

## 慢性閉塞性肺疾患をもつ高齢者と家族がCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しを捉え 入院に至る過程

(COPD / 高齢者 / 家族 / CO<sub>2</sub>ナルコーシス / 事例研究)

山根裕子<sup>1)</sup>・原 祥子<sup>2)</sup>・竹田裕子<sup>2)</sup>

## A Process in Which Elderly With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and a Family Member of the Elderly Caught Signs of CO<sub>2</sub> Narcosis Leading to Hospitalization

(COPD / elderly people / family / CO<sub>2</sub> narcosis / case study)

Yuko YAMANE, Sachiko HARA, Yuko TAKEDA

**Abstract** The objective of this study was to clarify when and how elderly with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), who eventually became hospitalized due to CO<sub>2</sub> narcosis, caught signs of CO<sub>2</sub> narcosis along with a family member of the elderly. Semi-structured interviews were conducted with the elderly (Subject A) and the family member of the elderly (Subject B), and the signs captured by each subject were examined and analyzed chronologically. As a result of comparative analysis of chronological differences and characteristics of the signs captured by each subject, the signs were divided into the following phases: Phase I (a phase in which Subject A did not catch signs and Subject B began to catch signs), Phase II (a phase in which Subject A began to catch signs and there was a perception gap between Subject A and Subject B), and Phase III (a phase in which the perceptions of the signs caught by Subject A and by Subject B matched). Both subjects not only captured the occurrences of new symptoms but also perceived how the range of activities Subject A could perform independently became smaller and smaller. The results suggest the need to focus on family members' perception of signs captured before the affected elderly's perception of such signs, and also on the change in the elderly who can no longer perform their daily activities as they used to, to enable the elderly to have a medical examination before their CO<sub>2</sub> retention progresses and becomes severe.

【要旨】本研究の目的は、CO<sub>2</sub>ナルコーシスで入院に至った慢性閉塞性肺疾患をもつ高齢者と家族が、その兆しをいつ、どのように捉えていたのかを明らかにすることとした。高齢者（A氏）と家族（B氏）に半構造化面接を行い、それぞれが捉えた兆しの時間的な順序性を考慮し整理した。両者が捉えた兆しの差異や特徴を時系列で比較検討した結果、I期【A氏本人は兆しを捉えていないが、B氏は捉え始めた時期】、II期【A氏が兆しを捉え始めるが、B氏が捉える兆しとの認識のずれがある時期】、III期【A氏とB氏の捉える兆しの認識が合致している時期】に分けられた。また、両者ともに新たな症状の出現だけでなく、A氏が自分で行っていたことができにくくなる様子を捉えていた。CO<sub>2</sub>貯留が進行し重症化する前に受診できるように、高齢者より先に兆しを捉えていた家族の気づきや、当たり前に行っていたことができにくくなる高齢者の変化に着目する必要性が示唆された。

<sup>1)</sup> 国立病院機構松江医療センター

Matsue Medical Center

<sup>2)</sup> 島根大学医学部地域・老年看護学講座

Department of Community Health and Gerontological Nursing,  
Shimane University Faculty of Medicine

### I. 緒言

現在、わが国の慢性閉塞性肺疾患（以下、COPD）の総患者数は約26万人と報告されているが、そのうち約23万人が65歳以上<sup>1)</sup>であり、高齢者の占める割合が高

い。平成28年の日本の老年人口の割合は27.3%<sup>2)</sup>と増加を続けており、高齢化の進行に伴ってCOPDと診断される高齢患者数はさらに増加していくことが予想される。高齢COPD患者においては、病状の進行に伴って慢性的に高二酸化炭素血症を認められることもよくあり、CO<sub>2</sub>ナルコーシスへの進行に注意が必要となる。

高齢者では呼吸状態の悪化を表す兆候に個別差が大きく、症状が明確に現れにくいことや、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの初期症状を感じていても過労や低酸素による影響と混同してしまうことから、早期の受診に繋がりにくいことも多い。田中<sup>3)</sup>によると、高齢COPD患者は息苦しさを日常的に感じているが、息苦しきがあることを当たり前のことだと捉えたり、疲れや運動不足、老いや環境の変化によるものと解釈することで、病気の症状として捉えにくいことが明らかになっている。つまり、高齢COPD患者は療養生活における症状を自分なりに解釈してしまうことによって受診が遅れる可能性があり、重症化してからの入院に繋がりがやすいと言える。高齢COPD患者が入院した際は、治療上の安静が必要となることや呼吸困難があることによって日常生活動作（ADL）の低下をきたしやすい。また、高齢COPD患者の活動性の低下は呼吸筋を含む骨格筋の廃用をもたらし呼吸困難を増強させるため、さらに活動性を低下させるという悪循環を生じやすい。そして、重症化してからの入院になると、この悪循環は加速する。そのため、自宅への退院が困難になることや退院後の生活の質（QOL）を著しく低下させてしまうこともある。高齢COPD患者がQOLを維持した自宅での療養を続けるためには、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの予防とともに、その兆しを初期の段階で発見して受診に繋げ、治療のための入院はできるだけ短期間にすることが重要である。

