

原 著

COPD 療養者が地域において 療養生活を継続していくためのニーズ

Needs of continuing treatment life among community patients with chronic obstructive pulmonary disease

白谷佳恵¹⁾田高悦子¹⁾

Kae Shiratani

Etsuko Tadaka

キーワード : COPD, 療養生活, ニーズ, patient centered care, 喫煙

目的 COPD は世界における主要な死因でありながら、我が国では重症になってからの受診が多く、地域で療養生活を継続していくための支援の質の向上が重要である。看護職の視点により捉えられる「COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズ」を記述し、地域における療養生活の支援への示唆を得ることを目的とする。

方法 半構造化面接による質的記述的研究をデザインとし、5人の認定看護師(慢性呼吸器疾患看護)からインタビューの協力を得た。語られた内容を逐語録に起こし質的記述的に分析した。本研究は横浜市立大学医学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

結果 研究協力者により語られた9事例のうち7事例が男性であり、COPD 診断時の年齢は 72.6 ± 15.5 (33~85)歳であった。COPD 療養者が療養生活を継続していくためのニーズとして【自分ではどうにもできない依存】、【わかりにくい障害を受け入れる葛藤】、【病とともに生きていく覚悟】、【療養を続けるための資源の調整】のカテゴリが見出された。

考察 COPD 療養者が療養生活を継続していくためのニーズを踏まえた支援として、身体的精神的苦痛への理解、療養者及び家族を支える地域関係資源による継続的包括的なサポート体制が必要であると考えられる。今後は、他の専門職及び療養者へも、療養生活を継続していくためのニーズについて尋ね、支援プログラムの開発にいかしていく必要がある。

Abstract

Purpose COPD is one of the main causes of death in the world, most patients start medication while the disease become heavily worse. Improvement of the support is necessary for a treatment life among community patient with COPD. The purpose of this qualitative study was to describes needs of continuing treatment life among community patients with COPD from the nurses' perspectives, as well as to obtain suggestions for support the community dwelling patients under medical treatment in Japan.

Method The study was designed as a qualitative descriptive approach. Data were collected through semi-structured interviews with five certified nurses(CNS) of chronic respiratory disease. Interview were audiotaped, and transcribed verbatim and analyzed qualitatively. The study were affiliated research institution and informed consent from the participants.

Results There were 7 men in 9 interviewed cases, averaged age was 72.6 ± 15.5 (33~85)years old. The study identified four categories that described the needs of continuing treatment life among community patients with COPD: "Uncontrolled dependence," "Tangle to accept an incomprehensible obstacle," "Determination live with the illness," and "Adjustment of life resources for continuing medical treatment."

Discussion For continuing medical treatment life among patients with COPD, understanding patients' physical and mental pain, and continuous comprehensive support system for patients and those family by area relations resources is needed. Future study is necessary to grasp another view of needs from health and medical workers and person oneself, and to develop the support program for them.

Received: October. 31, 2018

Accepted: February. 20, 2019

1) 横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学分野

I. 緒言

慢性閉塞性呼吸器疾患(以下, COPD とする)は 1975 年に提起された疾患概念であり(Burrows, 1975), 主にたばこの煙による有毒な粒子やガスの吸入により生じる進行性の疾患であり, 運動時の呼吸困難や慢性の咳・痰などの症状がある(Ceill, 2004). 世界の複数都市の有病率を明らかにした The Burden of Obstructive Lung Diseases (BOLD) Study では有病率が 8-12%程度であると見積もられ, 長期的暴露及び修復機能の低下が関与するため年齢とともに有病率が増加すると報告されている(Buist, 2007). また, 症状が重篤であるほど, 再発が多いほど治療予後がよくなく(Dewan, 2016), 禁煙及び早期発見が最重要課題である. 人口の高齢化に伴い 2020 年には COPD が世界の死因の第三位までに至るであろうとされ(Lupes, 2006; Mathers, 2006), 世界保健機関(WHO)は対策の強化を指摘している(WHO, 2009).

