

慢性閉塞性肺疾患患者への訪問看護の役割

長田 敏子¹⁾ 宮本 とよ美¹⁾ 首藤 暁¹⁾ 小石 幸恵¹⁾
 十時 奈々²⁾ 森 菊子³⁾

要 旨

【目的】

本研究は、訪問看護による呼吸リハビリテーションを受けている慢性閉塞性肺疾患患者への訪問看護の役割について検討することを目的とした。

【方法】

介護保険により要支援1と認定された時期から訪問看護を利用していた慢性閉塞性肺疾患患者5名に、半構成的面接法にてインタビューを行った。インタビュー内容は、訪問看護導入の目的、訪問看護師から受けた援助内容と援助を受けたことによる自己管理の変化であった。インタビュー内容を自己管理の視点で質的に分析した。

【結果】

協力者は自己管理として、《息苦しさに伴う生活に対処する》《社会的役割を果たそうと努める》《現在の身体状態を維持するための努力をする》《他者の支援を受けて療養生活を続ける》ことを行っていた。慢性閉塞性肺疾患患者は、要介護度が低く認定されていても、息苦しさに伴う日常生活に支障を抱えていた。このような状況において訪問看護が介入することで、呼吸の調整、身体状態の維持、療養生活に対する疑問の解決、異常の早期発見、入浴が安心して行えることにつながっていた。

【考察】

慢性閉塞性肺疾患患者に訪問看護が早期に入ることによって、安心して療養生活を送る支援や呼吸機能低下に伴う自己管理を促進する役割を果たせると考えられた。安心して療養生活を送るための役割として、(1)疑問を解決する、(2)日常的な相談窓口になる、(3)家族の負担を減らすと考えられた。呼吸機能低下に伴う自己管理を促進するための役割として、(1)息切れを軽くする、(2)異常の早期発見が出来るという支援が考えられた。また、入院中に行われた治療、教育内容を継続するために、訪問看護師が病棟看護師や退院調整看護師と連携し、在宅移行支援を共同で行うことが、訪問看護師の役割と考えられた。

キーワード：慢性閉塞性肺疾患、訪問看護、呼吸リハビリテーション、自己管理

1) たまつ訪問看護ステーション
 2) 元たまつ訪問看護ステーション
 3) 兵庫県立大学看護学部 生涯広域健康看護Ⅰ 成人看護学

I. はじめに

慢性閉塞性肺疾患（以下COPDと略す）は慢性の呼吸不全症状から、生活の質を低下させ予後に影響を及ぼす疾患である。近年では薬物療法、呼吸リハビリテーションをはじめとする積極的な治療介入の効果が期待できると言われている¹⁾。

『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3版）』によると、呼吸リハビリテーションは非薬物療法として独立し、より早期から行うことが示され、さらに多職種による包括的なプログラムを実施することでより大きな効果が期待できるとされている。また、効果を長期に維持させるためには、実施場所を入院や外来からさらに地域や在宅で継続して展開していくことが必要で、かかりつけ医、訪問看護師、訪問理学療法士などが連携できる体制が構築されていることが望ましいとも言われている。大内ら²⁾は適正な酸素吸入がなされない要因は、身体的・精神的・物理的・社会的な様々のことが影響を及ぼしており、適正な酸素吸入を行いQOLを維持していくには、継続的な関わりが必要であると言っている。また福崎ら³⁾は、看護師は患者の治療面だけでなく入浴、食事、感染予防、住環境など日常生活の全体像を捉え、療養生活で患者が適切なサービス支援やケアが受けられるようにすることが継続看護につながると言っている。

以上より、COPD患者の生活の質を下げないために、在宅で呼吸リハビリテーションを継続することは有効であり、訪問看護が担う役割は多々あると考えられる。訪問看護は要介護認定を受けていなくても医療保険で利用することができ、医師が呼吸リハビリテーションの必要を認めれば、訪問看護を利用し在宅で行うことが出来る。しかしこのことは医師・病棟看護師にはあまり知られておらず、現状は要介護認定を受けてから訪問看護が導入されることがほとんどであり、退院支援や在宅移行支援に訪問看護の役割が示されていない。COPD患者はおおむねADLが自立しているため介護保険を申請する人は少なく、COPD患者が日常生活に何らかの支障を感じて申請しても要支援と要介護1と認定された人が60%である。そのため「希望より低い認定結果でサービスが使えない」と感じている人が61%あり、訪問看護を利用して

