

特別対談

# これからの高齢者医療に 期待される漢方

## —フレイル診療の実際と漢方への期待—

川崎医科大学医学部  
総合老年医学講座 教授／  
高齢者医療センター 副院長 教授  
**杉本 研** 先生

東京大学大学院医学系研究科  
加齢医学講座 老年病学分野 教授  
**小川 純人** 先生

2014年に日本老年医学会が「フレイルに関するステートメント」を発表してわずか10年、今や「フレイル」は高齢化が急速に進展するわが国において重要なキーワードの一つとなっている。フレイルの予防・対策は行政をはじめ、老年医学に携わる医療関係者を中心に様々な試みがなされており、漢方も介入方法の一つとして注目されている。

そこで、老年医学領域における第一人者でもある東京大学大学院医学系研究科 加齢医学講座 老年病学分野の小川純人先生と川崎医科大学医学部総合老年医学講座／高齢者医療センターの杉本研先生に、「これからの高齢者医療に期待される漢方」をテーマに、フレイル診療の実際と漢方、特に人参養栄湯への期待について幅広くご討論いただいた。

I

### わが国における 高齢者医療の現状とニーズ

**小川** わが国の人口は2004年をピークに静止し、減少が続いていますが、一方で高齢化の進展に伴い2040年には後期高齢者が全人口の20%を超えると推計されています。後期高齢者は何らかの疾患、機能や能力の障害を伴いやすいため、要介護の予備軍であるフレイル・プレフレイルの方の割合は必然的に増加してくることが予想されます。

**杉本** 普段はお元気に見えてもフレイルが潜んでいる高齢者は少なくないと思います。この方々に対して早期から適切に介入するなどの対応をすることが、要介護への

移行を予防するために必要であることを日々の診療において実感しています。

**小川** おっしゃるように健康寿命を延伸させるためにはフレイルあるいはプレフレイルの状態をいち早く察知して、早期からの対策を講じることが重要であることは言うまでもありません。2020年からは全国の各自治体でもフレイル対策の一環としてフレイル健診が行われていますが、さらにフレイルの啓発を強化することが必要です。

**杉本** 実臨床に携わる諸先生もいろいろな疾患を抱えた高齢患者さんを多く診療されていると思いますが、お忙しい日々の臨床においてどうしても疾患や臓器・組織に傾注しがちで、フレイルにまで目が向かないことも多いのでは



**小川 純人 先生**

1993年 東京大学医学部 卒業、  
同病院 研修医  
1994年 東京総合病院 内科  
1996年 日本学術振興会 特別研究員 (DC1)  
1999年 東京大学大学院医学系研究科  
生殖・発達・加齢医学専攻博士課程終了  
2001年~2005年  
カリフォルニア大学サンディエゴ校  
(UCSD) 細胞分子医学教室 留学  
2005年 東京大学医学部附属病院 老年病科 助手、  
文部科学省高等教育局医学教育課 専門官  
(参与)  
2008年 同 講師 (医局長・病棟医長・外来医長)  
2013年 東京大学大学院医学系研究科  
加齢医学講座 老年病学分野 准教授  
2024年 同 教授

ないかと思っています。フレイルを適切に評価し、早期から適切に介入することが必要であり、老年医学を専門としている立場からは、フレイル予防の普及啓発に加えて老年医学分野でのエビデンスの構築が求められていることを痛切に感じています。

**小川** 高齢者の特徴として、一般的に多くの疾患を抱えることによって複雑化していることと、それに伴って症状が非典型的であるということが挙げられます。臓器機能も一定ではないため、薬物代謝の点でも注意が必要です。また、高齢者には「老年症候群」という多岐にわたる高齢者特有の臨床的なサインが現れてきます。このような特徴を有する高齢者の診療においては全人的・包括的な医療ケアが必要となります。そして、フレイルはADL/QOLや認知機能の低下、生命予後にも大きな影響を及ぼすことから、杉本先生がおっしゃられたようにフレイル予防の啓発と早期からの適切な評価は非常に重要です。

**杉本** フレイルへの介入についても、低栄養に対して栄養指導、運動不足に対して運動指導というような単純なものではありません。たとえば意欲が低下している高齢患者さんは多くいらっしゃいますが、そのような方にはまずは意欲低下へ介入しなければフレイルへの介入そのものが成り立ちません。