我が国においては, Nippon COPD Epidemiology (NICE) Study において, 40 歳以上の成人における有病率が 8.5%程度と見積もられ, 年齢とともに増加, 推定患者が 500 万人以上と見積もられるものの, およそ 9 割は受診・療養に結びついていないことが指摘されている(Fukuchi, 2004). 平成 26 年度患者調査においても, COPD は推計外来患者数が約 2 万 2 千人と算出される一方(厚生労働省, 2014a), 年間死亡者数は 1 万 6 千人を凌ぎ(平成 26 年人口動態統計:厚生労働省, 2014b), 推計外来患者数が 22 万人を超える糖尿病の死亡者数(約 1 万 3 千人)を超える状況であり, 受診率の低さと同時に死亡率の高さから, 受療する患者の多くは重症化した者であることが推測できる. さらに, COPD は患者の QOL を低下させるのみに留まらず, 主要死因の 1 つである肺炎等の危険因子としても重大であり, 医療経済的観点からも脅威である(Teramoto, 2003).

COPD の診断はスパイロメトリー等による 1 秒率 70%未満が基準であり, 禁煙, 薬物治療, リハビリテーションによる治療・管理が基本である(Ceill, 2004; 日本呼吸器病学会, 2013). 国が掲げる方針では健康日本 21(第二次)において, がん, 循環器疾患, 糖尿病とともに生活習慣病に位置づけ対策の強化が求められ(厚生労働省, 2012), 健康増進法でも受動喫煙の防止が義務づけられている(厚生労働省, 2010). しかしながら, 2017 年における COPD 認知率は 25.5%であり(GOLD, 2017), 30 歳代男性の喫煙率は依然として 40%を占め(厚生労働省, 2017), 効果的な対策の強化が不可欠である.

COPD 診断後の療養生活においては継続的服薬の自己管理不良者が多く, 症状の憎悪及び在宅酸素療法(HOT)の導入につながり, 医療費の増大も懸念される(GOLD, 2013). また重症化した COPD は“生きながら窒息する, 地上で溺れるような最も悲惨な末期を迎える”と比喻され(河内, 2016), 療養者 QOL の観点からも適切な療養を継続し, 重症化を防ぐ必要性がある. 慢性疾患の罹患によりスティグマがもたらされることは既知であるが(Strauss, 1987), COPD の発症は“喫煙を主と

する有害物質の長期的吸入暴露”が主な原因とされるため, 療養者はより重いスティグマや自己責任感を抱え(猪飼, 2016), このことが周囲との関係性構築を阻害し受診行動や治療継続にも影響することが考えられ, COPD 療養者の心理を踏まえた関わり方の検討が必要である.

地域における COPD に関する活動としては, 気管支喘息・COPD 患者への吸入指導におけるネットワーク・連携構築(小林, 2015;伊東, 2015)や, 酸素療法患者を対象としたテレナーシング実践(亀井, 2011)等がみられる. また, 自治体では, 健康相談や禁煙相談を実施し, 未治療の潜在的な COPD 患者への保健指導を行っており, これらの活動をより広く一般的に行えるように方策を蓄積していく必要がある. このためには, COPD 療養者が地域における療養生活を継続するうえで不可欠となる, 症状管理, 薬物療法のサポート, 禁煙及び食事指導, 呼吸器リハビリ等に携わる看護職から, COPD 療養者が療養生活を継続していくためにどのような顕在的及び潜在的ニーズを抱えているのかを把握することが有用である. なぜなら看護は療養する者のニーズを明らかにし, その充足により, 個人の自立や安寧を促す役割を有するからである(Henderson, 1969).

本研究では, 看護職の視点により捉えられた COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズを記述し, 早期発見・治療及び療養継続に必要な資源ならびに支援プログラムを開発するための示唆を得ることを目的とした.

II. 方法

1. 用語の定義

本稿において, 看護職の視点により捉えられた「COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズ」とは, COPD を有する者が地域において療養生活を継続していくために必要な身体的・生物学的・社会心理的欲求, あるいはこれらにかかわる課題とし, 研究枠組における中心概念として用いることとした.

2. 研究デザイン

本研究は COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズを記述することを目的としたため, 半構造化面接による質的記述的研究をデザインとした(萱間, 2007).

