

Methods

Patients

One hundred and thirty-seven women who attended the Center for Comprehensive Care on Memory Disorders at Kyorin University Hospital were included in this study. This study was approved by the Ethics Committee of Kyorin University School of Medicine. Accordingly, written informed consent was obtained from all patients.

MRI

Magnetic resonance imaging (MRI) was performed on 1.5-T scanners (Toshiba Medical Systems, Tochigi, Japan). T₁-weighted images (repetition time [TR] = 496 msec, echo time [TE] = 12 msec), T₂-weighted images (TR = 4280 msec, TE = 105 msec) and fluid attenuated inversion recovery-weighted images (TR = 8000 msec, TE = 105 msec, 5 mm slice thickness) were obtained in the axial planes.

Periventricular hyperintensity and DWMH Score

Leukoaraiosis was classified as periventricular hyperintensity (PVH) adjacent to the lateral ventricle, and DWMH located in the deep white matter apart from the lateral ventricles. PVH was evaluated in six regions in three slices. Each region was rated as five grades (0–4) according to the systematic quantification method developed by Junque *et al.*³ The sum of all grades in the six regions was defined as the PVH score (range 0–40).⁴ DWMH was evaluated in the frontal, temporal, parietal and occipital lobes and in the basal ganglia in both hemispheres. Each lesion was rated as three grades according to the diameter, as described by de Groot *et al.*⁵ The sum of all grades in five regions in both hemispheres was defined as the DWMH score.⁴

Laboratory tests

Blood samples were obtained in the morning after an overnight fast. Serum levels of hsCRP and IL-6 were measured using nephelometry and enzyme-linked immunosorbent assay, respectively. The intra-assay coefficients of variation for the measurements of hsCRP and IL-6 were 1.3% and 2.9%, respectively.

Statistical analysis

Because the distribution of hsCRP and IL-6 levels appeared to be left-skewed, they were normalized by logarithmic transformation. We used Spearman's ρ to investigate correlations between parameters and PVH score or DWMH score. Also, to test independently the effect of the inflammatory markers associated with the

severity of leukoaraiosis, multinomial logistic regression analysis was performed with the grade of PVH (tertiles of PVH score) or DWMH (tertiles of DWMH score) as the dependent variable; and hsCRP or IL-6, together with age and systolic blood pressure (SBP) as independent variables. $P < 0.05$ was considered statistically significant. All data were analyzed using SPSS ver. 17.0.

Results

The characteristics of the study subjects are shown in Table 1. They were non-obese normolipidemic elderly persons, however, SBP was elevated. The distribution of PVH score and DWMH score of these subjects were 1–24 and 0–209, respectively. In Spearman's correlation coefficient, IL-6 correlated with PVH score ($\rho = 0.340$, $P \leq 0.05$) and DWMH score ($\rho = 0.299$, $P \leq 0.05$) (Fig. 1), whereas hsCRP showed no relation to PVH score or DWMH score (Table 2). PVH score and DWMH score also correlated with age and SBP. When log IL-6 and log hsCRP were grouped by tertile (see legend to Fig. 2), it was found that the average PVH score and DWMH score were higher in the highest tertile of IL-6 level than in the lowest tertile according to the Kruskal-Wallis test (Fig. 2a,b). On the other hand, this increment was not found in hsCRP (Fig. 2c,d).

Because leukoaraiosis can be observed on MRI even in normal elderly persons,¹⁰ and hypertension is known to be a risk factor for leukoaraiosis,¹¹ we performed multinomial logistic regression analysis using PVH or DWMH severity (tertiles of PVH and DWMH score) as the dependent variable, and age, SBP and inflammatory

Table 1 Clinical characteristics of study subjects (women, $n = 137$)

Age (years)	76 ± 7
BMI (kg/m ²)	20.8 ± 3.3
SBP (mmHg)	142 ± 26
DBP (mmHg)	80 ± 14
PVH score (points)	8.2 ± 4.0
DWMH score (points)	61.4 ± 51.0
Total cholesterol (mmol/L)	5.38 ± 0.91
HDL cholesterol (mmol/L)	1.50 ± 0.36
LDL cholesterol (mmol/L)	3.23 ± 0.65
Triglyceride (mmol/L)	1.08 ± 0.46
Log IL-6 (ng/L)	0.35 ± 0.46
Log hsCRP (μg/L)	2.58 ± 0.58

All parameters are expressed as mean ± standard deviation. IL-6 and CRP are shown as log transformed. BMI, body mass index; DBP, diastolic blood pressure; DWMH, deep white matter hyperintensity; HDL, high-density lipoprotein; hsCRP, high-sensitivity C-reactive protein; IL-6, interleukin-6; LDL, low-density lipoprotein; PVH, periventricular hyperintensity; SBP, systolic blood pressure.

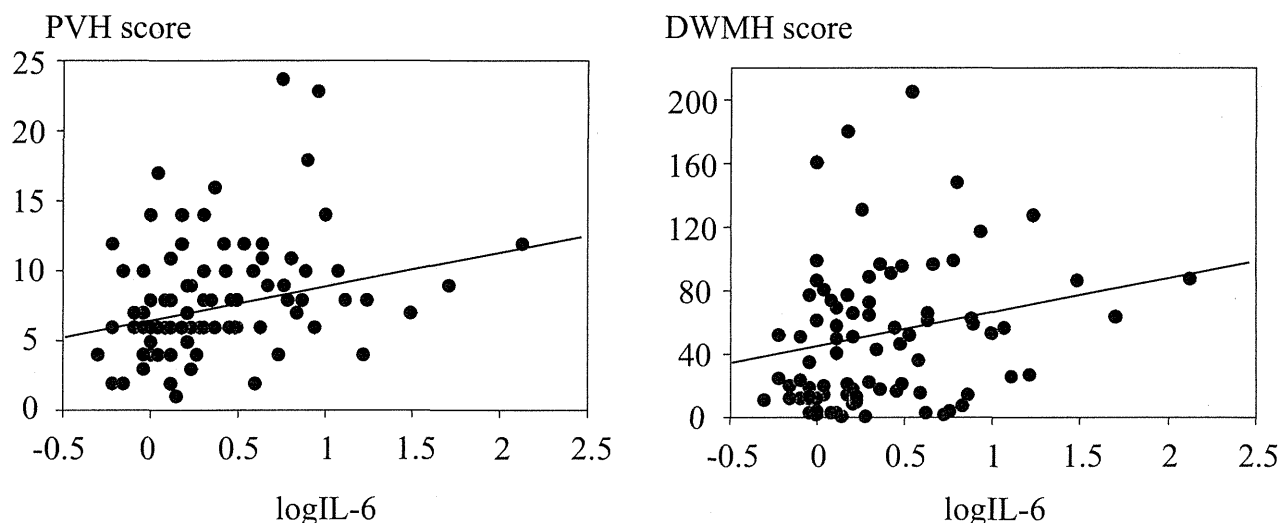


Figure 1 Relations between periventricular hyperintensity (PVH) score and log interleukin (IL)-6 (left panel; $\rho = 0.340$, $P \leq 0.05$, $n = 137$), and deep white matter hyperintensity (DWMH) score and log IL-6 (right panel; $\rho = 0.299$, $P \leq 0.05$, $n = 137$).

Table 2 Spearman's correlation coefficient between leukoaraiosis and parameters

	PVH score		DWMH score	
	ρ	P	ρ	P
Age	0.411	<0.001	0.271	0.002
BMI	-0.156	0.085	-0.124	0.179
SBP	0.215	0.014	0.232	0.009
Total cholesterol	-0.128	0.192	-0.149	0.134
HDL cholesterol	-0.053	0.595	-0.205	0.041
LDL cholesterol	-0.093	0.349	-0.025	0.802
Triglyceride	-0.014	0.885	0.080	0.421
Smoke	0.337	0.005	0.443	0.000
Log IL-6	0.340	0.002	0.299	0.006
Log hsCRP	-0.018	0.867	0.019	0.855

BMI, body mass index; DBP, diastolic blood pressure; DWMH, deep white matter hyperintensity; HDL, high-density lipoprotein; hsCRP, high-sensitivity C-reactive protein; IL-6, interleukin-6; LDL, low-density lipoprotein; PVH, periventricular hyperintensity; SBP, systolic blood pressure.

markers as independent variables. As shown in Table 3, it was confirmed that the level of IL-6 was significantly associated with the progression of PVH grade (from lowest to middle and middle to highest) and DWMH score (from middle to highest). However, this trend was not found in hsCRP.

