

◆はじめに

人生 100 年時代における健康寿命の延伸に向けてフレイル予防の活動が行われている。本邦における地域在住高齢者のうち約 1 割がフレイル、約 4 割がプレフレイルの状態であると報告されている。(Murayama H, et al. 2020) 高齢であるほどフレイルの割合が高く、85 歳以上では約 3 割がフレイル、約 5 割がプレフレイルの状態である。

超高齢化が進み、入院患者の多くが高齢者となっている。高齢者が内科的・外科的治療目的で一般病院（以下、急性期病院）に入院する際には、入院の原因となった疾患や外傷等により身体の諸機能は低下している。外科的治療を行う場合は、その侵襲による機能低下も生じる。入院する高齢者は、生活環境の変化に加え、安静や食事等の制限などこれまでの生活習慣の変更を余儀なくされる。疾患の苦痛、治療のための身体拘束などもあり、これらの生活の変化が加わることは高齢者に多大な影響を及ぼす。特に後期高齢者や超高齢者では、入院によって食欲や意欲が低下し、筋力や身体機能が衰え、活動が減少し、さらなる食欲や意欲の低下につながるという悪循環に陥りやすい。このような悪循環を断たなければ、容易に不可逆的な要介護状態となり入院前の生活へ戻ることは難しくなる。治療が円滑に進むことにより高齢者の身体機能の回復、QOL の向上が見込まれるが、高齢者では回復力が低下しているため、治療を円滑に進め、回復を導くためにさまざまな看護を必要とする。

フレイルという用語は比較的新しい言葉であるが、老年看護実践においては地域保健活動の中で高齢期にある者が健康に過ごし続けられることをめざした支援に限らず、病院等の疾患治療の場でも高齢者の心身機能の維持・回復に向けた支援に取り組んでいる。一方で急性期病院においては、病床の確保にむけた入院日数の短縮化が図られ、治療の高度化が進む中で、高齢者のフレイル予防および回復への支援は看過されやすい課題でもある。高齢者が急性期病院に入院する際に、フレイルが進行し、ADL 低下が顕著となりやすい現状を再確認し、現在行われている看護、すなわち、高齢者の心身機能の維持・回復に向けて行っている看護をフレイル予防・回復の看護に位置づけることで実効性の高い実践につながれると考えた。

◆目的

◇提言を出す目的

日本老年看護学会は「老年看護学の進歩発展を図るとともに看護実践の質向上に寄与すること」を目的としており、「老年看護の専門家として、看護実践、教育、研究、社会活動を通じて人々の幸福と福祉に貢献する責務を遂行すること」を倫理綱領として掲げている。学会独自の活動に加えて関連する学会と連携した活動を行っており、日本医学会連合のフレイル・ロコモ克服のための医学会宣言（日本医学会連合, 2022）に賛同し、活動している。

フレイル・ロコモ克服を考えた時、本学会が推進すべき課題は、急性期病院における高齢者のフレイル予防・回復に向けた看護の道筋を示すことと捉えた。急性期病院では、患者の状態の早期安定化を目指し看護を提供しているが、フレイルの状態による回復の遅れや疾病・治療の影響でフレイルの状態となり、生活への支障が生じやすくなる。そこで、成人とは異なる高齢者の特性を踏まえた診療の補助、そして生活者として高齢者をとらえる療養上の世話をを行う中で、身体のみならず心理・社会面への支援を展開する。超高齢の入院患者が増加している中、急性期病院における看護としてこれらが重要であることを強調する必要がある。

このような背景から日本老年看護学会は、急性期病院における高齢者のフレイル予防・回復に資する看護を提言するものである。

◇提言の活用に向けて

今回の提言は、新人看護師の方には急性期におけるフレイル予防の指針として、中堅から熟練の看護師の方には今までご自身が行ってきた看護の評価や効果的な看護の探求のために活用していただきたいと考えている。さらに、高齢者やそのご家族にもフレイル予防の大切さを知っていただくことに活用できると考えている。そして、今後、医療の進化そして生活や制度の変化に応じて、本学会員の皆様そして高齢である当事者の皆様や関係者の皆様と共に、この提言内容をブラッシュアップしていきたい。

◆用語の定義、説明

1. フレイル

提言における「フレイル」とは、「高齢期にストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害や要介護状態に陥りやすい状態であるが、適切な介入によって再び元の状態に戻る状態」とする。

(解説) フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する」と定義されている(荒井, 2018)。また、身体的側面に限らず、心理面や社会的側面を含めた包括的な概念でしかるべき介入によって再び健常な状態に戻るという可逆性を包含する概念であるとされる。英語表記の「Frailty」に対応する言葉で「虚弱」や「衰弱」「脆弱」といった日本語訳が使われることがあり、加齢に伴って不可逆的に老い衰えた状態といった印象を与えてきた。この状況に対して「フレイル」とカタカナ表記することで、可逆性と身体的・心理的・社会的側面の意味合いを表現することが意図されているが、一方で診断基準のコンセンサスは得られていない(日本老年医学会, 2014)。看護実践に向けた提言にあたっては、看護になじみのある言葉で表現し、かつ可逆性に注目することが重要と考える。また、特定の人をスクリーニングするのではなく全ての急性期病院における高齢者を対象としてフレイル予防・回復に着目することを意図する。

