

訪問看護師の増悪予防支援により身についた 慢性閉塞性肺疾患患者のセルフマネジメント能力

森 菊子¹⁾ 木村 ちぐさ¹⁾ 城宝 環¹⁾ 李 錦純²⁾

要 旨

【目的】

慢性閉塞性肺疾患患者に対する訪問看護師による増悪予防支援により、患者にどのようなセルフマネジメント能力が身についたのか明らかにする。

【方法】

COPD患者の増悪予防の看護に携わったことのある訪問看護師8名に対し、半構成的面接法によりインタビューを実施した。インタビュー内容は質的帰納的に分析した。本研究は、研究者の所属機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

訪問看護師は疾患・治療の理解を促しながら、症状・栄養状態のコントロール、治療の実施、感染・高二酸化炭素血症の増悪予防に関する看護支援を行っていた。また、療養環境を整えたり、病気とともに生きる力を支えたりする看護支援を行っていた。これらの看護支援により、患者には「呼吸機能の低下、症状・徴候に対し医療的側面から取り組む力」「置かれている状況に対処する力」「日常生活を維持するための力」が身についた。「呼吸機能の低下、症状・徴候に対し医療的側面から取り組む力」には、疾患や治療に関する知識を得る力、必要な治療や健康管理を行う力、モニタリングを通して自分の状態を認識し早めに対処する力、治療や療養法などの効果を評価し継続する力、医療者に報告・相談する力が含まれた。「置かれている状況に対処する力」には、病状を受け止める力、経験を利用する力、他者に支援を求め協力を得る力、治療を行うことへの自信を持つ力が含まれた。「日常生活を維持するための力」には、身体の状態に合わせた生活を調整する力が含まれた。

【結論】

訪問看護師は、しんどさという症状を緩和するための知識、技術の提供や、客観的データを示しながら身体の理解、治療の理解を促していた。この看護支援により、患者は自分の身体に起きていることを理解し、評価する力や、質問したり相談する力がついていき、自分の生活を調整したり、増悪予防していく力が身についたと考えられた。

キーワード：慢性閉塞性肺疾患、セルフマネジメント能力、増悪、訪問看護師、感染

1) 兵庫県立大学看護学部 成人看護学

2) 関西医科大学 看護学部

I. 緒 言

日本における慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：以下COPDと略す）の死亡者数は、2017年には1995年以降で最高値を記録し、男性の死因の第8位である¹⁾。過去の喫煙率上昇の影響がCOPDによる死亡者数を増加させてきたと考えられており、健康日本21（第二次）で主な生活習慣病の1つとして目標設定がなされる²⁾などCOPD予防が重要視されているとともに、増悪予防が課題となっている。

欧米の報告による増悪頻度はGOLD（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease）の臨床病期Ⅱ期以上の患者では、年2～4回の増悪を起こすが、日本においては、増悪回数は年0.61回など、欧米人に比較して増悪頻度が少ないとされている³⁾。しかし、増悪は患者の生命予後を悪化させるだけでなく、肺機能低下によるQOLの低下、入院や治療内容の増加に伴う経済的負担の増大が指摘されている⁴⁾。日本においても、COPDの医療費削減には増悪に対する対策が重要であると言われている⁵⁾。

しかし、在宅呼吸ケア白書⁶⁾の報告では、32%の患者が「病気が悪化した時の症状を教えて欲しい」という要望をもっていることが示されている。山本ら⁷⁾は、感染予防に関する教育・指導を受けた経験の有無別による感染予防の知識得点には有意な差はなく、教育を受けている場合でも知識の向上にはつながっていないと報告しており、COPD患者における感染予防教育は十分でない現状がある。COPDを診療している専門医、一般開業医に対するアンケート調査においても、疾患指導、薬物療法、増悪の対処指導について時間不足を挙げるとともに、指導法そのものがわからない、指導時の資料不足を理由としており、かかりつけ医も含んだ医療者自身の技術向上が必要で、呼吸ケアの指導内容の充実が課題として挙げられている⁸⁾。また、患者はセルフマネジメントを遂行する上で、増悪の見極めが難しい、症状が軽いうちに受診しても何もしてもらえない、「また来た」と思われたくない、気をつけているのに肺炎を繰り返すという体験をしており⁹⁾、これらは受診の遅れにつながると考えられるとともに、どのようにマネジメントしていいのかが困っている状況を示している。

訪問看護により、入院期間や入院回数の減少^{10) 11)}などの効果が報告されていることから、訪問看護による患者教育と自己管理能力の強化により、増悪の早期発見ができ、入院回数の減少になると期待された¹²⁾。しかし、安定期COPDに対する訪問看護は、QOL（Quality of Life）を高める効果はあるが、死亡率や入院回数の改善効果は認められていない¹³⁾。増悪患者においては、早期に訪問看護を中心とした在宅ケアに移行することで、継続入院と比較して再入院率を減らし、死亡率を低下させる傾向にある^{14) 15)}ことから、増悪回復期からいかに早期かつ円滑に入院から在宅管理に移行できるかが重要であると言われている¹⁶⁾。