Discussion

In this study, we showed relationships between IL-6 and PVH score and IL-6 and DWMH score. It is

assumed that IL-6 has an association with cerebral ischemic changes such as leukoaraiosis as well as silent brain infarction.⁹ Additionally, PVH and DWMH were correlated with IL-6, but not with hsCRP. With respect to this point, Schmidt *et al.* suggested that CRP is a marker of active carotid atherosclerosis, but not of a small vessel disease-related brain lesion.¹² On the other hand, it is envisaged that elevated hsCRP levels generally reflect large vessel atherosclerosis. Because leukoaraiosis is regarded as one of the brain changes caused by small vessel disease, our results support the idea of Schmidt *et al.*

Interleukin-6 is one of the principal acute-phase reactants, playing a significant role in the activation of the coagulation-fibrinolysis system. On the other hand, leukoaraiosis has been associated with a hypercoagulable condition. Endothelium-derived adhesion molecules have been reported to be elevated in patients with great leukoaraiosis or lacunar infarcts. Leukocyte-mediated injury of the small vessels and ensuing upregulation of endothelial adhesion molecules are implicated in the pathogenesis of leukoaraiosis.¹³

The Rotterdam Scan Study showed that higher hsCRP levels were associated with presence and progression of leukoaraiosis after adjustment for cardiovascular risk factors and carotid atherosclerosis.¹⁴ The subjects in the Rotterdam Scan Study were a population-based cohort ($n = 1033$), while the subjects in the present study were outpatients in the memory clinic ($n = 137$). In this respect, the difference in characteristics and numbers of the subjects may have given rise to the different results in terms of hsCRP in the present study and the Rotterdam Scan Study.

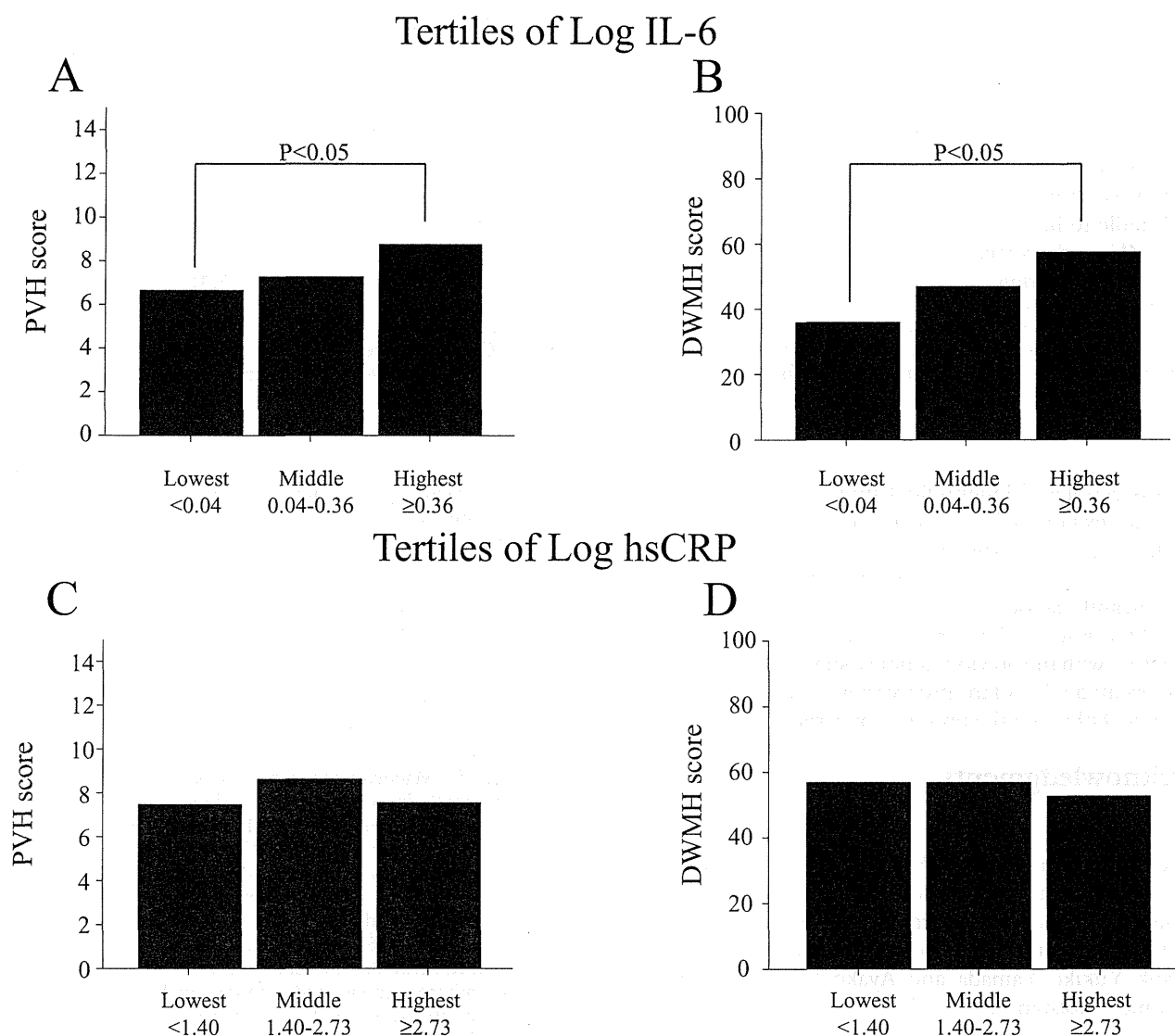


Figure 2 Average of periventricular hyperintensity (PVH) score and deep white matter hyperintensity (DWMH) score by tertile of interleukin (IL)-6 (a,b) and tertile of high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP) (c,d). Log IL-6 tertile; lowest, <0.04 pg/mL, $n = 55$, 73.4 ± 7.1 years old (y/o); middle, 0.04–0.36 pg/mL, $n = 38$, 76.9 ± 6.8 y/o; highest, ≥ 0.36 pg/mL, $n = 44$, 79.5 ± 5.3 y/o. Log hsCRP; lowest, <1.40 ng/mL, $n = 44$, 73.9 ± 7.0 y/o; middle, 1.40–2.73 ng/mL, $n = 46$, 77.6 ± 7.1 y/o; highest, ≥ 2.73 ng/mL, $n = 41$, 77.8 ± 6.3 y/o.

In the Framingham Heart Study, no association was found between hsCRP and leukoaraiosis on MRI.¹⁵ In the Cardiovascular Health Study, hsCRP level was modestly associated with semi-quantified leukoaraiosis volume, but the effect attenuated after excluding prevalent cerebrovascular and coronary disease cases.¹³ In addition, Wright *et al.* was not able to find an association between hsCRP and leukoaraiosis volume.¹⁶ Together, the relationships between leukoaraiosis and hsCRP varied depending upon different reports. This may come from the difference in study subjects and analytical methods. Further investigation is necessary to hold more definite opinion about which inflammatory

biomarker represents the presence and development of leukoaraiosis.

Several lines of evidence suggest a relationship between IL-6 and symptoms of the geriatric syndromes, unique features of common health problems associated with poor morbidity in elderly people, such as dementia,¹⁷ functional disability¹⁸ and frailty.¹⁹ On the other hand, the severity of leukoaraiosis also has a relationship with symptoms of geriatric syndromes such as dementia, falls, gait disturbance and functional disability.³⁻⁵ Therefore, IL-6 may be an important biomarker linking the severity of leukoaraiosis to the geriatric syndromes. Because the present study is

Table 3 Associations between inflammation markers and the severity of leukoaraiosis according to tertiles (PVH score or DWMH score) adjusting for age and systolic blood pressure (logistic regression analysis)

	Log hsCRP, $\mu\text{g/L}$ Odds ratio (95% CI)	Log IL-6, ng/L Odds ratio (95% CI)
PVH grade (tertiles)		
Lowest to middle	1.84 (0.78–4.31)	5.80 (1.43–23.60)
Middle to highest	0.39 (0.12–1.32)	4.39 (1.02–18.85)
DWMH grade (tertiles)		
Lowest to middle	0.81 (0.333–1.99)	3.18 (0.78–12.95)
Middle to highest	1.25 (0.48–3.29)	7.85 (1.69–36.38)

Grade of leukoaraiosis according to tertiles of PVH score or DWMH score. CI, confidence interval; DWMH, deep white matter hyperintensity; IL-6, interleukin-6; hsCRP, high-sensitivity C-reactive protein; PVH, periventricular hyperintensity.

cross-sectional, a longitudinal study would corroborate the associations of IL-6 with leukoaraiosis, and IL-6 with the geriatric syndromes.

In conclusion, we demonstrated that IL-6 level is significantly associated with the severity of PVH and DWMH lesions. The results of the present study, together with the previous studies, suggest that IL-6 is an important marker of the progression of cerebral ischemic disease, linking to the presence of geriatric syndromes.

Acknowledgments

This study was supported by a Health and Labor Sciences Research Grant (H18-Choju-031) from the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan, by the Mitsui Sumitomo Insurance Welfare Foundation (2006), and by the Japan Health Foundation (2007). We thank Yukiko Yamada and Ayako Machida for their technical assistance.

