

高齢化が加速するなか、サルコペニアやフレイルの早期予防は
地域・医療・介護のすべての現場において、最重要課題となっています。

筋量・筋肉の低下だけでなく、
低栄養や咀嚼・嚥下機能の衰えが複雑に絡み合うこれらの状態に対し、
単一の専門職だけでアプローチすることは困難です。今、必要とされているのはリハビリ、
栄養管理、口腔ケアが連携し“食べる・動く・話す”という
基本機能を多角的に支える総合的なケアです。

本特集では、研究機関から急性期、回復期、
在宅にいたる多様な現場で実践されている取り組みを取り上げ、
三位一体で進める最新動向を紹介します。



© hisa-nishiya - stock.adobe.com

特集

サルコペニア・ フレイル予防の 最前線

—リハビリ・栄養管理・口腔ケアの三位一体アプローチ—

CONTENTS

総論

サルコペニア対策は 「筋の病気」から「筋の健康管理」へ

—新アジア基準が示す新しい時代と、精度として動き出した“三位一体”アプローチ—

東京大学未来ビジョン研究センター・高齢社会総合研究機構 特任講師 田中友規

事例 1

急性期病院におけるサルコペニア・フレイル予防

—リハビリ・栄養管理・口腔ケアの早期介入の実践—

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 栄養課 杉山優一

事例 2

チームで患者に寄り添う回復期リハ病棟における 栄養管理の実践

社会福祉法人恩賜財団済生会支部三重県済生会明和病院 栄養課 管理栄養士 水谷美樹

事例 3

在宅高齢者への栄養支援と見守りの工夫

東京都豊島区歯科医師会口腔保健センター あぜりあ歯科診療所認定栄養ケアステーション 管理栄養士 高橋樹世

サルコペニア対策は 「筋の病気」から「筋の健康管理」へ

—新アジア基準が示す新しい時代と、制度として動き出した“三位一体”アプローチ—

東京大学未来ビジョン研究センター・高齢社会総合研究機構

特任講師
田中友規

加齢や疾患による虚弱化を防ぐためには、栄養だけでなく口腔ケアやリハビリテーションの3本柱が重要となる。東京大学未来ビジョン研究センターの田中友規氏が、最新の動向も交えて解説する。

栄養だけでは回復できず 多方面のアプローチが必須

日本では急速な高齢化の進行により、フレイル・サルコペニア対策が医療・介護現場における最重要課題の一つとなっている。サルコペニアとは、加齢や低栄養、身体活動量の低下や疾患など背景に、筋肉量および筋力が低下し、転倒や要介護につながりやすくなる状態を指す¹⁾。臨床現場では、体重減少、歩行能力の低下、易疲労感などのフレイル²⁾として現れる。フレイルは可逆性をもつ概念であるが「気づいたときには遅い」と感じる場面も少なくない。そのため現在では、症状が目立つ前の段階での評価と予防的介入が、これまで以上に重視されている。

これまでに、栄養管理、リハビリテーション、口腔ケアはそれぞれの専門領域で個別に対応されてきた。しかし「栄養を整えても元気になるしない」「リハビリをしても体重が増えない」「口腔ケアをしても食事量が回復しない」といった経験は少なくない。これはフレイルやサルコペニアが、栄養・運動・口腔機能・疾患・薬剤などが相互に影響し合う病態であるためである。低栄養は筋力低下を招き、活動量低下を招き、活動量低下を通して筋萎縮が進行する。さらに口腔機能が低下することで摂取量は減少し、悪循環が形成される。この連鎖の一部にだけ介入しても全体改善は難しく「一領域のみの対応」では限界があるという認識が共有されつつある。

こうした連鎖を断ち切る考え方が「三位一体アプローチ」である。これは理念的なスローガンではなく、近年は制度として明確に支えられ始めている実装モデルである。2024年度の診療報酬・介護報酬同時改定では、栄養・リハビリ・口腔の三領域が連携し、アセスメント・目標設定・計画作成・情報共有を行う体制が評価され、報酬加算に反映された。すなわち「多職種で目標を共有し、計画に反映すること」そのものが、制度上の価値となったのである。これにより、三位一体は「理想論」から「実装が求められる標準的ケア」へと位置づけが変化したと言える。



令和5年度の調査研究においても、管理栄養士、リハ職（PT・OT・ST）、歯科職の関与がある施設ほど、三領域連携が進み、利用者の状態改善や在宅復帰の促進につながっていることが示された²⁾。特に、多職種でカンファレンスを行い、目標を共有し、計画書に反映している施設では成果実感が高かった。一方、通所系サービスでは管理栄養士や歯科職の関与が十分とは言えない現状もある。しかし、調査では外部専門職との連携や紹介体制を整えることで、三位一体の実装は可能であるとされており「人がいないからできない」のではなく「つなぐ仕組み

を作れるかどうか」が鍵であることが示唆されている²⁾。

サルコペニアの発症は高齢者だけではない

このような現場の変化と軌を一

にして、2025年にアジアサルコペニアワーキンググループ(AWGS)からサルコペニアの新たな診断基準(AWGS2025)が公表された²⁾。その最大の特徴は、サルコペニアの概念転換にある。従来の「高齢者の病気」という捉え方から、50歳代から始まる筋の加齢変化として再定義され「老後の問題」ではなく「中年期からの健康課題」と位置づけられた。すなわち発症後に対応するのではなく、筋力低下の芽が出始めた段階で介入し進行を防ぐべき対象となった点が特徴である。

