

サルコペニアにおける生活の質

この問診票はサルコペニアについてお聞きするものです。サルコペニアとは、**年齢を重ねること**で起きる**筋肉の量やちからの低下**のことで、あなたの**日常生活に影響を与える**ことがあります。この問診票ではあなたの現在の筋肉の状態や生活の質への影響がわかります。

それぞれの質問に、**お答えください**。所要時間はおよそ 10 分です。

1. 現在、あなたは下記のものがそれぞれ低下してきていると感じますか？:

	とてもある	ある程度ある	少しある	全くない
腕の力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脚の力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉の量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エネルギー？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体能力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全体的な柔軟性？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 筋肉の痛みを感じることはありますか？

しばしばある

ときにある

めったにない

全くない

3. あなたは**軽い**身体活動を行うとき（例：ゆっくり歩く、アイロンをかける、モップで埃をとる、食器洗い、DIY；日曜大工、庭の水やりなど）：

	しばしば	ときに	めったに	ない	そういった身体活動は行わない
難しいと感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛みを感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. あなたは**中等度**の身体活動を行うとき（例：速歩き、窓ふき、掃除機をかける、洗車、庭の草むしりなど）：

	しばしば	ときに	めったに	ない	そういった身体活動は行わない
難しいと感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛みを感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. あなたは**強い**身体活動を行うとき（例：走る、ハイキング、重いものを持ち上げ、家具を動かす、庭を耕すなど）：

	しばしば	ときに	めったに	ない	そういった身体活動は行わない
難しいと感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛みを感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. あなたは現在、年をとったと感じますか？

- はい、とても
- はい、ある程度は
- はい、少し
- いいえ、全く感じません

7. 質問6で「はい」と答えた場合、なぜそのように感じますか？
(あてはまるものを全て選んでください)

- すぐに体調が悪くなるから
- たくさんの薬を飲んでいるから
- 筋肉が弱いと感じるから
- 記憶力が悪くなってきたから
- 近しい人々の死を経験したから
- あまり元気がなくてすぐに疲れるから
- 視力が悪くなったから
- その他：

8. 身体的に弱いと感じますか？

- はい、全くその通りです
- はい、ある程度そう感じます
- はい、少しそう感じます
- いいえ、全く感じません

9. 以下のことをするとき制限を感じますか？：

	とてもある	ある程度ある	少しある	全くない
歩ける時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩いて外出する頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩ける距離	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩く速さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩幅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 歩いているとき：

	とてもある	ある程度ある	ほとんどない	全くない	歩けない
とても疲れたと感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いつも途中で座って、回復を待つ必要がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
道路を渡りきるのが難しいと感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
でこぼこした道は歩きにくいですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. バランス（平衡感覚）に問題がありますか？

- しばしばある
-
- ときにある
-
- めったにない
-
- ない
-

12. どれくらいの回数、転びますか？

- 非常によく転ぶ
-
- 時々転ぶ
-
- めったに転ばない
-
- 転ばない
-

13. あなたの肉体的な外見が変わったと思いますか？

- はい、とてもある
-
- はい、ある程度ある
-
- はい、少しある
-
- いいえ、全く思いません
-

14. 質問13が「はい」の場合、あなたの肉体的な外見が変わったと思いますか？（あてはまるものを全て選んでください）

- 体重が変わった（増加でも、減少でも）
-
- しわの様子
-
- 身長が低くなった
-
- 筋肉量が減った
-
- 毛が減った
-
- 白髪が増えつつある
-
- その他：
-

15. 質問13が「はい」の場合、あなたはこの変化にどの程度動揺していますか？

- はい、とても
-
- はい、ある程度
-
- はい、少し
-
- いいえ、全く
-

16. あなたは自分自身が弱ってきたように感じますか？

- とてもそう感じます
- すこしそう感じます
- いいえ、全くそう感じません

17. 現在、以下の日常活動をそれぞれ難しいと感じますか？:

	できない	とても大変	少し大変	大変ではない	該当しない
1階分の階段を上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
数階分の階段を上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手すりにつかまらずに階段を1～数段上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しゃがみこみ、ひざまづく時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身をかがめて床に落ちたものを拾う時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
何にもつかまらずに床から立ち上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肘掛けのない低い椅子から立ち上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
普通に座った状態から立ち上がる時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重いもの（大きな買い物袋、中身の入った鍋など）を持つ時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボトルやびんの蓋を開ける時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
公共交通機関を利用する時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車から乗り降りをする時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身の回りの買い物をする時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家事をする（ベッドを整える、掃除機をかける、アイロンをかける、皿を洗うなど）時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. 筋肉の低下によって、あなたの動作は制限されていますか？

- はい、とても制限されています
-
- はい、ある程度制限されています
-
- はい、すこし制限されています
-
- いいえ、全く制限されていません
-

19. 質問18が「はい」の場合、それはなぜですか？(あてはまるものを全て選んでください)

- 痛みへの恐怖のため
-
- できないかもしれない、という心配のため
-
- 作業した後に疲れると思ったから
-
- 転倒するかもしれないという心配のため
-
- その他：
-

20. 筋力の低下によって、あなたの性生活は制限されていますか？

- 私は性的に活発ではありません
-
- はい、完全に制限されています
-
- はい、ある程度制限されています
-
- はい、少し制限されています
-
- いいえ、全く制限されていません
-

21. スポーツや活動への参加はどのように変わりましたか？

- 増加した
-
- 減少した
-
- 変わっていない
-
- 今までスポーツや活動に参加したことがない
-

22. 余暇の活動（外食に出かける、庭の手入れ、DIY；日曜大工、狩猟/釣り、老人クラブ、テーブルゲーム、散歩に出かけるなど）は変わりましたか？

- 増加した
-
- 減少した
-
- 変わっていない
-
- 今まで余暇の活動に参加したことがない
-