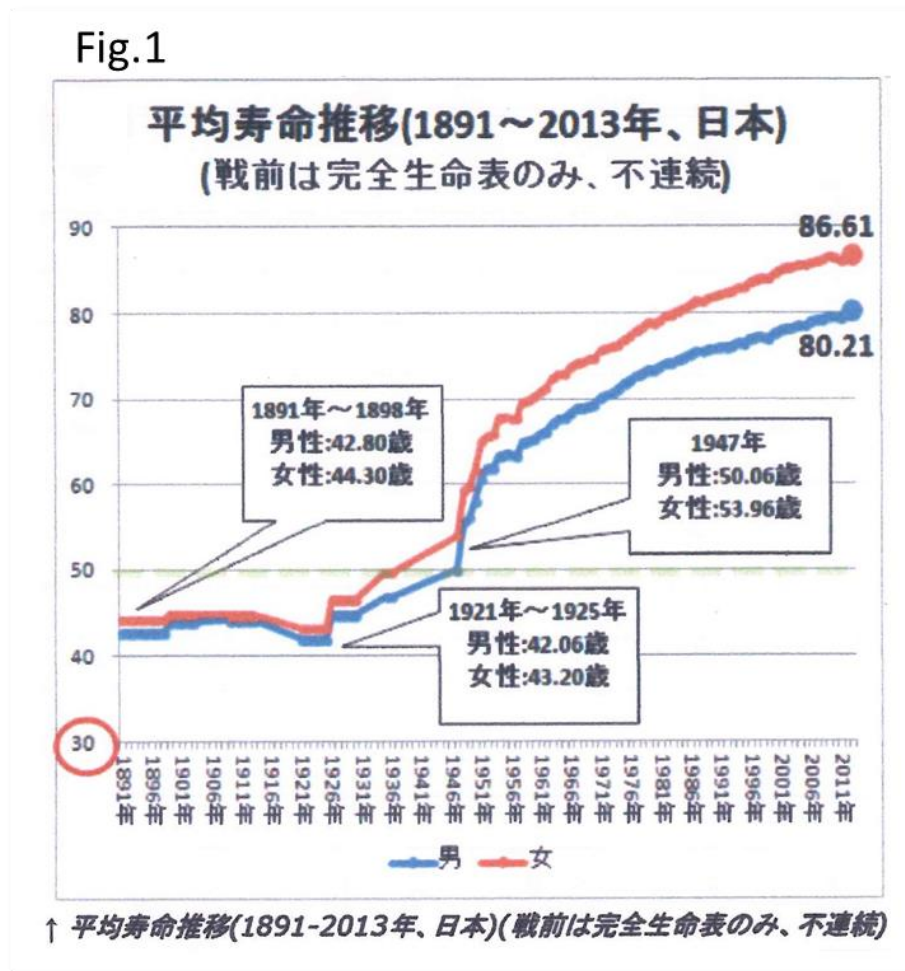


高齢者の特性（老年症候群）

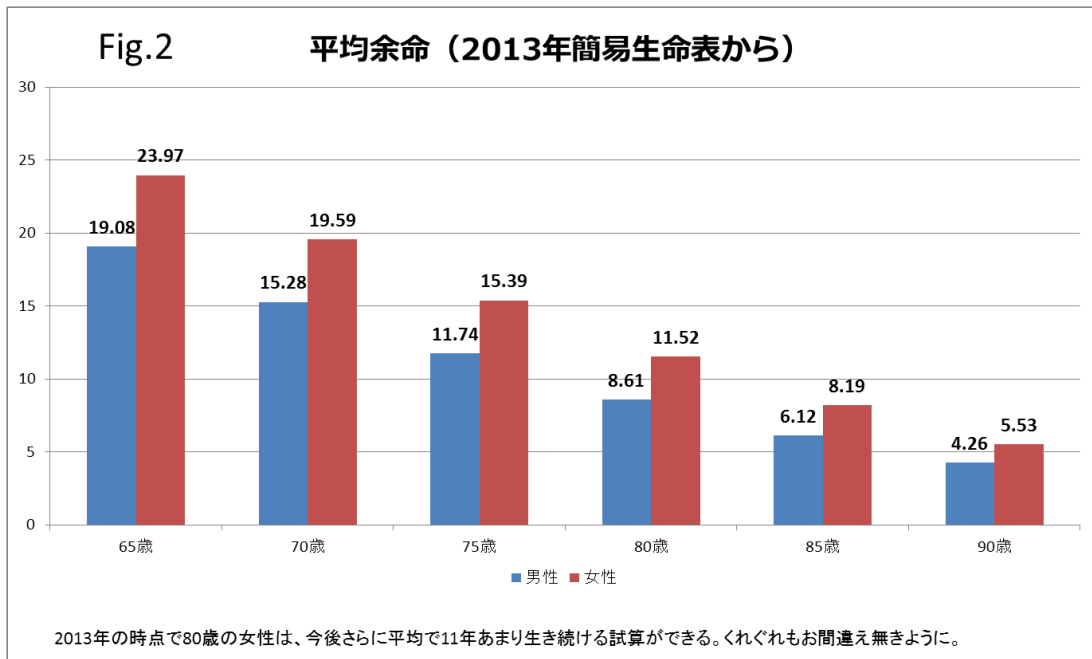
■まず、高齢者とは？

世界保健機構 WHO の定義では、65 歳以上の者となっています。

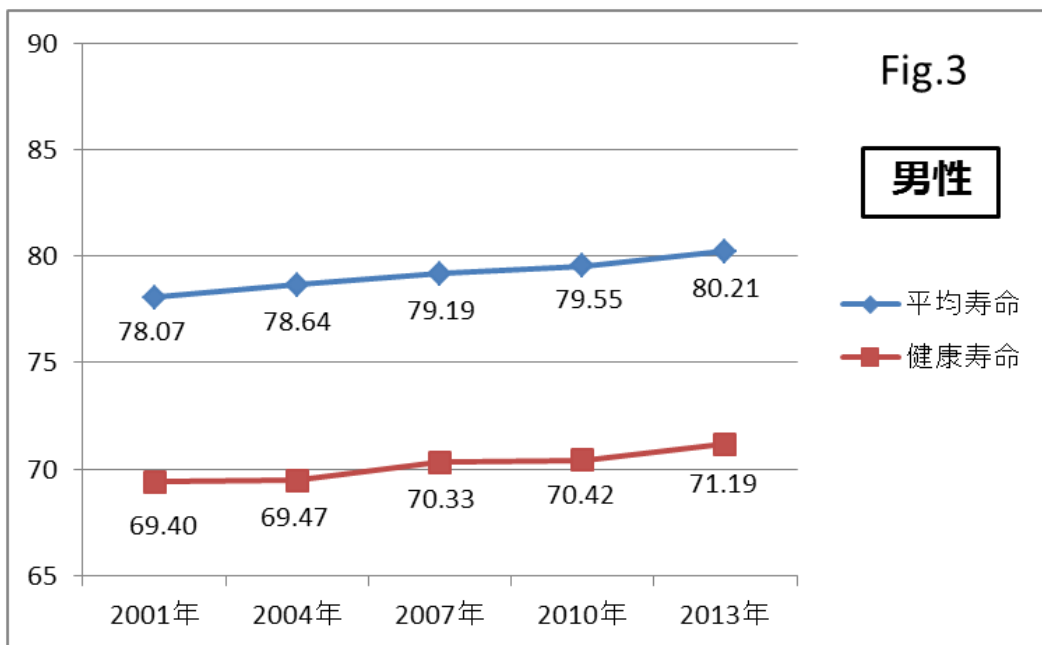
日本では、65～75 歳が前期高齢者、75 歳以上が後期高齢者となっています。ただし、2017 年 1 月 5 日、日本老年学会と日本老年医学会は、「高齢者」の定義を 75 歳以上に引き上げるべきだと提言しました。これに際し、65～75 歳を「准高齢者」、90 歳以上は「超高齢者」としています。2015 年、日本人の平均寿命は男性 80.5 歳、女性 86.8 歳となっています (Fig.1)。