診断の枠組みも整理された(図)。新基準では、筋肉量の低下と筋力低下が同時に存在する場合にサルコペニアと診断される。歩行速度などの身体機能指標は診断要件から外れ、介入による変化を評価

するための指標として扱われるようになった。これは「動けなくなつたからサルコペニア」という結果論的な見方から、「筋そのものの健康状態を評価する」診断へ移行したことを意味する。

さらに、従来の重症度分類は廃止された。「軽度」「重度」と分けることよりも「早く気づき、早く対応する」ことを重視する考え方への転換である。診断が目的ではなく、行動を促すための基準へと性格が変わったとも言える。日本で開発された「指輪つかテスト」もサルコペニアや介護、死亡リスクと関連する有用なツールとされている^{3,4)}。診断はゴールではなく支

援のスタートラインであることが、改めて強調された。

AWGS2025は「筋肉の再定義」を明確に打ち出している。筋肉は単なる運動器官ではなく、エネルギー代謝、免疫機能、認知機能にも関与する全身の健康を支える臓器とされた。筋を守ることは転倒予防にとどまらず、生活機能の維持、要介護予防、さらには健康寿命の延伸に波及する中核的戦略である。この方向性は、三位一体アプローチと親和性が高い。栄養で筋の材料を供給し、口腔ケアで入口を守り、リハビリで筋を使う。この循環が成立してこそ、筋の健康は保たれる。三位一体と

は、AWGS2025の理念を日常ケアに実装するための、方法論とも言える。

管理栄養士の役割も、この流れの中で大きく変化している。筋の健康時代において、管理栄養士は三位一体チームの中核として、実践の質を高めるハブとなる可能性もある職種である。フレイル・サルコペニア対策は、単独技術では完結しない。制度として動き出した三位一体アプローチを日常ケアとして定着させることが、日本の超高齢社会を支える力となる。「人がいないからできない」のではなく、「つなぐ仕組みを作れるかどうか」が鍵である。

プライマリケア・地域予防の場

リスク因子あり

【以下のいずれかがある場合】

1. 年齢≥65歳(または50-64歳で筋の健康に懸念がある場合)
2. 不動・活動制限または機能低下
3. 摂食障害・嚥下障害
4. 低栄養: 低体重(BMI<20 kg/m²)・体重減少(6か月で2kg以上)
5. 急性または慢性的消耗性疾患
6. 本人または医療者が認める筋力低下・身体機能低下

or

ケースファインディング

【評価者による測定】

下腿周囲径: 男性<34cm、女性<33cm
OR SARC-F≥4 OR SARC-CalF≥11
OR「指輪つかテスト」で隙間ができる

【自己評価※】

SARC-F≥4
OR「指輪つかテスト」で隙間ができる
※カットオフは65歳以上に適用

急性期～慢性期医療・研究の場

ケースファインディング

【以下のいずれかがある場合】

- ・機能低下・活動制限
- ・意図しない体重減少
- ・抑うつ症状
- ・認知機能低下
- ・繰り返し転倒
- ・低栄養
- ・慢性疾患(心不全、COPD、糖尿病、慢性腎臓病など)

① 筋力評価(最初に判定)

評価項目	年齢区分	男性	女性
握力	65歳以上	< 28 kg	< 18 kg
	50-64歳	< 34 kg	< 20 kg

該当しない場合: サルコペニアのリスクあり(介入対象)
該当する場合: ②へ進む(筋肉量評価)

② 筋肉量評価(低筋力の場合に実施)

測定法	補正方法	年齢区分	男性	女性
DXA	身長補正	65歳以上	< 7.0 kg/m ²	< 5.4 kg/m ²
		50-64歳	< 7.2 kg/m ²	< 5.5 kg/m ²
	BMI補正	65歳以上	< 0.73	< 0.52
		50-64歳	< 0.80	< 0.55
BIA	身長補正	65歳以上	< 7.0 kg/m ²	< 5.7 kg/m ²
		50-64歳	< 7.5 kg/m ²	< 5.7 kg/m ²
	BMI補正	65歳以上	< 0.83	< 0.57
		50-64歳	< 0.90	< 0.63

③ 最終判定 低筋力のみ→サルコペニアの可能性あり
低筋力+低筋肉量→サルコペニアと診断

図 サルコペニアの新アジア診断アルゴリズム

【引用文献】

- 1) Chen LK, Hsiao FY, Akishita M, Assantachai P, Lee WJ, Lim WS, Muangpaisan W, Kim M, Merchant RA, Peng LN, Tan MP, Won CW, Yamada M, Woo J, Arai H. A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. Nat Aging. 2025 Nov;5(11):2164-2175. doi: 10.1038/s43587-025-01004-y. Epub 2025 Nov 4. PMID: 41188603.
- 2) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 令和5年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業 報告書. r5-25-zentai.pdf
- 3) Tanaka T, Takahashi K, Akishita M, Tsuji T, Iijima K. "Yubi-wakka" (finger-ring) test: A practical self-screening method for sarcopenia, and a predictor of disability and mortality among Japanese community-dwelling older adults. Geriatr Gerontol Int. 2018 Feb;18(2):224-232. doi: 10.1111/ggi.13163. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28898523.
- 4) Tanaka T, Lyu W, Yoshizawa Y, Son BK, Iijima K. Predictive validity of senior volunteer-led frailty check-up results for disability and mortality among community-dwelling older adults: a cohort study. Arch Gerontol Geriatr. 2025 Dec;139:105998. doi: 10.1016/j.archger.2025.105998. Epub 2025 Aug 21. PMID: 40916323.