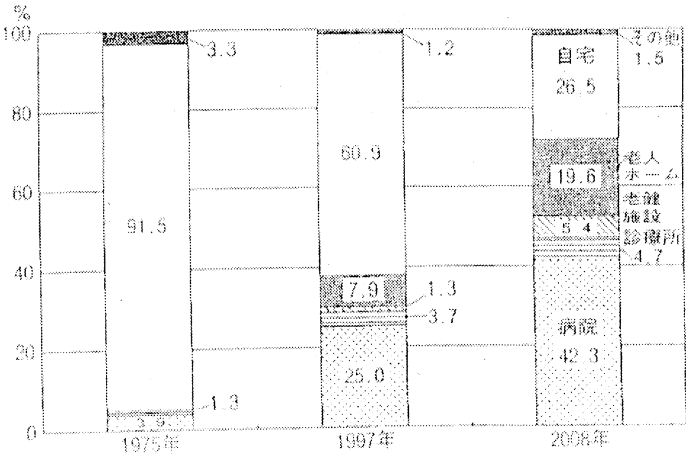


図：死亡数の年齢別ヒストグラムの推移（出典：厚生労働省 第 21 回完全生命表）

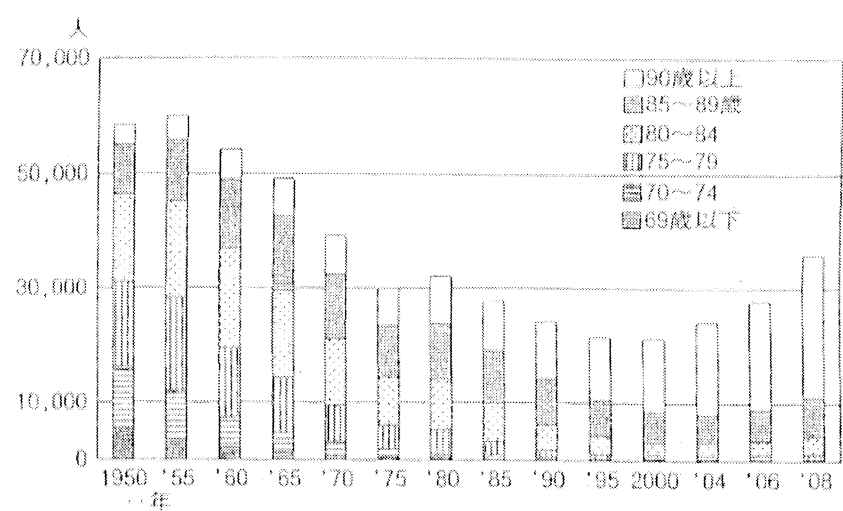
(16) 今永らの、主要な図表は以下のようにになっている。



図：老衰死亡率の推移



図：老衰死亡者の死亡場所の変化



図：年齢別にみた老衰死者数の推移

(17) 疫学研究は 2 つのカテゴリーに大別される。(1) 記述疫学：これは、集団内での疾病分布の特徴をとらえる活動である、(2) 分析疫学：これは、疾患の考えられる原因を同定するための活動である (Greenberg R. S. ed. 2001.29)。今永の表題のとおり、この論文は (1) 記述疫学に分類される。記述疫学とは、疾患が発生した (結果が起こった) 時間・場所・人から、暴露 (原因) 発生の証拠もしくは痕跡を探る作業である (津田敏彦、2003. 54)。

第2章

「老衰」に接近する方法としての社会的構築主義 ——〈「老衰」の社会学〉と「医療社会学」の接点

前章では、医療的・臨床的「老衰」がどのように扱われてきたかを「公衆衛生学」「保健医療社会学」論文をもとに検討した。本章では、本論における主要な視点である社会的構築主義の立場から、「老衰」へ接近する方法を探りたい。

まず、社会学の先行研究では、「老衰」はどのように論じられてきたかを確認する。とくに、天田の『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』を批判的に評価し、天田の指摘する「老衰」の言説分析と歴史社会学の視点が、本論にとっても有意義であることを明らかにする。

つぎに、「公衆衛生学」「保健医療社会学」の限界、さらに従来の「医療社会学」の問題点は何かを概観する。これは、今後の理論展開の基礎となる。これまでの「医療社会学」における視点の限界を整理し、社会的構築主義からの新たな視点を提示する。

本論では、「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の接点を、M. B. スペクターと J. I. キツセ (Spector M. & Kist use J. I. 1977=1990) の『社会問題の構築—ラベリング理論をこえて—』に求めた。そこでは、第1章序論では「社会問題—いくつかの事例」で、精神遅滞、同性愛が、第6章「社会問題化活動の記述と分析—経験的研究の具体例」では、「アメリカ精神医学会における社会問題—事例研究」が取り上げられている。本論ではこの事例を、「老衰」接近への新しい視点と位置付けた。そこから、赤川の『社会問題の社会学』(2012)をもとに、「老衰」を社会問題過程の相互作用、社会問題の自然史、レトリック分析の視点からとらえ、「老衰」の社会的構成を分析する枠組みを考察し、次章へ展開する。

第1節 『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』の視点

本論第1章第4節では、『老衰』は社会的概念でもある」(根岸・橘 1971)との、医学言説を検討し、「医療における社会学」では、その概念の内容は解明がなされていないことと、その限界を指摘した。それでは、社会的には「老衰」はどのようにとらえられてきたのか、「老衰」に対してどのような社会的構成という視点がとられてきたのか。この二つの問いに答えるのが本節の目的である。

1. 「老衰」は社会学のテーマになりにくい

筆者の管見する限り、社会学関係の論文において、表題に「老衰」という言葉が使われているのは、以下のごくわずかであった。

木下康仁(1998)「老いと文化——老衰のケア的解釈をめぐって——」、天田(1999)「〈老衰〉の社会学——『再帰的エイジング』を越えて——」などがあげられる。また、木下(2000)の「21世紀の高齢社会と老年社会学のフロンティア——老いの意味と新家郷論」においては、表題としては「老衰」という言葉はつかわれていないが、本文中では「老衰」についての言及がみられた。

第26回日本老年学会における「シンポジウムⅠ：老衰の成因と対策」で、古谷野亘(2010)は、「社会学(sociology)という語は、ラテン語の socius (仲間) とギリシャ語の logos (学理) を組み合わせた合成語であって、『人と人との共同過程(processes of companionship)の研究』というこの学問の性格を的確に表している。このことから示唆されるように、老衰は、それ自体では社会学のテーマとなりにくい」と述べ、「本講演では、老衰(senility)を生活機能(functional capacity)が低下した状態と考えて、現在残されている3つの研究課題を挙げておく」としている。

このように、社会学における先行研究は僅少であり、その視点も筆者の「老衰」の視点との共通するところは少ない。ではなぜ、「老衰」は社会学のテーマになりにくいのか。このことを、天田の論文を中心に検討する。

2. 『〈老い衰えゆくこと〉の社会学』の視点

天田は、「〈老衰〉の社会学——『再帰的エイジング』を越えて」(1999)、そして、「〈老衰〉の社会学——老いとケアの相互作用論」(2000)で〈老衰〉を論じている。また、『〈老い衰えゆくこと〉の社会学』(2003)、『〈老い衰えゆくこと〉の社会学〔増補版〕』(2010)をその後出版している。ここでは、上記の天田の文献のうち、1999年と2010年の2点を中心として、筆者の視点と天田の視点の相違を分析する。

1) 天田の目的と立脚点

天田は、みずからの研究目的ならびに基本的な立脚点——天田は立地点としている——と研究領域の位置づけなどを、次のようにのべている(2010: 4-6)。

〈老い衰えゆくこと(aging and frailty)〉をめぐって遂行される社会的相互作用(social interaction)、あるいは相互作用過程(interaction process)に照準した上で、老い衰えゆく当事者と、彼／彼女らに日常的に介護を提供する成員たちとの関係性をどのように変容し、いかなる分節／節合化を通じて〈老い衰えゆくこと〉という現実は行為遂行的に作り出されているのかを社会学の視座から明らかにすることである(2010: 4)。

さらに、「研究全体を通約する3つの基本的な立地点を明示して」おり、それを要約すると以下ようになる。

- ①理論的パースペクティブの基底に「自己(self)論」を位置つけた上で、現代における〈老い衰えゆくこと〉をめぐり自己と他者の関係に照準して考究することを主題とする。
- ②「二者間以上の身体が直接居合わせる場」としての「社会的相互作用」に置き、その社会的相互作用の〈場〉と〈文脈〉に理論的準拠点を設定している。
- ③本研究は「意味の社会学(sociology of meaning)」——「意味の社会学」はシンボリック相互作用論、現象学的社会学、エスノメソドロジー、ゴフマン理論、ラベリング理論、あるいは構築主義などを包括する、「意味」を焦点化した社会学の総称である——に位置づけられることになろう(2010: 5)。

本研究を現代社会学の研究領域に位置づけるとすれば、「老年社会学(sociology of aging)」として基本的には位置づけられる。方法論的立場としては「質的研究」として確定されよう(2010: 6)。

上記の引用にみられるように、天田の研究の立脚点は、前述の古谷野(2010)と同様に「人と人との共同過程(processes of companionship)の研究」の範疇にふくまれるものと考えられる。したがって、筆者の研究しようとしている「老衰」というテーマはそこにはふくまれていない。なぜだろうか。

2) 〈老衰〉と〈老い衰えゆくこと〉の差異——senilityと frailty

天田は1999年の論文に、「〈老衰〉の社会学(sociology of aging and frailty)」という題目を用いているが、この題目を〈老衰〉と表記することについて、以下のように注記している。

通常「老衰」の訳語として“senility”を挙げることが多いが、この場合「老耄」

といったニュアンスが強く、本稿で指摘したい老いの脆弱性とその可能性を射程に
 する場合には **frail elderly** のように使用される“**frailty**”のほうが適切だと判断した。

「老衰」を所与の、実在するものとしてではなく、あくまでも社会的・文化的・歴
 史的に構築されたものとして照準するため〈老衰〉と表記したい（天田 1999 : 11）。

また、〈老衰〉と〈老い衰えること〉の表記に関しては、以下のようにのべている。

〈老い衰えゆくこと〉とは老年期における個人の身体の「ままならなさ」を第一義的
 に意味する現象である（2010 : 3）。

一般的に、〈老い衰えゆくこと〉に近似した概念である「老衰」は「老いて生体の各
 機能が衰弱した状態」を指し、「生物学的には老化と同義に用いられる」と定義される
 （2010 : 7）。

天田は、〈老い衰えゆくこと〉を「老衰」と近似する概念として、定義している。ここ
 に、定義の飛躍がみられる。「老衰」は、古谷野も、また天田自身も例記し、筆者が引用
 する医学論文で用いられている“**senility**”という訳語であることが一般的である。天田が定
 義した〈老衰〉で用いる **frailty** は、老年医学的に定義されている概念である（小澤利男 2009 :
 62-66）。よって、**senility** を **frailty** とすることは、『老衰』を所与の、実在するものとし
 てではなく、あくまでも社会的・文化的・歴史的に構築されたものとして照準するため〈老
 衰〉と表記したい（1999 : 11）」ことと、矛盾することになる。

また、「老耄」を『広辞苑（第6版）』で引くと、「（「老」は70歳の老人。「耄」は80歳、
 90歳の老人）おいぼれること、おいぼれた人」とある。たしかに、現在は后者の「おいぼ
 れ」を意味するが、歴史的には（ ）内の、長寿をも意味している。したがって、天田に
 おいては「老衰」が歴史的・文化的に構成されてきたことの視点が、失われている。

3) 天田の「老衰」言説の視点

天田は、筆者と同様に、「老衰」には多様な言説があることを論述している。たとえば、
 生物学的「老衰」、医学的「老衰」、法的「老衰」、文学的「老衰」などである。その言説の
 構造を、以下のように説明している。

「医学の言説」において「老衰」という言葉は「老衰死（death due to senility）」と
 いう死亡診断上の用語として使用されることが多い。一般に、「老衰死」と診断される
 のが加齢とともに増加するのは、老年期においては死因となった疾患を特定し難くな
 ることや複合した疾患が死因になることによるものとされ、医学の水準が“未熟な時
 代”に多く、医学の発展とともに次第に減少するものとされている。社会学的に表現
 すれば、こうした「老衰死」と医学水準の成熟との相関は、「死亡の原因」をメディカ
 ルな視線からいまだ明確に分^{アーティキュレート}節^化することが困難な、残余的な領域が「老衰」
 による死亡として名づけられているゆえといえよう。いわばこの文脈においての〈老い
 衰えゆくこと〉とは「医学による定義が困難な領域」における身体のままなさを指示
 しているのである（天田 2010 : 8）。

ここでは、天田は B.S.グリーン（Green B.S.）を引用⁽¹⁾して、圧倒的な影響力を持っ
 てきた言説はやはり「生物学の言説」であり、これらを参照する形で様々に言説化されて
 きた「医学の言説」や「社会福祉の言説」があると述べている。

このように、「老衰」言説の基本を「生物学の言説」としているが、この解釈は〈老衰 **frailty**〉
 と定義されたことからくるものである。すでに、「身体的に虚弱となるものは確かに存在す
 る。それを欧米の老年医学では“**frailty**（虚弱）」と呼んでいる」（小澤 2009 : 62）。また、

「人間の生理的機能は加齢とともに低下する。それが老化である。〔中略〕この高齢者の身体機能の低下が顕著なものが、虚弱（*frailty*）のカテゴリーに入る」（小澤 2009 : 62）としている。天田の定義は、そのことを踏まえるならば、「老衰」の一面のみを視点としており、「医学用語」に絡みとられてものになっていると言えよう。

さらに、ここで問題となるのは、日本語の表記と英語表記の問題である。筆者は ICD の国際ルールを、日本に適用する際に「翻訳された制度化・規範化」と表現している。これは、両者の表記にそれぞれ、歴史的・文化的・社会的差異が含まれていることを、前提としているからである。のちに論じるが、「ことば」が変わったときには、社会的背景に敏感でなければならない。

また、天田は、『医学の言説』において『老衰』という言葉は『老衰死(*death due to senility*)』という死亡診断上の用語として使用されることが多い」としている。これは「老衰」＝「老衰死」を含意していると思われる。筆者は「老衰死」は公式統計上の、数値としての「老衰」と定義しており、ここでも天田との視点の相違がみられる。死因としての「老衰」は、死亡診断上の記載では、「老衰」としてしか使われていないことを、付言しておく。

4) 天田の「医療化」の視点

天田は「老衰」と近似する概念としての〈おい衰えてゆくこと〉を、相互作用論からアプローチしている。そこでは「老衰」は、否定的概念として、また徹底的な医療化が進められた結果、残余のカテゴリーとして「老衰」という用語が形成されつつある、との見方をしているが、本研究の視点は、別様である。

これまでの〈おい衰えてゆくこと〉とは、生物学的に定義された意味内容として、あるいは医学的な定義が困難な状態を示すという、「二重の意味」をもっている。つまり、広義には「老いて生体の各機能が衰弱した状態を指すものの、狭義には医学的に“診断名のつかない”状態を意味しているのである。ここで押さえておくべきことは、〈おい衰えてゆくこと〉は生物学的に曖昧に定義されてきたと同時に、近年では医学サイドからの徹底的な医療化（*medicalization*）が進められた結果、いわば残余のカテゴリーとしての「老衰」＝〈おい衰えてゆくこと〉という用語が形成されつつあるのである（天田 2010 : 8-9）。

『逸脱と医療化 悪から病へ』の著者の一人である、P. コンラッドと J.W. シュナイダー（Conrad P. & Schneider J.W. 1992=2003）は、日本語版への序文で「大半の既存の医療化研究はアメリカあるいはヨーロッパに焦点を合わせており、日本での研究は異なった文化、専門職、医療組織が医療化とどのような関係に立つのかについてのわれわれの理解を増進させてくれるだろう」と述べている。コンラッドとシュナイダーの指摘するように、日本での「老衰」の「医療化」は、日本独特の文化、専門職、医療組織との関係から検討しなければならない。第 1 章で、荒井が指摘したように、日米の老衰死亡率には 40～50 年の差があり、これは「徹底的な医療化」をそのまま日本に適用することができないことを物語っている。

加えて指摘するならば、天田の「医療化」の見解は、「医療化」まえの「老衰」への視点が欠如していると言える。「老衰」は筆者が論述しようとしているように、また天田も指摘するように、所与のものとして捉えない、社会的・文化的・歴史的に構成された視点からみると、その歴史性を充分検討しなければならない。このことから、天田の視点は最近の——戦後を中心とした——視点からの結論である。また、アメリカの「老年医学」に立脚した視点ともいえる。

歴史的流れの中では、「医学の水準が“未熟な時代”」「“診断名のつかない”状態」では、『残余のカテゴリー』としての『老衰』という用語が形成されつつあったかもしれないが、現在も同じ状況であるとは、断定できないことを、本論文では、論述していくことに

なる。

これまでの、天田との認識の相違を列挙すると以下のようになる。

- ①筆者の定義する「老衰」と天田の定義する〈古い衰えゆく〉概念は近似する概念ではない。本研究では「老衰」という言葉は多義的であるとの前提を堅持する。また、死亡診断上の用語は「老衰 (senility)」であり「老衰死 (death due to senility)」ではない。さらに、「老年期には『老衰 (frailty)』や『死 (death)』というそれまでの人生階段とは異質な問題性があるため、これまでの理論的枠組の有効性が再検討されてきているのである」(天田 2010 : 89) というように、「老衰」と「死」を分離したものとの視点ではなく、連続的に捉えようとしている筆者の視点との相違がみられる。
- ②多様な「老衰」を、〈古い衰えること〉とする「個人の身体の『ままならなさ』」に限定したため、死因「老衰」としての視点が皆無となっている。
- ③その延長上に、「老衰」を「老化」と同義で生物学的「老衰」が圧倒的な影響力を持つとする視点に立っている。しかし、これから述べるように、「老衰」は「医療化」されたことにより／されつつあることにより、厳然として歴史的・文化的背景をもつ社会的「老衰」として立ち現れる。

生物医学的に定義が困難な状態、曖昧な状態という認識は共有するが、徹底的な医療化が進められ、その結果残余のカテゴリーとなったとの指摘には同意しない。まず「老衰」という「病気」ではないものが、医療の範疇に組み込まれるという意味では「医療化」との表現は当てはまるが、筆者は医療化されたのは「老年 (old age)」すなわち高齢・老人が徹底して医療化されたと考える。

さらにいえば、文化的・社会的・歴史的背景を背負った「老衰」の海のなかに、医学的な「老衰」の船がうかんでいるため、医療者は「老衰」診断に迷っているというのが筆者の認識である。また残余のカテゴリーについては、かえって「医療化」される過程で、「老衰」の診断は、研ぎ澄まされたともいえる。その意味では、現在の「老衰」は本来の「自然死」に近づきつつあるともいえ、「残余のカテゴリー」を脱却したものである。

3. 〈「老衰」の社会学〉への展望

天田の社会的相互作用に照準し、「意味の社会学」に位置づけられた〈老衰〉や〈古い衰えゆくこと〉と、本研究での「老衰」の視点は、別様であることを明らかにしてきた。ただ、天田は、自身の分析法と別様の視点のとり方を指摘している。

1) 天田の2つの視点

天田 (2010) では、〈古い衰えゆくこと〉への視点として、2つの視点を注記している。

〈古い衰えゆくこと〉の「意味」を解読し、その立ち現れ方を明らかにしようとするアプローチには、大別して以下の二つがあるように思われる。一つには、歴史的に〈古い衰えゆくこと〉をめぐる言説がいかんして〈古い衰えゆくこと〉という現実を構築してきたのかを分析する、いわば「〈古い衰えゆくこと〉の言説分析」というアプローチである。このアプローチからは、いわば「〈古い衰えゆくこと〉の歴史社会学」へと展開可能であろう。もう一つには、〈古い衰えゆくこと〉をめぐる相互作用を通じて、人々は〈古い衰えゆくこと〉をいかなる資源によって意味づけ・解釈し、相互作用を営為してゆくのかを分析する、相互作用分析を主たる方法とするような、「〈古い衰えゆくこと〉の相互作用論」がある。言うまでもなく、本研究は後者のアプローチを採用しており、それは第3章以降の3つの実証研究においても終始一貫して貫かれている (天田 2010 : 26)。

天田の指摘する、第一の視点——歴史社会学と言説分析——からのアプローチが、本研究の基本的位置づけである。ただ、それは〈老い衰えゆくこと〉ではなく、「老衰」へのアプローチである。また、天田（2010）は、木下⁽²⁾の見解をもとに、以下のように注記している。

高齢社会を捉える際に「社会的問題」としての視点が強すぎるために危機論の文脈が支配的であることに異議を唱え、「高齢社会の歴史性」を理解することによって、高齢社会の到来が社会を支えてきた原理に対する問い直しの契機となることを指摘している点で木下の指摘は極めて先駆的である（天田 2010：142）。

天田は上記のように注記しているが、方法論的には、変化する超高齢社会に応じて、多様な視点がさらに必要となる。それゆえ、本研究では「社会問題」としての視点こそが重要であることは、今後述べていく。

2) 視点の一致

将来は「老衰」が基本的問題であるとの認識は、筆者が16年間の地域医療からの経験的認識である。その「老衰」にふくまれるのは、一つは天田の論じる「痴呆」であり、もう一つが筆者の研究課題としての死因「老衰」である。この両者は、コインの裏表の関係であるというのが、筆者の認識である。「痴呆」は生きていく過程で、死因「老衰」は「生きつくす」ことの意味において、両者は、超高齢社会の直面する問題である。天田（2011）は、次のようにのべている。

老い衰えることに、どのようにして否定的な価値が付加され、それが個別の関係をどのように縛りあげてしまうのかを微視的に、そして巨視的に描き出すことを通じて、老い衰えゆくことが背負わされた否定的な価値の刺をゆっくりと取り去りながら、私たちの社会の中に、老い衰えゆくことを静かに着地させてゆくことに向けて、本書は書かれている（天田 2011：22）。

これまでのべたように、本節での問いに対する答えは、「老衰」の社会学でも得られないことになった。そこで筆者は、別様の視点から、肯定的「老衰」に接近する方法を、示していく。ただ、両者の視点は、相反しているのではなく、同一方向を向いているということを、確認しておこう。この、コインの裏表を明示することにより、将来の〈「老衰」の社会学〉の展望を切り開くことを目指している。その意味において、筆者のめざす展望として、このコインの表裏の統合をめざす〈「老衰」の社会学〉と表記することにした。

また、本論と天田の立脚点の概念を以下のように図示（図2-1）しておこう。本論の立脚する「知識社会学」については、次節でふれる。ここでは、さらに両者の理論的立脚点での相違を明確化する。

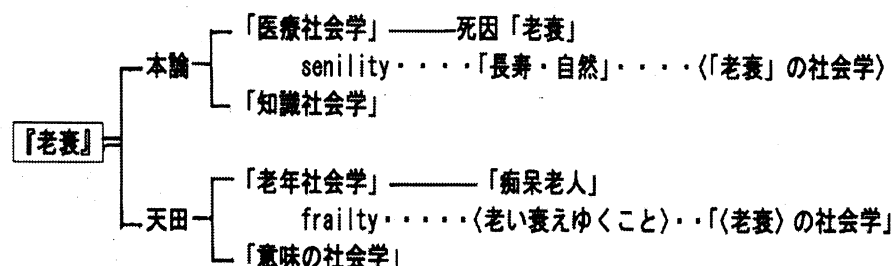


図2-1：本論と天田の「老衰」概念への立脚点

第2節 本論における「医療社会学」の視座——「社会的構築主義」⁽³⁾

死因「老衰」に関する言説の多くは、これまでは明らかに医療内部でおこなわれている。しかもその言説は多層・多様である。第1章では「公衆衛生学」「保健医療社会学」での先行研究について検討し、「老衰」の社会的構成を明らかにしようとする本論の目的を十分に達成することはできないとした。さらに、前節のように「老衰」の社会学的先行研究も不十分であることが明らかになった。

それではどのようにして、本研究の「老衰」の社会的構成に近づくのか。序章で明示したように、本論では「医療社会学」の概念をツールとして利用することを明言してある。そこで、本論における「医療社会学」の視座を明らかにしておかなければならない。ここでは従来型の「医療社会学」からの視野の拡大を行ない、その上で、理論的アプローチは社会的構築主義の視座が有用であり、それが〈「老衰」の社会学〉と交差することを明らかにする。

1. 従来の「医療社会学」——「医療における社会学」と「医療を対象とする社会学」

一般的には、従来の「医療社会学」は、中川輝彦・黒田浩一郎（2010）が定義するようなとらえかたが主流である。すなわち、「（括弧内筆者、医療社会学は）どのような医療や医療にかかわる営みが、どのように成立しているのかを問うてきた」「こうした問いに基づく研究は、『医療についての社会学（sociology of medicine）』と呼ばれるのに対して、医療内部で医療実践や医学研究に基づいて行われる社会学的研究は『医療における社会学（sociology in medicine）』と呼ばれる」（中川・黒田、2010：i）とする、二分法をとっている。

他方、進藤雄三（1990：40－43）は、医療社会学の歴史的展開を下記のように、3期に時代区分している。ただし、中川の「医療についての社会学」は、進藤では「医療を対象とする社会学」である。

第1期（医療社会学前史）19世紀末葉から20世紀初頭——「医療における社会学」

第Ⅱ期（医療社会学の成立と発展）1950年～1960年代——「医療における社会学」と「医療を対象とする社会学」の並存期

第Ⅲ期（医療社会学の転換期）1970年代後半から

とくにⅢ期は、「医療への懐疑は医療社会学に医学からのより根本的な自律化への契機を与え、『医療』そのものを一部とする『健康と病気』をめぐる広範な対象領域の存在を開示した」（進藤 1990：43）。1970年代後半から「医療社会学の変貌」は、「医療環境の変貌」をもとにしており、「医療社会学から健康－病気の社会学へという視野の拡大がなされる中で、実態把握が概念的整理を凌駕している時期にさしかかっているといえるのかもしれない」（進藤 1990：81）との認識を示している。

さらに、進藤（1990：71）は「第3章 医療社会学の転換期——1971年から現在まで——」の冒頭で、H.E.フリーマンとS. レビン（Freeman, H. E. & S. Levine. 1989）⁽⁴⁾を引用し、医療における社会学と医療についての社会学の境界が曖昧となり、区分方法が不適切となっている、としている。そこで本論では、フリーマンとレビンの視点に立つ。それは、研究者自身の出自のからくるものでもあり、「老衰」の多義的・多様な側面をとらえるためである。すなわち、筆者自身の「医師」としての経験が底流にあること、死因「老衰」は「医療における社会学」からの分析が必要であるとの認識によるものがある。

このような、二分法的区別ではなく、「老衰」の分析を行なう視点からの問題認識が重要である。すでに、第1章でも「世界医療システム」の概念を用いているが、これは開示された「健康と病気」をめぐる領域での視点でもあり、医療への懐疑をも含んでいる（進藤 1990）。ここでは、まず従来型「医療社会学」から「健康と病気」をめぐる社会学的視座へ

の拡張が必要であることを確認する。

2. 本論での「医療社会学」——視野の拡大「医学的知識の社会的構築」

それでは、具体的には従来型「医療社会学」は、どのように批判されているのだろうか。〈「老衰」の社会学〉に関わる概念を通して、要点を検討する。

まず、佐藤純一（1999）は、「医学」を研究する困難さとして、以下のようにのべている。

「病気は、社会的文化的文脈から離れた客観的な実在であり、近代医学は社会的価値から自由・中立である」という、それ自身イデオロギッシュな理論である。そして、その近代医学の主張は、人々の一般常識となっているだけでなく、社会学を含めた社会科学においても、まさに暗黙のうちに常識化(支配的言説化)しているといえよう（佐藤 1999 : 20）。

佐藤の「医療社会学の中でも、最も研究が行われていない」（佐藤 1999 : 15）「暗黙のうちに常識化（支配的言説化）」された、「老衰」の社会的構成に接近するための概念をここで明らかにしておくことは、今後の理論展開に必要である。その方法論の確認のために、従来の「医療社会学」の社会的構築主義からの、主要な批判点を、「医学知識」「疾病分類」「新公衆衛生学」について、概観しておく。なお、「医療化」は別項で検討する。

1) 医学知識

公衆衛生学的・保健医療社会学的「医療と社会」研究に批判的な、野村の分析を簡潔に紹介する。そこではライトとトレッチャー（Wright P. & Treacher A.）⁽⁵⁾の社会構築主義以前の医療社会学との比較が理念的に整理してある。

- ①医学の同定あるいは医学的知識は何の困難も引き起こさなかったという仮説。それによると、医学とは医師とその補助労働者のなしたことであるのは自明であり、医学的知識はたんに、医学校で伝授されたか、専門家の雑誌と教科書によって普及したものにはすぎない。
- ②近代医学的知識は、近代科学の発見に基づいていて効果があるゆえに独特のものであるという仮説。
- ③疾病は、医師による分離と指摘に先行し独立に存在する自然物であるという仮説。
- ④社会と医学的知識とは独立した自律的領域であるという仮説（野村 2000 : 221-222）。

「これに対して社会構築主義的医療社会学は、異を唱えるわけである。いわば近代医療絶対主義神話の社会的解体である。生物医学のイデオロギーの後方支援としての公衆衛生学との異質性はあきらかだろうし、さらに従来の医療社会学（例えば保健社会学）とのギャップも明確である」（野村 2000 : 222）とのべる。さらに、社会構築主義的医療社会学の立場はどのようなものなのかを池田はのべる。

なるほど社会問題に構築主義を持ち込むことにはさほど違和感がない。しかし、医療行為（medical practice）に関しては適用できても、医学的知識（medical knowledge）そのものにそれを持ち込むことにはかなり飛躍が必要である（野村 2000 : 212）。

このように、構築主義の徹底の度合いがまず問題となるが、つぎに「医学的知識の社会的構築」と「病気の社会的構築」を区別すべきことを以下のようにのべている。

「医学的知識の社会的構築」は専門家の態度の起源と彼らの診断をあつかう。それは、支配的な生物医学の枠組みと同時代の道徳と倫理的見解にもとづいて理解する仕

方をあつかい、医療供給者の社会化、ヘルス・ケア・システムの専門家的・制度的実践、そしてそれを包み込む社会の社会構造をあつかう。ここでは診断そのものが問題になり、構築的接近が優勢になる。〔中略〕それに対して「病気の社会的構築」は素人の病気体験をあつかう。ここでは個人・ダイアド・集団の各レベルを取り扱うのでシンボリック相互作用論が優勢となる（野村 2000 : 213）。

要するに「医学的知識の社会的構築」は疾病の構築にかかわることであり、「病気の社会的構築」は病いにかかわることといえよう。そして、それぞれが社会的に構築されるものであるというのが社会構築主義の基本主張である（野村 2000 : 214）。そこで、本論の視点は、「医学的知識の社会的構築」に関わることであり、その視座での分析を必要とすることになる。さらに、前述の天田の「意味の社会学」に対比する、本論の「知識社会学」という立脚点でもあるといえよう⁽⁶⁾。

2) 疾病分類——特定病因論と確率論的病因論

「老衰」問題の端緒は、「医療化」であると述べてきた。しかし、その根底にはもう一つの問題、「病気の分類」が存在する。すでに、「死亡の原因（死因）」、「原死因」などの言葉を使ってきたが、その前提は「病気」の分類が医学的に必要だからである。病気の分類、すなわち「疾病分類」そのものが、社会的構築主義では、問うべき問題となる。

佐藤（2010）は現代近代の病因論は、「現在の近代医学の疾病分類（表）は、特定病因論からの疾病概念（病態型疾病モデル）と、確率論的病因論からの疾患概念（リスク型疾病モデル）が混在した非常に煩雑なものになっている」（佐藤 2010 : 63）とまとめている。

そのような観点から「国際疾病分類」を見ると、おおよそ、第1回（1900年）の修正会議で 179 に細分類されたものが、現在（ICD-10）では 12,159 に細分類されてきた、歴史過程でもある。もう少し、具体的には、ウルフらの見解を見てみると分かりやすい。ウルフ／ペデルセン／ローゼンベルグ（Wulff H.R., Pedersen S.A. & Rosenberg R. 1986=1990）は「病気の分類—不可欠の道具」の項で、「疾病単位の本質として、病気の分類の歴史からはっきりわかること」を次のように述べている。

それが個々の患者に適用される人為的な分類だということである。医師たちは何百万という患者を調べたが、おそらくこのうちのどの二人をとっても、その臨床像、根底の原因的メカニズムについてまったく同じということとはなかった。しかし、医学という科学を作っていくためには、差異よりも類似を強調することが肝要であった。臨床の知識と経験を分類するためには患者の分類を確立しなければならない。この観点からすると、病気には属も種もないのであり、病名とは、私たちが重要と見なす点で類似する患者の各グループにつけるラベルである（Wulff H.R., Pedersen S.A. & Rosenberg R. 1986=1990 : 130-131）。

そのうえで、病気の分類に対する医師の態度はつぎのようであるとのべる。

病気の分類が人造のものだということを見過ごしがちだし、疾病の単位はいわば独立の存在物なのだと、頭から決め込むのである（Wulff H.R., Pedersen S.A. & Rosenberg R. 1986=1990 : 138）。

本研究における、ICD の分類の変遷、医学論文での医療言説の根底には、このような「医学知識」「疾病分類」などの根源的問題が含まれている。それをどのように、研究していくかということになり、佐藤の「医療社会学の研究においては、概念的であれ、医学・医療をなんらかの形で定義せざるをえないが、その定義自体が、研究の方法・範囲・スタンスを含意することになる」（佐藤 1999 : 4）と通じる。

3) 新公衆衛生学と「老衰」

このような従来の「医療社会学」に批判的な視点から、すでに第 1 章で池田の「世界医療システム」は論じられている。同時に池田も指摘するように、それは、従来の「公衆衛生学」から「新公衆衛生学」への流れの中にある。福島智子 (2010 : 80) は、『新公衆衛生運動 (New Public Health Movement)』とは、従来の公衆衛生の目標である『予防』に、『健康増進』を加えた公衆衛生政策の推進である。それは、1970 年代以降、欧米を中心として展開された」としている。また、「1978 年、マラー-WHO 事務局長は WHO と UNICEF の共催で行われた国際会議において、医療の重点をそれまでの高度医療中心から予防を含むプライマリヘルスケアと転換することを提唱する『アルマ・アタ宣言』を出した」(福島 2010 : 80)。この時期を、新しい転換期と見ている。

すでにのべたように、ICD の目的は、「死亡の原因」から「疾病・傷害の分類」へ、さらに「保健問題」へと変化してきた。もともと、疫学者すなわち「公衆衛生学」がその変遷に関与してきたことは明らかである。その意味において「新公衆衛生学」の流れは、ICD の「疾病分類」の変遷には、大きく影響している。ここでは、視点を変えて、このような流れのなかで、「公衆衛生学」では、「老衰」がどのように「医学教育」されてきたを概観することから、その流れを確認する。

まず、丸井英二編 (2010)『新簡明衛生公衆衛生一改訂 6 版一』では、死亡 death の項に、

老衰 senile

原死因として不適当とされており、単記以外には死因としては用いられない。年々減少している。それでも未だに、先進国の中では粗死亡率が極めて高値である (丸井 2010 : 27)。

とだけの説明である。それも「老衰」は、senile という表記がなされ、ICD での senility 表記とは異なっている。他方、藤原元典・渡辺巖一総編集 (1978)『総合 衛生公衆衛生学』では、主要死因の項で老衰はとり上げられている。

老衰

死因統計における老衰 (senility; B45.a) という診断名は、死亡診断書の記載方法が周知されずに、習慣的に用いられる場合や、発症が不明瞭で適切な診断名が下せない場合や、他のいかなる診断名にもあたらない自然死としての老衰など、種々の場合が考えられる。一般に、死因統計の中の老衰という診断名の多少は、医学水準に関係があるといわれている。日本でも、老年人口の増加に反し、老衰という死因の死亡率は年々減少している。しかし、先進諸国に比べれば、老衰死亡率はまだ高い。／1975 年、老衰による死亡数は 2 万 9916、死因の第 6 位にあり、死亡割合は 4.3%にまでなった (表 2・15)。／〔中略〕戦前は人口 10 万対 110—130 台を上下していたが、戦後は 1947 年の 100.3 から 1955 年 67.1, 1965 年 50.0, 1965 年には 26.9 まで一気に落下し、〔中略〕減少の一途をたどっている。〔中略〕死因分類の改正年には、医師に対して死亡診断書の記載方法の指導があったことにより、前年より一段と減少するなどの人為的な現象もみられる (藤原・渡辺 1978 : 49)。

いずれの教科書も「国際比較のレトリック」と、「老衰」の無視の傾向は共通している。ところが、ICD の内容や、選択・修正ルールなどの説明は、前者ではわずか 17 行 (pp29-30) の説明である。後者では、死亡診断書の記載まで含めると約 8 ページ (pp26-33) にわたって、解説されている。他方、前者では国際公衆衛生運動・新公衆衛生運動および国際保健に関する記述は、約 10 ページ (pp231-244) にわたって記載されている。当然、後者にはその項はない。両者を比較すると、現在は医学教育では「老衰」は完全に無視されている。その背景には、「新公衆衛生運動 (New Public Health Movement)」の流れが影響しており

「医学教育」でもそれは明らかである。

ここまでの要点は、従来型「医療社会学」では死因「老衰」に関しては、先行研究でもその目的を達成できるが、「老衰」の社会的構成に接近するためには、限界があることがまず確かめられた。その限界を社会構築主義的医療社会学という視点で乗り越えるため、視野の拡大が必要である。そこで、野村の「健康の批判論」に注目して、「医学的知識の社会的構築」という視点を応用しようとしているのである。

3. 「社会的構築主義」を視座とした「医療社会学」

それでは、どのようにして従来の「医療社会学」を社会的構築主義視点で、とらえたらよいのか。野村（2000）は、社会構築主義と医療社会学について、マイケル・バリーの「社会構築主義と医療社会学の発展」（Bury M.1986: 140-147）⁷⁾から、社会構築主義の主要な構成要素を五点に求めている。本論と関連するところを抜粋する（野村 2000 : 210-211）。

- ①生物学的現実を「問題化する」こと。社会構築主義では医学的知識そのものが問題性を帯びていると考える。その結果、生物医学的現実も自明ではないと考える。
- ②医学はさまざまな社会関係を媒介すること。医学はその実践においてのみならず、その知識においてもさまざまな社会関係を媒介する。ある経験の領域を「医学的」と呼ぶことは、決定的かつ強力な形と意味を与えるがゆえに、その経験領域を社会生活の他の領域に対して重要な関係の中におくことなのである。そのため構築主義者は、医学と医学的カテゴリーが特定の社会集団と実践を活発にかみあわせる仕方を提示しようとしてきた。
- ③医学と技術の中立性への疑問。（以下略）
- ④自然もまた社会的に構築されること。……医学と科学が居場所になっている技術的・科学的世界は、本質的に「言説の様式」であり「生活世界」である。それらは歴史のかつ社会的な実践から分離され得ないものなのである。「科学とは社会関係である」というのが構築主義の命題である。
- ⑤医療の進歩に疑問符をつけること。つまり医学の歴史においてしばしば物語れる直線的プロセスは廃棄されるべきである。あらゆるものごとが別のありようも可能であったことを忘れてはならない。

これは、野村も指摘するように「社会構築主義が焦点を当てるのは、生物医学（biomedicine）の社会的側面であり、医学ならびに素人の医学知識の発達であり、さまざまな医療行為である。この立場から見ると、医学的知識というものは、精練された良き知識に向かって上乗せされるように進歩するものではなく、社会史的状况の中で生起し不断に再交渉されるような、一連の相対的構築物ということになる」（野村 2000 : 206）。さらに、ネットウルトンを引用して、「医学的知識の社会的構築」に含まれる領域として、疾患の「発見」、社会的産物としての科学、医学的「問題」の創造と否認、医療化・脱医療化・専門家の利害、企業の利害、疾患と身体の物象化、専門家支配、生物医学の前提、などをあげている（野村 2000 : 217）。

本節では、従来型「医療社会学」の視野を拡大し「健康と疾病の社会学」の視点立つこと、社会的構築主義徹底と「医学的知識の社会的構築」の視座が求められることを確認した。そのうえで、「老衰」の社会的構成の中心課題である、「医療化」の視点にたどりついたことになる。

本論では、基本的視点である社会的構築主義「医療社会学」は上記の立場を意識しなければならない。その視点から、「医療社会学」をツールとして用いて、検討を進めることになる。それでは、第1節の『〈おい衰えゆくこと〉の社会学』の批判、第2節の従来型「医療社会学」の批判を通しての、「老衰」の社会的構成についての研究視点はどのようなになる

のかを次にのべる。

第3節. 「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の接点

前節の検討を通して、本研究における、「医療社会学」と〈「老衰」の社会学〉の接点を、『社会問題の構築』においた理由と、そこからの視点での「老衰」について触れる。

1. 「医療化論」と「定義の政治」

野口裕二(2001)は、臨床領域における社会構成主義の展開は、「病を理解する」、「治療を实践する」の二つの動機から成り立っている。これらの問題に対して、社会構成主義は「医療社会学における医療化論」、「医療人類学における病気の意味と語りをめぐる議論」、「家族療法におけるナラティブ・セラピー」の三つの角度から接近してきた(野口 2001 : 43)とする。「医療化」論と「病いの意味」論については、以下のようにのべる。

定義をめぐるひとびとの共同作業を考えるにあたり、まず次の二つの過程を区別しておく必要がある。ひとつは、ある一般的定義がどのように構成されるのかというマクロな過程であり、いままで述べてきた医療化論や社会問題論が主に取り組んできた問題である。もう一つは、ある個人が、さまざまな定義とどのように出会い、どう取り入れ、どうまとめあげてゆくのかというミクロな過程である。医療化論が「病気」の側から出発して、その構成の過程や歴史を問おうとするのに対し、「病いの意味」論は、個人の側から出発して、「病気」が個人のなかでいかにして構成されていくかを問おうとする。したがって、「定義」というよりも、個人的な「意味づけ」という方がふさわしい(野口 2001 : 47)。

野口の視点からは、筆者は「医療化論」を通じて、天田は「病いの意味論」と「ナラティブ・セラピー」を通じて、「老衰」に接近しようとしているといえる。さらに、野口は、『医療化』(medicalization)とは、かつては病気とみなされていなかった現象が病気とみなされるようになり、医療の管轄下で統制されるようになる過程を指す。こうした議論の最初のまとまった成果は、コンラッドとシュナイダー(1980)らによる『逸脱の医療化』である」としている。また、その理論的立場は、historical social constructionismで、背景には、ベッカー(1973)らによる「ラベリング論」、バーガーとルックマン(1966)らによる「知識社会学」がある(野口 2001 : 45-46)と分析する⁽⁷⁾。さらに、コンラッドとシュナイダーは、「医療化」という過程を「定義の政治」ととらえたとしている。そこから、野口は「医療化」の過程を次のようにのべている。

ある現象をめぐる医学論文の出現、医学会の公式声明、医学教科書への記載といった医療サイドによる定義活動とともに、政治家の活動、市民運動、マスコミの報道やキャンペーンなど、さまざまな社会セクターによる定義活動によって推進される。これらさまざまなセクターの定義活動の所産として医療化は進行したり挫折したりする。

こうした見方は、ほぼ同時期に社会問題の領域でスペクターとキツセ(1977)らによって示された議論とも重なる。「病気」だけではなく「社会問題」一般がこうした「定義の政治」の産物であり、また産物にしかすぎないことを、彼らは「クレーム申し立て」という概念を用いて描き出した。これらの議論に共通するのは、定義の社会性、歴史性、政治性という視点である。病いは、それ自体、アプリオリに存在するのでもなければ、生物学的な定義によってのみ存在するのでもない。それは、定義をめぐる人々の共同作業の所産、すなわち、social constructとして存在する(野口 2001 : 46)。

筆者はここに、「医療社会学」と「社会問題」の接点を見出し、〈「老衰」の社会学〉への応用の視点があると考ええる。すなわち、これまでの社会学的視点からみた「老衰」は、死因「老衰」——すなわち従来型「医療社会学」——の構成が充分なされていないという限界がある。また、死因「老衰」を主体として分析してきた従来型「医療社会学」には、「老衰」の社会問題としての視点が欠如していた。そこで「医療社会学」の「医療化論」と「社会問題」の「定義の政治」の接点を、本研究の視点とするということである。そこで、つぎはその具体的な視点は、どのような視点であるかを明らかにする。

2. 新たな視座——『社会問題の構築』

野口(2001)と野村(2000)が共通して指摘しているのは、一つは、「医学的知識の社会的構築」と「病気の社会的構築」を区別することである。本研究の視点は、前者に照準されている。もうひとつは、「医療社会学」と「構築主義」をつなぎ、「老衰」の社会的構成を研究する視点は『社会問題の構築』にみいだされるということである。そこで、スペクターとキツセの『社会問題の構築』にどのような、ヒントがあるかを明らかにする。

社会問題は、なんらかの想定された状態について苦情を述べ、クレームを申し立てる個人やグループの活動であると定義される。ある状態を根絶し、改善し、あるいはそれ以外のかたちで改変する必要があると主張する活動の組織化が、社会問題の発生を条件づける。社会問題の理論の中心課題は、クレーム申し立て活動とそれに反応する活動の発生や性質、持続について説明することである

(Spector & Kitsuse 1977=1990:119)。

「社会問題の定義が構築され、維持され、変化し、そして捨てられる過程を研究するための戦略を示すのに役立つ事例」(Spector & Kitsuse 1977=1990:15)として、以下の3例をあげている。そのいずれも、「老衰」の社会的構成の研究に関して、有用な視点が与えられる。