3. 研究協力者

COPD 療養者が地域において療養生活を継続する際, かかりつけの外来医療機関, 訪問看護機関, 急性増悪時等の入院医療機関が必須であり, これらの機関に従事する認定看護師(慢性呼吸器疾患)を研究協力者とするこで, 豊かな実践知のみならず, 豊富な経験による事例が抱えるニーズの把握に基づいた語りが得られると考えられ, これらの者を研究協力の対象とした. COPD 療養専門機関において, 認定看護師(慢性呼吸器疾患看護)として従事する者に対し, 機縁法により調査の協力を依頼し同意を得た. 選定基準は, COPD に関する専門分野での看護師経験年数が 3 年以上であり, インタビュー内

容について回答可能である者とした。

4. データ収集

研究協力の候補者へ文書を用いて研究の目的及び方法、インタビューにおいて聴きたい内容等について説明し依頼した。研究協力の依頼の結果、すべての者から同意が得られたため5人へ調査を実施した。本研究ではCOPD療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズを記述することを目的としたため、インタビューはケアが十分行われ、療養者の療養生活が十分に把握できていたと実感される事例について語っていただくよう依頼した。

データ収集は1人60-100分程度の半構造化面接により収集した(2017年3月～7月実施)。面接はプライバシーの保たれる個室で行い、基本属性を把握するためのフェイスシート及び文献をもとに作成したインタビューガイドを用いて尋ねていく形式とした。インタビューガイドの内容は、①COPDの診断に至るまでの経緯、②診断後から現在までの経過、③療養生活継続のために必要だと考えることについて尋ねた。

半構造化面接の内容は研究協力者の許可を得て録音し、面接中に気づいたこと等も研究協力者の許可を得てメモに残した。面接は無理に聞き出したりせず、研究協力者が自由な気持ちで語れるような雰囲気づくりに努めた。

録音した面接内容は、メモを見ながら繰り返し聴くことで語られた内容を十分理解できるよう努め、逐語録を作成した。

5. 分析

分析は、録音内容を聞きながら逐語録を読み込み、研究協力者が伝えたい内容を注意深く探索しながら進めた。文章のまとまりごとに分けて最小単位ととらえ、意味内容をコードとして抽出し、コードの意味内容について共通性を検討しながらサブカテゴリを抽出し、サブカテゴリ抽出の作業を繰り返して得られた複数のサブカテゴリについて、その特徴や類似性・相違性を比較しながらサブカテゴリ間の関係性を探索し、サブカテゴリの意味を包含するカテゴリを命名した。

これらの作業を、段階的に進めたり戻ったりしながら繰り返し続け、COPD療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズとして説明が成立するかどうかについて、関連分野の臨床・研究経験のある研究者からの意見をj得て見直しを繰り返し、妥当性の向上に努めた。

6. 倫理的配慮

研究の協力を依頼するにあたり、研究の目的及び方法、研究への協力、参加の任意性、個人情報jのj厳重な保護管理、匿名化したデータによる学術雑誌における公表等について文書及び口頭で説明し、文書による同意を得て実施した。

なお所属する機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 A150326012)。

III. 結果

1. 研究協力者及び事例の概要

研究協力者の基本属性を表1に示す。研究協力者5人(A～E)はすべて女性であり、年齢が45.2±9.0(範囲33～54)歳であった。すべての研究協力者から、1～2事例、あわせて9事例

表1 研究協力者の概要

		n=5
		Number or Mean±SD
年齢		45.2±9.0
所属		
	外来看護師	1
	病棟看護師	1
	訪問看護師	3
看護師経験年数		20.8±6.6
専門科*経験年数		12.8±12.8
修了養成機関		
	専門学校	3
	短期大学	1
	大学	1

専門科*は呼吸器内科等のCOPD看護に関連する専門科を示す例についての語りが得られた。

語られた9事例の対象者をa～iで表し、概要を表2に示す。9事例のうち7事例が男性であり、COPD診断時の年齢は72.6±15.5(33～85)歳であった。8事例は在宅酸素療法(Home Oxygen Therapy: HOT)が導入されており、いずれの事例も研究協力者との関わり合いが開始された時期は症状が進行した状態になってからであり、療養期間として3年～10年が経過していた。

2. COPD療養者の経験

COPD療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズは、表3に示す4つのカテゴリ、すなわち3サブカテゴリからなる【自分ではどうにもできない依存】、5サブカテゴリからなる【わかりにくい障害を受け入れる葛藤】、3サブカテゴリからなる【病とともに生きていく覚悟】、3サブカテゴリからなる【療養を続けるための資源の調整】が見出された。文中において、語られた内容を同等の意味内容に分類して抽出したサブカテゴリは[サブカテゴリ]、それらを包括するカテゴリを【カテゴリ】で示す。また、サブカテゴリの意味合いを含みカテゴリの内容を象徴する代表的な語りの内容を斜体で示し、語りを得た研究協力者をA～Eで表す。