単独世帯や高齢夫婦世帯の増加など、家族構成の変化により、家族に頼れない状況から、今後患者自身のセルフマネジメント能力の獲得が一層求められると共に、訪問看護による支援が欠かせなくなると考えられる。また、エビデンスは少ないが、現場の訪問看護師は、訪問看護が入ることによる入院回数の減少などの効果を感じている。訪問看護師が行った看護実践により、COPD患者にどのようなセルフマネジメント能力が身についたかを明らかにし、系統立てたセルフマネジメントプログラムを開発することが増悪予防につながると考える。

II. 研究目的

COPD患者に対する訪問看護師による増悪予防支援によりどのようなセルフマネジメント能力が身についたかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 用語の定義

セルフマネジメント：大西¹⁷⁾によるセルフマネジメントの概念分析から明らかになったセルフマネジメントの定義を参考に、「患者が自分の能力を活用して、疾患の管理という個人の目標に向けて意図的に行う、取り組み」と定義する。

増悪予防のためのセルフマネジメント能力：大西¹⁷⁾によるセルフマネジメントの概念分析から明らかになったセルフマネジメント能力を参考に、「疾患や知識に関す

る知識を得たり、症状の管理をするための技術を獲得する力]、「症状や徴候のモニタリングを通して得た情報から、その意味を理解し、現状を認識する力]、「疾患を受容したり、自分の生活を調整したりする力]、「達成可能な目標を設定して推し進めたり、モチベーションを維持したりする力」と定義する。

2. 研究協力者

関西地区で、認定看護師や専門看護師がいるなど呼吸器疾患看護の経験豊富な訪問看護師がいる訪問看護ステーションに研究協力を依頼した。8か所の訪問看護ステーションから、訪問看護師各1名の協力を得た。

3. データ収集期間

データ収集期間は、平成29年11月～平成30年2月であった。

4. データ収集方法

半構成的面接法でインタビューを実施した。これまで担当したCOPD患者で、増悪による入院回数の軽減、入院までの時間の延長、入院期間が短くなったなど、患者の増悪に関するセルフマネジメントが促進したと判断できる事例を想起してもらった。そして、「疾患や知識に関する知識を得たり、症状の管理をするための技術を獲得する力]、「症状や徴候のモニタリングを通して得た情報から、その意味を理解し、現状を認識する力]、「疾患を受容したり、自分の生活を調整したりする力]、「達成可能な目標を設定して推し進めたり、モチベーションを維持したりする力]」が、訪問看護師の看護支援により変化したかどうかについてインタビューを行った。インタビュー回数は1回で、インタビュー時間は平均52.4分(39分～61分)であった。インタビュー内容はメモにとるとともに、了解を得て録音した。

また、看護師の経験年数と訪問看護師の経験年数について情報を得た。

5. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成した。文脈単位ごとに看護支援内容と、その支援による患者の言動や行動の変化について述べている部分を抽出し、要約してコード

とした。内容の類似性に従ってサブカテゴリー化し、さらにサブカテゴリー間の関係性について検討し、抽象度を上げてカテゴリー化した。分析結果の信頼性・妥当性を高めるために研究者間で確認した。

6. 倫理的配慮

研究者より研究協力施設責任者、研究協力者に研究の目的、内容、方法について説明した。また、研究協力は自由意思であること、プライバシーおよび個人情報の保護、結果の活用方法、公表について口頭と文書で説明し、同意を得た。なお、本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

IV. 結 果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は8名であった。看護師の経験年数は平均26.4年、訪問看護師の平均年数は14.1年であった。

2. 増悪予防に関して訪問看護師が実施していた看護支援

訪問看護師が行っていた看護支援として17のサブカテゴリーが作成され、6つのカテゴリーに集約された。カテゴリーは、【疾患・治療の理解】、【症状・栄養状態のコントロール】、【治療の実施】、【増悪予防】、【療養環境を整える】、【病気とともに生きる力を支える】であった(表1)。信頼関係ができることで自分の情報を提供するようになったり、看護師の話を聞くようになることから、看護支援を行うにあたって、信頼関係を築くことをとても重要視していた。サブカテゴリーは< >、語りを「 」で示した。

1) 【疾患・治療の理解】

訪問看護師は、「疑問に思っていることがいっぱいある」という利用者の<疾患・治療についての質問に答える>ことをしていた。また、「何をしてもよくなりません」と思い、たばこも吸っているが、日常動作、呼吸法で楽になる実感を通して徐々に病識を高める」など、<疾患・治療の理解を促す>ことをしていた。

2) 【症状・栄養状態のコントロール】

訪問看護師は、呼吸機能低下に伴う呼吸困難に対し〈症状マネジメントを支援する〉ことを行っていた。また、呼吸困難によるエネルギー消費などで栄養状態が悪化し、痩せていくが、そのことは患者にとって大きなストレスでもあった。そこで、〈栄養状態改善を支援する〉ことを行っていた。

〈症状マネジメントを支援する〉

訪問看護師は、日常生活が楽にできる動作方法や呼吸法の取り入れ方、体調に合わせた活動時間の調整について説明をしていた。また、廃用萎縮予防やリラクゼーションのためのストレッチの指導や、歩行時の酸素飽和度や脈拍を示しながらリハビリテーションの効果を示したりしていた。