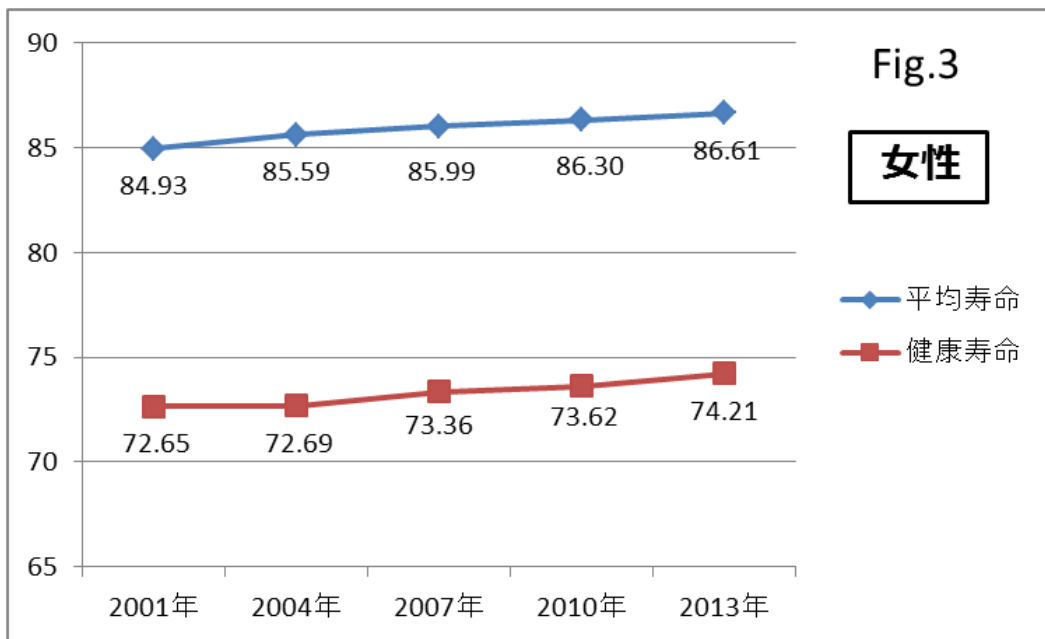


ちなみに、1945 年（太平洋戦争直後）は、男女共に若干 50 歳強でした。2020 年には人口の 4 人に 1 人が高齢者（65 歳以上）になると推計されています。各年齢の今後どれくらい生きていけるかという平均余命も試算されています (Fig.2)。



WHOは、2000年に日常的に介護を必要としない自立した生活ができる生存期間を“**健康寿命**”と提唱しました。2013年の“**平均寿命－健康寿命**”は、男性で9歳、女性では12.4歳で、日常生活に制限のある“**不健康な期間**”を意味しています（Fig.3）。この期間を短縮すれば、個人のQOL（生活の質）の低下を防ぐと共に、社会保障負担の軽減も期待できます。