2. 急性期病院

提言における「急性期病院」とは、「病気やけが、事故などによって、急激に心身の健康が損なわれ、さまざまな症状を呈する一定の時期に対して、早期の状態安定に向けた医療を提供する、一般病院、特定機能病院」とする。

(解説) 日本老年看護学会が2016年に発出した「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」立場表明(日本老年看護学会, 2016)に準じた。なお、急性期病院では入院機能に焦点が当てられるが、外来との連携や課題もあると考え、入院に限定した定義は行わなかった。

3. 急性期病院における高齢者

「急性期病院における高齢者」とは、「何らかの健康障害のために医療機関を受診し、医療・ケアによって回復をめざす高齢者」とする。

(解説) 「高齢者」は加齢による心身機能の低下に加えて複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的な影響を受けやすい。急性期病院の患者となった場合には、すべての者がその時々適切な医療・ケアを受けて回復をめざすが、一般成人とは異なる高齢者の特性への配慮を必要とする。「高齢」の範囲については、『加齢に伴う心身の変化は極めて個別性が高いことから、年齢による規程は不適切』との日本老年医学会が示した見解(日本老年医学会, 2012)に準じ、暦年齢による規程は行わない。一方

で、後期高齢者は前期高齢者と比べて顕著にフレイルが進行することが報告されており（厚生労働省, 2018）、急性期病院において患者が「高齢」であることへの配慮は、後期高齢者や超高齢者、要支援状態の者に特に注目すべき点である。

◆現状分析

急性期病院に入院している高齢者を対象とした調査では、4割超がフレイルの状態にあると報告されている（山口ら, 2017）。また、サルコペニアに関しては外科系病棟よりも内科系病棟の方が高い割合で存在することが指摘（Sousa et al, 2015）され、本邦における調査では入院した高齢者の約3割～8割がサルコペニアの状態との報告（Maeda et al, 2016）があり、6割超がフレイルの状態であったとの報告がある（木村ら, 2021）。これらの結果は、フレイルの指標によって差異が生じており、病棟の特徴によってその割合は一概に言えないが、一定の割合でフレイル状態の高齢者が入院していることを示し、そのフレイル状態にある者の特徴として、年齢が高い、女性、栄養状態が悪いことが指摘されている。

高齢者が入院することによって生じるフレイルに関する報告は少ないが、機能低下は多くの指摘がある。特に移動能力（歩行機能）の低下について、内科系の疾患においては同時に病態が一定ではなく、心不全に対しては運動負荷に対する反応が異なり統一した介入の提供や指標を定めることの難しさや、廃用や種々の合併症によって、回復が難しいとされる（田屋, 2013；浅見他, 2011）。また、内科系の急性疾患で入院した高齢者における歩行低下の要因を探索した研究では、「ベッド上生活日数」「症状持続日数」「在院日数」「身体拘束日数」の4因子が抽出され、各変数の日数が1日増すごとに危険率が高まると報告されている（湯野ら, 2009）。高齢者肺炎患者のADL能力に影響する因子として、年齢、脳血管疾患などの基礎疾患、誤嚥の可能性、疾患重症度、精神状態、不活動期間、栄養状態、経口・経腸栄養開始日数が報告されており（Kato T et al, 2016；前本ら, 2016；Goto R et al, 2015；村川ら, 2021）、急性心不全患者への退院時歩行能力に関する因子としては、年齢、歩行距離、心筋ストレスマーカー、認知症の合併率が明らかにされている（中屋ら, 2015）。

こうした内科疾患による入院以外に手術を伴う外科的治療を受ける高齢者も少なくない。2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（132の医療圏）では、急性期の医療需要の増加が見込まれ、大腿骨骨折の入院・手術（谷口, 2022）や低侵襲の腹腔鏡下手術の適応拡大により、高齢者の手術はさらに増加している（藤, 2020）。高齢者のフレイルと外科的治療の関係は、術前評価の有効性や予後への影響など先行研究で多く述べられている。術前にフレイルを正しく評価し、効果的な介入を行うことでフレイル予防・回復を促進することが重要とされている。フレイルは多発性の生理機能低下・機能不全によっておこる炎症促進状態（proinflammatory state）とも考えられ、高齢者の各種外科手術後の合併症、将来の要介護状態や死亡の独立的予後予測因子であり、フレイルの状態は女性の方が男性より高度であるとの結果もある（森, 2019）。術前では、低アルブミン、高年齢、低栄養や服薬の多さとの関連（山口他, 2018）、65歳以上の待機手術患者の術後せん妄との優位な関連（Spencer Wilson et al, 2021）などが示された。術後では、システムティックレビューの結果、30日死亡率の上昇、術後合併症、入院期間や施設退院の増加、予後不良、術後感染症、転倒、褥瘡（荒井, 2020；Melissa A. R. et al, 2018）などの関連も指摘されている。

