

座談会 (2022年10月開催)

フレイル・サルコペニア対策による健康寿命延伸

【司会】荒井秀典*
【出席者】葛谷雅文**
野村秀樹†

前田圭介# 山田実##
鈴木みずえ†† (発言順)

荒井 健康寿命の延伸についての問題解決には、まだまだ啓発が必要な状況です。

フレイル、サルコペニアの名前の認知度は勿論、今後何をすべきかということが重要です。

まずは、葛谷先生に、その概念と定義、診断についてお話いただきます。

フレイル・サルコペニアの概念、定義、診断

■概念

葛谷 歴史的にみると、フレイルは1980年代に frailty と frail elderly という言葉で使用され始めています。

当時は自立しておらず介護が必要な高齢者、と捉えられていました。しかし、1990年代になり、frailty を種々の介入が可能な状況、すなわち可逆的な状態と捉え、老年医学的な介入により恩恵を受ける対象者を frail elderly として定義づける流れが出始めました。言い換えると frailty を physically independent (自立) と dependent (要介

護状態)の中間に位置する状態として定義する流れです。

その後、1997年にはCampbellとBuchnerはフレイルの評価として、1)骨格筋機能、2)持久力、3)認知機能、4)栄養状態評価、の4つの重要性を提案しています。その後、Friedらが身体的フレイルの定義として、1. 体重減少、2. 疲労感、3. 活動量の低下、4. 緩慢さ(歩行速度の低下)、5. 虚弱(筋力の低下)を診断項目として挙げ、「5項目のうち3つ以上当てはまる場合はフレイルと診断、一つか二つの場合は、フレイル前段階なしと判断する」と提案しました。

Friedらは、フレイル状態の高齢者は、将来において、生命予後、ADLの低下、運動障害、入院ならびに死亡のリスクが上昇する事を示し、さらにサルコペニアや、予備能力の低下、低栄養と関連させる理論を展開していきます。

本邦において「フレイル」という言葉が使われたのは、平成26年(2014年)に日本老年医学会から、

* Hidenori Arai :

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長

** Masafumi Kuzuya : 名鉄病院 病院長

Keisuke Maeda : 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 老年内科医長

Minoru Yamada : 筑波大学人間系 教授

† Hideki Nomura : あいち診療所野並 院長

†† Mizue Suzuki : 浜松医科大学 医学部看護学科 臨床看護学講座 老年看護学 教授

荒井秀典氏



大内尉義先生(当時：日本老年医学会理事長)と荒井秀典先生(当時：フレイルワーキング座長)の連名でフレイルに関するステートメントを表明されたのが最初であったと思います。

一方、サルコペニアは、1989年のローゼンバーグ(Irwin Rosenberg)が提案した言葉が最初であると思います。彼は The American Journal of Clinical Nutrition において、「骨格筋の減少とは、加齢現象という狭義の意味で捉えられ、みんな注目していない」と述べています。

骨粗鬆症がオステオポロシスという名で注目されているのに、この現象が注目されていないのはおかしい、名前が無いからだ。そこで、彼が提案したサルコペニアとサルコマレーシアを、皆さんが使うことになった。しかしこれは現在のサルコペニアの研究とは少し違っており、最初に彼が言い出した筋肉量の低下だけではなく、筋力の低下や、身体機能の低下が筋力に関するものとして重要視されています。

定義・診断法

サルコペニアに対する定義や診断法について、世界的にコンセンサスが得られたのは2010年のサルコペニア・ワーキンググループ(European Working Group on Sarcopenia in Older People: EWGSOP)が発表した論文ではないかとされ、「筋力の低下、身体能力の低下のいずれかが当てはまれば、サルコペニアと診断する」と定義づけています。

また、彼らはその分類として一次性(加齢性)サルコペニア、二次性(活動に関連する)サルコペニアという区別をし、さらにはその段階として、プレサルコペニア、重症サルコペニアという提案をしています。

その後アジアのAWGS(ASIAN working Group FOR SARCOPENIA)より、2014年にアジア版診断基準が、一方、EWGSOPからは、2019年に臨床の現場に則した症例の抽出や、重症度を判定するための改訂版の診断基準を付記したEWGSOP 2が公表されています。