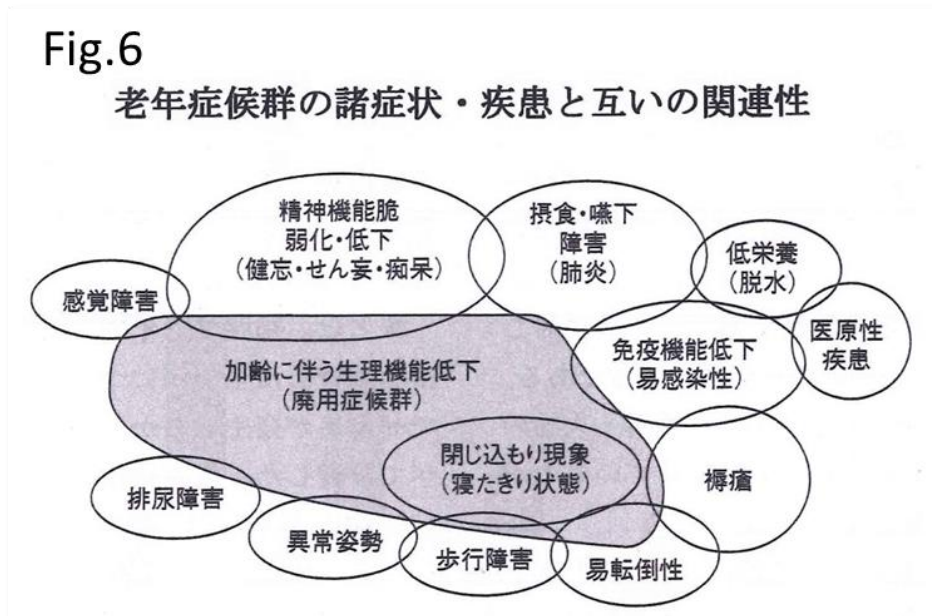
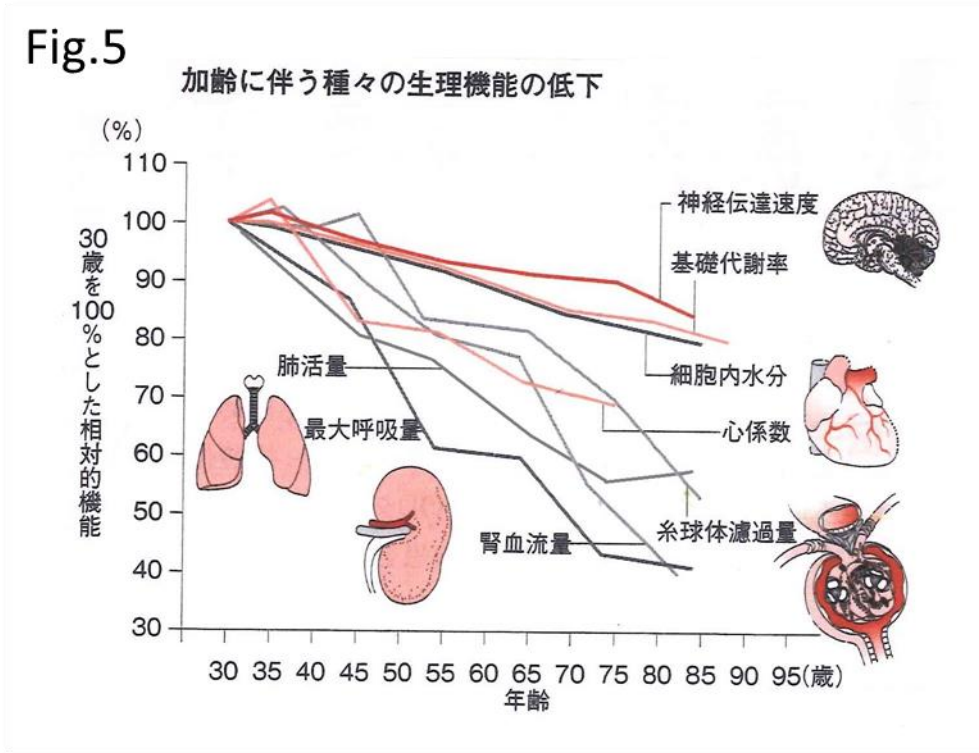
■老化とは？

ヒトの体は、約 70 兆個もの細胞から構成されています。多くの体細胞は分裂を終了し、次第に老化していきます。からだの成熟が終了した後に起こる生理機能の衰退を意味し、外界からの様々なストレスに対する適応能力の低下と認識されます。老化のメカニズムとして、**活性酸素** (Fig.4) による**からだの錆**が原因のひとつです。老化のスピードは生活環境により変化しますが、一般的には **40 歳代で加速**されます。活性酸素は肝臓で発生しやすく、老化防止には肝臓を元気にすることが必要です（飲み過ぎ・食べ過ぎ防止）。