高齢者にとって入院による生活環境の変化に加え、身体侵襲を伴う外科的治療は、フレイルを加速させることがある。特にこのような事態を回避するには、術前あるいは入院時のフレイル評価やプレリハビリテーションが重要である。フレイル評価としては、改訂日本版フレイル基準（J-CHS基準）、基本チェックリスト（佐竹, 2018）、簡易チェック法（指輪つかテスト+イレブン・チェック）（フレイルを知って健康長寿, n. d.）などがある。フレイルは死亡率と、サルコペニアは術後合併症との関連も示されている。

フレイルに先行して起こるといわれる口腔内の変化は、日本歯科医師会のオーラルフレイルのチェックがある。国民向けのリーフレット（日本歯科医師会, 2018）に加え、翌年にはオーラルフレイルマニュ

アルも公開された（日本歯科医師会, 2019）。外科的処置に関連するスキフレイルチェックスコアも褥瘡やスキンテア予防に有効である。フレイル予防・回復に向けた支援については、リハビリテーション専門職者の専属配置による効果（平野ら, 2015；中村ら, 2018）や栄養サポートチームの介入の効果（木下ら, 2017）が報告されており、多面的な介入の必要性（吉村, 2022）や地域との連携（辻, 2022）、多職種チームでの介入の必要性（宇都宮, 2016）が指摘されている。

急性期病院に入院時の高齢者のADL低下に影響する因子に関する報告が複数ありその特徴が明らかにされ、フレイル予防・回復に向けた支援の必要性は指摘されている。しかし、高齢者の病態の不安定さや複数の疾患をもつマルチモビディティも相まって、現状では介入の成果や評価に関する報告は乏しい。急性期病院での治療自体が、高齢者にとっては心身ともに大きな侵襲となる。それに加え入院という環境変化が気力・体力を奪いかねない。入院時のフレイル評価により、入院中のリスクを把握し、治療と並行してフレイルの改善や予防をはかることが早期退院や退院後の介護予防の観点からも重要である。

★提言の解説

一般社団法人日本老年看護学会は、急性期病院で治療を受ける高齢者が本来もつ機能を可能な限り発揮でき、望む生活を実現できるように、フレイルの予防・回復を念頭においた看護を推進する。以下、フレイルに焦点をあてた看護を述べるが、これまでもフレイルという概念ではないが同様の看護が実践されていたはずである。それをフレイルという概念で見えていくことによって、入院した高齢者に効果的な看護を提供できると考える。また、フレイルの変化を示すことは看護の評価にもつながる。

この提言を検討する中で、老人看護専門看護師から、臨床でのフレイルの予防・回復に関連する看護や課題の語りを集めた。この中から提言1-1～1-6 および提言3は、具体的な看護実践を例として示した。なお、記載にあたっては個人情報保護の観点から語られた表現を修正している。これらを読むと、それぞれの提言で示した看護実践が相互に関連し合っていることがわかるだろう。

ここで挙げた例以外にも、現場ではさまざまな看護実践が展開されている。それを出し合うことで、実践の場で取り入れやすくなるを考える。本学会の学術集会や学会誌で各自の看護実践を発表し、参加者や読者がそれを取り入れて、効果的な看護を展開することを期待している。

<提言1とその解説>

提言1

入院中生じやすい**高齢者のフレイルの予防・回復のための看護を意図的・計画的に実践**するために、以下を推進します。

急性期病院の看護計画においては、一般的に治療を行う主疾患および基礎疾患・併存疾患を念頭においた看護が計画される。高齢者の場合は、転倒などその過程で生じやすいリスクに対する予防的な看護が計画される。フレイルもリスクの一つになるが、フレイルの予防、回復を目的とした看護計画の立案が普及しているとはいえない。しかし、多くの看護師たちは、高齢者の退院後の生活を念頭におき、その運動機能低下を予防しようと努力している。運動機能の維持・向上には、筋力の回復が必要である。そのためには栄養状態を維持・改善する必要がある。そこには食事を食べようとする意欲や食べるための機能が必要になる。それらを統合的に看護展開していくために、フレイルの予防・回復を念頭において意図的・計画的に看護を実践することを推奨する。そのために、以下7つの内容の実践を求めたい。

提言 1-1

入院時に高齢者の**フレイル状態(身体、心理、社会面)を把握**し、治療・回復への**影響をアセスメント**して看護計画に活用すること

フレイルの状態では治療・回復の遅れが生じやすくなる。入院時に、フレイルを意識してアセスメントすることにより、治療・回復の遅れに対する予防的な介入が可能になる。身体的側面のフレイルは、いくつかの評価基準やツールがある。その一つである改訂日本版フレイル基準（J-CHS 基準）では「体重減少」「筋力低下」「疲労感」「歩行速度」「身体活動」によって評価される。しかし、入院時に、意識レベルの低下、強い苦痛など、重篤な状態にある場合はこれらの把握は難しくなる。入院前の日常ではどのような状態だったのか、さらに今後どのような状態になり得るのかをアセスメントする。