**小川** ご指摘のとおりで、フレイルの概念には身体的な側面に加えて、精神・心理的側面、社会的側面も含まれていますから、一つの要素に機能低下があると、それが他の要

素にも波及してしまいます。診療している医師だけでは対応できない面もあるので、高齢者のフレイルを考えると、多職種の連携も重要になってきますし、老年医学を専門とするわれわれ老年科医の役割も大きいと思います。

## II フレイルの評価方法

### フレイル状態を適切に察知するために活用したい評価法

**杉本** フレイルの状態を察知するためには、フレイルを如何に適切に評価するかが大きな課題の一つです。

フレイルの評価法としてはFriedらのCHS基準 (Cardiovascular Health Study基準)の改訂版である「J-CHS基準」(表1)が一般的に用いられています。これは身体的フレイルの代表的な評価法として位置付けられています。精神心理的フレイル、社会的フレイルも含めた評価法ということになると「基本チェックリスト」や「後期高齢者の質問票」が広く用いられています。さらに詳しく評価するというのであれば「高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA)」を用いることになると思います。

**小川** フレイルの評価法には身体機能の評価尺度に立脚したJ-CHS基準に加えて、精神心理的側面・社会的側面にまで踏み込むという点では先生がおっしゃったように基本チェックリストや後期高齢者の質問票を活用することも良いと思います。

**杉本** J-CHS基準は身体的な側面が注目されがちですが、主観的な疲労感と運動習慣の有無を確認する項目ではご本人の意欲面もある程度は評価できると思います。私はどの質問票が良いかということに言及するよりも、どれか一つを継続的に用いて評価することが大切だと思っています。そうすることが、患者さんにもご自身の状態を意識

表1 改訂J-CHS基準

項目	評価基準
体重減少	6ヵ月で、2kg以上の(意図しない)体重減少 (基本チェックリスト#11)
筋力低下	握力：男性<28kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする (基本チェックリスト#25)
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動	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

3項目以上該当でフレイル、1~2項目該当でプレフレイル

Satake S, et al: Geriatr Gerontol Int, 20: 992-993, 2020(改変)

していただくきっかけにもなります。

**小川** フレイルというどうしても“見るからに弱っている状態”を想像されがちです。しかし、実際には見た目は自立していても介入が遅れてしまうことで要介護に移行してしまうような状態にあることを患者さんご本人に気付いていただき、さらに早期からの介入につなげていくためにも適切なフレイル評価は非常に重要です。

**杉本** CGAは身体面、精神・心理面、社会環境面などから多面的に高齢者を評価するツールであり、『高齢者のがん薬物療法ガイドライン』でも高齢のがん患者さんには高齢者機能評価を行うことが推奨されています。ただ、CGAを用いてきちんと評価しようとするとなかなりの時間を要します。その点で簡易版のCGA7(表2)は7項目のチェックのみで有用なツールであり、広く臨床現場に取り入れられるようになっていきます。



**杉本 研 先生**

- 1996年 大阪大学医学部 卒業、同第4内科 非常勤医員
- 1997年 桜橋渡辺病院 循環器内科 医員
- 2000年 大阪大学医学系研究科加齢医学大学院生
- 2004年 米国カリフォルニア大学 サンフランシスコ校医療センター ポスドク
- 2007年 大阪大学医学部 老年・腎臓内科学 特任助教 (2008年 助教)
- 2013年 同 講師 (2015年 老年・総合内科学に名称変更) 講師
- 2020年 川崎医科大学医学部総合老年医学講座 主任教授
- 2023年 川崎医科大学高齢者医療センター 部長 (教授)

**フレイル評価に栄養評価を組み入れる**

**杉本** 私はフレイルの評価に栄養評価も組み入れてはどうかと考えて、簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment Short-Form: MNA-SF)による評価を行っています(表3)。MNA-SFには体重や食事量といった一般的な評価項目に加えて精神疾患の有無なども入っているので、患者さんの栄養状態の低下が何に起因するかをある程度は想定できると思います。