表2 事例の概要

n=9					
	COPD 診断年齢	性別	同居者 (続柄)	主な症状/処置	既往歴
a	80	男	なし	右心不全 HOT	
b	72	男	妻	肺高血圧症 HOT	糖尿病
c	33	女	夫、父母	HOT NIPPV	糖尿病、うつ、腎炎、 蜂窩織炎
d	72	男	妻	HOT	糖尿病、胆石、大腸がん
e	80	女	長女家族	心不全 HOT	
f	85	男	妻	HOT	胃がん、食道がん、 前立腺がん
g	73	男	妻	高血圧症、動脈硬化、 骨粗鬆症	糖尿病、腎炎、 水疱性類天疱瘡
h	78	男	妻	HOT NIPPV	軽度認知症 (要介護3)
i	80	男	妻	HOT	結核、骨粗鬆症骨折、 咽頭がん

HOT: Home Oxygen Therapy

NIPPV: Non-Invasive Positive Pressure Ventilation

なお文章及び図表中の「病」は「COPD」を示し、療養者が用いている表現を使用することで、当事者にとっての概念に近似するよう努めた。

【自分ではどうにもできない依存】とは、仕事や子育てにおけるストレスやプレッシャー、あるいは思いどおりにいかない不満や自身の役割のなさから生じる空虚感等を発散させようと〔ストレス回避としてたばこをみつける〕経験をしていた。また語られた療養者はコミュニケーションが不得意であったり、就業組織として喫煙が当然である組織風土があったりという背景が語られ〔たばこをコミュニケーションに利用する〕経験もしていた。次第に一日の喫煙本数も増加し、〔たばこがないと生活できなくなる〕経験がみられ【自分ではどうにもできない依存】というニーズが生じていた。

喫煙歴は20歳から65歳まで。一日に20本吸っていたので、ブリクマン指数(禁煙指数)が900だった。営業の時は、もう部下30人、40人を率いている営業部長さんだったらいいです。だからやっぱりストレスですかね。E

【わかりにくい障害を受け入れる葛藤】とは、自らが苦むCOPD症状の原因がわかっていながらも、たばこについては否定せず喫煙を続ける〔たばこのことには蓋をする〕経験がみられ、症状が出現しても、呼吸の整っている平常時には自覚症状に乏しく、日常生活動作に困ることがないという〔自覚しにくい症

状に目を背ける〕経験がみられた。筋骨格系の異常により運動機能が低下しているのではなく、酸素量の低下により運動機能が低下しているために、自身の呼吸により身体機能が変動することに本人自身も理解できず〔変動する身体機能に戸惑う〕経験がみられ、気力により身体活動が可能であると判断したり、HOTの導入に対しスティグマや不自由感を抱いたりし〔酸素療法の導入に葛藤する〕経験を抱く様相が語られた。そうして、過去の自身の喫煙行為から生じたこのような変動する症状の病あるいは治療の受容において〔わかりにくい病への怒りを周囲にぶつける〕という経験がみられ【わかりにくい障害を受け入れる葛藤】というニーズが生じていた。

COPDって言われたけれど、苦しいのがやっぱりなかったもので、結構ほったらかしにしちゃっていた。たばこも結構吸っていらっやっただすよね、そのときは、酸素を導入してからもお仕事をされていたので、吸わないでいたりとか、弱っていると思われたくないから、結構、動いたら苦しかったんですけど、酸素を吸わずに会社に行ったりとか、会社まで酸素を吸って行って、職場の中に入ったら隠しちゃうとかはさかれていて、やっぱり酸素を吸うことの抵抗感とか。会社の中で社長さんという立場があるので、それをする事で、商談とかで信頼関係が落ちるんじゃないとか、あとは、酸素をしなくても、まだ自分は大丈夫なんじゃないかと思いたい気持ちもある、とは言っていました。B