いる人は在宅酸素・人工呼吸実施群で35%以下、非実施群では10%以下という現状となっている⁴⁾。これは、介護保険サービスの利用限度額が低いため、単価の高い訪問看護より、単価の低い訪問介護の利用が優先されたり、在宅医やケアマネジャーに訪問看護介入の必要性が十分に理解されていないことが考えられる。

訪問看護の利用においては、上記のような状況があるが、経験上、COPD患者に対して早期から訪問看護が介入することで、酸素療法を適切に継続できたり、急性増悪による再入院の回数を減らすことが出来るなど患者の自己管理につながっていると感じている。そこで本研究では、要支援1と認定された段階から訪問看護による呼吸リハビリテーションを受けているCOPD患者の自己管理を明らかにし、訪問看護の役割について検討することを目的とした。

II. 研究方法

研究デザインは、質的帰納的研究であった。

1. 研究対象者

COPDと診断され現在治療中であり、介護保険により要支援1と認定されたときから訪問看護を利用している者で、かつ認知症などの症状はなく、言語的コミュニケーションにより意思疎通がはかれる者とした。また、COPDであると説明を受けている患者を研究協力者とした。協力者が1施設に偏らないように5施設に協力者の紹介を依頼したが、対象者が少なく、2施設より6名の協力の申し出を受けた。しかし内1名は緊急入院した為インタビューが行えず、協力者は2施設5名となった。

2. データ収集期間

平成24年6月～8月までであった。

3. データ収集方法

半構成的面接法によるインタビューを行った。インタビューでは、作成したインタビューガイドに基づいて、「訪問看護導入の目的」「訪問看護師から受けた指導・援助内容」「訪問看護を受けたことによる自己管理の変化」などを訪ねた。インタビュー回数は1～2回、時間

は40～110分であった。研究協力者の都合の良い日時・場所でインタビューを行い、了承を得てメモと録音テープに記録した。インタビュー中は、本人の自覚症状を確認するとともに呼吸状態、酸素飽和度などを観察した。

4. 分析方法

録音テープ、メモから作成した逐語録より、「自己管理」に焦点を当てコード化した。これらのコードに関して、共通性を見出す中でカテゴリーを抽出し、抽象度をあげていった。分析結果は質的研究の経験のある指導者にスーパーバイズを受け、分析内容や妥当性を高めた。

5. 倫理的配慮

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て実施した。

研究協力の候補者に協力を依頼する際、文書と口頭で研究の趣旨を伝え、研究への協力は自由であること、研究の途中でも協力を撤回できること、研究協力を拒否した場合でも今後の訪問看護に影響しないこと、得られたデータに関して個人情報特定できないよう十分に配慮することなどを説明し、同意書にて了諾を得た。なお、研究発表や投稿についても許可を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者はCOPDと診断され現在治療中の患者で、要支援1と認定されたときから訪問看護を利用している男性5名であった。年齢は70～80歳代で全員が在宅酸素

療法を行っていた。4名は妻と二人暮らしで、1名は息子家族と同居していた。訪問看護導入の目的は入浴介助が1名、リハビリテーションが3名、両方を目的とした者が1名であった。(表1)。

2. 分析内容

患者の自己管理に関する箇所を抽出して単位データとし、カテゴリー化を行った結果、《息苦しさに伴う生活に対処する》《社会的役割を果たそうと努める》《現在の身体状態を維持するために努力する》《他者の支援を受けて療養生活を続ける》の4つのカテゴリーが抽出された(表2)。文中ではカテゴリーを《 》、サブカテゴリーを〈 〉、インタビューデータを「 」で示す。

(1) 《息苦しさに伴う生活に対処する》

① 〈万が一に備えて酸素を準備する〉

5人全員が酸素療法を行っており、停電など万が一に備えてスペアの酸素ボンベを多くストックしたり、すぐに使えるように置き場所を考えたりと対策を講じていた。またE氏は安静にしていたら酸素ボンベがどのくらい持つか自分で調べて、「ボンベが2本あれば8時間は大丈夫」と目途を立てていた。