**小川** 栄養評価を組み入れることは非常に重要なご指摘

**表2 CGA7**

調査内容	質問	次へのステップ
①意欲	外来患者の場合： 診察時に被験者の挨拶を待つ それ以外： 自ら定時に起床するか、もしくはリハビリ等への積極性で判断	Vitality Index
②認知機能(復唱)	「これから言う言葉を繰り返してください(桜、猫、電車)」 「あとでまた聞きますから覚えておいてください」	HDS-RまたはMMSE
③IADL(交通機関の利用)	外来患者の場合： 「ここまでどうやって来ましたか？」 それ以外： 「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」	Lawton& Brody
④認知機能(遅延再生)	「先程覚えていただいた言葉を言ってください」	HDS-RまたはMMSE
⑤ADL(入浴)	「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」	Barthel Index
⑥ADL(排泄)	「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」	Barthel Index
⑦情緒	「自分が無力だと思いますか？」	GDS15

日本老年医学会編：健康長寿診療ハンドブック 2011 (改変)

**表3 簡易栄養状態評価表 (MNA-SF)**

<b>A</b>	過去3か月間で食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事量が減少しましたか？ 0=著しい食事量の減少 1=中等度の食事量の減少 2=食事量の減少なし
<b>B</b>	過去3か月間で体重の減少がありましたか？ 0=3kg以上の減少 1=わからない 2=1~3kgの減少 3=体重減少なし
<b>C</b>	自力で歩けますか？ 0=寝たきりまたは車いすを常時使用 1=ベッドや車いすを離れられるが、歩いて外出はできない 2=自由に歩いて外出できる
<b>D</b>	過去3か月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？ 0=はい 2=いいえ
<b>E</b>	神経・精神的問題の有無 0=強度認知症またはうつ状態 1=中程度の認知症 2=精神的問題なし
<b>F1</b>	BMI 体重(kg) ÷ [身長(m)] <sup>2</sup> 0=BMIが19未満 1=BMIが19以上、21未満 2=BMIが21以上、23未満 3=BMIが23以上 BMIが測定できない場合はF1の代わりにF2に回答する
<b>F2</b>	ふくらはぎの周囲長(cm) : CC 0=31cm未満 3=31cm以上

スクリーニング値(最大：14ポイント)  
12~14ポイント：栄養状態良好  
8~11ポイント：低栄養のおそれあり (At risk)  
0~ 7ポイント：低栄養

[http://www.nma-elderly.com/forms/mini/nma\\_mini\\_japanese.pdf](http://www.nma-elderly.com/forms/mini/nma_mini_japanese.pdf) (改変)

# これからの高齢者医療に期待される漢方

—フレイル診療の実際と漢方への期待—

です。栄養評価について特筆すべきことは「令和6年度診療報酬改定」で『栄養情報連携料』が新設されたことです（図1）。まずは入院患者さんを対象にしっかりと栄養評価をしようという動きから始まりましたが、患者さんの栄養状態を評価することは今後ますます重要になってきます。

低栄養の背景には疾患だけでなく“食欲がわかない”“意欲がわかない”というようなことも関わってきますから、適切な評価に基づいてより掘り下げる、あるいは効果的な介入を提案することも老年科医が果たす役割として大きいのではないかと考えています。

**杉本** ご紹介したようにフレイルの評価方法には数多くのツールがありますが、大事なことは単に評価をただけで終わりということではなく、その結果を診療に活かすことだと思います。

**小川** 評価ツールを用いることで個々の高齢患者さんをトータルに評価することは、高齢者の諸症状の改善につながるだけでなく、ひいては医療費の抑制にもつながるのではないかと考えています。

## Ⅲ フレイルと関連が深い疾患への介入

**杉本** フレイルが種々の疾患と関連していることが指摘されています。たとえば、フレイルの方は糖尿病に罹患しやすいし、糖尿病患者さんはフレイルになりやすい、というように両方の側面があります。ですから、基礎疾患をコントロールしたうえでフレイルにも同時介入することが必要です。実際に、COPD患者さんを対象に検討された報告では人參養榮湯による介入が奏効しているという報告も想定されます。

**小川** COPDを含め、フレイルと生活習慣病を含めた慢性

疾患、炎症性疾患との関連に関する報告はいくつもあります。ご指摘のように、フレイルがそれらの疾患を増悪させる因子の一つである可能性が指摘されていますし、一方で基礎疾患がフレイルを押し上げるというような側面もあります。

このことは骨粗鬆症も同様です。地域在住高齢者でフレイルを併存する方は繰り返す2回以上の転倒を起こしやすいことや、フレイル・プレフレイルの方は大腿骨骨折のリスクが上がることが報告されています。また、骨粗鬆症があるとフレイルになりやすい、骨粗鬆症とサルコペニアがあるとさらにフレイルのリスクは上がるといった報告もあります。