〈栄養状態改善を支援する〉

訪問看護師は、食べれないことがストレスであることを理解したり、エネルギーの摂り方を説明したり、息苦しくなく食べる方法について説明していた。

3) 【治療の実施】

訪問看護師は、禁煙が難しい、酸素療法は患者にとっては受け入れがたい治療であることを理解しながら、〈禁煙を支援する〉、〈酸素療法導入を支援する〉ことを実施していた。また、〈非侵襲的陽圧換気療法継続を支援する〉ことを実施していた。

〈禁煙を支援する〉

訪問看護師は、喫煙の影響を伝えるが、禁煙できない理由を受け止めたり、禁煙に取り組めなかったとしてもその選択を尊重し、体調悪化のタイミングをみて勧めるなどしていた。また、電子タバコを勧めるなどステップを踏みながら禁煙をサポートしていた。

〈酸素療法導入を支援する〉

訪問看護師は、「しんどいという自覚症状と、体の中で何が起きているのかを具体的に伝える」など酸素の必要性を説明したり、カニューラを装着した姿を知り合いに見られることなどによるボディイメージの変化に対

応していた。また、今のしんどくて動かない生活と患者が望む生活を一緒に考えたり、酸素を持っての外出がうまくできるような態勢を整えていた。

〈非侵襲的陽圧換気療法継続を支援する〉

訪問看護師は、非侵襲的陽圧換気療法（noninvasive positive pressure ventilation：以下NPPV）が継続できるように、何度もマスクの調整をしながら、マスクフィットがうまくいくようになるまで支援を行っていた。また、一緒に何のアラームが表示されてるのか機器の確認を行っていた。

4) 【増悪予防】

訪問看護師は、〈感染予防を支援する〉、〈高二酸化炭素血症予防を支援する〉ことを行っていた。また、増悪時に早めに対処するために〈セルフモニタリングを支援する〉ことも行っていた。

〈感染予防を支援する〉

訪問看護師は、呼吸器感染予防の必要性の説明や、含嗽、手洗い、マスクの装着について説明していた。また、痰の変化の理由と観察の必要性について説明するなど呼吸器感染症状を観察することの必要性や、早期受診の必要性について説明していた。

〈高二酸化炭素血症予防を支援する〉

訪問看護師は、家事を行うことによる活動負荷が高二酸化炭素血症になる原因であることを説明したり、本人の思っている家事のレベルと、医療者が負担と思っているところの温度差があったので、「これはこういうふうにしてもいいんだけど、これはだめだよ」と伝えたり、医師からも説明をしてもらうなどしていた。

〈セルフモニタリングを支援する〉

訪問看護師は、熱、痰の量・色を観察するように伝えたり、早めに受診する必要性など看護師の判断や考えたことをわかるように伝えていた。また、「黄色の痰は風邪かもしれないので深刻である」というように症状・徴候の変化が示す意味について説明していた。

自身の体調不良、急性増悪の予兆がわかるよう一緒に

振り返り、個別の悪化の仕方を見極めたり、短時間で症状は悪化することもあることや、「次看護師がくるまで熱を測っておいてくださいと伝えるとともに、熱が上がりそうだったり、しんどかったら電話するよう伝える」など対処方法を明確に示していた。

5) 【療養環境を整える】

訪問看護師は、＜資源・環境の調整を行う＞、＜家族の理解を促す＞、＜安心できる体制を作る＞ことにより、セルフマネジメントができる療養環境を整えていた。

＜資源・環境の調整を行う＞

訪問看護師は、治療が実施できているのか、体調の変化がないかについて、頻回に訪問しているヘルパーと連携したり、家の中での生活動作をする距離を確認し、環境調整を行っていた。

＜家族の理解を促す＞

訪問看護師は、患者のしんどさは家族に理解してもらいにくいいため、「家族にも両手を上げて深呼吸してもらうことで息のしづらさを体験してもらい、本人のしんどさを理解してもらおう」など、家族の理解を促すようにしていた。また、入院を繰り返すことで、状態が少しずつ悪くなるため、観察をしていく必要があることを伝え、家族の協力を得るようにしていた。

＜安心できる体制を作る＞

訪問看護師は、連絡ノートを作り訪問看護師と外来看護師が連絡を取り合うことで、患者から「自分は守られる、安心と言われた」というように、安心できる体制を作っていた。

6) 【病気とともに生きる力を支える】

訪問看護師は、しんどさや生活の質が下がることに対し、＜病気とともに生きる苦悩を支える＞、＜患者が希望する生活の質との折り合いをつけることを支援する＞ことを行っていた。また、病気とともに生きるための力をつけるために、＜セルフマネジメントを見守る＞、＜生活の基本を整える＞ことを行っていた。

＜病気とともに生きる苦悩を支える＞

訪問看護師は、息苦しさにより緊張している体に触れてしんどさを推測したり、生活場面でのしんどさ、病気と向き合っている背景、人にわかってもらえない孤独感を理解したりしていた。また、息苦しさにより外に出ることが少なくなっていく状況において、社会との接点をもてるように日常会話をしたり、身体に負担をかけないために行動が制限されていく中で、体調をみながら自分でできることを勧めたりしていた。