② 〈自分なりの方法で呼吸を調整する〉

全員が労作時に息切れを感じており、歩行、入浴、食事、趣味活動に支障を経験していた。また痰が出ることで呼吸が乱れ、息苦しさを増長させていた。しかし5人全員が自分なりの方法で呼吸を調整していた。

表1 研究協力者の概要

協力者	性別	年齢	COPDと診断されてからの年数	訪問看護導入時の介護度	訪問看護継続期間	酸素療法	家族構成	訪問看護導入目的
A氏	男	70代	10年	要支援1	7か月	有	妻と二人暮らし	入浴介助
B氏	男	70代	10年	要支援1	5か月	有	妻と二人暮らし	リハビリテーション・入浴介助
C氏	男	80代	15年	要支援1	2年1ヶ月	有	息子家族と同居	リハビリテーション
D氏	男	70代	13年	要支援1	5年6ヶ月	有	妻と二人暮らし	リハビリテーション
E氏	男	70代	20年	要支援1	6年	有	妻と二人暮らし	リハビリテーション

表2 研究協力者の自己管理

カテゴリー	サブカテゴリー
息苦しさに伴う生活に対処する	万が一に備えて酸素を準備する
	自分なりの方法で呼吸を調整する
社会的役割を果たそうと努める	息苦しさにより制限された生活の中で自分の出来る役割を果たすことに努める
現在の身体状態を維持するために努力する	身体にいいことに取り組む
	体調を崩さないように努力する
他者の支援を受けて療養生活を続ける	自分の疾患や療養方法に関する情報を専門職から得る
	他者の支援を受けて生活を調整する
	酸素機器の管理は業者に任せる
	自分に対する家族の介護負担を軽減するために資源を活用する

A氏は、車で出かける際に早めに車に乗り込み、運転席に座って静かに呼吸を調整するための時間を確保していた。妻が買い物をしている間は車から降りず、またトイレに行きたくなった時のことを考え、長い距離を歩かなくてもいいようにトイレの近くで待つなどの工夫をしていた。

B氏は室内で2メートル動いただけでもそのあと息を整えなければならず、すぐに次の行動に移ることができないといていた。そこで医師より、動く前に酸素流量を上げ、動いた後呼吸が落ちついてから酸素流量を元に戻すよう指導されたが、酸素濃縮器が廊下にあるため、いつもは妻が流量の変更を行っていた。しかし一人の時は酸素流量を動く前に上げることができず、また呼吸が整ったあと、酸素流量を元に戻しに行くのを忘れてしまう状況にあった。訪問看護師の助言によりリモコンを導入したところ、自分自身で流量を調節できるようになった。

C氏は入浴時に息苦しさを感じているが、椅子を使わず床に座り、休み休み体を洗いながら呼吸を整えていた。

D氏は食事をすることも息が乱れる行為の一つで、苦痛や憂鬱と感じていた。食事中に痰が上がってくると呼吸を整えることがますます困難になり、食事に1時間以上かかっており、摂取量も健康なときの4分の1か5分の1と減っていた。D氏は食事の際、少しでも楽に食べられるようにとおかずを小さく切りフォークを使って「1口ないしは2口、口に入れるとあと1分か1分半深い呼吸をする」という方法

で呼吸を整えながら食事をしてきた。歯磨きも一気にせず、少し磨いては休むことで、できるだけ呼吸が乱れないようにしていた。歩くときは「歩く前に口すぼめ呼吸と腹式呼吸で呼吸を整え、その後通常の呼吸をしながら歩く。」という方法を実行していた。

E氏は、常にパルスオキシメーターで測定し呼吸を整えて血中酸素飽和度が98~99%になるまで待つから動くようにしていた。排便時はいきむと息苦しくなるので、いきまなくてもいいようにウォシュレットで肛門を刺激して便を出しやすくするなどの工夫をしていた。

