

【フレイルとは】

2. フレイルの概念及びその特徴と構造

(1) フレイルの概念【図1】

(2) フレイルの概念の特徴【図2】

(3) フレイルへの移行及びフレイルの進行の構造と基本的な留意点【図3, 4】

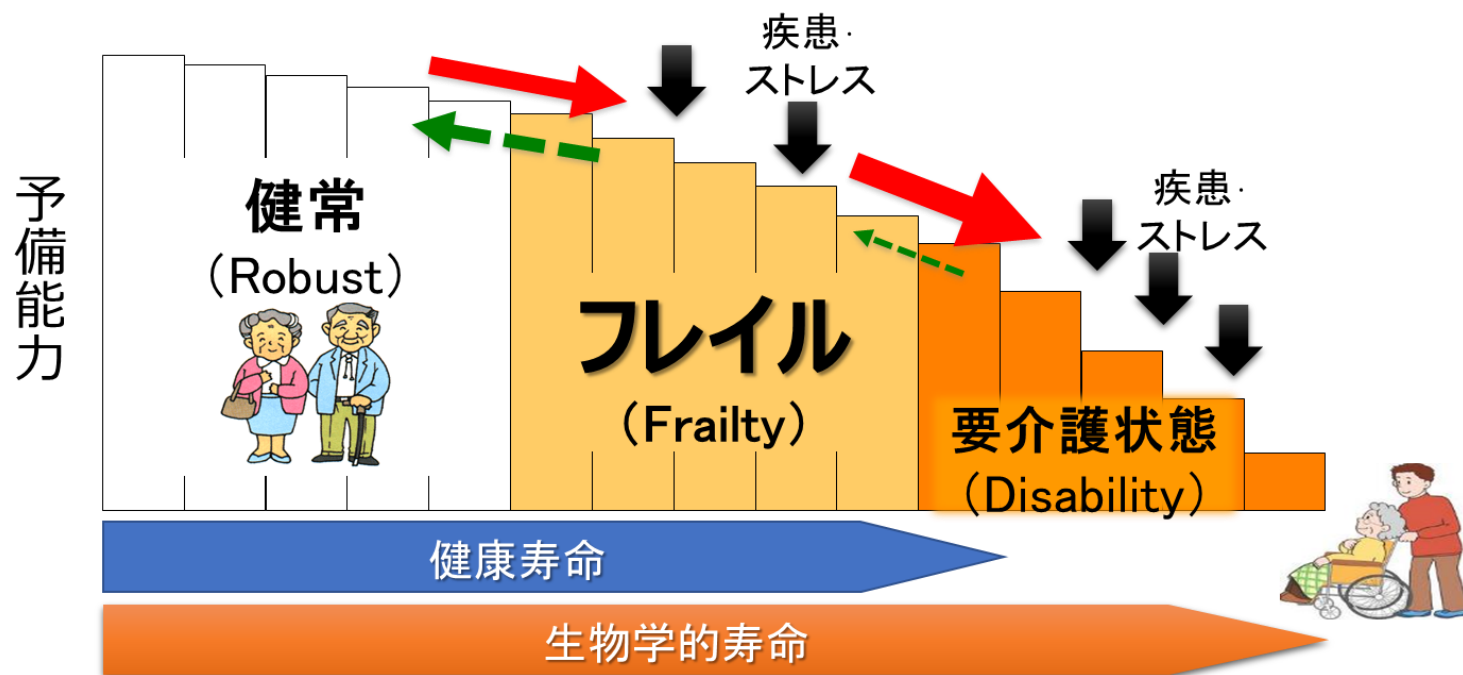
(4) フレイルの代表的な判定基準【図2, 5】

【図1】

フレイルの概念

フレイル とは、加齢により体力や気力が弱まっている状態

- ①健康と要介護の中間の時期
- ②多面的な要因が関係（身体的な衰えに心理的・社会的要因なども影響）
- ③適切な介入により機能を戻すことが出来る時期（可逆性）



日本版CHS基準 (J-CHS) (Fried model, Phenotype model)