CO<sub>2</sub>ナルコーシスにより入院した高齢COPD患者は、症状の回復後に入院前のことを振り返って「今思えば変だった」と言われることがある。阿川ら<sup>4)</sup>による高齢慢性心不全患者の症状の自覚に関する研究では、患者が日常生活の中で自分の身体を知ろうと模索し、独特な身体感覚を捉えていたことを明らかにしている。つまり、慢性疾患をもつ高齢者は、日々の生活の中で自分自身の身体の微細な変化を感じ取っていることが窺われ、高齢COPD患者も同様にCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しである微細な変化に気付いていることもあるのではないかと考える。また、認知症を有する高齢慢性心不全患者と生活を共にする家族が、高齢患者のいつもとは違う言動や生活状況の変化から心不全増悪兆候に気付いていることを明らかにした研究<sup>5)</sup>がある。このことから、高齢COPD患者の自宅での生活を支える家族も、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの

兆しである異変を感じ取っていることもあるのではないかと考える。しかし、CO<sub>2</sub>ナルコーシスにより入院に至った経過を患者と家族双方の視点から振り返った報告は見当たらない。

そこで、本研究ではCO<sub>2</sub>ナルコーシスにより入院した高齢COPD患者とその家族が、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しである異変をいつどのように捉えているのかを明らかにすることを目的とする。このことは、高齢COPD患者におけるCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しを早期に発見し、軽症の段階で受診してもらうための支援のあり方を検討するうえで重要と考える。

## II. 用語の操作的定義

本研究における「CO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆し」とは、単にCO<sub>2</sub>ナルコーシスの臨床症状を示すものではなく、暮らしぶりの変化など、患者本人や家族がいつもと違うと感じた変化を含むものとした。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究では、CO<sub>2</sub>ナルコーシスで入院に至るまでの経過を振り返り、高齢COPD患者とその家族がCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しである異変をいつ、どのように捉えているのかを具体的かつ詳細に明らかにするために、事例研究法を用いた。

### 2. 対象事例

対象事例は、研究協力が得られた病院1施設から紹介された、高齢COPD患者がCO<sub>2</sub>ナルコーシスで入院に至った1事例である。研究協力者は、高齢COPD患者のA氏、主介護者であるB氏の2名であった。

### 3. データ収集方法

A氏、B氏に対して、それぞれ半構造化面接を行った。面接は、A氏の病状が安定した退院前から退院後に行った。1回の面接は40～70分程度で、A氏、B氏ともに2回実施した。面接の合計時間は、A氏は115分、B氏は82分であった。2回目の面接では、1回目の面接で明らかになった情報を研究者が整理したもの（具体的な出来事や時系列）を提示しながら、より詳細に当時を振り返ってもらった。面接は、病棟または外来のプライバシーが確保できる個室で行った。面接の内容は、研究協力者の承諾を得た上でICレコーダーに録音し、面接中に研究者が考えたり感じたりしたことはフィールドノー

トに記載した。

研究協力者にCO<sub>2</sub>ナルコーシスで入院に至るまでの経過を振り返ってもらい、いつ、何をCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しと捉えたのか、ありのままの体験を語ってもらった。患者の基本情報については、患者の年齢、性別、家族構成、診断名、呼吸機能の状態（COPD病期分類）、入院前のADLの状態（介護度、障害高齢者の日常生活自立度判定基準、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準）、患者の利用している介護サービスについて診療記録から情報を得た。データ収集期間は2017年8月～11月であった。

#### 4. 分析方法

面接内容の全てを逐語録に起こし、その内容から、研究協力者ごとにCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しである異変をいつ、どのように捉えているのかが分かる部分を抽出した。研究協力者が捉えた兆しは、文脈を含めてその意味を表す簡潔な表現とした（コード化）。その後、コードの意味の類似性と差異性を比較検討して共通する意味を持つもの同士に分類し、時間的な順序性を考慮して整理した。また、A氏とB氏が捉えた兆しの差異や特徴を時系列で比較検討することで、時期を分類した。