1) ことばの定義——「精神薄弱」の例

社会問題——いくつかの事例で、最初に扱われるのは、精神薄弱である。白痴と痴愚という英語において長い歴史をもつことばに、あらたに「軽愚」(官僚制で用いられる用語)がどのように定義されてきたかを問題としている。そこでは、以下のようにのべられている。

定義を研究する手始めの方法の一つは、状態を記述し分類するのに用いられる特定の語彙を調べることである。社会問題の定義は、ある状態の記述として表現され、その状態に対する態度を反映する(Spector & Kitsuse 1977=1990:15)。

用語が変化したとき、新しい用語が発明されたとき、あるいは既存の用語が新しい意味を与えられたとき、そうした動きは何か重要なことが社会問題の経歴または歴史に起こったことを示している(Spector & Kitsuse 1977=1990:16)。

そのまとめとしては、

状態の定義(この事例では精神遅滞の程度)に焦点を合わせれば、どのようにして社会問題の研究者が一般的に無視して来たデータの分析へと導かれることになるかを、示唆したかったのである。この社会問題をこのように概念化することによって、われわれは、特定の同定可能な諸個人(「社会」ではない)の活動の調査へと向かうことになる。その諸個人は、特定の(記録された)目的をもって、状態を独自の用語で定義しているのである(Spector & Kitsuse 1977=1990:22)。

「老衰」にも、同様の「ことばの定義」の問題がある。死因「老衰」は、日本語表記での細分類は1900年以来、「老衰」で一貫して変化していない。しかしICDでは表2-1に示すように、old age—senile decay—senilityへと表記は変化している。ただ、ICDでの定義の変更については、翻訳された「日本版」では、その詳細は明らかではない。ここでも、ICDの原本の解説と歴史的変化を読み解く、「国際比較社会学」という視点が必要となる。

表 2-1 : 「老衰」の歴史社会学的視点

	1900 年 ICD-1	1945 年 ICD-5	1975 年 ICD-9	1995 年 ICD-10
「自然死」としての 「老衰」	死亡原因としての 「老衰」	原死因としての 「老衰」	無視される 「老衰」	統計としての 「老衰死」
old age 老年・高齢	senile decay 老年・老衰 senility without senile dementia 老人性痴呆を伴わない老衰 senility without mention of psychosis 精神病の記載のない老衰			senility 老衰

表 2-1 : 「老衰」の歴史社会学的視点では、「ことばの定義」の視点からみると、senilityと表記された ICD-10 を、時代区分の変化として捉えることもできる。しかし、本論では無視される「老衰」期の延長としてとらえている。

2) 分類システム——「同性愛」の例

二つ目の事例は、「国立図書館における同性愛の扱い」、三つ目は「同性愛に関する精神医学の学術用語」となっている。前者は「分類システム」であり、後者が「脱医療化」(分類システムが、どのように以前の定義が誤っていたとする論争)である。そこでは、「同性愛」の国会図書館の図書目録への抗議に端を発している。

(国会図書館が序列化しカタログ化する) 分類システムのカテゴリーと定義は、牽引カードの組織、各図書館のラベル番号、本棚への配列方法を決定する。それゆえに、これは高度に中央集権化された政策決定機構である。国会図書館が主題の分類法を変えれば、北米のほとんどすべての図書館がそれに従う(Spector & Kitsuse 1977=1990:22)。

(例) 国会図書館における同性愛の扱い
分類システムのカテゴリーと定義——より大きな項目に含まれる構成要素を示す。
社会集団：家族・結婚・女性
性関係 HQ12-471
異常性関係 HQ71-471
同性愛 HQ76

「同性愛に関する精神医学の学術用語」例では、以下のようにのべられている。

この委員会(アメリカ精神医学会の学術用語委員会)は診断統計マニュアル(DSM)と呼ばれるパンフレットを出版していた。これは精神障害のリスト、つまり精神科の領域で「悪く」なりうる個人のあらゆることの分類、もしくは疾病分類表である。このマニュアルは、一般にはあまり知られていない出版物である。これは、主要には病院のカルテに使われ、精神科医、保険会社や関連する官僚組織のコミュニケーションの標準的なレファレンスの役目を果たしている(Spector & Kitsuse 1977=1990:30)。

「老衰」は分類システム(カテゴリーと定義をふくむ)であり、人口統計という国家的

事業という観点からは、当然「官僚制的」側面をもつ。また、DSM 同様に、一般にはあまり知られていない出版物として、厚生労働省大臣官房統計情報部編（2006）『疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10 準拠、第 1 巻』はある。

「ことばの定義」と同時に「分類システムのカテゴリーと定義」も変化してきたし、変化し続ける。表 2－2 は、分類の変遷の要点を示している。その分類過程については、すでに分析してきており、上述の「同性愛」の分類システム、カテゴリー定義に通じる。すなわち、カテゴリーの定義の変更により、「老衰」は次第に下位のカテゴリーへ、さらに無視されるカテゴリーの変化としてとらえられる。しかもそれは、「みえない制度」化という側面でもある。このことはすでに検討してきた。

表 2－2：「老衰」分類の変遷

国際分類 日本適用期間	大分類・章	中分類	小分類
1909 年：ICD-2 1909～1921 年	10 老年	56 老衰	161 老衰
1948 年：ICD-6 1950～1957 年	XVI 症状、老衰及び診断名不適当の状態	790-795 老衰及び診断名不適当の状態	794 精神病の記載のない老衰
1989 年：ICD-10 1995 年～	XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	R50-R69 全身症状及び徴候	R54 老衰

3) 「社会問題の自然史」の視点——アメリカ精神医学会における社会問題

『社会問題の構築』第 6 章では「社会問題活動の記述と分析——経験的研究の具体例」として「アメリカ精神医学会における社会問題—事例研究」が記述されている。それは 1971～1974 年の間の、旧ソビエト連邦で政治的反対派を統制する手段として精神医療が利用されていると訴える試みを端緒とする論争の展開を分析している（赤川 2012：33）。赤川(2012)は、このスペクターとキツセの「ある意味、煩雑といえる事実関係の記述がなぜ必要なのか」を要約しているが⁽⁹⁾、いずれにしても「いかにして、なぜ、他でもなく特定の状態が社会問題として構築されているか」の説明をめざすこと、むしろ「構築された問題の意味とプロセスを重視する」ことに着目すべきであると述べている（赤川 2012:37）。

そこから赤川は、ジョエル・ベスト（Best, Joel）⁽¹⁰⁾の「構築主義的アプローチ」の紹介へとすすむ。そこでは、この事例は、これまでの医療の社会学との対照、従来の社会学的方法の違いが示されていること、問題の過程が長期の「網の目」（Spector & Kitsuse 1977=1990:197）であることなどを明らかにしている。

すなわち、この事例からは「老衰」の社会的構成を長期にわたって——縦糸としての歴史的視点——記述すること、それぞれの言説の場——横糸としての言説分析的視点——をつなぎ目として、統合することが、新たな「社会的」意義となることが明らかになった。

この『社会問題の構築』の事例、「ことばの定義」、「分類システム」「社会問題の自然史」から、「老衰」の社会的構成に関する研究の主要な視点が見出される。

次節以降では、それを具体化する手順を示す。

第 4 節 「老衰」の社会的構成への接近——「社会問題」の視点

さて、社会的視点、医療社会学の視点、双方を批判的に論じてきた。その要点をまとめておく。まず、天田や古谷野の「相互作用論」的視点では「老衰」の全体像がつかめないことを明らかにした。それは、両者の視点が「病気の社会的構築」に焦点があわされているからでもある。

他方、医療社会学では、「老衰」はどのように扱われてきたかを検討してきた。しかし、「老衰」そのものを対象とする「医療社会学」の先行研究は管見できなかった。ただし、公衆衛生学や保健医療社会学では死因「老衰」は扱われてはいるが、それは「医療における社会学」の段階でとどまっていることを、明らかにした。そのために「医学的知識の社会的構築」へと視野の拡大が必要なことも述べた。

そこで、両視点の批判と限界の上に立ち、それを統合するべく視座として「社会的構築主義」というアプローチに求めた。なぜなら、その両者の視点でもっとも批判されるのは、「老衰」を「社会問題」としてとらえる視点が欠如しているかである。そこには、本論における「老衰」の社会的構成を死因「老衰」から照準するという、命題があるからである。すなわち、死因「老衰」としてこれまで「社会問題」として焦点化されなかった概念と、「老衰」というほんらい社会的概念の統合を、「社会問題の構築主義」の視点に求めたということになる。

つぎに、どのようにして「老衰」問題に応用するかという、「経験的研究になるカギ」を概観する。

1. 社会問題過程としての「老衰」

社会問題の構築主義を定式化したスペクターとキツセの『社会問題の構築』から、赤川(2012)は、構築主義の経験的プログラムに向けて、「あくまでも経験的研究の有望なプログラムとして構築主義アプローチ」(赤川 2012 : 20)を採用するとしている。また「構築主義者は、その『形式』の特徴や歴史を記述し、説明することを目指している」(赤川 2012 : 21)とする。

そもそもスペクターとキツセは、社会問題の理論における中心的課題を、「クレイム申し立て活動とそれに反応する活動の発生や性質、持続について説明すること」と定式化していた。クレイム申し立て活動は、他のクレイム活動との相互作用のなかで継承されたり、批判されたり、再定式化される。そうした変化が、「なぜ」生じたのかを歴史的に説明することを通して、そうした活動の連鎖を持つ社会の仕組みと特徴を解き明かそうとする。そこに社会問題の社会学の理論的課題があるなら、そちらを優先するという割り切りが必要かもしれない(赤川 2012 : 22)。

では社会問題の構築主義は、何を、どのように研究しようとするのか。赤川はベストの社会問題過程間の比較と相互作用を図示している(図2-2, 3)。

ベストは、社会問題の自然史として、「クレイム申し立て→メディアの報道→大衆の反応→政策形成→社会問題ワーク(政策の実施過程)→政策の影響(意図せざる結果)→新しいクレイム」という6つのプロセスからなるモデルを提案している(Best 2008)。これは、ある問題がなぜ特定の時期に特定の場所で起こるかに着目するためにとられた工夫であり、クレイム申し立てプロセスの共時的、通時的比較を意識したものといえる(赤川 2012 : 37)。

赤川は、ベストのこのプロジェクトは、従来の社会問題研究に比べて、以下の特徴をもっているとしている。

- ①クレイム申し立て活動は他者とのあいだでおこなわれる相互行為の一種であり、オーディエンス(受けて)の反応が異なることで、問題構築は異なる経路をたどりうる。
- ②社会問題は一定のアリーナのなかで競合しあう。
- ③問題が構築されるプロセスの時間的・空間的差異を主題に据え、なぜ、いかにして、特定の時期に特定の問題が支配的になるのかを説明しようとする。

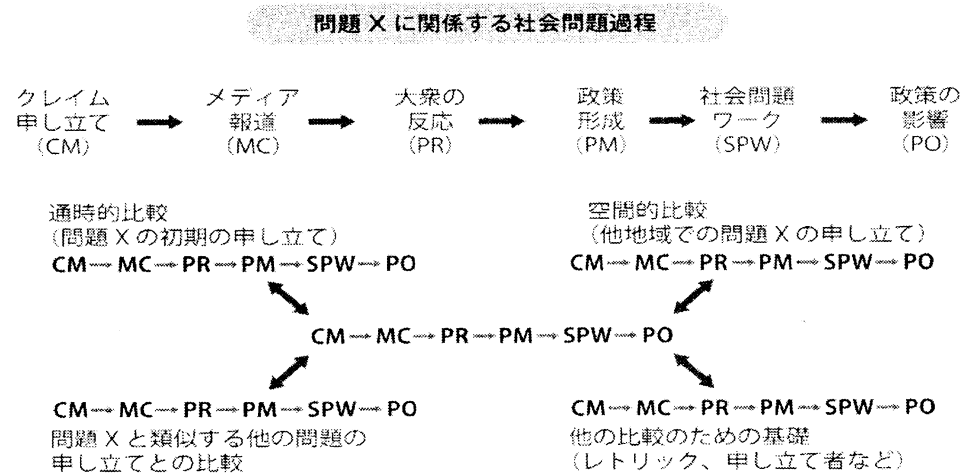


図 2-2：社会問題過程間の比較

出典：赤川学（2012）p 38 より

2. 社会問題過程間の相互作用としての「老衰」

さらに、ベストの「自然史」の 6 つの段階を、赤川は次のようにのべている。

各段階は行きつ戻りつすることが想定されている。したがってここでの自然史のモデルとは、ごく単純に、特定のクレームや言説が社会問題構築のどの段階にあるか、また、その段階にあるときどういう事態が生じていると考えられ、ゆえにどのような作法で研究を進めてればよいかについての指針を与えてくれる見取り図と考えておけばよいだろう（赤川 2012：51）。

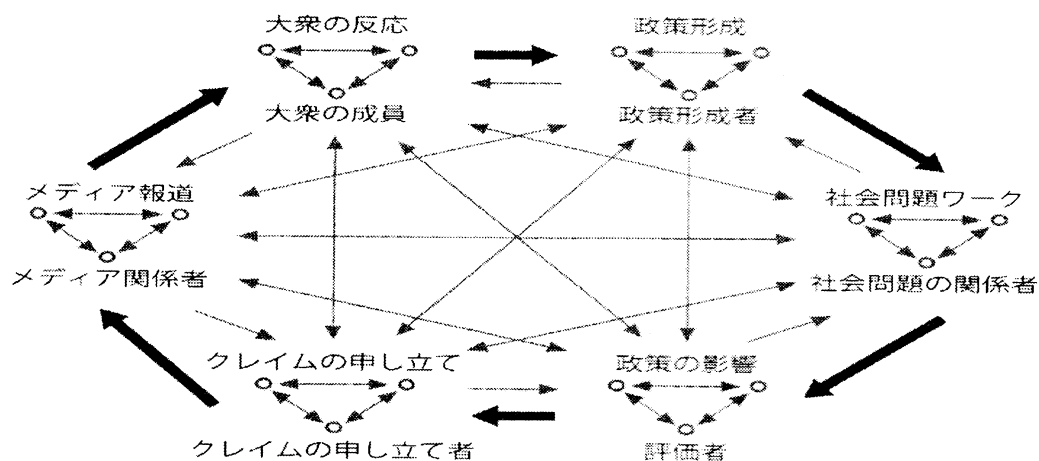


図 2-3：社会問題過程間の相互作用

出典：赤川学（2012）p 38 より

3. 本論での「問題」プロセスの概要

ベストを引用した赤川の解説を参照しながら、本論の「老衰」の社会的構成に接近する視点をのべる。それは、次章で具体的に「老衰」のレトリック分析および社会的構成の自然史について検討するための、予備的作業である。

まず、ベストの 6 つのプロセスを、赤川の解説をもとに、本論での具体的プロセスへ変換する。

1) 「政策形成」

赤川は、「政策形成」を「政策を形成する権力者」、「社会問題の所有権者」、「政策担当者との強いつながりを持っている」＝「内部クレーム申し立て者」と規定している。

本論では、「政策の形成」は、「国際ルール」すなわち ICD を決定する機関——ここでは WHO をその象徴とする——と「日本ルール」を「翻訳し制度化・規範化」する所轄官庁——内務省、厚生省、厚生労働省であるが、ここでは厚生省と総称する——とする。

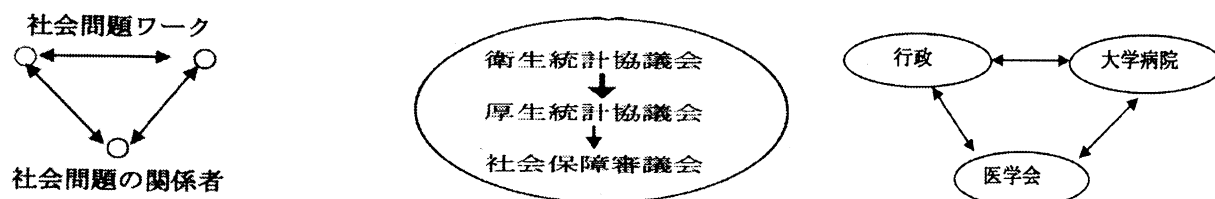
ただ、その相互作用は一方向性であるとの視点である。



2) 「社会問題ワーク」

赤川の解説では、「構築された社会問題や社会政策を日常生活の現場で、直接に担当する人がいる」「患者とじかに向き合う医師や看護師、〔中略〕ミクロな対面的な状況で行政や社会政策を担う人のことを、社会問題ワーカーという」(赤川 2012: 65)。「社会問題ワーカーは現場で直接、クライアントや犯罪者と向かいあう。同時に、その現場に対して『上から』作用する文化的、制度的、組織的な期待にさらされている」「社会問題ワーカーはますます職業的な規則や決まりに従うことが求められる傾向にある。エリオット・フリードソンはこれを社会問題の専門職化 (professionalization of social problems) と呼んでいる (Freidson 1986)」(赤川 2012: 66)。

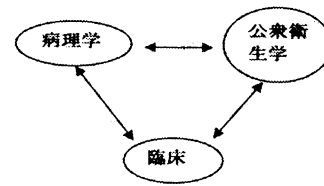
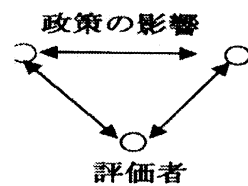
本論では、「社会問題ワーク」は「厚生省」に設けられた、諮問機関(「協議会」「審議会」)として設定する。そこでは、「医学会」を背景とした各分野の「専門家」による討議がおこなわれる。その専門家集団を「医学」を代表とする「大学病院」、「医療」を代表「医学会」と規定してある。しかし、それは「官僚的な階層秩序」を前提としている立場をとる。さらに、「社会問題ワーク」は「専門家」が想定されているので、「老衰」問題では、つぎの「政策の影響」と重なる部分大きい。



3) 「政策の影響」

ここでの、赤川の解説はつぎのようになっている。「政策がいったん成立して実施されると、その政策がもたらす副作用や効果に対しても、新たなクレームが発生する。もともと論争や対立を含んでいた社会問題ならなおさらである」。それには、3つのパターン①「その政策は不十分である」②「その政策はやりすぎだ」③「その政策はまちがっていた」がある(赤川 2012: 67—68)。

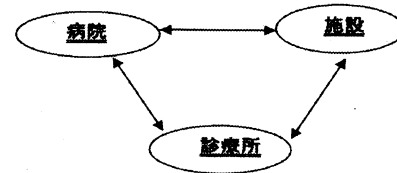
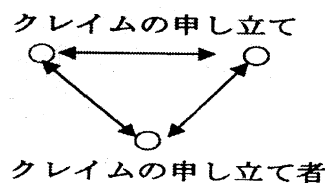
本論では、「政策の影響」は、医学論文での「医学言説」の場を背景としている。その場で、それぞれの専門領域からの、死因「老衰」概念が提示され、定義しようという論争になるからである。そこでは、「専門分野」のそれぞれの立場からの、「政策」の評価やクレームがみられる。前述のように、これは「社会問題のワーク」と重なるものである。それは、「審議会」の委員と「専門分野」として「医学言説」のリーダーとが、重なることがあるからである⁽¹¹⁾。



4) 「クレイムの申し立て」

「何かが間違っているとか、解決されるべき問題が存在することを他者に納得させる努力や議論」のことをクレイム申し立て活動という。

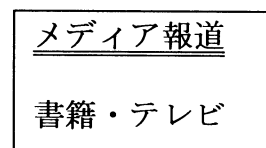
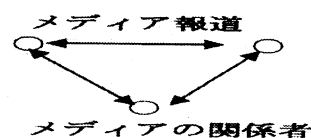
本論では、死因「老衰」診断をする場として、設定されている。そこには、「病院」「診療所」「施設」でのクレイム申し立てがみられる。その「クレイムの申し立て」の根拠となるものは、「病院」は医学論文などから、「診療所」は実証研究から、「施設」は著書などに求めた。本論では「診療所」を中心とした「診療の場」が中心的な「クレイム申し立て」活動視点となる。



5) 「メディア報道」

赤川は、「メディア報道に関しては、新聞やテレビなどマスメディアで働く人びと自体がクレイム申し立て者でありうる。ベストも、クレイム申し立て者が最初に行ったクレイムを『第一次クレイム』、マスメディアを経由して登場するクレイムを『第二次クレイム』と呼んで区別している」「このようにマスメディアの報道は、生の情報やクレイムというよりは、それ自体が構成された『第二次クレイム』であり、それゆえある種の ^{バイアス} 偏りを有している」((赤川 2012 : 59—60)。

本論では、十分な資料の分析ができなかったため、詳しく取り上げられていない。ただ「施設」勤務医の著書における、「老衰」問題をこのなかに含めている。また、後述する、実証研究での医師の情報源としての意味をもつ。



6) 「大衆の反応」

赤川の規定では「人びとはさまざまな形でこのクレイムに反応する。それに賛同する場合もあるだろうし、無視したり、反対の意思を表明したりすることもある。また直接的な行動に訴えなくても、クレイム申し立てに対して自分なりの解釈を行なっている」(赤川 2012 : 63)。

本論では、田中 (2010) の著書や、実証研究でのインタビューをふくむが、ここでの「大衆の反応」は「老衰」に局限するものではなく、「自然死」「平穏死」「満足死」などをも含む、言説である。さらに、病院への入院、施設（特養など）への入所などに関わった、「本人」や「介護者」からの「反応」——「不満」「問題」——をも含有している。



次章では、これらを前提として、「老衰」の社会的構成を論じていく。そこでの目的は、赤川の指摘する以下の「新たな視点」である。

クレーム申し立て活動から、メディア報道、大衆の反応、政策形成、社会問題ワーク、政策の影響を一つのつながりのプロセスと考えることで、さまざまな社会問題を比較できるようになる。また同じ社会問題でも、そこで扱っているクレームや材料がどのステージにあるのかをおおまかに把握できるようになる。またクレーム申し立ての歴史的変化や変遷を捉えることも可能になっていく（赤川 2012 : 68）。

4. 本論での「新しい視点」とは

——方法論としての「レトリック分析」と「社会問題の自然史」

「老衰」の社会的構成の研究において、天田の「言説分析」「歴史社会学」からのアプローチを評価し、本論でもその視点で分析することはすでにのべた。それではさらに、「社会問題」の視点を、上積みする利点は何か。それは、「言説分析」に「レトリック分析」を加えること、「歴史社会学」に「社会問題の自然史」という視点を加えるということである。これにより、多層的で多様な「老衰」の社会的構成を明らかにしようとするからである。

赤川は、経験的研究のカギになる「レトリック分析」、構築主義を実質化する方法としての「社会問題の自然史」と表現している。そこで、まず「レトリック分析」の目的と意義を確認しておく。赤川（2012）は、「クレーム申し立て活動のパターンを整理し、そのつながり方（連結のされ方）を追尾していくという作業は、一種の言説分析というべき作業ともいえる」（赤川 2012 : 73）と述べている。その言説分析と構築主義について、赤川は（2001）以下のようにのべている。

構築主義的な社会問題研究の対象の範囲は、そのタイムスパンに応じて、①一続きの〈ここ—いま〉の切片^{スライス}の中での問題をめぐる語りを会話分析や言説分析の手法にならって解析する、②問題に関わる特定の制度場面をエスノグラフィー（民族誌）の方法で調査する、③特定の問題とその解決をめぐる集合表象の場面をめぐる問題過程を追跡する、④社会問題をめぐる集合表象の歴史を言説史のアプローチに依存して調べる、という四つの経験水準に分類される。①から④に移行するに従い、分析のタイムスパンが大きくなる、調査法のイメージとしては、①は会話やテレビ番組などミクロな記録素材の分析、②は参与観察やフィールドワーク、③は公的な機関（議会やマスメディア）における言説分布の調査、④は言説の歴史的分析（言説史）といった具合である（赤川 2001 : 79）。

一定の言説フィールド（言説空間）を想定し、そこでの言説のレトリックと配置を仔細に観察し、記述するという営みは避けて通れない。誰が、いつ、どこで、どのような状況下において、どういうクレームを申し立てたか。逆にそこでは、何が申し立てられなかったのか。これらを仔細に記述することによって、言説の場に応じた、社会問題の構築のされ方のバリエーションがみえてくるかもしれないし、逆に言説の場を問わない、ある程度一般的な言説生成のメカニズムがみえてくるかもしれない（赤川 2001 : 80）。

本論においても、「クレーム申し立て活動のパターンを整理し、そのつながり方（連結のさ

れ方)を追尾していくという作業は、一種の言説分析というべき作業ともいえる」との立場で、社会問題の経験的研究のカギになるレトリック分析を、「老衰」の社会的構成の研究に応用し、次章で具体化する。

つぎに、「社会問題の自然史」の意義を確認する。赤川(2001)は注記で以下のようにのべている。

データ収集の困難と、言説が埋め込まれている文脈の再現の難しさゆえに、構築主義の中でも、もっともチャレンジングとなるのは、④の歴史的言説の分析である。特に50年、100年単位での言説変容を視野に収めようとする、どの言説をピックアップするかという問題に始まり、当時、その言説が埋め込まれていた言説空間の全体や社会的コンテクストを再構成することに困難が伴う(赤川2001:81)。

逆に、歴史的な言説分析の手法によってしかみえてこない側面もある。言説のレトリックにも、流行り廃りがある。その流行り廃りを読み解くことによって、「なぜこの言説が語られ、他の言説が語られないのか」というフーコー流の問題意識に、一定の回答を与えることが可能になるかもしれない(赤川2001:81)。

本論の「老衰」の社会的構成は、赤川のいう100年単位の問題であり、その歴史的言説もある程度に限られたものではある。しかし、「歴史的な言説分析」により、みえてくる側面を、本論では次章以下で明らかにしようとしている。

[注]

- (1) 天田の引用文献は次の通りである。Green B. S., 1993. *Gerontology and the Construction of Old Age ; A Study in Discourse Analysis*. JAI Press.
- (2) 天田の示した木下の引用は次の通りである。木下康仁, 1993. 『老人ケアの人間学』医学書院, 151.
- (3) 社会的構築主義か社会的構成主義かについては、千田有紀(2001)、野口裕二(2001)を参照。また、構築主義の定義に関してはバー(1995=1997)の、①自明の知識へのスタンス、②歴史のおよび文化的な特殊性、③知識は社会過程によって支えられている、④知識と社会的行為は相伴う、による。本論の表題は、社会的構成をもちいているが、その他の文脈では「社会的構築主義」と表記する。社会的構成は、臨床領域で一般的である(野口2001:61)ため、構築主義は社会問題の構築主義として多用されているため。社会的構成主義の表記をもちいているのは、ケネス・J・ガーゲン(1999=2004)、イアン・ハッキング(1999=2006)など。
- (4) フリーマンとレビンの引用は、「医療における社会学と医療を対象とする社会学との境界は非常に曖昧なものとなっており、この区分方法は不適切なものとなっている」(傍点原著、Freeman, H. E. & S. Levine(eds.), 1989. *Handbook of Medical Sociology*, 4th ed., Prentice-Hall: 7)
- (5) 野村の引用文献は以下の通りである。Wright Peter & Andrew Treacher eds., 1982. *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh University Press.
- (6) マイケル・マルケイ(1979=1985:13)の「科学的知識とその社会的構造関係を社会的視野から経験的に研究する」という立場と、ピーター・バーガーとトーマス・ルックマン(1966=1977:1)の「現実社会的に構成されており、知識社会学はこの構成が行われる過程を分析しなければならない」という立場から、「知識社会学」とした。
- (7) 野村の引用文献は以下の通りである。Burry Michael. 1986. "Social Constructionism and the Development of Medical Sociology". *Sociology of Health and Illness*. 8(29): 137-169
- (8) 野口の引用文献は以下の通りである。ベッカー [1973]: Becker, H. S., 1963 *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press=1978. 村上直之訳『アウトサイダーズ』新泉社。
バーガーとルックマン[1966]: Berger, P. and Luckmann, T., 1966 *The social construction of reality. A treatise in sociology of knowledge*. Doubleday=1977 山口節郎訳『日常生活の構成』新曜社。
コンラッドとシュナイダー[1980]: Conrad, P. and Schneider, J. W., 1980. *Deviance and construction of*

reality. From badness to sickness. Merrill.

(9) 赤川の要約の概要は以下のようにになっている(傍点原著)。

①クレイム申し立てが生まれる組織の活動を調査できる。②「社会問題の一続きの糸」が、種々の制度と登場人物を縫っていく過程を分析できる。③クレイム申し立て活動について研究者が独自の判断をする必要はなく、参加者がどのようにその言明をするに至った、何をその状態の証拠とみなしているのか、そのクレイムを誰に向けているのかを訊ねればよい。④「社会問題の一続きの糸」を分析単位とすれば、異なる社会問題の関連について論じられる。

⑤ここで提示したデータと分析が、将来、この社会問題活動に影響しうることを論じられる。⑥次の問いを提起できる「社会問題活動——クレイム申し立て活動とそれの応える活動は——どこからやってくるのか。その起源をどのように説明すればよいのか。客観的状态も価値判断もそれを説明しないとすれば、何が説明するのか」。

赤川は日本では、もっぱら③の方針の是非をめぐる論議が白熱し、それ以外の研究指針に注意が向けられことは少なかったとしている。そして、見逃された③以外の方針にこそ、社会問題の構築主義の本懐があるとしている(赤川 2012: 33-37)。

(10) 赤川の引用文献は以下の通りである。Best Joel, 2008. *Social Problems*. Norton.

赤川の説明は、「ベストが2008年に刊行した、現時点での構築主義の最良の教科書のひとつである『社会問題』(未邦訳)に書かれてある内容を要約・紹介する形で、構築主義を実質化する方法としての自然史モデルについて論じることにする」(赤川 2012: 49)。

また、「社会問題の構築主義を創設したスペクターとキツセも、クレイム申し立て活動の展開を一般化する自然史モデルを提唱している(Spector & Kitsuse 1977=1990)。ベストのモデルは、経験的研究に使いやすいように、これをさらに精緻化したものと考えることができる」(赤川 2013: 52-72)

(11) 「日本ルール」を決定するための委員会は、昭和21年7月に総司令部の指示で組織された(厚労省 2001e.: 4)。そのときの名称は「人口動統計改善に関する委員会」となっている。その下部組織として8つの小委員会を設けている。その後昭和22年には、朝野権威者40名より成る「国際死因及び疾病分類に関する委員会」を設置し、十一の小委員会の活動の下に、一箇月の短期の内に審議を遂げた(厚労省 2001f.10)。昭和24年2月には、30名の委員で構成された「疾病、傷害及び死因統計分類審議会」と四つの部会が設けられている。四つの部会は①分類に関する専門委員会(19名)。②複合死因に関する専門部会(10名)。③内容例示に関する専門委員会(1名)。④死亡診断書様式改正に関する専門委員会(3名)。さらに内容例示作成依頼先として、22施設に依頼されている。その内訳は東京大学11、慶応大学5となっている。また、その他の施設として財団法人浴風会が依頼されている。また、医学用語研究依頼先として38名があげられている。その委員は日本医師会、日本医学会、医学用語委員会委員となっている(厚労省 2001f.:31-38)。

最新のICD-10の審議は、厚生統計協議会第4部会「疾病、傷害及び死因統計に関する部会」でおこなわれ、そのご平成16年からは社会保障審議会統計分科会の下に、医学の各分野について専門知識を有する学識経験者で構成する「疾病、傷害及び死因分類部会」が設けられている(厚労省 2006: 11-18)。

第3章

医学的「老衰」の言説構造の分析

——「レトリック分析」と「社会問題の自然史」

第1章では、医学的「老衰」の制度化・規範化の構造を中心に分析し、それを「医師へ周知徹底」していった過程を明らかにした。第2章では、先行研究の限界を明確にし、「老衰」の社会的構成に接近する方法論として、社会的構築主義の観点を応用することを明らかにした。本章では、前章の観点を医学的「老衰」の言説構造の分析に適用して、「老衰」の社会的構成に接近する。

まず、医学的「老衰」の言説構造を概観し、歴史社会学および言説分析的視点で、これまでの医学的「老衰」を再構成する。さらに医学的「老衰」を、前章で予備的に構成された「社会問題のレトリック分析」の視点で、「医療化」Ⅱ期以降を中心に論述する。専門分野、臨床の場における「社会問題過程間の相互作用」と医学的「老衰」の通時的比較——「社会問題の自然史」——を行ない、「社会問題」としての「老衰」の全体構造を明らかにすることが目的である。

ここでの仮説は、以下のようになっている。

- ① 医学的「老衰」の言説構造も多層構造を示しており、医療的・臨床的「老衰」もそれぞれ多様である。そこでは、「専門性」が自明性をもって機能している。
- ② 医学として「後進国の段階」（公衆衛生学）、「科学的概念ではない」（病理学）というレトリックと医療側（臨床系）の「認めざるを得ない」「いわゆる「老衰」」という対抗レトリックが長く拮抗していた。このあいだにあって、「老衰という診断名は病理解剖学的概念ではなく、むしろ社会的概念で」という、「転換のレトリック」で、医学内部での論争はとどまったままである。
- ③ 「老衰」問題の端緒から、現在までの状況を、「社会問題」の自然史の視点でとらえることにより、「みえない制度」が可視化され、「専門分野」「診療の場」それぞれの相互作用が明らかとなる。

本研究では、「老衰」言説の場は、大きくは3つの場で論じられることを序章（図0-1）でのべてある。社会的「老衰」、「老衰」診断現場、医学的「老衰」が、縦の構造とすると、図3-1に示すように、もう一つは「老衰」から「老衰死」にいたる、一連の流れの構造があることが解る。

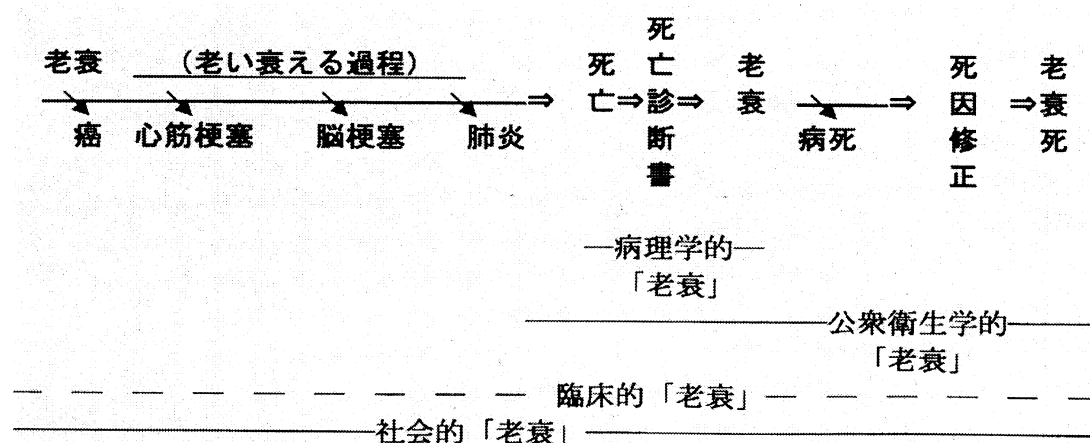


図3-1：「老衰」言説の流れ

この概念図の意味するところは、社会的「老衰」と臨床的「老衰」は全過程で重なる部分が多いことを意味している。また、公衆衛生学的「老衰」は、「老衰死」に代表される言説ではあるが、先行研究で言及したように現場の問題とも関連してくるために、範囲を広く取っている。病理学的「老衰」は、「医学的知識」の基本であり、その範囲は限定される。

本章では、医学的「老衰」の構造的言説が分析される。そして、この横の流れにいかに関实践的・臨床的にかかわっているかが、専門分野の言説構造の基本的な視点とその多様性に影響しているのかを理解する必要がある。

医療的・臨床的「老衰」の言説構造

すでに、制度的には「老衰」は多層構造の中にあることは、第1章でのべてきた。その制度的構造の中でも、専門分野、診療の場においてさらなる多層構造がみられることを明らかにすることが、本節の目的である（図3-2）。

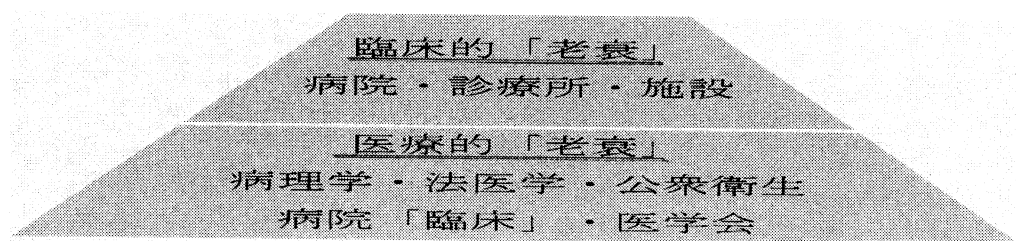


図3-2：本章の言説構造概念図

医学的「老衰」の制度的構造は多層的であり、「国際ルール」（国際疾病分類・略称ICD）での統計的「老衰」は「老衰死」と定義し、これは、公式の政府統計を意味する。また、所轄官庁での「老衰」言説は、制度的・規範的「老衰」と定義された（図1-1）。

医療的「老衰」は、ここでは、いわゆる基礎医学（公衆衛生学、病理学、一部法医学）と病院「臨床」での言説を対象としている。病院「臨床」とは、医学論文の発表が、おおくは大学病院や研究機関からのものであり、診断現場をあらわす「臨床」と区別するためである。さらに、その背後には、それぞれの専門家の組織団体である「医学会」が存在する。臨床的「老衰」は、死因「老衰」診断の場としてとしての、基礎に対する「臨床」の意味が含まれる。その場は、歴史的には「在宅」から、多様な場所になりつつあることは、第1章でのべた。

本研究では、これらの医学的「老衰」は並列的にあるのではなく、階層的に機能しているとの立場にたつ。すなわち、「国際ルール」が底流にあり、それを翻訳し、制度化・規範化する所轄官庁の提示する「日本ルール」が基盤をなしている。これについては、すでに検討した。医療的「老衰」はその基盤との連続性の下にあり、「専門性」を通して、臨床的「老衰」への自明性をもつ。それは第2章でものべたように、「医学的知識」「疾病分類」に対する医学内部での概念に対する考え方は均質ではない。それは、猪飼周平（2010）の以下のような視点からくるものである。

医学的知識の基礎の1つは疾病分類であり、その分類に応じて病理や治療法が体系化されている。だが、実際のところ、1つの疾病カテゴリーに含まれる患者に対して、同じ治療法で同じ効果が得られるわけではない。これは、人体の個別性が、医学を発達させてきた疾病分類の網目をはるかに凌いでいることから起きることである。このことは、現在行われている疾病分類が、あくまで便宜的なものであり、近代を通じて、医学が人体の多様性を説明できるレベルからほど遠いところに居続けてきたということを示している（猪飼2010：99）。

第1節 制度的・規範的「老衰」の「行政」言説

医療的・臨床的「老衰」の言説分析のまえに、制度的・規範的「老衰」の行政側からの言説について、要点をのべておく。

1. 閉じられる扉——「老衰」制度化の言説

「国際ルール」では、無視される「老衰」への道をのべてきた。翻訳された制度では、どのようにそれが具体化されてきたのかを、おもに厚労省（2001）資料をもとに、「言説分析」と「歴史社会学」的視点から概観する。

「老衰」の日本分類では、明治6年に第2類—全身病、明治16年は第2類—発育及栄養的病とされてきている。その後の「老衰」に関する、行政の言説を、時系列的に厚労省（2001）資料から抜粋する。（ ）は筆者の補足である。

『国際疾病分類（ICD）100年』（厚労省2001）の「行政」言説抜粋

ICD-1:明治32年～41年（1899年～1908年）日本分類— 第39 老衰

「年齢60歳未満の者に対し老衰と記せるものは不明の病名を附したるものに編入せり。

明治16年の死亡原因類別では、第2類に属する」（厚労省2001a:14）

.....

ICD-3:大正12年～昭和7年(1923年～1932年) 大分類13、中分類—老年、小分類 164—老衰

（「老衰」記載の内容例示として）「老衰、老病、老人マラスムス（筆者注：marasmus 消耗症）、栄養消耗」

（「老衰」は）60歳以上の老年に限る（厚労省2001c:43）

.....

ICD-5:昭和21年～24年(1946年～1949年)

大分類XVI:老衰（での説明）

「細分類をa『老年』を増したに止まるが、元来老人性痴呆の記載のあるものと無いものの別を表章する理由は、斯かる死亡がどうも84『精神病及び精神薄弱』の方に分類されるらしいから、それを防止する意味らしい」（厚労省2001e:48）

（中分類）39. 老衰、老年（での説明）

「本項に入れるべきものは原則として65歳以上の死亡に限る。但し『老衰』又は『老人性』と冠した状態を65才未満の者の死因として報告して来た場合は、紹介調査を行ってもっとはっきりした原因を突き止めよ。それでもなお詳細な報告を入手し得ない時は、死亡者の年齢が60歳以上なら162に入れ、50才未満なら200aに入れよ」

（厚労省2001e:160）（162は「老衰」、200aは「不詳の病名」）。

死因細分類内容例示:162. 老衰（での説明）

(a) 老人性痴呆があるもの

老人の痴呆。老人性痴呆。老人性精神錯乱。老人性メランコリー（筆者注：melancholy うつ状態）。

老人性不全麻痺。老人性精神病。

(b) 老人性痴呆の記載なきもの

全身衰弱（65才以上）。全身衰弱病（65才以上）。病身（65才以上）。老衰病。老令。老衰性弱質。老人性魯鈍。老人性衰弱。老人性変性。老衰。（厚労省2001e:160-161）。

.....