表3 COPD患者が地域において療養生活を継続していくためのニーズ

n=9

カテゴリ	サブカテゴリ	主なコード
自分ではどうにもできない依存	ストレス回避としてたばこをみつける 本当にごみ屋敷で、息抜きはたばこくらいしかなかったのではないかと 苦労は一切話さない厳しさはあった、「自分にしかわからない」と	
	たばこをコミュニケーションに利用する たばこにより人とのつながりを感じている方が多い 「昔はたばこをしないと商談にならない、それをしないと一人前じゃない」	
	たばこがないと生活できなくなる 楽しみが全くない、「たばこだけが楽しみ」という方のような方だった 禁煙は全く眼中にない、「どんなに悪くなろうと、死のうとも、このままでいい」	
わかりにくい障害を受け入れる葛藤	たばこのことには蓋をする 病気と喫煙を関連づけて考えないようにしていた、たばこについては蓋をする 「不摂生をたくさんしたから病気になった、でもタバコに後悔はしてないよ」	
	自覚しにくい症状に目を背ける 10年くらい前に診断されたけど、苦しいのがなくて、ほったらかしにしていた 病気に関して多くを語りたくない、患者会のように病気ではつながらない	
	変動する身体機能に戸惑う 「動く（低酸素で）辛い」が「怠けて動かない」ように自身までも思ってしまう 「苦しくてできない」ことをわかってもらえない、妻さえ困惑してしまう	
	酸素療法の導入に葛藤する 酸素を吸ってる人、「あんな風にはなりたくない、それをしてまで生きたくない」 会社まで酸素を吸って行って、職場の中に入ったら隠す	
病とともに生きていく覚悟	わかりにくい病の怒りを周囲にぶつける 外泊のときに、むしゃくしゃして、べろんべろんになるまでお酒を飲む 「絶対にしない、あんたが間違ってる」と、処置をさせてくれない	
	工夫により「できる」（自己効力感）を実感する 丁寧に説明すると「やってみようか」となる、「君が言うんだったらやってみよ 呼吸リハビリにより、できなかったことができるようになる	
	療養生活を継続する希望が芽生える 「家族は何もわかっていない、自分がしっかりしなくちゃいけない」 お化粧品をして遺影を取りに行き、最期にむけての準備が彼女の目標になった	
療養を続けるための資源の調整	病の受容とともに後悔に嘆く 「あんなに言われたのに、やめられなかった自分が悪かったんだな」 （たばこをやめておけばよかった）「私のような人がいたことを伝えてほしい」	
	介護を引き受ける家族の葛藤 時間の経過とともに（家族の）介護疲れが顕著になってくる 苦しくなっていく母をみて「自宅で見ていく自信がない」という声が出てくる	
	病に対する理解の不足 呼吸リハビリだけれど、医師すら「こんな末期にリハビリなんて」と言う 初期の頃は（早期の訪問看護の）必要性がどこ（関係者）からもあがってこない	
	住まいの調整 （一人暮らしが難しくなって）次女宅に住み、いろんな事情で長女宅に移る 行ってみたらゴミ屋敷で、これじゃ清潔保持も、薬管理も難しい	

【病とともに生きていく覚悟】とは、呼吸器リハビリ等をおして呼吸を整えることで、階段を昇降する等の日常動作が可能になる実感を重ね「できる」という自己効力感を獲得していく工夫により「できる」（自己効力感）を実感する経験をし、その

ような中で「美容院に行って遺影用の写真を撮りたい」等の希望を見出す[療養生活を継続する希望が芽生える]経験がみられた。一方で、「たばこを吸わなければ、もっと早く止めておけばこんなに苦しい思いをせずに済んだのに」という[病の受容とともに後悔に嘆く]経験がみられ【病とともに生きていく覚悟】というニーズが生じていた。

私たちは保清がメインで入っていたんですけど、着替えがほんとに苦しくなる行為の一つだったので。いかに苦しくなく、でも人にやってもらわんじやなくて、自分でできるところを感じてもらえるようにというのは結構気を付けて。酸素の管理というのは結構しっかり把握されていて、酸素ボンベの取り扱いも全然できていた。最期の遺影を撮るために外出したいということで、ちゃんと美容院に行って写真も撮ってきた。その次の目標が、まだご存命のお姉さまが施設に入っていらっしゃるといので、車で1時間ぐらいかかる所なんだけど、そのお姉さんに会いにいきたいといので、無事にこれも会いにいつて来られて、最期の目標は、一回横浜の次女さん宅に帰って、自分の荷物の整理をするというのが最期の希望だったんです。C

【療養を続けるための資源の調整】とは、症状が進行し常態的な呼吸苦が生じる療養者を目の当たりにする家族が、介護を継続する中で入院や入所の決断に悩み〔介護を引き受ける家族の葛藤〕の経験を抱える一方、関係者による COPD に関する理解が不十分なために、療養者に対して提供される呼吸器リハビリの必要性の理解不足や末期にならなければ訪問看護導入に至らない現状、外来時の面接時間等の必要性に対する理解が不十分となる〔病に対する理解の不足〕が生じ、また地域にて療養する場である〔住まいの調整〕も必要となる【療養を続けるための資源の調整】というニーズが生じていた。