身体的側面のフレイルには、心理面や社会的側面も関係するが、入院時には十分に把握できないことも想定される。よって、意図的に情報を得るために高齢者とその家族に関わる必要がある。これらの情報を統合してアセスメントし、看護計画に反映する。

<例>

フレイルという概念や評価ツールを使ったアセスメントではないが、入院前の状態を早期に把握すると共に、さまざまな要因を統合的に検討し看護実践に活用している状況が挙げられた。

・ **入院前の ADL** は先に聞いておく。自宅ではトイレに行けていたなら、早めに薬で苦痛を取り除き、トイレに行けるようにする。トイレに行って排泄するためにはいろいろな動作が含まれるので、まずそれらを保つことを意識する。

・ **動けるという評価** は細やかにアセスメントしている。ただ、「動きたいと言っているから、動いてよい」「動いていたから病院でも動いてもらう」というわけではない。**高齢者の思いや入院前の生活**を尊重しながらも、病状や疾患による消耗を考慮したり、入院後の生活も予想したりしながら、今できる範囲や動く方法を考えて、支援している。

・ **入院前に昼寝** をしていた情報を収集していたことから、活動性を高めるというだけでなく、昼間の休息時間を確保しながら離床をすすめた。

・ 食事が進まないという高齢者に、よく話を聞いてみたら、**家では朝食をとっていなかった**。その人には朝食は無理に進めず、昼食を食べてもらうようにした。

提言 1-2

高齢者の安全を考慮しつつ、**活動性(ADL)の維持・拡大**を図ること

入院の原因となった疾患によって運動機能が低下する場合だけでなく、入院することによって活動量が低下し、筋力が低下する。また、疾患、治療によっては栄養状態も低下する。さらに、高齢者の場合、さまざまな要因が影響し転倒のリスクが高くなる。そのため、運動機能は維持されていたとしても予防的に行動の制限が加えられている場合がある。しかし、動かないことによってフレイルは進行する。安全を考慮しつつ、活動性を維持する看護が必要である。看護では、相反するこの2つの課題を同時に満たすことが求められる。少なくとも、高齢者の日常生活動作にどの程度の介助が必要かをアセスメントし、その能力を維持・向上する視点で具体的に看護を展開する必要がある。そのために、**安全な環境**になるように工夫、調整することも重要になる。

<例>

高齢者の要望や目標を把握し、それに向けて活動性を高めていること、入院前のADLや日常に近づける努力が挙げられた。安全への考慮については環境調整が多く挙げられた。

・「寝たきりになりたくない」という思いが強く、病状が安定しないうちから動いて転倒を繰り返していた高齢者がいた。「自分で動きたい」という思いを尊重し、**観察を強化しながら、動き始めを発見しやすいよう環境を整えた**上で、まずは動ける範囲で動くことを促した。その結果、転倒せずに動くことができるようになった。本人の希望にそったケアは重要だと思う。

・入所施設ではポータブルトイレで排泄をしていた高齢者が、入院後、「座面が冷たいから、**本当はトイレでしたい**」話したことをきっかけに、トイレで排泄できるように計画し、スタッフに周知した。トイレでの排泄を続けるうちに、移乗および移動の安定性につながった。

・個々の状態・状況に応じて、患者が**自由に動けるように環境整備**している（**テーブルの位置の工夫、室内レイアウトの工夫等**）。「動くリスク」も「動かないリスク」もあるので、患者の情報や状態をもとに見極めることが重要だと思う。できる限り動くことを止めないように考えている。

・転倒は心配だけれど、トイレまで歩いて行けるとよいと考えて、**トイレに近い部屋にしたり、ベッドをなるべく壁伝いにトイレに行けるような位置にするなど、環境を調整**した。

・歩行が許可されていない時期でも、車椅子乗車が可能であれば、洗面所には車いすで移動する等、**指示された安静度の中で通常の生活に近づける**ようにし、整容や食事、排泄における**計画的な離床**を実施している。

提言 1-3

高齢者が生きることへの**意欲を低下しないように、意欲を呼び起こす**働きかけを行うこと

活動性の維持には、本人の意欲が重要になるが、疾患や治療の影響から、また、さまざまな心配事や環境の変化から意欲が低下する場合がある。看護師の関わり方ひとつで、高齢者が生きる希望を持つ場合もあれば、生きている意味を見失う場合もある。死に向かう存在である超高齢者であっても、人として尊厳をもって生き切るためには、生きることへの意欲は重要である。特に、回復する見込みがあって治療を受けている高齢者に対しては、その人の意欲はどうか、どのようなことが意欲を低下させているのか、あるいは、どのような関わりが意欲を呼び起こすことになるのかを考える必要がある。

<例>

本人の考えや要望を会話の中からとらえて、それにそったアプローチを実施していることが挙げられた。

・肺炎患者で状態が改善しても布団にこもるようになっていた。入院前の生活状況とその時の状況に不一致があり、「Aさんはこれからどうしていききたい？」と投げかけたところ、Aさんが「そんなことを尋ねてくれたのは初めてだ」と話した。それを契機にAさんは自分で動くようになりADLが改善した。患者自身がどうしたいかを大事にしたいという思いが患者にも伝わり、患者自身の主体性が発揮された場面だったと考えた。