ICD-6:昭和25年～32年（1950年～1957年）

国際疾病、傷害及び死因統計分類（1948年分類）概要

「殊に、死因名の明確性は重視され、老衰とか、下痢とか、先天性弱質の如き疾病の本態を表さない死因名は、特に不適當の診断名の一群に総括される方針がとられた。これは疾病分類であることにも起因している」（厚労省2001f:39）。

大分類XVI:症状、老衰及び診断名不適當の状態

「1938 年死因分類の大分類『XVI. 老衰』と『XVIII; 不詳及び不明の原因』が、合併せられ、1948 年分類では『XVI: 症状、老衰及び診断不適當の状態』となった」
(厚労省 2001f: 41)。

症状、老衰及び診断名不適當の状態
(780-795)

「本大分類項は、系統別又は器官別の原因不詳の症状と老衰及び診断名不適當の状態の 2 群に分けられている」「第二の分類群である『老衰及び診断名不適當の状態』で、老衰は多年わたる独立した大分類項目でなくなり、精神病の記載のある老衰は V の精神病の大分類項の中に、精神病の記載のない老衰は本分類に入った」(厚労省 2001f: 134)。

(ICD-6 での分類カテゴリー)

大分類 XVI: 症状、老衰及び診断名不適當の状態

(中分類) 系統又は器官に関する原因不詳の症状 (780-789)

老衰及び診断名不適當の状態 (790-795)

(小分類) 794 精神病の記載のない老衰

死亡診断書の正しい書き方

XVI 老衰・これは出来るだけ書かないで病名で記入すること (傍点筆者、厚労省 2001f: 164)。

これらの公式文書 (厚労省 2001) での要点は、

- ① ICD-5 までは年齢の規制がされている。その後は年齢制限の記載はない。
- ② 「老衰」の診断名としては、多数の表現が使用されている。
- ③ 「老人性痴呆」は早くから、「老衰」から除外する疾患として規定されている。
- ④ 分類の変更に関する、明確な理由は提示されていない。
- ⑤ ICD-6 では「老衰」は書かないことが、明示されている。
- ⑥ 「老衰」カテゴリーが次第に下位に分類されていく。

上記のような状況において、「老衰」記載の扉は次第に閉じられていくことになる。これは、すでに表 1-2 (「老衰」の表章の変遷)、表 2-2 (「老衰」分類の変遷) で表記された「国際ルール」を適用した、わが国の所轄官庁の具体的説明内容である。

2. 制度化・規範化の集大成——「死亡診断書記入マニュアル」

第Ⅱ期では、ICD の日本への適用は厚生省によって、医師へ「周知徹底」されたことは、すでに第 1 章で記述した。それを概観すると、以下のようになる (厚生省 1999)。

ICD-5 (昭和 21 年) では疾病・死因統計の整備が図られ、
ICD-6 (昭和 25 年) では新分類の普及徹底を図り、臨床医家へのお願いをおこない、
ICD-8 (昭和 43 年) では講習会を行い、パンフレットを発刊し、
ICD-9, 10 (昭和 54 年、平成 7 年) その普及、周知徹底を図った。

すなわち、厚生省は改訂のたびに医師への指導、医師会への働きかけ、保健所 (統計作成の現場) への周知徹底を行っている。また「衛生統計医師必携」、「死亡診断書の正しい書き方」、「死亡診断書・死産証明書・出産証明書の書き方」、「死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル」が医師に対して無料で配布されている。そのような歴史の過程で、現在用いられている「死亡診断書記入マニュアル」が規範化の集大成である。その具体的な記載要領は、厚生労働省のホームページに、「死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル 平成 24 年版」⁽¹⁾ として公表されている。

その要点を、概観することは、現在の死因「老衰」の制度的・規範的言説として、また

死亡診断書は「その時代の行政が死をどのように考え」（Shneidman 1973=1980）るのかを反映しているという意味で、重要である。

次のように、死因「老衰」に関する項目を、抜粋した（符号などは、筆者が変更した）。

「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル 平成 24 年版」抜粋

●死亡診断書（死体検案書）は二つの大きな意義を持っています。

①人間の死亡を医学的・法的に証明する。

死亡診断書（死体検案書）は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すものです。

したがって、死亡診断書（死体検案書）の作成に当たっては、死亡に関する医学的、客観的な事実を正確に記入します。

②我が国の死因統計作成の資料となる。

③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として役立つとともに、医学研究をはじめとした各分野においても重要な資料となっています。

死亡診断書（死体検案書）は、以上のような重要な意義を持っており、医師、歯科医師には、その作成交付の義務が、法律によって規定されています。

●作成に当たっての留意事項

死亡の原因

厚生労働省大臣官房統計情報部では、「死亡の原因」欄の記載内容を基に世界保健機構（WHO）が示した原死因選択ルールにしたがって、「原死因」を確定し、死因統計を作成しています。

●一般的注意

○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ようにします。

○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老衰も記入することになります。

●死因の種類

この欄は、死因の種類として該当するものを一つ○で囲みます。

○死因の種類の決め方

1 病死及び自然死・・・疾病による死亡及び老齢、老化による自然死

●その他の留意事項

○人口動態調査への協力について

人口動態調査は、市区町村において各届書及び死亡診断書等に基づいて調査票が作成され、保健所、都道府県で調査票の審査が行われ、厚生労働省で人口動態統計として取りまとめられています。正確な統計を作成するためには、調査票を正しく記載されることが前提となりますので、必要に応じて死亡診断書（死体検案書）を交付された医師、歯科医師の皆様には保健所、都道府県から照会（電話等による）し、確認させていただくことがあります。御面倒でも、その際には御協力をよろしくお願いいたします。（括弧内筆者：下線部は赤字）

注：ゴシック体は筆者による。

上述の「マニュアル」から、行政の考える「死亡の診断」はどのようなになっているのか。その要点を列挙すると、

①明確な意義をもつ。

はじめにで述べたように、国民は「死後も、公衆衛生学に貢献する」ことが求められる。さらに医師は、論理的・医学的・客観的に「原死因」を理解して、「死亡診断書」を記載することを求められている。

②「国際ルール」が基底にある。

その歴史性は問われない。現在の「翻訳された制度・規範」に「準拠」することが求

められている。

- ③「老衰」に関しては、特別な「一般的注意」がある。

そのこと自体が「老衰」の特殊性を明言しているともいえる。さらに、「老衰＝自然死」を含意する言説となっている。死亡診断書そのものにも、「死亡（因）の種類」に「病死及び自然死」の選択が必須になっている。

- ④「正しく記載され」ているかを、確認できる体制となっている。それは、留意事項の欄に赤字で記入することにより、強調されている。

3. 規範化の成果

このような制度的・規範的な行政の言説は、どのように現場ではとらえられてきたのか。時代をおってみる。

ICD-6 死亡診断書の書き方として「老衰」という診断名をなるべく避け、直接死因となった病名を記載するように注意を促している（須賀井正謙 1956）。

昭和 25 年の急激な率の低下は、昭和 25 年からわが国で「老衰」死亡を表章死因としてなるべく認めないように診断決定方針が変更された時に当たる（吉岡博人 1961）。

心不全による死亡という診断は、厚生省がかつて老衰死という診断をできるだけ避けるようにとの指導を行った結果、代わりに現在の日本において多くなっている（横山ほか 1991）。

このように、戦後は「無視される老衰」の推進要因として、臨床の間ではその成果が表れている。それは急激な「老衰」死亡率の低下からも裏付けられる。しかし、現在は、序章で述べた「医師の迷い」（森田 2013）が疑問となってきた。それは一方では、「医療問題」から「社会問題」への展開の一要因でもある。

第 2 節 歴史社会学と言説分析からの再構成

さて、これまでに「老衰」の「医療化」、すなわち死因「老衰」の歴史的経過はほぼ分析が終了した。本節では、「老衰」の社会的構成に接近する方法として、歴史社会的視点からの再構成をまず行なう。その後、言説分析の視点からの再構成を行なう。

1. 歴史社会的視点から

序章における「老衰」の医療化時代区分（表 0－4）は、「老衰の表章」の歴史的変化をもとに区分けしたことを明らかにしている。また、第 1 章では、「老衰」の「医療化」時代区分（表 1－3）で、おもに制度的・規範的な歴史過程を論じてきた。さらに、第 2 章では、「老衰」の歴史社会的視点を「ことばの定義」（表 2－1）から、論じてきた。

これまでの分析を総合的に要約すると同時に、課題についても触れておく。

要点としては、

A：自然死としての「老衰」期＝死因分類前史とする。

死因分類適応までの経過は以下のような、制度確立の歴史である。

明治 7 年（1874 年）：医制発布

明治 8 年（1875 年）：本邦の死因類別分類 — 第 2 類 全身病 — 第 32 老衰

明治 9 年（1876 年）：死亡届書全国に拡大

明治 32 年（1899 年）：ICD・1 適用

日本では、古来から寿命、天命と表象されていた「老衰」は（新村拓 1991）、死亡原因として「医療化」され、医学用語としての意味が加わり、「老衰死」という社会的事実を含むようになった。そして、「医療化」の時期は、制度化・規範化をもとに、3つの時期に分類した。

- B：「医療化」史
- I 期 1900～1945 年：死亡原因「老衰」期
 - II 期 1945～1975 年：原死因「老衰」期
 - III 期 1975 年以降：無視される「老衰」期

これまでに論じられてきた、「老衰」の歴史社会学的視点での、時代区分を概念化すると、表 3-1 となる。まず、「医療化」時代区分の根拠は、序章に示した「老衰」の「国際ルール」変更をもとにし、それに「日本ルール」の制度管轄省を加えたものである。そこには、背景としてさらに疾病構造の変化、「医学」の「進歩」など各種の要因が当然加わり、「医療化」が推移していく過程を概念化した（表 3-2）。なお、時代区分の基準を「英語表章」とすると、1995 年にも一つの転換時期が示唆されるが、本研究では、無視される「老衰」期の分類の範囲内として、論述を続ける。両者の間には「国際ルール」の確立時期という共通性があるかである。また、「医療化」の推移）三列目のレトリックによる区分は、次節以降で論じられる。

表 3-1：「老衰」の歴史社会学的視点——「医療化」区分の根拠

時代区分	I 期 1900～1945	II 期 1945～1975	III 期 1975～
本論の時代区分	死亡原因「老衰」期	原死因「老衰」期	無視される「老衰」期
国際疾病分類の目的	死亡原因の分類	疾病・傷害の分類	疾病及び関連保健問題
国際疾病分類での「老衰」表章	大分類 (主見出し)	中分類 (副見出し)	小分類
人口統計の管轄省	内務省	厚生省	厚生省一厚生労働省

注：第 1 章の表 1-3 の再掲

表 3-2：「老衰」の歴史社会学的視点——「医療化」の推移

	1900年 ICD-1	1945年 ICD-5	1975年 ICD-9	1995年 ICD-10
「自然死」としての「老衰」	死亡原因としての「老衰」	原死因としての「老衰」	無視される「老衰」	統計としての「老衰死」
自然死＝「老衰」		純粋な「老衰」 病理学的「老衰」	いわゆる「老衰」 臨床的「老衰」	迷う「老衰」
old age 老年・高齢	senile decay 老年・老衰 senility without senile dementia 老人性痴呆を伴わない老衰 senility without mention of psychosis 精神病の記載のない老衰			senility 老衰
感染症 人口問題・社会環境	慢性疾患 医学の発展期(医療化)			変性疾患 統計の確立

上記の表に示された、それぞれの「医療化」の時代区分の特徴を、歴史社会学的に要約すると以下のようなものである。

- 1) I 期 1900～1945 年：死亡原因「老衰」期
- ① 医療化前、戦前の規範としての「老衰」医学論文は管見できなかった。
 - ②日本の戦前の「老衰」死亡率が、他国に比し高かったのは、「老衰の医療化・制度化」が徹底されていなかったのも要因の一つである。その背景には人口動態の管理体制

である内務省管轄の人口静態統計は医療の進歩（医療化）を目的としたものではなかったからである。

- ③戦前の「老衰」は文化的・歴史的背景を含む「自然死」＝「老衰」が主体であった。人々は自宅で死に、診断技術は未熟で、医療には有効な治療法はなかった。
- ④その結果、Ⅰ期の「老衰」粗死亡率は、ほぼ平坦に推移している。

2) Ⅱ期 1945～1975 年：原死因「老衰」期

- ①戦後の制度化の動員となった要因は、GHQ 占領体制下での「厚生省」における、人口動態統計制度の確立であった。また、老衰死亡率の外国との比較を強調する医学言説により、「老衰」診断の正確性が求められ、それは「臨床の現場」に強い影響を及ぼした。
- ②1945～1952 年までの米軍政下で死亡統計体系が整った。ICD の重要な変更（死亡診断書の国際様式、原死因の採用）はこの時期である。
ICD 情報は米軍政を通して行われた。アメリカ医学の影響が強かったと推定される。厚生省に人口統計業務が移管された昭和 24 年以降を「厚生省における整備・発展の時代」ととらえている。このⅡ期が、急速な「老衰」の医療化の時代、社会的統制の確立した時代といえよう。
- ③その結果として、日本の「老衰」死亡率は、急激に減少していくことになった。

3) Ⅲ期 1975 年以降：無視される「老衰」期

1975 年以降は、中央は厚生省と厚生統計協議会を通じた活動で、地方は保健所機能を通じて「医師への周知徹底」制度と、規範化は確立した。この時期以降、公衆衛生の本来の目的である「死亡の防止」が、最前線にでてくることになり、無視される「老衰」の時期をむかえることになる。しかし、これまでは「医療問題」として、医学内部にとどまっていた問題が、「社会問題」として、現前してくる過程でもある。そこには、日本の超高齢化・長寿化という、歴史的推移がある。

これまでは、「老衰」を中心にみてきた。ただ、この流れのなかには、「死の医療化」が上位カテゴリーとして機能している。それは、疾病構造の変化（慢性・変性疾患）、診断技術の発達、有効な治療法の発達、死亡場所（「病院死」の増加）の変化、「死—医師」関係の変化などの多数の要因があげられる。「医療社会学」でも「社会問題」でも、多数の研究がなされてきた。本論では、そこまで研究の範囲を広げられなかったが、今後の課題として、表 3-3 に概念化した。

表 3-3：「老衰」と「死の医療化」の要因

「老衰」時代区分	「老衰」区分の関連要因	死亡場所 主要疾患	「死—医師」 関係	老衰の 死亡数・率・割合
自然死「老衰」 19 世紀中期	宗門改帳 高齢・寿命・天命 長寿・自然	自宅 感染症	死—病者	
死亡原因「老衰」 1900 年～	医制 死亡届 医療化	自宅 感染症	死—病者 医師	1900 年 死亡数 57,442 死亡率 128.1 死因割合 8.6%
原死因「老衰」 1945 年～	複合死因 死亡診断書統一 原死因—選択・修正ルール	病院死 疫学転換 慢性疾患	死—医師 病者	1950 年 死亡数 58,412 死亡率 70.2 死因割合 6.5%

無視される「老衰」 1975 年～	「死の防止」 保健関連 残余・屑籠の死因	病院死 変性疾患	死一病者 医師	1980 年 死亡数 32,154 死亡率 27.6 死因割合 4.4%
----------------------	----------------------------	-----------------	------------	---

2. 言説分析の素材と概要

前節までに用いた言説素材と資料は、ほとんどが行政側からの限られたものであった。本項での対象となるのは、医学論文であり、逆にその素材は膨大となる。本項では、資料の全体的要約をまず行い、つぎに病理学的「老衰」言説分析をおもに行う。

1) 言説分析の素材

2012 年 4 月 27 日に、NDL-OPAC（国立国会図書館）で、「老衰」、「老衰死」で検索した 65 件から、研究目的に沿う 25 件を基本に、2013 年 11 月 20 日までに、医学論文は 117 編を検討し、そのうち 73 編を対象論文とした。その対象文献の年代、分野ごとの分布は表 3-4 である。その要点をまとめると、以下のようになる。

- ①1950 年代は、行政の「周知徹底」と基礎医学（公衆衛生・病理学・法医学）が言説の主体をなしている。
- ②1960 年代からは病院「臨床」からの言説が増加している。
- ③1990 年代に病理—これはほとんど「百寿者」の病理の報告—の言説が突出し、その後はみられなくなっている。
- ④公衆衛生学は、本来の専門分野として、その内容は変化しながら、継続的に取り扱われている。
- ⑤社会学の「老衰」問題は、1995 年以降からみられるようになる。

表 3-4 : 「老衰」文献

	参照 文献	対 象 文 献					(参考) 社会学
		計	公衆衛生	病理	臨床	行政	
ICD10 準拠:2003 年～	20	10	4	0	6		2
ICD-10 :1995～2002 年	30	12	2	6	3	1	3
ICD-9 :1979～1994 年	28	15	5	1	8	1	
ICD-8 :1968～1978 年	10	8	2		6		
ICD-7 :1958～1967 年	19	18	11	2	2	3	
ICD-6 :1950～1957 年	10	10	2	2 法医:1	0	5	
計	117 編	73 編	26 編	12 編	25 編	10 編	5 編

注：25 年 11 月 20 日現在までの調査文献。(参考)社会学は参照文献数には加算していない。

2) 言説の概要

医学論文を分野別に分類し、年代順にその論文内容の要点を一覧表とした（表 3-5）。それぞれの分野で、継続的に論文の発表者または研究機関がみられ、その分野の「言説」の牽引者としての役割を果たしている。

その全体の流れを要約すると、以下のようになる。

1950 年～70 年代は

- ①病理学中心の厳密な老衰の定義を求める論文の時代（関 1951, 1957, 1958, 1965）。
- ②国際的、国内的、地域的差異に関する公衆衛生の論文、すなわち「比較」検討が主体である（大沢 1955：荒井 1957）。

1967～1981 年代は

- ③「いわゆる老衰」（村地・般若 1967）、「社会的概念」（根岸・橘 1971）などの論文が多くなる。
- ④ その主体は、病院「臨床」からのものである（亀山 1974）。

1993~2000 年代は
⑤百寿者の病理解剖を中心とした論文（田内・佐藤 1993）が多く発表される。
それに対する肯定（鈴木 2000）、否定論文（江崎 1999）となる。

2000 年代以降の特徴は、
⑥病理学的「老衰」論文はここ約 10 年間はみられない。
⑦公衆衛生の統計を中心とする論文は、起点は戦後であり、記述疫学が中心である。
⑧「老衰」診断の臨床現場からの「社会問題」としての「語り」が多くなっている。

表 3－5：主要論文発表年代と要点

年代	病理系	公衆衛生系	臨床系・その他
1950年	1951関「僅か」 <u>浴風園</u> 1957関 1958関「ほとんど認められない」	1955大沢（国内比較） 1957荒井「国際比較」 1958丸山「医師の個人差」 1959藤原「医師のくせ」	
1960年	1965関「非常にまれ」	1960村上「実情の把握」 1960石川（2 編：比較） 1961吉岡「後進国の段階」	1967村地「いわゆる老衰」
1970年		1970児玉（比較） 1971一ノ瀬（比較）	1971根岸「社会的概念」 1971和田（自然死） 1972村地 1974亀山「せざるを得ない」 1978亀山
1980年	1981嶋田： <u>東京都養育院</u> 「いわゆる老衰」		1984植村（最高の幸福） 1989亀山
1990年	1993田内・佐藤「百寿者」 <u>愛知医科大学</u> 1998田内、佐藤 1999江崎「科学的根拠」 <u>東京都老人医療センター</u>	1990倉科「先人の知恵」 1991横山「意識調査」 1993西田（比較） 1993鈴木 1995日置（比較）	1990亀山
2000年	2001佐藤	2000鈴木「見なおし」 2001 鈴木 2002鈴木 2006下方（社会医学視点） 2007宮下（社会的指標）	2000横内「みなし末期」 2007須貝「質疑応答」 2009木村（倫理的側面）
2010年		2011今永「記述疫学」 2012今永	2011竹中「質疑応答」 2011田端（仏教文化） 2013森田「医師の迷い」

注：論文の筆頭者名だけ記載。「」は本論で用いたレトリック。（ ）は原著の論文要点を筆者がレトリック表現。下線は所属機関。

2. 病理学的「老衰」言説

公衆衛生学の「医学論文」での論調はすでに述べてきた。また、現在の「医師の迷い」や「質疑応答」における、臨床的な論調も、一部紹介した。ここでは、「医学言説」の主要な根拠となり、医療的「老衰」のなかでは、強い「自明性」をもつ病理学的「老衰」についてその言説分析を行なう。

病理学的「老衰」言説の流れを要約しておく、以下のようなになる。

- ①戦後浴風会の関増爾論文（1951、1956、1957、1958、1965、沖中内科所属）を中心とした「老衰」の議論が始まった。1970 年代まで日本の「老衰」に関する、病理データの中心となっている。
- ②その後、東京都養育病院の亀山正邦論文（1974）、嶋田裕之論文（1981）に引き継がれ

ていく。さらに東京都老人医療センターの江崎行芳論文（1999 年）に続く。
病理データは浴風園と養育病院のデータが主となっている。

② さらに、愛知医科大学 田内久・佐藤秩子（1993, 1998, 2001）の「百寿者」の論文となり、その後は、系統的な病理学的「老衰」論文は、みられない。

1) 「僅か」「ほとんど認められない」「非常にまれ」

関論文は、一貫して臨床での「老衰」の死亡診断に異議を申し立てる。その根拠は、「医学知識」としての「病理学的診断」の「自明性」である。

1951 年の関論文データの要約は、以下のようになっている。

昭和 5～25 年の間の死亡者で 60 歳以上 1058 名の死因統計で、ICD-6 を使用し、大分類 XV1；症状、老衰及び診断名不適当な状態は 89 名 (8.3%) であった。その、89 名中 82 名 (92%) は死因不明で、老衰は女子の 6 名のみ、1 例は老耄であった (図 3-6)。
「死因不明も相当数見られたが、明らかに老衰に因ると考えられるものは僅か 6 例 (0.57%) に過ぎない」が結論である (関 1951)。

表 3-6：関論文の症例の要約

	全例	男子	女子
不明	82	32	50
老衰	6		6
老耄	1		1
計	89	32	57

注：関（1951）の症例数のみを記載：第 12 表 症状、老衰及び診断名不適当の状態。

その後も、関論文は (1965)、

浴風園には、老人ホームと病院とがあり、それぞれ定員としていわゆる健康老年者約 420 名と、病院の入院患者約 250 名を収容しているが、これらの施設に入った老年者の約 97% はここでその一生を終わり、病院における剖検率は最近 10 年間の平均は、98.3% である。

日本の死因統計において老衰が余りにも多いことに疑問を抱くのは、日本の死因統計では剖検せざる者が圧倒的に多いことがその理由の 1 つであると思う。

浴風園における剖検上の病変統計および死因調査から考えると、老衰死は非常にまれなものであると思われる。

Koch および Becker は火葬場へ老衰という診断で送られてきた 503 例を剖検し、全例にその死因を明らかにし得た⁽²⁾。

関論文を中心とする、病理学的「老衰」は、「純粋な老衰」を医師に求めることで一貫している。「火葬場へ老衰という診断で送られてきた 503 例を剖検」したドイツ文献は、以後も引用されることになる。

2) 「(老衰と) せざるを得ない」「いわゆる老衰」

亀山は老年医学者であるが、その初期の論文では浴風園の病理資料を中心に発表している。また、第 8 回日本老年学会総会の特別講演で「老衰はあるか—臨床的病理学的考察—」を発表している。そこでは、老衰、老衰状態を定義することが必要であるとのべられている (亀山 1974)。

老衰をば老年者における homeostasis の維持機構の崩れが、特定臓器の著明な疾患や系統疾患なしに起こった状態と解釈して、検討をすすめた。

剖検輯報と浴風園の剖検診断をもとに、「剖検診断によっても老衰とせざるをえない例が、剖検輯報例に 5 %、浴風会例に 3 % (2.8 %) の頻度にみられている。浴風会病院においては、慣習として老衰という臨床診断を下すことはない。したがって、臨床診断「老衰」例の剖検例においても、臨床的に老衰を全く認めない例の剖検においても、その中に、3~5 % の頻度に、病理解剖学的な老衰例が含まれていることになる。現状として、老年者の死因の中に、この程度頻度には、老衰とせざるをえない症例が存在することを示唆している。

嶋田 (1981) は、東京都養育病院の病理部で、「いわゆる老衰死」の分析を行なっている。

90 歳や 100 歳老人であれば、アприオリに高齢者ないし超高齢者として扱うことになにも異存もない。約 1 世紀にわたる生存の果てに死に至るとき、ひょっとした引き金—たとえば軽い気管支炎—があったとしても、“いわゆる老衰”として処理することにはあまり抵抗がないようにみうけられる。

その根拠は、東京都養育院付属病院の病理データである。

総検索総数 1,573 例のうちで、1,528 例に死因に関する「主要疾患」が確認されたが、残余例 45 例、2.86 % にその究明が容易でなかったものがでてきた。

8 例を除きいずれも何らかの臓器病変を有するが、いずれも個体死には程遠い、わずかなホメオスターシスの崩れから自然死に至るとすれば、典型的なものは 8 例であり、残りは不明 20 例、不定 17 例となる。

亀山は、京都大学老年医学教室に所属し、「臨床的病理学的考察」をもとに、「(老衰として) 診断せざるを得ない (亀山 1990)」としての立場を表明しつつけた。ただ、厳密に文献をたどると、亀山 (1974) の浴風会における剖検診断の出現率 3 % (2.8 %) は、関論文 (1951) の 0.57 % とは相違する。

病理学者としての嶋田は、「いわゆる老衰」という表現で、超高齢者の「老衰」の存在を容認する論調となっている。「いわゆる老衰」の表現はすでに、臨床系の論文で (村地 1967. 東京大学老年病科) が「いわゆる老衰状態」と言明している、延長にある。ここでは、消極的な言明であり、かならず論文内には、「老年者の多くは、やはり何等かの疾患によって死亡するものである」(村地 1967) との表現と並存している。

3) 「科学的根拠」

江崎行芳は、東京都老人医療センター臨床病理に所属する。江崎 (1999) は、『「百寿者」の死因—病理解剖の立場から—』において、百寿者 42 例の剖検症例の検討結果をもとに、死因となったのは、敗血症 16 例、肺炎 14 例、窒息 4 例、心不全 4 例、脳卒中 2 例、その他 2 例であった。そこからの結論を、以下のようにのべている。

その他とした 2 例では、高度の低栄養状態が死亡の基盤となっていた。「老衰死」が妥当と思われたものは 1 例も存在しない。

いかなる老人であろうとも、高齢であるがために自然死を来すものではなく、人は必ず病気によって亡くなることが明らかである。

超高齢者では、①免疫機能の低下、②嚥下・喀出機能の低下、が致死的な病態と結

びつきやすい。しかし、このことと「老齢であるが故の自然死」とは関わりない。「老衰死」なる言葉に科学的根拠があるとは考え難い。

病理解剖の主たる目的の一つに死因の追求がある。それ故に、常日頃、老年者の解剖に従事している病理医が「老衰死」という診断の逃げ道を作り、死因追求という重要な課題を放棄することは許されない。

「老衰」診断の容認の論調の中で、ふたたび基本的な病理学的「老衰」の立場が言明された。そこには、病理学者の基本的立場も言明されている。すなわち、「人は必ず病気によって亡くなる」という、近代医学の始まりにさかのぼるものである。

4) 百寿者からのメッセージ——長寿老人・長命老人

病理学的「老衰」の流れのなかで、田内久の所属する愛知医科大学加齢医学研究所の「百寿者」の論調が江崎とおなじ時期に開始されている。おなじ「百寿者」を対象にしながら、田内・佐藤の基本的立場は、「長寿老人」と「長命老人」の定義である。両者の論文から要約すると、その定義は以下のようになっている（佐藤 2001）。

長寿老人：

殆ど天寿を全うしたと考えられる、生理的老化像—実質細胞数の減少による臓器萎縮のみしか認められないもの、極めて少数であるがそんざいする。時代差は殆どない。

長命老人：

生理的老化に病変が多彩に加わって認められるもの。この状態に僅かな肺炎などが加わって認められるもの、軽度な病変でも予備力の低下、免疫力の低下（それぞれの細胞数の減数が基底にある）により、死を迎えやすい。

おなじ「百寿者」をあつかった江崎とは根本的に相違するのは、「極めて少数であるがそんざいする」という言明である。時代的には「百寿者」が増加してくるという、背景とも重なっている。「最長寿命は人類が地球上に現れた時からおそらく変わっていないと思われ」、「百寿者でも最後まで静脈栄養により栄養管理のなされた症例の多い最近の例では、減数による機能減退を代償する増容が特に著明であり」、「多病でありながら、医療や生活環境の改善により、生き延びることが可能な症例が増え、要介護の長命老人が増えてきている現状である」（佐藤 2001）。

これが「百寿者」からのメッセージである。佐藤（2001）の論文以降、病理学的「老衰」をあつかった論文は管見できなかった。

さて、公衆衛生学、病理学でも時代によって、その言説が変化してきたは、理解できた。つぎには、全体的に医学的「老衰」の言説は、どのような相互関係があり、どのように変化してきたのかを、明確にしなければならない。そのための、前準備として前章で、「レトリック分析」と「社会問題の自然史」概念を、のべておいた。

第3節 医療的・臨床的「老衰」のレトリック分析

医学論文での、公衆衛生学、病理学的論文の言説を検討してきたが、ここからは、「社会問題」のレトリック分析の視点で、これらの言説を再構成する。資料は、著書や厚生省・厚労省などの資料もふくめ、その範囲は広くなる。

1. 「専門分野」——病理学（法医学）・公衆衛生学・病院「臨床」

さて、病理学的「老衰」が「自明性」をもつとしてきたが、その根拠は何だろうか。尾藤誠司（2006）は次のようにのべている。

われわれ医師は、病態生理の従者である。王様である病態生理を主人として、因果律という絶対的な憲法を遵守して生きること、それが医療である（尾藤 2006 : 88）。

医師の意識のヒエラルキーのなかで、病態生理に従って行動するということは、かなり高い所に位置している。逆にいえば、病態生理に即していない行いをすることは、とても後ろめたい行動として感じられるのであろう（尾藤 2006 : 91）。

このように「病態生理」が王様であるが、そこに君臨するのが病理学といってもよい。第2章ですでに論じたように、「医学的知識」、「疾病分類」の根底にあるのも、病理学である。それは、医療史であつかわれており、現在も「医療」の分野では生き続けていると言えよう。その前提で「老衰」を論じる必要があり、そこには「医療社会学」としての、批判的視点がなければならない。

前述の、病理学的「老衰」の言説でも、そのことはうかがわれている。すなわち、病理学の「科学的根拠」という、「医学」の思考概念からは、絶対的と思われる基準には、真っ向から反論はできない。おなじように、「老衰死」を対象とする公衆衛生学でも、統計という「客観的」データのもとに示された、死亡率の「比較」から発せられる、「後進国の段階」も、同様な絶対性を有するといえよう。

この間にあって、病院「臨床」は「いわゆる老衰」、「社会的概念」としての「老衰」という、「転換」をはかって、経験医学としての「臨床」の立場を表明するということになる。

その相互作用を、図3-3に概念化してある。ただここでの「臨床」を病院「臨床」として区別するのは、医学論文のほとんどは「医学部」あるいは「専門病院」からのものであるということである。すなわち、診断現場の「臨床」とは、思考を異にするからである。

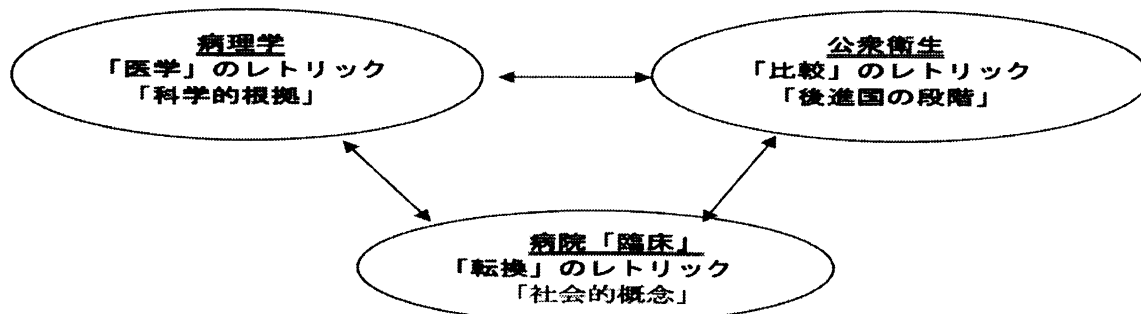


図3-3：専門性のレトリック

「臨床」も、病院「臨床」からさらに、社会関係の濃密な診断現場に近づくに従って、その言説も相違してくる（図3-4）。そこでも、上述の専門性による、階層的構造は生き続ける。このことは、実証研究の章で、ふたたび論じていく。

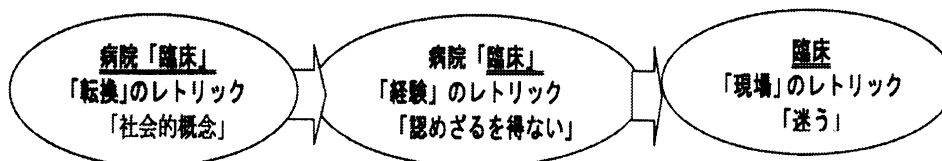


図3-4：「臨床」のレトリックの推移

2. 「臨床の場」——病院・診療所・施設

さて、死因「老衰」と直接むかいあう現場はどのような言説構造になっているのだろうか。そのためには、日本の「医学教育」過程と「専門医」養成過程の理解が必要である。その概要をみるには、猪飼（2010）の『病院の世紀の理論』が有用である。

19 世紀後半以降の医学・医療技術の進歩は、医学的知識の習得の重要性を高めると同時に、必要とされる臨床経験の量をも増大させたのであり、19 世紀末以降に明確になりつつあった医師の専門分化（specialization）は、まさに知識・経験両面における習得内容の増大によってもたらされたのである。そして、少なくとも近代以降、この医学的知識と臨床経験は、ともに臨床能力の中心的要素として存在してきたのであり、それは、医師の専門分化が深化した今日にまで引き継がれてきているのである。（猪飼 2010 : 99）。

序章でも、医療内部からの著者の、「経歴」を問題とした。その年代から考えられるのは、日本独自の「医局制度」を抜きにしては、論じられない。

医局のローテーション人事が、ある時期終了するということである。これは卒後 10 ～15 年後ごろのことであるが、ローテーション終了を期に、医師たちは開業したり病院の診療科長級ポストに就任したりする（猪飼 2010 : 100）。

かくして、今日の医師には免許取得、「一人前」という 2 つの区切りを挟んで、専ら医学知識を習得する時期（Ⅰ期）、指導的医師の下で臨床経験を蓄積する時期（Ⅱ期）、診療上の最終的な決定者となる時期（Ⅲ期）に分類することができるのである（猪飼 2010 : 101）。

図 3－5 に猪飼が示したように、「臨床研修医制度」以前は、医師の「経歴」は、おおまかに、下図のながれで形成されてきたといえよう。当然それは、「医療経験」でもある。序章での著書等の医師、また後述する「診療所」医師の「経歴」でもある。

医師免許取得 → （医局制度） → 「一人前」		
医学校における卒前教育 主に医学知識を習得 （Ⅰ期）	病院における卒後教育 主に臨床経験を蓄積 （Ⅱ期） （医局制度における「ローテーション」人事）	診療上の実質的決定者として臨床に従事 臨床経験の蓄積が続くが制度的規律なし （Ⅲ期） （医局の人事権の圏外へ移行）

図 3-5：日本における医師のキャリアと医学知識・臨床経験の習得パターン

出典：猪飼周平（2010 : 101）図 3-1 の一部を抜粋、改変。

砂原茂一（1983 : 73-76）が、「タテとヨコの専門分化」と表現している、一つが「専門医」で、猪飼の「一人前」のパターンによって説明されるものである。もう一つは、「分化は医者専門の間だけでなく診療機関や病院相互にも起こります」というように、「診療の場」によっても相違する。

それは、いままでみてきたように「病院」「施設（特養など）」と、実証研究の対象とした「診療所」の関係となる。「病院」とは「救命」や「治療」を目的とする（田中 2010）、特養（施設）でしか「自然死」はみられなくなった（中村 2012）などの言説をもとに概念形成をした。それが、図 3－6 の「臨床の場」のレトリックとなる。ここでは、「診療所」では「老衰」、施設では「自然死」と分類してあるのは、医療行為の程度の多寡を意識したものである。

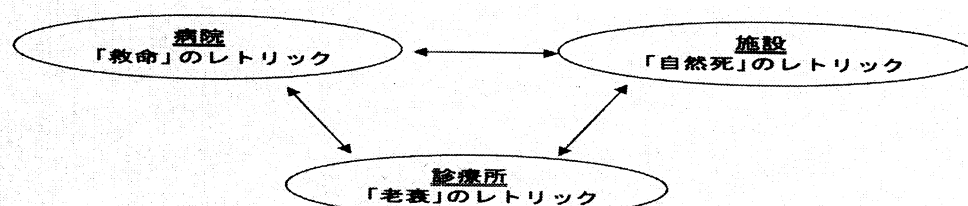


図3-6:「臨床の場」のレトリック

戦前からすでに専門分化の強い傾向が顕著だったのです。これは医学研究における強い分析的傾向の反映であり、要するに狭くとも細かい、あるいは深みのある情報に通じている方が有能であるとして信頼され尊敬されていたから専門家ほど大きな態度ができたし、したがって経済的評価も高かったのでしょう（砂原 1983: 75-76）。

このように「専門家」集団で組織された「病院」は、二重の意味で「信頼・尊敬」されることになる。「専門医」という価値と「病院」という価値をあわせもつ「専門性」が機能する根拠はここにある。そこでは、「専門家」の診断・治療は、非専門家に比し、明らかな権威が付与され、「自明性」をもつものとなる。これが、「老衰」診断の場で機能していることは、診療所から病院勤務となった、医師の言明にみられたことは、すでにのべた。

本節の要点は、「老衰」言説は、それぞれの専門分野の「専門性」を経て明言される。さらに、その言説は並列的にあるのではなく、「医学知識」の科学性としてのフィルターを通してのものである。すなわち、「専門分野」においても「診療の場」においても、「自明性」をもつのは、この「医学知識」である。「診療の場」については、実証研究でさらに問題の所在を深めていく。

第4節 医学的「老衰」の通時的比較

さて、「老衰」のカテゴリーは基本的には、「国際ルール」の変更をもとに、変遷してきたことはすでにのべた。そして、「翻訳」されて「日本ルール」となる過程も、検討してきた。それらを、これまでは歴史社会的に記述してきた。そこで、「社会問題の自然史」の視点では、どのようにとらえられるのか、が本節の課題である。

前章で、予備的に社会問題過程間の比較、社会問題過程間の相互作用についての検討を、終えているので、本節では、その視点から「老衰」問題に応用する。

1. 死亡原因「老衰」期（I期）

この時期は、「老衰」の「医療化」という点では、「問題構築の端緒」とはなる。しかしそれは「国際ルール」を所轄官庁が適用するという、一方的な方向である（図3-7）。基本的には「人口」統計は、「医療化」を目的としていなかった。そこには「相互作用」はみられない。また、所轄官庁の歴史過程における「老衰」の制度化・規範化の相違ものべた（図3-7）。

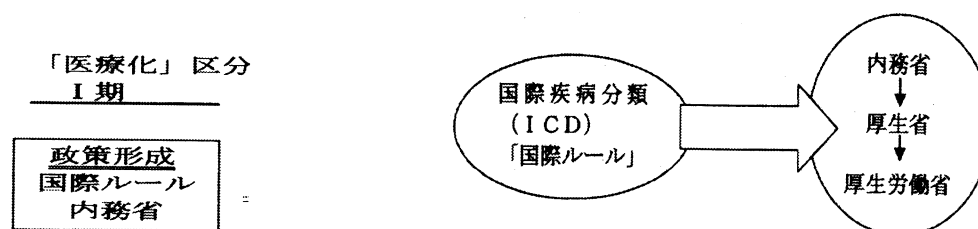


図3-7: 医学的「老衰」の通時的比較——I期

2. 原死因「老衰」期（Ⅱ期）

「老衰」の取り扱いが大きく変化するのは、戦後のこの時期である。もちろん、「国際ルール」の主要な変更時期であることと重なり、しかも GHQ の占領下という特殊な事情もある。この時期を 3 区分してあるのは、「老衰」の制度化・規範化という、行政上の組織形成の変遷と同時に、それが「社会問題」化していく過程でもあることが、明確になるからである（図 3-8）。

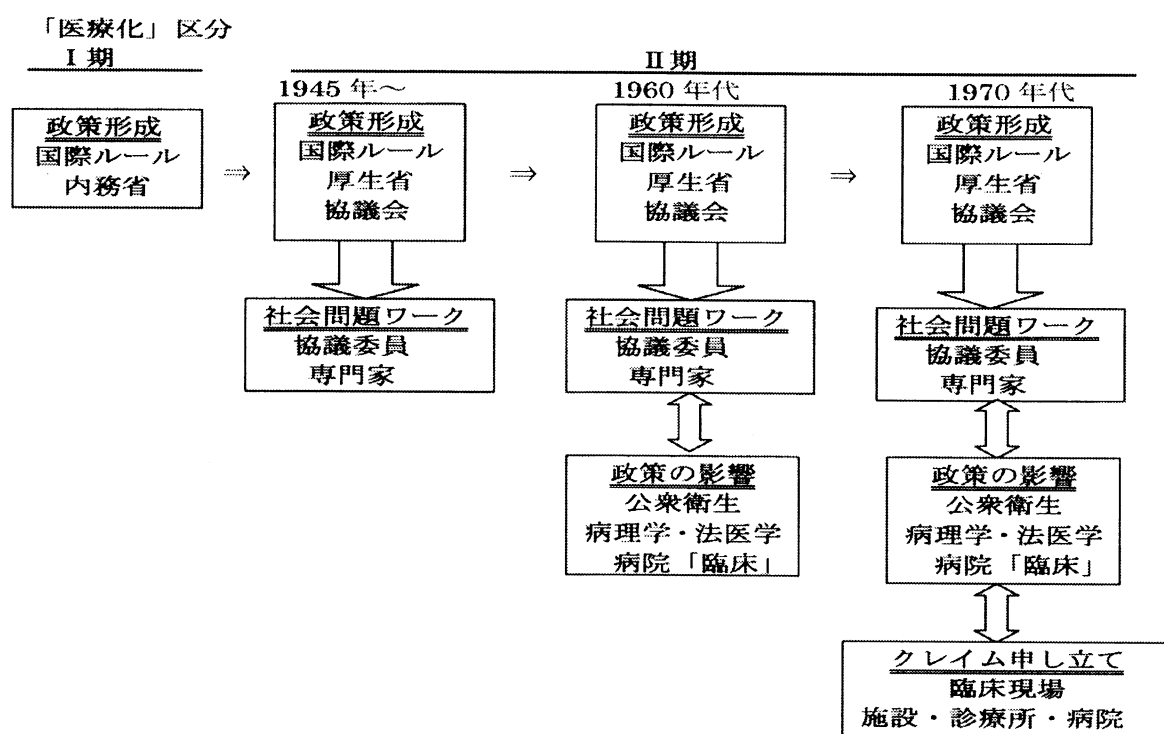


図 3-8：医学的「老衰」の通時的比較——Ⅱ期

Ⅱ期でのキーワードは、赤川（2012）の「お上」主導の社会問題という概念である。赤川は「日本における社会問題のプロセスの一般的な特徴とまでいえるかどうかは定かでない（赤川 2012：111）」とことわりながら、「まずは諮問機関や官僚のなかから政策形成が先行し、民間の反対運動や議会の多数派工作がそれを後追いする形で展開する」のを、「お上」主導型の社会問題と規定している。

筆者は、このⅡ期全体を、赤川の「お上」主導型の社会問題としてとらえている。しかし、そのなかでも「医療問題」としての下位カテゴリーの視点からは、3 区分できるという立場である。それは、戦後 1952 年までは、占領下で GHQ の影響を受けながら、制度化・規範化がなされて行く過程である。この間は、「お上」の領域内で「政策形成」がなされている。すなわち、戦前後の混乱した時期に、適用の遅れた「国際ルール」を、必死に取りもどすという過程である。それはすでに、歴史社会学的視点では要約した。

主要医学論文発表年代（表 3-5）からみると、1950 年代後半から各専門分野の発表が多くなることが確認できた。すなわち、ここから「医療問題」としての死因「老衰」が「政策の影響」として、論じられことになる。さらに、病理学・公衆衛生学としての論文に、臨床（厳密には病院「臨床」）からの「クレーム申し立て」が 1970 年代から多くなることになる。

3. 無視される「老衰」期（Ⅲ期）

1980 年代は医学論文の発表数は一時少なくなり、1990 年代からその発表数が増加するようになる。同時にここではじめて、ながい間の「医療問題」から「社会問題」への転換が見られる。その背景は、日本の高齢化・長寿化であり、「大衆の反応」は「高齢者問題」と

して、「メディア報道」がなされている時期と重なっていると管見する。さらに、「高齢者」問題が、「老衰」問題として「社会問題」化するのは、2000年代からである。すなわち、臨床の現場からの「クレーム申し立て」が多くなり、さらに「大衆の反応」としての「社会問題」の自然史サイクルが成立するからである⁽³⁾。

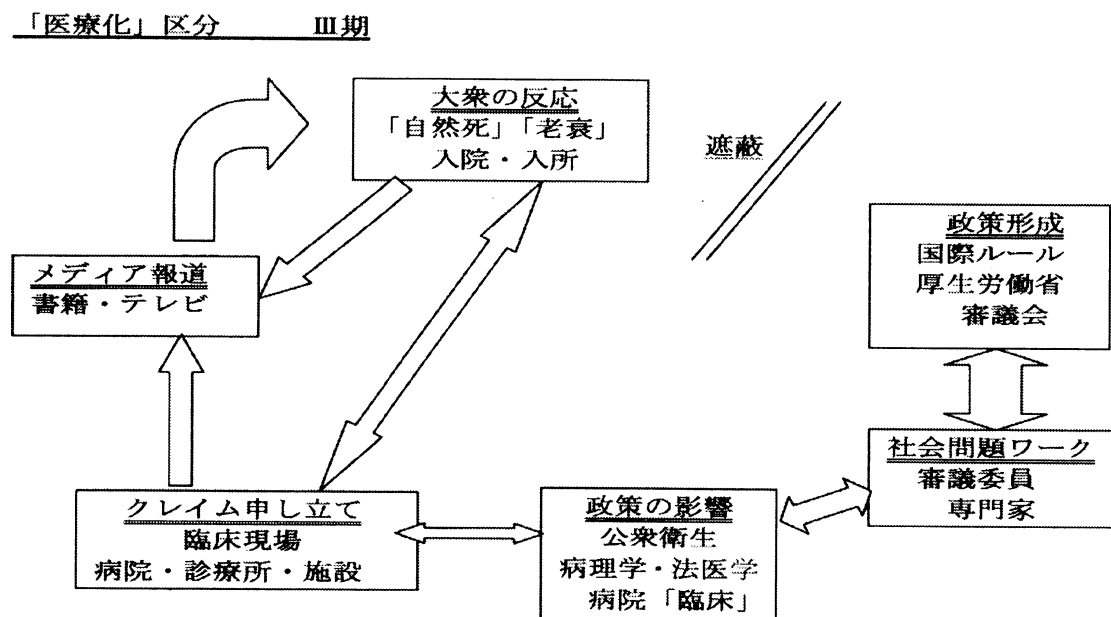


図3-9：医学的「老衰」の通時的比較——Ⅲ期

しかしこのサイクルは、図3-9に示すように、「大衆の反応」と「政策の形成」の間には相互関係がみられない。すなわち、「みえない制度」が可視化されたことになる。歴史社会学的視点では、この時期は「無視される『老衰』期」と規定された。レトリック分析、自然史の視点では、新たな様相を呈することが、明らかになった。ここでも赤川の「社会問題の経路依存性」という概念を応用してみよう。赤川は「経路依存性とは、ある制度やメカニズムが、過去の出来事の経緯や歴史的偶然に拘束されながら現在の形となっていることである」（赤川 2012：128）としている。それは、「老衰」の経路依存性にもあてはまる。すなわち、かつて重大な論争点となっていた死因「老衰」が「無視」される状態に変化してきたことに適用可能である。それが「医学」「医療」の場からの、「科学的」「確実性」という「自明性」を通して、「臨床の場」に提示される背景である。

図3-9の示すことを、さらに詳しくのべるなら、「政策形成」は「大衆の反応」からは完全遮蔽されている、さらに「クレーム申し立て」においても、必ずしも「みえて」いない。それは、序章の著書でも、後述の実証研究でも確認できる。ということは、すでに「専門家」を除いては、これまで筆者が行ってきた「国際ルール」「日本ルール」についての理解は、不十分であるということになる。もう一つは、「政策の影響」と「クレーム申し立て」との相互作用矢印が細いということである。すなわち、「科学的根拠」や「診断の精密度」を求める側からの「クレーム申し立て」は少ないこと。序章でのべたように、「医師の経歴」から「特養」や「診療所」からの「クレーム申し立て」であること。この二つの理由から、矢印が細くなっている。また、一面では、「クレーム申し立て」の場からは、「国際ルール」や「日本ルール」が「みえにくい」ことも含意している。

赤川は「経路依存性」概念は、さらなる研究を必要としている。「しかし社会問題のアーナを一種のディベートの空間として捉えたときに、どのような言説やレトリックが有効になるのか、あるいは行き詰まりうるのかを構築主義は、かなり細やかに記述できるのである」（赤川 2012：131）とのべている。本研究における「老衰」の自然史モデルもそのことを実証したこととなる。

本章の目的は医学的「老衰」の言説構造の分析であった。これまでの分析で得られた結論は、多層的・多様な医学的「言説」の構成を明らかにできたことである。その方法として、歴史社会学と言説分析の視点にレトリック分析と社会問題の自然史の視点を加えることにより、その相互関係と立体的側面が明らかにされたことである。ここに、本論の「社会学的」意義をみいだした。