ベッドもなかなか本人が承知しなかったんですけど、居間の庭が見える所にベッドを入れてもらって、本人を説得したというか、「楽だよ」と言って。(中略)奥さんも、もうぎりぎりですよ。昼夜もずっと眠れていないし、本人が心配で心配で、いつ呼吸が止まるか心配でということで、うちは24時間の対応体制を取っていたので、奥さんとしては、お家で何とか看られるんじゃないかという葛藤と、でも最期を1人で自分で支え切れるかどうか。その意思決定支援のところにも葛藤する奥さんを、話を聞くぐらいしかなかったとは思っただけども、でもすごく信頼していただいていた。D

IV. 考察

本研究は、COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくためのニーズについて、療養支援に携わる認定看護師(慢性呼吸器疾患)の語りから記述したものである。語られた事例は、いずれも末期の COPD 症状に至った者であり、潜在的 COPD 患者の9割が治療に結びついておらず、また病状が進行した状態での診断・治療が多い集団であることを考慮すると、地域における COPD 療養者として代表性を有する事例であると考えられる。

分析の結果得られたカテゴリ【自分ではどうにもできない依存】は〔ストレス回避としてたばこをみつける〕、〔たばこをコミュニケーションに利用する〕、〔たばこがないと生活できなくなる〕と表された。我が国におけるたばこの普及は、1900年代より開始した官営による完全製造・専売制が敷かれた時期にさかの

ぼる。第二次大戦後には収益増加のためタバコの製造販売が急速に進められ、1960年代にかけて高喫煙率の時代が続いた(吉見, 2005)。語られた事例の多くが、高喫煙率の時代に営業や懇談等によるコミュニケーション及びストレスからの回避等による興味本位により喫煙を開始したものと考えられる。既知のとおり、喫煙はニコチンによる身体的依存を引き起こすだけでなく、心理的依存、社会的依存を生じる(加濃, 2008)。語られた事例の療養者は、身体的依存とともに心理的依存を増強していたことが考えられた。

【わかりにくい障害を受け入れる葛藤】は〔自覚しにくい症状に目を背ける〕、〔変動する身体機能に戸惑う〕、〔酸素療法の導入に葛藤する〕等と表され、【病とともに生きていく覚悟】は〔工夫により「できる」(自己効力感)を実感する〕、〔療養生活を継続する希望が芽生える〕、〔病の受容とともに後悔に嘆く〕と表された。COPD の症状は、歩行や階段昇降等の動作時に息切れを生じる労作時呼吸困難及び慢性の咳や痰を特徴とする(日本呼吸器学会, 2014)。療養者にとっては、安静時には可能な行為が労作を重ねるうちに呼吸苦に伴い行えなくなるものであり、平静にしている場合は症状を自覚しにくい。可能なはずの行為が労作時には行えず、なぜできないのかという戸惑いを生じていたことが考えられる。また在宅酸素療法の導入に関しては、「行動制限によるストレス」(工藤, 2002)、「自由の喪失」及び「生活行動遂行上の自立性の低下」(飯田, 2006)が伴うことが報告されており、本研究で語られた事例においても同様の経験が生じたことが考えられる。このような経験を経ながらも、看護による呼吸器リハビリや呼吸時の工夫を修得することにより、できなくなっていた行為に対して「できる」という自己効力感を重ね(Griffith, 2000)、療養生活を継続していくうえでの希望につながっていたことが考えられた。一方で、肺気腫による在宅酸素療法患者の心理を検討した報告では「タバコをやめていればよかった」、「不摂生な生活をしてるのが悪かった」等の心理が報告されており(工藤, 2002)、本研究も同様に病の受容とともに、後悔の念に苛まれていたことが考えられた。

【療養を続けるための資源の調整】は〔介護を引き受ける家族の葛藤〕や〔病に対する理解の不足〕等と表された。医療依存度の高い療養者の介護を担う家族介護者の心理として、半数が介護に対する自信や知識を有すると回答しながらも「酸素供給機器の操作が怖い」と回答する者も半数を占める(石崎, 2000)。介護を担う家族は療養者の療養場所に関する希望を叶えたい、療養者を見守りたいという思いがありながらも、療養者の呼吸器症状や医療機器の操作等による不安が大きくなり、施設や医療機関への入所・入院を考え悩んでいたことが考えられた。また呼吸器リハビリや療養者への訪問看護の必要性について、関係者間での COPD に関する理解が不十分であると表されるサブカテゴリがみられ、社会一般のみならず、専門職においても本疾患に対する医療及び看護の認識を強化していくことが課題である。