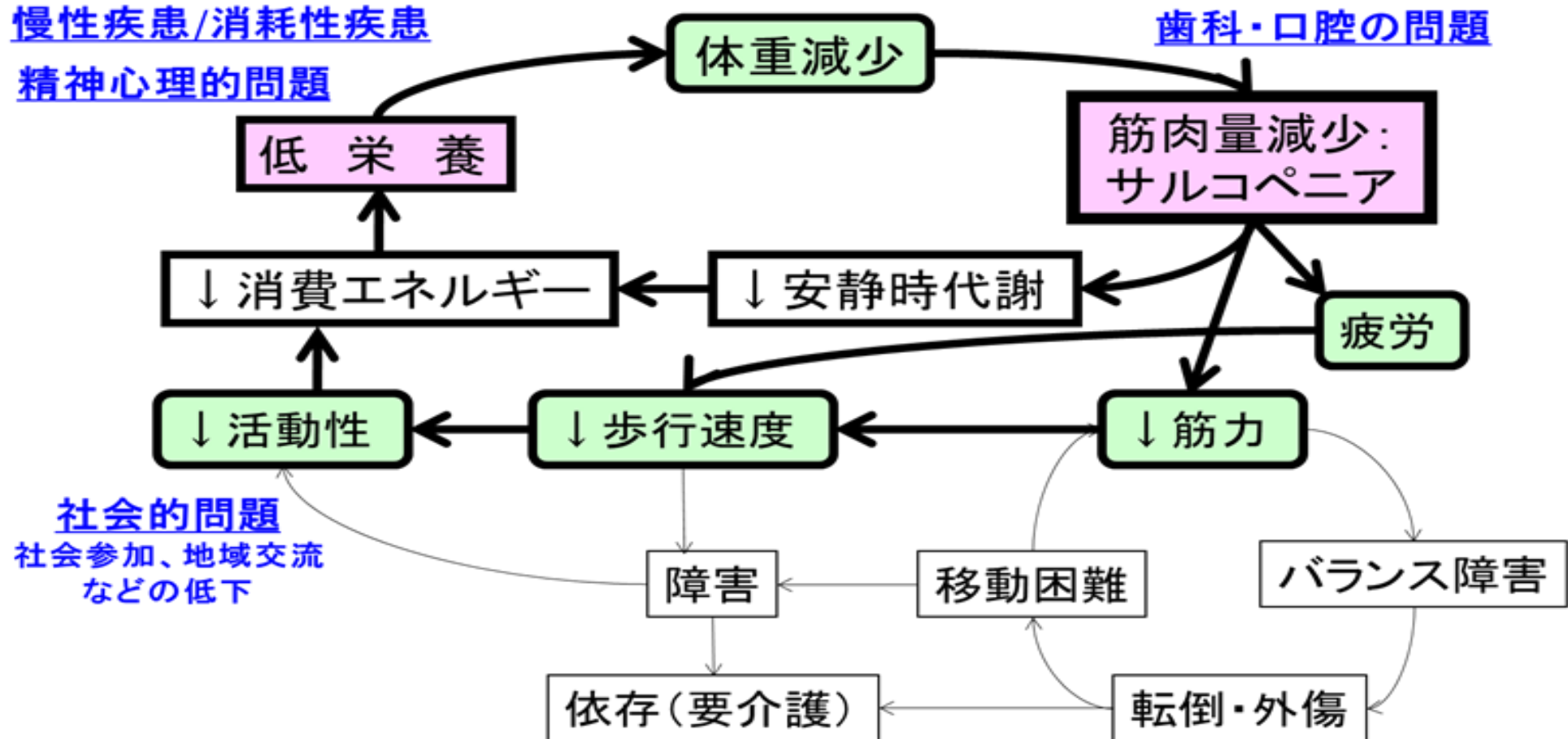
項 目	評 価 例
① 体重減少	6カ月で、2kg以上の(意図しない)体重減少
② 筋力低下	握力: 男性<28kg, 女性<18kg
③ 疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れた感じがする
④ 歩行速度低下	通常歩行<1m/秒
⑤ 身体活動低下	①軽い運動・体操をしていますか? ②定期的な運動・スポーツをしていますか? 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