■老年症候群とは？

加齢により全身諸臓器の機能が低下し (Fig.5)、様々な疾患が複合して起こってきます (Fig.6)。



高齢者に多くみられ、治療と介護を必要とする一連の身体症状とその兆候や病気と定義され、危険な老化を意図します。年齢層により、発現する症状・疾患の頻度も変化してい

きます (Fig.7、Fig.8)。

Fig.7

3つの老年症候群

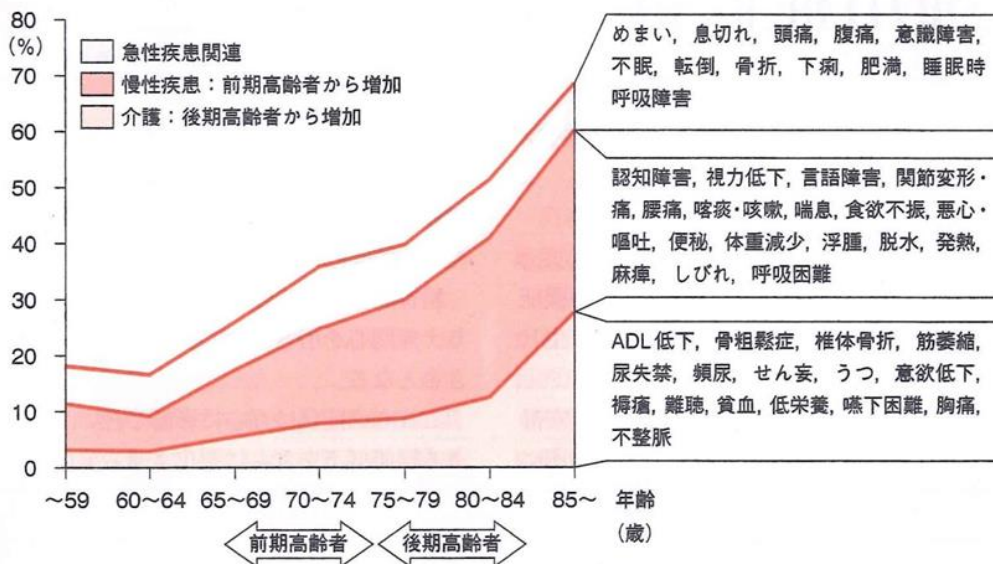


Fig.8

性・年齢別にみた介護が必要となった原因別 介護を要する者の割合 (%)

性・年齢階級	総数	脳血管疾患 (脳卒中など)	高齢による衰弱	骨折・転倒	認知症	関節疾患 (リウマチなど)	心臓病	視覚・聴覚障害	呼吸器疾患 (肺炎腫・肺炎など)	糖尿病	脊髄損傷	がん (悪性新生物)	パーキンソン病	その他	不明
総数	100	25.7	16.3	10.8	10.7	10.6	4.1	2.7	2.5	2.4	2.2	1.7	1.6	6.9	0.8
男	100	41.3	11.7	5.5	6.6	5.0	4.3	2.7	3.4	3.3	2.6	2.5	2.5	7.1	0.5
女	100	18.1	18.5	13.4	12.6	13.4	4.1	2.7	2.1	2.0	1.9	1.4	1.2	6.8	0.9
40～60歳	100	57.0	-	3.7	1.3	12.9	1.3	2.7	0.6	2.8	2.5	-	1.9	13.4	-
65～69	100	42.7	1.5	4.7	6.3	11.8	2.6	4.8	0.8	3.6	4.7	2.5	3.1	10.3	-
70～74	100	37.6	4.0	5.8	6.4	13.4	3.7	4.2	1.2	3.7	2.5	2.4	2.3	10.5	1.1
75～79	100	29.2	7.0	10.9	8.6	12.7	5.6	2.0	2.3	3.6	2.5	2.8	2.6	8.2	1.0
80～84	100	22.2	14.6	12.7	12.6	12.0	4.9	2.4	4.0	2.6	2.9	1.3	1.5	5.1	0.8
85～89	100	16.0	26.5	12.7	13.6	8.1	3.8	2.7	2.5	1.4	1.3	2.1	0.9	5.9	1.1
90歳以上	100	12.4	38.5	14.0	14.5	5.5	3.7	2.2	2.7	0.7	0.3	0.5	0.3	2.9	0.4
(再掲) 65歳以上	100	23.9	17.2	11.2	11.2	10.5	4.3	2.7	2.6	2.4	2.1	1.8	1.6	6.5	0.8

注：1) 主な原因の「総数」には、主な原因不詳を含む

(厚生労働省：平成16年国民生活基礎調査より引用)

2) 年齢階級の「総数」には、介護を要する者の年齢不詳を含む

別称として、要看護・介護老年病症候群とも呼ばれています。介護を必要とする原因は、年齢 (Fig.9)・性別 (Fig.10) によっても違ってきます。衰弱・転倒・痴呆・失禁の出現率が高くなってきます。