データおよび分析結果の真実性を保つため、面接時に語られた内容や分析した結果に相違がないかを研究協力者に可能な限り確認し、訂正や補足を受けた。また、一連の分析過程において、老年看護の臨床経験を持つ複数の専門家と共にディスカッションし、継続的に検討を行った。加えて、老年看護学および質的研究の指導者からスーパーバイズを受けた。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は、鳥根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得たのち、研究協力施設の研究倫理委員会の承認を得た。その後、研究協力施設の病院長並びに看護管理者、該当部署の医師や看護師長に研究の趣旨・方法を説明し、承認を得て実施した。対象事例における研究協力者には、研究目的および内容を示し、研究協力は自由意思であり、研究協力を断った場合でも今後の治療や看護等へは一切影響を与えず、同意後も辞退が可能であることを保証した。面接日時は研究協力者の希望を優先して調整した。研究データは、本研究以外には使用しないこと、学会等で研究結果を公表することについて研究協力者に文書を用いて口頭で十分に説明し、研究協力者の同意書への署名により研究協力の同意を得た。本研究は1事例の極めて個人的な経験をテーマとしていることから、特定の個人が識別されないように匿名性については特に留

意した。公表の際には、個人が特定されないような形で表記することに加え、必要な情報を厳選して提示した。

## IV. 結 果

### 1. 事例の概要

A氏は90歳代前半の女性で、主疾患はCOPD急性増悪、急性呼吸不全であり、それに伴いCO<sub>2</sub>ナルコーシスを発症した。呼吸機能の状態はCOPDの病期分類Ⅲ期である。20歳頃より約50年間喫煙をしており、約30年前にかかりつけ医でCOPDと診断されてから、通院による内服治療を継続していた。近年、COPD急性増悪のため入退院を繰り返しており、人工呼吸器管理となることもあった。A氏は入院中の苦痛な体験から、入院することに対して拒否感を持っており、受診を先延ばしにする傾向があった。今回の入院前は、要支援1、障害高齢者の日常生活自立度判定基準がB1、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準はIであり、入浴以外の室内動作はおおむね自立していた。A氏は賑やかな場や人と話すことが好きで、家族みんなで夕食を摂ることを日々の楽しみにしていた。A氏は60歳代後半まで仕事をしており、長く1人暮らしをしていたが、仕事を辞めてからは妹家族（妹、妹の長男の妻、妹の孫夫婦とその子）と同居を始め、6人暮らしをしていた。主介護者は妹の長男の妻B氏（50歳代前半）である。A氏は、現在介護サービスの利用はしていなかった。

### 2. 高齢COPD患者と家族がCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しを捉え入院に至る過程

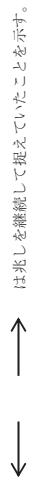
A氏とB氏が捉えた兆しについて、8月17日に入院するまでを時系列で整理した（図1）。A氏、B氏が捉えた兆しの違いを見極めて、入院に至るまでの過程をI期【A氏本人は兆しを捉えていないが、B氏は捉え始めた時期】、II期【A氏が兆しを捉え始めるが、B氏が捉える兆しとの認識のずれがある時期】、III期【A氏とB氏の捉える兆しの認識が合致している時期】の3つの時期に分類した。また、A氏とB氏が捉えた兆しは、＜動きにくさ＞＜食事摂取量の減少＞＜排痰困難＞＜意欲の低下＞＜生活パターンの変化＞＜顔色の悪化＞の6つに分類された。以下、時期ごとにA氏、B氏が捉えた兆しを記述した。なお、捉えた兆しのコードは〔 〕、語りは「 』で示し、アルファベットは協力者を表す。