References

- Oishi M, Mochizuki Y. Regional cerebral blood flow and cerebrospinal fluid glutamate in leukoaraiosis. *J Neurol* 1998; **245**: 777–780.
- Munoz DG. Leukoaraiosis and ischemia: beyond the myth. *Stroke* 2006; **37**: 1348–1349.
- Junque C, Pujol J, Vendrell P *et al.* Leuko-araiosis on magnetic resonance imaging and speed of mental processing. *Arch Neurol* 1990; **47**: 151–156.
- Sonohara K, Kozaki K, Akishita M *et al.* White matter lesions as a feature of cognitive impairment, low vitality, and other symptoms of the geriatric syndrome in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2008; **8**: 93–100.
- de Groot JC, de Leeuw FE, Oudkerk M *et al.* Cerebral white matter lesions and cognitive function: the Rotterdam Scan Study. *Ann Neurol* 2000; **47**: 145–151.
- de Leeuw FE, de Groot JC, Achten E *et al.* Prevalence of cerebral white matter lesions in elderly people: a population based magnetic resonance imaging study. The Rotterdam Scan Study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; **70**: 9–14.
- van den Heuvel DM, Admiraal-Behloul F, ten Dam VH *et al.* Different progression rates for deep white matter hyperintensities in elderly men and women. *Neurology* 2004; **63**: 1699–1701.
- Gouw AA, van der Flier WM, Fazekas F *et al.* Progression of white matter hyperintensities and incidence of new lacunes over a 3-year period: the Leukoaraiosis and Disability study. *Stroke* 2008; **39**: 1414–1420.
- Hoshi T, Kitagawa K, Yamagami H *et al.* Relations of serum high-sensitivity C-reactive protein and interleukin-6 levels with silent brain infarction. *Stroke* 2005; **36**: 768–772.
- Fazekas F. Magnetic resonance signal abnormalities in asymptomatic individuals: their incidence and functional correlates. *Eur Neurol* 1989; **29**: 164–168.
- Basile AM, Pantoni L, Pracucci G *et al.* Age, hypertension, and lacunar stroke are the major determinants of the severity of age-related white matter changes. The LADIS (Leukoaraiosis and Disability in the Elderly) Study. *Cerebrovasc Dis* 2006; **21**: 315–322.
- Schmidt R, Schmidt H, Pichler M *et al.* C-reactive protein, carotid atherosclerosis, and cerebral small-vessel disease: results of the Austrian Stroke Prevention Study. *Stroke* 2006; **37**: 2910–2916.
- Fornage M, Chiang YA, O'Meara ES *et al.* Biomarkers of inflammation and MRI-defined small vessel disease of the brain: the cardiovascular health study. *Stroke* 2008; **39**: 1952–1959.
- van Dijk EJ, Prins ND, Vermeer SE *et al.* C-reactive protein and cerebral small-vessel disease: the Rotterdam Scan Study. *Circulation* 2005; **112**: 900–905.
- Jefferson AL, Massaro JM, Wolf PA *et al.* Inflammatory biomarkers are associated with total brain volume: the Framingham Heart Study. *Neurology* 2007; **68**: 1032–1038.
- Wright CB, Moon Y, Paik MC *et al.* Inflammatory biomarkers of vascular risk as correlates of leukoaraiosis. *Stroke* 2009; **40**: 3466–3471.
- Dziedzic T. Systemic inflammatory markers and risk of dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006; **21**: 258–262.
- Ferrucci L, Harris TB, Guralnik JM *et al.* Serum IL-6 level and the development of disability in older persons. *J Am Geriatric Soc* 1999; **47**: 639–646.
- Leng S, Chaves P, Koenig K, Walston J. Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study. *J Am Geriatric Soc* 2002; **50**: 1268–1271.

特集：骨粗鬆症診療の最近の進歩

総説

3. 骨粗鬆症と高齢者の虚弱

神崎 恒一

特集 骨粗鬆症診療の最近の進歩

総説

3. 骨粗鬆症と高齢者の虚弱

神崎 恒一

KEY WORD

- 骨折
- ADL
- サルコペニア
- 転倒スコア
- 虚弱

SUMMARY

骨粗鬆症は虚弱の重要な一因であり、椎体骨折、関節の変形とあいまって姿勢変化を生み、歩行障害を来す。さらに転倒を起こしやすく、これによって高齢者の QOL, ADL は低下する。骨粗鬆症以外にもサルコペニアなど虚弱には多くの要因が関わるため、原因を求め、介入することは難しい。しかしながら、そういった中で骨粗鬆症は数少ない介入可能な因子であり、したがってエビデンスに基づく評価・介入を実践することが重要である。

骨粗鬆症に伴う ADL の低下

骨粗鬆症とは骨量の減少と骨質の低下(海綿骨、皮質骨の減少による骨微細構造の劣化)を特徴とし、その結果、骨の脆弱性が増し骨折しやすくなった全身性骨疾患である。ここに転倒などの外力が加わると、軽微な力であっても骨折が生ずる。骨粗鬆症に伴って起こりやすい骨折部位は大腿骨頸部、橈骨遠位端、上腕骨、脊椎(圧迫骨折)である。骨折すると痛みのため、生活の質(QOL)や日常生活活動度(ADL)が低下する(図1)。また、転倒は再発率が高いこともあり、再転倒することへの不安から、外出や生活そのものに対する意欲が損なわれ、これによっても QOL や ADL が低下する。この状態が長く続くと、やがて要介護状態に至る危険が高い。

骨粗鬆症、椎体骨折に伴う姿勢の変化

骨粗鬆症による椎体の変形に圧迫骨折を伴うと後彎が進み、身長が短縮する(図2)。脊椎が後彎すると、立位で重心が後方に移動するため、

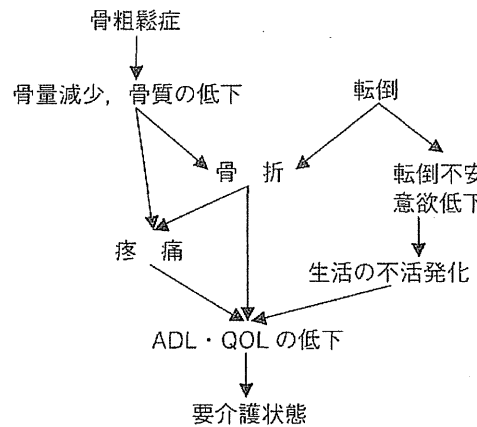
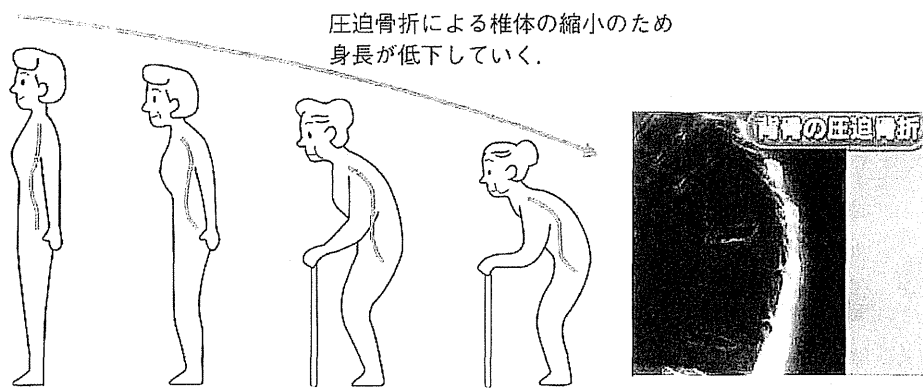


図1 骨粗鬆症と転倒による ADL, QOL の低下

これを補正しようとして膝が前方に偏位する。このような姿勢の変化は歩行に支障を来し、これがもとで運動量が低下し、骨の粗鬆症化が進行する。このような悪循環が進むことで、高齢者の機能障害が進むと考えられる(図3)。われわれは、杏林大学医学部付属病院に通院する高齢患者を対象に、脊椎の後彎角度と転倒の既往との関係について解析した結果、後彎角度が大きいほど、また独自の計測機器を用いて、つま先が上がらない人ほど転倒率が高いことを見出



森井浩世：やさしい骨粗鬆症の自己管理, p6, 医療ジャーナル社, 大阪, 2000 より一部改変引用

図2 椎体圧迫骨折による姿勢の変化

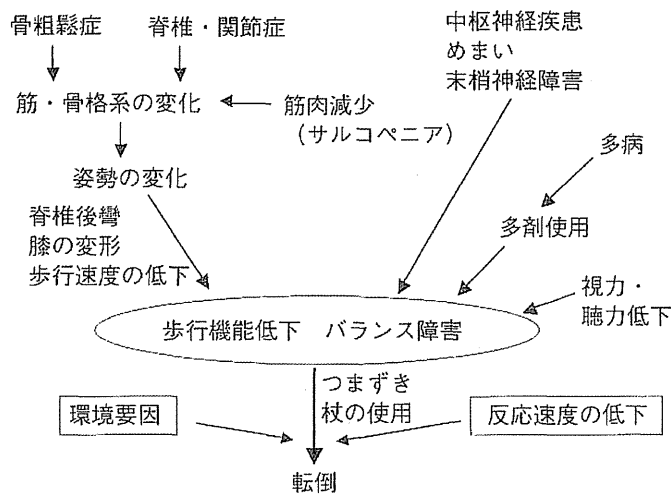


図4

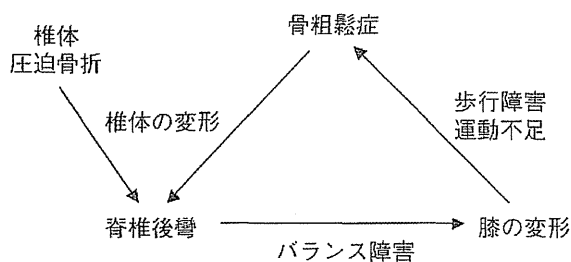


図3 骨粗鬆症に伴う姿勢変化の悪循環

している(未発表データ)。

多要因による歩行障害と転倒

高齢者の QOL, ADL を障害する歩行障害や

転倒には、骨粗鬆症以外に多くの要因が関わる。姿勢の変化をもたらす骨・関節系の変化以外に、①高齢期に多くみられる筋肉減少症(サルコペニア)、バランス保持能や深部感覚の低下、視力、聴力障害、運動速度や姿勢反射の低下などいわゆる加齢に伴う身体の虚弱化、②循環器系要因(起立性低血圧など)、神経系要因(パーキンソン病、認知症などの中枢神経疾患、末梢神経障害、眩暈症など)、脳血管障害後遺症などの身体疾患、③薬物(ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系の鎮静催眠薬、抗うつ薬、抗パーキンソン病薬、降圧薬、定型・非定型抗精神病薬など)、④屋内の段差や障害物、手すりの有無、履物など環境要因など、要因は多岐に