以上に見出されたニーズを踏まえ、COPD 療養者が地域に

において療養生活を継続するうえで必要な資源ならびに支援プログラムを開発していくための示唆として、次の点が考えられる。第一に、COPD 療養者の心情に寄り添った支援の提供が不可欠である。これには療養者の喫煙歴や在宅酸素療法等により抱えているスティグマ、また呼吸に伴う身体機能の変動や呼吸苦への不安、そしてこのような自身の状況を自覚しにくく説明もできない戸惑いに類する心情を踏まえて、傾聴や共感を図り慢性的な病を患う者とのケアパートナーシップを築いていく必要がある。

第二に、COPD の療養は療養者本人と家族のみの力で継続していくことは困難であり、定期受診や緊急入院のための地域病院連携バスの構築、かかりつけ医療機関及び訪問看護ステーション、地域福祉機関等からなるネットワーク構築が必要となるため、いわゆる地域包括ケアシステムの調整役を担う自治体保健医療福祉行政は、必要な資源の体系的な連携を調整し、療養者を支え続けられるケアシステムを構築する必要がある。円滑な連携によるケア体制とともに療養者の個別性に応じたきめ細やかな包括的継続的サポートが求められ、ニーズや時勢に合わせたケア体制の調整・開発を継続していくことが重要である。

これらの知見を、COPD 療養者が地域において療養生活を継続していくための支援プログラムの開発に活かしていく必要がある。地域における COPD 療養者に対するプログラムとしては、現在までのところ、症状管理、薬物療法のサポート、禁煙及び食事指導、呼吸器リハビリ等が主である。本知見を踏まえ、たとえばケアパートナーシップの構築に重点を置きセルフケア向上を図るとともに、療養生活の継続に必要な機関のネットワーク化によりケアシステムを構築していくことも重要である。また当事者同士のグループづくり等によりピアサポートを図っていくことも有意義である。

本研究の限界及び課題として、以下の点が考えられる。COPD 療養者への療養支援は多職種連携による包括的アプローチであるため、看護職のみでなく他職種からも知見を得る必要がある。また支援のプロバイダーからの語りを質的に分析した結果であり、COPD 療養者が療養生活を継続するために、どのようなニーズが生じていたのかを記述して示すにとどまり、正確な因果関係や療養生活の継続に関連する要因等については、療養者自身から広範囲に回答を得て実証的に検討していく課題がある。しかしながら、病を患う者とのヘルスケアパートナーシップの構築ならびに療養生活を支えていくためのサポート体制の発展に活用できる要素が含まれており、地域・公衆衛生看護学の発展に寄与できると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただいた認定看護師(慢性呼吸器疾患)の皆様へ深く御礼申し上げます。本研究は、日本学術振興会科学研究費(若手 B No.8505-26861987, 白谷佳恵)の助成を受け実施しました。

文献

- Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, … Mogilnicka EN. (2007): International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*, 370, 741-750. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61377-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61377-4)
- Burrows B. (1975): Pulmonary terms and symbols. A report of the ACCP-ATS joint committee pulmonary nomenclature, *Chest*, 67(5), 583-593. <https://doi.org/10.1378/chest.67.5.583>
- Celli BR, MacNee W, Agusti A, Anzueto A, Berg B, Buist AS, …ZuWallack R.(2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(4), 932-946. DOI: 10.1183/09031936.04.00014304
- Dewan NA, Rafique S, Kanwar B., H Satpathy, K Ryschon, GS. Tillotson, MS Niederman. (2016): Acute Exacerbation of COPD*, *CHEST* 2000, 117, 662-671. <https://doi.org/10.1378/chest.117.3.662>
- Fukuchi Y, Nishimura M, Ichinose M, Adachi M, Nagai A, Kuriyama T, Zaher C. (2004): COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. *Respirology*, 9, 4589-465. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2004.00637.x>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) :COPD 認知度把握調査結果 http://www.gold-jac.jp/copd_facts_in_japan/copd_degree_of_recognition.html (2018年10月30日検索)
- Griffiths TL, Burr ML, Campbell IA, Jenkins VL, Mullins J, Shiels K, Tunbridge J. (2000) :Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial, *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)07042-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)07042-7)
- Henderson V. (1969) :Basic Principles of Nursing Care, revised. 湯楨ます, 小玉香津子(訳) (2016) :看護の基本となるもの, 東京:日本看護協会出版会。
- 猪飼やす子 (2016) :特発性肺繊維症患者が呼吸困難感と共に生きる体験, *日本看護科学会誌*, 36, 238-246.
- 飯田晴美 (2006) :在宅酸素療法中の慢性呼吸不全患者が体験するスピリチュアルペイン, *群馬県立県民健康科学大学紀要*, 1(1),15-34.
- 一般社団法人日本呼吸器学会 (2014) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD), http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12 (2018年10月30日検索)
- 石崎武志, 長谷川智子, 竹田千佐子 (2000) :在宅酸素療法患者およびその家族介護者に関する研究: 患者の Quality of Life と家族介護者の精神的負担, *福井医科大学研究雑*