・100歳くらいのBさんが「動けなくなった」と話した。手引き歩行で歩いていたので、看護師は、Bさんは「歩行できている」と評価していたが、Bさん自身にとっては一人で歩けることが「動ける」ということだった。看護師は、つい介助してしまいやすいが、Bさんの思いを受けとめ、歩行時は見守るようにした。

・物忘れ外来で来院したCさん。体動が少なく、座っているだけの様子がみられた。妻がとても献身的な人で、Cさんができることも妻が代わって行っており、結果的にCさんの機能が低下したと考えられた。認知症の診断と共に、**妻にケアの方法を伝える**と、Cさん自身で動くことが増え、発語も見られるようになった。

提言 1-4

高齢者の**栄養状態を維持・向上**するための働きかけを行うこと

栄養状態の悪化は筋肉の脆弱化を招き、活動性を低下させ、フレイルを進行させる。栄養状態に関連するさまざまな状況を把握し、栄養状態を悪化させる要因を早めに見つけて介入する必要がある。

疾患や治療に伴い、出血や浸出液など、タンパク質の漏出を生じることから低栄養につながる場合がある。入院し治療を受ける中で、絶食の期間があったり、病院食が個人の好みや摂取しやすさに合わなかったりして、摂取量が不足することも低栄養の原因となる。また、疾病や薬の影響により食欲が低下する場合がある。高齢者では、食べない期間があることで口腔の機能が低下することも知られている。口腔機能の低下は、飲み込みにくさに影響する。声の出しづらさが生じるとコミュニケーションにも影響が出る。口腔内の清潔も関連し、炎症が起きて痛みがでたり、口臭が強くなって他者が関わりを避けたいくなる場合もある。このように身体面、心理面、社会的側面全体に影響が生じる可能性がある。このような状態を**オーラルフレイル**と言う。入院時から口腔機能を把握し、オーラルフレイルを意識することも、栄養状態の維持・向上につながる。

<例>

高齢者のもともとの生活習慣や好みを活かすこと、食べたいと思う食事を準備すること、機能が発揮できるように準備することなど多様な内容が語ら挙げられた。

・施設入所中の高齢者について、施設では3食に加え間食が2回提供されているという情報を得たため、補食として提供できるものを間食の時間に提供したところ、全体的な食事摂取量が増えた。

・お粥を食べないので、理由を聞くと「パンが好き」と話した。嚥下障害がありパンを食べていただくことは難しかった。食事にコーンスープ味の栄養補助食品をつけ、パン粥を出したところ、摂取量が増加した。

・病院の食事を食べたくない様子だったため、主治医の許可を得て院内のコンビニに行き、自分で好きなもの、食べられそうなものを選んでもらうと食べることができた。

・食べる前の準備が整っていないために、食べられないこともある。口腔ケア、食事時の姿勢、整容といったことを支援することで、食事が進む人もいる。

・見えていないと食事を認識できない。きちんと認識できないために食事をとる意欲につながらない。食事の時には、眼鏡や明かりを確認、調整する。また、実際これがどのような食事かを説明して、患者の意識を食事に向ける。

提言 1-5

高齢者の**全人的苦痛を取り除くケア・心地よさを味わえるケア**を積極的に取り入れること

入院し治療を受ける高齢者は、疾患や治療に伴いさまざまな身体的苦痛を伴う。さらに、さまざまな不安や恐怖、生きる上での苦悩など、多くの苦痛を感じやすくなる。身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな面も含めて、全人的な苦痛を除去、緩和するケアを積極的に行う必要がある。しかし、全てをなくすことが難しい時期もある。そこで、少しでも心地よい状態を作り出すケアを提供することが有用になる。それが意欲や活動性の向上につながる。

<例>

心地よいと感じることのできる活動やケアの実施のほか、便秘、尿閉、口腔の汚染などの苦痛の除去、褥瘡などの苦痛が生じる要因の予防、心理的な苦痛に対し、根本的な解決策を講じることが挙げられた。また、その人の望むことと、生じるであろう苦痛の予防とが対立する中、慎重な検討を行い、本人の望みを叶える方向で調整したことも挙げられた。

・囲碁やゲームなど、入院前にしていた**楽しみとなる活動**を入院中でもできるように、支援する。

・起き上がる一寝る動作を繰り返し、強い口調で何かを訴えている患者がいた。数日前に抗精神病薬を開始しており、それによる**尿閉**を疑い、定期的な間欠的導尿を行い、その薬を中止したところ、その言動が消失した。

・夕食時に「おしっこ」と何度も訴え、そのたびトイレに行っていた。5日間**排便がない**という情報をもとに摘便をしたところ、トイレで多量の排便がみられ、排尿の訴えはなくなった。その後、計画的に水分が摂取できるようにした。