[注]

- (1) 「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成 24 年版」は、約 31 ページの小冊子である。死亡診断書の各項目の記載についての定義や注意がのべられている。その目次は以下のようになっている。

目次

1	死亡診断書(死体検案書)の意義・・・・・・・・・・	3
	参考 医師臨床研修制度について・・・・・・・・	4
2	死亡診断書と死体検案書の使い分け・・・・・・・・	5
3	作成に当たっての留意事項・・・・・・・・・・	7
	(1) 一般事項・・・・・・・・・・	7
	(2) 氏名・性・年月日・・・・・・・・・・	7
	(3) 死亡したとき・・・・・・・・・・	7
	(4) 死亡したところ及びその種別・・・・・・・・	8
	(5) 死亡の原因・・・・・・・・・・	8
	(6) 死因の種類・・・・・・・・・・	15
	(7) 外因死の追加事項・・・・・・・・・・	16
	(8) 生後 1 年未満で死亡した場合の追加事項・・	18
	(9) その他とくに付言すべきことがら・・	18
	(10) 診断(検案)年月日等・・・・・・・・・・	19
4	その他の留意事項・・・・・・・・・・	19
	(1) 人口動態調査への協力について・・	19
	(2) 死亡診断書(死体検案書)の取り扱いについて・・	19
	コラム「原死因ってどう決めているの?」・・	20
	付録①出生証明書および死産証書(死胎検案書)記入マニュアル・・	21
	付録②疾病、傷害及び死因分類(ICD-10(2003 年版)準拠)の解説・・	29
	編集・発行 厚生労働省 大臣官房統計調査部 医政局	

- (2) この文献は以下の通りである。

Koch, R. & Becker, H. W.: Wesen und Wert der Todesurache “Alterschwache” aus statistischer und pathologische-anatomischer Sicht, Munch. Med. Wsch., 10:381, 1958

- (3) 1994 年の永六輔の『大往生』では、「老衰」についての言及がある。1999 年『アエラ』で老衰死がとり上げられている。社会学の論文については、1995 年以降(表 3-4)。老人の「社会的入院」については、印南一路(2009)、「老いをめぐる政策と歴史」は、天田・北村・堀田編(2011)。

第4章

社会的「老衰」の構成——「長寿・自然」

序章で、社会的「老衰」は歴史的・文化的背景をもつ「老・衰」＝「長寿・自然」という概念であると定義だけのべた。本章では、これまで分析してきた多様な医学的「老衰」に対応する、社会的「老衰」を「長寿・自然」として再構成する根拠を明らかにする。

まず、「老衰」の多様な語りを示し、そのほかの「形容される死（満足死、平穏死など）」との共通点と相違点を明示し、「老衰」の特殊性をのべる。つぎに、「老衰」を医療史文献から概観し、死因分類前史としての「老衰」を検討する。

以上の論点から、本論文における、社会的「老衰」を、「老・衰」＝「長寿・自然」という歴史的・文化的背景を持つ、肯定概念として組み替える。このようにして、組み換えられた社会的「老衰」が、綿々として「老衰」言説の場に現前してきた／していることを明らかにする。

ここでの仮説は、以下のようになっている。

- ①死因分類前の「老衰」は、高齢が希少価値をもち、長寿として敬われ、死に至る過程においても、天命、天寿として「自然に」「枯れるように」という肯定的感情をともなう概念である。それを、社会的「老衰」と定義する。
- ②この定義により、これまでの医学言説では、「老衰」は社会的概念であると抽象的で形式的に定義されていたものが、具体性をおびて、「老衰」言説の場において、その歴史的・文化的意味を含有する肯定概念として現前してくることが理解される。

第1節 対象「老衰」の語り

すでに序章でも対象「老衰」の多様な語りは、例示してある。また、これまでの医学言説でも多様性は明らかであった。本節ではその多様に語られる「老衰」の背景を明らかにすることである。

1. 「老衰：ろう・すい」——「死にゆく過程」を含有する表現

本論での「老衰」の定義は、これから構成する社会的「老衰」とこれまで分析された医学的「老衰」を含む概念である。さらに、天田の〈おい衰えゆくこと〉の社会学で検討したように、天田の「否定的概念」ではなく「肯定的概念」としての価値評価を含むものとした。本論の社会的「老衰」の定義を構成するに当たり、「老衰」を「ろう（老）・すい（衰）」としてまず分節化し、それをさらに統合して定義を行なった。

1) 国語辞典——「老衰」は「老衰」死を含まない

国語辞典で「老衰」の項を引くと、老いて心身が／の衰えること（大辞林、広辞苑）であり、「老衰」死の記載はない（表4－1）。

表4－1 辞典での定義

項目	大辞林（2006、第3版）	広辞苑（2008、第6版）
老衰	老いて心身が衰えること	老いて心身の衰えること。
自然死	外傷や病気などによらず、生活機能の自然衰退によって死ぬこと。老衰死。	寿命が尽きて死ぬこと。また、事故・殺害・自殺などによらない死

死ぬことについては、大辞林では「自然死」の項に「老衰死」と記載されている。すなわ

ち「自然死」＝「老衰死」の表現を可能とするものと理解される。広辞苑では、「老衰死」の定義はされないが「自然死」＝「寿命」とされている。日本国語大辞典(2002,第2版)では、ろう・すい【老衰】[名]老いて衰弱すること。年にとって体のおとろえること。東南院文書〔766〕、太平記、浮世草子等の記載を引用している。また、おい・おとろ・える[おとろへる]【老衰】・歳をとって衰弱する。老衰する。竹取物語、平家物語での記載を引用している。

いずれにしても、国語辞典での「老衰」は「死にゆく過程」を表現している、と理解される。

2) 百科事典——「老衰」死を含む

日本大百科全書(1994年版)では、「生体が老化し、全器官・組織に老人性退行性変化が進んで衰弱した状態をいう。各器官・組織の老化は、かならずしも並行して起こるとは限らないが、老衰では生体全体に老化および老衰が認められる」とまずのべられている。その後は、病態生理学を中心とした医学的説明がなされている。ここでも、老衰死という言葉はもちいられていない。

さらに時代を遡る世界百科大辞典(1984年版)では、以下のような記述をとっている。

「高齢により全身各所の機能が衰えることをいい、これによる死を老衰死または自然死という」「近年診断学の進歩とともに老衰という診断名はかなり減少した」「真の意味の老衰はみられないように思われる」となっている。後半は、医学的解説同様である。

前者では、「衰弱した状態」までの説明であるが、後者は「老衰による死」を「老衰死または自然死」としている。両者ともに、医学的表現—生体、老化、器官・組織、退行性変化—で定義されている。それは、記名者は、前者が生理学者、後者は法医学者という、出自によるものである。

参考として、現在一般の人びとが、手軽に目にできる、フリー百科事典「ウィキペディア」(2014年1月30日現在：<http://ja.wikipedia.org/wiki/>)の説明を記述する。『老衰』とは、年をとって心身が衰えることを意味する。医学が未発達時代には高齢者の死因は老衰が原因としていた。生物学的・医学的には老化に伴って個体を形成する細胞や組織の機能の低下、恒常性の維持が困難になることが原因。老衰によって生命活動が終わること(死ぬこと)を、『老衰死』という。老衰による死を表すのに、平素の日本語では『寿命が来た』『寿命が尽きた』などとも表現する」と説明している。

このように、一般的には、「老衰」は心身が衰えていく過程をあらわし、生命活動が終わること(死ぬこと)を「老衰死」として区別している。しかし、第2章で「老衰」の「医療化」で説明したように、死亡診断書では死亡原因を「老衰」と記載するために、医療の現場では、「老衰」は「老衰死」を含む概念となり、社会的意味を含みながら、現前することとなる。

要点は、天田の指摘と同様に「心身が衰えること」という過程を表現すると同時に、その結果としての「死」を含む概念として、本論では「老衰」をとらえるという観点に立つ。後者が死因「老衰」という概念であり、それを通して「老衰」に再接近することを検討する。

2. 「老衰」は多様に語られる

このこと—医学的意味と社会的意味を含む—から、「老衰」は様々な視点から語られるのが理解される。語られる場は、大きくは二つ、歴史的・文化的文脈と生物・医学的文脈の間で語られることが多い。とくに、歴史的・文化的文脈では、黒井千次(2010)、新村(1991)が表現するように、「自然な死」「生きつくした死」などの「良い死」の意味が含まれることが多い。

しかし、生物・医学的文脈では、その専門性により「老衰死」なる言葉に科学的根拠はない(病理学者)、「老衰死」は年寄りに与えられた「自然死」という特権である(特養医

師)の間で語られ、その意味づけ、価値観は一様ではない。また、大蔵は米国では「老衰」を病気(FTT)⁽¹⁾としてとらえる方向にあり、横内正利は「みなし末期」という表現で、倫理的な問題への言及がみられる(表4-2)。

表4-2:「老衰」のさまざまな語り

黒井千次 2010年 作家	「老衰」が医学用語であるのか否かは知らないが、しかしこの言葉には病名とは異質の響きがある。「老衰」のために命の終末を迎えたと聞かされると、なにか自然な気持ちを覚える。十分に生きた末のことなのだ、と納得させられる
新村拓、 1991 医療史家	自然な死とは病的な所見も苦痛もなく、加齢とともに臓器の生理的な機能低下による死をいう。昔から老衰と言われてきたこの自然な死も、医学の診断技術の進歩と、老人の受診率の向上によって次第に病名が付けられるようになり、老衰死は減少してきている。
天田城介 2002年 社会学	社会学的に表現すれば、こうした「老衰死」と医学水準の成熟との相関は、「死亡の原因」をメディカルな視線からいまだ明確に分節化することが困難な、残余的な領域が「老衰」による死亡として名づけられているゆえと言えよう。
中村仁一 2010年 臨床医	「自然死」の実体は、前述の通り、「餓死」(「飢餓」「脱水」)です。年寄りの“老衰死”には、このような特権が与えられているのです。
横内正利 2000年 老年医学	高齢者に特徴的なものとして、不可逆的な摂食困難という状態があり、之は老化の終末像(老衰)であり、また、癌を除く多くの慢性疾患の終末像でもあるが、生命の末期ではない。さらに、治癒する可能性があるのに末期とみなして治癒のための治療を放棄しようとするものがあり、筆者は、これをみなし末期と呼んでいる
江崎行芳 1999年 病理学	超高齢者では、(1)免疫機能の低下、(2)嚥下・喀出機能の低下、が致死的な病態と結びつきやすい。しかし、このことと「老衰であるが故の自然死」とは関わりがない。「老衰死」なる言葉に科学的根拠があるとは考え難い。
大蔵暢 2010年 臨床医	すべての高齢者は例外なく、加齢とともに不可逆性の老衰プロセスをたどる。個々の慢性疾患の管理と同様、老衰(Failure to thrive)も病気と捉え、包括的評価とマネージメントによる進行予防が重要である。
死亡診断 書記載マ ニュアル	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のない、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老衰も記入することになります。

すでに、第1章で明らかにしたように、日本の死亡診断書の「死亡の種類」には「病死及び自然死」の区分があり、さらに「死亡診断書記入マニュアル」には、「老衰」＝「自然死」ととれる文脈となっていることは記述した。これは、国家としても「老衰」で死ぬことは、「自然に死ぬこと」ということを含意することになる。この「行政」の定義は、国際基準でもなく、その定義も明らかでないことは、すでに検討した。

このように、歴史的・文化的文脈と生物・医学的文脈のあいだにあって、社会学的視点を明らかにする作業が必要である。そのためには、歴史的分析が必要になる。

その前に、超高齢社会での、日本の高齢者の「死」についての言説を概観することも意義があろう。

3. 形容される死「平穏死」「満足死」——「老衰」との共通性と異質性

わたしたちは、超高齢社会を生きつつある。また、すでに、これからも「多死時代」を生きることになる。このような時代を反映して、数々の「〇〇死」がマスコミをにぎわしている。たとえば、

「平穏死」——「肉体的にも精神的にも苦痛がなく、穏やかに亡くなるということであると、「平穏死」ですかね(石飛 2012)。

「満足死」——「あんなにお世話できて、みんな喜んでくれたんですから最高です。患者さんも家族も私たちも、みんなあんなに満足してもらえたら、どんなに素晴らしい

いでしょうね」疋田ははっとし、「そうだ、これが満足死なんだ！」と胸の中で叫んだ（私たち＝看護師, 括弧内筆者）（奥野 2007：70）。

「安楽死」「尊厳死」の議論は早くから取り上げられており、辞典にもそれぞれ「定義」づけられるようになっている（表 4－3）。

表 4－3：安楽死・尊厳死⁽²⁾

項目	大辞林（2006、第3版）	広辞苑（2008、第6版）
安楽死	助かる見込みがない病人を苦痛から解放する目的で、延命のための処置を中止したり死期を早める処置をとること。また、その死。安死術。	助かる見込みのない病人を、本人の希望に従って、苦痛の少ない方法で人為的に死なせること。
尊厳死	助かる見込みの全くないままに長期間にわたって植物状態が続いたり、激しい苦痛に悩まされ続けている患者に対し、生命維持装置などによる人為的な延命を中止し、人間としての尊厳を維持したまま死を迎えさせること。	1個の人格としての尊厳を保って死を迎える、あるいは迎えさせてやること。近代医学の延命技術などが、死に臨む人の人間性を無視しがちであることへの反省として、認識されるようになった

「形容される死」では、このように「満足に」「平穏に」「安楽に」「尊厳をもって」という、「苦痛のない死」、「良い死」が希求されているという共通性がみられる。「老衰」にも老い衰えに連続する「苦痛のない死」が望まれているのは「形容される死」と同様である。また「形容される死」は、死に至るまでの状態を表している。その言説の中に「老衰死」は含まれる。

それでは、「形容される死」と「老衰」の違いは何か。次の点で「老衰死」は「形容される死」とは明らかに区別される。①「老い」という年齢的な要因を伴う、②「老い衰えゆく」心身の客観的な判断をともなう、③疾病ではないが死因となる（小澤 2009：62）、④長い歴史性と文化性を持つ。とくに、③の死亡診断書の死亡の原因として「老衰」だけは記載可能である点では、「形容される死」との明確な相違である。

第2節 「老衰」の歴史的視点

それぞれの視点から、多様な語りとなる「老衰」を統合するためには、歴史をたどらなければならない。

1. 「自然死」としての「老衰」——天命、定命、天寿、寿命

「老衰」の言語学的起源を問うのではなく、明治期以前の「老衰」がどのようにとらえられていたのかを概観する。それには、医療史家新村拓の著書を基本にして分析する。

記録に残された長寿者が真実のものであったか否か確かめようもないが、古代・中世の人々の多くは死んだ年齢をもって「天命」と感じていたようである（新村、1991：48）。

天命とは定命であり、それは知ることのできないものである。しかし、天が寿命を司るのであれば、天の心を動かすことによってより長い寿命を期待することもできると、当代の人びとは考えた（新村 1991：49）。

新村の分析は歴史・文化的に本邦での「死」の概念一般に通ずるものであり、その中に「老衰」も含まれている。さらに、「医療史」の視点から、次のようなべている。

緒方洪庵の翻訳書『扶^ふ氏^し經驗遺訓』(1858—61年)巻一三によれば、「凡人命長久スレハ、自然二種ノ病態ヲ現ス。其証タル虚勞ト枯勞ノ二徴ヲ合セル者ナリ。之ヲ老衰ト名ク」とあり、老衰は「自死二趣クノ前道ニシテ、天寿ヲ終ル者ノ遁^{のが}ルルコト能ハサル所ナリ。故二固^{もと}ヨリ治スヘキニ非」ざるものであるが、医療的には「唯少諸証ヲ緩柔ニシテ、聊^{いささか}其進歩ヲ遅延ニシ、以テ耐ヘ易カラシム可キノミ」であるという(新村 2002 : 94)⁽³⁾。

ここでは、「老衰」は、「人命長久」し「自然」な「病態」となり、「天寿」を終わる者とされる。このような状況での「死」は、次のようなものであった。

それまでの社会においては、変死・横死(不慮の事故)、または悪しき風聞などがなければ検使役による検分もなく、死は家族・親族らによる確認と、宗門改めの際に死亡を申し出る程度のことで済まされていた。また、臨終の場に医師が立ち合うこともまれであった(新村 2002 : 174)。

現在の死亡診断書でいう「外因死」でなければ、「死因」「病名」は必要でなかったことが明らかである。また、治療手段もなく「自宅」での看取ることになり、患者は直接「死」と対峙するという、フィリップ・アリエスの「飼いならされた死」⁽⁴⁾の概念(Aries P. 1975 = 1983 : 25)に一致する。

2. 死因分類前史の「老衰」の扱い——「老齡・高齡・老年」

このようにみられてきた「老衰」は、「医療化」により、概念の変化または追加が行われるようになる。死因分類後のわが国の状況は、以下のようになる。

死にあつては医師の診察、死亡診断書の提出が不可欠となっている。それがなければ埋火葬の許可が下りないからであるが、そうした仕組みを作り上げたのは明治政府であり、1880年代初めのことである。これによって死は医師を介して公的に管理されるものとなり、医療の中に取り込まれることになった(新村 2002 : 174)。

このような状況の中で、1875年(明治8年)の日本死因分類は以下のようになっている。

第1類：流行病。第2類：全身病。第3類：神経系病。第4類：血行器病。第5類：呼吸器病。第6類：消化器病。第7類：泌尿及生殖器病及婦人病。第8類：小児病。第9類：皮膚病。第10類：外襲変死。第11類：原因不詳。(明治16年、第2類：發育及榮養的病に分類に変更されている)(厚労省 2001a)

明治8年の分類では、第2類 全身病に、明治16年の変更された分類では、第2類 發育及榮養的病という、大分類のなかに、死因「老衰」が定義されている。

これは、「明治32年の死亡票は100万におよび、その記入された死因名は1万内外で、記入名は、漢名、英語名などすこぶる煩雑であつたが、それを、12病類として、重要死因46分類している。その第39が『老衰』である」(厚労省 2001a)と説明されている。

また、第3章でもふれたように、死因分類の解説として、以下のようになっている。

明治32年～41年(1899年～1908年)：ICD-1

日本分類 第39 老衰

「年齢60歳未満の者に対し老衰と記せるものは不明の病名を附したるものに編入せり。

明治 16 年の死亡原因類別では、第 2 類に属する」
大正 12 年～昭和 7 年（1923 年～1932 年）：ICD-3
大分類 13. 老年 164、老衰
○老衰 老病、老人マラスムス（筆者注記：マラスムス＝消耗症）、栄養消耗
○60 歳以上の老年に限る

ここからみてとれるのは、「老衰」は「全身病や発育及栄養的病」というカテゴリーに分類され、かならずしも「老衰」という死因は一定の定義や概念のもとに分類されたものではないことが明らかである。

これは、日本のみでなく、ヨーロッパの文献でも、同様であった。ジェイムス・ライリー（Riley J. C. 2001＝2008）を引用する（表 4－3）。

ウィリアム・ブラックは、ロンドンの 1701～1776 年までの 170 万人分の死亡原因を集計した。表はその結果と 1992 年の英国の死因構造を対比させたものである。18 世紀のロンドンのデータは、主に一般女性が副収入を稼ぐ目的で「検査報告者」として死亡と死因を市当局に報告したものである。報告の多くは症状と病気の影響についてであり、疾患を特定できない。死因の多くは乳幼児期に関連し、感染症の徴候か症状である。内臓疾患は主要死因ではなかった。「検査報告者」は死体をちょっと見て、家族等から情報を集めるだけで、解剖はしなかった。（中略）18 世紀には確立された死因分類はなく、いまから見れば死因はいい加減なものにみえる（Riley J. C. 2001＝2008：12）。

『国際疾病分類第 10 版』（ICD-10）にもとづいて分類された 20 世紀末の死因は、慢性臓器疾患が主要死因となったことを示している。1992 年の英国では死因の 70%以上が癌と循環器疾患であった。同時にブラックの集計に比べて死因の特定化が進み、死が個別の疾患に結びつけられている。実際、近代のアプローチでは死因の特定化が非常に進んだ。それでも、国ごとの医療文化の違いによって、死因が同じように記載されるまでには至っていない（Riley J. C. 2001＝2008：12）。

表 4－3：ロンドン（1701～1776）と英国（1992 年）の主な死亡原因

ロンドン（1701～1776）		英国（1992年）	
瘧疾	28.3	循環器障害	46.0
肺疾患	16.6	（虚血性心疾患や脳血管障害など）	
熱病（悪性熱、斑点熱、しょう紅熱）	14.7	肺癌等の新生物	26.0
天然痘	8.7	呼吸器疾患	11.0
老齡	8.0	消化器疾患	3.4
齒科疾患	5.2	精神病	2.4
浮腫、鼓脹	4.1	神経障害	2.1
喘息、咳	2.0	内分泌障害	1.8
胆汁、腹痛、腸念転	1.7	原因不詳	0.9
産褥	1.0	その他	6.4
（計90.3%）		（計100%）	

出典：ライリー、2008『健康転換と寿命延長の世界誌』

ここでは、「老齡」と記載されて、1700 年代のロンドンでは、「高齡」で死ぬ割合は約 8%と推計される（表 4－3）。時代が下って、1870 年代のシェフィールドでは、70 歳以上の死亡者の死亡「病名」が記載されている。ナオミ・ウィリアムス（Williams, Naomi：1996）の文献より、70 歳以上の高齢者の死亡についての抜粋を要約する（表 4－4）。

表 4－4：Reporting of Causes of Elderly Deaths (over 70 years) in Sheffield ,1870

Cause of death description	Total deaths	% of deaths	Total death (all ages)	% cause Aged >70
Old age	53	12.2	59	90
Senectus	41	9.4	54	76
Senile decay	40	9.2	42	95
Decay of nature	35	8.0	37	95
Natural decay	22	5.0	29	76
Age	12	2.8	14	86
Gradual decay	10	2.3	11	91
Senilis	9	2.1	13	69
Indigestion	2	0.5	2	100
Gradual decline	1	0.2	1	100
Subtotal(for above 10 causes)	225	51.6	262	86
Total deaths(for all causes)	436		6,255	

出典：Naomi Williams.1996).“The Reporting and Classification of Causes of Death in Mid-Nineteenth-Century England”、*Historical Methods*,29,58-71

- 要点は、
- ①1870 年英国シェフールドでの 6,255 名の死亡者の分析では、全死亡者に占める 70 歳以上の死亡割合は $436 / 6,255 = 7.0\%$
 - ②70 才以上の死亡者に占める老齢・老衰・自然死の割合が高い $225 / 436 = 51.6\%$
 - ③英語表記でも、「高齢」「老齢」「老年」などと表記される、「自然」「自然に」を含意する用語が用いられている。

日本での死因分類前史における病気の頻度は、宗門改帳や寺の過去帳をもとにしたものが多く、系統的には分類されていない。疫学統計の先駆的な英国での統計も、その病名の記載法はライリーが指摘するように「いい加減なもの」であった側面は否定しえない。

ただ、日本とイギリスの共通するところは、19 世紀末期までは、感染症が主体の死因統計、医療の未発達・治療法の未発達の時代で、「自然死」＝「老年」「老衰」の時代であった。また 19 世紀末までは「老衰」は大分類とはなっていない。この意味では、最初に「医療化」されたのは「高齢・老年」であり、「老人」が医療化された始めた時期とも考えられる。それを代表する分類が「老衰」であるという視点を本研究ではとっている。

第 3 節 社会的「老衰」の構成

さて、『老衰』は社会的概念でもある」との言説でとどまっている、「社会的概念」は具体的にどのように構成されるのだろうか。天田は「老衰」と〈老い衰えゆくこと〉を近似の概念として用いている。しかし、〈老い衰えゆくこと〉と表示することにより、「老衰」の肯定的側面は無視される、というのが筆者の認識である。

まず、筆者は「老衰」を「老・衰」に分節化して検討する。吉本隆明（2002）は『老いの流儀』のなかで、「老い」と「衰え」は同意語か、ということで以下のようにのべている。

「老い」と「衰え」は、本質的に関係ないと考えてもいいんじゃないでしょうか。しかし、老いてる本人にとっては「老い」と「衰え」が切り離せない問題となる。それは言語論と同じなんです。

「老い」と「衰え」ということばは、意味と価値が違うというのが本質だと思います。老人になるとだんだん「老い」と「衰え」が同じ意味に近くなっていくんだと思います。「死ぬ」という言葉も同じです。

若いときは「老い」と「衰え」の二つのことばで語られたとしても、老人の域に達すると曖昧模糊として形で絡み合って、本質的には分けて考えた方がいいのですが、「老い」と「衰え」がうまく分けられなくなるということですかね。

死にそんなことがあっても、「老い」と「死」は本質的に違うんだよと、考えたほうが良いような気がしているんです（吉本 2002 : 54-56）。

吉本にならい、「老い」と「衰え」を、死因「老衰」の視点で再構成する。

1. 「老い」の肯定——「長寿」

新村（1991）によると、わが国での高齢者の分類は古代にさかのぼる。

古代の『律令』においては、古代の『唐令』における 5 段階の年齢区分法を継受して 61 歳から 65 歳までを老とし、さらにわが国独自に 66 歳以上を耆とする分類を採用した（新村 1991 : 7）⁽⁵⁾。

平均寿命の格差は時代によって大きい、老人年齢の始期に対する考え方に違いのみられないのは、ヨーロッパにおいても同様である。パット・セイン(Thane, Pat.ed 2005=2009) は次のようにのべている。

実は、年寄りの定義には一般民衆の言説でも公的規定でも、時代や地域を超えて、驚くべき類似性がみられる。古代ギリシャ・ローマ、中世と近代初期のヨーロッパ、19 世紀の北アメリカとオーストラリアにおいて、老年期は、今日でもそうだが、六十歳から七十歳の間にどこかで始まると考えられていた（Thane, Pat.ed 2005=2009 : 22）。

日本では「老いの価値と評価」（新村 1991 : 15-34）として、以下の 5 つがあげられる。

1. 老いの知の有効性
2. 家族の精神的な紐帯
3. 旧慣故実・先例従死の姿勢
4. 人間関係における調節機能
5. 文化の伝承とともに長寿者が持つとされる呪力

前近代における老いの評価はこのように、肯定的価値をもつものであった。それが、「重なり続ける年齢を肯定する長寿の祝い」、長寿を表現する次のような日本の言葉となる。

77 歳 喜寿（喜の字の祝い）、80 歳 傘寿、88 歳 米寿、90 歳 卒寿、99 歳 白寿、100 歳 百賀などと表現されている。それは、現在も機能している。

病は治癒することによってそこからの脱出が可能であるのに対し、老いを年齢として捉える限り、それは逃れようもなく本人に付きまとい、生きてきた時間を本人の鼻先につきつける。病が相対的な状況であるとしたら、老いは絶対的な状態であるといわねばならぬ。病気の過去を否定する意味での快気祝いがあるが、老いはむしろ重なり続ける年齢を肯定する長寿の祝いしかない（黒井 2010 : 147）。

このように、日本の「老い」は、「長寿」という概念として、肯定的価値をもつものとなっている。当然その背後には、「長寿」を達成できる頻度は低いという、時代背景と環境がある。それゆえに「希少価値」をも含んでいる。

2. 肯定的「衰え」——「自然に」

「老衰」言説の中で、「自然に」「枯れるように」「自然死」という言葉は頻回に使われていることはすでにのべた。また、次章での実証研究でも、医師も看護・介護師も住民も同様の頻度で使われていることが確認されている。ここでは、一般的な「自然に」「自然死」をどのようにみているかをまずとらえる。

医療サイドでも、「自然死」という言葉が使われる。各種死亡統計の元になる、死亡診断書（死体検案書）には、死亡の種類の欄に、「病死及び自然死」という項目がある。ここでいう「自然死」とは、老化、老衰による死亡を指すとされている。

一方、私たちが自然な死と考える死は、どのような死だろうか。人生をまっとうして老衰で亡くなること。家で死にこと。過剰な延命装置から免れること。苦しまずに死ぬこと。家族や親しい人にかこまれて死ぬこと。眠るように死ぬこと……

総務庁の「高齢者の健康に関する意識調査」（平成9年2～3月実施）の「万一、あなたの病気が治る見込みがなく、死期が近くなった場合、延命のための医療を受けることについて、どう思うか」の質問に対して、80.2%の人が「自然にまかせてほしい」と答えている。

ここでいう「自然」とは、医療サイドの意味合いとは違う。医療サイドでは、「何が原因で死んだか」というように、病理的な側面から「自然」を解釈しているのに対して、この調査結果では、「どう死ぬか」といった、死を迎える姿勢や過程を重視しているのが見て取れる（牧野雅子 2000：93-94）。

ここでは、「自然」「自然死」は「死」一般をふくむ概念として用いられ、「老衰」もその中で、位置付けられている。牧野は医療者と「私たち」の「自然死」に対する意味合いは違うことを強調している。医療者は「何が原因で死んだか」という側面は、当然医師としての専門性にもとづく思考過程である。しかし、次章で分析されるように、現場の医療者は『『どう死ぬか』』といった、死を迎える姿勢や過程を重視して「老衰」診断をしているという側面が見のがされている。

それは、医療者と「私たち」が同じ価値観をもつという側面であり、それが「自然死」という概念である。

死は不可避である。だが、健康な長寿の果てに、平穏で自然な、あるいは厳粛な死を迎えることはあながち無理な相談でもあるまい（倉科 1990）。

3. 本研究での定義——社会的「老衰」＝「長寿・自然」

「老衰」を「老・衰」＝「老い・衰え」と分節化して、分析してきた。

「老い」は「長寿」と表現される肯定的概念として、古来から日本人の「尊老の精神」を伴った言説である。基本的には、平均寿命の短い時代に、長命という稀な価値をもち、さらに老齢を肯定的に評価する時代背景が重なって、その言動を形づくったといえよう。ここでは「老い」＝「長寿」となる。

「衰え」そのものは、単独では、否定低概念とみられるが、「老い」＝「長寿」に連続した「衰え」を指すものとしてとらえる。そこはまさに、「十分に生きた末」の「衰え」で、「自然」に、「枯れるよう」に、「死に至る」と比喩される状況である。ここで確認しておくことは、分節化された解釈を、「長寿のすえに自然に死に至る」という統合が必要であり、それを本論では「自然」として表現している。

「老衰」を「社会的概念」としてだけしか表現されていない医療言説に、「長寿・自然」として組み換えることにより、歴史的・文化的背景が明らかになり、「老衰」の肯定的概念としての意味が具体的となる。そこでは、医療者と「私たち」に共通する、価値概念があることになり、「老衰」の共通の認識が明らかになった。それが、死因「老衰」の社会的意

義でもあり、社会学的意義を見出す根拠ともなる。

なお、「老い」の上位のカテゴリーとしては「高齢・老年 (old age)」を、「衰え」を含む上位概念として「自然死」を定義した。しかし「自然死」は、一般的には年齢に関係なく、すなわち「長寿」を伴わない、概念でもあり、その範囲は広い。それは、医学的にも、社会的にもそのような解釈が一般的であり、欧米の概念とも一致する。しかし、日本では、「老衰」＝「自然死」の言説が多い。それは「死亡の種類」「死亡診断書記入マニュアル」の記載に見て取れるように、「国家」がその概念を定義しているからでもある。このことについては、のちに論じることとする。

第4節. 「老衰」言説の場の底流——社会的「老衰」

本研究では、社会的「老衰」は仮説のように、「老・衰」を「長寿・自然」と組み換え、肯定概念として定義した。そのことにより、綿々として、「老衰」言説の場に、浮かび上がってくる「老衰」に 具体的概念が与えられる。そこでは、内務省衛生局から厚生省という、新しい人口統計機関ができた翌年の 厚生省の幹部の、「衛生の理想」(高野 1939) という発言にも表れている。社会的「老衰」がいまだにおおきな比重を占めていた時代である。

戦後も、死亡診断書の「死亡の種類」にも、日本独自の「病死及び自然死」の項がある。さらに、厚労省の発行する「死亡診断書記入マニュアル」にも、老衰＝自然死として、解される文章となっていることも、社会的「老衰」の概念が背景をなしている。もちろん、医学言説のなかにも、とくに死因「老衰」に直接対応する、臨床医の表現は、あきらかに社会的「老衰」の概念をふくんだものとなる。

自然死とは全身老化による死亡のことであり、生活力が全く自然に衰えて遂に死に至るもので、天寿を完うした人の最後の状態を言う (和田 1971)。

それは、疫学者も以下のようにして、肯定している。

死因を厳密に詮索することなく《老衰》という診断名をつける習慣が古くからあった。これに対して、どんなに高齢の人でも、死ぬ時にはかならずなにかの病気が原因になっているはずで、それを特定できないのは医師の診断能力がたりないからだという意見が次第に優勢になってきた。／高齢期、とくにその後期における、正常と病気の区別が定かでない死亡について、《老衰》という診断名が用いられてきたのは、むしろ古人の知恵というべきかもしれない (倉科 1998 : 16)。

次章での「医師」に対する半構造化インタビューにおいてもそのことは確認された。このように、社会的「老衰」が綿々として、死因「老衰」の言説の場で機能していることが確認できた。

[注]

- (1) 大蔵の老衰(Failure to thrive: FTT)の説明は以下のようになっている。もともと小児科領域の用語で「何らかの原因による発育障害」を意味する。米国では最近特にこの言葉を、略語である FTT とともに高齢者医療の現場でよく耳にする。一人暮らしの虚弱高齢者が脱水や栄養障害などで入院してきた際など、入院時診断の欄に「FTT (Failure to thrive)」と記入されることが多い(大蔵 2011)。
- (2) 『安楽死』というのは誤解をまねく言葉だと思う。文字を率直に読んで、延命治療に対置する医学用語だとわかるのは、医学関係者のひとか、予備知識のあるひとにかざられていると思う。『安楽死』とおなじ意味でつかわれている言葉に『尊厳死』がある(木谷恭介、2011: 251)。
- (3) 『扶氏経験遺訓』(1858—61 年)は独人医師フーフェランド(1762-1836 ベルリン学派の雄)の原著(1835 年)を蘭人医ハーゲマンが 1838 年に蘭訳せしものを邦訳した。その内容総目録(七)消削病のなかには、肺労・・・虚労・・・老衰病・枯労(委縮)・・として、「老衰病」の記載がみられる(藤井尚久編、1956、『明治前本邦内科史 第3巻』: 94—96)。
- また、本間 棗 軒の『内科秘録』(一八六四年)巻五では、・・「老衰スルトキハ、無病ニテモ多クハ健忘ヲ免レヌ」ものであるという(新村 2002: 93)。
- (4) アリエスは「飼いならされた死」を以下のように記述している。「死をなじみ深く、身近で、和やかで。たいして重要でないものとする昔の態度は、死がひどく恐ろしいもので、その名をあえて口にすることもさしひかえるようになっているわれわれの態度とは、あまりにも反対です。それゆえに、私はここで、このなじみの深い死を飼いならされた死とよぶことにしたいのです。死がそれ以前に野生のものであった、そしてそうでなくなった、というようなことをいいたいのではありません。逆に、死は今日野生のものとなってしまう、といいたいのです(傍点原著、アリエス 1975=1983: 25)。
- (5) 広辞苑第 6 版では、【老耄】は「(「老」は 70 歳の老人、「耄」は 80 歳 90 歳の老人) 老いぼれること。老いぼれた人」となっている。

第5章

「老衰」診断の現場——医学的「老衰」と社会的「老衰」の共存する場

これまでの、おもに歴史的視点、言説分析の視点から、「老衰」および死因「老衰」の検討をおこなってきた。

序章での筆者の疑問、また特養医師の「クレームの申し立て」は、死因「老衰」を診断する現場からのものであった。本章では、ふたたび「現場」に戻ることになる。それは、これまで筆者が論じてきた視点の確認でもあり、別様の視点の可能性をも意図するものである。ゆえに、本章の主要な問いはつぎのように要約される。制度化・規範化され、「医学の進歩」または「死亡の防止」という自明性をもつ医学的「老衰」と、「長寿・自然」という肯定的な意味をもつ社会的「老衰」の間にあって、死亡診断の現場はどのようになっているのか。さらに具体的には、医師は、「老衰」および死因「老衰」をどのように理解し、その診断基準をどのように構成して、「選択と決断」をおこなっているのか。

先行研究にみられた、「医療における社会学」の限界を意識しながら、本研究では、半構造化インタビューを基にした質的研究を行なう。「老衰」診断現場のフィールドワークを通して、これまでの歴史的理論的視点に加えて、新たな視点の発見を意図している。基本的には、グレイザーとストラウスの『データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか』(Glaser B. G. & Strause A. L. 1967=1996) を手順として、Grounded Theory Approach (GTA) を用いて、死因「老衰」現場での理論産出をおこなった。

ここでの仮説は、

- ① 病院勤務の専門医は「老衰」記載をしない。すなわち、「病院」⁽¹⁾には「老衰」はない、専門医（病院勤務医）および家庭医（診療所医師）の共通理解である。
- ② 「老衰」の診断現場には多様な要因がある。医師が死因「老衰」の「選択と決断」をする時は、その多様な要因を考慮して行っている。
- ③ そのなかでも、「老衰」診断の場では、「暗黙の社会的基準」が機能し、その主要な背景は社会的「老衰」概念である、
- ④ 医師は、「診療の場」の移動——「医師の経歴」——に応じて、あらたな臨床経験のもとで、「医療」を再評価している。

以上の仮説の論証より、「医師は、医学的概念が曖昧なときは、社会的概念に軸足を移すことが多い」と一般化される。この一般化が、「老衰」診断の現場から得られるかどうか、本章の目的でもある。

第1節 方法と理論

1. 本研究の目的

死亡診断書の記載は医師の専決事項である。現場で医師は「老衰」の診断をどのようにしているのか、「医師個々人に内在する要因」に焦点をあてて、半構造化インタビューによる質的調査を行った。

目的

- ① 「診療の場」によって「老衰」診断に差があるのか。差があるなら、その要因は何か、を明らかにする。
- ② 臨床的に「老衰」を定義できるのか、さらに「老衰」の診断根拠をどのようにしてい

- るのか、を明らかにする。
- ③ 医師は、臨床の現場でどのような相互作用の下に、「老衰」診断をするのか、を解明する。
- ④ 「老衰」診断の現場では、医師の思考の背景をなすものは何か、を解明する。

2. 対象者の選択と属性

本章における、専門医、家庭医の区分は、医師自身の診療内容ではなく、「診療の場」を区分の基準としている（図5－1）。

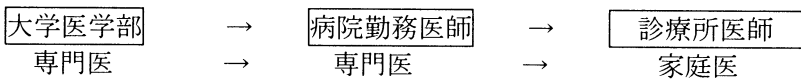


図5－1：本章における医師の区分

本研究の対象の医師（以下、対象医師と略す）は、12名である。このうち10名は、筆者と面識があり、2名の専門医は初対面である。専門医4名、家庭医8名の構成となっている（表5－1）。診療所医師は家庭医と総称してあるが、設立形態として個人開業（開業医）と公立診療所の区分も行っている。

対象医師の経歴等の概要は以下のようである。

- 専門医：病院勤務医は大学1名、大学→勤務医3名の計4名、
- 家庭医の経歴：大学→勤務医→開業医5名／診療所2名／自治医科大学1名の計8名
- 家庭医の診療形態：開業医5名（うち有床1、特養1、訪問診療4）、
公立診療所3名（うち有床1、訪問診療2）
- 年代・性別：年齢70歳台2名、60歳台5名、50歳台2名、40歳台1名、30歳台2名
男性11名、女性1名

面談の予約は、「大学院で論文を書くための、医療についての質問」として了解をしていた。事前に具体的内容、「老衰」と限定しなかったのは、筆者の経験上、医師はそのことに関する医学知識等を集積することが多いと判断したためである。本研究では、現場における、“感覚的”または“感受的概念”を重視したためである。

同様に、筆者と面識のある、看護・介護職6名、地域住民7名にもインタビューを行っている（表5－2，3）。その内容は、以下のように限定されたものであり、普段考えていることを表出してもらうことが、目的である。

表5－1：研究対象者の属性：医師

番号	年齢	施設タイプ	病床区分	経歴	時間
D-1	70代	民間病院	一般	大学→勤務医	20分
D-2	40代	公立病院	一般	大学	66分
D-3	60代	民間病院	一般	大学→勤務医	41分
D-4	60代	民間病院	一般	大学→勤務医	40分
D-5	60代	開業医	無床診	大学→勤務医→開業（訪問診療）	79分
D-6	60代	公立診療所	有床診	大学→勤務医→診療所（訪問診療）	41分
D-7	70代	開業医	無床診	大学→勤務医→開業	23分
D-8	60代	開業医	有床診	大学→勤務医→開業（訪問診療）	30分
D-9	50代	開業医	無床診	勤務医→開業（訪問診療）	45分
D-10	50代	開業医	無床診	大学→勤務医→開業（特養併設）	42分
D-11	30代	公立診療所	無床診	勤務医→診療所（訪問診療）	30分
D-12	30代	公立診療所	無床診	診療所	41分

番号は対象者のID、分は録音時間を表す（平均約42分）

表 5－2：看護師・介護師

番号	年齢・性別	施設	職域	時間
N-1	50歳代・女性	民間病院・緩和ケア科	看護師	48分
N-2	50歳代・女性	地域包括支援センター	看護師	27分
N-3	40歳代・女性	ディサービス	看護師	25分
N-4	40歳代・女性	デイサービス管理者	看護師	23分
N-5	50歳代・女性	デイサービス管理者	介護福祉士	15分
N-6	30歳代・女性	デイサービス・宅老所管理者	介護福祉士	73分

＊録音時間：平均 35 分

表 5－3：住民

番号	年齢・性別	居住形態	職業	時間
S-1	90歳・女性	娘と同居	無職	17分
S-2	75歳・女性	夫婦	無職	28分
S-3	72歳・男性	夫婦	区役員	31分
S-4	70歳・男性	夫婦	無職	15分
S-5	67歳・男性	夫婦・子供	会社役員	52分
S-6	63歳・女性	夫婦	無職	32分
S-7	35歳・女性	夫婦・子供	公務員	15分

＊録音時間平均 27 分

3. データの収集および分析法

1) データの収集

平成 24 年 4 月から 9 月の間で、半構造化インタビューを実施した。インタビュー・データは対象者の許可を得て、全員録音できた。

下記のインタビューガイドに沿って質問をおこなった。

臨床医インタビューガイド要点

- ①「老衰」の死亡診断をされたことがありますか。
- ②臨床的に「老衰」は定義できるのでしょうか。
- ③「老衰」の診断根拠－死因記載はどのようにしていますか。
- ④老衰の起点はどのような状態でしょうか。
- ⑤そのほか「老衰」についてのご意見をお聞かせください。

看護・介護および住民インタビューガイド

- ①「老衰」または「老衰死」という言葉について、何でも思われることをお話してください。自分では「老衰」をどのように、イメージしていますか。
- ②「老衰」は「病気」だと思いますか。

2) データの分析法

分析はデータ収集とほぼ並行的に進めた。

録音から逐語録を作成、データを部分に分けて検討・概念化する、オープンコード化を行い、前後データを継続比較しながらカテゴリー形成を行った。カテゴリー間の関係が明らかになった段階で全体のモデル化を試みた。具体的には、戈木クレイグヒル滋子(2008)、佐藤郁哉(2008)を参考として、理論構成をおこなった。

質的研究に関する文献および方法論等については、スーパーバイザーによるレクチャー、および指導を継続的にうけた。

4. 用語の定義

会話の中に出てくる「病院」「専門医」「診療所」「家庭医」は、幅ひろい意味を含む。医

療法上でも定義が変化しているので、大まかな概念としてとらえた。
また。死亡診断書（死体検案書）記入マニュアルは「マニュアル」に、国際疾病死因分類は「ICD」に統一した。

5. 倫理的配慮

臨床医インタビューガイド

前述のようにインタビューの目的を伝える。現場では録音の許可を得た。個人情報等には十分注意する旨を伝えたが、会話の中では、個人の情報についてのものはなかった。インタビュー内容は論文に使わせてもらうことと、確認をとることを伝えた。

住民・介護師等インタビューガイド

「死」についてのインタビューであることを了解していただき、拒否されても問題ないことを伝える。録音の許可を得、論文用のインタビューであることを了解していただいた。とくに、個人に関する情報は、インタビュー中には出ていないことを確認した。

第2節 「老衰」診断の経験——「病院」には「老衰」はない

まず、対象者の分類——専門医 4 名と家庭医 8 名——は、診療の場としては「病院」と「診療所」として区別される。本節では、まず「診療の場」における相異が確認される。つぎに、「家庭医」の多様性に移る。

1. 「老衰」診断の経験——「病院には『老衰』はない」は共通理解

「質問①.『老衰』の死亡診断をされたことがありますか」の対象医師の回答結果は、明瞭に2分化できた（図 5-2）。すなわち、「病院には『老衰』はない」である。その根拠は何だろうか。

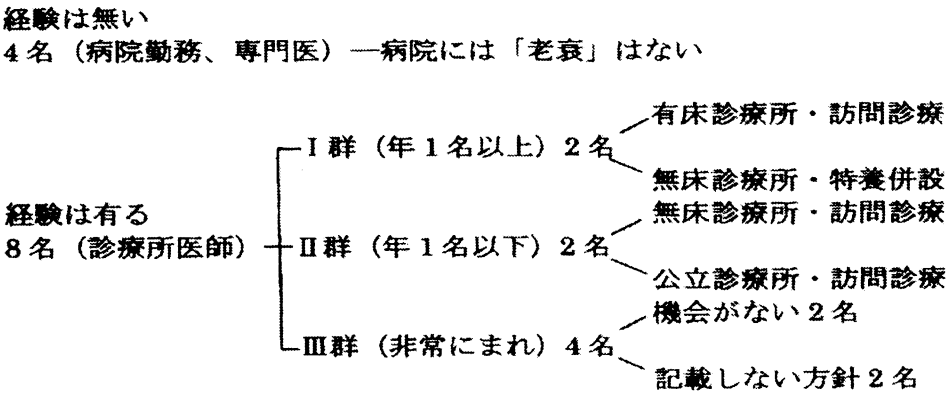


図 5-2 : 「老衰」診断経験の有無

「老衰」診断の経験はない——全員専門医

専門医は全員「老衰」診断の経験は無いと答えた。2 名は臨床経験がないため、2 名は死亡診断書はこれまでに多数書いたが、「老衰」との診断は無いと答えた。「老衰」診断の経験の有無に対する具体的回答は以下のようにになっている。本文中の「」は対象医師の発言、（ ）内は文脈を明らかにするための筆者による補足。