2020年にはAWGSも、それを追うように、ア



葛谷 雅文 氏

ジア人の診断に考慮した、独自の診断基準を定義、ここでは二段階の診断方法を取り、臨床現場で使いやすいものとなっています。

荒井 葛谷先生からも、フレイル・サルコペニアの概念が発生するにあたり、栄養が大事な役割を果たしているというお話がありましたが、前田先生からは、老年栄養学という観点から、どのように予防し、いかにマネジメントするかをお話いただきます。

栄養の観点から、フレイル・サルコペニアへの対策について

前田 筋肉量の減少や筋肉のパフォーマンスの低下は、栄養問題でもあります。栄養アセスメント(評価)をする時には、脂肪量はもちろん、身体組成の筋肉量、筋肉の力、筋機能も必ず一緒に診るわけです。サルコペニアやフレイル、またはフレイルに関係する疲労感なども栄養アセスメントのなかで診ており、広い意味での栄養問題と捉えることができると思います。

高齢者の栄養問題

高齢者の栄養問題は、一般の成人のそれとは少し異なります。

一般の成人の栄養問題は、糖尿病、腎臓病、心臓病、肝臓病など、ほとんど疾病に関連したもので、その殆どが食事の調整によって栄養を良くするのではなく、疾患のアウトカムを良くするという考え方に基づいています。

一方、老年栄養という視点で見ると、サルコペニア、フレイル、低栄養、悪液質などの栄養状態そのものが悪いことから、それを維持、改善、予

防していかなければならないという考え方ができるのです。その意味では、高齢者と非高齢者の栄養問題は明らかに違うものと言えます。

高齢者の栄養問題に関わる要素は多く、例えば、食事摂取量が不足している高齢者が多いものの、その原因が加齢による食欲不振によるものもあれば、単身者世帯であることや、フードアクセスが悪いといった社会的な問題、または高齢者はあまり食べてはいけないという長年の教育などの文化的な問題、ポリファーマシーによる食欲不振などによるものも挙げられます。これらは非高齢の成人とは異なる要素です。

さらに、疾病に関連して栄養状態の悪化が挙げられます。悪液質をベースとする疾病や、入院時に食事制限を受ける疾病もあり、罹患によって栄養状態が悪くなるということを頻回に経験します。例えば、胃ろうの問題や人工栄養を導入する際意思決定支援、認知症の食の問題や嚥下障害なども含めて、老年栄養という領域で診れると思います。

今後どうすればよいのか。栄養状態を回復させるためには、栄養摂取量を増やす方法と、栄養摂取量が少ない原因を除去する方法があり、このようなプラスとマイナスのアプローチをすることによって、フレイル・サルコペニア対策にも貢献できるものと考えます。

食事の強化

近年の臨床栄養学では、食事量を増やすための取り組みのファーストステップとして、まずは「食事の強化」（“Food Fortification”）＝【栄養価の高い調理】を選択するようにとされています。

例えば、病院によっては、主食のお米の中に脂分を少し混ぜたり、タンパク質のパウダーを料理に使うなど、栄養価の高い給食や料理を工夫して提供しています。それでも叶わないときは、ONS（Oral Nutrition Supplement）という経口栄養補助食を使います。ONSの使用はセカンドステップだと言われ、提供するのみではなく、摂取方法の指導をつけてあげることが重要だと言われています。



前田 圭介氏

ONSのエビデンスとして、シッフフィーディングがあげられます。食事以外のタイミング、つまり、おやつのような飲み方であり、これをしっかりと指導することで、摂取量が増えることがわかっています。また、Med-Pass（薬を飲むときの水の代わりにONSのドリンクを使う方法）でも、栄養摂取量が大きく増えるということがわかっています。

このように、提供するだけでなく、飲み方も指導するということが今後の重要なタスクだと思っています。

バリアを取り除く、つまり栄養状態が悪い、フレイルやサルコペニアの原因になっているようなものを取り除くというのも、栄養状態の改善には重要だと思います。そのためには正確な診断と、それに基づいた原因の考察、というステップを必ず踏むこと。

評価、診断をして、患者が持っている個別のバリアについて、なぜそのような状態になっているかを考察する。原因の推論をし、個別に除去できるバリアなのか、除去できないのかを考え、アプローチ方法を考える。さらに、それを繰り返すサイクルをすることで、ネガティブな要素を取り除けるものと思います。

今後我々がなすべきことは、栄養摂取量を増やすためにできることを考え、悪くしている原因を考察、推論して、そこに手を入れていくことだと思います。これは、かかりつけ医だけでなく、看護師やケアマネージャーなどの力を借りながら、多職種プラス家族の協力を得ることによって、フレイル・サルコペニアの治療、予防、改善がなせるものと思います。