・認知症をもつ患者の陰茎癌手術後、排尿時に尿が飛び散ってしまうため、トイレを汚し、たびたび着替える必要があった。患者はスタッフに**迷惑をかける**と**気にして**おり、自分から動こうとしなくなった。スタッフで検討し、尿器に排尿することを提案すると、汚さずに排尿でき、患者の表情も明るくなった。

・消化管出血で入院し、絶食となった患者が、繰り返し「ひもじい」と訴えていた。その患者と今後治療や生活について話をしたところ、本人の希望として「孫やひ孫にお年玉をあげたい、家族と一緒にいたい、ご飯を食べたい」と話した。患者の思いと疾患の悪化による苦痛が生じる恐れを検討しながら絶食を続けていたが、**最終的には食事を再開**し、退院できるように調整した。

提言 1-6

高齢者とのコミュニケーションを活性化する努力を続けること

高齢になると聴力の低下が生じてくる。聞こえの問題は会話が円滑にできないだけでなく、生活全般が不自由になり、楽しみも減退し、生活の質の低下が生じる。これを**ヒアリングフレイル**と言う。それに対処しないしていると認知症やうつ状態のリスクが高まる。補聴器や聞きやすい環境などの工夫が重要になる。

看護師がどのようにコミュニケーションを行うかは、高齢者が動こう、生きようと意欲的になるか、そうならないかを決める一因となる。また、その高齢者の心身の状態を的確に把握するのもコミュニケーションが重要である。十分なコミュニケーションがとれないことによって、高齢者を誤解したり、その能力を過小評価したりする場合もある。

コミュニケーションによって、高齢者が心地よさを感じることができるとは限らない。しかし、配慮のないコミュニケーションによって不安や悲しみ、苦痛を強く感じるかもしれない。看護師が一方的に伝えるのではなく、本人の立場にたって配慮し、気持ちや考えを引き出すことが重要になる。

言語的なコミュニケーションだけでなく非言語的なコミュニケーションも重要である。言葉以外のことからその高齢者の心身の状態を把握できることがある。また、看護師の態度には、その看護師の思いや心身の状態が現れる。その高齢者のために何ができるかを考えながら関わることによって、言語的・非言語的コミュニケーションが活性化し、相互理解が進む。そこからフレイルの予防・回復に有効な看護が提供できるようになる。

<例>

反応が乏しくても話しかけ続けること、その人が興味をもちそうな話題を話しかけたり、話しかける場やタイミングを考慮したりすることなどが語ら挙げられた。

・Aさんは抑うつ状態で食事に手をつけず、入院して数日間、水分しか摂っていなかった。医療者からの声かけにも頭から布団を被り、無言だった。訪室するたびに、Aさんを心配していることを伝え、食事以外の話をしていたところ、Aさんが「お金がないんです」とつぶやいた。そこから、食事代を支払えないという理由で食事を拒んでいたことを理解できた。それ以降、少しずつお金を心配していることを話してくれたので、相談員にも伝えて経済的な相談を進めた。その後、Aさんは食事を摂るようになった。Aさんは、入院時には経済的な困窮はなかったが、過去に多額の借金を背負ったことがあったとわかった。

・コーヒーを飲む習慣のある高齢者に、デイルームで缶コーヒーを飲みながら話をした。いつもより会話がはずみ、今までは聞くことのなかったその人の思いを聞くことができた。

・戦争の話はタブーだろうと思っていたが、戦争のことを若い人にきちんと伝えておきたいと思っている人もいて、大変だった経験を語ってくれたりする。その人の反応を見ながら話題を考えている。

・脳梗塞などでは、一時的に意識レベルが落ちる。毎日、普通に挨拶をして、今の時間を伝え、自分は看護師で、ここが病院で、今治療している、など、見当識の手がかりとなることを話す。少し意識レベルが落ちていても理解ができていることがある。話が聞こえている場合もある。毎日訪室した時にあいさつを続けていくと、意識レベルも上がってきて、患者さんの反応を「何か返ってきた」「ちょっと話してくれるようになった」とスタッフが話すようになる。それで、より多く話しかけるようになって、患者さんの話す量が増える。患者さんの反応が遅くても、反応するまで話してみようとする。そうすると反応が返ってくるまでの時間がどんどん短くなる。

提言 1-7

高齢者に行った看護について、**フレイルの予防・回復への貢献を評価**すること

フレイルに焦点をあてた看護を計画すれば、その結果どのようになったか、つまり、フレイルの予防・回復ができたかを評価することになる。高齢者の状態が看護の成果（アウトカム）になるので、フレイルの予防・回復に、看護がどのように貢献できたかを検討してほしい。

高齢者の状態には医療や他の職種の支援も関係するため、看護だけの成果とは言い難い点もあるが、どのような看護が今の患者の状態をもたらしたのか、よい点も不十分な点も含めて検討し、記録に残してほしい。その積み重ねが高齢者への看護の質の改善につながり、これまで認識されにくかった看護の成果が明らかになる。