(2) 《社会的役割を果たそうと努める》

① <息苦しさにより制限された生活の中で自分の出来る役割を果たすことに努める>

A氏は、息苦しきがある中でも車の運転はできており、妻の買い物の送迎をしていた。

C氏は今まで自分の役割だった庭仕事の中で、草引きなどできることは自分でしようとしていた。

(3) 《現在の身体状態を維持するために努力する》

① <身体にいいことに取り組む>

A氏、C氏、D氏は呼吸を楽にするために、意識して腹式呼吸などの呼吸法を日常生活の中に取り入れていた。A氏は呼吸訓練の一環としてカラオケに取り組んだり、C氏、E氏はできるだけ歩こうとしていた。D氏は呼吸リハビリテーションを受けたい

と希望して訪問看護を利用した。B氏、C氏は呼吸筋のリラクゼーションを目的に訪問看護師から紹介された訪問マッサージを受けていた。

②〈体調を崩さないように努力する〉

4人は毎年インフルエンザの予防接種を行っていた。

D氏は、夜間呼吸苦の為熟睡できておらず、少しでも睡眠時間を確保しようと起床時間を遅らせていた。息苦しさの為食事が満足にできないD氏は栄養が十分に摂れないことを不安に思っていたが、訪問看護師と食事内容や方法、嗜好などを相談し、高カロリー補助食を摂ることで少ない食事量でも栄養の確保に努めていた。

E氏は、熱が出たらすぐに病院に行くよう心掛けていた。

(4) 《他者の支援を受けて療養生活を続ける》

①〈自分の疾患や療養方法に関する情報を専門職から得る〉

A氏は訪問看護師に、自分の病状やその対処法について色々と聞き、訪問看護師を「その都度色々アドバイスしてくれる」人として捉えていた。A氏は以前より、体調が悪化すると喘息発作をおこしていたが、副作用を気にして処方されていた即効性気管支拡張吸入薬を使っていなかった。訪問看護師より使い方や副作用について説明を受けたところ不安が無くなり、「おかしい」と思ったらすぐに使えるようになり、最近では発作を起こすことはなくなっていた。他にも、訪問看護師から渡された呼吸リハビリテーションというガイドブックをみて時々ストレッチを行っていた。

B氏は療養生活における注意事項や指導など医師や病棟看護師から聞いていたが、「いろいろ聞いたっですぐ忘れる。」といていた。吸入薬の使い方などなかなか理解できなかったが、訪問看護師に何度も聞いてやっと納得できていた。

D氏は、自分の疾病や健康に関心が高く、自らも本を購入して読んだり、テレビ番組を見て知識を得ていた。訪問看護では運動療法を積極的に受けてい

た。また訪問看護師が来た際にはその都度思いついた質問をして、相談できるという安心感があると感じていた。医師や薬剤師にも質問をしていたが、相談する時間が限られている医師や薬剤師よりも、訪問看護師とじっくりと具体的な相談することで、納得して療養方法を決定していた。

またD氏は訪問看護師に対して「COPD患者の特徴をよく勉強して、COPD特有の質問にも的確に答えてほしい。」と期待し、また、訪問看護師が多くの医師と接点があることから、主治医以外の医師の見解も聞いてほしいと要望していた。

②〈他者の支援を受けて生活を調整する〉

5人全員が他者から何らかの支援を受けていた。

A氏は入浴の際、一人で入ると息がきれてしんどいので休み休み体を洗う為1時間以上かかってしまうため、訪問看護師の介助を受けていた。A氏は施設で入浴するのではなく、自宅で訪問看護師に入浴介助してもらうことについて「自宅ではどこでも楽な姿勢がとれるので呼吸の調整がしやすい」「息切れを起こす動作を理解してくれている訪問看護師が介助してくれることで、息切れを起こさず短時間で入浴できるようになった」「息切れが続いた時に訪問看護師が呼吸介助を行ってくれるので、早く呼吸が楽になる」「看護師が体調をみてくれることで安心して入浴できる」の4つのメリットを挙げていた。

B氏も体を洗おうとすると苦しさに我慢ができず、1～2分で出てきてしまうため、訪問看護師による入浴介助を受けていた。また妻が仕事で不在の間、B氏が一人で過ごす時間を少しでも短くする方法として、妻の留守中に訪問看護を利用していた。