#### 1) I期【A氏本人は兆しを捉えていないが、B氏は捉え始めた時期】

この時期、B氏だけが兆しを捉えており、A氏本人はまだ兆しを捉えていなかった。

時期	I 期	II 期	III 期
兆し	A氏が兆しを捉えていないが、B氏は捉え始めた時期 7月初旬	A氏が兆しを捉え始めるが、B氏が捉える兆しとの認識のずれがある時期 7月下旬～8月初旬	A氏とB氏の捉える兆しの認識が合致している時期 8月14日 15日 16日 17日（入院日）
〈動きにくさ〉		〔重い物を持つなど力を入れる動作が難しい〕 〔移動後に一息つくようになつた〕 〔家事をした後で自室へ戻って休憩が必要な時がある〕 〔来客と1、2時間お茶を飲むと疲れて寝るようになつた〕 〔食卓に出ても家族と一緒に食べ始める時がある〕	〔目が覚めた時に難儀だと感じるようになつた〕 〔移動の途中で呼吸を整えるようになつた〕 〔物に掴まらないうちで呼吸を整えるようになつた〕 〔食事の時間に合わせて食卓へ出る事が難しい〕 〔食事を食べる動作でも息が上がらなう〕 〔食卓の後で呼吸を長く整えないと動けなう〕 〔お茶を飲む短い間も座っていることがつらい〕 〔座った状態で軽労作を行うことも難しい〕
〈食事の減少〉			〔食欲が低下して食事摂取量が減少した〕
〈排痰困難〉		〔咳出しにくい粘稠痰が夜間何度も出るようになつた〕	
〈意欲の低下〉		〔お盆の準備をしようと思うのにはかどらない〕	〔元気がなくてSpO <sub>2</sub> を測定できない〕 〔新聞を読む気になれない〕 〔好物が出てくても食べる気がしない〕
〈動きにくさ〉	〔移動や入浴後、呼吸を整えるのに時間がかかる〕 〔食後しばらく休憩しないと自室に居れない〕	〔移動途中にも呼吸を整えるようになつた〕 〔入浴を中断するようになつた〕	〔移動途中の休憩頻度と時間が増えた〕 〔食卓に出ることが難しい〕 〔声をかけてもベッドから起き上がれない時がある〕
〈食事の減少〉		〔間食で食事摂取量を補っていた〕 〔食事摂取量が減少した〕	〔食事摂取量がさらに減少した〕
〈排痰困難〉		〔咳出しにくい粘稠痰が夜間何度も出るようになつた〕 〔昼夜を問わず痰の量が増えた〕	
〈生活の変化〉		〔団らんの場で過ごすことが減った〕	〔自室で寝ていることが増えた〕 〔口数が少なくなつた〕
〈顔色の悪化〉			〔普段と比べて顔色が悪くなった〕 〔顔色が白く酸素が巡っていない様子〕

図1 A氏とB氏が捉えたCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆し



は兆しを継続して捉えていたことを示す。

B氏が最初に捉えた兆しはA氏の〈動きにくさ〉であり、それを捉え始めたのは7月初旬のことであった。〈動きにくさ〉とは、〔移動や入浴後、呼吸を整えるのに時間がかかる〕〔食後しばらく休憩しないと自室に戻れない〕という2つの兆しであった。B氏は、安静にしている時には普段と変わらないが、〔移動や入浴後、呼吸を整えるのに時間がかかる〕ようになり、〔食後しばらく休憩しないと自室に戻れない〕といったA氏の様子を捉えていた。

一方、この時期のA氏は、「今夜は冷やしラーメンだよと言われればキュウリ縦切りに、ニンジンも縦切りにという風に冷やしラーメンするように切っておいたり、あんなことはたまにしている(A)」と語るように、家事手伝いが時々できるようになったことから、自分では調子が良いと考えていた。そのため、A氏自身は体調悪化の兆しを感じることなく過ごしていた。

## 2) II期【A氏が兆しを捉え始めるが、B氏が捉える兆しとの認識のずれがある時期】

この時期は、A氏本人も兆しに気付き始めていた。しかし同時に、A氏は家族が行っている片付け作業の手伝いをし、普段は行えないような負担のかかる労作ができたことから、7月に引き続いて調子が良いと考えていた。そのため、この時期に様々な兆しを捉えているにもかかわらず、A氏自身はB氏が心配するほど体調が悪いとは感じていなかった。これに対して、B氏はI期に比べてA氏の体調が悪化したことを捉えており、A氏とB氏の兆しの捉え方にはずれが生じている時期であった。

この時期、A氏は〈動きにくさ〉〈排痰困難〉〈意欲の低下〉を捉えていた。〈動きにくさ〉には、〔重い物を持つなど力を入れる動作が難しい〕〔移動後に一息つくようになった〕〔家事をした後で自室へ戻って休憩が必要な時がある〕〔来客と1、2時間お茶を飲むと凄く疲れるようになった〕〔食卓に出ても家族と一緒に食べ始められない時がある〕という5つの兆しが含まれた。A氏は、妹のひ孫の抱っこや、重いものを引きずるといった、〔重い物を持つなど力を入れる動作が難しい〕ことを捉えていた。また、家の中での〔移動後に一息つくようになった〕り、妹の代わりに食事の準備などの〔家事をした後で自室へ戻って休憩が必要な時がある〕という変化を捉えていた。〔来客と1、2時間お茶を飲むと凄く疲れるようになった〕では、「人が来られると、お茶でもどうぞって妹がお茶入れる。出て飲むとついつい長くなるのね。1時間2時間。そういうことがあるともものすごく疲れる(A)」と語り、I期には問題なくできていたことで疲労するようになったことを捉えていた。〔食卓に出ても家族と一緒に食べ始められない