<提言 2 とその解説>

提言 2

入院中にフレイルを進める要因となる**身体拘束の低減、および身体拘束に伴う合併症の予防**に向けた働きかけを推進します。

急性期治療における円滑で安全な治療の遂行を目的に、身体拘束が実施される現状がある。しかし、身体拘束によって活動が抑制され、フレイルが進行する。また、身体拘束はせん妄の要因となるほか、さまざまな合併症が生じる。高齢者にもたらされる心理的ダメージが大きいことも忘れてはならない。これからの急性期病院における看護では、身体拘束を限りなくゼロに近づけることが第一優先の課題である。また、身体拘束に伴うさまざまな合併症を予防する看護を実施することは、身体拘束を行う上で必須となる。その合併症の一つとしてフレイルを想定しておく必要がある。

身体拘束の低減については既に様々な取り組みがなされている。それを参考にしながら、自施設での取り組みを進めてほしい。

<提言3とその解説>

提言3

高齢者のフレイルの予防・回復を念頭においた医療・ケアを、**本人と家族および多職種と協働し、入院前、入院中、退院後も継続**して実施することを推進します。

フレイルは、治療に伴う合併症のリスク要因である。そのため、入院前から高齢者のフレイル予防ができれば、治療に伴うリスクの低減につながる。また、退院後も高齢者とその家族がフレイル予防・回復を意識して行動できれば、生活の質の維持・向上につながる。入院前、退院後のフレイル予防・回復には、本人と家族によるセルフケアが重要であり、看護はその支援を行う必要がある。

高齢者の治療・療養にはさまざまな職種が関わり、疾病の治療・回復、機能の維持・向上、安寧な生活を支えている。フレイルの予防・回復のために、多職種との協働を円滑に進める必要がある。

<例>

フレイルの予防・回復に関わるケアを適切に実施、継続するために、スタッフ間の連携や情報共有のほか、多職種、外部組織の支援者、家族との連携について挙げられた。

・認知症の高齢者が入院した際、生活習慣やベッド周囲の様子（大切にしているバッグ、かみそりの場所）を**ケアマネジャーに確認**し、入院環境を調整した。安心して入院生活を送ることができ、円滑に治療を受けていただけた。

・肩関節の手術のため1か月程度入院した独居高齢者。入院時 TP、ALB が低値だったが、入院し、手術後、病院食を全量摂取されていた。退院後、肩関節の疼痛や運動制限によって家事動作に関して IADL が低下すると予測されたため、退院支援にあたって、**地域の支援者と情報を共有**し、家事援助や宅配食などを導入した。

・家からほとんど外にでていなかった独居高齢者が、肺炎で入院した。フレイルで体重が減少していた。嚥下機能評価の際、口腔衛生が不良であることがわかった。**歯科医や歯科衛生士や家族、認定看護師、訪問看護、ST と連携**し、口腔保清に加え、マッサージや指導、齲歯の治療、抜歯を行った。その結果、「食事ってこんなおいしかったんだな」と話し、食事の摂取量が増えた。退院後、趣味であった地域の活動にも参加するようになった。

<提言4とその解説>

提言4

急性期病院における高齢者の**フレイル予防・回復に向けた看護を探求**することを推進します。

治療は日々進歩しており、新しい治療法にそって看護を変えていく必要がある。また、団塊の世代の人々が後期高齢者となり、高齢者像は変化していくことが予測され、新たな老年看護の実践が求められるだろう。一方、フレイルは新しい概念であるが、その看護はこれまで行ってきた看護の延長線上にある。フレイル予防・回復に向け、急性期病院に適用できるフレイル評価方法の開発、看護の効果を示す事例報告やエビデンスとなる研究を推奨する。