Fig.9 年齢による要介護の原因の違い

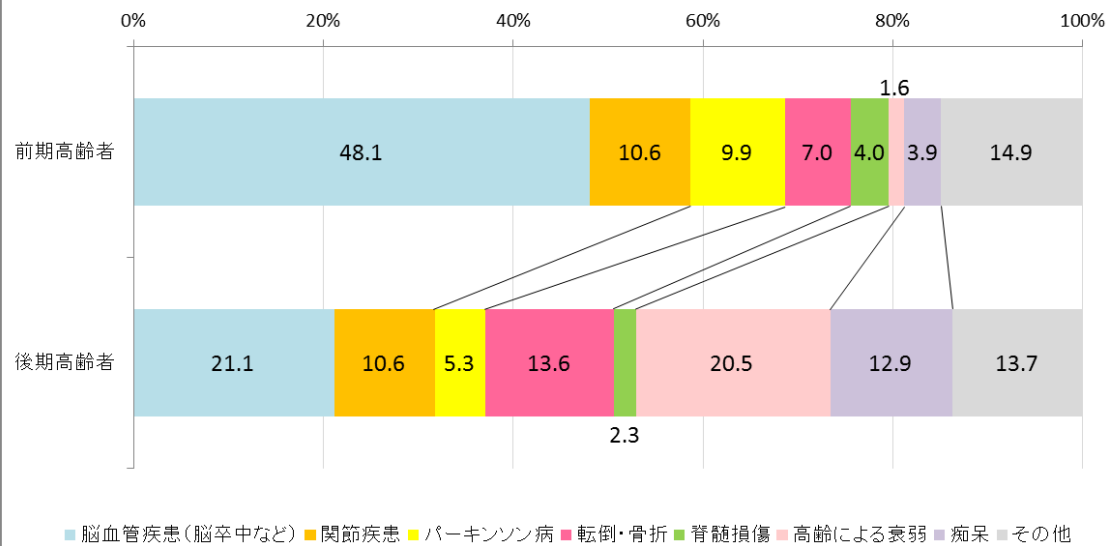
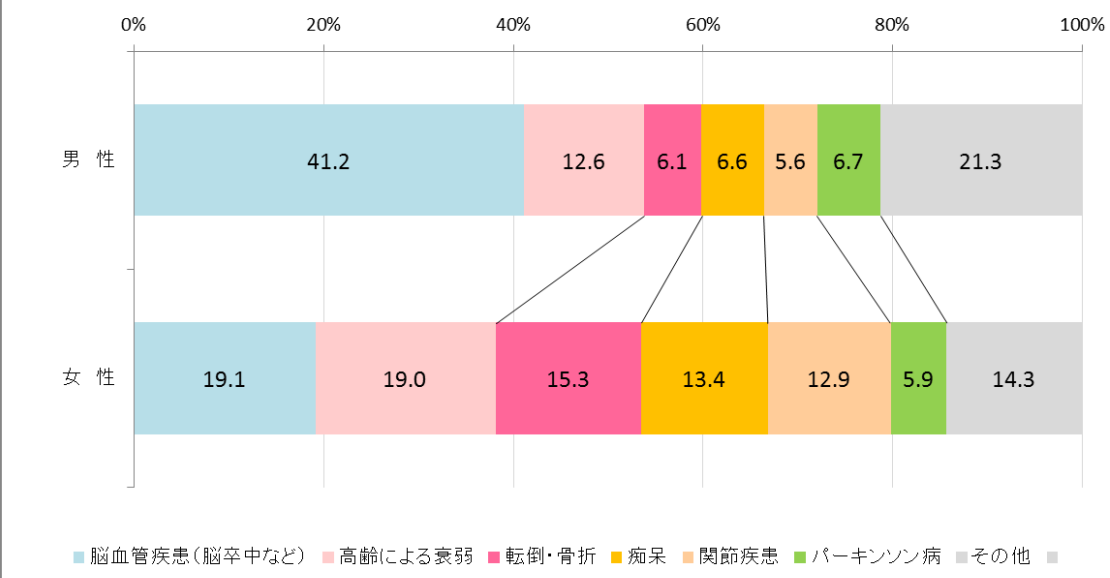