個別の疾患の管理はもちろんですが、フレイル対策は高齢者疾患や老年症候群の予防、フレイルや要介護への進行を遅らせるうえでも重要なアプローチだと思います。

**杉本** 私は“がんサバイバー”の患者さんも診療していますが、特に消化器系がんの患者さんで食事が低下し、それによって痩せてきたから活動性が低下し調子が悪いというような患者さんを外科から紹介されることが多くあります。患者さんご本人は食思不振、体重減少に悩んでいますが、そこには意欲の低下、運動習慣の消失といった問題が潜んでいます。そのような患者さんに意欲を高めるような介入をすることで食欲や体重が改善すると、それが本人の成功体験に繋がってプラスに働くことを経験しています。

## Ⅳ フレイルへの介入方法としての漢方治療の可能性

### 多成分系の漢方薬に期待

**杉本** 意欲の低下やうつ傾向がある場合には何らかの介入が必要になります。介入にはいろいろな方法がありますが、

その有力な一つが人參養榮湯を中心とした補剤です。フレイル状態の諸症状の改善を期待して人參養榮湯を使用しますが、それだけでなくフレイルへの介入を成功させるためのきっかけ作りに位置付けるという考え方もあると思っています。

**小川** 杉本先生のおっしゃるとおりだと思います。私もフレイルに対する介入のきっかけ作りとして人參養榮湯などの補剤から介入を開始することが多くあります。さらに、運動や栄養指導などの非薬物療法も含めてトータルにフレイルに介入することで“合わせ技一本”の効果を期待しています。

図1 医療と介護における栄養情報連携の推進

**栄養情報連携料の新設**

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

**(新) 栄養情報連携料 70点**

**【対象者】**

ア 入院栄養食事指導料を算定した患者  
 イ 退院先が老の保健医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉医療施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

**【算定要件】**

(1) 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、要介護の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は臨床栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1日に算定する。  
 (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって、栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1日に算定する。  
 (3) 区分番号B0015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。  
 (4) 区分番号A300に掲げる栄養管理リハビリテーション保険料（同法第11条第1項第1号に定める）に際しては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様とし、包括報酬外とする。

**＜入院中に栄養食事指導を行った患者＞**

在宅退院医療連携  
 栄養管理計画の作成・共有  
 入院中の栄養管理に関する情報  
 在宅退院医療連携  
 栄養管理計画の共有

**＜介護保険施設等に退院する患者＞**

在宅退院医療連携  
 入院中の栄養管理に関する情報  
 在宅退院医療連携  
 栄養管理計画の共有

令和6年度診療報酬改定の概要。厚生労働省保険局医療課

人參養栄湯は、身体的な衰えもちろんそうですが、食欲が低下している、あるいは何となく気分が塞ぎがちだというような患者さんに虚証を補うというようなイメージで用いることが多くあります。人參養栄湯の食欲不振や疲労倦怠感など様々な症状に対する効果が報告されていることはよく知られています(図2)。

さらに人參養栄湯は多成分系の薬剤で、フレイルの諸症状に対して単一の薬効だけでなく、患者さん個々に応じた複合的な効果が期待できると思います。患者さんの生活機能やADL/QOLの改善、健やかな日常生活を維持していただくことを考えるうえで人參養栄湯の多面的な作用は、個別の疾患対策では対処が難しい患者さんには有力な選択肢になると思いながら使っています。

**杉本** 人參養栄湯は低栄養にも効果が期待できることが報告されていますが、先生はどのような感触をお持ちですか。

**小川** 人參養栄湯が食欲不振を改善することは私自身も経験しています。高齢患者さんの入院から退院後の継続的なフォローアップの中での栄養改善効果を検証していければ

人參養栄湯の可能性もより高まると思います。先ほどご紹介したように診療報酬改定によって栄養がより注目されますが、さらに人參養栄湯が介入の選択肢の一つとしてしっかりと打ち出されることも期待できます。

**杉本** まずは人參養栄湯の服用で食べられたかどうかを単純に評価するだけでもよいと思います。入院患者さんでは食事量が増えたということであれば栄養状態が改善していると評価できます。外来での栄養評価は難しい面がありますが、体重の増減を注目することでも評価はできますし、体組成計を用いた評価もよいと思います。