時がある〕では、家族と一緒に賑やかに食事をするのが日々の楽しみだったA氏が、「自分では(調子が)良いなと思っていたんですけどね、夜のご飯も(食卓に)出ても、私あとから、先おあがりとかね(A)」と語るように、家族と一緒に食事を楽しめなくなったことを捉えていた。〈排痰困難〉とは、〔喀出しにくい粘稠痰が夜間何度も出るようになった〕ことである。「夜中でも起きた時でも、今みたいに(痰が)引かなかったみたいな咳が出る。(咳の)音ほど多くは出ないんですよ。でもね、こっちの喉の所へ(痰が)引かかっているのが分かってる。それが取れにくくて(A)」と、肺炎で入院する時のように痰が増える感じはあまりないが、非常に喀出しにくくなったことを捉え、この兆しは入院まで続いた。〈意欲の低下〉では、〔お盆の準備をしようと思うのにはかどらない〕ことを捉えていた。

一方B氏は、I期に捉えた〈動きにくさ〉に加え、〈食事摂取量の減少〉〈排痰困難〉〈生活パターンの変化〉を捉えていた。この時期の〈動きにくさ〉とは、A氏が〔移動途中にも呼吸を整えるようになった〕〔入浴を中断するようになった〕という2つの兆しであり、I期より悪化した〈動きにくさ〉を捉えていた。〈食事摂取量の減少〉とは、〔間食で食事摂取量を補っていた〕〔食事摂取量が減少した〕という2つの兆しであった。A氏が食事を食べない時があり、〔間食で食事摂取量を補っていた〕ことや、〔食事摂取量が減少した〕ことをB氏は捉えていた。〈排痰困難〉には、〔喀出しにくい粘稠痰が夜間何度も出るようになった〕〔昼夜を問わず痰の量が増えた〕という2つの兆しが含まれた。B氏は、この時期から入院に至るまで、〈排痰困難〉で難儀しているA氏の状況を、A氏の隣の部屋で寝ているA氏の妹と確認し合いながら捉えていた。また、〈生活パターンの変化〉では、普段は団らの場で妹のひ孫の遊び相手をして過ごすA氏が出て来ないという、〔団らの場で過ごすことが減った〕ことを捉えていた。

## 3) III期【A氏とB氏の捉える兆しの認識が合致している時期】

この時期は、A氏自身も体調が急激に悪化していることを捉えており、ずれていたA氏とB氏の捉える兆しの認識が合致している時期であった。

A氏は、〈動きにくさ〉〈排痰困難〉〈意欲の低下〉に加えて〈食事摂取量の減少〉を捉えていた。〈動きにくさ〉には〔目が覚めた時に難儀だと感じるようになった〕〔移動の途中で呼吸を整えるようになった〕〔物に掴まりながらでないと移動動作ができない〕〔食事の時間に合わせて食卓へ出ることが難しい〕〔食事を食べる動作でも息が上がる〕〔食事の後で呼吸を長く整えないと