Fig.10 性別による要介護の原因の違い

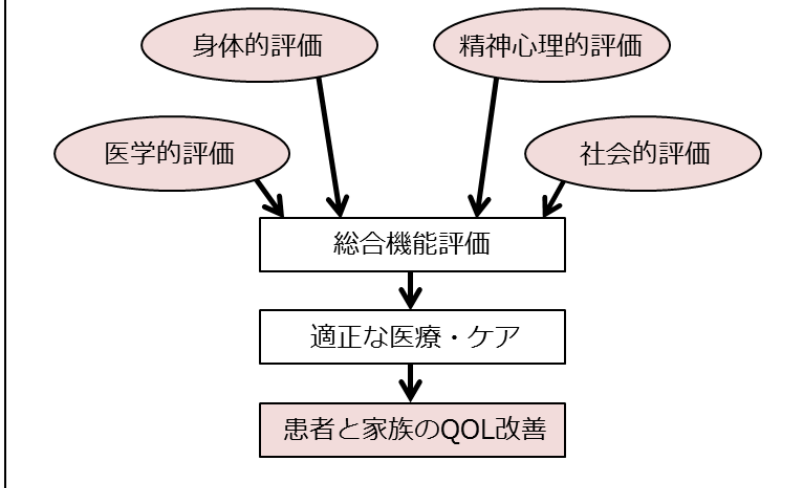


■ 高齢患者特有の病態

- ①加齢による生理機能の低下・体組織の変化などにより、**疾病の症状の出方が非定型的**
- ②身体的・精神的・社会的等の多様性から、**個人差が非常に大きい**
- ③**複数の慢性疾患を罹患**していることが多い
- ④多疾患により服用する**薬剤数の増加**により相互作用や**薬物有害事象**が**起こりやすい**
- ⑤このような多様性から、**高齢者総合的機能評価 (Fig.11)**が重要である

Fig.11

高齢者の総合機能評価



⑥環境要因の影響を受けやすく、居住環境・生活習慣・経済状態・家族関係・社会関係を十分把握することが、医療に反映される

⑦高齢者の疾患は、多くの場合、**治療を期待できない慢性疾患**である

⑧中年期と高齢期では、疾病構造に相違が出てきます。高齢者の危険な老化の**早期発見・早期対処が重要** (Fig.12) で、がんおよび動脈硬化性疾患にも注意が必要

Fig.12

中年期の疾病構造と高齢期の疾病構造



⑨高齢者では、**抑うつ状態・うつ病・認知症**を来しやすい人体状況や周囲の環境要因が増えてきます (Fig.13、Fig.14)

Fig.13

抑うつ状態でよくみられる精神・身体症状

1. 精神症状

- ・抑うつ気分
- ・興味・喜びの喪失
- ・精神運動性焦燥・制止
- ・無価値観・罪責感
- ・思考力の減退, 決断困難
- ・自殺念慮, 自殺企図

2. 身体症状

- ・睡眠障害
- ・食欲異常
- ・易疲労性, 気力の減退
- ・自律神経症状

Fig.14

高齢者のうつと認知症との関連

高齢者のうつと認知症との鑑別は重要であるが、うつ病から認知症への移行も少なくない。また認知症においてもうつ症状の出現がある。高齢者のうつはアルツハイマー型認知症や血管性認知症とも相互に関連した病態と考えられる。



⑩体温調節機能の低下・水分出納のアンバランスによる熱中症 (Fig.15) にも要注意

Fig.15

高齢者の熱中症発症のリスクとなる特徴 (身体的および環境的)

- 体温調節機能の低下 (皮膚血流増加反応の低下および発汗の減少, 体内水分量の減少, 口渇感の鈍化による水分摂取量減少)
- 頻尿や失禁を嫌って水分摂取を減らす
- 心不全などの疾患管理目的の水分制限や利尿薬内服
- 認知症や脳血管障害に伴う摂食嚥下障害や身体障害
- 介護者の不在 (独居や老々介護家庭)
- 空調設備の不備 など

■ 対策

高齢者は若年者に比べて予備力に乏しく、若年者であれば一過性の疾病でも、それを契機に QOL 低下を来たすことが多々見られます。

①老年症候群予防の意味で、生活習慣の確立 (Fig.16)