専門医

「病院ですから、病気があるから、何か病気を見つけていますよね、医者の方では。それが病気の原因で、老衰とつけられない」(D-3)。

「『老衰』は病院ではみない、俗に『年だから』『年よ』と表現される、直視していない。医師が老衰にどう関わるか、漠然とスリガラスを通して見るような、ナチュラルコースである。老衰も尊厳死も重なる」(D-4)。

「老衰の診断はつけたことがない。大学、一般病院では主治医が死因に疑問をもった場合に病理解剖となる。一般解剖（老人ホームなどで亡くなった）はしたことはない。何もなくて『自然死』、『いわゆる老衰死』、『純粋な老衰死』の経験はない」(D-1)。

家庭医：

「開業する前までは、全然老衰は書いたことも無かった。一般には専門医のときは考えないですね」「病院では絶対ありえないですよ。老衰なんて。何らかの緊急の状態があったから運ばれてきたから」(D-10)。

「専門医では『老衰』は書かなかった。現場で学ぶ」(D-11)。

専門医は、死亡診断書に「老衰」記載の経験はなく、家庭医も専門医のときは「老衰」の診断経験がないことは、臨床医師としての共通理解である。それは、「病院」は「病氣を見つける」(D-3) ところであり、「老衰」という概念を「考えない」(D-10) ものとする、「医療構造」となっている。またD-3 医師が病院長を務める病院での、23 年度中死亡者総数は230 名で、「老衰」との死亡診断書は1 名もいなかったことも確認できた。

専門医すなわち「病院」では、「老衰」という概念は持たないが、「診療所」勤務になって「老衰」を経験し、その概念を形成するということになる。逆に、診療所から「病院」勤務となった場合は、以下のような例示がなされている。

これは、医療関係者の情報交換の場で、「かつて地域医療を担っていたころは、私の死亡診断書には老衰という病名が半数以上あったように思います。山村で年老いて寝たきりになって自宅で看取った方は、みな老衰でした。15 年まえ、今の病院（研修指定病院）に移って、老衰という診断書はすぐに科学的でないと大変に批判されました。老衰であるという医学的な根拠を示せと。そのために「不詳の死」としているケースが増えました。もう10 年以上、老衰という死亡診断書は書いていません。そろそろ老衰という死亡診断書が許される医療に戻りたいと考えています」という意見が書かれていた（田畑 2011）。

「診療の場」、すなわち、ここでは「病院」では、構造的に死因「老衰」の「科学的根拠」が求められており、第3 章で論じた、病理学的「老衰」が自明性をもっているといえる。

2. 「老衰」診断したことがある——「家庭医」の分類型

家庭医は全員これまでに、「老衰」の診断書を書いた経験はありと答えた。しかし、経験年数も6 年～40 年、家庭医の経験も3 ～25 年程度の差があるとの前提ではあるが、本人の言説と診断経験数から分類した（図5-2）。

I 群：積極的（年間1 例以上書く）：2 名

D-6：「老衰」はある、マニュアルは間違い（診療所：有床・訪問）。

D-10：安らかな死である、診断に迷いはない（開業医：特養併設）。

II 群：その都度（年1 例程度）：2 名

D-9：私は「老衰」に賛成派（開業医：無床・訪問診療）。

D-11：「老衰」の状態を認める、経験すること（診療所医師：無床・訪問診療）。

Ⅲ群：非常にまれ（数年に1例）：4名

D・8：治療することは病気である、病気にシフト（開業医：有床・訪問診療）。

D・5：老衰がなんぼのものや、医者は手を引く（開業医：外来ホスピス・訪問）。

D・7：在宅死の患者がいなくなった。みんな病院死へ（開業医：無床）。

D・12：看取る機会がない（診療所医師：無床）。

3群に分類可能であった。おおまかには、「老衰」の積極的容認、容認、否定に分類可能で、経験した医師も、一様な態度ではなく、それぞれ異なった背景のもとで、「老衰」の診断を行なっている。さらなる検討は、後節でおこなう。

3. 「老衰」は定義できるのか——定義は多様

「質問②. 臨床的に『老衰』は定義できるのでしょうか」に対する、対象医師の回答は、下記のようになっている。専門医は、すべてインタビューから、家庭医は2名のみアンケート用紙に、定義が記載されている。

専門医

「自然に、あらゆる細胞活が落ちて、死ぬ過程はあると考えられるが、私は臨床の現場はわからない」（D・1）（病理学的「老衰」）。

「考えられる病因を除外していった、これかなってイメージ。医師にゆだねられている」（D・2）（公衆衛生学的「老衰」）。

「全身の機能が衰えて、すべての代謝も落ちていくというのが、老衰のイメージ。とくに大きな病気もなく」（D・3）（癌の死亡診断はたくさん書いた。祖父母は「老衰」かも）。

「人為的なことをしていなければ老衰とする。点滴、経管栄養をしない。欧米もそうだ」（D・4）（ALS⁽²⁾を多く看ている。教授の影響力が大きかった）。

家庭医

定義の記載例

「癌や明らかな肺炎などの急性炎症性疾患等の直接原因に結びつかない状態で死をむかえる事、特殊な治療を要しないなど、全身衰弱による死」（D・6）。

「過大な医療行為を受けず、できる限り自然に迎えた死。痛みをとるとか、必要最低限の医療、無理な治療を極力控えて、それにもかかわらず命を終える」（D・11）。

定義の会話例

「明らかな感染症状がない、そして突発的な変化が無く、自然な形と言うか、緩徐なバイタルの変化。本来は、軽い感染症を起こしているが、僕の中では、無視すると言うか、それも老衰として診断している」（D・10）。

「普通の、自然な、自分で食べなくなったら、それが老衰だと、僕は思っている、一つの生理現象だと思う。老衰とは、医者が判断した老衰でいいのではないかと思う」（D・12）。

「老衰の定義、でも一応、診断マニュアルに載っているでしょう」（D・8）。

「老衰死の概念そのものを認めない。医療科学としては老衰を認めるべきではない」(D・5)。

『老衰』のイメージについて、お話してください」というと、それぞれ、医師は自分のイメージを語った。さらに『老衰』を定義してください」というと、上記のような定義を記載したり、会話でもその概念を説明した。専門医は、それぞれの専門医としての診断基準を説明する傾向があり、家庭医の定義は多様であった。さらに会話を進めて、『老衰』の定義の一般化は可能ですか」と問うと、ほとんどの医師は、「無理、医師それぞれ」と答える。この乖離は、どのような言説となるのだろうか。

「自分の感覚はそこに書いてある通り」「こういうのが老衰、これは老衰というのは難しい」(D・6)。

「本当は感覚ですよ、寝たきりで徐々に変化していく状態が、老衰」(D・10)。

医師は「老衰」に対して、それぞれ自分の“イメージ”を表現し、それを定義と自覚している。しかし、それを他者に伝えるための定義を求めると、「感覚的概念」との表現を使う。ここまでは、先行研究で言われた「医師の個人差」や「医師のくせ」という結論と一致する(丸山 1958)。「老衰」診断現場における医師の「選択と決断」の根拠は「感覚的概念」と表現される。ここからは、この「感覚的概念」を、さらに「医師個々人に内在する要因」へと検討を進める。

第3節 「老衰」診断の「選択と決断」の要因

それでは、さらにその「感覚的概念」の背景となるものは、何なのだろうか。これまでの質問①、②と以下の質問③、④、⑤も加えて、医師の「選択と決断」を分析する。

質問③「老衰」の診断根拠—死因記載はどのようにしていますか

④老衰の起点はどのような状態でしょうか

⑤そのほか「老衰」についてのご意見をお聞かせください

1. なにが一番重要な相互関係か——家族関係

1) 家族関係

対象医師は、多様な相互関係過程で、なにを一番重要と考えているのだろうか。当然、本人の意思を確認したり、尊重するとした医師は5名であった。しかし、現実には認知症などで意思疎通が不可能な病者が多いので、全員が、家族との相互作用をいちばん重要とした。

「101歳の婆さんは、一日おきに食べて、ジワ一つと亡くなった、典型的な老衰。本人はここで診てもらって、元気なときに、どこにも行かない(といていたので)、家族はわかっている。一番良い死に方だった」

「思うのは、やっぱり患者と家族。家族がいかに老衰死、病気を理解しているか。在宅では家族が一生懸命やっている。家族がいかに安楽にしようと思っているのか(を考慮する)」(D-6)。

「本人の意思—どこにも行かない」は主要な因子であることは間違いない。ただ、医師と家族関係も多様であるため、医師の意向と、家族の意向は必ずしも一致しない場合も多

い。さらに、家族の意向自体も統一されたものではなく、種々の影響を受けて形成されている。その辺の事情を、医師は語る。

「でも、医師が老衰側に勧めてもなかなか来ない。胃瘻をすすめるとそちら側にいく。医療をする方向へ、何もしないでもという人は一人もいない。せめて、点滴でもと」
 (さらに)「保険上の問題があるならば、積極的に誤嚥性肺炎と書きます、老衰と思っていても」(D-10)。

「在宅で、肺炎で死亡したら、『なんで、病院へ連れて行かなかったのか』と言われる(家族以外の人から)」(D-6)。

「ガン患者が突然死した、急性心不全と書いた(その後、死亡診断書をめぐり、保険会社とのやりとりを説明)。正直言って、老衰死でめんどどうする思いなら、じゃあ老衰とは何かと言うなら、概念がはっきりしない(から記載しない)」(D-5)。

基本的な医師の態度は、本人の意思を尊重しながら、家族との関係をおもにして、形成されていることになる。医師自身の要因・意向が優先することではなく、あくまでも「他者」の意思を尊重するという消極的な態度をとることが多い。その意味において、「老衰」診断での場の主要な要因の一つは「家族関係」である。

2) マニュアル

対象医師に「マニュアル」を知っているのかを訊ねると、知っているのは7名、知らないは4名で、知らない医師は全員50台未満であった。また、知っていると言った対象医師の中では、マニュアルを尊重するは3名、間違いとしたのは1名であった。さらに、原因の選択・修正ルールを知っているのは、専門医1名(疫学専門医)のみであった。

両者の、語りを列挙する。

「マニュアル」知っている。

「(マニュアルには)書くなと書いてあるが、あれは違う、間違い。実際「老衰死」なんだから、だって、なにも病気のない人もいる」(D-6)。

「(記入マニュアル)かすかに知ってますよ、それは。診断書記載については、厚労省から通達があって、それがきていましたよ。診療情報管理士は研修に行きましたよ。そしてドクターを指導するという、割と最近、死亡診断書の書き方で」(D-3)。

「(老衰記載の方法について) そうだよな。それまで健康、高齢になって90歳くらい、特別な病気もなくなってくっていく」(D-8)。

「記入マニュアルは、はっきりしない。まあ、そうなのかも知れない」(D-5)。

「マニュアル」知らない。

「老衰死はなるべく書かない—そんなことあるんですか」(D-10)。

「(老衰の記載について) 記入マニュアルはみたことはない、心不全と書くなとは見た」(D-9)。

「(記入マニュアル) 読んだことはない」(D-11)。

前述したように、「マニュアル」には医師の経験年数による差がみられた。これは、厚労省による「医師への周知徹底」の時代差を反映していることが示唆される。同時に、「医学教育」における「記入マニュアル」——本質的には「死亡診断書(死体検案書)」の教育——の扱いの問題となる。

「家族関係」は重要な要因として挙げられたが、「マニュアル」は必ずしも主要な要因とし

ては「医師」はとらえていないことになる。逆にいうならば、「翻訳された制度化・規範化」は、「みえない制度」となっていることを物語っている。それでは、現場の医師はどのように診断しているのか。

「調べて死因となるものがなければ、自分の経験上の判断。こういうのが老衰、これは老衰と言うのは難しい」(D・6)。

「ガンがあっても総合的には老衰死、脳障害があっても総合的には老衰と言うこともある」「死亡原因は、どちらかという、医師の判断ですからね」(D・9)。

「本当は感覚ですよ、寝たきりで徐々に変化していく状態が老衰」(D・10)。

「老衰とは、医師が判断した老衰でいいのではないか」(D・12)。

結局は、「老衰」診断する医師は、前述の「感覚的概念」を優先していることになる。さらにその「感覚的概念」の背景を探ることにする。

2. 経験としての「老衰」——医師の理念類型

現場医師の「老衰」言説を、以下のような理念型として分類した。しかし、対象医師が一つだけの立場を主張する例は少なく、それぞれの文脈に応じて変化する。その区分の根拠言説をみる。

1) 「積極型」

「僕は老衰賛成派」(D・9)。

「書くなど書いてあるが、あれは違う、間違い—実際『老衰死』なんだから。だって、何も病気のない人もいる」(D・6)。

などが、典型的な発言となる。さらに、

「癌は自然死」(D・5)、「肺癌があっても老衰死はある」(D・6)、「癌も老衰のよう(なもの)」(D・10)、「(いろいろ検査をしても)総合的には老衰」(D・9)。

のように、必ずしも、疾病の有無を優先していない。また

「僕の価値判断で(老衰と診断する)」(D・12)「自分の経験的、感覚的考えで『老衰』と判断する」(D・5、D・6、D・9、D・10、D・11)。

などのように、医師の経験を基にした、判断と見なされる。

2) 「相互作用型」

すでに指摘したように、家族関係を中心に、相互作用は、「老衰」肯定の方向へも、否定の方向へも向かう。

「思うのは、やっぱり患者と家族、家族がいかにか老衰死、病気を理解しているか、在宅では家族が一生懸命やっている。家族がいかにか安楽にしようと思っているのか」(D・6)。

多様な、相互作用で医師は、その診断の基準を変える。家族関係の項でも言及したように、家族に否定的立場や無理解者がいると、

「めんどろな思いをしたくない」(D・5、D・10)。
ために、医師自身も、その立場の転換をすることも多い。また、「昔は多かつた」(D・1、D・7)と振り返る医師は、家族関係の変化を指摘している。

3)「マニュアル型」

「マニュアル」知っているのは、家庭医では 60 歳以上である。

「治療すれば、点滴すれば、何かの病気になる。そうすると「老衰」にはならない」
「死亡診断書の書き方が何年か前変ってから、途中の合併症で亡くなってから・・・
診断書としては、基本的な病名を書くことが多くなつた」(D-8)。

このように「マニュアル」の影響は根底には存在しているが、全体としてはマニュアルに強く影響されているとまでは言えない。

4)「否定・超越型」

D・5 医師は、下記のように「老衰」に対して否定的発言をしている。しかしそれは、「自然死」を否定しているのではない。

「老衰死の概念そのものを認めない。医療科学としては老衰を認めるべきではない」
「医学で『老衰死』の概念を作つて社会に認めさせようとするのは筋違い」
「医者があるところから、手を引けばよい」(D・5)。

最後の発言にみられるように、対象医師は、在宅での癌のターミナルケアからえた、医師自身の「生死観」や社会の無理解を批判している。さらに、昔の偉い人は「食を断つ」(D・5、D・9)と自死の例を挙げ、現在の医療の批判とともに、社会全体の無理解を表明する医師もある。

さて、ここまでの分析の概要をまとめてみる。医師の分類群と理念型を組み合わせた、表 5-4 をも参照して論を進める。

表 5-4：医師の分類群と理念型の分布

理念型		積極型	相互作用型	マニュアル型	否定・超越型
分類群					
専門医	4 名 D-1, 2, 3, 4	D-4	D-4	D-2 D-3	D-1 D-4
家庭医	I 群：2 名 D-6, 10	D-6 D-10	D-6 D-10		
	II 群：2 名 D-9, 11	D-9 D-11	D-9 D-11		D-9
	III 群：4 名 D-5, 7, 8, 12	D-5	D-12	D-7 D-8	D-5
計		6 名	6 名	4 名	4 名

一つ目は、「専門医」は、それぞれの専門性からみた死因「老衰」の立場を表明する。臨床病理学者は「純粋な老衰死」を、疫学者は「原死因の選択」を念頭においた発言となる。これはすでに、「専門性のレトリック」で検討したことであり、「診療の場」でもそれは機能していることが明らかになった。

また、「老衰」以外では死亡診断書を記載している専門医も、それぞれの臨床経験から多様に「老衰」を評価している。すくない語りではあるが、「病院」または「専門医」からみた現代医療批判のなかでの「老衰」問題を意識している。すなわち、「超高齢者」が対象と

なる比率が増加している現代医療の姿を反映している。今永・丸井（2011）がすでに指摘した、「臨床医が『老衰死』に遭遇する機会は増える」ことによる「医療構造」の問題につながってきているのである。

二つ目は、「家庭医」もその姿は多様である。「マニュアル型」は、医療制度に則った規範を重視する対場から、「老衰」診断には消極的である。「積極型」は「老衰」診断には、肯定的であるが、それは多くの「相互関係」を考慮した上での積極的肯定である。すなわち、純粋な「積極型」ではなく、「相互作用型」を経た「積極型」である。これは、「積極型」は、横内正利（2000、2012）の「みなし末期」⁽³⁾という「危ない下り坂」に、慎重な態度を示しているといえよう。

三つ目は、両者に通じる視点も明らかになった。医師は「死亡診断書」を記載することを通して、「死」を経験し、内省化する。本研究でも、「専門医」「家庭医」とともに、間接的に自己の「生死観」を表明した。その中には、近代医療の批判も含まれるが、「死」に対する一般「社会」のあり方にも、「医師」は批判的であった。

3. 医師と住民および看護・介護職との共通性

さて、医師のみではなく、看護・介護・住民へのインタビューを行なった。それは、「老衰」に対する「イメージ」の医師との比較に焦点をあわせたものである。

1) 共通する非医学的言語——「自然に」「枯れる」

当然医師は、「老衰」を病理的・医学的言語で表現する傾向である。他方、住民は一般的言語（年をとる、体が弱る、食べなくなる）で表現する。しかし、「老衰」のイメージは、医師、看護・介護、住民ともに「自然に」「枯れるように」の表現は一致している。ただ、住民の中には「悪い」イメージという回答もあった（表 5-5）。

表 5-5：三者間の回答結果の概要

コード		医師（12名）	看護・介護（6名）	住民（7名）
老	医療言語で表現	病態生理的表現：全員 老化2名	身体機能・加齢1名 老化・脱水1名	
	状況言語で表現	食べられない 9名	食べられない 4名 寝たきりになる 2名	歳をとる 5名 体が弱る 3名 食べなくなる1名
	イメージ	自然に6名（自然死） 枯れる1名	枯れる3名、 自然に2名、往生1名 餓死1名 悪いイメージ1名	自然に4名 枯れる3名、寿命3名 良いイメージ5名 悪いイメージ2名
衰				

2) 住民および介護・看護職の意識との共通性——「老衰」は「病気」ではない

「老衰」は病気なのか、「老衰」はあるのかという問いへの回答は、表現には違いはあるものの、「老衰」という「死」はあるが、それは「病気」ではないということは、一致した「イメージ」と示唆される。また「老衰」の診断についての認識は、医師は検査すれば「病気」が見つかるという態度であり、看護・介護は検査しないことを半数が肯定している。住民は検査すれば原因が明らかとなる、病名はつかないと拮抗している（表 5-6）。

表 5-6：三者間の回答結果の概要

コード		医師（12名）	看護・介護（6名）	住民（7名）
老	病気か	自然死6名、老化2名 不明瞭1名	病気ではない5名	病気ではない5名 天寿1名
	あるのか	ある：ほぼ全員	ある：全員 暮らしのなかで1名	ある：6名 ないのじゃない 1名
衰		難しい；ほぼ全員		

老衰診断への態度	検査すれば	11名	検査しない	3名	病名つかない	2名
	癌があっても	4名	病名つかない	3名	原因付けられる	2名
	病名付けたい	5名				

3) 共通するイメージ——社会的「老衰」

第 4 章で「老・衰」＝「長寿・自然」と定義した。これまでの、医師のインタビュー、および看護・介護、住民のインタビューから、「自然に」「枯れるように」との言葉は、「老衰」言説の場では、頻繁に使われる表現であった。また、「長寿」については、医師はとくにその言語を発することはなかった。データとしては、最低 85 歳、多くは 90 歳以上を「老衰」と診断していることから、「長寿」は自明と見なされている。

いずれにしても、社会的「老衰」は、「老衰」診断の場、一般的な「老衰」言説の場においても、脈々として、その根底にあることは確認できた。

第 4 節 データ対話型理論の成果と限界

さて、GTA はグレイザーとスト劳斯による『死のアウエアネス理論と看護』(Glaser & Strauss 1965＝1988) で、実践的に理論産生のための手段として、すでにその成果が示されている。本研究では何が明らかになったのか。

1. 「医師のジレンマ」から「暗黙の社会的基準」へ

初期の仮説は、「医師は、医学的『老衰』と社会的『老衰』のジレンマ」という、構造を描いていた。しかし、インタビューからも見られるように、医師は必ずしも、「ジレンマ」と意識していないことに気付いた。 図 5－3 では、医師 (D-6) の全体的言説を概念化したものである。

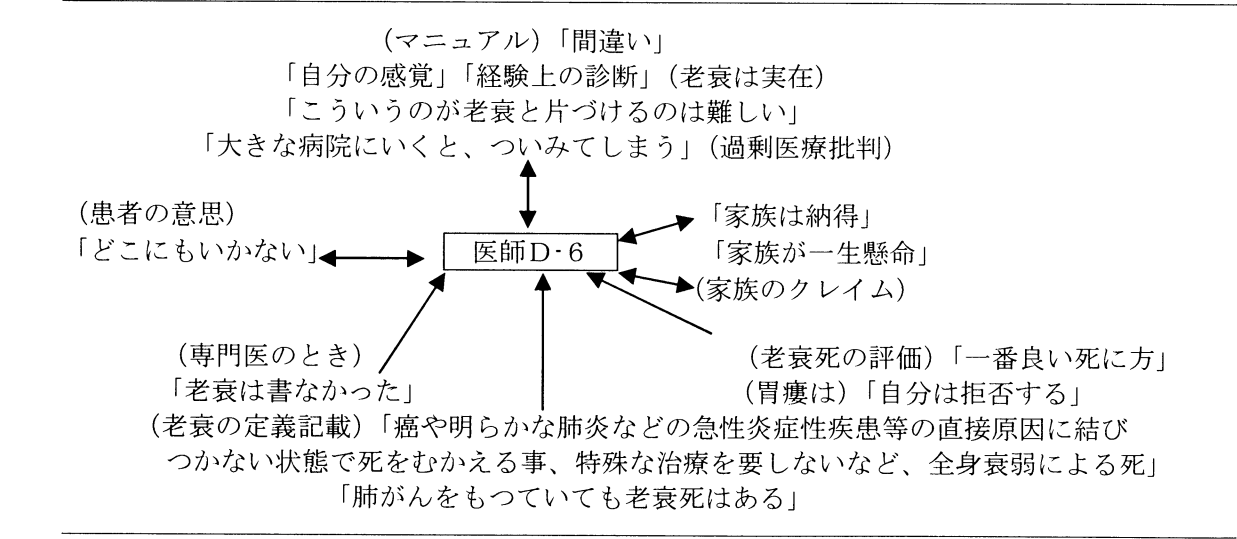


図 5－3：医師 D－6：I 群／積極型・相互作用型

注：「 」対象医師の発言。() 筆者の補足。

当該医師の「老衰」診断の根拠は、「うちには、CT, MRI, 超音波、全部あるから、調べて死因となるものがなければ、自分の経験上の判断 (で老衰と診断する)」という、医学的な根拠が根底にある。そして、「感覚的」に経験上の「老衰」診断基準を獲得し、それによって診断をするが、「相互関係」によっては、「老衰」肯定、否定のどちらの選択肢もあることを、表出している。

医師は多様な、外的要因を考慮しながら、しかも自分の内的要因との統合の上に、死因「老衰」を決断しているとの認識に至った。

ジレンマ（広辞苑6版）とは「相反する二つの事の板ばさみになって、どちらとも決められない状態」とするなら、当該医師の態度は当てはまらない。それでは、何を根拠としているのかの一端は、「医学的根拠」であると述べた。ただ、その「医学的根拠」も、他医を意識した場合は曖昧となり、「こういうのが老衰と片づけるのは難しい」となる。

さらに、「肺がんをもつていても老衰死はある」とするのは、当該医師の「一番良い死に方」という価値観の上に立っている。その「死」は、「十分に生きた末」の「自然な」死、すなわち社会的「老衰」である。

本研究における発見は、医師は「老衰」診断においては、「ジレンマ」ではなく、「暗黙の社会的基準」に軸足を置いているということである

2. 医師の悩み

「老衰」診断の間では、「老衰」のみではなく、「老衰」周辺から派生する数々の問題も取り上げられた。それは「死」一般の問題であり、延命医療や胃瘻、医学教育などとは幅広い。対象医師は、その臨床経験を通じて、これらの問題に対して自分自身の価値観を形成し表明した。

1) 医師は自分の延命・胃瘻造設は拒否する (4)

まず、「老衰」の端緒を医師は「食べなくなる時期」と認識している。その後の対応の選択を求められるが、多くは「家族関係」が優先される。ここでは、医師は家族の意思を尊重すると同時に、一般的には「医師の誘導（する方向、しない方向の両者）」があり、延命する方向の場合は「過剰医療」と認識している。また、ほとんどの医師は自分の場合は拒否するという姿勢は強い。そこでは、「俺だったら嫌だな」と思いながら延命している(D-10)となる。

この医師の「思考」に対して、看護・介護は「食べなくなる時期」ではなく、「食べなくなる環境」「食べようとする楽しみ」を強調する。さらに、胃瘻は医師の判断が優先していると考えている。そこでは、「医療の限界」を意識し、さらには「主治医を変える」ことも選択肢として提示される（表 5-7）。

表 5-7：三者間の回答結果の概要

コード		医師（12名）	看護・介護（6名）	住民（7名）
食べなくなることは		老衰の初期 9名	環境が重要 4名 楽しみを重視 2名	老衰の始まり2名
胃瘻	家族態を尊重	6名		
	医師の誘導か	誘導あり8名	医師の考えが優先	
	自分は？	拒否8名		拒否4名
医師の介入についての評価		過剰医療の意識9名	医療の限界5名 何もしない選択1名 主治医を変える1名	医療が老衰を無くしている1名

2) 「死の教育」は受けなかった (5)

インタビューの中では「死の教育」の問題にも、話題がおよぶ。ほとんどの医師は、医学部の教育期間中に「死の教育」を受けたことはない、という点で共通していた(表 5-8)。それでは、医師はどのようにして「死」を学ぶのだろうか。

「医者によって、上の先生も、末期というか、そういうことをすることによって（延命医療）、人の寿命は医者によって、いくらでも変わるとことを知って、人を助けることと、医者は罪な仕事だな（と思った）」「32歳です、医療の限界は教えられなかった」(D-12)。

「医学教育では老衰の教育を受けた記憶はない、老年医学自体が無い、教育も受けていない、経験もない」(D-11)。

「(内科専門の) 認定医のカリキュラムにも、そのような教育はされていない。医学教育ではそのようなことはない」(D-4)。

表 5-8：三者間の回答結果の概要

コード	医師（12名）	看護・介護（6名）	住民（7名）
死の教育	救命、延命 全員死の教育受けない	看取りを学ぶ 2名	
安楽死	肯定的 8名 消極的安楽死 2名		
生死観	延命拒否 7名 家族に迷惑 1名	延命否定的 4名	延命拒否 4名 家族に迷惑 3名
情報取得	医学誌外 7名 （著書6名、テレビ1名）		テレビ 2名、本 1名
老衰の将来	減 4名、 増 2名	減 2名	減 1名、 増 1名

このような医師との会話に対して、看護・介護との会話では、以下のように話された。

「いかに死を受け入れるか、ターミナルケアを勉強する。そこに何もしない、医療をしない、看護の心のケアをする、色々な葛藤を勉強する」(N-3)。

(老衰死の比率を見て)「仕方ないな、命を助ける勉強をしてきた人、何もしないのは、すごく苦痛だろうな」(N-1)。

「自然な死を認める医者でないとだめだから、家族に主治医を変えてもらうこともある)」「暮らしの中でしか「老衰」はない」((N-6)。

「医師」は医学教育のなかでは「死の教育」を受けていないことは、今回のインタビューではほぼ一致していた。ゆえに、医師は「臨床経験」をつうじて、自己の「死生観」を形成していくことになる。その「死」の現場に、「老衰」が無い——「病院」——なら、「老衰」概念は形成されないことになる。もし、語られるとしてもそれは、病院「臨床」における「老衰」であるといえる。

看護・介護師の批判は、「死の教育」を受けた側からの、「救命」を目的とする現代医療への批判でもある。ただし、医師は、医学専門誌から「死」をかならずしも学んではないようである。インタビューのなかでは、情報源は一般的な著書やテレビであった。その意味では、「死」又は「老衰」に関する「社会的」常識は一樣であるともいえる。

それは、つぎのような、言説に現れている。「老衰、自然死を勧める本を読んだ (D-11)」
「昔は、偉い人たちは、自分の死期を悟ると、食を断ち、水分を断つと眠るように亡くなる—読んだことがある(D-9)」
「少数だけど、ちらほら意思表示者（リビングウイル）が出てきている。テレビでやってた(D-8)」
「『俺に似た人』という本を読んだことがありますか。図書室においてあります、そこで胃ろうの話が出ている(D-3)」

このように7名の医師は、会話のなかで、「死」やそれに関する情報の多くを、マスコミから入手している状況を語った。医師は、専門書（医学書、医学論文）に頼ることなく、「社会的基準」にたいしては、マスコミなどの報道に敏感であるといえる。

「老衰」の将来については、減少するとの意見が多かった。その一番の理由は、「在宅医療」が進むとした医師は、増加へ、それが進まないとした医師は、減少への見通しを示し

た。

3) 臨床医の現代医療への批判と反省

医療の変化を肌で感じてきた年代の医師、また「診療の場」をそれぞれに経験してきた医師は、それまでの自己の医療についての感想、思いを語る。

「外科系は術死をなくそうと、昔は、1日でも長く生かそうと、末期でもIVH（中心静脈栄養法）をいれた。そうすると、死ぬ時は太るんです、それで良いのかなと思った」「僕たちの時代は、IVHしたことも反省している」（D-7）。

「投薬は毒を注ぐようなもの、治療効果をめざす治療はしないがよい」（D-1）。

「治療しない、診断しない方がよい」（D-9）。

「医学が進むと、診断が進むと、（老衰は）極限まで少なくなるでしょうね」（D-11）。

「（老衰診断に）積極的意味があるとも思えない、残余病名と言われるのは嫌だけど。加齢、老衰というのはある、ガン死がないと言ったように、死というのは生の終わりと思っているのだから、別に名前をどうつけようが、勝手だと（私は思う）」（D-5）。

医学会、医師の「勉強会」などの公式の場では、あまり話されてこなかったことが語られている。そこでは、「医療の場」を比較できるという、「経験」が重要な背景となっている。比較の対象——自己の経歴——があるということは、「老衰」診断の場では、重要な要因と示唆される。それは、序章の「施設」での言説とも共通性をもつことになるからである。また、「医師—患者関係」に近いという「家庭医」の悩みと同時に、「相互作用」のもとに、医療を行なうという「診療所」医療の意義がみいだされる。

4. データ対話型理論の成果と限界

それでは、本研究の目的は達成されたのだろうか。問いに答えよう。

- ①「病院」と「診療所」には明らかに、「老衰」に対する認識に差があった。その要因は、「診療構造」によるものと一般化可能である。すなわち、第3章で論じた「専門性」のレトリックと「診療の場」のレトリックは、死因「老衰」の現場でも現前していることが明らかになった。
- ②臨床的「老衰」の定義は多様である。専門医はその「専門分野」からの定義を下す。「家庭医」も同様ではなく、死因「老衰」に関しては「感覚的」概念を診断の根拠としている。そして、「老衰」診断の現場でのおもな要因は「家族関係」であり、「マニュアル」は主要な要因とはなっていない。
- ③死因「老衰」を診断書に記載する医師は、多様な要因に対応して「選択と決断」を行なっているが、「暗黙の社会的基準」をもとにその診断を行なっている。さらに、その背景として社会的「老衰」が底流にあることが明らかになった。これらは、本研究における新しい発見であった。
- ④医師は「診療の場」の移動——「医師の経歴」——で、比較の対象をもつことにより、現代医療への批判・反省を明らかにする。

インタビューの限界

医師に医療者以外がおこなう半構造的インタビューする研究はしばしば目にする。今回の研究は、医師（筆者）対医師（知人としての医師）として、しかも日頃の診療内容を身近に知る関係性のなかでの半構造インタビューであった。一面では、気楽に「語られた」ものも多いが、気楽さというバイアスも伴っているかもしれない。

当初に述べたように、医師を主に対象として、その「感覚的・感受的」な「老衰」概念

を目的に初回のインタビューは行われた。つぎには、焦点を絞ったインタビューを予定していたが、時間の都合で初回のみで終了した。初期の目的の中には、会話での疑問に対して「なぜそうなのか」という質問は、意識的になされていない。

「患者」が主体——死にゆく者がどのように思っていた／思っている——であるべきだが、そこまでは今回は問うていない。

いずれにしても、「感覚的・感受的」な意識という、「老衰」問題の端緒段階であるという限界を認めざるを得ない。

[注]

- (1) 「病院」には「老衰」はない、は今永・今井(2011)の2008年の死亡場所、病院42.3%、自宅26.5%、施設25%という統計と矛盾する。これは、「病院」の分類によるもので、一般病院として分類される中に、療養型病床を有する「病院」が含まれるからである。ここでいう「病院」は、おもには「救命」を目的とする「病院」を指している。医療施設については、厚生労働統計協会編、2013.『国民衛生の動向・2013／2014』参照。
- (2) ALSとはAmyotrophic Lateral Sclerosisの略で、日本語では「筋萎縮性側索硬化症」。
- (3) 横内の「みなし末期」の規定はつぎのようになっている。
「治癒する可能性があるのに末期とみなして治癒のための治療を放棄しようとするものがあり、筆者は、之をみなし末期と呼んでいる」(横内 2000)。「本当は終末期ではないが意図的に終末期とみなそうとする「みなし末期」が存在すると筆者は考える」(横内 2012)。さらに横内は次のように述べている。「日本では、毎年約2万人の高齢者が老衰で死亡するとされるが、本来、老衰死は存在しないか、あったとしても例外的と考えるべきものである」(横内 2000)
- (4) 胃瘻に対する、臨床現場の医師の態度については、会田薫子(2011)。
- (5) 医師の死生観に関しては、橘尚美(2004)。

第6章

死因「老衰」の現代的意味

さて、「老衰」の社会的構成をなす二つの概念は、医学的「老衰」と社会的「老衰」であることを解明してきた。この二つは、「社会問題」としての視点では統合されるが、医学的「老衰」は、死因「老衰」という二面性をもつ。そのため、本論では死因「老衰」の構造・構成に力点が置かれてきた。そこでは、「医療社会学」の概念をツールとし、社会的構築主義の視座で分析を行なった。それは問題の端緒は、「老衰」の「医療化」であり、約一世紀のあいだに、「医療問題」から「社会問題」へと変遷してきた歴史的過程を論述する必要があったからである。

本章では、これまでの仮説とその論拠をもとに、死因「老衰」の現代的意味を確認することと、「老衰」の社会的構成に関しての残された課題についても検討する。

これまでの論証から得られた結論の概要は、次のようになる。

- ① 「国際ルール」と「日本ルール」——すなわち「死亡の防止」を目的とする ICD の原死因選択・修正ルールなど——が「みえない制度」として底流で機能している。「国際ルール」をもとにした「老衰」を統計的「老衰」＝「老衰死」と定義した。この「老衰死」の比率が、「国際比較のレトリック」の源泉となり、医学的「老衰」概念に強く影響を及ぼしている。また、国家的事業としての人口動態統計は、「翻訳された制度化・規範化」を経て、さらに日本独自の制度と規範が加えられて、「日本ルール」として医療の現場に提示されてきた。
- ② 「老衰」医療化は、「国際ルール」のドクトリンに応じて、3つの時期に区分可能であった。そのうち、Ⅱ期：原死因「老衰」期、1945～1975 年が、「医療化」の徹底された時期であった。歴史社会学的視点からは、「国際ルール」「日本ルール」の制度化・規範化に応じて、「老衰死」の減少程度の違いが、明らかになった。また、「自然史」の視点からは、「お上」主導から、「医療問題」さらに「社会問題」へと推移する過程を明らかにできた。
- ③ 「医療問題」として、「後進国の段階（公衆衛生学）」、「科学的根拠（病理学）」がないという医療的「老衰」と、「認めざるを得ない」「いわゆる『老衰』」という臨床的「老衰」が長く拮抗してきた。このあいだにあって、『老衰』という診断名は病理解剖学的概念ではなく、むしろ社会的概念で」という、「転換のレトリック」で、医学・医療内部での論争はとどまったままである。
- ④ 死因「老衰」として医療化される前の「老衰」を、社会的「老衰」と定義した。この社会的「老衰」は、歴史的・文化的視点でみると「老・衰」が「長寿・自然」という肯定的概念におきかえられる。これが、「老衰」の社会的概念の具体像である。
わが国においては、この社会的「老衰」が多様な「老衰」の語りの場に現前してくる。現代は、この社会的「老衰」と医学的「老衰」のせめぎ合いの状況である。
- ⑤ 実証研究での結果は、『病院』には『老衰』はないは、専門医（病院勤務医）および家庭医（診療所医師）の共通理解である。「診療の場」に応じて、医師の行動は変化する。「老衰」診断の現場は、多様な要因に対応して、死因「老衰」診断の「選択と決断」も多様化する。「専門性」および「医学知識」は「老衰」言説の場でも、「自明

性」をもって機能する。死亡診断書に「老衰」を記載する医師は、「暗黙の社会的基準」に軸足をおき、そのなかでも社会的「老衰」が強く影響している。

この結論から、序章で述べた二つの意義を明示すると、次のようになる。

社会的意義としては、「老衰」診断をする側とされる側の乖離は、社会的「老衰」概念を具体化したことにより、共通の視点が両者に与えられたこと。さらに、医学的「老衰」概念が多層的で多様な概念として解明されたことで、「老衰」問題は「構造的」な問題として、新たな視点が与えられたこと。同時に、「みえない制度」を可視化したことで、さらなる「問題」範囲の拡大の視点から、「老衰」の社会的構成は考えなければならないことが明らかになった。

二つ目の、社会学的意義についてはつぎのようになる。「老衰」の社会的構成に関する先行研究は非常に少なかった。そこで従来型の「医療社会学」と天田の「〈古い衰えゆくこと〉の社会学」を批判的に評価した上で、あらたな視点を求めた。すなわち、「歴史社会学」および「言説分析」的視点に「レトリック分析」および「社会問題の自然史」的視点を加えて、新たな〈「老衰」の社会学〉への展望を開いた。そこに共通する理論的根拠は「社会的構築主義」の立場であった。

本論における、これまでの分析の結果、「老衰」の社会的構成に関わる、「老衰」言説の「構造」と「場」の概念は、下図6-1に示される。

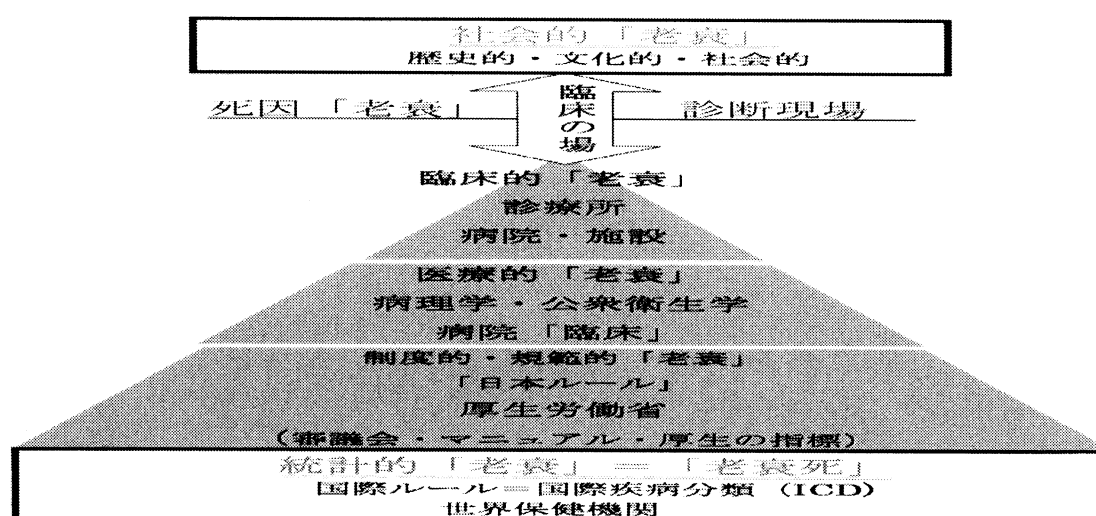


図6-1: 「老衰」言説の「構造」と「場」の概念図

それでは、この結果をあらためて確認することと、残された課題などについて、さらに検討をすすめる。

第1節 「みえない制度」を可視化する

医師12名へのインタビューでは、国際疾病分類またはICDという会話があったのは、疫学専門家1名のみであった。また、医療的「老衰」言説の現場でも、ICDの歴史までさかのぼり、「国際ルール」に言及する頻度は、時代がくだるに従って、低下してくる。さらに、公衆衛生学の教科書でも同様な傾向がみられた。これは、すでに「国際ルール」は自明なものとして取り扱われていることの左証である。

したがって、「老衰」問題の端緒である「国際ルール」、「翻訳された制度化・規範化」などの「みえない制度」を可視化することは、「老衰」の社会的構成の解明には必須で重要な視点であった。

1. 「世界医療システム」としての ICD——「健康及び保健管理」へ

死亡の原因の分類から始まり、疾病・傷害の分類へ、さらに現在では健康及び保健管理へと、重点がうってきたのは、「公衆衛生」の目的からは、当然の帰結ともいえる。

すなわち、WHO は国際分類ファミリーの中心分類を国際疾病分類 (ICD)、国際生活機能分類 (ICF)、医療行為の分類 (ICHI) の 3 つとして位置付けている。WHO の勧告にしたがって、各国が適用する「国際ルール (ICD)」については、「WHO の国際分類ファミリーが目的としているのは、健康及び健康管理に関連した情報を概念的に枠付けする方法である」と言明している (厚労省 2006 : 25)。

このように、死因「老衰」の根底には、「世界医療システム」が存在しているということが明示される。池田 (1999) は、「世界保健機関における健康の定義」をとりあげて、次のようにのべている。

この健康概念の延長上にあるのが、近代医療批判としての「医療化」論である。医療化とは現代社会の中で近代医療がその対象領域を拡大してゆくことをさす。しかし、医療化が論じられる近代医療批判の文脈の中では「医療化」は近代医療による社会統制 (I.K.ゾラ) であったり、病気が医療によって作り出され、人びとがますます医療の専門家へとその依存を増大させていく現象 (I. イリイチ) を内包する。「医療化」とは政治的次元における言語遂行的概念に他ならない (池田 1999 : 244)。

また、世界保健機関の健康の概念は、『医療化』と同様に——学問的言明ではなく政治的言明だからである (池田 1999 : 244) としている。さらに池田は「健康の政治経済学」の文脈のなかで、「世界医療システム」概念を用いることの意義を次のようにのべている。その展開方法は本論での「老衰」——死因分類の国際ルール——にも応用可能であった。

世界医療システムの強みは、医療をめぐる権力のミクロな布置構造を広い歴史的・社会的観点から分析することによってみえてくる事象の多様な広がりを見せてくれる点にある。／世界医療システムという分析枠組みを採用してはじめて、人びとの近代医療への具体的な献身、参画、嫌悪、抵抗などの微細な日々の実践の中に、より巨大なシステムの影を発見する可能性への道が開かれる (池田 1999 : 254)。

本論の縦糸は、「老衰」の歴史的視点であった。しかも、戦後からの「老衰」をとりあつかう「医学論文」(今永・丸井 2011) ではなく、死因「老衰」前史までたどることにより、「世界医療システム」がはじめて、「可視化」される視点である。死因「老衰」は、「死亡の防止」という観点からは、当然「無視される」運命にある。なぜならば、「老衰」は「長寿・自然」——十分に生きつくした末に、自然に亡くなる——を含意するので、「死亡の防止」を必要としない概念であるからである。

ただ、わが国での「老衰死」の比率は諸外国に比して、いまだに高いことが指摘されており、その現代的要因については「社会学」的には明らかにされていない。ここでも、池田 (1999) の視点は応用可能である。

国際保健の医療社会学的研究は、この問題に取り組むことを放棄してきた。世界医療システムの観点を我々がとることによって、国際間の比較という研究枠組が持つ危うさを指摘することができる。国際医療保健 (学) は、分析としても実践の観点としても国家の境界を超えようとするものではなく、国民国家の枠組を前提として、国家利害の功利計算の上に立った政治 (学) 以外のなにものでもない (池田 1999 : 240)。