5項目のうち、3項目当てはまればフレイル。
1～2項目ならフレイル前段階。

CHS: Cardiovascular Health Study

【図3】

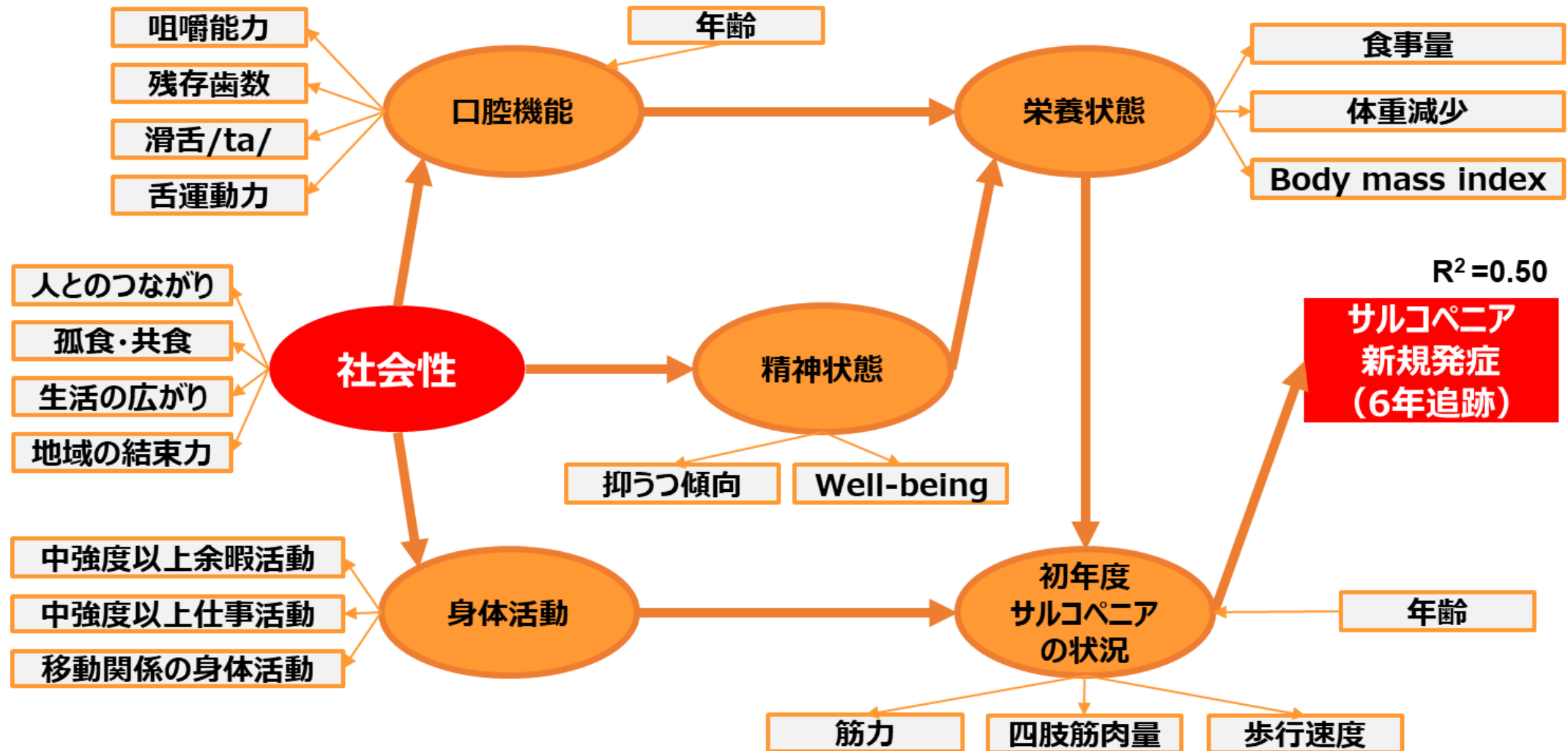
フレイル・サイクル



参考文献1) Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63(9):984-990. doi: 10.1093/gerona/63.9.984

参考文献2) 日本サルコペニア・フレイル学会 指導士研修会資料

【図4】 サルコペニアに対する仮説モデル検証法による
社会性(社会参加・社会活動)の重要性



日本版CHS基準(J-CHS) (Fried model, Phenotype model)

項 目	評 価 例
① 体重減少	6カ月で、2kg以上の(意図しない)体重減少
② 筋力低下	握力: 男性<28kg, 女性<18kg
③ 疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れた感じがする
④ 歩行速度低下	通常歩行<1m/秒
⑤ 身体活動低下	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

5項目のうち、3項目当てはまればフレイル。
1～2項目ならフレイル前段階。

CHS: Cardiovascular Health Study

【図5】

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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
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
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
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
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
12	身長 c m 体重 kg (BMI)(注)		
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
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
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨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
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
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
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
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

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

介護予防チェックリスト (CL15)



15の質問で簡単機能チェック!!



質問の答えの「はい」または「いいえ」に○をつけて 黒枠内の○の個数を数えます

体力	1	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	2	1kmぐらいの距離を不自由なく続けて歩くことができますか	はい	いいえ
	3	眼は普通に見えますか (※メガネを使った状態でもよい)	はい	いいえ
	4	家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか	いいえ	はい
	5	転ぶことが怖くて外出を控えることがありますか	いいえ	はい
	6	この1年間に入院したことがありますか	いいえ	はい
栄養	7	最近、食欲はありますか	はい	いいえ
	8	現在、たいていの物は噛んで食べられますか (※入れ歯を使ってもよい)	はい	いいえ
	9	この6ヶ月間に、3kg以上の体重の減少がありましたか	いいえ	はい
	10	この6ヶ月間に、以前に比べて体の筋肉や脂肪が落ちてきたと思いますか	いいえ	はい
社会	11	1日中、家の外には出ずに家の中で過ごすことが多いですか	いいえ	はい
	12	ふだん、2～3日に1回程度は外出しますか (※庭先のみやゴミ出し程度は外出に含みません)	はい	いいえ
	13	家の中あるいは家の外で 趣味・楽しみ・好きでやっている事がありますか	はい	いいえ
	14	親しくお話ができる近所の人はいいますか	はい	いいえ
	15	近所の人以外で、親しく行き来するような 友達、別居家族または親戚はいいますか	はい	いいえ

別紙「元気に生活していくための機能チェック結果表」の
グラフ内に記入しましょう

合計点数 点

黒枠内の○個数を数えます
(1つにつき1点)