荒井 栄養の問題は非常に重要で、老年栄養学の概念も提唱していただきました。

栄養とフレイル・サルコペニアは行ったり来たりの関係にあるとのことですが、栄養摂取量が低下する要因として、年齢は勿論のこと、疾病によって、どうしても栄養が摂れない、間違った栄養指導によって食欲が低下してしまう、ということが、全身的にフレイル・サルコペニアを誘導してしまい、短期的には病気は良くなっても、長期的な予後が改善できない可能性がありますから、栄養を疾病管理の中に位置づけていく習慣を強化すべきというお話だったと思います。

次にフレイル・サルコペニアに対するアプローチとして、栄養と共に両柱となっている運動について、山田先生から教えていただきたい思います。

運動の観点からフレイル・サルコペニアへの対策について

山田 前田先生からお話いただきましたように、フレイル・サルコペニアには栄養と運動が重要です。

高齢者における運動に関するエビデンスとして、多くの研究報告があります。

例えば運動によって、筋力、筋肉量、歩行速度、バランス機能といった運動機能の向上が得られることがわかっていますが、近年ではそれ以外に、認知機能の維持向上への寄与、精神機能の改善への寄与、そういったことまで報告されるようになりました。

しかし、運動がいいということはわかっていますが、継続できないところが課題です。

とりわけ、量をこなさず、継続しなければならないという大きな壁があります。

例えばランニングや、スポーツクラブの入会者が増え、健康志向が強まったとも言われても、これはまだ一部の人たちであり、さほど前向きに運動に取り組んでいない人が多いのが実態です。

運動の重要性を伝える方法として、一緒にする人がいた方が続けやすいということがあります。具体的には、地域にある介護予防活動を行う拠点です。これは全国に10万カ所以上普及する拠点

なので、こういった施設に行けば、継続的に運動を続けられる可能性が増えます。

勿論、こういった場所できちんと行われているのかという議論もあります。確かに運動の専門家が常駐しているわけではないので、「正しい運動」ができているかということ、おそらく100%ではなく、60点、ときには50点程度の運動しかできてないかもしれません。とはいえそこに参加されている方々を追跡し、介護予防の効果が得られていることが解明されています。

これらの経緯から、多くの方々に参加して欲しいのですが、そういった拠点を知っているかを高齢者の方に聞くと、知らなかったり、知っていても参加できないという人が大勢いる現状を鑑みると、多くの人に紹介することは重要であると考えます。

そこで、医師会の先生方をお願いしているのは、多くの高齢患者さんにこういうところがあるから行ってみたいかという声かけをやっていただきたい、ということです。

そのためには、地域包括支援センターと連携をしながら、このような拠点の情報を有していただき、高齢者に伝えて欲しいと思っています。

私達の調査によると、要介護状態にない高齢者の中でも、前期高齢者であれば70%程度、後期高齢者になると85%以上が何らかの疾病を持っているということがわかっています。

高齢者の大半は何らかの医療機関に受診しており、かかりつけ医がいます。その先生方からの声は特に偉大で絶大なので、お声がけいただき、高齢者の運動を促進していただきたいと思っています。



山田 実氏

また、抵抗感をもつ人も多いので、その場合は、まずはウォーキング。ウォーキングが最高の運動ではないというのもうなずけますが、それすらもできていない高齢者が相当いますから、まずはウォーキングから始めていただきたいと思います。

しかし、ウォーキングによる介護予防効果、フレイル対策効果も期待できることがわかっており、まずはウォーキング、できれば介護予防の拠点への参加を促して、運動を継続する体制を作りたいと思っています。

荒井 実際には、ウォーキングだけやっていたらいい、という考えの高齢者が非常に多く、ウォーキングプラス α 、いわゆるレジスタンス運動のような苦しい体操運動は苦手であると言う高齢者に、フレイル・サルコペニアを予防するためにはそういった運動が必要であると理解してもらうためにどのように指導していますか？

山田 運動というと時間を割いてしっかりやらなければならない、という発想の人が多く、日常の些細なところでの運動を指導しています。

例えば、「電子レンジでご飯を温める間や歯磨きのときにスクワットする」とか、「かかと上げ運動をしてみてもは」など、わずかな時間からでも構わないので、「こういう時に運動する」というマイルールを設けていただきたい。そこから徐々に習慣化されることを期待しています。