### ポリファーマシー対策としての漢方への期待

**小川** 人參養栄湯の効果については杉本先生も私も実感しているところですが、私は西洋薬に人參養栄湯を併用することで、西洋薬単独治療よりもさらに効果があるのかどうか、ということについても関心もっています。

**杉本** 私もその点に興味があります。実際に人參養栄湯を併用することで他の西洋薬を減らすことができたという経験はありますが、それがポリファーマシー対策にもつながるのではないかと期待しています。先生は漢方の服用量についてどのようにされていますか。

**小川** ご指摘のように高齢者医療においてポリファーマシーや服薬アドヒアランスの問題が指摘されています。服用量に関しては、高齢患者さんは生理機能が低下していることから低用量から処方を開始して徐々に増量するという考え方が基本ですが、私は漢方の効果を確認するために最大用量から処方を開始する場合もあります。次回の来院時もしくはそれまでに安全性を評価することはもちろんですが、人參養栄湯であれば7.5g/日の1日2回服用を継続してもらうことも少なくありません。患者さんによっては服薬回数や服用量を調整しますが、そこは“腕の見せ所”だと思っています。

もう一つ大切なことは、漢方薬の安全性についてです。安全性が担保された上での効能効果だということを、患者さん本人、家族、介護者などしっかりと共有することです。

**杉本** 漢方エキス製剤は1日に複数回の服用が必要ですが、実際には指示した用法・用量のとおり服用できていないという患者さんも少なくありません。そうすると期待する効果も得られないということになります。その点で1日2回服用の漢方エキス製剤は治療の継続性や患者さんの治療満足度の向上にもつながりますから、そのメリットは大きいと思います(図3:次頁参照)。

**小川** 人參養栄湯を含めた補剤はフレイルに対して効果が期待できることはもちろんですが、フレイルの意識付け

図2 人參養栄湯の有効性

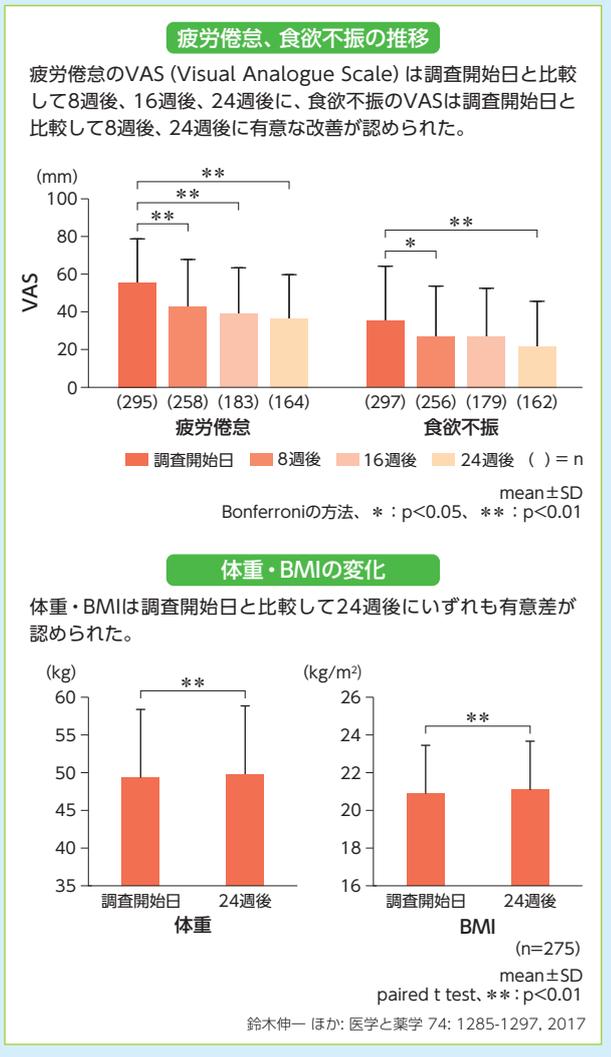
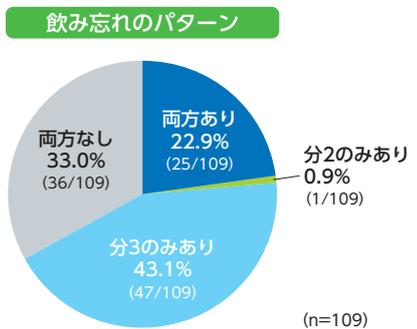
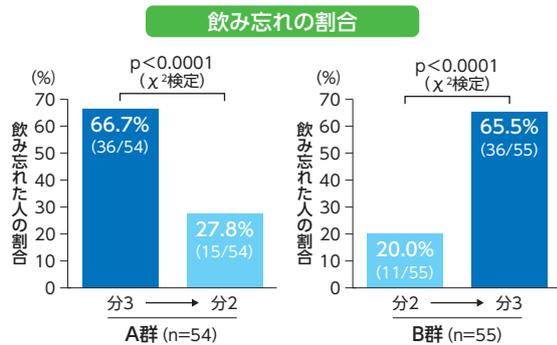