死因「老衰」の「国際比較」での、医学的要因——医療のレベル、医療制度——などの分析論文は散見される。しかし前述のように、死因「老衰」の歴史的・文化的背景を含む、

「社会学」的分析は管見できない。「国際比較社会学」は、今後の課題であるが、池田の「世界医療システム」はそのさいの、主要な「認識論的枠組」（池田 1999 : 239）となる。

2. 翻訳された「国際ルール」の「制度化」「規範化」

1900 年以来、「国際ルール」を適用して来た日本では、「日本語版翻訳権は世界保健機関の事務局より日本国厚生労働省に対して与えられており、翻訳の正確性については当省〈統計情報部〉がその責を負うものである」（厚労省 2006）として、臨床の場に提示されてきた。第 1 章で、日本の死因統計の確立期は戦後であることはすでに論じてきた。そこでの、「翻訳された制度化・規範化」では、次のように、医師に死亡診断の記載の正確さを求め、医学教育でもその必要性が強調された。

医師は、各死因が如何に分類されるかの詳細を知る必要はないが、死因分類が斯々であるから、死因診断名の書き方は斯々の點は注意すべしという點はよく諒解されるように連絡をとるべきであり、又醫学生にその勉学時代によく教育すべきである（厚労省 2001e : 16）。

さらに、その背景を見ると、国際会議（第 8 回国際疾病分類修正会議、1965 年 7 月、ジュネーブ）に出席した、当時の厚生省大臣官房統計調査部長の印象は、「所謂先進国の発言が多く、やはり医学水準が物をいっているという感じであった」（中原 1965）。同様に、厚生統計協議会の死因分類の部会長は、「老衰」の格下げの背景（渡辺 1965）を語っている。「国際ルール」が決定される過程について、当時の厚生省の認識は次のように述べられている。

“一般に出席者には医師特に臨床家が少なく、少なくとも医学的な分野の分類を討議するには不十分な感があった”との印象も述べられている（厚労省 2001h : 74）。

ここでの要点の一つは——すくなくとも ICD-8 までは——「国際ルール」は、始めから欧米主導であり、その根幹は、「学者」による病理学的基準——近代医学の病因論——にもとづいていることを明言していることである。そのような分類基準を日本は適用——これを「翻訳された制度化・規範化」と本論では表現している——ただけであるといえる。二つ目は、臨床の現場では、この「翻訳された制度化・規範化」——臨床家が少ない討議で決められた——を遵守することだけが求められているということである。

しかし、「国際ルール」以外では、日本独自の「ルール」形成の面もあり、それはより問題を複雑化している側面でもある。すなわち、国際様式に沿って各国は、「死亡の原因」の欄については共通しているが、「死亡の種類」の欄は、日本のみが「病死及び自然死」という項目を設けている。ところが、ここでは不思議なことに、「自然死」が問題になるのではなく、「病死」が問題になるのである。それは、日本以外では「死亡の種類」に「病死」がないのである。日本のみが「病死」の項を設けた理由は明示されていない。

「自然死」概念は必ずしも医学的・社会的には明確に規定されていない。にもかかわらず、多くの国では、「死亡の種類」を、自然死とその他の外因死に、2 分されることが多い。そこに、日本では「病死」という概念を組み込んでいる。ここでは「死亡の種類」すなわち「死亡の様式」は、その国の文化的・歴史的な背景をもつものであるということをシュナイドマンの言葉をかりて指摘するのみにとどめる。「死亡証明書はその時代の人びと、少なくともその時代の行政と法医学関係者が死をどう考え、どのようにして人が死んでいくと考えるかを反映しているからである」（Shneidman E.D., 1973=1980 : 159）。

以上のような、「国際ルール」にせよ「日本ルール」にせよ、「行政」主導であるという共通点があげられる。赤川は、その「非実在青少年」規制問題の展開で、次のように述べ

ている。

これが、日本における社会問題構築プロセスに一般的な特徴とまでいえるかどうかは定かではない。しかしまづ諮問機関や官僚のなかから政策形成が先行し、民間の反対運動や議会の多数派工作がそれを後追いする形で展開するというのは、多くの社会問題でしばしばみられる形態である。簡単にいえば、「お上」主導の社会問題といえるかもしれない（赤川 2012 : 111）。

このように、「お上」主導型で、日本の「死亡診断書」や、その「記入マニュアル」は「政策形成」されてきた過程はこれまでの分析でも明らかである。

3. 「老衰」医療化の歴史

「老衰」が死因「老衰」として「医療化」された過程をたどるのは、本論の中心課題である。その時代区分は、死亡診断書前史——死亡届の義務は 1874 年——、死因分類前史——日本死因分類は 1875 年——、または国際ルール適用前史——ICD-1 適用は 1899 年——などの区分が可能であるが、本論では、19 世紀までを「死因分類前史」として、論述してきた。

すなわち、「国際ルール」が適用され、死亡統計として政府が発表している「老衰死」がほぼ確定された 1900 年以降を「医療化」の時代として区分した。そして、「老衰」の「医療化」は、3 つの時期に区分可能であり、その根拠も論述してきた。「老衰」死亡率の推移パターンを加えて、その概念図 6-2 を示すことにより、わが国の「老衰」の歴史が明確性をおびてくる。当然、その移行は連続的であり、年度は厳密なものではないことは、指摘しておいた。

時代区分の根拠は、「国際ルール」の変化を基本としているが、所轄官庁の推移、時代背景などを考慮している。それらの背景をもとにして、日本の「老衰死」の粗死亡率の推移は、①戦前の 45 年間は平坦な推移時期、②戦後の 30 年間の急峻な低下時期、③その後の穏やかな推移時期と区分できる。

それぞれの時代において、死因「老衰」はどのように構成され、扱われてきたのか、その背景となるものは何かを論証してきた。

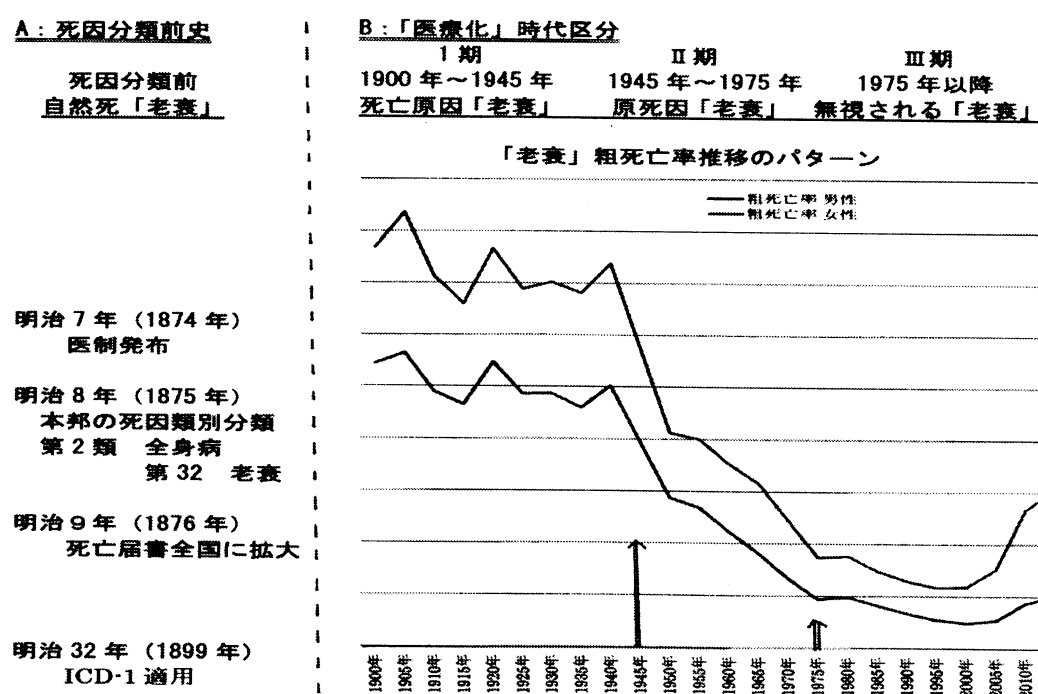


図 6-2: 死因「老衰」の構成図—歴史的推移

出典：厚生労働省『人口動態統計』を基に筆者作成

この縦糸としての歴史的推移を論証する横糸は、一つは制度的・規範的側面であり、もう一つは「医学内部」における「老衰」言説としての側面である。まず、制度的・規範的側面の構造を以下のように解明した。

1) I 期 1900～1945 年：死亡原因「老衰」期

死亡原因として「老衰」が明確化されていく時期ではあるが、日本の戦前の「老衰死」率が、他国に比し高かったのは、「老衰の医療化・制度化」が徹底されていなかったのが要因の一つである。それには社会的「老衰」の意識は、行政内部もあったこと（高野 1939）、管轄する内務省の人口統計の目的は、「医療化」ではなかったこと（Sams 1962＝1986）などを、論証してきた。

当然時代背景として、感染症が主要な病気で、人びとは自宅で死に、診断技術は未熟で、医療には有効な治療法はなかった。「死」と言うことであれば、「死」に対峙しているのは患者（死にゆく者）であり、フィリップ・アリエスの「飼いならされた死」（Aries, P. 1975＝1983：25）の領域を、まだ日本はでていなかったともいえる。

2) II 期 1945～1975 年：原死因「老衰」期

死因「老衰」が制度化・規範化され、さらに精密化されていく段階である。戦後の制度化の動員となったのは、GHQ 支配体制下での人口動態統計制度の確立であった。

それは、サムスの「日本では私が述べたような統計資料の有効な利用方法、すなわち統計資料を医療問題の吟味、疾病の予防・治療対策などのプログラム作成のための道具として利用することはできなかった」（Sams. 1962＝1986:208）との認識に現れている。

また、「終戦後、第一の目的（人口静態統計と相ならび人口の動きを調べて人口問題の基礎とする）はもとより軽視すべきではないが、第二の目的（死因統計の計析によって衛生行政の基礎とするもの）により重点をおくべきであるとする米英的な考え方が優位を占めるに至り、厚生省に移管されたのである」（厚生省 1955：475）。

このような背景のもとで、中央では厚生統計協議会という審議会による上からの制度化と、現場（地方）に対しては、保健所機能を通しての、医師への「周知徹底」により、規範化を進めていく、構図が確立された。その手段としては、「死亡診断書記入マニュアル」を無料配布し、「厚生 の 指標」などを通じて、周知徹底された（表 6－1）。

表 6－1：医師への周知徹底

ICD-6：昭和 25～32 年（1950～1957） 「改正の実施にあたっては、医師に対しリーフレット「日本において昭和 25 年より採用する、国際疾病、傷害及び死因統計分類表」を無料配布し、また前回の「衛生統計医師必携」を改訂し、新分類の普及徹底を図った」 * 會田長宗、1950、「国際疾病・傷病及び死因統計分類の改正にあたり臨床医家へのお願い」日本医師会雑誌 24（1）、41-43、（* 厚生省衛生統計調査部長）
ICD-10：平成 7～17 年（1995～2005） 「新分類の実施にあたっては、前回と同様に保健所長等に対して都道府県ごとに講習会を実施し、特に医師等にはリーフレット「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」を無料配布するとともに、「厚生 の 指標」等の雑誌に解説を掲載してその普及、周知徹底を図った」

出典：厚生省大臣官房統計情報部、1999「統計情報部 50 年史」

このように、厚生省は改訂のたびに医師への指導、医師会への働きかけ、保健所（統計作成の現場）への周知徹底を行っている。さらに、「衛生統計医師必携」、「死亡診断書の正しい書き方」、「死亡診断書・死産証明書・出産証明書の書き方」、「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」が医師に対して無料配布されている。

これらの働きかけによって、「ICD-6 死亡診断書の書き方として「老衰」という診断名をなるべく避け、直接死因となった病名を記載するように注意を促している」（須賀井・鶴田 1956）

ことが、周知されていく。その成果が、粗死亡率の急速な低下にみられる。

ここでの要点は、死因分類が日本の「医学の発展・進歩」のために、行政も「医学界」も「後進国の段階」からの脱却を目指すという共通目標があるということである。ゆえに、後述するように医学言説もそのことを重点的に取り上げている。

また、1945～1952 年の間は、GHQ の指導と米国の人口統計から、多くを学んだことになっている（厚生省 2001e, f）。同時に、死亡届の様式、「死亡の種類」など、日本独自の制度化・規範化も行われていた。この日本の 1945 年代は、米国にとっての 1900 年の「老衰」比率の段階であり、日本は 40～50 年遅れで米国と同じ傾向をたどると荒井（1957）は指摘した。たしかに、その後の急激な「老衰」死亡率の低下は、荒井の推測を裏づける一方、現在でも比率から言うとその差は、逆に格段に拡大している。

このような米国の「老衰」比率の低下を「医療化」の徹底としてとらえるならば、日本においてはその徹底化が米国ほどではない要因が存在することになる。その一つに、「老衰」の歴史的・文化的要因があることを論証するために、社会的「老衰」という概念を構成したといえる。

3) Ⅲ期 1975 年以降：無視される死因「老衰」期

「国際ルール」は、疾病構造の変化により、Ⅰ期「死因のための分類」、Ⅱ期「疾病・傷害・死因のための分類」へと「進化」した。さらに、慢性疾患が増加してくる過程を反映して、複合診断名が多くなり、「原死因」の概念が出現する。「原死因」の定義、その選択・修正ルールが確定することにより、「国際ルール」では「老衰」は無視される死因と規定され、Ⅲ期「疾病及び関連保健問題」へ移行してきた。

戦後のⅡ期までに、日本の「老衰」死亡率は急速な減少をみた。しかし、Ⅲ期の低下率はゆるやかで、先進国「米国」のような低下はみられない。「病院化」時代も到来し、「死と医師」関係も変化し、「老衰」のさらなる低下が期待できるはずであるが、2000 年以降は、死亡数はゆるやかに増加傾向をしめしている（今永・丸井 2011）。これは、後述するように、日本の長寿化——超高齢者の増加——が一つの要因ではあるが、近い将来に「老衰」は主要な「社会問題」となる可能性を秘めている。

4) 「みえない制度」と「翻訳された制度化・規範化」の可視化

「国際ルール」の「進歩」は、「老衰」の表章に現れている。それは、「老衰」が表紙から、次第に裏表紙に、さらに「牽引」項目へと、「格下げ」されていくことによって示された。これは歴史社会学的視点で分析され、「国際ルール」および「日本ルール」が基底にはあるが、時代の流れにしたがって「自明性」をおびて、現在では「みえない制度」として機能していることを、明らかにした。

それでは、なぜ「みえない制度」を可視化することが重要なのか。ひとつは、「老衰」診断する側にも、「死亡の防止」という「国際ルール」がみえていないことは、実証研究でも明らかにし、「医学教育」でもなされていないことを指摘した。このことは、「日本ルール」の集大成である「マニュアル」通りの記載を求めることとなり、「老衰」の無視を「自明化」するからである。すなわち、社会的「老衰」の否定につながるからである。

もうひとつは、診断される側の「医師個人への不満」ではなく、このような「構造的」問題を、理解可能とするからである。

このようにして、「見えない制度」と「翻訳された制度化・規範化」を可視化すること／したことが本論の重要な意義である。

第2節 医学的「老衰」の通時的比較とレトリック

縦糸としての歴史社会学的視点で死因「老衰」の構成を分析することの意義と同時に、「社会問題」としての視点を加えることにより、さらなる「老衰」構成の詳細を明らかにすることは、本論における「社会学的」意義である。

そのために、死因「老衰」言説の場を解明することが必要である。解明の視点は天田の指摘による「言説分析」に「社会問題」の視点を加えて、医学的「老衰」の構成を論じることを明言した。まず、「社会問題」の自然史の概念からの、つぎに「レトリック分析」からの視点から「老衰」言説構造を解明した。

1. 「老衰」の自然史——通時的比較

本論では、赤川の「何らかの状態を社会問題として定義し、それへの対処を求めるからこそ、その状態が社会問題として構築される」と考える、構築主義のアプローチに則った（赤川 2012 : 17）。ここでは「クレーム申し立て活動は、他のクレーム活動との相互作用のなかで継承されたり、批判されたり、再定式化される。そうした変化が「なぜ」生じたかを歴史的に説明することを通して、そうした活動の連鎖をもつ社会の仕組みと特徴を解き明かそうとする」（赤川 2012 : 22）ことを目指してきた。

前節での時代区は、下記のように概観される。

A : 死因分類前史 : 社会的「老衰」期

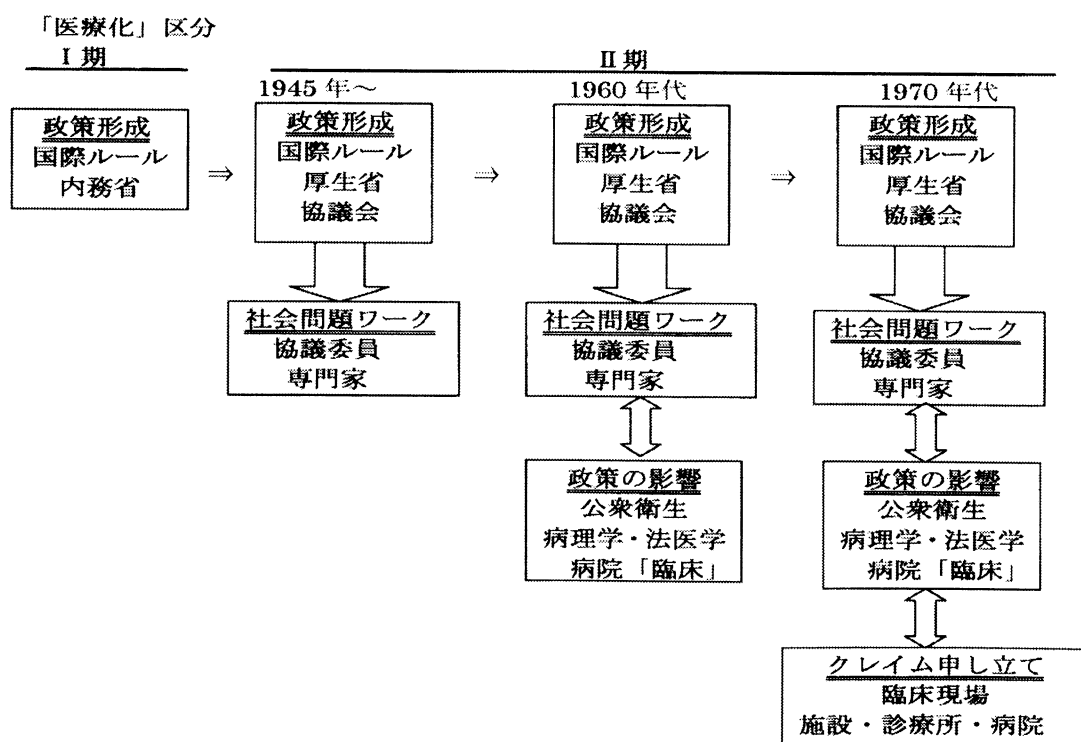
B : 「医療化」史

I 期 1900～1945 年 : 死亡原因「老衰」期 : 「政策形成」の段階のみ。

II 期 1945～1975 年 : 原死因「老衰」期 : しだいに「医療問題」から「社会問題」となる。

III 期 1975 年以降 : 無視される「老衰」期 : 「社会問題」としての側面が強くなる。

A : 死因分類前史は、社会的「老衰」の構成で論じられた。その後の、B : 「医療化」史を「老衰」の自然史として、概念化したものが図 6-3 である。



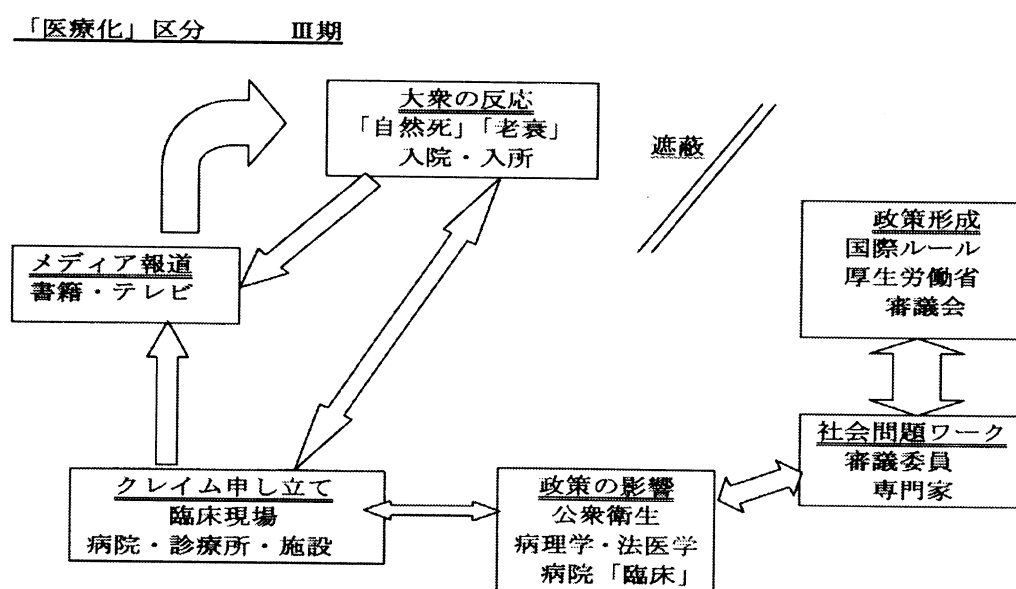


図6-3：「老衰」の自然史（通事的比較）

1) I期：「政策形成」のみ——「問題」の端緒

この時期は、「死因分類前史」とあまり変わらない状況であり、「問題」は所轄官庁である内務省内部に限局しており、「クレーム」としては成立していない。しかし、「老衰」が医療化され、死因「老衰」が制度的に規定されていることから、老衰「問題」の端緒であることは間違いない。ただ、この「問題」の端緒の時期に、「国際ルール」の重要な変更があり、欧米との「問題」の取り扱いの差異が大きかったことは、サムズ（1962=1986）の証言でも明らかであった。それは、高野の「老衰死」は「衛生の理想」という、行政側の言説でさらに裏付けされた。

2) II期：「医療問題」から「社会問題」へ

この時期を、3つに細区分した。

1945年以降における、衛生統計協議会——のちに厚生統計協議会——という諮問機関が設置されたことによる、「社会問題ワーク」の時期。1960年代になると「政策の影響」となる「老衰」に関する医学論文における「論争」が多くなる時期。さらに1970年代には、臨床的「老衰」に関する、医学論文が散見されるようになり、「クレームの申し立て」が次第に明らかになる時期と区分した。この時期までは「老衰」は医学内部の「医療問題」である。それは、死因「老衰」診断の国際・国内比較、現場での死因「老衰」診断の正確度——「医師の個人差」「実情の把握」「医師の意識調査」——などの「医学研究」としての、「専門分野」や「診療の場」内での問題認識であるからである。

しかし、前述の「老衰」死亡率の急激な減少はこの時期にみられているので、「医療問題」としての内部の論争の多くは達成されたものと考えられる。にもかかわらず、「社会問題」化していくのは、「老衰」そのものが「社会性」をもつということが、明らかになるという過程でもある。

3) III期：「社会問題」としての「老衰」

「老衰」が「医療問題」から「社会問題」へ変化する端緒は「老衰は社会的概念である」（根岸1971）に現れている。現実的にそれが、「社会問題」化する過程は、本研究では、「老衰」が社会学で取り上げられたり、新聞で取り上げられたりするの、1990年代という言説分析を根拠としている。もちろん、これには、日本の急速な高齢化過程、「老人医療」に対する批判などの時代の反映があり、それは「老人の医療化」過程と一致する。

III期において、ベストの「社会問題過程」と「社会問題過程間相互作用」の概念図が成立することになる（赤川2012：38）。

4) ふたたび「みえない制度」を可視化する

ここでの自然史概念の要点は、一つには、「老衰」の社会問題の端緒は、すでに述べたように「政策形成」であること。日本においては、それは長く「医療問題」としての論争に止まってきたこと。それが、「社会問題」と現出してくるのは 1990 年代以降であることである。

二つ目の重要な要点は、「社会問題過程間の相互作用」においては、「政策形成」と「大衆の反応」の間には、相互作用が見られないことがあげられる。これが、「みえない制度」や「翻訳された制度化・規範化」であり、それを可視化することの意味と重要性が、ふたたび明らかにした。

三つ目に、「クレーム申し立て」側からも、「国際ルール」や「日本ルール」が「みえにく」なっている点である。この「みえない制度」を可視化して、「老衰」をとらえて論じる事が、「老衰」の社会問題の視点からは必須である。

2. 医療的「老衰」言説のレトリック

縦糸としての「歴史社会学」的視点と「社会問題の自然史」的視点に、横糸としての「老衰」言説の場を加えることにより、「老衰」の社会的構成の網の目が形成される。その横糸の分析から次のような、結論が得られた。

1) I 期——「政策形成」

「政策形成」としての「国際ルール」を内務省が適用し、それを周知するということがあり、高野(1939)の「衛生の理想」として「老衰」はとらえられている。

ある面では、死因「老衰」分類前史の延長上にあるともいえる。それは、必ずしも「老衰」という言葉ではなく、それに類似することば——老病、老人マラスムス(括弧内筆者、marasmus 消耗症)、栄養障害——が死亡診断書に記載されていることからもうかがえる。

2) II 期——「社会問題ワーク」「政策の影響」

戦後の GHQ の占領体制下(1945~1952 年)は、「人口動態統計の整備期」であり、「老衰」比率の高いのは「後進国の段階」であるため、医師への「周知徹底」がなされた時期である。「周知徹底」がしめすように、それは厚生省内に設けられた協議会を通して、または「保健所」や「厚生指標」を通しての、一方的な流れとしてとらえられる。そこには、「国際比較のレトリック」が行政の言説として機能していた。この II 期は、死因「老衰」を医療的「老衰」言説を中心として、全体な医学的「老衰」構造がしだいに形成されていく時期である。

1950~60 年代は、「病理学」「公衆衛生学」での医学論文で「老衰」問題があつかわれ、「社会問題ワーク」が次第に姿を現す。そこでは、まだ「老衰」は死因「老衰」としての「医療問題」であり、「医学研究」の課題という側面が強い。さらに、臨床(おもには「病院」)からの医学論文が増加してくることになり、「政策の影響」として、それぞれの「専門性」からの主張が議論されることになる。

1970 年代から、『老衰』は社会学的概念である」に代表されるように、「クレーム申し立て」の端緒が形成されてきた。すなわち、「医療問題」から「社会問題」への過程がしだいに、明らかになってくる。しかし、II 期の中心的言説の場は「政策の影響」である。

本論では「社会問題ワーク」は、おもに協議会(審議会)にしているが、実際は「政策の影響」と重なる部分が多いからである。すなわち、協議会の出身母体は各医療専門分野の「専門家」であり、その「専門家」を認定するのは、医学論文を通しての「医学会」であるからである。そのことは、協議会委員でもあり、その専門領域をリードする「専門家」という二面性をもつ論文からもうかがえる⁽¹⁾。

これらの過程を、「社会問題」の視点に置き換えると、赤川(2012)の「社会問題ワーク」と「政策の影響」が適合する。まず、「社会問題ワーク自体が社会問題構築の種となること

もある」(赤川 2012 : 66) ことは、「病死及び自然死」の規定などにみられる。さらに、「社会問題ワーカーはますます職業的な規則や決まりに従うことが求められる傾向にある。エリオット・フリードソンはこれを社会問題の専門職化 (professionalization of social problems) と呼んでいる」(赤川 2012 : 67)。このことは、各専門分野の「レトリック」で明らかとなっている。

次に、「政策の影響」となり、「政策がいったん成立して実施されると、その政策がもたらす副作用や効果に対しても、新たなクレームが発生する。もともと論争や対立を含んでいた社会問題ならなおさらである」(赤川 2012 : 67)。すなわち、「老衰」という、本来社会的問題を含んでいる概念に対する、「臨床」さらには、「現場」からの「クレーム申し立て」へと進む過程となる。

医学的「老衰」の言説の場は多層的、多様であることは指摘した。その要点は、「見えない制度」を「翻訳された制度化・規範化」して、医療的「老衰」の場に提示し、その場で専門性をもとにした「医学論争」＝「医学問題」として論議されてきた。その「言説の場」は、単純化すると病理学的「老衰」、公衆衛生学的「老衰」、臨床的「老衰」(さらに詳しく規定すると病院「老衰」)と設定される。そこでは、科学的根拠に基づく「老衰」すなわち近代医学の病因論が通底する「老衰」定義が求められた。また、記述的疫学を主体とする、各種要因の分析では、国際比較、診断書の記載の実態、「死亡の防止」を目的とする、公衆衛生学における統計の精度の確実性が求められた。

この間にあって、臨床的「老衰」——論争の主体は病院医師——は、病理的・統計的専門性の自明性を前提とした、「いわゆる老衰」「社会的概念」という、言説にこれまで終始してきた。図6-4に概念化したように、その基本的な構造は、現代も変化していない。

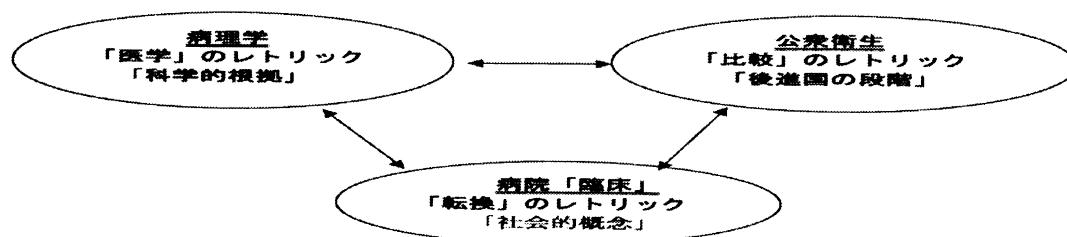


図6-4：医療的「老衰」の言説レトリック——「政策の影響」

3) Ⅲ期——「クレーム申し立て」

ながらく、医療内部での論争でとどまっていた「老衰」は、臨床現場では、「理念的」な「社会的概念」「認めざるを得ない」「いわゆる老衰」では解決できない問題として現前してくる。序章で述べたような、臨床現場からの「クレーム」が書籍によって、または「大衆の反応」としての「クレーム申し立て」もみられるようになることにより、「社会問題」としての「老衰」が表面化してくる(図6-5)。

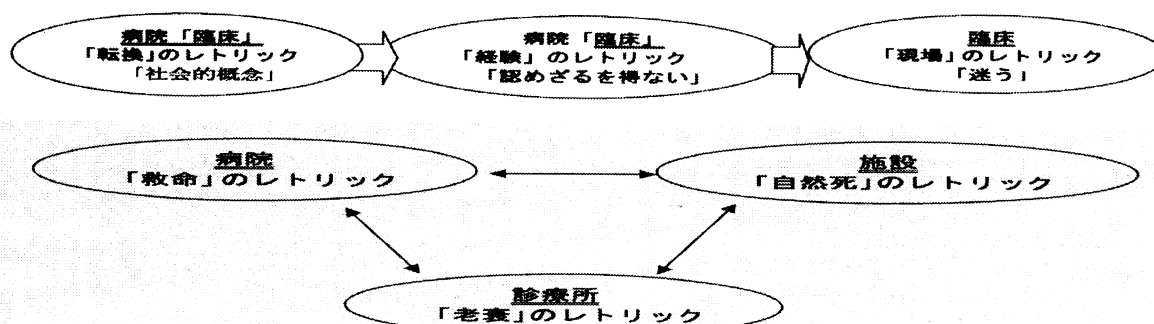


図6-5：「医療問題」から「社会問題」へ

このようにして、縦糸としての「自然史」と横糸としての「レトリック分析」を綱目として、「老衰」の社会的構成が組み立てられた。死因「老衰」には、その時代時代において、行政や「医療者」が「死」をどう考え、どのように死んでいくと考えるかを反映している（シュナイドマン 1973=1980）。現代は、それに「大衆の反応」が加わることにより、「私たち」は死因「老衰」をどのように考え、どのように死んでいくかを考える時点に位置している。そこは、同じシュナイドマンが指摘した時点でもある。

人生において死が不可避であるのは動かしがたい事実であるが、死を概念化する方法となると、死そのものとは別物であって動かしがたい事実ではない。人が考えた概念ならば、もっと明確にすることもできれば、変更することも可能である。事実、時代遅れになった NASH⁽²⁾ 分類がその後数世紀の間生命を永らえている間に、死の概念は絶えず変化してきた。それぞれの時代の人びとが、その時代の思考方法になじみ、それがいつの時代にも通用する考え方であるかのように思い込んだ（Shneidman 1973=1980: 169）。

3. 残された課題

1) 「医療化」の本質と「翻訳されたことば」

「医療化」は、「老衰」問題の端緒として本論における、主要な「医療社会学」の概念である。すでに第 2 章でも天田の「徹底的な医療化」の視点および野口の「医療化論＝定義の政治」の項においてもあつかってきた。本論での「老衰」の「医療化」については、その本質は何かという問いは残されたままであった。

その問いの概要は三つある。今後の課題としてその三つをあげておく。

- ①「医療化」されたのは、「老衰」の上位概念である「高齢・老年」である。すなわち「老人」が徹底的に「医療化」された／されてきたのが本質的である。
- ②その根拠は、「ことば」すなわち「翻訳された制度化・規範化」にある。それは、英語表章は変化しているが、日本の表記は「老衰」で終始一貫しているということである。
- ③そこから、「老衰」を「国際比較社会学」の視点から分析することによって、さらなる〈「老衰」の社会学〉の展望が開かれる。

具体的に両者の「ことば」の変化を示したのが、図 6-6 である。

ICD の細分類の表記をみると、英語表章の推移は、「old age」-「senile decay」-「senility」であり、これに対して、日本表記は終始「老衰」である。「用語が変化したとき」「何か重要なことが社会問題の経歴または歴史に起こったことを示している」（スペクターとキツセ 1977=1990: 16）が、これまで論述してきたように、その理由は日本文献では明示されていない。

「old age」は日本語では「高齢〈期〉」「老年」「晩年」と翻訳され、「senile decay」は「老衰」「老朽」、「senility」は「老衰、老年、高齢」「老人性痴呆症、老いぼれ、もうろうく」などと訳されている⁽³⁾。

すでに第 4 章で述べたように、死因分類前史においては、「老衰」は「old age: 高齢・高齢・老年」であり、それは ICD でも踏襲され、初期の分類では、大分類は「old age」となっていた。筆者のいわんとしているところは、「old age」=「高齢・高齢」すなわち「老人」がまず「医療化」され、その過程のなかで、「痴呆」「精神病」などがさらに「医療化」され、「老衰」カテゴリーから除外されていく。そして、現在英語表記の「senility」が、「老衰」と訳されて、日本の死亡診断の場に現前する、という過程である。

ここでの要点は、カテゴリー自体を研ぎ澄ます過程（英語表記）とカテゴリー内のものを明確化しようとした歴史の相違が「医療化」の程度に影響したとの、筆者の認識があるからである。このことは、医学内部からの指摘もある。和田は次のようにのべている。

ところが、英語の senility とは必ずしも高齢に達したことを意味しないで、むしろ老齢のために起こる全身機能の低下 (senile decay) 即ちもうろく・老もうと解釈されるのが普通のようなのである。これに対して日本語の老衰という表現には、自然死えの前段階を意味する内容が一般に強く含まれていると考えてよい。このように分類表の senility は老衰と解釈されてはいるけれども、それぞれの解釈の間に差があるとすれば、これは是非とも一考されなければならない (和田直 1971)。

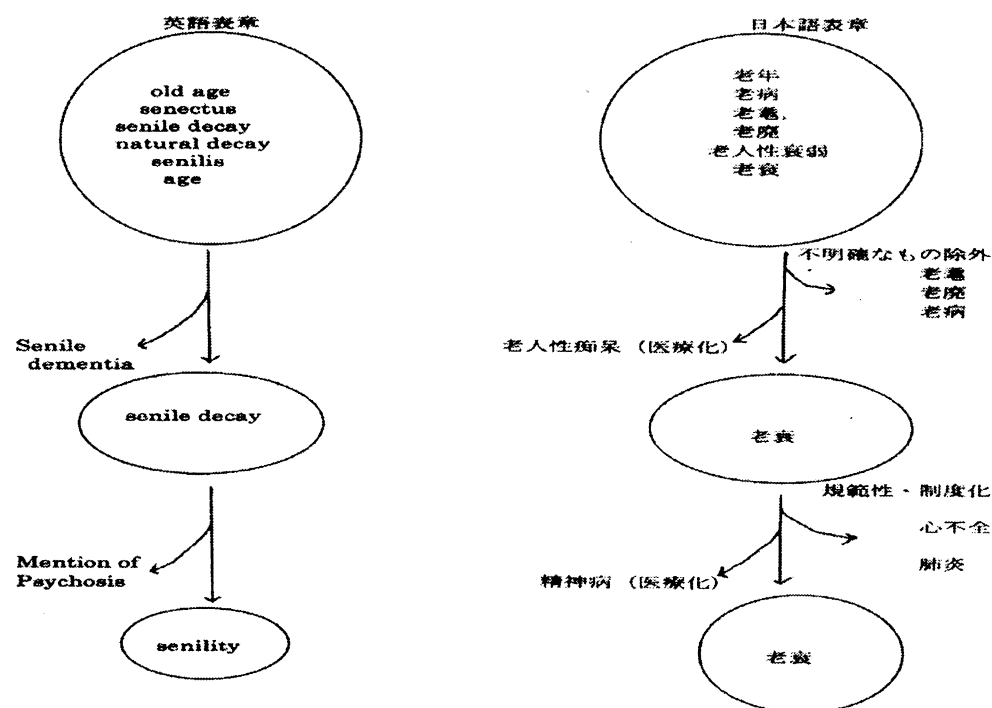


図6-6: 「老衰」表章の推移

「ことば」と「文化」についての鈴木孝夫 (1973) の表現をかりることにより、この課題の重要性が指摘できる。

文化とは、人間の行動を支配する諸原理の中から本能的で生得的なものを除いた残りの、伝承性の強い社会的強制 (慣習) の部分を指す概念だと考えて頂いてよい (鈴木 1973: i)。

西欧の社会・文化的現実に基づく概念が、ことばとして日本語の既存の概念に引きあてられたり、新しく日本語に作られたりする場合に、しばしば起こるのはこの明示的な部分のみの対応関係なのである。私たちは、向こうの概念の水面下の部分が見えないだけではなく、自分たちの概念の水面下の状態も、意識化されていないのが普通だからである (傍点原著、鈴木 1973: 127)。

このように、「国際ルール」の目的とする「死亡の防止」と言う観点からの「老衰」の医療化という面は否定されないが、早期から「痴呆」、「精神病」の更なる「医療化」を考慮すると、本質的に医療化されたのは、「老衰」ではなく、「高齢・老年」すなわち「老人」の医療化といのが、妥当性を持つ (Illich, 1976=1979)。

たとえば老年は、特権、あるいは衰れむべき終末とも考えられたが、決して病気とは考えられていなかったのに、最近では医師の指示の下におかれることになってしまった。老人ケアに対する要求は大きい、それは生存する老人が多いという理由から

よりは、老年は治療されるべきだと主張する老人がふえたからである（Illich, 1976＝1979：64-65）。

このように、今後に残された課題を解くには、「国際比較社会学」としての視点を持ちいることが、有用であろうことを指摘しておく。

2)「公式統計」

つぎの課題は「公式統計」で、「国際比較社会学」とも「社会問題」ともに関連してくる。中河伸俊（1999）は、「公式統計」について、以下のようにのべている。

公式統計は、時代や場所が異なる場合にも、同じ基準や手続きにそって作られているといえるのか。この問いは、公式統計を使った経時的分析や国際的な比較研究の足もとを脅かすものである（中河 1999：77）。

これまでの死因「老衰」言説の集大成として、政府機関による手引きやマニュアルに明記された公式の「老衰」の定義が存在する。それは、わが国では「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のない、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老衰も記入することになります」である。

このマニュアルに記載された、「老衰」＝「自然死」の概念は、ある意味では死因「老衰」の本質的問題である。中河の指摘する、国際的な比較研究の例として、日米における「老衰」と「アルツハイマー病」の死亡比率からその課題を指摘しておく。

表 6－2：老衰とアルツハイマー病による死亡の日米比較

項目	日本	米国
総死亡数	1,197,066（2010 年）	2,468,435（2010 年）
ICD-18100	45,342 名	4,721 名
	3.8％／5 位	0.19％
老衰	65～74 歳： 245 名	74 歳以下：165 名
R45	75～84 歳：3,066 名	75～84 歳：825 名
	85 歳以上：23,047 名	85 歳以上：3731 名
	（2010 年）	（2005 年）
ICD- 06400	4,163 名	83,494 名
	0.3％	3.4％／6 位
アルツハイマー病		75～84 歳：24,099 名
G30		85 歳以上：54,226 名
	（2010 年）	（2010 年）

出典：2010 年資料は『厚生指標』、2005 年の資料は CDC

ある意味では、日本と米国の「老衰」と「アルツハイマー病」は逆転関係にあることが、表 6－2 からみてとれる。コンラッドとシュナイダー（1992＝2003）は、「逸脱と医療化――10 年後」で、以下のようにのべている。

歴史的に老衰と呼ばれてきたものがアルツハイマーあるいは AD（＝Alzheimer’s Disease）と定義されるようになった。20 年前には事実上聞いたことのない曖昧な障害であるアルツハイマーは、今やアメリカにおける死亡原因の五大原因の一つとなっている。フォックスの示唆によれば、AD の概念化における変化での中心的争点は年齢基準の撤廃であり、これによって AD と老年痴呆は区別されなくなった。AD となる可能性のある症例には、現在では 60 歳以上の患者の老年痴呆が事実上含まれている（Conrad P. & Schneider J.W..1992＝2003:543）。

日本における、「老衰」の定義、またアメリカにおけるアルツハイマーの定義、いずれにしても中河の指摘する、「公式統計」概念による検討が必要となる。

公式統計における公式の（あるいは一般的な）カテゴリーの定義をめぐる問題の上に、さらに、先に触れたような、そのカテゴリーを適用し具体的な事例を同定する過程でのカテゴリーの定義の操作化をめぐる問題が積み重なる（傍点原著、中河 1999 : 82）。

筆者の言わんとしていることは、「公式統計」＝「老衰死」という数的な比較・推移と、「老衰」の質的な側面は、別様に分析しなければならないことを、強調するためである。すなわち、「老衰死」の比較からは、「老衰」に対するその国の医療のあり方——本論での実証研究での医師の「選択と決断」——は推測の域を出ないことを明確にすることである。さらに追加するなら、死亡診断書に「老衰」が記載されていることと、「老衰死」の比率は、「国際ルール」の視点からは、直接関係にはないからである。その内容は、何度も指摘するように「国際比較社会学」によって、各国の「老衰」の社会的構成を分析する以外ないのである。

第3節 「長寿・自然」からの出発と回帰

日本語の「老衰」——背景に歴史的・文化的含意を含む「ことば」——それを具体的に再構成し、「老衰」言説の場に差し戻す作業を行なった。

1. 「老・衰」は「長寿・自然」——肯定的概念である

医学言説での、『老衰』は社会的概念である」との抽象的で曖昧な定義を、具体化することが、本研究の要点でもあった。

そこで、「老衰」を「老・衰」さらに「老い・衰え」と分節化し、「老い」は「長寿」に「衰え」は「自然に」という、歴史的・文化的背景のもとにあることを、明らかにした。ただ「長寿・自然」は分節化したままではなく、「長寿」を前提にして、「十分に生きつくした末」の「衰え」、すなわち「十分に生きつくした末に、自然に亡くなる」ことと、統合して表現されて、始めてその価値が見出される。

死因分類前史で述べたように、前近代における「老」＝「長命」は、希少価値を有し、日本では「長寿」として表現されてきた。しかも、その末に「自然に亡くなる」のは、多くの人びとの願望でもあった⁽⁴⁾。

「老衰」を歴史・文化的な「長寿・自然」という枠組みに組み換え、これを社会的「老衰」と定義することにより、まず医学言説での「社会的概念」を具体的に説明でき、そこには日本人の肯定的価値観を含んだものであるとの認識が可能となる。ゆえに、「老衰で死にたい」人びとの思いと、死因「老衰」診断の現場で悩む医療者に新たな観点を示すことができる。それは、医学的・医療的「老衰」概念と対抗できる新たな概念枠組みとなる。

実際にこの社会的「老衰」概念は、死亡診断書の「病死及び自然死」、マニュアルの「老衰＝自然死」などの行政言説にもその影響をみることができる。また、「老衰」診断の現場で、社会的「老衰」＝「長寿・自然」は「暗黙の社会的基準」という底流をもち、日本の「老衰」言説の場では、絶えず現前することも実証された。この概念は、死因「老衰」を新たに理解するための重要なキーワードとなる。

これまで、医学的「老衰」は、医療内部では、その多層構造と多様性をもって論じられてきた。しかし、それを包括する社会的「老衰」が歴史的・文化的に機能している。そこに、「老衰」死亡率の「徹底した医療化」をはばむ意識と同時に、「社会問題」化する要因を含むものと概念化した。さらに、「長寿・自然」は、日本の「死」一般の言説の場まで含む概念とし