- 誌,1(3), 523-534.
- 伊東佳美,坂東勉,池元洋平,村上美穂, 大野喜和子, 村田由布子. . . 村上智彦(2015):慢性閉塞性肺疾患患者の吸入療法への薬剤師介入による治療効果の上昇, 医療薬学, 41(6), 415-423.
- 亀井智子,山本由子,梶井文子,中山優季, 亀井延明, 穴田幸雄. . . 羽根大輔(2011):COPD IV 期の在宅酸素療法患者を対象としたテレナーシング実践, トリガーポイントによる在宅モニタリングデータの検討, 日本遠隔医療学会雑誌, 7(2),179-182.
- 加濃正人(2008):ニコチンの心理的依存 - 日本アルコール精神医学雑誌, 15(1),3-14.
- 河内文雄, 巽浩一郎, 長谷川智子(2016):第一章 呼吸サポートチームで共有する COPD のおさらい, 一歩先の COPD ケア: さあ始めよう,患者のための集学的アプローチ, 2-12. 東京:医学書院.
- 萱間 真美(2007)質的研究実践ノート—研究プロセスを進める clue とポイント, 東京:医学書院.
- 小林厚(2015):気管支喘息・COPD 患者への吸入薬服薬指導における医薬連携の取り組み, 奈良県医師会医学会年報, 28(1), 55-59.
- 厚生労働省(2010):受動喫煙防止対策について(平成 22 年 2 月 25 日健発 0225 第 2 号), <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000004k3v-img/2r98520000004k5d.pdf>(2018 年 10 月 30 日検索)
- 厚生労働省(2012):国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouippon21.html(2018 年 10 月 30 日検索)
- 厚生労働省(2014a):平成 26 年患者調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>(2018 年 10 月 30 日検索)
- 厚生労働省(2014b):平成 26 年人口動態統計(確定数)の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/>(2018 年 10 月 30 日検索)
- 厚生労働省(2017):平成 29 年国民健康・栄養調査 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyuu_chousa.html(2018 年 10 月 30 日検索)
- 工藤恵子, 隆島研吾, 飯島節(2002):在宅酸素療法患者の心理的特徴, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 11(3), 429-434.
- Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, . . . Buist S. (2006): Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *European Respiratory Journal*, 27(2), 397-412. DOI: 10.1183/09031936.06.00025805
- Marshall MN (1996): The key informant technique. *Family Practice*, 13(1), 92-97.
- Mathers CD, Loncar D.(2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine* 3, e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Strauss AL. Corbin J, Fagerhaugh S, Glaser BG, Maines D, Suczek B, Wiener CL.(1984): *Chronic Illness and the Quality of Life*, Second Edition. 南裕子, 木下康仁, 野嶋左由美(訳)(1987):慢性疾患を生きる ケアとクオリティライフの接点, 東京:医学書院.
- Teramoto S, Yamamoto H, Ymaguchi Y, Matsuse T, Ouchi Y. (2003) Global burden on COPD in Japan and Asia, *Lancet*, 362(9397), 1764-1765. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14865-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14865-9)
- Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, . . .Roisin RR. (2013): Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Feb 15;187(4):347-65. doi: 10.1164/rccm.201204-0596PP
- World Health Organization (2007): Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases, 21-31, WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43776/9789241563468_eng.pdf?sequence=1(2018 年 10 月 30 日検索)
- 吉見逸郎, 祖父江友孝(2005):世界における喫煙対策, 日本気道食道科学会会報, 56(5), 375-382.