＜患者が希望する生活の質との折り合いをつけることを支援する＞

訪問看護師は、これまでできていたことができなくなるわけではなく、方法を変えればできることを伝えたり、「こういうこともやりたい」、「こういうふうに住生活したい」ということを訪問看護師はなるべくわかろうとしているし、わかるよと伝えたりしていた。

また、家事が身体の負担になっているが、妻としての役割を担いたいという患者が希望する生活の質との折り合いをどのようにつけるか患者と話すなどしていた。

＜セルフマネジメントを見守る＞

訪問看護師は、服薬管理が十分できていない場合もあるが、自分のやり方がある人に対しては、体調が悪くならないか見守ったり、多くの薬を管理することの大変さを聞き、一包化を提案するなどしていた。また、トイレにカレンダーを置き、排泄したら丸をつけてもらうように指導するなど、患者本人にできるところは自分でしてもらうようにしていた。

＜生活の基本を整える＞

訪問看護師は、日常動作である排便、食事、睡眠が阻害されることは一番の苦痛であり、排便、食事、睡眠が整うことで自分でしたほうが生きやすいということになり、セルフマネジメント、セルフケアができるようになると考えていた。そのため、排便、食事、睡眠を整えることを行っていた。

表1 増悪予防に関して訪問看護師が実施していた看護支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
疾患・治療の理解	疾患・治療についての質問に答える	検査結果の意味を説明する 疾患や治療に関する疑問に答える
	疾患・治療の理解を促す	日常動作、呼吸法で楽になる実感を通して病識を高める 治療についての理解を確認する 治療の必要性を医師に確認しながら伝える
症状・栄養状態のコントロール	症状マネジメントを支援する	日常生活が楽にできる動作方法を提案する 体調に合わせた活動時間の調整について説明する ストレッチや呼吸法を指導する 歩行時の酸素飽和度と脈拍数の変化を伝える
	栄養状態改善を支援する	疾患と栄養状態の関係について説明する 食べれない、太れないことがストレスであることを理解する エネルギーの摂り方について具体的に説明する 高カロリー食、補助食品について説明する 息苦しくなく食べる方法について説明する
治療の実施	禁煙を支援する	喫煙の影響を伝える 禁煙できない理由を受け止めたり、禁煙しない選択を尊重する 体調悪化のタイミングをみて、禁煙を勧める ステップを踏みながら禁煙をサポートする 酸素療法をしている場合の喫煙の注意点を説明する
	酸素療法導入を支援する	酸素の必要性を説明する 酸素療法によるボディイメージの変化に対応する 患者の望む生活を一緒に考える 外出時の態勢を準備する 酸素ボンベを使つての外出の仕方、動作の気をつけ方を説明する
	非侵襲的陽圧換気療法継続を支援する	非侵襲的陽圧換気療法がうまくできるようになるまで支援する 一緒に機器の確認を行う
増悪予防	感染予防を支援する	呼吸器感染予防の必要性を説明する 感染予防行動の励行を伝える 呼吸器感染症状観察の必要性について説明する 早期受診の必要性を説明する
	高二酸化炭素血症予防を支援する	活動による負担が増悪の原因であることを説明する 患者が思っている動作の負担と医療者の考える負担との温度差を解消する
	セルフモニタリングを支援する	症状、徴候の観察について説明する 症状・徴候の判断を伝える 症状・徴候の変化が示す意味について説明する 個別の増悪の仕方を一緒に見極める 体調は短時間で悪化することを伝える 体調悪化時の対処方法を明確に示す
療養環境を整える	資源・環境の調整を行う	治療の実施、身体の状態の変化を把握するためにヘルパーと連携する 生活環境、日常動作の見直しを行い、資源の活用や環境調整を行う
	家族の理解を促す	家族に患者のしんどさを理解してもらおう 増悪を繰り返すことで身体の状態も悪化していくことを伝える
	安心できる体制を作る	多職種との連携により、安心できる体制を作る
病気とともに生きる力を支える	病気とともに生きる苦悩を支える	体に触れてしんどさを推測する 日常生活場面でのしんどさを尋ねる 病気と向き合っている背景を理解する 孤独感を理解する 社会との接点をもてるように日常会話を行う 自分でできることを勧める
	患者が希望する生活の質との折り合いをつけることを支援する	方法を変えればできることを伝える 患者の希望を理解していることを伝える 患者が希望する生活の質との折り合いをつける
	セルフマネジメントを見守る	患者の服薬管理の仕方を陰ながら見守る 服薬管理の大変さを聞いたり、別の方法を提案したりする 患者が自分でできることは実施してもらおう 患者が頑張つて実施していることを称賛したり、応援している姿勢を示したりする
	生活の基本を整える	排便、食事、睡眠などの基本を整える