動けない] [お茶を飲む短い間も座っていることがつらい] [座った状態で軽労作を行うことも難しい] という8つの兆しが含まれた。A氏は、「いたしいのはね、14日位から。目が覚めて、ちょっと難儀だなあ、難儀だなあと (A)」と語り、CO<sub>2</sub>貯留による典型的な症状である起床時の頭痛ではないが、この時期から [目が覚めた時に難儀だと感じるようになった] ことを捉えていた。また、「トイレに行く時、フウウー…という風なこととか、トイレから帰る途中に台所の所に椅子があるから、そこで休憩して (A)」と、[移動の途中で呼吸を整えるようになった] ことを捉えていた。そして、休憩が必要なだけでなく、ベッドに手をつき、廊下の手すりに掴まるなど、[物に掴まりながらでない移動動作ができない] ようになり、Ⅱ期より<動きにくさ>が増していることを捉えていた。さらに、家族と同じタイミングで [食事の時間に合わせて食卓へ出ることが難しい] ことや、[食事を食べる動作でも息が上がる] こと、[食事の後で呼吸を長く整えないと動けない] という、食事動作全般にわたる<動きにくさ>を感じるようになっていた。また、この時期には座っているだけでも疲労するようになっており、「お茶を飲んで、ちょっと座っているとしんどい。部屋へ行って横になったがいいわと思って (A)」のように [お茶を飲む短い間も座っていることがつらい] ことや、[座った状態で軽労作を行うことも難しい] という変化を捉えていた。この時期の<意欲の低下>には、[元気がなくてSpO<sub>2</sub>を測定できない] [新聞を読む気になれない] [好物が出てでも食べる気がしない] の3つの兆しが含まれた。A氏は、体調管理のために毎日欠かさず朝夕の1日2回、パルスオキシメーターを使用して自分でSpO<sub>2</sub>の値を確認していた。しかし、この時期から [元気がなくてSpO<sub>2</sub>を測定できない] ようになった。さらに、毎日読んでいた [新聞を読む気になれない] という、習慣として当たり前に行っていたことが出来なくなった変化を捉えていた。また、「あーなんでもかな…今日なんでこんなに (食事が) 欲しいことないだろう… (大好きな) お赤飯と焼き魚あれだけ待ってたのに… (A)」と、お盆に食べることを楽しみにしていた [好物が出てでも食べる気がしない] ことを捉えていた。B氏がⅡ期の時点で捉えていた<食事摂取量の減少>を、A氏自身はⅢ期に入ってから [食欲が低下して食事摂取量が減少した] こととして捉えていた。そして、入院日 (17日) の朝には、[しゃべると息が止まりそう] [手を動かすだけで息が止まりそう] [目の前が真っ暗になる感じがする] という、前日まで捉えていた<動きにくさ>よりさらに悪化した3つの兆しを捉えていた。[しゃべると息が止まりそう] では「死ぬ前の大息って

言いますが、ああいう風にしてね。もう、物も何も言えないから。物言って、もう、ここ (胸) が止まりそうになるくらい (A)」と語り、着替えようと思って [手を動かすだけで息が止まりそう] になったり、[目の前が真っ暗になる感じがする] ことから、A氏は受診し入院に至った。

一方B氏は、<動きにくさ><食事摂取量の減少><排痰困難><生活パターンの変化>に加えて、新たに<顔色の悪化>を捉えていた。この時期の<動きにくさ>には、[移動途中の休憩頻度と時間が増えた] [食卓に出ることが難しい] [声をかけてもベッドから起き上がれない時がある] という3つの兆しが含まれた。B氏は、Ⅱ期よりさらに [移動途中の休憩頻度と時間が増えた] A氏の様子を捉えていた。また、「14日は (部屋に食事を) 持って行ったかもしれないですね。うん。16日の晩も持って行ったけど、そのまま置いてあったような気がする (B)」という [食卓に出ることが難しい] 様子や、いつもはB氏が部屋へ行って声を掛けると起き上がって対応するA氏が [声をかけてもベッドから起き上がれない時がある] ようになったことを捉えていた。入院日 (17日) の朝には、さらに「起きて来なくて。声かけても本当に (B)」と、受診を勧めるために [声をかけても自室から出て来られない] A氏の様子を捉えていた。<食事摂取量の減少>では、「(14日までと比べて) 凄く食欲がなくなったのと…食べる量が減って (B)」と、Ⅱ期に比べて [食事摂取量がさらに減少した] ことを捉えていた。<生活パターンの変化>は、[自室で寝ていることが増えた] [口数が少なくなった] という2つであった。Ⅱ期の段階でA氏が [団らんの中で過ごすことが減った] ことに加え、[自室で寝ていることが増えた] ことや家族と喋ることが好きなA氏の [口数が少なくなった] 様子を捉えていた。さらに、この時期から捉えられていた<顔色の悪化>は、[普段と比べて顔色が悪くなった] ことであり、入院日 (17日) の朝には、それまでよりさらに [顔色が白く酸素が巡っていない様子] を捉えていた。