でも、適用されることを、意識している。

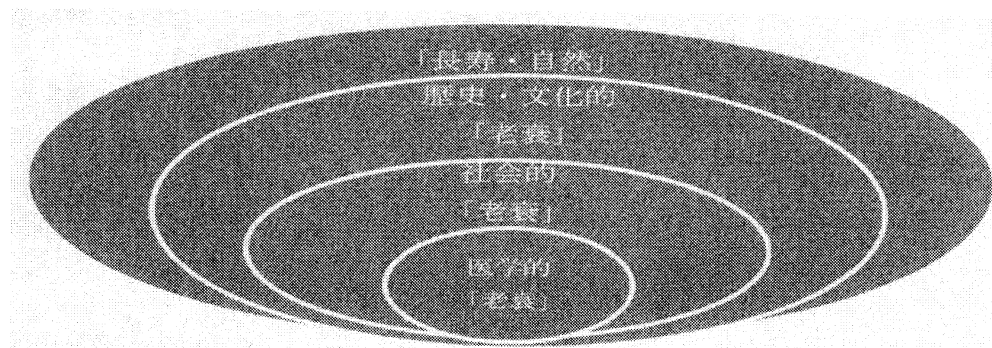


図6-7：本研究での「老衰」の社会的構成概念図

「老衰」の社会的構成の全体像を概念化するなら、図6-7となる。

これまでの視点では、医学的「老衰」——死因「老衰」——に照準が当てられていたが、社会的「老衰」概念を定義することにより、図6-7に変化することになる。すなわち、「老衰」の全体構成を含むのは、「長寿・自然」に裏打ちされた歴史的・文化的「老衰」——社会的「老衰」——であり、それが医学的「老衰」を包含するという構成になる。これが、本論における、「老衰」の社会的構成の結論である。

2. 変化する「長寿・自然」

社会的「老衰」が、脈々として、死因「老衰」の言説の場に現前することは、本研究での「言説分析」、「実証研究」でも明らかにした。それでは、その内容は変わらないのだろうか。

1) 「長寿」の変化

長命者が希少価値を持つことにより、「長寿」の肯定的・願望的価値は付与されてきた。人間の限界寿命は、歴史的には変化がないというのが通説である。どの時代にも、長命者・長寿者は存在している。ただ、その頻度については、平均寿命の延長に、見られるように、死因分類期以降、急速に延長していることも、統計的には明らかである。たとえば、1700～1800年代は、英国での70歳までの生存確率は7%程度と推計されている(Williams 1996)。わが国では、現在それがおよそ男82%、女91%である。さらに90歳までの生存確率は、男で22.2%、女で46.5%が生存する(厚生労働統計協会 2013)。

さらに、百寿者は、フランスでは1836年には146人(当時の人口は3350万人、22万人の割合)とされている(メチニコフ 1907=2009:70)。それが現在、日本では、百寿者は54,397人(平成25年9月推計)で、およそ2300人に一人となる。すなわち、日本社会全体の長寿化が進むことにより、逆に「長寿」の価値観は薄れることになる。さらには、「長寿」が「社会問題」としての、負の価値観へと変化している側面も進行しつつある。

このように、「長寿」の価値観は、変化しつつあるというのが、筆者の認識である。

2) 「自然に」「自然死」の変化

さて、「老衰」言説の場では、もっとも頻回に使われることばは「自然に」「自然死」「枯れるように」である。ありふれた「自然」ということばにも、牧野(2000)が指摘するように「医療サイド」と「私たち」のあいだでは「意味合いが違う」。「私たち」は「天然のままで人為の加わらないさま」(広辞苑 第6版)にちかい「どう死ぬか」といった、死を迎える姿勢や過程を重視している。それに対して、「医療サイドは」、「何が原因で死んだか」という病理的な側面から「自然」を解釈している。

たしかに、「自然」に対する「私たち」の意味づけは、本研究でのインタビュー調査でも

牧野の指摘はうなずける。もともとは、この乖離はなかった。それは、新村の指摘する状況は、戦前までは、わが国ではありふれた状況であったからである。

前近代社会における死の臨床は不作為の医療、死にあずからない医療が支配的となっていたが、そうした医療風土を支えていたのは、一つには死んだ年齢をもって天命・^{じゅみょう}定命と考えるあきらめの観念である（新村 2002 : 174）。

それまでの社会においては、〔中略〕死は家族・親族らによる確認と、^{しゅうもんあらため}宗門改の際に死亡を申し出る程度のことで済まされていた。また、臨終の場に医師が立ち合うこともまれであった（新村 2002 : 174）。

このような状況から「医療化」が進むことにより、医学言説または「医療行為」の面からは、「自然」は幅広く解釈されるようになってきた。これがうかがわれるのは、序章で述べた特養の常勤医の「自然死」と、診療所における「自然死」は、「医療行為」という人為的処置からみると、その相違が明らかとなる（中村 2011 : 5）。

それは「医療者」側からは、「死にゆく自然なプロセスを達成するためには、むしろ適正な医療技術の投入が必要とされるからである」（竹之内裕文 2012 : 137）。さらに、イリイチ（1976=1979）は、指摘している。

自然死のイメージは新しい一連の反応を引き出し、それは次第に医療的な性格を獲得してきた。自然の死の歴史は生の死に対する闘争の医療化の歴史なのである（Illich 1976=1979 : 137）。

社会の医療化は自然死に終焉をもたらしたのである。西欧の人は、死ぬという自らの行為において主体的である権利を失ってしまった。健康すなわち病気と闘う自律的な力は、最後の息の根まで奪われてしまっている。技術的な死は、死ぬことにおいて勝利を収めた。機械的な死がすべての他の死を征服し、破滅させたのである（Illich 1976=1979 : 162）。

このように「自然に」「自然死」の概念は、社会的にも医学的にも大きく変化していることに、「医療サイド」はかならずしも自省的ではない。その一つとしては、死亡診断書における、「死亡の種類」における「病死及び自然死」の項、マニュアルにおける「老衰＝自然死」の含意は、国家的な規範であるという意味では、問題を含む。なぜなら、「死亡の分類」を「病死及び自然死」と表象すると、それぞれの定義が必要となるが、なぜそのように定義したかの理由は、資料上は不明である。

たしかに、「老衰」は「自然死」のなかに含まれるが、「老衰＝自然死」とすると、医学概念や公衆衛生概念との乖離や混乱がおこる（Greenberg 2001 : 9）⁽⁵⁾。また、「自然死」概念は歴史的に変化してきていることとも整合性が取れない。

このように、社会的「老衰」が具体化された「長寿・自然」の内容の変化を指摘したわけは、それがちかいう将来においても、本研究の「老衰」の社会的構成概念が生き残るのか、または変化していくのかの、分岐点であるからである。

第4節 経験医療としての死因「老衰」

超高齢社会を迎えている日本にとっては、避けて通れない「老衰」問題に新しい視点を加えて、さらに〈「老衰」の社会学〉への展望を開くことが、本研究の社会学的意義である。

ここまでは、「老衰」の社会的構成の歴史的・言説的背景を中心に論証した。つぎに、現在、「老衰」診断の現場では、どのように「老衰」は取り扱われているのかを、半構造化イ

ンタビューを基にした、実証研究から回答を得ようとした。今永・丸井（2011）が指摘したように、「老衰」の診断現場は「在宅死」から、多様な場所に変化しつつある。ゆえに、超高齢社会日本においては、どのような「診療の場」であれ、専門医であれ、「高齢者医療」とは、無関係ではいられなくなる。

その「診療の場」のレトリックとしては、図6-8に示すような概念を示した。この概念図は、これまでの言説分析と実証研究でえられた「語り」から形成されたものである。「病院」の「救命」のレトリックは、田中（2010）の指摘や、実証研究での医師へのインタビューで確認された。「施設」の「自然死」のレトリックは、序章での「特養医師」の言説——とくに、中村（2012）の「自然死」概念——に依拠している。「診療所」の「老衰」には、「医療行為」——点滴などの医療処置——を含んだ上の実証研究からの言説に依拠している。

これまでの分析から、臨床的「老衰」も、死因「老衰」診断の場の相違（病院、診療所、施設）によって、変化することを明らかにしてきた。すなわち、それぞれの「診療の場」によって、「老衰」の概念にちがいがあり、医師は死因「老衰」の診断をどのような「選択と基準」によって行なっているのかを分析したわけである。

本論では、このなかの「診療所」からの視点に照準を合わせたものという限界性はあるが、医師の「診療行為」という一般的視点からは、以下のように有用な知見を得られた。

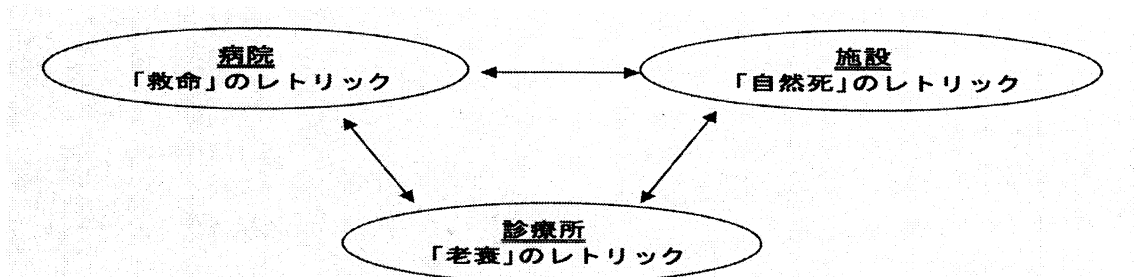


図6-8: 「診療の場」のレトリック

1. 「暗黙の社会的基準」——社会的「老衰」

実証研究では、死因「老衰」診断現場では、「暗黙の社会的基準」が医師の多様な「選択と決断」に、影響を及ぼしている。さらに、死因「老衰」を選択する医師には、社会的「老衰」すなわち「長寿・自然」と言う価値観を持つ概念が、大きく影響していることを、論証してきた。

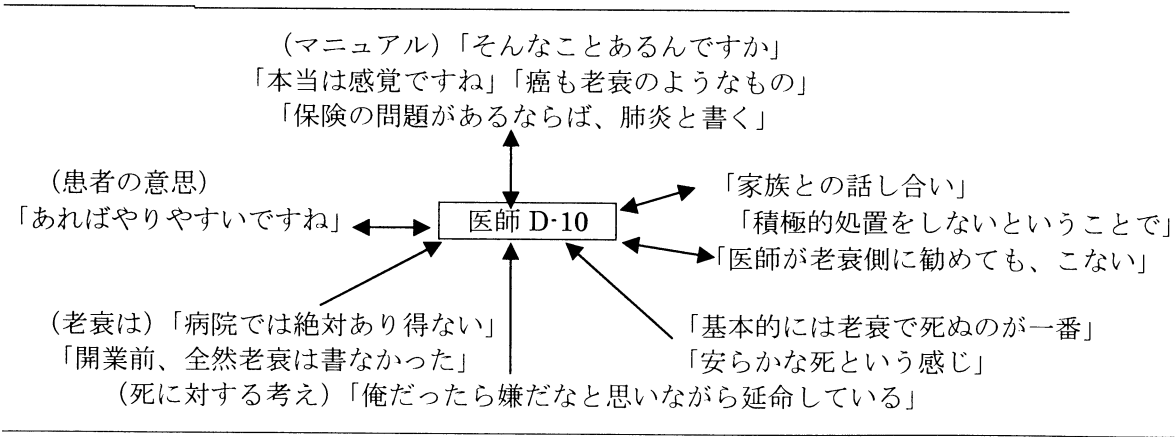


図6-9: 医師 D-10 (I 群・積極型・相互作用型)

注: 「」内は対象医師の発言。()内は筆者の補足

一般的に、「医師の診断」は客観的なものであると思われる。それは、第2章に述べたように、「病気は、社会的文脈から離れた客観的な実在」であるという主張は「医師」も、

人々も一般常識として「暗黙のうちに常識化（支配的言説化）」（佐藤 1999：20）しているからである。しかし、図 6-9 に示すように、死因「老衰」の現場では、医師は必ずしも、そのような「選択と決断」をしていないことを、実証研究で論証してきた。それは、なぜなのだろうか。

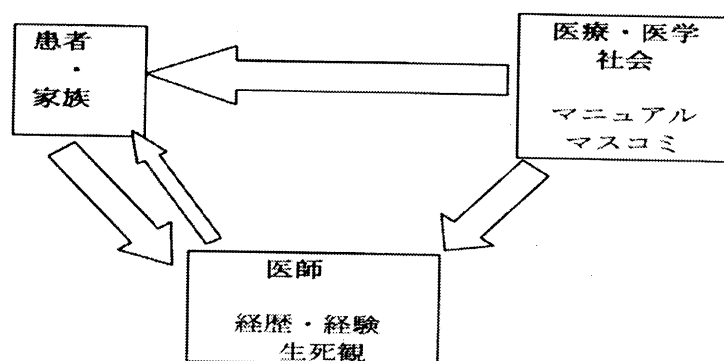


図 6-10：死因「老衰」を決断する医師の相互関係概念図

医師であり社会学者のクリスタキス（1999=2006）は、医師の「予後診断」を社会学的視点で分析している。予後の社会的構築に関して、以下のようにのべている。

他の医学的知識の形態と同じように、予後は社会的に構築されたものとみなすことができる。それは単に患者の生物学的状態の関数ではなく、医師と患者の信念と態度、社会構造と社会組織から影響を受けるのだ（Christakis 1999=2006：17）。

予後に対する厳密な生物学的な基準が不在の場合、医師は予後を定式化するために社会的基準に目を向ける可能性があるのだ（Christakis 1999=2006：18）。

「予後」を「老衰」に置き換えると、その事実は、本論での実証研究でも追認されたとと言える。すなわち、「老衰」の概念が曖昧なことによる生物学的基準の不在である、それゆえに社会的「老衰」という社会的基準に目を向ける。そこで医師は、多様な「相互関係」を考慮しながら、「暗黙の社会的基準」に依拠して、確信をもつて死因「老衰」を診断している。このような状況を、クリスタキスは、「与えられた予後は医師の社会的・職業属性と、医師の診察の構造的・組織的要因に依存するという点において、社会的に構築されている」（クリスタキス 1999=2006：20）と分析している。ここでも、医師の「老衰」の「選択と判断」に、共通する指摘がみられる。このような理論の産生は、GTA によるものであり、本研究の主要な成果である（図 6-10）。

しかし、クリスタキスも指摘するように、「臨床上的意思決定一般は、次第に官僚制的、制度的、財政的基準によって影響を受けるようになっていく」（Christakis 1999=2006：42）ため、ちかいう将来における「老衰」診断の変化にも当てはまる。それは、現代が医学的「老衰」と社会的「老衰」の競合する時期であり、両者の内容の変化に基づくものであることは、すでに指摘しておいた。

2. 「診療の場」と「専門性」

実証研究で得られた知見は、さらに理論的な概念を、実践上の「言説」「行動」から確認・補強できたことである。序章で述べたように、医師はそれぞれの「診療の場」でその専門性を発揮するが、「医師の経歴」のなかで、それぞれの場を「反省」「内省」している。ここから得られた知見は、フリードソンの疑問に、実践的に答えることとなる。フリードソン（1970=1992）は、医療行為（medical practice）が遂行される現実のなかで、「医師の役割」の医療社会学の視点について、次のようにのべている。

医師の「普遍主義的」態度は、診療形態の違いによって変化するのか。あるいは機能的限定性の態度も変化するのか。端的に言って、診療がなされる場の違いによって、医師の専門家としての態度それ自体が変化するのだろうか(Freidson 1970=1992:18)

専門家の役割が完全に安定しているというわけではなく、それが遂行される場である組織機構上の相違によって変化するものとすれば、診療体制それ自体が専門家役割よりも適切な分析単位となるだろう (Freidson 1970=1992:19)。

「死」の様式の一形態である「老衰」という診断を下す場での、医師の「医療行為」を見極めることは、フリードソンのこの疑問に「実践的」に答えることとなる。結論から先に言えば、「診療の場」で医師は「その専門家としての態度」を変化させる。さらに、「組織構造上の相違」によっても変化する。それを、死因「老衰」の現場で解明したことになる。

しかし、それはなぜだろうかという疑問は解決されていない。そこでも、フリードソンが「診療形態の経験的類型」(Freidson 1970=1992:85-86)で述べている視点で、答えることができる。フリードソンは、「クライアント依存型診療」と「同僚依存型診療」という概念を用いている。前者は「個人診療形態(solo practice)」という概念と同じで、「この形態が、……専門職の個人主義的イデオロギーを反映しているから」ということで用いている。また、後者は「医師の行動が同僚に観察可能であり、その仕事と同僚に依存する同僚依存型診療が、専門的基準に同調する可能性が最も高い」(Freidson 1970=1992:87)からである。

すなわち、これまでの医学的「老衰」言説の場および実証研究で分析されてきた、『病院』には老衰はない」の理論的背景として成り立つからである。それは、「病院」は専門家集団組織として、専門的基準——「医学の進歩」「死亡の防止」＝医学的「老衰」——に同調せざるを得ないからである。他方、「個人診療形態」である「診療所」では、「個人的イデオロギー」——「暗黙の社会的基準」＝社会的「老衰」——を反映していることを実証的に明らかにしてきた。

3. 経験医療としての確信——「反省的实践家」

さて、「医学的知識」そのものが、社会的に構築されているという、構築主義の立場が、従来の「医療社会学」との異質性を区別すると野村は述べた(野村 2000)。ここでは最後に、実践の現場では「医師」はそのことを意識しているのだろうかという視点で、実証研究をまとめる。それは、どのようにして「医師」となるのかという視点と通ずる。「医師の社会化」は、「医療社会学」の主な構成要素であり、各種の研究がなされている。進藤は、以下のようにのべている。

医師は医師として生まれるのではなく、医師として必要とされる知識や技能を長期にわたる訓練課程において学習することを通して医師になる。一般に「社会化」

(socialization)とは、当該社会の成員として要請される知識・技術・価値観あるいは態度を習得していく過程を意味するが、「医師の社会化」のテーマの下ではこれまで中心的に扱われてきたのは特に価値観や態度に関わる側面であり、社会化の全局面の中でも特に医学生社会化であった(進藤 1999:50)。

「老衰」の問題は、医療者側からの「クレーム申し立て」が多いと、序章でのべた。しかもそれは、「医師の経歴」に共通性があることも既述した。さらに、実証研究で確認された『病院』には『老衰』はない」という命題も確認できた。医学生のみではなく、臨床医師も「医師の社会化」の過程にあることは、上述の分析で明らかである。しかし、それには「医師の経歴」という前提がある。すなわち、医療を「比較」できる／したという、実践

が必要である。

また、「医療問題」としての「老衰」が「社会問題」として、推移してきた過程のなかには、変貌する医療と医師の関係（進藤 1999：42）を、明確にしておく必要がある。進藤の近年の「専門家支配」の構造の変化を要約すると、次のようになる。

20 世紀後半における医療システムの変化を問題とする場合、次の四点を指摘することができる。①医学・医療の高度化、②組織医療化、③疾病構造の変化、④福祉国家の変貌である。①と②は医療システム内部の変化であるとするれば、③と④はその環境における変化であるといえる（進藤 1999：43-44）。

このような、「変貌する医療と医師」のなかから、進藤は③と④の変化について『『キュア』の唯一の提供者たりうる医師に対する『ケア』の専門家の自己主張の可能性』をみている。そのような視点から、死因「老衰」診断の現場における、臨床医の「診療行為」は、「キュア」から「ケア」への変化としてとらえられる。さらに、それは具体的にどのような行われているのかを解明した。それが「暗黙の社会的基準」という、臨床の知恵である。

さて、その知恵はどのようなもので、どのような意義をもつのだろうか。中村雄一郎は（1992）、近代医学あるいは科学的医学と〈臨床の知〉について、次のようにのべている。

もしもそこに、一種の統合が可能であるとするれば、科学的医学と〈臨床の知〉との対等の結合ではなくて、〈臨床の知〉の主導下に科学的医学の諸成果を思い切って取捨選択し、再組織することであろう。医学・医療において高度化した科学や技術の自己目的化や自己満足は、〈臨床の知〉によって初めてチェックすることができるからである（中村雄一郎 1999：156）。

さらに、その〈臨床の知〉はどのようにして、臨床の現場で形成されるのか。このことを、ドナルド・ショーン（1983=2001）の「専門的実践家」と「反省的実践家」という概念をもちいて、宮田靖志（2007：166-175）次のようにのべている⁽⁶⁾。

反省的実践家とは専門分化した自らの領域を超える課題に、患者とともに立ち向かうものである。それは専門分化しスマートに整理された状況のなかでの実践家ではなく、複雑に入り組み混沌とした状況のなかで泥臭く格闘する専門家である。混沌とした状況のなかに浸り、その中で状況と悪戦苦闘しつつ実践する。そこから自らの知識体系を適応できるような場ではなく、実践のなかでダイナミックに新たな知識が形成されていく。そして、その実践の過程のなかで常に省察が行われている。これらは、状況との対話、行為のなかの知、行為のなかの省察、という反省的実践家を特徴づける重要な三つの重要な概念としてまとめられている（宮田 2007：173）。

筆者は、「反省的実践家」像を、「診療所」を中心とした医師の言説と行動のなかにみいだしている。「実践のなかで新たな知識体系を形成し」「実践のなかで省察し」「状況との対話」を通して、「暗黙の社会的基準」をもつて、行動していた。この「暗黙の社会的基準」は、社会的に構成されており、反省的実践家——死因「老衰」を診断する医師——は、「医学的知識」は社会的に構築されているということを、実践的に行っているというのが、筆者の結論である。

第 2 章の従来の「医療社会学」でもふれたように、「医学知識」「疾病分類」に対する社会的構築主義の視点のとり方によって、「医療社会学」の限界性が試されることになる。この意味においても、死因「老衰」の実証研究を通じて、その限界を乗り越えたともいえる。

最後に、グレイザーとストラウス（1967=1996）は、「データ対話型理論の適用」の章で、

データ対話型社会学理論が実践的に適用されるためには、次の四つの相互に深い関係をもつ特性を備えた理論として、展開されている必要があるとしている。

その必要な特性の第一とは、理論が活用される特定の対象領域と緊密に適合したものでなければならないということである。第二は、その特定の対象領域に関心をもつ一般の人々にも平易に理解できるものでなければならないこと。第三は、その特定対象領域内の、ある特定のタイプの状況だけではなく、さまざまな幅広い日常生活状況に対して十分適用可能な一般性を持ち合わせていなくてはならないこと。第四は、その理論を用いたものが、時とともに変化していく日常生活状況の構造と展開を部分的にせよコントロールできるようにならなくてはならないということである（傍点原著、Glaser & Strause 196=1996：323）。

上記のことについてかれらは、自らの実証研究 Glaser & Strause 1965=1988）を参照しながら、四つの「特性」の例示を行なっている（Glaser & Strause 1967=1996：323 - 344）。上記の四つの「特性」に適う理論の構築を、本研究において探求したテーマに関しても行うことが、筆者の今後の重要課題となる。

[注]

- (1) 厚生省の諮問機関として統計協議委員会に所属し、「老衰」関連論文も多い「専門家」として、本論では、吉岡博人、根岸龍雄、倉科周介、上田フサ、砂原茂一など（厚労省 2001, 2006）。
- (2) NASH 分類：自然死（natural death）、事故死（accidental death）、自殺（suicide）、他殺（homicide）その頭文字をとって呼んだもの（Shneidman 1973=1980：164）。
- (3)

	old age	senile	senility
岩波書店：1970 年	老年（およそ 65 歳以上）、晩年	老年の、老衰した、もうろく	老年、老衰、もうろく
小学館：1974 年	老年、晩年	老人、もうろくした人	老年、老衰、もうろく
小学館：1981 年	老齡、老年、晩年（ふつうは 65 歳以上）	老人、もうろくした人	老人、もうろくした人
三省堂：1994 年	老年、老齡（普通歳以上）	老齡の、もうろくした	老衰、もうろく、老齡
研究社：1994 年	老年、老齡	老衰の、老いぼれた、もうろくした、ぼけた senile decay：老衰、老朽	老衰、老いぼれ、もうろく
研究社：1999 年	老年（期）	老人、おいぼれ	老齡、老衰
研究社：2002 年	老年（通例 65 歳以上を指す）	老齡の（ために起きる）：老人性痴呆、もうろくした、ぼけた n. もうろくした人、ぼけた人 senile decay：老衰、老朽	老齡、老人性痴呆、もうろく

出典：中島文雄編、1970.『岩波英和大辞典』岩波書店
木原研三編、1994.『新グローバル英和辞典』三省堂
『小学館ランダムハウス英和大辞典』第 3, 4 巻、1974. 小学館
小西友七・安井稔・國廣哲弥編、1981.『小学館英和中辞典』小学館。
竹林滋・吉川道夫・小川繁可編、1994.『研究社 新英和中辞典』第 6 版、研究社
松田徳一郎編、1999.『第 2 版 リーダース英和辞典』研究社
竹林滋編、2002.『研究社 新英和大辞典』第 6 版、研究社

実際に翻訳した立場から、木下康仁は『老人の歴史』の訳者あとがきで、次のようにのべている。
「本書には、〈old age〉、〈old〉、〈old people〉、〈aging〉など類似した言葉が多く使用されているが、老年期、

高齢期、老い、高齢者、老人、老化などの言葉をあてている。互換的な意味の場合もあるが、訳出にあたっては基本的には、高齢者、老年期、高齢期などは記述的な意味とし、価値的な意味合い、とくに老いの衰退的側面やそうした状態の人を指す場合には、老い、老衰、老人を当てた」(Thane 2005=2009:413)。

- (4) 「死」に対する考えかたは、当然国によって異なる。ここでは、フランスの3人の言説を挙げる。

シモーヌ・ド・ボーヴォワールは、死にゆく母の姿を通して次のようにのべている。「ひととは何かで死ぬ」「自然死は存在しない。人間に起こるいかなることも自然ではない。……ひとはすべて死すべきもの。しかし、ひとりひとりの人間として、その死は事故である。たとえ、彼がそれを知り、それに同意を与えていても、それは不当な暴力である」(Beauvoir, S.de. 1964=1995:157)。

ウラジミール・ジャンケレヴィッチは、次のようにのべている。「医者は自然死を結論します。しかし、死に自然死はないのです。「蠟燭が燃え尽きてふっと消えるような老衰というものを、私は信じません」

(Jankelevitch, V. 1994=2003:131)。

さらに、セインからの引用であるが、フランスの人文主義者モンテーニュは「モンテーニュ随想録」で次のようにのべている。「老衰して死ぬのは、まれな・特別な・非常な・死である。それだけ他の死にくらべて自然でない死である。それは一番最後に来る死に方である。それは我々から一番遠くにあるだけ、それだけ希望し難い死である。それは我々がその向こうには行かないであろうところの自然の掟が超えてはならぬと命じたところの・境界線にほかならない。だが我々がそこまで永らえられるのは、死への特別待遇によってである。それは、自然がこの長い道程の中途に散在させたさまざまな困難障害をとくにとり除いて、二三世紀を通じてただ一人の果報者に特別の思召しをもって与えるところの特赦である」(Thane P.ed. 2005:35)」(モンテーニュ『モンテーニュ随想録』第1巻、関根秀彦訳、白水社、1962年、pp 437-438)。

また、さらに詳しくは、Beauvoir, S.de. (1970=1972), Jankelevitch, V. (1966=1978)。

わが国に比べて、「自然死」「老衰」に対する、否定的言説として上記を引用してある。その背景となる、歴史的・文化的な問題を比較検討することが必要である。

- (5) 「多くの臨床例を要約すると、典型例ではどのような順番で事象が起こるかを、明確かつ正確に推定することができる。これが疾患の自然史(natural history)である。『自然』という言葉、治療を受けないとき、または治療効果がないときに限定して用いる研究者もいる。また治療が効果的かどうかにかかわらず、典型的な疾患の経過として、広く用いる研究者もいる」(Greenberg 2001=2004:9)。この「疾患の自然史」の後に亡くなった場合を、一般的に「自然死」という。
- (6) ショーンの反省的実践家の概念は、以下のようになっている。
- ①私は知っていると思われるだろうが、有効で重要な知識をもつ状況に入るのは、私だけではない。
 - ②クライアントの思考や感情とのつながりを探れ。私の知に対するクライアントの尊敬は、状況の中に私の知をクライアントが発見することによって生じさせよ。
 - ③クライアントとのリアルなつながりと自由の感覚を見出せ。その結果、専門家のうわべの体裁をは維持することとは必要ない(Schon D.A. 1983=2001:156)。

終章

問われる日本の超高齢社会における死

超高齢社会としての日本を、広いスパンで概観する。そして、ちかい将来の問題として、筆者の研究から予測される「老衰」とはどのようなものを明らかにする。また、「老衰」問題に対する、筆者の視点のとり方をも示しておこう。

第1節 中心課題としての「老衰」

国立社会保障・人口問題研究所は 2009 年、第 14 回厚生政策セミナー「長寿革命——脅威の寿命伸長と日本社会の課題——」を開催している。そのセミナーの議論を概観することから始める。

1. 「長寿革命」への道——疫学転換⁽¹⁾

「わたしたちは長寿の時代にすんでいる。それは多くの人にとって老年期をすごすことがごく当たり前の時代である。私たちは日常そうしたことを前提に暮らしており、あらためてそのような社会がいかにして実現されたのかと問うことは少ない」（金子隆一 2010）。
「長寿革命と呼ばれる平均寿命の伸長＝死亡率の低下の歴史的過程」は「疫学転換とよばれる感染症の制圧とこれに基づく生存確率の飛躍的向上の過程であった」（金子 2010）ことは、本論第 1 章でもふれた。さらに、金子は、疫学転換で構成される死亡変遷の様式を、表 7-1 に整理している。

表 7-1：人類史における五つの疫学転換

社会の様式	主要な死因	死亡率の変化（疫学転換）
狩猟採集社会	外傷	↓ 1) 感染症蔓延による死亡率の上昇
農耕社会	感染症	
産業化社会 (20 世紀後半)	循環器疾患	↓ 2) 感染症制圧による死亡率の低下
		↓ 3) 循環器疾患制圧による死亡率の低下
高度技術社会 (21 世紀前半?)	悪性新生物〈ガン〉	↓ 4) ガン制圧による死亡率の低下
将来 (21 世紀後半?)	老化（老衰）	↓ 5) 老化の遅延・減速
	

出典：金子隆一(2010)

そこでは、「将来的にはがんの制圧と老化の遅延・減速による長寿化が生ずることを見通している」としている。また、「寿命学者オルシャンスキーらは、先進国の死亡・寿命の歴史は、新しい段階に入ったものと考え、疫学転換に第 4 番目のステージを付け加えた。それは、(4)「変性疾患遅延の時代 (the Age of Delayed Degenerative Diseases)」というものである(Olshnasky and Ault 1986)。心疾患、脳血管疾患、悪性新生物に代表される変性疾患を原因とした死亡の時期に年々遅延が生じており、その結果平均寿命が延び続けているというものである。現在では、日本も含めほとんどの先進諸国はこの段階に入っているものと考えられる。わが国はその中でも最も順調な平均寿命伸長を見せている(金子 2010)。

2. これからの日本人の死——最大寿命の延長なのか

そのような疫学転換の歴史過程と「変性疾患遅延の時代」である現状の分析から、将来の問題と展開していく。そこでは、「今後わが国では、これまでの長寿化によって順送りになってきた死亡が現出するため（言い換えれば人口高齢化のため）死亡数は急速に増加する（金子 2010）。

1) 限界寿命と最大寿命

そこで問題になるのは、人には「限界寿命」があるのかという根本的問題まで至ることになる。

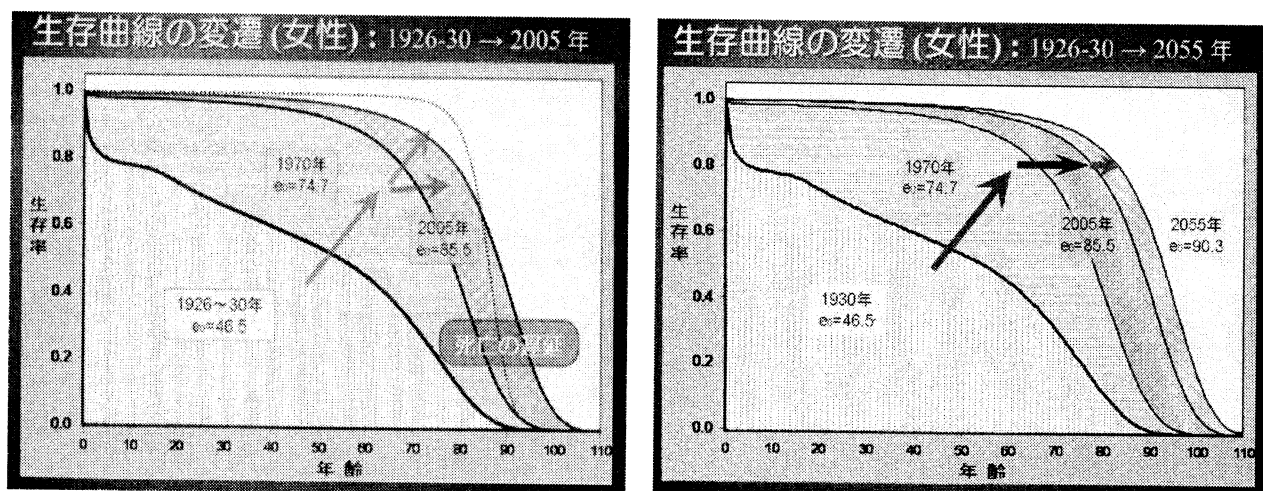


図 7-1：生存曲線の変遷（女性）
出典：金子 (2010)

セミナー参加者の金子 (2010)、堀内四郎 (2010)、ウイルモス (Wilmoth J.R. 2010) らの将来の見通しは、以下のようにのべられている。

図には（括弧内筆者、図 7-1 をさす）、過去の生存曲線とともにわが国の将来推計人口における将来の生存曲線を示した。平均寿命は 2055 年に 90.34 年（男性は 83.67 年）と見通されているが、その伸びは 1970 年代以前のように生存曲線の矩形化（曲線の形状が長方形に近づくこと）によってではなく、高齢者側へとせり出す形で生じている。こうした形の寿命の伸び方には、特定の限界を設けることができないことがわかるであろう（金子 2010）。

もし日本人の寿命が限界に近づいているならば、高齢者の間でも、高い年齢ほど死亡率の低下が遅い傾向が見られるはずであろう。ところが、死亡率の相対的な低下がとくに著しい年齢は、むしろしだいに上昇しており、90 歳代など超高齢での死亡率の減少は顕著である（堀内 2010）。

平均寿命が一定の上限に近づいているという主張は人口学的証拠は全くない。確かにそのような限界は存在するかもしれないが、現時点ではそれはまだ我々の目に入る範囲にはないのだ (Wilmoth 2010)。

ここでは、①今後も死亡は高齢者側へ偏移していくこと、②将来は老化（老衰）が主要問題となること、③寿命の伸びは今後も続くこと、が論じられている。基本的には、人口学的にも医学的にも、底流としては、「老衰」を「老化」という医学的概念とし、「医療化」により「寿命」の延長が図れる事を強調する論調となっていることである。

しかし、高木由臣は「ホモ・サピエンスという種としての、進化的に決定された寿命があるのだとすれば、仮に完全に自己や老化を免れたとしても免れ得ない寿命があるということにならう。このプログラムを認める観点からは、平均寿命を延ばすことはできても最大寿命には限度があると見る」（高木 2009：23）。また、図 7-1 の生存曲線を、小澤は、「死亡時年齢は、右を固定した正規分布とそれ以前の早期死の 2 つの部分で構成されていることがわかる。右端は男性では 105 歳、女性では 110 歳くらいで、この値は今後あまり変わらないことを、平均余命の推移図が示している。これは、現代に生きるヒトの自然死の分布とみなされる。その死因は、がん、脳血管疾患、心臓病、肺炎、事故のほか極めて多様であるが、最終的にはすべてがこの正規分布の中に取り込まれる」（小澤 2009：198）としている。

現代も将来もこの二つの可能性のせめぎ合いは続くことは、医療史からも推測できる。その可能性のどちらを支持し、選択するのがこれからの課題となる。

2) 「老衰死」の将来

そのような「医学的」問題にかかわらず、現実には以下のように推計されている。現在およそ年間 120 万人の死亡数が、2038 年は 170 万人に達するという推計がなされている（図 7-2）。前述の論議から、死亡はさらに、今後も超高齢者側に偏移することになる。超高齢社会は、具体的には、「1996 年には 47 万人であった 90 歳以上の人口は、2008 年は 100 万人を超え、2025 年には 300 万人を超えると推計されている」。さらに、「百寿者は、1963 年 153 人、1990 年 3,298 人、2010 年 44,449 人、その後の推計は、2020 年 128,000 人、2040 年 420,000 人、2050 年 683,000 人と推計されている」（国立社会保障・人口問題研究所編。日本の将来推計人口 平成 18 年 12 月推計）

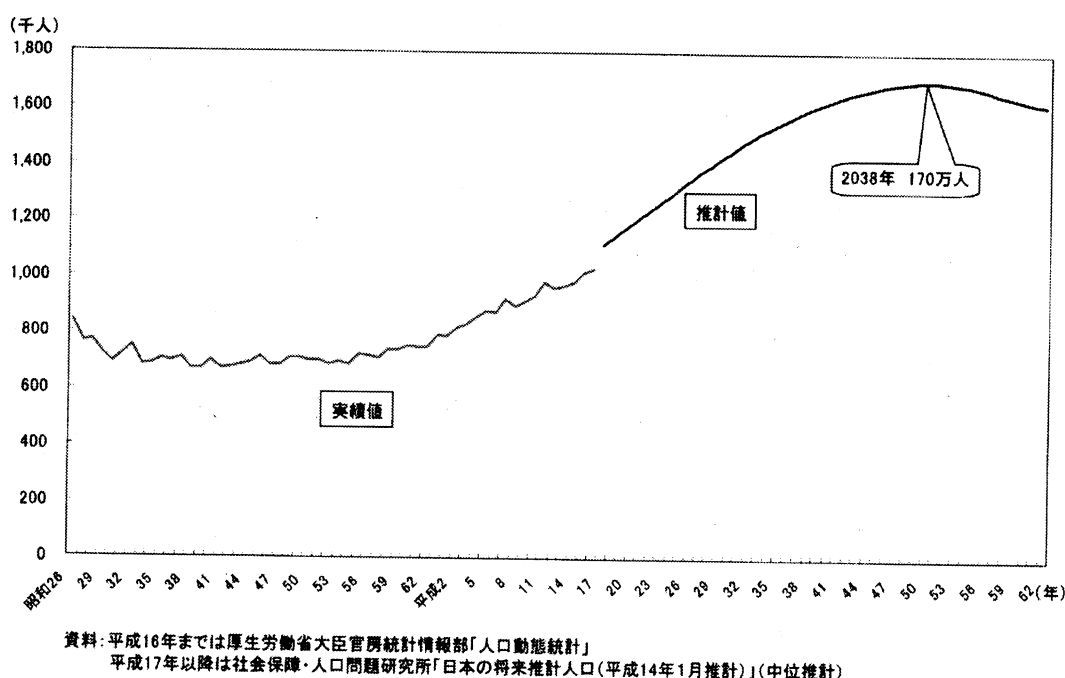


図 7-2；死亡数の推移と将来推計

さて、具体的に「老衰」はどうなるのだろうか。

今永・丸井（2011）は、「2015 年における推計死亡者数は、52,377 人、2025 年においては 93,944 人と推計され、2008 年の約 2.6 倍であった」「今後、老衰死亡者が増加することが予測され、死亡場所に関しても、自宅に限らず、病院・施設と多様化していることを考えると、臨床医が「老衰死」に遭遇する機会は増えるであろう」（今永・丸井 2011）と述べている（図 7-3）。

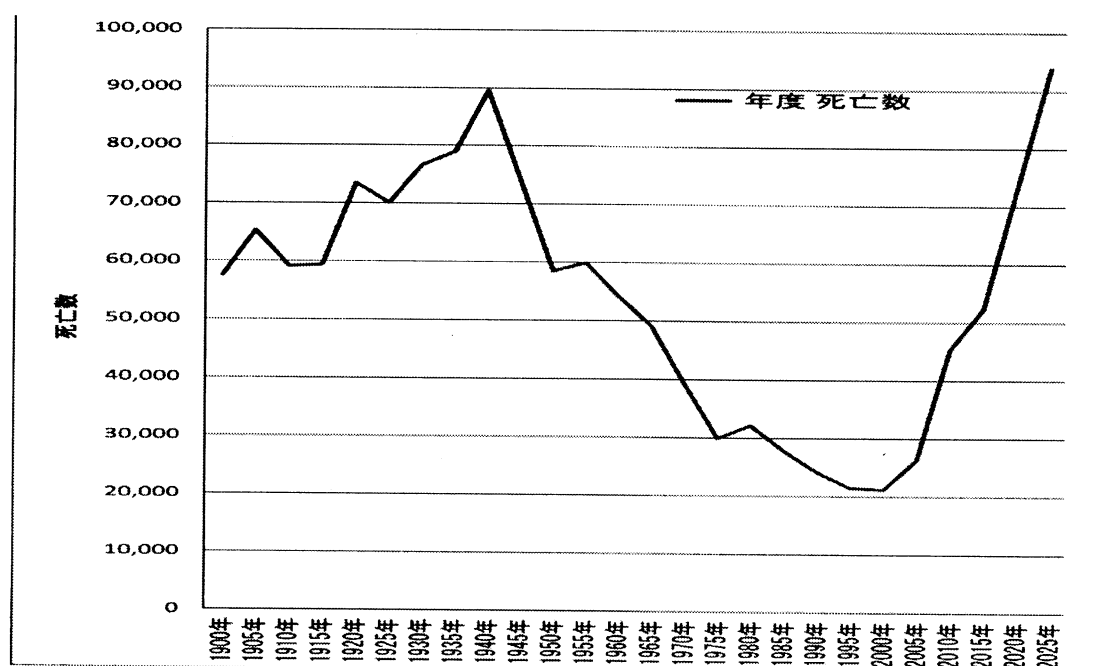


図 7-3 : 老衰死亡数の実績と推計

出典：推計値は今永・丸井（2011）から。筆者作成

すでに、「神経内科の 30%は 90 歳以上」「90 歳以上の人の認知症は普通のこと。神経内科でも、老化、老衰、病気の境界が不明瞭となってきた」その状況のなかで、「老衰は議論の対象にもされない」「認定医のカリキュラムにも、そのような教育はされていない」（医師 D-4）現状が語られている。

「老衰」死亡者数の増加は、高齢化率の高値、長寿化に比例することは、統計的事実であり、単純に数値だけを見た場合、将来は「老衰」で死ぬ機会は増えると予測される。しかし、それは「死の防止」という「国際ルール」と乖離することは、たびたびのべてきた。ちかい将来「老衰」は新たな「社会問題」として浮かび上がると、筆者は確信している。

第 2 節 死因「老衰」の許容——「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ

田中（2010）は『『老衰死』ができないわけ』を問うた。筆者は『『老衰』では死ねなくなるのか』と問うことになる。どうしてか。

1. 「老衰」では死ねなくなるのか

国際ルールでは「死亡の防止」という観点から、「老衰」は無視される死因となっている。しかし日本は、先進国の中でも、「老衰死」比率が高い——米国と比べる 10 倍以上——という現状にある（図 1-5、第 1 章[注]（10））。また今後は「老衰」による死亡者数は、超高齢者の増加に比例し、多くなると推計されている（図 7-3）。しかし、本研究で検討してきたように、この推計は 医学的観点、医療行政の観点から——「医学の進歩」「死亡の防止」——は矛盾する。

今後どのようなことになるのか、2 つの方向性が考えられる。一つは、このまま「老衰死」が増加を続けていく状況と、それに対する「抑制・制御」体制がとられる状況である。すでに、死亡総数および粗死亡率では、「老衰」は増加の傾向は著しく、今永・丸井の推計を上回りつつある。これまでも述べてきたように、医学では「老衰」を医療化する方向は依然として持続している。がしかし、それに対して社会的「老衰」概念が弱くなりつつある、というのが、筆者の認識である。

それは、以下の理由によるものである。

- ①「老衰」を経験することが、社会一般も医師も少なくなりつつあるということが、一番の要因と推測する。すなわち、「死の病院化」により、大衆による「自然な」「枯れるよう」な「死」の経験はますます減少することが推計される。また、医療の現場では、すくなくとも現状では「病院には『老衰』はない」ことによる、「臨床経験」にも希望は持てない。
- ②また、医療領域では、医学教育では、「死の教育」を含め、ICD の概念、「老衰」の取り扱い方は減少している。臨床医の「専門医」志向は、持続している。
- ③さらに、「医学の進歩」や「老年医学」では、「老衰」を「老化」という概念で取り込もうとする、または「老衰」を「FTT」（大場 2010）として「病気」ととらえる動きは、さらには強くなることが推測される。

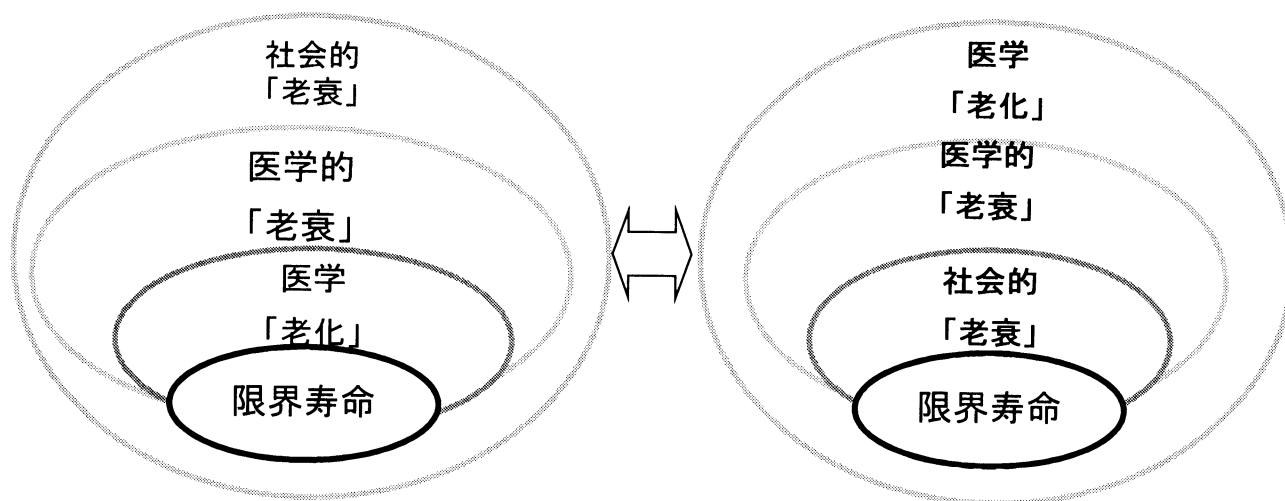


図7-4：医学「老化」と社会的「老衰」のせめぎ合い

このような状況から、筆者は、現在が死因「老衰」の概念転換点であり、アメリカの「老衰」死亡率を日本も追うことになれば、それは将来「老衰がなくなる日」すなわち「老衰では死ねなくなる日」を迎えるかどうかの分岐点であると結論する。