C氏は、呼吸が苦しくなったときは訪問看護師より指導された呼吸法を思いだし、「ちょっとは楽になるような感じはする。」と取り入れていた。また、現在は自分で運転ができなくなっていた為散髪や通院などの外出の際は嫁に送迎を頼んでいた。C氏は今後一人で入浴できなくなったときは訪問看護師による入浴介助を希望していた。

D氏に対する訪問看護は主に運動療法を行っていた。血中酸素飽和度・脈を測定しながら訪問看護師

と一緒に歩くことで、自分の歩き方の目安が分り、普段でも安心して歩けるようになったと捉えていた。

E氏は、訪問看護師は気胸など異常の早期発見のために来てくれていると理解しており、訪問看護師に相談にのってもらったり、緊急時対応してくれることで安心だと思っていた。

③〈酸素機器の管理は業者に任せる〉

酸素機器に関しては、5人全員が、業者が定期点検に来てくれることで安心してた。

④〈自分に対する家族の介護負担を軽減するために資源を活用する〉

A氏、E氏ともに、息切れの為入浴することがしんどくなったとき、最初は妻に手伝ってもらっていたが、最近は妻の負担を軽減するために訪問看護師による入浴介助を受けていた。

IV. 考 察

協力者は全員が介護保険では要支援1と最も軽く認定されていたにも関わらず、体動時の息切れを主訴とし日常生活に多くの支障があった。このような状況において訪問看護が介入することで、呼吸の調整、身体状態の維持、療養生活に対する疑問の解決、異常の早期発見、入浴が安心して行えることにつながっていた。ここでは、早期に訪問看護が介入する事での訪問看護の役割について考察する。

1. 安心して療養生活を送るための支援

(1) 疑問を解決する

COPDの管理法は、禁煙指導、薬物療法、呼吸リハビリテーション（患者教育、運動療法、栄養方法）、酸素療法など多岐にわたる。COPD患者は高齢者が多く、医師や外来看護師から説明を聞いてもすぐには理解できない、またはすぐに忘れてしまう状況があった。薬を処方されても、その薬を使うことに納得しなければ、服用に至らない場合が多い。副作用を気にしていたA氏は訪問看護師に何度も説明を受けたことで、吸入薬を正しく使用することが出来るようになり、その結果喘息発作を起

こさなくなるなどの効果がみられた。退院時に療養生活指導を聞いたB氏は「いろいろ聞いてもすぐに忘れる」と言っているように、1回の指導ですべてを理解することは困難である。日比野⁵⁾は「訪問看護師の役割の中には、日常会話だけでなく病状についての医師等の専門職と療養者間の話の内容の通訳・調整を行うことも含まれる」と言っている。訪問看護師は定期的に訪問し、ある程度の時間滞在するため、療養者にとっては質問しやすい状況を作ることができる。また医師や薬剤師が説明したことを、訪問看護師がわかりやすい言葉で何度でも繰り返し説明することで、療養者の理解を促すことができると考えられる。

(2) 日常的な相談窓口になる

息苦しさの為食事が満足にできないD氏は、栄養が摂れないことを気にしていたが、往診の時間が限られているので医師に相談することは無理だと思っていた。訪問看護師と食事内容や方法、嗜好などをじっくりと相談した結果、高カロリー補助食を摂ることを決め、栄養に関する不安を取り除くことが出来た。B氏は酸素濃縮器を廊下に置いているため、酸素流量の変更を自分で行うことが出来ないと訪問看護師に相談したところ、リモコンを導入することを提案された。その後は自分自身で酸素流量の調整ができ、労作後の息切れが軽くなったという。呼吸筋の疲労の為肩の凝りを苦痛に感じていたB氏C氏は、訪問看護師から訪問マッサージを紹介され、呼吸筋をほぐしてもらうことで苦痛を軽減することが出来た。このように療養者は自分の病状や対処方法に疑問を持った時、訪問看護師にアドバイスを求めている。その結果、それまで知らなかった高カロリー補助食や酸素濃縮器のリモコン、訪問マッサージなどを導入することができ、少しでも苦痛のない療養生活を送ることが出来るようになったと考えられる。