図3 服用回数が服薬コンプライアンスに及ぼす影響

同一の漢方製剤の分2製剤と分3製剤を各1週間交互に（A群：分3製剤→分2製剤、B群：分2製剤→分3製剤）処方した。飲み忘れはA群、B群ともに分2製剤で少なかった。



喜多敏明 ほか：医学と薬学 66：117-122, 2011

においても薬剤の介入があると説明や指導だけよりも改善効果が期待できるかもしれませんし、さらには本人の意識改革にもつながると期待されます。これからの高齢者医療においては、フレイル対策に向けた選択肢の一つとして人参養栄湯の効果を十分理解しておくことも重要だと思います。

**杉本** その通りだと思います。一方で漢方を使用する際に注意したいのが単に処方するだけではなく、「こういうところに効くかもしれないから飲んでみて」「この点が良くなるかもしれないから続けて見ていきましょう」というような説明をすること、さらに定期的なフレイルの評価を併用することも重要です。実際に前医で補中益気湯が処方されていた患者さんに効果をお聞きしたところ、「そんな薬を飲んでいましたか？」という反応がありました。人参養栄湯の服用で、評価スコアの改善とご自身の感触の変化という両方向性で、さらに検査値の改善も見られれば服薬アドヒアランスの向上、精神面へのアプローチにもつながると思っています。

われわれも補剤の効果を実感しながら使用していますが、それを活かすためには次のステップとして服用量・服薬回数、患者さんへのアプローチ方法、さらに効果の評価が重要だと思います。

## 患者さんを“褒める”

**小川** 服薬アドヒアランスの点で私は患者さんに残薬を持ってきていただき、きちんと服用されていることが確認できれば患者さんを“褒めます”。さらに医師だけでなく多職種のスタッフにも漢方の可能性と安全性を理解していただき、それを共通基盤として患者さんに関わることが服薬アドヒアランスの面でも非常に良いと思っています。

**杉本** 私も患者さんの治療に前向きな姿勢を“褒めます”。そうすることで患者さんの反応は違ってきます。さらに当院では、患者さんに対する医師の話を多職種のスタッフが聞いているという状態を作っています。全てのスタッフが同じ方向に向いていることを患者さんに意識していただくことは治療の継続にもつながります。

## V 老年医学領域における漢方の期待

**杉本** 近年の医学教育では老年医学にかなりの時間が割かれています。これから活躍が期待される若手の医師には身に着けた老年医学のベースを今後の診療にぜひ活用していただきたいと思っています。

本日のお話にもありましたように、高齢患者さんのフレイルを評価し、適切な介入につなげる必要があります。介入の選択肢として挙げられる栄養指導、運動指導、あるいは環境調整には多職種の連携が必要ですが、その実現性を高めるためのきっかけとして人参養栄湯をはじめとする漢方薬をうまく組み入れていただきたいと思います。

**小川** 診療において臓器・組織の疾患を抱える患者さんとは検査結果をきっかけに話を始めることが多いですが、漢方を治療に組み入れることで主観的な要素を患者さんから引き出す必要がありますから、患者さんとの会話は患者さんへの問いかけから始まります。漢方治療を組み入れることで患者さんとの会話のキャッチボールは増えますし、患者さんにもよく喜ばれます。こうした会話のキャッチボールが増えることは、患者さんをもっと知りたいというようなモチベーションにもつながると思います。

今後、老年医学を発展させる上でも、人参養栄湯を中心とした補剤の役割を明らかにすることは重要ですし、多職種間で漢方薬の効果を共有することはチーム医療の推進においても大切であり、漢方薬の役割は非常に大きいと思います。広い視野でそのような可能性を本人、ご家族、多職種で共有することができれば、老年医学への造詣もより深くなってくると期待しています。