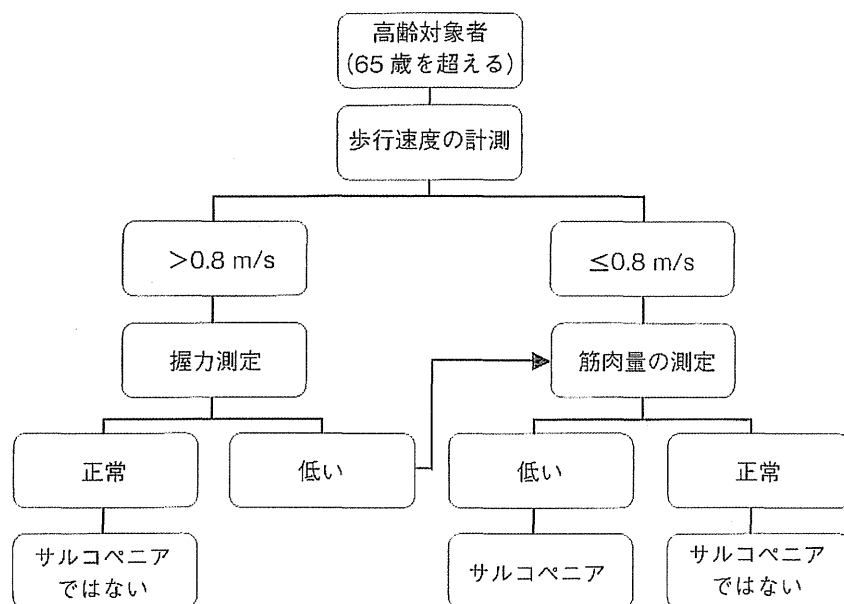


図5 高齢者におけるサルコペニアの発見のためのアルゴリズム

わたる(図4)。しかも、これらは複合して関わるため、1つひとつを区別して要因を分析することが難しい。

加齢性筋肉減少症(サルコペニア)

サルコペニアとは高齢者が虚弱(心身の機能低下)過程で全身、特に四肢の筋肉が量的、質的に低下することを指し、その結果、歩行機能をはじめとする身体機能が低下する。サルコペニアの原因や対策は世界的に注目されており、2010年にBritish Geriatrics Societyからサルコペニアの定義に関するコンセンサスレポート¹⁾が発表された。この中で、筋肉量の低下の場合“前サルコペニア(サルコペニアの前段階)”，筋肉量の低下に加えて筋力の低下もしくは身体機能の低下が認められる場合“サルコペニア”，筋肉量の低下、筋力の低下、身体機能の低下が3つとも認められる場合“重度のサルコペニア”と定義している。さらに、同コンセンサスレポートでは筋肉量をDXA法もしくは生体インピーダンス法で、筋力を握力で、身体機能を歩行速度、バランス、Up & Goテストの組み合わせで評価し、これを組み合わせで図5のような流れで判断するよう勧めている。また、

サルコペニアの結果生じる事象として、日常生活自立度(基本的ADL、手段的ADL)、生活の質(QOL)、代謝・生化学・炎症マーカー、転倒、介護施設や病院への入所・入院、社会的支援、死亡率などに注目するよう勧めている。

転倒の評価方法

上記のコンセンサスレポートを加味して、われわれの施設では表1に示すような検査を行い、高齢者の易転倒性を評価している。もちろん、これらの検査は転倒リスクの評価に有用であるが、機器や人手、時間を要するなどマスキニングに向かない面もある。そこで、転倒のハイリスク者をより簡易な方法でスクリーニングするために考案したのが転倒スコアである。転倒スコアは自己記入式の調査票であり、身体機能に関する8項目、疾患もしくは老年症候群に関する8項目、環境要因に関する5項目の計21項目と、過去1年間での転倒歴を問う全22項目から成っている(表2)。“はい”、“いいえ”で答える二者択一形式になっており、転倒しやすいつい方の答えが多いほど転倒リスクが高い。地域在住高齢者を対象とした横断調査の結果、「つまずくことがある」、「信号が青の間に横断

表1 転倒評価のための検査

問診(転倒歴, ADL, 環境要因, 基礎疾患, 服用薬剤)	
診察(身長, 体重, 体脂肪率, 血圧, 下腿最大周囲径)	
視力	
下肢筋力	
体組成測定	起立性血圧
握力	頭部 MRI
片足立ち時間(開眼, 閉眼)	聴力・内耳機能
継ぎ足歩行	
手伸ばし試験	
Up & Go テスト	
重心動揺検査	
脊椎 X 線	
骨量測定	

表2 転倒スコア

過去1年に転んだことがありますか?	(はい いいえ)	
「はい」の場合, 転倒回数(回/年)		
1. つまずくことがありますか	(はい いいえ)	身体機能
2. 手すりを使わないと階段昇降ができませんか	(はい いいえ)	
3. 歩く速度が遅くなってきましたか	(はい いいえ)	
4. 横断歩道を青のうちに渡りきれますか	(はい いいえ)	
5. 1kmくらい続けて歩けますか	(はい いいえ)	
6. 片足で5秒くらい立つことができますか	(はい いいえ)	
7. 杖を使っていますか	(はい いいえ)	
8. タオルは固く絞れますか	(はい いいえ)	疾患 老年症候群
9. めまい・ふらつきがありますか	(はい いいえ)	
10. 背中が丸くなってきましたか	(はい いいえ)	
11. 膝が痛みますか	(はい いいえ)	
12. 目が見えにくいですか	(はい いいえ)	
13. 耳が聞こえにくいですか	(はい いいえ)	
14. もの忘れが気になりますか	(はい いいえ)	
15. 転ばないかと不安になりますか	(はい いいえ)	環境要因
16. 毎日, お薬を5種類以上飲んでいませんか	(はい いいえ)	
17. 家の中が暗く感じますか	(はい いいえ)	
18. 家の中によけて通るものがありますか	(はい いいえ)	
19. 家の中に段差がありますか	(はい いいえ)	
20. 階段を使わなくてはなりませんか	(はい いいえ)	
21. 生活上, 急な坂道を歩きますか	(はい いいえ)	

歩道を渡れない, 「杖の使用」, 「タオルを固く絞れない」, 「めまい・ふらつきがある」, 「膝が痛む」, 「屋内の障害物」の7項目が, 調査以前の転倒歴と関連すること²⁾, 「過去(調査以前)の転倒歴」, 「歩行速度が遅くなった」, 「杖の使用」, 「背中が丸くなった」, 「5種類以上の服薬」の5項目が, 調査後の転倒発生と関連すること³⁾が

報告されている。転倒スコアは, 簡便かつ包括的な転倒評価方法といえることができる。

骨粗鬆症と虚弱

“虚弱”は高齢者が抱える普遍的な問題であり, 要介護状態を生む大きな原因である。虚弱

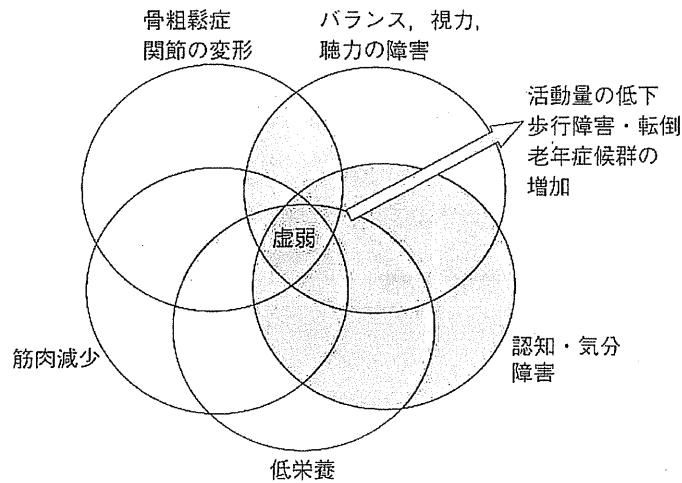


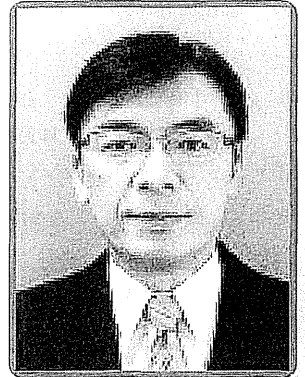
図6

とは加齢に伴って生ずる心身の脆弱な状態であり、複数の臓器・器官の機能低下に起因する。骨粗鬆症やサルコペニアはその主な要因であり、ほかに摂食・嚥下障害と関連する低栄養状態や認知・気分障害(意欲低下, うつなど)など様々な要因が関わる(図6)。虚弱は、活動量の低下、歩行障害・転倒、痩せ、そのほか老年症候群の集積をもたらす。虚弱はその多因子性ゆえ、原因を求め介入することが容易ではないが、骨粗鬆症は其中で数少ない介入可能な要因である。後述される Seminar を基に、エビデンスに基づく評価・介入を行うことが大切である。

文 献

- 1) Cruz-Jentoft AJ et al : Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 39 : 412-423, 2010.
- 2) 鳥羽研二ほか : 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. *日老医誌* 42 : 346-352, 2005.
- 3) Okochi J et al : Simple screening test for risk of falls in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 6 : 223-227, 2006.