以上のことから訪問看護師の役割の一つは、些細な事、気になること、困っていることなどを気楽に相談できる日常的な相談窓口になることであると考えられる。

(3) 家族の負担を減らす

在宅呼吸ケア白書2010⁴⁾によるとCOPD患者の平均年齢は69.0歳と高齢であり、配偶者による介護は負担が大

きいと考えられる。協力者のうち2名は妻に入浴を手伝ってもらっていたが、妻の負担を減らそうと訪問看護師による入浴介助を希望した。また、C氏も介助が必要な時は訪問看護師による介助を望んでいる。自分で出来ることは出来るだけ自分で行いたい、少しでも自分の役割を果たしたいと考える療養者にとって、「家族以外の支援を受ける」ことも療養生活を送るうえでのひとつの方法である。家族に負担をかけることは、療養者自身の精神的負担になっている。療養者にとって必要な介助を訪問看護師が行うことは家族の介護負担の軽減にもつながる。訪問看護の介入は療養者及び家族のニーズを満たすことが出来ると考える。

2. 呼吸機能低下に伴う自己管理を促進する役割

協力者たちは息苦しさの為、日常生活への支障を感じており、出来なくなってきたことに関しては、他者の支援を受けて生活を調整していた。

(1) 息切れを軽くする

4人の協力者は、訪問看護師による入浴介助を受けていた。

訪問看護を利用する前は、息苦しさの為一人では時間がかかりすぎたり、また、逆に十分に洗うことも出来ずに出てきてしまったりしていたが、訪問看護師が介助することで、自宅で入浴できるようになった。週1回デイサービスで入浴をしているA氏が自宅で入浴介助してもらうことに4つのメリットを挙げていたとおり、看護師の介助により、息切れを起こさず、また息切れを起こしても対処してくれ、何よりも入浴前後に体調を見てくれることが、安心して楽に入浴できることにつながっていると考えられる。

入浴動作は洗髪の時上肢を肩より上に拳上する、体を洗う時反復動作を行う、足を洗う為前屈するなど、息切れを起こしやすい動作の連続である。また、居室から浴室まで移動、脱衣、入浴、着衣、居室までの移動と複数の行動が組み合わされている。よって、要支援1と軽く認定された人でも、息切れの為一人で入浴が出来ず介助を要していた。訪問看護師が入浴介助を行うことは、低酸素状態を起こさず、清潔を保つ援助の一つである。同時に入浴介助は、行動を起こす前に呼吸を整えること、

動作と動作の間に休憩を入れ安静状態に戻すこと、どのような動作が息切れを起こすか説明すること、ゆっくりと動作を行うこと、脱衣所や浴室に椅子を置くなど環境を整えること、など息切れを調整するための多くの指導を行うことが出来る場になっている。またパルスオキシメーターで血中酸素飽和度をモニターすることで、自分の息切れの度合いと実際の数値を知ることができ、「このぐらいの苦しみの時は血中酸素飽和度が90%まで低下しており、休まなければいけない」などと自己管理能力の向上が期待できる。入浴動作により低酸素状態が続けば、徒手的呼吸介助を施行することで、低酸素状態を短時間で回避できる。呼吸リハビリテーションにおけるADLトレーニングとは、向上させたい具体的な動作に対して直接アプローチし、日常生活における呼吸困難の軽減と動作遂行能力の向上、最終的には、QOLの向上を目指すとする⁶⁾。訪問看護師による入浴介助は、出来ないことを介助するだけでなく、低酸素状態の回避と同時に、効果的なADLトレーニングの場となっていると考える。

呼吸リハビリテーションを受けて、少しでも病状の悪化を防ぎたいと訪問看護を利用したD氏は、主に運動療法を行い、血中酸素飽和度をモニターしながら歩くことで自分が歩けるスピードや距離の目安がわかるようになった。A氏は訪問看護師から呼吸リハビリテーションというガイドブックを手渡され、日常的にストレッチなどを行うようになった。

以上のように、訪問看護でADLトレーニングや運動療法を行うことで、療養者が息切れを軽くする方法を経験・習得し、日常生活の一部となることを支援することが、訪問看護師の役割として考えられた。