## V. 考 察

### 1. 患者本人と家族がCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しを捉えた時期と認識

本研究では、A氏とB氏が捉えた兆しの差異や特徴から、入院に至るまでの過程を3つの時期に分けた。両者が兆しを捉える時期や体調の良し悪しの認識にはずれが生じていた。

高齢COPD患者であるA氏は、家族が兆しを捉え始め

たI期において調子が良いと思っており、まだ何も兆しとして捉えていなかった。漆坂ら<sup>6)</sup>は2型糖尿病患者の中には、疲労が蓄積している身体に慣れているせいで身体から出されるサインや反応を捉えることができない者もいると報告している。また、Ruthら<sup>7)</sup>は、高齢者は持続的な症状や徴候を持っていても、日常生活上の活動を制限するほどでなければ、疾患に罹患しているとは思にくい傾向があると述べている。そのため、A氏においても、呼吸器症状が常にある状態に慣れてしまっていることや、I期とII期では日常生活における活動が大きく妨げられなかったことから、状態悪化の自覚に繋がりにくかったことが推察される。一方、先に兆しを捉えていたB氏は、I期からA氏の〈動きにくさ〉を捉え始め、その悪化を段階的に捉えていた。慢性疾患をもつ患者は、他者よりも患者本人の方が自分の体が良くなったと判断しやすい<sup>8)</sup>と言われており、家族などの周囲の者の方が、患者の状態が悪化したことを判断しやすいと考える。そのため、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しを早期に捉えて受診に繋げていくためには、患者の気付きだけでなく、患者本人よりも先に兆しを捉えている家族の気付きを大切にしていける必要があると考える。

## 2. 日常生活における意欲や生活パターンの変化

A氏は、III期に「目が覚めた時に難儀だ」という兆しを捉えているが、CO<sub>2</sub>貯留時によくみられる起床時の頭痛といった明確な症状としては表れていなかった。呼吸器疾患をもつ高齢者の症状は疾患固有の定型的症状を示さず、微弱ないし非定型な症状として現れることが多いため、臨床症状の出現だけに着目するのではなく、「元気がなくてSpO<sub>2</sub>を測定できない」「新聞を読む気になれない」といった、患者が日々当たり前に行えていたことができにくくなる〈意欲の低下〉に着目することが重要だと考える。一方、B氏は、「団らんの場で過ごすことが減った」「自室で寝ていることが増えた」といった、普段のA氏の生活状況とは異なる〈生活パターンの変化〉を捉えていた。認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族においては、訴えの乏しい認知症患者の身体をみたり、触ったり、体重測定を行うなど、目に見える身体の変化から増悪徴候を捉えていること<sup>5)</sup>が示されていた。しかし、A氏のように日常生活での介助をあまり必要とせず、療養生活を患者自身が中心となって自己管理している高齢者においては、患者が自室で過ごす時間が増えると、家族が直接見ることによって気付いていた変化が捉えにくくなることが推察される。そのため、〈生活パターンの変化〉を捉え始めた時期から、家族や周囲の者がより患者の変化を気にかけていくことが必要である。

## 3. 看護への示唆

入院した高齢COPD患者が、退院後に軽症の段階での受診につなげられるように、病棟看護師は、患者本人や家族が入院に至るまでに捉えている気付きの一つひとつを共に振り返る機会を作ることが大切である。また、看護師は、日常生活における患者の習慣や過ごし方を理解した上で、患者や家族が自宅で実践していくことが可能な方法を共に検討する必要がある。特に、家族が普段何気なく見ている患者の〈生活パターンの変化〉が重要な兆しとなることを、家族自身が意識できるよう、入院中だけでなく受診時にも伝えていくことが大切だと考える。

在宅で暮らしている呼吸器疾患患者を対象とした調査<sup>9)</sup>では、療養生活や指導に対する要望として、療養生活についてもっと教えてほしいと答えた者は約8割で最も多く、次いで約3割の者が、病気が悪化したときの症状を教えてほしいと答えている。また、軽症及び中等度のCOPD患者のヘルスケアニーズを明らかにした研究<sup>10)</sup>では、医療者に対して個別性を重視した予防的なケアへの期待を抱いていた。在宅で暮らすCOPD患者は、外来や訪問看護といった医療が介入するタイミングで、個別的な指導や情報提供を継続的に行う必要があると言える。そのため、これらの看護職は、患者の習慣や日常的に行っていることができにくくなる変化に目を向けながら、医師をはじめとした多職種と連携し、重症化してからの受診となることを予防していくことが可能だと考える。一方で、在宅で暮らす呼吸器疾患患者は、要支援と要介護1が6割を占めており、在宅酸素や人工呼吸器を使用していない患者は、介護保険の訪問看護を利用している割合が1割以下であった<sup>9)</sup>との報告がみられている。そのため、在宅療養をしている高齢COPD患者の多くは介護度が低く、訪問看護などの医療的介入が入りにくい状況も考えられる。COPDの病期が進行し、呼吸機能が低下している者は、ADLの低下をきたしていることが明らかとなっており<sup>11)</sup>、現在は自宅での日常生活がほぼ自立しているA氏も、病状の悪化に伴ってADLの低下をきたすおそれがある。そこで、本研究のように、医療関係者の目が入りにくい高齢COPD患者においては、入院を機に患者の病態や今後の見通しについて介護支援専門員と共有し、介護支援専門員を中心とした予防的なケアマネジメントを継続して行っていく必要があると考える。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の事例における患者は、COPDの急性増悪に伴