CGA と包括的ケア



こうぎきこういち
神崎恒一

杏林大学医学部高齢医学教授

【略歴】 1960年生まれ。86年：東京大学医学部卒業、88年：東京大学医学部附属病院老年病学教室入局、95年：同助手、97年：ワシントン大学医学部病理学教室フェロー、2002年、東京大学医学部附属病院老年病科講師、05年：杏林大学医学部高齢医学助教授、07年：同准教授、10年より現職

【専門分野】 老年医学・循環器・動脈硬化・認知症。医学博士

高齢者の特徴とCGA

高齢になると種々の臓器、器官の機能が低下し、種々の疾患の発生、ストレス応答の低下、日常生活を阻害するさまざまな症候（老年症候群）が増加する（図1）。したがって、高齢者をみるうえでは病気を診るだけでなく、心身の機能を多面的に評価し、日常生活の様子を知る必要がある。たとえば、糖尿病のある独居高齢者で認知機能とADLに問題があり、食事や服薬に問題がある場合、いくら熱心に食事指導を行い、効果の高い糖尿病薬を使用しても血糖管理はうまくいかない。このように患者の生活環境、ADL、認知機能などを把握したうえで疾患の管理を行うことが必要である。

そのために役に立つのが高齢者総合的機能評価（CGA）である。CGAでは手段的ADL（独居生活の自立度）、基本的ADL（屋内生活の自立度）、生活環境、うつ（GDS15）、生活意欲（vitality index）、認知機能（MMSE、HDS-R）、

その他を評価する（表1）。詳細は杏林大学医学部高齢医学教室のホームページ< <http://www.kyorin-u.ac.jp/univ/user/medicine/geriatrics/medicine04.html> >を参照されたい。なお、ADLとvitality indexは観察型評価なので、患者からの情報に問題があると考えられる場合、生活を共にする家族から情報を得る必要がある。一方、MMSE、HDS-R、GDS15は検査者を必要とする質問式評価である。

CGA 7によるスクリーニング

上記の機能評価をすべて行うには時間がかかるので、これらの検査のうち代表的な7項目についてチェックする高齢者総合的機能簡易評価法（CGA7；表2）がある。5分以内で実施可能であり、スクリーニングに適している。表3に示すように、各項目はそれぞれ意欲、認知機能、手段的ADL、認知機能、基本的ADL、基本的ADL、うつについての質問項目であり、問題ありと判断したら、“次へのステップ”に示されるCGAを実施する。

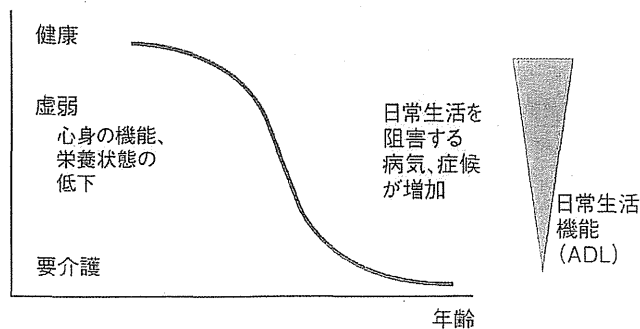


図1 身心の虚弱化

表1 認知症高齢者を診る上で知っておきたいこと（高齢者総合的機能評価）

- ・手段的ADL、基本的ADL
- ・生活環境：住居、同居者とその人間関係、日中の過ごし方、外出状況、介護状況など
- ・うつの状態 → GDS15
- ・生活意欲 → vitality index（リハビリ、活動への積極性）
- ・認知機能 → MMSE、HDS-R
- ・合併疾患は？ 服用薬は？
- ・老年症候群

表2 高齢者総合的機能簡易評価法 (CGA7)

- (1) 外来患者の場合：診察時に被験者の挨拶を待つ
入院患者もしくは施設入所者の場合：自ら定時に起床するか、もしくはリハビリへの積極性で判断
- (2) 「これから言う言葉を繰り返してください
(桜、猫、電車)」
「あとでまた訊きますから覚えておいてください」
- (3) 「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」
- (4) 「先ほど覚えていただいた言葉を言ってください」
- (5) 「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」
- (6) 「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」
- (7) 「自分が無力だと思いますか？」

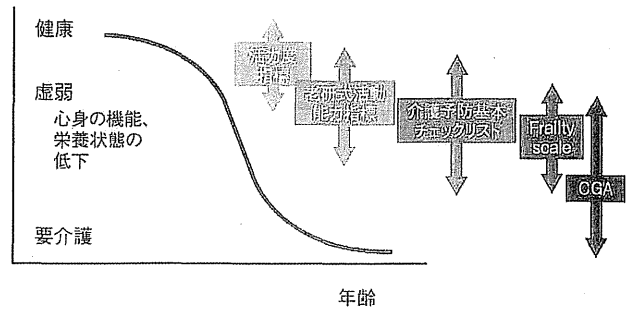


図2 虚弱とその評価方法

ている地域在住高齢者から、要支援に陥る可能性があるハイリスク高齢者、すでに介護保険を使用している高齢者、ADLが低下した施設利用者など、それぞれの生活機能に適した評価を行う必要がある。図2は健康→虚弱→要介護状態の各段階での評価方法である。

高齢者総合的機能評価簡易版CGA7の開発。
日本老年医学会雑誌41, 124, 2004より一部改変

虚弱の評価としてのCGA

虚弱とは、複数の臓器・器官の機能低下に基づく心身の脆弱な状態をさし、したがって複数の機能を多面的に評価する必要がある。その際、病気を抱えていても普通に生活し

1. 活力度指標 (表4)

活力度指標は地域在住高齢者の日常生活の活力度を評価するための尺度であり、20項目の質問項目よりなる。1～6は「気分・意欲」に関する項目 (12点)、7～11は「認知」に関する項目 (10点)、12～17は「心身の健康」に関する項目 (12点)、18～20は「社会参加」に関する項目 (6点) であり40点満点である。習慣的に運動している高齢者は、運動していない高齢者に比べて加齢に伴う活力度

表3 CGA7: 評価内容・正否と解釈・次へのステップ

評価項目	CGA7の質問	評価内容	正否と解釈	次へのステップ
①	<外来患者> 診察時に被験者の挨拶を待つ	意欲	正: 自分から進んで挨拶する 否: 意欲の低下	Vitality index
	<入院患者・施設入所者> 自ら定時に起床するか、もしくはリハビリへの積極性で判断		正: 自ら定時に起床する、またはリハビリその他の活動に積極的に参加する 否: 意欲の低下	
②	「これから言う言葉を繰り返して下さい(桜、猫、電車)」、 「あとでまた聞きますから覚えておいて下さい」	認知機能	正: 可能(できなければ④は省略) 否: 復唱ができない ⇒ 難聴、失語などがなければ中等度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
③	<外来患者> 「ここまでどうやって来ましたか？」	手段的ADL	正: 自分でバス、電車、自家用車を使って移動できる 否: 付き添いが必要 ⇒ 虚弱か中等度の認知症が疑われる	IADL
	<入院患者・施設入所者> 「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」			
④	「先程覚えていただいた言葉を言って下さい」	認知機能	正: ヒントなしで全部正解。認知症の可能性は低い 否: 遅延再生(近時記憶)の障害 ⇒ 軽度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
⑤	「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」	基本的ADL	正: ⑥は、失禁なし、もしくは集尿器で自立。入浴と排泄が自立していれば他の基本的ADLも自立していることが多い 否: 入浴、排泄の両者が× ⇒ 要介護状態の可能性が高い	Barthel index
⑥	「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」			
⑦	「自分が無力だと思いますか？」	情緒・気分	正: 無力と思わない 否: 無力だと思う ⇒ うつの傾向がある	GDS-15

健康長寿診療ハンドブック(日本老年医学会編)より引用

表4 活力度指標 (activity scale for the elderly: ASE) その1

1. 夢や希望があると思いますか？
(そう思う、どちらともいえない、そう思わない)
2. 物事を明るく考えるほうだと思いますか？
(そう思う、どちらともいえない、そう思わない)
3. 新しいことに挑戦したいと思いますか？
(はい、少しおっくう、大分おっくう)
4. 困難な課題に以前と同様取り組めますか？
(はい、少しおっくう、大分おっくう)
5. 楽しいことがないと思いますか？
(そう思う、どちらともいえない、そう思わない)
6. 自分からすすんで挨拶をしますか？
(いつも、ときどき、していない)
7. 知りあいの名前がとっさに出ないことがありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
8. 物忘れが気になりますか？
(気にならない、少し気になる、大分気になる)
9. 用語が乏しくなった気がしますか？
(しない、少しする、とてもする)
10. 昨日の夕食の内容が思い出せないことがありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)