(2) 異常の早期発見ができる

協力者は、訪問看護師に、異常の早期発見や緊急時の対応などを期待していた。例えば、気胸の既往があるE氏はその早期発見のために訪問看護を利用しており、A氏は入浴前に訪問看護師が体調をみて判断してくれることで安心して入浴できていた。急性増悪を予防することは、呼吸機能を維持することにつながる。森⁷⁾は、COPDにおいては、普段の症状を確認し、その症状との比較において、早期に気づくようにセルフモニタリングを促進

していくことが必要であると言っている。普段の状態をよく知っている訪問看護師が訪問の度にフィジカルアセスメントをすることで、異常の早期発見ができる。また、観察事項や対処方法を具体的に説明することで、療養者自身が自分の体調の変化に気づき、早めに対処する能力を獲得していくことができ、急性増悪の予防につながると考える。

3. 療養生活を継続するための医療との連携

協力者は疾患や療養方法に関する知識や情報を専門職や本、テレビなどから得ようとしていた。在宅呼吸ケア白書2010でも、「療養生活についてもっと教えてほしい」と回答した人は78%と、疾患や療養生活に関する情報や指導を受ける機会に対するニーズは高かった⁴⁾。しかし、上木ら⁸⁾によると禁煙、薬（薬物療法）といった治療に関する情報はもっているが、自己管理、栄養、運動に関する情報ニーズは高く、生活管理に関する指導が不足している状況が明らかになっている。入院中に行われた治療、教育内容を医師、病棟看護師と情報共有し、訪問看護師が継続的に関わることで、療養者の個別的なニーズも明らかになり、より具体的な情報を提供することができると考えられる。現在、退院後の療養生活を継続できるようにするためのアプローチとして、退院支援と退院調整がある。また、在宅療養を続ける外来患者に対しては、看護師として支援を行う「在宅療養支援」の活動が始まっている。病棟看護師からは「退院後の在宅療養のイメージが持てない」との声を聴く⁹⁾。訪問看護師は退院時に看護サマリーを受け取るが、退院後の経過や問題点、新たな課題などを病棟に何らかの形でフィードバックし、在宅療養を共有し理解してもらうことが必要だと考える。また、訪問看護師は退院前カンファレンスに参加し、病棟での療養指導内容及び指導に対する患者の受け止め方を知ることで、シームレスな継続看護が可能になると考える。カンファレンスでは退院調整看護師と在宅医、訪問看護による医療サポートについて調整を行い、酸素療法や呼吸リハビリテーションなど具体的に検討することが出来る。介護保険を利用する場合は、ケアマネジャーとの連携も必要となる。ケアプランを作成するうえで、訪問看護によるサポート内容を明確に伝えることが、ケアマネジャーの訪問看護に対する理

解を深める機会になる。患者が外来通院する場合は、訪問看護師が外来看護師に対して、在宅での様子や問題点を報告し、共有することで、より効果的な在宅療養支援が行われると考える。

ここに訪問看護師の大きな役割があると考ええる。

V. 研究の限界と課題

協力者のうち2名は、現在要介護1、2と認定されており、インタビューの内容が、要支援1と認定された訪問看護導入時の状況だけを示しているとは限らない。また、協力者が5名と少なく、本調査での結果は一般化出来ない。今後は更に協力者を増やし、訪問看護の早期介入の必要性を示していくことが必要である。

VI. 結 論

COPD患者は、介護度が低く認定されていても、息苦しさによる多くの支障があるが、その中でも自分なりの方法で対処し、身体状況を維持するための努力をしたり、他者の支援を受けて療養生活を送っていることが分かった。慢性閉塞性肺疾患患者に訪問看護が早期に入ることによって、安心して療養生活を送る支援や呼吸機能低下に伴う自己管理を促進する役割を果たせると考えられた。また、入院中に行われた治療、教育内容を継続するために、訪問看護師が病棟看護師や退院調整看護師と連携し、在宅移行支援を共同で行うことが、訪問看護師の役割と考えられた。