3. 訪問看護師による増悪予防支援により身についたセルフマネジメント能力

訪問看護師による増悪予防支援により身についたセルフマネジメント能力として10のサブカテゴリーが作成され、3つのカテゴリーに集約された。カテゴリーは、【呼吸機能の低下、症状・徴候に対し医療的側面から取り組む力】、【置かれている状況に対処する力】、【日常生活を維持するための力】であった(表2)。

1) 【呼吸機能の低下、症状・徴候に対し医療的側面から取り組む力】

患者は、＜疾患や治療に関する知識を得る＞、＜必要な治療や健康管理を行う＞、＜セルフモニタリングを通して自分の状態を認識し、早めに対処する＞ことができるようになっていた。また、＜治療や療養法などの効果を評価し、継続する＞、＜医療者に報告、相談する＞ことができるようになっていた。

＜疾患や治療に関する知識を得る＞

患者は、疾患や治療に関する資料を一生懸命に読み、看護師の話真剣に聞くようになった。また、「疾患と栄養状態の関係、食べれなくなった場合の対応について質問した」、「痰の色がなぜ黄色くなるのか聞くようになる」など、疑問に対して質問するようになった。

＜必要な治療や健康管理を行う＞

患者は、「家の中では酸素を吸うようになった」、「しんどい時間を自覚し酸素を吸入する」というように24時間ではないが、徐々に酸素を吸入するようになった。また、「体調に合わせて休憩やNPPVを実施できるようになった」、「自分でNPPVの回路の管理を行う」など、NPPVを実施したり、治療機器の管理を行うようになった。禁煙においても、「タバコの本数が減った」、「8年かかって禁煙できた」というように、少しずつ健康管理ができるようになった。呼吸リハビリテーションを希望していた患者は、2～3分しか歩けない日もあったが、運動療法を継続することで6分間歩けるようになった。

＜セルフモニタリングを通して自分の状態を認識し、早めに対処する＞

患者は、「痰の色を見るようになった」、「酸素飽和度の値とその時に気になったことを記載している」というように、症状・徴候を観察・測定し、観察・測定したこと、気になったことを記録するようになった。また、「体調の良い日と悪い日の歩行時間、歩行距離から自身の状態を知ることができた」、「しんどいときにはどれくらいSpO₂値が下がるのかを確認し、しんどさに納得する」というように、歩行時間、歩行距離、酸素飽和度という客観的データより、体調の良い日悪い日、しんどい日の酸素飽和度の変化の幅がわかるなど、自分の状態を判断するようになった。さらに、「この痰になると具合悪いということがわかってくと風邪薬飲むという行動をとる」、「サインを見て、落ち着いて入院することができるようになった」というように、早めに服薬したり、受診したりすることができるようになった。

＜治療や療養法などの効果を評価し、継続する＞

患者は、「説明された方法を実施することで楽になったと実感する」、「NPPVの時間が増えることで入院回数、間隔が減った」と、自覚、入院間隔・期間・回数より効果を評価していた。また、「人に仕事を依頼することで、身体の調子がよくなることを実感し、無理しなくなった」、「体重の管理をすることで心不全の管理ができ呼吸が楽になり、たばこの本数を減らしたり、利尿剤を飲んだり、自分の体調に興味が出た」など、無理しなくなったり、禁煙、服薬を行うようになった。

＜医療者に報告、相談する＞

患者は、「血圧の異常を看護師に相談した」、「昨日はこうだったけど大丈夫かしらと行動(相談すること)ができるようになった」というように、身体の状態について相談できるようになった。また、「自分の体のことについて看護師に情報提供するようになった」、「無理した場合には看護師に申告するようになった」というように、身体の状態や行った行動を報告するようになった。

2) 【置かれている状況に対処する力】

患者は、良くならない病気であると説明を受け、徐々に＜病状を受け止める＞ことをしていた。また、＜経験を利用する＞、＜他者に支援を求め協力を得る＞ことが

できるようになり、〈治療を行うことへの自信を持つ〉
こともできるようになっていた。

〈病状を受け止める〉

患者は、身体がしんどいので酸素は外せないんだと病状を受け止めるようになった。

〈経験を利用する〉

患者は、「医療者からの説明が体調と直結していないが、体験を繰り返す中で覚えていく」、「これくらいの状態が要注意ということが学習になり、早期受診に繋がる」というように、体験から要注意の状態がわかり対処につながるようになっていた。

〈他者に支援を求め協力を得る〉

患者は、「苦しくて自分で症状を伝えられないため、看護師に付き添いを依頼した」というように、身体の状態の悪化時に専門家に協力を依頼したり、「長年病気と付き合っている人は痰の重要性を理解し、看護師に痰をみてもらう」というように、身体の状態の判断を専門家に仰ぐことを行っていた。また、「洗濯を回すことと取り込むことを自分で行い、干すのをヘルパーに依頼し、仕事を分担することができた」というように、体の負担にならないように仕事を依頼することができた。

〈治療を行うことへの自信を持つ〉

患者は、「マスクを色々変え、今のマスクにたどり着いてからフィッティングがうまくいき出し、今のやり方でやればNPPVはうまくいくという自信がもてた」というように、NPPVのマスクフィッティングに医療者とともに取り組み、治療実施の自信がもてるようになった。そのことで、「NPPVの回路は自分の大事なものであり、自分で回路の管理を行っている」というように、治療機器の管理を自分で行うことに繋がっていた。