【引用文献】

- 荒井秀典編 (2018) : フレイル診療ガイド 2018 年版, p. 2, ライフサイエンス, 東京.
- 荒井秀典 (2020) : 新知見を知って看護力も UP! 先生!ホントのところ教えてください!高齢者いつ・どうやって介入する?術後はどう変わる?フレイル高齢者の周術期管理, オペナーシング, 35(3), 308-312.
- 浅見誠, 波多腰峰子, 木下絵梨奈, 他 (2011) : 高齢慢性心不全患者に適應する段階的運動負荷リハビリテーション・プログラムの開発とそのアウトカムに影響する要因の検討, 心臓リハビリテーション, 16(1), 123-131.
- 藤也寸志 (2020) : 高齢の患者さんがもつリスク, 消化器ナーシング, 25 (10) , 6-8.
- フレイルを知って健康長寿事務局 (n. d.) : フレイルチェック. 2024 年 4 月 22 日, <https://www.t-frailty.com/check/>
- Goto R, et al. (2015) : Factors associated with recovery of activities of daily living in elderly pneumonia patients, General Med, 16, 68-75.
- 平野明日香, 加藤正樹, 藤村健太他 (2015) : 急性期病院におけるリハビリテーション専門職配置の効果-呼吸器内科病棟での ADL 維持向上等体制加算算定の取り組み, 理学療法学, 43 (3) , 255-262.
- Kato T, et al (2016) : Changes in physical function after hospitalization in patients with nursing and healthcare-associated pneumonia, J Infect Chemother, 22, 662-6.
- 木下博美, 佐藤雅子, 大谷真弓他 (2018) : 高度急性期病院における栄養サポートチーム (NST) 介入の有用性, 臨床病理, 66 (2) , 152-157.
- 木村祐紀, 渡邊愛美, 妙見実奈他 (2021) : A 病院におけるフレイルの特徴分析 基本チェックリストと重症度、医療・看護必要度を用いた高齢入院患者のフレイル実態調査, 日本看護学会論文集: 急性期看護・慢性期看護, 51, 232-235.
- 厚生労働省 (2018) : 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版. 令和元年 10 月, 2024 年 4 月 15 日, https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00001.html
- Maeda K, Shamoto H, et al. (2016) : Sarcopenia Is Highly Prevalent in Older Medical Patients With Mobility Limitation : Comparisons According to Ambulatory Status. Nutrition in Clinical Practice, 32, 110-115.
- 前本英樹, 他 (2007) : 高齢肺炎患者の ADL 低下に影響を与える要因の検討, 理学療法学, 34, 16-20.
- Mellissa A. R. Ward MD1, Abdullah Alenazi MBBS1, Megan Delisle MD1, et al. (2018) : The impact of frailty on acute care general surgery patients: A systematic review. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, Publish Ahead of Print DOI: 10.1097/TA.0000000000002084
- 森健太郎 (2019) : 脳神経外科手術におけるフレイルの問題, No Shinkei Geka 47(4) , 389-403.
- 村川勇一, 南木伸基, 宮崎慎二郎他 (2021) : 急性期病院における高齢者肺炎患者 108 例の退院時 ADL 能力に影響する因子の検討, 日呼吸誌, 10 (3) , 212-218.
- 中村公則, 若林昌司, 永井道明他 (2018) : 心不全患者に対する急性期病棟専従理学療法士の介入効果-ADL 維持向上等体制加算導入前後の比較-, 理学療法の臨床と研究, 27, 41-45.
- 中屋雄太, 片山訓博, 稲岡忠勝他 (2015) : 当院における急性心不全患者へのリハビリテーション〜退院時歩行能力に関する因子について〜, 心臓リハビリテーション, 20 (1) 238-241.
- 日本医学会連合 (2022) : フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言, 2024 年 4 月 15 日, https://www.jmsf.or.jp/activity/page_792.html
- 日本老年医学会 (2014) : フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント, 2024 年 4 月 15 日, https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf
- 日本老年看護学会 (2016) : 「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016, 2024 年 4 月 15 日, <https://www.rounenkango.com/news/news160823.htm>

- 日本歯科医師会 (2018) : 国民向け啓発リーフレット「オーラルフレイル」, 2024年4月15日,
https://www.jda.or.jp/pdf/oral_frail_leaflet_web.pdf
- 日本歯科医師会 (2019) : 歯科診療所におけるオーラルフレイルマニュアル 2019年版, 2024年4月15日,
https://www.jda.or.jp/dentist/oral_frail/pdf/manual_all.pdf
- 佐竹昭介 (2018) : 基本チェックリストとフレイル, 日本老年医学会雑誌 55(3), 319-328.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/55/3/55_55.319/_pdf/-char/ja
- Sousa AS, Guerra RS, et al. (2015) : Sarcopenia among hospitalized patients-Across-sectional study, Clin Nutr, 34, 1239-1244.
- Spencer Wilson, MSc, Evan Sutherland, Alina Razak, et al. (2021) : Implementation of a Frailty Assessment and Targeted Care Interventions and Its Association with Reduced Postoperative Complications in Elderly Surgical Patients. Surgical Frailty Assessment and Care. Vol. 233(6), December, 764-775.
- 田屋雅信 (2013) : 疾患別の離床プログラム. 眼でみる実践心臓リハビリテーション, 改訂3版, 安達仁編集, 24, 中外医学社, 東京.
- 谷口倫子 (2022) : 令和4年度厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材養成事業研修会 総論①政策からみた在宅医療の現状について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001090217.pdf>
- 辻佐世里 (2022) : フレイルの進行を予防する多職種チームの関わり 高齢心不全患者のフレイル予防に向けた地域と連携した多職種チームの取り組み, 日本循環器看護学会誌, 17 (1) , 41-43.
- 宇都宮明美 (2016) : 【心身機能の低下防止のために病棟でできること 患者がより良い状態で次の療養の場に移行できるために】 これからの急性期病棟の看護師に求められるフレイル評価と多職種連携, 看護展望, 41 (7) , 614-619.
- 山口晃樹, 平瀬達哉, 小泉徹児他 (2018) : 急性期病院におけるフレイルを有する高齢入院患者の特徴, 日本老年医学会雑誌, 55 (1) , 124-130.
- 吉村芳弘 (2020) : 【超高齢社会の重要トピック フレイル対策最前線】 (第2章) フレイルの評価方法と多面的ケア フレイル高齢者のリハビリテーション, 看護技術, 66 (5) , 453-457.