謝 辞

本研究を行うに当たり、ご協力いただきました研究協力者の皆様、協力者の方を紹介していただいた訪問看護ステーション所長様に深く感謝いたします。

尚、この研究は平成23・24年度兵庫県立大学看護学部共同研究より助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 西山理. 通院患者の看護と指導. ナースが取り組む! COPDチームケアガイド. 谷口博之監修. 第1版. 大阪, メディカ出版, 2006, 24. (ISBN4-8404-1753-9)
- 2) 大内三加, 渡辺尚子, 奥原尊子, 藤本彩子. 在宅酸素療法患者の酸素吸入の実態. 日本看護学会論文集(成人看護II). 36, 2005, 354-356.
- 3) 福崎叔子, 奥田尚美, 西条文子, 小笠原智子. 在宅酸素療法患者の自立度における実態調査. アンケート調査を実施して. 香川県労災病院雑誌. 10, 2004, 149-152.
- 4) 日本呼吸器学会肺生理専門委員会在宅呼吸ケア白書ワーキンググループ編. 患者アンケート調査結果. 在宅呼吸ケア白書2010. 東京, メディカルレビュー社, 2010, 71-80.
- 5) 日比野直子, 土平俊子. 高齢者の在宅療養生活継続に関連する要因の分析在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法患者と訪問看護. 三重県立看護大学紀要. 11, 2008, 31-38.
- 6) 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会呼吸リハビリテーション委員会ワーキンググループ, 日本呼吸器学会呼吸管理学術部, 日本リハビリテーション医学会呼吸リハビリテーションガイドライン策定委員会, 日本理学療法士協会呼吸理学療法診療ガイドライン作成委員会編. 自立を促すためのADLトレーニング. 呼吸リハビリテーションマニュアルー運動療法ー. 第2版. 東京, 照林社, 2012, 65. (ISBN4-7965-2278-6)
- 7) 森菊子. 慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸器感染に関するセルフマネジメント. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 20(2), 2010, 160-165.
- 8) 上木礼子, 長谷川晴美, 長谷川智子, 上原佳子, 佐々木百恵, 吉田華奈枝, 良貴子, 門脇麻衣子, 上野栄一, 中村康孝, 石崎武志. COPD患者の療養状況による自己管理情報ニーズの違い. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 21(2), 2001, 153-158.
- 9) 日本看護協会編. 在宅療養への切れ目ないケアのしくみ. 平成23年版看護白書. 東京, 日本看護協会出版社, 2011, 34. (ISBN97 8-4-8180-1616-3C3047)

The role of home-visit nursing for the chronic obstructive pulmonary disease patient

NAGATA Toshiko¹⁾, MIYAMOTO Toyomi¹⁾, SYUTOU Aki¹⁾, KOISHI Yukie¹⁾
TOTOKI Nana²⁾, MORI Kikuko³⁾

Abstract

【Purpose】

This study aimed to examine the role of home-visit nursing to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients receiving in-home pulmonary rehabilitation.

【Methods】

Semi-structured interviews were conducted with five COPD patients who used home-visit nursing services from the time they were assessed as Support Required Level 1. Participants were asked about purpose of using home-visit nursing services, support received from visiting nurses, and changes in their self-management behaviors due to nurses' support. Interview data were analyzed qualitatively from perspectives of self-management.

【Results】

Their self-management behaviors included: "coping with daily life with breathing difficulty," "trying to fulfill their own social roles," "trying to maintain their current physical condition" and "receiving support from others to lead daily life as normally as possible." This study revealed that despite being assessed as requiring a low level of nursing care, many COPD patients had various daily life difficulties due to breathlessness. In such circumstances, the intervention of home-visit nursing led to breathing adjustment, keeping body condition, resolution of the question with daily life, early detection of unusual, bathing in safety.

【Discussion】

This study was considered to fulfill its role in promoting the daily life in safety and self-management associated with respiratory dysfunction in patients with COPD. The role in promoting the daily life in safety included "resolve doubts," "providing knowledge to help them continue with daily life," "lightening the burden on families." The role in promoting self-management associated with respiratory dysfunction in patients with COPD included "helping patients learn how to alleviate breathing difficult," "helping patients to detect bad condition."

Also it considered visiting nurses' role in cooperation with ward nurses and discharge nurse in collaboration with the home migration support.

Key words : Chronic obstructive pulmonary disease ; Home-visit nursing care ;
Pulmonary rehabilitation ; Self-management

1) TAMATSU Home-Visit Nursing Station

2) former TAMATSU Home-Visit Nursing Station

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