もっとやってもらいたいのですが、クリアできない人が多いという印象があり、まずは少し動いてもらうところからと思っています。

荒井 次は実際のプライマリケア、在宅医療現場において、どのように対処しているかをお聞きしたいと思います。

オーラルケア(口腔ケア)・口腔機能は非常に重要で、しっかりと診て、機能を改善することが、栄養状態の改善にもつながり、サルコペニア対策になるということから、プライマリケアの現場で、病気を見ながら同時にフレイル・サルコペニアを診る、たくさんの患者さんを診るのは困難になるかと思いますが、それについてはいかがでしょうか。

プライマリケア、在宅医療現場における、フレイル・サルコペニア、スクリーニング、診断、介入、および課題について

野村 2020年度に後期高齢者の健康診査のチェック項目にフレイルが入りました。通院患者のうち、フレイルのチェック項目に該当する数を調べ、要注意者の占める割合を検討しました。去年の夏から今年の夏までの約1年間、75歳以上の検診受診者が76例でした。平均年齢は80歳くらい、男女比は男性が3割弱、女性が6割強です。

チェック項目が全くなかった方が1/4程度、残りの3/4は何らかのチェック項目がついていました。実際に問診票を持って検診を受けに医師の前に来ても、検診の場では問診表の内容まではチェックができません。

しかし、事後的でもフレイルに気づきやすくなるので、広く普及するとフレイルの段階での介入がしやすくなり、とてもいい仕組みだと思っています。

■どのようなフレイルが多いのか

フレイルのタイプ別の割合について、最も多いのは身体的なフレイルでした。フレイル項目のチェックがあったうちの8割ほど、そしてその次がオーラルフレイルです。

従って、歩くのが遅くなりましたか？とか、硬いものが食べられなくなりましたか？とか、その2つを日常診療で聞いていくだけでも、ある程度よいのかな、と思っています。

チェックリストでチェックの付いた項目にどう



野村 秀樹氏

介入するののかということですが、たとえば外出ならば、1週間のうち何回家を出不すかと聞いて、「1回です」と言われたら「もう1回増やしてください」、「毎日出てます」と言われたら、「歩く時間を10分ではなくて20分にしてください」という指導にとどまっているのが現状です。それについては、医師一人でやるのではなく、多職種の協力が必要です。ただ、それぞれがフレイルに対してどの程度理解しているか不明確なことで、多職種でやるということを前提にした研修や教育の場が無いということもあり、具体化できていません。

生活習慣病の方に対して、運動習慣をつけてもらうために院内の空きスペースで筋力トレーニングやエルゴメーターをやっていただいたことがあります。続けられた要因を観察したのですが、運動に来る患者さん同士でお話し合いをするという目的が大きいなと感じました。

私達は「体のために運動しましょう、これを食べましょう、これはやめましょう」と話をしますが、高齢者に伝えるときは、「ここへ行くと友人がいてお話ができて楽しい、そしてついでに体にいい食べ物があるよ、体に良い体操があるよ」といった言い方が良い、かとも思えます。

今でも、さまざまなそのような拠点がありますが、それが具体的に地域のどこにあるのかという情報が案外入ってこないように思います。どこにそのような情報があるのかといったこともわかりやすく示した方がよいと思います。さらには、高齢の方は移動手段がないと、なかなか参加できないという人が多い。これをどのように解決するのかということも課題だと思います。

荒井 運動の効果については、仲間と一緒にすることで効果が倍増するような印象があります。山田先生は、運動単独の効果に比べて、地域のグループなどで一体となって仲間とコミュニケーションを取りながら運動を行うことが、効果を高めているという印象はありますか？

山田 それは間違いないと思います。

そこに行くだけでも十分に効果があることはわかっているのに、そこでコミュニケーションを取

ることは大切だと思います。

荒井 地域によっては、買い物に行くにも移動の手段が無く、だんだん栄養状態が悪化し、体の活動性が低下していることも増えています。

1つの方法としてモビリティを充実させるとか、高齢者を強制的に街に集めてしまうような街づくりごとを変えるようなことをしないと、これからの高齢化社会の進行に対応していくのは難しいのではないかと思うようなこともあります。

それでは鈴木先生から、地域の高齢者の社会参加をいかにして進めるかということ、フレイル・サルコペニアを予防し、社会的孤立に陥った高齢者にどのようにアプローチをしていくか、お話しさせていただきます。