活力度指標 (activity scale for the elderly: ASE) その2

11. 同じ話をしたことを指摘されることがありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
12. 他人より病弱だと思いますか？
(そう思う、どちらともいえない、そう思わない)
13. 全く健康であると思いますか？
(そう思う、どちらともいえない、そう思わない)
14. 疲労感がありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
15. 腰痛・関節痛がありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
16. 気分の落ち込みがありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
17. 不眠がありますか？
(いつもある、時々ある、まれにorない)
18. 自治体行事に参加していますか？
(定期的に、時に、していない)
19. 近所づきあいをしていますか？
(定期的に、時に、していない)
20. ボランティア活動をしていますか？
(定期的に、時に、していない)

1~4, 6, 8, 9, 13, 18~20は括弧内の選択肢について左から2, 1, 0を各配点。5, 7, 10~12, 14~17は括弧内の選択肢について左から0, 1, 2を各配点。

表5 老研式活動能力指標

	質問	1	0	1か0を記入
1	バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ	
2	日用品の買い物ができますか	はい	いいえ	
3	自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ	
4	請求書の支払いができますか	はい	いいえ	
5	銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ	
6	年金などの書類が書けますか	はい	いいえ	
7	新聞を読んでいますか	はい	いいえ	
8	本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ	
9	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ	
10	友だちの家を訪ねることがありますか	はい	いいえ	
11	家族や友だちの相談にのることがありますか	はい	いいえ	
12	病人を見舞うことができますか	はい	いいえ	
13	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ	
点数が高いほど自立していることを表す。		合計得点		点

表6 The Edmonton Frailty scale

1. 認知機能 時計描画テスト：「この円を時計の文字盤だと思ってください。ここに時計の数字を正しく記入してください。そして、時計の針を11時10分となるように記入してください。」
2. 一般的な健康状態
 - a) 昨年、何回病院に入院しましたか？
0回 1-2回 2回以上
 - b) 概してご自分の健康状態をどう思いますか？
良い 普通 不良
3. 機能的自立 (手段的ADL)
 以下の生活動作のうち、介助が必要なものはいくつありますか？
 ・ 食事の準備 ・ 買い物・乗り物の利用・電話の使用
 ・ 清掃等家事 ・ 洗濯 ・ 家計管理 ・ 服薬管理
0-1個 2-4個 5-8個
4. 生活支援への期待
 あなたが生活支援を必要とする時、誰かを頼りにできますか？
常に頼りにできる人がいる 時々ならいる
誰もいない
5. 薬の服用
 - a) 5種類以上の定期薬を服用していますか？
いいえ はい
 - b) とどき内服を忘れてしまうことがありますか？
いいえ はい
6. 栄養：最近、洋服がゆるくなるくらい体重が減少しましたか？
いいえ はい
7. 抑うつ状態：悲しくなったり気分がふさぐことがしばしばありますか？ いいえ はい
8. 失禁：尿が漏れることがありますか？
いいえ はい
9. 機能的動作：Up&Go テスト
 所要時間： 秒 0-10秒、11-20秒、>20秒

の低下が低いことが報告されている¹⁾。運動の有用性を活力度指標で検証した内容である。

2. 老研式活力度指標 (表5)

老研式活力度指標も地域在住高齢者の生活機能の自立性を測定する尺度である。1～5は手段的自立、6～9は知的能動性、12～17は社会的役割 (他者との関わり) を表している²⁾。加齢に伴って低下し、低下者は生活満足度、

ソーシャルネットワークとサポート、趣味の活動が低下し、うつ傾向が高まることが知られている。

3. 介護予防のための基本チェックリスト

介護予防のための基本チェックリストは、文字どおり要介護状態になるのを防ぐための日常生活上におけるチェックリストであり、手段的ADL、交流活動、運動器、栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつに関する25の質問項目からなっている。一定の基準以上に該当すると要支援に近いハイリスク高齢者とみなされ、介護予防プログラムを受けるよう求められる。

4. Edmonton frailty scale (表6)

Edmonton frailty scaleは、2006年にカナダのアルバータ大学のRolfsonらが提唱した虚弱の指標であり、複数の領域として認知、健康状態、手段的ADL、介護者の有無、服用薬剤数、栄養状態、うつ、失禁、歩行機能に関する項目が設定されている³⁾。17点満点で点数が高いほど虚弱度が高い。

以上の1～4の指標はそれぞれ多面的に高齢者の機能を評価する尺度であり、広い意味でCGA (総合的機能評価) と考えることができる。活力度指標は虚弱に至る前の段階 (prefrail)、老研式活力度指標と介護予防のための基本チェックリストは虚弱の前段階～虚弱の段階、Edmonton frailty scaleは虚弱～要支援または要介護の段階を評価するのに適している。また、施設入所者に対しては表3のCGAもしくはさらに機能の低い高齢者用のチェックリストが必要 (実際には各施設で使われている) である。

おわりに

高齢者は活動性 (社会活動、人的交流、知的活動)、家族との関わり、ADL、認知機能、気分 (うつ)、意欲、栄養状態、病気の状況 (服薬状況) など知っておかなければならないことが多い。しかしながら、これらの情報を一人で収集することはむずかしいので、医療、介護、福祉、その他複数の業務に当たる職種が協働してこれに当たり、得られた情報を共通のフォーマットで管理するような仕組みづくりが今後必要と思われる。

[文献]

- 1) 神崎恒一他：活力度指標の信頼性、妥当性および、活力度指標と加齢、運動との関連性に関する検討。日老医誌 45:188-195,2008.
- 2) 古谷野巨他：地域老人の生活機能；老研式活動能力指標による測定値の分布。日本公衆衛生雑誌 40: 468-78, 1993.
- 3) Rolfson DB et al: Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing. 35:526-9,2006

1. サルコペニアと生活機能障害

神崎 恒一*
こうざき こういち

- サルコペニアが起こる結果、身体機能が低下し、要介護状態に陥る危険がある。
- サルコペニアの結果、日常生活の活動（基本的 ADL、手段的 ADL）の低下や転倒が起こる。
- 手段的 ADL のなかで乗り物の利用、基本的 ADL のなかで階段昇降や移動に障害がないか注目する。
- 介護予防のための基本チェックリストのなかで、サルコペニアや歩行・転倒、ADL を確認するようになっている。
- 転倒を予測するための各種検査はサルコペニアの結果として現れる身体機能を評価するものである。

Key Words 要介護、基本的 ADL、手段的 ADL、基本チェックリスト、転倒

□ サルコペニアとは

サルコペニアは高齢者が虚弱（心身の機能低下）になる過程で全身、特に四肢の筋肉が量的、質的に低下することを指し、その結果、歩行機能を初めとして身体機能が低下し、やがて要介護状態に陥る危険がある。厚生労働省の「要介護に至

る原因」に関する統計（図1）を見ると、高齢になるほど“衰弱”が増加していることがわかる。このなかにはサルコペニアが相当数含まれていると考えられる。したがって、サルコペニアは高齢者の要介護すなわち生活機能障害の大きな原因であることがわかる。

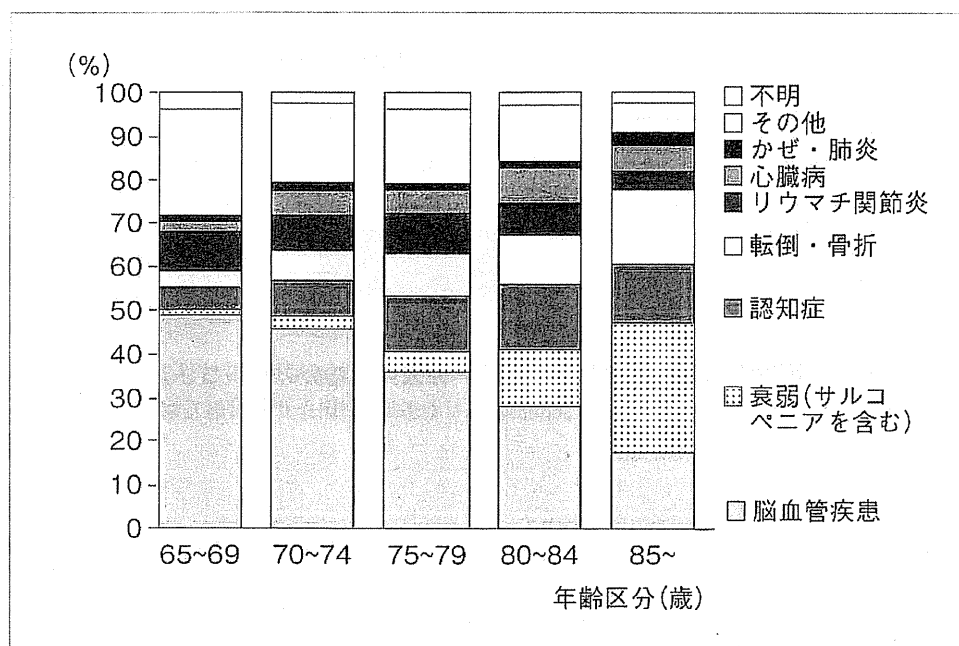


図1 要介護に至る原因

(平成10年厚生労働省国民生活基礎調査の概況より引用して改変)