3) 【日常生活を維持するための力】

患者は、〈身体の状態に合わせた生活を調整する〉ことを行っていた。

〈身体の状態に合わせた生活を調整する〉

患者は、「重い物は配達してもらったり、息苦しさが増強する場面で呼吸法を取り入れる」というように、呼吸が楽になる方法を生活の中に取り入れていた。また、「リハビリの効果を実感し生活を拓けることができた」、「家族と一緒に外出できる場所を見つけることができた」というように、身体の状態に合わせて生活を拓けることができた。

V. 考 察

訪問看護師は、信頼関係を築くことを大切にしながら、病気とともに生きる力を支えたり、療養環境を整えながら、症状・栄養状態のコントロール、治療の実施、増悪予防に関する看護支援を行っていた。この看護支援により、呼吸機能の低下に対して必要となる治療、自分の身体の状態を知るためのセルフモニタリング、日常生活の調整に関する力が身についていた。また、経験を利用したり、他者に支援を求めたり、治療を行うことへの自信を持つという置かれている状況に対処する力が高まっていた。そこで、患者のセルフマネジメント能力を高めるための看護支援について考察するとともに、COPD患者におけるセルフマネジメント教育について考察する。

1. セルフマネジメント能力を高めるための看護支援

訪問看護師は、病気とともに生きる力を支えるという看護支援を行っていた。この看護支援には、病気とともに生きる苦悩を支える、患者が希望する生活の質との折り合いをつけることを支援する、セルフマネジメントを見守る、生活の基本を整えるという支援が含まれた。COPD患者は息が止まるような苦しさや不快感に苦しみもがいている¹⁸⁾と言われているが、この苦しさは家族にはなかなか理解してもらえず、また息苦しさにより社会とのつながりもなくなってくることによる孤独感をも生じさせる。そのような状況に置かれた患者に対し、訪問看護師は体に触れてしんどさを推測したり、日常生活場面でのしんどさを尋ねたりしていた。また、呼吸困難のある患者にとって、排便、食事は息苦しさを増す行為であったり、睡眠中に換気応答が低下することで睡眠障

表2 訪問看護師による増悪予防支援により身についたセルフマネジメント能力

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
呼吸機能の低下、 症状・徴候に対し 医療的側面から取 り組む力	疾患や治療に関する知識を得る	疾患や治療に関する資料を読む 看護師の話を真剣に聞く 疾患や治療に関して質問する
	必要な治療や健康管理を行う	酸素を吸入する NPPVを実施する 治療機器の管理を行う 禁煙する 運動療法を行う
	セルフモニタリングを通して自分の 状態を認識し、早めに対処する	症状・徴候を観察・測定する 観察・測定したこと、気になったことを記録する 徴候から身体の状態を判断する 早めに服薬したり、受診したりする
	治療や療養法などの効果を評価 し、継続する	自覚、入院間隔・期間・回数より効果を評価する 無理しなくなったり、禁煙、服薬を行う
	医療者に報告、相談する	身体の状態を相談する 身体の状態や行った行動を報告する
	病状を受け止める	酸素が必要な病状をうけとめる
置かれている状況 に対処する力	経験を利用する	体験から要注意の状態がわかり対処に繋がる
	他者に支援を求め協力を得る	身体の状態の悪化時に専門家に協力を依頼する 身体の状態の判断を専門家に仰ぐ 体の負担にならないよう仕事を依頼する
	治療を行うことへの自信を持つ	治療実施の自信がもてる
日常生活を維持す るための力	身体の状態に合わせた生活を調整 する	呼吸が楽になる方法を取り入れる 身体の状態に合わせて生活を広げる

害が生じたりして、生きる上での基本的ニーズが阻害されてしまう。そのため、これらの生活の基本を整えることを大切にしていた。また、「何もできなくなった」という感覚の体験は、自己や将来に対する落胆、悲嘆などの感情的苦痛、人生や自己の存在の意味や目的に対する苦悩をとめない、患者の希望を脅かすと言われている¹⁸⁾が、人間にとって希望は人生を生き続けていくうえで必須のものである。訪問看護師は、これまでしていたことが行えなくなるのではなく、方法を変えればできることを伝えたり、患者の希望を理解していることを伝えながら、希望する生活の質との折り合いをつけることができるように話し合っていた。これらの患者の身体に触れてしんどさを感じるなどの看護支援は、疾患から生じる身体・心理・社会的な苦痛・苦悩を持っている患者が、自分でマネジメントしていくという力を生み出すような支援であったと考えられた。また、自分のしんどさをわかってくれる存在として、看護師への信頼が高まっていくことに繋がっていると考えられた。

訪問看護師は、患者が行っている服薬管理が十分できていないと感じる場合もあるが、自分のやり方がある人に対しては、体調が悪くならないか見ながら患者のセルフマネジメントを見守っていた。また、十分にできてい