老年看護の立場から、フレイル・サルコペニアへの対策について

鈴木 現在、浜松医科大学老年看護学では、通所型介護予防事業に通う高齢者のフレイルのコホート研究を始めています。通所型の介護予防事業とは、要支援の方たちや被介護の基本チェックリストによるチェック対象の高齢者に対して行っている週に1回の介護予防事業です。この方たちはバスでお迎えに行くので、運動能力が低下した方でも参加できるようになっています。

2021年からこの調査を始めたのですが、前年の2020年にコロナ禍で、実は私達は毎年介護予防事業が行われている高齢者福祉センターに行くのですが、緊急事態宣言で一気に高齢者の方が来なくなってしまった。以前は、沢山のクラブ活動もあって、さまざまに高齢者が積極的な活動をしていたのに閑散としてしまい、来なくなってし



鈴木 みずえ 氏

まった方たちはいったいどうなっているのかと思います、高齢者のフレイルのコホート研究を始めました。

2020年の非フレイルとフレイルの方の教室参加状況を比較した結果、緊急事態宣言前はそれほど回数の差はなかったのですが、緊急事態宣言のために開催回数が少なくなり、その後、急にフレイルの高齢者は参加回数が有意に減少した結果が出ています。対象者は80代後半の高齢者ですが、2021年と2022年の比較を見ると、GDS（高齢者抑うつ尺度；Geriatric Depression Scale）スケールの合計点そのものは、大きな差はありません。しかし、それぞれの項目をみていくとコロナ禍で自分たちが役に立っていないと感じる方、生きていても仕方がない、自分は無力だと感じるという方が有意に増えています。

2021年から2022年の調査では、コロナ禍の状況が継続することで、高齢者は社会的な役割を遂行する機会が失われています。また、介護予防事業を使用する高齢者がどんどん減っている、このような状況の中で高齢者が、自分たちの自信、意欲が低下している状況です。コグニティブフレイル、認知機能なども評価して、2022年の調査におけるフレイルタイプ別の特徴、認知的なフレイル群、身体的フレイル群、非フレイル群を分けてみたのですが、Mini-cog（潜在的な認知症を評価するための簡易認知機能スクリーニングテスト）など、有意に認知的フレイルの方が低下しており、GDSに関しても、非フレイルの高齢者と比べると身体的フレイルの方は有意に悪化しています。

特に毎日会話をしていないという高齢者が多く、自分が役に立っていないと感じるとするのが認知的フレイルの方たちで、自分たちは無力だと感じる方が身体的フレイルや認知的フレイルの方たちである。外に行くよりも家にいたいという高齢者は認知的フレイルに多く、生活に満足していない方は身体的フレイルの割合が非常に高いといった状況があります。

今後の検討として大学生と高齢者との交流、児童との交流、あるいはコミュニケーションロボットとの交流強化につとめたいと思っています。高

齢者の気持ちが向上すれば、運動したり食事を召し上がるという身体機能の向上にもつながるので、高齢者のお気持ちをいかに向上していくかということが大切だと思っています。

さらにこのような高齢者は高血圧や骨粗鬆症の治療もしており、クリニックとか地域の診療所との連携によって早期の介入や認知症の予防が必要だと思っています。多剤併用中の方も含まれ、薬剤師との連携も必要であると思っています。

最後に、私たちが取り組んでいる活動ですが、最近では病院でミトンによる身体拘束を行っている状況があり、治療のためとは言え、そのことによってフレイルの高齢者が一気に要介護状態になっています。それをいかに予防していくかということで、ミトンによる身体拘束の代替品で、「認知症マフ」という、編み物の手作りのものなのですが、高齢者にとっては、入院して、点滴を受けている状況の中で、何か物にさわりたい、触れていたいという感覚刺激を求めている方がおられます。そういった方たちの身体拘束が解除できたという方もいます。看護の実践では、このような高齢者の個々の心理的ニーズを満たすことによって、生きる意欲や活動性を高めていく支援を行って、サルコペニアフレイルの予防に努めています。

荒井 コロナ禍における色々な変化や認知的フレイルを代表とした問題についても話していただきましたが、フレイル・サルコペニアの予防という観点から看護の先生にお願いしたいのは、社会参加とともに生きがいをどのようにもっていただくか。先程地域デビューという話がありましたが、我々は通常は勤務しており、地域デビューしている先生はいないというか、ある程度しか地域に貢献していないので、定年になったその翌日から活動するというのは難しいのかなど。いつまでも仕事をするわけにはいかないのです、仕事のペースを緩めて地域デビューをして、そのまま地域での活動にうまくつなげていく、特に男性はそういった形でのトランジションが大事になると思います。その点に関してなにか、どうでしょうか。