ただ、「老衰」の「医療化」が徹底すれば、するほど、「老衰」本来の「長寿・自然」、「自然死」さらには、「限界寿命」と向き合わなければならないのは「医学」の宿命であり、超高齢社会での「死」一般の問題として現前する。また、現在底流をなしている社会的「老衰」にとっても、「長寿」「自然」概念の変化という課題がありながらも、「限界寿命」という問題のもとに立つことになる（図7-4）。

2. 複合死因という発想

死因「老衰」に限らず、医師は死亡診断書記載に際して、迷っている状況は、金子らの185名の病院医師へのアンケート調査からも明らかである。

“死亡診断書の作成時に迷いますか”との設問に対して『迷う』と答えた医師が約55%を占めていました。「高齢者の慢性疾患が多いC群病院にいたっては71.4%もの医師が何らかの迷いを経験していることが認められます（金子裕子ほか1998）。

その迷いの原因は、何なんだろう。

1957年当時、厚生省統計調査部計析課技官の肩書で、上田・加藤は、「死因統計から慢性疾患とくに老人性疾患を観察するさい、従来の表章死因では、しばしば疾病の経過が無視されるため必ずしも適当ではない」（上田・加藤1957）と指摘している。すなわち、前述の疫学転換による、変性疾患・慢性疾患においては、単一な死因の選択には問題があること

の指摘である。その後も、「複雑化した死因構造の実態をより詳細に把握するためには、原死因のみならず、死亡診断書に記載されたすべての診断名についても分析を行なうこと(複合死因分析)が重要である」(梅田珠実ほか 1988)とされてきた。梅田らの報告では、昭和60年、12,505件の死亡票の検討を行なっている。「高齢者が増加することにより、特に高齢者において死亡を引き起こした慢性疾患や死亡前の医療やケア上問題点となった合併症、病態等を明らかにする意味で複合診断の分析が重要となるだろう」と結論している(梅田ほか 1988)。

さらに、「死因統計に原死因が用いられる理由は、原死因となった傷病を予防できれば、この死亡は防げたという公衆衛生学的見地による」が、「慢性疾患の増加と複雑化した死因構造の実態をより詳細に把握するためには、原死因のみならず、死亡診断書に記載されたすべての診断名についても分析を行なう「複合死因」の分析の重要性が指摘されている(鈴木 2001)。「複合死因」については、戦前にアメリカの提案がなされている(厚生省 2006:171-174)。しかし、それは取り上げられず現在に至っているが、「疾病構造」の変化は、「複合死因」の有用性を継続してとり上げている。

なぜ、筆者が「複合死因」を強調するのか。わが国の長寿化による、慢性疾患の増加と死因構造の複雑化はさらに進むであろう。しかし、人の死を単純化しようとする「原死因」概念に妥当性があるのかという疑問からである。しかも、情報革命と言われる現代においては、死因統計のシステムは、対応可能でもあるからである。

筆者は死因「老衰」を許容することにより、わが国の「老衰」死亡率を高めること意図しているのではない。「国際ルール」から、複合死因として「老衰」が記載されたとしても、それは無視される。しかし、死因「老衰」を許容するということは、「老衰」というわが国の歴史的・文化的背景をもつ概念を意識することになるからである。

本研究は、社会的「老衰」＝「長寿・自然」と医学的「老衰」の構成を検討してきたわけであるが、それは対立するものではなく、統合できるものであるとの立場を強調する。それが「複合死因という発想」である。

3. 「死亡証明書」その恣意性

さて、死因「老衰」の検討を通して見えてくる問題は、死亡診断書に記載する医師全体の問題となる。

わが国の死亡診断書の状況を大井利夫(2012)は、「死因統計に直接関与する死亡診断書の約8%、時には10%近く、約1割が間違っている、章も違うということになると、もしこれが事実なら、他の業界であれば偽証罪ですね」「医師に対して、〔中略〕さまざまな介入しても精度はもう一つ上がらなかった」(大井 2012)と述べている。

また、法医学者黒木尚長ら(2004)がのべる実情を列举すると以下のようなになる。

「日本ほど行政も医師も死亡診断書の死因内容に関心の低い先進国はない」

「一方、日本は世界有数の生命保険・損害保険大国でもある。死亡保険金は原死因に基づいて交付されるが、死亡診断書の記載が不十分なため、多くの事例で保険会社が独自に調査し支払いの可否を決めている」

英国においては、

「死亡診断書は、医学部卒業後4年以上の研修を受け、GMC(医事審議会)に登録された医師しか作成できない。しかも、診断された病気で最終的に死亡した時にしか死亡診断書を交付できない」

「英国の異状死体届け出は全死亡の32%(日本の2.6倍)」

「法医学解剖は全死亡の22%(日本の16倍)」

ここでの視点は、死亡診断書記載の精度にあるのではない。本論でも、たびたび取り上

げたシュナイドマンの言葉で引用するように、制度的「統計」＝「老衰死」から、社会的「老衰」への橋渡しを求めるためである。

死亡証明書はその時代の人びと、少なくともその時代の行政と法医学関係者が死をどう考え、どのようにして人が死んでいくと考えるかを反映している」(Shneidman 1973=1980: 159)。「人生において死が不可避であるのは動かしがたい事実であるが、死を概念化する方法となると、死そのものとは別物であって動かしがたい事実ではない。人が考えた概念ならば、もっと明確にすることもできれば、変更することも可能である (Shneidman 1973=1980: 169)。

このような、一般化された示唆も有用であるが、筆者は地域医療に情熱を燃やす若き医師の立場を思う。

医者によって、上の先生も、末期というか、そういうこと（胃瘻を造設）をすることによって、人の寿命は医者によって、いくらでも変わるということを知って、人を助けることと、医者は罪な仕事だな（と感じた）(D・12: 医師 8 年目)。

このような率直な語りは、ルネー・C・フォックス (2003) が具体的にのべた、「医療における不確実性」が根底にある。

私はこのエッセイで、不確実性に対する医学生の実習プロセスは三種類の基本類型を中心に構成されていると指摘しました。一、絶えまなく進歩する近代医学の膨大な知識と複雑な技能すべてを習得することは不可能であることから生じる確信のなさ、二、とはいえ医学知識そのものにもなお多くの空白が存在し、医学的な理解や有効性に限界があることから生じる確信のなさ、三、個人的な無知や無能を、医学知識そのものの欠落部分や非力から区別すること（経験の浅い新米医師には特に判別が難しい）に関連した確信のなさ」(Fox R.C. 2003: 49)。

4. 「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ

「医療における不確実性」と「正しい判断」は両立するのか。「不確実な状況下での意思決定」が強いられ、『正しい判断』の不可能性が明らかであった」救急医療の現場からの医療論として、医師行岡哲男 (2012) の見解を通して、回答としたい。

まず行岡は指摘する。「医療現場で『正しい判断』が可能であるという誤解が世に広まってきました。これこそが医療の根本問題である」。しかし、それは認識論的なトリックで、「本来は全く異なる『正しい判断』と『確実な状況下での意思決定』を近似等号(≒)でつなぎ、両者の違いを曖昧さのベールで包み、同じように取り扱えるようにする」(行岡 2012: 9) さりげないすり替えに由来している。これにより「患者や社会の人々には、『正しい判断』にもかかわらず結果が好ましくないことがあるという医療の不確実性への疑問と不信がつのります。同時に医療者には、医療の不確実性への社会の理解の乏しさに不安が広がります。増大する不信や不安は、医療現場における紛争の多発という、世界であまねくみられる混乱へとつながります」(行岡 2012: 9-10)。

その方法論として、「医療現場における『正しい判断』の不可能性を論証するために、現象学の助けを借りて、『正しいと確信する判断』という発想を医療現場に導入することを試みます」(行岡 2012: 10)。そして、「正しい判断」が不可能だということ、「『正しいと確信する判断』とは医療現場のその都度の局面で、これしかないと確信する判断であり、妥当な判断とも表現できます」(行岡 2012: 100)。

以上のような行岡の見解に対して、筆者の現場での経験、本論での実証研究でのインタ

ビュー結果からも同意を示す。すなわち、『正しい判断』の呪縛から医療を解き放ち、『正しいと確信する判断』に基づくルールを整えて、より良きものへと練り上げ、鍛え上げ造りかえることが必要です」(行岡 2012 : 111)。

筆者の結論は単純である。超高齢者の「死の現場」では「老衰」は認められるべきである。「死亡診断書」には「複合死因」を書くこと。ただし、医学的「老衰」と社会的「老衰」を理解した上である。すなわち、「老衰」問題に含まれる、医学的問題・社会的問題を統合することである。

第3節 〈「老衰」の社会学〉への道すじ

さて、その統合は、社会学においてもなされなければならない。

天田 (2011) は、「老い衰えることに、どのようにして否定的な価値が付加され、それが個別の関係をどのように縛りあげてしまうのかを微視的に、そして巨視的に描き出すことを通じて、老い衰えゆくことが背負わされた否定的な価値の刺をゆっくりと取り去りながら、私たちの社会の中に、老い衰えゆくことを静かに着地させてゆくことに向けて、本書は書かれている」と述べている。

筆者は、別様の視点から、肯定的「老衰」に接近する方法を、示してきた。両者の視点は、相反しているのではなく、同一方向を向いているということはすでに指摘した。ちかいう将来は「老衰」が基本的問題であるとの認識は、筆者の地域医療 16 年間からの経験的認識である。その「老衰」に含まれるのは、一つは「痴呆」であり、もう一つが死因「老衰」である。この両者は、コインの裏表の関係であるというのが、筆者の認識である。「痴呆」は「生きていく」過程で、死因「老衰」は「生きつくす」ことの意味において、両者は、超高齢社会の直面する問題である。ただし、両者の概念規定には明らかな相違も存在する。それは年齢である。本論での「老衰」概念は超高齢者 (85 歳以上) を意図しているが、「痴呆」には高齢者一般を含むと考えられる。その意味においては、本論はある程度限定された領域でもある。

図 2—1 では、本論と天田の「老衰」概念への立脚点を示してある。〈「老衰」の社会学〉への道のりは遠いと思われる。しかし、多様な視点から接近することによって、しだいに姿を現す時がくる。その道すじの中では、筆者は「国際比較社会学」の視点が重要な示唆をもたらすものであるとの確信を、本論で度々表明している。それは、早いが良い。すでに超高齢社会であるから。

[注]

(1) 「疫学転換 (epidemiological transition) は、オムランが疾病構造や死亡率の歴史的な段階変化を説明するために提唱した理論的な枠組みである。(1) 疫病蔓延と飢饉の時代、(2) 慢性的疫病蔓延の終息期、(3) 変性疾患と人為的疾患の時代、の三段階に分けている。引用文献は下記。

Omuran, A. 1971. "The Epidemiologic transition: A Theory of the Epidemiology Population Change", The Milbank Memorial Quarterly, Vol. 49, No. 4, pp. 509-538. (高橋、2010)

おわりに

「老衰」の社会的構成を解明し、死因「老衰」の現代的意味を明らかにしてきた。「死に社会的な意味を与え」「どのように人が死んでいったのか」を示す、死亡診断書を記載する医師にとって、「死者の記憶」はどのようになっているのだろうか。ここでも、13人目の研究対象者でもあった筆者の経験を二つ語ることにする。

「死者の記録」は何を語るのか——3人称の死から2.5人称の死へ

筆者は、40年間の医師生活の中で、3つの「診療の場」を経験してきた。それぞれの「診療の場」で経験した「死者の記憶」はどのようになっているのだろうか。イギリスの一般診療医（general practitioner, GP）ブライアン・ハーウィッツは、「死者の記録 一般診療における瞑想と調査」（Greenhalgh T. & Hurwitz T. 1998=2001: 165-182）で次のように問うている。死を越えてケアを連続させることが可能なのだろうか？ 死亡した患者たちは、一般診療にどんな足跡を残すのか？ 私達はどのようにして彼らを覚えているのか？ 彼らはどのようなネットワークをあとに残すのか？ 過去9年間に亡くなった患者の名前、顔、性格、生活史、病歴などを、診療所の担当者がどれくらい思いだせるかを調べている。

これにならない、筆者も自身の「死者の記録」をもとに、瞑想し、それぞれの患者を思い出せるのかを調べたことがある（ただし、8項目の質問のうち5項目を図表化した図7-1）。

前期16年間（正確な数は不明であるが、おおよそ30名程度と推計）、いわゆる研究・教育・研修病院の時代に死を看取った患者の記憶は4人だけである。一人は「若すぎる死」の高校2年生の悪性リンパ腫の患者、一人は「症例報告」した胸膜中皮腫の患者、一人は「覚悟の死を選択した」肺癌の患者、一人は「泰然として」死を迎えた先輩医師の4名のみです。それぞれに、「若すぎる死」、「症例としての死」、「覚悟の死」、「泰然たる死」として、筆者の記憶に刻まれている。しかし、他の死者は私の記憶から永遠に消え去ったことになる。

総合病院時代も、103名の「死者の記録」に対して、名前の記憶があるのは20名（19%）、顔、性格、生活史、病歴を思い出せるのは約10名（10%）であった。ここでも、ほとんどの患者は、私の記憶から消え去っている。

診療所での平成8年から20年までの12年間に、死亡した患者は209名で、死亡者全員のうち、名前を思い出せるのは98%、顔を思い出せるのは71%であった。とくに訪問診療を行った死者は、すべての項目を96%思い出せたが、一般診療では50%と医師—患者関係の親密度や期間がその差異をきたす要因となっている。それは、事故で41%、脳疾患で50%、自殺で64%、心疾患で64%と、突発・急変する病気では低くなっていることから例証される。

「死者の記録」では、診察医と患者の物語の関係に注目している。すなわち、感動、苦衷、冗談、個人的感銘、足跡、贈り物、言葉、心象、痛み、成功、自責感、失敗などが、一般診療で繰り返し広げられる物語の構成要素とされている。筆者の記憶も患者との物語の構成要素に応じて——その深さや強度——変化してきた。英国の家庭医と日本の診療所医師との違いはあるものの、診療所での死者と医師の関係は病院での関係に比べて、明らかに深いものがある。病院における医師—患者関係と、生活場所を主体とした診療所医師—患者関係の相違だろう。病院での死を迎えた病者の顔は、速やかに医療者の記憶からほぼ完全に遠ざかる。診療所では、訪問診療の患者は、医療者の記憶に長く留まる。しかし、一般診療から、入院・転居などになると半分しか思い出せなくなる。長期にわたって、繰り返し接触することで作られる記憶がもたらしたものである。さらに、生活史や家族関係を間接的に見ることにより増幅されてきたものが長く記憶にとどまってきた。

ジャンケルビッツ(1966=1978)の人称の比喩に当てはめると、「病院死」は医師にとっては、3人称の死であり、診療所の死は、多くは2.5人称の死となる。「GPは『死の知人』

として、地域と『累々たる死』との生ける仲介人の地位を占めている。私達の記憶力の範囲と限界を認識することは、この診療分野における私達の思考と感情とのバランスをとるのに役立つだろう」というのが、ハーウィッツの締めくくりである。

筆者は初期の研究課題として、在宅死可能要因の分析を予定していた。それは、「老衰」死亡率の比率は「在宅死」例に多いという事実が、多くの統計から示唆されており、それを支えているのは、「暗黙の社会的基準」すなわち社会的「老衰」であるという事を、筆者自身が「臨床経験」しているからである。そのことを、この「死者の記録」が物語っていると確信している。

表：死者の記録

思い出せますか？	名前	顔	性格	生活	病歴
大学・国立病院	3名	3名	3名	3名	4名
総合病院	20名	10名	11名	10名	11名
死亡数：103名	19%	10%			
診療所	204名	148名	141名	142名	142名
死亡数：209名	98%	71%	67%	68%	68%
訪問診療：95名	95名	91名	91名	91名	91名
一般診療：114名	109名	57名	50名	51名	51名
事故：17名	17名	7名	8名	10名	6名
自殺：11名	11名	7名	6名	6名	4名
心疾患：25名	21名	16名	14名	14名	16名
癌：73名	73名	56名	53名	52名	52名
脳疾患：22名	22名	11名	10名	10名	11名
文献要約					
死亡数：359名	84%	53%	53%	45%	58%

2 人称の死

筆者は、診療所勤務以前は、おもに癌患者の診療に関わっていた。いわゆる、「ターミナルケア」「終末期医療」については、一応理解していると考えていた。しかし、勤務医時代の1990年、実父の死を経験し、「死」についての考えが大きく揺らぐことになった。

父は明治40年生まれで当時83歳だった。兄から「水ものめない、ご飯も食べられないので、そろそろ危ないから、主治医が身内に知らせておいたほうが良い」と連絡を受けた。屈強な身体をもつ父が「そんなはずはない」と思って実家に帰った。私は主治医にお願いして、自分で点滴や栄養チューブなどの処置、肺炎の予防など、勤務医として通常行っている処置を行った。それから2週間ほど父は生きたが、褥創は進み、肺炎は合併し、物言わぬまま最期を迎えた。

父親の臨終を看取るという、初めての「2人称の死」を経験することになった。実父を看取った後の精神状態は何だったのだろう。悲しさを乗り越え、悲嘆、後悔、自責などなどあらゆる感情がめぐっていた。「父親に代って死と闘い」「死」に敗北したという思いから、数年間は抜け出し得なかった。

この時の私には「老衰」という考えは何もなく、多くの今までの癌患者などと同様の対応（延命処置）をおこなった。この「死」への敗北という経験と2人称の死を理解することにより、新たに3人称や2.5人称の死を、見なおすことが可能となった。この経験が、専門医から診療所医師としての、自分の生死観の橋渡しになっている。

筆者自身は、「死」を看取ることに「慣れる」ことはなかった。率直に言えば、「死」を看取することは、そのたびにストレスを伴う事が多い。たしかに「良い死」と「悪い死」によって、その度合いは違うものの、3人称の死としてみることはなかった。いずれの死にせよ、死にゆく者から得たものが多かった。その中では、「死」について、「死にゆく者」との共通の心情を得た時が、一番の私の「良い死」の経験である。

メチニコフの夢

生物学者でノーベル医学賞受賞者のメチニコフは、1897年から「老衰」の研究を開始し、「老年学の祖」と言われている。彼は「真の自然死は人類の場合は、きわめてまれであるに違いない」ということで、純粋な「老衰」診断を求める、病理学論文に引用されることが多い。そうなのだろうか。メチニコフはその著書（Metchinikoff, E..1907=2006）のなかで、次のように述べている。

70歳から75歳の間の高い死亡率が、ヒトの寿命の限界を示しているとする見解を、わたしは受容できない。／たとえば1902年のパリにおける、70歳から75歳のヒト間の死亡のケースは、老齢によるのは8.5%にすぎなかった。／「フランスでは、1836年において、3千350万人の人口中146人、つまり、人口22万人のうち1人の割合で、100歳台の人がいた（Metchinikoff, E..1907=2006:70）。

一世紀前の前提を現在の日本と比較する。平成24年簡易生命表では、75歳まで男は73.1%、女は86.9%が生き、90歳までは男22.2%、女は46.5%が生存する。百寿者は54,397人（平成25年9月推計）となっている。明らかに、メチニコフの時代と、現在は違う。さらに「老衰」の研究を続ける彼の理想と目標を、妻は語る（Metchinikoff, O..1920=1939）。

彼は老衰をもって一つの病理的現象であると考えた。そして最も重大な人間性の不調和の一つは老衰も死もともに、自然的本能を伴わないことであるのを認めた（Metchinikoff, O.1920=1939 : 70）。

科学の進歩によって、寿命の限界を延ばすことが出来れば、死の本能は、その間に正常な発育をとげて、われわれの今日感じるような恐怖心にとって代わる事が出来ると想像してもいい筈である。かくなれば、死も老衰もともに生理的となり、人間性の最大の不調和は克服されるに至るであろう（Metchinikoff, O.1920=1939 : 74）。

睡眠と自然死との類似は進んで次のような想像を逞しくさせる。すなはち、われわれが眠りにいる前に本能的に休養の欲求を感じるのと同様に、自然死の起こるに先立って本能的な死の欲求が感じられるに違ひなかりょう。

将来科学が進歩して死の本能が充分に人類の間に発達するに至った暁には、人々は此の老人達と全く同じ平静さを以って死に対するようになるであろう、さうすれば死が悲観の最も大きな原因の一つであることもなくなるであろう（Metchinikoff, O.1920=1939 : 84）。

現在、私たちに問われているのは、「メチニコフの夢」にどのような回答を用意するのかということである。はじめに触れたように、この旅の道すじにあった、「死の問題」、「現代医学への批判」はさらに続くことになる。

謝辞

本研究での縦糸は城戸秀之教授で、2年間「社会学」という糸を引っ張っていただいた。何時も、その糸を切って、「医学」へ飛び出そうとする私を、引きもどしてくれた。同時に横糸は、GTAを中心とする実証研究の面白さを指導していただいた片桐資津子教授と社会学理論の精密さを自覚させていただいた桑原司教授であった。また菱山宏輔准教授には、鋭い質問をいただいた。研究を楽しく続けられたのは、2年間同期生として松藤久理子氏と同席できたことによる。

記してみなさまに、深く感謝いたします。

引用文献

- 会田薫子、2011、『延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』東京大学出版会。
- 赤川学、2001、「言説分析と構築主義」上野千鶴子編、『構築主義とは何か』勁草書房。63-83。
- 、2012、『社会問題の社会学』弘文堂
- 、2013、「社会問題のサイクルと経路依存性——『非実在青少年』規制をめぐって」中河伸俊・赤川学編、『方法としての構築主義』勁草書房。52-72。
- 天田城介、1999、「〈老衰〉の社会学——『再帰的エイジング』を超えて」年報社会学論集 12：1-13。
- 、2010、『〈古い衰えゆくこと〉の社会学〔増補改訂版〕』多賀出版。
- 、2011、『古い衰えゆくことの発見』角川学芸出版。
- 天田城介・北村健太郎・堀田義太郎編、『老いを治める——老いをめぐる政策と歴史』生活書院。
- 新井保経、1957、「老人性疾患としての心臓疾患、腎臓炎及び老衰の死亡の疫学的研究」統計的疫学雑誌 1(3)：85-108。
- Aries, P., 1975, *Essais sur l'Histoire de la mort en Occident du moyen age a. nos jours*. Editions du Seuil. =佐藤晃・成瀬駒男共訳、1983、『死と歴史——西洋中世から現代へ』みすず書房。
- 朝日新聞社、1999、「生と死 天寿を全うした人々・苦痛もなく人もうらやむ老衰死」アエラ 12(46)：34-37。
- 尾藤誠司、2007、「王様は病態生理」尾藤誠司編、『医師アタマ——医師と患者はなぜすれ違うのか?』医学書院。88-94。
- Beauvoir, S. de., 1964, *Une Mort Tres Douce*. Gallimard. = 杉捷夫訳、1995、『おだやかな 死』紀伊国屋書店
- 、1970, *La Vieillesse*. Gallimard. = 朝吹三吉訳、1972、『古い(上、下)』人文書院
- Berger, P. L. & Luckmann, T., 1966. *The Sociology Construction of Reality—A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Doubleday & Company. = 山口節郎訳、[1977]=2003、『現実の社会的構成——知識社会学論考』新曜社。
- Burr, V., 1995, *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge. = 田中一彦訳、1997、『社会的構築主義への招待——言説分析とは何か』川島書店。
- Christakis, N.A., 1999, *Death Foretold: Prophecy and Prognosis in Medical Care*. The University of Chicago. = 進藤雄三監訳、2006、『死の予告——医療ケアにおける予言と予後』ミネルヴァ書房。
- Conrad, P. & Schneider, J.W., 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness: Expanded Edition*. Temple University. = 進藤雄三監訳、杉田聡・近藤正英、2003、『逸脱と医療化——悪から病いへ』ミネルヴァ書房。
- 永六輔、1994、『大往生』岩波書店。
- 江崎行芳・沢辺元司・新井富生・松下哲・田久保海誉、1999、「『百寿者』の死因——病理解剖の立場から——」日本老年医学会雑誌 36(2)：116-121。
- Fox, R. C., 2003, *Conversation in Japan Interview made on 12 and 27 April 2001 Tokyo. The Human Condition of Medical Professionals Lecture made on 26 April 2001 in Tokyo*. 中野真紀子訳、2003、『生命倫理をみつめて——医療社会学者の半世紀』みすず書房。
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Aldine publishing Company. = 進藤雄二・宝月誠訳、1992、『医療と専門家支配』恒星社厚生閣。
- 藤原慶一郎、1959、「わが国における老衰死の検討」高令医学 3(1)：1-10。
- 藤原元典・渡辺巖一総編集、1978、『総合 衛生公衆衛生学』南江堂。
- 藤井尚久編、1956、『明治前本邦内科史』日本学士院編、1955、『明治前日本医学史』日本学術振興会。
- 富士川游、1941、『日本医学史 決定版』日新書院。
- 藤村憲治編、2000、『屋久町栗生診療所要覧＝明治以降の西部地区医療の概要＝』
- 藤村憲治編、2007、『屋久町栗生診療所要覧Ⅱ＝10年の歩みと離島医療概要＝』
- Gergen, K. J., 1999, *An Invitation to social Construction*. Sage Publications. = 東村知子訳、2004、『あなたへの社会構成主義』ナカニシヤ出版。
- Glaser, B. & Strause, A.L., 1965, *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Co. = 木下康仁訳、1988、『死の Awareness 理論と看護——死の認識と終末期ケア』医学書院。
- 、1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company. = 後藤隆・大出春江・水野節夫訳、1996、『データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか』新曜社。
- Greenberg, R. S. ed., 2001, *Medical Epidemiology Third Edition*. The McGraw-Hill Companies, Inc. = 熊倉伸宏・高柳満喜子監訳、2004、『第3版 医学がわかる疫学』新興医学出版。
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, T., 1998, *Narrative Based Medicine Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books. = 齊藤清二・山本和利・岸本寛史監訳、2001、『ナラティブ・ベイスト・メディスン——臨床における物語りと対話』金剛出版。
- Hacking, I., 1999, *The Social Construction of What ?*. Harvard University Press. = 出口康夫・久米暁訳、2006、『何が社会的に構成されるのか』岩波書店。
- 日置敦巳、1995、「岐阜県の2地域における統計資料から見た在宅死亡決定要因」民族衛生 61(1)：40-48。
- 広井良典、2003、「書評 嶺学・時田純・季羽倭文子編著『高齢者の在宅ターミナルケア——その人らしく生きることを支える』大原社会問題研究所雑誌 No.541:73-74。
- 平川克美、2012、『俺に似たひと』医学書院。
- 堀内四郎、2010、「日本人の寿命伸長：原因と展望」人口問題研究 66-3：40-49
- 一之瀬義巳、1971、「宮城県における肺炎および老衰死の統計的観察」東北医学雑誌。83：85-99。

- 池田光穂、1999、「世界医療システム」進藤雄三・黒田浩一郎編、『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社、237-255。
 Illich, I., 1976, *Limits To Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. = 金子嗣郎訳、1979、『脱病院化社会——医療の限界』晶文社。
- 今永光彦・山崎由花・丸井英二、2012、「『老衰死』の地域差を生み出す要因——2005年の都道府県別老衰死亡率（性別年齢調整死亡率）と医療・社会的指標との関連——」厚生指標 59(13): 1-6。
 今永光彦・丸井英二、2011、「老衰死はどのように変化してきているのか——人口動態統計を利用した記述的検討——」厚生指標 58(4): 1-5。
- 印南一路、2009、『社会的入院の研究——高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新聞社。
 猪飼周平、2010、『病院の世紀の理論』有斐閣。
- 石川徹、1960 a、「本邦老衰死亡率の研究（第1報）：男女総数における全国および都道府県別老衰死亡率の年代的推移」東京女子医科大学雑誌 30（10）：2221-2237。
 ———、1960 b、「主要各国における老衰死亡率の研究」東京女子医科大学雑誌 30（12）：3051-3057。
 石飛幸三、2012、『『平穏死』という選択』幻冬舎ルネッサンス新書。
- Jankelevitch, V., 1966, *La Mort*. Flammarion = 仲澤紀雄訳、1978、『死』みすず書房
 ——— 1994, *Penser la mort?* Lina Levi. = 原章二訳、2003、『死とはなにか』青弓社
- 金子隆一、2010、「長寿革命をもたらす社会——その歴史的展開と課題——」人口問題研究 66・3: 11-31。
 金子裕子・三村智子・高橋雅代・遠藤恵子・佐藤康子・若杉美恵子・月岡恵・監沢修、1998、「死亡診断書記載に関する意識調査」事務管理の研究（29）：255-259。
- 亀山正邦、1974、「老衰死はあるか——臨床的および病理的考察——」日本老年医学会雑誌 11(2)：71-81。
 ———、1978、「老衰死」診断と治療 66(4)：36-41。
 ———、1989、「これからの老年医学」日本老年医学会雑誌 26（1）：1-10。
 ———、1990、「老衰という病名は正しいか」日本医師会雑誌 103（7）：1083-1087。
- 川喜田愛郎、1977、『近代医学の史的基盤：（上）（下）』岩波書店。
- 木村琢磨・今永光彦、2009、「超高齢者の死因として『老衰』と記載することに関わる倫理的側面」JIM.19(9):666-667。
 木下康仁、1998、「老いと文化——老衰のケア的解釈をめぐって——」老年社会科学 20（1）：9-15。
 ———、2000、「21世紀の高齢社会と老年社会科学のフロンティア——老いの意味と新家族論」老年社会科学 22（3）331-337。
- 木谷恭介、2011、『死にたい老人』幻冬舎
- 児玉栄一郎、1970、「統計からみた秋田の老衰死亡について」秋田県衛生科学 391-400。
- 厚生労働大臣官房統計情報部編、2001、『国際疾病分類（ICD）100年』（CD-ROM）。厚生労働大臣官房統計情報部
 ———.2001 a、「I. 明治36年 死亡原因類別調査報告書」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 b、「II. 明治45年 改正死亡原因類別解説」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 c、「III. 大正14年 死因及疾病分類要旨」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）。
 ———.2001 d、「IV. 昭和9年 死因及疾病分類」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 e、「V. 昭和23年 日本において採用せる国際死因分類並びに複合死因より主死因の選び方（ICD-5対応）」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 f、「VI. 昭和25年 疾病、傷害および死因統計分類提要（ICD-6対応）」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）。
 ———.2001 g、「VII 昭和32年 疾病、傷害および死因統計分類提要（ICD-7対応）」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 h、「VIII 昭和43年 疾病、傷害および死因統計分類提要 昭和43年版」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
 ———.2001 i、「IX 昭和55年 疾病、傷害および死因統計分類提要（ICD-9対応）」（厚生労働大臣官房統計情報部編、2001所収）
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編、2006、『疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10 準拠、第1巻』、厚生統計協会。
- 厚生労働大臣官房統計情報部、2007、『疾病、傷害及び死因分類の正しい理解と普及に向けて（ICD-10（2003年版）準拠）』
- 厚生労働大臣官房統計情報部医政局、2012、『平成24年版 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』
- 厚生労働統計協会編、2013、『国民衛生の動向・2013/2014』厚生指標 増刊・60（9）通巻第944号
- 厚生省、1955、『医制80年史』。
- 厚生省大臣官房統計情報部、1999、『統計情報部50年史』。
- 厚生省大臣官房統計調査部人口動態統計課、1994、「死亡診断書等の改訂（案）について——昭和21年以来の抜本改定」厚生指標 41(4)：20-24。
- 厚生省大臣官房統計調査部人口動態統計課、1994、「新しい死因分類表（案）について」厚生指標 41(4)：26-31。
- 古屋野正伍・山手茂編、1995『国際比較社会学』学陽書房
- 古谷野亘、2010、「社会学から見た老衰の成因と対策」日本老年医学会雑誌 47(2)：120-122。
- 倉科周介、1990、「病気の姿をデータで読む（11）事故と肺がんと老衰——さまざまな問題」公衆衛生 4（6）：64-68。
 ———、1998、『病気のなくなる日——レベル0の予感』青土社。
- 黒井千次、2010、『老いのかたち』中公新書。
- 黒木尚長・吉田謙一、2004、「時論 日英の死亡診断書の比較にみる日本の死因決定制度の問題点——異状死届出との関連性について」日本医事新報〈4178〉：55-60。

- 草柳千早、2004、『曖昧な生きづらさ』と社会——クレイム申し立ての社会学』世界思想社。
- Largo, M., 2006, *Final Exits The Illustrated Encyclopedia of How We Die*. Harper Collins Publishers. = 橘明美訳、2012、『図説 死因百科』紀伊国屋書店。
- 牧野雅子、2000、「ふつうの死」カール・ベッカー編著『生と死のケアを考える』法蔵館.91-107.
- 萬田緑平、2013、『穏かな死に医療はいらない』朝日新聞出版。
- 丸井英二編、2010、『簡明衛生公衆衛生——改訂6版——』南山堂。
- 丸山創、1958、「死因名老衰による死亡が脳卒中或いは心疾患の死因統計に及ぼす影響について」信州医学 7(3):324-334.
- Metchinikoff, O., 1920, *Vie d'Elie Metchinikoff*. Hachette. = 宮下義信訳、1939、『メチニコフの生涯 下巻』岩波新書。
- Metchinikoff, E., 1907, *Etudes Optimistes sur Vieillesse, Longevite, et Morts Naturelle*. A Maloine. = 足立達訳、2009、『老化・長寿・自然死の楽観的エッセイ』今野印刷株式会社。
- 宮下光令ほか、2007、「2004年の都道府県別在宅死割合と医療・社会的指標の関連」厚生指標 54 (11)、44-49.
- 森田洋之、2013、「夕張希望の杜の軌跡：(10)『老衰』は是か否か」日本医事新報 4629:29-31
- Moriyama, I. M.eds., 2011, "History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death"
Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics
- Mulkay, M., 1979, *Science and the Sociology of Knowledge*. George Allen & Unwin (Publishers) Ltd. = 堀喜望・林由美子・森匡史・大野道邦訳、1985、『科学と知識社会学』紀伊国屋書店・
- 村上義三、1960、「老衰および診断名不明確な高齢者死亡例の解析」日本衛生学雑誌 15:313-318.
- 村瀬孝生、2011、『宅老所よりあいの仕事——看取りケアの作法』雲母書房。
- 村地悌二・般若博司、1972、「老化の科学——正常な老化とはなにか——いわゆる老衰について」最新医学 27 (12) 2411-2417.
- 村地悌二、1967、「(特集) Late Stage の処置——老衰」総合臨床 16 (11) : 2440-2444.
- 中原龍之介、1965、「WHO 第8回国際疾病分類 (ICD) 修正会議報告」厚生指標 12 (10) : 3-8.
- 中河伸俊、1999、『社会問題の社会学——構築主義アプローチの新展開』世界思想社。
- 中川輝彦・黒田浩一郎編、2010、『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房。
- 中村仁一、1994、『老いと死から逃げない生き方』講談社。
- 、1998、『幸せなご臨終——「医者」の手にかかって死なない死に方』講談社。
- 、2012、『大往生したけりや医療にかかわるな——「自然死」のすすめ』幻冬舎。
- 中村雄二郎、1992、『臨床の知とは何か』岩波書店。
- 中野幸次、2012、『いのちの作法——自分の死に時は、自分で決める』青春出版社。
- 日本医師会、1995、「死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル」日本医師会雑誌 113 (2) [付録]
- 西田茂樹、1993、「近年の肺炎死亡率の動向について」Bull.Inst.Pulic Health. 42(4):526-532.
- 根岸龍雄・橘雅子、1971、「(特集) 臨床家のための現代医学統計論——平均寿命に対する疾病の重み——いわゆる老衰死」総合臨床 20(10) : 2125-2129.
- 野口裕二、2001、「臨床のナラティブ」上野千鶴子編、『構築主義とは何か』勁草書房. 43-62.
- 野村一夫、2000、「健康の批判理論序説」佐藤純一・池田光徳・野村一夫・寺岡伸吾・佐藤哲彦、『健康の誘惑』文化書房博文社:203-229.
- Nuland, S. B., 1993, *How We Die Reflections on Life's Final Chapter*. Alfred A. Knopf. = 鈴木主税訳、1995、『人間らしい死に方——人生の最終章を考える』河出書房新社。
- 奥野修司、2007、『満足死——寝たきりゼロの思想』講談社。
- 大井利夫・三木幸一郎・川合省三・上田京子、2012、「シンポジウムⅣ 死亡診断書の精度向上：厚生労働科学研究事業の結果を踏まえて」診療情報管理：日本診療情報管理学会誌 24 (1) : 31-53,
- 大蔵暢、2011、「高齢者を包括的に診る——老年医学のエッセンス 【その1】病気としての老衰——Failure to Thrive」週刊医学界新聞 第2912号、医学書院。
- 大沢泰邦、1955、「死亡票よりみた老衰」日医大誌 22(12):59-68
- 小澤利男、2009、『老年医学と老年学——生・老・病・死を考える』ライフ・サイエンス。
- Riley, J. C., 2001, *Rising Life Expectancy A Global History*. Cambridge University Press. = 門司和彦・金田英子・松山章子・駒澤大佐訳、2008、『健康転換と寿命延長の世界誌』明和出版。
- 戈木クレイグヒル滋子、2008、『実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ』新曜社。
- 佐藤純一、1999、「医学」進藤雄三・黒田浩一郎編、『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社。
- 佐藤郁哉、2008、『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社。
- 佐藤秩子、1998、「特集：長寿と老衰死——百寿者の死因と病理所見」、臨床科学 34 (11) : 1449-1458.
- 、2001、「病理学からみた長寿老人」日本老年医学会雑誌 38 : 169-173
- 関 増爾、1951、「臨床診断上から見た老年者の死因統計」浴風園調査研究紀要 (22)、109-118.
- 、1957、「老年者の死因——剖検 1866 例に就いて——」老年病 2 (1) : 55-59.
- 、1958、「老年者の死因——その主因と誘因——」老年病 1 (1) : 52-57.
- 関 増爾・安孫子悌、1965、「老年者剖検例における悪性腫瘍の頻度並びに胃がん診断の 2, 3 の問題」日本老年医学学会雑誌 2 (5) : 303-306.
- 千田有紀、2001、「構築主義の系譜学」上野千鶴子編、『構築主義とは何か』勁草書房.1-41.
- 進藤雄三、1990、『医療の社会学』世界思想社。
- 進藤雄三・黒田浩一郎編、1999、『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社。
- 嶋田裕之、1981、「いわゆる老衰死の分析」日本臨床 39(3) : 129-135.
- 下方浩史、2006、「増える超高齢者への医療——超高齢者医療の重要性、公衆衛生、社会医学的視点から」JIM
- 新村拓、1991、『老いと看取りの社会史』法政大学出版部。

- 、1998、『医療化社会の文化誌——生き切ること、死に切ること』法政大学出版局。
- 、2002、『痴呆老人の歴史——揺れる老いのかたち』法政大学出版部。
- 曾田長宗、1948、「人口動態統計と衛生行政——人口動態調査令の改正に就て——」衛生統計 1(2):32-33.
- 、1948、「わが国衛生統計の現状」厚生指標 1(4、5):2-5.
- 、1950、「国際疾病・傷病及び死因統計分類の改正にあたり臨床医家へのお願い」日本医師会雑誌 24(1)41-43.
- 須賀井正謙・鶴田亘璋、1956、「監察医務からみた老衰死の検討」日本医事新報 1671:39-42
- 砂原茂一、1983、『医者と患者と病院と』岩波書店。
- 須貝佑一、2007、「質疑応答、精神神経科、アルツハイマー病と脳血管性認知症の死因」日本医事新報 4360:92-93.
- 鈴木孝夫、1973、『ことばと文化』岩波書店。
- 鈴木まき・横山英世・三宅健夫・野崎貞彦、2001、「複合死因からみた死因構造の解析」日大医学雑誌 60(6):260-268、
- 鈴木隆雄、1993、「日常診療における高齢者ケア——ガン、老衰死、寿命」総合臨床 42(7):2212-2214.
- 、2000、「老いるとは何か——高齢期の健康を科学する 地域在宅高齢者の調査から(3)余命の規定要因——老衰死は増加する？」看護実践の科学 25(12):11-14
- 、2001、「地域高齢者の余命の規定要因——学際的縦断研究 TMLG=LISA から」日本老年医学学会雑誌 38:338-340.
- 、2002、「老化を遅らせる可能性——健やかな老衰死に向けて」月刊保団連(729):14-18.
- Sams, C.F., 1962, *Medic.* =竹前栄治編訳、1986、『DDT 革命 占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店。
- Shneidman, E.D., 1973, *Deaths of Man*. The New York Times Book Co.=白井徳満・白井幸子・本間修訳、1980、『死にゆく時——そして残されるもの』誠真書房。
- Spector, M. & Kitsuse, J. I., 1977, *Constructing Social Problems*, Cummings=村上直之・中河伸俊・鮎川潤・森俊太訳、1990、『社会問題の構築——ラベリング理論をこえて——』マルジュ社。
- Schon, D.A., 1983, *The Reflective Practitioner*. Basic Books.=佐藤学・秋田喜代美訳、2001、『専門家の知恵——反省的実践家は行為しながら考える』ゆるみ出版。
- 田畑正久、2011、「老衰という死亡診断書について(医療文化と仏教文化の課題)」龍谷大学発刊『死生観と超越——仏教と諸科学の学際的研究』龍谷大学.243-248.
- 橋尚美、2004、「医療を支える死生観——医師へのインタビューを通じて——」関西学院大学社会学部紀要、第 97 号:161-179.
- 高木由臣、2009、『寿命論——細胞から『生命』を考える』日本放送協会
- 高野六郎、1939、『國民病の豫防と撲滅』龍吟社。
- 竹中郁夫、2008、「医事法制——死因病名の適否」日本医事新報 4385:99
- 竹之内裕文、2012、『『自然な死』という言説の解体——死すべき定めの意味を求めて』栗屋剛編集代表、『シリーズ生命倫理学 第 4 巻 終末期医療』丸善出版、126-142.
- 田中奈保美、2010、『枯れるように死にたい——「老衰死」ができないわけ』新潮社。
- 田内久、1998、「特集:長寿と老衰死 超高齢者の死——老衰死から不老長寿の夢に向けて——」臨床科学 34(11):1467-1473.
- 田内久・佐藤秩子、1993、「百寿者の病理所見——病変発現と環境要因(厚生省 S)」平成 4 年度研究報告書 89-91.
- Thane, P.ed., 2005, *The Long History of Old Age*. Thames & Hudson Ltd.=木下康仁訳、2009、『老人の歴史』東洋書林。
- 津田敏彦、2003、『市民のための疫学入門——医学ニュースから環境裁判まで』緑風出版。
- 上田フサ・加藤寛夫、1957、「複合死因に関する研究——心臓疾患を対象として——」厚生指標 4(6):30-35
- 植村肇、1984、「国民医療の課題:第 7 報 老衰死の激減に思う」駒沢短期大学研究紀要 1984. 12:17-31.
- 梅田珠実・小町喜男・野崎貞彦・横山英世、1988、「複合死因からみた死因構造に関する研究」厚生指標 35(13)、11-17.
- 和田 直、1971、「老衰の意味と死因統計」広島医学 24(6):456-462.
- 渡辺定、1965、「国際傷病死因統計分類の変遷」厚生指標 12(10):9-14.
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A. & Rosenberg, R., 1986=1990, *Philosophy of Medicine An Introduction*(second edition), Blackwell Scientific Publications.=梶田昭一訳、1996、『人間と医学』博品社。
- Williams, N., 1996, "The Reporting and Classification of Causes of Death in Mid-Nineteenth-Century England" *Historical Methods*, 29:58-71.
- Wilmoth, J. R., 2010, 「人類の寿命伸長:過去・現在・未来」人口問題研究、66(3):32-39.
- 山本綾子・加藤誠実・上野恵美子・藤田真弓・湊賢治・中田正、1996、「ICD-10 適用及び死亡診断改訂の死因統計への影響について」厚生指標 43(2)9-15
- 山崎喜比古、2001、「健康と医療の社会学の対象」山崎喜比古編、『健康と医療の社会学』東京大学出版部.3-18.
- 横内正利、2000、「高齢者の自己決定とみなし末期」日本老年医学学会雑誌 37(9):725-727.
- 、2012、「高齢者における終末期医療」栗屋剛編集代表、『シリーズ生命倫理学 第 4 巻 終末期医療』丸善出版、60-76.
- 横山英世・野崎貞彦・山崎寛一郎・逸見てる子、1991、「死亡診断書における『心不全』について」厚生指標 38(5):17-23.
- 吉岡博人・石川徹、1961、「本邦における老衰死の趨勢」日本公衆衛生学雑誌 8(2):151-158.
- 吉川幸次郎・佐竹昭広・日野龍夫、1978、「日本思想体系 40 本居宣長」家永三郎ほか編『日本思想体系』。
- 吉本隆明、2002、『老いの流儀』日本放送出版協会。
- 行岡哲男、2012、『医療とは何か』河出書房新書。
- 財団法人日本公衆衛生協会編、1967、『公衆衛生の発達——大日本市立衛生会雑誌抄一』財団法人日本公衆衛生協会