ないということを指摘するのではなく、患者が管理していくことを大変に思っているのではないかと聞き、別の方法を提案していた。つまり、看護師は患者が自分の身体に薬が必要であると理解し、意思決定して行っている行為を尊重していたと考えられた。患者が主体的にセルフマネジメントに取り組むためには、意思決定の力や問題解決能力が関係しているといわれているが¹⁹⁾、看護師が行っていた見守るという支援は、患者の意思決定能力を高める支援であったと考える。

また、セルフマネジメントを見守る看護支援において、看護師は患者が頑張っていることを称賛したり、応援している姿を示したりしていた。これらは自分ができるという自信を支えたり、行為を行う意欲にもつながると考えられた。COPD患者のセルフマネジメントとは、自己効力感を開発するプロセスであると言われている²⁰⁾が、この見守るという看護支援は、セルフマネジメントを行っていくことに対する自己効力感を高める支援でもあったと考えられた。

訪問看護師による看護支援により、患者には置かれている状況に対処する力が身についたと考えられたが、この力の中の「他者に支援を求め協力を得る」と「治療を行うことへの自信を持つ」は、意思決定能力を高める支

援や自己効力感を高める支援により高まったと考えられた。「経験を利用する」力も含めた置かれた状況に対処する力は、セルフマネジメントを行っていくための土台になる力であると考えられるため、病気とともに生きる力を支えるという看護支援はとても重要であると考えられた。

2. COPD患者におけるセルフマネジメント教育

呼吸リハビリテーションのコアとなる構成要素にセルフマネジメント教育が含まれる。呼吸リハビリテーションに関するステートメント²¹⁾では、「セルフマネジメント教育は、健康問題を持つ人が疾患に関連する知識を得るだけではなく、自身が多様な価値観に基づき達成目標や行動計画を医療者と協働しながら作成し、問題解決のスキルを高め、自信をつけることにより健康を増進・維持するための行動変容をもたらす支援である」と述べられている。訪問看護師はしんどさという症状を緩和するための知識、技術の提供や、客観的データを示しながら身体を理解、治療の理解を促していた。この看護支援により、患者は自分の身体に起きていることを理解したり、治療や療養法などの効果を評価し継続する力や、質問したり相談する力が身につく、増悪予防につながっていた。特に、セルフモニタリングの支援において、症状・徴候を観察することの必要性を伝えるだけでなく、一緒に痰の色を見たり、呼吸音を伝えたり、その症状・徴候が示す意味について看護師の判断を伝えることを丁寧に行っていた。このプロセスにおいて、患者は自分の症状・徴候に関心を持ち、見ていく必要性を理解し、観察・測定するという行動に移っていた。そして、身体の状態を報告したり、相談できるようになっていた。つまり、起きている問題を解決するためのスキルの獲得や、医療者と協働して疾患管理という目標に向かうという行動になっていたと考えられた。訪問看護師が行っていた看護支援は、セルフマネジメント教育が目指すことを実施していたと考えられた。

患者には、呼吸が楽になる方法を取り入れ、自分の身体の状態に合わせて生活を拓げていく力が身についていた。この力は、病気に伴う身体機能の低下によるしんどさ、酸素療法によるボディイメージの変化などに対して折り合いをつけ、自己の存在の意味を見出しながら病気

とともにその人らしく生きることにつながるものであると考える。つまり、セルフマネジメント教育には、行動変容だけでなく、病気とともにその人らしく生きるという視点も必要であると考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

増悪予防のセルフマネジメントを考えた場合、呼吸器感染だけでなく高二酸化炭素血症の予防も重要となる。しかし、今回のインタビューにおいて、高二酸化炭素血症の事例について語られたのは2人であったため、呼吸器感染予防に偏ったことに本研究の限界がある。今後は、高二酸化炭素血症に関する視点も持ちながら、セルフマネジメント促進プログラムを作成していくことが課題である。

VII. 結 論

訪問看護師による増悪予防支援として、「疾患・治療の理解」、「症状・栄養状態のコントロール」、「治療の実施」、「増悪予防」、「療養環境を整える」、「病気とともに生きる力を支える」という支援が行われていた。これの看護支援により、「身体機能の低下、症状・徴候に対し医療的側面から取り組む力」、「置かれている状況に対処する力」、「日常生活を維持するための力」が身についた。