う呼吸状態の悪化からCO<sub>2</sub>ナルコーシスに陥っていた。そのため、患者や家族が語ったCO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しは、COPD急性増悪により生じたものと明確に分けられるものではないと考えられる。また、事例では、医療・介護サービスを利用せず、自宅で家族と暮らしている高齢COPD患者を対象とした。しかし、高齢COPD患者を取り巻く環境は様々であり、今後は多様な支援の方向性を見出していくために、独居や医療・介護サービス職員が介入している高齢COPD患者について、さらに事例を積み重ねて分析・検討していくことが必要である。

## VII. 結 論

CO<sub>2</sub>ナルコーシスにより入院した高齢COPD患者とその家族が、CO<sub>2</sub>ナルコーシスの兆しである異変をいつどのように捉えているのかを明らかにすることを目的に研究を行った。

高齢COPD患者がCO<sub>2</sub>ナルコーシスで入院に至るまでの過程は、患者本人は兆しを捉えていないが家族は捉え始めた時期、患者が兆しを捉え始めるが家族が捉える兆しとの認識のずれがある時期、患者と家族の捉える兆しの認識が合致している時期の3つの時期に分けられ、患者本人と家族の兆しを捉える時期や、捉える体調の良し悪しの認識にはずれが生じていた。患者本人が捉えていた兆しは、＜動きにくさ＞＜食事摂取量の減少＞＜排痰困難＞＜意欲の低下＞であり、家族が捉えていた兆しは＜動きにくさ＞＜食事摂取量の減少＞＜排痰困難＞＜生活パターンの変化＞＜顔色の悪化＞であった。

高齢COPD患者がCO<sub>2</sub>ナルコーシスに至る前または初期症状の段階での受診に繋げるためには、患者本人より先に兆しを捉えている家族の気づきを大切にすることが重要である。また、臨床症状の新たな出現だけでなく、高齢者が日々当たり前に行えていたことができにくくなるといった変化にも着目する必要があると考える。そこで看護者は、患者本人だけでなく、家族が捉えた兆しを共に振り返る機会を作り、患者本人や家族が自宅で実践可能な兆しを捉える方法について共に検討することが必要であろう。また、医療関係者の目が入りにくい高齢COPD患者に対する予防的介入を、介護支援専門員を中心に継続的に行っていく必要があると考える。

## 謝 辞

早く面接に応じ、貴重な経験を語って下さったAさん、Bさん、そして研究にご協力いただきました施設および施設職員のみなさまに深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 平成26年患者調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> (アクセス日2018. 1. 17).
- 2) 総務省統計局: 平成28年人口推計. <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2016np/index.htm> (アクセス日2018. 1. 17).
- 3) 田中孝美. 軽症から中等症の慢性閉塞性肺疾患を患う高齢者の息苦しさの経験. 日本赤十字看護大学紀要 2008; 22: 39-48.
- 4) 阿川慶子, 原 祥子, 小野光美, 他. 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. 老年看護学 2012; 17(1): 46-54.
- 5) 田口ますみ, 原 祥子, 小野光美, 他. 認知症を有する高齢慢性心不全患者の家族がとらえる心不全増悪兆候. 老年看護学 2017; 21(2): 42-50.
- 6) 漆坂真弓, 野並葉子, 森 菊子, 他. 外来に通院している2型糖尿病患者の病気への対処. 兵庫県立大学紀要 2004; 11: 67-83.
- 7) Ruth Wu. Behavior and Illness. 1973. 岡堂哲雄, 監訳. 病気と患者の行動. 東京: 医歯薬出版; 1975: 8-18.
- 8) Strauss AL, Corbin J, Fagerhaugh S, et al. Chronic illness and the quality of life. 1984. 南裕子, 監訳. 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; 1987: 110.
- 9) 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. 在宅呼吸ケア白書2010. 東京: メディカルレビュー社; 2010: 71-79.
- 10) 田中孝美. 軽症及び中等度の慢性閉塞性肺疾患患者のヘルスケアニーズ. 日本赤十字看護大学紀要 2005; 19: 1-10.
- 11) 後藤葉子, 上月正博, 渡辺美穂子, 他. COPD重症度別にみた肺気腫患者の日常生活における障害. 日本呼吸管理学会誌 1999; 9(2): 153-159.

(受付 2018年6月8日)