75歳以上の後期高齢者では、要介護の原因として、それ以前の脳血管障害に替わり骨折・転倒、認知症、そして衰弱が、どんどん増えていくことがわかる。おそらく、この部分に、虚弱な高齢者が大多数含まれているものと思われる。

*杏林大学医学部 高齢医学

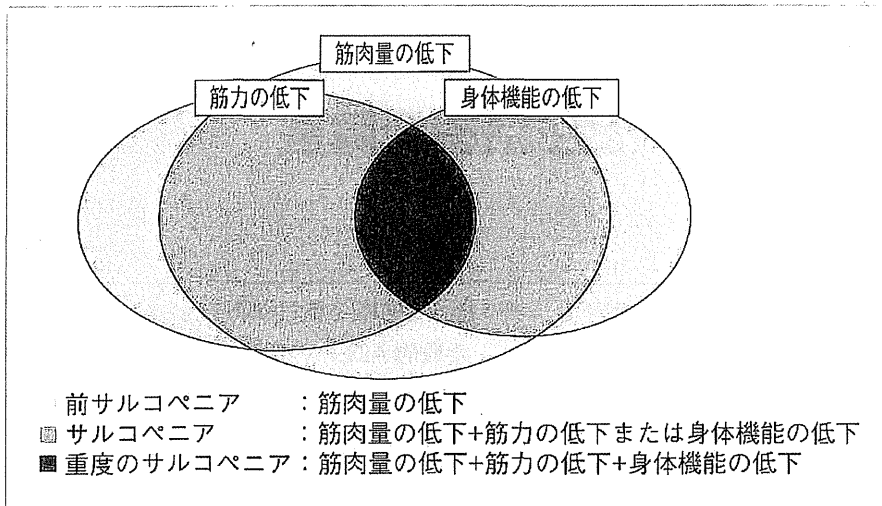


図2 サルコペニアの段階

(Cruz-Jentoft AJ, et al. : Age Ageing 39 : 412-423, 2010 より引用して改変)¹⁾

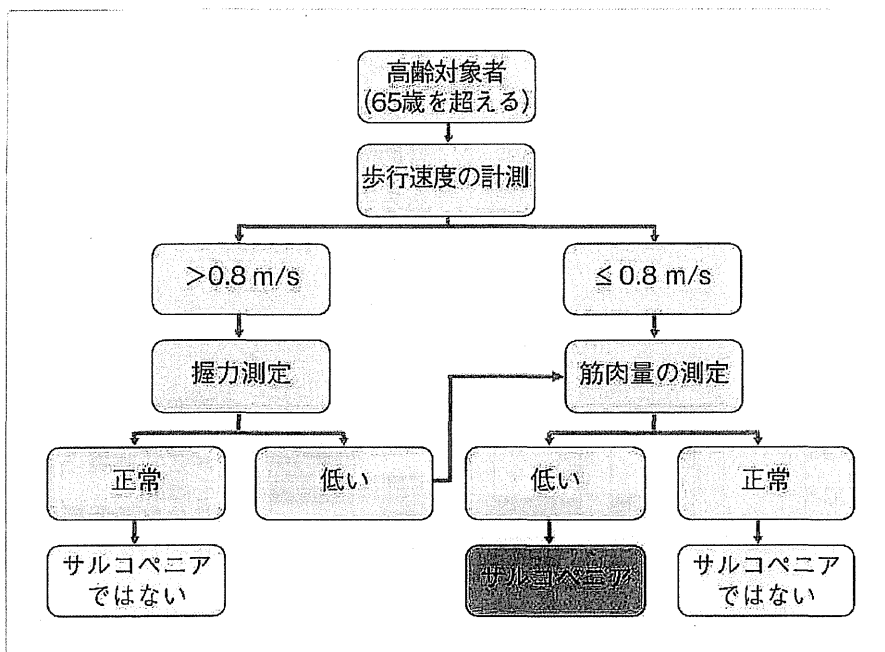


図3 高齢者におけるサルコペニアの発見のためのアルゴリズム

(Cruz-Jentoft AJ, et al. : Age Ageing 39 : 412-423, 2010 より引用して改変)¹⁾

□ サルコペニアに関するコンセンサス

サルコペニアの定義、原因や対策は世界的に注目されており、2010年にBritish Geriatrics Societyからサルコペニアの定義に関するコンセンサスレポート¹⁾が発表された。このなかで、筋肉量の低下のみの場合“前サルコペニア（サルコペニアの前段階）”、筋肉量の低下に加えて筋力の低下もしくは身体機能の低下が認められる場合“サル

コペニア”、筋肉量の低下、筋力の低下、身体機能の低下が3つとも認められる場合“重度のサルコペニア”と定義している（図2）。

それでは筋肉量、筋力、身体機能をどのように評価するのであろうか？ 同コンセンサスレポートでは筋肉量をDXA法もしくは生体インピーダンス法で、筋力を握力で、身体機能を歩行速度、バランス、Up & Goテストの組み合わせで評価

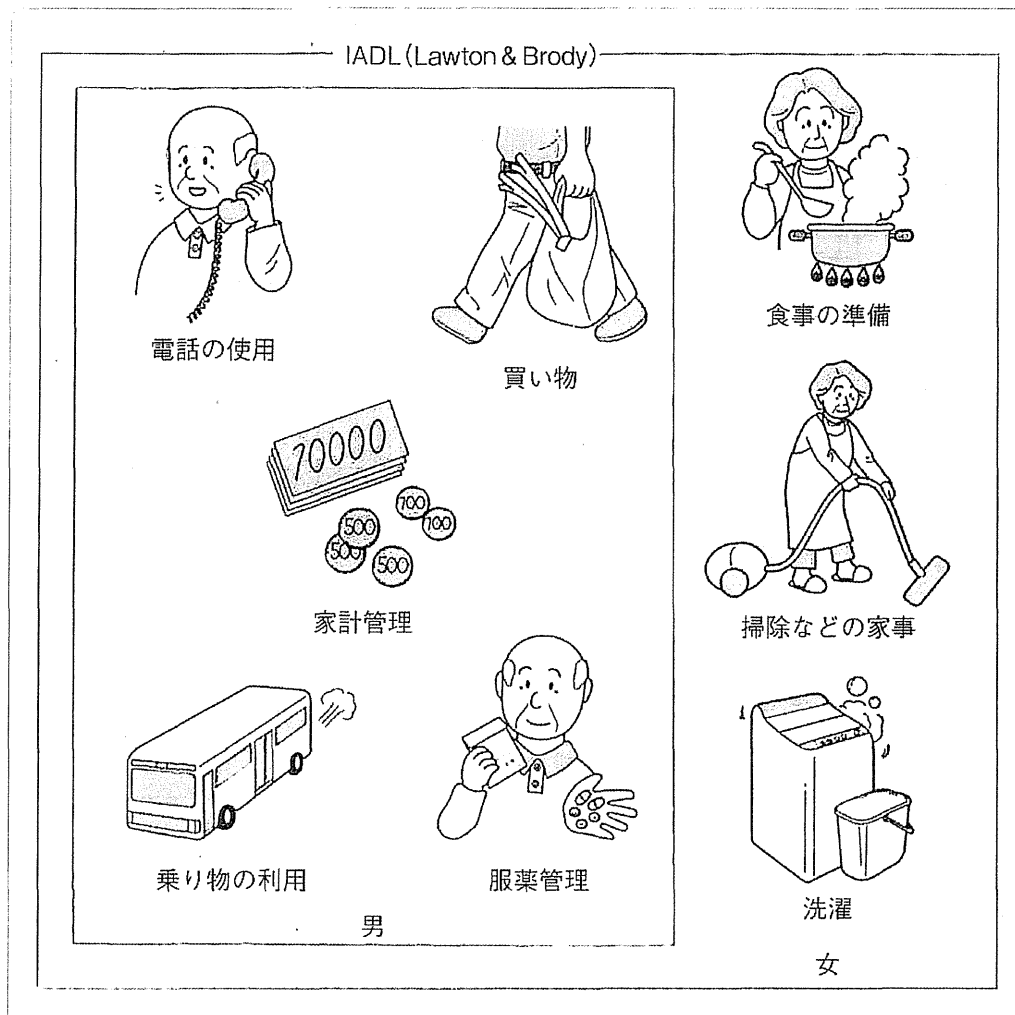


図4 IADL (手段的ADL評価法)

(鳥羽研二 監修：高齢者総合的機能評価ガイドライン，厚生科学研究所，東京，2003より引用)

し，これを組み合わせて図3のような流れで判断するよう勧めている。

また，サルコペニアの結果生じる事象として，日常生活の活動（基本的ADL，手段的ADL），生活の質（QOL），代謝および生化学的マーカー，炎症マーカー，転倒，介護施設や病院への入所・入院，社会的支援，死亡率などに注目するよう勧めている。このなかで生活機能を表すのは基本的ADLと手段的ADLと転倒ということになる。