Fig.16

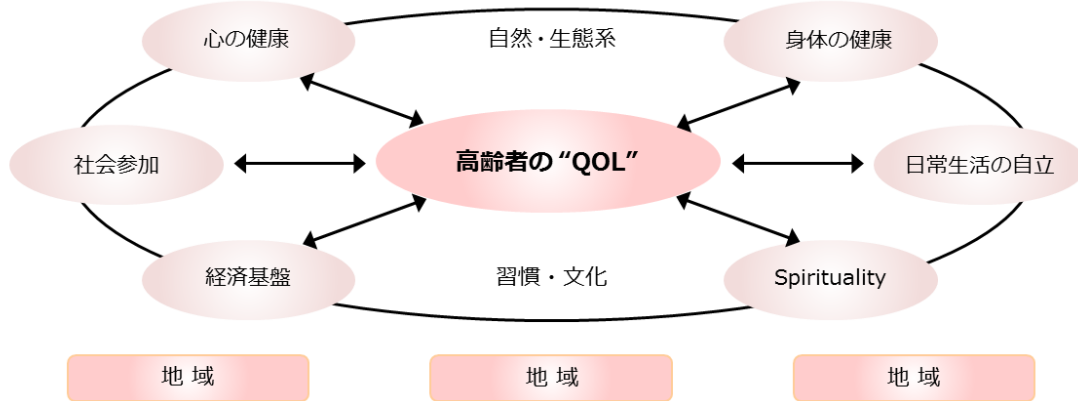


②危険な老化のサインを早期発見・対処

③転倒予防・ワクチン接種・口腔管理等の外傷・疾病予防

④疾病を罹患しても、機能回復のため、早期離床・早期リハビリテーションがADL（日常生活活動度）およびQOL（Fig.17）低下予防に繋がります。

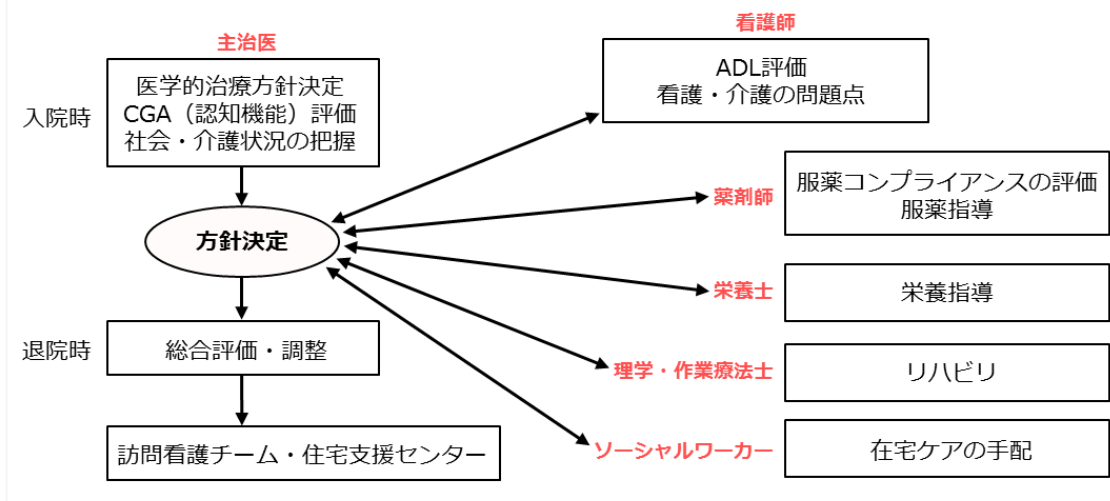
Fig.17
高齢者のQOL



高齢者医療の実践面において、多病と多様性を抱えた高齢患者を多様なケアの場で、多職種（医師、看護師、理学・作業療法士、薬剤師、栄養士、介護士、ソーシャルワーカー）協働によるチーム医療が必要です（Fig.18）。

Fig.18

チームアプローチの流れ



■文献

- ①高齢者診療マニュアル：日本医師会雑誌 13 巻・特別号（2）、②本医師会雑誌 127 巻 11 号、③包括的高齢者運動トレーニング（CGT）：日本介護予防普及協会（JCPA）、④高齢者に対する適切な医療提供の指針：日本老年医学会、⑤7つの生活習慣を守ろう：武田薬品パンフレット