訪問看護師はしんどさという症状を緩和するための知識、技術の提供や、客観的データを示しながら身体を理解、治療の理解を促していた。この看護支援により、患者は自分の身体に起きていることを理解したり、治療や療養法などの効果を評価し継続する力や、質問したり相談する力が身につく、増悪予防につながっていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費JP17K12222の助成を受けて実施したものである。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成29年(2017)人口動態統計(確定数)の概況, 性別にみた死因順位(第10位まで)別死亡数・死亡率(人口10万対)・構成割合. (オンライン), 入手先<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/10_h6.pdf>, (参照2018-10-18)
- 2) 厚生労働省. 健康日本21(二次). (オンライン), 入手先<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkou_nippon21_01.pdf>, (参照2018-10-18)
- 3) 福地義之助. 日本のCOPD患者を対象としたチオトロピウム長期投与に関する考察-UPLIFT国内試験成績を中心に-. *Pharma Medica*.28(10), 2010, 117-123.
- 4) Spencer, S., et al. Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. *European Respiratory Journal*. 23, 2004, 698-702.
- 5) 桂秀樹. COPDの急性増悪と医療経済. *呼吸器科*. 5(4), 2004, 324-329.
- 6) 日本呼吸器学会肺生理学専門委員会在宅呼吸ケア白書ワーキンググループ. 在宅呼吸ケア白書2010. 東京, メディカルレビュー社, 2010, 71.
- 7) 山本かおり 他. 慢性閉塞性肺疾患患者の感染予防に関する認識と行動-急性増悪との関連-. *日本看護研究学会雑誌*. 37(2), 2014, 13-23.
- 8) 木田厚瑞(2007). COPD患者の病期分類等に応じた健康管理支援, 保健指導の実践及び評価手法に関する調査研究報告書
- 9) 松本麻里 他. 慢性閉塞性肺疾患の増悪後の患者が体験するセルフマネジメント遂行上の障害. *日本慢性看護学会誌*. 9(2), 2015, 52-59.
- 10) Sala, E., et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *European Respiratory Journal*. 17, 2001, 1138-1142.
- 11) Gibbons, D., et al. Developing a nurse-led service for COPD patients. *Professional Nurse*. 16(4), 2001, 1035-1037.
- 12) 日本呼吸器学会COPDガイドライン第2版作成委員会. COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン第2版. 東京, メディカルレビュー社, 2004, 110. (ISBN 4-89600-703-4)
- 13) Wong, C. X., et al. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. 4, doi : 10. 1002/14651858. CD000994.
- 14) Jeppesen, E., et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. 5, doi : 10. 1002/14651858. CD003573.
- 15) Gonçalves-Bradley, D. C., et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017. 6, doi : 10. 1002/14651858. CD000356.
- 16) 日本呼吸器学会COPDガイドライン第5版作成委員会. COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン第5版. 東京, メディカルレビュー社, 2018,116. (ISBN 978-4-7792-2074-6)

- 17) 大西ゆかり. 慢性の経過をたどる患者のセルフマネジメントの概念分析 リンパ浮腫のあるがん患者への活用. 高知女子大学看護学会誌. 35(1), 2010, 27-53.
- 18) 松本麻里 他. 重症慢性閉塞性肺疾患患者の希望を脅かす要素. 日本看護科学学会誌. 26(2), 2006, 58-66.
- 19) 小笠美晴. 慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメント尺度の現状と課題. 日本看護研究学会雑誌. 41(1), 2018, 85-97.
- 20) Zhang, C et al. Development and validation of a COPD self-management scale. *Respiratory Care*. 58(1), 2013, 1931-1936.
- 21) 3学会合同呼吸リハビリテーションに関するステートメントワーキンググループ 他. 呼吸リハビリテーションに関するステートメント. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 27(2), 2018, 95-114.

Acquisition of Self-Management Abilities by Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease through Exacerbation Prevention Interventions by Visiting Nurses

MORI Kikuko¹⁾, KIMURA Chigusa¹⁾, JOHO Tamaki¹⁾, LEE Kumsun²⁾

Abstract

Objective

This study aimed to clarify what types of self-management abilities patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) have acquired through exacerbation prevention interventions by visiting nurses.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with eight visiting nurses who have been involved in delivering exacerbation prevention interventions for COPD patients. The interview data were analyzed qualitatively and inductively. This study was conducted with the approval of the Ethics Committee.

Results

While educating patients on their disease and treatments, the visiting nurses provided various nursing interventions such as symptom/nutritional status management, treatment, and prevention of exacerbation of infection/hypercapnia. They also worked to create a comfortable therapeutic environment, and provided emotional support to help patients live with their disease. Through these nursing interventions, patients have acquired the “ability to cope with respiratory dysfunction, symptoms and signs of the disease from a medical aspect,” the “ability to cope with the situation in which they find themselves,” and the “ability to maintain their daily lives.” The “ability to cope with respiratory dysfunction, symptoms and signs of the disease from a medical aspect” includes the ability to gain knowledge about the disease and treatment, the ability to engage in necessary treatment and health management, the ability to cope with any changes in their condition quickly through self-monitoring, the ability to evaluate the effects of the administered treatment and therapy and continue effective treatment, and the ability to report and consult healthcare providers. The “ability to cope with the situation in which they find themselves” includes the ability to accept their condition, the ability to use their own experience, the ability to seek and obtain support from others, and the ability to have confidence engaging in treatment. The “ability to maintain their daily lives” includes the ability to adjust their daily life to fit their physical condition.

1) Adult Health Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo

2) Kansai Medical University, Faculty of Nursing

Conclusion

The visiting nurses provided them with knowledge and techniques to relieve their symptoms of fatigue and worked to help them better understand their conditions and treatments by presenting objective data. We believe that these nursing interventions helped patients develop the ability to understand and evaluate what is happening to their body and to ask questions and consult with healthcare providers, thereby gaining the ability to adjust their daily life to fit their physical condition and to prevent exacerbation.

Keywords : chronic obstructive pulmonary disease ; self-management ability ; exacerbation ; visiting nurse ;
infection