

視点

メタボ対策からサルコペニア対策へ—高齢社会における視点転換



福島県医師会理事

高橋 清二

はじめに

外来診療や病棟、訪問診療、地域包括ケアの現場において、「最近歩くのが遅くなった」「椅子からの立ち上がりに時間がかかる」「ペットボトルの蓋が開けにくくなった」「つまずきやすくなった」「食事量が減ってきた」といった変化に遭遇することは少なくない。また家族から「外出の機会が減った」「以前より会話や笑顔が少なくなった」「疲れやすくなった」といった訴えが聞かれることも多い。

これらは加齢に伴う変化として見過ごされがちであるが、フレイルやサルコペニアの初期徴候である可能性が高い。特に体重減少、歩行速度低下、筋力低下、活動量低下は、転倒や骨折、要介護状態への移行に直結する重要なサインである。日常診療の中でこうした軽微な変化を拾い上げ、評価し、介入へとつなげることが、健康寿命延伸における医療者の重要な役割である。

日本人の平均寿命と健康寿命の差は、男性で約9年、女性で約12年とされる。この期間

は、何らかの機能低下や生活制限を抱えながら過ごす期間であり、本人の生活の質の低下に加え、医療・介護費の増大や家族負担の増加といった社会的課題とも密接に関連する。このギャップをいかに縮小するかが重要であり、その鍵となるのがフレイルおよびサルコペニア対策である。

サルコペニアとは

サルコペニアは、加齢に伴う筋肉量および筋力の低下を特徴とし、身体機能低下、転倒、骨折、入院、さらには死亡リスクの増加と関連する。診断にはAWG S 2019基準が用いられ、筋肉量、筋力、身体機能の3要素により評価される。臨床では握力測定と歩行速度評価が簡便で有用であり、握力は男性28kg未満、女性18kg未満が低下の目安とされる。さらに、歩行速度(通常歩行で1.0m/秒未満)は身体機能低下の指標として有用であり、短距離歩行テストは外来でも容易に実施可能である。

加えて、スクリーニングとしてSARC-F質問票の活用も有効である。「筋力」「歩行」「立ち上がり」「階段昇降」「転倒歴」の5項目から構成され、簡便にリスク評価が可能である。

加齢に伴う筋肉量減少は40代から始まり、10年ごとに約8%、70歳以降では約15%と加速する。結果として80歳までに30~40%が失われるとされる。国内の報告では、サルコペニアの有病率は65歳以上で約20%、80歳以上では30~50%に達する。すなわち、サルコペニアは日常的に遭遇する「ありふれた病態」であり、見逃さない視点が重要である。

フレイルは身体的要因に加え、心理的・社会的要因が複雑に関与する。「活動量低下→食欲低下→低栄養→筋力低下→転倒→外出困難→社会的孤立」という負の連鎖により進行する。この悪循環を断ち切るためには、単一介入ではなく、多面的かつ早期の介入が必要である。

サルコペニア対策—運動療法

基本となる介入は「運動・栄養・社会参加」であるが、実際には継続困難が大きな課題となる。そのため、「頑張る運動」ではなく「続けられる活動」へと発想を転換する必要がある。

その具体策として有効なのが、日常生活動作を活用した「ちょこちょこした動作」である。例えば、テレビを見ながらの足踏み、歯磨き時のかかと上げ、買い物時に少し遠回りする、エレベーターではなく階段を使うなど、小さな活動の積み重ねが身体機能維持につながる。これらを「貯筋」として可視化・言語化することが、行動変容のカギとなる。

運動療法では特に下肢筋力の維持が重要である。歩行に加え、スクワットや立ち座り運動を取り入れることで、大腿四頭筋や殿筋群への負荷を確保できる。目安としては、1日10回×2~3セット程度から開始し、無理の

ない範囲で継続することが重要である。また、バランス訓練として片脚立位(10~30秒)やタンDEM歩行を取り入れることで、転倒予防効果が期待できる。

さらに、転倒予防の観点では環境調整も重要である。室内の段差解消、滑りにくい履物の使用、手すりの設置、夜間照明の確保など、生活環境の見直しを併せて行うことでリスク低減が図れる。

栄養面では、たんぱく質摂取の確保が不可欠である。目安として体重1kgあたり1.0~1.2g/日の摂取が推奨されるが、食欲低下や独居、調理困難といった背景を踏まえた現実的支援が必要である。

ひざ痛、腰痛の人の運動療法

また、変形性膝関節症や脊柱管狭窄症を有する人には、疼痛や神経症状を考慮した運動調整が必要である。深い膝屈曲や長時間の歩行、腰椎伸展動作などは症状を悪化させる可能性があるため注意が必要であるが、「運動禁止」とするのではなく、「症状の出ない範囲で継続可能な運動」を提示することが重要である。不活動による筋萎縮を防ぐ視点が不可欠である。

社会参加と生きがいの重要性

社会参加や生きがいの維持も、フレイル予防において重要な要素である。趣味活動、地域サロン、ボランティア、軽作業などを通じて役割を持つことは、身体活動量の維持だけでなく、心理的安定や認知機能維持にも寄与する。

高齢就業者の転倒

近年は高齢就業者も増加しており、転倒は労働災害の主要因の一つとなっている。筋力低下は転倒リスクを高め、骨折や就労離脱につながるため、サルコペニア対策は就労支援

の観点からも重要である。

まとめ

サルコペニアとフレイルの概要

- サルコペニアは加齢に伴う筋肉量・筋力低下を特徴とし、身体機能低下や転倒リスク増加に関連。
- 診断基準はAWGS2019に基づき、握力(男性28kg未満、女性18kg未満)や歩行速度(1.0m/sec未満)を評価。
- サルコペニアの有病率は65歳以上で約20%、80歳以上では30~50%。
- スクリーニングにはSARC-F質問票が有効で、「筋力」「歩行」「立ち上がり」「階段昇降」「転倒歴」の5項目を評価。

フレイルの進行と対策

- 身体的・心理的・社会的要因が複合し、「活動量低下→食欲低下→筋力低下→転倒→外出困難→社会的孤立」の負の連鎖を引き起こす。
- 早期介入と多面的アプローチが必要で、「活動の継続」「社会参加」「生きがいの維持」が重要。
- 運動療法は下肢筋力維持とバランス訓練(片脚立ち、タンDEM歩行)を推奨。
- 日常生活のちょこちょこした動作(足踏み、階段利用など)を「貯筋」として可視化し、行動変容を促す。

予防と介入の具体策

- 運動は1日10回×2~3セットから始め、無理なく継続。
- 栄養面では体重1kgあたり1.0~1.2gのたんぱく質摂取を推奨。
- 変形性膝関節症や腰痛の患者には、症状に配慮した継続可能な運動を提案。
- 転倒予防には環境調整(段差解消、滑りにくい履物、手すり設置、夜間照明)も重要。
- 社会参加や趣味活動は心理的安定と認知機能維持に寄与。
- 高齢就業者の増加に伴い、サルコペニア対策は就労支援にも不可欠。

フレイルおよびサルコペニアは可逆的病態であり、早期発見と適切な介入により進行抑制が可能である。握力、歩行速度、簡易質問票といったツールを活用し、日常診療の中で変化を見逃さない体制を構築することが求められる。

医療者に求められるのは、「できない理由」を探ることではなく、「できる方法」を具体的に提示することである。患者の生活背景に寄り添い、継続可能な介入を支援することが、転倒予防、ADL維持、社会参加の継続、そして健康寿命の延伸につながる。