鈴木 女性の方は、そこにいってお話して楽しい

ということに価値があるようで、グループのなかで何でもお話するというのがありますが、男性の方は目的がはっきりしているというか、そこで筋力トレーニングをしてよくなりたいたった目的があり、個人的な目標を作ったりとか、なにか役割を持っていただくなど、はっきりとなにかをもっといただくシステムやサポートがあるところでデビューすることで、バックグラウンドをいかして進めていけるのではないかと思います。

荒井 そういったコーディネーターの方が地域におられると、ありがたいかなと思いますね。今後は行政とも連携していかなければいけないと思います。

栄養について質問があります。だんだん食欲が落ちてくる、おそらく高血圧、糖尿病といった生活習慣病の方が多く、徐々に食欲が落ちているなどという方も多いと思いますが、「食べましょう」といってもなかなか食欲が出ないので、食べられなくて栄養状態が改善しないという患者さんに対してどのような形でアプローチしていますか。

前田 私が最初に指導するのは、すでに病気のコントロールのための食事制限が常に正しいと思込んでいることを認知することをまず行います。認知行動療法みたいなものです。

自分が考えている今の食事のあり方が正しくない可能性があるということを知らせるということから始めていただき、今後は体力づくりが必要になってくるというように、栄養の取り方についての考え方を上書きするような話をします。肉や野菜を多く摂るようにするなど反応する方が多いので、もともと持っている考え方を微修正していく作業というのが一番多くの方に効くのかなと思います。

荒井 反応しない場合はどうしますか。

前田 反応しない場合は、ご家族を巻き込みます。やはりもっと栄養価の高い料理を作ってもらったりとか、またはONSをうまく活用する方法を考えていただくようにしています。

荒井 老年医学の分野で Anorexia of aging (加齢による食欲不振) という病態があると思いますが、手を尽くしても食事が進まないというケースもあ

ると思います。そのような場合はどうされていますか。

葛谷 基本的には前田先生がおっしゃっているようなことを試すのですが、栄養に関してはそれに反応する人と、食生活が改善しない人もいます。そういうときはやはり家族を巻き込んだりONSを使用し、何とか栄養を摂ってもらうことをやっています。まずは間違っただけの思い込みを早く無くすということ、薬の副作用や病気の影響を減らすということをしています。

荒井 お薬の副作用というのは常に考えていかなければならないですね。色々な合併症というのもrule outして、それでもだめな場合は老年の専門がいるのでそこに紹介するといったプロセスかと思っています。

野村先生のご自身のクリニックで、言語聴覚士とか管理栄養士だとか完璧な体制をとっておられますが、指導は言語聴覚士や管理栄養士にお願いしているのでしょうか。

野村 訪問診療をしている方の場合、看護師や言語聴覚士、管理栄養士にお願いする場合があります。外来の方は、私の方からお話することが多いです。私の場合は、BMIが25ぐらいの体重を目安にお話することが多いです。ご本人の見積もりよりも多くなることが多いです。

あとは栄養補助食品など栄養価を高める具体的工夫は、デイに行っている人であれば、栄養士に依頼することもあります。また、環境が変わると案外食べられると言う人はいるようです。お家ではどれくらい食べられますか、デイではどのくらい食べられますかと聞いて、家ではあまり食べないけど、デイだとほとんど食べられますという人は、手っ取り早くデイの回数を増やせませんか提案することもあります。

ただ、フレイルの方々は介護認定の対象の一手前の方々なので、そういう方々はどこかにでかけてみんなで食べるような機会は、ボランティアとかそういうもので作るしかないの、なかなか難しいと感じます。

荒井 今日は5人の先生方に、色々とそれぞれの先生方の専門分野の視点から、フレイル・サルコ

ペニアについて課題を中心にお話いただき、できるだけ今見ている患者さんを長くご自分でフォローするという観点から、長く見ていただくというのが最大のインセンティブではないかと考えておりますので、フレイル・サルコペニアの問題点

について先生方にしっかりと捉えていただいて、診療に取り組んでいただきたい思います。

本日は活発なご議論ありがとうございました。