□ 手段的ADLと基本的ADL

手段的ADLは図4に示すように女性8項目，男性5項目で評価する。これらの項目に障害があると自立した生活（一人暮らし）が困難となるため，他の人（家族やヘルパー）による介助が必要

になる。このなかでサルコペニアと関連が深いのは乗り物の利用である。外来通院者の場合，乗り物を使って病院に来るのが困難になっていないか，都市部に住む女性の場合，比較的近傍のデパートやスーパーマーケットに一人で買い物に行っているか，というような問いで調べることができる。基本的ADLは屋内の生活自立をみるための尺度で，10項目で評価する（図5）。このなかでサルコペニアと関連が深いのは階段昇降や移動である。ただし，サルコペニアだけが原因で基本的ADLに障害が出ることは通常ない。

□ 介護予防のための基本チェックリスト

介護予防のための基本チェックリストは文字通り要介護状態になるのを防ぐための日常生活上に

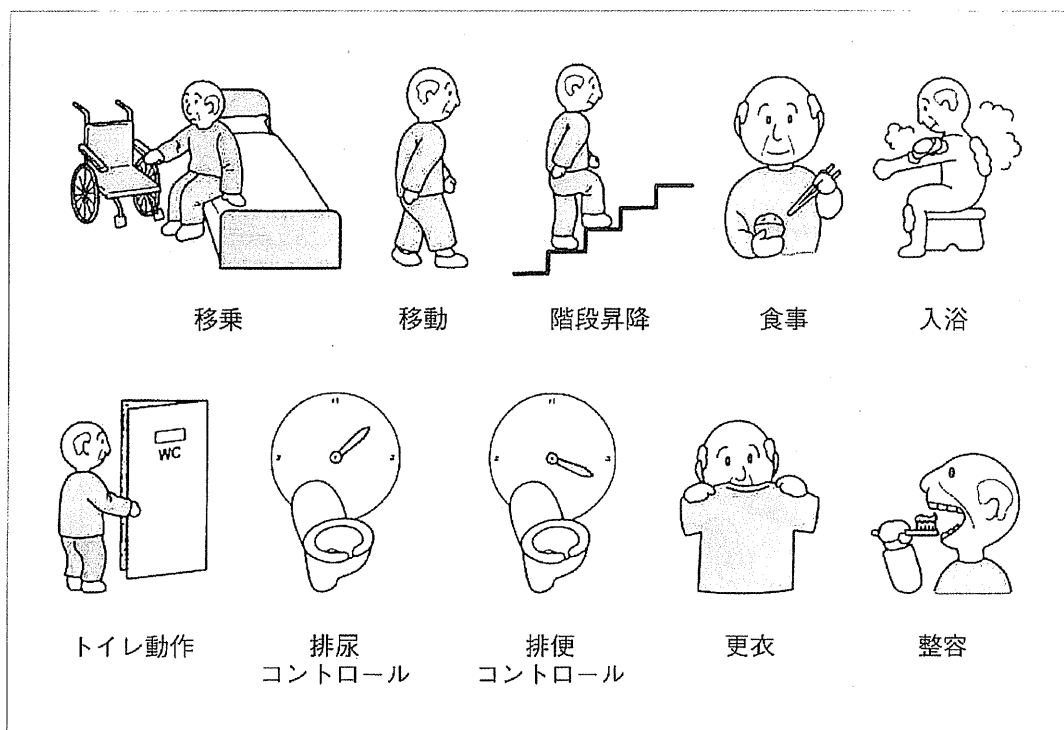


図5 Barthel Index (基本的ADL評価法)

(鳥羽研二監修：高齢者総合的機能評価ガイドライン，厚生科学研究所，東京，2003より引用)

におけるチェック項目のリストであり，図6のように25の質問項目から成る。このなかで11，12は“やせ”に関する項目でサルコペニアと関連がある。6～10では歩行・転倒に関する項目であり，1～5はADL（1～3は手段的ADL，4，5は交流活動）に関する項目である。したがって，基本チェックリストを実施することによって，おおまかにではあるがサルコペニアやその結果として現れるADLの障害や歩行・転倒の可能性がチェックできる。一定以上の項目に当てはまった場合，“特定高齢者”に選定され，要介護状態に至る危険が高いと判定され，地域包括支援センターで介護予防プログラムが提供される。これによって，要介護状態になるのを防ぐ狙いがある。

□ 転 倒

上記のように，サルコペニアの結果として日常生活上生じる大きな問題点が歩行障害と転倒である。逆に，転倒を起こす要因はさまざまであるが，そのなかで重要な一因がサルコペニアである。我々の施設では転倒リスクを評価するために表1

のような項目について外来で検査を行っている。このうち，筋肉量，握力，Up & Goテストは上記のサルコペニアのコンセンサスレポートで推奨されているものである。

筆者らは，もの忘れセンターを受診中の患者79名を対象に表1の検査を行い，その後1年間転倒の有無を前向きに調査した結果，1度転倒した人は再度転倒しやすいこと，転倒者と非転倒者の間で，片足立ち時間，Up & Go test，functional reach（柔軟性）に有意差があることを確認している。転倒しやすい人のほうが身体機能においてsarcopenicであったことがわかる²¹。なお筋肉量，筋力に関してはまだ十分な評価が行えていないので，今後の検討が必要である。また，表1の検査以外に自己記入式の転倒スコア（表2）を調べ，転倒予測の有用性を示した²¹。転倒スコアのなかの質問項目1～8は身体機能を調べるための項目になっている。

	No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)		
手段的 ADL	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
	2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
交流活動	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
歩行・転倒	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	5/5 なら「運動器の機能向上」プログラムへ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
やせ	11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	“はい”でBMI<18.5または血清Alb<3.8g/dLなら「栄養改善」プログラムへ
	12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)			
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	3/3で、口腔内の衛生に問題が見られ、さらに反復唾液嚥下テストで30秒間に2回以下の場合「口腔機能向上」プログラムへ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	「閉じこもり予防・支援」プログラムへ
	17	去年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
認知症	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ	1/3以上なら「認知症予防・支援」プログラムへ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	2/5以上なら「うつ予防・支援」プログラムへ
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

図6 基本チェックリスト

(厚生労働省ホームページ介護予防マニュアル改訂版平成21年3月より引用)

表1 転倒外来検査

問診 (転倒歴, ADL, 環境要因, 基礎疾患, 服用薬剤)	Up & Go テスト
理学所見 (神経学的検査を含む)	転倒スコア
身長, 体重, 血圧	体脂肪率, 筋肉量, 骨密度測定
下腿最大周囲径その他の身体計測	重心動揺検査
握力	脊椎 X 線
片足立ち時間 (開眼, 閉眼)	起立性血圧変動
継ぎ足歩行	視力
手伸ばし試験	聴力・内耳機能
	頭部 MRI

表2 「転倒スコア」

過去一年に転んだことがありますか？	(はい いいえ)	
「はい」の場合、転倒回数(回/年)		
1. つまずくことがありますか	(はい いいえ)	身体機能
2. 手すりを使わないと階段昇降ができませんか	(はい いいえ)	
3. 歩く速度が遅くなってきましたか	(はい いいえ)	
4. 横断歩道を青のうちに渡りきれますか	(はい いいえ)	
5. 1 km くらい続けて歩けますか	(はい いいえ)	
6. 片足で5秒くらい立つことができますか	(はい いいえ)	
7. 杖をつかっていますか	(はい いいえ)	
8. タオルはかたく絞れますか	(はい いいえ)	認知 感覚器 骨運動器
9. めまい・ふらつきがありますか	(はい いいえ)	
10. 背中が丸くなってきましたか	(はい いいえ)	
11. 膝が痛みますか	(はい いいえ)	
12. 目が見えにくいですか	(はい いいえ)	
13. 耳が聞こえにくいですか	(はい いいえ)	
14. もの忘れが気になりますか	(はい いいえ)	
15. 転ばないかと不安になりますか	(はい いいえ)	環境要因
16. 毎日、お薬を5種類以上飲んでいますか	(はい いいえ)	
17. 家の中が暗く感じますか	(はい いいえ)	
18. 家の中によけて通るものがありますか	(はい いいえ)	
19. 家の中に段差がありますか	(はい いいえ)	
20. 階段を使わなくてはなりませんか	(はい いいえ)	
21. 生活上、急な坂道を歩きますか	(はい いいえ)	

(鳥羽研一, 他: 日老医誌 42: 346-352, 2005 より引用)³⁾

まとめ

サルコペニアの結果、身体機能は低下し、やがて歩行障害や転倒を初めとし日常生活が障害される。したがって、サルコペニアを適切な方法でいち早くキャッチし、適切な進行予防対策を講じることが介護予防の観点から重要である。

文献

- 1) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al.: Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 39: 412-423, 2010
- 2) Kikuchi R, Kozaki K, Iwata A, et al.: Evaluation of risk of falls in patients at a memory impairment outpatient clinic. Geriatr Gerontol Int 9: 298-303, 2009
- 3) 鳥羽研一, 大河内二郎, 高橋 泰, 他: 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. 日老医誌 42: 346-352, 2005